

Số: ~~429~~.../QĐ-PVIBH

Hà Nội, ngày 29 tháng 5... năm 2013

QUYẾT ĐỊNH

Ban hành chương trình bảo hiểm chăm sóc sức khỏe toàn diện

**TỔNG GIÁM ĐỐC
TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM PVI**

Căn cứ Luật Doanh nghiệp số 60/2005/QH11 ngày 29/11/2005;

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 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;

Xét đề nghị của Giám đốc Ban Bảo hiểm xe cơ giới và con người,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1: Ban hành Quy tắc, bảng quyền lợi, biểu phí bảo hiểm, mẫu giấy yêu cầu, giấy chứng nhận bảo hiểm chăm sóc sức khỏe toàn diện.

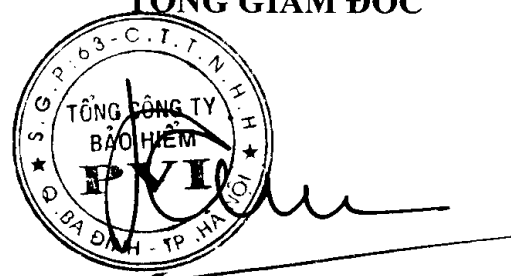
Điều 2: Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký.

Điều 3: Giám đốc các Ban thuộc Tổng công ty, Tổng giám đốc/Giám đốc các công ty bảo hiểm thành viên trực thuộc Tổng công ty chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- CT HĐTV (để b/cáo);
- Các PTGD (để biết);
- Lưu VT, XCGCN, 02.

TỔNG GIÁM ĐỐC



The stamp is circular with the text 'S. G. P. 63 - C. T. T. N. H. H.' around the top edge and 'Q. Đ. Đ. H. - TP. HÀ NỘI' around the bottom edge. In the center, it says 'TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM PVI'. A handwritten signature is written over the stamp.

Trương Quốc Lâm

QUY TẮC BẢO HIỂM
CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN

(Ban hành kèm theo Quyết định số ..A.2.2.../QĐ- PVIBH ngày 2.9..tháng..5...năm 2013 của Tổng giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm PVI trên cơ sở Quy tắc bảo hiểm phúc lợi nhân viên – PVI Energy Care được ban hành kèm theo Quyết định số 59/QĐ-PVIBH ngày 31/07/2011 của Tổng giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm PVI)

NỘI DUNG

- I. MỞ ĐẦU
- II. TÀI LIỆU ĐÍNH KÈM
- III. NGUYÊN TẮC CHUNG
- IV. CÁC ĐỊNH NGHĨA
- V. PHẠM VI BẢO HIỂM
- VI. LOẠI TRỪ BẢO HIỂM
- VII. TRÁCH NHIỆM CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM
- VIII. THỦ TỤC THANH TOÁN BỒI THƯỜNG
- IX. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP
- X. BẢNG TỶ LỆ THƯƠNG TẬT

I. MỞ ĐẦU

Quy tắc bảo hiểm này là thoả thuận giữa **Tổng công ty Bảo hiểm PVI** (sau đây gọi là “Bảo hiểm PVI”) và Người được bảo hiểm có tên trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Trên cơ sở xem xét phí bảo hiểm đã được trả hoặc cam kết sẽ được trả bởi Người được bảo hiểm, và căn cứ vào đề nghị bảo hiểm và/hoặc các kê khai gửi cho Bảo hiểm PVI, Bảo hiểm PVI đồng ý cung cấp cho Người được bảo hiểm quyền lợi bảo hiểm như được quy định trong Quy tắc bảo hiểm này.

Những điều kiện tiên quyết đối với trách nhiệm của Bảo hiểm PVI:

- Người được bảo hiểm tuân thủ mọi yêu cầu được nêu và phải cung cấp cho Bảo hiểm PVI tất cả những thông tin theo mẫu Giấy yêu cầu bảo hiểm và đảm bảo về tính trung thực của những kê khai và cam kết này.
- Các kê khai, cam kết trong những yêu cầu đòi bồi thường đối với Bảo hiểm PVI của Người được bảo hiểm theo điều khoản điều kiện của đơn phải đảm bảo tính trung thực.
- Người được bảo hiểm phải thực hiện và tuân thủ đầy đủ những điều kiện, điều khoản và trách nhiệm của mình theo đúng Quy tắc bảo hiểm, những sửa đổi bổ sung có liên quan.

Cần đọc kỹ toàn bộ Quy tắc bảo hiểm này cùng với các tài liệu kèm theo để đảm bảo rằng phạm vi bảo hiểm cung cấp là phù hợp và toàn bộ những điều khoản, điều kiện của Quy tắc bảo hiểm đã được hiểu rõ.

II. TÀI LIỆU ĐÍNH KÈM

Các tài liệu đính kèm và là một bộ phận không thể tách rời của Quy tắc bảo hiểm này, bao gồm:

1. Giấy chứng nhận bảo hiểm
2. Bảng quyền lợi bảo hiểm
3. Hợp đồng bảo hiểm, Sửa đổi bổ sung (nếu có)

III. NGUYÊN TẮC CHUNG

Điều 1: Phạm vi địa lý

Phạm vi địa lý được bảo hiểm: Việt Nam.

Điều 2: Đối tượng tham gia bảo hiểm

Người được bảo hiểm là mọi công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú tại Việt Nam từ 01 đến 60 tuổi (tính theo lần sinh nhật gần nhất).

Bảo hiểm PVI không nhận bảo hiểm và không chịu trách nhiệm đối với các trường hợp sau:

- a. Người đang bị bệnh tâm thần, thần kinh, bệnh phong.
- b. Người bị thương tật vĩnh viễn quá 50%.
- c. Người đang trong thời gian điều trị bệnh hoặc thương tật.

Điều 3: Đơn bảo hiểm khác

Nếu tại thời điểm phát sinh bồi thường bảo hiểm, Người được bảo hiểm đang được một bảo hiểm khác có hiệu lực chi trả cho cùng những chi phí và tổn thất đòi khiếu nại, Người được bảo hiểm có quyền yêu cầu bồi thường ở bất kỳ đơn bảo hiểm nào có hiệu lực. Trong trường hợp bồi thường đã được thanh toán bởi hợp đồng khác thì đơn bảo hiểm này sẽ chỉ chi trả cho Người được bảo hiểm các khoản không được thanh toán dưới hợp đồng bảo hiểm khác đó. Tuy nhiên, điều này sẽ không áp dụng đối với quyền lợi bảo hiểm chết và thương tật vĩnh viễn.

Điều 4: Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Các điều khoản về thanh toán phí bảo hiểm được quy định trong hợp đồng và/hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 5: Thay đổi rủi ro

Người được bảo hiểm phải thông báo cho Bảo hiểm PVI trong vòng 15 ngày về bất kỳ sự thay đổi quan trọng nào về công việc hay nghề nghiệp hay các hoạt động của Người được bảo hiểm có liên quan đến việc tham gia bảo hiểm này. Bảo hiểm PVI có quyền bảo lưu quyền thay đổi điều khoản điều kiện bảo hiểm hay hủy bỏ bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm có sự thay đổi về rủi ro đó. Người được bảo hiểm có thể phải trả phí bảo hiểm bổ sung nếu Bảo hiểm PVI yêu cầu.

Điều 6: Gian dối

Việc kê khai sai lệch và/hoặc không tiết lộ bất cứ thông tin quan trọng nào làm ảnh hưởng đến quyết định nhận bảo hiểm của Bảo hiểm PVI sẽ làm cho bảo hiểm này bị vô hiệu ngay từ đầu, trừ khi Bảo hiểm PVI có quyết định khác bằng văn bản. Những điều kiện bảo hiểm phát sinh trong thời gian giữa thời điểm Người tham gia bảo hiểm ký giấy yêu cầu bảo hiểm và thời điểm xác nhận đồng ý bảo hiểm của Bảo hiểm PVI sẽ được xem là đã có trước. Nếu người ký giấy yêu cầu bảo hiểm thấy có điểm liên quan nào không rõ thì phải có trách nhiệm thông báo cho Bảo hiểm PVI. Phí bảo hiểm sẽ không được hoàn trả, một phần hay toàn bộ, và các hồ sơ khiếu nại đang xử lý sẽ không được bồi thường.

Nếu bất kỳ khiếu nại bồi thường nào theo Quy tắc bảo hiểm này bị phát hiện là gian dối hoặc do không kê khai đầy đủ thì mọi quyền lợi bảo hiểm theo đó sẽ không được trả hoặc (nếu cần thiết) sẽ bị đòi hoàn trả Bảo hiểm PVI. Ngoài ra, mọi quyền lợi liên quan đến Người được bảo hiểm đó sẽ bị vô hiệu ngay từ khi cấp đơn mà không được hoàn trả phí.

Điều 7: Thời hạn bảo hiểm

Quy tắc bảo hiểm này có hiệu lực theo thời hạn ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 8: Hiệu lực bảo hiểm

Hiệu lực bảo hiểm sẽ bắt đầu kể từ “ngày hiệu lực” ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm. Hiệu lực của bảo hiểm tái tục sẽ tiếp tục kéo dài 12 tháng với điều kiện là

Bảo hiểm PVI đã chấp nhận giấy yêu cầu bảo hiểm của Người tham gia bảo hiểm / Người yêu cầu bảo hiểm. Quyền lợi bảo hiểm sẽ không được trả cho đến khi khoản phí bảo hiểm đầu tiên hay các khoản nợ phí tiếp theo đã được thanh toán.

1. Đối với hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục, hiệu lực bảo hiểm sẽ bắt đầu ngay khi Người được bảo hiểm trả phí đầy đủ trừ khi có thoả thuận khác bằng văn bản.
2. Đối với hợp đồng bảo hiểm đầu tiên hoặc hợp đồng bảo hiểm tái tục không liên tục, hiệu lực bảo hiểm phải tuân thủ theo các điều kiện dưới đây trừ khi có thoả thuận khác bằng văn bản:
 - a. Trường hợp tai nạn: Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực ngay sau khi Người được bảo hiểm trả phí bảo hiểm đầy đủ.
 - b. Trường hợp ốm đau, bệnh tật (không phải do tai nạn): Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực sau 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm trả phí bảo hiểm đầy đủ.
 - c. Trường hợp bệnh mãn tính hoặc bệnh sẵn có: Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực sau 365 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm trả phí bảo hiểm đầy đủ.

Điều 9: Chấm dứt bảo hiểm

Hai bên đều có quyền chấm dứt bảo hiểm, tuy nhiên phải phù hợp với luật pháp Việt Nam, bằng cách thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày. Nếu Đơn bảo hiểm được hai bên thỏa thuận chấm dứt, Bảo hiểm PVI sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm đã đóng đầy đủ tương ứng với thời gian bảo hiểm còn lại, với điều kiện đến thời điểm chấm dứt bảo hiểm Đơn bảo hiểm này chưa có lần nào được Bảo hiểm PVI chấp nhận trả tiền bồi thường.

Điều 10: Luật áp dụng

Quy tắc bảo hiểm này được điều chỉnh bởi pháp luật Việt Nam.

Điều 11: Trách nhiệm

Trách nhiệm của Bảo hiểm PVI sẽ kết thúc ngay khi chấm dứt bảo hiểm vì bất cứ lý do gì, bao gồm và không giới hạn việc không tái tục và không trả phí. Tuy nhiên, điểm này không áp dụng đối với các khiếu nại đang được Bảo hiểm PVI giải quyết.

Điều 12: Thẩm định y khoa

Bảo hiểm PVI có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành thêm một số xét nghiệm và/hoặc thẩm định y khoa nếu Bảo hiểm PVI nhận thấy khiếu nại bồi thường có liên quan trực tiếp hay gián tiếp đến một tình trạng bị loại trừ. Chi phí thẩm định y khoa phát sinh này sẽ được Bảo hiểm PVI chi trả nếu khiếu nại hợp lệ.

IV. CÁC ĐỊNH NGHĨA

Những thuật ngữ sau đây trong Quy tắc bảo hiểm này được hiểu:

Tai nạn: bất kỳ sự kiện bất ngờ hay không lường trước, gây ra bởi một lực từ bên

ngoài, có thể nhìn thấy được diễn ra trong thời hạn bảo hiểm là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến tử vong hoặc tổn thương thân thể cho người được bảo hiểm và xảy ra ngoài sự kiểm soát và ý định của Người được bảo hiểm.

Bệnh cấp tính: có nghĩa là tình trạng bệnh lý xảy ra trong thời gian ngắn, có thời điểm kết thúc rõ ràng và được Bảo hiểm PVI bảo hiểm, theo sự tư vấn hoặc tư vấn chung, cho rằng có thể điều trị được.

Thương tật được bảo hiểm: Có nghĩa là một bệnh, ốm đau, hay tổn thương thân thể của Người được bảo hiểm cùng với tất cả những biến chứng và tình trạng sức khỏe phát sinh từ đó. Mọi thương tật phát sinh từ cùng một nguyên nhân sẽ được xem là hậu quả phát sinh của cùng một bệnh tật hay tai nạn trừ phi trường hợp thương tật phát sinh sau 3 tháng liên tục và trong suốt thời gian đó Người được bảo hiểm không phải nhập viện điều trị.

Tổn thương thân thể: Bất cứ khi nào thuật ngữ này được sử dụng trong Quy tắc bảo hiểm này đều có nghĩa là các chấn thương – thương tật thân thể gây ra bởi tai nạn trong suốt thời hạn bảo hiểm. Đồng thời, do chấn thương – thương tật thân thể đó, Người được bảo hiểm hay người đại diện của người được bảo hiểm cần phải yêu cầu được điều trị y tế.

Bệnh mãn tính: Là ốm đau, bệnh tật hay tổn thương thân thể nào có một trong các đặc tính sau đây:

- Nhìn chung là không điều trị được
- Bản chất là sẽ tái phát lại nhiều lần
- Hiện chưa có một phương pháp điều trị nào thích hợp
- Có thể dẫn đến thương tật vĩnh viễn

Đồng bảo hiểm: là phần trăm của chi phí mà Người được bảo hiểm phải thanh toán

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.

Trợ cấp hàng ngày: Là một khoản tiền trợ cấp tính theo ngày và số tiền này được thể hiện trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

Phẫu thuật trong ngày: phẫu thuật tại trung tâm y tế, bệnh viện, khu phẫu thuật nhưng không đòi hỏi bệnh nhân phải ở lại qua đêm để chăm sóc y khoa.

Mức miễn thường/mức khấu trừ: Một phần của chi phí mà Người được bảo hiểm phải chịu và sẽ bị khấu trừ khỏi số tiền thanh toán bồi thường.

Làm răng giả: bao gồm việc làm thân răng, cốt răng, men răng, phục hồi hay phục chế phân kết cấu, cầu chân răng, cấy và làm hàm giả và các điều trị đi kèm đó.

Chi phí hợp lý: Các chi phí phát sinh từ việc điều trị cần thiết trên phương diện y khoa cho các tổn thương hoặc ốm đau, bệnh tật của Người được bảo hiểm.

Vận chuyển y tế khẩn cấp: là việc chuyên chở bằng phương tiện cứu thương địa phương khi gặp tình trạng cấp cứu hoặc thiếu các thiết bị y tế tối thiểu cần thiết tới bệnh viện hay cơ sở y tế có đủ phương tiện điều trị gần nhất.

Tình trạng khẩn cấp: Là tình trạng Người được bảo hiểm trong tình trạng sức khỏe mà theo ý kiến của Bảo hiểm PVI hỗ trợ y tế và/hoặc Bảo hiểm PVI là một tình trạng sức khỏe nguy kịch cần phải điều trị khẩn cấp để tránh tử vong hoặc ảnh

hưởng nghiệm trọng tới tình trạng sức khoẻ lâu dài hoặc hiện tại. Sự 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.

Di truyền: Gen mang bệnh di truyền từ cha mẹ sang con; có triệu chứng từ khi sinh hoặc xuất hiện sau đó.

Chăm sóc tại nhà: Các dịch vụ được thực hiện bởi một y tá có giấy phép hành nghề hợp pháp tại nhà riêng của Người được bảo hiểm khi có sự chỉ định của bác sĩ vì mục đích điều trị y khoa. Giới hạn tối đa cho quyền lợi bảo hiểm này 30 ngày trong một năm bảo hiểm. Tất cả các hoá đơn chứng từ phải do bệnh viện hoặc cơ sở y tế hợp pháp phát hành.

Bệnh viện: Là một trung tâm y tế có giấy phép hoạt động khám chữa bệnh và phẫu thuật hợp pháp của nước sở tại và có các trang thiết bị phục vụ việc chẩn đoán, đại phẫu, dịch vụ chăm sóc bệnh nhân nằm viện 24/24 giờ và luôn được đặt dưới sự giám sát liên tục của một bác sĩ. Bệnh viện không phải là một trung tâm điều trị thương tật như cơ sở chữa bệnh bằng suối nước khoáng, phòng tắm hơi, cơ sở cai nghiện rượu, ma túy, trung tâm điều dưỡng, phòng mạch, phòng khám hoặc nhà dưỡng lão.

Nằm viện: là việc bệnh nhân cần thiết phải điều trị trong ngày và/hoặc điều trị nội trú ít nhất là 24 giờ 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.

Bệnh tật: là trạng thái thể chất có dấu hiệu về mặt bệnh lý từ tình trạng sức khoẻ bình thường ban đầu.

Trợ cấp nằm viện bằng tiền mặt: được thanh toán cho các chi phí hợp lý phát sinh không lấy được hóa đơn trong quá trình Người được bảo hiểm điều trị và nằm viện. Quyền lợi này được giới hạn bởi số tiền quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm, và sẽ được trả sau khi Người được bảo hiểm xuất viện.

Điều trị nội trú: là việc điều trị tại bệnh viện trong trường hợp có nằm qua đêm tại bệnh viện vì mục đích chữa trị.

Mất chi: Mất do sự cắt rời hoàn toàn và vĩnh viễn một bàn tay hay ngang mức cổ tay trở lên hoặc một bàn chân hay ngang mức cổ chân trở lên.

Mất thị lực: Mù một hoặc hai mắt hoàn toàn và không cứu chữa được.

Chi phí y tế: Các chi phí chữa trị, phẫu thuật hay các phương pháp điều trị, các phương tiện thiết bị y khoa được chỉ định áp dụng bởi các chuyên viên y tế, bao gồm cả chi phí y tá chăm sóc tại bệnh viện và tiền xe cứu thương.

Cơ sở y tế: là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp và:

- Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh và điều trị.
- 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 hoặc để điều trị các căn bệnh rối loạn tâm thần, phong.

Phương tiện và dịch vụ y tế cần thiết: có nghĩa là những dịch vụ và phương tiện y tế cung cấp phải được xác định là cần thiết và phù hợp về mặt y khoa. Có nghĩa phải:

- cần thiết để chẩn đoán ra tình trạng ốm đau, bệnh tật hay tổn thương của bệnh nhân,

- phù hợp với triệu chứng, chẩn đoán và điều trị của tình trạng đó,
- phù hợp với tiêu chuẩn và thực tiễn y tế hiện đang được áp dụng tại nơi điều trị vào thời điểm đó,
- không được thực hiện chỉ vì lý do sự tiện lợi hay thoải mái của bệnh nhân hay bác sĩ điều trị
- chứng minh và diễn giải được là có giá trị y khoa
- được xem là mức độ dịch vụ và phương tiện thích hợp nhất
- được cung cấp bởi phương tiện phù hợp, cách thức phù hợp, và mức độ chăm sóc phù hợp với việc điều trị tình trạng sức khỏe của bệnh nhân
- được cung cấp trong khoảng thời gian thích hợp

Phí chuyên khoa: có nghĩa là những điều trị không phải là phẫu thuật được cung cấp hay quản lý bởi chuyên viên y tế/bác sĩ.

Điều trị ngoại trú: là những điều trị do chuyên viên y tế / bác sĩ cung cấp nhưng không đòi hỏi Người được bảo hiểm phải nhập viện.

Thương tật bộ phận vĩnh viễn: là tổn thương thân thể do tai nạn gây ra làm cho Người được bảo hiểm vĩnh viễn mất đi một phần đáng kể khả năng lao động do hậu quả của việc bị cắt hoặc mất/mất khả năng sử dụng/liệt một phần cơ thể.

Thương tật toàn bộ vĩnh viễn: Có nghĩa là mất khả năng lao động liên tục, nguyên nhân do tổn thương thân thể do tai nạn và hoặc bệnh, ngăn cản hoàn toàn Người được bảo hiểm thực hiện bất cứ công việc nào phù hợp với trình độ học vấn, sự đào tạo và kinh nghiệm của người ấy để kiếm sống trong suốt 12 tháng liên tục.

Bác sỹ: Là một người có giấy phép hành nghề khám chữa bệnh hợp pháp theo luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm điều trị theo quy định- và khi đảm trách việc điều trị cho Người được bảo hiểm bác sỹ chỉ được thực hiện việc điều trị trong phạm vi giấy phép hành nghề và lĩnh vực chuyên môn của mình, nhưng loại trừ trường hợp bác sỹ chính là Người được bảo hiểm, vợ hoặc chồng hoặc họ hàng huyết thống của Người được bảo hiểm. Bác sỹ có thể được công nhận như là một người cố vấn hoặc như một chuyên gia.

Điều trị sau khi xuất viện: là hoàn trả các khoản chi phí hợp lý phát sinh cho việc điều trị ngay sau khi xuất viện cho một thời gian liên tục, nhưng không vượt quá 30 ngày kể từ thời điểm xuất viện, việc điều trị như vậy được cung cấp và được chỉ định bởi một bác sỹ và phát sinh từ tổn thương thân thể hay bệnh cần phải nhập viện điều trị. Các dịch vụ này bao gồm việc tư vấn bác sỹ, xét nghiệm chẩn đoán và kê toa thuốc.

Tình trạng có sẵn: Là bất cứ bệnh tật hay tổn thương nào, về mặt y khoa, đã tồn tại và có nguồn gốc từ trước khi hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, bất kể là đã được điều trị hay được tư vấn khám trước đó hay chưa. Những tình trạng phát sinh trong thời gian hoàn tất Giấy yêu cầu bảo hiểm và chờ xác nhận của Bảo hiểm PVI cũng sẽ bị xem là tình trạng có sẵn.

Thai kỳ: là khoảng thời gian được tính từ ngày có dấu hiệu đầu tiên của thai đến khi sinh.

Xét nghiệm chẩn đoán trước khi nhập viện: Việc khám bệnh sử dụng các xét nghiệm chẩn đoán do tổn thương thân thể hay bệnh tật được chỉ định bởi một Bác sỹ, thực hiện trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện. Bảo hiểm PVI sẽ chỉ chi trả

cho các chi phí trực tiếp liên quan đến tình trạng bệnh dẫn tới phải nhập viện.

Chăm sóc tiền sản: bao gồm việc chuẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm được yêu cầu thực hiện trong thời kỳ tiền sản.

Thuốc chỉ định: Là các loại thuốc điều trị bệnh và phải được sự chỉ định của bác sĩ trước khi sử dụng. Thuốc chỉ định không bao gồm các loại thuốc được mua khi không có toa thuốc của bác sĩ.

Phương tiện y khoa hỗ trợ chỉ định: Là các loại phương tiện, dụng cụ, hay thiết bị được chỉ định dùng bởi bác sĩ như một phương tiện hỗ trợ chức năng hoặc khả năng của Người được bảo hiểm.

Vật lý trị liệu theo chỉ định: phương pháp chữa trị được thực hiện bởi cơ sở vật lý trị liệu có đăng ký theo sự giới thiệu của bác sĩ.

Điều trị ngăn ngừa: là những điều trị được tiến hành mà không đi kèm triệu chứng lâm sàng vào thời điểm điều trị. Một ví dụ của loại điều trị này là việc cắt hay loại bỏ sự phát triển của tế bào tiền ung thư.

Giấy yêu cầu bảo hiểm: là bảng giấy yêu cầu bảo hiểm theo mẫu đã được ký / bất cứ kê khai / bất cứ thông tin cung cấp bởi hoặc do người đại diện của Người được bảo hiểm.

Các bộ phận/ thiết bị y tế hỗ trợ điều trị: Là tất cả các bộ phận hay các thiết bị 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, hay các dụng cụ y tế dùng để hỗ trợ cho việc điều trị hoặc phẫu thuật, bao gồm nhưng không giới hạn ở đĩa đệm, nẹp, vis, trong phẫu thuật kết xương, máy hỗ trợ tim, dao cắt trĩ theo phương pháp mổ Longo, stent trong phẫu thuật nong động mạch, các dụng cụ hỗ trợ chức năng vận động như nạng, xe đẩy, thiết bị trợ thính, kính thuốc và các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác...

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

Điều trị phục hồi chức năng: Không phải là phương pháp điều trị y tế thông thường, là phương pháp điều trị nhằm mục đích khôi phục lại tình trạng bình thường và/hoặc chức năng sau tổn thương cấp tính hoặc do bệnh kể từ khi người bệnh được bác sĩ chỉ định chuyển sang điều trị tại chuyên khoa phục hồi chức năng, giới hạn điều trị cho mục này là không quá 10% số tiền bảo hiểm/người/năm

Khám sức khỏe định kỳ/ thông lệ: các xét nghiệm, chuẩn đoán hình ảnh được thực hiện khi không có triệu chứng lâm sàng vào thời điểm điều trị, bao gồm cả những xét nghiệm được thực hiện tùy theo độ tuổi, nhằm mục đích phát hiện sớm các dấu hiệu của ốm đau, bệnh tật, ví dụ:

- dấu hiệu sự sống (huyết áp, cholesterol, mạch đập, nhịp thở, thân nhiệt...)
- khám chuyên tim mạch
- khám chuyên thần kinh
- tầm soát tế bào ung thư
- khám sức khỏe cho trẻ em

Giới hạn phụ: là mức quyền lợi được thanh toán tối đa theo hợp đồng cho mỗi sự kiện được bảo hiểm được liệt kê trong bảng Quyền lợi bảo hiểm.

Số tiền bảo hiểm: là mức thanh toán tối đa quy định trong hợp đồng bảo hiểm mà

Bảo hiểm PVI sẽ trả cho người thụ hưởng trong một sự kiện bảo hiểm.

Phẫu thuật: là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật hoặc bệnh tật 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 mổ bằng thiết bị y tế.

Cấy ghép nội tạng: Là việc phẫu thuật để cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận hoặc tủy xương...cho Người được bảo hiểm tiến hành tại một bệnh viện bởi một bác sĩ có trình độ phẫu thuật. Các chi phí mua cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể không được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này

Thương tật tạm thời: là những thương tật dẫn Người được bảo hiểm đến việc không thể thực hiện một phần công việc hàng ngày của mình trong một khoảng thời gian hoặc hậu quả của thương tật toàn bộ tạm thời đã tiến triển nhưng vẫn chưa thể thực hiện công việc hàng ngày của Người được bảo hiểm một cách hoàn chỉnh trong một thời gian.

Thời hạn chờ: là khoảng thời gian được tính kể từ ngày hiệu lực bảo hiểm, trong thời gian đó Người được bảo hiểm không được thanh toán cho một quyền lợi bảo hiểm cụ thể. Thời hạn chờ hiệu lực 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. Thời hạn chờ hiệu lực cũng áp dụng cho các quyền lợi mở rộng.

Hành động cố ý: là hành động có chủ ý của Người được bảo hiểm nhằm gây ra thương tích hoặc tử vong đối với bản thân Người được bảo hiểm hoặc người thân là người được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.

Dịch bệnh: là sự lan rộng của các ca mắc một bệnh truyền nhiễm trong một cộng đồng hoặc khu vực vượt quá số lượng ca bệnh bình thường được dự đoán cho căn bệnh đó trong cộng đồng hoặc vùng đó vào một thời gian của năm mà bệnh dịch đó lần đầu tiên đã được ghi nhận chính thức và căn bệnh đó được phân loại như là “bệnh dịch” bởi Tổ chức Y tế Thế giới.

Lần điều trị bệnh: Có nghĩa là toàn bộ thương tật, bệnh tật phát sinh từ cùng một nguyên nhân bao gồm cả những biến chứng của chúng sẽ tạo thành một lần điều trị bệnh. Nhưng sau 180 ngày kể từ ngày xuất viện gần nhất, Người được bảo hiểm lại bị thương tật, bệnh tật phát sinh từ chính nguyên nhân trên, thì thương tật đó được coi là một bệnh mới.

V. PHẠM VI BẢO HIỂM

PHẦN 1 - QUYỀN LỢI CƠ BẢN

1. Bảo hiểm Tai nạn cá nhân

Điều kiện bảo hiểm này sẽ thanh toán các quyền lợi do tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn, thương tật bộ phận vĩnh viễn, trợ cấp ngày trong thời gian điều trị nghi điều trị và chi phí y tế phát sinh do tai nạn gây ra trong thời hạn bảo hiểm.

Quyền lợi 1: Tử vong do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm

Bảo hiểm PVI chi trả bảo hiểm toàn bộ số tiền bảo hiểm.

Quyền lợi 2: Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm

Bảo hiểm PVI chi trả bảo hiểm toàn bộ số tiền bảo hiểm

Quyền lợi 3: Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm

Bảo hiểm PVI chi trả bảo hiểm theo tỷ lệ phần trăm của số tiền bảo hiểm trong “Bảng tỷ lệ thương tật” tại Phần X của Quy tắc bảo hiểm này.

Quyền lợi 4: Trợ cấp ngày trong thời gian điều trị do tai nạn

Trường hợp Người được bảo hiểm bị tổn thương thân thể xảy ra trong thời hạn bảo hiểm và độc lập với mọi nguyên nhân khác và chịu hậu quả là thương tật tạm thời, Bảo hiểm PVI chi trả tiền trợ cấp ngày trong thời gian điều trị do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm như quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Quyền lợi 5: Chi phí y tế do tai nạn

Bảo hiểm PVI chi trả bảo hiểm các chi phí y tế thực tế và hợp lý phát sinh trong trường hợp thương tật tạm thời do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm theo số tiền bảo hiểm quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm

Trong PHẦN 1 này, 2 Bên hiểu và đồng ý như sau:

- Đối với bất kỳ Người được bảo hiểm nào, Số tiền bảo hiểm không được trả quá một trong những Số tiền bảo hiểm quy định tại Quyền lợi 1, 2 hay 3 khi có liên quan đến cùng một tai nạn.
- Tổng số tiền được trả theo Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi 3 đối với bất kỳ Người được bảo hiểm nào có liên quan tới cùng một tai nạn sẽ không vượt quá 100% số tiền đã ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Không một khoản tiền nào được trả theo Quy tắc bảo hiểm này được tính lãi.
- Không trả tiền bảo hiểm do hậu quả của Người được bảo hiểm tham gia vào các môn thể thao hay giải trí

2. Chi phí y tế do ốm đau, bệnh tật

Bảo hiểm PVI sẽ thanh toán quyền lợi cho ốm đau, bệnh tật thuộc phạm vi bảo hiểm phải điều trị ngoại trú, nội trú hoặc phẫu thuật.

Quyền lợi bảo hiểm, số tiền bảo hiểm, giới hạn phụ, phạm vi bảo hiểm được chỉ rõ trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

- 2.1. Trường hợp Người được bảo hiểm bị ốm đau, bệnh tật phải nhập viện điều trị nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ chi trả dựa trên các chứng từ hóa đơn hợp lệ, các chi phí điều trị, tiền phòng, xét nghiệm lâm sàng, chụp X-quang, thuốc, truyền máu, thở ôxy, trang phục bệnh viện và tiền trợ cấp hàng ngày...theo giới hạn hàng ngày và giới hạn phụ như được quy định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm và giới hạn không quá 60 ngày trong một năm bảo hiểm.

Nếu thời hạn bảo hiểm dưới 12 tháng, số tiền bảo hiểm trả cho những ngày nằm viện sẽ là tỷ lệ của giữa số tháng tham gia bảo hiểm với 12 tháng.

- 2.2. Trong trường hợp Người được bảo hiểm phải phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ chi trả chi phí tư vấn, thuốc mê, hậu phẫu, phí phẫu thuật (bao gồm tiền phòng mổ) và phẫu thuật lại trong vòng 90

ngày sau khi phẫu thuật. Với điều kiện là tất cả những chi phí trên trong mọi trường hợp sẽ không vượt quá số tiền bảo hiểm quy định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm.

- 2.3. Trường hợp Người được bảo hiểm phải điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ chi trả chi phí điều trị ngoại trú sau đây phát sinh tại các cơ sở y tế (bệnh viện, các trung tâm y tế, phòng khám...) nhà nước hoặc tư nhân có giấy phép hoạt động hợp pháp trên lãnh thổ Việt Nam theo giới hạn được quy định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm, bao gồm:
- Tiền khám bệnh
 - Tiền thuốc theo kê đơn của Bác sĩ
 - Tiền chụp X – Quang, xét nghiệm, trị liệu học bức xạ do bác sĩ chỉ định và cần thiết cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh
 - Vật lý trị liệu do bác sĩ chỉ định, hợp lý và cần thiết.

VI. LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

Bảo hiểm PVI sẽ không chịu trách nhiệm trong các trường hợp sau:

A. LOẠI TRỪ CHUNG:

- Điều trị ngoài lãnh thổ địa lý quy định
- Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng trực tiếp bởi bia rượu, ma túy và các chất kích thích tương tự khác.
- Điều trị và/hoặc chăm sóc cai nghiện ma túy, cai nghiện rượu, sử dụng thuốc không theo chỉ định của Cơ sở y tế / bác sĩ có giấy phép hành nghề hợp pháp.
- Điều trị các bệnh tật, ốm đau hay tổn thương do hậu quả của chiến tranh, nội chiến, đình công và khủng bố.
- Điều trị các tình trạng bệnh lý xuất phát trực tiếp hoặc gián tiếp do nhiễm chất hóa học, chất phóng xạ hay chất hạt nhân.
- Người được bảo hiểm có 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.
- Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật nghiêm trọng và vi phạm luật lệ an toàn giao thông. Mức độ nghiêm trọng sẽ phụ thuộc vào đánh giá của Bảo hiểm PVI.
- Điều trị tại các trung tâm phục hồi, phòng tắm hơi, spa, khu nghỉ dưỡng, an dưỡng, ngay cả khi việc điều trị này có nhận được chỉ định y khoa, cũng như nằm tại các bệnh xá.
- Thương tật của Người được bảo hiểm phát sinh từ đánh nhau trừ trường hợp do phải bảo vệ tính mạng của bản thân.
- Điều trị hoặc kiểm tra liên quan tới AIDS, ARCS, HIV và các bệnh xã hội lây qua đường tình dục.
- Điều trị bệnh thần kinh và rối loạn tâm thần.
- Kiểm tra hoặc điều trị trong trường hợp không phát hiện ra bệnh
- Điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm.
- Ngộ độc thực phẩm.
- Dịch bệnh.

B. LOẠI TRỪ RIÊNG

1. BẢO HIỂM TAI NẠN

- Tồn thương thân thể trong khi Người được bảo hiểm đang tham gia vào (hay đang luyện tập, hay đang tham gia huấn luyện đặc biệt) bất kỳ các hoạt động loại trừ nào được liệt kê ở dưới đây.
- Thương tổn thân thể hay thương tật có khả năng gây tử vong hay các chi phí y tế do hay được quy cho là Người được bảo hiểm bị ốm đau hay ảnh hưởng của trí tuệ hay dị tật bẩm sinh đã có sẵn từ trước mà không được khai báo cho Bảo hiểm PVI và không được Bảo hiểm PVI chấp thuận bằng văn bản.
- Thương tật có thể gây tử vong hay chi phí y tế phát sinh do việc Người được bảo hiểm đang mang thai hay bị ốm đau bệnh tật không phải do hậu quả của tổn thương thân thể do nguyên nhân phẫu thuật biến chứng dần dần gây ra.

CÁC HOẠT ĐỘNG BỊ LOẠI TRỪ:

- Lặn dưới nước có sử dụng thiết bị lặn
- Leo núi
- Bóng đá
- Sử dụng máy móc làm mộc
- Bơi thuyền buồm cách xa bờ biển 5km
- Săn bắn
- Hockey trên băng
- Môn trượt nước
- Đấu vật
- Bóng ném
- Cuộc đua các loại
- Nhảy dù
- Đám bốc
- Các hoạt động trên không trừ đi lại bằng đường hàng không
- Motor-cycling
- Các môn thể thao mùa đông
- Môn bóng ngựa
- Môn bóng gôn
- Đua mô tô
- Lướt ván và ảo thuật
- Đua ngựa vượt rào
- Đua thuyền máy
- Môn thể thao bay lượn

Tuân thủ theo sự giải nghĩa chi tiết dưới đây:

1. Leo núi có nghĩa là leo vách đá hay leo núi phải sử dụng dây thừng hay thiết bị hướng dẫn.
2. Đi lại bằng đường hàng không có nghĩa là quá trình đi lên máy bay, di chuyển bằng máy bay, đi xuống máy bay chuyên chở hành khách có giấy phép đăng ký với tư cách là một hành khách chứ không phải với tư cách là thành viên của tổ lái hay vì mục đích tham gia vào bất kỳ hoạt động kỹ thuật hay thương mại nào ở trên máy bay.
3. Bóng đá không bao gồm bóng đá của các hiệp hội không chuyên nghiệp.
4. Đua động cơ, bao gồm đua xe đạp.
5. Đua thuyền máy có nghĩa là việc sử dụng thuyền có động cơ chạy với tốc độ hơn 30 hải lý/giờ .
6. Các cuộc đua không bao gồm chạy đua.
7. Máy móc làm mộc không bao gồm các dụng cụ làm mộc xách tay được sử dụng bằng tay và chỉ được sử dụng duy nhất cho mục đích cá nhân mà không có tiền thưởng hay tiền công.
8. Các môn thể thao mùa đông không bao gồm các môn đánh bi trên tuyết hay trượt băng.

2. CHI PHÍ Y TẾ DO ÓM ĐAU, BỆNH TẬT

Bảo hiểm PVI sẽ không chi trả cho các trường hợp sau:

- Sản phẩm vitamin và khoáng chất (trừ trường hợp các loại vitamin có chỉ định của bác sỹ và chi phí cho các loại thuốc này không lớn hơn chi phí thuốc điều trị), chất bổ sung dinh dưỡng hay ăn kiêng, bao gồm cả những sản phẩm làm đẹp (trừ khi được chỉ định để điều trị những hội chứng suy giảm vitamin trầm trọng).
- Các hình thức điều trị và thuốc đang thử nghiệm và chưa được công nhận
- Điều trị chưa được khoa học công nhận
- Nghỉ ngơi, an dưỡng sau trận ốm
- Nhập viện để kiểm tra sức khỏe bao gồm việc khám, xét nghiệm phụ khoa, nam khoa, tiêm ngừa, dùng thuốc có tính chất phòng ngừa hoặc khám giám định y khoa mà không liên quan đến việc điều trị bệnh tật.
- Khám sức khỏe định kỳ /thông lệ, bao gồm khám phụ khoa, xét nghiệm 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 suy thoái thị lực/tự nhiên, bao gồm, nhưng không giới hạn điều trị cận thị, viễn thị, loạn thị và những phẫu thuật sửa chữa những khiếm khuyết về suy thoái thị lực và thính lực tự nhiên.
- Chăm sóc trước khi sinh và sau khi sinh
- Điều trị hoặc phẫu thuật các bệnh, dị tật bẩm sinh, bệnh dị dạng về gen.
- Thương tật và chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm.
- Các điều trị hay phẫu thuật mang tính chất thẩm mỹ, chỉnh hình và bất cứ hậu quả nào của việc này và/hoặc điều trị nhằm giảm cân hay các vấn đề về cân nặng, mặc dù có vì mục đích tâm lý hay không và các chi phí điều trị liên quan đến hậu quả của điều trị hay phẫu thuật thẩm mỹ hoặc phát sinh từ kết quả của rối loạn ăn uống và cân nặng. Chi ngoại trừ trường hợp phẫu thuật cần thiết để phục hồi lại chức năng hay hình dáng sau một tai nạn làm biến dạng, hoặc là sau phẫu thuật cắt bỏ do ung thư, với điều kiện là tai nạn và phẫu thuật này phải xảy ra trong thời hạn bảo hiểm.

Các điều trị mang tính chất thẩm mỹ bao gồm nhưng không giới hạn ở việc điều trị tăng sắc tố (nám da), điều trị mụn, trứng cá, rụng tóc...bị loại trừ riêng với điều trị ngoại trú. Trường hợp Người được bảo hiểm bị những bệnh này phải điều trị nằm viện nội trú thì vẫn được giải quyết bảo hiểm theo điều trị nội trú/phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật.
- Chi phí để cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế các bộ phận/thiết bị y tế hỗ trợ điều trị hay bộ phận giả.
- Điều trị phục hồi, đồ giả (chân giả, tay giả, mắt giả, răng giả) trừ khi việc điều trị phục hồi này là một phần của chương trình điều trị của bệnh nhân nội trú dưới sự giám sát của bác sỹ hay chuyên viên và phải là chương trình điều trị phục hồi đã được công nhận.
- 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.

- Những thương tật, bệnh mãn tính, có sẵn.
Những bệnh sau đây sẽ bị loại trừ ngay từ khi tham gia bảo hiểm: Ung thư, suy nội tạng, các hội chứng liên quan đến hệ thống tạo máu, thiếu hoóc môn sinh trưởng, đái tháo đường, bệnh Parkinson, viêm gan mãn tính.
- Người được bảo hiểm bị nhiễm bệnh sốt rét, lao, giang mai, bệnh lậu
- Điều trị các chứng bệnh liên quan đến việc trở ngại về đường hô hấp, bao gồm ngủ ngáy và ngừng thở khi ngủ, lao lực và stress do công việc hoặc các tình trạng liên quan.
- Điều trị do tai nạn,
- Điều trị thai sản, kế hoạch hóa gia đình, khám thai sản định kỳ.
- Điều trị răng.

PHẦN 2: QUYỀN LỢI MỞ RỘNG

Trên cơ sở đã tham gia bảo hiểm quyền lợi cơ bản, Người được bảo hiểm có thể lựa chọn tham gia bổ sung các quyền lợi bảo hiểm mở rộng sau:

1. Khám chữa răng

Trên cơ sở phí bảo hiểm bổ sung đã được trả và tuân thủ quy tắc bảo hiểm này, Bảo hiểm PVI đồng ý mở rộng bảo hiểm cho các chi phí khám chữa răng cho Người được bảo hiểm 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, được cấp giấy phép hợp pháp hoạt động tại Việt Nam:

- Chi phí khám và xét nghiệm, chụp X-ray
- Nhổ răng do bệnh lý (bao gồm cả điều trị phẫu thuật), chữa tuỷ, nhổ chân răng
- Lấy cao răng (1 lần/ 1 năm)
- Trám răng, làm cầu răng và bọc răng (amagal, composite hoặc sử dụng chất liệu bằng sứ).
- Chữa các bệnh về nướu răng (viêm nướu răng, viêm lợi, nha chu)
- Các thao tác làm cầu răng, bọc răng nhưng không bao gồm đơn vị răng giả bọc ngoài.

Loại trừ bảo hiểm:

Điều khoản bổ sung này phù hợp với tất cả các loại trừ, các điều kiện trong Quy tắc bảo hiểm này, ngoài ra còn áp dụng thêm các loại trừ sau:

- Làm răng giả (dù làm mới, chữa hay thay răng giả)
- Điều trị hoặc chỉnh răng mang tính thẩm mỹ
- Điều trị tổn thương răng do tai nạn.

2. Chăm sóc thai sản

Trên cơ sở phí bảo hiểm bổ sung đã được trả và tuân thủ quy tắc bảo hiểm này, Bảo hiểm PVI chi trả các chi phí sinh con, nằm viện do thai sản cho Người được bảo hiểm tại các cơ sở y tế (bệnh viện, các trung tâm y tế, phòng khám...) nhà nước hoặc tư nhân có giấy phép hoạt động hợp pháp trên lãnh thổ Việt Nam.

Loại trừ bảo hiểm:

- Các chi phí điều trị liên quan đến thai sản phát sinh trong thời gian chờ bảo hiểm, cụ thể:
 - Trường hợp sảy thai, nạo phá thai do chỉ định của bác sĩ, điều trị biến chứng thai sản: Đơn bảo hiểm có hiệu lực sau 90 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm trả phí bảo hiểm đầy đủ.
 - Trường hợp sinh đẻ: Đơn bảo hiểm có hiệu lực sau 270 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm trả phí bảo hiểm đầy đủ.
- Chăm sóc trước khi sinh và sau khi sinh
- Kế hoạch hoá 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.
- Nạo phá thai trừ trường hợp có chỉ định cần thiết về mặt y khoa phải chấm dứt thai kỳ.

VII. TRÁCH NHIỆM CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Điều 13: Trách nhiệm của người được bảo hiểm

- Thực hiện tất cả các biện pháp hợp lý để ngăn ngừa và hạn chế tai nạn, ốm đau, bệnh tật và các chi phí phát sinh.
- Thông báo ngay lập tức bằng văn bản cho Bảo hiểm PVI nếu có bất cứ sự thay đổi quan trọng nào có thể dẫn đến khả năng xảy ra hoặc làm tăng tính nghiêm trọng của một khiếu nại bồi thường.
- Trung thực trong các lời khai và trong việc cung cấp các chứng từ liên quan đến sự kiện được bảo hiểm.
- Hợp tác với Bảo hiểm PVI và các chuyên gia tư vấn y khoa của Bảo hiểm PVI và phải kê khai trung thực và đầy đủ các yếu tố quan trọng mà Người được bảo hiểm nhận biết được và, khi có yêu cầu và bằng chi phí của mình, sẽ thực hiện việc uỷ quyền cho Bảo hiểm PVI để thu thập các thông tin cần thiết từ các bác sĩ hay bệnh viện hay các nguồn thông tin khác lại cho Bảo hiểm PVI.

VIII. THỦ TỤC THANH TOÁN BỒI THƯỜNG

Điều 14: Hồ sơ bồi thường

Khi yêu cầu Bảo hiểm PVI trả tiền bồi thường, Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng phải gửi cho Bảo hiểm PVI các chứng từ sau đây:

- 1 Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo mẫu của Bảo hiểm PVI.
- 2 Giấy chứng nhận bảo hiểm
- 3 Biên bản tai nạn có xác nhận của cơ quan, hoặc chính quyền địa phương hoặc công an nơi Người được bảo hiểm bị tai nạn.
- 4 Bản gốc các chứng từ y tế: giấy ra viện, phiếu điều trị (trường hợp điều trị nội trú), phiếu mổ (trường hợp phẫu thuật) và các hoá đơn, chứng từ hợp lệ khác (có ghi rõ số tiền) do người có thẩm quyền của cơ sở y tế ký, đóng dấu.
- 5 Giấy chứng tử (trường hợp Người được bảo hiểm chết).

6 Trường hợp Người được bảo hiểm ủy quyền cho người khác nhận tiền bảo hiểm, phải có giấy ủy quyền hợp pháp.

Tất cả các thông tin, bằng chứng chứng từ mà Bảo hiểm PVI yêu cầu phải được cung cấp miễn phí và theo hình thức mẫu do Bảo hiểm PVI đưa ra. Khi giải quyết bồi thường, nếu được yêu cầu, người được bảo hiểm phải nhanh chóng thực hiện giám định y tế với sự chỉ định và chi phí của Bảo hiểm PVI.

Điều 15: Trả tiền bảo hiểm

Tiền bảo hiểm được trả cho Người được bảo hiểm hoặc người được Người được bảo hiểm ủy quyền bằng văn bản. Trường hợp Người được bảo hiểm bị chết thì người thụ hưởng hợp pháp được nhận số tiền đó.

Bảo hiểm PVI sẽ được miễn trách nhiệm khi Người được bảo hiểm hay người đại diện hợp pháp của người yêu cầu bảo hiểm đã nhận tiền bảo hiểm.

Trong mọi trường hợp, Người được bảo hiểm hay người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm không có quyền yêu cầu Bảo hiểm PVI trả tiền bảo hiểm hay khiếu nại Bảo hiểm PVI, nếu phía Người được bảo hiểm bao gồm nhiều bên có cùng một quyền lợi đối với quyền lợi của Người được bảo hiểm.

Bảo hiểm PVI sẽ không có trách nhiệm chấp nhận hoặc bị ảnh hưởng bởi các giấy báo nợ hoặc các thương thuyết liên quan tới bảo hiểm này.

Điều 16: Nghĩa vụ trung thực tuyệt đối

Trường hợp Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp không trung thực trong việc thực hiện các điều kiện, điều khoản bảo hiểm, Bảo hiểm PVI có quyền từ chối một phần hoặc toàn bộ số tiền bồi thường trả cho người đó tùy theo mức độ vi phạm. Trong trường hợp có dấu hiệu phạm pháp, Bảo hiểm PVI có quyền đề nghị cơ quan pháp luật xem xét, giải quyết.

Điều 17: Thời hạn thông báo sự kiện bảo hiểm và thời hạn yêu cầu trả tiền bồi thường

Trong vòng 30 ngày kể từ thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp phải thông báo cho Bảo hiểm PVI bằng văn bản. Quá thời hạn trên, Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp sẽ bị từ chối một phần hay toàn bộ số tiền bảo hiểm trừ trường hợp bất khả kháng.

Trong vòng một năm kể từ thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi đến Bảo hiểm PVI hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm. Quá thời hạn trên, Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp sẽ mất quyền yêu cầu trả tiền bảo hiểm trừ trường hợp bất khả kháng.

Điều 18: Thời hạn giải quyết yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Bảo hiểm PVI có trách nhiệm xem xét, giải quyết và thanh toán tiền bảo hiểm trong vòng 14 ngày làm việc kể từ khi nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ trừ khi có thỏa thuận khác.

Điều 19: Thời hạn khiếu nại và thời hiệu khởi kiện

Thời hạn Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp khiếu nại Bảo hiểm PVI về quyết định trả tiền bảo hiểm là sáu (06) tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp nhận được thông báo trả tiền bảo hiểm.

Thời hiệu khởi kiện về hợp đồng bảo hiểm là ba (03) năm kể từ thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm.

IX. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 20: Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp có liên quan đến Quy tắc bảo hiểm này sẽ được hai bên Bảo hiểm PVI và Người tham gia bảo hiểm hoặc người thụ hưởng hợp pháp đưa ra thương lượng. Nếu các bên không thỏa thuận được bằng thương lượng thì các bên có quyền lựa chọn giải quyết tranh chấp theo một trong các phương thức sau:

- Trong vòng 30 ngày kể từ ngày phát sinh tranh chấp, việc tranh chấp sẽ được chuyển đến Trung tâm Trọng tài quốc tế Việt Nam giải quyết theo các quy tắc của Trung tâm trọng tài này, tranh chấp sẽ được giải quyết bởi một hội đồng gồm 3 trọng tài do các Bên lựa chọn. Quyết định của trọng tài là cuối cùng.
- Tranh chấp sẽ được chuyển đến tòa án có thẩm quyền giải quyết theo quy định của pháp luật Việt Nam.

X. BẢNG TỶ LỆ THƯƠNG TẬT

TỬ VONG..... 100%

THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ

- | | |
|---|------|
| 1. Mù hoàn toàn và không thể phục hồi được cả hai mắt | 100% |
| 2. Rối loạn tâm thần hoàn toàn và không thể chữa được..... | 100% |
| 3. Mất hai tay hoặc hai chân..... | 100% |
| 4. Điếc hoàn toàn 2 tai..... | 100% |
| 5. Cắt bỏ hàm dưới | 100% |
| 6. Câm | 100% |
| 7. Mất một cánh tay và một bàn chân, hoặc mất một cánh tay hoặc một cẳng chân hoặc một bàn tay và một cẳng chân hoặc một bàn tay và một bàn chân... | 100% |
| 8. Mất hai cẳng chân hoặc hai bàn chân | 100% |

THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN

ĐÀU

- | | |
|---|-----|
| 9. Mất một phần xương sọ với toàn bộ bề dày của xương | |
| a. Mất với diện tích ít nhất là 6 cm ² | 40% |
| b. Mất với diện tích từ 3-6 cm ² | 20% |
| 10. Cắt bỏ một phần hàm dưới, một cành lên, cắt bỏ toàn bộ hoặc một nửa thân hàm trên | 40% |

11. Mất một mắt	40%
12. Điếc hoàn toàn một tai	30%

CHI TRÊN

	Phải	Trái
13. Mất một cánh tay hay một bàn tay.....	60%	50%
14. Mất phần xương chủ yếu của phần trên cánh tay (thương tật vĩnh viễn và không có khả năng chữa lành)	50%	40%
15. Liệt hoàn toàn cánh tay trên (tổn thương các dây thần kinh không có khả năng chữa lành)	65%	55%
16. Liệt hoàn toàn dây thần kinh mũ	20%	15%
17. Đính khớp bả vai.....	40%	30%
18. Đính khớp khuỷu tay		
a. ở vị trí thuận lợi, 15o xung quanh góc vuông	25%	20%
b. ở vị trí không thuận lợi.....	40%	35%
19. Mất phần xương chủ yếu của 2 xương cẳng tay (thương tổn vĩnh viễn không còn khả năng chữa lành)	40%	30%
20. Liệt hoàn toàn dây thần kinh giữa	45%	35%
21. Liệt hoàn toàn dây thần kinh quay (ở rãnh xoắn).....	40%	35%
22. Liệt hoàn toàn dây thần kinh quay ở cẳng tay	30%	25%
23. Liệt hoàn toàn dây thần kinh quay ở bàn tay.....	20%	15%
24. Liệt hoàn toàn dây thần kinh trụ	30%	25%
25. Đính khớp cổ tay ở vị trí thuận lợi (tư thế thẳng và sấp) ...	20%	15%
26. Đính khớp cổ tay ở vị trí không thuận lợi	30%	25%
(gấp quá hoặc duỗi ngược)		
27. Mất hoàn toàn ngón cái.....	20%	15%
28. Cụt toàn bộ ngón trở.....	15%	15%
29. Cụt đồng thời ngón cái và ngón trở.....	35%	25%
30. Cụt ngón cái và 1 ngón khác ngoài ngón trở	25%	20%
31. Cụt 3 ngón bao gồm cả ngón cái.....	35%	30%
32. Cụt 3 ngón trừ ngón cái và ngón trở	20%	15%
33. Cụt 4 ngón trong đó có ngón cái	45%	40%
34. Cụt 4 ngón trong đó còn ngón cái	40%	35%
35. Cụt 1 ngón không phải là ngón cái hay ngón trở	10%	05%

Khi tính toán tỷ lệ bồi thường, nếu nạn nhân thuận tay trái thì bản tính toán tỷ lệ sẽ được áp dụng ngược lại, tức là đổi phần tỷ lệ cho tay phải sang tay trái và ngược lại.

CHI DƯỚI

36. Cụt một đùi (phần trên).....	60%
37. Cụt một đùi (phần dưới)	50%
38. Mất hoàn toàn một bàn chân (tháo khớp chày, cổ chân).....	45%

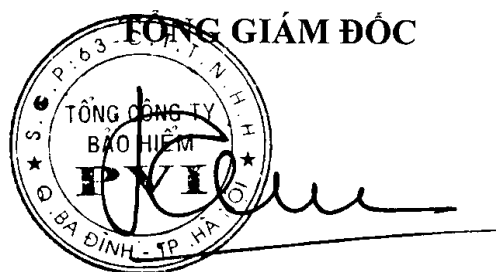
39. Mất một phần bàn chân (tháo khớp dưới lên).....	40%
40. Mất một bàn chân (tháo khớp giữa cổ chân)	35%
41. Mất một phần bàn chân (tháo khớp cổ bàn chân)	30%
42. Liệt hoàn toàn một chi dưới	60%
(thương tổn thần kinh không có khả năng chữa lành).	
43. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài.....	30%
44. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong	20%
45. Liệt hoàn toàn 2 dây thần kinh	40%
(hông, hông khoeo ngoài và hông khoeo trong)	
46. Dính khớp cẳng.....	40%
47. Dính khớp đầu gối	20%
48. Mất phần lớn xương đùi hay phần lớn 2 xương chân (không có khả năng chữa lành)	60%
49. Mất phần lớn của xương bánh chè, bị vỡ thành nhiều mảnh và giới hạn nhiều khả năng duỗi cẳng chân trên đùi	40%
50. Mất phần lớn xương bánh chè nhưng vẫn có khả năng vận động chi	20%
51. Ngắn chi dưới ít nhất 5 cm	30%
52. Ngắn chi dưới từ 3-5 cm	20%
53. Cụt hoàn toàn 4 ngón chân trong đó có ngón cái.....	20%
54. Cụt 3 ngón bao gồm cả ngón cái	15%
55. Cụt 2 ngón bao gồm cả ngón cái.....	10%
56. Cụt 1 ngón cái.....	05%

Trường hợp bị dính khớp các ngón tay (trừ ngón cái và ngón trỏ) và dính khớp các ngón chân (trừ ngón cái) thì số tiền bồi thường chỉ bằng 50% tiền bồi thường quy định trong trường hợp bị cụt (mất).

Những trường hợp thương tật không liệt kê trong bảng danh mục này sẽ được bồi thường theo tỷ lệ trên cơ sở so sánh tính nghiêm trọng của nó với những trường hợp khác có nêu trong bảng danh mục này và không xét đến nghề nghiệp của nạn nhân. Chức năng của một chi hay một phần coi là bị mất hoàn toàn và tuyệt đối khi nó bị cắt rời ra.

Trong trường hợp nạn nhân trước khi xảy ra tai nạn chỉ có một mắt và bị mất mắt còn lại thì được coi là tàn phế 100% thay cho 40% theo như bảng danh mục này quy định. Chỉ bồi thường những trường hợp thương tật một phần vĩnh viễn từ 5% trở lên.

TỔNG GIÁM ĐỐC



TỔNG CÔNG TY
BẢO HIỂM
PVI
QUỐC ĐỊNH - TP. HÀ NỘI

Trương Quốc Lâm