

Quy tắc Bảo Hiểm Sức Khỏe Liberty HealthCare

Dựa trên đề nghị mua bảo hiểm của Chủ hợp đồng bảo hiểm – thông qua Đơn yêu cầu bảo hiểm và thông tin được cung cấp trên Đơn yêu cầu cũng như các thông tin khác được cung cấp cho Công ty có liên quan đến Đơn yêu cầu – và việc thanh toán đúng hạn phí bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này, Công ty đồng ý bảo hiểm cho Người được bảo hiểm đối với các thương tật thân thể, ốm đau hoặc bệnh tật hoặc nha khoa hoặc thai sản (nếu được áp dụng) trong Thời hạn Bảo hiểm và trong Giới hạn Trách nhiệm bảo hiểm, tùy thuộc theo các điều kiện và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm.

PHẦN I – QUY ĐỊNH CHUNG

1. Định nghĩa

Trong Điều khoản của Quy tắc bảo hiểm này, Chương trình bảo hiểm, Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm, Giấy chứng nhận và các Sửa đổi bổ sung, các từ ngữ sau sẽ có ý nghĩa như được quy định dưới đây:

Đơn yêu cầu bảo hiểm

Một mẫu đơn được lập đúng quy cách để đăng ký mua bảo hiểm sức khỏe Liberty Healthcare theo hình thức được Công ty quy định theo từng thời điểm.

Chương trình bảo hiểm

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

Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm

Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm do Công ty cấp cho Chủ hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm.

Giấy chứng nhận bảo hiểm

Giấy chứng nhận bảo hiểm do Công ty cấp cho Người được bảo hiểm dưới hình thức là một thẻ bảo hiểm sức khỏe Liberty Healthcare.

Hợp đồng Bảo hiểm

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

Hợp đồng bảo hiểm Nhóm

Hợp đồng bảo hiểm dành cho Nhóm

Giới hạn Trách nhiệm

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

Công ty

Công ty TNHH Bảo hiểm Liberty.

Thời hạn Bảo hiểm

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

Nước Thường Trú

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

Tai nạn

Bất kỳ sự kiện bất ngờ và không lường trước xảy ra trong Thời hạn Bảo hiểm, gây ra các thương tật về thân thể cho Người được bảo hiểm bởi một lực tác động từ bên ngoài.

Đang Làm việc

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

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

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

Thiết bị

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

Mức miễn thường/Đồng chi trả

Phần chi phí mà Người được bảo hiểm có nghĩa vụ phải thanh toán theo quy định tại Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm.

Người phụ thuộc

Vợ chồng kết hôn hợp pháp và con chưa kết hôn (bao gồm con ruột của 2 vợ chồng, con ngoài giá thú, con riêng của vợ hoặc chồng, con nuôi được nhận nuôi hợp pháp) mà Người được Bảo hiểm có nghĩa vụ cấp dưỡng, 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).

Ngày hiệu lực

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

Điều trị có lựa chọn

Điều trị có lựa chọn bao gồm tất cả trường hợp điều trị không khẩn cấp hoặc cuộc phẫu thuật đã lên kế hoạch trước.

Người lao động

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

Người sử dụng lao động

Một Công ty, doanh nghiệp, cơ quan, tổ chức tài trợ có thuê mướn, sử dụng lao động theo hợp đồng lao động, và thông qua đó Hợp đồng bảo hiểm Nhóm được đề nghị, ký kết hoặc thực hiện và qua đó Hợp đồng bảo hiểm Nhóm được cấp.

Khẩn cấp/Tình trạng nguy cấp

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

Nhóm

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

Tổ chức Tài trợ

Công đoàn hay bất kỳ hiệp hội, tổ chức, cơ quan nào khác được Công ty chấp nhận là Chủ Hợp đồng bảo hiểm của các Hợp đồng Bảo hiểm mà thành viên của các tổ chức này được bảo hiểm.

Quốc quán

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

Bệnh viện

Bất kỳ cơ sở khám chữa bệnh nào được cấp phép hợp pháp như một cơ sở tiến hành khám bệnh hoặc chữa bệnh tại quốc gia nơi mà cơ sở đó thành lập.

Dịch vụ nằm viện

Là các dịch vụ y tế được cung cấp cho Người được Bảo hiểm, chỉ khi các thủ tục chẩn đoán và/hoặc điều trị thích hợp không có sẵn cho việc điều trị ngoại trú và khi được chấp nhận là một bệnh nhân nội trú có đăng ký hoặc điều trị trong ngày tại một Bệnh viện. Dịch vụ nằm viện bao gồm cả các khoản phí thông thường và hợp lý tại nơi thực hiện điều trị, tiền phòng, tiền ăn, tất cả các trang bị y tế Bệnh viện và tất cả các biện pháp điều trị và dịch vụ y tế do Bác sĩ và Bệnh viện chỉ định, bao gồm cả tiền phòng hồi sức cấp cứu khi cần thiết.

Thương tật thân thể

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

Người được bảo hiểm

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

Sự cần thiết về mặt y học

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

Bác sĩ

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.

Chủ hợp đồng bảo hiểm

Chủ hợp đồng bảo hiểm như được quy định tại Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm.

Trừ khi được quy định rõ ràng bằng điều khoản sửa đổi bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm, Công ty sẽ xem Chủ hợp đồng bảo hiểm là chủ sở hữu duy nhất của Hợp đồng bảo hiểm và sẽ không bị buộc phải công nhận bất kỳ khiếu nại hoặc yêu cầu bồi thường hoặc lợi ích hợp lý khác với Hợp đồng bảo hiểm.

Năm Bảo hiểm

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

“Bệnh có sẵn” có nghĩa là bất kỳ Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật mà:

- (a) tồn tại trước Ngày Hiệu lực hợp đồng 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 khi bắt đầu Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
- (c) Người được bảo hiểm nhận biết là đã tồn tại trước ngày bắt đầu Hợp đồng bảo hiểm cho dù Người được bảo hiểm có tìm kiếm hay nhận được sự điều trị, thuốc men, lời khuyên, hoặc chẩn đoán hay không.

Thuốc theo Đơn kê

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.

Đơn vị hỗ trợ y tế

Đơn vị Hỗ trợ Y tế của Công ty có thể là tổ chức SOS Quốc tế hay bất kỳ đơn vị tương tự nào khác được Công ty thông báo cho Chủ hợp đồng bảo hiểm vào từng thời điểm.

Dịch vụ Xe cứu thương Trong nước

Dịch vụ vận chuyển đường bộ bằng xe cứu thương cần thiết về mặt y tế đến và trở về từ một Bệnh viện trong nước.

Tình trạng Sức khỏe nguy kịch

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

Ốm đau

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

Phòng Riêng Tiêu chuẩn

Phòng riêng đầy đủ tiện nghi trong một Bệnh viện. Nếu bệnh viện 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 bệnh viện cụ thể, tùy theo mức nào thấp hơn.

Hành động Khủng bố

Bất kỳ hành động nào, bao gồm việc sử dụng vũ lực hoặc bạo lực và/hoặc đe dọa sử dụng vũ lực hoặc bạo lực, được thực hiện bởi bất kỳ người nào hoặc nhóm người nào, dù hành động đơn lẻ hoặc đại diện cho hoặc có quan hệ với bất kỳ (các) tổ chức, (các) chính phủ nào vì mục đích chính trị, tôn giáo, tư tưởng hay các mục đích khác bao gồm ý định gây ảnh hưởng đến bất kỳ chính phủ nào và/hoặc gây ra tình trạng lo lắng cho công chúng hoặc bất kỳ bộ phận nào trong công chúng.

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

AIDS/HIV

Bảo hiểm cho việc điều trị Vi rút HIV (HIV) và các bệnh có liên quan kể cả Hội chứng Suy giảm Miễn dịch (AIDS), các biến chứng của bệnh và tất cả các bệnh/căn bệnh do Vi-rút HIV gây ra và/hoặc có liên quan tới HIV, kể cả các kết quả điều trị phát sinh xảy ra trong Thời hạn Bảo hiểm, bao gồm (các) năm tái tục hợp đồng bảo hiểm và xuất hiện sau khi hợp đồng liên tục năm (05) năm kể từ Ngày Hiệu lực đầu tiên.

Quyền lợi bảo hiểm này được bao gồm trong Giới hạn Trách nhiệm đối với bệnh nhân và phụ thuộc vào giới hạn phụ bằng 10% Giới hạn Trách nhiệm đối với bệnh nhân trên mỗi Người được bảo hiểm trong suốt cuộc đời.

Kiểm tra Sức khỏe Hàng năm

Là những xét nghiệm/tầm soát được thực hiện bởi một cơ sở khám chữa bệnh 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 đau ốm/bệnh tật:

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

Quyền lợi này cũng áp dụng cho Tiêm Vắc-xin và Kiểm tra sức khỏe bổ sung hồ sơ lao động.

Giường cho người nhà

Chỗ ở tại bệnh viện đối với cha mẹ hay người giám hộ hợp pháp lưu lại cùng với Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi, đã nhập viện điều trị nội trú tại một Bệnh viện. Quyền lợi này chỉ áp dụng cho bố hoặc mẹ/người giám hộ mỗi tối khi trẻ được điều trị nội trú tại bệnh viện, với điều kiện là trẻ đang được bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo hiểm.

Trợ cấp thăm viếng

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

Chi phí Bác sỹ Đông y/Nắn xương/Châm cứu

Bác sỹ Đông y/Nắn Xương/Châm cứu sẽ có nghĩa là một bác sỹ hoặc người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, được cấp phép hành nghề đông y theo quy định của pháp luật của nước mà người đó hành nghề.

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

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

Quyền lợi này bao gồm chi phí tư vấn và thuốc điều trị tại cơ sở khám chữa bệnh thực hiện việc các chữa trị đông y, nắn xương, châm cứu, tùy thuộc vào Giới hạn Trách nhiệm bảo hiểm đối với Chi phí Bác sỹ Đông y/Nắn xương/Châm cứu như được quy định tại Chương trình bảo hiểm.

Điều trị trong Ngày

Điều trị tại một Bệnh viện nơi Người được Bảo hiểm nhập Viện nhưng không lưu lại qua đêm.

Mỗi lần nằm viện phải đủ tối thiểu sáu (6) giờ liên tục trước khi bất kỳ lợi ích nào dưới đây được chi trả, 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.

Nếu Người được bảo hiểm trải qua cuộc phẫu thuật tại một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp hoặc nằm điều trị tại một Bệnh viện dưới 24 giờ do tai nạn và bệnh tật, Công ty sẽ chi trả chi phí thông thường và hợp lý mà Người được bảo hiểm đã thanh toán cho cơ sở khám chữa bệnh hoặc Bệnh viện đó, và phụ thuộc vào Giới hạn Trách nhiệm liên quan được quy định trong Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm.

Chăm sóc Nha khoa

Chăm sóc nha khoa bao gồm:

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

Chăm sóc Răng Cơ bản: Nhổ răng, trám răng, chụp X-quang, cạo vôi bao răng được bảo hiểm.

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

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

MIỄN LÀ các dịch vụ này phải được thực hiện bởi một bác sỹ chuyên ngành răng hàm mặt tại một cơ sở khám chữa bệnh 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. 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.

Hệ thống Thanh toán Trực tiếp

Các nhà cung cấp dịch vụ y tế, mà các thông tin chi tiết được liệt kê riêng lẻ và được Công ty thông báo cho Chủ hợp đồng bảo hiểm, người đồng ý sẽ tính chi phí điều trị trực tiếp với Công ty khi Người được Bảo hiểm xuất trình Chứng nhận bảo hiểm hợp lệ vẫn còn hạn sử dụng. Tuy nhiên, Người được Bảo hiểm có trách nhiệm hoàn trả lại Công ty nếu các chi phí đó là không hợp lệ theo Hợp đồng Bảo hiểm. Việc Người được bảo hiểm không hoàn trả các chi phí không hợp lệ đó qua Hệ thống Thanh toán Trực tiếp sẽ dẫn tới việc đình chỉ hoặc hủy Hợp đồng Bảo hiểm.

Điều trị nha khoa khẩn cấp sau tai nạn

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

Vận chuyển Y tế Cấp cứu

Chi phí y tế cần thiết liên quan đến việc vận chuyển cấp cứu và chăm sóc y tế để vận chuyển Người được Bảo hiểm đang trong Tình trạng Nguy kịch được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm, tới Bệnh viện gần nhất có phương tiện điều trị thích hợp. Việc vận chuyển y tế cấp cứu này phải theo sự chỉ định của bác sỹ tham gia điều trị hoặc bác sỹ chuyên khoa kết hợp với cố vấn y tế của Công ty.

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

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

Quyền lợi bảo hiểm này còn dựa vào phạm vi bảo hiểm và điều khoản loại trừ được quy định cụ thể trong Hợp đồng Dịch vụ giữa Công ty và Đơn vị Hỗ trợ Y tế được Công ty thông báo cho Chủ Hợp đồng bảo hiểm tùy thuộc vào bất kỳ thay đổi nào được Công ty thông báo cho Chủ Hợp đồng bảo hiểm vào từng thời điểm.

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

Điều trị tại Khoa Cấp cứu

Các dịch vụ được thực hiện tại khoa cấp cứu hoặc phòng cấp cứu của Bệnh viện trong thời gian không quá 24 giờ Với Điều Kiện là các dịch vụ này được bác sỹ tham gia điều trị tại Khoa cấp cứu và Bệnh viện đó xác định theo ý kiến chuyên môn là tình trạng nghiêm trọng phải điều trị cấp cứu.

Liệu pháp Thay thế nội tiết tố

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

Chụp X-quang và Xét nghiệm

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

Chăm sóc Thai Sản

Nghĩa là việc điều trị trước khi sinh, khi sinh, sau khi sinh và sảy thai, hoặc phá thai 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 chi phí chăm sóc trẻ sau khi sinh được thực hiện trong bệnh viện.

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

Chăm sóc Trẻ Sơ sinh

Quyền lợi bảo hiểm Chăm sóc Thai sản được mở rộng cho việc chăm sóc trẻ nói chung, thời gian tối đa là 5 ngày tính từ ngày sinh hoặc điều trị nội trú đối với bệnh xảy ra trong vòng 30 ngày sau khi sinh. Quyền lợi bảo hiểm này được giới hạn trong các dịch vụ điều trị được thực hiện trong vòng 30 ngày kể từ ngày sinh của đứa trẻ.

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

Y tá chăm sóc tại nhà

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

Phân loại Nhóm Nghề nghiệp

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

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

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

Loại IV – những Người làm công việc nguy hiểm, chẳng hạn công việc thủ công nặng nhọc liên quan tới việc sử dụng công cụ hoặc thiết bị nặng (chẳng hạn công nhân xây dựng).

Bệnh Ung thư

Điều trị bệnh ung thư được thực hiện cho Bệnh nhân Nội trú hoặc Bệnh nhân điều trị trong ngày của Bệnh viện.

Nếu một Người được bảo hiểm phải điều trị ung thư bằng hóa trị hoặc xạ trị tại một Bệnh viện ít hơn 24 giờ để điều trị, Công ty sẽ chi trả cho Quyền lợi này theo chi phí phát sinh thực tế theo yêu cầu của Bệnh viện cho đến mức tối đa như được quy định trong Chương trình bảo hiểm.

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

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

Cấy ghép Bộ phận

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

Điều trị ngoại trú

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

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

Điều trị Trước & Sau khi Nằm viện

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

Điều trị Tâm thần

Điều trị tại khoa tâm thần của một Bệnh viện, tối đa là 30 ngày cho mỗi Năm Bảo hiểm sau khi hợp đồng đã có hiệu lực 24 tháng. Việc điều trị phải được Công ty chấp thuận trước.

Điều trị bằng vật lý trị liệu hoặc Phương pháp nắn khớp xương.

Nếu trong khi Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, do tai nạn, ốm đau hoặc bệnh tật nằm trong điều khoản quy định của Hợp đồng Bảo hiểm, Người được bảo hiểm cần được điều trị bằng Vật lý trị liệu hoặc Phương pháp nắn xương khớp theo đề nghị bằng văn bản của bác sỹ tham gia điều trị (kỹ thuật viên y khoa), Công ty sẽ trả các chi phí thông thường hợp lý phát sinh thực tế và các chi phí được chi trả này sẽ không vượt quá Giới hạn Trách nhiệm bảo hiểm và tùy thuộc vào số lần thăm khám tối đa trong Năm Hợp đồng bảo hiểm như được quy định trong Chương trình bảo hiểm.

Thông thường và Hợp lý

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

Hồi hương

Đơn vị trợ giúp y tế của Công Ty sẽ thu xếp đưa Người được Bảo hiểm đang hấp hối hoặc chết tại một nơi nằm ngoài Quê quán hoặc Nước Thường trú của Người được Bảo hiểm sau khi Người được Bảo hiểm được vận chuyển y tế cấp cứu tới một địa điểm bên ngoài Quê quán hoặc Nước Thường trú để điều trị nội trú, trở về Quê quán, Nước Thường trú của Người được Bảo hiểm hoặc một nước khác (theo sự lựa chọn của người đại diện của Người được Bảo hiểm) bằng đường hàng không và/hoặc đường biển. Đơn vị trợ giúp y tế của Công Ty sẽ toàn quyền quyết định phương tiện hoặc cách thức tiến hành hồi hương sau khi xem xét, đánh giá tất cả các sự kiện và tình huống liên quan. Công ty sẽ chi trả cho các chi phí cần thiết và không thể tránh khỏi phát sinh trong quá trình thực hiện các dịch vụ do Đơn vị trợ giúp y tế của Công Ty thu xếp VỚI ĐIỀU KIỆN là trong trường hợp thu xếp đưa Người được Bảo hiểm trở về một nước khác không phải là Quê quán hoặc Nước Thường trú của Người được Bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả cho các chi phí phát sinh trong quá trình thực hiện các dịch vụ do Đơn vị trợ giúp y tế của Công Ty thu xếp nhưng không vượt quá 100 triệu Đồng cho mỗi một Người được Bảo hiểm. Người được bảo hiểm/đại diện của họ phải liên lạc với Công ty hoặc Đơn vị hỗ trợ y tế của Công ty để được chấp thuận trước cho việc hồi hương và sắp xếp phương tiện cần thiết.

Trừ trường hợp quyền lợi nêu tại Mục 1 trên đây được sử dụng, Đơn vị trợ giúp y tế của Công Ty sẽ (i) thu xếp đưa Người được Bảo hiểm đang hấp hối hoặc chết tại một nơi nằm ngoài Quê quán hoặc Nước Thường trú của Người được Bảo hiểm trở về Quê quán của Người được Bảo hiểm bằng đường hàng không và/hoặc đường biển. Đơn vị trợ giúp y tế của Công Ty sẽ toàn quyền quyết định phương tiện hoặc cách thức tiến hành hồi hương sau khi xem xét, đánh giá tất cả các sự kiện và tình huống liên quan; hoặc (ii) theo sự lựa chọn của người đại diện của Người được Bảo hiểm, thu xếp đưa việc chuẩn bị xác của Người được Bảo hiểm để chôn cất hoặc hỏa táng tại nước sở tại nơi Người được Bảo hiểm chết. Công ty sẽ chi trả cho các chi phí phát sinh trong quá trình thực hiện các dịch vụ do Đơn vị trợ giúp y tế của Công Ty thu xếp không vượt quá 200 triệu Đồng cho mỗi một Người được Bảo hiểm. Đơn vị trợ giúp y tế của Công Ty phải được liên lạc trước để thu xếp các dịch vụ cần thiết.

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

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

Hồi hương đối với trẻ em vị thành niên

Việc hồi hương đối với trẻ em vị thành niên (dưới 18 tuổi và chưa kết hôn) về Quê quán hoặc Nước thường trú nếu trẻ em đó không có người trông coi do Người lớn đi cùng là người được bảo hiểm

thuộc trường hợp phải Vận chuyển Y tế Khẩn cấp. Người được bảo hiểm/đại diện của họ phải liên lạc với Công ty hoặc Đơn vị hỗ trợ y tế của Công ty để được chấp thuận trước và sắp xếp phương tiện cần thiết.

2. Hợp đồng bảo hiểm

Quy tắc bảo hiểm, Chương trình bảo hiểm, Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm và bất kỳ Sửa đổi nào khác trên đây tạo thành thỏa thuận toàn bộ (“Hợp đồng Bảo hiểm”) giữa Công ty, Chủ hợp đồng bảo hiểm và Người được bảo hiểm. Các văn bản này sẽ được áp dụng theo thứ tự ưu tiên như sau:

- (i) các sửa đổi, bổ sung Chứng nhận bảo hiểm;
- (ii) thẻ Chứng nhận bảo hiểm;
- (iii) bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm;
- (iv) Quy tắc bảo hiểm Sức khỏe Liberty HealthCare; và
- (v) Chương trình bảo hiểm.

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

3. Hiệu lực bảo hiểm

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

4. Chấm dứt quyền lợi bảo hiểm

4.1 Đối với hợp đồng bảo hiểm cá nhân

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 vào lúc không giờ ngày cuối cùng của Thời hạn Bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm. Trong trường hợp, tại thời điểm chấm dứt quyền lợi bảo hiểm, mà một Người được bảo hiểm được nhập Viện để chữa bệnh hoặc chữa các tổn thương được bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo hiểm, thì thời điểm chấm dứt hợp đồng sẽ được gia hạn đến khi (A) người đó không yêu cầu nằm viện để điều trị Bệnh hay Tổn thương đó hoặc (B) vào thời điểm mà các quyền lợi của người đó đã sử dụng hết vào việc điều trị Bệnh hoặc Tổn thương đó, tùy thuộc thời điểm nào đến trước. Vì mục đích của phần này “nằm viện” có nghĩa là một khoảng thời gian liên tục không ít hơn 18 giờ được đăng ký điều trị nội trú tại một Bệnh viện.

4.2 Đối với hợp đồng bảo hiểm theo nhóm

Bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo hiểm đối với một Người được bảo hiểm sẽ bị chấm dứt vào thời điểm các quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho Người được Bảo hiểm đó đã được sử dụng hết.

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

- (a) ngày Người lao động không còn đủ điều kiện được bảo hiểm. ;
- (b) ngày Hợp đồng Bảo hiểm Nhóm chấm dứt;
- (c) ngày Người lao động chấm dứt làm việc;

- (d) ngày hết thời hạn mà theo đó khoản phí bảo hiểm cuối cùng của Người lao động phải được thanh toán liên quan đến bảo hiểm của Người lao động đó;
- (e) người lao động cư trú tại Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ/Canada trong thời gian trên mười hai tuần liên tiếp.

Trong các trường hợp (a), (c) hoặc (e) nêu trên, Chủ hợp đồng bảo hiểm sẽ có quyền nhận lại phí đóng bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm đó, trừ đi khoản phí phải đóng cho Công ty 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. 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.

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

- (a) ngày Người phụ thuộc không còn đủ điều kiện được bảo hiểm với tư cách là Người phụ thuộc như Định nghĩa về Người phụ thuộc;
- (b) ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm Nhóm;
- (c) ngày chấm dứt các quyền lợi bảo hiểm của Người được Bảo hiểm có liên quan (Người được bảo hiểm của Người phụ thuộc) theo Hợp đồng bảo hiểm Nhóm;
- (d) ngày hết thời hạn mà theo đó việc thanh toán khoản phí bảo hiểm cuối cùng được thanh toán liên quan đến bảo hiểm của Người phụ thuộc;
- (e) Người phụ thuộc cư trú tại Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ/Canada trong thời gian trên mười hai tuần liên tiếp.

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

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

- (a) ngày mà Người được bảo hiểm không còn đáp ứng điều kiện là thành viên của Tổ chức Tài trợ;
- (b) ngày mà Người được bảo hiểm không còn đáp ứng bất kỳ điều kiện nào để được bảo hiểm theo hợp đồng Bảo hiểm như được quy định theo Bản tóm tắt Hợp đồng Bảo hiểm;
- (c) ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm Nhóm;
- (d) ngày hết thời hạn mà theo đó việc thanh toán phí bảo hiểm lần cuối cùng được thực hiện liên quan đến bảo hiểm của Người được bảo hiểm;
- (e) người được bảo hiểm cư trú tại Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ/Canada trong thời gian trên mười hai tuần liên tiếp.

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

Với điều kiện là, trong mọi trường hợp, nếu một Người được bảo hiểm được nhập viện để điều trị Bệnh tật hay Thương tật được bảo hiểm thì thời điểm chấm dứt bảo hiểm sẽ được gia hạn đến thời điểm mà người đó được xuất viện sau khi đã chấm dứt việc điều trị các Bệnh tật hay Thương tật nói trên hoặc tại thời điểm mà các quyền lợi của người đó đối với các Bệnh tật hay Thương tật nói trên đã sử dụng hết, tùy thuộc thời điểm nào xảy ra trước.

Vì mục đích của phân này, nhập viện có nghĩa là nằm viện không ít hơn 18 giờ liên tục như một bệnh nhân có đăng ký nằm viện trong một Bệnh viện.

5. Chấm dứt Hợp đồng

Công ty có thể chấm dứt Hợp đồng Bảo hiểm tại bất kỳ thời điểm nào bằng việc gửi thông báo bằng thư đảm bảo đến địa chỉ được biết cuối cùng của Chủ hợp đồng bảo hiểm trước 30 ngày và trong trường hợp này Công ty sẽ trả lại cho Người được bảo hiểm một khoản phí bảo hiểm đã thanh toán trừ đi khoản phí bảo hiểm tính theo tỉ lệ tương ứng cho thời gian mà Hợp đồng Bảo hiểm có hiệu lực.

Hợp đồng Bảo hiểm có thể bị chấm dứt bởi Chủ hợp đồng bảo hiểm tại bất kỳ thời gian nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Công ty. Nếu không có yêu cầu bồi thường nào được gửi cho Công ty trong thời gian Hợp đồng Bảo hiểm có hiệu lực, Chủ hợp đồng bảo hiểm sẽ được quyền nhận lại khoản phí bảo hiểm trừ đi khoản phí phải thanh toán cho Công ty trong thời hạn Hợp đồng Bảo hiểm có hiệu lực, được tính theo tỉ lệ tương ứng với thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực Với Điều Khoản Là Trong Mọi Trường Hợp, không có bất kỳ vi phạm nào đối với Hợp đồng Bảo hiểm tại thời điểm đó.

Trong mọi trường hợp, Hợp đồng Bảo hiểm tùy thuộc vào một mức phí bảo hiểm tối thiểu bằng hai triệu Việt Nam đồng (2.000.000VND) cộng với tiền thuế (nếu có) cho mỗi Hợp đồng Bảo hiểm hoặc Sửa đổi, Bổ sung. Nếu theo yêu cầu của Chủ hợp đồng bảo hiểm khoản phí bảo hiểm được Công ty hoàn trả cho Chủ hợp đồng bảo hiểm phải thực hiện bằng chuyển khoản qua ngân hàng, mọi khoản phí ngân hàng phát sinh sẽ do Chủ hợp đồng bảo hiểm chịu.

Chủ hợp đồng bảo hiểm sẽ hoàn trả cho Công ty tài liệu hợp đồng bảo hiểm hiện hành, bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm hay thẻ y tế vào hoặc trước ngày chấm dứt.

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.

6. Phối hợp Quyền lợi bảo hiểm/Bảo hiểm khác

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

Trong trường hợp bị thương tật liên quan tới các hành động hoặc sự sơ suất của một bên thứ ba, thì Chủ hợp đồng và Người được Bảo hiểm cố gắng yêu cầu bên thứ ba này bồi thường toàn bộ số tiền tổn thất.

7. Luật áp dụng

Các bên trong Hợp đồng bảo hiểm thỏa thuận rằng Luật của nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam sẽ chi phối và kiểm soát trong trường hợp có xung đột hoặc tranh chấp giữa các bên về Hợp đồng bảo hiểm.

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

8. Ngôn ngữ áp dụng

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 có giá trị áp dụng.

PHẦN II – ĐỐI TƯỢNG BẢO HIỂM

Công ty, Doanh nghiệp, cơ quan và tổ chức tài trợ đăng ký hoạt động hợp pháp tại Việt Nam. Người được bảo hiểm là công dân Việt Nam và người nước ngoài thường trú tại Việt Nam có độ tuổi từ 15 ngày tuổi đến 64 tuổi, và được mở rộng đến 74 tuổi đối với Hợp đồng tái tục. Công ty chỉ chấp nhận bảo hiểm cho trẻ em khi tham gia bảo hiểm cùng Hợp đồng với Bố/Mẹ.

Công dân các nước bị cấm vận theo nghị quyết của Liên Hiệp Quốc, Hợp Chung Quốc Hoa Kỳ, Liên Hiệp Châu Âu và Vương Quốc Anh không phải là Đối tượng bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

PHẦN III – PHẠM VI BẢO HIỂM

1. Quyền lợi bảo hiểm

Tùy thuộc vào các điều khoản và điều kiện của Quy tắc Bảo hiểm này, và Giới hạn Trách nhiệm có thể áp dụng được, Công ty sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm đối với các chi phí cần thiết và hợp lý phát sinh cho Người được bảo hiểm có nguyên nhân trực tiếp với các thương tổn về thân thể, ốm đau hoặc bệnh tật hoặc nha khoa hoặc thai sản (nếu áp dụng) của Người được bảo hiểm trong Thời hạn Bảo hiểm cho các quyền lợi nêu trong Chương trình bảo hiểm áp dụng, **VỚI ĐIỀU KIỆN LÀ TRONG MỌI TRƯỜNG HỢP** các chi phí này là chi phí thực tế và giới hạn trong chi phí hợp lý và thông thường tại quốc gia nơi tiến hành việc điều trị.

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. Đối với Khu vực 1, điều trị bệnh tại Hợp Chung Quốc Hoa Kỳ/Canada tùy thuộc vào khoản chi phí y tế mà Người được bảo hiểm phải chịu trong số các chi phí y tế được thanh toán bảo hiểm, trừ khi phí bảo hiểm bổ sung đã được đóng để loại bỏ khoản chi phí y tế mà Người được bảo hiểm phải chịu.

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 hoặc chết. Các quyền lợi sẽ được thanh toán cho Người được bảo hiểm hoặc người đại diện hoặc người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm (nếu áp dụng) hoặc đơn vị cung cấp Hệ thống Thanh toán Trực tiếp (nếu áp dụng).

4. Xem xét bảo hiểm Bệnh có sẵn

Trừ khi có thỏa thuận khác bởi Công ty theo Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm, tất cả các Bệnh có sẵn không được bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo hiểm.

Không phụ thuộc vào các điều đã nói ở trên, nếu một Bệnh có sẵn đã được thông báo cho Công ty, Công ty có thể đồng ý bảo hiểm cho Bệnh có sẵn theo Hợp đồng này sau hai năm là thành viên liên tục tính từ ngày thông báo.

PHẦN IV – ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

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

- (1) Điều trị bệnh tâm thần, rối loạn hành vi, rối loạn tâm thần bao gồm bệnh trầm cảm, rối loạn ăn uống, rối loạn giấc ngủ 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) Các dịch vụ hoặc điều trị tại cơ sở chăm sóc dài hạn, nơi trị bệnh bằng nước khoáng, phòng khám điều trị bằng thủy lực, viện điều dưỡng.
- (3) 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. Điều trị các vấn đề trong học tập hoặc các khuyết tật nói của một đứa trẻ phụ thuộc. Các phẫu thuật cho thai nhi khi còn trong bụng mẹ.
- (4) Các xét nghiệm, việc khám và điều trị liên quan tới bệnh vô sinh, biện pháp tránh thai, triệt sản, thụ thai nhân tạo hoặc việc phá thai, và các điều trị khác là do các hậu quả của những điều trị này.
- (5) Khám và điều trị không phải do một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp thực hiện hay yêu cầu, hoặc việc điều trị mà một Bác sỹ chuyên ngành độc lập được Công ty thuê để cho ý kiến chuyên môn, cho là không cần thiết về mặt y học.
- (6) Mọi điều trị về răng/chỉnh hình răng, trừ khi được ghi rõ trong Bản tóm tắt Hợp đồng Bảo hiểm.
- (7) Kiểm tra mắt và tai định kỳ, 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.
- (8) Điều trị phát sinh từ các rối loạn/thói quen nghiện ngập, ví dụ như lạm dụng thuốc hoặc nghiện rượu.
- (9) Điều trị đối với thương tật tự gây ra hoặc tự tử.
- (10) Kiểm tra sức khỏe định kỳ và điều trị phòng ngừa (bao gồm tiêm vắc-xin hoặc tiêm chủng, thuốc và xét nghiệm mang tính chất ngăn ngừa), trừ khi có quy định rõ và được xác nhận trong Chương trình Bảo hiểm.
- (11) Các xét nghiệm, chi phí y tế phát sinh không liên quan đến việc điều trị hoặc chẩn đoán Ốm đau hoặc Thương tật được bảo hiểm; hoặc việc điều trị không cần thiết về mặt y học theo ý kiến chuyên môn của một Bác sỹ chuyên ngành độc lập được Công ty thuê để cho ý kiến chuyên môn. Điều trị bởi một thành viên trong gia đình. Chủ hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm là bác sỹ tự điều trị cho bản thân hoặc Người phụ thuộc tại một Bệnh viện nơi Chủ hợp đồng/Người được bảo hiểm đang làm việc.
- (12) Các bộ phận giả, thiết bị phục hồi và thiết bị y tế, cũng như việc ghép tim nhân tạo, (các) thiết bị hỗ trợ một hay hai tâm thất, ngoại trừ các mô 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.
- (13) 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.
- (14) Chăm sóc Thai sản. Không một quyền lợi bảo hiểm nào sẽ được thanh toán, trừ khi được quy định rõ và được xác nhận trong Chương trình bảo hiểm.
- (15) Nhập viện để chẩn đoán, chụp X-quang, xét nghiệm hoặc vật lý trị liệu, trừ khi được chỉ định bởi một Bác sỹ điều trị hoặc Bác sỹ phẫu thuật có đủ trình độ chuyên môn theo luật định.
- (16) 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.

- (17) Toàn bộ việc cấy ghép bộ phận ngoại trừ trường hợp được xác định trong Chương trình bảo hiểm.
- (18) Mua bộ phận cơ thể người và toàn bộ chi phí cho người hiến tặng.
- (19) Xét nghiệm và điều trị Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), Hội chứng Phục hợp liên quan đến AIDS (ARCS) và toàn bộ các bệnh gây ra bởi và/hoặc liên quan đến vi rút HIV dương tính trừ khi thời hạn được bảo hiểm đã được hoàn thành và phụ thuộc vào giới hạn phụ được quy định trong Chương trình bảo hiểm.
- (20) Các Bệnh có sẵn hoặc các thương tật có liên quan, đi kèm hoặc có tính hậu quả, trừ khi được thông báo cho Công ty và được Công ty chấp nhận bằng văn bản.
- (21) Các chi phí vượt quá phạm vi thông thường và hợp lý như được định nghĩa.
- (22) Điều trị có Lựa chọn không được chấp thuận (xem Định nghĩa).
- (23) Toàn bộ chi phí vận chuyển phát sinh đối với các chuyến đi đặc biệt vì mục đích điều trị y khoa, nếu không phải là một phần của việc Vận chuyển y tế Cấp cứu và ngoại trừ trường hợp được xác định theo định nghĩa Dịch vụ Xe cứu thương Trong nước.
- (24) Điều trị nội khoa thử nghiệm và chưa được chứng minh về mặt khoa học.
- (25) Điều trị đối với Thương tật hoặc Ốm đau xảy ra khi đang công tác với tư cách là thành viên của lực lượng vũ trang hoặc công an hoặc do thực hiện công việc thuộc Nhóm nghề nghiệp Loại III hoặc IV (trừ khi được thỏa thuận khác bằng văn bản trước đó bởi Công ty).
- (26) 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 nhưng không giới hạn các hoạt động sau: đua xe dưới bất kỳ hình thức nào khác hơn so với đi bộ bao gồm nhưng không giới hạn việc đua xe ô tô hoặc xe hơi, thể thao chuyên nghiệp, thể thao có sự tiếp xúc với các người cùng chơi, đua xe mô tô, đua thuyền máy, và thi đấu luyện ngựa; nhảy dù biểu diễn, dù bay, điều lượn, bay (khác với như là một hành khách có mua vé đi trên một máy bay thương mại được cấp giấy phép hợp lệ), thám hiểm hang động, leo đá hoặc leo núi (có hay không có sử dụng dây thừng hoặc thiết bị khác), nhảy bun-gee, lặn có đeo bình dưỡng khí, pô lô, đua ngựa vượt rào, các môn võ thuật, bay khinh khí cầu, và bất kỳ môn thể thao nào có tổ chức thực hiện trên cơ sở tài trợ hoặc bất kỳ hoạt động mạo hiểm nào khác, trừ phi đã được khai báo với Công ty và đã được Công ty chấp nhận hoặc cố ý đặt mình vào tình trạng nguy hiểm đặc biệt (ngoại trừ trường hợp nỗ lực để cứu sống người).
- (27) Khám và điều trị rối loạn giấc ngủ liên quan đến hô hấp, bao gồm ngáy, mệt mỏi, say máy bay, suy nhược cơ thể hoặc căng thẳng liên quan đến công việc hoặc bất kỳ tình trạng liên quan khác.
- (28) 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.
- (29) 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.
- (30) Điều trị Thương tật hoặc Ốm đau do chiến tranh, xâm lược, hành động của các thể lực thù địch bên ngoài, thù địch hoặc các hoạt động hiếu chiến (dù có tuyên bố hay không), 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.
- (31) Điều trị Thương tật hoặc Ốm đau do Hành động Khủng bố.
- (32) Phơi nhiễm năng lượng hạt nhân, phóng xạ ion hóa hay nhiễm phóng xạ thuộc bất kỳ loại nào.

- (33) Tham gia vào một hành động bất hợp pháp bao gồm cả phạt tù hoặc không tuân thủ các nghĩa vụ theo luật định.
- (34) Khám và điều trị các Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật mắc phải là hậu quả trực tiếp của việc tham gia vào các hành động phi pháp, bao gồm nhưng không giới hạn trong phạm vi trộm cắp, cướp giết, không chấp hành lệnh của người thi hành công vụ, sử dụng chất kích thích, sử dụng chất nổ hoặc các thiết bị gây cháy (trừ khi đã được cấp phép), hành hung và gây thương tích.
- (35) Liệu pháp thay thế tế bào gốc ngoại trừ trường hợp ghép tủy xương.
- (36) Toàn bộ việc Vận chuyển Cấp cứu/Hồi hương/Gửi trả Tử thi không được Công ty hoặc Đơn vị hỗ trợ y tế của Công ty chấp thuận trước.
- (37) Bất kỳ điểm loại trừ nào khác về Vận chuyển Cấp cứu/Hồi hương /Hoàn trả các Quyền lợi của Tử thi được quy định cụ thể trong Hợp đồng Dịch vụ với Đơn vị trợ giúp y tế của Công ty, như được thay đổi tùy từng thời điểm và được thông báo cho Người được bảo hiểm.
- (38) Công ty sẽ không bảo hiểm và không có trách nhiệm thanh toán bồi thường cho bất kỳ yêu cầu bồi thường hoặc cung cấp các quyền lợi nào nếu như việc việc cung cấp bảo hiểm, thanh toán các yêu cầu bồi thường này hoặc cung cấp quyền lợi như vậy sẽ làm cho Công ty vi phạm bất kỳ quy định cấm vận, ngăn cấm, hoặc hạn chế theo các nghị quyết của Liên Hiệp Quốc hoặc các lệnh cấm vận kinh tế hay thương mại, luật pháp hoặc quy định của Liên Hiệp Châu Âu, Vương Quốc Anh hoặc Hiệp Chung Quốc Hoa Kỳ.
- (39) Các điều khoản loại trừ khác như được thỏa thuận với Người được bảo hiểm được quy định trong Bản tóm tắt Hợp đồng Bảo hiểm.

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

1. Các Điều kiện Tiên quyết đối với Trách nhiệm

Bất kỳ trách nhiệm của Công ty đối với Người được Bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo hiểm sẽ tùy thuộc vào việc đáp ứng điều kiện tiên quyết dưới đây:

- (a) Công ty phải được cung cấp tất cả tuyên bố và kê khai cần thiết bởi Chủ hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm (cha mẹ hoặc người giám hộ được chỉ định hợp pháp nếu Người được bảo hiểm là người vị thành niên) theo Đơn Yêu cầu bảo hiểm và tất cả các tuyên bố và kê khai này phải hoàn toàn đúng đắn.
- (b) tính chân thật và chính xác của các tuyên bố và kê khai được lập liên quan đến bất kỳ yêu cầu bồi thường nào từ Chủ hợp đồng bảo hiểm hay bất kỳ Người được bảo hiểm nào đối với Công ty theo Hợp đồng Bảo hiểm.
- (c) việc tuân thủ và thực hiện đúng các điều khoản, điều kiện, và quy định của Hợp đồng Bảo hiểm đến mức độ có liên quan đến bất kỳ điều gì cần được thực hiện, hạn chế thực hiện hay phải tuân thủ bởi Chủ hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Người được Bảo hiểm.

2. Yêu cầu chấp thuận trước

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

Tất cả các Biện pháp Điều trị Lựa chọn phải được kèm theo bảng giá chi tiết và được gửi cho Công ty 05 ngày làm việc để thẩm định trước khi tiến hành điều trị.

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

- (1) bảng giá cho Biện pháp Điều trị Lựa chọn tại một bệnh viện được lựa chọn phải được gửi cho Công ty ít nhất 05 ngày làm việc trước khi tiến hành điều trị; và
- (2) Biện pháp Điều trị lựa chọn này được công ty chấp thuận.

3. Tài liệu được yêu cầu

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

Sai sót trong ghi chép khi lưu giữ hồ sơ sẽ không làm vô hiệu bảo hiểm nếu bảo hiểm đó đang có hiệu lực hợp pháp và cũng không tiếp tục bảo hiểm nếu bảo hiểm đó bị chấm dứt hợp lệ. Trong trường hợp tuổi, ngày sinh hoặc các thông tin khác có liên quan tới một Người được Bảo hiểm được phát hiện bị khai sai và trong trường hợp việc khai sai đó ảnh hưởng đến phạm vi quyền lợi bảo hiểm hoặc có bất kỳ việc gì ảnh hưởng đến các điều khoản và điều kiện của Hợp đồng Bảo hiểm hoặc đến quyết định của Công ty bảo hiểm cho Người được bảo hiểm đó, thì (A) tuổi thật và các thông tin chính xác sẽ được sử dụng để xác định xem các quyền lợi bảo hiểm có được bảo đảm theo các điều khoản của Hợp đồng Bảo hiểm hay không, với số tiền là bao nhiêu, và có tiến hành điều chỉnh phí bảo hiểm hay không, hoặc (B) bảo hiểm của người đó sẽ không có giá trị và Công ty sẽ trả lại phí bảo hiểm đối với Người được Bảo hiểm đó.

4. Đủ điều kiện

4.1 Hợp đồng bảo hiểm cá nhân:

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

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

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

Phạm vi bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo hiểm chỉ áp dụng cho những đối tượng có nghề nghiệp thuộc Loại I và Loại II, trừ khi có sự thỏa thuận khác với Người được bảo hiểm và được Công ty đồng ý bằng văn bản. Người được bảo hiểm được yêu cầu thông báo cho Công ty ngay khi nghề nghiệp của người đó chuyển sang Loại III hoặc Loại IV. Không thực hiện nghĩa vụ thông báo có thể dẫn đến việc Công ty từ chối một yêu cầu bồi thường hay chấm dứt lợi ích bảo hiểm.

4.2 Hợp đồng bảo hiểm Nhóm:

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

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

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

Tuổi tối đa đăng ký bảo hiểm là 64 tuổi.

Phạm vi bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo hiểm chỉ áp dụng cho những người có nghề nghiệp thuộc Loại I và Loại II, trừ khi có sự thỏa thuận khác với Người được bảo hiểm và được Công ty đồng ý bằng văn bản. Người được bảo hiểm phải thông báo cho Công ty ngay khi nghề nghiệp của người đó chuyển sang Loại III hoặc Loại IV. Không thực hiện nghĩa vụ thông báo có thể dẫn đến việc Công ty từ chối một yêu cầu bồi thường hay chấm dứt lợi ích bảo hiểm.

5. Kiểm tra sức khỏe

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

6. Giám định y khoa

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

7. Đề phòng Hợp lý và Thay đổi Quan Trọng

Các Thành viên được Bảo hiểm sẽ tiến hành mọi biện pháp phòng ngừa hợp lý để ngăn chặn và giảm thiểu bất kỳ Tai nạn, Thương tật, Ốm đau hoặc phí tổn và Công ty phải được thông báo ngay bằng văn bản về bất kỳ thông tin hoặc thay đổi nào làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Công ty.

Công ty sẽ có quyền tiếp tục bảo hiểm theo các điều khoản và điều kiện mà Công ty xét thấy phù hợp với những thay đổi thông tin hoặc thay đổi nào làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Công ty đó hoặc từ chối tiếp tục bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm. Mọi khiếu nại phát sinh từ hoặc liên quan tới những thay đổi đó sẽ không được đáp ứng cho tới khi và trừ khi Công ty đã được thông báo về những thay đổi đó, và đã đồng ý tiếp tục bảo hiểm.

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

Đối với những công dân Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ hoặc Canada trở về Quê quán của mình và đối với những công dân các quốc gia khác dự định cư trú tại Hợp Chúng quốc Hoa Kỳ/Canada trong thời gian trên 12 tuần, Chương trình bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt. Người được Bảo hiểm sẽ thông báo cho Công ty ngay Thành viên đó trở về Quê quán hoặc thay đổi Quốc gia Thường trú sang Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ/Canada trong vòng ba mươi ngày kể từ ngày trở về/thay đổi đó. Phí bảo hiểm đã nộp sẽ được hoàn trả theo Điều khoản Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm.

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

Một điều kiện tiên quyết đối với trách nhiệm theo Hợp đồng bảo hiểm là Công ty phải được thông báo trước bằng văn bản về việc thay đổi Nước Thường trú của Chủ Hợp đồng hoặc của bất kỳ Thành viên được Bảo hiểm nào. Việc thay đổi Nước thường trú có nghĩa là Người được Bảo hiểm không còn cư trú tại Quốc gia Thường trú của mình, hoặc có ý định chuyên tới ở một quốc gia khác trong thời gian trên 12 tuần.

Công ty phải được thông báo địa điểm của bất kỳ người phụ thuộc nào mà có Nước Thường trú khác với Nước Thường trú đã khai báo cho Chủ hợp đồng bảo hiểm trong Đơn yêu cầu bảo hiểm, và Công ty bảo lưu quyền từ chối bảo hiểm cho những Người phụ thuộc đó theo Đơn yêu cầu bảo hiểm này.

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

PHẦN VI - THỦ TỤC BỒI THƯỜNG

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

Lựa chọn 1 – Tự Thanh toán

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

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

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

- Mẫu giấy yêu cầu bồi thường được điền đầy đủ và có chữ ký của Người yêu cầu
- Bản Gốc của bệnh án
- Các báo cáo y khoa (nếu có)
- Kết quả xét nghiệm
- Đơn thuốc
- Hóa đơn và biên nhận.

Các bản sao sẽ không được chấp nhận. Hồ sơ yêu cầu bồi thường phải được nộp cho Công ty trong thời hạn yêu cầu bồi thường theo quy định của pháp luật.

Bồi hoàn: 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.

Đối với việc điều trị tại bệnh viện, phẫu thuật và điều trị trong ngày, xin tham khảo "Điều trị có Lựa chọn – Yêu cầu Chấp thuận Trước".

Nếu theo yêu cầu của Người được Bảo hiểm các khoản chi phí được Công ty hoàn trả cho Người được Bảo hiểm phải thực hiện bằng chuyển khoản qua ngân hàng, mọi khoản phí ngân hàng phát sinh sẽ do Công ty chịu, trừ trường hợp Người được Bảo hiểm có yêu cầu khác.

Lựa chọn 2 – Dịch vụ Thanh toán Trực tiếp

Dịch vụ Thanh toán Trực tiếp là dịch vụ không sử dụng tiền mặt do Công ty cho phép Người được Bảo hiểm Điều trị Ngoại trú và Nội trú Tổng quát tại các cơ sở y tế do Công ty chỉ định. Đối với điều trị có lựa chọn tại bệnh viện, Người được Bảo hiểm phải tuân thủ "Điều trị có Lựa chọn – Yêu cầu Chấp thuận Trước". Công ty sẽ cấp Giấy cam kết Thanh toán nếu bệnh được bảo hiểm trong Hợp đồng Bảo hiểm.

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

PHẦN VII - GIAN LẬN VÀ HÌNH THỨC XỬ LÝ

1. Đối với Hợp đồng bảo hiểm cá nhân:

Nếu bất kỳ yêu cầu bồi thường là giả hoặc gian lận hoặc nếu (những) Người được Bảo hiểm hoặc một người đại diện cho (những) Người được Bảo hiểm sử dụng các phương tiện hoặc thiết bị gian lận để có được các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ lập tức bị hủy bỏ và mọi quyền lợi bảo hiểm và phí bảo hiểm hoàn trả sẽ bị tước bỏ.

2. Đối với Hợp đồng bảo hiểm Nhóm:

Nếu bất kỳ yêu cầu bồi thường là giả hoặc gian lận hoặc nếu Chủ hợp đồng bảo hiểm hoặc một người đại diện cho Chủ hợp đồng bảo hiểm sử dụng các phương tiện hoặc thiết bị gian lận để có được quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm Nhóm thì Hợp đồng bảo hiểm Nhóm sẽ lập tức bị hủy bỏ và mọi quyền lợi bảo hiểm và phí bảo hiểm hoàn trả sẽ bị tước bỏ.

Trường hợp một Người được Bảo hiểm có khiếu nại giả hoặc gian lận, thì bảo hiểm của người đó sẽ lập tức bị hủy bỏ và mọi quyền lợi bảo hiểm và phí bảo hiểm sẽ bị tước bỏ. Quy định này sẽ không ảnh hưởng đến Hợp đồng bảo hiểm Nhóm vẫn còn đang hiệu lực.

PHẦN VIII - CAM KẾT THANH TOÁN PHÍ BẢO HIỂM

1. Các bên tuyên bố và nhất trí rằng điều kiện tiên quyết đối với trách nhiệm bồi thường theo Hợp Đồng Bảo Hiểm, Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục và Sửa Đổi Bổ Sung rằng bất kỳ khoản phí bảo hiểm đến hạn nào đều phải được thanh toán và được nhận đủ bởi Công ty Bảo Hiểm, các nhà môi giới hay đại lý có đăng ký kinh doanh mà Hợp đồng bảo hiểm có ảnh hưởng:

(a) Trừ trường hợp quy định tại Điểm (b) dưới đây, đối với Hợp Đồng Bảo Hiểm hoặc Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục,

(i) Trong vòng 15 ngày kể từ **NGÀY HIỆU LỰC BẢO HIỂM** theo Hợp Đồng Bảo Hiểm hoặc Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục; hoặc

(ii) Trong trường hợp theo yêu cầu của Người được bảo hiểm, Công ty bảo hiểm đồng ý gia hạn thời hạn thanh toán phí bằng cách cấp Sửa Đổi Bổ Sung và gửi cho Người được bảo hiểm, trong vòng 15 ngày kể từ **NGÀY HIỆU LỰC BẢO HIỂM** theo Hợp Đồng Bảo Hiểm hoặc Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục cộng với khoảng thời gian được gia hạn, với điều kiện không quá 30 ngày kể từ **NGÀY HIỆU LỰC BẢO HIỂM** cho tổng thời gian quy định và khoảng thời gian được gia hạn; hoặc

(b) Đối với Hợp Đồng Bảo Hiểm hoặc Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục, nếu Công ty đồng ý thanh toán phí bảo hiểm theo nhiều đợt:

(i) Trong vòng 15 ngày kể từ **NGÀY HIỆU LỰC BẢO HIỂM** theo Hợp Đồng Bảo Hiểm hay Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục đối với kỳ thanh toán đầu tiên và sau đó theo ngày đã thỏa thuận cho những kỳ kế tiếp;

(c) Đối với các Sửa Đổi Bổ Sung làm phát sinh thêm phí bảo hiểm,

(i) Trừ trường hợp quy định tại Điểm (ii), (iii) và (iv) dưới đây, trong vòng 15 ngày kể từ **NGÀY HIỆU LỰC BẢO HIỂM** được qui định trong mỗi Sửa Đổi Bổ Sung tương ứng;

(ii) Trừ trường hợp quy định tại Điểm (iii) dưới đây, trong trường hợp theo yêu cầu của Người được bảo hiểm, Công ty bảo hiểm đồng ý gia hạn thời hạn thanh toán phí bằng cách cấp Sửa Đổi Bổ Sung và gửi cho Người được bảo hiểm, trong vòng 15 ngày kể từ **NGÀY HIỆU LỰC BẢO HIỂM** được qui định trong mỗi Sửa Đổi Bổ Sung tương ứng cộng với khoảng thời gian được gia hạn, với điều kiện không quá 30 ngày kể từ **NGÀY HIỆU LỰC BẢO HIỂM** cho tổng thời gian quy định và khoảng thời gian gia hạn; hoặc

(iii) Nếu thời hạn được tính theo Điểm (i) hoặc (ii) trên đây kéo dài hơn ngày đến hạn của lần thanh toán sau cùng của Hợp Đồng Bảo Hiểm (đối với các Hợp Đồng Bảo Hiểm thanh toán phí bảo hiểm thành nhiều đợt), không trễ hơn ngày đến hạn của lần thanh toán sau cùng của Hợp Đồng Bảo Hiểm.

(iv) Trừ trường hợp quy định tại điểm (i), (ii) và (iii) trên đây, phí bảo hiểm phải được thanh toán kể từ **NGÀY HIỆU LỰC BẢO HIỂM** nếu thời hạn bảo hiểm ít hơn 30 ngày.

2. Trong trường hợp phí bảo hiểm của Hợp Đồng Bảo Hiểm và Sửa Đổi Bổ Sung không được thanh toán đầy đủ cho Công ty, môi giới hay đại lý bảo hiểm được mô tả trong điều khoản 1 trên đây, theo phương thức và thời hạn quy định trên đây (“Thời Hạn Cam Kết Thanh Toán Phí Bảo Hiểm”), thì việc bảo hiểm theo Hợp Đồng Bảo Hiểm, Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục và Sửa Đổi Bổ Sung sẽ bị tự động coi là chấm dứt kể từ ngày hết Thời Hạn Cam Kết Thanh Toán Phí Bảo Hiểm và Công ty sẽ được miễn tất cả các trách nhiệm phát sinh trước ngày đó và Công ty sẽ được hưởng khoản phí bảo hiểm rủi ro tương ứng với tỷ lệ thời gian đã bảo hiểm.
3. Trong trường hợp các khoản yêu cầu bồi thường cộng dồn của Hợp Đồng Bảo Hiểm hoặc Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục và Sửa Đổi Bổ Sung vượt mức phí bảo hiểm chưa thanh toán, tất cả số phí bảo hiểm còn tồn lại sẽ được thanh toán ngay lập tức cho Công ty.



LIBERTY INSURANCE LIMITED

Head Office

18th Floor, Vincom Office Building
45A Ly Tu Trong, District 1, Ho Chi Minh
City

Tel: (84.28) 38 125 125

Fax: (84.28) 38 125 018

Liberty HealthCare Insurance Policy Wording

Based upon the Policyholder's application for insurance - through an Application Form and information provided therein as well as all other information provided to the Insurer in connection therewith – and due payment of the insurance premium in accordance with this Insurance Policy Wording, the Insurer agrees to insure the Insured against the covered bodily injury, sickness or disease or dental or being pregnant (if applicable) during the Insured Period and within the Limits of Liability, subject to the terms and condition of this Insurance Policy.

PART I – GENERAL PROVISION

1. Definition

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

Application Form

A duly executed application form for Liberty Healthcare Insurance in the form as set forth by the Insurer from time to time.

Benefit Plan

The benefit plan issued by the Insurer. With respect to an Insured, the relevant benefit plan applicable to that Insured as provided in the Policy Schedule and the Certificate issued to such Insured.

Policy Schedule

The policy schedule issued by the Insurer to the Policyholder and/or the Insured.

Certificate

The certificate of insurance issued by the Insurer to the Insured in the form of a Liberty HealthCare card.

Insurance Policy

The Insurance Policy as described in Article 2.

Group Policy

Insurance Policy for Group.

Limits of Liability

The maximum limit of the Insurer's accrued liability for each Insured, for the whole Insured Period, with respect to each section as set out in the Coverage of Insurance and the Benefit Plan.

Insurer

Liberty Insurance Limited.

Insured Period

With respect to an Insured, the insured period as provided in the Policy Schedule and the Certificate issued to such Insured.

Usual Country of Residence

With respect to a person, the country in which such person is living at the date of commencement of cover under the Insurance Policy and which is declared in the Application Form.

Accident

Any sudden and unforeseen event occurring during the Insured Period, resulting in bodily injury of the Insured by an external force.

Active Service

An employee will be considered in active service on any day if he or she is then performing his or her duties in order to complete his or her role as assigned to him or her to perform or being performed on the last day of the working schedule.

A member of a Sponsoring Organization will be considered in "Active Service" on any day if he or she is then able to perform all the normal activities of a member of such Sponsoring Organization, and is confined neither at home nor in a medical facility.

A Dependant will be considered in "Active Service" on any day if he or she is then able to perform all the normal activities of a person in good health of the same age and sex, and is confined neither at home nor in a medical facility.

Appliances

Devices and equipment when used as an integral part of a surgical procedure performed by a licensed medical facility.

Deductible/Co-insurance

The portion of costs for which the Insured is liable in accordance with the Policy Schedule.

Dependant

The legally married spouse and unmarried children (including natural children, step-children, foster children and legally adopted children) who are dependant on the Insured for support, Provided always that such children are not under 15 days old and not more than 18 years old (or 23 years old provided that the dependent is in continuous full-time education).

Effective Date

With respect to an Insured, the first date of the Insured Period of such Insured (either original or renewal, as the case maybe).

Elective Treatment

Elective treatment includes all non-emergency hospital or surgery treatment planned for in advance.

Employee

A person being more than 18 years old, having the ability to work in accordance with the labor contract, being paid and being subject to the management and control of the Employer.

Employer

A company, enterprise, organization or sponsoring organization having recruited and engaged employment in accordance with the labor contract and according to which the Group Policy is proposed, executed or performed and according to which the Group Policy is issued.

Emergency/Serious Conditions

Emergency/serious condition means a bona fide situation where there is a sudden change in an Insured's state of health, which requires urgent medical or surgical intervention within forty-eight hours of onset to avoid imminent danger to his/her life or health.

Group

A group of Employees employed by one Employer and their Dependants; or a group of members of a Sponsoring Organization and their Dependants.

Sponsoring Organization

Trade Union or any other associations, organizations or institutions accepted by the Insurer to be a Policyholder of the Insurance Policies in which its members are insured.

Home Country

With respect to an Insured, 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.

Hospital

Any medical facility institution which is a legally licensed as a medical examination or treatment facility in the country in which it is incorporated.

Hospital Services

Medical services rendered to the Insured only when appropriate diagnostic procedures and/or treatments are not available as outpatient services and when admittance as a registered inpatient or day-patient to a Hospital. Hospital Services include reasonable and customary charges, in the area where treatment is provided, for Hospital accommodation, the cost of the room, meal charges, all Hospital medical facilities and all medical treatments and medical services prescribed by a Physician and Hospital, including intensive care unit accommodation where this is medically necessary.

Bodily Injury

Injury which is sustained by the Insured on any part of his/her body during the Insured Period and is caused by an Accident.

Insured

A person satisfied all conditions to whom the commencement of the insurance has been confirmed by the Insurer by issuing a Policy Schedule to clearly indicate that such person is the insured under the Insurance Policy.

Medically Necessary

Treatment, service or procedure which in the opinion of the Medical Practitioner and the medical facility where the Medical Practitioner is working is appropriate and consistent with the diagnosis and the generally accepted medical standards.

Physician (Medical Practitioner)

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.

Policyholder

The policyholder as stated in the Policy Schedule.

Unless clearly provided by an Endorsement to the Insurance Policy, the Insurer shall consider the Policyholder as the unique holder of the Insurance Policy and shall not be forced to recognize any compliant or claim or other legitimate benefits of the Insurance Policy.

Policy Year

The time starting from (whichever is later) (i) 00.01 a.m. on the first day of the Insured Period or (ii) the time of issuance of the Insurance Policy by the Insurer and ending at 11:59 pm on the last day of the Insured Period, both inclusive. All times are calculated as according to Vietnam standard time.

"Pre-existing Conditions" means any Sickness/Illness/Injury:

- (a) which existed before the Effective Date in respect of an Insured, which presented signs or symptoms of which the Insured was aware or should reasonably have been 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.

Prescribed Drugs

Medication, the sale and use of which is legally restricted to prescription by a Physician and not including items that may be purchased without a prescription of Physician.

Medical Assistance Provider

The Medical Assistance Provider of the Insurer, which can be International SOS or any other similar providers as informed by the Insurer to the Policyholder from time to time.

Local Ambulance Services

The medically necessary road ambulance transportation services to and from a local Hospital.

Serious Medical Condition

The medical condition which in the opinion of the Hospital where the Insured receives treatment determined as a serious medical emergency requiring urgent remedial treatment to avoid death or serious impairment to the Insured's immediate or long-term health prospects.

Sickness

A physical condition marked by a pathological deviation from the normal healthy state.

Standard Private Room

Single occupancy accommodation in a Hospital. If the hospital sub-divides Private Room into several levels, reimbursement will be based on the actual charge for the standard private room or the norm of the charges for Private Room of that particular hospital, whichever is lower.

Terrorist Act

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), committed for political, religious, ideological or other purposes including the intention to influence any government and/or to put the public, or any section of the public, in fear.

Terrorist Act shall also include any act, which is verified or recognized by the (relevant) government as an act of terrorism.

AIDS/HIV

Cover for treatment of Human Immunodeficiency 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 which occurs during the Insured Period, including the subsequent renewal year(s) and manifests itself after five years of continuous coverage under the Policy from the first Effective Date.

This benefit is inclusive in the Limits of Liability for inpatient and subject to a sub-limit of 10% of the Limits of Liability for inpatient per Insured per lifetime.

Annual Medical Examination

Are tests/screenings that are undertaken by an authorized medical facility without any clinical symptoms being present. Such tests include the following examinations performed, at an appropriate age interval, for the early detection of illness or disease:

- Vital signs (blood pressure, cholesterol, pulse, respiration, temperature etc.)
- Cardiovascular exam
- Neurological exam
- Cancer screening
- Well child test (for children up to the age of 6 years)

This benefit is also applied for Vaccination and Work Permit Medical Check-up.

Companion Bed

Hospital accommodation in respect of 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 Hospital. This is limited to only one parent/guardian each night when the child is receiving covered hospital inpatient treatment for which the child is insured under the Insurance Policy.

Compassionate Visit

A relative or a friend of the Insured to visit the Insured who, when travelling alone, is hospitalised outside the Home Country or the Usual Country of Residence for a period exceeding 7 consecutive days, subject to a prior approval of the Insurer's Medical Assistance Provider and only when judged necessary by the Insurer's Medical Assistance Provider on reasonable medical and compassionate grounds.

Chinese Herbalist/Bonesetter/Acupuncturist

Chinese Herbalist/Acupuncturist shall mean a physician or a medical practitioner who is licensed as Chinese Medicine practitioner in accordance with the laws in the country of his practice to render treatment.

Herbal Medication shall mean herbal medications prescribed by a registered Chinese Medicine Practitioner in writing, directly related to the diagnosis being treated.

Bone-setting shall mean treatment of musculoskeletal system, joint and soft tissue resulting from accident for internal or external bodily injuries.

This benefit includes consultation fee and medicine for the treatment in a medical 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.

Day Case Treatment/ Day-Patient

Treatment in a Hospital where the Insured is usually admitted to a Hospital bed but does not stay overnight.

Each hospital confinement must be for a minimum period of six (6) consecutive hours before any benefits hereunder are payable, except that no minimum period of hospital confinement is required if such confinement is in connection with a surgical operation, accidental emergency treatment.

If an Insured has undergone surgical treatment in an authorized medical facility or confined in a Hospital for less than 24 hours as a result of injury and disease, the Insurer shall pay the reasonable and customary charge, which is actually incurred by the Insured from the medical facility and Hospital, and subject to the relevant Limits of Liability as set forth in the Benefit Plan.

Dental Services

Dental Service include:

Routine Oral Examination: Scaling and polishing is covered once a year per Insured.

Basic Dental Service: Extraction, amalgam, filling, x-rays, periodontal scaling is covered.

Major Dental Treatment: Removal of impacted, buried or unerupted teeth, root canal treatment, removal of solid odontomes, adpicectomy will be covered after the Insured has been insured by the Insurer covering Dental Services for at least **nine consecutive months**.

Crown, bridges and dentures will be covered after the Insured has been insured by the Insurer covering Dental Services for at least **twelve consecutive months**.

PROVIDED ALWAYS THAT these dental services are applied for sound natural teeth only and must be performed by an Orthodontic Physician in an authorized medical facility who is licensed by relevant licensing authority to practice dentistry in the country where the dental treatment is given. The material being used for filling/crown/denture is limited to amalgam and porcelain and does not include precious metal/material.

Direct Settlement Network

Medical providers, details of which are listed separately and informed by the Insurer to the Policyholder, which agree to charge the Insurer directly for the treatment cost when the Insured present a valid designated Certificate. However, the Insured is responsible for repayment if such charges are not eligible under the Insurance Policy. Failure to re-pay by the Insured to the Direct Settlement Network, such ineligible expenses will result in the Insurer's right to suspend or cancel the Insurance Policy.

Emergency Dental Treatment following Accident

Dental treatment provided within 30 days from the accident for accidental damage caused to sound, natural teeth, except when the accidental damage has been caused through eating, when given by an Orthodontic Physician in an authorized medical facility.

Emergency Medical Evacuation

The medically necessary expense of emergency transportation and medical care en route to move an Insured with a Serious Medical Condition insured under the Insurance Policy, to the nearest Hospital where appropriate medical care and facilities are available, as determined by the attending Medical Practitioner or Specialist in conjunction with the Insurer's medical advisors.

The Insured/legal representative of the Insured shall contact to the Insurer or Medical Assistance Provider to obtain advance approval for any evacuation and to make the necessary transportation arrangements.

The Insurer will pay the cost of one Economy Class Return Airfare accompanying the Insured aged 18 years old or below during evacuation, when this is deemed necessary for medical reasons by the Insurer.

This benefit is also subject to the scope of coverage and exclusion specified in the Service Agreement between the Insurer and the Medical Assistance Provider, which coverage and exclusion have been informed by the Insurer to the Policyholder, subject to any changes from time to time as informed by the Insurer to the Policyholder.

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

Emergency Ward Treatment

Services performed in a Hospital casualty ward or emergency room for a period of not more than 24 hours Provided That these services are determined as serious conditions by the Medical attendance from Emergency Ward and Hospital, which require an emergency treatment.

Hormone Replacement Therapy

Hormone Replacement Therapy shall mean any consultation services and medication provided by an authorized medical facility for the treatment of hormonal imbalance in respect of pre- and post-menopausal symptoms only.

Laboratory and X-Ray Services

Laboratory testing, radiographic and nuclear medicine procedures used to diagnose and treat medical conditions. Any such laboratory and X-Ray Services must be prescribed by a Physician and endorsed by the Hospital.

Maternity Care

Pre-natal, childbirth, post-natal treatment and miscarriage, or abortion out of medical reason, or any complications arising from pregnancy for the Insured with respect to normal and complicated delivery and the after birth baby care incurred in the Hospital.

Where this benefit is included in the Insurance Policy for an Insured, it will apply to pregnancies which actual date of birth is at least 12 months after the date of enrolment of this benefit of the Insured, except

that it is a premature termination of pregnancy due to medical reasons but such pregnancy commences after 90 days from the enrolment date of this benefit of the Insured.

New-Born Baby Care

A Maternity Care benefit extension for the general baby care, for the maximum of 5 days immediate after birth or inpatient treatment for sickness manifests itself within 30 days following birth. This benefit is limited to the treatment provided within 30 days from the date of birth of the baby.

An additional limit for new-born baby care is applied for inpatient treatment of an acute medical condition and any associated cost which presents symptoms at birth or which manifests itself within 30 days following birth when the Limits of Liability for Maternity is exhausted.

Nursing at Home/Home Nursing

The services of a legally Registered or Enrolled nurse in the Insured's abode when prescribed by a Hospital for medical as distinct from domestic reasons immediately after or instead of Inpatient or Day Case Treatment. Cover will be limited to a maximum period of 182 days per Insured in any one insurance period of 12 months.

Occupation Classification

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

Class II - Persons engaged in work 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 expose them to any special hazard (e.g., Clerk-of-Work, Supervisor), Persons who are required to travel outside office for business or professional purposes but no engaging in manual labour. (e.g., Salesman).

Class III – Persons engaged in manual work not of particularly hazardous nature but involving the use of tools or light machinery (e.g. toolmaker, delivery service).

Class IV – Persons engaged in hazardous occupations, e.g. heavy manual work involving the use of heavy tools and machinery (e.g. construction worker).

Oncology

Treatment given for cancer received as an In-Patient or Day-Patient of the hospital.

If an Insured has undergone chemotherapy or radiotherapy for cancer treatment in a Hospital for less than 24 hours for such treatment, the Insurer will pay this Benefit for actual medical expenses charged by the Hospital up to the maximum amount as shown in the respective Benefit Plan.

Except the Group Policy and unless the Insurer agrees otherwise, treatment given for Oncology will only be insured if the first symptom of the Oncology occurs after 90 consecutive days as from the first Effective Date of the Insured in accordance with the certification of the Physician and the Hospital where the Insured is being treated. The medical expenses will be paid as follows:

Time of occurrence of the first symptom (From the first Effective Date of the Insured)	Rate of compensation (% of the total medical expenses)
After 90 days	70%
After 180 days	100%

Organ Transplant

The medical treatment costs incurred in respect of kidney, heart, liver and bone marrow transplants only up to the respective Benefit Plan's sub-limits. The cost of acquisition of the organ and all costs incurred by the donor are not covered under the Insurance Policy.

Outpatient Services

Medical treatment provided to the Insured when the Insured is not a registered in-patient/day-patient in a Hospital, or in any other facility for medical care. Laboratory testing, radiographic and nuclear medicine procedures used to diagnose and treat medical conditions. Laboratory and x-ray services have to be prescribed by a Physician and Hospital.

Outpatient Services also include medication, the sale and use of which is legally restricted to prescription by a Hospital, and do not include items that may be purchased without a prescription of Hospital.

Pre & Post Hospitalisation Treatment

Will be covered as defined under Outpatient Services for a maximum period of 30 days immediately prior to hospitalisation and 90 days immediately following discharge from Hospital for the same medical condition per person. This benefit will be paid following the inpatient treatment or surgery. Reimbursement will be according to the date of the expenses incurred.

Psychiatric Treatment

Treatment in a psychiatric unit of a Hospital, limited to 30 days per policy year after 24 month cover. Treatments must be pre-authorized by the Insurer.

Physiotherapy or Chiropractic Treatment

If while this Insurance Policy is in force, on account of accident, sickness or disease contracted during the term of the Insurance Policy, the Insured shall require treatment by a Physiotherapy or Chiropractic Treatment upon recommendation by attending Physician (Medical Practitioner) in writing, the Insurer will pay the actual, reasonable and customary expenses incurred and such payment shall not exceed the Limits of Liability and subject to the maximum number of visits per Policy Year stated in the Benefit Plan.

Reasonable and Customary

No benefit shall be paid for charges which are in excess of the general level of charges being made by other providers of similar standing in the locality where the charges are incurred, when providing like or comparable treatment, services or supplies for a similar Injury or Sickness. The Insurer will determine such charging scale by its own experience in similar cases and the quotations we can receive from similar standard medical facilities within the region.

Repatriation

The Medical Assistance Provider will arrange for the return, by air and/or surface transportation, of the Insured's body or ashes 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 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 in-hospital treatment. The Medical Assistance Provider reserves the right to decide the means or method by which such repatriation will be carried out having regard to all the assessed facts and circumstances. The Insurer shall pay for the expenses necessarily and unavoidably incurred in the services so arranged by the Medical Assistance Provider PROVIDED always that if the return of the Insured's body is to a country other than his/her Home Country and/or Usual Country of Residence, the Insured shall pay the expenses incurred but in no event exceeding VND100,000,000 per Insured. The Insured/The representative of the Insured must contact to the Insurer or The Medical Assistance Provider in advance for the approval and arrangement of transportation.

Unless Item 1 is applicable, the Medical Assistance Provider will (i) arrange for the return of the Insured's body or ashes who is dead in a place outside his/her Home Country or Usual Country of Residence to his/her Home Country by air and/or surface transportation. The Medical Assistance Provider reserves the right to decide the means or method by which such repatriation will be carried out having regard to all the assessed facts and circumstances; or (ii) at the choice of the 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. The Insurer shall pay for the expenses incurred in the services so 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.

This benefit is also subject to the scope of coverage and exclusion specified in the Service Agreement between the Insurer and the Medical Assistance Provider, which coverage and exclusion have been informed by the Insurer to the Policyholder, subject to any changes from time to time as informed by the Insurer to the Policyholder.

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

Return of Minor Child

The return of minor child (aged below 18 years old and unmarried) to the Home Country or Usual Country of Residence if he/she is left unattended as a result of the accompanying insured Adult's Emergency Medical Evacuation. The Insured/The representative of the Insured must contact to the Insurer or The Medical Assistance Provider in advance for the approval and arrangement of transportation.

2. Insurance Policy

This Insurance Policy Wording, the Benefit Plan, the Policy Schedule, the Certificate and any Endorsements thereon constitute the entire agreement ("**Insurance Policy**") between the Insurer, the Policyholder and the Insured. These documents shall be applied in the following order of priority:

- (i) The Endorsements;
- (ii) the Certificate;
- (iii) the Policy Schedule;
- (iv) this Liberty HealthCare Insurance Policy Wording; and
- (v) the Benefit Plan.

No agent is authorized to alter or amend the Insurance Policy, or to waive any of its provisions. All changes of the Insurance Policy must be accepted in advance by the Insurer.

3. Insurance Effectiveness

Subject to the terms and condition of the Insurance Policy, the Insurer's liability to an Insured under the Insurance Policy shall become effective from the commencement of the Insured Period with respect to such Insured, and will remain effective until the end of the Insured Period of such Insured unless otherwise terminated in accordance with the Insurance Policy.

4. Termination of Benefits

4.1 For individual insurance policy

The insurance under the Insurance Policy for an Insured shall be terminated at such time as the benefits applicable to such Insured shall have been exhausted or at midnight on the last day of the Insured Period with respect to such Insured. In the case where, at the time of termination of benefits, an Insured is confined in a Hospital for a Sickness or Injury covered under the Insurance Policy, then the time of termination of benefits shall be extended to the time (A) he/she no longer requires confinement for the said Sickness or Injury or (B) the time his/her benefits for the said Sickness or Injury is exhausted, whichever shall occur first. For the purpose of this part, "confinement" means a continuous period of not less than 18 hours as a registered in-patient in a Hospital.

4.2 For Group Policy

The insurance under the Insurance Policy for an Insured shall be terminated at such time as the benefits applicable to such Insured shall have been exhausted.

The insurance under the Insurance Policy for an Employee shall also be automatically terminated on the earliest of the following dates:

- (a) the date on which the Employee ceases to be eligible for insurance;
- (b) the date the Group Policy terminates;
- (c) the date of an Employee's termination of employment;
- (d) the date of expiration of the period for which the last premium payment must be made in respect of the Employee's insurance;
- (e) the Employee resides in USA/Canada for a period in excess of twelve consecutive weeks.

In the cases of (a), (c) or (e) above, the Policyholder shall be entitled to a return of premium with respect to that Insured, less the amount due to the Insurer for the period during which the Policy had been in force for such Insured, computed on the pro-rata basic for the period in which the Insurance Policy is in force Provided Always that there is no claim with respect of such Insured and there is no violation under the Insurance Policy at all times.

The insurance under the Insurance Policy for an Insured, who is a Dependent, shall automatically terminate on the earliest of the following dates:

- (a) the date the Dependant ceases to be eligible as a Dependant as defined hereunder Definition of Dependant;
- (b) the date the Group Policy terminates;
- (c) the date the relevant Insured (on which the Dependent depend)'s benefits under the Group Policy terminate;
- (d) the date of expiration of the period for which the last premium payment is made in respect of the Dependent's insurance;
- (e) the Dependent resides in USA/Canada for a period in excess of twelve consecutive weeks.

In the cases of (a), (c) or (e) above, the Policyholder shall be entitled to a return of premium with respect to that Insured, less the amount due to the Insurer for the period during which the Policy had been in force for such Insured, computed on the pro-rata basic Provided Always that there is no claim with respect of such Insured and there is no violation under the Insurance Policy at that time.

The insurance under the Insurance Policy for an Insured, who is a member of a Sponsoring Organization, shall also be automatically terminated on the earliest of the following dates:

- (a) the date such Insured ceases to be eligible as member of such Sponsoring Organization;
- (b) the date such Insured ceases to meet any conditions to be eligible for the insurance under the Insurance Policy as set forth in the Policy Schedule;
- (c) the date the Group Policy terminates;
- (d) the date of expiration of the period for which the last premium payment is made in respect of the such Insured's insurance;
- (e) the Insured resides in USA/Canada for a period in excess of twelve consecutive weeks.

In the cases of (a), (b), or (e) above, the Policyholder shall be entitled to a return of premium with respect to that Insured, less the amount due to the Insurer for the period during which the Policy had been in force for such Insured, computed on the pro-rata basic for the period during which the Policy had been in force Provided Always that there is no claim with respect of such Insured and there is no violation under the Insurance Policy at that time.

Provided that, for all cases, if an Insured is hospitalised for a covered Sickness or Injury at the time of such termination then the time of termination shall be extended to the time he or she is discharged from hospital after having completed the medical treatment for the said Sickness or Injury or the time his benefits for said Sickness or Injury shall have been exhausted, whichever shall occur first.

For the purpose of this part, Hospitalisation means a continuous period of not less than 18 hours as a registered bed patient in a Hospital.

5. Termination of Insurance Policy

The Insurer may terminate the Insurance Policy at any time by giving 30 days' notice by registered letter to the Policyholder at his last known address and in such even the Insurer will return to the Policyholder the premium paid less pro-rata portion thereof for the period during which the Policy Insurance had been in force.

The Insurance Policy may be terminated by the Policyholder at any time by giving written notice to the Insurer. If no claim has been submitted to the Insurer during the period during which the Insurance Policy had been in force, the Policyholder shall be entitled to a return of premium, less the amount due to the Insurer for the period during which the Policy had been in force, computed on the pro-rata basic for the period during which the Policy had been in force Provided Always there is no violation under the Insurance Policy at that time.

In all cases, the Policy Insurance is subject to a minimum premium of VND2,000,000 plus tax (if any) for each Insurance Policy or Endorsement. If the premium is to be returned by bank transfer as requested by the Policyholder, all bank charges are payable by the Policyholder.

The Policyholder shall return to the Insurer the current policy document, schedule and medical card on or before the date of termination.

The Insurance Policy shall also be terminated upon termination of benefits of the Insured under the Insurance Policy.

6. Co-ordination of Benefits/Other Insurance

All persons insured by any other medical or accident insurance policy shall be informed to the Insurer and a copy of that policy including the Benefit Plan shall be provided to the Insurer.

In the event of Injury involving the actions or negligence of a third party, the Policyholder and the Insured shall use their best endeavours to claim from such third party for the full amount of the loss.

7. Governing Law

The parties hereto agree that the Law of the Socialist Republic of Vietnam shall govern and control in the event of any conflict or dispute between the parties with regard to the Insurance Policy. In the event of any dispute or conflict arises under or in connection with this Policy, the parties shall resolve the dispute in question first by negotiation and amicable conciliation. If no resolution of the dispute or conflict could be reached within thirty (30) days from the date on which one party notifies the other party of the dispute arisen, the parties agree to submit themselves to the exclusive venue and jurisdiction of the competent courts of the Socialist Republic of Vietnam for the resolution.

8. Prevailing Language

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

PART II – INSURED OBJECTIVES

Companies, enterprises, entities and sponsoring organizations legally licensed to operate in Vietnam. Insured is Vietnamese citizen and foreigners residing in Vietnam having the age from 15 days old to 64 years old, and being extended to 74 years old to renewal members The Insurer will only accept to insure child when he/she joins the Insurance Policy with his/her Father/Mother.

Citizens of countries being subject to sanctions in accordance with the resolution of the United Nation, the United States of America, the European Union and the United Kingdom will not be insured objectives by the Insurance Policy.

PART III – SCOPE OF INSURANCE

1. Coverage of Insurance

Subject to the terms and conditions of this Insurance Policy Wording, and the applicable Limits of Liability, the Insurer will pay the Insured for the expenses necessarily and reasonably incurred by the Insured as a direct result of the Insured suffering bodily injury, sickness or disease or being pregnant (if applicable), during the Insured Period for all benefits listed in the Benefit Plans, PROVIDED ALWAYS THAT such expenses are actual and limited to usual, customary and reasonable charges in the country and area where treatment is provided.

2. Territorial Scope

The coverage of insurance is subject to the geographical area as listed on the Policy Schedule and for which the appropriate zone premium has been paid. For Zone 1, treatment in USA/Canada is subject to a deductible of covered medical expenses incurred, unless additional premium has been paid to remove the Deductible.

3. Representative/Inheritance

The authorized representative or heir an Insured shall have the right to act for that Insured if the Insured is incapacitated or deceased. Benefits will be paid to the Insured or his/her authorized representative or heir (if applicable) or to the Direct Settlement Network providers (if applicable).

4. Consideration for Insurance for Pre-existing Conditions

Unless the Insurer agrees otherwise in the Endorsement, all IPre-existing conditions will not be covered in accordance with the Insurance Policy.

Notwithstanding the foregoing, if a pre-existing condition shall have been disclosed to the Insurer, the Insurer may agree to cover such Pre-existing conditions under the Insurance Policy after two years' continuous membership from the disclosure.

PART IV - EXCLUSIONS

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

- (1) Treatments of mental illness, behavioural, psychiatric disorders including but not limited to depression, eating disorder, sleeping disorders or any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations except pre-authorized hospitalisation treatment.
- (2) Services or treatments at any institution that is mainly a long-term care facility, spa, hydro-clinic, or sanatorium and that provides only incidental or limited hospital services.
- (3) Tests and treatments relating to birth defects and congenital illnesses. Birth defects are deemed to include hereditary conditions. Treatment for learning problems or speech defects of a dependent child. Foetal surgery when still being in the womb.
- (4) Tests and treatments relating to infertility, contraception, sterilisation, inducing pregnancy or any abortion, caesarean section performed due to non-medical reason and the consequences of treatments.
- (5) Tests and treatments not undertaken by or on the recommendation of an authorized medical facility or which is reasonably considered by the Insurer's medical advisors as not medically necessary.
- (6) All dental/orthodontic treatment, unless explicitly stated on the Policy Schedule.
- (7) Routine eye and ear examinations, including the cost of spectacles, contact lenses, correction of eye visions or eye refraction, including but not limited to myopia, hyperopia and presbyopia.
- (8) Treatments arising out of addictive conditions/disorders such as abuse of drug or alcohol.
- (9) Treatments for self-inflicted injury or suicide.

- (10) Routine medical examinations and preventive treatment (including vaccinations or inoculations, preventative medicine and test), unless otherwise explicitly provided and endorsed on the Policy Schedule.
- (11) Tests and medical expenses not incident to treatment or diagnosis of a covered Sickness or Injury; or any treatment which is not medically necessary according to professional advice of an Doctor engaged by the Insurer for such advice. Treatment by a family member. The Policyholder/Insured Member as doctor treats themselves or dependants in the hospitals where they are working.
- (12) Prostheses, corrective devices and medical appliances, as well as artificial heart implantation, mono or bi-ventricular assist device(s), except standard surgical implants. Charges for the procurement or use of special braces, appliances, wheel chairs, crutches or other equipment.
- (13) Cosmetic surgery for purposes of beautification or plastic surgery. Treatment related to or arising from the removal of healthy, surplus or fat issue including but not limited to treatment of obesity or and diet program to weight loss or other treatment undergone for cosmetic or psychological reasons, including but not limited to hair loss treatment, freckle, hyperpigmentation.
- (14) Maternity Care. No benefit shall be payable, unless otherwise explicitly provided and endorsed in the Policy Schedule.
- (15) Hospitalization primarily for diagnosis, X-ray examinations, or physical therapy, unless recommended by a legally qualified physician or surgeon.
- (16) Tests and treatments of sexually transmitted diseases and treatment of impotence or any related condition.
- (17) All organ transplantation except as defined in the Benefit Plan.
- (18) Acquisition of the organ itself and all expenses incurred by the donor.
- (19) 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 unless the qualified period has been fulfilled and subject to the sub limit as stated in the Schedule.
- (20) Pre-Existing Conditions or any related, associated or consequential disabilities, unless disclosed to and accepted in writing by the Insurer.
- (21) Charges exceeding the reasonable and customary range as defined.
- (22) Non-approved Elective Treatment (refer to Definition).
- (23) 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.
- (24) Experimental and yet to be scientifically proven medical treatment.
- (25) Treatments for Injury or Sickness incurred while serving as a member of police or military forces or as a result of performing Class III or IV occupation (unless otherwise agreed in advance by the Insurer).
- (26) Treatments for injuries or diseases sustained while participating in (including any practice or conditioning program for) contest or competition including but not limited to the following activities: Racing of any form other than on foot including but not limited to auto or car racing, professional sport, contact sport, motorcycle racing, powerboat racing, and dressage competition; skydiving, parasailing, hang-gliding, flying (other than as a fare-paying passenger on a duly licensed commercial aircraft), caving, rock or mountain climbing (with or without the use of ropes or other equipment), bun gee jumping, scuba diving, polo, steeple chasing, martial arts, ballooning, and any organized sports undertaken on a sponsored basis, or any other hazardous activity, unless declared to and accepted by the Insurer or deliberate exposure to exceptional danger (except in an effort to save human life);

- (27) Tests and treatments for sleep-related breathing disorders, including snoring, fatigue, jet lag, sonasthenia or work-related stress or any Related Condition.
- (28) Dietary supplements and substances which are available naturally and that can be purchased without prescription, including but not limited to vitamins, minerals, supplements, food for medical purposes, etc..
- (29) Non-medical services, including the issue of medical certificates and attestations and examinations as to suitability or travel.
- (30) Treatment for Injury or Sickness 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 assuming the proportions of or amounting to an uprising, military or usurped power.
- (31) Treatment for Injury or Sickness resulting from Terrorist Act.
- (32) Exposure to nuclear energy, ionizing radiation or radioactive contamination of any kind.
- (33) Participation in an illegal act including resultant imprisonment or Incompliance with all statutory obligations.
- (34) Injury sustained or disease contracted as a direct result of participation in illegal acts; such acts include but are not limited to burglary, robbery, failure to obey an order given by an officer of the law, drug abuse, use of explosives or incendiary devices (unless permit has been issued), assault and battery, etc.
- (35) Stem Cell Therapy except bone marrow transplant.
- (36) All Emergency Medical Evacuation/Repatriation/Return of Mortal Remains not approved in advance by the Company or its Medical Assistance Provider.
- (37) Any other exclusion on Medical Evacuation/Repatriation/Return of Mortal Remains Benefits specifically stated in the Service Agreement with the Medical Assistance Provider, as amended from time to time and informed to the Insured.
- (38) The Insurer 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 the Company to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United State of America.
- (39) Other exclusions as agreed with the Insured and as set forth in the Policy Schedule.

PART V – LIABILITIES OF THE INSURED AND THE POLICYHOLDER IN RELATING TO THE INSURANCE POLICY

1. Conditions Precedent to Liability

Any liability of the Insurer to the Insured under the Insurance Policy shall be subject to the satisfaction of all the following condition precedent:

- (a) the Insurer being furnished with all the required statements and declarations to be provided by the Policyholder and/or the Insured (parent or duly appointed guardian if the Insured is a minor) on an Application Form and the complete truth of all such statements and declarations.
- (b) the complete truth and accuracy of all statements and declarations made in respect to any claim made against the Insurer by the Policyholder or any Insured under the Insurance Policy.
- (c) the due and fully compliance with all the terms and conditions of the Insurance Policy insofar as they relate to anything to be done, restrained from doing or to be complied with by the Policyholder and/or any Insured.

2. Pre-Authorization Requirement

The coverage of insurance is subject to the pre-notification or pre-authorization as follows:

All Elective Treatment must be supported by a full quotation and submitted to the Insurer 5 working days before treatment for assessment.

Elective Treatment outside the Usual Country of Residence is also subject to the following requirements:

(1) quotations for such Elective Treatment from the elected hospital must be obtained and submitted to the Insurer for pre-authorization at least 5 working days before the treatment is provided; and

such Elective Treatment has been accepted by the Company..

3. Data Required

The Policyholder shall furnish in writing to the Insurer, all information as the Insurer may require with regard to any matters pertaining to the Insurance Policy. All documents or information furnished to the Policyholder by an Insured in connection with insurance, together with such records as may have a bearing on the Policy, shall be opened for inspection by the Insurer at all reasonable times.

Clerical error in keeping the records shall not invalidate insurance otherwise validly in force nor continue insurance otherwise validly terminated. 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 has anything to do with the terms and conditions of the Insurance Policy or the Insurer's decision to insure such Insured, at the Insurer's sole discretion, (A) the true age and facts shall be used in determining whether benefits are secured under the terms of the Insurance Policy, and in what amounts, and an equitable adjustment of premiums shall be made, or (B) his or her insurance shall be void and the Insurer shall return of premiums in respect of such Insured.

4. Eligibility

1. For Individual policy:

The maximum age for enrolment is 64. Policyholder and Insured of all nationalities and their Dependants (other than newborn children) are eligible to join except for citizens of any of the UN and US. sanctioned countries, as amended from time to time.

Dependant's cover must be under the same Benefit Plan as the Insured on which he/she depends, and subject to prior acceptance by the Insurer. Minor child(ren) cannot independently insure under the Benefit Plan.

New-born children shall be eligible for insurance 15 days after the date of birth or 15 days after discharge from Hospital where the birth takes place, whichever is the later, upon submission of an application for insurance, subject to satisfactory evidence of good health and prior acceptance by the Insurer.

The coverage under the Insurance Policy is only applicable for those holding Class I and II occupations, unless agreed otherwise with the Insured and by the Insurer in writing. The Insured is required to inform the Insurer as soon as the occupation changes to Class III or IV. Failure to inform may result in a claim being denied or benefits terminated by the Insurer.

2. For Group policy:

The Employee and member of Sponsoring Organizations and the Dependant must be in Active Service at the inception date in order for eligible for the Insurance Policy, except for reasons of authorised routine paid leave-of-absence.

New-born children shall be eligible for insurance 15 days after the date of birth or 15 days after discharge from Hospital where the birth takes place, whichever is the later, upon submission by the Policyholder

of an application for insurance, subject to satisfactory evidence of good health and acceptance by the Insurer.

Citizens of any of the UN and US. sanctioned countries, as amended from time to time, are not eligible for the insurance under the Insurance Policy.

The maximum age for enrolment is 64.

The coverage under the Insurance Policy is only applicable for those holding Class I and II occupations, unless otherwise agreed otherwise by the Insured and by the Insurer in writing. The Insured is required to inform the Insurer as soon as the occupation changes to Class III or IV. Failure to inform may result in a claim being denied or benefits terminated by the Insurer.

5. Examination

The Insurer shall have the right and opportunity through his medical representative to examine any Insured Member whenever and as often as may be reasonably required within the duration of any claim. In addition the Insurer shall have the right to require an autopsy in the case of death, where this is not forbidden by law or religious belief.

6. Medical Evaluation

The Insurer reserves the right to request further tests and/or evaluation where the Insurer decide that a condition being claimed for may be directly or indirectly related to an excluded condition and the Insurer will pay for the expenses of this tests and/or evaluation.

7. Reasonable Precautions and Material Changes

Insured Members shall take all reasonable precautions to prevent and minimize any Accident, Injury, Sickness or expense and the Insurer must be informed immediately in writing of any material information or change of circumstances which may increase the possibility or likely magnitude of a claim under this Policy.

The Insurer shall have the right to continue coverage on terms and conditions it considers appropriate to such changes in material information or circumstances which may increase the possibility or likely magnitude of a claim under this Policy or to decline to continue coverage under this Policy. No claim arising from or related to such changes shall be met until and unless the Insurer has been informed of such changes, and has agreed to continue the coverage.

8. Return to Home Country/Change of Usual Country of Residence

For citizens of the USA or Canada who return to their Home Country and for citizens of other countries who plan to reside in USA/Canada for a period in excess of 12 weeks, the Plan will be terminated automatically. The Insured Member shall notify the Insurer of the date of his return to the Home Country or change of Usual Country of Residence to USA/Canada within thirty days of the date of such return/change. Premium paid will be refunded according to the Termination Article.

For changes of residence other than the USA or Canada during the Policy Year, the Insurer will cover upon the consideration of normal and reasonable expenses at such country or refund the premium on short-period basis in accordance with the Termination Article.

As a condition precedent to liability under this Policy, the Insurer must be informed immediately in writing of any change in the Usual Country of Residence of the Policyholder or any Insured Member. A change in the Usual Country of Residence shall be deemed to mean the Insured Member ceasing to reside in his Usual Country of Residence, or intending to be relocating in another country for a period in excess of 12 weeks.

The Insurer must be informed of the location of any Dependants whose Usual Country of Residence is different from that declared for the Policyholder in the Application Form, and the Insurer reserves the right to decline to cover such Dependants under this Policy.

The Insurer reserves the right to decline to offer renewal to any member whose Usual Country of Residence has changed during the policy year.

PART VI - CLAIMS PROCEDURE

The Insured has the right to use the insured medical services by either of the followings:

Option 1 – Self-Paid

If the Insured choose the self-paid option, the Insured shall notify in writing to the Company of the insured event within 90 days from the first day of treatment as a result of the insured event or, in case of maternity, the date of delivery for which the claim is made, unless otherwise agreed by the Company. Except the case with legitimate reason which prevents the Insured from notifying, failure to notify the insured event within the time limit as required in this the Policy, the following penalty will be applied, calculated on the percentage of total claim value:

- Notifying of the insured event from the 91st day to the 180th day: 10%
- Notifying of the insured event from the 181st day to the 270th day: 20%
- Notifying of the insured event from the 271st day to the 365th day: 30%

Claim dossier: the Insured shall provide the Company a claim dossier including:

- the Claim Form fully completed and signed by the claimant;
 - the original copy of medical records;
 - the medical reports;
 - the test results;
 - The prescription;
 - Supporting invoices and receipts.
- Photocopies are not acceptable. The claim dossier must be fully submitted to the Company within the time limit as provided for by law.

Reimbursement: Any claim made by an Insured for the incurred actual expenses shall be reimbursed in Vietnam Dong subject to the prevailing regulations of Vietnamese government on foreign exchange management at the time the expenses was incurred.

For hospital, surgery and day-care treatment please refer to “Elective Treatment – Pre-authorization requirement”.

If the reimbursement is to be received by the Insured by bank transfer as requested by the Insured, all bank charges are payable by the Insurer, unless the Insured requests otherwise.

Option 2 – Direct Billing Service

Direct Billing Service is a cashless service provided by the Insurer that allows Insured to receive General Outpatient Services and Hospital treatment at the Insurer’s appointed healthcare providers. For elective hospital treatment, Insured has to follow the “Elective Treatment-Pre-authorization requirement”. The Insurer will issue a Letter of Guarantee for Payment if the medical condition is covered by the Insurance Policy.

Insured is required to present his/her Medical Card with other identity document, credit cards (if hospitals/clinics require) for verification. In any event, authorization of payment and/or payment that shall have been made by the Insurer 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 the Insurer the costs of ineligible treatment within 31 days from the date the Insurer issues the repayment notice.

PARTY VII – FRAUD AND HANDLING METHODS

1. For individual policy

If any claim shall in any respect be false or fraudulent or if fraudulent means or devices are used by the Insureds or anyone acting on his/her behalf to obtain benefits hereunder then the Insurance Policy shall be immediately terminated and all benefits and return premiums will be forfeited.

2. For group policy

If any claim shall in any respect be false or fraudulent or if fraudulent means or devices are used by the Policyholder or anyone acting on the Policyholder's behalf to obtain benefits hereunder then the Group Policy shall be immediately cancelled and all benefits and premiums will be forfeited.

In the event of a false or fraudulent claim by an Insured then his or her insurance shall be cancelled immediately and all benefits and premium will be forfeited. This shall not prejudice the Group Policy which shall remain in force.

PART VIII - PREMIUM WARRANTY

1. It is hereby declared and agreed that it is a condition precedent to liability under the Schedule, the Renewal Schedule and Endorsement(s) that any premium due must be paid and duly received in full by the Company, the registered broker or registered agent through whom this Policy was effected:

- (a) unless the below Item (b) is applicable, with respect to the Schedule and the Renewal Schedule,
 - (i) within fifteen (15) days from the INCEPTION date of the cover under the Schedule or the Renewal Schedule; or
 - (ii) where the Insured Person requests, the Company may accept to extend the period of payment by issuing the Endorsement and sending to the Insured, within fifteen (15) days from the INCEPTION date of the Schedule or the Renewal Schedule with the extended period of payment as stipulated in the Endorsement, subject that total period of payment including extended period will not more than thirty (30) days from the INCEPTION date of the Schedule or the Renewal Schedule; or
- (b) with respect to the Schedule or the Renewal Schedule, where the Company has allowed payment of the policy premium in installments:
 - (i) within fifteen (15) days from the INCEPTION date of the cover under the Schedule or the Renewal Schedule for the first installment and thereafter from the agreed dates on which the subsequent installments are due; or
- (c) with respect to the Endorsement(s) which may increase premium:
 - (i) unless the below item (ii) , (iii) and (iv) is applicable, within fifteen (15) days from the INCEPTION date(s) of the Endorsement(s)
 - (ii) unless item (iii) is applicable, where the Insured requests, the Company may accept to extend the period of payment by issuing the Endorsement and sending to the Insured, within fifteen (15) days from the INCEPTION date of the Endorsement with the extended period of payment as stipulated in the Endorsement, subject that total period of payment including extended period will not more than thirty (30) days from the INCEPTION date of the Schedule or the Renewal Schedule; or
 - (iii) if the period of payment under item (i) or (ii) above extend past the due date of the latest installments of the Schedule (for policies on a premium installment plan), the premium must be paid no later than the due date of the latest installment of the Schedule.

(iv) unless above item (i), (ii) and (iii) is applicable, the premium will be paid immediately to the Insurer when the period of insurance is less than thirty (30) days.

2. In the event the policy and endorsement premium(s) are not paid in full to the Insurer, registered broker or registered agent as described in section 1 and within the timeframe stipulated above (the "premium warranty period"), the cover under the Schedule, the Renewal Schedule and Endorsement(s) shall be deemed to have terminated automatically from the expiry of the "premium warranty period" and the Insurer shall be discharged from all liability therefrom but without prejudice to any liability incurred before that date and the Insurer shall be entitled to a pro-rata time on risk premium.
3. In the event the accumulated claim amounts of the Schedule or the Renewal Schedule and Endorsements exceed the outstanding premiums, all the outstanding premiums will be paid immediately to the Insurer.