

QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE ELITE CARE

(Ban hành kèm theo Quyết định số 269 /QĐ-PTI-BHCN, ngày 26 /09 /2012 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Bru điện)

NỘI DUNG

Chương I: Định nghĩa

Chương II: Phạm vi bảo hiểm

Chương III: Điểm loại trừ

Chương IV: Điều kiện chung

Chương V: Bồi thường

Chương VI: Các quyền lợi bổ sung

CHƯƠNG 1: ĐỊNH NGHĨA

1. Tai nạn

Bất kỳ một sự kiện bất ngờ hay không lường trước, gây ra bởi một lực từ bên ngoài, và có thể nhìn thấy được diễn ra trong thời hạn bảo hiểm dẫn đến thương tật thân thể cho Người được bảo hiểm và xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm.

2. Hoạt động khủng bố

Bao gồm các hoạt động mà không giới hạn việc sử dụng lực lượng hoặc bạo lực và/hoặc sự đe dọa của bất kỳ một cá nhân hay một nhóm người, được thực hiện bởi một cá nhân hay nhân danh các tổ chức, chính phủ, hay phục vụ cho mục đích hay lý do chính trị, tư tưởng tôn giáo hoặc dân tộc bao gồm cả sự gây căng thẳng để gây ảnh hưởng cho bất kỳ chính phủ hay đặt các nơi và khu vực công cộng trong sự sợ hãi.

3. Cấp tính

Là tình trạng mà theo ý kiến của bác sỹ đa khoa/ chuyên khoa/ cố vấn y tế là bệnh khởi phát và tiến triển nhanh, cần phải chăm sóc và điều trị khẩn cấp.

4. Thương tật thân thể

Thương tật do tai nạn gây ra trong thời hạn hiệu lực bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm.

5. Mãn tính

Là bệnh tật 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 .

6. Cùng chi trả

Là phần chi phí điều trị mà Người chủ hợp đồng/Người được bảo hiểm phải tự chịu trách nhiệm chi trả.

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 cấu trúc cơ thể ngay từ giai đoạn phát triển trong tử cung của người mẹ theo ý kiến của bác sỹ trên

phương diện y khoa.

8. Ngày tham gia bảo hiểm

Là ngày Người được bảo hiểm tham gia Hợp đồng bảo hiểm này như ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

9. Điều trị trong ngày

Là việc Người được bảo hiểm phải nhập viện để điều trị y tế nhưng không phải ở lại bệnh viện qua đêm. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.

10. Những Người phụ thuộc Là vợ/ chồng (loại trừ trường hợp ly hôn), hoặc người cùng chung sống mà chưa/không đăng ký kết hôn và/hoặc con, con ngoài giá thú, con riêng, con nuôi hợp pháp sống phụ thuộc vào Người được bảo hiểm từ 15 ngày tuổi đến 18 tuổi hoặc 24 tuổi nếu đang theo học các khoá dài hạn và chưa kết hôn. Tất cả những người phụ thuộc phải có tên trong Hợp đồng bảo hiểm như Người được bảo hiểm.

Người phụ thuộc chỉ được tham gia bảo hiểm với quyền lợi không cao hơn người chủ hợp đồng hoặc người được bảo hiểm chính

11. Đối tượng tham gia bảo hiểm

Những người đủ tiêu chuẩn tham gia đơn bảo hiểm này là những công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài đang cư trú trong lãnh thổ Việt Nam không quá 70 tuổi hoặc 72 tuổi (nếu tham gia liên tục từ năm 68 tuổi) và không bị bệnh ung thư (tại thời điểm tham gia bảo hiểm), tâm thần hoặc bị thương tật vĩnh viễn từ 80% trở lên.

Trẻ em mới sinh được tham gia bảo hiểm từ mười lăm (15) ngày tuổi tính từ ngày sinh hay từ ngày xuất viện, ngày nào xảy ra sau sẽ được chọn, với điều kiện yêu cầu bảo hiểm cho trẻ em đó được PTI chấp nhận bằng văn bản. Trẻ em dưới 18 tuổi chỉ đủ điều kiện tham bảo hiểm dưới dạng người thân.

12. Chi phí được thanh toán

Là những chi phí hợp lý cần thiết và theo thông lệ phát sinh trong trường hợp ốm đau, bệnh tật hay thương tật xảy ra, cần thiết phải được điều trị cho Người được bảo hiểm.

13. Chi trả toàn bộ

PTI sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm toàn bộ chi phí y tế phát sinh thuộc trách nhiệm bảo hiểm nhưng không vượt quá giới hạn tối đa của mỗi Chương trình trong một thời hạn bảo hiểm.

14. Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Là Hợp đồng bảo hiểm cấp cho những người (ít nhất là 03 người) của cùng một Công ty/ tổ

chức tham gia với kết cấu chương trình tương tự nhau (ví dụ: cùng tham gia IP; hoặc cùng tham gia cả IP và OP...), do Công ty/ tổ chức đó đứng tên là Chủ hợp đồng.

15. Bệnh viện

Bất kỳ cơ sở y tế nào được cấp giấy phép và công nhận là bệnh viện theo luật pháp của nước sở tại để tiến hành điều trị y tế hay phẫu thuật.

16. Cơ sở y tế

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 mà không phải là nơi dừng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích.

17. Nằm viện

Là điều trị nội trú quá 24 giờ liên tục hoặc điều trị trong ngày. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.

18. Ốm đau bệnh tật

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.

19. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Là một sự biến đổi hoàn toàn về thể chất và tinh thần do ốm đau, bệnh tật hoặc tai nạn của Người được bảo hiểm làm cho Người được bảo hiểm không thể thực hiện được bất kỳ các nhu cầu cá nhân, xã hội hay công việc, hoặc đáp ứng những yêu cầu của Luật pháp hay Quy định nào đó trong vòng 52 tuần liên tục và không hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó.

20. Điều trị nội trú

Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm có làm thủ tục nhập viện và nằm tại giường bệnh qua đêm. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu thanh toán quyền lợi này.

21. Người được bảo hiểm

Là cá nhân đã hoàn thành việc kê khai, hoặc tên của họ được kê trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và hiệu lực bảo hiểm đã được xác nhận, hoặc là người được cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm, nhưng với điều kiện người đó không rời khỏi nơi cư trú quá 180 ngày liên tục trong một thời hạn bảo hiểm trừ khi có thoả thuận khác bằng văn bản của PTI.

22. Số tiền bảo hiểm

Là tổng số tiền mà một Người được bảo hiểm có thể được bồi thường trong suốt thời hạn

bảo hiểm và được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và/ hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

23. Tình trạng sức khỏe

Bất kỳ tình trạng bất thường nào của cơ thể hoặc tâm thần gây ra bởi tai nạn hoặc ốm đau, bệnh tật cần phải điều trị y tế.

24. 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 và không phải là điều trị trong ngày.

25. Bác sĩ

Là người được cấp bằng bác sĩ 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 sĩ chính là Người được bảo hiểm, hay vợ (chồng), con, bố, mẹ, anh/chị/em ruột của Người được bảo hiểm. Bác sĩ có thể được công nhận như là một bác sĩ chuyên khoa hay cố vấn y tế.

26. Bệnh tật có sẵn

a. Là bệnh tật hay thương tật có từ trước Ngày bắt đầu bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung và đã xuất hiện những dấu hiệu hoặc triệu chứng mà người được bảo hiểm đã nhận ra, hoặc;

b) Đã có điều trị, hoặc uống thuốc, hoặc tư vấn, hoặc chẩn đoán trước ngày tham gia bảo hiểm, hoặc;

c) Đã nhận biết triệu chứng bệnh tật/thương tật đó hoặc nhận biết bệnh tật/thương tật đó đã tồn tại trước Ngày bắt đầu bảo hiểm cho dù Người được bảo hiểm có thực sự khám, uống thuốc, chẩn đoán, điều trị hay không.

27. Bệnh đặc biệt

Theo Quy tắc bảo hiểm này, những bệnh sau đây được hiểu là bệnh đặc biệt:

a. Bệnh ung thư, u các loại;

b. Sỏi các loại trong hệ thống tiết niệu và đường mật;

c. Bệnh tim mạch, suy chức năng phổi, viêm gan (A, B, C), viêm tụy, viêm thận (không bao gồm những ca cấp tính);

d. Các bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu bao gồm nhưng không giới hạn bởi các bệnh như suy tủy, bệnh bạch cầu cấp, bạch cầu mãn;

e. Bệnh rối loạn hooc môn sinh trưởng;

f. Bệnh đái tháo đường;

g. Bệnh Parkinson.

h. Bệnh huyết áp

28. Thuốc kê đơn

Là các loại thuốc /dược phẩm được bán và sử dụng theo Đơn của Bác sĩ và theo quy định của Pháp luật.

29. Nơi cư trú

Bất kỳ thành phố hay tỉnh nào ở Việt Nam nơi mà Người được bảo hiểm khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc được chấp thuận và ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hay Hợp đồng bảo hiểm.

30. Chi phí y tế thực tế

Là những chi phí hợp lý và cần thiết về mặt y tế, theo chỉ định của bác sỹ điều trị, phát sinh khi Người được bảo hiểm phải điều trị bệnh, tai nạn hoặc thai sản mà việc điều trị này được bảo hiểm.

31. Chi phí thông lệ và hợp lý

Là những chi phí y tế cần thiết không vượt quá mức chi phí chung của các nhà cung cấp dịch vụ y tế có cùng mức độ trong khu vực, nơi phát sinh những chi phí đó, khi cung cấp các dịch vụ, điều trị tương đương, hay cung cấp dịch vụ đối với bệnh tật hoặc thương tật tương tự.

32. Tình trạng nguy kịch

Có nghĩa là tình trạng sức khỏe mà theo ý kiến của công ty cứu trợ và/hoặc PTI là một tình trạng sức khỏe nguy kịch cần phải điều trị khẩn cấp để tránh tử vong. 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.

33. Bác sĩ Đa khoa/Chuyên khoa/Cố vấn y tế

Là Bác sĩ (như đã định nghĩa ở trên) được cấp giấy phép và đăng ký hành nghề theo quy định của Luật pháp của quốc gia và được Luật pháp quốc gia sở tại công nhận là một Bác sĩ đa khoa/chuyên khoa/Cố vấn y tế.

34. Giới hạn chi tiết (giới hạn phụ)

Là giới hạn bồi thường tối đa cho mỗi hạng mục được qui định chi tiết trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm. Tuy nhiên tổng các giới hạn chi tiết không vượt quá số tiền bảo hiểm tối đa của mỗi chương trình.

35. Điều trị / Điều trị y tế

Các dịch vụ y tế hoặc phẫu thuật (bao gồm các thủ thuật chẩn đoán) cần thiết được thực hiện để chẩn đoán bệnh nhằm mục đích làm giảm nhẹ hoặc chữa bệnh, thương tật.

36. Phạm vi lãnh thổ

Là phạm vi lãnh thổ như quy định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm, bao gồm nơi Người được bảo hiểm có thể được vận chuyển tới khi cần cấp cứu khẩn cấp khi những điều trị cần thiết không thể có được tại nơi tình trạng khẩn cấp đó xảy ra và là nơi những chi phí y tế hợp lý và cần thiết do Người được bảo hiểm phát sinh có thể được xét bồi thường theo Đơn bảo hiểm này.

37. Đơn bảo hiểm

Là Bộ chứng từ giữa PTI và Chủ hợp đồng bảo hiểm bao gồm: Giấy yêu cầu bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, quy tắc và những giấy tờ liên quan khác (nếu có).

38. Các 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

39. Bộ phận giả

Là bất kỳ một thành phần nhân tạo nào được lắp đặt, cấy ghép vào cơ thể người nhằm duy trì sự sống hoặc chức năng sinh lý của cơ thể con người, bao gồm và không giới hạn bởi những thiết bị, dụng cụ, vật tư thay thế (Ví dụ: thủy tinh thể nhân tạo trong phẫu thuật đục thủy tinh thể (đục nhân mắt), răng giả, mắt giả, chân tay giả ...)

40. Duy trì sự sống

Là duy trì tuần hoàn và hô hấp (duy trì sự trao đổi chất)

41. Vật tư thay thế

Là vật tư sử dụng trong y tế nhằm thay thế hoặc hỗ trợ chức năng hoạt động của bất kỳ phần nào đó trong cơ thể sống khi cấy ghép vào cơ thể.

42. Cấy ghép nội tạng

Là chi phí cho việc phẫu thuật và tất cả các chi phí điều trị, xét nghiệm liên quan để cấy ghép nội tạng như tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận hoặc tủy xương cho Người được bảo hiểm, được tiến hành tại một bệnh viện hợp pháp bởi các bác sỹ có trình độ thực hiện phẫu thuật này. Chi phí để có được nội tạng, và tất cả các chi phí phát sinh từ người cho nội tạng, chi phí vận chuyển và các chi phí hành chính khác sẽ không được bảo hiểm dưới đơn bảo hiểm này.

43. Một lần khám/điều trị

Là một lần đến khám một bác sỹ chuyên khoa hoặc đa khoa của một cơ sở y tế và được bác sỹ khám, chẩn đoán, chỉ định làm các xét nghiệm, siêu âm, chụp chiếu liên quan đến bệnh/triệu chứng bệnh mà bệnh nhân đến khám, sau đó kết luận bệnh và đưa ra phương pháp điều trị bao gồm nhưng không giới hạn trị liệu học bức xạ, nhiệt, liệu pháp ánh sáng do bác sỹ chỉ định.

Chi phí tái khám ngay sau đó theo chỉ định của bác sỹ dù không còn bệnh & không cần điều trị nữa sẽ được xem như một lần khám mới.

Riêng điều trị vật lý trị liệu, châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt: PTI chi trả chi phí thực tế theo giới hạn chi phí/ngày điều trị, tối đa không vượt quá giới hạn trong bảng quyền lợi. Đối với điều trị đông y (không bao gồm châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt): PTI chi trả chi phí một đợt điều trị theo giới hạn một lần khám ngoại trú.

44. Phẫu thuật

Là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật cơ thể, điều trị bệnh tật hoặc thai sản được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ bằng tay bao gồm nhưng không giới hạn các phương pháp mang lại kết quả tương đương như mổ nội soi, tán sỏi, tiểu phẫu, thủ thuật điều trị với các dụng cụ y tế tại Cơ sở y tế.

45. Phẫu thuật ngoại trú

Là một hoạt động phẫu thuật được thực hiện ngoại trú

46. Vật lý trị liệu

Là phương pháp điều trị, bằng cách sử dụng phương pháp vật lý để giảm đau, phục hồi chức năng của cơ hoặc các hoạt động bình thường hàng ngày của bệnh nhân được chỉ định bởi bác sỹ

47. Vật tư y tế tiêu hao

Là vật tư được sử dụng một lần hoặc nhiều lần nhằm mục đích hỗ trợ cho điều trị và khám chữa bệnh; không lắp đặt vĩnh viễn trong cơ thể, ngoại trừ các trường hợp các vật tư này tự tiêu trong cơ thể hoặc lẽ ra có thể lấy ra khỏi cơ thể mà không ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của cơ thể nhưng do cơ thể không đào thải nên không cần thiết phải lấy ra. (Ví dụ: chỉ thép, các dụng cụ định hình khi cấy ghép, tái tạo).

CHƯƠNG II: PHẠM VI BẢO HIỂM

Quy tắc bảo hiểm này sẽ bồi thường cho Người được bảo hiểm các chi phí y tế, chi phí vận chuyển y tế cấp cứu phát sinh do tai nạn, ốm đau, bệnh tật với điều kiện những chi phí này phát sinh trong thời hạn bảo hiểm.

I. QUYỀN LỢI CHI PHÍ Y TẾ

PTI chi trả cho Người được bảo hiểm trong trường hợp phát sinh chi phí y tế theo các quyền lợi qui định trong Đơn bảo hiểm.

Khi nhận được Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm, PTI sẽ chi trả theo Quyền lợi bảo hiểm thuộc phạm vi Đơn bảo hiểm căn cứ theo Phần giới hạn phụ cho đến giới hạn tối đa được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc hợp đồng bảo hiểm. Các khoản chi phí trên được giới hạn theo chi phí thực tế, thông lệ, cần thiết và hợp lý.

Đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm có quyền thực hiện thay mặt cho Người được bảo hiểm khi Người được bảo hiểm bị chết hoặc bị mất năng lực hành vi. Quyền lợi bảo hiểm có thể thanh toán cho Người được bảo hiểm hay đại diện hợp pháp của họ hoặc các nhà cung cấp dịch vụ điều trị y tế và/hoặc chăm sóc y tế và/hoặc các dịch vụ phục vụ cho Người được bảo hiểm theo thỏa thuận với PTI từ trước. PTI cũng có thể chỉ định một đại diện thay mặt giải quyết bồi thường cho Người được bảo hiểm.

Dưới đây là chi tiết của những Quyền lợi bảo hiểm cơ bản của Quy tắc bảo hiểm này. Số tiền bảo hiểm cho mỗi quyền lợi của từng chương trình khác nhau sẽ được quy định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm.

1. Tiền giường

PTI sẽ chi trả chi phí tiền giường cho NĐBH trong quá trình điều trị nội trú và điều trị trong ngày, bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn điều trị (tức là do bệnh viện cung cấp theo tiêu chuẩn phòng nằm của bệnh viện).

PTI không chi trả cho các chi phí không phải là chi phí y tế như điện thoại, báo chí, tiếp khách, mỹ phẩm... và các chi phí khác không phục vụ điều trị bệnh. PTI không chi trả quyền lợi bảo hiểm này nếu như về mặt thông lệ y khoa các điều trị này có thể được điều trị ngoại trú.

2. Chăm sóc đặc biệt

PTI sẽ chi trả cho các chi phí liên quan đến việc chăm sóc bệnh nhân tại các loại phòng chăm sóc đặc biệt ICU (Intensive Care Unit), HDU (High Dependency Unit), CCU (Coronary Care Unit) với sự giám sát liên tục trong quá trình điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày. Tối đa 30 ngày/ một năm.

3. Các chi phí bệnh viện tổng hợp

Nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện, PTI sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm những chi phí hợp lý và cần thiết về dịch vụ y tế hay được phẩm do bác sĩ yêu cầu hoặc các cơ sở y tế hợp pháp cung cấp, bao gồm nhưng không giới hạn cho các chi phí sau:

- a) Thuốc và dược phẩm sử dụng trong khi nằm viện;
- b) Băng, nẹp thông thường và bột;
- c) Xét nghiệm;
- d) Điện tâm đồ
- e) Liệu pháp X-quang, liệu pháp radi; radi và đồng vị;
- f) X-quang;
- g) Tiêm truyền tĩnh mạch;

Các chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như MRI, CT, PET phải do bác sĩ chỉ định và là biện pháp tối cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh hoặc thương tật và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện.

4. Chi phí vật lý trị liệu

PTI sẽ chi trả chi các chi phí Vật lý trị liệu do bác sĩ chỉ định, hợp lý và cần thiết cho việc điều trị bệnh, thương tật.

5. Chi phí y tế trước khi nhập viện

PTI sẽ chi trả cho chi phí khám bác sỹ, các thủ thuật chẩn đoán, xét nghiệm và các chi phí y tế khác lần cuối cùng cần thiết và liên quan trực tiếp đến bệnh hoặc thương tật của Người được bảo hiểm mà cần phải được thực hiện điều trị nằm viện ngay sau đó, và những chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để bác sĩ kết luận việc điều trị nằm viện là cần thiết. Việc thăm khám, chẩn đoán như vậy không vượt quá 30 ngày trước khi nhập viện điều trị.

6. Điều trị sau khi xuất viện

PTI sẽ chi trả cho các chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sĩ cho một bệnh hay thương tật Người được bảo hiểm đã phải điều trị nằm viện, bao gồm: tái khám, các xét nghiệm, tiền thuốc và dược sử dụng hoặc thực hiện trong vòng 90 ngày kể từ ngày xuất viện.

7. Y tá chăm sóc tại nhà

PTI sẽ chi trả chi phí cho các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp cho Người được bảo hiểm được hưởng ngay sau khi rời bệnh viện tại nơi ở của Người được bảo hiểm, thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

Thời hạn điều trị tối đa không quá 90 ngày kể từ ngày xuất viện.

8. Chi phí phẫu thuật

PTI sẽ chi trả các chi phí y tế liên quan đến một ca phẫu thuật nội trú hoặc phẫu thuật trong ngày như định nghĩa, bao gồm chi phí cho các thuốc dùng trong phẫu thuật, vật tư y tế tiêu hao, các thiết bị phẫu thuật cần thiết (loại trừ các thiết bị được nêu ở điểm loại trừ số 11 trong mục “Những điểm loại trừ chung), các thủ thuật phẫu thuật, phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê và các chi phí thông thường cho các chẩn đoán trước khi mổ và hồi sức sau khi mổ, chi phí tái mổ, các bộ phận giả được cấy ghép vào cơ thể nhằm duy trì sự sống, chi phí cấy ghép nội tạng. Chi phí phẫu thuật không bao gồm thủ thuật để chẩn đoán bệnh.

9. Phẫu thuật ngoại trú

PTI sẽ chi trả các chi phí y tế liên quan đến phẫu thuật ngoại trú tối đa không quá mức giới hạn được quy định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm.

10. Cấy ghép nội tạng

PTI sẽ chi trả các chi phí phẫu thuật để cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận hoặc tủy xương cho Người được bảo hiểm được thực hiện tại một bệnh viện bởi một bác sĩ có trình độ chuyên môn. Chi phí để có được cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người cho nội tạng, chi phí vận chuyển liên quan và các chi phí hành chính sẽ không được bảo hiểm trong Quy tắc bảo hiểm này.

11. Điều trị cấp cứu

PTI sẽ chi trả chi phí cho dịch vụ điều trị khẩn cấp cung cấp cho tình trạng nguy kịch như định nghĩa ở trên và được thực hiện tại phòng cấp cứu của một bệnh viện hay các cơ sở y tế hợp pháp ngay sau khi tai nạn hoặc bệnh nguy kịch xảy ra.

12. Điều trị răng cấp cứu do tai nạn

Nếu Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tổn đối với răng tự nhiên cần phải điều trị răng khẩn cấp tại bệnh viện trong vòng hai mươi bốn (24) giờ kể từ khi tai nạn xảy ra thì PTI sẽ thanh toán những chi phí hợp lý cần thiết cho những điều trị đó nhưng tối đa không vượt quá mức giới hạn phụ qui định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm.

Răng tự nhiên là răng không phải răng giả, không bị sâu, không bị trám nhiều hơn 2 mặt răng, không bị yếu, lung lay do các bệnh về nướu, không bị mất chân răng hoặc đang phải chữa tủy.

Điều trị răng cấp cứu do tai nạn không bao gồm việc trồng răng, bọc răng hoặc thay răng giả

13. Điều trị thai sản cấp cứu do tai nạn

Nếu Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tổn, biến chứng thai sản bao gồm sảy thai ảnh hưởng đến sản phụ thì PTI sẽ thanh toán những chi phí thực tế phát sinh, hợp lý và cần thiết cho những điều trị đó nhưng tối đa không vượt quá mức giới hạn phụ qui định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm.

Tuy nhiên, quyền lợi này không bao gồm mọi chi phí liên quan đến việc sinh nở hoặc dưỡng thai do hậu quả của tai nạn.

14. Rối loạn tâm thần cấp tính

PTI sẽ chi trả các chi phí y tế liên quan đến việc điều trị nội trú tại một bệnh viện có chức năng điều trị tâm thần đối với những tình huống Người được bảo hiểm bị rối loạn tâm thần cấp tính. Tất cả việc điều trị phải do bác sĩ chuyên khoa tâm thần trực tiếp giám sát điều trị. Chương trình IP1 và IP2 không bao gồm quyền lợi này.

15. Trợ cấp nằm viện

PTI sẽ chi trả quyền lợi trợ cấp nằm viện theo giới hạn phụ qui định trên Bảng Quyền lợi bảo hiểm cho mỗi đêm nằm viện điều trị nội trú, tối đa 20 đêm/ năm.

II. QUYỀN LỢI CỨU TRỢ & VẬN CHUYỂN Y TẾ CẤP CỨU

(Phải có sự đồng ý của PTI trước khi tiến hành vận chuyển cấp cứu)

1. Hỗ trợ dịch vụ y tế

Công ty Cứu trợ do PTI chỉ định, ngay sau khi có yêu cầu, sẽ cung cấp tên, địa chỉ, số điện thoại và, nếu có thể, giờ làm việc của bác sỹ, bệnh viện, phòng khám, nha sỹ, phòng nha trong phạm vi lãnh thổ của chương trình lựa chọn (gọi chung là “Người cung cấp dịch vụ y tế”). Công ty cứu trợ sẽ không chịu trách nhiệm cho việc điều trị hay chẩn đoán. Mặc dù công ty cứu trợ cung cấp những thông tin trên nhưng quyền quyết định lựa chọn “Người cung cấp dịch vụ y tế” nào sẽ tùy thuộc vào Người được bảo hiểm.

2. Thu xếp cuộc hẹn với bác sỹ

(Chỉ áp dụng khi Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam)

Ngay sau khi có yêu cầu Công ty cứu trợ sẽ thu xếp cuộc hẹn cho Người được bảo hiểm gặp bác sỹ đa khoa hoặc chuyên khoa ở địa phương để khám và/hoặc điều trị.

3. Thu xếp nhập viện

(Chỉ áp dụng khi Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam)

Nếu Người được bảo hiểm lâm vào tình trạng nguy kịch cần phải nhập viện thì Công ty cứu trợ sẽ thu xếp nhập viện cho Người được bảo hiểm khi có yêu cầu.

4. Thu xếp và thanh toán các chi phí vận chuyển y tế cấp cứu

a. Trong lãnh thổ Việt Nam:

PTI thanh toán chi phí vận chuyển cấp cứu trong trường hợp Người được bảo hiểm đang trong tình trạng nguy kịch bằng mọi phương tiện cần thiết và hợp lý đến bệnh viện gần nhất có đầy đủ phương tiện điều trị thích hợp.

b. Ngoài lãnh thổ Việt Nam

Công ty cứu trợ sẽ thu xếp vận chuyển cứu trợ bằng mọi phương tiện để vận chuyển cấp cứu Người được bảo hiểm đang trong tình trạng nguy kịch tới một bệnh viện gần nhất trong phạm vi lãnh thổ qui định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm có phương tiện điều trị thích hợp. PTI sẽ thanh toán các chi phí cần thiết liên quan tới việc vận chuyển cấp cứu trên.

Ngoài ra, PTI đồng ý thanh toán chi phí vận chuyển cho một người đi cùng với Người được bảo hiểm. Tuy nhiên, trường hợp vận chuyển bằng máy bay, PTI sẽ thanh toán chi phí theo mức vé khứ hồi hạng thường.

Công ty cứu trợ có quyền quyết định liệu tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm đã nguy cấp đến mức phải vận chuyển cấp cứu hay không. Ngoài ra, Công ty cứu trợ cũng có quyền quyết định địa điểm vận chuyển Người được bảo hiểm đến và các phương tiện cũng như phương thức vận chuyển dựa trên hoàn cảnh thực tế phát sinh mà Công ty cứu trợ nhận biết được tại thời điểm đó.

Đối với chương trình IP2, mở rộng bảo hiểm cho chi phí vận chuyển y tế cấp cứu tới Thái Lan và Singapore và chi phí hồi hương về nước (nhưng không bao gồm chi phí điều trị y tế tại Thái Lan và Singapore).

5. Thu xếp và thanh toán các chi phí hồi hương sau Vận chuyển y tế cấp cứu

Công ty cứu trợ sẽ thu xếp hồi hương cho Người được bảo hiểm trong phạm vi địa lý của chương trình bảo hiểm. Các chi phí y tế phát sinh trong thời gian tiếp theo điều trị Nội trú trong hay ngoài lãnh thổ nước Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam cũng sẽ được bảo hiểm theo bảng quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng. PTI sẽ thanh toán các chi phí cần thiết, hợp lý phát sinh trong quá trình thực hiện dịch vụ đó.

Công ty cứu trợ cũng có quyền quyết định phương tiện hay phương thức vận chuyển hồi hương dựa trên hoàn cảnh thực tế phát sinh mà Công ty cứu trợ nhận biết được trong thời điểm đó.

6. Thu xếp và thanh toán chi phí hồi hương thi hài

Công ty cứu trợ sẽ thu xếp vận chuyển thi hài Người được bảo hiểm từ nơi tử vong trở về Việt Nam hay quê hương của họ trong phạm vi lãnh thổ chương trình lựa chọn hoặc thu xếp

mai táng tại nơi tử vong theo đề nghị của thân quyến và với sự chấp thuận của PTI. PTI sẽ thanh toán tất cả các chi phí cần thiết và hợp lý phát sinh cho việc hồi hương thi hài hay mai táng đó.

7. Cung cấp thuốc đặc trị

(Chỉ áp dụng khi Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam)

Công ty cứu trợ sẽ điều phối các loại thuốc đặc trị cần thiết cho việc chăm sóc và/hoặc điều trị cho Người được bảo hiểm nhưng với điều kiện những loại thuốc đó không sẵn có tại địa phương đó. Việc cung cấp các loại thuốc đặc trị sẽ tuân thủ theo luật pháp và qui chế địa phương liên quan tới nhập khẩu và cung cấp những dược phẩm đó. PTI sẽ thanh toán những chi phí liên quan tới việc cung cấp thuốc thiết yếu kể trên .

8. Bảo lãnh thanh toán các chi phí y tế phát sinh trong thời gian nằm viện, theo dõi sức khoẻ trong khi nằm viện.

8.1. Trong lãnh thổ Việt Nam:

Nếu Người được bảo hiểm điều trị tại bệnh viện nằm trong hệ thống bảo lãnh thanh toán viện phí của PTI thì PTI sẽ thanh toán trực tiếp cho bệnh viện các chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm.

Nếu bệnh viện chưa có thỏa thuận với PTI, Người được bảo hiểm phải tự chi trả các chi phí phát sinh trước khi xuất viện

8.2. Ngoài lãnh thổ Việt Nam:

Nếu Người được bảo hiểm gặp sự cố ốm đau hay tai nạn cần phải nằm viện và yêu cầu thì Công ty cứu trợ sẽ giúp thu xếp nhập viện cho Người được bảo hiểm. Khi có ủy quyền của PTI, Công ty cứu trợ thay mặt PTI bảo lãnh thanh toán viện phí cho Người được bảo hiểm. Công ty cứu trợ cũng sẽ giám sát tình trạng sức khoẻ của Người được bảo hiểm cùng với bác sĩ điều trị và sẽ đảm bảo tuân thủ nghĩa vụ bảo mật thông tin và thực thi trách nhiệm trong phạm vi quyền hạn cho phép.

CHƯƠNG III: ĐIỂM LOẠI TRỪ

(Áp dụng cho toàn bộ Quy tắc bảo hiểm và các Quyền lợi bổ sung)

Những điều trị, các hạng mục, điều kiện, các hoạt động sau đây và các chi phí phát sinh liên quan hay chi phí hậu quả của chúng sẽ bị loại trừ trong Quy tắc bảo hiểm này và PTI không chịu trách nhiệm đối với:

1. Những bệnh tật có sẵn như định nghĩa. Loại trừ này sẽ không áp dụng trong những trường hợp sau:

1.1. Bệnh có sẵn đã được khai báo và được PTI chấp nhận bằng văn bản.

1.2. Người được bảo hiểm đã tham gia chương trình bảo hiểm này được 12 tháng liên tục và trong 12 tháng đó Người được bảo hiểm chưa:

a. Phải đi khám để điều trị và xin tư vấn (kể cả khám kiểm tra)

b. Phải dùng thuốc (bao gồm cả thuốc kích thích, ăn kiêng đặc biệt hay tiêm)

1.3 Đơn bảo hiểm nhóm từ 30 nhân viên trở lên

1.4 Đơn bảo hiểm nhóm từ 10 đến 29 nhân viên và điều kiện Quyền lợi bổ sung “Bảo hiểm bệnh tật có sẵn” được áp dụng (với điều kiện phải đóng thêm phí và được sự chấp thuận của PTI)

2. Những bệnh đặc biệt như định nghĩa sẽ bị loại trừ trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm dù điều khoản loại trừ bệnh có sẵn có áp dụng hay không.

Loại trừ này sẽ không áp dụng trong những trường hợp sau:

2.1. Đơn bảo hiểm nhóm từ 30 nhân viên trở lên.

2.2. Những trường hợp tham gia bảo hiểm cá nhân hoặc nhóm dưới 30 người đã tham gia theo Quy tắc bảo hiểm này được 12 tháng liên tục, thì bệnh đặc biệt sẽ được chấp nhận bồi thường theo giới hạn ở Bảng Quyền lợi bảo hiểm.

3. Dịch vụ khám và điều trị tại nhà (trừ chi phí y tá được quy định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm) hoặc tại viện điều trị bằng thủy lực hay các phương pháp thiên nhiên, spa, viện điều dưỡng, các bệnh xá hoặc viện chăm sóc dài hạn hoặc các cơ sở tương tự.

4. Kiểm tra và khám sức khỏe bao gồm nhưng không giới hạn:

- Kiểm tra sức khỏe tổng quát; kiểm tra phụ khoa/nam khoa (loại trừ này không áp dụng trong trường hợp có tham gia quyền lợi mở rộng “Khám sức khỏe định kỳ/Vaccin trong quyền lợi Điều trị Ngoại trú);
- Khám thai định kỳ trước khi sinh, kiểm tra sau khi sinh (loại trừ này sẽ không áp dụng trong trường hợp có tham gia quyền lợi mở rộng “Thai sản”);

- Việc tiêm chủng; vaccin và thuốc chủng ngừa (loại trừ này không áp dụng trong trường hợp có tham gia quyền lợi mở rộng “Khám sức khỏe định kỳ/ Vaccin trong quyền lợi Điều trị Ngoại trú);
- Kiểm tra mắt thông thường; kiểm tra thính giác thông thường (loại trừ này không áp dụng trong trường hợp có tham gia quyền lợi mở rộng “Khám sức khỏe định kỳ/ Vaccin trong quyền lợi Điều trị Ngoại trú),
- Khám và xin giấy khám sức khỏe trước khi đi du lịch hoặc đi làm. (loại trừ này không áp dụng trong trường hợp có tham gia quyền lợi mở rộng “Khám sức khỏe định kỳ/ Vaccin trong quyền lợi Điều trị Ngoại trú),

5. Điều trị các tật khúc xạ của mắt bao gồm: cận thị, viễn thị, loạn thị và bất kỳ phẫu thuật hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật, thoái hóa thính giác và thị giác; đục thủy tinh thể (do thoái hoá tự nhiên),

6. Răng giả các loại, điều trị răng loại trừ việc điều trị khẩn cấp sau một tai nạn đối với răng tự nhiên. Điểm loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bổ sung “Chăm sóc răng”.

7. Các hình thức điều trị thẩm mỹ, điều trị cân nặng, nám da, điều trị chứng rụng tóc, giải phẫu thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình và các hậu quả liên quan trừ khi việc giải phẫu này nhằm tái tạo lại cơ quan bị thương tật do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm ghi trong Hợp đồng bảo hiểm.

8. Các điều trị liên quan đến chứng khó thở trong khi ngủ (bao gồm ngủ ngáy), mất ngủ (bao gồm rối loạn giấc ngủ), suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh, mệt mỏi, stress, động kinh, môi mắt điều tiết.

9. Xét nghiệm hoặc điều trị trực tiếp hay gián tiếp liên quan đến việc kế hoạch hóa sinh đẻ, phá thai do nguyên nhân tâm lý hay xã hội, tránh thai, rối loạn chức năng sinh dục, điều trị vô sinh, triệt sản, thụ tinh nhân tạo, điều trị bất lực hoặc thay đổi giới tính hay bất cứ hậu quả hay biến chứng nào của những điều trị trên.

10. Khuyết tật bẩm sinh, dị tật bẩm sinh (ví dụ như bệnh tim bẩm sinh, bệnh Down, hở môi, hở hàm ếch, đục thủy tinh thể bẩm sinh, tích nước trong não nhẹ, hẹp hậu môn bẩm sinh, vẹo vách ngăn...), các bệnh có dấu hiệu từ lúc mới sinh ra.

11. Các chi phí liên quan đến thai sản và sinh đẻ, ngoại trừ những biến chứng về thai sản do nguyên nhân tai nạn. Điểm loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi bổ sung “Thai sản và Sinh đẻ”

12. Các chi phí cung cấp, bảo dưỡng hay lắp ráp, sửa chữa các thiết bị hoặc bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình, các thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hay xe đẩy hoặc các dụng cụ bên ngoài khác. Tuy nhiên, các thiết bị được cấy ghép vào bên trong cơ thể như máy tạo nhịp

tim, máy triệt rung, stent và dụng cụ dao longo phẫu thuật trĩ được bảo hiểm

13. Điều trị bệnh tâm thần và rối loạn tâm thần. Tuy nhiên PTI sẽ chi trả cho các trường hợp điều trị rối loạn tâm thần cấp tính nội trú nếu Người được bảo hiểm tham gia chương trình 03 (IP3), chương trình 04 (IP4).

14. Điều trị suy thận mãn tính, bao gồm các phương pháp thẩm tách (lọc máu nhân tạo). Tuy nhiên, PTI sẽ trả các chi phí thẩm tách phát sinh ngay trước và sau phẫu thuật liên quan tới việc tổn thương thận cấp tính khi Người được bảo hiểm phải điều trị tại phòng chăm sóc đặc biệt

15. 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, các bệnh hoa liễu, bệnh lây truyền qua đường tình dục và các bệnh liên quan khác.

16. 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 nghiêm trọng nội quy, qui định khác của chính quyền địa phương hoặc cơ quan.

17. Người được bảo hiểm đang điều trị cho chứng nghiện rượu, ma túy hoặc sử dụng, lạm dụng hay nghiện bất cứ chất nào và các thương tật, ốm đau phát sinh trực tiếp hay gián tiếp từ việc sử dụng, lạm dụng hay sự nghiện đó

18. Người được bảo hiểm đánh nhau (trừ phi chứng minh được đó là hành động tự vệ), tham gia thi đấu hay tập luyện các môn thể thao chuyên nghiệp hay bất kỳ các hoạt động đua chuyên nghiệp nào.

19. Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động hàng không trừ khi là hành khách trên máy bay có giấy phép chở khách, tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu trong các lực lượng vũ trang.

20. Các chi phí y tế phát sinh do hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của 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.

21. Các chi phí y tế phát sinh do hậu quả trực tiếp hay gián tiếp của sự nhiễm hóa chất hoặc nhiễm phóng xạ từ các sự phân hạch hay cháy năng lượng hạt nhân, bệnh phổi do hít phải hạt amiăng hoặc bất kỳ các tình trạng liên quan nào.

22. Điều trị hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ dẫn của Y, Bác sĩ điều trị, điều trị không được khoa học công nhận, điều trị thử nghiệm.

23. Các dịch vụ điều trị ngoại trú trừ những điều trị ngoại trú khẩn cấp phát sinh do tai nạn.

Điểm loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi bổ sung “Điều trị Ngoại trú”.

24. Điều trị ngoài phạm vi lãnh thổ của chương trình bảo hiểm đã được lựa chọn và kê khai trên Hợp đồng bảo hiểm.

25. Các loại thực phẩm chức năng, khoáng chất, vitamin, mỹ phẩm, thực phẩm ăn kiêng và các sản phẩm có sẵn và có thể mua được mà không cần toa thuốc, bao gồm nhưng không giới hạn các loại kem đánh răng, dầu tắm/gội, kem dưỡng da ...

26. Các chi phí khám và xét nghiệm mà không có chẩn đoán hoặc chỉ định của bác sỹ.

CHƯƠNG IV - ĐIỀU KIỆN CHUNG

1. Hiệu lực bảo hiểm và tái tục Hợp đồng

Hiệu lực bảo hiểm sẽ bắt đầu từ ngày ghi cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm. Tất cả các khoản phí sẽ được thanh toán vào ngày hoặc trước ngày có hiệu lực (trừ khi có thoả thuận khác nhưng không quá 30 ngày kể từ ngày bắt đầu hiệu lực) qui định trong Hợp đồng bảo hiểm.

Các bên cùng đồng ý và thống nhất rằng, kể cả trong thời hạn cam kết thanh toán phí, nếu phí bảo hiểm vẫn chưa được thanh toán đầy đủ cho công ty bảo hiểm/công ty môi giới bảo hiểm thì các yêu cầu bồi thường hoặc yêu cầu bảo lãnh viện phí (nếu có) sẽ chưa được giải quyết cho đến khi phí bảo hiểm được thanh toán đủ cho công ty bảo hiểm/công ty môi giới bảo hiểm.

Hợp đồng sẽ được ký kết tái tục khi hết hạn phụ thuộc vào Quy tắc bảo hiểm tại thời điểm tái tục và các điều kiện đặc biệt mà công ty bảo hiểm áp dụng riêng cho chương trình tái tục của Người được bảo hiểm.

2. Chấm dứt Hợp đồng

2.1 Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt vào ngày hết hạn đầu tiên sau sinh nhật thứ 70 của Người được bảo hiểm. Tuy nhiên, đối với Hợp đồng tái tục liên tục từ năm 68 tuổi thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt vào ngày hết hạn đầu tiên sau sinh nhật lần thứ 72 của Người được bảo hiểm.

2.2 PTI có quyền chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm tại bất kỳ thời điểm nào mà không chi trả bồi thường hoặc hoàn lại phí bảo hiểm nếu phát hiện Người được bảo hiểm hoặc đại diện có hành vi gian dối, khai báo không trung thực hoặc có hành vi trục lợi bảo hiểm dưới Hợp đồng bảo hiểm này.

2.3 Đối với Hợp đồng bảo hiểm nhóm từ mười (10) nhân viên trở lên và do công ty tài trợ phí: nếu Người được bảo hiểm không còn làm việc cho Công ty/ đơn vị đứng tên Hợp đồng bảo hiểm và người đại diện có yêu cầu chấm dứt bảo hiểm thì PTI sẽ hoàn lại phí bảo hiểm theo tỷ lệ giữa số ngày còn lại của hợp đồng và số ngày của Hợp đồng bảo hiểm cho dù trong thời hạn bảo hiểm, người được bảo hiểm có phát sinh bồi thường hay chưa

Đối với Hợp đồng bảo hiểm nhóm dưới mười (10) nhân viên: nếu Người được bảo hiểm không còn làm việc cho công ty/đơn vị đứng tên Hợp đồng bảo hiểm và người đại diện có yêu cầu chấm dứt bảo hiểm thì PTI sẽ hoàn lại phí bảo hiểm theo tỷ lệ giữa số ngày còn lại của hợp đồng và số ngày của Hợp đồng bảo hiểm với điều kiện, PTI chưa thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào cho Người được bảo hiểm/người thụ hưởng.

2.4 Đối với Hợp đồng bảo hiểm cá nhân: trong trường hợp Người được bảo hiểm có yêu cầu

và lý do hợp lý, PTI sẽ đồng ý hủy Hợp đồng bảo hiểm với điều kiện Người được bảo hiểm chưa có yêu cầu trả tiền bảo hiểm cho bất cứ sự cố bảo hiểm nào trong thời gian bảo hiểm. Phí bảo hiểm hoàn lại sẽ được tính theo biểu phí ngắn hạn.

3. Bổ sung Người được bảo hiểm

Đối với Hợp đồng bảo hiểm nhóm: PTI sẽ chấp nhận bổ sung người có đủ điều kiện tham gia bảo hiểm nhóm vào Hợp đồng bảo hiểm của nhóm đó nếu Chủ Hợp đồng có yêu cầu bổ sung và thanh toán phí theo tỷ lệ giữa số ngày được bảo hiểm và số ngày của hợp đồng chính. Đối tượng được bổ sung bao gồm:

- Nhân viên mới;
- Người phụ thuộc của nhân viên mới
- Vợ/chồng mới cưới
- Con mới sinh

4. Sự nhầm lẫn khi kê khai tuổi

Nếu việc kê khai độ tuổi không đúng với tuổi thật của Người được bảo hiểm, làm cho:

4.1 Số phí bảo hiểm đã thanh toán cho PTI không đủ với số phí đúng phải đóng cho tuổi thực tế thì quyền lợi bảo hiểm sẽ được giải quyết theo tỷ lệ giữa số phí bảo hiểm thực tế đã thanh toán với phí bảo hiểm đúng và Người được bảo hiểm phải đóng đầy đủ ngay số phí còn thiếu cho PTI.

4.2 Số phí bảo hiểm đã thanh toán cho PTI lớn hơn số phí phải đóng cho tuổi thật thì số phí vượt trội sẽ được PTI trả lại mà không được tính lãi suất.

5. Gia hạn thời hạn bảo hiểm

Nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện vì tình trạng sức khỏe thuộc phạm vi bảo hiểm trước ngày hết hạn Hợp đồng bảo hiểm, thì khi đó tùy thuộc vào yêu cầu của Người được bảo hiểm, PTI có thể gia hạn hợp đồng cho đến khi Người được bảo hiểm không còn phải nằm viện để điều trị tình trạng sức khỏe trên (tối đa 30 ngày) hoặc cho đến giới hạn trách nhiệm của quyền lợi bảo hiểm tùy vào sự kiện nào xảy ra sớm hơn. PTI không chấp nhận việc thay đổi phạm vi và quyền lợi bảo hiểm trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực.

6. Kiểm tra

PTI có quyền thông qua các chuyên viên y tế kiểm tra tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm vào bất kỳ lúc nào khi cần thiết trong suốt thời gian khiếu nại. Ngoài ra, PTI có quyền yêu cầu khám nghiệm tử thi trong trường hợp chết nếu việc khám nghiệm này không trái với Pháp luật và phong tục tập quán.

7. Sửa đổi

Hợp đồng/ Đơn bảo hiểm có thể được sửa đổi và thay đổi tại bất kỳ thời điểm nào theo sự thoả thuận bằng văn bản giữa PTI và Người được bảo hiểm. Tất cả việc sửa đổi trong Hợp đồng/Đơn bảo hiểm sẽ ràng buộc các bên kể từ ngày sửa đổi có hiệu lực. Tuy nhiên PTI không chấp nhận việc thay đổi chương trình bảo hiểm trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực. Tất cả những thay đổi trong Hợp đồng/Đơn bảo hiểm sẽ không có hiệu lực nếu không có đại diện của PTI chấp thuận và cấp sửa đổi bổ sung.

8. Biểu phí bảo hiểm ngắn hạn

Phí bảo hiểm ngắn hạn sẽ là:

Thời hạn bảo hiểm không quá 1 tuần:	bằng 1/8 phí năm
Thời hạn bảo hiểm không quá 1 tháng:	bằng 1/4 phí năm
Thời hạn bảo hiểm không quá 2 tháng:	bằng 3/8 phí năm
Thời hạn bảo hiểm không quá 3 tháng:	bằng 1/2 phí năm
Thời hạn bảo hiểm không quá 4 tháng:	bằng 5/8 phí năm
Thời hạn bảo hiểm không quá 6 tháng:	bằng 3/4 phí năm
Thời hạn bảo hiểm không quá 8 tháng:	bằng 7/8 phí năm
Thời hạn bảo hiểm hơn 8 tháng:	bằng 100% phí năm

9. Lỗi chính tả

Những lỗi chính tả sẽ không làm mất hiệu lực của những Hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực và ngược lại sẽ không phát huy hiệu lực của những Hợp đồng bảo hiểm không còn hiệu lực.

10. Thông báo chuyển nhượng

PTI sẽ không bị ràng buộc phải chấp nhận hoặc bị ảnh hưởng bởi bất kỳ thông báo chuyển nhượng, thế chấp nào liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm theo Quy tắc này.

11. Trọng tài

Bất kỳ mâu thuẫn ý kiến về y tế nào liên quan đến phương pháp điều trị được giải quyết bởi hai (02) chuyên gia y tế do hai bên tranh chấp chỉ định bằng văn bản. Nếu ý kiến của hai chuyên gia y tế trên không thống nhất thì sẽ được giải quyết thông qua một (01) trọng tài do hai chuyên gia y tế chỉ định bằng văn bản. Trường hợp hai chuyên gia y tế không đồng ý với quan điểm hoà giải thì quyết định của trọng tài là kết luận cuối cùng và là sự ràng buộc đối với tranh chấp này.

12. Tiến trình tố tụng

Người được bảo hiểm không có quyền kiện PTI trong vòng sáu mươi (60) ngày kể từ khi

bằng chứng khiếu nại được cung cấp, hoặc sau thời hạn kết thúc ba mươi (30) ngày kể từ khi PTI có quyết định giải quyết khiếu nại, hoặc sau hai năm kể từ ngày bồi thường được giải quyết. Các bên đồng ý rằng Luật pháp của nước Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam sẽ điều chỉnh và chi phối tất cả những xung đột và mâu thuẫn giữa các bên liên quan đến Hợp đồng/Quy tắc bảo hiểm này.

13. Chuyển đổi tiền tệ

Theo điều khoản này, các bên thoả thuận rằng, phí bảo hiểm và tiền bồi thường theo điều khoản điều kiện của Hợp đồng có thể được thanh toán bằng loại tiền tệ khác với loại tiền tệ được thể hiện trên Hợp đồng bảo hiểm với tỷ giá bán của Ngân hàng Cổ phần Ngoại thương Việt Nam tại thời điểm thanh toán phí hoặc tại thời điểm nhận tiền bồi thường. Trong trường hợp điều chỉnh phí bảo hiểm, tỷ giá cũng được áp dụng theo nguyên tắc trên. Điều khoản chuyển đổi tiền tệ này phải tuân theo luật pháp của nước Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam.

CHƯƠNG V: BỒI THƯỜNG

I. NGUYÊN TẮC CHUNG

1. Thủ tục bồi thường (áp dụng cho tất cả chương trình chính và sửa đổi bổ sung)

Khi yêu cầu bồi thường, Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm phải gửi cho PTI bản gốc các giấy tờ sau bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt trong vòng một năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc 60 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm điều trị ổn định, ra viện hoặc chết. Trường hợp bản gốc không phải là một trong hai ngôn ngữ nêu trên, Người được bảo hiểm phải cung cấp bản dịch các giấy tờ sau sang tiếng Anh hoặc tiếng Việt:

- a. Giấy yêu cầu bồi thường (theo mẫu của PTI).
- b. 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 (trường hợp có công an thụ lý và/hoặc Người được bảo hiểm bị thương tật từ 31% trở lên và/hoặc có liên quan đến bên thứ ba).
- c. Các chứng từ liên quan đến việc điều trị và chi phí y tế: đơn thuốc, giấy chẩn đoán bệnh, giấy ra viện, phiếu điều trị, phiếu xét nghiệm, phiếu mổ (trong trường hợp phải mổ) và các chứng từ liên quan đến điều trị y tế. Các chứng từ thanh toán như hóa đơn, biên lai, phiếu thu theo quy định của Bộ Tài chính.
- d. Giấy chứng tử, Giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp Người được bảo hiểm chết).
- e. Nếu bác sĩ điều trị giới thiệu Người được bảo hiểm tới một bác sĩ chuyên khoa khác thì

Người được bảo hiểm cần mang theo giấy giới thiệu chỉ định của bác sĩ.

PTI có trách nhiệm thông báo kết quả giải quyết bồi thường cho Người được bảo hiểm, người thừa kế, hoặc người đại diện hợp pháp trong thời hạn 15 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ về yêu cầu bồi thường.

2. Thông tin chung về chi trả bảo hiểm (bồi thường)

Tất cả các chứng từ và tài liệu mà PTI yêu cầu hỗ trợ cho việc chi trả bảo hiểm (bồi thường), sẽ được cung cấp miễn phí cho PTI, trước khi bắt kỳ việc chi trả bảo hiểm (bồi thường) nào được hoàn tất.

Trường hợp thiếu thông tin y tế, Người được bảo hiểm phải có trách nhiệm bổ sung các thông tin đó cho PTI và PTI không phải chịu chi phí cho việc có thêm thông tin đó.

3. Bảo hiểm khác / Đòi người thứ ba

Nếu tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm được chi trả (bồi thường) chi phí y tế từ một (01) chương trình bảo hiểm khác cho cùng một Thương tật, ốm đau, bệnh tật và/hoặc tử vong được bảo hiểm theo qui tắc bảo hiểm này, thì PTI chỉ bồi thường theo tỉ lệ trách nhiệm của mình đối với các thương tật đó.

Người được bảo hiểm phải thông báo ngay cho PTI trong bất kỳ hoàn cảnh nào khi có thể khiếu nại đòi người thứ ba. Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm, theo đề nghị và bằng chi phí của PTI sẽ tiến hành toàn bộ những hành động có thể làm được để giúp PTI đòi lại tiền bồi thường từ người thứ ba mà PTI được quyền hưởng theo điều khoản Thế quyền đòi nợ của Quy tắc bảo hiểm này.

II. TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP

1. Yêu cầu cứu trợ, Vận chuyển y tế cấp cứu

Trong trường hợp khẩn cấp, Người được bảo hiểm hoặc người đại diện phải gọi điện ngay lập tức đến một trong các điểm thường trực của Công ty Cứu trợ ISOS.

Điểm thường trực	Địa chỉ	Số điện thoại	Số fax
Hà nội, Việt Nam	51 Xuân Diệu, Tây Hồ, Hà Nội	(84-8) 3827 5327	(84-8) 3 829 8551
TP Hồ Chí Minh, VN	167 A Nam Kỳ Khởi Nghĩa, Quận 3, Thành phố Hồ Chí Minh	(84-8) 3827 5327	(84-8) 3 829 8551

Để ISOS có thể quyết định biện pháp trợ giúp, người được bảo hiểm phải cung cấp những thông tin sau đây khi liên hệ:

- Tên Người được bảo hiểm, số Hợp đồng bảo hiểm và ngày hết hạn bảo hiểm;

- Số điện thoại và địa điểm có thể liên hệ;
- Mô tả vấn đề tình trạng sức khỏe thực tế của Người được bảo hiểm cần được cứu trợ;
- Tên, địa chỉ, số điện thoại của bệnh viện mà Người được bảo hiểm đã được chuyển đến;
- Tên, địa chỉ, số điện thoại của bác sĩ điều trị, và bác sĩ gia đình (nếu có).

Nhóm chuyên gia y tế của ISOS được phép tiếp xúc với Người được bảo hiểm để nắm được tình trạng sức khỏe của họ. Nếu Người được bảo hiểm không tuân thủ trách nhiệm trên, Người được bảo hiểm sẽ không được nhận bất kỳ một hình thức cứu trợ y tế nào, trừ phi có lý do hợp lý để chứng minh rằng họ không thể thực hiện được nghĩa vụ trên.

2. Trường hợp tính mạng bị đe dọa

Trường hợp tính mạng của Người được bảo hiểm ở trong tình trạng nguy kịch, Người được bảo hiểm hoặc người đại diện của họ phải cố gắng thu xếp vận chuyển cấp cứu tới một bệnh viện gần nơi xảy ra rủi ro bằng phương tiện thích hợp, và phải thông báo cho ISOS càng sớm càng tốt.

3. Nhập viện trước khi thông báo cho Công ty Cứu trợ

Trường hợp Người được bảo hiểm ốm đau hoặc thương tật thân thể cần thiết phải nằm viện, Người được bảo hiểm hoặc người đại diện của họ phải thông báo cho ISOS biết trong vòng 24 giờ kể từ khi nhập viện. Trường hợp không thực hiện thông báo trong thời hạn quy định trên, ISOS có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm phải chịu một phần chi phí vượt trội không hợp lý phát sinh do việc thông báo chậm trễ đó.

III. TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ THÔNG THƯỜNG

1. Trường hợp bảo lãnh thanh toán

Trường hợp Người được bảo hiểm khám và điều trị tại các bệnh viện, phòng khám trong hệ thống bảo lãnh thanh toán của chương trình cần thực hiện những bước sau :

- Xuất trình thẻ Elite Care và chứng minh nhân dân hoặc hộ chiếu, giấy khai sinh (nếu là trẻ em) cho bệnh viện, phòng khám,
- Kiểm tra giấy đề nghị bảo lãnh mà bệnh viện, phòng khám cung cấp và ký tên để xác nhận việc điều trị của Người được bảo hiểm,
- Thanh toán các chi phí trong bệnh viện không thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc vượt quá mức trách nhiệm bảo hiểm.

2. Trường hợp trả tiền trước, bồi thường sau

Trường hợp Người được bảo hiểm khám không yêu cầu bảo lãnh hoặc điều trị tại các cơ sở y tế hợp pháp không thực hiện bảo lãnh thanh toán, Người được bảo hiểm phải thanh toán mọi

chi phí điều trị, sau đó gửi hồ sơ cho PTI hoặc Môi giới để thanh toán phần chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm.

CHƯƠNG VI: CÁC QUYỀN LỢI BỔ SUNG

1. ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

PTI sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm các chi phí điều trị ngoại trú phát sinh do ốm đau, bệnh tật, tai nạn, bao gồm:

- Chi phí khám bệnh.
- Tiền thuốc theo kê đơn của bác sĩ.
- Chi phí xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị bệnh do bác sĩ chỉ định.
- Dụng cụ y tế cần thiết cho việc điều trị gãy chi, thương tật (như băng, nẹp) do bác sĩ chỉ định.
- Điều trị bằng các phương pháp vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, nhiệt, liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định.
- Khám sức khỏe tổng quát/vắc-xin

2. CHĂM SÓC RĂNG

(Quyền lợi này chỉ áp dụng khi Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi Điều trị Ngoại trú)

PTI sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm các chi phí y tế liên quan đến việc chăm sóc và điều trị răng với hạn mức tối đa VND 21,000,000 /người/năm trong các trường hợp dưới đây:

2.1. Các chi phí khám - chữa răng (Người được bảo hiểm cùng chi trả 20%)

- Khám và chẩn đoán bệnh
- Lấy cao răng
- Trám răng bằng các chất liệu thông thường (amalgam hoặc composite hoặc các chất liệu tương đương khác có giá trị thấp hơn)
- Nhổ răng sâu.
- Nhổ những răng bị ảnh hưởng, răng bị phủ nướu hoặc không thể mọc được
- Nhổ chân răng
- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu)
- Phẫu thuật cắt chóp răng
- Chữa tủy răng
- Viêm nướu, viêm nha chu

b. Làm răng giả (Người được bảo hiểm cùng chi trả 50%)

Làm mới hoặc sửa cầu răng, bọc răng sứ, làm răng giả

3. THAI SẢN VÀ SINH ĐẼ

(Quyền lợi này chỉ áp dụng đối với Người được bảo hiểm nữ thuộc độ tuổi từ 18 đến 45).

3.1 Quyền lợi này chỉ được chi trả với điều kiện việc thụ thai bắt đầu sau 12 tháng kể từ ngày quyền lợi bảo hiểm này bắt đầu được áp dụng.

3.2 Với Hợp đồng bảo hiểm nhóm thì quyền lợi này sẽ được chi trả sau 12 tháng kể từ ngày quyền lợi bảo hiểm này bắt đầu được áp dụng

a) Biến chứng thai sản và sinh khó

PTI sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng trong quá trình mang thai, hoặc trong quá trình sinh nở cần đến các thủ thuật sản khoa. Thủ thuật 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 (hoặc phải mổ lại do việc yêu cầu mổ trước đó của người được bảo hiểm). Biến chứng thai sản và sinh khó bao gồm và không giới hạn trong các trường hợp sau:

- Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung
- Chửa trứng
- Thai ngoài tử cung
- Băng huyết sau khi sinh
- Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh
- Phá thai do điều trị
- Biến chứng của các nguyên nhân trên

b) Sinh thường

PTI 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, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện, chi phí may thảm mỹ đường rạch.

c) Khám thai tổng quát trước và kiểm tra sau khi sinh

PTI sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc khám thai tổng quát và kiểm tra sau khi sinh, tối đa 5 lần/năm

d) Chi phí chăm sóc em bé

PTI chi trả các chi phí dưỡng nhi thực tế phát sinh tại bệnh viện với điều kiện người mẹ chưa xuất viện nhưng không vượt quá giới hạn ghi trên Hợp đồng bảo hiểm.

4. TỬ VONG, THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN DO ỒM ĐAU, BỆNH TẬT

a) Phạm vi bảo hiểm:

Bảo hiểm trường hợp tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ Quy tắc bảo hiểm này.

b) Hiệu lực bảo hiểm :

Bảo hiểm có hiệu lực sau 30 ngày kể từ ngày đóng phí bảo hiểm (trừ khi có thỏa thuận khác). Đối với hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo.

Đối với những trường hợp chết do bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn, bảo hiểm chỉ có hiệu lực đối với Người được bảo hiểm tham gia theo hợp đồng liên tục từ năm bảo hiểm thứ hai trở đi. Quyền lợi này không áp dụng đối với Người được bảo hiểm từ 70 tuổi trở lên.

c) Quyền lợi bảo hiểm:

Trường hợp Người được bảo hiểm bị chết hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm, PTI trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

5. TAI NẠN CÁ NHÂN

a. Phạm vi bảo hiểm

Quyền lợi bổ sung này sẽ bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn do tai nạn xảy ra trong vòng 24 giờ trong ngày. Quyền lợi bảo hiểm sẽ được thanh toán theo Bảng tỷ lệ thương tật dưới đây.

Quyền lợi bảo hiểm sẽ được thanh toán trong trường hợp Người được bảo hiểm bị chết hoặc thương tật vĩnh viễn do hậu quả của tai nạn xảy ra trong vòng 24 tháng kể từ ngày tai nạn với điều kiện là nguyên nhân gây ra chết hoặc thương tật đó phải phát sinh trong thời hạn bảo hiểm.

Quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả theo Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực tại thời điểm xảy ra tai nạn.

b. Những điểm loại trừ bổ sung

b1. PTI không chịu trách nhiệm trả tiền bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tham gia bất kỳ hoạt động có tính chất nguy hiểm liệt kê dưới đây:

- Lặn dưới nước có sử dụng thiết bị lặn.
- Đắm bốc
- Leo núi (có dây leo)
- Môn thể thao bay lượn
- Du thuyền buồm cách xa bờ biển 5 km.
- Phóng lao
- Hockey trên băng
- Nhảy dù
- Đua các loại.

- Đua ngựa vượt rào.
- Môn nhào lộn trên không.

b2. Tai nạn do hậu quả của động đất, núi lửa, sóng thần, lốc xoáy.

6. BỒI THƯỜNG MẤT GIẢM THU NHẬP TRONG THỜI GIAN NGHỈ LÀM VIỆC ĐỂ ĐIỀU TRỊ THƯƠNG TẬT NỘI TRÚ DO TAI NẠN

(Quyền lợi này chỉ áp dụng cho Hợp đồng bảo hiểm nhóm)

Trong trường hợp người được bảo hiểm bị Thương tật tạm thời như trong định nghĩa, PTI sẽ trả một số tiền mỗi ngày như nêu trong Hợp đồng bảo hiểm cho phần mất giảm thu nhập của người được bảo hiểm trong thời gian nghỉ làm việc để điều trị thương tật tại bệnh viện do tai nạn theo chỉ định của bác sỹ (cho dù sau đó thương tật này có được xác định là vĩnh viễn hay không). Tiền bảo hiểm trả cho thời gian nghỉ điều trị này không quá số tiền và thời hạn đã chọn trong Hợp đồng. Số tiền chi trả bảo hiểm cho quyền lợi này, dựa trên số ngày nằm viện thực tế theo chỉ định của bác sỹ, sẽ được căn cứ vào số tiền cố định đã chọn của người được bảo hiểm như đã ghi tại Hợp đồng bảo hiểm.

Số tiền lương mỗi ngày được tính trên cơ sở mức lương tháng trên hợp đồng lao động hoặc theo khai báo mới nhất của Người được bảo hiểm và đã được PTI xác nhận tại thời điểm xảy ra tai nạn (không tính tiền thưởng, tiền làm thêm giờ hay các khoản thu nhập không cố định khác .v.v...) theo công thức sau:

Lương tháng (như thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm)/30 ngày

7. TRỢ CẤP NGÀY TRONG THỜI GIAN NGHỈ LÀM VIỆC ĐỂ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ DO ỐM ĐAU, BỆNH TẬT THEO CHỈ ĐỊNH CỦA BÁC SỸ *(Quyền lợi này chỉ áp dụng cho Hợp đồng bảo hiểm nhóm)*

Trợ cấp ngày trong thời gian điều trị nội trú do bệnh theo số tiền cố định mỗi ngày và theo số ngày nghỉ thực tế của người được bảo hiểm để điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật (không bao gồm thai sản) theo chỉ định của bác sỹ. Số tiền chi trả bảo hiểm cho quyền lợi này được căn cứ vào số tiền và số ngày bảo hiểm như ghi tại Hợp đồng bảo hiểm. Quyền lợi này chỉ được chi trả kể từ ngày thứ 8 điều trị liên tục.

8. BẢO HIỂM BỆNH CÓ SẴN

(Quyền lợi này chỉ áp dụng cho Hợp đồng bảo hiểm nhóm)

Quyền lợi bổ sung này chỉ áp dụng đối với trường hợp tham gia Hợp đồng nhóm từ 10 nhân viên trở lên dựa trên kết quả giám định bệnh tật có sẵn và sự điều chỉnh phụ phí bảo hiểm của PTI. Khi Quyền lợi bổ sung này được áp dụng thì điểm 1 của phần “Những điểm loại trừ chung” được hủy bỏ.

BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN

(Áp dụng cho Quyền lợi mở rộng số 5 - Bảo hiểm tai nạn cá nhân)

Sự kiện được bảo hiểm	Số tiền bồi thường (% STBH)
Chết	100%
Thương tật toàn bộ vĩnh viễn: <ul style="list-style-type: none">- Mù hoàn toàn và không thể phục hồi cả hai mắt- Rối loạn tâm thần hoàn toàn và không thể chữa được- Mất hai cánh tay hoặc hai bàn tay- Điếc hoàn toàn cả hai tai- Mất chức năng nhai- Mất một cánh tay và một bàn chân hoặc một cánh tay và một cẳng chân hoặc một bàn tay và một bàn chân- Mất hai cẳng chân hoặc hai bàn chân.. Thương tật bộ phận vĩnh viễn: <ul style="list-style-type: none">- Điếc hoàn toàn và vĩnh viễn một tai- Mất tiếng hoàn toàn (câm)- Mất hoàn toàn và vĩnh viễn thị lực của một mắt- Mất do cắt bỏ hoặc mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng sử dụng của:<ul style="list-style-type: none">• Một tay từ bả vai• Một chân từ háng• Cả hai đốt ngón chân cái• Một đốt ngón chân cái• Bất kỳ ngón chân nào khác• Cả hai đốt ngón tay cái• Một đốt ngón tay cái• Ngón tay trỏ• Ngón tay giữa• Ngón nhẫn hoặc ngón út• Phẫu thuật tháo bỏ hàm dưới• Mất một phần ngón tay	100% 20% 50% 50% 50% 50% 10% 03% 02% 25% 10% 15% 10% 08% 25% Số tiền được trả cho đốt ngón tay bị mất bằng 1/3 tỷ lệ quy định ở trên đối với ngón tay liên quan. Số tiền được trả sẽ được xác định theo mức độ nghiêm trọng của thương tật này đối với những trường hợp thực tế khác được nêu trên.
Trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn của chi không được ghi trong bảng này	

MỘT SỐ ĐIỀU KHOẢN MỞ RỘNG

1. Điều khoản bảo hiểm cho bệnh ung thư

Các bên thống nhất và đồng ý rằng: Trên cơ sở kê khai của NĐBH, Hợp đồng bảo hiểm sẽ mở rộng bảo hiểm cho người bị bệnh ung thư tùy thuộc vào kết quả chẩn định và sự điều chỉnh phí bảo hiểm của PTI.

2. Điều khoản bảo hiểm cho trường hợp ngộ độc

Các bên thống nhất và đồng ý rằng việc Người được bảo hiểm bị ngộ độc (bao gồm ngộ độc thức ăn, thức uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, gas chất độc) sẽ được coi là “tai nạn” theo định nghĩa trong quy tắc bảo hiểm này và chiếu theo các điều kiện, điều khoản và loại trừ của hợp đồng này.

Tổng mức trách nhiệm bảo hiểm cao nhất của PTI đối với tổn thất tích tụ không vượt quá VND 2,100,000,000 /vụ và đối với một rủi ro không vượt quá giới hạn số tiền bảo hiểm tham gia. Trong trường hợp tổn thất tích tụ, PTI chi trả cho từng cá nhân tham gia bảo hiểm bằng phương pháp tính bình quân gia quyền theo số tiền bảo hiểm tham gia phần bảo hiểm tai nạn của từng cá nhân (trừ khi có thỏa thuận khác giữa PTI và Bên tham gia bảo hiểm).

3. Điều khoản đình công, nổi loạn và bạo động dân sự

Các bên thống nhất và đồng ý rằng dù có bất kể điều gì trái ngược được viết trong trong hợp đồng bảo hiểm thì hợp đồng này vẫn mở rộng bảo hiểm cho trường hợp Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế xảy ra do hậu quả của đình công, nổi loạn và bạo động dân sự mà theo điều khoản này thương tật là nguyên nhân trực tiếp của:

- Hành động của bất kỳ người nào cùng tham gia với các người khác làm náo động sự yên bình của cộng đồng (dù có liên quan tới cuộc đình công hoặc nổi loạn dẫn đến gây áp lực đóng cửa nhà máy hay không);
- Hành động của người có thẩm quyền pháp lý trong việc đàn áp hoặc cố gắng ngăn chặn bất cứ sự nổi loạn hoặc giảm thiểu hậu quả của sự nổi loạn đó;
- Hành động cố ý của người tham gia đình công hoặc công nhân nổi loạn để kích động đình công hoặc chống lại việc đóng cửa nhà máy;
- Hành động của người có thẩm quyền trong việc ngăn chặn hoặc cố gắng ngăn chặn hành động hoặc giảm thiểu hậu quả của những hành động đó.

4. Điều khoản bảo hiểm cho trường hợp không và hải tặc

Các bên thống nhất và đồng ý rằng hợp đồng bảo hiểm sẽ mở rộng bảo hiểm cho trường hợp Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế phát sinh do hậu quả của việc cướp hoặc chiếm giữ

trái pháp luật hoặc hành vi phạm pháp của hành khách trên chuyến bay hoặc thuyền mà Người được bảo hiểm là một hành khách có vé trên đó, miễn rằng trường hợp Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế không phải là kết quả của việc Người được bảo hiểm tham gia vào hoặc khiêu khích những hành động nêu trên.