

**BỘ TÀI LIỆU**  
**BẢO HIỂM SỨC KHỎE**  
**TOÀN DIỆN**

**TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM BẢO VIỆT**

**22/06/2015**

S.G.P. 45.0

*Hà Nội, ngày 22 tháng 6 năm 2015*

Số: 1779/2015/BHBV/BHYT

V/v: Ban hành Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe cá nhân  
mới và hướng dẫn triển khai

Kính gửi: - Các Công ty thành viên thuộc Bảo hiểm Bảo Việt  
- Các Ban, Trung tâm Trụ sở chính Bảo hiểm Bảo Việt

Nhiệm vụ Bảo hiểm Sức khỏe áp dụng cho đối tượng cá nhân đã được Tổng công ty chính thức ban hành theo QĐ số 3113/2012/QĐ/TGD-BHBV ngày 28/09/2012. Qua thực tế triển khai cho thấy đây là một trong những sản phẩm triển khai tương đối thành công và nhiều tiềm năng phát triển.

Tuy nhiên, hiện nay đang tồn tại nhiều sản phẩm khai thác qua các kênh phân phối khác nhau như ngân hàng, đại lý, trực tiếp... đã tạo ra sự cạnh tranh không lành mạnh và gây khó khăn cho công tác quản lý rủi ro, ảnh hưởng đến kết quả kinh doanh chung.

Để phục vụ cho định hướng chiến lược nhằm vào thị trường bán lẻ phục vụ khối khách hàng cá nhân, Tổng công ty đã nghiên cứu và trình Bộ Tài chính phê chuẩn Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe Toàn Diện mới. Để việc thực hiện được thống nhất, Tổng công ty hướng dẫn cụ thể như sau:

## **I. NỘI DUNG QUY TẮC BẢO HIỂM**

### **1.1. Đối tượng tham gia bảo hiểm**

- Mọi công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú tại Việt Nam từ 12 tháng tuổi đến 65 tuổi tại thời điểm bắt đầu hiệu lực của Quy tắc bảo hiểm. Người được bảo hiểm chỉ được tham gia đến 65 tuổi với điều kiện đã tham gia liên tục trước đó từ năm 60 tuổi. Trong mọi trường hợp không nhận đối tượng trên 65 tuổi.
- Người phụ thuộc: Là con của Người được bảo hiểm có độ tuổi từ 12 tháng tuổi đến 18 tuổi hoặc 24 tuổi nếu đang theo học các khóa học dài hạn và chưa kết hôn. Đối tượng này chỉ được nhận bảo hiểm với điều kiện phải tham gia bảo hiểm cùng hợp đồng với Bố và/mẹ hoặc Bố/mẹ đã tham gia ít nhất một Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe, CPYT còn hiệu lực tại Bảo Việt. Chương trình bảo hiểm của người phụ thuộc chỉ được áp dụng mức tương đương hoặc thấp hơn chương trình của Người được bảo hiểm

## 1.2. Quyền lợi bảo hiểm chính: Chi phí y tế nội trú do ốm bệnh, tai nạn

Quy tắc bảo hiểm chi thiết kế một quyền lợi chính, bảo hiểm Chi phí y tế điều trị nội trú phát sinh do:

- Ốm bệnh
- Tai nạn
- Biến chứng thai sản do tai nạn hoặc bệnh lý

Quyền lợi này được xây dựng thành 05 chương trình bảo hiểm đáp ứng nhu cầu khác nhau của khách hàng, trong mỗi chương trình sẽ có các giới hạn quyền lợi phụ tương ứng (chi tiết trong Bảng quyền lợi bảo hiểm).

1. Chi phí nằm viện không quá 60 ngày/năm và không quá STBH.
2. Chi phí khám và điều trị trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện.
3. Chi phí tái khám và điều trị trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện.
4. Dịch vụ xe cứu thương, xe cấp cứu bằng đường bộ.
5. Chi phí phẫu thuật.
6. Phục hồi chức năng (tại phòng chuyên khoa phục hồi chức năng).
7. Trợ cấp bệnh viện công, tối đa 60 ngày/năm: Chỉ chấp nhận trợ cấp khi Người được bảo hiểm điều trị nội trú tại các bệnh viện công lập theo định nghĩa trong Đơn bảo hiểm.

Tổng số tiền bồi thường tối đa theo mỗi chương trình sẽ bao gồm tổng mức giới hạn quyền lợi bảo hiểm từ mục 1 đến mục 7, cụ thể :

- Chương trình I : Tổng hạn mức quyền lợi là 93.800.000 VNĐ/ng/năm
- Chương trình II : Tổng hạn mức quyền lợi là 137.600.000 VNĐ/ng/năm
- Chương trình III: Tổng hạn mức quyền lợi là 230.000.000 VNĐ/ng/năm
- Chương trình IV: Tổng hạn mức quyền lợi là 342.000.000 VNĐ/ng/năm
- Chương trình V : Tổng hạn mức quyền lợi là 454.000.000 VNĐ/ng/năm

**Ví dụ :** Chị A tham gia Chương trình I.

Số tiền bảo hiểm nằm viện tối đa 40.000.000 VNĐ

Số tiền bảo hiểm phẫu thuật tối đa 40.000.000 VNĐ

Số tiền bảo hiểm tổng cộng cho các giới hạn phụ (3,4,5,6) : 13.800.000 VNĐ

Như vậy Tổng số tiền bảo hiểm cho tất cả các quyền lợi và giới hạn phụ lên tới 93.800.000VNĐ/ng/năm

Việc lựa chọn tham gia các chương trình bảo hiểm là theo chiều dọc không được tham gia chéo giữa các chương trình với nhau.

### 1.3. Các Quyền lợi bổ sung

Các Quyền lợi bổ sung chỉ được cấp khi Người được bảo hiểm đã tham gia theo Quyền lợi chính và sẽ tham gia cùng với chương trình chính. Thời hạn hiệu lực của quyền lợi bổ sung không được vượt quá thời hạn của đơn bảo hiểm chính.

#### 1.3.1. Sửa đổi bổ sung số 1: Điều trị Ngoại trú do ốm bệnh, tai nạn

Tổng công ty thiết kế 03 chương trình Điều trị Ngoại trú tương ứng với các Chương trình chính là III, IV và V. Các chương trình I và II không được tham gia quyền lợi Ngoại trú.

Quyền lợi được bảo hiểm: Là các chi phí điều trị ngoại trú gồm cả ốm bệnh và tai nạn, biến chứng thai sản do tai nạn và bệnh lý. Quyền lợi này không bảo hiểm rủi ro liên quan đến điều trị răng như các Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe cũ.

Số tiền bảo hiểm Điều trị ngoại trú và giới hạn một lần khám được thiết kế giảm so với Quy tắc cũ, cụ thể như sau:

- Chương trình Ngoại trú III: STBH 6.000.000 VNĐ/ng/năm
- Chương trình Ngoại trú IV: STBH 10.000.000 VNĐ/ng/năm
- Chương trình Ngoại trú V : STBH 15.000.000 VNĐ/ng/năm

Giới hạn mỗi lần điều trị	10% STBH/lần
Giới hạn số lần điều trị	10 lần/năm
Điều trị vật lý trị liệu	Theo giới hạn trong Bảng QL BH

**Ví dụ:** Chị A tham gia quyền lợi chính là chương trình III thì Quyền lợi bổ sung cũng là Chương trình III. Số tiền được hưởng một lần khám là tối đa 600.000VNĐ/lần và 10 lần/năm.

#### 1.3.2. Sửa đổi bổ sung số 2: Bảo hiểm Tai nạn Cá nhân

Quyền lợi bảo hiểm: Bảo hiểm cho trường hợp chết, thương tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm.

Quy tắc bảo hiểm sẽ không bảo hiểm cho các hậu quả của tai nạn phát sinh ngoài thời hạn bảo hiểm.

Tổng công ty thiết kế 05 chương trình có STBH từ 30.000.000VNĐ/ng/năm đến 100.000.000VNĐ/ng/năm với tỷ lệ phí tương ứng là 0,09% STBH/ng/năm. Trường hợp khách hàng có nhu cầu tham gia bảo hiểm với STBH cao hơn so với quy định, yêu cầu các Công ty báo cáo Tổng công ty để có chỉ đạo cho phù hợp.

Việc trả tiền bảo hiểm thương tật vĩnh viễn được áp dụng theo quy định tại Phụ lục 1 - Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật. Trường hợp thương tật vĩnh viễn không được liệt kê trong phụ lục này, các Công ty có thể tham khảo thêm theo quy định về tiêu chuẩn thương tật ban hành kèm theo Thông tư số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 27/9/2013 của Bộ Y tế và Bộ LĐTB&XH để làm cơ sở chi trả tiền bảo hiểm.

### ***1.3.3. Sửa đổi bổ sung số 3: Bảo hiểm Sinh mạng Cá nhân***

Quyền lợi bảo hiểm: Chết hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do nguyên nhân không phải là tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm.

Quyền lợi bảo hiểm này không bảo hiểm cho tàn tật bộ phận vĩnh viễn.

Tổng công ty thiết kế 05 chương trình có STBH từ 30.000.000VNĐ/ng/năm đến 100.000.000VNĐ/ng/năm với tỷ lệ phí tương ứng là 0,2% STBH/ng/năm. Trường hợp khách hàng có nhu cầu tham gia bảo hiểm với STBH cao hơn so với quy định, yêu cầu các Công ty báo cáo Tổng công ty để có chỉ đạo cho phù hợp.

### **1.4. Hiệu lực bảo hiểm /Thời gian chờ:**

Là thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm có liên quan không được chi trả bảo hiểm bao gồm cả những trường hợp phát sinh rủi ro nằm trong thời gian chờ nhưng chi phí phát sinh hoặc hậu quả của đợt điều trị rủi ro này lại kéo dài quá thời gian chờ quy định.

#### ***1.4.1. Chi phí y tế nội trú và ngoại trú, thời gian chờ sẽ áp dụng như sau***

- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật (bao gồm cả thời gian phát bệnh cho đến khi kết thúc đợt điều trị/tính theo thời điểm có bệnh, không tính theo thời điểm điều trị)
- 90 ngày đối với biến chứng thai sản như định nghĩa kể từ ngày tham gia bảo hiểm.
- 01 năm đối với bệnh có sẵn và các bệnh được liệt kê tại Điểm loại trừ chung số 36 của Quy tắc bảo hiểm này.
- 02 năm đối với bệnh đặc biệt theo định nghĩa.

#### **1.4.2. Bảo hiểm Sinh mạng cá nhân**

- 90 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường
- 02 năm đối với bệnh đặc biệt, có sẵn, biến chứng thai sản theo định nghĩa.

#### **1.4.3. Đối với Điều trị tái tạo dây chằng và rách sụn chêm**

- 01 năm áp dụng cho cả nội trú và ngoại trú

**Ví dụ:** Chị A tham gia bảo hiểm SKTD chương trình III ngày 01/01/2014, ngày 27/01/2014 chị A bị cảm, ho phải nhập viện điều trị đến ngày 05/02/2014. Như vậy thời gian từ ngày 31/01/2014 đến ngày 05/02/2014 là thời gian nằm ngoài 30 ngày ốm bệnh thông thường nhưng rủi ro ốm bệnh của chị A phát sinh trong thời gian chờ và hậu quả kéo dài quá thời gian 30 ngày chờ thì vẫn không thuộc trách nhiệm bảo hiểm. Tuy nhiên, cũng bệnh này nhưng là một đợt điều trị nội trú hoặc ngoại trú tiếp theo thì vẫn thuộc trách nhiệm bảo hiểm.

#### **1.5. Phí bảo hiểm**

Tổng công ty thiết kế biểu phí bảo hiểm dựa trên các yếu tố sau:

- Xác suất rủi ro, lạm phát giá chi phí y tế và phân bố theo độ tuổi. Trẻ em và đối tượng có độ tuổi cao thì sẽ áp dụng mức phí cao tương ứng.
- Biểu phí phân chia theo độ tuổi chỉ áp dụng ở 02 quyền lợi là Chi phí y tế điều trị nội trú và Điều trị ngoại trú, các quyền lợi bổ sung khác không phân chia theo độ tuổi, chi tiết dưới đây:

Biểu phí chi tiết được đính kèm theo Đơn bảo hiểm.

#### **1.6. Đồng chi trả**

Đồng chi trả là số tiền theo tỷ lệ mà Công ty bảo hiểm, 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 phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc trên các mức giới hạn phụ của quyền lợi ngoại trú/nội trú, mức nào thấp hơn sẽ được áp dụng.

Đối tượng áp dụng tỷ lệ đồng chi trả 70/30 chi phí phát sinh thuộc trách nhiệm:

- Trẻ em dưới 9 tuổi
- Đối tượng điều trị liên quan đến tái tạo dây chằng, rách sụn chêm.

**Ví dụ:** Người được bảo hiểm thuộc đối tượng bị áp dụng quy định đồng chi trả tham gia chương trình I, nằm viện điều trị 10 ngày, chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm là 11.000.000 đồng. Cách tính bồi thường như sau:

- Chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm: 11.000.000 VNĐ
- Giới hạn quyền lợi nằm viện:  
 $1.200.000 \text{ VNĐ/ngày} \times 10 \text{ ngày} = 12.000.000 \text{ VNĐ}$

Căn cứ tính đồng chi trả sẽ là giới hạn thấp hơn (11.000.000 VNĐ)

Số tiền bồi thường sau khi áp dụng đồng chi trả :

$$11.000.000 \text{ VNĐ} \times 70\% = 7.700.000 \text{ VNĐ.}$$

- Lấy lại ví dụ trên nhưng chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm là 13.000.000 VNĐ. Khi đó cách tính bồi thường như sau:

- Chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm : 13.000.000 VNĐ
- Giới hạn quyền lợi nằm viện:  
 $1.200.000 \text{ VNĐ/ngày} \times 10 \text{ ngày} = 12.000.000 \text{ VNĐ}$

Căn cứ tính đồng chi trả sẽ là giới hạn thấp hơn (12.000.000 VNĐ)

Số tiền bồi thường sau khi áp dụng đồng chi trả:

$$12.000.000 \text{ VNĐ} \times 70\% = 8.400.000 \text{ VNĐ.}$$

## **1.7. Hủy bỏ/chấm dứt hợp đồng**

- Quy tắc bảo hiểm quy định chi tiết về thời gian chấm dứt hợp đồng vào ngày hết hạn đầu tiên sau ngày sinh nhật thứ 65 của Người được bảo hiểm. Đề nghị, các công ty thành viên lưu ý cách tính tuổi của Người được bảo hiểm để áp mức phí cho phù hợp.
- Nếu Người được bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ hợp đồng: Chỉ chấp nhận khi không có bồi thường và hoàn lại 80% phí của thời gian còn lại.
- Nếu Bảo Việt chủ động yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng: Chấp nhận cả trong trường hợp có bồi thường và hoàn trả lại toàn bộ phí bảo hiểm của thời gian còn lại.
- Nếu Bảo Việt phát hiện Người được bảo hiểm trục lợi, sẽ chấm dứt hợp đồng và không hoàn phí nếu có bồi thường. Trường hợp không có bồi thường, Bảo Việt hoàn lại 70% phí bảo hiểm của thời gian còn lại.

## **1.8. Một số nội dung lưu ý khác**

### **1.8.1. Danh sách các bệnh**

Tổng công ty đã tham khảo danh sách các bệnh trong ICD 10 - Bộ Y tế và phân loại các bệnh theo các hệ bệnh rất chi tiết và cụ thể trong đơn bảo hiểm giúp cán bộ khai thác và bồi thường có thể tham khảo giải thích cho khách hàng, cụ thể:

- Bệnh đặc biệt : Có 09 hệ bệnh
- Bệnh không được bảo hiểm trong năm đầu tiên (mục số 36 trong Điều loại trừ chung) : Có 07 hệ bệnh chi tiết.

### ***1.8.2. Phẫu thuật***

Quy tắc bảo hiểm mới quy định tách riêng Phẫu thuật nội trú và Phẫu thuật ngoại trú, mỗi quyền lợi này sẽ chi trả theo từng quyền lợi tương ứng là Điều trị nội trú hoặc Ngoại trú cho đúng bản chất và đảm bảo hiệu quả chung.

**Ví dụ:** Chị A phải mắc bệnh trĩ, phải phẫu thuật không nhập viện/hoặc có nhập viện chưa đủ 24h/điều trị trong ngày/không phải là điều trị nội trú với chi phí là 20tr VNĐ. Trường hợp này, Chị A sẽ thuộc quyền lợi bảo hiểm Ngoại trú với giới hạn 600.000VNĐ/lần điều trị.

### ***1.8.3. Đối tượng đang trong thời gian điều trị bệnh tật***

Theo quy định trong Quy tắc, tất cả các đối tượng đang trong thời gian điều trị thương tật hoặc bệnh tật, người bị thương tật vĩnh viễn trên 50% tại thời điểm tham gia bảo hiểm hoặc thời điểm hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực đều sẽ bị loại trừ cho dù Bảo Việt đã cấp đơn hiểm.

### ***1.8.4. Khám bệnh không có kết luận chẩn đoán bệnh***

Tất cả các trường hợp khám bệnh có phát sinh chi phí mà không có kết luận bệnh của bác sỹ hoặc bác sỹ kết luận bình thường đều không thuộc phạm vi bảo hiểm. Tuy nhiên đối với trường hợp tái khám sau đợt điều trị nội trú theo chỉ định sẽ được bảo hiểm dù cho kết quả là bình thường.

Các trường hợp khám có kết luận của bác sỹ chẩn đoán bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm nhưng không có thuốc điều trị vẫn được thanh toán theo quyền lợi thuộc phạm vi bảo hiểm.

### ***1.8.5. Phương pháp cấy tế bào gốc***

Đây là một phương pháp chữa bệnh mới dùng để điều trị các bệnh tim, bệnh thoái hóa, bệnh khớp... Tất cả các chi phí liên quan đến phẫu thuật, điều trị bệnh/thương tật bằng phương pháp cấy tế bào gốc như chi phí chiết xuất, xử lý, cấy tế bào gốc, điều trị duy trì sau khi cấy tế bào và hậu quả của phương pháp điều trị này... không thuộc phạm vi bảo hiểm. Riêng trường hợp này đồng ý chi trả viện phí/ngày nằm viện điều trị tại các bệnh viện công .



### **1.8.6. Bệnh ung thư, sinh đẻ, răng cơ bản**

Quy tắc bảo hiểm này sẽ không bảo hiểm cho các chi phí phát sinh/tử vong do bệnh ung thư, thai sản sinh đẻ, điều trị răng.

Tổng công ty sẽ nghiên cứu và ban hành các chương trình bảo hiểm riêng cho các rủi ro này và sẽ có hướng dẫn sau. Tạm thời, các công ty có thể tham khảo các đơn bảo hiểm còn lại hiện đang triển khai các rủi ro này.

### **1.8.7. Thuốc bổ, vitamin**

Đơn bảo hiểm sẽ loại trừ tất cả các loại thuốc bổ, Vitamin. Tuy nhiên, Bảo Việt chi trả tổng chi phí Vitamin và thuốc bổ không vượt quá 20% tổng chi phí của cả đơn thuốc.

**Ví dụ:** Một toa thuốc theo chỉ định của bác sỹ có tổng chi phí là 1.000.000 VNĐ đối với trường hợp điều trị nội trú, trong đó:

- Thuốc điều trị : 700.000VNĐ
- Thuốc bổ : 300.000 VNĐ

Như vậy phần thuốc bổ được chi trả tối đa là  $20\% \times 1\text{trđ} = 200.000\text{VNĐ}$ . Vậy tổng chi phí đơn thuốc được chi trả là 900.000VNĐ.

### **1.8.8. Điều trị tại phòng khám không đúng quy định**

Là những phòng khám không có Giấy phép hoạt động kinh doanh/giấy phép hành nghề của từng cá nhân trong phòng khám và không có đầy đủ các cơ sở vật chất để phục vụ cho công tác điều trị theo quy định. Tất cả những chỉ định của bác sỹ từ phòng khám này đối với việc mua thuốc hoặc làm xét nghiệm tại bệnh viện hoặc nhà thuốc hợp pháp cũng không có giá trị và không được bảo hiểm.

Liên quan đến các chứng từ hóa đơn/biên lai/phiếu thu chi phí điều trị tại phòng khám hợp pháp phải tuân thủ theo quy định của Bộ Tài Chính/Tổng cục Thuế.

## **II. QUI TRÌNH TRIỂN KHAI**

### **1. Tài liệu nghiệp vụ**

Để thống nhất về hình thức, nội dung sản phẩm nhằm từng bước thực hiện tính chuyên nghiệp trong triển khai, Tổng công ty đã thiết kế và in Bộ tài liệu Bảo hiểm Sức khoẻ Toàn diện bao gồm :

- Quy tắc bảo hiểm
- Giấy yêu cầu bảo hiểm
- Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm

- Bảng quyền lợi bảo hiểm, phí bảo hiểm

Ngoài ra để phục vụ công tác tuyên truyền, Tổng công ty cũng đã thiết kế và in tờ rơi giới thiệu sản phẩm kèm theo. Các công ty sử dụng tờ rơi nhằm giới thiệu sản phẩm tới các đối tượng tiềm năng.

Khi khách hàng đã đồng ý tham gia bảo hiểm, các công ty cấp GCNBH/HĐBH kèm theo Bộ tài liệu đầy đủ. Căn cứ nhu cầu và định hướng triển khai, các công ty đăng ký số lượng để Tổng công ty in tập trung.

## **2. Quy trình Khai thác**

- Tất cả những trường hợp tham gia bảo hiểm cá nhân hoặc gia đình đều phải kê khai đầy đủ và trung thực toàn bộ nội dung trên Giấy yêu cầu bảo hiểm. Mỗi người kê khai một Giấy yêu cầu bảo hiểm.
- Giấy yêu cầu bảo hiểm là bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm và phải được lưu cùng Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Các Công ty cần lưu ý kiểm tra kỹ những thông tin được kê khai trên Giấy yêu cầu bảo hiểm để làm cơ sở đánh giá rủi ro phục vụ cho việc có chấp nhận bảo hiểm hay không. Hiện tại GYCBH đã được thiết kế theo mẫu mới với rất nhiều thông tin bổ sung chi tiết giúp cho việc đánh giá rủi ro được thuận lợi hơn.
- Tất cả các quyền lợi bảo hiểm, các mức giới hạn trách nhiệm và các điều kiện điều khoản sẽ không thay đổi trong suốt thời hạn hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm.
- Trường hợp tham gia cá nhân, cấp GCNBH theo mẫu đính kèm
- Trường hợp tham gia một gia đình/hoặc một nhóm người có đại diện, Công ty có thể cấp Hợp đồng đính kèm danh sách. Tuy nhiên mỗi người đều có một GYCBH độc lập để đảm bảo chặt chẽ cho khâu quản lý và đánh giá rủi ro.

## **3. Yêu cầu quản lý thông tin khai thác**

### **3.1. Thông tin quản lý**

- Đối tượng trẻ em tham gia cùng bố/mẹ phải kèm theo bản sao Giấy khai sinh hoặc giấy tờ khác để chứng minh quan hệ. Thông tin số CMT/hộ chiếu của

con nếu chưa có sẽ lấy theo thông tin số CMT/hộ chiếu của bố/mẹ thêm ‘.<con thứ mấy>’.

- **Ví dụ:** Con thứ 2 tham gia bảo hiểm theo mẹ, mẹ có số CMT là 123456789 số CMT của con sẽ là 123456789.2
- Trường hợp Người được bảo hiểm không có đầy đủ thông tin tháng sinh, ngày sinh sẽ lấy tháng sinh là tháng 01, ngày sinh là ngày 01 để làm căn cứ tính tuổi tham gia.

### **3.2. Nguyên tắc lấy số hợp đồng, số GCN/số thẻ.**

- Số hợp đồng lấy theo quy định chung gồm: <Mã công ty>.<Mã phòng ban>.<Mã nghiệp vụ>.<Năm nghiệp vụ>.HD<số chạy>. Mã nghiệp vụ sản phẩm này được quy định thống nhất là BVP.

**Ví dụ:** Số hợp đồng của phòng Hoàn Kiếm – Bảo Việt Hà Nội (mã phòng D01) cấp năm 2015 có số như sau: HAN.D01.BVP.15.HD123

- Số GCN/số thẻ: Lấy theo số hợp đồng thêm đuôi “.<số chạy>” vd số GCN của hợp đồng HAN.D01.BVP.15.HD123 sẽ là HAN.D01.BVP.15.HD123.1, HAN.D01.BVP.15.HD123.2, ...

### **4. Cấp thẻ bảo lãnh và nhập thông tin lên chương trình BVCare**

- Tất cả các hợp đồng/Giấy chứng nhận, hồ sơ bồi thường liên quan đến sản phẩm này bắt buộc phải cập nhật đầy đủ lên chương trình BVCare. Tổng công ty sẽ có hướng dẫn sử dụng riêng.
- Điều kiện để được cấp thẻ bảo lãnh: Thống nhất sử dụng 02 mẫu thẻ hiện tại là thẻ xanh (bảo lãnh nội trú) và thẻ vàng (bảo lãnh nội và ngoại trú). Điều kiện cấp thẻ bảo lãnh như sau:
  - + Tham gia chương trình 1, 2, 3, 4 hoặc chương trình 5 nhưng không tham gia ngoại trú : Cấp Thẻ xanh.
  - + Tham gia chương trình 5 và có tham gia ngoại trú : Cấp Thẻ vàng.
- Tổng Công ty quản lý tập trung việc in và cấp Thẻ bảo lãnh cho khách hàng (trừ một số Công ty được phân quyền). Thẻ bảo lãnh cho khách hàng chỉ được cấp khi các Công ty đã cấp Đơn cho khách hàng và cập nhật đầy đủ thông tin trên BVCare theo đúng yêu cầu (cập nhật đơn, thanh toán, đính kèm tài liệu).

## **5. Tái tục bảo hiểm**

- Về nguyên tắc đối với các Hợp đồng cá nhân, Tổng Công ty không căn cứ tỷ lệ tổn thất thực tế của năm Hợp đồng trước để điều chỉnh phí hay quyền lợi bảo hiểm. Tuy nhiên để đảm bảo quản lý rủi ro, hạn chế trục lợi bảo hiểm Tổng Công ty cho phép các Công ty được chủ động đánh giá tình hình tổn thất cụ thể của năm Hợp đồng trước để đưa ra những chính sách tái tục phù hợp như :
  - + Điều chỉnh cắt giảm một số quyền lợi bảo hiểm, giới hạn bảo hiểm có mức chi bồi thường cao.
  - + Áp dụng hình thức đồng chi trả đối với một số rủi ro hoặc quyền lợi bảo hiểm.
  - + Loại trừ chi phí phát sinh đối với một số bệnh đặc biệt, chi phí lớn.
  - + Từ chối nhận bảo hiểm
  - .....
- Theo chương trình quản lý thông tin mới trên BV Care, Tổng Công ty sẽ để mở toàn bộ thông tin về Người được bảo hiểm để sử dụng dữ liệu chung trên toàn hệ thống vì vậy yêu cầu các Công ty phải sử dụng thông tin về số CMT/hộ chiếu của khách hàng để kiểm tra lịch sử tổn thất trên chương trình BVCare tại phần Giám định - Bồi thường/Tìm kiếm/Theo dõi quyền lợi bảo hiểm SKCN để làm cơ sở đánh giá rủi ro trước khi chấp nhận bảo hiểm.
- Đối với khách hàng năm trước đã tham gia bảo hiểm theo bất cứ kênh phân phối nào tại Công ty Bảo Việt khác có yêu cầu tái tục tại Công ty có thể coi là tái tục liên tục bao gồm cả quyền lợi tử vong do bệnh đặc biệt, có sẵn. Tuy nhiên yêu cầu các Công ty trao đổi thông tin và tuân thủ theo bản chào Công ty Bảo Việt cũ đã chào nhằm đảm bảo tính thống nhất trên toàn hệ thống.
- Trong mọi trường hợp khi khách hàng có yêu cầu tái tục bảo hiểm theo chương trình cao hơn hoặc bổ sung thêm chương trình của Hợp đồng cũ vẫn phải áp dụng thời gian chờ cho phần trách nhiệm vượt quá. Trong trường hợp này khách hàng chỉ được hưởng quyền lợi theo hạn mức của chương trình cũ mà không phải áp dụng thời gian chờ.

## **6. Công tác bảo lãnh và giải quyết bồi thường :**

Hiện nay Tổng Công ty đang thực hiện quản lý bảo lãnh và bồi thường tập trung toàn bộ đối với 7 đơn vị là: Sài Gòn, Gia Định, TP Hồ Chí Minh, Nam Bình Dương, Hà Nội, Đông Đô và VP Trụ sở chính.

Đối với các Công ty còn lại, Tổng Công ty chỉ thực hiện bảo lãnh tập trung một đầu mối tại Tổng Công ty, công tác bồi thường vẫn giao cho các Công ty thành viên tự bồi thường cho các khách hàng do Công ty cấp đơn theo quy định phân cấp của Tổng Công ty. Lưu ý: Việc bồi thường phải được thực hiện trên chương trình BVCare để kiểm soát thông tin về quyền lợi của khách hàng.

### III. HIỆU LỰC THỰC HIỆN

Quy tắc bảo hiểm Sức khỏe Toàn Diện ban hành kèm theo công văn phê chuẩn sản phẩm số 6476/BTC-QLBH ngày 20/05/2015 của Bộ Tài chính sẽ thay thế toàn bộ các đơn bảo hiểm Sức khỏe đang áp dụng cho các đối tượng khách hàng cá nhân khai thác qua tất cả các kênh phân phối đại lý, trực tiếp, Bancas...

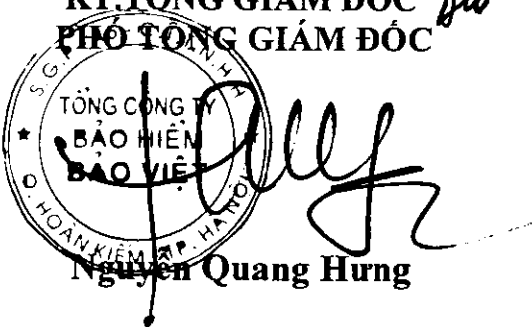
Kể từ ngày 01/08/2015, tất cả các trường hợp tham gia bảo hiểm cá nhân, hộ gia đình (không thuộc nhóm tổ chức, công ty, doanh nghiệp) bắt buộc áp dụng theo Đơn bảo hiểm Sức khỏe toàn diện mới.

Đối với những đơn bảo hiểm cá nhân, hộ gia đình đã tham gia theo đơn bảo hiểm chăm sóc sức khỏe trước đây khi đến hạn tái tục phải áp dụng theo Đơn Sức khỏe Toàn diện mới và được coi là hợp đồng tái tục liên tục với quyền lợi và mức trách nhiệm tương đồng.

Trên đây là một số nội dung hướng dẫn triển khai Đơn bảo hiểm Sức khỏe Toàn diện. Yêu cầu các Công ty nghiên cứu và triển khai theo đúng các quy định trên. Trong quá trình thực hiện nếu có vướng mắc yêu cầu báo cáo Tổng Công ty để có hướng giải quyết./.

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- BGD;
- Lưu VT, BHYT&TNCN.

KT. TỔNG GIÁM ĐỐC *lu*  
PHÓ TỔNG GIÁM ĐỐC  
  
TỔNG CÔNG TY  
BẢO HIỂM  
BẢO VIỆ  
Đ. HOÀNG KIẾM TP. HÀ NỘI  
Nguyễn Quang Hưng