

BẢO HIỂM BÌNH AN CÁ NHÂN

Lợi ích sản phẩm

- ❖ Mức phí bảo hiểm thấp, linh hoạt, dựa trên cơ sở Biểu phí được Bộ Tài Chính phê chuẩn. Người được bảo hiểm có thể lựa chọn tham gia với các chương trình bảo hiểm ngắn hạn (trong vòng 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng hoặc trên 9 tháng).
- ❖ Chia sẻ một phần gánh nặng chi phí y tế cho khách hàng, hỗ trợ khách hàng vượt qua khó khăn tài chính trong trường hợp tai nạn, ốm đau bệnh tật, thai sản với mức phí bảo hiểm phù hợp.

Đối tượng bảo hiểm

- ❖ Công dân Việt Nam và người nước ngoài đang sinh sống, làm việc tại Việt Nam từ 18 tuổi đến 70 tuổi.
- ❖ Loại trừ người bị bệnh tâm thần, phong, ung thư; thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên; đang trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật.

Các định nghĩa

- ❖ **Bệnh đặc biệt** là những bệnh ung thư và u các loại, cao hay hạ huyết áp, tim mạch, tai biến mạch máu não, máu nhiễm mỡ, bệnh về gan, suy hô hấp, lao phổi, đái tháo đường, suy tụy, suy thận, bệnh liên quan đến hệ thống tái tạo máu như lọc máu, thay máu, chạy thận nhân tạo, viêm loét dạ dày, viêm đa khớp mãn tính, viêm loét ruột, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi các loại trong hệ thống bài tiết, lao phổi, đục nhân mắt, viêm xoang.
- ❖ **Bệnh có sẵn** là (i) triệu chứng bệnh đã có hoặc tồn tại trong vòng 36 (ba mươi sáu) tháng trước ngày hiệu lực hợp đồng và/hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất hoặc (ii) Bệnh (bao gồm cả tiền sử bệnh) hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã có hoặc tồn tại trước ngày hiệu lực hợp đồng và/hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất. Cụ thể:
 - + Được bác sĩ tư vấn hoặc được khám hoặc được chẩn đoán hoặc được điều trị; hoặc
 - + Được ghi nhận trong bệnh án, sổ khám bệnh, phiếu khám bệnh, phiếu chỉ định, đơn thuốc hay bất kỳ tài liệu nào theo ghi nhận của nhân viên y tế hoặc hồ sơ y tế tại Bệnh viện, Phòng khám; hoặc
 - + Được Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm tự kê khai.
- ❖ **Thời gian chờ** là khoảng thời gian mà các sự kiện bảo hiểm xảy ra sẽ không được chi trả quyền lợi bảo hiểm.
- ❖ **Mất tích** là tình trạng của một người hoàn toàn không còn thấy tung tích, cũng không rõ một người còn sống hay đã tử vong. Một cá nhân chỉ được coi là ở trong tình trạng mất tích khi có tuyên bố có hiệu lực của Tòa án.
- ❖ **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.

Phạm vi bảo hiểm:

- ❖ Phạm vi bảo hiểm A : Tử vong do mọi nguyên nhân, mất tích.
- ❖ Phạm vi bảo hiểm B : Thương tật thân thể do tai nạn.
- ❖ Phạm vi bảo hiểm C : Ốm đau, bệnh tật (không phải do tai nạn), thai sản phải nằm viện, phẫu thuật.
- ❖ Phạm vi bảo hiểm D : Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn, bệnh.

Người được bảo hiểm có quyền chọn lựa phạm vi bảo hiểm, số tiền bảo hiểm để tham gia bảo hiểm.

Quyền lợi bảo hiểm

Tùy theo sự lựa chọn của Người được bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm được xác định như sau:

1. Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong, mất tích thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm Viễn Đông trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trong phạm vi bảo hiểm A.
2. Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm: Bảo hiểm Viễn Đông 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 của Bảo Hiểm Viễn Đông.
3. Trường hợp người được bảo hiểm ốm đau, bệnh tật (không phải do tai nạn), thai sản và phải:

- a. Nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm Viễn Đông 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, Bảo hiểm Viễn Đông 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.
 - b. Phẫu thuật thuộc phạm vi bảo hiểm, ngoài quyền lợi bảo hiểm được trả ở phần trên (trợ cấp theo số ngày nằm viện), Bảo hiểm Viễn Đông trả tiền bảo hiểm theo tỷ lệ phần trăm của Số tiền bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm C được quy định tại Bảng tỷ lệ trả tiền phẫu thuật của Bảo Hiểm Viễn Đông.
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh hay tai nạn: Bảo hiểm Viễn Đông trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi phạm vi bảo hiểm D.

Hiệu lực bảo hiểm, thời gian chờ

- ❖ Hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục: có hiệu lực ngay sau khi đóng phí đủ.
- ❖ Trường hợp Hợp đồng bảo hiểm đầu tiên, **tái tục gián đoạn**, hoặc có dưới 50 thành viên tham gia:
 - Do tai nạn: có hiệu lực ngay sau khi đóng phí đủ.
 - Do bệnh đặc biệt : có hiệu lực sau 180 ngày kể từ ngày đóng phí đầy đủ
 - Do bệnh khác (không phải bệnh đặc biệt): có hiệu lực sau 30 ngày kể từ khi đóng phí đủ
 - Do sảy thai, nạo thai theo chỉ định, lấy u nang buồng trứng, điều trị thai sản: sau 90 ngày kể từ khi đóng phí đủ
 - Do sinh đẻ: sau 270 ngày kể từ ngày đóng phí đủ

Số tiền BH và tỷ lệ phí BH

Đối với phạm vi bảo hiểm C, STBH sẽ thay đổi theo từng chương trình bảo hiểm.

- Chương trình 1 : <= 20.000.000 VNĐ
- Chương trình 2 : <= 40.000.000 VNĐ
- Chương trình 3 : <= 100.000.000 VNĐ
- Chương trình 2 : <= 400.000.000 VNĐ

Hệ số điều chỉnh phí bảo hiểm gộp theo vùng địa lý.

Tên vùng địa lý	Hệ số điều chỉnh
Việt Nam	1
Châu Á	1.22
Toàn Cầu	1.28

Tuổi	Phạm vi bảo hiểm						D
	A	B	C				
			Chương trình 4	Chương trình 3	Chương trình 2	Chương trình 1	
18-40	0.59	0.50	1.68	1.85	2.01	2.18	0.28
41-60	0.91	0.65	2.35	2.58	2.82	3.05	0.36
61-70	1.30	0.80	2.77	3.05	3.32	3.60	0.44

- Phí bảo hiểm/người/năm = Số tiền bảo hiểm x Tỷ lệ phí.
- Đối với hợp đồng nhóm có từ 50 người tham gia bảo hiểm trở lên, áp dụng tỷ lệ phí bảo hiểm theo nhóm tuổi trung bình của nhóm.
- Phí bảo hiểm cho trường hợp tham gia bảo hiểm ngắn hạn:
 - ✓ Đến 03 tháng: 30% phí cả năm.
 - ✓ Đến 06 tháng: 60% phí cả năm.
 - ✓ Đến 09 tháng: 85% phí cả năm.
 - ✓ Trên 09 tháng: 100% phí cả năm.

Các điểm loại trừ

- ❖ 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); Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tự tử/tự sát.

- ❖ Đột quy, đột tử, tử vong không rõ nguyên nhân, tử vong do ảnh hưởng của rượu, bia, ma túy và các chất kích thích tương tự.
- ❖ Người được bảo hiểm bị kết án tử hình, hay do thực hiện các hành vi vi phạm pháp luật.
- ❖ Người được bảo hiểm có bất kỳ hành động tự ý sử dụng thuốc, ma túy hoặc chất gây mê, gây nghiện, và việc sử dụng này là nguyên nhân trực tiếp làm cho Người được bảo hiểm tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn trừ khi được chỉ dẫn hoặc dùng theo đơn thuốc của bác sỹ hành nghề hợp pháp.
- ❖ 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.
- ❖ Bệnh hoặc những thương tật có sẵn, các khuyết tật bẩm sinh; những thương tật, chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu tham gia bảo hiểm.
- ❖ 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.
- ❖ Kế hoạch hóa gia đình.
- ❖ Sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời gian chờ.
- ❖ Người được bảo hiểm bị mắc các bệnh giang mai, lậu, nhiễm HIV, AIDS và bệnh liên quan đến AIDS (trừ trường hợp bị phơi nhiễm HIV do tai nạn nghề nghiệp hoặc liên quan đến hoạt động nghề nghiệp trong thời gian sau khi tham gia bảo hiểm).
- ❖ 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.
- ❖ Người được bảo hiểm tham gia đánh nhau trừ khi được xác nhận đó là hành động tự vệ.
- ❖ Các vụ nổ hoặc phóng xạ do vũ khí, trang thiết bị lắp đặt hạt nhân, nguyên tử, hóa học hay sinh học.
- ❖ Chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố

Điều kiện bồi thường: Thủ tục trả tiền bảo hiểm gồm:

- ❖ Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo mẫu của Bảo hiểm Viễn Đông.
- ❖ Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc hợp đồng bảo hiểm (bản sao).
- ❖ 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.
- ❖ 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.
- ❖ Trích lục khai tử hoặc các tài liệu tương đương (trường hợp Người được bảo hiểm tử vong).
- ❖ Chứng từ chứng minh quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp Người được bảo hiểm tử vong).
- ❖ Trường hợp Người được bảo hiểm ủy quyền cho người khác nhận tiền bảo hiểm, phải có giấy ủy quyền hợp pháp.