

Số: ~~883~~.../QĐ-PVIBH

Hà Nội, ngày 14 tháng 8 năm 2015

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành Quy tắc, Bảng quyền lợi, Biểu phí và Điều khoản bổ sung
Bảo hiểm sức khỏe PVI (PVI care)

TỔNG GIÁM ĐỐC
TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM PVI

Căn cứ Luật Doanh nghiệp số 68/2014/QH13 ngày 26/11/2014;

Căn cứ Luật Kinh doanh Bảo hiểm số 24/2000/QH10 ngày 9/12/2000 và Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 61/2010/QH12 ngày 24/11/2010;

Căn cứ Giấy phép thành lập và hoạt động của Tổng công ty Bảo hiểm PVI số 63 GP/KDBH ngày 28/6/2011 và các Giấy phép điều chỉnh do Bộ Tài chính cấp;

Căn cứ Điều lệ Tổng công ty Bảo hiểm PVI ban hành kèm theo Quyết định số 06/QĐ-PVI ngày 29/7/2011 của Hội đồng Quản trị Công ty cổ phần PVI;

Căn cứ Công văn Số 4300/BTC-QLBH ngày 04/04/2014 của Bộ Tài chính v/v phê chuẩn sản phẩm bảo hiểm;

Xét đề nghị của Phó trưởng ban phụ trách Ban Bảo hiểm Con người,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1: Ban hành kèm theo Quyết định này Quy tắc, Bảng quyền lợi, Biểu phí, Điều khoản bổ sung Bảo hiểm Sức khỏe PVI (PVI Care).

Điều 2: Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày 15/09/2015, thay thế cho Quyết định số 399/QĐ-PVIBH ngày 28/5/2014 và Quyết định số 1336/QĐ-PVIBH ngày 3/11/2014 của Tổng giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm PVI.

Điều 3: Các Phó Tổng giám đốc, Kế toán trưởng, Chánh văn phòng, các Trưởng Ban, Tổng giám đốc / Giám đốc các công ty bảo hiểm thành viên chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- CT HĐTV (để b/cáo);
- KSV (để biết)
- Lưu VT, CN, 2.



Kương Quốc Lâm

**QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE PVI
(PVI CARE)**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số ... 883.../QĐ-PVIBH ngày 14 tháng 8... năm 2015,
của Tổng giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm PVI)*

**PHẦN I
NGUYÊN TẮC CHUNG**

Quy tắc bảo hiểm này là thoả thuận giữa Tổng công ty Bảo hiểm PVI (dưới đây được gọi là “Bảo hiểm PVI”) với Đơn vị tham gia bảo hiểm có tên trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Phạm vi bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1. Phạm vi lãnh thổ

Người được bảo hiểm được chi trả bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này trong trường hợp bị tai nạn, ốm đau bệnh tật và những chi phí y tế liên quan phát sinh trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam và/hoặc ở nước ngoài (Phạm vi cụ thể được quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm).

2. Đối tượng bảo hiểm

2.1. Đối tượng bảo hiểm:

- Thành viên thuộc các tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam.
- Người phụ thuộc hợp pháp của các thành viên được bảo hiểm.

Với điều kiện thành viên và người phụ thuộc hợp pháp có độ tuổi từ 15 ngày tuổi tới 65 tuổi đang sinh sống tại Việt Nam.

2.2. Không nhận bảo hiểm cho các đối tượng sau:

- Những người bị bệnh tâm thần, phong, ung thư
- Những người bị tàn tật hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên
- Những người đang trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật

3. Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Theo Quy tắc bảo hiểm này, Hợp đồng bảo hiểm được cấp cho một nhóm người với số lượng từ 10 thành viên trở lên đang làm việc tại cùng một Công ty, một doanh nghiệp, một đoàn thể, một hiệp hội hay bất kỳ tổ chức tương tự nào khác và do các công ty/ doanh nghiệp/tổ chức đó đứng tên là chủ Hợp đồng.

4. Phí bảo hiểm

- Phí bảo hiểm, số tiền bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

- Phí bảo hiểm phải được thanh toán theo thời hạn thanh toán được ghi trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm và theo quy định của pháp luật. Bảo hiểm PVI sẽ không chịu trách nhiệm bồi thường nếu phí bảo hiểm không được thanh toán đúng hạn.
- Phí bảo hiểm sẽ được tính toán lại vào thời điểm tái tục bảo hiểm.

5. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm là 01 (một) năm hoặc do các bên thỏa thuận (Thời hạn cụ thể được quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm).

6. Phí bảo hiểm ngắn hạn

- Thời hạn đến 1 tháng : 1/4 phí bảo hiểm năm
- Thời hạn đến 2 tháng : 3/8 phí bảo hiểm năm
- Thời hạn đến 3 tháng : 1/2 phí bảo hiểm năm
- Thời hạn đến 4 tháng : 5/8 phí bảo hiểm năm
- Thời hạn đến 6 tháng : 3/4 phí bảo hiểm năm
- Thời hạn đến 8 tháng : 7/8 phí bảo hiểm năm
- Thời hạn trên 8 tháng : Phí bảo hiểm năm

Đóng phí bảo hiểm theo biểu phí ngắn hạn này, quyền lợi bảo hiểm sẽ được giải quyết theo giới hạn năm.

7. Thay đổi quyền lợi

Trong thời hạn bảo hiểm, Bảo hiểm PVI không đồng ý việc thay đổi các quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết. Quyền lợi bảo hiểm chỉ có thể được thay đổi khi tái tục Hợp đồng bảo hiểm, trừ khi có thỏa thuận khác với Bảo hiểm PVI bằng văn bản.

8. Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm

Trường hợp một trong hai bên đề nghị hủy bỏ Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, bên yêu cầu hủy bỏ phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày định hủy bỏ.

Nếu Đơn vị tham gia bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại. Bảo hiểm PVI chỉ hoàn trả phí bảo hiểm với điều kiện trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm chưa có khiếu nại yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào xảy ra (trừ trường hợp khiếu nại bị từ chối trả tiền bảo hiểm).

Nếu Bảo hiểm PVI yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại.

9. Tái tục Hợp đồng bảo hiểm

Khi kết thúc thời hạn bảo hiểm, Bảo hiểm PVI có quyền từ chối tái tục Hợp đồng bảo hiểm hay điều chỉnh các điều kiện, điều khoản, quyền lợi, phí bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm tái tục.

10. Trách nhiệm

Trách nhiệm của Bảo hiểm PVI sẽ chấm dứt ngay lập tức cùng với thời điểm hết hiệu lực của Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, trừ trường hợp khiếu nại cho sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời gian hiệu lực bảo hiểm và/hoặc đang được Bảo hiểm PVI giải quyết (không bao gồm những sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời hạn bảo hiểm nhưng hậu quả xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm, trừ khi có thỏa thuận khác với Bảo hiểm PVI bằng văn bản).

Đối với trường hợp hủy bỏ Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm trước thời hạn, trách nhiệm của Bảo hiểm PVI sẽ chấm dứt ngay lập tức cùng với thời điểm hủy bỏ Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm bao gồm cả những sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời hạn bảo hiểm nhưng hậu quả xảy ra sau khi chấm dứt Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

11. Kiểm tra y tế

Bảo hiểm PVI có quyền thông qua các chuyên viên y tế giám định y khoa tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm vào bất kỳ lúc nào nếu cần thiết, bao gồm cả trước khi nhận bảo hiểm và trong suốt thời gian phát sinh khiếu nại. Chi phí giám định y khoa sẽ được Bảo hiểm PVI chi trả.

12. Trách nhiệm của Người được bảo hiểm

- kê khai trung thực, đầy đủ các khoản mục quy định trên Giấy yêu cầu bảo hiểm và nộp phí bảo hiểm theo đúng quy định.
- Tuân thủ và thực hiện đầy đủ mọi điều khoản của Quy tắc bảo hiểm này.
- Khi xảy ra sự kiện được bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc thân nhân của Người được bảo hiểm phải áp dụng các biện pháp cần thiết và có thể thực hiện được để giảm thiểu hậu quả.
- Thông báo sớm nhất cho Bảo hiểm PVI 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 sự kiện được bảo hiểm.

Trường hợp Người được bảo hiểm hoặc người được ủy quyền hoặc người thừa kế hợp pháp không trung thực trong việc thực hiện các trách nhiệm trong Quy tắc này, Bảo hiểm PVI có quyền hủy bỏ Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc từ chối một phần hoặc toàn bộ số tiền bảo hiểm tùy theo mức độ vi phạm. Khoản phí bảo hiểm đã đóng sẽ không được hoàn lại.

PHẦN II CÁC ĐỊNH NGHĨA

Một số thuật ngữ trong Quy tắc bảo hiểm sẽ được hiểu như sau:

1. **Người được bảo hiểm:** Là cá nhân đã hoàn thành việc kê khai, hoặc tên của họ được kê khai trong Giấy yêu cầu tham gia bảo hiểm và hiệu lực bảo hiểm đã được xác nhận, hoặc là người có tên trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
2. **Đơn vị tham gia bảo hiểm / Chủ Hợp đồng bảo hiểm:** Là đơn vị ký kết Hợp đồng bảo hiểm với Bảo hiểm PVI.
3. **Hợp đồng bảo hiểm:** Là Hợp đồng mà Bảo hiểm PVI ký với Đơn vị tham gia bảo hiểm / Chủ Hợp đồng bảo hiểm, theo đó Bảo hiểm PVI cung cấp dịch vụ bảo hiểm theo Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe PVI (PVI Care). Bộ Hợp đồng bảo hiểm bao gồm Giấy

yêu cầu tham gia bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, Quy tắc Bảo hiểm sức khoẻ PVI, Bảng quyền lợi bảo hiểm và những giấy tờ liên quan khác.

4. **Tái tục liên tục:** Là việc Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm có ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm vào ngày kế tiếp sau ngày hết hạn bảo hiểm của Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm mà Đơn vị tham gia bảo hiểm / Chủ hợp đồng bảo hiểm/ Người được bảo hiểm đã tham gia trước đó tại Bảo hiểm PVI .
5. **Nhân viên:** Là thành viên của một Công ty, một doanh nghiệp, một đoàn thể, một hiệp hội hay bất kỳ tổ chức tương tự nào khác, có hợp đồng lao động hoặc hợp đồng thù việc hoặc các thỏa thuận lao động được pháp luật công nhận với công ty / doanh nghiệp / tổ chức đó.
6. **Người phụ thuộc hợp pháp:** Là vợ hoặc chồng của Người được bảo hiểm (loại trừ những người đã ly hôn theo pháp luật), bố mẹ đẻ hoặc bố mẹ chồng/vợ theo luật pháp của Người được bảo hiểm và/hoặc con đẻ, con ngoài giá thú, con riêng của vợ hoặc chồng, người được nuôi dưỡng, con nuôi hợp pháp.

Điều kiện tham gia của người con phụ thuộc:

- Có tình trạng sức khỏe bình thường và ít nhất phải được 15 ngày tuổi (hoặc ngày ra viện sau khi sinh) tùy theo ngày nào đến sau;
- Không vượt quá 18 tuổi (hoặc 25 tuổi với điều kiện người phụ thuộc này đã và đang học tập liên tục từ trước);
- Chưa kết hôn.

Tất cả những người phụ thuộc phải có tên trong Danh sách người được bảo hiểm.

7. **Tai nạn:** Là sự cố bất ngờ hay không lường trước, gây ra bởi một lực tác động từ bên ngoài lên thân thể Người được bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến tử vong hoặc thương tật thân thể cho Người được bảo hiểm và ngoài sự kiểm soát và ý định của Người được bảo hiểm.
8. **Thương tật toàn bộ vĩnh viễn:** Là thương tật thân thể do tai nạn gây ra 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, kéo dài suốt 12 tháng liên tục và không hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó hoặc theo quyết định của Hội đồng Giám định y khoa xác định Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể vĩnh viễn từ 81% trở lên.

Theo quy định của Quy tắc bảo hiểm này, Thương tật toàn bộ vĩnh viễn chỉ được xác định sau khi điều trị tổn thương thân thể gây ra thương tật đó đã kết thúc.

9. **Thương tật bộ phận vĩnh viễn:** Là thương tật thân thể do tai nạn gây ra làm cho Người được bảo hiểm vĩnh viễn mất đi chức năng hoạt động của một hay nhiều bộ phận của cơ thể.

Theo quy định của Quy tắc bảo hiểm này, Thương tật bộ phận vĩnh viễn được liệt kê trong Phụ lục 2 đính kèm Quy tắc và chỉ được xác định sau khi điều trị tổn thương thân thể gây ra thương tật đó đã kết thúc.

10. **Thương tật tạm thời:** Là tình trạng mà Người được bảo hiểm bị thương tật không thể thực hiện một phần hoặc toàn bộ công việc hàng ngày của mình trong một khoảng thời gian nhất định.
11. **Óm đau, bệnh tật:** Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của một bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường cần thiết phải điều trị y tế.

12. **Tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật:** Là một sự biến đổi hoàn toàn về thể chất và tinh thần của một người làm cho Người được bảo hiểm không thể thực hiện được bất kỳ các nhu cầu cá nhân, xã hội hay công việc nào, hoặc đáp ứng những yêu cầu của luật pháp.
13. **Bệnh mãn tính:** Là tình trạng bệnh mà theo ý kiến của Bác sỹ đa khoa, chuyên khoa hay cố vấn y tế hành nghề hợp pháp là bệnh tiến triển kéo dài và không có khả năng chữa khỏi hoàn toàn.
14. **Bệnh có sẵn:** Là những bệnh có từ trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm và là bệnh mà Người được bảo hiểm:
- Đã phải điều trị trong vòng 3 năm trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm, hoặc
 - Có triệu chứng về mặt y khoa, đã tồn tại và có nguồn gốc từ trước khi bảo hiểm có hiệu lực, bất kể là Người được bảo hiểm đã được điều trị hay được tư vấn khám trước đó hay chưa.
- Theo quy tắc bảo hiểm này, ngoài các bệnh có sẵn theo định nghĩa trên, một số bệnh sau được hiểu là Bệnh có sẵn: viêm Amidan cần phải cắt, viêm VA cần phải nạo, vẹo vách ngăn cần phẫu thuật, rối loạn tiền đình, thoái hóa khớp / đốt sống / cột sống, viêm tai giữa cần phẫu thuật, thoát vị đĩa đệm, bệnh hen.
15. **Bệnh đặc biệt:** Là các bệnh ung thư và u các loại, huyết áp, tim mạch, loét dạ dày, viêm đa khớp mãn tính, loét ruột, viêm gan các loại, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi các loại trong hệ thống tiết niệu và đường mật, đục thủy tinh thể, viêm xoang, bệnh đái tháo đường, Parkinson, bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu.
16. **Bệnh / Di tật bẩm sinh:** Là sự phát triển không bình thường của một bộ phận hoặc cấu trúc về mặt hình dạng, cấu tạo hoặc vị trí ngay từ khi hình thành trong tử cung theo kết luận của bác sỹ.
17. **Thai kỳ:** Là quá trình kể từ ngày đầu tiên thụ thai theo chẩn đoán của bác sỹ cho đến khi sinh.
18. **Biến chứng thai sản:** là tình trạng bất thường của bào thai, biến chứng do nguyên nhân tai nạn hoặc bệnh lý phát sinh trong quá trình mang thai của Người được bảo hiểm (không bao gồm trường hợp sinh non, sinh mổ theo yêu cầu) cần điều trị y tế theo chỉ định của bác sỹ.
19. **Bệnh viện:** Là cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được Nhà nước công nhận và:
- Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật.
 - Có điều kiện thuận lợi và có giấy phép cho việc điều trị nội trú và có phiếu theo dõi sức khỏe hàng ngày cho mỗi bệnh nhân.
 - Không phải là nơi dừng 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 hoặc để điều trị các căn bệnh rối loạn tâm thần, phong.
20. **Bác sỹ:** Là một người có giấy phép hành nghề hợp pháp, được luật pháp của Nước sở tại công nhận và bác sỹ đó đang điều trị, hành nghề trong phạm vi giấy phép được cấp và trong phạm vi chuyên ngành đào tạo của mình, nhưng loại trừ bác sỹ chính là Người được bảo hiểm hay vợ hoặc chồng, bố, mẹ, con, anh, chị em ruột của Người được bảo hiểm. Bác sỹ có thể là một cố vấn y tế hay bác sỹ chuyên khoa.
21. **Nằm viện:** Là việc bệnh nhân cần thiết phải điều trị trong ngày và/hoặc điều trị nội trú ít nhất 24 giờ liên tục và phải có giấy nhập viện và/hoặc ra viện do bệnh viện cấp, kể cả việc sinh đẻ hoặc điều trị trong thời gian mang thai.

22. **Tiền giường điều trị:** Là chi phí tiền giường nằm điều trị trong một phòng tiêu chuẩn và/hoặc phòng chăm sóc đặc biệt (ICU) và các khoản chi phí liên quan trực tiếp đến việc điều trị của Người được bảo hiểm, chi phí chăm sóc y tế cần thiết do một y tá có bằng cấp chăm sóc. Bảo hiểm PVI không thanh toán các chi phí không phải là chi phí y tế như điện thoại, báo chí, tiếp khách, mỹ phẩm.
23. **Phòng tiêu chuẩn:** Theo Quy tắc bảo hiểm này, phòng tiêu chuẩn được giới hạn tới loại phòng đơn có giá thấp nhất tại cơ sở y tế điều trị, không bao gồm phòng theo yêu cầu và bao phòng.
24. **Điều trị trong ngày:** Là việc Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện để điều trị một bệnh đã được chẩn đoán xác định, có phác đồ điều trị có phát sinh chi phí giường bệnh nhưng không phải ở lại bệnh viện qua đêm.
25. **Điều trị ngoại trú:** Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải điều trị ốm đau, bệnh tật hoặc tai nạn tại một cơ sở y tế hợp pháp mà không phải nằm viện.
26. **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 một trong những chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.
27. **Phẫu thuật:** Là một phương pháp khoa học dùng để điều trị thương tật hoặc bệnh tật, thai sản 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, bao gồm cả hình thức mổ nội soi, mổ bằng tia laser. Các loại phẫu thuật phải thuộc danh mục phẫu thuật do Bộ y tế Việt Nam quy định.
28. **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 quy tắc, 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 hoặc thương tật tương tự.
29. **Thuốc kê theo đơn của bác sỹ:** là những loại thuốc được bác sỹ kê đơn theo quy chế kê toa của Bộ Y tế Việt Nam và quy định của pháp luật.
30. **Chi phí trước khi nhập viện:** Là các chi phí khám và sử dụng các xét nghiệm chẩn đoán theo chỉ định của bác sỹ, liên quan trực tiếp đến bệnh cần phải nhập viện và cần theo dõi, chỉ được chấp nhận một lần gần nhất trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện.
31. **Chi phí điều trị sau khi xuất viện:** Là các chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sỹ của cơ sở điều trị nhưng tối đa không vượt quá 30 ngày và liên quan trực tiếp đến việc điều trị nội trú trước đó. Các chi phí này bao gồm phí khám, kiểm tra, siêu âm, chụp, chiếu, xét nghiệm cơ bản và thuốc.
32. **Chăm sóc y tế tại nhà:** Là các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp được thực hiện tại nhà của Người được bảo hiểm và ngay sau khi ra viện (thời gian nằm viện tối thiểu là 7 ngày). Dịch vụ này phải được thực hiện theo chỉ định của bác sỹ điều trị vì những lý do đặc thù của ngành y.
33. **Chi phí khám thai định kỳ:** Là các chi phí khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh trong quá trình mang thai bao gồm: xét nghiệm nước tiểu thông thường, xét nghiệm máu cơ bản, siêu âm (không bao gồm siêu âm 4D).
34. **Lần khám/điều trị:** Là việc khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thuốc điều trị được thực hiện theo chỉ định của một Bác sỹ tại một thời điểm.
35. **Trợ cấp mai táng:** Là khoản trợ cấp trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong

do rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm, với điều kiện Người được bảo hiểm có phát sinh chi phí y tế trước khi tử vong.

36. **Bộ phận giả:** Là bộ phận nhân tạo để thay thế cho các bộ phận của cơ thể.
37. **Dụng cụ / thiết bị y tế hỗ trợ điều trị:** Là các dụng cụ / thiết bị y tế:
 - Được đặt / cấy / trồng vào bất cứ một bộ phận nào của cơ thể để hỗ trợ cho chức năng hoạt động của bộ phận đó và/hoặc hỗ trợ cho việc điều trị và phẫu thuật (trừ trường hợp điều trị thương tật do tai nạn), bao gồm nhưng không giới hạn: stent, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp, vis, chốt treo, máy tạo nhịp tim.
 - Được sử dụng bên ngoài cơ thể nhằm hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể bao gồm nhưng không giới hạn: nạng, nẹp, xe lăn, xe đẩy, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim.
 - Các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác.
38. **Điều trị phục hồi chức năng:** Là một phần chương trình điều trị của bệnh nhân nội trú dưới sự giám sát của bác sĩ và phải là chương trình điều trị phục hồi đã được công nhận, nhằm mục đích khôi phục lại tình trạng bình thường và/hay chức năng sau tổn thương cấp tính hoặc do bệnh. Điều trị phục hồi chức năng bao gồm điều trị nội khoa dùng thuốc, ngoại khoa - phẫu thuật và nhiều kỹ thuật khác, trong đó có kỹ thuật vật lý trị liệu.
39. **Vật lý trị liệu:** Là phương pháp điều trị bằng cách sử dụng các tác nhân vật lý tự nhiên hay nhân tạo như nước, không khí, nhiệt độ, điện, tia X, tia cực tím, tia hồng ngoại, siêu âm, các chất đồng vị phóng xạ, xoa bóp..., không bao gồm massage, spa, chỉnh hình thẩm mỹ.
40. **Số tiền bảo hiểm:** Là số tiền bồi thường tối đa được ghi trong Bảng quyền lợi bảo hiểm mà Bảo hiểm PVI có thể sẽ chi trả trong 01 năm bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm / người thụ hưởng khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.
41. **Giới hạn trách nhiệm chi tiết (phụ):** Là giới hạn bồi thường tối đa có thể 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.
42. **Thời gian chờ:** Là khoảng thời gian mà Chủ hợp đồng / Người được bảo hiểm không được thanh toán cho một quyền lợi bảo hiểm cụ thể, bao gồm cả những sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời gian chờ nhưng hậu quả xảy ra/điều trị kéo dài ngoài thời gian chờ và trong thời hạn bảo hiểm. Thời hạn chờ áp dụng cho một quyền lợi nào thì phải được thể hiện trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm tương ứng với quyền lợi đó.
43. **Đồng chi trả:** Đồng chi trả là số tiền theo tỷ lệ mà Bảo hiểm PVI và Người được bảo hiểm cùng chi trả khi phát sinh chi phí thuộc phạm vi 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 nội trú / ngoại trú tùy theo mức nào thấp hơn thì được áp dụng. Giới hạn chi phí được bảo hiểm sau khi đồng chi trả tối đa bằng giới hạn quyền lợi quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.
44. **Sự kiện bảo hiểm:** Là sự kiện khách quan được quy định trong mục Phạm vi bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này mà khi sự kiện đó xảy ra thì Bảo hiểm PVI phải trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng.
45. **Dịch bệnh:** Theo công bố của Cơ quan chức năng.

PHẦN III
CÁC ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM

- 1. Điều kiện bảo hiểm A – Tử vong hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản**
 - 1.1. Phạm vi bảo hiểm:** Bảo hiểm trường hợp bị tử vong hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản trừ những điểm loại trừ quy định ở Phần IV dưới đây.
 - 1.2. Hiệu lực bảo hiểm:** Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm:
 - 30 ngày đối với trường hợp tử vong / tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật thông thường.
 - 270 ngày đối với trường hợp tử vong/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do thai sản.
 - 365 ngày đối với trường hợp tử vong/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh đặc biệt, bệnh mãn tính và bệnh có sẵn.
 - Hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay với những Người được bảo hiểm đã tham gia liên tục đủ 1 năm trong Hợp đồng bảo hiểm năm liền trước sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo, trừ khi có thỏa thuận khác với Bảo hiểm PVI bằng văn bản.
 - 1.3. Quyền lợi của Người được bảo hiểm:** Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 2. Điều kiện bảo hiểm B – Tai nạn cá nhân**
 - 2.1. Phạm vi bảo hiểm:** Bảo hiểm trường hợp người được bảo hiểm bị tử vong, thương tật thân thể do tai nạn, trừ những điểm loại trừ quy định ở Phần IV dưới đây.
 - 2.2. Hiệu lực bảo hiểm:** Bảo hiểm có hiệu lực ngay kể từ ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.
 - 2.3. Quyền lợi của Người được bảo hiểm:**
 - **Quyền lợi 1 – Tử vong / thương tật toàn bộ vĩnh viễn ($\geq 81\%$):**
100% số tiền bảo hiểm
 - **Quyền lợi 2 - Thương tật bộ phận vĩnh viễn:**
Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI trả tiền bảo hiểm theo “Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật” tại Phụ lục 2 của Quy tắc bảo hiểm này.
Đối với Quyền lợi 1 và 2, Người được bảo hiểm sẽ không được hưởng nhiều hơn một trong các Quyền lợi 1 hoặc 2 liên quan đến cùng một tai nạn.
 - **Quyền lợi 3 - Trợ cấp ngày trong thời gian điều trị thương tật tạm thời:**
Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, độc lập với mọi nguyên nhân khác và chịu hậu quả là thương tật tạm thời thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI đồng ý thanh toán tiền trợ cấp hàng ngày trong quá trình điều trị y tế như đã quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm.
 - **Quyền lợi 4 - Chi phí y tế:**

Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do tai nạn, phát sinh các chi phí y tế (bao gồm cả điều trị nội trú, điều trị ngoại trú) thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ trả toàn bộ chi phí y tế thực tế và hợp lý theo giới hạn được ghi trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Bảo hiểm PVI chỉ nhận bảo hiểm Quyền lợi 3 và Quyền lợi 4 khi đã tham gia Quyền lợi 1 và Quyền lợi 2. Quyền lợi 3 và 4 được chi trả độc lập với Quyền lợi 1 và 2.

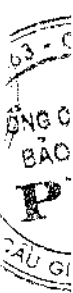
3. Điều kiện bảo hiểm C - Chi phí y tế do ốm đau, bệnh tật, thai sản

- 3.1. Phạm vi bảo hiểm:** Bảo hiểm trường hợp ốm đau, bệnh tật, thai sản phải nằm viện hoặc phẫu thuật, trừ những trường hợp loại trừ quy định ở Phần IV dưới đây.
- 3.2. Hiệu lực bảo hiểm:** Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm:
- 30 ngày đối với trường hợp bệnh tật thông thường.
 - 60 ngày đối với trường hợp sảy thai, nạo thai theo chỉ định của bác sĩ, điều trị thai sản.
 - 270 ngày đối với trường hợp sinh đẻ.
 - 365 ngày đối với bệnh đặc biệt, bệnh mãn tính và bệnh có sẵn.
 - Hợp đồng bảo hiểm có từ 50 nhân viên trở lên không áp dụng thời gian chờ nói trên đối với nhân viên. Nếu Người được bảo hiểm phải điều trị thai sản trong thời gian chờ 60 ngày hoặc sinh đẻ trong thời gian chờ 270 ngày, số tiền được trả sẽ tính theo tỷ lệ giữa số ngày kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm đến ngày sự kiện được bảo hiểm xảy ra với 60 ngày cho chi phí điều trị thai sản hoặc 270 ngày cho chi phí sinh đẻ.
 - Hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay với những Người được bảo hiểm đã tham gia liên tục đủ 1 năm trong Hợp đồng bảo hiểm năm liền trước sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo, trừ khi có thỏa thuận khác với Bảo hiểm PVI bằng văn bản.
- 3.3. Quyền lợi của Người được bảo hiểm:** Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện hoặc phẫu thuật thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI chi trả các quyền lợi về chi phí y tế và trợ cấp theo quy định tại Bảng quyền lợi bảo hiểm.

PHẦN IV LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

1. Những điểm loại trừ áp dụng chung cho các Điều kiện bảo hiểm

- 1.1. Điều trị ngoài phạm vi địa lý được quy định tại Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.2. Điều trị và/hoặc chăm sóc cai nghiện ma túy, cai nghiện rượu;
- 1.3. Điều trị và/hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ định của Cơ sở y tế / Bác sĩ.
- 1.4. Bất kỳ hình thức điều trị hoặc thuốc nào chưa được thử nghiệm lâm sàng hoặc chưa được chứng minh dựa trên kiến thức y học được chấp nhận rộng rãi; 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 Bộ y tế quy định.
- 1.5. Tử vong hoặc bất kỳ ốm đau, bệnh tật, thương tích nào gây ra bởi chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động dân sự, bạo loạn, các hoạt động dân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa, kiểm soát chính quyền bằng vũ lực.



- 1.6. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp.
- 1.7. Hậu quả của tai nạn xảy ra trước thời gian tham gia bảo hiểm (trừ khi có thỏa thuận khác với Bảo hiểm PVI bằng văn bản).
- 1.8. Người được bảo hiểm cố ý định tự tử hoặc cố ý dẫn thân vào nơi nguy hiểm không cần thiết trừ khi có ý định cứu người, cứu tài sản.
- 1.9. Thương tật của Người được bảo hiểm và bất kỳ hậu quả nào phát sinh từ hành động ẩu đả của Người được bảo hiểm, trừ phi chứng minh được đó là hành động tự vệ chính đáng hoặc hành động cứu người và bảo vệ tài sản.
- 1.10. Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm pháp luật, vi phạm quy chế an toàn lao động tại nơi làm việc.
- 1.11. Hậu quả của việc Người được bảo hiểm sử dụng rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích tương tự khác.
- 1.12. Bất kỳ việc điều trị hoặc thử nghiệm nào liên quan đến các bệnh lây lan qua đường tình dục, bất kỳ hội chứng phức hợp liên quan đến hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), tình trạng và bệnh liên quan đến virus HIV và bất kỳ hậu quả nào của các bệnh, hội chứng và tình trạng trên.
- 1.13. Điều trị và hậu quả của tất cả các loại bệnh tâm thần hoặc rối loạn tâm thần và hành vi, bệnh chậm phát triển, bệnh rối loạn thiếu tập trung, bệnh tự kỉ.
- 1.14. Tử vong hoặc bất kỳ ốm đau, bệnh tật, thương tích nào phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp từ ô nhiễm hoá học, chất phóng xạ, nguyên liệu hạt nhân hay thiên tai như động đất, núi lửa, sóng thần... hoặc dịch bệnh gây ra.
- 1.15. Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang.
- 1.16. Chi phí mua, lắp đặt, duy trì hay chỉnh sửa các bộ phận giá, các dụng cụ / thiết bị y tế hỗ trợ điều trị.

2. Loại trừ áp dụng cho Điều kiện bảo hiểm B - Tai nạn cá nhân

Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp, tham gia vào các hoạt động đua.

3. Loại trừ áp dụng cho Điều kiện bảo hiểm C - Chi phí y tế do ốm đau, bệnh tật, thai sản

- 3.1. Các sản phẩm vitamin hoặc khoáng chất, thực phẩm chức năng, các loại thuốc bổ sung cho chế độ dinh dưỡng, ăn kiêng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm, các chế phẩm y tế (trừ trường hợp vitamin hoặc khoáng chất được bác sĩ chỉ định để điều trị các bệnh/triệu chứng được xác định do thiếu hụt vitamin hoặc hỗ trợ điều trị bệnh với điều kiện chi phí cho vitamin/khoáng chất không lớn hơn chi phí thuốc điều trị).
- 3.2. Điều trị rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, ngủ ngáy, suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh, lao lực, hội chứng căng thẳng (stress), và/hoặc các tình trạng liên quan.
- 3.3. Dịch vụ khám hoặc điều trị tại nhà (trừ quyền lợi “Chi phí y tế chăm sóc tại nhà theo chỉ định của bác sĩ”); điều trị tại các trung tâm phục hồi, phòng tắm hơi, spa, khu nghỉ dưỡng, điều dưỡng, an dưỡng, điều trị phục hồi và các cơ sở điều trị bằng thủy lực hay các cơ sở tương tự, các phương pháp thiên nhiên, ngay cả khi việc nằm viện này có nhận được chỉ định y khoa, cũng như nằm tại các bệnh xá.

- 3.4. Kiểm tra sức khỏe hoặc giám định y khoa mà không liên quan đến việc điều trị bệnh tật.
- 3.5. Khám sức khỏe định kỳ/thông lệ, bao gồm kiểm tra sức khỏe tổng quát, khám phụ khoa/nam khoa; tầm soát ung thư, điều trị/dùng thuốc điều trị dự phòng; xét nghiệm / kiểm tra định kỳ sau điều trị với thời hạn quá 30 ngày kể từ ngày ra viện và cho kết quả bình thường; khám thai định kỳ, chăm sóc trẻ sơ sinh, tiêm chủng, uống vắc xin phòng ngừa. Kiểm tra thị lực và thính lực thông thường, điều trị các tật khúc xạ như cận thị, viễn thị, loạn thị; điều trị và phẫu thuật sửa chữa những khiếm khuyết và suy thoái thị lực và thính lực tự nhiên..
- 3.6. Khám / điều trị hoặc phẫu thuật các bệnh, dị tật bẩm sinh, di truyền.
- 3.7. Khám / điều trị những thương tật và chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm (trừ khi có thỏa thuận khác với Bảo hiểm PVI bằng văn bản).
- 3.8. Điều trị mang tính chất thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình, chỉnh hình trừ khi việc phẫu thuật này nhằm mục đích tái tạo để phục hồi chức năng của cơ quan bị tổn thương phát sinh trong thời hạn bảo hiểm.
- 3.9. Điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân), còi xương / suy dinh dưỡng / béo phì, điều trị mụn trứng cá, điều trị rụng tóc, điều trị tăng sắc tố (nám da).
- 3.10. Khám và điều trị tại các cơ sở khám chữa bệnh không có giấy phép hoạt động hợp pháp và không cung cấp được chứng từ/hóa đơn tài chính theo quy định của luật pháp.
- 3.11. Chăm sóc trước và sau khi sinh đẻ.
- 3.12. Khám chữa bệnh ngoại trú. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bổ sung “Điều trị ngoại trú”.
- 3.13. Kế hoạch hoá gia đình, điều trị vô sinh, điều trị bất lực, rối loạn / suy giảm chức năng sinh dục, thụ tinh nhân tạo, liệu pháp thay đổi hoóc môn, thay đổi giới tính hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của các điều trị trên.
- 3.14. Những bệnh đặc biệt, bệnh mãn tính và những bệnh có sẵn trong năm (12 tháng) đầu tiên được bảo hiểm (loại trừ này không áp dụng đối với nhân viên trong hợp đồng bảo hiểm cho 50 nhân viên trở lên).
- 3.15. Người được bảo hiểm bị nhiễm bệnh sốt rét, phong, lao.

PHẦN V THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

1. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Khi yêu cầu trả tiền bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người đại diện của Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp phải nộp cho Bảo hiểm PVI các giấy tờ sau đây trong vòng 60 ngày hoặc 180 ngày đối với thai sản kể từ ngày điều trị cuối cùng hoặc tử vong (nhưng không quá 01 năm kể từ ngày xảy ra sự kiện được bảo hiểm):

- Giấy đề nghị trả tiền bảo hiểm.
- Biên bản tai nạn có xác nhận của cơ quan, chính quyền địa phương hoặc Công an nơi Người được bảo hiểm bị tai nạn và giấy tờ xe gồm: giấy phép lái xe, giấy đăng ký xe trong trường hợp bị tai nạn khi đang điều khiển phương tiện giao thông (bản chính hoặc bản sao có xác nhận của Công chứng hoặc xác nhận đã đối chiếu bản gốc của Bảo hiểm PVI)

- Các chứng từ y tế: Giấy ra viện, phiếu điều trị (trường hợp nằm viện), phiếu mổ (trường hợp phẫu thuật), sổ khám bệnh, đơn thuốc, phiếu xét nghiệm... Trường hợp không cung cấp được bản chính thì cung cấp bản sao có xác nhận của Công chứng hoặc xác nhận đã đối chiếu bản gốc của Bảo hiểm PVI.
- Các chứng từ thanh toán (bản gốc, theo quy định của Bộ Tài chính và Tổng cục Thuế): hoá đơn, biên lai thu tiền, phiếu thu, bảng kê chi tiết, chứng từ hợp lệ khác. Giấy chứng từ (bản chính hoặc bản sao có xác nhận của Công chứng hoặc xác nhận đã đối chiếu bản gốc của Bảo hiểm PVI) và giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong.

Hoá đơn, chứng từ sẽ thuộc sở hữu của Bảo hiểm PVI.

2. Bảo hiểm khác

Nếu tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm được một chương trình bảo hiểm khác có hiệu lực chi trả cho cùng những chi phí và tổn thất được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này thì Người được bảo hiểm có quyền yêu cầu bồi thường ở bất kỳ chương trình bảo hiểm nào có hiệu lực. Trong trường hợp bồi thường đã được thanh toán bởi chương trình bảo hiểm khác thì Bảo hiểm PVI sẽ chỉ chi trả cho Người được bảo hiểm các khoản không được thanh toán theo chương trình bảo hiểm khác đó. Tuy nhiên, điều này sẽ không áp dụng đối với quyền lợi bảo hiểm Tử vong và thương tật vĩnh viễn.

3. Người thụ hưởng

Số tiền bảo hiểm được trả cho Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp, hoặc người được uỷ quyền hợp pháp.

4. Thời hạn giải quyết, khiếu nại và khởi kiện

Bảo hiểm PVI có trách nhiệm xem xét, giải quyết và thanh toán tiền bảo hiểm trong vòng 15 ngày làm việc kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ.


Thời hạn khiếu nại Bảo hiểm PVI về việc giải quyết trả tiền bảo hiểm là 12 tháng kể từ ngày nhận được thông báo kết quả giải quyết của Bảo hiểm PVI. Quá thời hạn trên mọi khiếu nại đều không có giá trị.

Thời hạn khởi kiện về hợp đồng bảo hiểm là 03 năm kể từ thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm.

PHẦN VI GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Khi phát sinh tranh chấp có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, nếu các bên không giải quyết được bằng thương lượng thì một trong hai bên có quyền đưa ra giải quyết tại Toà án có thẩm quyền tại Việt Nam theo quy định của Pháp luật./.

TỔNG GIÁM ĐỐC



Kương Quốc Lâm

PHỤ LỤC 1

ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM BỔ SUNG BẢO HIỂM PVI CARE

(Đính kèm và một phần không tách rời của Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe PVI (PVI Care) ban hành kèm theo Quyết định số .../QĐ-PVIBH ngày ... tháng ... năm ... của Tổng giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm PVI)

Khi đã tham gia các điều kiện bảo hiểm chính, nếu có nhu cầu, Người được bảo hiểm có thể tham gia một hoặc tất cả điều kiện bảo hiểm bổ sung dưới đây với điều kiện đóng thêm phí bảo hiểm bổ sung.

1. Bảo hiểm Điều trị ngoại trú

Bảo hiểm PVI sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm bổ sung này các chi phí y tế phát sinh điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật trong thời hạn bảo hiểm, bao gồm:

- Chi phí khám bệnh.
 - Chi phí thuốc men theo kê đơn của bác sĩ
 - Chi phí xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị bệnh do bác sĩ chỉ định
 - Điều trị bằng các phương pháp vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, nhiệt, liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định.
 - Điều trị răng cho các trường hợp: khám chụp Xquang răng, lấy cao răng, điều trị viêm nướu (lợi), nha chu, trám (hàn) răng bằng các chất liệu thông thường (amalgam hoặc composite), nhổ răng bệnh lý (bao gồm tiểu phẫu), điều trị tủy răng.
- Bảo hiểm PVI chỉ thanh toán chi phí Điều trị răng tại các bệnh viện, trung tâm y tế nhà nước và các bệnh viện, trung tâm y tế có ký thỏa thuận bảo lãnh viện phí với Bảo hiểm PVI (trừ khi có thỏa thuận khác với Bảo hiểm PVI bằng văn bản).

Hiệu lực bảo hiểm: Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm:

- 30 ngày đối với trường hợp bệnh tật thông thường
- 365 ngày đối với bệnh đặc biệt, bệnh mãn tính và bệnh có sẵn
- Không áp dụng thời gian chờ đối với nhân viên trong Hợp đồng bảo hiểm có từ 50 nhân viên trở lên.
- Các Hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay với những Người được bảo hiểm đã tham gia liên tục đủ 1 năm theo Hợp đồng bảo hiểm năm liền trước sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo trừ khi có thỏa thuận khác với Bảo hiểm PVI bằng văn bản.

Loại trừ bảo hiểm: Ngoài việc áp dụng các điểm loại trừ chung, riêng (theo các điều kiện A, B, C) quy định tại Quy tắc bảo hiểm, điều khoản bổ sung còn áp dụng thêm các loại trừ sau:

- Khám và các xét nghiệm không có kết luận bệnh của bác sĩ.
- Điều trị ngoại trú do tai nạn, thai sản (trừ trường hợp Khám thai định kỳ được quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm).

2. Bảo hiểm Điều trị răng (bổ sung ngoài STBH trong Điều trị ngoại trú)

(Chỉ nhận bảo hiểm khi đã tham gia bảo hiểm Điều trị ngoại trú)

Bảo hiểm PVI sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm bổ sung này các chi phí y tế chăm sóc và điều trị răng ngoài Số tiền bảo hiểm trong Quyền lợi Điều trị ngoại trú tại các bệnh viện, trung tâm y tế nhà nước và các bệnh viện, trung tâm y tế có ký thỏa thuận bảo lãnh viện phí với Bảo hiểm PVI (trừ khi có thỏa thuận khác với Bảo hiểm PVI bằng văn bản).

3. Khám chữa bệnh và điều trị ở nước ngoài

Trong trường hợp cấp cứu khẩn cấp, nếu việc xử lý không thực hiện được tại Việt Nam, cần thiết phải chuyển Người được bảo hiểm đến quốc gia gần nhất có trang thiết bị y tế thích hợp cho việc điều trị theo chỉ định của Bác sĩ điều trị cùng với Chuyên gia tư vấn y tế của Bảo hiểm PVI và Công ty hỗ trợ y tế.

- Khẩn cấp là trường hợp Người được bảo hiểm trong tình trạng sức khỏe mà theo ý kiến của Bác sĩ điều trị / Công ty hỗ trợ y tế và/hoặc Bảo hiểm PVI là 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. Mức độ nguy kịch sẽ được xét đoán theo hoàn cảnh của địa phương, bản chất của điều trị khẩn cấp và khả năng cung cấp dịch vụ cũng như cơ sở vật chất tại địa phương đó.
- Quyền lợi này bảo hiểm cho các chi phí phát sinh cần thiết và hợp lý cho :
 - Vận chuyển đến bệnh viện thích hợp gần nhất tại Thái Lan hoặc Singapore.
 - Bác sĩ / Y tá đi theo.
 - Nhập viện.
 - Chi phí y tế phát sinh tại bệnh viện.
 - Vận chuyển về nước (vé máy bay hạng phổ thông).
- Công ty hỗ trợ y tế và/hoặc Bảo hiểm PVI có toàn quyền quyết định:
 - Khi nào tình trạng bệnh của Người được bảo hiểm là khẩn cấp để chuyển nước ngoài.
 - Phương thức vận chuyển thích hợp nhất.
 - Bệnh viện thích hợp nhất.

4. Vận chuyển y tế cấp cứu

Quyền lợi bổ sung này bảo hiểm cho các chi phí chuyên chở bằng mọi phương tiện để vận chuyển cấp cứu Người được bảo hiểm đang trong tình trạng khẩn cấp tới một bệnh viện gần nhất trong phạm vi lãnh thổ quy định, tối đa tới số tiền quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Khẩn cấp là trường hợp Người được bảo hiểm trong tình trạng sức khỏe mà theo ý kiến của Bác sĩ điều trị / Công ty hỗ trợ y tế và/hoặc Bảo hiểm PVI là 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. Mức độ nguy kịch sẽ được xét đoán theo hoàn cảnh của địa phương, bản chất của điều trị khẩn cấp và khả năng cung cấp dịch vụ cũng như cơ sở vật chất tại địa phương đó.

5. Trợ cấp mất giảm thu nhập do ốm bệnh

Quyền lợi bổ sung này chi trả cho Người được bảo hiểm số tiền trợ cấp được quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị nội trú do ốm đau bệnh tật thuộc phạm vi bảo hiểm, có xác nhận khoản lương bị mất giảm trong thời gian nghỉ của cơ quan/tổ chức nơi Người được bảo hiểm đang làm việc.

PHỤ LỤC 2

BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM THƯƠNG TẬT

(Đính kèm và một phần không tách rời của Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe PVI (PVI Care) ban hành kèm theo Quyết định số 882/QĐ-PVIBH ngày 4/11 tháng 8 năm 2015 của Tổng giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm PVI)

TỬ VONG..... 100%

THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ

1. Mù hoặc mất hoàn toàn hai mắt..... 100%
2. Rối loạn tâm thần hoàn toàn không thể chữa được 100%
3. Hông toàn bộ chức năng nhai và nói 100%
4. Mất hoặc liệt hoàn toàn 2 tay (từ vai hoặc khuỷu xuống) hoặc 2 chân (từ háng hoặc đầu gối xuống) 100%
5. Mất cả 2 bàn tay hoặc 2 bàn chân, hoặc mất 1 cánh tay và 1 bàn chân, hoặc mất 1 cánh tay và 1 cẳng chân, hoặc 1 bàn tay và 1 cẳng chân, hoặc 1 bàn tay và 1 bàn chân 100%
6. Cắt toàn bộ 1 bên phổi và 1 phần phổi bên kia..... 100%
7. Mất hoàn toàn khả năng lao động mà không thể làm bất cứ việc gì (toàn bộ bị tê liệt, bị thương dẫn đến tình trạng nằm liệt giường hoặc dẫn đến tàn tật toàn bộ vĩnh viễn) 100%

THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN

CHI TRÊN

8. Mất 1 cánh tay từ vai xuống (tháo khớp vai)..... 80%
9. Cắt cụt cánh tay từ dưới vai xuống 75%
10. Cắt cụt 1 cánh tay từ khuỷu xuống (tháo khớp khuỷu) 70%
11. Mất trọn 1 bàn tay hoặc cả 5 ngón tay 65%
12. Mất đồng thời cả 4 ngón tay (trừ ngón cái) 45%
13. Mất đồng thời cả ngón cái và ngón trỏ 40%
14. Mất 3 ngón 3 - 4 - 5 32%
15. Mất ngón cái và 2 ngón khác 37%
16. Mất ngón cái và 1 ngón khác 32%
17. Mất ngón trỏ và 2 ngón khác 37%
18. Mất ngón trỏ và 1 ngón giữa..... 32%
19. Mất trọn ngón cái và đốt bàn 27%
 - Mất trọn ngón cái 22%
 - Mất cả đốt ngoài 12%
 - Mất ½ đốt ngoài 8%
20. Mất ngón trỏ và đốt bàn..... 22%
 - Mất ngón trỏ 20%

- Mất 2 đốt 2 và 3	10%
- Mất đốt 3	9%
21. Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn (cả đốt bàn)	20%
- Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn	17%
- Mất 2 đốt 2 và 3	10%
- Mất đốt 3	5%
22. Mất cả ngón út và đốt bàn	17%
- Mất cả ngón út	12%
- Mất 2 đốt 2 và 3	9%
- Mất đốt 3	5%
23. Cứng khớp bả vai	30%
24. Cứng khớp khuỷu tay	30%
25. Cứng khớp cổ tay	30%

CHI DƯỚI

26. Mất 1 chân từ háng xuống (tháo khớp háng 1 đùi)	80%
27. Cắt cụt 1 đùi	
- 1/3 trên	75%
- 1/3 giữa hoặc dưới	65%
28. Cắt cụt 1 chân từ gối xuống (tháo khớp gối)	65%
29. Tháo khớp cổ chân hoặc mất 1 bàn chân	60%
30. Mất xương sên	37%
31. Mất xương gót	40%
32. Mất đoạn xương chày, mác gãy khớp gối căng chân	40%
33. Mất đoạn xương mác	25%
34. Mất mắt cá chân	
- Mắt cá ngoài	12%
- Mắt cá trong	17%
35. Mất cả 5 ngón chân	50%
36. Mất 4 ngón cả ngón cái	42%
37. Mất 4 ngón trừ ngón cái	40%
38. Mất 3 ngón 3 - 4 - 5	27%
39. Mất 3 ngón 1 - 2 - 3	32%
40. Mất 1 ngón cái và ngón 2	22%
41. Mất 1 ngón cái	17%
42. Mất 1 ngón ngoài ngón cái	12%
43. Mất 1 đốt ngón cái	10%
44. Cứng khớp háng	50%
45. Cứng khớp gối	35%
46. Mất phần lớn xương bánh chè và giới hạn nhiều khả năng duỗi căng chân trên đùi	50%
47. Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi	

- ít nhất 5 cm	42%
- từ 3 - 5 cm.....	37%
48. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài.....	40%
49. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong	30%

CỘT SỐNG

50. Cắt bỏ cung sau của 1 đốt sống	35%
51. Cắt bỏ cung sau của 2 - 3 đốt sống trở lên.....	50%

SỌ NÃO

52. Khuyết xương sọ, chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần, đường kính dưới 6 cm	30%
53. Khuyết xương sọ, chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần, đường kính từ 6 đến 10 cm	50%
54. Khuyết xương sọ, chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần, đường kính trên 10 cm	60%
55. Rối loạn ngôn ngữ do ảnh hưởng của vết thương đại não:	
- nói ngọng , nói lắp, nói khó khăn ảnh hưởng đến giao tiếp.....	35%
- không nói được (câm) do tổn hại vùng Broca	65%
- mất khả năng giao dịch bằng chữ viết, mất nhận biết về ngôn ngữ do tổn hại vùng Werricke	60%

LÒNG NGỰC

56. Cắt bỏ 1 - 2 xương sườn	17%
57. Cắt bỏ 3 xương sườn (mỗi xương sườn cắt bỏ trên 03 xương sườn tăng thêm 5%).....	25%
58. Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn (mỗi đoạn xương sườn cắt bỏ thêm tăng 3%).....	8%
59. Cắt toàn bộ 1 bên phổi.....	75%
60. Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên, dung tích sống giảm trên 50%.....	70%
61. Cắt nhiều thùy phổi ở 1 bên.....	55%
62. Cắt 1 thùy phổi.....	40%

BỤNG

63. Cắt toàn bộ dạ dày	80%
64. Cắt đoạn dạ dày	55%
65. Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1 m).....	80%
66. Cắt đoạn ruột non.....	45%
67. Cắt toàn bộ đại tràng.....	80%
68. Cắt đoạn đại tràng	55%
69. Cắt bỏ gan phải đơn thuần.....	75%
70. Cắt bỏ gan trái đơn thuần.....	65%
71. Cắt ½ của một thùy gan	60%

72. Cắt 1/3 của một thùy gan.....	40%
73. Cắt dưới 1/3 của một thùy gan.....	30%
74. Cắt bỏ túi mật.....	50%
75. Cắt bỏ lá lách	45%
76. Cắt bỏ đuôi tụy, lách.....	65%

CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC

77. Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bình thường.....	55%
78. Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bị tổn thương hoặc bệnh lý	75%
79. Cắt 1 phần thận trái hoặc phải	35%
80. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người dưới 55 tuổi chưa con	75%
81. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người dưới 55 tuổi đã có con rồi.....	60%
82. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người trên 55 tuổi.....	40%
83. Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người dưới 45 tuổi chưa con	65%
84. Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người dưới 45 tuổi đã có con.....	35%
85. Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người trên 45 tuổi	27%
86. Cắt vú ở nữ dưới 45 tuổi 1 bên	25%
87. Cắt vú ở nữ dưới 45 tuổi 2 bên	50%
88. Cắt vú ở nữ trên 45 tuổi 1 bên	17%
89. Cắt vú ở nữ trên 45 tuổi 2 bên	35%
90. Cắt 1 phần bàng quang	30%

MẮT

91. Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt, không lắp được mắt giả.....	60%
92. Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt, lắp được mắt giả.....	55%
93. Một mắt thị lực còn đến 1/10.....	37%
94. Một mắt thị lực còn từ 2/10 đến 4/10	15%
95. Một mắt thị lực còn từ 5/10 đến 7/10	10%
96. Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt nhưng trước khi xảy ra tai nạn này đã mất hoặc mù 1 mắt rồi	90%

TAI – MŨI – HỌNG

97. Điếc 2 tai hoàn toàn không phục hồi được	80%
98. Điếc 2 tai nặng (nói to hoặc thét vào tai còn nghe)	65%
99. Điếc 2 tai vừa (nói to 1 - 2 m còn nghe).....	40%
100. Điếc 2 tai nhẹ (nói to 2 - 4 m còn nghe).....	20%
101. Điếc 1 tai hoàn toàn không phục hồi được	35%
102. Điếc 1 tai mức độ vừa.....	15%
103. Điếc 1 tai mức độ nhẹ	8%
104. Mất vành tai 2 bên	30%
105. Mất vành tai 1 bên	15%
106. Mất mũi hoàn toàn	40%

107. Biến dạng mũi..... 18%

MẮT

108. Mất toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cạnh cao trở xuống khác bên	85%
109. Mất toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cạnh cao trở xuống cùng bên	75%
110. Mất toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới.....	75%
111. Mất 1 phần xương hàm trên hoặc 1 phần xương hàm dưới từ 1/3 đến 1/2 bị mất từ cạnh cao trở xuống	40%
112. Mất răng trên 8 cái không lắp được răng giả.....	35%
113. Mất từ 5 đến 7 răng	20%
114. Mất 3/4 lưỡi còn gốc lưỡi (từ đường gai V trở ra)	80%
115. Mất 2/3 lưỡi từ đầu lưỡi.....	55%
116. Mất 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm.....	20%
117. Mất 1 phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm.....	10%

Việc trả tiền bảo hiểm theo bảng này sẽ căn cứ trên các chứng từ điều trị của khách hàng cung cấp và tuân theo những nguyên tắc sau đây:

- Mất hẳn chức năng của từng bộ phận hoặc hỏng vĩnh viễn chi được coi như mất từng bộ phận đó hoặc mất chi.
- Trường hợp có nhiều thương tật, tiền bảo hiểm được trả cho từng thương tật tương ứng nhưng tổng số tiền trả cho Người được bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm. Trường hợp có nhiều thương tật ở cùng cùng một chi, tổng số tiền trả cho các thương tật không được vượt quá tỷ lệ mất chi đó.

