

**CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM
CHĂM SÓC SỨC KHỎE QUỐC TẾ PJICO
(CARE PLUS)**

MỤC LỤC

PHẦN 1 – GIỚI THIỆU	6
1.1. Mục đích của chương trình Bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe Quốc tế PJICO	6
1.2. Dịch vụ hỗ trợ, chăm sóc khách hàng.....	6
1.3. Nhiệm vụ của Đội ngũ Dịch vụ khách hàng/Bảo lãnh viện phí và Tư vấn bồi thường ...	6
1.4. Ý nghĩa của tài liệu này	6
1.5. Thời hạn tự do xem xét hợp đồng – Chỉ áp dụng đối với hợp đồng bảo hiểm cá nhân ..	7
PHẦN 2 – ĐIỀU KIỆN THAM GIA BẢO HIỂM	7
2.2. Đối với người được bảo hiểm từ đủ 15 ngày tuổi đến đủ 5 tuổi.....	7
2.3. Đối với người được bảo hiểm từ đủ 6 tuổi đến đủ 17 tuổi.....	7
2.4. Đối với người được bảo hiểm từ đủ 18 tuổi đến đủ 80 tuổi.....	8
2.5. Đối với người được bảo hiểm ở ngoài lãnh thổ Việt Nam	8
PHẦN 3 – ĐỊNH NGHĨA	8
a) Tai nạn.....	8
b) Bệnh cấp tính	8
c) Bác sỹ thực hiện phương pháp điều trị thay thế	8
d) Điều trị thay thế	9
e) Mức khấu trừ năm	9
f) Tuổi/ Độ tuổi.....	9
g) Phạm vi địa lý được bảo hiểm	9
h) Hỗ trợ thụ thai/Hỗ trợ mang thai	9
i) Bảng quyền lợi bảo hiểm	9
j) Tình trạng bẩm sinh	10
k) Đồng chi trả	10
l) Điều trị trong ngày.....	10
m) Nha sỹ.....	10
n) Người phụ thuộc	10
o) Khám bệnh.....	11
p) Điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm	11
q) Cấp cứu	11
r) Sửa đổi bổ sung	11
s) Dịch vụ Vận chuyển y tế hoặc Hồi hương	11
t) Danh mục bệnh viện toàn cầu.....	11
u) Người giám hộ	12
v) Cơ sở y tế	12

w)	Bác sỹ độc lập.....	12
x)	Điều trị nội trú	12
y)	Người được bảo hiểm	12
z)	Phòng chăm sóc đặc biệt.....	13
aa)	Suốt đời	13
bb)	Cổ vấn y tế	13
cc)	Tình trạng y tế.....	13
dd)	Bác sỹ	13
ee)	Sự cần thiết về mặt y tế	13
ff)	Y tá	13
gg)	Điều trị ngoại trú.....	13
hh)	Ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm	14
ii)	Chuyên gia vật lý trị liệu.....	14
jj)	Chương trình bảo hiểm.....	14
kk)	Hợp đồng bảo hiểm	14
ll)	Ngày tái tục hợp đồng	14
mm)	Ngày hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực	14
nn)	Chủ hợp đồng/Bên mua bảo hiểm	15
oo)	Giấy chứng nhận bảo hiểm	15
pp)	Loại tiền tệ của hợp đồng	15
qq)	Năm hợp đồng bảo hiểm	15
rr)	Tình trạng có sẵn	15
ss)	Phí bảo hiểm	15
tt)	Đơn thuốc.....	15
uu)	Quốc gia cư trú chính	16
vv)	Hợp lý và hợp lệ (R&C).....	16
ww)	Danh mục phẫu thuật.....	16
xx)	Nhà cung cấp dịch vụ	16
yy)	Phẫu thuật.....	16
zz)	Bệnh giai đoạn cuối	17
aaa)	Hành động khủng bố	17
bbb)	Điều trị.....	17
ccc)	Một lần khám	17
ddd)	Thời gian chờ.....	17
eee)	PJICO/chúng tôi	17

fff)	Văn bản	17
ggg)	Năm bảo hiểm.....	18
hhh)	Hạn mức bảo hiểm tối đa năm.....	18
iii)	Giấy yêu cầu bảo hiểm.....	Error! Bookmark not defined.
4.1.	Những chi phí được bảo hiểm	18
4.2.	Quyền lợi của chương trình bảo hiểm.....	19
4.2.1.	Điều trị nội trú và điều trị trong ngày – Thông tin chung.....	20
4.2.2.	Điều trị ngoại trú – Thông tin chung.....	25
4.2.3.	Quyền lợi bảo hiểm khác – Thông tin chung	28
4.2.4.	Hỗ trợ y tế khẩn cấp quốc tế ('IEMA')	40
	PHẦN 5 – ĐIỀU TRỊ CHO TÌNH TRẠNG CÓ SẴN.....	44
	PHẦN 6 – THÔNG TIN QUAN TRỌNG VỀ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM.....	45
6.1.	Điều khoản về thay đổi mức bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm.....	45
6.2.	Trường hợp người được bảo hiểm thay đổi quốc gia cư trú chính	46
6.3.	Trường hợp hủy hợp đồng bảo hiểm.....	46
6.4.	Thay đổi các điều khoản trong hợp đồng bảo hiểm.....	47
	PHẦN 7 – LOẠI TRỪ VÀ GIỚI HẠN.....	52
	PHẦN 8 – CẦN PHẢI LÀM GÌ ĐỂ ĐẠT ĐƯỢC LỢI ÍCH TỐT NHẤT.....	60
8.1.1	Những điều cần làm trước sử dụng dịch vụ điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày ... 60	60
8.1.2	Chấp thuận trước	60
8.1.3	Điều trị nội trú hoặc thanh toán trực tiếp	61
8.1.4	Quyết định về dịch vụ điều trị.....	62
8.1.5	Danh mục phác đồ phẫu thuật	62
8.1.6	Quan điểm thứ hai.....	62
8.1.7	Nếu người được bảo hiểm cần điều trị.....	63
8.1.8	Dịch vụ điều trị cấp cứu.....	63
8.2.1	Người được bảo hiểm xác nhận bản thân.....	63
8.2.2	Hồ sơ khiếu nại đối với các yêu cầu bồi hoàn.....	63
	Địa chỉ gửi hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm:.....	65
8.2.3	Tiền tệ.....	65
8.2.4	Trách nhiệm của chủ hợp đồng/người được bảo hiểm	66
8.2.5	Quyền của PJICO.....	Error! Bookmark not defined.
8.2.6	Nghĩa vụ của PJICO	Error! Bookmark not defined.
8.2.7.	Quyền của chủ hợp đồng, người được bảo hiểm	Error! Bookmark not defined.
	PHẦN 9 – NẾU CÓ VẤN ĐỀ PHÁT SINH.....	Error! Bookmark not defined.

PHẦN 10 – ĐIỀU LỆ KHÁCH HÀNG..... Error! Bookmark not defined.
PHẦN 12 – BẢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM Error! Bookmark not defined.
PHẦN 13 – CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM NHÓM..... Error! Bookmark not defined.

PHẦN 1 – GIỚI THIỆU

Hợp đồng bảo hiểm này được thiết kế nhằm mục đích xây dựng các điều khoản cũng như quyền lợi của **chương trình** Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Quốc tế **PJICO** (Care Plus). Trong những trang tiếp theo, **chủ hợp đồng** có thể hiểu chi tiết hơn về các điều kiện điều khoản bao gồm cả những định nghĩa liên quan đến **chương trình** bảo hiểm này.

1.1. Mục đích của chương trình Bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe Quốc tế PJICO

Chương trình Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Quốc tế **PJICO** (Care Plus) bảo hiểm cho **người được bảo hiểm và người phụ thuộc** (được nêu trong **giấy chứng nhận bảo hiểm**) trước những chi phí phát sinh từ các rủi ro không lường trước được. Đối với bảo hiểm chăm sóc sức khỏe thì đó là những chi phí y tế cần thiết cho việc **điều trị cần thiết về mặt y tế thuộc phạm vi bảo hiểm** phát sinh từ ốm đau, **tai nạn** không lường trước được.

1.2. Dịch vụ hỗ trợ, chăm sóc khách hàng

Tại **PJICO**, **chúng tôi** luôn nhận thức được rằng đằng sau mỗi hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của khách hàng, có một người cần sự giúp đỡ và hỗ trợ. Mọi thắc mắc về điều kiện điều khoản và hợp đồng bảo hiểm, xin vui lòng gọi tới đường dây nóng Dịch vụ khách hàng của **PJICO** trên thẻ bảo hiểm. Mọi thắc mắc về hồ sơ bồi thường và bảo lãnh viện phí, xin vui lòng gọi tới đường dây nóng Bảo lãnh viện phí và Tư vấn bồi thường trên thẻ bảo hiểm.

1.3. Nhiệm vụ của Đội ngũ Dịch vụ khách hàng/Bảo lãnh viện phí và Tư vấn bồi thường

Đội ngũ Dịch vụ khách hàng/Bảo lãnh viện phí và Tư vấn bồi thường của **PJICO** có nhiệm vụ hỗ trợ **chủ hợp đồng** và **người được bảo hiểm** bất cứ lúc nào có thể, trong phạm vi các điều khoản và giới hạn của **chương trình** Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Quốc tế **PJICO** (Care Plus). Số điện thoại đường dây nóng Dịch vụ khách hàng/Bảo lãnh viện phí và Tư vấn bồi thường của **PJICO** nằm ở mặt sau thẻ bảo hiểm. Để bảo vệ quyền lợi của **chủ hợp đồng** và **người được bảo hiểm**, các cuộc gọi có thể được ghi lại trong trường hợp tiếp tục truy vấn hoặc nhằm mục đích đào tạo.

Xin lưu ý và thông báo cho **người được bảo hiểm** giữ thẻ bảo hiểm ở nơi an toàn sao cho có thể tìm thấy dễ dàng. Vui lòng mang theo thẻ bảo hiểm bất cứ khi nào để gọi cho Dịch vụ khách hàng/Bảo lãnh viện phí và Tư vấn bồi thường của **PJICO**. Các thông tin trên thẻ bảo hiểm sẽ giúp nhanh chóng giải quyết các yêu cầu của **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm**.

1.4. Ý nghĩa của tài liệu này

Tài liệu này đưa ra các điều khoản của **hợp đồng bảo hiểm** với **PJICO** và phải được đọc đồng thời cùng với các tài liệu bổ sung do **PJICO** cung cấp cho **chủ hợp đồng** trong suốt thời gian tham gia bảo hiểm (ví dụ như **giấy chứng nhận bảo hiểm** và thẻ bảo hiểm, v.v...). **PJICO** đã cố gắng để soạn thảo tài liệu này một cách rõ

ràng nhất, tuy nhiên, nếu có bất cứ điều gì **chủ hợp đồng** hoặc không hiểu hoặc muốn làm rõ, xin vui lòng liên hệ với **PJICO**. Các quyết định liên quan đến quyền lợi và/hoặc các thay đổi liên quan tới điều khoản **hợp đồng bảo hiểm** không thể được thống nhất qua lời nói, mà phải được **PJICO** xác nhận bằng **văn bản**.

Văn bản này bao gồm các định nghĩa, các điều khoản và các điểm loại trừ bảo hiểm cấu thành một phần của **hợp đồng** giữa **chủ hợp đồng** và **PJICO**. Vui lòng đọc kỹ và đặt câu hỏi với **PJICO** nếu có bất cứ điều gì **chủ hợp đồng** hoặc **người được bảo hiểm** không hiểu.

1.5. Thời hạn tự do xem xét hợp đồng – Chỉ áp dụng đối với hợp đồng bảo hiểm cá nhân

Chủ hợp đồng sẽ có thời hạn tự do xem xét hợp đồng trong vòng mười bảy (17) ngày kể từ ngày ký hợp đồng. Nếu **hợp đồng bảo hiểm** này không phù hợp với nhu cầu của mình, **chủ hợp đồng** có thể yêu cầu hủy bỏ hợp đồng bằng cách thông báo cho **PJICO** bằng **văn bản** và hoàn trả lại **hợp đồng bảo hiểm** cùng với thẻ bảo hiểm cho **PJICO** trong thời hạn tự do xem xét hợp đồng. **PJICO** sẽ hoàn trả đầy đủ số tiền phí bảo hiểm **chủ hợp đồng** đã đóng không bao gồm tiền lãi với điều kiện là không có yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào phát sinh trong khoảng thời gian này. Thời hạn tự do xem xét hợp đồng này không áp dụng đối với các **hợp đồng bảo hiểm** có kỳ hạn dưới một (1) năm và các **hợp đồng bảo hiểm** tái tục.

PHẦN 2 – ĐIỀU KIỆN THAM GIA BẢO HIỂM

2.1. Chương trình bảo hiểm này bảo hiểm cho các đối tượng sau:

- Người Việt Nam cư trú và làm việc tại Việt Nam, hoặc
- Học sinh, sinh viên Việt Nam học toàn thời gian ở nước ngoài, hoặc
- Người Việt Nam làm việc tạm thời ở nước ngoài và sẽ trở về Việt Nam, hoặc
- Người nước ngoài cư trú và làm việc hợp pháp tại Việt Nam

Những người tham gia bảo hiểm phải có **độ tuổi** từ đủ 15 ngày tuổi đến đủ 80 tuổi vào thời điểm nộp giấy yêu cầu bảo hiểm và được sự chấp thuận của **PJICO**.

2.2. Đối với người được bảo hiểm từ đủ 15 ngày tuổi đến đủ 5 tuổi

Đối với trẻ em từ đủ mười lăm (15) ngày tuổi đến đủ năm (5) tuổi tại thời điểm nộp giấy yêu cầu bảo hiểm, trẻ em đó phải đăng ký/bổ sung với cha mẹ hoặc **người giám hộ** trên cùng một **hợp đồng** Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Quốc tế **PJICO (Care Plus)**. Khi tới **ngày tái tục hợp đồng**, vẫn phải được tái tục áp dụng cho trẻ em cùng với cha mẹ hoặc **người giám hộ** cho đến **ngày tái tục hợp đồng** mà trẻ em đó đủ năm (5) **tuổi**.

2.3. Đối với người được bảo hiểm từ đủ 6 tuổi đến đủ 17 tuổi

Đối với trẻ em trong **độ tuổi** từ đủ sáu (6) tuổi đến đủ mười bảy (17) tuổi, trẻ em đó đủ điều kiện được tham gia bảo hiểm mà không cần phải có cha hoặc mẹ hoặc **người giám hộ** tham gia bất kỳ **hợp đồng** Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Quốc tế **PJICO (Care Plus)** nào. **Hợp đồng** phải được cấp cho cha mẹ hoặc **người giám hộ** từ đủ mười tám (18) tuổi trở lên.

2.4. Đối với người được bảo hiểm từ đủ 18 tuổi đến đủ 80 tuổi
Hợp đồng bảo hiểm được cấp cho chính **người được bảo hiểm**, trừ hợp đồng bảo hiểm nhóm.

2.5. Đối với người được bảo hiểm ở ngoài lãnh thổ Việt Nam
Quy tắc bảo hiểm này áp dụng cho cả những **người được bảo hiểm** ở ngoài lãnh thổ Việt Nam, tuy nhiên người đó phải có quốc gia cư trú chính là Việt Nam, trừ khi có thỏa thuận khác bằng văn bản.
Ngoài ra, những quy định cụ thể của mỗi nước có thể ảnh hưởng tới vấn đề đủ điều kiện tham gia bảo hiểm của **người được bảo hiểm**. **PJICO** có thể bị yêu cầu phải tuân thủ các chế tài quốc tế hợp pháp đối với **hợp đồng bảo hiểm** này và không thể thực hiện hoàn toàn các nghĩa vụ một cách đầy đủ theo điều khoản của **hợp đồng**, vì vậy có thể phải từ bỏ **hợp đồng** tuân theo phán quyết theo luật quốc tế hoặc luật của nước đó. **PJICO** sẽ không bảo hiểm hoặc không trả tiền bảo hiểm theo **hợp đồng** này, nếu việc đó khiến **PJICO** hoặc những nhà cung cấp dịch vụ do **PJICO** ủy quyền vi phạm luật, quy định quốc tế, những hình thức chế tài, cấm vận kinh tế quốc tế của các quốc gia và các tổ chức quốc tế.

Lưu ý:

Mỗi **người được bảo hiểm** theo **hợp đồng** này được nêu ở phần 2.1 và 2.2 phải điền đầy đủ thông tin trên giấy yêu cầu bảo hiểm, cung cấp các bằng chứng liên quan và phải được **PJICO** chấp nhận bằng **văn bản**.

PHẦN 3 – ĐỊNH NGHĨA

Một số từ và cụm từ có ý nghĩa đặc biệt sẽ được nêu ra dưới đây. Khi **PJICO** sử dụng những thuật ngữ này, những thuật ngữ này sẽ được in đậm.

a) Tai nạn

Là bất kỳ sự kiện bên ngoài, bất ngờ, không phải là bệnh tật, không lường trước được, tác động bởi một lực mạnh, bất ngờ bên ngoài sự kiểm soát của **chủ hợp đồng** hoặc **người được bảo hiểm** là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến thương tổn thân thể.

b) Bệnh cấp tính

Là tình trạng đau ốm hoặc thương tổn cần thiết phải **điều trị** ngay để hồi phục tình trạng sức khỏe cho **người được bảo hiểm** như ngay trước khi bị bệnh, đau ốm hoặc thương tổn hoặc có thể **điều trị** phục hồi hoàn toàn.

c) Bác sỹ thực hiện phương pháp điều trị thay thế

Là người được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp và đủ năng lực để thực hiện các phương pháp châm cứu, chỉnh xương, vi lượng đồng căn, liệu pháp thiên nhiên, y học cổ truyền hoặc tư vấn dinh dưỡng trong phạm vi giấy phép liên quan được cấp tại nơi thực hiện **điều trị**.

Bác sỹ thực hiện phương pháp điều trị thay thế không phải là **người được bảo hiểm** hoặc bố mẹ, bố mẹ vợ/chồng, anh chị em, anh chị em dâu rể, vợ chồng, con cái của **người được bảo hiểm** hoặc **chủ hợp đồng**.

Để biết thêm thông tin về các phương pháp điều trị thay thế trên, vui lòng tham khảo các định nghĩa của Viện Sức khỏe quốc gia Hoa Kỳ (NIH) tại www.nih.gov.

d) Điều trị thay thế

Là việc khám và **điều trị** được cung cấp và quy định bởi **bác sỹ thực hiện phương pháp điều trị thay thế** hoặc **chuyên gia vật lý trị liệu**.

Để biết quyền lợi này có áp dụng cho **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** hay không và hạn mức như thế nào, vui lòng tham khảo **bảng quyền lợi bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** đó.

e) Mức khấu trừ năm

Là tổng chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm mà **người được bảo hiểm** sẽ phải chịu mỗi **năm bảo hiểm** trước khi bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào được chi trả theo đúng **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** đó.

f) Tuổi/ Độ tuổi

Là tuổi của mỗi **người được bảo hiểm** vào ngày sinh nhật tiếp theo (và cách diễn đạt “độ tuổi” cũng sẽ được hiểu như vậy)

g) Phạm vi địa lý được bảo hiểm

Là một trong những phạm vi sau được nêu trong **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** trên **giấy chứng nhận bảo hiểm** và/hoặc trong **sửa đổi bổ sung**:

- **Đông Nam Á**: Brunei, Campuchia, Indonesia, Lào, Malaysia, Myanma, Philippin, Thái Lan, Việt Nam, Đông Timo, Singapore
- **Việt Nam**: Việt Nam
- **Toàn cầu ngoại trừ Mỹ**: Toàn thế giới ngoại trừ Mỹ

h) Hỗ trợ thụ thai/Hỗ trợ mang thai

Là việc sử dụng các công nghệ y tế để tăng số lượng trứng trong quá trình rụng trứng hoặc để mang một tinh trùng và một quả trứng, hoặc nhiều trứng lại gần nhau, nhờ đó làm tăng cơ hội thụ thai. Bao gồm việc thụ tinh trong tử cung (IUI), thụ tinh trong ống nghiệm (IVF), tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (ICSI) hoặc sử dụng bất kỳ hình thức **điều trị** nào để giảm hay tăng khả năng rụng trứng. Việc hỗ trợ này bao gồm cả mang thai hộ.

i) Bảng quyền lợi bảo hiểm/Bảng quyền lợi

Là bảng áp dụng cho **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** được nêu trong **giấy chứng nhận bảo hiểm** quy định quyền lợi tối đa mà **PJICO** sẽ thanh toán cho **người được bảo hiểm**.

j) Tình trạng bẩm sinh

Tình trạng khiếm khuyết, bệnh, dị tật, do gien (bao gồm cả yếu tố di truyền) về thân thể hoặc sinh hóa, ngay khi sinh và có hoặc không có biểu hiện, chẩn đoán hay nhận biết được lúc sinh.

k) Đồng chi trả

Là một phần chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm mà **chủ hợp đồng** và/hoặc **người được bảo hiểm** cần phải chi trả sau khi áp dụng **mức khấu trừ năm** (nếu có). Vui lòng tham khảo **bảng quyền lợi bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** và/hoặc **giấy chứng nhận bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** và/hoặc **giấy sửa đổi bổ sung** về tỷ lệ đồng chi trả. Trong trường hợp áp dụng **mức khấu trừ năm** và đồng chi trả (tỷ lệ phần trăm quyền lợi bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm do **người được bảo hiểm** phải trả), **PJICO** sẽ trừ đi **mức khấu trừ năm** trước rồi sau đó áp dụng đồng chi trả đối với phần quyền lợi bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm còn lại.

l) Điều trị trong ngày

Là **điều trị** thuộc phạm vi bảo hiểm (không bao gồm **điều trị ngoại trú**) tại **cơ sở y tế** (với điều kiện có giấy xuất viện hoặc phiếu **điều trị trong ngày** được cấp bởi **cơ sở y tế** đó) và **người được bảo hiểm** cần được giám sát y tế nhưng không sử dụng giường bệnh qua đêm. Quyền lợi này không bao gồm tất cả các hình thức **điều trị thay thế** và các loại thuốc y học cổ truyền.

m) Nha sỹ

Là người đáp ứng các điều kiện sau:

- Tại Việt Nam: có bằng cấp chuyên môn phù hợp, nếu mở phòng khám tư phải có đăng ký hành nghề theo quy định của Pháp luật Việt Nam.
- Tại các nước khác: có bằng cấp chính là nha khoa sau khi theo học tại tổ chức đào tạo về nha khoa được công nhận, được cấp phép và đăng ký hành nghề với cơ quan có thẩm quyền theo luật định để được hành nghề điều trị nha khoa.

Nha sỹ không phải là **người được bảo hiểm** hoặc bố mẹ, bố mẹ vợ/chồng, anh chị em, anh chị em dâu rể, vợ chồng, con cái của **người được bảo hiểm** hoặc **chủ hợp đồng**.

n) Người phụ thuộc

Là vợ hoặc chồng của **người được bảo hiểm** và các con chưa lập gia đình (hoặc con cái của vợ hoặc chồng của **người được bảo hiểm**) sống chung với **người được bảo hiểm** khi **người được bảo hiểm** tham gia **hợp đồng bảo hiểm** hoặc khi tái tục **bảo hiểm**. Vợ hoặc chồng của **người được bảo hiểm** phải là người hiện tại cùng **người được bảo hiểm** kết hôn hợp pháp và người đó đang trong **độ tuổi** từ mười tám (18) đến tròn tám mươi (80) tuổi. Con cái chưa kết hôn phải ở **độ tuổi** ít nhất mười lăm (15) ngày tuổi đến tròn hai mươi mốt (21) tuổi. Con cái trên 21 tuổi sẽ không được coi là người phụ thuộc nữa. Tuy nhiên, trong trường hợp tái tục hợp đồng nhiều năm, con cái với điều kiện chưa kết

hôn và đang theo học toàn thời gian tại một cơ sở giáo dục vẫn được coi là người phụ thuộc đến năm 25 tuổi.

o) Khám bệnh

Là việc thăm khám và kiểm tra cần thiết để đưa ra một chẩn đoán cho một **điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm** khi xuất hiện các triệu chứng.

p) Điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm

Là những **điều trị** và chi phí được bảo hiểm theo **hợp đồng** của **người được bảo hiểm**. Để xác định việc **điều trị** hoặc chi phí có được bảo hiểm hay không phải căn cứ trên toàn bộ các phần/nội dung của **hợp đồng bảo hiểm** này, tuân thủ theo tất cả các điều khoản, các quyền lợi và điểm loại trừ bảo hiểm được quy định trong **hợp đồng** này.

q) Cấp cứu

Là tình trạng **bệnh cấp tính** đột ngột, bất ngờ, khẩn cấp đe dọa nghiêm trọng tới tính mạng đòi hỏi phải được phẫu thuật hoặc chăm sóc y tế ngay lập tức để tránh tử vong hay vĩnh viễn không thể phục hồi chức năng.

r) Sửa đổi bổ sung

Là những tài liệu bổ sung **PJICO** phát hành cho **chủ hợp đồng** để ghi nhớ và xác nhận các nội dung thay đổi của **hợp đồng bảo hiểm** này.

s) Dịch vụ Vận chuyển y tế hoặc Hồi hương

Là việc di chuyển **người được bảo hiểm** từ một **cơ sở y tế** này đến một **cơ sở y tế** khác có thiết bị y tế cần thiết tại quốc gia nơi **người được bảo hiểm** đang bị ốm hoặc ở một nước lân cận (vận chuyển y tế) hoặc đưa **người được bảo hiểm** trở lại **quốc gia cư trú chính** hoặc quê hương (hồi hương). Dịch vụ bao gồm mọi **điều trị y tế cần thiết** được thực hiện bởi **nhà cung cấp dịch vụ** do **PJICO** chỉ định trong thời gian họ di chuyển **người được bảo hiểm**.

t) Danh mục bệnh viện toàn cầu

Là mạng lưới bệnh viện có thỏa thuận hợp tác bảo lãnh viện phí với **PJICO**. Nếu **chủ hợp đồng** chọn bất kỳ **bệnh viện** nào trong danh mục, các hóa đơn cho việc **điều trị nội trú** thuộc phạm vi bảo hiểm của **người được bảo hiểm** sẽ được **PJICO** thanh toán trực tiếp với bệnh viện, miễn là **chủ hợp đồng** đã thông báo trước cho **PJICO** về việc **điều trị**.

Chủ hợp đồng và/hoặc **người được bảo hiểm** vẫn chịu các khoản **đồng chi trả, mức khấu trừ năm** nếu có và các khoản này sẽ được thanh toán trực tiếp với bệnh viện trong quá trình **điều trị**. Xin lưu ý rằng có thể phát sinh một số chi phí như: điện thoại, báo chí, **chủ hợp đồng** vẫn có thể phải tự thanh toán cho **bệnh viện** ở thời điểm xuất viện.

Lưu ý:

Khi **người được bảo hiểm điều trị** cho một **tình trạng y tế** không được bảo hiểm theo các điều kiện điều khoản của **hợp đồng bảo hiểm** này, **người được bảo hiểm** sẽ phải tự trang trải toàn bộ các chi phí được yêu cầu cho việc **điều trị** đó. Việc không tuân thủ quy định có thể sẽ làm **hợp đồng bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** bị đình chỉ hoặc bị hủy bỏ.

Người được bảo hiểm nên sử dụng **bệnh viện** trong danh mục bệnh viện toàn cầu này trừ trường hợp **khẩn cấp** không thể sử dụng được.

Người được bảo hiểm có thể liên hệ với số điện thoại Bảo lãnh viện phí và Tư vấn bồi thường trên thẻ bảo hiểm hoặc tra cứu trên trang web www.pjico.com.vn để cập nhật thông tin mới nhất về danh mục này.

u) Người giám hộ

Là người được pháp luật quy định hoặc được cử để thực hiện việc chăm sóc và bảo vệ quyền, lợi ích hợp pháp của **người được bảo hiểm** chưa thành niên.

v) Cơ sở y tế

Là cơ sở được cấp phép như bệnh viện, phòng khám, trung tâm chuyên khoa đáp ứng được tất cả các yêu cầu sau:

- Chức năng trước tiên là tiếp nhận, chăm sóc và **điều trị** người bệnh đau ốm, thương tổn;
- Cung cấp dịch vụ y tá chăm sóc hai mươi bốn (24) giờ trong ngày;
- Có tối thiểu một nhân viên là **bác sĩ chuyên môn** có giấy phép hành nghề phù hợp trực khám chữa bệnh bất kỳ thời điểm nào;
- Có đầy đủ trang thiết bị phục vụ chẩn đoán và phẫu thuật cơ bản;
- Không phải là trung tâm điều dưỡng, nhà nghỉ, an dưỡng tại nhà, viện dưỡng lão, trung tâm **điều trị** lạm dụng chất gây nghiện, cai nghiện cho người nghiện rượu hay ma túy. .

w) Bác sĩ độc lập

Là một bên thứ ba do **chủ hợp đồng** và **PJICO** thống nhất chỉ định khi có sự khác biệt giữa ý kiến của **bác sĩ điều trị** và **cố vấn y tế** của **PJICO** để tư vấn và cung cấp báo cáo y tế trong việc giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm hoặc kiểm tra sức khỏe của **người được bảo hiểm**.

x) Điều trị nội trú

Là việc **điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm** tại **cơ sở y tế** mà **người được bảo hiểm** phải nằm viện qua đêm, loại trừ tất cả các hình thức **điều trị thay thế** và các loại thuốc y học cổ truyền.

y) Người được bảo hiểm

Là những người được mua bảo hiểm, có quyền lợi có thể được bảo hiểm, hoặc có mối liên hệ với **chủ hợp đồng**, làm phát sinh quyền lợi có thể được bảo hiểm và có tên trong phụ lục bảo hiểm. **Người được bảo hiểm** có thể bao gồm cả **chủ hợp đồng**.

z) Phòng chăm sóc đặc biệt

Là khu vực chăm sóc đặc biệt của **bệnh viện**, thực hiện **điều trị** tích cực 24/24 giờ các bệnh nhân trong tình trạng nguy kịch, được trang bị đầy đủ để cung cấp dịch vụ điều dưỡng và chăm sóc y tế đặc biệt không có ở những khu vực khác trong bệnh viện.

aa) Suốt đời

Là khoảng thời gian mà **người được bảo hiểm** còn sống. Khái niệm này độc lập với thời hạn của **hợp đồng bảo hiểm**.

bb) Cố vấn y tế

Là đội ngũ bác sĩ của **PJICO** và **nhà cung cấp dịch vụ** để thực hiện việc tư vấn về y tế và đưa ra ý kiến cần thiết hỗ trợ **PJICO** trong việc giải quyết quyền lợi cho **người được bảo hiểm**.

cc) Tình trạng y tế

Là thương tổn, ốm đau, bệnh tật thuộc phạm vi được bảo hiểm theo **hợp đồng** này.

dd) Bác sĩ

Là người có bằng cấp chính là thực hành **điều trị** Tây y và phẫu thuật sau khi theo học tại một trường y tế được công nhận và được cấp giấy phép bởi cơ quan có thẩm quyền tại nơi thực hiện **điều trị**.

“Trường y tế được công nhận” có nghĩa là “một trường y khoa được liệt kê trong danh mục AVICENNA, hợp tác với Tổ chức Y tế Thế giới và Liên hiệp Giáo dục Y tế Thế giới”.

Bác sĩ không phải là **người được bảo hiểm** hoặc bố mẹ, bố mẹ vợ/chồng, anh chị em, anh chị em dâu rể, vợ chồng, con cái của **người được bảo hiểm** hoặc **chủ hợp đồng**.

ee) Sự cần thiết về mặt y tế

Là việc **điều trị**, xét nghiệm, cấp thuốc hoặc lưu viện thuộc phạm vi bảo hiểm do bác sĩ chỉ định, phù hợp và nhất quán theo chẩn đoán của bác sĩ và theo đúng các tiêu chuẩn y tế được chấp nhận rộng rãi mà không làm tổn hại tới tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm hay chất lượng khám chữa bệnh.

ff) Y tá

Là y tá hoặc điều dưỡng có trình độ đã đăng ký hành nghề tại nơi **điều trị**.

gg) Điều trị ngoại trú

Là việc **điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm** do bác sĩ tiến hành tại **cơ sở y tế** (phòng khám ngoại trú, phòng khám bác sĩ hoặc bệnh viện) nơi **người được bảo hiểm** không **điều trị** qua đêm. Để tránh nhầm lẫn, điều trị ngoại trú không bao gồm tất cả các hình thức **điều trị thay thế**.

hh) Ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm

Dùng để chỉ một trong các quốc gia sau đây, như được quy định tại **chương trình bảo hiểm** của người được bảo hiểm trong **giấy chứng nhận bảo hiểm** và/hoặc **bản sửa đổi bổ sung**:

- **Châu Á**: Afghanistan, Bangladesh, Bhutan, Brunei, Campuchia, Trung Quốc, Hồng Kông, Ấn Độ, Indonesia, Nhật Bản, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Lào, Ma Cao, Malaysia, Maldives, Mông Cổ, Myanmar, Nepal, Bắc Triều Tiên, Pakistan, Philippines, Singapore, Hàn Quốc, Sri Lanka, Đài Loan, Tajikistan, Thái Lan, Đông Timor, Turkmenistan, Uzbekistan, Việt Nam
- **Đông Nam Á**: Brunei, Campuchia, Indonesia, Lào, Malaysia, Myanmar, Philippines, Thái Lan, Việt Nam, Đông Timor, Singapore
- **Toàn cầu ngoại trừ Mỹ**: toàn thế giới ngoại trừ Mỹ
- **Toàn cầu**: toàn thế giới.

ii) Chuyên gia vật lý trị liệu

Là người được cấp phép hành nghề **chuyên gia vật lý trị liệu** tại quốc gia nơi tiến hành dịch vụ **điều trị**. **Chuyên gia vật lý trị liệu** không phải là **người được bảo hiểm** hoặc bố mẹ, bố mẹ vợ/chồng, anh chị em, anh chị em dâu rể, vợ chồng, con cái của **người được bảo hiểm** hoặc **chủ hợp đồng**.

jj) Chương trình bảo hiểm

Là **chương trình** Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Quốc tế **PJICO** (Care Plus) được quy định chi tiết trong **giấy chứng nhận bảo hiểm**.

kk) Hợp đồng bảo hiểm

Là thỏa thuận ký giữa **chủ hợp đồng** và **PJICO**. Toàn bộ điều kiện điều khoản được đề cập trong các tài liệu sau đây sẽ được gửi cho khách hàng theo trình tự:

- **Giấy yêu cầu bảo hiểm** đã được khách hàng/người mua bảo hiểm/**chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** điền đầy đủ thông tin
- Điều kiện, điều khoản và **bảng quyền lợi bảo hiểm** tương ứng với chương trình của **người được bảo hiểm**
- **Giấy chứng nhận bảo hiểm**
- **Sửa đổi bổ sung**

Những thay đổi về điều kiện điều khoản này phải được **PJICO** xác nhận bằng **văn bản**.

ll) Ngày tái tục hợp đồng

Là thời điểm cùng ngày và tháng ở năm tiếp theo tính từ **ngày hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực** hoặc ngày tái tục hợp đồng gần đây nhất.

mm) Ngày hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực

Là ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm như đã nêu tại **giấy chứng nhận bảo hiểm**.

nn) Chủ hợp đồng/Bên mua bảo hiểm

Là người được ghi tên trong **giấy chứng nhận bảo hiểm**, người thực hiện **hợp đồng bảo hiểm**, người chịu trách nhiệm thanh toán **phí bảo hiểm** và người thực thi các quyền và nghĩa vụ được đề cập trong **hợp đồng bảo hiểm**.

oo) Giấy chứng nhận bảo hiểm

Là văn bản mới nhất được **PJICO** cấp cho chủ hợp đồng, là một phần của thỏa thuận giữa **PJICO** và **chủ hợp đồng**, cho phép **chủ hợp đồng** được công nhận là **chủ hợp đồng bảo hiểm**. **GCNBH** là bằng chứng giao kết hợp đồng bảo hiểm giữa **PJICO** và **chủ hợp đồng**, **GCNBH** ghi tên **người được bảo hiểm**, **chương trình bảo hiểm** và hiệu lực bảo hiểm.

pp) Loại tiền tệ của hợp đồng

Là loại tiền tệ dùng để thanh toán phí bảo hiểm và chi trả quyền lợi cho **người được bảo hiểm** được tính bằng Đồng Việt Nam (VND). Trường hợp thanh toán bằng ngoại tệ khác thực hiện theo quy định về quản lý ngoại hối của Việt Nam.

qq) Năm hợp đồng bảo hiểm

Dùng để chỉ mỗi kỳ bảo hiểm trong **hợp đồng**, được quy định trong **giấy chứng nhận bảo hiểm** hoặc **sửa đổi bổ sung**.

rr) Tình trạng có sẵn

Là bất kỳ **tình trạng y tế** có trước **ngày hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực** hoặc ngày cập nhật **chương trình bảo hiểm**, tùy theo ngày nào muộn hơn và:

- **Người được bảo hiểm** đã được chẩn đoán mắc phải; hoặc
- Vì bệnh này, **người được bảo hiểm** đã có đơn thuốc, hội chẩn hoặc **điều trị**; hoặc
- **Chủ hợp đồng** và/hoặc **người được bảo hiểm** đã biết về nó theo ý kiến của bác sỹ độc lập; hoặc,
- **Người được bảo hiểm** đã xuất hiện những triệu chứng bất kể đã có tư vấn của **bác sỹ** hay không.

ss) Phí bảo hiểm

Là khoản tiền theo thỏa thuận tại **hợp đồng bảo hiểm/GCNBH/sửa đổi bổ sung**/thông báo thu phí mà **chủ hợp đồng** phải đóng cho **PJICO** để đảm bảo **hợp đồng bảo hiểm** có hiệu lực.

tt) Đơn thuốc

Nghĩa là các loại thuốc và băng gạc cho điều trị ngoại trú được **bác sỹ** kê đơn để **điều trị** một **bệnh** được bảo hiểm theo **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**. Để tránh sự hiểu lầm, đơn

thuốc sẽ không bao gồm vitamin, thuốc bổ và thực phẩm chức năng, các loại thuốc không cần kê đơn, các loại thảo dược hoặc thuốc đông y cho dù những loại đó được **bác sỹ** kê đơn.

uu) Quốc gia cư trú chính

Dùng để chỉ quốc gia nơi **người được bảo hiểm** sinh sống hoặc dự định sinh sống phần lớn trong **năm**, từ một trăm tám mươi lăm (185) ngày trở lên, được nêu trong phần địa chỉ hoặc nơi thường trú của **người được bảo hiểm** trong **giấy yêu cầu bảo hiểm**.

vv) Hợp lý và hợp lệ (R&C)

Dùng để chỉ chi phí chăm sóc y tế được xem xét là thông thường và hợp lý trong phạm vi, không vượt quá mức phí chung được những đơn vị khác trong khu vực đưa ra khi phát sinh chi phí cho dịch vụ **điều trị** tương tự hoặc tương đương. Việc xem xét dựa trên chứng từ y tế do **PJICO**, **cố vấn y tế** của **PJICO** hoặc **bác sỹ độc lập** thực hiện.

Khi so sánh dịch vụ **điều trị**, **PJICO** sẽ tính đến sự phức tạp của các thủ tục và tiêu chuẩn của các cơ sở y tế nơi tiến hành **điều trị**. Nếu cần thiết, **PJICO** có thể trì hoãn việc trả tiền bồi thường cho đến khi có đủ cơ sở cho thấy những yêu cầu bồi thường này là phù hợp nhưng **PJICO** sẽ không trì hoãn việc thanh toán **điều trị** một cách vô lý.

Nếu chi phí cao hơn thông thường, **PJICO** sẽ chỉ thanh toán khoản tiền hợp lý và hợp lệ và **chủ hợp đồng** sẽ phải thanh toán phần còn lại. Trong trường hợp đó, **PJICO** sẽ xác định các chi phí thông thường dựa trên báo giá các dịch vụ y tế tương đương của các **cơ sở y tế** có cùng điều kiện cơ sở vật chất và bác sỹ có trình độ tương đương.

ww) Danh mục phẫu thuật

Là những tài liệu, chứng từ liệt kê danh sách các loại **phẫu thuật** theo quy định của ngành y tế tại nước tiến hành điều trị mà **PJICO** sẽ chi trả bảo hiểm và phân loại chúng theo độ phức tạp. Vui lòng liên hệ với đội ngũ **Dịch vụ Khách hàng/Bảo lãnh viện phí** và **Tư vấn bồi thường** của **PJICO** để biết thêm thông tin.

xx) Nhà cung cấp dịch vụ

Là các bên thứ ba mà **PJICO** thuê thực hiện bồi thường, cung cấp dịch vụ vận chuyển y tế và hồi hương hoặc các đơn vị khác mà **PJICO** thuê ngoài để hỗ trợ thực hiện các điều khoản của **hợp đồng bảo hiểm** này.

yy) Phẫu thuật

Dùng để chỉ phẫu thuật hoặc mổ nội soi khác được liệt kê trong **danh mục phẫu thuật**.

zz) Bệnh giai đoạn cuối

Là chẩn đoán kết luận của một **tình trạng y tế** dự kiến sẽ dẫn đến tử vong của **người được bảo hiểm** trong vòng mười hai (12) tháng. Chẩn đoán này phải được một bác sỹ chuyên khoa kết luận và được **cố vấn y tế** của **PJICO** xác nhận. Bệnh giai đoạn cuối không bao gồm HIV.

aaa) Hành động khủng bố

Dùng để chỉ việc sử dụng bạo lực của một cá nhân khủng bố hay một nhóm khủng bố để ép buộc hoặc đe dọa làm hại người dân để đạt được một mục đích chính trị, quân sự, xã hội hay tôn giáo. Khủng bố cũng bao gồm bất kỳ hành động nào được Chính phủ có liên quan xác nhận hoặc công nhận là một hành động khủng bố.

bbb) Điều trị

Là những **phẫu thuật** hoặc các quy trình y tế được thực hiện bởi một **bác sỹ** cho một **tình trạng y tế** hợp lệ và có thể bao gồm:

- **thủ tục chẩn đoán/ khám & điều trị;**
- **điều trị nội trú;**
- **điều trị trong ngày;**
- **điều trị ngoại trú.**

Tất cả các **điều trị** nêu trên sẽ tuân theo các quyền lợi được hưởng trong bảng quyền lợi đính kèm **giấy chứng nhận bảo hiểm**.

ccc) Một lần khám

Dùng để chỉ từng lần tách biệt mà **người được bảo hiểm** đến gặp **bác sỹ** và được tư vấn hoặc **điều trị** cho một **tình trạng y tế** thuộc phạm vi bảo hiểm.

ddd) Thời gian chờ

Là khoảng thời gian mà quyền lợi bảo hiểm sẽ không được chi trả. Vui lòng tham khảo **bảng quyền lợi bảo hiểm** và/hoặc **giấy chứng nhận bảo hiểm** áp dụng cho **hợp đồng bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**.

eee) PJICO/chúng tôi

Dùng để chỉ Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm PETROLIMEX ('PJICO'), là doanh nghiệp bảo hiểm phát hành **hợp đồng** của **người được bảo hiểm**.

fff) Văn bản

Liên hệ hoặc thư từ giữa **chủ hợp đồng** và **PJICO** có thể bằng văn bản hoặc email.

ggg) Năm bảo hiểm

Đề cập đến mười hai tháng kể từ khi **hợp đồng bảo hiểm** bắt đầu hoặc là thời điểm tái tục gần nhất, trừ khi có thỏa thuận khác.

hhh) Hạn mức bảo hiểm tối đa năm

Là tổng số tiền tối đa được quy định trong **bảng quyền lợi** áp dụng cho **chương trình bảo hiểm** của bạn mà **PJICO** sẽ phải trả trong **năm bảo hiểm**

PHẦN 4 – PHẠM VI BẢO HIỂM

4.1. Những chi phí được bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm này chi trả cho **người được bảo hiểm** khi phát sinh những chi phí **điều trị** cần thiết về mặt y tế và thuộc phạm vi bảo hiểm do bác sỹ tiến hành. **PJICO** sẽ chỉ thanh toán cho:

- (a) Những chi phí thực tế phát sinh cho những quyền lợi đến giới hạn tối đa được liệt kê trong **bảng quyền lợi** tương ứng với **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**. Lưu ý: Nếu **người được bảo hiểm** phát sinh những chi phí vượt quá giới hạn thì **chủ hợp đồng** hoặc **người được bảo hiểm** đó sẽ phải trả phần chênh lệch;
- (b) Các chi phí được thực hiện bởi các **bác sỹ**, phòng xét nghiệm hoặc các dịch vụ y tế **hợp lý và hợp lệ** khác. Nếu những chi phí được thực hiện bởi **bác sỹ chuyên khoa**, xét nghiệm hoặc các dịch vụ y tế khác cao hơn mức **hợp lý và hợp lệ** thì **PJICO** sẽ chỉ thanh toán cho phần **hợp lý và hợp lệ**; và **chủ hợp đồng** hoặc **người được bảo hiểm** sẽ phải thanh toán cho phần còn lại;
- (c) Những chi phí không bị loại trừ bởi những điều khoản của **hợp đồng bảo hiểm** này;
- (d) Những chi phí phát sinh trong một giai đoạn mà **phí bảo hiểm** của giai đoạn đó đã được thanh toán;
- (e) Việc **điều trị** cho những **tình trạng y tế** có sẵn từ trước và đã thông báo cho **PJICO** trước ngày bắt đầu của **chương trình bảo hiểm** này hoặc được chấp nhận bảo hiểm trong **chương trình của người được bảo hiểm**, trừ khi việc **điều trị** này liên quan tới **tình trạng y tế có sẵn** đã bị loại trừ hoặc tuân theo một **thời gian chờ** trong hợp đồng với **PJICO** hay bất kỳ nhà bảo hiểm nào khác, và sự loại trừ hoặc **thời gian chờ** này chưa hết hạn. Để tránh nhầm lẫn, loại trừ và giới hạn đối với **tình trạng có sẵn** sẽ áp dụng cho tất cả các quyền lợi của mỗi **người được bảo hiểm** trừ khi được quy định khác đi.

4.2. Quyền lợi của chương trình bảo hiểm

Khi áp dụng mức khấu trừ năm và đồng chi trả, PJICO sẽ trừ khoản mức khấu trừ năm trước và sau đó áp dụng đồng chi trả đối với phần quyền lợi còn lại.

Vui lòng đối chiếu với **bảng quyền lợi** để biết thêm thông tin về phạm vi bảo hiểm, các mức quyền lợi và thời gian chờ cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm.

Quyền lợi	Diễn giải
Tổng giới hạn tối đa năm	PJICO sẽ chi trả trong phạm vi hạn mức tối đa năm quy định cho mỗi người được bảo hiểm trong năm bảo hiểm. Mọi quyền lợi đã được thanh toán trong năm bảo hiểm sẽ được tính vào tổng hạn mức tối đa. Quyền lợi bảo hiểm sẽ không mở rộng vượt quá phạm vi địa lý được bảo hiểm đã nêu trong chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm, trừ khi người đó đủ điều kiện cho quyền lợi “ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm”
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Là phạm vi địa lý mà mỗi người được bảo hiểm có thể chọn để được điều trị. Phạm vi này được chọn tại thời điểm nộp giấy yêu cầu bảo hiểm.
Ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm	<p>a) Quyền lợi này bảo hiểm cho việc điều trị cấp cứu khẩn cấp xảy ra bất ngờ khi người được bảo hiểm đang ở bên ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm tới mức giới hạn số tiền và giới hạn địa lý được nêu trong bảng quyền lợi, tương ứng với chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm đó. Tổng số ngày mà người được bảo hiểm ở bên ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm không được vượt quá giới hạn số ngày được nêu trong bảng quyền lợi tương ứng với chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm đó.</p> <p>b) Số ngày cho quyền lợi “Ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm” bao gồm cả số ngày điều trị. Nếu người được bảo hiểm đủ điều kiện được hưởng quyền lợi này, PJICO sẽ thanh toán cho việc điều trị cần thiết tối đa tới số ngày được quy định trong bảng quyền lợi của người được bảo hiểm đó kể từ ngày điều trị đầu tiên.</p> <p>c) PJICO sẽ tham khảo ý kiến của bác sỹ điều trị, cố vấn y tế và trong trường hợp cần thiết có thể trưng cầu ý kiến bác sỹ độc lập để quyết định yếu tố nào cấu thành nên việc điều trị cấp cứu.</p>

	<p>d) Các quyền lợi của dịch vụ vận chuyển y tế của PJICO sẽ được áp dụng cho người được bảo hiểm trong các trường hợp người được bảo hiểm đang nằm viện do bị thương hoặc bị bệnh đột xuất và cần đến dịch vụ vận chuyển y tế. Vui lòng tham khảo phần 4.2.4 để biết thêm chi tiết.</p> <p>e) Quyền lợi này không bảo hiểm cho việc điều trị cho bất kỳ tình trạng y tế nào nếu người được bảo hiểm đi ra ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm với mục đích điều trị (cho dù đó có phải mục đích duy nhất hay không). Quyền lợi này cũng không bảo hiểm cho việc điều trị đã được biết từ trước hoặc đáng lẽ ra phải được biết từ trước chuyển đi.</p> <p>f) Quyền lợi này không chi trả cho thai sản và sinh đẻ trong bất kỳ tình huống nào.</p> <p>g) Khi cố vấn y tế của PJICO và bác sĩ điều trị cùng xác định một tình trạng y tế cấp cứu đã ổn định hoặc tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm cho phép người đó trở lại phạm vi địa lý được bảo hiểm, thì PJICO sẽ dừng thanh toán cho việc điều trị cấp cứu.</p> <p>h) Lưu ý rằng tất cả những điều khoản, điều kiện, giới hạn và loại trừ của hợp đồng bảo hiểm cũng áp dụng cho quyền lợi này.</p>
<p>Mức khấu trừ năm</p>	<p>Nếu mức khấu trừ năm áp dụng đối với chương trình bảo hiểm được ghi rõ trong giấy chứng nhận bảo hiểm của người được bảo hiểm, người cung cấp dịch vụ điều trị cho người được bảo hiểm đó (trường hợp bảo lãnh viện phí) sẽ thu mức khấu trừ năm này (thông qua phát hành hóa đơn trực tiếp cho người được bảo hiểm) hoặc sẽ được khấu trừ vào bất kỳ khoản bồi thường nào mà PJICO thanh toán cho chủ hợp đồng.</p> <p>Mức khấu trừ năm áp dụng cho tất cả các quyền lợi trừ khi có quy định khác trong giấy chứng nhận bảo hiểm.</p>

4.2.1. Điều trị nội trú và điều trị trong ngày – Thông tin chung

Đề nghị tham khảo **bảng quyền lợi** để biết thêm thông tin về phạm vi bảo hiểm, mức bảo hiểm và **thời gian chờ** áp dụng cho **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**.

Tham khảo thêm Phần 7 – “Loại trừ và giới hạn” để biết thêm thông tin về những loại trừ và giới hạn được áp dụng.

Lưu ý: Đối với tất cả trường hợp nhập viện không phải cấp cứu, PJICO khuyến chủ hợp đồng/người được bảo hiểm xin giấy chấp nhận trước bằng văn bản của PJICO trước khi nhập viện. Điều này giúp cho chủ hợp đồng/người được bảo hiểm tránh khỏi những chi phí không mong muốn.

Đối với đề nghị bảo lãnh viện phí cho việc **điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm**, PJICO sẽ gửi cho nhà cung cấp dịch vụ xác nhận đồng ý số tiền **hợp lý và hợp lệ** cho việc **điều trị** đó. Vui lòng xem Phần 8 “Cần phải làm gì để đạt được lợi ích tốt nhất”

Quyền lợi	Diễn giải
Tiền phòng/ngày	<p>Theo những giới hạn trong bảng quyền lợi cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm, khi người được bảo hiểm được xác nhận là điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày cho một tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm, PJICO sẽ thanh toán chi phí tiền phòng của người được bảo hiểm đó đến giới hạn loại phòng hoặc mức số tiền giới hạn được nêu trong bảng quyền lợi áp dụng cho người được bảo hiểm đó.</p> <p>Bất cứ nơi nào mà người được bảo hiểm điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày, nếu bệnh viện có nhiều loại phòng mà người được bảo hiểm được quyền sử dụng, PJICO sẽ chỉ thanh toán cho chi phí phòng tiêu chuẩn. Điều này tương đương với phòng có giá thấp nhất được cung cấp bởi bệnh viện cho loại phòng đó.</p> <p>Nếu người được bảo hiểm điều trị tại phòng đắt hơn phòng tiêu chuẩn được nêu trong bảng quyền lợi áp dụng cho người được bảo hiểm, thì người được bảo hiểm đó sẽ phải thanh toán cho phần chênh lệch tiền phòng. Nếu do việc nâng cấp phòng làm phát sinh bất kỳ phần phụ trội nào của các chi phí y tế khác thì chủ hợp đồng hoặc người được bảo hiểm sẽ phải thanh toán cho phần phụ trội này. Vui lòng kiểm tra với PJICO trước khi nhập viện để tránh phải tự thanh toán các chi phí không cần thiết.</p>
Viện phí	PJICO sẽ chi trả các khoản viện phí cho việc điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm kể từ lúc nhập viện tới lúc xuất viện như sau:

	<ul style="list-style-type: none"> • Khám bệnh • Phẫu thuật • Phí phòng mổ • Y tá chăm sóc, thuốc và bông băng • Chi phí cho phẫu thuật viên và bác sỹ gây mê • Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt • Tư vấn và vật lý trị liệu cho việc điều trị liên quan trực tiếp tới tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm. • Xạ trị và/hoặc hoá trị • Chụp cắt lớp bằng vi tính, hình ảnh cộng hưởng từ, X-quang và các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh tương tự đã được kiểm chứng. • Điều dưỡng đặc biệt tại bệnh viện
Cấy ghép nội tạng	<p>PJICO sẽ thanh toán cho việc cấy ghép thận, tim, gan, phổi hoặc tụy, xương do nguyên nhân từ một tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm và những bộ phận này được cung cấp từ người có quan hệ huyết thống (bao gồm cha mẹ, cha mẹ vợ chồng, anh chị em, anh chị em dâu rể, vợ chồng con cái) của người được bảo hiểm hoặc nguồn hiến tặng được chứng nhận và xác minh. Hợp đồng bảo hiểm không bảo hiểm cho chi phí để có được bộ phận đó (chẳng hạn như chi phí vận chuyển, chi phí bảo quản) hoặc bất kỳ chi phí nào khác phát sinh liên quan đến/do việc hiến tặng.</p>
Phẫu thuật chỉnh hình	<p>PJICO sẽ thanh toán cho chi phí phẫu thuật chỉnh hình lần đầu với điều kiện việc phẫu thuật đó là cần thiết về mặt y tế và thỏa mãn những điều sau:</p> <p>(i) Phẫu thuật đó được tiến hành để phục hồi chức năng cho một tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm sau một tai nạn hoặc phẫu thuật, với điều kiện người được bảo hiểm đã được bảo hiểm bởi hợp đồng bảo hiểm này trước khi tai nạn xảy ra hoặc phẫu thuật được tiến hành, và:</p> <p>(ii) Việc tiến hành phẫu thuật chỉnh hình phải thích hợp về mặt y tế sau tai nạn hoặc phẫu thuật; và</p> <p>(iii) PJICO đồng ý với các chi phí điều trị đó bằng văn bản trước khi việc phẫu thuật chỉnh hình được thực hiện.</p>
Phẫu thuật cấy ghép	<p>PJICO sẽ thanh toán cho các thiết bị y tế được phẫu thuật cấy ghép vào cơ thể như một phần của quá trình điều trị (loại trừ các cấy ghép nha khoa).</p>

<p>Chi phí phòng cho thân nhân</p>	<p><u>Đối với chương trình A1, A2, B1, B2, C1 và C2</u></p> <p>PJICO sẽ thanh toán tới giới hạn số tiền được ghi trong bảng quyền lợi áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm, mục “Chi phí phòng cho thân nhân” khi người đó hoặc ở trong cùng phòng bệnh viện với người được bảo hiểm hoặc tại khách sạn/nhà nghỉ gần bệnh viện thuộc phạm vi địa lý được bảo hiểm nơi người được bảo hiểm điều trị đang điều trị nội trú. Số tiền này được trả từ quyền lợi của người được bảo hiểm đó.</p> <p><u>Đối với chương trình D1 và D2</u></p> <p>PJICO sẽ chi trả chi phí phòng cho thân nhân ở cùng phòng với người được bảo hiểm tại bệnh viện trong phạm vi địa lý được bảo hiểm nơi người được bảo hiểm đó đang điều trị nội trú. Số tiền này được trả từ quyền lợi của người được bảo hiểm đó.</p>
<p>Trợ cấp tiền mặt cho mỗi đêm</p>	<p>PJICO sẽ chi trả tối đa tới số tiền và số ngày (nếu có) được ghi trong bảng quyền lợi, áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm khi người đó đang điều trị nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm trong phạm vi địa lý được bảo hiểm, với điều kiện PJICO không chịu bất kỳ chi phí nào cho việc nhập viện điều trị nội trú này.</p> <p>Quyền lợi “Trợ cấp tiền mặt” chỉ có thể được chi trả khi không có quyền lợi điều trị nội trú nào được yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm này.</p>
<p>Điều trị nội trú cho HIV/AIDS</p> <p><i>(Áp dụng cho các chương trình A1, A2, B1, B2, C1, C2)</i></p>	<p>Quyền lợi này được áp dụng khi những dấu hiệu hoặc triệu chứng HIV/AIDS xuất hiện lần đầu sau khi người được bảo hiểm đã được bảo hiểm liên tục theo cùng một chương trình bảo hiểm của PJICO và đã đủ thời gian chờ 48 tháng.</p> <p>PJICO sẽ chi trả chi phí cho những yêu cầu trả tiền bảo hiểm hợp lệ tới mức giới hạn áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm đối với điều trị nội trú cho HIV/AIDS là hậu quả của tai nạn nghề nghiệp hoặc truyền máu, nếu thỏa mãn những điều kiện sau đây:</p> <p>(a) <u>Nhiễm HIV do truyền máu, nếu thỏa mãn các điều kiện sau:</u></p> <p>(i) Việc truyền máu là cần thiết về mặt y tế hoặc được chỉ định là một phần của việc điều trị y tế;</p>

	<p>(ii) Việc truyền máu xảy ra sau khi người được bảo hiểm đó đã được bảo hiểm bởi hợp đồng bảo hiểm này;</p> <p>(iii) Nguồn gốc của việc lây nhiễm xuất phát từ bệnh viện và bệnh viện có khả năng truy dấu vết nguồn gốc của máu bị nhiễm HIV; và</p> <p>(iv) Người được bảo hiểm không bị bệnh thiếu máu miền biển (còn gọi là bệnh tan máu bẩm sinh/bệnh thalassaemia) hoặc bệnh rối loạn đông máu di truyền (bệnh ưa chảy máu/bệnh haemophilia).</p> <p>(b) <u>Lây nhiễm HIV là hậu quả của tai nạn xảy ra sau khi người được bảo hiểm được bảo hiểm theo đơn bảo hiểm này, trong khi người được bảo hiểm đang tiến hành công việc chuyên môn bình thường theo đúng nghề nghiệp của người đó tại quốc gia cư trú chính, với điều kiện thỏa mãn các yêu cầu sau:</u></p> <p>(i) Bảng chứng của vụ tai nạn dẫn tới lây nhiễm phải được báo cáo cho PJICO trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn;</p> <p>(ii) Bảng chứng cho thấy tai nạn liên quan đến các nguồn của chất lỏng bị nhiễm HIV được xác định;</p> <p>(iv) Bảng chứng cho thấy huyết thanh chuyển từ HIV âm tính sang HIV dương tính xảy ra trong vòng một trăm tám mươi (180) ngày sau khi tai nạn được ghi nhận. Bảng chứng này phải bao gồm xét nghiệm kháng thể HIV âm tính được thực hiện trong vòng 5 ngày kể từ tai nạn.</p> <p>(v)</p>
<p>Trợ cấp bệnh viện công</p>	<p>PJICO sẽ chi trả tới số tiền được ghi trong bảng quyền lợi áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm khi người được bảo hiểm đó điều trị nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm tại khu điều trị công tại một bệnh viện công ở Việt Nam. Nếu đã hưởng quyền lợi này, chi phí tiền phòng sẽ không được thanh toán.</p> <p>Quyền lợi này sẽ không được áp dụng nếu người được bảo hiểm được hưởng Quyền lợi “Trợ cấp tiền mặt” cho thời gian điều trị nội trú của họ.</p> <p>Khi hợp đồng bảo hiểm có mức khấu trừ năm, người được bảo hiểm phải tự chịu mức mức khấu trừ năm theo hợp đồng bảo hiểm trước khi được chi</p>

	trả quyền lợi này cho điều trị nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm.
<i>Điều trị trước nhập viện và sau khi xuất viện</i>	
Điều trị trước khi nhập viện	Trong phạm vi giới hạn được ghi trong bảng quyền lợi của chương trình bảo hiểm, PJICO sẽ chi thanh toán cho một (1) lần khám chữa bệnh, xét nghiệm và thuốc cần thiết theo chỉ định của bác sĩ tương đương với một lần điều trị ngoại trú trong vòng chín mươi (90) ngày trước khi nhập viện, với điều kiện điều trị nội trú là kết quả trực tiếp của lần khám ngoại trú này và đủ điều kiện được bảo hiểm trong chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm .
Điều trị sau khi xuất viện	Trong phạm vi giới hạn được ghi trong bảng quyền lợi của chương trình bảo hiểm, PJICO sẽ chi thanh toán cho tái khám và điều trị ngoại trú sau một điều trị nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc phẫu thuật trong ngày, khi những chẩn đoán này được tiến hành bởi bác sĩ điều trị nội trú hoặc một bác sĩ chuyên khoa được chỉ định; với điều kiện việc khám và điều trị này diễn ra trong vòng chín mươi (90) ngày ngay sau khi xuất viện tại chính bệnh viện mà người được bảo hiểm đã điều trị nội trú hoặc phẫu thuật.

4.2.2. Điều trị ngoại trú – Thông tin chung

Tùy thuộc vào quyền lợi của **người được bảo hiểm** và giới hạn được nêu trong **bảng quyền lợi** trong **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm, người được bảo hiểm** sẽ được bảo hiểm cho những trường hợp sau:

- Chi phí khám bệnh/tư vấn của **bác sĩ**,
- **Khám chữa bệnh**,
- **Đơn thuốc** (lưu ý bất kỳ thuốc dùng trên ba mươi (30) ngày phải được sự đồng ý của **PJICO**),
- Dịch vụ chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp phát xạ positron và quét đáng đi khi khám bệnh ngoại trú (khuyến khích khách hàng yêu cầu ý kiến chấp thuận trước của **PJICO**),
- Dịch vụ xạ trị và/hoặc hóa trị khi khám bệnh ngoại trú,
- Lọc máu thận khi khám bệnh ngoại trú,
- **Phẫu thuật** ngoại trú.

*Lý do **PJICO** đề nghị chấp thuận trước cho việc **điều trị** đã lên kế hoạch nhằm bảo vệ **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** tránh khỏi những chi phí không đáng có.*

Vui lòng tham khảo **bảng quyền lợi** để biết thêm thông tin về phạm vi bảo hiểm, mức quyền lợi và **thời gian chờ** cho **chương trình bảo hiểm**.

Quyền lợi	Diễn giải
Cấp cứu ngoại trú do tai nạn	PJICO sẽ thanh toán cho điều trị ngoại trú khẩn cấp (trong vòng hai mươi bốn (24) giờ) sau chấn thương do tai nạn , với điều kiện người được bảo hiểm được bảo hiểm bởi đơn này trước khi tai nạn xảy ra. Điều trị tiếp theo cho thương tổn đó sẽ được bảo hiểm tiếp tục đến tối đa ba mươi (30) ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn .
Xạ trị và/hoặc hóa trị	PJICO sẽ thanh toán cho xạ trị và/hoặc hóa trị liệu là một phần của điều trị ngoại trú thuộc phạm vi bảo hiểm tại một cơ sở y tế đã đăng ký.
Chạy thận nhân tạo	PJICO sẽ thanh toán cho chi phí chạy thận nhân tạo là một phần của điều trị ngoại trú thuộc phạm vi bảo hiểm tại một cơ sở y tế đã đăng ký.
Phẫu thuật ngoại trú	PJICO sẽ thanh toán cho bất kỳ phẫu thuật thuộc phạm vi bảo hiểm nào là một phần của một điều trị ngoại trú bao gồm một (1) lần khám trước phẫu thuật trong vòng chín mươi (90) ngày trước ngày tiến hành phẫu thuật và một (1) lần khám sau phẫu thuật trong vòng chín mươi (90) ngày kể từ ngày tiến hành phẫu thuật .
Khám ban đầu và khám chuyên sâu <i>(Chỉ áp dụng cho chương trình A1, A2, B1 và B2)</i>	Trong phạm vi giới hạn của bảng quyền lợi thuộc chương trình bảo hiểm cho người được bảo hiểm , chúng tôi sẽ thanh toán cho lần khám bệnh của người được bảo hiểm với bất cứ bác sỹ nào để điều trị tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm . Chúng tôi sẽ thanh toán cho việc khám bệnh, kê đơn của bác sỹ, kê đơn và xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh. Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh chỉ bao gồm xét nghiệm, X-quang và siêu âm. Chẩn đoán thứ hai cho cùng một tình trạng y tế : khuyến khích yêu cầu sự chấp thuận trước của chúng tôi Chẩn đoán tiếp theo và các chỉ định liên quan cho cùng một tình trạng y tế : bắt buộc phải có sự chấp thuận trước của chúng tôi
Chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp phát xạ positron và quét đáng đi	<u><i>Đối với Chương trình A1, A2, B1 và B2</i></u> Trong phạm vi giới hạn trong bảng quyền lợi thuộc chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm , PJICO sẽ thanh toán cho chi phí chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp phát xạ positron, và quét đáng đi bao gồm trong một điều trị ngoại trú thuộc phạm vi bảo hiểm.

	<p><u>Đối với Chương trình C1, C2, D1 và D2</u></p> <p>Trong phạm vi giới hạn trong bảng quyền lợi thuộc chương trình bảo hiểm cho người được bảo hiểm, quyền lợi này sẽ được thanh toán nếu nó là một phần của phương pháp điều trị trước và/hoặc sau nhập viện đối với điều trị nội trú hay phẫu thuật trong ngày thuộc phạm vi bảo hiểm. Vì vậy việc thanh toán tuân thủ theo giới hạn, điều khoản và điều kiện của các quy định 'điều trị trước khi nhập viện và/hoặc quyền lợi "điều trị sau xuất viện' tương ứng.</p>
<p>Liệu pháp hormone thay thế (HRT)</p>	<p><u>Đối với Chương trình A1, A2, và B1</u></p> <p>PJICO sẽ thanh toán cho chi phí tư vấn và các chi phí của các mô cấy (implant), thuốc tiêm, bông băng hay thuốc viên khi liệu pháp này được chỉ định y khoa và là kết quả từ một sự can thiệp y tế chứ không phải là để làm giảm các triệu chứng sinh lý.</p> <p><u>Đối với Chương trình B2, C1, C2, D1 và D2</u></p> <p>Theo các điều khoản và điều kiện quy định trong quyền lợi này cho Chương trình A1, A2 và Chương trình B1, quyền lợi này được thanh toán nếu nó là một phần của điều trị sau xuất viện cho một điều trị nội trú hoặc phẫu thuật trong ngày thuộc phạm vi bảo hiểm. Vì vậy việc thanh toán tuân thủ theo giới hạn, điều khoản và điều kiện của các quy định 'điều trị sau xuất viện'.</p>
<p>Vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và trị liệu ngôn ngữ</p>	<p><u>Đối với Chương trình A1, A2, B1 và B2</u></p> <p>PJICO sẽ thanh toán chi phí điều trị được tiến hành bởi một chuyên gia vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng hoặc trị liệu ngôn ngữ đã đăng ký hành nghề tại nơi việc điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm được tiến hành.</p> <p>Quyền lợi này chỉ có thể được thanh toán cùng với việc điều trị nội trú cho một tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm, với điều kiện là người được bảo hiểm đã được bảo hiểm theo hợp đồng từ trước khi điều trị nội trú bắt đầu.</p> <p>Điều trị được thực hiện bởi chuyên gia vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng hoặc trị liệu ngôn ngữ phải được đặt dưới sự giám sát y tế của một bác sỹ. Giám sát y tế có nghĩa là việc điều trị này (nếu cần thiết) phải được chỉ định bởi các bác sỹ đã đưa ra chẩn đoán.</p> <p>Điều trị phải có một chương trình rõ ràng từ các chuyên gia vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng hoặc trị liệu ngôn ngữ với một mục tiêu và kết quả mong muốn.</p>

	<p><u>Đối với Chương trình C1, C2, D1 và D2</u></p> <p>Theo các điều khoản và điều kiện quy định trong quyền lợi này cho Chương trình A1, A2, B1 và B2, quyền lợi này được thanh toán nếu nó là một phần của điều trị sau xuất viện cho một lần điều trị nội trú hoặc phẫu thuật trong ngày thuộc phạm vi bảo hiểm. Vì vậy nó chịu sự giới hạn, điều khoản và điều kiện của quyền lợi “điều trị sau xuất viện”.</p>
--	---

4.2.3. Quyền lợi bảo hiểm khác – Thông tin chung

Người được bảo hiểm được chi trả cho các quyền lợi bổ sung trong phần ”Quyền lợi bảo hiểm khác” tuân theo các quyền lợi bảo hiểm của **người được bảo hiểm** và các giới hạn tương ứng trong **chương trình bảo hiểm** đã được nêu trong **bảng quyền lợi bảo hiểm**,

Xin lưu ý rằng tất cả **mức khấu trừ năm, đồng chi trả**, hạn mức và điều kiện áp dụng đối với những quyền lợi khác giống như áp dụng đối với quyền lợi cơ bản của điều trị nội trú/điều trị trong ngày và ngoại trú, tùy thuộc vào dịch vụ **điều trị** theo quyền lợi khác là một phần của **điều trị ngoại trú, điều trị nội trú** hay **điều trị trong ngày**.

Vui lòng tham khảo **bảng quyền lợi bảo hiểm** để biết thêm thông tin về phạm vi bảo hiểm, mức quyền lợi và **thời gian chờ** cho **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**.

Quyền lợi	Giải thích
<i>Chăm sóc sức khỏe và các hình thức điều trị thay thế</i>	
Điều trị thay thế: Tham vấn và điều trị được cung cấp và quy định bởi một bác sỹ châm cứu, chỉnh xương, vi lượng đồng căn, liệu pháp thiên nhiên, y học cổ truyền hoặc tư vấn dinh dưỡng có trình độ và đã đăng ký <i>(Áp dụng đối với Chương trình A1, Chương trình A2,</i>	Tùy thuộc vào hạn mức trong bảng quyền lợi bảo hiểm của chương trình bảo hiểm, PJICO sẽ thanh toán cho dịch vụ tham vấn và điều trị thay thế được cung cấp bởi bác sỹ hoặc nhà vật lý trị liệu có trình độ và đã đăng ký hành nghề tại nơi cung cấp dịch vụ điều trị . Trong quyền lợi này và trong phạm vi hạn mức áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm, PJICO cũng sẽ thanh toán cho vitamin, thực phẩm chức năng và thuốc y học cổ truyền khi được bác sỹ thực hiện phương pháp điều trị thay thế hoặc bác sỹ quy định. Người được bảo hiểm phải không thuộc diện chống chỉ định sử dụng điều trị thay thế từ bác sỹ điều trị của họ vì PJICO sẽ không thanh toán cho bất kỳ biến chứng nào do điều trị thay thế đó vượt qua hạn mức quy định trong quyền lợi này.

<p><i>Chương trình B1 và Chương trình B2)</i></p>	<p>Bác sỹ thực hiện phương pháp điều trị thay thế cần phải có một kế hoạch điều trị rõ ràng, xác định điểm kết thúc đợt điều trị và kết quả dự kiến.</p> <p>PJICO sẽ không thanh toán cho quyền lợi nào liên quan đến điều trị thay thế phát sinh trong quá trình điều trị nội trú, điều trị trong ngày hoặc khám chữa bệnh.</p>
<p><i>Quyền lợi chăm sóc sức khỏe</i></p>	
<p>Kiểm tra sức khỏe <i>(Áp dụng đối với Chương trình A1, Chương trình A2 và Chương trình B1)</i></p>	<p>Tùy thuộc vào hạn mức áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm, hạn mức chi ra trong chương trình của họ bao gồm chi phí tham vấn hợp lệ cần thiết như là một phần của quá trình kiểm tra sức khỏe.</p>
<p>Tiêm chủng vắc-xin <i>(Áp dụng đối với Chương trình A1 và Chương trình A2)</i></p>	<p>Tùy thuộc vào hạn mức áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm, PJICO sẽ thanh toán quyền lợi cho việc tiêm vắc-xin cần thiết trong hạn mức chi ra đối với mục này. Phí tư vấn kết hợp với tiêm phòng có thể được yêu cầu thanh toán ở hạng mục quyền lợi này.</p>
<p><i>Chăm sóc nha khoa</i></p>	
<p>Thiệt hại răng tự nhiên do tai nạn</p>	<p>Tùy thuộc vào hạn mức áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm, PJICO sẽ thanh toán cho dịch vụ điều trị ban đầu được yêu cầu ngay lập tức (trong vòng bảy (7) ngày) sau khi thiệt hại răng tự nhiên do tai nạn gây ra bởi tác động bên ngoài miệng, khi dịch vụ điều trị đó được nha sỹ thực hiện, với điều kiện là người được bảo hiểm đã được bảo hiểm liên tục theo hợp đồng kể từ trước khi tai nạn xảy ra.</p> <p>Quyền lợi sẽ không được thanh toán nếu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • chấn thương do bất kỳ hình thức ăn hoặc uống, hoặc • thiệt hại là do hao mòn thông thường, hoặc • chấn thương do khi đâm bốc hoặc chơi bóng bầu dục (trừ bóng bầu dục trường học) trừ khi bảo vệ miệng phù hợp đã bị mòn, hoặc • thiệt hại là do đánh răng hoặc quy trình vệ sinh miệng, hoặc • chấn thương do bất kỳ hình thức khác không phải là tác động ngoài miệng, hoặc • thiệt hại không rõ ràng trong vòng bảy (7) ngày sau tác động gây ra chấn

	thương.
Phẫu thuật răng hàm mặt	<p>PJICO sẽ bồi hoàn các khoản phí hợp lý và hợp lệ thực tế phát sinh cho phẫu thuật răng hàm mặt được bác sỹ phẫu thuật răng hàm mặt thực hiện đối với các quy trình sau:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Phẫu thuật loại bỏ răng bị ảnh hưởng/răng không mọc và răng khôn bị bệnh hoặc gây ra các triệu chứng; (2) Phẫu thuật loại bỏ chân răng khôn phức tạp bị bệnh hoặc gây ra các triệu chứng; (3) Khoét (cắt bỏ) u nang xương hàm; (4) Điều trị ung thư (Đối với tổn thương hoặc khối u trong miệng). <p>Điều trị cần thiết cho hội chứng rối loạn thái dương hàm (TMJ) như vật lý trị liệu và phẫu thuật được bảo hiểm theo quyền lợi tương ứng của hợp đồng này.</p>
Chăm sóc Nha khoa dự phòng/định kỳ <i>(Áp dụng đối với Chương trình A1, Chương trình A2, Chương trình B1 và Chương trình B2)</i>	<p>PJICO sẽ thanh toán tám mươi (80) phần trăm chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm trong phạm vi hạn mức áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm trong bảng quyền lợi bảo hiểm đối với khám nha khoa, nhổ răng, trám răng, lấy cao răng/đánh bóng, chụp X-quang, xử lý flo và trám khe.</p>
Điều trị phục hồi nha khoa <i>(Áp dụng đối với Chương trình A1, Chương trình A2, Chương trình B1 và Chương trình B2)</i>	<p>PJICO sẽ thanh toán tám mươi (80) phần trăm chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm trong phạm vi hạn mức áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm trong bảng quyền lợi bảo hiểm sau khi người được bảo hiểm đã áp dụng đủ thời gian chờ cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm đối với điều trị rút tủy răng, cấy ghép, cầu răng, thân răng, điều trị các bệnh về nướu, răng giả, trám răng, bọc răng.</p>
<i>Chăm sóc mắt</i>	
Chăm sóc mắt định kỳ <i>(Áp dụng đối với Chương trình A1 và</i>	<p>PJICO sẽ thanh toán các chi phí hợp lệ trong phạm vi hạn mức áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm trong bảng quyền lợi bảo hiểm cho các chi phí mắt kính thuốc, kính áp tròng và gọng kính đeo có liên quan theo chỉ dẫn của bác sỹ nhãn khoa hoặc kỹ thuật viên đo thị lực. Quyền lợi</p>

<p><i>Chương trình A2)</i></p>	<p>này cũng sẽ thanh toán cho kiểm tra mắt do bác sỹ nhãn khoa hoặc kỹ thuật viên đo thị lực thực hiện.</p> <p>Quyền lợi này không thanh toán cho mắt kính phân quang, kính mát, kính áp tròng không phải kính thuốc, phẫu thuật mắt bằng laser/lasik và/hoặc tương tự, cho dù được chỉ định hay không.</p>
<p><i>Dịch vụ y tế và hỗ trợ cấp cứu</i></p>	
<p>Hỗ trợ y tế cấp cứu quốc tế ('IEMA')</p> <p><i>(Áp dụng đối với Chương trình A1, Chương trình A2, Chương trình B1, Chương trình B2, Chương trình C1 và Chương trình C2.</i></p> <p><i>Đối với Chương trình D1 và Chương trình D2 – Quyền lợi này chỉ áp dụng nếu người được bảo hiểm di chuyển bên ngoài lãnh thổ Việt Nam)</i></p>	<p>Đây là dịch vụ toàn cầu, 24 giờ một ngày, 365 ngày một năm cung cấp dịch vụ vận chuyển y tế và hồi hương. Nếu người được bảo hiểm cần điều trị nội trú cấp cứu ngay lập tức tại khu vực mà trang thiết bị ở cơ sở y tế tại địa phương không có sẵn hoặc không đầy đủ, người được bảo hiểm có thể gọi tới số điện thoại đường dây nóng Bảo lãnh viện phí và Tư vấn bồi thường của PJICO trên thẻ bảo hiểm để được hướng dẫn sử dụng dịch vụ Hỗ trợ y tế cấp cứu quốc tế (IEMA). Xin lưu ý rằng, để bảo vệ quyền lợi cho người được bảo hiểm, cuộc gọi có thể được ghi lại trong trường hợp truy vấn tiếp theo hoặc cho mục đích giám sát chất lượng hoặc đào tạo.</p> <p>Vận chuyển y tế được bảo hiểm, trong phạm vi hạn mức được đưa ra, khi người được bảo hiểm ở cách xa quốc gia cư trú chính của họ. Vận chuyển, khi cần thiết về mặt y tế, sẽ đưa người bệnh tới nơi gần nhất có thể cung cấp dịch vụ điều trị thích hợp. Người được bảo hiểm được vận chuyển y tế trong trường hợp khẩn cấp sau đó sẽ được trả về quốc gia cư trú chính của họ.</p> <p>Việc vận chuyển hài cốt/mai táng đến quốc gia cư trú chính hoặc đến quê hương của người được bảo hiểm nếu người được bảo hiểm ở cách xa quốc gia cư trú chính của họ cũng được chi trả.</p> <p>Xin lưu ý rằng tất cả các điều khoản, điều kiện, hạn mức và các loại trừ trong hợp đồng, áp dụng cho quyền lợi này cũng giống như áp dụng cho tất cả các quyền lợi khác trong hợp đồng này. Quyền được hưởng dịch vụ vận chuyển y tế không có nghĩa là được hưởng quyền lợi dịch vụ điều trị của người được bảo hiểm sau vận chuyển y tế hoặc hồi hương. Bất kỳ dịch vụ điều trị nào sau đó phụ thuộc vào các điều kiện và điều khoản của chương trình này. Trong trường hợp dịch vụ vận chuyển y tế đã được thực hiện và sau đó phát hiện ra dịch vụ vận chuyển y tế không đủ điều kiện được bảo hiểm, PJICO có quyền yêu cầu chủ hợp đồng bồi hoàn cho PJICO chi phí những dịch vụ PJICO đã phải gánh chịu thay mặt cho chủ hợp đồng bảo hiểm.</p>

	Vui lòng tham khảo mục 4.2.4 chi tiết về Hỗ trợ y tế khẩn cấp quốc tế.
Chi phí di chuyển (hạng vé phổ thông) đối với điều trị nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm theo kế hoạch (chỉ để bồi hoàn) <i>(Áp dụng đối với Chương trình A1, Chương trình A2, Chương trình B1, Chương trình B2, Chương trình C1 và Chương trình C2)</i>	<p>PJICO sẽ bồi hoàn tối đa một (1) chuyến bay khứ hồi hạng phổ thông cho mỗi năm hợp đồng cho mỗi người được bảo hiểm đối với dịch vụ điều trị nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm theo các căn cứ sau:</p> <p>(a) điểm đến là nơi gần nhất bên ngoài quốc gia cư trú chính của người được bảo hiểm nơi có đủ thiết bị y tế và nằm trong phạm vi địa lý được bảo hiểm của người được bảo hiểm; và</p> <p>(b) bác sỹ điều trị cho người được bảo hiểm chỉ định thực hiện điều trị nội trú không khẩn cấp mà dịch vụ điều trị nội trú đó không có sẵn tại quốc gia cư trú chính của họ, và</p> <p>(c) quyền lợi này sẽ được thanh toán chỉ khi được PJICO chấp thuận trước bằng văn bản.</p> <p>PJICO có quyền tăng quyền lợi này, tùy theo từng trường hợp, để cho phép một chuyến bay dài hơn nếu nó có thể dẫn đến chi phí điều trị nội trú thấp hơn. Vui lòng liên hệ trước với PJICO.</p> <p>Quyền lợi này cũng sẽ chi trả cho chuyến bay khứ hồi hạng phổ thông cho một (1) người đi kèm với người được bảo hiểm:</p> <p>(a) khi người được bảo hiểm dưới mười sáu (16) tuổi; hoặc</p> <p>(b) khi bác sỹ do PJICO chỉ định có ý kiến rằng một người đi kèm là cần thiết về mặt y tế.</p> <p>Để tránh nhầm lẫn, các điều kiện và điều khoản của hợp đồng bảo hiểm cũng sẽ áp dụng cho quyền lợi này.</p>
<i>Quyền lợi thai sản</i>	
Khám bệnh hiểm muộn <i>(Áp dụng đối với Chương trình A1 và Chương trình A2)</i>	<p>PJICO sẽ thanh toán cho dịch vụ khám và điều trị nguyên nhân của bệnh hiểm muộn. PJICO sẽ chi trả chi phí phát sinh hợp lệ về quyền lợi này sau khi người được bảo hiểm đã được bảo hiểm liên tục theo quyền lợi này đủ thời gian chờ và đã tái tục bảo hiểm cho quyền lợi đó cho năm hợp đồng kế tiếp. Quyền lợi này cũng được thanh toán trong phạm vi hạn mức trọn đời, được tính gộp, được chỉ ra trong chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm.</p>
Các biến chứng trước sinh và sau sinh	Quyền lợi này chỉ được thanh toán cho các chi phí phát sinh theo các yêu cầu trả tiền bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm sau khi người được bảo hiểm nữ trong độ tuổi từ mười tám (18) trở lên được bảo hiểm đủ thời gian chờ áp dụng

<p>(Áp dụng đối với Chương trình A1, Chương trình A2, Chương trình B1 và Chương trình B2)</p>	<p>cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm nữ và đã tái tục bảo hiểm cho quyền lợi đó cho năm hợp đồng kế tiếp.</p> <p>Quyền lợi này chi trả cho dịch vụ điều trị một tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm do, và xuất hiện ở người được bảo hiểm nữ trong thời gian mang thai trước khi sinh con hoặc sau khi sinh con. Danh sách các biến chứng trước và sau khi sinh thuộc phạm vi bảo hiểm bao gồm những điều sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hội chứng đông máu rải rác lòng mạch, • Thiếu năng lực cổ tử cung, • Mang thai ngoài tử cung, • Tiểu đường thai nghén, • Chửa trứng - mang thai giả, • Chứng nôn nghén, • Chứng ứ mật sản khoa, • Tiền sản giật / Sản giật, • Nhóm máu hiếm RH, • Đe dọa sảy thai, • Băng huyết sau sinh, • Sốt nhau. <p>Khi có biến chứng sau sinh, PJICO sẽ chỉ chi trả cho dịch vụ điều trị được thực hiện trong vòng chín mươi (90) ngày sau sinh.</p> <p>Quyền lợi này không bảo hiểm cho:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ các chi phí sinh em bé khi sinh thường, sinh mổ hoặc theo hình thức có hỗ trợ khác, hoặc ▪ bất kỳ biến chứng nào do sinh mổ tự chọn hoặc không cần thiết về mặt y tế, hoặc ▪ nếu việc thụ tinh đưa trẻ là do thụ tinh có hỗ trợ/mang thai có hỗ trợ, hoặc ▪ dịch vụ điều trị một tình trạng y tế do, và xảy ra trong thai kỳ trước khi sinh hoặc sau khi sinh nếu thai kỳ là kết quả của thụ tinh có hỗ trợ/mang thai có hỗ trợ. <p>Trong một số trường hợp mà PJICO thừa nhận rằng sinh mổ là cần thiết về mặt y tế, sinh mổ có thể được bảo hiểm trong quyền lợi “Mang thai và sinh con” cho người được bảo hiểm trong Chương trình A1 và Chương trình A2.</p>
---	--

	<p>Để tránh nhầm lẫn, quyền lợi này sẽ không được chi trả nếu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ việc sinh con thông qua các hình thức có hỗ trợ, hoặc sinh mổ tự chọn hoặc không cần thiết về mặt y tế, và/hoặc ○ đứa trẻ là được thụ thai bởi thụ tinh có hỗ trợ/mang thai có hỗ trợ. <p>Quyền lợi này sẽ không được nâng lên chương trình bảo hiểm cao hơn (nâng cấp). Trong trường hợp nâng cấp, quyền lợi này sẽ tuân theo mức của chương trình bảo hiểm ban đầu cho tới khi người được bảo hiểm nữ được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm được nâng cấp đủ mười hai (12) tháng liên tục và chương trình bảo hiểm được nâng cấp đã được tái tục.</p>
<p>Mang thai và sinh đẻ</p> <p><i>(Áp dụng đối với Chương trình A1 và Chương trình A2)</i></p>	<p>Tùy thuộc vào hạn mức áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm, quyền lợi này chỉ được thanh toán cho các chi phí phát sinh theo các khiếu nại hợp lệ thuộc phạm vi bảo hiểm sau khi người được bảo hiểm nữ được bảo hiểm liên tục theo quyền lợi này đủ thời gian chờ áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm nữ và đã tái tục bảo hiểm cho quyền lợi đó cho năm hợp đồng kế tiếp.</p> <p>Quyền lợi này chỉ được chi trả cho người được bảo hiểm nữ trong độ tuổi mười tám (18) trở lên và chi trả cho chăm sóc trước sinh, sinh em bé và chăm sóc sau sinh lên đến tổng cộng bốn hai (42) ngày sau sinh, trong phạm vi hạn mức chỉ ra trong chương trình bảo hiểm này. Hạn mức chỉ ra là hạn mức tối đa PJICO sẽ chi trả cho quyền lợi này cho mỗi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • năm hợp đồng cho dù nếu có nhiều hơn một lần mang thai trong năm hợp đồng đó, • lần mang thai, cho dù nếu một lần mang thai thuộc phạm vi bảo hiểm với quyền lợi này tiếp diễn qua ngày tái tục hợp đồng và với điều kiện là hợp đồng bao gồm quyền lợi này đã được tái tục cho năm hợp đồng kế tiếp. <p>Đối với sinh thường và sinh mổ cần thiết về mặt y tế, PJICO sẽ chi trả chi phí sinh nở trong phạm vi hạn mức đã nêu cho quyền lợi này trong bảng quyền lợi bảo hiểm. Bất kỳ biến chứng nào do việc sinh nở sẽ được thanh toán theo quyền lợi “Các biến chứng trước và sau sinh”.</p> <p>Đối với sinh mổ tự chọn hoặc không cần thiết về mặt y tế, PJICO sẽ chi trả đến tối đa chi phí sinh thường. Bất kỳ biến chứng nào do việc sinh nở này sẽ được thanh toán trong phần dư của hạn mức "Mang thai và sinh đẻ".</p> <p>Quyền lợi này sẽ không được nâng lên chương trình bảo hiểm cao hơn (nâng</p>

	<p>cấp). Trong trường hợp nâng cấp, quyền lợi này sẽ tuân theo mức của chương trình bảo hiểm ban đầu cho tới khi người được bảo hiểm nữ được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm được nâng cấp đủ mười hai (12) tháng liên tục và chương trình bảo hiểm được nâng cấp đã được tái tục.</p>
<i>Bảo hiểm cho trẻ mới sinh</i>	
<p>Dịch vụ lưu trú cho trẻ mới sinh</p> <p><i>(Áp dụng đối với Chương trình A1, Chương trình A2, Chương trình B1 và Chương trình B2)</i></p>	<p>PJICO sẽ thanh toán cho trẻ mới sinh ít hơn mười sáu (16) tuần tuổi lưu lại tại bệnh viện với người mẹ (là một người được bảo hiểm) trong khi người mẹ đang điều trị nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm tại bệnh viện đó. Quyền lợi này được trả từ quyền lợi của người mẹ.</p>
<p>Bảo hiểm cho trẻ mới sinh – bệnh cấp tính</p>	<p>PJICO sẽ thanh toán cho dịch vụ điều trị bệnh cấp tính, với điều kiện là không có tình trạng bẩm sinh tiềm ẩn phát triển ở trẻ mới sinh, bao gồm việc y tá chăm sóc bé sinh non (tức là sinh trước tuần thai ba mươi bảy (37)) tại phòng săn sóc đặc biệt cho trẻ mới sinh (NICU). Các bệnh y tế cấp tính phổ biến cho trẻ mới sinh bao gồm vàng da sơ sinh, hội chứng trẻ quấy khóc bất thường, tiêu chảy, táo bón, nôn ói và viêm tai.</p> <p>Quyền lợi này chỉ được chi trả nếu:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) cha mẹ của trẻ mới sinh đã được bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm này đủ ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày liên tục hoặc nhiều hơn khi em bé được sinh ra (trừ khi PJICO có thoả thuận khác bằng văn bản); và b) trẻ mới sinh phải được ít nhất mười lăm (15) ngày tuổi và được thêm vào hợp đồng bảo hiểm của cha/mẹ từ ngày thứ mười lăm (15) cho đến ngày thứ ba mươi (30) sau ngày sinh và chúng tôi đã đồng ý bảo hiểm cho trẻ mới sinh đó theo các điều kiện được bảo hiểm ở Phần 2. <p>Quyền lợi này chi trả cho dịch vụ điều trị cho trẻ mới sinh được thực hiện từ ngày thứ mười lăm (15) đến ngày thứ ba mươi (30) ngày sau sinh. Sau ba mươi (30) ngày, dịch vụ điều trị có thể được bảo hiểm theo các quyền lợi chính của chương trình bảo hiểm dành cho em bé.</p>

	<p>Quyền lợi này không bao gồm dịch vụ điều trị bắt đầu, hoặc điều trị mà nhu cầu điều trị đã phát sinh trong vòng chín mươi (90) ngày đầu sau khi sinh của bất kỳ đứa trẻ nào được thụ tinh bằng phương thức hỗ trợ hoặc bất kỳ hình thức thụ tinh có hỗ trợ/mang thai có hỗ trợ nào.</p> <p>Vui lòng tham khảo mục 2 chi tiết về “Điều kiện tham gia bảo hiểm”.</p>
<i>Y tá chăm sóc tại nhà</i>	
Y tá chăm sóc tại nhà	<p>PJICO sẽ chi trả cho chi phí y tá chăm sóc tại nhà cho một y tá tại nhà của người được bảo hiểm chỉ khi đáp ứng các điều kiện sau đây:</p> <p>(i) sau khi người được bảo hiểm xuất viện nơi người được bảo hiểm đó đã được chỉ định điều trị tại phòng chăm sóc đặc biệt (ICU) cho một tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm, và</p> <p>(ii) được PJICO đồng ý trước đó bằng văn bản rằng dịch vụ này là cần thiết về mặt y tế và phù hợp, và</p> <p>(iii) được bác sĩ điều trị xác định cần tiếp tục điều trị cho cùng tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm mà người được bảo hiểm đã phải điều trị nội trú, và</p> <p>(iv) khi các dịch vụ tương tự là cần thiết về mặt y tế chứ không phải cho nhu cầu sinh hoạt tại nhà.</p> <p>Để tránh nhầm lẫn, chi phí đề cập ở đây có nghĩa là phí trả cho y tá thực hiện dịch vụ chăm sóc tại nhà.</p> <p>Đối với bệnh giai đoạn cuối, quyền lợi này chỉ được thanh toán theo hạng mục quyền lợi “Chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc cuối đời” tùy thuộc vào các hạn mức áp dụng cho quyền lợi này.</p>
Vận chuyển y tế cấp cứu bằng đường bộ	<p>Quyền lợi này thanh toán xe cấp cứu đường bộ cho việc vận chuyển khẩn cấp cần thiết về mặt y tế đến hoặc giữa các cơ sở y tế. Bác sĩ điều trị của người được bảo hiểm sẽ quyết định liệu điều này có cần thiết về mặt y tế hay không. Nếu có sự khác biệt giữa ý kiến của bác sĩ điều trị và cố vấn y tế của PJICO thì ý kiến của bác sĩ độc lập sẽ là quyết định cuối cùng về việc vận chuyển đó có phù hợp về mặt y tế hay không. (<i>Quyền lợi này không nằm trong “dịch vụ Hỗ trợ y tế cấp cứu quốc tế”</i>)</p>

	<p>Nếu điều kiện sức khỏe cho phép để liên hệ với chúng tôi, PJICO khuyến khích chủ hợp đồng/người được bảo hiểm nên liên hệ để được chấp thuận trước, tránh những chi phí không mong muốn.</p>
<p>Các tình trạng có sẵn (Áp dụng đối với Chương trình A1 và Chương trình A2)</p>	<p>Tùy thuộc vào hạn mức áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm, PJICO sẽ thanh toán cho dịch vụ điều trị cần thiết cho các tình trạng có sẵn trong phạm vi hạn mức chỉ ra trong chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm sau khi người được bảo hiểm đã áp dụng đủ thời gian chờ cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm và tùy thuộc vào các nội dung sau:</p> <p>Dịch vụ điều trị đối với tình trạng có sẵn sẽ được thanh toán từ quyền lợi này. Tất cả các tình trạng có sẵn phải được thông báo cho PJICO bằng văn bản một cách trung thực tuyệt đối, tại thời điểm nộp giấy yêu cầu bảo hiểm, trừ khi có thỏa thuận khác. Xin lưu ý rằng việc người được bảo hiểm cung cấp cho PJICO đầy đủ chi tiết của bất kỳ lịch sử y tế tại thời điểm nộp giấy yêu cầu bảo hiểm là rất quan trọng.</p> <p>Việc người được bảo hiểm không kê khai bất kỳ tình trạng y tế nào mà người được bảo hiểm đã được cảnh báo có thể dẫn đến việc điều trị bệnh đó bị loại khỏi tất cả phạm vi bảo hiểm trong tương lai với PJICO hoặc hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm.</p> <p>PJICO có thể yêu cầu báo cáo y tế do chủ hợp đồng hoặc người được bảo hiểm chịu chi phí để xác minh tình trạng của bất kỳ tình trạng y tế nào.</p>
<p>Các tình trạng bẩm sinh (Áp dụng đối với Chương trình A1 và Chương trình A2)</p>	<p>Tùy thuộc vào hạn mức áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm, PJICO sẽ thanh toán cho dịch vụ điều trị các tình trạng bẩm sinh, sau khi người được bảo hiểm đã được bảo hiểm liên tục đủ độ dài thời gian chờ áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm và đáp ứng được các điều kiện sau:</p> <p>Tất cả tình trạng bẩm sinh phải được thông báo cho PJICO bằng văn bản một cách trung thực tuyệt đối, tại thời điểm nộp hồ sơ bảo hiểm. Xin lưu ý rằng việc người được bảo hiểm cung cấp cho PJICO đầy đủ chi tiết của bất kỳ lịch sử y khoa tại thời điểm nộp giấy yêu cầu bảo hiểm là rất quan trọng. Việc không kê khai bất kỳ tình trạng nào trong đó người được bảo hiểm đã được cảnh báo có thể dẫn đến dịch vụ điều trị tình trạng y tế đó bị loại khỏi tất</p>

	<p>cả phạm vi bảo hiểm trong tương lai với PJICO hoặc hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm.</p> <p>Để tránh nhầm lẫn, các loại trừ dưới đây nêu tại Phần 7 - Loại trừ và giới hạn vẫn được áp dụng đối với quyền lợi này:</p> <p>(a) tất cả các loại rối loạn về khả năng học tập, vấn đề giáo dục, các vấn đề về hành vi, phát triển thể chất, hoặc phát triển tâm lý, bao gồm cả việc đánh giá hoặc phân loại những vấn đề như vậy;</p> <p>(b) phẫu thuật hoặc điều trị thẩm mỹ (mang tính thẩm mỹ),</p> <p>(c) dịch vụ điều trị nào liên quan đến hoặc là cần thiết do điều trị thẩm mỹ hoặc phẫu thuật chỉnh hình trước đó;</p>
<i>Điều trị Bệnh tâm thần</i>	
<p>Điều trị bệnh tâm thần</p> <p><i>(Áp dụng đối với Chương trình A1, Chương trình A2, Chương trình B1 và Chương trình C1)</i></p>	<p><u><i>Đối với Chương trình A1 và Chương trình A2</i></u></p> <p>Tùy thuộc vào hạn mức áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm, các chi phí điều trị nội trú, điều trị trong ngày và điều trị ngoại trú do bệnh tâm thần được tính gộp đến hạn mức tối đa.</p> <p>Tất cả phương pháp điều trị được đưa ra bởi nhà tâm lý học, nhà tâm lý trị liệu hoặc bất kỳ cá nhân nào khác ngoài bác sỹ tâm thần được đăng ký phải được PJICO chấp thuận trước.</p> <p><u><i>Đối với Chương trình B1 và Chương trình C1</i></u></p> <p>Tùy thuộc vào hạn mức áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm, hạn mức áp dụng đối với điều trị nội trú và trong phạm vi số ngày tối đa thể hiện trong bảng quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm bởi một bác sỹ tâm thần.</p>

<i>Mua hoặc Thuê Thiết bị Hỗ trợ Y tế và Thiết bị Y tế Lâu dài; Chi nhân tạo</i>	
Chi nhân tạo <i>(Áp dụng đối với Chương trình A1 và Chương trình A2)</i>	Tùy thuộc vào hạn mức áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm , PJICO sẽ thanh toán cho tất cả các chi phí liên quan tới chân tay nhân tạo phù hợp, bao gồm cả các chi nhân tạo, việc bảo trì, tư vấn và thủ tục y tế hoặc phẫu thuật cần thiết. Quyền lợi này chỉ được thanh toán sau việc phẫu thuật hoặc tai nạn cho một tình trạng y tế thuộc phạm vi bảo hiểm , với điều kiện là người được bảo hiểm đã được bảo hiểm theo hợp đồng này trước khi xảy ra tai nạn hoặc trước khi tiến hành phẫu thuật. Quyền lợi này được thanh toán một lần cho mỗi ba (3) năm hợp đồng .
<i>Mua hoặc Thuê Thiết bị Hỗ Trợ Y tế và Thiết bị Y tế Lâu dài</i> <i>(Áp dụng đối với Chương trình A1 và Chương trình A2)</i>	Tùy thuộc vào hạn mức áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm , PJICO sẽ thanh toán cho thiết bị hoặc máy móc hoặc thiết bị y tế sử dụng lâu dài được bác sĩ xác định là cần thiết về mặt y tế giúp hỗ trợ chức năng hoặc khả năng bao gồm vớ áp lực, máy trợ thính, máy trợ nói (thanh quản điện tử), xe lăn, nạng, nẹp chỉnh và hỗ trợ chỉnh hình.
<i>Chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc cuối đời</i>	
Chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc cuối đời	Tùy thuộc vào hạn mức áp dụng cho chương trình bảo hiểm của người được bảo hiểm , quyền lợi này chỉ được thanh toán cho các chi phí phát sinh theo các yêu cầu trả tiền bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm sau khi người được bảo hiểm được bảo hiểm liên tục đủ thời gian chờ theo như chương trình bảo hiểm mà họ đã chọn. Quyền lợi này được chi trả khi người được bảo hiểm nhập viện vào một trung tâm chăm sóc giảm nhẹ có chuyên môn hoặc một trung tâm chăm sóc cuối đời sau khi được chẩn đoán và được xác nhận bằng văn bản (bao gồm bằng chứng y khoa) từ một bác sĩ về việc người được bảo hiểm đang mắc phải một bệnh giai đoạn cuối và các tình trạng y tế có liên quan đến nó. Quyền lợi này phải được PJICO chấp thuận bằng văn bản trước khi nhập viện. Khi người được bảo hiểm nhập viện, tất cả các chi phí chăm sóc và điều trị có liên quan đến bệnh giai đoạn cuối sẽ hưởng theo quyền lợi này và không được chi trả bảo hiểm từ quyền lợi khác áp dụng cho chương trình bảo hiểm này. Bất kỳ điều

	<p>kiện y tế thuộc phạm vi bảo hiểm nào không liên quan đến bệnh giai đoạn cuối của người được bảo hiểm sẽ được bảo hiểm theo các quyền lợi trong chương trình bảo hiểm thông thường của người được bảo hiểm. Cổ vấn y tế của PJICO sẽ xác định một bệnh có phải là hoặc có liên quan đến bệnh giai đoạn cuối hay không. Nếu có sự khác biệt giữa ý kiến của bác sỹ điều trị và cổ vấn y tế của PJICO thì ý kiến của bác sỹ độc lập sẽ được tham vấn và sẽ là quyết định cuối cùng.</p> <p>Quyền lợi này chỉ trả trong phạm vi hạn mức trọn đời được chỉ ra cho chương trình bảo hiểm này. Người được bảo hiểm phải duy trì cùng một chương trình bảo hiểm trong suốt thời gian nhập viện để chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc cuối đời. Điều này có nghĩa là, nếu giai đoạn tại chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc cuối đời rơi vào ngày tái tục hợp đồng, người được bảo hiểm phải thanh toán phí bảo hiểm cho năm kế tiếp hoặc là quyền lợi sẽ chấm dứt vào ngày tái tục hợp đồng. Trong trường hợp chi phí cho việc nhập viện của người được bảo hiểm lên đến phạm vi hạn mức chỉ ra đối với quyền lợi này, thì không có quyền lợi thêm nào sẽ được thanh toán. Một khi đạt đến phạm vi hạn mức chỉ ra đối với quyền lợi này, không có loại quyền lợi nào khác sẽ được chi trả liên quan đến bất kỳ tình trạng y tế nào nhận dịch vụ Chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc cuối đời, giảm nhẹ và/hoặc chăm sóc cuối đời.</p>
--	--

4.2.4. Hỗ trợ y tế khẩn cấp quốc tế ('IEMA')

1) *Người được bảo hiểm có thể được chuyển tới nơi cư trú chính của mình hay phạm vi địa lý được bảo hiểm để điều trị hay không?*

Có nhiều lý do tại sao **người được bảo hiểm** muốn được trở về điều trị ở **nơi cư trú chính** hoặc **phạm vi địa lý được bảo hiểm**, mà điều trị này không phải là **cấp cứu**. Trong trường hợp này, **người được bảo hiểm** cũng sẽ được chi trả do có các quyền lợi đã quy định trong **chương trình bảo hiểm** khi trở về **nơi cư trú chính** hoặc bất kỳ quốc gia nào khác thuộc **phạm vi địa lý được bảo hiểm** đồng thời được phép khiếu nại theo cách thông thường. Chi phí để **người được bảo hiểm** về **nơi cư trú chính** hay tới **phạm vi địa lý được bảo hiểm** trong những tình huống như thế này sẽ do **người được bảo hiểm** chi trả.

2) *Nếu người được bảo hiểm bị ốm nhưng các trang thiết bị ở cơ sở y tế tại địa phương không đủ để điều trị cho người được bảo hiểm đó thì sao?*

PJICO luôn luôn có các **dịch vụ vận chuyển y tế** và **hồi hương** trong các trường hợp **người được bảo hiểm** bị thương hoặc bị bệnh đột xuất và cần đến **dịch vụ điều trị nội trú khẩn cấp**. Đối với những **người được**

bảo hiểm được bảo hiểm theo Hợp đồng D1 và Hợp đồng D2, việc **vận chuyển y tế hoặc hồi hương** sẽ chỉ được áp dụng trong trường hợp **người được bảo hiểm** ở ngoài lãnh thổ Việt Nam.

Các trường hợp ngoại lệ quy định tại các phần khác của **hợp đồng bảo hiểm** này sẽ không áp dụng cho **dịch vụ vận chuyển y tế hoặc hồi hương** mà sẽ áp dụng cho **điều trị tại nơi cư trú chính** của **người được bảo hiểm**, tại quê hương hoặc bất kỳ quốc gia nào **người được bảo hiểm** được vận chuyển tới. Nếu **người được bảo hiểm** cần đến **dịch vụ vận chuyển y tế hoặc hồi hương**, **người được bảo hiểm** đó phải liên hệ tới đường dây nóng Bảo lãnh viện phí và Tư vấn bồi thường của **PJICO** trên thẻ bảo hiểm để được giúp đỡ và đưa ra lời khuyên kịp thời qua điện thoại.

PJICO sẽ bố trí lịch gặp **bác sỹ** do **PJICO** chỉ định với **người được bảo hiểm** trong trường hợp cần phải chuyển **người được bảo hiểm** đó về hoặc rời khỏi **nơi cư trú chính**. Tất cả các trường hợp cần thiết phải sử dụng **dịch vụ vận chuyển y tế hoặc hồi hương** theo ý kiến của bác sỹ do **PJICO** chỉ định, **PJICO** và/hoặc **nhà cung cấp dịch vụ** sẽ sắp xếp để bảo đảm bảo các chi phí liên quan đều nằm trong giới hạn chi trả của dịch vụ.

Toàn bộ nguyên tắc liên quan đến **dịch vụ vận chuyển y tế hoặc hồi hương** được quy định tại mục 3 và 4 dưới đây.

3) Các quy định cụ thể đối với dịch vụ vận chuyển hoặc hồi hương nước ngoài

Dịch vụ vận chuyển y tế hoặc hồi hương quốc tế chỉ được áp dụng trong các trường hợp dưới đây khi có sự sắp xếp của **PJICO**:

(a) **Người được bảo hiểm** phải đang được điều trị tại một **bệnh viện**;

(b) Đưa **người được bảo hiểm** bằng đường hàng không khẩn cấp, hàng không thông thường hoặc bất kỳ phương tiện vận chuyển nào mà **PJICO** cho là phù hợp. **PJICO** sẽ thu xếp phương tiện và ngày và thời gian vận chuyển.

(c) Nếu **người được bảo hiểm** được nhập viện, nhưng **bác sỹ** do **PJICO** chỉ định nhận thấy rằng trang thiết bị y tế tại **bệnh viện** đó không phù hợp hoặc không đáp ứng yêu cầu, **người được bảo hiểm** sẽ được chuyển tới nơi gần nhất có trang thiết bị y tế phù hợp.

(d) Khi chuyển viện cho **người được bảo hiểm**, **PJICO** sẽ chi trả các chi phí đi lại cần thiết và hợp lý và chỗ ở thêm cho người đi theo hỗ trợ **người được bảo hiểm** nhưng người này phải đủ mười tám (18) tuổi trở lên trong trường hợp **người được bảo hiểm** chưa đủ mười tám tuổi (18) (hoặc trong các trường hợp mà **PJICO** thấy **tình trạng y tế** của **người được bảo hiểm** cần có người hỗ trợ).

(e) **PJICO** sẽ chi trả thêm các chi phí về chỗ ở và đi lại hợp lý trong quá trình trở về **nơi cư trú chính** của bất kỳ thành viên gia đình nào của **người được bảo hiểm** (mà thành viên gia đình này cũng được bảo hiểm theo

hợp đồng Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Quốc tế **PJICO** (Care Plus)) khi người đó đi cùng **người được bảo hiểm** trong suốt chuyến đi ra nước ngoài.

(f) Trường hợp **người được bảo hiểm** qua đời ở ngoài vùng lãnh thổ quê hương, **PJICO** sẽ hỗ trợ hồi hương linh cữu về cảng hàng hải hoặc cảng hàng không tại **nơi cư trú chính** hoặc quê hương của **người được bảo hiểm**, trừ khi **người được bảo hiểm** qua đời trong các tình huống quy định tại mục 4(b).

4) Dịch vụ vận chuyển y tế hoặc hồi hương quốc tế sẽ không được áp dụng trong các trường hợp sau:

(a) Bất kỳ **tình trạng y tế** nào không gây ảnh hưởng tới việc tiếp tục đi lại hoặc làm việc của **người được bảo hiểm** và không cần **điều trị nội trú khẩn cấp**.

(b) Bất kể chi phí nào phát sinh từ, hoặc trực tiếp hoặc gián tiếp do cố ý tự gây thương tích, tự sát hoặc tự sát không thành.

(c) Bất kể khoản chi phí nào phát sinh từ việc lạm dụng chất kích thích, lạm dụng chất gây nghiện.

(d) Bất kể chi phí nào phát sinh do **người được bảo hiểm** được trả lương hoặc được thanh toán bằng tiền, tính cả các khoản trợ cấp hoặc hỗ trợ từ việc tham gia chơi hoặc huấn luyện bất kỳ một môn thể thao nào (trừ trường hợp **người được bảo hiểm** chỉ được trả các chi phí đi lại).

(e) Việc điều trị các chấn thương do tham gia nhảy dù từ mặt phẳng cố định (base jumping - nhảy từ nóc cao ốc, cầu và vách đá), lặn, bay hoặc tham gia học bay trên phương tiện bay không được cấp phép, biểu diễn võ thuật, leo núi tự do, leo núi có hoặc không có dây thừng, lặn dưới độ sâu hơn 10m, đi bộ lên độ cao hơn 2.500m, nhảy dây vắng, leo núi, môn dù lượn, lượn có động cơ, nhảy dù, khám phá hang động, trượt tuyết hoặc bất kỳ môn thể thao mùa đông nào liên quan đến đường trượt tuyết.

(f) Di chuyển **người được bảo hiểm** từ tàu, giàn khoan dầu hoặc các các địa điểm ngoài khơi tương tự.

(g) Bất kể chi phí nào chưa được **PJICO** chấp thuận từ trước.

(h) Các chi phí **điều trị** khác ngoài quá trình **điều trị** cần thiết do **nhà cung cấp dịch vụ** mà **PJICO** chỉ định thực hiện khi di chuyển **người được bảo hiểm**.

(i) Bất kỳ phần vé di chuyển nào không được dùng đến của **người được bảo hiểm**, cũng như của bất kỳ ai đi cùng sẽ lập tức trở thành tài sản của **PJICO** và **chủ hợp đồng** sẽ phải trả lại cho **PJICO**.

(j) Bất kỳ chi phí nào phát sinh do nhiễm phóng xạ, chất sinh học hoặc hóa học, chiến tranh (dù có tuyên bố hay không), hoạt động của đối thủ nước ngoài, việc xâm chiếm, nội chiến, bạo loạn, phiến loạn, nổi dậy, cách mạng, việc lật đổ chính quyền được lập theo luật, bùng nổ vũ khí chiến tranh.

(k) Bất kể chi phí nào phát sinh khi **người được bảo hiểm** đi du lịch nghỉ dưỡng hoặc đi tới một quốc gia hay vùng lãnh thổ nào thuộc danh sách hạn chế đi lại của Văn phòng Khôi Thịnh vượng chung và Nước ngoài Vương quốc Liên Hiệp Anh được liệt kê tại www.gov.uk/foreign-travel-advice, bao gồm:

- mọi chuyến đi lại; hoặc
- đi tới vào dịp nghỉ lễ hoặc khi không có việc gì cần thiết

5) **PJICO** sẽ không chịu trách nhiệm đối với các **dịch vụ vận chuyển y tế hoặc hồi hương quốc tế** khi:

(a) Không thể hoặc chậm trễ thực hiện **dịch vụ vận chuyển y tế hoặc hồi hương** quốc tế trừ khi việc không thể thực hiện được hay chậm trễ là do sự bất cẩn của **PJICO** trong đó bao gồm cả do **nhà cung cấp dịch vụ** mà **PJICO** chỉ định đại diện cho **PJICO**, hoặc do bất kỳ đơn vị nào do một trong hai bên chỉ định.

(b) Không thể hoặc chậm trễ trong việc cung cấp **dịch vụ vận chuyển y tế hoặc hồi hương** quốc tế nếu như:
- Theo luật, **dịch vụ vận chuyển y tế hoặc hồi hương** quốc tế không được phép áp dụng tại quốc gia cần áp dụng; hoặc
- Việc không thể hoặc chậm trễ thực hiện dịch vụ do bất kỳ lý do nào ngoài tầm kiểm soát của **PJICO**, bao gồm cả các tình huống va chạm và điều kiện bay.

Lưu ý:

Để tránh nhầm lẫn, **PJICO** sẽ không chi trả cho bất kỳ **dịch vụ vận chuyển y tế hoặc hồi hương** nào nếu như **chủ hợp đồng** hoặc **người được bảo hiểm** chưa được **PJICO** chấp thuận từ trước.

Tất cả các trường hợp cần thiết phải sử dụng **dịch vụ vận chuyển y tế hoặc hồi hương** sẽ do bộ phận Bảo lãnh viện phí và tư vấn bồi thường của chúng tôi thực hiện để bảo đảm các chi phí liên quan đều nằm trong giới hạn chi trả của **dịch vụ**.

Nếu **người được bảo hiểm** tự sắp xếp (ngoại trừ việc chôn cất/hỏa thiêu tại địa phương nơi họ qua đời), thì mọi chi phí sẽ không được chi trả. Quyền được sử dụng **dịch vụ** này không có nghĩa là quá trình **điều trị** của **người được bảo hiểm** sau khi **vận chuyển y tế hoặc hồi hương** sẽ đủ điều kiện hưởng quyền lợi. Bất kỳ việc **điều trị** nào cũng sẽ phải tuân thủ các điều khoản và điều kiện trong **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**.

Bảo lãnh viện phí

Người được bảo hiểm có thể liên hệ theo số điện thoại đường dây nóng Bảo lãnh viện phí và Tư vấn bồi thường của chúng tôi vào bất kỳ thời điểm nào kể cả ngày hay đêm, bảy (7) ngày trong tuần, năm mươi hai (52) tuần trong năm. Khi liên hệ **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** sẽ cần phải khai báo rằng họ là **người được bảo hiểm** của **chương trình** Bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe Quốc tế **PJICO** đồng thời cung cấp mã số thẻ bảo hiểm.

Nếu có bất kỳ thắc mắc nào khác về sản phẩm Bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe Quốc tế **PJICO** (Care Plus) vui lòng liên hệ với số điện thoại đường dây nóng tư vấn về sản phẩm trên thẻ bảo hiểm để được hỗ trợ.

PHẦN 5 – ĐIỀU TRỊ CHO TÌNH TRẠNG CÓ SẴN

Đối với Bảo hiểm sức khỏe, **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** luôn chi trả cho **người được bảo hiểm** các chi phí phát sinh từ tình huống đột xuất, điều này có nghĩa là sẽ chi trả các chi phí **điều trị** phát sinh do trường hợp bị bệnh đột ngột hoặc do **tai nạn**.

Đối với **hợp đồng** này, **tình trạng có sẵn** sẽ bị loại trừ cho tất cả các quyền lợi, trừ khi có các quy định khác trong bảng **quyền lợi bảo hiểm** và/hoặc **giấy chứng nhận bảo hiểm** áp dụng cho **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**.

Một số **tình trạng có sẵn** có thể cần đến sự chăm sóc y tế ngay sau **ngày hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực**.

Đối với những **tình trạng có sẵn** như vậy, **PJICO** có thể xem xét đến việc áp dụng dịch vụ chăm sóc y tế ngay sau **ngày hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực** đối với tình huống có tiên lượng trước. Vì mục đích của **hợp đồng bảo hiểm** này là nhằm bảo vệ cho **người được bảo hiểm** trước các chi phí do bị bệnh đột ngột hoặc **tai nạn** nên **PJICO** sẽ đánh giá các khiếu nại liên quan đến **tình trạng có sẵn** theo một cách hoàn toàn khác.

Các định nghĩa của **PJICO** hết sức quan trọng và **người được bảo hiểm** cần đọc kỹ vì chúng sẽ ảnh hưởng tới phương thức **PJICO** thanh toán các khiếu nại bảo hiểm của **người được bảo hiểm**, nếu có. Do đó, **PJICO** khuyến nghị **chủ hợp đồng** nên đọc và hiểu kỹ các định nghĩa này.

PJICO sẽ đánh giá **tình trạng y tế** có liên quan tới **tình trạng có sẵn** như một **tình trạng có sẵn**.

PJICO sẽ xác định một **tình trạng y tế** là có liên quan đến một **tình trạng có sẵn** nào đó khi **tình trạng có sẵn** này thông thường được công nhận là yếu tố rủi ro, mặc dù mức độ rủi ro thấp, hoặc nếu **tình trạng có sẵn** đó liên quan trực tiếp hay gián tiếp tới **tình trạng y tế** này. Việc xác định liệu một **tình trạng y tế** có liên quan đến **tình trạng có sẵn** nào đó hay không sẽ dựa trên hồ sơ chứng từ thực tế và các tài liệu liên quan chẳng hạn như báo cáo y tế, giám định y tế hoặc ý kiến chuyên môn của bác sĩ độc lập.

Ví dụ,

Nếu người được bảo hiểm có tình trạng có sẵn sau:	PJICO sẽ không thanh toán chi phí điều trị cho các tình trạng y tế sau:
--	--

được chẩn đoán bị bệnh đái tháo đường	<ul style="list-style-type: none"> • Bệnh tim thiếu máu cục bộ/Bệnh Động mạch Vành, • Đục thủy tinh, • Bệnh lý võng mạc do đái tháo đường Suy thận do đái tháo đường , • Bệnh thần kinh do đái tháo đường, • Đột quy, • Tăng nhãn áp, • Rối loạn nhịp tim, Và bệnh đái tháo đường
hiện đang trong quá trình điều trị huyết áp cao (tăng huyết áp)	<ul style="list-style-type: none"> • Bệnh tim thiếu máu cục bộ/Bệnh Động mạch Vành, • Đột quy, • Suy giảm chức năng gan do tăng huyết áp, • Đau tim, • Rối loạn nhịp tim, Và bệnh cao huyết áp
hiện đang theo dõi, điều trị hoặc được giám sát sau khi xét nghiệm kháng nguyên bệnh Ung thư tuyến tiền liệt (PSA)	<ul style="list-style-type: none"> • Bất kỳ rối loạn tuyến tiền liệt nào.

Trong trường hợp việc liên hệ với **PJICO** là an toàn về mặt y khoa cho **chủ hợp đồng**, đừng ngần ngại gọi vào số điện thoại Bảo lãnh viện phí và Tư vấn bồi thường ghi trên thẻ bảo hiểm của **PJICO** để kiểm tra xem liệu việc điều trị có đủ điều kiện để được **PJICO** chi trả hay không trước khi chấp thuận **quá trình điều trị** và các chi phí phát sinh.

Trong một số trường hợp **chủ hợp đồng** cũng có thể được áp dụng các quy định khác và các quy định đó được ghi rõ trong **giấy chứng nhận bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**. Ví dụ, nếu **chủ hợp đồng** đã tham gia bảo hiểm từ một công ty bảo hiểm khác, **PJICO** có thể đồng ý chuyển các điều khoản bảo hiểm quy định về **tình trạng có sẵn** của **người được bảo hiểm** sang **hợp đồng bảo hiểm** của **PJICO** và được xác nhận trên **giấy chứng nhận bảo hiểm** và/hoặc **sửa đổi bổ sung**.

PHẦN 6 – THÔNG TIN QUAN TRỌNG VỀ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM

6.1. *Điều khoản về thay đổi mức bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm*

PJICO sẽ chỉ cho phép **người được bảo hiểm** nâng hay hạ mức bảo hiểm, vào **ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm** và khi được yêu cầu bằng **văn bản**. **PJICO** có quyền từ chối bất kỳ yêu cầu tăng hay sửa mức bảo hiểm nào. Trước thời điểm việc nâng mức bảo hiểm có hiệu lực **PJICO** sẽ không chi trả mức quyền lợi đã được nâng cho việc **điều trị** bất kỳ **tình trạng y tế** nào đã phát sinh hoặc đã được **người được bảo hiểm** nhận thấy

được từ trước. **Người được bảo hiểm** phải khai báo bất kỳ **tình trạng y tế** nào như vậy cho **PJICO** khi muốn nâng mức bảo hiểm. Khi **tình trạng y tế** đó đã rõ ràng, các quyền lợi áp dụng cho **tình trạng y tế** này sẽ bị hạn chế ở mức bảo hiểm tương ứng dành cho **tình trạng y tế** ấy trước khi nâng mức bảo hiểm. **PJICO** sẽ có trách nhiệm tới mức quyền lợi của mức bảo hiểm giảm hoặc chương trình bảo hiểm thấp hơn đối với bất kỳ chứng bệnh hay thương tích hay **tình trạng y tế** nào mắc phải, đã có trong hợp đồng hoặc duy trì vào hoặc sau ngày hạ mức bảo hiểm có hiệu lực, bất kể các **tình trạng y tế** đó là hậu quả trực tiếp hay gián tiếp của **tình trạng y tế** hoặc **tai nạn đã** xảy ra, đã bị nhiễm bệnh hoặc duy trì suốt các **năm bảo hiểm** trước.

Trong bất kỳ trường hợp nào, sau khi có các yêu cầu, **PJICO** sẽ chỉ chấp nhận cuối cùng cho việc sửa đổi, đặc biệt là nâng mức quyền lợi bảo hiểm (phải được xác nhận bằng **văn bản**) vào lần gia hạn tiếp theo. Việc sửa đổi hay nâng mức bảo hiểm đều không được phép thực hiện trong **năm bảo hiểm**. Trong bất kỳ trường hợp nào liên quan đến việc chữa trị ung thư, sau khi có chẩn đoán lâm sàng đều không được phép tăng mức bảo hiểm.

Vào ngày tái tục sau ngày sinh nhật hai mươi một tuổi của **người phụ thuộc** là con cái – “con cái phụ thuộc”, **người phụ thuộc** đó sẽ không được tiếp tục bảo hiểm trong **hợp đồng bảo hiểm** của cha mẹ. Tuy nhiên, con cái của **người được bảo hiểm** có thể tiếp tục gia hạn bảo hiểm theo **hợp đồng bảo hiểm** này đến khi người đó bước sang hai mươi lăm tuổi (25) miễn sao người đó chưa lập gia đình và chưa đi làm. Đối với **hợp đồng bảo hiểm** cấp riêng cho **người phụ thuộc** là con cái của **người được bảo hiểm** với tư cách **chủ hợp đồng bảo hiểm** mới, con cái của **người được bảo hiểm** không cần phải cung cấp đủ các giấy tờ chứng minh đủ khả năng bảo hiểm, miễn là không có sự sửa đổi nào trong **chương trình bảo hiểm** và người đó được bảo hiểm liên tục không gián đoạn theo **chương trình bảo hiểm**.

6.2. Trường hợp người được bảo hiểm thay đổi quốc gia cư trú chính

Chủ hợp đồng phải báo lại cho **PJICO** nếu như **người được bảo hiểm** thay đổi **quốc gia cư trú chính** theo mẫu Giấy yêu cầu điều chỉnh/bổ sung thông tin kể cả khi họ đang ở trong **phạm vi địa lý được bảo hiểm** bởi vì **PJICO** sẽ không thể tiếp tục bảo hiểm được nếu có vi phạm về quy định của luật và/hoặc nguyên tắc và/hoặc phán quyết nào đó.

Khi **người được bảo hiểm** chuyển tới **quốc gia cư trú chính** nằm ngoài **phạm vi địa lý được bảo hiểm** hiện tại, **PJICO** có thể tiếp tục bảo hiểm cho **người được bảo hiểm** đó bằng cách thay đổi **chương trình bảo hiểm** ngay khi **người được bảo hiểm** gửi cho **PJICO** thông tin thay đổi và điều chỉnh **phí bảo hiểm** mới theo tỉ lệ số ngày tham gia bảo hiểm/365 x phí bảo hiểm năm. **PJICO** sẽ xác nhận lại bằng **sửa đổi bổ sung** trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày nhận được Giấy yêu cầu điều chỉnh/bổ sung thông tin của **chủ hợp đồng**.

Nếu **chủ hợp đồng** không báo cho **PJICO**, **PJICO** có thể từ chối chi trả các quyền lợi bảo hiểm.

6.3. Trường hợp hủy hợp đồng bảo hiểm

Chủ hợp đồng bảo hiểm có thể hủy **hợp đồng bảo hiểm** ở bất kỳ thời điểm nào bằng cách gửi thông báo bằng Giấy yêu cầu điều chỉnh/bổ sung thông tin cho **PJICO** trong vòng ba mươi ngày (30) trước ngày dự định hủy. Đây là một hợp đồng năm và **PJICO** sẽ không hoàn lại **phí bảo hiểm** nếu có khiếu nại đã từng được chi trả trong năm bảo hiểm hiện tại, dù cho đó là khiếu nại nhỏ. Nếu **chủ hợp đồng** trả phí năm của hợp đồng theo kỳ đóng phí tháng hoặc quý thì sẽ phải tiếp tục thanh toán phí của các kỳ đóng phí còn lại. Trong trường hợp **PJICO** đồng ý hoàn phí, **PJICO** sẽ chỉ trả 70% số phí của thời gian hợp đồng còn lại (theo tỉ lệ số ngày còn lại/365 x phí bảo hiểm năm), số ngày còn lại tính từ thời điểm cuối tháng Dương lịch mà việc hủy bỏ có hiệu lực miễn là **chủ hợp đồng** hoàn trả cho **PJICO** các tài liệu hợp đồng bao gồm cả thẻ bảo hiểm.

PJICO có thể chấm dứt bảo hiểm theo **hợp đồng** này ngay lập tức đối với từng **người được bảo hiểm** kể từ thời điểm **PJICO** biết có sự vi phạm về bất kỳ quy định và/hoặc luật và/hoặc các phán quyết về tài chính nào. **PJICO** có quyền chấm dứt bảo hiểm cho tất cả **người được bảo hiểm** cùng thời điểm khi quyền lợi bảo hiểm cho **chủ hợp đồng** bảo hiểm bị chấm dứt. **Chủ hợp đồng** sẽ được hoàn 100% **phí bảo hiểm** của thời gian hợp đồng còn lại (tính theo tỷ lệ số ngày còn lại/365 x phí bảo hiểm năm) trong vòng 30 ngày kể từ ngày chấm dứt bảo hiểm.

6.4. Thay đổi các điều khoản trong hợp đồng bảo hiểm

Trường hợp thay đổi do những nguyên nhân nêu trong quy tắc bảo hiểm, hai bên sẽ thỏa thuận khi tái tục **hợp đồng bảo hiểm**. **PJICO** sẽ thông báo cho **chủ hợp đồng** trước ba mươi (30) ngày về những thay đổi này và sẽ gửi thông tin chi tiết cho **chủ hợp đồng** theo địa chỉ **PJICO** lưu trong hồ sơ.

PJICO cũng có thể thay đổi mức **phí bảo hiểm** nếu cần thiết do có sự thay đổi của các chi phí, các quy định hoặc quyền lợi theo chấp thuận của Bộ Tài Chính. Trong trường hợp **PJICO** cần phải thực hiện các thay đổi trong **năm bảo hiểm** theo pháp luật, ví dụ như khi mức thuế mới được áp dụng, thì **PJICO** có nghĩa vụ phải tiến hành thay đổi trước ngày tái tục bảo hiểm tiếp theo.

Nếu **PJICO** có thông tin về **tình trạng y tế** mà đã được cảnh báo vào thời điểm **chủ hợp đồng** yêu cầu nâng lên **chương trình bảo hiểm** cao hơn hoặc vào **ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm**, **PJICO** sẽ thay đổi mức phí bảo hiểm áp dụng cho **hợp đồng bảo hiểm** đó. Nếu **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** không đồng ý, **hợp đồng bảo hiểm** sẽ chấm dứt ngay sau đó.

6.5. Tham gia mới và tái tục

(a) Tất cả các **tình trạng có sẵn** phải được thông báo cho **PJICO** một cách trung thực bằng **văn bản** vào thời điểm nộp **giấy yêu cầu bảo hiểm** hoặc tái tục bảo hiểm. Xin lưu ý rằng vẫn có thể xảy ra trường hợp

PJICO từ chối toàn bộ **giấy yêu cầu bảo hiểm** khi xem xét các **tình trạng có sẵn** của người yêu cầu bảo hiểm.

Trước hoặc vào ngày bắt đầu có hiệu lực của bất kỳ điều khoản đặc biệt nào áp dụng đối với **hợp đồng bảo hiểm PJICO** sẽ thông báo cho **chủ hợp đồng** bằng **văn bản**. **PJICO** có thể từ chối bảo hiểm và sẽ thông báo cho **chủ hợp đồng**.

(b) **Bổ sung thêm hoặc giảm bớt người được bảo hiểm**

Nếu **chủ hợp đồng** muốn tăng hoặc giảm **người được bảo hiểm** theo **hợp đồng bảo hiểm** hiện tại, **chủ hợp đồng** phải cung cấp đầy đủ thông tin theo Giấy yêu cầu điều chỉnh/bổ sung thông tin của **PJICO**.

Chủ hợp đồng phải thông báo cho **PJICO** bằng **văn bản** trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày **người được bảo hiểm** đủ điều kiện nộp **giấy yêu cầu bảo hiểm**. Tất cả các đơn yêu cầu bổ sung **người được bảo hiểm** đều phải được **PJICO** chấp thuận đồng thời việc bổ sung **người được bảo hiểm** phải bắt nguồn từ các sự kiện đặc biệt như kết hôn hoặc sinh con.

Nếu **PJICO** chấp thuận việc bổ sung **người được bảo hiểm** trong **năm bảo hiểm**, **người được bảo hiểm** phải nộp **phí bảo hiểm** điều chỉnh theo tỷ lệ số ngày tham gia bảo hiểm/365 x phí bảo hiểm năm và phát hành **giấy chứng nhận bảo hiểm** ngay sau khi nhận đủ **phí bảo hiểm**. Ngày tái tục của **người được bảo hiểm** bổ sung là **ngày tái tục hợp đồng** gốc cấp cho **chủ hợp đồng**.

Đối với **chủ hợp đồng** rút khỏi **hợp đồng bảo hiểm** trong **năm bảo hiểm**, **phí bảo hiểm** sẽ không được hoàn trả nếu **người được bảo hiểm** đó đã từng được chi trả tiền bảo hiểm theo **hợp đồng bảo hiểm**. Trường hợp không có khoản chi trả tiền bảo hiểm nào đã được thực hiện, **PJICO** sẽ hoàn lại 70% số phí của thời gian hợp đồng còn lại (tính theo tỷ lệ số ngày còn lại/365 x phí bảo hiểm năm). **Người được bảo hiểm** sẽ không tiếp tục được hưởng quyền lợi kể từ ngày rút khỏi hợp đồng, bất kể **người được bảo hiểm** đã nhận được thông báo về việc chấm dứt tư cách **người được bảo hiểm** hay chưa. Ngày rút khỏi **hợp đồng bảo hiểm** sẽ là ngày yêu cầu trên Giấy yêu cầu điều chỉnh/bổ sung thông tin hoặc ngày chúng tôi nhận được phiếu này tùy theo ngày nào muộn hơn.

Tất cả **người được bảo hiểm** rút khỏi hợp đồng phải hoàn trả thẻ bảo hiểm đã cấp cho **PJICO**.

(c) Chỉ những người có tên trong **giấy chứng nhận bảo hiểm** mới được xem là **người được bảo hiểm** của **hợp đồng bảo hiểm**. Toàn bộ quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho **người được bảo hiểm** sẽ chấm dứt nếu **chủ hợp đồng** quyết định chấm dứt bảo hiểm.

- (d) **PJICO** sẽ gửi thông báo tái tục bảo hiểm cho **chủ hợp đồng** trong vòng 30 ngày trước ngày hết hạn **hợp đồng bảo hiểm**.

Hợp đồng bảo hiểm của **người được bảo hiểm** có hiệu lực một năm trừ khi **PJICO** đưa ra thỏa thuận khác. Vào ngày tái tục **hợp đồng bảo hiểm**, với điều kiện là **chương trình bảo hiểm** mà **chủ hợp đồng** tham gia vẫn còn hiệu lực, **chủ hợp đồng** có quyền tiếp tục **hợp đồng bảo hiểm** này theo điều khoản và điều kiện áp dụng vào thời điểm đó bằng cách trả **phí bảo hiểm** áp dụng vào thời điểm tái tục.

Nếu **hợp đồng bảo hiểm** hết hạn, hoặc đã bị chấm dứt hoặc bị hủy bỏ theo điều khoản của **hợp đồng bảo hiểm** và sau đó, **chủ hợp đồng** phải nộp lại đơn yêu cầu quyền lợi bảo hiểm theo **hợp đồng bảo hiểm** mới thì hợp đồng không được tái tục liên tục và phải áp dụng **thời gian chờ** như hợp đồng mới.

Nếu **PJICO** không thể tái tục **hợp đồng bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** vào bất kỳ ngày tái tục **hợp đồng bảo hiểm** nào, **PJICO** sẽ thông báo cho **chủ hợp đồng** trước ba mươi (30) ngày và sẽ gửi thông tin chi tiết theo địa chỉ của **người được bảo hiểm** mà **PJICO** đã lưu trong hồ sơ.

- (e) Tỷ lệ **phí bảo hiểm** có thể thay đổi theo chấp thuận của Bộ Tài Chính. **Phí bảo hiểm** được thanh toán vào ngày tái tục **hợp đồng bảo hiểm** sẽ được xác định vào mỗi ngày tái tục **hợp đồng bảo hiểm** dựa trên tuổi tác hiện tại của **người được bảo hiểm**, dựa trên các tỷ lệ **phí bảo hiểm** được áp dụng sau đó và các yếu tố khác có thể có tác động lớn đến các rủi ro được bảo hiểm. **Chủ hợp đồng** phải thanh toán **phí bảo hiểm** khi đến hạn, và **phí bảo hiểm** được thanh toán này không thấp hơn khoản **phí bảo hiểm** nêu trong thông báo tái tục hợp đồng bảo hiểm. Bất kỳ thông báo tái tục hợp đồng bảo hiểm nào mà **PJICO** gửi cho **chủ hợp đồng** chỉ nhằm mục đích cung cấp thông tin, **chủ hợp đồng** có trách nhiệm chi trả **phí bảo hiểm** tái tục vào hoặc trước ngày tái tục **hợp đồng bảo hiểm**. **PJICO** sẽ xác định khoản tiền này vào thời điểm bắt đầu **năm bảo hiểm** và sẽ thông báo cho **chủ hợp đồng** khoản tiền này. **Chủ hợp đồng** phải chi trả theo hình thức đã thỏa thuận với **PJICO**. Thông qua văn bản này, hai bên thỏa thuận và cam đoan rằng, vào hoặc trước ngày bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực theo **hợp đồng bảo hiểm**, Giấy chứng nhận tái tục bảo hiểm, **Giấy chứng nhận bảo hiểm** hoặc **sửa đổi bổ sung**, **PJICO** phải nhận được đầy đủ toàn bộ **phí bảo hiểm** đến hạn thanh toán.

Trong trường hợp **PJICO** không nhận được đầy đủ toàn bộ **phí bảo hiểm** trong vòng 30 ngày kể từ ngày hợp đồng có hiệu lực, **hợp đồng bảo hiểm** sẽ bị hủy bỏ ngay lập tức và **PJICO** không phải thanh toán bất kỳ quyền lợi nào. Sau khi **hợp đồng bảo hiểm** đã bị hủy bỏ, bất kỳ khoản **phí bảo hiểm** nào được thanh toán đều sẽ không có hiệu lực.

- (f) **PJICO** có thể thay đổi toàn bộ hoặc một phần **hợp đồng bảo hiểm** bao gồm cả **bảng quyền lợi** bảo hiểm hoặc những điều khoản này, nhưng chỉ khi do những nguyên nhân nêu trong văn bản **hợp đồng bảo hiểm** của **PJICO**, và những thay đổi này chỉ áp dụng cho **chủ hợp đồng** khi **chủ hợp đồng** tái tục **hợp đồng bảo hiểm**, trừ khi **PJICO** có nghĩa vụ phải áp dụng các thay đổi ngay lập tức theo luật pháp. **PJICO** sẽ thông báo cho **người được bảo hiểm** trước ba mươi (30) ngày về những thay đổi này và sẽ gửi thông tin chi tiết

cho **người được bảo hiểm** theo địa chỉ **PJICO** lưu trong hồ sơ. Những thay đổi này sẽ có hiệu lực kể từ khi **người được bảo hiểm** tái tục **hợp đồng bảo hiểm** hoặc khi được áp dụng theo pháp luật, thậm chí ngay cả khi vì lý do nào đó mà **chủ hợp đồng** hoặc **người được bảo hiểm** không nhận được thông tin chi tiết.

6.6. Điều kiện chung

(Áp dụng đối với toàn bộ **hợp đồng bảo hiểm** và sẽ được **chủ hợp đồng** cũng như tất cả **người được bảo hiểm** được bảo hiểm theo **hợp đồng bảo hiểm** tuân thủ)

Điều quan trọng trong hợp đồng của **PJICO** là **chủ hợp đồng** phải tuân thủ các Điều kiện chung sau đây và trong trường hợp cho phép, đây sẽ là những điều kiện tiên quyết cho quyền thu đòi của **PJICO**:

(a) Nếu bất kỳ **người được bảo hiểm** nào vi phạm các điều khoản của **hợp đồng bảo hiểm**, hoặc có tình huống nại sai sự thật, **PJICO** có thể:

- Từ chối thanh toán; và
- Từ chối tái tục **hợp đồng bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**; hoặc
- Áp đặt điều khoản khác đối với bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào **PJICO** chuẩn bị cung cấp; hoặc
- Ngay lập tức chấm dứt **hợp đồng bảo hiểm** và mọi quyền lợi bảo hiểm theo **hợp đồng bảo hiểm**.

(b) **Chủ hợp đồng** phải đảm bảo rằng bất kỳ khi nào **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** được yêu cầu cung cấp thông tin cho **PJICO**, thì tất cả các thông tin đó phải hoàn chỉnh, đúng sự thật và chính xác. Nếu không, **PJICO** có thể hủy bỏ **hợp đồng bảo hiểm** hoặc áp dụng các điều khoản khác về quyền lợi bảo hiểm.

(c) **Chủ hợp đồng** hoặc **người được bảo hiểm** hoặc người đại diện của **người được bảo hiểm** phải hoàn toàn hợp tác với **PJICO** và đội ngũ y tế của **PJICO** (bao gồm cả **bác sỹ độc lập** được chỉ định). **Chủ hợp đồng**, **người được bảo hiểm** hoặc người đại diện của **người được bảo hiểm** phải khai báo đầy đủ và trung thực về tất cả các vấn đề và nội dung quan trọng mà **chủ hợp đồng** và/hoặc **người được bảo hiểm** biết hoặc phải nhận thức được. Ngay khi có yêu cầu, **chủ hợp đồng**, **người được bảo hiểm** hoặc người đại diện của **người được bảo hiểm** sẽ thực thi bất kỳ văn bản nào để **PJICO** thu thập được các thông tin liên quan từ bất cứ **bác sỹ**, **bệnh viện**, phòng khám hoặc nguồn cung cấp thông tin khác bằng chi phí của chính **chủ hợp đồng** hoặc **người được bảo hiểm**.

(d) Nếu **chủ hợp đồng** hoặc **người được bảo hiểm** có bất kỳ bảo hiểm nào khác hiện đang có hiệu lực hoặc được quyền hưởng bồi thường từ bất kỳ nguồn nào khác đối với cùng một loại **tình trạng y tế** hoặc thương tổn, **hợp đồng bảo hiểm** này sẽ không cung cấp quyền lợi bảo hiểm hơn mức bồi thường trên cơ sở tỷ lệ.

(e) Thông qua văn bản này, **PJICO** sẽ chỉ có nghĩa vụ khi, **chủ hợp đồng bảo hiểm** và **người được bảo hiểm** đồng thuận rằng, bất kỳ thông tin cá nhân nào liên quan đến **chủ hợp đồng bảo hiểm** được **người được bảo hiểm** hoặc đại diện **người được bảo hiểm** cung cấp cho **PJICO** có thể được lưu giữ, sử dụng và công

khai để **PJICO** hoặc cá nhân/tổ chức liên kết với **PJICO** hoặc bất cứ bên thứ ba độc lập nào (trong hoặc ngoài lãnh thổ Việt Nam) có thể:

- (i) Xử lý và đánh giá giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc bất kỳ vấn đề nào phát sinh từ **hợp đồng bảo hiểm** và phạm vi bảo hiểm nào khác của **người được bảo hiểm**, và/hoặc
- (ii) Cung cấp mọi dịch vụ theo **hợp đồng bảo hiểm**.

(f) Nếu **chủ hợp đồng** (hoặc bất kỳ **người được bảo hiểm** nào) thay đổi địa chỉ, **chủ hợp đồng** phải thông báo cho **PJICO** bằng **văn bản**. **Chủ hợp đồng** có thể thay mặt bất cứ **người được bảo hiểm** nào được hưởng quyền lợi bảo hiểm theo **hợp đồng bảo hiểm** để **PJICO** gửi tất cả thư từ về **hợp đồng bảo hiểm** đến địa chỉ của **chủ hợp đồng**.

(g) Để xác định **phí bảo hiểm** phải chi trả, **tuổi tác** của **người được bảo hiểm** là số **tuổi** tính đến thời điểm nộp giấy yêu cầu bảo hiểm/tái tục/bổ sung, và các bảng **phí bảo hiểm** hoặc tài liệu liên quan khác mà **PJICO** cung cấp được đọc hiểu cùng nhau. Nếu khai báo sai **tuổi** của **người được bảo hiểm** dẫn tới không trả đủ **phí bảo hiểm** tương ứng, bất kỳ khoản bồi thường nào theo **hợp đồng bảo hiểm** này phải được tính theo tỷ lệ giữa **phí bảo hiểm** thực tế đã trả với **phí bảo hiểm** chính xác mà đúng ra **người được bảo hiểm** phải chịu kể từ ngày hợp đồng bảo hiểm gốc bắt đầu có hiệu lực. Bất kỳ khoản **phí bảo hiểm** dư nào mà có thể đã được thanh toán do khai báo sai **tuổi** sẽ được hoàn trả lại mà không tính lãi. Nếu theo **tuổi** đúng, **người được bảo hiểm** không đủ điều kiện để hưởng quyền lợi bảo hiểm theo **hợp đồng bảo hiểm** này, thì **người được bảo hiểm** sẽ không được hưởng quyền lợi và **phí bảo hiểm** đã chi trả thực tế sẽ được hoàn lại sau khi đã trừ các chi phí hợp lý có liên quan mà không tính lãi.

Nếu một khoản bồi thường đã được chi trả liên quan đến **người được bảo hiểm** không đủ điều kiện hưởng quyền lợi bảo hiểm theo **hợp đồng bảo hiểm** này, thì **người được bảo hiểm** cần phải hoàn trả cho **PJICO** số tiền bồi thường đó và **PJICO** có quyền lấy bất kỳ khoản **phí bảo hiểm** nào mà **chủ hợp đồng** đã trả để bù trừ cho khoản bồi thường đó.

(h) **PJICO** không có nghĩa vụ bắt buộc phải lưu ý về bất kỳ hình thức ủy thác, quản lý, lưu giữ, chuyển nhượng hoặc các giao dịch khác với hoặc liên quan đến **hợp đồng bảo hiểm** này, nhưng trong mọi trường hợp việc **PJICO** thanh toán bồi thường hoặc chi trả quyền lợi bảo hiểm theo hợp đồng này cho **chủ hợp đồng bảo hiểm/người được bảo hiểm**, **người được bảo hiểm** chỉ định hoặc đại diện pháp lý của **người được bảo hiểm** được coi là hoàn thành trách nhiệm theo hợp đồng.

(i) Trong trường hợp có tranh chấp giữa **chủ hợp đồng** và **PJICO**, **PJICO** có một quy trình khiếu nại được quy định tại Phần 9 – “Giải quyết tranh chấp”, **người được bảo hiểm** phải tuân thủ theo để **PJICO** có thể giải quyết tranh chấp.

(j) **Hợp đồng bảo hiểm** này được điều chỉnh và hiểu theo luật pháp nước Việt Nam.

(k) Mọi thay đổi, phê duyệt hoặc công bố khác liên quan đến **hợp đồng bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** phải được **PJICO** xác nhận bằng văn bản. **PJICO** không chịu ràng buộc bởi bất kỳ cam kết nào bằng lời nói mà không được **PJICO** xác nhận bằng **văn bản**.

(l) Theo các điều khoản khác của **hợp đồng bảo hiểm** này, quyền lợi bảo hiểm theo **hợp đồng bảo hiểm** này của **người được bảo hiểm** tương ứng cũng sẽ tự động chấm dứt khi xảy ra một trong các sự kiện sau đây (tùy theo sự kiện nào xảy ra sớm nhất):

- i. Ngày **hợp đồng bảo hiểm** chấm dứt;
- ii. Ngày chấm dứt bảo hiểm của **người được bảo hiểm**;
- iii. **Người được bảo hiểm** qua đời;
- iv. Không thanh toán **phí bảo hiểm** theo **hợp đồng bảo hiểm**;
- v. Nếu có khai báo sai, không khai báo hoặc gian lận từ phía **chủ hợp đồng bảo hiểm** và/hoặc **người được bảo hiểm**.

Khi quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho **chủ hợp đồng** bảo hiểm chấm dứt, thì quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho tất cả **người được bảo hiểm** cũng tự động chấm dứt.

(m) **PJICO** và các bên cung cấp dịch vụ khác sẽ không bảo hiểm hoặc chi trả tiền bồi thường theo **hợp đồng bảo hiểm** này nếu việc đó khiến **PJICO** hoặc bên cung cấp dịch vụ vi phạm chế tài kinh tế quốc tế, pháp luật hoặc các quy định, bao gồm nhưng không giới hạn đối với những chế tài, pháp luật và quy định do Liên minh Châu Âu, Vương quốc Anh, Hợp chủng quốc Hoa Kỳ hoặc theo nghị quyết của Liên Hợp Quốc. Nếu phát hiện có khả năng xảy ra vi phạm, **PJICO** sẽ thông báo cho **chủ hợp đồng** bằng văn bản trong thời gian sớm nhất có thể.

(n) **PJICO** sẽ không chịu trách nhiệm cho sự sẵn có và sự đáng tin cậy của thông tin được dẫn trên website www.nih.gov **đề cập tới** trong phần định nghĩa **điều trị thay thế** tại Phần 3.

(o) Chi phí tư vấn của **bác sỹ độc lập** và bất cứ chi phí nào khác do **bác sỹ độc lập** quy định sẽ được chi trả bởi bên yêu cầu dịch vụ **bác sỹ độc lập** (có thể là **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** hoặc **PJICO**).

PHẦN 7 – LOẠI TRỪ VÀ GIỚI HẠN

*7.1. Các xét nghiệm, kiểm tra, dịch vụ điều trị, khoản mục, tình trạng y tế, hoạt động và các chi phí liên quan sau đây được loại trừ khỏi hợp đồng bảo hiểm này và **PJICO** sẽ không phải chịu trách nhiệm đối với:*

- (a) **Tình trạng có sẵn** như đã định nghĩa, bao gồm bất kỳ dịch vụ điều trị nào và biến chứng phát sinh từ **tình trạng có sẵn** và các **tình trạng y tế** liên quan, trừ khi **PJICO** có thỏa thuận khác bằng văn bản cho biết rằng **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** không cần phải thông báo cho **PJICO**;

- (b) Bất kỳ khoản phí điều trị nào theo phác đồ chưa được kiểm định hoặc đang trong quá trình thử nghiệm. Phác đồ được kiểm định là những phác đồ đã có trong danh mục **phác đồ phẫu thuật**.
- (c) Bất kỳ khoản phí **điều trị** nào liên quan đến và/hoặc cho **tình trạng bẩm sinh**, trừ khi được cho phép theo **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** được thể hiện tại **bảng quyền lợi bảo hiểm**;
- (d) Bất kỳ dịch vụ điều trị nào hỗ trợ làm giảm tạm thời các triệu chứng chứ không giải quyết các **tình trạng y tế** cơ bản;

Xin lưu ý rằng **PJICO** sẽ không từ chối thanh toán đối với các hình thức điều trị triệt để sau khi **bác sĩ** đã đề xuất phương pháp điều trị hiệu quả. Tuy nhiên, **PJICO** sẽ không thanh toán cho dịch vụ **điều trị** chỉ hỗ trợ làm giảm tạm thời các triệu chứng chứ không chữa trị hoặc **người được bảo hiểm** từ chối tham gia dịch vụ điều trị có sẵn và hiệu quả vì bất kỳ lý do gì nhưng **PJICO** sẽ thanh toán cho việc làm giảm tạm thời triệu chứng khi dịch vụ điều trị thuộc mục quyền lợi “Chăm sóc giảm nhẹ và Chăm sóc cuối đời” nếu quyền lợi này được cho phép theo **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**.

- (e) Mang thai hoặc sinh nở theo cách tự nhiên trừ khi được nêu cụ thể trong **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** thể hiện tại **bảng quyền lợi bảo hiểm**. Sinh mổ và các biến chứng kèm theo được bảo hiểm theo mục quyền lợi “Mang thai và Sinh nở” và phải tuân theo hạn mức nêu tại đó nếu được cho phép theo **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** tại **bảng quyền lợi bảo hiểm**;

Theo quyền lợi về “Biến chứng trước và sau khi sinh”, **PJICO** sẽ thanh toán cho dịch vụ **điều trị** liên quan đến **tình trạng y tế** phát sinh trong suốt thai kỳ. Tuy nhiên, **PJICO** sẽ không thanh toán cho dịch vụ **điều trị** đó nếu cần đến phương tiện hỗ trợ để mang thai hoặc bất kỳ phương pháp **hỗ trợ thụ thai/hỗ trợ mang thai** hoặc lựa chọn sinh mổ có chọn lọc hoặc mổ lấy thai khi không **cần thiết về mặt y tế**.

- (f) Tiến hành điều trị trong vòng chín mươi (90) ngày đầu tiên sau khi sinh đối với những đứa trẻ thụ thai bằng phương pháp nhân tạo hoặc bất kỳ phương pháp **hỗ trợ thụ thai/hỗ trợ mang thai** nào khác;
- (g) Việc điều trị có liên quan trực tiếp đến việc mang thai hộ cho dù **người được bảo hiểm** đóng vai trò là người mang thai hộ, hoặc là cha mẹ;
- (h) Phẫu thuật bào thai. Có nghĩa là cung cấp dịch vụ điều trị hoặc tiến hành điều trị trên bào thai ngay khi còn trong bụng mẹ;

- (i) Chấm dứt thai kỳ hoặc các hậu quả kèm theo, trừ khi đủ điều kiện theo mục quyền lợi về “Biến chứng trước và sau khi sinh”;
- (j) Tránh thai, kiểm tra và điều trị vô sinh, lộ trình điều trị được thiết kế để tăng khả năng sinh sản (bao gồm cả điều trị để ngăn ngừa sảy thai trong tương lai), kiểm tra tình trạng sảy thai và **hỗ trợ thụ thai/hỗ trợ mang thai**, triệt sản (hoặc ngược lại) hoặc bất kỳ hậu quả kèm theo hoặc từ dịch vụ điều trị liên quan;
- (k) Điều trị chứng bất lực hoặc bất kỳ hậu quả nào kèm theo;
- (l) Điều trị, hoặc điều trị liên quan đến rối loạn chức năng tình dục hoặc bất kỳ hậu quả nào kèm theo do bác sỹ kết luận;
- (m) Điều trị các bệnh lây lan qua đường tình dục;
- (n) Phẫu thuật chuyển đổi giới tính hoặc bất kỳ dịch vụ điều trị y tế hoặc phẫu thuật khác bao gồm cả tâm lý trị liệu hoặc dịch vụ phát sinh từ, hoặc liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến chuyển đổi giới tính;
- (o) Điều trị **tình trạng y tế** phát sinh dưới mọi hình thức do lây nhiễm vi-rút gây Suy giảm miễn dịch ở người (HIV) và Hội chứng Suy giảm Miễn dịch Mắc phải (AIDS) trừ khi được cho phép theo **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** được trình bày tại **bảng quyền lợi bảo hiểm**;
- (p) Điều trị bệnh béo phì (Chỉ số khối lượng cơ thể (BMI) từ 30 trở lên) hoặc bất kỳ **tình trạng y tế** nào phát sinh từ, hoặc liên quan đến bệnh béo phì dưới mọi hình thức;
- (q) Chi phí đã phải gánh chịu vì, hoặc liên quan đến bất kỳ loại phẫu thuật giảm cân nào, cho dù là cần thiết phải tiến hành phẫu thuật. Điều này bao gồm cả việc đặt đai thắt dạ dày, hoặc cắt vát dạ dày;
- (r) Loại bỏ mỡ hoặc mô thừa từ bất kỳ phần nào của cơ thể cho dù điều đó có cần thiết vì lý do sức khỏe hoặc tâm lý;
- (s) Chi phí thu nhận nội tạng hoặc mô hiến tặng hoặc bất kỳ chi phí hành chính nào khác ngay cả khi việc cấy ghép được phép thực hiện theo các điều khoản của **hợp đồng bảo hiểm** này;
- (t) Dịch vụ điều trị phát sinh từ hoặc phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp từ các chấn thương tự gây ra hoặc cố ý tự tử;
- (u) Chi phí tham dự lớp học làm cha mẹ hoặc các lớp đào tạo khác như các lớp tiền sản; tất cả các loại hình lớp học / khóa học / chương trình học như cai rượu, thuốc lá, ma túy hoặc chất kích thích;

- (v) Bất kỳ chi phí nào liên quan đến việc điều trị giảm lệ thuộc vào nicotine hoặc thuốc lá, hoặc điều trị phát sinh từ hoặc dưới mọi cách thức, có liên quan đến việc sử dụng sai hoặc quá liều hoặc sử dụng quá nhiều rượu/cồn, thuốc, bất kỳ loại chất kích thích nào khác;
- (w) Bất kỳ dịch vụ điều trị các khuyết tật khúc xạ về mắt như viễn thị, cận thị hoặc loạn thị, trừ khi được cho phép theo **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**; phẫu thuật mắt bằng laser / lasik;
- (x) Tất cả các loại rối loạn học tập, vấn đề về học hành, vấn đề về hành vi, phát triển thể chất hoặc tâm lý, bao gồm cả việc đánh giá hoặc phân loại các loại vấn đề đó. Điều này bao gồm các vấn đề như chứng khó đọc, rối loạn phối hợp động tác, rối loạn phổ tự kỷ, rối loạn tăng động thiếu tập trung (ADHD), các vấn đề về ngôn ngữ và giao tiếp;
- (y) Điều trị phòng ngừa (tức là phòng bệnh);
- (z) Các chi phí phát sinh do điều trị không thuộc phạm vi bảo hiểm theo **hợp đồng bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**, bao gồm cả chi phí điều trị phụ trợ;
- (aa) Bất kỳ khoản viện phí nào phát sinh thêm cho một phòng không phải là phòng hoặc khu đơn tiêu chuẩn vượt quá giới hạn quy định trong chi phí giường phòng hàng ngày (áp dụng cho chương trình bảo hiểm D2) hoặc nâng hạng phòng, các hạng mục sang trọng, các hạng mục không phải là tiêu chuẩn, bữa ăn cho khách.
- Xin lưu ý: **chủ hợp đồng** có thể chọn để nâng hạng phòng hoặc các hạng mục, tuy nhiên, **PJICO** sẽ chỉ chi trả cho những chi phí hợp lý cho một phòng đơn tiêu chuẩn và **chủ hợp đồng** sẽ có trách nhiệm trả bất kỳ khoản phí phát sinh thêm;
- (bb) Điều trị giảm nhẹ các triệu chứng mà có liên quan đến sự thay đổi cơ thể phát sinh vì lý do sinh lý hoặc tự nhiên như tuổi già, mãn kinh, hoặc tuổi dậy thì và không phải do **tình trạng y tế** tiềm ẩn, ốm đau hoặc thương tổn;
- (cc) Tiêm chủng, khám sức khỏe định kỳ hoặc phòng bệnh hoặc sàng lọc dự phòng, bao gồm tham vấn theo dõi định kỳ, trừ khi được cho phép theo **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** như đã trình bày trong **bảng quyền lợi bảo hiểm**;
- (dd) Chi phí cung cấp hoặc lắp bộ phận giả bên ngoài hoặc dụng cụ chỉnh hình hoặc thiết bị hoặc trợ giúp y tế hoặc thiết bị y tế sử dụng lâu bền trừ khi được cho phép theo **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** như đã trình bày trong **bảng quyền lợi bảo hiểm**;

- (ee) Điều trị ngoại trú, bao gồm cả thuốc và băng gạc trừ những hạng mục được nêu trong **đơn thuốc**, và khi **hợp đồng bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** có quyền lợi “Khám ban đầu và khám chuyên sâu”;
- (ff) Nắn chỉnh răng, điều trị nha chu, điều trị nội nha, nha khoa phòng ngừa và nha khoa tổng quát bao gồm cả trám–hàn răng, trừ khi được cho phép theo **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** như đã trình bày trong **bảng quyền lợi bảo hiểm**;
- (gg) Yêu cầu bồi thường khi **người được bảo hiểm** ra khỏi **phạm vi địa lý được bảo hiểm để điều trị** (cho dù đó có phải là lý do duy nhất hay không) hoặc đi mà bất chấp tư vấn y tế ngay cả khi nơi đó vẫn thuộc **phạm vi địa lý được bảo hiểm**;
- (hh) Điều trị do hậu quả của việc tham gia vào hoặc tập luyện các môn thể thao mà **người được bảo hiểm** nhận được một mức lương hoặc số tiền, bao gồm cả các khoản trợ cấp hoặc tài trợ (trừ khi **người được bảo hiểm** chỉ nhận được chi phí đi lại);
- (ii) Điều trị các chấn thương do nhảy dù từ mặt phẳng cố định (base jumping - nhảy từ nóc cao ốc, cầu và vách đá), nhảy cầu mạo hiểm (cliff diving), bay trên máy bay không có giấy phép hoặc học lái, võ thuật, leo trèo tự do, leo núi có hoặc không dây, lặn biển có bình dưỡng khí đến độ sâu hơn 10 mét, đi bộ đến một độ cao trên 2.500 mét, nhảy bungee, du thám hẻm núi, điều lượn, dù lượn hoặc tàu lượn có động cơ, nhảy dù, khám phá hốc sâu trong đá và hang động, trượt tuyết với đường trượt tự nhiên hay bất cứ hoạt động thể thao mùa đông với đường trượt tự nhiên;
- (jj) Dịch vụ điều trị bị loại trừ quy định cụ thể trong các điều khoản bao gồm các **tình trạng y tế** liên quan, được nêu rõ trong **giấy chứng nhận bảo hiểm** hoặc **bản sửa đổi bổ sung** đối với **người được bảo hiểm**; các khoản phí cho các hạng mục không được nêu trong **bảng quyền lợi bảo hiểm** áp dụng cho **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**;
- (kk) Bất kỳ khoản phí nào phát sinh vì lý do xã hội hoặc sinh hoạt gia đình hoặc lý do không liên quan trực tiếp đến việc điều trị;
- (ll) Bất kỳ khoản phí điều trị nào phát sinh trong thời gian không trả **phí bảo hiểm** đến hạn;
- (mm) Bất kỳ khoản phí nào từ trung tâm chăm sóc sức khỏe bằng hơi nước, spa, phòng khám trị liệu bằng phương pháp tự nhiên, trung tâm thể dục thể thao, thậm chí ngay cả khi chúng được đăng ký để hoạt động như một **bệnh viện**;
- (nn) Bất kỳ khoản bồi thường nào hoặc một phần tiền bồi thường liên quan đến việc **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** phải thanh toán phần vượt mức (hoặc **mức khấu trừ năm** hoặc **đồng**

chi trả). Trong trường hợp này, **PJICO** sẽ chỉ thanh toán số dư của tiền bồi thường sau khi đã khấu trừ khoản vượt mức (hoặc **mức khấu trừ năm** hoặc **đồng chi trả**);

- (oo) Bất kỳ khoản phí nào phát sinh không **hợp lý và hợp lệ** do **bác sỹ, bệnh viện**, phòng thí nghiệm hoặc các dịch vụ y tế nói trên đặt ra;
- (pp) Bất kỳ chi phí hành chính hoặc báo cáo các loại (trừ khi **PJICO** có thông báo khác) hoặc bất kỳ chi phí khác không phải là chi phí y tế có liên quan đến việc cung cấp và/hoặc thực hiện trợ cấp y tế và/hoặc dịch vụ;
- (qq) Tất cả các khoản phí tín dụng hoặc phí ngân hàng khi thực hiện thanh toán tiền bồi thường bằng tiền tệ không phải bằng Việt Nam Đồng;
- (rr) Chi phí cho dịch vụ điều trị đã thực hiện và thuốc men do **bác sỹ** kê đơn không liên quan đến dịch vụ điều trị được cung cấp cho **người được bảo hiểm**;
- (ss) Tiền bồi thường đối với thực phẩm chức năng hoặc các chất có sẵn trong tự nhiên như vitamin, khoáng chất, và chất hữu cơ, trừ khi được quy định theo quyền lợi về “điều trị thay thế”;
- (tt) Thực phẩm bổ sung dinh dưỡng, bao gồm sữa công thức cho trẻ mới sinh và sản phẩm làm đẹp, thậm chí ngay cả khi chúng được khuyến cáo hoặc kê đơn hoặc được công nhận về mặt y tế là có tác dụng trị liệu;
- (uu) Điều trị tâm thần trừ khi được cho phép theo **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** như đã trình bày trong **bảng quyền lợi bảo hiểm**;
- (vv) Bảo quản lạnh; cấy hoặc cấy lại các tế bào sống hoặc mô sống, bất kể là lấy từ chính bản thân hay lấy từ người hiến tặng;
- (ww) Điều trị được cho là **không cần thiết về mặt y tế** hoặc có thể được coi là sự lựa chọn của riêng cá nhân;
- (xx) **Điều trị nội trú** đối với **tình trạng y tế** có thể điều trị ngoại trú;
- (yy) Xét nghiệm di truyền, cũng như bất kỳ tư vấn cần thiết sau các xét nghiệm di truyền, thậm chí ngay cả khi những xét nghiệm đó được thực hiện để xác định xem **người được bảo hiểm** có khả năng bị các **tình trạng y tế** do di truyền trong tương lai hay không. Vì những xét nghiệm này được tiến hành để xác định xem các **tình trạng y tế** có khả năng phát triển hay không, chứ không nhằm mục đích điều trị **tình trạng y tế**;

- (zz) Đồ dùng cá nhân tiêu chuẩn ví dụ như dầu gội đầu, xà phòng, kem đánh răng, nước súc miệng, kem dưỡng, kem dưỡng ẩm, sữa rửa mặt, sữa tắm, thuốc tránh thai, thuốc đặc trị cảm lạnh và nhức đầu, có hoặc không có đơn thuốc, **PJICO** cũng không trả tiền cho các cuộc gọi điện thoại.
- (aaa) Tất cả các loại rối loạn giấc ngủ bao gồm ngáy ngủ, mất ngủ, ngưng thở khi ngủ, hoặc thử nghiệm nghiên cứu về giấc ngủ;
- (bbb) Kiểm tra hoặc điều trị chứng rụng tóc;
- (ccc) Chi phí điều trị các loại mụn trứng cá;
- (ddd) Xô khuyên tai hoặc xô mình và xăm mình hoặc dịch vụ điều trị cần thiết do hậu quả của những hành động đó;
- (eee) Dịch vụ điều trị khi ở **bệnh viện** trong vòng hơn chín mươi (90) ngày liên tiếp cho tổn thương thần kinh vĩnh viễn hoặc nếu **người được bảo hiểm** đang ở trong trạng thái sống thực vật dai dẳng. **PJICO** xác định trạng thái thực vật dai dẳng là tình trạng mất ý thức sâu, không có dấu hiệu nhận thức hay ý thức hay trí tuệ hoạt động, ngay cả khi người đó có thể mở mắt và hít thở mà không cần hỗ trợ và người đó không phản ứng với các tác nhân kích thích như gọi tên của họ hay động chạm. Trạng thái phải tồn tại trong ít nhất bốn (4) tuần mà không có dấu hiệu cải thiện hoặc có thể không phục hồi;
- (fff) Bất kỳ chi phí hoặc dịch vụ hoặc dịch vụ điều trị phát sinh trong đất nước chịu lệnh trừng phạt của Liên Hiệp Quốc (UN) và / hoặc Hợp chủng quốc Hoa Kỳ (USA) và / hoặc Liên minh châu Âu (EU) tại thời điểm điều trị. **Người được bảo hiểm** có thể biết các thông tin chi tiết về các quốc gia này bằng cách gọi cho đường dây nóng Dịch vụ khách hàng của **PJICO**.

7.2. Các điều khoản đặc biệt áp dụng trong các trường hợp sau đây:

Các xét nghiệm, kiểm tra, dịch vụ điều trị, **tình trạng y tế**, hoạt động và các chi phí liên quan hoặc liên đới sau đây được loại trừ khỏi **hợp đồng bảo hiểm** này và **PJICO** sẽ không phải chịu trách nhiệm đối với:

- (a) Điều trị hoặc phẫu thuật thẩm mỹ;
- (b) Bất kỳ dịch vụ điều trị có liên quan đến hoặc cần phải thực hiện vì điều trị thẩm mỹ/phẫu thuật tái tạo trước đó;
- (c) Điều dưỡng đặc biệt trong **bệnh viện**, trừ khi **PJICO** đã đồng ý bằng **văn bản** hoặc đồng ý trước rằng việc điều dưỡng đó là cần thiết và phù hợp;

(d) Phục hồi chức năng nội trú trừ khi:

- Được **bác sỹ** chuyên về phục hồi chức năng thực hiện; và
- Được thực hiện tại **bệnh viện** hoặc đơn vị phục hồi chức năng; và
- Không thể **điều trị** ngoại trú, và
- **PJICO** đã đồng ý về các chi phí bằng **văn bản** trước khi bắt đầu quy trình phục hồi chức năng.

PJICO sẽ chi thanh toán hai mươi tám (28) ngày điều trị phục hồi chức năng nội trú trừ trường hợp tổn thương hệ thần kinh trung ương nghiêm trọng do chấn thương bên ngoài. Đối với các trường hợp như tổn thương hệ thần kinh trung ương nghiêm trọng do chấn thương bên ngoài, **PJICO** chỉ thanh toán một trăm tám mươi (180) ngày điều trị phục hồi chức năng nội trú.

- (e) Việc sử dụng bất kỳ loại thuốc chưa được kiểm định chất lượng. Điều này có nghĩa là loại thuốc đó phải được Cơ quan Quản lý Dược Châu Âu cấp phép cho sử dụng nếu **người được bảo hiểm** đang được điều trị ở châu Âu, hoặc Cục quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Mỹ (FDA), nếu **người được bảo hiểm** đang được điều trị bất cứ nơi nào khác trên thế giới và được sử dụng trong phạm vi các điều khoản của giấy phép đó, hoặc đã được cấp số đăng ký lưu hành tại Việt Nam nếu **người được bảo hiểm** đang điều trị tại Việt Nam. Tuy nhiên, **PJICO** sẽ thanh toán nếu trước khi bắt đầu điều trị, xác định được rằng việc **điều trị** này đã được cơ quan y tế có thẩm quyền công nhận là phù hợp;
- (f) Dịch vụ điều trị không được kiểm định hay đang trong quá trình thử nghiệm. Đối với dịch vụ **điều trị** đã được xác định, điều này có nghĩa là các quy trình và thực tiễn đã trải qua thử nghiệm và đánh giá lâm sàng thích hợp đã cung cấp đủ bằng chứng để được xem là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả đã được chứng minh trong các tài liệu y khoa đã được xuất bản.

7.3. **PJICO** sẽ không thanh toán cho bất cứ dịch vụ điều trị, hoặc Hỗ trợ Y tế Khẩn cấp Quốc tế, do ô nhiễm hạt nhân, ô nhiễm sinh học hoặc ô nhiễm hóa học, trong khi tham gia vào chiến tranh (dù đã tuyên bố hay chưa), hành động của kẻ thù nước ngoài, các hoạt động tội phạm hoặc bất hợp pháp, xâm lược, nội chiến, bạo loạn, nổi loạn, nổi dậy, cách mạng, lật đổ chính quyền được thành lập hợp pháp, các vụ nổ của vũ khí chiến tranh hoặc bất kỳ sự kiện tương tự với một trong những sự kiện được liệt kê. Điều khoản này bao gồm cả việc điều trị theo yêu cầu do **người được bảo hiểm** tự rơi vào tình trạng nguy hiểm không cần thiết, chẳng hạn như đi đến khu vực đang có biến loạn với vai trò là một người quan sát hoặc khán giả.

Nếu **hoạt động khủng bố** không gây ra ô nhiễm hạt nhân, sinh học hoặc hóa học thì việc **điều trị** theo yêu cầu do nguyên nhân là hoạt động khủng bố vẫn được bảo hiểm.

7.4. Từ chối trả tiền bảo hiểm nếu **PJICO** không nhận được thông báo trong vòng ba mươi (30) ngày và hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm trong vòng mười hai (12) tháng kể từ ngày tiến hành điều trị, trừ khi có sự kiện bất khả kháng theo quy định của pháp luật Việt Nam.

7.5. **PJICO** sẽ không thanh toán mức quyền lợi đã được nâng cấp đối với dịch vụ điều trị các **tình trạng y tế** đã phát sinh hoặc đáng lẽ phải được **người được bảo hiểm** đoán biết trước trước khi việc nâng cấp có hiệu lực. Khi **tình trạng y tế** rõ ràng hoặc trở nên rõ ràng, quyền lợi đối với **tình trạng y tế** đó sẽ bị giới hạn theo mức quyền lợi bảo hiểm sẽ được áp dụng cho **tình trạng y tế** đó trước khi nâng cấp.

PHẦN 8 – CẦN PHẢI LÀM GÌ ĐỂ ĐẠT ĐƯỢC LỢI ÍCH TỐT NHẤT

Các lưu ý sau đây đề cập đến một số khía cạnh cụ thể và các câu hỏi thường gặp liên quan đến phạm vi bảo hiểm của **người được bảo hiểm**. Hãy liên hệ với **PJICO** để được tư vấn về bất kỳ khía cạnh nào của **hợp đồng bảo hiểm** mà **chủ hợp đồng** chưa rõ.

8.1. Trước khi người được bảo hiểm đi điều trị

8.1.1 Những điều cần làm trước sử dụng dịch vụ **điều trị nội trú** hoặc **điều trị trong ngày**

- Trước khi sử dụng bất kỳ dịch vụ **điều trị nội trú** hoặc **điều trị trong ngày** theo kế hoạch được khuyến nghị bởi **bác sỹ**, **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** hoặc **bệnh viện** điều trị nên liên hệ với số điện thoại đường dây nóng Bảo lãnh viện phí và Tư vấn bồi thường để có được ủy quyền của **PJICO** đối với dịch vụ **điều trị** được đề xuất cho **người được bảo hiểm** đó.
- **PJICO** sẽ gửi cho **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** và/hoặc bệnh viện **văn bản** xác nhận mức độ bảo hiểm cho dịch vụ **điều trị** được đề xuất và khoản tiền bảo hiểm **PJICO** sẽ thanh toán cho dịch vụ điều trị đó. Trong trường hợp có bất kỳ chênh lệch nào giữa mức độ bảo hiểm đã được xác nhận của **PJICO** và những gì mà bệnh viện yêu cầu khi **người được bảo hiểm** đó xuất viện, **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** phải thanh toán khoản tiền chênh lệch này khi rời khỏi **bệnh viện**.

8.1.2 *Chấp thuận trước*

Lý do mà **PJICO** cần chấp thuận trước dịch vụ **điều trị** theo kế hoạch là để bảo vệ **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** tránh khỏi những chi phí phát sinh ngoài dự kiến. **PJICO** sẽ xác nhận như sau:

- Dịch vụ **điều trị** theo kế hoạch thuộc phạm vi của **hợp đồng bảo hiểm**
- Dịch vụ **điều trị** theo kế hoạch là **cần thiết về mặt y tế**
- Dịch vụ **điều trị** theo kế hoạch nằm trong phạm vi chi phí **hợp lý và hợp lệ**

- Chi phí **điều trị** theo kế hoạch nằm trong phạm vi hạn mức quyền lợi bảo hiểm còn lại của **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**

Chủ hợp đồng nên thông báo để có được sự chấp thuận trước bằng văn bản của **PJICO** đối với dịch vụ **điều trị** và các dịch vụ sau:

Điều trị nội trú và điều trị trong ngày

- Tất cả những lần nhập viện điều trị nội trú và điều trị trong ngày
- Tất cả các xét nghiệm không **cấp cứu**, chẩn đoán, **điều trị**, phẫu thuật và các dịch vụ y tế khác
- Tất cả các dịch vụ sản khoa nội trú
- Tất cả các dịch vụ nha khoa nội trú
- Điều dưỡng đặc biệt trong **bệnh viện** và / hoặc bất kỳ điều dưỡng tại nhà sau khi xuất viện
- Phục hồi sau phẫu thuật
- Chăm sóc giảm nhẹ và Chăm sóc cuối đời

Điều trị ngoại trú

- Chụp cắt lớp vi tính không **cấp cứu**, chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp phát xạ, X-quang, quét dáng đi và chẩn đoán nội bộ chẳng hạn như nội soi, siêu âm, nội soi dạ dày và các loại quét khác.
- **Đơn thuốc** bao gồm vật tư tiêu hao cho ba mươi (30) ngày trở lên
- Ý kiến thứ hai cho cùng **tình trạng y tế**
- Bất kỳ dịch vụ khám bệnh ngoại trú theo yêu cầu trên cơ sở thanh toán trực tiếp

Nếu không có sự chấp thuận trước, **PJICO** có thể từ chối giải quyết tất cả hoặc một phần khiếu nại bồi thường. Trong trường hợp **PJICO** phải thanh toán cho bất kỳ mục nào không được bảo hiểm theo xác nhận của **PJICO** thì **PJICO** sẽ thu hồi lại số tiền đó từ **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm**. Trong bất kỳ trường hợp nào chi phí phát sinh không trực tiếp liên quan đến việc **điều trị** sẽ được thanh toán bởi **chủ hợp đồng/ người được bảo hiểm**.

Ngoài những phần bắt buộc phải có sự chấp thuận trước của **PJICO** quy định tại phần 4 – Phạm vi, quyền lợi bảo hiểm, trường hợp sử dụng dịch vụ bảo lãnh viện phí trực tiếp cũng bắt buộc phải có sự đồng ý trước của **PJICO**. **PJICO** và **nhà cung cấp dịch vụ** do **PJICO** chỉ định sẽ gửi giấy xác nhận chấp thuận trong vòng 5 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu.

Trường hợp **người được bảo hiểm** vì lý do bất khả kháng không thể có được sự chấp thuận trước của **PJICO**, **PJICO** vẫn phải có trách nhiệm giải quyết bồi thường cho **người được bảo hiểm** căn cứ trên hồ sơ thực tế tuân theo điều kiện điều khoản của **hợp đồng bảo hiểm**.

8.1.3 Điều trị nội trú hoặc thanh toán trực tiếp

Tất cả các **điều trị nội trú** không **cấp cứu** cần được **PJICO** và đơn vị **PJICO** thuê thực hiện bồi thường chấp thuận **bằng văn bản** trước khi nhập viện. **Người được bảo hiểm** có thể tra cứu **danh mục bệnh viện toàn cầu** của **PJICO** để sử dụng dịch vụ bảo lãnh viện phí trực tiếp cho **điều trị nội trú** thuộc phạm vi bảo hiểm. **Người được bảo hiểm** nên xác nhận với **bệnh viện** rằng **bệnh viện** đã nhận được ủy quyền bằng văn bản của **PJICO** trước khi tiến hành **điều trị**. Nếu bệnh viện chưa nhận được xác nhận, **người được bảo hiểm** phải liên hệ ngay với **PJICO**.

Trường hợp **người được bảo hiểm** tiến hành **điều trị tình trạng y tế** không được bảo hiểm trong phạm vi các điều khoản của **hợp đồng bảo hiểm**, thì **người được bảo hiểm** đó vẫn phải chịu trách nhiệm đối với các chi phí của dịch vụ **điều trị** đó. Các chi phí này phải được thanh toán đầy đủ theo yêu cầu. Việc không thanh toán có thể dẫn tới việc chấm dứt hợp đồng bảo hiểm và nếu không có khoản yêu cầu bồi thường nào được thanh toán trong năm hợp đồng, phí bảo hiểm sẽ được hoàn lại theo tỷ lệ.

Trong trường hợp **PJICO** phải thanh toán cho bất kỳ khoản mục nào không được bảo hiểm theo xác nhận của **PJICO**, **PJICO** sẽ thu hồi số tiền đó từ **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm**. Trong mọi trường hợp, bất cứ chi phí nào không liên quan trực tiếp đến dịch vụ **điều trị** sẽ do **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** chi trả.

8.1.4 Quyết định về dịch vụ điều trị

PJICO không đưa ra quyết định **điều trị** của cho **người được bảo hiểm** là nội trú, điều trị trong ngày hay là ngoại trú. Điều này được quyết định bởi các **bác sĩ**. **PJICO** sẽ thường không xem xét đến vấn đề này, trừ khi, theo ý kiến của **cố vấn y tế** của **PJICO**, nó sẽ thích hợp hơn nếu **điều trị** theo cách khác. Nếu có sự khác biệt giữa ý kiến của **bác sĩ điều trị** và đội ngũ **cố vấn y tế** của **PJICO**, ý kiến của **bác sĩ độc lập** sẽ được ưu tiên áp dụng.

8.1.5 Danh mục phác đồ phẫu thuật

Trong văn bản **hợp đồng bảo hiểm** này, **PJICO** đề cập đến **danh mục phác đồ phẫu thuật** - văn bản liệt kê các **ca phẫu thuật** đã được chứng minh mà **PJICO** thanh toán quyền lợi bảo hiểm và phân loại theo độ phức tạp. Mỗi thủ thuật đều có một mã số để quản lý. Có hơn 1.000 thủ thuật được liệt kê, trong đó có khoảng 250 thủ thuật thường được thực hiện hàng ngày. Văn bản này được viết bằng ngôn ngữ y tế và được xây dựng cho các **bác sĩ** và **PJICO** sử dụng để đánh giá sự phù hợp của dịch vụ **điều trị** được đề xuất và yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm của **người được bảo hiểm**. Bảng mô tả này thường xuyên được **PJICO** cập nhật để bao gồm những thủ thuật mới đã được kiểm chứng và được **PJICO** duy trì.

8.1.6 Quan điểm thứ hai

PJICO có thể hỏi ý kiến của **bác sĩ** độc lập để tư vấn cho **PJICO** về thực tế y tế liên quan đến yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm hoặc để kiểm tra sức khỏe của **người được bảo hiểm** có liên quan đến yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm và cung cấp báo cáo cho **PJICO**. **Người được bảo hiểm** phải hợp tác với **bác sĩ** độc lập này. Việc này rất ít khi cần thiết và **PJICO** chỉ sử dụng quyền này khi nào không chắc chắn về bản chất hoặc mức độ của **tình trạng y tế** và/hoặc trách nhiệm của **PJICO** theo **hợp đồng bảo hiểm**. Trong trường hợp có sự khác biệt giữa đội ngũ y tế của **PJICO** và **bác sĩ** tham gia thì ý kiến của bác sĩ độc lập sẽ được ưu tiên áp dụng.

8.1.7 Nếu người được bảo hiểm cần điều trị

Nếu **người được bảo hiểm** cần điều trị, **người được bảo hiểm** đó phải gọi điện đến số điện thoại đường dây nóng của **PJICO** trên thẻ bảo hiểm.

Nếu **bác sĩ** của **người được bảo hiểm** đề nghị nhập viện hoặc thực hiện một thủ thuật ngoại trú lớn, thì **người được bảo hiểm** cần liên hệ với **PJICO** để xác nhận rằng **người được bảo hiểm** có quyền được hưởng quyền lợi bảo hiểm

8.1.8 Dịch vụ điều trị cấp cứu

Nếu việc **điều trị** cần phải nhập viện **cấp cứu**; **người được bảo hiểm** không thể liên hệ với **PJICO** trước. Tuy nhiên, hãy nhờ ai đó liên hệ với **PJICO** càng sớm càng tốt và chắc chắn rằng, khi **người được bảo hiểm** được đưa vào bệnh viện, bệnh viện tiếp nhận thẻ bảo hiểm của **người được bảo hiểm** và chứng minh thư nhân dân để họ có thể liên hệ với **PJICO** ngay lập tức.

8.2. Trong khi người được bảo hiểm đang điều trị

8.2.1 Người được bảo hiểm xác nhận bản thân

Trong mọi trường hợp, nếu **người được bảo hiểm** đang được **điều trị** ở bất kỳ nơi nào trong **Danh mục bệnh viện toàn cầu**, **người được bảo hiểm** đó phải luôn luôn xác nhận bản thân mình là **người được bảo hiểm của chương trình bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe Quốc tế PJICO** để đảm bảo rằng việc **điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm** được hưởng những lợi ích theo thỏa thuận với **PJICO**. Nếu không thực hiện điều này, **người được bảo hiểm** có thể mất thêm chi phí phải chi trả.

Xin lưu ý rằng **PJICO** có quyền thu hồi từ **chủ hợp đồng hoặc người được bảo hiểm** bất kỳ khoản phí không thuộc phạm vi bảo hiểm nào đã phải chi trả thay cho **người được bảo hiểm** đó theo **hợp đồng bảo hiểm** này.

8.2.2 Hồ sơ trả tiền bảo hiểm đối với các yêu cầu bồi hoàn

Chủ hợp đồng/Người được bảo hiểm có thể tự thanh toán các chi phí **điều trị** tại các **cơ sở y tế** và thông báo cho **PJICO** hoặc đơn vị **PJICO** thuê thực hiện bồi thường trong vòng 30 ngày kể từ ngày **điều trị**, trừ trường hợp bất khả kháng. Đối với trường hợp thông báo chậm quá 30 ngày, số tiền chi trả tiền bảo hiểm cuối cùng có thể bị áp dụng chế tài như sau:

Số ngày kể từ ngày điều trị đến ngày thông báo cho PJICO/đơn vị PJICO thuê thực hiện bồi thường	Phần trăm chi phí y tế do chủ hợp đồng/người được bảo hiểm tự trang trải
Ít hơn 30 ngày	Không
Từ ngày thứ 31 đến ngày thứ 60	10%
Từ ngày thứ 61 đến ngày thứ 90	20%
Từ ngày thứ 91 đến ngày thứ 365	30%
Quá 365 ngày	100% PJICO sẽ không chi trả bảo hiểm

Tất cả các yêu cầu bồi hoàn cần có Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm. **Người được bảo hiểm** có thể lấy Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm này tại trang web **của chúng tôi** hoặc bằng cách gọi điện đến đội ngũ Chăm sóc khách hàng/Bảo lãnh viện phí và tư vấn bồi thường **của chúng tôi** theo số được ghi ở mặt sau của thẻ bảo hiểm của **người được bảo hiểm**.

Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải đảm bảo rằng Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm được điền và ký tên đầy đủ và gửi lại cho **chúng tôi** càng sớm càng tốt, cung cấp cho **chúng tôi** tất cả những thông tin **chúng tôi** yêu cầu.

Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm đầy đủ sẽ đảm bảo rằng khiếu nại này sẽ được xử lý kịp thời. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm không đầy đủ hoặc không có chữ ký có thể trì hoãn việc giải quyết yêu cầu và trong một số trường hợp, có thể dẫn đến việc gửi trả lại Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm cho **chủ hợp đồng** hoặc **người được bảo hiểm** để hoàn tất.

Để biết thêm thông tin chi tiết về những điều khoản, xin vui lòng đọc cuốn Cẩm nang khách hàng chúng tôi đã gửi cho **chủ hợp đồng**. **Chúng tôi** có thể cần thông tin y tế bổ sung từ **bác sỹ** điều trị. Trong những trường hợp đó, **chúng tôi** sẽ cung cấp một mẫu thu thập thông tin y tế để **bác sỹ** điều trị cho **người được bảo hiểm** hoàn thành. Nếu **bác sỹ** không phản hồi một cách nhanh chóng với yêu cầu đó, thì yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm có thể bị trì hoãn.

Chúng tôi không thanh toán cho các báo cáo y tế.

Đối với dịch vụ **điều trị** mà **người được bảo hiểm** cần sự chấp thuận trước **của chúng tôi**, thì **người được bảo hiểm** phải nhận được chấp thuận đó từ **chúng tôi** bằng **văn bản** trước khi bắt đầu **điều trị**. **Người được bảo hiểm** sẽ nhận được mã số hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm. Mã số này phải được nêu trong khiếu nại tiếp theo của **người được bảo hiểm**.

Xin lưu ý rằng, thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm là mười hai (12) tháng kể từ ngày **điều trị**.

Các giấy tờ, chứng từ thanh toán phát sinh ở nước ngoài, ghi bằng tiếng nước ngoài phải được dịch ra tiếng Việt, bản dịch tiếng Việt có công chứng phải đính kèm bản gốc bằng tiếng nước ngoài. Người dịch phải ký, ghi rõ họ tên và chịu trách nhiệm về nội dung dịch ra tiếng Việt. Chi phí dịch do **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** chịu.

Địa chỉ gửi hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm:

Công ty TNHH Dịch vụ Nam Á
Tầng 8, 208 Nguyễn Trãi, Quận 1, Thành phố Hồ Chí Minh
ĐT: (+848) 39256780

8.2.3 Tiền tệ

Các giá trị trong **bảng quyền lợi bảo hiểm** là Đồng Việt Nam ('Đồng').

Phí bảo hiểm phải được thanh toán bằng Đồng Việt Nam.

Tiền bồi thường sẽ được thanh toán bằng cùng một loại tiền tệ như **phí bảo hiểm** mà **chủ hợp đồng** đã thanh toán, trừ khi trước đó **PJICO** có thỏa thuận khác bằng **văn bản**. Nếu **PJICO** đồng ý hoàn trả cho **người được bảo hiểm** bằng loại tiền tệ khác, **PJICO** sẽ xác nhận bằng **văn bản**. Những khoản tiền bồi thường không được trả bằng Đồng Việt Nam phải tuân theo quy định về quản lý ngoại hối của Việt Nam. Đối với các chi phí **điều trị nội trú** hoặc **điều trị trong ngày** thuộc phạm vi bảo hiểm, **PJICO** sẽ hoàn trả theo tỷ giá giao ngay hiện hành của Vietcombank vào ngày xuất viện. Đối với các chi phí điều trị ngoại trú thuộc phạm vi bảo hiểm, **PJICO** sẽ hoàn trả theo tỷ giá giao ngay hiện hành của Vietcombank vào ngày điều trị ngoại trú. Mọi chi phí phát sinh liên quan đến tỷ giá sẽ do **người được bảo hiểm** thanh toán và sẽ được khấu trừ vào bất kỳ khoản thanh toán nào cho **người được bảo hiểm** đối với khiếu nại đó.

PJICO không chịu trách nhiệm đối với bất kỳ khoản phí ngân hàng hoặc phí tín dụng hoặc chênh lệch tỷ giá nào.

Lưu ý: Phần 8.2.4 và 8.2.7 dưới đây liệt kê tóm tắt về quyền và nghĩa vụ của chủ hợp đồng/người được bảo hiểm. Để hiểu rõ thêm về từng quyền và nghĩa vụ, vui lòng tham khảo toàn bộ các điều kiện điều khoản của văn bản này.

8.2.4 Trách nhiệm của chủ hợp đồng/người được bảo hiểm

- a) Đóng **phí bảo hiểm** đầy đủ theo thời hạn và phương thức đã thỏa thuận trong **hợp đồng bảo hiểm**.
- b) Kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến **hợp đồng bảo hiểm** theo yêu cầu của **PJICO**; bao gồm cả các **tình trạng có sẵn, tình trạng bẩm sinh**.
- c) Thông báo cho **PJICO** trước khi điều trị đối với các dịch vụ cần có sự chấp thuận trước của **PJICO**.
- d) Thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của **PJICO** trong quá trình thực hiện **hợp đồng bảo hiểm** theo yêu cầu của **PJICO**. Nếu **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** thay đổi địa chỉ, **chủ hợp đồng** phải thông báo cho **PJICO** bằng văn bản. **Chủ hợp đồng** có thể đại diện bất cứ **người được bảo hiểm** nào trong **hợp đồng bảo hiểm** để nhận các thư từ của **PJICO** theo địa chỉ của **chủ hợp đồng**.
- e) Thông báo cho **PJICO** về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong **hợp đồng bảo hiểm**. Trong trường hợp phát sinh những chi phí vượt quá giới hạn quyền lợi bảo hiểm hoặc cao hơn mức **hợp lý và hợp lệ** thông thường thì **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** sẽ tự chi trả phần chênh lệch đó.
- f) Cung cấp đầy đủ hồ sơ khiếu nại theo hướng dẫn tại Cẩm nang khách hàng để đánh giá bồi thường theo hợp đồng bảo hiểm này.
- g) **Chủ hợp đồng/Người được bảo hiểm** hoặc đại diện của **người được bảo hiểm** phải hoàn toàn hợp tác với **PJICO** và **bác sỹ độc lập** được chỉ định và phải khai báo đầy đủ và trung thực về tất cả các vấn đề quan trọng mà **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** biết hoặc đã được cảnh báo. **Chủ hợp đồng/Người được bảo hiểm** hoặc đại diện của **người được bảo hiểm** có nghĩa vụ thực thi bất kỳ văn bản nào để **PJICO** thu thập được các thông tin liên quan từ các **bác sỹ, cơ sở y tế**, hoặc nguồn cung cấp thông tin khác bằng chi phí của **người được bảo hiểm**. Chi phí thuê **bác sỹ độc lập** do **người được bảo hiểm** chi trả.
- h) Hoàn trả cho **PJICO** số tiền bồi thường nếu khoản bồi thường đã được chi trả liên quan đến **người được bảo hiểm** không đủ điều kiện hưởng quyền lợi bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này và **PJICO** có quyền lấy bất kỳ khoản **phí bảo hiểm** nào mà **người được bảo hiểm** đã trả để bù trừ cho khoản bồi thường đó.
- i) Việc **PJICO** đồng ý thanh toán bất kỳ khiếu nại nào không có nghĩa là **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** được giải phóng nghĩa vụ thực hiện đầy đủ các điều kiện điều khoản của **hợp đồng bảo hiểm** này.

- j) Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

8.2.5 Quyền của **PJICO**

- a) Nếu **chủ hợp đồng** hoặc **người được bảo hiểm** vi phạm các điều kiện điều khoản của hợp đồng hoặc tạo hoặc cố tình tạo hồ sơ bằng bất cứ cách nào không trung thực, **PJICO** có thể từ chối không hoàn lại phí bảo hiểm (nếu đã có hồ sơ thanh toán bảo hiểm trước đây, dù là nhỏ) hoặc từ chối thanh toán bảo hiểm, từ chối tái tục hợp đồng hoặc tái tục với những điều khoản đặc biệt do **PJICO** đưa ra hoặc chấm dứt hợp đồng bảo hiểm ngay lập tức.
- b) Thu **phí bảo hiểm** theo thỏa thuận trong **hợp đồng bảo hiểm**.
- c) Yêu cầu **chủ hợp đồng** cung cấp đầy đủ trung thực và chính xác các thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện **hợp đồng bảo hiểm**. Việc không kê khai bất kỳ **tình trạng y tế** nào **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** đã được cảnh báo có thể dẫn đến việc loại trừ chi phí điều trị cho tình trạng đó, từ chối tái tục hợp đồng hoặc hủy bỏ **hợp đồng bảo hiểm**.
- d) Từ chối trả tiền bảo hiểm cho **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thỏa thuận trong **hợp đồng bảo hiểm**.
- e) Xem xét từ chối trả tiền bảo hiểm nếu **PJICO** không nhận được thông báo trong vòng ba mươi (30) ngày và hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm trong vòng mười hai (12) tháng kể từ ngày tiến hành điều trị, trừ khi có sự kiện bất khả kháng theo quy định của pháp luật Việt Nam.
- f) **PJICO** sẽ thu hồi lại khoản tiền bồi thường từ **chủ hợp đồng** và/hoặc **người được bảo hiểm** khi **PJICO** phát hiện ra sự thiếu trung thực/khai báo sai.
- g) Lưu giữ, sử dụng và công khai thông tin cá nhân liên quan đến **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** để **PJICO** hoặc cá nhân/tổ chức liên kết với **PJICO** hoặc bất cứ bên thứ ba độc lập nào (trong hoặc ngoài lãnh thổ Việt Nam) có thể:
- Xử lý và đánh giá **giấy yêu cầu bảo hiểm** hoặc bất kỳ vấn đề nào phát sinh từ **hợp đồng bảo hiểm** và phạm vi bảo hiểm nào khác của **người được bảo hiểm**, và/hoặc
 - Cung cấp mọi dịch vụ theo **hợp đồng bảo hiểm**.
- h) Từ chối thanh toán các chi phí điều trị tiếp theo, hoặc các điều trị tương tự, ngay cả khi trước đó **PJICO** đã từng trả cho điều trị tương tự, nếu cuối cùng kết luận là không thuộc phạm vi bảo hiểm.
- i) Từ chối bảo hiểm hoặc từ chối chi trả tiền bảo hiểm theo quy tắc này nếu việc đó khiến **PJICO** hoặc những **nhà cung cấp dịch vụ** do **PJICO** ủy quyền vi phạm luật, quy định quốc tế, những hình thức chế tài, cấm vận kinh tế quốc tế của các quốc gia và các tổ chức quốc tế.
- j) Từ chối chi trả tiền bảo hiểm đã được nâng lên mức cao hơn đối với điều trị các **tình trạng y tế** đã phát sinh hoặc đã được cảnh báo trước khi việc nâng lên mức cao hơn có hiệu lực. Khi **tình trạng y**

tế đã rõ ràng hoặc trở nên rõ ràng, quyền lợi đối với **tình trạng y tế** đó sẽ bị giới hạn theo mức quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho **tình trạng y tế** đó trước khi nâng lên mức cao hơn.

- k) **Chủ hợp đồng/Người được bảo hiểm** phải thông báo cho **PJICO** về khiếu nại nếu thấy rằng các khoản chi phí theo **hợp đồng bảo hiểm** này có thể được bồi thường từ một cá nhân nào đó hoặc theo như hợp đồng bảo hiểm khác.

Nếu liên quan đến hợp đồng bảo hiểm khác, **PJICO** sẽ chi trả cho số dư từ khoản tiền đã được trả từ những hợp đồng như vậy.

- l) Các quyền khác theo quy định của pháp luật.
- m) Nếu khai báo sai **tuổi** của **người được bảo hiểm** dẫn tới không trả đủ **phí bảo hiểm** tương ứng, bất kỳ khoản bồi thường nào theo **hợp đồng bảo hiểm** này phải được tính theo tỷ lệ giữa **phí bảo hiểm** thực tế đã trả với **phí bảo hiểm** chính xác mà đúng ra **người được bảo hiểm** phải chịu kể từ **ngày hợp đồng bảo hiểm gốc bắt đầu có hiệu lực**.

8.2.6 Nghĩa vụ của **PJICO**

- a) Giải thích cho **chủ hợp đồng** về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; quyền, nghĩa vụ của **chủ hợp đồng**;
- b) Cấp cho **chủ hợp đồng** giấy chứng nhận bảo hiểm, hợp đồng bảo hiểm, thẻ bảo hiểm sau khi giao kết **hợp đồng bảo hiểm**;
- c) Trả tiền bảo hiểm cho **người được bảo hiểm** trong vòng 15 ngày kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ hợp lệ;
- d) Giải thích bằng **văn bản** lý do từ chối trả tiền bảo hiểm;
- e) Thông báo bằng **văn bản** trước ngày các thay đổi có hiệu lực cho **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** những thay đổi cần thiết đối với các điều khoản của bảo hiểm (bao gồm quyền lợi, phí bảo hiểm và **văn bản hợp đồng bảo hiểm**);
- f) Xác nhận bằng **văn bản** mọi thay đổi, phê duyệt hoặc công bố khác liên quan đến **hợp đồng bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**. **PJICO** không chịu ràng buộc bởi bất kỳ cam kết nào bằng lời nói mà không được **PJICO** xác nhận bằng **văn bản**;
- g) **PJICO** có trách nhiệm giữ bí mật về thông tin do **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** cung cấp trừ khi theo yêu cầu của cá nhân/tổ chức liên kết với **PJICO** hoặc bên thứ ba độc lập hoặc cơ quan có thẩm quyền yêu cầu **PJICO** cung cấp thông tin đó;
- h) **PJICO** không có nghĩa vụ bắt buộc phải lưu ý về bất kỳ hình thức ủy thác, quản lý, lưu giữ, chuyển nhượng hoặc các giao dịch khác với hoặc liên quan đến quy tắc bảo hiểm này, nhưng trong mọi trường hợp việc **PJICO** thanh toán bồi thường hoặc chi trả quyền lợi bảo hiểm theo **hợp đồng** này cho **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** chỉ định hoặc đại diện pháp lý của **người được bảo hiểm** sẽ được coi là hoàn thành trách nhiệm theo hợp đồng;

- i) Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

8.2.7. Quyền của chủ hợp đồng, người được bảo hiểm

- a) Yêu cầu **PJICO** giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; cấp **giấy chứng nhận bảo hiểm, hợp đồng bảo hiểm** và thẻ bảo hiểm.
- b) Đơn phương đình chỉ thực hiện **hợp đồng bảo hiểm** theo quy định của hợp đồng.
- c) Yêu cầu **PJICO** trả tiền bảo hiểm cho **người được bảo hiểm** theo thỏa thuận trong **hợp đồng bảo hiểm**. Tất cả các yêu cầu hỗ trợ và mọi khiếu nại mà **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** gửi sẽ được xem xét một cách khách quan theo những quyền lợi trong **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**.
- d) **Người được bảo hiểm** được hỗ trợ bảo lãnh viện phí khi điều trị tại các **cơ sở y tế** thuộc hệ thống bảo lãnh của **PJICO** và **nhà cung cấp dịch vụ**.
- e) Yêu cầu **PJICO** hoàn trả lại mà không tính lãi cho **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** bất cứ khoản **phí bảo hiểm** dư nào đã thanh toán do khai báo sai tuổi.
- f) Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

8.2.8. Những trường hợp bồi thường cụ thể

- (a) Việc thanh toán bất kỳ khiếu nại nào không giải phóng nghĩa vụ của **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** trong việc thực hiện đầy đủ các điều kiện điều khoản của **hợp đồng bảo hiểm** này; và
- (b) **PJICO** không có nghĩa vụ phải trả các chi phí **điều trị** tiếp theo, hoặc các **điều trị** tương tự, ngay cả khi trước đó **PJICO** đã từng trả cho **điều trị** tương tự, nếu cuối cùng việc **điều trị** được kết luận là không **thuộc phạm vi bảo hiểm**.

PHẦN 9 – NẾU CÓ VẤN ĐỀ PHÁT SINH

Chúng tôi luôn đảm bảo giải mọi thắc mắc phàn nàn đều được giải quyết. **Chủ hợp đồng/Người được bảo hiểm** luôn được chào đón khi liên lạc với **PJICO** vào địa chỉ liên hệ chi tiết dưới đây để nói chuyện với Nhóm trưởng về những phàn nàn của mình.

Đường dây nóng 24/7: 00844 5599 911

Email: careplus.pjico@petrolimex.com.vn

Hoặc, có thể viết thư đến địa chỉ:

Trụ sở chính Tổng Công ty Bảo hiểm PJICO

Tầng 21, tòa nhà MIPEC, số 229 đường Tây Sơn, quận Đống Đa, thành phố Hà Nội, Việt Nam

PJICO sẽ nỗ lực hết sức giải quyết các phàn nàn của **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm**.

Hợp đồng bảo hiểm này được hiểu và điều chỉnh theo luật pháp nước Việt Nam. Mọi tranh chấp có liên quan đến **hợp đồng bảo hiểm** này, nếu các bên không giải quyết được bằng thương lượng thì một trong hai bên được quyền đưa ra cơ quan pháp luật Nhà nước có thẩm quyền tại Việt Nam để giải quyết tranh chấp. Thời hiệu khởi kiện là ba (3) năm kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp. Sau thời gian đó, chủ hợp đồng và PJICO sẽ không có quyền truy đòi theo pháp luật.

PHẦN 10 – ĐIỀU LỆ KHÁCH HÀNG

Trở thành khách hàng của **PJICO**, **người được bảo hiểm** có quyền được nhận:

Sự lịch sự. Các yêu cầu của **người được bảo hiểm** sẽ luôn luôn được xử lý kịp thời, chu đáo và lịch sự. Đối với **PJICO** không có thắc mắc nào của **người được bảo hiểm** có thể coi là không cần thiết hay quá phiền hà để giải quyết.

Lời khuyên và hướng dẫn hữu ích. **PJICO** sẽ giúp **người được bảo hiểm** hiểu các điều khoản của hợp đồng của **người được bảo hiểm** và bất kỳ yếu tố khác ảnh hưởng đến bảo hiểm của **người được bảo hiểm** nếu **người được bảo hiểm** có bất kỳ nghi ngờ nào. Những điều này sẽ giúp **người được bảo hiểm** sử dụng đúng quyền lợi bảo hiểm của mình trong trường hợp yêu cầu bồi thường.

Bảo mật thông tin cá nhân của người được bảo hiểm và các vấn đề phát sinh ở bất cứ nơi nào. Bất kỳ các thông tin y tế nào do **PJICO** yêu cầu cung cấp sẽ luôn được bảo mật tối đa. **PJICO** có thể được yêu cầu cung cấp thông tin liên quan đến các khiếu nại **người được bảo hiểm** thực hiện hoặc đã thực hiện trước đây hoặc các thông tin khác mà **người được bảo hiểm** đã cung cấp cho người bảo hộ hoặc chủ lao động của **người được bảo hiểm** hoặc một cơ quan quản lý nhà nước mà họ thanh toán cho toàn bộ hoặc một phần của **hợp đồng bảo hiểm** này, hoặc có thẩm quyền yêu cầu **PJICO** cung cấp điều đó.

Thông báo trước về thay đổi bảo hiểm. Những thay đổi cần thiết đối với các điều khoản của bảo hiểm (bao gồm quyền lợi, **phí bảo hiểm** và văn bản **hợp đồng bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**) sẽ được thông báo cho **người được bảo hiểm bằng văn bản** trước ngày mà các thay đổi có hiệu lực.

Dịch vụ chuyên nghiệp và hiệu quả. Tất cả các yêu cầu hỗ trợ và mọi khiếu nại mà **người được bảo hiểm** gửi sẽ được xem xét một cách khách quan (không có bất kỳ sự thiên vị hay ưu tiên nào) theo những quyền lợi và các tài liệu đính kèm của **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**.

Để biết thêm thông tin hãy liên hệ với văn phòng của **PJICO**, các chi tiết có thể được tìm thấy trên Phần 11 trong tài liệu hợp đồng bảo hiểm này.

PHẦN 11 – VĂN PHÒNG PJICO/ ĐỘI NGŨ CHĂM SÓC BẠN

(Thông tin liên hệ chi tiết đại lý/ văn phòng/ đơn vị của **PJICO** nơi phát hành hợp đồng bảo hiểm)

PHẦN 12 – BẢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Ghi chú: Quyền lợi bảo hiểm tính bằng Đồng (VND)

Chương trình bảo hiểm	A1	A2	B1	B2
Tổng giới hạn tối đa năm lên đến	42.000.000.000	11.000.000.000	32.000.000.000	8.000.000.000
1. Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Toàn cầu ngoại trừ Mỹ	Đông Nam Á	Toàn cầu ngoại trừ Mỹ	Đông Nam Á
Ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm	Chỉ áp dụng cho điều trị cấp cứu Phạm vi bảo hiểm toàn cầu - lên đến 10.000.000.000 mỗi năm bảo hiểm và giới hạn đến 90 ngày cho mỗi chuyến đi	Chỉ áp dụng cho điều trị cấp cứu Phạm vi bảo hiểm toàn cầu ngoại trừ Nước Mỹ - lên đến 6.000.000.000 mỗi năm bảo hiểm và giới hạn đến 90 ngày cho mỗi chuyến đi	Chỉ áp dụng cho điều trị cấp cứu Phạm vi bảo hiểm toàn cầu - lên đến 6.000.000.000 mỗi năm bảo hiểm và giới hạn đến 90 ngày cho mỗi chuyến đi	Chỉ áp dụng cho điều trị cấp cứu Phạm vi toàn cầu ngoại trừ nước Mỹ - lên đến 4.000.000.000 mỗi năm bảo hiểm và giới hạn đến 90 ngày cho mỗi chuyến đi
2. Điều trị nội trú và điều trị trong ngày				
Tiền phòng/ngày	Phòng đơn tiêu chuẩn		Phòng đơn tiêu chuẩn	
Viện phí	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
Cấy ghép nội tạng	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
Phẫu thuật chỉnh hình	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
Phẫu thuật cấy ghép	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
Chi phí phòng cho thân nhân	3.000.000/ đêm		3.000.000/ đêm	
Trợ cấp tiền mặt cho mỗi đêm	8.500.000/ đêm, tối đa 45 đêm	1.600.000/ đêm	8.500.000/ đêm, tối đa 45 đêm	1.600.000/ đêm
Điều trị nội trú đối với HIV/AIDS do tai nạn lao động hoặc truyền máu	212.000.000		212.000.000	

<i>Trợ cấp khi điều trị tại bệnh viện công</i>	1.100.000/đêm	550.000/đêm	1.100.000/đêm	550.000/đêm
3. Điều trị trước khi nhập viện và sau khi xuất viện				
<i>Điều trị trước khi nhập viện (trong vòng 90 ngày trước khi nhập viện)</i>	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
<i>Điều trị sau khi xuất viện (trong vòng 90 ngày sau khi xuất viện)</i>	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
4. Điều trị ngoại trú				
<i>Cấp cứu ngoại trú do tai nạn</i>	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
<i>Xạ trị và/hoặc hóa trị</i>	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
<i>Chạy thận nhân tạo</i>	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
<i>Phẫu thuật ngoại trú</i>	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
<i>Khám ban đầu và khám chuyên sâu</i>	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
<i>Chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp phát xạ positron và quét đáng đi</i>	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
<i>Liệu pháp Hormone thay thế (HRT)</i>	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
<i>Vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và trị liệu ngôn ngữ</i>	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
5. Các quyền lợi bảo hiểm khác				
5.1. Điều trị thay thế	42.000.000	16.000.000	32.000.000	10.000.000
5.2. Quyền lợi chăm sóc sức khỏe				
<i>Kiểm tra sức khỏe</i>	17.000.000	4.000.000	2.500.000	Không áp dụng
<i>Tiêm chủng vắc-xin</i>	4.000.000		Không áp dụng	
5.3. Chăm sóc nha khoa				
<i>Thiệt hại răng tự nhiên do tai nạn</i>	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
<i>Phẫu thuật răng hàm mặt</i>	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
<i>Chăm sóc nha khoa dự phòng/ định kỳ</i> Những giới hạn về tình trạng có sẵn không áp dụng cho quyền lợi này	15.000.000 Áp dụng đồng chi trả 20%		7.500.000 Áp dụng đồng chi trả 20%	

Điều trị phục hồi nha khoa Những giới hạn về tình trạng có sẵn không áp dụng cho quyền lợi này Thời gian chờ 06 tháng	32.000.000 Áp dụng đồng chi trả 20%		25.000.000 Áp dụng đồng bảo hiểm 20%	
5.4. Chăm sóc mắt				
Chăm sóc mắt định kỳ Những giới hạn về tình trạng có sẵn không áp dụng cho quyền lợi này	6.000.000	4.000.000	Không áp dụng	
5.5. Dịch vụ hỗ trợ y tế cấp cứu				
Hỗ trợ y tế cấp cứu Quốc tế (IEMA)	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
Chi phí di chuyển (vé phổ thông) đối với điều trị nội trú hợp lệ theo kế hoạch	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
5.6. Quyền lợi thai sản				
Khám bệnh hiểm muộn	42.000.000/suốt đời Thời gian chờ 18 tháng		Không áp dụng	
Các biến chứng trước và sau sinh Thời gian chờ 12 tháng	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
Mang thai & sinh đẻ (Thời gian chờ 12 tháng)	360.000.000	275.000.000	106.000.000 (*)	
5.7. Bảo hiểm cho trẻ sơ sinh				
Dịch vụ lưu trú cho trẻ mới sinh	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
Điều trị bệnh cấp tính (không bao gồm các tình trạng bẩm sinh)	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
5.8. Y tá chăm sóc tại nhà	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
5.9. Vận chuyển cấp cứu bằng đường bộ	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
5.10. Tình trạng có sẵn	42.000.000 Thời gian chờ 09 tháng		Không áp dụng	
5.11. Tình trạng bẩm sinh				
5.12. Điều trị bệnh tâm thần	212.000.000	106.000.000	Chỉ áp dụng cho điều trị nội trú tối đa 30 ngày	Không áp dụng
5.13. Thiết bị hỗ trợ và thiết bị y tế sử dụng lâu dài, chân tay nhân tạo				
Chân tay nhân tạo	63.000.000/3 năm	21.000.000/3 năm	Không áp dụng	
Thiết bị hỗ trợ và Thiết bị y tế sử dụng lâu dài	21.000.000	10.000.000	Không áp dụng	
5.14. Chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc cuối đời	1.100.000.000 suốt đời		640.000.000 suốt đời	

Chương trình bảo hiểm	C1	C2	D1	D2
Tổng giới hạn tối đa hàng năm	21.000.000.000	6.000.000.000	2.100.000.000	1.100.000.000
1. Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Toàn cầu ngoại trừ Mỹ	Đông Nam Á	Việt Nam	Việt Nam
Ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm	Chỉ áp dụng cho điều trị cấp cứu Phạm vi bảo hiểm toàn cầu - lên đến 4.000.000.000 mỗi năm bảo hiểm và giới hạn đến 90 ngày cho mỗi chuyến đi	Chỉ áp dụng cho điều trị cấp cứu Phạm vi bảo hiểm toàn cầu ngoại trừ Nước Mỹ - lên đến 2.000.000.000 mỗi năm bảo hiểm và giới hạn đến 90 ngày cho mỗi chuyến đi	Chỉ áp dụng cho điều trị cấp cứu Phạm vi bảo hiểm châu Á - lên đến 2.000.000.000 mỗi năm bảo hiểm và giới hạn đến 30 ngày cho mỗi chuyến đi	Chỉ áp dụng cho điều trị cấp cứu Phạm vi bảo hiểm Đông Nam Á - lên đến 1.000.000.000 mỗi năm bảo hiểm và giới hạn đến 30 ngày cho mỗi chuyến đi
2. Điều trị nội trú và điều trị trong ngày				
Tiền phòng/ngày	Phòng đơn tiêu chuẩn		Phòng đơn tiêu chuẩn	Phòng đơn tiêu chuẩn lên tới 400.000/ ngày
Viện phí	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
Cấy ghép nội tạng	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
Phẫu thuật chỉnh hình	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
Phẫu thuật cấy ghép	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
Chi phí phòng cho thân nhân	3.000.000/ đêm		Chi trả toàn bộ giường cho 1 thân nhân	Chi trả toàn bộ giường cho 1 thân nhân
Trợ cấp tiền mặt mỗi đêm	6.400.000/ đêm	1.500.000/ đêm	1.100.000/ đêm	1.100.000/ đêm
Điều trị nội trú cho HIV/ AIDS do tai nạn lao động hoặc truyền máu	212.000.000		Không áp dụng	
Trợ cấp khi điều trị tại bệnh viện công	1.100.000/ đêm	550.000/ đêm	550.000/ đêm	550.000/ đêm
3. Điều trị trước nhập viện và sau khi xuất viện				
Điều trị trước khi nhập viện (trong vòng 90 ngày trước khi nhập viện)	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
Điều trị sau khi xuất viện (trong vòng 90 ngày sau khi xuất viện)	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
4. Điều trị ngoại trú				
Cấp cứu ngoại trú do tai nạn	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
Xạ trị và/ hoặc hóa trị	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	

Chạy thận nhân tạo	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
Phẫu thuật ngoại trú	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
Khám ban đầu và khám chuyên sâu (*)	75.000.000	60.000.000	50.000.000	30.000.000
Chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp phát xạ positron và quét đáng đi Chỉ áp dụng cho điều trị trước khi nhập viện và sau khi xuất viện.	Lên đến quyền lợi tối đa		Lên đến quyền lợi tối đa	
Liệu pháp Hormone thay thế (HRT) Chỉ áp dụng cho điều trị sau xuất viện	Lên đến quyền lợi tối đa		Lên đến quyền lợi tối đa	
Vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và trị liệu ngôn ngữ Chỉ áp dụng cho điều trị sau xuất viện	Lên đến quyền lợi tối đa		Lên đến quyền lợi tối đa	
5. Các quyền lợi bảo hiểm khác				
5.1. Điều trị thay thế	Không áp dụng		Không áp dụng	
5.2. Quyền lợi chăm sóc sức khỏe				
<i>Kiểm tra sức khỏe</i>	Không áp dụng		Không áp dụng	
<i>Tiêm chủng vắc-xin</i>	Không áp dụng		Không áp dụng	
5.3. Chăm sóc nha khoa				
<i>Thiệt hại răng tự nhiên do tai nạn</i>	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
<i>Phẫu thuật răng hàm mặt</i>	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa	
<i>Chăm sóc nha khoa dự phòng/ định kỳ(*)</i> Những giới hạn về tình trạng có sẵn không áp dụng cho quyền lợi này	5.000.000 Áp dụng đồng chi trả 20%		5.000.000 Áp dụng đồng chi trả 20%	
<i>Điều trị phục hồi nha khoa</i> Những giới hạn về tình trạng có sẵn không áp dụng cho quyền lợi này Thời gian chờ 6 tháng (có thể miễn thời gian chờ cho nhóm đồng người)	10.000.000 Áp dụng đồng chi trả 20%		10.000.000 Áp dụng đồng chi trả 20%	
5.4. Kiểm tra mắt định kỳ Những giới hạn về tình trạng có sẵn không áp dụng cho quyền lợi này	Không áp dụng		Không áp dụng	
5.5. Hỗ trợ y tế Quốc tế				
<i>Hỗ trợ y tế cấp cứu Quốc tế (IEMA)</i>	Lên đến giới hạn tối đa		Lên đến giới hạn tối đa khi du lịch ngoài lãnh thổ Việt Nam	Lên đến giới hạn tối đa khi du lịch ngoài lãnh thổ Việt Nam
<i>Chi phí du lịch (vé phổ thông) đối với điều trị nội trú hợp lệ theo dự kiến</i>	Lên đến giới hạn tối đa		Không áp dụng	

5.6. Quyền lợi thai sản		
Khám bệnh hiểm muộn	Không áp dụng	
Các biến chứng trước và sau sinh(*) Thời gian chờ 12 tháng	Lên đến giới hạn tối đa	
Mang thai & sinh đẻ(*) Thời gian chờ 12 tháng	106.000.000	
5.7. Bảo hiểm cho trẻ sơ sinh		
Dịch vụ lưu trú cho trẻ mới sinh	Không áp dụng	
Điều trị bệnh cấp tính (không bao gồm các tình trạng bẩm sinh)	Lên đến giới hạn tối đa	
5.8. Y tá chăm sóc tại nhà	Lên đến giới hạn tối đa	
5.9. Vận chuyển cấp cứu bằng đường bộ	Lên đến giới hạn tối đa	
5.10. Tình trạng có sẵn	Không áp dụng	
5.11. Tình trạng bẩm sinh		
5.12. Điều trị bệnh tâm thần	Chỉ áp dụng cho điều trị nội trú tối đa 30 ngày	Không áp dụng
5.13. Thiết bị hỗ trợ và Thiết bị y tế sử dụng lâu dài, chân tay nhân tạo		
Chân tay nhân tạo	Không áp dụng	
Thiết bị hỗ trợ và Thiết bị y tế sử dụng lâu dài	Không áp dụng	
5.14. Chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc cuối đời	320.000.000 suốt đời	320.000.000 suốt đời

(*) Chỉ áp dụng đối với chương trình bảo hiểm nhóm

PHẦN 13 – CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM NHÓM

Phần này chỉ áp dụng cho chủ hợp đồng nếu hợp đồng bảo hiểm của người được bảo hiểm đã được cung cấp theo chương trình bảo hiểm nhóm và người sử dụng lao động của người được bảo hiểm đồng ý thay mặt chủ hợp đồng và người phụ thuộc của người được bảo hiểm thanh toán phí bảo hiểm nếu họ hội đủ điều kiện được bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm này.

Người sử dụng lao động đủ điều kiện tham gia chương trình bảo hiểm nhóm nếu hội đủ các điều kiện sau:

- Nhóm phải đáp ứng điều kiện:
- Một nhóm nghĩa là một tổ chức kinh tế hoạt động tối thiểu là sáu tháng mỗi năm một cách thường xuyên và duy trì một mối quan hệ chủ sử dụng lao động/người lao động hợp pháp. Một nhóm không thể được hình thành với mục đích duy nhất là mua bảo hiểm sức khỏe. Một hợp đồng nhóm phải có ít nhất 3 nhân viên trở lên.

(c) **PJICO** thông báo bằng **văn bản** là **chương trình bảo hiểm nhóm** có hiệu lực

Trừ khi có quy định khác, phần sau đây sẽ thay thế các từ ngữ tương đương được nêu trong các phần trước của văn bản **hợp đồng bảo hiểm** này.

Nếu **chủ hợp đồng** đã thực hiện **hợp đồng bảo hiểm** này như là một phần của một nhóm:

- **Chủ hợp đồng** có thể được hưởng **quyền lợi bổ sung** (theo ưu đãi/nhượng bộ) và/hoặc các quyền lợi khác được ghi trong **hợp đồng bảo hiểm**, hoặc
- **Chủ hợp đồng** có thể được chấp nhận những điều khoản và điều kiện mở rộng ngoài **hợp đồng bảo hiểm**

Trong trường hợp đó, các chi tiết của những **quyền lợi bổ sung** (theo ưu đãi/nhượng bộ) và/hoặc các quyền lợi, điều khoản mở rộng sẽ được ghi vào **giấy chứng nhận bảo hiểm** hoặc giấy chứng nhận gia hạn của **người được bảo hiểm** (bất cứ giấy chứng nhận nào có sau). Trong trường hợp có sự mâu thuẫn giữa ưu đãi/nhượng bộ và / hoặc quyền lợi được nêu ở **giấy chứng nhận bảo hiểm** hoặc giấy chứng nhận gia hạn (bất cứ giấy chứng nhận nào có sau) với nội dung nêu trong **hợp đồng bảo hiểm** này thì **giấy chứng nhận bảo hiểm** hoặc giấy chứng nhận tái tục (bất cứ giấy chứng nhận nào có sau) sẽ được áp dụng.

*1. Điều kiện tham gia bảo hiểm (phần này thay thế mục 2.1 đến mục 2.3- trong **hợp đồng bảo hiểm** của người được bảo hiểm)*

Để hội đủ điều kiện tham gia bảo hiểm theo **hợp đồng bảo hiểm** này, trừ khi có quy định khác được **PJICO** chấp nhận bằng văn bản, được thể hiện rõ trong **giấy chứng nhận bảo hiểm**, **người được bảo hiểm** phải:

- (a) Là **nhân viên của chủ hợp đồng**, (bao gồm) **độ tuổi** từ mười tám (18) đến sáu mươi lăm (65), trừ trường hợp có thoả thuận khác **bằng văn bản của PJICO**, **làm việc thực tế** vào **ngày đủ điều kiện tham gia bảo hiểm**. Trường hợp **nhân viên** không **làm việc** vào **ngày đủ điều kiện tham gia bảo hiểm**, **nhân viên** đó sẽ hội đủ điều kiện bảo hiểm ngay sau khi trở lại **làm việc**.
- (b) **Người phụ thuộc** của **nhân viên** (bao gồm) **độ tuổi** từ mười lăm (15) đến sáu mươi lăm (65), trừ trường hợp có thoả thuận khác **bằng văn bản của PJICO**, hiện có thể thực hiện tất cả **các hoạt động của cuộc sống hàng ngày** vào **ngày đủ điều kiện tham gia bảo hiểm** của **nhân viên**, được bảo hiểm theo **nhân viên**, có đủ điều kiện bảo hiểm theo **hợp đồng bảo hiểm** này và được **PJICO** chấp thuận vào trước **ngày hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực** hoặc **ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm**, tùy theo ngày nào được áp dụng).

Đối với **người phụ thuộc** không thể thực hiện tất cả **các hoạt động bình thường của cuộc sống hàng ngày** vào **ngày đủ điều kiện tham gia bảo hiểm** của **nhân viên**, thì **người phụ thuộc** sẽ đủ điều kiện bảo hiểm khi người đó có thể thực hiện tất cả **các hoạt động của cuộc sống hàng ngày**.

Xin lưu ý:

- (i) Bảo hiểm cho **người phụ thuộc hội đủ điều kiện** phải được được bảo hiểm dựa trên **chương trình bảo hiểm tương tự như nhân viên**,
- (ii) Trẻ em hội đủ điều kiện theo **hợp đồng bảo hiểm** này không thể tiếp tục có mặt trong **hợp đồng bảo hiểm** sau **ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm** sau hai mươi một (21) tuổi. Tuy nhiên, bảo hiểm của chúng có thể được gia hạn đến **độ tuổi** hai mươi lăm (25) với điều kiện là chưa lập gia đình và vẫn còn là sinh viên học toàn thời gian.

Khi một **người được bảo hiểm** mới hội đủ điều kiện, **người được bảo hiểm** phải thông báo bằng văn bản cho PJICO trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ **ngày đủ điều kiện tham gia bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** đó để yêu cầu cấp bảo hiểm. Nếu yêu cầu đó được chấp nhận, PJICO sẽ cập nhật **danh sách người được bảo hiểm** và cấp **bản sửa đổi bổ sung** cho **hợp đồng bảo hiểm** này theo nội dung đó.

2. Tái tục bảo hiểm

Nếu **hợp đồng bảo hiểm** này đã được ban hành như là một phần của chương trình bảo hiểm nhóm được **người sử dụng lao động** cung cấp và được thể hiện trên **giấy chứng nhận bảo hiểm** hoặc **giấy chứng nhận tái tục bảo hiểm**, và nếu:

- **Người được bảo hiểm** là **nhân viên** nghỉ việc hoặc hợp đồng lao động của nhân viên đó bị chấm dứt hoặc không còn đủ điều kiện bảo hiểm theo hợp đồng giữa **người sử dụng lao động** với PJICO; hoặc
- PJICO hoặc **người sử dụng lao động** chấm dứt thỏa thuận mà **hợp đồng bảo hiểm** này là một phần trong đó,

thì **hợp đồng bảo hiểm** này sẽ chấm dứt ngay lập tức.

PJICO có thể cung cấp cho **chủ hợp đồng** một **hợp đồng bảo hiểm** thay thế do PJICO quyết định mà phù hợp với các quy tắc chuyển đổi của PJICO, áp dụng tại thời điểm **nhân viên** đó không còn đủ điều kiện được bảo hiểm theo hợp đồng của **người sử dụng lao động** hoặc thỏa thuận giữa PJICO và **người sử dụng lao động** kết thúc. PJICO có thể xem xét những quyền lợi, **ưu đãi**, điều kiện, điều khoản, và mức **phí bảo hiểm** phải nộp. PJICO sẽ thông báo bằng văn bản cho **chủ hợp đồng** về việc **hợp đồng bảo hiểm** này đã bị hủy bỏ và các yêu cầu cần thiết để **chủ hợp đồng** tiếp tục được bảo hiểm.

3. Thêm hoặc bớt người được bảo hiểm - điều khoản này sẽ thay thế Phần 6.5 (b) của hợp đồng bảo hiểm
If the policyholder wants to add an insured person to an existing policy, the policyholder must complete the Proposal Form for the person to be insured.

For policy issued on "Medical History Disregarded (MHD)" basis

If the policyholder wants to add an insured person to an existing policy, the policyholder must complete the Amended Form.

For removal of insured person(s) from an existing policy

The policyholder must complete the Amended Form.

4. Thanh toán phí bảo hiểm - điều này sẽ thay thế Phần 6.5 (e) của **hợp đồng bảo hiểm**

Tỷ lệ **phí bảo hiểm** có thể thay đổi theo sự chấp thuận của Bộ Tài Chính. **Phí bảo hiểm** được thanh toán vào **ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm** sẽ được xác định vào mỗi **ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm** dựa trên tuổi tác hiện tại của mỗi **người được bảo hiểm**, dựa trên các tỷ lệ **phí bảo hiểm** được áp dụng sau đó và các yếu tố khác có thể có tác động lớn đến các rủi ro được bảo hiểm

Người sử dụng lao động phải đóng **phí bảo hiểm** khi đến hạn, và **phí bảo hiểm** thanh toán không được ít hơn **phí bảo hiểm** trong thông báo tái tục bảo hiểm. Chủ hợp đồng / người sử dụng lao động phải thanh toán theo hình thức đã thỏa thuận với **PJICO**. Các quy định về thanh toán phí bảo hiểm áp dụng theo quy định của pháp luật hiện hành.

Bất kỳ thông báo tái tục bảo hiểm nào mà **PJICO** gửi cho **chủ hợp đồng** hoặc **người sử dụng lao động** là để thông báo cho **người được bảo hiểm/ người sử dụng lao động** và không làm ảnh hưởng đến trách nhiệm nộp **phí bảo hiểm tái tục** của **người sử dụng lao động** vào hoặc trước **ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm**. **PJICO** sẽ quyết định số phí bảo hiểm vào đầu mỗi **năm bảo hiểm** và thông báo khoản phí **người được bảo hiểm** phải đóng là bao nhiêu. **Người sử dụng lao động** có thể thanh toán phí bảo hiểm theo nội dung đã thỏa thuận với **PJICO**. Các bên cùng hiểu và đồng ý rằng **người sử dụng lao động** cam kết sẽ thanh toán tổng số **phí bảo hiểm** và **PJICO** sẽ nhận được đầy đủ vào hoặc trước thời hạn nộp **phí bảo hiểm**.

Trong trường hợp tổng **phí bảo hiểm** phải nộp không được thanh toán và **PJICO** không thực sự nhận được đầy đủ vào hoặc trước ngày đến hạn nộp **phí bảo hiểm** nói trên, **hợp đồng bảo hiểm** sẽ được coi là bị huỷ bỏ ngay lập tức và **PJICO** sẽ không trả bất kỳ khoản quyền lợi nào. Bất kỳ thanh toán nhận được sau đó sẽ không có hiệu lực khi **hợp đồng bảo hiểm** đã bị huỷ bỏ.

5. Định nghĩa

Những định nghĩa sau đây áp dụng đối với **hợp đồng bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**

Làm việc thực tế:

Đề cập đến một **nhân viên** làm việc thực sự tại nơi làm việc khi hợp đồng bắt đầu có hiệu lực và thực hiện tất cả mọi nhiệm vụ của nghề nghiệp hiện tại của mình một cách thông thường và toàn thời gian. Một **nhân viên** cũng sẽ được coi là làm việc thực tế nếu anh / cô ấy đang nghỉ phép hàng năm và không phải nghỉ việc do ốm đau, thương tổn, hoặc hình thức khác của khuyết tật. Nếu một **nhân viên** không còn **làm việc thực tế** vào **ngày hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực** thì người đó sẽ không thể được bảo hiểm.

Các hoạt động của cuộc sống hàng ngày:

Đề cập đến **người phụ thuộc** hoặc con cái phụ thuộc (là những người hội đủ điều kiện bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm nhóm) có thể thực hiện tất cả các hoạt động sau:

- Mặc: Khả năng mặc, cởi quần áo, giữ và tháo niềng răng, chân tay giả, hoặc các thiết bị phẫu thuật khác (nếu có);
- Ăn: Khả năng tự ăn thức ăn đã được chuẩn bị và sẵn có;
- Di chuyển: Khả năng di chuyển trong nhà từ phòng này sang phòng khác trên bề mặt tầng;
- Vệ sinh: Khả năng sử dụng nhà vệ sinh hay nói cách khác khả năng quản lý các chức năng đường ruột và bàng quang để duy trì một mức độ cần thiết về vệ sinh cá nhân;
- Di chuyển: Khả năng di chuyển từ giường đến một chiếc ghế thẳng đứng hoặc xe lăn và ngược lại;
- Tắm rửa: Khả năng tắm trong bồn tắm hoặc tắm vòi hoa sen (bao gồm cả đi vào và ra khỏi bồn tắm hoặc vòi hoa sen) hoặc tắm rửa bằng các phương tiện khác.

Phần “Các hoạt động của cuộc sống hàng ngày” áp dụng cho người phụ thuộc từ 3 tuổi trở lên, nghĩa là không áp dụng cho người phụ thuộc từ 15 ngày tuổi đến 2 tuổi.

Ngày đủ điều kiện tham gia bảo hiểm:

Là ngày được ghi trong **giấy chứng nhận bảo hiểm** và/hoặc **sửa đổi bổ sung** mà theo đó **người được bảo hiểm** hội đủ điều kiện bảo hiểm theo **hợp đồng bảo hiểm** này.

Nhân viên:

Là một **người được bảo hiểm** - người làm việc trực tiếp với **người sử dụng lao động** và **làm việc thực tế** vào **ngày đủ điều kiện tham gia bảo hiểm** được bảo hiểm theo **hợp đồng bảo hiểm** này.

Người sử dụng lao động: là pháp nhân tại Việt Nam sử dụng người lao động và có trách nhiệm thanh toán **phí bảo hiểm** theo **hợp đồng bảo hiểm** này.

Ngày tái tục nhóm: Ngày các khoản **phí bảo hiểm** cho nhóm được xem xét. **Ngày tái tục** nhóm đầu tiên sẽ là mười hai (12) tháng kể từ ngày bắt đầu của chương trình bảo hiểm nhóm và ở mỗi giai đoạn mười hai (12) tháng về sau. Đối với mục đích giải thích **hợp đồng bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**, tất cả các tài liệu tham khảo đối với **ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm** sẽ được xác định là **ngày tái tục** nhóm.

Nhóm

Một nhóm nghĩa là một tổ chức kinh tế hoạt động tối thiểu là sáu tháng mỗi năm một cách thường xuyên và duy trì một mối quan hệ chủ sử dụng lao động/người lao động hợp pháp. Một nhóm không thể được hình thành với mục đích duy nhất là mua bảo hiểm sức khỏe. Một hợp đồng nhóm phải có ít nhất 3 nhân viên trở lên.