



QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE TOÀN DIỆN

Tên thương mại: ABIC CARE



Ban hành kèm theo Quyết định số 2475/QĐ-ABIC-QLNV ngày 26/6/2025 của Tổng Giám đốc Công ty Cổ phần Bảo hiểm Ngân hàng Nông nghiệp đã được Bộ Tài chính chấp thuận phương pháp, cơ sở tính phí sản phẩm Bảo hiểm sức khỏe toàn diện theo Công văn số 9266/BTC-QLBH ngày 26/6/2025

I QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1: Giải thích từ ngữ

Trong Quy tắc bảo hiểm này, các thuật ngữ dưới đây được quy định như sau:

1.1 "Doanh nghiệp bảo hiểm" là Công ty Cổ phần Bảo hiểm Ngân hàng Nông nghiệp và các Chi nhánh trực thuộc (sau đây gọi tắt là ABIC).

1.2 "Bên mua bảo hiểm" là tổ chức, cá nhân giao kết Hợp đồng bảo hiểm với ABIC đóng phí bảo hiểm và đáp ứng các điều kiện để mua bảo hiểm theo quy định của ABIC và pháp luật.

1.3 "Người được bảo hiểm" Là công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú tại Việt Nam được ABIC chấp nhận bảo hiểm.

1.3.1 Trong các chương trình bảo hiểm cụ thể, ABIC có thể áp dụng giới hạn đối tượng khách hàng phù hợp.

1.3.2 Trường hợp ABIC cung cấp bảo hiểm trong điều kiện tham gia bảo hiểm của Người được bảo hiểm dưới chuẩn theo quy định của ABIC thì nội dung này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.4 "Người thụ hưởng" là tổ chức, cá nhân được Bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

1.5 "Tuổi của Người được bảo hiểm, tuổi của người phụ thuộc" là tuổi căn cứ vào ngày, tháng, năm sinh được ghi trên Căn cước hoặc các giấy tờ hợp lệ khác của Người được bảo hiểm theo quy định của pháp luật.

1.6 "Yêu cầu bảo hiểm" là thông tin do Bên mua bảo hiểm kê khai, xác nhận bằng văn bản hoặc thông qua hình thức điện tử để yêu cầu tham gia bảo hiểm tại ABIC.

Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm khai báo đầy đủ và trung thực, chịu trách nhiệm trước pháp luật về những nội dung khai báo.

1.7 "Hợp đồng bảo hiểm" là sự thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và ABIC, theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, ABIC phải trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc Người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm nhóm là Hợp đồng bảo hiểm được ký kết giữa ABIC và bất kỳ công ty, doanh nghiệp, tổ chức đoàn thể mà Người được bảo hiểm là thành viên.

1.8 "Giấy chứng nhận bảo hiểm" là bằng chứng giao kết Hợp đồng bảo hiểm, xác định các nội dung cơ bản của Hợp đồng bảo hiểm.

1.9 "Sửa đổi bổ sung/Phụ lục hợp đồng" là một bộ phận của Hợp đồng bảo hiểm thể hiện các nội dung thay đổi, điều chỉnh, bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm.

1.10 Bộ hợp đồng bảo hiểm bao gồm: Yêu cầu bảo hiểm; Giấy chứng nhận bảo hiểm; Quy tắc bảo hiểm; Hợp đồng bảo hiểm (nếu có); Sửa đổi bổ sung/Phụ lục hợp đồng và các tài liệu liên quan khác (nếu có).

1.11 "Tai nạn" là sự kiện bất ngờ, không lường trước, xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm, gây ra do tác động của bất kỳ vật chất hoặc một lực từ bên ngoài tác động lên cơ thể Người được bảo hiểm phát sinh trong thời hạn bảo hiểm và là nguyên nhân duy nhất làm cho Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc tổn thương cơ thể.

1.12 "Bệnh/Bệnh tật" là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường của Người được bảo hiểm (bao gồm các trường hợp thương tật do tai nạn phát sinh trước khi tham gia bảo hiểm). Trong Quy tắc bảo hiểm này bệnh được phân chia theo các nhóm bệnh sau đây:

1.12.1 **"Bệnh bẩm sinh/dị tật bẩm sinh/khuyết tật bẩm sinh"** là bệnh, dị tật, khuyết tật được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai có thể được chẩn đoán trước khi sinh hoặc có thể biểu hiện nhiều năm sau khi sinh.

1.12.2 **"Bệnh có sẵn"** là:

- a. Tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của người được bảo hiểm đã được bác sỹ chẩn đoán hoặc điều trị trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm, hoặc
- b. Dấu hiệu, triệu chứng bệnh khởi phát trong vòng 36 tháng trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm.

1.12.3 **"Bệnh đặc biệt"** bao gồm :

- a. Hệ thần kinh: Bệnh Parkinson; Alzheimer; Động kinh; Hội chứng rối loạn ngoại tháp; Bệnh bại não và hội chứng liệt khác;
- b. Hệ hô hấp: Bệnh phổi phế quản tắc nghẽn mãn tính (COPD), Hen phế quản, Nghẽn mạch phổi; Lao các loại; Tâm phế mạn; Suy hô hấp mãn tính; Viêm xoang mạn tính cần phẫu thuật; Viêm Amidan cần phải cắt; Viêm VA cần phải nạo; Vẹo vách ngăn cần phẫu thuật; Viêm tai giữa cần phẫu thuật; Cuốn mũi cần chỉnh hình;
- c. Hệ tuần hoàn: Bệnh tim; Tăng/cao huyết áp; Tăng áp lực động mạch vô căn; Bệnh mạch máu não/đột quỵ và các hậu quả/di chứng của bệnh này; Viêm tĩnh mạch và viêm tắc/ngẽn tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch chi dưới; Bệnh liên quan tới hệ thống tạo máu phải lọc máu, thay máu;
- d. Hệ tiêu hóa: Viêm gan do virus các loại; Xơ gan; Suy gan; Viêm tụy mãn tính; Sỏi tụy; Sỏi mật; Viêm/loét thực quản/dạ dày/tá tràng/đại tràng; Trĩ; Rò hậu môn;
- e. Hệ tiết niệu: Bệnh của cầu thận, ống thận; Sỏi thận; Sỏi đường tiết niệu; Suy thận; Hội chứng thận hư;
- f. Hệ nội tiết: Rối loạn tuyến giáp; Đái tháo đường; Suy tuyến thượng thận; Rối loạn các tuyến nội tiết khác;
- g. Bệnh lý khối u: U/bướu lành tính; Polyp các loại; Ung thư các loại; Nang các loại; Lạc nội mạc tử cung;
- h. Bệnh của da và mô liên kết: Bệnh Lupus ban đỏ; Xơ cứng bì toàn thể; Xơ cứng rải rác; Xơ cứng bì toàn thể tiến triển/cột bên teo cơ; Loạn dưỡng cơ và biến chứng của bệnh này; Pemphigus; Vẩy nến; Mề đay dị ứng mãn (có điều trị bằng kháng nguyên của nước ngoài);
- i. Hệ cơ, xương, khớp: Viêm khớp/đa khớp mãn tính; Bệnh thoái hóa cột sống, thân đốt sống; Vẹo cột sống; Thoát vị đĩa đệm không do tai nạn; Rối loạn mật độ và cấu trúc xương; Loãng xương; Bệnh Gout; Bệnh thoái hóa khớp.

Trường hợp điều chỉnh danh mục bệnh đặc biệt sẽ được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.12.4 **"Bệnh khác"** là các bệnh còn lại không phải là bệnh bẩm sinh, bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt.

1.13 "Thai sản" bao gồm các trường hợp:

1.13.1 **"Sinh con"** bao gồm sinh thường, sinh mổ (mổ lấy thai), sinh khó bằng can thiệp hỗ trợ chuyên môn, sinh con có hỗ trợ sinh sản, sinh non (sinh từ tuần thứ 22 đến trước tuần thứ 35 của thai kỳ).

1.13.2 **"Biến chứng thai sản"** là các bất thường trong quá trình mang thai, sinh con và sau sinh xảy ra ảnh hưởng đến sức khỏe của mẹ hoặc sự phát triển và sinh tồn của thai nhi cần thiết phải can thiệp y tế bằng thuốc điều trị hoặc thủ thuật/phẫu thuật trong khoảng thời gian mang thai hoặc sinh con, bao gồm:

- a. Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung (thai lưu);
- b. Mang thai trứng nước;
- c. Thai ngoài tử cung (dạ con);
- d. Bỏ thai do các bệnh lý di truyền, dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc bỏ thai để bảo vệ tính mạng của người mẹ;
- e. Dọa sinh non đối với thai từ tuần thứ 22 đến trước tuần thứ 35 của thai kỳ;
- f. Nhiễm trùng hậu sản, sản giật, dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung, băng huyết sau khi sinh, phù phổi cấp, thuyên tắc ối;
- g. Sốt nhau thai trong tử cung sau sinh;
- h. Tai biến do gây mê, phẫu thuật trong sinh mổ;
- i. Các bất thường trong quá trình mang thai, sinh đẻ khác;
- k. Biến chứng do các nguyên nhân trên.

1.14 "Phương pháp hỗ trợ thụ thai" là việc sử dụng kỹ thuật y khoa để hỗ trợ sinh sản và tăng tỷ lệ đậu thai, là quá trình tăng số lượng trứng trong quá trình rụng trứng, hỗ trợ thụ tinh giữa tinh trùng và trứng. Hình thức này bao gồm và không giới hạn ở phương pháp bơm tinh trùng vào buồng trứng tử cung (IUI), thụ tinh trong ống nghiệm (IVF), tiêm tinh trùng trực tiếp vào noãn để tạo phôi (ICSI) hoặc sử dụng bất kỳ hình thức điều trị nào để thúc đẩy hoặc kích thích sự rụng trứng.

1.15 "Cơ sở y tế" là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cố định hoặc lưu động được cấp giấy phép hoạt động cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

1.16 "Bệnh viện" là cơ sở y tế khám, chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo pháp luật của Việt Nam và thỏa mãn đồng thời các điều kiện sau:

1.16.1 Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật.

1.16.2 Có điều kiện thuận lợi và có giấy phép cho việc điều trị nội trú, có công cụ theo dõi sức khỏe hàng ngày cho mỗi bệnh nhân.

1.16.3 Không phải là nơi để an dưỡng, phục hồi sức khỏe hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị bệnh phong hoặc điều trị sỏi khoáng, xông hơi, massage.

1.17 "Bệnh viện công lập" là tổ chức do cơ quan nhà nước có thẩm quyền thành lập và quản lý theo quy định của pháp luật, có tư cách pháp nhân, con dấu, tài khoản và tổ chức bộ máy kế toán theo quy định của pháp luật về kế toán để thực hiện nhiệm vụ cung cấp dịch vụ công hoặc phục vụ quản lý nhà nước trong các lĩnh vực chuyên môn khám chữa bệnh.

1.18 "Nhóm bệnh viện" bao gồm:

1.18.1 Nhóm I: Bệnh viện công lập thuộc tuyến trung ương, tuyến tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

1.18.2 Nhóm II: Bệnh viện ngoài Nhóm I (bao gồm bệnh viện ngoài công lập).

1.19 "Bác sĩ" là người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh được nước sở tại cấp giấy phép hợp pháp và thực hiện khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được đào tạo và giấy phép của mình.

1.20 "Điều trị nội trú" là việc Người được bảo hiểm khám và điều trị y tế có làm thủ tục nhập viện và nằm viện qua đêm. Giấy ra viện hoặc Giấy xuất viện là một trong những chứng từ cần thiết để yêu cầu chi trả bảo hiểm cho quyền lợi này.

1.21 "Điều trị trong ngày, điều trị ban ngày" là việc Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện để

điều trị y tế theo chỉ định của bác sĩ và có hoặc không phát sinh chi phí giường điều trị nhưng không phải ở lại bệnh viện qua đêm. Giấy ra viện hoặc Giấy xuất viện là một trong những chứng từ cần thiết để yêu cầu chi trả bảo hiểm cho quyền lợi này.

1.22 "Điều trị ngoại trú" là việc Người được bảo hiểm khám bệnh tại cơ sở y tế và cần thiết phải điều trị y tế theo chỉ định của bác sĩ mà không phải nằm viện, bao gồm trường hợp điều trị ban ngày bằng y học cổ truyền tại bệnh viện.

1.23 "Nằm viện" là việc Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện để điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày, điều trị ban ngày (trừ điều trị ban ngày bằng y học cổ truyền) tại bệnh viện. Việc nằm viện phải diễn ra liên tục và không bị gián đoạn trong suốt thời gian kể từ khi nhập viện cho đến khi ra viện.

1.23.1 Trường hợp Người được bảo hiểm nằm điều trị trong ngày, ban ngày ABIC chi trả quyền lợi theo 01 ngày nằm viện.

1.23.2 Trường hợp Người được bảo hiểm nằm điều trị nội trú (quá 24 giờ), ABIC chi trả quyền lợi theo số ngày nằm viện.

1.23.3 Thời gian nằm viện được xác định trên cơ sở Giấy ra viện/Tóm tắt bệnh án hoặc các chứng từ y tế khác thể hiện được thời gian điều trị và được xác định như sau:

a. Số ngày nằm viện được xác định căn cứ vào ngày ra viện trừ ngày vào viện hoặc tính theo đơn vị giường điều trị tùy theo số nào thấp hơn. Số ngày nằm viện sẽ được làm tròn đến số nguyên gần nhất, trường hợp lẻ nửa ngày trở lên (căn cứ giờ vào viện và giờ ra viện) được làm tròn thành 01 ngày.

b. Nếu giờ vào viện và giờ ra viện không được thể hiện trên Giấy ra viện/Tóm tắt bệnh án hoặc các chứng từ y tế khác, thì số ngày nằm viện được xác định bằng ngày ra viện trừ ngày vào viện.

1.24 "Giường điều trị" hoặc "Phòng điều trị" là giường chuyên dụng dùng cho một người bệnh để nằm điều trị tại bệnh viện, không bao gồm giường cho người trực, giường cho người nhà, giường cho người chăm sóc.

ABIC chi trả chi phí giường bệnh theo chi phí y tế thực tế của Người được bảo hiểm và không vượt quá giới hạn trách nhiệm của quyền lợi này quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị tại phòng bao, phòng VIP, các loại phòng tương đương khác theo quy định của cơ sở y tế, ABIC sẽ chi trả theo giá phòng đơn tiêu chuẩn hoặc có giá thấp nhất tại bệnh viện.

1.25 "Lần khám bệnh, chữa bệnh" là một lần Người được bảo hiểm đến cơ sở y tế để được bác sĩ thăm khám lâm sàng có hoặc không kết hợp với cận lâm sàng (xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng) và hay các thủ thuật thăm dò chức năng khác nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị bệnh, không phụ thuộc vào số bệnh được chẩn đoán hay số bác sĩ khám, cụ thể như sau:

1.25.1 Trong cùng một lần đến khám bệnh tại một chuyên khoa thuộc cùng một cơ sở y tế (bao gồm trường hợp khám trong ngày tiếp theo hoặc nhiều ngày tiếp theo do điều kiện khách quan hoặc yêu cầu chuyên môn chưa hoàn thành được quá trình khám bệnh trong ngày đầu tiên khám bệnh) thì từ ngày khám đầu tiên đến ngày tiếp theo có chẩn đoán hoặc kết luận bệnh hoặc cùng phác đồ điều trị được tính là một lần khám bệnh, chữa bệnh.

1.25.2 Trường hợp nhiều bác sĩ chuyên khoa thuộc cùng một cơ sở y tế hoặc nhiều cơ sở y tế cùng hội chẩn trước một Người được bảo hiểm theo quy chế bệnh viện thì được tính là một lần khám bệnh.

1.25.3 Trường hợp Người được bảo hiểm khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày hoặc khám tại nhiều cơ sở y tế nhiều lần trong ngày nhưng có cùng một chẩn đoán hoặc kết luận bệnh hoặc cùng một phác đồ điều trị thì được tính là một lần khám bệnh, chữa bệnh.

1.25.4 Người được bảo hiểm đến khám bệnh tại cơ sở y tế, đã được khám bệnh, cấp thuốc về điều trị nhưng sau đó có biểu hiện bất thường, đến cơ sở y tế đó để khám lại ngay trong ngày hôm đó và được tiếp tục thăm khám thì lần khám này được coi như là lần khám thứ 02 trở đi trong một ngày.

1.25.5 Trường hợp sau khi khám một chuyên khoa hoặc một cơ sở y tế, nếu cần phải gửi Người được bảo hiểm đi khám chuyên khoa khác hoặc cơ sở y tế khác thì mỗi lần khám một chuyên khoa hoặc một cơ sở y tế được tính là một lần khám bệnh, chữa bệnh (trừ trường hợp khám tại chuyên khoa khác hoặc cơ sở y tế khác nhưng có cùng một chẩn đoán bệnh hoặc kết luận bệnh hoặc cùng phác đồ điều trị thì được tính là một lần khám).

1.25.6 Trường hợp Người được bảo hiểm đến khám tại một cơ sở y tế sau đó được cơ sở y tế đó chỉ định chuyển tuyến (chuyển từ tuyến dưới lên tuyến trên, chuyển trong cùng tuyến, chuyển từ tuyến trên về tuyến dưới) thì được tính là một lần khám. Trường hợp việc chuyển tuyến theo yêu cầu của Người được bảo hiểm thì mỗi lần thăm khám tại cơ sở y tế là một lần khám mới.

1.25.7 Trường hợp Người được bảo hiểm đến khám tại một cơ sở y tế sau đó được cơ sở y tế đó chẩn đoán hoặc kết luận bệnh và chỉ định điều trị nhưng Người được bảo hiểm chưa thực hiện điều trị ngay mà điều trị vào thời gian khác hoặc Người được bảo hiểm sang cơ sở y tế khác để điều trị cho dù cùng hay khác phác đồ trên một chẩn đoán hoặc kết luận bệnh thì coi như là lần khám thứ 02 trở đi (bao gồm cả trường hợp có hoặc không phát sinh chi phí khám).

1.25.8 Trường hợp Người được bảo hiểm tái khám theo chỉ định của bác sĩ ngay sau một đợt điều trị ngoại trú/nha khoa, cho dù lần tái khám này có cần phải tiếp tục điều trị hay chỉ theo dõi/ không cần điều trị, ABIC chấp nhận thanh toán các chi phí hợp lý phát sinh như một lần khám bệnh, chữa bệnh mới với điều kiện ngày thực hiện tái khám theo chỉ định không vượt quá 30 ngày kể từ ngày khám trước đó.

1.25.9 Trường hợp Người được bảo hiểm được chỉ định thực hiện dịch vụ kỹ thuật cho mỗi đợt điều trị (vật lý trị liệu, y học cổ truyền, châm cứu, truyền thuốc ngoại trú) hoặc kê đơn thuốc sử dụng nhiều ngày, toàn bộ chi phí cho cả đợt điều trị theo chỉ định của bác sĩ được tính là một lần khám bệnh, chữa bệnh.

1.26 "Phẫu thuật/thủ thuật" là một phương pháp khoa học để chẩn đoán, điều trị thương tật do tai nạn, bệnh tật, thai sản được thực hiện bởi phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những quy trình kỹ thuật phù hợp với các dụng cụ, trang thiết bị y tế tại cơ sở y tế (bao gồm các phương pháp mang lại kết quả tương đương phẫu thuật/thủ thuật).

Danh mục phẫu thuật/thủ thuật theo quy định hiện hành của Bộ Y tế.

1.27 "Chi phí thực tế hợp lý" bao gồm:

1.27.1 Chi phí y tế thực tế là những chi phí y tế phát sinh thực tế, cần thiết và hợp lý cho việc khám, điều trị thương tật, bệnh tật của Người được bảo hiểm và theo chỉ định của bác sĩ.

1.27.2 Chi phí hợp lý và hợp lệ khác là những chi phí cần thiết không vượt quá mức chi phí chung của nhà cung cấp hàng hóa, dịch vụ trong cùng khu vực địa lý khi cung cấp hàng hóa, dịch vụ tương đương.

1.28 "Thuốc kê theo đơn" là những loại thuốc, dược phẩm được bán, sử dụng theo đơn của bác sĩ và theo quy định của pháp luật, không bao gồm thực phẩm chức năng, thuốc hỗ trợ điều trị và các loại vitamin (trừ trường hợp thuốc hỗ trợ điều trị, các loại vitamin được dùng theo chỉ định của bác sĩ và chi phí cho thuốc hỗ trợ điều trị, các loại vitamin này không lớn hơn thuốc điều trị chính, thuốc hỗ trợ điều trị và các loại vitamin này được dùng như thuốc điều trị chính theo chỉ định của bác sĩ).

1.29 "Chi phí trước khi nhập viện" là các chi phí khám, thăm dò chức năng, chẩn đoán hình ảnh cơ bản, tiền thuốc và các chi phí y tế cần thiết khác theo chỉ định của bác sĩ, liên quan trực tiếp đến bệnh, thai sản cần thiết điều trị nội trú ngay sau đó, được thực hiện trong vòng 15 ngày trước khi nhập viện.

Trường hợp khám ngoại trú sau đó phải nhập viện điều trị nội trú thì kết quả khám và cận lâm sàng được sử dụng để nhập viện sẽ được chuyển từ quyền lợi ngoại trú thành quyền lợi trước khi nhập viện, ABIC sẽ chi trả toàn bộ chi phí khám, điều trị trước đó theo quyền lợi trước khi nhập viện.

1.30 "Chi phí sau khi xuất viện" là các chi phí điều trị y tế theo chỉ định của bác sĩ, bao gồm chi phí tái khám, cận lâm sàng, thuốc kê theo đơn và các chi phí y tế khác liên quan trực tiếp đến điều trị nội trú trước đó, được thực hiện ngay sau khi xuất viện và tối đa không quá 30 ngày kể từ ngày xuất viện. Chi phí sau khi xuất viện chỉ được chi trả 01 lần cho một đợt điều trị (không áp dụng cho trường hợp xuất viện sau điều trị thai sản).

1.31 "Chi phí chăm sóc y tế tại nhà" là các chi phí của nhân viên y tế được cấp giấy phép hoạt động và thực hiện dịch vụ y tế tại nhà để chăm sóc cho Người được bảo hiểm ngay sau khi ra viện, tối đa không vượt quá 15 ngày (không bao gồm chi phí đi lại của nhân viên y tế). Dịch vụ này phải được thực hiện theo chỉ định của bác sĩ vì lý do cần chăm sóc theo đặc thù của phác đồ đang điều trị cho bệnh đó (chỉ áp dụng đối với các trường hợp có thời gian điều trị nội trú tối thiểu 07 ngày).

1.32 "Điều trị phục hồi chức năng" là phương pháp nhằm mục đích khôi phục lại tình trạng bình thường và/hoặc chức năng sinh lý sau tổn thương cấp tính hoặc do bệnh, tai nạn kể từ khi người bệnh được bác sĩ chỉ định chuyển sang điều trị tại chuyên khoa phục hồi chức năng. Đây không phải là phương pháp điều trị y tế nhằm mục đích làm giảm triệu chứng hoặc khỏi bệnh.

1.33 "Vật lý trị liệu" là phương pháp điều trị bằng cách sử dụng các tác nhân vật lý tự nhiên hay nhân tạo như nước, không khí, nhiệt độ, khí hậu, độ cao, sóng điện, tia X, tia cực tím, tia hồng ngoại, siêu âm, các chất đồng vị phóng xạ, xoa bóp trị liệu không bao gồm phương pháp nhằm mục đích thư giãn, spa, chỉnh hình thẩm mỹ. Các phương pháp này được thực hiện tại cơ sở y tế theo chỉ định của bác sĩ.

1.34 "Bộ phận giả" là bất kỳ một thành phần nhân tạo nào được lắp đặt, cấy ghép vào cơ thể nhằm duy trì sự tuần hoàn, hô hấp, sự sống, thay thế hoặc hỗ trợ chức năng sinh lý của cơ thể con người bao gồm và không giới hạn bởi những thiết bị, dụng cụ, vật tư thay thế.

1.35 "Trang thiết bị y tế hỗ trợ điều trị" là các trang thiết bị, dụng cụ y tế được sử dụng để điều trị trực tiếp hay hỗ trợ điều trị làm giảm nhẹ đau đớn và bệnh tật, hỗ trợ vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể, bao gồm:

1.35.1 Được đặt/cấy/trồng vào bất cứ một bộ phận nào của cơ thể để hỗ trợ cho chức năng hoạt động của bộ phận đó, bao gồm stent, van tim, máy tạo nhịp tim, bóng nong, đĩa đệm, lưới thoát vị bẹn, đinh, nẹp, vít, chốt treo và/hoặc các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm; hoặc

1.35.2 Có tính chất đặc thù, chỉ sử dụng riêng cho từng loại hình điều trị hoặc phẫu thuật, sử dụng một lần và không khấu hao, bao gồm dao cắt sụn, lưới bào, dao cắt gan siêu âm, dao cắt trĩ theo phương pháp Longo, rọ tán sỏi trong phẫu thuật lấy sỏi và/hoặc các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm; hoặc

1.35.3 Các loại máy cắt đốt hay điều trị bằng sóng cao tần sử dụng riêng cho một số loại hình điều trị và phẫu thuật kỹ thuật cao, có khấu hao như máy phát sóng cao tần RF, máy phát sóng radio cao tần Coblator trong phẫu thuật Amidan và nạo VA, máy phát sóng cao tần FUS-MRI trong điều trị u xơ tử cung, máy tán sỏi ngoài cơ thể.

1.35.4 Bên ngoài cơ thể có tác dụng hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể bao gồm nạng, nẹp, xe lăn, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim (bao gồm các loại máy hỗ trợ trim không được cấy ghép hoàn toàn vào cơ thể) và/hoặc các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm; hoặc

1.35.5 Các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác.

1.36 "Bảo hiểm tái tục" là khoảng thời hạn hiệu lực bảo hiểm vượt quá 12 tháng của các thời hạn hiệu lực bảo hiểm liên kế trước đó với nội dung chính thỏa mãn các điều kiện dưới đây:

1.36.1 Người được bảo hiểm không thay đổi.

1.36.2 Điều khoản bảo hiểm tương đương với điều khoản bảo hiểm Người được bảo hiểm đã tham gia đủ 12 tháng trước đó.

1.36.3 Thời gian ngắt quãng giữa 02 thời hạn bảo hiểm liên kế không quá 30 ngày.

1.36.4 Số tiền bảo hiểm nhỏ hơn hoặc bằng số tiền bảo hiểm đã tham gia trước đó. Trường hợp tham gia số tiền bảo hiểm lớn hơn số tiền bảo hiểm tham gia trước đó thì phần chênh lệch sẽ không được gọi là bảo hiểm tái tục.

1.37 "Thời gian chờ" là khoảng thời gian được tính từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất đối với trường hợp khôi phục hiệu lực hợp đồng. Trong khoảng thời gian đó nếu rủi ro phát sinh Người được bảo hiểm sẽ không được hưởng quyền lợi bảo hiểm.

Tùy theo đối tượng bảo hiểm/chương trình bảo hiểm ABIC và Bên mua bảo hiểm có thể thỏa thuận điều chỉnh thời gian chờ của các quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.

1.38 "Thương tật toàn bộ" là tình trạng:

1.38.1 Thương tật do tai nạn dẫn đến tình trạng Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên theo kết quả giám định y khoa, giám định pháp y của cơ quan có thẩm quyền cấp tỉnh, thành phố, trung ương.

1.38.2 Thương tật do tai nạn, thương tật do bệnh tật dẫn đến tình trạng Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của:

- a. Hai tay; hoặc
- b. Hai chân; hoặc
- c. Một tay và một chân; hoặc
- d. Hai mắt; hoặc
- e. Một tay và một mắt; hoặc

Giải thích về "Tình trạng Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng" của từng bộ phận cơ thể quy định tại khoản 1.38.2 Điều 1 Quy tắc bảo hiểm này như sau:

- Mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của tay bao gồm:

+ Bị mất, cắt cụt từ khớp cổ tay trở lên; hoặc

+ Liệt hoàn toàn của toàn bộ bàn tay trở lên; Sức cơ của tay từ 0-1/5. Trường hợp hồ sơ y tế không thể hiện tình trạng thương tật này, ABIC sẽ chỉ định giám định để xác định tình trạng thương tật làm căn cứ giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

- Mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của chân bao gồm:

+ Bị mất, cắt cụt từ khớp cổ chân (bao gồm cả xương sên và xương gót) trở lên; hoặc

+ Liệt hoàn toàn của toàn bộ bàn chân trở lên; Sức cơ của chân từ 0-1/5. Trường hợp hồ sơ y tế không thể hiện tình trạng thương tật này, ABIC sẽ chỉ định giám định để xác định tình trạng thương tật làm căn cứ giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

- Mất hoàn toàn chức năng và không thể phục hồi được chức năng của mắt bao gồm lấy bỏ nhãn cầu hoặc mù hoàn toàn hoặc thị lực sáng tối âm tính.

1.39 "Thương tật bộ phận" bao gồm các trường hợp sau:

1.39.1 **"Thương tật bộ phận vĩnh viễn"** là tình trạng thương tật do tai nạn làm cho Người được bảo hiểm bị mất, cắt, cụt, liệt, khuyết hoặc vĩnh viễn mất đi toàn bộ chức năng hoạt động của bất kỳ bộ phận nào trên cơ thể và không có khả năng phục hồi chức năng hoạt động của bộ phận cơ thể đó.

Các trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn được quy định tại Phụ lục 2.

1.39.2 **"Thương tật tạm thời"** là tình trạng thương tật do tai nạn làm cho Người được bảo hiểm không thể thực hiện một phần hoặc toàn bộ công việc hàng ngày trong thời gian điều trị y tế và tình trạng thương tật đó không phải là vĩnh viễn.

1.40 Dịch vụ vận chuyển cấp cứu: là việc sử dụng xe cứu thương hoặc phương tiện giao thông khác (được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm) trong trường hợp Người được bảo hiểm trong tình trạng ốm đau, tai nạn buộc phải đưa đến cơ sở y tế gần nhất hoặc từ bệnh viện này đến bệnh viện khác để tránh tử vong hay ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khỏe lâu dài hoặc hiện tại.

1.41 "Sự kiện bảo hiểm" là sự kiện khách quan thuộc phạm vi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, khi sự kiện đó xảy ra ABIC phải trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc Người được bảo hiểm.

1.42 "Phạm vi địa lý" được bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này là lãnh thổ Việt Nam trừ trường hợp khác được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.43 "Hoạt động thể thao chuyên nghiệp" là các hoạt động thể thao, trong đó huấn luyện viên, vận động viên lấy huấn luyện, biểu diễn, thi đấu thể thao là nghề của mình.

1.44 "Hoạt động thể thao nguy hiểm" là các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách); các môn thể thao bay lượn trên không, nhảy dù; các môn thể thao mùa đông như trượt băng, trượt tuyết, hockey trên băng; lướt ván; các môn thể thao đối kháng; leo bộ lên độ cao hơn 5.000 mét so với mặt nước biển hoặc sử dụng bình khí lặn sâu hơn 20 mét so với mặt nước biển; các hoạt động thám hiểm như thám hiểm hang động, rừng rậm, sa mạc; các cuộc đua (không bao gồm các cuộc đua mang tính chất từ thiện, các cuộc đua mang tính chất nội bộ do đơn vị tổ chức).

1.45 "Đồng chi trả" là phần chi phí mà ABIC và Người được bảo hiểm thỏa thuận chi trả theo tỷ lệ khi phát sinh chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm. Phần chi trả của ABIC được tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng số tiền chi phí y tế phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc trên các mức giới hạn phụ của quyền lợi bảo hiểm tùy theo mức nào thấp hơn thì được áp dụng hoặc theo thỏa thuận của các bên và được quy định rõ tại Hợp đồng bảo hiểm. Giới hạn chi phí do ABIC chi trả tối đa bằng hạn mức quyền lợi bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

1.46 "Giới hạn trách nhiệm" là số tiền chi trả tối đa cho một Người được bảo hiểm đối với mỗi điều khoản bảo hiểm của tất cả các Hợp đồng bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.

Giới hạn trách nhiệm được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Người được bảo hiểm có thể tham gia đồng thời nhiều Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này nhưng tại bất kỳ thời điểm nào ABIC chỉ chi trả tối đa đến giới hạn trách nhiệm tương ứng với từng điều khoản bảo hiểm.

Điều 2: Thời hạn bảo hiểm

Tối đa 12 tháng và được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 3: Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm

3.1 Số tiền bảo hiểm

Số tiền bảo hiểm là số tiền mà Bên mua bảo hiểm và ABIC thỏa thuận theo từng điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Người được bảo hiểm được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

3.2 Phí bảo hiểm

3.2.1 Phí bảo hiểm là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm phải đóng cho ABIC theo quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

3.2.2 Phương thức và thời hạn thanh toán phí bảo hiểm theo quy định của pháp luật hiện hành và ABIC.

Điều 4: Thay đổi liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm

Trong thời hạn bảo hiểm, nếu muốn thay đổi các nội dung liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm hoặc ABIC phải thông báo bằng văn bản cho bên kia kịp thời (trước ngày có sự thay đổi). Việc thay đổi được áp dụng kể từ thời điểm ABIC chấp thuận cấp Sửa đổi bổ sung/Phụ lục hợp đồng hoặc cấp đổi Giấy chứng nhận bảo hiểm theo các nội dung mới.

Điều 5: Áp dụng văn bản pháp luật điều chỉnh

Trường hợp quy định pháp luật liên quan đến Quy tắc bảo hiểm này nhưng nội dung đó chưa có trong Quy tắc bảo hiểm này hoặc trường hợp quy định pháp luật mới ban hành dẫn đến có nội dung trong Quy tắc bảo hiểm này bị trái hoặc không phù hợp với quy định của pháp luật thì áp dụng những quy định pháp luật đó để thực hiện.

II PHẠM VI VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Trên cơ sở các điều kiện bảo hiểm/điều kiện quy định dưới đây và các điều khoản bảo hiểm bổ sung/điều khoản bổ sung quy định tại Phụ lục 1 của Quy tắc bảo hiểm này, Bên mua bảo hiểm có quyền lựa chọn điều kiện và điều khoản bổ sung để tham gia bảo hiểm. Căn cứ các điều khoản bảo hiểm được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, ABIC có trách nhiệm trả tiền bảo hiểm đối với các trường hợp thuộc phạm vi bảo hiểm sau khi áp dụng điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm quy định tại Điều 13 và giảm trừ bảo hiểm quy định tại Điều 17 Quy tắc bảo hiểm này (nếu có). Trong mọi trường hợp ABIC chỉ chi trả tối đa đến Giới hạn trách nhiệm tương ứng với từng điều khoản bảo hiểm.

Điều 6: Điều kiện A: Tử vong; thương tật toàn bộ; thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn

6.1 Phạm vi bảo hiểm: Người được bảo hiểm bị tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm dẫn đến bị tử vong, thương tật toàn bộ, thương tật bộ phận vĩnh viễn trong thời hạn bảo hiểm.

6.2 Quyền lợi bảo hiểm:

6.2.1 Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC chi trả toàn bộ số tiền bảo hiểm của Điều kiện A quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

6.2.2 Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC chi trả quyền lợi bảo hiểm theo tỷ lệ trả tiền bảo hiểm tương ứng với tình trạng thương tật theo Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm tại Phụ lục 2 của Quy tắc bảo hiểm này nhân với số tiền bảo hiểm của Điều kiện A.

6.3 Thời gian chờ: Không áp dụng

6.4 Khi xảy ra sự kiện làm phát sinh trách nhiệm của ABIC theo quy định tại điểm 6.2.1, khoản 6.2, Điều 6 Quy tắc bảo hiểm này, toàn bộ các Hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm tham gia theo Quy tắc bảo hiểm này sẽ tự động chấm dứt.

6.5 Sau khi sự kiện bảo hiểm thương tật bộ phận vĩnh viễn xảy ra, Hợp đồng bảo hiểm tiếp tục duy trì với các quyền lợi và nghĩa vụ theo Hợp đồng bảo hiểm.

6.6 Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn đã được ABIC giải quyết quyền lợi bảo hiểm, trong thời hạn bảo hiểm, Người được bảo hiểm tử vong do hậu quả của tai nạn đó, ABIC chi trả thêm phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm của Điều kiện A và số tiền đã chi trả trước đó.

Điều 7: Điều kiện B: Tử vong; thương tật toàn bộ do bệnh, biến chứng thai sản

7.1 Phạm vi bảo hiểm: Người được bảo hiểm bị tử vong; thương tật toàn bộ do bệnh, biến chứng thai sản trong thời hạn bảo hiểm và thỏa mãn quy định về thời gian chờ.

7.2 Quyền lợi bảo hiểm: Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật toàn bộ do bệnh, biến chứng thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC chi trả toàn bộ số tiền bảo hiểm của Điều kiện B.

7.3 Thời gian chờ

7.3.1 **Bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn:** 365 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.

7.3.2 **Biến chứng thai sản:** 90 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.

7.3.3 **Bệnh khác:** 30 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.

7.3.4 Đối với bảo hiểm tái tục: Không áp dụng thời gian chờ.

7.4 Khi xảy ra sự kiện làm phát sinh trách nhiệm của ABIC theo quy định tại khoản 7.2, Điều 7 Quy tắc bảo hiểm này, toàn bộ các Hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm tham gia theo Quy tắc bảo hiểm này sẽ tự động chấm dứt.

Điều 8: Điều kiện C: Chi phí y tế do tai nạn

8.1 Phạm vi bảo hiểm: Người được bảo hiểm bị tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm dẫn đến thương tật thân thể trong thời hạn bảo hiểm.

8.2 Quyền lợi bảo hiểm: ABIC chi trả chi phí thực tế hợp lý để điều trị thương tật do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm, bao gồm:

8.2.1 Chi phí y tế hợp lý điều trị thương tật.

8.2.2 Chi phí vận chuyển cấp cứu.

8.2.3 Chi phí hỗ trợ và các chi phí hợp lý khác được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

8.2.4 Giới hạn chi trả theo loại chi phí được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

8.3 Thời gian chờ:

8.3.1 Tổn thương dây chằng, rách sụn chêm: 365 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất. Không áp dụng thời gian chờ đối với bảo hiểm tái tục.

8.3.2 Thương tật khác: Không áp dụng.

8.4 Sau khi sự kiện bảo hiểm chi phí y tế do tai nạn xảy ra, Hợp đồng bảo hiểm tiếp tục duy trì với các quyền lợi và nghĩa vụ theo Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 9: Điều kiện D: Bảo hiểm nằm viện, phẫu thuật do bệnh, biến chứng thai sản

9.1 Điều kiện D1: Bảo hiểm nằm viện do bệnh, biến chứng thai sản

9.1.1 Phạm vi bảo hiểm: Người được bảo hiểm bị bệnh tật, biến chứng thai sản dẫn đến phải nằm viện trong thời hạn bảo hiểm và thỏa mãn quy định về thời gian chờ.

9.1.2 Quyền lợi bảo hiểm: Trường hợp Người được bảo hiểm bị bệnh tật dẫn đến phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC chi trả các chi phí y tế thực tế hợp lý, bao gồm:

a. Chi phí giường điều trị; suất ăn tiêu chuẩn tại bệnh viện;

b. Xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi; thăm dò chức năng, ... Các chi phí cận lâm sàng 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 trong quá trình nằm viện;

c. Thuốc sử dụng trong khi nằm viện; dịch truyền, cao phân tử, máu, huyết tương và các chế phẩm khác sử dụng khi nằm viện;

d. Tiêm truyền tĩnh mạch;

e. Vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, liệu pháp ánh sáng (nếu cần thiết trong quá trình nằm viện theo chỉ định của bác sĩ);

f. Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt, phòng điều trị tích cực;

g. Chi phí điều trị cấp cứu cần thiết cho việc điều trị tình trạng khẩn cấp;

h. Chi phí vận chuyển cấp cứu;

i. Trợ cấp nằm viện;

- j. Chi phí y tế trước khi nhập viện;
- k. Chi phí điều trị sau khi xuất viện;
- l. Chi phí chăm sóc y tế tại nhà;
- m. Chi phí điều trị phục hồi chức năng;
- n. Các chi phí điều trị khác theo chỉ định của bác sĩ;
- o. Chi phí hỗ trợ được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- p. Giới hạn chi trả theo loại chi phí được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

9.1.3 Thời gian chờ

- a. Bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn: 365 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.
- b. Bệnh viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phổi các loại đối với trẻ em dưới 6 tuổi: 180 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.
- c. Biến chứng thai sản: 90 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.
- d. Bệnh khác: 30 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.
- e. Đối với bảo hiểm tái tục: Không áp dụng thời gian chờ.

9.2 Điều kiện D2: Bảo hiểm phẫu thuật do bệnh, biến chứng thai sản

9.2.1 Phạm vi bảo hiểm: Người được bảo hiểm bị bệnh tật, biến chứng thai sản dẫn đến phải nằm viện và phẫu thuật trong thời hạn bảo hiểm và thỏa mãn quy định về thời gian chờ.

9.2.2 Quyền lợi bảo hiểm: Trường hợp Người được bảo hiểm bị bệnh tật, biến chứng thai sản dẫn đến phải phẫu thuật thuộc phạm vi bảo hiểm, ABIC chi trả chi phí y tế thực tế hợp lý phát sinh cho phẫu thuật, bao gồm:

- a. Chi phí hội chẩn, gây mê/gây tê, hồi sức, phẫu thuật.
- b. Chi phí bác sĩ phẫu thuật (không bao gồm chi phí yêu cầu/lựa chọn bác sĩ của Người được bảo hiểm).
- c. Thuốc sử dụng trong phẫu thuật; dịch truyền, máu và các chế phẩm y tế sử dụng trong phẫu thuật.
- d. Chi phí cấy ghép nội tạng (không bao gồm chi phí để có nội tạng và chi phí liên quan đến người hiến tạng).
- e. Các chi phí điều trị khác theo chỉ định của bác sĩ và chi hỗ trợ khác được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- f. Giới hạn chi trả theo loại chi phí được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

9.2.3 Thời gian chờ

- a. Bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn: 365 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.
- b. Biến chứng thai sản: 90 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.
- c. Bệnh khác: 30 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.

d. Đối với bảo hiểm tái tục: Không áp dụng thời gian chờ.

Điều 10: Điều kiện E: Bảo hiểm điều trị ngoại trú

10.1 Phạm vi và quyền lợi bảo hiểm: Người được bảo hiểm bị bệnh tật, biến chứng thai sản dẫn đến phải điều trị ngoại trú trong thời hạn bảo hiểm và thỏa mãn quy định về thời gian chờ. ABIC sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm các chi phí y tế hợp lý để khám và điều trị ngoại trú do bệnh, biến chứng thai sản trong thời hạn bảo hiểm, bao gồm:

10.1.1 Chi phí khám và chữa bệnh theo chỉ định của bác sĩ.

10.1.2 Cận lâm sàng cần thiết theo chỉ định của bác sĩ để chẩn đoán và điều trị bao gồm: Xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi, thăm dò chức năng, ...

10.1.3 Vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, liệu pháp ánh sáng.

10.1.4 Xạ trị, hóa trị ngoại trú.

10.1.5 Chạy thận nhân tạo ngoại trú.

10.1.6 Chi phí phẫu thuật, thủ thuật ngoại trú.

10.1.7 Các chi phí điều trị khác theo chỉ định của bác sĩ.

10.1.8 Giới hạn chi trả theo loại chi phí được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

10.2 Thời gian chờ

10.2.1 Bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn: 365 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.

10.2.2 Bệnh viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phổi các loại đối với trẻ em dưới 6 tuổi: 180 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.

10.2.3 Biến chứng thai sản: 90 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.

10.2.4 Bệnh khác: 30 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.

10.2.5 Đối với bảo hiểm tái tục: Không áp dụng thời gian chờ.

Điều 11: Điều kiện F: Bảo hiểm nha khoa

11.1 Phạm vi và quyền lợi bảo hiểm: ABIC sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm đối với các chi phí y tế hợp lý chăm sóc và điều trị răng (nội trú, trong ngày, ban ngày và ngoại trú) phát sinh trong thời hạn bảo hiểm, cụ thể:

11.1.1 Chi phí khám; Cận lâm sàng cần thiết theo chỉ định của bác sĩ để chẩn đoán và điều trị bao gồm: Xét nghiệm cận lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh như X-quang, MRI, CT, thăm dò chức năng, ...

11.1.2 Chi phí lấy cao răng.

11.1.3 Trám (hàn) răng bệnh lý.

11.1.4 Nhổ răng bệnh lý, nhổ chân răng, nhổ răng khôn mọc lệch (bao gồm phẫu thuật).

11.1.5 Chữa tủy răng.

11.1.6 Điều trị viêm nướu/viêm lợi, viêm nha chu.

11.1.7 Phẫu thuật cắt chóp răng.

11.1.8 Chi phí điều trị khác theo chỉ định của bác sĩ.

11.1.9 Các bệnh lý khác về răng theo kết luận của bác sĩ.

10.1.10 Giới hạn chi trả theo loại chi phí được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

11.2 Thời gian chờ:

11.2.1 Sâu răng, cạo vôi răng; cắt chóp răng: 180 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.

11.2.2 Bệnh răng khác: 30 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.

11.2.3 Đối với bảo hiểm tái tục: Không áp dụng thời gian chờ.

Điều 12: Điều kiện G: Bảo hiểm sinh con

12.1 Phạm vi và quyền lợi bảo hiểm: ABIC sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm đối với các chi phí sinh con tại các cơ sở y tế phát sinh trong thời hạn bảo hiểm, bao gồm:

12.1.1 Sinh thường.

12.1.2 Sinh mổ (không bao gồm sinh mổ theo yêu cầu của Người được bảo hiểm).

12.1.3 Chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh trong thời gian nằm viện cùng mẹ sau sinh.

12.1.4 Trợ cấp sinh con.

12.1.5 Giới hạn chi trả theo loại chi phí được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

12.1.6 Thời gian chi trả tính từ ngày sinh con. Trường hợp nhập viện nhiều ngày để chờ sinh con thì thời gian chi trả được tính từ 01 ngày trước khi sinh con.

12.2 Thời gian chờ: 270 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất. Đối với bảo hiểm tái tục: Không áp dụng thời gian chờ.

III LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Điều 13: Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

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

13.1 Loại trừ chung áp dụng cho tất cả các điều kiện bảo hiểm

13.1.1 Hành vi cố ý gây thiệt hại đối với sức khỏe, tính mạng của Người được bảo hiểm.

13.1.2 Hành vi cố ý gây thiệt hại đối với sức khỏe, tính mạng cho Người được bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng, Người thừa kế. Trong trường hợp Người thụ hưởng, Người thừa kế cố ý gây thiệt hại đối với sức khỏe, tính mạng cho Người được bảo hiểm, ABIC có quyền từ chối chi trả quyền lợi cho người có hành vi cố ý đó, nhưng ABIC vẫn trả tiền bảo hiểm cho những Người thụ hưởng, Người thừa kế khác theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

13.1.3 Người được bảo hiểm sử dụng ma túy, các chất kích thích khác mà pháp luật cấm sử dụng và đây là nguyên nhân làm cho Người được bảo hiểm bị tai nạn, bệnh tật.

13.1.4 Người được bảo hiểm bị tử hình theo phán quyết của Tòa án, tham gia vào các hoạt động bất hợp pháp, tham gia đánh nhau trừ trường hợp được xác nhận là hành động phòng vệ chính đáng.

13.1.5 Người được bảo hiểm bỏ trốn, mất tích (trừ trường hợp Tòa án có quyết định tuyên bố Người được bảo hiểm đã chết do tai nạn và tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm).

13.1.6 Người được bảo hiểm mắc các bệnh thuộc hội chứng suy giảm miễn dịch HIV, AIDS, các bệnh lây truyền qua đường tình dục theo hướng dẫn của Bộ Y tế như: Lậu, Chlamydia, Giang mai, Hạ cam, Trùng roi, Herpes sinh dục, Sùi mào gà, Hột xoài và hậu quả hoặc biến chứng của các bệnh trên trừ các trường hợp được bảo hiểm theo điều khoản BS14.

13.1.7 Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoạt động thể thao nguy hiểm trừ các trường hợp được bảo hiểm theo điều khoản BS16.

13.1.8 Các trường hợp không thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc xảy ra trong thời gian chờ của Quy tắc bảo hiểm này hoặc theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm.

13.1.9 Người được bảo hiểm không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này.

13.1.10 Sự kiện xảy ra và chi phí phát sinh ngoài lãnh thổ Việt Nam (trừ khi có thỏa thuận khác).

13.1.11 Động đất, núi lửa, nhiễm phóng xạ, chiến tranh, đình công, nội chiến (trừ khi có thỏa thuận khác).

13.2 Loại trừ áp dụng riêng cho các Điều kiện C; D, E, F, G

13.2.1 Điều trị y tế không theo chỉ định của bác sĩ; sản phẩm không được Bộ Y tế cho phép lưu hành, điều trị không được khoa học công nhận, điều trị thử nghiệm.

13.2.2 Chi phí mua, bảo dưỡng, sửa chữa, thay thế các bộ phận giả trừ các trường hợp được bảo hiểm theo điều khoản BS1.

13.2.3 Chi phí mua, bảo dưỡng, sửa chữa các trang thiết bị y tế, mỹ phẩm, thực phẩm chức năng hỗ trợ điều trị trừ các trường hợp được bảo hiểm theo điều khoản BS1.

13.2.4 Tạo hình thẩm mỹ, chỉnh hình thẩm mỹ, làm giả các bộ phận của cơ thể.

13.2.5 Chi phí khám bệnh, chẩn đoán, làm các xét nghiệm cận lâm sàng nhưng chưa có kết luận bệnh lý hoặc đã có kết luận bệnh nhưng Người được bảo hiểm chưa có chỉ định điều trị y tế hoặc có chỉ định theo dõi/khám định kỳ trừ các trường hợp được bảo hiểm theo điều khoản BS9.

13.2.6 Khám, làm các xét nghiệm theo chỉ định của bác sĩ nhằm khoanh vùng nguyên nhân nhưng không trực tiếp phục vụ việc chẩn đoán, điều trị bệnh tật, thai sản, thương tật theo kết luận của bác sĩ

trừ các trường hợp được bảo hiểm theo điều khoản BS10.

13.2.7 Trong trường hợp chi phí y tế liên quan tới cùng thương tật, bệnh tật, thai sản được bảo hiểm theo nhiều Hợp đồng bảo hiểm, ABIC không chi trả cho các chi phí y tế đã được chi trả theo các Hợp đồng bảo hiểm khác trừ khi tham gia điều khoản BS11.

13.3 Loại trừ áp dụng riêng cho các Điều kiện D; E, F, G

13.3.1 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 trừ các trường hợp được bảo hiểm điều khoản BS13.

13.3.2 Các rối loạn liên quan đến tuổi tác, lão suy; rối loạn chức năng sinh dục không có nguyên nhân thể; liệu pháp hormone thay thế thời kỳ dậy thì, tiền mãn kinh, mãn kinh, tiền mãn dục, mãn dục và hậu quả hoặc biến chứng của điều trị trên.

13.3.3 Điều trị kiểm soát trọng lượng/chiều cao cơ thể (bao gồm suy dinh dưỡng, còi xương, béo phì). Các can thiệp liên quan đến chứng khó thở khi ngủ (ngủ ngáy và ngưng thở khi ngủ trừ trường hợp ngưng thở khi ngủ xác định do nguyên nhân thuộc phạm vi bảo hiểm) và hậu quả hoặc biến chứng của điều trị trên.

13.3.4 Điều trị bệnh thuộc rối loạn tâm thần, rối loạn hành vi, rối loạn tâm lý, rối loạn thiếu tập trung, bệnh chậm phát triển, tự kỷ, tăng động, rối loạn ngôn ngữ, hội chứng căng thẳng, stress hoặc các bệnh liên quan đến hội chứng đó và hậu quả hoặc biến chứng của điều trị trên.

13.3.5 Các điều trị rối loạn sắc tố da, rụng tóc, điều trị mụn trứng cá, nốt ruồi (u sắc tố), nốt chai tay chân, rụng tóc và hậu quả hoặc biến chứng liên quan đến các điều trị trên.

13.3.6 Giám định y khoa hoặc tư vấn y tế không liên quan đến điều trị bệnh, thai sản hoặc thương tật.

13.3.7 Kiểm tra thị lực và thính lực thông thường, điều trị cận thị, viễn thị/lão thị, loạn thị, điều trị và phẫu thuật những khiếm khuyết về suy thoái thị lực và thính lực tự nhiên, bệnh đục thủy tinh thể và các biến chứng của điều trị trên.

13.3.8 Kiểm tra sức khỏe định kỳ (nội trú hoặc ngoại trú); khám sức khỏe tổng quát trừ khi có thỏa thuận khác.

13.3.9 Khám giám định y khoa mà không liên quan tới việc điều trị bệnh tật hoặc điều trị y tế không đáp ứng với các điều kiện điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y khoa. Điều trị, phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không liên quan tới việc điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định. Sử dụng thuốc không phải thuốc kê theo đơn của bác sĩ, điều trị không được y học công nhận, điều trị thử nghiệm. Các hình thức phòng bệnh và sử dụng thuốc phòng ngừa (trừ trường hợp phải phòng ngừa sau khi bị tai nạn hay súc vật, côn trùng cắn/đốt).

13.3.10 Các sản phẩm vitamin hoặc khoáng chất, thực phẩm chức năng, các loại thuốc bổ sung cho chế độ dinh dưỡng, ăn kiêng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm (trừ trường hợp vitamin hoặc khoáng chất được bác sĩ chỉ định để điều trị các bệnh/triệu chứng được xác định do thiếu hụt vitamin hoặc hỗ trợ điều trị bệnh với điều kiện chi phí cho vitamin, khoáng chất không lớn hơn chi phí thuốc điều trị) trừ các trường hợp được bảo hiểm theo điều khoản BS1.

13.3.11 Điều trị, phẫu thuật hoặc chỉ định điều trị, chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày đầu tiên của thời hạn bảo hiểm (không áp dụng đối với bảo hiểm tái tục).

13.3.12 Thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa sinh đẻ, điều trị vô sinh, thực hiện các phương pháp hỗ trợ thụ thai, điều trị khả năng sinh sản hoặc hiếm muộn; điều trị bất lực, liệt dương; điều trị các vấn đề về giới tính, chuyển đổi giới tính; các liệu pháp thay đổi hóc môn; các thủ thuật mở thông buồng trứng/vòi trứng, ống dẫn trứng, chuyển dạ giả và hậu quả hoặc biến chứng của điều trị trên.

13.4 Tùy theo đối tượng bảo hiểm/chương trình bảo hiểm ABIC có thể điều chỉnh một số điểm loại trừ bảo hiểm phù hợp.

IV THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 14: Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

14.1 Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người yêu cầu hợp pháp giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo ngay cho ABIC và chậm nhất trong vòng 60 ngày phải thông báo bằng văn bản hoặc hình thức khác theo quy định của ABIC.

14.2 Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là 01 năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, trừ trường hợp chậm trễ do sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan theo quy định của pháp luật. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

14.3 Mọi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm vượt quá thời hạn quy định tại khoản 14.2 Điều 14 không được ABIC chấp nhận.

Điều 15: Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm; Người được bảo hiểm; Người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm (trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong); Người thụ hưởng hợp pháp (trong trường hợp Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm không yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm) có trách nhiệm thu thập và cung cấp cho ABIC những giấy tờ sau để làm thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bao gồm:

15.1 Bản chính Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo mẫu của ABIC).

15.2 Bản sao hợp lệ Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

15.3 Bản sao hợp lệ trích lục khai tử/giấy chứng tử/biên bản khám nghiệm tử thi/biên bản kết luận của cơ quan, chính quyền địa phương hoặc công an (trường hợp tử vong).

15.4 Bản chính hoặc bản sao hợp lệ giấy tờ hợp pháp chứng minh quyền thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm.

15.5 Bản chính hoặc bản sao hợp lệ biên bản tai nạn/bản tường trình tai nạn có xác nhận của cơ quan và/hoặc chính quyền địa phương hoặc công an nơi xảy ra tai nạn (trường hợp tai nạn).

15.6 Bản chính các chứng từ liên quan đến việc điều trị: Giấy ra/vào viện, trích sao/tóm tắt bệnh án, chỉ định, kết quả cận lâm sàng (xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng), toa thuốc/đơn thuốc, giấy chứng nhận phẫu thuật/phiếu mổ, các chứng từ y tế có liên quan khác. Trường hợp không cung cấp được bản chính có thể cung cấp bản sao công chứng hoặc bản sao có xác nhận đã đối chiếu bản chính của cán bộ ABIC.

15.7 Chứng từ liên quan đến việc thanh toán chi phí y tế: Bản chính hóa đơn, biên lai, phiếu thu, bảng kê liên quan tới khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều Quy tắc bảo hiểm liên quan đến phần chi phí y tế, khi thanh toán phần vượt quá của các Quy tắc bảo hiểm khác, ABIC chấp nhận chi trả căn cứ vào hóa đơn bản phô tô (có ảnh chụp hoặc bản scan hóa đơn gốc để đối chiếu) và xác nhận của doanh nghiệp bảo hiểm đã chi trả cho phần chi phí y tế theo Quy tắc bảo hiểm khác.

15.8 Các giấy tờ cần thiết khác (nếu có) có liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm phù hợp với quy định của pháp luật và Quy tắc bảo hiểm này.



GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 16: Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

16.1 Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, ABIC có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong thời hạn đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp không có thỏa thuận về thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm, ABIC có trách nhiệm giải quyết trong vòng 15 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ theo quy định tại Điều 15 Quy tắc bảo hiểm này.

16.2 Thông báo giải quyết quyền lợi bảo hiểm bằng văn bản được ABIC gửi tới các bên thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm.

16.3 Chi trả quyền lợi bảo hiểm cho người thụ hưởng:

16.3.1 Đối với Hợp đồng bảo hiểm, điều khoản bảo hiểm có chỉ định người thụ hưởng: ABIC chi trả cho người thụ hưởng theo chỉ định tương ứng với số tiền thụ hưởng của người thụ hưởng đó.

Trường hợp số tiền chi trả của ABIC lớn hơn số tiền thụ hưởng của người thụ hưởng theo chỉ định, ABIC tiếp tục chi trả số tiền chênh lệch cho Người được bảo hiểm, Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

16.3.2 Đối với Hợp đồng bảo hiểm, điều khoản bảo hiểm không chỉ định người thụ hưởng, ABIC chi trả quyền lợi bảo hiểm cho Người được bảo hiểm, Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

16.4 Trường hợp từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm, ABIC phải thông báo bằng văn bản cho Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm biết lý do từ chối trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ.

16.5 ABIC sẽ thanh toán chi phí hợp lý, hợp lệ liên quan đến giám định y khoa, giám định pháp y đối với các trường hợp được ABIC chỉ định.

Điều 17: Áp dụng giảm trừ trong giải quyết quyền lợi bảo hiểm

ABIC sẽ giảm trừ một phần số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm (không áp dụng đối với điều khoản BS5) tùy theo mức độ vi phạm trong các trường hợp sau đây:

17.1 Giảm trừ 5% số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp thông báo sự kiện bảo hiểm quá thời gian quy định tại khoản 14.1 Điều 14 Quy tắc bảo hiểm này (trừ trường hợp nguyên nhân do sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan).

17.2 Giảm trừ 20% số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm vi phạm một trong các hành vi dưới đây:

17.2.1 Người được bảo hiểm điều khiển xe cơ giới, xe máy chuyên dùng đi vào đường cấm, khu vực cấm, đưa xe, vận chuyển trái phép hoặc không thực hiện đầy đủ các quy định về vận chuyển hàng hóa nguy hiểm (chỉ áp dụng đối với người điều khiển xe, không áp dụng đối với người ngồi trên xe).

17.2.2 Người được bảo hiểm vi phạm nghiêm trọng quy định của pháp luật; vi phạm nội quy của cơ quan theo Luật lao động; sử dụng trái phép: điện, vũ khí, chất nổ.

17.3 Giảm trừ 50% số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm vi phạm một trong các hành vi dưới đây:

17.3.1 Người được bảo hiểm điều khiển xe cơ giới không có giấy phép lái xe theo quy định; điều khiển xe máy chuyên dùng không có giấy phép lái xe hoặc chứng chỉ bồi dưỡng kiến thức pháp luật về giao thông đường bộ, bằng hoặc chứng chỉ điều khiển xe máy chuyên dùng.

17.3.2 Người được bảo hiểm điều khiển xe cơ giới, xe thô sơ, xe máy chuyên dùng có nồng độ cồn trong máu vượt quá 50 miligam/100 mililit máu (tương đương 10,9 mmol/1 lít máu) hoặc nồng độ cồn trong khí thở vượt quá 0,25 miligam/1 lít khí thở.

17.3.3 Người được bảo hiểm sử dụng ma túy các chất kích thích khác mà pháp luật cấm sử dụng ngoài các trường hợp được quy định tại điểm 13.1.3 khoản 13.1 Điều 13.

17.3.4 Cố tình che giấu thông tin về thời gian, diễn biến, quá trình điều trị tai nạn, bệnh tật dẫn đến ABIC gặp khó khăn khi tiến hành xác minh, thu thập tài liệu.

17.4 Trường hợp áp dụng nhiều mức giảm trừ, tổng số tiền giảm trừ không vượt quá 50% số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm.

VI HỦY BỎ VÀ CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Điều 18: Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm

18.1 Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ trong các trường hợp sau:

18.1.1 Người được bảo hiểm không đủ điều kiện quy định tại khoản 1.3 Điều 1.

18.1.2 Bên mua bảo hiểm cố ý cung cấp thông tin không đầy đủ hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm để được trả tiền bảo hiểm.

18.1.3 Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

18.2 Khi Hợp đồng bảo hiểm bị hủy bỏ ABIC không phải chịu trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm đối với mọi rủi ro đã xảy ra đối với Người được bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm sẽ được hoàn lại 100% phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bị hủy bỏ.

Điều 19: Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

19.1 Khi Bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm theo thời hạn thanh toán phí bảo hiểm trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc sau thời gian gia hạn đóng phí.

19.2 ABIC hoặc Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn. Bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 15 ngày kể từ ngày dự định chấm dứt.

19.3 Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt theo khoản 6.4 Điều 6, khoản 7.4 Điều 7 Quy tắc bảo hiểm này.

19.4 Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

19.5 Hậu quả chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

19.5.1 Khi chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, phí bảo hiểm được tính trên cơ sở số ngày tham gia bảo hiểm thực tế theo biểu phí quy định.

19.5.2 Trường hợp chấm dứt hợp đồng theo khoản 19.1 Điều 19, ABIC hoàn lại phần phí bảo hiểm đã đóng vượt quá mức phí của thời hạn bảo hiểm (nếu có) hoặc yêu cầu Bên mua bảo hiểm đóng đủ phí đến thời điểm chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm. ABIC không hoàn lại phí bảo hiểm trong trường hợp đã xảy ra sự kiện bảo hiểm được ABIC chấp thuận chi trả quyền lợi bảo hiểm.

19.5.3 Trường hợp chấm dứt hợp đồng theo khoản 19.2 Điều 19, nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt, ABIC hoàn trả tối thiểu 70% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện chưa có khiếu nại nào được ABIC chấp nhận chi trả quyền lợi bảo hiểm. Nếu ABIC yêu cầu chấm dứt, ABIC sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại.

19.5.4 Trường hợp chấm dứt hợp đồng theo khoản 19.3 Điều 19, ABIC không hoàn phí bảo hiểm cho thời gian còn lại đối với các hợp đồng đang có hiệu lực bảo hiểm.

Điều 20: Khôi phục Hợp đồng bảo hiểm

Khi Bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm theo thời hạn thanh toán phí bảo hiểm trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc sau thời gian gia hạn đóng phí thì ABIC chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm có thể được khôi phục hiệu lực khi Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm còn thiếu theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Thời điểm khôi phục hiệu lực hợp đồng sẽ được hai bên thỏa thuận bằng văn bản sau khi ABIC nhận được đầy đủ phí bảo hiểm. ABIC không chịu trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm cho những sự kiện xảy ra đối với Người được bảo hiểm trong khoảng thời gian Hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực.

VII QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

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

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

21.1.1 Yêu cầu ABIC cung cấp bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi liên quan đến Người được bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm, cấp Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

21.1.2 Yêu cầu ABIC trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc Người được bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm

21.1.3 Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này và theo quy định của pháp luật.

21.1.4 Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

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

21.2.1 Cung cấp đầy đủ và trung thực tất cả những thông tin có liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của ABIC đồng thời chịu hoàn toàn trách nhiệm về những thông tin đã cung cấp.

21.2.2 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.

21.2.3 Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.

21.2.4 Khi xảy ra rủi ro, Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng phải áp dụng mọi biện pháp cần thiết có thể để ngăn ngừa hạn chế tổn thất, chấp hành chỉ định chẩn đoán, điều trị của người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

21.2.5 Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm có nghĩa vụ thu thập và cung cấp cho ABIC các giấy tờ cần thiết và các thông tin có liên quan theo yêu cầu của ABIC một cách trung thực, chính xác, kịp thời và đầy đủ. Đồng thời tạo điều kiện thuận lợi cho ABIC tiến hành xác minh nguyên nhân, hậu quả rủi ro.

21.2.6 Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

Điều 22: Quyền và nghĩa vụ của ABIC

22.1 Quyền của ABIC

22.1.1 Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

22.1.2 Yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.

22.1.3 Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này và theo quy định của pháp luật.

22.1.4 Từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi bảo hiểm theo quy định tại Quy tắc bảo hiểm này.

22.1.5 Yêu cầu Bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp để phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của pháp luật.

22.1.6 Chấp nhận hoặc không chấp nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại Điều 20 Quy tắc bảo hiểm này.

22.1.7 Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

22.2 Nghĩa vụ của ABIC

22.2.1 Cung cấp cho Bên mua bảo hiểm bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi liên quan đến Người được bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm. Giới thiệu, tư vấn và 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.

22.2.2 Cấp Hợp đồng bảo hiểm và hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm ngay sau khi giao kết hợp đồng cho Bên mua bảo hiểm.

22.2.3 Trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

22.2.4 Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm.

22.2.5 Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật và theo quy định của Quy tắc bảo hiểm này.

Điều 23: Trách nhiệm và hậu quả pháp lý do vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin

23.1 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 trả tiền bảo hiểm thì ABIC có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. ABIC hoàn lại toàn bộ phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.

23.2 Trường hợp ABIC cố ý không thực hiện nghĩa vụ cung cấp thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. ABIC hoàn lại toàn bộ phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.

VIII GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 24: Giải quyết tranh chấp

Tranh chấp về Hợp đồng bảo hiểm được giải quyết thông qua thương lượng giữa các bên. Trường hợp không thương lượng được thì tranh chấp được giải quyết thông qua hòa giải hoặc Trọng tài hoặc Tòa án theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật.

Điều 25: Thời hiệu khởi kiện

Thời hiệu khởi kiện về Hợp đồng bảo hiểm là 03 năm, kể từ ngày người có quyền yêu cầu biết hoặc phải biết quyền và lợi ích hợp pháp của mình bị xâm phạm.

Phụ lục 1

ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ SUNG

(Ban hành kèm theo Quy tắc bảo hiểm sức khỏe toàn diện)

Trên cơ sở Bên mua bảo hiểm đã tham gia bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm sức khỏe toàn diện (ABIC Care), Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn thêm các Điều khoản bảo hiểm bổ sung dưới đây. Điều khoản bảo hiểm bổ sung sẽ tuân theo các điều khoản có liên quan của Quy tắc bảo hiểm sức khỏe toàn diện.

1. Điều khoản bổ sung BS1: Bảo hiểm trang thiết bị y tế, sản phẩm y tế hỗ trợ điều trị

Theo điều khoản này, ABIC sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm các chi phí thực tế hợp lý theo chỉ định của bác sĩ đối với trang thiết bị, dụng cụ y tế; sản phẩm y tế hỗ trợ điều trị để điều trị trực tiếp hoặc hỗ trợ điều trị làm giảm nhẹ đau đớn và bệnh tật, hỗ trợ vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể.

Giới hạn chi trả theo loại trang thiết bị y tế, sản phẩm y tế hỗ trợ điều trị trên được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

2. Điều khoản bổ sung BS2: Trợ cấp mất, giảm thu nhập do tai nạn

a. Theo điều khoản này, ABIC sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm số tiền theo thỏa thuận để bù đắp cho khoản thu nhập bị giảm/mất cho thời gian nghỉ làm trong thời hạn bảo hiểm theo chỉ định của bác sĩ để điều trị thương tật do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm của Điều kiện A. Thời gian hưởng trợ cấp được tính theo số ngày nghỉ thực tế và không vượt quá Thời gian trợ cấp được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

b. Cách tính số tiền trợ cấp mất giảm thu nhập do tai nạn: Số tiền bảo hiểm theo điều khoản BS2/Thời gian trợ cấp (ngày) x Số ngày nghỉ.

- Số ngày nghỉ được hưởng trợ cấp bao gồm cả thứ bảy, chủ nhật và ngày lễ.

- Số ngày nghỉ phải có chỉ định của bác sĩ và xác nhận của bộ phận nhân sự.

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

3. Điều khoản bổ sung BS3: Bảo hiểm tai nạn mở rộng

Theo điều khoản này, trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong do tai nạn xảy ra khi đang di chuyển trên các phương tiện giao thông công cộng với tư cách là hành khách có mua vé và thuộc phạm vi bảo hiểm của Điều kiện A, ABIC sẽ chi trả thêm số tiền bảo hiểm theo điều khoản BS3 được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

4. Điều khoản bổ sung BS4: Bảo hiểm chi phí khám thai định kỳ

Theo điều khoản này, ABIC sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm chi phí khám thai định kỳ (bao gồm chi phí khám và các cận lâm sàng) trong thời hạn bảo hiểm.

Giới hạn số lần chi trả, số tiền chi trả được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

5. Điều khoản bổ sung BS5: Bảo hiểm mai táng phí

Theo điều khoản này, trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong trong thời hạn bảo hiểm, ABIC trả một lần chi phí mai táng phí cho Người thụ hưởng/Người thừa kế hợp pháp hoặc Cơ quan, chính quyền địa phương/Người đã đứng ra tổ chức mai táng cho Người được bảo hiểm với số tiền bảo hiểm theo điều khoản BS5 quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm trừ trường hợp hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm.

Không áp dụng loại trừ bảo hiểm đối với điều khoản này.

6. Điều khoản bổ sung BS6: Trợ cấp người phụ thuộc

Theo điều khoản này, trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm theo Điều kiện A, ABIC chi trả trợ cấp 01 lần cho người phụ thuộc của Người được bảo hiểm. Số tiền trợ cấp/người và số người tối đa nhận trợ cấp được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Người phụ thuộc của Người được bảo hiểm bao gồm:

- a. Con hợp pháp (con ruột, con nuôi) dưới 14 tuổi;
- b. Bố, mẹ (bố, mẹ đẻ; bố, mẹ chồng/vợ) trên 62 tuổi.

7. Điều khoản bổ sung BS7: Kết hợp Bảo hiểm y tế

Theo điều khoản này, ABIC chi trả trợ cấp 01 lần cho Người được bảo hiểm khi Người được bảo hiểm sử dụng bảo hiểm y tế và được bảo hiểm y tế thanh toán tối thiểu theo giới hạn quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm đối với chi phí khám và điều trị bệnh, thương tật thuộc phạm vi bảo hiểm. Số tiền trợ cấp được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

8. Điều khoản bổ sung BS8: Đồng chi trả

Theo điều khoản này, ABIC và Người được bảo hiểm cùng chi trả chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm. Phần chi trả của ABIC được tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng số tiền chi phí y tế và trợ cấp thuộc phạm vi 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 do ABIC sau khi áp dụng điều khoản này bằng hạn mức quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.

9. Điều khoản bổ sung BS9: Bảo hiểm chi phí khám bệnh nhưng chưa điều trị

Theo điều khoản này, ABIC sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm đối với các chi phí khám bệnh, chẩn đoán, làm các cận lâm sàng trong thời hạn bảo hiểm được bác sĩ chỉ định dựa trên các triệu chứng được ghi nhận nhưng chưa có kết luận bệnh lý hoặc đã có kết luận bệnh nhưng chưa có chỉ định điều trị y tế hoặc có chỉ định theo dõi/khám định kỳ.

Giới hạn số lần chi trả, số tiền chi trả được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

10. Điều khoản bổ sung BS10: Bảo hiểm chi phí khám để tầm soát bệnh

Theo điều khoản này, ABIC sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm chi phí khám bệnh, chẩn đoán, làm các cận lâm sàng trong thời hạn bảo hiểm do bác sĩ chỉ định dựa trên triệu chứng được ghi nhận trên chuẩn đoán nhằm khoanh vùng nguyên nhân nhưng không trực tiếp phục vụ cho việc chuẩn đoán và điều trị bệnh tật, thai sản hoặc thương tật theo kết luận của bác sĩ.

Giới hạn số lần chi trả, số tiền chi trả được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

11. Điều khoản bổ sung BS11: Chấp nhận bảo hiểm trùng

Theo điều khoản này, trong trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều Hợp đồng bảo hiểm có cùng phạm vi bảo hiểm cho phần chi phí y tế liên quan tới cùng thương tật, bệnh tật, thai sản được bảo hiểm. ABIC sẽ chi trả độc lập các quyền lợi bảo hiểm được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm với các Hợp đồng bảo hiểm khác của Người được bảo hiểm.

12. Điều khoản bổ sung BS12: Mở rộng trường hợp ngộ độc

Theo điều khoản này, ABIC chi trả các trường hợp sau đây theo quyền lợi bảo hiểm tai nạn tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

- a. Người được bảo hiểm bị ngộ độc thức ăn/đồ uống;

b. Các trường hợp ngộ độc, nhiễm độc khác được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

13. Điều khoản bổ sung BS13: Bảo hiểm bệnh bẩm sinh

Theo điều khoản này, ABIC nhận mở rộng bảo hiểm bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền/dị tật/khuyết tật bẩm sinh, bệnh dị dạng về gen, các dị tật bẩm sinh (sau đây được gọi là Bệnh bẩm sinh). Danh mục Bệnh bẩm sinh được bảo hiểm sẽ được liệt kê chi tiết trong Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Thời gian chờ: 365 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.

14. Điều khoản bổ sung BS14: Bảo hiểm bệnh lây truyền qua đường tình dục

Theo điều khoản này, ABIC nhận mở rộng bảo hiểm bệnh lây truyền qua đường tình dục. Danh mục bệnh lây truyền qua đường tình dục được bảo hiểm được liệt kê chi tiết trong Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Thời gian chờ: 365 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực bảo hiểm gần nhất.

15. Điều khoản bổ sung BS15: Mở rộng phương tiện vận chuyển cấp cứu

Theo điều khoản này, ABIC chấp nhận nhận chi trả đối với các trường hợp sử dụng các phương tiện cấp cứu bằng đường hàng không. Số tiền bảo hiểm/Giới hạn trách nhiệm bảo hiểm được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

16. Điều khoản bổ sung BS16: Mở rộng tai nạn trong hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoạt động thể thao nguy hiểm

a. Theo điều khoản này, ABIC chấp nhận mở rộng bảo hiểm đối với trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn khi tham gia hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoạt động thể thao nguy hiểm.

b. Tùy theo đối tượng bảo hiểm ABIC có thể điều chỉnh danh sách các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoạt động thể thao nguy hiểm phù hợp tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

17. Điều khoản khác

ABIC và Bên mua bảo hiểm có thể thỏa thuận điều chỉnh các điều khoản bổ sung trên theo quy định của pháp luật.

Ngoài các điều khoản bổ sung trên, ABIC và Bên mua bảo hiểm có thể thỏa thuận bổ sung các điều khoản khác theo quy định của pháp luật tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Tùy theo từng Hợp đồng, ABIC sẽ thu thêm phí bảo hiểm tương ứng với điều kiện và trách nhiệm bảo hiểm.

Phụ lục 2

BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM THƯƠNG TẬT

(Ban hành kèm theo Quy tắc bảo hiểm chăm sóc khỏe toàn diện)

TT	TÌNH TRẠNG THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN	TỶ LỆ PHẦN TRĂM TRÊN SỐ TIỀN BẢO HIỂM (%)	
		Tối thiểu	Tối đa
A. Chi trên			
1	Mất một cánh tay từ vai xuống (tháo khớp vai)	75	80
2	Cắt cụt cánh tay từ dưới vai xuống	70	75
3	Cắt cụt một cánh tay từ khuỷu xuống (tháo khớp khuỷu)	65	70
4	Mất trọn 1 bàn tay hay cả 5 ngón tay của một bàn	60	65
5	Mất 4 ngón tay trên một bàn	40	50
6	Mất ngón cái và ngón trỏ	35	45
7	Mất 3 ngón tay: Ngón trỏ, ngón giữa và ngón đeo nhẫn	30	35
8	Mất 1 ngón cái và 2 ngón khác	35	40
9	Mất 1 ngón cái và 1 ngón khác	30	35
10	Mất một ngón trỏ và 2 ngón khác	35	40
11	Mất ngón trỏ và ngón giữa	30	35
12	Mất trọn ngón cái và đốt bàn	25	30
	- Mất trọn ngón cái	20	25
	- Mất cả đốt ngoài	10	15
	- Mất 1/2 đốt ngoài	07	10
13	Mất ngón trỏ và đốt bàn	20	25
	- Mất ngón trỏ	18	22
	- Mất hai đốt 2 và 3	10	12
	- Mất đốt 3	08	10
14	Mất trọn ngón giữa hoặc ngón đeo nhẫn (cả đốt bàn)	18	22
	- Mất ngón giữa hoặc ngón nhẫn	15	18
	- Mất hai đốt 2 và 3	08	12
	- Mất đốt 3	04	07
15	Mất hoàn toàn ngón út và đốt bàn	15	20
	- Mất cả ngón út	10	15
	- Mất hai đốt 2 và 3	08	10
	- Mất đốt 3	04	07
16	Cứng khớp bả vai	25	35
17	Cứng khớp khuỷu tay	25	35
18	Cứng khớp cổ tay	25	35
19	Gãy tay can lệch hoặc mất xương làm chi ngắn trên 3 cm và chức năng quay sấp ngửa hạn chế hoặc tạo thành khớp giả	25	35

B. Chi dưới			
20	Mất một chân từ háng xuống (tháo khớp háng 1 đùi)	75	80
21	Cắt cụt 1 đùi		
	- 1/3 trên	70	75
	- 1/3 giữa hoặc dưới	65	70
22	Cắt cụt 1 chân từ gối xuống (tháo khớp gối)	60	70
23	Tháo khớp cổ chân hoặc mất 1 bàn chân	55	65
24	Mất xương sên	35	40
25	Mất xương gót	35	45
26	Mất đoạn xương chày, mác gây khớp giả cẳng chân	35	45
27	Mất đoạn xương mác	20	30
28	Mất mắt cá chân		
	- Mất cá ngoài	10	15
	- Mất cá trong	15	20
29	Mất cả 5 ngón chân	45	55
30	Mất 4 ngón cả ngón cái	38	45
31	Mất 4 ngón trừ ngón cái	35	40
32	Mất 3 ngón 3-4-5	25	30
33	Mất 3 ngón 1-2-3	30	35
34	Mất 1 ngón cái và 2 ngón	20	25
35	Mất 1 ngón cái	15	20
36	Mất 1 ngón ngoài ngón cái	10	15
37	Mất đốt ngón		
	- Mất 1 đốt ngón cái	08	12
	- Mất một đốt của 1 ngón khác ngoài ngón cái	03	05
	- Mất hai đốt ngoài của một ngón khác ngoài ngón cái	05	08
38	Cứng khớp háng	45	55
39	Cứng khớp gối	30	40
40	Mất phần lớn xương bánh chè và giới hạn nhiều khả năng duỗi cẳng chân trên đùi	45	55
41	Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi		
	- Ít nhất 5 cm	40	45
	- Từ 3-5 cm	35	40
42	Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài	35	45
43	Liệt hoàn toàn dây thần kinh khoeo trong	25	35
C. Cột sống			
44	Cắt bỏ cung sau		
	- Của 1 đốt sống	35	40
	- Của 2 đến 3 đốt sống trở lên	45	60
D. Sọ não			
45	Khuyết xương sọ (chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần)		

	- Đường kính dưới 6 cm	25	40
	- Đường kính từ 6 -10 cm	40	60
	- Đường kính trên 10 cm	50	70
46	Rối loạn ngôn ngữ do ảnh hưởng của vết thương đại não		
	- Nói ngọng, nói lắp khó khăn ảnh hưởng đến giao tiếp	30	40
	- Không nói được (câm) do tổn hại vùng Broca	60	70
	- Mất khả năng giao dịch bằng chữ viết (mất nhận biết về ngôn ngữ do tổn hại vùng Wernicke)	55	70
E. Lồng ngực			
47	Cắt bỏ 1 đến 2 xương sườn	15	20
48	Cắt bỏ từ 3 xương sườn trở lên	25	35
49	Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn	08	10
50	Cắt toàn bộ một bên phổi	70	80
51	Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên, dung tích sống giảm trên 50%	65	75
52	Cắt nhiều thùy phổi ở 1 bên	50	60
53	Cắt 1 thùy phổi	35	45
G. Bụng			
54	Cắt toàn bộ dạ dày	75	80
55	Cắt đoạn dạ dày	50	60
56	Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1 m)	75	80
57	Cắt đoạn ruột non	40	50
58	Cắt toàn bộ đại tràng	75	80
59	Cắt đoạn đại tràng	50	60
60	Cắt bỏ gan phải đơn thuần	70	80
61	Cắt bỏ gan trái đơn thuần	60	70
62	Cắt phân thùy gan, tùy vị trí, số lượng và kết quả phẫu thuật	40	60
63	Cắt bỏ túi mật	45	55
64	Cắt bỏ lá lách	40	50
65	Cắt bỏ đuôi tụy, lách	60	70
H. Cơ quan tiết niệu, sinh dục			
66	Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bình thường	50	60
67	Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bị tổn thương hoặc bệnh lý	70	80
68	Cắt 1 phần thận trái hoặc phải	30	40
69	Cắt một phần bàng quang	27	35
70	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người		
	- Dưới 55 tuổi chưa có con	70	80
	- Dưới 55 tuổi có con rồi	55	65
	- Trên 55 tuổi	35	40
71	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người		
	- Dưới 45 tuổi chưa có con	60	70
	- Dưới 45 tuổi có con rồi	30	40

	- Trên 45 tuổi	25	30
72	Cắt vú ở nữ dưới 45 tuổi		
	- 1 bên	20	30
	- 2 bên	45	55
73	Cắt vú ở nữ trên 45 tuổi		
	- 1 bên	15	20
	- 2 bên	30	40
I. Mắt			
74	Mất hoặc mù hoàn toàn một mắt		
	- Không lắp được mắt giả	55	65
	- Lắp được mắt giả	50	60
75	Một mắt thị lực còn đến 1/10	30	45
76	Một mắt thị lực còn từ 2/10 đến 4/10	12	20
77	Một mắt thị lực còn từ 5/10 đến 7/10	07	15
78	Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt nhưng trước khi xảy ra tai nạn đã mất hoặc mù một mắt	80	90
K. Tai - Mũi - Họng			
79	Điếc 2 tai		
	- Hoàn toàn không phục hồi được	75	80
	- Nặng (nói to hoặc thét vào tai còn nghe)	60	70
	- Vừa (nói to 1-2m còn nghe)	35	45
	- Nhẹ (nói to 2-4m còn nghe)	15	25
80	Điếc 1 tai		
	- Hoàn toàn không phục hồi được	30	40
	- Vừa	15	20
	- Nhẹ	08	15
81	Mất vành tai 2 bên	20	40
82	Mất vành tai 1 bên	10	25
83	Sẹo rúm vành tai, chít hẹp ống tai	20	25
84	Mất mũi, biến dạng mũi	18	40
L. Răng - Hàm - Mặt			
85	Mất 1 phần xương hàm trên và 1 phần xương hàm dưới (từ 1/3 đến mất hoàn toàn) từ cạnh cao trở xuống		
	- Khác bên	75	80
	- Cùng bên	70	75
86	Mất toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới	70	80
87	Mất một phần xương hàm trên hoặc một phần xương hàm dưới (từ 1/3 đến mất hoàn toàn) từ cạnh cao trở xuống	35	45
88	Mất răng		
	- Trên 8 cái không lắp được răng giả	30	40
	- Từ 5 đến 7 răng	15	25

	- Từ 3 đến 4 răng	08	15
	- Từ 1 đến 2 răng	03	06
89	Mất 3/4 lưỡi còn gốc lưỡi (từ đường gai V trở ra)	75	85
90	Mất 2/3 lưỡi từ đầu lưỡi	50	60
91	Mất 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm	15	25
92	Mất một phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm	10	15

NGUYÊN TẮC XÉT TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Việc xét giải quyết trả tiền theo bảng này sẽ căn cứ trên các chứng từ điều trị của Người được bảo hiểm và các quy định dưới đây:

1. Mất hẳn chức năng của từng bộ phận hoặc hỏng vĩnh viễn chi được coi như mất từng bộ phận đó hoặc mất chi.
2. Những trường hợp thương tật không liệt kê trong bảng sẽ được bồi thường theo tỷ lệ trên cơ sở so sánh tính nghiêm trọng của nó với những trường hợp khác có trong bảng.
3. Vết thương điều trị bình thường, vết thương không bị nhiễm trùng sẽ được trả tiền bảo hiểm tương ứng với mức thấp nhất của thang tỷ lệ trả tiền bảo hiểm quy định cho trường hợp này.
4. Vết thương điều trị phức tạp, vết thương bị nhiễm trùng hoặc sau khi điều trị còn để lại di chứng thì tùy theo mức độ nặng, nhẹ được trả cao dần cho tới mức tối đa của thang tỷ lệ trả tiền bảo hiểm quy định cho trường hợp này.
5. Trường hợp đa vết thương được trả tiền bảo hiểm cho từng vết thương nhưng tổng số tiền trả cho người được bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm. Trường hợp đa vết thương ở cùng một chi, tổng số tiền trả cho các vết thương không được vượt quá tỉ lệ mất chi đó.