QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM SỐNG KHỎE TOÀN DIỆN

(Sản phẩm bảo hiểm Sống Khỏe Toàn Diện có tên kỹ thuật là Sản phẩm bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe nhóm được Bộ Tài chính phê chuẩn phương pháp, cơ sở tính phí theo Công văn số 2534/QLBH-NT ngày 02/10/2026 (gọi tắt là "Sản phẩm này"). Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm này được ban hành theo Quyết định số 859/GD/Daiichi/2026 ngày 05/11/2026 của Tổng Giám đốc Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Daiichi Việt Nam (gọi tắt là "Quy tắc và Điều khoản này")).

MỤC LỤC

ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA VÀ GIẢI THÍCH TỪ NGỮ 2
ĐIỀU 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM 11
2.1. Phạm vi bảo hiểm 11
2.2. Quyền lợi Điều trị nội trú - Điều trị trong ngày do Bệnh tật (Bắt buộc) 12
2.3. Quyền lợi Điều trị ngoại trú do Bệnh tật và Chăm sóc răng (Tùy chọn) 14
2.4. Quyền lợi bảo hiểm lựa chọn (Tùy chọn) 15
ĐIỀU 3: CÁC QUY ĐỊNH LOẠI TRỪ BẢO HIỂM 16
ĐIỀU 4: CÁC QUY ĐỊNH LIÊN QUAN ĐẾN THỜI GIAN CHỜ 18
4.1. Quy mô nhóm 18
4.2. Quy định chung về thực hiện Thời gian chờ 18
4.3. Quy định thực hiện Thời gian chờ khi Tái ký Hợp đồng bảo hiểm 19
ĐIỀU 5: MỘT SỐ QUY ĐỊNH KHI THAM GIA BẢO HIỂM 20
5.1. Điều kiện tham gia bảo hiểm 20
5.2. Quyền lợi có thể được bảo hiểm giữa Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm 20
5.3. Các trường hợp tham gia bảo hiểm 20
5.4. Nghĩa vụ cung cấp và bảo mật thông tin 21
ĐIỀU 6: THỰC HIỆN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM 23
6.1. Tái ký Hợp đồng bảo hiểm 23
6.2. Nhầm lẫn khi cung cấp thông tin tuổi, giới tính 23
6.3. Cập nhật thông tin của Bên mua bảo hiểm và thông tin cá nhân của Thành viên 24
6.4. Cập nhật thông tin, tăng, giảm Thành viên của nhóm trong Thời hạn bảo hiểm 25
6.5. Thay đổi Bên mua bảo hiểm 26
6.6. Chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm và hậu quả pháp lý 26
ĐIỀU 7: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM 29
7.1. Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm 29
7.2. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm 29
7.3. Người nhận quyền lợi bảo hiểm 30
7.4. Quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm có nhiều Hợp đồng bảo hiểm, chương trình bảo hiểm 30
7.5. Thời hạn chi trả quyền lợi bảo hiểm 30
7.6. Trường hợp tranh chấp liên quan đến yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm 31
ĐIỀU 8: GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP 31
PHỤ LỤC 1: BẢNG LIỆT KÊ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM 32

ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA VÀ GIẢI THÍCH TỪ NGỮ

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

1.1. **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 phải thực hiện khám bệnh, chữa bệnh, điều trị cho Người được bảo hiểm và trừ trường hợp người này làm nhiệm vụ theo sự phân công của cấp có thẩm quyền, Bác sĩ không được là Người được 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.

1.2. **Bên mua bảo hiểm:** là tổ chức được thành lập, đang hoạt động hợp pháp tại Việt Nam và có tư cách pháp lý theo quy định của pháp luật hiện hành thực hiện giao kết Hợp đồng bảo hiểm nhóm của Sản phẩm này với Daiichi Life Việt Nam, đồng thời có trách nhiệm thực hiện đầy đủ các quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm và theo quy định pháp luật.
Tại thời điểm giao kết Hợp đồng 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.

1.3. **Bệnh có sẵn:** là (i) Triệu chứng bệnh đã có hoặc tồn tại trong vòng 36 (ba mươi sáu) tháng trước Ngày bắt đầu được bảo hiểm hoặc (ii) Bệnh (bao gồm cả tiền sử bệnh) hoặc Thương tật của Người được bảo hiểm đã có hoặc tồn tại trước Ngày bắt đầu được bảo hiểm, 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.

1.4. **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);
- Người được bảo hiểm đang được điều trị thay máu, lọc máu, chạy thận nhân tạo;
- Các Tình trạng bẩm sinh/di truyền;

1.5. **Bệnh tật (hay "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 và được chẩn đoán bởi Bác sĩ, không bao gồm các Thương tật và các di chứng, biến chứng của Thương tật/việc điều trị Thương tật.

1.6. **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 Bệnh tật/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.

1.7. **Bệnh viện công:** là Bệnh viện, do cơ quan nhà nước có thẩm quyền thành lập, sở hữu và quản lý theo quy định của pháp luật Việt Nam.

1.8. **Biến chứng thai sản:** là tình trạng bệnh lý hoặc tai biến y khoa phát sinh trực tiếp từ quá trình mang thai, sinh con hoặc trong thời kỳ hậu sản (trong vòng 42 ngày kể từ ngày sinh), đe dọa đến sức khỏe, tính mạng của người mẹ hoặc thai nhi, và bắt buộc phải có sự can thiệp, điều trị y tế chuyên khoa theo chỉ định của Bác sĩ.

1.9. **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 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 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 tật của Người được bảo hiểm.

1.10. **Chứng nhận bảo hiểm:** là văn bản chấp thuận bảo hiểm của Daiichi Life Việt Nam trên cơ sở Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm.

1.11. Chương trình bảo hiểm: Tùy theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm và được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm.

Mỗi Chương trình bảo hiểm bao gồm:

(i) Quyền lợi bắt buộc: là Quyền lợi Điều trị nội trú – Điều trị trong ngày do Bệnh tật với mức Đồng chi trả theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm;

(ii) (Các) quyền lợi tùy chọn (nếu có):

- Quyền lợi Điều trị ngoại trú do Bệnh tật và Chăm sóc răng với mức Đồng chi trả theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm; và/ hoặc
- Quyền lợi bảo hiểm lựa chọn:
  - Quyền lợi Chăm sóc y tế dự phòng; và/ hoặc
  - Quyền lợi Trợ cấp nghỉ ốm dài hạn; và/ hoặc
  - Quyền lợi Nhân đôi bảo vệ Bệnh hiểm nghèo với mức Đồng chi trả theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm; và/ hoặc
  - Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo; và/ hoặc
  - Quyền lợi Thai sản với mức Đồng chi trả theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm.

1.12. Danh sách Bệnh viện/Phòng khám không chi trả quyền lợi bảo hiểm: là danh sách (các) Bệnh viện, Phòng khám mà Daiichi 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 này; và có thể thay đổi tùy từng thời điểm theo thông tin được đăng tải trên trang thông tin điện tử của Daiichi Life Việt Nam (https://daiichilife.com.vn) trước khi áp dụng sự thay đổi.

1.13. Daiichi Life Việt Nam: là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Daiichi Việt Nam, được Bộ Tài chính cấp phép thành lập và hoạt động.

1.14. Điều kiện chuẩn: là điều kiện về nơi cư trú, nghề nghiệp/việc làm, thông tin sức khỏe của Người được bảo hiểm được Daiichi 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

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

1.15. Điều trị ngoại trú (hay "Ngoại trú"): là việc Người được bảo hiểm được điều trị Bệnh 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.

1.16. 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 ra viện, có phát sinh chi phí giường bệnh, có tên trong sổ bệnh nhân nội trú của Bệnh viện) để điều trị Bệnh 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.

1.17. 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).

1.18. Điều trị sau khi ra viện: là việc Người được bảo hiểm được điều trị y tế ngoại trú theo chỉ định của Bác sĩ điều trị, liên quan trực tiếp đến Đợt nằm viện ngay trước đó. Điều trị sau khi ra viện phải được thực hiện trong vòng 60 (sáu mươi) ngày sau khi ra 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.

1.19. 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.

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

1.21. Đồng chi trả: là khoản tiền tính theo tỷ lệ % (mức Đồng chi trả) của chi phí y tế thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm mà Người được bảo hiểm phải tự chi trả. Đồng chi trả được áp dụng với (i) Quyền lợi Điều trị nội trú – Điều trị trong ngày do Bệnh tật, (ii) Điều trị ngoại trú do Bệnh tật và Chăm sóc răng và (iii) Quyền lợi tùy chọn – Quyền lợi Nhân đôi bảo vệ Bệnh hiểm nghèo; Quyền lợi Thai sản.

Mức Đồng chi trả từ **0% đến 50%** tùy theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm vào thời điểm Tham gia bảo hiểm lần đầu hoặc khi Tái ký Hợp đồng bảo hiểm, và được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm.

1.22. Đột quỵ: bao gồm nhồi máu mô não, xuất huyết não và dưới màng nhện, thuyên tắc não và huyết khối não. Chẩn đoán này phải thỏa tất cả các điều kiện sau:

- Bằng chứng của tổn thương não vĩnh viễn gây ra một trong những di chứng sau:
  - Mất chức năng vận động hoàn toàn và vĩnh viễn của ít nhất 01 (một) chi.
  - Mất khả năng nói vĩnh viễn do tổn thương trung khu ngôn ngữ trong não.
  - Vĩnh viễn không có khả năng tự thực hiện ít nhất 03 (ba) trong 06 (sáu) động tác sinh hoạt hàng ngày.
  - Bằng chứng phải được Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh xác nhận sau sự kiện ít nhất 06 (sáu) tuần; và
- Phù hợp với kết quả chẩn đoán của Đột quỵ trên hình ảnh chụp cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp điện toán (CT), hoặc các kỹ thuật chẩn đoán đáng tin cậy khác.
- Loại trừ các trường hợp sau:
  - Cơn thiếu máu não thoáng qua và các tổn thương thần kinh do thiếu máu có thể phục hồi khác;
  - Tổn thương não do Tai nạn, chấn thương từ bên ngoài, nhiễm trùng, viêm mạch, các bệnh viêm nhiễm và đau nửa đầu;
  - Bệnh mạch máu làm ảnh hưởng mắt hoặc thần kinh thị;
  - Các rối loạn do thiếu máu của hệ thống tiền đình.

1.23. Đợt nằm viện (hay "Đợt"): là khoảng thời gian Người được bảo hiểm nhập viện đến khi ra

viện để Điều trị nội trú do Bệnh tật.

1.24. Hành vi gian lận bảo hiểm: là hành vi:

a. Giả mạo tài liệu, cố ý làm sai lệch thông tin trong hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi; hoặc

b. Thành viên của nhóm tự gây thiệt hại về sức khỏe của mình để hưởng quyền lợi bảo hiểm; hoặc

c. Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

1.25. Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm: là toàn bộ tài liệu yêu cầu bảo hiểm theo quy định của Daiichi Life Việt Nam được Bên mua bảo hiểm lập và gửi Daiichi Life Việt Nam, trong đó thể hiện các nội dung đề nghị tham gia bảo hiểm và thông tin do Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm cung cấp, cụ thể:

a. Bao gồm (Giấy) Yêu cầu bảo hiểm (nếu có) hoặc tài liệu thể hiện yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm; Hồ sơ pháp lý của Bên mua bảo hiểm; Tờ khai chi tiết Bên mua bảo hiểm là tổ chức; danh sách Thành viên của nhóm; Tờ khai sức khỏe (nếu có); các thông tin và bằng chứng khác liên quan đến Người được bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm cung cấp (nếu có); và

b. Được thể hiện dưới dạng bằng văn bản giấy hoặc giao dịch/dữ liệu điện tử theo quy định của pháp luật về giao dịch điện tử.

Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm và là cơ sở để Daiichi Life Việt Nam đánh giá rủi ro, làm căn cứ chấp thuận bảo hiểm hoặc từ chối bảo hiểm.

1.26. Hợp đồng bảo hiểm: là sự thỏa thuận bằng văn bản thể hiện ý chí giao kết giữa Daiichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm trên cơ sở yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm, cụ thể:

a. Bao gồm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm; Văn bản thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm hoặc Chứng nhận bảo hiểm; Xác nhận bảo hiểm (nếu có); Quy tắc và Điều khoản này; Tóm tắt Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm này; (các) Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm (nếu có); và

b. Được thể hiện dưới dạng bằng văn bản giấy hoặc giao dịch/dữ liệu điện tử theo quy định của pháp luật về giao dịch điện tử.

1.27. Khoản nợ: là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ thanh toán cho Daiichi Life Việt Nam. Khoản nợ bao gồm các khoản:

(i) Phí bảo hiểm chưa thanh toán; và

(ii) Các quyền lợi bảo hiểm đã được Daiichi Life Việt Nam chi trả trước đó liên quan đến Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm có Hành vi gian lận bảo hiểm, Vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin được quy định tại Điều 5.4 của Quy tắc và Điều khoản này; và

(iii) Bất kỳ khoản tiền nào khác mà Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm thanh toán cho Daiichi Life Việt Nam theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm.

Theo đó, Daiichi Life Việt Nam có quyền khấu trừ/cấn trừ Khoản nợ này trước khi chi trả bất kỳ khoản tiền nào cho Bên mua bảo hiểm hoặc trước khi chấm dứt một phần hoặc toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm.

1.28. 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 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 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.

1.29. Năm hợp đồng: là khoảng thời gian từ Ngày bắt đầu được bảo hiểm đến hết ngày liền kề trước Ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm.

1.30. Ngày bắt đầu được bảo hiểm: là ngày Người được bảo hiểm bắt đầu được bảo hiểm và được hưởng các quyền lợi bảo hiểm theo quy định trong Hợp đồng bảo hiểm, cụ thể là:

- Ngày hiệu lực hợp đồng, đối với Thành viên của nhóm đã có trong danh sách Thành viên của nhóm tại Ngày hiệu lực hợp đồng; hoặc
- Ngày được ghi nhận theo thông báo, thỏa thuận hoặc xác nhận của Daiichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm, đối với Thành viên của nhóm được bổ sung tham gia sau Ngày hiệu lực hợp đồng.
- Ngày bắt đầu được bảo hiểm được xác định riêng đối với mỗi lần Người được bảo hiểm được chấp nhận tham gia bảo hiểm (bao gồm trường hợp Tham gia bảo hiểm lần đầu và Tái ký Hợp đồng bảo hiểm).

1.31. Ngày hiệu lực hợp đồng: là ngày Hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực. Ngày hiệu lực hợp đồng được ghi nhận trong Hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện Bên mua bảo hiểm vẫn đang hoạt động hợp pháp và Thành viên của nhóm vẫn còn sống tại Ngày hiệu lực hợp đồng.

1.32. Ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm: là ngày mà Sản phẩm này chấm dứt và được tính bắt đầu từ 0h00 của ngày đó. Ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm được ghi nhận trong Hợp đồng bảo hiểm.

1.33. Ngày nằm viện: là ngày mà Người được bảo hiểm nằm viện Điều trị nội trú do Bệnh tật tại Bệnh viện, căn cứ theo ngày nhập viện và ngày ra viện trong giấy ra viện. 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. Đồng thời:

a. ***Đối với Quyền lợi Trợ cấp nằm viện/Ngày nằm viện khi điều trị tại Bệnh viện công và không sử dụng bảo hiểm y tế và Quyền lợi Trợ cấp nằm viện/Ngày nằm viện khi sử dụng bảo hiểm y tế:*** Ngày nằm viện là 01 (một) ngày mà Người được bảo hiểm phải (i) lưu trú trong Bệnh viện ít nhất 12 (mười hai) giờ để điều trị Bệnh tật, căn cứ theo ngày nhập viện và ngày ra viện trong giấy ra viện và (ii) thanh toán đầy đủ viện phí, tiền phòng theo quy định của Bệnh viện.

b. ***Đối với Quyền lợi khác:*** Ngày nằm viện được áp dụng như sau:

- Nếu ngày nhập viện và ngày ra 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 ra viện, số Ngày nằm viện được xác định bằng ngày ra viện trừ đi ngày nhập viện. Sau khi xác định số Ngày nằm viện, nếu giờ thực tế ra viện vượt quá giờ lặp lại của giờ nhập viện trong ngày ra viện, thời gian nằm viện phát sinh thêm sẽ được xác định theo giờ.

1.34. Nhồi máu cơ tim: chết một phần cơ tim do thiếu máu nuôi vùng tim đó. Chẩn đoán phải thỏa ít nhất 03 (ba) trong 05 (năm) tiêu chuẩn phù hợp với một cơn đau tim mới:

- Tiền sử đau ngực điển hình phải nhập viện;
- Những thay đổi mới đặc hiệu trên điện tâm đồ (ECG) của nhồi máu với sự xuất hiện của một trong các dấu hiệu sau: đoạn ST chênh lên hoặc chênh xuống, sóng T đảo ngược, sóng Q bệnh lý hoặc block nhánh trái;
- Chẩn đoán tăng men tim CK-MB;
- Chẩn đoán tăng Troponin T > 1mcg/L (1ng/ml); hoặc AccuTnI > 0,5ng/ml hoặc ngưỡng

tương đương với các phương pháp Troponin I khác;

- Phân suất tống máu thất trái (EF) thấp hơn 50% được đo sau đó ít nhất 03 (ba) tháng.

Loại trừ các trường hợp sau:

- Đau thắt ngực không ổn định;
- Nhồi máu cơ tim không xác định thời điểm;
- Sự gia tăng các chỉ dấu sinh học tim hoặc Troponin T hoặc I sau thủ thuật tim qua đường động mạch, bao gồm nhưng không giới hạn ở chụp/nong động mạch vành.

1.35. Người được bảo hiểm (hay "Thành viên của nhóm" hay "Thành viên"): là cá nhân được Daiichi Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm, đang sinh sống tại Việt Nam tại thời điểm nộp Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và có tên trong danh sách Thành viên của nhóm hoặc (các) Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

Người được bảo hiểm bao gồm:

(i) Người lao động của Bên mua bảo hiểm hoặc người lao động của (các) công ty con, (các) công ty thành viên của Bên mua bảo hiểm (gọi tắt là "Người lao động").

(ii) Thành viên/hội viên/cá nhân có mối quan hệ nghề nghiệp, kinh doanh (bao gồm nhưng không giới hạn đối tác, đại lý, nhà phân phối) của (các) Tổ chức kinh tế, Tổ chức xã hội-nghề nghiệp với tư cách là Bên mua bảo hiểm (gọi tắt là "Thành viên/Hội viên của các Tổ chức").

(iii) Người phụ thuộc có quan hệ hôn nhân/huyết thống/nuôi dưỡng với Người lao động/Thành viên/Hội viên của các Tổ chức, bao gồm: vợ/chồng hợp pháp, cha/mẹ ruột, cha/mẹ ruột của vợ/chồng hợp pháp, con/người có quan hệ nuôi dưỡng khác (gọi tắt là "Người phụ thuộc").

1.36. 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 và trừ trường hợp người này làm nhiệm vụ theo sự phân công của cấp có thẩm quyền, Nha sĩ không được là Người được 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.

1.37. Phạm vi địa lý: là quốc gia và/hoặc vùng lãnh thổ mà Daiichi Life Việt Nam đồng ý chi trả các quyền lợi bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm phát sinh khi Người được bảo hiểm khám và điều trị Bệnh tật theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm. Phạm vi địa lý được thể hiện trong Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm:

- Việt Nam; hoặc
- Toàn Cầu.

1.38. Phẫu thuật: là một phương pháp y khoa để điều trị Bệnh 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; ngoại trừ thủ thuật đặc biệt can thiệp mạch máu tim và não được xem thuộc phạm vi của định nghĩa này.

1.39. Phí bảo hiểm: là số tiền mà Bên mua bảo hiểm phải đóng cho tất cả Người được bảo hiểm tham gia Sản phẩm này và được Daiichi Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm, sau khi áp dụng các cơ chế điều chỉnh tăng hoặc giảm Phí bảo hiểm theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm.

1.40. Phòng Chăm sóc đặc biệt (ICU, HDU, CCU, ITU): 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 các phòng cấp cứu ban đầu, phòng hồi tỉnh sau gây mê.

1.41. 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.

1.42. Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm: là (các) văn bản thỏa thuận, thông báo, xác nhận để sửa đổi/bổ sung/điều chỉnh/chấm dứt hiệu lực đối với toàn bộ hoặc một số hoặc một quy định, nội dung của bất kỳ tài liệu nào trong Hợp đồng bảo hiểm.

1.43. Số tiền bảo hiểm: là quyền lợi bảo hiểm tối đa mà Daiichi Life Việt Nam sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm trong Thời hạn bảo hiểm và được Bên mua bảo hiểm lựa chọn vào thời điểm Tham gia bảo hiểm lần đầu hoặc khi Tái ký Hợp đồng bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm.

1.44. Sinh mổ: là một ca sinh con của Người được bảo hiểm tại Bệnh viện, có can thiệp Phẫu thuật mổ lấy thai. Việc sinh mổ của Người được bảo hiểm phải được ghi rõ trong giấy ra viện.

1.45. Sinh thường: là một ca sinh con qua ngả âm đạo của Người được bảo hiểm tại Bệnh viện. Việc sinh thường của Người được bảo hiểm phải được ghi rõ trong giấy ra viện.

1.46. 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 tật, nhiễm các loại vi rút/vi khuẩn/nấm/ký sinh trùng, ngộ độc, nhiễm trùng, biến chứng.

1.47. Tái ký Hợp đồng bảo hiểm: là trường hợp được quy định tại Điều 5.3.1.b của Quy tắc và Điều khoản này.

1.48. Tình trạng bẩm sinh/di truyền: là các tình trạng bất thường về mặt thể chất hoặc tinh thần có nguồn gốc từ lúc sinh ra, cho dù Người được bảo hiểm có nhận biết được tình trạng đó hay không. Việc xác định bệnh bẩm sinh căn cứ vào tài liệu y học, danh sách bệnh bẩm sinh theo hệ thống mã bệnh ICD, căn cứ theo kết quả thăm khám và chẩn đoán của Bác sĩ và thuộc một trong 02 (hai) trường hợp sau: (i) được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai hoặc do di truyền hoặc do đột biến gen; hoặc (ii) là các dị tật, khuyết tật hoặc bệnh lý có nguyên nhân gốc rễ từ các yếu tố bẩm sinh hoặc di truyền tồn tại vào lúc sinh ra hoặc chỉ phát triển, biểu hiện, được chẩn đoán nhiều năm sau khi sinh.

1.49. Tham gia bảo hiểm lần đầu: là trường hợp được quy định tại Điều 5.3.1.a của Quy tắc và Điều khoản này.

1.50. Thời gian chờ: là khoảng thời gian mà các sự kiện bảo hiểm xảy ra sẽ không được chi trả quyền lợi bảo hiểm, trừ trường hợp có thỏa thuận khác bằng văn bản giữa Bên mua bảo hiểm và Daiichi Life Việt Nam tại thời điểm Tham gia bảo hiểm lần đầu hoặc Tái ký Hợp đồng bảo hiểm.

1.51. Thời hạn bảo hiểm: được tính từ thời điểm Daiichi Life Việt Nam bắt đầu chấp thuận bảo hiểm đến khi chấm dứt hiệu lực bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm cụ thể do Bên mua bảo hiểm và Daiichi Life Việt Nam thỏa thuận và không vượt quá 01 (một) năm, được quy định trong Hợp

đồng bảo hiểm.

Đối với Bên mua bảo hiểm có Quy mô nhóm từ 50 (năm mươi) Thành viên trở xuống, khi Tham gia bảo hiểm lần đầu, Thời hạn bảo hiểm là 01 (một) năm.

1.52. Thời hạn đóng phí: là khoảng thời gian mà Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng phí cho Hợp đồng bảo hiểm. Thời hạn đóng phí theo thỏa thuận giữa Daiichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm, phù hợp với quy định pháp luật.

1.53. Thương tật: là (các) thương tích trên thân thể của Người được bảo hiểm do Tai nạn gây ra.

1.54. Tình trạng nguy cấp: là tình trạng sức khỏe của Thành viên của nhóm khi đáp ứng tất cả điều kiện sau: (i) thay đổi đột ngột, bất ngờ, không lường trước được do Bệnh tật, và (ii) đòi hỏi phải có sự can thiệp hoặc sự điều trị y tế khẩn cấp, ngay lập tức theo chỉ định của Bác sĩ để ngăn ngừa nguy cơ tử vong, hoặc tránh tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe thể chất, hoặc nhằm duy trì các dấu hiệu sinh tồn về tuần hoàn và hô hấp. Mức độ nghiêm trọng sẽ được đánh giá dựa trên hoàn cảnh thực tế, bản chất của điều trị cấp cứu và khả năng đáp ứng của các phương tiện cấp cứu sẵn có của từng địa phương.

1.55. Tổ chức xã hội - nghề nghiệp: là pháp nhân, được thành lập và hoạt động hợp pháp trên cơ sở tự nguyện nhằm mục đích hỗ trợ các thành viên trong hoạt động xã hội, nghề nghiệp và bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp của các thành viên.

1.56. Tổ chức kinh tế: là tổ chức được thành lập và hoạt động theo quy định của pháp luật Việt Nam, gồm doanh nghiệp, hợp tác xã, liên hiệp hợp tác xã và tổ chức khác thực hiện hoạt động đầu tư kinh doanh theo quy định pháp luật.

1.57. 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.

1.58. Tuổi: là tuổi tính theo ngày sinh nhật gần nhất vừa qua của Người được bảo hiểm.

1.59. Ung thư giai đoạn cuối (giai đoạn IV): bệnh ung thư giai đoạn cuối phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

(i) Khối u ác tính được đặc trưng bởi sự phát triển không kiểm soát của những tế bào ác tính và sự xâm lấn vào các mô bình thường; hoặc các bệnh bạch cầu, ung thư hạch (ngoại trừ ung thư hạch ở da), sarcoma. Chẩn đoán phải được xác định bằng kết quả mô bệnh học bởi Bác sĩ chuyên khoa Ung bướu hoặc Bác sĩ chuyên khoa Giải phẫu bệnh. Chẩn đoán lâm sàng hoặc chẩn đoán dựa trên tế bào khối u hoặc các phân tử của khối u trong dịch cơ thể (bao gồm nhưng không giới hạn ở sinh thiết lỏng) sẽ không đáp ứng định nghĩa này.

(ii) Các bệnh/tình trạng sau đây bị loại trừ:

a. Các khối u là ung thư biểu mô tại chỗ;

b. Các khối u có kết quả mô học là tiền ung thư hoặc không xâm lấn;

c. Tăng sừng hóa, các ung thư da tế bào vảy và tế bào đáy, và ung thư hắc tố nhỏ hơn 1,5mm theo độ dày Breslow, hoặc nhỏ hơn Clark mức độ 3, trừ khi có bằng chứng của di căn;

d. Ung thư tuyến tiền liệt có kết quả mô học phân loại T1N0M0, hay là ung thư tuyến tiền liệt có phân loại tương đương hoặc thấp hơn;

e. Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú hoặc thể nang, có hoặc không có di căn hạch bạch huyết, không có bằng chứng di căn xa, tất cả các loại mô học khác của ung thư tuyến giáp có kết quả mô học phân loại T1N0M0 hoặc thấp hơn;

f. Ung thư biểu mô dạng nhú không xâm nhập của bàng quang và bệnh bạch cầu mạn dòng lympho giai đoạn RAI dưới 3.

g. Tất cả các loại khối u đi kèm với sự hiện diện của nhiễm HIV.

1.60. Văn bản thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm: là văn bản được ký kết bởi Bên mua bảo hiểm và Daiichi Life Việt Nam trên cơ sở Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm.

1.61. Vật lý trị liệu (phục hồi chức năng): là phương pháp điều trị y khoa theo chỉ định của Bác sĩ, sử dụng các bài tập vận động hoặc tác nhân vật lý nhằm giảm đau và phục hồi chức năng hoạt động bình thường hàng ngày của Người được bảo hiểm (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.

1.62. Xác nhận bảo hiểm: là văn bản xác nhận bảo hiểm do Daiichi Life Việt Nam phát hành để thể hiện các thông tin chính của Hợp đồng bảo hiểm.

1.63. 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 tật thông qua thuốc men, phẫu thuật hoặc bằng phương pháp trị liệu tiên tiến khác.

1.64. 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.

1.65. 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.

ĐIỀU 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

2.1. Phạm vi bảo hiểm

Trừ khi có quy định khác trong Quy tắc và Điều khoản này hoặc Bên mua bảo hiểm và Daiichi Life Việt Nam có thỏa thuận khác trong Hợp đồng bảo hiểm, Daiichi Life Việt Nam sẽ chi trả các quyền lợi bảo hiểm theo quy định của Điều 2 này, nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian Sản phẩm này có hiệu lực, thỏa các định nghĩa, giải thích từ ngữ được quy định tại Điều 1 của Quy tắc và Điều khoản này và đáp ứng tất cả điều kiện sau:

a) Việc khám và điều trị Bệnh 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 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 1: Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm* mà Bên mua bảo hiểm đã lựa chọn, sau khi đã trừ đi khoản Đồng chi trả (nếu có), và (iii) không vượt quá Số tiền bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã lựa chọn *(trừ trường hợp Người được bảo hiểm có tham gia Quyền lợi Nhân đôi bảo vệ Bệnh hiểm nghèo).*

c) Tại thời điểm **Tham gia bảo hiểm lần đầu** hoặc **Tái ký Hợp đồng bảo hiểm**, Bên mua bảo hiểm có quyền:

Tham gia bảo hiểm lần đầu	Tái ký Hợp đồng bảo hiểm
Lựa chọn tham gia một hoặc nhiều quyền lợi tùy chọn.	Lựa chọn tham gia hoặc chấm dứt tham gia một hoặc nhiều quyền lợi tùy chọn.
	Đề nghị bổ sung, thay đổi phạm vi bảo hiểm, mức quyền lợi, hạn mức quyền lợi, mức khấu trừ, mức đồng chi trả hoặc các nội dung khác của quyền lợi bắt buộc và/hoặc quyền lợi tùy chọn.

Các yêu cầu nêu trên chỉ có hiệu lực sau khi được Daiichi Life Việt Nam chấp thuận và được ghi nhận trong Hợp đồng bảo hiểm.

Quyền lợi bảo hiểm, phạm vi bảo hiểm, điều kiện bảo hiểm, mức Phí bảo hiểm hoặc các điều khoản đã áp dụng trong Năm hợp đồng trước đó có thể được điều chỉnh và được xác định theo thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Daiichi Life Việt Nam tại thời điểm Tái ký Hợp đồng bảo hiểm.

2.2. Quyền lợi Điều trị nội trú - Điều trị trong ngày do Bệnh tật (Bắt buộc)

Daiichi Life Việt Nam chi trả các quyền lợi bảo hiểm trên cơ sở (i) Chi phí y tế thực tế cho việc khám, điều trị Bệnh tật của Người được bảo hiểm, *đối với quyền lợi bảo hiểm từ Điều 2.2.1 đến Điều 2.2.9 của Quy tắc và Điều khoản này*; (ii) Số tiền bảo hiểm cố định, *đối với quyền lợi bảo hiểm từ Điều 2.2.10 đến Điều 2.2.12 của Quy tắc và Điều khoản này*. Theo đó:

2.2.1. Viện phí Điều trị nội trú

a. Tiền giường/phòng

Daiichi Life Việt Nam chi trả tiền giường và phòng thực tế phát sinh cho mỗi Ngày nằm viện của Người được bảo hiểm, bao gồm 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, HDU, CCU, ITU).

Trong đó, Tiền giường/phòng được giới hạn như sau: trường hợp điều trị tại bệnh viện quốc tế; bệnh viện tư; khoa quốc tế, khoa tự nguyện, khoa dịch vụ, khoa khám chữa bệnh theo yêu cầu tại bệnh viện công; hoặc phòng VIP/phòng hạng sang của Bệnh viện thì tiền giường là chi phí tiền giường của phòng đơn tiêu chuẩn của Bệnh viện đó.

Phòng đơn tiêu chuẩn là phòng 01 (một) giường có giá thấp nhất tại Bệnh viện/ khoa/ khu điều trị.

b. Các chi phí Điều trị nội trú khác

Trong trường hợp Người được bảo hiểm phải Nằm viện để điều trị Bệnh tật, Daiichi Life Việt Nam sẽ chi trả các chi phí y tế thực tế để 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 tật.

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 Người được bảo hiểm hoặc Bác sĩ điều trị.

c. Chi phí Vật lý trị liệu

Daiichi Life Việt Nam chi trả chi phí y tế thực tế để điều trị Bệnh tật của Người được bảo hiểm bằng phương pháp điều trị sử dụng các biện pháp vật lý, nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

(i). việc điều trị này nhằm 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

(ii). các phương pháp điều trị này phải được thực hiện tại Bệnh viện trong suốt thời gian Điều trị nội trú.

2.2.2. Chi phí phẫu thuật (nội trú, trong ngày, ngoại trú), Thủ thuật đặc biệt can thiệp mạch máu tim và não

Daiichi Life Việt Nam sẽ chi trả chi phí y tế thực tế liên quan đến Phẫu thuật được Bác sĩ chỉ định do Bệnh tật của Người được bảo hiểm bao gồm:

- **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/gây tê, 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 khi Người được bảo hiểm thực hiện Phẫu thuật khi Điều trị nội trú.
- **Chi phí Phẫu thuật ngoại trú/Phẫu thuật trong ngày:** chi phí y tế thực tế liên quan đến Phẫu thuật thực hiện khi Người được bảo hiểm được Điều trị ngoại trú hoặc Điều trị trong ngày tại Bệnh viện.

2.2.3. Cấy ghép nội tạng (không bao gồm chi phí liên quan đến người hiến tạng)

Daiichi Life Việt Nam chi trả chi phí y tế thực tế trong trường hợp Người được bảo hiểm (người nhận bộ phận) phải điều trị bằng phương pháp cấy ghép 04 (bốn) bộ phận gồm: thận, tim, gan và tủy xương được thực hiện bởi Bác sĩ tại Bệnh viện.

Và trong mọi trường hợp, Daiichi Life Việt Nam không chi trả bất kỳ chi phí nào để có cơ quan cấy ghép (cho, nhận, bảo quản, vận chuyển và các chi phí tương tự khác) và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể.

2.2.4. Chi phí điều trị cấp cứu (Nội trú, trong ngày, ngoại trú)/Phòng chăm sóc đặc biệt/Phòng điều trị tích cực (bao gồm nhưng không giới hạn ICU, HDU, CCU, ITU)

Daiichi Life Việt Nam chi trả chi phí y tế thực tế để điều trị Bệnh tật của Người được bảo hiểm tại phòng cấp cứu của một cơ sở y tế hợp pháp hoặc phòng Chăm sóc đặc biệt/Phòng điều trị tích cực (ICU, HDU, CCU, ITU) theo chỉ định của Bác sĩ bao gồm chi phí một giường và chi phí công điều dưỡng, chăm sóc khi Điều trị nội trú, Điều trị ngoại trú và Điều trị trong ngày do Bệnh tật.

2.2.5. Chi phí vận chuyển cấp cứu trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam bằng xe cứu thương

Daiichi Life Việt Nam chi trả chi phí y tế thực tế liên quan đến việc 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 trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam và 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.

2.2.6. Chi phí điều trị trước nhập viện

Daiichi Life Việt Nam chi trả các chi phí y tế thực tế để thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán, thuốc được kê đơn, chỉ định điều trị liên quan trực tiếp đến Bệnh tật của Người được bảo hiểm cho Đợt nằm viện đó khi Điều trị trước khi nhập viện.

2.2.7. Chi phí điều trị sau xuất viện

Daiichi Life Việt Nam chi trả các chi phí y tế thực tế phát sinh khi khám chữa Bệnh tật trong 60 (sáu mươi) ngày kể từ ngày ra viện để thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán, thuốc được kê đơn, chỉ định điều trị liên quan trực tiếp đến Bệnh tật của Người được

bảo hiểm cho Đợt nằm viện đó khi Điều trị sau khi ra viện.

2.2.8. Tình trạng bẩm sinh/di truyền

Daiichi Life Việt Nam sẽ chỉ chi trả toàn bộ chi phí y tế thực tế cho việc điều trị các tình trạng liên quan đến hoặc phát sinh từ Tình trạng bẩm sinh/di truyền trong phạm vi hạn mức chi trả của Quyền lợi bảo hiểm này được quy định tại Mục 8 Phần 1 Phụ lục 1 của Quy tắc và Điều khoản này.

2.2.9. Y tá chăm sóc tại nhà

Daiichi Life Việt Nam sẽ chi trả các chi phí y tế thực tế cho dịch vụ điều dưỡng, chăm sóc tại nhà phát sinh trong vòng 30 (ba mươi) ngày sau khi Người được bảo hiểm **Điều trị nội trú – Điều trị trong ngày do Bệnh tật** xuất viện, theo chỉ định của Bác sĩ điều trị và được thực hiện bởi Y tá hoặc Điều dưỡng.

2.2.10. Trợ cấp nằm viện/Ngày nằm viện khi điều trị tại Bệnh viện công và không sử dụng bảo hiểm y tế

Daiichi Life Việt Nam sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm với số tiền cố định cho mỗi Ngày nằm viện khi Người được bảo hiểm nằm viện để điều trị Bệnh tật tại Bệnh viện công (không bao gồm khoa quốc tế) và không sử dụng bảo hiểm y tế.

Giới hạn tối đa Daiichi Life Việt Nam chi trả cho quyền lợi này là 60 (sáu mươi) Ngày nằm viện/Năm hợp đồng.

2.2.11. Trợ cấp nằm viện/Ngày nằm viện khi sử dụng bảo hiểm y tế

Daiichi Life Việt Nam sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm với số tiền cố định cho mỗi Ngày nằm viện khi Người được bảo hiểm nằm viện để điều trị Bệnh tật tại Bệnh viện và sử dụng bảo hiểm y tế.

Giới hạn tối đa Daiichi Life Việt Nam chi trả cho quyền lợi này là 60 (sáu mươi) Ngày nằm viện/Năm hợp đồng.

2.2.12. Chu toàn hậu sự

Daiichi Life Việt Nam sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm với số tiền cố định trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong.

2.3. Quyền lợi Điều trị ngoại trú do Bệnh tật và Chăm sóc răng (Tùy chọn)

2.3.1. Quyền lợi Điều trị ngoại trú

a. Lần khám & điều trị ngoại trú

Daiichi Life Việt Nam sẽ chi trả các chi phí y tế thực tế cho mỗi Lần khám & điều trị ngoại trú tại Bệnh viện bao gồm các chi phí:

- Chi phí khám, chẩn đoán của Bác sĩ;
- Chi phí thuốc theo toa;
- Chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh do Bác sĩ chỉ định và có liên quan trực tiếp đến chẩn đoán xác định Bệnh tật được thể hiện trên toa thuốc/sổ khám bệnh/báo cáo y tế;
- Các Chi phí y tế thực tế khác phù hợp với chẩn đoán và điều trị được Daiichi Life Việt Nam chấp thuận.

b. Điều trị Vật lý trị liệu và trị liệu thần kinh cột sống theo chỉ định

Daiichi Life Việt Nam sẽ chi trả các chi phí y tế thực tế cho mỗi Lần điều trị Vật lý trị liệu và trị liệu thần kinh cột sống bao gồm các chi phí:

- Chữa trị theo phương pháp đông y, nắn xương, châm cứu;

- Điều trị Vật lý trị liệu và trị liệu thần kinh cột sống, các liệu pháp ánh sáng do Bác sĩ chỉ định và cần thiết cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh (theo chỉ định) được thực hiện tại Bệnh viện.

Giới hạn tối đa Daiichi Life Việt Nam chi trả cho quyền lợi này là 60 ngày/Năm hợp đồng.

2.3.2. Quyền lợi Chăm sóc răng

Daiichi Life Việt Nam sẽ chi trả các chi phí y tế thực tế cho các kiểm tra, thăm khám, điều trị được thực hiện bởi Nha sĩ, bao gồm:

- Cạo vôi răng, tối đa 02 (hai) lần/năm;
- Khám, chụp X quang, chẩn đoán hình ảnh;
- Điều trị viêm nướu, viêm nha chu;
- Điều trị/Nhổ răng bệnh lý, răng khôn bệnh lý/ răng mọc ngầm bệnh lý (bao gồm nhổ răng có phẫu thuật);
- Điều trị tủy;
- Trám răng bằng amalgam, composite, fuji hoặc các chất liệu tương đương.

2.4. Quyền lợi bảo hiểm lựa chọn (Tùy chọn)

2.4.1. Quyền lợi Chăm sóc y tế dự phòng

Daiichi Life Việt Nam sẽ chi trả các chi phí y tế thực tế cho các kiểm tra, thăm khám, điều trị được thực hiện bởi Bác sĩ, bao gồm:

- Khám mắt tổng quát, điều trị các tật khúc xạ của mắt theo chỉ định của Bác sĩ cho tật khúc xạ của mắt bao gồm nhưng không giới hạn chi phí mắt kính (gọng kính, tròng kính);
- Điều trị chỉnh hình giác mạc Ortho K;
- Tiêm ngừa.

2.4.2. Quyền lợi Trợ cấp nghỉ ốm dài hạn

Daiichi Life Việt Nam sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm của quyền lợi này khi Người được bảo hiểm phải nằm viện liên tục trên 14 (mười bốn) ngày cho một Đợt nằm viện để Điều trị nội trú do Bệnh tật.

Quyền lợi này được chi trả 01 (một) lần trong mỗi Năm hợp đồng.

2.4.3. Quyền lợi Nhân đôi bảo vệ Bệnh hiểm nghèo

Daiichi Life Việt Nam sẽ tăng thêm 100% Số tiền bảo hiểm của **Quyền lợi Điều trị nội trú – Điều trị trong ngày do Bệnh tật** để chi trả chi phí y tế thực tế cho việc điều trị Ung thư giai đoạn cuối, Đột quỵ, Nhồi máu cơ tim của Người được bảo hiểm khi Số tiền bảo hiểm của **Quyền lợi Điều trị nội trú – Điều trị trong ngày do Bệnh tật** đã được chi trả hết.

Các giới hạn phụ và điều kiện của **Quyền lợi Điều trị nội trú – Điều trị trong ngày do Bệnh tật** không thay đổi.

Daiichi Life Việt Nam chỉ áp dụng Quyền lợi Nhân đôi bảo vệ Bệnh hiểm nghèo 01 (một) lần trong mỗi Năm hợp đồng.

2.4.4. Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo

Daiichi Life Việt Nam sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm của quyền lợi trong trường hợp Người được bảo hiểm bị Ung thư giai đoạn cuối /Đột quỵ/Nhồi máu cơ tim.

Quyền lợi này được chi trả 01 (một) lần trong suốt thời gian tham gia Sản phẩm này bao gồm cả thời gian Tham gia bảo hiểm lần đầu và Tái ký Hợp đồng bảo hiểm.

2.4.5. Quyền lợi Thai sản

Quyền lợi Thai sản là một phần thuộc giới hạn chi trả và được khấu trừ vào hạn mức chi trả của quyền lợi tại **Phần 1: Điều trị nội trú – Điều trị trong ngày do Bệnh tật**.

2.4.5.1. Chăm sóc thai sản

Daiichi Life Việt Nam sẽ chi trả các chi phí y tế thực tế cho các kiểm tra, thăm khám, điều trị cho một Đợt nhập viện sinh con của Người được bảo hiểm gồm:

- Sinh thường hoặc Sinh mổ;
- Biến chứng thai sản khi sinh và sinh khó.

Chăm sóc thai sản không bao gồm các kiểm tra, thăm khám, điều trị phát sinh trước hoặc sau Đợt nằm viện sinh con.

2.4.5.2. Chăm sóc trẻ sơ sinh

Daiichi Life Việt Nam sẽ chi trả các chi phí y tế thực tế cho việc điều trị các Triệu chứng cấp tính hoặc Bệnh cấp tính ở trẻ sơ sinh và việc điều trị này phải bắt đầu trong vòng 07 (bảy) ngày kể từ ngày trẻ được sinh ra.

Triệu chứng cấp tính (Bệnh cấp tính): là tình trạng hoặc dấu hiệu khởi phát đột ngột và yêu cầu điều trị ngắn hạn.

Chăm sóc trẻ sơ sinh không bao gồm khám, chẩn đoán hoặc xét nghiệm nhằm mục đích tầm soát hoặc điều trị Tình trạng bẩm sinh/di truyền.

2.4.5.3. Khám thai

Daiichi Life Việt Nam sẽ chi trả các chi phí y tế thực tế cho việc khám, tư vấn, tiêm ngừa, xét nghiệm máu, xét nghiệm nước tiểu và siêu âm thai theo chỉ định của Bác sĩ trong suốt quá trình mang thai.

Khám thai không bao gồm việc sàng lọc và chẩn đoán trước sinh: (i) các xét nghiệm phát hiện sớm dị tật thai nhi, rối loạn di truyền hoặc chậm phát triển trí tuệ như Double Test, Triple Test, NIPT và các xét nghiệm sàng lọc trước sinh không xâm lấn khác, chọc ối, xét nghiệm nhiễm sắc thể; (ii) chi phí bổ sung thuốc/vitamin trong thai kỳ.

2.4.5.4. Điều trị Biến chứng thai sản ngoại trú

Daiichi Life Việt Nam sẽ chi trả các chi phí y tế thực tế cho việc điều trị các Biến chứng thai sản trong quá trình mang thai hoặc sau khi sinh con của Người được bảo hiểm.

ĐIỀU 3: CÁC QUY ĐỊNH LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

Daiichi Life Việt Nam sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm phát sinh từ, liên quan đến hay là hậu quả của các trường hợp sau đây, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Daiichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm:

1. Chi phí thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, 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 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 có kết quả âm tính hoặc trong giới hạn bình thường, xét nghiệm tìm kháng nguyên dị ứng, xét nghiệm gộp mẫu đa tác nhân gây bệnh, xét nghiệm gen/di truyền (ngoại trừ bệnh lý ung thư), hoặc việc điều trị nội trú chủ yếu nhằm mục đích vật lý trị liệu/phục hồi chức năng.
2. Bất kỳ bệnh hoặc rối loạn cảm xúc/tâm lý/nhân cách/hành vi/tâm thần, rối loạn giấc ngủ, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn ăn uống.

3. Thăm khám hoặc điều trị các vấn đề liên quan rối loạn phát triển trí tuệ/thể chất/vận động, rối loạn ngôn ngữ hoặc lời nói, chậm nói, rối loạn tăng động giảm chú ý, biếng ăn, rối loạn phổ tự kỷ, các tham vấn tâm lý hoặc liệu pháp điều trị tâm lý.
4. Điều trị bệnh lý liên quan đến thần kinh như các tình trạng rối loạn thần kinh thực vật, suy nhược thần kinh, sa sút trí tuệ, rối loạn Tic/hội chứng Tourette.
5. Điều trị liên quan đến chứng ngừng thở khi ngủ, ngủ ngáy, suy mòn/suy nhược cơ thể, tình trạng căng thẳng (stress)/khó ở/mệt mỏi, suy giảm trí nhớ, sa sút trí tuệ.
6. Kiểm tra thị lực, thăm khám hoặc điều trị tật khúc xạ mắt (cận thị/viễn thị/loạn thị/lão thị) trừ trường hợp tham gia Quyền lợi Chăm sóc y tế dự phòng, nhược thị, song thị, lé/lác mắt, sụp mi, mỏi/khô mắt, rối loạn điều tiết mắt, thoái hóa võng mạc bao gồm thoái hóa hoàng điểm (điểm vàng), bong/rách võng mạc (trừ trường hợp do chấn thương trực tiếp hoặc viêm nhiễm nhãn cầu), kiểm tra thính lực, lấy ráy tai/nút biểu bì ống tai, sử dụng máy trợ thính, cấy ốc tai điện tử.
7. Phương pháp thẩm mỹ xâm lấn hoặc không xâm lấn hoặc xâm lấn tối thiểu, phẫu thuật tái tạo, phẫu thuật chỉnh hình, 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, đồi mồi, tăng/giảm hoặc rối loạn sắc tố da, mụn thịt, mụn cóc, dày sừng bao gồm chai da, mắt cá, sẹo, gàu, các vấn đề về rụng tóc, U tế bào hắc tố lành tính bao gồm nốt (mụn) ruồi, bớt sắc tố da.
8. Điều trị các vấn đề về cân nặng (tăng hoặc giảm cân), thiếu cân/còi xương/suy dinh dưỡng, thừa cân/béo phì, thiếu khoáng chất/vi chất/vitamin.
9. Các biện pháp kế hoạch hóa gia đình bao gồm phá thai (ngoại trừ trường hợp thỏa điều kiện chi trả quyền lợi Điều trị Biến chứng thai sản ngoại trú khi Người được bảo hiểm tham gia thêm), rối loạn/suy giảm chức năng sinh dục, rối loạn chức năng sinh lý, dậy thì sớm, dậy thì muộn, liệu pháp thay đổi hóc môn trong thời kỳ tiền mãn kinh, điều trị tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ, rối loạn giới tính/bản dạng giới, chuyển đổi giới tính, hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của điều trị trên.
10. Các chi phí khám, chữa bệnh phục vụ mục đích điều trị hiếm muộn hoặc có liên quan quá trình điều trị hiếm muộn, điều trị cắt polyp buồng tử cung (trừ trường hợp điều trị ở phụ nữ sau mãn kinh, có triệu chứng ra huyết âm đạo bất thường, kèm tăng sinh nội mạc tử cung/ nguy cơ ung thư hóa, kích thước lớn hơn 1,5 cm, đa polyp, polyp nội mạc tử cung thò ra ngoài cổ tử cung), dính/vách ngăn/dị dạng tử cung, ứ dịch/ứ mủ vòi trứng, các tình trạng viêm dính tử cung hay vòi trứng, các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.
11. Các thăm khám và điều trị liên quan quy đầu, bao quy đầu, giãn tĩnh mạch thừng tinh, phì đại tuyến vú.
12. 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.
13. Bệnh thuộc danh sách bệnh lây truyền qua đường tình dục bao gồm giang mai, bệnh lậu, nhiễm Chlamydia 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.

14. Đại dịch/Dịch bệnh theo công bố, thông tin của cơ quan có thẩm quyền bao gồm dịch bệnh và các rủi ro khác.
15. Sử dụng các chế phẩm điều trị không có số đăng ký thuốc, sử dụng các sản phẩm có thành phần là vitamin, khoáng chất, chất dinh dưỡng bổ sung, thực phẩm chức năng, mỹ phẩm, các chế phẩm điều trị bằng cách tiêm truyền/tiêm khớp/tiêm dưới da hoặc dung dịch nhỏ mắt, nhỏ mũi, xịt mũi họng, kem (cream) bôi không có số đăng ký thuốc, các loại gel chống dính sau phẫu thuật.
16. Điều trị bằng Y học thay thế đối với Quyền lợi Điều trị nội trú – Điều trị trong ngày do Bệnh tật.
17. Tiêm chủng trừ trường hợp tham gia Quyền lợi Chăm sóc y tế dự phòng, khám sức khỏe hoặc khám mục đích kiểm tra, tầm soát bệnh, điều trị liên quan đến chăm sóc/dưỡng bệnh/tĩnh dưỡng, điều trị hoặc phòng ngừa để giảm nhẹ các triệu chứng thông thường liên quan đến tuổi già, điều trị phòng ngừa 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.
18. 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).
19. Tất cả các chi phí điều trị 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; hoặc chi phí điều trị phát sinh 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 chi phí điều trị phát sinh 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.
20. Người được bảo hiểm tham gia vào các môn thể thao nguy hiểm kể cả với tư cách là vận động viên chuyên nghiệp, bao gồm lặn có bình dưỡng khí, nhảy bungee, nhảy dù, leo núi, đua ngựa hay đua trên các phương tiện có bánh xe, trượt tuyết, đua trượt ván tốc độ, săn bắn, lái tàu lượn, dù lượn, khinh khí cầu, vượt chướng ngại vật, (các) hoạt động thể thao bắt buộc có người hướng dẫn tập luyện và (các) hoạt động thể thao mạo hiểm theo danh mục được pháp luật quy định tại từng thời điểm.
21. Các chi phí khám bệnh, xét nghiệm, thực hiện các cận lâm sàng, tư vấn, theo dõi hoặc tái khám trong các trường hợp sau:
    (i) Khám bệnh, xét nghiệm hoặc thực hiện các cận lâm sàng không có kết luận Bệnh của Bác sĩ hoặc có kết luận chẩn đoán là bình thường.
    (ii) Khám bệnh khi không có triệu chứng, bao gồm trường hợp sau khi khám có phát hiện bất thường hoặc được chẩn đoán bệnh mà không chỉ định điều trị bằng thuốc hoặc Phẫu thuật hoặc không phải điều trị đặc hiệu; khám theo dõi bệnh có sẵn mà không có điều trị đặc hiệu cho bệnh đó.

ĐIỀU 4: CÁC QUY ĐỊNH LIÊN QUAN ĐẾN THỜI GIAN CHỜ

4.1. Quy mô nhóm

Liên quan đến Thời gian chờ, Quy mô nhóm được xác định trên cơ sở số lượng Người được bảo hiểm (không tính Người phụ thuộc) đủ điều kiện tham gia bảo hiểm tại thời điểm khi Tham gia bảo hiểm lần đầu hoặc khi Tái ký Hợp đồng bảo hiểm.

4.2. Quy định chung về thực hiện Thời gian chờ

Thời gian chờ được thực hiện riêng đối với từng Người được bảo hiểm và từng quyền lợi bảo hiểm; và được tính từ Ngày bắt đầu được bảo hiểm khi Người được bảo hiểm đó Tham gia bảo

hiểm lần đầu.

Đối với Quyền lợi Điều trị nội trú – Điều trị trong ngày do Bệnh tật, Quyền lợi Điều trị ngoại trú do Bệnh tật và Chăm sóc răng, Quyền lợi bảo hiểm lựa chọn, Thời gian chờ sẽ được áp dụng như sau:

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Quy mô nhóm</td><td colspan="4">Thời gian chờ áp dụng cho</td></tr>
<tr><td>Bệnh (ngoại trừ Bệnh đặc biệt, Bệnh có sẵn)</td><td>Bệnh đặc biệt</td><td>Bệnh có sẵn</td><td>Chăm sóc thai sản (**)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Nhóm từ 50 Thành viên trở xuống</td><td>Áp dụng Thời gian chờ tiêu chuẩn</td><td>30 ngày</td><td>90 ngày</td><td>12 tháng</td><td>270 ngày</td></tr>
<tr><td>Áp dụng Thời gian chờ điều chỉnh</td><td>Không áp dụng</td><td>Không áp dụng</td><td>Không áp dụng</td><td>270 ngày</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Nhóm trên 50 Thành viên</td><td>Không áp dụng</td><td>Không áp dụng</td><td>Không áp dụng</td><td>Không áp dụng; tuy nhiên, quyền lợi bảo hiểm được điều chỉnh trong 270 ngày đầu tiên (*)</td></tr>
<tr><td colspan="4">(*) Nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra trong khoảng thời gian 270 ngày kể từ Ngày bắt đầu được bảo hiểm khi Người được bảo hiểm Tham gia bảo hiểm lần đầu, Quyền lợi lựa chọn – Quyền lợi chăm sóc thai sản được thanh toán theo tỷ lệ giữa số ngày đã tham gia bảo hiểm thực tế (tính từ Ngày bắt đầu được bảo hiểm của Thành viên của nhóm đến ngày đầu tiên của đợt điều trị thể hiện trên chứng từ y tế) với 270 ngày.
Theo đó, Quyền lợi bảo hiểm chi trả được xác định như sau:
Số tiền chi trả = Quyền lợi bảo hiểm đủ điều kiện chi trả (nếu không xét Thời gian chờ) × Tỷ lệ chi trả
(**) Không bao gồm Quyền lợi Khám thai, Chăm sóc trẻ sơ sinh, Điều trị Biến chứng thai sản ngoại trú.</td></tr>
</table>

4.3. Quy định thực hiện Thời gian chờ khi Tái ký Hợp đồng bảo hiểm

- Đối với Người được bảo hiểm tham gia liên tục và được tiếp tục bảo hiểm khi Tái ký Hợp đồng bảo hiểm theo Điều 5.3 của Quy tắc và Điều khoản này:
  - Trường hợp Người được bảo hiểm đã hoàn thành Thời gian chờ tại thời điểm kết thúc Thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm nhóm liền trước: **không áp dụng lại Thời gian chờ**.
  - Trường hợp Người được bảo hiểm chưa hoàn thành Thời gian chờ tại thời điểm kết thúc Thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm nhóm liền trước: Thời gian chờ của Hợp đồng bảo hiểm nhóm được Tái ký được áp dụng bằng **khoảng thời gian còn lại của Thời gian chờ tính từ Ngày bắt đầu được bảo hiểm** của lần Tái ký Hợp đồng bảo hiểm (không tính thời gian ngắt quãng bảo vệ với thời gian ngắt quãng tối đa là 03 (ba) tháng).

- Đối với Người được bảo hiểm tham gia lại sau thời gian gián đoạn bảo hiểm vượt quá 03 (ba) tháng, Người được bảo hiểm sẽ được xem là Tham gia bảo hiểm lần đầu. Theo đó, Thời gian chờ sẽ được áp dụng lại theo quy định tại Điều 4.2 của Quy tắc và Điều khoản này, trừ trường hợp Daiichi Life Việt Nam có thỏa thuận khác bằng văn bản với Bên mua bảo hiểm.

ĐIỀU 5: MỘT SỐ QUY ĐỊNH KHI THAM GIA BẢO HIỂM

5.1. Điều kiện tham gia bảo hiểm

5.1.1. Điều kiện tham gia bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm

Điều kiện đối với Bên mua bảo hiểm khi Tham gia bảo hiểm lần đầu và Tái ký Hợp đồng bảo hiểm như sau:

- Bên mua bảo hiểm phải là tổ chức được thành lập và đang hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, có tư cách pháp lý theo quy định của pháp luật hiện hành.
- Tại thời điểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm (bao gồm trường hợp Tham gia bảo hiểm lần đầu và Tái ký Hợp đồng 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.

5.1.2. Điều kiện tham gia bảo hiểm của Người được bảo hiểm

Người được bảo hiểm khi Tham gia bảo hiểm lần đầu và Tái ký Hợp đồng bảo hiểm phải đáp ứng đầy đủ các điều kiện của Daiichi Life Việt Nam.

Daiichi Life Việt Nam có quyền áp dụng các yêu cầu thẩm định và điều kiện chấp nhận bảo hiểm đối với từng nhóm được bảo hiểm dựa trên những thông tin trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cung cấp cho Daiichi Life Việt Nam. Khi Tái ký Hợp đồng bảo hiểm, Daiichi Life Việt Nam có thể xem xét chấp nhận bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm không đáp ứng các điều kiện trên cơ sở thỏa thuận với Bên mua bảo hiểm.

5.2. Quyền lợi có thể được bảo hiểm giữa Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm

Tại thời điểm yêu cầu tham gia bảo hiểm (bao gồm trường hợp Tham gia bảo hiểm lần đầu và Tái ký Hợp đồng 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.

5.3. Các trường hợp tham gia bảo hiểm

5.3.1. Các trường hợp tham gia bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm

a. Tham gia bảo hiểm lần đầu

Là trường hợp Bên mua bảo hiểm lần đầu tiên giao kết Hợp đồng bảo hiểm nhóm của Sản phẩm này với Daiichi Life Việt Nam.

Bên mua bảo hiểm cũng được xem là Tham gia bảo hiểm lần đầu nếu (i) trước đó đã từng tham gia Sản phẩm này nhưng không duy trì liên tục và (ii) thời gian gián đoạn giữa ngày chấm dứt hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm của Sản phẩm này gần nhất với ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm mới vượt quá 03 (ba) tháng.

b. Tái ký Hợp đồng bảo hiểm

Là trường hợp Bên mua bảo hiểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm nhóm mới của Sản phẩm này với Daiichi Life Việt Nam ngay sau khi Hợp đồng bảo hiểm nhóm của Sản phẩm này liền kề trước đó chấm dứt hiệu lực và thời gian gián đoạn giữa hai Hợp đồng bảo hiểm không vượt quá 03 (ba) tháng.

5.3.2. Các trường hợp tham gia bảo hiểm của Người được bảo hiểm

a. Tham gia bảo hiểm lần đầu

Là trường hợp Người được bảo hiểm lần đầu tiên được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm nhóm của Sản phẩm này do Bên mua bảo hiểm giao kết với Daiichi Life Việt Nam, bất kể Bên mua bảo hiểm đang thuộc trường hợp Tham gia bảo hiểm lần đầu hay Tái ký Hợp đồng bảo hiểm.

Người được bảo hiểm cũng được xem là Tham gia bảo hiểm lần đầu nếu trước đó đã từng được bảo hiểm theo Sản phẩm này nhưng không duy trì liên tục và thời gian gián đoạn bảo hiểm vượt quá 03 (ba) tháng.

b. Tham gia liên tục Hợp đồng bảo hiểm

Là trường hợp Người được bảo hiểm tiếp tục được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm nhóm được tái ký giữa Bên mua bảo hiểm và Daiichi Life Việt Nam, với điều kiện Người được bảo hiểm đã được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm nhóm của Sản phẩm này liền kề trước đó và thời gian gián đoạn bảo hiểm không vượt quá 03 (ba) tháng.

Thời gian gián đoạn bảo hiểm là khoảng thời gian Người được bảo hiểm không được bảo vệ theo Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm một trong các trường hợp sau:

- Có khoảng thời gian không được bảo hiểm giữa hai Hợp đồng bảo hiểm nhóm liên tiếp; hoặc
- Hợp đồng bảo hiểm nhóm vẫn còn hiệu lực nhưng Người được bảo hiểm tạm thời không thuộc đối tượng được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm nhưng không giới hạn các trường hợp nghỉ việc, chuyển công tác, thay đổi đơn vị công tác, hoặc các trường hợp tương tự.

Trường hợp thời gian gián đoạn bảo hiểm không vượt quá 03 (ba) tháng, Người được bảo hiểm được xác định là Tham gia liên tục Hợp đồng bảo hiểm, không phải là Tham gia bảo hiểm lần đầu.

5.4. Nghĩa vụ cung cấp và bảo mật thông tin

5.4.1. 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 Daiichi 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 Daiichi Life Việt Nam đánh giá khả năng chấp thuận bảo hiểm khi tham gia Sản phẩm này hoặc các yêu cầu khác về điều chỉnh Hợp đồng bảo hiểm. 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 tại Điều 5.4.1.a này.

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 Daiichi Life Việt Nam đều ảnh hưởng đến quyết định của Daiichi Life Việt Nam về việc giao kết Hợp đồng bảo hiểm hoặc chấp thuận hoặc từ chối bảo hiểm. Khi đó, Daiichi Life Việt Nam có quyền áp dụng quy định tại Điều 5.4.1.b hoặc Điều 5.4.1.c, 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 Daiichi Life Việt Nam khi tham gia Sản phẩm này, không phụ thuộc vào thời điểm phát hiện vi phạm, Daiichi Life Việt Nam có toàn quyền đơn phương hủy bỏ một phần hoặc toàn bộ Hợp

đồng bảo hiểm, ngoại trừ có thỏa thuận khác giữa Daiichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm. Theo đó, hậu quả của việc hủy bỏ là một phần hoặc toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực từ thời điểm được Daiichi Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm. Khi đó, Daiichi 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 một phần hoặc toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm bị hủy bỏ; và hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm (trừ trường hợp có thỏa thuận khác) toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng liên quan đến một phần hoặc toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm bị hủy bỏ, sau khi trừ đi Khoản nợ và chi phí hợp lý quy định tại Điều 5.4.1.d.

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 Daiichi Life Việt Nam khi thực hiện (các) yêu cầu khác về điều chỉnh Hợp đồng bảo hiểm (sau đây gọi tắt là "Yêu cầu vi phạm"), không phụ thuộc vào thời điểm phát hiện vi phạm, Daiichi Life Việt Nam có quyền quyết định đơn phương hủy bỏ quyết định của Daiichi Life Việt Nam về việc chấp thuận đối với Yêu cầu vi phạm, ngoại trừ có thỏa thuận khác giữa Daiichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm. Theo đó, việc điều chỉnh Hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực từ thời điểm Daiichi Life Việt Nam chấp thuận đối với Yêu cầu vi phạm. Khi đó, Daiichi 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 (trừ trường hợp có thỏa thuận khác) toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng liên quan đến Yêu cầu vi phạm và các khoản Phí bảo hiểm đã đóng sau đó (nếu có), sau khi trừ đi Khoản nợ và chi phí hợp lý quy định tại Điều 5.4.1.d.

d. Chi phí hợp lý được xác định bằng 20% của Phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ phải đóng theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm liên quan đến việc hủy bỏ Sản phẩm này hoặc Yêu cầu vi phạm xét trong Năm hợp đồng hiện hành.

5.4.2. Hành vi gian lận bảo hiểm

Nếu Daiichi Life Việt Nam có bằng chứng về việc Hành vi gian lận bảo hiểm đã được thực hiện thì Daiichi Life Việt Nam có quyền áp dụng một hoặc tất cả các biện pháp dưới đây:

a. Không chi trả quyền lợi bảo hiểm cho các sự kiện bảo hiểm có liên quan đến Hành vi gian lận bảo hiểm. Trong trường hợp Daiichi Life Việt Nam đã chi trả, Daiichi Life Việt Nam sẽ thu hồi quyền lợi bảo hiểm đã chi trả, bao gồm cả việc khấu trừ vào các quyền lợi bảo hiểm khác được chi trả liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm hoặc liên quan đến Thành viên của nhóm có Hành vi gian lận bảo hiểm;

b. Chấm dứt hiệu lực một phần Hợp đồng bảo hiểm liên quan đến Thành viên của nhóm có Hành vi gian lận bảo hiểm. Khi đó, Daiichi Life Việt Nam sẽ không hoàn lại Phí bảo hiểm đã đóng liên quan đến Thành viên của nhóm có Hành vi gian lận bảo hiểm;

c. Chấm dứt hiệu lực toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm. Khi đó, Daiichi Life Việt Nam sẽ không hoàn lại Phí bảo hiểm đã đóng.

Daiichi Life Việt Nam sẽ gửi thông báo cho Bên mua bảo hiểm về quyết định xử lý của Daiichi Life Việt Nam.

5.4.3. Xác minh các khoản tiền đã đóng

a. Để làm rõ về nguồn gốc (thuộc quyền sở hữu hợp pháp của Bên mua bảo hiểm), tính hợp pháp của bất kỳ khoản tiền nào đã đóng cho Hợp đồng bảo hiểm này, Bên mua

bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp các chứng từ liên quan đến các khoản tiền đã đóng cho Hợp đồng bảo hiểm này, theo (i) bất kỳ quy định nào của pháp luật, (ii) bất kỳ yêu cầu, truy vấn nào của cơ quan nhà nước có thẩm quyền, (iii) bất kỳ nghi ngờ nào của Daiichi Life Việt Nam về nguồn gốc, tính hợp pháp của (các) khoản tiền này.

b. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không chứng minh được nguồn gốc, tính hợp pháp của (các) khoản tiền này, Daiichi Life Việt Nam có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm này hoặc hủy bỏ bất kỳ giao dịch nào liên quan đến (các) khoản tiền này.

5.4.4. Nghĩa vụ cung cấp, giải thích thông tin cho Bên mua bảo hiểm của Daiichi Life Việt Nam

a. Daiichi Life Việt Nam có nghĩa vụ cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm.

b. Trường hợp Daiichi Life Việt Nam cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết hợp đồng thì Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. Khi đó, Daiichi Life Việt Nam sẽ hoàn lại toàn bộ số Phí bảo hiểm đã đóng và bồi thường thiệt hại phát sinh (nếu có) cho Bên mua bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật.

5.4.5. Nghĩa vụ bảo mật thông tin của Daiichi Life Việt Nam

a. Daiichi Life Việt Nam có nghĩa vụ bảo mật thông tin dữ liệu cá nhân của Người được bảo hiểm theo quy định của Daiichi Life Việt Nam về việc bảo vệ và xử lý dữ liệu cá nhân được áp dụng tại từng thời điểm và được công bố tại trang thông tin điện tử chính thức của Daiichi Life Việt Nam và quy định của pháp luật.

b. Việc xử lý dữ liệu cá nhân của Người được bảo hiểm được thực hiện theo quy định của pháp luật, quy định của Daiichi Life Việt Nam và theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm.

ĐIỀU 6: THỰC HIỆN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

6.1. Tái ký Hợp đồng bảo hiểm

a. Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực hoặc trong vòng 03 (ba) tháng kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu Tái ký Hợp đồng bảo hiểm với Daiichi Life Việt Nam.

b. Khi xem xét yêu cầu Tái ký Hợp đồng bảo hiểm, Daiichi Life Việt Nam có toàn quyền chấp thuận Tái ký Hợp đồng bảo hiểm hoặc từ chối Tái ký Hợp đồng bảo hiểm đối với toàn bộ hoặc một phần Thành viên của nhóm.

c. Thời hạn bảo hiểm của mỗi lần Tái ký Hợp đồng bảo hiểm tối đa là 01 (một) năm.

6.2. Nhầm lẫn khi cung cấp thông tin tuổi, giới tính

a. Nếu có nhầm lẫn (không do lỗi cung cấp thông tin của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm theo quy định tại Điều 5.4.1) khi cung cấp ngày tháng năm sinh hoặc giới tính của Người được bảo hiểm thì Phí bảo hiểm sẽ được Daiichi Life Việt Nam điều chỉnh tương ứng với Tuổi hoặc giới tính đúng. Phí bảo hiểm điều chỉnh (nếu có) sẽ được áp dụng từ Ngày bắt đầu được bảo hiểm của Người được bảo hiểm.

b. Nếu theo Tuổi và/hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm không được Daiichi Life Việt Nam chấp nhận bảo hiểm thì Sản phẩm này liên quan đến Người được bảo hiểm này sẽ không có hiệu lực kể từ thời điểm giao kết. Daiichi Life Việt Nam sẽ hoàn trả tổng Phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi cho Bên mua bảo hiểm sau khi trừ đi các chi phí y khoa (nếu

có). Bên cạnh đó, Daiichi Life Việt Nam sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào (nếu có) và thu hồi toàn bộ các quyền lợi bảo hiểm đã được chi trả trước đó liên quan đến Người được bảo hiểm này.

6.3. Cập nhật thông tin của Bên mua bảo hiểm và thông tin cá nhân của Thành viên

a. Nếu Bên mua bảo hiểm, Thành viên của nhóm thay đổi thông tin, bao gồm:
- Thông tin liên lạc như địa chỉ, số điện thoại, thư điện tử (email); hoặc
- Thông tin giấy tờ tùy thân như Căn cước, Căn cước công dân, Giấy khai sinh hoặc Hộ chiếu của Thành viên của nhóm; hoặc
- Tên tổ chức, người đại diện theo pháp luật của Bên mua bảo hiểm.

Bên mua bảo hiểm và/hoặc Thành viên của nhóm đó phải thông báo cho Daiichi Life Việt Nam bằng văn bản kèm theo các giấy tờ liên quan đến việc thay đổi thông tin. Daiichi Life Việt Nam sẽ thông báo xác nhận cho Bên mua bảo hiểm, Thành viên của nhóm khi nhận được thông báo và đầy đủ giấy tờ hợp lệ.

b. Nếu Người được bảo hiểm ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian từ 03 (ba) tháng liên tục trở lên hoặc thay đổi nghề nghiệp/việc làm, thì:

(i) Bên mua bảo hiểm cần phải thông báo bằng văn bản cho Daiichi Life Việt Nam ngay lập tức khi có sự thay đổi nghề nghiệp/việc làm của Thành viên của nhóm hoặc tối thiểu 30 (ba mươi) ngày trước ngày Thành viên của nhóm xuất cảnh.

(ii) Trong trường hợp có bất kỳ sự thay đổi nghề nghiệp/việc làm của Thành viên của nhóm hoặc Thành viên của nhóm xuất cảnh ngoài Điều kiện chuẩn, không phụ thuộc vào thời điểm Bên mua bảo hiểm thông báo, Daiichi Life Việt Nam có toàn quyền quyết định:
- Tiếp tục chấp nhận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm tương ứng với các điều kiện không thay đổi; hoặc
- Loại trừ bảo hiểm theo những điều kiện riêng do Daiichi Life Việt Nam quyết định; hoặc
- Chấm dứt bảo hiểm đối với Thành viên đó.

Thời điểm hiệu lực đối với các quyết định nêu trên là thời điểm phát sinh sự thay đổi thông tin. Quyết định của Daiichi Life Việt Nam được xem là Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp loại trừ bảo hiểm hoặc chấm dứt bảo hiểm liên quan đến Thành viên nhóm, Daiichi Life Việt Nam sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào nếu sự kiện bảo hiểm thuộc trường hợp loại trừ bảo hiểm hoặc xảy ra kể từ thời điểm chấm dứt bảo hiểm đã có hiệu lực.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không đồng ý với quyết định của Daiichi Life Việt Nam, Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương chấm dứt một phần hoặc toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại Điều 6.6 của Quy tắc và Điều khoản này.

c. Đối với các thông tin cá nhân khác (không thuộc các trường hợp thay đổi tại Điều 6.2, Điều 6.3.a, Điều 6.3.b này) của Người được bảo hiểm như thông tin địa chỉ hộp thư điện tử (email) hoặc số điện thoại hoặc mã số thuế thì việc thay đổi chỉ có hiệu lực sau 03 (ba) ngày làm việc kể từ thời điểm Bên mua bảo hiểm thông báo hợp lệ và cung cấp đầy đủ các giấy tờ liên quan đến yêu cầu thay đổi, bổ sung thông tin.

d. Bên mua bảo hiểm sẽ chịu hoàn toàn trách nhiệm đối với mọi thiệt hại phát sinh (nếu có) trong trường hợp không thông báo thông tin thay đổi tới Daiichi Life Việt Nam, và việc chậm trễ thông báo sự thay đổi, bổ sung sẽ không ảnh hưởng đến giá trị pháp lý đối với các giao dịch hoặc nghĩa vụ của Daiichi Life Việt Nam đã thực hiện trước khi việc thay đổi,

bổ sung thông tin được thực hiện. Đồng thời, trường hợp có bất kỳ các vấn đề nào phát sinh (nếu có) trong thời gian Daiichi Life Việt Nam thực hiện việc xem xét và phản hồi đối với yêu cầu thay đổi, bổ sung thông tin, Daiichi Life Việt Nam sẽ thực hiện việc xử lý, giải quyết dựa trên các thông tin gần nhất trước thời điểm thay đổi, bổ sung này.

6.4. Cập nhật thông tin, tăng, giảm Thành viên của nhóm trong Thời hạn bảo hiểm

a. Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm cập nhật thông tin thay đổi của Thành viên của nhóm theo thời gian được thỏa thuận với Daiichi Life Việt Nam bằng văn bản. Các trường hợp thay đổi bao gồm:
   - Tăng, giảm Thành viên của nhóm;
   - Điều chỉnh lương/điều chỉnh cấp bậc của Thành viên của nhóm.
   - Các thay đổi khác làm thay đổi Chương trình bảo hiểm áp dụng đối với Thành viên của nhóm.

b. Với Thành viên của nhóm là Người phụ thuộc có quan hệ hôn nhân/huyết thống/nuôi dưỡng của Người lao động hoặc Thành viên/Hội viên của các Tổ chức:
   - Người lao động hoặc Thành viên/Hội viên của các Tổ chức chỉ được đăng ký bảo hiểm cho Người phụ thuộc một lần vào Ngày bắt đầu được bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm.
   - Đăng ký sau Ngày bắt đầu được bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm chỉ áp dụng với Người phụ thuộc đủ điều kiện tham gia thuộc các trường hợp sau:
     - Con hợp pháp mới sinh đủ điều kiện tham gia;
     - Vợ, chồng hợp pháp mới cưới đủ điều kiện tham gia;
     - Người phụ thuộc của Người lao động hoặc Thành viên/Hội viên của các Tổ chức điều chỉnh cấp bậc và đủ điều kiện tham gia;
     - Người phụ thuộc khác được Daiichi Life Việt Nam chấp thuận được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm.
   - Tất cả Người phụ thuộc chỉ được tham gia bảo hiểm khi Người lao động hoặc Thành viên/Hội viên của các Tổ chức có tên trong danh sách tham gia bảo hiểm và chỉ được tham gia chương trình bằng hoặc thấp hơn Người lao động hoặc Thành viên/Hội viên của các Tổ chức đó theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.

c. Hiệu lực của các thay đổi liên quan đến tăng Thành viên của nhóm được áp dụng kể từ thời điểm Daiichi Life Việt Nam ghi trong văn bản chấp thuận. Đối với trường hợp giảm Thành viên của nhóm thì hiệu lực thay đổi này kể từ thời điểm phát sinh sự kiện/thay đổi đó hoặc theo ngày ghi nhận trong văn bản chấp thuận của Daiichi Life Việt Nam, tùy thuộc vào từng tình huống được quy định trong Quy tắc và điều khoản này. Quyền lợi bảo hiểm của Người phụ thuộc tự động chấm dứt cùng thời điểm chấm dứt quyền lợi bảo hiểm của Người lao động hoặc Thành viên/Hội viên của các Tổ chức (trừ trường hợp có thỏa thuận khác bằng văn bản giữa Bên mua bảo hiểm và Daiichi Life Việt Nam tại thời điểm Tham gia bảo hiểm lần đầu hoặc Tái ký Hợp đồng bảo hiểm).

d. Trong trường hợp Daiichi Life Việt Nam yêu cầu, Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp cho Daiichi Life Việt Nam các tài liệu chứng minh Thành viên của nhóm đủ điều kiện tham gia Sản phẩm này. Bất cứ sự vi phạm nào cũng có thể dẫn tới việc Daiichi Life Việt Nam từ chối chi trả bảo hiểm, chấm dứt bảo hiểm đối với (các) Thành viên của nhóm (trừ trường hợp có thỏa thuận khác bằng văn bản giữa Bên mua bảo hiểm và Daiichi Life Việt Nam).

6.5. Thay đổi Bên mua bảo hiểm

a. Chuyển giao Hợp đồng bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm mới là Tổ chức

(i) Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chuyển giao toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm mới. Thành viên bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm sẽ không thay đổi và việc chuyển giao phải phù hợp với quy định của pháp luật. Khi đó, Bên mua bảo hiểm mới sẽ thừa hưởng toàn bộ quyền và nghĩa vụ đối với Hợp đồng bảo hiểm.

(ii) Bên mua bảo hiểm mới phải thỏa điều kiện là Bên mua bảo hiểm theo quy định tại Sản phẩm này và quy định pháp luật.

(iii) Việc chuyển giao Hợp đồng bảo hiểm chỉ có hiệu lực khi Daiichi Life Việt Nam chấp thuận bằng văn bản.

b. Chuyển đổi thành Hợp đồng bảo hiểm cá nhân

Daiichi Life Việt Nam không áp dụng việc chuyển đổi Hợp đồng bảo hiểm nhóm thành Hợp đồng bảo hiểm cá nhân đối với Sản phẩm này.

6.6. Chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm và hậu quả pháp lý

6.6.1. Các trường hợp chấm dứt toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm

Toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực khi một trong những trường hợp sau đây xảy ra:

a. Kết thúc Thời hạn bảo hiểm;

b. Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn, bằng cách gửi yêu cầu hợp lệ bằng văn bản cho Daiichi Life Việt Nam ít nhất 30 (ba mươi) ngày trước Ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm này;

c. Bên mua bảo hiểm chấm dứt hoạt động;

d. Do những nguyên nhân khác được quy định cụ thể trong Quy tắc và Điều khoản này;

e. Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

6.6.2. Hệ quả của việc chấm dứt toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm

a. Ngày chấm dứt hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm được xác định như sau:

(i) Là ngày xảy ra sự kiện/thay đổi đó hoặc theo quy định pháp luật, khi toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm này chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Điều 6.6.1.a, Điều 6.6.1.c và Điều 6.6.1.e của Quy tắc và Điều khoản này.

(ii) Là ngày được ghi trong văn bản chấp thuận của Daiichi Life Việt Nam, khi toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm này chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Điều 6.6.1.b của Quy tắc và Điều khoản này.

(iii) Là ngày được xác định theo quy định cụ thể trong Quy tắc và Điều khoản này, khi toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm này chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Điều 6.6.1.d của Quy tắc và Điều khoản này.

b. Daiichi Life Việt Nam không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào liên quan đến bất kỳ Bệnh tật nào của bất kỳ Người được bảo hiểm nào phát sinh kể từ thời điểm Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực. Theo đó, Bên mua bảo hiểm vẫn có nghĩa vụ thanh toán đầy đủ và một lần đối với toàn bộ khoản Phí bảo hiểm chưa thanh toán (nếu có) và Khoản nợ cho Daiichi Life Việt Nam.

c. Đối với các khoản Phí bảo hiểm liên quan đến tất cả Thành viên và Phí bảo hiểm ngắn hạn theo quy định tại Điều 6.6.5 của Quy tắc và Điều khoản này và (các) Khoản nợ (nếu có), Daiichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm sẽ thực hiện đối soát và quyết toán.

Sau khi hoàn tất việc đối soát:

- Trường hợp tổng Phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng cho Daiichi Life Việt Nam lớn hơn tổng Phí bảo hiểm ngắn hạn và (các) Khoản nợ (nếu có), Daiichi Life Việt Nam sẽ thanh toán phần chênh lệch còn lại cho Bên mua bảo hiểm;
- Trường hợp tổng Phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng cho Daiichi Life Việt Nam nhỏ hơn tổng Phí bảo hiểm ngắn hạn và (các) Khoản nợ (nếu có), Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm thanh toán phần chênh lệch còn lại cho Daiichi Life Việt Nam.

6.6.3. Chấm dứt một phần Hợp đồng bảo hiểm

Một phần Hợp đồng bảo hiểm (đối với một hoặc một số Thành viên của nhóm) sẽ chấm dứt hiệu lực khi một trong những trường hợp sau đây xảy ra:

a. Thành viên của nhóm tử vong; hoặc

b. Quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 2 của Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm này đối với Thành viên của nhóm đó đã đạt tổng chi trả là 100% Số tiền bảo hiểm *(trừ trường hợp Người được bảo hiểm có tham gia Quyền lợi Nhân đôi bảo vệ Bệnh hiểm nghèo)*; hoặc

c. Thành viên của nhóm chấm dứt hợp đồng lao động hoặc Thành viên/Hội viên của các Tổ chức chấm dứt tư cách Thành viên/Hội viên của các Tổ chức; hoặc

d. Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt một phần Hợp đồng bảo hiểm; hoặc

e. Daiichi Life Việt Nam quyết định chấm dứt một phần Hợp đồng bảo hiểm dựa trên kết quả thẩm định khi Thành viên của nhóm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam trên 03 (ba) tháng hoặc thay đổi nghề nghiệp theo quy định tại Điều 6.3.b của Quy tắc và Điều khoản này; hoặc

f. Bên mua bảo hiểm và/hoặc Thành viên của nhóm kê khai sai Tuổi mà Tuổi đúng của Thành viên thuộc nhóm Tuổi được bảo hiểm nhưng Bên mua bảo hiểm không đồng ý với quyết định của Daiichi Life Việt Nam về việc điều chỉnh theo quy định tại Điều 6.2.a của Quy tắc và Điều khoản này; hoặc

g. Do những nguyên nhân khác được quy định cụ thể trong Quy tắc và Điều khoản này; hoặc

h. Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

Nếu việc bảo hiểm cho Thành viên của nhóm đã chấm dứt theo quy định tại Điều 6.6.3.d, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tham gia bảo hiểm trở lại cho Thành viên đó. Trong trường hợp này, Daiichi Life Việt Nam sẽ xem xét việc bảo hiểm cho Thành viên này theo quy định tại Điều 5.3.2.

6.6.4. Hệ quả của việc chấm dứt một phần Hợp đồng bảo hiểm

a. Ngày chấm dứt hiệu lực bảo hiểm đối với (các) Thành viên của nhóm được xác định như sau:

(i) Là ngày được ghi trong văn bản chấp thuận của Daiichi Life Việt Nam, khi một phần Hợp đồng bảo hiểm này chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Điều 6.6.3.d và Điều 6.6.3.f của Quy tắc và Điều khoản này.

(ii) Là ngày xảy ra sự kiện/thay đổi đó hoặc theo quy định pháp luật, khi một phần Hợp đồng bảo hiểm này chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Điều 6.6.3.a, Điều 6.6.3.b, Điều 6.6.3.c, Điều 6.6.3.e và Điều 6.6.3.h của Quy tắc và Điều khoản này.

(iii) Là ngày được xác định theo quy định cụ thể trong Quy tắc và Điều khoản này, khi một phần Hợp đồng bảo hiểm này chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Điều 6.6.3.g của Quy tắc và Điều khoản này.

b. Daiichi Life Việt Nam không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào liên quan đến bất kỳ Bệnh tật nào của Người được bảo hiểm có liên quan phát sinh kể từ thời điểm một phần của Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực. Theo đó, Bên mua bảo hiểm vẫn có nghĩa vụ thanh toán đầy đủ và một lần đối với các khoản Phí bảo hiểm chưa thanh toán (nếu có) và Khoản nợ cho Daiichi Life Việt Nam.

c. Đối với các khoản Phí bảo hiểm liên quan đến (các) Thành viên bị chấm dứt hiệu lực và Phí bảo hiểm ngắn hạn theo quy định tại Điều 6.6.5 của Quy tắc và Điều khoản này và (các) Khoản nợ (nếu có), Daiichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm sẽ thực hiện đối soát và quyết toán.

Sau khi hoàn tất việc đối soát:

- Trường hợp tổng Phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng cho Daiichi Life Việt Nam lớn hơn tổng Phí bảo hiểm ngắn hạn và (các) Khoản nợ (nếu có), Daiichi Life Việt Nam sẽ thanh toán phần chênh lệch còn lại cho Bên mua bảo hiểm;
- Trường hợp tổng Phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng cho Daiichi Life Việt Nam nhỏ hơn tổng Phí bảo hiểm ngắn hạn và (các) Khoản nợ (nếu có), Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm thanh toán phần chênh lệch còn lại cho Daiichi Life Việt Nam.

6.6.5. Phí bảo hiểm ngắn hạn khi chấm dứt trước hạn

Khi chấm dứt toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm theo Điều **6.6.1.b** hoặc chấm dứt một phần Hợp đồng bảo hiểm theo Điều **6.6.3.c,** Điều **6.6.3.d,** Điều **6.6.3.e và** Điều **6.6.3.f** của Quy tắc và Điều khoản này, Daiichi Life Việt Nam sẽ tính toán lại Phí bảo hiểm ngắn hạn tương ứng với thời gian tham gia bảo hiểm thực tế của từng Thành viên bị chấm dứt theo công thức:

Phí bảo hiểm ngắn hạn = Tỷ lệ phí bảo hiểm ngắn hạn x Phí bảo hiểm phải thu cho thời hạn bảo hiểm năm

Bảng Tỷ lệ phí bảo hiểm ngắn hạn tương ứng với thời gian tham gia bảo hiểm thực tế của từng Thành viên như sau:

Thời gian tham gia bảo hiểm thực tế	Tỷ lệ phí bảo hiểm ngắn hạn
Từ 01 tháng trở xuống	1/12
Trên 01 tháng đến 02 tháng	2/12
Trên 02 tháng đến 03 tháng	3/12
Trên 03 tháng đến 04 tháng	4/12
Trên 04 tháng đến 05 tháng	5/12
Trên 05 tháng đến 06 tháng	6/12

Thời gian tham gia bảo hiểm thực tế	Tỷ lệ phí bảo hiểm ngắn hạn
Trên 06 tháng đến 07 tháng	7/12
Trên 07 tháng đến 08 tháng	8/12
Trên 08 tháng đến 09 tháng	9/12
Trên 09 tháng đến 10 tháng	10/12
Trên 10 tháng đến 11 tháng	11/12
Trên 11 tháng đến dưới 12 tháng	12/12

ĐIỀU 7: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

7.1. Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là 01 (một) năm kể từ ngày ra viện hoặc ngày điều trị ngoại trú, chăm sóc răng. Theo đó, Daiichi Life Việt Nam có quyền từ chối (các) hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm được nộp sau 01 (một) năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.

7.2. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Để yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bằng chi phí của mình, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cần phải thực hiện theo các yêu cầu sau:

a) Cung cấp các thông tin và giấy tờ hồ sơ cần thiết theo yêu cầu của Daiichi Life Việt Nam gồm:

(i) Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm với thông tin đầy đủ và chính xác.

(ii) Giấy tờ chứng minh sự kiện bảo hiểm:

- 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, giấy chuyển tuyến, 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; Hồ sơ điều trị trong ngày hoặc chứng từ tương đương thể hiện thời gian và hình thức điều trị; Phiếu điều trị nha khoa; Phiếu tiêm chủng hoặc sổ tiêm chủng; Đơn kính hoặc chỉ định của Bác sĩ đối với quyền lợi liên quan đến tật khúc xạ.
- Các chứng từ liên quan đến khám thai, sinh con và/hoặc chẩn đoán, điều trị Biến chứng thai sản: đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, giấy chứng nhận/tường trình phẫu thuật (trong trường hợp phẫu thuật), giấy ra viện, trích sao/tóm tắt bệnh án, sổ khám 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.
- 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,…;
- Các bằng chứng y tế được Bác sĩ khám, chẩn đoán hoặc điều trị bao gồm bệnh án nằm viện, các khám nghiệm y tế phù hợp, các bằng chứng về lâm sàng, khám nghiệm hình ảnh, kết quả giải phẫu và các xét nghiệm để chứng minh sự kiện bảo hiểm;
- Giấy xác nhận quá trình điều trị nội trú, Giấy chứng nhận nghỉ việc hưởng bảo hiểm xã hội hoặc các giấy tờ hợp pháp tương đương khác;

- Trích lục khai tử hoặc giấy tờ hợp pháp khác xác nhận việc tử vong.

(iii) 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).

(iv) Giấy ủy quyền cho Daiichi Life Việt Nam thu thập thông tin của Người được bảo hiểm.

b) Daiichi 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 Daiichi 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) Daiichi 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 Daiichi Life Việt Nam chịu trách nhiệm chi trả theo hóa đơn, chứng từ thanh toán hợp lệ.

e) Trong mọi trường hợp, nếu người nhận quyền lợi bảo hiểm không cung cấp được giấy tờ hợp lệ theo quy định pháp luật để chứng minh sự kiện bảo hiểm theo các Điều 7.2.a, Điều 7.2.b và Điều 7.2.c nêu trên, Daiichi Life Việt Nam có quyền từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm.

7.3. Người nhận quyền lợi bảo hiểm

Nếu Bên mua bảo hiểm và Daiichi Life Việt Nam không có bất kỳ thỏa thuận nào khác bằng văn bản, các quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho Người được bảo hiểm. Trong trường hợp Người được bảo hiểm đã tử vong tại thời điểm Daiichi Life Việt Nam quyết định chi trả, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho (những) Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

7.4. Quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm có nhiều Hợp đồng bảo hiểm, chương trình bảo hiểm

Nếu Người được bảo hiểm cùng lúc được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm nhóm và Hợp đồng bảo hiểm cá nhân tại Daiichi Life Việt Nam, Daiichi Life Việt Nam sẽ ưu tiên giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo thứ tự như sau:

(i). Hợp đồng bảo hiểm nhóm.

(ii). Hợp đồng bảo hiểm cá nhân.

Nếu Người được bảo hiểm cùng lúc được bảo hiểm theo nhiều Hợp đồng bảo hiểm (tại Daiichi Life Việt Nam và/hoặc tại công ty bảo hiểm khác), nhiều chương trình bảo hiểm (bao gồm bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế của Việt Nam hoặc của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm sử dụng các dịch vụ y tế theo Sản phẩm này), Người được bảo hiểm có quyền yêu cầu giải quyết quyền lợi ở bất kỳ Hợp đồng bảo hiểm hay chương trình bảo hiểm nào đang có hiệu lực.

Daiichi Life Việt Nam sẽ chỉ thanh toán phần Chi phí y tế thực tế không được chi trả theo Hợp đồng bảo hiểm hay chương trình bảo hiểm khác. Các khoản Chi phí y tế thực tế này phải thuộc phạm vi bảo hiểm, không vượt quá Giới hạn phụ của từng quyền lợi bảo hiểm và không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa của Sản phẩm này.

7.5. Thời hạn chi trả quyền lợi bảo hiểm

a. Daiichi 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 Daiichi Life Việt Nam nhận được đầy đủ chứng từ, hồ sơ hợp lệ theo yêu cầu.

b. Sau khi hết Thời hạn chi trả quyền lợi bảo hiểm tại Điều 7.5.a, nếu việc trì hoãn chi trả là do lỗi của Daiichi Life Việt Nam, Daiichi Life Việt Nam sẽ trả lãi trên số tiền chậm trả cho thời gian chậm trả theo lãi suất áp dụng cho Hợp đồng bảo hiểm đối với các khoản tích lũy được công bố tại trang thông tin điện tử chính thức của Daiichi Life Việt Nam tại từng thời điểm.

7.6. Trường hợp tranh chấp liên quan đến yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm

Trong trường hợp khiếu nại, tranh chấp liên quan đến yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm, Daiichi 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 Daiichi 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.

ĐIỀU 8: GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

8.1. Mọi tranh chấp liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này, nếu không giải quyết được bằng thương lượng giữa các bên, thì một trong các bên có quyền đưa ra tòa án có thẩm quyền tại Việt Nam để giải quyết.

8.2. Thời hiệu khởi kiện để giải quyết tranh chấp liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm là 03 (ba) năm, kể từ ngày Bên mua bảo hiểm hoặc người có quyền yêu cầu biết hoặc phải biết quyền và lợi ích hợp pháp của mình bị xâm phạm.

PHỤ LỤC 1: BẢNG LIỆT KÊ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Phần 1 - QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ – ĐIỀU TRỊ TRONG NGÀY DO BỆNH TẬT (Bắt buộc)		
Số tiền bảo hiểm/Năm hợp đồng		Theo thỏa thuận
Phạm vi địa lý		Theo thỏa thuận
Mức Đồng chi trả		Theo thỏa thuận 0% - 50%
A1 - Quyền lợi Điều trị nội trú – Điều trị trong ngày do Bệnh tật		
1	Viện phí điều trị nội trú	Theo chi phí y tế thực tế. Mức chi trả tối đa cho mỗi Ngày nằm viện bằng 1%, 2%, 3%, 4%, 5%, 6% hoặc 7% STBH, theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm.
	1.1. Tiền giường/phòng	Theo chi phí y tế thực tế
	1.2. Các chi phí điều trị nội trú khác	Theo chi phí y tế thực tế
	1.3. Chi phí Vật lý trị liệu	Theo chi phí y tế thực tế, tối đa 2% STBH/ Năm hợp đồng
2	Chi phí phẫu thuật (Nội trú, trong ngày, ngoại trú), Thủ thuật đặc biệt can thiệp mạch máu tim và não *(Chi phí phẫu thuật ngoại trú vẫn được chi trả kể cả khi không tham gia Quyền lợi B1).*	Theo chi phí y tế thực tế
3	Cấy ghép nội tạng (không bao gồm chi phí liên quan đến người hiến tạng)	Theo chi phí y tế thực tế
4	Chi phí điều trị cấp cứu (Nội trú, trong ngày, ngoại trú)/Phòng chăm sóc đặc biệt/Phòng điều trị tích cực (bao gồm nhưng không giới hạn ICU, HDU, CCU, ITU) *(Chi phí điều trị cấp cứu ngoại trú vẫn được chi trả kể cả khi không tham gia Quyền lợi B1).*	Theo chi phí y tế thực tế
5	Chi phí vận chuyển cấp cứu trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam bằng xe cứu thương	Theo chi phí y tế thực tế
6	Chi phí điều trị trước nhập viện	Theo chi phí y tế thực tế. Mức chi trả tối đa cho mỗi Năm hợp đồng bằng 1%, 2%, 3%, 4%, 5%, 6% hoặc 7% STBH, theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm. Tỷ lệ % này bằng với tỷ lệ được lựa chọn tại quyền lợi **Viện phí điều trị nội trú.**

Phần 1 - QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ – ĐIỀU TRỊ TRONG NGÀY DO BỆNH TẬT (Bắt buộc)		
7	Chi phí điều trị sau xuất viện	Theo chi phí y tế thực tế. Mức chi trả tối đa cho mỗi Năm hợp đồng bằng 1%, 2%, 3%, 4%, 5%, 6% hoặc 7% STBH, theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm. Tỷ lệ % này bằng với tỷ lệ được lựa chọn tại quyền lợi **Viện phí điều trị nội trú.**
8	Tình trạng bẩm sinh/di truyền	Theo chi phí y tế thực tế. Mức chi trả tối đa cho mỗi Năm hợp đồng bằng 1%, 2%, 3%, 4%, 5%, 6% hoặc 7% STBH, theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm. Tỷ lệ % này bằng với tỷ lệ được lựa chọn tại quyền lợi **Viện phí điều trị nội trú.**
9	Y tá chăm sóc tại nhà *Trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện, phải được chỉ định của Bác sĩ và là dịch vụ cung cấp bởi y tá có giấy phép hành nghề.*	Theo chi phí y tế thực tế, tối đa 5% STBH/Năm hợp đồng
10	Trợ cấp nằm viện/Ngày nằm viện khi điều trị tại Bệnh viện công và không sử dụng bảo hiểm y tế (không bao gồm khoa quốc tế) (tối đa 60 Ngày nằm viện/Năm hợp đồng)	Chi trả 0,2% STBH/Ngày nằm viện
11	Trợ cấp nằm viện/Ngày nằm viện khi sử dụng bảo hiểm y tế (tối đa 60 Ngày nằm viện/Năm hợp đồng)	Chi trả 0,3% STBH/Ngày nằm viện
12	Chu toàn hậu sự *Chi trả trong trường hợp NĐBH tử vong.*	Chi trả 2 lần hạn mức của 1 Ngày nằm viện của quyền lợi **Viện phí điều trị nội trú.**

Phần 2 – QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ DO BỆNH TẬT VÀ CHĂM SÓC RĂNG (Tùy chọn)		
Số tiền bảo hiểm/Năm hợp đồng cho cả 2 quyền lợi B1 và B2		Theo thỏa thuận
Phạm vi địa lý		Theo thỏa thuận
Mức đồng chi trả		Theo thỏa thuận 0% - 50%
B1 - Quyền lợi Điều trị ngoại trú do Bệnh tật		
1	Khám & điều trị ngoại trú	Theo chi phí y tế thực tế. Mức chi trả tối đa cho mỗi Lần khám bằng 5%, 10%, 15%, 20%, hoặc 25% STBH, theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm.
2	Điều trị vật lý trị liệu và trị liệu thần kinh cột sống (theo chỉ định) (tối đa 60 ngày/Năm hợp đồng).	Theo chi phí y tế thực tế, tối đa 2% STBH/ngày

Phần 2 – QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ DO BỆNH TẬT VÀ CHĂM SÓC RĂNG (Tùy chọn)		
B2 - Quyền lợi Chăm sóc răng *(chỉ có thể tham gia kèm Quyền lợi B1, không thể tham gia độc lập)*		
1	Chăm sóc răng *(Trong đó số lần chi trả tối đa cho Cạo vôi răng là 02 lần/Năm hợp đồng, không vượt quá 500.000 VNĐ/lần.)*	Theo chi phí y tế thực tế. Mức chi trả tối đa cho mỗi Năm hợp đồng bằng 5%, 10%, 15%, 20%, hoặc 25% STBH, theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm.

Phần 3 – QUYỀN LỢI BẢO HIỂM LỰA CHỌN (Tùy chọn)		
B3 - Quyền lợi Chăm sóc y tế dự phòng		
1	Chăm sóc y tế dự phòng (Chăm sóc mắt, vắc-xin)	Theo chi phí y tế thực tế. Mức chi trả tối đa hàng năm theo thỏa thuận.
B4 - Quyền lợi Trợ cấp nghỉ ốm dài hạn		
1	Trợ cấp nghỉ ốm dài hạn *Chi trả 1 lần trong mỗi Năm hợp đồng nếu NĐBH nằm viện liên tục trên 14 ngày/mỗi Đợt nằm viện.*	100% STBH của quyền lợi này
B5 - Quyền lợi Nhân đôi bảo vệ Bệnh hiểm nghèo		
Phạm vi địa lý		Theo Quyền lợi Điều trị nội trú – Điều trị trong ngày do Bệnh tật
Mức đồng chi trả		Theo Quyền lợi Điều trị nội trú – Điều trị trong ngày do Bệnh tật
1	Nhân đôi bảo vệ Bệnh hiểm nghèo *Tăng thêm 100% Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Điều trị nội trú – Điều trị trong ngày do Bệnh tật để chi trả Chi phí y tế thực tế cho việc điều trị ung thư giai đoạn cuối, đột quỵ, nhồi máu cơ tim của NĐBH khi Số tiền bảo hiểm/Năm hợp đồng của Quyền lợi Điều trị nội trú – Điều trị trong ngày do Bệnh tật đã được chi trả hết.*	*Thêm 100% Số tiền bảo hiểm/Năm hợp đồng của Phần 1, các giới hạn phụ và điều kiện của Phần 1 không thay đổi.*
B6 - Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo		
1	Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo *Chi trả 1 lần trong suốt thời gian tham gia khi NĐBH bị Ung thư giai đoạn cuối, Đột quỵ, Nhồi máu cơ tim theo định nghĩa của DLVN.*	100% STBH của quyền lợi này

Phần 3 – QUYỀN LỢI BẢO HIỂM LỰA CHỌN (Tùy chọn)		
B7 - Quyền lợi Thai sản		
Quyền lợi được lựa chọn bổ sung là một phần thuộc giới hạn chi trả và được khấu trừ vào hạn mức chi trả của quyền lợi tại **Phần 1: Điều trị nội trú – Điều trị trong ngày do Bệnh tật**.		
Phạm vi địa lý		Theo thỏa thuận
Mức đồng chi trả		Theo thỏa thuận 0% - 50%
1	Chăm sóc thai sản *- Chi phí thực tế và cần thiết trong suốt thời gian thai sản và sinh con, không bao gồm chi phí khám thai định kỳ.* *- Sinh thường, Sinh mổ.* *- Biến chứng thai sản & sinh khó.*	Được chi trả cho mục 1 đến 7 thuộc **Phần 1: Điều trị nội trú – Điều trị trong ngày do Bệnh tật** với các giới hạn phụ tương ứng.
2	Chăm sóc trẻ sơ sinh	Theo chi phí y tế thực tế, tối đa 1% STBH/ Năm hợp đồng
3	Khám thai	Theo chi phí y tế thực tế. Mức chi trả tối đa cho mỗi Năm hợp đồng bằng 1%, 2%, 3%, 4%, 5%, 6% hoặc 7% STBH, theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm. Tỷ lệ % này bằng với tỷ lệ được lựa chọn tại quyền lợi **Viện phí điều trị nội trú.**
4	Điều trị Biến chứng thai sản ngoại trú	Theo chi phí y tế thực tế. Mức chi trả tối đa cho mỗi Năm hợp đồng bằng 1%, 2%, 3%, 4%, 5%, 6% hoặc 7% STBH, theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm. Tỷ lệ % này bằng với tỷ lệ được lựa chọn tại quyền lợi **Viện phí điều trị nội trú.**