

QUY TẮC BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 309/QĐ-DBV ngày 01/7/2025.
của Công ty cổ phần Tập đoàn Bảo hiểm DBV)

NỘI DUNG

Chương I:	Định nghĩa
Chương II:	Phạm vi bảo hiểm
Chương III:	Điểm loại trừ
Chương IV:	Điều kiện chung
Chương V:	Bồi thường
Chương VI:	Điều khoản mở rộng

Ne



CHƯƠNG I: ĐỊNH NGHĨA

1. **Công ty bảo hiểm:** là Công ty cổ phần Tập đoàn bảo hiểm DBV và các Đơn vị thành viên, sau đây gọi tắt là DBV.
2. **Bác sĩ:** là người có giấy phép hành nghề khám chữa bệnh hợp pháp theo luật của nước sở tại và chỉ thực hiện việc điều trị cho Người được bảo hiểm trong phạm vi lĩnh vực chuyên môn với giấy phép hành nghề của mình, nhưng loại trừ bác sĩ chính là Người được bảo hiểm hay là cha mẹ đẻ, cha mẹ nuôi, cha mẹ vợ/chồng, anh chị em ruột, vợ/chồng, con cái của Người được bảo hiểm.
3. **Ôm đau, bệnh tật:** là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của một bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường được biểu hiện bằng các triệu chứng hay hội chứng có chẩn đoán của bác sĩ.
4. **Bệnh đặc biệt:** là các bệnh ung thư, u bướu các loại, huyết áp, các bệnh về tim, loét dạ dày, viêm khớp, viêm đa khớp mãn tính, loét ruột, trĩ, viêm màng trong dạ con, viêm gan (A, B, C), sỏi các loại trong hệ thống tiết niệu và đường mật, suy thận, viêm xoang, vẹo vách ngăn, bệnh tiểu đường, suy phổi, Parkinson, viêm thận, các bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu (bao gồm nhưng không giới hạn bệnh suy tủy, bạch cầu cấp, bạch cầu mãn tính, lọc máu, thay máu, chạy thận nhân tạo), ghép tủy.
5. **Bệnh có sẵn:** là bất kỳ một tình trạng sức khỏe nào của Người được bảo hiểm đã được chẩn đoán hoặc đã xuất hiện triệu chứng trước ngày gia nhập bảo hiểm khiến cho một người bình thường phải đi khám, điều trị; hoặc do có tình trạng đó mà bác sĩ đã khuyên Người được bảo hiểm cần phải điều trị bất kể là Người được bảo hiểm đã thực sự được điều trị hay chưa.
6. **Bộ phận giả:** là bất kỳ một thành phần nhân tạo nào được lắp đặt, cấy ghép vào cơ thể nhằm duy trì sự sống hoặc 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.
7. **Duy trì sự sống:** được hiểu là duy trì sự tuần hoàn và hô hấp.
8. **Bệnh, dị tật bẩm sinh:** là bệnh lý khởi đầu hoặc sự phát triển bất thường về hình dạng, cấu trúc hoặc vị trí của các bộ phận hoặc cấu trúc cơ thể ngay từ giai đoạn phát triển trong tử cung của người mẹ theo ý kiến của bác sĩ trên phương diện y khoa.
9. **Cấy ghép nội tạng:** là việc phẫu thuật để cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, tủy xương cho Người được bảo hiểm tiến hành tại một bệnh viện bởi bác sĩ có trình độ phẫu thuật. Các chi phí để có cơ quan cấy ghép và toàn bộ chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể không được bảo hiểm trong chương trình Bảo hiểm này.
10. **Tình trạng nguy kịch:** là tình trạng sức khỏe mà theo ý kiến bác sĩ cần phải điều trị khẩn cấp để tránh tử vong.

11. **Điều trị y tế:** là việc phẫu thuật và/hoặc điều trị theo chỉ định của Bác sĩ với mục đích duy nhất là chữa trị hoặc làm giảm nhẹ tình trạng bệnh tật/thương tật.
12. **Chi phí dưỡng nhi:** là những chi phí liên quan đến việc chăm sóc em bé tại bệnh viện ngay sau khi sinh với điều kiện người mẹ chưa xuất viện (loại trừ chi phí vắc xin, xét nghiệm tầm soát, chi phí điều trị cho em bé, vật dụng cá nhân và chi phí thức ăn cho em bé).
13. **Chi phí y tế thực tế:** là những chi phí hợp lý và cần thiết về mặt y tế, theo chỉ định của bác sĩ điều trị, phát sinh khi Người được bảo hiểm phải điều trị bệnh hoặc điều trị thai sản hoặc phải điều trị tổn thương thân thể gây ra do tai nạn mà việc điều trị này được bảo hiểm.
14. **Chi phí thông lệ và hợp lý:** là những chi phí y tế cần thiết không vượt quá mức chi phí chung của các nhà cung cấp dịch vụ y tế có cùng mức độ trong phạm vi địa lý của hợp đồng bảo hiểm, nơi phát sinh những chi phí đó, khi cung cấp các dịch vụ điều trị tương đương hoặc mức độ điều trị, dịch vụ, hay việc cung cấp dịch vụ đối với bệnh tật tương tự.
15. **Bên mua bảo hiểm:** là tổ chức hoặc cá nhân từ đủ 18 tuổi trở lên giao kết hợp đồng bảo hiểm với DBV và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm theo quy định của Pháp luật.
16. **Cơ sở y tế:** là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được luật pháp nước sở tại công nhận, có giấy phép điều trị nội trú, ngoại trú, không phải là nơi dùng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng, spa, thẩm mỹ, massage, xông hơi hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích.
17. **Bệnh viện:** là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được luật pháp nước sở tại công nhận, hoạt động chính của cơ sở đó không phải là nơi để an dưỡng phục hồi sức khỏe hoặc là một nơi đặc biệt chỉ có mục đích duy nhất là phục vụ cho người già hoặc giúp đỡ cai nghiện rượu, thuốc phiện, ma túy hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị bệnh phong.
18. **Điều trị ngoại trú:** là việc Người được bảo hiểm được điều trị tại một cơ sở y tế khám chữa bệnh có giấy phép hoạt động hợp pháp mà không phải nằm viện, không phải điều trị nội trú, điều trị trong ngày.
19. **Điều trị nội trú:** là điều trị y tế khi Người được bảo hiểm có làm thủ tục nhập viện và nằm tại giường bệnh qua đêm. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.
20. **Điều trị trong ngày:** là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải làm thủ tục nhập viện và phải điều trị trên giường bệnh nhưng không phải ở lại cơ sở y tế qua đêm. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.

21. **Cùng chi trả/Mức miễn thường:** phần chi phí phát sinh mà Người được bảo hiểm phải tự chịu. Mức cùng chi trả/ Mức miễn thường và các điều khoản bảo hiểm áp dụng liên quan được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm.
22. **Một lần khám/điều trị:** là một lần đến khám tại một chuyên khoa của Cơ sở y tế được bác sĩ chẩn đoán, chỉ định làm các xét nghiệm liên quan đến bệnh/ triệu chứng bệnh mà bệnh nhân đến khám, kê đơn thuốc để điều trị cho lần khám này. Chi phí tái khám ngay sau đó theo chỉ định của bác sĩ dù không còn bệnh và không cần điều trị sẽ được coi là một lần khám mới.
- Trường hợp nhiều bác sĩ chuyên khoa cùng hội chẩn trước một người bệnh theo quy chế bệnh viện thì chỉ được tính là một lần khám bệnh;
 - Trường hợp Người được bảo hiểm khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày thì chỉ tính là một lần khám;
 - Riêng trường hợp Người được bảo hiểm phải khám thêm một số chuyên khoa khác dù có chỉ định của bác sĩ trong cùng một cơ sở y tế, tương ứng với mỗi khoa được tính là 1 lần khám bệnh.
23. **Ngày bắt đầu bảo hiểm:** là ngày đầu tiên của mỗi hiệu lực bảo hiểm.
24. **Ngày hiệu lực bảo hiểm:** là ngày mà mỗi thời hạn bảo hiểm được bắt đầu. Đối với các Hợp đồng bảo hiểm được tái tục liên tục hàng năm, ngày hiệu lực hợp đồng là ngày tái tục hợp đồng. Trong Quy tắc bảo hiểm này, ngày hiệu lực hợp đồng được tính từ 00:01h của ngày đó.
- Ngày hiệu lực bảo hiểm đối với mỗi Người được bảo hiểm là ngày người đó tham gia hoặc tái tham gia vào Hợp đồng bảo hiểm.
25. **Ngày gia nhập bảo hiểm:** là ngày Người được bảo hiểm bắt đầu tham gia vào hợp đồng bảo hiểm đầu tiên.
- Đối với những Hợp đồng bảo hiểm không được tái tục liên tục hàng năm, ngày bắt đầu bảo hiểm là ngày Hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm mới nhất trong giai đoạn bảo hiểm mới trừ khi có thỏa thuận riêng.
26. **Thời hạn bảo hiểm:** là khoảng thời gian tính từ thời điểm DBV bắt đầu nhận bảo hiểm đến khi kết thúc bảo hiểm và được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm và /hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung, tối đa không quá 01 (một) năm trong mọi trường hợp.
27. **Thời gian chờ:** là khoảng thời gian được tính kể từ ngày đầu tiên của thời hạn bảo hiểm, trong thời gian đó Chủ hợp đồng/Người được bảo hiểm không được thanh toán cho một quyền lợi bảo hiểm cụ thể. Thời gian chờ cũng áp dụng cho các quyền lợi mở rộng.

28. **Người được bảo hiểm:** là cá nhân có sức khỏe, tính mạng và được DBV chấp nhận bảo hiểm như ghi trong danh sách Người được bảo hiểm đính kèm Hợp đồng bảo hiểm/Sửa đổi bổ sung/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.
29. **Nhân viên:** là thành viên của một công ty, tổ chức, có hợp đồng lao động hoặc hợp đồng thuê việc hoặc các thỏa thuận lao động được Pháp luật công nhận với công ty, tổ chức đó.
30. **Những Người phụ thuộc:** bao gồm vợ, chồng, con cái hợp pháp. Con cái là những người từ 12 tháng tuổi đến 18 tuổi hoặc đến 23 tuổi đang theo học các khóa học dài hạn toàn thời gian, chưa kết hôn và sống phụ thuộc vào Người được bảo hiểm. Tất cả những người phụ thuộc phải có tên trong hợp đồng bảo hiểm như Người được bảo hiểm.
31. **Nằm viện:** là điều trị nội trú quá 24 giờ liên tục và điều trị trong ngày. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.
32. **Phẫu thuật:** là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật hoặc bệnh tật được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ tại cơ sở y tế bao gồm nhưng không giới hạn bởi mổ nội soi, mổ bằng tia laser...
33. **Thủ thuật điều trị:** là thủ thuật (theo danh mục thủ thuật của nước phát sinh điều trị) nhằm mục đích điều trị.
34. **Thuốc kê đơn của bác sĩ:** là các loại thuốc/dược phẩm được bán và sử dụng theo Đơn của Bác sĩ và theo quy định của Pháp luật.
35. **Vật lý trị liệu:** là phương pháp chữa trị sử dụng các biện pháp vật lý để giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp hay các hoạt động bình thường hàng ngày của người bệnh theo chỉ định của bác sĩ điều trị.
36. **Vật tư tiêu hao:** là vật tư được sử dụng một lần hoặc nhiều lần nhằm mục đích hỗ trợ cho điều trị và khám chữa bệnh, không lắp đặt vĩnh viễn trong cơ thể, ngoại trừ các trường hợp các vật tư này tự tiêu trong cơ thể hoặc lẽ ra có thể lấy ra khỏi cơ thể mà không ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của cơ thể nhưng do cơ thể không đào thải nên không cần thiết phải lấy ra.
37. **Vật tư thay thế:** là vật tư sử dụng trong y tế nhằm thay thế hoặc hỗ trợ chức năng hoạt động của bất kỳ phần nào đó trong cơ thể sống khi cấy ghép hoặc đặt vào cơ thể.
38. **Vận chuyển y tế khẩn cấp:** chi phí cho việc vận chuyển khẩn cấp và sơ cấp cứu để đưa Người được bảo hiểm trong tình trạng nguy kịch đến điều trị tại phòng cấp cứu của bệnh viện hoặc phòng khám gần nhất với điều kiện chăm sóc y tế thích hợp. Chi phí Vận chuyển khẩn cấp không bao gồm chi phí vận chuyển bằng taxi, đường hàng không, dịch vụ vận chuyển của ISOS hoặc các dịch vụ có tính chất tương tự.

39. **Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật hoặc thai sản:** là các thương tật được liệt kê trong Bảng trả tiền tỷ lệ thương tật vĩnh viễn (mục Thương tật Toàn bộ Vĩnh viễn) - đính kèm quy tắc bảo hiểm hoặc là một sự biến đổi hoàn toàn về thể chất và tinh thần do ốm đau, bệnh tật hoặc thai sản của một người làm cho Người được bảo hiểm không thể thực hiện được bất kỳ các nhu cầu cá nhân, xã hội hay công việc, hoặc đáp ứng những yêu cầu của Luật pháp hay Quy định nào đó trong vòng 52 tuần liên tục và không hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó.
40. **Các hoạt động thể thao chuyên nghiệp:** là các hoạt động thể thao mang lại nguồn thu nhập sống chính và thường xuyên cho người được bảo hiểm.
41. **Các hoạt động thể thao nguy hiểm:** là các hoạt động trên không (trừ khi đi lại bằng đường hàng không), các môn thể thao mùa đông, môn thể thao bay lượn, săn bắn, hockey trên băng, nhảy dù, đấu vật, môn bóng ngựa, môn lướt ván, bơi thuyền buồm cách xa bờ 5 km, các cuộc đua (không bao gồm các cuộc đua mang tính chất từ thiện, các cuộc đua mang tính chất nội bộ do công ty tổ chức).
42. **Tai nạn:** là các sự kiện bất ngờ gây ra bởi một tác nhân bên ngoài và hữu hình lên thân thể Người được bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm. Sự kiện này gây ra tổn hại trên thân thể Người được bảo hiểm và xảy ra ngoài ý muốn, ngoài tầm kiểm soát của Người được bảo hiểm và là nguyên nhân trực tiếp làm cho Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật thân thể.
43. **Mất tích:** khi một người biệt tích hai năm liên trở lên, mặc dù đã áp dụng đầy đủ các biện pháp thông báo, tìm kiếm theo quy định của Pháp luật tố tụng dân sự nhưng vẫn không có tin tức xác thực về việc người đó còn sống hay đã tử vong thì theo yêu cầu của người có quyền, lợi ích liên quan, Tòa án có thể tuyên bố người đó mất tích. Thời hạn hai năm được tính từ ngày biết được tin tức cuối cùng về người đó; nếu không xác định được ngày có tin tức cuối cùng thì thời hạn này được tính từ ngày đầu tiên của tháng tiếp theo tháng có tin tức cuối cùng; nếu không xác định được ngày, tháng có tin tức cuối cùng thì thời hạn này được tính từ ngày đầu tiên của năm tiếp theo năm có tin tức cuối cùng.
- Các bên cũng đồng ý và thỏa thuận rằng nếu một Người được bảo hiểm mất tích do nguyên nhân tai nạn, DBV cho là người đó đã tử vong và sẽ có trách nhiệm thanh toán tiền bảo hiểm trong trường hợp tử vong quy định trong đơn bảo hiểm.
- Tuy nhiên nếu sau đó người mất tích được biết là vẫn còn sống, thì người được hưởng lợi số tiền bảo hiểm trên trả lại ngay cho DBV số tiền DBV đã bồi thường cho họ.
44. **Thương tật tạm thời do Tai nạn:** là tổn thương thân thể do tai nạn gây ra làm cho Người được bảo hiểm không thể thực hiện công việc liên quan đến nghề nghiệp trong thời gian điều trị y tế.

DBV sẽ trả bồi thường theo số ngày thực nghỉ để điều trị theo chỉ định của bác sĩ nhưng tối đa không vượt quá thời hạn ghi trong Hợp đồng bảo hiểm. Bồi thường sẽ

chấm dứt ngay khi Tử vong hoặc Thương tật toàn bộ/bộ phận vĩnh viễn được xác định.

45. **Thương tật bộ phận vĩnh viễn do Tai nạn:** là các thương tật được liệt kê trong Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật vĩnh viễn (mục Thương tật Bộ phận Vĩnh viễn) - đính kèm hợp đồng bảo hiểm hoặc các tổn thương thân thể do tai nạn gây ra làm cho Người được bảo hiểm vĩnh viễn mất đi một phần khả năng lao động do hậu quả của việc bị cắt hoặc mất/mất khả năng sử dụng/liệt một phần cơ thể mà với điều kiện y học hiện tại không có khả năng khắc phục và kéo dài trong vòng 52 tuần liên tục. Thương tật bộ phận vĩnh viễn chỉ được xác định sau khi điều trị tổn thương thân thể gây ra thương tật đó đã kết thúc.
46. **Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do Tai nạn:** là các thương tật được liệt kê trong Bảng trả tiền tỷ lệ thương tật vĩnh viễn (mục Thương tật Toàn bộ Vĩnh viễn) - đính kèm hợp đồng bảo hiểm hoặc các tổn thương thân thể do tai nạn gây ra làm cho Người được bảo hiểm mất hoàn toàn khả năng thực hiện các công việc thường nhật của người đó hay bị mất hoàn toàn khả năng lao động trong bất kỳ loại lao động nào và kéo dài 104 tuần liên tục và không hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn chỉ được xác định sau khi điều trị tổn thương thân thể gây ra thương tật đó đã kết thúc.
47. **Tổn thương thân thể do Tai nạn:** là những tổn thương xảy ra trong thời hạn bảo hiểm chỉ do nguyên nhân Tai Nạn mà không do bệnh tật, ốm đau, suy giảm sức khỏe hoặc thần kinh, theo thời gian, tuổi tác.
48. **Số tiền bảo hiểm:** là số tiền tối đa Công ty Bảo hiểm có thể trả cho Người được bảo hiểm như được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm.
49. **Giới hạn chi tiết (phụ):** là giới hạn bồi thường tối đa cho mỗi hạng mục được quy định chi tiết trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm. Tuy nhiên tổng các giới hạn chi tiết không vượt quá số tiền bảo hiểm tối đa của mỗi chương trình.
50. **Bộ Hợp đồng bảo hiểm:** bao gồm Hợp đồng bảo hiểm được ký bởi Công ty bảo hiểm và bên mua bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm này và các Sửa đổi bổ sung (nếu có), giấy yêu cầu tham gia bảo hiểm. Các bộ phận cấu thành hợp đồng được xem xét đồng thời khi xác định các sự kiện bảo hiểm. Các điều khoản đặc biệt hoặc mở rộng ghi trên Hợp đồng bảo hiểm và Sửa đổi bổ sung sẽ thay thế cho điều khoản tương ứng ghi trong Quy tắc bảo hiểm.

✓

CHƯƠNG II: PHẠM VI BẢO HIỂM

I. Bảo hiểm sức khỏe

Quy tắc bảo hiểm này bồi thường cho Người được bảo hiểm những chi phí y tế để điều trị ốm đau, bệnh tật, thai sản phát sinh trong thời hạn bảo hiểm. Tuy nhiên Quy tắc bảo hiểm này không bảo hiểm cho dịch bệnh/ đại dịch/ tình trạng y tế khẩn cấp theo công bố của WHO hoặc cơ quan Nhà nước có thẩm quyền.

Quyền lợi bảo hiểm được đề cập trong Quy tắc bảo hiểm được chi trả cho Người được bảo hiểm trong trường hợp phát sinh các chi phí y tế như quy định trong Quy tắc bảo hiểm này.

Khi nhận được hồ sơ khiếu nại bồi thường, DBV chi trả Quyền lợi bảo hiểm thuộc phạm vi Quy tắc bảo hiểm này căn cứ theo phần Giới hạn phụ của Quy tắc bảo hiểm với mức Giới hạn tối đa được ghi trong Quy tắc bảo hiểm. Các khoản chi phí trên được giới hạn theo chi phí thực tế, thông lệ, cần thiết.

1. Viện phí

Nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện, DBV sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm những chi phí về dịch vụ y tế hay được phẩm cung cấp bởi bệnh viện, bao gồm nhưng không giới hạn cho các chi phí sau:

- a. Giường;
- b. Suất ăn theo tiêu chuẩn tại bệnh viện;
- c. Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt (phòng điều trị tích cực: ICU), điều trị cấp cứu;
- d. Chi phí hành chính, chi phí máu, huyết tương;
- e. Thuốc và dược phẩm sử dụng trong khi nằm viện;
- f. Băng, nẹp thông thường và bột;
- g. Vật lý trị liệu (nếu những chi phí này là cần thiết trong quá trình điều trị nằm viện theo chỉ định của bác sĩ và thực hiện tại bệnh viện);
- h. Tiêm truyền tĩnh mạch;
- i. Xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET (các chi phí xét nghiệm này phải do bác sĩ chỉ định là biện pháp cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện (điều trị nội trú và điều trị trong ngày);
- j. Chi phí đỡ đẻ.

2. Chi phí phẫu thuật

DBV chi trả các chi phí y tế liên quan đến một ca phẫu thuật nội trú, phẫu thuật trong ngày hoặc phẫu thuật ngoại trú, bao gồm chi phí thuốc dùng trong phẫu thuật, vật tư y tế,

các dụng cụ thiết bị cần thiết cần phải được cấy ghép vào bên trong cơ thể để duy trì sự sống, các thiết bị cần thiết cho phẫu thuật; chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê và các chi phí hồi chẩn trước khi mổ và hồi sức sau khi mổ, chi phí cấy ghép nội tạng như định nghĩa, chi phí tái mổ, chi phí thủ thuật điều trị (nội trú, trong ngày) - danh mục thủ thuật được quy định trong Bảng phân loại Thủ thuật, phẫu thuật hiện hành của Bộ Y Tế. Chi phí phẫu thuật không bao gồm các thủ thuật chẩn đoán bệnh.

3. Điều trị cấp cứu

Là dịch vụ cấp cứu được thực hiện tại phòng cấp cứu của một bệnh viện hoặc phòng khám cho một tình trạng nguy kịch.

4. Vận chuyển khẩn cấp

Chi phí cho việc vận chuyển khẩn cấp và sơ cấp cứu để đưa Người được bảo hiểm trong tình trạng nguy kịch đến điều trị tại phòng cấp cứu của bệnh viện hoặc phòng khám gần nhất với điều kiện chăm sóc y tế thích hợp. Chi phí Vận chuyển khẩn cấp không bao gồm chi phí vận chuyển bằng đường không, dịch vụ vận chuyển của ISOS hoặc các dịch vụ có tính chất tương tự.

5. Trợ cấp nằm viện

DBV chi trả số tiền ghi trên bản quyền lợi bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày.

6. Chi phí y tế trước khi nhập viện

DBV chi trả các chi phí khám, chẩn đoán, xét nghiệm và các chi phí y tế khác cho lần khám cuối cùng cần điều trị nội trú (không bao gồm điều trị trong ngày) ngay sau đó theo chỉ định của bác sĩ điều trị và liên quan trực tiếp đến ốm đau, bệnh tật, thai sản của Người được bảo hiểm và những chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để bác sĩ điều trị kết luận việc điều trị nằm viện là cần thiết. Chi phí này được chi trả tối đa 45 ngày trước khi nhập viện.

Riêng phần thai sản, DBV chỉ thanh toán chi phí khám, chẩn đoán, xét nghiệm và các chi phí y tế liên quan khác cho một lần khám duy nhất trong vòng 45 ngày trước khi nhập viện (tuy nhiên nếu đã có giới hạn phụ khám thai định kỳ trong quyền lợi Ngoại trú thì sẽ không áp dụng giới hạn phụ này).

7. Điều trị sau khi xuất viện

DBV chi trả cho các chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sĩ điều trị cho ốm đau, bệnh tật, thai sản của Người được bảo hiểm đã phải điều trị nằm viện, bao gồm: chi phí tái khám, chi phí xét nghiệm, tiền thuốc ngay sau khi xuất viện. Chi phí này được chi trả tối đa 45 ngày sau khi xuất viện. Quyền lợi này không áp dụng cho trường hợp xuất viện sau khi sinh con.

8. Y tá chăm sóc tại nhà

DBV chi trả chi phí cho Người được bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được hưởng ngay sau khi rời bệnh viện, tại nơi ở của Người được bảo hiểm, thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị trong vòng 45 ngày sau khi xuất viện. Quyền lợi này không áp dụng cho trường hợp xuất viện sau khi sinh con.

9. Trợ cấp mai táng

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong khi nằm viện thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, DBV trả tiền trợ cấp mai táng phí ghi trên Hợp đồng bảo hiểm.

10. Chi phí dưỡng nhi

DBV chi trả các chi phí dưỡng nhi thực tế phát sinh liên quan đến việc chăm sóc em bé tại bệnh viện ngay sau khi sinh với điều kiện người mẹ chưa xuất viện (loại trừ chi phí vắc xin, xét nghiệm tầm soát, chi phí điều trị cho em bé, vật dụng cá nhân và chi phí thức ăn cho em bé) nhưng không vượt quá giới hạn ghi trên Hợp đồng bảo hiểm.

11. Thai sản và sinh đẻ

a. Biến chứng thai sản và sinh khó

DBV chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng trong quá trình mang thai, hoặc trong quá trình sinh đẻ cần đến các thủ thuật sản khoa theo chỉ định của bác sĩ. Thủ thuật sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do bác sĩ chỉ định là cần thiết cho ca sinh đó, không bao gồm việc sinh mổ theo yêu cầu (hoặc phải mổ lại do việc yêu cầu mổ trước đó). Biến chứng thai sản và sinh khó bao gồm và không giới hạn trong các trường hợp sau:

- Sảy thai hoặc thai nhi tử vong trong tử cung;
- Thai trứng;
- Thai ngoài tử cung;
- Băng huyết sau khi sinh;
- Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh;
- Phá thai điều trị bao gồm các trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền/dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải chấm dứt thai kỳ để bảo vệ sức khỏe của người mẹ.
- Biến chứng của các nguyên nhân trên;

b. Sinh thường.

DBV chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc sinh thường bao gồm và không giới hạn trong các chi phí: đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, bác sĩ chuyên khoa.

II. Bảo hiểm tai nạn

Quy tắc bảo hiểm này bảo hiểm cho tử vong/thương tật vĩnh viễn, lương trong thời gian điều trị, chi phí y tế do tai nạn xảy ra trong vòng 24/24h và hậu quả của tai nạn (chỉ áp dụng cho quyền lợi Tử vong/ thương tật vĩnh viễn) trong vòng 104 tuần kể từ ngày xảy ra tai nạn. Tuy nhiên Quy tắc bảo hiểm này không bảo hiểm cho những rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ.

1. Tử vong, thương tật vĩnh viễn

Nếu Người được bảo hiểm bị Thương tật thân thể như được liệt kê trong Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật vĩnh viễn, Công ty Bảo hiểm căn cứ vào Bảng tỷ lệ này để trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm theo các điều kiện áp dụng sau:

- a. Chỉ bồi thường 50% của quyền lợi bảo hiểm tương ứng của các thương tổn do bị đứt lìa được thể hiện trong Bảng trả tiền tỷ lệ thương tật vĩnh viễn đối với các trường hợp bị cứng khớp các ngón tay (ngoại trừ ngón cái và ngón trỏ) và các ngón chân (ngoại trừ ngón chân cái);
- b. Trường hợp có nhiều thương tật ở cùng một bộ phận cơ thể, tổng số tiền trả cho các thương tật không được vượt quá tỷ lệ mất bộ phận cơ thể đó;
- c. Nếu Người được bảo hiểm qua đời (trong vòng 104 tuần tính từ ngày bị tổn thương) sau khi đã nhận quyền lợi bảo hiểm Thương tật vĩnh viễn theo quy định trong Hợp đồng bảo hiểm thì Công ty Bảo hiểm sẽ thanh toán số tiền bảo hiểm còn lại nếu số tiền bồi thường cho quyền lợi Tử vong nhiều hơn số tiền bồi thường đã chi trả cho quyền lợi Thương tật vĩnh viễn;
- d. Tổng các chi phí bồi thường bảo hiểm cho một Người được bảo hiểm không vượt quá 100% số tiền bảo hiểm;
- e. Các trường hợp thương tật không được liệt kê ở đây sẽ được bồi thường theo tỉ lệ phần trăm mức độ thương tật căn cứ vào những trường hợp đã được liệt kê, không kể đến nghề nghiệp của Người được bảo hiểm. Trong trường hợp không thống nhất về tỉ lệ thương tật, các bên đồng ý đưa vụ việc ra Hội đồng giám định y khoa để giải quyết;
- f. Những trường hợp tổn thương bị mất khả năng sử dụng ở các chi hoặc những bộ phận của chi sẽ được đánh giá tương tự những thương tổn do bị đứt lìa;
- g. Trong trường hợp Người được bảo hiểm là người chỉ có một mắt trước khi có tai nạn xảy ra, sau khi bị tai nạn bị mất thị lực hoàn toàn con mắt duy nhất, thì tiền bồi thường sẽ tăng lên 80% thay vì 40%;
- h. Trong trường hợp thương tật vĩnh viễn chưa được xác định, trước khi số tiền bảo hiểm được trả cho thương tật vĩnh viễn thì thương tật phải diễn biến kéo dài trong 52 tuần;
- i. Trường hợp hậu quả của tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm bị trầm trọng hơn do bệnh tật có sẵn của Người được bảo hiểm hoặc điều trị thương tật thân thể không kịp thời

và không theo chỉ dẫn của cơ sở y tế thì Công ty Bảo hiểm chỉ trả tiền bảo hiểm như đối với loại thương tật tương tự ở người có sức khỏe bình thường được điều trị một cách hợp lý;

- j. Trường hợp tai nạn xảy ra đối với người đang mang thai, Công ty Bảo hiểm chỉ trả tiền bảo hiểm như đối với loại thương tật tương tự ở người có sức khỏe bình thường không mang thai. Các tổn thương có thể có cho thai nhi và/hoặc cho người mẹ từ các biến chứng thai sản phát sinh trong vụ tai nạn không thuộc phạm vi bảo hiểm.

2. Lương trong quá trình điều trị thương tật

Trong trường hợp Người được bảo hiểm bị Thương tật tạm thời như trong định nghĩa, Công ty Bảo hiểm sẽ trả một số tiền mỗi ngày như nêu trong Hợp đồng bảo hiểm (cho dù sau đó thương tật này có được xác định là vĩnh viễn hay không). Tiền bảo hiểm trả cho thời gian nghỉ điều trị này không quá số tiền và thời hạn đã chọn trong Hợp đồng.

Tính từ ngày thương tật xảy ra, số tiền chi trả bảo hiểm sẽ được căn cứ vào số tiền bảo hiểm đã chọn hoặc số tiền lương mỗi ngày căn cứ vào mức lương tháng của Người được bảo hiểm như ghi tại Hợp đồng bảo hiểm.

Số tiền lương mỗi ngày được tính trên cơ sở mức lương tháng trên hợp đồng lao động hoặc theo khai báo mới nhất của Người được bảo hiểm (đã được Công ty Bảo hiểm xác nhận) tại thời điểm xảy ra tai nạn (không tính tiền thưởng, tiền thêm giờ hay các khoản thu nhập không cố định khác .v.v...) theo công thức sau:

Lương tháng (như thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm)

30 ngày

3. Chi phí y tế

Là mức bồi thường cho các chi phí y tế cần thiết và hợp lý đến mức giới hạn chi phí y tế của Hợp đồng bảo hiểm cho mỗi thời hạn bảo hiểm. Chi phí y tế là các chi phí để trả cho các phí tổn điều trị và/hoặc những dịch vụ chuyên môn được cung cấp bởi bác sĩ hoặc y tá có trình độ chuyên môn và giấy phép hành nghề hợp pháp tại các cơ sở y tế.

Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện để điều trị thương tật do tai nạn, chi phí tiền giường/ phòng giới hạn bởi phòng tiêu chuẩn (loại trừ phòng VIP, deluxe, phòng bao và các loại phòng có tính chất tương tự).

Ngoài ra, chi phí y tế theo quy tắc bảo hiểm này bao gồm cả chi phí vận chuyển cấp cứu (là Chi phí cho việc vận chuyển khẩn cấp và sơ cấp cứu để đưa Người được bảo hiểm trong tình trạng nguy kịch đến điều trị tại phòng cấp cứu của bệnh viện hoặc phòng khám gần nhất với điều kiện chăm sóc y tế thích hợp). Chi phí vận chuyển khẩn cấp không bao gồm chi phí vận chuyển bằng đường hàng không, dịch vụ vận chuyển của ISOS hoặc các dịch vụ có tính chất tương tự.

CHƯƠNG III – ĐIỂM LOẠI TRỪ

Các điều trị, hạng mục, điều kiện, hoạt động sau đây và các chi phí phát sinh liên quan hay chi phí hậu quả của chúng bị loại trừ trong Quy tắc này và DBV không chịu trách nhiệm đối với:

I. Bảo hiểm sức khỏe

1. Các dịch vụ điều trị ngoại trú. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi “Điều trị ngoại trú”;
2. Các hình thức điều trị thẩm mỹ, điều trị cân nặng, giải phẫu thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình và các hậu quả liên quan;
3. Dịch vụ điều trị tại nhà (không bao gồm chi phí y tá chăm sóc tại nhà) hoặc tại viện điều trị bằng thủy lực hay các phương pháp thiên nhiên, spa, viện điều dưỡng, an dưỡng, hoặc tại những nơi không phải là Cơ sở y tế;
4. Kiểm tra, tầm soát và khám sức khỏe bao gồm kiểm tra sức khỏe tổng quát, khám kiểm tra phụ khoa/nam khoa, khám thai định kỳ, việc tiêm chủng, vaccin và thuốc chủng ngừa, kiểm tra mắt thông thường, kiểm tra thính giác thông thường, kiểm tra và điều trị các khuyết tật thoái hóa tự nhiên của mắt, các tật khúc xạ của mắt (bao gồm cận, viễn, loạn thị), đục thủy tinh thể không do bệnh lý, bất kỳ phẫu thuật nào để hiệu chỉnh các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác, và khám sức khỏe trước khi đi du lịch hoặc đi làm;
5. Khám và các xét nghiệm không có kết luận bệnh của bác sĩ. Khuyết tật bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, bệnh bẩm sinh, các bệnh hoặc dị dạng thuộc về gen, tình trạng sức khỏe di truyền với các dấu hiệu từ lúc sinh;
6. Các hình thức điều trị ngoại trú về răng và liên quan đến răng (nướu, lợi). Điểm loại trừ này không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi “Điều trị ngoại trú” hoặc “Điều trị răng toàn diện”;
7. Điều trị và phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không liên quan tới điều kiện điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định;
8. Kế hoạch hóa gia đình, điều trị vô sinh, điều trị bất lực, rối loạn chức năng sinh dục, thụ tinh nhân tạo, liệu pháp thay đổi hóc môn trong thời kỳ tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ, thay đổi giới tính, hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của điều trị trên;
9. Các bệnh lý về tâm thần, rối loạn tâm lý, mệt mỏi, mất ngủ (bao gồm rối loạn giấc ngủ), suy nhược thần kinh và suy nhược cơ thể không có nguyên nhân bệnh lý, môi mất điều tiết, stress, phong, giang mai, lậu, AIDS và các hội chứng liên quan, bệnh hoa liễu và các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục khác, bệnh nghề nghiệp;
10. Các chi phí cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa các thiết bị hoặc dụng cụ chỉnh hình, các thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hay xe lăn, các máy móc phục vụ cá nhân Người

được bảo hiểm để chẩn đoán bệnh hoặc hỗ trợ điều trị y tế (máy tạo nhịp tim, máy khí dung...);

11. Các chi phí cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa thiết bị, bộ phận giả ngoại trừ các dụng cụ, thiết bị cần thiết phải được cấy ghép vào bên trong cơ thể để duy trì sự sống như quy định trong Quyền lợi chi phí phẫu thuật;
12. Hậu quả của việc sử dụng ma túy, các chất có cồn, thuốc không có chỉ định của bác sĩ chuyên môn hoặc thuốc chỉ định để điều trị các bệnh nghiện;
13. Chiến tranh hoặc các hành động thù địch kể cả có tuyên chiến hay không, khủng bố, tác nhân hạt nhân hoặc do chất phóng xạ;
14. Các chi phí để có cơ quan cấy ghép nội tạng như cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng. Tuy nhiên, hợp đồng bảo hiểm này bảo hiểm cho các chi phí y tế cho việc cấy ghép nội tạng vào cơ thể;
15. Thực phẩm chức năng, khoáng chất, các chất hữu cơ bổ sung cho chế độ dinh dưỡng hoặc phục vụ cho chế độ ăn kiêng có sẵn trong tự nhiên, các sản phẩm mỹ phẩm;
16. Các điều trị liên quan đến chứng ngủ ngáy không rõ nguyên nhân;
17. Việc điều trị không được khoa học công nhận, điều trị thử nghiệm;
18. Các chi phí và điều trị cho các đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm;
19. Bệnh đặc biệt. Tuy nhiên, điểm loại trừ này:
 - Chỉ áp dụng trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm với công ty bảo hiểm hoặc tham gia không liên tục với công ty bảo hiểm đối với hợp đồng bảo hiểm dưới 50 Người được bảo hiểm;
 - Không áp dụng đối với hợp đồng bảo hiểm từ 50 Người được bảo hiểm trở lên.
20. Các điều trị thai sản, chăm sóc thai sản (không bao gồm cuộc sinh) cho Người được bảo hiểm có thai bằng biện pháp thụ tinh nhân tạo, thụ tinh ống nghiệm.

II. Bảo hiểm tai nạn

1. Các chi phí điều trị bất hợp lý, không cần thiết về mặt y tế, không theo thông lệ hợp lý và không theo chỉ định của bác sĩ;
2. Hành động cố ý gây thiệt hại của Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm;
3. Người được bảo hiểm cố ý vi phạm Pháp luật, nội quy, quy định của chính quyền địa phương hoặc các cơ quan, tổ chức được thành lập theo quy định của Pháp luật Việt Nam;
4. Hậu quả của tình trạng thai sản, sinh đẻ, hoặc ốm đau, bệnh tật, bệnh nghề nghiệp;
5. Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động thể thao chuyên nghiệp hoặc các hoạt động thể thao nguy hiểm, các hoạt động của lực lượng vũ trang;
6. Điều khiển hoặc thi hành công vụ trên máy bay, trừ khi là hành khách mua vé trên máy bay của một hãng hàng không chở khách hoặc thuê chuyên hoạt động;

7. Chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố;
8. Người được bảo hiểm bị tác động bởi chất kích thích, chất gây nghiện, thuốc cai nghiện, thuốc không được bác sĩ chuyên môn kê toa, rượu, bia hoặc các chất có cồn và việc ảnh hưởng này là nguyên nhân gây ra tai nạn;
9. Người được bảo hiểm điều khiển phương tiện giao thông trong tình trạng có nồng độ cồn vượt quá quy định của Luật giao thông;
10. Các chấn thương do các tác nhân hạt nhân gây ra hoặc do bị nhiễm chất phóng xạ.
11. Bất kỳ hành động cố ý phạm pháp hoặc ấu dâm của Người được bảo hiểm, trừ khi là hành động cứu người, bảo vệ tài sản hoặc tự vệ;
12. Hậu quả phát sinh từ việc ăn, uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc;
13. Các chi phí và điều trị từ trước ngày có hiệu lực của hợp đồng;
14. Các chi phí và điều trị cho các đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm;
15. Các hình thức điều trị thẩm mỹ, giải phẫu thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình và các hậu quả liên quan;
16. Dịch vụ điều trị tại nhà (không bao gồm chi phí y tá chăm sóc tại nhà) hoặc tại viện điều trị bằng thủy lực hay các phương pháp thiên nhiên, spa, viện điều dưỡng, an dưỡng, hoặc tại những nơi không phải là Cơ sở y tế;
17. Điều trị và phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không liên quan tới điều kiện điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định;
18. Điều trị bệnh nghề nghiệp;
19. Các chi phí cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa các thiết bị hoặc dụng cụ chỉnh hình, các thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hay xe lăn, các máy móc phục vụ cá nhân Người được bảo hiểm để chẩn đoán bệnh hoặc hỗ trợ điều trị y tế (máy tạo nhịp tim, máy khí dung...);
20. Các chi phí cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa thiết bị, bộ phận giả ngoại trừ các dụng cụ, thiết bị cần thiết phải được cấy ghép vào bên trong cơ thể để duy trì sự sống như quy định trong Quyền lợi chi phí phẫu thuật;
21. Hậu quả của việc sử dụng ma túy, các chất có cồn, thuốc không có chỉ định của bác sĩ chuyên môn hoặc thuốc chỉ định để điều trị các bệnh nghiện;
22. Các chi phí để có cơ quan cấy ghép nội tạng như cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng. Tuy nhiên, hợp đồng bảo hiểm này bảo hiểm cho các chi phí y tế cho việc cấy ghép nội tạng vào cơ thể;
23. Thực phẩm chức năng, khoáng chất, các chất hữu cơ bổ sung cho chế độ dinh dưỡng hoặc phục vụ cho chế độ ăn kiêng có sẵn trong tự nhiên, các sản phẩm mỹ phẩm;
24. Việc điều trị không được khoa học công nhận, điều trị thử nghiệm.

✓

CHƯƠNG IV - ĐIỀU KIỆN CHUNG

1. Phạm vi địa lý

Phạm vi địa lý được bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này là lãnh thổ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam, trừ khi có thỏa thuận khác.

2. Đối tượng bảo hiểm

Độ tuổi để tham gia bảo hiểm là từ 12 tháng tuổi tới 65 tuổi (theo năm dương lịch) và loại trừ những người bị bệnh ung thư, tâm thần, phong, thương tật vĩnh viễn từ 80% trở lên.

Đối với Người phụ thuộc, DBV chỉ nhận bảo hiểm vào ngày bắt đầu bảo hiểm, không chấp nhận trường hợp tham gia bảo hiểm vào giữa thời hạn hợp đồng, ngoại trừ:

- Người phụ thuộc của nhân viên mới làm việc cho Chủ hợp đồng bảo hiểm;
- Vợ/chồng mới cưới trong thời hạn bảo hiểm;
- Con đủ tuổi tham gia bảo hiểm trong thời hạn bảo hiểm.

Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm đăng ký tham gia cho những người thân tham gia giữa kỳ nêu trên trong vòng 30 ngày kể từ ngày đầu tiên đủ điều kiện tham gia. DBV sẽ xem xét xác nhận và cấp Sửa đổi bổ sung bằng văn bản.

3. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm là khoảng thời gian tính từ thời điểm DBV bắt đầu nhận bảo hiểm đến khi kết thúc bảo hiểm và được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm và /hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung, tối đa không quá 01 (một) năm trong mọi trường hợp.

4. Xác minh

DBV có quyền chỉ định chuyên gia y khoa và/hoặc chuyên gia giám định tổn thất để tiến hành kiểm tra sức khỏe của Người được bảo hiểm và các thông tin có liên quan đến việc giải quyết khiếu nại vào bất cứ lúc nào. Thêm vào đó, DBV có quyền yêu cầu tiến hành khám nghiệm tử thi trong trường hợp xảy ra tử vong nếu việc này không vi phạm Pháp luật hiện hành hoặc không ảnh hưởng đến tín ngưỡng và thuần phong mỹ tục.

5. Quyền lợi bảo hiểm

- a. Thời hạn bảo hiểm không chẵn năm, quyền lợi bảo hiểm cho khoảng thời gian vượt quá số chẵn năm được quy định như sau:
 - Được sử dụng mức quyền lợi bảo hiểm một năm nếu phí bảo hiểm cho khoảng thời gian vượt quá đó được tính theo phí ngắn hạn;
 - Được sử dụng mức quyền lợi bảo hiểm theo tỷ lệ giữa khoảng thời gian vượt quá với một năm nếu phí bảo hiểm được tính theo tỷ lệ.
- b. Thời hạn bảo hiểm bằng một năm: được sử dụng quyền lợi bảo hiểm một năm.

- c. Thời hạn bảo hiểm dưới một năm: được sử dụng mức quyền lợi một năm và áp dụng phí bảo hiểm ngắn hạn.

6. Phí bảo hiểm ngắn hạn

- | | | |
|---|---|----------------------|
| a. Đối với thời hạn đến đủ 1 tháng | = | 27% phí bảo hiểm năm |
| b. Đối với thời hạn đến đủ 2 tháng | = | 33% phí bảo hiểm năm |
| c. Đối với thời hạn đến đủ 3 tháng | = | 40% phí bảo hiểm năm |
| d. Đối với thời hạn đến đủ 4 tháng | = | 47% phí bảo hiểm năm |
| e. Đối với thời hạn đến đủ 6 tháng | = | 60% phí bảo hiểm năm |
| f. Đối với thời hạn đến đủ 8 tháng | = | 73% phí bảo hiểm năm |
| g. Đối với thời hạn đến đủ 10 tháng | = | 87% phí bảo hiểm năm |
| h. Đối với thời hạn từ 10 tháng trở lên | = | Phí bảo hiểm năm |

7. Thông báo uỷ quyền và thông báo chuyển nhượng

DBV không bị bắt buộc phải chấp nhận bất kỳ thông báo nào về các điều khoản liên quan đến việc tín thác, các khoản phí tổn, thế chấp, chuyển nhượng hoặc các giao dịch khác với hoặc có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này.

8. Hiệu lực bảo hiểm/Thời gian chờ

Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây tính từ Ngày gia nhập bảo hiểm.

- a. Đối với Hợp đồng bảo hiểm dưới 50 Người được bảo hiểm:
- Ốm đau, bệnh tật thông thường: 30 ngày kể từ ngày tham gia bảo hiểm;
 - Điều trị bệnh có sẵn: 12 tháng kể từ ngày tham gia bảo hiểm;
 - Tử vong, thương tật vĩnh viễn do bệnh có sẵn: 12 tháng kể từ ngày tham gia bảo hiểm;
 - Thai sản:
 - 60 ngày đối với trường hợp sảy thai, cần thiết phải nạo thai theo chỉ định của bác sĩ điều trị thai sản;
 - 270 ngày đối với trường hợp sinh đẻ.
- b. Đối với Hợp đồng bảo hiểm từ 50 Người được bảo hiểm trở lên:
- Ốm đau, bệnh tật thông thường: không áp dụng thời gian chờ;
 - Điều trị bệnh có sẵn: không áp dụng thời gian chờ (ngoại trừ trường hợp đang điều trị nội trú tại Ngày bắt đầu bảo hiểm);

- Tử vong, thương tật vĩnh viễn do bệnh có sẵn 12 tháng kể từ ngày tham gia bảo hiểm;
- Thai sản: không áp dụng thời gian chờ, quyền lợi bảo hiểm được thanh toán như sau:
 - Trường hợp sảy thai, cần thiết phải nạo thai theo chỉ định của bác sĩ điều trị thai sản: quyền lợi bảo hiểm được thanh toán theo tỷ lệ giữa thời gian tính từ ngày gia nhập bảo hiểm đến ngày bắt đầu điều trị thai sản với 60 ngày;
 - Trường hợp sinh đẻ: quyền lợi bảo hiểm được thanh toán theo tỷ lệ giữa thời gian tính từ ngày gia nhập bảo hiểm đến ngày sinh với 270 ngày.

9. Chấm dứt hợp đồng

- a. Nếu Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp không trung thực trong việc thực hiện các quy định trong quy tắc này, hợp đồng bảo hiểm sẽ không còn hiệu lực và Người được bảo hiểm sẽ không được hưởng bất cứ quyền lợi nào thuộc Hợp đồng bảo hiểm. Khoản phí bảo hiểm đã đóng không được hoàn lại.
- b. Trường hợp một trong hai bên đề nghị chấm dứt hợp đồng bảo hiểm, bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày có ý định chấm dứt; Việc chấm dứt hợp đồng phải phù hợp với quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và Bộ luật dân sự và tuân thủ theo hai trường hợp sau:
 - Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm của người được bảo hiểm, DBV sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại, với điều kiện đến thời điểm đó hợp đồng bảo hiểm có tỷ lệ bồi thường/phí bảo hiểm dưới 40%;
 - Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm của DBV, DBV sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại.

10. Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm

- a. Kê khai trung thực, đầy đủ các thông tin bảo hiểm theo yêu cầu của DBV, tuân thủ các điều khoản điều kiện và nộp phí bảo hiểm đúng, đủ theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm.
- b. Thông báo sớm nhất những tình huống có thể dẫn đến yêu cầu trả tiền bảo hiểm, trung thực trong việc khai báo và cung cấp các chứng từ chính xác về rủi ro được bảo hiểm xảy ra, 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.
- c. Trường hợp Người được bảo hiểm ủy quyền cho người khác nhận tiền bảo hiểm, phải có giấy ủy quyền hợp pháp.
- d. Các nghĩa vụ khác theo quy định của Pháp luật.

11. Điều khoản tự động thêm bớt nhân sự, điều chỉnh lương

Bất kỳ nhân viên mới nào của Chủ hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động được bảo hiểm với số tiền bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm như ghi trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc bản Sửa đổi bổ sung có hiệu lực mới nhất. Hợp đồng cũng tự loại bỏ những nhân viên hiện đang được bảo hiểm ra khỏi danh sách nhân viên của Chủ hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện là Chủ hợp đồng thông báo cho DBV việc điều chỉnh nhân sự vào cuối mỗi tháng của thời hạn bảo hiểm. Việc thông báo phải được thực hiện bằng văn bản và phải được DBV xác nhận. Phí bảo hiểm được tính trên cơ sở tỉ lệ của thời hạn được bảo hiểm hoặc ngừng bảo hiểm sau khi Chủ hợp đồng đã nêu rõ việc điều chỉnh nhân sự.

Điều khoản bảo hiểm tự động không áp dụng đối với bất kỳ nhân viên nào có số tiền bảo hiểm vượt quá số tiền bảo hiểm cao nhất của các thành viên hiện tại trong nhóm, không áp dụng đối với người nước ngoài và thân nhân. Bảo hiểm cho những đối tượng trên chỉ có thể được cung cấp sau khi Chủ hợp đồng đã yêu cầu và được DBV chấp thuận bằng văn bản.

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

Các bên cũng thỏa thuận áp dụng điều khoản tự động điều chỉnh lương theo thỏa thuận lao động của Chủ hợp đồng bảo hiểm với nhân viên, với điều kiện Chủ hợp đồng bảo hiểm phải cập nhật bằng văn bản việc thay đổi tổng quỹ lương hoặc chi tiết lương từng tháng cho Công ty bảo hiểm. Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh theo mức lương thay đổi.

12. Điều khoản về tiền tệ và tỷ giá:

Quyền lợi bảo hiểm và Phí bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này được thanh toán bằng Đồng Việt Nam.

Trường hợp số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm được quy định bằng đô la Mỹ, Bên tham gia bảo hiểm và DBV sẽ thỏa thuận một tỷ giá quy đổi tại ngày bắt đầu bảo hiểm. Tỷ giá này sẽ được ghi trên Hợp đồng bảo hiểm. Đồng thời tỷ giá này được sử dụng để thanh toán quyền lợi bảo hiểm và phí bảo hiểm trong suốt Thời hạn bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung gia hạn hợp đồng (nếu có).

13. Điều khoản đảm bảo thanh toán phí:

- a. Các bên thỏa thuận và ghi nhận rằng, cho dù có bất kỳ điều kiện nào trái ngược trong Hợp đồng bảo hiểm này, và trên cơ sở tuân theo Mục b quy định dưới đây (nhưng không phương hại đến quyền lợi của các bên theo Hợp đồng bảo hiểm này), điều kiện tiên quyết để ràng buộc trách nhiệm của DBV theo Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm, Sửa đổi bổ sung, hoặc Giấy Chứng nhận bảo hiểm tạm thời là phí bảo hiểm đã được thanh toán hoặc trên thực tế đã được chuyển trả đầy đủ tới DBV,

Môi giới hoặc Đại lý bảo hiểm đã cấp hoặc thu xếp Hợp đồng bảo hiểm theo các quy định sau:

- Nếu thời hạn bảo hiểm là 30 ngày hoặc dài hơn, trong vòng 30 ngày kể từ:
 - Ngày bắt đầu hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm tạm thời; hoặc
 - Ngày hiệu lực quy định trong mỗi Sửa đổi bổ sung (nếu có) được cấp theo Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm tạm thời;
 - Ngày phát hành Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung (nếu có) được cấp theo Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm tạm thời nếu ngày phát hành các tài liệu này xảy ra sau 30 ngày kể từ ngày hiệu lực quy định trong các tài liệu đó, hoặc

Nếu DBV chấp nhận việc thanh toán phí bảo hiểm theo kỳ, trong vòng 30 ngày kể từ:

- Ngày bắt đầu hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm tạm thời cho kỳ thanh toán đầu tiên và các ngày thỏa thuận cho các kỳ thanh toán tiếp sau đó, hoặc
 - Ngày hiệu lực quy định trong mỗi Sửa đổi bổ sung được cấp theo Hợp đồng bảo hiểm cho kỳ thanh toán đầu tiên và các ngày thỏa thuận cho các kỳ thanh toán sau đó, hoặc
 - Ngày phát hành Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung, nếu có, được cấp theo Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm, Giấy Chứng nhận bảo hiểm tạm thời nếu ngày phát hành các tài liệu này xảy ra sau 30 ngày kể từ ngày hiệu lực quy định trong các tài liệu đó cho kỳ thanh toán đầu tiên và các ngày thỏa thuận cho các kỳ thanh toán sau đó.
- Nếu thời hạn bảo hiểm ít hơn 30 ngày, phí bảo hiểm phải được thanh toán ngay khi có Giấy báo nợ nhưng không chậm hơn 15 ngày kể từ ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung, nếu có, được cấp theo Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm hoặc Giấy Chứng nhận bảo hiểm tạm thời.
 - b. Nếu hết thời hạn thanh toán phí của bất cứ kỳ đóng phí nào quy định tại khoản a. điều này mà Bên mua bảo hiểm không thanh toán hoặc thanh toán không đủ số tiền đến hạn phải thanh toán thì Hợp đồng bảo hiểm tự động chấm dứt kể từ 0h00 ngày kế tiếp ngày cuối cùng phải thanh toán của kỳ đóng phí đến hạn thanh toán (mà không cần có thông báo hoặc xác nhận của bất kỳ bên nào).
 - c. Trường hợp Hợp đồng bảo hiểm đã chấm dứt hiệu lực theo quy định tại khoản b. điều này nhưng sau đó Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm và yêu cầu tiếp tục được bảo hiểm cho đối tượng bảo hiểm của mình thì Hợp đồng bảo hiểm chỉ được khôi phục hiệu lực khi tất cả các điều kiện sau đây được thỏa mãn:

- Bên mua bảo hiểm đã thanh toán đủ tổng phí bảo hiểm tính đến Kỳ đóng phí quá hạn gần nhất theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm;
 - Bên mua bảo hiểm có văn bản yêu cầu DBV khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm và
 - DBV có văn bản đồng ý khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm chỉ được khôi phục hiệu lực và trách nhiệm bảo hiểm của DBV chỉ phát sinh kể từ thời điểm tất cả các điều kiện nêu trên được thỏa mãn. DBV không chịu trách nhiệm bồi thường đối với các tổn thất xảy ra trong thời gian từ ngày Hợp đồng bảo hiểm đã tự động chấm dứt hiệu lực đến thời điểm Hợp đồng bảo hiểm được khôi phục hiệu lực.
- d. Trường hợp Hợp đồng đã chấm dứt hiệu lực theo khoản b. điều này mà Bên mua bảo hiểm tự ý chuyển phí bảo hiểm vào tài khoản của DBV thì DBV không chịu trách nhiệm đối với khoản phí này (và sẽ hoàn trả lại Bên mua bảo hiểm sau khi biết hoặc có yêu cầu bằng văn bản của Bên mua bảo hiểm). Việc Bên mua bảo hiểm chuyển phí vào tài khoản của DBV sau khi Hợp đồng đã chấm dứt hiệu lực mà không có sự đồng ý của DBV không làm phát sinh/khôi phục hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm.
- e. Trong thời hạn bảo đảm thanh toán phí theo quy định tại điểm a,b,c nói trên, mọi khiếu nại bồi thường phát sinh (nếu có) sẽ được DBV tiếp nhận nhưng chỉ được giải quyết sau khi phí bảo hiểm được thanh toán đầy đủ.

CHƯƠNG V: BỒI THƯỜNG

1. Thủ tục bồi thường (áp dụng cho tất cả chương trình chính và sửa đổi bổ sung)

Trường hợp Người được bảo hiểm bị ốm đau, bệnh tật, thai sản hoặc tai nạn thì Người được bảo hiểm/người thụ hưởng/người thừa kế hợp pháp phải thông báo cho Công ty bảo hiểm bằng văn bản (theo mẫu thông báo tổn thất của DBV) trong vòng 120 ngày kể từ ngày bị tai nạn, ngày ra viện hoặc ngày đi khám bệnh (trường hợp điều trị ngoại trú) hoặc ngày tử vong. Nếu Người được bảo hiểm/người thụ hưởng/người thừa kế hợp pháp không thông báo đúng thời hạn quy định thì DBV sẽ từ chối thanh toán yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

Khi yêu cầu DBV bồi thường, Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp hoặc người được ủy quyền của Người được bảo hiểm phải gửi các chứng từ sau đây trong vòng 12 tháng kể từ ngày bị tai nạn, ngày ra viện, ngày khám bệnh hoặc tử vong của Người được bảo hiểm. Quá thời hạn trên, hồ sơ bồi thường sẽ bị từ chối một phần hoặc toàn bộ số tiền bồi thường, trừ các trường hợp bất khả kháng.

- a. Giấy yêu cầu bồi thường được kê khai đầy đủ theo mẫu của DBV, có chữ ký và con dấu của công ty đứng tên Chủ hợp đồng bảo hiểm (trừ khi có thỏa thuận khác);
- b. Giấy chứng thương (trường hợp thương tật vĩnh viễn); giấy chứng tử (trường hợp tử vong);
- c. Giấy tờ chứng minh quyền thừa kế hợp pháp theo yêu cầu của Pháp luật về quyền thừa kế (trường hợp tử vong và không có chỉ định Người Thụ Hưởng trước);
- d. Giấy chỉ định nghỉ của bác sĩ điều trị (trường hợp Người được bảo hiểm phải nghỉ việc để điều trị bệnh hoặc điều trị sau tai nạn);
- e. Các chứng từ y tế (DBV có thể xem xét chấp nhận bản sao chứng thực đối với các chứng từ sau:
 - Giấy ra viện (đối với điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày);
 - Giấy chứng nhận phẫu thuật (trường hợp phẫu thuật theo chỉ định của bác sĩ);
 - Chỉ định hoặc kết quả xét nghiệm, XQ, CT...(nếu có xét nghiệm, chụp chiếu....);
 - Sổ khám bệnh/ phiếu khám/ toa thuốc có chẩn đoán bệnh và chỉ định điều trị;
 - Các chứng từ y tế khác (nếu có).
- f. Bản gốc các chứng từ thanh toán (hoá đơn, biên lai, phiếu thu) theo quy định của Bộ Tài chính;
- g. Bảng chấm công, bản sao chứng thực hợp đồng lao động/thỏa thuận lao động, bảng lương nhân viên có xác nhận của Chủ hợp đồng lao động hoặc sao kê tài khoản lương. Đối với nhân viên thử việc, cung cấp thư mời thử việc hợp lệ;

- h. Dịch vụ y tá chăm sóc tại nhà: chỉ định y tá chăm sóc tại nhà của bác sĩ điều trị, hóa đơn, phiếu thu hợp lệ;
- i. Giấy tờ chứng minh quan hệ nhân thân (đối với các hồ sơ khiếu nại bồi thường của người thân được cán bộ đóng phí tham gia bảo hiểm) trong trường hợp DBV yêu cầu;
- j. Biên bản/ Bản tường trình tai nạn (nếu có);
- k. Giấy phép lái xe hợp lệ theo quy định của Pháp luật;
- l. Các giấy tờ khác có liên quan khi có yêu cầu.

2. Thời hạn giải quyết bồi thường

DBV thông báo kết quả và giải quyết bồi thường cho người được bảo hiểm, người thừa kế, hoặc người đại diện hợp pháp trong thời hạn tối đa **15 ngày làm việc**, kể từ ngày nhận được bộ hồ sơ đầy đủ hồ sơ hợp lệ.

3. Thời hạn khiếu nại

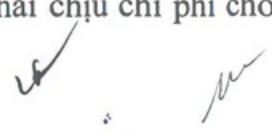
Thời hạn Người được bảo hiểm hay Người thừa kế hợp pháp có thể khiếu nại DBV về việc trả tiền bảo hiểm là **3 năm** kể từ ngày Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp hoặc người được ủy quyền hợp pháp nhận được giấy thông báo kết quả giải quyết của DBV. Quá thời hạn trên, mọi khiếu nại đều không có giá trị.

Các bên cùng nhau đồng ý rằng mọi tranh chấp hay mâu thuẫn xảy ra giữa các bên có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm sẽ được giải quyết tại tòa án của Nhà Nước CHXHCN Việt Nam theo Luật của Nhà Nước CHXHCN Việt Nam.

4. Thông tin chung về bồi thường

Tất cả các chứng từ và tài liệu (bao gồm các hóa đơn gốc, giấy chứng nhận, các chiếu chụp X-quang) mà DBV yêu cầu hỗ trợ cho việc chi trả bảo hiểm (bồi thường), bao gồm cả các kết quả về sức khỏe và bất kỳ các chi tiết nào về các tiền sử sức khỏe của Người được bảo hiểm sẽ phải được cung cấp miễn phí cho DBV nếu được yêu cầu, trước khi bất kỳ việc chi trả bảo hiểm (bồi thường) nào được hoàn tất.

Trường hợp thiếu thông tin y tế hoặc cần làm rõ hồ sơ, Người được bảo hiểm phải có trách nhiệm bổ sung các thông tin đó cho DBV và DBV không phải chịu chi phí cho việc có thêm thông tin đó.



CHƯƠNG VI: ĐIỀU KHOẢN MỞ RỘNG

I. Quyền lợi bảo hiểm không tăng phí

1. **Thỏa thuận đặc biệt về việc ứng trước tiền bồi thường:** Trường hợp Người được bảo hiểm phải nhập viện, trong những tình huống đặc biệt:
 - Nguyên nhân nhập viện thuộc phạm vi bảo hiểm của Hợp đồng Bảo hiểm;
 - DBV có thể đồng ý ứng trước tiền bồi thường theo số tiền bồi thường được ước tính đến mức tối đa là 10 triệu đồng với điều kiện số tiền bồi thường được ước tính dựa trên các chẩn đoán của bệnh viện vượt qua mức 5 triệu đồng;
 - Nếu DBV không thể cung cấp tiền ứng trước trong vòng 24h sau khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Chủ hợp đồng bảo hiểm có thể dựa vào xác nhận bằng văn bản của DBV, cung cấp cho nhân viên được bảo hiểm một khoản ứng trước hợp lý;
 - Chủ hợp đồng bảo hiểm sau đó thông báo kịp thời với DBV về số tiền đã ứng trước, cung cấp Chứng từ y tế, Giấy đề nghị tạm ứng (đã được DBV xác nhận), DBV có trách nhiệm bồi hoàn cho Chủ hợp đồng bảo hiểm khoản ứng trước này trong vòng 15 ngày.

2. Bảo hiểm bệnh nghề nghiệp

Theo điều khoản này, DBV đồng ý mở rộng bảo hiểm các chi phí y tế điều trị Bệnh nghề nghiệp được quy định bởi Bộ luật Lao động. Bao gồm và không giới hạn bởi danh mục bệnh nghề nghiệp.

Danh mục bệnh nghề nghiệp

1. Bệnh bụi phổi - Silic nghề nghiệp (BP-silic)
2. Bệnh bụi phổi Atbet (amiăng) (BP-amiăng)
3. Bệnh bụi phổi bông (BP-bông)
4. Bệnh viêm phế quản mãn tính nghề nghiệp (viêm PQ- NN)
5. Bệnh nhiễm độc chì và các hợp chất chì
6. Bệnh nhiễm độc benzen và các hợp chất đồng đẳng của benzen
7. Bệnh nhiễm độc thủy ngân và các hợp chất thủy ngân
8. Bệnh nhiễm độc mangan và các hợp chất của mangan
9. Bệnh nhiễm độc TNT (trinitro toluen)
10. Bệnh nhiễm độc asen và các hợp chất asen nghề nghiệp
11. Bệnh nhiễm độc nicotin nghề nghiệp
12. Bệnh nhiễm độc hóa chất trừ sâu nghề nghiệp
13. Bệnh do quang tuyến X và các chất phóng xạ
14. Bệnh điếc do tiếng ồn (điếc NN)
15. Bệnh rung chuyển nghề nghiệp
16. Bệnh giảm áp mãn tính nghề nghiệp
17. Bệnh sạm da nghề nghiệp

18. Bệnh loét da, loét vách ngăn mũi, viêm da, chàm tiếp xúc
19. Bệnh lao nghề nghiệp
20. Bệnh viêm gan virút nghề nghiệp
21. Bệnh do xoắn khuẩn leptospira nghề nghiệp
22. Bệnh hen phế quản nghề nghiệp
23. Bệnh nhiễm độc cacbonmonoxit nghề nghiệp
24. Bệnh nốt dầu nghề nghiệp
25. Bệnh viêm loét da, viêm móng và xung quanh móng nghề nghiệp

Đồng thời danh mục bệnh nghề nghiệp này được tự cộng cập nhật theo quy định của Pháp luật hiện hành.

II. Quyền lợi mở rộng có tăng phí

1. Điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, thai sản

Trên cơ sở Người được bảo hiểm đã đóng phụ phí bảo hiểm, DBV đồng ý bảo hiểm cho các trường hợp điều trị ngoại trú như sau với mức bảo hiểm được ghi rõ trong Hợp đồng bảo hiểm.

1.1. Điều trị ngoại trú: DBV thanh toán các chi phí điều trị ngoại trú phát sinh tại các cơ sở y tế, bao gồm:

- Chi phí khám bệnh;
- Chi phí thuốc men theo kê toa của Bác sĩ;
- Chi phí cận lâm sàng, xét nghiệm, trị liệu học bức xạ, các liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định và cần thiết cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh;
- Thủ thuật ngoại trú;
- Biến chứng thai sản ngoại trú;
- Vật tư y tế sử dụng tại cơ sở y tế;
- Chi phí khám Vật lý trị liệu lần đầu tiên đối với mỗi đợt (lộ trình) điều trị.

1.2. Điều trị răng cơ bản: DBV thanh toán các chi phí Điều trị răng cơ bản sau đây phát sinh tại các cơ sở y tế, bao gồm:

- Khám và chẩn đoán bệnh;
- Chụp X-quang;
- Điều trị các bệnh lý nha chu ;
- Trám răng (amalgam hoặc composite, fuji hoặc các chất liệu tương đương);
- Điều trị tủy răng;
- Nhổ răng bệnh lý (không kèm theo phẫu thuật);

1.3. Vật lý trị liệu: DBV thanh toán các chi phí Vật lý trị liệu theo chỉ định của bác sĩ điều trị, thực hiện tại bệnh viện và theo giới hạn phụ trên Hợp đồng bảo hiểm.

Quyền lợi này mở rộng cho điều trị sử dụng các biện pháp vật lý, châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt, liệu pháp ánh sáng,... hoặc phương pháp trị liệu thần kinh cột sống theo chỉ định của bác sĩ. Việc điều trị này phải được thực hiện tại bệnh viện.

1.4. Khám thai: DBV thanh toán các chi phí khám thai sau đây trong quá trình mang thai phát sinh tại các cơ sở y tế, bao gồm:

- Chi phí khám thai;
- Siêu âm 2D/3D/ 4D;
- Chi phí xét nghiệm nước tiểu liên quan đến thai kỳ;
- Xét nghiệm công thức máu.

2. Điều trị răng toàn diện

Trên cơ sở Người được bảo hiểm đã đóng phụ phí bảo hiểm, DBV sẽ thanh toán các chi phí Chăm sóc răng sau đây phát sinh tại các cơ sở y tế với giới hạn bảo hiểm được ghi trong hợp đồng bảo hiểm, bao gồm:

2.1. Điều trị răng cơ bản

- Khám và chẩn đoán bệnh;
- Chụp X-quang;
- Điều trị các bệnh lý nha chu ;
- Trám răng (amalgam hoặc composite, fuji, gic hoặc các chất liệu tương tự);
- Điều trị tủy răng;
- Nhổ răng bệnh lý không kèm phẫu thuật.

2.2. Điều trị răng đặc biệt

- Lấy vôi răng (2 lần /1 năm);
- Nhổ răng bệnh lý cần phẫu thuật;
- Lấy chân răng bệnh lý;
- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu);
- Phẫu thuật cắt chóp (phẫu thuật lấy đỉnh chân răng).

Khi Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm này, các chi phí Điều trị Răng cơ bản dưới Quyền lợi điều trị Ngoại trú sẽ không được áp dụng.

2.3. Loại trừ: Các chi phí điều trị răng sau đây không được bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm này

- Răng giả (sửa, làm mới, chữa hay thay răng giả);
- Chỉnh hình răng hàm mặt thẩm mỹ;
- Tồn thương răng, trồng răng giả do hậu quả của tai nạn.

3. Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật và thai sản

3.1. Phạm vi bảo hiểm

Theo điều khoản này, DBV đồng ý bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc bị thương tật vĩnh viễn do các nguyên nhân ốm đau, bệnh tật, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm của Hợp đồng Bảo hiểm và không thuộc các điểm loại trừ được quy định tại mục 1 Chương III - Điểm loại trừ.

Trong trường hợp Người được bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng, hoặc Người thụ hưởng đã qua đời hoặc mất tích trong một thời gian nhất định, DBV trả tiền bồi thường cho Người thừa kế hợp pháp theo Luật Thừa kế.

3.2. Các điểm loại trừ

DBV không có trách nhiệm bồi thường trong trường hợp tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn do nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp sau đây:

- Do các nguyên nhân tai nạn;
- Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thừa hưởng quyền lợi bảo hiểm gây ra;
- Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng trực tiếp do sử dụng rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích tương tự khác;
- Dị tật bẩm sinh, bệnh tâm thần;
- Điều trị hoặc sử dụng thuốc không theo hướng dẫn của bác sĩ điều trị;
- Điều trị chưa được khoa học công nhận, điều trị thử nghiệm;
- Người được bảo hiểm vi phạm Pháp luật, nội quy, quy định của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội;
- Bệnh đặc biệt (chỉ áp dụng trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm với công ty bảo hiểm hoặc tham gia không liên tục với công ty bảo hiểm);
- Thai sản (chỉ áp dụng trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm với công ty bảo hiểm hoặc tham gia không liên tục với công ty bảo hiểm);
- Chiến tranh (có tuyên chiến hay không tuyên chiến), các hành động thù địch hoặc mang tính chiến tranh, nội chiến, bạo loạn, bạo động hay bạo loạn dân sự;
- Do hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), các bệnh có liên quan đến AIDS hay do vi-rút gây bệnh AIDS; hoặc bệnh lậu, bệnh giang mai, các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục khác;
- Tử vong không rõ nguyên nhân.

4. Bảo hiểm các trường hợp ngộ độc (đối với phần tai nạn).

- Điều khoản mở rộng này sẽ được áp dụng với điều kiện tăng 5% phí bảo hiểm. Việc áp dụng điều khoản này được ghi rõ trong Hợp đồng bảo hiểm;
- Theo điều khoản này, Công ty Bảo hiểm đồng ý mở rộng bảo hiểm sự kiện ngộ độc (bao gồm và không hạn chế ngộ độc thức ăn, thức uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc);
- Tổng mức trách nhiệm bảo hiểm cao nhất của Công ty Bảo hiểm (tồn thất tích tụ) không vượt quá VND 2.100.000.000/vụ.

TUQ. TỔNG GIÁM ĐỐC
PHÓ TỔNG GIÁM ĐỐC



Phạm Huy Khiêm

BẢNG TRẢ TIỀN TỶ LỆ THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN
(Áp dụng đối với Bảo hiểm sức khỏe)

THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN

- | | |
|--|------|
| 1. Chết | 100% |
| 2. Mù hoặc mất hoàn toàn hai mắt..... | 100% |
| 3. Rối loạn tâm thần hoàn toàn không thể chữa được | 100% |
| 4. Hông toàn bộ chức năng nhai và nói | 100% |
| 5. Mất hoặc liệt hoàn toàn 2 tay (từ vai hoặc khuỷu xuống) hoặc 2 chân (từ háng hoặc đầu gối xuống)..... | 100% |
| 6. Mất cả 2 bàn tay hoặc 2 bàn chân, hoặc mất 1 cánh tay và 1 bàn chân, hoặc mất 1 cánh tay và 1 cẳng chân, hoặc 1 bàn tay và 1 cẳng chân, hoặc 1 bàn tay và 1 bàn chân..... | 100% |
| 7. Cắt toàn bộ 1 bên phổi và 1 phần phổi bên kia | 100% |
| 8. Mất hoàn toàn khả năng lao động mà không thể làm bất cứ việc gì (toàn bộ bị tê liệt, bị thương dẫn đến tình trạng nằm liệt giường hoặc dẫn đến tàn tật toàn bộ vĩnh viễn) | 100% |

BẢNG TRẢ TIỀN TỶ LỆ THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN
(Áp dụng đối với Bảo hiểm tai nạn)

RỦI RO ĐỐI VỚI NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Tổn thương thân thể dẫn đến hậu quả như

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

*Là tỷ lệ phần trăm số tiền bảo hiểm
nêu trong Hợp đồng bảo hiểm*

TỬ VONG

THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN

1. Mất thị lực vĩnh viễn hai mắt	100%
2. Rối loạn tâm thần hoàn toàn không thể chữa được	100%
3. Mất hai bàn tay hoặc hai cánh tay	100%
4. Mất thính lực hoàn toàn hai tai	100%
5. Mất hàm dưới	100%
6. Mất khả năng phát âm	100%
7. Mất một cánh tay và một bàn chân; hoặc một cánh tay và một chân; hoặc một bàn tay và một chân; một bàn tay và một bàn chân	100%
8. Mất hai chân hoặc hai bàn chân	100%
9. Mất hoàn toàn khả năng lao động mà không thể làm bất cứ việc gì (toàn bộ bị tê liệt, bị thương dẫn đến tình trạng nằm liệt giường hoặc dẫn đến tàn tật toàn bộ vĩnh viễn)	100%
10. Cắt toàn bộ một bên phổi và 1 phần phổi bên kia	100%

THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN

PHẦN ĐẦU VÀ MẮT

11. Khuyết xương sọ (chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần)	
- Diện tích bề mặt hộp sọ bị tổn thương ít nhất 6 cm ²	40%
- Diện tích bề mặt hộp sọ bị tổn thương từ 3 đến 6 cm ²	20%
12. Nói ngọng, nói lắp, nói khó khăn ảnh hưởng đến giao tiếp	21%
13. Mất khả năng giao dịch bằng chữ viết, mất nhận biết về ngôn ngữ do tổn hại vùng Wernicke	36%
14. Mất một phần hàm dưới	40%
15. Mất một mắt	55%
16. Mất thính lực hoàn toàn một tai	30%
17. Mất vành tai 2 bên	18%
18. Mất vành tai 1 bên	9%
19. Sẹo rúm vành tai, chít hẹp ống tai	12%
20. Mất mũi hoàn toàn	24%
21. Biến dạng mũi	11%
22. Vết thương họng sẹo hẹp ảnh hưởng đến nuốt	18%

CHI TRÊN	PHẢI	TRÁI
23. Mất một cánh tay và một bàn tay	60%	50%
24. Mất phần khung xương quan trọng phần cẳng chân (thương tổn vĩnh viễn không chữa được)	50%	40%
25. Liệt hoàn toàn cánh tay trên (tổn thương thần kinh không thể chữa được)	65%	55%
26. Dây thần kinh circoflex bị liệt hoàn toàn	20%	15%
27. Cứng khớp bả vai	40%	30%
28. Cứng khớp khuỷu tay		
- Ở vị trí 15 độ xung quanh khớp phải	25%	20%
- Ở vị trí bất lợi	40%	35%
29. Mất hoặc bị tổn thương vĩnh viễn phần khung xương hai chi trên	40%	30%
30. Liệt hoàn toàn dây thần kinh trung gian	40%	35%
31. Liệt hoàn toàn dây thần kinh quay tại vị trí rãnh xoắn	45%	35%
32. Liệt hoàn toàn dây thần kinh quay phần cẳng tay	30%	25%
33. Liệt hoàn toàn dây thần kinh quay của bàn tay	20%	15%
34. Liệt hoàn toàn dây thần kinh xương trụ	30%	25%
35. Cứng khớp cổ tay tại vị trí thường (thẳng và sấp úp)	20%	15%
36. Cứng khớp cổ tay tại vị trí khó vận động (vị trí gấp và lật ngửa)	30%	25%
37. Mất hoàn toàn ngón cái	20%	15%
38. Đứt hoàn toàn ngón trỏ	15%	15%
39. Đứt đồng thời ngón trỏ và ngón cái	35%	25%
40. Đứt ngón trỏ và một ngón tay khác ngoại trừ ngón trỏ	25%	20%
41. Mất ba ngón tay trong đó có ngón cái	35%	30%
42. Mất ba ngón tay ngoại trừ ngón cái và ngón trỏ	20%	15%
43. Đứt bốn ngón tay trong đó có ngón cái	45%	40%
44. Đứt bốn ngón tay ngoại trừ ngón cái	40%	35%
45. Đứt một ngón tay ngoại trừ ngón cái hoặc ngón trỏ	10%	05%
46. Mất đốt ngón tay (một đốt)	04%	04%
47. Ngón giữa (hai đốt)	04%	04%
48. Ngón giữa (một đốt)	02%	02%
49. Ngón nhẫn (hai đốt)	04%	04%
50. Ngón nhẫn (một đốt)	02%	02%
51. Ngón út (hai đốt)	03%	03%
52. Ngón út (một đốt)	02%	02%

Khi người bị nạn được xác nhận là người sử dụng tay trái, thì chế độ bồi thường chi trên sẽ được áp dụng ngược lại, mức độ bồi thường cho phần chi phải sẽ được áp dụng cho phần chi trái và ngược lại.

CHI DƯỚI

53. Đứt phần đùi (nửa trên)	60%
54. Đứt phần đùi (nửa dưới)	50%
55. Mất một bàn chân	45%
56. Mất một phần bàn chân	40%
57. Mất một phần bàn chân	35%
58. Mất một phần bàn chân	30%
59. Liệt hoàn toàn một chi dưới	60%
60. Liệt hoàn toàn vùng kheo dây thần kinh ngoại biên hông	30%
61. Liệt hoàn toàn vùng kheo dây thần kinh nội biên hông	20%
62. Liệt hoàn toàn hai dây thần kinh (dây thần kinh hông, vùng kheo nội ngoại biên)	40%
63. Cứng khớp hông	40%
64. Cứng khớp gối	20%
65. Tồn thất trầm trọng khung xương phần đùi hoặc xương phần chân dưới (không phục hồi được)	60%
66. Tồn thương trầm trọng khung xương phần nắp gối bởi vết nứt lớn, hậu quả là hạn chế sự cử động của phần đùi và chân dưới	40%
67. Tồn thương trầm trọng phần khung xương của nắp gối cùng với những hạn chế cử động.	20%
68. Làm phần chi dưới bị ngắn ít nhất 5cm	30%
69. Làm phần chi dưới bị ngắn từ 3cm - 5cm	20%
70. Đứt bốn ngón, trong đó có các ngón chân cái	20%
71. Đứt ba ngón, trong đó có các ngón chân cái	15%
72. Đứt hai ngón, trong đó có các ngón chân cái	10%
73. Đứt các ngón chân cái	5%
74. Đứt 1 đốt ngón chân cái	2%
75. Đứt 1 ngón chân khác	3%

CỘT SỐNG

76. Cắt bỏ cung sau của 1 đốt sống	21%
77. Cắt bỏ cung sau của 2 - 3 đốt sống trở lên	30%

LÒNG NGỰC

78. Cắt bỏ 1 - 2 xương sườn	10%
79. Cắt bỏ 3 xương sườn (mỗi xương sườn cắt bỏ trên 03 xương sườn tăng thêm 5%)	15%
80. Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn (mỗi đoạn xương sườn cắt bỏ thêm tăng 3%)	5%
81. Cắt toàn bộ 1 bên phổi	45%
82. Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên, dung tích sống giảm trên 50%	42%
83. Cắt nhiều thùy phổi ở 1 bên	33%
84. Cắt một thùy phổi	24%

BỤNG

85. Cắt toàn bộ dạ dày	48%
86. Cắt một phần dạ dày	33%
87. Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1 m)	48%
88. Cắt một đoạn ruột non	27%
89. Cắt toàn bộ đại tràng	48%
90. Cắt một đoạn đại tràng	33%
91. Cắt bỏ gan phải Hợp đồng thuận	45%
92. Cắt bỏ gan trái Hợp đồng thuận	39%
93. Cắt 1/2 của một thùy gan	36%
94. Cắt 1/3 của một thùy gan	24%
95. Cắt dưới 1/3 của một thùy gan	18%
96. Cắt bỏ túi mật	30%
97. Cắt bỏ lá lách	27%
98. Cắt bỏ đuôi tụy, lách	39%

CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC

99. Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bình thường	33%
100. Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bị tổn thương hoặc bệnh lý	45%
101. Cắt 1 phần thận trái hoặc phải	21%
102. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người dưới 55 tuổi chưa con	45%
103. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người dưới 55 tuổi đã có con rồi	36%
104. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người trên 55 tuổi	24%
105. Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người dưới 45 tuổi chưa con	39%
106. Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người dưới 45 tuổi đã có con	21%
107. Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người trên 45 tuổi	16%
108. Cắt vú ở nữ dưới 45 tuổi 1 bên	15%
109. Cắt vú ở nữ dưới 45 tuổi 2 bên	30%
110. Cắt vú ở nữ trên 45 tuổi 1 bên	10%
111. Cắt vú ở nữ trên 45 tuổi 2 bên	21%
112. Cắt 1 phần bàng quang	18%

KHOANG MIỆNG

113. Mất răng trên 8 cái không lắp được răng giả	21%
114. Mất răng trên 8 cái lắp được răng giả	15%
115. Mất từ 5 đến 7 răng	12%
116. Mất từ 3 đến 4 răng	6%
117. Mất từ 1 đến 2 răng	2%-3%
118. Mất 3/4 lưỡi còn gốc lưỡi (từ đường gai V trở ra)	48%
119. Mất 2/3 lưỡi từ đầu lưỡi	33%
120. Mất 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm	12%
121. Mất 1 phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm	6%