

Quy tắc bảo hiểm sức khỏe dành cho gia đình

(Kèm theo Công văn số 3041/BTC-QLBH ngày 25/03/2021 của Bộ Tài chính)

PHẦN I – QUY ĐỊNH CHUNG

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:

- 1.1 **Bên mua bảo hiểm** là cá nhân giao kết Hợp đồng bảo hiểm với Liberty và đóng đầy đủ Phí bảo hiểm, như được quy định rõ trên Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng.
- 1.2 **Quy tắc bảo hiểm** là bản Quy tắc bảo hiểm sức khỏe dành cho gia đình này.
- 1.3 **Phí bảo hiểm** là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm phải đóng cho Liberty theo thời hạn và phương thức được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.4 **Điều khoản sửa đổi bổ sung** là (những) điều khoản sửa đổi, bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm được Liberty phát hành theo yêu cầu và/hoặc theo sự thỏa thuận với Bên mua bảo hiểm tại từng thời điểm. Các điều khoản sửa đổi, bổ sung được ban hành kèm theo Quy tắc bảo hiểm này.
- 1.5 **Sự kiện bảo hiểm** là sự kiện khách quan, bao gồm Tai nạn, ốm đau xảy ra đối với Người được bảo hiểm mà khi sự kiện đó xảy ra, Người được bảo hiểm bị Ốm đau/Bệnh tật, Thương tật, Chăm sóc nha khoa và/hoặc Chăm sóc thai sản (nếu được áp dụng) thuộc phạm vi bảo hiểm theo các quy định của Hợp đồng bảo hiểm thì Liberty phải trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm.
- 1.6 **Giấy yêu cầu bảo hiểm** là Giấy yêu cầu bảo hiểm theo mẫu do Liberty ban hành kèm theo Quy tắc bảo hiểm này.
- 1.7 **Chương trình bảo hiểm** là Chương trình bảo hiểm được Liberty ban hành kèm theo Quy tắc bảo hiểm này. 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.
- 1.8 **Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm** là bản tóm tắt của Hợp đồng bảo hiểm do Liberty cấp cho Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm.
- 1.9 **Giấy chứng nhận bảo hiểm** là Giấy chứng nhận bảo hiểm do Liberty cấp cho Người được bảo hiểm dưới hình thức là một thẻ bảo hiểm sức khỏe dành cho gia đình.
- 1.10 **Hợp đồng bảo hiểm** là sự thỏa 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.

- 1.11 **Giới hạn trách nhiệm** là mức giới hạn tối đa cho toàn bộ trách nhiệm bảo hiểm của Liberty đối với mỗi Người được bảo hiểm, trong Thời hạn bảo hiểm, đối với từng phần như quy định tại phạm vi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm và Chương trình bảo hiểm.
- 1.12 **Giới hạn phụ** là mức giới hạn cho từng trách nhiệm bảo hiểm của Liberty 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.
- 1.13 **Liberty** là Công ty TNHH Bảo hiểm Liberty.
- 1.14 **Thời hạn bảo hiểm** áp dụng đối với một Người được bảo hiểm là một (1) năm với thời điểm bắt đầu và thời điểm kết thúc 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.
- 1.15 **Nước cư trú thường xuyên** áp dụng đối với một Người được bảo hiểm là quốc gia mà Người được bảo hiểm đó đang sinh sống tại Ngày hiệu lực và được khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm.
- 1.16 **Tai nạn** là một Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong Thời hạn bảo hiểm, gây ra (các) Thương tật cho Người được bảo hiểm bởi một lực tác động từ bên ngoài.
- 1.17 **Đồng chi trả** là phần chi phí, được thể hiện bằng con số tuyệt đối hoặc tỷ lệ phần trăm được ấn định tại Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm, mà Người được bảo hiểm phải tự mình thanh toán cho mỗi và mọi Sự kiện bảo hiểm.
- 1.18 **Người phụ thuộc** là 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 23 tuổi với điều kiện là Người phụ thuộc đó đang tiếp tục học tập toàn thời gian).
- 1.19 **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 bảo hiểm đầu tiên hay đã được tái tục, tùy từng trường hợp).
- 1.20 **Điều trị có lựa chọn** là điều trị Cần thiết về mặt y học được quyết định bởi Người được bảo hiểm hoặc Bác sĩ của Người được bảo hiểm đó mà việc điều trị đó có lợi cho tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm nhưng không phải là một điều trị Khẩn cấp.
- 1.21 **Khẩn cấp** là tình trạng khẩn cấp 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 và/hoặc

phẫu thuật trong vòng bốn mươi tám (48) giờ từ khi xảy ra tình trạng đó để tránh nguy hiểm đến sức khỏe và/hoặc tính mạng của Người được bảo hiểm.

- 1.22 **Quốc quán** đối với một 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, Quốc quán là quốc gia mà Người được bảo hiểm khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm.
- 1.23 **Cơ sở y tế** là bất kỳ bệnh viện, phòng khám, trạm xá, và/hoặc bất kỳ cơ sở y tế 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.
- 1.24 **Cơ sở y tế công lập** là Cơ sở y tế do cơ quan Nhà nước có thẩm quyền thành lập và quản lý theo quy định của pháp luật.
- 1.25 **Dịch vụ nằm viện** là các dịch vụ y tế được cung cấp cho Người được bảo hiểm, chỉ khi các thủ tục chẩn đoán và/hoặc điều trị thích hợp không có sẵn cho việc Điều trị ngoại trú và khi Người được bảo hiểm được chấp nhận để thực hiện Điều trị nội trú có đăng ký hoặc Điều trị trong ngày tại một Cơ sở y tế. Dịch vụ nằm viện, bao gồm cả các khoản Chi phí thông thường và hợp lý tại nơi thực hiện điều trị, tiền phòng, tiền ăn, tất cả các trang bị y tế mà Cơ sở y tế sử dụng và tất cả các biện pháp điều trị và dịch vụ y tế do Bác sĩ và Cơ sở y tế chỉ định, bao gồm cả tiền phòng săn sóc đặc biệt khi cần thiết.
- 1.26 **Nằm viện** là việc Người được bảo hiểm sử dụng một hoặc một số (các) Dịch vụ nằm viện tại một Cơ sở y tế.
- 1.27 **Thương tật** là 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 trực tiếp gây ra bởi một Tai nạn.
- 1.28 **Người được bảo hiểm** là người đủ điều kiện mà việc bắt đầu bảo hiểm cho người đó đã được xác nhận bởi Liberty 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.
- 1.29 **Cần thiết về mặt y học** là việc điều trị, dịch vụ hoặc quy trình mà theo ý kiến của Bác sĩ và Cơ sở y tế nơi Bác sĩ đó hành nghề là thích hợp và phù hợp với chẩn đoán và theo đúng tiêu chuẩn y học được chấp nhận chung.
- 1.30 **Bác sĩ** là 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.
- 1.31 **Năm bảo hiểm** là thời gian từ (i) 00:01 giờ sáng của Ngày hiệu lực hoặc (ii) thời điểm Liberty cấp Hợp đồng bảo hiểm (tùy thời điểm nào đến sau) và kết thúc vào 23:59 khuya của ngày cuối cùng của Thời hạn bảo hiểm, bao gồm cả Ngày hiệu lực và ngày kết thúc đó. Toàn bộ thời gian được tính theo giờ chuẩn của Việt Nam.
- 1.32 **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 suốt hai (2) năm trước Ngày hiệu lực; hoặc
 - (c) Người được bảo hiểm nhận biết là đã tồn tại trước Ngày hiệu lực cho dù Người được bảo hiểm có tìm kiếm hay nhận được sự điều trị, thuốc men, lời khuyên, hoặc chẩn đoán hay không.
- 1.33 **Thuốc theo đơn kê** là thuốc chữa bệnh mà việc bán và sử dụng những loại thuốc này được giới hạn hợp pháp theo đơn thuốc của Bác sĩ và không bao gồm những loại thuốc được mua mà không nằm trong đơn thuốc của Bác sĩ.
- 1.34 **Đơn vị hỗ trợ y tế** là Đơn vị hỗ trợ y tế của Liberty, bao gồm Tổ chức SOS quốc tế hay bất kỳ đơn vị tương tự nào khác được Liberty thông báo cho Bên mua bảo hiểm vào từng thời điểm.
- 1.35 **Dịch vụ xe cứu thương trong nước** là 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.
- 1.36 **Tình trạng sức khỏe nguy kịch** là tình trạng sức khỏe mà theo ý kiến của Cơ sở y tế và Bác sĩ thực hiện việc điều trị là Cần thiết về mặt y học và 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.
- 1.37 **Ốm đau/Bệnh tật** là tình trạng sức khỏe cơ thể bị thay đổi so với tình trạng sức khỏe bình thường.
- 1.38 **Phòng riêng tiêu chuẩn** là phòng riêng đầy đủ tiện nghi trong một Cơ sở y tế. Nếu Cơ sở y tế chia phòng riêng thành những mức độ khác nhau thì việc thanh toán sẽ căn cứ vào tiền phòng riêng tiêu chuẩn hoặc mức tiền phòng riêng của Cơ sở y tế cụ thể, tùy theo mức nào thấp hơn.
- 1.39 **Hành động khủng bố** là 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. Vì mục đích của bản Quy tắc bảo hiểm này, 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.

- 1.40 **AIDS/HIV** là vi rút HIV (HIV) và các bệnh có liên quan kể cả hội chứng suy giảm miễn dịch (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.
- 1.41 **Kiểm tra sức khỏe hàng năm** là những xét nghiệm/tầm soát được thực hiện bởi một Cơ sở y tế hợp pháp, khi không có bất kì triệu chứng lâm sàng nào. Những xét nghiệm 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:
- (a) Dấu hiệu sống (huyết áp, mỡ máu, mạch, hô hấp, nhiệt độ, v/v...);
 - (b) Kiểm tra tim mạch;
 - (c) Kiểm tra hệ thần kinh;
 - (d) Tầm soát Bệnh ung thư; và
 - (e) Kiểm tra phản xạ của trẻ em (đối với các trẻ em đến 6 tuổi).
- Quyền lợi này cũng áp dụng cho kiểm tra sức khỏe bổ sung hồ sơ lao động.
- 1.42 **Chăm sóc thị lực** bao gồm việc kiểm tra mắt, và chi phí làm kính mắt hoặc kính áp tròng.
- 1.43 **Giường cho người nhà** là giường tại Cơ sở y tế đối với cha mẹ hay người giám hộ hợp pháp lưu lại cùng với Người được bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm là Trẻ em vị thành niên và đã nhập viện Điều trị nội trú tại một Cơ sở y tế. Quyền lợi này chỉ áp dụng cho bố hoặc mẹ/người giám hộ mỗi tối khi trẻ được Điều trị nội trú tại Cơ sở y tế, **LUÔN LUÔN VỚI ĐIỀU KIỆN** là trẻ đang được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.44 **Bác sĩ Đông y/Nắn xương/Châm cứu** là một Bác sĩ được cấp phép hành nghề Đông y theo quy định của pháp luật của nước mà người đó hành nghề.
- 1.45 **Dược phẩm thảo mộc** là các dược phẩm thảo mộc được kê đơn bởi các Bác sĩ Đông y và trực tiếp liên quan đến bệnh lý đang được điều trị.
- 1.46 **Nắn xương** 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.
- 1.47 **Châm cứu** là một hình thức điều trị bao gồm chèn kim rất mỏng qua da của một người tại các điểm cụ thể trên cơ thể, đến các độ sâu khác nhau. Vì mục đích của định nghĩa này, Châm cứu có thể được thực hiện bởi những người có chứng chỉ hành nghề châm cứu theo quy định của pháp luật của nước phát sinh việc điều trị.
- 1.48 **Chi phí Bác sĩ Đông y/Nắn xương/Châm cứu** là chi phí tư vấn và Thuốc theo đơn kê tại Cơ sở y tế thực hiện việc các chữa trị Đông y, Nắn xương, Châm cứu, tùy thuộc vào Giới hạn trách nhiệm đối với Chi phí Bác sĩ Đông y/Nắn xương/Châm cứu như được quy định tại Chương trình bảo hiểm.

- 1.49 **Điều trị trong ngày** là điều trị Cần thiết về mặt y học, bao gồm cả Phẫu thuật ngoại trú, tại một Cơ sở y tế nơi Người được bảo hiểm Nằm viện tối thiểu phải bằng Thời gian Nằm viện tối thiểu nhưng không quá hai mươi bốn (24) giờ liên tục và không thuê giường để lưu lại qua đêm. Nếu Điều trị trong ngày là một cuộc Phẫu thuật ngoại trú hoặc điều trị cấp cứu vì lí do Tai nạn và Ốm đau/Bệnh tật, thì Thời gian Nằm viện tối thiểu không áp dụng.
- 1.50 **Kiểm tra răng định kỳ** là cạo vôi và đánh bóng răng.
- 1.51 **Chăm sóc răng cơ bản** là nhổ răng, trám răng, chụp X-quang, cạo vôi bao răng.
- 1.52 **Điều trị nha khoa chủ yếu** là nhổ răng mọc bất thường, lấy tủy răng, cắt u răng, cắt cuống răng.
- 1.53 **Chăm sóc nha khoa** là Kiểm tra răng định kỳ, Chăm sóc răng cơ bản và Điều trị nha khoa chủ yếu.
- 1.54 **Hệ thống thanh toán trực tiếp** là các nhà cung cấp dịch vụ y tế, mà các thông tin chi tiết của các nhà cung cấp đó sẽ được liệt kê riêng lẻ và được Liberty thông báo cho Bên mua bảo hiểm và là các nhà cung cấp đã đồng ý sẽ tính chi phí điều trị trực tiếp với Liberty khi Người được bảo hiểm xuất trình Giấy chứng nhận bảo hiểm hợp lệ vẫn còn hạn sử dụng. Tuy nhiên, Người được bảo hiểm có trách nhiệm hoàn trả lại Liberty nếu các chi phí đó là không được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm. Liberty sẽ có quyền đình chỉ việc thực hiện hoặc đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm không hoàn trả các chi phí không được bảo hiểm đó cho Liberty.
- 1.55 **Điều trị nha khoa Khẩn cấp sau Tai nạn** là việc chữa trị nha khoa do một Bác sĩ chuyên ngành răng hàm mặt thực hiện tại một Cơ sở y tế trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ khi xảy ra Tai nạn mà Tai nạn đó gây thương tổn cho răng tự nhiên còn tốt của Người được bảo hiểm, ngoại trừ thương tổn xảy ra trong khi ăn.
- 1.56 **Vận chuyển y tế cấp cứu** là việc vận chuyển cấp cứu và chăm sóc y tế được xem là Cần thiết về mặt y học để vận chuyển Người được bảo hiểm đang trong Tình trạng sức khỏe nguy kịch tới Cơ sở y tế gần nhất có phương tiện điều trị thích hợp, **LUÔN LUÔN VỚI ĐIỀU KIỆN** là Vận chuyển y tế cấp cứu này phải theo sự chỉ định của Bác sĩ tham gia điều trị hoặc Bác sĩ chuyên khoa kết hợp với cố vấn y tế của Liberty và Người được bảo hiểm hoặc người đại diện của họ phải liên lạc với Liberty hoặc Đơn vị hỗ trợ y tế để được chấp thuận trước cho Vận chuyển y tế cấp cứu và sắp xếp phương tiện vận chuyển. Quyền lợi này không áp dụng cho Người được bảo hiểm từ 70 tuổi trở lên.
- 1.57 **Điều trị tại khoa cấp cứu** là các dịch vụ được thực hiện tại khoa cấp cứu hoặc phòng cấp cứu của Cơ sở y tế trong thời gian không quá hai mươi bốn (24) giờ, **LUÔN LUÔN VỚI ĐIỀU KIỆN** là các dịch vụ này được Bác sĩ tham gia điều trị tại khoa cấp cứu và Cơ sở y tế đó xác định theo ý kiến chuyên môn là Tình trạng sức khỏe nguy kịch phải điều trị cấp cứu.

- 1.58 **Chụp X-quang và xét nghiệm** là 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 sĩ và Cơ sở y tế chỉ định.
- 1.59 **Chăm sóc thai sản** là việc điều trị trước khi sinh, khi sinh, sau khi sinh và sảy thai, hoặc phá thai bắt buộc, hoặc các biến chứng phát sinh từ việc Người được bảo hiểm mang thai đối với việc sinh thường hoặc sinh mổ và chăm sóc trẻ sau khi sinh được thực hiện trong Cơ sở y tế.
- 1.60 **Chăm sóc trẻ sơ sinh** là việc chăm sóc trẻ mới sinh nói chung được thực hiện tại Cơ sở y tế.
- 1.61 **Y tá chăm sóc tại nhà** là 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 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.
- 1.62 **Phân loại Nhóm nghề nghiệp** là việc phân loại nghề nghiệp của Người được bảo hiểm vào một trong những loại nghề nghiệp sau:
- Nhóm nghề nghiệp loại I** – nhóm nghề nghiệp liên quan đến công việc quản lý lao động bằng trí óc hoặc công việc văn phòng hoặc những nơi tương tự không nguy hiểm.
- Nhóm nghề nghiệp loại II** – nhóm nghề nghiệp liên quan đến công việc giám sát và các công việc khác không thuộc Nhóm nghề nghiệp loại I mà nhiệm vụ của những người thuộc nhóm nghề nghiệp 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 (ví dụ như độc công, giám sát viên) và/hoặc 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 như nhân viên bán hàng).
- Nhóm nghề nghiệp loại III** – nhóm nghề nghiệp liên quan đến công việc lao động chân tay trong điều kiện không nguy hiểm nhưng có liên quan tới việc sử dụng công cụ hoặc máy móc nhẹ (ví dụ như thợ làm công cụ hoặc dịch vụ chuyển phát).
- Nhóm nghề nghiệp loại IV** – nhóm nghề nghiệp liên quan đến công việc nguy hiểm, bao gồm công việc thủ công nặng nhọc liên quan tới việc sử dụng công cụ và/hoặc thiết bị nặng (ví dụ như công nhân Nhóm Nghề nghiệp xây dựng).
- 1.63 **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 (01) phẫu thuật y tế để lấy một (01) 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 (01) khối u và gửi mẫu đến phòng thí nghiệm để phân tích.
- 1.64 **Xâm lấn** là sự xâm nhập và/hoặc sự chủ động phá hủy của các mô bình thường ở ngoài lớp màng đáy.

1.65 **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, bao gồm các phần được liệt kê như dưới đây:

- (a) Tất cả các khối u tuyến tiền liệt được phân loại Mô học là T1N0M0 (Phân loại TNM);
- (b) Tất cả các khối u tuyến giáp được phân loại Mô học là T1N0M0 (Phân loại TNM);
- (c) Tất cả các khối u bàng quang tiết niệu được phân loại Mô học là T1N0M0 (Phân loại TNM); và
- (d) Bệnh bạch cầu lympho mạn tính RAI Giai đoạn 1, 2, 3.

Vì mục đích của Điều 1.65 này, thuật ngữ “**khối u ác tính**” bao gồm bệnh bạch cầu, ung thư hạch bạch huyết, ung thư mô liên kết và các loại khối u ác tính khác mà Bác sĩ chẩn đoán.

1.66 **Điều trị ung thư** là điều trị Bệnh ung thư được thực hiện cho Người được bảo hiểm bằng Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày tại một Cơ sở y tế.

1.67 **Chi phí cấy ghép bộ phận** là chi phí điều trị y tế phát sinh đối với việc cấy ghép thận, tim, gan và tủy tủy đa đến Giới hạn phụ của Chương trình bảo hiểm.

1.68 **Điều trị nội trú** là bất kỳ điều trị Cần thiết về mặt y học tại Cơ sở y tế. Người được bảo hiểm được yêu cầu nhập viện và thuê giường nằm lại Điều trị trong ngày hoặc qua đêm hoặc lâu hơn.

1.69 **Điều trị ngoại trú** là điều trị Cần thiết về mặt y học cho Người được bảo hiểm khi Người được bảo hiểm không phải thực hiện việc Điều trị nội trú hay Điều trị trong ngày có đăng ký trong Cơ sở y tế. Điều trị ngoại trú cũng bao gồm cả Thuốc theo đơn kê.

1.70 **Phẫu thuật ngoại trú** là phẫu thuật Cần thiết về mặt y học mà Người được bảo hiểm chỉ lưu trú tại Cơ sở y tế ít hơn hai mươi bốn (24) giờ liên tục mà không thuê giường nằm lại.

1.71 **Điều trị trước và sau khi Nằm viện** là Điều trị ngoại trú trong thời gian tối đa ba mươi (30) ngày ngay trước khi Nằm viện và chín mươi (90) ngày ngay sau khi Nằm viện cho mỗi Người được bảo hiểm có cùng bệnh án.

1.72 **Điều trị tâm thần** là điều trị tại khoa tâm thần của một Cơ sở y tế, **LUÔN LUÔN VỚI ĐIỀU KIỆN** là Điều trị tâm thần phải được Liberty chấp thuận trước.

1.73 **Điều trị vật lý trị liệu** là phương pháp phòng hoặc/và chữa bệnh bằng cách sử dụng các tác nhân vật lý tự nhiên hay nhân tạo 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 bằng vật lý trị liệu hoặc phương pháp Nắn xương khớp phải được đề nghị bằng văn bản của Bác sĩ tham gia điều trị.

Nếu trong Thời hạn bảo hiểm, do Tai nạn, 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 sĩ tham gia điều trị,

- 1.74 **Chi phí thông thường và hợp lý** là mức chi phí chung do các Cơ sở y tế khác có cùng tiêu chuẩn tại địa phương nơi phát sinh chi phí đó yêu cầu thanh toán khi cung cấp việc điều trị, dịch vụ hoặc hàng hóa tương đương cho một Thương tật và/hoặc Ốm đau/Bệnh tật tương tự. Liberty bảo lưu quyền xác định Chi phí thông thường và hợp lý dựa trên các trường hợp tương tự mà Liberty 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.
- 1.75 **Hồi hương** là việc Đơn vị hỗ trợ y tế sẽ thu xếp đưa Người được bảo hiểm đang hấp hối hoặc chết tại một nơi nằm ngoài Quê quán hoặc Nước cư trú thường xuyên 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 cư trú thường xuyên để Điều trị nội trú, trở về Quê quán, Nước cư trú thường xuyên của Người được bảo hiểm hoặc một nước khác (theo sự lựa chọn của người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm) bằng đường hàng không và/hoặc đường biển. Đơn vị hỗ trợ y tế sẽ có toàn quyền quyết định phương tiện hoặc cách thức thực hiện Hồi hương sau khi xem xét, đánh giá tất cả các sự kiện và tình huống liên quan. Liberty sẽ chi trả cho các chi phí Cần thiết về mặt y học và không thể tránh khỏi phát sinh trong quá trình thực hiện Hồi hương do Đơn vị hỗ trợ y tế thu xếp, **LUÔN LUÔN 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 cư trú thường xuyên của Người được bảo hiểm, Liberty sẽ chi trả cho các chi phí phát sinh trong quá trình thực hiện Hồi hương do Đơn vị hỗ trợ y tế thu xếp nhưng không vượt quá một trăm triệu (100.000.000) đồng cho mỗi một Người được bảo hiểm. Người được bảo hiểm và/hoặc người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm phải liên lạc với Liberty hoặc Đơn vị hỗ trợ y tế để được chấp thuận trước cho việc Hồi hương và sắp xếp phương tiện Cần thiết về mặt y học.

Trừ trường hợp quyền lợi nêu trên đây được sử dụng, Đơn vị hỗ trợ y tế sẽ (i) thu xếp đưa Người được bảo hiểm đang hấp hối hoặc chết tại một nơi nằm ngoài Quê quán hoặc Nước cư trú thường xuyên trở về Quê quán của Người được bảo hiểm bằng đường hàng không và/hoặc đường biển. Đơn vị hỗ trợ y tế 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 hợp pháp 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 chết. Liberty sẽ chi trả cho các chi phí phát sinh trong quá trình thực hiện các dịch vụ do Đơn vị hỗ trợ y tế 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 phải được liên lạc trước để thu xếp các dịch vụ Cần thiết về mặt y học.

Quyền lợi bảo hiểm đối với Hồi hương sẽ còn 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 Liberty. Các phạm vi dịch vụ và điều khoản loại trừ này đã được Liberty thông báo cho Bên mua bảo hiểm, và có thể được sửa đổi, bổ sung vào từng thời điểm và được Liberty thông báo cho Bên mua bảo hiểm.

Quyền lợi này không áp dụng cho Người được bảo hiểm từ bảy mươi (70) tuổi trở lên và không áp dụng đối với Người được bảo hiểm là Trẻ em vị thành niên.

- 1.76 **Trẻ em vị thành niên** là người dưới 18 tuổi và chưa kết hôn.
- 1.77 **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.
- 1.78 **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 Cờ sở y tế và/hoặc Bác sĩ, 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.
- 1.79 **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, 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.
- 1.80 **Thiết bị khác** là các thiết bị không phải là Thiết bị hỗ trợ vận động, Thiết bị y tế hay Thiết bị phục hồi.
- 1.81 **Bệnh bẩm sinh** là bất kỳ bệnh tật/tình trạng/sự bất thường về mặt thể chất/tinh thần nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ và/hoặc có từ khi sinh ra cũng như những bất thường về mặt thể chất/tinh thần sơ sinh phát triển sau đó do những nhân tố vốn có từ khi sinh ra có thể được một Cơ sở y tế hoặc một cơ quan Nhà nước có thẩm quyền về y tế mô tả dưới nhiều tên gọi khác nhau như “Bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh và bất thường của Nhiễm sắc thể”. Việc xác định tình trạng Bệnh bẩm sinh phải do Bác sĩ thực hiện.
- 1.82 **Thời gian chờ** là số ngày liên tục mà trong khoảng thời gian đó quyền lợi bảo hiểm không được chi trả.
- 1.83 **Tuổi** là tuổi vào thời điểm hiện tại. Tuổi hiện tại của một người được tính cho đến ngày sinh nhật kế tiếp 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.

1.84 **Người thụ hưởng** là tổ chức, cá nhân được Bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

1.85 **Thời gian Nằm viện tối thiểu** là khoảng thời gian sáu (6) giờ liên tục được tính từ thời điểm Người được bảo hiểm bắt đầu nhập viện để điều trị.

Điều 2. Thời điểm phát sinh trách nhiệm bảo hiểm

Trách nhiệm bảo hiểm của Liberty phát sinh kể từ Ngày hiệu lực được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm và sau khi Bên mua bảo hiểm đã đóng đầy đủ Phí bảo hiểm, trừ khi Liberty và Bên mua bảo hiểm có thoả thuận khác trong Hợp đồng bảo hiểm. Trách nhiệm bảo hiểm đó sẽ tiếp tục có hiệu lực cho đến khi Thời hạn bảo hiểm kết thúc, trừ khi bị chấm dứt theo các quy định của Điều 3 của Phần I này.

Điều 3. Chấm dứt quyền lợi bảo hiểm

(a) Bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm sẽ bị chấm dứt tại thời điểm mà các quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho Người được bảo hiểm đã sử dụng hết hoặc từ thời điểm kết thúc của Thời hạn bảo hiểm, tùy theo thời điểm nào đến trước.

Trong trường hợp tại thời điểm chấm dứt Hợp đồng Bảo Hiểm, nếu một Người được bảo hiểm phải Nằm Viện trong khoảng thời gian không ít hơn mười tám (18) giờ liên tục để điều trị Ôm đau/Bệnh tật và/hoặc Thương tật thì thời điểm chấm dứt trách nhiệm bảo hiểm sẽ được tự động gia hạn đến khi:

i. Người được bảo hiểm đó được xuất viện sau khi đã hoàn tất việc điều trị Ôm đau/Bệnh tật và/hoặc Thương tật đó, HOẶC

ii. Người được bảo hiểm đó đã sử dụng hết các quyền lợi cho việc điều trị Ôm đau/Bệnh tật và/hoặc Thương tật đó,

tùy thời điểm nào xảy ra trước.

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

i. ngày Người được bảo hiểm không còn đủ điều kiện được bảo hiểm với tư cách là Người phụ thuộc theo quy định của bản Quy tắc bảo hiểm này;

ii. ngày hết thời hạn mà theo đó khoản Phí bảo hiểm của Người phụ thuộc phải được thanh toán đầy đủ liên quan đến bảo hiểm của Người phụ thuộc đó;

iii. Người phụ thuộc cư trú tại Hợp chủng quốc Hoa Kỳ/Canada trong thời gian trên mười hai (12) tuần liên tiếp.

Trong các trường hợp (i), hoặc (ii) nêu trên, Bên mua bảo hiểm sẽ có quyền nhận lại Phí bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm đó, trừ đi khoản phí phải đóng cho Liberty trong thời hạn 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.

Điều 4. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

- (a) Liberty có thể đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bằng việc gửi một thông báo bằng văn bản đến địa chỉ được biết cuối cùng của Bên mua bảo hiểm trước ba mươi (30) ngày. Trong trường hợp này, Liberty sẽ trả lại cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ phí bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm.
- (b) Bên mua bảo hiểm có thể đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bằng việc gửi một thông báo bằng văn bản cho Liberty. Nếu không có yêu cầu bồi thường nào được gửi cho Liberty trong Thời hạn bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm sẽ được quyền nhận lại toàn bộ phí bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm, **LUÔN LUÔN VỚI ĐIỀU KIỆN** là trong mọi trường hợp, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm không có bất kỳ vi phạm nào đối với Hợp đồng bảo hiểm tại thời điểm đó.
- (c) Hợp đồng bảo hiểm sẽ cũng được chấm dứt khi chấm dứt quyền lợi của tất cả Người được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.

Điều 5. Phối hợp quyền lợi bảo hiểm/Bảo hiểm khác

- (a) Hợp đồng bảo hiểm trùng là trường hợp bên mua bảo hiểm giao kết hợp đồng bảo hiểm với hai doanh nghiệp bảo hiểm trở lên để bảo hiểm cho cùng một đối tượng, với cùng điều kiện và sự kiện bảo hiểm. Tổng số tiền bồi thường của các doanh nghiệp bảo hiểm không vượt quá giá trị thực tế phát sinh cho Người được bảo hiểm.
- (b) Việc giải quyết bồi thường trong trường hợp xảy ra bảo hiểm trùng đối với Người được bảo hiểm được thực hiện theo nguyên tắc sau:
 - i. Đối với những điều kiện bảo hiểm trùng nhau giữa Hợp đồng bảo hiểm với Liberty và (các) hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm của (các) doanh nghiệp bảo hiểm khác: Liberty chỉ chịu trách nhiệm bồi thường theo tỷ lệ giữa số tiền bảo hiểm đã thỏa thuận và được ghi trên Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm trên tổng số tiền bảo hiểm của tất cả các hợp đồng bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã giao kết.
 - ii. Đối với những điều kiện bảo hiểm không trùng nhau giữa Hợp đồng bảo hiểm với Liberty và (các) hợp đồng bảo hiểm/giấy chứng nhận bảo hiểm của (các) doanh nghiệp bảo hiểm khác, Liberty chịu trách nhiệm bồi thường theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm.

Điều 6. Luật áp dụng

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

Bất kỳ tranh chấp hoặc xung đột nào phát sinh theo hoặc liên quan tới Hợp đồng bảo hiểm sử dụng Quy tắc bảo hiểm này sẽ được các bên giải quyết trước tiên thông qua thương lượng và hòa giải. Nếu hai bên không giải quyết được trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày một bên thông báo cho bên kia về tranh chấp phát sinh thì bên nào cũng có quyền đưa tranh chấp ra một tòa án có thẩm quyền của nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam để giải quyết xung đột

hoặc tranh chấp đó. Thời hiệu khởi kiện về Hợp đồng bảo hiểm là ba (03) năm, kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

Điều 7. Ngôn ngữ áp dụng

Bản Quy tắc bảo hiểm này 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 được ưu tiên áp dụng.

PHẦN II – ĐỐI TƯỢNG BẢO HIỂM

1. Những đối tượng sau đây có thể là Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm, tùy theo từng trường hợp cụ thể:
 - (a) Người được bảo hiểm phải là công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài cư trú hợp pháp 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;
 - (b) Người được bảo hiểm chỉ có thể là trẻ em nếu trẻ em đó tham gia bảo hiểm cùng Hợp đồng bảo hiểm với bố/mẹ.
2. Công dân của các nước bị cấm vận theo nghị quyết của Liên Hiệp Quốc, Hợp chủng quốc Hoa Kỳ, Liên Hiệp Châu Âu và Vương Quốc Anh và người có Nước cư trú thường xuyên là Mỹ hoặc Canada bất kể quốc tịch không phải là đối tượng bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.
3. Đối với Hợp đồng bảo hiểm:
 - (a) Độ tuổi tối đa được đăng ký là 64 Tuổi.
 - (b) 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.
 - (c) 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 Liberty.
 - (d) Trẻ em vị thành niên không được bảo hiểm độc lập theo Chương trình bảo hiểm.
 - (e) Trẻ sơ sinh sẽ đủ điều kiện được bảo hiểm sau mười lăm (15) ngày kể từ ngày sinh hoặc mười lăm (15) ngày sau khi xuất viện nơi được sinh, tùy thời điểm nào đến sau, sau khi Bên mua bảo hiểm đã nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm và phụ thuộc vào việc có bằng chứng thỏa đáng về tình trạng sức khỏe tốt và được Liberty chấp thuận trước.
 - (f) Phạm vi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm chỉ áp dụng cho những đối tượng có nghề nghiệp thuộc Nhóm nghề nghiệp loại I và Nhóm nghề nghiệp loại II.

Nếu Người được bảo hiểm thuộc Nhóm nghề nghiệp loại III hoặc chuyển sang Nhóm nghề nghiệp loại III hoặc Nhóm nghề nghiệp loại IV tại bất kỳ thời điểm nào trong Thời hạn bảo hiểm, Người được bảo hiểm có nghĩa vụ thông báo cho Liberty. Khi đó, nếu Liberty đồng ý, Liberty sẽ bảo hiểm cho Người được bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm sẽ phải đóng thêm một khoản Phí bảo hiểm như đã thỏa thuận. Hợp đồng bảo hiểm sẽ quy định cụ thể danh sách Người được bảo hiểm thuộc Nhóm nghề nghiệp loại III hoặc Nhóm nghề nghiệp loại IV.

Việc Người được bảo hiểm không thực hiện nghĩa vụ thông báo chuyển sang Nhóm nghề nghiệp loại III hoặc Nhóm nghề nghiệp loại IV như quy định phía trên sẽ dẫn đến việc Liberty sẽ từ chối yêu cầu bồi thường của Người được bảo

hiêm, hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm từ thời điểm Người được bảo hiểm chuyển sang Nhóm nghề nghiệp loại III hoặc Nhóm nghề nghiệp loại IV và sẽ hoàn trả lại khoản Phí bảo hiểm cho thời gian còn lại của Thời hạn bảo hiểm nếu Liberty chưa chi trả cho bất kỳ yêu cầu bồi thường nào của Người được bảo hiểm.

PHẦN III – PHẠM VI BẢO HIỂM

Điều 1. Quyền lợi bảo hiểm

Các loại quyền lợi bảo hiểm bao gồm:

- a. Điều trị nội trú là quyền lợi bảo hiểm cơ bản và luôn áp dụng cho Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.
- b. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung tùy chọn bao gồm:
 - i. Điều trị ngoại trú, được áp dụng cùng với chương trình Điều trị nội trú;
 - ii. Chăm sóc nha khoa, chỉ áp dụng cùng với Chương trình Điều trị ngoại trú;
 - iii. Chăm sóc thai sản, chỉ áp dụng cùng với Chương trình Điều trị nội trú.

Tất cả các quyền lợi bảo hiểm chỉ được áp dụng trong phạm vi lãnh thổ được quy định cụ thể trong Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm.

1.1. Các nguyên tắc cơ bản trong việc chi trả bồi thường cho Người được bảo hiểm

Tùy thuộc vào các điều khoản và điều kiện của Quy tắc bảo hiểm này, Liberty sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm đối với các chi phí phát sinh cho Người được bảo hiểm nếu các chi phí đó thỏa mãn đồng thời các điều kiện sau:

- i. có nguyên nhân trực tiếp với các Ốm đau/Bệnh tật, Thương tật, Chăm sóc nha khoa và/hoặc Chăm sóc thai sản (nếu áp dụng) thuộc phạm vi bảo hiểm của Người được bảo hiểm; VÀ
- ii. phát sinh trong Thời hạn bảo hiểm cho các quyền lợi quy định trong Hợp đồng bảo hiểm; VÀ
- iii. được thể hiện trên các hóa đơn, chứng từ hợp lệ theo quy định của pháp luật của quốc gia nơi tiến hành việc điều trị; VÀ
- iv. phải là Chi phí thông thường và hợp lý tại quốc gia nơi tiến hành việc điều trị; VÀ
- v. không vượt quá Giới hạn trách nhiệm và các Giới hạn phụ liên quan (nếu có) được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

Các nguyên tắc trên sẽ áp dụng cho tất cả và bất kỳ chi trả cho các quyền lợi bảo hiểm mà Liberty thực hiện, bao gồm các quyền lợi bảo hiểm được liệt kê tại Điều 1.2 bên dưới của Phần III này và các quyền lợi bảo hiểm khác được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

1.2. Các điều kiện cụ thể áp dụng cho các quyền lợi bảo hiểm

Ngoài việc áp dụng theo các nguyên tắc cơ bản được quy định tại Điều 1.1. của Phần III này, các quyền lợi bảo hiểm được liệt kê dưới đây sẽ chỉ có thể được áp dụng vào thời điểm và sau khi đã đáp ứng tất cả các điều kiện được quy định sau đây:

STT	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	THỜI ĐIỂM VÀ ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG
1	QUYỀN LỢI CHƯƠNG TRÌNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ	
1.1	Chi phí dịch vụ Nằm viện	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi Người được bảo hiểm đã nhập viện để thực hiện Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày tại một Cơ sở y tế.
1.1.1	Tiền phòng và ăn uống theo ngày	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi Người được bảo hiểm đã nhập viện để thực hiện Điều trị nội trú tại một Cơ sở y tế. Trong mọi trường hợp, cho dù hạng phòng thực tế mà Người được bảo hiểm sử dụng cao hơn hạng Phòng riêng tiêu chuẩn, Liberty sẽ chỉ chi trả tối đa tới chi phí cho Phòng riêng tiêu chuẩn tại Cơ sở y tế nơi Người được bảo hiểm nhập viện để điều trị.
1.1.2	Phòng săn sóc đặc biệt theo ngày	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi Người được bảo hiểm phải nhập viện và phải chi trả cho các chi phí phòng săn sóc đặc biệt khi cần thiết để Điều trị nội trú tại Cơ sở y tế trong các tình trạng Khẩn cấp, Ốm đau/Bệnh tật hoặc Thương tật.
1.1.3	Giường cho người nhà theo ngày	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi Người được bảo hiểm là Trẻ em vị thành niên được nhập viện để Điều trị nội trú tại Cơ sở y tế. Trách nhiệm bảo hiểm của Liberty sẽ được giới hạn trong thời gian tối đa là mười (10) ngày trong một (1) Năm bảo hiểm.
1.1.4	Chi phí Bác sĩ phẫu thuật	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi Người được bảo hiểm đã nhập viện để thực hiện phẫu thuật tại một Cơ sở y tế.
1.1.5	Chi phí Bác sĩ gây mê	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi Người được bảo hiểm đã nhập viện để thực hiện phẫu thuật tại một Cơ sở y tế.
1.1.6	Chi phí dịch vụ Nằm viện khác	Ngoại trừ tất cả các quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điểm 1.1. (Chi phí dịch vụ Nằm viện), Điểm 1.1.1 (Tiền phòng và ăn uống theo ngày), Điểm 1.1.2 (Phòng săn sóc đặc biệt theo ngày), Điểm 1.1.3 (Giường cho người nhà theo ngày), Điểm 1.1.4 (Chi phí Bác sĩ phẫu thuật) và Điểm 1.1.5 (Chi phí Bác sĩ gây mê) nói trên, Liberty sẽ thanh toán các chi phí cho dịch vụ Nằm viện khác khi

STT	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	THỜI ĐIỂM VÀ ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG
		Người được bảo hiểm đã nhập viện để thực hiện Điều trị nội trú hoặc Điều trị trong ngày tại một Cơ sở y tế.
1.2	Điều trị ung thư	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này với điều kiện Thời gian chờ của Điều trị ung thư đối với từng Chương trình bảo hiểm thỏa mãn quy định tại Điều 5 Phần III.
1.3	Điều trị trong ngày	<p>Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi mỗi lần Nằm viện phải đủ Thời gian Nằm viện tối thiểu, trừ trường hợp không yêu cầu thời gian tối thiểu Nằm viện nếu việc Nằm viện có liên quan đến một cuộc phẫu thuật, điều trị cấp cứu vì lí do Tai nạn hoặc Ốm đau/Bệnh tật.</p> <p>Nếu Người được bảo hiểm trải qua cuộc phẫu thuật hoặc Nằm viện tại một Cơ sở y tế dưới hai mươi bốn (24) giờ liên tục do Tai nạn hoặc Ốm đau/Bệnh tật, Liberty 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.</p>
1.4	Dịch vụ xe cấp cứu	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi những dịch vụ vận chuyển cấp cứu đường bộ Cần thiết về mặt y học hoặc Khẩn cấp đến và từ Cơ sở y tế.
1.5	Cấy ghép bộ phận đối với thận, tim, gan và tủy xương	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này theo quy định tại Điều 1.1 Phần III.
1.6	Điều trị trước và sau khi Nằm viện	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi Người được bảo hiểm thực hiện việc Điều trị nội trú hoặc phẫu thuật.
1.6.1	Điều trị trước khi Nằm viện	Trách nhiệm của Liberty sẽ được giới hạn trong thời gian tối đa là ba mươi (30) ngày liên tục ngay trước khi Nằm viện trong một (1) Năm bảo hiểm.
1.6.2	Điều trị sau khi Nằm viện	Trách nhiệm của Liberty sẽ được giới hạn trong thời gian tối đa là chín mươi (90) ngày liên tục ngay sau khi Nằm viện trong một (1) Năm bảo hiểm.
1.7	Điều trị tại khoa cấp cứu	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này khi Người được bảo hiểm thực hiện việc Điều trị tại khoa cấp cứu.

STT	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	THỜI ĐIỂM VÀ ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG
1.8	Y tá chăm sóc tại nhà	Trách nhiệm của Liberty sẽ được giới hạn trong thời gian tối đa là một trăm tám mươi hai (182) ngày trong một (1) Năm bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm.
1.9	Trợ cấp Cơ sở y tế công lập	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này trong trường hợp Người được bảo hiểm nhập viện để thực hiện (các) Điều trị nội trú tại các Cơ sở y tế công lập trên lãnh thổ Việt Nam. Trách nhiệm của Liberty sẽ được giới hạn trong thời gian tối đa là ba mươi (30) ngày trong một (1) Năm bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm.
1.10	Điều trị nha khoa Khẩn cấp sau Tai nạn	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này sau khi Tai nạn xảy ra đối với Người được bảo hiểm.
1.11	Vận chuyển y tế cấp cứu/Hồi hương	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này theo quy định tại Điều 1.1 Phần III
1.12	Vận chuyển thi hài về quê quán	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này theo quy định tại Điều 1.1 Phần III
1.13	Trợ cấp mai táng	Trong trường hợp Người được bảo hiểm chết do Tai nạn, Óm đau/Bệnh tật hoặc Thương tật tại Cơ sở y tế, Liberty sẽ chi trả chi phí mai táng cho đại diện hoặc người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.
1.14	Thông tin và hỗ trợ về y tế/pháp luật	Liberty sẽ cung cấp quyền lợi này cho Người được bảo hiểm 24/7.
2	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG TỰY CHỌN	
2.1	Chương trình Điều trị ngoại trú	
a.	Điều trị ngoại trú tổng quát	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này nếu Người được bảo hiểm được khám và Điều trị ngoại trú bởi Bác sĩ đa khoa.
b.	Điều trị ngoại trú chuyên khoa	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này nếu Người được bảo hiểm được khám và Điều trị ngoại trú bởi Bác sĩ chuyên khoa.
c.	Chụp X-quang và xét nghiệm	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này theo quy định tại Điều 1.1 Phần III.
d.	Thuốc theo đơn kê	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này theo quy định tại Điều 1.1 Phần III.

STT	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	THỜI ĐIỂM VÀ ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG
e.	Chữa trị Đông y, Nắn xương & Châm cứu Đông y	Trách nhiệm bảo hiểm của Liberty sẽ được giới hạn tối đa là mười (10) lần thăm khám, điều trị trong một (1) Năm bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm.
f.	Điều trị vật lý trị liệu và Nắn khớp xương (theo chỉ định của Bác sĩ)	Trách nhiệm bảo hiểm của Liberty sẽ được giới hạn tối đa là mười lăm (15) lần thăm khám, điều trị và giới hạn chi phí mỗi lần thăm khám, điều trị trong một (1) Năm bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm.
g.	Kiểm tra sức khỏe hàng năm/khám sức khỏe cho việc cấp giấy phép lao động	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này theo quy định tại Điều 1.1 Phần III.
h.	Tiêm vắc-xin	Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này đối với các chi phí khám và tư vấn của Bác sĩ, chi phí vắc-xin và các chi phí liên quan trực tiếp đến việc tiêm hoặc uống vắc-xin đó.
i.	Chăm sóc thị lực	Trách nhiệm bảo hiểm của Liberty sẽ được giới hạn là một (1) lần kiểm tra thị lực và chi phí cho một (1) kính mắt hoặc một (1) kính áp tròng trong một (1) Năm bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm.
2.2	Chăm sóc nha khoa	<p>Đồng chi trả với tỷ lệ hai mươi phần trăm (20%) sẽ được áp dụng với mỗi lần điều trị nha khoa.</p> <p>Liberty sẽ thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm này nhưng không vượt quá các Giới hạn phụ nằm trong quyền lợi Chăm sóc nha khoa như được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kiểm tra răng định kỳ một (1) lần trong một (1) Năm bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm; - Chăm sóc răng cơ bản; và - Điều trị nha khoa chủ yếu. <p>Các dịch vụ này phải được thực hiện bởi một Bác sĩ chuyên ngành răng hàm mặt tại một Cơ sở y tế có đăng ký 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.</p> <p>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.</p>

STT	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	THỜI ĐIỂM VÀ ĐIỀU KIỆN ÁP DỤNG						
2.3	Thai sản	<p>Trường hợp quyền lợi bảo hiểm này được bao gồm trong Hợp đồng bảo hiểm, ngoại trừ trường hợp chấm dứt mang thai do hư thai hoặc phá thai vì lý do y tế thì Thời gian chờ và giới hạn chi trả cho quyền lợi này được áp dụng như sau:</p> <table border="1" data-bbox="743 495 1492 938"> <tr> <td data-bbox="743 495 1107 730">Thời gian kể từ ngày có hiệu lực đầu tiên của quyền lợi Thai sản của Người được bảo hiểm</td> <td data-bbox="1107 495 1492 730">Giới hạn chi trả (% Giới hạn trách nhiệm của quyền lợi Thai sản như được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="743 730 1107 835">Sau mười hai (12) tháng liên tục</td> <td data-bbox="1107 730 1492 835">50%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="743 835 1107 938">Sau hai mươi bốn (24) tháng liên tục</td> <td data-bbox="1107 835 1492 938">100%</td> </tr> </table> <p>Trong mọi trường hợp, thời điểm bắt đầu mang thai của Người được bảo hiểm theo xác nhận của Bác Sĩ phải sau mười hai (12) tháng liên tục kể từ ngày có hiệu lực đầu tiên của quyền lợi Thai sản của Người được bảo hiểm.</p> <p>Quyền lợi bảo hiểm Chăm sóc thai sản bao gồm quyền lợi Chăm sóc trẻ sơ sinh. Trách nhiệm bảo hiểm của Liberty đối với quyền lợi Chăm sóc trẻ sơ sinh sẽ được giới hạn tối đa là năm (5) ngày tính từ ngày sinh của trẻ sơ sinh hoặc, trong trường hợp có tình trạng y khoa cấp tính và bất kì chi phí liên quan đến các triệu chứng lúc sinh hoặc có biểu hiện bệnh tật thì việc Điều trị nội trú được mở rộng lên đến ba mươi (30) ngày tính từ ngày sinh của trẻ sơ sinh.</p>	Thời gian kể từ ngày có hiệu lực đầu tiên của quyền lợi Thai sản của Người được bảo hiểm	Giới hạn chi trả (% Giới hạn trách nhiệm của quyền lợi Thai sản như được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm)	Sau mười hai (12) tháng liên tục	50%	Sau hai mươi bốn (24) tháng liên tục	100%
Thời gian kể từ ngày có hiệu lực đầu tiên của quyền lợi Thai sản của Người được bảo hiểm	Giới hạn chi trả (% Giới hạn trách nhiệm của quyền lợi Thai sản như được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm)							
Sau mười hai (12) tháng liên tục	50%							
Sau hai mươi bốn (24) tháng liên tục	100%							

Điều 2. Phạm vi lãnh thổ

Phạm vi bảo hiểm phụ thuộc vào khu vực địa lý được liệt kê trong Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm mà Phí bảo hiểm khu vực phù hợp được thanh toán, cụ thể gồm hai (2) khu vực sau:

- 2.1. Khu vực 0: chỉ bao gồm Việt Nam.
- 2.2. Khu vực 5: Việt Nam, Thái Lan, Malaysia, Indonesia, Philippines, Lào, Campuchia, Myanmar, Brunei và Đông Timor.

Điều 3. Đại diện/Thừa kế

Đại diện hoặc người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm sẽ có quyền hành động thay cho Người được bảo hiểm đó nếu Người được bảo hiểm bị mất năng lực hành vi dân sự hoặc chết.

Các quyền lợi bảo hiểm sẽ được Liberty thanh toán cho Người được bảo hiểm, người đại diện hoặc người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm (nếu áp dụng) hoặc Cơ sở y tế thuộc Hệ thống thanh toán trực tiếp (nếu áp dụng).

Điều 4. Trở về Quê quán/Thay đổi Nước cư trú thường xuyên

Đối với những công dân Hợp chủng 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 chủng quốc Hoa Kỳ/Canada trong thời gian trên mười hai (12) tuần, Chương trình bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt. Người được bảo hiểm sẽ có nghĩa vụ thông báo cho Liberty ngay Người được bảo hiểm đó trở về Quê quán hoặc thay đổi Nước cư trú thường xuyên sang Hợp chủng quốc Hoa Kỳ/Canada trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày trở về/thay đổi đó. Phí bảo hiểm đã nộp sẽ được hoàn trả theo điều khoản về chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm quy định tại Điều 4 của Phần I của Quy tắc bảo hiểm này.

Đối với những thay đổi Nước cư trú thường xuyên không phải là Hợp chủng quốc Hoa Kỳ hay Canada trong Năm bảo hiểm, Liberty 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 về chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm quy định tại Điều 4 của Phần I của Quy tắc bảo hiểm này. Vì mục đích của quy định này, “**thay đổi Nước cư trú thường xuyên**” là Người được bảo hiểm không còn cư trú tại Nước cư trú thường xuyên của mình như đã khai báo trong Giấy yêu cầu bảo hiểm, hoặc có ý định chuyển tới ở một quốc gia khác trong thời gian trên mười hai (12) tuần.

Điều 5. Thời gian chờ

Đối với Hợp đồng bảo hiểm **chỉ có một (1) Người được bảo hiểm**, các quy định về Thời gian chờ sau đây sẽ được áp dụng cho **mọi Chương trình bảo hiểm**:

- Thời gian chờ ba mươi (30) ngày sẽ được bắt đầu tính từ Ngày hiệu lực và sẽ được áp dụng cho tất cả các điều trị (trừ các điều trị do Tai nạn); VÀ
- Thời gian chờ ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày sẽ được bắt đầu tính từ Ngày hiệu lực đến ngày xuất hiện triệu chứng đầu tiên theo xác nhận của Bác sĩ và Cơ sở y tế nơi Người được bảo hiểm đang điều trị và sẽ được áp dụng cho tất cả các loại Bệnh ung thư, bệnh cơ-xương-khớp và rối loạn tim mạch.

Đối với Hợp đồng bảo hiểm **có từ hai (2) Người được bảo hiểm trở lên**, các quy định về Thời gian chờ sau đây sẽ được áp dụng cho **Chương trình bảo hiểm hạng Đồng (Bronze) và hạng Bạc (Silver)**:

- Thời gian chờ ba mươi (30) ngày sẽ được bắt đầu tính từ Ngày hiệu lực và sẽ được áp dụng cho tất cả các điều trị (trừ các điều trị do Tai nạn); VÀ
- Thời gian chờ ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày sẽ được bắt đầu tính từ Ngày hiệu lực đến ngày xuất hiện triệu chứng đầu tiên theo xác nhận của Bác sĩ và Cơ sở y tế nơi Người được bảo hiểm đang điều trị và sẽ được áp dụng cho tất cả các loại Bệnh ung thư, bệnh cơ-xương-khớp và rối loạn tim mạch.

Đối với Hợp đồng bảo hiểm **có từ hai (2)** Người được bảo hiểm **trở lên**, các quy định về Thời gian chờ sau đây sẽ được áp dụng cho **Chương trình bảo hiểm hạng Vàng (Gold), hạng Bạch kim (Platinum) và hạng Kim cương (Diamond)**:

- Thời gian chờ ba mươi (30) ngày sẽ được bắt đầu tính từ Ngày hiệu lực và sẽ được áp dụng cho tất cả các điều trị (trừ các điều trị do Tai nạn).
- Thời gian chờ chín mươi (90) ngày sẽ được bắt đầu tính từ Ngày hiệu lực đến ngày xuất hiện triệu chứng đầu tiên theo xác nhận của Bác sĩ và Cơ sở y tế nơi Người được bảo hiểm đang điều trị và sẽ được áp dụng cho tất cả các loại Bệnh ung thư. Chi phí điều trị sẽ được Liberty 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 thực tế)
Sau 90 ngày liên tục	70%
Sau 180 ngày liên tục	100%

Điều 6. Đồng chi trả

6.1 Đồng chi trả áp dụng cho các điều trị trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam

- i. Đối với Hợp đồng bảo hiểm **chỉ có một (1)** Người được bảo hiểm, các quy định về Đồng chi trả sau đây sẽ được áp dụng cho **Chương trình bảo hiểm hạng Đồng (Bronze) và hạng Bạc (Silver)**: Đồng chi trả với tỷ lệ hai mươi phần trăm (20%) sẽ áp dụng cho tất cả các điều trị tại bất kỳ Cơ sở y tế nào.
- ii. Đối với Hợp đồng bảo hiểm **chỉ có một (1)** Người được bảo hiểm, các quy định về Đồng chi trả sau đây sẽ được áp dụng cho **Chương trình bảo hiểm hạng Vàng (Gold), hạng Bạch kim (Platinum) và hạng Kim cương (Diamond)**: Đồng chi trả với tỷ lệ hai mươi phần trăm (20%) chỉ được áp dụng cho tất cả các điều trị tại bệnh viện FV, Family Medical Practice, Raffles Medical, bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec, bệnh viện Việt-Pháp Hà Nội.
- iii. Đối với Hợp đồng bảo hiểm **có từ hai (2)** Người được bảo hiểm **trở lên**, các quy định về Đồng chi trả sau đây sẽ được áp dụng cho **Chương trình bảo hiểm hạng Đồng (Bronze) và hạng Bạc (Silver)**:
 - Đối với tất cả những Người được bảo hiểm có độ tuổi từ mười lăm (15) ngày Tuổi đến hai (2) Tuổi: Đồng chi trả với tỷ lệ bốn mươi phần trăm (40%) sẽ áp dụng cho tất cả các điều trị tại bất kỳ Cơ sở y tế nào.
 - Đối với tất cả những Người được bảo hiểm khác: Đồng chi trả với tỷ lệ hai mươi phần trăm (20%) sẽ áp dụng cho tất cả các điều trị tại bất kỳ Cơ sở y tế nào.

iv. Đối với Hợp đồng bảo hiểm có từ hai (2) Người được bảo hiểm trở lên, các quy định về Đồng chi trả sau đây sẽ được áp dụng cho **Chương trình bảo hiểm hạng Vàng (Gold), hạng Bạch kim (Platinum) và hạng Kim cương (Diamond)**:

- Đối với tất cả những Người được bảo hiểm có độ tuổi từ mười lăm (15) ngày Tuổi đến hai (2) Tuổi: Đồng chi trả với tỷ lệ hai mươi phần trăm (20%) sẽ áp dụng cho tất cả các điều trị tại bất kỳ Cơ sở y tế nào.
- Đối với tất cả những Người được bảo hiểm khác: Đồng chi trả với tỷ lệ hai mươi phần trăm (20%) chỉ được áp dụng cho tất cả các điều trị tại bệnh viện FV, Family Medical Practice, Raffles Medical, bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec, bệnh viện Việt-Pháp Hà Nội.

6.2 Đồng chi trả áp dụng cho các điều trị ngoài phạm vi lãnh thổ Việt Nam

Đồng chi trả với tỷ lệ hai mươi phần trăm (20%) sẽ áp dụng cho tất cả các điều trị được thực hiện bên ngoài lãnh thổ Việt Nam.

PHẦN IV – ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

Điều 1. Các 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 Liberty sẽ không chịu trách nhiệm:

- (1) Điều trị tâm thần, rối loạn hành vi, rối loạn tâm thần bao gồm bệnh trầm cảm, rối loạn ăn uống, rối loạn giấc ngủ 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;
- (2) Khám và điều trị liên quan tới các khuyết tật bẩm sinh và các Bệnh bẩm sinh. Các khuyết tật bẩm sinh bao gồm cả các bệnh di truyền và 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;
- (3) Các xét nghiệm, việc khám và điều trị liên quan tới bệnh vô sinh, biện pháp tránh thai, triệt sản, thụ thai nhân tạo hoặc việc phá thai, và các điều trị khác là do các hậu quả của những điều trị này;
- (4) Khám và điều trị không phải do một Cơ sở y tế hợp pháp thực hiện hay yêu cầu, hoặc việc điều trị mà một Bác sĩ chuyên ngành độc lập được Liberty thuê để cho ý kiến chuyên môn, cho là không Cần thiết về mặt y học;
- (5) Kiểm tra mắt và tai định kỳ, kể cả chi phí về làm kính mắt, kính áp tròng, phục hồi thị lực hoặc khúc xạ mắt, bao gồm tất cận thị, viễn thị và lão thị, trừ khi có quy định rõ và được xác nhận trong Chương trình bảo hiểm;
- (6) Điều trị phát sinh từ các rối loạn/thói quen nghiện ngập, ví dụ như lạm dụng thuốc hoặc nghiện rượu;
- (7) Điều trị đối với Thương tật do Người được bảo hiểm tự gây ra hoặc do Người được bảo hiểm tự tử;
- (8) 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 đó không Cần thiết về mặt y học theo ý kiến chuyên môn của một Bác sĩ chuyên ngành độc lập được Liberty thuê để cho ý kiến chuyên môn;
- (9) Điều trị được thực hiện bởi Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm hoặc bởi người thân trong gia đình của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đối với chính bản thân mình hoặc đối với Người phụ thuộc của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm hoặc người thân gia đình nói trên là Bác sĩ làm việc tại Cơ sở y tế nơi việc điều trị được thực hiện;
- (10) Phẫu thuật thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình vì lý do thẩm mỹ. Điều trị liên quan tới hoặc phát sinh từ việc loại bỏ các vấn đề về chất béo, chất dư thừa hay để giảm cân hoặc

điều trị khác được thực hiện với lý do thẩm mỹ hoặc tâm lý bao gồm chữa bệnh rụng tóc, tàn nhang, hói;

- (11) Nhập viện để chẩn đoán, Chụp X-quang và xét nghiệm hoặc Điều trị 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;
- (12) Các xét nghiệm, khám và điều trị các bệnh lây qua đường tình dục và điều trị bệnh bất lực hoặc bất kỳ bệnh nào có liên quan;
- (13) Chi phí mua bộ phận cơ thể người, nhận cơ quan nội tạng và/hoặc tất cả các chi phí cho người hiến tặng;
- (14) Xét nghiệm và điều trị Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), Hội chứng phức hợp liên quan đến AIDS (ARCS) và toàn bộ các bệnh gây ra bởi và/hoặc liên quan đến vi rút HIV dương tính;
- (15) Các Bệnh có sẵn hoặc các Thương tật có liên quan, đi kèm hoặc có tính hậu quả;
- (16) Các chi phí vượt quá Chi phí thông thường và hợp lý;
- (17) 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 trú trường hợp được xác định theo định nghĩa Dịch vụ xe cứu thương trong nước;
- (18) Điều trị nội khoa thử nghiệm và chưa được chứng minh về mặt khoa học;
- (19) Khám và điều trị chấn thương hoặc bệnh lâu dài trong khi tham gia vào (bao gồm bất kỳ chương trình luyện tập hoặc rèn luyện thể lực đối với) cuộc thi hoặc cuộc thi đấu nào, bao gồm các hoạt động sau:
 - (a) đua xe dưới bất kỳ hình thức nào, bao gồm 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;
 - (b) 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);
 - (c) thám hiểm hang động, leo đá hoặc leo núi (có hay không có sử dụng dây thừng hoặc thiết bị khác);
 - (d) nhảy bun-gee;
 - (e) lặn có đeo bình dưỡng khí;
 - (f) pô lô, đua ngựa vượt rào;
 - (g) các môn võ thuật;
 - (h) bay khinh khí cầu;
 - (i) bất kỳ môn thể thao nào có tổ chức thực hiện trên cơ sở tài trợ; và/hoặc

- (j) bất kì hoạt động mạo hiểm nào khác, bao gồm các hoạt động cố ý đặt mình vào tình trạng nguy hiểm đặc biệt (ngoại trừ trường hợp nỗ lực để cứu sống người).
- (21) 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 kì tình trạng liên quan khác;
- (22) Bổ sung chế độ ăn uống và các chất sẵn có trong tự nhiên mà có thể mua không cần toa, bao gồm vitamin, khoáng chất, thực phẩm chức năng, thực phẩm hỗ trợ điều trị y tế;
- (23) 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;
- (24) Điều trị Ốm đau/Bệnh tật, Thương tật phát sinh do chiến tranh, xâm lược, hành động của các thế lực thù địch bên ngoài, thù địch hoặc các hoạt động hiếu chiến (dù có tuyên bố hay không), nội chiến, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa, dân biến hoặc tham gia vào các cuộc nổi dậy, lực lượng quân đội hay lực lượng tiềm quyền;
- (25) Điều trị Ốm đau/Bệnh tật, Thương tật phát sinh do Hành động khủng bố;
- (26) Tiếp xúc năng lượng hạt nhân, phóng xạ ion hóa hay nhiễm phóng xạ thuộc bất kỳ loại nào;
- (27) Các chi phí y tế liên quan đến việc khám và/hoặc điều trị Ốm đau/Bệnh tật, Thương tật trực tiếp phát sinh do thực hiện và/hoặc tham gia vào việc thực hiện (các) hành động bất hợp pháp (bao gồm các hành động mà theo quy định của pháp luật thì người thực hiện sẽ bị phạt tù), các hành động mà pháp luật cấm hoặc các hành động không tuân thủ các nghĩa vụ theo quy định của pháp luật khác, ví dụ như 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 một cách hợp lệ), hành hung và gây thương tích;
- (28) Liệu pháp thay thế tế bào gốc, ngoại trừ trường hợp ghép tủy xương;
- (29) Toàn bộ việc Vận chuyển y tế cấp cứu/Hồi hương hoặc Hồi hương thi hài không được Liberty hoặc Đơn vị hỗ trợ y tế chấp thuận trước;
- (30) Bất kỳ điểm loại trừ nào khác về Vận chuyển y tế cấp cứu/Hồi hương hoặc Hồi hương thi hài được quy định cụ thể trong hợp đồng dịch vụ giữa Đơn vị hỗ trợ y tế và Liberty, mà các phạm vi dịch vụ và điều khoản loại trừ này đã được Liberty thông báo cho Bên mua bảo hiểm; và
- (31) Các bộ phận giả, Thiết bị phục hồi, các thiết bị y tế và chi phí y tế nằm ngoài cơ thể không thuộc phạm vi bảo hiểm (bao gồm việc ghép tim nhân tạo, (các) thiết bị hỗ trợ một hay hai tâm thất), ngoại trừ các mô cấy phẫu thuật tiêu chuẩn, chi phí mua sắm hoặc sử dụng các thiết bị nổi đặc biệt, dụng cụ, xe lăn, nạng hoặc các Thiết bị khác;

Điều 2. Điều khoản loại trừ liên quan đến cấm vận

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 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.

PHẦN V – QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM VÀ BÊN MUA BẢO HIỂM

Điều 1. Quyền của Người được bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm có quyền:

- a. Lựa chọn Chương trình bảo hiểm phù hợp với yêu cầu của mình;
- b. Yêu cầu Liberty giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; cấp Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- c. Đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trong các trường hợp mà Quy tắc bảo hiểm này và pháp luật Việt Nam quy định;
- d. Yêu cầu Liberty trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc bồi thường cho Người được bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm;
- e. Chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc theo quy định của pháp luật và
- f. Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

Điều 2. Nghĩa vụ của Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm có nghĩa vụ (nếu Người được bảo hiểm là trẻ em vị thành niên thì cha/mẹ/người giám hộ được chỉ định hợp pháp của Người được bảo hiểm sẽ có nghĩa vụ):

- a. Đóng Phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- b. kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm vào Giấy yêu cầu bảo hiểm và cung cấp cho Liberty các thông tin khác kèm theo Giấy yêu cầu bảo hiểm, đồng thời chịu trách nhiệm về tính chính xác, trung thực của các thông tin đó; Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm không kê khai đầy đủ, trung thực bất kỳ thông tin nào mà Liberty yêu cầu phải kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và/hoặc trong giấy yêu cầu bồi thường, mà nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm kê khai đầy đủ, trung thực thông tin đó thì Liberty đã không đồng ý bảo hiểm cho Người được bảo hiểm, Liberty có quyền từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo hiểm.
- c. Thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Liberty trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của bản Quy tắc bảo hiểm này;
- d. Thực hiện các nghĩa vụ khi yêu cầu bồi thường khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm theo các quy định của Phần VII của bản Quy tắc bảo hiểm này, đồng thời phải phối hợp và hỗ trợ Liberty trong việc điều tra nguyên nhân;

- e. Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất để ngăn ngừa việc xảy ra các Sự kiện bảo hiểm, và phải tuân theo yêu cầu và nghĩa vụ theo luật định;
- f. Khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm hay đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm, trong thời gian sớm nhất có thể, có nghĩa vụ:
 - i. Gửi cho Liberty đơn yêu cầu bồi thường bảo hiểm theo mẫu của Liberty, đã điền đầy đủ, chính xác và trung thực các thông tin được yêu cầu; và
 - ii. bằng chi phí của Người được bảo hiểm, cung cấp cho Liberty các thông tin mà Liberty yêu cầu (có thể bao gồm biên nhận, chứng nhận hoặc các bằng chứng bằng chữ hay hình chụp do Liberty yêu cầu để chứng minh cho khiếu nại bồi thường);
- g. Thông báo cho Liberty về Điều trị có lựa chọn, bao gồm trường hợp việc Điều trị có lựa chọn đó được thực hiện tại một nước không phải là Nước cư trú thường xuyên, và phải gửi kèm theo bảng giá chi tiết ít nhất năm (05) ngày làm việc trước khi tiến hành điều trị để Liberty thẩm định và xem xét có chấp thuận việc Điều trị có lựa chọn đó hay không; và
- h. Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

PHẦN VI – QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA LIBERTY

Điều 1. Quyền của Liberty

Liberty có quyền:

- a. Thu Phí bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- b. Yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực những thông tin quy định tại Điều 2(b) của Phần V của bản Quy tắc bảo hiểm này;
- c. Đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trong các trường hợp mà Quy tắc bảo hiểm này và pháp luật Việt Nam quy định;
- d. 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 thoả thuận trong Quy tắc bảo hiểm này;
- e. Yêu cầu Bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định tại Điều 2(e) của Phần V của bản Quy tắc bảo hiểm này;
- f. Nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm không cung cấp hoặc cung cấp không đầy đủ, chính xác và trung thực những thông tin quy định tại Điều 2(b) của Phần V của bản Quy tắc bảo hiểm này, Liberty có quyền:
 - i. không thanh toán một phần khoản tiền mà Người được bảo hiểm yêu cầu Liberty bồi thường bảo hiểm; HOẶC
 - ii. từ chối thanh toán toàn bộ khoản tiền mà Người được bảo hiểm yêu cầu Liberty bồi thường bảo hiểm; HOẶC
 - iii. hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm bắt đầu từ ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm và Liberty sẽ hoàn Phí bảo hiểm đã đóng cho Người được bảo hiểm sau khi đã trừ đi khoản Phí bảo hiểm còn lại được tính theo tỉ lệ tương ứng với số ngày Hợp đồng bảo hiểm đã có hiệu lực.
- g. 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 theo Hợp đồng bảo hiểm hoặc nếu thông tin đó được khai đúng thì Liberty đã không đồng ý bảo hiểm cho Người được bảo hiểm đó, thì:
 - i. tuổi thật và các thông tin chính xác của Người được bảo hiểm sẽ được Liberty 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
 - ii. Liberty có quyền đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm và thực hiện việc hoàn trả phí bảo hiểm theo quy định tại Điều 4(a) của Phần I của bản Quy tắc

bảo hiểm này.

- h. Không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo hiểm đối với điều trị có lựa chọn không được Liberty chấp thuận bằng văn bản;
- i. Khi Người được bảo hiểm có yêu cầu bồi thường, yêu cầu Người được bảo hiểm thực hiện việc kiểm tra sức khỏe, xét nghiệm và/hoặc đánh giá y khoa khác bằng việc gửi cho Người được bảo hiểm một thông báo về yêu cầu đó và với chi phí do Liberty thanh toán;
- j. Yêu cầu khám nghiệm tử thi trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong, nếu điều đó không bị cấm theo luật hoặc tín ngưỡng tôn giáo;
- k. Tính lại Phí bảo hiểm cho thời gian còn lại của Thời hạn bảo hiểm 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. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không chấp nhận tăng Phí bảo hiểm thì Liberty có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;
- l. Thẩm định và xem xét chấp thuận hoặc không chấp thuận đối với việc Điều trị có lựa chọn sau khi nhận được thông báo của Người được bảo hiểm theo quy định tại Điều 2(g) của Phần V của bản Quy tắc bảo hiểm này; và
- m. Các quyền khác theo quy định của bản Quy tắc bảo hiểm này và theo quy định của pháp luật.

Điều 2. Nghĩa vụ của Liberty

Liberty có nghĩa vụ:

- a. Giải thích cho Bên mua bảo hiểm về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm;
- b. Cấp cho Bên mua bảo hiểm Giấy chứng nhận bảo hiểm ngay sau khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm;
- c. Trả tiền bảo hiểm kịp thời cho Người thụ hưởng hoặc bồi thường cho Người được bảo hiểm khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm;
- d. Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm hoặc từ chối bồi thường;
- e. Phối hợp với Bên mua bảo hiểm để giải quyết yêu cầu của người thứ ba đòi bồi thường về những thiệt hại thuộc trách nhiệm bảo hiểm khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm;
- f. Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong, Liberty sẽ chi trả bồi thường cho người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm như được chỉ định trong Giấy yêu cầu bảo hiểm. Biên nhận do người đại diện hợp pháp này ký sẽ là bằng chứng chứng minh sự hoàn tất trách nhiệm của Liberty; và
- g. Các nghĩa vụ khác theo quy định của bản Quy tắc bảo hiểm này và theo quy định của pháp luật.

PHẦN VII - THỦ TỤC BỒI THƯỜNG

Điều 1. Thời hạn yêu cầu bồi thường

Trong mọi trường hợp, thời hạn yêu cầu bồi thường sẽ là một (01) năm kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm (“**Thời hạn yêu cầu bồi thường**”). Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào Thời hạn yêu cầu bồi thường.

Điều 2. Hình thức thanh toán bồi thường bảo hiểm

Người được bảo hiểm được tự do lựa chọn hình thức thanh toán bồi thường bảo hiểm theo một trong hai cách lựa chọn sau:

1. Lựa chọn 1 – Tự Thanh toán

- (a) Nếu Người được bảo hiểm lựa chọn cách tự thanh toán, Người được bảo hiểm phải thực hiện thông báo bằng văn bản cho Liberty về việc xảy ra Sự kiện bảo hiểm trong vòng chín mươi (90) ngày kể từ ngày điều trị đầu tiên hoặc trong trường hợp Chăm sóc thai sản, là ngày sinh con mà yêu cầu bồi thường được đưa ra, trừ khi được chấp nhận khác bởi Liberty.
- (b) Người được bảo hiểm phải cung cấp cho Liberty hồ sơ yêu cầu bồi thường bao gồm:
 - Mẫu giấy yêu cầu bồi thường được điền đầy đủ và có chữ ký của Người được bảo hiểm hoặc người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm;
 - Bản gốc của bệnh án;
 - Các báo cáo y khoa (nếu có);
 - Kết quả xét nghiệm;
 - Đơn thuốc; và
 - Hóa đơn và biên nhận.

Liberty có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm cung cấp bản gốc của các hồ sơ yêu cầu bồi thường nói trên để phục vụ việc xem xét và giải quyết yêu cầu bồi thường.

Hồ sơ yêu cầu bồi thường phải được nộp cho Liberty trong Thời hạn yêu cầu bồi thường nói trên.

- (c) Bất kỳ yêu cầu bồi thường nào của Người được bảo hiểm cho các chi phí thực tế phát sinh sẽ được bồi hoàn 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.

2. Lựa chọn 2 – Sử dụng Hệ thống thanh toán trực tiếp

- (a) Người được bảo hiểm có thể sử dụng Hệ thống thanh toán trực tiếp khi thực hiện việc Điều trị nội trú hoặc Điều trị ngoại trú tại các Cơ sở y tế thuộc Hệ thống thanh toán trực tiếp.

- (b) Đối với Điều trị có lựa chọn tại một Cơ sở y tế, Người được bảo hiểm phải tuân thủ các quy định của Điều 2(g) Phần V của Quy tắc bảo hiểm này. Liberty sẽ cấp giấy cam kết thanh toán nếu Ốm đau/Bệnh tật và/hoặc Thương tật được bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm.
- (c) Người được bảo hiểm phải xuất trình Giấy chứng nhận bảo hiểm của mình cùng với giấy tờ tùy thân để xác nhận.
- (d) Trong mọi trường hợp, khoản thanh toán cho phép trước và/hoặc khoản thanh toán mà Liberty 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 Liberty các chi phí điều trị không hợp lệ trong vòng ba mươi một (31) ngày kể từ ngày Liberty gửi thông báo.

Liberty FamilyCare Insurance Policy Wording

(Attached hereto the Official Letter No. 3041/BTC-QLBH dated on March 25th, 2021 of the Ministry of Finance)

PART 1 – GENERAL PROVISION

Article 1. Definition

In this Policy Wording, the Benefit Plan, the Policy Schedule, the Certificate and the Endorsements, the following words and phrases shall have the meaning set forth below:

- 1.1 **Policyholder** means an individual entering into the Insurance Policy with Liberty and paying in full the Premium, as provided clearly in the Policy Schedule. The Policyholder may concurrently be the Insured or the Beneficiary.
- 1.2 **Insurance Policy Wording** means this Liberty FamilyCare Insurance Policy Wording.
- 1.3 **Premium** means the amount to be paid by the Policyholder to Liberty within the due period and by the method prescribed in the Insurance Policy.
- 1.4 **Endorsement(s)** means the Endorsement(s) of the Insurance Policy issued by Liberty as requested and/or mutually agreed by the Policyholder from time to time. The Endorsements shall be attached in this Insurance Policy Wording.
- 1.5 **Insured Event** means an objective event, which includes an Accident to the Insured when it occurs and Sickness/Illness, Injury, Dental Care and/or Maternity Care (if applicable) within the Coverage of Insurance under the Insurance Policy for which Liberty has to pay indemnities to the Insured.
- 1.6 **Application Form** means the Application Form in the form as set forth by Liberty under this Insurance Policy Wording.
- 1.7 **Benefit Plan** means the Benefit Plan issued by Liberty together with this Insurance Policy Wording. With respect to an Insured, the relevant Benefit Plan shall be applied to such Insured as provided in the Policy Schedule and the Certificate issued to such Insured.
- 1.8 **Policy Schedule** means the summary of the Insurance Policy issued by Liberty to the Policyholder and/or the Insured.
- 1.9 **Certificate** means the Certificate of insurance issued by Liberty to the Insured in the form of a Liberty FamilyCare Insurance Card.

- 1.10 **Insurance Policy** means the mutual agreement between the Policyholder and Liberty. The Policyholder, according to the Insurance Policy, shall have to pay the Premium while Liberty shall have to pay insurance benefits to the Beneficiary or the indemnify to the Insured when the Insured Event occurs. The Insurance Policy includes the Application Form, the table of benefit, the Certificate/Policy Schedule, this Insurance Policy Wording, and any Endorsement(s).
- 1.11 **Limits of Liability** means the maximum limit of the Liberty's accrued liability for each Insured for the Insured Period, with respect to each section as provided in the coverage of the Insurance Policy and the Benefit Plan.
- 1.12 **Sub-limit** means the limit of each Liberty's insurance liability for each Insured for the Insured Period, with respect to each benefit as provided in the coverage of the Insurance Policy and the Benefit Plan.
- 1.13 **Liberty** means Liberty Insurance Limited.
- 1.14 **Insured Period** applicable to an Insured means the one-year period with the dates of commencement and ending stated in the Policy Schedule and the Certificate issued to such Insured.
- 1.15 **Usual Country of Residence** applicable to an Insured means the country in which such Insured is living at the Effective Date and which is declared in the Application Form.
- 1.16 **Accident** means an Insured Event occurring during the Insured Period, resulting in the Injury of the Insured by an external force.
- 1.17 **Co-payment** means an amount or a percentage of an amount as set out in the Policy Schedule for which the Insured is liable to pay by himself or herself for each and every Insured Event.
- 1.18 **Dependant** means the legally married spouse of the Insured or the de facto partners with the Insured and unmarried children (including natural children, step-children and legally adopted children) who are supported by the Insured, PROVIDED ALWAYS THAT such children are not under 15 days old and not more than 18 years old (or 23 years old provided that such Dependant is in continuous full-time education).
- 1.19 **Effective Date**, with respect to an Insured, means the first date of the Insured Period for such Insured (either new or renewal, as the case maybe).
- 1.20 **Elective Treatment** means Medically Necessary treatment determined by the Insured or the Insured's Physician and such treatment is beneficial to the Insured's medical status but is not an Emergency treatment.
- 1.21 **Emergency** means a bona fide emergency where there is a sudden change in an Insured's medical status, which requires urgent medical and/or surgical intervention within forty-eight (48) hours of onset to avoid imminent danger to the Insured's life or health prospects.

- 1.22 **Home Country** with respect to an Insured, means the country of which the Insured holds a passport. Where the Insured holds more than one passport, the Home Country means the country which the Insured has declared on the Application Form.
- 1.23 **Treating Facility** means any legally licensed hospital, clinic, medical station, and/or any medical facility institution which operates to provide medical examination and/or treatment services in the country in which it is incorporated.
- 1.24 **Public Treating Facility** means the Treating Facility established and operated by competent state agencies in accordance with the law.
- 1.25 **Hospital Services** means medical services rendered to the Insured only when appropriate diagnostic procedures and/or treatments are not available for Outpatient Treatment and when admittance as a registered Inpatient or Day-Patient to a Treating Facility. Hospital Services include Customary and Reasonable Charges in the area where the treatment is provided, room and board, all medical facilities used by the Treating Facility and all medical treatments and medical services prescribed by the Physician and the Treating Facility, including the cost of intensive care unit if necessary.
- 1.26 **Hospitalization** means the Insured using one or several of Hospital Service(s) in a Treating Facility.
- 1.27 **Bodily Injury** means injury sustained by the Insured on any part of his/her body during the Insured Period and directly caused by an Accident.
- 1.28 **Insured** means a person satisfied all conditions whose commencement of the coverage has been confirmed by Liberty by Liberty issuing a Policy Schedule to clearly indicate that such person is the Insured under the Insurance Policy.
- 1.29 **Medically Necessary** means treatment, service, or procedure which in the opinion of the Physician and the Treating Facility where such Physician is working are appropriate and consistent with the diagnosis and are in accordance with generally accepted standards of medical practices.
- 1.30 **Physician** means a legally licensed medical practitioner recognised by the law of the country where treatment is provided and who in rendering such treatment, is practising of medical examination and treatment within the scope of his licensing and training.
- 1.31 **Policy Year** means the time starting from (i) 00.01 a.m. on the Effective Date or (ii) the time of issuance of the Insurance Policy by Liberty (whichever is later) and ending at 11:59 p.m. on the last day of the Insured Period, both inclusive. All times are calculated according to Vietnam Standard Time.
- 1.32 **Pre-existing Conditions** mean any Sickness/Illness/Injury:
- (a) which existed before the Effective Date in respect of an Insured, with signs or symptoms for which the Insured would be aware or should reasonably be aware;
 - or

- (b) for which treatment, or medication, or advice, or diagnosis has been sought or received during the two (2) years prior to the Effective Date by the Insured; or
 - (c) which was known by the Insured to exist prior to the Effective Date whether or not treatment, or medication, or advice, or diagnosis was sought or received.
- 1.33 **Prescribed Drug** means medication, the sales and use of which is legally restricted to prescription by the Physician and not including drugs that may be purchased without a prescription of the Physician.
- 1.34 **Medical Assistance Provider** is the medical assistance provider of Liberty, including International SOS or any other similar providers as informed by the Liberty to the Policyholder from time to time.
- 1.35 **Local Ambulance Services** mean the Medically Necessary road ambulance transportation services to and from a local Treating Facility.
- 1.36 **Serious Medical Condition** means the medical condition which in the opinion of the Treating Facility and the Physician providing the treatment being Medically Necessary and Emergency to avoid death or serious impairment to the Insured's immediate or long-term health prospects.
- 1.37 **Sickness/Illness** means a physical condition marked by a pathological deviation from the normal healthy state.
- 1.38 **Standard Private Room** means single occupancy accommodation in a Treating Facility. If the Treating Facility subdivides private room into several levels, indemnity will be based on the actual charge for the standard private room or the norm of the charges for private room of that specific Treating Facility, whichever is lower.
- 1.39 **Terrorist Act** means any act, including the use of force or violence and/or the threat thereof, of any persons or group(s) of persons, whether acting alone or on behalf of or in connection with any organization(s) or government(s) for political, religious, ideological purpose or other purposes including the intention to influence any government and/or to put the public, or any section of the public in fear. For the purpose of this Insurance Policy Wording, Terrorist Act shall also include any act, which is verified or recognized by the (relevant) government as an act of terrorism.
- 1.40 **AIDS/HIV** means a HIV virus (HIV) and related illnesses including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), its complications and all illnesses/conditions caused thereby and/or related thereto, including the consequences of treatment arising thereof.
- 1.41 **Annual Medical Check-up** means tests/screenings that are undertaken by a legitimate Treating Facility without any clinical symptoms being present. Such tests include the following examinations, at an appropriate age, for the early detection of Sickness/Illness:
- (a) Vital signs (blood pressure, cholesterol, pulse, respiration, temperature etc.);

- (b) Cardiovascular exam;
- (c) Neurological exam;
- (d) Cancer screening; and
- (e) Well child test (for children up to the age of 6 years).

This benefit is also applied for medical check-up for work records.

- 1.42 **Vision care** includes eye tests, the cost of, or contact lenses.
- 1.43 **Companion Bed** means accommodation in the Treating Facility for a parent or a legal guardian staying with an Insured, who is under 18 years of age, and is admitted as an Inpatient in a Treating Facility. This is limited to only one parent/guardian each night when the child is receiving the Inpatient Treatment in the Treating Facility, PROVIDED ALWAYS THAT the child is insured under the Insurance Policy.
- 1.44 **Chinese Medicine Practitioner/Bonesetter/Acupuncturist** means a Physician who is licensed as Chinese medicine practitioner in accordance with the laws in the country of his/her practice to render treatment.
- 1.45 **Herbal Medication** means herbal medications prescribed by a registered Chinese Medicine Practitioner and directly related to the diagnosis being treated.
- 1.46 **Bone-setting** means treatment for musculoskeletal system, joint and soft tissue resulting from an Accident for internal or external bodily injuries.
- 1.47 **Acupuncture** means a form of treatment involving the insertion of very thin needles through your skin at strategic points on your body, to varying depths. For the purpose of this definition, Acupuncture can be rendered by licensed acupuncture practitioners in accordance with the laws in the country where treatment arises.
- 1.48 **Chinese Herbalist/Bonesetter/Acupuncturist Fees** mean the fees for consultation and Prescribed Drugs in a Treating Facility that provides Chinese Medicine/Bone-setting/Acupuncture treatment, subject to the Limits of Liability for Chinese Herbalist/Bonesetter/Acupuncturist as stated in the Benefit Plan.
- 1.49 **Day Case Treatment/Day-Patient** means the Medically Necessary treatment, including Outpatient Surgery, in a Treating Facility which a minimum time of Insured's Hospitalization for the treatment no less than the Minimum Period of Hospitalization but no more than twenty-four (24) consecutive hours and does not require a bed overnight. If Day Case Treatment is an outpatient Surgery or emergency medical treatment due to the Accident and Sickness/Illness, the Minimum Period of Hospitalization shall not apply.
- 1.50 **Routine Dental Examination** means scaling and polishing.
- 1.51 **Basic Dental Service** means extraction, filling, x-rays, periodontal scaling.

- 1.52 **Major Dental Treatment** means removal of impacted, buried, or unerupted teeth, root canal treatment, removal of solid odonomes, apicectomy.
- 1.53 **Dental Care** means Routine Dental Examination, Basic Dental Service, and Major Dental Treatment.
- 1.54 **Direct Billing Network** means medical providers, details of which are listed separately and informed by Liberty to the Policyholder, which agree to charge Liberty directly for the treatment expenses when the Insured presents a valid Certificate. However, the Insured is responsible for repaying to Liberty if such expenses are not covered under the Insurance Policy. Failure by the Insured to repay such ineligible expenses to Liberty will result in the Liberty's right to suspend or terminate the Insurance Policy.
- 1.55 **Emergency Dental Treatment Following The Accident** means dental treatment given by an Orthodontic Physician in a Treating Facility within thirty (30) days from the date of an Accident which caused damage to sound natural tooth of the Insured, except the accidental damage caused while eating.
- 1.56 **Emergency Medical Evacuation** means the Medically Necessary emergency transportation and medical care to move an Insured with a Serious Medical Condition to the nearest Treating Facility where appropriate medical care and facilities are available, ALWAYS PROVIDED THAT this Emergency Medical Evacuation as decided by the attending Physician or Specialist in conjunction with Liberty's medical advisors. In addition, the Insured/legal representative of the Insured shall contact Liberty or Medical Assistance Provider to obtain advance approval for Emergency Medical Evacuation and to make the necessary transportation arrangements. This benefit is not available for the Insured aged 70 or above.
- 1.57 **Emergency Ward Treatment** mean services performed in the Treating Facility's emergency ward or emergency room for a maximum period of twenty-four (24) hours, PROVIDED ALWAYS THAT these services are determined by the attending Physician in the emergency department and such Treating Facility as Serious Medical Condition that requires an emergency treatment.
- 1.58 **Laboratory and X-Ray Services** mean laboratory testing, radiographic and nuclear medicine procedures used to diagnose and treat medical conditions. Any Laboratory and X-Ray Services must be referred by a Physician and the Treating Facility.
- 1.59 **Maternity Care** mean pre-natal, childbirth, post-natal treatment and miscarriage, or medically required abortion, or any complications arising from pregnancy for the Insured with respect to normal or caesarean delivery and the new-born care incurred in the Treating Facility.
- 1.60 **New-born Care** means general newborn care provided in the Treating Facility.
- 1.61 **Nursing at Home/Home Nursing** means the medical care services of a legitimately licensed nurse in the Insured's residence when referred by the Treating Facility for

distinct medical reasons right after or to replace the Inpatient Services or Day Case Treatment.

1.62 **Occupation Classification** means the Insured's occupation classified into one of the following occupational classes:

Occupation Class I – occupations involving non-manual administration or clerical work solely in offices or similar non-hazardous places.

Occupation Class II - occupations of a supervisory nature and others not in Class I whose duties may involve occasional light manual work but not using tools or machinery or exposing to any special hazard (e.g., Clerk-of-Work, Supervisor) and/or occupations that requires travel for business or professional purposes but not manual work (e.g., Salesman).

Occupation Class III – occupations of manual work without particularly hazardous nature but involving the use of tools or light machinery (e.g. toolmaker, delivery service).

Occupation Class IV – hazardous occupations, including heavy manual work involving the use of heavy tools or machinery (e.g. construction worker).

1.63 **Histopathology/Histology** means the test results by biopsy to ascertain the type of cancer cells and the degree of their invasion. “Biopsy” is a test done by a medical surgery to extract one (01) small specimen of the body's tissue, or the use of specialized needle to punch through the skin and suck liquid-containing cell out of a (01) tumor and send the sample to the laboratory for analysis.

1.64 **Invasion** means the penetration and/or active destruction of healthy tissues outside the basement membrane.

1.65 **Cancer** means any malignant tumor diagnosed with Histology verification, which manifests by the uncontrollable development of malignant cells and the Invasion of tissues, including the hereunder listed tumors:

- (a) All prostate tumors histologically classified as T1N0M0 (TNM Classification)
- (b) All thyroid tumors histologically classified as T1N0M0 (TNM Classification);
- (c) All bladder tumors histologically classified as T1N0M0 (TNM Classification); and
- (d) Chronic lymphocytic leukemia RAI of phase 1, 2, 3.

For the purposes of this Article 1.65, the phrase “**malignant tumor**” will include limitation leukemia, lymph node cancer and sarcoma diagnosed by the Physician.

1.66 **Oncology Treatment** means the treatment for Cancer in a Treating Facility given to an Insured who is admitted for Inpatient Services or Day Case Treatment

1.67 **Organ Transplant Costs** means the medical treatment costs incurred in respect of kidney, heart, liver and bone marrow transplants up to the Benefit Plan's Sub-limit.

- 1.68 **Inpatient Services** mean any Medically Necessary treatment in the Treating Facility. The Insured is required to admit in a Treating Facility and to occupy a bed for Day-Case Treatment or to occupy a bed overnight or longer.
- 1.69 **Outpatient Services** mean any Medically Necessary treatment provided to the Insured when the Insured doesn't require Inpatient Services or Day-Patient in the Treating Facility. The Outpatient Services also cover Prescribed Drugs.
- 1.70 **Outpatient Surgery** means any Medically Necessary surgery which the Insured only stays in the Treating Facility less than twenty-four (24) consecutive hours without occupying a bed overnight.
- 1.71 **Pre & Post Hospitalisation Treatment** will be covered under Outpatient Services for a maximum period of thirty (30) days immediately prior to the Hospitalization and ninety (90) days immediately following discharge from the Hospitalization for the same medical condition per person.
- 1.72 **Psychiatric Treatment** means treatment in a psychiatric unit of a Treating Facility, PROVIDED ALWAYS THAT such treatment must be pre-authorized by Liberty.
- 1.73 **Physiotherapy** means preventive and/or treatment methods using natural or artificial physical agents, such as water, air, temperature, climate, height, electricity, X-ray, ultraviolet ray, ultrared ray, ultrasound, radioactive isotope, massaging. Treatment by Physiotherapy or Bone-setting must be recommended in writing by the attending Physician.
- If Sickness/Illness or Injury is covered in the Insurance Policy during the Insured Period, the Insured is required the treatment for Physiotherapy or Bone-setting upon written recommendation by the attending Physician.
- 1.74 **Customary and Reasonable Charges** mean the general level of charges incurred by other Treating Facilities of similar standard level in the local area where the charges are incurred when providing comparable treatments, services or supplies for a similar Injury and/or Sickness/Illness. Liberty reserves the right to determine such Customary and Reasonable Charges based on its own experience in similar cases and the quotations for equivalent services from Treating Facilities of similar standard in the same region.
- 1.75 **Repatriation** means the Medical Assistance Provider will arrange for the return, by air and/or sea transportation, of the Insured who is dying or dead in a place outside the Home Country or Usual Country of Residence to the Home Country, the Usual Country of Residence or another country (at the choice of the legal representative of the Insured) following an Emergency Medical Evacuation where the Insured is evacuated to a place outside the Home Country or Usual Country of Residence for Inpatient Services. The Medical Assistance Provider reserves the right to decide the means or method by which such repatriation will be carried out having regarded to all the related facts and circumstances. Liberty shall pay for the Medically Necessary and unavoidably incurred expenses during the Repatriation arranged by the Medical Assistance Provider,

PROVIDED ALWAYS THAT if the return of the Insured is to a country other than his/her Home Country or Usual Country of Residence, Liberty shall pay the expenses incurred during the Repatriation arranged by the Medical Assistance Provider but in no event exceeding VND100,000,000 per Insured. The Insured/The legal representative of the Insured must contact Liberty or the Medical Assistance Provider in advance for the approval and arrangement of transportation.

Unless the above mentioned benefit is applicable, the Medical Assistance Provider will (i) arrange for the return of the Insured who is dying or dead in a place outside his/her Home Country or Usual Country of Residence to his/her Home Country by air and/or sea transportation. The Medical Assistance Provider reserves the right to decide the means or method by which such repatriation will be carried out having regarded to all the related facts and circumstances; or (ii) at the choice of the legal representative of the Insured, arrange for preparing the body or mortal remains of the Insured for local burial or cremation at the place of death. Liberty shall pay for the expenses incurred during the Repatriation arranged by the Medical Assistance Provider but in no event exceeding VND200,000,000 per Insured. The Medical Assistance Provider shall be contacted in advance for the arrangement of the Medically Necessary services.

The Repatriation benefit is also subjected to the scope of coverage and exclusion specified in the service agreement between Liberty and the Medical Assistance Provider. Such coverage and exclusion have been informed by Liberty to the Policyholder and subject to any changes from time to time as informed by Liberty to the Policyholder.

This benefit is not available for the Insured aged 70 or above and Minor Child.

- 1.76 **Minor Child** means a child aged below 18 years old and unmarried.
- 1.77 **Mobility aids** mean the following items together with their accessories which are determined by the Physician as Medically Necessary and prescribed to the Insured after one surgical treatment for Accident and/or Sickness such as: crutch, cane, walker, wheelchair.
- 1.78 **Medical Appliances** means medical tools and equipment to be used as a part of the treatment process inclusive of surgery performed by a Treating Facility and/or Physician which are determined as Medically Necessary and prescribed to the Insured, including crane helmet, mist sprayer, oxygen pump and mask, hearing aids, adjustment braces, insulin pump, infusion and syringe pump, blood glucose monitor and glucose test needle, orthodontic braces and aids, voice imitating device, rubber foot with foot sole orthopedic brace, diabetes test stick, bag for containing waste discharged from an opening in the body and other medical equipment used by the Physician.
- 1.79 **Corrective Devices** means treatment supporting equipment and machines to help the Insured with his or her rehabilitation of bodily functions which are impaired by the

Accident, birth defect or by other causes. Depending on each person, there are different treatment methods and different supporting equipment and machines.

- 1.80 **Other Equipment** means equipment other than Mobility Aids, Medical Appliances or Corrective Devices.
- 1.81 **Congenital Illness** means any bodily/mental illness/condition/abnormality formed in the fetus during pregnancy and/or at birth, together with bodily/mental abnormality in newborn which later develop from the factors existing at the time of birth which may be described by the Treating Facility or a state medical authority in different names such as “congenital illness, congenital malformation, abnormality of chromosome”. The confirmation of Congenital Illness must be provided by a Physician.
- 1.82 **Waiting period** means the period of consecutive days when the benefits are not payable.
- 1.83 **Age** means an age at the present time. A person’s present age is counted until that person’s next birthday. The age is determined based on one of the following documents: the notification of birth, the birth certificate, the identification card, the citizenship card, the household registration book, and the passport.
- 1.84 **Beneficiary** means the designated organizations or individuals to receive the indemnities under the Insurance Policy.
- 1.85 **Minimum Time of Hospitalization** means the period of six (6) consecutive hours from the time the Insured is admitted to a treating facility for treatment.

Article 2. Time of the insurable liability arise

Liberty's liability assumes from the Effective Date as stated in the Insurance Policy and after the Policyholder has fully paid the Premium, unless Liberty and the Policyholder agree otherwise in the Insurance Policy. This insurable liability will remain effective until the end of the Insured Period, unless terminated in accordance with Article 3 of this Part I.

Article 3. Termination of benefits

- (a) The insurance under Insurance Policy shall be terminated at such time as the benefits applicable to the Insured shall have been exhausted or on the last day of the Insured Period, whichever occurs first.

In the case where, at the time of termination of the Insurance Policy, the Insured is Hospitalized for Sickness/Illness and/or Injury treatment in a continuous period of not less than eighteen (18) hours, the time of termination of the insurable liability shall be automatically extended to the time when:

- i. The Insured is discharged after having completed the medical treatment for the said Sickness/Illness and/or Injury, OR
- ii. His/her benefits for the said Sickness/Illness and/or Injury shall have been exhausted.

whichever shall occur first.

- (b) The insurance under the Insurance Policy for an Insured who is a Dependant shall automatically terminate on the earliest of the following dates:
- i. the date such Insured ceases to be eligible as a Dependant as defined in this Insurance Policy Wording;
 - ii. the date of expiration for which the Premium is made in full in respect of the Dependant's insurance;
 - iii. the Dependant resides in USA/Canada for a period of more than twelve (12) consecutive weeks.

In the cases of (i), (ii) above, the Policyholder shall be entitled a return of Premium with respect to that Insured, excluding the amount payable to Liberty for the period during which the Insurance Policy had been in force for such Insured, computed on the pro-rata basis for the period during which the Insurance Policy had been in force, PROVIDED ALWAYS THAT, in all cases, there is no claim from such Insured and there is no violation under the Insurance Policy at all times.

Article 4. Termination of Insurance Policy

- (a) Liberty may terminate the Insurance Policy by giving a thirty (30) days's notice by registered letter to the Policyholder at his or her last known address. In such event, Liberty will return to the Policyholder the entire Premium for the remaining period of Insurance Policy.
- (b) The Policyholder may terminate the Insurance Policy by giving a written notice to Liberty. If no claim has been submitted to Liberty during the Insured Period, the Policyholder shall be entitled a return of the entire Premium for the remaining period of the Insurance Policy, PROVIDED ALWAYS THAT, in all cases, there is no violation by the Policyholder/Insured under the Insurance Policy at that time.
- (c) The Insurance Policy shall also be terminated upon termination of benefits of all of the Insured under this Insurance Policy Wording.

Article 5. Co-ordination of Benefits/Other Insurance

- (a) Co-ordination of Benefits occur when the Policyholder enters the insurance policy with two or more insurers to insure the same person, with the same terms and conditions and insured event. The total sum of indemnities of the insurers shall not exceed the actual total claim amount arisen to the Insured.

In the case of occurrence of the overlapping insurance for the Insured, the claim settlement shall be based on the following principles:

- i. For overlapping insurance conditions in the Insurance Policy of Liberty and other insurance policy(s)/certificate(s) of other insurers: Liberty shall only

indemnify based on the proportion of the insured sum agreed upon and stated in the Certificate against the total insured sums of all insurance policies concluded by the Policyholder.

- ii. For the non-overlapping insurance conditions in the Insurance Policy of Liberty and other insurance policy(s)/certificate(s) of other insurers, Liberty shall indemnify in compliance with the provisions in the Insurance Policy with the Policyholder.

Article 6. Governing Law

The Insurance Policy shall be governed and interpreted in accordance with the law of Vietnam.

In the event of any dispute arises under or in connection with the Insurance Policy together with this Insurance Policy Wording, the parties shall resolve such dispute first by negotiation and amicable conciliation. If no resolution of the dispute could be reached within thirty (30) days from the date on which either party notifies the other party the dispute arisen, the parties agree to submit themselves to a competent court of the Socialist Republic of Vietnam for the resolution. The statute of limitations for bringing such legal action with respect to the Insurance Policy is three (3) years from the date on which the dispute arises.

Article 7. Prevailing Language

This Insurance Policy Wording is produced and issued in Vietnamese and may be translated into foreign languages for reference. In case of discrepancy between Vietnamese version and the foreign language version, the Vietnamese version shall prevail.

PART II – INSURED OBJECTIVES

1. The following objectives may be the Policyholder or the Insured, as applicable on a case-by-case basis:
 - (a) The Insured are Vietnamese citizens or foreigners lawfully residing in Vietnam of the Age from 15 days to 64 years old, and up to 74 years old in the renewal Insurance Policy.
 - (b) The Insured may only be a child when he/she joins the same Insurance Policy with his/her father/mother.
2. Citizens of countries being subject to sanction in accordance with the resolution of the United Nation, the United States of America, the European Union, and the United Kingdom and persons whose Usual Country of Residence are in USA or Canada regardless of their nationality will not be insured under the Insurance Policy.
3. For the Insurance Policy:
 - (a) The maximum Age eligible for insurance application is 64 years old.
 - (b) The Policyholder and Insured of any nationality and their Dependents (not newborn) are eligible for application.
 - (c) The policy for a Dependent shall apply the same as the Insured's Benefit Plan and be subjected to Liberty's approval in advance.
 - (d) The Minor Child will not be independently insured under any Benefit Plan.
 - (e) The newborn shall be eligible for insurance fifteen (15) days after birth or fifteen (15) days after discharge from the Treating Facility where the birth takes place, whichever is the later, upon the Policyholder's submission of the Application Form, subject to satisfactory evidence of good health and acceptance by Liberty
 - (f) The coverage under the Insurance Policy only applies for those whose occupation in Occupation Class I and Occupation Class II.

The Insured is required to notify Liberty whether his or her occupation either Occupation Class III or is switched to an occupation in Occupation Class III or Occupation Class IV at any time during the Insured Period. In such event, if there is a Liberty's approval, Liberty shall insure such Insured and the Policyholder shall pay an additional Premium as agreed. The Insurance Policy shall specify the list of the Insured in Occupation Class III or Occupation Class IV.

The Insured failing to notify Liberty of the change in occupation may result in Liberty's rejection to the Insured's insurance claim, cancellation of the Insurance Policy from the time on which the Insured's occupation is switched to an occupation in Occupation Class III or Occupation Class IV, and refund the

Premium for the remaining Insured Period if Liberty does not indemnify to any Insured's claim.

PART III – SCOPE OF INSURANCE

Article 1. Insurance Benefits

The categories of insurance benefits shall include:

- a. Inpatient Services are the basic insurance benefit and always applicable for the Insured under the Insurance Policy.
- b. Optional benefits include:
 - i. Outpatient Services, which are applicable when taken with the Inpatient Services;
 - ii. Dental Care, which is applicable when taken with the Outpatient Services;
 - iii. Maternity Care, which is applicable when taken with the Inpatient Services.

All benefits shall only be applicable within the territorial scope specified in the Policy Schedule.

1.1. Basic principles of indemnity payment to the Insured

Depending on the terms and conditions in this Insurance Policy, Liberty shall pay for the expenses incurred to the Insured if such expenses concurrently fulfill the following conditions:

- i. are directly related to Sickness/Illness, Injury, Dental Care and/or Maternity Care (if applicable) under the Insured's coverage of insurance; AND
- ii. incurred during the Insured Period for the benefits prescribed in the Insurance Policy; AND
- iii. are proofed with valid invoices and supporting documents in compliance with the law of the country where the treatment is provided; AND
- iv. shall be the Customary and Reasonable Charges in the country where the treatment is provided; AND
- v. shall not exceed the Limits of Liability and the relevant Sub-limits (if any) detailed in the Insurance Policy.

The principles mentioned above shall apply to all and any Liberty's payments of the insurance benefits, including the benefits listed in Article 1.2 below of this Part III and other benefits as provided in the Insurance Policy (if any).

1.2. Specific conditions applicable to the insurance benefits

In addition to applying following basic principles prescribed in Article 1.1. of this Part III, the insurance benefits listed below shall only be applicable at the time and after all the following conditions are satisfied:

NO.	INSURANCE BENEFITS	APPLICATION TIME AND CONDITION
1	INPATIENT SERVICES BENEFITS	

NO.	INSURANCE BENEFITS	APPLICATION TIME AND CONDITION
1.1	Hospital services	Liberty will pay for this benefit when the Insured is admitted to a Treating Facility for Inpatient Services or Day-Patient.
1.1.1	Room & Board – per day	Liberty will pay for this benefit when the Insured is admitted to a Treating Facility for Inpatient Services Under any circumstances, whether the actual room class of the Insured’s hospital accommodation is higher than the Standard Private Room, Liberty will only pay up to the actual charge for the Standard Private Room of the Treating Facility where the Insured undergoes treatment.
1.1.2	Intensive care unit – per day	Liberty will pay for this benefit when the Insured is admitted to a Treating Facility and has to pay for the cost of intensive care unit for Inpatient Services in the event of Emergency, Sickness/Illness, or Injury
1.1.3	Companion Bed – per day	Liberty will pay for this benefit when the Insured is a Minor Child and is admitted for Inpatient Services in a Treating Facility. The Liberty’s insurance liability shall be limited within a maximum period of ten (10) days during one (1) Policy Year.
1.1.4	Surgeon’s fees	Liberty will pay for this benefit when the hospitalized Insured undergoes a surgery in a Treating Facility.
1.1.5	Anesthesiologist’s fees	Liberty will pay for this benefit when the hospitalized Insured undergoes a surgery in a Treating Facility.
1.1.6	Other hospital charges	Apart from all the insurance benefits set forth in Point 1.1. (Hospital services), Point 1.1.1 (Room and board – per day), Point 1.1.2 (Intensive Care Unit – per day), Point 1.1.3 (Companion Bed – per day), Point 1.1.4 (Surgeon’s fees), and Point 1.1.5 (Anesthesiologist’s fees) as mentioned above, Liberty will pay other hospital charges when the Insured is admitted to a Treating Facility for Inpatient Services or Day Case Treatment
1.2	Oncology Treatment	Liberty will pay for this benefit provided that the Waiting Period of the Oncology Treatment for each Benefit Plan in compliance with Article 5 of Part III.

NO.	INSURANCE BENEFITS	APPLICATION TIME AND CONDITION
1.3	Day Case Treatment	<p>Liberty will pay for this benefit when each Hospitalization fulfills the Minimum Time of Hospitalization, unless the Minimum Time of Hospitalization is not required if such Hospitalization involves a surgery, emergency medical treatment due to the Accident, or Sickness/Illness.</p> <p>If the Insured undergoes the surgery or Hospitalization in a Treating Facility due to the Accident, or Sickness/Illness in less than twenty-four (24) consecutive hours, Liberty will reimburse the Customary and Reasonable Charges paid by the Insured to such Treating Facility, and that would depend on the relevant Limits of Liability stated in the Insurance Policy.</p>
1.4	Ambulance services	Liberty will pay for this benefit under the circumstances of the Medically Necessary or emergency road ambulance transportation services to and from the Treating Facility.
1.5	Organ Transplant in respect of kidney, heart, liver and bone marrow	Liberty will pay for this benefit in accordance with Article 1.1 of Part III.
1.6	Pre & Post Hospitalization Treatment	Liberty will pay for this benefit when an Insured undergoes Inpatient Services or surgery.
1.6.1	Pre-Hospitalization Treatment	Liberty's Limits of Liability shall be in the maximum period of thirty (30) consecutive days immediately preceding the Hospitalization in one (1) Policy Year.
1.6.2	Post-Hospitalization Treatment	The Liberty's Limits of Liability shall be in the maximum period of ninety (90) consecutive days immediately after the Hospitalization in one (1) Policy Year.
1.7	Emergency Ward Treatment	Liberty will pay for this benefit when the Insured undergoes the Emergency Ward Treatment.
1.8	Home Nursing	Liberty's Limits of Liability shall be in the maximum period of one hundred and eighty-two (182) days in one (1) Policy Year for each Insured.
1.9	Public Hospital Cash – per day	Liberty will pay for this benefit when the Insured is admitted to a Public Treating Facility in Vietnam for Inpatient Services.

NO.	INSURANCE BENEFITS	APPLICATION TIME AND CONDITION
		Liberty's Limits of Liability shall be thirty (30) days in one (1) Policy Year for each Insured.
1.10	Emergency Dental Treatment Following The Accident	Liberty will pay for this benefit after an Accident occurs to the Insured.
1.11	Emergency Medical Evacuation/Repatriation	Liberty will pay for this benefit in accordance with Article 1.1 of Part III
1.12	Repatriation of mortal remain	Liberty will pay for this benefit in accordance with Article 1.1 of Part III
1.13	Final Tribute Cost	In the case of the Insured's death due to Accident, Sickness/Illness or Injury in a Treating Facility, Liberty will pay the funeral cost to the lawful representative or heir of the Insured.
1.14	Medical/legal assistance and information	Liberty will provide this benefit to the Insured 24/7.
2	OPTIONAL BENEFITS	
2.1	Outpatient Services	
a.	General Outpatient Services	Liberty will pay for this benefit if the Insured receives checkup and Outpatient Services provided by a General Physician.
b.	Specialist Outpatient Services	Liberty will pay for this benefit if the Insured receives checkup and Outpatient Services provided by an outpatient Specialist.
c.	Laboratory and X-Ray Services	Liberty will pay for this benefit in accordance with Article 1.1 of Part III.
d.	Prescribed Drugs	Liberty will pay for this benefit in accordance with Article 1.1 of Part III.
e.	Chinese Medicine, Bone-setting and Acupuncture treatment	Liberty's Limits of Liability shall be ten (10) visits in one (1) Policy Year for each Insured.
f.	Physiotherapy and Chiropractic Treatment (referred by a Physician)	Liberty's Limits of Liability shall be fifteen (15) visits and limit the cost per visit in one (1) Policy Year for each Insured.

NO.	INSURANCE BENEFITS	APPLICATION TIME AND CONDITION		
g.	Annual Medical Check-up/medical exams for work permit	Liberty will pay for this benefit in accordance with Article 1.1 of Part III.		
h.	Vaccination	Liberty will pay for this benefit including the Physician's costs of examination and advice, the vaccination cost and the costs directly incurred from such injection or oral vaccine.		
i.	Vision care	Liberty's Limits of Liability shall include one (1) eye examination and cost for one (01) glass frame or one (1) contact lenses in one (1) Policy Year for each Insured.		
2.2	Dental Care	<p>Twenty percent (20%) Co-payment shall be applied to each dental treatment.</p> <p>Liberty will pay for this benefit not exceeding the Sub-limit in the Dental Care benefits stipulated in the Insurance Policy, including:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Routine Dental Examination once (1) in one (1) Policy Year for each Insured; - Basic Dental Service; and - Major Dental Treatment. <p>These services shall be performed by a specialized Orthodontic Physician of an authorized Treating Facility who is licensed by relevant licensing authority in the country where such Dental Care is provided.</p> <p>Material used for filling/crowns/dentures shall be limited to amalgam and porcelain and does not include precious metal.</p>		
2.3	Maternity	<p>If this benefit is included in the Insurance Policy, except that it is a premature termination of pregnancy due to miscarriage or medical abortion, the Waiting Period and the payment limit for this benefit shall be:</p> <table border="1" data-bbox="746 1756 1492 1946"> <tr> <td data-bbox="746 1756 1114 1946">Time of first effective date of the Insured's Maternity benefit</td> <td data-bbox="1114 1756 1492 1946">Payable limit (% Limits of Liability of the Maternity benefit as set forth in the Insurance Policy)</td> </tr> </table>	Time of first effective date of the Insured's Maternity benefit	Payable limit (% Limits of Liability of the Maternity benefit as set forth in the Insurance Policy)
Time of first effective date of the Insured's Maternity benefit	Payable limit (% Limits of Liability of the Maternity benefit as set forth in the Insurance Policy)			

NO.	INSURANCE BENEFITS	APPLICATION TIME AND CONDITION	
		After twelve (12) consecutive months	50%
		After twenty-four (24) consecutive months	100%
		<p>In all cases, the pregnancy's conception date of the Insured as confirmed by a Physician shall be after the period of twelve (12) consecutive months from the first effective date of such Insured's Maternity benefits.</p> <p>The Maternity Care benefits shall include the New-born Care benefit. Liberty's Limits of Liability for New-born Care benefit shall be in the maximum of five (5) days from the birth of the baby or if there is an acute medical condition and any costs related to symptoms at birth or the manifestation of illness, the Inpatient Services are extended for up to thirty (30) days from the baby's date of birth.</p>	

Article 2. Territorial Scope

The coverage of insurance is subject to the geographical area listed on the Policy Schedule and for which Premium for respective zone has been paid, which includes the following two (2) areas:

- 2.1. Zone 0: Vietnam.
- 2.2. Zone 5: Vietnam, Thailand, Malaysia, Indonesia, Philippines, Laos, Cambodia, Myanmar, Brunei, and Timor Leste.

Article 3. Representative/Inheritance

The lawful representative or heir of an Insured shall have the right to act for that Insured if the Insured is civilly incapacitated or deceased.

Insurance benefits will be paid by Liberty to the Insured or his/her lawful representative or heir (if applicable) or to the Treating Facility in the Direct Billing Network (if applicable).

Article 4. Return to Home Country/Change Usual Country of Residence

For the American and Canadian citizens returning to their Home Country and for citizens of other countries intending to reside in USA/Canada for more than twelve (12) weeks, the Benefit Plan shall terminate automatically. The Insured shall notify Liberty of the date when the person returns to the Home Country or the changes the Usual Country of Residence to USA/Canada within thirty (30) days from the date of return/change. The paid Premium shall be refunded in accordance with the clause of Insurance Policy Termination as stated in Article 4 of Part I of this Insurance Policy Wording.

For changes of the Usual Country of Residence excluding the United States of America or Canada during a Policy Year, Liberty shall assess the coverage on the basis of the Customary and Reasonable Charges in such country or reimburse the Premium in accordance with the clause of Termination of Insurance Policy as stated in Article 4 of Part I of this Insurance Policy Wording. For the purpose of this clause, “**change of the Usual Country of Residence**” means the Insured no longer reside in his/her Usual Country of Residence as declared in the Application Form, or intend to move to another country in more than twelve (12) weeks.

Article 5. Waiting Periods

For the Insurance Policy of **only one (1) Insured**, the following provisions regarding the Waiting Periods apply to **all Benefit Plans**:

- A waiting period of thirty (30) days commences from the Effective Date and applies to all treatments (excluding treatment for Accident); AND
- A waiting period of three hundred and sixty-five (365) days commences from the Effective Date to the first symptom onset as certified by the Physician and the Treating Facility, in rendering such treatment to the Insured, and applies to all types of Cancer, musculoskeletal disease and cardiovascular disorders.

For the Insurance Policy with **two (2) or more** Insured persons, the following provisions regarding the Waiting Periods apply **to the Bronze and the Silver Benefit Plan**:

- A waiting period of thirty (30) days commences from the Effective Date and applies to all treatments (excluding Accident treatment); AND
- A waiting period of three hundred and sixty-five (365) days commences from the Effective Date to the first symptom onset as certified by the Physician and the Treating Facility, in rendering such treatment to the Insured, and applies to all types of Cancer, musculoskeletal disease and cardiovascular disorders.

For the Insurance Policy with **two (2) or more** Insured persons, the following provisions regarding the Waiting Periods apply **to the Gold, Platinum, and Diamond Benefit Plan**:

- A waiting period of thirty (30) days commences from the Effective Date and applies to all treatments (excluding Accident treatment).
- A waiting period of ninety (90) days commences from the Effective day to the first symptom onset as confirmed by the Physician and the Treating Facility, in rendering such treatment to the Insured, and applies to all types of Cancer. Liberty shall pay the medical expenses as follows:

Time of first showing of the symptom(s) (From the Effective Date of the Insured’s original Insurance Policy)	Rate of compensation (% of the total medical expenses)
After 90 consecutive days	70%
After 180 consecutive days	100%

Article 6. Co-payment

6.1 Co-payment applies to the treatment within the territorial scope of Vietnam

- i. For the Insurance Policy with **only one (1) Insured**, the following provisions regarding the Co-payment apply **to the Bronze and the Silver Benefit Plan**: Twenty percent (20%) Co-payment applies to all treatments in any Treating Facility.
- ii. For the Insurance Policy with **only one (1) Insured**, the following provisions regarding the Co-payment apply **to the Gold, Platinum, and Diamond Benefit Plan**: Twenty percent (20%) Co-payment applies to all treatments in FV Hospital, Family Medical Practice, Raffles Medical, Vinmec International General Hospital, Hanoi French Hospital.
- iii. For the Insurance Policy with **two (2) or more Insured persons**, the following provisions regarding the Co-payment apply **to the Bronze and Silver Benefit Plan**:
 - For all Insured's Age from fifteen (15) Days Old to two (2) Years Old: Forty percent (40%) Co-payment applies to all treatments in any Treating Facility.
 - For other Insured persons: Twenty percent (20%) Co-payment applies to all treatments in any Treating Facility.
- iv. For the Insurance Policy with **two (2) or more Insured persons**, the following provisions regarding the Co-payment apply **to the Gold, Platinum, and Diamond**:
 - For all Insured's Age from fifteen (15) Days Old to two (2) Years Old: Twenty percent (20%) Co-payment applies to all treatments in any Treating Facility.
 - For other Insured persons: Twenty percent (20%) Co-payment applies to all treatments in FV Hospital, Family Medical Practice, Raffles Medical, Vinmec International General Hospital, Hanoi French Hospital.

6.2 Co-payment applies to the treatment outside the territorial scope of Vietnam

Twenty percent (20%) Co-payment applies to all treatments outside the territorial scope of Vietnam

PART IV - EXCLUSIONS

Article 1. Exclusion clause

The following treatments, conditions, activities, items and their related expenses are excluded from the insurance and Liberty shall not be liable for:

- (1) Treatments of mental illness, behavioural disorders, psychiatric disorders including depression, eating disorders, sleeping disorders or any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations except pre-authorized Hospitalization treatment and other mental illnesses;
- (2) Tests and treatments relating to birth defects and Congenital Illnesses. Birth defects are deemed to include hereditary conditions and foetal surgery when still being in the womb, treatment for learning problems or speech defects of a dependent child;
- (3) Tests and treatments relating to infertility, contraception, sterilization, inducing pregnancy or any abortion and other treatments of such consequences of treatments;
- (4) Tests and treatments not undertaken by or on the recommendation of an authorized Treating Facility or treatment considered by an independent specialized Physician engaged by Liberty for professional advices as not Medically Necessary;
- (5) Routine eye and ear examinations, including the cost of spectacles, contact lenses, correction of eye visions or eye refraction, including myopia, hyperopia, and presbyopia, unless otherwise explicitly provided and endorsed in the Benefit Plan;
- (6) Treatments arising out of addictive conditions/disorders such as abuse of drug or alcohol;
- (7) Treatments for the Insured's self-inflicted Injury or suicide;
- (8) Tests and medical expenses not incident to treatment or diagnosis of a covered Sickness/Illness or Injury or any treatment which is not Medically Necessary according to professional advice of an independent special Physician engaged by Liberty for such advice;
- (9) Treatments by the Policyholder/Insured or a family member of the Policyholder/Insured as Physician working in the Treating Facility where such treatment being carried out treating themselves or the Dependents of such Policyholder/Insured;
- (10) Cosmetic surgery or plastic surgery for purposes of beautification. Treatment related to or arising from the removal of fat or surplus issue or for weight reduction or other treatment undergone for cosmetic or psychological reasons, including treatment for hair loss, freckle, or baldness;
- (11) Hospitalization for diagnosis, Laboratory and X-Ray Services or Physiotherapy, unless recommended by a legally qualified attending Physician or Surgeon;

- (12) Tests, examinations and treatments for sexually transmitted diseases and treatment for impotence or any related disease;
- (13) Expenses for acquisition of the human body organs and receipt of internal organs and/or all expenses incurred by the donor;
- (14) Tests and treatments for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS-related Complex Syndrome (ARCS) and all diseases caused by and/or related to the virus HIV positive;
- (15) Pre-existing Conditions or any related, associated or consequential Bodily Injury;
- (16) Charges exceeding the Customary and Reasonable Charges;
- (17) All transportation costs incurred for trips specifically made for the purpose of obtaining medical treatment, if not part of an Emergency Medical Evacuation and except as defined under Local Ambulance Services;
- (18) Experimental and yet to be scientifically proven medical treatments;
- (19) Examinations and treatments for injuries or chronic diseases while participating in (including any practice or conditioning program for) contest or competition including the following activities:
 - (a) Racing of any form including auto or car racing, professional sport, contact sport, motorcycle racing, powerboat racing, and dressage competition;
 - (b) skydiving, parasailing, hang-gliding, flying (other than as a fare-paying passenger on a duly licensed commercial aircraft);
 - (c) caving, rock or mountain climbing (with or without the use of ropes or other equipment);
 - (d) bungee jumping;
 - (e) scuba diving;
 - (f) polo, steeple chasing;
 - (g) martial arts;
 - (h) hot-ballooning;
 - (i) any organized sports undertaken on a sponsored basis, and/or
 - (j) any other hazardous activity, including deliberate exposure to exceptional danger (except in an effort to save human life);
- (20) Examinations and treatments for sleeping disorders related to breathing, including snoring, fatigue, jet lag, sonasthenia or work-related stress or any other related conditions;

- (21) Dietary supplements and substances which are available naturally and that can be purchased without prescription, including vitamins, minerals, supplements, food for medical purposes;
- (22) Non-medical services, including the issue of medical certificate and attestation and medical examination so as to suitability for travel;
- (23) Treatment for Sickness/Illness or Injury resulting from war, invasion, acts of foreign enemies, hostilities or warlike operations (whether war be declared or not), civil war, rebellion, revolution, insurrection, civil commotion or assuming the proportions of or amounting to an uprising, military or usurped power;
- (24) Treatment for Sickness/Illness or Injury resulting from a Terrorist Act;
- (25) Exposure to nuclear energy, ionizing radiation or radioactive contamination of any kind;
- (26) Medical expenses related to examination and/or treatment for Sickness/Illness, or Injury directly resulting from conduct of and/or participation in illegal act(s) (including the actions, as stated in law, with resultant imprisonment to persons who commits such actions), acts prohibited by law or incompliance with other statutory obligations, such as burglary, robbery, failure to obey an order given by an officer of the law, drug abuse, use of explosives or incendiary devices (unless legally permitted), assault and battery;
- (27) Stem cell therapy, except for bone marrow transplant;
- (28) All Emergency Medical Evacuation/Repatriation or Repatriation of a deceased body not approved in advance by Liberty or its Medical Assistance Provider;
- (29) Any other exclusion on Medical Evacuation/Repatriation or Repatriation of Mortal Remains specifically stated in the service agreement between the Medical Assistance Provider and Liberty, where these scopes of service and exclusion clauses have been notified by Liberty to the Policyholder; and/or
- (30) Prostheses, Corrective Devices, Medical Appliances, as well as medical expenses outside the body that is not covered (including artificial heart implantation, mono or bi-ventricular assisting device(s)), except standard surgical implant, charges for procurement or use of special braces, appliances, wheel chairs, crutches or Other Equipment.

Article 2. Sanction Exclusion

Liberty shall not provide cover and shall not be liable to pay any claim or provide any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose Liberty to any sanction, prohibition or restriction under the United Nations resolutions or the trade or economic sanction, laws or regulations of the European Union, the United Kingdom or the United States of America.

PART V – RIGHTS AND OBLIGATIONS OF THE INSURED AND THE POLICYHOLDER

Article 1. Rights of the Insured and the Policyholder

The Insured and/or the Policyholder shall have rights:

- a. To choose the Benefit Plan which are considered suitable;
- b. To request Liberty to explain the insurance conditions and terms; to issue the Policy Schedule/Certificate;
- c. To unilaterally cancel the Insurance Policy or unilaterally terminate the Insurance Policy in cases in accordance with this Insurance Policy Wording and the law of Vietnam;
- d. To request Liberty to pay the insurance to the Beneficiary or indemnify to the Insured as agreed upon in the Insurance Policy when the Insured Event occurs;
- e. To transfer the Insurance Policy as agreed upon in the Insurance Policy or in accordance with law; and
- f. Other rights in accordance with law.

Article 2. Obligations of the Insured and/or the Policyholder

The Policyholder and/or the Insured shall have obligations (if the Insured is a Minor Child, the Insured's father/mother/lawful guardian shall have obligations:

- a. To duly pay the Premium in full, within the timeframe and by agreed methods in the Insurance Policy;
- b. To declare fully and truthfully all details related to the Insurance Policy in the Application Form and provide Liberty with other relevant information together with the Application Form and at the same time be responsible for the accuracy and truthfulness of such information. In case the Policyholder and/or the Insured fails to declare fully and truthfully any information as requested to declare in the Application Form and/or the claim form for which if the Policyholder and/or the Insured declared fully and truthfully such information, Liberty would not agree to provide coverage for the Insured, Liberty has the right to refuse to pay the insurance benefits pursuant to the Insurance Policy.
- c. To notify changes in which can increase the risk or further arise Liberty's liabilities in the fulfillment of obligations of the Insurance Policy as provided in this Insurance Policy Wording;
- d. To fulfill obligations arising from the claim submission when the Insured Event occurs in accordance with Part VII of this Insurance Policy Wording and at the same time to coordinate and assist Liberty in investigating the cause.
- e. To take precautionary measures and risk minimization measures to prevent the occurrence of the Insured Events, and to comply with the requirements and obligations

as stated by law.

- f. When the Insured Event occurs, the Insured or the Insured's lawful representative, in the earliest time, has obligations:
 - i. To submit to Liberty the Claim Form as set forth by Liberty, which has fully, accurately and truthfully completed; and
 - ii. At the expense of the Insured, to provide to Liberty with information as requested by Liberty (which can include receipts, certificates, or evidences in writing or photos as requested by Liberty for any claim complaint);
- g. To notify Liberty regarding the Elective Treatment, including the event such Elective Treatment is provided in a country other than the Usual Country of Residence, and to submit attached hereto a detailed price list at least five (5) working days prior to treatment for Liberty to review and consider for approval of such Elective Treatment; and
- h. Other obligations in accordance with law.

PART VI – RIGHTS AND OBLIGATIONS OF LIBERTY

Article 1. Rights of Liberty

Liberty shall have rights:

- a. To collect the Premium as agreed upon the Insurance Policy;
- b. To request the Policyholder to provide complete, true and accurate information as provided in Article 2(b) of Part V of this Insurance Policy Wording;
- c. To unilaterally suspend the fulfillment of obligations arising from the Insurance Policy or unilaterally terminate the Insurance Policy under circumstances in accordance with this Insurance Policy Wording and the law of Vietnam;
- d. To decline to pay the insurance benefit to the Beneficiary or to decline to indemnify to the Insured for cases outside of insurance liability or cases of exclusion of insurance liability as agreed in this Insurance Policy Wording;
- e. To request the Policyholder to take precautionary measures and risk minimization measures in accordance with Article 2(e) of Part V of this Insurance Policy Wording;
- f. If the Policyholder and/or the Insured fails to provide or provide incomplete and untrue information as required in Article 2(b) of Part V of this Insurance Policy Wording, Liberty has rights:
 - i. To deny part of the claim that the Insured submitted to Liberty; OR
 - ii. To deny wholly the claim that the Insured submitted to Liberty; OR
 - iii. To cancel the Insurance Policy of the Insured from the Effective Date of the Insurance Policy and Liberty will refund the Premium paid for the Insured upon deduction of the remaining Premium which is calculated on pro rata basis equivalent to the number of days the Insurance Policy has been in effect.
- g. If the age or date of birth or other relevant facts relating to an Insured shall be found to have been misstated, and if such misstatement affects the scale of benefits, or if such information is accurately declared, Liberty would not agree to insure such Insured, then:
 - i. True Age and information of the Insured will be used by Liberty in determining whether such insurance benefits are secured under the terms of the Insurance Policy , in what amount, and an equitable adjustment of Premium shall be made; OR
 - ii. Liberty has right to unilaterally terminate the Insurance Policy and refund the Premium in accordance with Article 4(a) of Part I of this Insurance Policy Wording.
 - h. To deny paying benefits in accordance with the Insurance Policy for the Elective Treatment not approved in writing by Liberty;

- i. Upon Insured's claim submission, request the Insured to conduct a medical examination, test and/or other medical evaluation by sending to the Insured a notification of such request and at the expense of Liberty;
- j. To require an autopsy in the case of death of the Insured, where this is not forbidden by law or religious belief;
- k. To recalculate the Premium for the remaining period of the Insured Period in the event of any change in circumstances affecting factors used as basis for Premium calculation, thus resulting in the increase in the insured risks. In case the Policyholder does not agree with the increased Premium, Liberty has the right to unilaterally cancel the Insurance Policy;
- iv. To review and consider for approval for the Elective Treatment after receiving the notice of the Insured in accordance with Article 2(g) of Part V of this Insurance Policy Wording; and
- v. Other rights in accordance with this Insurance Policy Wording and law.

Article 2. Obligations of Liberty

Liberty has obligations:

- a. To explain to the Policyholder about insurance terms and conditions; the rights and obligations of the Policyholder;
- b. To issue the Certificate for the Policyholder immediately after entering into the Insurance Policy;
- c. To duly pay the insurance benefit to the Beneficiary or indemnify to the Insured when the Insured Event occurs;
- d. To explain in writing the reasons for declining to pay the insurance or the indemnity;
- e. To coordinate with the Policyholder in settling the third party's claim for damage under the insurance liability when the Insured Event occurs;
- f. In case of death of the Insured, Liberty shall make indemnity payment to the lawful representative of the Insured as assigned in the Application Form. The receipt signed by such legal representative shall be proof of the fulfillment of Liberty's liability; and
- g. Other obligations in accordance with this Insurance Policy Wording and law.

PART VII - CLAIMS PROCEDURE

Điều 1. Time limit for claiming indemnity

In all cases, the time limit for claiming indemnity shall be one (1) year from the date the Insured Event occurs (“**Time Limit for Claiming Indemnity**”). The time when a force majeure event or other objective hindrance shall be excluded from the Time Limit for Claiming Indemnity.

Điều 2. Form of insurance indemnity payment

The Insured has the right freely to choose the form of insurance indemnity payments by either of the following options:

1. Option 1 – Self-Paid

- (a) If the Insured choose the self-paid option, the Insured shall notify Liberty in writing of the Insured Event within ninety (90) days from the first day of treatment as a result of the Insured Event or, in the case of Maternity Care, the date of delivery for which the claim is made, unless otherwise agreed by Liberty.
- (b) The Insured shall provide Liberty with a claim dossier comprising:
 - The Claim Form fully completed and signed by the Insured or his or her lawful representative;
 - The original copy of the medical record;
 - The medical reports (if any);
 - The test results;
 - The prescription; and
 - Invoices and receipts.

Liberty may request the Insured to provide the original copies of the above documents in the claim dossier for the review and handling of the claim.

The claim dossier must be fully submitted to Liberty within the time limit as mentioned above.

- (c) Any claim made by an Insured for the incurred actual expenses shall be reimbursed in Vietnam Dong subject to the prevailing regulations of the Vietnamese Government on foreign exchange control at the time the expenses are incurred.

2. Option 2 – Direct Billing Network

- (a) The Insured may use the Direct Billing Network for Inpatient Services or Outpatient Services in a Treating Facility participating in such Direct Billing Network.
- (b) For Elective Treatment in a Treating Facility, the Insured has to follow the requirements in Article 2(g), Part V of this Insurance Policy Wording. Liberty will issue a Guarantee of Payment Letter if the Sickness/Illness and/or Injury is covered by the Insurance

Policy.

- (c) The Insured is required to present his/her Certificate together with other identity document for verification.
- (d) In all cases, the pre-authorized payment and/or payment made by Liberty for a claim which is not covered under the Insurance Policy or when the Limits of Liability is exceeded, the Insured and/or the Policyholder will be responsible for repayment to Liberty the costs of the ineligible treatment within thirty-one (31) days from the date Liberty issues the repayment notice.