

Số: 3405/2015/QĐ-ABIC-TSTQT

Hà Nội, ngày 31 tháng 12 năm 2015

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành Quy tắc và Biểu phí bảo hiểm trách nhiệm
trong khám bệnh, chữa bệnh

TỔNG GIÁM ĐỐC
CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM NGÂN HÀNG NÔNG NGHIỆP

Căn cứ Luật Kinh doanh bảo hiểm số 24/2000/QH10 ngày 09/12/2000, Luật Kinh doanh bảo hiểm sửa đổi năm 2010 và các văn bản sửa đổi, hướng dẫn thi hành;

Căn cứ Giấy phép thành lập và hoạt động số 38 GP/KDBH do Bộ Tài chính cấp ngày 18/10/2006 và các Giấy phép điều chỉnh;

Căn cứ Điều lệ Tổ chức và hoạt động của Công ty Cổ phần Bảo hiểm Ngân hàng Nông nghiệp (ABIC) ban hành theo Nghị quyết số 66/2014/NQ-ĐHĐCĐ của Đại hội đồng cổ đông thường niên năm 2014;

Căn cứ Quyết định số 2850/2015/QĐ-HĐQT-TCHC ngày 13/11/2015 của Tổng giám đốc về việc thành lập Tổ soạn thảo Quy tắc tại ABIC;

Căn cứ yêu cầu thực tiễn hoạt động kinh doanh;

Theo đề nghị của Phòng Tài sản Kỹ thuật tại Tờ trình ngày 31/12/2015,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1: Ban hành kèm theo Quyết định này “*Quy tắc và Biểu phí bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh*”.

Điều 2: Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày 01/01/2016.

Điều 3: Thành viên Ban Tổng giám đốc, Trưởng các Phòng tại Trụ sở chính, Giám đốc các Chi nhánh thuộc ABIC chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Chủ tịch HĐQT (để b/c);
- Thành viên HĐQT chuyên trách;
- Ban Kiểm soát;
- Ban KTKSNB, Ban QLRR;
- Lưu: TCHC, TKPC, Tk Cty.



QUY TẮC BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3.405./2015/QĐ-ABIC-TSTQT ngày 31/12/2015
của Tổng Giám đốc Công ty Cổ phần Bảo hiểm Ngân hàng Nông nghiệp)

I. CÁC ĐỊNH NGHĨA, THUẬT NGỮ

1. **Người bảo hiểm hay Doanh nghiệp bảo hiểm:** là Công ty Cổ phần Bảo hiểm Ngân hàng Nông nghiệp (sau đây gọi tắt là ABIC).
2. **Người được bảo hiểm:** là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
3. **Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:** là cơ sở cố định hoặc lưu động đã được cấp giấy phép hoạt động và cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và đã được liệt kê trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Các hình thức tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

- 1.1. Bệnh viện:
 - a) Bệnh viện đa khoa;
 - b) Bệnh viện chuyên khoa.
- 1.2. Cơ sở giám định y khoa:
 - a) Viện Giám định y khoa;
 - b) Trung tâm giám định y khoa.
- 1.3. Phòng khám đa khoa
- 1.4. Phòng khám chuyên khoa, bác sĩ gia đình
- 1.5. Phòng chẩn trị y học cổ truyền
- 1.6. Nhà hộ sinh
- 1.7. Cơ sở chẩn đoán:
 - a) Phòng chẩn đoán hình ảnh;
 - b) Phòng xét nghiệm;
 - c) Phòng thăm dò chức năng;
 - d) Phòng nội soi.
- 1.8. Cơ sở dịch vụ y tế:
 - a) Cơ sở dịch vụ làm răng giả;
 - b) Cơ sở dịch vụ tiêm (chích), thay băng, đếm mạch, đo nhiệt độ, đo huyết áp;
 - c) Cơ sở dịch vụ chăm sóc sức khoẻ tại nhà;
 - d) Cơ sở dịch vụ kính thuốc;
 - e) Cơ sở dịch vụ cấp cứu, vận chuyển người bệnh trong nước và ra nước ngoài.
 - f) Cơ sở dịch vụ y học cổ truyền không dùng thuốc.
- 1.9. Trạm y tế cấp xã và tương đương:
 - a) Trạm y tế xã, phường, thị trấn;
 - b) Phòng y tế của cơ quan, doanh nghiệp, đơn vị, trường học.
- 1.10. Các hình thức tổ chức khám bệnh, chữa bệnh khác:
 - a) Viện nghiên cứu có giường bệnh;
 - b) Viện giám định pháp y tâm thần;
 - c) Viện Pháp y
 - d) Trung tâm kế thừa, ứng dụng y học cổ truyền.
4. **Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh:** là người đã được cấp chứng chỉ hành nghề và thực hiện khám bệnh, chữa bệnh, bao gồm:
 - 1.1. Bác sỹ, y sỹ;

- 1.2. Điều dưỡng viên;
 - 1.3. Hộ sinh viên;
 - 1.4. Kỹ thuật viên;
 - 1.5. Lương y;
 - 1.6. Người có bài thuốc gia truyền hoặc có phương pháp chữa bệnh gia truyền.
5. **Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:** là người hành nghề trong biên chế, người hành nghề có hợp đồng lao động, người hành nghề được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mời từ các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác đến hỗ trợ hoặc thực hiện công tác chuyên môn.
 6. **Tai biến trong khám bệnh, chữa bệnh:** là hậu quả gây tổn hại đến sức khỏe, tính mạng của người bệnh do sai sót chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh hoặc rủi ro xảy ra ngoài ý muốn trong khám bệnh, chữa bệnh mặc dù người hành nghề đã tuân thủ các quy định chuyên môn kỹ thuật.
 7. **Chi phí và phí tổn:** bao gồm chi phí luật sư, chi phí tòa án và các chi phí pháp lý khác có liên quan tới việc điều tra, sửa đổi, giải quyết hoặc bào chữa khiếu nại.
 8. **Ngày hồi tố:** là mốc thời gian quy định rằng những tai biến xảy ra trước thời điểm này thì mọi khiếu nại liên quan đến tai biến đó không thuộc phạm vi bảo hiểm.

II. THỎA THUẬN BẢO HIỂM

Trên cơ sở tuân theo những điều khoản, những hạn mức trách nhiệm, những điểm loại trừ và những điều kiện, trong Quy tắc bảo hiểm này và Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện Người được bảo hiểm đã thanh toán phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn theo thỏa thuận, ABIC đồng ý bồi thường cho Người được bảo hiểm:

1. Đến Hạn mức trách nhiệm được nêu trong Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm đối với bất kỳ số tiền nào mà Người được bảo hiểm có thể chịu trách nhiệm pháp lý phải bồi thường cho bất kỳ khiếu nại nào được lập bằng văn bản trong thời hạn bảo hiểm nêu tại Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm, nhằm chống lại Người được bảo hiểm đối với tai biến trong khám bệnh, chữa bệnh xảy ra trong thời hạn bảo hiểm.
2. Các chi phí và phí tổn phát sinh được ABIC chấp nhận bằng văn bản trong quá trình bào chữa và/hoặc giải quyết bất kỳ khiếu nại nào. Tuy nhiên, trong trường hợp cần phải thanh toán một số tiền cao hơn Hạn mức trách nhiệm theo Quy tắc bảo hiểm này để một khiếu nại nào đó từ bên thứ ba được huỷ bỏ thì trách nhiệm của ABIC đối với các chi phí và phí tổn phát sinh như đề cập ở trên sẽ được tính theo tỷ lệ giữa hạn mức trách nhiệm cho mỗi khiếu nại theo Quy tắc bảo hiểm này và tổng số tiền cần phải thanh toán để khiếu nại đó được huỷ bỏ.

Trong mọi trường hợp, tổng số tiền bồi thường của ABIC không vượt quá hạn mức trách nhiệm nêu trong Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm.

III. HẠN MỨC TRÁCH NHIỆM

1. Hạn mức trách nhiệm đối với mỗi một khiếu nại

Trách nhiệm bồi thường của ABIC cho toàn bộ chi phí bồi thường và các phí tổn chi trả cho một hoặc nhiều người khiếu kiện đối với mỗi một tai biến trong khám bệnh, chữa bệnh sẽ không vượt quá hạn mức trách nhiệm nêu trong Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm.

Nhằm mục đích xác định Hạn mức trách nhiệm, tất cả những khiếu nại phát sinh từ một nguyên nhân chung nhưng gây ra thương tật thân thể của nhiều hơn một người bệnh sẽ được xem xét như là một khiếu nại.

Ngày tổn thất tương ứng sẽ được coi là ngày khiếu nại bằng văn bản đầu tiên được lập để khiếu kiện Người được bảo hiểm.

2. Tổng Hạn mức trách nhiệm

Trách nhiệm bồi thường của ABIC cho toàn bộ chi phí bồi thường và các phí tổn chi trả đối với toàn bộ khiếu nại được lập trong thời hạn bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này sẽ không vượt quá Tổng hạn mức trách nhiệm nêu trong Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm.

IV. MỨC KHẤU TRỪ

Luôn luôn với điều kiện là ABIC sẽ chỉ chịu trách nhiệm bồi thường đối với mỗi và mọi khiếu nại theo Quy tắc bảo hiểm này, phần tiền khiếu nại (mà trong ngữ cảnh của điều khoản này bao gồm cả những chi phí và phí tổn do ABIC chi trả nhằm điều tra và bào chữa khiếu nại) vượt quá Mức khấu trừ do Người được bảo hiểm chịu nêu tại Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm. Điều khoản này cũng quy định rằng nếu có bất cứ chi phí nào mà ABIC chi trả, sau đó được xác định là thấp hơn Mức khấu trừ đã quy định tại Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm, thực chất thuộc trách nhiệm chi trả của Người được bảo hiểm như nêu trên, thì Người được bảo hiểm phải hoàn trả lại số tiền đó cho ABIC ngay sau khi ABIC yêu cầu.

V. NHỮNG ĐIỂM LOẠI TRỪ

ABIC không bảo hiểm cho việc bào chữa hoặc bồi thường đối với bất kỳ khiếu nại nào chống lại Người được bảo hiểm phát sinh từ:

1. Bất kỳ dịch vụ nào được thực hiện vượt quá phạm vi đặc thù về dịch vụ chuyên môn, điều trị, tư vấn của người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Pháp luật, quy định và nguyên tắc đạo đức nghề y có liên quan và đang có hiệu lực tại Việt Nam.
2. Dịch vụ liên quan đến phẫu thuật chỉnh hình, phẫu thuật thẩm mỹ trừ khi đó là hoạt động phẫu thuật nhằm tái tạo các bộ phận cơ thể phát sinh một cách cần thiết sau một tai nạn và/hoặc biến dạng bẩm sinh;
3. Hoạt động điều trị/dịch vụ cung cấp nhằm kích thích/phòng tránh sự có thai, sinh sản, bao gồm phẫu thuật chữa trị bệnh vô sinh, thụ tinh ống nghiệm và/hoặc phá thai, nạo hút thai và những tổn thất hậu quả phát sinh từ những dịch vụ trên, bao gồm cả nghĩa vụ chi trả tiền bảo hành cho các dịch vụ đó;
4. Bất kỳ sự lây nhiễm, lây truyền hoặc được cho là nhiễm hay lây truyền các bệnh viêm gan B, C, hoặc D hoặc bất kỳ rối loạn trực tiếp hay gián tiếp gây ra bởi hoặc có liên quan đến Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (bệnh AIDS) hoặc các thể phức tạp liên quan đến AIDS hoặc bất cứ rối loạn nào của một thể tương tự;
5. Sự hoạt động của ngân hàng máu trừ các trường hợp tuân tuý phải cung cấp máu hoặc những sản phẩm huyết học cho hoạt động phẫu thuật, mổ của Người được bảo hiểm nêu tại Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm và Giấy yêu cầu bảo hiểm;
6. Những thiệt hại / thương tật mang tính di truyền;
7. Việc sử dụng thuốc giảm cân hoặc sử dụng silicons;
8. Hoạt động của bác sỹ nha khoa hoặc bác sỹ phẫu thuật nha khoa về
 - a) Gây mê toàn thân hoặc
 - b) Bất cứ thủ tục, công việc nào được thực hiện dưới dạng gây mê toàn thân.
9. Các dịch vụ được thực hiện khi đang chịu ảnh hưởng của các chất gây say hoặc chất ma

tuý;

10. Bất cứ hành động cố ý, thiếu trung thực, ác ý, hành động tội phạm hoặc phạm pháp nào của người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;
11. Việc sản xuất, xây dựng, thay thế, sửa chữa, bảo quản, xử lý bất kỳ hàng hóa hoặc sản phẩm nào được bán, cung cấp hoặc phân phối bởi Người được bảo hiểm ngoài việc chi đơn thuần sử dụng cho hoạt động được bảo hiểm nêu tại Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm và Giấy yêu cầu bảo hiểm;
12. Khiếu nại phát sinh từ thử nghiệm thuốc;
13. Khiếu nại trực tiếp hoặc gián tiếp bắt nguồn từ việc thử nghiệm, thay đổi, xử lý, chế biến, sản xuất, quản lý, phân phối, lưu trữ, thay thế, ứng dụng khác trên Người, vật (chết hoặc còn sống) và các cơ quan, máu, tế bào, chất bài tiết các loại và bất kỳ chất dẫn xuất trực tiếp hoặc gián tiếp nào từ đó bao gồm sinh tổng hợp bằng kỹ thuật kết hợp gen và các sản phẩm liên quan;
14. Thiệt hại thuộc bất kỳ hình thức nào trực tiếp hoặc gián tiếp gây ra do hoặc phát sinh từ hoặc có liên quan đến phóng xạ ion hoá hoặc nhiễm phóng xạ;
15. Bất cứ hậu quả nào của chiến tranh, xâm lược, hành động thù địch nước ngoài, tình trạng chiến sự (dù cho có tuyên chiến hay không), nội chiến, khủng bố, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa hoặc hành động quân sự hoặc hành động của lực lượng tiếm quyền;
16. Khiếu nại do một người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh lập nhằm kiện cáo một người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh khác đang được bảo hiểm bởi Quy tắc bảo hiểm này trong cùng một Hợp đồng bảo hiểm;
17. Trách nhiệm được Người được bảo hiểm thừa nhận theo một hợp đồng hoặc bất kỳ thoả thuận nào khác hoặc bất kỳ cam kết hoặc bảo đảm bằng văn bản nào được thoả thuận bởi Người được bảo hiểm làm gia tăng trách nhiệm pháp lý của Người được bảo hiểm. Điều khoản trừ này sẽ không áp dụng đối với trách nhiệm mà Người được bảo hiểm lẽ ra đã phải chịu dù cho có sự tồn tại của hợp đồng, thoả thuận, cam kết hoặc bảo đảm nói trên hay không.
18. Các cam kết liên quan tới thù lao hoặc phí dịch vụ.

VI. CÁC ĐIỀU KIỆN CHUNG

1. Quy tắc bảo hiểm này và Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm và các tài liệu khác được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm là một bộ phận cấu thành và không thể tách rời của bộ Hợp đồng bảo hiểm. Bất kỳ từ hoặc cụm từ nào được quy định về mặt ý nghĩa trong một phần nào đó của tài liệu cấu thành bộ Hợp đồng bảo hiểm sẽ giữ nguyên ý nghĩa đó trong tất cả các phần cấu thành còn lại của bộ Hợp đồng bảo hiểm.
2. Người được bảo hiểm phải thực hiện tất cả những biện pháp hợp lý nhằm đề phòng hoặc giảm thiểu thương tật, bệnh tật, tổn thất hoặc thiệt hại có thể dẫn đến một khiếu nại thuộc Quy tắc bảo hiểm này.
3. Trong trường hợp có bất kỳ sự cố tai biến trong khám bệnh, chữa bệnh nào có thể dẫn đến một khiếu nại đòi bồi thường theo Quy tắc bảo hiểm này hoặc có bất kỳ vấn đề nào khác liên quan đến sự cố đó mà có lý do để suy đoán rằng có thể phát sinh khiếu nại từ đó, Người được bảo hiểm phải thông báo ngay bằng văn bản cho ABIC trong vòng 07 ngày kể từ ngày phát hiện khả năng dẫn đến khiếu nại.
Sau khi đã thông báo cho ABIC các trường hợp có thể phát sinh khiếu nại nêu trên, Người được bảo hiểm phải thường xuyên cập nhật những thông tin liên quan và thu thập

hồ sơ yêu cầu bồi thường. Trong mọi trường hợp, ABIC chỉ xem xét giải quyết bồi thường đối với những khiếu nại được lập cho những tai biến đó trong vòng 12 tháng kể từ ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm đã nêu tại Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm.

4. Người được bảo hiểm không được thừa nhận trách nhiệm hoặc giải quyết hoặc thực hiện, hứa hẹn việc thanh toán bất kỳ khoản tiền hoặc trả bất cứ chi phí, phí tổn nào liên quan đến bất cứ khiếu nại nào có thể được coi như khoản bồi thường theo Quy tắc bảo hiểm này khi chưa có sự chấp nhận bằng văn bản của ABIC. ABIC là người được phép tiếp quản và kiểm soát trên danh nghĩa của Người được bảo hiểm, việc bào chữa và/hoặc giải quyết bất kỳ khiếu nại nào nêu trên và vì mục đích đó Người được bảo hiểm phải cung cấp toàn bộ thông tin và hỗ trợ khi ABIC yêu cầu một cách hợp lý.
ABIC không được giải quyết bất kỳ khiếu nại nào khi không có sự chấp thuận của Người được bảo hiểm. Tuy nhiên, nếu Người được bảo hiểm từ chối chấp thuận cách thức giải quyết khiếu nại theo đề nghị của ABIC và tiếp tục tranh luận hoặc tiến hành bất kỳ thủ tục pháp lý nào, thì trách nhiệm của ABIC sẽ không vượt quá số tiền mà lẽ ra đã có thể được giải quyết để chi trả cho khiếu nại cộng với chi phí và các phí tổn đã phát sinh với sự đồng ý của ABIC cho đến ngày Người được bảo hiểm từ chối việc giải quyết mà ABIC đưa ra.
5. ABIC có thể bồi thường cho Người được bảo hiểm tối đa bằng hạn mức trách nhiệm theo Quy tắc bảo hiểm này đối với bất kỳ sự cố tai biến nào hoặc bất cứ số tiền nào nhỏ hơn cho khiếu nại hoặc những khiếu nại liên quan đến sự cố đó để khiếu nại được giải quyết và ABIC sẽ không phải chịu thêm bất kỳ trách nhiệm nào về sự cố đó ngoại trừ việc thanh toán chi phí và phí tổn pháp lý đã phát sinh trước khi thanh toán số tiền bồi thường.
6. Nếu tại thời điểm xảy ra bất kỳ sự cố tai biến hoặc khiếu nại, có bất kỳ một Quy tắc bảo hiểm nào khác tồn tại độc lập với Quy tắc bảo hiểm này, bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc được thực hiện bởi hoặc trên danh nghĩa của Người được bảo hiểm cũng bảo hiểm cho sự cố hoặc khiếu nại đó, ABIC sẽ không chịu trách nhiệm trả nhiều hơn phần tỷ lệ tương ứng phải chịu cho khiếu nại đó.
7. Trong trường hợp áp dụng ngày hồi tố được nêu cụ thể trong Giấy chứng nhận và/ hoặc Hợp đồng bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm này sẽ không áp dụng đối với những khiếu nại được lập chống lại Người được bảo hiểm về những hành động sơ suất, sai sót hoặc bỏ sót đã thực hiện hoặc đã xảy ra hoặc được cho là đã thực hiện hoặc đã xảy ra trước ngày hồi tố.
8. Người được bảo hiểm vào bất cứ thời điểm nào phải:
 - a) Duy trì việc lập hồ sơ mô tả chính xác toàn bộ những dịch vụ chuyên môn nhằm đảm bảo tính sẵn có cho việc kiểm tra và sử dụng bởi ABIC hoặc người đại diện hợp pháp của ABIC trong phạm vi liên quan đến bất kỳ khiếu nại nào theo Quy tắc bảo hiểm này;
 - b) Cung cấp cho ABIC hoặc người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm những thông tin, hỗ trợ và những bản báo cáo khi ABIC yêu cầu, và;
 - c) Bằng chi phí của mình, hỗ trợ trong quá trình bào chữa bất cứ khiếu nại nào mà không phụ thuộc vào chi phí của ABIC (ABIC sẽ hoàn trả lại chi phí này cho Người được bảo hiểm trên cơ sở điều kiện, điều khoản của Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm);
9. Việc tuân thủ và thực hiện các điều khoản, điều kiện trong mức độ liên quan đến bất kỳ việc gì phải thực hiện hoặc phải tuân thủ bởi Người được bảo hiểm cũng như tính xác

thực của các lời khai của Người được bảo hiểm trong bản giấy yêu cầu bảo hiểm (đính kèm và là cơ sở pháp lý của hợp đồng này) sẽ là những điều kiện tiên quyết đối với bất kỳ trách nhiệm bồi thường nào của ABIC theo Quy tắc bảo hiểm này.

10. Các bên thoả thuận rằng nếu bất kỳ khoản thanh toán nào được ABIC chi trả cho bất kỳ khiếu nại nào thuộc Quy tắc bảo hiểm này, ABIC được quyền kế thừa toàn bộ quyền lợi của Người được bảo hiểm trong việc truy đòi bên thứ ba gây ra khiếu nại đó.
11. Nếu Người được bảo hiểm lập bất kỳ khiếu nại nào với mục đích lừa đảo hoặc không trung thực, trên phương diện số tiền đòi bồi thường hoặc bất cứ yếu tố nào khác, Quy tắc bảo hiểm này sẽ bị mất hiệu lực hoàn toàn và Người được bảo hiểm sẽ mất quyền lợi được đòi bồi thường về toàn bộ những khiếu nại theo Quy tắc bảo hiểm này.
12. Quy tắc bảo hiểm này sẽ không áp dụng liên quan đến bất cứ loại hình bảo hiểm nào khác và sẽ chỉ bồi thường cho những tổn thất trong điều kiện và trong mức độ không được bồi thường theo bất kỳ Quy tắc bảo hiểm nào khác.
13. Số tiền bồi thường theo Quy tắc bảo hiểm này được giới hạn đối với:
 - a) Khoản tiền bồi thường phát sinh từ phán quyết của một Tòa án có thẩm quyền tại phạm vi lãnh thổ địa lý nêu trong Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm;
 - b) Chi phí, phí tổn và các lệ phí pháp lý khác phát sinh trong phạm vi lãnh thổ nêu trong Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm.
14. Chấm dứt hiệu lực bảo hiểm:
 - a) Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm có thể được chấm dứt hiệu lực bảo hiểm bởi Người được bảo hiểm vào bất kỳ thời điểm nào bằng cách gửi văn bản thông báo cho ABIC, và hiệu lực bảo hiểm sẽ chấm dứt không muộn hơn 30 ngày kể từ ngày thông báo được gửi đi hoặc vào một ngày cụ thể nêu tại văn bản thông báo. Trong trường hợp này Người được bảo hiểm phải thanh toán cho ABIC số phí bảo hiểm tương ứng với thời gian đã được bảo hiểm và cộng thêm 30% số phí bảo hiểm của thời gian còn lại.
 - b) Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm cũng có thể được huỷ bỏ bởi ABIC hoặc đại diện hợp pháp của ABIC bằng cách gửi văn bản thông báo cho Người được bảo hiểm theo địa chỉ của Người được bảo hiểm nêu tại Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm, trong đó nêu rõ hiệu lực bảo hiểm sẽ chấm dứt, không muộn hơn 30 ngày kể từ ngày thông báo được gửi đi hoặc vào một ngày cụ thể nêu tại văn bản thông báo. Trong trường hợp này ABIC được quyền thu phí bảo hiểm tương ứng với thời gian đã bảo hiểm.
15. Trong trường hợp phát sinh bất kỳ tranh chấp nào giữa Người được bảo hiểm và ABIC theo Quy tắc bảo hiểm này, nếu hai bên không cùng nhau thương lượng giải quyết được thì tranh chấp sẽ được giải quyết theo pháp luật hiện hành tại Tòa án có thẩm quyền của nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam./.

---***---

TỔNG GIÁM ĐỐC



Hoàng Thị Cảnh

BIỂU PHÍ

BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 34.05./2015/QĐ-ABIC-TSTQT ngày 31/12/2015
của Tổng Giám đốc Công ty Cổ phần Bảo hiểm Ngân hàng Nông nghiệp)

1. BIỂU PHÍ:

Biểu phí dưới đây áp dụng đối với dịch vụ có thời hạn bảo hiểm 01 năm, gồm VAT.

TT	Loại hình	Số lượng người tham gia bảo hiểm (người)			
		≤ 50	Từ 50 đến 100	Từ 100 đến 200	Từ 200 trở lên
1	Bệnh viện; phòng khám, chữa bệnh; cơ sở điều trị,... thuộc Nhà nước.	1,0%	0,6%	0,5%	0,36%
2	Bệnh viện; phòng khám, chữa bệnh; cơ sở điều trị,... liên doanh, 100% vốn nước ngoài.	1,2%	0,8%	0,6%	0,45%
3	Bệnh viện; phòng khám, chữa bệnh; cơ sở điều trị,... tư nhân.	1,5%	1%	0,8%	0,6%

Tổng phí bảo hiểm = Phí bảo hiểm/người x số người

Trong đó:

+ Phí bảo hiểm/người = Hạn mức trách nhiệm mỗi vụ x tỷ lệ phí.

+ Số người = tổng số người tham gia bảo hiểm.

Ghi chú: Tổng Giám đốc Công ty Cổ phần Bảo hiểm Ngân hàng Nông nghiệp có thể phê duyệt tăng/giảm 50% tỷ lệ phí quy định trên đây đối với từng dịch vụ cụ thể.

2. HẠN MỨC TRÁCH NHIỆM:

Hạn mức trách nhiệm tối đa của một giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc hợp đồng bảo hiểm là **500.000.000 VNĐ/vụ khiếu nại**; Tổng hạn mức trách nhiệm trong suốt thời hạn bảo hiểm là **5.000.000.000 VNĐ**.

Mọi trường hợp cung cấp hạn mức trách nhiệm lớn hơn các mức nêu trên phải được Tổng Giám đốc Công ty Cổ phần Bảo hiểm Ngân hàng Nông nghiệp phê duyệt.

3. MỨC KHẤU TRỪ:

Tối thiểu 2.000.000 VNĐ/vụ khiếu nại.

TỔNG GIÁM ĐỐC



Hoàng Thị Cảnh