

***QUI TẮC BẢO HIỂM
BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN
QUA GRAS SAVOYE***



*(Ban hành theo Quyết định số 268 /QĐ-PTI-BHCN, ngày 26/09/2012 của Tổng Giám đốc
Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Bưu điện)*

Nội dung

ĐỊNH NGHĨA	TRANG 3
PHẠM VI BẢO HIỂM	TRANG 11
ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM CHUNG	TRANG 13
CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ	TRANG 16
BẢNG TỈ LỆ THƯƠNG TẬT.....	TRANG 19
CÁC ĐIỀU KHOẢN MỞ RỘNG.....	TRANG 24
THỦ TỤC YÊU CẦU BỒI THƯỜNG	TRANG 27
MẪU GIẤY YÊU CẦU BỒI THƯỜNG	TRANG 30
PHỤ LỤC	TRANG 32

I. ĐỊNH NGHĨA

Đơn bảo hiểm này, Hợp đồng hay Giấy chứng nhận bảo hiểm và bất kỳ các Sửa đổi bổ sung nào kèm theo sẽ được xem như một văn bản và bất kỳ từ ngữ hoặc cụm từ nào mà có ý nghĩa rõ ràng trong một trong các văn bản đính kèm sẽ được hiểu theo những định nghĩa dưới đây:

1. Bác sỹ

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 sỹ đó đang điều trị, hành nghề trong phạm vi Giấy phép được cấp. Loại trừ những bác sỹ chính là Người được bảo hiểm, bố, mẹ, vợ, chồng và con cái hợp pháp của Người được bảo hiểm.

2. 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, 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 amidan quá phát, viêm VA quá phát, hen phế quản, parkinson, viêm thận (những ca viêm thận cấp tính cần điều trị khẩn cấp không được coi là bệnh đặc biệt, viêm thận cấp tính không bao gồm đợt cấp của viêm thận mãn tính), các bệnh và triệu chứng liên quan đến hệ thống tạo máu (bao gồm nhưng không giới hạn suy tủy, bạch cầu cấp, bạch cầu mãn).

3. Bệnh mãn tính

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

- Không điều trị được
- 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 vĩnh viễn
- Cần khám, xét nghiệm, điều trị hoặc theo dõi dài hạn

4. Bệnh viện

Là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được luật pháp Việt Nam hoặc nước sở tại công nhận là bệnh viện

Hoạt động chính của cơ sở đó không phải là nơi để an dưỡng phục hồi sức khỏe (điều dưỡng), phục hồi chức năng 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.

5. Biến 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

6. Bộ Hợp đồng bảo hiểm

Bao gồm Hợp đồng bảo hiểm được ký bởi Tổng Công ty cổ phần bảo hiểm Bưu điện (PTI) và Chủ hợp đồng bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm & 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 & Sửa đổi bổ sung sẽ thay thế cho điều khoản tương ứng ghi trong Quy tắc bảo hiểm.

7. Bộ phận giả

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.

8. Vật tư tiêu hao

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 .

9. Vật tư thay thế

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 sống.

10. Duy trì sự sống

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

11. 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.

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.

12. Chăm sóc thai sản

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

13. Chăm sóc trẻ mới sinh

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 bệnh cho bé, vật dụng cá nhân cho em bé, thức ăn cho em bé).

14. Chi phí cấp cứu khẩn cấp bằng taxi

Là chi phí taxi lượt đi trong trường hợp khẩn cấp để đưa người được bảo hiểm tới cơ sở y tế thích hợp để cấp cứu. Chi phí này được thể hiện trên biên lai, hoặc hóa đơn taxi.

15. Chi phí nằm viện

Bao gồm chi phí tiền phòng, tiền phẫu thuật và các chi phí y tế liên quan khác phát sinh trong khi điều trị tại bệnh viện.

16. Chi phí Phòng bệnh hay Buồng bệnh

Là các chi phí 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 tổn hạn mức trách nhiệm được quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

17. Chi phí y tế hợp lệ

Là các chi phí y tế hợp lý cho việc điều trị y tế của Người được bảo hiểm trong trường hợp ốm đau, bệnh tật, tai nạn theo chỉ định của Bác sĩ.

18. 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/thai sản mà việc điều trị này được bảo hiểm

19. Chủ hợp đồng bảo hiểm

Là tổ chức ký kết hợp đồng Bảo hiểm với PTI và được ghi tên là Chủ hợp đồng trong Hợp đồng bảo hiểm.

20. Công ty bảo hiểm

Là Tổng công ty bảo hiểm Bưu điện và các Công ty thành viên.

21. 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 và/hoặc 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.

22. Dịch vụ xe cứu thương

Là 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 sức khỏe và/hoặc tính mạng buộc phải đưa người bệnh đến Bệnh viện/cơ sở khám chữa bệnh thích hợp gần nhất hoặc từ bệnh viện/cơ sở khám chữa bệnh này đến bệnh viện/cơ sở khám chữa bệnh khác.

23. 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.

24. 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.

25. 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.

26. Điều trị sau khi xuất viện

Là các điều trị y tế phát sinh trong vòng 45 ngày ngay sau khi xuất viện và liên quan trực tiếp đến việc điều trị nội trú ngay trước đó, bao gồm chi phí khám, kiểm tra, xét nghiệm, siêu âm, chụp X-quang, chụp cắt lớp và thuốc theo chỉ định của bác sĩ điều trị. Các điều trị y tế này không giới hạn số lần.

27. 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.

28. Điều trị trước khi nhập viện

Là các chi phí phát sinh trong vòng 30 ngày trước hoặc cùng ngày với ngày nhập viện bao gồm chi phí khám, xét nghiệm, siêu âm, chụp X-quang, chụp cắt lớp do bác sĩ chỉ định, không giới hạn số lần & liên quan trực tiếp đến bệnh/thương tật cần phải nhập viện ngay sau đó.

29. 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.

30. Đơn bảo hiểm nhóm

Đơn bảo hiểm được cấp cho một nhóm người với số lượng tham gia từ mười (10) người trở lên đang làm việc tại cùng một Công ty, một đại lý, một doanh nghiệp hay bất kỳ tổ chức tương tự nào khác thành lập theo quy định của pháp luật.

31. Khám sức khỏe định kỳ

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.

32. Lần khám/điều trị trong Điều trị ngoại trú do bệnh

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, siêu âm, chụp chiếu... 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 sĩ dù không còn bệnh và không cần điều trị nữa sẽ được coi là một lần khám mới.

33. Mạng lưới thanh toán trực tiếp

Là các cơ sở y tế thuộc hệ thống thanh toán trực tiếp của PTI hoặc Gras Savoye Willis Việt Nam, nơi Người được bảo hiểm sẽ được bảo lãnh thanh toán cho các chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm phát sinh tại đó. Người được bảo hiểm phải tự chi trả cho cơ sở khám chữa bệnh/bệnh viện những chi phí vượt quá mức trách nhiệm đã ghi trong Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm, Sửa đổi bổ sung tại thời điểm điều trị.

34. Mất tích

Khi một người biệt tích hai năm liền trở lên, mặc dù đã áp dụng đầy đủ các biện pháp thông báo, tìm kiếm theo quy định của pháp luật tố tụng dân sự nhưng vẫn không có tin tức xác thực về việc người đó còn sống hay đã chết thì theo yêu cầu của người có quyền, lợi ích liên quan, Tòa án có thể tuyên bố người đó mất tích. Thời hạn hai năm được tính từ ngày biết

được tin tức cuối cùng về người đó; nếu không xác định được ngày có tin tức cuối cùng thì thời hạn này được tính từ ngày đầu tiên của tháng tiếp theo tháng có tin tức cuối cùng; nếu không xác định được ngày, tháng có tin tức cuối cùng thì thời hạn này được tính từ ngày đầu tiên của năm tiếp theo năm có tin tức cuối cùng.

35. 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.

36. Ngày bắt đầu bảo hiểm

Là ngày đầu tiên của mỗi hiệu lực bảo hiểm.

37. Ngày tái tục bảo hiểm

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

38. Ngày tham gia 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.

39. Người được bảo hiểm

Là người được PTI chấp nhận bảo hiểm và được ghi trong Danh sách Người được bảo hiểm

40. Người phụ thuộc

Là vợ/chồng, dưới 65 tuổi kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm của Đơn bảo hiểm. Những người này có thể được bảo hiểm liên tục đến 70 tuổi tại PTI. Con của Người được bảo hiểm có độ tuổi từ 12 tháng tuổi đến 18 tuổi hoặc 24 tuổi nếu đang theo học các khóa học dài hạn và chưa kết hôn, kể từ ngày có hiệu lực bảo hiểm hoặc ngày tái tục bảo hiểm tiếp theo. Tất cả những người phụ thuộc khi tham gia bảo hiểm phải có tên trong Hợp đồng bảo hiểm như Người được bảo hiểm và được PTI xác nhận.

41. 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.

42. 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.

43. Phạm vi lãnh thổ

Quy tắc bảo hiểm này cung cấp bảo hiểm cho những trường hợp bị tai nạn/ốm đau và những chi phí y tế liên quan phát sinh trong lãnh thổ Việt Nam ngoại trừ có những quy định khác trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung.

44. 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.

45. Phẫu thuật trong ngày

Là phẫu thuật tại bệnh viện nhưng không đòi hỏi bệnh nhân phải ở lại qua đêm để chăm sóc y tế.

46. Phòng chăm sóc đặc biệt

Có nghĩa là loại phòng ICU (Intensive Care Unit), HDU (High Dependency Unit), HDU (High Dependency Unit), CCU (Coronary Care Unit). Các loại phòng này chuyên để kiểm soát các chức năng cơ bản của cơ thể của bệnh nhân trong các tình trạng nguy kịch đòi hỏi mức độ phục vụ cao của các y tá và có đủ các cơ sở vật chất để làm bệnh nhân có thể tỉnh lại.

47. Quyền lợi bảo hiểm

Là quyền lợi được quy định trong Quy tắc bảo hiểm và bất cứ mở rộng hay giới hạn ghi trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc bất cứ Sửa đổi bổ sung nào (nếu được áp dụng).

48. Tai nạn

Là bất kỳ sự kiện bất ngờ hay không lường trước, xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm, gây ra bởi một lực từ bên ngoài, có thể nhìn thấy được, tác động lên thân thể người được bảo hiểm và trong thời hạn bảo hiểm là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến thương tật thân thể cho Người được bảo hiểm.

49. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau bệnh tật

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 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.

50. 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.

51. Thời hạn bảo hiểm

Là khoảng thời gian 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.

52. 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.

Vitamin và thuốc bổ được thanh toán trong trường hợp được mua và sử dụng để điều trị/hỗ trợ điều trị bệnh/thương tật nhưng không vượt quá chi phí cho thuốc chính kê theo đơn, tối đa VND 500.000/đơn thuốc.

53. Thương tật bộ phận vĩnh viễn

Là thương tật của một hay nhiều bộ phận của cơ thể, làm cho bộ phận cơ thể đó đứt lìa khỏi cơ thể hoặc mất chức năng hoạt động hoàn toàn, không có khả năng phục hồi.

54. 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.

55. 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 bởi sự suy yếu thể lực, khuyết tật, quá trình thoái hóa hoặc bệnh tật tồn tại trước khi bắt đầu Đơn bảo hiểm này.

56. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Là thương tật làm cho Người được bảo hiểm mất hoàn toàn khả năng thực hiện các công việc thường nhật của người đó hay bị mất hoàn toàn khả năng lao động trong bất kỳ loại lao động nào và kéo dài 52 tuần liên tục và không hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó.

57. 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.

58. Tình trạng có sẵn/Bệnh 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.

59. 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.

60. Giới hạn chi tiết

Là giới hạn bồi thường tối đa cho mỗi hạng mục được quy định chi tiết trong mỗi Quyền lợi bảo hiểm.

61. Hoạt động thể thao chuyên nghiệp

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

62. Hoạt động thể thao nguy hiểm

Là các hoạt động trên không (trừ khi đi lại bằng đường hàng không của các hãng hàng không đã đăng ký), 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).

63. Trợ cấp hàng ngày (trong Các quyền lợi mở rộng - Điều kiện 5)

Là một khoản tiền trợ cấp theo ngày (ngoài chi phí y tế thể hiện trên hóa đơn) trả cho Người được bảo hiểm trong trường hợp nằm viện do ốm bệnh hoặc trong thời gian điều trị thương tật do tai nạn theo chỉ định nghỉ của bác sĩ & xác nhận của nhân sự của Chủ hợp đồng.

64. Trợ cấp hàng ngày (trong Quyền lợi bảo hiểm chính - Điều kiện 4)

Là một khoản tiền trợ cấp theo ngày (ngoài chi phí y tế thể hiện trên hóa đơn) trả cho Người được bảo hiểm cho thời gian nằm viện do ốm bệnh.

65. Trợ cấp mai táng

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong tại viện do ốm đau, bệnh tật thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, PTI trả tiền trợ cấp mai táng như ghi trên Hợp đồng bảo hiểm.

66. Trường hợp khẩn cấp

Một tai nạn bất ngờ, nghiêm trọng, không mong đợi và không nhìn thấy trước hoặc ốm đau với triệu chứng trầm trọng và có thể nguy hiểm đến tính mạng, sức khỏe hoặc thể chất đòi hỏi phải có chăm sóc y tế ngay lập tức.

67. 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.

68. 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 tại bệnh viện.

69. Y tá chăm sóc tại nhà

Dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp cung cấp cho Người được bảo hiểm, được thực hiện ngay sau khi rời bệnh viện, tại nơi ở của Người được bảo hiểm, theo chỉ định của bác sĩ điều trị. Giới hạn tối đa là 15 ngày/năm, miễn rằng Người được bảo hiểm nằm viện tối thiểu 07 ngày liên tục. Quyền lợi này không áp dụng cho trường hợp xuất viện sau khi sinh con.

II. PHẠM VI BẢO HIỂM

A- Các quyền lợi chính

Quyền lợi 1 - Tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn do 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 tỷ lệ thương tật” ghi trong Qui tắc bảo hiểm.

Quyền lợi 2 – Chi phí y tế do tai nạn

PTI chi trả các chi phí cấp cứu, phẫu thuật, nằm viện, thuốc, vật tư tiêu hao, vật tư thay thế nhằm duy trì sự sống, xét nghiệm, siêu âm, chụp X-quang & chụp cắt lớp để điều trị thương tật do tai nạn theo giới hạn đã lựa chọn.

PTI chi trả chi phí (chi phí mua & chi phí y tế) bọc mão sứ (bọc răng sứ), trồng răng giả bằng chất liệu thông thường (không bằng chất liệu quý như kim cương, vàng, bạc, titan, đồng) & bộ phận giả khác. Giới hạn tối đa không quá 10% số tiền được bảo hiểm của Quyền lợi 2 này cho chi phí điều trị răng nói trên và 10% cho chi phí liên quan đến bộ phận giả khác.

Quyền lợi 3 – Tử vong, tàn tật vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản

- Trường hợp Tử vong hoặc tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do các nguyên nhân ốm bệnh, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm: Bồi thường 100% Số tiền bảo hiểm.
- Trường hợp tàn tật bộ phận vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm: Bồi thường theo “Bảng tỷ lệ thương tật” ghi trong Qui tắc bảo hiểm.

PTI chỉ thanh toán quyền lợi này khi NĐBH bị tử vong, thương tật vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản có kết luận rõ ràng về tình trạng bệnh lý của cơ quan y tế và ốm đau, bệnh tật, thai sản 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.

Quyền lợi 4 - Chi phí nằm viện và phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật, thai sản

Trường hợp thuộc phạm vi bảo hiểm PTI chi trả các chi phí cấp cứu, phẫu thuật, nằm viện, thuốc, xét nghiệm, siêu âm, chụp phim (X-quang & chụp cắt lớp) để chẩn đoán, điều trị bệnh & chăm sóc thai sản theo giới hạn đã lựa chọn.

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 dùng trong phẫu thuật, vật tư tiêu hao, 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 tái mổ, các bộ phận giả được cấy ghép vào cơ thể nhằm duy trì sự sống, chi phí cấy ghép nội tạng. Chi phí phẫu thuật không bao gồm các thủ thuật chẩn đoán tình trạng y tế (ví dụ: nội soi dạ dày chuẩn đoán, sinh thiết).

Đối với thủ thuật điều trị, PTI thanh toán tối đa 50% giới hạn phần phẫu thuật và bao gồm trong chi phí phẫu thuật.

B- Các quyền lợi lựa chọn

Quyền lợi 5 -Trợ cấp ngày (trợ cấp lương) trong thời gian điều trị thương tật do tai nạn và nằm viện do bệnh

(Quyền lợi này chỉ được tham gia khi tham gia bảo hiểm tai nạn và/hoặc điều trị nội trú do ốm đau bệnh tật)

- Trong trường hợp tai nạn: Chi trả trợ cấp theo ngày trong thời gian điều trị thương tật (nội trú, ngoại trú & thời gian nghỉ dưỡng thương theo chỉ định của bác sỹ) nhưng không vượt quá thời gian đã lựa chọn được ghi trên Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Sửa đổi bổ sung.

- Trong trường hợp ốm bệnh: Chi trả trợ cấp theo ngày trong thời gian điều trị nội trú (nằm viện), nhưng không vượt quá thời gian đã lựa chọn được ghi trên Hợp đồng và/ hoặc Sửa đổi bổ sung.

- Không áp dụng Quyền lợi này cho các trường hợp thai sản.

Bồi thường theo quyền lợi này được tính theo ngày dựa trên cơ sở số ngày nghỉ thực tế. Số ngày nghỉ phải theo chỉ định của bác sỹ và xác nhận của bộ phận Nhân sự.

Số tiền bồi thường /người /ngày (bao gồm cả ngày thứ bảy, chủ nhật, và ngày lễ) sẽ được tính như sau:

<i>Lương tháng đã thông báo của người được bảo hiểm /30 ngày X số ngày nghỉ thực tế</i>

Hoặc

<i>Trợ cấp cố định theo ngày ghi trên hợp đồng bảo hiểm x số ngày nghỉ thực tế</i>
--

Quyền lợi 6 - Điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật

(Quyền lợi này chỉ được tham gia khi đã tham gia Quyền lợi 4)

1. Tiền khám bệnh, tiền chụp X-quang, chụp cắt lớp, siêu âm và làm các xét nghiệm do bác sỹ chỉ định để chẩn đoán bệnh, tiền thuốc theo kê đơn của bác sỹ (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).

2. Dụng cụ y tế cần thiết cho việc điều trị gãy chi, thương tật (như băng nẹp, bó bột), dụng cụ hỗ trợ đi lại do bác sỹ chỉ định.

3. Việc trị liệu học bức xạ, liệu pháp dùng sức nóng, liệu pháp ánh sáng và các phương pháp điều trị tương tự khác do bác sỹ chỉ định.

4. Điều trị răng cho các trường hợp: điều trị viêm lợi (nướu), hàn (trám) răng bệnh lý (bằng amalgam, composite, fuji, gic hoặc các chất trám tương tự khác), điều trị tuỷ răng và nhổ răng bệnh lý, nhổ & phẫu thuật răng khôn bệnh lý, lấy cao răng (cạo vôi răng).

Quyền lợi 7 - Vận chuyển y tế cấp cứu trong lãnh thổ Việt Nam

(Quyền lợi này độc lập với dịch vụ xe cứu thương trong Quyền lợi 4 - Xin xem chi tiết trong phụ lục trang 32)

III. ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM CHUNG

1. Đối tượng bảo hiểm

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

- Nhân viên
- Người phụ thuộc

(như định nghĩa tại phần Định nghĩa trên đây)

Không bảo hiểm cho các đối tượng chưa đủ 12 tháng tuổi và bắt đầu tuổi 66 khi tham gia bảo hiểm lần đầu & bắt đầu tuổi 71 khi tái tục hợp đồng.

Tất cả các đối tượng phải tham gia bảo hiểm tại PTI từ trước tuổi 66.

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

- a) Người bị bệnh tâm thần, bệnh phong.
- b) Người bị thương tật vĩnh viễn quá 80%.

2. Thời hạn bảo hiểm và phí bảo hiểm

- a. Hiệu lực Hợp đồng được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm do Chủ hợp đồng bảo hiểm và Công ty bảo hiểm thoả thuận;
- b. Thời hạn bảo hiểm được ghi cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung gia hạn hợp đồng (nếu có)
- c. Phí bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm sẽ được thanh toán trong vòng 30 ngày kể từ ngày hợp đồng có hiệu lực. Phí bảo hiểm cho các Sửa đổi bổ sung giữa kỳ sẽ được đối trừ & thanh toán 6 tháng một lần hoặc khi tổng phí của những Sửa đổi bổ sung này vượt quá 50% tổng phí ghi trên Hợp đồng bảo hiểm thì phải làm thanh toán phí bất thường.
- d. Trong suốt Thời hạn bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm, tỉ lệ phí bảo hiểm sẽ không thay đổi cho đến ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm năm tiếp theo hoặc đến ngày hiệu lực của Sửa đổi bổ sung liên quan đến thời gian gia hạn hợp đồng.

3. Đảm bảo tái tục hợp đồng

PTI đảm bảo rằng hợp đồng bảo hiểm có thể được tái tục vào cuối kỳ bảo hiểm, khi phí bảo hiểm của hợp đồng cũng như các Sửa đổi bổ sung (nếu có) đã được thanh toán vào ngày tái tục hợp đồng. Phí bảo hiểm có thể được tính toán lại dựa trên tình trạng bồi thường và các yếu tố khác mà PTI cho rằng cần phải xem xét lại. Hợp đồng bảo hiểm này sẽ được tái tục khi PTI nhận được xác nhận yêu cầu tái tục trong khoảng thời gian quy định (tối đa 15 ngày kể từ ngày hết hiệu lực của hợp đồng hoặc Sửa đổi bổ sung gia hạn hợp đồng).

Việc thanh toán bồi thường cho những rủi ro xảy ra trong khoảng thời gian 15 ngày nói trên sẽ chỉ được chi trả sau khi phí bảo hiểm cho hợp đồng tái tục được thanh toán đầy đủ cho PTI hoặc công ty môi giới bảo hiểm.

4. Hủy toàn bộ hợp đồng bảo hiểm

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

gửi thông báo này, Chủ hợp đồng 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.

5. Hoàn phí cho các trường hợp hủy bảo hiểm giữa năm

Các trường hợp hủy bảo hiểm giữa năm bảo hiểm cho một số người được bảo hiểm trong danh sách người được bảo hiểm sẽ được hoàn phí theo tỉ lệ cho thời gian chưa sử dụng với điều kiện chưa có bồi thường phát sinh tính đến ngày hủy.

6. Chấm dứt quyền lợi bảo hiểm

Tất cả các quyền lợi bảo hiểm dưới Đơn bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực vào giữa đêm (24h:00) của ngày cuối cùng của thời hạn bảo hiểm ghi trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung gia hạn hợp đồng (nếu có) hoặc vào ngày chấm dứt bảo hiểm được thông báo bởi Chủ hợp đồng bảo hiểm nếu như sự việc nào xảy ra trước.

Tuy nhiên đối với Quyền lợi bảo hiểm 1, nếu như trong Thời hạn bảo hiểm, Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do một nguyên nhân độc lập và hoàn toàn khác với các nguyên nhân nào khác, dẫn đến Tử vong hoặc thương tật toàn phần trong thời gian hai năm, công ty bảo hiểm sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm, hoặc cho người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm các quyền lợi được ghi trong hợp đồng.

7. 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: 100% Phí bảo hiểm năm

8. Hiệu lực hợp đồng và thời gian chờ

Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực từ Ngày thoả thuận ghi trong Hợp đồng bảo hiểm & kết thúc vào ngày hết hạn của hợp đồng hoặc Sửa đổi bổ sung gia hạn hợp đồng.

Quyền lợi bảo hiểm chỉ được thanh toán cho những điều trị y tế liên quan đến những rủi ro phát sinh trong thời hạn hiệu lực của hợp đồng và/hoặc Sửa đổi bổ sung, trừ khi có sự chấp thuận của công ty bảo hiểm về việc đồng ý bảo hiểm cho các tình trạng sức khỏe có từ trước và được ghi rõ trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung.

Thời gian chờ: Tính từ ngày bắt đầu được 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 hoặc Sửa đổi bổ sung:

- 30 ngày trong trường hợp ốm bệnh (bao gồm cả điều trị nội trú và ngoại trú)
- 365 ngày (12 tháng) đối với điều trị bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn & chết, thương tật do bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn
- 60 ngày trong trường hợp sảy thai hoặc nạo thai theo chỉ định của bác sĩ, biến chứng thai sản;

- 210 ngày trong trường hợp sinh đẻ.

* Với những hợp đồng có trên 50 nhân viên, nếu Người được bảo hiểm sinh đẻ hoặc điều trị thai sản trong khoảng thời gian 60 ngày hoặc 210 ngày tính từ ngày Hợp đồng có hiệu lực, PTI sẽ trả tiền bảo hiểm theo tỷ lệ giữa số ngày đã tham gia bảo hiểm với 60 ngày hoặc 210 ngày.

9. Tiền tệ & Tỷ 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).

10. Khiếu nại bồi thường gian lận

Công ty bảo hiểm có quyền chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm tại bất kỳ thời điểm nào mà không phải chi trả bồi thường hoặc hoàn lại phí bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm hoặc Chủ hợp đồng bảo hiểm có hành vi gian lận, khai báo không trung thực hoặc có mưu kế trục lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm. Nếu các quyền lợi bảo hiểm đã được chi trả do các hành vi trục lợi, gian lận nói trên, người được bảo hiểm hoặc người Chủ hợp đồng bảo hiểm phải có nghĩa vụ hoàn trả lại cho PTI.

11. 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 Đơn khác đó hoặc theo tỷ lệ giữa số tiền bảo hiểm của Đơn bảo hiểm này với tổng giới hạn trách nhiệm của tất cả Đơn bảo hiểm.

12. Trường hợp đặc biệt

Trong trường hợp Người được bảo hiểm tham gia các trận thi đấu hoặc các cuộc đua chuyên nghiệp như đua xe, đua ngựa, đá bóng và quyền anh, leo núi, lướt ván, lướt sóng hoặc tham gia vào các hoạt động không quân, khám phá các vùng đất mới và các khám phá khoa học, hoặc các hoạt động khác, v.v... như săn bắn, thám hiểm trên núi, bắc cực, lực lượng thám hiểm, khi xảy ra rủi ro, PTI sẽ không bảo hiểm trừ trường hợp đã có chấp nhận bằng văn bản của PTI và phí bảo hiểm bổ sung đã được thanh toán.

13. Thay đổi quyền lợi

Bất cứ thay đổi nào về Giới hạn trách nhiệm dưới quyền lợi 3 (Chi phí y tế do tai nạn), 4 (Nằm viện phẫu thuật do bệnh & thai sản) và 6 (Điều trị ngoại trú do bệnh) 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.

14. Tranh chấp

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

IV. NHỮNG ĐIỂM LOẠI TRỪ

A. CÁC LOẠI TRỪ CHUNG ÁP DỤNG CHO CÁC ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM

(BAO GỒM CÁ CÁC ĐIỀU KHOẢN MỞ RỘNG)

Các chi phí phát sinh liên quan đến tử vong hoặc thương tật, bệnh tật xảy ra bởi các trường hợp sau đây sẽ không được bảo hiểm:

1. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp;
2. Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật, nội quy và các quy định khác của chính quyền địa phương, của các cơ quan, tổ chức được thành lập theo pháp luật và Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm luật lệ giao thông;
3. Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng của rượu, bia (vượt quá nồng độ qui định của pháp luật hiện hành) và các chất kích thích khác;
4. Người được bảo hiểm đánh nhau, trừ phi chứng minh được hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích tự vệ;
5. 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 sơ 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;
6. 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;
7. Động đất, núi lửa, nhiễm phóng xạ;
8. Chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố;
9. Bệnh giang mai, bệnh lậu, bệnh lao phổi; bệnh sốt rét, phong;
10. Điều trị các bệnh lây lan qua đường tình dục, ốm đau liên quan đến các bệnh thuộc hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV) bao gồm các hội chứng phức tạp liên quan đến AIDS và/hoặc bất cứ biến chứng hoặc biến đổi nào;
11. 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, spa hoặc tại viện điều dưỡng, an dưỡng, hoặc tại những nơi tương tự;
12. 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), rối loạn tâm lý, suy giảm trí nhớ, suy nhược thần kinh, suy nhược cơ thể (không có nguyên nhân bệnh lý cụ thể), mệt mỏi, stress, rối loạn giấc ngủ, điều trị tiền mãn kinh, mãn kinh;
13. 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);
14. Điều trị và/hoặc phẫu thuật liên quan đến sinh sản bao gồm nhưng không giới hạn bởi điều trị chứng bất lực, rối loạn chức năng sinh dục, thay đổi giới tính, triệt sản, tránh thai, hỗ trợ sinh sản (ví dụ thụ tinh trong ống nghiệm)... & bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của điều trị trên;

15. Các điều trị thai sản, chăm sóc thai sản cho NĐBH có thai bằng biện pháp thụ tinh nhân tạo, thụ tinh ống nghiệm;
16. Kiểm tra sức khỏe định kỳ/khám sức khỏe trước khi đi du lịch hoặc đi làm, nằm viện hoặc tư vấn y tế chỉ với mục đích kiểm tra y tế & 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), khám thai định kỳ; kiểm tra thị lực thông thường, kiểm tra thính giác thông thường, chi phí liên quan đến phẫu thuật và điều trị các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác, các tật khúc xạ của mắt (bao gồm cận, viễn, loạn thị), mổ mắt điều tiết;
17. Phẫu thuật phục hồi thị giác (trừ phẫu thuật đục thủy tinh thể do nguyên nhân bệnh lý);
18. 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;
19. Chính hình, phục hồi chức năng không phải là điều trị tiếp theo của tình trạng ốm bệnh của Người được bảo hiểm và các hậu quả có liên quan;
20. Chi phí bảo dưỡng, sửa chữa các bộ phận giả hoặc thiết bị nhân tạo thuộc cơ quan nội tạng, các thiết bị hỗ trợ thính, thị giác và các thiết bị khác;
21. 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;
22. Thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, chữa trị vô sinh;
23. Chi phí mua các bộ phận giả (các bộ phận giả không có chức năng duy trì sự sống cho người bệnh) như chi, mắt hoặc răng giả (không áp dụng đối với Quyền lợi 2 – Chi phí y tế do tai nạn);
24. Điều trị hoặc phẫu thuật thẩm mỹ và các hậu quả có liên quan;
25. Điều trị tại phòng khám tư của bác sĩ (phòng khám làm việc ngoài giờ hành chính & không cấp được hóa đơn tài chính cho dịch vụ của họ);
26. Điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân) và các hậu quả có liên quan;
27. Điều trị và/hoặc phẫu thuật cho các dị tật & bệnh bẩm sinh, bệnh dị dạng do biến đổi gen;
28. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, các hoạt động thể thao nguy hiểm, bất kỳ hoạt động đua nào;
29. Chi phí mua, bảo dưỡng, hay lắp ráp, sửa chữa kính thuốc, nạng, xe đẩy, các thiết bị trợ thính hoặc thị lực và các dụng cụ chỉnh hình khác;
30. Chi phí nhổ răng sữa;
31. Chi phí khám và xét nghiệm không có kết luận
32. Các rủi ro mang tính đại dịch theo công bố của cơ quan có thẩm quyền (bao gồm nhưng không giới hạn SARS, H5N1);

32. Bệnh đặc biệt, hoặc bệnh có sẵn trong năm bảo hiểm đầu tiên. Loại trừ này sẽ áp dụng cho điều kiện 4 (Nằm viện phẫu thuật do bệnh & thai sản) và 6 (điều trị ngoại trú) như sau:

Số người bảo hiểm trong một nhóm	Nhân viên	Người thân trong gia đình
- Nhóm từ 30 người trở lên	6 tháng	1 năm
- Nhóm trên 50 người	Không	6 tháng

V. BẢNG TỈ LỆ THƯƠNG TẬT

Quyền lợi

Tỷ lệ trả tiền

I – CHẾT	100%
II – THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN	
1. Mất hoặc mù hoàn toàn 2 mắt	100%
2. Rối loạn tâm thần hoàn toàn không thể chữa được	100%
3. Hông toàn bộ chức năng nhai và nói	100%
4. Mất hoặc liệt hoàn toàn 2 tay (từ vai hoặc khuỷu xuống) Hoặc 2 chân (từ háng hoặc đầu gối xuống).....	100%
5. Mất cả hai bàn tay hoặc hai bàn chân hoặc mất một cánh tay hoặc một bàn chân hoặc mất một cánh tay và một cẳng chân hoặc một bàn tay và một cẳng chân hoặc một bàn tay và một bàn chân.....	100%
6. 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%
7. Cắt toàn bộ một bên phổi và một phần phổi bên kia	100%
III – THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN	
CHI TRÊN	
8. Mất một cánh tay từ vai xuống (Tháo khớp vai)	60 – 70%
9. Cắt cụt cánh tay từ dưới vai xuống	55 – 65%
10. Cắt cụt một cánh tay từ khuỷu xuống (Tháo khớp khuỷu).....	50 – 60%
11. Mất trọn một bàn tay hoặc toàn bộ cả 5 ngón tay	45 – 55%
12. Mất đồng thời cả bốn ngón tay của một bàn tay.....	40 - 50%
13. Mất đồng thời cả ngón cái và ngón trỏ.....	35 - 45%
14. Mất 3 ngón: 3 - 4 – 5	30-35%
15. Mất ngón cái và 2 ngón khác	35-40%
16. Mất ngón cái và một ngón khác	30-35%
17. Mất ngón trỏ và hai ngón khác	35-40%
18. Mất ngón trỏ và một ngón giữa	30-35%
19. Mất trọn ngón cái và đốt bàn	25-30%
Mất trọn ngón cái	20-25%
Mất cả đốt ngoài.....	10-15%
Mất nửa đốt ngoài	07-10%
20. Mất ngón trỏ và đốt bàn	20-25%
Mất ngón trỏ	18-22%
Mất hai đốt 2 và 3	10-12%
Mất đốt 2	08-10%

21. Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn (bao gồm cả đốt bàn) -----	18-22%
Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn-----	15-18%
Mất hai đốt 2 và 3 -----	08-12%
Mất đốt 2 -----	04-07%
22. Mất cả ngón út và đốt bàn -----	15-20%
Mất cả ngón út -----	10-15%
Mất hai đốt 2 và 3 -----	08-10%
Mất đốt 2 -----	04-07%
23. Cứng khớp bả vai -----	30-40%
24. Cứng khớp khuỷu tay -----	25-35%
25. Cứng khớp cổ tay -----	20-30%
26. Gãy tay can lệch hoặc mất xương làm chi ngắn trên 3cm và chức năng quay sấp ngửa hạn chế hoặc tạo thành khớp giả -----	25-35%

CHI DƯỚI

27. Mất một chân từ hang xuống (Tháo khớp kháng một đùi -----	60-70%
28. Cắt cụt một đùi	
1/3 trên -----	55- 65%
1/3 giữa hoặc dưới -----	50-60%
29. Cắt cụt một chân từ gối xuống (Tháo khớp gối) -----	45-55%
30. Tháo khớp cổ chân hoặc mất một bàn chân -----	40-50%
31. Mất xương sên -----	35-40%
32. Mất xương gót -----	35-45%
33. Mất đoạn xương chày, mác gây khớp giả cẳng chân -----	35-45%
34. Mất đoạn xương mác -----	20-30%
35. Mất mắt cá chân: Mắt cá ngoài -----	10-15%
Mắt cá trong -----	15-20%
36. Mất cả 5 ngón chân -----	45-55%
37. Mất 4 ngón chân bao gồm cả ngón cái -----	38-48%
38. Mất bốn ngón trừ ngón cái -----	35-45%
39. Mất ba ngón 3 – 4 – 5 -----	25-30%
40. Mất ba ngón 1 – 2 – 3 -----	30-35%
41. Mất một ngón cái và ngón 2 -----	20-25%
42. Mất một ngón cái -----	15-20%
43. Mất một ngón ngoài ngón cái -----	10-15%
44. Mất một đốt ngón cái -----	08-12%
45. Cứng khớp háng -----	45-55%

46. Cứng khớp gối -----	30-40%
47. Mất phần lớn xương bánh chè và giới hạn nhiều khả năng duỗi cẳng chân trên đùi ..	45-55%
48. Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi	
- Ít nhất 5 cm -----	40-45%
- Từ 3 đến 5 cm-----	35-40%
49. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài-----	35-45%
50. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong -----	25-35%

CỘT SỐNG

51. Cắt bỏ cung sau của một đốt sống -----	25-30%
của 2 – 3 đốt sống trở lên-----	30-40%

SỌ NÃO

52. Khuyết xương sọ (chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần) gây ra đau đầu kéo dài-----	35-45%
---	--------

LÒNG NGỰC

53. Cắt bỏ 1 -2 xương sườn -----	15-20%
54. Cắt bỏ từ 3 xương sườn trở lên-----	25-35%
55. Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn-----	08-10%
56. Cắt toàn bộ một bên phổi -----	55 – 65%
57. Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên, DTS giảm trên 50%-----	50-60%
58. Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên -----	50-60%
59. Cắt một thùy phổi -----	35-45%

BỤNG

60. Cắt toàn bộ dạ dày -----	60-70%
61. Cắt đoạn dạ dày-----	50-60%
62. Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1 m)-----	60-70%
63. Cắt đoạn ruột non -----	40-50%
64. Cắt toàn bộ đại tràng-----	60-70%
65. Cắt đoạn đại tràng-----	50-60%
66. Cắt bỏ gan phải đơn thuần -----	55-65%
67. Cắt bỏ gan trái đơn thuần -----	45-55%
68. Cắt phần thùy gan, tùy vị trí, số lượng và kết quả phẫu thuật -----	40-60%
69. Cắt bỏ túi mật -----	20-30%
70. Cắt bỏ lá lách -----	20-30%
71. Cắt bỏ đuôi tụy, lách-----	45-55%

CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC

72. Cắt bỏ một thận, thận còn lại bình thường-----	40-45%
73. Cắt bỏ một thận, thận còn lại bị thương hoặc bệnh lý -----	55-65%
74. Cắt một phần thận trái hoặc phải-----	30-40%

75. Cắt một phần bang quang -----	27-35%
76. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người:	
Dưới 55 tuổi chưa có con -----	55-65%
Dưới 55 tuổi đã có con -----	40-50%
Trên 55 tuổi -----	35-40%
77. Cắt bỏ dạ con và buồng trứng ở người:	
Dưới 45 tuổi chưa có con -----	45-55%
Dưới 45 tuổi đã có con -----	30-40%
Trên 45 tuổi -----	25-30%
78. Cắt vú ở nữ:	
Dưới 45 tuổi : một bên -----	20-30%
hai bên -----	45-55%
Trên 45 tuổi: một bên -----	15-30%
hai bên -----	30-40%

MẮT

79. Mất hoặc mù hoàn toàn một mắt	
Không lắp được mắt giả -----	40-50%
Lắp được mắt giả -----	35-45%
80. Mất hoặc mù hoàn toàn một mắt nhưng trước khi xảy ra tai nạn này đã mất hoặc mù một mắt rồi -----	70-75%

TAI – MŨI – HỌNG

81. Điếc 2 tai, hoàn toàn không phục hồi được -----	75-85%
Nặng (Nói to hoặc thét vào tai người nghe) -----	60-70%
Vừa (Nói to 1-2m còn nghe) -----	35-45%
Nhẹ (Nói to 2-4m còn nghe) -----	15-20%
82. Điếc một tai, hoàn toàn không phục hồi được -----	30-40%
Vừa -----	15-20%
Nhẹ -----	08-15%
83. Mất vành tai hai bên -----	20-40%
84. Mất vành tai một bên -----	10-25%
85. Mất mũi, biến dạng mũi -----	18-40%

MẮT

86. Mất toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cạnh cao trở xuống	
Khác bên -----	65-75%
Cùng bên -----	55-65%
87. Mất toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới -----	55-65%
88. Mất một phần xương hàm trên hoặc một phần xương hàm dưới từ 1/3 đến 1/2 bị mất từ cạnh cao trở xuống -----	35-45%

89. Mất hoàn toàn răng: Từ 8 cái trở lên -----	30-40%
Từ 5 – 7 răng-----	15-25%
Từ 1-4 cái -----	5-12%
90. Mất 3/4 lưỡi, còn gốc lưỡi -----	60-70%
91. Mất 2/3 lưỡi từ đầu lưỡi-----	40-50%
92. Mất 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm-----	15-25%
93. Mất một phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm -----	10-15%

NGUYÊN TẮC XÉT TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Việc xét giải quyết trả tiền theo bảng này sẽ căn cứ trên các chứng từ điều trị của khách hàng cung cấp cho PTI và các quy định dưới đây:

- 1) Mất hẳn bộ phận hoặc mất chức năng hoàn toàn bộ phận đó được coi như mất từng bộ phận đó hoặc mất chi.
- 2) Những trường hợp thương tật không liệt kê trong bảng sẽ được bồi thường theo tỉ lệ trên cơ sở so sánh tính nghiêm trọng của nó với những trường hợp khác có trong bảng.
- 3) Vết thương điều trị bình thường, vết thương không bị nhiễm trùng sẽ được trả tiền bảo hiểm tương ứng với mức thấp nhất của thang tỉ lệ trả tiền bảo hiểm quy định cho trường hợp này.
- 4) Vết thương điều trị phức tạp, vết thương bị nhiễm trùng hoặc sau khi điều trị còn để lại di chứng thì tùy theo mức độ nặng, nhẹ được trả cao dần cho tới mức tối đa của thang tỉ lệ trả tiền bảo hiểm quy định cho trường hợp này.
- 5) Trường hợp đa vết thương được trả tiền bảo hiểm cho từng vết thương nhưng tổng số tiền trả cho người được bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm, Sửa đổi bổ sung, gia hạn hợp đồng (nếu có). Trường hợp đa vết thương ở cùng một chi, tổng số tiền trả cho các vết thương không được vượt quá tỉ lệ mất chi đó.
- 6) Những trường hợp phải mổ lại, đập can xương làm lại được trả thêm 50% mức tối thiểu của thang tỉ lệ trả cho trường hợp đó nhưng tổng số tiền chi trả không vượt quá số tiền bảo hiểm.

VI. ĐIỀU KHOẢN MỞ RỘNG

(Những điều khoản mở rộng sau đây chỉ áp dụng cho hợp đồng này nếu được ghi cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm)

1. ĐIỀU KHOẢN VỀ TỰ ĐỘNG THÊM HOẶC BỚT NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Đơn bảo hiểm này tự động mở rộng bảo hiểm cho các nhân viên mới của Chủ Hợp đồng bảo hiểm kể từ ngày bắt đầu làm việc cho Chủ hợp đồng bảo hiểm với số tiền bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm đối với nhân viên cùng tính chất công việc, đồng thời bảo hiểm cũng sẽ tự động hủy bỏ kể từ ngày kết thúc hợp đồng lao động đối với bất kỳ nhân viên nào nghỉ việc, với điều kiện là Chủ hợp đồng có trách nhiệm thông báo cho Công ty môi giới hoặc PTI về sự thay đổi nhân viên hàng tháng vào mỗi cuối tháng trong thời hạn bảo hiểm. Việc thông báo phải được thực hiện bằng văn bản và phải được PTI xác nhận.

Điều khoản này được hiểu rằng áp dụng đối với cả người thân của nhân viên có liên quan (nếu có).

Việc thêm người và bớt người thân tham gia bảo hiểm sẽ chỉ được chấp nhận một lần trong suốt thời gian bảo hiểm, ngoại trừ trường hợp nhân viên đang tham gia bảo hiểm kết hôn hoặc sinh con trong thời gian bảo hiểm, sau đó người thân hợp pháp của họ sẽ được thêm vào từ ngày khai báo.

Khi nhân viên đang tham gia bảo hiểm ly dị hoặc người thân của họ bị Tử vong, quyền lợi bảo hiểm của người thân này sẽ bị hủy bỏ kể từ ngày khai báo.

Phí bảo hiểm cho việc thêm hoặc bớt người được bảo hiểm giữa kỳ được tính theo tỉ lệ của thời hạn được bảo hiểm hoặc ngừng bảo hiểm. Trong trường hợp hủy bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm sẽ chấm dứt vào ngày hủy. Khoản hoàn phí liên quan sẽ được tính theo tỉ lệ cho thời gian chưa sử dụng với điều kiện chưa có bồi thường phát sinh tính đến ngày hủy.

2. ĐIỀU KHOẢN CAM KẾT THANH TOÁN PHÍ

Cho dù có bất kỳ điều gì mâu thuẫn được nêu ra tại đây, các bên tuyên bố và nhất trí rằng điều kiện tiên quyết đối với trách nhiệm bồi thường theo Hợp đồng Bảo Hiểm này, hợp đồng Tái Tục, Sửa Đổi hay Sửa đổi bổ Sung là bất kỳ khoản phí bảo hiểm đến hạn nào đều phải được trả và được nhận đủ bởi Công Ty Bảo Hiểm, Công Ty môi giới hay đại lý có đăng ký kinh doanh nếu Thời Hạn Bảo Hiểm từ 60 ngày trở lên, trong vòng 60 ngày kể từ NGÀY CẤP ĐƠN theo Hợp đồng Bảo Hiểm, Hợp đồng Tái Tục, hay Sửa Đổi Bổ Sung.

Khi bất kỳ khoản phí bảo hiểm nào được đề cập trên không được thanh toán đầy đủ cho Công Ty Bảo Hiểm, Môi Giới hay Đại Lý được đăng ký như đã mô tả ở trên, theo phương thức và thời hạn quy định trên đây (“Thời Hạn Cam Kết Trả Phí Bảo Hiểm”), thì việc bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo Hiểm, Hợp đồng Tái Tục, hay Sửa Đổi Bổ Sung này sẽ bị coi là chấm dứt kể từ ngày hết thời hạn cam kết trả phí và Công Ty Bảo Hiểm sẽ được bãi miễn tất cả các trách nhiệm nhưng không phương hại tới bất kỳ trách nhiệm nào đã phát sinh trước ngày này và Công Ty Bảo Hiểm sẽ được hưởng khoản phí bảo hiểm tương ứng với tỷ lệ thời gian đã bảo hiểm với mức phí tối thiểu là USD100.

3. ĐIỀU KHOẢN VỀ CÁC CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ BỆNH & TAI NẠN BẰNG ĐÔNG Y

Điều khoản này được hiểu và đồng ý rằng hợp đồng bảo hiểm mở rộng bảo hiểm cho những chi phí cần thiết và hợp lý của việc điều trị bằng phương pháp Đông y tại các bệnh viện Y học cổ truyền với điều kiện có hóa đơn hợp lệ, được thực hiện bởi bác sĩ Đông y có bằng cấp, có giấy phép hành nghề & làm việc tại bệnh viện thực hiện. Tổng giới hạn của việc điều trị bằng phương pháp Đông y không vượt quá 20% số tiền được bảo hiểm của Quyền

lợi Điều trị ngoại trú do bệnh. Các trường hợp khác bảo hiểm tối đa tới giới hạn của quyền lợi đó trừ khi được quy định khác trên Hợp đồng bảo hiểm.

4. ĐIỀU KHOẢN NGỘ ĐỘC THỰC PHẨM HOẶC ĐỒ UỐNG

Điều khoản này đồng ý rằng việc Người được bảo hiểm bị ngộ độc thức ăn và/hoặc đồ uống sẽ được coi là “tai nạn” theo định nghĩa trong hợp đồng này & Chiếu theo các điều kiện, điều khoản và loại trừ của hợp đồng này.

5. ĐIỀU KHOẢN ĐÌNH CÔNG, NỔI LOẠN VÀ BẠO ĐỘNG DÂN SỰ

Điều khoản này đồng ý rằng dù có bất kể điều gì trái ngược được viết trong hợp đồng bảo hiểm thì hợp đồng này vẫn mở rộng bảo hiểm cho trường hợp Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế xảy ra do hậu quả của đình công, nổi loạn và bạo động dân sự mà theo điều khoản này thương tật là nguyên nhân trực tiếp của:

- a) Hành động của bất kỳ người nào cùng tham gia với các người khác làm náo động sự yên bình của xã hội (dù có liên quan tới cuộc đình công hoặc nổi loạn dẫn đến đóng cửa nhà máy gây áp lực hay không);
- b) Hành động của người có thẩm quyền pháp lý trong việc đàn áp hoặc cố gắng ngăn chặn bất cứ sự nổi loạn hoặc giảm thiểu hậu quả của sự nổi loạn đó;
- c) Hành động cố ý của người tham gia đình công hoặc công nhân nổi loạn để kích động đình công hoặc chống lại việc đóng cửa nhà máy;
- d) Hành động của người có thẩm quyền trong việc ngăn chặn hoặc cố gắng ngăn chặn hành động hoặc giảm thiểu hậu quả của những hành động đó.

Chiếu theo các điều khoản, điều kiện và các loại trừ của đơn bảo hiểm này.

6. ĐIỀU KHOẢN NGHỆT THỞ DO KHÓI, HƠI ĐỘC, KHÍ GAS VÀ NGẠT NƯỚC

Điều khoản này đồng ý rằng hợp đồng bảo hiểm này sẽ mở rộng bảo hiểm cho trường hợp Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế phát sinh từ tai nạn liên quan đến nghẹt thở do khói, hơi độc, khí gas và ngạt nước, miễn rằng nó không phát sinh từ hành động cố ý của Người được bảo hiểm.

7. ĐIỀU KHOẢN CƯỚP

Điều khoản này đồng ý rằng hợp đồng bảo hiểm sẽ mở rộng bảo hiểm cho trường hợp Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế là nguyên nhân của việc cướp trái pháp luật hoặc hành vi phạm pháp của hành khách đi trên chuyến bay hoặc thuyền hoặc các phương tiện chuyên chở thường xuyên khác mà Người được bảo hiểm là một hành khách có vé trên đó, miễn rằng trường hợp Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế không phải là kết quả của việc Người được bảo hiểm tham gia vào hoặc khiêu khích những hành động nêu trên.

8. ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỆNH NGHỀ NGHIỆP

Điều khoản này đồng ý rằng hợp đồng bảo hiểm này mở rộng bảo hiểm cho trường hợp Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế là kết quả của bệnh nghề nghiệp mà Người được bảo hiểm mắc phải trong thời gian làm việc cho Chủ hợp đồng bảo hiểm.

Bệnh nghề nghiệp là bệnh gây ra bởi ảnh hưởng độc hại của điều kiện làm việc của Người được bảo hiểm. Bệnh nghề nghiệp bao gồm:

- (1) Bệnh nhiễm độc chì và các hợp chất chì
- (2) Bệnh nhiễm độc Bezen và các hợp chất đồng đẳng của Benzen
- (3) Bệnh nhiễm độc thủy ngân và các hợp chất của thủy ngân
- (4) Bệnh bụi phổi – Silic nghề nghiệp

- (5) Bệnh bụi phổi Atbet (Amiăng)
- (6) Bệnh nhiễm độc Mangan và các hợp chất của Mangan
- (7) Bệnh nhiễm tia X và phóng xạ
- (8) Bệnh điếc do tiếng ồn
- (9) Bệnh loét da, loét vách ngăn mũi, viêm da, chàm tiếp xúc
- (10) Bệnh sạm da nghề nghiệp
- (11) Bệnh rung chuyển nghề nghiệp
- (12) Bệnh bụi phổi bông
- (13) Bệnh lao nghề nghiệp
- (14) Bệnh viêm gan virus nghề nghiệp
- (15) Bệnh do xoắn khuẩn Leptospira nghề nghiệp
- (16) Bệnh nhiễm độc TNT (trinitro toluen)
- (17) Bệnh nhiễm độc asen và các chất asen nghề nghiệp
- (18) Nhiễm độc chất Nicotin nghề nghiệp
- (19) Bệnh nhiễm độc hoá chất trừ sâu nghề nghiệp
- (20) Bệnh giảm áp mãn tính nghề nghiệp
- (21) Bệnh viêm phế quản mãn tính nghề nghiệp

& Chiếu theo các điều khoản, điều kiện và các điểm loại trừ của đơn bảo hiểm này.

9. ĐIỀU KHOẢN MỞ RỘNG BẢO HIỂM CHO CHUYỂN ĐI NGOÀI LỊCH TRÌNH

Điều khoản này đồng ý rằng hợp đồng này mở rộng bảo hiểm cho Người được bảo hiểm khi đang di chuyển như một hành khách trên máy bay thông thường và/hoặc máy bay lên thẳng của hãng hàng không hoặc công ty vận chuyển có giấy phép vận chuyển hành khách có bán vé.

10. ĐIỀU KHOẢN MỞ RỘNG BẢO HIỂM SÁT HẠI VÀ TẤN CÔNG VÔ CỐ

Điều khoản này đồng ý rằng hợp đồng bảo hiểm mở rộng bảo hiểm cho trường hợp Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế là hậu quả của âm mưu sát hại hoặc tấn công vô cố, với điều kiện là trường hợp Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế đó không được gây ra bởi hoặc do sự hợp tác hoặc hậu thuẫn của Người được bảo hiểm cho hành động đó.

11. MẤT TÍCH

Công ty bảo hiểm sẽ coi là Người được bảo hiểm bị chết và sẽ bồi thường quyền lợi chết nếu Người được bảo hiểm bị mất tích và có đủ bằng chứng dẫn công ty bảo hiểm đến kết luận rằng người đó đã bị thương tật thân thể và thương tật đó dẫn đến cái chết. Tuy nhiên, người (những người) nhận tiền bồi thường sẽ cam kết rằng nếu sau khi nhận tiền bồi thường, người được bảo hiểm được phát hiện còn sống thì họ sẽ hoàn trả lại số tiền đó cho Công ty bảo hiểm.

12. KHÁM THAI ĐỊNH KỲ

Điều khoản này đồng ý rằng hợp đồng mở rộng bảo hiểm cho trường hợp Người được bảo hiểm khám thai định kỳ (áp dụng cho nhóm từ 50 nhân viên trở lên)

PTI sẽ 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
- Xét nghiệm nước tiểu, công thức máu.

VII. THỦ TỤC YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

CÁC THÔNG TIN CHUNG VỀ YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

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 hoặc bộ phận giải quyết bồi thường của Công ty môi giới bảo hiểm Gras Savoye Willis VN (TPA) 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 trước khi bồi thường xảy ra.

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.

Tất cả các chứng từ bồi thường cần được gửi tới bộ phận giải quyết bồi thường của PTI hoặc Công ty môi giới bảo hiểm theo địa chỉ được ghi trên trang thông tin liên hệ hoặc Sổ tay bảo hiểm.

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 và dấu của chủ hợp đồng bảo hiểm hoặc chứng thực hợp pháp của cơ quan có thẩm quyền.

ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TRONG HỆ THỐNG BẢO LÃNH VIỆN PHÍ CỦA PTI HOẶC CÔNG TY GRAS SAVOYE WILLIS VN

Dịch vụ bảo lãnh thanh toán trực tiếp:

- Cung cấp thẻ bảo hiểm PTI Care cho từng cá nhân Người được bảo hiểm;
- Dịch vụ bảo lãnh thanh toán trực tiếp tại các bệnh viện nằm trong hệ thống thanh toán trực tiếp của Gras Savoye Wilis VN (GSW) hoặc PTI trong địa bàn TP HCM, Hà Nội và các tỉnh thành phố khác trên toàn quốc (xin xem chi tiết trong “Mạng lưới thanh toán trực tiếp” đính kèm);
- Các chi phí y tế điều trị nội trú sẽ được phòng TPA của GSW hoặc PTI chi trả trực tiếp cho các bệnh viện trong hệ thống bảo lãnh (cho những quyền lợi trong phạm vi bảo hiểm của hợp đồng);
- Bất cứ khoản chi phí vượt quá hạn mức bảo hiểm hoặc chi phí điều trị không thuộc phạm vi bảo hiểm của hợp đồng này sẽ do Người được bảo hiểm tự chi trả.

Trách nhiệm của người được bảo hiểm:

Trước khi nhập viện

- Xuất trình thẻ bảo hiểm PTI Care và chứng minh nhân dân hoặc hộ chiếu. Trường hợp trẻ nhỏ dưới 14 tuổi, xuất trình bản sao giấy khai sinh.

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

Trách nhiệm của bộ phận giải quyết bồi thường (TPA):

- 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.

ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ VÀ NGOẠI TRÚ NGOÀI HỆ THỐNG BẢO LÃNH VIỆN PHÍ CỦA CÔNG TY TƯ VẤN BẢO HIỂM GRAS SAVOYE WILLIS VN

Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường

Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp phải nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường cho bộ phận giải quyết bồi thường của PTI hoặc của Gras Savoye Willis VN (phòng TPA) trong vòng 120 ngày kể từ ngày điều trị cuối cùng của mỗi tai nạn hay bệnh tật. Đối với trường hợp nằm viện hay điều trị trong ngày, 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 tính từ ngày gửi đề nghị bổ sung. Thời hạn tối đa cho 1 hồ sơ yêu cầu bồi thường là 1 năm tính từ ngày điều trị cuối cùng.

Quá thời hạn trên, hồ sơ bồi thường sẽ bị từ chối bồi thường, trừ các trường hợp bất khả kháng.

Trường hợp NĐBH bị tai nạn 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 đính kèm quy tắc này) trong vòng 120 ngày kể từ ngày bị tai nạn. 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 phải gửi các chứng từ sau đây trong vòng 12 tháng kể từ ngày tai nạn. Quá thời hạn trên, hồ sơ bồi thường sẽ bị từ chối một phần hoặc toàn bộ số tiền bồi thường, trừ trường hợp bất khả kháng

Thời gian thanh toán bồi thường: trong vòng 10-15 ngày làm việc đối với một hồ sơ đầy đủ chứng từ.

Hồ sơ bồi thường

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

I. ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

1. Giấy yêu cầu bồi thường được điền bởi Người được bảo hiểm, có dấu của Chủ hợp đồng và chữ ký của người được ủy quyền
2. Giấy tờ liên quan đến xét nghiệm 30 ngày 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
3. Giấy tờ phát sinh trong thời gian điều trị nội trú & điều trị trong ngày
 - 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 hoá đơn ghi gộp lại các loại chi phí (ví dụ: tiền giường, tiền thuốc, tiền chụp chiếu...).

4. Giấy tờ liên quan đến tái khám sau khi xuất viện 45 ngày 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...

II. ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ:

1. Giấy yêu cầu bồi thường được điền bởi Người được bảo hiểm, có dấu của chủ hợp đồng và chữ ký của người được ủy quyền

2. Sổ khám bệnh/Phiếu khám bệnh (có ghi rõ tên cơ sở y tế, ngày điều trị, chẩn đoán của bác sĩ, chữ ký bác sĩ, dấu của cơ sở y tế)

3. Đơn thuốc (ghi rõ tên, số lượng thuốc, liều dùng, chữ ký bác sĩ điều trị, dấu của cơ sở y tế)

4. Chỉ định & kết quả xét nghiệm, siêu âm, chụp X-quang...(nếu bác sĩ chỉ định)

5. Hóa đơn tiền khám, 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, bệnh nhân cần yêu cầu cung cấp bảng kê chi tiết.

6. Hóa đơn tiền thuốc (liệt kê tên thuốc, số lượng theo đúng đơn thuốc, đơn giá, thành tiền của từng loại thuốc, tổng số tiền, dấu của cơ sở bán thuốc)

III. ĐIỀU TRỊ TAI NẠN

Ngoài các giấy tờ được yêu cầu như trong phần Điều trị nội trú hoặc Ngoại trú, Người được bảo hiểm cần bổ sung các giấy tờ sau:

1. Tai nạn lao động: Bản tường trình tai nạn có xác nhận & dấu của Chủ hợp đồng.

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) bằng lái, giấy đăng ký xe.
- Trường hợp yêu cầu bồi thường trợ cấp ngày: Chỉ định nghỉ của bác sĩ điều trị, Giấy xác nhận số ngày nghỉ của phòng nhân sự.
- Trong trường hợp tử vong: Giấy chứng tử & Giấy tờ chứng minh quyền thừa kế hợp pháp theo yêu cầu của Pháp luật về quyền thừa kế.

Chú ý: Cần có hóa đơn VAT (hóa đơn tài chính) cho chi phí y tế từ 200.000 VNĐ trở lên.

TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM BƯU ĐIỆN

PHÓ TỔNG GIÁM ĐỐC

Nguyễn Đức Bình

GIẤY YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

Tên chủ hợp đồng bảo hiểm _____

Người được bảo hiểm: _____ Nữ hoặc Nam _____

Ngày sinh: ____/____/____ Số thẻ PTI Care _____

Số CMT hoặc hộ chiếu.: _____

Mã nhân viên (nếu có): _____

Người thân của: _____

Làm việc tại: _____

Nghề nghiệp: _____

Người được bảo hiểm – Ngày bắt đầu được bảo hiểm: _____

Ngày tuyển dụng: _____

Email : _____ Điện thoại _____

1. Mô tả tai nạn/Ốm đau

Nguyên nhân do tai nạn? <input type="checkbox"/>	Nguyên nhân do ốm đau? <input type="checkbox"/>
Tai nạn liên quan đến tính chất công việc? <input type="checkbox"/>	Tình trạng bệnh/triệu chứng:
Ngày, thời gian và địa điểm xảy ra tai nạn:	_____
_____	_____
_____	_____
Tai nạn xảy ra như thế nào/ Mô tả tình trạng khi xảy ra tai nạn	_____
_____	_____
_____	_____
Mức độ:	Ngày và thời gian phẫu thuật (nếu có):
_____	_____
Thời gian điều trị:	_____

2. Trước đây bạn đã từng bị thương/ốm đau tương tự chưa? Có hoặc Không

Nếu có, hãy cung cấp thông tin chi tiết (Thời gian, nguyên nhân, mức độ nghiêm trọng, v.v...)

3. Vui lòng liệt kê các chứng từ và hóa đơn gốc kèm theo mẫu này:

a) _____ VND

b) _____ VND

c) _____ VND

d) _____ VND

e) _____ VND

Tổng _____ **VND**

4. Vui lòng điền vào hình thức thanh toán bạn muốn : (Tiền mặt / Chuyển khoản)

■ **Nếu khách hàng muốn thanh toán bằng chuyển khoản ngân hàng**

Tên người thụ hưởng :

Địa chỉ: _____ ĐT _____

Số tài khoản ngân hàng: _____ Ngân hàng: _____

Địa chỉ ngân hàng: _____

■ **Nếu khách hàng muốn thanh toán bằng tiền mặt tại trụ sở của Gras Savoye Willis VN**

Tên người thụ hưởng: _____

Địa chỉ _____ ĐT : _____

Số CMT/hộ chiếu _____

Cấp tại _____ Ngày hết hạn (nếu có) _____

Tôi, _____ đồng ý rằng tôi cho phép bác sĩ của bệnh viện hoặc phòng khám tại nơi tôi điều trị hoặc theo dõi bệnh cung cấp đầy đủ thông tin về tình hình sức khỏe của tôi cho đơn vị giải quyết bồi thường.

Tôi xin cam đoan rằng những thông tin trên là chính xác và đầy đủ.

Ngày:

Chữ ký của người được bảo hiểm

Chữ ký ủy quyền & dấu của Chủ hợp đồng

Phụ lục này sẽ cung cấp và thanh toán cho người được bảo hiểm các chi phí dịch vụ cứu trợ khẩn cấp trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam phát sinh do người được bảo hiểm bị tai nạn hay bệnh khi đi ra khỏi nơi cư trú đã khai báo không quá chín mươi (90) ngày liên tục. Giới hạn chi phí vận chuyển tối đa không vượt quá US\$50.000 cho một thời hạn bảo hiểm và luôn tuân thủ theo những điều kiện trong đơn và những qui định trong sửa đổi bổ sung này.

I. ĐỊNH NGHĨA

Nơi cư trú là bất kỳ thành phố hay tỉnh nào ở Việt Nam nơi mà Người được bảo hiểm khai trong đơn yêu cầu bảo hiểm hoặc được chấp thuận và ghi trong Giấy chứng nhận Bảo hiểm hay Phụ lục bảo hiểm.

II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

1. Hỗ trợ khẩn cấp tin khẩn cấp

Trong trường hợp khẩn cấp hay nhập viện, khi có yêu cầu của Người được bảo hiểm, công ty cứu trợ sẽ nhắn tin cho người nhà của Người được bảo hiểm biết.

2. Cung cấp các thông tin về dịch vụ y tế

Công ty cứu trợ sẽ, khi có yêu cầu, cung cấp tên, địa chỉ, số điện thoại và, nếu có thể, giờ làm việc của bác sĩ, bệnh viện, phòng khám, nha sĩ, phòng khám răng trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam. Công ty cứu trợ sẽ không trực tiếp điều trị hay chuẩn đoán và mặc dù công ty cứu trợ cung cấp những thông tin về “Người cung cấp dịch vụ y tế” nhưng quyền quyết định lựa chọn bác sĩ và cơ sở khám nào thuộc về người được bảo hiểm. Tuy nhiên công ty cứu trợ sẽ cố gắng hết sức và cân trọng khi tư vấn “Người cung cấp dịch vụ y tế” cho người được bảo hiểm.

3. Bảo lãnh thanh toán các chi phí y tế phát sinh trong thời gian nằm viện, theo dõi sức khỏe trong và sau khi nằm viện

Công ty cứu trợ sẽ thu xếp nhập viện cho người được bảo hiểm khi họ yêu cầu với điều kiện là người được bảo hiểm phải tham gia đơn chính bảo hiểm chi phí y tế và sức khỏe con người. Công ty cứu trợ khi có ủy quyền của PTI, sẽ thay mặt PTI bảo lãnh thanh toán viện phí cho người được bảo hiểm trong phạm vi quyền lợi y tế mà người được bảo hiểm được hưởng. Ngoài ra, công ty cứu trợ sẽ giám sát tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm cùng với bác sĩ điều trị, và sẽ đảm bảo tuân thủ nghĩa vụ bảo mật thông tin và thực thi trách nhiệm trong phạm vi quyền hạn cho phép.

4. Thu xếp và thanh toán các chi phí vận chuyển y tế cấp cứu

Công ty cứu trợ sẽ thu xếp vận chuyển cứu trợ bằng máy bay/đường bộ, chăm sóc người bệnh trong khi di chuyển, trao đổi thông tin về người bệnh, thiết bị phụ trợ cần thiết cho việc di chuyển cấp cứu người được bảo hiểm đang trong tình trạng nguy kịch tới một bệnh viện gần nhất, trong phạm vi lãnh thổ qui định trong giấy chứng nhận bảo hiểm, có phương tiện điều trị hợp lý. PTI sẽ thanh toán các chi phí cần thiết liên quan tới việc di chuyển cấp cứu trên.

Công ty cứu trợ có quyền quyết định liệu tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm đã nguy cấp đến mức phải vận chuyển cấp cứu hay không. Ngoài ra, công ty cứu trợ cũng có quyền quyết định địa điểm vận chuyển người được bảo hiểm đến, các phương tiện cũng như

phương thức vận chuyển dựa trên hoàn cảnh thực tế phát sinh mà công ty cứu trợ nhận biết được tại thời điểm đó.

Việc vận chuyển cấp cứu chỉ được thực hiện khi những điều trị cần thiết không thể có được ở nơi xảy ra tai nạn và với điều kiện là phải có sự phê chuẩn của PTI trước khi vận chuyển và chứng nhận của bác sĩ hoặc chuyên gia điều trị khẳng định rằng những điều trị cần thiết không thể có được tại nơi xảy ra tai nạn.

5. Thu xếp và thanh toán chi phí vận chuyển y tế trở về nơi cư trú

Công ty cứu trợ sẽ thu xếp vận chuyển người được bảo hiểm trở về nơi cư trú của họ sau chuyển di chuyển y tế cấp cứu đưa người được bảo hiểm đi điều trị nội trú tại một nơi không phải là nơi cư trú của người được bảo hiểm trong lãnh thổ Việt Nam. PTI sẽ thanh toán các chi phí cần thiết, hợp lý phát sinh trong quá trình thu xếp vận chuyển. Công ty cứu trợ có quyền quyết định phương tiện hay phương thức vận chuyển hồi hương dựa trên hoàn cảnh thực tế phát sinh mà công ty cứu trợ nhận biết được tại thời điểm đó.

6. Thu xếp và thanh toán vận chuyển thi hài trở về nơi cư trú

Công ty cứu trợ sẽ thu xếp vận chuyển thi hài người được bảo hiểm từ nơi chết về nơi cư trú của họ hoặc thu xếp mai táng tại nơi chết theo đề nghị của thân quyến trong lãnh thổ Việt Nam và phải có sự chấp thuận trước của PTI. PTI sẽ thanh toán toàn bộ chi phí cần thiết và hợp lý phát sinh cho việc hồi hương hay mai táng đó.

III. NGHĨA VỤ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM TRƯỜNG HỢP CẤP CỨU

1. Yêu cầu cứu trợ

Trong trường hợp khẩn cấp, người được bảo hiểm hoặc người đại diện phải gọi điện ngay lập tức đến trung tâm cứu trợ của công ty cứu trợ dưới đây:

Trung Tâm cấp cứu	ĐỊA CHỈ ĐIỂM THƯỜNG TRỰC	SỐ ĐIỆN THOẠI	SỐ FAX
Hà Nội	31 Hai Bà Trưng, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội	(84) 4 934 0555	(84) 4 934 0556
Thành Phố Hồ Chí Minh	65, Nguyễn Du, Quận 1, TP Hồ Chí Minh	(84) 8 232 429	(84) 8 8298 551

Để công ty cứu trợ có thể quyết định biện pháp trợ giúp, người được bảo hiểm phải cung cấp những thông tin sau đây khi liên hệ:

Tên người được bảo hiểm, số hợp đồng bảo hiểm và ngày hết hạn.

Số điện thoại và địa điểm có thể liên hệ.

Mô tả vắn tắt tình trạng và bản chất của tình trạng cần được cứu trợ.

2. Trường hợp tính mạng bị đe dọa

Trường hợp tính mạng của người được bảo hiểm ở trong tình trạng nguy kịch, người được bảo hiểm hoặc người đại diện của họ phải cố gắng thu xếp vận chuyển cấp cứu tới một bệnh viện gần nơi xảy ra tai nạn bằng phương tiện thích hợp nhất, và phải thông báo cho công ty cứu trợ càng sớm càng tốt.

3. Nhập viện trước khi thông báo cho công ty cứu trợ

Trường hợp người được bảo hiểm bị thương tật thân thể cần thiết phải nhập viện, người được bảo hiểm hoặc người đại diện của họ phải thông báo cho công ty cứu trợ biết trong

vòng 24 giờ kể từ khi nhập viện. Trường hợp không thực hiện thông báo trong thời hạn trên, công ty cứu trợ có quyền yêu cầu người được bảo hiểm phải chịu một phần chi phí vượt trội không hợp lý phát sinh do việc thông báo chậm trễ đó.

4. Trường hợp yêu cầu vận chuyển y tế cấp cứu

Nếu người được bảo hiểm yêu cầu vận chuyển y tế cấp cứu hoặc hồi hương, các điều kiện sau đây phải được tuân thủ:

a. Để giúp trung tâm cứu trợ có biện pháp kịp thời, người được bảo hiểm hoặc người đại diện của họ phải thông báo :

- Tên, địa chỉ, số điện thoại của bệnh viện mà người được bảo hiểm đã được chuyển đến.
- Tên, địa chỉ, số điện thoại của bác sĩ điều trị, và nếu cần bác sĩ gia đình, nếu có.

b. Nhóm chuyên gia y tế của công ty cứu trợ được phép tiếp xúc với người được bảo hiểm để nắm được tình trạng sức khỏe của họ. Nếu người được bảo hiểm không tuân thủ trách nhiệm trên, người được bảo hiểm sẽ không được nhận bất kỳ một hình thức cứu trợ y tế nào, trừ phi có lí do hợp lí để chứng minh rằng họ không thể thực hiện được nghĩa vụ trên.

VI. PHÍ BẢO HIỂM VÀ GIỚI HẠN SỐ TIỀN BẢO HIỂM

Mức	Giới hạn tối đa cho một năm	Giới hạn tối đa cho một vụ	Phí bảo hiểm 1 năm
Mức A	USD 50 000	USD 50 000	USD 50
Mức B	USD 20 000	USD 20 000	USD 20