

QUY TẮC BẢO HIỂM

PROTECTOR SERIES – SỨC KHỎE

(Ban hành theo Quyết định số 0114B/2012/QĐ-BHV/NV ngày 12/09/2012 của Tổng Giám đốc Công ty Cổ phần Bảo Hiểm Hùng Vương)

NỘI DUNG :

Chương I:	Định nghĩa
Chương II:	Phạm vi bảo hiểm
Chương III:	Điểm loại trừ
Chương IV:	Điều kiện chung
Chương V:	Bồi thường
Chương VI:	Điều khoản mở rộng
Chương VII:	Bảo hiểm Tử vong/thương tật vĩnh viễn do bệnh tật, thai sản

CHƯƠNG 1: ĐỊNH NGHĨA

- 1. Bảo Hiểm Hùng Vương** là Công ty Cổ phần Bảo Hiểm Hùng Vương (gọi tắt là **BHV**)
- 2. Bác sĩ:** là người có giấy phép hành nghề khám chữa bệnh hợp pháp theo luật của nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam và chỉ thực hiện việc điều trị cho Người được bảo hiểm trong phạm vi lĩnh vực chuyên môn với giấy phép hành nghề của mình, nhưng loại trừ bác sĩ chính là Người được bảo hiểm hay là anh em ruột, vợ/chồng, con cái của Người được bảo hiểm. Bác sĩ cũng được xem là chuyên gia y tế.
- 3. Bệnh đặc biệt:** là các bệnh ung thư, u bướu các loại, huyết áp, tim mạch, viêm dạ dày, viêm khớp, viêm gan (A, B, C), sỏi các loại trong hệ bài tiết, viêm xoang mãn tính, đái tháo đường, hen phế quản, viêm thận (không bao gồm những ca cấp tính cần điều trị y tế khẩn cấp).
- 4. Bệnh có sẵn:** là bất kỳ một tình trạng sức khỏe nào của Người được bảo hiểm đã được chẩn đoán; hoặc đã xuất hiện triệu chứng khiến cho một người bình thường phải đi khám, điều trị; hoặc do có tình trạng đó mà chuyên gia y tế đã khuyên người được bảo hiểm cần phải điều trị bất kể là Người được bảo hiểm đã thực sự được điều trị hay chưa.
- 5. Bệnh viện nhà nước:** là bệnh viện hoàn toàn do nhà nước điều hành và quản lý.
- 6. Bệnh viện quốc tế:** là bệnh viện có yếu tố vốn đầu tư nước ngoài.
- 7. Phòng mạch tư:** là nơi khám, chữa bệnh riêng hợp pháp của một bác sĩ.
- 8. Chi phí dưỡng nhi:** bao gồm các khoản: Thuốc dưỡng nhi, dưỡng nhi, xét nghiệm dưỡng nhi, chích ngừa, chi phí vệ sinh em bé ngay sau khi sinh tại bệnh viện đang điều trị
- 9. Chi phí y tế thực tế:** là những chi phí hợp lý và cần thiết về mặt y tế, theo chỉ định của bác sĩ điều trị, phát sinh khi Người được bảo hiểm phải điều trị bệnh hoặc điều trị thai sản mà việc điều trị này được bảo hiểm.
- 10. Chi phí thông lệ và hợp lý:** là những chi phí y tế cần thiết không vượt quá mức chi phí chung của các nhà cung cấp dịch vụ y tế có cùng mức độ trong phạm vi địa lý của hợp đồng, nơi phát sinh những chi phí đó, khi cung cấp các dịch vụ điều trị tương đương hoặc mức độ điều trị, dịch vụ, hay việc cung cấp dịch vụ đối với bệnh tật tương tự.
- 11. Chủ hợp đồng:** là đơn vị ký kết Hợp đồng bảo hiểm với **BHV** và được ghi tên là Chủ hợp đồng trong Hợp đồng bảo hiểm.

- 12. Cơ sở y tế:** là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được luật pháp 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.
- 13. Di tật bẩm sinh:** là sự phát triển bất thường về hình dạng, cấu trúc hoặc vị trí của các bộ phận hoặc cấu trúc cơ thể ngay từ giai đoạn phát triển trong tử cung của người mẹ theo ý kiến của bác sĩ trên phương diện y khoa (tắc lệ đạo, vẹo vách ngăn).
- 14. Điều trị ngoại trú:** là việc người được bảo hiểm được điều trị tại một cơ sở y tế khám chữa bệnh có giấy phép hoạt động hợp pháp mà không phải nằm viện, không phải là điều trị nội trú, điều trị trong ngày.
- 15. Điều trị nội trú:** là điều trị y tế khi Người được bảo hiểm có làm thủ tục nhập viện và nằm tại giường bệnh qua đêm. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.
- 16. Điều trị trong ngày:** là việc điều trị y tế khi người được bảo hiểm cần thiết phải làm thủ tục nhập viện và phải điều trị trên giường bệnh nhưng không phải ở lại bệnh viện qua đêm. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.
- 17. Ngày bắt đầu bảo hiểm:** là ngày Hiệu lực hợp đồng của Hợp đồng bảo hiểm đầu tiên khi Chủ hợp đồng tham gia chương trình bảo hiểm này. Đối với những Hợp đồng bảo hiểm không được tái tục liên tục hàng năm, ngày bắt đầu bảo hiểm là ngày Hiệu lực hợp đồng của Hợp đồng bảo hiểm mới nhất trong giai đoạn bảo hiểm mới trừ khi có thỏa thuận riêng.
- 18. Ngày hiệu lực bảo hiểm:** là ngày mà mỗi thời hạn bảo hiểm được bắt đầu. Đối với các Hợp đồng bảo hiểm được tái tục liên tục hàng năm, ngày Hiệu lực hợp đồng là ngày tái tục hợp đồng. Trong Hợp đồng bảo hiểm này, Hiệu lực hợp đồng được tính từ 00:01h của ngày đó.
- 19. Ngày gia nhập bảo hiểm:** là ngày Người được bảo hiểm bắt đầu tham gia vào hợp đồng bảo hiểm.
- 20. Người được bảo hiểm:** là người được **BHV** chấp nhận bảo hiểm như ghi trong danh sách Người được bảo hiểm.
- 21. Nhân viên:** là thành viên của một công ty, tổ chức, có hợp đồng lao động hoặc hợp đồng thuê việc hoặc các thỏa thuận lao động được pháp luật công nhận với công ty, tổ chức đó.
- 22. Những Người phụ thuộc bao gồm** vợ, chồng, con cái hợp pháp. Con cái là những người từ 12 tháng tuổi đến 18 tuổi hoặc đến 23 tuổi đang theo học các khóa học dài

hạn toàn thời gian, chưa kết hôn và sống phụ thuộc vào Người được bảo hiểm. Tất cả những người phụ thuộc phải có tên trong hợp đồng bảo hiểm như Người được bảo hiểm.

- 23. Nằm viện:** là điều trị nội trú quá 24 giờ và điều trị trong ngày. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.
- 24. Phẫu thuật:** là một phương pháp khoa học dùng để điều trị thương tật hoặc bệnh tật, các trường hợp thai sản được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ, bao gồm nhưng không giới hạn: các phương pháp mang lại kết quả tương đương phẫu thuật (tán sỏi, chiếu tia laser mổ cườm...), tiểu phẫu, thủ thuật với các dụng cụ y tế trong bệnh viện.
- 25. Tình trạng nguy kịch:** là tình trạng sức khỏe mà theo ý kiến của bác sĩ điều trị và/hoặc BHV là một tình trạng sức khỏe nguy kịch cần phải điều trị khẩn cấp để tránh tử vong hay ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khỏe lâu dài hoặc hiện tại.
- 26. Vật lý trị liệu:** là phương pháp chữa trị sử dụng các biện pháp vật lý để giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp hay các hoạt động bình thường hàng ngày của người bệnh theo chỉ định của bác sĩ điều trị.
- 27. Một lần điều trị:** là giới hạn cho tất cả các chi phí cần thiết hợp lý cho việc khám, cấp thuốc và điều trị cho một bệnh nào đó hoặc tất cả các tái phát và biến chứng liên quan cho tới khi bệnh nhân hoàn toàn bình phục. Giới hạn cho các chi phí của lần điều trị sau được tính trên cơ sở đã thực hiện xong đợt điều trị trước và có chỉ định của bác sĩ điều trị.
- 28. Phòng tiêu chuẩn:** Phòng có ít nhất 02 giường hoặc có chi phí thấp nhất ở bệnh viện (là các chi phí trong quá trình điều trị nội trú hay điều trị trong ngày, bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn điều trị), không bao gồm phòng VIP, phòng bao, phòng Deluxe.
- 29. Phòng chăm sóc đặc biệt:** Chi phí liên quan đến việc chăm sóc bệnh nhân tại các loại phòng chăm sóc đặc biệt nhằm đảm bảo an toàn cho tính mạng bệnh nhân trong quá trình điều trị nội trú và trong ngày, các chi phí không vượt quá giới hạn tối đa ghi trên bảng quyền lợi bảo hiểm.

CHƯƠNG II: PHẠM VI BẢO HIỂM

Hợp đồng bảo hiểm này bồi thường cho Người được bảo hiểm những chi phí y tế để điều trị ốm đau, bệnh tật, thai sản phát sinh trong thời hạn bảo hiểm.

Quyền lợi bảo hiểm được đề cập trong Hợp đồng bảo hiểm được chi trả cho Người được bảo hiểm trong trường hợp phát sinh các chi phí y tế như quy định trong Hợp đồng bảo hiểm này.

Khi nhận được bằng chứng khiếu nại, **BHV** chi trả Quyền lợi bảo hiểm thuộc phạm vi Hợp đồng bảo hiểm này căn cứ theo phần Giới hạn phụ của Hợp đồng bảo hiểm với mức Giới hạn tối đa được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm. Các khoản chi phí trên được giới hạn theo chi phí thực tế, thông lệ, cần thiết.

1. Viện phí

Nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện, **BHV** sẽ thanh toán cho người được bảo hiểm những chi phí về dịch vụ y tế hay được phẩm cung cấp bởi bệnh viện, bao gồm nhưng không giới hạn cho các chi phí sau:

- a. Tiền giường, tiền phòng, tiền ăn theo tiêu chuẩn tại bệnh viện. Đối với bệnh viện quốc tế và bệnh viện tư nhân, tiền phòng được giới hạn ở phòng tiêu chuẩn (không phải phòng đặc biệt);
- b. Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt (phòng điều trị tích cực)
- c. Chi phí hành chánh, chi phí máu, huyết tương;
- d. Thuốc và dược phẩm sử dụng trong khi nằm viện;
- e. Băng, nẹp thông thường và bột;
- f. Vật lý trị liệu (nếu những chi phí này là cần thiết trong quá trình điều trị nằm viện theo chỉ định của bác sĩ);
- g. Tiêm truyền tĩnh mạch;
- h. Xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET (các chi phí xét nghiệm này phải do bác sĩ chỉ định là biện pháp cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện (điều trị nội trú và điều trị trong ngày);
- i. Chi phí đỡ đần.

2. Chi phí phẫu thuật

BHV chi trả các chi phí y tế liên quan đến một ca phẫu thuật nội trú, phẫu thuật trong ngày hoặc phẫu thuật ngoại trú, bao gồm chi phí cho các thủ thuật phẫu thuật các dụng cụ thiết bị cần thiết phải được cấy ghép vào bên trong cơ thể để duy trì sự sống, hoặc các thiết bị cần thiết cho phẫu thuật; chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê và các chi phí thông thường cho các chẩn đoán trước khi mổ và hồi sức sau khi mổ, chi phí cấy ghép nội tạng, chi phí tái mổ. Chi phí phẫu thuật không bao gồm các thủ thuật chẩn đoán bệnh.

3. Điều trị cấp cứu

Là dịch vụ cấp cứu được thực hiện tại phòng cấp cứu của một bệnh viện hoặc phòng khám cho một tình trạng nguy kịch.

4. Vận chuyển khẩn cấp

Chi phí cho việc vận chuyển khẩn cấp và sơ cấp cứu để đưa Người được bảo hiểm trong tình trạng nguy kịch đến điều trị tại phòng cấp cứu của bệnh viện hoặc phòng khám gần nhất với điều kiện chăm sóc y tế thích hợp.

5. Trợ cấp nằm viện

BHV chi trả số tiền ghi trên bản quyền lợi bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện điều trị nội trú qua đêm hoặc điều trị trong ngày.

6. Điều trị trước khi nhập viện

BHV chi trả các dịch vụ thăm khám, chẩn đoán, các chi phí y tế liên quan và các xét nghiệm cần thiết (theo chỉ định của bác sĩ) và liên quan trực tiếp đến ốm đau, bệnh tật, thai sản của Người được bảo hiểm cần được thực hiện điều trị nằm viện ngay sau đó, và những chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để bác sĩ điều trị kết luận việc điều trị nằm viện là cần thiết. Chi phí này được chi trả tối đa 15 ngày trước khi nhập viện.

7. Điều trị sau khi xuất viện

BHV chi trả cho các chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sĩ điều trị cho ốm đau, bệnh tật, thai sản của Người được bảo hiểm đã phải điều trị nằm viện, bao gồm: chi phí tái khám, chi phí xét nghiệm, tiền thuốc ngay sau khi xuất viện. Chi phí này được chi trả tối đa 30 ngày sau khi xuất viện.

8. Y tá chăm sóc tại nhà

BHV chi trả chi phí cho người được bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được hưởng ngay sau khi rời bệnh viện, tại nơi ở của Người được bảo hiểm, thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện.

9. Trợ cấp mai táng

Trường hợp người được bảo hiểm tử vong thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, không kể nằm viện hay ngoại trú, BHV trả tiền trợ cấp mai táng phí ghi trên Hợp đồng bảo hiểm.

10. Chăm sóc em bé

BHV chi trả các chi phí dưỡng nhi thực tế phát sinh nhưng không vượt quá giới hạn ghi trên Hợp đồng bảo hiểm.

11. Thai sản và sinh đẻ

a. Biến chứng thai sản và sinh khó:

BHV chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng trong quá trình mang thai, hoặc trong quá trình sinh nở cần đến các thủ thuật sản khoa. Thủ thuật sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do bác sĩ chỉ định là cần thiết cho ca sinh đó, không bao gồm việc

sinh mổ theo yêu cầu (hoặc phải mổ lại do việc yêu cầu mổ trước đó). Biến chứng thai sản và sinh khó bao gồm và không giới hạn trong các trường hợp sau:

- i. Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung;
- ii. Thai trứng;
- iii. Thai ngoài tử cung;
- iv. Băng huyết sau khi sinh;
- v. Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh;
- vi. Phá thai do điều trị;
- vii. Biến chứng của các nguyên nhân trên.

b. Sinh thường :

BHV chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc sinh thường bao gồm và không giới hạn trong các chi phí: đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, bác sĩ chuyên khoa, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện này.

Tùy theo thỏa thuận trên hợp đồng, các quyền lợi trên có thể được thu hẹp cho phù hợp với điều kiện Công ty bảo hiểm sẽ tính toán mức phí hợp lý.

CHƯƠNG III: ĐIỂM LOẠI TRỪ

Những điều trị, các hạng mục, điều kiện, các hoạt động sau đây và các chi phí phát sinh liên quan hay chi phí hậu quả của chúng bị loại trừ trong Hợp đồng này và BHV không chịu trách nhiệm đối với:

1. Các dịch vụ điều trị ngoại trú. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi “Điều trị ngoại trú”.
2. Dịch vụ điều trị tại nhà (không bao gồm chi phí y tá chăm sóc tại nhà) hoặc tại viện điều trị bằng thủy lực hay các phương pháp thiên nhiên, spa, viện điều dưỡng, an dưỡng, hoặc tại những nơi không phải là Cơ sở y tế.
3. Kiểm tra và khám sức khỏe bao gồm kiểm tra sức khỏe tổng quát, khám kiểm tra phụ khoa, khám thai định kỳ, việc tiêm chủng, vacxin và thuốc chủng ngừa, kiểm tra mắt thông thường, kiểm tra thính giác thông thường, các khuyết tật thoái hóa tự nhiên của mắt (bao gồm cận, viễn, loạn thị, đục thủy tinh thể,...), bất kỳ phẫu thuật nào để hiệu chỉnh các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác, và khám sức khỏe trước khi đi du lịch hoặc đi làm.
4. Khuyết tật bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, các bệnh hoặc dị dạng thuộc về gen, tình trạng sức khỏe di truyền với các dấu hiệu từ lúc sinh.

5. Các hình thức điều trị ngoại trú về răng và liên quan đến răng (nướu, lợi). ĐIỂM loại trừ này không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi “Điều trị ngoại trú” hoặc “Điều trị răng toàn diện”.
6. Điều trị và phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm (bao gồm sinh mổ theo yêu cầu) mà không liên quan tới điều kiện điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định.
7. Tạo hình thẩm mỹ chỉnh hình, điều trị cân nặng và các hậu quả có liên quan.
8. Kế hoạch hóa gia đình, điều trị vô sinh, điều trị bất lực, rối loạn chức năng sinh dục, thay đổi giới tính, hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của điều trị trên.
9. Bệnh đặc biệt trong 2 năm bảo hiểm đầu tiên kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm.
10. Bệnh có sẵn trong 2 năm bảo hiểm đầu tiên tính từ ngày bắt đầu bảo hiểm.
11. Các bệnh lý về tâm thần, rối loạn tâm lý, “suy nhược thần kinh”, suy nhược cơ thể (không có nguyên nhân bệnh lý), mệt mỏi, mỏi mắt điều tiết, stress, phong, giang mai, lậu, AIDS và các hội chứng liên quan, bệnh hoa liễu và các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục khác, bệnh nghề nghiệp.
12. Các chi phí cung cấp, bảo dưỡng hay lắp ráp sửa chữa các thiết bị hoặc bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình, các thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hay xe lăn, implant, contact lens, kính mát; những dịch vụ không liên quan đến chi phí y tế như tivi, tủ lạnh, điện thoại, ghế giường cho người nhà hoặc các dụng cụ khác.
13. Hậu quả của việc sử dụng ma túy, các chất có cồn, thuốc không có chỉ định của bác sĩ chuyên môn hoặc thuốc chỉ định để điều trị các bệnh nghiện.
14. Chiến tranh hoặc các hành động thù địch kể cả có tuyên chiến hay không, khủng bố, tác nhân hạt nhân hoặc do chất phóng xạ.
15. Các chi phí để có cơ quan cấy ghép nội tạng như cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng. Tuy nhiên, hợp đồng bảo hiểm này bảo hiểm cho các chi phí y tế cho việc cấy ghép nội tạng vào cơ thể.
16. Việc điều trị không được khoa học công nhận, điều trị thử nghiệm.
17. Các chi phí và điều trị cho các đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm
18. Điều trị các bất thường về sinh hóa, chuyển hóa của cơ thể như tăng lipid máu, men gan cao, nồng độ calci thấp hay các tình trạng tương tự. Chi phí xét nghiệm được thực hiện theo ý muốn của Người được bảo hiểm.
19. Khám và xét nghiệm mà không có kết luận bệnh rõ ràng, không có chỉ định điều trị.

20. Thực phẩm chức năng, thực phẩm và sữa cho trẻ em, vitamin, việc bổ sung khoáng, hữu cơ, và các sản phẩm bổ sung cho chế độ dinh dưỡng, ăn kiêng có thể mua được mà không theo kê đơn của bác sĩ (Ngoại trừ cần thực hiện theo chẩn đoán chỉ định hợp lý của các bác sĩ hay các trường hợp thiếu hụt vitamin điển hình). Các sản phẩm làm đẹp, dược mỹ phẩm được dùng để điều trị da liễu, rụng tóc, nám da (bao gồm nhưng không giới hạn: kem đánh răng, nước súc miệng, thuốc mọc tóc,...)
21. Điều trị ngoại trú tại phòng khám tư.
22. Các điểm loại trừ được thể hiện trên Hợp đồng, Giấy chứng nhận, Phụ lục sửa đổi bổ sung.

CHƯƠNG IV - ĐIỀU KIỆN CHUNG

1. Phạm vi địa lý

Phạm vi địa lý được bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm này là lãnh thổ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam, trừ khi có thỏa thuận khác. Phạm vi địa lý được sử dụng trong hợp đồng bảo hiểm không phụ thuộc vào các thỏa thuận ngoại giao.

2. Đối tượng bảo hiểm

Độ tuổi để tham gia bảo hiểm là từ 12 tháng tuổi tới 65 tuổi (theo năm dương lịch) và loại trừ những người bị bệnh ung thư (chỉ áp dụng với Người phụ thuộc), tâm thần, thương tật vĩnh viễn từ 80% trở lên.

Đối với Người phụ thuộc, BHV chỉ nhận bảo hiểm vào ngày bắt đầu bảo hiểm, không chấp nhận trường hợp tham gia bảo hiểm vào giữa thời hạn hợp đồng, ngoại trừ:

- Người phụ thuộc của nhân viên mới làm việc cho Chủ hợp đồng bảo hiểm;
- Vợ/chồng mới cưới trong thời hạn bảo hiểm;
- Con đủ tuổi tham gia bảo hiểm trong thời hạn bảo hiểm.

3. Thời hạn bảo hiểm

Là (01) năm kể từ ngày hiệu lực bảo hiểm, trừ trường hợp có thỏa thuận khác với BHV.

4. Xác minh

BHV có quyền chỉ định chuyên gia y khoa và/hoặc chuyên gia giám định tổn thất để tiến hành kiểm tra sức khỏe của Người được bảo hiểm và các thông tin có liên quan đến việc giải quyết khiếu nại vào bất cứ lúc nào. Thêm vào đó, BHV có quyền yêu cầu tiến hành khám nghiệm tử thi trong trường hợp xảy ra tử vong nếu việc này không vi

phạm pháp luật hiện hành hoặc không ảnh hưởng đến tín ngưỡng và thuần phong mỹ tục.

5. Quyền lợi bảo hiểm

- a. Thời hạn bảo hiểm lớn hơn một năm và không chẵn năm, quyền lợi bảo hiểm cho khoảng thời gian vượt quá số chẵn năm được quy định như sau:
 - Được sử dụng mức quyền lợi bảo hiểm một năm nếu phí bảo hiểm cho khoảng thời gian vượt quá đó được tính theo phí ngắn hạn;
 - Được sử dụng mức quyền lợi bảo hiểm theo tỷ lệ giữa khoảng thời gian vượt quá với một năm nếu phí bảo hiểm được tính theo tỷ lệ.
- b. Thời hạn bảo hiểm bằng một năm: được sử dụng quyền lợi bảo hiểm một năm.
- c. Thời hạn bảo hiểm dưới một năm: được sử dụng mức quyền lợi một năm và áp dụng phí bảo hiểm ngắn hạn.

6. Phí bảo hiểm ngắn hạn

- | | | |
|--|---|----------------------|
| a. Đối với thời hạn 1 tháng | = | 1/4 phí bảo hiểm năm |
| b. Đối với thời hạn 2 tháng | = | 3/8 phí bảo hiểm năm |
| c. Đối với thời hạn 3 tháng | = | 1/2 phí bảo hiểm năm |
| d. Đối với thời hạn 4 tháng | = | 5/8 phí bảo hiểm năm |
| e. Đối với thời hạn 6 tháng | = | 3/4 phí bảo hiểm năm |
| f. Đối với thời hạn 8 tháng | = | 7/8 phí bảo hiểm năm |
| g. Đối với thời hạn từ 8 tháng trở lên | = | Phí bảo hiểm năm |

7. Thông báo uỷ quyền và thông báo chuyển nhượng

BHV không bị bắt buộc phải chấp nhận bất kỳ thông báo nào về các điều khoản liên quan đến việc tín thác, các khoản phí tổn, thế chấp, chuyển nhượng hoặc các giao dịch khác với hoặc có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này.

8. Hiệu lực bảo hiểm/Thời gian chờ

Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây tính từ Ngày gia nhập bảo hiểm.

- i. Điều trị bệnh tật: 30 ngày;
- ii. Điều trị bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn: 24 tháng kể từ ngày gia nhập bảo hiểm;
- iii. Thai sản:
 - 60 ngày đối với trường hợp sảy thai, cần thiết phải nạo thai theo chỉ định của bác sĩ điều trị thai sản;
 - 270 ngày đối với trường hợp sinh đẻ.

9. Giải quyết hồ sơ khiếu nại và nhận bảo hiểm đối với bệnh ung thư và bệnh thận

- Chi phí điều trị không xét theo yếu tố nội trú hay ngoại trú.
- Mức trách nhiệm được tính trọn đời bằng mức trách nhiệm đang tham gia tại hợp đồng còn hiệu lực với BHV. Mức trách nhiệm còn lại chỉ có giá trị trong điều kiện đơn bảo hiểm được chủ hợp đồng tái tục năm sau.

10. Chấm dứt hợp đồng

- Nếu Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp không trung thực trong việc thực hiện các quy định trong quy tắc này, hợp đồng bảo hiểm sẽ không còn hiệu lực và Người được bảo hiểm sẽ không được hưởng bất cứ quyền lợi nào thuộc Hợp đồng bảo hiểm. Khoản phí bảo hiểm đã đóng không được hoàn lại.
- Trường hợp một trong hai bên đề nghị chấm dứt hợp đồng bảo hiểm, bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày có ý định chấm dứt; Việc chấm dứt hợp đồng phải phù hợp với quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và Bộ luật dân sự và tuân thủ theo hai trường hợp sau:
 - Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm của người được bảo hiểm, BHV sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại, với điều kiện đến thời điểm đó hợp đồng bảo hiểm có tỷ lệ bồi thường/phí bảo hiểm dưới 40%.
 - Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm của BHV, BHV sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại.

11. Trách nhiệm của Chủ hợp đồng bảo hiểm và Người được bảo hiểm

- Kê khai trung thực, đầy đủ các thông tin bảo hiểm theo yêu cầu của BHV, tuân thủ các điều khoản điều kiện và nộp phí bảo hiểm đúng, đủ theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm.
- Thông báo sớm nhất những tình huống có thể dẫn đến yêu cầu trả tiền bảo hiểm, trung thực trong việc khai báo và cung cấp các chứng từ chính xác về rủi ro được bảo hiểm xảy ra.
- Trường hợp người được bảo hiểm ủy quyền cho người khác nhận tiền bảo hiểm, phải có giấy ủy quyền hợp pháp.

12. Điều khoản tự động thêm bớt nhân sự.

Bất kỳ nhân viên mới nào của Chủ hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động được bảo hiểm với số tiền bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm như ghi trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc bản Sửa đổi bổ sung có hiệu lực mới nhất. Hợp đồng cũng tự loại bỏ những nhân viên hiện đang được bảo hiểm ra khỏi danh sách nhân viên của Chủ hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện là Chủ hợp đồng thông báo cho BHV việc điều chỉnh nhân sự vào cuối mỗi tháng của thời hạn bảo hiểm. Việc thông báo phải được thực hiện bằng văn bản và phải được BHV xác nhận. Phí bảo hiểm được tính trên cơ sở tỉ lệ của thời hạn được bảo hiểm hoặc ngừng bảo hiểm sau khi Chủ hợp đồng đã nêu rõ việc điều chỉnh

nhân sự. Đối với số người giảm, bảo hiểm sẽ hết hiệu lực căn cứ vào ngày thôi trả lương, và được hoàn phí bảo hiểm của thời gian còn lại, với điều kiện đến thời điểm yêu cầu giảm, số người giảm này chưa phát sinh trách nhiệm trả tiền bảo hiểm của Người bảo hiểm. (trừ khi có thỏa thuận khác trên hợp đồng)

Điều khoản bảo hiểm tự động không áp dụng đối với bất kỳ nhân viên nào có số tiền bảo hiểm vượt quá số tiền bảo hiểm cao nhất của các thành viên hiện tại trong nhóm, không áp dụng đối với người nước ngoài và thân nhân. Bảo hiểm cho những đối tượng trên chỉ có thể được cung cấp sau khi Chủ hợp đồng đã yêu cầu và được BHV chấp thuận.

Các bên thỏa thuận rằng các nhân viên được bảo hiểm phải có thỏa thuận lao động với Chủ hợp đồng bảo hiểm phù hợp với Luật lao động Việt Nam.

Các bên cũng thỏa thuận áp dụng điều khoản tự động điều chỉnh lương theo thỏa thuận lao động của Chủ hợp đồng bảo hiểm với nhân viên, với điều kiện Chủ hợp đồng bảo hiểm phải cập nhật việc thay đổi tổng quỹ lương hoặc chi tiết lương từng tháng. Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh theo mức lương thay đổi.

13. Điều khoản đảm bảo thanh toán phí:

- a. Các bên thỏa thuận và ghi nhận rằng, cho dù có bất kỳ điều kiện nào trái ngược trong Hợp đồng bảo hiểm này, và trên cơ sở tuân theo Mục b quy định dưới đây (nhưng không phương hại đến quyền lợi của các bên theo Hợp đồng bảo hiểm này), điều kiện tiên quyết để ràng buộc trách nhiệm của BHV theo Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm, Sửa đổi bổ sung, hoặc Giấy Chứng nhận bảo hiểm tạm thời là phí bảo hiểm đã được thanh toán hoặc trên thực tế đã được chuyển trả đầy đủ tới BHV, Môi giới hoặc Đại lý bảo hiểm đã cấp hoặc thu xếp Hợp đồng bảo hiểm theo các quy định sau:
 - i. nếu thời hạn bảo hiểm là 30 ngày hoặc dài hơn, trong vòng 30 ngày kể từ:
 - ngày bắt đầu hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm tạm thời; hoặc
 - ngày hiệu lực quy định trong mỗi Sửa đổi bổ sung (nếu có) được cấp theo Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm tạm thời
 - ngày phát hành Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung (nếu có) được cấp theo Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm tạm thời nếu ngày phát hành các tài liệu này xảy ra sau 30 ngày kể từ ngày hiệu lực quy định trong các tài liệu đó, hoặc
 - ii. nếu BHV chấp nhận việc thanh toán phí bảo hiểm theo kỳ, trong cũng 30 ngày kể từ:
 - ngày bắt đầu hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm tạm thời cho kỳ thanh toán đầu tiên và các ngày thỏa thuận cho các kỳ thanh toán tiếp sau đó, hoặc

- ngày hiệu lực quy định trong mỗi Sửa đổi bổ sung được cấp theo Hợp đồng bảo hiểm cho kỳ thanh toán đầu tiên và các ngày thỏa thuận cho các kỳ thanh toán sau đó, hoặc
 - ngày phát hành Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung, nếu có, được cấp theo Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm, Giấy Chứng nhận bảo hiểm tạm thời nếu ngày phát hành các tài liệu này xảy ra sau 30 ngày kể từ ngày hiệu lực quy định trong các tài liệu đó cho kỳ thanh toán đầu tiên và các ngày thỏa thuận cho các kỳ thanh toán sau đó.
- iii. nếu thời hạn bảo hiểm ít hơn 30 ngày, phí bảo hiểm phải được thanh toán ngay khi có Giấy báo nợ nhưng không chậm hơn 15 ngày kể từ ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung, nếu có, được cấp theo Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm hoặc Giấy Chứng nhận bảo hiểm tạm thời.
- b. Trong trường hợp khoản phí bảo hiểm đề cập ở trên chưa được thanh toán đầy đủ cho BHV, Môi giới, Đại lý bảo hiểm như kê khai theo tính chất và thời gian quy định như trên (thời hạn đảm bảo thanh toán phí bảo hiểm), hiệu lực bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm, Sửa đổi bổ sung, hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm tạm thời sẽ coi như chấm dứt kể từ ngày hết hạn của thời hạn đảm bảo thanh toán phí bảo hiểm và BHV sẽ được miễn mọi trách nhiệm kể từ đó và trong trường hợp này, BHV sẽ được hưởng khoản phí bảo hiểm tính theo tỷ lệ những ngày Hợp đồng bảo hiểm đã có hiệu lực nhưng không nhỏ hơn 500.000 đồng.
- c. Các bên cũng thỏa thuận rằng trong trường hợp phí bảo hiểm nói trên đã được thanh toán hoặc trên thực tế đó được chuyển trả đầy đủ cho BHV, Môi giới hoặc Đại lý bảo hiểm sau thời hạn thanh toán phí quy định (thời hạn bảo đảm thanh toán phí), Hợp đồng Bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm, Sửa đổi bổ sung hoặc Giấy Chứng nhận bảo hiểm tạm thời sẽ có hiệu lực trở lại và BHV sẽ có trách nhiệm bảo hiểm từ thời điểm đó trở đi nhưng được miễn mọi trách nhiệm phát sinh trước ngày thanh toán phí muộn đó.

CHƯƠNG V: BỒI THƯỜNG

1. Thủ tục bồi thường (áp dụng cho tất cả chương trình chính và sửa đổi bổ sung)

Khi yêu cầu BHV bồi thường, Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp hoặc người được ủy quyền của Người được bảo hiểm phải gửi các chứng từ sau đây trong vòng 180 ngày kể từ ngày chấm dứt việc điều trị, ra viện hoặc tử vong của Người được bảo hiểm. Quá thời hạn trên, hồ sơ bồi thường sẽ bị từ chối một phần hoặc toàn bộ số tiền bồi thường, trừ các trường hợp bất khả kháng.

- i. Giấy yêu cầu bồi thường được kê khai đầy đủ theo mẫu của BHV, có chữ ký và con dấu của công ty đứng tên Chủ hợp đồng bảo hiểm (trừ khi có thỏa thuận khác);
- ii. Giấy chứng thương (trường hợp thương tật vĩnh viễn);
- iii. Giấy chứng tử (trường hợp tử vong);

- iv. Giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp, nếu có (trường hợp tử vong);
- v. Giấy chỉ định nghi của bác sĩ điều trị (trường hợp Người được bảo hiểm phải nghỉ việc để điều trị bệnh)
- vi. Các chứng từ y tế (đối với hoá đơn, chứng từ thanh toán, BHV chỉ chấp nhận bản chính):
 - Giấy ra viện, Giấy chứng nhận phẫu thuật (trường hợp phải phẫu thuật);
 - Chỉ định hoặc kết quả xét nghiệm, XQ, CT...
 - Toa thuốc, hoá đơn mua thuốc, biên lai thu viện phí, phiếu thu (theo mẫu của bộ Tài chính).
- vii. Bảng chấm công, hợp đồng lao động/ thỏa thuận lao động, bảng lương có xác nhận của chủ hợp đồng lao động hoặc sao kê tài khoản lương. Đối với nhân viên thử việc, cung cấp thư mời thử việc hợp lệ.
- viii. Dịch vụ y tá chăm sóc tại nhà:
 - Nếu y tá do cơ sở y tế cử đến: Người được bảo hiểm cung cấp Hóa đơn, phiếu thu, giấy giới thiệu của cơ sở y tế đó.
 - Nếu y tá hành nghề tự do: Người được bảo hiểm cung cấp bản sao bằng cấp của y tá và phiếu thu của y tá.
- ix. Cung cấp các giấy tờ chứng minh nhân thân trong trường hợp người thân yêu cầu bồi thường
- x. Các giấy tờ khác có liên quan khi có yêu cầu.

2. Thời hạn bồi thường

BHV thông báo kết quả và giải quyết bồi thường cho người được bảo hiểm, người thừa kế, hoặc người đại diện hợp pháp trong thời hạn tối đa **15 ngày làm việc**, kể từ ngày nhận được bộ hồ sơ đầy đủ hồ sơ hợp lệ

3. Thời hạn khiếu nại

Thời hạn Người được bảo hiểm hay Người thừa kế hợp pháp có thể khiếu nại BHV về việc trả tiền bảo hiểm là 3 **năm**, kể từ ngày Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp hoặc người được ủy quyền hợp pháp nhận được giấy thông báo kết quả giải quyết của BHV. Quá thời hạn trên, mọi khiếu nại đều không có giá trị.

Các bên cùng nhau đồng ý rằng mọi tranh chấp hay mâu thuẫn xảy ra giữa các bên có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm sẽ được giải quyết tại tòa án của Nhà Nước CHXHCN Việt Nam theo Luật của Nhà Nước CHXHCN Việt Nam

4. Thông tin chung về bồi thường

Tất cả các chứng từ và tài liệu, (bao gồm các hóa đơn gốc, giấy chứng nhận, các chiếu chụp X-quang) mà BHV yêu cầu hỗ trợ cho việc chi trả bảo hiểm (bồi thường), bao gồm cả các kết quả về sức khỏe và bất kỳ các chi tiết nào về các tiền sử sức khỏe của Người được bảo hiểm sẽ phải được cung cấp miễn phí cho BHV, nếu được yêu cầu, trước khi bất kỳ việc chi trả bảo hiểm (bồi thường) nào được hoàn tất

Trường hợp thiếu thông tin y tế hoặc cần làm rõ hồ sơ, Người được bảo hiểm phải có trách nhiệm bổ sung các thông tin đó cho BHV và BHV không phải chịu chi phí cho việc có thêm thông tin đó.

5. Đồng bảo hiểm / Bảo hiểm trùng

Đồng bảo hiểm, Bảo hiểm trùng được áp dụng cho các chi phí y tế điều trị bệnh hoặc thai sản, nhưng không áp dụng đối với quyền lợi bảo hiểm chi trả cho thương tật hoặc tử vong do bệnh tật.

Nếu tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, người được bảo hiểm đang được bảo hiểm bởi một chương trình bảo hiểm khác (ngoại trừ Bảo hiểm xã hội), thì bất kỳ chi phí y tế liên quan đến việc điều trị cùng một tình trạng bệnh sẽ không được đồng thời chi trả từ các nhà bảo hiểm.

CHƯƠNG VI: ĐIỀU KHOẢN MỞ RỘNG

1. Quyền lợi bảo hiểm không tăng phí

Thỏa thuận đặc biệt về việc ứng trước tiền bồi thường: Trường hợp người được bảo hiểm phải nhập viện, trong những tình huống đặc biệt:

- BHV có thể đồng ý ứng trước tiền bồi thường theo số tiền bồi thường được ước tính đến mức tối đa là 10 triệu đồng với điều kiện số tiền bồi thường được ước tính dựa trên các chẩn đoán của bệnh viện vượt qua mức 5.000.000 đồng.
- Nếu BHV không thể cung cấp tiền ứng trước trong vòng 24h sau khi xảy ra tai nạn khẩn cấp, Chủ hợp đồng bảo hiểm có thể dựa vào xác nhận bằng văn bản của BHV, cung cấp cho nhân viên bị tai nạn của mình một khoản ứng trước hợp lý.
- Chủ hợp đồng bảo hiểm sau đó thông báo kịp thời với BHV về số tiền đã ứng trước, cung cấp Chứng từ y tế, Giấy đề nghị tạm ứng (đã được BHV xác nhận), BHV có trách nhiệm bồi hoàn cho Chủ hợp đồng bảo hiểm khoản ứng trước này trong vòng 15 ngày.

2. Quyền lợi bảo hiểm có tăng phí

a. Điều trị ngoại trú

Trên cơ sở Người được bảo hiểm đã đóng phụ phí bảo hiểm, BHV đồng ý bảo hiểm cho các trường hợp điều trị ngoại trú như sau với mức bảo hiểm được ghi rõ trong Hợp đồng bảo hiểm

i. Điều trị ngoại trú: BHV thanh toán các chi phí điều trị ngoại trú phát sinh tại các cơ sở y tế, bao gồm:

- Chi phí khám bệnh
- Chi phí thuốc men theo kê toa của Bác sĩ
- Chi phí chụp X – Quang, xét nghiệm, trị liệu học bức xạ, các liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định và cần thiết cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh
- Chi phí Vật lý trị liệu do bác sĩ chỉ định, hợp lý và cần thiết
- Chi phí khám thai định kỳ

ii. Điều trị răng cơ bản: BHV thanh toán các chi phí Điều trị răng cơ bản sau đây phát sinh tại các cơ sở y tế, bao gồm:

- Khám và chẩn đoán bệnh
- Chụp X-quang
- Điều trị viêm nướu (thối nướu răng)
- Trám răng (amalgam hoặc composite)
- Điều trị tủy răng
- Nhổ răng bệnh lý (không kèm theo phẫu thuật)

b. Điều trị răng toàn diện

Trên cơ sở Người được Bảo Hiểm đã đóng phụ phí bảo hiểm, BHV sẽ thanh toán các chi phí Chăm sóc răng sau đây phát sinh tại các các cơ sở y tế với giới hạn bảo hiểm được ghi trong hợp đồng bảo hiểm, bao gồm

i. Điều trị răng cơ bản

- Khám và chẩn đoán bệnh
- Chụp X-quang
- Điều trị viêm nướu (thối nướu răng)
- Trám răng (amalgam hoặc composite)
- Điều trị tủy răng
- Nhổ răng bệnh lý (không kèm theo phẫu thuật)

ii. Điều trị răng đặc biệt

- Lấy vôi răng (2 lần /1 năm)
- Nhổ răng cần phẫu thuật
- Lấy chân răng
- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu)

- Phẫu thuật cắt chóp (phẫu thuật lấy đỉnh chân răng)

Khi Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm này, các chi phí Điều trị Răng cơ bản dưới Quyền lợi điều trị Ngoại trú sẽ không được áp dụng.

iii. Loại trừ: Các chi phí điều trị răng sau đây không được bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm này

- Răng giả (sửa, làm mới, chữa hay thay răng giả)
- Chỉnh hình răng hàm mặt thẩm mỹ
- Tồn thương răng do tai nạn

CHƯƠNG VII: BẢO HIỂM TỬ VONG/THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN DO BỆNH TẬT, THAI SẢN

1. Phạm vi bảo hiểm

Theo điều khoản này, BHV đồng ý mở rộng bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc bị thương tật vĩnh viễn do các nguyên nhân về thể trạng (bao gồm nhưng không giới hạn: ốm đau, bệnh tật, thai sản, ngộ độc thức ăn/uống, hít phải khí độc, khói độc) theo các điều khoản loại trừ liệt kê dưới đây mà không áp dụng các điều khoản loại trừ chung của hợp đồng bảo hiểm này với Số tiền bảo hiểm được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp Người được bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng, hoặc Người thụ hưởng đã qua đời hoặc mất tích trong một thời gian nhất định, BHV trả tiền bồi thường cho Người thừa kế hợp pháp theo Luật Thừa kế.

2. Các điều khoản loại trừ

BHV không có trách nhiệm bồi thường trong trường hợp tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn do nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp sau đây:

- Do các nguyên nhân tai nạn.
- Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thừa hưởng quyền lợi bảo hiểm gây ra.
- Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng trực tiếp do sử dụng rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích tương tự khác.
- Bệnh có sẵn, trừ khi Người được bảo hiểm đã tham gia bảo hiểm này trong suốt 24 tháng liên tục.
- Bệnh đặc biệt, trừ khi Người được bảo hiểm đã tham gia bảo hiểm này trong suốt 24 tháng liên tục.
- Dị tật bẩm sinh, bệnh tâm thần.

- g. Điều trị hoặc sử dụng thuốc không theo hướng dẫn của bác sĩ điều trị.
- h. Điều trị chưa được khoa học công nhận, điều trị thử nghiệm.
- i. Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật, nội quy, quy định của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội.
- j. Nguyên nhân thai sản, trừ khi người được bảo hiểm đã được bảo hiểm hơn 12 tháng.
- k. Chiến tranh (có tuyên chiến hay không tuyên chiến), các hành động thù địch hoặc mang tính chiến tranh, nội chiến, bạo loạn, bạo động hay bạo loạn dân sự.
- l. Do hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), các bệnh có liên quan đến AIDS hay do vi-rút gây bệnh AIDS; hoặc bệnh lậu, bệnh giang mai, các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục khác.

Việc xác định tỷ lệ thương tật vĩnh viễn được dựa trên Phụ lục số 2 – Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật vĩnh viễn.
