

# QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE

*(Ban hành kèm theo quyết định số: 270 /QĐ- PTI- BHCN ngày 26 / 09 /2012 của Tổng giám đốc Tổng công ty cổ phần bảo hiểm bưu điện)*

## **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 I: ĐỊNH NGHĨA

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. **Bác sĩ** là người có giấy phép hành nghề khám chữa bệnh hợp pháp theo quy định của quốc gia mà điều trị phát sinh công nhận và chỉ thực hiện việc điều trị cho Người được bảo hiểm trong phạm vi lĩnh vực chuyên môn với giấy phép hành nghề của mình, nhưng loại trừ bác sĩ chính là Người được bảo hiểm hay là cha, mẹ, anh chị em ruột, vợ/chồng, con cái của Người được bảo hiểm.
3. **Óm 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 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, hen phế quản, Parkinson, viêm thận, 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 mà 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 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 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 đơn vị ký kết Hợp đồng bảo hiểm với Tổng công ty cổ phần bảo hiểm Bưu điện và/hoặc các đơn vị thành viên (sau đây gọi tắt là PTI) và được ghi tên là Chủ hợp đồng trong Hợp đồng bảo hiểm.
14. **Cơ sở y tế** là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được luật pháp nước sở tại công nhận, có giấy phép điều trị nội trú, ngoại trú, không phải là nơi dùng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng, spa, thẩm mỹ, massage, xông hơi, hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích.
15. **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.
16. **Cùng chi trả/Mức miễn thường** phân chi phí phát sinh mà Người được bảo hiểm phải tự chi trả. Mức Cùng chi trả/Mức miễn thường và các điều khoản bảo hiểm áp dụng liên quan được ghi trong Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm.
17. **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, không phải là điều trị trong ngày.
18. **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.
19. **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.
20. **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.
21. **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.

22. **Ngày bắt đầu bảo hiểm** là ngày đầu tiên của mỗi hiệu lực bảo hiểm.
23. **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.
24. **Ngày gia nhập bảo hiểm** là ngày Người được bảo hiểm bắt đầu tham gia vào hợp đồng bảo hiểm đầu tiên.
25. 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.
26. **Người được bảo hiểm** là người được PTI chấp nhận bảo hiểm như ghi trong danh sách Người được bảo hiểm đính kèm với Hợp đồng bảo hiểm / Sửa đổi bổ sung và được sự chấp thuận của PTI.
27. **Bộ Hợp đồng bảo hiểm** Bao gồm Hợp đồng bảo hiểm được ký bởi PTI và Chủ hợp đồng bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm và các Sửa đổi bổ sung (nếu có). Các bộ phận cấu thành hợp đồng được xem xét đồng thời khi xác định các sự kiện bảo hiểm.  
Các điều khoản đặc biệt hoặc mở rộng ghi trên Hợp đồng bảo hiểm và Sửa đổi bổ sung sẽ thay thế cho điều khoản tương ứng ghi trong Quy tắc bảo hiểm.
28. **Thời hạn bảo hiểm** Là khoảng thời gian mà trong đó phát sinh các rủi ro bảo hiểm thì PTI phải xem xét trả tiền bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm được ghi cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm, hoặc Sửa đổi bổ sung, thường là 12 tháng tính từ Ngày bắt đầu bảo hiểm hoặc ngày tái tục hợp đồng.
29. **Thời gian chờ** là khoảng thời gian được tính kể từ ngày đầu tiên của thời hạn bảo hiểm, trong thời gian đó Chủ hợp đồng/Người được bảo hiểm không được thanh toán cho một quyền lợi bảo hiểm cụ thể. Thời gian chờ áp dụng cho một quyền lợi nào thì phải được thể hiện trên Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm tương ứng với quyền lợi đó. Thời gian chờ cũng áp dụng cho các quyền lợi mở rộng.
30. **Nhân viên** là thành viên của một công ty, tổ chức, có hợp đồng lao động hoặc hợp đồng thuê việc hoặc các thỏa thuận lao động được pháp luật công nhận với công ty, tổ chức đó.
31. **Những Người phụ thuộc bao gồm** vợ, chồng, con cái hợp pháp. Con cái là những người từ 12 tháng 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.

32. **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.
33. **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, tiểu phẫu với các dụng cụ y tế tại Cơ sở y tế.
34. **Thủ thuật điều trị** là thủ thuật (theo danh mục thủ thuật của nước phát sinh điều trị) nhằm mục đích điều trị.
35. **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.
36. **Thuốc kê đơn của bác sĩ** là các loại thuốc/dược phẩm được sử dụng theo kê đơn của bác sĩ và theo quy định của Pháp luật.
37. **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 phải được thực hiện tại Bệnh viện.
38. **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.
39. **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.
40. **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.
41. **Vận chuyển y tế khẩn cấp:** 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.
42. **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.

## **CHƯƠNG II: PHẠM VI BẢO HIỂM**

Hợp đồng bảo hiểm này bồi thường cho Người được bảo hiểm những chi phí y tế để điều trị ốm đau, bệnh tật, thai sản phát sinh trong thời hạn bảo hiểm.

Quyền lợi bảo hiểm được đề cập trong Hợp đồng bảo hiểm được chi trả cho Người được bảo hiểm trong trường hợp phát sinh các chi phí y tế như quy định trong Hợp đồng bảo hiểm này.

Khi nhận được bằng chứng khiếu nại, PTI chi trả Quyền lợi bảo hiểm thuộc phạm vi Hợp đồng bảo hiểm này căn cứ theo phần Giới hạn phụ của Hợp đồng bảo hiểm với mức Giới hạn tối đa 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, PTI 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:

- a. Giường;
- b. Suất ăn theo tiêu chuẩn tại bệnh viện;
- c. Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt (phòng điều trị tích cực: ICU);
- d. Chi phí hành chánh, chi phí máu, huyết tương;
- e. Thuốc và dược phẩm sử dụng trong khi nằm viện;
- f. Băng, nẹp thông thường và bột;
- g. 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 và thực hiện tại bệnh viện);
- h. Tiêm truyền tĩnh mạch;
- i. 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));
- j. Chi phí đỡ đẻ.

### **2. Chi phí phẫu thuật**

PTI 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 và vật tư thay thế 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 nội tạng như định nghĩa, chi phí tái mổ.

PTI đồng ý thanh toán chi phí thủ thuật điều trị tối đa đến năm mươi phần trăm (50%) giới hạn của quyền lợi phẫu thuật quy định tại bảng quyền lợi bảo hiểm và bao gồm trong giới hạn chi phí phẫu thuật.

### **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 khẩn cấp**

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, dịch vụ vận chuyển của SOS.

### **5. Trợ cấp nằm viện**

PTI chi trả số tiền ghi trên bảng quyền lợi bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện điều trị nội trú qua đêm hoặc điều trị trong ngày.

### **6. Chi phí y tế trước khi nhập viện**

PTI 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**

PTI 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**

PTI 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, PTI trả tiền trợ cấp mai táng phí ghi trên Hợp đồng bảo hiểm.

## **10. Chăm sóc em bé**

PTI 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**

PTI 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 sỹ. Thủ thuật sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do bác sỹ 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:

- i. Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung;
- ii. Thai trứng;
- iii. Thai ngoài tử cung;
- iv. Băng huyết sau khi sinh;
- v. Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh;
- vi. 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 kì để bảo vệ tính mạng của người mẹ theo chỉ định của bác sỹ.
- vii. Biến chứng của các nguyên nhân trên.

### **b. Sinh thường**

PTI 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 sỹ 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 của chúng bị loại trừ trong Hợp đồng này và PTI 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, tầm soát 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, kiểm tra và điều trị 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. Khuyết tật bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, bệnh bẩm sinh, các bệnh hoặc dị dạng thuộc về gen, tình trạng sức khỏe di truyền với các dấu hiệu từ lúc sinh.
6. 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”.
7. 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.
8. 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
9. Bệnh đặc biệt trong năm bảo hiểm đầu tiên kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm. Điểm loại trừ này **không áp dụng cho hợp đồng bảo hiểm nhóm từ 50 nhân viên trở lên.**
10. Bệnh có sẵn trong năm bảo hiểm đầu tiên tính từ ngày bắt đầu bảo hiểm. Điểm loại trừ này **không áp dụng cho hợp đồng bảo hiểm nhóm từ 50 nhân viên trở lên.**
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, mất 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 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 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 điều trị thai sản, chăm sóc thai sản cho Người được bảo hiểm có thai bằng biện pháp thụ tinh nhân tạo, thụ tinh ống nghiệm

## CHƯƠNG IV - ĐIỀU KIỆN CHUNG

### **1. Phạm vi địa lý được bảo hiểm**

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 tham gia bảo hiểm**

Độ tuổi để tham gia bảo hiểm là từ đủ 12 tháng 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, thương tật vĩnh viễn từ 80% trở lên.

Đối với Người phụ thuộc, PTI 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 Chủ hợp đồng bảo hiểm;
- Vợ/chồng mới cưới trong thời hạn bảo hiểm;
- Con đủ tuổi tham gia bảo hiểm trong thời hạn bảo hiểm.

Trường hợp trẻ em từ đủ 15 ngày tuổi đến 12 tháng tuổi được bảo hiểm theo quy tắc này với điều kiện phải thông báo cho PTI bằng văn bản và được PTI chấp thuận bằng văn bản.

### **3. Thời hạn bảo hiểm**

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

### **4. Xác minh**

PTI 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, PTI 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 lớn hơn một năm và không chẵn năm, quyền lợi bảo hiểm cho khoảng thời gian vượt quá số chẵn năm được quy định như sau:
  - Được sử dụng mức quyền lợi bảo hiểm một năm nếu phí bảo hiểm cho khoảng thời gian vượt quá đó được tính theo phí ngắn hạn;
  - Được sử dụng mức quyền lợi bảo hiểm theo tỷ lệ giữa khoảng thời gian vượt quá với một năm nếu phí bảo hiểm được tính theo tỷ lệ.
- b. Thời hạn bảo hiểm bằng một năm: được sử dụng quyền lợi bảo hiểm một năm.
- c. 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 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 = Phí bảo hiểm năm

## 7. Thông báo uỷ quyền và thông báo chuyển nhượng

PTI không bị bắt buộc phải chấp nhận bất kỳ thông báo nào về các điều khoản liên quan đến việc tín thác, các khoản phí tổn, thế chấp, chuyển nhượng hoặc các giao dịch khác với hoặc có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này.

## 8. 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 tật: 30 ngày kể từ ngày tham gia bảo hiểm;
- ii. Điều trị bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn: 12 tháng kể từ ngày tham gia bảo hiểm;
- iii. Thai sản:
  - 60 ngày đối với trường hợp sẩy 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 tật: 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 sẩy 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.

## **9. 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, PTI 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 PTI, PTI sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại.

## **10. Trách nhiệm của Chủ hợp đồng bảo hiểm và Người được bảo hiểm**

- a. kê khai trung thực, đầy đủ các thông tin bảo hiểm theo yêu cầu của PTI, tuân thủ các điều khoản điều kiện và nộp phí bảo hiểm đúng, đủ theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm.
- b. Thông báo sớm nhất những tình huống có thể dẫn đến yêu cầu trả tiền bảo hiểm, trung thực trong việc khai báo và cung cấp các chứng từ chính xác về rủi ro được bảo hiểm xảy ra.
- c. Trường hợp người được bảo hiểm ủy quyền cho người khác nhận tiền bảo hiểm, phải có giấy ủy quyền hợp pháp.

## **11. Điều khoản tự động thêm bớt nhân sự.**

Bất kỳ nhân viên mới nào của Chủ hợp đồng 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 và Hợp đồng cũng tự loại bỏ những nhân viên hiện đang được bảo hiểm ra khỏi danh sách nhân viên của Chủ hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện là Chủ hợp đồng thông báo cho PTI 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 PTI xác nhận. Phí bảo hiểm được tính trên cơ sở tỉ lệ của thời hạn được bảo hiểm hoặc ngừng bảo hiểm sau khi Chủ hợp đồng 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 Chủ hợp đồng đã yêu cầu bằng văn bản và được PTI chấp thuận bằng văn bản.

Các bên thỏa thuận rằng các nhân viên được bảo hiểm phải có Hợp đồng lao động với Chủ hợp đồng bảo hiểm phù hợp với Bộ 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 Chủ hợp đồng bảo hiểm với nhân viên, với điều kiện Chủ hợp đồng bảo hiểm phải cập nhật hàng tháng bằng văn bản việc thay đổi tổng quỹ lương hoặc chi tiết lương từng tháng chi PTI. Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh theo mức lương thay đổi.

## **12. Điều khoản về tiền tệ và tỉ giá:**

Quyền lợi bảo hiểm và Phí bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này được thanh toán bằng Đồng Việt Nam.

Trường hợp số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm được quy định bằng đô la Mỹ, Bên tham gia bảo hiểm và PTI sẽ thỏa thuận một tỉ giá quy đổi tại ngày bắt đầu bảo hiểm. Tỉ giá này sẽ được ghi trên Hợp đồng bảo hiểm. Đồng thời tỉ giá này được sử dụng để thanh toán quyền lợi bảo hiểm và phí bảo hiểm trong suốt Thời hạn bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung gia hạn hợp đồng (nếu có).

## **13. Điều khoản đảm bảo thanh toán phí:**

- a. Các bên thỏa thuận và ghi nhận rằng, cho dù có bất kỳ điều kiện nào trái ngược trong Hợp đồng bảo hiểm này, và trên cơ sở tuân theo Mục b quy định dưới đây điều kiện tiên quyết để ràng buộc trách nhiệm của PTI theo Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm, Sửa đổi bổ sung, hoặc Giấy Chứng nhận bảo hiểm tạm thời là phí bảo hiểm đã được thanh toán hoặc trên thực tế đã được chuyển trả đầy đủ tới PTI, Môi giới hoặc Đại lý bảo hiểm đã cấp hoặc thu xếp Hợp đồng bảo hiểm theo các quy định sau:
  - i. nếu thời hạn bảo hiểm là 30 ngày hoặc dài hơn, trong vòng 30 ngày kể từ:
    - ngày bắt đầu hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm tạm thời; hoặc
    - ngày hiệu lực quy định trong mỗi Sửa đổi bổ sung (nếu có) được cấp theo Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm tạm thời
    - ngày phát hành Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung (nếu có) được cấp theo Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm tạm thời nếu ngày phát hành các tài liệu này xảy ra sau 30 ngày kể từ ngày hiệu lực quy định trong các tài liệu đó, hoặc
  - ii. nếu PTI chấp nhận việc thanh toán phí bảo hiểm theo kỳ, trong cũng 30 ngày kể từ:
    - ngày bắt đầu hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm tạm thời cho kỳ thanh toán đầu tiên và các ngày thỏa thuận cho các kỳ thanh toán tiếp sau đó, hoặc
    - ngày hiệu lực quy định trong mỗi Sửa đổi bổ sung được cấp theo Hợp đồng bảo hiểm cho kỳ thanh toán đầu tiên và các ngày thỏa thuận cho các kỳ thanh toán sau đó, hoặc

- ngày phát hành Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung, nếu có, được cấp theo Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm, Giấy Chứng nhận bảo hiểm tạm thời nếu ngày phát hành các tài liệu này xảy ra sau 30 ngày kể từ ngày hiệu lực quy định trong các tài liệu đó cho kỳ thanh toán đầu tiên và các ngày thỏa thuận cho các kỳ thanh toán sau đó.
- iii. nếu thời hạn bảo hiểm ít hơn 30 ngày, phí bảo hiểm phải được thanh toán ngay khi có Giấy báo nợ nhưng không chậm hơn 15 ngày kể từ ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung, nếu có, được cấp theo Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm hoặc Giấy Chứng nhận bảo hiểm tạm thời.
- b. Trong trường hợp khoản phí bảo hiểm đề cập ở trên chưa được thanh toán đầy đủ cho PTI, Môi giới, Đại lý bảo hiểm như kê khai theo tính chất và thời gian quy định ở mục a (thời hạn đảm bảo thanh toán phí bảo hiểm), hiệu lực bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm, Sửa đổi bổ sung, hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm tạm thời sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ ngày kế tiếp ngày hết hạn của thời hạn đảm bảo thanh toán phí bảo hiểm và PTI sẽ được miễn mọi trách nhiệm kể từ đó. Đồng thời trong trường hợp này, PTI sẽ được hưởng khoản phí bảo hiểm tính theo tỷ lệ những ngày Hợp đồng bảo hiểm đã có hiệu lực nhưng không nhỏ hơn USD 25.
- c. Các bên cũng thỏa thuận rằng trong trường hợp phí bảo hiểm nói trên đã được thanh toán hoặc trên thực tế đó được chuyển trả đầy đủ cho PTI Môi giới hoặc Đại lý bảo hiểm sau thời hạn thanh toán phí quy định (thời hạn bảo đảm thanh toán phí), Hợp đồng Bảo hiểm, Chứng nhận tái tục bảo hiểm, Sửa đổi bổ sung hoặc Giấy Chứng nhận bảo hiểm tạm thời sẽ có hiệu lực trở lại và PTI sẽ có trách nhiệm bảo hiểm từ thời điểm đó trở đi nhưng được miễn mọi trách nhiệm phát sinh trước ngày thanh toán phí muộn đó.
- d. Trong thời hạn đảm bảo thanh toán phí theo quy định tại điểm a,b,c nói trên, mọi yêu cầu bồi thường phát sinh (nếu có) sẽ được PTI tiếp nhận nhưng chỉ được giải quyết sau khi Chủ Hợp đồng bảo hiểm thanh toán đầy đủ phí bảo hiểm cho PTI.

## CHƯƠNG V: BỒI THƯỜNG

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

Trường hợp NĐBH bị ốm đau, bệnh tật hoặc thai sản thì NĐBH/người thụ hưởng/người thừa kế hợp pháp phải thông báo cho Công ty bảo hiểm bằng văn bản (theo mẫu thông báo tổn thất của PTI) trong vòng 120 ngày kể từ ngày ra viện hoặc ngày đi khám bệnh (trường hợp điều trị ngoại trú) hoặc ngày tử vong. Nếu NĐBH/người thụ hưởng/người thừa kế hợp pháp không thông báo đúng thời hạn quy định thì PTI sẽ từ chối thanh toán yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

Khi yêu cầu PTI 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 12 tháng kể từ ngày đi khám bệnh, ngày nhập 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 PTI, có chữ ký và con dấu của công ty đứng tên Chủ hợp đồng 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 nghi của bác sĩ điều trị (trường hợp Người được bảo hiểm phải nghỉ việc để điều trị bệnh)
- e. Các chứng từ y tế (PTI có thể xem xét chấp nhận bản sao chứng thực):
  - 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 sỹ);
  - 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 PTI yêu cầu.
- i. Các giấy tờ khác có liên quan khi có yêu cầu.

## **2. Thời hạn bồi thường**

PTI 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. Thời hiệu khởi kiện**

Thời hạn Người được bảo hiểm hay Người thừa kế hợp pháp có thể khởi kiện PTI về việc trả tiền bảo hiểm là 3 năm kể từ ngày phát sinh tranh chấp. Quá thời hạn trên, mọi khiếu nại đều không có giá trị.

Các bên cùng nhau đồng ý rằng mọi tranh chấp hay mâu thuẫn xảy ra giữa các bên có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm sẽ được giải quyết tại tòa án của Nhà Nước CHXHCN Việt Nam theo Luật của Nhà Nước CHXHCN Việt Nam.

## **4. 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 PTI 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 PTI, nếu được yêu cầu, trước khi bất 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 PTI và PTI không phải chịu chi phí cho việc có thêm thông tin đó.

## **5. Đồng bảo hiểm / Bảo hiểm trùng**

Đồng bảo hiểm, Bảo hiểm trùng được áp dụng cho các chi phí y tế điều trị bệnh hoặc thai sản, nhưng không áp dụng đối với quyền lợi bảo hiểm chi trả cho thương tật hoặc tử vong do bệnh tật.

Nếu tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, người được bảo hiểm đang được bảo hiểm bởi một chương trình bảo hiểm khác (ngoại trừ Bảo hiểm xã hội), thì bất kỳ chi phí y tế liên quan đến việc điều trị cùng một tình trạng bệnh sẽ không được đồng thời chi trả từ các nhà bảo hiểm.

## 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.
- PTI có thể đồng ý ứng trước tiền bồi thường theo số tiền bồi thường được ước tính đến mức tối đa là 10 triệu 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 triệu đồng.
- Nếu PTI không thể cung cấp tiền ứng trước trong vòng 24h sau khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Chủ hợp đồng bảo hiểm có thể dựa vào xác nhận bằng văn bản của PTI, cung cấp cho nhân viên được bảo hiểm một khoản ứng trước hợp lý.
- Chủ hợp đồng bảo hiểm sau đó thông báo kịp thời với PTI về số tiền đã ứng trước, cung cấp Chứng từ y tế, Giấy đề nghị tạm ứng (đã được PTI xác nhận), PTI có trách nhiệm bồi hoàn cho Chủ hợp đồng 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, PTI 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:** PTI 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 X – Quang, xét nghiệm, trị liệu học bức xạ, các liệu pháp ánh sáng do bác sỹ chỉ định và cần thiết cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh
- ii. Điều trị răng cơ bản:** PTI 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 bệnh
  - Chụp X-quang
  - Điều trị các bệnh lý nha chu
  - Trám răng (amalgam, composite, fuji hoặc các chất liệu tương đương)
  - Điều trị tủy răng
  - Nhổ răng bệnh lý (không cần phẫu thuật)

**iii. Vật lý trị liệu:** PTI thanh toán các chi phí Vật lý trị liệu theo chỉ định của bác sĩ điều trị, thực hiện tại bệnh viện và theo giới hạn phụ 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** (áp dụng cho nhóm từ 50 nhân viên trở lên) : PTI thanh toán các chi phí khám thai sau đây trong quá trình mang thai phát sinh tại các cơ sở y tế, bao gồm :

- Chi phí khám thai;
- Siêu âm 2D/3D;
- Chi phí xét nghiệm nước tiểu;
- Xét nghiệm công thức máu.

#### **b. Điều trị răng toàn diện**

Trên cơ sở Người được Bảo Hiểm đã đóng phụ phí bảo hiểm, PTI sẽ thanh toán các chi phí Chăm sóc răng sau đây phát sinh tại các 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 bệnh;
- Chụp X-quang;
- Điều trị các bệnh lý nha chu;
- Trám răng (amalgam, composite, fuji hoặc các chất liệu tương đương);
- Điều trị tủy răng;
- Nhổ răng bệnh lý (không cần phẫu thuật).

##### **ii. Điều trị răng đặc biệt**

- Lấy vôi răng (2 lần /1 năm);
- Nhổ răng bệnh lý cần phẫu thuật;
- Lấy chân răng bệnh lý;
- 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. Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật và thai sản**

#### **i. Phạm vi bảo hiểm**

Theo điều khoản này, PTI đồng ý mở rộng bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật và thai sản với điều kiện phải có kết luận rõ ràng về tình trạng bệnh lý của cơ quan y tế và ốm đau, bệnh tật đó là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến NĐBH tử vong, thương tật vĩnh viễn và không thuộc các điều khoản loại trừ liệt kê dưới đây (không áp dụng các điều khoản loại trừ chung được Quy định tại Chương III – ĐIỀU LOẠI TRỪ) 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, PTI 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**

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

- Do các nguyên nhân tai nạn.
- Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thừa hưởng quyền lợi bảo hiểm gây ra.
- Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng trực tiếp do sử dụng rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích tương tự khác.
- Bệnh có sẵn, trừ khi Người được bảo hiểm đã tham gia bảo hiểm này trong suốt 24 tháng liên tục.
- Bệnh đặc biệt, trừ khi Người được bảo hiểm đã tham gia bảo hiểm này trong suốt 24 tháng liên tục.
- 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.
- Nguyên nhân thai sản, trừ khi người được bảo hiểm đã được bảo hiểm hơn 12 tháng.
- 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.

**Việc xác định tỷ lệ thương tật vĩnh viễn được dựa trên Phụ lục số 2 – Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật vĩnh viễn.**

**TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM BƯU ĐIỆN  
KT. TỔNG GIÁM ĐỐC  
PHÓ TỔNG GIÁM ĐỐC**

**Nguyễn Đức Bình**