

Số: *1312*./QĐ-PVIBH

Hà Nội, ngày *27* tháng 10 năm 2014

QUYẾT ĐỊNH

Ban hành Quy tắc, Biểu phí và Số tiền bảo hiểm, Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật, Bảng tỷ lệ trả tiền phẫu thuật Bảo hiểm Con người kết hợp

TỔNG GIÁM ĐỐC
TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM PVI

Căn cứ Luật Doanh nghiệp số 60/2005/QH11 ngày 29/11/2005;

Căn cứ Luật Kinh doanh Bảo hiểm số 24/2000/QH10 ngày 9/12/2000 và Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 61/2010/QH12 ngày 24/11/2010;

Căn cứ Giấy phép thành lập và hoạt động của Tổng công ty Bảo hiểm PVI số 63 GP/KDBH ngày 28/6/2011 do Bộ Tài chính cấp;

Căn cứ Điều lệ Tổng công ty Bảo hiểm PVI ban hành kèm theo Quyết định số 06/QĐ-PVI ngày 29/7/2011 của Hội đồng Quản trị Công ty cổ phần PVI;

Xét đề nghị của Giám đốc Ban bảo hiểm Xe cơ giới và Con người,

QUYẾT ĐỊNH:

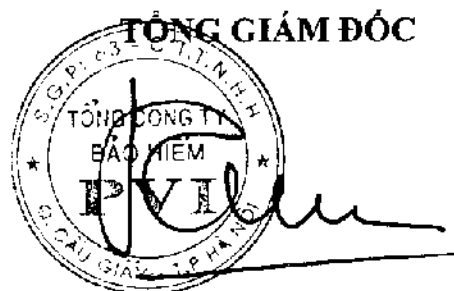
Điều 1: Ban hành kèm theo Quyết định này Quy tắc Bảo hiểm Con người kết hợp, Biểu phí và Số tiền bảo hiểm, Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật, Bảng tỷ lệ trả tiền phẫu thuật Bảo hiểm Con người kết hợp.

Điều 2: Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày 01/12/2014. Các quy định trước đây trái với Quyết định này đều bị bãi bỏ.

Điều 3: Các Phó Tổng giám đốc, Kế toán trưởng, Chánh văn phòng, Giám đốc các Ban, Tổng giám đốc / Giám đốc các công ty bảo hiểm thành viên chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- CT HĐTV (để h/cáo);
- KSV (để biết)
- Lưu VT, XCGCN, 2.



Trương Quốc Lâm

QUY TẮC BẢO HIỂM CON NGƯỜI KẾT HỢP

(Ban hành kèm theo Quyết định số .../QĐ- PVIBH ngày ... tháng 10 năm 2014
Tổng giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm PVI)



I. NGUYÊN TẮC CHUNG

Điều 1: Các khái niệm

- Quy tắc Bảo hiểm Con người Kết hợp:** được xây dựng trên cơ sở các điều kiện, điều khoản của các quy tắc Bảo hiểm Tai nạn cá nhân, Bảo hiểm Sinh mạng cá nhân, Bảo hiểm Trợ cấp nằm viện và Phẫu thuật của Tổng công ty Bảo hiểm PVI (sau đây gọi là Bảo hiểm PVI). Các khái niệm được sử dụng trong Quy tắc này được hiểu theo đúng nghĩa đã được giải thích trong các Quy tắc có liên quan.
- Bệnh có sẵn:** Là những bệnh có từ trước ngày bắt đầu tham gia bảo hiểm và là bệnh mà Người được bảo hiểm:
 - đã phải điều trị trong vòng 3 năm trước ngày bắt đầu bảo hiểm, hoặc
 - có triệu chứng về mặt y khoa, đã tồn tại và có nguồn gốc từ trước khi Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, bất kể là Người được bảo hiểm đã được điều trị hay được tư vấn khám trước đó hay chưa.
- Bệnh đặc biệt:** Là các bệnh ung thư và u bướu các loại, huyết áp, tim mạch, loét dạ dày, viêm đa khớp mãn tính, loét ruột, viêm gan các loại, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi các loại trong hệ thống tiết niệu và đường mật, đục nhân mắt, viêm xoang, tiểu đường, hen phế quản, Parkinson, viêm thận, bệnh liên quan đến hệ thống tái, tạo máu như lọc máu, thay máu.
- Bệnh, Di tật bẩm sinh:** Là sự phát triển không bình thường của một bộ phận hoặc cấu trúc về mặt hình dạng, cấu tạo hoặc vị trí ngay từ khi hình thành trong tử cung.
- Tái tục liên tục:** Là ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm mới vào ngay sau ngày hết hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm và có mức trách nhiệm bảo hiểm bằng hoặc thấp hơn mức trách nhiệm bảo hiểm mà Đơn vị tham gia/ Chủ hợp đồng/ Người được bảo hiểm đã tham gia trước đó tại Bảo hiểm PVI.
- Sự kiện bảo hiểm:** Là sự kiện khách quan được quy định trong mục Phạm vi bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này mà khi sự kiện đó xảy ra thì Bảo hiểm PVI phải trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng (người thừa kế hợp pháp hoặc người được ủy quyền hợp pháp).

Điều 2: Đối tượng bảo hiểm

- Đối tượng bảo hiểm:** Mọi công dân Việt Nam và người nước ngoài sinh sống hợp pháp tại Việt Nam từ 1 tuổi (12 tháng tuổi) đến 65 tuổi. Những người đã tham gia bảo hiểm liên tục tại Bảo hiểm PVI từ năm 60 tuổi sẽ được kéo dài đến năm 70 tuổi.

2.2. Đối tượng không được bảo hiểm:

- Những người bị bệnh tâm thần, phong, ung thư.
- Những người bị tàn phế hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên.
- Những người đang trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật.

Điều 3: Phạm vi địa lý được bảo hiểm

Bảo hiểm theo Quy tắc này chỉ có hiệu lực trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam.

Điều 4: Bảo hiểm khác

Người được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này vẫn được tham gia và hưởng quyền lợi của các loại hình bảo hiểm khác nếu ký các Hợp đồng bảo hiểm độc lập với nhau.

Điều 5: Lựa chọn điều kiện bảo hiểm

- 5.1. Người tham gia bảo hiểm có thể tham gia hai hoặc ba Điều kiện bảo hiểm quy định tại Phần II dưới đây (ít nhất phải tham gia đồng thời hai điều kiện bảo hiểm).
- 5.2. Nếu một người được bảo hiểm trên cơ sở Quy tắc bảo hiểm này đồng thời theo nhiều Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm khác nhau mà tổng các Số tiền bảo hiểm của từng Điều kiện bảo hiểm vượt quá Số tiền bảo hiểm quy định cho Điều kiện bảo hiểm đó tại "Biểu phí và Số tiền bảo hiểm" áp dụng cho Quy tắc bảo hiểm này, thì Bảo hiểm PVI chỉ chịu trách nhiệm thanh toán theo Số tiền bảo hiểm tối đa quy định cho từng Điều kiện bảo hiểm.

II. CÁC ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM

Điều 6: Điều kiện bảo hiểm A

- 6.1. **Phạm vi bảo hiểm:** Người được bảo hiểm bị chết do ốm đau, bệnh tật trừ những trường hợp bị loại trừ ở Phần III dưới đây.
- 6.2. **Hiệu lực bảo hiểm:** Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm:
 - 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh thông thường.
 - 12 tháng đối với bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn.
 - Các hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí bảo hiểm cho kỳ tiếp theo trừ khi có thỏa thuận khác và được Bảo hiểm PVI đồng ý bằng văn bản.
- 6.3. **Quyền lợi của người được bảo hiểm:**

Trường hợp Người được bảo hiểm bị chết thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI trả toàn bộ Số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 7: Điều kiện bảo hiểm B

- 7.1. **Phạm vi bảo hiểm:** Trường hợp Người được bảo hiểm bị chết hoặc thương tật thân thể do tai nạn, trừ những trường hợp loại trừ quy định ở Phần III dưới đây.
- 7.2. **Hiệu lực bảo hiểm:** Bảo hiểm có hiệu lực kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 7.3. **Quyền lợi của Người được bảo hiểm:**

- Trường hợp Người được bảo hiểm bị chết thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI chi trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI chi trả tiền bảo hiểm theo "Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật" của Bảo hiểm PVI được ban hành kèm theo Quy tắc này, trên cơ sở Quyết định số 05/TC-BH ngày 02/01/1993 của Bộ Tài chính về việc ban hành Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật.
- Trường hợp người được bảo hiểm bị tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, trong vòng 01 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn Người được bảo hiểm bị chết do hậu quả của tai nạn đó, Bảo hiểm PVI sẽ chi trả phần chênh lệch giữa Số tiền bảo hiểm ghi trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm với số tiền đã chi trả trước đó.

Điều 8: Điều kiện bảo hiểm C

- 8.1. **Phạm vi bảo hiểm:** Trường hợp ốm đau, bệnh tật, thai sản phải nằm viện hoặc phẫu thuật, trừ những trường hợp loại trừ quy định ở Phần III dưới đây.
- 8.2. **Hiệu lực bảo hiểm:** Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm:
- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường (không áp dụng đối với hợp đồng có từ 50 thành viên trở lên).
 - 90 ngày đối với trường hợp: điều trị biến chứng thai sản, sảy thai, nạo thai theo chỉ định của bác sĩ, và 270 ngày đối với trường hợp sinh đẻ (không áp dụng đối với hợp đồng bảo hiểm có từ 100 thành viên trở lên. Với các hợp đồng bảo hiểm này, nếu Người được bảo hiểm phải điều trị thai sản trước 90 ngày hoặc sinh đẻ trước 270 ngày, số tiền được chi trả sẽ tính theo tỷ lệ giữa số ngày kể từ ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm đến ngày rủi ro được bảo hiểm xảy ra với 90 ngày hoặc 270 ngày).
 - 12 tháng đối với bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn (không áp dụng với hợp đồng bảo hiểm có từ 100 thành viên trở lên).
 - Các hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay tại ngày bắt đầu của hiệu lực bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm đầy đủ, trừ khi có thỏa thuận khác với Bảo hiểm PVI bằng văn bản.
- 8.3. **Quyền lợi của người tham gia bảo hiểm:**
- Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI chi trả trợ cấp cho Người được bảo hiểm trong thời gian nằm điều trị như sau:
 - 10 ngày đầu : Chi trả 0,5% Số tiền bảo hiểm/ngày
 - 20 ngày tiếp theo : Chi trả 0,3% Số tiền bảo hiểm/ngày .
 - 30 ngày tiếp theo : Chi trả 0,2% Số tiền bảo hiểm/ngày
 Số ngày trả trợ cấp nằm viện trong năm được tính liên tục không phụ thuộc vào số lần nằm viện và tối đa không quá 60 ngày/năm bảo hiểm.
 - Trường hợp nằm điều trị tại Bệnh viện đông y hoặc Khoa điều trị đông y, Bảo hiểm PVI chi trả trợ cấp mỗi ngày nằm điều trị 0,2% số tiền bảo hiểm và không vượt quá 150 ngày/năm bảo hiểm.

- Trường hợp tham gia bảo hiểm ngắn hạn (dưới 01 năm), số ngày chi trả bảo hiểm tương ứng với các mức chi trả bảo hiểm trên sẽ được tính theo tỷ lệ giữa số tháng tham gia bảo hiểm và 12 tháng.
- Trường hợp Người được bảo hiểm phải phẫu thuật thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI trả tiền trợ cấp theo "Bảng tỷ lệ trả tiền phẫu thuật" của Bảo hiểm PVI được ban hành kèm theo Quy tắc này.

III. KHÔNG THUỘC PHẠM VI BẢO HIỂM

Điều 9: Những điểm loại trừ áp dụng cho cả ba Điều kiện bảo hiểm

- 9.1. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp.
- 9.2. Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm pháp luật hình sự, nội quy, quy định của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội, vi phạm luật lệ an toàn giao thông khi tham gia điều khiển phương tiện giao thông.
- 9.3. Người được bảo hiểm sử dụng rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích tương tự khác.
- 9.4. Động đất, núi lửa, nhiễm phóng xạ.
- 9.5. Chiến tranh, nội chiến, đình công.

Điều 10: Những điểm loại trừ chỉ áp dụng cho Điều kiện bảo hiểm C

- 10.1. Người được bảo hiểm nằm viện điều trị các bệnh suy nhược thần kinh, suy nhược cơ thể, thoái hóa cột sống, gai đôi cột sống, hoặc điều trị tại các viện điều dưỡng, an dưỡng.
- 10.2. Nằm viện để kiểm tra sức khỏe hoặc khám giám định y khoa mà không liên quan đến việc điều trị bệnh tật.
- 10.3. Điều trị hoặc phẫu thuật các bệnh bẩm sinh, những thương tật và chi định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm.
- 10.4. Điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của người được bảo hiểm và không liên quan đến việc điều trị và phẫu thuật thông thường do ngành y tế quy định.
- 10.5. Tạo hình thẩm mỹ, chỉnh hình, phục hồi chức năng, làm chân, tay giả, mắt giả, răng giả.
- 10.6. Kế hoạch hoá gia đình (sử dụng các biện pháp y khoa nhằm kiểm soát sinh sản), điều trị vô sinh, điều trị bất lực, rối loạn/suy giảm chức năng sinh dục, thụ tinh nhân tạo, liệu pháp thay đổi hoóc môn, thay đổi giới tính hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của các điều trị trên.
- 10.7. Người được bảo hiểm mắc các bệnh giang mai, lậu, nhiễm vi rút HIV, sốt rét, lao và bệnh nghề nghiệp.

IV. HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM, PHÍ BẢO HIỂM VÀ SỐ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 11: Hợp đồng bảo hiểm

Tập thể, cá nhân có yêu cầu tham gia bảo hiểm cần gửi cho Bảo hiểm PVI Giấy yêu cầu bảo hiểm (theo mẫu của Bảo hiểm PVI) được kê khai đầy đủ. Bảo hiểm PVI sẽ ký Hợp đồng bảo hiểm với đại diện hợp pháp của tập thể đó kèm theo danh sách các thành viên được bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm cho từng thành viên. Giấy yêu cầu bảo hiểm là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 12: Phí bảo hiểm và Số tiền bảo hiểm

- Số tiền bảo hiểm được thỏa thuận và xác định trên cơ sở Giấy yêu cầu bảo hiểm cho Người được bảo hiểm và chấp thuận của Bảo hiểm PVI.
- Số tiền bảo hiểm của Điều kiện bảo hiểm A và B là số tiền tối đa Bảo hiểm PVI có thể trả cho Người được bảo hiểm trong một sự kiện bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm của Điều kiện bảo hiểm C là số tiền tối đa Bảo hiểm PVI có thể trả cho Người được bảo hiểm trong một năm bảo hiểm đối với từng trường hợp nằm viện hoặc phẫu thuật.
- Phí bảo hiểm là số tiền mà Người được bảo hiểm phải trả cho các quyền lợi bảo hiểm được cung cấp theo Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Số tiền bảo hiểm và Phí bảo hiểm được ghi trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 13: Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm

Trường hợp một trong hai bên đề nghị hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm, bên yêu cầu hủy bỏ phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước ít nhất 30 ngày kể từ ngày định hủy bỏ. Nếu hợp đồng bảo hiểm được hai bên thỏa thuận hủy bỏ, Bảo hiểm PVI sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại, với điều kiện đến thời điểm đó hợp đồng bảo hiểm này chưa có sự kiện bảo hiểm xảy ra. Trường hợp Bảo hiểm PVI đề nghị hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại.

V. TRÁCH NHIỆM CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Điều 14: Trách nhiệm của Người được bảo hiểm

- kê khai trung thực, đầy đủ các khoản mục quy định trên Giấy yêu cầu bảo hiểm của Bảo hiểm PVI và nộp phí bảo hiểm theo đúng quy định tại Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Khi xảy ra rủi ro được bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc thân nhân của họ phải áp dụng các biện pháp cần thiết và có thể thực hiện được để cứu chữa nạn nhân.
- Trung thực trong việc khai báo và cung cấp các chứng từ chính xác về rủi ro được bảo hiểm.

VI. THỦ TỤC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 15: Hồ sơ yêu cầu bồi thường

Khi yêu cầu trả tiền bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người đại diện của Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp cần nộp cho Bảo hiểm PVI các chứng từ sau đây trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm điều trị khỏi, ra viện hoặc chết (nhưng không quá 01 năm kể từ ngày xảy ra rủi ro được bảo hiểm):

1. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (theo mẫu của Bảo hiểm PVI).
2. Biên bản tai nạn có xác nhận của cơ quan/chính quyền địa phương hoặc Công an nơi Người được bảo hiểm bị tai nạn và bản sao giấy tờ xe gồm: giấy phép lái xe, giấy đăng ký xe, giấy đăng kiểm xe ô tô (trường hợp bị tai nạn xe máy hoặc ô tô).
3. Bản gốc hoặc bản sao có xác nhận của cán bộ Bảo hiểm PVI các chứng từ y tế điều trị: Giấy ra viện, phiếu điều trị (trường hợp điều trị nội trú), phiếu mổ (trường hợp phẫu thuật) và các hoá đơn, các chứng từ liên quan đến việc điều trị (nếu có).

4. Giấy chứng tử và giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp Người được bảo hiểm chết).

Điều 16: Chi trả tiền bảo hiểm

Số tiền chi trả bảo hiểm sẽ được Bảo hiểm PVI chi trả cho Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp hoặc người được uỷ quyền hợp pháp.

Điều 17: Chế tài bồi thường

Trường hợp Người được bảo hiểm hoặc người được uỷ quyền hoặc người thừa kế hợp pháp không trung thực trong việc thực hiện các quy định trong quy tắc bảo hiểm này, Bảo hiểm PVI có quyền từ chối một phần hoặc toàn bộ số tiền chi trả bảo hiểm tùy theo mức độ vi phạm.

Điều 18: Thời hạn giải quyết chi trả tiền bảo hiểm

Bảo hiểm PVI có trách nhiệm xem xét, giải quyết và thanh toán tiền chi trả bảo hiểm trong vòng 15 ngày kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ. Trường hợp hồ sơ phải xác minh bổ sung hồ sơ, thanh toán tiền chi trả bảo hiểm không quá 30 ngày kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ.

Điều 19: Thời hạn khiếu nại


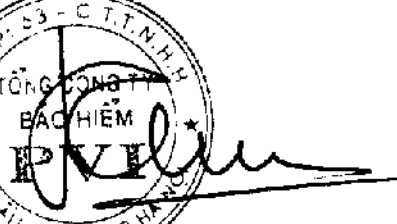
Thời hạn khiếu nại Bảo hiểm PVI về việc giải quyết trả tiền bảo hiểm là 06 tháng kể từ ngày nhận được thông báo kết quả giải quyết của Bảo hiểm PVI. Quá thời hạn trên mọi khiếu nại đều không có giá trị.

VII. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 20: Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp có liên quan đến hợp đồng bảo hiểm, sẽ được giải quyết trên cơ sở thương lượng. Nếu các Bên không giải quyết được bằng thương lượng, thì một trong hai bên có quyền đưa tranh chấp ra giải quyết tại Toà án có thẩm quyền tại Việt Nam.

TỔNG GIÁM ĐỐC



Trương Quốc Lâm