

QUY TẮC BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHOẺ PHÚC AN SINH

*Ban hành theo quyết định số 267 /QĐ-PTI-BHCN ngày 26 / 09 /2012 của
Tổng giám đốc Tổng công ty Cổ phần Bảo hiểm Bưu điện*



I. ĐỊNH NGHĨA

Quy tắc bảo hiểm này, Giấy chứng nhận bảo hiểm và bất kỳ các Sửa đổi bổ sung nào kèm theo sẽ được xem như một bộ phận của Hợp đồng bảo hiểm và bất kỳ từ ngữ hoặc cụm từ nào được quy định tại một trong các văn bản này sẽ được hiểu theo những định nghĩa dưới đây:

1. Công ty bảo hiểm

Là Tổng công ty cổ phần bảo hiểm Bưu điện và các Công ty thành viên, sau đây gọi tắt là PTI.

2. Người được bảo hiểm

Là người có tên trong Giấy chứng nhận bảo hiểm, Sửa đổi bổ sung và được sự chấp thuận của PTI.

3. Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng Bảo hiểm được cấu thành bởi các bộ phận Giấy yêu cầu bảo hiểm; Giấy khám sức khỏe tại thời điểm tham gia bảo hiểm (nếu có); Giấy chứng nhận bảo hiểm; Sửa đổi bổ sung (nếu có) và Quy tắc bảo hiểm này.

Các bộ phận cấu thành Hợp đồng được xem xét đồng thời khi xác định các sự kiện bảo hiểm.

4. Thời hạn bảo hiểm

Là khoảng thời gian mà trong đó phát sinh các rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm thì PTI phải xem xét trả tiền bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm được ghi cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm, hoặc Sửa đổi bổ sung. Thời hạn bảo hiểm thường là 12 tháng tính từ Ngày bắt đầu bảo hiểm hoặc ngày tái tục hợp đồng.

5. Ngày bắt đầu bảo hiểm

Là ngày đầu tiên của mỗi hiệu lực bảo hiểm.

6. Ngày tái tục bảo hiểm

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

7. Ngày gia nhập bảo hiểm

Là ngày Người được bảo hiểm bắt đầu tham gia vào hợp đồng bảo hiểm đầu tiên.

Đối với những Hợp đồng bảo hiểm không được tái tục liên tục hàng năm, ngày bắt đầu bảo hiểm là ngày Hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm mới nhất trong giai đoạn bảo hiểm mới trừ khi có thỏa thuận riêng.

8. Thời gian chờ

Là khoảng thời gian được tính kể từ ngày đầu tiên của thời hạn bảo hiểm, trong thời gian đó Người được bảo hiểm không được thanh toán cho một quyền lợi bảo hiểm cụ thể theo quy định trong Hợp đồng bảo hiểm. Thời gian chờ áp dụng cho một quyền lợi nào thì phải được thể hiện trong Hợp đồng bảo hiểm tương ứng với quyền lợi đó. Thời gian chờ cũng áp dụng cho các quyền lợi mở rộng.

9. Phạm vi địa lý được bảo hiểm

Là lãnh thổ Việt Nam trong đó các rủi ro tai nạn, ốm đau và các chi phí y tế liên quan phát sinh thì được bảo hiểm (trừ trường hợp có tham gia điều khoản mở rộng phạm vi lãnh thổ).

10. Phạm vi bảo hiểm

Là phạm vi trách nhiệm của PTI phải xem xét trả tiền bảo hiểm khi rủi ro bảo hiểm xảy ra.

11. Quyền lợi bảo hiểm

Là quyền lợi Người được bảo hiểm được PTI chi trả trong trường hợp rủi ro được bảo hiểm xảy ra trong phạm vi bảo hiểm được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung.

12. Tổng giới hạn bồi thường (Giới hạn chính)

Là giới hạn trách nhiệm tối đa của PTI đối với Người được bảo hiểm trong suốt thời hạn bảo hiểm. Giới hạn này được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

13. Giới hạn phụ

Là giới hạn trách nhiệm tối đa áp dụng cho mỗi quyền lợi bảo hiểm được quy định chi tiết trong Hợp đồng bảo hiểm. Tuy nhiên tổng các giới hạn chi tiết không vượt quá số tiền bảo hiểm tối đa của mỗi chương trình.

14. Tai nạn

 các sự kiện bất ngờ gây ra bởi một lực từ bên ngoài và hữu hình lên thân thể Người được bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm. Sự kiện này gây ra tổn hại trên thân thể người được bảo hiểm và xảy ra ngoài ý muốn, ngoài tầm kiểm soát của Người được bảo hiểm, và là nguyên nhân trực tiếp làm cho Người được bảo hiểm bị chết hoặc thương tật thân thể.

15. Thương tật thân thể

Thương tật thân thể là tổn thương thực thể gây ra bởi tai nạn. Một thương tật sẽ chỉ được coi là thương tật thân thể nếu nó là hậu quả đầu tiên của tai nạn và không phải là một chuỗi sự tích tụ của tai nạn hoặc chấn thương và nó không trực tiếp hoặc gián tiếp

gây ra bởi sự trầm trọng thêm do sự suy yếu thể lực, khuyết tật, quá trình thoái hóa hoặc bệnh tật tồn tại trước khi bắt đầu bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.

16. Thương tật tạm thời

Là tổn thương thân thể do tai nạn gây ra làm cho Người được bảo hiểm không thể thực hiện công việc liên quan đến nghề nghiệp trong thời gian điều trị y tế.

17. Thương tật bộ phận vĩnh viễn

Là các thương tật được liệt kê trong Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật (mục Thương tật Bộ phận Vĩnh viễn) - đính kèm hợp đồng bảo hiểm hoặc các tổn thương thân thể do tai nạn gây ra làm cho người được bảo hiểm vĩnh viễn mất đi một phần khả năng lao động do hậu quả của việc bị cắt hoặc mất hoặc mất khả năng sử dụng hoặc liệt một phần cơ thể mà với điều kiện y học hiện tại không có khả năng khắc phục và kéo dài trong vòng 52 tuần liên tục.

18. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

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 hợp đồng bảo hiểm hoặc các tổn thương thân thể do tai nạn gây ra làm cho Người được bảo hiểm mất hoàn toàn khả năng thực hiện các công việc thường nhật hoặc bị mất hoàn toàn khả năng lao động trong bất kỳ loại lao động nào và kéo dài 104 tuần liên tục và không hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó.

19. Bệnh đặc biệt

Là những bệnh ung thư, u các loại, huyết áp, các bệnh về tim, loét dạ dày, viêm đa khớp mãn tính, **Amidan quá phát, viêm VA quá phát, Parkinson**, loét ruột, viêm gan, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi trong hệ thống tiết niệu và đường mật, đục thủy tinh thể (đục nhân mắt), bệnh tiểu đường, viêm xoang, viêm thận (những ca viêm thận cấp tính (không phải là đợt cấp của viêm thận mãn) cần điều trị y tế khẩn cấp không được coi là bệnh đặc biệt), các bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu.

20. Bệnh mãn tính (Bệnh mạn tính)

Là bệnh tật có một trong các đặc tính sau đây:

- Diễn biến từ từ và điều trị không thể khỏi dứt điểm
- Bản chất là sẽ tái đi tái lại
- Hiện chưa có một phương pháp điều trị nào thích hợp
- Có thể dẫn đến thương tật/tàn tật vĩnh viễn
- Cần khám, xét nghiệm, điều trị hoặc theo dõi dài hạn

21. Tình trạng có sẵn (Bệnh tật có sẵn)

Là bệnh tật hay thương tật có từ trước Ngày bắt đầu bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung và là bệnh tật/ thương tật mà người được bảo hiểm:

- a) Đã phải điều trị trong 3 năm gần đây

b) Nhận biết triệu chứng bệnh tật/thương tật đó hoặc nhận biết bệnh tật/thương tật đó đã tồn tại trước Ngày bắt đầu bảo hiểm cho dù Người được bảo hiểm có thực sự khám, điều trị hay không.

Các bệnh mãn (mạn tính) đã có triệu chứng hoặc đã được điều trị trước khi tham gia bảo hiểm lần đầu mà sau thời điểm được bảo hiểm thấy xuất hiện lại bệnh này thì được coi là bệnh có sẵn.

22. Tình trạng nguy kịch

Là tình trạng sức khỏe mà theo ý kiến của bác sĩ điều trị cần phải điều trị khẩn cấp để tránh tử vong.

23. Vận chuyển cấp cứu

Là việc chuyên chở bằng các phương tiện cứu thương trong trường hợp Người được bảo hiểm đang trong tình trạng nguy kịch đến cơ sở y tế gần nhất có đủ phương tiện điều trị.

24. Dị tật bẩm sinh

Là 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 theo ý kiến của bác sĩ trên phương diện y khoa. 

25. Bệnh nghề nghiệp

Là các bệnh có nguyên nhân từ điều kiện làm việc độc hại ảnh hưởng tới sức khỏe người lao động và có thể xảy ra từ từ hoặc cấp tính. Một số bệnh nghề nghiệp ngày càng trầm trọng mà không có biện pháp chữa trị triệt để và để lại di chứng. Danh sách các bệnh nghề nghiệp áp dụng trong Quy tắc bảo hiểm này sẽ tuân theo quy định của luật pháp Việt Nam tại thời điểm bắt đầu hiệu lực bảo hiểm.

26. Bác sĩ

Là người được cấp bằng, hành nghề y hợp pháp, được luật pháp của quốc gia mà điều trị phát sinh công nhận và bác sĩ đó đang điều trị, hành nghề trong phạm vi Giấy phép  cấp. Loại trừ những bác sĩ chính là Người được bảo hiểm, bố, mẹ, **anh chị em ruột**, vợ, chồng và con cái hợp pháp của Người được bảo hiểm.

27. Cơ sở y tế

Là một cơ sở khám chữa bệnh được luật pháp của quốc gia mà điều trị phát sinh công nhận, 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, không phải là cơ sở spa, thẩm mỹ, massage, xông hơi, châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt.

28. Bệnh viện

Là một cơ sở khám chữa bệnh được luật pháp nước sở tại công nhận, hoạt động chính của cơ sở đó không phải là nơi để an dưỡng phục hồi sức khỏe hoặc là một nơi đặc biệt chỉ có mục đích duy nhất là phục vụ cho người già hoặc giúp đỡ cai nghiện rượu, thuốc phiện, ma túy hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị bệnh phong.

29. Khám sức khỏe/ kiểm tra sức khỏe

Các xét nghiệm, siêu âm, chụp chiếu được thực hiện khi không có triệu chứng lâm sàng vào thời điểm khám, bao gồm cả những xét nghiệm được thực hiện tùy theo độ tuổi, nhằm mục đích phát hiện sớm các dấu hiệu của ốm đau, bệnh tật.

30. Điều trị y tế

Là việc phẫu thuật và/hoặc điều trị theo chỉ định của Bác sĩ với mục đích duy nhất là chữa trị hoặc làm giảm nhẹ tình trạng bệnh tật/thương tật.

31. Nằm viện

Là việc lưu trú tại bệnh viện ít nhất 24 giờ để điều trị bệnh hoặc thương tật bao gồm việc sinh đẻ hoặc điều trị trong thời gian mang thai.

32. 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.

33. Chi phí y tế

Là những chi phí về dịch vụ y tế hay dược phẩm cung cấp bởi bệnh viện, với điều kiện những chi phí đó phải là chi phí thông lệ, hợp lý bao gồm:

- (I). Thuốc và dược phẩm sử dụng trong khi nằm viện;
- (II). Quần áo, băng nẹp thông thường và bột;
- (III). Xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET;
- (IV). Vật lý trị liệu;
- (V). Tiêm truyền tĩnh mạch;
- (VI). Chi phí về thủ tục hành chính tại Bệnh viện;
- (VII). Chi phí máu, huyết tương.

34. Chi phí giường nằm

Chi phí giường nằm là chi phí mà Người được bảo hiểm phải trả cho Bệnh viện trong thời gian lưu trú tại Bệnh viện. Chi phí này sẽ được thanh toán không vượt quá giới hạn quy định trong Hợp đồng bảo hiểm. Đồng thời tổng số tiền Người được bảo hiểm được chi trả không vượt quá tổng hạn mức trách nhiệm được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

35. Chi phí hợp lý

Là các chi phí không vượt quá mức chi phí chung của các cơ sở y tế có cùng điều kiện trong khu vực khi cung cấp các dịch vụ điều trị tương đương hoặc mức độ điều trị đối với bệnh hoặc thương tật do tai nạn tương tự.

36. Phẫu thuật

Là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật hoặc bệnh tật được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ bằng tay với các dụng cụ y tế hoặc bằng thiết bị y tế trong bệnh viện bao gồm nhưng không giới hạn bởi mổ nội soi & mổ bằng la-de, thủ thuật nhằm mục đích điều trị (không phải thủ thuật nhằm mục đích thăm dò hoặc chẩn đoán bệnh).

37. Biện chứng thai sản

Là tình trạng thai sản cần thiết phải điều trị trong thời gian mang thai hoặc sinh nở theo chỉ định của bác sỹ (không bao gồm mổ đẻ theo yêu cầu)

38. 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.

Duy trì sự sống là duy trì tuần hoàn và hô hấp.

39. Cấy ghép nội tạng

Là việc phẫu thuật để cấy ghép nội tạng như tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận hoặc tủy xương cho Người được bảo hiểm, được tiến hành tại một bệnh viện hợp pháp bởi các bác sỹ có trình độ thực hiện phẫu thuật này.

40. Điều trị ngoại trú

Là việc điều trị y tế tại một cơ sở y tế, có giấy phép hoạt động hợp pháp nhưng không phải điều trị nội trú.

41. Thuốc theo đơn kê của bác sỹ:

Là những loại thuốc được sử dụng theo kê đơn của Bác sỹ và theo quy định của Pháp luật.

42. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật

Là một sự biến đổi hoàn toàn về thể chất và tinh thần của con người làm cho người đó (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 và kéo dài 52 tuần liên tục.

43. 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 được bảo hiểm theo chỉ định của bác sỹ điều trị và được thực hiện tại Bệnh viện. Vật lý trị liệu bao gồm nhưng không giới hạn bởi trị liệu học bức xạ, liệu pháp dùng sức nóng, liệu pháp ánh sáng và các phương pháp điều trị tương tự khác.

44. 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 hoặc đặt vào cơ thể.

45. 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 lễ 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.



46. Ốm 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.

47. Các hoạt động thể thao chuyên nghiệp

Là các hoạt động thể thao mang lại nguồn thu nhập sống chính và thường xuyên cho người được bảo hiểm.

48. Các hoạt động thể thao nguy hiểm

Là các hoạt động trên không (trừ khi đi lại bằng đường hàng không), các môn thể thao mùa đông, môn thể thao bay lượn, săn bắn, hockey trên băng, nhảy dù, đấu vật, môn bóng ngựa, môn lướt ván, bơi thuyền buồm cách xa bờ 5 km, các cuộc đua (không bao gồm các cuộc đua mang tính chất từ thiện, các cuộc đua mang tính chất nội bộ do công ty tổ chức).

49. 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 tổn thương thân thể gây ra do tai nạn hoặc điều trị bệnh tật và thai sản mà việc điều trị này được bảo hiểm.

50. Tổn thương thân thể

Là những tổn thương xảy ra trong thời hạn bảo hiểm chỉ do nguyên nhân Tai Nạn mà không do bệnh tật, ốm đau, suy giảm sức khỏe hoặc thần kinh, theo thời gian, tuổi tác.

51. Người được bảo hiểm tự thanh toán

Là phần trăm của chi phí mà Người được bảo hiểm phải cùng thanh toán với PTI.

II. PHẠM VI BẢO HIỂM

A- Các quyền lợi chính

Quyền lợi bảo hiểm được đề cập trong Phụ lục 01 chi trả cho Người được bảo hiểm trong trường hợp Thương tật thân thể và/hoặc ốm đau hay bệnh tật xảy ra trong thời hạn bảo hiểm và thuộc phạm vi bảo hiểm như quy định trong Quy tắc bảo hiểm này.

Khi nhận được yêu cầu trả tiền bảo hiểm, PTI sẽ chi trả tiền bảo hiểm đối với trường hợp thuộc phạm vi bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này và căn cứ theo giới hạn chính và giới hạn phụ được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm. Các quyền lợi bảo hiểm được chi trả trên cơ sở chi phí thực tế, thông lệ cần thiết và hợp lý theo các giới hạn đã nêu ở trên.

Đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm có quyền thực hiện thay mặt cho Người được bảo hiểm khi Người được bảo hiểm bị mất năng lực hành vi hoặc bị chết. Quyền lợi bảo hiểm có thể thanh toán cho Người được bảo hiểm, đại diện hợp pháp của họ, hoặc người thừa kế hợp pháp, hoặc những người được phép cung cấp dịch vụ điều trị y tế và/hoặc chăm sóc y tế và/hoặc các dịch vụ phục vụ cho Người được bảo hiểm (trong trường hợp Bảo lãnh viện phí). PTI cũng có thể chỉ định chuyên viên bồi thường độc lập đại diện và thay mặt PTI giải quyết bồi thường cho Người được bảo hiểm.

CHƯƠNG TRÌNH I – BẢO HIỂM TAI NẠN CÁ NHÂN

Quy tắc Bảo hiểm này bảo hiểm cho tử vong/thương tật vĩnh viễn, chi phí y tế do tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm và hậu quả của tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm trong vòng 104 tuần kể từ ngày xảy ra tai nạn.

- Trường hợp tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm: Bồi thường 100% Số tiền bảo hiểm.
- Trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm: Bồi thường theo “Bảng trả tiền tỷ lệ thương tật” (**Phụ lục 03**) đính kèm Quy tắc bảo hiểm này.
- PTI chi trả các chi phí cấp cứu, phẫu thuật, nằm viện, thuốc men, xét nghiệm và các chẩn đoán cận lâm sàng (ví dụ: siêu âm, chụp X-quang & chụp cắt lớp) để điều trị thương tật do tai nạn theo giới hạn đã lựa chọn.
- Quy tắc bảo hiểm này đồng ý bảo hiểm cho chi phí y tế phát điều trị các bệnh nghề nghiệp.

CHƯƠNG TRÌNH II – BẢO HIỂM NÀM VIỆN VÀ PHẪU THUẬT DO ỐM ĐAU, BỆNH TẬT:

Bao gồm các quyền lợi sau:

1. Quyền lợi 1: Chi phí nằm viện do ốm đau, bệnh tật

Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện do ốm đau, bệnh tật thuộc phạm vi bảo hiểm, PTI sẽ thanh toán toàn bộ chi phí giường nằm, chi phí y tế hợp lý, hợp lệ phát sinh trong quá trình điều trị, nhưng tổng không vượt quá giới hạn quyền lợi bảo hiểm đã lựa chọn theo chương trình được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.



Quyền lợi 2 – Chi phí phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật (không bao gồm cấy ghép nội tạng)

Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện để phẫu thuật, PTI sẽ thanh toán cho các chi phí hội chẩn, gây mê, hồi sức, chi phí phòng mổ, phẫu thuật viên, chi phí thuốc dùng trong phẫu thuật, vật tư tiêu hao, bộ phận giả nhằm duy trì sự sống, chi phí thủ thuật điều trị và chi phí nằm viện trước, trong và sau phẫu thuật. Giới hạn số tiền chi trả cho chi phí phẫu thuật không vượt quá giới hạn quyền lợi bảo hiểm tương ứng của chương trình đã lựa chọn được quy định trong Bộ hợp đồng.

Chi phí phẫu thuật không bao gồm các thủ thuật thăm dò và chẩn đoán.

3. Quyền lợi 3 – Cấy ghép nội tạng

Trường hợp Người được bảo hiểm phải cấy ghép nội tạng thuộc phạm vi bảo hiểm, PTI sẽ thanh toán toàn bộ các chi phí hội chẩn, gây mê, hồi sức, chi phí phẫu thuật, chi phí nằm viện để cấy ghép nội tạng. Giới hạn số tiền chi trả cho cấy ghép nội tạng không vượt quá mức giới hạn trách nhiệm của quyền lợi bảo hiểm tương ứng theo chương trình đã lựa chọn được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

Chi phí cấy ghép nội tạng không bao gồm chi phí mua nội tạng và chi phí cho người hiến nội tạng.

4. Các quyền lợi khác

- Chi phí trước khi nhập viện: PTI sẽ thanh toán các chi phí bao gồm chi phí khám, xét nghiệm và các chẩn đoán lâm sàng (ví dụ: siêu âm, chụp X-quang, chụp cắt lớp) do bác sĩ chỉ định, không giới hạn số lần và liên quan trực tiếp đến bệnh/thương tật cần phải nhập viện ngay sau đó theo chỉ định của Bác sĩ tối đa trong vòng 30 ngày ngay trước ngày nhập viện.
- Chi phí điều trị sau khi xuất viện: PTI thanh toán các chi phí y tế liên quan đến việc điều trị bệnh, thương tật ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của Bác sĩ bao gồm chi phí khám, kiểm tra, xét nghiệm và các chẩn đoán lâm sàng (ví dụ: siêu âm, chụp X-quang, chụp cắt lớp) và thuốc theo chỉ định của bác sĩ điều trị tối đa trong vòng 45 ngày ngay sau ngày xuất viện.
- Chi phí y tá chăm sóc tại nhà: PTI thanh toán các chi phí thuê y tá được chỉ định của Bác sĩ điều trị để chăm sóc hoặc hỗ trợ bệnh nhân tại nhà trong thời hạn tối đa 15 ngày ngay sau ngày xuất viện với điều kiện Người được bảo hiểm phải nằm viện tối thiểu 07 ngày.
- Trợ cấp ngày nằm viện: PTI chi trả trợ cấp theo số ngày nằm viện tối đa không vượt quá giới hạn quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.
- Chi phí vận chuyển: PTI thanh toán chi phí thực tế, hợp lý, hợp lệ cho:
 - + Việc sử dụng xe cứu thương của bệnh viện hoặc cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp hoặc dịch vụ 115 trong trường hợp Người được bảo hiểm trong tình trạng ốm đau/tai nạn nguy kịch ảnh hưởng nghiêm trọng đến tính mạng buộc phải

đưa người bệnh đến Bệnh viện/cơ sở khám chữa bệnh thích hợp để điều trị cấp cứu.

+ Việc sử dụng xe Taxi trong trường hợp Người được bảo hiểm trong tình trạng ốm đau/tai nạn nguy kịch ảnh hưởng nghiêm trọng đến tính mạng buộc phải đưa người bệnh đến Bệnh viện/cơ sở khám chữa bệnh thích hợp để điều trị cấp cứu.

+ Vận chuyển trong trường hợp phải chuyển bệnh viện điều trị: PTI thanh toán chi phí thực tế, hợp lý vận chuyển Người được bảo hiểm từ tuyến dưới lên tuyến trên trong lãnh thổ Việt Nam cần thiết cho việc điều trị theo chỉ định của Bác sỹ điều trị.

Quyền lợi chi phí vận chuyển bao gồm trong giới hạn của quyền lợi chính 1, 2 và 3.

B- Các quyền lợi lựa chọn (Các quyền lợi này chỉ được tham gia khi tham gia chương trình II)

Quyền lợi bổ sung 1 –Mở rộng phạm vi lãnh thổ

Quy tắc bảo hiểm này đồng ý mở rộng phạm vi lãnh thổ được bảo hiểm ra các nước Châu Á với điều kiện Người được bảo hiểm đóng thêm phí bảo hiểm.

Quyền lợi bổ sung 2 - Điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật

a. Quyền lợi

- PTI thanh toán toàn bộ tiền khám bệnh, tiền chụp X-quang, chụp cắt lớp, siêu âm và làm các xét nghiệm và các chẩn đoán lâm sàng (ví dụ: siêu âm, chụp X-quang, chụp cắt lớp) có liên quan do bác sỹ chỉ định và xác định được bệnh, tiền thuốc theo kê đơn của bác sỹ nhằm điều trị bệnh theo giới hạn một ***lần khám/điều trị ngoại trú(*)*** quy định trong Hợp đồng bảo hiểm (hoá đơn tiền thuốc phải thể hiện đúng số lượng thuốc, số ngày sử dụng thuốc và tiền thuốc cho một đơn thuốc chỉ được bồi thường một lần).
- Vật lý trị liệu, châm cứu, xoa bóp và bấm huyệt do bác sỹ chỉ định và thực hiện tại bệnh viện. PTI thanh toán chi phí thực tế tối đa theo giới hạn quy định của quyền lợi này.

*** Lần khám, điều trị trong điều trị ngoại trú do bệnh**

Là một lần Người được bảo hiểm đến khám tại một chuyên khoa của một cơ sở y tế và thực hiện các xét nghiệm, chẩn đoán lâm sàng, có kết luận bệnh cụ thể và có chỉ định điều trị của Bác sỹ. Việc thực hiện vật lý trị liệu, châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt theo một lần đến khám và chỉ định của bác sỹ được chi trả theo giới hạn một lần khám ngoại trú.

b. Hướng dẫn chứng từ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

- Sổ khám bệnh/Phiếu khám bệnh (có ghi rõ tên cơ sở y tế và có đóng dấu hợp lệ của cơ sở y tế, có chẩn đoán và kết luận của bác sỹ, chữ ký bác sỹ)
- Chỉ định & kết quả xét nghiệm, siêu âm, chụp X-quang...(nếu bác sỹ chỉ định)

- Biên lai, hoá đơn chi phí chụp chiếu, xét nghiệm, siêu âm... ghi chi tiết phí cho từng loại (ví dụ tiền khám, tiền xét nghiệm...). Trong trường hợp hóa đơn ghi tổng các loại chi phí, Người được bảo hiểm cần yêu cầu cung cấp bảng kê chi tiết.
- Đơn thuốc (ghi rõ tên, số lượng thuốc, liều dùng, chữ ký bác sĩ điều trị và tên cơ sở khám chữa bệnh)
- Hóa đơn tiền thuốc (liệt kê tên thuốc, số lượng thuốc, đơn giá, thành tiền của từng loại thuốc, tổng số tiền, tên của cơ sở bán thuốc và/hoặc dấu của cơ sở bán thuốc.)
- Biên lai, hóa đơn tiền khám (Biên lai hoặc hoá đơn bán lẻ phải có tên và dấu hợp lệ của cơ sở y tế)

Lưu ý: Dấu hợp lệ của cơ sở y tế là dấu tròn. Trường hợp không có dấu tròn, phải cung cấp thông tin về mã số thuế và số Giấy phép đăng ký kinh doanh của cơ sở khám chữa bệnh trên chứng từ yêu cầu bồi thường.

Quyền lợi 3 - Điều trị răng

a. Quyền lợi bảo hiểm

PTI sẽ thanh toán quyền lợi này trên cơ sở người được bảo hiểm tự thanh toán một phần theo tỷ lệ quy định trong Hợp đồng bảo hiểm. Quyền lợi này bao gồm điều trị viêm lợi (nướu), hàn (trám) răng bệnh lý (bằng amalgam, composite, fujii, gic hoặc các chất trám tương tự khác), điều trị tuỷ răng và nhổ răng bệnh lý, nhổ và phẫu thuật răng khôn bệnh lý, lấy cao răng (cạo vôi răng) không vượt quá giới hạn của quyền lợi này.

b. Hướng dẫn hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm



Chứng từ y tế (bao gồm nhưng không giới hạn: phiếu khám/phiếu điều trị răng, phim chụp X-quang ...)

- Biên lai, hoá đơn tài chính do Bộ tài chính ban hành;
- Hoá đơn, biên lai phải ghi thông tin chi tiết về răng được điều trị và phương pháp điều trị.

Quyền lợi 4 – Thai sản, sinh đẻ

a. Quyền lợi

PTI thanh toán trên cơ sở người được bảo hiểm tự thanh toán một phần theo tỷ lệ quy định trong Hợp đồng bảo hiểm. PTI sẽ thanh toán các chi phí liên quan đến **chăm sóc thai sản (*)** và các chi phí **chăm sóc trẻ mới sinh (**)** bao gồm:

- Biện chứng thai sản: Điều trị y tế phát sinh trong thời gian mang thai hoặc thời gian sinh đẻ;
- Trường hợp sinh đẻ thông thường, mổ đẻ.
- Chăm sóc trẻ mới sinh.

(*). **Chăm sóc thai sản**

Là việc chăm sóc y tế cần thiết liên quan đến quá trình sinh con (sinh thường hoặc sinh mổ), bất cứ biến chứng thai sản nào của người được bảo hiểm, sảy thai hoặc phá thai theo chỉ định của bác sỹ.

(). Chăm sóc trẻ mới sinh**

*PTI chỉ trả các chi phí chăm sóc trẻ mới sinh thực tế phát sinh nhưng không vượt quá giới hạn ghi trong Hợp đồng bảo hiểm bao gồm: xét nghiệm (không bao gồm xét nghiệm tầm soát), chích ngừa (tiêm phòng), chi phí vệ sinh em bé khi trẻ nằm viện ng mẹ tại bệnh viện ngay sau khi sinh. Nhưng **loại trừ chi phí thức ăn, vật dụng cá nhân, thuốc điều trị bệnh và chi phí tầm soát.***

b. Thời gian chờ:

- Chín mươi (90) ngày kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm đối với trường hợp cắt bỏ buồng trứng, điều trị thai sản, sảy thai, phá thai theo chỉ định của Bác sỹ;
- Ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm đối với trường hợp sinh đẻ.

c. Hướng dẫn chứng từ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

- Giấy ra viện;
- Giấy chứng nhận phẫu thuật (trong trường hợp sinh mổ);
- Hóa đơn cho các chi phí điều trị trong thời gian nằm viện;
- Bảng kê chi tiết viện phí nếu hóa đơn ghi gộp lại các loại chi phí (ví dụ: tiền giường, tiền thuốc, tiền chụp chiếu...).

 Quyền lợi bổ sung 5 - Trợ cấp thu nhập (không áp dụng đối với trẻ em dưới 18 tuổi)

a. Quyền lợi:

- Chi trả trợ cấp theo ngày trong thời gian điều trị nội trú (nằm viện) do ốm đau, bệnh tật và tai nạn nhưng không vượt quá giới hạn quy định trên Hợp đồng bảo hiểm.
- Không áp dụng Quyền lợi này cho các trường hợp thai sản.

b. Hướng dẫn chứng từ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

- Trường hợp tai nạn:

 Biên bản tai nạn;

- Sổ khám bệnh/Phiếu khám bệnh (có ghi rõ tên cơ sở y tế và có đóng dấu hợp lệ của cơ sở y tế, có chẩn đoán và kết luận của bác sỹ, chữ ký bác sỹ);

- Giấy ra viện

- Trường hợp ốm đau, bệnh tật:

 Sổ khám bệnh/Phiếu khám bệnh (có ghi rõ tên cơ sở y tế và có đóng dấu hợp lệ của cơ sở y tế, có chẩn đoán và kết luận của bác sỹ, chữ ký bác sỹ);

- Giấy ra viện

Quyền lợi 6 – Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật

a. Quyền lợi bảo hiểm

- Trường hợp Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do các nguyên nhân ốm đau, bệnh tật thuộc phạm vi bảo hiểm: Bồi thường 100% Số tiền bảo hiểm.
- Trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm: Bồi thường theo Phụ lục 03 đính kèm Quy tắc bảo hiểm này.
- Không nhận bảo hiểm cho người bị bệnh ung thư.

 PTI chỉ thanh toán quyền lợi này khi NĐBH bị tử vong, thương tật vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật có kết luận rõ ràng về tình trạng bệnh lý của cơ quan có thẩm quyền và ốm đau, bệnh tật đó là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến NĐBH tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn và không thuộc các điểm loại trừ quy định trong Đơn bảo hiểm.

b. Hướng dẫn hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

- Giấy chứng tử;
- Các chứng từ y tế liên quan;
- Giấy chứng nhận quyền thừa kế hợp pháp.

III. ĐIỂM LOẠI TRỪ

(Áp dụng chung cho các chương trình chính và các quyền lợi bổ sung)

PTI không chi trả cho các trường hợp liên quan đến thương tật, bệnh tật xảy ra bởi các nguyên nhân sau đây:

1. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp hoặc người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm;
2. Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật, nội quy và các quy định khác của chính quyền địa phương và Người được bảo hiểm từ đủ 14 tuổi trở lên vi phạm luật giao thông;
3. Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng của rượu, bia và các chất kích thích khác là nguyên nhân gây ra rủi ro;
4. Người được bảo hiểm đánh nhau, trừ phi chứng minh được hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích tự vệ;
5. Động đất, núi lửa, nhiễm phóng xạ;
6. Chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố;
7. Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách có vé), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang;
8. Bệnh giang mai, bệnh lậu, bệnh lao phổi; bệnh sốt rét, bệnh phong, các bệnh thuộc hội chứng suy giảm miễn dịch HIV, AIDS và các biến chứng;

9. Điều trị y tế hoặc sử dụng thuốc không có chỉ định và đơn thuốc của bác sĩ; điều trị không được khoa học công nhận & mang tính thử nghiệm, tiêm vắc-xin (không áp dụng đối với Quyền lợi Chăm sóc trẻ mới sinh), dùng thuốc có tính chất phòng ngừa (loại trừ trường hợp tiêm vắc-xin cần thiết sau tai nạn hay khi bị côn trùng hay súc vật cắn), thực phẩm chức năng;
10. Điều trị tại nhà (không phải là dịch vụ y tá chăm sóc tại nhà) hoặc tại viện điều trị bằng thủy lực hay các phương pháp thiên nhiên, massage, spa hoặc tại viện điều dưỡng, an dưỡng, hoặc tại những nơi tương tự;
11. Điều trị các bệnh lý về tâm thần (chấp nhận bảo hiểm với trường hợp rối loạn tâm thần cấp tính do một số nguyên nhân khác nhau gây ra và sau khi điều trị ổn định sẽ hết các triệu chứng tâm thần), suy giảm trí nhớ, suy nhược thần kinh, suy nhược cơ thể (không có nguyên nhân bệnh lý cụ thể), mệt mỏi, stress, điều trị tiền mãn kinh, mất ngủ điều tiết, thoái hoá tự nhiên của mắt và tật khúc xạ;
12. Những chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm, chi phí y tế để điều trị thương tật do tai nạn đã xảy ra trước ngày bắt đầu bảo hiểm (không áp dụng đối với các hợp đồng mở rộng bảo hiểm cho tình trạng có sẵn/bệnh có sẵn);
13. Điều trị và/hoặc phẫu thuật liên quan đến điều trị bất lực, rối loạn chức năng sinh dục, điều trị vô sinh, hỗ trợ sinh sản (ví dụ thụ tinh trong ống nghiệm), thay đổi giới tính, thực hiện các biện pháp kế hoạch hoá gia đình, phá thai do các nguyên nhân tâm lý xã hội & bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của điều trị trên;
14. Thai sản và sinh đẻ (Trừ khi Người được bảo hiểm tham gia điều khoản bổ sung Thai sản và sinh đẻ);
15. Khám sức khỏe, kiểm tra sức khỏe, nằm viện hoặc tư vấn y tế chỉ với mục đích kiểm tra y tế và không liên quan đến điều trị bệnh tật hay thương tật (bao gồm cả kiểm tra phụ khoa/**nam khoa** tuy nhiên, khám và xét nghiệm phụ khoa/**nam khoa** phục vụ cho việc điều trị bệnh vẫn được bảo hiểm), kiểm tra thị lực thông thường, kiểm tra thính giác thông thường.
16. Điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm không liên quan đến điều trị và phẫu thuật theo chỉ định của bác sĩ, điều trị thông thường do Bộ y tế Việt Nam qui định (bao gồm trường hợp mổ đẻ theo yêu cầu của Người được bảo hiểm hoặc người đại diện của họ);
17. Chính hình, phục hồi chức năng không phải là điều trị tiếp theo của tình trạng ốm bệnh của Người được bảo hiểm;
18. Chi phí mua, bảo dưỡng, sửa chữa và thay thế bộ phận giả, các thiết bị hỗ trợ (bao gồm nhưng không giới hạn bởi thiết bị hỗ trợ thính giác, thị giác, nặng chống, xe đẩy, kính thuốc) Chi phí phẫu thuật để bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế bộ phận giả, các thiết bị hỗ trợ được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này;

19. Các chất bổ sung hoặc thay thế phục vụ cho việc ăn kiêng có sẵn trong tự nhiên và có thể được mua mà không cần kê đơn, bao gồm nhưng không giới hạn các loại khoáng chất và các chất hữu cơ;
20. Phẫu thuật để hiệu chỉnh đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác, mỗi mắt điều tiết; Phẫu thuật phục hồi thị giác (trừ phẫu thuật đục thủy tinh thể trong trường hợp Hợp đồng mở rộng bảo hiểm cho bệnh đặc biệt);
21. Điều trị hoặc phẫu thuật thẩm mỹ (trừ khi việc điều trị/phẫu thuật này nhằm tái tạo lại cơ quan bị thương do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm theo chỉ định của Bác sỹ);
22. Điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân);
23. Điều trị và/hoặc phẫu thuật cho các dị tật và bệnh bẩm sinh, bệnh do biến đổi gen,  **vách ngăn, hẹp bao quy đầu;**
24. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp, các hoạt động thể thao nguy hiểm;
25. Chi phí nhổ răng sữa, điều trị răng hoặc phẫu thuật khoang miệng trừ việc điều trị răng cấp cứu do tai nạn hoặc Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bổ sung về điều trị răng;
26. Bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn trong năm bảo hiểm đầu tiên.
27. Điều trị ngoại trú trừ trường hợp Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bổ sung điều trị ngoại trú;
28. Điều trị ở những nước không thuộc phạm vi lãnh thổ của chương trình bảo hiểm lựa chọn;
29. Các rủi ro mang tính đại dịch theo công bố của cơ quan có thẩm quyền (bao gồm nhưng không giới hạn: H5N1, SARS);

 **Chi phí dao mổ trong phẫu thuật trĩ theo phương pháp Longo.**

31. Điều trị các bất thường về sinh hoá, chuyển hoá của cơ thể như tăng lipid máu, men gan cao, nồng độ calci thấp hay các tình trạng tương tự.

32. Tử vong không rõ nguyên nhân.

IV. ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM CHUNG

1. Điều kiện của Bên tham gia bảo hiểm

*** PTI nhận bảo hiểm cho các đối tượng sau đây:**

- Cá nhân đang sống và làm việc tại Việt Nam
-  **tuổi từ đủ 15 ngày tuổi đến 65 tuổi.**

*** Quy tắc bảo hiểm này sẽ không bảo hiểm cho các đối tượng sau:**

- a. Người bị bệnh tâm thần, bệnh phong,



- a. Người bị bệnh động kinh (chỉ áp dụng đối với người tham gia chương trình I),
- b. Người bị bệnh ung thư (không áp dụng đối với trường hợp tham gia liên tục).
- c. Người bị thương tật vĩnh viễn trên 50%.

2. Thời hạn bảo hiểm và hiệu lực bảo hiểm

- a. Hiệu lực bảo hiểm được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm theo thỏa thuận giữa PTI và bên Bên tham gia bảo hiểm;



Thời hạn bảo hiểm được ghi cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung (nếu có).

Lưu ý: Hiệu lực bảo hiểm bắt đầu kể từ 00 giờ ngày kế tiếp ngày PTI nhận được đầy đủ phí bảo hiểm từ Khách hàng.

3. Đảm bảo tái tục hợp đồng

PTI đảm bảo rằng hợp đồng bảo hiểm này có thể được tái tục vào ngày hết hiệu lực bảo hiểm quy định trong Hợp đồng bảo hiểm, khi phí bảo hiểm cho thời hạn bảo hiểm tiếp theo đã được thanh toán đầy đủ cho PTI vào hoặc trước ngày kết thúc hiệu lực bảo hiểm của hợp đồng cũ.

Phí bảo hiểm khi tái tục sẽ tăng lên nếu Người được bảo hiểm thuộc nhóm độ tuổi mới vào ngày tái tục.



Đối với trường hợp chương trình tái tục tham gia với lựa chọn cao hơn chương trình năm liên trước thì phần quyền lợi cao hơn sẽ vẫn phải áp dụng thời gian chờ.

Trong trường hợp hợp đồng tái tục liên tục, hiệu lực bảo hiểm chấm dứt vào ngày đến hạn đầu tiên sau ngày sinh nhật thứ 65 của Người được bảo hiểm, trừ khi có thỏa thuận khác được PTI chấp nhận.

4. Hủy Hợp đồng bảo hiểm

PTI hoặc Người được bảo hiểm có thể hủy hợp đồng bảo hiểm bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho bên kia trước 30 ngày kể từ ngày hủy, tới địa chỉ được thông báo lần cuối cùng của họ.

Trường hợp PTI yêu cầu huỷ bỏ Hợp đồng, Bên tham gia bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm sẽ được hoàn trả lại 100% phí bảo hiểm cho thời gian bảo hiểm chưa có hiệu lực, dù đã có vụ chi trả bồi thường nào được thực hiện hay chưa.

Trường hợp Bên tham gia bảo hiểm/Người được bảo hiểm gửi yêu cầu huỷ bỏ Hợp đồng, Bên tham gia bảo hiểm/Người được bảo hiểm sẽ được hoàn trả lại 80% phí bảo hiểm cho thời gian bảo hiểm chưa có hiệu lực và với điều kiện không có vụ chi trả bồi thường nào được thực hiện trong thời gian bảo hiểm có hiệu lực thuộc Hợp đồng bảo hiểm hiện tại.

Phí bảo hiểm cho khoảng thời gian chưa có hiệu lực được tính theo biểu phí ngắn hạn (*).

Trong trường hợp Người được bảo hiểm hoặc đại diện Người được bảo hiểm có bất kì khiếu nại nào thể hiện gian lận hay không trung thực hoặc có hành vi gian dối hoặc có mưu kế trục lợi bảo hiểm về bất kỳ Phương diện nào nhằm lấy tiền bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm này sẽ bị huỷ bỏ ngay lập tức và PTI không có nghĩa vụ phải hoàn trả phần phí bảo hiểm cho thời gian còn lại của hợp đồng.

Trong trường hợp Hợp đồng bị huỷ bỏ, Người được bảo hiểm phải có trách nhiệm hoàn trả Giấy chứng nhận bảo hiểm, thẻ bảo hiểm cho PTI trong vòng 30 ngày.

(*) Biểu phí bảo hiểm ngắn hạn

- a. Đối với thời hạn đến đủ 1 tháng: 1/4 phí bảo hiểm năm.
- b. Đối với thời hạn đến đủ 2 tháng: 3/8 phí bảo hiểm năm
- c. Đối với thời hạn đến đủ 3 tháng: 1/2 phí bảo hiểm năm
- d. Đối với thời hạn đến đủ 4 tháng: 5/8 phí bảo hiểm năm
- e. Đối với thời hạn đến đủ 6 tháng: 3/4 phí bảo hiểm năm
- f. Đối với thời hạn đến đủ 8 tháng: 7/8 phí bảo hiểm năm
- g. Đối với thời hạn trên 8 tháng: 100% Phí bảo hiểm năm

5. Thời gian chờ

Tính từ ngày bắt đầu bảo hiểm, Quyền lợi được bảo hiểm sẽ không được chi trả trong các trường hợp dưới đây, nếu không có qui định khác ghi trên Hợp đồng bảo hiểm:

 - 30 ngày trong trường hợp ốm bệnh (bao gồm cả điều trị nội trú, điều trị ngoại trú, điều trị răng **và tử vong do ốm đau, bệnh tật**);

- Các hợp đồng tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi Bên tham gia bảo hiểm đóng phí đầy đủ cho thời gian tiếp theo.

6. Đồng bảo hiểm/các Đơn bảo hiểm giống nhau

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

7. Thay đổi quyền lợi

Bất cứ thay đổi nào về Giới hạn trách nhiệm trong Thời hạn bảo hiểm sẽ không được chấp nhận. Những quyền lợi này chỉ có thể được thay đổi vào ngày tái tục của hợp đồng bảo hiểm.

8. Kiểm tra

PTI có quyền thông qua các cơ sở y tế độc lập để kiểm tra tình trạng sức khoẻ của Người được bảo hiểm vào bất kỳ lúc nào khi cần thiết trong suốt thời gian khiếu nại. Ngoài ra, PTI có quyền yêu cầu khám nghiệm tử thi trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong nếu việc khám nghiệm này không vi phạm pháp luật.

9. Thế quyền đòi bồi thường

Bằng việc chấp nhận bồi thường theo đơn bảo hiểm này phát sinh từ nguyên nhân ốm, đau, bệnh tật, tai nạn, điều trị y tế vì các nguyên nhân này, Người được bảo hiểm chấp nhận thế quyền cho PTI đối với mọi khiếu nại, yêu cầu, kiện tụng, quyền lợi hay đòi bồi hoàn từ bên thứ ba hay từ các công ty bảo hiểm khác tới mức mà Quy tắc này đã bồi thường.

10. Trọng tài

Bất kỳ mâu thuẫn ý kiến về chuyên môn y tế nào liên quan đến phương pháp điều trị tai nạn hoặc ốm đau được giải quyết bởi hai chuyên gia y tế do các bên chỉ định bằng văn bản. Nếu ý kiến của hai chuyên gia y tế trên không thống nhất thì sẽ được giải quyết thông qua một trọng tài do hai chuyên gia y tế chỉ định bằng văn bản ngay từ ban đầu. Trường hợp hai chuyên gia y tế không đồng ý với quan điểm hoà giải thì quyết định của trọng tài là kết quả cuối cùng và có tính ràng buộc đối với tranh chấp này.

11. Giải quyết tranh chấp

Tất cả các tranh chấp phát sinh từ hay theo Hợp đồng bảo hiểm này nếu không thể giải quyết được bằng thương lượng thì sẽ giải quyết theo sự phán quyết của tòa án có thẩm quyền tại Việt Nam và theo pháp luật Việt Nam hiện hành.

V. THỦ TỤC YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

Các thông tin chung về thủ tục yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Tất cả các chứng từ yêu cầu bồi thường (bao gồm nhưng không giới hạn bởi các hóa đơn gốc, giấy chứng nhận và kết quả chụp X-quang, siêu âm...) sẽ được cung cấp miễn phí cho PTI để giải quyết bồi thường, bao gồm cả báo cáo y tế từ phía bác sĩ điều trị nếu được yêu cầu, và chi tiết tiền sử bệnh lý liên quan đến bệnh điều trị.

Trong trường hợp PTI cần thêm các thông tin y tế không có sẵn để phục vụ quy trình xem xét bồi thường thì Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng phải có trách nhiệm thu thập các thông tin đó từ bác sĩ điều trị bằng chi phí của mình (bao gồm cả chi phí dịch tài liệu liên quan cần thiết).

Các chứng từ tài chính phải nộp bản gốc. Các chứng từ y tế có thể nộp bản copy nhưng cần có xác nhận Sao y bản chính & chứng thực hợp pháp của cơ quan có thẩm quyền.

1. Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường

Trong vòng 30 ngày kể từ ngày điều trị cuối cùng, Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp phải có trách nhiệm thông báo cho PTI được biết.

Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp của họ phải nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường cho bộ phận giải quyết bồi thường của PTI trong vòng 180 ngày kể từ ngày điều trị cuối cùng. Đối với trường hợp nằm viện, ngày điều trị cuối cùng là ngày ra viện. Đối với trường hợp điều trị ngoại trú, ngày điều trị cuối cùng là ngày có kết quả chẩn đoán bệnh.

Đối với các trường hợp hồ sơ bồi thường cần bổ sung chứng từ, thời hạn nộp hồ sơ bổ sung là 120 ngày kể từ ngày gửi đề nghị bổ sung.

Quá thời hạn trên, Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp sẽ bị từ chối toàn bộ số tiền bảo hiểm trừ trường hợp bất khả kháng.

0. Yêu cầu về hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Người được bảo hiểm phải cung cấp các giấy tờ sau:

CHƯƠNG TRÌNH I – BẢO HIỂM TAI NẠN CÁ NHÂN

1. Tai nạn lao động: Bản tường trình tai nạn có xác nhận của chủ sử dụng lao động.

2. Tai nạn sinh hoạt: Bản tường trình tai nạn của Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng

3. Tai nạn giao thông:

- Biên bản tai nạn xác nhận bởi công an hay chính quyền địa phương (đối với các tai nạn nghiêm trọng như tử vong hoặc liên quan đến bên thứ 3).
- Bản sao (2 mặt) giấy phép lái xe, giấy đăng ký xe.

 Sổ khám bệnh/Phiếu khám bệnh (có ghi rõ tên cơ sở y tế và có đóng dấu hợp lệ của cơ sở y tế, có chẩn đoán và kết luận của bác sĩ, chữ ký bác sĩ)

0. Chi định và kết quả xét nghiệm, siêu âm, chụp X-quang...(nếu bác sĩ chỉ định)

0. Biên lai, hoá đơn chi phí chụp chiếu, xét nghiệm, siêu âm... ghi chi tiết phí cho từng loại (ví dụ tiền khám, tiền xét nghiệm...). Trong trường hợp hóa đơn ghi tổng các loại chi phí, Người được bảo hiểm cần yêu cầu cung cấp bảng kê chi tiết.

0. Đơn thuốc (ghi rõ tên, số lượng thuốc, liều dùng, chữ ký bác sĩ điều trị và tên cơ sở khám chữa bệnh)

0. Hóa đơn tiền thuốc (liệt kê tên thuốc, số lượng thuốc, đơn giá, thành tiền của từng loại thuốc, tổng số tiền, tên của cơ sở bán thuốc và/hoặc dấu của cơ sở bán thuốc.)

0. Biên lai, hóa đơn tiền khám (Biên lai hoặc hoá đơn bán lẻ phải có tên và dấu hợp lệ của cơ sở y tế);

0. Giấy chứng từ;

0. Giấy chứng nhận quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp tử vong).

Lưu ý: Dấu hợp lệ của cơ sở y tế là dấu tròn. Trường hợp không có dấu tròn, phải cung cấp thông tin về mã số thuế và số Giấy phép đăng ký kinh doanh của cơ sở khám chữa bệnh trên chứng từ yêu cầu bồi thường.

CHƯƠNG TRÌNH II – BẢO HIỂM NẪM VIỆN VÀ PHẪU THUẬT DO ỐM ĐAU VÀ BỆNH TẬT

ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ NGOÀI HỆ THỐNG BỆNH VIỆN BẢO LÃNH VIỆN PHÍ

1. Giấy tờ liên quan đến chi phí trước khi nhập viện theo chỉ định của bác sĩ
 - Chỉ định và kết quả các xét nghiệm, siêu âm, chụp X-quang... trước khi nhập viện.
 - Hóa đơn tiền chụp chiếu, xét nghiệm trước khi xuất viện + Bảng kê chi tiết cho hóa đơn
-  0. Giấy tờ phát sinh trong thời gian điều trị nội trú
 - Giấy ra viện;
 - Giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu NĐBH phải phẫu thuật);
 - Hóa đơn cho các chi phí điều trị trong thời gian nằm viện;
 - Bảng kê chi tiết viện phí nếu hóa đơn ghi gộp lại các loại chi phí (ví dụ: tiền giường, tiền thuốc, tiền chụp chiếu...).
0. Giấy tờ liên quan đến chi phí điều trị sau khi xuất viện do bác sĩ chỉ định (chỉ định của bác sĩ ghi trên Giấy ra viện hoặc đơn thuốc kê khi xuất viện)
 - Chỉ định tái khám, xét nghiệm sau khi xuất viện...
 - Đơn thuốc điều trị sau khi xuất viện (nếu có)
 - Hóa đơn cho chi phí tái khám, xét nghiệm, thuốc...
0. Giấy tờ liên quan đến chi phí y tá chăm sóc tại nhà do Bác sĩ chỉ định ngay sau khi xuất viện:
 - Biên lai, hoá đơn tài chính do Bộ tài chính ban hành;
 - Bản sao bằng cấp của y tá chăm sóc.
0. Giấy tờ liên quan đến chi phí dịch vụ xe cấp cứu:
 - Biên lai, hoá đơn tài chính theo quy định của Bộ Tài chính ;
 - Chứng từ điều trị tại phòng cấp cứu
0. Giấy tờ liên quan đến chi phí vận chuyển trong trường hợp chuyển viện điều trị:
 - Biên lai, hoá đơn tài chính theo quy định của Bộ Tài chính;
 - Bảng chứng Chỉ định chuyển viện của Bác sĩ trực tiếp điều trị.

ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TRONG HỆ THỐNG BỆNH VIỆN BẢO LÃNH VIỆN PHÍ

a. Giới thiệu về dịch vụ bảo lãnh thanh toán trực tiếp:

- PTI cung cấp thẻ bảo hiểm cho từng Người được bảo hiểm khi tham gia Chương trình II;
- PTI cung cấp dịch vụ bảo lãnh thanh toán các chi phí y tế điều trị nội trú thuộc phạm vi bảo hiểm của hợp đồng tại các bệnh viện/cơ sở y tế nằm trong hệ thống thanh toán trực tiếp của PTI trong địa bàn TP HCM, Hà Nội và các tỉnh thành phố khác trên toàn quốc (chi tiết trong “Hệ thống bệnh viện bảo lãnh viện phí của PTI” – **Phụ lục 04** đính kèm Quy tắc bảo hiểm này);
- Bất cứ khoản chi phí nào vượt quá hạn mức giới hạn quyền lợi bảo hiểm hoặc chi phí điều trị không thuộc phạm vi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm sẽ do Người được bảo hiểm tự chi trả.

b. Trách nhiệm của người được bảo hiểm:

Trước khi nhập viện

- Xuất trình thẻ bảo hiểm Phúc an sinh và chứng minh nhân dân hoặc hộ chiếu, (bản copy giấy khai sinh nếu là trẻ nhỏ dưới 14 tuổi)

Trước khi xuất viện

- Ký tên trên các chứng từ điều trị (bố mẹ ký thay trẻ nhỏ dưới 14 tuổi hoặc người nhà ký thay người bệnh)
- Thanh toán các khoản chi phí vượt quá hoặc không thuộc phạm vi bảo hiểm trước khi rời bệnh viện

c. Trách nhiệm của PTI:

- Cung cấp xác nhận bảo lãnh thanh toán theo yêu cầu của bệnh viện.
- Thanh toán chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm trực tiếp với bệnh viện.

TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM BƯU ĐIỆN
K/T. TỔNG GIÁM TỐC
PHÓ TỔNG GIÁM ĐỐC

Nguyễn Đức Bình