

QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE CON NGƯỜI KẾT HỢP

*Ban hành theo quyết định số: 695/2025/QĐ/TGD ngày 09/09/2025 của
Tổng Giám đốc Tổng công ty Cổ phần Bảo hiểm Petrolimex (PJICO)*

CHƯƠNG I : ĐỊNH NGHĨA

1. PJICO

Là Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Petrolimex (viết tắt là PJICO) và các Công ty thành viên được thành lập, tổ chức và hoạt động theo pháp luật Việt Nam.

2. Bên mua bảo hiểm

Là tổ chức, cá nhân giao kết Hợp đồng bảo hiểm với PJICO và thanh toán phí bảo hiểm theo điều kiện, điều khoản của Quy tắc bảo hiểm này.

3. Người được bảo hiểm

Là các cá nhân có tính mạng, sức khỏe được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

4. Tuổi được bảo hiểm

Là tuổi căn cứ vào năm sinh (không tính đến ngày sinh và tháng sinh) được ghi trên Căn cước công dân/Giấy khai sinh và/hoặc giấy tờ hợp lệ khác.

5. Yêu cầu bảo hiểm

Là thông tin do Bên mua bảo hiểm kê khai, xác nhận bằng văn bản hoặc thông qua hình thức điện tử để yêu cầu tham gia bảo hiểm tại PJICO.

6. Hợp đồng bảo hiểm

Là sự thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và PJICO, theo đó Bên mua bảo hiểm phải thanh toán phí bảo hiểm và PJICO phải chi trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc bồi thường cho Người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Bằng chứng giao kết hợp đồng bảo hiểm là Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các hình thức khác do pháp luật quy định.

7. Sự kiện bảo hiểm

Là sự kiện khách quan thuộc phạm vi bảo hiểm mà khi sự kiện đó xảy ra thì PJICO phải chi trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc bồi thường cho Người được bảo hiểm.

8. Người thụ hưởng

Là người được Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

9. Tai nạn

Là sự kiện bất ngờ, không lường trước, xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm, gây ra do tác động của bất kỳ vật chất hoặc một lực từ bên ngoài tác động lên cơ thể Người được bảo hiểm phát sinh trong thời hạn bảo hiểm và là nguyên nhân duy nhất làm cho Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật.

Theo Quy tắc bảo hiểm này, các trường hợp bị bỏng do lửa/nhiệt/hóa chất, ngạt khói do cháy, đuối nước, điện giật, mắc dị vật đường thở được coi là tai nạn.

10. Thương tật

Là các thương tật thân thể có nguyên nhân trực tiếp và duy nhất do tai nạn và độc lập với các nguyên nhân khác, không phải do ốm đau/bệnh tật, thai sản gây ra.

11. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Là tình trạng thương tật do tai nạn được liệt kê lại bảng tỷ lệ trả tiền thương tật kèm theo Quy tắc bảo hiểm này hoặc Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên theo xác nhận của cơ quan y tế hoặc hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

12. Thương tật bộ phận vĩnh viễn

Là tình trạng thương tật do tai nạn được liệt kê tại Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật kèm theo Quy tắc bảo hiểm này hoặc thương tật thân thể do tai nạn gây ra làm cho Người được bảo hiểm vĩnh viễn mất đi một phần khả năng lao động do hậu quả của việc bị cắt hoặc mất/mất khả năng sử dụng/liệt một phần cơ thể.

Ghi chú: Áp dụng cho định nghĩa 11 và 12

- Việc chứng nhận Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn bộ phận cơ thể (tay, chân hoặc mắt) được thực hiện ngay sau khi kết thúc việc điều trị.
- Việc chứng nhận Người được bảo hiểm bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể hoặc mù hoàn toàn hoặc bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên được thực hiện không sớm hơn 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.

13. Ốm đau/Bệnh tật

Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường của Người được bảo hiểm.

14. Bệnh đặc biệt

Là các bệnh ung thư, u các loại, huyết áp, các bệnh về tim, loét dạ dày – đại tràng, loét ruột, viêm khớp, viêm gan các loại, 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).

15. Bệnh có sẵn

Là bất kỳ tình trạng sức khỏe nào của Người được bảo hiểm mà:

- Đã được bác sĩ chẩn đoán hoặc điều trị trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm, và/hoặc
- Có dấu hiệu, triệu chứng về mặt y khoa, đã tồn tại và có nguồn gốc trong vòng 36 tháng trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm, bất kể là Người được bảo hiểm đã được điều trị hay tư vấn khám trước đó hay chưa.

Việc xác định bệnh có sẵn được căn cứ vào hồ sơ y tế tại các cơ sở y tế, các tài liệu y khoa được cơ quan có thẩm quyền ban hành, hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm kê khai trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, lịch sử bồi thường của Người được bảo hiểm, hoặc các tài liệu khác do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm cung cấp.

16. Bệnh bẩm sinh

Là bệnh hay khuyết tật được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai có thể được chuẩn đoán trước khi sinh hoặc có thể biểu hiện nhiều năm sau khi sinh. Bệnh bẩm sinh có thể là dị tật bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh, bất thường của nhiễm sắc thể.

17. Bệnh di truyền

Là bệnh 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 trong những người có cùng huyết thống.

18. Thai sản

Là quá trình mang thai đến khi sinh đẻ. Theo Quy tắc bảo hiểm này, thai sản bao gồm các trường hợp sinh con và biến chứng thai sản.

19. Thời gian chờ

Là thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm có liên quan không được chi trả bảo hiểm bao gồm các trường hợp thời điểm phát sinh rủi ro nằm trong thời gian chờ nhưng chi phí điều trị rủi ro phát sinh trong thời hạn bảo hiểm hoặc hậu quả của đợt điều trị rủi ro này còn kéo dài trong thời hạn bảo hiểm có hiệu lực trừ khi có những quy định khác trong hợp đồng bảo hiểm.

Đối với các hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục hàng năm, thời gian chờ được tính từ ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm năm đầu tiên.

20. Thời hạn bảo hiểm

Là khoảng thời gian từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm đến ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm và được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

21. Số tiền bảo hiểm

Là số tiền bồi thường tối đa được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm mà PJICO có thể sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

22. Phí bảo hiểm

Là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm phải thanh toán đầy đủ và đúng hạn cho PJICO, trên cơ sở thỏa thuận và được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

23. Cơ sở y tế

Là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp, có giấy phép điều trị nội trú và/hoặc ngoại trú theo quy định của Pháp luật.

24. Bệnh viện

Là một cơ sở y tế có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật, có giấy phép điều trị nội trú, ngoại trú; không phải là nơi để nghỉ ngơi, điều dưỡng hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để cai nghiện rượu, ma túy.

25. Bác sĩ

Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và điều trị. Các chẩn đoán, chỉ định điều trị, kết luận của bác sĩ làm căn cứ để xem xét phạm vi, quyền lợi bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này phải được đưa ra tại các cơ sở y tế hợp pháp.

26. Chi phí thực tế

Là các chi phí y tế phát sinh cần thiết, hợp lý cho việc khám và điều trị y tế của Người được bảo hiểm theo chỉ định của bác sĩ trong trường hợp rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm.

27. Điều trị nội trú/nằm viện

Là việc Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện để điều trị y tế cho rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm và nằm tại giường bệnh qua đêm. Đơn vị ngày nằm viện được tính bằng 24 giờ liên tục hoặc theo đơn vị giường nằm trong giấy ra viện hoặc trong bảng kê viện phí chi tiết.

28. Phẫu thuật

Là phương pháp khoa học để điều trị bệnh, tai nạn, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm được thực hiện bởi phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những quy trình kỹ thuật phù hợp với các dụng cụ, trang thiết bị y tế tại bệnh viện và theo danh mục phẫu thuật do Bộ Y tế Việt Nam quy định.

29. Tử vong không xác định được nguyên nhân

Là trường hợp Người được bảo hiểm tử vong (bao gồm đột tử) mà Cơ quan có thẩm quyền không xác định được hoặc không có kết luận nguyên nhân hoặc PJICO không xác định được nguyên nhân trên cơ sở tra soát lịch sử điều trị y tế.

CHƯƠNG II : QUY ĐỊNH CHUNG

1. Đối tượng bảo hiểm

Là người Việt Nam, người nước ngoài cư trú hợp pháp tại Việt Nam và đủ điều kiện được tham gia bảo hiểm tại PJICO dựa trên thông tin được khai báo theo yêu cầu bảo hiểm.

Trừ khi có thỏa thuận khác và được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, độ tuổi tham gia bảo hiểm tối đa là 65 tuổi và mở rộng đến 70 tuổi đối với trường hợp tái tục liên tục.

PJICO sẽ không bảo hiểm cho các trường hợp sau:

- a) Người mắc chứng mất trí nhớ hoặc bệnh tâm thần;
 - b) Người bị tàn phế hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên;
 - c) Người đang trong thời gian điều trị nội trú do bệnh, thương tật, người bị bệnh ung thư.
- Điều kiện này chỉ áp dụng với năm đầu tiên tham gia bảo hiểm và không áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm tái tục liên tục các năm tiếp theo.

2. 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 tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

3. Tái tục bảo hiểm

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

4. Phạm vi địa lý bảo hiểm

Phạm vi địa lý được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này là Việt Nam, trừ trường hợp được quy định khác tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

5. Thời gian chờ

Trừ trường hợp được quy định khác tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, theo Quy tắc bảo hiểm này thời gian chờ được áp dụng như sau:

- a) Trường hợp tai nạn: không áp dụng thời gian chờ;
- b) Trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường: thời gian chờ 30 ngày;
- c) Trường hợp bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn: thời gian chờ 365 ngày;

d) Trường hợp thai sản:

- Biên chứng thai sản: thời gian chờ 90 ngày;
- Sinh con: thời gian chờ 270 ngày;

6. Xác minh y tế

PJICO có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm kiểm tra y tế hoặc lấy ý kiến chuyên môn từ bác sĩ tại cơ sở y tế hợp pháp ở bất kỳ thời điểm nào được cho là cần thiết, hoặc trước ngày hiệu lực hoặc khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, các chi phí nêu trên sẽ được PJICO chi trả.

Việc kiểm tra y tế (nếu có) sẽ không loại bỏ nghĩa vụ của Người được bảo hiểm trong trường hợp cần phải khai báo, cung cấp thông tin đầy đủ và trung thực theo yêu cầu của PJICO.

7. Quyền và nghĩa vụ của PJICO

a) Quyền của PJICO

- Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận tại 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 theo quy định của Pháp luật.
- Từ chối chi trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc 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 Pháp luật.
- Các quyền khác theo quy định của Pháp luật.

b) Nghĩa vụ của PJICO

- Giải thích cho Bên mua bảo hiểm về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm.
- Cấp cho Bên mua bảo hiểm Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm ngay sau khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm.
- Chi trả tiền bảo hiểm kịp thời cho Người thụ hưởng/Người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- Giải thích bằng văn bản lý do từ chối chi trả tiền bảo hiểm hoặc từ chối bồi thường.
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của Pháp luật.

8. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm

a) Quyền của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm

- Yêu cầu PJICO giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm, cấp Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Pháp luật.
- Yêu cầu PJICO chi trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc 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/Người được bảo hiểm

- Thanh toán phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.

- Khai khai đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của PJICO.
- Thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của PJICO trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của PJICO.
- Thông báo cho PJICO 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 Pháp luật.
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của Pháp luật.

CHƯƠNG III : PHẠM VI VÀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có thể lựa chọn tham gia một hoặc nhiều phạm vi bảo hiểm dưới đây.

1. Điều kiện bảo hiểm A – Tử vong do ốm đau, bệnh tật, thai sản

- a) Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong do ốm đau, bệnh tật, thai sản xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, PJICO chi trả 100% số tiền bảo hiểm của điều kiện bảo hiểm này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- b) Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong không xác định được nguyên nhân, PJICO chi trả 50% số tiền bảo hiểm của điều kiện bảo hiểm này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

2. Điều kiện bảo hiểm B – Tử vong, thương tật do tai nạn

- a) Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, PJICO chi trả 100% số tiền bảo hiểm của điều kiện bảo hiểm này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- b) Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, PJICO chi trả theo bảng tỷ lệ trả tiền thương tật của PJICO nhân với số tiền bảo hiểm của điều kiện bảo hiểm này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- c) Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật tạm thời do tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, PJICO chi trả tiền bảo hiểm theo một trong hai hình thức sau, tùy theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm:
 - **Hình thức chi trả theo mức khoán:** PJICO chi trả theo bảng tỷ lệ trả tiền thương tật của PJICO nhân với số tiền bảo hiểm của điều kiện bảo hiểm này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
 - **Hình thức chi trả theo chi phí thực tế nhưng không vượt quá mức khoán:** PJICO chi trả chi phí cần thiết và hợp lý để điều trị thương tật theo chỉ định của bác sĩ và không vượt quá số tiền tính theo bảng tỷ lệ trả tiền thương tật của PJICO nhân với số tiền bảo hiểm của điều kiện bảo hiểm này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- d) Trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, trong vòng một năm kể từ ngày xảy ra tai nạn, Người được bảo hiểm tử vong do hậu quả của tai nạn đó, PJICO chi trả phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm với số tiền đã chi trả cho tai nạn đó.

3. Điều kiện bảo hiểm C – Trợ cấp nằm viện, phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật, thai sản

- Trường hợp Người được bảo hiểm phải điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật, thai sản, PJICO chi trả trợ cấp nằm viện mỗi ngày (từ ngày nằm viện thứ 2 trở đi) với số tiền bảo hiểm của điều kiện bảo hiểm này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và không quá 60 ngày/năm.
- Trường hợp Người được bảo hiểm phải phẫu thuật do ốm đau, bệnh tật, thai sản, PJICO chi trả trợ cấp phẫu thuật theo bảng tỷ lệ trả tiền phẫu thuật của PJICO nhân với số tiền bảo hiểm của điều kiện bảo hiểm này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

CHƯƠNG IV : CÁC ĐIỂM LOẠI TRỪ

Ngoài giới hạn phạm vi bảo hiểm đã quy định, PJICO sẽ không chịu trách nhiệm chi trả tiền bảo hiểm cho các trường hợp:

1. Hành vi cố ý của Người được bảo hiểm/ Người thụ hưởng bảo hiểm. Loại trừ này không áp dụng trong trường hợp một hoặc một số người thụ hưởng cố ý gây ra cái chết hay thương tật cho người được bảo hiểm, PJICO vẫn trả tiền bảo hiểm cho những người thụ hưởng khác theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
2. Người được bảo hiểm bị tai nạn hoặc bệnh tật có nguyên nhân từ việc sử dụng rượu, bia, hút thuốc lá, ma túy hoặc các chất kích thích, chất gây nghiện tương tự khác (trừ khi sử dụng theo chỉ định của bác sĩ).
3. Người được bảo hiểm bị tử vong do bệnh dịch; chi phí y tế phát sinh do bệnh dịch theo tuyên bố của nước sở tại hoặc theo tuyên bố của tổ chức y tế thế giới (trừ trường hợp được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm).
4. Điều trị, phẫu thuật mang tính chất 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 hậu quả nào liên quan.
5. Kiểm tra sức khỏe hoặc giám định y khoa mà không liên quan đến việc điều trị ốm đau, bệnh tật, thương tật.
6. Người được bảo hiểm tham gia đánh nhau, trừ khi được xác định đó là hành động cứu người, bảo vệ tài sản hoặc tự vệ.
7. Người được bảo hiểm tham gia tập luyện, thi đấu các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, các hoạt động thể thao mạo hiểm, khảo sát, thám hiểm, khám phá hang động, tham gia phá hủy các công trình xây dựng, rà phá bom mìn, làm việc dưới hầm mỏ (trừ trường hợp được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm).
8. Kiểm tra thị lực, thính lực, thị giác, thính giác thông thường, điều trị đục thủy tinh thể, điều trị lão hóa, thoái hóa, suy giảm thính/thị lực tự nhiên (không phải do bệnh lý), các tật khúc xạ và bất kỳ phẫu thuật nào đối với các khuyết tật, thoái hóa thính giác và thị giác.

9. Các bệnh bẩm sinh/dị tật bẩm sinh, bệnh di truyền, bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS và các biến chứng, hậu quả liên quan đến những bệnh này.
10. Người được bảo hiểm điều trị và/hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ định của bác sĩ và/hoặc điều trị tại các cơ sở y tế không có giấy phép hoạt động hợp pháp.
11. Người được bảo hiểm bị ngộ độc thức ăn, đồ uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc (trừ trường hợp được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm).
12. Chi phí khám, điều trị bệnh thuộc rối loạn về tâm thần, rối loạn hành vi, rối loạn tâm lý, bệnh chậm phát triển, tự kỷ, điều trị rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, hội chứng căng thẳng, lo lắng, rối loạn cảm xúc, Parkinson, Alzheimer, Bệnh tế bào thần kinh vận động, Xơ cứng rải rác, Đa xơ cứng, Loạn dưỡng cơ, Nhược cơ, Động kinh, Não úng thủy, Bại não, Hội chứng liệt, Tâm thần phân liệt, Rối loạn loại phân liệt, Rối loạn hoang tưởng, Rối loạn tâm thần, Sa sút trí tuệ, Thiếu năng trí tuệ, Hội chứng Down.
13. Điều trị bằng đông y, châm cứu, vật lý trị liệu hoặc các phương pháp tương tự (trừ trường hợp được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm).
14. Người được bảo hiểm tham gia vào các hoạt động hàng không trừ khi với tư cách là hành khách có mua vé trên các máy bay thương mại được cấp phép hoặc các phương tiện vận chuyển hợp pháp khác.
15. Người được bảo hiểm tử vong hay thương tật do nổi loạn, đình công, chiến tranh, các hậu quả của hạt nhân, phóng xạ.
16. Điều trị và/hoặc tạo hình thẩm mỹ chỉnh hình, điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng/giảm cân), suy dinh dưỡng, loãng xương và các hậu quả có liên quan.
17. Các hình thức điều trị về răng (không bao gồm điều trị do nguyên nhân tai nạn).
18. Kế hoạch hóa gia đình, điều trị vô sinh, điều trị bất lực, rối loạn chức năng sinh dục, thay đổi giới tính, hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của điều trị trên.
19. Các chi phí cung cấp, bảo dưỡng hay lắp ráp sửa chữa các thiết bị hoặc bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình, các thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hay xe lăn hoặc các dụng cụ khác, các chi phí để có cơ quan cấy ghép nội tạng như cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng.
20. Bệnh lao các loại, bệnh sốt rét, bệnh nghề nghiệp.
21. Các bệnh suy tủy, bạch cầu, điều trị lọc máu, chạy thận nhân tạo và hậu quả hay biến chứng của các bệnh này.
22. Liệu pháp thay thế hooc-môn trong thời kỳ sinh trưởng hoặc tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ.
23. Các bệnh sau đây sẽ không được bảo hiểm trong năm đầu tiên cho dù xảy ra trước hay sau khi hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, bao gồm:
 24. Bệnh hệ hô hấp: Viêm V.A cần phẫu thuật, viêm xoang, vẹo vách ngăn, bệnh hen/suyễn.
 25. Bệnh hệ tai: Viêm tai giữa cần phẫu thuật, sùi vòm họng, cắt bỏ xương xoắn.
 26. Bệnh hệ mạch: Viêm tĩnh mạch và viêm tắc/ngẽn tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch chi dưới, hội chứng cổ tay, mạch/hạch bạch huyết, trĩ.
 27. Bệnh rối loạn chuyển hóa các loại.

- 28. Bệnh hệ cơ, xương, khớp: Viêm khớp/đa khớp mạn tính, bệnh thoái hóa cột sống, thân đốt sống, thoát vị đĩa đệm, rối loạn mật độ và cấu trúc xương, bệnh gout.
- 29. Bệnh hệ tiêu hóa: Bệnh loét dạ dày, tá tràng.
- 30. Bệnh khác: Sỏi, nang, mụn com, nốt ruồi các loại.
- 31. Tử vong không xác định được nguyên nhân, đột quy.

CHƯƠNG V : QUY ĐỊNH VỀ CHI TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

1. Hồ sơ yêu cầu chi trả tiền bảo hiểm

Hồ sơ yêu cầu chi trả tiền bảo hiểm do Người được bảo hiểm, người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm theo quy định pháp luật hoặc người thừa kế hợp pháp thu thập và cung cấp cho PJICO.

Hồ sơ yêu cầu chi trả tiền bảo hiểm bao gồm các tài liệu sau:

- a) Giấy yêu cầu chi trả tiền bảo hiểm (bản gốc);
- b) 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;
- c) Giấy phép lái xe phù hợp quy định của pháp luật (trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn khi điều khiển phương tiện giao thông);
- d) Bản gốc hoặc bản sao hợp lệ: giấy chứng tử và văn bản xác nhận quyền thừa kế hợp pháp theo quy định của pháp luật (trường hợp Người được bảo hiểm tử vong);
- e) Bản gốc hoặc bản sao hợp lệ chứng từ y tế/kết luận của hội đồng giám định y khoa/cơ quan y tế có thẩm quyền về tình trạng thương tật của Người được bảo hiểm (trong hợp thương tật vĩnh viễn cần giám định y khoa);
- f) Hồ sơ bệnh án bản gốc hoặc bản sao có chứng thực liên quan đến các phương pháp điều trị do bác sĩ đưa ra: sổ y bạ, chẩn đoán, kết luận bệnh, bệnh án, giấy xuất viện.
- g) Các hóa đơn liên quan đến việc điều trị theo quy định (trường hợp chi trả theo chi phí y tế thực tế);
- h) Các tài liệu khác (nếu có) có liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm phù hợp với quy định của pháp luật và Quy tắc bảo hiểm.

2. Thời hạn thông báo và yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Trừ khi có thỏa thuận khác về thời gian thông báo, khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/ Hợp đồng bảo hiểm:

- a) Đối với trường hợp tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn, Người thụ hưởng/Người đại diện hợp pháp phải thông báo tới PJICO bằng văn bản trong vòng 30 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- b) Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm là 01 năm kể từ khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng không tính vào thời hạn thông báo và yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

3. Thời hạn Giải quyết yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, PJICO thực hiện chi trả tiền bảo hiểm theo thời hạn đã thỏa thuận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/ Hợp đồng bảo hiểm.

Trong trường hợp không có thỏa thuận về thời hạn thì PJICO thực hiện chi trả tiền bảo hiểm trong thời hạn 15 ngày kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ về yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

CHƯƠNG VI : GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

1. Luật áp dụng

Luật của Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam.

2. Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp liên quan đến Quy tắc bảo hiểm này, nếu các bên không giải quyết được bằng thương lượng thì một trong các bên có quyền khởi kiện tại Tòa án nhân dân có thẩm quyền tại Việt Nam để giải quyết tranh chấp theo quy định của pháp luật.

3. Thời hiệu khởi kiện

Thời hiệu khởi kiện về hợp đồng bảo hiểm là 3 năm và/hoặc theo quy định của Pháp luật.