

TÀI LIỆU TÓM TẮT SẢN PHẨM

BẢO VIỆT AN GIA

(Đây là tài liệu tóm tắt, thông tin đầy đủ và chi tiết xem tại Quy tắc bảo hiểm)

1. Đối tượng tham gia bảo hiểm

Người được bảo hiểm là công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú hợp pháp tại Việt Nam từ **15 ngày tuổi đến 60 tuổi**, tái tục **đến 65 tuổi**.

Lưu ý các quy định với trẻ em:

- Trẻ em dưới **6 tuổi**: Được tham gia bảo hiểm cùng bố/mẹ (hoặc bố/mẹ đang tham gia ít nhất một loại hình Bảo hiểm Chi phí y tế tại Bảo hiểm Bảo Việt (BHBV)). Quyền lợi bảo hiểm không cao hơn quyền lợi của bố/mẹ.
- Trẻ em dưới **4 tuổi**: Áp dụng đồng chi trả 70/30 (BHBV chi trả 70%) với chi phí y tế phát sinh tại các cơ sở y tế ngoài công lập và tại các khoa quốc tế/điều trị tự nguyện/điều trị theo yêu cầu của Bệnh viện công lập.
- Trẻ em dưới **1 tuổi** chỉ được xem xét tham gia chương trình Bạch Kim/Kim cương khi đã xuất viện sau sinh trong tình trạng sức khỏe tốt.

2. Phạm vi địa lý được bảo hiểm

Bảo hiểm cho các rủi ro xảy ra và điều trị y tế tại Việt Nam.

3. Quyền lợi bảo hiểm

Theo nhu cầu bảo hiểm khách hàng lựa chọn một trong 05 chương trình Đồng, Bạc, Vàng, Bạch Kim, Kim Cương tương ứng với các mức Số tiền bảo hiểm và giới hạn bảo hiểm khác nhau để tham gia.

3.1. **Quyền lợi bảo hiểm chính:** Điều trị nội trú do bệnh, tai nạn, biến chứng thai sản.

Bảo hiểm cho trường hợp bệnh, tai nạn, biến chứng thai sản xảy ra trong thời hạn bảo hiểm khiến Người được bảo hiểm phải nằm viện điều trị nội trú và/hoặc phẫu thuật nội trú tại bệnh viện gồm:

- Chi phí nằm viện: Tiền phòng và các chi phí bệnh viện tổng hợp
- Chi phí khám trước khi nhập viện
- Chi phí tái khám sau khi xuất viện
- Dịch vụ xe cứu thương, xe cấp cứu đường bộ
- Chi phí phẫu thuật
- Phục hồi chức năng
- Trợ cấp bệnh viện công
- Trợ cấp mai táng phí

3.2. **Quyền lợi bảo hiểm bổ sung:**

Các quyền lợi bảo hiểm bổ sung chỉ được áp dụng khi tham gia cùng Quyền lợi bảo hiểm chính. KH lựa chọn tham gia thêm một hoặc nhiều quyền lợi sau:

- Điều trị ngoại trú do bệnh, tai nạn, biến chứng thai sản
- Bảo hiểm tai nạn cá nhân
- Bảo hiểm sinh mạng cá nhân
- Bảo hiểm nha khoa
- Bảo hiểm thai sản (Dành cho người được bảo hiểm là nữ từ 18 đến 45 tuổi)

Chi tiết về quyền lợi bảo hiểm và các giới hạn chi trả xem tại Quy tắc và Bảng quyền lợi bảo hiểm.

4. Quy định về thời gian chờ

Là khoảng thời gian mà các sự kiện bảo hiểm xảy ra sẽ không được chi trả. Thời gian chờ được tính kể từ Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm. Đối với các hợp đồng bảo hiểm (HĐBH) tái tục liên tục hàng năm và không thay đổi quyền lợi bảo hiểm, thời gian chờ được tính từ Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm của HĐBH năm đầu tiên.

Thời gian chờ áp dụng với từng rủi ro và quyền lợi như sau:

- Rủi ro tai nạn: Không áp dụng
- Rủi ro bệnh, biến chứng thai sản:
 - 30 ngày với bệnh thông thường và điều trị răng.
 - 90 ngày đối với biến chứng thai sản.
 - 180 ngày đối với trẻ em đến 6 tuổi đối với các bệnh: Viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phổi các loại.
 - 365 ngày với: bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt theo định nghĩa, rách/đứt/tái tạo dây chằng và sụn chêm, và các bệnh được liệt kê tại điểm loại trừ chung số 46 của quy tắc bảo hiểm.
- Rủi ro thai sản:
 - 90 ngày với biến chứng thai sản
 - 635 ngày với Sinh con
- Quyền lợi bổ sung Sinh mạng cá nhân:
 - 90 ngày với bệnh thông thường.
 - 365 ngày với: biến chứng thai sản, bệnh có sẵn, bệnh đặc biệt như định nghĩa, và các bệnh được liệt kê tại điểm loại trừ chung số 46 của quy tắc bảo hiểm.

5. Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

BHBV không chịu trách nhiệm chi trả tiền bảo hiểm đối với những rủi ro, hạng mục, điều kiện, các hành động, nguyên nhân, bệnh, phương pháp điều trị như được liệt kê và các chi phí phát sinh liên quan hay hậu quả của chúng. Chi tiết xem tại Chương III - Các điểm loại trừ chung của Quy tắc bảo hiểm.

6. Thời hạn hợp đồng, phí bảo hiểm và hạn thanh toán.

Thời hạn bảo hiểm là 01 năm, không chấp nhận các trường hợp tham gia ngắn hạn hoặc bổ sung quyền lợi giữa kỳ.

Phí bảo hiểm phụ thuộc vào độ tuổi, chương trình tham gia và đánh giá rủi ro của BHBV. Phí bảo hiểm được đóng đầy đủ trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm và BHBV phát hành HĐBH sau khi đã nhận được phí của Khách hàng.

7. Giao kết, chấm dứt và tái tục HĐBH

7.1. Lưu ý trong kê khai Yêu cầu bảo hiểm (YCBH)

- Khi có yêu cầu tham gia, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm chủ động đọc và hiểu rõ điều kiện - điều khoản và các nội dung tại YCBH, Quy tắc bảo hiểm và Bảng quyền lợi.

- Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cần kê khai trung thực, đầy đủ và chính xác nội dung trên giấy yêu cầu bảo hiểm. Trường hợp không cung cấp đầy đủ thông tin về tình trạng bệnh/thương tật trong giấy yêu cầu bảo hiểm, BHBV có quyền giảm trách nhiệm toàn bộ hoặc một phần đối với khiếu nại bồi thường của HĐBH (quy định tại mục 8).

- Trên cơ sở giấy yêu cầu bảo hiểm, BHBV sẽ cấp HĐBH cho Bên mua bảo hiểm. Giấy yêu cầu bảo hiểm là một bộ phận không tách rời của HĐBH được cấp và các HĐBH tái tục tiếp theo.

7.2. Chấm dứt HĐBH

- Trường hợp một trong hai bên muốn đơn phương chấm dứt HĐBH phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày định đơn phương chấm dứt:

- o Nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu đơn phương chấm dứt hợp đồng, BHBV sẽ hoàn trả 70% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện trong thời gian hiệu lực của HĐBH chưa có yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào được BHBV chi trả.
- o Nếu BHBV yêu cầu đơn phương chấm dứt hợp đồng, BHBV sẽ hoàn trả toàn bộ phí bảo hiểm của thời gian còn lại cho dù có yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào được chi trả hay chưa.

- Nếu Người được bảo hiểm tham gia không đúng đối tượng và điều kiện tham gia bảo hiểm, và/hoặc Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm cung cấp không đầy đủ, trung thực thông tin khi yêu cầu bảo hiểm, hoặc có ý đồ trục lợi bảo hiểm thì BHBV có quyền hủy bỏ HĐBH và từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm. BHBV hoàn lại 70% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại với điều kiện chưa có yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào được BHBV chấp nhận chi trả trước đó.

Phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại được tính theo tỉ lệ giữa số ngày còn lại của hợp đồng và tổng số ngày của hợp đồng.

7.3. Tái tục HĐBH

Cuối thời hạn bảo hiểm, hai bên cân nhắc, phối hợp làm thủ tục tái tục HĐBH. Căn cứ lịch sử bồi thường, tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm, BHBV có quyền từ chối tái tục hoặc đồng ý tái tục với điều kiện điều chỉnh quyền lợi/hoặc phí bảo hiểm.

BHBV có chính sách giảm phí với người được bảo hiểm có lịch sử tổn thất tốt khi tái tục.

8. Chế tài áp dụng trong trường hợp vi phạm nghĩa vụ kê khai Yêu cầu bảo hiểm

Trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm kê khai/cung cấp thông tin không đầy đủ về tình trạng bệnh/thương tật có sẵn khi YCBH, BHBV có quyền giảm trách nhiệm toàn bộ hoặc một phần đối với khiếu nại bồi thường của HĐBH. Cụ thể:

- o Từ chối bồi thường nếu bệnh/tình trạng sức khỏe không khai báo: Có liên quan trực tiếp đến bệnh/thương tật đang yêu cầu bồi thường hoặc là bệnh nhóm C theo Bảng đánh giá, xét nhận bảo hiểm của BHBV.
- o Chi trả một phần số tiền thuộc phạm vi bảo hiểm:
 - Chi trả 30% với rủi ro ốm bệnh, 50% với rủi ro tai nạn/thai sản với trường hợp bệnh/tình trạng không khai báo là bệnh thuộc nhóm A, B theo Bảng đánh giá, xét nhận bảo hiểm của BHBV.
 - Chi trả 50% với rủi ro ốm bệnh; 70% với rủi ro tai nạn/thai sản với các trường hợp bệnh/tình trạng không khai báo là bệnh khác.

(Đây là phương án chung để tham khảo, tùy từng trường hợp và tính chất vi phạm BHBV có thể thay đổi phương án áp dụng)

9. Lưu ý khác

Đây là tài liệu tóm tắt các nội dung chính của sản phẩm. Trường hợp có bất kỳ thông tin nào dẫn đến cách hiểu khác nhau, thông tin đó sẽ được giải thích theo Quy tắc, Điều khoản sản phẩm.