QUY TẮC
BẢO HIỂM SỨC KHỎE PVI (PVI CARE)

(Ban hành kèm theo Quyết định số ...466.../QĐ–PVIBH ngày 25 tháng 6.. năm 2025 của Tổng giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm PVI)

PHẦN II – BẢO HIỂM SỨC KHỎE NHÓM

CHƯƠNG I
ĐỊNH NGHĨA

1. **Người được bảo hiểm:** Là cá nhân có tên trong Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm, đáp ứng điều kiện tham gia bảo hiểm nêu tại Mục 2, Chương II, Phần II - Quy tắc bảo hiểm này, được hưởng quyền lợi theo Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm. Người được bảo hiểm có thể đồng thời là người thụ hưởng.
2. **Bên mua bảo hiểm / Chủ Hợp đồng bảo hiểm:** Là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, ký kết Hợp đồng bảo hiểm với Bảo hiểm PVI và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có quyền lợi có thể được bảo hiểm từ Người được bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng.
3. **Hợp đồng bảo hiểm:** Là thoả thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Bảo hiểm PVI, phù hợp với quy định của pháp luật, theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm và Bảo hiểm PVI cung cấp dịch vụ bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.

   Bộ Hợp đồng bảo hiểm bao gồm: Giấy yêu cầu tham gia bảo hiểm, bản Hợp đồng bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm, Bảng quyền lợi bảo hiểm và những giấy tờ liên quan khác.
4. **Tái tục liên tục:** Là việc Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm có ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm vào ngày kế tiếp sau ngày hết hạn bảo hiểm của Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm có quyền lợi bảo hiểm tương đương mà Bên mua bảo hiêm/ Người được bảo hiểm đã tham gia trước đó.
5. **Nhân viên:** Là người lao động của một công ty, một doanh nghiệp, một đoàn thể, một hiệp hội hay bất kỳ tổ chức tương tự nào khác được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, có hợp đồng lao động hoặc hợp đồng thử việc hoặc các thỏa thuận lao động với công ty / doanh nghiệp / tổ chức đó và phù hợp với quy định của pháp luật.
6. **Người phụ thuộc hợp pháp**: Là vợ hoặc chồng (không bao gồm những người đã ly hôn theo pháp luật), bố mẹ đẻ hoặc bố mẹ chồng/vợ theo luật pháp và/hoặc con đẻ, con ngoài giá thú, con riêng của vợ hoặc chồng, người được nuôi dưỡng, con nuôi hợp pháp. Người phụ thuộc hợp pháp phải có tên trong Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm như Người được bảo hiểm.
7. **Người thụ hưởng:** Là tổ chức, cá nhân được Người được bảo hiểm chỉ định nhận tiền bảo hiểm theo Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc là người thừa kế theo quy định của pháp luật trong trường hợp không có chỉ định theo Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
8. **Số tiền bảo hiểm:** Là số tiền tối đa được ghi trong Bảng quyền lợi bảo hiểm mà Bảo hiểm PVI có thể chi trả trong thời hạn bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm / người thụ hưởng hợp pháp khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

BAOHIEMPLUS BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN
Website: baohiemplus.vn

9. **Giới hạn trách nhiệm chi tiết/ Giới hạn phụ:** Là số tiền tối đa có thể chi trả cho từng quyền lợi bảo hiểm được quy định chi tiết trong Bảng quyền lợi bảo hiểm. Tuy nhiên tổng các giới hạn chi tiết không vượt quá Số tiền bảo hiểm của mỗi chương trình.

10. **Đồng chi trả:** Đồng chi trả là số tiền theo tỷ lệ mà Bảo hiểm PVI và Người được bảo hiểm cùng chi trả khi phát sinh chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm. Đồng chi trả được tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng số tiền chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc trên các mức giới hạn phụ của quyền lợi tùy theo mức nào thấp hơn thì được áp dụng. Giới hạn bảo hiểm sau khi đồng chi trả tối đa bằng Số tiền bảo hiểm của quyền lợi theo quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

11. **Mức miễn thường:** Là số tiền mà Bảo hiểm PVI không chịu trách nhiệm chi trả khi xảy ra sự kiện bảo hiểm và được quy định cụ thể trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

12. **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.

13. **Thời gian chờ**: Là thời gian tính từ ngày bắt đầu hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm mà các quyền lợi bảo hiểm có liên quan không được chi trả bảo hiểm bao gồm cả những trường hợp thời điểm phát sinh rủi ro nằm trong thời gian chờ nhưng chi phí phát sinh hoặc hậu quả của đợt điều trị rủi ro này lại kéo dài quá thời gian chờ quy định. Thời gian chờ áp dụng cho quyền lợi nào thì phải được thể hiện trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm tương ứng với quyền lợi đó.

14. **Bệnh viện:** Là cơ sở y tế khám bệnh và chữa bệnh hoạt động hợp pháp theo quy định của luật pháp nước sở tại và:
    - Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật.
    - Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú và có hệ thống theo dõi sức khoẻ 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 tuý hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị bệnh phong.

15. **Phòng khám:** Là cơ sở y tế khám bệnh, chữa bệnh hoạt động hợp pháp theo quy định của luật pháp nước sở tại, có khả năng và phương tiện khám bệnh, chẩn đoán và điều trị bệnh.

16. **Bác sĩ:** Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại. Bác sĩ không được đồng thời là vợ/chồng, cha/mẹ, con, anh chị em ruột của Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm.

17. **Thương tật toàn bộ vĩnh viễn:** Là các thương tật do ốm đau, bệnh tật, thai sản được liệt kê trong Phụ lục 1 - "Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật" kèm theo Quy tắc bảo hiểm; hoặc Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên theo xác nhận của cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương.

    Ghi chú *(áp dụng cho định nghĩa 17)*:
    - Việc chứng nhận Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn bộ phận cơ thể (tay, chân hoặc mắt) có thể được thực hiện ngay sau khi sự kiện bảo hiểm xảy ra hoặc sau khi kết thúc việc điều trị.

BAOHIEMPLUS BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN
Website: baohiemplus.vn

- Việc chứng nhận Người được bảo hiểm bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể hoặc mù hoàn toàn hoặc bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên được thực hiện không sớm hơn 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.

18. **Chi phí y tế thực tế:** là những chi phí cần thiết và hợp lý phát sinh từ việc điều trị ốm đau, bệnh tật, thai sản cho Người được bảo hiểm và do bác sĩ chỉ định.
19. **Chi phí cần thiết và hợp lý:** Là các chi phí y tế phát sinh từ việc điều trị cần thiết trên phương diện y khoa cho ốm đau, bệnh tật, thai sản của Người được bảo hiểm, không vượt quá mức chi phí điều trị, thiết bị hoặc dịch vụ y tế cho tình trạng tương tự của các nhà cung cấp dịch vụ y tế có cùng mức độ trong phạm vi địa lý của Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.
20. **Ốm đau, bệnh tật:** Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của một bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường cần thiết phải điều trị y tế (không bao gồm các tình trạng về nha khoa).
21. **Bệnh đặc biệt:** là các bệnh ung thư, u các loại, huyết áp, các bệnh về tim, loét dạ dày/ đại tràng, viêm khớp, viêm gan các loại, trĩ, sỏi các loại trong hệ thống tiết niệu và đường mật, viêm xoang, đái tháo đường, hen phế quản, Parkinson, viêm thận, các bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu (bao gồm suy tủy, bạch cầu cấp, bạch cầu mãn tính).
22. **Bệnh có sẵn:** Là bất kỳ bệnh nào của Người được bảo hiểm:
    - đã được Bác sĩ chẩn đoán hoặc điều trị trước ngày hiệu lực bảo hiểm; hoặc
    - có dấu hiệu, triệu chứng về mặt y khoa, đã tồn tại và có nguồn gốc trong vòng 3 năm 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.

    Việc xác định bệnh có sẵn căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ tại bệnh viện hoặc cơ sở y tế, các tài liệu y khoa được Bộ Y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban hành hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm kê khai trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc phiếu bổ sung thông tin.

    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 Amiđan 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.
23. **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".
24. **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.
25. **Bệnh lây truyền qua đường tình dục:** bao gồm Bệnh giang mai, Bệnh lậu, Bệnh hạ cam mềm, Bệnh sùi mào gà, U hạt ở bẹn, Herpes sinh dục, U mềm lây, Bệnh rận mu, Bệnh do Chlamydia.
26. **Nằm viện:** Là việc bệnh nhân cần thiết phải điều trị trong ngày và/hoặc điều trị nội trú tại Bệnh viện và phải có giấy ra (xuất) viện do Bệnh viện cấp, kể cả việc sinh đẻ

BAOHIEMPLUS BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN Website: baohiemplus.vn

hoặc điều trị trong thời gian mang thai.

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

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

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

    Trường hợp lưu trú tại bệnh viện để thực hiện xét nghiệm hoặc chẩn đoán nhưng không điều trị sẽ không được coi là Điều trị trong ngày.

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

    Theo Quy tắc bảo hiểm này, trường hợp Người được bảo hiểm thực hiện nội soi hoặc thủ thuật nội trú hoặc trong ngày nhưng chỉ nhằm mục đích chẩn đoán bệnh mà không điều trị chỉ được giải quyết theo quyền lợi Điều trị ngoại trú.

30. **Điều trị cấp cứu:** Là việc điều trị khẩn cấp tại phòng/ khoa cấp cứu của cơ sở y tế trong vòng 24h sau khi có tai nạn hoặc triệu chứng ốm đau/ bệnh tật có thể nguy hiểm đến tính mạng hoặc tiến triển nặng lên nếu không được can thiệp điều trị ngay.

    Trường hợp điều trị tại phòng cấp cứu chỉ vì lý do ngoài giờ phục vụ của phòng khám/ bệnh viện không được coi là điều trị cấp cứu.

31. **Phẫu thuật:** Là kỹ thuật y tế được thực hiện bởi Bác sĩ/ phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ với các dụng cụ y tế hoặc mổ bằng thiết bị y tế, bao gồm cả hình thức mổ bằng tia laser, mổ nội soi, tiểu phẫu nhưng không bao gồm phẫu thuật bằng robot. Đối với việc điều trị thực hiện tại Việt Nam, các loại phẫu thuật phải thuộc danh mục do Bộ Y tế Việt Nam ban hành.

32. **Tiền giường điều trị:** Là chi phí tiền giường nằm điều trị trong một phòng đơn tiêu chuẩn và/hoặc phòng chăm sóc đặc biệt (ICU) và các khoản chi phí liên quan trực tiếp đến việc điều trị của Người được bảo hiểm, chi phí chăm sóc y tế cần thiết do một y tá có bằng cấp chăm sóc. Bảo hiểm PVI không thanh toán các chi phí không phải là chi phí y tế như điện thoại, báo chí, tiếp khách, mỹ phẩm.

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

34. **Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU):** Là phòng điều trị theo chỉ định của Bác sĩ điều trị tại cơ sở y tế vì mục đích chăm sóc y khoa đặc biệt như: phòng chăm sóc đặc biệt, phòng điều trị cách ly, phòng điều trị tích cực sau phẫu thuật (không bao gồm phòng theo yêu cầu, bao phòng, phòng VIP)...

35. **Thai kỳ:** Là quá trình kể từ ngày đầu tiên thụ thai theo chẩn đoán của Bác sĩ cho đến khi sinh.

36. **Biến chứng thai sản:** là tình trạng bất thường của bào thai hoặc biến chứng do nguyên nhân tai nạn hoặc bệnh lý phát sinh trong quá trình mang thai của Người được bảo hiểm (không bao gồm trường hợp sinh non, sinh mổ theo yêu cầu) cần điều trị y tế theo

BAOHIEMPLUS BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN
Website: baohiemplus.vn

chỉ định của Bác sĩ. Biến chứng thai sản bao gồm và không giới hạn trong các trường hợp sau:

- Sẩy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung;
- Thai trứng;
- Thai ngoài tử cung;
- Băng huyết sau khi sinh;
- Sót nhau thai trong tử cung sau khi sinh;
- Phá thai điều trị bao gồm các trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền/dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải chấm dứt thai kì để bảo vệ tính mạng của người mẹ theo chỉ định của Bác sĩ;
- Biến chứng của các nguyên nhân trên.

37. **Chi phí chăm sóc em bé:** là những chi phí bao gồm nhưng không giới hạn ở các chi phí thuốc dưỡng nhi, xét nghiệm dưỡng nhi, tiêm phòng, chi phí vệ sinh em bé tại bệnh viện trong vòng 07 ngày sau khi sinh với điều kiện người mẹ chưa xuất viện.
38. **Chi phí khám thai định kỳ**: Là các chi phí khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh theo lịch trình do Bác sĩ chuyên khoa chỉ định trong suốt thai kỳ.
39. **Một lần khám/ điều trị:** Là một lần người bệnh được Bác sĩ khám, chỉ định thực hiện xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thuốc điều trị nhằm mục đích chẩn đoán bệnh và điều trị. Ngoài ra:
    - Trường hợp nhiều Bác sĩ chuyên khoa cùng hội chẩn trước một người bệnh theo quy chế bệnh viện chỉ được tính là một lần khám/ điều trị;
    - Trường hợp người bệnh khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày thì chỉ tính là một lần khám bệnh;
    - Việc khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và thuốc/ điều trị được chỉ định bởi Bác sĩ tại một Cơ sở y tế cho một tình trạng bệnh được tính là một lần khám/ điều trị cho dù người bệnh thực hiện toàn bộ hay một phần các chỉ định đó ở Cơ sở y tế khác hay ngày khác;
    - Trường hợp người bệnh khám nhiều chuyên khoa trong cùng một cơ sở y tế, nếu có chỉ định và chẩn đoán bệnh của Bác sĩ thì mỗi chuyên khoa được tính là một lần khám/ điều trị.
40. **Thuốc kê theo đơn của Bác sĩ:** Là những loại thuốc được Bác sĩ kê đơn phù hợp quy chế của ngành y nước sở tại và theo quy định của pháp luật.
41. **Tình trạng khẩn cấp:** là tình trạng sức khỏe mà theo ý kiến của Bác sĩ điều trị là nguy kịch cần phải điều trị khẩn cấp để tránh tử vong hay ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khỏe lâu dài hoặc hiện tại. Sự nguy kịch sẽ được xét đoán theo hoàn cảnh của địa phương, bản chất của điều trị khẩn cấp và khả năng cung cấp dịch vụ cũng như cơ sở vật chất tại địa phương đó.
42. **Cấy ghép nội tạng**: là việc phẫu thuật để cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, tủy xương cho Người được bảo hiểm tiến hành tại bệnh viện bởi Bác sĩ có trình độ phẫu thuật.
43. **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

BAOHIEMPLUS BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN Website: baohiemplus.vn

ngoại, siêu âm, các chất đồng vị phóng xạ, xoa bóp...nhằm mục đích chữa bệnh, phục hồi chức năng cho người bệnh, được thực hiện bởi Bác sĩ hoặc Kỹ thuật viên được cấp phép. Vật lý trị liệu không bao gồm chỉnh hình thẩm mỹ, massage tại các spa/ thẩm mỹ viên/ trung tâm chăm sóc sức khỏe.

44. **Bộ phận giả**: Là bất kỳ một thành phần nhân tạo nào được lắp đặt, cấy ghép vào cơ thể, để thay thế cho các bộ phận của cơ thể.

45. **Dụng cụ/ thiết bị y tế hỗ trợ điều trị:** Là các dụng cụ / thiết bị y tế:

- Được đặt / cấy / trồng vào bất cứ một bộ phận nào của cơ thể để hỗ trợ cho chức năng hoạt động của bộ phận đó và/hoặc hỗ trợ cho việc điều trị và phẫu thuật, bao gồm nhưng không giới hạn: stent, van tim, bộ máy tạo nhịp tim và phá rung, bóng nong, ống thông, lưới lọc, lưới thoát vị, lưới titanium 3D, miếng ghép cột sống, màng tái tạo mô, màng sinh học, chốt/ trụ implant, nẹp có lồi cầu bằng titan, nẹp/vis bằng hợp kim, tấm nâng trực tràng, đĩa đệm, chốt treo.
- Các bộ phận/ thiết bị y tế có tính chất đặc thù và/ hoặc chỉ sử dụng riêng cho từng loại hình điều trị hoặc phẫu thuật và/ hoặc sử dụng một lần và không khấu hao, bao gồm nhưng không giới hạn: dao Plasma, tay dao coblator, dao hummer, dao longo, dao bào phẫu thuật khớp, dao cắt sụn, lưỡi bào, dao siêu âm, micro catheter các loại, dao harmonic mổ hở/ nội soi, hệ thống robot, bóng nong, rọ tán sỏi, lưỡi shaver.
- Được sử dụng bên ngoài cơ thể nhằm hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể bao gồm nhưng không giới hạn: nạng, nẹp, xe lăn, xe đẩy, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim.
- Các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác.

46. **Tầm soát ung thư:** Là việc kiểm tra nhằm phát hiện ung thư ở giai đoạn rất sớm, không có bất cứ triệu chứng nào của bệnh. Những trường hợp đã có biểu hiện/ triệu chứng cần kiểm tra để xác định ung thư như: sinh thiết u bướu trên cơ thể, nhân tuyến giáp, vết loét dạ dày...không coi là tầm soát ung thư.

47. **Dịch bệnh**: Được áp dụng theo công bố của Tổ chức y tế thế giới (WHO) và/ hoặc cơ quan/ tổ chức có thẩm quyền theo quy định của luật pháp Việt Nam và bao gồm bất kỳ tình trạng, hậu quả nào liên quan.

48. **Nội chiến**: là chiến tranh giữa các thành phần trong một quốc gia, giữa những người đồng bào cùng ngôn ngữ nhưng tranh chấp nhau vì nhiều lý do khác nhau: tôn giáo, chính trị, kinh tế theo công bố của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

49. **Gây rối và bạo động:** là hành động chống phá bằng bạo lực có tổ chức nhằm gây rối loạn an ninh chính trị, trật tự an toàn xã hội hoặc lật đổ chính quyền. Gây rối và bạo động được xác định theo công bố của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

CHƯƠNG II
NGUYÊN TẮC CHUNG

1. Phạm vi địa lý

Bảo hiểm PVI chi trả cho các sự kiện bảo hiểm phát sinh trong phạm vi địa lý được quy định trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm theo một trong các phạm vi sau:

- Việt Nam;

BAOHIEMPLUS BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN
Website: baohiemplus.vn

- Đông Nam Á;
- Châu Á;
- Toàn thế giới.

2. Đối tượng được tham gia bảo hiểm

2.1. Đối tượng được tham gia bảo hiểm:

- Nhân viên và người phụ thuộc hợp pháp của các nhân viên được bảo hiểm;
- Với điều kiện nhân viên và người phụ thuộc là công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú hợp pháp tại Việt Nam, có độ tuổi từ 15 ngày tuổi tới 65 tuổi và mở rộng đến 70 tuổi nếu tham gia tái tục liên tục (trừ khi có thỏa thuận khác với Bảo hiểm PVI bằng văn bản).

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

- Có tình trạng sức khỏe bình thường và ít nhất phải được 15 ngày tuổi (hoặc ngày ra viện sau khi sinh) tùy theo ngày nào đến sau;
- Không vượt quá 18 tuổi (hoặc đến 25 tuổi với điều kiện người phụ thuộc này đang theo học các khóa học dài hạn toàn thời gian);
- Chưa kết hôn.

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

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

3. Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Theo Quy tắc bảo hiểm này, Hợp đồng bảo hiểm phải được cấp cho nhân viên đang làm việc tại cùng một công ty / doanh nghiệp / tổ chức và do công ty / doanh nghiệp / tổ chức đó đứng tên là Chủ Hợp đồng bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm theo ủy quyền của Người được bảo hiểm phù hợp quy định pháp luật.

4. Phí bảo hiểm

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

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

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

5. Thời hạn bảo hiểm

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

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

6. Phí bảo hiểm ngắn hạn

- Thời hạn đến 1 tháng: 1/4 phí bảo hiểm năm
- Thời hạn đến 2 tháng: 3/8 phí bảo hiểm năm
- Thời hạn đến 3 tháng: 1/2 phí bảo hiểm năm

BAOHIEMPLUS BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN
Website: baohiemplus.vn

- Thời hạn đến 4 tháng: 5/8 phí bảo hiểm năm
- Thời hạn đến 6 tháng: 3/4 phí bảo hiểm năm
- Thời hạn đến 8 tháng: 7/8 phí bảo hiểm năm
- Thời hạn trên 8 tháng: Phí bảo hiểm năm

7. Hiệu lực bảo hiểm

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

- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường, điều trị răng;
- 60 ngày đối với trường hợp sẩy thai, nạo thai theo chỉ định của bác sĩ, điều trị thai sản;
- 270 ngày đối với trường hợp sinh đẻ, tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do thai sản;
- 365 ngày đối với bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn.

Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm bảo hiểm có từ 50 nhân viên trở lên không áp dụng thời gian chờ nói trên đối với nhân viên trong trường hợp điều trị y tế. Nếu Người được bảo hiểm phải điều trị thai sản trong thời gian chờ 60 ngày hoặc sinh đẻ trong thời gian chờ 270 ngày, số tiền được trả sẽ tính theo tỷ lệ giữa số ngày kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm đến ngày sự kiện được bảo hiểm xảy ra với 60 ngày cho chi phí điều trị thai sản hoặc 270 ngày cho chi phí sinh đẻ.

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

8. Thay đổi quyền lợi bảo hiểm

Trong thời hạn bảo hiểm, Bảo hiểm PVI không đồng ý việc thay đổi các quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết. Quyền lợi bảo hiểm chỉ có thể được thay đổi khi tái tục Hợp đồng bảo hiểm trừ khi có thỏa thuận khác với Bảo hiểm PVI bằng văn bản.

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

9. Bảo hiểm khác

Nếu tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm được một chương trình bảo hiểm khác có hiệu lực chi trả cho cùng những chi phí và tổn thất được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này thì Người được bảo hiểm có quyền yêu cầu bồi thường ở bất kỳ chương trình bảo hiểm nào có hiệu lực. Trong trường hợp bồi thường đã được thanh toán bởi chương trình bảo hiểm khác thì Bảo hiểm PVI chỉ chi

BAOHIEMPLUS BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN
Website: baohiemplus.vn

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

10. Đồng chi trả

Tỉ lệ đồng chi trả được áp dụng theo thỏa thuận của Bảo hiểm PVI và Chủ hợp đồng bảo hiểm và được quy định cụ thể trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

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

Khi Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm quy định áp dụng đồng chi trả theo Cơ sở y tế, việc đồng chi trả này được áp dụng cho mọi chi phí phát sinh tại Cơ sở y tế đó và các chi phí phát sinh liên quan do Bác sĩ tại Cơ sở y tế đó chỉ định.

11. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

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

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

Nếu Chủ hợp đồng bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm chưa có khiếu nại yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào xảy ra (trừ trường hợp khiếu nại bị từ chối trả tiền bảo hiểm).

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

b) Vào thời điểm kết thúc thời hạn bảo hiểm theo quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm;

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

Trách nhiệm của Bảo hiểm PVI sẽ chấm dứt ngay lập tức cùng với thời điểm chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, trừ trường hợp khiếu nại cho sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời gian hiệu lực bảo hiểm và/hoặc đang được Bảo hiểm PVI giải quyết.

12. Tái tục Hợp đồng bảo hiểm

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

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

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

13. Kiểm tra và xác minh y tế

Bảo hiểm PVI có quyền chỉ định chuyên gia y khoa và/hoặc chuyên gia giám định y khoa để tiến hành kiểm tra sức khoẻ của Người được bảo hiểm và các thông tin có liên quan đến việc giải quyết khiếu nại vào bất cứ lúc nào. Bảo hiểm PVI cũng có quyền

BAOHIEMPLUS BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN
Website: baohiemplus.vn

yêu cầu tiến hành khám nghiệm tử thi trong trường hợp xảy ra tử vong nếu việc này không vi phạm pháp luật hiện hành hoặc không ảnh hưởng đến tín ngưỡng và thuần phong mỹ tục. Chi phí giám định y khoa sẽ được Bảo hiểm PVI chi trả.

14. Quyền và nghĩa vụ của Bảo hiểm PVI

a) Quyền của Bảo hiểm PVI

- Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;
- Đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;
- Từ chối trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc từ chối bồi thường cho người được bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

b) Nghĩa vụ của Bảo hiểm PVI

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

15. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm

a) Quyền của Bên mua bảo hiểm

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

b) Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm

- Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã thỏa thuận trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm theo

BAOHIEMPLUS BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN
Website: baohiemplus.vn

yêu cầu của doanh nghiệp bảo hiểm;

- Thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của doanh nghiệp bảo hiểm trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của doanh nghiệp bảo hiểm;
- Thông báo cho doanh nghiệp bảo hiểm về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

16. Nghĩa vụ kê khai trung thực

Người được bảo hiểm (hoặc đại diện của Người được bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi) có trách nhiệm kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin liên quan đến Người được bảo hiểm và Hợp đồng bảo hiểm và chịu trách nhiệm về tất cả các thông tin đã cung cấp cho Bảo hiểm PVI.

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

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

CHƯƠNG III
QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

I. Quyền lợi bảo hiểm chính

1. Phạm vi bảo hiểm

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

2. Quyền lợi bảo hiểm

a) Viện phí

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

- Tiền giường điều trị tại phòng đơn tiêu chuẩn, suất ăn theo tiêu chuẩn tại bệnh viện;
- Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt;
- Chi phí hành chính, chi phí máu, huyết tương;

BAOHIEMPLUS BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN Website: baohiemplus.vn

- Thuốc sử dụng trong khi nằm viện;
- Vật lý trị liệu (nếu những chi phí này là cần thiết trong quá trình nằm viện theo chỉ định của Bác sĩ);
- Tiêm truyền tĩnh mạch, vật tư y tế;
- Xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET…do Bác sĩ chỉ định và phải là một phần cuả chi phí điều trị nằm viện;
- Các chi phí y tế khác (nếu có) trong quá trình nằm viện.

b) Chi phí phẫu thuật

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

Chi phí phẫu thuật không bao gồm các thủ thuật (trừ khi có thỏa thuận khác với Bảo hiểm PVI bằng văn bản).

c) Điều trị cấp cứu

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

d) Vận chuyển cấp cứu

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

e) Trợ cấp nằm viện

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

f) Chi phí y tế trước khi nhập viện

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

g) Điều trị sau khi xuất viện

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

BAOHIEMPLUS BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN
Website: baohiemplus.vn

h) Chăm sóc y tế tại nhà

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

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

i) Trợ cấp mai táng

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong do rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm, với điều kiện Người được bảo hiểm có phát sinh chi phí y tế trước khi tử vong (bất kể nằm viện hay điều trị ngoại trú), Bảo hiểm PVI chi trả tiền trợ cấp mai táng phí theo giới hạn ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

j) Chăm sóc em bé

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

k) Thai sản và sinh đẻ

i. Biến chứng thai sản

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

ii. Sinh đẻ

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

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

II. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung *(chỉ được áp dụng khi đã tham gia Quyền lợi chính)*

1. Điều trị ngoại trú

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

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

  Bảo hiểm PVI chỉ thanh toán chi phí Điều trị răng cơ bản tại các Cơ sở y tế Nhà

BAOHIEMPLUS BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN
Website: baohiemplus.vn

nước và các Cơ sở y tế có ký thỏa thuận bảo lãnh viện phí với Bảo hiểm PVI.

- Khám thai định kỳ.

2. Điều trị răng toàn diện

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

i. Điều trị răng cơ bản

- Khám và chụp X-quang răng
- Lấy cao răng (2 lần / năm)
- Điều trị viêm nướu (lợi), nha chu
- Trám (hàn) răng bằng các chất liệu thông thường (amalgam, composite hoặc chất liệu khác tương đương)
- Nhổ răng bệnh lý
- Điều trị tủy răng

ii. Điều trị răng đặc biệt

- Lấy chân răng
- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu)
- Phẫu thuật cắt chóp (phẫu thuật lấy đỉnh chân răng)

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

3. Bảo hiểm sinh mạng

Trên cơ sở tuân thủ các điều kiện, điều khoản, loại trừ đã nêu trong Quy tắc bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm bổ sung, Bảo hiểm PVI chi trả 100% Số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm cho trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản.

Bên mua bảo hiểm có thể đóng phí bảo hiểm bổ sung để tham gia bảo hiểm cho trường hợp Người được bảo hiểm tử vong không rõ nguyên nhân. Trong trường hợp này, Bảo hiểm PVI chi trả toàn bộ Số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm. Quyền lợi này có hiệu lực sau 30 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Người được bảo hiểm ghi trên Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.

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

Trên cơ sở tuân thủ các điều kiện, điều khoản, loại trừ đã nêu trong Quy tắc bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm bổ sung, Bảo hiểm PVI bảo hiểm chi phí vận chuyển cấp cứu khẩn cấp bằng đường hàng không theo giới hạn ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm trong tình trạng khẩn cấp do ốm đau, bệnh tật, thai sản mà theo ý kiến của Bác sĩ điều trị / Công ty hỗ trợ y tế và/hoặc Bảo hiểm PVI cần phải điều trị khẩn cáp để tránh tử vong hay ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khỏe lâu dài hoặc hiện tại.

BAOHIEMPLUS BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN
Website: baohiemplus.vn

5. Trợ cấp mất giảm thu nhập do ốm đau, bệnh tật

Trên cơ sở tuân thủ các điều kiện, điều khoản, loại trừ đã nêu trong Quy tắc bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm bổ sung, Bảo hiểm PVI chi trả số tiền trợ cấp được quy định trong Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật thuộc phạm vi bảo hiểm, có xác nhận khoản lương bị mất giảm trong thời gian nghỉ của cơ quan/ tổ chức nơi Người được bảo hiểm đang làm việc.

CHƯƠNG IV
LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

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

1. Sự kiện xảy ra ngoài phạm vi địa lý được quy định tại Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.
2. Điều trị và/hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ định của Cơ sở y tế / Bác sĩ hoặc theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không liên quan đến việc điều trị và phẫu thuật bình thường do Bộ y tế quy định hoặc không cần thiết về mặt y tế và bất kỳ hậu quả nào liên quan.
3. Bất kỳ hình thức khám, điều trị hoặc thuốc nào chưa được thử nghiệm lâm sàng hoặc chưa được chứng minh dựa trên kiến thức y học được chấp nhận rộng rãi và bất kỳ hậu quả nào liên quan.
4. Điều trị và/hoặc chăm sóc cai nghiện ma túy, cai nghiện rượu hoặc bất kỳ chất gây nghiện nào.
5. Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật phải thụ án hình sự, thực hiện hành vi vi phạm luật giao thông, vi phạm quy chế an toàn lao động tại nơi làm việc theo kết luận của cơ quan chức năng / cơ quan, tổ chức nơi làm việc.
6. Tử vong hoặc bất kỳ tình trạng y tế nào do hành vi cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng hợp pháp.

   Trường hợp một hoặc một số người thụ hưởng cố ý gây ra cái chết cho Người được bảo hiểm, Bảo hiểm PVI vẫn trả tiền bảo hiểm cho những người thụ hưởng hợp pháp khác theo thỏa thuận trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.
7. Bất kỳ tình trạng y tế nào có nguyên nhân từ việc Người được bảo hiểm sử dụng rượu, bia, ma tuý hoặc các chất kích thích, chất gây nghiện tương tự khác (trừ khi sử dụng thuốc hoặc chất gây mê theo chỉ dẫn của Bác sĩ).
8. Bất kỳ tình trạng y tế nào do động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ, hạt nhân hoặc các hóa chất chứa độc tố hay ảnh hưởng của các vụ nổ do vũ khí.
9. Bất kỳ tình trạng y tế nào do chiến tranh, nội chiến, đình công, gây rối và bạo động, khủng bố theo công bố của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.
10. Dịch bệnh theo công bố của Tổ chức y tế thế giới (WHO) và/ hoặc cơ quan/ tổ chức có thẩm quyền theo quy định của luật pháp Việt Nam và bao gồm bất kỳ tình trạng, hậu quả nào liên quan.
11. Ngộ độc thức ăn, đồ uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc.
12. Bất kỳ việc khám, điều trị hoặc thử nghiệm nào liên quan đến các bệnh lây truyền

BAOHIEMPLUS BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN
Website: baohiemplus.vn

qua đường tình dục, bất kỳ hội chứng phức hợp liên quan đến hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), tình trạng và bệnh liên quan đến virút HIV và bất kỳ hậu quả nào của các bệnh, hội chứng và tình trạng trên.

13. Khám, điều trị và hậu quả của tất cả các loại bệnh rối loạn tâm thần và hành vi, bệnh chậm phát triển, bệnh rối loạn thiếu tập trung, bệnh tự kỉ, rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, ngủ ngáy (không bao gồm trường hợp ngủ ngáy do mắc các bệnh lý về đường hô hấp và việc điều trị là để chữa trị các bệnh lý về đường hô hấp này), suy nhược cơ thể và suy nhược thần kinh không có nguyên nhân bệnh lý, hội chứng căng thẳng (stress), bệnh Alzheimer và/hoặc các tình trạng liên quan.
14. Dịch vụ khám hoặc điều trị tại nhà (không bao gồm "Chi phí y tế chăm sóc tại nhà theo chỉ định của Bác sĩ"); điều trị tại phòng tắm hơi, spa, khu nghỉ dưỡng, an dưỡng hay các cơ sở tương tự, ngay cả khi có chỉ định y khoa.
15. Khám và các xét nghiệm/ chẩn đoán hình ảnh không có kết luận bệnh của Bác sĩ, hoặc có kết luận bệnh của bác sĩ nhưng không có chỉ định điều trị / phác đồ điều trị.
16. Kiểm tra sức khỏe hoặc giám định y khoa mà không liên quan đến việc điều trị ốm đau, bệnh tật.
17. Khám sức khoẻ định kỳ/ kiểm tra sức khỏe tổng quát, khám kiểm tra phụ khoa/nam khoa, tầm soát ung thư, xét nghiệm / kiểm tra định kỳ sau điều trị với thời hạn quá 30 ngày kể từ ngày ra viện và cho kết quả bình thường, khám thai định kỳ, tiêm chủng/ uống vắc xin phòng ngừa, khám sức khỏe trước khi đi du lịch hoặc đi làm.
18. Kiểm tra thị lực và thính lực thông thường, điều trị các tật khúc xạ của mắt (bao gồm nhưng không giới hạn ở cận thị, viễn thị, loạn thị), điều trị và phẫu thuật sửa chữa những khiếm khuyết thị giác và thính giác, suy thoái thị lực/ thính lực tự nhiên và bất kỳ tình trạng, hậu quả nào liên quan.
19. Các bệnh, dị tật bẩm sinh hoặc bệnh, dị dạng thuộc về gen hoặc bệnh di truyền và bất kỳ tình trạng, hậu quả nào liên quan.
20. Các chi phí cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa các dụng cụ/ thiết bị y tế hỗ trợ điều trị, bộ phận giả.
21. Điều trị mang tính chất thẩm mỹ, giải phẫu thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình, chỉnh hình (không bao gồm trường hợp phẫu thuật nhằm mục đích tái tạo để phục hồi chức năng của cơ quan bị tổn thương phát sinh trong thời hạn bảo hiểm) và bất kỳ hậu quả nào liên quan.
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 (nám da) và bất kỳ hậu quả nào liên quan.
23. Kế hoạch hoá gia đình, điều trị vô sinh, điều trị bất lực, rối loạn / suy giảm chức năng sinh dục, chi phí thụ tinh nhân tạo, liệu pháp thay đổi hoóc môn, thay đổi giới tính hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của các điều trị trên.
24. Các sản phẩm vitamin hoặc khoáng chất, thực phẩm chức năng, các loại thuốc bổ sung cho chế độ dinh dưỡng, ăn kiêng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm, các chế phẩm y tế (trừ trường hợp vitamin hoặc khoáng chất được Bác sĩ chỉ định để điều trị các bệnh/triệu chứng được xác định do thiếu hụt vitamin hoặc hỗ trợ điều trị bệnh với điều kiện chi phí cho vitamin/ khoáng chất không lớn hơn chi phí thuốc điều trị).
25. Khám / điều trị ốm đau, bệnh tật hoặc thai sản và chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm (trừ khi có thỏa thuận khác với Bảo hiểm PVI bằng văn bản).

BAOHIEMPLUS BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN
Website: baohiemplus.vn

26. Khám và điều trị tại các cơ sở khám chữa bệnh không có giấy phép hoạt động hợp pháp và không cung cấp được chứng từ/ hóa đơn tài chính theo quy định của luật pháp và bất kỳ hậu quả nào liên quan.
27. Chăm sóc trước và sau khi sinh đẻ.
28. Khám và điều trị ngoại trú. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi "Điều trị ngoại trú".
29. Khám và điều trị liên quan đến răng. Điểm loại trừ này không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi "Điều trị ngoại trú" bao gồm các quyền lợi về răng đã được liệt kê hoặc tham gia quyền lợi "Điều trị răng toàn diện".
30. Khám và điều trị liên quan đến các thương tật do tai nạn và các hậu quả của tai nạn.
31. Người được bảo hiểm tử vong. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi "Bảo hiểm sinh mạng". Tuy nhiên, trong trường hợp Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi này, Quy tắc bảo hiểm vẫn loại trừ tử vong do tai nạn, tử vong không do ốm đau, bệnh tật, thai sản hoặc tử vong không rõ nguyên nhân (trừ trường hợp tham gia lựa chọn bổ sung Tử vong không rõ nguyên nhân).
32. Những bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn trong 12 tháng đầu tiên kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm (loại trừ này không áp dụng đối với nhân viên trong Hợp đồng bảo hiểm cho 50 nhân viên trở lên).
33. Các chi phí, việc điều trị và hậu quả (nếu có) liên quan đến đối tượng không đáp ứng điều kiện tham gia bảo hiểm của Quy tắc này (trừ khi có thỏa thuận khác với Bảo hiểm PVI bằng văn bản).

CHƯƠNG V
THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

1. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm là 01 năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Quá thời hạn nêu trên, Bảo hiểm PVI có quyền từ chối bồi thường, trả tiền bảo hiểm.

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

Đối với trường hợp tử vong, Người đại diện/ Người thụ hưởng bảo hiểm phải thông báo tới Bảo hiểm PVI bằng văn bản trong vòng 30 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.

2. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

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

- Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (theo mẫu của Bảo hiểm PVI) có xác nhận của Chủ hợp đồng bảo hiểm;
- Bản gốc hoặc bản sao hợp lệ: Giấy chứng tử (trường hợp Người được bảo hiểm tử vong), văn bản xác nhận quyền thừa kế hợp pháp theo quy định pháp luật;
- Bản gốc hoặc bản sao hợp lệ các chứng từ y tế: Giấy ra viện, phiếu điều trị (trường hợp điều trị nội trú), phiếu mổ hoặc thông tin về phương pháp phẫu thuật trên báo cáo y tế, giấy ra viện (trường hợp có phẫu thuật), sổ khám bệnh/ giấy khám bệnh, phiếu chỉ định và kết quả của các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh,

BAOHIEMPLUS BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN
Website: baohiemplus.vn

đơn thuốc…(trường hợp điều trị ngoại trú), chỉ định nghỉ của Bác sĩ điều trị (trường hợp Người được bảo hiểm phải nghỉ việc để điều trị sau tai nạn).

- Các hoá đơn chi phí liên quan đến việc điều trị theo quy định hiện hành của Bộ Tài chính.
- Hợp đồng lao động/ thỏa thuận lao động/ thư mời làm việc (đối với nhân viên thử việc), bảng chấm công/ bảng lương có xác nhận của Chủ hợp đồng lao động hoặc sao kê tài khoản lương.
- Bảo hiểm PVI có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng hợp pháp làm rõ các chứng từ trong hồ sơ yêu cầu bồi thường. Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng hợp pháp có trách nhiệm bổ sung thông tin cho Bảo hiểm PVI và Bảo hiểm PVI không phải chịu chi phí cho việc có thêm thông tin đó.
- Trong trường hợp Người được bảo hiểm khám và điều trị ở nước ngoài và ngôn ngữ trên các chứng từ y tế, chứng từ thanh toán không phải tiếng Anh, Người được bảo hiểm có trách nhiệm dịch thuật có công chứng các tài liệu đó ra tiếng Việt gửi kèm Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm về Bảo hiểm PVI. Chi phí dịch thuật công chứng thuộc trách nhiệm của Người được bảo hiểm.

3. Chi trả tiền bảo hiểm

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

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

4. Thời hiệu khởi kiện và giải quyết tranh chấp

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

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

BAOHIEMPLUS BẢO HIỂM TRỰC TUYẾN
Website: baohiemplus.vn