

Số: 105 /2008-VNI/BHCN

Hà nội, ngày 23 tháng 04 năm 2008

QUYẾT ĐỊNH CỦA TỔNG GIÁM ĐỐC CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM HÀNG KHÔNG

V/v: Ban hành Quy tắc và Biểu phí Bảo hiểm Sức khỏe toàn diện

TỔNG GIÁM ĐỐC CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM HÀNG KHÔNG

- Căn cứ giấy phép thành lập và hoạt động số 49 GP/KDBH ngày 23/04/2008 của Bộ Trưởng Bộ Tài chính về việc thành lập Công ty Cổ phần Bảo hiểm Hàng không.
- Căn cứ Điều lệ tổ chức và hoạt động của Công ty Cổ phần Bảo hiểm Hàng không đã được Đại hội cổ đông thông qua ngày 12/05/2008.
- Theo đề nghị của Trưởng Ban Quản lý Nghiệp vụ - Đào tạo, Công ty Cổ phần Bảo hiểm Hàng không.

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1: Ban hành Quy tắc và Biểu phí Bảo hiểm Sức khỏe toàn diện.



Điều 2: Quyết định này có hiệu lực từ ngày 28/04/2008 và được áp dụng thống nhất trong hệ thống Bảo hiểm Hàng không.

Điều 3: Trưởng Ban Quản lý Nghiệp vụ - Đào tạo, Trưởng các Ban chức năng liên quan thuộc Trụ sở chính, Giám đốc các đơn vị thành viên chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này. *28*

Nơi nhận:

- Như Điều 3
- Ban Điều hành
- Lưu: B.QLNV-ĐT, V.Thư

TỔNG GIÁM ĐỐC *gmlh*



ĐỖ VĂN HẢI

QUY TẮC
BẢO HIỂM SỨC KHỎE TOÀN DIỆN
(VNI – SỨC KHỎE TOÀN DIỆN)

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 25/2008-VNI/BHCN ngày 23/9/2008 của
Tổng Giám đốc Công ty Cổ phần Bảo Hiểm Hàng không)*

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 1 tuổi đến 65 tuổi (sau đây gọi là Người được bảo hiểm). Đối với chương trình bảo hiểm đặc biệt chỉ nhận bảo hiểm đến 60 tuổi.

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 VNI chấp nhận cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm và được hưởng quyền lợi khi rủi ro được bảo hiểm xảy ra cho người đó.

VNI là Công ty Cổ phần Bảo Hiểm Hàng Không

Số tiền bảo hiểm Phạm vi bảo hiểm A và B: là số tiền tối đa VNI 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 VNI 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.

Bệnh viện 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 dừng 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 (Ban hành kèm theo Công văn số 5701/BTC-BH, ngày 04/05 /2006 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 (Ban hành kèm theo Công văn số 5701/BTC-BH, ngày 04/05 /2006 của Bộ Tài chính)
Bệnh viện đông y	<p>là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp tại Việt Nam:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị theo phương pháp y học cổ truyền. - Không phải là nơi dừng 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 24h ở 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 da 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.

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:

Phạm vi bảo hiểm A: Chết do ốm đau, bệnh tật, thai sản

Phạm vi bảo hiểm B: Chết và thương tật thân thể do tai nạn;

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.

III. LOẠI TRỪ 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 gây thiệt hại của Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp (trừ trường hợp người thừa kế là trẻ em dưới 14 tuổi).
2. Người được bảo hiểm có sử dụng rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích tương tự khác.
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, nằm viện để kiểm tra sức khỏe hoặc khám giám định y khoa mà không liên quan đến việc điều trị bệnh tật.
6. 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.

7. Điều trị chưa được khoa học công nhận hoặc điều trị thử nghiệm. Tạo hình thẩm mỹ, chỉnh hình, phục hồi chức năng, làm chân, tay giả, mắt giả, răng giả.
8. Kế hoạch hóa gia đình.
9. Bệnh đặc biệt (chỉ áp dụng trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm)
10. Bệnh có sẵn. 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 30 thành viên.
 - b. không áp dụng đối với hợp đồng bảo hiểm nhóm có từ 30 thành viên trở lên.
11. Người được bảo hiểm mắc các bệnh giang mai, lậu, nhiễm vi rút HIV, sốt rét, lao và bệnh nghề nghiệp.
12. 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.
13. Người được bảo hiểm tham gia đánh nhau trừ khi được xác nhận đó là hành động tự vệ.
14. Động đất, núi lửa, nhiễm phóng xạ, chiến tranh, nội chiến, đình công, 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 Giấy yêu cầu bảo hiểm, VNI sẽ cấp hợp đồng bảo hiểm kèm theo danh sách các thành viên tham gia bảo hiểm và Giấy chứng nhận bảo hiểm cho từng thành viên. Đối với cá nhân tham gia bảo hiểm, VNI cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm cho cá nhân tham gia đó.

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.

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 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 30 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, Hợp đồng chấm dứt phải phù hợp với quy định của Luật kinh doanh 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, VNI 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 VNI chấp nhận trả tiền bồi thường.

V. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 13: Quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Bảng phụ lục quyền lợi bảo hiểm Sức khỏe toàn diện đính kèm

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 Người được bảo hiểm phải áp dụng các biện pháp cần thiết và có thể thực hiện được để ngăn ngừa hạn chế tổn thất.
3. Trung thực trong việc khai báo và cung cấp các chứng từ liên quan đến sự kiện bảo hiểm.

VII. THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 15: Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

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

1. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo mẫu của VNI.
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)... 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, VNI có quyền từ chối một phần hoặc toàn bộ tiền bảo hiểm trả cho người đó tùy theo mức độ vi phạm.

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 VNI 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 VNI 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

VNI 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 hiệu khởi kiện

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 vụ việc ra giải quyết tại tòa án theo quy định của pháp luật.

**CÔNG TY CP BẢO HIỂM HÀNG KHÔNG
TỔNG GIÁM ĐỐC**

ĐỖ VĂN HẢI

PHỤ LỤC 1

BẢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 225/2008-VNI/BHCN ngày 28/9/2008 của Tổng Giám đốc Công ty Cổ phần Bảo Hiểm Hàng không)

Stt	Chương trình bảo hiểm	Chương trình phổ thông	Chương trình đặc biệt
Quyền lợi bảo hiểm			
I Sinh mạng cá nhân			
1	Chết do ốm đau, bệnh tật, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm	trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi tại Phạm vi bảo hiểm A	Trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi tại Phạm vi bảo hiểm A
II Tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm			
1	Chết do tai nạn	trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi tại Phạm vi bảo hiểm B	trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi tại Phạm vi bảo hiểm B
2	Thương tật vĩnh viễn	trả tỷ lệ phần trăm số tiền bảo hiểm ghi tại Phạm vi bảo hiểm B. Tỷ lệ phần trăm thương tật được quy định tại Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm do VNI ban hành.	trả tỷ lệ phần trăm số tiền bảo hiểm ghi tại Phạm vi bảo hiểm B. Tỷ lệ phần trăm thương tật được quy định tại Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm do VNI ban hành.
3	Thương tật tạm thời	trả tỷ lệ phần trăm số tiền bảo hiểm ghi tại Phạm vi bảo hiểm B. Tỷ lệ phần trăm thương tật được quy định tại Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm do VNI ban hành.	trả chi phí điều trị thực tế và trợ cấp mất giảm thu nhập 0,1% số tiền bảo hiểm/ ngày điều trị, tối đa không quá 180 ngày/năm bảo hiểm. Tổng số tiền được trả không vượt quá tỷ lệ phần trăm thương tật tương ứng quy định tại Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm do VNI ban hành.
III Ốm đau, bệnh tật, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm phải nằm viện hoặc phẫu thuật			
1	Nằm viện tây y (tối đa	10 ngày đầu: trả 0,5% số tiền	10 ngày đầu: trả chi phí

	không quá 60 ngày / năm bảo hiểm)	bảo hiểm / ngày nằm viện ngày thứ 11 trở đi: 0,3% số tiền bảo hiểm / ngày nằm viện	điều trị thực tế và trợ cấp mất giảm thu nhập 0,08% số tiền bảo hiểm / ngày nằm viện. Tổng số tiền được trả không quá 0,5% số tiền bảo hiểm / ngày nằm viện. ngày thứ 11 trở đi: trả chi phí điều trị thực tế và trợ cấp mất giảm thu nhập 0,05% số tiền bảo hiểm / ngày nằm viện. Tổng số tiền được trả không quá 0,5% số tiền bảo hiểm / ngày nằm viện.
2	Nằm viện đông y (tối đa không quá 90 ngày / năm bảo hiểm)	20 ngày đầu: trả 0,2% số tiền bảo hiểm / ngày nằm viện ngày thứ 21 trở đi: trả 0,1% số tiền bảo hiểm / ngày nằm viện	20 ngày đầu: trả chi phí điều trị thực tế, không quá 0,2% số tiền bảo hiểm / ngày nằm viện ngày thứ 21 trở đi: trả chi phí điều trị thực tế, không quá 0,1% số tiền bảo hiểm / ngày nằm viện
3	Phẫu thuật	trả tỷ lệ phần trăm số tiền bảo hiểm tương ứng với từng loại phẫu thuật quy định tại Bảng tỷ lệ phẫu thuật do VNI ban hành.	trả chi phí hội chẩn, gây mê, chi phí mổ, phòng mổ. Tổng số tiền được trả không vượt quá tỷ lệ phần trăm số tiền bảo hiểm tương ứng với từng loại phẫu thuật quy định tại Bảng tỷ lệ phẫu thuật do VNI ban hành.

**CÔNG TY CP BẢO HIỂM HÀNG KHÔNG
TỔNG GIÁM ĐỐC**

ĐỖ VĂN HẢI

BIỂU PHÍ VÀ SỐ TIỀN BẢO HIỂM

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 425/2008-VNI/BHCN ngày 23/9/2008 của Tổng Giám đốc Công ty Cổ phần Bảo Hiểm Hàng không)

1. Số tiền bảo hiểm

- Chương trình phổ thông: Người tham gia bảo hiểm có quyền lựa chọn Số tiền bảo hiểm trong phạm vi từ 1.000.000 đồng đến 20.000.000 đồng / người (hoặc ngoại tệ tương đương).
- Chương trình đặc biệt: Người tham gia bảo hiểm có quyền lựa chọn Số tiền bảo hiểm trong phạm vi từ trên 20.000.000 đồng / người đến 800.000.000 đ / người (hoặc ngoại tệ tương đương).

2. Tỷ lệ phí bảo hiểm cá nhân (chương trình phổ thông)

PVBH/Tuổi	1 – 18	18 – 40	41 – 50	51 – 60	61 – 65
Phạm vi bảo hiểm A	0,15%	0,29%	0,55%	0,95%	1,55%
Phạm vi bảo hiểm B	0,25%	0,28%	0,28%	0,28%	0,28%
Phạm vi bảo hiểm C	0,30%	0,38%	0,55%	0,65%	0,90%

3. Tỷ lệ phí bảo hiểm cá nhân (chương trình đặc biệt)

PVBH/Tuổi	1 – 18	18 – 40	41 – 50	51 – 60
Phạm vi bảo hiểm A	0,13%	0,23%	0,53%	0,75%
Phạm vi bảo hiểm B	0,25%	0,28%	0,28%	0,28%
Phạm vi bảo hiểm C	0,28%	0,36%	0,48%	0,62%

Ghi chú:

Phí bảo hiểm / người / năm = Số tiền bảo hiểm x tỷ lệ phí bảo hiểm

Đối với hợp đồng bảo hiểm nhóm có từ 50 thành viên trở lên, tuổi trung bình của nhóm thuộc vào nhóm tuổi nào thì áp dụng tỷ lệ phí của nhóm tuổi đó cho tất cả các thành viên trong nhóm.

4. Điều chỉnh tỷ lệ phí bảo hiểm theo số lượng người tham gia

Stt	Số lượng thành viên trong HDBH	Tỷ lệ % giảm phí so với tỷ lệ phí bảo hiểm cá nhân
1	10 – 30	3%

2	31 – 50	5%
3	51 – 100	8%
4	101 – 150	10%
5	151 – 200	12%
6	201 – 250	15%
7	251 – 300	18%
8	301 – 350	20%
9	351 – 400	23%
10	401 – 450	25%
11	451 – 500	28%
12	Trên 500	30%

5. **Tỷ lệ giảm phí do không có tổn thất:** Áp dụng cho hợp đồng bảo hiểm tái tục không có tổn thất.

Số năm tham gia bảo hiểm và tỷ lệ giảm phí:

- 01 năm: giảm tối đa 5% tổng phí
- 02 năm liên tục: giảm tối đa 10% tổng phí
- 03 năm liên tục trở lên: giảm tối đa 20% tổng phí

Trong mọi trường hợp, tổng tỷ lệ giảm phí không quá 40%

6. **Tỷ lệ phí ngắn hạn** (áp dụng trong trường hợp tham gia dưới 1 năm)

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

**CÔNG TY CP BẢO HIỂM HÀNG KHÔNG
TỔNG GIÁM ĐỐC**

ĐỖ VĂN HẢI

Số: 125 /2008-VNI/BHCN
V/v: Hướng dẫn nghiệp vụ bảo hiểm
sức khỏe toàn diện

Hà Nội, ngày 23 tháng 9 năm 2008

Kính gửi: CÁC ĐƠN VỊ TRỰC THUỘC

Ngày, Tổng Giám đốc đã ký Quyết định số: /2008-VNI/BHCN về việc ban hành Quy tắc và Biểu phí Bảo hiểm Sức khỏe toàn diện;

Tên thương mại: VNI - SỨC KHỎE TOÀN DIỆN - Mã nghiệp vụ :

Để thống nhất triển khai thực hiện Quy tắc **Bảo hiểm Sức khỏe toàn diện** trong hệ thống của VNI, Công ty có một số hướng dẫn thực hiện sau đây.

Hướng dẫn này được xem là phụ lục đính kèm của **Quy định và hướng dẫn nghiệp vụ Bảo hiểm Con người**, số:...../2008-VNI/BHCN, ngày của Công ty.

I. Phạm vi bảo hiểm:

1. Phạm vi bảo hiểm bao gồm các rủi ro liên quan đến sức khỏe con người như : tai nạn, ốm đau, bệnh tật, thai sản. Phạm vi bảo hiểm chia làm ba phần (sinh mạng, tai nạn và ốm đau, bệnh tật).
2. Chỉ bán bảo hiểm khi Người yêu cầu bảo hiểm tham gia từ hai phạm vi bảo hiểm trở lên. Trường hợp khách hàng chỉ tham gia hai phạm vi bảo hiểm, Khai thác viên cần giải thích cho khách hàng biết rõ một số rủi ro bị loại trừ và VNI sẽ không trả tiền bảo hiểm cho những rủi ro đó.

Ví dụ: trường hợp chỉ tham gia phạm vi bảo hiểm B và phạm vi bảo hiểm C, thì trường hợp chết do bệnh sẽ không được trả tiền bảo hiểm, trong khi chi phí điều trị chỉ được trả theo Số tiền bảo hiểm qui định tại phạm vi bảo hiểm C.

II. Quyền lợi bảo hiểm:

1. Trường hợp tham gia phạm vi bảo hiểm A: chết do ốm đau, bệnh tật, thai sản được trả toàn bộ số tiền bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm A. Tiền bảo hiểm chỉ được trả khi ốm đau, bệnh tật, thai sản đó phải thuộc trách nhiệm bảo hiểm.

Ví dụ: chết do bệnh đặc biệt trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm là không thuộc trách nhiệm bảo hiểm.

2. Trường hợp tham gia phạm vi bảo hiểm B:

- a. Trường hợp chết do tai nạn được trả toàn bộ số tiền bảo hiểm. Trường hợp mất tích, chỉ trả tiền toàn bộ Số tiền bảo hiểm sau khi có giấy chứng tử.

- b. *Trường hợp thương tật vĩnh viễn*: trả theo tỷ lệ phần trăm qui định tại *Bảng Tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật* của Số tiền bảo hiểm.

Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm đối với các thương tật vĩnh viễn là 1 năm (12 tháng) kể từ lúc xảy ra tai nạn.

Trường hợp trước đó đã trả theo tỷ lệ thương tật tạm thời thì sau đó chỉ trả phần chênh lệch giữa tỷ lệ thương tật tạm thời và tỷ lệ thương tật vĩnh viễn.

- c. *Trường hợp thương tật tạm thời*:

Chương trình phổ thông: trả khoán theo tỷ lệ phần trăm qui định tại *Bảng Tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật* của Số tiền bảo hiểm.

Chương trình đặc biệt: trả chi phí điều trị thực tế và trợ cấp mất giảm thu nhập. Số ngày trả mất giảm thu nhập căn cứ theo số ngày điều trị nội/ngoại trú hay số ngày nghỉ làm việc (theo bảng chấm công) tùy theo số ngày nào ngắn hơn, tối đa không quá 180 ngày/năm và tổng số tiền không vượt quá tỷ lệ phần trăm qui định tại *Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật*.

Ví dụ : Người được bảo hiểm bị gãy hai xương cẳng tay, không phẫu thuật, can tốt, cử động bình thường, tỷ lệ thương tật tạm thời là 12%, chi phí điều trị thực tế: 3 triệu đồng, số ngày phải nghỉ điều trị là 30 ngày, số tiền được trả theo các chương trình được tính như sau:

Chương trình phổ thông (Số tiền bảo hiểm là 20 triệu):

$$20.000.000đ \times 12\% = 2.400.000đ$$

Chương trình đặc biệt (Số tiền bảo hiểm là 50 triệu):

$$\text{Giới hạn chi phí: } 50.000.000đ \times 12\% = 6.000.000đ$$

Số tiền được trả:

$$3.000.000đ + (50.000.000đ \times 0,1\% \times 30 \text{ ngày}) = 4.500.000đ$$

3. *Trường hợp tham gia phạm vi bảo hiểm C: ốm đau, bệnh tật, thai sản phải nằm viện hoặc phẫu thuật*:

- a. *Nằm viện tây y*: không quá 60 ngày/năm

Chương trình phổ thông:

- 10 ngày đầu: trả khoán 0,5% Số tiền bảo hiểm/ngày.
- Ngày thứ 11 trở đi: trả khoán 0,3% Số tiền bảo hiểm/ngày.

Chương trình đặc biệt: tối đa không quá 0,5% Số tiền bảo hiểm/ngày

- 10 ngày đầu: trả chi phí thực tế và 0,08% Số tiền bảo hiểm/ngày.
- Ngày thứ 11 trở đi: trả chi phí thực tế và 0,05% Số tiền bảo hiểm/ngày

Ví dụ: Người được bảo hiểm bị thương hàn, nằm viện 30 ngày, chi phí điều trị 5 triệu đồng, số tiền được trả theo các chương trình cụ thể như sau:

Chương trình phổ thông (Số tiền bảo hiểm 20 triệu) :

10 ngày đầu:	$20.000.000đ \times 0,5\% \times 10 \text{ ngày}$	=	1.000.000đ	(1)
Ngày thứ 11 trở đi:	$20.000.000đ \times 0,3\% \times 20 \text{ ngày}$	=	1.200.000đ	(2)
Tổng số tiền được trả (1) + (2)		=	2.200.000đ	

Chương trình đặc biệt (Số tiền bảo hiểm 50 triệu):

Giới hạn tối đa: $50.000.000đ \times 0,5\% \times 30 \text{ ngày} = 7.500.000đ$.

Chi phí thực tế:			5.000.000đ	(1)
10 ngày đầu:	$50.000.000đ \times 0,08\% \times 10 \text{ ngày}$	=	400.000đ	(2)
Ngày thứ 11 trở đi:	$50.000.000đ \times 0,05\% \times 20 \text{ ngày}$	=	500.000đ	(3)
Tổng số tiền được trả: (1) + (2) + (3)		=	5.900.000đ	

b. *Nằm viện đông y*: tối đa không quá 90 ngày/năm.

20 ngày đầu: trả 0,2% Số tiền bảo hiểm/ngày

Ngày thứ 21 trở đi: trả 0,1% Số tiền bảo hiểm/ngày.

c. *Phẫu thuật*:

Chương trình phổ thông: trả theo tỷ lệ phần trăm Số tiền bảo hiểm qui định tại Bảng Tỷ lệ phẫu thuật.

Chương trình đặc biệt: trả các chi phí hội chẩn, gây mê, chi phí mổ, phòng mổ, nhưng tổng số tiền được trả không được quá tỷ lệ phần trăm tương ứng với từng loại phẫu thuật qui định tại Bảng Tỷ lệ trả tiền phẫu thuật

Lưu ý: chi phí nằm viện và phẫu thuật được trả độc lập với nhau.

III. Những điểm loại trừ

1. Trường hợp tai nạn nghi ngờ có sử dụng rượu bia, chỉ loại trừ khi có bằng chứng nồng độ rượu trong máu tại thời điểm xảy ra tai nạn cao hơn quy định của pháp luật (40 mg /~~ml~~ máu hay 80 mg / 1 lít khí thở).
2. Bệnh đặc biệt: không bao gồm u nang buồng trứng. Điều trị u nang buồng trứng được bảo hiểm khi hết thời gian chờ hoặc hợp đồng có từ 30 thành viên trở lên.
3. Kế hoạch hóa gia đình bao gồm các trường hợp như dùng thuốc tránh thai, đặt vòng, thắt ống dẫn trứng, thắt ống dẫn tinh...

IV. Đối tượng bảo hiểm:

Các tổ chức và cá nhân đều có thể tham gia bảo hiểm Sức khỏe toàn diện.

Đối với khách hàng là các tổ chức, VNI cấp hợp đồng bảo hiểm, đính kèm danh sách người được bảo hiểm đồng thời cấp giấy chứng nhận bảo hiểm cho từng người trong nhóm.

Trường hợp cá nhân mua bảo hiểm, VNI chỉ cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm. Khai thác viên lập bảng kê cá nhân mua bảo hiểm, lấy số hợp đồng trên bảng kê, chuyển qua nhập thông kê.

V. Thủ tục trả tiền bảo hiểm

VNI bồi hoàn cho Người được bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm trả tiền cho cơ sở điều trị trước, VNI thanh toán dựa trên các chứng từ y tế hợp lệ.

Những trường hợp thuộc trách nhiệm bảo hiểm nhưng số tiền điều trị quá lớn so với khả năng của Người được bảo hiểm, đơn vị cần tham khảo trước với Công ty, sau đó vị có thể xem xét ứng trước tiền bồi thường cho Người được bảo hiểm, số tiền ứng trước không quá 50% số tiền dự kiến bồi thường.

VI. Phí bảo hiểm

1. Phí bảo hiểm = tỷ lệ phí x Số tiền bảo hiểm.
2. Độ tuổi trung bình của nhóm được tính theo bình quân gia quyền và đây là một sự chọn lựa, khách hàng có thể áp dụng theo độ tuổi trung bình hoặc có thể không tùy từng trường hợp.

Ví dụ: Một công ty tham gia bảo hiểm Sức khỏe toàn diện, với các phạm vi A, B, C; Mức trách nhiệm 50 triệu đồng/người, có các độ tuổi như sau:

30 người 30 tuổi

10 người 45 tuổi

20 người 26 tuổi

5 người 53 tuổi

Cách tính tuổi trung bình như sau:

$$\frac{(30 \times 30 + 10 \times 45 + 20 \times 26 + 5 \times 53)}{(30 + 10 + 20 + 5)} = 32,8$$

=> Áp dụng tỷ lệ phí cho nhóm này trong độ tuổi 18 – 40

Lưu ý: Tuổi được tính theo ngày sinh nhật

Ví dụ: thời hạn bảo hiểm bắt đầu từ 16/05/2006

Ngày sinh là 16/04/1966 : tuổi được xác định là 41

Ngày sinh là 16/07/2007: tuổi được xác định là 40

VII. Tổ chức thực hiện

1. Lãnh đạo đơn vị có trách nhiệm phổ biến nội dung hướng dẫn này cho các khai thác viên để thực hiện đúng và từng bước nâng cao công tác khai thác, bồi thường tại đơn vị.
2. Ngoài hướng dẫn này, khai thác viên cần đọc kỹ quy tắc bảo hiểm, tham khảo thêm Quy định và hướng dẫn khai thác, bồi thường nghiệp vụ bảo hiểm con người.

Trong quá trình thực hiện, nếu phát sinh vướng mắc, đơn vị liên hệ với Công ty (thông qua phòng bảo hiểm Con người) để phối hợp giải quyết.

TỔNG GIÁM ĐỐC

Nơi nhận :

- Như trên ;
- HĐQT, BKS (để báo cáo);
- Ban Điều hành (để báo cáo);
- Các ban liên quan
- Lưu : Ban QLNV ĐT, Văn thư

ĐỖ VĂN HẢI