



TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM PETROLIMEX
PETROLIMEX INSURANCE CORPORATION
Điện thoại: (04) 37760867 Fax: (04) 37760868

PJICO HEALTH CARE INSURANCE
QUY TẮC BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE & HỖ
TRỢ Y TẾ PJICO

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 19/2014/QĐ-PJICO ngày 01/01 /2014
của Tổng giám đốc Tổng Công ty Cổ phần bảo hiểm Petrolimex)*

PHẦN I: QUY ĐỊNH CHUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

1. PJICO

Là Tổng Công ty cổ phần Bảo hiểm Petrolimex và các Công ty thành viên

2. Tai nạn

Là bất kỳ sự kiện bất ngờ hay không lường trước, gây ra bởi một lực từ bên ngoài, mạnh và có thể nhìn thấy được xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến thương tật thân thể hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm và xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm.

3. Thương tật thân thể

Thương tật thân thể gây ra trực tiếp bởi tai nạn trong thời hạn bảo hiểm dẫn đến Người được bảo hiểm bị thương tật.

4. Thương tật toàn bộ tạm thời

Là tình trạng mà Người được bảo hiểm bị thương tật không thể thực hiện được bất kỳ công việc nào của mình, nhưng tình trạng thương tật đó không phải là vĩnh viễn.

5. Thương tật bộ phận tạm thời

Là tình trạng mà Người được bảo hiểm bị thương tật không thể thực hiện được một vài nhiệm vụ liên quan đến công việc của mình trong một thời gian nhất định.

6. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Là thương tật làm cho Người được bảo hiểm bị cản trở hoàn toàn khi tham gia vào công việc của người đó hay bị mất hoàn toàn khả năng lao động trong bất kỳ loại lao động nào và kéo dài 52 tuần liên tục và không hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó.

7. Thương tật bộ phận vĩnh viễn

Là thương tật làm cho một hay nhiều bộ phận cơ thể của Người được bảo hiểm không có khả năng phục hồi chức năng hoạt động bình thường

8. Ốm đau

Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của một bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường.

9. Bệnh / thương tật có sẵn

Là bệnh hoặc thương tật có từ trước ngày bắt đầu được nhận bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm và là bệnh/thương tật mà người được bảo hiểm:

a. đã phải điều trị trong vòng 3 năm gần đây

b. triệu chứng bệnh / thương tật đã xuất hiện hoặc đã xảy ra trước ngày ký hợp đồng mà Người được bảo hiểm đã biết hoặc ý thức được cho dù Người được bảo hiểm có thực sự khám, điều trị hay không.

Ví dụ như: Viêm Amidan cần phải cắt, viêm VA cần phải nạo, rối loạn tiền đình, bệnh hen, bệnh thoái hóa đốt sống, viêm tai giữa cần phẫu thuật đặt ống thông khí, trĩ cần phẫu thuật, thoát vị đĩa đệm, thoái hóa khớp, phẫu thuật dây chằng, . . .

10. Bệnh đặc biệt

Là những bệnh như: Ung thư và u các loại, huyết áp, tim mạch, loét dạ dày, viêm đa khớp mãn tính, loét ruột, viêm gan các loại, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi trong các hệ thống tiết niệu và đường mật, đục thủy tinh thể, viêm xoang, hen phế quản, viêm thận, Parkinson, bệnh đái tháo đường, bệnh liên quan đến hệ thống tái tạo máu như: lọc máu, thay máu, chạy thận nhân tạo, . . .

11. Tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau bệnh tật

Là một sự biến đổi hoàn toàn về thể chất và tinh thần của Người được bảo hiểm khi mất sức lao động từ 81% trở lên, làm cho người đó 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.

12. Dịch vụ xe cứu thương

Là việc sử dụng xe cứu thương chuyên dụng để vận chuyển bệnh nhân trong trường hợp Người được bảo hiểm trong tình trạng nguy kịch ảnh hưởng đến tính mạng buộc phải đưa người bệnh đến Bệnh viện/phòng khám gần nhất hoặc từ bệnh viện này đến bệnh viện khác. Loại trừ vận chuyển bằng đường hàng không và các phương tiện vận tải khác.

13. Điều trị cấp cứu

Là việc điều trị khẩn cấp tại 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, sức khỏe cần thiết phải điều trị khẩn cấp tại phòng cấp cứu, có phát sinh chi phí giường bệnh và hồ sơ có dấu xác nhận cấp cứu của cơ sở y tế.

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

14. Bệnh viện

Là một cơ sở khám và điều trị bệnh hợp pháp được nhà nước công nhận và:

- có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật.
- có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú và có hệ thống theo dõi sức khỏe hàng ngày cho các bệnh nhân điều trị nội trú.
- không phải là nơi để an dưỡng phục hồi sức khỏe hoặc là một nơi đặc biệt chỉ có mục đích duy nhất là phục vụ cho người già hoặc giúp đỡ cai nghiện rượu, thuốc phiện, ma túy hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị bệnh phong.

15. Nằm viện

Là việc bệnh nhân cần thiết nằm tại bệnh viện ít nhất là 24 giờ để điều trị cho đến khi ra viện kể cả việc sinh đẻ hoặc điều trị trong thời gian thai kỳ. Trong trường hợp bệnh viện không cấp được Giấy nhập viện hoặc xuất viện, hồ sơ y tế hoặc hóa đơn thanh toán thể hiện rõ thời gian điều trị sẽ được coi như chứng từ thay thế. Đơn vị ngày nằm viện được tính bằng 24h hoặc theo đơn vị giường nằm trong Giấy ra/ xuất viện hoặc trong chứng từ viện phí chi tiết.

16. Điều trị nội trú và Giường điều trị

Các chi phí tiền giường tiêu chuẩn và các khoản chi phí y tế liên quan khác, bao gồm cả phòng chăm sóc đặc biệt và các chi phí chăm sóc y tế cần thiết khác do một y tá có bằng cấp chăm sóc (Đối với Bệnh viện tư nhân và Bệnh viện Quốc tế, khoa/phòng điều trị tự nguyện, điều trị dịch vụ tại các bệnh viện, tiền giường được giới hạn chi trả tại phòng có giá thấp nhất tại bệnh viện nhưng không vượt quá giới hạn quy định trong hợp đồng bảo hiểm). Tổng số tiền Người được bảo hiểm được chi trả không vượt quá tổng hạn mức trách nhiệm được quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

17. Phẫu thuật

Là một phương pháp điều trị ngoại khoa, trực tiếp do phẫu thuật viên có bằng cấp chuyên môn, thực hiện bằng tay với các dụng cụ y tế hoặc bằng thiết bị y tế tại phòng mổ theo quy định của Bộ Y tế, bao gồm cả phẫu thuật nội soi, mổ bằng tia laser. . .

18. Cấy ghép nội tạng

Là việc cấy ghép các bộ phận cơ thể được lấy từ cơ thể người, bao gồm cả cấy ghép tự thân; thực hiện tại bệnh viện bởi các thầy thuốc có chuyên môn.

Loại trừ các chi phí mua bộ phận cơ thể và chi phí trả cho người hiến bộ phận cơ thể.

19. Điều trị nội trú

Là việc một Người được bảo hiểm nhập viện phát sinh các chi phí như chi phí trước khi nằm viện, chi phí nằm viện, chi phí điều trị trong ngày, chi phí phẫu thuật (bao gồm phẫu thuật trong ngày), chi phí sau khi xuất viện, chi phí y tá chăm sóc tại nhà hoặc các quyền lợi khác (nếu có) theo các giới hạn quy định trong Bảng tóm tắt hợp đồng bảo hiểm.

20. Trợ cấp nằm viện

Là khoản tiền hưởng thêm của người được bảo hiểm đối với mỗi ngày nằm viện.

21. Chi phí điều trị trước khi nhập viện

Là các chi phí phát sinh trong vòng 30 ngày trước hoặc cùng ngày với ngày nhập viện bao gồm chi phí khám, kiểm tra, siêu âm, chụp chiếu, xét nghiệm cơ bản cho lần khám cuối cùng cần điều trị nội trú ngay sau đó theo chỉ định của bác sĩ và liên quan trực tiếp đến bệnh/thương tật của Người được bảo hiểm và những chuẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để bác sĩ điều trị kết luận việc điều trị nằm viện là cần thiết.

22. Bác sĩ

Là người được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được luật pháp nước sở tại công nhận và bác sĩ đó đang điều trị, hành nghề trong phạm vi Giấy phép được cấp và trong phạm vi chuyên ngành đào tạo của mình, loại trừ những bác sĩ chính là Người được bảo hiểm, hay vợ (chồng) hoặc người thân của Người được bảo hiểm. Một bác sĩ có thể là một bác sĩ chuyên khoa hay cố vấn y tế.

23. Thuốc kê theo đơn của bác sĩ

Là những thuốc, dược phẩm được bán và sử dụng theo đơn của Bác sĩ và theo quy định của pháp luật, không bao gồm thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm và các loại vitamin trừ trường hợp các loại vitamin có chỉ định của bác sĩ và chi phí cho các loại vitamin này không lớn hơn chi phí thuốc điều trị.

24. Chi phí y tế hợp lý

Các chi phí y tế phát sinh cần thiết cho việc điều trị y tế của Người được bảo hiểm trong trường hợp ốm đau, bệnh tật, tai nạn.

25. Điều trị sau khi xuất viện

Các chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sỹ và theo yêu cầu trực tiếp của bệnh viện nhưng tối đa không vượt quá 30 ngày sau khi xuất viện và liên quan trực tiếp đến việc điều trị nội trú trước đó. Những chi phí này bao gồm chi phí khám, kiểm tra, siêu âm, chụp chiếu, xét nghiệm cơ bản và tiền thuốc.

26. Chăm sóc y tế tại nhà

Là các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp được thực hiện tại nhà của Người được bảo hiểm và ngay sau khi ra viện (thời gian nằm viện tối thiểu là 7 ngày). Dịch vụ này phải được thực hiện theo chỉ định của bác sỹ điều trị vì những lý do đặc thù của ngành y.

27. Điều trị trong ngày

Người được bảo hiểm được nhập viện để điều trị có phát sinh chi phí giường bệnh nhưng không lưu lại bệnh viện qua đêm

28. Điều trị y tế

Là việc phẫu thuật, điều trị hoặc chữa trị theo yêu cầu với mục đích duy nhất là chữa trị hoặc làm giảm nhẹ tình trạng bệnh tật.

29. Điều trị phục hồi chức năng

Là phương pháp điều trị bổ sung, hỗ trợ nhằm phục hồi một số chức năng của cơ thể

30. Các bộ phận/ thiết bị y tế hỗ trợ điều trị

Là tất cả các bộ phận hay các thiết bị 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, hay các dụng cụ y tế dùng để hỗ trợ cho việc điều trị hoặc phẫu thuật, ví dụ như: Đĩa đệm, nẹp, vis trong phẫu thuật kết hợp xương, máy hỗ trợ tim, dao cắt trĩ theo phương pháp mổ Longo, stent trong phẫu thuật nong động mạch, các dụng cụ hỗ trợ chức năng vận động như: Nạng, xe đẩy, thiết bị trợ thính, kính thuốc và các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác, ...

Bộ phận giả

Do con người chế tạo ra để thay thế hoặc hỗ trợ chức năng cho các bộ phận của cơ thể, ví dụ như: Răng giả, chân tay giả, thủy tinh thể giả, ...

31. Chăm sóc thai sản

Là chi phí y tế liên quan đến sinh đẻ và các biến chứng thai sản, không bao gồm điều trị vô sinh, mổ đẻ theo yêu cầu.

32. Chăm sóc trẻ mới sinh

Là các chi phí y tế cần thiết cho việc điều trị nội trú cho trẻ sơ sinh liên quan đến việc điều trị bệnh **cấp tính** xuất hiện khi sinh hoặc có biểu hiện trong vòng 7 ngày sau khi sinh với điều kiện người mẹ vẫn nằm viện (loại trừ chi phí khám, xét nghiệm tầm soát, điều trị bệnh bẩm sinh, chích ngừa, sữa và thức ăn cho bé, vật dụng cá nhân, chi phí vệ sinh, tắm bé. . .)

33. Biến chứng thai sản

Điều trị y tế phát sinh trong khoảng thời gian mang thai hoặc sinh nở và các thủ thuật của sản khoa (loại trừ mổ đẻ theo yêu cầu).

34. Điều trị ngoại trú

Là việc điều trị y tế tại một cơ sở y tế, có giấy phép hoạt động hợp lệ (có đăng ký với Sở y tế tỉnh/thành phố và Cục thuế), nhưng không nhập viện điều trị và không phát sinh chi phí giường bệnh như nội trú hoặc điều trị trong ngày.

35. Làn khám/điều trị

Là một lần người bệnh được bác sỹ thăm khám lâm sàng , xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng hay các thủ thuật thăm dò khác, thuốc điều trị nhằm mục đích chẩn đoán bệnh và điều trị, không phụ thuộc vào số bệnh hay số bác sỹ mà Người bệnh được khám và điều trị trong cùng lần đó. Những xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh hay chi phí thuốc đã được chỉ định trong lần khám này nếu được thực hiện hay phát sinh vào một ngày khác, tại một cơ sở y tế khác vẫn được tính chung vào giới hạn chi phí của lần khám đó.

- Trường hợp nhiều bác sỹ chuyên khoa cùng hội chẩn trước một người bệnh theo qui chế bệnh viện thì chỉ được tính là một lần khám bệnh.

- Trường hợp người bệnh khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày thì chỉ tính là một lần khám bệnh

- Riêng trường hợp người bệnh phải khám thêm một số chuyên khoa khác dù có chỉ định của bác sỹ trong cùng một cơ sở y tế, trong một lần khám bệnh thì vẫn chỉ tính là một lần khám bệnh .

36. Người được bảo hiểm

Là người có tên trong danh sách Người được bảo hiểm đính kèm hoặc ghi trên Bảng tóm tắt hợp đồng bảo hiểm.

37. Người phụ thuộc

Là vợ/chồng, bố mẹ hoặc bố mẹ chồng hay vợ theo luật pháp dưới 66 tuổi kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm của đơn bảo hiểm. Con của Người được bảo hiểm có độ tuổi từ 12 tháng tuổi đến 18 tuổi hoặc 23 tuổi nếu đang theo học các khóa học dài hạn và chưa kết hôn, kể từ ngày có hiệu lực bảo hiểm hoặc ngày tái tục bảo hiểm tiếp theo.

Tất cả những người phụ thuộc phải có tên trong Danh sách người được bảo hiểm.

38. Ngày có hiệu lực bảo hiểm

Là ngày qui định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và được bảo hiểm theo Đơn bảo hiểm này hoặc bắt đầu có hiệu lực đối với quyền lợi bảo hiểm cụ thể. Bảo hiểm có hiệu lực bắt đầu từ 00:01 sáng của ngày qui định trong Bảng tóm tắt hợp đồng bảo hiểm, được ký vào lần đầu tiên hoặc ngày tái tục không liên tục.

39. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm được qui định cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

40. Ngày tái tục bảo hiểm

Là ngày có hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm tiếp theo.

41. Thời gian chờ

Có nghĩa là thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm có liên quan không được chi trả bảo hiểm

42. Chủ hợp đồng:

Là người ký kết hợp đồng bảo hiểm với Công ty bảo hiểm và được ghi tên là chủ hợp đồng trong Hợp đồng bảo hiểm.

43. Phạm vi lãnh thổ

Đơn bảo hiểm này cung cấp bảo hiểm trong trường hợp bị tai nạn/ ốm đau và những chi phí y tế liên quan phát sinh trong lãnh thổ Việt Nam ngoại trừ có những quy định khác trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc phụ lục.

44. Mạng lưới giải quyết bảo lãnh viện phí

Là nơi mà người được bảo hiểm sẽ được bảo lãnh thanh toán các chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm. Người được bảo hiểm phải tự chi trả cho những chi phí vượt quá Mức trách nhiệm đã tham gia trong đơn bảo hiểm tại thời điểm điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG THAM GIA BẢO HIỂM

1. Người được bảo hiểm là mọi công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú tại Việt Nam từ 12 tháng tuổi đến 65 tuổi. Trẻ em dưới 18 tuổi chỉ được nhận bảo hiểm với điều kiện phải tham gia bảo hiểm cùng Hợp đồng với Bố và/hoặc Mẹ. Chương trình bảo hiểm của người phụ thuộc bằng hoặc thấp hơn Chương trình bảo hiểm của Chủ Hợp đồng.
2. Không nhận bảo hiểm đối với các trường hợp sau:
 - a. Người mắc bệnh tâm thần, bệnh phong, ung thư.
 - b. Người bị thương tật từ 50% trở lên.
 - c. Người đang điều trị bệnh hoặc thương tật.

III. KÝ KẾT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM VÀ TÁI TỤC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

1. Khi có yêu cầu tham gia bảo hiểm, Chủ hợp đồng phải điền đầy đủ nội dung trên Giấy yêu cầu bảo hiểm. Giấy yêu cầu bảo hiểm là một bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.
2. Trên cơ sở Giấy yêu cầu bảo hiểm, PJICO sẽ cấp cho Chủ hợp đồng một Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm được coi là bằng chứng giao kết Hợp đồng bảo hiểm.
3. Trường hợp một trong hai bên muốn huỷ bỏ Hợp đồng bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày định huỷ bỏ. Nếu Chủ hợp đồng yêu cầu huỷ bỏ Hợp đồng, PJICO sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại. Nếu PJICO yêu cầu huỷ bỏ Hợp đồng, PJICO sẽ hoàn trả toàn bộ phí bảo hiểm của thời gian còn lại. Trong mọi trường hợp, PJICO chỉ hoàn trả phí bảo hiểm với điều kiện trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm chưa có khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm nào xảy ra.
4. Cuối thời hạn bảo hiểm, PJICO có quyền từ chối tái tục hợp đồng hoặc điều chỉnh các điều kiện, giới hạn phụ các quyền lợi trong hợp đồng bảo hiểm.

IV. BẢO HIỂM TRÙNG

Trong trường hợp chi phí y tế liên quan tới cùng thương tật, bệnh tật được bảo hiểm theo qui tắc này có thể đòi bồi thường từ những loại hình bảo hiểm khác, PJICO chỉ thanh toán khoản tiền vượt quá mức được bồi thường theo các đơn khác đó hoặc theo tỷ lệ giữa số tiền bảo hiểm của đơn bảo hiểm này với tổng giới hạn trách nhiệm của tất cả đơn bảo hiểm khác.

V. PHÍ BẢO HIỂM VÀ SỐ TIỀN BẢO HIỂM

Biểu phí và Số tiền bảo hiểm (STBH) quy định tại Bảng Quyền lợi và Biểu phí bảo hiểm trong bộ Hợp đồng bảo hiểm này được tính bằng Việt Nam đồng . Việc thanh toán phí bảo hiểm và chi trả tiền bảo hiểm thực hiện bằng Việt Nam đồng.

Phí bảo hiểm được đóng ngay khi bắt đầu thời hạn bảo hiểm, trừ khi có thỏa thuận khác.

PJICO có thể sẽ điều chỉnh Phí bảo hiểm tại thời điểm tái tục, tùy thuộc vào tỷ lệ bồi thường và các tiêu chí khác.

VI. THAY ĐỔI QUYỀN LỢI

Trong thời hạn bảo hiểm, PJICO không chấp nhận thay đổi các quyền lợi bảo hiểm. Những quyền lợi này chỉ có thể được thay đổi vào ngày tái tục của Hợp đồng bảo hiểm.

VII. KẾT THÚC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực vào 12 giờ đêm của ngày cuối cùng của thời hạn bảo hiểm hoặc vào ngày chấm dứt hiệu lực bảo hiểm tùy theo thời điểm nào đến trước.

VIII. TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

Trong trường hợp Người được bảo hiểm tham gia các trận thi đấu hoặc các cuộc đua có tính chất chuyên nghiệp như đua xe, đua ngựa, đá bóng, quyền anh, leo núi, lướt ván, lướt sóng hoặc tham gia vào các hoạt động khám phá không gian, khám phá các vùng đất mới và các khám phá khoa học, hoặc các hoạt động khác, như săn bắn, thám hiểm trên núi, Nam/Bắc cực, lực lượng thám hiểm... chỉ được bảo hiểm khi đã được khai báo và được PJICO chấp nhận bằng văn bản.

IX. NGHĨA VỤ CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

1. kê khai trung thực, đầy đủ các nội dung trong Giấy yêu cầu bảo hiểm của PJICO.
2. Trung thực trong việc kê khai các thông tin và cung cấp các chứng cứ về rủi ro được bảo hiểm.

Trường hợp Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm không trung thực trong việc thực hiện các quy định trong Quy tắc bảo hiểm này, PJICO có quyền từ chối một phần hoặc toàn bộ mức chi trả tiền bảo hiểm.

X. THỜI HẠN TRẢ TIỀN BẢO HIỂM VÀ GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

1. PJICO có trách nhiệm giải quyết và chi trả tiền bảo hiểm trong vòng mười lăm (15) ngày đối với hồ sơ yêu cầu chuyển khoản và mười (10) ngày với hồ sơ nhận tiền mặt kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu bồi thường đầy đủ, hợp lệ.
2. Người được bảo hiểm có quyền khiếu nại về việc trả tiền bảo hiểm của PJICO trong vòng 60 (sáu mươi) ngày kể từ ngày nhận được thông báo trả tiền của PJICO và bất cứ khiếu nại nào cũng không được vượt quá 2 (hai) năm kể từ ngày xảy ra sự kiện dẫn đến khiếu nại.
3. Mọi tranh chấp phát sinh từ Quy tắc bảo hiểm này mà không thể giải quyết bằng thương lượng sẽ được giải quyết ở toà án của Việt Nam và theo luật pháp Việt Nam.

PHẦN II: CÁC ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM

I. ĐIỀU KIỆN 1: TỬ VONG, TÀN TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN DO ỒM ĐAU, BỆNH.

1. Phạm vi bảo hiểm :

Bảo hiểm trường hợp tử vong hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ quy định tại Phần III.

2. Hiệu lực bảo hiểm :

Bảo hiểm có hiệu lực sau chín mươi (90) ngày kể từ ngày đóng phí bảo hiểm đối với bệnh thông thường. Các 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 trường hợp tử vong do bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn: Bảo hiểm có hiệu lực đối với Người được bảo hiểm tham gia bảo hiểm liên tục từ năm thứ 2 trở đi.

3. Quyền lợi bảo hiểm :

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm, PJICO trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

II. ĐIỀU KIỆN 2: TỬ VONG HOẶC THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN DO TAI NẠN

1. Phạm vi bảo hiểm

Bảo hiểm trường hợp tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm trừ những điểm loại trừ quy định tại Phần III.

2. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực ngay sau khi Người tham gia bảo hiểm đóng phí bảo hiểm theo quy định.

3. Quyền lợi của người được bảo hiểm :

- a. Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, PJICO trả toàn bộ số tiền bảo hiểm trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.
- b. Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, PJICO trả theo bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật tại Phụ lục I thuộc Quy tắc bảo hiểm này.
- c. Trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tật bộ phận vĩnh viễn đã được trả tiền bảo hiểm, trong vòng một (01) năm kể từ ngày xảy ra tai nạn Người được bảo hiểm bị tử vong do hậu quả của chính tai nạn đó, PJICO sẽ trả phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm ghi trong Hợp đồng hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm với số tiền đã trả trước đó.

4. Hồ sơ trường hợp nhận tiền bồi thường do tử vong

- Yêu cầu chỉ định người thừa hưởng quyền lợi bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm
- Nếu không có chỉ định người thừa hưởng , yêu cầu sử dụng theo mẫu cam kết thừa kế do PJICO cung cấp

III. ĐIỀU KIỆN 3 : CHI PHÍ Y TẾ DO TAI NẠN

1. Phạm vi bảo hiểm

Bảo hiểm các chi phí y tế ngoại trú và nội trú phát sinh trong trường hợp người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tật tạm thời xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, trừ những điểm loại trừ quy định tại Phần III.

2. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực ngay sau khi Người tham gia bảo hiểm đóng phí bảo hiểm theo quy định.

3. Quyền lợi của Người được bảo hiểm

Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật tạm thời như định nghĩa trong Quy tắc bảo hiểm này, phát sinh các chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm, PJICO sẽ trả toàn bộ chi phí y tế thực tế và hợp lý theo giới hạn được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

IV. ĐIỀU KIỆN 4: ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ DO ỐM ĐAU, BỆNH TẬT

1. Phạm vi bảo hiểm

Trường hợp ốm đau, bệnh tật, xảy ra trong thời hạn bảo hiểm khiến Người được bảo hiểm phải nằm điều trị nội trú (bao gồm cả phẫu thuật) tại bệnh viện, trừ những trường hợp loại trừ quy định tại Phần III.

2. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày Người tham gia bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ theo quy định:

- a. 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường.
- b. 12 tháng đối với bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn.
- c. Các hợp đồng tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí cho thời gian tiếp theo.

3. Quyền lợi của người được bảo hiểm

a. Trường hợp nằm viện:

Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện thuộc phạm vi PJICO sẽ thanh toán các chi phí điều trị, tiền giường bệnh theo quy định của bệnh viện và các chi phí y tế liên quan khác nhưng tối đa không quá 5%/Số tiền bảo hiểm/ngày điều trị.

b. Trường hợp phẫu thuật:

Trường hợp Người được bảo hiểm phải phẫu thuật thuộc phạm vi bảo hiểm, PJICO sẽ thanh toán toàn bộ các chi phí phẫu thuật. Giới hạn số tiền chi trả cho trường hợp phẫu thuật không vượt mức giới hạn tối đa do Người được bảo hiểm lựa chọn khi tham gia bảo hiểm và được ghi cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

c. Các Quyền lợi bảo hiểm khác (Các giới hạn chi trả được liệt kê chi tiết trong bảng quyền lợi bảo hiểm)

- Chi phí điều trị trước khi nhập viện trong vòng 30 (ba mươi) ngày trước khi nhập viện
- Chi phí điều trị sau khi xuất viện trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày xuất viện.
- Chi phí y tá chăm sóc tại nhà ngay sau khi xuất viện
- Cấy ghép nội tạng (Loại trừ các chi phí mua bộ phận cơ thể và chi phí trả cho người hiến bộ phận cơ thể).
- Dịch vụ xe cứu thương loại trừ bằng đường hàng không
- Trợ cấp nằm viện
- Chi phí mai táng

PHẦN III: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ CHUNG

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 bị loại trừ cho tất cả các Điều kiện bảo hiểm (Bao gồm các Điều khoản sửa đổi bổ sung), PJICO không chịu trách nhiệm đối với:

PJICO không chịu trách nhiệm chi trả tiền bảo hiểm đối với các rủi ro xảy ra do các nguyên nhân sau:

1. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp;
2. Người được bảo hiểm vi phạm nghiêm trọng pháp luật phải thụ án hình sự; Vi phạm luật lệ an toàn giao thông như: đua xe, điều khiển xe không có giấy phép lái xe hợp lệ, đi vào đường cấm, đường ngược chiều;
3. Hậu quả của việc uống rượu bia vượt quá nồng độ theo qui định của luật giao thông đường bộ hoặc các chất kích thích khác.
4. Các hành động đánh nhau của Người được bảo hiểm, trừ khi chứng minh được hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích tự vệ;
5. Điều trị y tế hoặc sử dụng thuốc không theo sự chỉ dẫn của bác sỹ;
6. Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang;
7. Những rủi ro mang tính chất thảm họa như: động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ, dịch bệnh theo khuyến cáo của WHO từ cấp 6 trở lên.
8. Chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động, dân biến, phiến loạn các hoạt động dân 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;
9. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp, bất kỳ hoạt động đua nào.
10. Điều trị các bệnh lao phổi, sốt rét, lây lan qua đường tình dục, giang mai, bệnh lậu. Ôm đau liên quan đến các bệnh thuộc hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV).
11. Điều trị và/hoặc phẫu thuật cho các bệnh di truyền, dị tật, khuyết tật bẩm sinh. Những chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm.
12. Kiểm tra sức khỏe định kỳ, điều trị suy nhược cơ thể, giám định y khoa, tư vấn y tế, khám phụ khoa/nam khoa, xét nghiệm định kỳ, tất cả các hình thức tiêm chủng, sử dụng vắc-xin và thuốc phòng bệnh (trừ trường hợp tiêm vắc-xin điều trị sau khi bị tai nạn hay súc vật, côn trùng cắn)
13. Kiểm tra thị lực, thính lực, điều trị lão suy đối với thị lực & thính lực, điều trị các tật khúc xạ của mắt. Ví dụ: điều trị các tật khúc xạ như cận thị, viễn thị, loạn thị và bất kỳ phẫu thuật để phục hồi hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác, ...
14. Điều trị theo yêu cầu của Người được bảo hiểm
15. Phẫu thuật thẩm mỹ, chỉnh hình thẩm mỹ, các điều trị mang tính chất thẩm mỹ như: tăng sắc tố (nám da), điều trị mụn, trứng cá, điều trị chứng rụng tóc, ...
16. Các chi phí điều trị các bất thường về sinh hóa, chuyển hóa của cơ thể như tăng lipid máu, men gan cao, nồng độ calci thấp hay các tình trạng tương tự
17. Chi phí để cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế thiết bị hỗ trợ điều trị hay bộ phận giả như định nghĩa số 30. Tuy nhiên riêng phần sử dụng địa đệm, nẹp, vis cố định vào cơ thể được áp dụng như sau:
 - a. Đối với điều trị bệnh cơ xương khớp : Loại trừ áp dụng đối với điều kiện điều trị ngoại trú và nội trú do ốm đau, bệnh tật
 - b. Đối với trường hợp tai nạn : áp dụng giới hạn 10% Số tiền bảo hiểm của chi phí y tế do tai nạn
18. Các chất bổ sung hoặc thay thế phục vụ cho việc ăn kiêng có sẵn trong tự nhiên và có thể được mua mà không cần chỉ định. Bao gồm nhưng không giới hạn với thực phẩm chức năng, các loại

vitamin, khoáng chất và các chất hữu cơ (trừ trường hợp các loại vitamin có chỉ định của bác sỹ và chi phí cho các loại thuốc này không lớn hơn chi phí thuốc điều trị), mỹ phẩm và dược mỹ phẩm.

19. Thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, điều trị vô sinh nam/ nữ, thụ tinh nhân tạo, điều trị bất lực, thay đổi giới tính và bất kỳ hậu quả hay biến chứng nào từ những nguyên nhân trên.

20. Điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân);

21. Điều trị bệnh tâm thần hoặc rối loạn tâm thần, động kinh, rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, suy nhược thần kinh và hội chứng căng thẳng do công việc (stress) hoặc các bệnh có liên quan với hội chứng đó;

22. Điều trị tại các phòng khám tư nhân không có giấy phép hành nghề hoặc các trường hợp không cung cấp được chứng từ/hóa đơn tài chính theo quy định của luật pháp trừ trường hợp có quy định khác được ghi rõ trong Bảng tóm tắt hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung.

23. Các chi phí liên quan tới thai sản. Điểm loại trừ này không áp dụng nếu người được bảo hiểm tham gia bảo hiểm có bổ sung Quyền lợi bảo hiểm thai sản.

24. Bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn trong năm đầu tiên hợp đồng có hiệu lực.

PHẦN IV: THỦ TỤC YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

I. HỒ SƠ YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Khi yêu cầu PJICO trả tiền bảo hiểm, Người được bảo hiểm và/hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi các chứng từ sau đây cho PJICO trong vòng 60(Sáu mươi) ngày (quá thời hạn này PJICO có quyền từ chối một phần hoặc toàn bộ Số tiền bảo hiểm trừ trường hợp bất khả kháng) kể từ ngày điều trị cuối cùng hoặc tử vong.

1. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (theo mẫu của PJICO)
2. Biên bản tai nạn / Bản tường trình tai nạn có xác nhận của: Chủ hợp đồng bảo hiểm/ chính quyền địa phương hoặc công an nơi Người được bảo hiểm bị tai nạn. Đăng ký xe và giấy phép lái xe trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn trong khi điều khiển xe cơ giới trên 50cc;
3. Các chứng từ liên quan đến việc điều trị: đơn thuốc, sổ khám bệnh, giấy ra viện, phiếu điều trị, phiếu xét nghiệm, phiếu mổ (trong trường hợp phải mổ)... Trường hợp không cung cấp được bản chính, có thể cung cấp bản photo có xác nhận của đơn vị tham gia bảo hiểm hoặc xác nhận sao y của PJICO. Trong mọi trường hợp, PJICO có quyền yêu cầu cung cấp bản chính để kiểm tra;
4. Các chứng từ liên quan đến việc thanh toán chi phí y tế: hóa đơn tài chính, biên lai, phiếu thu theo Qui định của Bộ Tài Chính, Cục thuế... Các giấy tờ trên phải là bản gốc và sẽ thuộc sở hữu của PJICO;
5. Các chứng từ liên quan đến Trợ cấp trong thời gian điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật và /hoặc tai nạn: giấy ra viện, bảng chấm công trong thời gian nghỉ việc để điều trị theo chỉ định của Bác sĩ điều trị.
6. Giấy chứng tử và Giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp người được bảo hiểm tử vong).
7. Những chứng từ liên quan khác nếu được PJICO yêu cầu

II. THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

1. Trường hợp sử dụng dịch vụ Bảo lãnh cho điều trị nội trú và ngoại trú trong hệ thống bảo lãnh của PJICO (*Dịch vụ bảo lãnh thanh toán trực tiếp không bảo lãnh các chi phí phát sinh nằm ngoài phạm vi hoặc vượt quá hạn mức bảo hiểm*)

Trước khi nhập viện

Người được bảo hiểm xuất trình thẻ PJICO Health Care và Giấy tờ tùy thân có ảnh /giấy khai sinh.

Trước khi xuất viện

- Người được bảo hiểm hoặc người được ủy quyền của Người được bảo hiểm ký các chứng từ điều trị.
- Người được bảo hiểm thanh toán các khoản chi phí vượt quá hoặc không thuộc phạm vi bảo hiểm trước khi rời bệnh viện.

2. Trường hợp điều trị nội trú và ngoại trú ngoài hệ thống bảo lãnh của PJICO:

- Người được bảo hiểm tự thanh toán trước với phòng khám/bệnh viện. Sau đó thu thập toàn bộ hồ sơ chứng từ yêu cầu bồi thường và gửi cho PJICO.
- Thời gian tiến hành thủ tục thanh toán bồi thường tối đa 15 (Mười lăm) ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ, hợp lệ.

ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG

BẢO HIỂM SỨC KHỎE PJICO

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 19/2014/QĐ-PJICO ngày 01/01 /2014
của Tổng giám đốc Tổng Công ty Cổ phần bảo hiểm Petrolimex)*

Các Điều khoản bổ sung sau đây sẽ được cấp cùng với Quy tắc bảo hiểm và là một bộ phận không tách rời Quy tắc bảo hiểm này.

ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG I:

BẢO HIỂM ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

I. Quyền lợi bảo hiểm

PJICO sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm tham gia Điều khoản bổ sung này các chi phí y tế phát sinh điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật trong thời hạn bảo hiểm loại trừ các chi phí tại phần III của Quy tắc bảo hiểm này, bao gồm:

1. Tiền khám bệnh, tiền thuốc theo kê đơn của bác sỹ (hoá đơn tiền thuốc phải thể hiện đúng số lượng thuốc và liều thuốc do bác sỹ điều trị chỉ định), tiền chụp X-quang và làm các xét nghiệm chẩn đoán do bác sỹ chỉ định.
2. Việc trị liệu học bức xạ, liệu pháp ánh sáng và các phương pháp điều trị tương tự khác do bác sỹ chỉ định.
 - Giới hạn mỗi lượt điều trị: 20% STBH /lần/người
 - Số lượt điều trị tối đa: 10 lần/năm
3. Điều trị răng cho các trường hợp: khám chụp XQ răng, điều trị viêm nướu (lợi); nha chu, trám (hàn) răng bằng chất liệu thông thường như amalgam, composite, fujii...; Điều trị tuỷ răng; cạo vôi răng (lấy cao răng) và nhổ răng bệnh lý (bao gồm tiểu phẫu).
 - Giới hạn điều trị răng /năm: 20% STBH/ng/năm
 - Giới hạn cạo vôi răng tối đa 400.000 đồng /ng/năm
4. Vật lý trị liệu: Điều trị bằng phương pháp vật lý trị liệu do bác sỹ chỉ định tối đa 60 (sáu mươi) ngày/ năm và tối đa 100.000đ (Một trăm ngàn đồng)/ngày

II. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày Người tham gia bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ theo quy định:

- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh thông thường.
- Một (01) năm đối với các bệnh đặc biệt và có sẵn

ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG II: THAI SẢN

I. Quyền lợi bảo hiểm

Là các chi phí y tế liên quan đến sinh đẻ và các biến chứng thai sản, không bao gồm điều trị vô sinh, mổ đẻ theo yêu cầu.

II. Hiệu lực bảo hiểm

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

a) Biến chứng thai sản và đẻ khó

PJICO sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng trong quá trình mang thai, hoặc trong quá trình sinh đẻ 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. Biến chứng thai sản và sinh khó bao gồm:

- Sảy thai hoặc thai tử vong lưu
- Chửa trứng
- Chửa ngoài tử cung
- Băng huyết sau khi sinh
- Sốt rau sau khi sinh
- Phá thai do bệnh lý

b) Sinh thường

PJICO sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc sinh thường bao gồm: đỡ đẻ, viện phí, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện, chi phí khâu thẩm mỹ.

ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG III.

TRỢ CẤP TRONG THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

DO ÔM ĐAU, BỆNH TẬT VÀ/HOẶC TAI NẠN

Bồi thường theo điều khoản này dựa trên cơ sở số ngày điều trị nội trú thực tế theo giấy ra, vào viện.

Số ngày được chi trả trợ cấp thực tế không vượt quá 60 (sáu mươi) ngày trong năm. Số tiền lựa chọn theo bảng sau

Lựa chọn 1	Lựa chọn 2	Lựa chọn 3
100.000/ngày	200.000/ngày	300.000/ngày

TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM PETROLIMEX