PGH
PREFERRED GLOBAL HEALT H
The Patient O rganizatio n

BAOVIET Insurance
BẢO HIỂM BẢO VIỆT

QUY TẮC BẢO HIỂM ƯU VIỆT CHO BỆNH UNG THƯ VÀ TIM-MẠCH

NIỀM TIN VỮNG CHẮC, CAM KẾT VỮNG BỀN

Cảm ơn quý khách hàng đã lựa chọn sản phẩm Bảo hiểm ưu việt cho bệnh ung thư và tim-mạch của Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt.

Quy tắc bảo hiểm này chi trả cho các quyền lợi bảo hiểm theo quy định, trong trường hợp Quý khách hàng mắc phải một căn bệnh hay một tình trạng sức khỏe được bảo hiểm theo thỏa thuận đã ký kết với chủ hợp đồng.

Chủ hợp đồng bảo hiểm (Chi tiết trong đơn BH nhóm) và Bảo hiểm Bảo Việt đồng ý rằng chủ hợp đồng bảo hiểm sẽ thanh toán phí bảo hiểm như đã thỏa thuận. Bảng quyền lợi bảo hiểm và Quy tắc bảo hiểm cấu thành nên toàn bộ các thỏa thuận và điều kiện bảo hiểm với Bảo hiểm Bảo Việt. Chủ hợp đồng nhóm xác nhận rằng Bảo hiểm Bảo Việt đã cung cấp Quy tắc bảo hiểm này và phí bảo hiểm dựa trên cơ sở tham khảo thông tin mà Bảo hiểm Bảo Việt đã đề nghị Chủ hợp đồng nhóm cung cấp, và bất cứ thay đổi nào của Chủ hợp đồng nhóm sẽ làm thay đổi các điều kiện và thỏa thuận trong Hợp đồng và/hay mức phí bảo hiểm.

Chủ hợp đồng bảo hiểm nhóm cần rà soát một cách cẩn thận quy tắc bảo hiểm và bảng quyền lợi bảo hiểm để bảo đảm độ chính xác cũng như đáp ứng nhu cầu của Chủ hợp đồng bảo hiểm nhóm, và thông báo cho Bảo hiểm Bảo Việt ngay nếu có gì không đúng, và có thể ảnh hưởng đến Hợp đồng bảo hiểm nhóm trong trường hợp có khiếu nại. Chủ hợp đồng bảo hiểm nhóm cần phải lưu giữ những tài liệu này tại một nơi an toàn và thông báo cho những Người được bảo hiểm biết, để họ có thể tra cứu khi cần thiết Chủ hợp đồng bảo hiểm nhóm cần thông tin cho Bảo hiểm Bảo Việt biết nếu nhu cầu bảo hiểm hay những thông tin của Người được bảo hiểm thay đổi. Một sự thay đổi hiện trạng có thể ảnh hưởng đến Hợp đồng bảo hiểm nhóm, kể cả trường hợp Chủ hợp đồng bảo hiểm nhóm không cho rằng thay đổi đó quan trọng, Bảo hiểm Bảo Việt vẫn có thể phải thay đổi trong Hợp đồng bảo hiểm. Bảo hiểm Bảo Việt sẽ cập nhật Hợp đồng bảo hiểm và cấp Bảng quyền lợi bảo hiểm mới, mỗi khi có thay đổi đã được thỏa thuận.

ĐỊNH NGHĨA

Các thuật ngữ dưới đây sẽ được sử dụng thống nhất trong toàn bộ nội dung của Quy tắc bảo hiểm này.

1. Các phương pháp điều trị hỗ trợ

Là một tiến trình trị liệu hỗ trợ sau "Đợt điều trị". Trị liệu hỗ trợ diễn ra sau khi kết thúc "Đợt điều trị" và được thực hiện bên ngoài lãnh thổ Mỹ, thường là ở quê nhà của bệnh nhân. Trị liệu hỗ trợ có thể bao gồm hóa trị, xạ trị, liệu pháp hormon, liệu pháp sinh học và/hoặc liệu pháp phục hồi chức năng. Tuy nhiên, theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm này, hóa trị và xạ trị không được coi là phương pháp điều trị hỗ trợ khi những phương pháp điều trị này là một phần của đợt điều trị trước đó.

2. Ngày chấp nhận Giấy yêu cầu bảo hiểm

Là ngày mà Giấy yêu cầu bảo hiểm được phê chuẩn và chấp thuận bởi Bảo hiểm Bảo Việt.

3. Ung thư

Bất cứ một khối u nào được xác nhận là có ác tính được chẩn đoán bằng kết quả mô bệnh học và được đặc trưng bởi sự tăng trưởng mất kiểm soát của các tế bào ác tính có sự xâm lấn và phá hủy các mô bình thường.

Thuật ngữ khối u đặc ác tính bao gồm các u bạch cầu ác tính, u mô liên kết, và u lympho trừ u lympho da (u lympho giới hạn qua da).

Với định nghĩa trên, các trường hợp sau đây sẽ bị loại trừ:

- Tất cả các khối u được đánh giá theo mô bệnh học thuộc bất kỳ trường hợp nào sau đây:
  - Tiền ác tính;
  - Chưa xâm lấn;
  - Ung thư biểu mô tại chỗ;
  - Có u giáp biên ác tính; hoặc
  - Có mức độ tiềm ẩn ác tính thấp;
- Tất cả khối u tiền liệt tuyến trừ trường hợp chỉ ra được điểm Gleason cao hơn 6 hoặc có tiến triển ít nhất ở thời kỳ T2aN0M0 theo Hệ thống xác định giai đoạn ung thư TNM.
- Bệnh bạch cầu mạn dòng lympho trừ khi được kết quả mô bệnh học xếp loại theo hệ thống phân loại Binet ở giai đoạn A
- Ung thư da (bao gồm U lympho da) loại trừ khối u ác tính được phân loại là đã xâm lấn ra ngoài lớp biểu bì (lớp ngoài của da).

4. Bệnh tim-mạch và cơ tim

Bất kỳ sự bất thường về cấu trúc hoặc chức năng của tim, hoặc các mạch máu cung cấp cho tim, làm suy yếu chức năng bình thường của cơ tim.

5. Công ty bảo hiểm

Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt
Địa chỉ: Số 35- Hai Bà Trưng- Hoàn Kiếm- Hà Nội

6. Người được bảo hiểm

Mỗi Người được bảo hiểm dưới bảo hiểm nhóm như đã được khai báo bởi Chủ hợp đồng bảo hiểm nhóm.

7. Duyệt xét chẩn đoán tình trạng bệnh và thiết lập kế hoạch điều trị (DVTP)

Dựa trên chẩn đoán ban đầu, một chẩn đoán từ xa và phân tích tình trạng bệnh cùng với đề xuất quy trình điều trị dựa vào hồ sơ bệnh lý được cung cấp

bởi Người được Bảo hiểm hoặc bác sĩ địa phương có đủ khả năng chuyên môn và được thực hiện bởi những bác sĩ tại các bệnh viện liên kết với Đại học Y khoa Havard. Việc chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị DVTP được yêu cầu như một phần của việc đánh giá trước phương án điều trị và quy trình phê duyệt đều phải được hoàn tất trước khi có bất cứ một đòi hỏi bồi thường nào trong khuôn khổ của Hợp đồng Bảo hiểm này. Để cung cấp thêm sự hỗ trợ cũng như trợ giúp cho Người được bảo hiểm, Dịch vụ Quản lý Chăm sóc của PGH cũng có thể thực hiện một cuộc chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị kể cả khi những dịch vụ y tế và điều trị được cung cấp ngoài khuôn khổ và phạm vi của Quy tắc bảo hiểm này.

8. Chăm sóc khẩn cấp

Việc điều trị y tế hay chăm sóc sức khỏe khác, các dịch vụ, sản phẩm, hay tiện nghi được cung cấp cho người bị chấn thương hay bị bệnh do sự khởi phát đột ngột của một tình trạng y tế mà nếu không được chăm sóc tức thì sẽ dẫn đến sự suy yếu thêm tình trạng sức khỏe của bệnh nhân.

9. Đợt điều trị

Là khoảng thời gian Người được bảo hiểm bắt đầu đến Mỹ để thực hiện cuộc điều trị được bảo hiểm, như đã được chấp thuận thông qua việc đánh giá trước điều trị và quá trình phê duyệt, và kết thúc khi Người được bảo hiểm được cho phép về mặt y khoa để trở về quê nhà. Quyền lợi điều trị y tế trong khuôn khổ của Quy tắc bảo hiểm này chỉ dành cho các chi phí phát sinh trong đợt điều trị.

Một kế hoạch điều trị được phê duyệt bao gồm nhiều giai đoạn được coi là một đợt điều trị duy nhất.

Nếu một biến chứng liên quan đến phương án điều trị được chấp thuận hoặc yêu cầu bổ sung điều trị xảy ra trong vòng ba mươi (30) ngày sau khi kết thúc đợt điều trị thì điều trị bổ sung đó sẽ được coi như là một phần của đợt điều trị ban đầu. Điều này có nghĩa là số ngày điều trị bổ sung được tính vào số ngày tối đa được bảo hiểm cho việc điều trị và chi phí di chuyển, và ăn ở cho đợt điều trị ban đầu, và các chi phí và phí tổn liên quan sẽ được chi trả theo giá biểu của các lợi ích bảo hiểm.

10. Điều trị thử nghiệm/nghiên cứu

Có nghĩa là việc điều trị, dịch vụ, quy trình, thuốc hoặc việc sử dụng thuốc, cơ sở vật chất hoặc sử dụng cơ sở vật chất, thiết bị hoặc sử dụng các thiết bị, hoặc việc cung cấp (sau đây được gọi chung là "điều trị") được Bảo hiểm Bảo Việt và/hoặc PGH xem như là điều trị thử nghiệm hoặc điều trị nghiên cứu:

- Nếu cần có sự chấp thuận của một cơ quan chính phủ trước khi điều trị, mà chưa nhận được sự chấp thuận đó vào thời điểm điều trị; hay là
- Trong trường hợp căn cứ theo tiêu chuẩn y tế được chấp nhận chung trong các bệnh viện điều trị thuộc hệ thống, việc điều trị chưa được công nhận là an toàn và có thể hiệu quả cho tình trạng bệnh thì không kể việc điều trị bệnh có được thừa nhận hợp pháp hay không trong quá trình thử nghiệm hoặc nghiên cứu trên con người; hoặc là
- Trong trường hợp liên quan đến thuốc, trị liệu hoặc thiết bị điều trị, việc điều trị không được chấp nhận áp dụng bởi Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Mỹ

11. Gia đình

Là Người được bảo hiểm và chồng, vợ của họ, hoặc những người chung sống hợp pháp với thành viên được bảo hiểm và con đẻ hoặc con nuôi hoặc con riêng, hay con kết nghĩa trên 12 tháng tuổi và dưới 27 tuổi sống ở nhà. Trẻ em sống xa nhà cũng được tính là một phần của Gia đình nếu họ đang sống xa nhà để học tập và vẫn lệ thuộc về tài chính vào phụ huynh là Người được bảo hiểm.

12. Chủ hợp đồng bảo hiểm nhóm

Là doanh nghiệp, công ty, hay tổ chức được chỉ định rõ trong hợp đồng bảo hiểm nhóm.

13. Chăm sóc y tế cuối đời

Việc chăm sóc được thiết lập để mang đến sự hỗ trợ cho người bệnh trong giai đoạn cuối và nhằm tạo sự thoải mái và chất lượng cuộc sống, thay vì chữa bệnh. Việc chăm sóc được thực hiện tại một cơ sở điều trị nội trú hoặc tại tư gia được thiết lập cho bệnh nhân bị bệnh nan y. Thường được gọi là chăm sóc "giảm nhẹ" hoặc "hỗ trợ", chăm sóc đặc biệt này nhấn mạnh vào việc làm giảm cơn đau và sự khó chịu và hỗ trợ tinh thần cho bệnh nhân và gia đình của họ.

14. Điều trị nội trú

Điều trị nội trú bao gồm:

- Xét nghiệm trước nhập viện
- Phòng, giường bệnh, và dịch vụ y tá tại bệnh viện
- Điều trị y tế

- Vật lý trị liệu
- Thuốc men, dụng cụ hỗ trợ và băng bó

Nếu có sẵn, Người được bảo hiểm sẽ được cung cấp một phòng riêng đúng tiêu chuẩn. Trong trường hợp không có phòng riêng đúng tiêu chuẩn, một phòng đôi đúng tiêu chuẩn sẽ được cung cấp cho đến khi có phòng riêng đúng tiêu chuẩn.

hòng có người giúp việc hay những phòng bệnh tiêu chuẩn cao không được bảo hiểm. Tuy nhiên, bệnh nhân vẫn có thể ở trong phòng có người giúp việc hoặc phòng bệnh tiêu chuẩn cao khi trả khoản tiền chênh lệch giữa loại phòng như vậy và phòng riêng đúng tiêu chuẩn của bệnh viện (tùy thuộc vào tình trạng có phòng trống hay không, và sự chấp thuận của bác sĩ điều trị).

15. Điều trị y tế cần thiết

Điều trị cho một căn bệnh hoặc một bệnh trạng có một kế hoạch điều trị được bảo hiểm chiếu theo Quy tắc bảo hiểm này và khi mà:

- phù hợp với sự chẩn đoán theo đúng bệnh trạng của Người được bảo hiểm; và
- phù hợp với các tiêu chuẩn chữa trị y tế tại bệnh viện điều trị; và
- cần thiết cho người bệnh vì những lý do khác hơn là sự thuận tiện cho Người được bảo hiểm hoặc cho các bác sĩ điều trị tại địa phương của họ.

Về phần nhập viện, điều trị y tế cần thiết cũng có nghĩa là dựa trên các triệu chứng bệnh hoặc tình trạng của Người được bảo hiểm, các phương pháp điều trị, hoặc các sản phẩm y tế không thể được cung cấp an toàn cho Người được bảo hiểm nếu họ không nhập viện.

16. Điều trị y tế

Những dịch vụ y tế cần thiết hoặc sản phẩm y tế bao gồm cả điều trị nội trú và điều trị ngoại trú mà Người được bảo hiểm nhận được và được cung cấp bởi bác sĩ, các bệnh viện tham gia, các cơ sở, hoặc nhà cung cấp được công nhận, có trụ sở tại Mỹ liên quan đến một kế hoạch điều trị được bảo hiểm bởi Bảo hiểm Bảo Việt cho một Đợt điều trị y tế.

17. Phí bảo hiểm

Khoản phí bảo hiểm cộng với phí dịch vụ của các chương trình do PGH cung cấp.

18. Điều trị ngoại trú

Điều trị ngoại trú bao gồm những phần dưới đây:

- Điều trị y tế không cần phải là điều trị nội trú
- Thuốc, dụng cụ hỗ trợ và thiết bị y tế
- Liệu pháp quang tuyến X
- Vật lý trị liệu
- Y tá chăm sóc cho lần điều trị ngoại trú

19. Phương pháp chăm sóc giảm đau

Là một phương án cải thiện chất lượng đời sống cho những người đang mắc phải các loại bệnh mãn tính, đe dọa đến tính mạng, đang tiến triển hay những căn bệnh nan y. Chăm sóc giảm đau tập trung vào việc chiết giảm cơn đau, độ căng thẳng và các triệu chứng suy nhược khác của bệnh, và cũng là sự chăm sóc y tế hay an ủi nhằm làm giảm mức độ nghiêm trọng của bệnh hoặc kềm hãm sự tiến triển của nó hơn là một phương pháp chữa bệnh.

20. Bệnh viện tham gia trong hệ thống bệnh viện điều trị

Là các bệnh viện thuộc top 1% trong danh sách các bệnh viện hàng đầu của Mỹ được liệt kê trong tạp chí "US News và World Report – Những bệnh viện tốt nhất" và được chấp thuận bởi PGH cho các trường hợp cụ thể được xem xét bảo hiểm theo hợp đồng này.

21. Bác sĩ tham gia trong hệ thống bệnh viện điều trị

Là bác sĩ điều trị y tế được cấp phép hành nghề ở Mỹ, và làm việc tại các bệnh viện điều trị trong hệ thống. Những bác sĩ này được Hội đồng bác sĩchứng thực chuyên môn y tế theo từng chuyên khoa. Bác sĩ tham gia hệ thống không phải là Người được bảo hiểm, người thân của Người được bảo hiểm, hay là một thành viên trong gia đình của Người được bảo hiểm.

22. Dịch vụ Quản lý chăm sóc PGH

Một chuỗi dịch vụ do PGH cung cấp, và bao gồm:

- Tư vấn, hẹn khám và hỗ trợ cho Người được bảo hiểm và gia đình của họ trong suốt Đợt Điều trị;
- Phối hợp liên hệ và thu xếp y tế với các bác sĩ chuyên môn điều trị và bệnh viện; và
- Thu xếp thủ tục đi lại và ăn ở cho người được bảo hiểm và một người đi cùng.

23. Dịch vụ quản lý chăm sóc cá nhân của PGH

Là dịch vụ được cung cấp bởi một chuyên gia y tế, với kiến thức chuyên môn của PGH về phương pháp điều trị được bảo hiểm, cách thức hỗ trợ bệnh nhân, và các phương pháp kiểm soát chất lượng lâm sàng giúp phối hợp và làm hài lòng khách hàng thông qua Dịch vụ quản lý chăm sóc của PGH để đáp ứng nhu cầu của Người được bảo hiểm và gia đình của họ trong suốt một đợt điều trị.

24. Vật lý trị liệu

Vật lý trị liệu là phương pháp chữa trị bằng cách xử dụng các biện pháp vật lý (thủy liệu pháp, nhiệt hoặc những hỗ trợ tương tự, nhằm hỗ trợ vật lý dựa trên các kỹ thuật sinh hóa và thần kinh) để phục hồi chức năng tối đa và/hoặc ngăn chặn hay hạn chế một phần hay toàn bộ thương tật sau bệnh hoặc phẫu thuật. Những phương pháp điều trị này phải được kê toa bởi một bác sĩ.

25. Hợp đồng bảo hiểm

Là hợp đồng giữa Bảo hiểm Bảo Việt và Bên mua bảo hiểm nhóm bao gồm những thỏa thuận và điều kiện của bảo hiểm.

26. Năm bảo hiểm

Hợp đồng cho chủ lao động hoặc nhóm doanh nghiệp: Là khoảng thời gian 12 tháng kể từ ngày Hợp đồng Bảo hiểm Nhóm có hiệu lực.

Người được bảo hiểm dưới hợp đồng nhóm gộp: Là khoảng thời gian 12 tháng kể từ ngày hợp đồng bảo hiểm của cá nhân Người được bảo hiểm có hiêu lực và gia nhập vào hợp đồng bảo hiểm theo dạng thức nhóm gộp.

27. Bệnh có sẵn

Là bất kỳ một tình trạng bệnh nào của Người được bảo hiểm đã được điều trị y tế hoặc được khuyên đi điều trị trong vòng bốn mươi tám (48) tháng trước ngày hiệu lực của Hợp đồng Bảo hiểm, hoặc đã một triệu chứng bệnh lý nào mà Người được bảo hiểm đã nhận diện ở bản thân trước ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm mới mua. Tình trạng này không bao gồm bất kì tình trạng bệnh nào đã được thông báo cho PGH bằng văn bản và đã được PGH chấp nhận bảo hiểm.

Không kể những điều nêu trên, sau mười hai (12) tháng bảo hiểm liên tục, Người được bảo hiểm đáp ứng đủ điều kiện để yêu cầu được bảo hiểm về

các bệnh trạng đã bị loại trừ, với điều kiện là Người được bảo hiểm chưa tham khảo ý kiến bất kỳ bác sĩ nào để được tư vấn, điều trị hoặc khám bệnh, cũng như chưa sử dụng bất cứ loại thuốc nào bao gồm thuốc, dược phẩm, chế độ ăn uống kiêng cữ, hay tiêm để điều trị bệnh trạng đó trong khoảng thời gian bốn mươi tám (48) tháng liên tục trước khi được điều trị cho bệnh trạng này. Việc làm đơn xin được bảo hiểm cho một bệnh trạng có sẵn sẽ phải trải qua một cuộc duyệt xét và quyết định về khả năng được bảo hiểm.

28. Công Ty Preferred Global Health (PGH)

Công ty Trách nhiệm Hữu hạn Preferred Global Health, Ltd là một công ty thành lập và đăng ký tại Bermuda, số đăng ký EC22801. PGH là một tổ chức phát triển và quản lý các chương trình y tế. PGH quản lý quy trình bồi thường y tế và cung cấp dịch vụ quản lý chăm sóc tại Mỹ. PGH đã được Bảo hiểm Bảo Việt ủy quyền để hoạt động nhân danh Bảo hiểm Bảo Việt trong phạm vi của Quy tắc bảo hiểm này. Địa chỉ của công ty PGH tại Bermuda là: Canon's Court, 22 Victoria Street, Hamilton HM 12, Bermuda. Trụ sở hành chính của PGH đặt ở số 2 Oliver Street, Suite 701, Boston, Massachusetts, 02109, USA.

29. Chẩn đoán tình trạng bệnh ban đầu

Việc chẩn đoán lần đầu tiên do một bác sĩ được phép hảnh nghề và đủ khả năng thực hiện trong thời hạn bảo hiểm, sẽ xác định bệnh trạng trước khi tiến hành điều trị và lập kế hoach điều trị. Chi phí của việc chẩn đoán tình trạng bệnh ban đầu không được bảo hiểm theo hợp đồng này.

30. Bác sĩ tại nơi cư trú

Một bác sĩ hoặc chuyên gia chịu trách nhiệm về việc chăm sóc y tế liên tục cho Người được bảo hiểm tại quốc gia của họ và được ghi danh hoặc cấp giấy phép hành nghề y tế theo luật pháp của quốc gia đó, nhưng loại trừ những người sau đây:

- Bản thân Người được bảo hiểm; hay
- Thành viên trực hệ trong gia đình của chủ hợp đồng bảo hiểm bao gồm bố mẹ, bố mẹ vợ/chồng, vợ chồng, con cái, anh chị em ruột hay Người được bảo hiểm; hay
- Chủ sử dụng lao động/Nhân viên của bên mua bảo hiểm.

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Chương trình bảo hiểm này chi trả cho các chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm và được Công Ty Preferred Global Health (PGH) - Công ty quản lý quy trình bồi thường y tế và cung cấp dịch vụ quản lý chăm sóc tại Mỹ do Bảo hiểm Bảo Việt ủy quyền để hoạt động nhân danh Bảo hiểm Bảo Việt trong phạm vi của Quy tắc bảo hiểm này - chấp thuận sau khi hoàn tất phần duyệt xét tiền chữa trị cũng như quá trình chấp thuận.

Giới hạn trách nhiệm của các quyền lợi bảo hiểm được thể hiện trong bảng quyền lợi bảo hiểm.

ĐIỀU TRỊ ĐƯỢC BẢO HIỂM

Điều trị y tế được chấp thuận qua quá trình Duyệt xét chi trả chi phí chữa trị và quá trình chấp thuận sau khi tiến hành khám chẩn đoán tình trạng bệnh ban đầu của Người được bảo hiểm trong vòng một năm bảo hiểm đối với:

I. Bệnh Ung thư, loại trừ các trường hợp chưa tiến triển thành ác tính.

II. Bệnh tim-mạch yêu cầu như sau:

Giải phẫu tim để chỉnh sửa những mạch máu bị thu hẹp hay tắc nghẽn bằng phương pháp nối thông động mạch; hay chỉnh sửa các khuyết tật van tim, hoặc

Phẫu thuật can thiệp tim mạch (nong mạch vành) để chỉnh sửa chứng co hẹp hai hay nhiều động mạch vành bằng cách mở hay nong động mạch vành, hoặc

Phẫu thuật các mạch máu chính để chữa một hoặc nhiều động mạch cảnh, chậu, xương đùi và động mạch não.

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều trị y tế

Dịch vụ y tế cần thiết hay phương tiện y tế bao gồm cả điều trị nội trú và ngoại trú cho Người được bảo hiểm và do các bác sĩ chuyên môn điều trị, các bệnh viện và cơ sở y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ ở trong lãnh thổ Mỹ đã được PGH chấp thuận cho tham gia điều trị và cung cấp dịch vụ liên quan đến một đợt điều trị.

Thời gian tối đa cho mỗi đợt điều trị (tính theo ngày) được ghi trong Bảng quyền lợi bảo hiểm. Nếu được chấp thuận trước, thời gian tối đa cho mỗi đợt điều trị có thể được tăng thêm như quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm, trong trường hợp điều trị ung thư cần tiếp tục hoặc kéo dài do cần được chăm sóc điều trị nội trú cấp tính hoặc cần giám sát chăm sóc ngoại trú chuyên sâu, ngoại trừ phần trị liệu hỗ trợ, chăm sóc làm giảm đau và/hay Chăm sóc cuối đời.

Hỗ trợ các chi phí đi lại và ăn ở

Các chi phí hợp lý và cần thiết do Dịch vụ quản lý chăm sóc PGH thu xếp cho Người được bảo hiểm và người đi cùng đến mức giới hạn được quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm cho mỗi đợt điều trị bao gồm:

- Một vé khứ hồi hạng phổ thông đến Mỹ cho Người được bảo hiểm và một người đi cùng; và
- Chi phí ăn ở tại Mỹ

Tổng mức chi phí giới hạn về di chuyển và ăn ở cho Người được bảo hiểm hay cho Người được bảo hiểm và một người đi cùng.

Quyền lợi xe cứu thương

Chi phí di chuyển bằng xe cứu thương tại Mỹ sẽ được chi trả trong suốt đợt điều trị. Chi phí vận chuyển bằng xe cứu thương sẽ được cung cấp bởi một dịch vụ vận chuyển cứu thương chuyên nghiệp tư nhân có giấy phép hoạt động, hay một dịch vụ cứu thương công cộng có tính phí, cung cấp dịch vụ vận chuyển bằng một loại xe thiết kế đặc biệt để chuyên chở bệnh nhân hay người bị thương.

Hồi hương thi thể

Các chi phí phát sinh thêm hợp lý trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong trong đợt điều trị để hồi hương thi thể hay tro cốt của Người được bảo hiểm từ Mỹ trở về quê hương cũng sẽ được chi trả tới mức giới hạn được ghi nhận trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

Dịch vụ quản lý chăm sóc PGH

Từ khi được thông báo về khả năng phát sinh nhu cầu điều trị được bảo hiểm, Người được bảo hiểm sẽ được hưởng Dịch vụ quản lý chăm sóc PGH theo hình thức một cuộc Duyệt xét chẩn đoán tình trạng bệnh và lập kế hoạch điều trị (DVTP), hướng dẫn, hỗ trợ bệnh nhân, trợ giúp tìm kiếm sự chăm sóc thích hợp tại Mỹ với sự phụ giúp của Người quản lý chăm sóc cá nhân của PGH trong suốt thời gian trị bệnh tại Mỹ. Sự hỗ trợ do nhân viên của PGH và một Người quản lý chăm sóc cá nhân của PGH tại Mỹ thực hiện.

DUYỆT XÉT VÀ PHÊ CHUẨN TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

Quyền lợi này bao gồm các điều khoản về Dịch vụ quản lý chăm sóc của PGH theo Quy tắc bảo hiểm này được cung cấp chỉ khi có bản phê duyệt trước điều trị của PGH xác nhận về quá trình điều trị. Bản phê chuẩn trước điều trị được cấp thông qua quá trình duyệt xét và phê chuẩn trước điều trị, để xác định rằng:

- Người được bảo hiểm đang mắc bệnh hay điều kiện sức khỏe được bảo hiểm theo quy định về quá trình điều trị trong Quy tắc bảo hiểm này, thông qua việc chẩn đoán tình trạng bệnh ban đầu, và sau đó được phê chuẩn qua quá trình duyệt xét và phê chuẩn trước điều trị; và
- Yêu cầu điều trị thuộc phạm vi bảo hiểm thực sự cần thiết về mặt y khoa.

QUÁ TRÌNH DUYỆT XÉT VÀ PHÊ CHUẨN TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

Sự phê chuẩn trước điều trị là một điều kiện bắt buộc để hội đủ điều kiện hưởng các quyền lợi của Quy tắc bảo hiểm này.

Quá trình đó gồm các giai đoạn như sau:

GIAI ĐOẠN 1- Thông báo và thu thập thông tin

- Quá trình duyệt xét và phê chuẩn trước điều trị bắt đầu bằng việc Người được bảo hiểm thông báo cho Bảo hiểm Bảo Việt/PGH biết rằng họ có nhu cầu tiếp nhận một cuộc điều trị được bảo hiểm. Người được bảo hiểm phải cung cấp cho Bảo hiểm Bảo Việt/PGH toàn bộ chi tiết về kết quả chẩn đoán tình trạng bệnh đầu tiên được xác định trong năm bảo hiểm do một bác sĩ được phép hành nghề theo quy định của pháp luật địa phương thực hiện và mọi thông tin bổ sung do Bảo hiểm Bảo Việt/PGH yêu cầu để tiến hành cuộc duyệt xét.

  Trong trường hợp các bệnh ung thư, khối u được coi như là một điều kiện tiên quyết cho việc duyệt xét và phê chuẩn trước điều trị; tuy nhiên, điều khoản này không áp dụng đối với các trường hợp bệnh ung thư mà các khối u đã được cắt bỏ toàn bộ do cần thiết phải thực hiện sinh thiết để tiền hành một cuộc chẩn đoán ban đầu.

  Phương pháp chụp mạch vành sẽ được yêu cầu để thực hiện cho thủ thuật hay phẫu thuật về tim mạch.

- Bảo hiểm Bảo Việt/PGH bảo đảm rằng các thông tin về/liên quan đến Người được bảo hiểm, được dịch và tóm lược nếu cần, sẽ có sẵn do các bác sĩ điều trị tham gia cung cấp.

GIAI ĐOẠN 2 – Duyệt xét chẩn đoán tình trạng bệnh và thiết lập kế hoạch điều trị (DVTP)

- Bảo hiểm Bảo Việt/PGH chọn lựa một bác sĩ có chuyên môn điều trị bệnh hay tình trạng sức khỏe của bệnh nhân đã trải qua tiến trình chẩn đoán bệnh trạng ban đầu để bác sĩ đó tái thẩm định lời chẩn đoán ban đầu và duyệt xét lại hồ sơ bệnh lý của Người được bảo hiểm.
- Bác sĩ sẽ thực hiện một cuộc Duyệt xét chẩn đoán tình trạng bệnh và thiết lập kế hoạch điều trị (DVTP) để xác định nguồn gốc chính xác của tình

trạng bệnh hay điều kiện sức khỏe, nhận diện các phương pháp điều trị và khuyến cáo về tiến trình điều trị, mà theo quan điểm y học của họ, sẽ đem đến kết quả tối ưu, cùng xác định phương thức điều trị nào là cần thiết nhất về mặt y học.

- Bác sĩ chuyên môn sẽ thực hiện báo cáo Kế hoạch điều trị (DVTP) và gửi cho Bảo hiểm Bảo Việt/PGH.

GIAI ĐOẠN 3 – Phê chuẩn trước điều trị và Xét duyệt các phương án điều trị

- Bảo hiểm Bảo Việt/PGH sẽ chuyển Báo cáo kế hoạch điều trị (DTVP) đến cho Người được bảo hiểm.
- Dựa trên Bản báo cáo kế hoạch điều trị (DTVP), PGH sẽ xác định phương án điều trị đề nghị có được bảo hiểm hay không và, nếu cần thiết về mặt y học, thì sẽ phê chuẩn phương án điều trị.
- Một thành viên của Nhóm quản lý chăm sóc Bảo hiểm Bảo Việt/PGH sẽ liên hệ với Người được bảo hiểm để thông báo phương án điều trị có được phê chuẩn hay không.

  Nếu được phê chuẩn, thì Nhóm quản lý chăm sóc PGH sẽ giải thích chi tiết của bản Báo cáo kế hoạch điều trị (DVTP) cho Người được bảo hiểm, giải đáp những câu hỏi, và thảo luận về các phương án điều trị sẵn có tại địa phương và tại Mỹ.

  Dựa trên những phương thức điều trị sẵn có, Người được bảo hiểm sau đó sẽ có cơ hội quyết định chọn lựa phương thức điều trị tại địa phương, theo sự sắp xếp của chương trình bảo hiểm của họ ở địa phương, hay bảo hiểm y tế của chính phủ, hoặc tại Mỹ theo điều khoản của Quy tắc bảo hiểm này.
- Nếu Người được bảo hiểm chọn quyền lợi điều trị theo quy định của Quy tắc bảo hiểm này, thì Ban quản lý chăm sóc PGH sẽ tổ chức việc liên hệ thu xếp cho việc ăn, ở, đi lại cho Người được bảo hiểm.
- Trong một vài trường hợp, PGH sẽ đề xuất và thu xếp một cuộc "trao đổi giữa các bác sĩ". Hình thức "trao đổi giữa các bác sĩ" là cuộc đối thoại về kế hoạch điều trị giữa các chuyên gia y tế Mỹ và các bác sĩ điều trị của Người được bảo hiểm tại Việt Nam về việc áp dụng một phương pháp điều trị đã được thống nhất trước. Hình thức "trao đổi giữa các bác sĩ" có thể được sắp xếp trong trường hợp bệnh nhân chọn điều trị tại nơi cư trú thay vì di chuyển sang Mỹ để điều trị theo quyền lợi của đơn bảo hiểm này. Đơn bảo

hiểm không chi trả cho các chi phí điều trị tại nước cư trú của Người được bảo hiểm. Việc thực hiện thể thức "trao đổi giữa các bác sĩ" là một dịch vụ do PGH đề nghị và cần phải được thỏa thuận trước.

Thời điểm thực hiện quá trình duyệt xét và phê chuẩn trước điều trị

Quá trình duyệt xét và phê chuẩn trước điều trị bao gồm các bước sau:

i. Một bản chẩn đoán bệnh trạng ban đầu do một bác sĩ tại nơi cư trú được phép hành nghề hợp pháp soạn thảo sẽ được chuyển đến cho Bảo hiểm Bảo Việt/PGH bằng văn bản, trong vòng 45 ngày sau khi được hoàn tất. Bản chẩn đoán trước điều trị phải được thực hiện trong thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm.

ii. Phần duyệt xét chẩn đoán trước điều trị và kế hoạch điều trị phải bắt đầu trong vòng bốn mươi lăm (45) ngày sau khi thông báo của Người được bảo hiểm gửi đến Bảo hiểm Bảo Việt/PGH về nhu cầu phê chuẩn điều trị được bảo hiểm của Bảo hiểm Bảo Việt/PGH cho Người được bảo hiểm, ngoại trừ trường hợp chậm trễ bất khả kháng từ phía Người được bảo hiểm.

iii. Phần điều trị được bảo hiểm và đã được chấp thuận sẽ bắt đầu trong vòng bốn mươi lăm (45) ngày sau khi Bảo hiểm Bảo Việt/PGH thông báo cho Người được bảo hiểm là căn bệnh đã được phê chuẩn để điều trị, ngoại trừ trường hợp có những sự chậm trễ bất khả kháng từ phía Người được bảo hiểm.

Trách nhiệm đề nghị chấp thuận kế hoạch điều trị trước

Người được bảo hiểm có trách nhiệm phải tiến hành thủ tục phê chuẩn trước điều trị, như đã được mô tả ở trên, để có thể được quyền lợi bảo hiểm theo quy định của Quy tắc bảo hiểm.

Từ chối điều trị trước

Quy tắc bảo hiểm này sẽ không bảo vệ cho những bệnh ung thư, tim-mạch nếu Người được bảo hiểm đã bắt đầu trải qua những phần điều trị về các căn bệnh này tại Mỹ cũng như tại các nước khác mà không được sự phê chuẩn trước bởi Bảo hiểm Bảo Việt/PGH.

Trong phạm vi Quy tắc bảo hiểm này, các dịch vụ chăm sóc cấp cứu hay các biện pháp kịp thời và cần thiết để ổn định tình trạng bệnh của bệnh nhân mắc bệnh tim mạch hay bệnh tim sẽ không được xem xét là phần điều trị ban đầu và có trước.

LƯU Ý QUAN TRỌNG - Quy tắc bảo hiểm này sẽ không chi trả bất kỳ một phương pháp điều trị hay một kế hoạch điều trị nào (gồm nhiều giai đoạn điều trị), hay các chi phí ăn ở đi lại nào đã không được chấp thuận trước qua thủ tục duyệt xét và chấp thuận trước điều trị trước khi phương pháp hay kế hoạch điều trị bắt đầu. Thủ tục xem xét và chấp thuận trước điều trị không thể được tiến hành vào bất cứ lúc nào sua khi đã bắt đầu áp dụng một chương trình hay kế hoạch điều trị y tế nào đó đã được tiến hành, ngay cả những chương trình điều trị nhiều giai đoạn.

Quá trình duyệt xét và phê chuẩn trước điều trị - Thông tin để liên lạc:

Công ty Trách nhiệm Hữu hạn Preferred Global Health, Ltd. (PGH) quản lý quy trình bồi thường y tế và cung cấp dịch vụ quản lý chăm sóc tại Mỹ. PGH đã được Bảo hiểm Bảo Việt ủy quyền để hoạt động nhân danh Bảo hiểm Bảo Việt trong phạm vi của Quy tắc bảo hiểm này. Quá trình duyệt xét và phê chuẩn trước điều trị sẽ được thực hiện theo các bước như sau:

- **Bước 1:** Khi Người được bảo hiểm có yêu cầu duyệt xét và phê chuẩn trước điều trị, Người được bảo hiểm hoặc đại diện của Người được bảo hiểm phải thông báo cho Bảo hiểm Bảo Việt biết rằng họ có nhu cầu tiếp nhận một cuộc điều trị được bảo hiểm. Chúng tôi sẽ liên hệ với PGH để thực hiện quá trình đánh giá duyệt xét và phê chuẩn trước điều trị.

  Người được bảo hiểm phải cung cấp cho Bảo hiểm Bảo Việt toàn bộ chi tiết về kết quả chẩn đoán tình trạng bệnh đầu tiên được xác định trong năm bảo hiểm do một bác sĩ được phép hành nghề theo quy định của pháp luật địa phương thực hiện và mọi thông tin bổ sung do PGH yêu cầu để tiến hành cuộc duyệt xét.

  PGH sẽ lựa chọn một bác sĩ có chuyên môn về điều trị bệnh hay tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm để bác sĩ đó tái thẩm định lời chẩn đoán ban đầu và duyệt xét lại hồ sơ bệnh lý của Người được bảo hiểm.

- **Bước 2:** Bác sĩ chuyên môn sẽ thực hiện báo cáo Kế hoạch điều trị (DVTP) và gửi cho PGH. PGH sẽ chuyển Báo cáo kế hoạch điều trị (DTVP) đến cho Người được bảo hiểm.

  Dựa trên Bản báo cáo kế hoạch điều trị (DTVP), PGH sẽ xác định phương án điều trị đề nghị có được bảo hiểm hay không và, nếu cần thiết về mặt y học, thì sẽ phê chuẩn phương án điều trị.

- **Bước 3:** Một thành viên của Nhóm quản lý chăm sóc PGH sẽ liên hệ với Người được bảo hiểm để thông báo phương án điều trị có được phê chuẩn hay không.

Nếu được phê chuẩn, thì Nhóm quản lý chăm sóc PGH sẽ giải thích chi tiết của bản Báo cáo kế hoạch điều trị (DVTP) cho Người được bảo hiểm, giải đáp những câu hỏi, và thảo luận về các phương án điều trị sẵn có tại địa phương và tại Mỹ.

Dựa trên những phương thức điều trị sẵn có, Người được bảo hiểm sau đó sẽ có cơ hội quyết định chọn lựa phương thức điều trị tại địa phương, theo sự sắp xếp của chương trình bảo hiểm của họ ở địa phương, hay bảo hiểm y tế của chính phủ, hoặc tại Mỹ theo điều khoản của Quy tắc Bảo hiểm này.

CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ CHUNG

Quy tắc bảo hiểm này sẽ không chi trả cho bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào nếu Người được bảo hiểm bị chẩn đoán bệnh và/hoặc nằm viện, phẫu thuật là kết quả một phần hoặc toàn bộ, của bất kỳ một (1) trường hợp nào dưới đây:

1. Tình trạng bệnh có sẵn và những biến chứng liên quan;
2. Các chi phí điều trị tại Mỹ phát sinh từ chẩn đoán không phải là chẩn đoán tình trạng bệnh ban đầu của bác sĩ tại nơi cư trú.
3. Các chi phí phát sinh do Người được bảo hiểm tham gia vào các hành vi xung đột vũ trang, nội chiến, bạo loạn, khủng bố, bất ổn nội bộ hay binh biến;

4. Chi phí phát sinh từ các hành vi liên quan hay bắt nguồn từ các phản ứng hạt nhân, hay những sản phẩm từ phản ứng hạt nhân, trừ khi đó là hệ quả của phương pháp điều trị y tế.

5. Các phương pháp điều trị thử nghiệm hay nghiên cứu, trừ khi đã được chấp thuận trước đó;

6. Chi phí phát sinh từ một phương pháp điều trị một căn bệnh hay bệnh trạng có liên quan đến, hay là hậu quả do Người được bảo hiểm chủ ý hoặc có tham gia vào một hành vi tội phạm hay một toan tính tự sát;

7. Chi phí phát sinh từ, hay có thể liên quan tới, sự kiện Người được bảo hiểm bị nhiễm vi rút HIV hoặc, theo ý kiến của bác sĩ điều trị, có liên quan đến Hội chứng suy giảm hệ miễn dịch (AIDS);

8. Chăm sóc bởi Y tá tư nhân theo yêu cầu của Người được bảo hiểm;

9. Các phương pháp điều trị đơn thuần chỉ là vật lý trị liệu, và/hoặc là bất cứ một loại trị liệu phục hồi chức năng nào; những loại điều trị y tế cần thiết đó sẽ được bảo hiểm nếu nằm trong một cùng một đợt điều trị;

10. Các phương pháp hỗ trợ điều trị;

11. Phương pháp điều trị giảm đau hay chăm sóc cuối đời;

12. Phương pháp điều trị khẩn cấp; và

13. Các chi phí của Người được bảo hiểm bị chi phối bởi biện pháp chế tài của chính phủ chiếu theo điều khoản "Giới hạn xử phạt và điều khoản loại trừ" trong phần "Điều kiện chung của Hợp đồng".

ĐIỀU KIỆN THAM GIA VÀ NGÀY HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Điều kiện tham gia

Người được bảo hiểm, ngoài đối tượng trẻ em, phải từ trên 1 tuổi đến dưới 75 tuổi, trừ khi được chấp thuận trong điều khoản mở rộng độ tuổi dưới đây. Trẻ em, như đã được định nghĩa trong mục gia đình, cũng có thể được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này, tuy nhiên tất cả mọi trẻ em đủ điều kiện cần phải

kê khai Giấy yêu cầu bảo hiểm và được nhận bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này. Trong Giấy yêu cầu bảo hiểm cho nhóm và danh sách đăng ký nhóm, thì mỗi thành viên được bảo hiểm phải được liệt kê trong danh sách thành viên nhóm. Bảo hiểm Bảo Việt không có trách nhiệm phải chấp nhận bảo hiểm cho toàn bộ danh sách đăng ký.

Công dân Mỹ

Công dân Mỹ không được tham gia chương trình bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này. Công dân Mỹ được hiểu là bất cứ một công dân Mỹ, Người có Quốc tịch Mỹ, Ngoại kiều Thường trú (như đã được định nghĩa trong bộ luật Thuế vụ (IRS), hay bất cứ một người nào cư trú tại lãnh thổ Mỹ trong hơn 90 ngày trong một năm.

Mở rộng độ tuổi bảo hiểm

Người được bảo hiểm, đến cuối năm hợp đồng khi đã vào tuổi 75, có thể tái tục hợp đồng Bảo hiểm cho đến tuổi 99.

Ngày hiệu lực

Thời gian chờ: áp dụng đối với nhóm tổ chức/doanh nghiệp hoặc nhóm gộp các nhân viên trong cùng một tổ chức/doanh nghiệp là 90 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm.

Thời gian chờ 90 ngày có thể được xem xét miễn áp dụng đối với các nhóm tổ chức/doanh nghiệp có từ 15 người trở lên và toàn bộ phí bảo hiểm được chủ doanh nghiệp chi trả.

Nếu trước ngày bảo hiểm có hiệu lực:

A. Người được bảo hiểm mắc một căn bệnh mà Bảo hiểm Bảo Việt/PGH phát hiện ra tại thời điểm yêu cầu tham gia bảo hiểm thì giấy yêu cầu bảo hiểm sẽ không được chấp nhận và phạm vi bảo hiểm sẽ loại trừ tình trạng bệnh đó như là một bệnh đã phát sinh theo điều khoản loại trừ về bệnh có sẵn.

B. Khi nhập viện, Người được bảo hiểm cần phải thông báo cho Bảo hiểm Bảo Việt/PGH lý do nhập viện cùng ngày xuất viện. Phạm vi hiệu lực chỉ bắt đầu khi Người được bảo hiểm xuất viện, và cung cấp cho Bảo hiểm Bảo Việt/PGH tất cả mọi thông tin vệ trường hợp nhập viện nói trên, và các điều khoản A nêu trên vẫn giữ nguyên hiệu lực.

Hợp đồng bảo hiểm này có hiệu lực trong vòng một năm, và có thể được tái tục theo quy định trong hợp đồng.

CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Hủy bỏ hay chấm dứt hợp đồng bảo hiểm

Bảo hiểm Bảo Việt có thể hủy bỏ ngay lập tức hợp đồng bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm không thanh toán phí bảo hiểm đúng hạn, ngoại trừ trường hợp được quy định trong điều khoản gia hạn thanh toán. Nếu phí bảo hiểm không được thanh toán đúng hạn, Bảo hiểm Bảo Việt có thể gửi văn bản hủy bỏ hợp đồng ít nhất trong vòng mười lăm (15) ngày trước ngày hủy bỏ hợp đồng.

Bảo hiểm Bảo Việt không có trách nhiệm thông báo cho Chủ hợp đồng bảo hiểm hay bất cứ một Người được bảo hiểm nào về việc hợp đồng chấm dứt do không thanh toán phí bảo hiểm.

Khi hợp đồng bảo hiểm chấm dứt, mọi quyền lợi bảo hiểm sẽ chấm dứt, ngoại trừ các quyền lợi được liệt kê trong mục quyền lợi sau khi hợp đồng bảo hiểm chấm dứt.

THỜI GIAN GIA HẠN

Thời gian gia hạn ba mươi mốt (31) ngày sẽ được cấp vào ngày ngày kỷ niệm hợp đồng để thanh toán khoản phí bảo hiểm chưa trả. Hợp đồng bảo hiểm còn giữ hiệu lực trong thời gian gia hạn. Nếu khoản phí bảo hiểm còn thiếu không được thanh toán trong thời gian gia hạn, thì hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt vào ngày kỷ niệm hợp đồng. Ngoại trừ trường hợp là trong thời hạn ba mươi (30) ngày trước ngày kỷ niệm hợp đồng Bảo hiểm Bảo Việt đã gửi đến chủ hợp đồng bảo hiểm, hay đã gửi bưu điện đến địa chỉ mới nhất của người này, được ghi trong hồ sơ của PGH, một văn bản nêu rõ là Bảo hiểm Bảo Việt sẽ không có ý định tiếp tục hợp đồng bảo hiểm này.

Khôi phục hiệu lực bảo hiểm

Nếu phí tái tục hợp đồng không được thanh toán trong thời gian gia hạn đã cấp cho Người được bảo hiểm, thì Bảo hiểm Bảo Việt hay một đại diện có thẩm quyền nào của Bảo hiểm Bảo Việt để nhận khoản phí bảo hiểm còn thiếu đó, sẽ có thể khôi phục hợp đồng bảo hiểm mà không cần phải yêu cầu đơn xin tái tục hợp đồng mới; tuy nhiên miễn là, Bảo hiểm Bảo Việt hay người đại diện nói trên yêu cầu cung cấp một đơn xin tái tục hợp đồng và phát hành hóa đơn có điều kiện về khoản phí bảo hiểm đã nhận được, và hợp đồng bảo hiểm sẽ được tái tục khi nhận được sự chấp thuận của Bảo hiểm Bảo Việt hay, nếu không được sự chấp thuận đó thì, đến ngày thứ bốn mươi lăm (45) sau ngày nhận được biên nhận có điều kiện nói trên, trừ khi Bảo hiểm Bảo Việt đã thông

báo bằng văn bản cho Người được bảo hiểm là Bảo hiểm Bảo Việt đã bác đơn xin tái túc nói trên. Hợp đồng bảo hiểm được khôi phục chỉ bảo hiểm cho các rủi ro xảy ra sau ngày hợp đồng được khôi phục, và những rủi ro bệnh tật bắt đầu xảy ra trên mười (10) ngày sau thời hạn đó. Đối với các trường hợp khác, Người được bảo hiểm và Bảo hiểm Bảo Việt sẽ có quyền lợi tương đương theo các điều khoản trong hợp đồng như trước ngày chưa thanh toán phí bảo hiểm bao gồm cả các quyền lợi được xác nhận trong đính kèm và liên quan đến việc phục hồi hợp đồng này. Bất cứ khoản phí bảo hiểm nào đã nhận và liên quan đến việc khôi phục hợp đồng bảo hiểm sẽ được áp dụng cho thời gian gián đoạn hợp đồng, khi phí bảo hiểm chưa được thanh toán, nhưng không được áp dụng cho các trường hợp gián đoạn phí bảo hiểm với thời gian hơn sáu mươi (60) ngày trước ngày khôi phục hợp đồng bảo hiểm.

Thời hạn Bảo hiểm cho trẻ em

Bảo hiểm cho trẻ em sẽ chấm dứt vào cuối năm hợp đồng khi mà đứa trẻ tròn 27 tuổi, bắt đầu sống tự lập và không còn lệ thuộc về mặt tài chính với người Chủ hợp đồng bảo hiểm. Trẻ em trước đây được bảo hiểm theo dạng người phụ thuộc, trong vòng sáu mươi (60) ngày sau khi bảo hiểm cũ hết hiệu lực, có thể đăng ký với Bảo hiểm Bảo Việt/PGH để tự bảo hiểm qua một bảo hiểm riêng khác. Các đơn đăng ký bảo hiểm riêng đó nếu không được gửi trong vòng sáu mươi (60) ngày sẽ cần phải có một bản khai báo sức khỏe đính kèm, và sẽ phải trải qua thủ tục duyệt xét thông thường.

Giới hạn tuổi tối đa

Hợp đồng bảo hiểm không thể tiếp tục tái tục khi Người được bảo hiểm tròn 99 tuổi.

Tái tục cho những người bảo hiểm khác, sau khi Chủ hợp đồng bảo hiểm qua đời

Những Người được bảo hiểm khác trong hợp đồng này có thể được tái tục bảo hiểm sau khi Chủ hợp đồng bảo hiểm qua đời, theo đơn của một Người được bảo hiểm, hay qua người đại diện hợp pháp, nhân danh nhóm Người được bảo hiểm trong hợp đồng.

Nơi Cư trú

Nếu Người được bảo hiểm thay đổi nơi cư trú hợp pháp tới một quốc gia mà hợp đồng bảo hiểm này không được chấp nhận, thì hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt vào ngày tái tục tiếp theo.

Quyền lợi sau khi Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt

Nếu quyền lợi bảo hiểm cho một Người được bảo hiểm chấm dứt vì bất cứ lý do gì, thì những chi phí cho một cuộc điều trị được bảo hiểm cho Người được bảo hiểm đó chỉ còn cho đợt điều trị đã được Bảo hiểm Bảo Việt/PGH chấp thuận, hay khi phương thức điều trị và chấp thuận phương án điều trị nào đã được thẩm định trong vòng bốn mươi lăm (45) ngày từ ngày có chẩn đoán ban đầu đã được xác định trong năm hợp đồng bảo hiểm.

Điều khoản này có nghĩa là trong năm bảo hiểm, bác sĩ tại địa phương có bằng cấp điều trị cho Người được bảo hiểm đã chẩn đoán Người được bảo hiểm bị mắc bệnh tật có thể được bảo hiểm theo Hợp đồng này, và Bảo hiểm Bảo Việt/PGH đã được thông báo trong vòng 45 ngày kể từ ngày có chẩn đoán, để bắt đầu tiến trình duyệt xét và chấp thuận điều trị. Sự gia hạn quyền lợi bảo hiểm này sẽ tiếp tục có hiệu lực cho đến khi nào Người được bảo hiểm hoàn tất đợt điều trị cụ thể.

Tái tục hợp đồng

Hợp đồng bảo hiểm có thể được tái tục thêm một năm bảo hiểm nữa, chiếu theo điều kiện của hợp đồng, do việc thanh toán phí bảo hiểm đầy đủ, theo biểu phí có hiệu lực tại thời điểm tái tục, trước ngày tái tục.

BỒI THƯỜNG

Cơ sở Bồi thường

Chẩn đoán ban đầu nêu rõ phương thức điều trị cần phải được xác định trong thời hạn hợp đồng của Người được bảo hiểm.

Chi trả quyền lợi bảo hiểm

Chi phí phải trả cho Bác sĩ điều trị, cho bệnh viện điều trị, các hãng hàng không, khách sạn, và các nhà cung cấp dịch vụ sẽ được Bảo hiểm Bảo Việt hoặc đại diện được ủy quyền của Bảo hiểm Bảo Việt chi trả theo điều kiện của Hợp đồng Bảo hiểm này.

Bảo hiểm Bảo Việt/PGH không cung cấp dịch vụ y tế/phương pháp điều trị, tuy nhiên, với tư cách một nhà cung cấp dịch vụ, sẽ đại diện cho Bảo hiểm Bảo Việt để thanh toán cho các dịch vụ y tế được bảo hiểm/các phương pháp điều trị do Người được bảo hiểm nhận được.

Chi phí phát sinh trực tiếp - Bằng chứng rủi ro

Nếu trong một đợt điều trị đã được chấp thuận, một số chi phí hợp lý cần phải chi trả cho những quyền lợi được cung cấp qua Hợp đồng bảo hiểm này, tuy đã được thanh toán bởi chính Người được bảo hiểm, thì có thể làm hồ sơ yêu cầu bồi thường gửi cho Bảo hiểm Bảo Việt/PGH trong vòng chín mươi (90) ngày kể từ ngày xảy ra những chi phí nói trên. Hồ sơ yêu cầu bồi thường này phải cung cấp đầy đủ thông tin về người Chủ hợp đồng bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải chịu các khoản chi phí nói trên, số hợp đồng bảo hiểm, mô tả sự kiện xảy ra, quy mô và bản chất rủi ro, cùng đính kèm mọi hóa đơn và biên lai. Nếu hồ sơ yêu cầu bồi thường nào không được nộp trong vòng chín mươi (90) ngày quy định, các quyền lợi bảo hiểm vẫn được bảo lưu nếu Người được bảo hiểm chứng minh được các hóa đơn và biên lai đã không được nộp đúng theo kỳ hạn. Hoá đơn và biên lai nộp một (1) năm sau ngày rủi ro phát sinh sẽ không được chấp nhận chi trả trừ khi sự chậm trễ là do không đủ năng lực pháp lý.

Thanh toán các chi phí phát sinh trực tiếp

Bất kỳ khoản bồi thường nào thuộc trách nhiệm bảo hiểm sẽ được thanh toán ngay khi Bảo hiểm Bảo Việt/PGH nhận được hồ sơ yêu cầu bối thường bằng văn bản (hoặc thư điện tử hoặc qua điện thoại). Tất cả các khoản bồi thường

được thanh toán định kỳ theo hợp đồng này sẽ được chi trả hàng tháng và bất kỳ số dư còn lại chưa thanh toán khi chấm dứt trách nhiệm bồi hoàn hợp đồng sẽ được thanh toán ngay khi nhận được đầy đủ chứng từ.

Bảo hiểm Bảo Việt/PGH sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm bằng đô la Mỹ.

Thanh toán các chi phí điều trị/dịch vụ không được bảo hiểm

Người được bảo hiểm có trách nhiệm chi trả trực tiếp cho nhà cung cấp, người bán, hoặc các đại lý sản phẩm, và dịch vụ, phương pháp điều trị nào không được bảo hiểm chi trả.

Quan hệ với Người được bảo hiểm / Bệnh viện / Bác sĩ

Việc lựa chọn một bác sĩ hoặc bệnh viện điều trị tại Mỹ hoàn toàn là quyền hạn riêng của Bảo hiểm Bảo Việt/PGH.

Quyền lợi không thể chuyển nhượng

Quyền lợi hoặc các khoản chi trả không thể được chuyển nhượng cho bên thứ ba, ngoại trừ khi có một văn bản chuyển nhượng quyền hạn cho một Bác sĩ điều trị ở Mỹ hoặc một bệnh viện tham gia cũng ở Mỹ, là những chủ thể cung cấp dịch vụ điều trị y tế được Hợp đồng bảo hiểm chi trả.

Trách nhiệm của PGH và Bảo hiểm Bảo Việt

PGH và Bảo hiểm Bảo Việt không chịu trách nhiệm về bất cứ hành vi, hoặc thiếu sót, hay cho bất kỳ sai sót nào do lỗi của nhà cung cấp dịch vụ y tế và các dịch vụ đã được chọn lựa, hay các bác sĩ tham gia chữa trị, hoặc không tham gia chữa trị, hay các bệnh viện.

Thế quyền

Bảo hiểm Bảo Việt có quyền thay mặt Chủ hợp đồng bảo hiểm, nếu muốn xúc tiến một vụ khiếu nại đối với bên thứ ba về một sự kiện có thể đưa đến một hành vi đòi bồi thường trong khuôn khổ của Hợp đồng bảo hiểm này. Bảo hiểm Bảo Việt phải tự chi trả mọi phí tổn của thủ tục khiếu nại nói trên.

PHÍ BẢO HIỂM

Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm được tính dựa trên độ tuổi . Phí bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm dựa trên độ tuổi vào ngày hiệu lực bảo hiểm và tự động thay đổi khi Người được bảo hiểm bước vào một độ tuổi mới.

Thanh toán phí bảo hiểm

Khoản phí bảo hiểm được trả trước ngày có hiệu lực và ngày kỷ niệm hợp đồng. Nếu phí bảo hiểm không được thanh toán thì hiệu lực bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt, và theo quy định về thời gian gia hạn.

Quyền của Bảo hiểm Bảo Việt về việc thay đổi biểu phí bảo hiểm

Bảo hiểm Bảo Việt có quyền thay đổi biểu phí bảo hiểm vào:

- Ngày kỷ niệm hợp đồng; và/hay
- Bất cứ ngày nào mà các điều khoản của Hợp đồng này đã thay đổi.

Phí bảo hiểm sẽ chỉ được điều chỉnh trên cơ sở chương trình tổng thể chung. Mức phí này sẽ không được điều chỉnh theo từng cá nhân.

Bảo hiểm Bảo Việt phải thông báo cho Chủ hợp đồng bảo hiểm ít nhất là ba mươi (30) ngày trước ngày áp dụng biểu phí bảo hiểm mới điều chỉnh.

Phí bảo hiểm - Thay đổi Người được bảo hiểm

Phí bảo hiểm cho những trường hợp tăng /giảm Người được bảo hiểm do thêm hay bớt một thành viên mới trong gia đình sẽ được tính theo tỷ lệ, và cho khoảng thời gian từ khi thay đổi cho tới ngày tái tục hợp đồng bảo hiểm kế tiếp. Đối với trường hợp giảm Người được bảo hiểm, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ hoàn lại 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại vào đầu tháng tiếp theo ngày phát sinh giảm Người được bảo hiểm với điều kiện trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm chưa có khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm nào xảy ra.

Thay đổi phí bảo hiểm do tuổi tác

Phí bảo hiểm của Người được bảo hiểm sẽ tự động thay đổi khi họ bước vào một độ tuổi mới, và họ sẽ phải đóng mức phí bảo hiểm mới bắt đầu vào thời điểm tái tục kế tiếp khi bước vào độ tuổi mới.

Khi Người được bảo hiểm qua đời

Khi Người được bảo hiểm qua đời, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ hoàn lại 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại vào ngày đầu tiên của tháng tiếp theo ngay sau ngày phát sinh sự kiện tử vong.

Người Chủ hợp đồng bảo hiểm có trách nhiệm phải thông báo cho Bảo hiểm Bảo Việt về trường hợp tử vong của bất cứ Người được bảo hiểm nào trong Hợp đồng.

ĐIỀU KIỆN CHUNG CỦA HỢP ĐỒNG

Toàn bộ hợp đồng và thay đổi trong hợp đồng

Hợp đồng bảo hiểm (bao gồm cả các sửa đổi bổ sung, nếu có), Giấy yêu cầu bảo hiểm do Người được bảo hiểm ký tên, tất cả các sửa đổi được ký về điểm loại trừ, và bất cứ tài liệu nào do Người được bảo hiểm hoặc người đại diện ký liên quan đến việc nhận bảo hiểm, sẽ là bộ tài liệu không tách rời của hợp đồng bảo hiểm. Bất kỳ yêu cầu nào của Người được bảo hiểm sẽ được coi như là yêu cầu xác nhận và không đảm bảo sẽ phải đáp ứng. Sau ba (3) năm, kể từ ngày hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm này, hoặc từ khi có bất kỳ sự thay đổi nào trong Hợp đồng bảo hiểm do Người được bảo hiểm yêu cầu, không có yêu cầu sửa đổi nào nói trên có thể làm mất hiệu lực bảo hiểm, giảm quyền lợi bảo hiểm, hoặc được sử dụng trong việc yêu cầu bồi thường khi xảy ra rủi ro (theo quy định trong Hợp đồng bảo hiểm) sau khi hết thời hạn ba (3) năm đó.

Để có hiệu lực, bất kỳ thay đổi hoặc từ chối quyền lợi nào phải được thể hiện bằng văn bản (hoặc qua phương tiện liên lạc điện tử hoặc qua điện thoại). Văn bản nói trên phải do Tổng Giám đốc hay đại diện được Tổng Giám đốc của Bảo hiểm Bảo Việt ủy quyền ký xác nhận và đính kèm theo hợp đồng bảo hiểm. Người đại diện không có quyền thay đổi hoặc từ khước bất kỳ phần nào của hợp đồng bảo hiểm này.

Thay đổi điều khoản hợp đồng

Bảo hiểm Bảo Việt có quyền sửa đổi điều kiện trong các điều khoản của hợp đồng bảo hiểm này với hiệu lực kể từ một thời điểm do Bảo hiểm Bảo Việt quy định bằng văn bản gửi cho người chủ hợp đồng bảo hiểm. Người chủ hợp đồng bảo hiểm có quyền hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày nhận được thông báo về sự thay đổi đó. Trong trường hợp này, hợp đồng bảo hiểm sẽ kết thúc vào ngày mà việc sửa đổi đó có hiệu lực.

Sự nhầm lẫn về tuổi

Nếu tuổi của Người được bảo hiểm bị khai báo nhầm, và việc nhầm lẫn này ảnh hưởng đến mức phí bảo hiểm thì Bảo hiểm Bảo Việt sẽ điều chỉnh hồi tố mức phí bảo hiểm theo biểu phí chính xác. Trong trường hợp độ tuổi của Người được bảo hiểm đã bị khai nhầm, và nếu căn cứ vào độ tuổi chính xác của Người được bảo hiểm thì hợp đồng bảo hiểm này sẽ không thể áp dụng được cho họ, hoặc nếu bảo hiểm chấm dứt trước khi Bảo hiểm Bảo Việt chấp nhận phí bảo hiểm, thì trách nhiệm của Bảo hiểm Bảo Việt trong thời gian Người được bảo hiểm không đáp ứng đủ điều kiện để được bảo hiểm thì họ sẽ được hoàn trả phí bảo hiểm đã nộp cho Bảo hiểm Bảo Việt, nếu đòi lại, hay là phần phí bảo hiểm đã đóng cho thời gian không được bảo hiểm.

Sai sót hồ sơ hoặc do nhân viên ghi nhầm

Người chủ hợp đồng bảo hiểm sẽ cung cấp cho Bảo hiểm Bảo Việt/PGH tất cả thông tin và thông báo cần thiết để được bảo hiểm qua Quy tắc bảo hiểm này, bằng những dạng thức được Bảo hiểm Bảo Việt chấp thuận.

Các sai sót do nhân viên ghi nhận, hay do tài liệu báo cáo sẽ không thay đổi các thỏa thuận trong Quy tắc bảo hiểm này. Khi phát hiện các sai sót, thì các sửa đổi cần thiết và thích hợp sẽ được thực hiện để khắc phục lỗi.

Người được bảo hiểm sẽ không được hưởng quyền lợi vượt quá, hay những quyền lợi được chi trả do hậu quả của một sai sót của Bảo hiểm Bảo Việt hay của PGH. Người được bảo hiểm sẽ phải hoàn trả cho Bảo hiểm Bảo Việt hay PGH về những chi trả dư thừa đó.

Quyền công bố thông tin

Để có thể đánh giá và giải quyết một đơn yêu cầu bồi thường, Bảo hiểm Bảo Việt và các đại lý, kể cả PGH, cần phải tiếp cận những thông tin được xem như cần thiết cho nhu cầu này. Những Người được bảo hiểm do đó, cần phải chấp thuận việc cung cấp những hồ sơ bệnh án cho Bảo hiểm Bảo Việt, cho PGH, và các đại lý có thẩm quyền của họ, cũng như cho các bệnh viện và bác sĩ tham gia điều trị. Từ chối không chấp thuận điều kiện trên đây sẽ đưa đến quyết định từ chối đơn đòi bồi thường

Bảo hiểm Bảo Việt và các đại lý, kể cả PGH, sẽ xử lý các thông tin trên đây trong vòng bảo mật thể theo các luật lệ hiện hành liên quan đến quyền riêng tư và điều kiện bảo mật các thông liệu y tế.

Thông báo thay đổi địa chỉ

Chủ hợp đồng bảo hiểm có trách nhiệm phải thông báo ngay cho Bảo hiểm Bảo Việt/PGH về mọi thay đổi địa chỉ trong vòng sáu mươi (60) ngày kể từ khi thay đổi. Bảo hiểm Bảo Việt/PGH chỉ có trách nhiệm gửi các thông báo bằng bưu điện đến địa chỉ cuối cùng biết được của Người chủ hợp đồng.

Luật áp dụng

Hợp đồng này được thỏa thuận và chịu sự chi phối theo luật pháp Việt Nam. Mọi hành vi pháp lý bắt nguồn từ, hay phát xuất từ Hợp đồng này sẽ được đưa ra và xử lý dưới thẩm quyến pháp lý của toàn án Việt Nam. Chủ hợp đồng và những Người được bảo hiểm thỏa thuận rằng sẽ chịu thẩm quyền pháp lý của luật pháp Việt Nam.

Thủ tục trọng tài

Mọi sự khác biệt hay bất cứ tranh chấp nào xảy ra giữa người chủ hợp đồng bảo hiểm, hay một Người được bảo hiểm nào, và Bảo hiểm Bảo Việt liên quan đến:

- Hợp đồng bảo hiểm này; hay
- Bất cứ một đòi hỏi bồi thường nào; hay
- Bất cứ một vụ việc nào, sự kiện hay trách nhiệm nào bắt nguồn từ, hay được cho là bắt nguồn, từ hợp đồng bảo hiểm này;

cuộc tranh chấp sẽ được giao cho phán quyết của hai (2) người trọng tài, một (1) người do Bảo hiểm Bảo Việt lựa chọn và một (1) người do phía bên kia lựa chọn, với thẩm quyền được trao cho các trọng tài để bổ nhiệm một người phân xử.

Phí tổn của và liên quan đến thủ tục trọng tài sẽ được chi trả bởi các bên khiếu kiện và hoàn toàn tùy thuộc vào quyết định của các trọng tài hay người phân xử, sẽ có thẩm quyền để lấy khẩu cung và xử lý mọi việc thu thập hay xuất trình tài liệu. Phán quyết của trọng tài có hiệu lực chung quyết và bắt buộc đối với các bên tranh chấp.

Các bảo hiểm khác với Bảo hiểm Bảo Việt

Bảo hiểm có hiệu lực bất cứ lúc nào đối với Người được bảo hiểm dưới một hợp đồng tương tự hay các hợp đồng khác với Bảo hiểm Bảo Việt, và sẽ bị hạn chế bởi một hợp đồng duy nhất do Người được bảo hiểm, người thừa kế hay khối di sản của họ, chọn lựa tùy trường hợp, và Bảo hiểm Bảo Việt sẽ trao trả hết khoản phí bảo hiểm còn lại trong các hợp đồng bảo hiểm khác còn lại. Một cá nhân không thể được bảo hiểm trong cả hai cương vị là một Người được bảo hiểm và Người phụ thuộc trong một hay nhiều hợp đồng bảo hiểm của Bảo hiểm Bảo Việt.

Khám sức khỏe và khám nghiệm tử thi

Bảo hiểm Bảo Việt và /hoặc PGH, bằng chi phí của mình, có quyền và cơ hội duyệt xét sức khỏe của Người được bảo hiểm bất cứ lúc nào và bao nhiêu lần tùy nhu cầu cần thiết. Quy định này được áp dụng khi một hồ sơ bồi thường còn đang được cứu xét và chưa được chi trả. Bảo hiểm Bảo Việt và/ hoặc Bảo hiểm Bảo Việt/PGH, bằng chi phí của mình, cũng có quyền yêu cầu khám nghiệm tử thi trong trường hợp tử vong, ngoại trừ nếu bị luật pháp cấm đoán.

Hành động pháp lý

Không có hành động pháp lý hoặc luật công bằng nào có thể được viện dẫn để được bồi hoàn chi phí qua hợp đồng này: (1) trước sáu mươi (60) ngày kể từ sau ngày bằng chứng thiệt hại đã được chuyển đến Bảo hiểm Bảo Việt /PGH; hay (2) hoặc ba (3) năm kể từ ngày bằng chứng thiệt hại phải được xuất trình.

Giới hạn xử phạt và điều khoản loại trừ

Bảo hiểm Bảo Việt sẽ không được coi như đã nhận bảo hiểm và sẽ không chịu trách nhiệm chi trả bất cứ yêu cầu bồi thường nào dưới đây, trong giới hạn mà điều khoản về bảo hiểm, hay chi trả một yêu cầu bồi thường nào đó sẽ khiến cho Bảo hiểm Bảo Việt phải chịu một hình thức chế tài, cấm đoán hay hạn chế hoạt động trong khuôn khổ của các Nghị quyết của Liên Hiệp Quốc, hay các chế tài mậu dịch hay kinh tế, luật lệ hay quy định của Liên Hiệp Âu Châu, Vương quốc Anh, hay Hợp Chủng Quốc Hoa Kỳ.

BAOVIET Insurance

BẢO HIỂM BẢO VIỆT