

QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE LIBERTY MEDICARE

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 tại Đơn yêu cầu cùng các thông tin có liên quan khác được cung cấp cho Công ty, đồng thời dựa trên việc thanh toán phí bảo hiểm đúng hạn theo Quy tắc bảo hiểm này, Công ty đồng ý bảo hiểm cho Người được bảo hiểm đối với các tình trạng Thương tật thân thể, Bệnh tật, và Nha khoa và/hoặc Thai sản (nếu được quy định cụ thể) trong Thời hạn Bảo hiểm và Giới hạn Trách nhiệm bảo hiểm, 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 bảo hiểm 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 MediCare theo hình thức được Công ty quy định theo từng thời điểm.

Chương trình bảo hiểm

Chương trình bảo hiểm do Công ty ban hành. Chương trình bảo hiểm áp dụng cho một Người được bảo hiểm được 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 thẻ Bảo hiểm Sức khỏe Liberty MediCare.

Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm 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 Chứng nhận bảo hiểm được cấp cho Người được bảo hiểm đó.

Nước thường trú

Đối với một người, là quốc gia nơi 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.

AIDS/HIV

Bảo hiểm cho việc điều trị vi-rút HIV và các bệnh có liên quan, kể cả Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), các biến chứng của bệnh và tất cả các bệnh/căn bệnh do vi-rút HIV gây ra và/hoặc có liên quan tới HIV, kể cả các kết quả điều trị phát sinh xảy ra trong Thời hạn Bảo hiểm, bao gồm (các) năm tái tục 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 mỗi Người được bảo hiểm trong suốt cuộc đời.

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.

Giường cho người nhà

Chỗ ở tại bệnh viện đối với cha mẹ hay người giám hộ hợp pháp lưu lại qua đêm cùng với Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi, đã nhập viện điều trị nội trú tại một Bệnh viện.

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 hiện hành.

Dược phẩm Thảo mộc sẽ có nghĩa là các dược phẩm thảo mộc được kê đơn bằng văn bản bởi các Bác sỹ Đông y đã đăng ký hành nghề, 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 chữa trị đông y, nắn xương, châm cứu, và 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 quyền lợi 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 hay điều trị cấp cứu.

Nếu Người được bảo hiểm được phẫu thuật tại một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp hoặc nằm viện dưới 24 giờ do thương tật hoặc 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, nhưng không vượt quá Giới hạn Trách nhiệm liên quan được quy định trong Chương trình bảo hiểm.

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 hai 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 23 tuổi với điều kiện là Người phụ thuộc đó đang tiếp tục học tập toàn thời gian).

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 răng được bảo hiểm.

Điều trị nha khoa chủ yếu: Nhổ răng mọc bất thường, lấy tủy răng, cấy u răng, cấy cuống răng được bảo hiểm.

Với Điều Kiện là các dịch vụ này phải được thực hiện bởi nha sĩ được cơ quan hữu quan cấp giấy phép hành nghề nha khoa tại Việt Nam nơi việc chăm sóc nha khoa được cung cấp. Vật liệu sử dụng cho việc trám răng được giới hạn ở hỗn hợp trám răng và không bao gồm kim loại quý hiếm.

Quyền lợi Chăm sóc Nha khoa được áp dụng khi mua cùng Quyền lợi Ngoại trú bao gồm 20% đồng chi trả.

Hệ thống Thanh toán Trực tiếp

Các nhà cung cấp dịch vụ y tế theo thông báo cụ thể của Công ty trong một văn bản riêng, người đồng ý sẽ tính chi phí điều trị trực tiếp với Công ty khi Người được bảo hiểm xuất trình Giấy chứng nhận bảo hiểm hợp lệ. Tuy nhiên, Người được bảo hiểm có trách nhiệm hoàn trả cho Công ty những chi phí 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.

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 (có thể là hợp đồng gốc hay hợp đồng tái tục hay sửa đổi bổ sung 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 kịch

Khẩn cấp/Tình trạng nguy kịch có nghĩa là một tình huống có thật khi tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm thay đổi đột ngột, 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.

Điều trị nha khoa khẩn cấp sau tai nạn

Việc chữa trị Nha khoa do một Bác sĩ chuyên ngành răng hàm mặt tại một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp thực hiện trong vòng 30 ngày từ khi xảy ra thương tổn do tai nạn đối với răng tự nhiên còn tốt, ngoại trừ thương tổn xảy ra trong khi ăn uống.

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 trong lãnh thổ Việt Nam có phương tiện điều trị thích hợp. Việc vận

chuyên 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 trợ giúp y tế của Công ty để được chấp thuận trước cho việc vận chuyển và sắp xếp phương tiện vận chuyển cần thiết.

Quyền lợi bảo hiểm này cũng 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 trợ giúp y tế, cùng với những thay đổi (nếu có) 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 nguy kịch phải điều trị cấp cứu.

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/Phòng khám

Bất kỳ cơ sở khám chữa bệnh nào được cấp phép hợp pháp là một cơ sở tiến hành khám bệnh hoặc chữa bệnh tại quốc gia nơi 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 các chi phí thông thường và hợp lý tại nơi thực hiện điều trị, bao gồm tiền phòng, tiền ăn, các trang thiết bị y tế, các biện pháp điều trị và dịch vụ y tế do Bác sỹ và Bệnh viện chỉ định, kể 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 gây ra do Tai nạn.

Người được bảo hiểm

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

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 bệnh/thương tật. Bất kỳ dịch vụ chụp X-quang và xét nghiệm nào cũng phải được Bác sỹ và Bệnh viện/Phòng khám chỉ định.

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.

Chăm sóc Thai Sản

Là việc điều trị trước khi sinh, khi sinh, sau khi sinh và sảy thai, hoặc phá thai bắt buộc, hoặc các biến chứng phát sinh từ việc Người được bảo hiểm mang thai đối với việc sinh thường hoặc sinh phức tạp và chi phí chăm sóc trẻ sau khi sinh được thực hiện trong Bệnh viện. Thời gian tối đa được bảo hiểm cho việc chăm sóc trẻ sơ sinh trong bệnh viện nói chung là năm (05) ngày tính từ ngày sinh; trường hợp điều trị nội trú cho bệnh xảy ra trong vòng 30 ngày sau khi sinh thì thời gian được bảo hiểm tối đa là 30 ngày sau khi sinh.

Nếu được bao gồm trong Hợp đồng bảo hiểm thì quyền lợi bảo hiểm này chỉ 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, trừ trường hợp chấm dứt mang thai do hư thai hoặc phá thai vì lý do y tế. Quyền lợi Chăm sóc thai sản được bảo hiểm khi việc mang thai này bắt đầu sau 90 ngày kể từ khi Người được bảo hiểm đăng ký quyền lợi bảo hiểm này.

Sự cần thiết về mặt y học

Việc điều trị, dịch vụ hoặc thủ tục mà theo ý kiến của Bác sỹ và cơ sở khám chữa bệnh nơi bác sỹ hành nghề là thích hợp và phù hợp với chẩn đoán và theo đúng các tiêu chuẩn y học được chấp nhận rộng rãi.

Đơn vị trợ giúp y tế

Đơn vị trợ giúp 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.

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 thời gian tối đa là 30 ngày kể từ ngày sinh của đứa trẻ.

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. Quyền lợi bảo hiểm này được giới hạn trong thời gian tối đa là 182 ngày cho mỗi Thời hạn Bảo hiểm 12 tháng.

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 không nguy hiểm tương tự.

Loại II - Những người tham gia công việc giám sát và các công việc không thuộc Nhóm nghề nghiệp Loại I mà nhiệm vụ có thể liên quan tới lao động chân tay nhẹ, nhưng không thường xuyên và không sử dụng công cụ hoặc thiết bị máy móc hoặc tiếp xúc với bất kỳ mối nguy hiểm đặc biệt nào (ví dụ: Đốc công, Giám sát viên), hoặc 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 (ví dụ: thợ làm công cụ hoặc dịch vụ chuyên 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 (ví dụ: 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 trong thời gian ít hơn 24 giờ, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm này theo chi phí thực tế phát sinh từ yêu cầu của Bệnh viện nhưng không vượt mức tối đa như 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 tửu không vượt mức tối đa như quy định trong Chương trình bảo hiểm. Chi phí nhận cơ quan nội tạng và tất cả các chi phí cho người hiến tặng sẽ không được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

Điều trị ngoại trú

Điều trị y tế cho Người được bảo hiểm khi Người được bảo hiểm không phải là bệnh nhân nội trú/bệnh nhân điều trị trong ngày có đăng ký tại Bệnh viện hoặc 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/Phòng khám 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 Bác sỹ và Bệnh viện/Phòng khám và những loại thuốc không nằm trong đơn thuốc của Bác sỹ và Bệnh viện/Phòng khám sẽ không được bảo hiểm.

Bác sỹ

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

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 trong một 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 yêu cầu quyền lợi từ bất cứ người nào khác đối 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.

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 bảo hiểm này chỉ được chi trả cùng với việc nằm viện hoặc phẫu thuật. Việc hoàn trả chi phí điều trị sẽ dựa vào ngày phát sinh chi phí.

“**Bệnh có sẵn**” có nghĩa là bất kì **Ôm đau/Bệnh tật/Thương tật** nào:

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

Thuốc kê đơn

Thuốc chữa bệnh mà việc bán và sử dụng những loại thuốc này được giới hạn theo Đơn thuốc của Bác sỹ và Bệnh viện/Phòng khám và không bao gồm những loại thuốc được mua mà không nằm trong đơn thuốc của Bác sỹ và Bệnh viện/Phòng khám.

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

Nếu trong khi hợp đồng này có hiệu lực, do tai nạn 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 khớp xương 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 và hợp lý phát sinh theo thực tế, nhưng 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 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 cho 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 Bệnh tật tương tự. Công ty sẽ xác định chi phí thông thường dựa trên các trường hợp tương tự Công ty đã xử lý và các báo giá dịch vụ tương đương của các cơ sở 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 để Người được bảo hiểm đang hấp hối hoặc đã chết được trở về một địa phương tại Việt Nam (theo lựa chọn của người đại diện của Người được bảo hiểm) bằng đường hàng không và/hoặc đường bộ hoặc đường biển sau khi Người được bảo hiểm được Vận chuyển Y tế Cấp cứu tới một địa điểm khác. Công ty sẽ thanh toán các chi phí cần thiết và hợp lý phát sinh trong quá trình thực hiện các dịch vụ do Đơn vị trợ giúp y tế thu xếp. Đơn vị trợ giúp y tế của Công ty có 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. Người được bảo hiểm/Đại diện của họ phải liên lạc với Công ty hoặc Đơn vị trợ giúp y tế của Công ty để được chấp thuận trước cho việc hồi hương và sắp xếp phương tiện cần thiết.

Quyền lợi bảo hiểm này cũng phụ thuộc 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 trợ giúp y tế. 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 bảo hiểm này không áp dụng cho Người được bảo hiểm từ 70 tuổi trở lên.

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 tình trạng nguy kịch, 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.

Bệnh tật

Tình trạng sức khỏe cơ thể bị thay đổi theo chiều hướng xấu đi so với bình thường.

Phòng riêng tiêu chuẩn

Phòng riêng đầy đủ tiện nghi trong một Bệnh viện. Nếu bệnh viện chia Phòng riêng thành nhiều mức khác nhau thì việc thanh toán sẽ căn cứ vào giá Phòng riêng tiêu chuẩn hoặc giá của loại Phòng riêng phổ biến nhất của bệnh viện đó, tùy 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 được chính phủ (có liên quan) xác nhận hoặc công nhận là hành động khủng bố.

2. Hợp đồng bảo hiểm

Bản Điều khoản Hợp đồng bảo hiểm, Chương trình bảo hiểm, Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm và bất kỳ Sửa đổi bổ sung nào (nếu có) 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:

- (a) Các Sửa đổi bổ sung;
- (b) Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- (c) Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm;
- (d) Quy tắc bảo hiểm Sức khỏe Liberty MediCare; và
- (e) 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 các quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho Người được bảo hiểm đã sử dụng hết hoặc vào lúc không giờ ngày cuối cùng trong Thời hạn Bảo hiểm của Người được bảo hiểm đó. Trong trường hợp tại thời điểm chấm dứt quyền lợi bảo hiểm, nếu một Người được bảo hiểm phải nhập viện để chữa bệnh hoặc thương tật được bảo hiểm, thì thời điểm chấm dứt hợp đồng sẽ được gia hạn đến khi (A) người đó không cần phải nằm viện để điều trị Bệnh tật hay Thương tật đó nữa hoặc (B) người đó đã sử dụng hết các quyền lợi cho việc điều trị Bệnh tật hoặc Thương tật đó, tùy thời điểm nào đến trước. Vì mục đích của phần này, “nằm viện” có nghĩa là Người được bảo hiểm được đăng ký là bệnh nhân nội trú tại một Bệnh viện trong khoảng thời gian không ít hơn 18 giờ liên tục.

4.2 Đối với Hợp đồng bảo hiểm Nhóm

Bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm đối với một Người được bảo hiểm sẽ 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 cho Người sử dụng lao động;
- (d) ngày hết hạn thanh toán khoản phí bảo hiểm cuối cùng 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 phụ thuộc sẽ tự động chấm dứt vào ngày sớm nhất trong những 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 (tức là người thân của Người phụ thuộc) theo Hợp đồng bảo hiểm Nhóm;
- (d) ngày hết hạn thanh toán khoản phí bảo hiểm cuối cùng 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 tương ứng với thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực 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 này tại thời điểm đó.

Bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm đối với 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 Người được bảo hiểm không còn đáp ứng điều kiện là thành viên của Tổ chức Tài trợ;
- (b) ngày Người được bảo hiểm không còn đủ điều kiện được bảo hiểm;
- (c) ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm Nhóm;
- (d) ngày hết hạn thanh toán khoản phí bảo hiểm cuối cùng 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.

Trong trường hợp tại thời điểm chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, nếu một Người được bảo hiểm phải 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 khi người đó được xuất viện sau khi đã hoàn tất việc điều trị Bệnh tật hay Thương tật đó hoặc đến khi người đó đã sử dụng hết các quyền lợi cho việc điều trị Bệnh tật hay Thương tật đó, tùy thời điểm nào xảy ra trước. Vì mục đích của phần này, “năm viện” có nghĩa là Người được bảo hiểm được đăng ký là bệnh nhân nội trú tại một Bệnh viện trong khoảng thời gian không ít hơn 18 giờ liên tục.

5. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

Công ty có thể chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm vào bất kỳ lúc nào bằng cách 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 hoàn trả cho Chủ hợp đồng bảo hiểm phí bảo hiểm đã thanh toán trừ đi khoản phí bảo hiểm tính theo tỉ lệ tương ứng với thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực.

Chủ hợp đồng bảo hiểm có thể chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm vào bất kỳ lúc 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 hoàn trả phí bảo hiểm đã đóng trừ đi khoản phí phải thanh toán cho Công ty theo tỉ lệ thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, Với Điều Kiện Là Trong Mọi Trường Hợp, không có bất kỳ vi phạm nào đối với Hợp đồng bảo hiểm tại thời điểm đó.

Chủ hợp đồng bảo hiểm phải hoàn trả cho Công ty tài liệu Hợp đồng bảo hiểm hiện hành, Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm và Giấy chứng nhận bảo hiểm vào hoặc trước ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm cũng sẽ chấm dứt khi quyền lợi của tất cả những Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt.

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

Tất cả những người đang tham gia bảo hiểm sức khỏe 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 sơ xuất 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

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. 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 một trong các bên có quyền đưa tranh chấp ra giải quyết tại tòa án có thẩm quyền của Việt Nam để giải quyết xung đột hoặc tranh chấp đó.

8. Ngôn ngữ áp dụng

Bản Quy tắc bảo hiểm này được soạn thảo và phát hành bằng tiếng Việt và có thể được dịch sang ngôn ngữ nước ngoài để tham khảo. Trong trường hợp có sự khác biệt giữa bản tiếng Việt và bản tiếng nước ngoài 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 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 Hợp đồng bảo hiểm, và các Giới hạn Trách nhiệm tương ứng, Công ty sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm các chi phí cần thiết và hợp lý phát sinh trực tiếp từ các thương tật về thân thể 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 trên 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 không vượt quá mức chi phí thông thường và hợp lý tại Việt Nam nơi thực hiện việc điều trị.

2. Phạm vi lãnh thổ

Phạm vi địa lý được bảo hiểm là Việt Nam. Mọi chi phí nằm viện, điều trị, thăm khám ngoài Việt Nam sẽ không được bảo hiểm.

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 trong Bản tóm tắt 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 đó sau khi Hợp đồng bảo hiểm đã có hiệu lực hai năm liên tục tính từ ngày thông báo.

PHẦN IV – ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

Những việc điều trị, tình trạng, hoạt động, hạng mục sau đây và các chi phí có liên quan sẽ bị loại trừ, không được bảo hiểm và Công ty sẽ không chịu trách nhiệm đối với:

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 và các bệnh tâm thần khác.
2. Nơi trị bệnh bằng nước khoáng, phòng khám điều trị bằng thủy lực, viện điều dưỡng hoặc chăm sóc điều dưỡng.
3. Khám và điều trị các bệnh bẩm sinh và khuyết tật bẩm sinh. Bệnh 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. Các phẫu thuật thai nhi khi còn trong bụng mẹ.
4. Các xét nghiệm, khám và việc điều trị liên quan tới bệnh vô sinh, biện pháp tránh thai, triệt sản, bao gồm việc mang thai hoặc phá thai, và các điều trị khác là do hậu quả của những điều trị này.
5. Nhập viện để chẩn đoán, chụp X-quang, hoặc vật lý trị liệu trừ khi được chỉ định bởi một Bác sĩ điều trị hoặc Bác sĩ phẫu thuật có đủ trình độ chuyên môn theo luật định.
6. Điều trị nha khoa hoặc phẫu thuật răng/chỉnh hình răng (không loại trừ phẫu thuật răng do Người được bảo hiểm bị tai nạn), trừ khi có quy định cụ thể khác trong Chương trình bảo hiểm.
7. Kiểm tra mắt và tai định kỳ, làm kính, gắn kính sát tròng, phục hồi thị lực hoặc chữa tật khúc xạ mắt, bao gồm nhưng không giới hạn ở tật cận thị, viễn thị và lão thị.
8. Điều trị phát sinh từ các rối loạn/thói nghiện ngập, ví dụ như lạm dụng thuốc hoặc nghiện rượu.
9. Thương tật do bệnh tâm thần, tự gây thương tích hay 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 khác và được xác nhận trong Chương trình Bảo hiểm.
11. Kiểm tra và chữa trị Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), phức hợp liên quan đến AIDS (ARCS) và tất cả các chứng bệnh khác gây ra bởi và/hoặc liên quan đến vi-rút HIV dương tính, trừ khi đã hoàn thành thời gian quy định và căn cứ theo các giới hạn quy định trong Chương trình bảo hiểm.

12. Các Bệnh có sẵn hoặc bất kỳ bệnh tật/thương tật nào có liên quan, có liên hệ hoặc là hậu quả của một Bệnh có sẵn, trừ khi đã khai báo và được Công ty chấp nhận bằng văn bản.
13. Tiền phòng, tiền ăn, chi phí chăm sóc tổng quát hoặc các dịch vụ đặc biệt tại bệnh viện không phù hợp với kết quả chẩn đoán hay việc điều trị bệnh tật/thương tật là lý do dẫn đến việc nhập viện.
14. Các bộ phận giả, thiết bị chỉnh hình và thiết bị y tế. Chi phí trang bị hoặc sử dụng dụng cụ hoặc trang thiết bị đặc biệt, các thiết bị trợ thính và/hoặc trợ nhãn, xe lăn, nạng hoặc các thiết bị khác.
15. 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 nhưng không giới hạn như chữa bệnh rụng tóc, tàn nhang, bệnh hói.
16. Phẫu thuật tạo hình cho một tật/khuyết tật có từ trước.
17. Thương tật hoặc bệnh tật phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp từ chiến tranh, cho dù có tuyên chiến hay không tuyên chiến, đình công, bạo loạn, cách mạng, hoặc bất kỳ hoạt động hiếu chiến nào.
18. Việc điều trị được thực hiện bởi bất kỳ người nào không phải là một Bác sĩ được phép hành nghề hợp pháp.
19. Thương tật hoặc bệnh tật mắc phải là hậu quả trực tiếp của việc tham gia vào các hành động phi pháp, bao gồm nhưng không giới hạn trong phạm vi trộm cắp, cướp giật, không chấp hành lệnh của người thi hành công vụ, sử dụng chất kích thích, sử dụng chất nổ hoặc các thiết bị gây cháy (trừ khi đã được cấp phép), hành hung và gây thương tích.
20. Tiêm vắc xin hay sử dụng bất kỳ phương pháp điều trị ngăn ngừa nào.
21. 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 có ý đặt mình vào tình trạng nguy hiểm đặc biệt (ngoại trừ trường hợp nỗ lực để cứu sống người).
22. Các dịch vụ phi y tế, bao gồm việc cấp giấy chứng nhận, giấy khám sức khỏe theo yêu cầu của công việc.
23. Các xét nghiệm, chi phí y tế phát sinh không liên quan đến việc điều trị hoặc chẩn đoán cho một bệnh tật hoặc thương tật được bảo hiểm; hoặc việc điều trị không cần thiết về mặt y học theo ý kiến chuyên môn của một bác sĩ chuyên ngành độc lập được Công ty

thuê để cho ý kiến chuyên môn; điều trị bởi một người thân trong gia đình; Chủ hợp đồng/Người được bảo hiểm là bác sỹ tự điều trị cho bản thân hoặc người phụ thuộc tại bệnh viện nơi họ đang làm việc.

24. Không thanh toán quyền lợi bảo hiểm Chăm sóc Thai sản, trừ khi được quy định bổ sung cụ thể trong Chương trình bảo hiểm.
25. Khám, các xét nghiệm và điều trị các bệnh lây qua đường tình dục; điều trị bệnh bất lực hoặc bất kỳ bệnh nào có liên quan.
26. Tất cả các dịch vụ vận chuyển y tế cấp cứu không được Đơn vị trợ giúp y tế của Công ty chấp thuận trước.
27. Phơi nhiễm năng lượng hạt nhân, phóng xạ ion hóa hay nhiễm phóng xạ thuộc bất kỳ loại nào.
28. Tham gia vào một hành động bất hợp pháp bao gồm cả phạt tù hoặc không tuân thủ các nghĩa vụ theo luật định.
29. Điều trị thương tật hoặc bệnh tật xảy ra khi đang làm việc trong lực lượng vũ trang hoặc công an, hoặc do làm việc trong Nhóm nghề nghiệp loại III hoặc IV (trừ khi được thỏa thuận khác trước đó bởi Công ty và được quy định rõ trong Bản tóm tắt Hợp đồng bảo hiểm).
30. Toàn bộ chi phí vận chuyển phát sinh từ các chuyến đi chỉ vì mục đích điều trị y tế, nếu không phải là một phần của việc Vận chuyển y tế Cấp cứu và ngoại trừ trường hợp phù hợp với định nghĩa Dịch vụ Xe cứu thương trong nước.
31. Khám và điều trị rối loạn giấc ngủ liên quan đến hô hấp, bao gồm ngưng thở khi ngủ, say máy bay, suy nhược cơ thể hoặc căng thẳng liên quan đến công việc hoặc bất kỳ tình trạng liên quan nào khác.
32. Bổ sung chế độ ăn uống và các chất sẵn có trong tự nhiên, có thể mua không cần đơn thuốc, bao gồm nhưng không giới hạn ở vitamin, khoáng chất, thực phẩm chức năng, thực phẩm hỗ trợ điều trị y tế.
33. Liệu pháp thay thế tế bào gốc ngoại trừ trường hợp ghép tủy xương.
34. 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 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 Chủng Quốc Hoa Kỳ.
35. Các điều khoản loại trừ khác như được thỏa thuận với Người được bảo hiểm quy định trong 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 nào của Công ty đối với Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm sẽ tùy thuộc vào việc đáp ứng các điều kiện tiên quyết dưới đây:

- (a) Công ty phải nhận được tất cả những thông tin kê khai và cam kết cần thiết từ Chủ hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm (hoặc cha/mẹ/người giám hộ hợp pháp nếu Người được bảo hiểm là vị thành niên) theo Đơn yêu cầu bảo hiểm và tất cả những thông tin kê khai và cam kết này phải hoàn toàn trung thực.
- (b) Những thông tin kê khai và cam kết 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 phải hoàn toàn trung thực và chính xác.
- (c) Chủ hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm phải tuân thủ và thực hiện đúng các điều khoản, điều kiện, và quy định của Hợp đồng bảo hiểm, trong đó có những việc cần làm, những việc bị hạn chế và những yêu cầu tuân thủ đối với 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.

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 liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm. Tất cả các tài liệu hoặc thông tin do Người được bảo hiểm cung cấp cho Chủ hợp đồng bảo hiểm liên quan tới việc bảo hiểm, cùng với các hồ sơ có thể liên quan tới Hợp đồng bảo hiểm, sẽ được cung cấp cho Công ty để 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 và cũng không làm tiếp tục bảo hiểm nếu bảo hiểm đó bị chấm dứt hợp lệ. Nếu phát hiện tuổi, ngày sinh hoặc các thông tin khác có liên quan tới một Người được bảo hiểm bị khai sai, đồng thời việc khai sai đó ảnh hưởng đến phạm vi bảo hiểm, các điều khoản và điều kiện của Hợp đồng bảo hiểm, hoặc quyết định của Công ty bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm đó, thì (A) Công ty sẽ sử dụng tuổi thật và các thông tin chính xác 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) Công ty sẽ vô hiệu bảo hiểm của Người được bảo hiểm đó và hoàn trả khoản phí bảo hiểm đã thanh toán cho họ .

4. Đủ điều kiện

4.1 Hợp đồng bảo hiểm cá nhân:

Tuổi tối đa được yêu cầu bảo hiểm là 64 tuổi. Chủ hợp đồng bảo hiểm và Người được bảo hiểm thuộc mọi quốc tịch và người phụ thuộc của họ (trừ trẻ sơ sinh) đều có thể tham gia bảo hiểm, ngoại trừ trường hợp họ là công dân của các nước bị Liên Hiệp Quốc và Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ trừng phạt tại thời điểm yêu cầu bảo hiểm.

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 được bảo hiểm sau 15 ngày kể từ ngày sinh hoặc 15 ngày sau khi xuất viện từ nơi trẻ sinh ra, tùy thời điểm nào muộn hơn, sau khi Chủ hợp đồng bảo hiểm đã nộp Đơn yêu cầu bảo hiểm, đồng thời có bằng chứng thỏa đáng về tình trạng sức khỏe tốt và được Công ty chấp thuận.

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 yêu cầu bồi thường hay chấm dứt quyền lợi bảo hiểm.

4.2 Hợp đồng bảo hiểm Nhóm:

Người lao động hoặc thành viên của Tổ chức Tài trợ và Người phụ thuộc chỉ có thể tham gia bảo hiểm nếu đang làm việc vào ngày bắt đầu hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, trừ các trường hợp được nghỉ hưởng lương.

Trẻ sơ sinh sẽ được bảo hiểm sau 15 ngày kể từ ngày sinh hoặc 15 ngày sau khi xuất viện từ nơi trẻ sinh ra, tùy thời điểm nào muộn hơn, sau khi Chủ hợp đồng bảo hiểm đã nộp Đơn yêu cầu bảo hiểm, đồng thời có bằng chứng thỏa đáng về tình trạng sức khỏe tốt và được Công ty chấp thuận.

Công dân của bất kỳ nước nào bị Liên Hiệp Quốc và Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ trừng phạt tại thời điểm yêu cầu bảo hiểm sẽ không được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

Tuổi tối đa được yêu cầu 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 yêu cầu bồi thường hay chấm dứt quyền lợi bảo hiểm.

5. Kiểm tra sức khỏe

Công ty, thông qua đại diện y tế của mình, có quyền kiểm tra sức khỏe của bất kỳ Người được bảo hiểm nào vào bất kỳ lúc nào, với mức độ thường xuyên 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 định 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 cho rằng việc yêu cầu bồi thường có thể liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến một 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, Bệnh tật hoặc phí tổn nào 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 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 chỉ được giải quyết sau 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 phải thông báo cho Công ty ngày họ trở về Quê quán hoặc thay đổi Nước 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 trong Năm bảo hiểm không phải là Hợp Chúng Quốc Hoa Kỳ/Canada, 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 ngay bằng văn bản về việc thay đổi Nước thường trú của Chủ hợp đồng hoặc của bất kỳ Người được bảo hiểm nào. Việc thay đổi Nước thường trú có nghĩa là Người được bảo hiểm không còn cư trú tại Nước thường trú của mình, hoặc có ý định chuyển tới ở một quốc gia khác trong thời gian trên 12 tuần.

Công ty phải được thông báo về Nước thường trú của bất kỳ Người phụ thuộc nào nếu 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 Hợp đồng bảo hiểm.

Công ty bảo lưu quyền từ chối tái tục Hợp đồng bảo hiểm với bất kỳ thành viên nào đã thay đổi Nước thường trú trong Năm bảo hiểm.

PHẦN VI - THỦ TỤC BỒI THƯỜNG

Người được bảo hiểm được tự do sử dụng dịch vụ y tế theo một trong hai cách sau:

Lựa chọn 1 – Tự Thanh toán

Nếu Người được bảo hiểm lựa chọn cách tự thanh toán, Người được bảo hiểm phải 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 sự kiện được bảo hiểm hoặc trong trường hợp thai sản, là từ ngày sinh con, trừ khi được chấp nhận khác bởi Công ty. Trừ khi có lý do chính đáng, nếu Người được bảo hiểm không 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 các thông tin sau:

- Mẫu giấy yêu cầu bồi thường đã điền đầy đủ thông tin 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 vào thời điểm phát sinh chi phí.

Đối với việc nằm viện, phẫu thuật và điều trị trong ngày, vui lòng tham khảo Điều khoản - Yêu cầu Chấp thuận trước.

Nếu Người được bảo hiểm yêu cầu Công ty hoàn trả các khoản chi phí cho Người được bảo hiểm bằng chuyển khoản, 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 – Hệ thống Thanh toán Trực tiếp

Hệ thống Thanh toán Trực tiếp là dịch vụ cho phép Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú và/hoặc nội trú tổng quát tại các cơ sở y tế do Công ty chỉ định mà không phải trả tiền trước. Đối với Điều trị có lựa chọn tại Bệnh viện, Người được bảo hiểm phải tuân thủ Điều khoản - Yêu cầu Chấp thuận trước. Công ty sẽ cấp Giấy cam kết Thanh toán nếu tình trạng y khoa được bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm.

Người được bảo hiểm phải xuất trình Giấy chứng nhận bảo hiểm và giấy tờ tùy thân để kiểm tra. Nếu khoản cam kết thanh toán và/hoặc khoản thanh toán mà Công ty đã trả cho một yêu cầu bồi thường không nằm trong phạm vi bảo hiểm hoặc vượt quá Giới hạn Trách nhiệm theo Hợp đồng bảo hiểm thì Người được bảo hiểm và/hoặc Chủ hợp đồng bảo hiểm phải hoàn trả cho Công ty các chi phí điều trị không hợp lệ trong vòng 31 ngày kể từ ngày Công ty gửi yêu cầu hoàn trả.

PHẦN VII - GIAN LẬN VÀ HÌNH THỨC XỬ LÝ

1. Đối với Hợp đồng bảo hiểm cá nhân:

Nếu có bất kỳ yêu cầu bồi thường giả mạo hoặc gian lận nào, hoặc nếu Người được bảo hiểm hay người đại diện của họ sử dụng các phương tiện hoặc thiết bị gian lận để nhận các quyền lợi bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị chấm dứt ngay lập tức, mọi quyền lợi bảo hiểm và phí bảo hiểm sẽ bị tước bỏ.

2. Đối với Hợp đồng bảo hiểm Nhóm:

Nếu có bất kỳ yêu cầu bồi thường giả mạo hoặc gian lận nào, hoặc nếu Chủ hợp đồng bảo hiểm hoặc người đại diện của họ sử dụng các phương tiện hoặc thiết bị gian lận để nhận quyền lợi bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm Nhóm sẽ bị chấm dứt ngay lập tức, mọi quyền lợi bảo hiểm và phí bảo hiểm sẽ bị tước bỏ.

Nếu một Người được bảo hiểm có yêu cầu bồi thường giả mạo hoặc gian lận thì bảo hiểm của người đó sẽ bị chấm dứt ngay lập tức, mọi quyền lợi bảo hiểm và phí bảo hiểm sẽ bị tước bỏ. Hợp đồng bảo hiểm Nhóm không bị ảnh hưởng bởi quy định này và sẽ tiếp tục duy trì 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 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 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 ; 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 MediCare 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, Dental or being Pregnant (if applicable) during the Insured Period and within the Limits of Liability, subject to the terms and condition of the Insurance Policy.

PART A – GENERAL PROVISION

1. Interpretation

- 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 Medicare 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 MediCare card.

Insurance Policy

The Insurance Policy as described in Article 2.

Group Policy

Insurance Policy for Group.

Limit 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.

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 Limit of Liability for inpatient and subject to a sub-limit of 10% of the Limit of Liability for inpatient per Insured per lifetime.

Appliances

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

Companion Bed

Hospital accommodation in respect of a parent or a legal guardian staying overnight with an Insured, who is under 18 years of age, and is admitted as an inpatient in a Hospital.

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 prevailing laws.

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 Limit 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 charges, which is actually incurred by the Insured from the medical facility or Hospital, and subject to the relevant Limit of Liability as set forth in the Benefit Schedule.

Deductible/Co-insurance

The portion of costs for which the Insured is liable, as stated in the Policy Schedule.

Dependant

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

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 odonomes, adpicectomy will be covered.

PROVIDED ALWAYS THAT these dental services must be performed by a registered dentist who is licensed by relevant licensing authority to practice dentistry in Vietnam where the dental treatment is given. The material being used for filling is limited to amalgam and porcelain and does not include precious metal/material.

The Dental Services are available when applying together with optional Outpatient and subject to 20% co-insurance.

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.

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/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.

Emergency Dental Treatment following Accident

A Dental Treatment received within 30 days of incurring accidental damage caused to sound, natural teeth, except when the accidental damage has been caused through eating and/or drinking, 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 within Vietnam, 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 the Medical Assistance Provider to obtain prior approval for any evacuation and to make the necessary transportation arrangements.

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.

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 an Insurance Policy 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 will be taken to mean the country which the Insured has declared on the Application Form.

Hospital/Clinic

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

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/Clinic, 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 for whom commencement of cover has been confirmed by the Insurer by issuing a Policy Schedule describing him/her as an Insured under such Insurance Policy.

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 the Hospital/Clinic.

Local Ambulance Services

The medically necessary road ambulance transportation services to and from a local 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. The maximum coverage for general new-born baby care is 5 days immediate after birth; if there is inpatient treatment for disease manifests itself within 30 days following birth, the maximum coverage is 30 days following birth.

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 miscarriage or abortion because of medical reasons. The Maternity Care benefits will be insured when such pregnancy commences after 90 days from the enrolment date of this benefit of the Insured.

Medically Necessary

Treatment, service or procedure which in the opinion of a qualified Medical Practitioner and the Hospital is appropriate and consistent with the diagnosis and which in accordance with generally accepted medical standards.

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.

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 disease manifests itself within 30 days following birth. The benefit is limited for a maximum of 30 days of hospitalization from the date of birth of the baby.

Nursing at Home/Home Nursing

The services of a legally Registered or Enrolled nurse in the Insured Member'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 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/Clinic.

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

Physician

A legally licensed medical examination and treatment 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 11:59 pm on the last day of the Insured Period, both inclusive. All times are calculated as according to Vietnam standard time.

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.

"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 Hospital/Clinic, and not including items that may be purchased without a prescription of Physician and/or Hospital/Clinic.

Physiotherapy or Chiropractic Treatment

If while this coverage is in force, on account of accident 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 Technician) in writing, the Insurer will pay the actual, reasonable and customary expenses incurred and such payment shall not exceed the Limit 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 of the Insured who is dying or dead to a place within Vietnam (at the choice of the representative of the Insured) by air and/or surface transportation following an Emergency Medical Evacuation for in-hospital treatment. The Insurer shall pay for the Reasonable and Customary expenses incurred in the services so arranged by the service provider. The service 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 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.

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.

Serious Medical Condition

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

Disease

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 similar 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.

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 Ins Policy Schedule;
- (iv) this Liberty MediCare 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 this Insurance Policy Wording must be accepted in advance by the Insurer.

3. Insurance Effectiveness

Subject to the terms and condition of this Insurance Policy, the Insurer's liability to an Insured under this 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 this 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, an Insured is confined in a Hospital for a disease or injury covered under the Insurance Policy, then the time of termination shall be extended to the time (A) he/she no longer requires confinement for said Disease or Injury or (B) the time his/her benefits for said Disease 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 bed patient in a Hospital.

4.2 For the 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 Insured, who is 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 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.

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 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.

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 Disease 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 Disease or Injury or the time his benefits for said Disease 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

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 Provided Always there is no violation under the Insurance Policy at that time.

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 all Insureds 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 schedules 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 yearsto 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 objectives insured by the Insurance Policy.

PART III - SCOPE OF INSURANCE

1. Coverage of Insurance

Subject to the terms and conditions of this Insurance Policy, 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, disease or dental 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 Vietnam where treatment is provided.

2. Territorial Scope

The coverage of insurance is subject to the geographical area of Vietnam. Hospitalization, treatments and consultations outside of Vietnam is not covered.

3. Representative/Inheritance

The legal representative or heir of 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 legal representative or heir (if applicable) or to the Direct Settlement Network providers (if applicable).

4. Consideration for Insurance for Pre-existing conditions

Unless otherwise agreed by the Insurer in the Policy Schedule, all pre-existing conditions are not covered under 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 and other mental illnesses.
2. Rest cures or sanatoria care.
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 child. Foetal surgery when still being in the womb.
4. Test and Treatment relating to infertility, contraception, sterilization, including pregnancy or any abortion, and other treatment due to the consequences of above listed treatments.
5. Hospitalization primarily for diagnosis, X-ray examinations, or physical therapy, unless recommended by a legally qualified physician or surgeon.
6. Any dental treatment or surgery/ orthodontic treatment except dental operation resulting from an injury sustained by the insured member in an accident, unless otherwise explicitly provided and endorsed in the Policy Schedule.

7. Routine eye and ear examination. Fitting of glasses, contact lenses or correction of eye visions or eye refraction error including but not limited to myopia, hyperopia and presbyopia,
8. Drugs addiction or alcoholism.
9. Injuries due to insanity or self-infliction 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 Schedule.
11. Tests and treatment of 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.
12. Pre-existing conditions or any related, associated or consequential disabilities, unless disclosed to and accepted in writing by the Insurer.
13. Room, board, general nursing care or special hospital services not in accordance with the diagnosis and treatment of the condition for which the hospital confinement is required.
14. Prostheses, corrective devices and medical appliances. Charges for the procurement or use of special braces, appliances, hearing and/or visual aids, crutches, wheelchairs or other equipment.
15. 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.
16. Plastic surgery for pre-existing infirmity/defects.
17. Injury or disease arising directly or indirectly from war, declared or undeclared, strike, riot, revolution, or any warlike operation.
18. Treatment by any person other than a licensed Medical Practitioner.
19. 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.
20. Vaccination and any preventive treatment.
21. 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);
22. Non-medical services, including the issue of medical certificates and attestations and examinations as to suitability for employment.
23. Tests primarily not incident to treatment or diagnosis of a covered Disease or Injury; or any treatment which is not medically necessary. Treatment of an optional nature. Treatment by a family member. In addition, the Policyholder/Insured as doctor/nurse treats themselves or dependants in the hospitals/clinics/medical establishments where they are working.
24. Maternity Care. No benefit shall be payable, unless otherwise explicitly provided and endorsed in the Schedule.

25. Tests and Treatment of sexually transmitted diseases and treatment of impotence or any related conditions.
26. All Emergency medical evacuation not approved in advance by the Medical Assistance Provider.
27. Exposure to nuclear energy, ionizing radiation or radioactive contamination of any kind.
28. Participation in an illegal act including resultant imprisonment or Incompliance with all statutory obligations.
29. Treatment for Injury or Disease incurred while serving as a member of police or military forces or as a result of performing Class IV Occupation.
30. 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.
31. Tests and treatments for sleep-related breathing disorders, including snoring, fatigue, jet lag, sonasthenia or work-related stress or any related condition.
 32. 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,
 33. Stem cells replacement therapy except bone marrow transplantation
34. 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 Insurer 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.
35. 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 conditions 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 this Insurance Policy.
- (c) the due and fully compliance with all the terms and conditions of this 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.

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 this 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 limit the return of premiums in respect of such Insured.

4. Eligibility

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

The coverage under this Insurance Policy is only applicable for those holding Class I and II occupations, unless otherwise agreed by the Insurer (with or without additional conditions/requirements). 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.

4.2 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 this 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 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 this Insurance Policy.

The maximum age for enrolment is 64.

The coverage under this Insurance Policy is only applicable for those holding Class I and II occupations, unless otherwise agreed by the Insurer (with or without additional conditions/requirements). 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 reserve 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 the expenses of such tests and/or evaluation.

1. Reasonable Precautions and Important 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.

2. 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 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 Insurer 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 Insurer. 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 Insurer 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;
- The supporting invoices and receipts.

Photocopies are not acceptable. The claim dossier must be fully submitted to the Insurer 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 "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 otherwise requested by the Insured.

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 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 limit 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.

PART 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 Insurer, 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 Insurer 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 Insurer 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 Insurer 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.