

Số: 527/2024/QĐ-LPBI-QLNV

Hà Nội, ngày 01 tháng 02 năm 2024

QUYẾT ĐỊNH
Về việc Ban hành Quy tắc bảo hiểm Trách nhiệm nghề nghiệp
trong khám bệnh, chữa bệnh

TỔNG GIÁM ĐỐC
TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM LPBANK

Căn cứ Giấy phép thành lập và hoạt động số 57GP/KDBH ngày 21/12/2009 của Bộ Tài chính về việc thành lập Công ty Cổ phần Bảo hiểm Thái Sơn;

Căn cứ Giấy phép điều chỉnh số 57/GPĐC7/KDBH ngày 11/07/2011 của Bộ Tài chính về việc thay đổi tên Công ty Cổ phần Bảo hiểm Thái Sơn thành Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Xuân Thành;

Căn cứ Giấy phép điều chỉnh số 57/GPĐC23/KDBH ngày 19/01/2024 của Bộ Tài chính về việc thay đổi tên từ Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Xuân Thành thành Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm LPBank;

Căn cứ Công văn số 872/BTC-QLBH ngày 19/01/2024 của Bộ Tài chính về việc thay đổi địa điểm đặt trụ sở chính, thay đổi tên doanh nghiệp bảo hiểm và tên chi nhánh của doanh nghiệp bảo hiểm;

Căn cứ Điều lệ tổ chức và hoạt động của Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm LPBank;

Căn cứ nhiệm vụ, quyền hạn của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm LPBank;

Theo đề nghị của Ban Quản lý nghiệp vụ.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Quy tắc bảo hiểm Trách nhiệm nghề nghiệp trong khám bệnh, chữa bệnh”.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký và thay thế cho Quyết định số 282/2016/QĐ-QLNV ngày 13/04/2016 về việc ban hành Quy tắc bảo hiểm Trách nhiệm nghề nghiệp trong khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 3. Các Ông (bà) Phó Tổng Giám đốc, Lãnh đạo các Ban tại Trụ sở chính, Lãnh đạo các Chi nhánh Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm LPBank và các cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này. /./

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- HĐQT (b/c);
- BĐH;
- Các Ban TSC;
- Các Chi nhánh;
- Lưu: VT, Ban QLNV.



Dương Văn Đạt



QUY TẮC

BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM NGHỀ NGHIỆP TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 527/2024/QĐ-LPBI-QLNV ngày 01/02/2024 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm LPBank)

Trên cơ sở **Người được bảo hiểm** có tên trong hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm đã gửi cho Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm LPBank (sau đây gọi tắt là “**LPBI**”), giấy yêu cầu bảo hiểm đã được điền đầy đủ thông tin vào bản câu hỏi (Bản câu hỏi này cùng với các bản kê khai khác của **Người được bảo hiểm** có liên quan đến hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm này là một bộ phận cấu thành của hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm này) và đồng ý thanh toán cho **LPBI** số phí bảo hiểm như đã thỏa thuận, **LPBI** đồng ý nhận bảo hiểm cho **Người được bảo hiểm** trên cơ sở tuân theo các điều khoản, điều kiện và các điểm loại trừ quy định trong Quy tắc bảo hiểm và hoặc đính kèm theo hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm.

I. NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1: Tính nhất quán

Quy tắc bảo hiểm này và bất kỳ điều khoản bổ sung Quy tắc bảo hiểm hoặc bất kỳ phụ lục đính kèm nào sẽ được coi như là bộ phận hợp thành hợp đồng bảo hiểm và bất kỳ từ hoặc cụm từ nào được gán cho một ý nghĩa cụ thể trong bất cứ phần nào của Quy tắc bảo hiểm, điều khoản bổ sung hoặc hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm hay bất kỳ phụ lục đính kèm nào của hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ mang ý nghĩa cụ thể đó tại bất cứ đâu chúng xuất hiện.

Những từ hoặc khái niệm không được định nghĩa hoặc gán cho một ý nghĩa cụ thể trong Quy tắc bảo hiểm này sẽ được hiểu và giải thích theo các quy định của pháp luật Việt Nam.

Điều 2: Định nghĩa

1. “**Người được bảo hiểm**” được hiểu là:
 - 1.1. **Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh** được cấp giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh tại Việt Nam và cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và được kê khai trong mục **Người được bảo hiểm** trong hợp đồng bảo hiểm và/ hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm và/ hoặc giấy yêu cầu bảo hiểm.
 - 1.2. “**Người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**” là người trong biên chế, người có hợp đồng lao động hoặc người được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mời từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác đến hỗ trợ chuyên môn, được kê khai trong danh sách người hành nghề tại cơ sở của **Người được bảo hiểm** trong hợp đồng bảo hiểm/ giấy chứng nhận bảo hiểm;

Và là người đã được cấp chứng chỉ hành nghề và thực hiện khám bệnh, chữa bệnh gồm:

- + Bác sĩ, y sĩ;
- + Điều dưỡng viên;

- + Hộ sinh viên;
 - + Kỹ thuật viên;
 - + Lương y;
 - + Người có bài thuốc gia truyền hoặc có phương pháp chữa bệnh gia truyền.
2. Một “**sự cố y khoa**” nghĩa là bất kỳ tai biến trong khám bệnh, chữa bệnh do sai sót chuyên môn kỹ thuật gây ra bởi lỗi sơ suất, bất cẩn của người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh dẫn đến hoặc có thể dẫn đến thương tật thân thể hoặc tử vong cho bệnh nhân. Các “**chi phí và phí tổn**” sẽ chi bao gồm số tiền phải trả cho chi phí thuê luật sư, chi phí toà án và các chi phí pháp lý khác có liên quan tới việc điều tra, sửa đổi, giải quyết hoặc bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp đối với khiếu nại. Tất cả các chi phí khác, bao gồm nhưng không giới hạn mọi chi phí liên quan đến hội đồng chuyên môn để xác định có hay không có sai sót chuyên môn, kỹ thuật ngoài hoặc trước tổ tụng toà án hoặc trọng tài, không phải là chi phí và phí tổn được **LPBI** bồi thường theo Quy tắc bảo hiểm này.
 3. Một “ **khiếu nại**” được hiểu là một yêu cầu bồi thường bằng văn bản có liên quan đến một sự cố y khoa do **Người được bảo hiểm** thực hiện, được gửi đến **Người được bảo hiểm** nhằm chống lại **Người được bảo hiểm** và người hành nghề tại cơ sở của **Người được bảo hiểm**.
 4. “**Thời hạn bảo hiểm**” là thời gian hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực được khởi đầu vào ngày bắt đầu và kết thúc vào ngày hết hạn, cả hai ngày này đều được nêu rõ trong hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm.
 5. “**Ngày hồi tố**” là thời điểm bắt đầu hiệu lực hồi tố và được nêu cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm, mà sự cố y khoa xảy ra trước ngày này thì khiếu nại liên quan sẽ không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này. Một khiếu nại chỉ được xem xét bồi thường theo Quy tắc bảo hiểm này khi xảy ra vào hoặc sau ngày này và trước thời điểm kết thúc hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 3: Giới hạn trách nhiệm

1. Đối với mỗi một khiếu nại
 - 1.1. Trừ khi có thỏa thuận khác, giới hạn trách nhiệm cho mỗi một khiếu nại nêu trong hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ là số tiền tối đa mà **LPBI** có trách nhiệm bồi thường cho các thiệt hại, chi phí và phí tổn chi trả cho bất cứ khiếu nại nào phát sinh từ một sự cố y khoa.
 - 1.2. Nhằm mục đích xác định hạn mức trách nhiệm của **LPBI**, tất cả các khiếu nại: Phát sinh do thương tật thân thể hoặc tử vong của một bệnh nhân gây ra bởi cùng một việc thực hiện các dịch vụ y tế chuyên nghiệp, hoặc từ một nguyên nhân chung cụ thể nhưng dẫn tới thương tật thân thể hoặc tử vong cho nhiều hơn một bệnh nhân, hoặc được lập để chống lại nhiều hơn một **Người được bảo hiểm** cùng liên quan đến một thương tật thân thể hoặc tử vong của một bệnh nhân sẽ được xem xét như là một khiếu nại đầu tiên được lập bằng văn bản để chống lại **Người được bảo hiểm**.
2. Tổng hạn mức trách nhiệm

Bất luận số lượng khiếu nại, số lượng người khiếu nại hoặc số lượng **Người được bảo hiểm** là bao nhiêu, tổng hạn mức trách nhiệm nêu trong hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ là mức tối đa **LPBI** chi trả cho các thiệt hại, chi phí và phí tổn trong suốt thời hạn bảo hiểm.

Điều 4: Mức khấu trừ

Luôn luôn với điều kiện là **LPBI** sẽ chỉ chịu trách nhiệm bồi thường, đối với mỗi và mọi khiếu nại, phần tiền khiếu nại (mà trong ngữ cảnh của điều khoản này bao gồm cả những chi phí và phí tổn do **LPBI** chi trả nhằm điều tra và bào chữa khiếu nại) cho **Người được bảo hiểm** đối với bất cứ tổn thất, chi phí và phí tổn thuộc phạm vi bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm này, **LPBI** sẽ chỉ chịu trách nhiệm bồi thường cho phần thanh toán vượt quá mức khấu trừ nêu trong hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm. Điều khoản này cũng quy định rằng nếu có bất cứ chi phí nào mà **LPBI** chi trả, sau đó được xác định là thấp hơn mức khấu trừ nêu tại hợp đồng bảo hiểm/ giấy chứng nhận bảo hiểm, thực chất thuộc trách nhiệm chi trả của **Người được bảo hiểm** như nêu trên, thì **Người được bảo hiểm** phải hoàn trả lại số tiền đó cho **LPBI** ngay sau khi **LPBI** yêu cầu.

II. PHẠM VI BẢO HIỂM

Điều 1: Nội dung bảo hiểm

Luôn với điều kiện **Người được bảo hiểm** phải tuân thủ các điều khoản, điều kiện và những điểm loại trừ quy định trong Quy tắc bảo hiểm và/hoặc đính kèm theo Quy tắc bảo hiểm này hay bất kỳ phụ lục đính kèm nào, **LPBI** đồng ý bồi thường cho **Người được bảo hiểm** khoản tiền không vượt quá tổng hạn mức trách nhiệm nêu trong hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm:

1. Cho tất cả những khoản tiền mà theo quy định của pháp luật **Người được bảo hiểm** có trách nhiệm phải trả cho những tổn thất phát sinh từ việc bệnh nhân bị tổn thương về thân thể và/hoặc tinh thần hoặc tử vong do hoặc được viện dẫn là do sai sót, hoặc bất cẩn trong khi thực hiện các dịch vụ nghề nghiệp hoặc do bỏ sót không thực hiện các dịch vụ nghề nghiệp mà lẽ ra phải được thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được nêu tên trong hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc tại cơ sở điều trị ngoại trú của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó đã được nêu tên trong hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc trong xe cứu thương của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đó.
2. Cho các chi phí và phí tổn phát sinh trong quá trình bào chữa và/hoặc giải quyết được **LPBI** chấp thuận bằng văn bản bao gồm các khoản phải trả cho chi phí thuê luật sư, chi phí tòa án và các chi phí pháp lý khác có liên quan tới việc điều tra, sửa đổi, giải quyết hoặc bào chữa khiếu nại. Tuy nhiên, trong trường hợp cần phải thanh toán một số tiền cao hơn hạn mức trách nhiệm quy định trong hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm để một khiếu nại nào đó từ bên thứ ba được hủy bỏ thì trách nhiệm của **LPBI** đối với các chi phí và phí tổn như đề cập ở trên sẽ

57
TỔN
IG TY C
BẢO HI
LPBAN
KIỂM -

được tính theo tỷ lệ giữa hạn mức trách nhiệm theo hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm và tổng số tiền cần phải thanh toán để khiếu nại đó được hủy bỏ.

Điều 2: Những điểm loại trừ

Hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm này không bảo hiểm cho việc bào chữa hoặc bồi thường, chi trả cho bất cứ trách nhiệm hay khiếu nại nào phát sinh từ:

1. Bất kỳ dịch vụ nào được thực hiện vượt quá phạm vi của giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh của **Người được bảo hiểm** hoặc quá phạm vi đặc thù về dịch vụ chuyên môn, điều trị, tư vấn của một thầy thuốc/bác sĩ/ người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp phép hành nghề theo quy định pháp lý, quy định và nguyên tắc đạo đức nghề y có hiệu lực tại Việt Nam;
2. Dịch vụ y tế liên quan đến phẫu thuật chỉnh hình hoặc giải phẫu thẩm mỹ trừ khi vì lý do chẩn đoán hoặc chữa bệnh. Phạm vi bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này chỉ giới hạn đối với hoạt động phẫu thuật chỉnh hình và/hoặc giải phẫu thẩm mỹ nhằm tái tạo các bộ phận cơ thể phát sinh một cách cần thiết sau một tai nạn và/hoặc biến dạng hay dị tật bẩm sinh. Tuy nhiên, mọi khiếu nại đòi bồi thường phát sinh từ sự không thỏa mãn của bệnh nhân khi nhận thấy ngoại hình thẩm mỹ sau phẫu thuật không được cải thiện và/hoặc không được hài lòng không được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này;
3. Hoạt động điều trị và/hoặc dịch vụ cung cấp nhằm kích thích hoặc phòng tránh sự có thai, sinh sản, bao gồm phẫu thuật chữa trị bệnh vô sinh, thụ tinh ống nghiệm và/hoặc phá thai, nạo hút thai và những tổn thất tài chính (hậu quả) phát sinh từ những dịch vụ trên, bao gồm cả nghĩa vụ chi trả tiền bảo hành cho các dịch vụ đó;
4. Bất kỳ việc nhiễm hay lây truyền hoặc được cho là nhiễm hay lây truyền các bệnh viêm gan B, C hoặc D hoặc bất kỳ rối loạn nào trực tiếp hay gián tiếp gây ra bởi hoặc có liên quan đến Hội chứng suy giảm miễn dịch ở người (HIV) mà giai đoạn đầu là HTLV III hoặc LAV hoặc những biến chứng, phát sinh hay biến thể có liên quan đến Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) hoặc các thể phức tạp có liên quan đến AIDS (ARC) hoặc bất cứ hội chứng hoặc rối loạn nào của một thể tương tự và/hoặc bệnh viêm gan;
5. Sự hoạt động của ngân hàng máu trừ các trường hợp tuân tủy phải cung cấp máu hoặc những sản phẩm huyết học cho hoạt động phẫu thuật, mổ của **Người được bảo hiểm** nêu tại hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm;
6. Những thiệt hại hay thương tật mang tính di truyền hoặc can thiệp liên quan đến công nghệ gen;
7. Những thiệt hại hay thương tật hay các biến chứng do hậu quả của việc sử dụng thuốc giảm cân hoặc sử dụng chất silicon.
8. Hoạt động của các nha sĩ và/hoặc các bác sĩ phẫu thuật viên nha khoa đối với:
 - 8.1. Gây mê tổng thể hoặc;
 - 8.2. Bất cứ thủ tục, công việc nào được thực hiện dưới dạng gây mê tổng thể.
Trừ khi được thực hiện tại một bệnh viện được cấp phép và công nhận, và bệnh nhân được giám sát thường xuyên bởi chuyên viên gây mê có phận sự.

9. Các dịch vụ được thực hiện khi đang chịu ảnh hưởng của các chất gây say hoặc chất ma túy hay các chất gây nghiện;
10. Bất cứ hành động cố ý, ác ý, thiếu trung thực, hành động tội phạm hoặc phạm pháp nào của Người được bảo hiểm và/hoặc người làm công của **Người được bảo hiểm** hay bất cứ người nào mà **Người được bảo hiểm** phải chịu trách nhiệm pháp lý;
11. Thiệt hại dưới bất kỳ hình thức nào, trực tiếp hoặc gián tiếp gây ra bởi vật liệu hạt nhân hoặc các đặc tính độc hại bao gồm nhưng không giới hạn bởi các thiết bị LASER dưới bất kỳ hình thức nào, trừ khi **Người được bảo hiểm** chứng minh được rằng các thiết bị và các chất đã sử dụng tuân thủ các tiêu chuẩn khoa học kỹ thuật và được sử dụng, vận hành và duy trì theo hướng dẫn của nhà sản xuất;
12. Việc sản xuất, xây dựng, thay thế, sửa chữa, bảo quản, xử lý bất kỳ hàng hóa hoặc sản phẩm nào được bán, cung cấp, hoặc phân phối bởi **Người được bảo hiểm** ngoài việc chi đơn thuần sử dụng cho hoạt động được bảo hiểm nêu trong hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm;
13. Khiếu nại phát sinh từ việc thử nghiệm thuốc và/hoặc các phương pháp điều trị;
14. Khiếu nại trực tiếp hoặc gián tiếp bắt nguồn từ việc thử nghiệm, thay đổi, xử lý, chế biến, sản xuất, quản lý, phân phối, lưu trữ, thay thế, ứng dụng khác trên người, vật (dù đã chết hay còn sống) và các cơ quan trên người, vật đó, máu, tế bào, chất bài tiết các loại và bất kỳ chất dẫn xuất trực tiếp hoặc gián tiếp nào từ đó bao gồm sinh tổng hợp bằng kỹ thuật kết hợp gen và các sản phẩm liên quan;
15. Một khiếu nại được lập bởi một **Người được bảo hiểm** nhằm chống lại một **Người được bảo hiểm** khác **Người được bảo hiểm** trên cùng một hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm. Điểm loại trừ này không áp dụng đối với trường hợp khiếu nại được lập bởi một **Người được bảo hiểm** gặp sự cố y khoa do được điều trị bởi một **Người được bảo hiểm** khác trong cùng một hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm nhằm chống lại **Người được bảo hiểm** khác này;
16. Trách nhiệm được **Người được bảo hiểm** thừa nhận theo bất kỳ hợp đồng, thỏa thuận hoặc bất kỳ cam kết nào bằng văn bản và/hoặc bằng miệng làm gia tăng trách nhiệm pháp lý của **Người được bảo hiểm**. Điểm loại trừ này không áp dụng đối với trách nhiệm mà **Người được bảo hiểm** lẽ ra đã phải chịu dù cho có sự tồn tại của hợp đồng, thỏa thuận hoặc cam kết nói trên hay không;
17. Bất cứ tổn thất, thiệt hại hay trách nhiệm nào liên quan hay là hậu quả của chiến tranh, xâm lược, hành động thù địch nước ngoài, tình trạng chiến sự (dù có tuyên chiến hay không), nội chiến, khủng bố, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa hoặc hành động quân sự hoặc hành động của lực lượng tiềm quyền;
18. Các tranh chấp liên quan tới thù lao và/hoặc phí dịch vụ;
19. Thiệt hại thuộc bất kỳ hình thức nào trực tiếp hoặc gián tiếp gây ra do hoặc phát sinh từ hoặc có liên quan đến phóng xạ ion hoá hoặc nhiễm phóng xạ;

III. KHIẾU NẠI BỒI THƯỜNG

Điều 1: Đề phòng, giảm thiểu sự cố

Người được bảo hiểm có trách nhiệm thực hiện tất cả những biện pháp hợp lý



(Handwritten signature)

nhằm đề phòng hoặc giảm thiểu các hậu quả của một sự cố y khoa có thể dẫn đến một khiếu nại thuộc phạm vi bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này.

Điều 2: Thông báo khiếu nại

Trong trường hợp xảy ra bất kỳ sự kiện hoặc tình huống nào có thể dẫn đến một khiếu nại đòi bồi thường theo Quy tắc bảo hiểm này, **Người được bảo hiểm** có trách nhiệm phải thông báo ngay cho **LPBI** bằng các phương tiện thông tin liên lạc nhanh nhất và thông báo bằng văn bản cho **LPBI** trong vòng 14 (mười bốn) ngày kể từ khi nhận được khiếu nại chống lại **Người được bảo hiểm** và người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở của **Người được bảo hiểm**, trừ trường hợp có sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan. Bất cứ khiếu nại nào phát sinh từ các sự kiện hoặc tình huống nêu trên, trong phạm vi bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này và được lập trong vòng 30 ngày kể từ ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm ghi trên hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ được coi như là đã được lập vào ngày cuối cùng của thời hạn bảo hiểm.

Điều 3: Giải quyết khiếu nại

Người được bảo hiểm không được thừa nhận trách nhiệm và/hoặc giải quyết hoặc thực hiện hay hứa hẹn việc thanh toán bất kỳ khoản tiền nào và/hoặc chi trả bất cứ chi phí, phí tổn nào liên quan đến bất cứ khiếu nại nào có thể được coi như khoản bồi thường, chi trả theo Quy tắc bảo hiểm này khi chưa có sự chấp thuận bằng văn bản của **LPBI**. **LPBI** được phép tiếp quản và kiểm soát trên danh nghĩa của **Người được bảo hiểm** trong việc bào chữa và/hoặc giải quyết bất kỳ khiếu nại nào nêu trên, và cũng vì mục đích đó **Người được bảo hiểm** có trách nhiệm cung cấp toàn bộ thông tin và sự hỗ trợ cho **LPBI** theo yêu cầu một cách hợp lý từ **LPBI**.

LPBI không được giải quyết bất kỳ khiếu nại nào khi không có sự chấp thuận của **Người được bảo hiểm**. Tuy nhiên, nếu **Người được bảo hiểm** không chấp thuận cách thức giải quyết khiếu nại theo đề nghị của **LPBI** và tiếp tục tranh cãi hoặc tiến hành bất cứ thủ tục pháp lý nào, thì trách nhiệm của **LPBI** sẽ không vượt quá số tiền mà lẽ ra đã có thể được giải quyết để chi trả cho khiếu nại cộng với chi phí và phí tổn đã phát sinh với sự đồng ý của **LPBI** cho đến ngày **Người được bảo hiểm** thực hiện việc từ chối đó.

Điều 4: Giới hạn trách nhiệm của LPBI

LPBI có thể bồi thường cho **Người được bảo hiểm** tối đa bằng hạn mức trách nhiệm ghi trên hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm để giải quyết một hoặc những khiếu nại liên quan bất kỳ sự cố y khoa nào, ngoài ra **LPBI** sẽ không phải chịu thêm bất kỳ trách nhiệm nào liên quan đến sự cố y khoa đó ngoại trừ việc thanh toán chi phí và phí tổn pháp lý đã phát sinh trước khi thanh toán số tiền bồi thường.

Nếu tại thời điểm xảy ra bất kỳ sự cố hoặc khiếu nại, có bất kỳ một hợp đồng bảo hiểm nào khác tồn tại độc lập bảo hiểm cho **Người được bảo hiểm** hoặc được thực hiện bởi hoặc trên danh nghĩa của **Người được bảo hiểm** cũng bảo hiểm cho sự cố hoặc khiếu nại đó, **LPBI** sẽ không có trách nhiệm phải bồi thường cho **Người được bảo hiểm** đối với sự cố hoặc khiếu nại đó ngoại trừ số tiền vượt quá nằm

ngoài số tiền lẽ ra phải được thanh toán theo hợp đồng bảo hiểm khác đó cho dù hợp đồng bảo hiểm này có hiệu lực hoặc không.

Điều 5: Quy định về ngày hồi tố

Trong trường hợp áp dụng ngày hồi tố, phạm vi bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này không áp dụng đối với những khiếu nại được lập chống lại **Người được bảo hiểm** liên quan đến các sự cố y khoa xảy ra hoặc được cho là đã xảy ra trước ngày hồi tố đã nêu trong hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 6: Hỗ trợ bào chữa khiếu nại

Người được bảo hiểm vào bất cứ thời điểm nào có trách nhiệm:

1. Duy trì việc lập hồ sơ mô tả chính xác toàn bộ những dịch vụ chuyên môn nhằm đảm bảo tính sẵn sàng cho việc kiểm tra và/hoặc sử dụng của **LPBI** hoặc người đại diện hợp pháp của **LPBI** trong phạm vi liên quan của hồ sơ đó với bất kỳ khiếu nại nào theo Quy tắc bảo hiểm này;
2. Cung cấp cho **LPBI** hoặc người đại diện hợp pháp của **LPBI** những thông tin, những bản báo cáo có chữ ký xác nhận và hỗ trợ khi **LPBI** yêu cầu, và;
3. Bằng chi phí của mình, hỗ trợ trong quá trình bào chữa bất cứ khiếu nại nào mà không phụ thuộc vào chi phí của **LPBI** (**LPBI** sẽ hoàn trả cho **Người được bảo hiểm** các chi phí này trên cơ sở tuân thủ các điều kiện, điều khoản bảo hiểm quy định trong hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm).

Điều 7: Cơ sở của trách nhiệm bồi thường

Việc tuân thủ và thực hiện các điều khoản, điều kiện trong mức độ liên quan đến bất kỳ công việc nào **Người được bảo hiểm** có trách nhiệm thực hiện hoặc phải tuân thủ cũng như tính xác thực của các lời khai của bên mua bảo hiểm và **Người được bảo hiểm** trong giấy yêu cầu bảo hiểm (đính kèm và là cơ sở pháp lý cấu thành của hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm) sẽ là điều kiện tiên quyết đối với bất kỳ trách nhiệm bồi thường nào của **LPBI** theo Quy tắc bảo hiểm này.

Điều 8: Nguyên tắc thế quyền

Các bên thỏa thuận rằng nếu **LPBI** chi trả cho bất kỳ khoản thanh toán nào cho bất kỳ khiếu nại nào theo Quy tắc bảo hiểm này, **LPBI** được quyền kế thừa toàn bộ quyền lợi của **Người được bảo hiểm** trong việc truy đòi một bên thứ ba gây ra khiếu nại đó.

Điều 9: Sự trung thực của Người được bảo hiểm

Nếu **Người được bảo hiểm** cung cấp bất cứ thông tin nào với mục đích lừa đảo hoặc thiếu trung thực, trên phương diện số tiền khiếu nại, chi phí và/hoặc bất cứ yếu tố nào khác, hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ bị mất hiệu lực hoàn toàn và **Người được bảo hiểm** sẽ mất toàn bộ quyền lợi liên quan theo hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 10: Bảo hiểm trùng

Hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm này sẽ không áp dụng liên quan tới bất cứ loại hình bảo hiểm nào khác và sẽ chỉ bồi thường cho những tổn thất hoặc

C.P. I

thiệt hại trong trường hợp và ở mức độ không được bồi thường theo bất kỳ hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm nào khác.

Điều 11: Huỷ bỏ hợp đồng bảo hiểm

1. Với điều kiện tính đến thời điểm chấm dứt hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm chưa có bất kỳ tổn thất, thiệt hại hay trách nhiệm nào xảy ra đã được bồi thường hoặc được cho là có thể sẽ được bồi thường theo phạm vi của hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm, hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm có thể được chấm dứt tại bất cứ thời điểm nào theo yêu cầu của **Người được bảo hiểm** bằng cách gửi văn bản thông báo hủy bỏ cho **LPBI**, và hiệu lực bảo hiểm sẽ chấm dứt không muộn hơn 05 (năm) ngày kể từ ngày thông báo được gửi đi hoặc vào một ngày cụ thể được nêu trong văn bản thông báo. Trong trường hợp đó **LPBI** hoàn lại 70% số phí bảo hiểm của thời gian còn lại.
2. Hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm cũng có thể được chấm dứt theo quyết định của **LPBI**, trong trường hợp đó, **LPBI** sẽ thông báo bằng văn bản cho **Người được bảo hiểm** biết về việc này, và **LPBI** có trách nhiệm hoàn trả 100% phí bảo hiểm tính theo tỷ lệ tương ứng với thời gian từ ngày thông báo hủy bỏ cho đến ngày kết thúc hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm ghi trong hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm. Trong mọi trường hợp hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt hiệu lực sau năm (05) ngày kể từ ngày **LPBI** gửi thông báo.
3. Nếu quy định về việc chấm dứt hợp đồng trong hợp đồng bảo hiểm và/ hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm không phù hợp với quy định pháp luật điều chỉnh hợp đồng bảo hiểm và/ hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm thì việc chấm dứt hợp đồng sẽ được điều chỉnh theo quy định của pháp luật có liên quan.

Điều 12: Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp giữa **Người được bảo hiểm** và **LPBI** liên quan đến Bộ Hợp đồng bảo hiểm nếu không giải quyết được bằng thương lượng sẽ được giải quyết thông qua hòa giải hoặc đưa ra tòa án có thẩm quyền để giải quyết theo quy định pháp luật, trừ khi có thỏa thuận khác trong bộ Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 13: Quy định về giới hạn pháp lý

Việc bồi thường theo Quy tắc bảo hiểm này và/hoặc bất kỳ sửa đổi bổ sung nào đính kèm phải được giới hạn áp dụng theo luật pháp của quốc gia nêu trong hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm.