

1. Phạm vi địa lý: Trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam

2. Đối tượng bảo hiểm:

1. Mọi công dân Việt Nam từ 1 tuổi (12 tháng tuổi) đến 65 tuổi.

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

- Những người bị bệnh thần kinh, tâm thần, phong, ung thư.
- Những người bị tàn phế hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên.

Những người đang trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật..

3. Phạm vi bảo hiểm: Bảo hiểm này bồi thường cho người được bảo hiểm trong những trường hợp sau đây:

- Phạm vi bảo hiểm A: Trường hợp chết do mọi nguyên nhân
- Phạm vi bảo hiểm B: Trường hợp thương tật thân thể do tai nạn
- Phạm vi bảo hiểm C: Trường hợp ốm đau, bệnh tật, thai sản phải nằm viện hoặc phẫu thuật

4. Các điểm loại trừ

4.1. Những điểm loại trừ áp dụng chung cho cả 3 điều kiện.

1. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp.
2. Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm nghiêm trọng pháp luật, nội quy, quy định của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội, vi phạm nghiêm trọng luật lệ an toàn giao thông.
3. Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng của rượu, bia, ma túy hoặc chất kích thích tương tự khác.
4. Động đất, núi lửa, nhiệm phóng xạ.
5. Chiến tranh, nội chiến, đình công.

4.2 Những điểm loại trừ chỉ áp dụng cho điều kiện C

1. Điều dưỡng, an dưỡng.
2. Nằm viện để kiểm tra sức khỏe hoặc khám giám định y khoa mà không liên quan đến việc điều trị bệnh tật.
3. Điều trị hoặc phẫu thuật các bệnh tật bẩm sinh, những thương tật và chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm.
4. Điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không liên quan đến việc điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định .
5. Tạo hình thẩm mỹ, chỉnh hình, phục hồi chức năng, làm chân, tay, mắt, răng giả.
6. Kế hoạch hoá sinh đẻ .
7. Những bệnh đặc biệt và những bệnh có sẵn trong năm đầu tiên được bảo hiểm (loại trừ này không áp dụng đối với các hợp đồng bảo hiểm có từ 100 thành viên trở lên).
8. Người được bảo hiểm mắc các bệnh giang mai, lậu, nhiễm virút HIV, sốt rét, lao và bệnh nghề nghiệp.

5. Quyền lợi của người được bảo hiểm:

Điều kiện bảo hiểm A

1. Phạm vi bảo hiểm: Trường hợp chết do mọi nguyên nhân. Trừ những trường hợp loại trừ theo quy tắc bảo hiểm.
2. Hiệu lực bảo hiểm:

- Đối với trường hợp chết do tai nạn và các hợp đồng tái tục liên tục, bảo hiểm có hiệu lực ngay sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí đầy đủ theo quy định
 - Đối với trường hợp chết không do tai nạn và hợp đồng bảo hiểm không liên tục bảo hiểm có hiệu lực sau 30 ngày kể từ ngày đóng phí bảo hiểm.
3. Quyền lợi Người được bảo hiểm: Trường hợp Người được bảo hiểm chết thuộc phạm vi bảo hiểm, PJICO trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều kiện bảo hiểm B

1. Phạm vi bảo hiểm: Trường hợp thương tật thân thể do tai nạn, trừ những trường hợp loại trừ theo quy tắc bảo hiểm.
2. Hiệu lực bảo hiểm: Bảo hiểm có hiệu lực kể từ khi đóng phí bảo hiểm.
3. Quyền lợi của Người được bảo hiểm: Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể thuộc phạm vi bảo hiểm, PJICO trả tiền bảo hiểm theo bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật của PJICO.

Điều kiện bảo hiểm C.

1. Phạm vi bảo hiểm: Trường hợp ốm đau, bệnh tật, thai sản phải nằm viện hoặc phẫu thuật. Trừ những trường hợp loại trừ theo quy quy tắc bảo hiểm.
2. Hiệu lực bảo hiểm: Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày đóng phí bảo hiểm:
 - 30 ngày đối với trường hợp bệnh tật.
 - 90 ngày đối với trường hợp sảy thai, nạo thai theo chỉ định của bác sĩ, lấy u nang buồng trứng, điều trị thai sản.
 - 270 ngày đối với trường hợp sinh đẻ (không áp dụng đối với hợp đồng bảo hiểm có từ 100 thành viên trở lên).
 - Các hợp đồng tái tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi ký hợp đồng và đóng phí cho thời gian tiếp theo.
3. Quyền lợi của Người được bảo hiểm:
 - Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, PJICO trả trợ cấp mỗi ngày 0,3% số tiền bảo hiểm nhưng không quá 60 ngày/năm bảo hiểm.
 - Trường hợp Người được bảo hiểm phải phẫu thuật thuộc phạm vi bảo hiểm, PJICO trả trợ cấp theo bảng tỷ lệ trả tiền phẫu thuật.
 - Trường hợp tham gia bảo hiểm dưới 12 tháng, số ngày nằm viện được trả trợ cấp hoặc thanh toán các chi phí nói trên theo tỷ lệ số tháng tham gia bảo hiểm và 12 tháng.
 - Đối với hợp đồng bảo hiểm tập thể trên 100 thành viên, nếu Người được bảo hiểm phải điều trị thai sản trước 90 ngày hoặc sinh đẻ 270 ngày, số tiền được trả tính theo tỷ lệ giữa số ngày - kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm đến ngày rủi ro được bảo hiểm xảy ra - với 90 ngày hoặc 270 ngày.

6. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm:

Khi yêu cầu PJICO trả tiền bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi cho PJICO các giấy tờ sau đây trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm điều trị khỏi hoặc chết:

1. Đơn đề nghị trả tiền bảo hiểm.
2. Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc bản sao (trích) danh sách người tham gia bảo hiểm.
3. Biên bản tai nạn có xác nhận của cơ quan, chính quyền địa phương hoặc công an nơi người bảo hiểm bị tai nạn (trường hợp bị tai nạn).
4. Các chứng từ y tế: Giấy ra viện, Phiếu điều trị (trường hợp điều trị nội trú), phiếu mổ (trường hợp phẫu thuật) ...
5. Giấy chứng tử và giấy xác định quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp Người được bảo hiểm bị chết).