**QUY TẮC BẢO HIỂM**

**CHĂM SÓC SỨC KHỎE QUỐC TẾ PJICO**

MỤC LỤC

[**PHẦN 1 – ĐỐI TƯỢNG BẢO HIỂM** 6](#_Toc424382802)

[1.1. Đối với người được bảo hiểm từ đủ 15 ngày tuổi đến đủ 5 tuổi 6](#_Toc424382803)

[1.2. Đối với người được bảo hiểm từ đủ 6 tuổi đến đủ 17 tuổi 6](#_Toc424382804)

[1.3. Đối với người được bảo hiểm từ đủ 18 tuổi đến đủ 80 tuổi 6](#_Toc424382805)

[1.4. Đối với người được bảo hiểm cư trú ngoài lãnh thổ Việt Nam 6](#_Toc424382806)

[**PHẦN 2 – ĐỊNH NGHĨA** 7](#_Toc424382807)

[a) Tai nạn 7](#_Toc424382808)

[b) Bệnh cấp tính 7](#_Toc424382809)

[c) Điều trị thay thế 7](#_Toc424382810)

[d) Bác sỹ thực hiện phương pháp điều trị thay thế 7](#_Toc424382811)

[e) Mức khấu trừ năm 7](#_Toc424382812)

[f) Tuổi/ Độ tuổi 8](#_Toc424382813)

[g) Phạm vi địa lý được bảo hiểm và ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm 8](#_Toc424382814)

[h) Hỗ trợ thụ thai/ Hỗ trợ mang thai 8](#_Toc424382815)

[i) Bảng quyền lợi bảo hiểm 8](#_Toc424382816)

[j) Ưu đãi 8](#_Toc424382817)

[k) Bệnh bẩm sinh 8](#_Toc424382818)

[l) Đồng chi trả 8](#_Toc424382819)

[m) Điều trị trong ngày 9](#_Toc424382820)

[n) Nha sỹ 9](#_Toc424382821)

[o) Người phụ thuộc 9](#_Toc424382822)

[p) Khám bệnh 9](#_Toc424382823)

[q) Điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm 9](#_Toc424382824)

[r) Cấp cứu 9](#_Toc424382825)

[s) Sửa đổi bổ sung 10](#_Toc424382826)

[t) Dịch vụ vận chuyển hoặc hồi hương 10](#_Toc424382827)

[u) Cơ sở y tế 10](#_Toc424382828)

[v) Người giám hộ 10](#_Toc424382829)

[w) Nhà cung cấp dịch vụ 10](#_Toc424382830)

[x) Bác sỹ độc lập 10](#_Toc424382831)

[y) Cố vấn y tế 10](#_Toc424382832)

[z) Điều trị nội trú 11](#_Toc424382833)

[aa) Phòng chăm sóc đặc biệt 11](#_Toc424382834)

[bb) Suốt đời 11](#_Toc424382835)

[cc) Người được bảo hiểm 11](#_Toc424382836)

[dd) Tình trạng y tế 11](#_Toc424382837)

[ee) Bác sỹ 11](#_Toc424382838)

[ff) Sự cần thiết về mặt y tế 11](#_Toc424382839)

[gg) Y tá/Điều dưỡng 11](#_Toc424382840)

[hh) Điều trị ngoại trú 11](#_Toc424382841)

[ii) Chuyên gia vật lý trị liệu 12](#_Toc424382842)

[jj) Chương trình bảo hiểm 12](#_Toc424382843)

[kk) Hợp đồng bảo hiểm 12](#_Toc424382844)

[ll) Chủ hợp đồng/Bên mua bảo hiểm 12](#_Toc424382845)

[mm) Ngày tái tục hợp đồng 12](#_Toc424382846)

[nn) Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm 12](#_Toc424382847)

[oo) Giấy chứng nhận bảo hiểm (GCNBH) 12](#_Toc424382848)

[pp) Đơn yêu cầu bảo hiểm 12](#_Toc424382849)

[qq) Tiền tệ 13](#_Toc424382850)

[rr) Năm hợp đồng bảo hiểm 13](#_Toc424382851)

[ss) Tình trạng có sẵn 13](#_Toc424382852)

[tt) Phí bảo hiểm 13](#_Toc424382853)

[uu) Đơn thuốc 13](#_Toc424382854)

[vv) Quốc gia cư trú chính 13](#_Toc424382855)

[ww) Hợp lý và hợp lệ (R&C) 13](#_Toc424382856)

[xx) Phác đồ phẫu thuật 14](#_Toc424382857)

[yy) Phẫu thuật 14](#_Toc424382858)

[zz) Bệnh giai đoạn cuối 14](#_Toc424382859)

[aaa) Hành động khủng bố 14](#_Toc424382860)

[bbb) Điều trị 14](#_Toc424382861)

[ccc) Một lần khám 15](#_Toc424382862)

[ddd) Thời gian chờ 15](#_Toc424382863)

[eee) PJICO 15](#_Toc424382864)

[fff) Văn bản 15](#_Toc424382865)

[ggg) Năm bảo hiểm 15](#_Toc424382866)

[hhh) Hạn mức bảo hiểm tối đa năm 15](#_Toc424382867)

[**PHẦN 3 – PHẠM VI, QUYỀN LỢI BẢO HIỂM** 15](#_Toc424382868)

[3.1. Phạm vi bảo hiểm 15](#_Toc424382869)

[3.2. Quyền lợi của chương trình bảo hiểm 16](#_Toc424382870)

[3.2.1. Điều trị nội trú và điều trị trong ngày - Thông tin chung 17](#_Toc424382871)

[3.2.2. Điều trị ngoại trú – Thông tin chung 20](#_Toc424382872)

[3.2.3. Quyền lợi bảo hiểm khác - Thông tin chung 22](#_Toc424382873)

[3.2.4. Hỗ trợ y tế cấp cứu quốc tế (‘IEMA’) 31](#_Toc424382874)

[*1)* *Dịch vụ vận chuyển và hồi hương* 31](#_Toc424382875)

[*2)* *Các quy định cụ thể đối với dịch vụ vận chuyển hoặc hồi hương quốc tế* 31](#_Toc424382876)

[*3)* *Dịch vụ vận chuyển hoặc hồi hương quốc tế sẽ không được áp dụng trong các trường hợp sau* 32](#_Toc424382877)

[**PHẦN 4 – HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM, PHÍ BẢO HIỂM** 33](#_Toc424382878)

[**VÀ HIỆU LỰC BẢO HIỂM** 33](#_Toc424382879)

*[4.1. Thay đổi mức bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm](#_Toc424382880)* [34](#_Toc424382880)

*[a. Thời điểm chấp nhận thay đổi](#_Toc424382881)* [34](#_Toc424382881)

[*b. Trường hợp không chấp nhận thay đổi* 34](#_Toc424382882)

[*c. Thay đổi chương trình bảo hiểm đối với trường hợp con cái phụ thuộc 21 tuổi* 34](#_Toc424382883)

[*4.2. Trường hợp người được bảo hiểm thay đổi quốc gia cư trú chính* 34](#_Toc424382884)

[*4.3. Trường hợp chấm dứt hợp đồng bảo hiểm* 35](#_Toc424382885)

[*a. Thời hạn tự do xem xét hợp đồng – Chỉ áp dụng đối với hợp đồng bảo hiểm cá nhân* 35](#_Toc424382886)

[b. Trường hợp người được bảo hiểm hủy hợp đồng 35](#_Toc424382887)

[*4.4. Thay đổi các điều khoản trong hợp đồng bảo hiểm* 36](#_Toc424382888)

[*4.5. Tham gia mới và tái tục* 37](#_Toc424382889)

[(a) Khai báo về tình trạng có sẵn 37](#_Toc424382890)

[(b) Tăng hoặc giảm người được bảo hiểm 37](#_Toc424382891)

[(c) Tái tục hợp đồng bảo hiểm 37](#_Toc424382892)

[(d) Xác định tuổi tham gia bảo hiểm 38](#_Toc424382893)

[(e) Thanh toán phí bảo hiểm 39](#_Toc424382894)

[**PHẦN 5 – LOẠI TRỪ VÀ GIỚI HẠN** 39](#_Toc424382895)

[**PHẦN 6 – THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM** 45](#_Toc424382896)

[6.1. Thủ tục trước khi điều trị: 45](#_Toc424382897)

[*6.1.1. Những trường hợp nên có chấp thuận trước của PJICO* 45](#_Toc424382898)

[*6.1.2. Những trường hợp bắt buộc phải có chấp thuận trước của PJICO* 46](#_Toc424382899)

[6.2. Trong khi điều trị - Trường hợp sử dụng dịch vụ bảo lãnh viện phí trực tiếp 47](#_Toc424382900)

[6.2.1.Điều trị không cấp cứu 47](#_Toc424382901)

[6.2.2.Điều trị cấp cứu 47](#_Toc424382902)

[6.3. Trong khi điều trị - Trường hợp không sử dụng dịch vụ bảo lãnh viện phí trực tiếp 47](#_Toc424382903)

[**PHẦN 7 – NGHĨA VỤ VÀ QUYỀN LỢI CỦA CÁC BÊN** 48](#_Toc424382904)

[*7.1. Quyền của PJICO* 48](#_Toc424382905)

[*7.2. Nghĩa vụ của PJICO* 49](#_Toc424382906)

[*7.3. Quyền của chủ hợp đồng, người được bảo hiểm* 50](#_Toc424382907)

[*7.4. Nghĩa vụ của chủ hợp đồng/người được bảo hiểm:* 51](#_Toc424382908)

[**PHẦN 8 – GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP** 52](#_Toc424382909)

[**PHẦN 9 – BẢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM** 52](#_Toc424382910)

[**PHẦN 10 – CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM NHÓM** 57](#_Toc424382911)

[10.1. Các định nghĩa: 57](#_Toc424382912)

[10.2. Các quy định về chương trình bảo hiểm nhóm 59](#_Toc424382913)

Quy tắc bảo hiểm này được thiết kế nhằm mục đích xây dựng các điều khoản cũng như quyền lợi bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe Quốc tế PJICO. Trong những trang tiếp theo, **người được bảo hiểm** có thể hiểu chi tiết hơn về các điều kiện điều khoản bao gồm cả những định nghĩa liên quan.

Quy tắc bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe Quốc tế PJICO bảo hiểm cho **người được bảo hiểm** trước những chi phí phát sinh từ các rủi ro không lường trước được. Đó là những chi phí 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.

# **PHẦN 1 – ĐỐI TƯỢNG BẢO HIỂM**

Quy tắc bảo hiểm này bảo hiểm cho các đối tượng sau:

* Người Việt Nam cư trú và làm việc tại Việt Nam hoặc nước ngoài
* 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 **đơn yêu cầu bảo hiểm** và được sự chấp thuận của **PJICO**.

## 1.1. 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 **đơn 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. Khi tới **ngày tái tục hợp đồng**, **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.**

## 1.2. 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 nào. Hợp đồng phải được cấp cho cha mẹ hoặc **người giám hộ** từ mười tám (18) tuổi trở lên.

## 1.3. 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.

## 1.4. Đối với người được bảo hiểm cư trú ngoài lãnh thổ Việt Nam

Quy tắc bảo hiểm này áp dụng cho cả những **người được bảo hiểm** cư trú ngoài lãnh thổ Việt Nam, tuy nhiên người đó phải có quốc tịch Việt Nam. 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 quy tắc bảo hiểm này và không thể thực hiện hoàn toàn các nghĩa vụ một cách đầy đủ theo điều khoản của quy tắc, 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 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.

Mỗi **người được bảo hiểm** theo quy tắc này được nêu ở phần 1.1 và 1.2 phải điền đầy đủ thông tin trên **đơn yêu cầu bảo hiểm**, cung cấp các bằng chứng liên quan và phải được **PJICO** chấp nhận bằng **văn bản**.

# **PHẦN 2 – ĐỊNH NGHĨA**

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

## 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.

## Bệnh cấp tính

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

## Điều trị thay thế

Là việc khám và **điều trị** được cung cấp và quy định bởi các **cơ sở y tế** đã được đăng ký theo quy định của pháp luật về chỉnh xương, chữa bệnh chân, ăn kiêng, dinh dưỡng, liệu pháp thiên nhiên, châm cứu, vi lượng đồng căn, nắn xương, **vật lý trị liệu** và y học cổ truyền. Các phương pháp trên được hiểu theo định nghĩa của Viện Sức khỏe quốc gia Hoa Kỳ (NIH)

## 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 **điều trị thay thế** trong phạm vi giấy phép được cấp liên quan tại nơi thực hiện **điều trị**.

**Bác sỹ thực hiện phương pháp điều trị thay thế** không phải là **người được bảo hiểm** hoặc vợ chồng, con cái **của người được bảo hiểm.**

## Mức khấu trừ năm

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

## 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).

1. **Phạm vi địa lý được bảo hiểm** và **ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm**

Các phạm vi địa lý sau nêu trong **chương trình bảo hiểm** của mỗi **người được bảo hiểm** trên **giấy chứng nhận bảo hiểm** và/hoặc trong **sửa đổi bổ sung** được hiểu như sau**:**

* **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 cầu không bao gồm Mỹ
* **Toàn cầu:** toàn cầu.

## 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.

## Bảng quyền lợi bảo hiểm

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

## Ưu đãi

Là những ưu đãi về quyền lợi bảo hiểm, thời gian chờ, hạn mức bảo hiểm áp dụng riêng cho **chương trình bảo hiểm** nhóm, được nêu trong **giấy chứng nhận bảo hiểm/ sửa đổi bổ sung** mà **PJICO** đã phát hành cho **chủ hợp đồng** để lưu lại và xác nhận những thay đổi của hợp đồng bảo hiểm nhóm.

## Bệnh bẩm sinh

Tình trạng khiếm khuyết, bệnh, dị tật, do gen (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.

1. **Đồng chi trả**

Là một phần chi phí y tế hợp lệ mà **người được bảo hiểm** cần phải chi trả sau khi áp dụng **mức khấu trừ năm** (nếu có).

## 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**) và **người được bảo hiểm** cần được chăm sóc sức khỏe, được giám sát y tế nhưng không sử dụng giường bệnh qua đêm, loại trừ tất cả các hình thức **điều trị thay thế**.

## 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 vợ chồng, con cái của **người được bảo hiểm.**

1. **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 thì 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.

## 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 các triệu chứng xuất hiện.

## Điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm

Là việc **điều trị** được bảo hiểm theo **hợp đồng bảo hiểm** của **người được bảo hiểm.**

## Cấp cứu

Là **tình trạng y tế 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.

## Sửa đổi bổ sung

Là những tài liệu bổ sung **PJICO** phát hành để ghi nhớ và xác nhận thay đổi nội dung **hợp đồng bảo hiểm** đã ký.

1. **Dịch vụ vận chuyển hoặc hồi hương**

Là việc di chuyển **người được bảo hiểm** 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) hoặc đưa **người được bảo hiểm** trở lại **quốc gia cư trú chính**/ 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.**

## 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 nội trú** người bệnh đau ốm, thương tổn
	+ cung cấp dịch vụ **y tá** chăm sóc hai mươi bốn (24) giờ trong ngày;
	+ Có tối thiểu 1 nhân viên là **bác sỹ** 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** làm dụng chất gây nghiện.

## 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.

## Nhà cung cấp dịch vụ

Là các **cơ sở y tế** trong hệ thống bảo lãnh của **PJICO**, các đơn vị **PJICO** thuê thực hiện bồi thường, **nhà cung cấp dịch vụ** vận chuyển cấp cứu và hồi hương hoặc các đơn vị khác mà **PJICO** thuê ngoài.

## Bác sỹ độc lập

Là một bên thứ ba do **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** và **PJICO** thống nhất chỉ định khi có sự khác biệt giữa ý kiến của **bác sỹ 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**.

## 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**.

## Điều trị nội trú

Là việc **điều trị hợp lý** 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**.

## Phòng chăm sóc đặc biệt

Là khu vực chăm sóc đặc biệt của **cơ sở y tế**, thực hiện **điều trị** tích cực 24/24 giờ cho 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 **cơ sở y tế.**

## Suốt đời

Là khoảng thời gian mà **người được bảo hiểm** còn sống. Khái niệm này không liên quan đến thời hạn của **hợp đồng bảo hiểm**.

1. **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**.

## Tình trạng y tế

Là thương tổn, ốm đau, bệnh tật thuộc phạm vi bảo hiểm theo quy tắc này.

1. **Bác sỹ**

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 sỹ** không phải là **người được bảo hiểm** hoặc vợ chồng, con cái của **người được bảo hiểm**.

1. **Sự cần thiết về mặt y tế**

Là việc điều trị, dịch vụ hoặc thủ tục mà theo ý kiến của **bác sỹ** và **cơ sở y tế** nơi **bác sỹ** hành nghề là thích hợp và phù hợp với chẩn đoán và theo đúng các tiêu chuẩn y tế được chấp nhận rộng rãi.

1. **Y tá/Điều dưỡng**

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

## Điều trị ngoại trú

Là việc **điều trị** nằm trong phạm vi bảo hiểm tại **cơ sở y tế**, nơi **người được bảo hiểm** không **điều trị** qua đêm, loại trừ tất cả các hình thức **điều trị thay thế**.

## Chuyên gia vật lý trị liệu

Là người được cấp phép hành nghề **chuyên gia vật lý trị liệu** tại quốc gia cung cấp dịch vụ **điều trị**.

**Chuyên gia vật lý trị liệu** không phải là **người được bảo hiểm** hoặc vợ chồng, con cái của **người được bảo hiểm.**

## Chương trình bảo hiểm

Là bất kỳ **chương trình bảo hiểm** chăm sóc sức khỏe quốc tế PJICO nào được quy định chi tiết trong **Giấy chứng nhận bảo hiểm**.

## Hợp đồng bảo hiểm

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

* **Đơn 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
* Các **sửa đổi bổ sung**

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

## 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**.

## Ngày tái tục hợp đồng

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

## Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm

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

1. **Giấy chứng nhận 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.

1. **Đơn yêu cầu bảo hiểm**

Là mẫu giấy do **PJICO** cung cấp dùng để kê khai thông tin của **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm**, các thông tin về **tình trạng y tế** của **người được bảo hiểm** và các cam kết về việc khai báo này.

1. **Tiền tệ**

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.

1. **Năm hợp đồng bảo hiểm**

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

## Tình trạng có sẵn

Là bất kỳ **tình trạng y tế** có trước **ngày hiệu lực hợp đồng** 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 hoặc đã được cảnh báo; hoặc,
* **Người được bảo hiểm** đã xuất hiện những triệu chứng bất kể đã có tư vấn của **bác sỹ** hay không.
1. **Phí bảo hiểm**

Là khoản tiền theo thoả 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.

## Đơn thuốc

Nghĩa là các loại thuốc và băng gạc cho **điều trị ngoại trú** được **bác sỹ** kê đơn để **điều trị** một **tình trạng y tế** được bảo hiểm theo **bảng quyền lợi bảo hiểm.** 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 được **bác sỹ** kê đơn.

## 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 thể hiện là địa chỉ hoặc nơi thường trú của **người được bảo hiểm** đó trong **đơn yêu cầu bảo hiểm**.

## 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 **người được bảo hiểm** 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.

## Phác đồ phẫu thuật

Là những tài liệu, chứng từ liệt kê trình tự **phẫu thuật** theo quy định của ngành y tế tại nước tiến hành **điều trị**.

## Phẫu thuật

Dùng để chỉ các thủ thuật, phẫu thuật hoặc mổ nội soi khác được liệt kê trong **phác đồ phẫu thuật**.

## 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.

## 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 sẽ bao gồm bất kỳ hành động nào được Chính phủ có liên quan xác nhận hoặc công nhận là một hành động khủng bố.

## Điều trị

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

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

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

## Một lần khám

Dùng để chỉ từng lần tách biệt mà **người được bảo hiểm** đến gặp **bác sỹ** và nhận được tư vấn hoặc **điều trị** đối với một **tình trạng y tế** hợp lệ.

## Thời gian chờ

Là khoảng thời gian mà quyền lợi bảo hiểm sẽ không được chi trả. Thời gian chờ thể hiện tại **bảng quyền lợi bảo hiểm** và/hoặc **giấy chứng nhận bảo hiểm** áp dụng cho **hợp đồng bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**.

## PJICO

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**.

## Văn bản

Liên hệ hoặc thư từ giữa **người được bảo hiểm** và **PJICO** có thể bằng **văn bản** hoặc chứng thư điện tử.

## Năm bảo hiểm

Đề cập đến mười hai tháng (12) kể từ khi **hợp đồng bảo hiểm** bắt đầu có hiệu lực hoặc là thời điểm tái tục gần nhất, trừ khi có thỏa thuận khác.

1. **Hạn mức bảo hiểm tối đa năm**

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

# **PHẦN 3 – PHẠM VI, QUYỀN LỢI BẢO HIỂM**

## 3.1. Phạm vi bảo hiểm

Quy tắc bảo hiểm này thanh toán cho **người được bảo hiểm** khi phát sinh những chi phí **điều trị** cần thiết và hợp lý về mặt y tế do **bác sỹ** thực hiện, bao gồm:

1. Chi phí thực tế phát sinh đến giới hạn tối đa được liệt kê trong **bảng quyền lợi** tương ứng với **chương trình bảo hiểm** của mỗi **người được bảo hiểm**.
2. Các chi phí được thực hiện bởi các **bác sỹ**, **cơ sở y tế** hoặc các dịch vụ y tế **hợp lý và hợp lệ** khác.
3. Những chi phí không bị loại trừ bởi những điều khoản của quy tắc bảo hiểm này.
4. Những chi phí phát sinh trong thời gian hiệu lực hợp đồng và đã nộp phí đủ bảo hiểm.
5. 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 và được chấp nhận bảo hiểm trong chương trình của **người được bảo hiểm.**

## 3.2. Quyền lợi của chương trình bảo hiểm

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Quyền lợi** | **Diễn giải** |
| Tổng **hạn mức bảo hiểm tối đa năm** | **PJICO** sẽ chi trả chi phí thực tế trong phạm vi **hạn mức bảo hiểm tối đa năm** quy định cho từng **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 bảo hiểm tối đa năm**. Quyền lợi “**Ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm**” sẽ được áp dụng khi người đó đủ điều kiện đã nêu trong **chương trình bảo hiểm** |
| **Phạm vi địa lý được bảo hiểm** | Là phạm vi địa lý **người được bảo hiểm** có thể chọn để **điều trị** tại thời điểm yêu cầu bảo hiểm.Trường hợp **điều trị** không **cấp cứu** trong **phạm vi địa lý được bảo hiểm, người được bảo hiểm** có thể **điều trị** ở **nơi cư trú chính** hoặc bất kỳ quốc gia nào khác thuộc **phạm vi địa lý được bảo hiểm**, **người được bảo hiểm** cũng sẽ được chi trả cho các quyền lợi đã quy định trong **chương trình bảo hiểm** bằng cách gửi hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm cho **PJICO**. Chi phí di chuyển trong những tình huống như thế này sẽ do **người được bảo hiểm** chi trả. |
| **Ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm** | a) Quyền lợi này bảo hiểm cho việc **điều trị cấp cứu** xảy ra bất ngờ khi **người được bảo hiểm** đang ở bên **ngoài khu vực địa lý được bảo hiểm** tới mức giới hạn và khu vực được nêu trong **bảng quyền lợi bảo hiểm,** tương ứng với **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** đó. b) Tổng số ngày **điều trị ngoài phạm vi địa lý được bảo hiểm** không được vượt quá giới hạn nêu trong **bảng quyền lợi bảo hiểm. PJICO** sẽ thanh toán cho những **điều trị** cần thiết tới số ngày tối đa kể từ ngày **điều trị** đầu tiên.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**. Tuy nhiên, nếu ở vào tình trạng **cấp cứu** nghiêm trọng thì dịch vụ cứu trợ y tế sẽ được thực hiện ngay theo quyết định mang tính chuyên môn của **nhà cung cấp dịch vụ** cứu trợ để đảm bảo an toàn cho **người được bảo hiểm**.d) Quyền lợi này không bảo hiểm cho việc **điều trị** đã biết từ trước hoặc đã được cảnh báo.e) Quyền lợi này không chi trả cho thai sản và sinh đẻ trong bất kỳ tình huống nào.f) Khi **cố vấn y tế** của **PJICO** và **bác sỹ điều trị** cùng xác định một **tình trạng y tế cấp cứu** đã ổn định hoặc tình trạng sức khoẻ 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**.g) Tham khảo “Hỗ trợ y tế cấp cứu quốc tế” trong mục 3.2.4h) Tất cả những điều khoản, điều kiện, giới hạn và loại trừ của quy tắc bảo hiểm cũng áp dụng cho quyền lợi này.  |
| **Mức khấu trừ năm** | 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**, **nhà cung cấp dịch vụ điều trị** cho người đó (trường hợp bảo lãnh viện phí) sẽ thu mức khấu trừ 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 **người được bảo hiểm.****Mức khấu trừ năm** áp dụng cho tất cả các quyền lợi trừ khi có quy định khác trong **giấy chứng nhận bảo hiểm**. |

### 3.2.1. Điều trị nội trú và điều trị trong ngày - Thông tin chung

|  |  |
| --- | --- |
| Quyền lợi | Diễn giải |
| Tiền phòng/ ngày | **PJICO** sẽ thanh toán chi phí tiền phòng đơn tiêu chuẩn của **người được bảo hiểm** đến số tiền giới hạn trong **bảng quyền lợi bảo hiểm** khi người đó **điều trị** nội trú hoặc **điều trị trong ngày** cho một **tình trạng y tế** thuộc phạm vi bảo hiểm.**PJICO** sẽ chỉ thanh toán cho chi phí phòng đơn tiêu chuẩn tương ứng với phòng có giá thấp nhất tại **cơ sở y tế.** Nếu **người được bảo hiểm điều trị** tại phòng chi phí cao hơn phòng đơn tiêu chuẩn thì người đó hoặc **chủ hợp đồng** sẽ phải thanh toán phần chênh lệch tiền phòng và các chi phí phụ trội phát sinh do sử dụng loại phòng này. **Người được bảo hiểm** nên kiểm tra với **PJICO** trước khi nhập viện để tránh phải tự thanh toán các chi phí không cần thiết. |
| Viện phí | **PJICO** sẽ chi trả các khoản chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa của quyền lợi này cho việc **điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm** kể từ lúc nhập viện tới lúc xuất viện như sau:• **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• Chí 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 **cơ sở y tế** |
| Cấy ghép nội tạng  | **PJICO** sẽ thanh toán chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa của quyền lợi này cho việc cấy ghép thận, tim, gan, phổi hoặc tuỷ, xương do nguyên nhân từ một **tình trạng y tế** thuộc phạm vi bảo hiểm và những bộ phận này được cung cấp từ vợ chồng hoặc con cái của **người được bảo hiểm** hoặc nguồn hiến tặng được chứng nhận và xác minh.  |
| Phẫu thuật chỉnh hình | **PJICO** sẽ thanh toán chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa của quyền lợi này 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: (i) Phẫu thuật được tiến hành để phục hồi chức năng cho một **tình trạng y tế** thuộc phạm vi bảo hiểmsau một **tai nạn** hoặc phẫu thuật, với điều kiện **người được bảo hiểm** đã được bảo hiểm bởi quy tắc bảo hiểm này trước khi **tai nạn** hoặc phẫu thuật xảy ra, và:(ii) Phẫu thuật được tiến hành thích hợp về mặt y tế sau **tai nạn** hoặc phẫu thuật, và(iii) **PJICO** đồng ý với các chi phí **điều trị** đó bằng **văn bản** trước khi việc phẫu thuật được thực hiện.  |
| Phẫu thuật cấy ghép | **PJICO** sẽ thanh toán chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa của quyền lợi này cho các thiết bị y tế được phẫu thuật cấy ghép vào cơ thể là một phần của quá trình **điều trị** (loại trừ các cấy ghép nha khoa) |
| Chi phí phòng cho thân nhân | *Đối với chương trình A1, A2, B1, B2, C1 và C2***PJICO** sẽ thanh toán tối đa tới giới hạn số tiền được ghi trong **bảng quyền lợi bảo hiểm** mục “Chi phí phòng cho thân nhân” khi người đó ở cùng **người được bảo hiểm** tại **cơ sở y tế** hoặc tại khách sạn/nhà nghỉ gần **cơ sở y tế** thuộc **phạm vi địa lý được bảo hiểm**. Số tiền này được trả từ quyền lợi của **người được bảo hiểm** đó.*Đối với chương trình D1 và D2***PJICO** sẽ chi trả “Chi phí phòng cho thân nhân” ở cùng với **người được bảo hiểm** tại **cơ sở y tế** 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**. |
| Trợ cấp tiền mặt, cho mỗi đêm | **PJICO** sẽ chi trả tối đa tới số tiền và số đêm (nếu có) được ghi trong **bảng quyền lợi,** áp dụng cho **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** khi người đó **điều trị nội trú** hợp lệ trong **phạm vi địa lý được bảo hiểm**.“Trợ cấp tiền mặt” chỉ được chi trả khi không có quyền lợi **điều trị nội trú** nào được khiếu nại bồi thường theo quy tắc bảo hiểm này. |
| **Điều trị nội trú** cho HIV/AIDS*Áp dụng cho chương trình A1, A2, B1, B2, C1, C2* | 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**. Chương trình tái tục phải tương tự với **chương trình bảo hiểm** cũ. **PJICO** sẽ chi trả chi phí những khiếu nại thuộc phạm vi bảo hiểm tối đa tới mức giới hạn áp dụng trong **bảng quyền lợi bảo hiểm** đối với **điều trị nội trú** cho HIV/AIDS là hậu quả của **tai nạn** bệnh nghề nghiệp hoặc truyền máu:1. Trường hợp nhiễm HIV do truyền máu nếu thỏa các điều kiện sau:

(i) Việc truyền máu là **cần thiết về mặt y tế** hoặc được chỉ định là một phần của việc **điều trị** y tế(ii)Việc truyền máu xảy ra sau khi **người được bảo hiểm** đó đã được bảo hiểm bởi quy tắc bảo hiểm này(iii) Nguồn gốc của việc lây nhiễm xuất phát từ **cơ sở y tế** và **cơ sở y tế** có khả năng truy dấu vết nguồn gốc của máu bị nhiễm HIV; và(iv) **Người được bảo hiểm** không bị bệnh thiếu máu miền biển (tan máu bẩm sinh/ thalassaemia major) hoặc bệnh rối loạn đông máu di truyền (bệnh ưa chảy máu)(b) Trường hợp lây nhiễm HIV là hậu quả của **tai nạn** lao động nếu thoả mãn các điều kiện sau: (i) Bằng 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**; (ii) Bằng chứng cho thấy **tai nạn** liên quan đến các nguồn của chất lỏng bị nhiễm HIV được xác định;(iii) Bằng 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. Bằng chứng này phải bao gồm xét nghiệm kháng thể HIV âm tính được thực hiện trong vòng 5 ngày kể từ **tai nạn**.(iiii) **Tai nạn** lao động xảy ra sau khi **người được bảo hiểm** đã được bảo hiểm theo đơn này, trong khi **người được bảo hiểm** đang tiến hành công việc chuyên môn bình thường theo đúng nghề nghiệp của người đó tại chính quốc gia cư trú chính. |
| Trợ cấp khi **điều trị** tại bệnh viện công | **PJICO** sẽ chi trả tối đa tới số tiền được ghi trong **bảng quyền lợi bảo hiểm** khi **người được bảo hiểm điều trị nội trú** hợp lý 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.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.Khi **hợp đồng bảo hiểm** có **mức khấu trừ năm**, **người được bảo hiểm** phải tự chịu **mức khấu trừ năm** theo **hợp đồng bảo hiểm** trước khi được chi trả quyền lợi này cho **điều trị nội trú** hợp lý. |
| *Điều trị trước nhập viện và sau khi xuất viện*  |
| **Điều trị** trước khi nhập viện | **PJICO** sẽ thanh toán chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa của quyền lợi này cho một (1) lần khám chữa bệnh, xét nghiệm và thuốc cần thiết theo chỉ định của **bác sỹ** 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 | **PJICO** sẽ thanh toán chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa của quyền lợi này cho tái khám và **điều trị ngoại trú** sau một **điều trị nội trú** hợp lệ hoặc phẫu thuật trong ngày, khi những chẩn đoán này được tiến hành bởi **bác sỹ điều trị** nội trú hoặc một **bác sỹ** 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 **cơ sở y tế** mà **người được bảo hiểm** đã **điều trị nội trú** hoặc **phẫu thuật**. |

### 3.2.2. 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 bảo hiểm, người được bảo hiểm** sẽ được thanh toán cho những trường hợp sau:

• Chi phí khám bệnh/tư vấn của **bác sỹ**

• Khám chữa bệnh

• **Đơn thuốc điều trị** trong 30 ngày

• Dịch vụ chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp phát xạ positron và quét dáng đi khi khám bệnh ngoại trú

• 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

Chi tiết được quy định tại **bảng quyền lợi bảo hiểm.**

|  |  |
| --- | --- |
| Quyền lợi | Diễn giải |
| **Cấp cứu ngoại trú** do **tai nạn** | **Người được bảo hiểm** sẽ được thanh toán chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa cho **điều trị ngoại trú cấp cứu** (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 | **Người được bảo hiểm** sẽ được thanh toán chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa cho xạ trị và/hoặc hóa trị liệu khi **điều trị ngoại trú** thuộc phạm vi bảo hiểm tại một **cơ sở y tế** hợp pháp. |
| Lọc máu thận nhân tạo | **PJICO** sẽ thanh toán cho chi phí lọc máu thận nhân tạo khi **điều trị ngoại trú** thuộc phạm vi bảo hiểm tại một **cơ sở y tế** hợp pháp. |
| **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** và (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 *(Chỉ áp dụng cho chương trình A1, A2 , B1 và B2)* | (a) Khám ban đầu: **Người được bảo hiểm** sẽ được thanh toán chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa cho chi phí khám bệnh, thuốc theo đơn của **bác sỹ**, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh là X-quang và siêu âm để **điều trị tình trạng y tế** thuộc phạm vi bảo hiểm.(b) Khám chuyên sâu: Là chẩn đoán của lần khám thứ hai cho cùng một **tình trạng y tế,** khuyến khích yêu cầu sự chấp thuận trước của **PJICO**.Chẩn đoán của lần khám tiếp theo và các chỉ định liên quan cho cùng một **tình trạng y tế** bắt buộc phải có sự chấp thuận trước của **PJICO**. |
| Chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp phát xạ positron và quét dáng đi | *Đối với Chương trình A1, A2, B1 và B2***PJICO** sẽ thanh toán chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa cho chi phí chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp phát xạ positron, và quét dáng đi trong **điều trị ngoại trú** thuộc phạm vi bảo hiểm.*Đối với Chương trình C1, C2, D1 và D2***PJICO** sẽ thanh toán chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa cho quyền lợi này nếu nó là một phần của phương pháp **điều trị** trước và/hoặc sau nhập viện đối với **điều trị nội trú** hay **điều trị trong ngày** hợp lý, vì vậy sẽ được thanh toán 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 khi xuất viện” tương ứng. |
| Liệu pháp hóc-môn thay thế (HRT) | *Đối với Chương trình A1, A2, và B1***PJICO** sẽ thanh toán chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa cho chi phí tư vấn và các chi phí của các mô cấy (implant), thuốc tiêm, bông băng hay thuốc viên theo chỉ định y khoa và là kết quả từ một sự can thiệp y tế chứ không phải để làm giảm các triệu chứng sinh lý.*Đối với Chương trình B2, C1, C2, D1 và D2*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 là một phần của **điều trị** hợp lý sau xuất viện cho một **điều trị nội trú** hoặc phẫu thuật trong ngày. Vì vậy việc thanh toán tuân thủ theo giới hạn, điều khoản và điều kiện của các quy định '**điều trị** sau xuất viện'. |
| Vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và trị liệu ngôn ngữ | *Đối với Chương trình A1, A2, B1 và B2***PJICO** sẽ thanh toán chi phí **điều trị** do **chuyên gia vật lý trị liệu**, trị liệu cơ năng hoặc trị liệu ngôn ngữ có giấy phép hành nghề thực hiện và được **điều trị** hợp lý.Quyền lợi này chỉ được thanh toán khi **điều trị nội trú** cho **tình trạng y tế** thuộc phạm vi bảo hiểm, với điều kiện **người được bảo hiểm** đã được bảo hiểm theo hợp đồng từ trước khi **điều trị nội trú** bắt đầu.**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.Chương trình **điều trị** được xác định rõ ràng bởi 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.*Đối với Chương trình C1, C2, D1 và D2*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 là **điều trị** hợp lý sau xuất viện của **điều trị nội trú** hoặc phẫu thuật trong ngày, vì vậy nó chịu sự giới hạn, điều khoản và điều kiện quyền lợi “**điều trị** sau xuất viện”. |

### 3.2.3. Quyền lợi bảo hiểm khác - Thông tin chung

Tùy thuộc vào quyền lợi của **người được bảo hiểm** và các giới hạn tương ứng trong **bảng quyền lợi bảo hiểm**, **người được bảo hiểm** được thanh toán các quyền lợi bổ sung trong phần “Quyền lợi bảo hiểm khác”.

Tất cả **mức khấu trừ năm**, **đồng chi trả**, hạn mức và điều kiện áp dụng giống như áp dụng đối với quyền lợi **điều trị nội trú**/**điều trị trong ngày** và **điều trị ngoại trú**, tùy thuộc vào đó là **điều trị ngoại trú, điều trị nội trú** hay **điều trị trong ngày**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Quyền lợi** | **Giải thích** |
| *Chăm sóc sức khỏe và các hình thức* ***điều trị thay thế*** |
| **Điều trị thay thế** *(Áp dụng chương trình A1, A2, B1 và B2)* | **PJICO** sẽ thanh toán chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa trong **bảng quyền lợi bảo hiểm** cho:(i) Dịch vụ tư vấn và **điều trị thay thế** do **bác sỹ** hoặc **chuyên gia vật lý trị liệu**ii) Vitamin, thuốc bổ sung và thuốc y học cổ truyền khi được **bác sỹ thực hiện phương pháp điều trị thay thế** hoặc **bác sỹ** điều trị quy định. **Người được bảo hiểm**phải không thuộc diện bị chống chỉ định sử dụng **điều hiện phương pháp điều trị thay thế** hoặc bác sỹ **điều trị** quy định*Với điều kiện là:*(i) **Người được bảo hiểm** phải không thuộc diện chống chỉ định sử dụng **điều trị thay thế** theo chỉ định của **bác sỹ điều trị**, **PJICO** sẽ không thanh toán cho bất kỳ biến chứng nào do **điều trị thay thế** vượt quá giới hạn quy định trong quyền lợi này.(ii) Phải có một kế hoạch **điều trị** rõ ràng, xác định điểm kết thúc đợt **điều trị** và kết quả dự kiến của **bác sỹ thực hiện phương pháp điều trị thay thế**.**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 bệnh**. |
| *Quyền lợi chăm sóc sức khỏe* |
| Kiểm tra sức khỏe *(Áp dụng đối với chương trình A1, A2 và B1)* | Tùy thuộc vào hạn mức áp dụng cho **chương trình bảo hiểm** lựa chọn**, PJICO** sẽ thanh toán chi phí tư vấn hợp lệ cần thiết là một phần của quá trình kiểm tra sức khỏe. |
| Tiêm chủng vắc-xin*(Áp dụng đối với chương trình A1 và A2)*  | **PJICO** sẽ thanh toán chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa cho việc tiêm vắc-xin cần thiết trong hạn mức của mục này. Phí tư vấn kết hợp với tiêm phòng có thể được yêu cầu thanh toán ở hạng mục quyền lợi này.  |
| *Chăm sóc nha khoa*  |
| Thiệt hại răng tự nhiên do **tai nạn** | **PJICO** sẽ thanh toán cho chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa cho dịch vụ **điều trị** ngay sau khi bị **tai nạn** (trong vòng ba mươi (30) ngày) do nguyên nhân từ bên ngoài miệng gây ra, việc **điều trị** được **nha sỹ** thực hiện với điều kiện **người được bảo hiểm** đã được bảo hiểm liên tục theo hợp đồng trước khi **tai nạn** xảy ra.  Quyền lợi sẽ không được thanh toán nếu:* chấn thương do bất kỳ hình thức ăn hoặc uống, hoặc
* thiệt hại là do hao mòn thông thường, hoặc

chấn thương do khi đấm bốc hoặc chơi bóng bầu dục (trừ bóng bầu dục trường học) trừ khi dụng cụ bảo vệ miệng phù hợp đã bị hao mòn, hoặcthiệt hại là do đánh răng hoặc quy trình vệ sinh miệng, hoặcchấn thương do bất kỳ hình thức khác không phải là tác động ngoài miệng, hoặcthiệt hại không rõ ràng trong vòng bảy (7) ngày sau tác động gây ra chấn thương. |
| Phẫu thuật răng hàm mặt | **PJICO** sẽ thanh toán chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa 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 :(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).**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 quy tắc này. |
| Chăm sóc Nha khoa dự phòng/định kỳ*(Áp dụng đối với chương trình A1, A2, B1 và B2)*  | **PJICO** sẽ thanh toán tám mươi (80) phần trăm chi phí hợp lệ trong phạm vi hạn mức áp dụng trong **bảng quyền lợi bảo hiểm** lựa chọn đối với khám nha khoa, nhổ răng, trám răng, lấy cao răng/đánh bóng, chụp X-quang, xử lý flo và trám khe. |
| **Điều trị** phục hồi nha khoa *(Áp dụng đối với chương trình A1, A2, B1 và B2)* | **PJICO** sẽ thanh toán tám mươi (80) phần trăm chi phí hợp lệ trong phạm vi hạn mức áp dụng trong **bảng quyền lợi bảo hiểm** lựa chọn sau khi **người được bảo hiểm** đã đủ **thời gian chờ** áp dụng 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. |
| *Chăm sóc mắt* |
| Chăm sóc mắt định kỳ *(Áp dụng đối với chương trình A1 và A2)* | **PJICO** sẽ thanh toán các chi phí thực tế hợp lệ trong phạm vi hạn mức áp dụng trong **bảng quyền lợi bảo hiểm** lựa chọn 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 và chi phí kiểm tra mắt do **bác sỹ** nhãn khoa hoặc kỹ thuật viên đo thị lực thực hiện.Không bảo hiểm cho mắt kính phản ứng/màu, 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. |
| *Dịch vụ hỗ trợ y tế cấp cứu* |
| Hỗ trợ y tế cấp cứu quốc tế (‘IEMA’) | * *Áp dụng đối với Chương trình A1, A2, B1, B2, C1 và C2.*
* *Đối với Chương trình D1 và D2 – Quyền lợi này chỉ áp dụng nếu* ***người được bảo hiểm*** *di chuyển bên ngoài lãnh thổ Việt Nam*

 *Vui lòng tham khảo chi tiết tại mục 3.2.4 “Hỗ trợ y tế cấp cứu quốc tế”* |
| Chi phí di chuyển (hạng vé phổ thông) đối với **điều trị nội trú** hợp lệ theo kế hoạch (chỉ để bồi hoàn)*(Áp dụng đối với Chương trình A1, A2, B1, B2, C1 và C2).* | **PJICO** sẽ chi trả 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: (a) là cơ sở y tế 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 (b) **bác sỹ điều trị** cho **người được bảo hiểm** chỉ định **điều trị nội trú** không phải là **cấp cứu** mà dịch vụ **điều trị nội trú** đó không có sẵn tại **quốc gia cư trú chính của họ**, và(c) quyền lợi này sẽ được thanh toán chỉ khi được **PJICO** chấp thuận trước bằng **văn bản**. Để chi phí **điều trị nội trú** thấp hơn, PJICO có thể cho phép một chuyến bay dài hơn. Trong trường hợp đó hãy liên hệ trước với **PJICO**.Quyền lợi này cũng sẽ chi trả cho chuyến bay khứ hồi hạng phổ thông cho mộtngười đi kèm với **người được bảo hiểm**: (a) khi **người được bảo hiểm** dưới mười sáu (16) tuổi; hoặc (b) khi **bác sỹ** do **PJICO** chỉ định có ý kiến rằng một người đi kèm là **cần thiết về mặt y tế**. Các điều kiện và điều khoản của quy tắc bảo hiểm cũng sẽ áp dụng cho quyền lợi này.  |
| *Quyền lợi thai sản* |
| Khám bệnh hiếm muộn*(Áp dụng đối với chương trình A1 và A2)* | **PJICO** sẽ thanh toán chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa cho dịch vụ khám và **điều trị** nguyên nhân của bệnh hiếm 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 bảo hiểm** kế tiếp**.** Quyền lợi này được giới hạn và tính gộp trong **suốt đời**, với điều kiện người được bảo hiểm phải tái tục bảo hiểm hàng năm. |
| Các biến chứng trước sinh và sau sinh*(Áp dụng đối với chương trình A1, A2, B1 và B2)* | PJICO sẽ thanh toán chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa cho các khiếu nại hợp lệ 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 cho **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** nữ và đã tái tục bảo hiểm cho chương trình đó cho **năm hợp đồng bảo hiểm** kế tiếp**.** Quyền lợi này chi trả cho dịch vụ **điều trị tình trạng y tế** hợp lý ở **người được bảo hiểm** trước khi sinh con hoặc sau khi sinh con. Danh sách các biến chứng trước và sau khi sinh hợp lệ bao gồm:* 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 sẩy thai,
* Băng huyết sau sinh,
* Sót nhau.

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.Quyền lợi này sẽ không được tự động nâng lên **chương trình bảo hiểm** cao hơn **chương trình bảo hiểm** ban đầu. Trong trường hợp **chương trình bảo hiểm** được nâng lên chương trình cao hơn, 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** cao hơn đủ mười hai (12) tháng liên tục và việc tái tục **chương trình bảo hiểm** cao hơn đã có hiệu lực. |
| Mang thai và sinh đẻ*(Áp dụng đối với chương trình A1 và A2)* | Tùy thuộc vào hạn mức áp dụng cho **chương trình bảo hiểm** lựa chọn**,** quyền lợi này chỉ được thanh toán cho các chi phí phát sinh theo các khiếu nại hợp lý 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 và đã tái tục bảo hiểm cho **chương trình** đó cho **năm hợp đồng bảo hiểm** kế tiếp**.** 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, trong khi sinh và sau sinh lên đến tổng cộng bốn hai (42) ngày sau sinh, trong phạm vi hạn mức của **chương trình bảo hiểm** này. Hạn mức tối đa **PJICO** sẽ chi trả cho quyền lợi này cho mỗi:* **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 hợp lệ 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.

Đối với sinh thường và sinh mổ **cần thiết về mặt y tế**, **PJICO** sẽ chi trả chi phí sinh đẻ 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 đẻ sẽ được thanh toán theo quyền lợi “Các biến chứng trước và sau sinh”. Quyền lợi này sẽ không được chi trả nếu:* 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 được thụ thai bởi **thụ tinh có hỗ trợ**.

Đối với sinh mổ lấy thai 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 đẻ này sẽ được thanh toán trong phần dư của hạn mức "Mang thai và sinh đẻ”. Quyền lợi này sẽ không được tự động nâng lên mức cao hơn của **chương trình bảo hiểm** ban đầu. Trong trường hợp **chương trình bảo hiểm** được nâng lên mức cao hơn, 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** cao hơn đủ mười hai (12) tháng liên tục và việc tái tục **chương trình bảo hiểm** được cao hơn đã có hiệu lực. |
| *Bảo hiểm cho trẻ mới sinh* |
| Dịch vụ lưu trú cho trẻ mới sinh*(Áp dụng đối với chương trình A1, A2, B1 và B2)* | **PJICO** sẽ thanh toán đối với dịch vụ lưu trú cho trẻ mới sinh thời gian và tính lưu trú ít hơn mười sáu (16) tuần tại **cơ sở y tế** với người mẹ (là một **người được bảo hiểm**) trong khi người mẹ đang **điều trị nội trú** thuộc phạm vi bảo hiểm tại **cơ sở y tế** đó. Quyền lợi này được trả từ quyền lợi của người mẹ.  |
| Bảo hiểm cho trẻ mới sinh – bệnh cấp tính  | **PJICO** sẽ thanh toán chi phí thực tế lên đến giới hạn tối đa cho dịch vụ **điều trị** bệnh cấp tính, với điều kiện là không có **bệnh 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 chăm 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.Quyền lợi này chỉ được chi trả nếu cha mẹ của trẻ mới sinh đã được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này đủ ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày liên tục hoặc nhiều hơn trước khi em bé được sinh ra (trừ khi có thoả thuận khác bằng **văn bản**).Quyền lợi này chi trả cho dịch vụ **điều trị** cho trẻ mới sinh được thực hiện trong vòng ba mươi (30) ngày đầu tiên sau sinh. Sau ba mươi (30) ngày, dịch vụ **điều trị** có thể được bảo hiểm theo như các quyền lợi chính của **chương trình bảo hiểm** dành cho em bé.  |
| *Y tá chăm sóc tại nhà* |
| **Y tá** chăm sóc tại nhà | **PJICO** sẽ chi trả cho một **y tá** tại nhà của **người được bảo hiểm** khi đáp ứng các điều kiện sau đây: (i) sau khi **người được bảo hiểm** xuất viện tại **phòng chăm sóc đặc biệt** cho một **tình trạng y tế** hợp lệ,và(ii) đã thông báo và được **PJICO** đồng ý trước đó bằng **văn bản** rằng nó là **cần thiết về mặt y tế** và phù hợp, và (iii) được **bác sỹ** xác định cần tiếp tục **điều trị** cho một **tình trạng y tế** hợp lệ mà **người được bảo hiểm** đã phải nhập viện để chữa trị, và(iv) khi các dịch vụ tương tự là cần thiết về mặt y tế chứ không phải cho nhu cầu sinh hoạt tại nhà.Chi phí được thanh toán ở đây là phí tổn trả cho **điều dưỡng** thực hiện dịch vụ chăm sóc tại nhà.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” theo các hạn mức áp dụng cho quyền lợi này. |
| Vận chuyển cấp cứu bằng đường bộ  | Quyền lợi này để 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 sỹ điều trị** 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 sỹ điều trị** và **cố vấn y tế** của **PJICO** thì ý kiến của **bác sỹ độc lập** sẽ là quyết định cuối cùng về việc vận chuyển đó có phù hợp về mặt y tế hay không. Quyền lợi này không nằm trong “dịch vụ hỗ trợ y tế cấp cứu quốc tế” |
| **Các tình trạng có sẵn***(Áp dụng đối với chương trình A1 và A2)* | Tùy thuộc vào hạn mức áp dụng cho **chương trình bảo hiểm** lựa chọn**, PJICO** sẽ thanh toán cho dịch vụ **điều trị** cần thiết cho các **tình trạng có sẵn** trong phạm vi hạn mức của **chương trình bảo hiểm** lựa chọn sau khi họ đã được bảo hiểm liên tục đủ **thời gian chờ** quy định. Những **tình trạng y tế** có liên quan tới **tình trạng có sẵn** sẽ được coi như **tình trạng có sẵn**.Một **tình trạng y tế** sẽ được xác định là có liên quan đến một **tình trạng có sẵn** nào đó khi **tình trạng có sẵn** này được xác định là yếu tố rủi ro, dù nhỏ, 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. |
| **Các bệnh bẩm sinh***(Áp dụng đối với chương trình A1 và A2)* | Tùy thuộc vào hạn mức áp dụng cho **chương trình bảo hiểm** lựa chọn**, PJICO** sẽ thanh toán chi phí **điều trị** các **bệnh bẩm sinh**, sau khi **người được bảo hiểm** đã được bảo hiểm liên tục đủ **thời gian chờ** áp dụng. Các loại trừ dưới đây nêu tại Phần 5 - Loại trừ và giới hạn vẫn được áp dụng đối với quyền lợi này:(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 khám, đánh giá và phân loại những hội chứng này;(b) phẫu thuật hoặc **điều trị** thẩm mỹ cho các khuyết tật bẩm sinh;(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 cho các khuyết tật bẩm sinh. |
| ***Điều trị*** *bệnh tâm thần* |
| **Điều trị** bệnh tâm thần*(Áp dụng đối với chương trình A1, A2, B1 và C1)* | *Đối với Chương trình A1 và Chương trình A2*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.Trừ bác sỹ tâm thần đã được đăng ký hành nghề, tất cả phương pháp **điều trị** do nhà tâm lý học, nhà tâm lý trị liệu hoặc bất kỳ cá nhân nào khác thực hiện phải được **PJICO** chấp thuận trước bằng **văn bản**.*Đối với Chương trình B1 và Chương trình C1*Tùy thuộc vào hạn mức áp dụng cho **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm,** quyền lợi **điều trị** bệnh tâm thần chỉ áp dụng cho **điều trị nội trú** và tối đa tới số ngày trong **bảng quyền lợi bảo hiểm** lựa chọn. |
| *Mua hoặc thuê thiết bị y tế hỗ trợ và thiết bị y tế lâu dài, chân tay nhân tạo**(Áp dụng đối với chương trình A1 và A2)* | 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 sỹ** 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. |
| *Chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc cuối đời* |
| 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 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** 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 sỹ** 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 kiện y tế hợp lệ nào không liên quan đến **bệnh giai đoạn cuối** của **người được bảo hiểm** sẽ không được bảo hiểm theo các quyền lợi nằm trong **chương trình bảo hiểm** thông thường của **người được bảo hiểm**. **Bác sỹ điều trị** cùng với **cố 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 **cố vấn y tế** của **PJICO** thì ý kiến của **bác sỹ độc lập** sẽ là quyết định cuối cùng.Quyền lợi này được giới hạn và tính gộp trong **suốt đời**, với điều kiện người được bảo hiểm phải tái tục bảo hiểm hàng năm.**Người được bảo hiểm** phải duy trì tổng **hạn mức tối đa hàng năm** tương tự nhau trong suốt thời gian nhập viện chăm sóc giảm nhẹ hoặc chăm sóc cuối đời. Điều này có nghĩa là, nếu giai đoạn tiến hành 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** đã lên đến tối đa hạn mức đối với quyền lợi này thì không có quyền lợi nào khác liên quan đến **tình trạng y tế** mà “Chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc cuối đời” được chi trả. |

### 3.2.4. Hỗ trợ y tế cấp cứu quốc tế (‘IEMA’)

#### *Dịch vụ vận chuyển và hồi hương*

Là dịch vụ **cấp cứu** toàn cầu, hai mươi bốn (24) giờ một ngày, ba trăm sáu lăm (365) ngày một năm cung cấp **dịch vụ vận chuyển cấp cứu và hồi hương**. Tất cả các trường hợp cần thiết phải sử dụng **dịch vụ vận chuyển hoặc hồi hương**, **PJICO** và/hoặc **nhà cung cấp dịch vụ** sẽ sắp xếp để bảo đảm các chi phí liên quan đều nằm trong giới hạn chi trả của dịch vụ.

Nếu **người được bảo hiểm** cần **điều trị nội trú cấp cứu** ngay lập tức tại khu vực không có sẵn hoặc không đầy đủ thiết bị có thể gọi tới số điện thoại trên thẻ bảo hiểm để được hướng dẫn sử dụng dịch vụ “Hỗ trợ y tế cấp cứu quốc tế”. Trong phạm vi hạn mức được đưa ra, việc vận chuyển y tế khẩn cấp được bảo hiểm khi **người được bảo hiểm** ở cách xa **quốc gia cư trú** chính. Khi cần thiết về mặt y tế, việc vận chuyển 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 trong trường hợp khẩn cấp sau đó sẽ được trả về **quốc gia cư trú** chính của họ.

Việc vận chuyển hài cốt/mai táng nếu **người được bảo hiểm** ở cách xa **quốc gia cư trú chính** của họ cũng được chi trả. Việc vận chuyển này có thể đến **quốc gia cư trú chính** của **người được bảo hiểm** hoặc đến quê hương của họ.

Tất cả các điều khoản, điều kiện, hạn mức và các loại trừ trong quy tắc, áp dụng cho quyền lợi này cũng giống như áp dụng cho tất cả các quyền lợi khác trong quy tắc này. Bất kỳ dịch vụ **điều trị** nào tương tự sẽ phụ thuộc vào các điều kiện và điều khoản của chương trình này. Quyền được sử dụng dịch vụ nàykhông có nghĩa là quá trình **điều trị** của **người được bảo hiểm** sau khi vận chuyểnhoặc hồi hương sẽ thuộc phạm vi bảo hiểm.

Trong trường hợp dịch vụ vận chuyển đã được thực hiện và sau đó phát hiện ra dịch vụ vận chuyển này không phải là một điều kiện được bảo hiểm, **PJICO** có quyền yêu cầu **chủ hợp đồng** bồi hoàn những chi phí dịch vụ **PJICO** đã phải gánh chịu thay cho **chủ hợp đồng**.

#### *Các quy định cụ thể đối với dịch vụ vận chuyển hoặc hồi hương quốc tế*

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

(a) Đưa **người được bảo hiểm** bằng đường hàng không khẩn cấp, hàng không thông thường hoặc bất kì phương tiện vận chuyển nào phù hợp. Thông qua **nhà cung cấp dịch vụ**, **PJICO** sẽ thu xếp phương tiện và ngày giờ vận chuyển.

(b) Nếu **người được bảo hiểm** được nhập viện, nhưng **bác sỹ** do **PJICO** chỉ định xác định rằng các trang thiết bị y tế tại **cơ sở y tế 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.

 (c) Khi chuyển **cơ sở y tế**, **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 **tình trạng y tế** của **người được bảo hiểm** cần có người hỗ trợ).

(d) **PJICO** sẽ chi trả các chi phí về chỗ ở và đi lại trong quá trình trở về **nơi cư trú chính** của bất kỳ thành viên gia đình nào của **người được bảo hiểm** (những người cũng được bảo hiểm trong **hợp đồng bảo hiểm** Chăm sóc sức khỏe Quốc tế PJICO) khi người đó đi cùng **người được bảo hiểm** trong suốt chuyến đi ra nước ngoài.

(e) Bất kỳ phần vé cho chặng 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 **người được bảo hiểm** sẽ phải trả lại cho **PJICO.**

(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,** không áp dụng khi **người được bảo hiểm** qua đời trong các tình huống quy định tại mục 3(b) dưới đây.

#### *Dịch vụ vận chuyển hoặc hồi hương quốc tế sẽ không được áp dụng trong các trường hợp sau*

(a) **Người được bảo hiểm** có thể tiếp tục đi lại làm việc và không cần **điều trị nội trú cấp cứu**

(b) **Người được bảo hiểm** gián tiếp hoặc trực tiếp cố ý tự gây thương tích, tự sát hoặc tự sát không thành.

(c) **Người được bảo hiểm** lạm dụng chất kích thích, lạm dụng chất gây nghiện.

(d) **Người được bảo hiểm** tham gia chơi hoặc huấn luyện bất kỳ một môn thể thao nào được trả lương hoặc được thanh toán bằng tiền mặt, bao gồm khoản trợ cấp hoặc hỗ trợ (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 những vật thể cố định, lặn hoặc bay trên phương tiện bay không được cấp phép hoặc tham gia học, 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 văng, leo núi, môn dù lượn, lượn có động cơ, nhẩy 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 địa điểm ngoài khơi tương tự.

(g) Trường hợp chưa được **PJICO** chấp thuận từ trước.

(h) Trường hợp **người được bảo hiểm** tự sắp xếp (ngoại trừ việc chôn cất/hỏa thiêu tại địa phương nơi họ qua đời).

(i) 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.**

(j) Bất kỳ chi phí nào phát sinh do nhiễm phóng xạ, chất hóa học hoặc sinh 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 du lịch tới một quốc gia hay vùng lãnh thổ nào thuộc danh sách hạn chế đi lại do Văn phòng Khối Thịnh vượng chung và Nước ngoài thuộc Vương quốc Liên Hiệp Anh khuyến cáo. Bao gồm:

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

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

Không thể thực hiện **dịch vụ vận chuyển hoặc hồi hương** quốc tế hoặc có sự chậm trễ trong quá trình cung cấp dịch vụ này, trừ khi việc chậm trễ hay không thể thực hiện được 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.

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

**PHẦN 4 – HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM, PHÍ BẢO HIỂM**

**VÀ HIỆU LỰC BẢO HIỂM**

## *4.1. Thay đổi mức bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm*

### *a. Thời điểm chấp nhận thay đổi*

**PJICO** chỉ chấp nhận thay đổi **chương trình bảo hiểm** bằng **văn bản** vào ngày tái tục **hợp đồng bảo hiểm**. **PJICO** cũng sẽ xác nhận bằng **văn bản**, đặc biệt đối với nâng **chương trình bảo hiểm**.

### *b. Trường hợp không chấp nhận thay đổi*

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.

Trước thời điểm việc nâng **chương trình bảo hiểm** có hiệu lực, **PJICO** sẽ không trả mức quyền lợi theo chương trình đã được nâng cho việc **điều trị** bất **kỳ tình trạng y tế** nào phát sinh từ trước hoặc **người được bảo hiểm** đã được cảnh báo từ trước. **Người được bảo hiểm** phải khai báo bất kỳ **tình trạng y tế** nào như vậy cho **PJICO** khi muốn nâng **chương trình 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 **chương trình bảo hiểm** tương ứng dành cho **tình trạng y tế** ấy trước khi nâng **chương trình bảo hiểm**.

Đối với bất kỳ chứng bệnh, thương tích hay **tình trạng y tế** nào mắc phải, đã có trong hợp đồng hoặc duy trì vào đúng thời điểm hoặc sau ngày hạ **chương trình bảo hiểm** có hiệu lực, tuy nhiên các trường hợp **tình trạng y tế** đó có thể là trực tiếp hay gián tiếp do **tình trạng y tế** hoặc **tai nạn** đã xảy ra, đã bị nhiễm bệnh hoặc duy trì suốt các năm bảo hiểm trước, **PJICO** cũng có trách nhiệm tới mức quyền lợi của mức bảo hiểm giảm hoặc **chương trình bảo hiểm** thấp hơn.

### *c. Thay đổi chương trình bảo hiểm đối với trường hợp con cái phụ thuộc 21 tuổi*

**Người phụ thuộc** (con cái) sẽ không được tiếp tục bảo hiểm trong **hợp đồng bảo hiểm** của cha mẹ vào **ngày tái tục hợp đồng** sau ngày người đó sinh nhật hai mươi mốt tuổi trừ khi người đó chưa lập gia đình và chưa đi làm thì có thể được bảo hiểm cùng với cha mẹ đến ngày người đó đến hai mươi lăm (25) tuổi. Ðối 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** 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 đóđược bảo hiểm liên tục theo **chương trình bảo hiểm**.

## *4.2. Trường hợp người được bảo hiểm thay đổi quốc gia cư trú chính*

Trường hợp **người được bảo hiểm** thay đổi **quốc gia cư trú chính** phải thông báo cho **PJICO** theo mẫu Giấy yêu cầu điều chỉnh/bổ sung thông tin trước thời điểm rời khỏi **quốc gia cư trú chính**. **Người được bảo hiểm** phải báo lại cho **PJICO** về việc thay đổi này ngay 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** và điều chỉnh **phí bảo hiểm** mới theo tỷ 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 30 ngày kể từ ngày nhận được Giấy yêu cầu điều chỉnh/bổ sung thông tin của **chủ hợp đồng**.

Nếu **người được bảo hiểm** không báo cho **PJICO**, **PJICO** có thể từ chối chi trả các quyền lợi bảo hiểm.

## *4.3. Trường hợp chấm dứt hợp đồng bảo hiểm*

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

**Người được bảo hiểm** sẽ có thời hạn tự do xem xét hợp đồng trong vòng mười bốn (14) ngày kể từ ngày ký hợp đồng. Nếu **hợp đồng bảo hiểm** này không phù hợp với nhu cầu của mình, **người được bảo hiểm** 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 **người được bảo hiểm** đã đóng không bao gồm tiền lãi với điều kiện là không có khiếu nại đòi bảo hiểm nào được thực hiện trong khoảng thời gian này. Thời gian 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**.

*b. Trường hợp người được bảo hiểm hủy hợp đồng*

**Người được bảo hiểm** có thể hủy **hợp đồng bảo hiểm** ở bất kỳ thời điểm nào bằng cách gửi 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. Trong trường hợp **PJICO** đồng ý hoàn phí, **PJICO** sẽ chỉ trả 70% số phí 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 và **người được bảo hiểm** hoàn trả cho **PJICO** các tài liệu hợp đồng bao gồm cả thẻ bảo hiểm.

*c. Trường hợp PJICO hủy hợp đồng*

**PJICO** có thể chấm dứt **hợp đồng bảo hiểm** 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. Khi đó **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** bị chấm dứt. **Người được bảo hiểm** 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.

*d. Trường hợp tự động chấm dứt*

Quyền lợi bảo hiểm 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):

1. Ngày **hợp đồng bảo hiểm** chấm dứt;
2. Ngày chấm dứt bảo hiểm của **người được bảo hiểm**;
3. **Người được bảo hiểm** qua đời;
4. Không thanh toán **phí bảo hiểm** theo quy định của **hợp đồng bảo hiểm**;
5. Nếu có khai báo sai, không khai báo hoặc gian lận từ phía **chủ hợp đồng** và/hoặc **người được bảo hiểm**.

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

## *4.4. Thay đổi các điều khoản trong hợp đồng bảo hiểm*

**PJICO** có thể thay đổi toàn bộ hoặc một phần **hợp đồng bảo hiểm** kể từ **ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm** và sẽ thông báo trước 30 ngày cho **người được bảo hiểm**.

**PJICO** cũng có thể thay đổi mức **phí bảo hiểm** nếu 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 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 **người được bảo hiểm** 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.

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 **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.

**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, khi **PJICO** có nghĩa vụ phải áp dụng các thay đổi ngay lập tức theo luật pháp. Những thay đổi này sẽ có hiệu lực ngay khi được áp dụng theo pháp luật, thậm chí ngay cả khi vì lý do nào đó mà **người được bảo hiểm** không nhận được thông tin chi tiết.

## *4.5. Tham gia mới và tái tục*

### (a) Khai báo về tình trạng có sẵn

 Tất cả **các tình trạng có sẵn** phải được thông báo cho **PJICO** một cách trung thực trong **đơn yêu cầu bảo hiểm** hoặc tái tục bảo hiểm. **PJICO** có thể từ chối toàn bộ **đơn 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 **người được bảo hiểm** bằng **văn bản. PJICO** có thể từ chối bảo hiểm và sẽ thông báo cho **người được bảo hiểm.**

### (b) Tăng hoặc giảm 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 **đơn 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 đồn**g gốc cấp cho **chủ hợp đồng.**

Đối với **người được bảo hiểm** 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 bị giảm bớt, bất kể **người được bảo hiểm** đã nhận được thông báo về việc chấm dứt tư cách **người được bảo hiểm** hay chưa.

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

### (c) Tái tục hợp đồng bảo hiểm

**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.**

Vào ngày tái tục hợp đồng,nếu **chương trình bảo hiểm** mà **người được bảo hiểm** tham gia vẫn còn hiệu lực, **người được bảo hiểm** có quyền tiếp tục **hợp đồng bảo hiểm** 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. **PJICO** sẽ xác nhận việc tái tục này trước ngày hết hiệu lực hợp đồng.

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, **người được bảo hiểm** 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, PJICO** sẽ thông báo cho **người được bảo hiểm** trước 30 ngày và sẽ gửi thông tin chi tiết theo địa chỉ của **người được bảo hiểm** mà **PJICO** đã lưu trong hồ sơ.

Trường hợp xảy ra **tai nạn** hoặc điều trị bệnh tật trong thời hạn hiệu lực bảo hiểm nhưng tiếp diễn qua ngày tái tục và **chủ hợp đồng/người được bảo hiểm** không tái tục hợp đồng mới. **PJICO** sẽ thanh toán tiếp cho một đợt điều trị tiếp diễn qua ngày tái tục tối đa 30 ngày sau ngày hiệu lực cuối cùng đối với điều trị do **tai nạn** và **điều trị nội trú cấp cứu** với điều kiện người được bảo hiểm thanh toán phí bảo hiểm gia hạn. Phí bảo hiểm gia hạn được tính theo tỷ lệ số ngày gia hạn (tối thiểu 30 ngày)/365\* phí bảo hiểm năm và được đối trừ vào khoản chi trả bồi thường.

### (d) Xác định tuổi tham gia bảo hiểm

Để xác định **phí bảo hiểm** phải chi trả, **tuổi** của **người được bảo hiểm** là số tuổi tính đến thời điểm nộp **đơn yêu cầu bảo hiểm**/tái tục/bổ sung, 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 quy tắc 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.

Nếu theo **tuổi** đúng, **người được bảo hiểm** không đủ điều kiện để hưởng quyền lợi bảo hiểm theo quy tắc 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.

### (e) Thanh toán phí bảo hiểm

**Phí bảo hiểm** có thể thay đổi theo chấp thuận của Bộ Tài Chínhvà sẽ được xác định vào mỗi **ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm** dựa trên tuổi 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. **PJICO** sẽ xác định khoản tiền này vào thời điểm bắt đầu **năm bảo hiểm** và sẽ thông báo cho **người được bảo hiểm** khoản tiền này.

**Phí bảo hiểm** được thanh toán này không thấp hơn khoản **phí bảo hiểm** nêu trong thông báo tái tục **hợp đồng bảo hiểm**. **Người được bảo hiểm** phải thanh toán theo hình thức và thời hạn đã thỏa thuận với **PJICO**. Các quy định về thanh toán phí bảo hiểm áp dụng theo quy định của pháp luật hiện hành.

**PHẦN 5 – LOẠI TRỪ VÀ GIỚI HẠN**

1. **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 được cho phép theo **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** được thể hiện tại **bảng quyền lợi bảo hiểm**;
2. Bất kỳ khoản phí **điều trị** nào liên quan đến **bệnh 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**;
3. 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**.
4. Bất kỳ **điều trị** tạm thời làm giảm các triệu chứng hơn là **điều trị** các **tình trạng y tế**;

Tuy nhiên **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 có trong **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm.**

1. Mang thai hoặc sinh đẻ tự nhiên trừ khi được nêu cụ thể trong **chương trình bảo hiểm** lựa chọn.
2. Dịch vụ **điều trị** liên quan “biến chứng trước và sau khi sinh” nếu việc mang thai do 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**.
3. 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;
4. 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;
5. Phẫu thuật bào thai, nghĩa là cung cấp dịch vụ **điều trị** hoặc tiến hành **điều trị** trên bào thai ngay khi còn trong bụng mẹ;
6. 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”;
7. 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 sẩy thai trong tương lai), kiểm tra tình trạng sẩy thai và **hỗ trợ thụ thai/hỗ trợ mang thai**, triệt sản (hoặc ngược lại) hoặc bất kỳ hậu quả kèm theo do **bác sỹ** kết luận hoặc từ dịch vụ **điều trị** liên quan;
8. **Điều trị** chứng bất lực hoặc bất kỳ hậu quả nào kèm theo do **bác sỹ** kết luận;
9. **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;
10. **Điều trị** các bệnh lây lan qua đường tình dục;
11. 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;
12. **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 nêu tại **bảng quyền lợi bảo hiểm**;
13. **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;
14. 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. Bao gồm đặt đai thắt dạ dày, hoặc cắt vát dạ dày;
15. 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 hay không;
16. Chi phí thu nhận nội tạng hoặc mô hiến tặng hoặc bất kỳ chi phí hành chính liên quan ngay cả khi việc cấy ghép được phép thực hiện theo các điều khoản của quy tắc bảo hiểm này;
17. Dịch vụ **điều trị** phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp từ việc cố ý gây thương tích hoặc tự tử;
18. Chi phí tham dự lớp học làm cha mẹ hoặc các lớp đào tạo khác ví dụ 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;
19. Bất kỳ chi phí nào liên quan đến việc **điều trị** giảm lệ thuộc vào nicotine hoặc thuốc lá, liệu pháp thay thế nicotine; 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 nào khác;
20. 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**; phẫu thuật mắt bằng laser/lasik;
21. 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. 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;
22. **Điều trị** phòng bệnh;
23. 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 trội;
24. 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 hoặc nâng hạng phòng, các hạng mục sang trọng, các hạng mục không phải là tiêu chuẩn, bữa ăn cho khách.
25. **Điều trị** giảm nhẹ các triệu chứng thường có liên quan đến sự thay đổi cơ thể phát sinh vì lý do sinh lý hoặc tự nhiên bao gồm tuổi già, mãn kinh, hoặc tuổi dậy thì và không phải do **tình trạng y tế** tiềm ẩn, ốm đau hoặc thương tổn;
26. Tiêm chủng, khám sức khỏe định kỳ, 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 nêu trong **bảng quyền lợi bảo hiểm**;
27. 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 dài trừ khi được cho phép theo **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** như đã nêu trong **bảng quyền lợi bảo hiểm**;
28. **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”;
29. 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 nêu trong **bảng quyền lợi bảo hiểm**;
30. 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 không có tư vấn của **bác sỹ điều trị** ngay cả khi nơi đó vẫn thuộc **phạm vi địa lý được bảo hiểm**;
31. **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);
32. **Điều trị** các chấn thương do nhảy dù từ các vật thể cố định, 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, diều 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;
33. Dịch vụ **điều trị** cho **tình trạng y tế** liên quan đến **tình trạng có sẵn**, được nêu rõ trong **giấy chứng nhận bảo hiểm** hoặc **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;**
34. 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**;
35. 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 **cơ sở y tế**;
36. Bất kỳ khoản bồi thường nào hoặc một phần tiền bồi thường liên quan đến việc **người được bảo hiểm** phải thanh toán phần vượt quá quyền lợi tương ứng trong **chương trình bảo hiểm** (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 bảo hiểm (hoặc **đồng chi trả**)
37. Bất kỳ khoản phí nào phát sinh không **hợp lý và hợp lệ** do **bác sỹ**, **cơ sở y tế**, phòng thí nghiệm thực hiện;
38. Bất kỳ chi phí hành chính hoặc báo cáo các loại 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;
39. 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 Đồng;
40. 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;**
41. Tiền bồi thường đối với thực phẩm chức năng hoặc các chất có sẵn trong tự nhiên. Bao gồm vitamin, khoáng chất, và chất hữu cơ, trừ khi được quy định theo quyền lợi về “**điều trị thay thế**”;
42. Thực phẩm bổ sung dinh dưỡng, bao gồm sữa công thức (sữa bột) 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;
43. **Điều trị** tâm thần trừ khi được cho phép theo **chương trình bảo hiểm** của **người được bảo hiểm** như đã nêu trong **bảng quyền lợi bảo hiểm;**
44. 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;
45. **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;
46. **Điều trị nội trú** đối với **tình trạng y tế** có thể **điều trị ngoại trú**;

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

1. 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**;
2. 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
3. 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
4. Kiểm tra hoặc **điều trị** chứng rụng tóc;
5. Chi phí **điều trị** các loại mụn trứng cá;
6. Xỏ khuyên tai hoặc xỏ mình và xăm mình hoặc dịch vụ **điều trị** cần thiết do hậu quả của những hành động đó;
7. Dịch vụ **điều trị** khi ở **cơ sở y tế** trong vòng hơn chín mươi (90) ngày liên tiếp cho tổn thương thần kinh vĩnh viễn theo chẩn đoán của **bác sỹ** điều trị 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;
8. Bất kỳ chi phí hoặc dịch vụ **điều trị** phát sinh trong đất nước chịu lệnh cấm vận 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**.
9. **PJICO** sẽ không chịu trách nhiệm đối với các xét nghiệm, kiểm tra, **điều trị**, danh mục, **tình trạng y tế** liên quan hoặc hậu quả của:
10. **Điều trị** hoặc phẫu thuật thẩm mỹ;
11. 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.
12. **Điều dưỡng** đặc biệt trong **cơ sở y tế**, trừ khi **PJICO** đồng ý trước khi điều trị rằng việc **điều dưỡng** đó là cần thiết và phù hợp;
13. Phục hồi chức năng nội trú trừ khi:
	* + Được **bác sỹ** chuyên về phục hồi chức năng thực hiện; và
		+ Được thực hiện tại **cơ sở y tế** 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 chỉ thanh toán tối đa 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 tổn thương hệ thần kinh trung ương nghiêm trọng do chấn thương bên ngoài, **PJICO** chỉ thanh toán tối đa một trăm tám mươi (180) ngày **điều trị** phục hồi chức năng nội trú.

1. 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 được **điều trị** ở Việt Nam. Tuy nhiên, **PJICO** sẽ thanh toán nếu xác định được trước khi **điều trị** rằng việc **điều trị** này đã được cơ quan y tế có thẩm quyền công nhận là phù hợp;
2. Dịch vụ **điều trị** không được kiểm định hay đang trong quá trình thử nghiệm. Dịch vụ **điều trị** được kiểm định là dịch vụ có 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.

60. **PJICO** sẽ không thanh toán cho bất cứ dịch vụ **điều trị**, hoặc hỗ trợ y tế cấp cứu 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. 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.

# **PHẦN 6 – THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM**

## 6.1. Thủ tục trước khi điều trị:

### *6.1.1. Trường hợp nên có chấp thuận trước của PJICO*

Trường hợp **người được bảo hiểm điều trị nội trú** hoặc **điều trị trong ngày** theo kế hoạch được khuyến nghị bởi **bác sỹ**, **người được bảo hiểm** hoặc **cơ sở y tế** điều trị nên liên hệ với **PJICO** và/hoặc **nhà cung cấp dịch vụ** được **PJICO** ủy quyền theo số điện thoại trên thẻ bảo hiểm để có được xác nhận đối với dịch vụ **điều trị** được đề xuất cho **người được bảo hiểm** đó.

Việc **PJICO** chấp thuận trước dịch vụ **điều trị** theo kế hoạch sẽ bảo vệ **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**

Các dịch vụ nên thông báo để có được sự chấp thuận trước**:**

**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 **cơ sở y tế** 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 khoa 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 những mục không thuộc phạm vi bảo hiểm trong hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm. Trong trường hợp **PJICO** đã 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 **người được bảo hiểm.** Mọi chi phí phát sinh không liên quan trực tiếp đến việc **điều trị** sẽ do **người được bảo hiểm** thanh toán.

### *6.1.2. Trường hợp bắt buộc phải có chấp thuận trước của PJICO*

Ngoài những phần bắt buộc phải có sự chấp thuận trước của **PJICO** quy định tại phần 3 – 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** sẽ gửi giấy xác nhận chấp thuận trong vòng 24 giờ 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**.

## 6.2. Trong khi điều trị - Trường hợp sử dụng dịch vụ bảo lãnh viện phí trực tiếp

*6.2.1.Điều trị không cấp cứu*

Tất cả các **điều trị nội trú** không **cấp cứu** yêu cầu bảo lãnh viện phí cần được **PJICO** và/hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chấp thuận bằng **văn bản** trước khi nhập **viện**. **Người được bảo hiểm** có thể tra cứu danh mục **cơ sở y tế** quốc tế trong bộ **hợp đồng bảo hiểm** 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 **cơ sở y tế** về việc đã nhận được **văn bản** bảo lãnh của **PJICO** trước khi tiến hành **điều trị**. Nếu **cơ sở y tế** chưa nhận được **văn bản** này, **người được bảo hiểm** phải liên hệ ngay với **PJICO**.

**Người được bảo hiểm** phải chịu trách nhiệm đối với các chi phí của dịch vụ **điều trị** khi người đó tiến hành **điều trị** không thuộc phạm vi bảo hiểm của **hợp đồng bảo hiểm**. Các chi phí này phải được thanh toán đầy đủ theo yêu cầu. Khi **người được bảo hiểm** xuất viện, nếu có bất kỳ chênh lệch nào giữa khoản tiền chi trả đã được **PJICO** xác nhận với tổng chi phí mà **cơ sở y tế** yêu cầu thì **người được bảo hiểm** phải thanh toán khoản tiền chênh lệch này trước khi xuất viện.

Trong trường hợp **PJICO** đã 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 **người được bảo hiểm.** Trong mọi trường hợp, bất cứ chi phí nào không liên quan trực tiếp đến dịch vụ **điều trị** thuộc trách nhiệm bảo hiểm sẽ do **người được bảo hiểm** chi trả.

*6.2.2.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 đảm bảo rằng khi **người được bảo hiểm** nhập viện, **cơ sở y tế** 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.

## 6.3. Trong khi điều trị - Trường hợp không sử dụng dịch vụ bảo lãnh viện phí trực tiếp

**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** trong vòng 30 ngày kể từ ngày **điều trị**. 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:

* Trong vòng 60 ngày kể từ ngày điều trị: 10%
* Trong vòng 90 ngày kể từ ngày điều trị: 20%
* Sau 90 ngày kể từ ngày điều trị: 30%

***Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm bao gồm:***

*1. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm: theo mẫu tại trang web của* ***PJICO*** *hoặc gọi điện đến đội ngũ Chăm sóc khách hàng của* ***PJICO*** *để được hỗ trợ. Mẫu này phải được điền đầy đủ và có chữ ký của* ***người được bảo hiểm*** *và gửi lại cho* ***PJICO*** *càng sớm càng tốt. Việc kê khai 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* ***đơn yêu cầu bảo hiểm*** *cho* ***người được bảo hiểm*** *hoặc* ***chủ hợp đồng*** *để hoàn tất.*

*2. Giấy chứng nhận bảo hiểm: bản sao*

*3. Chứng từ y tế: các chứng từ* ***điều trị*** *hợp lệ theo quy định của cơ quan có thẩm quyền tại quốc gia nơi* ***điều trị****, bao gồm Giấy ra viện và/hoặc phiếu* ***điều trị*** *và/hoặc Sổ y bạ, đơn thuốc và các giấy tờ có liên quan đến việc* ***điều trị***

*4. Chứng từ thanh toán (bản gốc): Phiếu thu, Biên lai thu phí; Hóa đơn tài chính theo quy định của cơ quan có thẩm quyền tại quốc gia nơi tiến hành* ***điều trị***

*5. Những giấy tờ bổ sung để làm rõ cho các chứng từ nêu trên (nếu cần thiết).*

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 chính 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.

**PJICO** có thể yêu cầu báo cáo y tế hoặc hồ sơ bệnh án, do **người được bảo hiểm** chịu chi phí (nếu có) để xác minh bất kỳ **tình trạng y tế** nào.

Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm phải được gửi cho **PJICO** trong vòng mười hai (12) tháng kể từ khi được **điều trị**.

# **PHẦN 7 – NGHĨA VỤ VÀ QUYỀN LỢI CỦA CÁC BÊN**

## *7.1. Quyền của PJICO*

1. Từ chối thanh toán và từ chối tái tục **hợp đồng bảo hiểm** của **người được bảo hiểm**; hoặc ngay lập tức chấm dứt **hợp đồng bảo hiểm** và mọi quyền lợi bảo hiểm theo **hợp đồng bảo hiểm** nếu **chủ hợp đồng**/**người được bảo hiểm** vi phạm các điều khoản của quy tắc bảo hiểm, hoặc cố tình khiếu nại sai sự thật.
2. Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong **hợp đồng bảo hiểm.**
3. 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 mà **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**.
4. Từ chối trả tiền bảo hiểm cho **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**.
5. 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.
6. Thu hồi lại các khoản đã chi trả tiền bảo hiểm từ **người được bảo hiểm/chủ hợp đồng** nếu **PJICO** đã chi trả trước và sau đó phát hiện ra hành vi thiếu trung thực của **người được bảo hiểm/chủ hợp đồng** dẫn đến việc chi trả đó.
7. 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 **đơn 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**.
1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

## *7.2. Nghĩa vụ của PJICO*

1. Giải thích cho **chủ hợp đồng** về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; quyền, nghĩa vụ của **chủ hợp đồng**;
2. 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**.
3. Trả tiền bảo hiểm cho **người được bảo hiểm** trong vòng 15 ngày kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ hợp lệ.
4. Giải thích bằng **văn bản** lý do từ chối trả tiền bảo hiểm.
5. 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**).
6. Trả tiền bảo hiểm tối đa trên cơ sở tỷ lệ nếu **người được bảo hiểm** có bất kỳ **hợp đồng 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.
7. 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**.
8. **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.
9. **PJICO** có trách nhiệm cung cấp cho khách hàng danh sách các quốc gia, vùng lãnh thổ bị hạn chế đi lại do Văn phòng Khối thịnh vượng chung và nước ngoài thuộc Vương quốc Liên Hiệp Anh khuyến cáo; danh sách các nước chịu lệnh cấm vận của Liên Hiệp Quốc (UN) và/hoặc Hợp chủng quốc Hoa Kỳ (USA) và/hoặc Liên minh Châu Âu (EU) tại thời điểm ký hợp đồng.
10. **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.
11. Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

## *7.3. Quyền của chủ hợp đồng, người được bảo hiểm*

1. 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.
2. Đơn phương đình chỉ thực hiện **hợp đồng bảo hiểm** theo quy định của hợp đồng.
3. 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**.
4. **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**.
5. 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.
6. Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

## *7.4. Nghĩa vụ của chủ hợp đồng/người được bảo hiểm:*

1. Đóng **phí bảo hiểm** đầy đủ theo thời hạn và phương thức đã thỏa thuận trong **hợp đồng bảo hiểm**.
2. 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**, **bệnh bẩm sinh.**
3. Thông báo cho **PJICO** trước khi điều trị đối với các dịch vụ cần có sự chấp thuận trước của **PJICO**.
4. 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 **người được bảo hiểm** thay đổi địa chỉ, **người được bảo hiểm** 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**.
5. 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 **người được bảo hiểm** sẽ tự chi trả phần chênh lệch đó.
6. Cung cấp đầy đủ hồ sơ khiếu nại theo hướng dẫn tại mục 6.3 quy tắc bảo hiểm này.
7. **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.
8. 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.
9. 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.
10. Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

**PHẦN 8 – GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP**

Quy tắc bảo hiểm này được hiểu và điều chỉnh theo luật pháp nước Việt Nam. Mọi tranh chấp có liên quan đến quy tắc 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.

# **PHẦN 9 – 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 đanăm 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 Nước Mỹ** | **Đông Nam Á** | **Toàn cầu ngoại trừ Nước 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 |
| ***Trợ cấp khi điều trị tại bệnh viện công*** | 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** |
| ***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*** | Lên đến giới hạn tối đa | Lên đến giới hạn tối đa |
| ***Chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp phát xạ positron và quét dáng đi*** | Lên đến giới hạn tối đa | Lên đến giới hạn tối đa |
| ***Liệu pháp Hormone thay thế (HRT)*** | Lên đến giới hạn tối đa | Lên đến giới hạn tối đa |
| ***Vật lý trị liệu, trị liệu cơ năng và trị liệu ngôn ngữ*** | 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*** |
| *Kiểm tra sức khỏe* | 17.000.000 | 4.000.000 | 2.500.000 | Không áp dụng |
| *Tiêm chủng vắc-xin* | 4.000.000 | Không áp dụng |
| ***5.3. Chăm sóc nha khoa*** |
| *Thiệt hại răng tự nhiên do tai nạn* | Lên đến giới hạn tối đa | Lên đến giới hạn tối đa |
| *Phẫu thuật răng hàm mặt* | Lên đến giới hạn tối đa | Lên đến giới hạn tối đa |
| *Chăm sóc nha khoa dự phòng/ định kỳ*Những giới hạn về tình trạng có sẵn không áp dụng cho quyền lợi này | 15.000.000Áp dụng đồng chi trả 20% | 7.500.000Áp 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 nàyThời gian chờ 06 tháng | 32.000.000Áp dụng đồng chi trả 20% | 25.000.000Áp 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 hiếm 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 bệnh 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*** | 42.000.000Thời gian chờ 09 tháng | Không áp dụng |
| ***5.11. Bệnh 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 | 640.000.000suốt 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 Nước 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 dáng 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*** |
| *Kiểm tra sức khỏe* | Không áp dụng | Không áp dụng |
| *Tiêm chủng vắc-xin* | Không áp dụng | Không áp dụng |
| ***5.3. Chăm sóc nha khoa*** |
| *Thiệt hại răng tự nhiên do tai nạn* | Lên đến giới hạn tối đa | Lên đến giới hạn tối đa |
| *Phẫu thuật răng hàm mặt* | Lên đến giới hạn tối đa | Lên đến giới hạn tối đa |
| *Chăm sóc nha khoa dự phòng/ định kỳ(\*)*Những giới hạn về tình trạng có sẵn không áp dụng cho quyền lợi này | 5.000.000Áp dụng đồng chi trả 20% | 5.000.000Áp 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 nàyThời gian chờ 6 tháng (có thể miễn thời gian chờ cho nhóm đông người) | 10.000.000Áp dụng đồng chi trả 20% | 10.000.000Áp 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*** |
| *Hỗ trợ y tế cấp cứu Quốc tế (IEMA)* | 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 |
| *Chi phí du lịch (vé phổ thông) đối với điều trị nội trú hợp lệ theo dự kiến* | Lên đến giới hạn tối đa | Không áp dụng |
| ***5.6. Quyền lợi thai sản*** |
| *Khám bệnh hiếm muộn* | Không áp dụng | 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*  | **106.000.000** | **106.000.000** |
| ***5.7. Bảo hiểm cho trẻ sơ sinh*** |
| *Dịch vụ lưu trú cho trẻ mới sinh* | Không áp dụng | Không áp dụng |
| *Điều trị bệnh cấp tính (không bao gồm các bệnh 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*** | Không áp dụng | Không áp dụng |
| ***5.11. Bệnh bẩm sinh*** |
| ***5.12. Điều trị bệnh tâm thần*** | Chỉ áp dụng cho điều trị nội trú tối đa 30 ngày | Không áp dụng | 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 | Không áp dụng |
| *Thiết bị hỗ trợ và Thiết bị y tế sử dụng lâu dài*  | Không áp dụng | Không áp dụng |
| ***5.14. Chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc cuối đời*** | 320.000.000suốt đời | 320.000.000suốt đời |

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

# **PHẦN 10 – CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM NHÓM**

Phần này chỉ áp dụng cho **người được bảo hiểm** 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 **người được bảo hiểm** 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.

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** này.

## 10.1. Các định nghĩa:

1. **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.

1. **Làm việc thực tế**

Đề cập đến một **nhân viên** làm việc thực sự tại nơi làm việc và thực hiện tất cả mọi nhiệm vụ của nghề nghiệp hiện tại của mình một cách thông thường và toàn thời gian tại **ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm**. Một **nhân viên** cũng sẽ được coi là làm việc thực tế nếu người đó 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 bắt đầu hiệu lực bảo hiểm** thì người đó sẽ không được bảo hiểm.

1. **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; di chuyển từ giường đến một chiếc ghế thẳng đứng hoặc xe lăn và ngược lại;
	+ 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;
	+ 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.

1. **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 **văn bản** này.

1. **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.

1. **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.

1. **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**.

## 10.2. Các quy định về chương trình bảo hiểm nhóm

Nếu **người được bảo hiểm** đã tham gia **hợp đồng bảo hiểm** này như là một phần của một nhóm:

* **Người được bảo hiểm** có thể được hưởng quyền lợi bổ sung (theo ưu đãi) và/hoặc các quyền lợi khác được ghi trong **hợp đồng bảo hiểm**, hoặc
* **Người được bảo hiểm** 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**) 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** thì **giấy chứng nhận bảo hiểm** hoặc giấy chứng nhận tái tục (bất cứ giấy chứng nhận nào có sau) sẽ được áp dụng.

*a. Điều kiện tham gia bảo hiểm*

Để hội đủ điều kiện tham gia bảo hiểm theo **văn bản** 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** là nhân viên của **chủ hợp đồng, độ tuổi** từ đủ 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.
* **Người được bảo hiểm** là **người phụ thuộc của nhân viên**,(bao gồm) **độ tuổi** từ mười lăm (15) ngày tuổi đến sáu mươi lăm (65) tuổi,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 bắt đầu hiệu lực bảo hiểm** 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 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.** Khi đó, **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 **sửa đổi bổ sung** theo nội dung đó.

Bảo hiểm cho **người phụ thuộc** hội đủ điều kiện phải được bảo hiểm dựa trên **chương trình bảo hiểm** tương tự như **nhân viên**,

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 mốt (21) tuổi. Tuy nhiên, bảo hiểm của trẻ em 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.

*b. Chấm dứt và thay thế hợp đồng bảo hiểm*

Hợp đồng bảo hiểm nhóm sẽ chấm dứt ngay lập tức 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** của **người được bảo hiểm** chấm dứt thỏa thuận mà **hợp đồng bảo hiểm** này là một phần trong đó.

**PJICO** có thể cung cấp cho **người được bảo hiểm** một **hợp đồng bảo hiểm** thay thế do **PJICO** quyết định 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** của **người được bảo hiểm** 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 **người được bảo hiểm** về việc **hợp đồng bảo hiểm** này đã bị hủy bỏ và các yêu cầu cần thiết để **người được bảo hiểm** tiếp tục được bảo hiểm.

*c. Tăng giảm người được bảo hiểm*

Nếu **người được bảo hiểm** muốn thêm hoặc bớt **người phụ thuộc**, **PJICO** sẽ tư vấn cho **người được bảo hiểm** các yêu cầu cần thiết để thực hiện thay đổi và ngày hiệu lực của sự thay đổi đó sẽ là **ngày tái tục nhóm**, trừ khi việc bổ sung là do một sự kiện đặc biệt.

*d. Thanh toán phí bảo hiểm*

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

**Phí bảo hiểm** được thanh toán này không thấp hơn khoản **phí bảo hiểm** nêu trong thông báo **tái tục hợp đồng bảo hiểm**. **Chủ hợp đồng/người sử dụng lao động** phải thanh toán theo hình thức và thời hạn đã thỏa thuận với **PJICO**. Các quy định về thanh toán **phí bảo hiểm** áp dụng theo quy định của pháp luật hiện hành.