

QUY TẮC
BẢO HIỂM TAI NẠN VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN

*Ban hành theo Quyết định số 0859/2025/QĐ-GIC-CN ngày 30 tháng 06 năm 2025
của Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Toàn Cầu*

MỤC LỤC

PHẦN I. QUY ĐỊNH CHUNG	3
Điều 1. Định nghĩa:	3
Điều 2. Phạm vi địa lý:	13
Điều 3. Đối tượng và điều kiện được tham gia bảo hiểm:	13
Điều 4. Số tiền bảo hiểm:	14
Điều 5. Thời hạn bảo hiểm:	14
Điều 6. Phí bảo hiểm và thời hạn thanh toán phí:	14
Điều 7. Tái tục Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm:	14
Điều 8. Bổ sung, sửa đổi bổ sung hoặc Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm:	15
Điều 9. Bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân:	15
PHẦN II. PHẠM VI BẢO HIỂM VÀ CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	16
Điều 10. Phạm vi bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm:	16
Điều kiện A: Tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn do tai nạn.	16
Điều kiện B: Tử vong hoặc thương tật/tàn tật vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản	17
Điều kiện C: Chi phí y tế do tai nạn	18
Điều kiện D: Điều trị nội trú, phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật, thai sản	18
PHẦN III. ĐIỀU KHOẢN VỀ CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG	21
Điều kiện bổ sung 01 : Điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, điều trị răng.	21
Điều kiện bổ sung 02: Trợ cấp trong thời gian nằm viện điều trị do ốm đau, bệnh tật.	23
Điều kiện bổ sung 03: Trợ cấp trong thời gian nằm viện hay điều trị do tai nạn	24
Điều kiện bổ sung 04 : Mở rộng phạm vi địa lý.	24
PHẦN IV. LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM	25
PHẦN V. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN	28
Điều 11. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm:	28
Điều 12. Quyền và nghĩa vụ của GIC:	29
PHẦN VI. QUY ĐỊNH VỀ YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM	30
Điều 13. Thời hạn thông báo Sự kiện bảo hiểm:	30
Điều 14. Thời hạn gửi hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm và thời hạn bổ sung chứng từ:	30
Điều 15. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm:	30
Điều 16. Thời hạn giải quyết yêu cầu trả tiền bảo hiểm:	32
Điều 17. Trung cầu giám định, ý kiến chuyên gia:	33
PHẦN VII. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP	33
Điều 18. Thời hạn khiếu nại và thời hiệu khởi kiện:	33
Điều 19. Giải quyết tranh chấp:	33

PHẦN I. QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Định nghĩa:

Các định nghĩa sau được áp dụng thống nhất trong Quy tắc bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm:

1. Doanh nghiệp bảo hiểm:

Là Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Toàn Cầu và các đơn vị trực thuộc, gọi tắt là GIC.

2. Bên mua bảo hiểm:

Là tổ chức, cá nhân giao kết Hợp đồng bảo hiểm với GIC và đóng phí bảo hiểm đáp ứng quy định sau:

- a) Tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam hoặc cá nhân tại Việt Nam từ đủ 18 tuổi trở lên có năng lực hành vi dân sự đầy đủ tại thời điểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm và đáp ứng các điều kiện để mua bảo hiểm theo quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm.
- b) Tại thời điểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm, bao gồm các trường hợp dưới đây:
 - Bên mua bảo hiểm chính là Người được bảo hiểm.
 - Người được bảo hiểm là vợ, chồng, con, cha, mẹ hợp pháp (cha đẻ, mẹ đẻ, cha nuôi, mẹ nuôi), con nuôi hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.
 - Người được bảo hiểm là anh chị em ruột, người có quan hệ nuôi dưỡng, cấp dưỡng hoặc người được giám hộ hợp pháp bởi Bên mua bảo hiểm.
 - Người được bảo hiểm là người có quyền lợi về tài chính hoặc quan hệ lao động với Bên mua bảo hiểm.
 - Người được bảo hiểm đồng ý bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm mua bảo hiểm sức khỏe cho mình.

3. Người được bảo hiểm:

Là cá nhân có sức khỏe, tính mạng được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm. Người được bảo hiểm có thể đồng thời là Người thụ hưởng.

4. Nhân viên:

Là người lao động của một công ty, một doanh nghiệp, đoàn thể, một hiệp hội hay bất kỳ tổ chức tương tự nào khác được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, có hợp đồng lao động, hợp đồng thử việc/Các thỏa thuận lao động với Bên mua bảo hiểm phù hợp với quy định của pháp luật.

5. Người phụ thuộc (người thân):

Là vợ/chồng hợp pháp, bố mẹ đẻ hoặc bố mẹ chồng/vợ của nhân viên được bảo hiểm và/hoặc con hợp pháp của nhân viên được bảo hiểm. Tất cả Người phụ thuộc phải có tên trong danh sách Người được bảo hiểm.

Độ tuổi nhận bảo hiểm đối với Người phụ thuộc được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

6. Người thụ hưởng:

Là tổ chức, cá nhân được Bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm cá nhân; hoặc là tổ chức, cá nhân được Người được bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm nhóm cho trường hợp chết của Người được bảo hiểm.

Trường hợp không có chỉ định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm, Người thụ hưởng mặc nhiên là Người được bảo hiểm hoặc là người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm (theo các quy định của Bộ Luật Dân sự về Thừa kế) nếu Người được bảo hiểm tử vong.

Trường hợp Người thụ hưởng chưa thành niên hoặc mất năng lực hành vi dân sự thì người đại diện theo pháp luật sẽ thực hiện các thủ tục nhận tiền bảo hiểm thay cho Người thụ hưởng.

7. Tuổi của Người được bảo hiểm:

Là tuổi của Người được bảo hiểm vào ngày bắt đầu có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, tính theo lần sinh nhật gần nhất (dương lịch) liền kề trước ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm. Nếu năm nào không có ngày sinh nhật thì ngày cuối cùng của tháng sẽ được coi là ngày sinh nhật của Người được bảo hiểm trong năm đó.

8. Hợp đồng bảo hiểm:

Là sự thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và GIC, theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm theo đúng quy định, GIC phải trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Một bộ Hợp đồng bảo hiểm gồm:

Bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi liên quan tới rủi ro được bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm; Quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm; Tài liệu tóm tắt quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm; Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm hoặc các hình thức bằng chứng giao kết Hợp đồng bảo hiểm khác theo quy định pháp luật; các phụ lục, sửa đổi bổ sung (nếu có).

9. Giấy yêu cầu bảo hiểm/Bản yêu cầu bảo hiểm:

Là văn bản mà Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm có trách nhiệm khai báo đầy đủ, trung thực thông tin theo mẫu của GIC, chịu trách nhiệm trước pháp luật về những nội dung đã khai báo và cam kết trong Bản (Giấy) yêu cầu bảo hiểm.

10. Thời hạn đóng phí bảo hiểm:

Thời hạn đóng phí bảo hiểm được thỏa thuận giữa GIC và Bên mua bảo hiểm, được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, không trái với những quy định của pháp luật. Trách nhiệm của GIC theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm chỉ phát sinh khi Bên mua bảo hiểm đã thanh toán đủ và đúng hạn phí bảo hiểm theo các thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm này, phù hợp với quy định của pháp luật hiện hành.

11. Tái tục:

Là việc tiếp tục tham gia bảo hiểm ngay sau thời điểm kết thúc Thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đã tham gia trước đó tại GIC bằng một Hợp đồng bảo hiểm mới có cùng quy tắc bảo hiểm, điều kiện, điều khoản bảo hiểm với Hợp đồng bảo hiểm liền kề

trước đó và với một Thời hạn bảo hiểm mới. Thời hạn bảo hiểm được nối tiếp liên tục không bị ngắt quãng thời gian tính theo giây, phút, giờ của ngày hết hạn bảo hiểm.

Trường hợp tái tục với số tiền bảo hiểm cao hơn số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm liền kề trước đó phải được sự chấp thuận của GIC, phần chênh lệch về số tiền bảo hiểm sẽ không được coi là tái tục và sẽ được áp dụng thời gian chờ theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm mới.

12. Thời gian chờ:

Là khoảng thời gian tính từ thời điểm bắt đầu thời hạn bảo hiểm mà nếu sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời gian này thì GIC sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm, cho dù chi phí phát sinh/hậu quả của rủi ro này kéo dài qua (quá) thời gian chờ quy định và trong thời hạn bảo hiểm. Thời gian chờ áp dụng cho từng quyền lợi bảo hiểm nào thì phải được thể hiện trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm tương ứng quyền lợi đó.

Đối với Hợp đồng bảo hiểm tái tục, thời gian chờ được tính kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm tương ứng với Người được bảo hiểm đó quy định tại Hợp đồng bảo hiểm đầu tiên trước đó mà Người được bảo hiểm có tham gia.

13. Bảng quyền lợi bảo hiểm:

Là bảng cung cấp các thông tin quyền lợi bảo hiểm của Người được bảo hiểm, thể hiện các giới hạn trách nhiệm của GIC đối với từng quyền lợi bảo hiểm, là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

14. Giới hạn trách nhiệm/Giới hạn phụ:

Là số tiền tối đa có thể chi trả cho từng quyền lợi bảo hiểm 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 của mỗi chương trình.

15. Tai nạn:

- Là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện không bị gián đoạn gây ra bởi tác động của một lực hoặc một vật bất ngờ từ bên ngoài, không kiểm soát được, ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm lên cơ thể Người được bảo hiểm, xảy ra trong thời gian có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân gây ra thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm.
- Theo quy tắc bảo hiểm này, các trường hợp đuối nước, bỏng nhiệt, bỏng hóa chất, bỏng lửa, mắc dị vật đường thở, điện giật, ngạt khói do cháy cũng được coi là Tai nạn.
- Loại trừ bất kỳ trạng thái nào xảy ra tự nhiên hoặc do quá trình thoái hóa, cũng như hậu quả của ốm đau, bệnh tật và dùng thuốc quá liều.
- Tai nạn cũng bao gồm trường hợp xảy ra khi Người được bảo hiểm có hành động cứu người, cứu tài sản của nhà nước, của nhân dân hoặc tham gia chống các hành động phạm pháp.

16. Thương tật/Tàn tật toàn bộ vĩnh viễn:

Là thương tật làm cho Người được bảo hiểm bị cản trở hoàn toàn khi tham gia vào công việc của người đó hay bị mất hoàn toàn khả năng lao động trong bất kỳ loại lao động nào cụ thể:

- Người được bảo hiểm bị mất, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của: hai tay; hoặc hai chân; hoặc một tay và một chân; hoặc hai mắt; hoặc một tay và một mắt; hoặc một chân và một mắt. Trong trường hợp này, mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của tay được tính từ cổ tay trở lên; mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của chân được tính từ mắt cá chân trở lên; mất hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của mắt được hiểu là mất hoàn toàn hoặc mù hoàn toàn.
- Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên theo xác nhận của cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được GIC chấp thuận.
- Việc chứng nhận Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn bộ phận cơ thể (tay, chân hoặc mắt) có thể được thực hiện ngay sau khi sự kiện bảo hiểm xảy ra hoặc sau khi kết thúc việc điều trị. Việc chứng nhận bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể hoặc mù hoàn toàn hoặc bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên được thực hiện không sớm hơn 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán.

17. Thương tật/tàn tật bộ phận vĩnh viễn:

- Là các tổn thương thân thể do tai nạn gây ra hoặc là hậu quả của ốm đau, bệnh tật, thai sản xảy ra trong thời hạn bảo hiểm làm cho Người được bảo hiểm vĩnh viễn mất đi chức năng hoạt động của một hay nhiều bộ phận cơ thể theo các trường hợp được quy định tại “Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật/tàn tật” kèm theo quy tắc bảo hiểm này hoặc Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể dưới 81% theo xác nhận của cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được GIC chấp thuận.
- Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn bộ phận cơ thể có thể được thực hiện ngay sau khi sự kiện bảo hiểm xảy ra hoặc sau khi kết thúc việc điều trị.
- Các trường hợp khác được thực hiện xác nhận mức độ thương tật/tàn tật không sớm hơn 180 ngày kể từ ngày kết thúc việc điều trị thương tật do tai nạn hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán.

18. Ốm đau/Bệnh tật:

Là tình trạng sức khỏe không bình thường do tác động của bệnh lý, được biểu hiện bằng các triệu chứng hay hội chứng có chẩn đoán của bác sĩ, cần có sự điều trị y tế của bác sĩ. Theo quy tắc bảo hiểm này, ốm đau/bệnh tật không bao gồm tình trạng liên quan đến thai sản và răng.

19. Bệnh có sẵn:

a) Là các bệnh có điều kiện sau:

- Tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được bác sĩ chẩn đoán hoặc điều trị trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm hoặc
- Triệu chứng bệnh, thương tật đã xuất hiện hoặc xảy ra trong vòng 03 (ba) năm trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm.

b) Việc xác định bệnh có sẵn căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ tại bệnh viện hoặc cơ sở y tế được thành lập hợp pháp, các tài liệu y khoa được Bộ Y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban hành

hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm tự kê khai trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc phiếu bổ sung thông tin.

20. Bệnh đặc biệt:

Là các bệnh thuộc một trong hai nhóm bệnh dưới đây, được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm tùy thuộc vào nhu cầu của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, sự thỏa thuận giữa GIC và Bên mua bảo hiểm:

a) Bệnh đặc biệt (nhóm A):

Là các bệnh ung thư, các loại u, bướu, polyp các loại, bệnh đái tháo, bệnh huyết áp, các bệnh về tim, suy/giãn tĩnh mạch, các bệnh mạch máu não, viêm xoang, loét hệ tiêu hóa (dạ dày, tá tràng, ruột, đại tràng, trực tràng), viêm gan các loại, xơ gan, suy gan, bệnh trĩ, bệnh sỏi các loại, suy thận, chạy thận, hội chứng thận hư, bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu (suy tủy, bệnh bạch cầu, rối loạn đông máu), bệnh Lupus ban đỏ, bệnh Parkinson, Alzheimer, bệnh hen/suyễn, viêm khớp, thoái hóa cột sống, thoát vị đĩa đệm, bệnh gout.

b) Bệnh đặc biệt (nhóm B):

- Bệnh hệ thần kinh: Các bệnh viêm hệ thần kinh trung ương (não), teo hệ thống ảnh hưởng lên hệ thần kinh trung ương (teo cơ cột sống và hội chứng liên quan), rối loạn vận động ngoài tháp (Parkinson, rối loạn trương lực cơ, rối loạn vận động và ngoại tháp khác), Alzheimer, hội chứng Apallie, hội chứng mất trí nhớ, động kinh, hôn mê, các bệnh bại não và hội chứng liệt khác.
- Bệnh hô hấp: Suy phổi, tràn khí phổi, phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD).
- Bệnh hệ tuần hoàn: Các bệnh về tim, tăng/giảm huyết áp, tăng áp lực động mạch vô căn, các bệnh mạch máu não, đột quỵ và các hậu quả/di chứng của các bệnh này.
- Bệnh hệ tiêu hóa: Viêm gan A, B, C, D, xơ gan, suy gan, sỏi mật, trĩ, loét hệ tiêu hóa (dạ dày, tá tràng, ruột, đại tràng, trực tràng).
- Bệnh hệ tiết niệu: Các bệnh cầu thận, bệnh của ống thận, sỏi thận, sỏi niệu quản, sỏi đường tiết niệu, suy thận, hội chứng thận hư.
- Bệnh hệ nội tiết: Rối loạn tuyến giáp (suy giáp, basedow, cường giáp), đái tháo đường, rối loạn nội tiết tuyến tụy, bệnh của tuyến thượng thận, rối loạn các tuyến nội tiết khác.
- Bệnh khối U: Bệnh ung thư, U/bướu/polyp các loại.
- Bệnh của máu: Rối loạn đông máu, rối loạn chức năng của bạch cầu đa trung tính, bệnh liên quan mô lưới bạch huyết và hệ thống lưới mô bào, ghép tủy.
- Bệnh của da và mô liên kết: Bệnh Lupus ban đỏ, xơ cứng bì toàn thân, xơ cứng rải rác, xơ cứng bì biểu bì tiến triển, xơ cột bên teo cơ (charcot), loạn dưỡng cơ và biến chứng của các bệnh này, Penphigus, vẩy nến.
- Bệnh Xương khớp: viêm khớp, thoái hóa cột sống, thoát vị đĩa đệm.

21. Bệnh bẩm sinh/dị tật bẩm sinh:

Là bất kỳ bệnh/dị tật nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ dưới tác động của yếu tố môi trường lên sự phát triển của thai nhi và có thể được cơ quan y tế mô tả với nhiều tên gọi khác nhau như bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh, bất thường

của nhiễm sắc thể. Bệnh/dị tật bẩm sinh có thể được phát hiện trong quá trình mang thai sinh con hoặc trong quá trình phát triển của người được bảo hiểm. Việc xác định bệnh bẩm sinh căn cứ vào tài liệu y học, danh sách bệnh bẩm sinh theo hệ thống mã bệnh ICD, căn cứ theo kết quả thăm khám và chuẩn đoán của bác sĩ.

22. Bệnh di truyền:

Là bất kỳ bệnh nào xuất hiện ở những người có cùng huyết thống hay những bệnh lý của bố, mẹ được truyền cho con cái thông qua gen của bố, mẹ và/hoặc được truyền từ đời này sang đời khác, từ thế hệ này sang thế hệ khác trong những người có cùng huyết thống. Việc xác định bệnh di truyền căn cứ vào tài liệu y học, danh sách bệnh di truyền theo hệ thống mã bệnh ICD, căn cứ theo kết quả thăm khám và chuẩn đoán của bác sĩ.

23. Bệnh mãn tính/mạn tính:

Là bệnh tiến triển dần dần và kéo dài, có những đặc điểm diễn biến từ từ và điều trị không thể khỏi dứt điểm, bản chất là sẽ tái đi tái lại, hiện chưa có một phương pháp điều trị nào thích hợp, có thể dẫn đến thương tật/tàn tật vĩnh viễn, cần khám, xét nghiệm, điều trị hoặc theo dõi dài hạn.

24. Bệnh nghề nghiệp:

Là bệnh theo danh mục các loại bệnh nghề nghiệp do Bộ Y tế và Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội ban hành có hiệu lực tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm.

25. Biến chứng thai sản:

- Là tình trạng bất thường của bào thai, biến chứng do nguyên nhân bệnh lý phát sinh trong quá trình mang thai của Người được bảo hiểm (nhưng không liên quan đến việc điều trị vô sinh, sinh non, sinh nở) phải điều trị theo chỉ định của bác sĩ. Biến chứng thai sản bao gồm các trường hợp sau:
 - Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung (thai lưu).
 - Mang thai trứng nước.
 - 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 kì để bảo vệ tính mạng của người mẹ theo chỉ định của bác sĩ.
 - Dọa sinh non, dọa sảy thai (không bao gồm dưỡng thai).
 - Biến chứng của các nguyên nhân nêu trên.

26. Cơ sở y tế:

Là cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được pháp luật công nhận, có giấy phép điều trị nội trú, ngoại trú, 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.

27. Bệnh viện:

Là cơ sở y tế khám và điều trị bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp theo quy định của pháp luật Việt Nam/Nước sở tại:

- a) Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật.
- b) Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú, ngoại trú và có hệ thống theo dõi sức khỏe hàng ngày cho các bệnh nhân điều trị nội trú, ngoại trú.
- c) Không phải là nơi dùng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng, thẩm mỹ, spa, massage, xông hơi, suối khoáng hay một cơ sở đặc biệt dành cho người già, hoặc để điều trị, cai nghiện các chất kích thích, rượu, ma túy, điều trị rối loạn tâm thần, điều trị phong.
- d) Không bao gồm các Trạm y tế xã, phường; Phòng khám, phòng mạch hoặc các loại phòng khám tương tự khác.

28. Phòng khám:

Là cơ sở y tế cung cấp đầy đủ các cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế phục vụ cho công tác chẩn đoán/khám và điều trị bệnh nhân theo quy định. Phòng khám phải có Giấy phép hoạt động kinh doanh hợp pháp và chứng chỉ hành nghề của từng cá nhân trong phòng khám, có các chứng từ hóa đơn hoặc các loại chứng từ tài chính khác hợp pháp theo quy định của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

29. Bác sĩ:

- Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép hành nghề theo quy định pháp luật của Việt Nam/Nước sở tại nơi Người được bảo hiểm tiến hành khám và điều trị.
- Bác sĩ không được đồng thời là Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, vợ/chồng, cha/mẹ, con, anh/chị em ruột của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm.

30. Nằm viện/Điều trị nội trú:

- Là việc Người được bảo hiểm phải lưu trú tại bệnh viện ít nhất là 24 giờ để điều trị bệnh, thương tật, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm, có phát sinh chi phí tiền giường, phòng. Trong trường hợp giờ vào viện và giờ ra/xuất viện không được thể hiện trên Giấy ra/xuất viện thì hồ sơ/báo cáo y tế thể hiện rõ thời gian điều trị sẽ được coi như chứng từ thay thế.
- Một ngày nằm viện được tính bằng 24 (hai mươi tư) giờ. Số ngày nằm viện căn cứ vào Giấy ra viện hoặc bảng kê viện phí chi tiết (số ngày nào thấp hơn được lựa chọn làm căn cứ chi trả).

31. Điều trị trong ngày:

Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện điều trị có phát sinh chi phí tiền giường bệnh nhưng lưu lại bệnh viện không đủ 24 giờ. Giấy ra/xuất viện là cơ sở để xác định việc điều trị trong ngày.

Trường hợp bệnh nhân nằm viện điều trị trong ngày, GIC chi trả Chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm, tổng số tiền chi trả tối đa không vượt quá:

$$(\text{Số tiền bảo hiểm/một ngày nằm viện}) / (24 \text{ giờ}) \times \text{số giờ nằm viện thực tế.}$$

32. Điều trị ngoại trú:

Là việc Người được bảo hiểm khám chữa bệnh tại cơ sở y tế/bệnh viện/phòng khám như định nghĩa mà không phải điều trị nội trú, điều trị trong ngày.

33. Phẫu thuật/thủ thuật:

Là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật hoặc bệnh tật, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm 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 thiết bị y tế trong bệnh viện/Cơ sở y tế hợp pháp.

Ngoài Phẫu thuật/thủ thuật nhằm mục đích điều trị thì các Phẫu thuật/thủ thuật nhằm mục đích chẩn đoán được hiểu là phương pháp chỉ nhằm hỗ trợ trong việc đưa ra chẩn đoán bệnh và phác đồ điều trị, không nhằm mục đích điều trị.

Các loại Phẫu thuật/thủ thuật được áp dụng theo danh mục Phẫu thuật/thủ thuật được quy định hiện hành của Bộ Y Tế và quy định pháp luật của nước sở tại.

34. Chi phí y tế hợp lý:

Các chi phí y tế phát sinh cần thiết hợp lý và chi liên quan đến việc điều trị y tế của Người được bảo hiểm trong trường hợp ốm đau, bệnh tật, tai nạn, thai sản theo chỉ định của bác sĩ thuộc phạm vi bảo hiểm.

35. Điều trị y tế:

Là việc phẫu thuật, điều trị hoặc chữa 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.

36. Điều trị phục hồi chức năng:

Là phương pháp điều trị nhằm mục đích khôi phục lại tình trạng bình thường và/hay chức năng sau tổn thương cấp tính hoặc do bệnh kể từ khi người bệnh được bác sĩ chỉ định chuyển sang điều trị tại chuyên khoa phục hồi chức năng.

37. Vật lý trị liệu:

Là Phương pháp chữa bệnh bằng cách sử dụng các tác nhân vật lý tự nhiên hay nhân tạo như: nước, không khí, nhiệt độ, khí hậu, độ cao, điện, tia X, tia cực tím, tia hồng ngoại, siêu âm, các chất đồng vị phóng xạ, xoa bóp. Quy tắc bảo hiểm này không bảo hiểm các chi phí nhằm mục đích thư giãn, massage, spa, chỉnh hình thẩm mỹ.

38. Điều trị bằng phương pháp sinh học:

Là những liệu pháp điều trị dựa trên sự hiểu biết khoa học phân tử và tế bào, để đưa ra phương pháp điều trị kích thích hoặc khôi phục khả năng của hệ thống miễn dịch (bảo vệ bên trong tự nhiên) của cơ thể để chống lại nhiễm trùng và bệnh tật, lão hóa, các loại ung thư.

39. Liệu pháp tế bào gốc:

Là phương pháp thúc đẩy phản ứng sửa chữa các mô bị bệnh, rối loạn chức năng hoặc bị tổn thương bằng cách sử dụng tế bào gốc hoặc các dẫn xuất của chúng.

40. Liệu pháp miễn dịch sinh học:

Là phương pháp sử dụng các chất được tạo ra bởi cơ thể hoặc trong phòng thí nghiệm để cải thiện hoặc khôi phục chức năng hệ thống miễn dịch, bao gồm:

- Kháng thể đơn dòng.
- Liệu pháp miễn dịch không đặc hiệu.
- Điều trị virus oncolytic.
- Liệu pháp tế bào T.
- Vaccine ngừa ung thư.

41. Cấy ghép nội tạng:

Là việc phẫu thuật để cấy ghép các cơ quan nội tạng như tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, tủy xương cho Người được bảo hiểm tiến hành tại mọi bệnh viện bởi bác sĩ có bằng cấp được phép thực hiện loại phẫu thuật này. Các chi phí mua, vận chuyển, bảo quản cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể không được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này.

42. Dịch vụ vận chuyển cấp cứu:

Là việc sử dụng xe cứu thương (không phải là dịch vụ vận chuyển bằng đường hàng không) trong trường hợp Người được bảo hiểm bị ốm bệnh, tai nạn trong tình trạng nguy kịch ảnh hưởng đến tính mạng buộc phải đưa người bệnh đến Cơ sở y tế gần nhất hoặc từ Cơ sở y tế này đến Cơ sở y tế khác.

Đối với việc vận chuyển cấp cứu bằng phương tiện vận chuyển khác không phải là dịch vụ vận chuyển bằng đường hàng không, nếu được GIC chấp thuận nhận bảo hiểm, GIC sẽ nêu trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

43. Tiền phòng/giường bệnh:

- Là chi phí giường chuyên dụng dùng cho một người bệnh để nằm điều trị tại các cơ sở y tế, không bao gồm giường cho người trực, giường phòng khám, giường cho người nhà, giường cho người chăm sóc.
- Đơn vị chi phí ngày giường/phòng điều trị là các chi phí ngày giường nằm điều trị trong một phòng đơn tiêu chuẩn có giá thấp nhất tại Cơ sở y tế (không chi trả phòng bao) bao gồm cả phòng chăm sóc đặc biệt, theo đó:
 - Trường hợp Cơ sở y tế liệt kê rõ chi phí ngày giường/phòng điều trị, chi phí điều dưỡng, chi phí bác sĩ. GIC chi trả dựa trên chi phí ngày giường/phòng điều trị bao gồm chi phí giường/phòng nằm điều trị và chi phí chăm sóc điều dưỡng hoặc y tá.
 - Trường hợp còn lại: GIC chi trả theo chi phí ngày giường/phòng điều trị được liệt kê theo tên gọi trong chứng từ thanh toán/bảng kê chi tiết viện phí của Cơ sở y tế.

44. Thuốc kê theo đơn bác sĩ:

Là những thuốc được bán và sử dụng theo đơn của bác sĩ phù hợp quy chế của ngành y và theo quy định pháp luật nơi Người được bảo hiểm điều trị, không bao gồm thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm, khoáng chất, chế phẩm không nằm trong danh mục thuốc điều trị của Bộ Y tế, thuốc bổ, vitamin. Một số trường hợp nếu được GIC xem xét mở rộng vitamin, khoáng chất có chỉ định của bác sĩ điều trị, chi phí của các loại vitamin này sẽ được quy định một mức nhất định và không lớn hơn chi phí thuốc điều trị. Việc xem xét mở rộng này (nếu có) sẽ được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

45. Bộ phận giả:

Là các vật được làm giả để thay thế cho các bộ phận của cơ thể bao gồm nhưng không giới hạn ở răng giả, chân tay giả, thủy tinh thể giả.

46. Các vật tư/thiết bị hỗ trợ điều trị:

Các vật tư/thiết bị hỗ trợ điều trị (chi phí thuê, mua, bảo dưỡng, thay thế) bao gồm nhưng không giới hạn như dao longo, stent tim, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp vis, chốt treo, máy tạo nhịp tim, dao cắt sụn, dao bào khớp, dao siêu âm, dao bào khớp, rọ tán sỏi, hay hỗ trợ chứng năng bên ngoài cơ thể: nạng, nẹp, xe lăn, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim và những vật tư/thiết bị khác.

47. Một lần khám:

- Một lần khám bệnh là một lần người bệnh được thầy thuốc thăm khám lâm sàng có hoặc không kết hợp với cận lâm sàng (xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng) hay các thủ thuật thăm dò khác nhằm mục đích chẩn đoán bệnh và điều trị.
- Trường hợp sau khi khám một chuyên khoa, nếu cần phải gửi người bệnh đi khám chuyên khoa khác, thì mỗi lần khám một chuyên khoa được tính là một lần khám bệnh.
- Trường hợp nhiều thầy thuốc 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 bệnh khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày thì chỉ được tính là một lần khám bệnh.
- Trường hợp người bệnh khám nhiều chuyên khoa trong cùng một cơ sở y tế, trong một lần khám bệnh nếu có chẩn đoán bệnh và chỉ định điều trị của bác sĩ mỗi khoa thì tương ứng với mỗi khoa được tính là 1 (một) lần khám bệnh.

48. Đồng chi trả:

Là số tiền theo tỷ lệ mà GIC, Người được bảo hiểm cùng chi trả khi phát sinh chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm. Đồng chi trả được tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng số tiền chi phí thực tế phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc trên các mức giới hạn phụ của quyền lợi bảo hiểm tùy theo số tiền nào thấp hơn thì được áp dụng. Giới hạn chi phí được bảo hiểm sau khi đồng chi trả tối đa bằng giới hạn của mục quyền lợi trong Bảng quyền lợi bảo hiểm. Khi Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm quy định áp dụng đồng bảo hiểm theo cơ sở y tế, việc đồng chi trả này được áp dụng cho mọi chi phí phát sinh tại cơ sở y tế đó và các chi phí liên quan do bác sĩ tại cơ sở y tế đó chỉ định. Khi Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm quy định nhiều tỷ lệ đồng chi trả thì sẽ áp dụng đồng thời và lần lượt từng tỷ lệ đồng chi trả.

49. Tham gia các Hợp đồng Bảo hiểm/loại hình bảo hiểm khác:

Nếu tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm đang được bảo hiểm theo một chương trình bảo hiểm khác/Hợp đồng bảo hiểm khác có hiệu lực chi trả cho những chi phí y tế được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này thì Người được bảo hiểm có quyền yêu cầu trả tiền bảo hiểm ở bất kỳ chương trình/Hợp đồng bảo hiểm nào có hiệu lực. Trong trường hợp số tiền đã được chi trả/thanh toán bởi chương trình bảo hiểm khác/Hợp đồng bảo hiểm khác thì GIC sẽ chỉ

chi trả cho Người được bảo hiểm các khoản không được thanh toán theo chương trình bảo hiểm khác/Hợp đồng bảo hiểm khác đó. Quy định này không áp dụng đối với quyền lợi Tử vong/Thương tật toàn bộ vĩnh viễn/Thương tật bộ phận vĩnh viễn.

50. Quê hương:

Là Quốc gia nơi Người được bảo hiểm mang hộ chiếu/quốc tịch hoặc căn cước công dân. Trường hợp Người được bảo hiểm mang nhiều hộ chiếu hoặc căn cước công dân khác nhau thì Quê hương, tư cách công dân được xác định là quốc gia nơi Người được bảo hiểm đã khai báo trong Bản yêu cầu bảo hiểm.

51. Tỷ giá hối đoái:

Việc thanh toán các khoản tiền chi trả bảo hiểm đối với những trường hợp được mở rộng phạm vi địa lý ngoài lãnh thổ Việt Nam/Người nước ngoài theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ được tiến hành bằng tiền Việt Nam Đồng với tỷ giá được áp dụng theo quy định của pháp luật hiện hành.

Điều 2. Phạm vi địa lý:

Phạm vi địa lý được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này là phạm vi lãnh thổ Việt Nam. Trong trường hợp có thỏa thuận khác, GIC sẽ quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Quy định về phạm vi địa lý được áp dụng đối với cả rủi ro phát sinh và quá trình điều trị.

Điều 3. Đối tượng và điều kiện được tham gia bảo hiểm:

- GIC chỉ xem xét bảo hiểm cho:
 - Công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài đang cư trú hợp pháp tại Việt Nam tại ngày bắt đầu thời hạn Hợp đồng bảo hiểm. Đối với trường hợp được GIC xem xét chấp thuận nhận bảo hiểm với phạm vi địa lý ngoài lãnh thổ Việt Nam, thời hạn sinh sống tại Việt Nam phải trên 180 (một trăm tám mươi) ngày/một năm, ngoại trừ trường hợp đặc biệt được GIC chấp thuận và nêu trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.
 - Người tham gia bảo hiểm nằm trong độ tuổi từ 1 (một) tuổi đến 65 (sáu lăm) tuổi vào ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm và không quá 70 (bảy mươi) tuổi đối với các trường hợp tái tục liên tục từ 65 tuổi hoặc theo độ tuổi được quy định cụ thể theo Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm mà GIC chấp thuận nhận bảo hiểm.
 - Đối với trẻ em dưới 6 tuổi, quy định nhận bảo hiểm tham gia độc lập hay tham gia cùng Hợp đồng bảo hiểm với Bố/Mẹ sẽ được quy định cụ thể trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm mà GIC chấp thuận nhận bảo hiểm.
- GIC không nhận bảo hiểm đối với trường hợp sau:
 - Những người có tiền sử hoặc đang bị bệnh tâm thần, phong, bệnh ung thư.
 - Những người bị tàn phế hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên.
 - Những người đang trong thời gian điều trị ốm đau, bệnh hoặc thương tật.

- Đối với những Hợp đồng bảo hiểm nhóm được cấp cho nhân viên, người phụ thuộc, quy định về điều kiện tham gia bảo hiểm không bị các bệnh ung thư, không bị tàn phế hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên chỉ áp dụng cho người tham gia năm đầu tiên.

Điều 4. Số tiền bảo hiểm:

Là giới hạn trách nhiệm bảo hiểm tối đa của GIC đối với mọi quyền lợi bảo hiểm của Người được bảo hiểm trong suốt thời hạn bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Bảng quyền lợi bảo hiểm đính kèm Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 5. Thời hạn bảo hiểm:

Thời hạn bảo hiểm được tính từ thời điểm bắt đầu nhận bảo hiểm đến khi kết thúc bảo hiểm được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm được tính theo giờ Việt Nam nhưng không quá 1 (một) năm.

Điều 6. Phí bảo hiểm và thời hạn thanh toán phí:

Phí bảo hiểm được xác định tương ứng với mỗi Người được bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Phí bảo hiểm là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm phải thanh toán cho GIC theo thời hạn thỏa thuận thanh toán được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, phù hợp với các quy định của pháp luật.

Điều 7. Tái tục Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm:

- Bên mua bảo hiểm có quyền lựa chọn việc tái tục Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm khi hết thời hạn bảo hiểm.
- GIC có quyền từ chối tái tục bảo hiểm hoặc điều chỉnh các điều kiện điều khoản bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm, phí bảo hiểm. Các trường hợp GIC có thể từ chối tái tục bao gồm và không giới hạn các trường hợp sau:
 - Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có hành vi không trung thực hay gian dối khi cung cấp thông tin.
 - Bất kỳ thông tin nào trong hoặc có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm bị khai báo sai khi tái tục.
 - Người được bảo hiểm thuộc đối tượng không nhận bảo hiểm của GIC theo quy định tại Quy tắc bảo hiểm này.

Điều 8. *Bổ sung, sửa đổi bổ sung hoặc Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm:*

a) Sửa đổi bổ sung:

Trường hợp một trong hai bên muốn sửa đổi, bổ sung Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm phải thông báo trước cho bên kia bằng văn bản 30 (ba mươi) ngày trước ngày Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ được sửa đổi bổ sung. Trường hợp có những thỏa thuận thông báo khác 30 ngày, số ngày thống nhất sẽ được nêu cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

b) Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm:

Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực ngay sau khi xảy ra một trong các sự kiện sau đây, tùy theo sự kiện nào xảy ra trước:

- Khi hết thời hạn bảo hiểm ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Bên mua bảo hiểm không thanh toán phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn theo thỏa thuận.
- Một trong hai bên yêu cầu chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm trước hạn phù hợp với quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và tuân thủ quy định sau:
 - Bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản trước 30 (ba mươi) ngày cho bên còn lại. Việc chấm dứt hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ không làm ảnh hưởng đến yêu cầu trả tiền bảo hiểm đối với những sự kiện bảo hiểm đã xảy ra trước khi Hợp đồng bảo hiểm /Giấy chứng nhận bảo hiểm chấm dứt.
 - Nếu Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm được hai bên thỏa thuận chấm dứt hiệu lực theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm, GIC sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm 80% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại, với điều kiện đến thời điểm đó Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm này chưa có lần nào được GIC trả tiền bảo hiểm. Trường hợp có thỏa thuận khác về tỷ lệ hoàn phí nêu trên sẽ được GIC nêu trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
 - Nếu Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm được hai bên thỏa thuận chấm dứt hiệu lực theo yêu cầu của GIC, GIC sẽ hoàn lại toàn bộ phí bảo hiểm của thời gian còn lại cho Bên mua bảo hiểm.
- Theo thỏa thuận bằng văn bản giữa GIC và Bên mua bảo hiểm.
- Các trường hợp khác được quy định theo pháp luật hiện hành.

Điều 9. *Bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân:*

- Khi tham gia các quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này, bằng việc xác nhận đồng ý/ký vào Giấy (Bản) yêu cầu bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm:
 - Đồng ý nhận tài liệu “Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân” do GIC cung cấp bản giao dưới hình thức tự chủ động tiếp cận/đọc/tải xuống tài liệu này trên trang thông tin điện tử chính thức của GIC; và

- Tự nguyện, biết rõ và đồng ý với danh mục các loại dữ liệu cá nhân được xử lý, mục đích xử lý dữ liệu cá nhân, quyền, nghĩa vụ của chủ thể dữ liệu đã được liệt kê cụ thể tại “Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân” của GIC; và
 - Đồng ý để GIC tiếp cận, thu thập (trực tiếp thu thập; thuê, sử dụng bất kỳ bên thứ ba nào do GIC chủ động quyết định mà không phải thông báo cho Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm để thu thập; hoặc cách thức thu thập khác phù hợp với quy định pháp luật), kiểm soát, xử lý (trực tiếp xử lý; thuê, sử dụng bất kỳ bên thứ ba nào do GIC chủ động quyết định mà không phải thông báo cho Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm để xử lý dữ liệu; hoặc cách thức xử lý dữ liệu khác phù hợp với quy định pháp luật) và lưu trữ dữ liệu cá nhân theo nội dung tại “Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân” và với các mục đích xử lý dữ liệu cá nhân đã được liệt kê tại “Điều khoản và điều kiện chung về bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân” trên trang thông tin điện tử chính thức của Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Toàn Cầu.
- Chính sách dữ liệu cá nhân được thực hiện theo pháp luật hiện hành.

PHẦN II. PHẠM VI BẢO HIỂM VÀ CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 10. Phạm vi bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm:

Điều kiện A: Tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn do tai nạn.

A1. Phạm vi bảo hiểm:

Người được bảo hiểm bị Tử vong, Thương tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ theo quy định trong Quy tắc, Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm này.

A2. Hiệu lực bảo hiểm:

Quyền lợi bảo hiểm này có hiệu lực kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

A3. Quyền lợi bảo hiểm:

- Tử vong hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn:

- Trường hợp Người được bảo hiểm Tử vong hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, GIC chi trả toàn bộ số tiền bảo hiểm trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.
- Tử vong bao gồm trường hợp được tuyên bố mất tích hoặc tuyên bố đã tử vong sau sự kiện tai nạn xảy ra, việc tuyên bố mất tích hoặc tuyên bố đã tử vong được tòa án có thẩm quyền quyết định theo quy định của pháp luật Việt Nam.
- Trước khi GIC chi trả tiền bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm được tuyên bố mất tích hoặc tuyên bố đã tử vong do sự kiện tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, Người thụ hưởng bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp phải cam kết bằng văn bản sẽ hoàn trả cho GIC số tiền bảo hiểm đã nhận nếu Người được bảo hiểm bị phát hiện là tử

vong không phải do tai nạn được bảo hiểm hoặc vẫn còn sống hoặc trở về sau thời điểm tòa án có thẩm quyền quyết định tuyên bố đã tử vong hoặc mất tích.

- Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn:

- Trường hợp Người được bảo hiểm bị Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, GIC chi trả theo tỷ lệ (%) số tiền bảo hiểm cho từng Thương tật được quy định trong “Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật/tàn tật” quy định tại Phụ lục I đính kèm Quy tắc bảo hiểm này.
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến Thương tật bộ phận vĩnh viễn đã được trả tiền bảo hiểm, trong vòng 365 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn nếu Người được bảo hiểm bị tử vong do hậu quả của chính tai nạn đó GIC sẽ trả phần chênh lệch giữa Số tiền bảo hiểm ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm với số tiền đã trả trước đó.

A4. Quy định áp dụng riêng cho điều kiện A:

- Trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến Thương tật bộ phận vĩnh viễn đã được trả tiền bảo hiểm, nếu Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do hậu quả của chính tai nạn đó xảy ra ngoài hiệu lực bảo hiểm, GIC sẽ không chi trả cho quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn.
- Trường hợp tử vong do hậu quả của tai nạn mà tai nạn đó xảy ra thuộc thời hạn bảo hiểm của Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm nào thì quyền lợi tử vong sẽ được chi trả ở Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm đó.
- Tổng số tiền bảo hiểm chi trả cho một Người được bảo hiểm không vượt quá 100% Số tiền bảo hiểm của quyền lợi Tử vong, Thương tật vĩnh viễn do tai nạn.
- Trường hợp hậu quả của tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm bị trầm trọng hơn do bệnh tật hoặc Thương tật có sẵn của Người được bảo hiểm hoặc do điều trị Thương tật không kịp thời theo chỉ định của bác sĩ hoặc không theo chỉ dẫn, chỉ định của bệnh viện/cơ sở y tế, GIC chi trả tiền bảo hiểm Thương tật do hậu quả của tai nạn trước thời điểm bị trầm trọng hơn như đối với loại Thương tật tương tự ở người có sức khỏe bình thường được điều trị một cách hợp lý.

Điều kiện B: Tử vong hoặc thương tật/tàn tật vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản

B1. Phạm vi bảo hiểm:

Người được bảo hiểm bị tử vong, Thương tật/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc Thương tật/tàn tật bộ phận vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản xảy ra trong thời hạn hiệu lực bảo hiểm trừ những điểm loại trừ theo quy định trong Quy tắc, Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm này.

B2. Hiệu lực bảo hiểm:

- Quyền lợi bảo hiểm này chỉ có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu tham gia quyền lợi bảo hiểm này ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm:
 - 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường.
 - 365 ngày đối với bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn.
 - 270 ngày đối với thai sản.

- Thời gian chờ nêu trên có thể thay đổi theo nhu cầu mong muốn của Bên mua bảo hiểm, thay đổi phí bảo hiểm và nếu được GIC chấp nhận thì thời gian chờ sẽ được nêu trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.
- Các hợp đồng tái tục, thời gian chờ sẽ được tính từ ngày bắt đầu tham gia bảo hiểm (bao gồm cả Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm năm trước tại GIC) với điều kiện Người được bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ đúng hạn cho thời gian bảo hiểm tiếp theo.

B3. Quyền lợi bảo hiểm:

- **Tử vong hoặc Thương tật/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản:**

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc Thương tật/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm, GIC chi trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

- **Thương tật/tàn tật bộ phận vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản:**

Trường hợp Người được bảo hiểm bị Thương tật/tàn tật bộ phận vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm, GIC chi trả theo tỷ lệ (%) số tiền bảo hiểm cho từng Thương tật/tàn tật được quy định trong “Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật/tàn tật” quy định tại Phụ lục I đính kèm Quy tắc bảo hiểm này.

Điều kiện C: Chi phí y tế do tai nạn

C1. Phạm vi bảo hiểm:

GIC bảo hiểm cho các chi phí y tế thực tế và hợp lý cho điều trị tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ quy định trong Quy tắc, Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm này.

C2. Hiệu lực bảo hiểm:

Quyền lợi bảo hiểm này có hiệu lực kể từ ngày bắt đầu Thời hạn bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

C3. Quyền lợi bảo hiểm:

Trường hợp Người được bảo hiểm bị Thương tật thân thể do tai nạn phải điều trị y tế (bao gồm nội trú, ngoại trú), GIC sẽ trả toàn bộ chi phí y tế thực tế và hợp lý, chi phí vận chuyển cấp cứu (không bao gồm vận chuyển bằng đường hàng không) phát sinh trong thời hạn bảo hiểm, thuộc phạm vi bảo hiểm nhưng không vượt quá giới hạn được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

Điều kiện D: Điều trị nội trú, phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật, thai sản

D1. Phạm vi bảo hiểm:

GIC sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm các chi phí y tế thực tế và hợp lý phát sinh trong trường hợp ốm đau, bệnh tật, thai sản (Biến chứng thai sản, sinh con) xảy ra trong thời hạn hiệu lực bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải nằm điều trị nội trú và/hoặc phẫu thuật tại bệnh viện, trừ những điểm loại trừ theo quy định trong Quy tắc, Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm này.

D2. Hiệu lực bảo hiểm:

- Quyền lợi bảo hiểm này chỉ có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu tham gia quyền lợi bảo hiểm này ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm:
 - 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường.
 - 365 ngày đối với bệnh mạn tính, bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn.
 - 180 ngày đối với Người được bảo hiểm dưới 6 tuổi điều trị nhiễm khuẩn hô hấp trên (Viêm Amidan, Viêm VA cấp hoặc mạn/quá phát), nhiễm khuẩn hô hấp dưới (viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại).
 - 90 ngày đối với biến chứng thai sản.
 - 270 ngày đối với quyền lợi thai sản sinh thường, sinh mổ, sinh khó.
- Thời gian chờ nêu trên có thể thay đổi theo nhu cầu mong muốn của Bên mua bảo hiểm, thay đổi phí bảo hiểm và nếu được GIC chấp nhận thì thời gian chờ sẽ được nêu trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

D3. Quyền lợi bảo hiểm:

- Nằm viện do ốm đau, bệnh tật, thai sản:

Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện điều trị (bao gồm cả việc điều trị trong ngày) thuộc phạm vi bảo hiểm, GIC sẽ chi trả các chi phí y tế thực tế và hợp lý của quá trình điều trị trong thời hạn hiệu lực bảo hiểm, nhưng không vượt quá mức tối đa của từng quyền lợi bảo hiểm này:

- Các chi phí tiền phòng/giường tiêu chuẩn (không bao gồm phòng bao, VIP) trong quá trình điều trị nội trú.
- Các chi phí liên quan đến việc chăm sóc bệnh nhân tại các loại phòng cấp cứu, phòng chăm sóc đặc biệt ICU (Intensive Care Unit), HDU (High Dependency Unit), CCU (Coronary Care Unit).
- Các Chi phí điều trị, Chi phí xét nghiệm hoặc các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi phải do bác sĩ chỉ định để theo dõi đánh giá, thực hiện chẩn đoán bệnh, thuốc điều trị, truyền máu, ôxy, huyết thanh, quần áo bệnh viện.
- Chi phí đỡ đẻ, chi phí sinh thường.
- Các Chi phí y tế liên quan khác theo chỉ định của bác sĩ sử dụng trong khi nằm viện.

Tổng chi phí thuộc phạm vi của các quyền lợi bảo hiểm này không vượt quá mức trách nhiệm tối đa của quyền lợi bảo hiểm nằm viện được nêu trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

- Chi phí phẫu thuật do ốm đau, bệnh, thai sản:

GIC sẽ chi trả các chi phí y tế thực tế và hợp lý liên quan đến một ca phẫu thuật/thủ thuật nội trú, phẫu thuật/thủ thuật điều trị trong ngày, phẫu thuật ngoại trú, bao gồm nhưng không giới hạn cho các chi phí sau:

- Chi phí thuốc men, vật tư y tế.
- Phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê, gây tê.
- Các thiết bị cần thiết và hợp lý theo chỉ định của bác sĩ mà không thuộc điểm loại trừ.
- Chi phí hồi sức sau khi mổ, chi phí tái mổ.
- Chi phí cấy ghép nội tạng (không bao gồm chi phí mua nội tạng, các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể). Danh mục thủ thuật, phẫu thuật được áp dụng theo bảng phân loại hiện hành của Bộ Y tế.

Số tiền chi trả cho trường hợp phẫu thuật không vượt quá mức giới hạn tối đa của quyền lợi bảo hiểm phẫu thuật do Bên mua bảo hiểm lựa chọn khi tham gia bảo hiểm và được ghi cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm /Hợp đồng bảo hiểm.

- Các quyền lợi bảo hiểm khác trong Điều trị nội trú, phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật, thai sản:

Giới hạn được liệt kê chi tiết trong Bảng quyền lợi bảo hiểm đính kèm trong Giấy chứng nhận bảo hiểm /Hợp đồng bảo hiểm.

• Chi phí điều trị trước khi nhập viện:

GIC sẽ chi trả các chi phí khám bệnh, siêu âm, chụp chiếu, xét nghiệm cơ bản theo chỉ định của bác sĩ, liên quan trực tiếp đến ốm đau, bệnh tật, thai sản của Người được bảo hiểm và là cơ sở trực tiếp để bác sĩ đưa ra chỉ định nhập viện. Chi phí trước nhập viện chỉ được chấp nhận một lần gần nhất được thực hiện trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện và không vượt quá giới hạn quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm cho phần quyền lợi bảo hiểm này.

• Chi phí điều trị sau khi xuất viện:

GIC sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh theo chỉ định của bác sĩ ngay khi Người được bảo hiểm xuất viện và có liên quan trực tiếp đến đợt điều trị nội trú trước đó. Các chi phí này bao gồm chi phí khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, vật tư y tế và thuốc phát sinh trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện và không vượt quá giới hạn quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm cho phần quyền lợi bảo hiểm này.

• Chi phí y tá chăm sóc tại nhà sau xuất viện:

GIC sẽ chi trả các chi phí cho dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp được thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị và tại nơi ở của Người được bảo hiểm ngay sau khi xuất viện.

GIC chi trả các chi phí này tối đa không quá 15 ngày/năm, và không vượt quá giới hạn quy định trong bảng quyền lợi bảo hiểm cho phần quyền lợi bảo hiểm này khi Người được bảo hiểm có thời gian nằm viện điều trị nội trú tối thiểu 7 (bảy) ngày hoặc theo thỏa thuận khác được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

- **Chi phí dịch vụ vận chuyển cấp cứu:**

GIC sẽ chi trả các chi phí cần thiết và hợp lý theo giới hạn ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm /Hợp đồng bảo hiểm cho việc sử dụng dịch vụ vận chuyển cấp cứu như quy định tại phần định nghĩa chung.

- **Trợ cấp nằm viện:**

Trường hợp Người được bảo hiểm nằm viện điều trị nội trú tại bệnh viện, GIC sẽ chi trả trợ cấp nằm viện cho mỗi ngày nằm viện theo số tiền trợ cấp/ngày được quy định ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm /Hợp đồng bảo hiểm. Số ngày chi trả tối đa 60 ngày/năm.

Theo thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và GIC, quy định trợ cấp nằm viện có thể áp dụng số tiền khác nhau khi điều trị nội trú tại Bệnh viện công và hệ thống ngoài Bệnh viện công, được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm /Hợp đồng bảo hiểm.

- **Trợ cấp mai táng:**

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong khi nằm viện do ốm đau, bệnh tật, thai sản GIC sẽ trợ cấp mai táng phí theo giới hạn của quyền lợi bảo hiểm này trong bảng quyền lợi bảo hiểm, được nêu hoặc đính kèm Giấy chứng nhận bảo hiểm /Hợp đồng bảo hiểm.

Tổng số tiền chi trả cho một Người được bảo hiểm không vượt quá 100% số tiền bảo hiểm của quyền lợi Điều trị nội trú, phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật, thai sản.

PHẦN III. ĐIỀU KHOẢN VỀ CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG

Trên cơ sở yêu cầu của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm cho quyền lợi bổ sung, GIC xem xét nhận bảo hiểm theo các điều khoản quyền lợi bảo hiểm bổ sung dưới đây. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung mà GIC nhận bảo hiểm sẽ được ghi rõ trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm. Việc giải quyết chi trả tiền bảo hiểm sẽ căn cứ vào các quy định của Quy tắc bảo hiểm và điều khoản quyền lợi bổ sung.

Điều kiện bổ sung 01 : Điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, điều trị răng.

a) Phạm vi bảo hiểm:

GIC sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm các chi phí y tế thực tế và hợp lý trong trường hợp Điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, răng xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, trừ những điểm loại trừ theo quy định trong Quy tắc này/Hợp đồng bảo hiểm và các điểm loại trừ của quyền lợi bổ sung số 1 (một) dưới đây.

b) Hiệu lực bảo hiểm:

Quyền lợi bảo hiểm bổ sung này chỉ có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu tham gia quyền lợi bảo hiểm này ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm:

- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường, điều trị răng.

37
G C
P
O
AN
T.P

- 180 ngày đối với Người được bảo hiểm dưới 6 tuổi điều trị nhiễm khuẩn hô hấp trên, nhiễm khuẩn hô hấp dưới.
- 365 ngày đối với bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn.

Thời gian chờ nêu trên có thể thay đổi theo nhu cầu mong muốn của Bên mua bảo hiểm, thay đổi phí bảo hiểm và nếu được GIC chấp nhận thì thời gian chờ sẽ được nêu trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

c) Quyền lợi bảo hiểm:

- Chi phí điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật:

- Chi phí khám bệnh, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, chụp X-quang, siêu âm trong việc điều trị bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm.
- Chi phí thuốc theo kê toa của Bác sĩ.
- Nội soi/thủ thuật (bao gồm nội trú, trong ngày hoặc ngoại trú) chỉ nhằm mục đích chẩn đoán bệnh mà không điều trị.
- Vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, nhiệt, cấy chi, liệu pháp ánh sáng và các phương pháp điều trị tương tự khác do bác sĩ chỉ định.

- Chi phí điều trị ngoại trú do răng bệnh lý:

- Khám, chụp X-quang.
- Cạo vôi răng.
- Trám răng bằng các vật liệu thông thường như: amalgam, composite, fuji hoặc chất trám tương đương.
- Nhổ răng bệnh lý (bao gồm tiểu phẫu, phẫu thuật).
- Điều trị tủy răng.
- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu).
- Phẫu thuật cắt chóp răng.
- Điều trị viêm nướu, viêm nha chu.

Giới hạn trách nhiệm theo quyền lợi bảo hiểm này được quy định cụ thể trong Bảng quyền lợi đính kèm hoặc nêu trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

Riêng đối với điều trị răng bệnh lý sẽ áp dụng quy định giới hạn tại các cơ sở khám chữa bệnh, được nêu trong hoặc đính kèm Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

d) Loại trừ bảo hiểm

Ngoài quy định tại phần loại trừ chung của quy tắc bảo hiểm này, quyền lợi bảo hiểm bổ sung này còn áp dụng thêm các điểm loại trừ sau:

- Khám/các xét nghiệm không có kết luận chẩn đoán bệnh hoặc kết luận không có bệnh của bác sĩ.
- Khám/các xét nghiệm bệnh của bác sĩ điều trị nhưng không có phác đồ điều trị bệnh cụ thể.

- Các chi phí y tế không liên quan đến bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm.

Điều kiện bổ sung 02: Trợ cấp trong thời gian nằm viện điều trị do ốm đau, bệnh tật.

a) Phạm vi bảo hiểm:

GIC chi trả trợ cấp cho Người được bảo hiểm dựa trên số ngày nằm viện thực tế để điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật xảy ra trong thời hạn bảo hiểm.

b) Hiệu lực bảo hiểm:

Quyền lợi bảo hiểm bổ sung này chỉ có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu tham gia quyền lợi bảo hiểm này ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm:

- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường.
- 365 ngày đối với bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn.

Thời gian chờ nêu trên có thể thay đổi theo nhu cầu mong muốn của Bên mua bảo hiểm, thay đổi phí bảo hiểm và nếu được GIC chấp nhận thì thời gian chờ sẽ được nêu trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

c) Quyền lợi bảo hiểm:

- Đối với trợ cấp theo số tiền thỏa thuận trên mỗi ngày, số ngày chi trả trợ cấp tối đa được Bên mua bảo hiểm và GIC thỏa thuận nhưng không vượt quá 180 ngày trong năm, được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

GIC chi trả trợ cấp theo số ngày nằm viện thực tế để điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật nhưng không vượt quá số ngày tối đa thỏa thuận:

$$\text{Số tiền trợ cấp chi trả} = (\text{Số tiền thỏa thuận/ngày}) \times \text{Số ngày nằm viện thực tế.}$$

- Đối với trợ cấp theo Lương tháng của Người được bảo hiểm, số ngày chi trả trợ cấp tối đa được Bên mua bảo hiểm và GIC thỏa thuận nhưng không vượt quá 180 ngày trong năm, được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm:

$$\text{Số tiền trợ cấp chi trả/ngày} = \text{Lương tháng} / 30 \text{ ngày.}$$

GIC chi trả trợ cấp theo số ngày nằm viện thực tế để điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật nhưng không vượt quá số ngày tối đa thỏa thuận:

$$\text{Số tiền trợ cấp chi trả} = (\text{Số tiền trợ cấp chi trả/ngày}) \times \text{Số ngày nằm viện thực tế.}$$

Lương tháng: Là mức lương cơ bản quy định trên Hợp đồng lao động của Người được bảo hiểm (không bao gồm tiền làm thêm giờ, tiền thưởng, hay các khoản thu nhập không tính chất cố định,...). Mức lương thay đổi phải có thông báo với GIC và nộp phí đầy đủ. Mức lương áp dụng để chi trả tiền bảo hiểm sẽ là mức lương tính tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc theo thỏa thuận khác được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

Quyền lợi bảo hiểm này không áp dụng đối với thai sản và sinh đẻ.

Điều kiện bổ sung 03: Trợ cấp trong thời gian nằm viện hay điều trị do tai nạn

a) Phạm vi bảo hiểm:

GIC chi trả trợ cấp cho Người được bảo hiểm dựa trên số ngày điều trị nội trú và/hoặc ngoại trú do tai nạn theo chỉ định của bác sĩ trong thời hạn bảo hiểm.

b) Hiệu lực bảo hiểm:

Quyền lợi bổ sung này có hiệu lực ngay kể từ ngày bắt đầu Thời hạn bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

c) Quyền lợi bảo hiểm:

- Đối với trợ cấp theo số tiền thỏa thuận trên mỗi ngày, số ngày chi trả trợ cấp tối đa được Bên mua bảo hiểm và GIC thỏa thuận nhưng không vượt quá 180 ngày trong năm, được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

GIC chi trả trợ cấp theo số ngày nằm viện và/hoặc số ngày nghỉ điều trị tai nạn nhưng không vượt quá số ngày tối đa thỏa thuận.

$$\text{Số tiền trợ cấp chi trả} = (\text{Số tiền thỏa thuận/ngày}) \times \text{Số ngày hưởng trợ cấp thực tế}$$

- Đối với trợ cấp theo Lương tháng của Người được bảo hiểm và số ngày chi trả trợ cấp tối đa được Bên mua bảo hiểm và GIC thỏa thuận nhưng không vượt quá 180 ngày trong năm, được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

$$\text{Số tiền trợ cấp chi trả/ngày} = \text{Lương tháng} / 30 \text{ ngày.}$$

GIC chi trả trợ cấp theo số ngày nằm viện và/hoặc số ngày nghỉ điều trị tai nạn nhưng không vượt quá số ngày tối đa thỏa thuận.

$$\text{Số tiền trợ cấp chi trả} = (\text{Số tiền trợ cấp chi trả/ngày}) \times \text{Số ngày hưởng trợ cấp thực tế.}$$

Lưu ý:

- Ngày nằm viện, ngày nghỉ điều trị: Căn cứ trên Giấy ra viện, Toa thuốc có chỉ định của bác sĩ, Giấy nghỉ hưởng bảo hiểm xã hội. Riêng đối với nghỉ điều trị ngoại trú phải có toa thuốc điều trị kèm theo cho các ngày nghỉ này.
- Lương tháng: là mức lương cơ bản quy định trên Hợp đồng lao động (không bao gồm tiền làm thêm giờ, tiền thưởng, hay các khoản thu nhập không tính chất cố định,...). Mức lương thay đổi phải có thông báo với GIC và nộp phí đầy đủ. Mức lương áp dụng để chi trả tiền bảo hiểm sẽ là mức lương tính tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc theo thỏa khác được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

Điều kiện bổ sung 04 : Mở rộng phạm vi địa lý

Trên cơ sở Người được bảo hiểm đã đủ điều kiện được nhận bảo hiểm trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam, Bên mua bảo hiểm có nhu cầu mở rộng phạm vi địa lý ngoài lãnh thổ Việt Nam đối với từng quyền lợi bảo hiểm cụ thể và đồng ý đóng bổ sung phí bảo hiểm khi mở rộng phạm vi

địa lý, GIC chấp thuận bảo hiểm và nêu cụ thể nước/khu vực địa lý được bảo hiểm đối với từng điều kiện bảo hiểm trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

PHẦN IV. LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Loại trừ này áp dụng cho toàn bộ Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm (Quyền lợi bảo hiểm chính hay quyền lợi bảo hiểm bổ sung/điều khoản bổ sung).

GIC sẽ không chịu trách nhiệm chi trả tiền bảo hiểm đối với các chi phí phát sinh, những rủi ro và hậu quả/biến chứng liên quan trong các trường hợp sau :

1. Hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng, trừ trường hợp những người này là trẻ em dưới 14 tuổi. Trường hợp có nhiều Người thụ hưởng thì chỉ Người thụ hưởng có hành vi vi phạm bị từ chối trả tiền bảo hiểm, GIC vẫn có trách nhiệm trả tiền bảo hiểm cho những Người thụ hưởng còn lại.
2. Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật phải thụ án hình sự; tham gia các hoạt động bất hợp pháp, tham gia đánh nhau (trừ khi được cơ quan chức năng có thẩm quyền xác nhận đó là hành động tự vệ/phòng vệ chính đáng) hoặc không thực hiện đúng nội quy, quy định của chính quyền địa phương hoặc cố ý vi phạm quy chế an toàn lao động tại nơi làm việc theo kết luận của cơ quan, tổ chức nơi làm việc.
3. Người được bảo hiểm bỏ trốn, mất tích (trừ trường hợp Tòa án có quyết định tuyên bố Người được bảo hiểm đã chết do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm).
4. Người được bảo hiểm tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách có vé trên máy bay), các cuộc diễu hành, diễn tập hay huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu trong các lực lượng vũ trang.
5. Những rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ, vũ khí sinh học/hóa học, dịch bệnh/tình trạng khẩn cấp y tế theo công bố của WHO hoặc cơ quan Nhà nước có thẩm quyền.
6. Chiến tranh, xâm lược, hành vi của kẻ thù, các thế lực thù địch hoặc hoạt động chiến tranh (cho dù có tuyên bố hay không), nội chiến, hành động khủng bố, bãi/đình công, phiến loạn, bạo động hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực.
7. Tự tử, đột tử, tử vong/chết không rõ nguyên nhân hoặc bị tử vong mà không thể xác định được nguyên nhân tử vong vì bất kỳ lý do nào.
8. Tham gia tập luyện hoặc thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp (các hoạt động mang lại thu nhập chính và thường xuyên cho Người được bảo hiểm); tham gia các hoạt động/các môn thể thao bay lượn trên không, nhảy dù, các môn thể thao mùa đông như trượt băng, trượt tuyết, hockey trên băng, đấu vật, môn lướt ván, bơi thuyền buồm cách xa bờ 5 km, các môn thể thao thi đấu đối kháng, 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), hay tham gia vào các hoạt động thám hiểm không gian, các vùng đất mới, các khám phá khoa học, hoặc các hoạt động khác như săn bắn, thám hiểm núi, các cực quả đất, hoặc tham gia vào các lực lượng viễn chinh.

9. Người được bảo hiểm có hành vi sau đây khi tham gia giao thông: đua xe, tổ chức đua xe trái phép, điều khiển phương tiện có sử dụng chất ma túy, chất kích thích, chất gây nghiện hoặc tương tự; điều khiển phương tiện giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá 0,25 miligam/1 lít khí thở hoặc vượt quá 50 miligam/100 mililit máu (tương đương 10,9 mmol/L); vượt đèn đỏ, đi vào đường cấm, khu vực cấm, đi ngược chiều quy định, không đi bên phải theo chiều đi của mình; không đi đúng làn đường, phần đường quy định, xe chạy đêm không có đủ đèn chiếu sáng theo quy định, lái xe vượt quá tốc độ, vượt xe trái quy định, điều khiển xe không có Giấy phép lái xe hoặc Giấy phép lái xe không phù hợp với quy định pháp luật, vận chuyển trái phép hoặc không thực hiện đầy đủ các quy định về vận chuyển hàng nguy hiểm, vận chuyển hàng cấm; các hành vi vi phạm pháp luật khác.
10. Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng bởi rượu, bia, ma túy hay các chất kích thích, chất gây nghiện tương tự khác là nguyên nhân dẫn tới tai nạn hoặc ốm đau, bệnh tật (trừ khi sử dụng thuốc hoặc chất gây mê theo chỉ định của bác sỹ) hoặc Người được bảo hiểm không điều khiển phương tiện giao thông có các kết quả xét nghiệm nồng độ cồn của các cơ sở y tế thực hiện vượt quá ngưỡng chỉ số bình thường theo quy định của Bộ Y Tế.
11. Ngộ độc thức ăn, đồ uống, hít phải chất độc/khí gas/hơi đốt độc hại trong quyền lợi về bảo hiểm tai nạn, không áp dụng điểm loại trừ này nếu Bên mua bảo hiểm có yêu cầu mở rộng và được GIC chấp thuận, trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm có giới hạn quyền lợi bảo hiểm này trong phần rủi ro về tai nạn/người và tổng tích tụ trên Hợp đồng bảo hiểm.
12. Các chi phí vitamin, khoáng chất, thực phẩm chức năng, các loại thuốc bổ sung cho chế độ dinh dưỡng, ăn kiêng bao gồm cả các sản phẩm làm đẹp (trừ trường hợp vitamin hoặc khoáng chất được sử dụng để điều trị các bệnh do thiếu hụt vitamin).
13. Bệnh lây lan qua đường tình dục như bệnh giang mai, bệnh lậu, rối loạn chức năng sinh dục hay điều trị sinh lý, ốm đau liên quan đến các bệnh thuộc hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV), bao gồm các hội chứng liên quan đến AIDS và/hoặc bất cứ biến chứng hoặc biến đổi nào, các bệnh liên quan đến AIDS khác.
14. Bệnh lao các loại, bệnh sốt rét, bệnh phong, các bệnh nghề nghiệp theo danh mục bệnh nghề nghiệp được quy định bởi cơ quan nhà nước có thẩm quyền.
15. Kiểm tra sức khỏe định kỳ, tổng quát hoặc kiểm tra sức khỏe, giám định y khoa; cận lâm sàng theo yêu cầu hoặc chỉ định của bác sỹ mang tính kiểm tra, loại trừ/phân biệt, tầm soát mà không liên quan đến việc điều trị bệnh.
16. Khuyết tật, Bệnh/dị tật bẩm sinh, bệnh di truyền, các bệnh hoặc dị dạng về gen, tình trạng sức khỏe di truyền với các dấu hiệu bộc lộ từ lúc sinh hay tiềm ẩn hoặc phát hiện muộn ở các giai đoạn phát triển cơ thể, hoặc những thương tật và chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu được bảo hiểm.
17. Vết rách ngăn không rõ nguyên nhân, thoát vị bẹn không rõ nguyên nhân.

18. Điều trị bệnh rối loạn tâm thần và hành vi, bệnh tâm thần/loạn thần kinh hoặc chậm phát triển, thiếu hoặc môn tăng trưởng, động kinh, hội chứng down, bệnh rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, mệt mỏi, ngủ ngáy không rõ nguyên nhân, điều chỉnh cân nặng (béo phì/còi/suy dinh dưỡng/tăng cân/giảm cân), chứng hay quên hay giảm trí nhớ suy nhược cơ thể và hội chứng căng thẳng (stress) hoặc các bệnh liên quan từ hội chứng đó; hoặc hậu quả/biến chứng từ những bệnh lý trên.
19. Điều trị y tế hay sử dụng các loại dược phẩm, thuốc không có đơn thuốc của bác sĩ và sự hướng dẫn của bác sĩ; các loại thuốc đông y không rõ nguồn gốc. Chi phí điều trị bằng phương pháp sinh học, liệu pháp tế bào gốc, liệu pháp miễn dịch sinh học.
20. Thuốc không có số đăng ký theo quy định của pháp luật.
21. Điều trị tại phòng mạch bác sĩ tư.
22. Người được bảo hiểm thực hiện các phương pháp điều trị chưa được khoa học công nhận hoặc điều trị thử nghiệm. Việc điều trị y tế do sai sót chuyên môn của bác sĩ.
23. Điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không liên quan đến việc điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế qui định. Các chi phí phát sinh theo yêu cầu của Người được bảo hiểm. Điều trị thẩm mỹ hoặc tạo hình thẩm mỹ, chỉnh hình thẩm mỹ, phục hồi chức năng (không bao gồm phục hồi chức năng bệnh nội trú); hoặc hậu quả/biến chứng của các việc điều trị này; Việc điều trị mụn, nốt ruồi, rụng tóc, tăng/giảm sắc tố da, tiền/mãn kinh; Phẫu thuật phục hồi thị giác, điều trị cận thị, viễn thị, loạn thị, lão thị, đục thủy tinh thể; Bệnh khô mắt, mỏi mắt, mỏi điều tiết, rối loạn điều tiết.
24. Chi phí tiêm vacxin phòng ngừa (không bao gồm tiêm vacxin do chó, mèo, xúc vật cắn); Các dịch vụ hoặc điều trị tại nhà hoặc viện điều dưỡng.
25. Thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, hậu quả của phá thai do nguyên nhân tâm lý hay xã hội, điều trị vô sinh nam/nữ, thụ tinh nhân tạo, biến chứng thai sản trên Người được bảo hiểm đã và đang làm thụ tinh nhân tạo (bằng tất cả các hình thức); xét nghiệm hoặc điều trị khả năng sinh sản hoặc hiếm muộn; điều trị bất lực/liệt dương hoặc điều trị các vấn đề về giới tính và bất kỳ hậu quả hay biến chứng nào từ những điều trị trên.
26. Các điều trị liên quan đến dây chằng, rách sụn chêm trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm, năm tiếp theo đồng chi trả 20/80 (Người được bảo hiểm tự chi trả 20% chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm). Đối với một số trường hợp, nếu Bên mua bảo hiểm là khách hàng tổ chức có yêu cầu mở rộng bảo hiểm ngay năm đầu tiên và nếu được GIC chấp thuận, trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm sẽ thể hiện được chấp thuận bảo hiểm phần này ngay trong năm đầu tiên bảo hiểm.
27. Các vật tư/thiết bị hỗ trợ điều trị (bao gồm cả chi phí thuê, mua, bảo dưỡng, thay thế) bao gồm nhưng không giới hạn như dao longo, stent tim, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp vis, chốt treo, máy tạo nhịp tim, dao cắt sụn, dao bào khớp, dao siêu âm, dao bào khớp, rọ tán sỏi, hay hỗ trợ chứng năng bên ngoài cơ thể: nạng, nẹp, xe lăn, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim và những vật tư/thiết bị khác. Các bộ phận giả như quy định tại định nghĩa.

PHẦN V. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

Điều 11. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm:

a) Quyền của Bên mua bảo hiểm:

- Yêu cầu GIC cung cấp bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi liên quan đến rủi ro được bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm và giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm.
- Yêu cầu GIC cung cấp bằng chứng giao kết Hợp đồng bảo hiểm như cấp Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, đơn bảo hiểm hoặc hình thức khác theo quy định của pháp luật, được cấp lại bản sao Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm bị mất.
- Yêu cầu GIC cung cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan.
- Thay đổi các thông tin liên quan của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm với sự chấp thuận bằng văn bản của GIC.
- Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm theo quy định của pháp luật.
- Yêu cầu GIC trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

b) Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm:

- **Nghĩa vụ kê khai trung thực:**
 - Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm kê khai đầy đủ, trung thực mọi thông tin chi tiết có liên quan đến Người được bảo hiểm cho GIC. Vi phạm nghĩa vụ kê khai trung thực có nghĩa là Bên mua bảo hiểm không kê khai đủ, khai báo sai hoặc bỏ qua các thông tin quan trọng nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm để được trả tiền bảo hiểm.
 - Khi yêu cầu trả tiền bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng có nghĩa vụ thu thập và cung cấp thông tin, chứng từ, tài liệu làm cơ sở chi trả tiền bảo hiểm một cách trung thực, chính xác và đầy đủ cho GIC, đồng thời phối hợp, hỗ trợ và tạo mọi điều kiện thuận lợi cho GIC kiểm tra, thu thập và xác minh thông tin liên quan đến sự kiện bảo hiểm.
- **Các nghĩa vụ khác của Bên mua bảo hiểm:**
 - Đọc và hiểu rõ điều kiện, điều khoản bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm và các nội dung khác của Hợp đồng bảo hiểm.
 - Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, theo đúng thời hạn và phương thức đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
 - Thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của GIC trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.

- Thông báo cho GIC về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm; phối hợp với GIC trong việc xác minh sự kiện bảo hiểm.
- Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế thương tật/bệnh diễn biến trầm trọng hơn theo các quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan.
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của Quy tắc bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm và Pháp luật.

Điều 12. Quyền và nghĩa vụ của GIC:

a) Quyền của GIC:

- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm; kiểm tra bất cứ thông tin nào được cung cấp bởi Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm.
- Thu phí bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm theo quy định của pháp luật.
- Từ chối trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc trường hợp Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng bảo hiểm cố ý cung cấp cho GIC thông tin sai sự thật hoặc thông tin không đầy đủ liên quan đến điều kiện sức khỏe và các yếu tố khác mà có tác động đến khả năng/nguyên nhân xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế thương tật/bệnh diễn biến trầm trọng hơn theo các quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan.
- Các quyền khác theo quy định của Quy tắc bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm và Pháp luật.

b) Nghĩa vụ của GIC:

- Cung cấp cho Bên mua bảo hiểm bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi liên quan đến rủi ro được bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm.
- Giải thích cho Bên mua bảo hiểm về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm.
- Cung cấp cho Bên mua bảo hiểm bằng chứng giao kết Hợp đồng bảo hiểm như Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc hình thức khác theo quy định của pháp luật.
- Cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm cho bên mua bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan.
- Chi trả tiền bảo hiểm khi sự kiện bảo hiểm xảy ra thuộc phạm vi bảo hiểm.
- Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm.

- Thực hiện nghĩa vụ khác được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và các thỏa thuận khác giữa các bên theo quy định pháp luật.

PHẦN VI. QUY ĐỊNH VỀ YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 13. Thời hạn thông báo Sự kiện bảo hiểm:

- Trong vòng 60 (sáu mươi) ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm/kết thúc quá trình điều trị, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng cần thông báo cho GIC về Sự kiện bảo hiểm bằng văn bản hoặc thư điện tử (email) hoặc điện thoại đến Tổng đài Chăm sóc khách hàng của GIC.
- Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng không thông báo đúng thời hạn nêu trên (trừ trường hợp bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan theo quy định của pháp luật), GIC sẽ có quyền áp dụng giảm trừ số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm theo các quy định cụ thể tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

Điều 14. Thời hạn gửi hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm và thời hạn bổ sung chứng từ:

- Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng gửi hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm cho GIC trong vòng 60 (sáu mươi) ngày kể từ thời điểm xảy ra Sự kiện bảo hiểm/kết thúc quá trình điều trị. Trường hợp cần bổ sung hồ sơ, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng cần gửi các chứng từ, tài liệu cần bổ sung trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu từ GIC để GIC xem xét giải quyết yêu cầu trả tiền bảo hiểm. Nếu quá thời hạn trên, Bên yêu cầu trả tiền bảo hiểm phải nêu lý do trễ hạn phù hợp để được xem xét giải quyết.
- Thời hạn gửi hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm đầy đủ là 01 (một) năm kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm. Quá thời hạn trên, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng sẽ mất quyền yêu cầu trả tiền bảo hiểm và GIC có quyền từ chối một phần hay toàn bộ số tiền chi trả bảo hiểm, trừ trường hợp bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan theo quy định của pháp luật. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan không tính vào thời hạn gửi hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

Điều 15. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm:

Trừ trường hợp có thỏa thuận khác trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, khi yêu cầu trả tiền bảo hiểm Người yêu cầu (Người được bảo hiểm, Người được ủy quyền hợp pháp của Người được bảo hiểm/Người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm đối với trường hợp trẻ em dưới 18 tuổi/Người thừa kế/Người thụ hưởng) phải gửi đầy đủ hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm cho GIC, bao gồm các chứng từ sau:

- Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (theo mẫu của GIC, bản gốc).
- Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm (bản gốc/bản copy/bản sao y công chứng).
- Căn cước công dân/Căn cước của Người được bảo hiểm và Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm (bản sao y công chứng hoặc xác nhận đối chiếu bản gốc của GIC).
- Hồ sơ điều trị y tế (bản gốc):
 - Toa thuốc (được kê trên đơn thuốc/số khám bệnh/phiếu khám và theo quy định của Bộ Y Tế).
 - Sổ khám bệnh/sổ y bạ/phiếu khám có chẩn đoán bệnh và chỉ định điều trị của bác sĩ.
 - Giấy ra viện (trong trường hợp nằm viện).
 - Giấy chứng nhận phẫu thuật (trong trường hợp phẫu thuật).
 - Phiếu điều trị, chỉ định và kết quả cận lâm sàng (xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, siêu âm,...).
 - Tóm tắt bệnh án, lịch sử khám chữa bệnh.
 - Kết quả xét nghiệm nồng độ cồn (ethanol) (bản gốc).
 - Và các chứng từ y tế khác có liên quan theo yêu cầu của GIC.
- Trường hợp không cung cấp được chứng từ y tế bản gốc có thể cung cấp bản sao y công chứng hoặc bản sao có xác nhận của GIC với điều kiện phải được GIC chấp nhận. Trong mọi trường hợp, GIC có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm cung cấp bản gốc để kiểm tra.
- Chứng từ thanh toán (bản gốc):
 - Hóa đơn tài chính theo quy định của Bộ tài chính.
 - Bảng kê chi tiết thể hiện từng hạng mục khám chữa bệnh đi kèm có số tiền khớp với số tiền trên hóa đơn.
 - Hóa đơn mua thuốc phải thể hiện số lượng thuốc đúng theo kê đơn của bác sĩ điều trị.
- Hồ sơ tai nạn (bản gốc/sao y công chứng):
 - Đối với tai nạn lao động: Hồ sơ và kết luận điều tra của Cơ quan có thẩm quyền, biên bản điều tra tai nạn lao động.
 - Đối với tai nạn giao thông: Hồ sơ và kết luận điều tra của Cơ quan có thẩm quyền, bản tường trình chi tiết có xác nhận của Chính quyền địa phương (bản gốc), Giấy phép lái xe, giấy tờ xe.
 - Đối với tai nạn sinh hoạt: Hồ sơ và kết luận điều tra của Cơ quan có thẩm quyền, bản tường trình chi tiết có xác nhận của Chính quyền địa phương (bản gốc).
- Giấy chứng nhận/kết luận Thương tật/tàn tật của cơ quan y tế hoặc hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được GIC chấp thuận về tình trạng Thương tật/tàn tật vĩnh viễn của Người được bảo hiểm (trong trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật/tàn tật vĩnh viễn). Trong một số trường hợp đặc biệt, GIC có thể chỉ định giám định y khoa hoặc chuyên gia y tế (Bản gốc hoặc bản sao y công chứng).

- Chỉ định nghỉ điều trị của bác sĩ điều trị trên Giấy ra viện/Toa thuốc/Giấy nghỉ hưởng bảo hiểm xã hội/chứng từ y tế tương đương; bảng chấm công hoặc xác nhận nghỉ của Nhân sự bên mua bảo hiểm; Hợp đồng lao động/Quyết định tăng lương (bản gốc).
- Trích lục khai tử, giấy báo tử (bản gốc hoặc bản sao y công chứng).
- Văn bản tuyên bố mất tích hoặc tử vong của Tòa án có thẩm quyền tuyên bố đã mất tích hoặc đã tử vong do tai nạn.
- Văn bản cam kết hoàn trả cho GIC số tiền bảo hiểm đã nhận nếu Người được bảo hiểm bị phát hiện là tử vong không phải do tai nạn được bảo hiểm hoặc vẫn còn sống trở về sau thời điểm tòa án có thẩm quyền quyết định tuyên bố đã tử vong hoặc mất tích.
- Văn bản thỏa thuận phân chia di sản thừa kế hoặc Văn bản khai nhận di sản thừa kế công chứng tại Tổ chức hành nghề công chứng và ủy quyền nhận tiền bảo hiểm (bản gốc hoặc bản sao y công chứng).
- Các giấy tờ cần thiết khác để làm rõ nguyên nhân tử vong hoặc liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo yêu cầu của GIC.
- Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm phải thu thập và cung cấp trung thực, chính xác kịp thời tất cả giấy tờ cần thiết và thông tin liên quan theo yêu cầu của GIC, đồng thời tạo điều kiện thuận lợi cho GIC kiểm tra, xác minh hậu quả rủi ro khi sự kiện bảo hiểm xảy ra.
- Tất cả các chi phí để thu thập và cung cấp các giấy tờ theo quy định tại Điều này do Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm tự chi trả. Đối với những giấy tờ sử dụng ngôn ngữ ngoài Tiếng Việt, Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm chịu trách nhiệm cung cấp bản dịch thuật có giá trị pháp lý bên cạnh bản gốc. Chi phí dịch thuật công chứng Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm tự chi trả.
- Các chứng từ yêu cầu trả tiền bảo hiểm được quy định tại điều này sẽ thuộc quyền sở hữu của GIC.

Điều 16. Thời hạn giải quyết yêu cầu trả tiền bảo hiểm:

- Khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm, GIC sẽ giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo thời hạn được thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
- Trường hợp không có thỏa thuận về thời hạn thì GIC phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm trong thời hạn 15 ngày làm việc kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ về yêu cầu trả tiền bảo hiểm (bao gồm cả xác nhận Thông báo kết quả giải quyết hồ sơ).
- Trong trường hợp phải tiến hành xác minh hồ sơ, GIC sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng để phối hợp thực hiện, thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm sẽ được hoàn tất khi GIC nhận được đầy đủ hồ sơ cần thiết và kết quả của việc xác minh.
- Trong trường hợp từ chối giải quyết quyền lợi bảo hiểm, GIC phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do từ chối trong văn bản gửi khách hàng.

Điều 17. Trung cầu giám định, ý kiến chuyên gia:

- Trong một số trường hợp cần thiết, GIC hoặc Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có quyền trung cầu đơn vị giám định độc lập được thành lập hợp pháp theo quy định của pháp luật hoặc cơ quan chuyên môn có thẩm quyền thực hiện việc khám, giám định các vấn đề liên quan đến việc giải quyết yêu cầu trả tiền bảo hiểm.
- Các bên tự chịu các chi phí liên quan thuộc trách nhiệm của mình.
- Các bên sẽ cùng nhau thỏa thuận để thống nhất áp dụng kết quả giám định được trung cầu. Trường hợp các bên không thỏa thuận được việc trung cầu giám định viên độc lập thì một trong các bên được quyền yêu cầu tòa án nơi xảy ra sự kiện hoặc nơi cư trú của Người được bảo hiểm chỉ định giám định viên độc lập. Kết quả của giám định viên độc lập có giá trị bắt buộc với các bên.

PHẦN VII. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 18. Thời hạn khiếu nại và thời hiệu khởi kiện:

- Thời hạn khiếu nại GIC về quyết định trả tiền bảo hiểm là 06 (sáu) tháng kể từ ngày Bên yêu cầu trả tiền bảo hiểm/Người thụ hưởng nhận được thông báo trả tiền bảo hiểm hoặc thông báo từ chối trả tiền bảo hiểm của GIC. Quá thời hạn này, hồ sơ khiếu nại sẽ không được GIC xem xét giải quyết.
- Thời hiệu khởi kiện liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm là 03 (ba) năm kể từ ngày phát sinh tranh chấp, quá thời hạn trên, mọi khiếu nại không còn giá trị.

Điều 19. Giải quyết tranh chấp:

- Mọi tranh chấp liên quan đến Quy tắc bảo hiểm này trước hết phải được giải quyết thông qua thương lượng giữa các bên. Nếu không được giải quyết bằng hình thức thương lượng, một trong các bên có quyền khởi kiện tại Tòa án có thẩm quyền giải quyết ở Việt Nam theo quy định của pháp luật Việt Nam. Phán quyết của Tòa án có giá trị cuối cùng các bên thực hiện.
- Tất cả các văn bản GIC dịch sang ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Việt chỉ dùng để tham khảo. Trường hợp có phát sinh tranh chấp hoặc sai sót trong diễn đạt hay dịch thuật, bản Tiếng Việt được ưu tiên sử dụng.

TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM TOÀN CẦU

TỔNG GIÁM ĐỐC

PHAN HOÀNG CHUNG THỦY