QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN CẦU 24/7

(Sản phẩm bảo hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe Toàn Cầu 24/7 có tên kỹ thuật là Sản phẩm bảo hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe Toàn Cầu Mở Rộng, được phê chuẩn theo Công văn số 10322/BTC-QLBH ngày 27/09/2024 của Bộ Tài chính. Quy tắc và Điều khoản này được ban hành theo Quyết định số 373/GD/Dai-ichi/2025 ngày 30/05/2025 của Tổng Giám đốc Công ty TNHH BHNT Dai-ichi Việt Nam.)

MỤC LỤC

ĐIỀU 1: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM 3
- **1.1 Quyền lợi Điều trị nội trú** 3
- **1.2 Quyền lợi Điều trị ngoại trú** 3
- **1.3 Quyền lợi Chăm sóc răng** 3
- **1.4 Mức giới hạn chi trả** 3

ĐIỀU 2: CÁC QUY ĐỊNH LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM 3

ĐIỀU 3: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM 5
- **3.1 Người nhận quyền lợi bảo hiểm** 5
- **3.2 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm** 5
- **3.3 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm** 5
- **3.4 Thời hạn chi trả quyền lợi bảo hiểm** 6
- **3.5 Trường hợp tranh chấp liên quan đến yêu cầu chi trả bồi thường** 6

ĐIỀU 4: MỘT SỐ QUY ĐỊNH VỀ PHÍ BẢO HIỂM 6
- **4.1 Phí bảo hiểm** 6
- **4.2 Thời gian gia hạn đóng phí và mất hiệu lực hợp đồng** 7
- **4.3 Khôi phục hiệu lực** 7

ĐIỀU 5: NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG 8
- **5.1 Thay đổi quyền lợi bảo hiểm** 8
- **5.2 Nghĩa vụ cung cấp thông tin của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm** 9
- **5.3 Chấp nhận bảo hiểm có điều kiện** 9
- **5.4 Chấm dứt hiệu lực của sản phẩm** 10

PHỤ LỤC 1: CÁC ĐỊNH NGHĨA 11

PHỤ LỤC 2: BẢNG LIỆT KÊ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM 21

Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm này ("Quy tắc và Điều khoản") là một phần không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm giữa Dai-ichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm có tham gia kèm theo Sản phẩm bảo hiểm "Bảo hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe Toàn Cầu 24/7". Theo đó, trong Hợp đồng bảo hiểm, Sản phẩm bảo hiểm "Bảo hiểm Chăm Sóc Sức Khỏe Toàn Cầu 24/7" ("Sản phẩm bán kèm" hoặc được gọi tắt là "Sản phẩm này") được bổ sung, bổ trợ, bán kèm theo Sản phẩm chính.

Quy tắc và Điều khoản này bao gồm những quy tắc và điều khoản cụ thể của Sản phẩm này. Các nội dung không đề cập đến trong Quy tắc và Điều khoản này sẽ được thực hiện theo Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm chính. Nếu có bất kỳ nội dung nào thể hiện, ngụ ý hoặc hàm ý bất kỳ sự khác biệt hoặc mâu thuẫn nào giữa Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm chính và Quy tắc và Điều khoản này thì Quy tắc và Điều khoản này được ưu tiên áp dụng đối với Sản phẩm này.

ĐIỀU 1: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Các quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 1.1, Điều 1.2 và Điều 1.3 của Quy tắc và Điều khoản này được chi trả nếu thuộc phạm vi bảo hiểm sau:

a) Việc khám và điều trị Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm (i) thỏa quy định Cần thiết và hợp lý về mặt y tế, (ii) xảy ra trong thời gian Sản phẩm này có hiệu lực và bắt đầu sau Thời gian chờ, và (iii) được thực hiện trong Phạm vi địa lý; và

b) Chi phí y tế thực tế khám và điều trị Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm là khoản chi phí (i) chưa được chi trả, thanh toán bởi bất kỳ đơn vị bảo hiểm nào (nếu có, bao gồm cả cơ quan bảo hiểm xã hội và doanh nghiệp bảo hiểm), (ii) được quy định chi tiết trong *Phụ lục 2: Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm* theo Chương trình bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã lựa chọn, và (iii) không vượt quá Mức giới hạn chi trả theo quy định tại Khoản 1.4 của Điều 1 này.

1.1 Quyền lợi Điều trị nội trú

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả phần chi phí khám và điều trị thực tế của Người được bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm theo quy định chi tiết của Quyền lợi Điều trị nội trú trong Phần A của *Phụ lục 2: Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm* tương ứng với lựa chọn Chương trình bảo hiểm, sau khi đã trừ đi khoản Đồng chi trả (nếu có).

1.2 Quyền lợi Điều trị ngoại trú (áp dụng khi Bên mua bảo hiểm lựa chọn tham gia thêm)

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả phần chi phí khám và điều trị thực tế của Người được bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm theo quy định chi tiết của Quyền lợi Điều trị ngoại trú trong Phần B của *Phụ lục 2: Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm* tương ứng với lựa chọn Chương trình bảo hiểm.

1.3 Quyền lợi Chăm sóc răng (áp dụng khi Bên mua bảo hiểm lựa chọn tham gia thêm)

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả phần chi phí khám và điều trị thực tế của Người được bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm theo quy định chi tiết của Quyền lợi Chăm sóc răng trong Phần C của *Phụ lục 2: Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm* tương ứng với lựa chọn Chương trình bảo hiểm.

1.4 Mức giới hạn chi trả

(Các) quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Khoản 1.1, Khoản 1.2 và Khoản 1.3 của Điều 1 này được chi trả không vượt quá (các) mức giới hạn phụ cho từng hạng mục/quyền lợi theo quy định trong *Phụ lục 2: Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm* tương ứng với lựa chọn Chương trình bảo hiểm.

Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho Quyền lợi Điều trị nội trú theo Khoản 1.1 của Điều 1 này và Quyền lợi Điều trị ngoại trú (nếu có) theo Khoản 1.2 của Điều 1 này cho một Bệnh/Thương tật không vượt quá Quyền lợi tối đa của một Bệnh/Thương tật.

ĐIỀU 2: CÁC QUY ĐỊNH LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không thanh toán Quyền lợi Điều trị nội trú theo quy định tại Điều 1.1 của Quy tắc và Điều khoản này và Quyền lợi Điều trị ngoại trú theo quy định tại Điều 1.2 của Quy tắc và Điều khoản này, nếu việc điều trị Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm phát sinh từ, liên quan đến hay là hậu quả của các trường hợp sau đây:

1. (Các) Bệnh có sẵn của Người được bảo hiểm, trừ các Bệnh có sẵn đã khai báo và được Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm.

2. Chi phí thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc men, thủ thuật, chỉ định y khoa, trang thiết bị, vật tư y tế không liên quan đến chẩn đoán và điều trị Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm, hoặc không Cần thiết và hợp lý về mặt y tế, hoặc nhằm mục đích tầm soát kiểm tra.
3. Tất cả các chi phí phục vụ chẩn đoán và điều trị y tế liên quan đến:
   a) Suy nhược thần kinh, rối loạn biếng ăn, rối loạn giấc ngủ, rối loạn tâm thần, rối loạn lo âu, rối loạn nhân cách, rối loạn về nói, tự kỷ, stress (căng thẳng); các tình trạng rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD), động kinh, tràn dịch não thất/não úng thủy nguyên phát;
   b) Vẹo vách ngăn mũi, dính thắng lưỡi, chẻ vòm, hở hàm ếch, bao quy đầu;
   c) Tật khúc xạ, lão thị, lác mắt (lé), sụp mi;
   d) Phương pháp thẩm mỹ xâm lấn hoặc không xâm lấn hoặc xâm lấn tối thiểu, phẫu thuật tái tạo, phẫu thuật tạo hình (ngoại trừ việc điều trị liên quan đến Tai nạn) và các biến chứng của các phương pháp này; điều trị thẩm mỹ các vấn đề về da, viêm nang lông (trứng cá), rám da (hay nám da, sạm da), tàn nhang, tăng/giảm hoặc rối loạn sắc tố da, mụn thịt, sẹo, gàu, các vấn đề về rụng tóc;
   e) Thay đổi cân nặng, béo phì, suy nhược cơ thể, suy dinh dưỡng;
   f) Thai sản, sinh con (sinh thường, sinh mổ), sẩy thai dưới 20 (hai mươi) tuần, phá thai (ngoại trừ trường hợp thỏa điều kiện chi trả quyền lợi Điều trị Biến chứng thai sản); ngừa thai; vô sinh; rối loạn chức năng tình dục, rối loạn sinh lý, dậy thì sớm, dậy thì muộn, thay đổi giới tính, mãn kinh, tiền mãn kinh;
   g) Biến chứng thai sản, Tình trạng bẩm sinh/khuyết tật khi sinh đối với Chương trình bảo hiểm Cơ Bản;
   h) Điều trị nha khoa đối với Chương trình bảo hiểm Cơ Bản/Phổ Thông/Đặc Biệt (ngoại trừ Điều trị nha khoa thỏa điều kiện chi trả quyền lợi điều trị Tổn thương răng do Tai nạn);
   i) Việc sử dụng rượu, bia, chất có cồn, thuốc lá, ma túy, bóng cười, thuốc gây mê, bất kỳ chất gây nghiện, dược chất gây nghiện, thuốc độc, hóa chất độc, nguyên liệu độc làm thuốc theo danh mục được quy định bởi cơ quan có thẩm quyền, trừ trường hợp sử dụng thuốc theo chỉ định của Bác sĩ;
   j) Bệnh thuộc danh sách bệnh lây truyền qua đường tình dục bao gồm giang mai, bệnh lậu, nhiễm Clamydia sinh dục – tiết niệu, hạ cam, hột xoài, u hạt bẹn hoa liễu, sùi mào gà, Herpes sinh dục, u mềm lây, nhiễm Cytomegalovirus, bệnh trùng roi sinh dục, rận mu; chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV/AIDS (hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải) và các bệnh liên quan đến HIV/AIDS, ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV/AIDS và các bệnh liên quan đến HIV/AIDS trong khi đang thực hiện nhiệm vụ của mình tại nơi làm việc như là một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát.
4. Sử dụng dược chất/thuốc không có số đăng ký thuốc; dược chất/thuốc có số đăng ký là mỹ phẩm hoặc thực phẩm chức năng, vitamin, khoáng chất, nước mắt nhân tạo, sữa, chất dinh dưỡng bổ trợ.
5. Điều trị bằng Y học thay thế đối với Quyền lợi Điều trị nội trú.
6. Khám sức khỏe tổng quát; điều trị liên quan đến chăm sóc dưỡng bệnh, điều dưỡng, tĩnh dưỡng; điều trị hoặc phòng ngừa để giảm nhẹ các triệu chứng thông thường liên quan đến tuổi già; điều trị phòng ngừa, tiêm chủng, và các biến chứng, ngoại trừ vắc xin bệnh dại sau khi bị động

vật tấn công hoặc chích ngừa uốn ván sau khi bị Tai nạn.

7. Điều trị liên quan đến hành vi tự tử, sử dụng thuốc không theo chỉ định của Bác sĩ, tự gây thương tích (dù đang trong tình trạng tỉnh táo hay không).
8. Tất cả Thương tật phát sinh từ hành động của Người được bảo hiểm có nồng độ cồn trong máu hoặc hơi thở vượt quá trị số bình thường theo quy định hiện hành của Bộ Y tế tại thời điểm xảy ra Thương tật; hoặc Thương tật do hành vi phạm tội hoặc cố tình tham gia vào các hành vi phạm tội theo quy định Bộ Luật Hình sự, hành vi vi phạm pháp luật giao thông đường bộ, đường sắt, đường thủy (bao gồm bị truy cứu trách nhiệm và không bị truy cứu trách nhiệm); hoặc Thương tật do các hành vi tham gia ẩu đả của Người được bảo hiểm, trừ khi chứng minh được đó là hành động cứu người hoặc phòng vệ chính đáng.
9. Thương tật khi Người được bảo hiểm tham gia Hoạt động thể thao mạo hiểm, Thể thao chuyên nghiệp (bao gồm cả việc luyện tập cho môn thể thao đó).

<u>ĐIỀU 3:</u> THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

3.1 Người nhận quyền lợi bảo hiểm

Nếu Bên mua bảo hiểm và Dai-ichi Life Việt Nam không có bất kỳ thỏa thuận nào khác bằng văn bản, các quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả như sau:

- Đối với Hợp đồng bảo hiểm có Bên mua bảo hiểm là cá nhân: Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả cho Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm đã tử vong tại thời điểm Dai-ichi Life Việt Nam quyết định chi trả, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả theo quy định trong quyền lợi bảo hiểm của Sản phẩm chính mà Sản phẩm này được bán kèm.
- Đối với Hợp đồng bảo hiểm có Bên mua bảo hiểm là tổ chức: Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm. Trong trường hợp Người được bảo hiểm đã tử vong tại thời điểm Dai-ichi Life Việt Nam quyết định chi trả, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

3.2 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải được nộp trong vòng 01 (một) năm tính từ ngày xuất viện hoặc ngày điều trị ngoại trú, chăm sóc răng. Các yêu cầu bồi thường nộp muộn quá 01 (một) năm tính từ ngày xuất viện hoặc ngày điều trị sẽ không được Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận.

3.3 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

a) Để yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bằng chi phí của mình, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải cung cấp các thông tin và hồ sơ cần thiết theo yêu cầu của Dai-ichi Life Việt Nam gồm:

- Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm với thông tin đầy đủ và chính xác.
- Các chứng từ liên quan đến chẩn đoán và điều trị: đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, phiếu phẫu thuật (trong trường hợp phẫu thuật), giấy ra viện, trích sao/tóm tắt bệnh án, giấy xác nhận cần Điều dưỡng tại nhà, sổ khám bệnh hoặc giấy chứng nhận y khoa do Bác sĩ điều trị hoặc Bác sĩ ký tên có ghi rõ chẩn đoán và việc điều trị được áp dụng.
- Bản tường trình tai nạn của Người được bảo hiểm.

- Hồ sơ vụ Tai nạn do cơ quan có thẩm quyền lập (nếu có), bao gồm: Biên bản giải quyết vụ Tai nạn, Biên bản kết luận điều tra.
- Các chứng từ thanh toán chi phí y tế hợp lệ và hợp pháp theo quy định của Bộ Tài chính, cơ quan thuế như hóa đơn tài chính, Bảng kê chi phí điều trị,…
- Bằng chứng về quyền được nhận (các) quyền lợi bảo hiểm như giấy ủy quyền, văn bản thỏa thuận phân chia (khai nhận) di sản thừa kế, căn cước/căn cước công dân/chứng minh nhân dân/hộ chiếu hoặc các giấy tờ xác nhận hợp pháp khác (nếu có).
- Giấy đồng ý cho Dai-ichi Life Việt Nam thu thập thông tin của Người được bảo hiểm.

b) Dai-ichi Life Việt Nam có quyền yêu cầu cung cấp bản gốc của các chứng từ, hồ sơ cần cung cấp tại Điểm a Điều này.

c) Nếu các chứng từ, hồ sơ được cung cấp tại Điểm a Điều này là tài liệu được lập, ký bởi cơ quan, tổ chức nước ngoài thì các chứng từ, hồ sơ này phải được hợp pháp hóa lãnh sự để được công nhận và sử dụng tại Việt Nam. Nếu giấy tờ, chứng từ cần phải nộp có ngôn ngữ khác với tiếng Việt thì người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải dịch thuật và chứng thực các chứng từ yêu cầu bồi thường và gửi về cho Dai-ichi Life Việt Nam. Chi phí cho việc hợp pháp hóa lãnh sự, chứng thực, dịch thuật các giấy tờ, chứng từ này sẽ do người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán.

d) Dai-ichi Life Việt Nam có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm thực hiện kiểm tra y tế. Mọi chi phí liên quan đến việc thực hiện kiểm tra y tế sẽ do Dai-ichi Life Việt Nam chịu trách nhiệm chi trả theo hóa đơn, chứng từ thanh toán hợp lệ.

3.4 Thời hạn chi trả quyền lợi bảo hiểm

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm trong vòng 10 (mười) ngày làm việc tính từ ngày nhận được đầy đủ các chứng từ, hồ sơ hợp lệ theo yêu cầu. Trong trường hợp cần xác minh thêm, thời hạn chi trả được kéo dài nhưng không trễ hơn 30 (ba mươi) ngày làm việc tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam nhận được đầy đủ chứng từ, hồ sơ hợp lệ theo yêu cầu.

3.5 Trường hợp tranh chấp liên quan đến yêu cầu chi trả bồi thường

Trong trường hợp khiếu nại, tranh chấp liên quan đến yêu cầu chi trả bồi thường bảo hiểm, Dai-ichi Life Việt Nam bảo lưu quyền yêu cầu cung cấp thêm các bằng chứng bổ sung có liên quan đến tiền sử bệnh hoặc Triệu chứng bệnh được ghi nhận trong hồ sơ bệnh đang được yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Mọi chi phí liên quan đến việc cung cấp các tài liệu bổ sung sẽ do Dai-ichi Life Việt Nam chịu trách nhiệm chi trả theo hóa đơn, chứng từ thanh toán hợp lệ. Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải tuân theo những kết quả/bằng chứng cuối cùng này.

<u>ĐIỀU 4:</u> MỘT SỐ QUY ĐỊNH VỀ PHÍ BẢO HIỂM

4.1 Phí bảo hiểm

Trong trường hợp Sản phẩm chính là sản phẩm thuộc nghiệp vụ bảo hiểm liên kết đầu tư:

i. Nếu Giá trị tài khoản hợp đồng hoặc Giá trị quỹ hợp đồng của Sản phẩm chính đủ để duy trì hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Dai-ichi Life Việt Nam tại từng thời điểm, số tiền mà Bên mua bảo hiểm đóng sẽ được ưu tiên phân bổ trước vào Phí bảo hiểm của tất cả Sản phẩm bán kèm.

ii. Trường hợp đến khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí mà số tiền Bên mua bảo hiểm đóng không đủ phân bổ vào Phí bảo hiểm của các sản phẩm bán kèm của Hợp đồng bảo hiểm thì số tiền Bên mua bảo hiểm đóng sẽ được phân bổ cho Phí bảo hiểm của Sản phẩm chính .

iii. Nếu Giá trị tài khoản hợp đồng hoặc Giá trị quỹ hợp đồng của Sản phẩm chính không đủ duy trì hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Dai-ichi Life Việt Nam tại từng thời điểm, số tiền mà Bên mua bảo hiểm đóng sẽ được phân bổ cho Phí bảo hiểm của Sản phẩm chính.

4.1 Thời gian gia hạn đóng phí và mất hiệu lực hợp đồng

a) Thời gian gia hạn đóng phí là 60 (sáu mươi) ngày và sẽ bắt đầu kể từ ngày đến hạn đóng Phí bảo hiểm định kỳ của Sản phẩm này nếu Bên mua bảo hiểm không nộp đủ Phí bảo hiểm định kỳ đến hạn.

b) Trong thời gian gia hạn đóng phí Phí bảo hiểm định kỳ, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không tính lãi đối với các khoản Phí bảo hiểm định kỳ chưa thanh toán và Sản phẩm này vẫn tạm thời duy trì hiệu lực.

c) Nếu Phí bảo hiểm định kỳ không được đóng đủ khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí nêu tại Điều 4.2.a này, Sản phẩm này sẽ mất hiệu lực tại ngày đến hạn đóng phí. Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không giải quyết quyền lợi bảo hiểm đối với những sự kiện bảo hiểm xảy ra sau thời gian gia hạn đóng phí và Sản phẩm này mất hiệu lực.

d) Trong mọi trường hợp (ngay cả khi Phí bảo hiểm đến hạn của Sản phẩm này được đóng đủ), nếu Sản phẩm chính mất hiệu lực vì bất kỳ lý do nào thì Sản phẩm này sẽ mất hiệu lực kể từ thời điểm Sản phẩm chính mất hiệu lực.

e) Trong trường hợp Sản phẩm này mất hiệu lực, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ hoàn lại (không có lãi) phần Phí bảo hiểm còn lại mà Bên mua bảo hiểm đã đóng cho Sản phẩm này tương ứng với thời gian bảo hiểm còn lại tính từ thời điểm Sản phẩm này mất hiệu lực gần nhất.

4.2 Khôi phục hiệu lực

a) Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực của Sản phẩm này kể từ ngày Sản phẩm này mất hiệu lực theo Điều 4.2 và Sản phẩm này chỉ được xem xét khôi phục hiệu lực khi đáp ứng tất cả điều kiện sau:

(i) Bên mua bảo hiểm nộp hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực sản phẩm bảo hiểm này cho Dai-ichi Life Việt Nam trong vòng 10 (mười) tháng kể từ ngày kết thúc thời gian gia hạn đóng phí; và

(ii) Phí bảo hiểm (bao gồm Phí bảo hiểm trong khoảng thời gian Sản phẩm này bị mất hiệu lực) và các Khoản nợ được đóng đầy đủ; và

(iii) Người được bảo hiểm còn sống và đáp ứng đủ điều kiện tham gia bảo hiểm Sản phẩm bảo hiểm này theo quy định của Quy tắc và Điều khoản này và quy định của Dai-ichi Life Việt Nam; và

(iv) Sản phẩm chính phải có hiệu lực tại thời điểm Dai-ichi Life Việt Nam xem xét và chấp thuận.

b) Nếu được chấp thuận, thời điểm Sản phẩm này được khôi phục hiệu lực sẽ được tính từ ngày ghi trên văn bản chấp thuận của Dai-ichi Life Việt Nam, với điều kiện Người được

bảo hiểm vẫn còn sống vào thời điểm Dai-ichi Life Việt Nam chấp nhận khôi phục. Trường hợp Người được bảo hiểm không còn sống vào thời điểm Dai-ichi Life Việt Nam chấp nhận khôi phục, việc khôi phục sẽ tự động bị hủy bỏ. Khi đó, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào phát sinh từ hoặc có liên quan đến sự kiện bảo hiểm xảy ra trong khoảng thời gian từ thời điểm Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực gần nhất cho đến thời điểm việc khôi phục bị hủy bỏ và trở về sau.

ĐIỀU 5: NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG

5.1 Thay đổi quyền lợi bảo hiểm

a) Vào (các) Ngày gia hạn năm hợp đồng, bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Dai-ichi Life Việt Nam, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thực hiện các điều chỉnh sau:

(i) Tăng/giảm Chương trình bảo hiểm; hoặc

(ii) Thay đổi mức Đồng chi trả với Quyền lợi Điều trị nội trú; hoặc

(iii) Tăng/giảm/tham gia mới/hủy bỏ quyền lợi lựa chọn thêm như: Quyền lợi Điều trị ngoại trú, Quyền lợi Chăm sóc răng (nếu có).

Việc điều chỉnh Chương trình bảo hiểm chỉ có hiệu lực từ thời điểm Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận bằng văn bản. Sau khi thay đổi, các quyền lợi bảo hiểm và Phí bảo hiểm sẽ điều chỉnh tương ứng.

b) Trường hợp tăng Chương trình bảo hiểm, Quyền lợi Điều trị nội trú sẽ được chi trả theo quy định như sau:

(i) Trong năm thứ nhất tính từ ngày yêu cầu tăng Chương trình bảo hiểm gần nhất được Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận:

- Nếu Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm xảy ra trước ngày yêu cầu tăng Chương trình bảo hiểm được chấp thuận (dù Người được bảo hiểm đã điều trị hay chưa điều trị), Bệnh/Thương tật đó sẽ tiếp tục được chi trả theo Chương trình bảo hiểm trước khi tăng.
- Nếu Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm xảy ra tính từ ngày yêu cầu tăng Chương trình bảo hiểm được Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận, Bệnh/Thương tật đó sẽ được chi trả quyền lợi theo Chương trình bảo hiểm mới.

(ii) Trong năm thứ hai tính từ ngày yêu cầu tăng Chương trình bảo hiểm gần nhất được Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận: mức chi trả sẽ theo quyền lợi mới.

c) Trường hợp giảm Chương trình bảo hiểm, Quyền lợi Điều trị nội trú và các quyền lợi lựa chọn thêm (nếu có tham gia) sẽ được chi trả theo Chương trình bảo hiểm mới.

d) Trường hợp Dai-ichi Life Việt Nam thay đổi phương pháp, cơ sở tính phí với sự chấp thuận của Bộ Tài chính và làm ảnh hưởng đến Phí bảo hiểm hoặc quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm này vào bất kỳ Ngày gia hạn năm hợp đồng nào trong tương lai, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ thông báo trước 60 (sáu mươi) ngày cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản trước khi việc thay đổi bắt đầu có hiệu lực. Những thay đổi này cũng sẽ được áp dụng đối với các Hợp đồng bảo hiểm có yêu cầu khôi phục hiệu lực.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không chấp nhận việc thay đổi nêu trên, Bên mua

bảo hiểm có thể thông báo bằng văn bản cho Dai-ichi Life Việt Nam yêu cầu chấm dứt sản phẩm bảo hiểm này trước Ngày gia hạn năm hợp đồng gần nhất với thời điểm Dai-ichi Life Việt Nam đã thông báo. Sau thời hạn 30 (ba mươi) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam gửi văn bản thông báo về việc thay đổi nêu trên, nếu Dai-ichi Life Việt Nam không nhận được yêu cầu này thì được xem là Bên mua bảo hiểm đã chấp nhận việc thay đổi.

5.2 Nghĩa vụ cung cấp thông tin của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm

a) Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp đầy đủ và chính xác tất cả các thông tin cần thiết theo yêu cầu của Dai-ichi Life Việt Nam (bao gồm các thông tin về sức khỏe, nghề nghiệp/việc làm, thu nhập, nơi cư trú và các thông tin khác) để Dai-ichi Life Việt Nam đánh giá khả năng chấp thuận bảo hiểm khi tham gia Sản phẩm này hoặc khi khôi phục hiệu lực tại Điều 4.3 của Quy tắc và Điều khoản này hoặc khi tăng Chương trình bảo hiểm với quyền lợi cao hơn tại Điều 5.1 của Quy tắc và Điều khoản này. Theo đó, việc thẩm định, kiểm tra sức khỏe (nếu có) không thay thế cho nghĩa vụ cung cấp đầy đủ và chính xác thông tin của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm.

   Việc chấp thuận hoặc từ chối bảo hiểm là toàn quyền quyết định của Dai-ichi Life Việt Nam dựa trên thông tin cung cấp của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm. Do đó, việc Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm không cung cấp đầy đủ và chính xác bất kỳ thông tin cần thiết nào theo yêu cầu của Dai-ichi Life Việt Nam đều ảnh hưởng đến quyết định chấp thuận hoặc từ chối bảo hiểm. Khi đó, Dai-ichi Life Việt Nam có quyền áp dụng quy định tại Điều 5.2.b hoặc Điều 5.2.c của Quy tắc và Điều khoản này, tùy thuộc vi phạm nghĩa vụ nào xảy ra sớm nhất.

b) Trường hợp Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm không cung cấp đầy đủ và chính xác bất kỳ thông tin cần thiết nào theo yêu cầu của Dai-ichi Life Việt Nam khi tham gia Hợp đồng bảo hiểm này hoặc khi tham gia (các) Sản phẩm bán kèm, không phụ thuộc vào thời điểm phát hiện vi phạm, Dai-ichi Life Việt Nam có toàn quyền quyết định theo thứ tự ưu tiên như sau:

   (i) Đơn phương hủy bỏ Sản phẩm này:

   Theo đó, Sản phẩm này không có hiệu lực từ thời điểm được Dai-ichi Việt Nam chấp thuận bảo hiểm. Khi đó, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào và thu hồi các quyền lợi bảo hiểm đã được chấp thuận chi trả liên quan đến Sản phẩm này; và hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng của Sản phẩm này, sau khi trừ đi chi phí hợp lý quy định tại Điều 5.2.d của Quy tắc và Điều khoản này; hoặc

   (ii) Chấp nhận bảo hiểm có điều kiện theo Điều 5.3 của Quy tắc và Điều khoản này.

c) Trường hợp Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm không cung cấp đầy đủ và chính xác thông tin theo yêu cầu của Dai-ichi Life Việt Nam khi thực hiện một trong các yêu cầu (i) khôi phục hiệu lực tại Điều 4.3 của Quy tắc và Điều khoản này hoặc (ii) tăng Chương trình bảo hiểm với quyền lợi cao hơn tại Điều 5.1 của Quy tắc và Điều khoản này (sau đây gọi tắt là "Yêu cầu vi phạm"), không phụ thuộc vào thời điểm phát hiện vi phạm, Dai-ichi Life Việt Nam có quyền quyết định theo thứ tự ưu tiên như sau:

(i) Đơn phương hủy bỏ quyết định của Dai-ichi Life Việt Nam về việc chấp thuận đối với Yêu cầu vi phạm.

Theo đó, việc khôi phục hiệu lực/tăng Chương trình bảo hiểm không có hiệu lực từ thời điểm Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận đối với Yêu cầu vi phạm. Khi đó, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào và thu hồi các quyền lợi bảo hiểm đã được chấp thuận chi trả xảy ra kể từ thời điểm có Yêu cầu vi phạm; và hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng của (các) Sản phẩm này cho Yêu cầu vi phạm và các khoản phí bảo hiểm đã đóng sau đó (nếu có), sau khi trừ đi chi phí hợp lý quy định tại Điều 5.2.d của Quy tắc và Điều khoản này; hoặc

(ii) Chấp nhận bảo hiểm có điều kiện theo Điều 5.3 của Quy tắc và Điều khoản này.

d) Chi phí hợp lý được xác định bằng tổng chi phí hợp lý của tất cả Năm hợp đồng liên quan đến việc hủy bỏ Sản phẩm này hoặc Yêu cầu vi phạm.

Theo đó, chi phí hợp lý của mỗi Năm hợp đồng được xác định dựa trên tỷ lệ % của tổng Phí bảo hiểm được hoàn lại bởi Dai-ichi Life Việt Nam theo quy định tại Điều 5.2 của Quy tắc và Điều khoản này. Tỷ lệ % này bằng với tỷ lệ % khi xác định chi phí hợp lý của Sản phẩm chính.

5.3 Chấp nhận bảo hiểm có điều kiện

a) Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ cung cấp đối với bất kỳ thông tin nào về sức khỏe, nghề nghiệp/việc làm, thu nhập, nơi cư trú và thông tin khác có ảnh hưởng tới việc chấp nhận bảo hiểm theo Điều kiện chuẩn và Dai-ichi Life Việt Nam không thực hiện đơn phương hủy bỏ theo Điều 5.2 của Quy tắc và Điều khoản này, Dai-ichi Life Việt Nam có toàn quyền xem xét lại Sản phẩm này và nhận bảo hiểm có điều kiện đối với Người được bảo hiểm, bao gồm các trường hợp sau:

(i) Điều chỉnh Phí bảo hiểm

Theo đó, nếu Dai-ichi Life Việt Nam nhận bảo hiểm với điều kiện tăng phí bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải đóng bổ sung khoản phí bảo hiểm tăng thêm này trong thời gian 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày bảo hiểm có điều kiện có hiệu lực. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đóng phí bổ sung trong thời hạn này, Dai-ichi Life Việt Nam có quyền bảo lưu và thực hiện việc đơn phương hủy bỏ theo Điều 5.2 của Quy tắc và Điều khoản này; hoặc

(ii) Không nhận bảo hiểm đối với một hoặc một số Bệnh/Thương tật

Theo đó, Dai-ichi Life Việt Nam chỉ xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong phạm vi bảo hiểm được Dai-ichi Life Việt Nam chấp nhận; hoặc

(iii) Các điều kiện bảo hiểm khác theo quy định của Dai-ichi Life Việt Nam và quy định pháp luật tại từng thời điểm.

b) Dai-ichi Life Việt Nam sẽ gửi thông báo bằng văn bản tới Bên mua bảo hiểm khi nhận bảo hiểm có điều kiện tại Điều 5.3.a nêu trên. Theo đó, bảo hiểm có điều kiện có hiệu lực kể từ (i) Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này hoặc (ii) Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất hoặc (iii) ngày tăng Chương trình bảo hiểm có hiệu lực, tùy thuộc ngày nào mà Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm đã vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin

sớm nhất. Thông báo của Dai-ichi Life Việt Nam được xem là Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm.

5.4 Chấm dứt hiệu lực của sản phẩm

a) Dai-ichi Life Việt Nam sẽ từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm, đồng thời có quyền chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm này vào bất kỳ lúc nào trong trường hợp có bằng chứng rõ ràng rằng Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm cố ý thực hiện yêu cầu bồi thường nhằm mục đích gian lận bảo hiểm hoặc trục lợi bảo hiểm.

b) Sản phẩm bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực khi một trong các sự kiện sau xảy ra:

(i) Người được bảo hiểm tử vong; hoặc

(ii) Sản phẩm chính chấm dứt hiệu lực; hoặc

(iii) Bên mua bảo hiểm từ chối gia hạn sản phẩm bảo hiểm này; hoặc

(iv) Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt sản phẩm này kể từ năm thứ hai. Theo đó, sản phẩm bảo hiểm này sẽ được chấm dứt kể từ ngày được ghi trong văn bản chấp thuận của Dai-ichi Life Việt Nam; hoặc

(v) Dai-ichi Life Việt Nam chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Điểm a Điều này; hoặc

(vi) Vào Ngày gia hạn năm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 (bảy mươi lăm) tuổi; hoặc

(vii) Các trường hợp khác theo quy định Quy tắc và Điều khoản này và pháp luật.

c) Quyền lợi Điều trị ngoại trú và Quyền lợi Chăm sóc răng sẽ chấm dứt vào Ngày gia hạn năm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 65 (sáu mươi lăm) tuổi.

d) Sản phẩm bảo hiểm này hoặc các quyền lợi lựa chọn thêm cũng có thể chấm dứt do những nguyên nhân khác được quy định cụ thể tại Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm chính.

e) Trong trường hợp sản phẩm bảo hiểm này chấm dứt hiệu lực trước khi kết thúc Thời hạn bảo hiểm, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ hoàn lại (không có lãi) phần Phí bảo hiểm còn lại mà Bên mua bảo hiểm đã đóng cho sản phẩm này tương ứng với thời gian còn lại tính từ thời điểm sản phẩm bảo hiểm này chấm dứt hiệu lực.

PHỤ LỤC 1: CÁC ĐỊNH NGHĨA

Trong Quy tắc và Điều khoản này, các thuật ngữ và từ ngữ viết tắt được hiểu và giải thích như sau:

1. **Bác sĩ**: là người có bằng cấp chuyên môn, giấy phép hành nghề bác sĩ y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi bằng cấp, giấy phép theo quy định của pháp luật tại nước mà Bác sĩ đó hành nghề.

   Trong phạm vi Quy tắc và Điều khoản này, Bác sĩ thực hiện khám bệnh, chữa bệnh, điều trị cho Người được bảo hiểm không được là Người được bảo hiểm; và/hoặc Bên mua bảo hiểm; và/hoặc vợ, chồng, cha, mẹ, con, anh ruột, chị ruột, em ruột, người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm, trừ trường hợp người này làm nhiệm vụ theo sự phân công của cấp có thẩm quyền.

2. **Bảng liệt kê quyền lợi**: là bảng liệt kê chi tiết quyền lợi bảo hiểm tương ứng với từng Chương trình bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm lựa chọn. Bảng liệt kê quyền lợi là một phần không tách rời của Quy tắc và Điều khoản này.

3. **Bên mua bảo hiểm**: là cá nhân từ 18 (mười tám) tuổi trở lên có năng lực hành vi dân sự đầy đủ, đang cư trú tại Việt Nam hoặc tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam. Tại thời điểm yêu cầu tham gia bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm theo quy định của pháp luật hiện hành.

4. **Bệnh**: là tình trạng sức khỏe kém hoặc tình trạng thể chất kém của Người được bảo hiểm so với tình trạng sức khỏe bình thường, do bệnh hoặc đau ốm gây ra và được chẩn đoán bởi Bác sĩ.

5. **Bệnh có sẵn**: là (i) Triệu chứng bệnh đã có hoặc tồn tại trong vòng 36 (ba mươi sáu) tháng trước Ngày hiệu lực hợp đồng và/hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất hoặc (ii) Bệnh (bao gồm cả tiền sử bệnh) hoặc Thương tật của Người được bảo hiểm đã có hoặc tồn tại trước Ngày hiệu lực hợp đồng và/hoặc Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất, cụ thể:
   - Được Bác sĩ tư vấn hoặc được khám hoặc được chẩn đoán hoặc được điều trị; hoặc
   - Được ghi nhận trong bệnh án, sổ khám bệnh/phiếu khám bệnh/phiếu chỉ định/đơn thuốc/bất kỳ tài liệu nào theo ghi nhận của nhân viên y tế hoặc hồ sơ y tế tại Bệnh viện/Phòng khám; hoặc
   - Được Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm tự kê khai.

6. **Bệnh viện**: là cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thành lập, hoạt động theo pháp luật của nước sở tại và phải đáp ứng tất cả điều kiện sau:
   (i) Được thành lập nhằm tiếp nhận, chăm sóc, khám và điều trị y tế cho người bị ốm đau, Bệnh/Thương tật; và
   (ii) Có đầy đủ năng lực chuyên môn và phương tiện, cơ sở vật chất để thực hiện các ca chẩn đoán, phẫu thuật y khoa; và
   (iii) Có đầy đủ điều kiện cho hoạt động điều trị nội trú và theo dõi bệnh nhân bao gồm cả cơ sở phẫu thuật chuyên ngành; và
   (iv) Có lưu giữ đầy đủ bệnh án và hồ sơ của bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của cơ quan nhà nước có thẩm quyền; và
   (v) Không phải là nhà bảo sanh, bệnh viện/viện điều dưỡng, cơ sở dưỡng bệnh, khoa thẩm

mỹ thuộc bệnh viện, bệnh viện thẩm mỹ, nơi cho người già an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc điều trị người mắc bệnh tâm thần, người mắc bệnh phong, người nghiện rượu, người nghiện chất ma túy hoặc người nghiện chất kích thích; và

(vi) Không thuộc Danh sách Bệnh viện/Phòng khám không chi trả quyền lợi bảo hiểm.

7. **Biến chứng thai sản**: là một trong các biến chứng sau:
   (i) Thai chết lưu từ tuần thứ 20 (hai mươi) của thai kỳ trở đi;
   (ii) Thai trứng;
   (iii) Thai ngoài tử cung;
   (iv) Thuyên tắc ối;
   (v) Vỡ tử cung;
   (vi) Băng huyết sau khi sinh;
   (vii) Sót nhau thai trong tử cung sau khi sinh có gây biến chứng nhiễm trùng;
   (viii) Phá thai điều trị bao gồm các trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền/dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải đình chỉ thai nghén để bảo vệ tính mạng của người mẹ theo chỉ định của Bác sĩ.
8. **Cần thiết và hợp lý về mặt y tế**: việc khám bệnh, chữa bệnh, điều trị được xem là Cần thiết và hợp lý về mặt y tế khi đáp ứng tất cả điều kiện sau:
   (i) Phục vụ trực tiếp cho mục đích chẩn đoán và điều trị Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm; và
   (ii) Theo đúng hướng dẫn, khuyến cáo của các cơ quan y tế về chẩn đoán và điều trị cho Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm; và
   (iii) Không phải chủ yếu vì sự tiện lợi của Người được bảo hiểm hoặc gia đình, người thân của Người được bảo hiểm hoặc Bác sĩ điều trị; và
   (iv) Không phục vụ cho mục đích thử nghiệm, điều tra, nghiên cứu, sàng lọc; và
   (v) Không phục vụ cho điều trị y tế đang trong giai đoạn thử nghiệm chưa được công nhận ở cả trong nước và quốc tế; và
   (vi) Theo đúng tiêu chuẩn được chấp nhận chung để chăm sóc cho các bệnh nhân, và được xem là thích hợp cho việc điều trị Bệnh/Thương tật của Người được bảo hiểm.
9. **Cấp cứu do Tai nạn**: là việc Người được bảo hiểm được Điều trị ngoại trú, Điều trị trong ngày được thực hiện tại phòng cấp cứu/khoa cấp cứu của Bệnh viện/Phòng khám trong vòng 24 (hai mươi bốn) giờ sau khi xảy ra Tai nạn.
10. **Cấy ghép bộ phận**: là việc điều trị bằng phương pháp cấy ghép các bộ phận gồm: thận, tim, gan và tủy xương cho Người được bảo hiểm (người nhận bộ phận) và người hiến bộ phận cho Người được bảo hiểm được thực hiện bởi Bác sĩ tại Bệnh viện.
11. **Chạy thận nhân tạo**: là quá trình để loại bỏ dịch và các chất thải ra khỏi máu và để điều chỉnh lại việc mất cân bằng điện giải do suy thận và phải được thực hiện bởi máy lọc nhân tạo tại Bệnh viện.
12. **Chi phí Điều trị nội trú khác**: bao gồm chi phí cho Điều trị trước khi nhập viện, Điều trị

nội trú khác và Điều trị sau khi xuất viện liên quan đến điều trị cùng 01 (một) Bệnh/Thương tật, cụ thể:

(i) Chi phí cho Điều trị trước khi nhập viện bao gồm thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán, thuốc được kê đơn, chỉ định điều trị liên quan trực tiếp đến Bệnh/Thương tật của Đợt nằm viện đó khi Điều trị trước khi nhập viện.

Điều trị trước khi nhập viện là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế theo chỉ định của Bác sĩ, liên quan trực tiếp đến Đợt nằm viện ngay sau đó. Điều trị trước khi nhập viện phải được thực hiện trong vòng 30 (ba mươi) ngày trước khi nhập viện của Đợt nằm viện đó và chỉ được chi trả 01 (một) lần cho Lần khám gần nhất trước ngày nhập viện của cùng Đợt nằm viện.

(ii) Chi phí cho Điều trị nội trú khác là chi phí khám bệnh, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc, chế phẩm máu, vật tư y tế, vật tư tiêu hao, chống nhiễm khuẩn phục vụ cho việc chẩn đoán và điều trị Bệnh/Thương tật thỏa Cần thiết và hợp lý về mặt y tế và được chỉ định bởi Bác sĩ.

Trong phạm vi Quy tắc và Điều khoản này, chi phí cho Điều trị nội trú khác không bao gồm chi phí mua hoặc sử dụng các thiết bị chỉnh hình, hỗ trợ chức năng hoặc lắp ráp nhân tạo như chân tay giả, máy trợ thính hoặc các thiết bị tương tự và kể cả các chi phí phát sinh nhằm phục vụ cho gia đình của bệnh nhân hoặc Bác sĩ điều trị.

(iii) Chi phí cho Điều trị sau khi xuất viện là bao gồm thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán, thuốc được kê đơn, chỉ định điều trị liên quan trực tiếp đến Bệnh/Thương tật của Đợt nằm viện đó khi Điều trị sau khi xuất viện.

Điều trị sau khi xuất viện là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế theo chỉ định của Bác sĩ điều trị, liên quan trực tiếp đến Đợt nằm viện ngay trước đó. Điều trị sau khi xuất viện phải được thực hiện trong vòng 60 (sáu mươi) ngày sau khi xuất viện của Đợt nằm viện đó và chỉ được chi trả 01 (một) lần cho lần tái khám gần nhất sau ngày ra viện của cùng Đợt nằm viện.

13. Chi phí xe cấp cứu: là chi phí vận chuyển cấp cứu và chăm sóc Người được bảo hiểm trên xe cấp cứu của Bệnh viện/Phòng khám hoặc trung tâm cấp cứu, dịch vụ cấp cứu hợp pháp theo quy định thuộc một trong hai trường hợp sau:

(i) Quá trình vận chuyển Người được bảo hiểm đang trong Tình trạng nguy cấp tới Bệnh viện/Phòng khám; hoặc

(ii) Quá trình vận chuyển Người được bảo hiểm từ Bệnh viện/Phòng khám này đến Bệnh viện/Phòng khám khác, ngoại trừ trường hợp vận chuyển theo yêu cầu của Người được bảo hiểm hoặc người thân của Người được bảo hiểm.

14. Chương trình bảo hiểm: Tùy theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm (vào thời điểm tham gia sản phẩm bảo hiểm này hoặc vào các Ngày gia hạn năm hợp đồng) và được ghi trên Chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung khác (nếu có).

Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn một trong các Chương trình bảo hiểm sau đây: Cơ Bản, Phổ Thông, Đặc Biệt, Cao Cấp hoặc Thịnh Vượng.

Mỗi Chương trình bảo hiểm bao gồm: (i) Quyền lợi Điều trị nội trú với mức Đồng chi trả

theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm và (ii) (các) quyền lợi lựa chọn thêm (nếu có tham gia): Quyền lợi Điều trị ngoại trú và Quyền lợi Chăm sóc răng.

15. **Chuyên gia nắn khớp xương**: là người được cấp giấy phép, chuyên về thao tác cấu trúc cơ xương với mục đích là khôi phục lại chức năng bình thường bằng việc điều chỉnh những vùng đang biểu lộ cấu trúc hoặc chức năng bất thường.
16. **Chuyên gia vật lý trị liệu**: là người được cấp giấy phép điều trị những rối loạn vật lý thông qua các kỹ thuật thao tác hoặc chuyển động và đề ra những bài tập tăng cường và những lời khuyên thích hợp.
17. **Danh sách Bệnh viện/Phòng khám không chi trả quyền lợi bảo hiểm**: là danh sách (các) Bệnh viện, Phòng khám mà Dai-ichi Life Việt Nam có quyền không chi trả chi phí y tế nếu Người được bảo hiểm khám bệnh, chữa bệnh, điều trị tại Bệnh viện/Phòng khám này. Danh sách này được cung cấp cho Bên mua bảo hiểm tại thời điểm phát hành Hợp đồng bảo hiểm/chấp nhận bảo hiểm sản phẩm bảo hiểm này; và có thể thay đổi tùy từng thời điểm theo thông tin được đăng tải trên trang thông tin điện tử của Dai-ichi Life Việt Nam (https://dai-ichi-life.com.vn) trước khi áp dụng sự thay đổi.
18. **Điều dưỡng tại nhà**: là việc Người được bảo hiểm điều dưỡng, chăm sóc tại nhà ngay sau khi Người được bảo hiểm Điều trị nội trú xuất viện theo chỉ định của Bác sĩ điều trị và được thực hiện bởi Y tá hoặc Điều dưỡng.

1.1. **Điều kiện chuẩn**: là điều kiện về nơi cư trú, nghề nghiệp/việc làm, thông tin sức khỏe của Người được bảo hiểm được Dai-ichi Life Việt Nam chấp nhận bảo hiểm mà không tăng phí bảo hiểm cũng như không áp dụng điều kiện loại trừ đối với (các) tình trạng Bệnh hoặc Thương tật, cụ thể như sau:

(i) Người được bảo hiểm đang cư trú và làm việc tại Việt Nam; và

(ii) Người được bảo hiểm có nghề nghiệp/việc làm chỉ sử dụng trí óc, liên quan đến hành chính, văn phòng; và

(iii) Người được bảo hiểm có chiều cao, cân nặng và chỉ số khối cơ thể (BMI) nằm trong phạm vi bình thường theo giới tính và từng lứa tuổi; và

(iv) Người được bảo hiểm trả lời "Không" cho tất cả câu hỏi về Thông tin sức khỏe trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm.

Hoặc

Các trường hợp/điều kiện cụ thể khác (nếu có) theo quy định của Dai-ichi Life Việt Nam tại từng thời điểm.

19. **Điều trị đặc biệt**: bao gồm Điều trị ung thư, Cấy ghép bộ phận, Điều trị bẩm sinh/di truyền, Điều trị Biến chứng thai sản.

    Ngoại trừ điểm c, Mục 3.1 liên quan đến Chi phí Điều trị nội trú của Điều trị ung thư, các chi phí của Điều trị đặc biệt sẽ không được chi trả trong Mục 1 của Phần A - Điều trị nội trú của *Phụ lục 2: Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm.*
20. **Điều trị ngoại trú (hay "Ngoại trú")**: là việc Người được bảo hiểm được điều trị Bệnh/Thương tật ở Phòng khám, khoa điều trị ngoại trú của Bệnh viện, hoặc phòng cấp

cứu hoặc trải qua một phương thức điều trị mà không Cần thiết và hợp lý về mặt y tế phải lưu trú trong Bệnh viện để Điều trị nội trú.

21. **Điều trị nha khoa**: là bất kỳ sự kiểm tra, thăm khám, điều trị và phẫu thuật được thực hiện bởi Nha sĩ liên quan đến những Bệnh/Thương tật đối với răng và nướu hoặc hàm trong trường hợp có liên quan đến răng của Người được bảo hiểm, ngoại trừ răng giả, cầu răng và cấy implant.
22. **Điều trị nội trú (hay "Nội trú")**: là việc Người được bảo hiểm được nhập viện, lưu trú liên tục trong Bệnh viện ít nhất 12 (mười hai) giờ (có làm thủ tục nhập viện và xuất viện, có phát sinh chi phí giường bệnh, có tên trong sổ bệnh nhân nội trú của Bệnh viện) để điều trị Bệnh/Thương tật, theo yêu cầu của Bác sĩ và Cần thiết và hợp lý về mặt y tế. Trong phạm vi Quy tắc và Điều khoản này, Điều trị nội trú bao gồm cả trường hợp Bệnh nhân nội trú tử vong dưới 12 (mười hai) giờ sau khi nhập viện; không bao gồm Điều trị nội trú ban ngày.
23. **Điều trị nội trú ban ngày**: là hình thức điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong thời gian làm việc ban ngày (kể cả ngày nghỉ, ngày lễ).
24. **Điều trị trong ngày (hay "Trong ngày")**: là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế bởi Bác sĩ tại Bệnh viện/Phòng khám (i) khi Điều trị nội trú ban ngày hoặc (ii) lưu viện dưới 12 (mười hai) giờ.
25. **Điều trị ung thư**: là việc Người được bảo hiểm được Điều trị nội trú, Điều trị ngoại trú, Điều trị trong ngày liên quan đến bệnh ung thư bằng phương pháp hóa trị, xạ trị, liệu pháp trúng đích, liệu pháp miễn dịch.

    Chi phí cho Điều trị ung thư bao gồm:

    (i) Các chi phí điều trị bằng phương pháp hóa trị (tiêm và truyền) và xạ trị bao gồm: tiền giường trong ngày, tia xạ, mô phỏng xạ trị, thuốc hóa trị dùng đường tiêm/truyền, vật tư y tế và công khám và tiêm truyền.

    (ii) Các chi phí điều trị bằng liệu pháp trúng đích (tiêm và truyền) và phương pháp liệu pháp miễn dịch (tiêm và truyền) bao gồm: tiền giường trong ngày, thuốc trúng đích và miễn dịch, vật tư y tế và công khám và tiêm truyền.
26. **Độ tuổi có thể tham gia bảo hiểm**: bao gồm Tuổi của Người được bảo hiểm tại Ngày hiệu lực hợp đồng của sản phẩm bảo hiểm này và Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm khi kết thúc Thời hạn bảo hiểm, cụ thể:

    a) Tuổi tại Ngày hiệu lực hợp đồng của sản phẩm bảo hiểm này:

    - Từ 30 (ba mươi) ngày tuổi đến 65 (sáu mươi lăm) tuổi, đối với Quyền lợi Điều trị nội trú; hoặc
    - Từ 30 (ba mươi) ngày tuổi đến 60 (sáu mươi) tuổi, đối với Quyền lợi Điều trị ngoại trú và Quyền lợi Chăm sóc răng.

    b) Tuổi tối đa kết thúc Thời hạn bảo hiểm là:

    - 75 (bảy mươi lăm) tuổi, đối với Quyền lợi Điều trị nội trú.
    - 65 (sáu mươi lăm) tuổi, đối với Quyền lợi Điều trị ngoại trú và Quyền lợi Chăm sóc răng.

27. **Đồng chi trả (chỉ áp dụng cho Quyền lợi Điều trị nội trú)**: là khoản tiền tính theo tỷ lệ % (mức Đồng chi trả) của chi phí y tế thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm của Quyền lợi Điều trị nội trú mà Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm phải chi trả, tuỳ theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm vào thời điểm tham gia sản phẩm bảo hiểm này hoặc vào Ngày gia hạn năm hợp đồng, và được ghi trên Chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi bổ sung khác (nếu có). Theo đó, mức Đồng chi trả là:
    - 30%, đối với Người được bảo hiểm có Tuổi từ 30 (ba mươi) ngày tuổi đến 05 (năm) tuổi; và
    - 20% hoặc 0%, đối với Người được bảo hiểm có Tuổi từ 06 (sáu) tuổi trở lên.
28. **Đợt nằm viện (hay "Đợt")**: là khoảng thời gian Người được bảo hiểm nhập viện đến khi xuất viện để Điều trị nội trú liên quan đến Bệnh/Thương tật.
29. **Hoạt động thể thao mạo hiểm**: là (các) môn thể thao hoặc hoạt động như: săn bắn động vật, tất cả các hình thức đua (không phải bằng chân), đua xe go-kart, đua xe đường trường và thử nghiệm xe, trượt băng, trượt patin, trượt tuyết, trượt tuyết trên ván trượt, trượt ván, quyền anh, võ thuật và môn đấu vật, nhảy dù (ngoại trừ những tình huống để bảo toàn mạng sống), đi lên xuống hoặc di chuyển trên một khinh khí cầu, bay lượn, nhảy bungee, lặn có bình dưỡng khí và thiết bị thở dưới nước, dù lượn, diều bay, dù kéo, bóng bầu dục, đua ngựa, đua ngựa vượt rào, polo/mã cầu, leo đá hoặc leo núi (có hoặc không có sử dụng dây thừng hoặc thiết bị khác) và các hoạt động thể thao mạo hiểm khác theo danh mục được pháp luật quy định tại từng thời điểm.
30. **Lần khám**: là một lần Người được bảo hiểm đến khám tại Bệnh viện và/hoặc Phòng khám, được Bác sĩ chỉ định làm xét nghiệm, chẩn đoán và kê đơn thuốc điều trị liên quan đến Bệnh/Thương tật. Các trường hợp dưới đây sẽ được tính là 01 (một) Lần khám:
    - Nhiều Bác sĩ, nhiều chuyên khoa cùng hội chẩn cho 01 (một) Người được bảo hiểm theo quy chế Bệnh viện; và/hoặc
    - Người được bảo hiểm khám 01 (một) chuyên khoa nhiều lần trong 01 (một) ngày tại nhiều Bệnh viện và/hoặc Phòng khám khác nhau nhưng cùng 01 (một) kết quả chẩn đoán Bệnh/Thương tật; và/hoặc
    - Người được bảo hiểm khám nhiều chuyên khoa khác nhau ở cùng 01 (một) Bệnh viện và/hoặc Phòng khám do các Bác sĩ chỉ định trong 01 (một) ngày.
31. **Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm**: là ngày Dai-ichi Life Việt Nam quyết định chấp thuận bảo hiểm đối với Sản phẩm này. Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm được ghi trong văn bản chấp thuận bảo hiểm của Dai-ichi Life Việt Nam, với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo vẫn còn sống hoặc vẫn đang hoạt động hợp pháp (nếu Bên mua bảo hiểm là tổ chức) tại Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm. Trường hợp Sản phẩm này được tham gia kèm theo Sản phẩm chính ngay khi Hợp đồng bảo hiểm được phát hành, Ngày hiệu lực hợp đồng là Ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này.
32. **Ngày gia hạn năm hợp đồng**: là ngày lặp lại hàng năm của Ngày hiệu lực hợp đồng của sản phẩm bảo hiểm này. Nếu năm không có ngày này, ngày cuối tháng tương ứng sẽ là Ngày gia hạn năm hợp đồng.

33. **Ngày khôi phục hiệu lực**: là ngày được ghi trên văn bản của Dai-ichi Life Việt Nam về việc chấp thuận yêu cầu khôi phục hiệu lực Sản phẩm này của Bên mua bảo hiểm theo quy định của Quy tắc và Điều khoản này.
34. **Ngày nằm viện**: là ngày mà Người được bảo hiểm nằm viện Điều trị nội trú tại Bệnh viện để điều trị Bệnh/Thương tật căn cứ theo ngày nhập viện và ngày xuất viện trong giấy ra viện. Theo đó:
    - Nếu ngày nhập viện và ngày xuất viện là cùng 01 (một) ngày dương lịch và số giờ nằm viện từ 12 (mười hai) tiếng trở lên thì được tính 01 (một) Ngày nằm viện.
    - Nếu ngày nhập viện khác ngày xuất viện, số Ngày nằm viện được xác định bằng ngày xuất viện trừ đi ngày nhập viện. Sau khi xác định số Ngày nằm viện, nếu giờ thực tế xuất viện vượt quá giờ lặp lại của giờ nhập viện trong ngày xuất viện, thời gian nằm viện phát sinh thêm sẽ được xác định theo giờ.

    Trong mọi trường hợp, số Ngày nằm viện của một Đợt nằm viện không vượt quá số ngày phát sinh trên bảng kê, hóa đơn viện phí.
35. **Người được bảo hiểm Sản phẩm bán kèm:** là người được bảo hiểm của Sản phẩm này. Trong phạm vi của Quy tắc và Điều khoản này, Người được bảo hiểm Sản phẩm bán kèm sẽ được gọi tắt là Người được bảo hiểm.

    Điều kiện của Người được bảo hiểm là đang sinh sống tại Việt Nam tại thời điểm nộp yêu cầu tham gia bảo hiểm/yêu cầu khôi phục hiệu lực.
36. **Nha sĩ**: là người có bằng cấp chứng nhận và được phép hành nghề nha khoa trong phạm vi giấy phép theo quy định của pháp luật.

    Trong phạm vi Quy tắc và Điều khoản này, Nha sĩ thực hiện khám bệnh, chữa bệnh, điều trị cho Người được bảo hiểm không được là Người được bảo hiểm; và/hoặc Bên mua bảo hiểm; và/hoặc Vợ, chồng, cha, mẹ, con, anh ruột, chị ruột, em ruột, người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm, trừ trường hợp người này làm nhiệm vụ theo sự phân công của cấp có thẩm quyền.
37. **Phạm vi địa lý**: là quốc gia và/hoặc vùng lãnh thổ mà Dai-ichi Life Việt Nam đồng ý chi trả các chi phí y tế thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm phát sinh khi Người được bảo hiểm khám và điều trị Bệnh/Thương tật, cụ thể như sau:
    - Toàn cầu, với Quyền lợi Điều trị nội trú;
    - Việt Nam, với Quyền lợi Điều trị ngoại trú và Quyền lợi Chăm sóc răng.
38. **Phẫu thuật ngoại trú/Phẫu thuật trong ngày**: là việc Phẫu thuật được Bác sĩ chỉ định thực hiện khi Người được bảo hiểm được Điều trị ngoại trú, hoặc Điều trị trong ngày tại Bệnh viện.
39. **Phẫu thuật nội trú**: là việc Người được bảo hiểm thực hiện Phẫu thuật khi Điều trị nội trú. Chi phí Phẫu thuật nội trú bao gồm chi phí đánh giá tiền phẫu và chăm sóc hậu phẫu bình thường, chi phí gây mê, chi phí thuốc dùng trong phẫu thuật, chi phí bác sĩ phẫu thuật, chi phí dụng cụ, vật tư y tế, trang thiết bị phẫu thuật và bộ phận giả theo tiêu chuẩn được lắp trong quá trình Phẫu thuật.
40. **Phẫu thuật**: là một phương pháp y khoa để điều trị Bệnh/Thương tật do những yêu cầu

Cần thiết và hợp lý về mặt y tế được chỉ định và thực hiện bởi Bác sĩ có chuyên môn phù hợp trong phòng phẫu thuật của Bệnh viện.

Trong phạm vi Quy tắc và Điều khoản này, Phẫu thuật không bao gồm tiểu phẫu và thủ thuật (theo bảng phân loại danh mục kỹ thuật của Bộ Y tế tại thời điểm điều trị).

41. **Phí bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm:** là Phí bảo hiểm của Sản phẩm này. Trong phạm vi của Quy tắc và Điều khoản này, Phí bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm sẽ được gọi tắt là Phí bảo hiểm.

    Phí bảo hiểm được tính toán dựa trên tuổi, giới tính của Người được bảo hiểm, Số tiền bảo hiểm đã chọn, Thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này và quyết định thẩm định của Dai-ichi Life Việt Nam.

42. **Phí bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm định kỳ:** là Phí bảo hiểm của Sản phẩm này phải đóng theo định kỳ đóng phí. Trong phạm vi của Quy tắc và Điều khoản này, Phí bảo hiểm của Sản phẩm bán kèm định kỳ sẽ được gọi tắt là Phí bảo hiểm định kỳ.

43. **Phòng Chăm sóc đặc biệt (ICU)**: là một bộ phận của Bệnh viện và phải đáp ứng tất cả điều kiện sau:

    (i) Được thành lập để cung cấp chương trình chăm sóc và điều trị hồi sức tích cực; và

    (ii) Dành riêng cho các bệnh nhân trong điều kiện nguy kịch, cần sự theo dõi và kiểm tra y tế liên tục của Bác sĩ; và

    (iii) Được trang bị các thiết bị, thuốc, phương tiện khác cần thiết để có thể can thiệp ngay khi cần thiết; và

    (iv) Không phải là khoa/phòng hồi sức hậu phẫu hoặc khoa/phòng cấp cứu, hồi sức cấp cứu.

44. **Phòng khám**: là một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được cấp giấy phép thành lập và hoạt động theo pháp luật của nước sở tại, không có chức năng lưu bệnh nhân qua đêm. Phòng khám không thuộc Danh sách Bệnh viện/Phòng khám không chi trả quyền lợi bảo hiểm.

45. **Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm:** là (các) văn bản thỏa thuận, thông báo, xác nhận để sửa đổi/bổ sung/điều chỉnh/khôi phục hiệu lực/chấm dứt hiệu lực đối với Hợp đồng bảo hiểm.

46. **Quyền lợi tối đa của một Bệnh/Thương tật**: là tổng quyền lợi được Dai-ichi Life Việt Nam chi trả tối đa trong suốt Thời hạn bảo hiểm (bao gồm tất cả Thời hạn bảo hiểm được gia hạn) cho tất cả Quyền lợi Điều trị nội trú và Quyền lợi Điều trị ngoại trú (nếu có) với cùng một Bệnh/Thương tật và các biến chứng, di chứng có liên quan đến Bệnh/Thương tật này của một Người được bảo hiểm. Quyền lợi tối đa của một Bệnh/Thương tật được quy định trong *Phụ lục 2: Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm*.

47. **Tai nạn**: là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ động và ngoài ý muốn lên cơ thể của Người được bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải (i) gây ra Thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng 180 (một trăm tám mươi) ngày tính từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó; và (ii) là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác bao gồm: Bệnh, đau ốm, nhiễm các loại vi rút/vi khuẩn/nấm/ký sinh trùng, ngộ độc, nhiễm trùng, biến chứng.

48. **Thể thao chuyên nghiệp**: là hoạt động thể thao, trong đó huấn luyện viên, vận động viên

lấy huấn luyện, biểu diễn, thi đấu thể thao là nghề của mình.

49. **Thời gian chờ**: là thời gian mà bất kỳ sự kiện bảo hiểm nào của bất kỳ Quyền lợi nào (Quyền lợi Điều trị nội trú, Quyền lợi Điều trị ngoại trú, Quyền lợi Chăm sóc răng) trong Chương trình bảo hiểm xảy ra do Bệnh sẽ không được chi trả (trừ trường hợp có thỏa thuận khác giữa Dai-ichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm). Thời gian chờ này được áp dụng như sau:

(i) 30 (ba mươi) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm Quyền lợi Điều trị nội trú, Quyền lợi Điều trị ngoại trú, Quyền lợi Chăm sóc răng; hoặc 10 (mười) ngày tính từ Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất; tùy ngày nào xảy ra sau.

(ii) 90 (chín mươi) ngày tính từ ngày bắt đầu Thời hạn bảo hiểm của năm hợp đồng đầu tiên của sản phẩm bảo hiểm này cho những Bệnh đặc biệt. Bệnh đặc biệt bao gồm (các) Bệnh và tình trạng sau:

- Nang, polyp, u lành tính hoặc ác tính, ung thư, sự tăng trưởng bất thường của tế bào;
- Parkinson;
- Mộng thịt, đục thủy tinh thể;
- Bệnh tai mũi họng có điều trị phẫu thuật – thủ thuật; Viêm xoang;
- Các bệnh về tim mạch, bệnh mạch vành, tăng huyết áp;
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD);
- Viêm/loét dạ dày, viêm/loét tá tràng;
- Tất cả các hình thức thoát vị;
- Viêm gan các loại, xơ gan;
- Các loại sỏi;
- Suy thận mạn, bệnh thận mãn tính;
- Trĩ;
- Các bệnh lý về khớp, bệnh lý về đĩa đệm, cột sống;
- Tổn thương có điều trị phẫu thuật tái tạo của dây chằng hoặc sụn chêm;
- Suy/giãn tĩnh mạch;
- Lạc nội mạc tử cung;
- Các tình trạng của tuyến tiền liệt;
- Bệnh lý tuyến giáp;
- Đái tháo đường (tiểu đường), các rối loạn chuyển hóa;
- Lupus ban đỏ;
- Bệnh lý tự miễn;
- Các bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu (bao gồm bệnh suy tủy, bệnh bạch cầu cấp tính, bệnh bạch cầu mãn tính);
- Điều trị thay máu, lọc máu, chạy thận nhân tạo;

- Các Tình trạng bẩm sinh/di truyền;
- Các Biến chứng thai sản.

Thời gian chờ này không áp dụng cho (các) sự kiện bảo hiểm do nguyên nhân Tai nạn.

50. **Thời hạn bảo hiểm**: là 01 (một) năm tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng của sản phẩm bảo hiểm này. Thời hạn bảo hiểm có thể được gia hạn hàng năm với điều kiện (i) Người được bảo hiểm vẫn còn sống vào Ngày gia hạn năm hợp đồng của năm hợp đồng đó, và (ii) Bên mua bảo hiểm nộp đủ và đúng hạn các khoản phí bảo hiểm để gia hạn và chấp nhận các điều khoản và điều kiện của sản phẩm bảo hiểm này.
51. **Thời hạn đóng phí:** bằng Thời hạn bảo hiểm. Thời hạn đóng phí cụ thể của Sản phẩm này được quy định trong Chứng nhận bảo hiểm hoặc Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm (nếu có) và không vượt quá thời hạn đóng Phí bảo hiểm của Sản phẩm chính.
52. **Thương tật**: bao gồm (các) thương tích trên thân thể của Người được bảo hiểm do Tai nạn gây ra. Các thương tích do cùng một Tai nạn gây ra sẽ được tính là một Thương tật.
53. **Tiền giường cho người thân**: là chi phí giường cho 01 (một) người thân lưu lại tại Bệnh viện để chăm sóc cho Người được bảo hiểm dưới 18 (mười tám) tuổi trong quá trình Điều trị nội trú.
54. **Tiền phòng Chăm sóc đặc biệt (ICU)**: là chi phí một giường và chi phí công điều dưỡng, chăm sóc khi Điều trị nội trú tại Phòng Chăm sóc đặc biệt (ICU).
55. **Tiền phòng**: là chi phí một giường và chi phí công điều dưỡng, chăm sóc khi Điều trị nội trú tại Bệnh viện; không bao gồm Tiền phòng Chăm sóc đặc biệt (ICU).
56. **Tình trạng bẩm sinh/di truyền**: là một sự bất thường về mặt thể chất hoặc tinh thần, cho dù Người được bảo hiểm có nhận biết được tình trạng đó hay không, thuộc một trong hai trường hợp sau: (i) được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai hoặc do di truyền hoặc do gen; hoặc (ii) có sự phát triển sau đó do những nhân tố hoặc những tình trạng xuất hiện hoặc không xuất hiện vào lúc sinh ra.
57. **Tình trạng nguy cấp**: là tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm khi đáp ứng tất cả điều kiện sau: (i) thay đổi đột ngột, bất ngờ, không lường trước được do Bệnh/Thương tật, và (ii) đòi hỏi phải có sự điều trị y tế khẩn cấp, ngay lập tức theo ý kiến của Bác sĩ để giúp Người được bảo hiểm không tử vong, hoặc không bị tổn hại trầm trọng đến sức khỏe hoặc thể chất, hoặc để duy trì dấu hiệu sinh tồn về tuần hoàn và hô hấp. Mức độ trầm trọng sẽ được đánh giá theo hoàn cảnh của từng địa phương, bản chất của điều trị cấp cứu và sự có sẵn các phương tiện cấp cứu của từng địa phương.
58. **Tổn thương răng do Tai nạn**: là việc Người được bảo hiểm được Điều trị nội trú, Điều trị ngoại trú, Điều trị trong ngày tại Bệnh viện/Phòng khám trong vòng tối đa 07 (bảy) ngày tính từ ngày xảy ra Tai nạn gây mất mát hoặc tổn thương cho răng tự nhiên.

    Chi phí điều trị cho Tổn thương răng do Tai nạn bao gồm chi phí khám, X-quang, cầm máu, nhổ răng, lấy tủy răng, trám răng/khảm răng bằng vật liệu thông thường gồm: amalgam, xi-măng, composite.
59. **Triệu chứng bệnh**: là biểu hiện lâm sàng của bệnh, bao gồm tình trạng, dấu hiệu, triệu chứng làm ảnh hưởng tới sự tồn tại, phát triển bình thường của một hoặc nhiều bộ phận cơ

thể mà Người được bảo hiểm nhận biết được nhưng chưa được Bác sĩ chẩn đoán.

60. **Tuổi:** là tuổi tính theo ngày sinh nhật gần nhất vừa qua.
61. **Vật lý trị liệu (phục hồi chức năng)**: là phương pháp điều trị sử dụng các biện pháp vật lý để giảm đau, phục hồi chức năng cho các hoạt động bình thường hàng ngày của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ (không nhằm mục đích thẩm mỹ, thư giãn, chỉnh sửa dáng đi hay các phương pháp tương tự) và các phương pháp điều trị này phải được thực hiện tại Bệnh viện trong suốt thời gian Điều trị nội trú.
62. **Y học hiện đại (Tây y)**: là ứng dụng các kiến thức khoa học sức khỏe, các nghiên cứu về y sinh học và công nghệ y học để chẩn đoán và chữa trị Bệnh/Thương tật thông qua thuốc men, phẫu thuật hoặc bằng phương pháp trị liệu tiên tiến khác.
63. **Y học thay thế**: là các cách khám, chẩn đoán và điều trị khác Y học hiện đại, như là phương pháp y học cổ truyền của Việt Nam hay Trung Quốc và những phương pháp tương tự được thực hiện tại Bệnh viện hoặc Phòng khám được thành lập hợp pháp theo quy định của nước sở tại.
64. **Y tá (hoặc Điều dưỡng)**: là người có bằng cấp chứng nhận và được phép thực hiện các nhiệm vụ của y tá hoặc điều dưỡng trong phạm vi giấy phép theo quy định của pháp luật.

PHỤ LỤC 2: BẢNG LIỆT KÊ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

(Đơn vị: đồng Việt Nam)

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM	CƠ BẢN	PHỔ THÔNG	ĐẶC BIỆT	CAO CẤP	THỊNH VƯỢNG
Quyền lợi tối đa một Bệnh/Thương tật	**150.000.000**	**300.000.000**	**600.000.000**	**1.000.000.000**	**2.000.000.000**
(áp dụng cho Quyền lợi Điều trị nội trú và Quyền lợi Điều trị ngoại trú)	trong suốt thời gian tham gia sản phẩm này				

A. QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ	MỨC GIỚI HẠN PHỤ				
	CƠ BẢN	PHỔ THÔNG	ĐẶC BIỆT	CAO CẤP	THỊNH VƯỢNG
Phạm vi địa lý	Toàn cầu				
Đồng chi trả	**30%** hoặc **20%** hoặc **0%** được ghi trên Chứng nhận bảo hiểm				
1. ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ					
1.1. Chi phí Phẫu thuật nội trú					
a. Mỗi cuộc Phẫu thuật cho mỗi Bệnh/Thương tật	12.500.000	25.000.000	50.000.000	75.000.000	125.000.000
b. Mỗi Năm hợp đồng cho mỗi Bệnh/Thương tật	25.000.000	50.000.000	100.000.000	150.000.000	250.000.000
1.2. Tiền phòng/Ngày nằm viện	750.000	1.500.000	2.500.000	3.000.000	6.000.000
	Tối đa 100 Ngày nằm viện/Năm hợp đồng cho mỗi Bệnh/Thương tật				
1.3. Tiền phòng Chăm sóc đặc biệt (ICU)/Ngày nằm viện	1.050.000	2.100.000	3.150.000	5.250.000	Chi phí y tế thực tế
	Tối đa 100 Ngày nằm viện/Năm hợp đồng cho mỗi Bệnh/Thương tật				
1.4. Tiền giường cho người thân/Ngày nằm viện *(khi chăm sóc Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi)*	250.000	500.000	750.000	1.000.000	1.250.000
	Tối đa 10 Ngày nằm viện/Năm hợp đồng cho mỗi Bệnh/Thương tật				
1.5. Chi phí Điều dưỡng tại nhà/ngày	125.000	250.000	350.000	500.000	750.000
	Tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng cho mỗi Bệnh/Thương tật				
1.6. Chi phí Vật lý trị liệu/Năm hợp đồng	1.000.000	2.000.000	4.000.000	6.000.000	10.000.000
1.7. Chi phí Điều trị nội trú khác/Năm hợp đồng cho mỗi Bệnh/Thương tật	10.000.000	20.000.000	40.000.000	60.000.000	100.000.000

A. QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ	MỨC GIỚI HẠN PHỤ				
	CƠ BẢN	PHỔ THÔNG	ĐẶC BIỆT	CAO CẤP	THỊNH VƯỢNG
2. ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ, ĐIỀU TRỊ TRONG NGÀY VÀ ĐIỀU TRỊ CẤP CỨU					
2.1. Phẫu thuật ngoại trú/Phẫu thuật trong ngày/Năm hợp đồng cho mỗi Bệnh/Thương tật	2.500.000	5.000.000	10.000.000	15.000.000	25.000.000
2.2. Chạy thận nhân tạo/Năm hợp đồng	Không áp dụng	5.000.000	10.000.000	15.000.000	25.000.000
2.3. Cấp cứu do Tai nạn/Năm hợp đồng cho mỗi Thương tật	1.050.000	2.100.000	5.250.000	10.500.000	15.000.000
2.4. Tổn thương răng do Tai nạn/Năm hợp đồng cho mỗi Thương tật	1.500.000	3.000.000	5.000.000	7.500.000	10.000.000
2.5. Chi phí xe cấp cứu/Năm hợp đồng cho mỗi Bệnh/Thương tật	1.500.000	3.000.000	5.000.000	Chi phí y tế thực tế	
3. ĐIỀU TRỊ ĐẶC BIỆT *(bao gồm Điều trị nội trú, Điều trị ngoại trú, Điều trị trong ngày)*					
3.1. Điều trị ung thư					
a. Chi phí điều trị hóa trị (tiêm và truyền) và xạ trị	Chi phí y tế thực tế				
b. Chi phí điều trị liệu pháp miễn dịch (tiêm và truyền) và trúng đích (tiêm và truyền)/Năm hợp đồng	10.000.000	20.000.000	40.000.000	60.000.000	100.000.000
c. Chi phí Điều trị nội trú	Theo Mức giới hạn phụ của mục **1. Điều trị nội trú**				
3.2. Cấy ghép bộ phận cho Người được bảo hiểm (người nhận bộ phận) và người hiến bộ phận cho Người được bảo hiểm/cho mỗi bộ phận được cấy ghép, bao gồm: thận, tim, gan và tủy xương trong suốt thời gian tham gia sản phẩm này	75.000.000	150.000.000	300.000.000	500.000.000	1.000.000.000
	Chi phí y tế của người hiến bộ phận cho Người được bảo hiểm không được vượt quá 50% giới hạn của quyền lợi này.				
3.3. Điều trị Tình trạng bẩm sinh/di truyền trong suốt thời gian tham gia sản phẩm này	Không áp dụng	15.000.000	25.000.000	35.000.000	55.000.000
3.4. Điều trị Biến chứng thai sản/lần mang thai	Không áp dụng	15.000.000	25.000.000	35.000.000	55.000.000

QUYỀN LỢI LỰA CHỌN THÊM: *(tùy theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm)*

B. QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ	**MỨC GIỚI HẠN PHỤ**				
	CƠ BẢN	**PHỔ THÔNG**	**ĐẶC BIỆT**	**CAO CẤP**	**THỊNH VƯỢNG**
Phạm vi địa lý	Không áp dụng	Việt Nam			
Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng		**5.000.000**	**10.000.000**	**15.000.000**	**25.000.000**
1. Chi phí Điều trị ngoại trú theo Y học hiện đại/Lần khám		1.000.000	2.000.000	4.000.000	6.500.000
2. Chi phí Điều trị ngoại trú theo Y học thay thế/Năm hợp đồng		1.500.000	2.500.000	4.000.000	6.500.000

C. QUYỀN LỢI CHĂM SÓC RĂNG	**MỨC GIỚI HẠN PHỤ**				
	CƠ BẢN	**PHỔ THÔNG**	**ĐẶC BIỆT**	**CAO CẤP**	**THỊNH VƯỢNG**
Phạm vi địa lý	Không áp dụng			Việt Nam	
Quyền lợi tối đa mỗi Năm hợp đồng				**10.500.000**	**17.500.000**
1. Chi phí cạo vôi răng/Năm hợp đồng				1.000.000	1.500.000
2. Chi phí Điều trị nha khoa khác (không bao gồm chi phí cầu răng, implant, răng giả tháo lắp, flipper, trám răng bằng vàng và kim loại quý)				Chi phí y tế thực tế	