

QUY TẮC

BẢO HIỂM CON NGƯỜI KẾT HỢP

(Ban hành kèm theo Quyết định số 0087/09/QĐ-HV/TGD ngày 28 tháng 5 năm 2009
của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Hùng Vương)

I. NGUYÊN TẮC CHUNG

Điều 1. Phạm vi địa lý

Phạm vi địa lý được bảo hiểm của bảo hiểm này là lãnh thổ Việt Nam.

Điều 2. Đối tượng bảo hiểm

1. Đối tượng bảo hiểm

Mọi công dân Việt Nam và người nước ngoài đang sinh sống, làm việc tại Việt Nam từ 18 tuổi đến 65 tuổi (sau đây gọi là Người được bảo hiểm).

2. Không nhận bảo hiểm cho các đối tượng

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

Điều 3. Các quyền lợi bảo hiểm khác

Người được bảo hiểm theo Quy tắc này vẫn được tham gia và hưởng quyền lợi của các loại hình bảo hiểm khác nếu ký các hợp đồng độc lập với nhau.

Điều 4. Các định nghĩa

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

Người được bảo hiểm là người có tên trong Giấy yêu cầu bảo hiểm, được Công ty bảo hiểm chấp nhận cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm và được hưởng quyền lợi khi rủi ro được bảo hiểm xảy ra cho người đó.

Công ty bảo hiểm là Tổng Công ty Cổ phần Bảo Hiểm Hùng Vương (BHV).

Số tiền bảo hiểm Phạm vi bảo hiểm A và B: là số tiền tối đa Công ty bảo hiểm có thể trả cho Người được bảo hiểm trong một sự kiện bảo hiểm, được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm.

Phạm vi bảo hiểm C: là số tiền tối đa Công ty bảo hiểm có thể trả cho Người được bảo hiểm trong một năm bảo hiểm, được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm.

Tai nạn Tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm là những tai nạn xảy ra do một lực bất ngờ, ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm, từ bên ngoài tác động lên thân thể Người được bảo hiểm và là nguyên nhân trực tiếp làm cho Người được bảo hiểm bị chết hoặc thương tật thân thể.

Cơ sở y tế là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp tại Việt Nam:

- Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật.
- Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú và có phiếu theo dõi sức khỏe hằng ngày cho mỗi bệnh nhân của mình.
- Không phải là nơi dùng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích hoặc để điều trị các căn bệnh rối loạn tâm thần, phong.
- Không phải là trạm y tế xã, phường, y tế cơ quan (ngoại trừ trường hợp sinh đẻ).

Thương tật tạm thời là các thương tật nêu tại mục “THƯƠNG TẬT TẠM THỜI” trong Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật theo Quyết định số 05/TCBH ngày 02 tháng 01 năm 1993 của Bộ Tài chính.

Thương tật vĩnh viễn là các thương tật nêu tại mục “THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN” trong Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật theo Quyết định số 05/TCBH ngày 02 tháng 01 năm 1993 của Bộ Tài chính.

Bệnh viện đông y là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp tại Việt Nam:

- Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị theo phương pháp y học cổ truyền.
- Không phải là nơi dùng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích hoặc để điều trị các căn bệnh rối loạn tâm thần, phong.
- Không phải là trạm y tế xã, phường, y tế cơ quan hay trung tâm chẩn đoán đông y.

Nằm viện là việc Người được bảo hiểm cần lưu trú liên tục ít nhất 24 giờ ở một cơ sở y tế để điều trị khỏi về lâm sàng, bao gồm cả việc sinh đẻ hoặc điều trị trong thời kỳ có thai.

Phẫu thuật là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật thân thể hoặc bệnh tật được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ bằng tay với các dụng cụ y tế hoặc bằng máy móc y tế trong bệnh viện.

Bệnh đặc biệt là những bệnh ung thư và u các loại, cao hay hạ huyết áp, tim mạch, viêm loét dạ dày, viêm đa khớp mạn tính, viêm loét ruột, viêm gan mạn tính, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi các loại trong hệ thống bài tiết, lao phổi, đục nhân mắt, viêm xoang.

Bệnh có sẵn có nghĩa là tất cả các bệnh tật, trên phương diện y học đã tồn tại và/hoặc có nguồn gốc từ trước ngày hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm đầu tiên.

Hợp đồng bảo hiểm nhóm là hợp đồng bảo hiểm bao gồm nhiều hơn 10 Người được bảo hiểm cùng thuộc một công ty, cơ quan, xí nghiệp, đoàn thể, hiệp hội hay các tổ chức tương tự.

II. PHẠM VI BẢO HIỂM

Điều 5. Phạm vi bảo hiểm

Bảo hiểm này bồi thường cho Người được bảo hiểm trong những trường hợp sau đây:

1. Phạm vi bảo hiểm A: Chết do mọi nguyên nhân;
2. Phạm vi bảo hiểm B: Thương tật thân thể do tai nạn;
3. Phạm vi bảo hiểm C: Ốm đau, bệnh tật, thai sản phải nằm viện hoặc phẫu thuật.

Điều 6. Lựa chọn phạm vi bảo hiểm

Người được bảo hiểm có quyền chọn tham gia các phạm vi bảo hiểm trên, tuy nhiên phải tham gia ít nhất hai trong ba phạm vi bảo hiểm.

Trường hợp chỉ tham gia phạm vi bảo hiểm B và C, phạm vi bảo hiểm B sẽ tự động mở rộng bảo hiểm cho sự kiện bảo hiểm “chết do tai nạn”. Trong trường hợp này, tỷ lệ phí bảo hiểm của phạm vi bảo hiểm B tăng thêm 0,05% / năm.

III. KHÔNG THUỘC PHẠM VI BẢO HIỂM

Điều 7. Các điểm loại trừ

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

1. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp (trừ trường hợp người thừa kế là trẻ em dưới 14 tuổi).
2. Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng trực tiếp do sử dụng rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích tương tự khác.
3. Người được bảo hiểm vi phạm nghiêm trọng pháp luật, nội quy, quy định của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội.
4. Điều trị hoặc sử dụng thuốc không theo hướng dẫn của cơ sở y tế.
5. Điều dưỡng, an dưỡng.
6. Nằm viện để kiểm tra sức khỏe hoặc khám giám định y khoa mà không liên quan đến việc điều trị bệnh tật.
7. Điều trị hoặc phẫu thuật các bệnh tật bẩm sinh, những thương tật và chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm.
8. Điều trị chưa được khoa học công nhận hoặc điều trị thử nghiệm.

9. Tạo hình thẩm mỹ, chỉnh hình, phục hồi chức năng, làm chân, tay giả, mắt giả, răng giả.
10. Kế hoạch hóa gia đình.
11. Những bệnh đặc biệt theo định nghĩa ở Điều 4.
12. Những bệnh có sẵn theo định nghĩa ở Điều 4. Tuy nhiên, điểm loại trừ này:
 - a. chỉ được áp dụng trong năm đầu tiên kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm đối với hợp đồng bảo hiểm nhóm dưới 100 thành viên.
 - b. không áp dụng đối với hợp đồng bảo hiểm nhóm có từ 100 thành viên trở lên.
13. Người được bảo hiểm mắc các bệnh giang mai, lậu, nhiễm vi rút HIV, sốt rét, lao và bệnh nghề nghiệp.
14. Các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách có vé), các cuộc diễn tập, huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của các lực lượng vũ trang.
15. Người được bảo hiểm tham gia đánh nhau trừ khi được xác nhận đó là hành động tự vệ.
16. Động đất, núi lửa, nhiễm phóng xạ.
17. Chiến tranh, nội chiến, đình công.
18. Khủng bố.

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

Điều 8. Hợp đồng bảo hiểm

Khi có yêu cầu tham gia bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ cấp hợp đồng bảo hiểm nhóm kèm theo danh sách các cá nhân được bảo hiểm. Trường hợp có yêu cầu, Công ty bảo hiểm cũng cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm cho mỗi cá nhân tham gia trong hợp đồng bảo hiểm nhóm.

Điều 9. Sửa đổi bổ sung

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

Điều 10. Phí bảo hiểm và Số tiền bảo hiểm

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

Điều 11. Thời điểm bắt đầu hiệu lực bảo hiểm

Đối với hợp đồng bảo hiểm tái tục, hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực ngay sau khi Người được bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm đầy đủ trừ khi có thỏa thuận khác.

BẢO HIỂM CON NGƯỜI KẾT HỢP

Đối với hợp đồng bảo hiểm đầu tiên và hợp đồng bảo hiểm không liên tục, hiệu lực bảo hiểm tuân theo các quy định sau, trừ khi có thỏa thuận khác:

1. Phạm vi bảo hiểm A: chỉ có hiệu lực bảo hiểm sau 30 ngày kể từ ngày đóng phí bảo hiểm đối với trường hợp chết không do tai nạn. Trường hợp chết do tai nạn, bảo hiểm có hiệu lực ngay sau khi Người được bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ.
2. Phạm vi bảo hiểm B: bảo hiểm có hiệu lực ngay sau khi Người được bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm đầy đủ.
3. Phạm vi bảo hiểm C:
 - a. Trường hợp ốm đau bệnh tật (không phải do tai nạn): bảo hiểm chỉ có hiệu lực sau 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ.
 - b. Trường hợp sảy thai, nạo thai theo chỉ định của bác sĩ, lấy u nang buồng trứng, điều trị thai sản: bảo hiểm chỉ có hiệu lực sau 90 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ.
 - c. Trường hợp sinh đẻ: bảo hiểm chỉ có hiệu lực sau 270 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ.

Các quy định ở mục 3a, 3b, 3c của Điều này không áp dụng đối với hợp đồng bảo hiểm nhóm có từ 100 thành viên trở lên.

Điều 12. Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm

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. Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt, Công ty bảo hiểm 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 này chưa có lần nào được Công ty bảo hiểm chấp nhận trả tiền bồi thường.

V. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 13. Quyền lợi của Người được bảo hiểm

1. a. Trường hợp có tham gia phạm vi bảo hiểm A, Người được bảo hiểm chết thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trong phạm vi bảo hiểm A.
 - b. Trường hợp không tham gia phạm vi bảo hiểm A, Người được bảo hiểm chết do tai nạn, Công ty bảo hiểm trả toàn bộ Số tiền bảo hiểm ghi trong phạm vi bảo hiểm B.
2. Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do tai nạn (thương tật vĩnh viễn và thương tật tạm thời) thuộc phạm vi bảo hiểm: Công ty bảo hiểm trả tiền bảo hiểm theo tỷ lệ phần trăm của Số tiền bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm B được quy định tại Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật theo Quyết định số 05/TCBH ngày 02 tháng 01 năm 1993 của Bộ Tài chính.

3. Trường hợp người được bảo hiểm ốm đau, bệnh tật, thai sản (không phải do tai nạn) và phải:
 - a. Nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm trả mỗi ngày 0,5% Số tiền bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm C nhưng không vượt quá 60 ngày/năm bảo hiểm. Trường hợp nằm điều trị tại bệnh viện Đông y, Công ty bảo hiểm trả mỗi ngày tối đa 0,2% Số tiền bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm C nhưng không vượt quá 150 ngày / năm bảo hiểm. Quy định rằng tổng số tiền bảo hiểm được trả cho tất cả những ngày nằm viện trong năm trong mọi trường hợp không quá 30% Số tiền bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm C.
 - b. Phẫu thuật thuộc phạm vi bảo hiểm, ngoài quyền lợi bảo hiểm được trả theo mục a, Công ty bảo hiểm trả tiền bảo hiểm theo tỷ lệ nêu trong Bảng tỷ lệ trả tiền phẫu thuật do Công ty bảo hiểm ban hành.
4. Đối với hợp đồng bảo hiểm có trên 100 thành viên, nếu Người được bảo hiểm phải điều trị thai sản trước 90 ngày hoặc sinh đẻ trước 270 ngày, tiền bảo hiểm được trả sẽ tính theo tỷ lệ giữa số ngày – kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm đến ngày sự kiện bảo hiểm xảy ra với 90 ngày hoặc 270 ngày.

VI. TRÁCH NHIỆM CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Điều 14: Trách nhiệm của Người được bảo hiểm

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

VII. THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 15: Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

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

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

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

Điều 16: Trả tiền bảo hiểm

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

Điều 17: Nghĩa vụ trung thực

Trường hợp Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp không trung thực trong việc thực hiện các điều quy định trong Quy tắc này, Công ty bảo hiểm có quyền từ chối một phần hoặc toàn bộ tiền bảo hiểm trả cho người đó tùy theo mức độ vi phạm. Trong trường hợp có dấu hiệu phạm pháp, Công ty bảo hiểm có quyền đề nghị cơ quan pháp luật xem xét, giải quyết.

Điều 18: Thời hạn thông báo sự kiện bảo hiểm và thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

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

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

Điều 19: Thời hạn giải quyết yêu cầu trả tiền bảo hiểm

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

Điều 20: Thời hạn khiếu nại và thời hiệu khởi kiện

Thời hạn Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp khiếu nại Công ty bảo hiểm về quyết định trả tiền bảo hiểm là 06 tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp nhận được thông báo trả tiền bảo hiểm. Thời hiệu khởi kiện về hợp đồng bảo hiểm là 03 năm kể từ ngày phát sinh tranh chấp.

VIII. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 21: Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp có liên quan đến quy tắc bảo hiểm này, nếu các bên không thỏa thuận được bằng thương lượng thì một trong hai bên được quyền đưa ra giải quyết tại cơ quan pháp luật Nhà nước, nơi Người được bảo hiểm cư trú tại Việt Nam.