

Số: **384**/2025/QĐ/TGD

Hà Nội, ngày 30 tháng 06 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH CỦA TỔNG GIÁM ĐỐC
TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM PETROLIMEX
(V/v Ban hành Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe)

TỔNG GIÁM ĐỐC

TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM PETROLIMEX

- Căn cứ Giấy phép thành lập và hoạt động số 67/GP/KDBH ngày 26/10/2011 và Giấy phép chuyển đổi thành Tổng Công ty cổ phần bảo hiểm Petrolimex số 67/GPĐC 01/KDBH ngày 25/03/2013 của Bộ Tài chính;
- Căn cứ Điều lệ hiện hành của Tổng Công ty được Đại hội cổ đông thông qua;
- Căn cứ Công văn số 9292/BTC-QLBH V/v chấp thuận phương pháp, cơ sở tính phí sản phẩm Bảo hiểm tai nạn và sức khỏe ngày 26/06/2025;
- Căn cứ yêu cầu hoạt động kinh doanh;
- Theo đề nghị của Giám đốc Ban Bảo hiểm Sức khỏe.

QUYẾT ĐỊNH

Điều I: Ban hành kèm theo Quyết định này “*Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe*”.

Điều II: Quyết định này có hiệu lực được áp dụng thống nhất trong toàn hệ thống PJICO kể từ ngày 01/07/2025.

Điều III: Các Ông (Bà) Giám đốc Ban Bảo hiểm Sức khỏe, các Ban/Phòng liên quan thuộc Văn phòng Tổng Công ty và các Công ty thành viên trực thuộc Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Petrolimex chịu trách nhiệm thi hành quyết định này.

Nơi nhận:

- Như điều III;
- Ban Tổng Giám đốc;
- Lưu: VT, BHSK.



Trần Anh Tuấn



QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE

Ban hành theo quyết định số 384/2025/QĐ/TGD ngày 30/06/2025 của Tổng Giám đốc
Tổng công ty Cổ phần Bảo hiểm Petrolimex (PJICO)

NỘI DUNG

Chương I:	Định nghĩa
Chương II:	Phạm vi bảo hiểm
Chương III:	Điểm loại trừ
Chương IV:	Điều kiện chung
Chương V:	Bồi thường
Chương VI:	Điều khoản mở rộng

CHƯƠNG 1: ĐỊNH NGHĨA

1. **PJICO** là Tổng Công ty cổ phần bảo hiểm Petrolimex và các Công ty thành viên (gọi tắt là PJICO).
2. **Bác sĩ** là người được cấp bằng bác sĩ và có giấy phép hành nghề hợp pháp, được luật pháp của nước sở tại nơi công nhận và người đó đang thực hành việc điều trị, hành nghề trong phạm vi giấy phép được cấp và trong phạm vi đào tạo chuyên ngành của mình, nhưng loại trừ những bác sĩ chính là người được bảo hiểm, hoặc vợ (chồng), con, bố, mẹ, anh/chị/em ruột của người được bảo hiểm.
3. **Ôm đau, bệnh tật** là một tình trạng bất thường hay khiếm khuyết chức năng của một hay nhiều cơ quan trong cơ thể biểu hiện bằng các triệu chứng hay hội chứng.
4. **Bệnh đặc biệt** là các bệnh ung thư, u bướu và polyp các loại, huyết áp, các bệnh về tim, loét dạ dày, viêm khớp, viêm gan (A, B, C), sỏi các loại trong hệ thống tiết niệu và đường mật, viêm xoang mãn tính, đái tháo đường, tiểu đường, hen phế quản, Parkinson, Alzheimer, viêm thận, suy thận, bệnh suy hô hấp phổi, tràn khí màng phổi, phổi tắc nghẽn mãn tính COPD, các bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu (bao gồm suy tủy, bạch cầu cấp, bạch cầu mãn tính).
5. **Bệnh có sẵn** là bất kỳ một tình trạng sức khỏe nào của người được bảo hiểm đã được chẩn đoán; hoặc đã xuất hiện triệu chứng trước ngày gia nhập bảo hiểm khiến cho một người bình thường phải đi khám, điều trị; hoặc do có tình trạng đó và chuyên gia y tế đã khuyên người được bảo hiểm cần phải điều trị bất kể là người được bảo hiểm đã thực sự được điều trị hay chưa.
6. **Bộ phận giả** là bất kỳ một thành phần nhân tạo nào được lắp đặt, cấy ghép vào cơ thể nhằm duy trì sự sống hoặc chức năng sinh lý của cơ thể con người bao gồm và không giới hạn bởi những thiết bị, dụng cụ, vật tư thay thế.
7. **Duy trì sự sống** được hiểu là duy trì sự tuần hoàn và hô hấp.
8. **Bệnh, dị tật bẩm sinh** là bệnh lý khởi đầu hoặc sự phát triển bất thường về hình dạng, cấu trúc hoặc vị trí của các bộ phận hoặc cấu trúc cơ thể ngay từ giai đoạn phát triển trong tử cung của người mẹ trước khi sinh ra theo ý kiến của bác sĩ trên phương diện y khoa.
9. **Cấy ghép bộ phận** là việc phẫu thuật để cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, tủy xương cho người được bảo hiểm tiến hành tại một bệnh viện bởi bác sĩ có trình độ phẫu thuật. Các chi phí để có cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể không được bảo hiểm trong quy tắc bảo hiểm này.
10. **Chi phí dưỡng nhi** là những chi phí liên quan đến việc chăm sóc em bé tại bệnh viện ngay sau khi sinh với điều kiện người mẹ chưa xuất viện (loại trừ chi phí xét nghiệm tầm soát, thuốc điều trị cho em bé, vật dụng cá nhân và chi phí thức ăn cho em bé).
11. **Chi phí y tế thực tế** là những chi phí hợp lý và cần thiết về mặt y tế, theo chỉ định của bác sĩ điều trị, phát sinh khi người được bảo hiểm phải điều trị bệnh hoặc điều trị thai sản mà việc điều trị này được bảo hiểm.
12. **Chi phí thông lệ và hợp lý** là những chi phí y tế cần thiết không vượt quá mức chi phí chung của các nhà cung cấp dịch vụ y tế có cùng mức độ trong phạm vi địa lý của hợp đồng, nơi phát sinh những chi phí đó, khi cung cấp các dịch vụ điều trị tương đương hoặc mức độ điều trị, dịch vụ, hay việc cung cấp dịch vụ đối với bệnh tật tương tự.
13. **Chủ hợp đồng** là bên mua bảo hiểm ký kết hợp đồng bảo hiểm với PJICO và được ghi tên là chủ hợp đồng trong hợp đồng bảo hiểm.

14. **Bên mua bảo hiểm** là tổ chức, cá nhân giao kết hợp đồng bảo hiểm với PJICO và đóng phí bảo hiểm.
15. **Hợp đồng bảo hiểm** là sự thỏa thuận giữa bên mua bảo hiểm và PJICO, theo đó bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, PJICO phải trả tiền bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng.
- Bộ hợp đồng bảo hiểm bao gồm hợp đồng bảo hiểm được ký bởi PJICO và bên mua bảo hiểm, quy tắc bảo hiểm, giấy chứng nhận bảo hiểm (GCNBH), giấy yêu cầu bảo hiểm và các sửa đổi bổ sung (nếu có). Các bộ phận cấu thành bộ hợp đồng được xem xét đồng thời khi xác định các sự kiện bảo hiểm.
- Trong trường hợp có nội dung mâu thuẫn/khác biệt về cùng một nội dung trong bộ hợp đồng bảo hiểm, thứ tự ưu tiên áp dụng trong hợp đồng như sau:
- Hợp đồng bảo hiểm và giấy chứng nhận bảo hiểm và/ hoặc các phụ lục hợp đồng, sửa đổi bổ sung hợp đồng, nội dung điều khoản bổ sung, áp dụng theo bản được giao kết gần nhất;
 - Quy tắc bảo hiểm.
- Đối với cùng một loại văn bản thì văn bản được hai bên ký gần nhất có giá trị ưu tiên áp dụng.
16. **Cơ sở y tế** là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được nhà nước công nhận, có giấy phép điều trị nội trú, ngoại trú, không phải là nơi dùng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích.
17. **Bệnh viện** là Cơ sở y tế được pháp luật nước sở tại công nhận là Bệnh viện.
18. **Cấy ghép nội tạng** là việc phẫu thuật để cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, tủy xương cho Người được bảo hiểm tiến hành tại một bệnh viện bởi bác sỹ có trình độ phẫu thuật. Các chi phí để có cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể không được bảo hiểm trong Quy tắc bảo hiểm này.
19. **Điều trị ngoại trú** là việc Người được bảo hiểm được điều trị tại một cơ sở y tế khám chữa bệnh có giấy phép hoạt động hợp pháp mà không phải nằm viện, không phải là điều trị nội trú, điều trị trong ngày.
20. **Điều trị nội trú** là điều trị y tế khi Người được bảo hiểm có làm thủ tục nhập viện và nằm tại giường bệnh qua đêm. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.
21. **Điều trị trong ngày** là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải làm thủ tục nhập viện và phải điều trị trên giường bệnh nhưng không phải ở lại bệnh viện qua đêm. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.
22. **Giới hạn chi tiết (phụ)** là giới hạn bồi thường tối đa cho mỗi hạng mục được quy định chi tiết trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm. Tuy nhiên tổng các giới hạn chi tiết không vượt quá số tiền bảo hiểm tối đa của mỗi chương trình.
23. **Một lần khám/điều trị** là một lần đến khám tại một chuyên khoa của Cơ sở Y tế, được bác sĩ chẩn đoán, chỉ định làm các xét nghiệm liên quan đến bệnh/ triệu chứng bệnh mà bệnh nhân đến khám, kê đơn thuốc để điều trị cho lần khám này. Chi phí tái khám ngay sau đó theo chỉ định của bác sỹ dù không còn bệnh và không cần điều trị nữa sẽ được coi là một lần khám mới.
24. **Ngày bắt đầu bảo hiểm** là ngày Hiệu lực hợp đồng của Hợp đồng bảo hiểm đầu tiên khi Bên mua bảo hiểm tham gia chương trình bảo hiểm này. Đối với những Hợp đồng bảo hiểm không được tái tục liên tục hàng năm, ngày bắt đầu bảo hiểm là ngày Hiệu lực hợp đồng của Hợp đồng bảo hiểm mới nhất trong giai đoạn bảo hiểm mới trừ khi có thỏa thuận riêng.

25. **Ngày hiệu lực bảo hiểm** là ngày mà mỗi thời hạn bảo hiểm được bắt đầu. Đối với các Hợp đồng bảo hiểm được tái tục liên tục hàng năm, ngày Hiệu lực hợp đồng là ngày tái tục hợp đồng. Trong Hợp đồng bảo hiểm này, Hiệu lực hợp đồng được tính từ 00:01h của ngày đó.
26. **Ngày gia nhập bảo hiểm** là ngày Người được bảo hiểm bắt đầu tham gia vào hợp đồng bảo hiểm.
27. **Người được bảo hiểm** là cá nhân có tính mạng, sức khỏe được bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm và là người được PJICO chấp nhận bảo hiểm như ghi trong Danh sách Người được bảo hiểm.
28. **Nhân viên** là thành viên của một công ty, tổ chức, có hợp đồng lao động hoặc hợp đồng thử việc hoặc các thỏa thuận lao động được pháp luật công nhận với công ty, tổ chức đó (chỉ áp dụng cho Hợp đồng bảo hiểm nhóm).
29. **Những Người phụ thuộc** vợ, chồng, con cái, tứ thân phụ mẫu hợp pháp. Con cái là những người từ đủ 15 ngày tuổi đến 18 tuổi hoặc đến 24 tuổi đang theo học các khóa học dài hạn toàn thời gian, chưa kết hôn và sống phụ thuộc vào Người được bảo hiểm. Tất cả những người phụ thuộc phải có tên trong hợp đồng bảo hiểm như Người được bảo hiểm.
30. **Nằm viện** là điều trị nội trú quá 24 giờ liên tục và điều trị trong ngày. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.
31. **Phẫu thuật** là một phương pháp khoa học dùng để điều trị thương tật hoặc bệnh tật, các trường hợp thai sản được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ, bao gồm nhưng không giới hạn ở các phương pháp mang lại kết quả tương đương phẫu thuật như mổ nội soi, tán sỏi, tiểu phẫu, thủ thuật điều trị với các dụng cụ y tế tại Cơ sở y tế.
32. **Thủ thuật điều trị** là thủ thuật (theo danh mục thủ thuật của nước phát sinh điều trị) nhằm mục đích điều trị.
33. **Thời hạn bảo hiểm** là thời hạn được ghi cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm, hoặc Sửa đổi bổ sung.
34. **Thời gian chờ** là khoảng thời gian mà trong thời gian đó Người được bảo hiểm/ Người thụ hưởng không được chi trả bảo hiểm cho một quyền lợi bảo hiểm cụ thể phải áp dụng thời gian chờ. Thời gian chờ phải được thể hiện cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm.
35. **Phạm vi địa lý được bảo hiểm** là giới hạn lãnh thổ được bảo hiểm quy định trên Hợp đồng bảo hiểm.
36. **Số tiền bảo hiểm** là tổng số tiền mà Người được bảo hiểm có thể được trả tiền bảo hiểm trong suốt thời hạn bảo hiểm theo quyền lợi quy định trong hợp đồng bảo hiểm.
37. **Giới hạn chi tiết (phụ)** là giới hạn bồi thường tối đa cho mỗi hạng mục được quy định chi tiết trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm. Tổng các giới hạn chi tiết không vượt quá số tiền bảo hiểm tối đa của chương trình bảo hiểm tại bảng quyền lợi bảo hiểm.
38. **Tình trạng nguy kịch** là tình trạng sức khỏe mà theo ý kiến bác sĩ cần phải điều trị khẩn cấp để tránh tử vong.
39. **Thuốc kê đơn của bác sĩ** là các loại thuốc/dược phẩm được sử dụng theo đơn của bác sĩ và theo quy định của Pháp luật.
40. **Vật lý trị liệu** là phương pháp chữa trị sử dụng các biện pháp vật lý để giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp hay các hoạt động bình thường hàng ngày của người bệnh theo chỉ định của bác sĩ điều trị và việc điều trị này thực hiện tại Bệnh viện.
41. **Vật tư thay thế** là vật tư sử dụng trong y tế nhằm thay thế hoặc hỗ trợ chức năng hoạt động của bất kỳ phần nào đó trong cơ thể sống khi cấy ghép vào cơ thể.

42. **Vật tư tiêu hao** là vật tư được sử dụng một lần hoặc nhiều lần nhằm mục đích hỗ trợ cho điều trị và khám chữa bệnh, không lắp đặt vĩnh viễn trong cơ thể, ngoại trừ các trường hợp các vật tư này tự tiêu trong cơ thể hoặc lẽ ra có thể lấy ra khỏi cơ thể mà không ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của cơ thể (ví dụ như chỉ thép, các dụng cụ định hình khi cấy ghép, tái tạo) nhưng do cơ thể không đào thải nên không cần thiết phải lấy ra.
43. **Thương tật toàn bộ vĩnh viễn** do ốm đau, bệnh tật hoặc thai sản là các thương tật được liệt kê trong Bảng trả tiền tỷ lệ thương tật vĩnh viễn (mục Thương tật Toàn bộ Vĩnh viễn) - đính kèm quy tắc bảo hiểm hoặc là một sự biến đổi hoàn toàn về thể chất và tinh thần do ốm đau, bệnh tật hoặc thai sản của một người làm cho Người được bảo hiểm không thể thực hiện được bất kỳ các nhu cầu cá nhân, xã hội hay công việc, hoặc đáp ứng những yêu cầu của Luật pháp hay Quy định nào đó trong vòng 52 tuần liên tục và không hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó.
44. **Thương tật bộ phận vĩnh viễn do ốm bệnh** là các tổn thương thân thể, biến đổi hoàn toàn về thể chất và tinh thần do ốm đau, bệnh tật hoặc thai sản làm cho Người được bảo hiểm mất một phần hoặc toàn bộ khả năng thực hiện các công việc thường nhật của người đó hay khả năng lao động trong bất kì loại lao động nào và kéo dài 52 tuần liên tục và không có hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó theo kết luận của bác sĩ và Hội đồng giám định y khoa. PJICO sẽ chi trả các thương tật vĩnh viễn và tỷ lệ phần trăm được liệt kê cụ thể trong bảng tỷ lệ thương tật đính kèm theo quy tắc bảo hiểm.
45. **Vận chuyển cấp cứu** là việc chuyên chở bằng phương tiện cứu thương khi gặp tình trạng nguy kịch đến cơ sở y tế gần nhất đủ phương tiện điều trị.
46. **Điều trị** là việc phẫu thuật và/hoặc điều trị y tế theo chỉ định của Bác sĩ với mục đích duy nhất là chữa trị hoặc làm giảm nhẹ tình trạng bệnh tật/ thương tật.
47. **Đồng bảo hiểm/ đồng chi trả** là phần chi phí Người được bảo hiểm tự thanh toán hoặc cùng chi trả với Công ty bảo hiểm theo tỷ lệ phần trăm % trên tổng số tiền bồi thường phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm dựa trên các giới hạn chi tiết và số tiền bảo hiểm được qui định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung đính kèm.
48. **Tuổi** là độ tuổi của Người được bảo hiểm tính theo ngày tháng năm sinh theo Giấy tờ tùy thân hợp pháp tại thời điểm hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực.

CHƯƠNG II: PHẠM VI BẢO HIỂM

Quy tắc bảo hiểm này chi trả cho Người được bảo hiểm những chi phí y tế thực tế để điều trị ốm đau, bệnh tật, thai sản theo chỉ định của bác sĩ phát sinh trong thời hạn bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

Khi nhận được yêu cầu trả tiền bảo hiểm, PJICO chi trả Quyền lợi bảo hiểm thuộc phạm vi Hợp đồng bảo hiểm căn cứ theo phần giới hạn phụ, số tiền bảo hiểm được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm. Các khoản chi phí trên được giới hạn theo chi phí thực tế, thông lệ, cần thiết.

1. Viện phí

Nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện, PJICO sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm những chi phí về dịch vụ y tế hay được phẩm cung cấp bởi bệnh viện, bao gồm nhưng không giới hạn cho các chi phí sau:

- Giường, suất ăn theo tiêu chuẩn tại bệnh viện.
- Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt (phòng điều trị tích cực)
- Chi phí hành chánh, chi phí máu, huyết tương;

- d. Thuốc và dược phẩm sử dụng trong khi nằm viện;
- e. Băng, nẹp thông thường và bột;
- f. Vật lý trị liệu (nếu những chi phí này là cần thiết trong quá trình điều trị nằm viện theo chỉ định của bác sĩ);
- g. Tiêm truyền tĩnh mạch;
- h. Xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET (các chi phí xét nghiệm này phải do bác sĩ chỉ định là biện pháp cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện (điều trị nội trú và điều trị trong ngày));
- i. Chi phí đỡ đẻ.

2. Chi phí phẫu thuật

PJICO chi trả các chi phí y tế liên quan đến một ca phẫu thuật nội trú, phẫu thuật trong ngày hoặc phẫu thuật ngoại trú, bao gồm chi phí thuốc men dùng trong phẫu thuật, vật tư tiêu hao, các dụng cụ thiết bị cần thiết phải được cấy ghép vào bên trong cơ thể để duy trì sự sống, hoặc các thiết bị cần thiết cho phẫu thuật, chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê và các chi phí thông thường cho các chẩn đoán trước khi mổ và hồi sức sau khi mổ, chi phí cấy ghép bộ phận như định nghĩa, chi phí tái mổ. Chi phí phẫu thuật không bao gồm các thủ thuật chẩn đoán bệnh và vật tư thay thế.

3. Điều trị cấp cứu

Là dịch vụ cấp cứu được thực hiện tại phòng cấp cứu của một bệnh viện hoặc phòng khám cho một tình trạng nguy kịch.

4. Vận chuyển cấp cứu

Chi phí cho việc vận chuyển khẩn cấp và sơ cấp cứu để đưa Người được bảo hiểm trong tình trạng nguy kịch đến điều trị tại phòng cấp cứu của bệnh viện hoặc phòng khám gần nhất với điều kiện chăm sóc y tế thích hợp. Chi phí Vận chuyển khẩn cấp không bao gồm chi phí vận chuyển bằng đường không và dịch vụ vận chuyển của các Công ty Cứu trợ.

5. Trợ cấp nằm viện

PJICO chi trả số tiền ghi trên bản quyền lợi bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện điều trị nội trú qua đêm.

6. Chi phí y tế trước khi nhập viện

PJICO chi trả các chi phí khám, chẩn đoán, xét nghiệm và các chi phí y tế khác cho lần khám cuối cùng cần điều trị nội trú ngay sau đó theo chỉ định của bác sĩ điều trị và liên quan trực tiếp đến ốm đau, bệnh tật, thai sản của Người được bảo hiểm và những chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để bác sĩ điều trị kết luận việc điều trị nằm viện là cần thiết. Chi phí này được chi trả tối đa 15 ngày trước khi nhập viện.

7. Điều trị sau khi xuất viện

PJICO chi trả cho các chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sĩ điều trị cho ốm đau, bệnh tật, thai sản của Người được bảo hiểm đã phải điều trị nằm viện, bao gồm: chi phí tái khám, chi phí xét nghiệm, tiền thuốc ngay sau khi xuất viện. Chi phí này được chi trả tối đa 30 ngày sau khi xuất viện.

8. Y tá chăm sóc tại nhà

PJICO chi trả chi phí cho Người được bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được hưởng ngay sau khi rời bệnh viện, tại nơi ở của Người được

bảo hiểm, thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị tối đa 30 ngày sau khi xuất viện. Quyền lợi này không áp dụng cho trường hợp xuất viện sau khi sinh con.

9. Trợ cấp mai táng

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, không kể nằm viện hay ngoại trú, PJICO trả tiền trợ cấp mai táng phí ghi trên Hợp đồng bảo hiểm.

10. Chăm sóc em bé

PJICO chi trả các chi phí dưỡng nhi thực tế phát sinh nhưng không vượt quá giới hạn ghi trên Hợp đồng bảo hiểm.

11. Thai sản và sinh đẻ

a. Biến chứng thai sản và sinh khó

PJICO chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng trong quá trình mang thai, hoặc trong quá trình sinh nở cần đến các thủ thuật sản khoa theo chỉ định của bác sĩ. Thủ thuật sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do bác sĩ chỉ định là cần thiết cho ca sinh đó, không bao gồm việc sinh mổ theo yêu cầu (hoặc phải mổ lại do việc yêu cầu mổ trước đó của Người được bảo hiểm). Biến chứng thai sản và sinh khó bao gồm và không giới hạn trong các trường hợp sau:

- Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung;
- Thai trứng;
- Thai ngoài tử cung;
- Băng huyết sau khi sinh;
- Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh;
- Phá thai điều trị bao gồm các trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền/dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải chấm dứt thai kỳ để bảo vệ tính mạng của người mẹ theo chỉ định của bác sĩ;
- Biến chứng của các nguyên nhân trên.

b. Sinh thường

PJICO chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc sinh thường bao gồm và không giới hạn trong các chi phí: đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, bác sĩ chuyên khoa, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện này.

CHƯƠNG III: ĐIỂM LOẠI TRỪ

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

1. Các dịch vụ điều trị ngoại trú. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi “Điều trị ngoại trú”.
2. Các hình thức điều trị thẩm mỹ, điều trị cân nặng, giải phẫu thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình và các hậu quả liên quan.
3. Dịch vụ điều trị tại nhà (không bao gồm chi phí y tá chăm sóc tại nhà) hoặc tại viện điều trị bằng thủy lực hay các phương pháp thiên nhiên, spa, viện điều dưỡng, an dưỡng, hoặc tại những nơi không phải là Cơ sở y tế.
4. Kiểm tra và khám sức khỏe bao gồm kiểm tra sức khỏe tổng quát, khám kiểm tra phụ khoa/nam khoa, khám thai định kỳ, việc tiêm chủng, vacxin và thuốc chủng ngừa, kiểm tra mắt thông

thường, kiểm tra thính giác thông thường, các khuyết tật thoái hóa tự nhiên của mắt, các tật khúc xạ của mắt (bao gồm cận, viễn, loạn thị), đục thủy tinh thể không do bệnh lý, bất kỳ phẫu thuật nào để hiệu chỉnh các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác, và khám sức khỏe trước khi đi du lịch hoặc đi làm.

5. Khám và các xét nghiệm không có kết luận bệnh của bác sĩ.
6. Khuyết tật bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, các bệnh hoặc dị dạng thuộc về gen, tình trạng sức khỏe di truyền với các dấu hiệu từ lúc sinh.
7. Các hình thức điều trị ngoại trú về răng và liên quan đến răng (nướu, lợi). Điểm loại trừ này không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi “Điều trị ngoại trú” hoặc “Điều trị răng toàn diện”.
8. Điều trị và phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không liên quan tới điều kiện điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định.
9. Kế hoạch hóa gia đình, điều trị vô sinh, điều trị bất lực, rối loạn chức năng sinh dục, thụ tinh nhân tạo, liệu pháp thay đổi hóc môn trong thời kỳ tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ, thay đổi giới tính, hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của điều trị trên.
10. Các loại bệnh tật và quyền lợi thai sản và sinh đẻ phát sinh trong thời gian chờ theo quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.
11. Các bệnh lý về tâm thần, rối loạn tâm lý, mệt mỏi, mất ngủ (bao gồm rối loạn giấc ngủ), suy nhược thần kinh và suy nhược cơ thể không có nguyên nhân bệnh lý, mệt mỏi điều tiết, stress, phong, giang mai, lậu, AIDS và các hội chứng liên quan, bệnh hoa liễu và các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục khác, bệnh nghề nghiệp.
12. Các chi phí cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa các thiết bị hoặc dụng cụ chỉnh hình, các thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hay xe lăn, các máy móc phục vụ cá nhân Người được bảo hiểm để chẩn đoán bệnh hoặc hỗ trợ điều trị y tế (máy tạo nhịp tim, máy khí dung...).
13. Các chi phí cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa thiết bị, bộ phận giả ngoại trừ các dụng cụ, thiết bị cần thiết phải được cấy ghép vào bên trong cơ thể để duy trì sự sống như quy định trong Quyền lợi chi phí phẫu thuật.
14. Hậu quả của việc sử dụng ma túy, các chất có cồn, thuốc lá hoặc các chất kích thích thương tự khác, thuốc không có chỉ định của bác sĩ chuyên môn hoặc thuốc chỉ định để điều trị các bệnh nghiện.
15. Chiến tranh hoặc các hành động thù địch kể cả có tuyên chiến hay không, khủng bố, tác nhân hạt nhân hoặc do chất phóng xạ.
16. Các chi phí để có cơ quan cấy ghép nội tạng như cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng. Tuy nhiên, hợp đồng bảo hiểm này bảo hiểm cho các chi phí y tế cho việc cấy ghép nội tạng vào cơ thể.
17. Thực phẩm chức năng, khoáng chất, các chất hữu cơ bổ sung cho chế độ dinh dưỡng hoặc phục vụ cho chế độ ăn kiêng có sẵn trong tự nhiên, các sản phẩm dược mỹ phẩm. Các điều trị liên quan đến chứng ngủ ngáy không rõ nguyên nhân.
18. Việc điều trị không được khoa học công nhận, điều trị thử nghiệm.
19. Các chi phí và điều trị cho các đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm
20. Các biến chứng thai sản bằng biện pháp thụ tinh nhân tạo, thụ tinh ống nghiệm
21. Đột tử, tử vong không rõ nguyên nhân.
22. Các rủi ro mang tính đại dịch theo công bố của cơ quan có thẩm quyền.

CHƯƠNG IV : ĐIỀU KIỆN CHUNG

1. Phạm vi địa lý

Phạm vi địa lý được bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm này là lãnh thổ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam, trừ khi có thỏa thuận khác.

2. Đối tượng bảo hiểm

Độ tuổi để tham gia bảo hiểm là từ đủ 15 ngày tuổi tới 65 tuổi (theo năm dương lịch) và loại trừ những người bị bệnh ung thư (chỉ áp dụng với Người phụ thuộc khi tham gia bảo hiểm năm đầu tiên), tâm thần, động kinh, thương tật vĩnh viễn từ 80% trở lên.

Đối với Người phụ thuộc, PJICO chỉ nhận bảo hiểm vào ngày bắt đầu bảo hiểm, không chấp nhận trường hợp tham gia bảo hiểm vào giữa thời hạn hợp đồng, ngoại trừ:

- Người phụ thuộc của nhân viên mới làm việc cho Bên mua bảo hiểm;
- Vợ/chồng mới cưới trong thời hạn bảo hiểm;
- Con đủ tuổi tham gia bảo hiểm trong thời hạn bảo hiểm (Quyền lợi Thai sản không áp dụng đối với đối tượng này).

3. Thời hạn bảo hiểm

Là 01 năm kể từ ngày hiệu lực bảo hiểm, trừ trường hợp có thỏa thuận khác với PJICO.

4. Xác minh

PJICO có quyền chỉ định chuyên gia y khoa và/hoặc chuyên gia giám định tổn thất để tiến hành kiểm tra sức khỏe của Người được bảo hiểm và các thông tin có liên quan đến việc giải quyết khiếu nại vào bất cứ lúc nào. Thêm vào đó, PJICO có quyền yêu cầu tiến hành khám nghiệm tử thi trong trường hợp xảy ra tử vong nếu việc này không vi phạm pháp luật hiện hành hoặc không ảnh hưởng đến tín ngưỡng và thuần phong mỹ tục.

5. Quyền lợi bảo hiểm

- a. Thời hạn bảo hiểm bằng một năm: được sử dụng quyền lợi bảo hiểm một năm.
- b. Thời hạn bảo hiểm dưới một năm: được sử dụng mức quyền lợi một năm và áp dụng phí bảo hiểm ngắn hạn.

6. Phí bảo hiểm ngắn hạn

- | | | |
|--|---|----------------------|
| a. Đối với thời hạn 1 tháng | = | 1/4 phí bảo hiểm năm |
| b. Đối với thời hạn 2 tháng | = | 3/8 phí bảo hiểm năm |
| c. Đối với thời hạn 3 tháng | = | 1/2 phí bảo hiểm năm |
| d. Đối với thời hạn 4 tháng | = | 5/8 phí bảo hiểm năm |
| e. Đối với thời hạn 6 tháng | = | 3/4 phí bảo hiểm năm |
| f. Đối với thời hạn 8 tháng | = | 7/8 phí bảo hiểm năm |
| g. Đối với thời hạn từ 8 tháng trở lên | = | Phí bảo hiểm năm |

7. Hiệu lực bảo hiểm/ Thời gian chờ

Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây tính từ Ngày gia nhập bảo hiểm.

- a. Đối với Hợp đồng bảo hiểm dưới 50 nhân viên:
 - i. Điều trị bệnh thông thường: 30 ngày;
 - ii. Điều trị bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn: 12 tháng kể từ ngày gia nhập bảo hiểm;

iii. Thai sản:

- 60 ngày đối với trường hợp sảy thai, cần thiết phải nạo thai theo chỉ định của bác sĩ điều trị thai sản;
- 270 ngày đối với trường hợp sinh đẻ.

b. Đối với Hợp đồng bảo hiểm từ 50 nhân viên trở lên:

- i. Điều trị bệnh thông thường: không áp dụng thời gian chờ;
- ii. Điều trị bệnh có sẵn: không áp dụng thời gian chờ (ngoại trừ trường hợp đang điều trị nội trú tại Ngày bắt đầu bảo hiểm)

iii. Điều trị bệnh đặc biệt: không áp dụng thời gian chờ

iv. Thai sản: không áp dụng thời gian chờ, quyền lợi bảo hiểm được thanh toán như sau:

- Trường hợp sảy thai, cần thiết phải nạo thai theo chỉ định của bác sĩ điều trị thai sản: quyền lợi bảo hiểm được thanh toán theo tỷ lệ giữa thời gian tính từ ngày gia nhập bảo hiểm đến ngày bắt đầu điều trị thai sản với 60 ngày.
- Trường hợp sinh đẻ: quyền lợi bảo hiểm được thanh toán theo tỷ lệ giữa thời gian tính từ ngày gia nhập bảo hiểm đến ngày sinh với 270 ngày.

8. Chấm dứt hợp đồng

- a. Nếu Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp không trung thực trong việc thực hiện các quy định trong quy tắc này, hợp đồng bảo hiểm sẽ không còn hiệu lực và Người được bảo hiểm sẽ không được hưởng bất cứ quyền lợi nào thuộc Hợp đồng bảo hiểm. Khoản phí bảo hiểm đã đóng không được hoàn lại.
- b. Trường hợp một trong hai bên đề nghị chấm dứt hợp đồng bảo hiểm, bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày có ý định chấm dứt; Việc chấm dứt hợp đồng phải phù hợp với quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và Bộ luật dân sự và tuân thủ theo hai trường hợp sau:
 - Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm của người được bảo hiểm, PJICO sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại, với điều kiện đến thời điểm đó hợp đồng bảo hiểm có tỷ lệ bồi thường/phí bảo hiểm dưới 40%.
 - Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm của PJICO, PJICO sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại.

9. Điều khoản tự động thêm bớt nhân sự.

Bất kỳ nhân viên mới nào của Bên mua bảo hiểm sẽ tự động được bảo hiểm với số tiền bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm như ghi trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc bản Sửa đổi bổ sung có hiệu lực mới nhất. Hợp đồng cũng tự loại bỏ những nhân viên hiện đang được bảo hiểm ra khỏi danh sách nhân viên của Bên mua bảo hiểm, với điều kiện là Bên mua bảo hiểm thông báo cho PJICO việc điều chỉnh nhân sự vào cuối mỗi tháng của thời hạn bảo hiểm. Việc thông báo phải được thực hiện bằng văn bản và phải được PJICO xác nhận. Phí bảo hiểm được tính trên cơ sở tỉ lệ của thời hạn được bảo hiểm hoặc ngừng bảo hiểm sau khi Bên mua bảo hiểm đã nêu rõ việc điều chỉnh nhân sự.

Điều khoản bảo hiểm tự động không áp dụng đối với bất kỳ nhân viên nào có số tiền bảo hiểm vượt quá số tiền bảo hiểm cao nhất của các thành viên hiện tại trong nhóm, không áp dụng đối với người nước ngoài và thân nhân. Bảo hiểm cho những đối tượng trên chỉ có thể được cung cấp sau khi Bên mua bảo hiểm đã yêu cầu và được PJICO chấp thuận.

Các bên thỏa thuận rằng các nhân viên được bảo hiểm phải có thỏa thuận lao động với Bên mua bảo hiểm phù hợp với Luật lao động Việt Nam.

Các bên cũng thỏa thuận áp dụng điều khoản tự động điều chỉnh lương theo thỏa thuận lao động của Bên mua bảo hiểm với nhân viên, với điều kiện Bên mua bảo hiểm phải cập nhật việc thay đổi tổng quỹ lương hoặc chi tiết lương từng tháng. Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh theo mức lương thay đổi.

10. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có quyền:

- Lựa chọn Công ty bảo hiểm hoạt động tại Việt Nam để giao kết hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu PJICO cung cấp bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi liên quan đến rủi ro được bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm và giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm;
- Yêu cầu PJICO, cung cấp hợp đồng bảo hiểm, giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Yêu cầu PJICO cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan;
- Hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo quy định;
- Yêu cầu PJICO trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ:

- kê khai đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến Bộ hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của PJICO;
- Đọc và hiểu rõ điều kiện, điều khoản bảo hiểm, quyền, nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm khi giao kết hợp đồng bảo hiểm và nội dung khác của Bộ hợp đồng bảo hiểm;
- Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn theo thỏa thuận trong Bộ hợp đồng bảo hiểm;
- Thông báo cho PJICO những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc giảm rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của PJICO, trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- Thông báo cho PJICO, về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm; phối hợp với PJICO trong giám định tổn thất;
- Áp dụng các biện pháp để phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật này và quy định khác của pháp luật có liên quan;
- Nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

11. Quyền và nghĩa vụ của PJICO

PJICO có quyền:

- Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến việc giao kết và thực hiện hợp đồng bảo hiểm;
- Hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt thực hiện hợp đồng bảo hiểm quy định;
- Từ chối bồi thường, trả tiền bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp để phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm và quy định khác của pháp luật có liên quan;

- Quyền khác theo quy định của pháp luật.
- PJICO có nghĩa vụ:
- Cung cấp cho bên mua bảo hiểm bản yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi liên quan đến rủi ro được bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm, quy tắc, điều kiện, điều khoản bảo hiểm;
 - Giải thích rõ ràng, đầy đủ cho bên mua bảo hiểm về quyền lợi bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm khi giao kết hợp đồng bảo hiểm;
 - Cung cấp cho bên mua bảo hiểm hợp đồng bảo hiểm và Giấy chứng nhận bảo hiểm;
 - Cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm cho bên mua bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan;
 - Bồi thường, trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
 - Giải thích bằng văn bản lý do từ chối bồi thường, trả tiền bảo hiểm;
 - Bảo mật thông tin do bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm cung cấp, trừ trường hợp theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc được sự đồng ý của bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm;
 - PJICO có trách nhiệm thông báo kết quả và giải quyết bồi thường cho Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng, hoặc người thừa kế, hoặc người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm trong thời hạn tối đa 15 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được bộ hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ;
 - PJICO sẽ hoàn phí theo tỷ lệ thời gian còn lại trong trường hợp Người được bảo hiểm không thuộc đối tượng được bảo hiểm;
 - Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

12. Thời hiệu khởi kiện, phương thức giải quyết tranh chấp

- Thời hiệu khởi kiện để yêu cầu tòa án giải quyết tranh chấp hợp đồng là 3 năm kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.
- Mọi tranh chấp xảy ra giữa các bên liên quan đến hợp đồng bảo hiểm sẽ được giải quyết thông qua thương lượng giữa các bên. Trường hợp không thương lượng được thì tranh chấp được giải quyết thông qua Tòa án có thẩm quyền theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật Việt Nam.

CHƯƠNG V: BỒI THƯỜNG

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

Khi yêu cầu PJICO bồi thường, Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp hoặc người được ủy quyền của Người được bảo hiểm phải gửi các chứng từ sau đây trong vòng 180 ngày kể từ ngày chấm dứt việc điều trị, ra viện hoặc tử vong của Người được bảo hiểm. Quá thời hạn trên, hồ sơ bồi thường sẽ bị từ chối bồi thường, trừ các trường hợp bất khả kháng.

- a. Giấy yêu cầu bồi thường được kê khai đầy đủ theo mẫu của PJICO, có chữ ký và con dấu của công ty đứng tên Bên mua bảo hiểm (trừ khi có thỏa thuận khác);
- b. Giấy chứng thương (trường hợp thương tật vĩnh viễn); giấy chứng tử (trường hợp tử vong);
- c. Giấy tờ chứng minh quyền thừa kế hợp pháp theo yêu cầu của Pháp luật về quyền thừa kế (trường hợp tử vong);

- d. Giấy chỉ định nghỉ của bác sĩ điều trị (trường hợp Người được bảo hiểm phải nghỉ việc để điều trị bệnh)
- e. Các chứng từ y tế (đối với hoá đơn, chứng từ thanh toán, PJICO chỉ chấp nhận bản chính):
 - Giấy ra viện (đối với điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày),
 - Giấy chứng nhận phẫu thuật (trường hợp phải phẫu thuật theo chỉ định của bác sĩ);
 - Chỉ định hoặc kết quả xét nghiệm, XQ, CT... (nếu có xét nghiệm, chụp chiếu...)
 - Sổ khám bệnh/Phiếu khám/Toa thuốc có chẩn đoán bệnh và chỉ định điều trị,
- f. Bản gốc các chứng từ thanh toán (hóa đơn, biên lai, phiếu thu) theo quy định của Bộ Tài chính; Bảng chấm công, hợp đồng lao động/ thỏa thuận lao động, bảng lương có xác nhận của chủ hợp đồng lao động hoặc sao kê tài khoản lương. Đối với nhân viên thử việc, cung cấp thư mời thử việc hợp lệ.
- g. Dịch vụ y tá chăm sóc tại nhà: Chỉ định Y tá Chăm sóc tại nhà của bác sĩ điều trị, hóa đơn, phiếu thu hợp lệ.
- h. Cung cấp các giấy tờ chứng minh nhân thân (đối với các hồ sơ yêu cầu bồi thường của người thân được cán bộ đóng phí tham gia bảo hiểm) trong các trường hợp PJICO yêu cầu.
- i. Các giấy tờ khác có liên quan khi có yêu cầu.

2. Thời hạn bồi thường

PJICO thông báo kết quả và giải quyết bồi thường cho Người được bảo hiểm, người thừa kế, hoặc người đại diện hợp pháp trong thời hạn tối đa **15 ngày làm việc**, kể từ ngày nhận được bộ hồ sơ đầy đủ hồ sơ hợp lệ

3. Thông tin chung về bồi thường

Tất cả các chứng từ và tài liệu (bao gồm các hóa đơn gốc, giấy chứng nhận, các chiếu chụp X-quang) mà PJICO yêu cầu hỗ trợ cho việc chi trả bảo hiểm (bồi thường), bao gồm cả các kết quả về sức khỏe và bất kỳ các chi tiết nào về các tiền sử sức khỏe của Người được bảo hiểm sẽ phải được cung cấp miễn phí cho PJICO, nếu được yêu cầu, trước khi bắt kỳ việc chi trả bảo hiểm (bồi thường) nào được hoàn tất

Trường hợp thiếu thông tin y tế hoặc cần làm rõ hồ sơ, Người được bảo hiểm phải có trách nhiệm bổ sung các thông tin đó cho PJICO và PJICO không phải chịu chi phí cho việc có thêm thông tin đó.

CHƯƠNG VI : ĐIỀU KHOẢN MỞ RỘNG

1. Quyền lợi bảo hiểm không tăng phí

Thỏa thuận đặc biệt về việc ứng trước tiền bồi thường: Trường hợp Người được bảo hiểm phải nhập viện, trong những tình huống đặc biệt:

- Nguyên nhân nhập viện thuộc phạm vi bảo hiểm của Hợp đồng Bảo hiểm.
- PJICO có thể đồng ý ứng trước tiền bồi thường theo số tiền bồi thường được ước tính đến mức tối đa là 10.000.000 đồng với điều kiện số tiền bồi thường được ước tính dựa trên các chẩn đoán của bệnh viện vượt qua mức 5.000.000 đồng.
- Nếu PJICO không thể cung cấp tiền ứng trước trong vòng 24h sau khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có thể dựa vào xác nhận bằng văn bản của PJICO, cung cấp cho nhân viên được bảo hiểm một khoản ứng trước hợp lý.

- Bên mua bảo hiểm sau đó thông báo kịp thời với PJICO về số tiền đã ứng trước, cung cấp Chứng từ y tế, Giấy đề nghị tạm ứng (đã được PJICO xác nhận), PJICO có trách nhiệm bồi hoàn cho Bên mua bảo hiểm khoản ứng trước này trong vòng 15 ngày.

2. Quyền lợi bảo hiểm có tăng phí

a. Điều trị ngoại trú

Trên cơ sở Người được bảo hiểm đã đóng phụ phí bảo hiểm, PJICO đồng ý bảo hiểm cho các trường hợp điều trị ngoại trú như sau với mức bảo hiểm được ghi rõ trong Hợp đồng bảo hiểm.

i. Điều trị ngoại trú: PJICO thanh toán các chi phí điều trị ngoại trú phát sinh tại các cơ sở y tế, bao gồm:

- Chi phí khám bệnh
- Chi phí thuốc men theo kê toa của Bác sĩ
- Chi phí chụp chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm, trị liệu học bức xạ, các liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định và cần thiết cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh
- Thủ thuật ngoại trú
- Biến chứng thai sản ngoại trú
- Vật tư y tế sử dụng tại cơ sở y tế
- Chi phí khám Vật lý trị liệu lần đầu tiên đối với mỗi đợt (lộ trình) điều trị

ii. Điều trị răng cơ bản: PJICO thanh toán các chi phí Điều trị răng cơ bản sau đây phát sinh tại các cơ sở y tế, bao gồm:

- Khám và chẩn đoán
- Chụp X-quang
- Viêm lợi (nướu), viêm nha chu
- Hàn răng bằng chất liệu thông thường (amalgam, composite, gic, fuji hoặc các vật liệu có giá tương tự)
- Điều trị tủy
- Nhổ răng bệnh lý (bao gồm phẫu thuật)
- Cạo vôi răng và đánh bóng
- Nhổ răng khôn bệnh lý

iii. Vật lý trị liệu: PJICO thanh toán các chi phí vật lý trị liệu theo chỉ định của bác sĩ điều trị tại Bệnh viện và theo giới hạn chi tiết trên Hợp đồng bảo hiểm.

Quyền lợi này mở rộng cho điều trị bằng phương pháp châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt hoặc phương pháp trị liệu thần kinh cột sống theo chỉ định của bác sĩ.

iv. Khám thai: PJICO thanh toán các chi phí khám thai sau đây trong quá trình mang thai phát sinh tại các cơ sở y tế, bao gồm:

- Khám thai
- Siêu âm
- Xét nghiệm nước tiểu liên quan đến thai kỳ
- Xét nghiệm công thức máu

b. Điều trị răng toàn diện

Trên cơ sở Người được bảo hiểm đã đóng phụ phí bảo hiểm, PJICO sẽ thanh toán các chi phí Chăm sóc răng sau đây phát sinh tại các cơ sở y tế với giới hạn bảo hiểm được ghi trong hợp đồng bảo hiểm, bao gồm:

i. Điều trị răng cơ bản

- Khám và chẩn đoán
- Chụp X-quang
- Viêm lợi (nướu), viêm nha chu
- Hàn răng bằng chất liệu thông thường (amalgam, composite, gic, fuji hoặc các vật liệu có giá tương tự)
- Điều trị tủy
- Nhổ răng bệnh lý (bao gồm phẫu thuật)
- Cạo vôi răng và đánh bóng
- Nhổ răng khôn bệnh lý

ii. Điều trị răng đặc biệt

- Lấy chân răng
- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu)
- Phẫu thuật cắt chóp (phẫu thuật lấy đỉnh chân răng)

Khi Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bảo hiểm này, các chi phí Điều trị răng cơ bản dưới Quyền lợi điều trị Ngoại trú sẽ không được áp dụng.

iii. Loại trừ: Các chi phí điều trị răng sau đây không được bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm này

- Răng giả (sửa, làm mới, chữa hay thay răng giả)
- Chỉnh hình răng hàm mặt thẩm mỹ
- Tồn thương răng, trồng răng giả do hậu quả của tai nạn

c. Bảo hiểm tử vong/ thương tật vĩnh viễn do ốm bệnh, thai sản

i. Phạm vi bảo hiểm

Theo điều khoản này, PJICO đồng ý mở rộng bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc bị thương tật vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm với các điều khoản loại trừ liệt kê dưới đây mà không áp dụng các điều khoản loại trừ chung được Quy định tại Chương III – Điểm loại trừ của Hợp đồng Bảo hiểm này với Số tiền bảo hiểm được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp Người được bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng, hoặc Người thụ hưởng đã qua đời hoặc mất tích trong một thời gian nhất định, PJICO trả tiền bồi thường cho Người thừa kế hợp pháp theo quy định của Luật pháp về quyền thừa kế.

ii. Các điều khoản loại trừ

PJICO không có trách nhiệm bồi thường trong trường hợp tử vong/ thương tật vĩnh viễn do nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp sau đây:

- Do các nguyên nhân tai nạn.
- Các hình thức điều trị thẩm mỹ, điều trị cân nặng, giải phẫu thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình và các hậu quả liên quan.

- Dịch vụ điều trị tại nhà (không bao gồm chi phí y tá chăm sóc tại nhà) hoặc tại viện điều trị bằng thủy lực hay các phương pháp thiên nhiên, spa, viện điều dưỡng, an dưỡng, hoặc tại những nơi không phải là cơ sở y tế.
- Điều trị và phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không liên quan tới điều kiện điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định.
- Kế hoạch hóa gia đình, điều trị vô sinh, điều trị bất lực, rối loạn chức năng sinh dục, thụ tinh nhân tạo, liệu pháp thay đổi hormone trong thời kỳ tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ, thay đổi giới tính, hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của điều trị trên dẫn đến tử vong/ thương tật vĩnh viễn.
- Các loại bệnh tật và biến chứng thai sản phát sinh trong thời gian chờ theo quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.
- Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thừa hưởng quyền lợi bảo hiểm gây ra.
- Hậu quả của việc sử dụng ma túy, các chất có cồn, thuốc lá hoặc các chất kích thích thương tự khác, thuốc không có chỉ định của bác sĩ chuyên môn hoặc thuốc chỉ định để điều trị các bệnh nghiện.
- Dị tật bẩm sinh, bệnh tâm thần.
- Điều trị hoặc sử dụng thuốc không theo hướng dẫn của bác sĩ điều trị.
- Điều trị chưa được khoa học công nhận, điều trị thử nghiệm.
- Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật, nội quy, quy định của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội.
- Chiến tranh (có tuyên chiến hay không tuyên chiến), các hành động thù địch hoặc mang tính chiến tranh, nội chiến, bạo loạn, bạo động hay bạo loạn dân sự.
- Do hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), các bệnh có liên quan đến AIDS hay do vi-rút gây bệnh AIDS; hoặc bệnh lậu, bệnh giang mai, các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục khác.
- Tử vong không rõ nguyên nhân.
- Các rủi ro mang tính đại dịch theo công bố của cơ quan có thẩm quyền.
- Đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm.

TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM PETROLIMEX

PHỤ LỤC
BẢNG TRẢ TIỀN TỶ LỆ THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN
THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN

1. Chết	100%
2. Mù hoặc mất hoàn toàn hai mắt	100%
3. Rối loạn tâm thần hoàn toàn không thể chữa được.....	100%
4. Hông toàn bộ chức năng nhai và nói	100%
5. Mất hoặc liệt hoàn toàn 2 tay (từ vai hoặc khuỷu xuống) hoặc 2 chân (từ háng hoặc đầu gối xuống) 100%	
6. Mất cả 2 bàn tay hoặc 2 bàn chân, hoặc mất 1 cánh tay và 1 bàn chân, hoặc mất 1 cánh tay và 1 cẳng chân, hoặc 1 bàn tay và 1 cẳng chân, hoặc 1 bàn tay và 1 bàn chân 100%	
7. Cắt toàn bộ 1 bên phổi và 1 phần phổi bên kia.....	100%
8. Mất hoàn toàn khả năng lao động mà không thể làm bất cứ việc gì (toàn bộ bị tê liệt, bị thương dẫn đến tình trạng nằm liệt giường hoặc dẫn đến tàn tật toàn bộ vĩnh viễn...)	100%

THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN

Chi trên

9. Mất 1 cánh tay từ vai xuống (tháo khớp vai).....	64%
10. Cắt cụt cánh tay từ dưới vai xuống	60%
11. Cắt cụt 1 cánh tay từ khuỷu xuống (tháo khớp khuỷu).....	56%
12. Mất trọn 1 bàn tay hoặc cả 5 ngón tay (tháo khớp cổ tay).....	52%
13. Mất ngón cái và 2 ngón khác	30%
14. Mất ngón cái và 1 ngón khác	26%
15. Mất ngón trỏ và 2 ngón khác	30%
16. Mất ngón trỏ và 1 ngón giữa.....	26%
17. Mất trọn ngón cái	18%
- Mất trọn 1 đốt ngón cái.....	10%
- Mất cả ngón trỏ.....	17%
18. Mất ngón trỏ	17%
- Mất 2 đốt 2 và 3	8%
- Mất đốt 3	7%
19. Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn (cả đốt bàn)	16%
- Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn	14%
- Mất 2 đốt 2 và 3	8%
- Mất đốt 3	4%
20. Mất cả ngón út và đốt bàn.....	14%
- Mất cả ngón út	10%

- Mất 2 đốt 2 và 37%
- Mất đốt 34%

Chi Dưới

- 21. Cắt cụt một chân qua háng, chậu hông64%
- 22. Cắt cụt xương đùi tại bất cứ vị trí nào55 %
- 23. Cắt cụt 1 chân từ gối xuống (tháo khớp gối)52%
- 24. Tháo khớp cổ chân hoặc mất 1 bàn chân48%
- 25. Cắt đoạn xương chày, móc gậy khớp giả cẳng chân.....32%
- 26. Cắt đoạn xương mác20%
- 27. Cắt mắt cá chân ngoài hoặc trong10%
- 28. Mất cả 5 ngón chân40%
- 29. Mất 4 ngón cả ngón cái34%
- 30. Mất 4 ngón trừ ngón cái.....32%
- 31. Mất 3 ngón 3 - 4 - 522%
- 32. Mất 3 ngón 1 - 2 - 326%
- 33. Mất 1 ngón cái và ngón 2.....18%
- 34. Mất 1 ngón cái14%
- 35. Mất 1 ngón ngoài ngón cái.....10%
- 36. Mất 1 đốt ngón cái8%
- 37. Cứng khớp háng40%
- 38. Cứng khớp gối28%
- 39. Cắt phần lớn xương bánh chè và giới hạn nhiều khả năng duỗi cẳng chân trên đùi.....40%
- 40. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài32%
- 41. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong24%

Cột Sống

- 42. Cắt bỏ đĩa đệm đường trước hoặc sau26%
- 43. Cắt bỏ cung sau của 1 đốt sống.....28%
- 44. Cắt bỏ cung sau của 2 - 3 đốt sống trở lên40%

Sọ Não

- 45. Cắt bỏ bán cầu não48%
- 46. Cắt bỏ bộ phận hay toàn bộ thùy não.....40%

Lồng Ngực

- 47. Cắt bỏ 1 - 2 xương sườn.....14%
- 48. Cắt bỏ 3 xương sườn (mỗi xương sườn cắt bỏ trên 03 xương sườn tăng thêm 5%).....20%
- 49. Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn (mỗi đoạn xương sườn cắt bỏ thêm tăng 3%)7%
- 50. Cắt toàn bộ 1 bên phổi60%

51. Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên, dung tích sống giảm trên 50%.....	56%
52. Cắt nhiều thùy phổi ở 1 bên	44%
53. Cắt màng phổi thành	24%
54. Cắt 1 thùy phổi.....	32%

Bụng

55. Cắt toàn bộ dạ dày.....	64%
56. Cắt $\frac{3}{4}$ hoặc $\frac{2}{3}$ kèm tho cắt dây thần kinh phế vị	32%
57. Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1 m).....	64%
58. Cắt đoạn ruột non.....	36%
59. Cắt toàn bộ đại tràng	64%
60. Cắt đoạn đại tràng	44%
61. Cắt bỏ gan phải đơn thuần	60%
62. Cắt bỏ gan trái đơn thuần.....	52%
63. Cắt $\frac{1}{2}$ của một thùy gan	48%
64. Cắt $\frac{1}{3}$ của một thùy gan	32%
65. Cắt dưới $\frac{1}{3}$ của một thùy gan.....	24%
66. Cắt bỏ túi mật.....	21%
67. Cắt bỏ lá lách	36%
68. Cắt bỏ đuôi tụy, lách	52%
69. Cắt bỏ tụy kèm mở thông tụy hồng tràng	32%
70. Cắt ruột thừa	12%
71. Cắt thực quản, cắt đoạn thực quản kèm theo nối dạ dày	40%

Cơ quan tiết niệu, sinh dục

72. Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bình thường	44%
73. Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bị tổn thương hoặc bệnh lý	60%
74. Cắt 1 phần thận trái hoặc phải.....	28%
75. Cắt bỏ niệu quản	24%
76. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người dưới 55 tuổi chưa con.....	60%
77. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người dưới 55 tuổi đã có con rồi	48%
78. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người trên 55 tuổi	32%
79. Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người dưới 45 tuổi chưa con.....	52%
80. Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người dưới 45 tuổi đã có con.....	28%
81. Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người trên 45 tuổi	22%
82. Cắt vú ở nữ dưới 45 tuổi 1 bên	20%
83. Cắt vú ở nữ dưới 45 tuổi 2 bên	40%
84. Cắt vú ở nữ trên 45 tuổi 1 bên	14%
85. Cắt vú ở nữ trên 45 tuổi 2 bên	28%
86. Cắt 1 phần bàng quang.....	24%
87. Cắt bỏ tuyến, u tuyến bartholin.....	5%
88. Cắt mở âm đạo bị cắt hoàn toàn.....	14%
89. Cắt bỏ hoàn toàn vòi-buồng trứng 1 hoặc 2 bên	17%

90. Cắt bỏ tử cung qua đường bụng không kèm theo vòi hay buồng trứng	20%
91. Cắt bỏ buồng trứng kèm theo mạc nối	16%
92. Cắt bỏ 1 tinh hoàn	8%
93. Cắt bỏ 2 tinh hoàn	11%

Mắt

94. Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt, không lắp được mắt giả	48%
95. Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt, lắp được mắt giả	44%
96. Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt nhưng trước khi xảy bệnh lý này đã mất hoặc mù 1 mắt rồi	72%
97. Cắt bỏ túi lệ	13%

Tai – Mũi – Họng

98. Điếc 2 tai hoàn toàn không phục hồi được	64%
99. Cắt xương chũm	28%
100. Điếc 1 tai hoàn toàn không phục hồi được	28%
101. Cắt vành tai 2 bên	24%
102. Cắt vành tai 1 bên	12%
103. Cắt mũi hoàn toàn	32%
104. Cắt bỏ hoặc bấm các dây nói	10%

Răng - Hàm - Mặt

105. Cắt bỏ toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cạnh cao trở xuống khác bên 68%	
106. Cắt bỏ toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cạnh cao trở xuống cùng bên 60%	
107. Cắt bỏ toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới	60%
108. Cắt bỏ 1 phần xương hàm trên hoặc 1 phần xương hàm dưới từ 1/3 đến 1/2 bị mất từ cạnh cao trở xuống 32%	
109. Cắt bỏ 3/4 lưỡi còn gốc lưỡi (từ đường gai V trở ra)	64%
110. Cắt bỏ 2/3 lưỡi từ đầu lưỡi	44%
111. Cắt bỏ 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm	16%
112. Cắt bỏ 1 phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm	8%