



BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO

NỘI DUNG

PHẦN I	Định nghĩa
PHẦN II	Phạm vi và quyền lợi bảo hiểm
PHẦN III	Các điểm loại trừ
PHẦN IV	Điều kiện chung

PHẦN I

ĐỊNH NGHĨA



1. **Công ty bảo hiểm:** là Tổng công ty Cổ phần Bảo hiểm Bưu điện và các Công ty thành viên, sau đây gọi tắt là PTI.
2. **Chủ Hợp đồng bảo hiểm:** là cá nhân hoặc tổ chức sinh sống hoặc được thành lập hợp pháp tại Việt Nam, ký tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm và được PTI chấp nhận bảo hiểm. Chủ Hợp đồng bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm.
3. **Người được bảo hiểm:** là cá nhân có tên trong Giấy chứng nhận bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm, Sửa đổi bổ sung và được sự chấp thuận của PTI.
4. **Bộ Hợp đồng bảo hiểm:** được cấu thành bởi các bộ phận Giấy yêu cầu bảo hiểm; Giấy khám sức khỏe tại thời điểm tham gia bảo hiểm (nếu có); Giấy chứng nhận bảo hiểm/ Hợp đồng bảo hiểm; Sửa đổi bổ sung (nếu có) và Quy tắc bảo hiểm này. Các bộ phận cấu thành hợp đồng được xem xét đồng thời khi xác định các sự kiện bảo hiểm.
5. **Người thụ hưởng:** là tổ chức, cá nhân được hưởng quyền lợi bảo hiểm thể hiện trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc theo quy định của pháp luật.
6. **Tai nạn:** bất kỳ một sự kiện bất ngờ không lường trước, gây ra bởi một lực từ bên ngoài, có thể nhìn thấy được diễn ra trong thời hạn bảo hiểm và là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến thương tật thân thể cho Người được bảo hiểm và xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm.
7. **Bệnh bẩm sinh/ dị tật bẩm sinh:** là sự phát triển bất thường về hình dạng, cấu trúc hoặc vị trí của các bộ phận hoặc phát triển trong tử cung của người mẹ theo ý kiến của bác sỹ trên phương diện y khoa.
8. **Bệnh hiểm nghèo:** là các bệnh được liệt kê chi tiết trong Quy tắc bảo hiểm.
9. **Ốm bệnh:** là một tình trạng bất thường hay khiếm khuyết chức năng của một

hay nhiều cơ quan trong cơ thể biểu hiện bằng các triệu chứng hay hội chứng.

a. Cấp tính là tình trạng mà theo ý kiến của bác sỹ là bệnh khởi phát và tiến triển nhanh, cần phải chăm sóc và điều trị khẩn cấp.

b. Mãn tính: là bệnh tật được xác định theo kết luận của bác sỹ và có một trong các đặc tính sau đây:

- Không điều trị khỏi hẳn được;
- Bản chất là sẽ tái đi tái lại;
- Hiện chưa có một phương pháp điều trị nào thích hợp;
- Có thể dẫn đến thương tật vĩnh viễn;
- Cần khám, xét nghiệm, điều trị hoặc theo dõi dài hạn.

10. **Tuổi:** là tuổi tính theo ngày sinh nhật liền trước ngày Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực.

11. **Hoạt động thường ngày:** là các hoạt động tự chăm sóc hàng ngày trong nơi cư trú của mỗi cá nhân, bao gồm cả môi trường bên trong và bên ngoài:

Các hoạt động thường ngày bao gồm:

a. **Tắm:** khả năng tắm rửa trong bồn tắm hoặc buồng tắm với vòi hoa sen (bao gồm việc bước vào hoặc ra khỏi bồn tắm hoặc buồng tắm với vòi hoa sen) hoặc tắm rửa bằng bất cứ cách nào khác;

b. **Hành động mặc/ đeo:** khả năng mặc vào, cởi ra, buộc chặt và tháo quần áo và bất cứ thiết bị hỗ trợ như vòng đai, chân giả hoặc cái thiết bị phẫu thuật khác;

c. **Di chuyển:** khả năng chuyển từ giường sang ghế thẳng đứng hoặc xe lăn và ngược lại;

d. **Di động:** khả năng di chuyển ở trong nhà từ phòng này sang phòng khác trên cùng một bề mặt phẳng;

e. **Đi vệ sinh:** khả năng sử dụng nhà xí máy hoặc nếu khả năng kiểm soát được các chức năng của ruột và bàng quang để đảm bảo vệ sinh cá nhân sạch sẽ;

f. **Ăn:** khả năng tự ăn uống khi thức ăn đã được chuẩn bị xong.

12. **Bác sỹ:** là người được cấp bằng bác sỹ và có giấy phép hành nghề hợp pháp, được luật pháp của nước sở tại nơi công nhận và người đó đang thực hành việc điều trị, hành nghề trong phạm vi giấy phép được cấp và trong phạm vi đào tạo chuyên ngành của mình, nhưng loại trừ những bác sỹ chính là Người được bảo hiểm, hay vợ (chồng), con, bố, mẹ, anh/ chị/em ruột của Người được bảo hiểm. Bác sỹ có thể được công nhận như là một bác sỹ chuyên khoa hay cổ vấn y tế.

13. **Ngày bắt đầu bảo hiểm:** là ngày hiệu lực bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm đầu tiên. Đối với những Hợp đồng bảo hiểm không được tái tục liên tục hàng năm, ngày bắt đầu bảo hiểm là ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm mới nhất trong giai đoạn bảo hiểm mới trừ khi có thỏa thuận khác.

14. **Ngày hiệu lực bảo hiểm:** là ngày mà mỗi thời hạn bảo hiểm được bắt đầu. Đối với các Hợp đồng bảo hiểm được tái tục liên tục hàng năm, ngày hiệu lực hợp đồng là ngày tái tục hợp đồng. Trong Quy tắc bảo hiểm này, hiệu lực bảo hiểm được tính từ 00:01 giờ của ngày đó.

15. **Tình trạng có sẵn là:**

Là bất kỳ tình trạng bệnh tật, thương tật, triệu chứng bệnh liên quan đã mắc phải và/ hoặc cần điều trị, cần xin tư vấn y tế của bác sỹ trong vòng năm (05) năm trước ngày bắt đầu bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung.

Tình trạng có sẵn được xác định thông qua thông tin kê khai trên Giấy yêu cầu bảo hiểm, các chứng từ, tài liệu liên quan và/ hoặc kết luận hoặc xác nhận của bác sĩ.

16. **Số tiền bảo hiểm:** là tổng số tiền mà Người được bảo hiểm có thể được bồi thường trong suốt thời hạn bảo hiểm theo quyền lợi quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.
17. **Thời hạn còn sống sót:** là thời hạn mà sau sự kiện bảo hiểm có thể được bồi thường trong suốt thời hạn bảo hiểm theo quyền lợi quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.
18. **Hợp đồng bảo hiểm nhóm:** là Hợp đồng bảo hiểm cấp cho một nhóm người với số lượng tham gia từ mười (10) nhân viên trở lên làm việc tại cùng một doanh nghiệp hay bất kỳ tổ chức nào được thành lập theo quy định của pháp luật.
19. **Người phụ thuộc trong Hợp đồng bảo hiểm nhóm:** bao gồm vợ, chồng, con hợp pháp. Con là những người từ 18 tuổi đến 24 tuổi đang theo học các khóa học dài hạn toàn thời gian, chưa kết hôn và sống phụ thuộc vào Người được bảo hiểm. Tất cả những người phụ thuộc phải có tên trong Hợp đồng bảo hiểm.
20. **Thông báo tổn thất:** là quá trình thông báo bồi thường phát sinh cho Công ty bảo hiểm chỉ rõ tiến trình từ lúc khởi bệnh cũng như các thông tin liên quan. Thời điểm khởi bệnh và tiến trình diễn biến tình trạng bệnh được thể hiện thông qua chứng từ, tài liệu y tế và kết luận của bác sĩ.
21. **Thời hạn bảo hiểm:** là thời hạn tính từ ngày bắt đầu đến ngày kết thúc, được ghi rõ cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm.
22. **Năm hợp đồng:** được hiểu là một (01)

năm kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm.

23. **Thương tật vĩnh viễn:** là các tổn thương thân thể, biến đổi hoàn toàn về thể chất làm cho Người được bảo hiểm mất một phần hoặc toàn bộ khả năng thực hiện các công việc thường nhật của người đó hay khả năng lao động trong bất kì loại lao động nào và kéo dài 52 tuần liên tục và không có hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó theo kết luận của bác sĩ và Hội đồng giám định y khoa.
24. **Hoạt động thể thao chuyên nghiệp:** là các hoạt động thể thao mang lại nguồn thu nhập chính và thường xuyên cho Người được bảo hiểm.
25. **Hoạt động thể thao nguy hiểm:** là các hoạt động trên không (trừ khi đi lại bằng đường hàng không), các môn thể thao mùa đông, môn thể thao bay lượn, săn bắn, hockey trên băng, nhảy dù, đấu vật, môn bóng ngựa, môn lướt ván, bơi thuyền buồm cách xa bờ 5 km, các cuộc đua (không bao gồm các cuộc đua mang tính chất từ thiện, các cuộc đua mang tính chất nội bộ do công ty tổ chức).
26. **Cơ sở y tế:** là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được luật pháp nước sở tại công nhận, có giấy phép điều trị nội trú, ngoại trú, không phải là nơi dùng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng, spa, thẩm mỹ, massage, xông hơi, hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích.

PHẦN II

PHẠM VI VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM



I. PHẠM VI BẢO HIỂM

Trường hợp Người được bảo hiểm mắc phải bệnh hiểm nghèo trong thời hạn bảo hiểm và không vi phạm các quy định, điều kiện, điều khoản trong Quy tắc bảo hiểm, PTI sẽ chi trả toàn bộ số tiền bảo hiểm được nêu cụ thể trong hợp đồng với điều kiện sau:

- a. Bệnh hiểm nghèo xuất hiện lần đầu đối với Người được bảo hiểm theo chẩn đoán xác định của bác sỹ, và
- b. Người được bảo hiểm còn sống ít nhất 30 ngày kể từ ngày kết luận của bác sỹ.

Danh sách bệnh hiểm nghèo

1. Nhồi máu cơ tim lần đầu;
2. Phẫu thuật thông động mạch vành;
3. Đột quỵ;
4. Ung thư;
5. Suy thận;
6. Cấy ghép nội tạng;
7. Đa xơ cứng;
8. Liệt vĩnh viễn các chi;
9. Phẫu thuật ghép động mạch chủ;
10. Tăng huyết áp động mạch phổi;
11. Thay thế van tim;
12. U não lành tính;
13. Bệnh Parkinson;
14. Bệnh gan giai đoạn cuối.

II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

1. Nhồi máu cơ tim lần đầu

Nhồi máu cơ tim lần đầu là một phần cơ tim bị chết do không được cung cấp đủ máu đến nuôi vùng cơ tim đó.

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm bị Nhồi máu cơ tim dựa trên cơ sở sau:

- Lịch sử bệnh, triệu chứng có liên quan đến Nhồi máu cơ tim cấp tính (ví dụ: đau ngực). Có sự thay đổi đặc trưng khi làm điện tâm đồ;
- Tăng enzymes, Troponins hoặc các chất sinh hóa.

Loại trừ:

- NSTEMI chỉ tăng Troponin 1 hoặc T;
- Triệu chứng Động mạch vành cấp tính;
- Các loại đau thắt ngực.

Cơ sở để giải quyết bồi thường phải được thể hiện qua chứng từ y tế và chẩn đoán, kết luận bởi các bác sỹ chuyên khoa ở các cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp.

2. Phẫu thuật thông động mạch vành

Phẫu thuật động mạch vành là phẫu thuật để điều chỉnh lại một hoặc nhiều động mạch vành bị thu hẹp và bị tắc.

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm phải Phẫu thuật thông động mạch vành với điều kiện việc chẩn đoán phải dựa trên kết quả chụp X quang mạch máu hoặc các biện pháp cận lâm sàng khác có liên quan theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ngành y và phải được xác nhận bởi bác sỹ.

Loại trừ:

- Phẫu thuật mạch máu và/ hoặc bất kì thủ thuật bên trong động mạch;
- Phẫu thuật nội soi và lade.

3. Đột quỵ

Đột quỵ bao gồm các bệnh thuộc não gây ra suy giảm thần kinh vĩnh viễn bao gồm chứng nhồi máu của mô ở não, xuất huyết dưới nhện và xuất huyết não, tắc và nghẽn mạch máu não.

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm bị Đột quỵ với điều kiện việc chẩn đoán phải được xác nhận bởi bác sỹ và được nhận biết bởi các triệu chứng điển hình cũng như thông qua các xét nghiệm CT Scan hoặc MRI não và các xét nghiệm cận lâm sàng khác để chẩn đoán. Bên cạnh đó, Người được bảo hiểm phải có

dấu hiệu suy giảm thần kinh kéo dài ít nhất 03 tháng kể từ ngày phát hiện ra triệu chứng bệnh hoặc ngày chẩn đoán xác định bệnh, tùy ngày nào muộn hơn.

Loại trừ:

- TIA (thiếu máu cục bộ thoáng qua);
- Chấn thương não nghiêm trọng do tai nạn;
- Các bệnh liên quan đến mạch máu chỉ ảnh hưởng đến mắt hoặc thần kinh thị giác hoặc tiền đình.

4. Ung Thư

Ung thư là một khối u ác tính được xác định bởi sự phát triển không thể kiểm soát và các tế bào ác tính lan ra cùng với sự xâm lấn và phá hủy mô bình thường.

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm bị Ung thư với điều kiện việc chẩn đoán phải dựa trên các dấu hiệu về mô học của khối u ác tính và phải được bác sỹ xác nhận. Bệnh ung thư trong Quy tắc bảo hiểm này cũng bao gồm bệnh bạch cầu ác tính, U lympho và U sarcom.

Các điểm loại trừ:

- Các khối u có sự biến đổi ác tính của biểu mô tại chỗ và tất cả các giai đoạn tiền ác tính hoặc chưa xâm nhập bao gồm và không giới hạn ung thư biểu mô vú, các nghịch sản cổ tử cung ở các mức độ nhẹ (CIN-1), trung bình (CIN-2) và nặng (CIN-3);
- Ung thư da bị xâm nhập bởi u ác tính;
- Tất cả khối u tiền liệt tuyến trừ trường hợp chỉ ra được điểm Gleason cao hơn 6 hoặc có tiến triển ít nhất TNM T2N0M0;
- Ung thư tiểu mô tuyến giáp nhú ít hơn 1 cm;
- Bạch cầu mãn tính ít hơn RAI giai đoạn 3;
- Ung thư tiểu mô bàng quang;
- Tất cả các loại u liên quan đến HIV.

5. Suy thận giai đoạn cuối

Suy thận giai đoạn cuối là việc suy cả hai quả thận mãn tính không thể phục hồi cần phải chạy thận hoặc ghép thận.

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm bị Suy thận giai đoạn cuối với điều kiện việc chẩn đoán, kết luận phải được xác nhận bởi bác sỹ.

6. Cấy ghép nội tạng/ tủy xương

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm phải Cấy ghép nội tạng/ tủy xương bao gồm:

- Nội tạng cơ thể người: tim, phổi, gan, tụy, thận trong giai đoạn cuối của tình trạng bệnh và không thể phục hồi;
- Tủy xương người có sử dụng tế bào gốc tạo máu sau khi cắt bỏ toàn bộ tủy xương.

Các trường hợp cấy ghép phải có xác nhận của bác sỹ.

Loại trừ:

- Cấy ghép các tế bào gốc khác;
- Cấy ghép tuyến tụy.

7. Đa xơ cứng

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm bị Đa xơ cứng theo kết luận của bác sỹ với điều kiện triệu chứng của bệnh Đa xơ cứng được nhận biết như sau:

- Các xét nghiệm MRI, CSF và các xét nghiệm cận lâm sàng khác cần thiết cho việc xác định rõ ràng bệnh Đa xơ cứng;
- Có nhiều khiếm khuyết thần kinh xuất hiện qua một khoảng thời gian liên tục (ít nhất 06 tháng kể từ ngày phát hiện triệu chứng đầu tiên của giai đoạn liên tục);
- Có ghi chép đầy đủ về sự gia tăng và giảm bớt các triệu chứng như trên hoặc sự suy giảm thần kinh được xác định ít nhất qua 02 giai đoạn trong vòng 01 tháng.

Loại trừ: Các nguyên nhân của tổn hại thần kinh như SLE và HIV.

8. Thương tật vĩnh viễn các chi

Thương tật vĩnh viễn các chi là mất toàn bộ chức năng hoặc đứt lìa 02 hoặc nhiều hơn các chi do tai nạn hoặc bệnh của não hoặc tủy xương sống.

Đối với trường hợp mất toàn bộ chức năng của 02 hoặc nhiều hơn các chi, bác sỹ phải có xác nhận thương tật bị mất toàn bộ chức năng. Công ty bảo hiểm sẽ bồi thường theo số tiền bảo hiểm nếu thương tật đó không có khả năng phục hồi theo kết luận của bác sỹ và kết quả giám định y khoa sau 52 tuần kể từ ngày xác nhận của bác sỹ.

9. Phẫu thuật ghép động mạch chủ

Phẫu thuật ghép động mạch chủ là cắt bỏ và thay thế một đoạn động mạch chủ. Động mạch chủ được hiểu là là động mạch chủ ở ngực hoặc đoạn động mạch chủ bụng nhưng không bao gồm các nhánh của những bộ phận này.

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm phải Phẫu thuật ghép động mạch chủ với điều kiện việc phẫu thuật ghép động mạch chủ phải có xác nhận của bác sỹ và các chứng từ y tế liên quan.

10. Tăng huyết áp động mạch phổi

Tăng huyết áp động mạch phổi phát sinh từ tăng huyết áp mao mạch phổi, tăng dòng máu lưu thông phổi hoặc tăng sức đề kháng động mạch phổi.

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm bị Tăng huyết áp động mạch phổi với điều kiện: Việc chẩn đoán bệnh phải được xác nhận bởi bác sỹ và được nhận biết bằng thủ thuật thông tim đo huyết áp động mạch phổi tăng trong vòng tối thiểu 20mmHg. Bên cạnh đó, phải có sự phi đại tâm thất phải hoặc giãn nở tâm thất phải. Tình trạng này phải có chứng từ y tế chứng minh ít nhất 90 ngày kể từ ngày chẩn đoán xác định bệnh và thực hiện thủ thuật thông tim theo chỉ định của bác sỹ.

11. Thay thế van tim

Thay thế van tim là ca phẫu thuật thay thế van tim hoặc sửa chữa một hoặc nhiều van tim do van tim bị tổn thương hoặc do bệnh ảnh hưởng đến van tim.

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm phải Thay

thể van tim với điều kiện triệu chứng bất thường của van tim phải được nhận biết qua chụp phim và các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết để chẩn đoán và phải có sự xác nhận bởi bác sỹ.

Loại trừ đối với các bệnh tim bẩm sinh cần thay thế van và các bệnh tim cần phẫu thuật bằng ống thông van tim.

12. U não lành tính

U não lành tính là việc cắt bỏ những mô tế bào không gây ung thư trong não dẫn đến sự suy giảm thần kinh vĩnh viễn hoặc não không hoạt động dẫn đến sự suy giảm thần kinh vĩnh viễn dưới hình thức gây mê.

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm bị U não lành tính với điều kiện việc chẩn đoán bệnh sẽ phải được xác nhận bởi bác sỹ và nhận biết bởi các xét nghiệm chụp chiếu CT scan hoặc MRI não và các xét nghiệm cận lâm sàng khác cần thiết để chẩn đoán. Bên cạnh đó, sự suy giảm thần kinh vĩnh viễn phải được thể hiện trên các chứng từ y tế ít nhất 90 ngày kể từ ngày xuất hiện triệu chứng bệnh hoặc ngày bác sỹ chẩn đoán xác định bệnh, tùy ngày nào muộn hơn.

Các điểm sau sẽ bị loại trừ: Tất cả loại u nang, u hạt; các dị tật liên quan đến mạch máu, chảy máu não, các khối u ở tuyến yên hoặc ở khối dây thần kinh nằm trong tủy sống.

13. Bệnh Parkinson

Triệu chứng rõ ràng của Parkinson tự phát (nguyên phát) (tất cả các dạng khác của Parkinson bị loại trừ) trước 65 tuổi phải được xác nhận bởi bác sỹ.

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm bị bệnh Parkinson với điều kiện bệnh Parkinson ảnh hưởng đến việc mất khả năng thực hiện độc lập ba (03) hoặc nhiều hơn các hoạt động hàng ngày bao gồm:

- Tắm/ giặt: Khả năng tắm rửa trong bồn tắm hoặc buồng tắm vòi hoa sen (gồm bước vào hoặc ra khỏi bồn tắm hoặc buồng tắm vòi hoa sen) hoặc tắm rửa bằng bất cứ cách nào khác;

- Hành động Mặc/ Đeo: Mặc vào, cởi ra, buộc chặt và tháo quần áo và bất cứ thiết bị hỗ trợ như vòng đai, chân giả hoặc các thiết bị phẫu thuật khác nếu cần;
- Di chuyển: Khả năng chuyển từ giường sang ghế thẳng đứng hoặc xe lăn và ngược lại;
- Di động: Khả năng di chuyển ở trong nhà từ phòng này sang phòng khác trên cùng một bề mặt phẳng;
- Đi vệ sinh: Khả năng sử dụng nhà xí máy hoặc nếu không thì kiểm soát được chức năng của ruột và bàng quang để giữ gìn vệ sinh cá nhân;
- Ăn: khả năng tự đưa thức ăn vào cơ thể khi thức ăn đã được chuẩn bị xong;

Bên cạnh đó, tình trạng bệnh này phải được minh chứng bởi chứng từ y tế tối thiểu trong vòng 90 ngày kể từ ngày bác sỹ chẩn đoán xác định bệnh.

14. Bệnh gan giai đoạn cuối

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm bị bệnh gan giai đoạn cuối với điều kiện bệnh gan trong tình trạng nghiêm trọng dẫn đến xơ gan và phải được xác nhận bởi bác sỹ và minh chứng bằng CPS B hoặc CPS C liên quan đến các tiêu chí sau:

- Bệnh vàng da (sắc tố gan > 2mg/dl);
- Bệnh phù;
- Albumin < 3.5 g/dl;
- Prothomine < 70% dựa theo độ tuổi và giới tính;
- Rối loạn chức năng gan.

Điểm loại trừ:

- CPS A;
- Bệnh gan do uống rượu hoặc uống nhầm thuốc.

PHẦN III

CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ



Ngoài các nội dung bị loại trừ quy định tại Phần II, PTI không có trách nhiệm chi trả bồi thường nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra hoặc tình trạng bệnh hiểm nghèo trở nên trầm trọng hơn thuộc hoặc có nguyên nhân trực tiếp từ bất cứ trường hợp/ yếu tố nào sau đây:

1. Bất kỳ tình trạng có sẵn như định nghĩa.
2. Chiến tranh, bạo động, xâm lược, hành động thù địch hoặc hoạt động hiếu chiến từ các thế lực thù địch bên ngoài (dù có tuyên bố hay không), đình công, nội chiến, nổi loạn, khởi nghĩa khủng bố, cướp chính quyền, bạo động, dân biến, phiến loạn, các hành động quân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực, khủng bố hoặc hành động bạo lực, vũ khí hạt nhân, vũ khí hóa học, sinh học, phóng xạ các loại.
3. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm. Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật và vi phạm nội quy, quy định khác của chính quyền địa phương hoặc cơ quan; hành động tự làm tổn thương, tự tử.
4. Người được bảo hiểm tham gia hoặc liên quan vào các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoạt động thể thao nguy hiểm, các hoạt động hải quân, quân đội, hoạt động hàng không, đua các loại, lặn, lặn có bình khí, nhảy mào hiểm từ trên không, các môn thể thao trên không, leo núi, đá.

5. Người được bảo hiểm đang điều trị cho chứng nghiện rượu, ma túy hoặc sử dụng, lạm dụng hay nghiện bất cứ chất có cồn, ma túy và các thương tật, ốm đau phát sinh trực tiếp hay gián tiếp từ việc sử dụng, lạm dụng hay sự nghiện đó.
6. Điều trị hoặc kiểm tra các bệnh liên quan đến bệnh hội chứng suy giảm miễn dịch, các hội chứng phức tạp liên quan đến AIDS như ARC, Lymphomas trong não, U Sa côm Kaposi, lao phổi, các bệnh hoa liễu, bệnh lây truyền qua đường tình dục và các bệnh liên quan khác.
7. Hậu quả liên quan đến Thai sản bao gồm sảy thai, sinh đẻ (bao gồm sinh mổ), bệnh nghề nghiệp.
8. Bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh, các bệnh hoặc rối loạn cấu trúc gen, tình trạng sức khỏe di truyền với các dấu hiệu từ lúc sinh.
9. Việc điều trị, dùng thuốc không được khoa học công nhận, điều trị thử nghiệm và hậu quả liên quan.
10. Các hậu quả liên quan đến hình thức điều trị thẩm mỹ, điều trị cân nặng, giải phẫu thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình.
11. Các hậu quả liên quan đến điều trị và phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không liên quan tới điều kiện điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định.
12. Các hậu quả hoặc biến chứng của việc kế hoạch hóa gia đình, điều trị vô sinh, điều trị bất lực, rối loạn chức năng sinh dục, thụ tinh nhân tạo, liệu pháp thay đổi hooc môn trong thời kỳ tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ, thay đổi giới tính.
13. Điều khiển hoặc thi hành công vụ trên máy bay, trừ khi là hành khách mua vé trên máy bay, trừ khi là hành khách mua vé trên máy bay của một hãng hàng không chở khách hoặc thuê chuyến hoạt động.
14. Bất kỳ hành động cố ý phạm pháp hoặc ẩu đả của Người được bảo hiểm, trừ khi là hành động cứu người, bảo vệ tài sản hoặc tự vệ.
15. Các đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm.

PHẦN IV

ĐIỀU KIỆN CHUNG



1. Phạm vi địa lý

Phạm vi địa lý được bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này là lãnh thổ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam.

2. Đối tượng được bảo hiểm

Những người đủ tiêu chuẩn tham gia Hợp đồng bảo hiểm này là những công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài đang cư trú trong lãnh thổ Việt Nam không quá độ tuổi quy định và không bị bệnh ung thư, bệnh hiểm nghèo theo định nghĩa (tại thời điểm tham gia bảo hiểm), tâm thần hoặc bị thương tật vĩnh viễn từ 80% trở lên.

Độ tuổi quy định: Từ đủ 01 tuổi đến 60 tuổi. Mở rộng độ tuổi đến 65 tuổi nếu tham gia liên tục từ năm 60 tuổi.

Hoàn thành việc kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm.

3. Điều kiện phát sinh trách nhiệm

Việc thực hiện và tuân thủ theo điều kiện điều khoản trong Quy tắc (bao gồm cả việc thanh toán phí đúng hạn theo điều khoản thanh toán phí trong hợp đồng) là điều kiện tiên quyết đối với mọi trách nhiệm phát sinh của PTI đối với Người được bảo hiểm.

4. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực ngay khi bắt đầu thời hạn bảo hiểm quy định trên Hợp đồng bảo hiểm đối với sự kiện tai nạn trong quyền lợi 8 Mục II Phần II. Đối với quyền lợi bảo hiểm khác quy định tại Phần II, bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ 90 ngày kể từ ngày tham gia. Thời gian chờ sẽ không áp dụng đối với Hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục và sẽ có hiệu lực ngay sau khi Người được bảo hiểm đóng phí cho Hợp đồng tái tục trên cơ

sở tuân theo điều khoản 3. Điều kiện phát sinh trách nhiệm.

5. Khai báo tăng Người được bảo hiểm

Bất cứ cá nhân đủ điều kiện tham gia bảo hiểm sẽ được khai báo tăng thêm trong suốt thời hạn bảo hiểm sau khi kê khai Giấy yêu cầu bảo hiểm, được PTI chấp nhận và đóng đủ phí bảo hiểm. Hiệu lực bảo hiểm của những trường hợp khai báo tăng sẽ bắt đầu từ ngày PTI xác nhận nhận bảo hiểm trong Sửa đổi bổ sung đi kèm.

Điều khoản này chỉ áp dụng cho Hợp đồng bảo hiểm nhóm.

6. Chấm dứt hợp đồng

Nếu bên tham gia bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp không trung thực hoặc có hành vi gian lận trong việc thực hiện các quy định trong Quy tắc này, Hợp đồng bảo hiểm sẽ không còn hiệu lực và Người được bảo hiểm sẽ không được hưởng bất cứ quyền lợi nào thuộc Hợp đồng bảo hiểm. Khoản phí bảo hiểm đã đóng sẽ được hoàn lại 65% phí bảo hiểm của thời hạn hiệu lực còn lại với điều kiện Người được bảo hiểm chưa phát sinh bồi thường trước đó. Trường hợp Người được bảo hiểm có hành vi gian lận, không trung thực đã được PTI bồi thường hoặc bảo lãnh, Người được bảo hiểm phải có trách nhiệm hoàn lại ngay cho PTI tất cả số tiền đã được thanh toán hoặc đã được bảo lãnh bởi PTI.

Trường hợp một trong hai bên đề nghị chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày có ý định chấm dứt. Việc chấm dứt hợp đồng phải phù hợp với quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và Bộ luật dân sự và tuân thủ theo hai trường hợp sau:

a. Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt Hợp đồng

bảo hiểm của Người được bảo hiểm, PTI sẽ hoàn trả 65% phí bảo hiểm của thời hạn hiệu lực còn lại với điều kiện đến thời điểm đó Hợp đồng bảo hiểm chưa phát sinh sự kiện được bảo hiểm.

b. Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm của PTI, PTI sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời hạn hiệu lực còn lại.

7. Trách nhiệm của Chủ Hợp đồng bảo hiểm và Người được bảo hiểm

a. Khai báo trung thực

Kê khai trung thực, đầy đủ các thông tin bảo hiểm theo yêu cầu của PTI, tuân thủ các điều khoản điều kiện và nộp phí bảo hiểm đúng, đủ theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm.

b. Thông báo tổn thất

Người được bảo hiểm/ Người thụ hưởng/ Người thừa kế hợp pháp phải thông báo cho PTI trong vòng 14 ngày kể từ ngày có kết luận của bác sỹ về bệnh hiểm nghèo. Việc thông báo có thể thực hiện qua thư, email, fax hoặc điện thoại.

c. Trách nhiệm cung cấp thông tin, tài liệu

Khi có yêu cầu từ Công ty bảo hiểm để xác định phạm vi bảo hiểm, Người được bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp tất cả các chứng từ, tài liệu và thông tin liên quan cho PTI. Các thông chứng từ, tài liệu bằng Tiếng Việt hoặc Tiếng Anh, bao gồm:

- Giấy yêu cầu bồi thường hoàn chỉnh bao gồm chữ ký của Người được bảo hiểm và Người đại diện của Người được bảo hiểm;
- Tất cả các tài liệu, chứng từ bao gồm báo cáo y tế, lịch sử bệnh tật, các xét nghiệm, sổ khám chữa bệnh, chỉ định điều trị, tóm tắt tình trạng khi xuất viện; các chứng từ, tài liệu liên quan hoặc đang lưu trữ tại cơ sở y tế hoặc từ các nhà bảo hiểm khác.

8. Trách nhiệm của Công ty bảo hiểm

PTI có trách nhiệm thông báo kết quả và giải quyết bồi thường cho Người được bảo hiểm, Người thừa kế, hoặc Người đại diện hợp pháp trong thời hạn tối đa 20 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được bộ hồ sơ đầy đủ và hợp lệ.

9. Chi trả bồi thường

Tiền chi trả bồi thường dưới Quy tắc bảo hiểm này được quy định theo Việt Nam Đồng trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam.

Hợp đồng bảo hiểm sẽ kết thúc sau khi Người được bảo hiểm nhận được số tiền bồi thường và không tái tục cho những năm sau.

10. Xác minh

PTI có quyền chỉ định chuyên gia y khoa và/ hoặc chuyên gia giám định tổn thất để tiến hành kiểm tra sức khoẻ của Người được bảo hiểm và các thông tin có liên quan đến việc giải quyết khiếu nại vào bất cứ lúc nào. Thêm vào đó, PTI 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 xác minh sẽ do PTI chịu trách nhiệm thanh toán.

Đối với việc xác minh tình trạng có sẵn trong trường hợp hồ sơ bồi thường phát sinh tranh chấp hoặc không rõ ràng, PTI sẽ dựa trên kết luận của chuyên gia y khoa và/ hoặc chuyên gia giám định tổn thất và các chứng từ liên quan để có cơ sở giải quyết bồi thường.

11. Tái tục

Người được bảo hiểm/ Người yêu cầu bảo hiểm phải kê khai thông tin trên Giấy yêu cầu bảo hiểm cho năm tái tục. Đối với trường hợp Người được bảo hiểm phát sinh các bệnh, triệu chứng liên quan đến các bệnh

hiểm nghèo được bảo hiểm, PTI sẽ xem xét nhận bảo hiểm và tăng phí tối đa 30% trên phí bảo hiểm tiêu chuẩn dựa vào mức độ nghiêm trọng của bệnh, triệu chứng theo đánh giá về mặt y khoa.

Hợp đồng bảo hiểm sẽ không tái tục cho Người được bảo hiểm hay bất cứ ai có hành động đại diện cho Người được bảo hiểm có hành vi gian lận, không trung thực hoặc không phù hợp hoặc bất cứ hành động làm sai lệch sự việc dưới Hợp đồng bảo hiểm này.

PTI có quyền yêu cầu bất cứ thông tin hoặc tài liệu liên quan đến Người được bảo hiểm trước khi đồng ý tái tục. Dựa vào các thông tin nhận được, PTI sẽ đánh giá rủi ro và điều chỉnh lại Hợp đồng bảo hiểm phù hợp.

12. Thông báo

Bất cứ thông báo, chỉ dẫn hoặc hướng dẫn dưới Hợp đồng bảo hiểm này sẽ được thể hiện dưới dạng văn bản và gửi đến:

- Người được bảo hiểm, địa chỉ của Người được bảo hiểm được ghi trên Hợp đồng bảo hiểm;
- PTI, địa chỉ được ghi trên Hợp đồng bảo hiểm;
- Không gửi đến đại lý bảo hiểm, môi giới hoặc bất cứ ai hoặc đối tượng được ủy quyền nhận được thông báo, chỉ dẫn, hướng dẫn từ PTI trừ trường hợp PTI có xác nhận bằng văn bản;
- Người được bảo hiểm sẽ có trách nhiệm lưu giữ các tài liệu liên quan đến việc thông báo này và cung cấp cho PTI khi có yêu cầu.

13. Thời hạn khởi kiện

Thời hạn Người được bảo hiểm hay Người thừa kế hợp pháp có thể khởi kiện PTI về việc trả tiền bảo hiểm là 3 năm kể từ ngày phát sinh tranh chấp. Quá thời hạn trên, mọi khiếu nại đều không có giá trị.

Các bên cùng nhau đồng ý rằng mọi tranh chấp hay mâu thuẫn xảy ra giữa các bên có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm sẽ được giải quyết tại tòa án của Nhà Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam theo luật của Việt Nam.

14. Hướng dẫn chung về hồ sơ bồi thường

Trường hợp Người được bảo hiểm bị mắc phải bệnh hiểm nghèo thuộc phạm vi bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này, Người được bảo hiểm/ Người thụ hưởng/ Người thừa kế hợp pháp phải gửi các chứng từ sau đây:

- a. Giấy yêu cầu bồi thường được kê khai đầy đủ theo mẫu của PTI;
- b. Giấy chứng thương (trường hợp thương tật vĩnh viễn); giấy chứng tử (trường hợp tử vong);
- c. Giấy tờ chứng minh quyền thừa kế hợp pháp theo yêu cầu của pháp luật về quyền thừa kế (trường hợp tử vong);
- d. Các chứng từ y tế:
 - Giấy ra viện (đối với điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày);
 - Giấy chứng nhận phẫu thuật (trường hợp phải phẫu thuật theo chỉ định của bác sỹ);
 - Chỉ định hoặc kết quả xét nghiệm, X-Quang, CT...(nếu có xét nghiệm, chụp chiếu...)
 - Sổ khám bệnh/ phiếu khám/ toa thuốc có chẩn đoán bệnh, kết luận bệnh và chỉ định điều trị. Tất cả các tài liệu, chứng từ liên quan bao gồm báo cáo y tế, lịch sử bệnh tật, các xét nghiệm, sổ khám chữa bệnh, chỉ định điều trị, tóm tắt tình trạng khi xuất viện, các chứng từ, tài liệu đang lưu trữ tại cơ sở y tế hoặc các nhà bảo hiểm khác.



TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM BƯU ĐIỆN

Trụ sở: Tầng 8, số 4A Láng Hạ, Ba Đình, Hà Nội

T 043 772 4466 • **F** 043 772 4460

www.pti.com.vn