

Quy Tắc Bảo Hiểm Sức Khỏe HealthCare

Dựa trên đề nghị mua bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm – thông qua Giấy yêu cầu bảo hiểm và thông tin được cung cấp trên Giấy yêu cầu bảo hiểm cũng như các thông tin khác được cung cấp cho Công ty có liên quan đến Giấy yêu cầu bảo hiểm – và việc thanh toán đúng hạn phí bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này, Công ty đồng ý bảo hiểm cho Người được bảo hiểm đối với các Thương tật, Ốm đau/Bệnh tật hoặc Chăm sóc nha khoa hoặc Chăm sóc thai sản (nếu được áp dụng) trong Thời hạn bảo hiểm và trong Giới hạn trách nhiệm bảo hiểm, tùy thuộc theo các điều kiện và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm.

PHẦN I – QUY ĐỊNH CHUNG

1. Định nghĩa

Trong Quy tắc bảo hiểm này, các từ ngữ sau sẽ có ý nghĩa như được quy định dưới đây:

Giấy yêu cầu bảo hiểm

Văn bản được lập đúng quy cách thể hiện các thông tin liên quan đến yêu cầu bảo hiểm, bảng câu hỏi và các thông tin khác theo mẫu do Công ty quy định và áp dụng theo từng thời điểm để đăng ký mua bảo hiểm sức khỏe HealthCare.

Chương trình bảo hiểm

Chương trình bảo hiểm được Công ty ban hành. Đối với một Người được bảo hiểm, Chương trình bảo hiểm liên quan áp dụng cho Người được bảo hiểm đó theo quy định tại Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm và Giấy chứng nhận bảo hiểm đã cấp cho Người được bảo hiểm đó.

Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm/ Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm tái tục

Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm do Công ty cấp cho Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm, trong đó quy định Thời hạn bảo hiểm, tên Chương trình bảo hiểm, phí bảo hiểm và/hoặc các nội dung khác (nếu có).

Giấy chứng nhận bảo hiểm

Giấy chứng nhận bảo hiểm do Công ty cấp cho Người được bảo hiểm dưới hình thức là một thẻ bảo hiểm sức khỏe HealthCare (thẻ vật lý hoặc phi vật lý).

Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm này như được mô tả tại Điều 2.

Hợp đồng bảo hiểm Nhóm

Hợp đồng bảo hiểm dành cho Nhóm.

Giới hạn trách nhiệm

Giới hạn tối đa toàn bộ trách nhiệm của Công ty đối với mỗi Người được bảo hiểm, trong Thời hạn bảo hiểm, đối với từng phần như quy định tại Chương trình bảo hiểm.

Giới hạn phụ

Giới hạn phụ là mức giới hạn cho từng trách nhiệm bảo hiểm của Công ty đối với mỗi Người được bảo hiểm, trong Thời hạn bảo hiểm, đối với từng quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Phạm vi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm và Chương trình bảo hiểm.

Công ty

Công ty TNHH Bảo hiểm Phi Nhân thọ Chubb Việt Nam.

Thời hạn bảo hiểm

Đối với một Người được bảo hiểm, Thời hạn bảo hiểm được quy định trong Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm và Giấy chứng nhận bảo hiểm được cấp cho Người được bảo hiểm đó.

Nếu tại thời điểm bắt đầu của Thời hạn bảo hiểm, Người được bảo hiểm chưa nhập cảnh vào Việt Nam hoặc chưa đủ điều kiện tham gia Hợp đồng bảo hiểm thì người này sẽ không được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm. Khi đó, thời điểm bắt đầu của Thời hạn bảo hiểm được ghi trong Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ được điều chỉnh phụ thuộc vào thời gian Người được bảo hiểm nhập cảnh vào Việt Nam hoặc đủ điều kiện tham gia Hợp đồng bảo hiểm, tùy vào thời điểm nào đến sau.

Sự kiện bảo hiểm

Sự kiện khách quan thuộc phạm vi bảo hiểm mà khi sự kiện đó xảy ra thì Công ty phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.

Nước thường trú

Đối với một người, là quốc gia mà người đó đang sinh sống tại thời điểm bắt đầu được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm và được khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm.

Người nước ngoài cư trú tại Việt Nam theo thị thực du lịch không được xem là có Nước thường trú là Việt Nam.

Tai nạn

Sự kiện bất ngờ gây ra bởi một lực từ bên ngoài và hữu hình lên thân thể của Người được bảo hiểm xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm. Sự kiện này gây ra tổn hại trên thân thể Người được bảo hiểm và xảy ra ngoài ý muốn, ngoài tầm kiểm soát của Người được bảo hiểm, và là nguyên nhân trực tiếp làm cho Người được bảo hiểm bị Thương tật hoặc tử vong.

Đang làm việc

Một người lao động sẽ được xem là đang làm việc vào bất kỳ ngày nào nếu người đó đang đảm nhận nhiệm vụ để hoàn thành vai trò như được chỉ định cho họ để thực hiện hoặc có thể được thực hiện vào ngày cuối cùng của kế hoạch làm việc.

Một thành viên của một Tổ chức tài trợ sẽ được xem là “Đang làm việc” vào một ngày bất kỳ nếu khi ấy người đó có thể thực hiện tất cả các hoạt động bình thường của một thành viên của Tổ chức tài trợ, và không phải nằm điều trị tại nhà hay tại một Cơ sở y tế.

Một Người phụ thuộc sẽ được xem là “Đang làm việc” trong ngày bất kỳ nếu khi ấy người đó có thể thực hiện các hoạt động bình thường của một người trong tình trạng sức khỏe tốt, cùng lứa tuổi và giới tính và không phải nằm điều trị tại nhà hay tại một Cơ sở y tế.

Thiết bị

Dụng cụ và trang thiết bị được sử dụng như một phần của quy trình phẫu thuật được thực hiện bởi một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp.

Mức miễn thường/Đồng chi trả

Phần chi phí được thể hiện bằng con số tuyệt đối hoặc tỷ lệ phần trăm được quy định tại Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm, mà Người được bảo hiểm cùng chi trả khi phát sinh chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm và phải tự mình thanh toán cho mỗi và mọi Sự kiện bảo hiểm.

Người phụ thuộc

Vợ hoặc chồng kết hôn hợp pháp với Người được bảo hiểm hoặc người chung sống như vợ hoặc chồng với Người được bảo hiểm và (các) con chưa kết hôn (bao gồm (các) con ruột của 2 vợ chồng, (các) con ngoài giá thú, (các) con riêng của vợ hoặc chồng, (các) con nuôi được nhận nuôi hợp pháp) mà Người được bảo hiểm có nghĩa vụ cấp dưỡng, **LUÔN LUÔN VỚI ĐIỀU KIỆN** là con không dưới 15 ngày tuổi và không quá 18 tuổi (hoặc là không quá 23 tuổi với điều kiện là Người phụ thuộc đó đang tiếp tục học tập toàn thời gian trừ trường hợp Công ty có quyết định khác).

Người từ trên 18 tuổi đến không quá 23 tuổi cần cung cấp thẻ sinh viên hoặc giấy tờ chứng minh đang học tập toàn thời gian còn hiệu lực để được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này.

Ngày hiệu lực

Đối với một Người được bảo hiểm, là ngày đầu tiên của Thời hạn bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm đó (dù là hợp đồng gốc hay được tái tục hay Sửa đổi bổ sung, tùy từng trường hợp).

Điều trị có lựa chọn

Điều trị có lựa chọn là điều trị Cần thiết về mặt y học mà việc điều trị đó có lợi cho tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm, bao gồm cả cuộc phẫu thuật đã lên kế hoạch trước, và không phải là một điều trị Khẩn cấp.

Người lao động

Người đủ 18 tuổi trở lên, có khả năng lao động, làm việc cho Người sử dụng lao động theo thỏa thuận, được trả lương và chịu sự quản lý, điều hành, giám sát của Người sử dụng lao động.

Người sử dụng lao động

Một doanh nghiệp, cơ quan, tổ chức, hợp tác xã, hộ gia đình có thuê mướn, sử dụng Người lao động làm việc cho mình theo thỏa thuận, và thông qua đó Hợp đồng bảo hiểm Nhóm được đề nghị, ký kết hoặc thực hiện và qua đó Hợp đồng bảo hiểm Nhóm được cấp.

Khẩn cấp hoặc Tình trạng nguy kịch

Khẩn cấp hoặc Tình trạng nguy kịch có nghĩa là một tình huống có thật khi tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm thay đổi đột ngột mà đòi hỏi phải có sự can thiệp khẩn cấp về mặt y tế hoặc phẫu thuật trong vòng 48 giờ từ khi xảy ra sự việc để tránh nguy hiểm đến sức khỏe hoặc tính mạng của Người được bảo hiểm.

Nhóm

Một nhóm Người lao động được thuê mướn, sử dụng bởi một Người sử dụng lao động và những Người phụ thuộc của họ; hoặc một nhóm các thành viên của một Tổ chức tài trợ và những Người phụ thuộc của họ.

Nhóm tham gia Hợp đồng bảo hiểm phải là Nhóm đã được hình thành không phải vì mục đích tham gia bảo hiểm.

Tổ chức tài trợ

Công đoàn hay bất kỳ hiệp hội, tổ chức, cơ quan nào khác được Công ty chấp nhận là Bên mua bảo hiểm của các Hợp đồng bảo hiểm mà thành viên của các tổ chức này và những Người phụ thuộc của họ được bảo hiểm.

Quê quán

Đối với Người được bảo hiểm, là quốc gia mà Người được bảo hiểm có hộ chiếu. Trường hợp Người được bảo hiểm có hơn một hộ chiếu, Quê quán là quốc gia mà Người được bảo hiểm khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm.

Cơ sở y tế

Bất kỳ bệnh viện, phòng khám, trạm xá và/hoặc cơ sở khám chữa bệnh nào được cấp phép và hoạt động một cách hợp pháp để tiến hành khám bệnh và/hoặc chữa bệnh tại quốc gia nơi mà cơ sở đó thành lập.

Dịch vụ nằm viện

Là các dịch vụ y tế được cung cấp cho Người được bảo hiểm khi Người được bảo hiểm lưu trú tại Cơ sở y tế ít nhất là 24 giờ hoặc qua đêm để điều trị Ốm đau/Bệnh tật, Thương tật, hoặc Chăm sóc thai sản (nếu được áp dụng), chỉ khi các thủ tục chẩn đoán và/hoặc điều trị thích hợp không có sẵn cho việc Điều trị ngoại trú và khi được chấp nhận là một bệnh nhân nội trú có đăng ký hoặc Điều trị trong ngày tại một Cơ sở y tế. Trong trường hợp Cơ sở y tế không cấp được giấy nhập viện hoặc ra/xuất viện, hồ sơ y tế hoặc hóa đơn thanh toán thể hiện rõ thời gian điều trị sẽ được coi như chứng từ thay thế. Đơn vị “ngày” nằm viện được tính bằng 24 giờ và theo đơn vị giường nằm trong giấy ra/xuất viện hoặc trong chứng từ viện phí chi tiết.

Dịch vụ nằm viện bao gồm cả các khoản phí Thông thường và hợp lý tại nơi thực hiện điều trị, tiền phòng, tiền ăn, tất cả các trang bị y tế và tất cả các biện pháp điều trị và dịch vụ y tế do Bác sỹ và/hoặc Cơ sở y tế chỉ định, bao gồm cả tiền phòng hồi sức cấp cứu khi cần thiết.

Thương tật

Thương tổn xảy ra đối với bất kỳ bộ phận nào trên cơ thể của Người được bảo hiểm trong suốt Thời hạn bảo hiểm mà bị gây ra do một Tai nạn.

Người được bảo hiểm

Người đủ điều kiện mà việc bắt đầu bảo hiểm cho người đó đã được xác nhận bởi Công ty bằng việc cấp một Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm nêu rõ người đó là Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

Cần thiết về mặt y học

Việc điều trị, dịch vụ hoặc qui trình mà theo ý kiến của Bác sỹ và/hoặc Cơ sở y tế nơi Bác sỹ hành nghề là thích hợp và phù hợp với chẩn đoán và theo đúng tiêu chuẩn y học được chấp nhận chung.

Nghĩa là dịch vụ y tế hoặc điều trị y tế: (a) Phù hợp với các chẩn đoán và thông lệ về chẩn trị y tế đối với bệnh hoặc chấn thương liên quan; và (b) phù hợp với tiêu chuẩn về hành nghề y được; và (c) có tính chất bắt buộc và phải thực hiện tại Cơ sở y tế; và (d) không nhằm mục đích thử nghiệm, chẩn đoán, nghiên cứu, phòng ngừa hoặc tầm soát; và (e) có số ngày nằm viện là hợp lý và phù hợp với thông lệ điều trị cho bệnh hoặc chấn thương liên quan. Công ty có toàn quyền áp dụng và điều chỉnh các định mức về số ngày nằm viện được xem là Cần thiết về mặt y học vào từng thời điểm.

Bác sỹ

Người hành nghề khám, chữa bệnh được cấp giấy phép hợp pháp và được pháp luật của quốc gia sở tại công nhận và thực hiện việc khám, chữa bệnh trong phạm vi được đào tạo và giấy phép của mình.

Bên mua bảo hiểm

Tổ chức, cá nhân giao kết Hợp đồng bảo hiểm với Công ty và đóng phí bảo hiểm.

Năm bảo hiểm

Thời gian từ (i) 00.01 giờ sáng của ngày đầu tiên của Thời hạn bảo hiểm hoặc (ii) thời điểm Công ty cấp Hợp đồng bảo hiểm (tùy vào thời điểm nào đến sau) và kết thúc vào 11 giờ 59 phút khuya của ngày cuối cùng của Thời hạn bảo hiểm bao gồm cả hai thời điểm. Toàn bộ thời gian được tính theo giờ

chuẩn của Việt Nam.

Bệnh có sẵn

Là bất kỳ Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật mà:

- (a) tồn tại trước Ngày hiệu lực mà Người được bảo hiểm, với những dấu hiệu hoặc triệu chứng mà Người được bảo hiểm đã nhận biết hoặc theo lẽ thường phải nhận biết; hoặc
- (b) Người được bảo hiểm đã tìm kiếm hoặc nhận được các điều trị, hoặc thuốc, hoặc lời khuyên, hoặc chẩn đoán trong vòng hai (2) năm trước khi bắt đầu Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
- (c) Người được bảo hiểm nhận biết là đã tồn tại trước ngày bắt đầu Hợp đồng bảo hiểm cho dù Người được bảo hiểm có tìm kiếm hay nhận được sự điều trị, thuốc men, lời khuyên, hoặc chẩn đoán hay không.

Bệnh bẩm sinh

Là bất kỳ bệnh, dị tật, khuyết tật, bất thường nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ dưới tác động của yếu tố môi trường lên sự phát triển của thai nhi và có thể được mô tả dưới nhiều cách gọi khác nhau, có thể có hoặc không có chữ “bẩm sinh”, như (ví dụ và không phải là danh sách đầy đủ): bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh, bất thường của nhiễm sắc thể. Tình trạng bệnh bẩm sinh phải do Bác sỹ xác định hoặc theo quy định pháp luật/ của các cơ quan quản lý nhà nước về y tế..

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. Tình trạng bệnh di truyền phải do Bác sỹ xác định hoặc theo quy định pháp luật/ của các cơ quan quản lý nhà nước về y tế.

Thuốc theo đơn kê

Là những thuốc, được phẩm được bán và sử dụng theo đơn thuốc của Bác sỹ, theo quy định của pháp luật, không bao gồm những loại thuốc (i) được mua mà không nằm trong đơn thuốc của Bác sỹ; và/hoặc (ii) không nằm trong danh mục thuốc điều trị của Bộ Y tế (bao gồm nhưng không giới hạn: thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm, khoáng chất, thuốc bổ, vitamin).

Đơn vị hỗ trợ y tế

Tổ chức hỗ trợ y tế khẩn cấp hay bất kỳ đơn vị tương tự nào khác được Công ty thông báo cho Bên mua bảo hiểm vào từng thời điểm.

Dịch vụ xe cứu thương trong nước

Dịch vụ vận chuyển đường bộ bằng xe cứu thương đến và trở về từ một Cơ sở y tế trong nước, mà sự vận chuyển đó là Cần thiết về mặt y học.

Tình trạng sức khỏe nguy kịch

Tình trạng sức khỏe mà theo ý kiến của Cơ sở y tế thực hiện việc điều trị là bệnh nặng cần phải chữa trị khẩn cấp để tránh tử vong hoặc ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khỏe hiện tại hoặc lâu dài của Người được Bảo hiểm.

Ốm đau/Bệnh tật

Tình trạng sức khỏe cơ thể bị thay đổi so với tình trạng sức khỏe bình thường.

Hành động khủng bố

Bất kỳ hành động nào, bao gồm việc sử dụng vũ lực hoặc bạo lực và/hoặc đe dọa sử dụng vũ lực hoặc bạo lực, được thực hiện bởi bất kỳ người nào hoặc nhóm người nào, dù hành động đơn lẻ hoặc đại diện cho hoặc có quan hệ với bất kỳ (các) tổ chức, (các) chính phủ nào vì mục đích chính trị, tôn giáo,

tư tưởng hay các mục đích khác bao gồm ý định gây ảnh hưởng đến bất kỳ chính phủ nào và/hoặc gây ra tình trạng lo lắng cho công chúng hoặc bất kỳ bộ phận nào trong công chúng.

Hành động khủng bố cũng sẽ bao gồm bất kỳ hành động nào mà được chính phủ (có liên quan) xác nhận hoặc công nhận là hành động khủng bố.

AIDS/HIV

Bảo hiểm cho việc điều trị vi rút HIV (HIV) và các bệnh có liên quan kể cả hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), các biến chứng của bệnh và tất cả các bệnh/căn bệnh do vi-rút HIV gây ra và/hoặc có liên quan tới HIV, kể cả các kết quả điều trị phát sinh xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm, bao gồm (các) năm tái tục liên tục hợp đồng bảo hiểm và xuất hiện sau khi Công ty đã cấp các hợp đồng bảo hiểm liên tục năm (05) năm kể từ Ngày hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm đầu tiên (“Thời gian chờ”).

Quyền lợi bảo hiểm này được bao gồm trong Giới hạn trách nhiệm đối với Người được bảo hiểm và phụ thuộc vào Giới hạn phụ bằng 10% Giới hạn trách nhiệm (được quy định trong hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực tại thời điểm phát sinh bồi thường cho quyền lợi này lần đầu tiên) đối với Người được bảo hiểm trong suốt cuộc đời.

Kiểm tra sức khỏe hàng năm

Là một Điều trị ngoại trú bao gồm những xét nghiệm/tầm soát được thực hiện bởi một Cơ sở y tế và khi: (i) không có bất kỳ triệu chứng lâm sàng nào và/hoặc (ii) không có chẩn đoán cuối cùng của Bác sĩ và/hoặc (iii) không có toa thuốc đi kèm. Những xét nghiệm/tầm soát này bao gồm các hình thức kiểm tra sau đây, ở một độ tuổi thích hợp để sớm phát hiện các Ốm đau/Bệnh tật:

- Dấu hiệu sống (huyết áp, mỡ máu, mạch, hô hấp, nhiệt độ, các hình thức kiểm tra dấu hiệu sống khác)
- Kiểm tra tim mạch
- Kiểm tra hệ thần kinh
- Tầm soát bệnh ung thư
- Kiểm tra phản xạ của trẻ em (đối với các trẻ em đến 6 tuổi).

Quyền lợi này cũng áp dụng cho tiêm vắc-xin và kiểm tra sức khỏe bổ sung hồ sơ lao động.

Giường cho người nhà

Chỗ ở tại Cơ sở y tế đối với cha mẹ hay người giám hộ hợp pháp lưu lại cùng với Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi, đã nhập viện điều trị nội trú tại một Cơ sở y tế. Quyền lợi này chỉ áp dụng cho bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ mỗi tối khi Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi được điều trị nội trú tại Cơ sở y tế.

Trợ cấp thăm viếng

Một người thân hoặc bạn bè của Người được bảo hiểm đến thăm Người được bảo hiểm đang đi du lịch một mình phải nằm viện ngoài Quê quán hoặc Nước thường trú trong thời gian quá 7 ngày liên tục, tùy thuộc vào sự chấp thuận trước của Đơn vị hỗ trợ y tế của Công ty và chỉ khi Đơn vị hỗ trợ y tế xác nhận việc này là cần thiết dựa trên tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm.

Chi phí Bác sĩ đông y

Bác sĩ đông y có nghĩa là một Bác sĩ hoặc người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, được cấp phép hành nghề đông y theo quy định của pháp luật của nước mà người đó hành nghề.

Quyền lợi này bao gồm chi phí tư vấn và thuốc điều trị tại Cơ sở y tế thực hiện các chữa trị đông y, nắn xương, châm cứu, vật lý trị liệu, dược phẩm thảo mộc, các loại trị liệu đông y khác được thực hiện bởi Bác sĩ đông y tùy thuộc vào Giới hạn trách nhiệm bảo hiểm đối với chi phí Bác sĩ đông y như được quy định tại Chương trình bảo hiểm.

Dược phẩm thảo mộc sẽ có nghĩa là các dược phẩm thảo mộc được kê đơn bởi các Bác sĩ đông y có đăng ký bằng văn bản, trực tiếp liên quan đến bệnh lý đang được điều trị.

Nắn xương sẽ có nghĩa là việc điều trị hệ thống xương, mô liên kết và mô mềm bị chấn thương bên trong hoặc bên ngoài cơ thể do các Tai nạn gây ra.

Điều trị trong ngày

Điều trị Cần thiết về mặt y học, bao gồm cả phẫu thuật ngoại trú không Khẩn cấp vì lý do Tai nạn và Ốm đau/Bệnh tật, tại một Cơ sở y tế nơi Người được bảo hiểm nằm viện tối thiểu sáu (6) giờ liên tục và có phát sinh tiền phòng, tiền giường nhưng không quá hai mươi bốn (24) giờ liên tục và không lưu lại qua đêm.

Nếu Điều trị trong ngày là một cuộc phẫu thuật ngoại trú Khẩn cấp vì lý do Tai nạn và Ốm đau/Bệnh tật, thì thời gian nằm viện tối thiểu sáu (6) giờ liên tục không áp dụng.

Nếu Người được bảo hiểm trải qua cuộc phẫu thuật tại một Cơ sở y tế dưới hai mươi bốn (24) giờ do Tai nạn và Ốm đau/Bệnh tật, Công ty sẽ chi trả chi phí Thông thường và hợp lý mà Người được bảo hiểm đã thanh toán cho Cơ sở y tế đó, và phụ thuộc vào Giới hạn trách nhiệm liên quan được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

Chăm sóc nha khoa

Chăm sóc nha khoa bao gồm:

Kiểm tra răng định kỳ: Cạo vôi và đánh bóng răng được bảo hiểm mỗi năm một lần đối với mỗi Người được bảo hiểm.

Chăm sóc răng cơ bản: Nhổ răng, trám răng, chụp X-quang, cạo vôi bao răng.

Điều trị nha khoa chủ yếu: Nhổ răng mọc bất thường, lấy tủy răng, cắt u răng, cắt cuống răng sẽ được thanh toán sau khi Người được bảo hiểm đã được bảo hiểm bởi Công ty bao gồm dịch vụ chăm sóc nha khoa cho tối thiểu **chín tháng liên tục**.

Đối với phủ chóp răng và cầu răng và răng giả, các quyền lợi bảo hiểm sẽ được thanh toán sau khi Người được bảo hiểm đã được bảo hiểm bởi Công ty bao gồm chi phí chăm sóc nha khoa cho **tối thiểu mười hai tháng liên tiếp**.

MIỄN LÀ các dịch vụ này phải được thực hiện bởi một Bác sỹ chuyên ngành răng hàm mặt tại một Cơ sở y tế được cơ quan hữu quan cấp giấy phép hành nghề nha khoa tại quốc gia nơi mà việc chăm sóc nha khoa được cung cấp. Vật liệu sử dụng cho việc trám răng/bao răng/răng giả được giới hạn ở hỗn hợp trám răng và sứ và không bao gồm kim loại quý hiếm.

Chăm sóc thị lực

Chăm sóc thị lực bao gồm việc kiểm tra mắt, và chi phí làm kính mắt hoặc kính áp tròng.

Hệ thống thanh toán trực tiếp

Các nhà cung cấp dịch vụ y tế (mà các thông tin chi tiết được liệt kê riêng lẻ và được Công ty thông báo cho Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm) đồng ý sẽ tính chi phí điều trị trực tiếp với Công ty khi Người được bảo hiểm xuất trình Giấy chứng nhận bảo hiểm hợp lệ vẫn còn hạn sử dụng. Tuy nhiên, Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm có trách nhiệm hoàn trả lại Công ty nếu các chi phí đó là không hợp lệ theo Hợp đồng bảo hiểm.

Điều trị nha khoa khẩn cấp sau Tai nạn

Việc chữa trị nha khoa do một Bác sỹ chuyên ngành răng hàm mặt tại một Cơ sở y tế hợp pháp thực hiện trong vòng 30 ngày kể từ khi xảy ra Tai nạn gây thương tổn cho răng tự nhiên còn tốt, ngoại trừ thương tổn xảy ra trong khi ăn.

Vận chuyển y tế cấp cứu

Chi phí y tế cần thiết liên quan đến việc vận chuyển cấp cứu và chăm sóc y tế để vận chuyển Người

được bảo hiểm đang trong Tình trạng nguy kịch được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm, tới Cơ sở y tế gần nhất có phương tiện điều trị thích hợp. Việc vận chuyển y tế cấp cứu này phải theo sự chỉ định của Bác sỹ tham gia điều trị hoặc Bác sỹ chuyên khoa kết hợp với cố vấn y tế của Công ty.

Người được bảo hiểm/đại diện của họ phải liên lạc với Công ty hoặc Đơn vị hỗ trợ y tế của Công ty để được chấp thuận trước cho việc vận chuyển và sắp xếp phương tiện vận chuyển cần thiết.

Công ty sẽ thanh toán chi phí vé máy bay khứ hồi hạng phổ thông cho người đi cùng với Người được bảo hiểm từ 18 tuổi trở xuống trong quá trình vận chuyển cấp cứu, nếu việc này được Công ty xem là cần thiết vì lý do sức khỏe của Người được bảo hiểm.

Quyền lợi bảo hiểm này còn dựa vào Phạm vi bảo hiểm và điều khoản loại trừ được quy định cụ thể trong hợp đồng dịch vụ giữa Công ty và Đơn vị hỗ trợ y tế được Công ty thông báo cho Bên mua bảo hiểm tùy thuộc vào bất kỳ thay đổi nào được Công ty thông báo cho Bên mua bảo hiểm vào từng thời điểm.

Quyền lợi này không áp dụng cho Người được bảo hiểm từ 70 tuổi trở lên.

Điều trị tại khoa cấp cứu

Các dịch vụ được thực hiện tại khoa cấp cứu hoặc phòng cấp cứu của Cơ sở y tế trong thời gian không quá 24 giờ với điều kiện là các dịch vụ này được Bác sỹ tham gia điều trị tại khoa/ phòng cấp cứu của Cơ sở y tế đó xác định theo ý kiến chuyên môn là tình trạng nghiêm trọng phải điều trị cấp cứu với điều kiện có phát sinh chi phí tiền giường/ phòng và hồ sơ có dấu xác nhận cấp cứu của cơ sở y tế. Để làm rõ, trường hợp điều trị tại khoa/ phòng cấp cứu chỉ vì lý do ngoài giờ hành chính khám chữa bệnh của Cơ sở y tế thì được coi là Điều trị ngoại trú.

Liệu pháp thay thế nội tiết tố

Liệu pháp thay thế nội tiết tố có nghĩa là bất kỳ dịch vụ tư vấn và thuốc men được cung cấp bởi Bác sỹ tại một Cơ sở y tế để chữa trị việc mất cân bằng nội tiết tố liên quan đến các triệu chứng trước và sau mãn kinh.

Chụp X-quang và xét nghiệm

Xét nghiệm và các thủ tục y khoa liên quan đến chụp ảnh phóng xạ và hạt nhân được sử dụng để chẩn đoán và điều trị các bệnh. Bất kỳ dịch vụ chụp X-Quang và xét nghiệm nào cũng phải được Bác sỹ và/hoặc Cơ sở y tế chỉ định.

Chăm sóc thai sản

Nghĩa là việc điều trị trước khi sinh, khi sinh, sau khi sinh và sảy thai, hoặc phá thai bất buộc, hoặc các biến chứng phát sinh từ việc Người được bảo hiểm mang thai đối với việc sinh thường hoặc sinh mổ và chi phí chăm sóc trẻ sau khi sinh được thực hiện trong Cơ sở y tế.

Trường hợp quyền lợi bảo hiểm này được bao gồm trong Hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm, thì quyền lợi bảo hiểm này sẽ được áp dụng cho các trường hợp mang thai mà ngày sinh em bé thực tế ít nhất là 12 tháng sau ngày đăng ký quyền lợi bảo hiểm Chăm sóc thai sản của Người được bảo hiểm, ngoại trừ trường hợp chấm dứt mang thai do hư thai hoặc phá thai vì lý do y tế. Quyền lợi Chăm sóc thai sản sẽ được bảo hiểm khi việc mang thai bắt đầu sau 90 ngày kể từ khi đăng ký quyền lợi bảo hiểm này của Người được bảo hiểm.

Hạn mức quyền lợi Chăm sóc thai sản được tính trên một kỳ thai sản của mỗi Người được bảo hiểm, kể cả khi Sự kiện bảo hiểm thuộc quyền lợi Chăm sóc thai sản diễn ra ở hai năm khác nhau liên tục.

Chăm sóc trẻ sơ sinh

Quyền lợi bảo hiểm Chăm sóc thai sản được mở rộng cho việc chăm sóc trẻ nói chung, thời gian tối đa là 5 ngày tính từ ngày sinh hoặc điều trị nội trú đối với bệnh xảy ra trong vòng 30 ngày sau khi sinh.

Quyền lợi bảo hiểm này được giới hạn trong các dịch vụ điều trị được thực hiện trong vòng 30 ngày kể từ ngày sinh của đứa trẻ.

Một hạn mức bổ sung được áp dụng cho việc điều trị nội trú đối với tình trạng y khoa cấp tính và bất kì chi phí liên quan đến các triệu chứng lúc sinh hoặc có biểu hiện Ốm đau/Bệnh tật trong vòng 30 ngày sau khi sinh khi mà Giới hạn trách nhiệm bảo hiểm đối với dịch vụ Chăm sóc thai sản đã được sử dụng hết.

Y tá chăm sóc tại nhà

Dịch vụ chăm sóc y tế của y tá được cấp phép hành nghề hợp pháp tại nơi ở của Người được bảo hiểm được thực hiện theo sự chỉ định của Bác sỹ và/hoặc Cơ sở y tế vì lý do đặc thù của ngành y ngay sau khi hoặc thay thế cho việc điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày. Bảo hiểm sẽ được giới hạn trong thời gian tối đa là 182 ngày trong thời hạn bảo hiểm 12 tháng cho mỗi Người được bảo hiểm.

Phân loại nhóm nghề nghiệp

Loại I – Chuyên môn và nghề nghiệp liên quan đến công việc quản lý lao động trí óc hoặc công việc văn phòng hoặc những nơi tương tự không nguy hiểm.

Loại II - Những người tham gia công việc giám sát và các công việc khác không thuộc Nhóm nghề Loại I mà nhiệm vụ của những người này có thể liên quan tới lao động chân tay nhẹ không thường xuyên nhưng không sử dụng công cụ hoặc thiết bị máy móc hoặc tiếp xúc với bất kỳ mối nguy hiểm đặc biệt nào, những người thường xuyên đi lại ngoài văn phòng vì mục đích kinh doanh hoặc chuyên môn nhưng không tham gia các công việc lao động chân tay (Ví dụ: Nhân viên bán hàng).

Loại III – những người tham gia công việc lao động chân tay nhẹ trong điều kiện không nguy hiểm nhưng có liên quan tới việc sử dụng công cụ hoặc máy móc nhẹ (Ví dụ: người làm dịch vụ chuyển phát).

Loại IV – những người làm công việc nguy hiểm có dính líu đến công việc chân tay (không phải công việc chân tay nhẹ), chẳng hạn công việc thủ công liên quan tới việc sử dụng công cụ hoặc thiết bị (Ví dụ: công nhân xây dựng).

Điều trị ung thư

Bất kể có quy định khác tại Hợp đồng bảo hiểm, điều trị ung thư luôn được xem là điều trị nội trú theo Quy định tại Chương trình bảo hiểm.

Trừ Hợp đồng bảo hiểm Nhóm và trừ khi có thỏa thuận khác bởi Công ty, việc điều trị ung thư chỉ được bảo hiểm nếu triệu chứng đầu tiên của ung thư xuất hiện sau 90 ngày liên tục kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng bảo hiểm đầu tiên của Người được bảo hiểm theo xác nhận của Bác sỹ và/hoặc Cơ sở y tế nơi Người được bảo hiểm đang điều trị. Chi phí điều trị sẽ được chi trả như sau:

Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên (Kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng bảo hiểm đầu tiên của Người được bảo hiểm)	Tỉ lệ chi trả (% của tổng chi phí điều trị)
Sau 90 ngày	70%
Sau 180 ngày	100%

Cấy ghép bộ phận

Chi phí điều trị y tế phát sinh đối với việc cấy ghép thận, tim, gan và tủy tối đa đến Giới hạn phụ của Chương trình bảo hiểm. Chi phí nhận cơ quan nội tạng và tất cả các chi phí cho người hiến tặng sẽ không được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

Điều trị ngoại trú

Điều trị y tế cho Người được bảo hiểm khi Người được bảo hiểm không phải là bệnh nhân nội trú/ bệnh nhân Điều trị trong ngày có đăng ký trong Cơ sở y tế. Việc xét nghiệm, các thủ tục chụp ảnh phóng xạ và hạt nhân được sử dụng để chẩn đoán và điều trị các bệnh y khoa. Các dịch vụ chụp x-quang và xét nghiệm phải được Bác sỹ và/hoặc Cơ sở y tế chỉ định.

Điều trị ngoại trú cũng bao gồm cả thuốc chữa bệnh, việc bán và sử dụng những loại thuốc này phải theo đơn thuốc của Cơ sở y tế và không bao gồm những loại thuốc không nằm trong đơn thuốc của Cơ sở y tế.

Điều trị nội trú

Bảo hiểm cho trường hợp Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật bao gồm cả điều trị biến chứng thai sản khẩn cấp do Tai nạn xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm khiến Người được bảo hiểm phải nằm viện điều trị nội trú và/ hoặc phẫu thuật nội trú tại Cơ sở y tế. Chi phí Điều trị nội trú bao gồm tất cả các chi phí nằm viện, tiền phòng và ăn uống theo ngày, phòng săn sóc đặc biệt theo ngày, Điều trị ung thư, Điều trị trong ngày, dịch vụ xe cấp cứu, chi phí cấy ghép bộ phận, chi phí điều trị trước và sau khi nằm viện, điều trị tại khoa cấp cứu, y tá chăm sóc tại nhà, tâm lý trị liệu, điều trị nha khoa khẩn cấp, AIDS/HIV, Vận chuyển y tế cấp cứu / Hồi hương, Vận chuyển thi hài về quê quán, Thông tin và hỗ trợ về y tế/pháp luật, Trợ cấp thăm bệnh, Đưa trẻ em về quê quán, chi phí hỗ trợ Người phụ thuộc sau khi Người được bảo hiểm tử vong do bệnh ung thư, chi phí hỗ trợ Người phụ thuộc sau khi Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn, Bảo hiểm Bệnh có sẵn và điều trị y tế khẩn cấp ngoài khu vực bảo hiểm lựa chọn.

Lần thăm khám

Là một lần Người được bảo hiểm được (i) Bác sỹ thăm khám lâm sàng, chỉ định thực hiện các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh hay các thủ thuật thăm dò khác nhằm mục đích chẩn đoán Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật và/hoặc sử dụng thuốc điều trị theo chỉ định của Bác sỹ, và mỗi lần như vậy sẽ có chẩn đoán cuối cùng theo toa thuốc của Bác sỹ; hoặc (ii) điều trị theo chỉ định của Bác sỹ với điều kiện các Bác sỹ được nêu ở đoạn này đều thuộc cùng một Cơ sở y tế.

Trường hợp nhiều Bác sỹ chuyên khoa cùng hội chẩn cho một Người được bảo hiểm theo quy chế Cơ sở y tế thì chỉ được tính là một Lần thăm khám.

Trường hợp Người được bảo hiểm phải khám một hay nhiều chuyên khoa khác nhau mà không có chỉ định của Bác sỹ trong cùng một Cơ sở y tế hay khác Cơ sở y tế thì không được xem là một Lần thăm khám.

Điều trị trước và sau khi nằm viện

Được bảo hiểm như xác định là Điều trị ngoại trú trong thời gian tối đa 30 ngày ngay trước khi nằm viện và 90 ngày sau khi xuất viện cho mỗi Người được bảo hiểm có cùng bệnh án. Quyền lợi này sẽ được chi trả theo việc điều trị nội trú hoặc phẫu thuật. Việc hoàn trả chi phí điều trị sẽ dựa vào ngày phát sinh chi phí.

Điều trị tâm thần

Điều trị tại khoa tâm thần của một Cơ sở y tế, tối đa là 30 ngày cho mỗi Năm bảo hiểm sau khi (các) hợp đồng bảo hiểm đã có hiệu lực tổng cộng 24 tháng liên tục. Việc điều trị phải được Công ty chấp thuận trước.

Điều trị bằng vật lý trị liệu hoặc phương pháp nắn khớp xương

Điều trị bằng phương pháp phòng hoặc/ và chữa bệnh bằng cách sử dụng các tác nhân vật lý tự nhiên hay nhân tạo, ví dụ như: nước, không khí, nhiệt độ, khí hậu, độ cao, điện, tia X, tia cực tím, tia hồng ngoại, siêu âm, các chất đồng vị phóng xạ, xoa bóp. Việc điều trị này phải được đề nghị bằng văn bản của Bác sỹ tham gia điều trị và không bao gồm các chi phí nhằm mục đích thư giãn, massage, spa, sửa dáng đi.

Nếu trong Thời hạn bảo hiểm, Ốm đau/Bệnh tật hoặc Thương tật được bảo hiểm theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm, Người được bảo hiểm cần được điều trị bằng vật lý trị liệu hoặc phương pháp nắn

xương khớp theo đề nghị bằng văn bản của Bác sỹ tham gia điều trị, Công ty sẽ trả các chi phí Thông thường và hợp lý phát sinh thực tế và các chi phí được chi trả này sẽ không vượt quá Giới hạn trách nhiệm bảo hiểm và tùy thuộc vào số Lần thăm khám tối đa trong Năm bảo hiểm như được quy định trong Chương trình bảo hiểm.

Thông thường và hợp lý

Quyền lợi bảo hiểm sẽ không được trả cho các khoản phí vượt quá mức phí chung do các đơn vị cung cấp dịch vụ khác có cùng tiêu chuẩn tại địa phương phát sinh chi phí đó, khi cung cấp việc điều trị, dịch vụ hoặc hàng hóa tương đương cho một Thương tật hoặc Ốm đau/Bệnh tật tương tự. Công ty sẽ xác định chi phí thông thường dựa trên các trường hợp tương tự Công ty đã xử lý và các báo giá dịch vụ tương đương của các Cơ sở y tế có cùng tiêu chuẩn trong cùng khu vực.

Hồi hương

Đơn vị hỗ trợ y tế của Công ty sẽ thu xếp đưa Người được bảo hiểm đang hấp hối hoặc tử vong tại một nơi nằm ngoài Quê quán hoặc Nước thường trú của Người được bảo hiểm sau khi Người được bảo hiểm được vận chuyển y tế cấp cứu tới một địa điểm bên ngoài Quê quán hoặc Nước thường trú để điều trị nội trú, trở về Quê quán, Nước thường trú của Người được bảo hiểm hoặc một nước khác (theo sự lựa chọn của người đại diện của Người được bảo hiểm) bằng đường hàng không và/hoặc đường biển. Đơn vị hỗ trợ y tế của Công ty sẽ toàn quyền quyết định phương tiện hoặc cách thức tiến hành hồi hương sau khi xem xét, đánh giá tất cả các sự kiện và tình huống liên quan. Công ty sẽ chi trả cho các chi phí cần thiết và không thể tránh khỏi phát sinh trong quá trình thực hiện các dịch vụ do Đơn vị hỗ trợ y tế của Công ty thu xếp VỚI ĐIỀU KIỆN là trong trường hợp thu xếp đưa Người được bảo hiểm trở về một nước khác không phải là Quê quán hoặc Nước thường trú của Người được bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả cho các chi phí phát sinh trong quá trình thực hiện các dịch vụ do Đơn vị hỗ trợ y tế của Công ty thu xếp nhưng không vượt quá một trăm triệu (100.000.000) đồng cho mỗi một Người được bảo hiểm. Người được bảo hiểm/đại diện của họ phải liên lạc với Công ty hoặc Đơn vị hỗ trợ y tế của Công ty để được chấp thuận trước cho việc hồi hương và sắp xếp phương tiện cần thiết.

Trừ trường hợp quyền lợi nêu tại đoạn ngay trên đây được sử dụng, Đơn vị hỗ trợ y tế của Công ty sẽ (i) thu xếp đưa Người được bảo hiểm đang hấp hối hoặc tử vong tại một nơi nằm ngoài Quê quán hoặc Nước thường trú của Người được bảo hiểm trở về Quê quán của Người được bảo hiểm bằng đường hàng không và/hoặc đường biển. Đơn vị hỗ trợ y tế của Công ty sẽ toàn quyền quyết định phương tiện hoặc cách thức tiến hành hồi hương sau khi xem xét, đánh giá tất cả các sự kiện và tình huống liên quan; hoặc (ii) theo sự lựa chọn của người đại diện của Người được bảo hiểm, thu xếp đưa việc chuẩn bị xác của Người được bảo hiểm để chôn cất hoặc hỏa táng tại nước sở tại nơi Người được bảo hiểm tử vong. Công ty sẽ chi trả cho các chi phí phát sinh trong quá trình thực hiện các dịch vụ do Đơn vị hỗ trợ y tế của Công ty thu xếp không vượt quá hai trăm triệu (200.000.000) đồng cho mỗi một Người được bảo hiểm. Đơn vị hỗ trợ y tế của Công ty phải được liên lạc trước để thu xếp các dịch vụ cần thiết.

Quyền lợi bảo hiểm này cũng phụ thuộc vào phạm vi dịch vụ và điều khoản loại trừ được nêu cụ thể trong hợp đồng dịch vụ giữa Đơn vị hỗ trợ y tế và Công ty. Các phạm vi dịch vụ và điều khoản loại trừ này đã được Công ty thông báo cho Bên mua bảo hiểm, và có thể được sửa đổi, bổ sung vào từng thời điểm và được Công ty thông báo cho Bên mua bảo hiểm.

Quyền lợi này không áp dụng cho Người được bảo hiểm từ 70 tuổi trở lên.

Hồi hương đối với Trẻ em vị thành niên

Việc hồi hương đối với Trẻ em vị thành niên về Quê quán hoặc Nước thường trú nếu trẻ em đó không có người trông coi do người lớn đi cùng là Người được bảo hiểm thuộc trường hợp phải vận chuyển y tế khẩn cấp. Người được bảo hiểm/đại diện của họ phải liên lạc với Công ty hoặc Đơn vị hỗ trợ y tế của Công ty để được chấp thuận trước và sắp xếp phương tiện cần thiết.

Bảo hiểm Bệnh có sẵn (sau 1 năm tham gia bảo hiểm)

Nếu Người được bảo hiểm đã tham gia bảo hiểm liên tục với Công ty tối thiểu là một năm tính từ ngày hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm (đầu tiên), Công ty sẽ bảo hiểm cho những Bệnh có sẵn với điều kiện những Bệnh có sẵn đó đã được:

- (i) Người được bảo hiểm kê khai cho Công ty trên Giấy yêu cầu bảo hiểm gần nhất và trước Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm (đầu tiên) nêu trên; và/hoặc
- (ii) Người được bảo hiểm thông báo cho Công ty trước Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm (đầu tiên) nêu trên; và/hoặc
- (iii) Công ty xác nhận cho Người được bảo hiểm đó là Bệnh có sẵn trong Hợp đồng bảo hiểm (đầu tiên) nêu trên.

Trẻ em vị thành niên

Người dưới 18 tuổi và chưa kết hôn.

Phòng đơn tiêu chuẩn

Phòng đơn (dành cho một người ở) có mức chi phí thấp nhất trong Cơ sở y tế hoặc có thể bị giới hạn bởi quyền lợi trong Chương trình bảo hiểm có liên quan, không bao gồm các loại phòng theo yêu cầu, phòng VIP và/hoặc bao phòng. Nếu Cơ sở y tế chia phòng đơn thành những mức độ khác nhau thì việc thanh toán sẽ căn cứ vào tiền phòng đơn có giá trị thấp nhất.

Ngày làm việc

Là ngày mà Công ty mở cửa hoạt động phù hợp với quy định của pháp luật Việt Nam.

Tuổi

Tuổi của một người được tính theo ngày sinh nhật gần nhất đã qua của người đó. Việc xác định tuổi căn cứ trên một trong các giấy tờ, tài liệu bao gồm: giấy chứng sinh, giấy khai sinh, chứng minh nhân dân, thẻ căn cước công dân, sổ hộ khẩu, hộ chiếu.

Trợ cấp cho Người phụ thuộc khi Người được bảo hiểm tử vong vì Tai nạn

Quyền lợi này bảo hiểm lên đến Giới hạn trách nhiệm của Quyền lợi bảo hiểm như được quy định trong Chương trình bảo hiểm cho Người phụ thuộc được chỉ định là Người thụ hưởng theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm với điều kiện Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn và chỉ khi Hợp đồng bảo hiểm đã hiệu lực 12 tháng liên tục. Trường hợp có nhiều Người thụ hưởng được chỉ định cùng lúc thì Số tiền bảo hiểm tối đa như quy định trong Chương trình bảo hiểm sẽ được chia đều cho tất cả những Người thụ hưởng được chỉ định. Trường hợp không có Người thụ hưởng được chỉ định, Công ty sẽ chi trả Số tiền bảo hiểm như quy định trong Chương trình bảo hiểm theo quy định của pháp luật hiện hành tại thời điểm chi trả.

Trợ cấp cho Người phụ thuộc khi Người được bảo hiểm tử vong vì Bệnh ung thư

Quyền lợi này bảo hiểm lên đến Giới hạn trách nhiệm của Quyền lợi bảo hiểm như được quy định trong Chương trình bảo hiểm cho Người phụ thuộc được chỉ định là Người thụ hưởng theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm với điều kiện Người được bảo hiểm chết do Bệnh ung thư và chỉ khi Hợp đồng bảo hiểm đã hiệu lực 12 tháng liên tục. Trường hợp có nhiều Người thụ hưởng được chỉ định cùng lúc thì Số tiền bảo hiểm tối đa như quy định trong Chương trình bảo hiểm sẽ được chia đều cho tất cả những Người thụ hưởng được chỉ định. Trường hợp không có Người thụ hưởng được chỉ định, Công ty sẽ chi trả Số tiền bảo hiểm như quy định trong Chương trình bảo hiểm theo quy định của pháp luật hiện hành tại thời điểm chi trả.

Bệnh ung thư

Là bất kỳ khối u ác tính nào được chẩn đoán với xác nhận Mô học và thể hiện bằng việc phát triển các

tế bào ác tính không được kiểm soát và sự Xâm lấn của mô. Thuật ngữ “khối u ác tính” bao gồm bệnh bạch cầu, ung thư hạch bạch huyết và ung thư mô liên kết.

Xâm lấn

Là sự xâm nhập và/hoặc sự chủ động phá hủy của các mô bình thường ở ngoài lớp màng đáy.

Mô bệnh học/ Mô học

Là kết quả xét nghiệm để khẳng định loại tế bào và mức độ xâm nhập của các tế bào ung thư thông qua việc chẩn đoán bằng cách làm “sinh thiết”. Thuật ngữ “sinh thiết” được hiểu là việc làm xét nghiệm bằng một phẫu thuật y tế để lấy một mẫu nhỏ của mô cơ thể, hoặc sử dụng kim chuyên biệt xuyên qua da và chọc hút ra tế bào chứa chất lỏng từ một khối u và gửi mẫu đến phòng thí nghiệm để phân tích.

Điều trị biến chứng thai sản khẩn cấp do Tai nạn

Quyền lợi này bao gồm bảo hiểm tất cả các chi phí y tế phát sinh từ việc điều trị nội trú khẩn cấp cần thiết liên quan đến sảy thai do Tai nạn trong Thời hạn bảo hiểm, được thực hiện bởi Bác sỹ tại Cơ sở y tế. Vì mục đích của điều khoản này, “biến chứng thai sản” là tình trạng y tế phát sinh trong các giai đoạn trước khi sinh của thai kỳ; và “sảy thai” (còn được biết đến theo thuật ngữ y khoa là “sảy thai tự nhiên”) là sự chấm dứt quá trình mang thai dẫn đến mất và trục xuất phôi thai hoặc thai nhi ra khỏi bụng mẹ trước khi nó có thể sống sót độc lập.

Điều trị y tế khẩn cấp bên ngoài khu vực bảo hiểm

Quyền lợi này được áp dụng tối đa một (01) lần/người/năm bảo hiểm; cho các điều trị (a) trong vòng hai mươi bốn (24) giờ ngay sau sự kiện bảo hiểm; (b) không phải là chăm sóc/điều trị nha khoa, thai sản; (c) không phải Bệnh có sẵn hoặc bệnh đang điều trị; (d) phải là tình trạng/bệnh khẩn cấp; (e) phải xảy ra bên ngoài khu vực bảo hiểm lựa chọn; (f) tối đa không quá ba mươi (30) ngày liên tục cho một năm bảo hiểm.

Bộ phận giả bên ngoài

Bộ phận cơ thể nhân tạo lắp bên ngoài cơ thể phục vụ cho việc điều trị Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sỹ, bao gồm: chi trên, chi dưới, mũi, tai, mắt.

2. Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm là sự thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm và Công ty, theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, Công ty phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng.

Hợp đồng bảo hiểm bao gồm Quy tắc bảo hiểm này, Giấy chứng nhận bảo hiểm, Chương trình bảo hiểm, Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm, Giấy yêu cầu bảo hiểm và các văn bản sửa đổi, bổ sung tạo thành thỏa thuận toàn bộ (“Hợp đồng bảo hiểm”) giữa Công ty, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm. Các văn bản này sẽ được áp dụng theo thứ tự ưu tiên như sau:

- (i) (Giấy) yêu cầu bảo hiểm/ (Bản) chào giá và/hoặc (Thư) thông báo tái tục/ (Bản) chào giá tái tục;
- (ii) Sửa Đổi Bổ Sung;
- (iii) Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm;
- (iv) Chương trình bảo hiểm;
- (v) Quy tắc bảo hiểm này.

Không một đại lý hoặc bên thứ ba nào được ủy quyền để thay đổi hoặc sửa đổi Hợp đồng bảo hiểm hoặc từ bỏ bất kỳ điều khoản nào của Hợp đồng bảo hiểm. Mọi thay đổi đối với Hợp đồng bảo hiểm phải được chấp thuận trước bằng văn bản bởi Công ty.

3. Hiệu lực bảo hiểm

Tùy thuộc vào các điều khoản và điều kiện của Hợp đồng Bảo hiểm, trách nhiệm của Công ty đối với Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm sẽ có hiệu lực kể từ khi bắt đầu Thời hạn bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm và sẽ giữ nguyên hiệu lực cho đến khi kết thúc Thời hạn bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm trừ khi được chấm dứt theo Hợp đồng bảo hiểm.

4. Chấm dứt quyền lợi bảo hiểm

4.1 Đối với Hợp đồng bảo hiểm cá nhân

4.1.1. Bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm đối với một Người được bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt vào ngày sớm nhất của các ngày sau (trừ trường hợp Công ty có quyết định khác):

- (a) Ngày mà Người được bảo hiểm không còn đủ điều kiện được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm;
- (b) Ngày sau ngày kết thúc Thời Hạn Thanh Toán, nếu khoản phí bảo hiểm liên quan đến Người được bảo hiểm không được thanh toán hoặc không được thanh toán đầy đủ và đúng hạn cho Công ty;
- (c) Ngày Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian trên một trăm tám mươi (180) ngày liên tiếp mà không thông báo trước cho Công ty và/hoặc không được Công ty chấp thuận tiếp tục bảo hiểm;
- (d) Ngày Người được bảo hiểm không thông báo cho Công ty ngay khi có bất kỳ thông tin hoặc thay đổi nào có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Công ty bao gồm nhưng không giới hạn thay đổi về nghề nghiệp hoặc bất kỳ Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật nào phát sinh trong Thời hạn bảo hiểm;
- (e) Ngày mà các quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho Người được bảo hiểm đã sử dụng hết;
- (f) Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm.

Nếu bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm đối với một Người được bảo hiểm tự động chấm dứt theo trường hợp (e) hoặc (f) Điều 4.1.1 nêu trên, và, tại thời điểm chấm dứt quyền lợi bảo hiểm, mà một Người được bảo hiểm phải nằm viện trong khoảng thời gian không ít hơn mười tám (18) giờ liên tục để điều trị Ốm đau/Bệnh tật hoặc Thương tật được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm, thì thời điểm chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm sẽ được gia hạn đến khi (a) Người được bảo hiểm đó được xuất viện sau khi đã hoàn tất việc điều trị Ốm đau/Bệnh tật hoặc Thương tật đó hoặc (b) các quyền lợi của Người được bảo hiểm đó đã được sử dụng hết vào việc điều trị Ốm đau/Bệnh tật hoặc Thương tật đó, tùy vào thời điểm nào đến trước.

Bên mua bảo hiểm sẽ có quyền nhận lại phí bảo hiểm đã thanh toán đối với Người được bảo hiểm đó, trừ đi khoản phí phải thanh toán cho Công ty trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực đối với Người được bảo hiểm đó, được tính theo tỉ lệ tương ứng với thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, **LUÔN LUÔN VỚI ĐIỀU KIỆN** là trong mọi trường hợp, Người được bảo hiểm đó không có yêu cầu bồi thường và không vi phạm Hợp đồng bảo hiểm tại mọi thời điểm.

4.1.2. Bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm là Người được phụ thuộc sẽ tự động chấm dứt vào ngày sớm nhất của các ngày sau:

- (a) Ngày Người phụ thuộc không còn đủ điều kiện được bảo hiểm với tư cách là Người phụ thuộc như định nghĩa về Người phụ thuộc;
- (b) Ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm;
- (c) Ngày chấm dứt các quyền lợi bảo hiểm của Người được bảo hiểm có liên quan (đến Người phụ thuộc) theo Hợp đồng bảo hiểm;
- (d) Ngày sau ngày kết thúc Thời Hạn Thanh Toán, nếu khoản phí bảo hiểm liên quan đến Người

- phụ thuộc không được thanh toán hoặc không được thanh toán đầy đủ và đúng hạn cho Công ty;
- (e) Ngày Người phụ thuộc ra khỏi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian trên một trăm tám mươi (180) ngày liên tiếp mà không thông báo trước cho Công ty và/hoặc không được Công ty chấp thuận tiếp tục bảo hiểm;
 - (f) Ngày mà các quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho Người phụ thuộc đó đã được sử dụng hết;
 - (g) Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm đối với Người phụ thuộc;
 - (h) Ngày Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm/ Người phụ thuộc không thông báo cho Công ty ngay khi có sự thay đổi những yếu tố làm cơ sở để tính phí bảo hiểm dẫn đến tăng các rủi ro được bảo hiểm (bao gồm cả việc Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm/ Người phụ thuộc không tuân thủ quy định về đề phòng hợp lý và thay đổi quan trọng được quy định tại Điều 7 Phần V Quy tắc bảo hiểm này; thay đổi về bất kỳ Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật nào phát sinh trong Thời hạn bảo hiểm; và các thay đổi những yếu tố làm cơ sở để tính phí bảo hiểm dẫn đến tăng các rủi ro được bảo hiểm khác).

Nếu bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm đối với một Người được bảo hiểm tự động chấm dứt theo trường hợp (f) hoặc (g) Điều 4.1.2 nêu trên, và, một Người được bảo hiểm phải nằm viện trong khoảng thời gian không ít hơn mười tám (18) giờ liên tục để điều trị Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm, thì thời điểm chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm sẽ được gia hạn đến khi (a) Người được bảo hiểm đó được xuất viện sau khi đã hoàn tất việc điều trị Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật đó hoặc (b) các quyền lợi của Người được bảo hiểm đó đã được sử dụng hết vào việc điều trị Ốm đau/Bệnh tật hoặc Thương tật đó, tùy vào thời điểm nào đến trước.

Trong các trường hợp (a), (c) hoặc (e) Điều 4.1.2 nêu trên, Bên mua bảo hiểm có quyền được hoàn trả lại phí bảo hiểm của Người được bảo hiểm, trừ đi khoản phí bảo hiểm phải thanh toán cho Công ty trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực đối với Người được bảo hiểm, được tính theo tỉ lệ với điều kiện là trong mọi trường hợp, không có yêu cầu bồi thường nào liên quan đến Người được bảo hiểm đó và không có vi phạm nào đối với Hợp đồng bảo hiểm tại thời điểm đó.

4.2 Đối với Hợp đồng bảo hiểm Nhóm

4.2.1. Bảo hiểm của Người lao động theo Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt vào ngày sớm nhất trong những ngày sau:

- (a) Ngày Người lao động không còn đủ điều kiện được bảo hiểm;
- (b) Ngày Hợp đồng bảo hiểm Nhóm chấm dứt;
- (c) Ngày Người lao động chấm dứt làm việc cho Người sử dụng lao động;
- (d) Ngày sau ngày kết thúc Thời Hạn Thanh Toán, nếu khoản phí bảo hiểm liên quan đến Người lao động không được thanh toán hoặc không được thanh toán đầy đủ và đúng hạn cho Công ty;
- (e) Ngày Người lao động ra khỏi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian trên một trăm tám mươi (180) ngày liên tiếp mà không thông báo trước cho Công ty và/hoặc không được Công ty chấp thuận tiếp tục bảo hiểm;
- (f) Ngày Người lao động không thông báo cho Công ty ngay khi có sự thay đổi những yếu tố làm cơ sở để tính phí bảo hiểm dẫn đến tăng các rủi ro được bảo hiểm (bao gồm cả việc Người lao động không tuân thủ quy định về đề phòng hợp lý và thay đổi quan trọng được quy định tại Điều 7 Phần V Quy tắc bảo hiểm này; thay đổi về nghề nghiệp hoặc bất kỳ Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật nào phát sinh trong Thời hạn bảo hiểm; và các thay đổi những yếu tố làm cơ sở để tính phí bảo hiểm dẫn đến tăng các rủi ro được bảo hiểm khác);
- (g) Ngày mà các quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho Người lao động đó đã được sử dụng hết;
- (h) Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm đối với Người lao động.

Nếu bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm đối với một Người được bảo hiểm tự động chấm dứt theo trường hợp (g) hoặc (h) Điều 4.2.1 nêu trên, và, một Người được bảo hiểm phải nằm viện trong

khoảng thời gian không ít hơn mười tám (18) giờ liên tục để điều trị Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm, thì thời điểm chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm sẽ được gia hạn đến khi (a) Người được bảo hiểm đó được xuất viện sau khi đã hoàn tất việc điều trị Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật đó hoặc (b) các quyền lợi của Người được bảo hiểm đó đã được sử dụng hết vào việc điều trị Ốm đau/Bệnh tật hoặc Thương tật đó, tùy vào thời điểm nào đến trước.

Trong các trường hợp (a), (c) hoặc (e) Điều 4.2.1 nêu trên, Bên mua bảo hiểm sẽ có quyền nhận lại phí bảo hiểm đã thanh toán đối với Người được bảo hiểm đó, trừ đi khoản phí phải thanh toán cho Công ty trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực đối với Người được bảo hiểm đó, được tính theo tỉ lệ tương ứng với thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực. Với điều kiện là trong mọi trường hợp, Người được bảo hiểm đó không có yêu cầu bồi thường và không vi phạm Hợp đồng bảo hiểm tại mọi thời điểm.

4.2.2. Bảo hiểm cho Người được bảo hiểm là thành viên của Tổ chức tài trợ, sẽ tự động chấm dứt vào ngày sớm nhất trong những ngày sau:

- (a) Ngày mà Người được bảo hiểm không còn đáp ứng điều kiện là thành viên của Tổ chức tài trợ;
- (b) Ngày mà Người được bảo hiểm không còn đáp ứng bất kỳ điều kiện nào để được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm như được quy định theo Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm;
- (c) Ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm Nhóm;
- (d) Ngày sau ngày kết thúc Thời hạn Thanh Toán, nếu khoản phí bảo hiểm liên quan đến Người được bảo hiểm không được thanh toán hoặc không được thanh toán đầy đủ và đúng hạn cho Công ty;
- (e) Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian trên một trăm tám mươi (180) ngày liên tiếp mà không thông báo trước cho Công ty và/hoặc không được Công ty chấp thuận tiếp tục bảo hiểm;
- (f) Ngày Người được bảo hiểm không thông báo cho Công ty ngay khi có sự thay đổi những yếu tố làm cơ sở để tính phí bảo hiểm dẫn đến tăng các rủi ro được bảo hiểm (bao gồm cả việc Người lao động không tuân thủ quy định về đề phòng hợp lý và thay đổi quan trọng được quy định tại Điều 7 Phần V Quy tắc bảo hiểm này; thay đổi về nghề nghiệp hoặc bất kỳ Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật nào phát sinh trong Thời hạn bảo hiểm; và các thay đổi những yếu tố làm cơ sở để tính phí bảo hiểm dẫn đến tăng các rủi ro được bảo hiểm khác);
- (g) Ngày mà các quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho Người được bảo hiểm đó đã được sử dụng hết;
- (h) Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm.

Nếu bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm đối với một Người được bảo hiểm tự động chấm dứt theo trường hợp (g) hoặc (h) Điều 4.2.2 nêu trên, và, một Người được bảo hiểm phải nằm viện trong khoảng thời gian không ít hơn mười tám (18) giờ liên tục để điều trị Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm, thì thời điểm chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm sẽ được gia hạn đến khi (a) Người được bảo hiểm đó được xuất viện sau khi đã hoàn tất việc điều trị Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật đó hoặc (b) các quyền lợi của Người được bảo hiểm đó đã được sử dụng hết vào việc điều trị Ốm đau/Bệnh tật hoặc Thương tật đó, tùy vào thời điểm nào đến trước.

Trong các trường hợp (a), (b), hoặc (e) Điều 4.2.2 nêu trên, Bên mua bảo hiểm có quyền được hoàn trả lại phí bảo hiểm của Người được bảo hiểm, trừ đi khoản phí bảo hiểm phải thanh toán cho Công ty trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực đối với Người được bảo hiểm, được tính theo tỉ lệ tương ứng với thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực với điều kiện là trong mọi trường hợp, không có một yêu cầu bồi thường nào liên quan đến Người được bảo hiểm đó và không có vi phạm nào đối với Hợp đồng bảo hiểm tại thời điểm đó.

4.2.3. Bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm là Người được phụ thuộc sẽ tự động chấm dứt vào ngày sớm nhất của các ngày sau:

- (a) Ngày Người phụ thuộc không còn đủ điều kiện được bảo hiểm với tư cách là Người phụ thuộc như định nghĩa về Người phụ thuộc;
- (b) Ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm Nhóm;
- (c) Ngày chấm dứt các quyền lợi bảo hiểm của Người được bảo hiểm có liên quan (đến Người phụ thuộc) theo Hợp đồng bảo hiểm Nhóm;
- (d) Ngày sau ngày kết thúc Thời Hạn Thanh Toán, nếu khoản phí bảo hiểm liên quan đến Người phụ thuộc không được thanh toán hoặc không được thanh toán đầy đủ và đúng hạn cho Công ty;
- (e) Ngày Người phụ thuộc ra khỏi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian trên một trăm tám mươi (180) ngày liên tiếp mà không thông báo trước cho Công ty và/hoặc không được Công ty chấp thuận tiếp tục bảo hiểm;
- (f) Ngày mà các quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho Người phụ thuộc đó đã được sử dụng hết;
- (g) Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm đối với Người phụ thuộc;
- (h) Ngày Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm/ Người phụ thuộc không thông báo cho Công ty ngay khi có sự thay đổi những yếu tố làm cơ sở để tính phí bảo hiểm dẫn đến tăng các rủi ro được bảo hiểm (bao gồm cả việc Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm/ Người phụ thuộc không tuân thủ quy định về đề phòng hợp lý và thay đổi quan trọng được quy định tại Điều 7 Phần V Quy tắc bảo hiểm này; thay đổi về bất kỳ Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật nào phát sinh trong Thời hạn bảo hiểm; và các thay đổi những yếu tố làm cơ sở để tính phí bảo hiểm dẫn đến tăng các rủi ro được bảo hiểm khác).

Nếu bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm đối với một Người được bảo hiểm tự động chấm dứt theo trường hợp (f) hoặc (g) Điều 4.2.3 nêu trên, và, một Người được bảo hiểm phải nằm viện trong khoảng thời gian không ít hơn mười tám (18) giờ liên tục để điều trị Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm, thì thời điểm chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm sẽ được gia hạn đến khi (a) Người được bảo hiểm đó được xuất viện sau khi đã hoàn tất việc điều trị Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật đó hoặc (b) các quyền lợi của Người được bảo hiểm đó đã được sử dụng hết vào việc điều trị Ốm đau/Bệnh tật hoặc Thương tật đó, tùy vào thời điểm nào đến trước.

Trong các trường hợp (a), (c) hoặc (e) Điều 4.2.3 nêu trên, Bên mua bảo hiểm có quyền được hoàn trả lại phí bảo hiểm của Người được bảo hiểm, trừ đi khoản phí bảo hiểm phải thanh toán cho Công ty trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực đối với Người được bảo hiểm, được tính theo tỉ lệ với điều kiện là trong mọi trường hợp, không có yêu cầu bồi thường nào liên quan đến Người được bảo hiểm đó và không có vi phạm nào đối với Hợp đồng bảo hiểm tại thời điểm đó.

5. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

A. Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt trong trường hợp sau đây:

5.1. Khi chấm dứt quyền lợi bảo hiểm của tất cả Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

5.2. Theo thỏa thuận của Bên mua bảo hiểm và Công ty.

5.3. Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm:

- (a) Khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm, Công ty có trách nhiệm cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm; Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến đối tượng bảo hiểm cho Công ty.
- (b) Trường hợp Bên mua bảo hiểm cố ý cung cấp không đầy đủ thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật (i) nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm; và/hoặc (ii) để được bồi thường, trả tiền bảo hiểm thì Công ty có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. Theo đó, nếu Công ty quyết định hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm, Công ty không phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm và phải hoàn lại phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm sau khi trừ đi các chi phí nêu tại Điểm B Điều 5 Phần I Quy tắc bảo hiểm

này. Đồng thời, Bên mua bảo hiểm phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Công ty bao gồm số tiền bồi thường theo Hợp đồng bảo hiểm mà Công ty đã chi trả cho Bên mua bảo hiểm và các thiệt hại phát sinh khác (nếu có). Theo đó, Công ty có quyền trừ đi số tiền bồi thường thiệt hại này vào số phí bảo hiểm trước khi hoàn phí cho Bên mua bảo hiểm (nếu còn).

- (c) Trường hợp Công ty cố ý không thực hiện nghĩa vụ cung cấp thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm, được hoàn lại phí bảo hiểm đã đóng.
- (d) Công ty có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm nếu bất kỳ điều kiện tiên quyết đối với trách nhiệm nào được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm không được đáp ứng/tuân thủ.
- (e) Hợp đồng bảo hiểm bị hủy bỏ theo quy định tại Phần VII Quy tắc bảo hiểm này.

5.4. Đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm:

5.4.1. Khi có sự thay đổi những yếu tố làm cơ sở để tính phí bảo hiểm dẫn đến giảm các rủi ro được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu Công ty thực hiện một trong các nội dung sau đây:

- (a) Giảm phí bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm;
- (b) Tăng số tiền bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm;
- (c) Kéo dài Thời hạn bảo hiểm;
- (d) Mở rộng phạm vi bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm.

5.4.2. Trường hợp Công ty không chấp nhận yêu cầu tại Điều 5.4.1 Phần I Quy tắc bảo hiểm này, Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm nhưng phải thông báo ngay bằng văn bản cho Công ty.

5.4.3. Khi có sự thay đổi những yếu tố làm cơ sở để tính phí bảo hiểm dẫn đến tăng các rủi ro được bảo hiểm (bao gồm cả việc Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm không tuân thủ quy định về đề phòng hợp lý và thay đổi quan trọng được quy định tại Điều 7 Phần V Quy tắc bảo hiểm này; thay đổi về nghề nghiệp hoặc bất kỳ Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật nào phát sinh trong Thời hạn bảo hiểm; và các thay đổi những yếu tố làm cơ sở để tính phí bảo hiểm dẫn đến tăng các rủi ro được bảo hiểm khác), Công ty có quyền thực hiện một trong các nội dung sau đây:

- (a) Tính lại phí bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm;
- (b) Giảm số tiền bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm;
- (c) Rút ngắn Thời hạn bảo hiểm;
- (d) Thu hẹp phạm vi bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm.

5.4.4. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không chấp nhận yêu cầu tại Điều 5.4.3 Phần I Quy tắc bảo hiểm này, Công ty có quyền đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm nhưng phải thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm trước khi chấm dứt.

5.4.5. Công ty có quyền đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không đóng phí bảo hiểm hoặc không đóng đủ phí bảo hiểm theo thời hạn thỏa thuận hoặc sau thời gian gia hạn đóng phí (nếu có).

- 5.5. Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm từ vong hoặc không còn đáp ứng các điều kiện/ quy định để làm Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm được ghi nhận tại Phần II Quy tắc bảo hiểm này và/hoặc quy định của pháp luật.

Nếu Hợp đồng bảo hiểm có nhiều hơn một Người được bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm chỉ chấm dứt phần liên quan đến Người được bảo hiểm không còn đáp ứng các điều kiện/ quy định để làm Người được bảo hiểm được ghi nhận tại Phần II Quy tắc bảo hiểm này và/hoặc quy định của pháp luật.

- 5.6. Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

- B. Trong mọi trường hợp chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm mà Công ty có hoàn phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm (cho dù theo tỷ lệ thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm hay theo cách tính khác - tùy theo quyết định của Công ty), Công ty có quyền giữ lại (cần trừ) khoản chi phí là hai triệu (2.000.000) đồng cộng với tiền thuế (nếu có) cho mỗi Hợp đồng bảo hiểm trước khi hoàn phí bảo hiểm. Nếu theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm, các khoản chi phí được Công ty thanh toán/ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm phải thực hiện bằng chuyển khoản qua ngân hàng, mọi khoản phí ngân hàng phát sinh sẽ do Công ty chịu nếu chuyển khoản vào tài khoản ngân hàng trong nước hoặc chi trả qua giấy tờ tùy thân tại ngân hàng chỉ định bởi Công ty (“Hình thức thanh toán thông thường bởi Công ty”), trừ trường hợp Bên mua bảo hiểm có yêu cầu khác. Trong trường hợp chuyển khoản vào tài khoản ngân hàng tại nước ngoài hoặc các hình thức thanh toán khác Hình thức thanh toán thông thường bởi Công ty, phí chuyển khoản hoặc phí thanh toán phát sinh sẽ do Bên mua bảo hiểm chịu.
- C. Bất kể các quy định hoàn phí trên đây hoặc các quy định khác tại Hợp đồng bảo hiểm (nếu có), Công ty có quyền không hoàn lại phí bảo hiểm khi Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực với Người được bảo hiểm nếu Công ty đã thanh toán bất kỳ yêu cầu bồi thường nào cho Người được bảo hiểm đó.

6. Phối hợp quyền lợi bảo hiểm/ Bảo hiểm trùng/ Bảo hiểm khác

Tất cả những người đang tham gia bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm tai nạn khác phải thông báo cho Công ty việc tham gia đó và cung cấp cho Công ty bản sao hợp đồng bảo hiểm cùng bản tóm tắt quyền lợi bảo hiểm của các bảo hiểm đó.

Trong trường hợp chi phí y tế liên quan tới cùng Thương tật, Ốm đau/Bệnh tật được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm có thể đòi bồi thường từ những loại hình bảo hiểm/ hợp đồng bảo hiểm khác, Công ty chỉ thanh toán khoản tiền vượt quá mức được bồi thường theo các loại hình bảo hiểm/ hợp đồng bảo hiểm khác đó hoặc theo tỷ lệ giữa số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này với tổng giới hạn trách nhiệm của tất cả hợp đồng bảo hiểm. Theo đó, nếu Công ty chỉ trả cho Người được bảo hiểm/ Người thụ hưởng số tiền lớn hơn mức phải chi trả thì Người được bảo hiểm/ Người thụ hưởng phải hoàn trả lại số tiền chênh lệch đó cho Công ty.

Trong trường hợp Người được bảo hiểm bị Thương tật liên quan tới các hành động hoặc sự sơ suất của một bên thứ ba, thì Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm cố gắng yêu cầu bên thứ ba này bồi thường toàn bộ số tiền tổn thất. Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm phải thông báo ngay cho Công ty trong bất kỳ hoàn cảnh nào khi có thể khiếu nại đòi người thứ ba. Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm/ Người thụ hưởng, theo đề nghị và bằng chi phí của Công ty sẽ tiến hành toàn bộ những hành động có thể làm được để giúp Công ty đòi lại tiền bồi thường từ người thứ ba mà Công ty được quyền hưởng phù hợp với quy định của pháp luật.

7. Luật áp dụng

Các bên trong Hợp đồng bảo hiểm thỏa thuận rằng pháp luật của nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa

Việt Nam sẽ chi phối và kiểm soát trong trường hợp có xung đột hoặc tranh chấp giữa các bên về Hợp đồng bảo hiểm.

Bất kỳ tranh chấp hoặc xung đột nào phát sinh theo hoặc liên quan tới Hợp đồng bảo hiểm sẽ được các bên giải quyết trước tiên thông qua thương lượng và hòa giải thân thiện. Nếu các bên không giải quyết được một cách thân thiện trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày một bên thông báo cho bên kia về tranh chấp phát sinh thì các bên đồng ý tuân thủ theo địa điểm và thẩm quyền giải quyết duy nhất của tòa án có thẩm quyền của nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam để giải quyết xung đột hoặc tranh chấp đó.

8. Ngôn ngữ áp dụng

Hợp đồng bảo hiểm được lập và cấp bằng tiếng Việt và có thể được dịch sang ngôn ngữ nước ngoài để tham khảo. Trong trường hợp có sự khác biệt giữa tiếng Việt và các ngôn ngữ khác thì bản tiếng Việt có giá trị áp dụng.

PHẦN II – ĐỐI TƯỢNG BẢO HIỂM, BÊN MUA BẢO HIỂM, NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM, NGƯỜI THỤ HƯỞNG

1. Đối tượng bảo hiểm là sức khỏe Người được bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm.
2. Bên mua bảo hiểm (i) là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, hoặc cá nhân tại Việt Nam từ đủ 18 tuổi trở lên có năng lực hành vi dân sự đầy đủ tại thời điểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm; (ii) đáp ứng các điều kiện để mua bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm; và (iii) phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm theo quy định của pháp luật.
3. Người được bảo hiểm là người có sức khỏe được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm; là công dân Việt Nam và người nước ngoài cư trú tại Việt Nam có độ tuổi từ 15 ngày tuổi đến 64 tuổi, và được mở rộng đến 74 tuổi đối với hợp đồng bảo hiểm tái tục (nếu có). Công ty chỉ chấp nhận bảo hiểm cho Trẻ em vị thành niên khi tham gia bảo hiểm cùng Hợp đồng bảo hiểm với bố/mẹ.

Trong thời gian Người được bảo hiểm là người nước ngoài có nước thường trú là Việt Nam, Người được bảo hiểm được yêu cầu duy trì liên tục thị thực và/hoặc thẻ tạm trú hợp pháp và còn giá trị hiệu lực theo quy định pháp luật. Công ty bảo lưu mọi quyền giữ/ tạm hoãn giải quyết hồ sơ yêu cầu bồi thường của Người được bảo hiểm cho đến khi Người được bảo hiểm đó xuất trình cho Công ty thị thực và/hoặc thẻ tạm trú hợp pháp và còn giá trị hiệu lực hoặc từ chối hồ sơ yêu cầu bồi thường bảo hiểm của Người được bảo hiểm đó và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt đối với Người được bảo hiểm đó kể từ ngày hết hạn của thị thực và/hoặc thẻ tạm trú mới nhất, tùy từng trường hợp, nếu Người được bảo hiểm không cung cấp được bất kỳ thị thực và/hoặc thẻ tạm trú mới nhất nào hợp pháp và còn giá trị hiệu lực. Công ty sẽ không hoàn lại phí bảo hiểm khi Công ty đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm với Người được bảo hiểm nếu Công ty đã thanh toán bất kỳ yêu cầu bồi thường nào cho Người được bảo hiểm đó.

4. Công dân các nước bị cấm vận theo nghị quyết của Liên Hiệp Quốc, Hợp Chung Quốc Hoa Kỳ, Liên Hiệp Châu Âu và Vương Quốc Anh không phải là Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.
5. Người thụ hưởng là người được Bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm cá nhân hoặc Người được bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm Nhóm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm nhóm. Việc chỉ định thay đổi người thụ hưởng trong Hợp đồng bảo hiểm phải phù hợp với quy định của pháp luật.

PHẦN III – PHẠM VI BẢO HIỂM

1. Quyền lợi bảo hiểm

Tùy thuộc vào các điều khoản và điều kiện của Hợp đồng bảo hiểm, và Giới hạn trách nhiệm có thể được áp dụng, Công ty sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm đối với các chi phí cần thiết và hợp lý phát sinh cho Người được bảo hiểm có nguyên nhân trực tiếp từ các Thương tật, Ốm đau/Bệnh tật hoặc Chăm sóc nha khoa hoặc Chăm sóc thai sản (nếu áp dụng) của Người được bảo hiểm trong Thời hạn bảo hiểm cho các quyền lợi nêu trong Chương trình bảo hiểm, VỚI ĐIỀU KIỆN LÀ TRONG MỌI TRƯỜNG HỢP, (i) các chi phí này là chi phí thực tế và giới hạn trong chi phí Thông thường và hợp lý tại quốc gia nơi tiến hành việc điều trị; và (ii) các điều kiện tiên quyết đối với trách nhiệm được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm luôn được đáp ứng/tuân thủ.

2. Phạm vi lãnh thổ

Phạm vi bảo hiểm phụ thuộc vào khu vực bảo hiểm được liệt kê trong Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm mà phí bảo hiểm khu vực phù hợp được thanh toán. Đối với Vùng 1, điều trị bệnh tại Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ/Canada tùy thuộc vào khoản chi phí y tế mà Người được bảo hiểm phải chịu trong số các chi phí y tế được thanh toán bảo hiểm, trừ khi phí bảo hiểm bổ sung đã được đóng để loại bỏ khoản chi phí y tế mà Người được bảo hiểm phải chịu, nếu có sự đồng ý bằng văn bản của Công ty.

3. Bảo hiểm Bệnh có sẵn

Công ty sẽ bảo hiểm cho Bệnh có sẵn theo quy định tại định nghĩa Bảo hiểm Bệnh có sẵn (sau 1 năm tham gia bảo hiểm) tại Điều 1 Phần I Quy tắc bảo hiểm này.

PHẦN IV – ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

Những điều trị, điều kiện, các hoạt động, hạng mục sau đây và các chi phí phát sinh liên quan sẽ bị loại trừ (không được bảo hiểm) và Công ty sẽ không chịu trách nhiệm:

- (1) Điều trị bệnh tâm thần, rối loạn hành vi, rối loạn tâm thần bao gồm bệnh trầm cảm, rối loạn ăn uống, rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, suy nhược và hội chứng căng thẳng (stress) hoặc các bệnh có liên quan từ hội chứng đó hoặc các chứng loạn thần kinh chức năng và các biểu hiện tâm lý hoặc thần kinh của các chứng loạn thần kinh chức năng ngoại trừ việc điều trị nằm viện đã được cho phép trước, và các bệnh tâm thần khác, bệnh Alzheimer.
- (2) Các dịch vụ hoặc điều trị tại cơ sở chăm sóc dài hạn, tại viện điều dưỡng hoặc các cơ sở tương tự, nơi trị bệnh bằng nước khoáng, phòng khám điều trị bằng thủy lực, các phương pháp thiên nhiên, spa, massage.
- (3) Khám và điều trị liên quan tới các Bệnh bẩm sinh, Bệnh di truyền, dị tật, bệnh dị dạng về gen và mọi biến chứng, hậu quả liên quan đến những bệnh này, những chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm; như bệnh tim bẩm sinh, bệnh vẩy nến, bệnh Down, hở môi, hở hàm ếch, tích nước trong não, hẹp hậu môn, hẹp bao quy đầu, vẹo vách ngăn bẩm sinh, rối loạn phổ tự kỷ, rối loạn thiếu tập trung, tăng động giảm chú ý, và các khuyết tật/bệnh bẩm sinh khác. Điều trị các vấn đề trong học tập hoặc các khuyết tật nói của một đứa trẻ phụ thuộc. Các phẫu thuật cho thai nhi khi còn trong bụng mẹ. Điều trị các vấn đề trong học tập hoặc các khuyết tật nói của một đứa trẻ phụ thuộc. Các phẫu thuật cho thai nhi khi còn trong bụng mẹ.
- (4) Các xét nghiệm, việc khám và điều trị liên quan tới bệnh vô sinh, biện pháp tránh thai, triệt sản, các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, thụ thai nhân tạo hoặc việc phá thai, và các điều trị khác là do các hậu quả của những điều trị này.

Biện pháp kế hoạch hóa gia đình là biện pháp tránh thai, bao gồm: triệt sản, đặt dụng cụ tử cung, thuốc tiêm, thuốc cây tránh thai, bao cao su, thuốc viên tránh thai và các biện pháp tránh thai khác.

- (5) Khám và/hoặc điều trị không phải do một Cơ sở y tế thực hiện hay yêu cầu, bao gồm cả việc chỉ định của Bác sỹ Cơ sở y tế này đối với mua thuốc hay xét nghiệm, điều trị tại phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hợp pháp, Cơ sở y tế, hoặc việc điều trị mà một Bác sỹ chuyên ngành độc lập được Công ty thuê để cho ý kiến chuyên môn, cho là không Cần thiết về mặt y học, dịch vụ khám hoặc điều trị tại nhà không theo kê toa của Bác sỹ (trừ quyền lợi y tá chăm sóc tại nhà được qui định trong Chương trình bảo hiểm).
- (6) Mọi điều trị về răng/chỉnh hình răng, trừ khi được ghi rõ trong Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm.
- (7) Kiểm tra mắt và tai định kỳ, kiểm tra thị lực, làm kính mắt, kính áp tròng, phục hồi thị lực hoặc khúc xạ mắt, bao gồm tật cận thị, loạn thị, viễn thị và lão thị, nhược thị, song thị, đục thủy tinh thể, mù màu và các tật khúc xạ mắt khác; các thoái hóa về mắt, rách/bong võng mạc, kiểm tra thính giác thông thường(*), lão hóa, thoái hóa, điều trị suy biến tự nhiên/không phải vì lý do bệnh lý của cho việc suy giảm thính thị lực, bất kỳ phẫu thuật để phục hồi hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác.
- (*) Kiểm tra thính giác thông thường bị loại trừ (không được bảo hiểm) khi Người được bảo hiểm được kiểm tra thính giác khi không có bất kỳ dấu hiệu bất thường nào trước đó và kết quả kiểm tra cũng không ghi nhận Thương tật, Ốm đau/Bệnh tật nào liên quan đến thính giác.
- (8) Điều trị phát sinh từ các việc sử dụng, lạm dụng, nghiện: chất gây nghiện, chất cấm, chất kích thích, chất có cồn, rượu, bia và các Thương tật, Ốm đau/Bệnh tật phát sinh trực tiếp hay gián tiếp từ việc sử dụng, lạm dụng hay sự nghiện đó.
- (9) Điều trị đối với Thương tật tự gây ra hoặc tự tử, hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp/ Người thụ hưởng của Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm.
- (10) Kiểm tra sức khỏe định kỳ và điều trị phòng ngừa (bao gồm tiêm vắc-xin hoặc tiêm chủng, thuốc và xét nghiệm mang tính chất ngăn ngừa, tầm soát sức khỏe, thể trạng cơ thể, suy dinh dưỡng, còi xương, biếng ăn, chậm phát triển), trừ khi có quy định rõ và được xác nhận trong Chương trình Bảo hiểm.
- (11) Các xét nghiệm, chi phí y tế phát sinh không liên quan đến việc điều trị hoặc chẩn đoán Ốm đau/Bệnh tật hoặc Thương tật được bảo hiểm; hoặc việc điều trị không Cần thiết về mặt y học theo ý kiến chuyên môn của một Bác sỹ chuyên ngành độc lập được Công ty thuê để cho ý kiến chuyên môn.
- (12) Điều trị bởi một thành viên trong gia đình.
- (13) Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm là Bác sỹ tự điều trị cho bản thân.
- (14) Bên mua bảo hiểm điều trị cho Người được bảo hiểm.
- (15) Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm điều trị cho Người phụ thuộc.
- (16) Các bộ phận giả, thiết bị phục hồi và thiết bị y tế, cũng như việc ghép tim nhân tạo, (các) thiết bị hỗ trợ một hay hai tâm thất, ngoại trừ các mô/thiết bị cấy ghép phẫu thuật tiêu chuẩn. Chi phí mua sắm hoặc sử dụng các thiết bị hỗ trợ vận động hoặc các thiết bị khác.

Vì mục đích của đoạn ngay trên đây:

- Thiết bị phục hồi là những trang thiết bị, máy móc hỗ trợ điều trị giúp Người được bảo hiểm phục hồi những chức năng bị suy giảm của cơ thể do Tai nạn, Bệnh bẩm sinh hoặc các nguyên nhân khác. Tùy từng đối tượng khác nhau mà có các liệu pháp điều trị khác nhau và cần các trang thiết bị máy móc hỗ trợ khác nhau.

- Thiết bị y tế là các dụng cụ và thiết bị y tế được sử dụng như một phần của quy trình điều trị, bao gồm phẫu thuật, được thực hiện bởi một Bác sĩ và/hoặc Cơ sở y tế, được xác định là Cần thiết về mặt y học và kê toa cho Người được bảo hiểm, bao gồm mũ bảo hiểm hộp sọ, máy phun sương, máy bơm oxy và mặt nạ, máy trợ thính, nẹp điều chỉnh, máy bơm insulin, máy tiêm truyền, máy theo dõi đường huyết và kim thử đường huyết, niềng và hỗ trợ chỉnh hình, bộ phận giả giọng nói, chân cao su nẹp chỉnh hình lòng bàn chân, que thử tiểu đường, túi đựng chất thải từ một lỗ mở thông ra da của cơ thể, và các thiết bị y tế khác mà Bác sĩ sử dụng.

- Thiết bị hỗ trợ vận động là các vật dụng sau đây và các phụ kiện của các vật đó được Bác sĩ xác định là Cần thiết về mặt y học và kê toa cho Người được bảo hiểm theo sau một điều trị phẫu thuật do Tai nạn và/hoặc Bệnh tật: nạng, gậy, xe tập đi, xe lăn bằng tay.

- Thiết bị khác là các thiết bị không phải là Thiết bị phục hồi, Thiết bị y tế hay Thiết bị hỗ trợ vận động.

- (17) Phẫu thuật thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình vì lý do thẩm mỹ. Điều trị liên quan tới hoặc phát sinh từ việc kiểm soát cân nặng, loại bỏ các vấn đề về chất béo, chất dư thừa hay để giảm cân, tăng cân, bệnh béo phì, bệnh suy dinh dưỡng, còi xương hoặc điều trị khác được thực hiện với lý do thẩm mỹ hoặc tâm lý bao gồm chữa bệnh rụng tóc, tóc bạc sớm, hói, tàn nhang, tăng sắc tố da, giảm sắc tố da.
- (18) Chăm sóc thai sản. Không một quyền lợi bảo hiểm nào sẽ được thanh toán, trừ khi được quy định rõ và được xác nhận trong Chương trình bảo hiểm.
- (19) Nhập viện để chẩn đoán, chụp X-quang, xét nghiệm hoặc vật lý trị liệu, trừ khi được chỉ định bởi một Bác sĩ điều trị hoặc Bác sĩ phẫu thuật có đủ trình độ chuyên môn theo luật định.
- (20) Các xét nghiệm, khám và điều trị các bệnh lây qua đường tình dục, bệnh bất lực (bao gồm các bệnh/tình trạng như bệnh giang mai, bệnh lậu, bệnh rối loạn chức năng sinh dục/tình dục hay điều trị sinh lý, bệnh rối loạn cương dương, bệnh giảm ham muốn, xuất tinh sớm, yếu sinh lý) hay các bệnh liên quan đến: thay đổi giới tính, điều trị tình trạng dậy thì sớm, dậy thì muộn, bệnh lây qua đường tình dục, bệnh bất lực.
- (21) Toàn bộ việc cấy ghép bộ phận ngoại trừ trường hợp được xác định trong Chương trình bảo hiểm.
- (22) Mua bộ phận cơ thể người và toàn bộ chi phí cho người hiến tặng, chi phí vận chuyển, bảo quản bộ phận cơ thể người và các chi phí khác có liên quan.
- (23) Xét nghiệm và điều trị AIDS, hội chứng phức hợp liên quan đến AIDS (ARCS) và toàn bộ các bệnh gây ra bởi và/hoặc liên quan đến HIV dương tính trừ khi Thời gian chờ đã chấm dứt và phụ thuộc vào giới hạn phụ được quy định trong Chương trình bảo hiểm.
- (24) Các Bệnh có sẵn hoặc các Thương tật có liên quan, đi kèm hoặc có tính hậu quả, trừ khi được thông báo cho Công ty và được Công ty chấp nhận bằng văn bản.
- (25) Các chi phí vượt quá phạm vi Thông thường và hợp lý như được định nghĩa.
- (26) Điều trị có lựa chọn không được Công ty chấp thuận.
- (27) Toàn bộ chi phí vận chuyển phát sinh đối với các chuyến đi đặc biệt vì mục đích điều trị y khoa, nếu không phải là một phần của việc vận chuyển y tế cấp cứu và ngoại trừ trường hợp được xác định theo định nghĩa Dịch vụ xe cứu thương trong nước.
- (28) Điều trị thử nghiệm nội khoa, ngoại khoa, các điều trị thử nghiệm khác hoặc điều trị chưa được chứng minh về mặt khoa học.
- (29) Điều trị đối với Thương tật hoặc Ốm đau/Bệnh tật xảy ra khi tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang và/hoặc đang công tác với tư cách là

thành viên của lực lượng vũ trang hoặc công an hoặc do thực hiện công việc thuộc Nhóm nghề nghiệp Loại III hoặc IV (trừ khi được thỏa thuận khác bằng văn bản trước đó bởi Công ty).

- (30) Khám và điều trị chấn thương hoặc bệnh lâu dài trong khi tham gia vào chương trình luyện tập hoặc rèn luyện thể lực để tham gia vào cuộc thi hoặc cuộc thi đấu thể thao; tham gia vào cuộc thi hoặc cuộc thi đấu thể thao; đua xe dưới bất kỳ hình thức nào khác hơn so với đi bộ bao gồm nhưng không giới hạn việc đua xe ô tô hoặc xe hơi, thể thao chuyên nghiệp, thể thao có sự tiếp xúc với các người cùng chơi, đua xe mô tô, đua thuyền máy, và thi đấu luyện ngựa; nhảy dù biểu diễn, dù bay, điều lượn, bay (khác với như là một hành khách có mua vé đi trên một máy bay thương mại được cấp giấy phép hợp lệ), thám hiểm hang động, leo đá hoặc leo núi (có hay không có sử dụng dây thừng hoặc thiết bị khác), nhảy bun-gee, lặn có đeo bình dưỡng khí, pô lô, đua ngựa vượt rào, các môn võ thuật, bay khinh khí cầu, và bất kỳ môn thể thao nào có tổ chức thực hiện trên cơ sở tài trợ hoặc bất kỳ hoạt động mạo hiểm nào khác, trừ phi đã được khai báo với Công ty và đã được Công ty chấp nhận hoặc cố ý đặt mình vào tình trạng nguy hiểm đặc biệt (ngoại trừ trường hợp nỗ lực để cứu sống người).
- (31) Khám và điều trị rối loạn giấc ngủ liên quan đến hô hấp, bao gồm ngáy, mệt mỏi, say máy bay, suy nhược cơ thể hoặc căng thẳng liên quan đến công việc hoặc bất kỳ tình trạng liên quan khác.
- (32) Bổ sung/hỗ trợ chế độ ăn uống và các chất sẵn có trong tự nhiên mà có thể mua không cần toa, vitamin, khoáng chất, thực phẩm chức năng, thực phẩm hỗ trợ điều trị y tế, các chất hữu cơ bổ sung/hỗ trợ cho chế độ dinh dưỡng hoặc phục vụ cho chế độ ăn kiêng, tăng cân, giảm cân có sẵn trong tự nhiên, dược mỹ phẩm.
- (33) Các dịch vụ không liên quan đến sức khỏe, bao gồm việc cấp giấy chứng nhận, chứng thực và giấy khám sức khỏe cho mục đích đi du lịch.
- (34) Điều trị Thương tật hoặc Ốm đau/Bệnh tật do chiến tranh, xâm lược, hành động của các thể lực thù địch bên ngoài, thù địch hoặc các hoạt động hiếu chiến (dù có tuyên bố hay không), khủng bố, bạo động, cướp chính quyền, nội chiến, nổi loạn, phiến loạn, cách mạng, khởi nghĩa, dân biến hoặc tham gia vào các cuộc nổi dậy, lực lượng quân đội hay lực lượng tiềm quyền, các hành động quân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực, khủng bố hoặc hành động bạo lực.
- (35) Điều trị Thương tật hoặc Ốm đau/Bệnh tật do Hành động khủng bố.
- (36) Phơi nhiễm năng lượng hạt nhân, phóng xạ ion hóa hay nhiễm phóng xạ thuộc bất kỳ loại nào.
- (37) Tham gia vào một hành động bất hợp pháp bao gồm cả hành động dẫn đến bị phạt tù hoặc không tuân thủ các nghĩa vụ theo luật định.
- (38) Khám và điều trị các Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật mắc phải là hậu quả trực tiếp của việc tham gia vào các hành động phi pháp, bao gồm nhưng không giới hạn trong phạm vi trộm cắp, cướp giật, không chấp hành lệnh của người thi hành công vụ, sử dụng chất kích thích, sử dụng chất nổ hoặc các thiết bị gây cháy (trừ khi đã được cấp phép), hành hung và gây thương tích.
- (39) Liệu pháp thay thế tế bào gốc ngoại trừ trường hợp ghép tủy xương.
- (40) Toàn bộ việc vận chuyển cấp cứu/hồi hương/vận chuyển thi hài về Quê quán không được Công ty hoặc Đơn vị hỗ trợ y tế của Công ty chấp thuận trước.
- (41) Bất kỳ điểm loại trừ nào khác về vận chuyển cấp cứu/hồi hương/vận chuyển thi hài về Quê quán được quy định cụ thể trong hợp đồng dịch vụ với Đơn vị hỗ trợ y tế của Công ty, như được thay đổi tùy từng thời điểm và được thông báo cho Người được bảo hiểm.
- (42) Công ty sẽ không bảo hiểm và không có trách nhiệm thanh toán bồi thường cho bất kỳ yêu cầu bồi thường hoặc cung cấp các quyền lợi nào nếu như việc việc cung cấp bảo hiểm, thanh toán các yêu cầu bồi thường này hoặc cung cấp quyền lợi như vậy sẽ làm cho Công ty vi phạm bất

kỳ quy định cấm vận, ngăn cấm, hoặc hạn chế theo các nghị quyết của Liên Hiệp Quốc hoặc các lệnh cấm vận kinh tế hay thương mại, luật pháp hoặc quy định của Liên Hiệp Châu Âu, Vương Quốc Anh hoặc Hiệp Chung Quốc Hoa Kỳ, pháp luật Việt Nam.

- (43) Không bảo hiểm cho người bị bệnh tâm thần.
- (44) Không bảo hiểm cho người bị thương tật vĩnh viễn tại thời điểm tham gia bảo hiểm hoặc thời điểm Hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực.

Vì mục đích của đoạn ngay trên đây, “bị thương tật vĩnh viễn” có nghĩa là có tỷ lệ phần trăm tổn thương cơ thể hay tổn hại sức khỏe từ 50% trở lên theo quy định của pháp luật/ cơ quan quản lý nhà nước về y tế trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần (hoặc quy định khác tương tự được ban hành bởi hoặc cơ quan quản lý nhà nước về y tế) có hiệu lực (i) tại thời điểm tham gia bảo hiểm hoặc thời điểm Hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực; hoặc (ii) trong trường hợp tham gia bảo hiểm theo các hợp đồng bảo hiểm liên tục qua nhiều năm, tại thời điểm tham gia bảo hiểm đầu tiên hoặc thời điểm Hợp đồng bảo hiểm đầu tiên bắt đầu có hiệu lực.

- (45) Chi phí và/hoặc sự kiện bắt nguồn từ hoặc liên quan đến hoặc là hậu quả của thảm họa thiên nhiên như động đất, núi lửa, sóng thần; nhiễm phóng xạ, dịch bệnh theo công bố của cơ quan có thẩm quyền (bao gồm SARS, H5N1, Ebola, dịch bệnh khác theo công bố của cơ quan có thẩm quyền).
- (46) Người được bảo hiểm đánh nhau (trừ phi chứng minh được đó là hành động tự vệ).
- (47) Bất cứ bệnh nào được công bố hoặc được đánh giá là đại dịch bởi Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và/hoặc Cơ quan có thẩm quyền khác. Các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt ngay lập tức từ ngày thông báo, và sẽ khôi phục lại khi tình trạng đại dịch đó được đồng ý gỡ bỏ bởi Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), hoặc Cơ quan có thẩm quyền khác.
- (48) Các điều khoản loại trừ khác như được thỏa thuận với Người được bảo hiểm được quy định trong Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm.

PHẦN V – TRÁCH NHIỆM CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM VÀ BÊN MUA BẢO HIỂM ĐỐI VỚI HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

1. Các điều kiện tiên quyết đối với trách nhiệm

- (a) Bất kỳ trách nhiệm nào của Công ty đối với Người được bảo hiểm sẽ chỉ phát sinh nếu các điều kiện tiên quyết dưới đây được tuân thủ:
 - (i) Công ty phải được cung cấp tất cả tuyên bố và kê khai cần thiết bởi Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm (cha mẹ hoặc người giám hộ được chỉ định hợp pháp nếu Người được bảo hiểm là Trẻ em vị thành niên) thông qua Giấy yêu cầu bảo hiểm và các thông tin khác kèm theo Giấy yêu cầu bảo hiểm; và tất cả các tuyên bố và kê khai này phải hoàn toàn chính xác, đúng đắn và đầy đủ. Nếu Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm kê khai thông tin cho Người phụ thuộc thì thông tin đó là chính xác, đúng đắn và đầy đủ.
 - (ii) Điều kiện tiên quyết được quy định tại Điều 8 Phần V Quy tắc bảo hiểm này.
 - (iii) Điều kiện tiên quyết được quy định tại Điều 1 Phần VIII Quy tắc bảo hiểm này.
- (b) Trường hợp bất kỳ điều kiện tiên quyết nào nêu trên không được tuân thủ thì sẽ không phát sinh bất kỳ trách nhiệm nào của Công ty đối với Người được bảo hiểm, Công ty có quyền từ chối bồi thường/

chi trả tiền bảo hiểm và/hoặc chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm theo điều khoản chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm.

2. Yêu cầu chấp thuận trước

Phạm vi bảo hiểm tùy thuộc vào việc thông báo trước hoặc chấp thuận trước như sau:

Tất cả các biện pháp Điều trị có lựa chọn phải được kèm theo bảng giá chi tiết và được gửi cho Công ty năm (05) Ngày làm việc để thẩm định và được chấp thuận trước khi tiến hành điều trị.

Biện pháp điều trị lựa chọn ngoài Nước thường trú thì cũng tùy thuộc vào các yêu cầu sau đây:

- (1) bảng giá cho biện pháp điều trị lựa chọn tại một Cơ sở y tế được lựa chọn phải được gửi cho Công ty ít nhất năm (05) Ngày làm việc trước khi tiến hành điều trị; và
- (2) Biện pháp điều trị lựa chọn này được Công ty chấp thuận.

3. Tài liệu được yêu cầu

Bên mua bảo hiểm phải cung cấp bằng văn bản (hoặc hình thức khác do Công ty yêu cầu) cho Công ty mọi thông tin, tài liệu mà Công ty có thể yêu cầu về các vấn đề có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm. Tất cả các tài liệu hoặc thông tin được Người được bảo hiểm cung cấp cho Bên mua bảo hiểm liên quan tới bảo hiểm, cùng với các hồ sơ mà có thể có liên quan tới Hợp đồng bảo hiểm, sẽ được công khai để Công ty kiểm tra tại mọi thời điểm thích hợp.

Trong trường hợp tuổi, ngày sinh hoặc các thông tin khác có liên quan tới một Người được bảo hiểm được phát hiện bị khai sai và trong trường hợp việc khai sai đó ảnh hưởng đến phạm vi, quyền lợi bảo hiểm hoặc có bất kỳ việc gì ảnh hưởng đến các điều khoản và điều kiện của Hợp đồng bảo hiểm hoặc đến quyết định của Công ty cho Người được bảo hiểm đó, thì tùy vào quyết định của Công ty, (a) tuổi thật và các thông tin chính xác sẽ được sử dụng để xác định xem các quyền lợi bảo hiểm có được bảo đảm theo các điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm hay không, với số tiền là bao nhiêu, và có tiến hành điều chỉnh phí bảo hiểm hay không, hoặc (b) quyền lợi bảo hiểm sẽ chấm dứt theo điều khoản chấm dứt quyền lợi bảo hiểm.

4. Đủ điều kiện

4.1 Hợp đồng bảo hiểm cá nhân:

Độ tuổi tối đa được đăng ký là 64 tuổi và mở rộng đến 74 tuổi (nếu được tái tục). Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm thuộc mọi quốc tịch và Người phụ thuộc của họ (không phải là trẻ sơ sinh) có đủ điều kiện tham gia bảo hiểm ngoại trừ là công dân của các nước bị Liên hiệp Quốc và Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ trừng phạt, như được thay đổi vào từng thời điểm.

Bảo hiểm của Người phụ thuộc phải áp dụng cùng Chương trình bảo hiểm như Người được bảo hiểm mà họ phụ thuộc và tùy thuộc vào việc chấp thuận trước của Công ty. Trẻ em vị thành niên không được bảo hiểm độc lập theo Chương trình bảo hiểm.

Trẻ sơ sinh sẽ đủ điều kiện được bảo hiểm sau 15 ngày kể từ ngày sinh hoặc 15 ngày sau khi xuất viện nơi được sinh, tùy thời điểm nào muộn hơn, sau khi đã nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm và phụ thuộc vào bằng chứng thỏa đáng về tình trạng sức khỏe tốt và được Công ty chấp thuận trước.

Phạm vi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm chỉ áp dụng cho những đối tượng có nghề nghiệp thuộc Loại I và Loại II, trừ khi có sự thỏa thuận khác với Người được bảo hiểm và được Công ty đồng ý

bằng văn bản. Người được bảo hiểm được yêu cầu thông báo cho Công ty ngay khi nghề nghiệp của người đó chuyển sang Loại III hoặc Loại IV. Việc không thực hiện nghĩa vụ thông báo này sẽ cho phép Công ty có quyền từ chối bồi thường/trả tiền bảo hiểm hay chấm dứt bảo hiểm.

4.2 Hợp đồng bảo hiểm Nhóm:

Người lao động và thành viên của Tổ chức tài trợ và Người phụ thuộc phải Đang làm việc từ ngày đầu tiên để đáp ứng điều kiện của Hợp đồng bảo hiểm, trừ các trường hợp được cho nghỉ được trả lương.

Trẻ sơ sinh sẽ được bảo hiểm sau 15 ngày sinh hoặc 15 ngày sau khi xuất viện nơi được sinh, tùy thuộc thời điểm nào trễ hơn, khi Bên mua bảo hiểm đã nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm, tùy thuộc vào việc có bằng chứng thỏa đáng về sức khỏe tốt và được sự chấp nhận của Công ty.

Công dân của bất kỳ nước nào bị Liên Hiệp Quốc và Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ trừng phạt, như được thay đổi tùy từng thời điểm, không đủ tiêu chuẩn để được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

Độ tuổi tối đa được đăng ký là 64 tuổi và mở rộng đến 74 tuổi (nếu được tái tục).

Phạm vi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm chỉ áp dụng cho những người có nghề nghiệp thuộc Loại I và Loại II, trừ khi có sự thỏa thuận khác với Người được bảo hiểm và được Công ty đồng ý bằng văn bản. Người được bảo hiểm phải thông báo cho Công ty ngay khi nghề nghiệp của người đó chuyển sang Loại III hoặc Loại IV. Việc không thực hiện nghĩa vụ thông báo này sẽ cho phép Công ty có quyền từ chối bồi thường/trả tiền bảo hiểm hay chấm dứt bảo hiểm.

5. Kiểm tra sức khỏe

Công ty thông qua người đại diện y tế của mình sẽ có quyền và cơ hội kiểm tra sức khỏe bất kỳ Người được bảo hiểm nào vào bất kỳ lúc nào và thường xuyên như là có thể được yêu cầu một cách hợp lý trước khi Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm được cấp Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc trong thời gian có yêu cầu bồi thường. Ngoài ra, Công ty sẽ có quyền yêu cầu khám nghiệm tử thi trong trường hợp tử vong, nếu điều đó không bị cấm theo luật hoặc tín ngưỡng tôn giáo.

6. Giám định y khoa

Công ty có quyền yêu cầu thực hiện thêm các xét nghiệm và/hoặc đánh giá khi mà Công ty quyết định rằng một điều kiện đang được yêu cầu bồi thường có liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến điều kiện loại trừ và Công ty sẽ thanh toán chi phí này.

7. Đề phòng hợp lý và thay đổi quan trọng

Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm có trách nhiệm tiến hành mọi biện pháp phòng ngừa hợp lý để ngăn chặn và giảm thiểu bất kỳ Tai nạn, Thương tật, Ốm đau/Bệnh tật hoặc phí tổn.

Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm có trách nhiệm thông báo bất kỳ thông tin hoặc thay đổi nào có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Công ty. Theo đó, Công ty có quyền tiếp tục bảo hiểm theo các điều khoản và điều kiện, phí bảo hiểm mà Công ty xét thấy phù hợp với những thay đổi thông tin hoặc thay đổi nào làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Công ty đó và/hoặc đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm không đồng ý với các điều khoản và điều kiện mà Công ty đề xuất. Mọi khiếu nại phát sinh từ hoặc liên quan tới những thay đổi đó sẽ không được đáp ứng/ bồi thường cho tới khi và trừ khi Công ty đã được thông báo về những thay đổi đó, và đã đồng ý tiếp tục bảo hiểm.

8. Trở về Quê quán/Thay đổi Nước thường trú

Đối với những công dân Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ hoặc Canada trở về Quê quán của mình và đối với

những công dân các quốc gia khác dự định cư trú tại Hợp Chúng quốc Hoa Kỳ/Canada trong thời gian trên một trăm tám mươi (180) ngày, Chương trình bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt. Người được bảo hiểm sẽ thông báo cho Công ty ngay Người được bảo hiểm đó trở về Quê quán hoặc thay đổi Quốc gia Thường trú sang Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ/Canada trong vòng ba mươi ngày kể từ ngày trở về/thay đổi đó. Phí bảo hiểm đã nộp sẽ được hoàn trả theo Điều khoản Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm.

Đối với những thay đổi nơi cư trú không phải là Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ hay Canada trong Năm bảo hiểm, Công ty sẽ xem xét bảo hiểm trên cơ sở đánh giá chi phí Thông thường và hợp lý tại quốc gia đó hoặc hoàn trả phí bảo hiểm theo Điều khoản Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm.

Một điều kiện tiên quyết đối với trách nhiệm theo Hợp đồng bảo hiểm là Công ty phải được thông báo trước bằng văn bản về việc thay đổi Nước thường trú của Bên mua bảo hiểm hoặc của bất kỳ Người được bảo hiểm nào. Việc thay đổi Nước thường trú có nghĩa là Người được bảo hiểm không còn cư trú tại quốc gia thường trú của mình, hoặc có ý định chuyển tới ở một quốc gia khác trong thời gian trên một trăm tám mươi (180) ngày. Việc không thông báo sẽ cho phép Công ty có quyền từ chối bồi thường/ trả tiền bảo hiểm; chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm hoặc thỏa thuận với Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm về việc thay đổi điều kiện, điều khoản Hợp đồng bảo hiểm.

Công ty phải được thông báo địa điểm của bất kỳ Người phụ thuộc nào mà có Nước thường trú khác với Nước thường trú đã khai báo bởi Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm trong Giấy yêu cầu bảo hiểm, và Công ty bảo lưu quyền từ chối bảo hiểm cho những Người phụ thuộc đó theo Giấy yêu cầu bảo hiểm này.

Công ty bảo lưu quyền từ chối đề nghị tiếp tục hợp đồng bảo hiểm với bất kỳ Người được bảo hiểm nào đã thay đổi Nước thường trú của mình trong Năm bảo hiểm.

PHẦN VI - THỦ TỤC BỒI THƯỜNG

Người được bảo hiểm được tự do tham gia dịch vụ y tế theo một trong hai cách lựa chọn sau:

Lựa chọn 1 – Tự thanh toán

Nếu Người được bảo hiểm lựa chọn cách tự thanh toán, Người được bảo hiểm phải thực hiện thông báo bằng văn bản cho Công ty về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm trong vòng chín mươi (90) ngày kể từ ngày đầu tiên điều trị của sự kiện được bảo hiểm hoặc trong trường hợp thai sản, là ngày sinh con mà yêu cầu bồi thường được đưa ra, trừ khi được chấp nhận khác bởi Công ty. Trừ khi có lý do chính đáng, nếu Người được Bảo hiểm không thực hiện thông báo về sự kiện bảo hiểm trong thời gian qui định, Công ty sẽ áp dụng mức phạt theo các tỷ lệ sau đây, tính trên tổng số tiền bồi thường:

- Thông báo tổn thất sau 91 ngày đến 180 ngày: 10%
- Thông báo tổn thất sau 181 ngày đến 270 ngày: 20%
- Thông báo tổn thất sau 271 ngày đến 365 ngày: 30%

Hồ sơ yêu cầu bồi thường: Người được bảo hiểm phải cung cấp cho Công ty hồ sơ yêu cầu bồi thường bao gồm:

- Mẫu giấy yêu cầu bồi thường được điền đầy đủ và có chữ ký của người yêu cầu
- Bản gốc của bệnh án
- Các báo cáo y khoa (nếu có)
- Kết quả xét nghiệm, sinh thiết, chụp chiếu
- Đơn thuốc
- Hóa đơn và biên nhận
- Tài liệu có liên quan khác theo yêu cầu của Công ty

Các bản sao có thể được chấp nhận, trừ trường hợp Công ty yêu cầu bản gốc. Hồ sơ yêu cầu bồi thường phải được nộp cho Công ty trong thời hạn yêu cầu bồi thường theo quy định của pháp luật.

Thanh toán bồi thường: Bất kỳ yêu cầu bồi thường nào của Người được bảo hiểm cho các chi phí thực tế phát sinh sẽ được thanh toán bằng Đồng Việt Nam căn cứ theo quy định hiện hành của chính phủ Việt Nam về quản lý ngoại hối công bố tại thời điểm phát sinh chi phí.

Đối với việc điều trị tại Cơ sở y tế, phẫu thuật và điều trị trong ngày, xin tham khảo “Điều trị có lựa chọn” – “Yêu cầu chấp thuận trước”.

Nếu theo yêu cầu của Người được bảo hiểm, các khoản chi phí được Công ty thanh toán/ hoàn trả cho Người được bảo hiểm phải thực hiện bằng chuyển khoản qua ngân hàng, mọi khoản phí ngân hàng phát sinh sẽ do Công ty chịu nếu chuyển khoản vào tài khoản ngân hàng trong nước hoặc chi trả qua giấy tờ tùy thân tại ngân hàng chỉ định bởi Công ty (“Hình thức thanh toán thông thường bởi Công ty”), trừ trường hợp Người được bảo hiểm có yêu cầu khác. Trong trường hợp chuyển khoản vào tài khoản ngân hàng tại nước ngoài hoặc các hình thức thanh toán khác Hình thức thanh toán thông thường bởi Công ty, phí chuyển khoản hoặc phí thanh toán phát sinh sẽ do Người được bảo hiểm chịu.

Lựa chọn 2 – Dịch vụ thanh toán trực tiếp

Dịch vụ thanh toán trực tiếp là dịch vụ không sử dụng tiền mặt do Công ty cho phép Người được bảo hiểm Điều trị ngoại trú và Điều trị nội trú tại các cơ sở y tế do Công ty chỉ định. Người được bảo hiểm sẽ không được sử dụng Dịch vụ thanh toán trực tiếp nếu chưa thanh toán phí bảo hiểm hoặc thanh toán chưa đủ phí bảo hiểm theo Thời Hạn Thanh Toán đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm. Đối với Điều trị có lựa chọn tại Cơ sở y tế, Người được bảo hiểm phải tuân thủ “Điều trị có lựa chọn” – “Yêu cầu chấp thuận trước”. Công ty sẽ cấp xác nhận bảo lãnh viên phí nếu bệnh được bảo hiểm trong Hợp đồng Bảo hiểm.

Người được bảo hiểm phải xuất trình Giấy chứng nhận bảo hiểm của mình cùng với giấy tờ tùy thân để xác nhận. Trong mọi trường hợp, khoản thanh toán cho phép trước và/hoặc khoản thanh toán mà Công ty đã trả cho một yêu cầu bồi thường không được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm hoặc vượt quá Giới hạn trách nhiệm, thì Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm sẽ chịu trách nhiệm hoàn trả cho Công ty các chi phí điều trị không hợp lệ trong vòng 31 ngày kể từ ngày Công ty gửi thông báo yêu cầu hoàn trả.

PHẦN VII - GIAN LẬN VÀ HÌNH THỨC XỬ LÝ

1. Đối với Hợp đồng bảo hiểm cá nhân:

Nếu bất kỳ yêu cầu bồi thường là giả hoặc gian lận hoặc nếu (những) Người được bảo hiểm hoặc một người đại diện cho (những) Người được bảo hiểm sử dụng các phương tiện hoặc thiết bị gian lận để có được các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ lập tức bị hủy bỏ và mọi quyền lợi bảo hiểm sẽ bị tước bỏ và Công ty có quyền giữ lại (cản trừ) khoản chi phí là hai triệu (2.000.000) đồng cộng với tiền thuế (nếu có) cho mỗi Hợp đồng bảo hiểm hoặc mỗi Sửa Đổi Bổ Sung trước khi hoàn phí bảo hiểm.

2. Đối với Hợp đồng bảo hiểm Nhóm:

Nếu bất kỳ yêu cầu bồi thường là giả hoặc gian lận hoặc nếu Bên mua bảo hiểm hoặc một người đại diện cho Bên mua bảo hiểm sử dụng các phương tiện hoặc thiết bị gian lận để có được quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm Nhóm thì Hợp đồng bảo hiểm Nhóm sẽ lập tức bị hủy bỏ và mọi quyền lợi bảo hiểm sẽ bị tước bỏ và Công ty có quyền giữ lại (cản trừ) khoản chi phí là hai triệu (2.000.000) đồng cộng với tiền thuế (nếu có) cho mỗi Hợp đồng bảo hiểm hoặc mỗi Sửa Đổi Bổ Sung trước khi hoàn phí bảo hiểm.

Trường hợp một Người được bảo hiểm có khiếu nại giả hoặc gian lận, thì bảo hiểm của người đó sẽ lập tức bị hủy bỏ và mọi quyền lợi bảo hiểm của người này sẽ bị tước bỏ và Bên mua bảo hiểm/ Người

được bảo hiểm phải bồi thường thiệt hại cho Công ty hai triệu (2.000.000) đồng, do đó, Công ty sẽ khấu trừ hai triệu đồng vào phí bảo hiểm trước khi hoàn trả. Quy định này sẽ không ảnh hưởng đến Hợp đồng bảo hiểm Nhóm vẫn còn đang hiệu lực.

PHẦN VIII – ĐIỀU KHOẢN THANH TOÁN PHÍ BẢO HIỂM

1. Các bên tuyên bố và nhất trí rằng điều kiện tiên quyết đối với trách nhiệm bồi thường theo Hợp đồng bảo hiểm rằng bất kỳ khoản phí bảo hiểm đến hạn nào đều phải được thanh toán và được nhận đủ bởi Công ty (hoặc bởi bên được ủy quyền thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận của bên đó với Công ty):
 - (a) Trừ trường hợp quy định tại Điểm (b) dưới đây, đối với Hợp đồng bảo hiểm, trong vòng 30 ngày kể từ Ngày hiệu lực của Hợp Đồng Bảo Hiểm; nếu Thời hạn bảo hiểm ít hơn 30 ngày, Thời hạn thanh toán là trước hoặc ngay khi bắt đầu Thời hạn bảo hiểm.
 - (b) Đối với Hợp đồng bảo hiểm, nếu Công ty đồng ý thanh toán phí bảo hiểm theo nhiều đợt, trong vòng 30 ngày kể từ Ngày hiệu lực của Hợp Đồng Bảo Hiểm đối với kỳ thanh toán đầu tiên và sau đó theo ngày đã thỏa thuận cho những kỳ kế tiếp; nếu Thời hạn bảo hiểm ít hơn 30 ngày, Thời hạn thanh toán bằng với Thời hạn bảo hiểm.
 - (c) Đối với các Sửa đổi bổ sung làm phát sinh thêm phí bảo hiểm, trong vòng 30 ngày kể từ Ngày hiệu lực được qui định trong mỗi Sửa đổi bổ sung tương ứng; nếu Thời hạn bảo hiểm ít hơn 30 ngày, Thời hạn thanh toán là trước hoặc ngay khi bắt đầu Thời hạn bảo hiểm.
2. Trong trường hợp phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm và Sửa đổi bổ sung không được thanh toán đầy đủ cho Công ty (hoặc bởi bên được ủy quyền thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận của bên đó với Công ty) được mô tả trong điều khoản 1 trên đây, theo phương thức và thời hạn quy định trên đây (“Thời hạn thanh toán”), thì Hợp đồng bảo hiểm/ Sửa đổi bổ sung sẽ tự động chấm dứt kể từ ngày liền kề ngay sau ngày cuối cùng của Thời hạn thanh toán (ngày hết Thời hạn thanh toán) và Công ty sẽ được miễn tất cả các trách nhiệm phát sinh kể từ ngày chấm dứt. Theo đó:
 - (a) Bên mua bảo hiểm là cá nhân không có nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm được tính từ ngày bắt đầu của Thời hạn bảo hiểm đến thời điểm chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, nếu không phát sinh bồi thường cho bất kỳ sự kiện bảo hiểm nào.
 - (b) Bên mua bảo hiểm Nhóm vẫn có nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm được tính từ ngày bắt đầu của Thời hạn bảo hiểm đến thời điểm chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm/ Sửa đổi bổ sung theo tỷ lệ số ngày có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm/ Sửa đổi bổ sung trên tổng số ngày của Thời hạn bảo hiểm trước khi Hợp Đồng Bảo Hiểm/ Sửa đổi bổ sung chấm dứt (“theo tỷ lệ”), kể cả khi không phát sinh bồi thường cho bất kỳ sự kiện bảo hiểm nào.
 - (c) Bên mua bảo hiểm phải có nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm và được nhận số tiền bồi thường tương ứng, nếu có phát sinh bồi thường cho sự kiện bảo hiểm xảy ra trong giai đoạn từ ngày bắt đầu của Thời hạn bảo hiểm đến thời điểm chấm dứt Hợp Đồng Bảo Hiểm/ Sửa đổi bổ sung. Theo đó, đối với mỗi Người được bảo hiểm:
 - Phí bảo hiểm được tính theo tỷ lệ;
 - Số tiền bồi thường tối đa mà Người được bảo hiểm được nhận sẽ không vượt quá không phải một phần trăm (0,1%) của:
 - (i) Giới hạn trách nhiệm của từng Quyền lợi như quy định cụ thể cho từng Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật trong Chương trình bảo hiểm; hoặc
 - (ii) hạn mức được quy định trong Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Sửa đổi bổ sung cho bất kỳ yêu cầu bồi thường nào liên quan đến điều trị nội trú, điều trị

ngoại trú, chăm sóc nha khoa, chăm sóc thai sản (và/hoặc các tài liệu khác trong Hợp đồng bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm tái tục, nếu có), tùy theo số nào nhỏ hơn.

Công ty có quyền khấu trừ phí bảo hiểm trước khi thanh toán bồi thường.

3. Sau khi Hợp đồng bảo hiểm/ Sửa đổi bổ sung chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Điều 2, Phần VIII của Quy tắc bảo hiểm này, nếu Bên mua bảo hiểm có nhu cầu và tùy thuộc vào quyết định của Công ty về việc khôi phục Hợp đồng bảo hiểm/ Sửa đổi bổ sung, Bên mua bảo hiểm và Công ty có thể thỏa thuận về phí bảo hiểm, điều kiện, điều khoản áp dụng đối với thời gian Hợp đồng bảo hiểm/ Sửa đổi bổ sung được khôi phục hiệu lực (thể hiện qua (các) Sửa đổi bổ sung).

PHẦN IX - CHUYỂN ĐỔI HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM NHÓM THÀNH HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM CÁ NHÂN

Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm Nhóm có quyền yêu cầu Công ty chuyển đổi bảo hiểm cho họ sang Hợp đồng bảo hiểm cá nhân sau ít nhất một (01) năm được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm Nhóm. Theo đó, Công ty có quyền xem xét, yêu cầu Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm cung cấp thông tin, tài liệu bổ sung và có quyết định điều khoản điều kiện Hợp đồng bảo hiểm cá nhân phù hợp với yêu cầu của Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm; mọi thay đổi liên quan đến quyền lợi và điều khoản điều kiện bảo hiểm (nếu có) sẽ được thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm. Công ty bảo lưu quyền từ chối chuyển đổi sang Hợp đồng bảo hiểm cá nhân đối với Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm nếu việc chuyển đổi này không phù hợp với quy định của Hợp đồng bảo hiểm, các sản phẩm bảo hiểm của Công ty hoặc theo quyết định đơn phương của Công ty.