



QUY TẮC
BẢO HIỂM
CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN

MỤC LỤC

QUY TẮC BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN

PHẦN I: NGUYÊN TẮC CHUNG

PHẦN II: CÁC ĐỊNH NGHĨA

PHẦN III: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

(bao gồm: Quyền lợi bảo hiểm chính và quyền lợi bảo hiểm bổ sung)

PHẦN IV: LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

PHẦN V: THỦ TỤC THANH TOÁN BỒI THƯỜNG

PHẦN VI: GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

QUY TẮC BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN

Đây là Quy tắc bảo hiểm chăm sóc sức khỏe toàn diện của Tổng công ty Bảo hiểm PVI dành cho khách hàng cá nhân có nhu cầu tham gia bảo hiểm. Xin vui lòng đọc kỹ để chắc chắn rằng Quý khách hàng đã hiểu toàn bộ các nội dung được quy định trong Quy tắc này.

PHẦN 1: NGUYÊN TẮC CHUNG

Quy tắc bảo hiểm này là thỏa 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.

1. Phạm vi địa lý được bảo hiểm

Đối với quyền lợi Bảo hiểm Tai nạn: Toàn thế giới.

Đối với các quyền lợi khác: Việt Nam.

2. Đối tượng tham gia bảo hiểm

2.1. Điều kiện tham gia bảo hiểm.

Người được bảo hiểm là công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú tại Việt Nam, từ 15 (muội lăm) ngày tuổi đến 60 (sáu mươi) tuổi (tính theo lần sinh nhật gần nhất). Người được bảo hiểm được tham gia đến 65 (sáu mươi lăm) tuổi với điều kiện tham gia bảo hiểm liên tục tại bảo hiểm PVI từ năm 60 (sáu mươi) tuổi và áp dụng mức phí bằng 130% mức phí cho độ tuổi từ 51- 60 tuổi).

Người được bảo hiểm dưới 18 (muội tám) 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 (Căn cứ vào số nào thấp hơn). Ngoài ra, Người được bảo hiểm từ 15 ngày tuổi đến dưới 1 tuổi chỉ được tham gia bảo hiểm theo chương trình 1 hoặc 2 và áp dụng mức phí bằng 130% mức phí cho độ tuổi từ 1 - 3 tuổi.

2.2. Bảo hiểm PVI không nhận bảo hiểm 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 / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Phí bảo hiểm phải được thanh toán theo thời hạn quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm và theo quy định của pháp luật. Bảo hiểm PVI sẽ không chịu trách nhiệm bồi thường nếu phí bảo hiểm không được thanh toán đầy đủ và đúng hạn.

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 hợp pháp của Người được bảo hiểm phải điền đầy đủ, trung thực các 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 / Giấy chứng nhận bảo hiểm trước thời hạn bằng cách thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước ít nhất 30 ngày kể từ ngày định chấm dứt. Bảo hiểm PVI không chấp nhận việc Người được bảo hiểm lùi ngày chấm dứt bảo hiểm đã thông báo.

Trường hợp Người được bảo hiểm đơn phương chấm dứt bảo hiểm trước thời hạn, 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 yêu cầu bồi thường nào được Bảo hiểm PVI trả tiền bảo hiểm.

Trường hợp Bảo hiểm PVI đơn phương chấm dứt bảo hiểm trước thời hạn không vì nguyên nhân Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ thanh toán phí, Bảo hiểm PVI sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại nếu Người được bảo hiểm đã thanh toán phí bảo hiểm đầy đủ cho Bảo hiểm PVI.

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.

Các trường hợp chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm khác thực hiện theo quy định pháp luật hiện hành.

- 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 và phí bảo hiểm trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm tái tục.

6. Thay đổi quyền lợi bảo hiểm

Trong thời hạn bảo hiểm, Bảo hiểm PVI không chấp nhận thay đổi hoặc bổ sung quyền lợi của Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm đã ký kết. Quyền lợi bảo hiểm chỉ có thể được thay đổi hoặc bổ sung khi tái tục Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

7. Thời hạn bảo hiểm

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

8. Luật áp dụng

Luật Việt Nam.

9. Kiểm tra y tế

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

10. Trách nhiệm của Bảo hiểm PVI

- Trường hợp chấm dứt bảo hiểm trước thời hạn, trách nhiệm của Bảo hiểm PVI sẽ kết thúc ngay lập tức cùng với thời điểm chấm dứt Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, bao gồm không chi trả bảo hiểm cho chi phí y tế điều trị phát sinh hoặc bất kỳ hậu quả nào (của sự kiện bảo hiểm) xảy ra sau khi chấm dứt Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm cho dù sự kiện bảo hiểm đó phát sinh trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Trường hợp bảo hiểm hết hiệu lực theo đúng thời hạn bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, trách nhiệm của Bảo hiểm PVI sẽ chấm dứt ngay lập tức cùng với thời điểm hết hiệu lực của Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm. Tuy nhiên Bảo hiểm PVI vẫn chịu trách nhiệm với 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 (trừ trường hợp chi phí y tế điều trị phát sinh hoặc bất kỳ hậu quả nào (của sự kiện bảo hiểm) xảy ra sau khi chấm dứt Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm cho dù sự kiện bảo hiểm đó phát sinh trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm).

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.
- Tuân thủ và thực hiện đầy đủ mọi điều khoản của Quy tắc bảo hiểm này.
- Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc thân nhân của họ phải áp dụng các biện pháp hợp lý và cần thiết để giảm thiểu hậu quả.
- Thông báo sớm nhất những tình huống có thể dẫn đến khả năng xảy ra hoặc tăng tính nghiêm trọng của yêu cầu trả tiền bảo hiểm. Trung thực trong việc khai báo và cung cấp các chứng từ chính xác về sự kiện bảo hiểm cho Bảo hiểm PVI.
- Nếu Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng hợp pháp của Người được bảo hiểm không trung thực trong việc thực hiện các trách nhiệm trong Quy tắc này, Bảo hiểm PVI có quyền hủy bỏ Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc từ chối một phần hoặc toàn bộ số tiền bảo hiểm tùy theo mức độ vi phạm. Khoản phí bảo hiểm đã đóng sẽ không được hoàn lại.
- Trong trường hợp Người được bảo hiểm/Người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm có dấu hiệu vi phạm pháp luật, Bảo hiểm PVI có quyền đề nghị cơ quan pháp luật xem xét, giải quyết.

PHẦN II: CÁC ĐỊNH NGHĨA

Một số thuật ngữ trong Quy tắc bảo hiểm này 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, Bảo hiểm PVI phải trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng hợp pháp.
- **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 của Người được bảo hiểm do tai nạn gây ra và theo kết luận của hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh/thành phố trở lên, Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể vĩnh viễn với tỷ lệ 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 mà không có khả năng khắc phục.

Theo quy định của Quy tắc bảo hiểm này, Thương tật toàn bộ vĩnh viễn chỉ bao gồm những mục được liệt kê trong Phụ lục "Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật" đính kèm Quy tắc và chỉ được xác định sau khi điều trị tổn thương thân thể gây ra thương tật đó đã kết thúc.

- **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.
- **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 được điều trị y tế.
- **Bệnh mãn tính:** là bệnh tiến triển kéo dài hoặc hay tái phát và không có khả năng chữa khỏi hoàn toàn và cũng không tự biến mất theo kết luận của bác sỹ điều trị.
- **Bệnh có sẵn:** Là những bệnh có từ trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm và là bệnh mà Người được bảo hiểm:

- * Đã phải điều trị trong vòng 3 năm trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm, hoặc;
- * Có triệu chứng về mặt y khoa, đã tồn tại và có nguồn gốc từ trước khi bảo hiểm có hiệu lực, bất kể là Người được bảo hiểm đã được điều trị hay được tư vấn khám trước đó hay chưa.

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

bệnh hen.

- **Bệnh đặc biệt:** Là các loại u bướu lành tính bệnh huyết áp, tim mạch, loét dạ dày, viêm đa khớp, loét ruột, viêm gan các loại, xơ gan, suy gan, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi các loại trong hệ thống tiết niệu và đường mật, viêm xoang, bệnh đái tháo đường, Parkinson, bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu, bệnh suy phổi, tràn khí phổi, các bệnh mạch máu não, đột quỵ, hôn mê, động kinh, Alzheimer, hội chứng mất trí nhớ, rối loạn tuyến giáp và nội tiết tuyến tụy, tuyến thượng thận, rối loạn nội tiết, Lupus ban đỏ.
- **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 và Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội.
- **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".
- **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 sỹ thực hiện.
- **Bệnh viện:** Là cơ sở y tế khám bệnh và chữa bệnh hoạt động 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.
- **Bệnh viện công lập:** là cơ sở y tế do cơ quan nhà nước có thẩm quyền thành lập và quản lý theo quy định của pháp luật và có tư cách pháp nhân, con dấu, tài khoản và tổ chức bộ máy kế toán theo quy định của pháp luật về kế toán để thực hiện nhiệm vụ cung cấp dịch vụ công hoặc phục vụ quản lý nhà nước trong các

lĩnh vực chuyên môn khám bệnh.

- **Phòng khám:** là cơ sở y tế khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú hoạt động hợp pháp theo quy định của pháp luật Việt Nam (có giấy phép kinh doanh hợp lệ và con dấu riêng), 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 Bộ Tài chính / Tổng cục Thuế.
- **Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh:** là Bác sỹ, Y sỹ, Điều dưỡng viên, Hộ sinh viên, Kỹ thuật viên, Lương y có Chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh hợp pháp.

Theo quy tắc bảo hiểm này, Bác sỹ không bao gồm bác sỹ là Người được bảo hiểm hay là vợ hoặc chồng, bố hoặc mẹ, con, anh/chị em ruột của Người được bảo hiểm.

- **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 ra (xuất) viện là một trong những chứng từ cần thiết để yêu cầu chi trả bảo hiểm cho quyền lợi này.
- **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 và 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, thai sản được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có chứng chỉ hành nghề hợp pháp thông qua những ca mổ bằng tay 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. Các loại phẫu thuật phải thuộc danh mục phẫu thuật do Bộ Y tế Việt Nam ban hành.
- **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.
- **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.
- **Chi phí thông lệ và hợp lý:** Là các chi phí y tế cần thiết, không vượt quá mức chi phí chung của các cơ sở y tế cung cấp dịch vụ y tế có cùng mức độ trong phạm vi địa lý quy định trong Quy tắc này, ở nơi phát sinh những chi phí y tế đó, phát

sinh 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 khám, chữa bệnh 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 và/ hoặc phòng chăm sóc đặc biệt (ICU). 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.
- **Phòng tiêu chuẩn:** Theo Quy tắc bảo hiểm này, phòng tiêu chuẩn được giới hạn tới loại phòng đơn có giá thấp nhất tại cơ sở y tế điều trị, không bao gồm các loại phòng theo yêu cầu, phòng VIP và bao phòng.
- **Thuốc kê theo đơn của bác sỹ:** Là những loại thuốc được bác sỹ kê đơn theo quy chế kê đơn thuốc hiện hành của Bộ Y tế Việt Nam và quy định của pháp luật.
- **Lần khám/điều trị:** Là việc khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh hay các thủ thuật thăm dò khác và thuốc điều trị được chỉ định bởi một bác sỹ tại một thời điểm.
 - * Trường hợp nhiều bác sỹ chuyên khoa cùng hội chẩn trước một người bệnh theo quy chế bệnh viện thì chỉ được tính là một lần khám/ điều trị
 - * Trường hợp người bệnh phải khám thêm một số chuyên khoa khác và có chỉ định của bác sỹ trong cùng một cơ sở y tế, trong một lần khám thì mỗi chuyên khoa được coi là một lần khám/ điều trị.
- **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, chỉ được chấp nhận một lần gần nhất 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, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm cơ bản và thuốc.
- **Thai kỳ:** Là quá trình kể từ ngày đầu tiên thụ thai theo chẩn đoán của bác sỹ cho đến khi sinh.
- **Bộ phận / Dụng cụ giả:** Là bộ phận / dụng cụ nhân tạo thay thế cho các bộ phận

của cơ thể.

- **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 bộ phận nào của cơ thể để hỗ trợ cho chức năng hoạt động của bộ phận đó và/hoặc hỗ trợ cho việc điều trị và phẫu thuật (trừ trường hợp điều trị thương tật do tai nạn), bao gồm nhưng không giới hạn ở 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 ở nạng, nẹp, xe lăn, xe đẩy, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim và các dụng cụ chỉnh hình thẩm mỹ khác
- **Điều trị phục hồi chức năng:** Là một phần chương trình điều trị của bệnh nhân nội trú dưới sự giám sát của bác sĩ và phải là chương trình điều trị phục hồi đã được công nhận, nhằm mục đích khôi phục lại tình trạng bình thường và/hoặc chức năng sau tổn thương cấp tính hoặc do bệnh. Điều trị phục hồi chức năng bao gồm điều trị nội khoa dùng thuốc, ngoại khoa - phẫu thuật và nhiều kỹ thuật khác, trong đó có kỹ thuật vật lý trị liệu.
- **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.
- **Dịch bệnh:** Theo công bố của Cơ quan chức năng cấp Trung ương.
- **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 01 năm bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm / Người thụ hưởng hợp pháp khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- **Giới hạn trách nhiệm chi tiết (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.
- **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 mà Chủ hợp đồng / Người được bảo hiểm không được thanh toán cho một quyền lợi bảo hiểm cụ thể, bao gồm cả những sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời gian chờ nhưng hậu quả xảy ra ngoài thời gian chờ hoặc việc điều trị kéo dài ngoài thời gian chờ và trong thời hạn bảo hiểm. Thời gian chờ áp dụng cho một quyền lợi nào thì phải được thể hiện trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm tương ứng với quyền lợi đó.
- **Tái tục liên tục:** Là việc Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm mới có quyền lợi thấp hơn hoặc bằng quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đã tham gia trước đó và có ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm vào đúng 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.
- **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. Phần chi trả của Bảo hiểm PVI 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 điều trị nội trú / điều trị ngoại trú tùy theo mức nào thấp hơn thì được áp dụng. Giới hạn chi phí được bảo hiểm sau khi đồng chi trả tối đa bằng Số tiền bảo hiểm quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

PHẦN III. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

A. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH

1. **Bảo hiểm Tai nạn cá nhân.**
 - 1.1. **Phạm vi bảo hiểm:** Bảo hiểm cho trường hợp Người được bảo hiểm tử vong, thương tật vĩnh viễn 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:**
 - a. **Quyền lợi 1 - Tử vong/ thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn**
Bảo hiểm PVI trả toàn bộ Số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

b. Quyền lợi 2 - Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn

Bảo hiểm PVI chi trả theo tỷ lệ phần trăm của Số tiền bảo hiểm theo Phụ lục "Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật" của Quy tắc bảo hiểm này

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 bị 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 tử vong do hậu quả của chính tai nạn đó, Bảo hiểm PVI sẽ trả phần chênh lệch giữa số tiền ghi trong hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm với số tiền đã chi trả trước đó.

2. Bảo hiểm Điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật, tai nạn (không bao gồm điều trị nha khoa).

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

Đối với Người được bảo hiểm dưới 10 tuổi, quyền lợi này áp dụng tỷ lệ đồng chi trả 30/70 (Người được bảo hiểm chi trả 30%, Bảo hiểm PVI chi trả 70%) khi điều trị nội trú tại các tất cả các cơ sở y tế, trừ Bệnh viện công lập nhưng không bao gồm khoa quốc tế tại Bệnh viện công lập.

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 tham gia quyền lợi bảo hiểm này ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm:

- Có hiệu lực ngay đối với trường hợp tai nạn
- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường
- 180 ngày đối với Người được bảo hiểm từ 15 ngày tuổi đến 6 tuổi điều trị bệnh viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại.
- 365 ngày đối với bệnh mãn tính, bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn
- Đối với các hợp đồng tái tục liên tục, thời gian chờ sẽ được tính từ ngày bắt

đầu tham gia bảo hiểm (bao gồm cả Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm năm trước tại Bảo hiểm PVI) với điều kiện Người được bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn cho thời gian tiếp theo.

2.3. Quyền lợi của Người được bảo hiểm:

- a. **Trường hợp nằm viện:** Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện (không bao gồm điều trị trong ngày) thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ thanh toán các chi phí điều trị, tiền giường điều trị, tiền ăn theo tiêu chuẩn điều trị nội trú của bệnh viện (nếu có), chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, 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 (không bao gồm phẫu thuật trong ngày) thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ thanh toán toàn bộ chi phí gây mê, chi phí phẫu thuật và các chi phí y tế phát sinh trong phòng mổ 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.

B. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG

1. **Quyền lợi bổ sung 1:** Điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, tai nạn (không bao gồm điều trị nha khoa)
- 1.1. **Phạm vi bảo hiểm:** Bảo hiểm PVI sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm bổ sung này các chi phí y tế phát sinh điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, tai nạn trong thời hạn bảo hiểm, bao gồm:
 - Chi phí khám, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thủ thuật thăm dò, vật tư y tế tiêu hao thông thường theo chỉ định của bác sĩ;
 - Chi phí thuốc theo kê đơn của bác sĩ;
 - 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.

Theo Quy tắc bảo hiểm này, các trường hợp điều trị trong ngày, phẫu thuật/ tiểu phẫu/ nội soi chẩn đoán bệnh trong ngày được giải quyết theo quyền lợi Điều trị ngoại trú.

Đối với Người được bảo hiểm dưới 10 tuổi, quyền lợi này áp dụng tỷ lệ đồng chi trả 30/70 (Người được bảo hiểm chi trả 30%, Bảo hiểm PVI chi trả 70%) khi điều trị

ngoại trú tại các tất cả các cơ sở y tế, trừ Bệnh viện công lập nhưng không bao gồm khoa quốc tế tại Bệnh viện công lập.

1.2. Hiệu lực bảo hiểm: Quyền lợi bảo hiểm này chỉ có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu tham gia Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 1 ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm:

- Có hiệu lực ngay đối với trường hợp tai nạn.
- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường.
- 180 ngày đối với Người được bảo hiểm từ 15 ngày tuổi đến 6 tuổi điều trị bệnh viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại.
- 365 ngày đối với bệnh mãn tính, bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn.

Đối với các hợp đồng tái tục liên tục, thời gian chờ sẽ được tính từ ngày bắt đầu tham gia Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 1 (bao gồm cả Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm năm trước tại Bảo hiểm PVI nếu có Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 1) với điều kiện Người được bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn cho thời gian tiếp theo.

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

- Khám và các xét nghiệm không có kết luận bệnh của bác sỹ;
- Điều trị nha khoa, điều trị thai sản ngoại trú;
- Khám và các xét nghiệm có kết luận bệnh của bác sỹ điều trị nhưng không có phác đồ điều trị bệnh cụ thể.

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)

2.1. Phạm vi bảo hiểm: 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 :

- Khám, chụp X Quang và chẩn đoán bệnh;
- Lấy cao răng (1 lần/năm);
- Trám (hàn) răng bằng các chất liệu thông thường (amalgam hoặc composite hoặc các chất liệu khác tương đương);
- Nhổ răng bệnh lý, nhổ chân răng (bao gồm phẫu thuật);
- Chữa tủy răng;
- Điều trị viêm nướu, viêm nha chu;
- Điều trị răng cấp cứu trong vòng 24 giờ kể từ khi xảy ra tai nạn theo chỉ định của

bác sĩ giới hạn tới 10% STBH Quyền lợi bổ sung 2;

- Phạm vi bảo hiểm quyền lợi bảo hiểm chăm sóc răng:

- * Tại địa bàn Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh: tại các bệnh viện/ trung tâm y tế nhà nước, bệnh viện tư nhân và quốc tế và các bệnh viện/cơ sở y tế có ký thỏa thuận hợp tác với Bảo hiểm PVI.
- * Tại các địa bàn khác: tại các cơ sở y tế có giấy phép hoạt động hợp pháp trên lãnh thổ Việt Nam và cung cấp được đầy đủ chứng từ, hóa đơn hợp lệ, loại trừ các cơ sở trong danh sách từ chối bồi thường của Bảo hiểm PVI.

2.2. Hiệu lực bảo hiểm: Quyền lợi bảo hiểm này chỉ có hiệu lực sau thời gian chờ 30 ngày kể từ ngày bắt đầu tham gia Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 2 ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

2.3. 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 hoặc chỉnh răng mang tính thẩm mỹ.

3. Quyền lợi bổ sung 3: Bảo hiểm thai sản

(Chỉ áp dụng cho phụ nữ có độ tuổi từ 18 đến 45 và tham gia chương trình 1 hoặc 2)

3.1. Phạm vi bảo hiểm: 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 mổ:

Bảo hiểm PVI sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh theo chỉ định của bác sĩ do các biến chứng trong quá trình mang thai hoặc trong quá trình sinh nở. 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...

3.2. Hiệu lực bảo hiểm: Quyền lợi bảo hiểm này chỉ có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu tham gia Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 3 ghi trên Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm:

- 60 ngày đối với trường hợp biến chứng thai sản.
- 365 ngày đối với trường hợp sinh đẻ.

Đối với các hợp đồng tái tục liên tục, thời gian chờ sẽ được tính từ ngày bắt đầu tham gia Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 3 (bao gồm cả Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm năm trước tại Bảo hiểm PVI nếu có Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 3) với điều kiện Người được bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn cho thời gian tiếp theo.

4. Quyền lợi bổ sung 4: Bảo hiểm Tử vong do ốm đau, bệnh tật

4.1. Phạm vi bảo hiểm: Bảo hiểm PVI sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm bổ sung 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 do ốm đau, bệnh tật thuộc phạm vi bảo hiểm.

4.2. Hiệu lực bảo hiểm: Quyền lợi bảo hiểm này chỉ có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu tham gia Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 4 ghi trên Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm:

- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường.
- 730 ngày đối với bệnh mãn tính, bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn.

Đối với các hợp đồng tái tục liên tục, thời gian chờ sẽ được tính từ ngày bắt đầu tham gia Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 4 (bao gồm cả Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm năm trước tại Bảo hiểm PVI nếu có Quyền lợi bảo hiểm bổ sung 4) với điều kiện Người được bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn cho thời gian tiếp theo.

PHẦN IV. LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

(Áp dụng cho quyền lợi chính và tất cả quyền lợi bổ sung)

Bảo hiểm PVI sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm cho Người được bảo hiểm 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 thụ hưởng hợp pháp;
Trường hợp sự kiện bảo hiểm xảy ra do hành động cố ý của một hoặc một số người thụ hưởng, 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.
3. Tử vong hoặc bất kỳ ốm đau, bệnh tật hay thương tật nào có nguyên nhân trực tiếp từ việc sử dụng bia, rượu, ma túy và các chất kích thích tương tự khác theo kết luận của bác sĩ/cơ quan có thẩm quyền;
4. Điều trị và/hoặc chăm sóc cai nghiện ma túy, cai nghiện rượu, sử dụng thuốc không theo chỉ định của bác sĩ;
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 Bộ Y tế quy định;
6. Tử vong hoặc bất kỳ ốm đau, bệnh tật, hay thương tật nào gây ra bởi chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố;
7. Tử vong hoặc bất kỳ ốm đau, bệnh tật, hay thương tật nào phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp từ ô nhiễm hóa học, chất phóng xạ, nguyên liệu hạt nhân, dịch bệnh hay thiên tai như: động đất, núi lửa gây ra;
8. Người được bảo hiểm có ý định tự tử hoặc cố ý dẫn thân vào nơi nguy hiểm không cần thiết, trừ khi để cứu người, cứu tài sản;
9. Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm pháp luật và vi phạm quy định an toàn lao động tại nơi làm việc, có biên bản/ văn bản của Cơ quan chức năng xác nhận về việc vi phạm;
10. Thương tật của Người được bảo hiểm và bất kỳ hậu quả nào phát sinh từ hành động đánh nhau, trừ khi chứng minh được đó là hành động tự vệ chính đáng;
11. 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;
12. Tham gia tập luyện hoặc thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp, tham gia vào bất kỳ hoạt động đua nào;

13. Bất kỳ việc điều trị hoặc thử nghiệm nào liên quan đến các bệnh lây lan qua đường tình dục, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), tình trạng và bệnh liên quan đến vi rút HIV và bất kỳ hậu quả nào của các bệnh, hội chứng và tình trạng trên;
14. Bệnh sốt rét, phong, lao, bệnh nghề nghiệp;
15. Điều trị bệnh ung thư, u bướu ác tính các loại và hậu quả hay biến chứng của các bệnh này;
16. Các bệnh suy tủy, bạch cầu, suy thận, điều trị lọc máu, chạy thận nhân tạo và hậu quả hay biến chứng của các bệnh này;
17. Điều trị và/hoặc phẫu thuật cho các bệnh/ dị tật bẩm sinh, bệnh di truyền, bệnh di dạng về gen và mọi biến chứng, hậu quả liên quan đến những bệnh này, những phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm bao gồm nhưng không giới hạn ở bệnh tim bẩm sinh, bệnh Down, hở môi, hở hàm ếch, tích nước trong não, hẹp hậu môn, hẹp bao quy đầu, vẹo vách ngăn bẩm sinh;
18. 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 kỷ;
19. Điều trị các chứng ngủ ngáy và ngừng thở khi ngủ, rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh, lao lực, hội chứng căng thẳng thần kinh (stress) và/hoặc các tình trạng liên quan;
20. Khám sức khỏe định kỳ/thông lệ, bao gồm kiểm tra sức khỏe tổng quát, khám phụ khoa/ nam khoa, tầm soát ung thư, điều trị/dùng thuốc điều trị dự phòng; xét nghiệm/kiểm tra định kỳ sau điều trị với thời hạn quá 30 ngày kể từ ngày ra viện và cho kết quả bình thường, khám thai định kỳ, chăm sóc trẻ sơ sinh, tiêm chủng, uống vắc xin phòng ngừa, kiểm tra thị lực và thính lực thông thường, điều trị 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, bệnh đục thủy tinh thể hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của các điều trị trên;
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;
22. 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 da (nám da)...;
23. Chi phí điều trị phục hồi chức năng; Chi phí mua, duy trì hay chỉnh sửa các bộ

phận giả, các dụng cụ/thiết bị y tế hỗ trợ điều trị;

24. Kế hoạch hoá gia đình, điều trị vô sinh, điều trị bất lực, rối loạn/suy giảm chức năng sinh dục, thụ tinh nhân tạo, liệu pháp thay đổi hóc môn, thay đổi giới tính hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của các điều trị trên;
25. Các chi phí liên quan đến thai sản. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi bổ sung "Bảo hiểm Thai sản";
26. Chăm sóc trước và sau khi sinh;
27. 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 sỹ 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);
28. Các điều trị liên quan đến tái tạo dây chằng, rách sụn chêm;
29. Dịch vụ khám hoặc điều trị tại nhà (trừ quyền lợi "Chi phí y tế chăm sóc tại nhà theo chỉ định của bác sĩ" 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;
30. Điều trị và hậu quả của những thương tật và chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm;
31. Các chi phí điều trị ngoại trú. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi bổ sung "Điều trị ngoại trú";
32. Các chi phí điều trị răng. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi bổ sung "Chăm sóc răng";
33. Điều trị tại các phòng khám không đúng như định nghĩa trong Quy tắc và bao gồm cả việc chỉ định của bác sỹ phòng khám này đối với việc mua thuốc hay xét nghiệm, điều trị tại phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hợp pháp; 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/ hoá đơn tài chính theo quy định của pháp luật;
34. Các chi phí và điều trị cho đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm;
35. Việc điều trị thử nghiệm, điều trị không được khoa học công nhận và các dịch vụ điều trị miễn phí tại bất kỳ bệnh viện nào.

PHẦN 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 hợp pháp 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 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 tử vong.
- 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.

3. Thời hạn yêu cầu trả tiền bồi thường

Trong vòng 6 tháng kể từ thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng 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.

4. 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 15 ngày làm việc kể từ khi nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ trừ khi có thỏa thuận khác.

5. Thời hạn khiếu nại và thời hiệu khởi kiện

Thời hạn Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng hợp pháp yêu cầu Bảo hiểm PVI trả tiền bảo hiểm là 12 tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.

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

PHẦN VI. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

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 tranh chấp sẽ được đưa ra tòa án có thẩm quyền giải quyết theo quy định của pháp luật Việt Nam.



TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM PVI

📍 Tòa nhà PVI, 1 Phạm Văn Bạch, Cầu Giấy, Hà Nội

✉️ baobiempvi@pvi.com.vn

🌐 pvi.com.vn

☎️ **1900 54 54 58**