

Số: 394./QĐ-PVIBH

Hà Nội, ngày 30 tháng 5. năm 2025

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe Bổ sung

TỔNG GIÁM ĐỐC
TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM PVI

Căn cứ Luật Doanh nghiệp số 59/2020/QH14 ngày 17/6/2020;
Căn cứ Luật Kinh doanh Bảo hiểm số 08/2022/QH15 ngày 16/6/2022;
Căn cứ Giấy phép thành lập và hoạt động của Tổng công ty Bảo hiểm PVI số 63 GP/KDBH ngày 28/6/2011 và các Giấy phép điều chỉnh do Bộ Tài chính cấp;
Căn cứ Điều lệ Tổng công ty Bảo hiểm PVI ban hành kèm theo Nghị quyết số 07/NQ-PVIBH ngày 26/02/2025 của Hội đồng Thành viên Tổng công ty Bảo hiểm PVI;
Căn cứ Công văn Số 6818/BTC-QLBH ngày 20/05/2025 của Bộ Tài chính về việc chấp thuận phương pháp, cơ sở tính phí sản phẩm Bảo hiểm Sức khỏe bổ sung;
Xét đề nghị của Trưởng Ban Bảo hiểm Xe cơ giới và Con người,

QUYẾT ĐỊNH:

- Điều 1:** Ban hành kèm theo Quyết định này Quy tắc, Bảng quyền lợi bảo hiểm và Biểu phí bảo hiểm Sức khỏe bổ sung.
- Điều 2:** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày 01/06/2025.
- Điều 3:** Các Phó Tổng giám đốc, Kế toán trưởng, Chánh Văn phòng, các Trưởng Ban, Tổng giám đốc/ Giám đốc các công ty bảo hiểm và Trưởng các Văn phòng đại diện Chăm sóc khách hàng trực thuộc Tổng công ty bảo hiểm PVI chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:

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



TỔNG GIÁM ĐỐC

PHÓ TỔNG GIÁM ĐỐC
Vũ Văn Thắng

**QUY TẮC
BẢO HIỂM SỨC KHỎE BỔ SUNG**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 394/QĐ-PVIBH ngày 30/...5/2025
của Tổng giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm PVI)*

**Phần I
ĐỊNH NGHĨA**

- Bên mua bảo hiểm / Chủ Hợp đồng bảo hiểm:** Là tổ chức thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam hoặc cá nhân từ đủ 18 tuổi trở lên hiện đang sinh sống tại Việt Nam, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ, ký kết Hợp đồng bảo hiểm với Bảo hiểm PVI và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có quyền lợi có thể được bảo hiểm từ Người được bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng.
- Người được bảo hiểm:** Là cá nhân có tên trong Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm, đáp ứng điều kiện tham gia bảo hiểm nêu tại Mục 2 Phần II Quy tắc bảo hiểm này, được hưởng quyền lợi theo Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm. Người được bảo hiểm có thể đồng thời là người thụ hưởng.
- Người thụ hưởng:** Là người được chỉ định nhận tiền bảo hiểm theo Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc là người thừa kế theo quy định của pháp luật trong trường hợp không có chỉ định theo Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Hợp đồng bảo hiểm:** Là thoả thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Bảo hiểm PVI, phù hợp với quy định của pháp luật, theo đó bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm và Bảo hiểm PVI cung cấp dịch vụ bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.
Hợp đồng bảo hiểm bao gồm Giấy yêu cầu tham gia bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, Quy tắc Bảo hiểm, Bảng quyền lợi bảo hiểm và những giấy tờ liên quan khác phù hợp quy định của pháp luật.
- Tái tục liên tục:** Là việc Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm mới áp dụng Quy tắc bảo hiểm tương tự và có quyền lợi bảo hiểm thấp hơn hoặc bằng Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đã tham gia trước đó và có ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm vào ngày kế tiếp sau ngày hết hạn bảo hiểm của Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm mà 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 trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng.
- Số tiền bảo hiểm:** Là số tiền tối đa được ghi trong Bảng quyền lợi bảo hiểm mà Bảo hiểm PVI có thể chi trả đối với mỗi quyền lợi bảo hiểm trong thời hạn bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm / Người thụ hưởng khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- Giới hạn phụ:** Là số tiền tối đa Bảo hiểm PVI chi trả cho từng quyền lợi bảo hiểm được quy định chi tiết trong Bảng quyền lợi bảo hiểm. Tuy nhiên, tổng các giới hạn phụ không vượt quá Số tiền bảo hiểm của mỗi chương trình.
- Đồng chi trả:** Đồng chi trả là số tiền/ tỉ lệ % mà Người được bảo hiểm được chi trả bởi



Bảo hiểm Y tế Nhà nước khi phát sinh chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm và được quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

10. **Bảo hiểm Y tế Nhà nước:** Là hình thức bảo hiểm được áp dụng đối với các đối tượng theo quy định của Luật Bảo hiểm Y tế để chăm sóc sức khỏe, không vì mục đích lợi nhuận do Nhà nước tổ chức thực hiện.
11. **Thời gian chờ:** Là thời gian tính từ ngày bắt đầu hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm mà các quyền lợi bảo hiểm có liên quan không được chi trả bảo hiểm bao gồm cả những trường hợp thời điểm phát sinh rủi ro nằm trong thời gian chờ nhưng chi phí phát sinh hoặc hậu quả của đợt điều trị rủi ro này lại kéo dài quá thời gian chờ quy định. Thời hạn chờ áp dụng cho một quyền lợi nào thì phải được thể hiện trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm tương ứng với quyền lợi đó.
12. **Tai nạn:** Là sự kiện bất ngờ, không lường trước được, ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm, gây ra bởi một lực từ bên ngoài tác động lên thân thể Người được bảo hiểm và là nguyên nhân trực tiếp và duy nhất làm cho Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể hoặc tử vong.
Theo Quy tắc bảo hiểm này, các trường hợp đuối nước, điện giật, bỏng lửa, bỏng nhiệt, bỏng hóa chất, ngạt khói do cháy, mắc dị vật đường thở cũng được coi là Tai nạn.
13. **Thương tật thân thể:** Là tổn thương thân thể gây ra bởi nguyên nhân trực tiếp và duy nhất là tai nạn, là hậu quả đầu tiên của tai nạn và không phải là hậu quả của bất kỳ bệnh tật, ốm đau, suy giảm sức khỏe, khuyết tật, quá trình thoái hóa.
14. **Thương tật vĩnh viễn:** Là thương tật thân thể làm cho Người được bảo hiểm vĩnh viễn mất đi chức năng hoạt động bình thường của một hay nhiều bộ phận của cơ thể theo kết luận của bác sĩ hoặc hội đồng giám định y khoa.
Theo quy định của Quy tắc bảo hiểm này, thương tật vĩnh viễn được liệt kê trong Phụ lục “Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật” đính kèm và chỉ được xác định sau khi điều trị tổn thương thân thể gây ra thương tật đó đã kết thúc.
15. **Ốm đau, bệnh tật:** Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của một bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường cần thiết phải điều trị y tế (không bao gồm các tình trạng về nha khoa).
16. **Bệnh có sẵn:** Là bất kỳ bệnh tật hoặc thương tật nào của Người được bảo hiểm có dấu hiệu, triệu chứng khởi phát trong vòng 24 tháng trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm hoặc đã được bác sĩ chẩn đoán hoặc điều trị trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm.
Theo Quy tắc bảo hiểm này, ngoài các bệnh có sẵn theo định nghĩa trên, một số bệnh sau được hiểu là Bệnh có sẵn: viêm Amidan cần phải cắt, viêm VA cần phải nạo, vẹo vách ngăn cần phẫu thuật, rối loạn tiền đình, thoái hóa khớp / đốt sống / cột sống, viêm tai giữa cần phẫu thuật, thoát vị đĩa đệm, bệnh hen.
17. **Bệnh mạn (mãn) tính:** Là tình trạng bệnh mà theo ý kiến của Bác sĩ đa khoa, chuyên khoa hay cố vấn y tế hành nghề hợp pháp là bệnh tiến triển kéo dài và không có khả năng chữa khỏi hoàn toàn.
18. **Bệnh đặc biệt:** Là các bệnh ung thư, u các loại, huyết áp, các bệnh về tim, loét dạ dày, viêm khớp, viêm gan các loại, xơ gan, trĩ, sỏi các loại trong hệ thống tiết niệu và đường mật, viêm xoang, 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).
19. **Bệnh, dị tật bẩm sinh:** Là bất kỳ bệnh / dị tật nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ, có tại thời điểm chào đời và có thể được cơ quan y tế

mô tả dưới nhiều tên như “bệnh bẩm sinh/ khuyết tật bẩm sinh”, “dị tật bẩm sinh”, “dị dạng và bất thường của Nhiễm sắc thể”. Việc xác định bệnh, dị tật bẩm sinh phải do Bác sĩ thực hiện.

20. **Bệnh di truyền:** Là bất kỳ bệnh nào xuất hiện ở những người có cùng huyết thống hay sự chuyển những bệnh lý của bố, mẹ cho con cái thông qua gen của bố, mẹ và/hoặc được truyền từ đời này sang đời khác, từ thế hệ này sang thế hệ khác trong những người có cùng huyết thống. Việc xác định bệnh di truyền phải do Bác sĩ thực hiện.
21. **Bệnh viện:** Là cơ sở y tế khám bệnh và chữa bệnh hoạt động hợp pháp theo quy định của luật pháp Việt Nam và
 - có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật;
 - có điều kiện thuận lợi và có giấy phép cho việc điều trị nội trú và có phiếu theo dõi sức khỏe hàng ngày cho mỗi bệnh nhân;
 - 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.
22. **Bác sĩ:** Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo luật pháp Việt Nam. Bác sĩ không được đồng thời là vợ/chồng, cha/mẹ, con, anh chị em ruột của Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm.
23. **Chi phí y tế thực tế:** Là những chi phí cần thiết và hợp lý phát sinh từ việc khám, điều trị thương tật, ốm đau, bệnh tật cho Người được bảo hiểm và do bác sĩ chỉ định.
24. **Chi phí cần thiết và hợp lý:** Là các chi phí y tế phát sinh từ việc khám, điều trị cần thiết trên phương diện y khoa cho thương tật, ốm đau, bệnh tật của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ.
25. **Điều trị nội trú:** Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm có làm thủ tục nhập viện và nằm tại giường bệnh qua đêm. Giấy ra (xuất) viện là một trong những chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này. Đơn vị ngày nằm viện được tính bằng 24 giờ hoặc theo đơn vị giường nằm trong Giấy ra (xuất) viện hoặc trong bảng kê viện phí chi tiết.
26. **Điều trị trong ngày:** Là việc điều trị y tế của Người được bảo hiểm với chẩn đoán xác định, có phác đồ điều trị và phát sinh chi phí giường bệnh nhưng không phải ở lại bệnh viện qua đêm. Giấy ra (xuất) viện là một trong những chứng từ cần thiết để yêu cầu bồi thường cho quyền lợi này.
27. **Điều trị ngoại trú:** Là việc điều trị y tế của Người được bảo hiểm tại một cơ sở y tế hợp pháp mà không phải nằm viện.
28. **Phẫu thuật:** Theo danh mục phẫu thuật do Bộ Y tế Việt Nam quy định.
29. **Thuốc kê theo đơn của Bác sĩ:** Là những loại thuốc được Bác sĩ kê đơn theo quy chế kê toa của Bộ Y tế Việt Nam và quy định của pháp luật.
30. **Bộ phận giả:** Là bất kỳ một thành phần nhân tạo nào được lắp đặt, cấy ghép vào cơ thể, để thay thế cho các bộ phận của cơ thể.
31. **Dụng cụ / thiết bị y tế hỗ trợ điều trị:** Là các dụng cụ / thiết bị y tế:
 - Được đặt / cấy / trồng vào bất cứ một bộ phận nào của cơ thể để hỗ trợ cho chức năng hoạt động của bộ phận đó và/hoặc hỗ trợ cho việc điều trị và phẫu thuật (trừ trường

hợp điều trị thương tật thân thể do tai nạn), bao gồm nhưng không giới hạn: stent, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp, vis, chốt treo, máy tạo nhịp tim; hoặc

- Được sử dụng bên ngoài cơ thể nhằm hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể bao gồm nhưng không giới hạn: nạng, xe lăn, xe đẩy, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim; hoặc
- Các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác.

32. Vi phạm luật giao thông: Theo Quy tắc bảo hiểm này, các hành vi vi phạm luật giao thông bao gồm:

- Người được bảo hiểm đua xe/ tham gia đua xe, điều khiển xe cơ giới chạy quá tốc độ quy định;
- Người được bảo hiểm điều khiển xe không có Giấy phép lái xe hợp lệ;
- Người được bảo hiểm điều khiển xe mà trong cơ thể có chất ma túy, chất kích thích, chất gây nghiện hoặc trong máu/ hơi thở có nồng độ cồn vượt quá quy định của pháp luật;
- Người được bảo hiểm đi xe mô tô hai bánh, xe gắn máy không đội mũ bảo hiểm;
- Người được bảo hiểm điều khiển xe cơ giới không chấp hành hiệu lệnh của đèn tín hiệu giao thông hoặc người điều khiển giao thông;
- Người được bảo hiểm điều khiển xe đi vào đường ngược chiều, đường cấm, khu vực cấm;
- Điều khiển xe công nông, xe cơ giới tự chế hoặc các phương tiện không có Giấy chứng nhận kiểm định an toàn theo quy định của pháp luật.

33. Tầm soát ung thư: Là việc kiểm tra nhằm phát hiện ung thư ở giai đoạn sớm, không có bất cứ triệu chứng nào của bệnh. Những trường hợp đã có biểu hiện/ triệu chứng cần kiểm tra để xác định ung thư như: sinh thiết u bướu trên cơ thể, nhân tuyến giáp, vết loét dạ dày...không coi là tầm soát ung thư.

34. Nội chiến: Là chiến tranh giữa các thành phần trong một quốc gia, giữa những người đồng bào cùng ngôn ngữ nhưng tranh chấp nhau vì nhiều lý do khác nhau: tôn giáo, chính trị, kinh tế theo công bố của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

35. Gây rối và bạo động: Là hành động chống phá bằng bạo lực có tổ chức nhằm gây rối loạn an ninh chính trị, trật tự an toàn xã hội hoặc lật đổ chính quyền. Gây rối và bạo động được xác định theo công bố của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

Phần II

ĐIỀU KIỆN CHUNG

1. Phạm vi địa lý

Bảo hiểm PVI chi trả bảo hiểm đối với các sự kiện bảo hiểm xảy ra trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam.

2. Đối tượng được tham gia bảo hiểm

2.1. Đối tượng được tham gia bảo hiểm:

- Công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú hợp pháp tại Việt Nam; và
- Độ tuổi tham gia bảo hiểm từ tròn 06 tuổi đến 65 tuổi (tính theo lần sinh nhật gần nhất kế tiếp).

2.2. Không nhận bảo hiểm cho các đối tượng sau:

- Người bị bệnh tâm thần, phong, ung thư;
- Người bị thương tật vĩnh viễn với tỷ lệ từ 50% trở lên;
- Người đang trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật.

3. Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm được quy định cụ thể trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm trên cơ sở Biểu phí bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này.

Phí bảo hiểm phải được thanh toán theo thời hạn thanh toán được ghi trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm và phù hợp với quy định của pháp luật.

Phí bảo hiểm có thể được tính toán lại vào thời điểm tái tục bảo hiểm.

4. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm tối đa là 01 năm tính từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm được quy định cụ thể trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

5. Hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Người được bảo hiểm ghi trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, áp dụng cho các quyền lợi trong Quy tắc bảo hiểm này:

- Không áp dụng thời gian chờ đối với trường hợp tai nạn;
- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường;
- 365 ngày đối với bệnh đặc biệt, bệnh mạn tính và bệnh có sẵn.

Đối với những Người được bảo hiểm đã tham gia liên tục từ Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm năm liền trước, Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm tái tục liên tục sẽ tính nối tiếp thời gian chờ kể từ ngày bắt đầu tham gia bảo hiểm trong Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm năm trước đối với từng quyền lợi bảo hiểm liên quan, với điều kiện Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm đóng phí đầy đủ theo đúng thời hạn thanh toán trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm và phù hợp với quy định của pháp luật.

6. Thay đổi quyền lợi bảo hiểm

Trong thời hạn bảo hiểm, Bảo hiểm PVI không đồng ý việc thay đổi các quyền lợi của Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm đã ký kết. Quyền lợi bảo hiểm chỉ có thể được thay đổi khi tái tục Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, trừ khi có thỏa thuận khác với Bảo hiểm PVI bằng văn bản.

Trường hợp Người được bảo hiểm tái tục Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm với quyền lợi cao hơn Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm năm trước, phần chênh lệch về số tiền bảo hiểm cũng như quyền lợi tham gia thêm mới sẽ không được coi là tái tục liên tục và áp dụng thời gian chờ theo quy định của Quy tắc bảo hiểm.

7. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ chấm dứt ngay khi xảy ra một trong các sự kiện dưới đây, tùy theo sự kiện nào xảy ra trước:

- Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt trước ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm do một trong hai bên đề nghị chấm dứt Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm với điều kiện bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo

bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày định chấm dứt.

Nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại. Bảo hiểm PVI chỉ hoàn trả phí bảo hiểm với điều kiện trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm chưa có khiếu nại yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào xảy ra (trừ trường hợp khiếu nại bị từ chối trả tiền bảo hiểm).

Nếu Bảo hiểm PVI yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bảo hiểm PVI sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại.

b. Vào thời điểm kết thúc thời hạn bảo hiểm theo quy định trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm;

c. Các trường hợp khác được quy định theo pháp luật hiện hành.

Trách nhiệm của Bảo hiểm PVI sẽ chấm dứt ngay lập tức cùng với thời điểm chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, trừ trường hợp khiếu nại cho sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời gian hiệu lực bảo hiểm và/hoặc đang được Bảo hiểm PVI giải quyết.

8. Tái tục bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có quyền lựa chọn việc tái tục Hợp đồng bảo hiểm.

Bảo hiểm PVI có thể từ chối tái tục Hợp đồng bảo hiểm hoặc điều chỉnh các điều kiện, điều khoản, quyền lợi, phí bảo hiểm vào ngày hết hạn Hợp đồng bảo hiểm.

Bảo hiểm PVI sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm trước ngày hết hạn Hợp đồng bảo hiểm về phí bảo hiểm phải đóng cho thời hạn bảo hiểm tiếp theo.

9. Kiểm tra và xác minh y tế

Bảo hiểm PVI có quyền chỉ định chuyên gia y khoa và/hoặc chuyên gia giám định y khoa 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. Bảo hiểm PVI cũng 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.

Các chi phí nêu trên sẽ được Bảo hiểm PVI chi trả.

10. Quyền và nghĩa vụ của Bảo hiểm PVI

a) Quyền của Bảo hiểm PVI

- Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;
- Đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;
- Từ chối trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hợp pháp hoặc từ chối bồi thường cho người được bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

b) Nghĩa vụ của Bảo hiểm PVI

- Giải thích cho Bên mua bảo hiểm về các điều kiện điều khoản bảo hiểm, quyền và

nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm;

- Cấp cho Bên mua bảo hiểm Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm ngay sau khi giao kết;
- Trả tiền bảo hiểm kịp thời cho người thụ hưởng hợp pháp hoặc bồi thường cho người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm hoặc từ chối bồi thường;
- Phối hợp với Bên mua bảo hiểm để giải quyết yêu cầu của người thứ ba đòi bồi thường về những thiệt hại thuộc trách nhiệm bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

11. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm

a) Quyền của Bên mua bảo hiểm

- Yêu cầu doanh nghiệp bảo hiểm giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm, cấp Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu doanh nghiệp bảo hiểm trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc bồi thường cho người được bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

b) Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm

- Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã thỏa thuận trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của doanh nghiệp bảo hiểm;
- Thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của doanh nghiệp bảo hiểm trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của doanh nghiệp bảo hiểm;
- Thông báo cho doanh nghiệp bảo hiểm về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

12. Nghĩa vụ kê khai trung thực

Người được bảo hiểm (hoặc đại diện của Người được bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi) có trách nhiệm kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin liên quan đến Người được bảo hiểm và Hợp đồng bảo hiểm và chịu trách nhiệm về tất cả các thông tin đã cung cấp cho Bảo hiểm PVI.

Khi yêu cầu chi trả bảo hiểm, Người được bảo hiểm (hoặc đại diện của Người được bảo hiểm) có nghĩa vụ thu thập và cung cấp thông tin, chứng từ, tài liệu làm cơ sở giải quyết bồi thường một cách trung thực, chính xác, kịp thời và đầy đủ cho Bảo hiểm PVI, đồng thời tạo mọi điều kiện thuận lợi cho Bảo hiểm PVI kiểm tra, xác minh rủi ro khi có sự kiện bảo hiểm xảy ra.

Bảo hiểm PVI có quyền đình chỉ Hợp đồng bảo hiểm và thu phí bảo hiểm đến thời điểm đình chỉ Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc từ chối chi trả bảo hiểm tùy theo mức độ vi phạm khi Người được bảo hiểm cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm hoặc để được trả tiền bảo hiểm.

Phần III QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

1. Quyền lợi Nằm viện hỗ trợ

1.1. Phạm vi bảo hiểm: Bảo hiểm trường hợp Người được bảo hiểm bị ốm đau, bệnh tật, thương tật thân thể do tai nạn phải nằm viện, trừ những trường hợp loại trừ quy định tại Phần IV của Quy tắc bảo hiểm này.

1.2. Quyền lợi bảo hiểm: Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện (bao gồm điều trị nội trú, điều trị trong ngày) do ốm đau, bệnh tật, thương tật thân thể do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI chi trả:

- Viện phí trong quá trình nằm viện sau khi áp dụng đồng chi trả theo quy định tại Bảng quyền lợi bảo hiểm;
- Tiền trợ cấp cho mỗi ngày nằm viện theo quy định tại Bảng quyền lợi bảo hiểm.

Quyền lợi bảo hiểm này cũng chi trả cho các chi phí y tế thực tế khi Người được bảo hiểm phải điều trị cấp cứu và/hoặc chi phí vận chuyển chuyển viện theo chỉ định của Bác sĩ sau khi áp dụng đồng chi trả theo quy định tại Bảng quyền lợi bảo hiểm.

2. Quyền lợi Khám bệnh hỗ trợ

2.1. Phạm vi bảo hiểm: Bảo hiểm trường hợp Người được bảo hiểm bị ốm đau, bệnh tật, thương tật thân thể do tai nạn phải điều trị ngoại trú, trừ những trường hợp loại trừ quy định ở Phần IV của Quy tắc bảo hiểm này.

2.2. Quyền lợi bảo hiểm: Trường hợp Người được bảo hiểm phải điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, thương tật thân thể do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI chi trả chi phí y tế thực tế sau khi áp dụng đồng chi trả theo quy định tại Bảng quyền lợi bảo hiểm.

3. Quyền lợi Bảo hiểm Sinh mạng

3.1. Phạm vi bảo hiểm: Bảo hiểm trường hợp Người được bảo hiểm tử vong do mọi nguyên nhân, trừ những trường hợp loại trừ quy định ở Phần IV của Quy tắc bảo hiểm này.

3.2. Quyền lợi bảo hiểm: Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm PVI chi trả toàn bộ số tiền theo quy định tại Bảng quyền lợi bảo hiểm.

Phần IV LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

Bảo hiểm PVI sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm cho Người được bảo hiểm trong các trường hợp sau:

1. Bất kỳ trường hợp / chi phí/ dịch vụ khám chữa bệnh nào không được đồng chi trả bởi Bảo hiểm Y tế Nhà nước theo quy định tại Bảng quyền lợi bảo hiểm.
2. Sự kiện xảy ra ngoài phạm vi lãnh thổ Việt Nam.
3. Tử vong hoặc bất kỳ ốm đau, bệnh tật, thương tật thân thể nào do hành vi cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp.

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong do hành động cố ý của một hoặc một số người thụ hưởng, Bảo hiểm PVI vẫn trả tiền bảo hiểm cho những người thụ hưởng hợp pháp khác theo thỏa thuận trong Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

4. Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật phải thụ án hình sự, thực hiện hành vi vi phạm luật giao thông theo quy định của Quy tắc bảo hiểm này.
5. Bất kỳ ốm đau, bệnh tật, thương tật thân thể nào gây ra bởi chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, gây rối và bạo động theo công bố của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.
6. Bất kỳ ốm đau, bệnh tật, thương tật nào phát sinh từ động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ, hạt nhân hoặc các hóa chất chứa độc tố hay ảnh hưởng của các vụ nổ do vũ khí và bất kỳ tình trạng, hậu quả nào liên quan..
7. Dịch bệnh theo công bố của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và/hoặc cơ quan/ tổ chức có thẩm quyền theo quy định của luật pháp Việt Nam và bất kỳ tình trạng, hậu quả nào liên quan.
8. Các bệnh, dị tật bẩm sinh hoặc bệnh, dị dạng thuộc về gen hoặc bệnh di truyền và bất kỳ tình trạng, hậu quả nào liên quan.
9. Điều trị và/hoặc chăm sóc cai nghiện ma túy, cai nghiện rượu hoặc bất kỳ chất gây nghiện nào.
10. Bất kỳ việc điều trị hoặc chẩn đoán nào liên quan đến các bệnh lây lan qua đường tình dục, bất kỳ hội chứng phức hợp liên quan đến hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), tình trạng và bệnh liên quan đến virus HIV và bất kỳ tình trạng, hậu quả nào liên quan.
11. Khám, điều trị và hậu quả của tất cả các loại bệnh tâm thần hoặc rối loạn tâm thần và hành vi, bệnh chậm phát triển, bệnh rối loạn thiếu tập trung, bệnh tự kỷ, rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, suy nhược cơ thể và suy nhược thần kinh không có nguyên nhân bệnh lý, hội chứng căng thẳng (stress) và/hoặc các tình trạng liên quan.
12. Dịch vụ khám chữa bệnh/ điều trị tại nhà, khám chữa bệnh/ điều trị từ xa, nghỉ dưỡng, điều dưỡng, an dưỡng ngay cả khi việc nằm viện này có nhận được chỉ định y khoa.
13. Giám định y khoa, khám sức khỏe định kỳ/ kiểm tra sức khỏe tổng quát, khám kiểm tra phụ khoa/ nam khoa, tầm soát ung thư, tiêm chủng/ uống vắc xin phòng ngừa, khám sức khỏe trước khi đi du lịch hoặc đi làm.
14. Kiểm tra thị lực và thính lực thông thường, điều trị các tật khúc xạ của mắt (bao gồm nhưng không giới hạn ở cận thị, viễn thị, loạn thị), điều trị và phẫu thuật sửa chữa những khiếm khuyết thị giác và thính giác, suy thoái thị lực và thính lực tự nhiên.
15. Khám, điều trị mang tính chất thẩm mỹ, giải phẫu thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình, chỉnh hình (không bao gồm trường hợp phẫu thuật nhằm mục đích tái tạo để phục hồi chức năng của cơ quan bị tổn thương phát sinh trong thời hạn bảo hiểm) và bất kỳ tình trạng, hậu quả nào liên quan.
16. Kế hoạch hoá gia đình, 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 và bất kỳ tình trạng, hậu quả nào liên quan.
17. Hậu quả của tai nạn xảy ra trước thời hạn bảo hiểm hoặc khám / điều trị những thương tật và chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm.
18. Khám và điều trị tại các cơ sở y tế không có giấy phép hoạt động hợp pháp và không cung cấp được chứng từ/hoá đơn tài chính theo quy định của pháp luật.
19. Điều trị và/hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ định của Cơ sở y tế / Bác sĩ và bất kỳ hậu quả nào liên quan.

20. Khám và các xét nghiệm không có kết luận bệnh của bác sỹ; hoặc có kết luận bệnh của bác sỹ nhưng không có chỉ định điều trị / phác đồ điều trị.
21. Chi phí cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa các bộ phận giả, các dụng cụ/ thiết bị y tế hỗ trợ điều trị.
22. Chăm sóc / khám, điều trị thai sản, biến chứng thai sản và sinh đẻ.
23. Điều trị / chăm sóc nha khoa.
24. Bệnh có sẵn, bệnh mạn tính, bệnh đặc biệt trong 12 tháng đầu tiên tham gia bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.
25. Người được bảo hiểm không đáp ứng điều kiện tham gia bảo hiểm nêu tại Mục 2 Phần II của Quy tắc bảo hiểm này.

Phần V

THỦ TỤC BỒI THƯỜNG

1. Hồ sơ yêu cầu bồi thường

Khi yêu cầu chi trả bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng phải gửi các chứng từ sau đây cho Bảo hiểm PVI:

- Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (theo mẫu của Bảo hiểm PVI);
- Biên bản tai nạn có xác nhận của cơ quan nơi Người được bảo hiểm làm việc hoặc chính quyền địa phương hoặc cơ quan công an nơi Người được bảo hiểm bị tai nạn;
- Giấy phép lái xe hợp lệ (trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn khi điều khiển xe từ 50cc trở lên)
- Bản gốc hoặc bản sao hợp lệ các chứng từ y tế: Giấy ra viện, phiếu điều trị (trường hợp điều trị nội trú), phiếu mổ hoặc thông tin về phương pháp phẫu thuật trên báo cáo y tế, giấy ra viện (trường hợp có phẫu thuật), sổ khám bệnh/ giấy khám bệnh, phiếu chỉ định và kết quả của các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, đơn thuốc (trường hợp điều trị ngoại trú).
- Bản gốc các hoá đơn, biên lai, phiếu thu liên quan đến việc điều trị theo quy định hiện hành của Bộ Tài chính.
- Bảng kê chi phí và/hoặc các tài liệu, chứng từ chứng minh chi phí y tế đã được chi trả bởi Bảo hiểm Y tế Nhà nước

Bảo hiểm PVI có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng hợp pháp bổ sung thông tin, chứng từ trong hồ sơ yêu cầu bồi thường. Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng hợp pháp có trách nhiệm bổ sung thông tin cho Bảo hiểm PVI và Bảo hiểm PVI không phải chịu chi phí cho việc có thêm thông tin đó.

2. Thời hạn thông báo và yêu cầu bồi thường

Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm là một (01) năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

Đối với trường hợp tử vong, Người đại diện/ Người thụ hưởng bảo hiểm phải thông báo tới Bảo hiểm PVI bằng văn bản trong vòng 30 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.

3. Thời hạn giải quyết bồi thường, thời hạn khiếu nại và khởi kiện

Bảo hiểm PVI sẽ giải quyết hồ sơ yêu cầu chi trả bảo hiểm trong vòng 15 ngày kể từ ngày

nhận được hồ sơ đầy đủ, hợp lệ. Số tiền bảo hiểm được trả cho Người được bảo hiểm hoặc cho Người thụ hưởng của Người được bảo hiểm.

Thời hạn khởi kiện liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm là 03 năm kể từ ngày phát sinh tranh chấp.

Bất kỳ tranh chấp nào phát sinh giữa các bên, nếu không được giải quyết bằng hình thức thương lượng, sẽ được chuyển đến Tòa án có thẩm quyền ở Việt Nam để giải quyết.



TỔNG GIÁM ĐỐC

PHÓ TỔNG GIÁM ĐỐC
Vũ Văn Thắng





**BẢNG QUYỀN LỢI
BẢO HIỂM SỨC KHỎE BỔ SUNG**

(Đính kèm và một phần không tách rời của Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe bổ sung ban hành kèm theo Quyết định số 394/QĐ-PVIBH ngày 30 tháng 5 năm 2025 của Tổng giám đốc Tổng công ty Bảo hiểm PVI)

Đơn vị: VND

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM		Chương trình 1	Chương trình 2	Chương trình 3	Chương trình 4	Chương trình 5	Chương trình 6
1. Nằm viện bổ trợ		10.000.000	20.000.000	30.000.000	40.000.000	50.000.000	60.000.000
Số tiền bảo hiểm/người/năm							
1.1	Viện phí cho thời gian nằm viện, cấp cứu, phẫu thuật do ốm đau, tai nạn, bệnh tật.	- Trường hợp NĐBH khám chữa bệnh đúng cơ sở đăng ký khám chữa bệnh BHYT ban đầu hoặc đúng quy định về chuyển người bệnh: Chi trả phần chi phí còn lại thuộc phạm vi của BHYT Nhà nước nhưng ngoài mức hưởng quy định của BHYT Nhà nước; - Trường hợp NĐBH khám chữa bệnh không đúng cơ sở đăng ký khám chữa bệnh BHYT ban đầu hoặc không đúng quy định về chuyển người bệnh: Bồi thường theo tỉ lệ tương ứng với tỉ lệ chi trả của BHYT trên phần chi phí còn lại thuộc phạm vi của BHYT Nhà nước nhưng ngoài mức hưởng quy định của BHYT Nhà nước.					
1.2	Trợ cấp nằm viện/ngày (Tối đa 30 ngày/năm)	30.000	60.000	90.000	120.000	150.000	180.000
2. Khám bệnh bổ trợ		1.000.000	2.000.000	3.000.000	4.000.000	5.000.000	6.000.000
Số tiền bảo hiểm/người/năm							
Chi phí khám chữa bệnh ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, tai nạn, cấp cứu		- Trường hợp NĐBH khám chữa bệnh đúng cơ sở đăng ký khám chữa bệnh BHYT ban đầu hoặc đúng quy định về chuyển người bệnh: Bồi thường phần chi phí còn lại thuộc phạm vi của BHYT Nhà nước nhưng ngoài mức hưởng quy định của BHYT Nhà nước; - Trường hợp NĐBH khám chữa bệnh không đúng cơ sở đăng ký khám chữa bệnh BHYT ban đầu hoặc không đúng quy định về chuyển người bệnh: Không bảo hiểm.					
3. Bảo hiểm Sinh mạng		5.000.000	10.000.000	15.000.000	20.000.000	25.000.000	30.000.000
Số tiền bảo hiểm/người							