

Số: ...93.../QĐ-PVIBH

Hà Nội, ngày 03 tháng 02 năm 2021

QUYẾT ĐỊNH

Ban hành Bộ Quy tắc Bảo hiểm Tai nạn nhóm và Bảo hiểm Sức khỏe nhóm

TỔNG GIÁM ĐỐC
TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM PVI

Căn cứ Luật Doanh nghiệp số 59/2020/QH14 ngày 17/6/2020;

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 và các Giấy phép sửa đổi, bổ sung;

Căn cứ Điều lệ Tổng công ty Bảo hiểm PVI ban hành kèm theo Nghị quyết số 32/NQ-PVI ngày 15/6/2020 của Hội đồng Quản trị Công ty cổ phần PVI;

Căn cứ Công văn Số 282/BTC-QLBH ngày 08/01/2021 của Bộ Tài chính v/v phê chuẩn sản phẩm Bảo hiểm Tai nạn nhóm, sản phẩm Bảo hiểm Sức khỏe nhóm;

Xét đề nghị của Trưởng Ban Bảo hiểm Xe cơ giới và Con người,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1: Ban hành kèm theo Quyết định này Quy tắc Bảo hiểm Tai nạn nhóm, Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe nhóm, bộ điều khoản bổ sung áp dụng cho 2 Quy tắc và các phụ lục, biểu phí liên quan gồm:

- Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật (Phụ lục 1), Bảng quyền lợi (Phụ lục 2) và Biểu phí Bảo hiểm Tai nạn nhóm.
- Bảng quyền lợi (Phụ lục 1) và Biểu phí Bảo hiểm Sức khỏe nhóm

Điều 2: Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày 17/02/2021.

Điều 3: Các Phó Tổng giám đốc, Kế toán trưởng, Chánh Văn phòng, các Trưởng Ban, Giám đốc các công ty bảo hiểm và Trưởng các Văn phòng đại diện Chăm sóc khách hàng trực thuộc Tổng công ty bảo hiểm PVI chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:

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



Phạm Anh Đức

**QUY TẮC
BẢO HIỂM SỨC KHỎE NHÓM**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số ...93.../QĐ-PVIBH ngày 03 tháng 02 năm 2021
của Tổng giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm PVI)*

**CHƯƠNG I
ĐỊNH NGHĨA**

- 1. Người được bảo hiểm:** Là cá nhân có tên trong Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm, đáp ứng điều kiện tham gia bảo hiểm nêu tại Khoản 2 Chương II Quy tắc bảo hiểm này, được hưởng quyền lợi theo Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm. Người được bảo hiểm có thể đồng thời là người thụ hưởng
- 2. Bên mua bảo hiểm / Chủ Hợp đồng bảo hiểm:** Là tổ chức được Người được bảo hiểm ủy quyền ký kết Hợp đồng bảo hiểm với Bảo hiểm PVI và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng.
- 3. Hợp đồng bảo hiểm:** Là thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Bảo hiểm PVI, phù hợp với quy định của pháp luật, theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm và Bảo hiểm PVI cung cấp dịch vụ bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.
Bộ Hợp đồng bảo hiểm bao gồm: Giấy yêu cầu tham gia bảo hiểm, bản Hợp đồng bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm, 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 có quyền lợi bảo hiểm tương đương mà Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm đã tham gia trước đó.
- 5. Nhân viên:** Là người lao động của một công ty, một doanh nghiệp, một đoàn thể, một hiệp hội hay bất kỳ tổ chức tương tự nào khác được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, có hợp đồng lao động hoặc hợp đồng thuê việc hoặc các thỏa thuận lao động với công ty / doanh nghiệp / tổ chức đó và phù hợp với quy định của pháp luật.
- 6. Người phụ thuộc hợp pháp:** Là vợ hoặc chồng (không bao gồm những người đã ly hôn theo pháp luật), bố mẹ đẻ hoặc bố mẹ chồng/vợ theo luật pháp và/hoặc con đẻ, con ngoài giá thú, con riêng của vợ hoặc chồng, người được nuôi dưỡng, con nuôi hợp pháp. Người phụ thuộc hợp pháp phải có tên trong Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm như Người được bảo hiểm.
- 7. Người thụ hưởng hợp pháp:** Là người được chỉ định nhận tiền bảo hiểm theo Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc là người thừa kế theo quy định của pháp luật trong trường hợp không có chỉ định theo Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 8. Số tiền bảo hiểm:** Là số tiền tối đa được ghi trong Bảng quyền lợi bảo hiểm mà Bảo hiểm PVI có thể chi trả trong thời hạn bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm / người thụ hưởng hợp pháp khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- 9. Giới hạn trách nhiệm chi tiết/ Giới hạn phụ:** Là số tiền tối đa có thể chi 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.

10. **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 tùy theo mức nào thấp hơn thì được áp dụng. Giới hạn bảo hiểm sau khi đồng chi trả tối đa bằng Số tiền bảo hiểm của quyền lợi theo quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.
11. **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 hợp pháp.
12. **Thời gian chờ:** Là thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm liên quan không được chi trả bảo hiểm bao gồm cả những trường hợp thời điểm phát sinh rủi ro nằm trong thời gian chờ nhưng chi phí phát sinh hoặc hậu quả của đợt điều trị rủi ro này lại kéo dài quá thời gian chờ quy định.
13. **Bệnh viện:** Là cơ sở y tế khám bệnh và chữa bệnh hoạt động hợp pháp theo quy định của luật pháp nước sở tại và:
 - Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật.
 - Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú và có hệ thống theo dõi sức khỏe hàng ngày cho các bệnh nhân điều trị nội trú.
 - Không phải là nơi để an dưỡng phục hồi sức khỏe hoặc là một nơi đặc biệt chỉ có mục đích duy nhất là phục vụ cho người già hoặc giúp đỡ cai nghiện rượu, thuốc phiện, ma túy hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị bệnh phong.
14. **Phòng khám:** Là cơ sở y tế khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú hoạt động hợp pháp theo quy định của luật pháp nước sở tại, có khả năng và phương tiện khám bệnh, chẩn đoán và điều trị bệnh.

Các chứng từ, hóa đơn, biên lai, phiếu thu phát sinh tại các phòng khám phải tuân thủ theo quy định của luật pháp.
15. **Bác sĩ:** Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại. Bác sĩ không được đồng thời là vợ/chồng, cha/mẹ, con, anh chị em ruột của Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm.
16. **Chi phí y tế thực tế:** là những chi phí cần thiết và hợp lý phát sinh từ việc điều trị ốm đau, bệnh tật, thai sản cho Người được bảo hiểm và do bác sĩ chỉ định.
17. **Chi phí cần thiết và hợp lý:** Là các chi phí y tế phát sinh từ việc điều trị cần thiết trên phương diện y khoa cho ốm đau, bệnh tật, thai sản của Người được bảo hiểm, không vượt quá mức chi phí điều trị, thiết bị hoặc dịch vụ y tế cho tình trạng tương tự của các nhà cung cấp dịch vụ y tế có cùng mức độ trong phạm vi địa lý của Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.
18. **Ốm 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 (không bao gồm các tình trạng về nha khoa).
19. **Bệnh đặc biệt:** là các bệnh ung thư, u các loại, huyết áp, các bệnh về tim, loét dạ dày, viêm khớp, viêm gan (A, B, C), sỏi các loại trong hệ thống tiết niệu và đường mật, viêm xoang, đái tháo đường, hen phế quản, Parkinson, viêm thận, các bệnh liên quan đến hệ

thống tạo máu (bao gồm suy tủy, bạch cầu cấp, bạch cầu mãn tính).

- 20. Bệnh có sẵn:** Là bất kỳ bệnh nào của Người được bảo hiểm có từ trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm, 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.

- 21. Bệnh, dị tật bẩm sinh:** Là bất kỳ bệnh / dị tật nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ, có tại thời điểm chào đời và có thể được cơ quan y tế mô tả dưới nhiều tên như “bệnh bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, dị dạng và bất thường của Nhiễm sắc thể”. Việc xác định bệnh, dị tật bẩm sinh phải do Bác sĩ thực hiện.

- 22. Bệnh di truyền:** Là bất kỳ bệnh nào xuất hiện ở những người có cùng huyết thống hay sự chuyển những bệnh lý của bố, mẹ cho con cái thông qua gen của bố, mẹ và/hoặc được truyền từ đời này sang đời khác, từ thế hệ này sang thế hệ khác trong những người có cùng huyết thống. Việc xác định bệnh di truyền phải do Bác sĩ thực hiện.

- 23. Nằm viện:** Là việc bệnh nhân cần thiết phải điều trị trong ngày và/hoặc điều trị nội trú và phải có giấy ra (xuất) viện do bệnh viện cấp, kể cả việc sinh đẻ hoặc điều trị trong thời gian mang thai.

- 24. Điều trị nội trú:** Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm phải nhập viện và nằm tại giường bệnh qua đêm. Giấy ra (xuất) viện là một trong những chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.

Đơn vị ngày nằm viện được tính bằng 24 giờ hoặc theo đơn vị giường nằm trong Giấy ra (xuất) viện hoặc trong bảng kê viện phí chi tiết.

- 25. Điều trị trong ngày:** Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện để điều trị ốm đau, bệnh tật hoặc thai sản đã được chẩn đoán xác định, có phác đồ điều trị và phát sinh chi phí giường bệnh nhưng không phải ở lại bệnh viện qua đêm. Giấy ra (xuất) viện là một trong những chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.

- 26. Điều trị ngoại trú:** Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải điều trị ốm đau, bệnh tật tại một cơ sở y tế hợp pháp mà không phải nằm viện.

- 27. Phẫu thuật:** Là một phương pháp khoa học để điều trị bệnh tật hoặc các trường hợp thai sản, được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ với các dụng cụ y tế hoặc mổ bằng thiết bị y tế trong bệnh viện, bao gồm cả hình thức mổ bằng tia laser, mổ nội soi, tiểu phẫu. Các loại phẫu thuật phải thuộc danh mục do Bộ y tế Việt Nam ban hành.

- 28. Tiền giường điều trị:** Là chi phí tiền giường nằm điều trị trong một phòng đơn 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.

- 29. Phòng đơn tiêu chuẩn:** Giới hạn tới loại phòng đơn có giá thấp nhất tại cơ sở y tế điều trị, không bao gồm phòng VIP, phòng theo yêu cầu và bao phòng.

- 30. Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU):** Là phòng điều trị theo chỉ định của Bác sĩ điều trị tại cơ sở y tế vì mục đích chăm sóc y khoa đặc biệt như: phòng chăm sóc đặc biệt, phòng điều trị cách ly, phòng điều trị tích cực sau phẫu thuật (không bao gồm phòng theo yêu cầu, bao phòng, phòng VIP)...
- 31. Thai kỳ:** Là quá trình kể từ ngày đầu tiên thụ thai theo chẩn đoán của Bác sĩ cho đến khi sinh.
- 32. Biến chứng thai sản:** là tình trạng bất thường của bào thai hoặc 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 sĩ. Biến chứng thai sản bao gồm và không giới hạn trong các trường hợp sau:
- Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung;
 - Thai trứng;
 - Thai ngoài tử cung;
 - Băng huyết sau khi sinh;
 - Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh;
 - Phá thai điều trị bao gồm các trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền/dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải chấm dứt thai kì để bảo vệ tính mạng của người mẹ theo chỉ định của Bác sĩ;
 - Biến chứng của các nguyên nhân trên.
- 33. Chi phí chăm sóc em bé:** là những chi phí bao gồm nhưng không giới hạn ở các chi phí thuốc dưỡng nhi, xét nghiệm dưỡng nhi, tiêm phòng, chi phí vệ sinh em bé tại bệnh viện trong vòng 07 ngày sau khi sinh với điều kiện người mẹ chưa xuất viện.
- 34. 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).
- 35. Một lần khám/ điều trị:** Là một lần người bệnh được Bác sĩ khám, chỉ định thực hiện xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thuốc điều trị nhằm mục đích chẩn đoán bệnh và điều trị. Ngoài ra:
- Trường hợp nhiều Bác sĩ chuyên khoa cùng hội chẩn trước một người bệnh theo quy chế bệnh viện chỉ được tính là một lần khám/ điều trị;
 - Trường hợp người bệnh khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày thì chỉ tính là một lần khám bệnh;
 - Trường hợp người bệnh khám nhiều chuyên khoa trong cùng một cơ sở y tế, nếu có chỉ định và chẩn đoán bệnh của Bác sĩ thì mỗi chuyên khoa được tính là một lần khám/ điều trị.
- 36. Thuốc kê theo đơn của Bác sĩ:** Là những loại thuốc được Bác sĩ kê đơn theo quy chế kê toa của Bộ Y tế Việt Nam và quy định của pháp luật.
- 37. Tình trạng khẩn cấp:** là tình trạng sức khỏe mà theo ý kiến của Bác sĩ điều trị 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. 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.
- 38. Cấy ghép nội tạng:** là việc phẫu thuật để cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, tùy xương cho Người được bảo hiểm tiến hành tại bệnh viện bởi Bác sĩ có trình độ phẫu thuật.

- 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. Bộ phận giả:** Là bất kỳ một thành phần nhân tạo nào được lắp đặt, cấy ghép vào cơ thể, để thay thế cho các bộ phận của cơ thể.
- 41. 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, 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.
- 42. Vật tư tiêu hao:** Là vật tư được sử dụng một lần hoặc nhiều lần nhằm mục đích hỗ trợ cho điều trị và khám chữa bệnh, không lắp đặt vĩnh viễn trong cơ thể trừ trường hợp các vật tư này tự tiêu trong cơ thể hoặc có thể lấy ra khỏi cơ thể mà không ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của cơ thể nhưng do cơ thể không đào thải nên không cần thiết phải lấy ra (VD: chỉ thép, các dụng cụ định hình khi cấy ghép, tái tạo...)
- 43. Tầm soát ung thư:** Là việc kiểm tra nhằm phát hiện ung thư ở giai đoạn rất sớm, không có bất cứ triệu chứng nào của bệnh. Những trường hợp đã có biểu hiện/ triệu chứng cần kiểm tra để xác định ung thư như: sinh thiết u bướu trên cơ thể, nhân tuyến giáp, vết loét dạ dày...không coi là tầm soát ung thư.
- 44. Nội chiến:** là chiến tranh giữa các thành phần trong một quốc gia, giữa những người đồng bào cùng ngôn ngữ nhưng tranh chấp nhau vì nhiều lý do khác nhau: tôn giáo, chính trị, kinh tế theo công bố của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.
- 45. Gây rối và bạo động:** là hành động chống phá bằng bạo lực có tổ chức nhằm gây rối loạn an ninh chính trị, trật tự an toàn xã hội hoặc lật đổ chính quyền. Gây rối và bạo động được xác định theo công bố của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

CHƯƠNG II NGUYÊN TẮC CHUNG

1. Phạm vi địa lý

Phạm vi địa lý được bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này là Việt Nam.

2. Đối tượng được tham gia bảo hiểm

2.1. Đối tượng được tham gia bảo hiểm:

- Nhân viên và người phụ thuộc hợp pháp của các nhân viên được bảo hiểm;
- Với điều kiện nhân viên và người phụ thuộc hợp pháp đang sinh sống tại Việt Nam, có độ tuổi từ 15 ngày tuổi tới 65 tuổi. Mở rộng độ tuổi đến 70 tuổi nếu tham gia tái tục liên tục.

Đối với người con phụ thuộc, bổ sung điều kiện tham gia bảo hiểm như sau:

- 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 đến 25 tuổi với điều kiện người phụ thuộc này đang theo học các khóa học dài hạn toàn thời gian);
- Chưa kết hôn.

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

- Những người bị bệnh tâm thần, ung thư
- Những người bị tàn tật hoặc thương tật vĩnh viễn từ 80% trở lên

3. Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Theo Quy tắc bảo hiểm này, Hợp đồng bảo hiểm phải được cấp cho một nhóm người với số lượng ít nhất 10 nhân viên đang làm việc tại cùng một công ty / doanh nghiệp / tổ chức và do công ty / doanh nghiệp / tổ chức đó đứng tên là chủ Hợp đồng bảo hiểm theo ủy quyền của Người được bảo hiểm.

4. Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm trên cơ sở Biểu phí bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này.

Phí bảo hiểm phải được thanh toán theo thời hạn thanh toán được ghi trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm và phù hợp với quy định của pháp luật.

Phí bảo hiểm có thể được tính toán lại vào thời điểm tái tục bảo hiểm.

5. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm là 01 năm kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Nếu thời hạn bảo hiểm dưới 01 năm, phí bảo hiểm áp dụng theo biểu phí ngắn hạn quy định tại mục 6 dưới đây.

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 |

7. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Người được bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, áp dụng cho các quyền lợi trong Quy tắc bảo hiểm này và bao gồm cả các Điều khoản mở rộng:

- 30 ngày đối với trường hợp bệnh tật thông thường, điều trị răng;

- 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 và bệnh có sẵn.

Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm bảo hiểm có từ 50 nhân viên trở lên không áp dụng thời gian chờ nói trên đối với nhân viên trong trường hợp điều trị y tế. 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.

Đối với những Người được bảo hiểm đã tham gia liên tục từ Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm năm liền trước, Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm tái tục liên tục sẽ tính nối tiếp thời gian chờ kể từ ngày bắt đầu tham gia bảo hiểm trong Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm năm trước đối với từng quyền lợi bảo hiểm liên quan, với điều kiện Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm đóng phí đầy đủ theo đúng thời hạn thanh toán trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm và phù hợp với quy định của pháp luật.

8. Thay đổi quyền lợi bảo hiểm

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.

Trường hợp tái tục với Số tiền bảo hiểm cao hơn hoặc tham gia thêm quyền lợi bổ sung so với năm trước phải được sự chấp thuận của Bảo hiểm PVI và phần chênh lệch về số tiền bảo hiểm cũng như quyền lợi tham gia thêm mới sẽ không được coi là tái tục liên tục và áp dụng thời gian chờ theo quy định của Quy tắc bảo hiểm.

9. 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 chỉ chi trả cho Người được bảo hiểm các khoản không được thanh toán theo chương trình bảo hiểm khác đó. Điều kiện này sẽ không áp dụng đối với quyền lợi bảo hiểm Tử vong/ Trợ cấp.

10. Đồng chi trả

Tỉ lệ đồng chi trả được áp dụng theo thỏa thuận của Bảo hiểm PVI và Chủ hợp đồng bảo hiểm và được quy định cụ thể trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, tuy nhiên tỉ lệ đồng chi trả của Người được bảo hiểm tối đa là 50%.

Căn cứ quy định đồng chi trả cụ thể trên Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ áp dụng tỉ lệ giảm phí bảo hiểm bổ sung so với trường hợp không áp dụng đồng chi trả tương đương tỉ lệ đồng chi trả của Người được bảo hiểm đối với từng quyền lợi áp dụng đồng chi trả.

Đồng chi trả chỉ áp dụng cho quyền lợi chi phí y tế và không áp dụng đối với quyền lợi tử vong / trợ cấp.

11. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt ngay khi xảy ra một trong các sự kiện dưới đây, tùy theo sự kiện nào xảy ra trước:

- a) Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt trước ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm do một trong hai bên đề nghị chấm dứt Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm với điều kiện bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày định chấm dứt.

Nếu Chủ hợp đồng bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại 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 chấm dứt Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại.

- b) Vào 23 giờ 59 phút của ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm theo quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm;

- c) Các trường hợp khác được quy định theo pháp luật hiện hành.

Trách nhiệm của Bảo hiểm PVI sẽ chấm dứt ngay lập tức cùng với thời điểm chấm dứt Hợp đồng 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.

12. Tái tục Hợp đồng bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có quyền lựa chọn việc tiếp tục tái tục Hợp đồng bảo hiểm.

Bảo hiểm PVI có thể từ chối tái tục Hợp đồng bảo hiểm hoặc điều chỉnh các điều kiện, điều khoản, quyền lợi, phí bảo hiểm vào ngày đáo hạn Hợp đồng bảo hiểm.

Bảo hiểm PVI sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản trước ngày đáo hạn Hợp đồng bảo hiểm về chương trình bảo hiểm và phí bảo hiểm phải đóng cho thời hạn bảo hiểm tiếp theo.

13. Kiểm tra và xác minh y tế

Bảo hiểm PVI có quyền chỉ định chuyên gia y khoa và/hoặc chuyên gia giám định y khoa để tiến hành kiểm tra sức khỏe của Người được bảo hiểm và các thông tin có liên quan đến việc giải quyết khiếu nại vào bất cứ lúc nào. Bảo hiểm PVI cũng có quyền yêu cầu tiến hành khám nghiệm tử thi trong trường hợp xảy ra tử vong nếu việc này không vi phạm pháp luật hiện hành hoặc không ảnh hưởng đến tín ngưỡng và thuần phong mỹ tục.

Chi phí giám định y khoa sẽ được Bảo hiểm PVI chi trả.

14. Quyền và nghĩa vụ của Bảo hiểm PVI

- a) Quyền của Bảo hiểm PVI

- Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;
- Đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;
- Từ chối trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc từ chối bồi thường cho người

được bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;

- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

b) Nghĩa vụ của Bảo hiểm PVI

- Giải thích cho Bên mua bảo hiểm về các điều kiện điều khoản bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm;
- Cấp cho Bên mua bảo hiểm Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm ngay sau khi giao kết;
- Trả tiền bảo hiểm kịp thời cho người thụ hưởng hợp pháp hoặc bồi thường cho người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm hoặc từ chối bồi thường;
- Phối hợp với Bên mua bảo hiểm để giải quyết yêu cầu của người thứ ba đòi bồi thường về những thiệt hại thuộc trách nhiệm bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

15. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm

a) Quyền của Bên mua bảo hiểm

- Yêu cầu doanh nghiệp bảo hiểm giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm, cấp Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu doanh nghiệp bảo hiểm trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc bồi thường cho người được bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

b) Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm

- Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã thỏa thuận trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của doanh nghiệp bảo hiểm;
- Thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của doanh nghiệp bảo hiểm trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của doanh nghiệp bảo hiểm;
- Thông báo cho doanh nghiệp bảo hiểm về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

16. Nghĩa vụ kê khai trung thực

Người được bảo hiểm (hoặc đại diện của Người được bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi) có trách nhiệm kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin liên

quan đến Người được bảo hiểm và Hợp đồng bảo hiểm và chịu trách nhiệm về tất cả các thông tin đã cung cấp cho Bảo hiểm PVI.

Khi yêu cầu chi trả bảo hiểm, Người được bảo hiểm (hoặc đại diện của Người được bảo hiểm) có nghĩa vụ thu thập và cung cấp thông tin, chứng từ, tài liệu làm cơ sở giải quyết bồi thường một cách trung thực, chính xác, kịp thời và đầy đủ cho Bảo hiểm PVI, đồng thời tạo mọi điều kiện thuận lợi cho Bảo hiểm PVI kiểm tra, xác minh rủi ro khi có sự kiện bảo hiểm xảy ra.

Bảo hiểm PVI có quyền đình chỉ Hợp đồng bảo hiểm và thu phí bảo hiểm đến thời điểm đình chỉ Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc từ chối chi trả bảo hiểm tùy theo mức độ vi phạm khi Người được bảo hiểm cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm hoặc để được trả tiền bảo hiểm.

CHƯƠNG III PHẠM VI BẢO HIỂM

1. Phạm vi bảo hiểm

Quy tắc bảo hiểm này bảo hiểm cho các chi phí y tế trong quá trình nằm viện và/hoặc phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật hoặc thai sản phát sinh trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, theo các quy định cụ thể tại Khoản 2 Chương III dưới đây và không thuộc những điểm loại trừ bảo hiểm trong Chương IV của Quy tắc bảo hiểm này.

2. Quyền lợi bảo hiểm

a) Viện phí

Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện, Bảo hiểm PVI chi trả các chi phí cần thiết và hợp lý cung cấp bởi bệnh viện, theo giới hạn ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, bao gồm nhưng không giới hạn cho các chi phí sau:

- Tiền giường điều trị tại phòng đơn tiêu chuẩn, suất ăn theo tiêu chuẩn tại bệnh viện;
- Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt;
- Chi phí hành chính, chi phí máu, huyết tương;
- Thuốc sử dụng trong khi nằm viện;
- Vật lý trị liệu (nếu những chi phí này là cần thiết trong quá trình nằm viện theo chỉ định của Bác sĩ);
- Tiêm truyền tĩnh mạch;
- Xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET (các chi phí xét nghiệm này phải do Bác sĩ chỉ định và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện);
- Vật tư y tế, vật tư tiêu hao.

b) Chi phí phẫu thuật

Bảo hiểm PVI chi trả các chi phí cần thiết và hợp lý liên quan đến một ca phẫu thuật nội trú, phẫu thuật trong ngày hoặc phẫu thuật ngoại trú theo giới hạn ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, bao gồm: chi phí phẫu thuật, chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê, các dụng cụ, thiết bị phẫu thuật, thuốc dùng trong phẫu thuật, vật tư tiêu hao, chi phí hồi sức sau khi mổ, chi phí cấy ghép nội tạng (không bao gồm chi phí mua, vận chuyển cơ quan nội tạng cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể), chi phí tái mổ. Chi phí phẫu thuật

không bao gồm các thủ thuật chẩn đoán bệnh.

c) Điều trị cấp cứu

Bảo hiểm PVI chi trả các chi phí cần thiết và hợp lý cho việc điều trị tình trạng khẩn cấp được thực hiện tại phòng/ khoa cấp cứu của cơ sở y tế theo giới hạn ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Trường hợp điều trị tại phòng cấp cứu chỉ vì lý do ngoài giờ phục vụ của cơ sở y tế không được coi là điều trị cấp cứu.

d) Vận chuyển cấp cứu

Bảo hiểm PVI chi trả các chi phí cần thiết và hợp lý theo giới hạn ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm cho việc vận chuyển cấp cứu bằng dịch vụ xe cứu thương của địa phương để đưa Người được bảo hiểm trong tình trạng khẩn cấp đến điều trị tại phòng/ khoa cấp cứu của cơ sở y tế gần nhất với điều kiện chăm sóc y tế thích hợp. Chi phí vận chuyển cấp cứu không bao gồm chi phí vận chuyển bằng đường hàng không.

e) Trợ cấp nằm viện

Bảo hiểm PVI chi trả trợ cấp số tiền cho mỗi ngày nằm viện điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày theo giới hạn ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

f) Chi phí y tế trước khi nhập viện

Bảo hiểm PVI chi trả theo giới hạn ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm các chi phí khám và xét nghiệm, chẩn đoán theo chỉ định của Bác sĩ phát sinh trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện, liên quan trực tiếp đến ốm đau, bệnh tật, thai sản cần phải nhập viện và những chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để Bác sĩ điều trị kết luận việc điều trị nằm viện là cần thiết.

g) Điều trị sau khi xuất viện

Bảo hiểm PVI chi trả theo giới hạn ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm các chi phí điều trị trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện theo chỉ định của Bác sĩ điều trị cho ốm đau, bệnh tật, thai sản của Người được bảo hiểm đã phải nằm viện, bao gồm: chi phí khám, kiểm tra, siêu âm, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm và thuốc.

h) Chăm sóc y tế tại nhà

Bảo hiểm PVI chi trả theo giới hạn ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm chi phí cho các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp được thực hiện theo chỉ định của Bác sĩ điều trị và tại nơi ở của Người được bảo hiểm và trong vòng 30 ngày sau khi ra viện.

Quyền lợi này không áp dụng cho trường hợp xuất viện sau khi sinh con.

i) Trợ cấp mai táng

Trường hợp Người được bảo hiểm 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 (bất kể nằm viện hay điều trị ngoại trú), Bảo hiểm PVI chi trả tiền trợ cấp mai táng phí theo giới hạn ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

j) Chăm sóc em bé

Bảo hiểm PVI chi trả các chi phí chăm sóc em bé theo giới hạn ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

k) Thai sản và sinh đẻ

i. Biến chứng thai sản

Bảo hiểm PVI chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng trong quá trình mang thai, hoặc trong quá trình sinh nở cần điều trị sản khoa theo chỉ định của Bác sĩ theo giới hạn ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

ii. Sinh đẻ

Bảo hiểm PVI chi trả theo giới hạn ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm các chi phí y tế phát sinh cho việc sinh đẻ bao gồm và không giới hạn trong các chi phí: đỡ đẻ, sinh mổ, viện phí tổng hợp, bác sĩ chuyên khoa.

Sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do Bác sĩ chỉ định là cần thiết cho ca sinh đó, không bao gồm việc sinh mổ theo yêu cầu.

CHƯƠNG IV LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

Bảo hiểm PVI sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm cho Người được bảo hiểm trong các trường hợp sau:

1. Sự kiện xảy ra ngoài phạm vi địa lý được quy định tại Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.
2. Điều trị và/hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ định của Cơ sở y tế / Bác sĩ hoặc 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 hoặc không cần thiết về mặt y tế và bất kỳ hậu quả nào liên quan.
3. Bất kỳ hình thức khám, 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 và bất kỳ hậu quả nào liên quan.
4. Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật phải thụ án hình sự, cố ý thực hiện hành vi vi phạm luật giao thông theo kết luận của cơ quan có thẩm quyền, cố ý vi phạm quy chế an toàn lao động tại nơi làm việc theo kết luận của cơ quan, tổ chức nơi làm việc.
5. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng hợp pháp.
Trường hợp một hoặc một số người thụ hưởng cố ý gây ra cái chết cho Người được bảo hiểm, Bảo hiểm PVI vẫn trả tiền bảo hiểm cho những người thụ hưởng hợp pháp khác theo thỏa thuận trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.
6. Hậu quả của việc Người được bảo hiểm sử dụng rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích, chất gây nghiện tương tự khác (trừ khi sử dụng thuốc hoặc chất gây mê theo chỉ dẫn của Bác sĩ).
7. Hậu quả phát sinh từ động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ, hạt nhân hoặc các hóa chất chứa độc tố hay ảnh hưởng của các vụ nổ do vũ khí.
8. Chiến tranh, nội chiến, đình công, gây rối và bạo động, khủng bố theo công bố của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.
9. Hậu quả phát sinh từ việc ăn, uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc.
10. Bất kỳ việc khám, 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.

11. Khám, 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, rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, ngủ ngáy (không bao gồm trường hợp ngủ ngáy do mắc các bệnh lý về đường hô hấp và việc điều trị là để chữa trị các bệnh lý về đường hô hấp này), suy nhược cơ thể và suy nhược thần kinh không có nguyên nhân bệnh lý, hội chứng căng thẳng (stress), bệnh Alzheimer và/hoặc các tình trạng liên quan.
12. Dịch vụ khám hoặc điều trị tại nhà (không bao gồm “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.
13. Khám và các xét nghiệm không có kết luận bệnh của Bác sĩ.
14. Kiểm tra sức khỏe hoặc giám định y khoa mà không liên quan đến việc điều trị ốm đau, bệnh tật.
15. Khám sức khỏe định kỳ/ kiểm tra sức khỏe tổng quát, khám kiểm tra phụ khoa/nam khoa, tầm soát ung thư, 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, tiêm chủng/ uống vắc xin phòng ngừa, khám sức khỏe trước khi đi du lịch hoặc đi làm.
16. Kiểm tra thị lực và thính lực thông thường, điều trị các tật khúc xạ của mắt (bao gồm nhưng không giới hạn ở cận thị, viễn thị, loạn thị), điều trị và phẫu thuật sửa chữa những khiếm khuyết thị giác và thính giác, suy thoái thị lực và thính lực tự nhiên.
17. Các bệnh, dị tật bẩm sinh hoặc bệnh, dị dạng thuộc về gen hoặc bệnh di truyền.
18. Các chi phí cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa các dụng cụ/ thiết bị y tế hỗ trợ điều trị, bộ phận giả.
19. Điều trị mang tính chất thẩm mỹ, giải phẫu thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình, chỉnh hình (không bao gồm trường hợp phẫu thuật nhằm mục đích tái tạo để phục hồi chức năng của cơ quan bị tổn thương phát sinh trong thời hạn bảo hiểm) và bất kỳ hậu quả nào liên quan.
20. 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) và bất kỳ hậu quả nào liên quan.
21. Kế hoạch hoá gia đình, điều trị vô sinh, điều trị bất lực, rối loạn / suy giảm chức năng sinh dục, chi phí 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.
22. 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).
23. Khám / điều trị ốm đau, bệnh tật hoặc thai sản 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).
24. 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 và bất kỳ hậu quả nào liên quan.
25. Chăm sóc trước và sau khi sinh đẻ.

26. Khám và điều trị ngoại trú. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi “Điều trị ngoại trú”.
27. Khám và điều trị liên quan đến răng. Điểm loại trừ này không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi “Điều trị ngoại trú” bao gồm các quyền lợi về răng đã được liệt kê hoặc tham gia quyền lợi “Điều trị răng toàn diện”.
28. Khám và điều trị liên quan đến các thương tật do tai nạn và các hậu quả của tai nạn.
29. Người được bảo hiểm tử vong. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi “Bảo hiểm sinh mạng”. Tuy nhiên, trong trường hợp Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi này, Quy tắc bảo hiểm vẫn loại trừ tử vong do tai nạn, tử vong không do ốm đau, bệnh tật, thai sản hoặc tử vong không rõ nguyên nhân.
30. Những bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn trong 12 tháng đầu tiên kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm (loại trừ này không áp dụng đối với nhân viên trong Hợp đồng bảo hiểm cho 50 nhân viên trở lên).
31. Các chi phí và điều trị/ hậu quả liên quan cho đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm.

CHƯƠNG V THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

1. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm là 01 năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

2. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Khi yêu cầu trả tiền bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng hợp pháp gửi cho Bảo hiểm PVI các chứng từ sau đây:

- Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (theo mẫu của Bảo hiểm PVI) có xác nhận của Chủ hợp đồng bảo hiểm;
- Bản gốc hoặc bản sao hợp lệ: Giấy chứng tử (trường hợp Người được bảo hiểm tử vong), văn bản xác nhận quyền thừa kế hợp pháp theo quy định pháp luật;
- Bản gốc hoặc bản sao hợp lệ các chứng từ y tế: Giấy ra viện, phiếu điều trị (trường hợp điều trị nội trú), phiếu mổ hoặc thông tin về phương pháp phẫu thuật trên báo cáo y tế, giấy ra viện (trường hợp có phẫu thuật), sổ khám bệnh/ giấy khám bệnh, phiếu chỉ định và kết quả của các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, đơn thuốc...(trường hợp điều trị ngoại trú), chỉ định nghỉ của Bác sĩ điều trị (trường hợp Người được bảo hiểm phải nghỉ việc để điều trị sau tai nạn).
- Bản gốc các hoá đơn, biên lai, phiếu thu...liên quan đến việc điều trị theo quy định hiện hành của Bộ Tài chính.
- Hợp đồng lao động/ thỏa thuận lao động/ thư mời làm việc (đối với nhân viên thử việc), bảng chấm công/ bảng lương có xác nhận của Chủ hợp đồng lao động hoặc sao kê tài khoản lương.
- Bảo hiểm PVI có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng hợp pháp làm rõ các chứng từ trong hồ sơ yêu cầu bồi thường. Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng hợp pháp có trách nhiệm bổ sung thông tin cho Bảo hiểm PVI

và Bảo hiểm PVI không phải chịu chi phí cho việc có thêm thông tin đó.

- Trong trường hợp Người được bảo hiểm khám và điều trị ở nước ngoài và ngôn ngữ trên các chứng từ y tế, chứng từ thanh toán không phải tiếng Anh, Người được bảo hiểm có trách nhiệm dịch thuật có công chứng các tài liệu đó ra tiếng Việt gửi kèm Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm về Bảo hiểm PVI. Chi phí dịch thuật công chứng thuộc trách nhiệm của Người được bảo hiểm.

3. Chi trả tiền bảo hiểm

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

Số tiền bảo hiểm được trả cho Người được bảo hiểm hoặc cho Người thụ hưởng hợp pháp của Người được bảo hiểm.

4. Thời hiệu khởi kiện và giải quyết tranh chấp

Thời hiệu khởi kiện về hợp đồng bảo hiểm là 03 năm, kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

Mọi tranh chấp giữa các bên, nếu không giải quyết được bằng thương lượng, sẽ được đưa ra giải quyết tại Tòa án có thẩm quyền của Việt Nam.

CHƯƠNG VI ĐIỀU KHOẢN MỞ RỘNG

1. Điều trị ngoại trú

Trên cơ sở tuân thủ các điều kiện, điều khoản, loại trừ đã nêu trong Quy tắc bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm bổ sung, Bảo hiểm PVI đồng ý mở rộng bảo hiểm cho Người được bảo hiểm các chi phí y tế phát sinh điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật trong thời hạn bảo hiểm theo giới hạn ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, bao gồm:

- Chi phí khám bệnh;
- Chi phí thuốc theo kê đơn của Bác sĩ;
- Chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh 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 cơ bản, bao gồm: khám, chụp X-quang răng, lấy cao răng (2 lần / năm), điều trị viêm nướu (lợi), nha chu, trám (hàn) răng bằng các chất liệu thông thường (amalgam, composite hoặc chất liệu khác tương đương), nhổ răng bệnh lý (không kèm theo phẫu thuật), điều trị tủy răng.

Bảo hiểm PVI chỉ thanh toán chi phí Điều trị răng cơ bản 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.

- Khám thai định kỳ (áp dụng cho hợp đồng bảo hiểm có từ 50 nhân viên trở lên)

2. Điều trị răng toàn diện

Trên cơ sở tuân thủ các điều kiện, điều khoản, loại trừ đã nêu trong Quy tắc bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm bổ sung, Bảo hiểm PVI đồng ý mở rộng bảo hiểm cho các chi phí điều trị răng phát sinh tại các cơ sở y tế theo giới hạn ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, bao gồm:

i. Điều trị răng cơ bản

- Khám và chụp X-quang răng
- Điều trị viêm nướu (lợi), nha chu
- Trám (hàn) răng bằng các chất liệu thông thường (amalgam, composite hoặc chất liệu khác tương đương)
- Điều trị tủy răng
- Nhổ răng bệnh lý (không kèm theo phẫu thuật)

ii. Điều trị răng đặc biệt

- Lấy cao răng (2 lần / năm)
- Nhổ răng bệnh lý cần phẫu thuật
- Lấy chân răng
- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu)
- Phẫu thuật cắt chóp (phẫu thuật lấy đỉnh chân răng)

Khi Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm này, các chi phí Điều trị răng cơ bản bao gồm trong Quyền lợi Điều trị ngoại trú sẽ không được áp dụng.

3. Bảo hiểm sinh mạng

Trên cơ sở tuân thủ các điều kiện, điều khoản, loại trừ đã nêu trong Quy tắc bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm bổ sung, Bảo hiểm PVI đồng ý mở rộng bảo hiểm cho trường hợp Người được bảo hiểm tử vong do ốm đau, bệnh tật, thai sản theo giới hạn ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

4. Vận chuyển cấp cứu khẩn cấp bằng đường hàng không

Trên cơ sở tuân thủ các điều kiện, điều khoản, loại trừ đã nêu trong Quy tắc bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm bổ sung, Bảo hiểm PVI đồng ý mở rộng bảo hiểm chi phí vận chuyển cấp cứu khẩn cấp bằng đường hàng không trong 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 nơi Người được bảo hiểm xảy ra tình trạng khẩn cấp, 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 đau, bệnh tật

Trên cơ sở tuân thủ các điều kiện, điều khoản, loại trừ đã nêu trong Quy tắc bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm bổ sung, Bảo hiểm PVI đồng ý mở rộng chi trả 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.

TỔNG GIÁM ĐỐC



The stamp is circular with a red border. Inside, it says 'S.G.P: 63 - C.T. 1' at the top, 'TỔNG CÔNG TY' and 'BẢO HIỂM' in the middle, and 'PVI' in large letters at the bottom. There is also a line '1. Q. C. A. U. GI. A. Y. - T. P. H. A. N. H.' at the bottom. A blue ink signature is written over the stamp.

PHỤ LỤC 1
BẢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM SỨC KHỎE NHÓM

(Đính kèm và là một phần không tách rời của Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe nhóm
ban hành theo Quyết định số/QĐ-PVIBH ngày/tháng/năm 2021
của Tổng giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm PVI)

Đơn vị tiền tệ: Đồng Việt Nam

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	SỐ TIỀN BẢO HIỂM
A – NẪM VIỆN / PHẪU THUẬT DO ỐM ĐAU, BỆNH TẬT, THAI SẢN	Lựa chọn tối đa tới 500.000.000 đồng/người/năm
1. Viện phí (chi phí y tế cần thiết và hợp lý cung cấp bởi bệnh viện trong quá trình nằm viện) bao gồm nhưng không giới hạn: - Tiền giường điều trị tại phòng đơn tiêu chuẩn, suất ăn theo tiêu chuẩn tại bệnh viện - Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt - Chi phí hành chính, chi phí máu, huyết tương - Thuốc sử dụng trong khi nằm viện - Vật lý trị liệu (nếu những chi phí này là cần thiết trong quá trình nằm viện theo chỉ định của bác sĩ) - Tiêm truyền tĩnh mạch - Xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET (các chi phí xét nghiệm này phải do bác sĩ chỉ định và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện) - Vật tư y tế, vật tư tiêu hao	Tối đa 5% Số tiền bảo hiểm/ngày Tối đa 60 ngày/năm
2. Chi phí phẫu thuật (chi phí cần thiết và hợp lý liên quan đến một ca phẫu thuật nội trú, phẫu thuật trong ngày hoặc phẫu thuật ngoại trú) bao gồm nhưng không giới hạn: - Chi phí phòng mổ - Phẫu thuật viên - Chi phí gây mê - Các dụng cụ, thiết bị phẫu thuật - Thuốc dùng trong phẫu thuật - Vật tư tiêu hao - Chi phí hồi sức sau khi mổ - Chi phí cấy ghép nội tạng (không bao gồm chi phí mua, vận chuyển cơ quan nội tạng cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể) - Chi phí tái mổ	Tối đa đến Số tiền bảo hiểm



3. Điều trị cấp cứu (bao gồm điều trị nội trú, trong ngày hoặc ngoại trú)	Tối đa đến Số tiền bảo hiểm
4. Vận chuyển cấp cứu (Trong trường hợp không có dịch vụ cứu thương của địa phương, Người được bảo hiểm có thể dùng taxi với giới hạn trách nhiệm tới 200.000VNĐ/vụ. Hóa đơn taxi phải được cung cấp với thông tin liên quan)	Tối đa đến Số tiền bảo hiểm
5. Trợ cấp nằm viện	Tối đa 0,1% Số tiền bảo hiểm/ngày Tối đa 60 ngày/năm
6. Chi phí y tế trước khi nhập viện (trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện)	Tối đa 5% Số tiền bảo hiểm
7. Điều trị sau khi xuất viện (trong vòng 30 ngày kể từ ngày xuất viện)	Tối đa 5% Số tiền bảo hiểm
8. Chăm sóc y tế tại nhà (trong vòng 30 ngày kể từ ngày xuất viện)	Tối đa 5% Số tiền bảo hiểm
9. Trợ cấp mai táng	Tối đa 5.000.000 đồng
10. Thai sản và sinh đẻ	Theo các giới hạn phụ từ 1 – 7
11. Chăm sóc em bé	Tối đa 0,5% Số tiền bảo hiểm
B – ĐIỀU KHOẢN MỞ RỘNG	
1. Điều trị ngoại trú (bao gồm Điều trị răng cơ bản)	Lựa chọn tối đa tới 100.000.000 đồng/người/năm (không quá 20% Số tiền bảo hiểm Mục A)
- Chi phí khám bệnh - Chi phí thuốc theo kê đơn của bác sĩ - Chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và điều trị bệnh do bác sĩ chỉ định - Trị liệu học bức xạ, nhiệt, liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định	Tối đa 30% Số tiền bảo hiểm/lần khám và điều trị
- Điều trị bằng các phương pháp vật lý trị liệu do bác sĩ chỉ định	Tối đa 10% Số tiền bảo hiểm/ năm
- Khám thai định kỳ	Tối đa 10% Số tiền bảo hiểm/ năm
Điều trị răng cơ bản: - Khám, chụp X-quang răng - Lấy cao răng (2 lần / năm) - Điều trị viêm nướu (lợi), nha chu - Trám (hàn) răng bằng các chất liệu thông thường (amalgam, composite hoặc chất liệu khác tương đương)	Tối đa 30% Số tiền bảo hiểm

- Nhổ răng bệnh lý (không kèm theo phẫu thuật) - Điều trị tủy răng	
2. Điều trị răng toàn diện	Lựa chọn tối đa tới 50.000.000 đồng/người/năm (không quá 50% Số tiền bảo hiểm Điều trị ngoại trú)
i. Điều trị răng cơ bản - Khám và chụp X-quang răng - Điều trị viêm nướu (lợi), nha chu - Trám (hàn) răng bằng các chất liệu thông thường (amalgam, composite hoặc chất liệu khác tương đương) - Điều trị tủy răng - Nhổ răng bệnh lý (không kèm theo phẫu thuật)	Tối đa đến Số tiền bảo hiểm
ii. Điều trị răng đặc biệt - Lấy cao răng (2 lần / năm) - Nhổ răng bệnh lý cần phẫu thuật - Lấy chân răng - Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu) - Phẫu thuật cắt chóp (phẫu thuật lấy đỉnh chân răng)	
3. Bảo hiểm sinh mạng: Bảo hiểm cho trường hợp Người được bảo hiểm tử vong do ốm đau, bệnh tật, thai sản	30 tháng lương hoặc theo lựa chọn số tiền tối đa đến 5.000.000.000 đồng/người
4. Vận chuyển cấp cứu khẩn cấp bằng đường hàng không	Lựa chọn tối đa tới 500.000.000 đồng/người/năm
5. Trợ cấp mất giảm thu nhập do ốm đau, bệnh tật: Trợ cấp lương ngày trong quá trình điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật	Lựa chọn tối đa đến 12 tháng lương

