

Quy tắc bảo hiểm sức khỏe dành cho cá nhân

ĐIỀU 1. ĐỊNH NGHĨA

Trong quy tắc bảo hiểm này, chương trình bảo hiểm, bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm, giấy chứng nhận bảo hiểm và các điều khoản sửa đổi bổ sung, các từ và cụm từ sau sẽ có ý nghĩa như được quy định dưới đây:

- Tai nạn hoặc sự cố bất ngờ:** Là bất kỳ một sự kiện bất ngờ không lường trước, gây ra bởi một lực từ bên ngoài ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm và là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến thương tật thân thể cho Người được bảo hiểm.
- Điều trị bệnh ung thư đang tiến triển:** Là một đợt điều trị nhằm làm giảm, ổn định, chậm lại sự phát triển của bệnh ung thư nhưng không bao gồm điều trị triệu chứng hoặc ngăn ngừa tái phát. Đợt điều trị này cũng bao gồm lần khám đầu tiên với bác sĩ chuyên khoa ung thư sau khi hoàn tất đợt Điều trị bệnh ung thư đang tiến triển cuối cùng và các Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh liên quan.
- Hỗ trợ thụ thai:** Là việc sử dụng các kỹ thuật y tế để tăng số lượng trứng trong quá trình rụng trứng hoặc để mang tinh trùng và một hoặc nhiều trứng lại gần nhau, làm tăng cơ hội thụ thai bao gồm các kỹ thuật như Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI), Thụ tinh ống nghiệm (IVF), Tiêm tinh trùng vào bào tương (ICSI) hoặc các hình thức điều trị nhằm mục đích giảm bớt hoặc gia tăng sự rụng trứng.
- Rối loạn hành vi hoặc phát triển:** Là một Bệnh tật được xếp vào loại từ F50 đến F98 trong bảng phân loại quốc tế về bệnh tật lần thứ 10 (ICD - phiên bản 2010).
- Bảng quyền lợi bảo hiểm:** Là bảng liệt kê tất cả các quyền lợi được bảo hiểm trong quy tắc bảo hiểm này và hạn mức áp dụng cho những quyền lợi đó.
- Tỷ lệ đồng chi trả:** Là phần chi phí, được thể hiện bằng tỷ lệ phần trăm mà Người được bảo hiểm phải tự mình thanh toán cho mỗi và mọi sự kiện bảo hiểm được thể hiện tại Bảng quyền lợi bảo hiểm.
- Biến chứng thai sản:** Là các biến chứng phát sinh từ việc Người được bảo hiểm mang thai, bao gồm các trường hợp: bệnh viêm thận cấp tính, bệnh suy thận, bệnh chèn ép tim, sảy thai, có thai ngoài tử cung, bệnh nhiễm trùng hậu sản, chứng sản giật, tình trạng huyết áp cao bất thường khi mang thai hoặc thai trứng. Biến chứng thai sản cũng bao gồm các tình trạng có triệu chứng khác biệt nhưng bị ảnh hưởng xấu hoặc do thai sản gây ra, và cần phải Nằm viện hoặc Phẫu thuật trước khi đủ thai kỳ nhằm tránh các tổn hại lâu dài cho sinh mạng hoặc sức khỏe của người mẹ.
- Thuốc hỗ trợ:** Là dịch vụ y tế được Bác sĩ chỉ định liệt kê trong quyền lợi Thuốc hỗ trợ và thuốc Đông y trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

9. **Nằm viện:** Là việc một người bệnh đã được điều trị nội trú trên giường bệnh tại một Bệnh viện trong một thời gian liên tục ít nhất 18 giờ.
10. **Bệnh bẩm sinh:** Là bất cứ tình trạng phân loại như là một dị tật bẩm sinh trong bảng phân loại quốc tế về bệnh tật lần thứ 10 (-ICD - phiên bản 2010).
11. **Điều trị thẩm mỹ:** Là việc Phẫu thuật, điều trị bằng hóa chất hoặc các thủ thuật khác được thực hiện để định hình lại hoặc thay đổi cấu trúc của cơ thể hoặc hình dáng, diện mạo của cơ thể.
12. **Chăm sóc phục hồi sức khỏe:** Là việc cung cấp các dịch vụ được liệt kê dưới đây với mục đích chủ yếu là cung cấp:
 - a. Các dịch vụ theo yêu cầu nghỉ ngơi và điều dưỡng cá nhân hoặc những hỗ trợ không đòi hỏi kỹ năng hoặc chuyên môn y tế; hoặc
 - b. Các dịch vụ chủ yếu mang tính chất duy trì hơn là cải thiện thể chất hoặc tinh thần hoặc cung cấp môi trường được bảo vệ, bao gồm nghỉ ngơi tại giường theo chỉ định của Bác sĩ.
13. **Mức khấu trừ:** Là số tiền khấu trừ được ấn định trên giấy chứng nhận bảo hiểm và hợp đồng bảo hiểm mà Người được bảo hiểm phải tự gánh chịu trong Thời hạn bảo hiểm. Theo quy tắc này, Mức khấu trừ được thể hiện trong Bảng quyền lợi bảo hiểm tương ứng với từng quyền lợi có sẵn theo hợp đồng bảo hiểm. Liberty sẽ áp dụng Mức khấu trừ này vào các yêu cầu bồi thường cho Các chi phí điều trị.
14. **Điều trị răng:** Là việc đánh giá, chẩn đoán, phòng ngừa và điều trị phẫu thuật hoặc không phẫu thuật các bệnh lý, các rối loạn và bệnh của khoang miệng, vùng hàm mặt và các cấu trúc lân cận và liên quan.
15. **Bác sỹ nha khoa:** Là một Bác sỹ có chuyên môn về nha khoa mà không có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc quan hệ con nuôi hoặc bố mẹ nuôi với Người được bảo hiểm, được cấp phép bởi cơ quan nhà nước có thẩm quyền nơi điều trị được cung cấp để điều trị nha khoa và Bác sỹ nha khoa đó đang điều trị, hành nghề trong phạm vi giấy phép được cấp và đào tạo.
16. **Người phụ thuộc:** Là những người có mối quan hệ với Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm như sau: vợ hoặc chồng theo luật của Quốc gia thường trú hoặc người sống chung như vợ chồng với Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm; con chưa có gia đình, con nuôi hoặc con riêng dưới 19 tuổi trong toàn bộ hoặc một phần Thời hạn bảo hiểm hoặc con dưới 23 tuổi đang là sinh viên toàn thời gian và chủ yếu phụ thuộc vào Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm để hỗ trợ tài chính trong toàn bộ hoặc một phần Thời hạn bảo hiểm.
17. **Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh:** Là các xét nghiệm và thủ thuật Cần thiết về mặt y khoa theo chỉ định của Bác sỹ điều trị để tìm nguyên nhân và bản chất của các triệu chứng của các Bệnh tật. Các xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh bao gồm: các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, chụp cắt lớp (CT), chụp PET, chụp cộng hưởng

- từ (MRI), siêu âm, điện tâm đồ (ECG), nội soi và X-quang, trừ trường hợp quy định khác trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.
18. **Bệnh tật:** Là Bệnh hoặc Chấn thương.
 19. **Ngày hiệu lực:** Là ngày bắt đầu của Thời hạn bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm và được ghi trong Danh sách người được bảo hiểm.
 20. **Cấp cứu:** Là sự thay đổi đột ngột về sức khỏe của Người được bảo hiểm cần phải có sự can thiệp y tế hoặc Phẫu thuật Cấp cứu để tránh tổn thương vĩnh viễn đến tính mạng hoặc sức khỏe của Người được bảo hiểm.
 21. **Các chi phí điều trị:** Là những chi phí hợp lý và Cần thiết về mặt y khoa, phát sinh trong Thời hạn bảo hiểm khi Người được bảo hiểm điều trị Bệnh hoặc Chấn thương được bảo hiểm theo Bảng quyền lợi bảo hiểm.
 22. **Bộ phận giả bên ngoài:** Là một bộ phận cơ thể nhân tạo phục vụ cho việc điều trị Bệnh tật được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ.
 23. **Thẩm định tình trạng sức khỏe toàn diện:** Là việc Người được bảo hiểm cung cấp cho Liberty tiền sử bệnh chi tiết trên giấy yêu cầu bảo hiểm để Liberty quyết định chấp nhận hoặc từ chối giấy yêu cầu bảo hiểm của Người được bảo hiểm và có thể Liberty sẽ áp dụng một số loại trừ cụ thể hoặc tăng phí để bảo hiểm cho hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm.
 24. **Bệnh di truyền:** Là Bệnh gây ra bởi sự bất thường di truyền truyền từ gen của cha mẹ sang con, bao gồm cả quá trình đột biến gen. Không bao gồm bệnh ung thư không do Bệnh di truyền gây ra.
 25. **HIV/AIDS:** Là việc nhiễm virus HIV và các biến thể và/ hoặc Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ("**AIDS**") và các triệu chứng liên quan hoặc những Bệnh phát sinh. AIDS bao gồm bệnh ung thư hoặc nhiễm trùng ở người bị nhiễm HIV là người có số lượng tế bào CD4 T dưới 200 tế bào trên mỗi micro- lít vào thời điểm hoặc bất cứ lúc nào trước ngày phát sinh dịch vụ/ điều trị. Chi phí điều trị HIV/AIDS chỉ được bồi thường theo quyền lợi HIV/AIDS trong Bảng quyền lợi bảo hiểm và không có bất kỳ quyền lợi nào khác trong hợp đồng này bảo hiểm cho các quyền lợi liên quan đến HIV/AIDS.
 26. **Nước nguyên xứ:** Là quốc gia trên hộ chiếu hoặc giấy tờ tùy thân của Người được bảo hiểm được liệt kê trên giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc được thông báo cho Liberty theo Điều 12.7. Người phụ thuộc nếu không có hộ chiếu, sẽ được ghi nhận là có cùng Nước nguyên xứ với Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm đó.
 27. **Điều trị hấp hối hoặc điều trị giảm nhẹ:** Là dịch vụ chăm sóc y tế, tâm lý và tinh thần cho Người được bảo hiểm mắc Bệnh giai đoạn cuối theo kết luận của Bác sĩ. Việc điều trị phải được Bác sĩ chỉ định và được cung cấp tại một Bệnh viện hoặc cơ sở y tế có giấy phép hoạt động hợp pháp. Chi phí Điều trị hấp hối hoặc điều trị giảm nhẹ được bồi thường theo quyền lợi Điều trị hấp hối hoặc điều trị giảm nhẹ trong

Bảng quyền lợi bảo hiểm, và không có bất kỳ quyền lợi nào khác trong quy tắc này bảo hiểm cho các quyền lợi liên quan đến việc Điều trị hấp hối hoặc Điều trị giảm nhẹ.

28. **Bệnh viện:** Là một cơ sở khám chữa bệnh được luật pháp nước sở tại công nhận là Bệnh viện, hoạt động chính của cơ sở đó là cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh nội trú cho người bị bệnh và người bị chấn thương và:
- Có đầy đủ phương tiện chẩn đoán, điều trị và phẫu thuật; và
 - Cung cấp dịch vụ điều dưỡng 24 giờ một ngày và được giám sát bởi Bác sỹ điều trị; và
 - Không phải là phòng khám, Cơ sở chăm sóc phục hồi sức khỏe hoặc viện dưỡng lão, trung tâm cai nghiện rượu hoặc thuốc.
29. **Phòng bệnh:** Là phòng bệnh và các dịch vụ chăm sóc điều dưỡng mà tất cả các loại phòng bệnh đều áp dụng, tùy theo loại phòng được quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm, bao gồm:
- Phòng đơn tiêu chuẩn** – là phòng có một (1) giường bệnh trong mỗi phòng và được xác định theo phân loại Phòng bệnh của Bệnh viện nơi việc điều trị được thực hiện. Phòng đơn tiêu chuẩn không bao gồm phòng hạng sang như phòng cao cấp, phòng hạng nhất, phòng tổng thống (phòng hạng suite, VIP, Deluxe)
- Phòng đôi tiêu chuẩn** – Phòng có hai (2) giường bệnh trong mỗi phòng, bất kể cả hai giường bệnh đang có người bệnh nằm hay không.
- Buồng bệnh** – Loại phòng có ba (3) giường bệnh trở lên trong mỗi phòng, bất kể tất cả các giường bệnh đang có người bệnh nằm hay không.
30. **Phòng chăm sóc đặc biệt:** Là loại phòng chuyên dụng nhằm theo dõi một cách chặt chẽ, liên tục các chức năng sinh tồn của người bệnh đang trong tình trạng nguy kịch đến sức khỏe, có sự phục vụ của nhiều (hơn một) nhân viên điều dưỡng, và có đầy đủ trang thiết bị để hồi sức cho bệnh nhân. Định nghĩa này cũng bao gồm phòng chăm sóc bệnh nhân bệnh mạch vành, và cũng có các trang thiết bị đầy đủ tương tự Phòng chăm sóc đặc biệt như được mô tả ở trên.
31. **Chấn thương:** Là sự tổn hại thân thể có thể nhận biết được đối với cơ thể của Người được bảo hiểm, được gây ra bởi một Tai nạn riêng rẽ trực tiếp và độc lập với bất kỳ nguyên nhân nào khác, không phải do cố ý tự gây ra và không phải là kết quả của Bệnh. Chấn thương bao gồm tất cả các Chấn thương phát sinh từ cùng một sự kiện hoặc một chuỗi các sự kiện liên nhau.
32. **Cơ sở chăm sóc phục hồi sức khỏe hoặc viện dưỡng lão:** Là nơi cung cấp các dịch vụ hỗ trợ cho các cá nhân có nhu cầu về y tế, điều dưỡng, hoặc Chăm sóc phục hồi sức khỏe.
33. **Bệnh:** Là tình trạng thể chất bao gồm các triệu chứng, di chứng hoặc biến chứng,

được đánh dấu bởi một sự thay đổi về mặt bệnh lý so với trạng thái khỏe mạnh bình thường xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm.

34. **Người được bảo hiểm:** Là cá nhân có sức khỏe được bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm. Người được bảo hiểm có thể đồng thời là người thụ hưởng.
35. **Lọc thận:** Là lọc máu và thẩm phân phúc mạc màng bụng. Các chi phí điều trị Lọc thận chỉ được bồi thường theo quyền lợi Lọc thận trong Bảng quyền lợi bảo hiểm và không có thêm bất kỳ quyền lợi nào khác trong quy tắc bảo hiểm này cho quyền lợi Lọc thận.
36. **Điều trị răng toàn diện:** Là việc Phẫu thuật cắt bỏ răng/ chân răng mọc lệch, u răng, hoặc răng không mọc; điều trị các rối loạn về khớp thái dương (TMJ), chỉnh răng; cấy ghép nha khoa, điều trị tủy hoặc phẫu thuật cắt chóp răng, răng giả (mới/ sửa chữa cũ), thân răng và cầu răng, điều trị các bệnh ở niêm mạc miệng và các xét nghiệm liên quan trực tiếp hoặc các dịch vụ điều trị bệnh, kháng sinh hoặc thuốc cần thiết, nha chu, phòng ngừa sâu răng miệng hoặc chân răng theo chỉ định của Bác sĩ nha khoa.
37. **Thiết bị y tế:** Là các dụng cụ sau đây để điều trị Bệnh tật theo chỉ định của Bác sĩ hoặc Bác sĩ chuyên khoa về chân cho Người được bảo hiểm: mũ bảo vệ sọ, máy xông, máy bơm oxy và mặt nạ, máy trợ thính, nẹp chỉnh, máy bơm insulin, bơm truyền, kiểm soát lượng đường và kim chích, nẹp chỉnh hình và giày chỉnh hình, bộ phận khí quản thực quản giả, miếng lót chân, và vật tư y tế dùng cho bệnh đái tháo đường hoặc hậu môn nhân tạo có thể tiêu hủy được.
38. **Kiểm tra sức khỏe:** Là việc thực hiện tư vấn y tế và xét nghiệm mà không cần có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng lâm sàng nào.
39. **Cần thiết về mặt y khoa:** Là sự cần thiết về mặt y khoa để chẩn đoán hoặc điều trị một Bệnh tật được bảo hiểm hoặc (các) triệu chứng của một Bệnh tật được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm.
 - a. Một dịch vụ y tế cần thiết để ngăn chặn các tổn hại lâu dài đến sinh mạng hoặc sức khỏe khi Người được bảo hiểm bị Bệnh hoặc bị Chấn thương; hoặc
 - b. Một dịch vụ chẩn đoán để xác định xem có cần thiết phải điều trị hay không, khi Người được bảo hiểm có triệu chứng lâm sàng, chưa biết nguyên nhân, nhưng có biểu hiện của một Bệnh hoặc Chấn thương.
40. **Thuốc:** Là các loại thuốc và dược phẩm được sử dụng theo kê đơn của Bác sĩ và được mua tại phòng khám của Bác sĩ điều trị hoặc tại nhà thuốc được cấp phép theo quy định của pháp luật.
41. **Bệnh tâm thần và thần kinh:** Là bất cứ bệnh nào được phân loại là rối loạn tâm thần và hành vi trong bảng phân loại quốc tế về bệnh tật lần thứ 10 (ICD - phiên bản 2010).
42. **Điều trị răng cơ bản:** Là việc kiểm tra răng, trám răng, bọc và đẽm/ chêm, cạo vôi

răng định kỳ, cạo vôi răng và dự phòng (bao gồm việc điều trị bởi một Chuyên viên vệ sinh răng miệng), nhổ răng đơn giản, và các chất bịt kín.

43. **Thiết bị hỗ trợ di chuyển:** Là nạng, gậy, khung tập đi, xe lăn tay và xe tay ga không có động cơ.
44. **Bảo hiểm bệnh có sẵn không qua điều trị:** bất kỳ Bệnh có sẵn hay bất kỳ bệnh nào khác phát sinh từ hay có liên quan đến Bệnh có sẵn đó tồn tại trong vòng 24 (mười bốn) tháng trước Ngày hiệu lực và có bất kỳ đặc điểm nào trong các đặc điểm dưới đây:
- Bệnh có sẵn hay bất kỳ bệnh nào khác phát sinh từ hay có liên quan đến Bệnh có sẵn đó đã được chẩn đoán bởi Bác sĩ điều trị trước khi tham gia bảo hiểm; hoặc
 - Người được bảo hiểm đã có dấu hiệu hoặc triệu chứng hoặc đã biết về Bệnh có sẵn hay bất kỳ bệnh nào khác phát sinh từ hay có liên quan đến Bệnh có sẵn đó thông qua việc điều trị hoặc đã được thăm khám (bao gồm Kiểm tra sức khỏe); hoặc
 - Trên cơ sở cảm nhận và kiến thức của một người bình thường của Người được bảo hiểm và được Người được bảo hiểm thể hiện trong hồ sơ y tế hoặc giấy yêu cầu bồi thường mà Người được bảo hiểm nộp cho Liberty; hoặc
 - Tình trạng của Bệnh có sẵn hay bất kỳ bệnh nào khác phát sinh từ hay có liên quan đến Bệnh có sẵn đó cần được theo dõi theo lời khuyên hoặc ý kiến của Bác sĩ;

sẽ được bảo hiểm khi cả hai điều kiện sau đây đều được đáp ứng một cách đầy đủ:

- a. Trong vòng 24 (hai mươi bốn) tháng **sau Ngày hiệu lực** của hợp đồng bảo hiểm mà theo đó Người được bảo hiểm lần đầu tiên tham gia quyền lợi Bảo hiểm bệnh có sẵn không qua điều trị ("**Thời gian chờ của Bảo hiểm bệnh có sẵn không qua điều trị**"), Bệnh có sẵn hay bất kỳ bệnh nào khác phát sinh từ hay có liên quan đến Bệnh có sẵn đó không có phát sinh bất kỳ triệu chứng nào và Người được bảo hiểm không thực hiện bất kỳ việc thăm khám, uống bất kỳ loại Thuốc điều trị nào và không thực hiện bất kỳ việc điều trị nào; VÀ
- b. Người được bảo hiểm đã được Liberty bảo hiểm **liên tục** trong suốt Thời gian chờ của Bảo hiểm bệnh có sẵn không qua điều trị.

Trong mọi trường hợp, bệnh mãn tính sẽ không được bảo hiểm theo quyền lợi Bảo hiểm Bệnh có sẵn không qua điều trị

45. **Bệnh mãn tính:** Là một căn bệnh mà theo kết luận của Bác sĩ là phải điều trị lâu dài và cũng không thể tự khỏi và bao gồm bệnh tiểu đường, cao huyết áp mãn tính (tăng huyết áp), máu nhiễm mỡ (tăng mức cholesterol), bệnh tim thiếu máu cục bộ, ung thư, bệnh tuyến giáp và rối loạn tự miễn dịch.

46. **Danh sách Người được bảo hiểm:** Là danh sách xác định Người được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này, được đính kèm theo hợp đồng bảo hiểm.
47. **Bệnh tật của trẻ sơ sinh:** Là Bệnh tật tồn tại trong Giai đoạn sơ sinh và bất kỳ Bệnh tật trực tiếp hoặc gián tiếp phát sinh hoặc có liên quan bao gồm Sinh non và các Bệnh bẩm sinh được chẩn đoán hoặc khuyến cáo bởi Bác sĩ hoặc có biểu hiện triệu chứng trong Giai đoạn sơ sinh thể hiện tại các hồ sơ y tế hoặc thăm khám do Bác sĩ có chuyên môn thực hiện.
48. **Giai đoạn sơ sinh:** Là thời gian từ khi sinh đến hết 28 ngày tuổi hoặc đến hết ngày thứ 15 sau khi xuất viện từ Bệnh viện, tùy theo ngày nào trễ hơn.
49. **Trẻ sơ sinh:** Là trẻ em từ 28 ngày tuổi trở xuống.
50. **Chuyên viên vệ sinh răng miệng:** Là nhân viên đủ chuyên môn của một cơ sở nha khoa/ Bệnh viện, được các cơ quan y tế có thẩm quyền của quốc gia mà việc điều trị được cung cấp cấp phép để thực hiện các dịch vụ như vệ sinh và gây mê và thực hiện việc điều trị đó theo chỉ dẫn và dưới sự giám sát trực tiếp của Bác sĩ nha khoa.
51. **Cấy ghép nội tạng:** Là việc ghép giác mạc, thận, tim, gan, phổi hoặc tuỷ xương từ người sang người.
52. **Hệ thống cơ sở y tế:** Là danh sách các nhà cung cấp dịch vụ y tế mà Liberty có ký hợp đồng để cung cấp dịch vụ chi trả trực tiếp khi điều trị ngoại trú.
53. **Phí phòng cho cha mẹ:** Là chi phí cho một giường bổ sung trong cùng phòng cho cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp để ở cùng với Người phụ thuộc là trẻ em, khi đứa trẻ đó được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này và được điều trị nội trú tại một Bệnh viện để điều trị Bệnh tật được bảo hiểm.
54. **Thời hạn bảo hiểm:** Là khoảng thời gian bắt đầu từ lúc 00 giờ 00 phút Việt Nam vào ngày đầu tiên được thể hiện trên hợp đồng bảo hiểm và kết thúc vào lúc 23 giờ 59 phút giờ Việt Nam của ngày cuối cùng được thể hiện trên hợp đồng bảo hiểm. Nếu một Người được bảo hiểm đã được thêm vào giữa năm hợp đồng, thời hạn bảo hiểm là thời gian được thể hiện trên Danh sách người được bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm đó. Nếu hợp đồng bảo hiểm được tái tục, Ngày hiệu lực là ngày đầu tiên của Thời hạn bảo hiểm mới.
55. **Chấp thuận trước:** là việc Liberty xem xét chấp nhận dịch vụ có cần thiết và phù hợp về mặt y tế, bao gồm xem xét giới hạn dịch vụ và những lựa chọn thay thế khác.
56. **Bác sĩ:** Là người được cấp bằng Bác sĩ tây y và có giấy phép hành nghề hợp pháp, được luật pháp của nước sở tại nơi tiến hành điều trị công nhận và người đó đang thực hành việc điều trị, hành nghề trong phạm vi được đào tạo và cấp phép, nhưng không bao gồm những Bác sĩ là Người được bảo hiểm, hoặc có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc quan hệ con nuôi hoặc bố mẹ nuôi với Người được bảo hiểm.
57. **Vật lý trị liệu:** Là việc điều trị một Bệnh tật bằng phương pháp vật lý như thao tác bằng tay và vận động, sự kích thích thần kinh bằng điện xuyên qua da, xử lý nhiệt và

- tập thể dục, không phải điều trị bằng thuốc hoặc Phẫu thuật. Việc điều trị phải được thực hiện bởi chuyên viên vật lý trị liệu, là người có bằng cấp và có giấy phép hành nghề hợp pháp, được luật pháp của nước sở tại nơi công nhận và người đó đang thực hành việc điều trị, hành nghề trong phạm vi giấy phép được cấp và trong phạm vi đào tạo chuyên ngành của mình, nhưng loại trừ trường hợp chuyên viên vật lý trị liệu chính là Người được bảo hiểm hoặc có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc quan hệ con nuôi hoặc bố mẹ nuôi với Người được bảo hiểm.
58. **Bên mua bảo hiểm:** Là tổ chức, cá nhân giao kết hợp đồng bảo hiểm với Liberty, có quyền lợi có thể được bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm.
59. **Quyền lợi sau xuất viện:** Bao gồm các chi phí khám, Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh, Thuốc, Vật lý trị liệu, chi phí thuê Thiết bị hỗ trợ di chuyển theo yêu cầu/ chỉ định của Bác sĩ và được sử dụng phục vụ cho việc điều trị Bệnh tật phải Nằm viện trước đó.
60. **Bệnh có sẵn:** Là bất kỳ Bệnh tật nào mà
- đã tồn tại trước Ngày hiệu lực, với những dấu hiệu hoặc triệu chứng mà Người được bảo hiểm đã nhận biết hoặc theo lẽ thường phải nhận biết; hoặc
 - Người được bảo hiểm đã từng được khám hoặc được điều trị, hoặc đã sử dụng thuốc, hoặc được tư vấn, hoặc chẩn đoán trong suốt hai (2) năm trước Ngày hiệu lực; hoặc
 - Người được bảo hiểm đã biết Bệnh đã tồn tại trước Ngày hiệu lực cho dù Người được bảo hiểm có từng được khám hay được điều trị, đã sử dụng thuốc, được tư vấn, hoặc được chẩn đoán hay không.
61. **Quyền lợi trước khi nhập viện:** Là quyền lợi bao gồm chi phí khám, các Xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh, Thuốc được sử dụng phục vụ cho việc điều trị Bệnh tật phải Nằm viện ngay sau đó. Quyền lợi này chỉ được Liberty xem xét, chi trả sau khi Người được bảo hiểm Nằm viện.
62. **Sinh non:** Là việc một đứa trẻ được sinh ra và đang còn sống trước tuần thứ 37 của thai kỳ.
63. **Phí điều trị chuyên môn:** Là chi phí cho bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ gây mê, phí chuyên viên tư vấn điều dưỡng, phí điều dưỡng chung, chuyên viên vật lý trị liệu, chuyên viên trị liệu ngôn ngữ và bác sĩ điều trị.
64. **Các hoạt động thể thao chuyên nghiệp:** Là các hoạt động thể thao mang lại nguồn thu nhập chính và thường xuyên cho Người được bảo hiểm.
65. **Chi phí Thông lệ và hợp lý:** Là một số tiền tương đương với chi phí tại các cơ sở y tế chuyên nghiệp khác trong cùng một địa bàn, có cùng một loại Phòng bệnh, cho một người có cùng giới tính và độ tuổi, đối với một Bệnh tật tương tự, mà không liên quan đến khả năng chi trả hoặc có sẵn hoặc không đầy đủ của bảo hiểm.

Trường hợp Người được bảo hiểm nằm tại Phòng bệnh thuộc loại Phòng bệnh cao cấp hơn loại Phòng bệnh được quy định trên Bảng quyền lợi bảo hiểm, Các Chi phí Thông lệ và hợp lý sẽ được giới hạn ở mức chi phí tương đương với loại phòng cao nhất mà Người được bảo hiểm được bảo hiểm.

66. **Phẫu thuật chỉnh hình:** Phẫu thuật được thực hiện để cải thiện các chức năng hoặc diện mạo bất thường của cấu trúc của cơ thể do một Bệnh tật gây ra.
67. **Giấy chỉ định điều trị:** Là thư hoặc xác nhận của Bác sĩ bằng văn bản có ghi đầy đủ ngày, tháng, năm được cấp trước ngày bắt đầu điều trị, trong đó ghi rõ thông tin của Người được bảo hiểm, tình trạng Bệnh tật cần phải điều trị và các lý do điều trị.
68. **Trung tâm phục hồi chức năng:** Một cơ sở cụ thể được thành lập và hoạt động hợp pháp theo quy định pháp luật của nước sở tại để chăm sóc cho những người đã bị bệnh tâm thần và thần kinh, bệnh cơ xương khớp, bệnh về chấn thương chỉnh hình và các bệnh nghiêm trọng khác và không có khả năng tự chăm sóc cho bản thân tại nhà. Nơi đó phải là:
- Một đơn vị trong một Bệnh viện hoặc một cơ sở riêng biệt có giường bệnh đầy đủ tiện nghi cho bệnh nhân;
 - Được tổ chức nhằm cung cấp một chương trình phục hồi chức năng chuyên sâu cho bệnh nhân thuộc chương trình nội trú và phẫu thuật;
 - Dưới sự giám sát của Bác sĩ; và
 - Gồm các y tá làm việc toàn thời gian, dưới sự giám sát của một y tá có bằng cấp, chuyên môn.
69. **Điều trị phục hồi chức năng:** Là các hình thức điều trị Bệnh tật dựa vào Giấy chỉ định điều trị của Bác sĩ điều trị nhằm mục đích khôi phục lại bình thường hoặc gần như bình thường hình dáng hoặc chức năng của cơ thể. Ngoài tiền phòng và các chi phí điều dưỡng chung, các chi phí phát sinh thêm sau khi được nhập viện để điều trị phục hồi chức năng sẽ được bảo hiểm theo quyền lợi này, bao gồm:
- Phí cho kỹ thuật viên trị liệu nghề nghiệp: là phí cho người thực hiện liệu pháp liên quan đến nghề nghiệp trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe để phục hồi hoặc duy trì các hoạt động nghề nghiệp của các cá nhân bị thương tật, chấn thương hoặc bệnh tật khiến người đó khó có thể hoàn thành công việc;
 - Phí cho phòng điều trị được sử dụng riêng cho việc Điều trị phục hồi chức năng;
 - Phí cho việc trị liệu ngôn ngữ: là phí để đánh giá và điều trị các vấn đề về giao tiếp và rối loạn ngôn ngữ của Người được bảo hiểm.

Các dịch vụ tại Trung tâm phục hồi chức năng phải được Bác sĩ xác nhận là các dịch vụ Cần thiết về mặt y khoa. Các yếu tố được xem xét trong quá trình xác nhận đó bao gồm:

- Loại Bệnh tật hoặc Chấn thương và mức độ nghiêm trọng của Bệnh tật hoặc Chấn thương, và tình trạng chung về sức khỏe và tiền sử điều trị của Người được bảo hiểm;
- Số tiền điều trị dự kiến sẽ được thực hiện mỗi ngày;
- Nguy cơ bị hỏng hoặc không phục hồi được chức năng nếu liệu pháp điều trị không được hoàn thành; và
- Mức độ mà Người được bảo hiểm có thể thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày trong thời gian phục hồi chức năng.

Trong mọi trường hợp, Người được bảo hiểm phải thông báo cho Liberty để có được sự Chấp thuận trước về việc sử dụng các dịch vụ tại Trung tâm phục hồi chức năng.

70. **Bệnh lây truyền qua đường tình dục:** Là Bệnh tật được phân loại là bệnh nhiễm trùng chủ yếu lây qua đường tình dục trong bảng phân loại quốc tế ICD về bệnh tật lần thứ 10 (phiên bản 2010).

71. **Bệnh hoặc chấn thương bất ngờ:** là một trong những trường hợp sau đây

- Một Bệnh tật xảy ra hoàn toàn và duy nhất trong vòng 30 Ngày du lịch đầu tiên của bất kỳ chuyến đi ngoài khu vực bảo hiểm của Người được bảo hiểm; hoặc
- Một Bệnh tật đã có sẵn trước chuyến đi ra ngoài Khu vực bảo hiểm của Người được bảo hiểm mà đã không cần đến bất kỳ sự thăm khám nào (trừ trường hợp thăm khám định kỳ), hoặc việc điều trị hoặc bất kỳ loại thuốc mới/ thuốc được thay đổi trong vòng 30 ngày trước thời điểm Người được bảo hiểm bắt đầu cuộc hành trình.

Trong trường hợp Chấn thương do Tai nạn, Tai nạn đó phải xảy ra trong cùng chuyến đi mà việc điều trị được thực hiện. Bệnh hoặc chấn thương bất ngờ không bao gồm bất kỳ Bệnh tật nào có các triệu chứng đã tồn tại trước khi bắt đầu chuyến đi và phải tìm kiếm sự chăm sóc y tế, và không bao gồm thời kỳ mang thai hoặc những Biến chứng thai sản.

72. **Phẫu thuật:** Việc cắt bỏ hoặc phá hủy các mô phải sử dụng các dụng cụ phẫu thuật, siêu âm, nhiệt, lạnh, hoặc bức xạ, bao gồm cả việc bó xương bị gãy hoặc thao tác phẫu thuật khớp xương bằng gây mê, được thực hiện bởi Bác sỹ.

73. **Thiết bị cấy ghép:** Một hoặc nhiều thiết bị được cấy ghép bằng Phẫu thuật để tạo thành một bộ phận vĩnh viễn hoặc lâu dài của cơ thể nhưng không bao gồm các Bộ phận giả bên ngoài.

74. **Bệnh giai đoạn cuối:** Một Bệnh đang tiến triển vào giai đoạn cuối, sẽ dẫn đến tử vong và không thể chữa trị khỏi.

75. **Ngày du lịch:** Quãng thời gian kéo dài 24 giờ liên tiếp từ lúc đầu tiên khi Người được bảo hiểm đến cửa khẩu quốc tế của một quốc gia bên ngoài Quốc gia thường

trú, đến khi Người được bảo hiểm đi đến một cửa khẩu quốc tế của quốc gia trong Khu vực bảo hiểm của Người được bảo hiểm.

76. **Hợp chủng quốc Hoa Kỳ (USA):** Nước Mỹ (bao gồm cả các vùng lãnh thổ và vùng chiếm đóng).
77. **Quốc gia thường trú:** Quốc gia mà Bên mua bảo hiểm sống trong phần lớn nhất thời gian trong Thời hạn bảo hiểm.
78. **Chiến tranh:** Chiến tranh, dù có tuyên bố hay không, hoặc bất kỳ hành động nào tương tự như chiến tranh, trong đó có sử dụng lực lượng quân sự của bất cứ quốc gia có chủ quyền nào để giành được kinh tế, địa lý, dân tộc, chính trị, sắc tộc, tôn giáo hoặc các mục đích khác.
79. **Thời gian chờ:** Là thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm liên quan không được chi trả bảo hiểm, bao gồm cả những trường hợp thời điểm phát sinh rủi ro nằm trong thời gian chờ nhưng chi phí phát sinh hoặc hậu quả của đợt điều trị rủi ro này kéo dài quá thời gian chờ quy định.
80. **Liberty:** Là Công ty TNHH Bảo hiểm Liberty.

ĐIỀU 2. HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

- 2.1 Hợp đồng bảo hiểm là sự thoả thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Liberty, theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, Liberty phải trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc bồi thường cho Người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm bao gồm giấy yêu cầu bảo hiểm, bản tóm tắt quyền lợi bảo hiểm, giấy chứng nhận bảo hiểm/Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm, bản Quy tắc bảo hiểm này, và bất kỳ điều khoản sửa đổi bổ sung nào.
- 2.2 Bất kỳ sự thay đổi nào của đối với hợp đồng bảo hiểm sẽ chỉ có hiệu lực khi được lập thành văn bản sửa đổi bổ sung được Liberty chấp nhận.
- 2.3 Quy tắc bảo hiểm này sử dụng các thuật ngữ được định nghĩa như chi tiết trong bản quy tắc này. Các thuật ngữ được viết hoa trong Quy tắc bảo hiểm này sẽ có nghĩa như nhau tại bất cứ nội dung nào trong bản quy tắc này.

ĐIỀU 3. PHẠM VI BẢO HIỂM

- 3.1 Quy tắc bảo hiểm này bảo hiểm cho Các chi phí điều trị Bệnh hoặc Chấn thương thực tế phát sinh đối với Người được bảo hiểm trong khu vực bảo hiểm của Người được bảo hiểm được ghi trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.
- 3.2 Các sự kiện phát sinh được bảo hiểm nằm ngoài khu vực bảo hiểm của Người được bảo hiểm sẽ được bảo hiểm theo mức giới hạn được thể hiện trong phần “Khu vực bảo hiểm” của Bảng quyền lợi bảo hiểm (quyền lợi ngoài khu vực bảo hiểm của Người được bảo hiểm). Liberty sẽ chỉ chi trả Quyền lợi này nếu sự kiện bảo hiểm được trực tiếp gây ra bởi các Bệnh hoặc Chấn thương bất ngờ xảy ra trong vòng 30 Ngày du lịch đầu tiên của bất kỳ chuyến đi ngoài Khu vực bảo hiểm. Tuy nhiên, Liberty sẽ không

chi trả quyền lợi này nếu Người được bảo hiểm thực hiện các chuyến đi mà:

- (i) Không tuân theo chỉ định hoặc tư vấn của Bác sỹ; hoặc
- (ii) Được thực hiện nhằm mục đích chăm sóc y tế, đi khám bệnh hoặc đi điều trị bệnh.

3.3 Trong trường hợp Người được bảo hiểm nhập viện ngoài khu vực bảo hiểm vào ngày thứ 30 của chuyến du lịch do Bệnh hoặc Chấn thương bất ngờ, Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm phải thông báo cho Liberty trước ngày nằm viện. Tùy theo điều khoản và điều kiện của hợp đồng bảo hiểm về việc chấm dứt quyền lợi bảo hiểm, các quyền lợi bảo hiểm nêu tại Điều 3.2 sẽ được tiếp tục bảo hiểm đến khi Người được bảo hiểm không còn cần phải nằm viện do Bệnh hoặc Chấn thương đó nữa.

ĐIỀU 4. THỜI GIAN CÂN NHẮC

4.1 Trong thời gian 30 ngày kể từ Ngày hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể hủy hợp đồng bảo hiểm và nhận lại toàn bộ phí bảo hiểm đã thanh toán với điều kiện Liberty chưa chi trả bất kỳ khoản tiền nào đối với bất kỳ yêu cầu bồi thường nào trong thời gian này. Trong trường hợp đó, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt kể từ Ngày hiệu lực. Thời gian cân nhắc sẽ chấm dứt nếu có bất kỳ khoản bồi thường nào được Liberty chi trả cho Người được bảo hiểm.

ĐIỀU 5. ĐỒNG CHI TRẢ VÀ CÁC MỨC KHẤU TRỪ

5.1 Tất cả Các chi phí điều trị sẽ được Liberty chi trả sau khi đã áp dụng Mức khấu trừ và Tỷ lệ đồng chi trả. Trong trường hợp có từ ba thành viên của gia đình Người được bảo hiểm cùng bị Chấn thương trong cùng vụ Tai nạn được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này, Liberty sẽ chi trả tất cả Các chi phí điều trị sau khi đã áp dụng một Mức khấu trừ cao nhất trong các Mức khấu trừ được áp dụng cho những Người được bảo hiểm nói trên.

ĐIỀU 6. ĐỐI TƯỢNG BẢO HIỂM

6.1 Người được bảo hiểm là công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú và làm việc tại Việt Nam, có độ tuổi từ đủ 15 ngày tuổi đến đủ 80 tuổi, có tên trong Danh sách người được bảo hiểm. Trường hợp Người được bảo hiểm là trẻ em thì Liberty chỉ bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm đối với trẻ em đó là bố hoặc mẹ.

ĐIỀU 7. THỜI HẠN BẢO HIỂM

7.1 Thời gian tối thiểu của Thời hạn bảo hiểm là mười hai (12) tháng.

ĐIỀU 8. THỜI GIAN CHỜ

8.1 Các quyền lợi bảo hiểm và các Bệnh tật sau đây bắt đầu được áp dụng sau khi Người được bảo hiểm đã được bảo hiểm liên tục trong một khoảng thời gian được nêu chi tiết dưới đây tính từ ngày đầu tiên của Thời hạn bảo hiểm:

- (i) Quyền lợi thai sản: 366 ngày trước ngày phát sinh dịch vụ/ điều trị;

- (ii) Quyền lợi bổ sung con mới sinh: 366 ngày trước ngày sinh của bé;
- (iii) Quyền lợi Điều trị răng toàn diện: 300 ngày trước ngày phát sinh dịch vụ/điều trị; và
- (iv) Quyền lợi điều trị bệnh HIV/AIDS: ba năm trước khi có kết quả xét nghiệm HIV dương tính lần đầu tiên, hoặc ngày đầu tiên phát sinh dịch vụ/ điều trị HIV/ AIDS (hoặc sau khi tiếp xúc/ phơi nhiễm với virus), ngày nào trễ hơn sẽ được áp dụng.

8.2 Nếu Bên mua bảo hiểm thay đổi phạm vi, quyền lợi bảo hiểm sau Ngày hiệu lực, các quyền lợi bảo hiểm liên quan đến các Bệnh tật hoặc dịch vụ đang có áp dụng thời gian chờ được thể hiện trên Bảng quyền lợi bảo hiểm đã được cấp sẽ được chi trả theo giới hạn được ghi trên Bảng quyền lợi bảo hiểm đã được cấp đó hoặc theo giới hạn được ghi trên Bảng quyền lợi bảo hiểm mới, tùy theo mức giới hạn nào thấp hơn.

ĐIỀU 9. BỔ SUNG TRẺ SƠ SINH

9.1 Trẻ sơ sinh có bố hoặc mẹ đã được bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm này với thời gian chờ như đã nêu trong Điều 8.1(ii) có thể được bổ sung thêm vào hợp đồng bảo hiểm từ ngày sinh ra mà không cần thăm định y khoa với điều kiện là Trẻ sơ sinh đó không được sinh ra bằng các phương pháp Hỗ trợ thụ thai.

- (i) Bên mua bảo hiểm phải cung cấp cho Liberty giấy yêu cầu bổ sung Trẻ sơ sinh vào hợp đồng trong vòng 28 ngày kể từ ngày sinh của Trẻ sơ sinh để được bổ sung vào hợp đồng bảo hiểm.
- (ii) Phạm vi bảo hiểm cho Trẻ sơ sinh sẽ tương ứng với phạm vi bảo hiểm của bố hoặc mẹ vào ngày đầu tiên của thời kỳ mười hai tháng trước ngày sinh, không bao gồm bất kỳ quyền lợi thai sản hoặc quyền lợi răng và/hoặc mắt quy định tại Bảng quyền lợi bảo hiểm. Phạm vi bảo hiểm cho các Bệnh tật của Trẻ sơ sinh sẽ được áp dụng theo giới hạn của quyền lợi Bệnh tật của Trẻ sơ sinh được thể hiện trên Bảng quyền lợi bảo hiểm.

9.2 Trường hợp một Trẻ sơ sinh không đáp ứng các tiêu chí của Điều 9.1, Liberty sẽ chỉ xem xét bổ sung Trẻ sơ sinh đó vào hợp đồng bảo hiểm sau khi Người được bảo hiểm đã điền đầy đủ thông tin vào Bảng câu hỏi y tế, bao gồm những Trẻ sơ sinh mà:

- (i) có bố hoặc mẹ không được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này trong 366 ngày liên tục;
- (ii) Liberty đã không nhận được giấy yêu cầu bổ sung Trẻ sơ sinh vào hợp đồng bảo hiểm trong vòng 28 ngày sau khi sinh;
- (iii) được nhận làm con nuôi hoặc được nuôi dưỡng bởi người giám hộ; hoặc
- (iv) được sinh ra bằng các phương pháp Hỗ trợ thụ thai.

9.3 Quá trình thăm định của Liberty sẽ áp dụng cho các trường hợp Trẻ sơ sinh được bổ sung theo quy định của mục 9.2 và Liberty có thể từ chối nhận bảo hiểm hoặc chỉ

nhận bảo hiểm theo các điều kiện Liberty yêu cầu. Phạm vi bảo hiểm của Trẻ sơ sinh phải tương ứng phạm vi bảo hiểm của bố hoặc mẹ, không bao gồm các quyền lợi bổ sung như Quyền lợi thai sản hoặc Quyền lợi răng và mắt.

ĐIỀU 10. CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

10.1 Thời hạn bảo hiểm tối thiểu là 12 tháng. Trường hợp một trong hai bên đề nghị chấm dứt hợp đồng bảo hiểm, bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày dự kiến chấm dứt. Việc chấm dứt hợp đồng bảo hiểm phải phù hợp với quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và Bộ luật dân sự và tuân thủ theo hai trường hợp sau:

10.1.1. Nếu hợp đồng bảo hiểm chấm dứt theo thông báo của Bên mua bảo hiểm, Liberty sẽ hoàn trả 65% phí bảo hiểm của Thời hạn bảo hiểm còn lại, với điều kiện là đến thời điểm đó, Liberty chưa chi trả cho bất kỳ yêu cầu bồi thường của Người được bảo hiểm.

10.1.2. Nếu hợp đồng bảo hiểm chấm dứt theo thông báo của Liberty, Liberty sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của Thời hạn bảo hiểm còn lại, với điều kiện là đến thời điểm đó, Liberty chưa chi trả cho bất kỳ yêu cầu bồi thường của Người được bảo hiểm.

ĐIỀU 11. THANH TOÁN PHÍ BẢO HIỂM

11.1 Bên mua bảo hiểm phải thanh toán đầy đủ phí bảo hiểm vào hoặc trước ngày hết hạn thanh toán được ghi trên hợp đồng bảo hiểm. Việc thanh toán phí bảo hiểm thỏa thuận tại hợp đồng bảo hiểm phải được thực hiện và tuân thủ theo quy định của pháp luật Việt Nam.

ĐIỀU 12. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA LIBERTY, BÊN MUA BẢO HIỂM VÀ/HOẶC NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm:

12.1 Bên mua bảo hiểm được quyền yêu cầu Liberty giải quyết yêu cầu bảo hiểm khi có sự kiện bảo hiểm quy định tại Hợp đồng bảo hiểm này xảy ra.

12.2 Được yêu cầu Liberty thanh toán Các chi phí điều trị cho Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm).

12.3 Nếu Bên mua bảo hiểm tử vong trong Thời hạn bảo hiểm thì người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm đối với hợp đồng bảo hiểm theo luật sẽ tự động trở thành Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp không có người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm, người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm không đủ điều kiện hoặc từ chối trở thành Bên mua bảo hiểm mới theo quy định tại điều này, Người được bảo hiểm hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng.

12.4 Trừ khi có quy định khác trong hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm là người đại

diện và là chủ của hợp đồng bảo hiểm. Tuy nhiên, Liberty không bị giới hạn trong việc tiếp nhận các yêu cầu bồi thường từ những Người được bảo hiểm khác đối với hợp đồng bảo hiểm này.

- 12.5 Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp thông tin cho Liberty theo đúng quy định tại Quy tắc bảo hiểm này và theo quy định pháp luật. Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc bất kỳ cá nhân nào đại diện cho Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm có ý:
- (i) Cung cấp thông tin sai sự thật cho Liberty: Liberty có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm và thu phí bảo hiểm đến thời điểm đình chỉ thực hiện hợp đồng; hoặc
 - (ii) Không thực hiện nghĩa vụ cung cấp thông tin tại Giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc Đơn yêu cầu bổ sung Người được bảo hiểm; Đơn yêu cầu tăng quyền lợi bảo hiểm hoặc Đơn yêu cầu khôi phục hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm: Liberty có quyền từ chối phát hành Hợp đồng bảo hiểm; từ chối yêu cầu bổ sung Người được bảo hiểm, hoặc từ chối cung cấp quyền lợi bảo hiểm bổ sung; hoặc
 - (iii) Sử dụng phương tiện hoặc thiết bị nhằm gian lận để có được các lợi ích từ hợp đồng bảo hiểm: Liberty có quyền đơn phương chấm dứt thực hiện hợp đồng bảo hiểm, hoàn phí bảo hiểm tương ứng với thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm, và áp dụng các biện pháp xử lý khác theo quy định pháp luật.
- 12.6 Trường hợp hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt sau khi Liberty đã thanh toán cho các yêu cầu bồi thường hoặc sau khi Liberty cấp một thư bảo lãnh thanh toán cho một nhà cung cấp dịch vụ, Bên mua bảo hiểm phải có trách nhiệm hoàn lại ngay cho Liberty tất cả số tiền đã được thanh toán hoặc đã được bảo lãnh.
- 12.7 Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm có bất cứ sự thay đổi nào về tên, Quốc gia thường trú hoặc Nước nguyên xứ, Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm phải thông báo ngay cho Liberty về sự thay đổi đó. Trong trường hợp đó, Liberty có quyền thẩm định lại rủi ro có thể được bảo hiểm để:
- (i) Xác định lại mức phí bảo hiểm; hoặc
 - (ii) Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm; hoặc
 - (iii) Đơn phương chấm dứt hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp này, Liberty sẽ đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm với ngày chấm dứt là ngày Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm có bất kỳ sự thay đổi nào nói trên và Liberty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm một phần của khoản phí bảo hiểm được tính cho đến ngày chấm dứt nói trên.
- 12.8 Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm có bất kỳ thay đổi nào đối với địa chỉ cư trú hoặc địa chỉ nhận thư, Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm phải thông báo ngay cho Liberty về sự thay đổi đó. Liberty có thể tiếp tục gửi thư từ liên lạc đến địa chỉ cuối cùng mà Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được

bảo hiểm đã cung cấp cho Liberty cho đến khi Liberty nhận được thông báo thay đổi địa chỉ cư trú hoặc địa chỉ nhận thư của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm. Liberty sẽ không chịu bất kỳ trách nhiệm nào nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm không nhận được những thư từ liên lạc mà Liberty gửi do Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm không thực hiện nghĩa vụ thông báo nói trên.

- 12.9 Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.
- 12.10 Thông báo cho Liberty về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.
- 12.11 Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của pháp luật.
- 12.12 Lựa chọn chương trình bảo hiểm phù hợp với yêu cầu của mình.
- 12.13 Yêu cầu Liberty giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; cấp giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc hợp đồng bảo hiểm.
- 12.14 Đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm trong các trường hợp mà quy tắc bảo hiểm này và pháp luật quy định.
- 12.15 Chuyển nhượng hợp đồng bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm hoặc theo quy định của pháp luật.
- 12.16 Các quyền và nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

Quyền và nghĩa vụ của Liberty

- 12.17 Liberty có quyền thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm; yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện hợp đồng bảo hiểm; đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo quy định pháp luật hiện hành và theo quy tắc bảo hiểm này; từ chối trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc từ chối bồi thường cho Người được bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm; yêu cầu Bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định pháp luật.
- 12.18 Trách nhiệm của Liberty đối với Các chi phí điều trị sẽ chấm dứt ngay sau khi Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm) đã nhận được thanh toán từ Liberty. Trường hợp Liberty trực tiếp chi trả Các chi phí điều trị cho các nhà cung cấp dịch vụ hoặc Bệnh viện trong trường hợp bảo lãnh viện phí, Liberty có toàn quyền quyết định việc chi trả đó, trừ khi Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm) thông báo cho Liberty bằng văn bản về việc không thanh toán Các chi phí điều trị đó nữa và Liberty chưa chi trả Các chi phí điều trị này cho các nhà cung cấp dịch vụ hoặc Bệnh viện trước thời điểm nhận được thông báo.

12.19 Liberty có quyền yêu cầu Bác sỹ do Liberty lựa chọn thực hiện kiểm tra y tế đối với Người được bảo hiểm bằng chi phí của Liberty. Nếu Người được bảo hiểm tử vong, Liberty có quyền yêu cầu khám nghiệm tử thi nếu việc này không vi phạm pháp luật hiện hành hoặc không ảnh hưởng đến tín ngưỡng và thuần phong mỹ tục.

ĐIỀU 13. THỦ TỤC YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

13.1 Liberty sẽ chỉ có trách nhiệm giải quyết yêu cầu bồi thường theo quy định của hợp đồng bảo hiểm khi tất cả các yêu cầu bồi thường cho Các chi phí điều trị phải bao gồm các chứng từ sau (sau đây gọi là "**Hồ sơ yêu cầu bồi thường**"):

- (i) hóa đơn và các chứng từ chỉ rõ chi tiết Các chi phí điều trị và các chẩn đoán bệnh tật cần điều trị; và
- (ii) Giấy yêu cầu bồi thường (theo mẫu quy định) đã được điền đầy đủ thông tin; và bằng chứng về các khoản đã được Người được bảo hiểm chi trả trước.

13.2 Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thông báo cho Liberty trong vòng 90 ngày kể từ ngày phát sinh Các chi phí điều trị. Hồ sơ yêu cầu bồi thường và các tài liệu/chứng từ bổ sung phải được nộp cho Liberty trong vòng 365 ngày kể từ ngày phát sinh Các chi phí điều trị.

13.3 Hồ sơ yêu cầu bồi thường có thể gửi đến Liberty theo chi tiết quy định tại hợp đồng bảo hiểm.

13.4 Hồ sơ yêu cầu bồi thường phải được lập bằng Tiếng Việt hoặc Tiếng Anh.

13.5 Đối với hồ sơ yêu cầu bồi thường cho các dịch vụ dưới đây dựa theo bảng quyền lợi bảo hiểm cần có sự Chấp thuận trước bằng văn bản của Liberty:

- Quyền lợi điều trị nội trú
- Phẫu thuật được thực hiện trong ngày ở một phòng khám hoặc trong văn phòng của một Bác sỹ
- Điều trị phục hồi chức năng

Chấp thuận trước không áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm cho Liberty thấy dịch vụ này là cần thiết về mặt y khoa do đang trong tình trạng khẩn cấp và Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm đã liên hệ với Liberty trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện, trừ trường hợp bất khả kháng.

13.6 Đồng chi trả áp dụng cho yêu cầu Chấp thuận trước:

- 0% đồng chi trả áp dụng cho các dịch vụ được Liberty chấp thuận trước
- 20% đồng chi trả áp dụng cho các dịch vụ không được Liberty chấp thuận trước

13.7 Để có được sự Chấp thuận trước, Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm phải gửi yêu cầu ít nhất 5 ngày làm việc trước khi nhập viện hoặc điều trị.

13.8 Khi nhận được yêu cầu của Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm, Liberty sẽ

xem xét tính hợp lý và cần thiết về y tế của yêu cầu dịch vụ và trong vòng 05 ngày làm việc Liberty sẽ thông báo cho Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm quyết định của Liberty: - Xác nhận chấp thuận trước - Từ chối chấp thuận trước - Yêu cầu bổ sung thêm thông tin

- 13.9 Liberty có thể đồng ý một phần và từ chối một phần yêu cầu Chấp thuận trước. Nếu trong vòng 05 (năm) ngày kể từ ngày nhận yêu cầu xem xét Chấp thuận trước mà Liberty không thông báo quyết định của mình cho Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm thì dịch vụ yêu cầu Chấp thuận trước đó sẽ được áp dụng mức tỷ lệ 0% đồng chi trả.
- 13.10 Nếu Liberty cần thêm thông tin thì Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cần cung cấp thêm bất cứ thông tin bổ sung nào mà Liberty có thể yêu cầu.
- 13.11 Sự Chấp thuận trước không phải là sự bảo đảm về quyền lợi bảo hiểm và tất cả các dịch vụ đều phải dựa vào giới hạn về quyền lợi và các điều khoản khác của hợp đồng. Trong quá trình điều trị thực tế, nếu có thêm những thông tin mới phát sinh liên quan đến tình trạng hoặc dịch vụ đã được Chấp thuận trước mà những thông tin mới đó xác định rằng phần dịch vụ đó không được bảo hiểm hoặc không Cần thiết về mặt y khoa, Liberty có thể điều chỉnh hoặc thu hồi Chấp thuận trước đó. Nếu sự Chấp thuận trước đã được đồng ý cho một dịch vụ cụ thể, việc Chấp thuận trước đó chỉ áp dụng cho dịch vụ đó và cần phải có thêm sự chấp thuận cho các dịch vụ khác ngay cả khi có liên quan đến cùng một Bệnh tật.
- 13.12 Nếu Người được bảo hiểm cần phải gia hạn thời gian nằm viện, Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm phải liên hệ với Liberty trước khi hết hạn thời gian nằm viện dự kiến đã được Liberty Chấp thuận chi trả trước đó. Nếu Người được bảo hiểm không gia hạn, các dịch vụ được thực hiện sau khi kết thúc giai đoạn nhập viện theo kế hoạch sẽ phải chịu phần đồng chi trả cho các dịch vụ mà chưa được Chấp thuận trước.

Nếu sự Chấp thuận trước bị từ chối, Bên mua bảo hiểm có thể khiếu nại quyết định và Liberty sẽ đưa ra quyết định bổ sung hoặc yêu cầu thông tin bổ sung trong vòng 05 (năm) ngày kể từ ngày nhận được khiếu nại của Bên mua bảo hiểm. Chỉ cho phép một lần khiếu nại cho mỗi dịch vụ.

ĐIỀU 14. PHỐI HỢP QUYỀN LỢI BẢO HIỂM/BẢO HIỂM KHÁC

- 14.1 Nếu Bên mua bảo hiểm đồng thời giao kết hợp đồng bảo hiểm sức khỏe hoặc tai nạn với hai hoặc nhiều doanh nghiệp bảo hiểm, bao gồm Liberty, và Người được bảo hiểm đã yêu cầu và được chi trả cho Các chi phí điều trị phát sinh từ Bệnh tật theo hợp đồng bảo hiểm với doanh nghiệp bảo hiểm kia thì khi Người được bảo hiểm yêu cầu Liberty chi trả cho Các chi phí điều trị đó theo hợp đồng bảo hiểm này, Liberty sẽ chịu trách nhiệm chi trả cho phần của Các chi phí điều trị vượt quá số tiền mà Người được bảo hiểm đã được chi trả theo hợp đồng bảo hiểm kia.

ĐIỀU 15. QUYỀN THU HỒI SỐ TIỀN ĐÃ BỒI THƯỜNG

- 15.1 Nếu Liberty đã thanh toán, bảo lãnh viện phí, hoặc uỷ quyền thanh toán cho Các chi phí điều trị, hoặc nếu Người được bảo hiểm được điều trị tại các cơ sở trong hệ thống bảo lãnh viện phí của Liberty, nhưng sau đó Liberty chứng minh được Người được bảo hiểm không được quyền hưởng phần thanh toán đó theo quy tắc bảo hiểm này, Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm phải thanh toán lại toàn bộ số tiền đó cho Liberty.

ĐIỀU 16. LUẬT ĐIỀU CHỈNH

- 16.1 Hợp đồng bảo hiểm sẽ được điều chỉnh và giải thích theo các quy định của pháp luật Việt Nam.

ĐIỀU 17. ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ LIÊN QUAN ĐẾN CẤM VẬN

- 17.1 Liberty 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 Liberty 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 chủng quốc Hoa Kỳ.

ĐIỀU 18. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP VÀ THỜI HIỆU KHỞI KIỆN

- 18.1. Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp hoặc mâu thuẫn xảy ra giữa các bên có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm sẽ được giải quyết trên cơ sở thương lượng. Nếu hai bên không giải quyết được bằng thương lượng, tranh chấp sẽ được đưa ra trọng tài (nếu hai bên thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm) hoặc tòa án.

- 18.2. Thời hiệu khởi kiện

Thời hiệu khởi kiện về hợp đồng bảo hiểm là 03 năm kể từ ngày phát sinh tranh chấp. Quá thời hạn trên, mọi khiếu nại đều không có giá trị.

ĐIỀU 19. ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

Quy tắc bảo hiểm này không bảo hiểm cho:

- 19.1 Các Bệnh có sẵn và bất kỳ Bệnh tật phát sinh từ hoặc có liên quan hoặc là hậu quả của Bệnh có sẵn mà đã không được khai báo cho Liberty trước Ngày hiệu lực và đã không được Liberty đồng ý bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm này bằng văn bản. Điều khoản loại trừ này chỉ áp dụng đối với hợp đồng bảo hiểm được thẩm định tình trạng sức khỏe toàn diện.
- 19.2 Bất kỳ Bệnh có sẵn hay bất kỳ bệnh nào khác phát sinh từ hay có liên quan đến Bệnh có sẵn đó tồn tại trong vòng 24 (hai mươi bốn) tháng trước Ngày hiệu lực và có bất kỳ đặc điểm nào trong các đặc điểm dưới đây:

- Bệnh có sẵn hay bất kỳ bệnh nào khác phát sinh từ hay có liên quan đến Bệnh có sẵn đó đã được chẩn đoán bởi Bác sĩ điều trị trước khi tham gia bảo hiểm; hoặc
- Người được bảo hiểm đã có dấu hiệu hoặc triệu chứng hoặc đã biết về Bệnh có sẵn hay bất kỳ bệnh nào khác phát sinh từ hay có liên quan đến Bệnh có sẵn đó thông qua việc điều trị hoặc đã được thăm khám (bao gồm Kiểm tra sức khỏe); hoặc
- Trên cơ sở cảm nhận và kiến thức của một người bình thường của Người được bảo hiểm và được Người được bảo hiểm thể hiện trong hồ sơ y tế hoặc giấy yêu cầu bồi thường mà Người được bảo hiểm nộp cho Liberty; hoặc
- Tình trạng của Bệnh có sẵn hay bất kỳ bệnh nào khác phát sinh từ hay có liên quan đến Bệnh có sẵn đó cần được theo dõi theo lời khuyên hoặc ý kiến của Bác sĩ;

nhưng không đáp ứng bất kỳ hoặc cả hai điều kiện sau đây:

- a. Trong Thời gian chờ của Bảo hiểm bệnh có sẵn không qua điều trị, Bệnh có sẵn hay bất kỳ bệnh nào khác phát sinh từ hay có liên quan đến Bệnh có sẵn đó không có phát sinh bất kỳ triệu chứng nào và Người được bảo hiểm không thực hiện bất kỳ việc thăm khám, uống bất kỳ loại Thuốc điều trị nào và không thực hiện bất kỳ việc điều trị nào; VÀ
- b. Người được bảo hiểm đã được Liberty bảo hiểm liên tục trong suốt Thời gian chờ của Bảo hiểm bệnh có sẵn không qua điều trị.

Nếu tại bất kỳ thời điểm nào trong Thời gian chờ của Bảo hiểm bệnh có sẵn không qua điều trị, bất kỳ Bệnh có sẵn nào nói trên hay bất kỳ bệnh nào khác phát sinh từ hay có liên quan đến Bệnh có sẵn nói trên có triệu chứng, được thăm khám (bao gồm kiểm tra sức khỏe), hoặc được điều trị (bao gồm uống thuốc, theo dõi hoặc ăn kiêng đặc biệt) thì Thời gian chờ của Bảo hiểm bệnh có sẵn không qua điều trị sẽ được tính lại từ đầu kể từ thời điểm không còn triệu chứng hoặc Người được bảo hiểm đã hoàn thành việc điều trị nói trên, và sau đó Bệnh có sẵn nào nói trên hay bất kỳ bệnh nào khác phát sinh từ hay có liên quan đến Bệnh có sẵn đó sẽ được bảo hiểm theo quy định của Bảo hiểm bệnh có sẵn không qua điều trị.

Trong những trường hợp có sự khác biệt về ý kiến y khoa đối với bất kỳ yêu cầu bồi thường nào, ý kiến của chuyên gia y tế của Liberty sẽ được ưu tiên áp dụng. Nếu Người được bảo hiểm vẫn không đồng ý thì mọi tranh chấp (nếu có) sẽ được giải quyết theo quy định tại Điều 18.

Điều khoản loại trừ này sẽ chỉ áp dụng cho các Hợp đồng bảo hiểm bệnh có sẵn không qua điều trị.

- 19.3 Việc điều trị, chăm sóc hoặc xét nghiệm không Cần thiết về mặt y khoa.
- 19.4 Việc điều trị không do Bác sĩ chỉ định yêu cầu thực hiện. Tuy nhiên, trước khi Phẫu

- thuật, nếu Người được bảo hiểm tham vấn một Bác sỹ khác không phải là Bác sỹ điều trị liên quan đến Phẫu thuật, Liberty sẽ chi trả cho chi phí dịch vụ tham vấn đó.
- 19.5 Điều trị đã được chi trả bởi doanh nghiệp bảo hiểm hoặc tổ chức bảo hiểm khác.
 - 19.6 Các dịch vụ được thực hiện bởi Bác sỹ nha khoa, trừ trường hợp Người được bảo hiểm tham gia bảo hiểm quyền lợi răng và mắt được quy định cụ thể trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.
 - 19.7 Điều trị răng khẩn cấp liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến việc cắn, nhai, hoặc nghiền răng.
 - 19.8 Phẫu thuật chỉnh hình trừ khi việc phẫu thuật đó là kết quả trực tiếp của một Bệnh tật được bảo hiểm theo quy tắc bảo hiểm này.
 - 19.9 Các Bộ phận giả bên ngoài trừ khi là kết quả trực tiếp của một Bệnh tật khởi phát trong Thời hạn bảo hiểm.
 - 19.10 Điều trị, chăm sóc hoặc kiểm tra trực tiếp hoặc gián tiếp liên quan đến
 - (i) Hỗ trợ thụ thai, tránh thai, triệt sản, khả năng sinh sản hoặc vô sinh, tiền sử sảy thai, thiếu năng sinh dục hoặc thiếu hụt testosterone, rối loạn chức năng tinh dục, hoặc các trường hợp phá thai không nhằm mục đích chữa bệnh;
 - (ii) Mang thai, sinh con hoặc Biến chứng thai sản sau khi được Hỗ trợ thụ thai, trừ trường hợp Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi thai sản hoặc thai sản ngoại trú định kỳ được quy định cụ thể trong Bảng quyền lợi bảo hiểm;
 - (iii) Mổ lấy thai theo yêu cầu trước tuần thứ 38 của thai kỳ;
 - (iv) Bệnh lây truyền qua đường tình dục;
 - (v) Bệnh di truyền;
 - (vi) Điều trị thẩm mỹ hoặc Phẫu thuật hoặc các liệu pháp chuyển đổi giới tính;
 - (vii) Tật khúc xạ của mắt trừ trường hợp Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi răng và mắt được quy định cụ thể trong Bảng quyền lợi bảo hiểm;
 - (viii) Các Bệnh giai đoạn cuối ngoại trừ trường hợp được bảo hiểm theo quyền lợi Điều trị hấp hối hoặc Điều trị giảm nhẹ được quy định cụ thể trong Bảng quyền lợi bảo hiểm;
 - (ix) Điều trị, chăm sóc hoặc kiểm tra liên quan đến sụt/giảm cân hoặc kiểm soát cân nặng;
 - (x) Tự gây Chấn thương/ thương tích, tự tử hoặc cố ý tự tử;
 - (xi) Sử dụng rượu, sử dụng ma túy bất hợp pháp, hoặc các loại thuốc không được Bác sỹ kê đơn cho Người được bảo hiểm hoặc dùng vượt quá liều lượng quy định;
 - (xii) Rối loạn giấc ngủ hoặc Rối loạn hành vi hoặc Phát triển; và Chấn thương liên

quan đến việc tham gia vào các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoặc cố ý tiếp xúc với các mối nguy hiểm đặc biệt, ngoại trừ trường hợp cố gắng cứu người.

- 19.11 Mua hoặc thuê các bộ phận giả, thiết bị sửa chữa, hoặc các thiết bị y tế lâu dài trừ Thiết bị cấy ghép, Bộ phận giả bên ngoài hoặc các thiết bị y tế được quy định trên Bảng quyền lợi bảo hiểm được bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm.
- 19.12 Các chi phí mua nội tạng để cấy ghép.
- 19.13 Các dịch vụ sau, bất kể có hay không có đề nghị hoặc chỉ định của Bác sỹ:
- (i) Các biện pháp điều trị thử nghiệm hoặc chưa được chứng minh;
 - (ii) Điều trị không thuộc phương pháp Tây y trừ khi được mở rộng bảo hiểm theo quyền lợi Thuốc hỗ trợ và thuốc Đông y trên Bảng quyền lợi bảo hiểm;
 - (iii) Điều trị bằng tế bào gốc;
 - (iv) Bất kỳ dịch vụ/ điều trị nào khi Người được bảo hiểm là tù nhân trong nhà tù, nhà giam hoặc bất kỳ cơ sở cải huấn nào bao gồm nhà tạm giam hoặc các điều kiện/nơi tương tự, hoặc trong khi là bệnh nhân của bất kỳ viện tâm thần nào;
 - (v) Gọi điện tới nhà, giao thuốc hoặc các vật dụng khác, hoặc bất kỳ dịch vụ y tế được cung cấp tại nhà, văn phòng, phòng khách sạn, hoặc tại các địa điểm tương tự hoặc những nơi không phải là bệnh viện/phòng khám/ trung tâm phục hồi chức năng;
 - (vi) Điều trị nội trú tại các cơ sở không phải là Bệnh viện, bao gồm cả một cơ sở như Cơ sở chăm sóc phục hồi sức khỏe hoặc Viện dưỡng lão;
 - (vii) Vitamin, thực phẩm chức năng, thực phẩm bổ sung dinh dưỡng, liệu pháp thải độc kim loại nặng, điều trị hoặc chẩn đoán bằng phương pháp cộng hưởng sinh học, hoặc chữa bệnh bằng biện pháp thủy liệu;
 - (viii) Chăm sóc phục hồi sức khỏe, hoặc chữa bệnh bằng nghỉ dưỡng;
 - (ix) Điều trị nội trú tại Bệnh viện nhằm mục đích nghỉ dưỡng, phục hồi chức năng, giám sát/theo dõi, hoặc các điều trị nội trú mà theo ý kiến của Liberty có thể được điều trị ngoại trú;
 - (x) Điều trị ngoại trú các Bệnh tâm thần trừ khi được bảo hiểm theo quyền lợi điều trị ngoại trú bệnh tâm thần được quy định cụ thể trong Bảng quyền lợi bảo hiểm;
 - (xi) Mão răng bằng vàng, bọc răng hoặc trám răng hoặc Điều trị răng sử dụng các kim loại quý hoặc đá quý (loại trừ này chỉ được áp dụng cho những hợp đồng có quyền lợi răng);
 - (xii) Điều trị chỉnh hình răng được thực hiện sau tuổi 16 (loại trừ này được áp dụng cho những hợp đồng có quyền lợi răng);

- (xiii) Gọng kính (loại trừ này chỉ được áp dụng cho những hợp đồng có quyền lợi mắt);
 - (xiv) Các dịch vụ của chuyên gia tâm lý hoặc nhân viên tư vấn.
- 19.14 Bệnh tật mắc phải trong quá trình làm việc/ phục vụ trong lực lượng cảnh sát hoặc đơn vị quân sự của bất kỳ quốc gia hoặc cơ quan quốc tế, hoặc do tham gia vào chiến tranh, nội chiến, xâm lược, nổi loạn, cách mạng, sử dụng sức mạnh quân sự, đảo chính/ lật đổ chính phủ hoặc quyền lực quân đội, hoặc bất kỳ hành động khủng bố được biết hoặc nghi ngờ hoặc bất kỳ hành động bất hợp pháp nào.
- 19.15 Bệnh tật là kết quả của việc tiếp xúc với bức xạ ion hóa hoặc nhiễm phóng xạ dưới bất kỳ hình thức nào.
- 19.16 Các chi phí đi lại phát sinh trong quá trình điều trị y tế, trừ trường hợp vận chuyển y tế khẩn cấp đã được Liberty đồng ý trước hoặc được sự đồng ý của đơn vị cung cấp dịch vụ hỗ trợ khẩn cấp.
- 19.17 Điều trị ngoài khu vực/ Phạm vi địa lý được bảo hiểm như đã nêu trong bảng quyền lợi bảo hiểm trừ khi được mở rộng dưới phần bảo hiểm ngoài phạm vi địa lý trong bảng quyền lợi bảo hiểm.
- 19.18 Tất cả các chi phí:
- (i) Không phải là Chi phí Thông lệ và hợp lý;
 - (ii) Phí cấp giấy chứng nhận y tế, hoặc lệ phí hành chính như chi phí cho việc cung cấp giấy yêu cầu bồi thường hoặc hồ sơ y tế;
 - (iii) Phát sinh ngoài Thời hạn bảo hiểm hoặc bất kỳ thời điểm mà phí bảo hiểm chưa được đóng;
 - (iv) Phát sinh trong Thời hạn bảo hiểm đối với các loại thuốc và/hoặc các dịch vụ y tế được sử dụng hoặc được cung cấp sau khi thời hạn bảo hiểm đã kết thúc; hoặc
 - (v) Chi phí điều trị hoặc thiết bị điều trị có liên quan đến việc điều trị do (a) Người được bảo hiểm, cha mẹ hoặc con của Người được bảo hiểm cung cấp; hoặc (b) tổ chức mà Người được bảo hiểm, cha mẹ hoặc con của Người được bảo hiểm giữ chức vụ nhân viên hoặc giám đốc hoặc là thành viên góp vốn/cổ đông của tổ chức đó nắm giữ trên 1% vốn điều lệ cung cấp.

ĐIỀU KHOẢN ÁP DỤNG CHO TRƯỜNG HỢP BẢO HIỂM NHÓM

Bảo hiểm nhóm là trường hợp Bên mua bảo hiểm là công ty hoặc tổ chức tham gia bảo hiểm cho Nhân viên đủ điều kiện của công ty hoặc của tổ chức đó và Người phụ thuộc của Nhân viên đủ điều kiện đó (nếu có). Trong trường hợp bảo hiểm nhóm, các điều khoản đề cập dưới đây trong bản Quy tắc bảo hiểm sẽ được sửa đổi như sau:

1. Bổ sung khoản 2.4 vào sau khoản 2.3 Điều 2 quy tắc bảo hiểm với nội dung như sau:
 - 2.4. Bản quy tắc này cùng với hợp đồng bảo hiểm, Danh sách người được bảo hiểm, Bảng quyền lợi bảo hiểm và tất cả các sửa đổi bổ sung của hợp đồng bảo hiểm, thông tin kê khai trong giấy yêu cầu bảo hiểm của từng Người được bảo hiểm trong Danh sách Người được bảo hiểm và bất kỳ tài liệu nào hoặc các thông tin đi kèm hoặc được đề cập trong giấy yêu cầu bảo hiểm của từng Người được bảo hiểm và của Bên mua bảo hiểm sẽ tạo nên một bộ hợp đồng bảo hiểm trọn vẹn.
2. Không áp dụng quy định tại Điều 4 của bản quy tắc bảo hiểm này đối với hợp đồng bảo hiểm nhóm.
3. Bổ sung khoản 6.2 Điều 6 của quy tắc bảo hiểm với nội dung như sau:
 - 6.2. Bên mua bảo hiểm bảo đảm rằng trong suốt năm bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm sẽ duy trì bảo hiểm cho tất cả Nhân viên đủ điều kiện và Người phụ thuộc của họ.
4. ĐIỀU 7 của quy tắc bảo hiểm sẽ được thay thế bằng nội dung sau:
 - 7.1. Thời gian tối thiểu của Thời hạn bảo hiểm là mười hai (12) tháng, trừ trường hợp có Người được bảo hiểm được thêm vào giữa Thời hạn bảo hiểm thì Thời hạn bảo hiểm sẽ kéo dài tới cuối của năm hợp đồng bảo hiểm hiện tại.
 - 7.2. Khi Thời hạn bảo hiểm kết thúc, quyền lợi bảo hiểm sẽ được tái tục với mức phí và điều kiện, điều khoản được thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Liberty.
5. Khoản 10.1 Điều 10.1 của quy tắc bảo hiểm sẽ được sửa đổi, bổ sung như sau:
 - 10.1. Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm: Thời hạn bảo hiểm tối thiểu là 12 tháng. Trường hợp một trong hai bên đề nghị chấm dứt hợp đồng bảo hiểm, bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày có ý định chấm dứt. Việc chấm dứt hợp đồng bảo hiểm phải phù hợp với quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và Bộ luật dân sự và tuân thủ theo hai trường hợp sau:
 - 10.1.1. Nếu hợp đồng bảo hiểm được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo thông báo của Bên mua bảo hiểm, Liberty sẽ hoàn trả 65% phí bảo hiểm của Thời hạn bảo hiểm hiệu lực còn lại, với điều kiện đến thời điểm đó, Liberty chưa chi trả cho bất kỳ yêu cầu bồi thường của Người được

bảo hiểm.

10.1.2. Nếu hợp đồng bảo hiểm được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo thông báo của Liberty, Liberty sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của Thời hạn bảo hiểm hiệu lực còn lại, với điều kiện đến thời điểm đó, Liberty chưa chi trả cho bất kỳ yêu cầu bồi thường của Người được bảo hiểm.

6. Bổ sung khoản 10.1.1 vào sau khoản 10.1 Điều 10 của quy tắc bảo hiểm với nội dung như sau:

10.2. Xóa bỏ Người được bảo hiểm: tùy thuộc vào Điều 6.2, các Nhân viên đủ điều kiện và Người phụ thuộc của họ có thể được xóa bỏ giữa kỳ theo quy trình thẩm định thông thường của Liberty. Trong trường hợp này, quyền lợi bảo hiểm đối với nhân viên đó sẽ chấm dứt.

7. Bổ sung khoản 11.2 vào Điều 11 quy tắc bảo hiểm với nội dung như sau:

11.2. Đối với thanh toán phí bảo hiểm định kỳ nửa năm:

Bên mua bảo hiểm phải thanh toán đầy đủ phí bảo hiểm của kỳ đóng phí bảo hiểm đầu tiên trong vòng 30 ngày kể ngày đến hạn thanh toán ghi trên thông báo thu phí bảo hiểm.

8. Không áp dụng quy định tại khoản 12.3 Điều 12 của quy tắc bảo hiểm đối với hợp đồng bảo hiểm nhóm.

9. Khoản 12.5 Điều 12 của quy tắc bảo hiểm sẽ được sửa đổi, bổ sung như sau:

12.5 Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm có nghĩa vụ cập nhật thông tin thay đổi cho Liberty như sau:

12.5.1 Trường hợp Người được bảo hiểm có bất cứ sự thay đổi nào về tên, hộ chiếu, quốc tịch, tình trạng nghề nghiệp hoặc nhiệm vụ, Quốc gia thường trú, Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm phải thông báo ngay cho Liberty về sự thay đổi đó. Trong trường hợp đó, Liberty có quyền thẩm định lại rủi ro có thể được bảo hiểm để:

- (i) Xác định lại mức phí bảo hiểm của (các) Người được bảo hiểm đó; hoặc
- (ii) Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm đối với (các) Người được bảo hiểm đó; hoặc
- (iii) Đơn phương chấm dứt hợp đồng bảo hiểm đối với (các) Người được bảo hiểm đó. Trong trường hợp này, Liberty sẽ đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm với ngày chấm dứt là ngày Người được bảo hiểm có bất kỳ sự thay đổi nào nói trên và Liberty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm một phần của khoản phí bảo hiểm của (các) Người được bảo hiểm đó được tính cho đến ngày chấm dứt nói trên.

12.5.2 Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Liberty nếu có bất kỳ sự thay đổi nào về địa chỉ doanh nghiệp. Liberty có quyền gửi các thông báo đến địa chỉ Liberty có trong hồ sơ của Bên mua bảo hiểm cho đến khi Liberty nhận được thông báo thay đổi địa chỉ doanh nghiệp của Bên mua bảo hiểm. Liberty sẽ không chịu bất kỳ trách nhiệm nào nếu Bên mua bảo hiểm không nhận được những thư từ liên lạc mà Liberty gửi do Bên mua bảo hiểm không thực hiện nghĩa vụ thông báo nói trên.

10. Khoản 12.6 Điều 12 của quy tắc bảo hiểm sẽ được sửa đổi, bổ sung như sau:

12.6 Nếu hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt sau khi bồi thường đã được chi trả, hoặc sau khi đã bảo lãnh viện phí với bên cung cấp dịch vụ, Người được bảo hiểm phải có trách nhiệm hoàn lại ngay lập tức bất kỳ khoản đã được chi trả hoặc đã được bảo lãnh cho Liberty. Việc này không thay thế cho những quyền khác mà Liberty có được bao gồm những quyền dựa trên hợp đồng bảo hiểm, quy định pháp luật. Liberty sẽ không bị bắt buộc phải trả bất cứ bồi thường nào (toàn bộ hay một phần) nếu Người được bảo hiểm cung cấp thông tin sai sự thật liên quan đến bồi thường đó hoặc những bồi thường có liên quan. Việc một Người được bảo hiểm không khai báo thông tin trung thực sẽ không ảnh hưởng đến quyền nhận được những quyền lợi trong cùng chương trình bảo hiểm của các Người được bảo hiểm khác, tuy nhiên, việc khai báo thông tin không trung thực của Bên mua bảo hiểm là tổ chức hoặc nhóm chủ hợp đồng chương trình nhóm khác có thể ảnh hưởng đến bảo hiểm cho các Người được bảo hiểm trong nhóm đó. Các trường hợp cụ thể theo quy định của pháp luật.

Nếu việc không cung cấp thông tin bị phát hiện sau khi bồi thường đã được trả, hoặc sau khi Liberty đã cung cấp bảo lãnh viện phí cho một bên cung cấp dịch vụ, Người được bảo hiểm sẽ phải trả lại cho Liberty bất cứ khoản không hợp lệ nào đã được chi trả hoặc được bảo lãnh.

11. Bổ sung khoản 81 Điều 1 định nghĩa nhân viên đủ điều kiện như sau:

81. **Nhân viên đủ điều kiện:** một nhân viên toàn thời gian của Bên mua bảo hiểm và đã liệt kê trong mục đủ điều kiện của bảng tóm tắt hợp đồng bảo hiểm.

Điều khoản sửa đổi bổ sung này là một phần không thể tách rời của quy tắc bảo hiểm. Những điều kiện và điều khoản của quy tắc bảo hiểm không được quy định trong Điều khoản sửa đổi bổ sung này vẫn tiếp tục có giá trị hiệu lực.