

Số: ...~~886~~./QĐ-PVIBH

Hà Nội, ngày 24 tháng 9 năm 2014

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành Quy tắc, Bảng quyền lợi, Biểu phí
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:

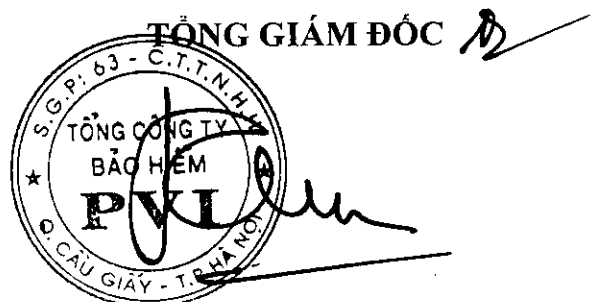
Điều 1: Ban hành kèm theo Quyết định này Quy tắc Bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe toàn diện (Trên cơ sở Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe PVI được ban hành kèm theo Quyết định số 399/QĐ-PVIBH ngày 28/05/2014 của Tổng giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm PVI), Bảng quyền lợi, Biểu phí Bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe toàn diện.

Điều 2: Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày 01/10/2014. Các quy định trước đây trái với Quyết định này đều bị bãi bỏ.

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

Nơi nhận:

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



Trương Quốc Lâm

**QUY TẮC BẢO HIỂM
CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN**

(Ban hành kèm theo Quyết định số ...~~86~~.../QĐ- PVI BH ngày...~~24~~...tháng...~~9~~...năm 2014
của Tổng giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm PVI)

**I. NGUYÊN TẮC CHUNG**

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 Giấy yêu cầu bảo hiểm và/hoặc các bản kê khai khác đã được Người được bảo hiểm hoặc đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm ghi đầy đủ, trung thực và phí bảo hiểm được đóng đầy đủ theo thời hạn đã được 2 bên thoả thuận bằng văn bản, Bảo hiểm PVI đồng ý cung cấp Bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe toàn diện cho Người được bảo hiểm theo các điều kiện, điều khoản bảo hiểm quy định dưới đây.

Bảo hiểm PVI sẽ không chịu trách nhiệm bồi thường nếu phí bảo hiểm không được thanh toán đúng hạn, trừ khi có thoả thuận khác bằng văn bản.

1. Phạm vi địa lý được bảo hiểm

Việt Nam (Đối với riêng quyền lợi Bảo hiểm tai nạn, phạm vi địa lý được bảo hiểm là Toàn thế giới)

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).

Trẻ em dưới 10 tuổi chỉ được nhận bảo hiểm với điều kiện phải tham gia bảo hiểm cùng Hợp đồng với Bố và/hoặc Mẹ, và Số tiền bảo hiểm phải bằng hoặc thấp hơn Số tiền bảo hiểm của Bố và/hoặc Mẹ

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

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

3. Hợp đồng bảo hiểm khác

Nếu tại thời điểm phát sinh sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm được một hợp đồng bảo hiểm khác có hiệu lực chi trả cho những chi phí y tế liên quan tới cùng một thương tật, bệnh tật được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này thì Người được bảo hiểm có quyền yêu cầu bồi thường theo bất kỳ hợp đồng bảo hiểm nào có hiệu lực. Trong trường hợp chi phí y tế đã được thanh toán bởi hợp đồng khác thì Bảo hiểm PVI sẽ chỉ

chi trả cho Người được bảo hiểm các khoản không được thanh toán theo hợp đồng bảo hiểm khác đó và thuộc phạm vi bảo hiểm của Quy tắc này.

4. Phí bảo hiểm

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

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

5. Ký kết, chấm dứt và tái tục Hợp đồng bảo hiểm

5.1. Khi có yêu cầu tham gia bảo hiểm, Người được bảo hiểm / đại diện của Người tham gia bảo hiểm phải điền đầy đủ nội dung trên Giấy yêu cầu bảo hiểm. Trên cơ sở Giấy yêu cầu bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ cấp cho mỗi Người được bảo hiểm một Giấy chứng nhận bảo hiểm. Giấy chứng nhận bảo hiểm cùng với Giấy yêu cầu bảo hiểm được coi là bằng chứng giao kết Hợp đồng bảo hiểm.

5.2. Hai bên đều có quyền đơn phương chấm dứt hợp đồng bảo hiểm, bằng cách thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước ít nhất 30 ngày kể từ ngày định chấm dứt. Người được bảo hiểm không được lùi ngày chấm dứt bảo hiểm. Nếu Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt, Người được bảo hiểm phải trả lại Bảo hiểm PVI Giấy chứng nhận bảo hiểm và thẻ bảo lãnh chậm nhất sau 15 ngày kể từ ngày chấm dứt bảo hiểm.

Trường hợp Người được bảo hiểm đơn phương chấm dứt 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 bảo hiểm chưa có khiếu nại nào thuộc phạm vi bảo hiểm nào xảy ra.

Trường hợp Bảo hiểm PVI đơn phương chấm dứt bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại. Thời gian còn lại là khoảng thời gian tính từ ngày chấm dứt bảo hiểm trước thời hạn đến ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm quy định trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

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

6. Thay đổi quyền lợi

Trong thời hạn bảo hiểm, Bảo hiểm PVI không chấp nhận 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.

7. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm áp dụng theo Quy tắc bảo hiểm này là 1 năm (12 tháng) được ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

8. Luật áp dụng

Luật Việt Nam

9. Thẩm định y khoa

Bảo hiểm PVI có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành thêm một số xét nghiệm và/hoặc giám 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 y khoa bị loại trừ. Chi phí giám định y khoa sẽ được Bảo hiểm PVI chi trả nếu khiếu nại được chấp thuận bồi thường hoặc sẽ do Người được bảo hiểm chi trả nếu khiếu nại bị từ chối.

10. Trách nhiệm của Bảo hiểm PVI.

Trách nhiệm của Bảo hiểm PVI sẽ kết thúc ngay lập tức cùng với thời điểm Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm hết hiệu lực. Tuy nhiên, điều khoản này không áp dụng đối với các khiếu nại đang được Bảo hiểm PVI giải quyết.

11. Trách nhiệm của Người được bảo hiểm

- Kê khai trung thực, đầy đủ các khoản mục quy định trên Giấy yêu cầu bảo hiểm và nộp phí bảo hiểm theo đúng thời hạn quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Khi xảy ra rủi ro được bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc thân nhân của họ phải áp dụng các biện pháp hợp lý và cần thiết để ngăn ngừa, hạn chế tai nạn, ốm đau, bệnh tật và các chi phí phát sinh.
- Thông báo sớm nhất những tình huống có thể dẫn đến khả năng xảy ra hoặc tăng tính nghiêm trọng của khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm, trung thực trong việc khai báo và cung cấp các chứng từ chính xác về sự kiện được bảo hiểm cho Bảo hiểm PVI.

II. CÁC ĐỊNH NGHĨA

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

- **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.
- **Tai nạn:** Là sự cố bất ngờ hay không lường trước, gây ra bởi một lực tác động từ bên ngoài lên thân thể Người được bảo hiểm và xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến tử vong hoặc thương tật thân thể cho Người được bảo hiểm và ngoài sự kiểm soát và ý định của Người được bảo hiểm.
- **Thương tật thân thể:** Là các chấn thương gây ra trực tiếp bởi tai nạn trong suốt thời hạn bảo hiểm.
- **Thương tật toàn bộ vĩnh viễn:** Là thương tật thân thể do tai nạn gây ra làm cho Người được bảo hiểm bị cản trở hoàn toàn khi tham gia vào công việc của người đó hay bị mất hoàn toàn khả năng lao động trong bất kỳ loại lao động nào kéo dài suốt 12 tháng liên tục và không hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó hoặc theo quyết định của Hội đồng giám định y khoa xác định Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể vĩnh viễn từ 81% trở lên.

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

- **Thương tật bộ phận vĩnh viễn:** Là thương tật thân thể làm cho Người được bảo hiểm vĩnh viễn mất đi chức năng hoạt động bình thường của một hay nhiều bộ phận của cơ thể.

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

- **Thương tật tạm thời:** Là tình trạng mà Người được bảo hiểm bị thương tật không thể thực hiện một phần hoặc toàn bộ công việc hàng ngày của mình trong một khoảng thời gian nhất định.
- **Tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật:** Là một sự biến đổi hoàn toàn về thể chất và tinh thần của một người làm cho Người được bảo hiểm không thể thực hiện

được bất kỳ các nhu cầu cá nhân, xã hội hay công việc nào, hoặc đáp ứng những yêu cầu của luật pháp.

- **Bệnh mãn tính:** Là tình trạng bệnh mà theo ý kiến của Bác sỹ đa khoa, chuyên khoa hay cố vấn y tế hành nghề hợp pháp là bệnh tiến triển kéo dài và không có khả năng chữa khỏi hoàn toàn.
- **Ôm 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 được điều trị y tế.
- **Bệnh có sẵn:** Là những bệnh có từ trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm và là bệnh mà Người được bảo hiểm:
 - Đã phải điều trị trong vòng 3 năm trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm, hoặc
 - Có triệu chứng về mặt y khoa, đã tồn tại và có nguồn gốc từ trước khi bảo hiểm có hiệu lực, bất kể là Người được bảo hiểm đã được điều trị hay được tư vấn khám trước đó hay chưa.

Theo quy tắc bảo hiểm này, ngoài các bệnh có sẵn theo định nghĩa trên, một số bệnh sau được hiểu là Bệnh có sẵn: viêm Amidan cần phải cắt, viêm VA cần phải nạo, vẹo vách ngăn cần phẫu thuật, rối loạn tiền đình, thoái hóa khớp/đốt sống, viêm tai giữa cần phẫu thuật, thoát vị đĩa đệm, bệnh hen.

- **Bệnh đặc biệt:** Là các bệnh ung thư và u các loại, huyết áp, tim mạch, loét dạ dày, viêm đa khớp mãn tính, loét ruột, viêm gan các loại, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi các loại trong hệ thống tiết niệu và đường mật, đục thủy tinh thể, viêm xoang, bệnh đái tháo đường, Parkinson, bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu.
- **Bệnh nghề nghiệp:** Là những bệnh lý mang đặc trưng của nghề nghiệp hoặc liên quan tới nghề nghiệp. Nguyên nhân của bệnh nghề nghiệp là do tác hại thường xuyên và lâu dài của điều kiện lao động nơi Người được bảo hiểm làm việc. Danh mục bệnh nghề nghiệp theo quy định hiện hành của liên Bộ Y tế - LĐTBXH.
- **Bệnh / dị tật bẩm sinh:** là sự phát triển không bình thường của một bộ phận hoặc cấu trúc về mặt hình dạng, cấu tạo hoặc vị trí ngay từ khi hình thành trong tử cung theo kết luận của bác sỹ.
- **Di truyền:** Gen mang bệnh di truyền từ cha, mẹ sang con, có triệu chứng từ khi sinh hoặc xuất hiện sau đó.
- **Bệnh viện:** Là một cơ sở khám và điều trị bệnh hợp pháp theo quy định của pháp luật Việt Nam 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.
- **Bác sỹ:** Là một người có giấy phép hành nghề hợp pháp, được luật pháp của Nước sở tại công nhận và bác sỹ đó đang điều trị, hành nghề trong phạm vi giấy phép được cấp và trong phạm vi chuyên ngành đào tạo của mình, nhưng loại trừ bác sỹ chính là Người được bảo hiểm hay vợ hoặc chồng, bố hoặc mẹ, con, anh/chị em ruột của Người được bảo hiểm. Bác sỹ có thể là một cố vấn y tế hay bác sỹ chuyên khoa.

- **Nằm viện:** Là việc bệnh nhân cần thiết phải điều trị trong ngày và/hoặc điều trị nội trú ít nhất 24 giờ liên tục tại cơ sở y tế 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.
- **Điều trị nội trú:** Là điều trị y tế khi Người được bảo hiểm có làm thủ tục nhập viện và nằm tại giường bệnh qua đêm. Giấy xuất viện là một trong những chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.
- **Điều trị ngoại trú:** Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải điều trị ốm đau, bệnh tật hoặc tai nạn tại một cơ sở y tế hợp pháp mà không phải nằm viện.
- **Điều trị trong ngày:** Là việc Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện để điều trị một bệnh đã được chẩn đoán xác định, có phác đồ điều trị có phát sinh chi phí giường bệnh nhưng không phải ở lại bệnh viện qua đêm.
- **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 trong bệnh viện.
- **Phẫu thuật trong ngày:** Là phẫu thuật để điều trị thương tật hoặc bệnh tật nhưng không đòi hỏi bệnh nhân phải ở lại qua đêm để chăm sóc y khoa.
- **Chi phí thông lệ và hợp lý:** Là các chi phí y tế phát sinh từ việc điều trị cần thiết trên phương diện y khoa cho các thương tật hoặc ốm đau, bệnh tật của Người được bảo hiểm không vượt quá mức chi phí chung của các nhà cung cấp dịch vụ y tế có cùng mức độ trong khu vực, nơi phát sinh những chi phí y tế đó, khi cung cấp các dịch vụ y tế điều trị tương đương hoặc mức độ điều trị, dịch vụ hay việc cung cấp dịch vụ đối với bệnh tật hoặc thương tật thân thể tương tự.
- **Tiền giường điều trị:** Là chi phí tiền giường nằm điều trị trong một phòng tiêu chuẩn thông thường tại cơ sở y tế điều trị (không bao gồm phòng VIP, phòng cao cấp) và các khoản chi phí liên quan khác, các chi phí chăm sóc y tế cần thiết khác do một y tá có bằng cấp chăm sóc.
- **Thuốc kê theo đơn của bác sỹ:** Là những loại thuốc được bán và sử dụng theo đơn của bác sỹ và quy định của pháp luật.
- **Lần khám/điều trị:** Là việc khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thuốc điều trị được thực hiện bởi chỉ định của một Bác sỹ tại một thời điểm.
- **Chăm sóc y tế tại nhà:** Là các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp được thực hiện tại nhà của Người được bảo hiểm và ngay sau khi ra viện (thời gian nằm viện tối thiểu là 7 ngày). Dịch vụ này phải được thực hiện theo chỉ định của bác sỹ điều trị vì những lý do đặc thù của ngành y.
- **Chi phí trước khi nhập viện:** Là các chi phí khám bệnh và sử dụng các xét nghiệm chẩn đoán theo chỉ định của bác sỹ, liên quan trực tiếp đến bệnh/thương tật cần phải nhập viện và cần theo dõi, được thực hiện trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện.
- **Chi phí điều trị sau khi xuất viện:** Là các chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sỹ nhưng tối đa không vượt quá 30 ngày và liên quan trực tiếp đến việc điều trị nội trú trước đó. Các chi phí này bao gồm phí khám, kiểm tra, siêu âm, chụp, chiếu, xét nghiệm cơ bản và thuốc.
- **Thai kỳ:** Là quá trình kể từ ngày chẩn đoán có thai đầu tiên cho đến khi sinh.

- **Vật lý trị liệu theo chỉ định:** Là phương pháp chữa trị sử dụng các biện pháp vật lý được thực hiện bởi nhà vật lý trị liệu có đăng ký theo sự giới thiệu của bác sỹ.
- **Bộ phận giả:** Là bộ phận nhân tạo thay thế cho các bộ phận của cơ thể.
- **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 hợp xương, máy hỗ trợ tim, 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...
- **Điều trị phục hồi chức năng:** 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.
- **Số tiền bảo hiểm:** Là số tiền bồi thường tối đa ghi trong Bảng quyền lợi bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe toàn diện của Bảo hiểm PVI có thể được chi trả trong 1 năm bảo hiểm cho mỗi người được bảo hiểm / người thụ hưởng khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- **Giới hạn phụ:** Là giới hạn bồi thường tối đa có thể trả cho từng quyền lợi bảo hiểm được quy định chi tiết trong Bảng quyền lợi bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe toàn diện. Tuy nhiên tổng các giới hạn chi tiết không vượt quá Số tiền bảo hiểm.
- **Tái tục liên tục:** Là việc Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm mới với quyền lợi thấp hơn hoặc bằng quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm, có ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm vào ngày kế tiếp sau ngày hết hạn bảo hiểm của Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đã tham gia trước đó tại Bảo hiểm PVI.
- **Người được bảo hiểm:** Là cá nhân đã hoàn thành việc kê khai, hoặc tên của họ được kê khai trong giấy yêu cầu tham gia bảo hiểm và hiệu lực bảo hiểm đã được xác nhận, hoặc là người có tên trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- **Thời gian chờ:** Là khoảng thời gian được tính kể từ ngày hiệu lực bảo hiểm, trong thời gian đó Đơn vị tham gia bảo hiểm / Người được bảo hiểm không được Bảo hiểm PVI thanh toán cho các rủi ro xảy ra thuộc phạm vi quyền lợi bảo hiểm liên quan.
- **Dịch bệnh:** Theo công bố của Cơ quan chức năng.

III. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH

1. Bảo hiểm Tai nạn cá nhân

- 1.1. **Phạm vi bảo hiểm:** Bảo hiểm trường hợp tử vong, thương tật thân thể do tai nạn, trừ những trường hợp loại trừ quy định ở Phần IV dưới đây.
- 1.2. **Hiệu lực bảo hiểm:** Quyền lợi bảo hiểm này có hiệu lực ngay kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.3. **Quyền lợi bảo hiểm:**
 - **Quyền lợi 1 – Tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm:**
Bảo hiểm PVI trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.
 - **Quyền lợi 2 - Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm:**

Bảo hiểm PVI chi trả theo tỷ lệ phần trăm của số tiền bảo hiểm theo “Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật” tại Phụ lục 2 của Quy tắc bảo hiểm này

- **Quyền lợi 3 – Trợ cấp ngày trong thời gian điều trị nội trú do tai nạn:**

Trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn 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 nội trú do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm như quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

- **Quyền lợi 4 - Chi phí y tế do tai nạn:**

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

1.4. Quy định chung:

- 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 hay 2 khi có liên quan đến cùng một tai nạn.
- Tổng số tiền được trả theo Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi 2 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 Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Không một khoản tiền nào được trả theo Quy tắc bảo hiểm này được tính lãi.
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn đã được Bảo hiểm PVI trả tiền bảo hiểm, trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn Người được bảo hiểm từ vong do hậu quả của chính tai nạn đó, Bảo hiểm PVI sẽ trả phần chênh lệch giữa số tiền ghi trong hợp đồng/GCNBH với số tiền đã chi trả trước đó.

2. Bảo hiểm Điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật

2.1. Phạm vi bảo hiểm: Bảo hiểm trường hợp ốm đau, bệnh tật phải nằm viện phẫu thuật, trừ những trường hợp loại trừ quy định ở phần IV dưới đây.

2.2. Hiệu lực bảo hiểm: Quyền lợi bảo hiểm này chỉ có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm:

- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường
- 365 ngày đối với bệnh mãn tính, bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn
- Các hợp đồng tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi ký hợp đồng và đóng phí bảo hiểm đầy đủ cho thời gian tiếp theo, trừ khi có thỏa thuận khác bằng văn bản

2.3. Quyền lợi của Người được bảo hiểm:

a. Trường hợp nằm viện: Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ thanh toán các chi phí điều trị, tiền phòng, tiền ăn theo tiêu chuẩn điều trị nội trú của bệnh viện (nếu có), chi phí xét nghiệm, X-quang, thuốc điều trị, truyền máu, ô xy, huyết thanh, quần áo bệnh viện và các chi phí y tế liên quan khác nhưng tối đa không quá giới hạn quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm và không quá 60 ngày trong một năm bảo hiểm

b. Trường hợp phẫu thuật: Trường hợp Người được bảo hiểm phải phẫu thuật thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ thanh toán toàn bộ các chi phí hội chẩn, gây

mê, hồi sức, chi phí phẫu thuật. Giới hạn số tiền chi trả cho trường hợp phẫu thuật không vượt mức giới hạn tối đa được ghi cụ thể trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

- c. **Các quyền lợi bảo hiểm khác:** Quy định chi tiết trong Bảng quyền lợi bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe toàn diện của Bảo hiểm PVI.

IV. LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

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

1. Điều trị ngoài phạm vi địa lý được quy định
2. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp.
3. Hậu quả của việc Người được bảo hiểm sử dụng bia rượu, ma túy và các chất kích thích tương tự khác.
4. 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 sỹ.
5. Điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không phải là việc điều trị hoặc phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định.
6. Điều trị các bệnh tật, ốm đau hay thương tật do hậu quả của chiến tranh, nội chiến, đình công và khủng bố.
7. 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, thiên tai, dịch bệnh
8. Người được bảo hiểm cố ý định tự tử hoặc cố ý dẫn thân vào nơi nguy hiểm không cần thiết trừ khi có ý định cứu người, cứu tài sản.
9. Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm nghiêm trọng pháp luật. Mức độ nghiêm trọng sẽ phụ thuộc vào đánh giá của cơ quan có thẩm quyền.
10. Thương tật của người được bảo hiểm và bất kỳ hậu quả nào phát sinh do đánh nhau trừ khi chứng minh được đó là hành động tự vệ chính đáng.
11. Điều trị, kiểm tra hoặc bất kỳ hậu quả nào liên quan tới AIDS, HIV và các bệnh lây qua đường tình dục.
12. Người được bảo hiểm bị bệnh sốt rét, phong, lao, bệnh nghề nghiệp.
13. Điều trị và hậu quả của tất cả các loại bệnh tâm thần hoặc rối loạn tâm thần, điều trị các chứng ngủ ngáy và ngừng thở khi ngủ, rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, suy nhược, lao lực và stress hoặc các tình trạng liên quan.
14. Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang;
15. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp, bất kỳ hoạt động đua nào.
16. Dịch vụ khám hoặc điều trị tại nhà (trừ quyền lợi “Chi phí y tế chăm sóc tại nhà theo chỉ định của bác sỹ” trong quyền lợi bảo hiểm chính); điều trị tại các trung tâm phục hồi, phòng tắm hơi, spa, khu nghỉ dưỡng, an dưỡng, điều trị phục hồi và các cơ sở điều trị bằng thủy lực hay các cơ sở tương tự, các phương pháp thiên nhiên,

ngay cả khi việc nằm viện này có nhận được chỉ định y khoa, cũng như nằm tại các bệnh xá.

17. Nằm viện để kiểm tra sức khỏe hoặc giám định y khoa mà không liên quan đến việc điều trị bệnh tật.
18. Điều trị hoặc phẫu thuật các bệnh, dị tật bẩm sinh, di truyền, dị dạng về gien, những thương tật và chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm.
19. Các sản phẩm vitamin và khoáng chất, thực phẩm chức năng, chất bổ sung dinh dưỡng hay ăn kiêng, bao gồm cả những sản phẩm làm đẹp (trừ khi vitamin và khoáng chất được chỉ định để điều trị những bệnh hoặc hội chứng được chẩn đoán xác định là thiếu hụt vitamin và chi phí cho các loại vitamin, khoáng chất này không lớn hơn chi phí thuốc điều trị)
20. Khám sức khỏe định kỳ /thông lệ, bao gồm kiểm tra sức khỏe tổng quát, khám phụ khoa/ nam khoa, xét nghiệm định kỳ, khám thai định kỳ, chăm sóc trẻ sơ sinh, tiêm chủng, uống vắc xin phòng ngừa. Kiểm tra thị lực và thính lực thông thường, điều trị cận thị, viễn thị, loạn thị, điều trị và phẫu thuật sửa chữa những khiếm khuyết về suy thoái thị lực và thính lực tự nhiên.
21. Điều trị thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình trừ khi việc giải phẫu này nhằm mục đích tái tạo để phục hồi chức năng của cơ quan bị tổn thương do tai nạn phát sinh trong thời hạn bảo hiểm; điều trị cân nặng, các điều trị mang tính thẩm mỹ bao gồm nhưng không giới hạn ở việc điều trị mụn trứng cá, điều trị rụng tóc, điều trị tăng sắc tố da...
22. Chi phí điều trị phục hồi chức năng, chi phí cung cấp, duy trì hay chỉnh sửa các bộ phận hoặc dụng cụ giả được lắp đặt từ bên ngoài vào cơ thể, các bộ phận/thiết bị y tế hỗ trợ điều trị.
23. Kế hoạch hoá gia đình, điều trị vô sinh, điều trị bất lực, rối loạn chức năng sinh dục, thụ tinh nhân tạo, liệu pháp thay đổi hóc môn, thay đổi giới tính hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của các điều trị trên.
24. Chăm sóc trước và sau khi sinh.
25. Các chi phí liên quan đến thai sản và sinh đẻ. Điểm loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi bổ sung “Thai sản và sinh đẻ”.
26. Các chi phí điều trị ngoại trú. Điểm loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi bổ sung “Điều trị ngoại trú”.
27. Các chi phí điều trị răng. Điểm loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi bổ sung “Chăm sóc răng”.
28. Bệnh đặc biệt, bệnh mãn tính và bệnh có sẵn trong năm đầu tham gia bảo hiểm.

V. THỦ TỤC THANH TOÁN BỒI THƯỜNG

1. Hồ sơ yêu cầu 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:

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

chính hoặc bản sao có xác nhận hợp lệ hoặc xác nhận đã đối chiếu bản gốc của Bảo hiểm PVI)

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

2. 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.

3. 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.

4. 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 01 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.

5. 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.

6. Thời hạn khiếu nại và thời hiệu khởi kiện

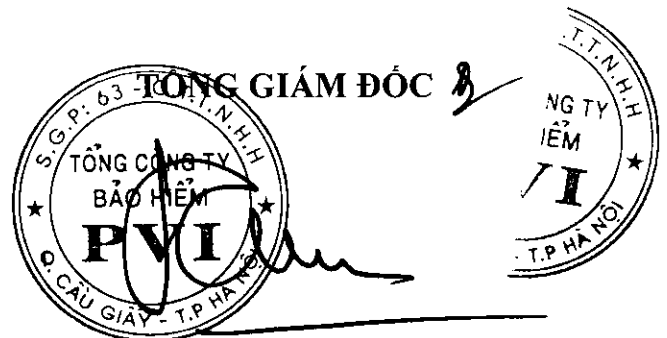
Thời hạn Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp khiếu nại Bảo hiểm PVI về quyết định trả tiền bảo hiểm là 12 tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp nhận được thông báo trả tiền bảo hiểm.

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

VI. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Mọi tranh chấp có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm sẽ được Bảo hiểm PVI và Người được bảo hiểm thương lượng giải quyết. Nếu các bên không giải quyết được tranh chấp bằng thương lượng thì các bên thống nhất bằng văn bản lựa chọn giải quyết tranh chấp theo một trong hai phương thức sau:

- 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. Các bên có trách nhiệm tuân thủ theo phán quyết cuối cùng của trọng tài.
- Tranh chấp sẽ được đưa ra tòa án có thẩm quyền giải quyết theo quy định của pháp luật Việt Nam.



Trương Quốc Lâm

PHỤ LỤC 1

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN

(Đính kèm và là một phần không tách rời của Quy tắc Bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe toàn diện ban hành theo Quyết định số ... 886./QĐ-PVIBH ngày 24 tháng 09 năm 2018 của Tổng giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm PVI)



Khi đã tham gia quyền lợi bảo hiểm chính, nếu có nhu cầu Người được bảo hiểm có thể đóng phí bổ sung để tham gia một hoặc tất cả các quyền lợi bảo hiểm bổ sung của Quy tắc bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe toàn diện sau đây:

1. Quyền lợi bổ sung 1: Bảo hiểm Điều trị ngoại trú

Trường hợp Người được bảo hiểm phải điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật thuộc phạm vi bảo hiểm tại các cơ sở y tế có giấy phép hoạt động hợp pháp trên lãnh thổ Việt Nam, Bảo hiểm PVI sẽ chi trả theo giới hạn quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, bao gồm các chi phí sau:

- Chi phí khám bệnh;
- Chi phí thuốc theo kê đơn của bác sĩ;
- Chi phí xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị bệnh do bác sĩ chỉ định;
- Điều trị bằng các phương pháp vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, nhiệt, liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định.

Hiệu lực bảo hiểm: Quyền lợi bảo hiểm này chỉ có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm:

- 30 ngày đối với trường hợp bệnh tật thông thường;
- 365 ngày đối với bệnh đặc biệt, bệnh mãn tính và bệnh có sẵn;
- Các hợp đồng tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi ký hợp đồng và đóng phí bảo hiểm đầy đủ cho thời gian tiếp theo, trừ khi có thỏa thuận khác bằng văn bản.

Loại trừ bảo hiểm: Ngoài việc áp dụng các điểm loại trừ theo quy định tại Phần IV của Quy tắc bảo hiểm này, điều khoản bổ sung này còn áp dụng thêm các điểm loại trừ sau:

- Khám và các xét nghiệm không có kết luận bệnh của bác sĩ;
- Điều trị ngoại trú do tai nạn.

2. Quyền lợi bổ sung 2: Bảo hiểm Chăm sóc răng

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

Bảo hiểm PVI sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm bổ sung này các chi phí y tế chăm sóc và điều trị răng phát sinh trong thời hạn bảo hiểm tại các cơ sở 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 hoạt động hợp pháp tại Việt Nam như sau:

- Khám, chụp X-ray và chẩn đoán bệnh;
- Lấy cao răng (1 lần/năm);
- Trám (hàn) răng bằng các chất liệu thông thường (amalgam hoặc composite);
- Nhổ răng bệnh lý, nhổ chân răng (bao gồm phẫu thuật);

- Nhổ răng bệnh lý, nhổ chân răng (bao gồm phẫu thuật);
- Chữa tủy răng;
- Điều trị viêm nướu, viêm nha chu;

Loại trừ bảo hiểm: Ngoài việc áp dụng các điểm loại trừ theo quy định tại Phần IV của Quy tắc bảo hiểm, Quyền lợi bảo hiểm bổ sung này còn áp dụng thêm các điểm loại trừ sau:

- Làm răng giả;
- Điều trị răng do tai nạn;
- Điều trị hoặc chỉnh răng mang tính thẩm mỹ.

3. Quyền lợi bổ sung 3: Bảo hiểm Thai sản và sinh đẻ

(Áp dụng cho phụ nữ có độ tuổi từ 18 đến 45)

Bảo hiểm PVI sẽ thanh toán theo giới hạn quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm bổ sung này các chi phí y tế chăm sóc thai sản và sinh đẻ tại các cơ sở y tế nhà nước hoặc tư nhân có giấy phép hoạt động hợp pháp trên lãnh thổ Việt Nam phát sinh trong thời hạn bảo hiểm như sau:

a. Biến chứng thai sản và sinh khó:

Bảo hiểm PVI sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng trong quá trình mang thai, hoặc trong quá trình sinh nở cần đến các thủ thuật sản khoa. Việc 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.

Biến chứng thai sản bao gồm và không giới hạn trong các trường hợp sau:

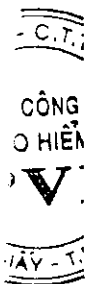
- Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung
- Mang thai trứng nước;
- Thai ngoài tử cung;
- Băng huyết sau khi sinh;
- Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh;
- Phá thai do điều trị bao gồm các trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền/dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải phá thai để bảo vệ tính mạng của người mẹ;
- Biến chứng của các trường hợp trên.

b. Sinh thường:

Bảo hiểm PVI sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc sinh thường bao gồm và không giới hạn trong các chi phí: đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, bác sĩ chuyên khoa...

Hiệu lực bảo hiểm: Quyền lợi bảo hiểm này chỉ có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm:

- 90 ngày đối với trường hợp sảy thai, nạo phá thai do chỉ định của bác sĩ, điều trị biến chứng thai sản;
- 270 ngày đối với trường hợp sinh đẻ;
- Các hợp đồng tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi ký hợp đồng và đóng phí bảo hiểm đầy đủ cho thời gian tiếp theo, trừ khi có thỏa thuận khác bằng văn bản.

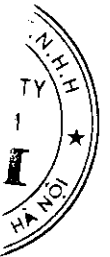


4. Quyền lợi bổ sung 4: Bảo hiểm Tử vong/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật

Bảo hiểm PVI sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm này toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật thuộc phạm vi bảo hiểm.

Hiệu lực bảo hiểm: Quyền lợi bảo hiểm này chỉ có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm:

- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường
- 365 ngày đối với bệnh mãn tính, bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn
- Các hợp đồng tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi ký hợp đồng và đóng phí bảo hiểm đầy đủ cho thời gian tiếp theo, trừ khi có thỏa thuận khác bằng văn bản.



PHỤ LỤC 2

BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM THƯƠNG TẬT

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



TỬ VONG..... 100%

THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ

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

THƯƠNG TẬT BỘ PHẦN

CHI TRÊN

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



(Handwritten mark)

(Handwritten mark)

- Mất cả đốt ngoài	12%
- Mất ½ đốt ngoài	8%
20. Mất ngón trỏ và đốt bàn.....	22%
- Mất ngón trỏ	20%
- Mất 2 đốt 2 và 3	10%
- Mất đốt 3	9%
21. Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn (cả đốt bàn).....	20%
- Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn	17%
- Mất 2 đốt 2 và 3	10%
- Mất đốt 3	5%
22. Mất cả ngón út và đốt bàn.....	17%
- Mất cả ngón út	12%
- Mất 2 đốt 2 và 3	9%
- Mất đốt 3	5%
23. Cứng khớp bả vai.....	30%
24. Cứng khớp khuỷu tay.....	30%
25. Cứng khớp cổ tay.....	30%

CHI DƯỚI

26. Mất 1 chân từ háng xuống (tháo khớp háng 1 đùi).....	80%
27. Cắt cụt 1 đùi	
- 1/3 trên	75%
- 1/3 giữa hoặc dưới	65%
28. Cắt cụt 1 chân từ gối xuống (tháo khớp gối)	65%
29. Tháo khớp cổ chân hoặc mất 1 bàn chân.....	60%
30. Mất xương sên	37%
31. Mất xương gót.....	40%
32. Mất đoạn xương chày, mác gây khớp giả cẳng chân.....	40%
33. Mất đoạn xương mác	25%
34. Mất mắt cá chân	
- Mất cá ngoài	12%
- Mất cá trong.....	17%
35. Mất cả 5 ngón chân.....	50%
36. Mất 4 ngón cả ngón cái.....	42%
37. Mất 4 ngón trừ ngón cái.....	40%
38. Mất 3 ngón 3 - 4 - 5	27%

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

39.	Mất 3 ngón 1 - 2 - 3	32%
40.	Mất 1 ngón cái và ngón 2	22%
41.	Mất 1 ngón cái	17%
42.	Mất 1 ngón ngoài ngón cái	12%
43.	Mất 1 đốt ngón cái	10%
44.	Cứng khớp háng	50%
45.	Cứng khớp gối	35%
46.	Mất phần lớn xương bánh chè và giới hạn nhiều khả năng duỗi cẳng chân trên đùi	50%
47.	Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi	
	- ít nhất 5 cm	42%
	- từ 3 - 5 cm	37%
48.	Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài	40%
49.	Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong	30%

CỘT SỐNG

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

SỌ NÃO

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

LÒNG NGỰC

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

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

61. Cắt nhiều thùy phổi ở 1 bên..... 55%
62. Cắt 1 thùy phổi..... 40%

BỤNG

63. Cắt toàn bộ dạ dày 80%
64. Cắt đoạn dạ dày 55%
65. Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1 m)..... 80%
66. Cắt đoạn ruột non..... 45%
67. Cắt toàn bộ đại tràng..... 80%
68. Cắt đoạn đại tràng 55%
69. Cắt bỏ gan phải đơn thuần 75%
70. Cắt bỏ gan trái đơn thuần..... 65%
71. Cắt ½ của một thùy gan 60%
72. Cắt 1/3 của một thùy gan 40%
73. Cắt dưới 1/3 của một thùy gan..... 30%
74. Cắt bỏ túi mật..... 50%
75. Cắt bỏ lá lách 45%
76. Cắt bỏ đuôi tụy, lách..... 65%

CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC

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

MẮT

91. Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt, không lắp được mắt giả..... 60%

(Handwritten marks)

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

TAI – MŨI – HỌNG

97. Điếc 2 tai hoàn toàn không phục hồi được	80%
98. Điếc 2 tai nặng (nói to hoặc thét vào tai còn nghe)	65%
99. Điếc 2 tai vừa (nói to 1 - 2 m còn nghe).....	40%
100. Điếc 2 tai nhẹ (nói to 2 - 4 m còn nghe)	20%
101. Điếc 1 tai hoàn toàn không phục hồi được	35%
102. Điếc 1 tai mức độ vừa.....	15%
103. Điếc 1 tai mức độ nhẹ	8%
104. Mất vành tai 2 bên	30%
105. Mất vành tai 1 bên	15%
106. Mất mũi hoàn toàn	40%
107. Biến dạng mũi.....	18%

MẶT

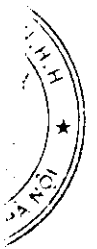
108. Mất toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cạnh cao trở xuống khác bên	85%
109. Mất toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cạnh cao trở xuống cùng bên	75%
110. Mất toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới.....	75%
111. Mất 1 phần xương hàm trên hoặc 1 phần xương hàm dưới từ 1/3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

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

- Mất hẳn chức năng của từng bộ phận hoặc hỏng vĩnh viễn chỉ được coi như mất từng bộ phận đó hoặc mất chi.

1/7/11
 T
 M
]
 1/9

- Những trường hợp thương tật không liệt kê trong bảng sẽ được bồi thường theo tỉ lệ trên cơ sở so sánh tính nghiêm trọng của nó với những trường hợp khác có trong bảng.
- Trường hợp có nhiều thương tật, tiền bảo hiểm được trả cho từng thương tật tương ứng nhưng tổng số tiền trả cho Người được bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm. Trường hợp có nhiều thương tật ở cùng cùng một chi, tổng số tiền trả cho các thương tật không được vượt quá tỷ lệ mất chi đó.



BẢNG QUYỀN LỢI
BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN
(Ban hành kèm theo Quyết định số ...886.../QĐ-PVIBH ngày 24 tháng 9, năm 2014
của Tổng giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm PVI)

Đơn vị tính: VND

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	SỐ TIỀN BẢO HIỂM (STBH)/NGƯỜI/NĂM				
	Chương trình 1	Chương trình 2	Chương trình 3	Chương trình 4	Chương trình 5
A. QUYỀN LỢI CHÍNH	500.000.000	300.000.000	200.000.000	100.000.000	80.000.000
I. Bảo hiểm tai nạn	Toàn bộ	Toàn bộ	Toàn bộ	Toàn bộ	Toàn bộ
1. Chết/thương tật toàn bộ vĩnh viễn					
2. Thương tật bộ phận vĩnh viễn	Theo Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật đính kèm Quy tắc bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe toàn diện				
3. Trợ cấp ngày trong thời gian điều trị do tai nạn (tối đa 60 ngày/năm)	300.000	200.000	100.000	50.000	30.000
4. Chi phí y tế	100.000.000	80.000.000	60.000.000	40.000.000	20.000.000
II. Bảo hiểm Điều trị nội trú do ốm đau bệnh tật	140.000.000	100.000.000	70.000.000	50.000.000	40.000.000
1. Nằm viện					
- Tiền giường phòng	5.600.000/ngày	4.000.000/ngày	3.150.000/ngày	2.500.000/ngày	2.000.000/ngày
- Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh					
- Thuốc điều trị					
- Các chi phí y tế khác trong thời gian nằm viện <i>(Áp dụng cho cả trường hợp Điều trị trong ngày)</i>					
2. Phẫu thuật (bao gồm cấy ghép nội tạng, trừ chi phí mua các bộ phận nội tạng và chi phí hiến nội tạng)	Tối đa đến Số tiền bảo hiểm				
3. Các quyền lợi khác					



(Handwritten mark)

a. Chi phí trước khi nhập viện (30 ngày trước khi nhập viện)	5.600.000	4.000.000	3.150.000	2.500.000	2.000.000
b. Chi phí điều trị sau khi xuất viện (30 ngày kể từ ngày xuất viện)	5.600.000	4.000.000	3.150.000	2.500.000	2.000.000
c. Chi phí y tá chăm sóc tại nhà ngay sau khi xuất viện (tối đa 15 ngày/năm)	5.600.000	4.000.000	3.150.000	2.500.000	2.000.000
d. Trợ cấp nằm viện/ngày (tối đa 60 ngày/ năm)	140.000	100.000	70.000	50.000	40.000
e. Vận chuyển cấp cứu (loại trừ bằng đường hàng không). 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.	28.000.000	20.000.000	14.000.000	10.000.000	8.000.000
f. Chi phí mai táng	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000

B. QUYỀN LỢI BỔ SUNG

SỐ TIỀN BẢO HIỂM (STBH)/ NGƯỜI/ NĂM

I. Bảo hiểm Điều trị ngoại trú	20.000.000	16.000.000	10.000.000	8.000.000	6.000.000
- Chi phí khám bệnh.					
- Chi phí thuốc men theo kê đơn của bác sĩ	4.000.000/lần khám	3.000.000/lần khám	2.000.000/lần khám	1.500.000/lần khám	1.200.000/lần khám
- Chi phí xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị bệnh do bác sĩ chỉ định					
- Vật lý trị liệu					
II. Bảo hiểm Chăm sóc răng	10.000.000	8.000.000	6.000.000	4.000.000	3.000.000
III. Bảo hiểm Thai sản và sinh đẻ	20.000.000	16.000.000	10.000.000	10.000.000	8.000.000

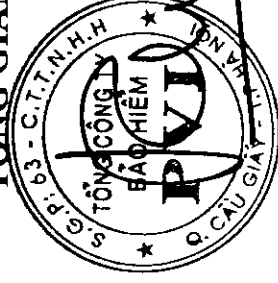
Thai sản và sinh đẻ 1

- Biến chứng thai sản
- Sinh mổ
- Sinh thường

Tối đa đến Số tiền bảo hiểm

Thai sản và sinh đẻ 2					
a. Biến chứng thai sản	3.500.000/ngày	3.200.000/ngày	2.000.000/ngày	2.000.000/ngày	1.500.000/ngày
b. Sinh thường	Tối đa đến Số tiền bảo hiểm				
c. Sinh mổ					
IV. Bảo hiểm Tử vong/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn Tử vong/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật	500.000.000	300.000.000	200.000.000	100.000.000	80.000.000

TỔNG GIÁM ĐỐC



Trương Quốc Lâm



BIỂU PHÍ BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN

(Ban hành kèm theo Quyết định số .../QĐ-PVIBH ngày ... tháng ... năm 2014
của Tổng giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm PVI)

Đơn vị: VNĐ

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH					
Độ tuổi	Chương trình 1	Chương trình 2	Chương trình 3	Chương trình 4	Chương trình 5
1 – 18	3.380.200	2.427.000	1.727.000	1.296.000	960.000
19 – 40	3.549.000	2.549.000	1.812.000	1.335.000	989.000
40 – 50	3.727.000	2.676.000	1.903.000	1.375.000	1.023.000
50 – 60	3.913.000	2.810.000	1.998.000	1.416.000	1.054.000

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG					
1. Điều trị ngoại trú					
Độ tuổi	Chương trình 1	Chương trình 2	Chương trình 3	Chương trình 4	Chương trình 5
1 – 18	2.950.000	2.360.000	1.613.000	1.420.000	999.000
19 – 40	3.098.000	2.478.000	1.694.000	1.463.000	1.030.000
40 – 50	3.252.000	2.602.000	1.779.000	1.507.000	1.065.000
50 – 60	3.415.000	2.732.000	1.868.000	1.552.000	1.097.000
2. Chăm sóc răng					
	1.500.000	1.200.000	1.080.000	920.000	750.000
3. Thai sản và sinh đẻ 1					
	3.600.000	2.880.000	2.000.000	2.000.000	1.760.000
4. Thai sản và sinh đẻ 2					
	1.700.000	1.440.000	1.000.000	1.000.000	900.000
5. Tử vong/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật					
	1.200.000	750.000	500.000	250.000	200.000



Trương Quốc Lâm

[Handwritten mark]