

BẢO HIỂM Y TẾ LIBERTY MEDICARE
ĐIỀU KHOẢN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

PHẦN I – ĐỊNH NGHĨA

Trừ khi ngữ cảnh yêu cầu khác, các định nghĩa sau đây sẽ được sử dụng:

- (1) "Thành viên" có nghĩa là bất kỳ người nào trên 16 tuổi và dưới 65 tuổi (căn cứ ngày sinh nhật gần nhất) được thuê làm việc trong biên chế toàn thời gian tại Việt Nam bởi Chủ Hợp đồng Bảo hiểm.
- (2) "Người phụ thuộc" có nghĩa là vợ/chồng kết hôn hợp pháp hay người sống chung đã thành niên của Thành viên. Đối với người sống chung không có đăng ký hợp pháp, Công ty có thể yêu cầu Thành viên được Bảo hiểm nộp một bản khai có chữ ký và công chứng chứng nhận thỏa mãn các điều kiện sau: (1) có quan hệ tình cảm duy nhất và chung thủy và sẽ làm như vậy suốt đời; (2) sống chung với nhau trong 12 tháng qua; (3) ít nhất 18 tuổi; (4) cùng có trách nhiệm đối với lợi ích chung của nhau và độc lập về tài chính; (5) không có quan hệ huyết thống; và (6) chưa kết hôn hợp pháp hoặc là người sống chung với bất kỳ ai khác. Người phụ thuộc cũng được mở rộng để bao gồm con cái chưa lập gia đình, con riêng của vợ hoặc chồng, con nuôi và trẻ em được nhận làm con nuôi một cách hợp pháp, là người mà Người được Bảo hiểm có nghĩa vụ cấp dưỡng. Với điều kiện những đứa trẻ này không nhỏ hơn 15 ngày tuổi và không lớn hơn 18 tuổi (hoặc 23 tuổi với điều kiện đang tham gia chương trình giáo dục thường xuyên toàn thời gian).
- (3) "Bác sĩ y khoa được cấp phép" có nghĩa là bất kỳ người nào được cấp phép hành nghề trong phạm vi địa lý hoạt động để cung cấp các dịch vụ y tế và phẫu thuật.
- (4) "Bệnh viện" có nghĩa là bất kỳ bệnh viện công hoặc tư nào hoạt động theo luật định.
- (5) "Bất kỳ một bệnh tật nào" có nghĩa là mọi bệnh tật phát sinh do cùng một nguyên nhân bao gồm bất kỳ và mọi biến chứng từ đó, ngoại trừ sau 90 ngày kể từ ngày xuất viện gần nhất hoặc lần điều trị ngoại trú gần nhất, bất kỳ bệnh tật nào xảy ra sau đó do cùng một nguyên nhân sẽ được xem là một bệnh tật mới.
- (6) "Bệnh có sẵn" có nghĩa bất kỳ tình trạng sức khỏe hoặc phẫu thuật nào (hoặc các tình trạng bệnh có liên quan và/hoặc các biến chứng có liên quan) đã được chẩn đoán hoặc đã cần điều trị y tế bao gồm cả việc điều trị bằng thuốc, hoặc đã được biết, hoặc được ý thức là đã tồn tại, hoặc đã có các triệu chứng liên quan trong vòng 2 năm ngay trước ngày bảo hiểm đầu tiên của Hợp đồng Bảo hiểm này.

Các tình trạng bệnh có sẵn không được khai báo hoặc được thông tin sai lệch cho Công ty về tiền sử bệnh tật cá nhân của (những) Thành viên được bảo hiểm có thể dẫn đến việc khước từ Giấy yêu cầu bảo hiểm, từ chối bồi thường và/hoặc hủy bỏ hoặc làm vô hiệu Hợp đồng bảo hiểm này.

- (7) "Tình trạng nguy kịch" có nghĩa là tình trạng sức khỏe theo ý kiến của Công ty cung cấp dịch vụ trợ giúp được chỉ định có thể dẫn đến một trường hợp cấp cứu nghiêm trọng cần chữa trị tức thời để tránh tử vong hoặc nguy hại nghiêm trọng đến tình trạng sức khỏe hiện thời hoặc lâu dài của Thành viên được bảo hiểm. Mức độ nghiêm trọng của tình trạng sức khỏe sẽ được cân nhắc dựa trên bối cảnh của vị trí địa lý của Thành viên được bảo hiểm, bản chất của việc cấp cứu y tế và sự đáp ứng thích hợp của các dịch vụ chăm sóc y tế và phương tiện sẵn có tại địa phương.

Các đại từ sử dụng trong Hợp đồng Bảo hiểm này, khi được sử dụng, sẽ được áp dụng cho cả hai giới tính, nếu thích hợp.

PHẦN II – ĐỐI TƯỢNG THAM GIA BẢO HIỂM

- (1) Những thành viên đã hội đủ điều kiện vào Ngày hiệu lực sẽ đủ tư cách tham gia kể từ Ngày hiệu lực này.
- (2) Những thành viên mới sẽ có đủ điều kiện tham gia vào ngày kết thúc thời gian thử việc hoặc vào ngày đầu tiên được chính thức được thuê làm việc bởi Chủ Hợp đồng Bảo hiểm. Trong một hợp đồng, cơ sở này phải được áp dụng nhất quán cho tất cả mọi Thành viên được bảo hiểm.
- (3) Những thành viên mà bảo hiểm của họ đã chấm dứt do việc chấm dứt tư cách thành viên và nộp đơn xin tái gia nhập sẽ được xem là những Thành viên mới.
- (4) Bất kỳ Thành viên nào không làm việc vào ngày người này hội đủ điều kiện tham gia bảo hiểm theo các quy

định dưới đây sẽ không đủ điều kiện tham gia cho đến ngày người này quay trở lại làm việc toàn thời gian bình thường trong tình trạng sức khoẻ tốt.

- (5) Các công dân của nước Cuba, Iraq, Iran, Liberia, Miến Điện, Bắc Triều Tiên, Sudan, Syria, Zimbabwe và bất kỳ quốc gia nào khác đang nằm trong danh sách, hay được liệt kê là quốc gia Mỹ cấm vận được ban hành bởi Văn Phòng Kiểm soát Tài sản Nước ngoài, thuộc Bộ Ngân Khố của Mỹ không được tham gia bảo hiểm.
- (6) Mọi thành viên thỏa mãn các điều kiện cần thiết để tham gia theo quy định từ mục (1) đến mục (4) ở trên phải đăng ký tham gia bằng văn bản trong vòng 31 ngày kể từ ngày hội đủ điều kiện tham gia. Nếu không chỉ có thể bắt đầu tham gia sau khi đã cung cấp đầy đủ - bằng chi phí của mình - bằng chứng về khả năng có thể bảo hiểm đúng quy định của Công ty.
- (7) Mỗi Thành viên Đủ điều kiện sẽ được bảo hiểm như quy định ở dưới đây vào ngày đầu tiên người đó hội đủ điều kiện được bảo hiểm với điều kiện là Công ty đã nhận được giấy yêu cầu bảo hiểm đã được ghi điền đầy đủ từ Chủ Hợp đồng Bảo hiểm và các điều kiện quy định tại mục (5) của Phần này đã được thỏa mãn.

PHẦN III - CHẤM DỨT BẢO HIỂM

Bảo hiểm của bất kỳ Thành viên được bảo hiểm nào sẽ tự động chấm dứt vào thời điểm sớm nhất của các ngày sau đây:

- (1) Ngày Hợp đồng Bảo hiểm được chấm dứt.
- (2) Ngày cuối cùng của thời hạn bảo hiểm theo đó khoản phí bảo hiểm tương ứng cuối cùng được thanh toán để bảo hiểm cho Thành viên.
- (3) Ngày Thành viên được bảo hiểm chính thức tham gia nghĩa vụ quân sự, binh chủng hải quân hoặc không quân.
- (4) Kết thúc Năm bảo hiểm khi đó Thành viên được bảo hiểm được tuổi 65 tuổi.
- (5) Ngày được Công ty thông báo cho Chủ hợp đồng Bảo hiểm vì nguyên nhân chiến tranh, hành vi chiến tranh theo sự cân nhắc và suy xét của Công ty.
- (6) Ngày tư cách thành viên trong nhóm hoặc các nhóm của những Thành viên được bảo hiểm dưới đây chấm dứt. Việc Thành viên được bảo hiểm không tiếp tục làm việc (hoặc chấm dứt tư cách thành viên trong thời gian dài trong trường hợp là hiệp hội) sẽ được xem là cấu thành việc chấm dứt tư cách thành viên, ngoại trừ trường hợp Người được bảo hiểm tạm thời làm việc bán thời gian hoặc tạm thời vắng mặt vì bệnh hoặc thương tật, tư cách thành viên của người đó sẽ được xem là tiếp tục cho đến khi việc thanh toán phí bảo hiểm cho Thành viên đó không được tiếp tục thực hiện.

PHẦN IV – THÔNG TIN/DỮ LIỆU YÊU CẦU

Chủ Hợp đồng Bảo hiểm sẽ lưu giữ hồ sơ của từng Thành viên được bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo hiểm này, nội dung hồ sơ lưu trữ ghi rõ họ tên, giới tính, ngày sinh, ngày bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực, ngày bảo hiểm được chấm dứt hoặc bất kỳ dữ liệu nào khác của Thành viên là cần thiết để thực hiện các điều khoản của Hợp đồng Bảo hiểm.

Các lỗi, sai sót trong ghi chép khi lưu trữ hồ sơ sẽ không làm vô hiệu bảo hiểm nếu bảo hiểm đó đang có hiệu lực, cũng như không tiếp tục bảo hiểm nếu đã chấm dứt, nhưng khi phát hiện sai sót này, việc điều chỉnh phí bảo hiểm hợp lý sẽ được thực hiện.

Chủ Hợp đồng Bảo hiểm sẽ cung cấp bằng văn bản cho Công ty tất cả các thông tin và bằng chứng mà Công ty yêu cầu hợp lý liên quan đến bất kỳ vấn đề nào thuộc Hợp đồng Bảo hiểm. Tất cả các chứng từ được cung cấp cho Chủ Hợp đồng Bảo hiểm bởi Thành viên được bảo hiểm liên quan đến việc bảo hiểm, cùng với các dữ liệu khác mà có thể liên quan đến Hợp đồng Bảo hiểm này sẽ được Công ty kiểm tra tại mọi thời điểm thích hợp.

PHẦN V – CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Phần 1 – Phạm vi các quyền lợi bảo hiểm

- (1) Mọi quyền lợi bảo hiểm quy định ở những phần dưới đây được áp dụng đối với việc nằm viện, điều trị và hội chẩn trong phạm vi nước Việt Nam.
- (2) Mọi quyền lợi bảo hiểm được áp dụng cho những Thành viên được bảo hiểm căn cứ theo các giới hạn quy định trong Phần VI của Hợp đồng Bảo hiểm này.
- (3) Trách nhiệm tối đa của Công ty đối với từng phần sẽ không vượt quá số tiền quy định trong Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm cho mỗi phần và trách nhiệm tối đa của Công ty sẽ không vượt quá giới hạn tối đa/năm quy định trong Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm.

Phần 2 – Quyền lợi nằm viện

(1) Tiền phòng & ăn uống

Quyền lợi bảo hiểm về nằm viện sẽ được thanh toán khi Thành viên được bảo hiểm phải nằm viện để điều trị căn cứ vào sự chỉ định của một Bác sĩ y khoa được cấp phép hành nghề. Số tiền của quyền lợi bảo hiểm nói trên sẽ bằng với các khoản chi phí thực tế Bệnh viện thu trong thời gian nằm viện của người được bảo hiểm; nhưng trong mọi trường hợp quyền lợi bảo hiểm theo mục (1) này sẽ không vượt quá giới hạn quyền lợi bảo hiểm cho một ngày quy định trong Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm.

(2) Phòng chăm sóc đặc biệt

Nếu bất kỳ người được bảo hiểm trong bất kỳ ngày nằm viện điều trị nào cần phải được săn sóc đặc biệt vì tình trạng bệnh tật hoặc thương tật do tai nạn, Công ty sẽ thanh toán cho người được bảo hiểm một khoản tiền bằng với các khoản chi phí thực tế cho việc điều trị như vậy lên đến giới hạn bảo hiểm tối đa cho một ngày nằm viện được chăm sóc đặc biệt theo quy định trong Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm.

(3) Các dịch vụ nằm viện đặc biệt

Ngoài quyền lợi bảo hiểm ngày theo mục (1) của Phần 2 này, các dịch vụ đặc biệt tại bệnh viện sẽ được thanh toán trong thời gian một Thành viên được bảo hiểm phải nằm viện điều trị và được cung cấp hoặc thực hiện bất kỳ dịch vụ đặc biệt nào bởi Bệnh viện để điều trị bệnh tật đó. Số tiền cho quyền lợi bảo hiểm nói trên sẽ bằng với các chi phí thực tế Bệnh viện thu trong thời gian nằm viện điều trị của một người được bảo hiểm; nhưng trong mọi trường hợp quyền lợi bảo hiểm theo mục (3) này sẽ không vượt quá giới hạn tối đa cho một ngày quy định trong Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm.

Các dịch vụ đặc biệt tại bệnh viện trong phạm vi bảo hiểm của Hợp đồng Bảo hiểm này bao gồm: sử dụng phòng mổ; thuốc và dược phẩm sử dụng trong khi nằm viện; băng, nẹp thông thường và bột; xét nghiệm; điện tâm đồ; các xét nghiệm chuyên hóa cơ bản; vật lý trị liệu; gây mê, hồi sức và thở oxy; chụp X quang; tiêm truyền tĩnh mạch; truyền máu; dịch vụ vận chuyển bằng xe cấp cứu từ và/hoặc đến Bệnh viện.

(4) Chi phí phẫu thuật

Ngoài các quyền lợi bảo hiểm được trả từ mục (1) đến (3) ở trên, quyền lợi bảo hiểm về phẫu thuật sẽ được thanh toán với số bằng với tổng chi phí thực tế phát sinh cho phẫu thuật như vậy, tuy nhiên với điều kiện là quyền lợi bảo hiểm tối đa cho tất cả các phẫu thuật thực hiện sẽ không vượt mức quy định theo loại phẫu thuật trong phần quyền lợi bảo hiểm về phẫu thuật và Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm. Nếu hai hoặc nhiều hơn qui trình phẫu thuật được thực hiện trong một lần mổ, việc hoàn trả các chi phí cho việc phẫu thuật này sẽ không vượt quá số tiền quy định cho một lần phẫu thuật được thực hiện có mức quyền lợi bảo hiểm cao nhất được thanh toán.

Nếu X quang, radi hoặc bất kỳ các chất phóng xạ nào khác được sử dụng để điều trị thay thế cho bất kỳ phẫu thuật cắt bỏ nào quy định trong Bảng tóm tắt quyền lợi phẫu thuật, Công ty sẽ căn cứ tất cả các điều khoản khác của Bảng tóm tắt quyền lợi về phẫu thuật để thanh toán một khoản quyền lợi bảo hiểm phát sinh thông thường cho việc điều trị này lên đến giới hạn bảo hiểm tối đa được quy định bởi Bảng tóm tắt quyền lợi về phẫu thuật áp dụng cho phẫu thuật cắt bỏ thay thế.

(5) Chi phí gây mê

Ngoài các khoản quyền lợi bảo hiểm được thanh toán theo mục (1) đến mục (3) ở trên, Công ty sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm khoản tiền bằng với các khoản chi phí thực tế thu bởi một bác sĩ gây mê có trình độ chuyên môn để thực hiện việc gây mê cho một lần phẫu thuật lên đến mức tối đa quy định trong Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm tương ứng với cùng loại quyền lợi bảo hiểm về phẫu thuật được thanh toán.

(6) Chi phí phòng mổ

Ngoài các khoản quyền lợi bảo hiểm được thanh toán từ mục (1) đến mục (3) ở trên, Công ty sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm một khoản tiền bằng với các khoản chi phí thực tế Bệnh viện thu để sử dụng phòng mổ lên đến giới hạn tối đa quy định trong Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm tương ứng với cùng loại quyền lợi bảo hiểm về phẫu thuật được thanh toán.

(7) Chi phí thăm khám bác sĩ khi nằm viện

Nếu người được bảo hiểm trong bất kỳ ngày nằm viện điều trị nào cần được một bác sĩ đủ năng lực chuyên môn về mặt pháp luật điều trị bệnh hoặc thương tật cơ thể do tai nạn, Công ty sẽ thanh toán cho người được bảo hiểm khoản tiền bằng với các khoản chi phí thực tế thu bởi bác sĩ nói trên cho việc thăm khám phục vụ điều trị lên đến giới hạn tối đa cho một ngày nằm viện điều trị theo quy định trong Bảng mô tả quyền lợi bảo hiểm.

(8) Chi phí thăm khám bác sĩ chuyên khoa khi nằm viện

Ngoài quyền lợi về bác sĩ thăm khám khi nằm viện, quyền lợi về việc thăm khám bởi bác sĩ chuyên khoa sẽ được thanh toán với số tiền bằng với tổng chi phí thu bởi bác sĩ chuyên khoa để tham vấn khi nằm viện lên đến giới hạn cho một bệnh tật quy định trong Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm.

Thuật ngữ “Bác sĩ chuyên khoa” có nghĩa là bất kỳ nhà chuyên khoa/bác sĩ tham vấn về dược phẩm chữa bệnh là bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ phẫu thuật được cấp phép hành nghề và phải được chỉ định bằng văn bản bởi một Bác sĩ Đa khoa.

(9) Điều trị trước và sau khi nhập viện

Sẽ được bao gồm như được quy định trong Phần 3 – Điều trị ngoại trú dưới đây trong thời gian tối đa 30 ngày trước khi nhập viện và 90 ngày ngay sau khi xuất viện cho mỗi người đối với cùng tình trạng bệnh. Việc hoàn trả các khoản chi phí này sẽ được thực hiện căn cứ vào ngày thực tế phát sinh các chi phí.

(10) Dịch vụ xe cứu thương trong nước

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

(11) Trợ cấp tiền mặt hàng ngày

Nếu một Thành viên được bảo hiểm phải nằm viện điều trị trong 24 giờ hoặc lâu hơn và dưới sự điều trị của một Bác sĩ y khoa được cấp phép hành nghề do bệnh lý hoặc thương tật do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm của Hợp đồng Bảo hiểm này, Công ty đồng ý trợ cấp hàng ngày một khoản tiền mặt tương đương với số tiền và cho đến khoảng thời gian tối đa được quy định trong Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm.

(12) Chăm sóc nha khoa khẩn cấp sau tai nạn

Quy trình điều trị răng cần thiết để phục hồi hoặc thay thế răng thật, trong tình trạng tốt, bị mất hoặc hư hỏng do tai nạn.

(13) AIDS/HIV

Bảo hiểm điều trị Vi rút HIV (HIV) và các bệnh có liên quan kể cả Hội chứng Suy giảm Miễn dịch (AIDS), các biến chứng của bệnh và tất cả các bệnh/căn bệnh do HIV gây ra và/hoặc có liên quan tới HIV, kể cả các

kết quả điều trị phát sinh mà xảy ra trong Thời gian hiệu lực hợp đồng của Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm (các) năm tái tục và xuất hiện sau khi hợp đồng liên tục năm năm kể từ Ngày Hiệu lực đầu tiên.

Quyền lợi bảo hiểm này được tính ở cả (các) giới hạn hàng năm và phụ thuộc vào giới hạn phụ bằng 10% của (các) giới hạn bảo hiểm hàng năm/tuổi thọ/Người được Bảo hiểm.

(14) Vận Chuyển y tế cấp cứu (không áp dụng đối với Người được bảo hiểm 70 tuổi trở lên)

Chi phí y tế cần thiết để vận chuyển cấp cứu và chăm sóc y tế để vận chuyển Thành viên được bảo hiểm có tình trạng sức khỏe nghiêm trọng, được bảo hiểm theo Chương trình Bảo hiểm, đến Bệnh viện gần nhất tại Việt Nam có các trang thiết bị và dịch vụ y tế phù hợp.

Cơ sở cung cấp các dịch vụ y tế được chỉ định có quyền quyết định liệu tình trạng sức khỏe của Thành viên được bảo hiểm có đủ mức nghiêm trọng để thực hiện vận chuyển y tế cấp cứu. Cơ sở cung cấp các dịch vụ y tế cũng sẽ quyết định nơi sẽ chuyển Thành viên được bảo hiểm đến và loại phương tiện vận chuyển sẽ được sử dụng trên cơ sở cân nhắc tất cả các yếu tố được biết đến.

Trung tâm hỗ trợ 24/24 được chỉ định phải được liên hệ để xin phép trước khi thực hiện việc vận chuyển bệnh và để thu xếp phương tiện vận chuyển cần thiết. Việc không thực hiện điều này sẽ làm mất hiệu lực yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đối với khoản chi phí này.

Đường dây nóng của International SOS (Việt Nam) là: +848 38247 123

CÁC PHẦN DƯỚI ĐÂY 3, 4 VÀ 5 LÀ NHỮNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG TỰY CHỌN, CHỈ CÓ GIÁ TRỊ KHI ĐƯỢC ĐỀ CẬP TRONG BẢNG TÓM TẮT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Phần 3 – Các quyền lợi bảo hiểm về điều trị ngoại trú

[Nếu Hợp đồng Bảo hiểm được áp dụng cho bất kỳ năm bảo hiểm nào ít hơn 12 tháng dương lịch, số lần thăm khám tối đa trong năm bảo hiểm được hoàn trả sẽ được tính theo tỷ lệ]. Quyền lợi này chỉ được áp dụng khi việc điều trị được thực hiện sau một tháng đầu tiên tính từ ngày tham gia hoặc mua quyền lợi này, tùy vào ngày nào muộn hơn.

Công ty sẽ thanh toán các khoản chi phí Thành viên được bảo hiểm phải gánh chịu đối với các dịch vụ:

(1) Điều trị ngoại trú tổng quát

Nếu trong trường hợp bị tai nạn, ốm đau hay bệnh tật nằm trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng Bảo hiểm này, Thành viên được bảo hiểm cần được điều trị ngoại trú bởi một bác sĩ điều trị, bác sĩ phẫu thuật có đủ năng lực chuyên môn về mặt pháp lý, hoặc cần điều trị vật lý trị liệu ngoại trú hoặc điều trị bằng phương pháp nắn khớp xương theo chỉ định bằng văn bản của bác sĩ trực tiếp điều trị, Công ty sẽ thanh toán 100% chi phí thực tế phát sinh bao gồm chi phí khám bệnh và thuốc dùng cho việc điều trị này và khoản tiền 100% này sẽ không vượt quá giới hạn tối đa theo quy định trong Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm cho mỗi lần khám bệnh tại phòng khám/bệnh viện, giới hạn cho một lần thăm khám/ngày với số lần thăm khám tối đa là 30 lần/năm bảo hiểm.

(2) Điều trị ngoại trú chuyên khoa

Nếu do thương tật cơ thể, ốm đau hoặc bệnh tật, Thành viên được bảo hiểm cần được bác sĩ chuyên khoa điều trị tại phòng khám hoặc bệnh viện, Công ty sẽ thanh toán 100% các chi phí thực tế phải gánh chịu lên đến mức giới hạn cho mỗi lần khám theo quy định trong Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm với số lần thăm khám tối đa là 10 lần /năm bảo hiểm.

Thuật ngữ “Bác sĩ chuyên khoa” được sử dụng trong Hợp đồng này có nghĩa là bất kỳ bác sĩ chuyên khoa/bác sĩ tham vấn về dược phẩm chữa bệnh là bác sĩ điều trị được cấp phép hành nghề hoặc bác sĩ phẫu thuật đủ năng lực chuyên môn và phải được chỉ định bởi một bác sĩ đa khoa bằng văn bản.

(3) Bác sĩ Đông y hoặc Chuyên gia nắn xương, Châm cứu

Nếu do tai nạn, ốm đau hoặc bệnh tật nằm trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng Bảo hiểm này, Thành viên được bảo hiểm cần được điều trị bởi một Bác sĩ Đông y hoặc Chuyên gia nắn xương, Công ty sẽ thanh toán 100% chi phí thực tế phát sinh bao gồm chi phí khám bệnh và thuốc men phục vụ cho việc điều trị và khoản thanh toán 100% này sẽ không vượt quá mức giới hạn tối đa quy định trong Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm, với số lần thăm khám tối đa là 10 lần /năm bảo hiểm, giới hạn một lần thăm khám mỗi ngày.

Quyền lợi bảo hiểm trong việc điều trị bởi Bác sĩ Đông y/Chuyên gia nắn xương được quy định như sau:

- a) Bác sĩ Đông y có nghĩa là một Bác sĩ Đông y đăng ký hành nghề/được cấp phép hành nghề tại Việt Nam.
- b) Đông dược có nghĩa là các loại dược thảo được kê toa bởi một Bác sĩ Đông y được cấp phép hành nghề tương ứng với chẩn đoán đang được điều trị.
- c) Chuyên gia nắn xương có nghĩa là một Chuyên gia điều trị nắn xương theo Đông y đăng ký hành nghề/được cấp phép hành nghề tại Việt Nam để điều trị các bệnh/thương tật về cơ xương, khớp xương, và mô mềm do tai nạn đối với các chấn thương bên trong hoặc bên ngoài cơ thể.

Ghi chú: Bất kỳ các khoản chi phí nào khác không được thu bởi những người quy định ở trên sẽ không được hoàn trả.

(4) **Vật lý trị liệu và nắn khớp xương**

Nếu do tai nạn, ốm đau hoặc bệnh tật nằm trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng Bảo hiểm này, Thành viên được bảo hiểm cần được điều trị bởi một Bác sĩ chữa bệnh bằng phương pháp nắn khớp xương hoặc nhà vật lý trị liệu được cấp phép, Công ty sẽ thanh toán 100% chi phí thực tế phát sinh và khoản thanh toán 100% này sẽ không vượt quá mức giới hạn tối đa quy định trong Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm, với số lần thăm khám tối đa là 30 lần/năm bảo hiểm, giới hạn một lần thăm khám mỗi ngày.

Ghi chú: Việc điều trị bằng phương pháp vật lý trị liệu và nắn khớp xương phải được sự chỉ định bởi bác sĩ y khoa được cấp phép.

(5) **Chẩn đoán X quang và xét nghiệm**

Khi nhận và chấp thuận bằng chứng chứng minh Thành viên được bảo hiểm trong khi được bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo hiểm này bị bệnh và được một bác sĩ điều trị đủ năng lực chuyên môn về mặt pháp lý chỉ định thực hiện các xét nghiệm nhằm mục đích chẩn đoán bệnh chứ không phải kiểm tra sức khoẻ thông thường, Công ty sẽ hoàn trả 100% các khoản chi phí thực tế phát sinh cho các xét nghiệm này lên đến giới hạn tối đa mỗi năm bảo hiểm theo quy định trong Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm. Thuật ngữ “Xét nghiệm chẩn đoán ngoại trú” bao gồm chụp X quang, xét nghiệm máu, điện tâm đồ, xét nghiệm nước tiểu, và các xét nghiệm khác được chỉ định bởi một bác sĩ y khoa đủ năng lực chuyên môn nhằm mục đích chẩn đoán, ngoại trừ bất kỳ các xét nghiệm nào được thực hiện bởi Thành viên được bảo hiểm trong thời gian nằm viện điều trị, hoặc đối với thương tật hoặc đau ốm do mang thai, bao gồm cả việc sinh con hoặc sảy thai.

Phần 4 – Chăm sóc nha khoa

Chi phí kiểm tra răng định kỳ hàng năm bao gồm cả cạo vôi răng và đánh bóng răng được hoàn trả một lần mỗi năm bảo hiểm. Các dịch vụ này phải được thực hiện bởi một nha sĩ được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hành nghề nha khoa tại quốc gia sở tại. Quyền lợi căn cứ trên cơ sở 20% đồng bảo hiểm. Đồng bảo hiểm có nghĩa là trong mọi trường hợp, Thành viên được bảo hiểm phải đóng góp 20% số tiền bồi thường.

Phần 5 – Chăm sóc thai sản

Nghĩa là chi phí điều trị trước khi sinh, chi phí sinh nở và chi phí điều trị sau khi sinh, và sảy thai, hoặc phá thai vì lý do y tế, hoặc bất kỳ các biến chứng nào phát sinh từ việc mang thai đối với Thành viên được bảo hiểm đối với việc sinh nở bình thường và phức tạp và chi phí chăm sóc trẻ sau khi sinh được thực hiện tại bệnh viện. Thời gian tối đa cho việc chăm sóc tại bệnh viện đối với trẻ sơ sinh là 5 ngày ngay sau khi sinh; hoặc điều trị nội trú đối với

bệnh tật trong vòng 15 ngày sau khi sinh. Ngoại trừ chi phí chăm sóc tổng quát trẻ sơ sinh, các điều khoản loại trừ tiêu chuẩn sẽ được áp dụng đối với chi phí chăm sóc trẻ sơ sinh.

Theo quy định trong Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm này sẽ được áp dụng cho các trường hợp mang thai mà ngày sinh thực tế tối thiểu sau 12 tháng tính từ ngày tham gia quyền lợi này của Thành viên được bảo hiểm trừ khi việc chấm dứt sớm việc mang thai vì lý do y tế và việc mang thai này bắt đầu sau khi tham gia quyền lợi bảo hiểm này của Thành viên được Bảo hiểm. Quyền lợi bảo hiểm sẽ được thanh toán sau khi sinh.

PHẦN VI –GIỚI HẠN

- (1) Không quyền lợi bảo hiểm nào được thanh toán cho việc nằm viện điều trị tại bất kỳ Bệnh viện nào mà Thành viên được bảo hiểm được chăm sóc miễn phí.
- (2) Không quyền lợi bảo hiểm nào được thanh toán cho bất kỳ thời gian nằm viện nào trừ khi toàn bộ thời gian nằm viện và tất cả các dịch vụ chăm sóc đặc biệt của bệnh viện được cung cấp và thực hiện đã được chỉ định và chấp thuận bởi một bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ phẫu thuật đủ năng lực chuyên môn về mặt pháp lý.
- (3) Không quyền lợi bảo hiểm nào được thanh toán nếu yêu cầu giải quyết bồi thường là do việc mang thai, bao gồm việc sinh nở, sảy thai, phá thai, chăm sóc trước khi sinh cũng như sau khi sinh, và các biến chứng khác phát sinh từ đó trừ khi quyền lợi đó được quy định rõ và được xác nhận trong Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm.
- (4) Không quyền lợi bảo hiểm nào được thanh toán đối với các dịch vụ cá nhân không liên quan đến y tế như radio, điện thoại và tương tự.
- (5) Khi Người được bảo hiểm được hưởng các quyền lợi được thanh toán theo Luật lao động, hợp đồng bảo hiểm cá nhân hoặc nhóm khác, các quyền lợi bảo hiểm được thanh toán theo Hợp đồng Bảo hiểm này sẽ giới hạn ở mức bằng với các khoản chi phí không được thanh toán theo Luật Lao động, và hợp đồng bảo hiểm khác hoặc mức được tính dựa trên Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng Bảo hiểm này, lấy giá trị nào nhỏ hơn.

PHẦN VII - THỜI GIAN NÀM VIỆN TỐI THIỂU

Mỗi lần nằm viện điều trị phải có thời gian tối thiểu là sáu (6) giờ liên tục trước khi bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào được thanh toán, trừ khi việc nằm viện như vậy liên quan đến việc phẫu thuật, điều trị cấp cứu do tai nạn hoặc nếu bệnh viện tính tiền phòng và tiền ăn, không yêu cầu thời gian nằm viện tối thiểu.

PHẦN VIII- CÁC ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

Không quyền lợi bảo hiểm nào được thanh toán cho các dịch vụ, sản phẩm hoặc tình trạng sức khỏe sau đây:

- (1) Các rối loạn chức năng tâm thần, chẳng hạn như loạn thần kinh chức năng, loạn thần kinh lo âu, chứng chán ăn do tâm thần, chứng háu ăn, suy nhược và mất ngủ, v.v...
- (2) Chữa bệnh bằng cách nghỉ ngơi hoặc chăm sóc điều dưỡng.
- (3) Các bệnh bẩm sinh và các khuyết tật bẩm sinh. Bệnh bẩm sinh bao gồm cả các bệnh di truyền.
- (4) Các xét nghiệm và việc điều trị liên quan tới bệnh vô sinh, biện pháp tránh thai, triệt sản, bao gồm việc mang thai hoặc việc phá thai, thủ thuật sinh mổ được thực hiện mà không do lý do y tế và các 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 đủ năng lực chuyên môn về mặt pháp lý.
- (6) Điều trị nha khoa hoặc phẫu thuật răng/chỉnh hình răng ngoại trừ phẫu thuật răng khi người được bảo hiểm bị tai nạn, trừ khi được quy định khác một cách rõ ràng trong Bản tóm tắt hợp đồng 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 như tật cận thị, tật viễn thị và lão thị, v.v...
- (8) Nghiện rượu hoặc chất kích thích.
- (9) Thương tật do bệnh tâm thần hoặc tự gây thương tổn hay tự tử.
- (10) Chăm sóc điều dưỡng đặc biệt và khám sức khoẻ tổng quát.
- (11) Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), phức hợp liên quan đến AIDS (ARCS) và tất cả các chứng bệnh khác được gây ra bởi và/hoặc liên quan đến virút dương tính HIV trừ khi đã hoàn thành thời gian quy định và căn cứ theo các giới hạn quy định trong Bảng tóm tắt quyền lợi bảo hiểm.
- (12) Các tình trạng bệnh có trước hoặc bất kỳ tình trạng bệnh nào có liên quan, có liên hệ hoặc là hậu quả của trừ khi đã được khai báo với Công ty và được Công ty chấp nhận bằng văn bản.
- (13) Tiền phòng, tiền ăn, chi phí chăm sóc điều dưỡng tổng quát hoặc các dịch vụ đặc biệt tại bệnh viện không phù hợp với kết quả chẩn đoán và việc điều trị tình trạng bệnh cần phải nhập viện để điều trị.
- (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, xe lăn, nạng hoặc các thiết bị khác.
- (15) Phẫu thuật thẩm mỹ nhằm mục đích làm đẹp.
- (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 do chiến tranh cho dù được 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 Y khoa được cấp phép hành nghề hợp pháp.
- (19) Thương tật hoặc bệnh tật mắc phải là hậu quả trực tiếp của việc tham gia vào các việc làm phi pháp; những hành động như vậy bao gồm nhưng không giới hạn bởi trộm cắp, cướp bóc, 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, v.v...
- (20) Tiêm vắc xin và bất kỳ phương pháp điều trị ngăn ngừa nào.
- (21) Cuộc đua dưới bất kỳ hình thức nào không phải là đi bộ, toàn bộ các môn thể thao chuyên nghiệp, hoạt động hàng không hoặc trên không trừ khi là hành khách trên máy bay thương mại có giấy phép chở khách, rơi vào tình thế nguy hiểm không cần thiết trừ trường hợp cứu người.
- (22) Các dịch vụ không liên quan đến sức khỏe, bao gồm việc cấp giấy chứng nhận, giấy khám sức khỏe để được phù hợp với công việc.
- (23) Các xét nghiệm 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 tế. Điều trị theo ý muốn. Điều trị bởi một thành viên trong gia đình.
- (24) Chăm sóc Thai sản. Không một quyền lợi bảo hiểm nào sẽ được thanh toán, trừ khi được quy định rõ và được xác nhận trong Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm.
- (25) Điều trị các bệnh lây qua đường tình dục và 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 Trung tâm Hỗ trợ được chỉ định chấp thuận trước.
- (27) Phơi nhiễm năng lượng hạt nhân, phóng xạ ion hóa hay nhiễm phóng xạ thuộc bất kỳ loại nào.

- (28) Điều trị đối với Thương tật hoặc bệnh tật xảy ra khi đang công tác với tư cách là thành viên của lực lượng vũ trang hoặc công an hoặc do thực hiện công việc thuộc Nhóm nghề nghiệp Loại III hoặc IV.
- (29) Khám và điều trị tại phòng mạch bác sĩ tư.

PHẦN IX – PHÂN LOẠI

Nếu việc bảo hiểm căn cứ vào phân loại nhóm và trong trường hợp nhiều sự phân loại được lựa chọn trong Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm thì Thành viên được Bảo hiểm sẽ có đủ điều kiện cho các quyền lợi bảo hiểm được áp dụng đối với sự phân loại của họ vào ngày họ đăng ký. Sau đó nếu việc phân loại của họ có thay đổi, thì các Quyền lợi bảo hiểm y tế được áp dụng cho Thành viên được Bảo hiểm đó sẽ được thay đổi căn cứ vào bằng chứng thỏa đáng của việc thay đổi đó và ngày mà việc thay đổi đó được chấp thuận bởi Công ty, ngoại trừ trường hợp Người được Bảo hiểm đang bị thương tật hoặc bệnh tật không làm việc bình thường toàn thời gian vào ngày đó, thì các quyền lợi bảo hiểm y tế của Thành viên được Bảo hiểm đó sẽ không bị thay đổi cho tới ngày người đó quay trở lại làm việc bình thường toàn thời gian.

Chủ hợp đồng bảo hiểm phải thông báo cho Công ty về tất cả mọi thay đổi về việc phân loại trong vòng một tháng sau khi có sự thay đổi về việc phân loại và Chủ hợp đồng bảo hiểm sẽ thanh toán phí bảo hiểm được yêu cầu kể từ ngày quyền lợi bảo hiểm y tế được sửa đổi do bất cứ thay đổi về sự phân loại như vậy. Nếu cần có đóng góp riêng lẻ theo Hợp đồng bảo hiểm thì Chủ hợp đồng bảo hiểm sẽ tiến hành điều chỉnh cần thiết các khoản đóng góp đó đối với tất cả các Người được Bảo hiểm bị ảnh hưởng bởi việc thay đổi phân loại.

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 các địa điểm tương tự không nguy hiểm.

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

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

Hợp đồng bảo hiểm này có giá trị đối với những người có nghề nghiệp Loại I và II. Người được Bảo hiểm phải thông báo cho Công ty ngay khi có sự thay đổi nghề nghiệp thành Loại III hoặc IV. Việc không thông báo có thể dẫn tới từ chối bồi thường.

PHẦN X – TÍNH PHÍ BẢO HIỂM

Trong thời gian một năm kể từ Ngày hiệu lực, phí bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo hiểm này sẽ được tính dựa trên các mức phí quy định trong Hợp đồng bảo hiểm. Công ty có quyền thay đổi tỷ lệ phí bảo hiểm, (1) vào bất kỳ ngày kỷ niệm hợp đồng nào, và (2) vào bất kỳ hạn thu phí bảo hiểm nào với điều kiện là tỷ lệ phí bảo hiểm đó đã có hiệu lực ít nhất mười hai (12) tháng và với điều kiện là Công ty thông báo cho Chủ Hợp đồng Bảo hiểm ít nhất ba mươi mốt (31) ngày trước hạn thu phí bảo hiểm đó.

Việc điều chỉnh phí bảo hiểm, nếu có, sẽ có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng bảo hiểm trùng với hoặc ngay sau ngày đăng ký bảo hiểm, hoặc kết thúc bảo hiểm của bất kỳ Thành viên được bảo hiểm nào, việc điều chỉnh phí bảo hiểm bao gồm cả việc hoàn trả các khoản phí bảo hiểm chưa thực hiện cho Chủ Hợp đồng Bảo hiểm sẽ được giới hạn trong thời gian 12 tháng trước ngày Công ty nhận được bằng chứng yêu cầu việc điều chỉnh này được thực hiện.

PHẦN XI – HỦY HỢP ĐỒNG

Công ty có thể hủy Hợp đồng bảo hiểm này bằng cách gửi thông báo trước 30 ngày bằng thư bảo đảm cho Chủ hợp đồng bảo hiểm tại địa chỉ mới nhất của người này và trong trường hợp như vậy Công ty sẽ trả lại cho Chủ hợp đồng bảo hiểm khoản phí bảo hiểm đã thanh toán trừ phần theo tỷ lệ với khoảng thời gian Hợp đồng bảo hiểm đã có hiệu lực.

Chủ hợp đồng bảo hiểm có thể hủy Hợp đồng bảo hiểm vào bất kỳ lúc nào bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Công ty và với điều kiện là không có bất kỳ khiếu nại nào đã phát sinh trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, trong trường hợp đó Chủ hợp đồng bảo hiểm sẽ được nhận lại khoản phí bảo hiểm, trừ đi số tiền phải trả cho Công ty được tính theo tỷ lệ phí bảo hiểm Ngắn hạn của Công ty cho thời gian Hợp đồng bảo hiểm đã có hiệu lực.

Mức phí bảo hiểm Ngắn hạn	Phí bảo hiểm
Thời gian	
Tối 3 tháng	30% Phí bảo hiểm hàng năm
Trong khoảng từ 3 đến 6 tháng	60% Phí bảo hiểm hàng năm
Trong khoảng từ 6 đến 9 tháng	90% Phí bảo hiểm hàng năm
Trên 9 tháng	100% Phí bảo hiểm hàng năm

Trong cả hai trường hợp, Hợp đồng bảo hiểm này sẽ được áp dụng mức phí bảo hiểm tối thiểu là 100 đô la Mỹ cộng với thuế (nếu có).

Chủ hợp đồng bảo hiểm sẽ gửi trả lại cho Công ty hồ sơ bảo hiểm, Bản tóm tắt hợp đồng bảo hiểm và thẻ bảo hiểm y tế hiện có vào ngày hoặc trước ngày hủy hợp đồng.

PHẦN XII – TỰ ĐỘNG THÊM BỚT NHÂN VIÊN

Các bên thỏa thuận và đồng ý rằng Hợp đồng bảo hiểm này tự động mở rộng bảo hiểm cho bất cứ Thành viên nào có tên trong danh sách nhân viên đính kèm kể từ ngày họ bắt đầu làm việc cho công ty.

Việc bảo hiểm cho bất cứ nhân viên nào nghỉ việc cũng sẽ được tự động hủy bỏ kể từ ngày họ kết thúc hợp đồng lao động.

Chủ hợp đồng có trách nhiệm thông báo về bất cứ sự thay đổi nhân viên nào trong vòng 31 ngày kể từ ngày có sự thay đổi. Phí bảo hiểm sẽ được đóng bổ sung hay hoàn lại dựa trên cơ sở tỷ lệ.

PHẦN XIII - THỦ TỤC YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

- (1) Thông báo về việc nằm viện điều trị hoặc phẫu thuật hay thai sản là cơ sở cho một yêu cầu giải quyết bồi thường phải được gửi đến Công ty trong vòng 3 tháng sau khi xuất viện.
- (2) Thông báo được gửi bởi người yêu cầu bồi thường hoặc người đại diện gửi đến Công ty phải có các chi tiết và dữ kiện đủ để chứng minh người được bảo hiểm được xem là đã thông báo chính thức đến Công ty. Việc không gửi thông báo trong thời gian quy định của Hợp đồng Bảo hiểm sẽ không làm mất hiệu lực bất kỳ yêu cầu giải quyết bồi thường nếu được chứng minh là không thể thông báo trong thời gian quy định và thông báo đã được đưa ra ngay khi có thể.
- (3) Bằng chứng khẳng định về sự tổn thất làm cơ sở cho yêu cầu giải quyết bồi thường phải được cung cấp cho Công ty không trễ hơn ba (3) tháng sau ngày phát sinh tổn thất này.
- (4) Mọi quyền lợi bảo hiểm thuộc về bất kỳ Thành viên được bảo hiểm nào sẽ được thanh toán bằng séc/chuyển khoản tự động theo lệnh của Chủ Hợp đồng Bảo hiểm trừ khi Chủ Hợp đồng Bảo hiểm có yêu cầu khác, hoặc Công ty theo chủ ý của mình cân nhắc thanh toán bằng một phương thức khác phù hợp hơn.
- (5) Yêu cầu giải quyết bồi thường về điều trị ngoại trú, nha khoa phải được gửi trong vòng ba (3) tháng cùng với bản chính các phiếu thu và hóa đơn kê chi tiết với chẩn đoán của bác sĩ trực tiếp điều trị.

PHẦN XIV – CÁC QUY ĐỊNH CHUNG

Phần 1 - Hợp đồng

- (1) Mọi tuyên bố đưa ra bởi Chủ Hợp đồng Bảo hiểm, hoặc bởi Thành viên được bảo hiểm không xét đến yếu tố gian dối sẽ được xem là các tuyên bố, không phải là sự bảo đảm, và không tuyên bố nào được dùng để lãng tránh trách nhiệm trong Hợp đồng Bảo hiểm, hoặc được sử dụng để biện hộ cho một yêu cầu giải quyết bồi thường, trừ khi được lập bằng văn bản.
- (2) Các quyền của Chủ Hợp đồng Bảo hiểm hoặc của bất kỳ Thành viên được bảo hiểm hoặc bất kỳ người thụ hưởng nào theo Hợp đồng Bảo hiểm này sẽ không bị ảnh hưởng bởi bất kỳ các điều khoản nào khác, ngoại trừ các điều khoản quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm hoặc bản sao Đơn xin bảo hiểm đính kèm của Chủ Hợp đồng Bảo hiểm, hoặc trong giấy yêu cầu bảo hiểm của một Thành viên được bảo hiểm, hoặc trong bất kỳ giấy tờ nào khác cấu thành một phần của Hợp đồng Bảo hiểm.
- (3) Không Đại lý nào được cho phép thay đổi hoặc điều chỉnh Hợp đồng Bảo hiểm này, được nhận phí bảo hiểm quá hạn chưa trả hoặc được gia hạn ngày thanh toán phí bảo hiểm, được từ bỏ bất kỳ thông báo hoặc bằng chứng yêu cầu giải quyết bồi thường nào theo yêu cầu của Hợp đồng Bảo hiểm này, hoặc được gia hạn ngày nộp thông báo hoặc bằng chứng đó. Không có thay đổi nào đối với Hợp đồng Bảo hiểm này có giá trị trừ khi được chứng minh bằng những sửa đổi bổ sung sau đó, hoặc bằng phụ lục sửa đổi bổ sung được ký và chấp thuận bởi Chủ tịch của Công ty và được ký tắt bởi người giám sát của Công ty.
- (4) Hợp đồng Bảo hiểm này cung cấp bảo hiểm trên cơ sở không đóng góp trừ quyền lợi về Nha khoa. Bảo hiểm đóng góp là bảo hiểm trong đó thành viên tham gia bảo hiểm cùng tham gia đóng góp vào chi phí. Bảo hiểm không đóng góp là bảo hiểm trong đó thành viên tham gia bảo hiểm không phải đóng góp vào chi phí.

Phần 2 – Thông tin sai

- (1) Nếu tuổi hoặc ngày sinh hoặc các chi tiết khác có liên quan đến Thành viên được bảo hiểm được phát hiện là bị sai lệch và nếu việc cung cấp thông tin sai lệch này làm ảnh hưởng đến phạm vi các quyền lợi bảo hiểm hoặc ảnh hưởng đến điều khoản và điều kiện của Hợp đồng Bảo hiểm này, tuổi và các chi tiết đúng sẽ được sử dụng để quyết định xem việc bảo hiểm có hiệu lực theo các điều khoản của Hợp đồng Bảo hiểm này và các quyền lợi bảo hiểm có được thanh toán theo đó hay không, và việc điều chỉnh hợp lý phí bảo hiểm phải được thực hiện.
- (2) Nếu việc cung cấp thông tin sai về tuổi hoặc các chi tiết khác liên quan đã giúp cho Thành viên được bảo hiểm trong khi người này không hội đủ điều kiện để tham gia bảo hiểm hoặc việc cung cấp thông tin như vậy đã giúp Thành viên được bảo hiểm tiếp tục được bảo hiểm trong khi người này không hội đủ điều kiện để tiếp tục được bảo hiểm căn cứ các điều khoản và giới hạn của Hợp đồng Bảo hiểm này, việc bảo hiểm cho người này sẽ không có hiệu lực và phí bảo hiểm cho người này đã thanh toán sẽ được hoàn trả; luôn luôn với điều kiện là nếu sự gian dối thuộc về Chủ Hợp đồng Bảo hiểm hoặc Thành viên được bảo hiểm, các khoản phí bảo hiểm đã thanh toán sẽ không được hoàn trả.

Phần 3 – Giấy yêu cầu bảo hiểm

Chủ Hợp đồng Bảo hiểm sẽ cung cấp Giấy yêu cầu bảo hiểm của từng cá nhân Thành viên được bảo hiểm theo mẫu của Công ty.

Phần 4 –Kiểm tra sức khỏe

Công ty có quyền thông qua người đại diện y tế của mình kiểm tra sức khỏe bất kỳ Thành viên được bảo hiểm vào bất kỳ lúc nào và thường xuyên hợp lý trong thời gian khiếu nại. 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 hay tín ngưỡng tôn giáo.

Phần 5 – Ngôn ngữ

Hợp đồng Bảo hiểm này được lập bằng tiếng Anh và tiếng Việt có cùng giá trị như nhau. Bản tiếng Anh sẽ được sử dụng ưu tiên trong trường hợp có sự khác biệt giữa hai ngôn ngữ.

Phần 6 - Luật và Thông lệ về giải quyết tranh chấp

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

Phần 7 - Tái tục Hợp đồng

Hợp đồng Bảo hiểm này có hiệu lực trong thời gian một (1) năm và có thể được tái tục thêm một năm dựa trên sự chấp thuận của Công ty với mức phí bảo hiểm do Công ty ấn định.

Phần 8 – Các điều khoản khác

Hợp đồng Bảo hiểm này không có quyền chia lãi và không có phần trong tiền lãi thặng dư của Công ty. Các yêu cầu bồi thường của Thành viên được bảo hiểm bằng bất kỳ loại ngoại tệ nào sẽ được chuyển thành nội tệ với giá mua chính thức áp dụng cho loại ngoại tệ đó có hiệu lực tại Việt Nam do các ngân hàng thương mại công bố vào thời điểm thanh toán.