

Qui tắc Bảo hiểm Điều trị Ung thư Quốc tế (Global Cancer Care)

Chương 1: Điều khoản chung

1.1 Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm (sau đây gọi tắt là “Hợp đồng”) bao gồm các điều khoản bảo hiểm, Giấy yêu cầu bảo hiểm, tài liệu bảo hiểm, đơn bảo hiểm hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm và các sửa đổi bổ sung khác. Tất cả các điều khoản liên quan đến Hợp đồng phải được lập thành văn bản và /hoặc được Công ty bảo hiểm chấp thuận.

Công ty bảo hiểm có quyền thay đổi các quy định của hợp đồng này bất cứ lúc nào nếu nhận thấy cần phải tuân thủ quy định luật pháp và yêu cầu pháp lý hiện hành hoặc khi có bất kỳ thông tin khai báo sai lệch nào của Bên mua bảo hiểm. Công ty bảo hiểm có quyền sửa bất kỳ lỗi văn thư hoặc sai sót trong hợp đồng này bằng cách thông báo cho Bên mua bảo hiểm.

Quyền của Công ty bảo hiểm sẽ không bị vô hiệu nếu Công ty bảo hiểm chưa hoặc chậm trễ thực hiện bất kỳ quyền lợi nào nêu trên.

Công ty bảo hiểm có thể gửi thông báo yêu cầu thông tin liên quan đến hợp đồng bằng các phương tiện và hình thức phù hợp với quy định và quy tắc hành chính của Công ty.

1.2 Giao kết hợp đồng

Hợp đồng sẽ được giao kết khi có đơn yêu cầu bảo hiểm từ Bên mua bảo hiểm và đơn yêu cầu bảo hiểm này được sự chấp thuận của Công ty bảo hiểm.

1.3 Bên mua bảo hiểm

Là cá nhân có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo quy định pháp luật giao kết hợp đồng bảo hiểm với Công ty bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng.

1.4 Người được bảo hiểm

Là cá nhân có tính mạng hoặc tình trạng sức khỏe được bảo hiểm theo Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm. Người được bảo hiểm đã hoàn thành việc kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và hiệu lực bảo hiểm đã được xác nhận. Người được bảo hiểm có thể đồng thời là Người thụ hưởng.

1.5 Người thụ hưởng

Trừ khi có thỏa thuận khác trong Hợp đồng bảo hiểm, Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm sẽ theo thứ tự ưu tiên lần lượt như dưới đây:

a) Người được bảo hiểm; hoặc

b) Người thụ hưởng được chỉ định trong Giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc trong thông báo cập nhật mới nhất về việc thay đổi Người thụ hưởng (nếu có). Nếu có nhiều hơn một Người thụ hưởng

được chỉ định và một trong số họ không còn sống hoặc không tồn tại tại thời điểm xảy ra sự kiện được bảo hiểm, quyền lợi của người này sẽ được chi trả cho người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm; hoặc

c) Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm nếu như không có Người thụ hưởng được chỉ định.

1.6 Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm là một năm kể từ thời điểm bắt đầu tới khi kết thúc được quy định trong Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.7 Tái tục hợp đồng bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có thể thanh toán phí bảo hiểm tái tục cho Công ty bảo hiểm trước hoặc trong ngày hết thời hạn bảo hiểm để tiếp tục bảo hiểm. Nếu Công ty bảo hiểm đồng ý tiếp tục bảo hiểm và đã nhận được phí bảo hiểm tái tục thì sẽ cấp hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực trong một năm tiếp theo.

Đối với yêu cầu tái tục bảo hiểm, Công ty bảo hiểm có quyền điều chỉnh mức phí bảo hiểm căn cứ vào độ tuổi của Người được bảo hiểm, sự thay đổi hạn mức bảo hiểm (nếu có) và căn cứ vào điều kiện điều khoản chung của Hợp đồng.

Nếu Bên mua bảo hiểm không yêu cầu tái tục bảo hiểm, hoặc không thanh toán phí bảo hiểm tái tục hoặc bị Công ty bảo hiểm từ chối tái tục sau khi xem xét thẩm định, thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt và không được tái tục. Sau đó, nếu Bên mua bảo hiểm lại yêu cầu tiếp tục bảo hiểm thì cần phải nộp lại Đơn yêu cầu bảo hiểm và Hợp đồng sẽ chỉ được cấp khi có sự chấp thuận của Công ty bảo hiểm và thời gian chờ sẽ được áp dụng.

Hợp đồng sẽ không mặc nhiên tái tục hàng năm. Trong bất kỳ trường hợp nào sau đây, Công ty bảo hiểm sẽ không chấp nhận tái tục bảo hiểm:

- i. Người được bảo hiểm vượt quá độ tuổi được quy định trong Hợp đồng;
- ii. Người được bảo hiểm tử vong;
- iii. Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm không thực hiện đúng nghĩa vụ khai báo thông tin theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm liên quan đến những tình huống cụ thể của Người được bảo hiểm.
- iv. Trước thời hạn tái tục Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt trước khi hết thời hạn bảo hiểm;
- v. Các trường hợp khác không tuân thủ các yêu cầu tái tục của Công ty bảo hiểm.

1.8 Số tiền bảo hiểm và Giới hạn bảo hiểm phụ

Số tiền bảo hiểm là số tiền tối đa mà Công ty bảo hiểm có trách nhiệm chi trả các quyền lợi được bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm được đồng ý bởi Bên mua bảo hiểm và Công ty bảo hiểm và được thể hiện trên Hợp đồng bảo hiểm.

Giới hạn bảo hiểm phụ là giới hạn trách nhiệm của Công ty bảo hiểm trong việc chi trả cho mỗi hạng mục bảo hiểm.

Trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ chịu trách nhiệm bảo hiểm theo các điều khoản, quy định bất kể Người được bảo hiểm có thực hiện một hoặc nhiều

điều trị Bệnh được bảo hiểm. Khi số tiền thanh toán bồi thường của một hạng mục bảo hiểm đạt đến giới hạn bảo hiểm phụ nêu trên, trách nhiệm bảo hiểm cho hạng mục bảo hiểm đó sẽ chấm dứt; và trách nhiệm của Công ty bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm sẽ chấm dứt khi số tiền thanh toán bồi thường được trả một lần hoặc tích lũy đạt đến số tiền bảo hiểm nêu trên.

Số tiền bảo hiểm và Giới hạn bảo hiểm phụ được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm sẽ không được điều chỉnh trong suốt thời hạn bảo hiểm.

1.9 Khoản tự thanh toán

Khoản tự thanh toán có nghĩa là phần chi phí y tế mà Người được bảo hiểm có nghĩa vụ phải thanh toán.

Chi phí này được thỏa thuận bởi Bên mua bảo hiểm và Công ty bảo hiểm và được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm bao gồm Mức miễn thường hoặc Đồng chi trả.

1.10 Quyền và Nghĩa vụ của Công ty bảo hiểm

1.10.1 Quyền của Công ty bảo hiểm

- Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng;
- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện hợp đồng;
- Đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm;
- Từ chối trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc Người được bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trong trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo quy định trong Hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- Tùy theo từng trường hợp, Công ty bảo hiểm sẽ yêu cầu Người được bảo hiểm thực hiện việc kiểm tra y tế với chi phí do Công ty bảo hiểm chi trả. Tuy nhiên trong trường hợp này, Người được bảo hiểm vẫn phải tuân thủ việc cung cấp tất cả các thông tin đầy đủ, chính xác và trung thực theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm qui định tại mục 1.12 - Chương I của Quy tắc bảo hiểm này.

1.10.2 Nghĩa vụ của Công ty bảo hiểm

- Giải thích cho Bên mua bảo hiểm về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm;
- Cấp cho Bên mua bảo hiểm Hợp đồng bảo hiểm (bao gồm Giấy chứng nhận bảo hiểm) ngay sau khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm;
- Trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc Người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;
- Trả lời bằng văn bản lí do từ chối trả tiền bồi thường;
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

1.11 Quyền của Bên mua bảo hiểm

- Lựa chọn Công ty bảo hiểm hoạt động tại Việt Nam để mua bảo hiểm;
- Yêu cầu Công ty bảo hiểm giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; cấp giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc đơn bảo hiểm;
- Đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại khoản 3 Điều 19, khoản 1 Điều 20 của Luật kinh doanh bảo hiểm;
- Yêu cầu Công ty bảo hiểm trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc bồi thường cho Người được bảo hiểm theo thoả thuận trong Hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

1.12 Nghĩa vụ kê khai trung thực

Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm phải kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin liên quan đến Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm và chịu trách nhiệm về tất cả các thông tin đã cung cấp bao gồm tất cả các thông tin về tuổi tác, giới tính và tình trạng bệnh có sẵn hoặc bệnh ung thư có sẵn hoặc các dấu hiệu, các triệu chứng bệnh mà Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm đã biết hoặc phải biết hoặc vì các triệu chứng, dấu hiệu bệnh này mà người được bảo hiểm được khuyến điều trị hoặc (đã hoặc đang) điều trị bởi chuyên gia y tế (Định nghĩa 42) hoặc thực hiện các xét nghiệm, kiểm tra y tế trước ngày hiệu lực hợp đồng. Việc kiểm tra y tế (nếu có) theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm sẽ không thay thế cho nghĩa vụ kê khai trung thực nêu trên của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm.

Nếu Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm cố ý vi phạm nghĩa vụ kê khai trung thực được quy định nêu trên, Công ty bảo hiểm có quyền đình chỉ Hợp đồng bảo hiểm và thu phí bảo hiểm đến thời điểm đình chỉ hợp đồng.

Cố ý vi phạm Nghĩa vụ kê khai trung thực có nghĩa là Bên mua bảo hiểm không kê khai đủ, khai báo sai hoặc bỏ qua các thông tin quan trọng mà trong trường hợp nếu biết đầy đủ, chính xác các thông tin này thì Công ty bảo hiểm sẽ không chấp nhận bảo hiểm.

Công ty bảo hiểm sẽ công khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin liên quan tới Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện và điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp Công ty bảo hiểm cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm; Công ty bảo hiểm phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật.

1.13 Điều kiện tham gia bảo hiểm

1.13.1 Người được bảo hiểm phải có độ tuổi từ 0 tuổi đến 65 tuổi tại thời điểm đăng ký bảo hiểm.

Người phụ thuộc được định nghĩa như sau:

- Vợ/chồng không quá độ tuổi quy định tại thời điểm đăng ký bảo hiểm;
- Con dưới 18 tuổi và chưa kết hôn;

- Con dưới 23 tuổi chưa kết hôn và vẫn còn đang tiếp tục học tập ở trường và hoàn toàn phụ thuộc vào trợ cấp của người được bảo hiểm. Công ty bảo hiểm yêu cầu cung cấp thư xác nhận tình trạng sinh viên toàn thời gian từ trường cao đẳng / đại học trước khi thanh toán quyền lợi bảo hiểm.

Con phụ thuộc là con ruột của Người được bảo hiểm, con nuôi được nhận nuôi hợp pháp, hoặc bất cứ con cái nào mà người được bảo hiểm nuôi hoặc chịu trách nhiệm pháp lý trong mối quan hệ cha mẹ - con cái thông thường.

Trẻ em dưới 18 tuổi không được tự đăng ký bảo hiểm mà phải đăng ký cùng cha/mẹ hoặc người giám hộ cho đến khi đủ 18 tuổi.

Người phụ thuộc phải tham gia cùng chương trình bảo hiểm với Người được bảo hiểm.

Hợp đồng có thể được gia hạn cho Người được bảo hiểm tới 70 tuổi.

Điều kiện tham gia bảo hiểm của Người được bảo hiểm và Người phụ thuộc phải tuân theo các tiêu chí sau:

- Phải là công dân Việt Nam hoặc có giấy thường trú hợp lệ ở Việt Nam. Người nước ngoài có Giấy phép làm việc hoặc visa du học hợp lệ;
- Phải đang cư trú hoặc đang làm việc tại Việt Nam hoặc không sống ngoài Việt Nam hơn một trăm tám mươi lăm (185) ngày liên tục tại bất kỳ thời điểm nào trong năm bảo hiểm;
- Tại thời điểm yêu cầu bảo hiểm, cá nhân trước đó hoặc hiện tại không có các triệu chứng, dấu hiệu Bệnh được bảo hiểm hoặc tình trạng sức khỏe được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

Lưu ý rằng Người được bảo hiểm chỉ có thể được bảo hiểm theo Quyền lợi của một chương trình bảo hiểm ung thư (Vui lòng tham khảo “Chính sách một hợp đồng bảo hiểm”).

1.13.2 Bổ sung Người phụ thuộc và trẻ sơ sinh

Người được bảo hiểm có thể nộp đơn để thêm con mới sinh hoặc vợ/chồng mới kết hôn bằng cách điền vào Giấy yêu cầu bảo hiểm và nộp cho Công ty bảo hiểm. Tùy thuộc vào lịch sử y tế được khai báo mà Công ty bảo hiểm có thể từ chối cấp bảo hiểm, hoặc cung cấp bảo hiểm theo các điều khoản và điều kiện tiêu chuẩn và cụ thể.

Trẻ sơ sinh có thể được thêm vào Hợp đồng trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày sinh với điều kiện em bé không nằm viện tại thời điểm nộp đơn yêu cầu bảo hiểm.

1.14 Chính sách một hợp đồng bảo hiểm

Người được bảo hiểm không được bảo hiểm theo nhiều hơn một chương trình bảo hiểm ung thư do Công ty bảo hiểm cấp. Nếu Bên mua bảo hiểm được bảo hiểm theo nhiều Hợp đồng bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ xem xét bồi thường theo quyền lợi của hợp đồng mà Người được bảo hiểm tham gia đầu tiên.

1.15 Thế quyền

Bằng chi phí của mình, Công ty bảo hiểm có toàn quyền thay thế và có thể tiến hành các thủ tục tố tụng thay Bên mua bảo hiểm truy đòi bồi thường từ bên thứ ba để thu hồi số tiền của bất kỳ khoản thanh toán nào đã được chi trả theo Hợp đồng.

1.16 Điều khoản hợp pháp

Trong mọi trường hợp, việc thanh toán các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm sẽ không được vi phạm các quy định pháp luật của Việt Nam.

1.17 Điều khoản về cấm vận

Công ty bảo hiểm và các nhà cung cấp dịch vụ khác sẽ không cung cấp bảo hiểm hoặc trả các khiếu nại bảo hiểm theo Hợp đồng này nếu làm như vậy sẽ khiến Công ty bảo hiểm hoặc nhà cung cấp dịch vụ vi phạm lệnh cấm vận kinh tế quốc tế được quy định bao gồm nhưng không giới hạn bởi Liên minh Châu Âu, Vương quốc Anh, Hợp chủng quốc Hoa Kỳ, Việt Nam, nghị quyết của Liên hợp quốc. Nếu biết được nguy cơ vi phạm, Công ty bảo hiểm sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ngay khi có thể.

Nếu Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm trực tiếp hoặc gián tiếp chịu các biện pháp trừng phạt kinh tế, bao gồm cấm vận đối với quốc gia cư trú chính, Công ty bảo hiểm có quyền thực hiện bất kỳ điều nào sau đây:

- ngay lập tức kết thúc bảo hiểm (ngay cả khi có sự cho phép của cơ quan có thẩm quyền để tiếp tục bảo hiểm hoặc trả phí bảo hiểm)
- ngừng thanh toán các yêu cầu bồi thường theo hợp đồng (ngay cả khi có sự cho phép của cơ quan có liên quan để tiếp tục bảo hiểm hoặc trả phí bảo hiểm)
- hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm hoặc xóa Người được bảo hiểm ngay lập tức mà không cần thông báo trước.

Công ty bảo hiểm sẽ thông báo cho Người được bảo hiểm nếu Công ty bảo hiểm thực hiện bất kỳ mục nào nêu trên. Nếu Người được bảo hiểm biết rằng anh ấy / cô ấy hoặc thành viên gia đình nằm trong danh sách cấm vận hoặc chịu các hạn chế tương tự, Người được bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bảo hiểm biết trong vòng 7 ngày kể từ khi phát hiện ra sự việc.

Chương 2: Phạm vi bảo hiểm

2.1 Khu vực bảo hiểm

Công ty cung cấp các khu vực để Người được bảo hiểm lựa chọn điều trị như sau:

- Khu vực 1: Việt Nam và Thái Lan
- Khu vực 2: Việt Nam, Thái Lan, Singapore, Malaysia, Hồng Kông, Nhật Bản
- Khu vực 3: Toàn cầu

Bệnh viện hoặc cơ sở y tế nơi tiến hành điều trị phải được sự chấp thuận trước của Công ty bảo hiểm.

Bảng Quyền lợi bảo hiểm được xem như là những quyền lợi hợp lý tùy thuộc vào mỗi Hợp đồng bảo hiểm. Những quyền lợi này áp dụng theo từng Năm bảo hiểm (Định nghĩa 46), theo Hạn mức trọn đời (Định nghĩa 41) hoặc theo ngày cho từng Người được bảo hiểm và phụ thuộc vào giới hạn của Hợp đồng. Khu vực bảo hiểm được Công ty bảo hiểm quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Cho tất cả các hạng mục về chi phí, Công ty bảo hiểm sẽ thanh toán những chi phí y tế cần thiết, hợp lý và theo thông lệ lên đến số tiền theo bảng quyền lợi bảo hiểm.

2.2 Trách nhiệm bảo hiểm

Hợp đồng có hiệu lực trong thời gian bảo hiểm, sau Thời gian chờ (Định nghĩa 2), nếu Người được bảo hiểm được Chẩn đoán (Định nghĩa 4) bởi Chuyên gia y tế (Định nghĩa 44) và/ hoặc Bệnh viện (Định nghĩa 3) bị Ung thư (Định nghĩa 5) lần đầu, Công ty bảo hiểm sẽ thanh toán theo chi phí y tế và các chi phí khác theo hạn mức được quy định trong bảng quyền lợi sau khi trừ đi Mức miễn thường (Định nghĩa 40) và/hoặc Mức đồng chi trả (Định nghĩa 39) được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm. Khi khoản thanh toán hoặc tổng các khoản thanh toán đạt đến số tiền bảo hiểm, trách nhiệm bảo hiểm của Công ty bảo hiểm sẽ chấm dứt:

Công ty bảo hiểm có quyền:

(a) quyết định bất kỳ viện phí hoặc chi phí y tế nào là Chi phí cần thiết, hợp lý và theo thông lệ (Định nghĩa 8) với sự tham chiếu (nhưng không giới hạn) vào các tài liệu hoặc thông tin liên quan về biểu phí do chính phủ, cơ quan có liên quan và hiệp hội y khoa tại địa phương; và

(b) trong trường hợp phát hiện viện phí, các chi phí y tế liên quan không phải là Chi phí cần thiết, hợp lý và theo thông lệ (Định nghĩa 8), Công ty bảo hiểm có quyền điều chỉnh khoản tiền phải trả cho các chi phí này.

Trong mọi trường hợp Công ty bảo hiểm sẽ không thanh toán bất kỳ chi phí nào phát sinh trước ngày hiệu lực hợp đồng hoặc phát sinh sau ngày chấm dứt hoặc hủy bỏ hợp đồng, bất kể chi phí phát sinh là hậu quả trực tiếp của Bệnh được bảo hiểm xảy ra trước khi chấm dứt hoặc hủy bỏ hợp đồng.

Người được bảo hiểm phải thông báo và nhận được sự chấp thuận trước của Công ty bảo hiểm cho tất cả điều trị cần Nhập viện (Định nghĩa 6), Điều trị trong ngày (Định nghĩa 7) và lấy ý kiến y tế thứ hai ngoại trừ Điều trị y tế khẩn cấp (Định nghĩa 25).

Công ty bảo hiểm có quyền từ chối bồi thường hoặc áp dụng bổ sung 50% đồng bảo hiểm nếu việc điều trị và / hoặc di chuyển được thực hiện trước khi được Công ty bảo hiểm cho phép hoặc sắp xếp.

Quyền lợi	Giải thích quyền lợi
Giới hạn bảo hiểm tối đa chung hàng năm (Định nghĩa 42)	Công ty bảo hiểm sẽ thanh toán tối đa giới hạn bảo hiểm năm được thể hiện trong Hợp đồng cho mỗi Người được bảo hiểm. Tất cả các quyền lợi được thanh toán trong Năm bảo hiểm (Định nghĩa 46) sẽ được tính vào giới hạn tối đa chung hàng năm.
Giới hạn bảo hiểm cả đời (Định nghĩa 43)	Là giới hạn tối đa số tiền chi trả cho Người được bảo hiểm trong suốt cuộc đời được cộng dồn kể từ ngày bắt đầu hiệu lực của hợp đồng lần đầu tiên, bất kể có bất kỳ mục bảo hiểm nào được nêu trong bảng quyền lợi hoặc hạn mức quyền lợi hàng năm đã đạt tới giới hạn tối đa.
Khu vực bảo hiểm	Là khu vực địa lý mà Người được bảo hiểm lựa chọn để thực hiện điều trị. Khu vực bảo hiểm được lựa chọn tại thời điểm đăng kí bảo hiểm và được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

I. Điều trị nội trú và điều trị trong ngày cho Bệnh được bảo hiểm

Là các chi phí y tế cần thiết, hợp lý và theo thông lệ (Định nghĩa 8) mà Người được bảo hiểm cần phải thanh toán liên quan đến việc Chẩn đoán (Định nghĩa 4) hoặc Điều trị ung thư tích cực (Định nghĩa 32) khi Người được bảo hiểm được Bệnh viện (Định nghĩa 3) chẩn đoán mắc Bệnh được bảo hiểm (Định nghĩa 34) phải Nhập viện (Định nghĩa 6) hoặc Điều trị trong ngày (Định nghĩa 7), bao gồm:

1. Viện phí, bao gồm cả Chi phí giường bệnh (Định nghĩa 9)
2. Chi phí tư vấn, bao gồm chi phí khám và điều trị y tế (Định nghĩa 10)
3. Chi phí Phòng Chăm sóc đặc biệt, bao gồm phí giường chăm sóc đặc biệt
4. Phẫu thuật bao gồm Chi phí phẫu thuật (Định nghĩa 11), chi phí cho bác sĩ, y tá phẫu thuật, bác sĩ gây mê và chi phí phòng phẫu thuật.
5. Chi phí y tá chăm sóc, thuốc men và băng gạc: bao gồm Chi phí chăm sóc (Định nghĩa 12) và Chi phí thuốc men (Định nghĩa 13)
6. Các chi phí y tế khác liên quan đến điều trị: bao gồm Chi phí ăn uống (Định nghĩa 14), Chi phí kiểm tra và xét nghiệm (Định nghĩa 15), Chi phí điều trị (Định nghĩa 16), Chi phí dịch thuật y khoa (Định nghĩa 17) và chi phí hợp lý cho các dịch vụ và vật tư y tế cần thiết khác phát sinh trong quá trình nhập viện.

Việc điều trị nội trú và điều trị trong ngày này sẽ phải thông báo trước cho Công ty bảo hiểm và tiến hành theo nội dung của Thư ủy quyền về điều trị của Công ty bảo hiểm (Định nghĩa 18).

II. Điều trị ung thư bằng phương pháp xạ trị, liệu pháp nội tiết và hóa trị, chi phí cấp cứu và chi phí ngoại trú trước và sau khi nhập viện và chi phí điều trị trong ngày cho Bệnh được bảo hiểm

Là các chi phí điều trị cần thiết, hợp lý và theo thông lệ cho các Bệnh được bảo hiểm (Định nghĩa 34), chi phí ngoại trú và chi phí y tế khẩn cấp mà Người được bảo hiểm cần phải thanh toán khi Người được bảo hiểm được chẩn đoán có Bệnh được bảo hiểm phải nhập viện hoặc điều trị trong ngày; giới hạn trong vòng 90 ngày (bao gồm) trước khi nhập viện hoặc điều trị trong ngày và / hoặc 90 ngày sau khi xuất viện từ bệnh viện hoặc điều trị trong ngày (nhưng không bao gồm Liệu pháp Proton ion hạt nặng và Liệu pháp điều trị ung thư trúng đích cho Bệnh được bảo hiểm, vui lòng tham khảo Mục III – Chương 2).

Thời gian điều trị 90 ngày trước khi nhập viện hoặc điều trị trong ngày và 90 ngày sau xuất viện hoặc điều trị trong ngày thuộc phạm vi bảo hiểm này sẽ phải nằm trong thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng hoặc hợp đồng tái tục.

Công ty bảo hiểm trả các khoản phí liên quan đến việc lập kế hoạch và tiến hành điều trị cho Bệnh được bảo hiểm (Định nghĩa 34). Bao gồm các xét nghiệm, scan, tư vấn bác sĩ ung thư, xạ trị (Định nghĩa 20), liệu pháp nội tiết (Định nghĩa 21) và thuốc (như thuốc gây độc tế bào) và hóa trị (Định nghĩa 19).

Lưu ý: khi Điều trị Ung thư tích cực được hoàn thành và Người được bảo hiểm hoàn toàn hồi phục, mọi chi phí liên quan đến tư vấn, thuốc men, xét nghiệm, giám sát hoặc theo dõi sẽ không được thanh toán theo Hợp đồng bảo hiểm.

III. Liệu pháp Proton ion hạt nặng và Liệu pháp điều trị ung thư trúng đích

Là các chi phí y tế ngoại trú cần thiết, hợp lý và theo thông lệ mà Người được bảo hiểm cần phải thanh toán khi được điều trị cho Bệnh được bảo hiểm trong bệnh viện cho Liệu pháp điều trị ung thư trúng đích (Định nghĩa 23), Liệu Pháp Proton Ion hạt Nặng (Định nghĩa 22) và thuốc kê theo toa. Áp dụng:

Liệu pháp điều trị ung thư trúng đích (Định nghĩa 23) chỉ được sử dụng trong các tình huống sau:

Điều trị ung thư cho các gen hay protein chuyên biệt hoặc những tế bào có liên quan đến sự phát triển và sống sót của khối u, bao gồm ở Liệu pháp miễn dịch khối u (Định nghĩa 24), điều chỉnh biểu hiện gen (thay đổi cách tế bào ung thư biểu hiện trên gen) và gây ra chết rụng tế bào theo chương trình (điều khiển tế bào ung thư thông qua một chu kỳ chết rụng tế bào tự nhiên).

Liệu pháp Proton ion hạt nặng (Định nghĩa 22) chỉ có thể được sử dụng trong ba tình huống sau:

1. Điều trị cho bệnh nhân nhỏ hơn hoặc bằng 21 tuổi bị ung thư não và ung thư tủy sống hoặc bị u bướu thể rắn ác tính;
2. Điều trị u nguyên sống và u xương sụn ác tính (ung thư tủy sống) không lan rộng và xảy ra ở nền sọ hoặc đốt sống cổ (xương cổ);
3. Điều trị ung thư không xâm lấn (di căn) của móng mắt, cơ thể mi hoặc hắc mạc (u hắc mạc ác tính).

Trước khi bắt đầu điều trị theo quyền lợi này, Người được bảo hiểm sẽ phải thông báo trước cho Công ty bảo hiểm và tiến hành theo nội dung của Thư ủy quyền về điều trị của Công ty bảo hiểm.

Quyền lợi bảo hiểm được mô tả dưới mục này của Hợp đồng bảo hiểm được áp dụng khi điều trị cho Bệnh được bảo hiểm bao gồm điều trị nội trú, điều trị trong ngày hoặc điều trị ngoại trú và bao gồm chi phí kiểm tra, scan, tư vấn bác sĩ ung thư. Bất kỳ mục bảo hiểm nào được chi trả dưới quyền lợi này cho chi phí điều trị nội trú, chi phí điều trị trong ngày hoặc chi phí điều trị ngoại trú sẽ làm giảm Giới hạn quyền lợi tối đa (Định nghĩa 41) cho điều trị được chỉ định trong năm bảo hiểm.

Lưu ý: khi Điều trị Ung thư tích cực được hoàn thành và Người được bảo hiểm hoàn toàn hồi phục, mọi chi phí liên quan đến tư vấn, thuốc men, xét nghiệm, giám sát hoặc theo dõi sẽ không được thanh toán theo Hợp đồng bảo hiểm.

IV. Chi phí phẫu thuật tái tạo

Là các chi phí cần thiết và hợp lý về mặt y tế cho phẫu thuật tái tạo khuôn mặt và phẫu thuật ngực sau phẫu thuật ung thư trong phạm vi bảo hiểm và được thực hiện để khôi phục chức năng và ngoại hình. Người được bảo hiểm phải đang trong thời hạn bảo hiểm hoặc thời hạn gia hạn bảo hiểm khi phẫu thuật ung thư được thực hiện. Phạm vi bảo hiểm này chỉ được áp dụng khi Người được bảo hiểm đã nhận được chấp thuận trước từ Công ty bảo hiểm và Người được bảo hiểm đang trong tình trạng sức khỏe phù hợp trong quá trình phẫu thuật tái tạo. Tất cả các phương pháp điều trị y tế và kế hoạch di chuyển phải được Công ty bảo hiểm sắp xếp hoặc chấp thuận trước khi điều trị và di chuyển. Khoản đồng bảo hiểm 50% sẽ được áp dụng nếu các phương pháp điều trị và/hoặc kế hoạch di chuyển được thực hiện trước khi nhận được sự đồng ý từ Công ty bảo hiểm.

Chi phí phẫu thuật tái tạo (Định nghĩa 26) thuộc phạm vi bảo hiểm này sẽ phải thông báo trước cho Công ty bảo hiểm và tiến hành theo nội dung của Thư ủy quyền về điều trị của Công ty bảo hiểm.

V. Chi phí sử dụng xe cấp cứu

Là các chi phí cần thiết và hợp lý cho việc Sử dụng xe cấp cứu (Định nghĩa 27) theo tư vấn y tế mà Người được bảo hiểm cần phải thanh toán theo các điều kiện và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm.

VI. Chi phí vận chuyển và chi phí lưu trú

Giới hạn quyền lợi vận chuyển trong Năm bảo hiểm (Định nghĩa 46) được áp dụng cho cả chi phí vận chuyển và chi phí lưu trú khi người được bảo hiểm thực hiện điều trị ngoài Việt Nam nhưng trong khu vực bảo hiểm được quy định trong bảng quyền lợi, các mức miễn thường và/hoặc mức đồng chi trả (nếu có), hạn chế và các điều khoản áp dụng cho quyền lợi này chính xác như đối với phần nhập viện và điều trị trong ngày của Hợp đồng bảo hiểm. Bất kỳ mục bảo hiểm nào được chi trả dưới quyền lợi này sẽ làm giảm giới hạn quyền lợi vận chuyển hàng năm.

A. Chi phí vận chuyển

Công ty bảo hiểm sẽ thanh toán các chi phí vận chuyển thuộc phạm vi bảo hiểm được nêu trong bảng quyền lợi cho người được bảo hiểm và một người đi kèm Người được bảo hiểm đến cơ sở điều trị ngoài Việt Nam.

Chi phí vận chuyển Người được bảo hiểm và một người đi kèm Người được bảo hiểm đến điểm điều trị ngoài Việt Nam (trong Khu vực bảo hiểm) cho mục đích điều trị và trở về nơi cư trú tại Việt Nam bao gồm:

1. Chi phí di chuyển của Người được bảo hiểm từ nơi cư trú tại Việt Nam theo khai báo trong Giấy yêu cầu bảo hiểm đến sân bay hoặc ga đường sắt được chỉ định;
2. Chi phí di chuyển bằng đường hàng không hoặc đường sắt của Người được bảo hiểm đến nơi điều trị giới hạn quyền lợi tương ứng được thể hiện theo cột trong Bảng quyền lợi bảo hiểm và chi phí di chuyển đến khách sạn hoặc bệnh viện được chỉ định;
3. Chi phí di chuyển của người được bảo hiểm từ khách sạn hoặc bệnh viện được chỉ định đến sân bay hoặc nhà ga được chỉ định;
4. Chi phí di chuyển bằng đường hàng không hoặc đường sắt của Người được bảo hiểm từ nơi điều trị về lại nơi cư trú tại Việt Nam theo kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm giới hạn quyền lợi tương ứng được thể hiện theo cột trong Bảng quyền lợi bảo hiểm;
5. Chi phí di chuyển của Người được bảo hiểm từ sân bay hoặc nhà ga ở Việt Nam đến nơi cư trú của Người được bảo hiểm hoặc bệnh viện.

Việc thu xếp di chuyển có phát sinh chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm sẽ phải thông báo trước cho Công ty bảo hiểm và tiến hành theo nội dung của Thư ủy quyền về điều trị của Công ty bảo hiểm. Công ty hoặc nhà cung cấp dịch vụ được ủy quyền sẽ sắp xếp lịch trình theo Thư ủy quyền về điều trị và thông báo trước cho Người được bảo hiểm, để Người được bảo hiểm có đủ thời gian cho các sắp đặt cá nhân cần thiết.

Công ty bảo hiểm sẽ không chịu trách nhiệm đối với các chi phí phát sinh bởi Người được bảo hiểm hoặc bất kỳ bên thứ ba đơn phương thay đổi cách sắp xếp lịch trình, ngoại trừ việc thay đổi này là cần thiết cho việc điều trị và được chấp thuận bởi Công ty bảo hiểm.

Khi đạt đến giới hạn tối đa/ năm của quyền lợi chi phí vận chuyển, Người được bảo hiểm sẽ tự chi trả cho các chi phí phát sinh còn lại.

B. Chi phí lưu trú

Là các khoản chi phí lưu trú cần thiết và hợp lý cho Người được bảo hiểm và một trong những người đi kèm Người được bảo hiểm ở ngoài Việt Nam mà Người được bảo hiểm cần phải thanh toán khi Người được bảo hiểm được chẩn đoán có Bệnh được bảo hiểm.

Việc thu xếp lưu trú có phát sinh chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm sẽ phải thông báo trước cho Công ty bảo hiểm và tiến hành theo nội dung của Thư ủy quyền về điều trị của Công ty bảo hiểm. Công ty bảo hiểm hoặc nhà cung cấp dịch vụ được ủy quyền sẽ sắp xếp lịch trình theo Thư ủy quyền về điều trị và thông báo trước cho Người được bảo hiểm để Người được bảo hiểm có đủ thời gian cho các sắp đặt cá nhân cần thiết.

Giới hạn tiền phòng là phòng đơn tiêu chuẩn hoặc phòng đôi (một giường) trong khách sạn 4 sao hoặc tương đương. Thời hạn lưu trú tối đa hàng năm lên tới ba mươi (30)

ngày và không vượt quá hạn mức vận chuyển hàng năm được nêu trong bảng quyền lợi (sau khi trừ chi phí vận chuyển đã được thanh toán), tùy theo trường hợp nào xảy ra trước. Khi đạt đến hạn mức tối đa, Người được bảo hiểm sẽ tự chi trả cho các chi phí phát sinh còn lại.

Công ty bảo hiểm sẽ không chịu trách nhiệm đối với các chi phí phát sinh bởi Người được bảo hiểm hoặc bất kỳ bên thứ ba đơn phương thay đổi cách sắp xếp lưu trú, ngoại trừ việc thay đổi này là cần thiết cho việc điều trị và được chấp thuận bởi Công ty bảo hiểm.

2.3 Nguyên tắc và tiêu chuẩn chi trả bồi thường

Hợp đồng bảo hiểm này áp dụng theo nguyên tắc bồi thường theo chi phí y tế. Nếu Người được bảo hiểm đã nhận được chi trả chi phí y tế từ các chương trình bảo hiểm khác (bao gồm bảo hiểm y tế, điều trị y tế công cộng, bảo hiểm từ đơn vị công tác và từ các công ty bảo hiểm thương mại), Công ty chỉ chi trả chi phí y tế thực tế của người được bảo hiểm theo quy định của hợp đồng này sau khi trừ các khoản chi trả cho chi phí y tế mà Người được bảo hiểm đã nhận được từ bất kỳ hợp đồng bảo hiểm hoặc nguồn bồi thường nào khác.

2.4 Điều khoản loại trừ

Công ty bảo hiểm sẽ không chịu trách nhiệm thanh toán các quyền lợi bảo hiểm cho bất kỳ chi phí y tế hoặc các chi phí phát sinh khác của Người được bảo hiểm vì bất kỳ lý do trực tiếp hay gián tiếp nào sau đây:

1. Nếu Người được bảo hiểm bị hoặc có các Triệu chứng (Định nghĩa 28) hoặc các Dấu hiệu (Định nghĩa 29), trải qua các cuộc kiểm tra hoặc được chẩn đoán mắc Bệnh được bảo hiểm trong Thời gian chờ (Định nghĩa 2) sau ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm hoặc ngày bổ sung Người được bảo hiểm vào Hợp đồng bảo hiểm, tùy theo ngày nào muộn hơn; hoặc
2. Nổ hạt nhân, phóng xạ hạt nhân, ô nhiễm hạt nhân và/hoặc ô nhiễm hóa học hoặc ô nhiễm sinh học, chiến tranh, các hành động thù địch nước ngoài (dù chiến tranh được tuyên bố), nội chiến, bạo động, cách mạng, nổi dậy hoặc vũ trang hoặc chiếm đoạt quyền lực, nổi loạn, bạo loạn, đình công, thiết quân luật hoặc tình trạng bao vây, hoặc cố gắng lật đổ chính quyền, hoặc bất kỳ hành động khủng bố nào; hoặc
3. Các bệnh di truyền, bệnh bẩm sinh, dị tật hoặc bất thường nhiễm sắc thể của người được bảo hiểm (được xác định theo Phân loại thống kê quốc tế về bệnh và các vấn đề sức khỏe liên quan (ICD10) của Tổ chức y tế thế giới); hoặc
4. Lạm dụng ma túy hoặc rượu; hoặc
5. Tự gây thương tích hoặc tự sát; hoặc
6. Phẫu thuật thẩm mỹ, kính mắt, dụng cụ khắc phục và điều trị các tật khúc xạ hoặc bất kỳ phẫu thuật tùy chọn nào; hoặc
7. Kiểm tra tổng quát, nghỉ dưỡng, chăm sóc nghỉ dưỡng; hoặc
8. Bệnh lây nhiễm qua đường quan hệ tình dục; bệnh hoặc bị nhiễm bất kỳ virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) và / hoặc bất kỳ bệnh nào liên quan đến HIV bao gồm Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) và / hoặc biến chứng hoặc đột biến hoặc biến thể của chúng; hoặc
9. Bất kỳ viện phí, điều trị y tế, liệu trình, vật tư y tế hoặc các dịch vụ y tế khác không cần thiết về mặt y khoa; hoặc
10. Bệnh có sẵn (Định nghĩa 35); hoặc

11. Phẫu thuật bằng hệ thống robot trừ khi điều này đã được Công ty chấp thuận trước và đồng ý bằng văn bản trước khi tiến hành; hoặc
12. Chi phí kỹ thuật y tế hoặc kỹ thuật phẫu thuật, các phương pháp điều trị, thuốc, hoặc liệu pháp tế bào gốc hoặc thiết bị y tế mang tính thử nghiệm hoặc tiên phong, chưa được chứng minh, không phổ cập mà không được Bộ Y tế, chính phủ, cơ quan có thẩm quyền hoặc tổ chức y tế công cộng công nhận ở quốc gia thực hiện việc điều trị; hoặc bất kỳ phương pháp điều trị nào mà người được bảo hiểm lựa chọn dựa rằng có sẵn các phương pháp điều trị thông thường, phổ biến khác. Tuy nhiên, Công ty bảo hiểm có thể thanh toán nếu phương pháp này được cơ quan y tế có thẩm quyền công nhận và Công ty bảo hiểm đồng ý bằng văn bản bao gồm cả đồng ý các chi phí y tế trước khi tiến hành điều trị; hoặc
13. Việc sử dụng thuốc hoặc bất kỳ loại thuốc không có nhãn hiệu chưa được chứng minh là có hiệu quả theo Cơ quan Dược phẩm Châu Âu nếu Người được bảo hiểm đang điều trị ở Châu Âu hoặc Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) nếu Người được bảo hiểm điều trị ở bất cứ nơi nào khác trên thế giới; hoặc
14. Bất kỳ điều kiện y tế, biến chứng hoặc chi phí bổ sung phát sinh từ điều trị thử nghiệm của người được bảo hiểm; hoặc
15. Thực hiện xét nghiệm gen di truyền để kiểm tra khuynh hướng di truyền đối với căn Bệnh được bảo hiểm; hoặc
16. Rà soát hoặc kiểm tra sự hiện diện của Bệnh được bảo hiểm để phòng ngừa hoặc khi không có bất kỳ triệu chứng nào của Bệnh được bảo hiểm; hoặc
17. Lấy, bảo quản lạnh tế bào gốc của Người được bảo hiểm hoặc của người hiến tặng với mục đích phòng ngừa bệnh / thương tật hoặc để cấy ghép hoặc để có tế bào sống hoặc mô sống trong tương lai trừ khi điều này được Công ty bảo hiểm đồng ý bằng văn bản; hoặc
18. Duy trì sự sống nhân tạo bao gồm việc sử dụng máy hỗ trợ sự sống hoặc Người được bảo hiểm ở trong tình trạng sống thực vật nhờ can thiệp y tế ví dụ như sử dụng máy thở (trạng thái thực vật dai dẳng là tình trạng không phản hồi, không có dấu hiệu nhận thức hoặc ý thức hoặc hoạt động tâm trí và phải duy trì ít nhất 4 tuần mà không có dấu hiệu cải thiện hoặc không thể phục hồi); hoặc
19. Thực hiện điều trị mà không có chẩn đoán rõ ràng về Bệnh được bảo hiểm (Định nghĩa 34) trong cơ thể Người được bảo hiểm; hoặc
20. Tiêm vắc xin và tiêm chủng để phòng ngừa bệnh; hoặc
21. Các chi phí phát sinh cho tiện ích cá nhân mà không liên quan đến việc chữa trị, bao gồm nhưng không giới hạn các chi phí TV, dọn vệ sinh nhà cửa, máy lọc không khí, ăn, ở cho khách thăm viếng, chế độ ăn uống đặc biệt, phí dịch thuật sinh hoạt, phí điện thoại và các chi phí không thuộc phạm vi điều trị khác; hoặc
22. Việc điều trị được thực hiện bởi bất kỳ người nào có quan hệ huyết thống, quan hệ hôn nhân hoặc nhận nuôi (hoặc được nhận nuôi) với người được bảo hiểm được quy định sau đây:
 - (i) Bố mẹ đẻ và bố mẹ chồng/bố mẹ vợ;
 - (ii) Anh chị em; anh/em rể; chị/em dâu;
 - (iii) Vợ hoặc chồng; và
 - (iv) Con của người được bảo hiểm hoặcTự điều trị bởi Người được bảo hiểm, bao gồm cả việc kê đơn thuốc; hoặc
23. Điều trị y tế phát sinh từ việc tham gia các hoạt động tội phạm; hoặc
24. Nếu Người được bảo hiểm có bất kỳ lịch sử bệnh lý hoặc có bất kỳ kết quả kiểm tra nào sau đây trước khi nộp đơn yêu cầu bảo hiểm thì Công ty bảo hiểm sẽ không chịu bất kỳ trách nhiệm nào đối với Người được bảo hiểm:

- a. Đã được chẩn đoán viêm gan B hoặc C (bao gồm người mắc viêm gan B hoặc C) hoặc ung thư gan nguyên phát của bệnh xơ gan;
- b. Đã được chẩn đoán ung thư dạ dày với viêm dạ dày mãn tính hoặc thiếu máu ác tính;
- c. Đã được chẩn đoán mắc bệnh ung thư thực quản Barrett;
- d. Có kết quả xét nghiệm đột biến gen (brca1,2) bất thường hoặc được chẩn đoán ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng với tăng sản không điển hình;
- e. Đã được chẩn đoán viêm loét đại tràng, bệnh viêm ruột từng vùng Crohn, polyp dạng răng cưa, ung thư ruột non hoặc ung thư đại tràng do polyp loạn sản từ trung bình tới cao
- f. Có kết quả phết tế bào ung thư cổ tử cung bất thường từ CIN3 trở lên;
- g. Có kết quả xét nghiệm PSA (Kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt) hơn 4ng / ml hoặc ung thư tuyến tiền liệt với tốc độ tăng PSA từ 0.75 ng/mL/năm khi tham gia bảo hiểm lần đầu;
- h. Đã được chẩn đoán có polyp tại các cơ quan nội tạng cụ thể với kết quả bệnh lý cho thấy có mô ung thư và tổn thương tiền ung thư;
- i. Đã được chẩn đoán đa u tủy xương với MGUS (bệnh lý gamma đơn dòng không xác định).

Chương 3: Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm

3.1 Nghĩa vụ thanh toán

Bên mua bảo hiểm / Người được bảo hiểm phải thanh toán phí bảo hiểm một lần khi hợp đồng được ký kết hoặc theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm sẽ không có hiệu lực cho đến khi phí bảo hiểm được thanh toán và Công ty bảo hiểm sẽ không chịu trách nhiệm cho bất kỳ sự kiện bảo hiểm nào xảy ra trước khi thanh toán phí bảo hiểm.

Khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm / Người được bảo hiểm cần phải khai báo trung thực tất cả các câu hỏi và yêu cầu của Công ty bảo hiểm liên quan đến Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm.

Nếu Bên mua bảo hiểm / Người được bảo hiểm cố ý hoặc sơ suất nghiêm trọng trong việc thực hiện nghĩa vụ khai báo thông tin trung thực làm ảnh hưởng đến quyết định chấp nhận bảo hiểm của Công ty bảo hiểm thì Công ty bảo hiểm sẽ có quyền chấm dứt hợp đồng.

Nếu Bên mua bảo hiểm / Người được bảo hiểm cố tình không thực hiện nghĩa vụ kê khai trung thực nêu trên, Công ty bảo hiểm sẽ không chịu trách nhiệm thanh toán các quyền lợi bảo hiểm và sẽ không hoàn lại phí bảo hiểm cho Người được bảo hiểm khi chấm dứt hợp đồng.

Nếu Bên mua bảo hiểm / Người được bảo hiểm sơ suất nghiêm trọng trong việc thực hiện nghĩa vụ khai báo thông tin trung thực thì Công ty bảo hiểm sẽ không chịu trách nhiệm thanh toán các quyền lợi bảo hiểm, nhưng sẽ hoàn lại cho Người được bảo hiểm phí bảo hiểm tương ứng với thời gian còn lại của hợp đồng bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm.

Công ty bảo hiểm sẽ không chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm nếu Công ty bảo hiểm đã nhận thấy sự khai báo không trung thực của Bên mua bảo hiểm / Người được bảo hiểm tại thời điểm giao kết hợp đồng nhưng vẫn chấp nhận bảo hiểm; trong trường hợp có sự kiện bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ chịu trách nhiệm thanh toán các quyền lợi bảo hiểm.

Sự kiện bảo hiểm là sự kiện thuộc phạm vi bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng này.

3.2 Nghĩa vụ thông báo thay đổi địa chỉ hoặc địa chỉ thư tín

Người được bảo hiểm phải thông báo kịp thời cho Công ty bảo hiểm bằng văn bản về bất kỳ thay đổi nào về địa chỉ cư trú hoặc địa chỉ thư tín của mình. Nếu người tham gia bảo hiểm không thông báo cho Công ty bảo hiểm về sự thay đổi trên, bất kỳ thông báo nào Công ty bảo hiểm gửi đi theo địa chỉ nơi cư trú hoặc địa chỉ thư tín cuối cùng trong Hợp đồng này sẽ được coi là đã được gửi cho người tham gia bảo hiểm.

Nơi cư trú tại Việt Nam của Người được bảo hiểm là điều kiện quan trọng để Công ty quyết định có bảo hiểm hay không. Trong trường hợp có bất kỳ thay đổi về nơi cư trú của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm phải kịp thời thông báo cho Công ty bảo hiểm. Công ty bảo hiểm có quyền không tiếp tục bảo hiểm cho Người được bảo hiểm trong trường hợp nêu trên.

Tuổi của Người được bảo hiểm được xác định theo tuổi (Định nghĩa 30) được đăng kí trong giấy tờ tùy thân còn hiệu lực pháp. Bên mua bảo hiểm phải điền đầy đủ trong đơn yêu cầu bảo hiểm đúng tuổi của Người được bảo hiểm.

Nếu Bên mua bảo hiểm kê khai sai lệch tuổi của Người được bảo hiểm và tuổi thật không đáp ứng tuổi bảo hiểm quy định trong hợp đồng này và được quy định trong Bộ quy tắc bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ không chịu trách nhiệm thanh toán các quyền lợi bảo hiểm cho sự kiện bảo hiểm của Người được bảo hiểm và có quyền chấm dứt Hợp đồng và hoàn lại cho Người được bảo hiểm phí bảo hiểm tương ứng với thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm.

Nếu Bên mua bảo hiểm khai báo sai lệch tuổi của Người được bảo hiểm, dẫn đến Bên mua bảo hiểm trả phí bảo hiểm ít hơn phí bảo hiểm phải trả thực tế, Công ty bảo hiểm sẽ có quyền điều chỉnh và yêu cầu Bên mua bảo hiểm thanh toán phần phí bảo hiểm chênh lệch.

Nếu Bên mua bảo hiểm khai báo sai lệch tuổi của Người được bảo hiểm, dẫn đến việc Bên mua bảo hiểm trả phí bảo hiểm nhiều hơn phí bảo hiểm phải trả thực tế, Công ty bảo hiểm sẽ hoàn lại phần phí bảo hiểm chênh lệch (không tính lãi suất) cho Người được bảo hiểm.

3.3 Nghĩa vụ thông báo sự kiện bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm phải kịp thời thông báo cho Công ty bảo hiểm ngay sau khi nhận biết được sự kiện bảo hiểm và tường trình bằng văn bản về nguyên nhân, trình tự của sự kiện. Trong trường hợp khó xác định tính chất, nguyên nhân hoặc mức độ thiệt hại của sự kiện bảo hiểm do lỗi cố ý hoặc sơ xuất trong việc thông báo kịp thời, Công ty bảo hiểm sẽ không thanh toán các quyền lợi bảo hiểm cho phần không chắc chắn trong việc xác định tính chất, nguyên nhân nêu trên, trừ trường hợp Công ty bảo hiểm đã kịp thời biết hoặc có thể biết về sự kiện bảo hiểm thông qua các nguồn thông tin khác.

Chương 4: Yêu cầu và chi trả quyền lợi bảo hiểm

4.1 Chấp thuận trước

Để tránh trường hợp Người được bảo hiểm phải trả các chi phí phát sinh vượt quá phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, đối với các quyền lợi bảo hiểm sau đây, Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm phải thông báo trước cho Công ty bảo hiểm để được chấp thuận bảo hiểm theo Thư ủy quyền điều trị của công ty bảo hiểm:

- ✓ Tất cả các trường hợp nhập viện và điều trị trong ngày;
- ✓ Chi phí ngoại trú cho 90 ngày trước và sau khi nhập viện hoặc điều trị trong ngày;
- ✓ Điều trị ngoại trú đặc biệt;
- ✓ Chăm sóc giảm nhẹ và phẫu thuật tạo hình và tái tạo;
- ✓ Chi phí di chuyển và chi phí lưu trú.

Nếu Người được bảo hiểm không yêu cầu sự chấp thuận trước, mức chi trả bảo hiểm có thể bị giảm trừ hoặc từ chối bồi thường.

4.2 Yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm

Khi yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm, Người yêu cầu bồi thường (Định nghĩa 31) nộp các bằng chứng và tài liệu sau đây làm cơ sở cho giải quyết bồi thường (bản sao sau khi đối chiếu với bản gốc sẽ được chấp nhận trong trường hợp Công ty bảo hiểm không yêu cầu nộp bản gốc)

- (I) Đơn yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm;
- (II) Hợp đồng bảo hiểm;
- (III) Giấy tờ tùy thân còn hiệu lực của Người yêu cầu bồi thường (Định nghĩa 31);
- (IV) Tất cả các chứng từ, tài liệu liên quan bao gồm nhưng không giới hạn hồ sơ y tế, giấy chứng nhận y tế, đơn thuốc, hồ sơ bệnh án, báo cáo xét nghiệm và kết quả xét nghiệm, các chứng từ chi phí y tế (bản gốc), bảng kê chi tiết chi phí y tế (bản gốc), v.v.
- (V) Các chứng nhận và tài liệu khác liên quan đến việc xác nhận bản chất và nguyên nhân của sự kiện bảo hiểm mà Người yêu cầu bồi thường có thể cung cấp;
- (VI) Nếu Người yêu cầu bồi thường ủy thác cho người khác nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm thì phải có giấy ủy quyền bản gốc trong đó thể hiện thông tin người ủy quyền và người được ủy quyền cùng các tài liệu chứng minh có liên quan khác.

Trong trường hợp Người yêu cầu bồi thường không thể cung cấp các tài liệu nêu trên vì lý do đặc biệt, Người yêu cầu bồi thường sẽ cung cấp các tài liệu liên quan hợp pháp và hợp lệ khác. Trong trường hợp người yêu cầu bồi thường không cung cấp được các tài liệu liên quan, khiến Công ty bảo hiểm không thể xác minh tính xác thực của hồ sơ yêu cầu chi trả, Công ty bảo hiểm sẽ không chịu trách nhiệm thanh toán các quyền lợi bảo hiểm cho phần không thể xác minh được.

Trong quá trình Công ty bảo hiểm kiểm tra yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm có quyền tiến hành thẩm định y tế đối với Người được bảo hiểm một cách hợp lý. Ngoài ra Công ty bảo hiểm có quyền yêu cầu khám nghiệm tử thi nếu được pháp luật cho phép. Chi phí kiểm tra này sẽ do Công ty bảo hiểm chi trả.

4.3 Chi trả quyền lợi bảo hiểm

Khi nhận được yêu cầu từ Người yêu cầu bồi thường, Công ty bảo hiểm sẽ nhanh chóng xác định sự kiện bảo hiểm thuộc trách nhiệm bảo hiểm hay không; đối với trường hợp phức tạp, quyết định sẽ được đưa ra trong vòng 30 ngày, trừ khi có thỏa thuận khác trong Hợp đồng bảo hiểm.

Công ty bảo hiểm sẽ thông báo cho Người yêu cầu bồi thường sau khi xác định trách nhiệm bảo hiểm theo quy định nêu ở đoạn trên. Đối với quyền lợi thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm sẽ được thanh toán trong vòng mười (10) ngày sau khi thống nhất về quyết định thanh toán quyền lợi bảo hiểm giữa Công ty bảo hiểm và Người yêu bồi thường.

Đối với trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, thông báo từ chối thanh toán quyền lợi bảo hiểm sẽ được gửi cho người yêu cầu bồi thường trong vòng ba (03) ngày kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ bồi thường.

Nếu Công ty bảo hiểm đã thực hiện việc thanh toán bồi thường như nêu trên thì trách nhiệm đối với yêu cầu bồi thường đó của Công ty bảo hiểm sẽ chấm dứt.

Công ty bảo hiểm có thể yêu cầu Người yêu cầu bồi thường hoàn trả bất kỳ khoản tiền nào mà Công ty bảo hiểm đã trả do nhầm lẫn hoặc cản trở bất kỳ khoản tiền nào mà Người yêu cầu bảo hiểm / Người được bảo hiểm còn nợ trước khi Công ty bảo hiểm chi trả bồi thường.

4.4 Thông báo bổ sung chứng từ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm

Nếu Công ty bảo hiểm nhận thấy các bằng chứng và tài liệu trong hồ sơ yêu cầu chi trả bảo hiểm mà Người yêu cầu bồi thường nộp không đầy đủ thì Công ty bảo hiểm sẽ thông báo kịp thời cho Người yêu cầu bồi thường để cung cấp bổ sung.

4.5 Nghĩa vụ thanh toán tạm ứng

Trong trường hợp các chứng từ và tài liệu có liên quan không đủ cơ sở để Công ty bảo hiểm xác định số tiền thanh toán trong vòng 60 ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm và các chứng từ và tài liệu có liên quan, Công ty bảo hiểm sẽ thanh toán trước số tiền có thể được xác định theo các chứng từ và hồ sơ hiện có; và sau khi Công ty bảo hiểm xác định được số tiền phải thanh toán cuối cùng, Công ty bảo hiểm sẽ chi trả khoản chênh lệch tương ứng.

4.6 Đơn vị tiền tệ của Hợp đồng bảo hiểm

Tất cả số tiền (a) phải trả của Chủ hợp đồng / Người yêu cầu bảo hiểm cho Công ty bảo hiểm hoặc (b) Công ty bảo hiểm phải trả cho Người yêu cầu bảo hiểm sẽ được thanh toán bằng loại tiền tệ của hợp đồng. Việc thanh toán phải tuân theo luật pháp, quy định và các yêu cầu pháp lý hiện hành và các quy tắc hành chính của Công ty bảo hiểm.

Tuy nhiên, Công ty bảo hiểm có quyền chấp nhận thanh toán hoặc thực hiện thanh toán bằng loại tiền tệ khác trong trường hợp việc điều trị được thực hiện ngoài lãnh thổ Việt Nam.

Việc chuyển đổi giữa các loại tiền được tính theo tỷ giá hối đoái hiện hành. Công ty bảo hiểm có quyền quyết định tỷ giá hối đoái theo từng thời điểm khi thanh toán.

Chương 5: Thay đổi, hủy bỏ và chấm dứt hợp đồng bảo hiểm

5.1 Thay đổi hợp đồng bảo hiểm

Trong thời gian hiệu lực bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm nếu muốn thay đổi nội dung của Hợp đồng bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty bảo hiểm. Công ty bảo hiểm sẽ chấp thuận nếu đồng ý với những thay đổi này.

5.2 Hủy hợp đồng

Trước ngày hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm, Người được bảo hiểm có quyền thông báo bằng văn bản cho Công ty bảo hiểm việc chấm dứt hợp đồng và hiệu lực của hợp đồng này sẽ bị chấm dứt kể từ ngày hiệu lực của hợp đồng. Công ty bảo hiểm sẽ hoàn trả đầy đủ phí bảo hiểm trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được đơn xin hủy Hợp đồng.

Trong thời gian hiệu lực bảo hiểm, Người được bảo hiểm có quyền thông báo bằng văn bản cho Công ty để chấm dứt Hợp đồng. Hiệu lực của Hợp đồng này sẽ chấm dứt sau 24 giờ kể từ ngày Công ty bảo hiểm nhận được đơn xin hủy Hợp đồng bảo hiểm hoặc thời điểm chấm dứt được nêu trong đơn đề nghị chấm dứt hợp đồng bảo hiểm, tùy thời gian nào trễ hơn. Đối với Người được bảo hiểm có hồ sơ yêu cầu chi trả bảo hiểm trong thời gian bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ không hoàn trả phí bảo hiểm. Đối với Người được bảo hiểm không có hồ sơ yêu cầu bồi thường trong thời gian bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ hoàn trả phí bảo hiểm theo công thức sau trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được thông báo hủy bỏ Hợp đồng:

Nếu người tham gia bảo hiểm chọn trả phí bảo hiểm tại thời điểm ký kết Hợp đồng, số tiền phí bảo hiểm sẽ được hoàn trả = phí bảo hiểm đã trả * (1- phần trăm phụ phí) * (thời hạn bảo hiểm gốc - thời hạn bảo hiểm đã qua)/ thời hạn bảo hiểm gốc). Tỷ lệ phụ phí là 25%, thời gian bảo hiểm được tính theo từng ngày.

5.3 Chấm dứt trách nhiệm bảo hiểm

Trách nhiệm bảo hiểm đối với người được bảo hiểm theo Hợp đồng này sẽ chấm dứt khi xảy ra bất kỳ trường hợp nào sau đây:

- (I) Hết thời hạn bảo hiểm;
- (II) Nếu người được bảo hiểm tử vong, trách nhiệm bảo hiểm đối với người được bảo hiểm theo Hợp đồng này sẽ chấm dứt;
- (III) Tổng số tiền thanh toán bồi thường quyền lợi bảo hiểm trong thời gian bảo hiểm đạt đến số tiền bảo hiểm được quy định trong hợp đồng;
- (IV) Khi Công ty bảo hiểm nhận được thông báo bằng văn bản của Người yêu cầu bảo hiểm/người được bảo hiểm chấm dứt hợp đồng.
- (V) Chấm dứt do các điều kiện được quy định cụ thể trong các điều khoản khác của Hợp đồng này.

Tùy trường hợp nào xảy ra trước.

Chương 6: Giải quyết tranh chấp và các điều khoản khác

6.1 Luật áp dụng

Hợp đồng này sẽ được chi phối và hiểu theo luật pháp Việt Nam.

6.2 Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp liên quan đến hợp đồng bảo hiểm này nếu các bên không giải quyết được bằng thương lượng thì một trong các bên có quyền đưa ra Tòa án có thẩm quyền tại Việt Nam để giải quyết tranh chấp theo quy định của pháp luật.

6.3 Thời hiệu khởi kiện

Thời hiệu khởi kiện về hợp đồng bảo hiểm là ba (3) năm kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

6.4 Thời hạn yêu cầu bồi thường bảo hiểm

- i. Thời hạn yêu cầu bồi thường theo hợp đồng bảo hiểm là một năm, kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn yêu cầu bồi thường bảo hiểm.
- ii. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm chứng minh được rằng bên mua bảo hiểm không biết thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm thì thời hạn quy định tại mục I điểm 6.4 Chương này được tính từ ngày Bên mua bảo hiểm biết việc xảy ra sự kiện bảo hiểm đó.
- iii. Trong trường hợp người thứ ba yêu cầu Bên mua bảo hiểm bồi thường về những thiệt hại thuộc trách nhiệm bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm thì thời hạn quy định tại mục I điểm 6.4 Chương này được tính từ ngày người thứ ba yêu cầu.

Chương 7: Định Nghĩa

1. Công ty bảo hiểm

Là Tổng công ty Cổ phần Bảo hiểm Bảo Long và các Công ty thành viên của Bảo Long.

2. Thời gian chờ

Là khoảng thời gian kể từ ngày hiệu lực của Hợp đồng hoặc ngày bổ sung Người được bảo hiểm vào Hợp đồng bảo hiểm hoặc ngày nâng cấp chương trình bảo hiểm, tùy ngày nào trễ hơn, là số ngày cụ thể sẽ được các bên thỏa thuận và quy định trong Hợp đồng và phải tham gia bảo hiểm liên tục không ngắt quãng. Công ty bảo hiểm sẽ không chịu trách nhiệm thanh toán các quyền lợi bảo hiểm cho sự kiện bảo hiểm trong thời gian chờ.

3. Bệnh viện

Là một cơ sở khám và điều trị bệnh hợp pháp được Bộ y tế hoặc nhà nước công nhận cấp phép và đáp ứng được các yêu cầu sau:

- I. Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật;
- II. Với mục đích thành lập chính là cung cấp các dịch vụ chăm sóc và điều trị nội trú ít nhất 24h cho người bị thương và người bệnh;
- III. Với bác sĩ và y tá được cơ quan có thẩm quyền cấp phép được thực hành ngành y hợp pháp trong việc khám và điều trị.

Loại trừ cơ sở chăm sóc, nhà an dưỡng hoặc bệnh viện điều dưỡng, viện tâm thần hoặc viện dưỡng lão, nơi điều trị sỏi khoáng, xông hơi, massage và các cơ sở điều trị cai nghiện rượu, chất ma túy, thuốc phiện, chất kích thích hoặc cho bất kỳ mục đích tương tự nào.

Công ty bảo hiểm có quyền chấp thuận và chỉ định các bệnh viện này sau khi xem xét và đánh giá.

4. Chẩn đoán

Đề cập đến chẩn đoán ung thư của người được bảo hiểm được thực hiện bởi bác sĩ hoặc chuyên gia có giấy phép hành nghề bằng phương pháp X quang, phẫu thuật hoặc kiểm tra bệnh lý, trong trường hợp này, ngày chẩn đoán ung thư sẽ là ngày lấy mẫu từ phẫu thuật hoặc sinh thiết ; và ngày xạ trị hoặc hóa trị đầu tiên sẽ là ngày chẩn đoán ung thư nếu người được bảo hiểm không được điều trị bằng cách phẫu thuật nhưng sau đó trải qua xạ trị hoặc hóa trị

Công ty bảo hiểm có thể chỉ định một bác sĩ hoặc chuyên gia y tế có chứng chỉ hành nghề để kiểm tra Người được bảo hiểm hoặc các bằng chứng y tế được kê khai. Ý kiến của bác sĩ hoặc chuyên gia y tế được chỉ định sẽ ràng buộc với Người được bảo hiểm và Công ty bảo hiểm.

5. Ung thư

Là căn bệnh mà u ác tính, các mô hoặc các tế bào phát triển và tăng sinh không kiểm soát, xâm nhập và phá hủy các mô bình thường xung quanh, và có thể lan sang các bộ phận khác của cơ thể thông qua hệ thống mạch máu, hệ bạch huyết và các khoang cơ thể. Chẩn đoán lâm sàng thuộc nhóm khối u ác tính dựa theo quy định trong phiên bản thứ 10 của Phân loại Thống kê Quốc tế về bệnh và các vấn đề sức khỏe liên quan (ICD10) của Tổ chức Y tế thế giới dựa trên chẩn đoán rõ ràng bằng các kết quả kiểm tra bệnh lý. Nhưng loại trừ:

- Bất kỳ tổn thương hoặc khối u nào được mô tả về mặt mô học là không xâm lấn, lành tính, loạn sản, tiền ác tính, hoặc có u giáp biên ác tính, hoặc có mức độ tiềm ẩn ác tính thấp hoặc có nghi ngờ u ác tính, hoặc sự phát triển bất thường chưa chắc chắn hoặc chưa rõ.
- Bệnh bạch cầu mạn dòng lympho (CLL) theo hệ thống phân loại RAI giai đoạn 0 hoặc thấp hơn
- Ung thư tế bào hắc tố tại chỗ và tất cả ung thư biểu mô da không phải là ung thư tế bào hắc tố.
- Tất cả các u mô đệm đường tiêu hóa được đánh giá theo mô bệnh học là ở giai đoạn T1N0M0 (theo Hệ thống xác định giai đoạn ung thư TNM) hoặc thấp hơn với số lượng phân bào nhỏ hơn hoặc bằng 5/50 HPFs, tuy nhiên trong trường hợp điều trị bằng phẫu thuật hoặc hóa trị liệu hoặc liệu pháp điều trị ung thư trúng đích hoặc liệu pháp miễn dịch Công ty bảo hiểm sẽ chi trả.
- Ung thư biểu mô đường tiết niệu không xâm lấn (giai đoạn TaN0M0).
- Loạn sản cổ tử cung, CIN-1, CIN-2 và CIN-3, tổn thương tế bào biểu mô vảy mức độ thấp và mức độ cao.
- Tân sinh trong biểu mô tuyến tiền liệt (PIN).
- Tân sinh trong biểu mô âm hộ (VIN).
- Tất cả các khối u ở người nhiễm (HIV).

6. Nhập viện

Là việc Người được bảo hiểm được đưa vào khu vực nội trú của bệnh viện trị ít nhất là 24 giờ để giám hộ và điều trị Bệnh được bảo hiểm, nhưng không bao gồm các trường hợp sau:

- (I) Người được bảo hiểm được đưa vào phòng theo dõi cấp cứu của bệnh viện hoặc giường gia đình của bệnh viện;
- (II) Người được bảo hiểm được nhận vào khoa phục hồi chức năng, giường phục hồi chức năng hoặc được điều trị phục hồi chức năng;
- (III) Người được bảo hiểm không tiến hành khám và điều trị liên quan đến chẩn đoán nhập viện trong vòng 24 giờ kể từ khi nhập viện hoặc thời gian nhập viện dưới 24 giờ, trừ khi Người được bảo hiểm đang được điều trị tạm thời ở bệnh viện khác nhưng vì lý do y khoa phải chuyển viện.
- (IV) Nhập viện để kiểm tra thể trạng Người được bảo hiểm;
- (V) Nhập viện giả và nhập viện bất hợp lý khác. Nhập viện giả có nghĩa là Người được bảo hiểm đã trải qua các thủ tục nhập viện chính thức, nhưng không ở trong bệnh viện 24 giờ một ngày trong thời gian nhập viện. Cụ thể, không có bất kỳ điều trị nào trong vài ngày liên tục khi nhập viện, mà chỉ phát sinh chi phí chăm sóc, phí kiểm tra và điều trị, chi phí tiền giường, v.v.

7. Điều trị trong ngày

Là việc điều trị Bệnh được bảo hiểm của Người được bảo hiểm tại bệnh viện trong vòng 24 giờ có đăng ký và sử dụng giường bệnh.

8. Chi phí y tế cần thiết, hợp lý và theo thông lệ

(I) Phù hợp với thông lệ: có nghĩa là các chi phí phù hợp với tiêu chuẩn điều trị hiện hành, phương pháp điều trị phổ biến và chi phí y tế phổ thông tại nơi thực hiện dịch vụ y tế.

Công ty bảo hiểm sẽ kiểm tra xem các chi phí có phù hợp với thông lệ thông thường hay không theo các nguyên tắc khách quan, thận trọng và hợp lý; nếu Người được bảo hiểm có ý kiến khác về kết quả kiểm tra thì hai bên sẽ yêu cầu các tổ chức y tế hoặc các chuyên gia y tế có thẩm quyền tại địa phương kiểm tra và xác nhận

(II) Cần thiết về mặt y khoa: có nghĩa là các chi phí y tế đáp ứng tất cả các yêu cầu sau:

1. Phải cần thiết để chẩn đoán hoặc điều trị Bệnh được bảo hiểm;
2. Phù hợp về loại, tần suất, mức độ, địa điểm và thời gian, và được coi là có hiệu quả đối với các Bệnh được bảo hiểm
3. Không vì sự thuận tiện của Người được bảo hiểm hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bác sĩ hoặc chuyên gia y tế và không tốn kém hơn việc sử dụng một dịch vụ thay thế khác nhưng đem lại kết quả điều trị hoặc chẩn đoán tương đương;
4. Không thể bỏ qua, không ảnh hưởng xấu đến tình trạng y tế của Người được bảo hiểm;
5. Không vượt quá nguyên tắc điều trị an toàn và đầy đủ;
6. Thuốc phải được bác sĩ kê toa;
7. Không mang tính thử nghiệm và tính nghiên cứu;
8. Phải phù hợp với tiêu chuẩn y học được chấp nhận ở địa phương dựa trên bằng chứng khoa học đáng tin cậy được công bố trên các tài liệu y khoa và tạp chí y khoa, đã trải qua thử nghiệm và đánh giá lâm sàng để được coi là liệu pháp an toàn và hiệu quả.

Để tránh nghi ngờ khi so sánh điều trị có phù hợp với nhu cầu y tế hay không, theo nguyên tắc khách quan, thận trọng và hợp lý, Công ty bảo hiểm sẽ xem xét quy trình khám chữa bệnh và đánh giá cơ sở vật chất, máy móc thiết bị nơi tiếp nhận điều trị. Nếu việc điều trị cần nhiều hơn một bác sĩ chuyên khoa hoặc bác sĩ phẫu thuật có mặt trong cùng một buổi phẫu thuật, Công ty bảo hiểm sẽ xem xét từng trường hợp cụ thể để quyết định bảo hiểm toàn bộ chi phí dịch vụ phát sinh hay không. Công ty bảo hiểm sẽ không bồi thường các quyền lợi hoặc chi phí bổ sung phải trả cho trợ lý phẫu thuật. Trong trường hợp có bất kỳ sự khác biệt nào về ý kiến giữa các cố vấn y tế hoặc bác sĩ của Công ty bảo hiểm và bác sĩ của Người được bảo hiểm, quyết định của các cố vấn y tế hoặc bác sĩ của Công ty bảo hiểm sẽ được áp dụng.

9. Tiền giường

Là chi phí giường phát sinh bởi Người được bảo hiểm trong thời gian nằm viện, không cao hơn chi phí giường đơn tiêu chuẩn (không bao gồm phòng đôi, giường gia đình).

10. Phí khám và điều trị

Là chi phí tiền công cho bác sĩ thăm khám hoặc bác sĩ tư vấn bao gồm cả phí đăng ký phát sinh trong quá trình nhập viện của Người được bảo hiểm.

11. Chi phí phẫu thuật

Bao gồm chi phí phòng mổ, chi phí gây mê, chi phí theo dõi phẫu thuật, chi phí dụng cụ phẫu thuật, chi phí thuốc phẫu thuật, chi phí thiết bị phẫu thuật; chi phí của hoạt động phát sinh cho cấy ghép nội tạng nhưng không bao gồm chi phí nội tạng và chi phí phát sinh trong quá trình mua hoặc tiếp nhận nội tạng hoặc bất kì chi phí liên quan đến người hiến tạng.

12. Chi phí chăm sóc

Là chi phí được xác định theo mức độ chăm sóc được chỉ định bởi bác sĩ nhưng không bao gồm chi phí điều dưỡng cá nhân hoặc đặc biệt hoặc chi phí đồng hành / hộ tống.

13. Chi phí thuốc men

Là chi phí thực tế hợp lý và cần thiết cho thuốc men, băng gạc theo toa của bác sĩ và được bao gồm trong danh mục thuốc theo quy định của quốc gia điều trị. Nhưng không bao gồm viên uống bổ sung dinh dưỡng, thực phẩm chức năng, thuốc điều chỉnh chức năng miễn dịch, thuốc làm đẹp và giảm cân, thuốc phòng ngừa và các loại thuốc y học cổ truyền của Trung Quốc như dưới đây:

Thuốc y học cổ truyền Trung Quốc một thành phần hoặc nhiều thành phần, thuốc đặc chế chủ yếu được sử dụng để bổ sung dinh dưỡng hoặc cho mục đích cải thiện khả năng miễn dịch của con người, bao gồm nhưng không giới hạn ở nhiều loại nhân sâm (bao gồm nhân sâm, nhân sâm Mỹ, nhân sâm trắng, hồng sâm, nhân sâm đỏ, nhân sâm rừng, nhân sâm rừng được cấy ghép, v.v.) và các loại viên nang của chúng, đông trùng hạ thảo, rùa, bọ cạp, san hô, sỏi mật của chó, hổ phách, linh chi, bột sừng linh dương, dị vật trong dạ dày ngựa, mã não, nghệ tây, máu rồng, tổ chim, ngọc trai (bột), nhau thai người, keo da lừa, viên keo da lừa, viên nang Xuebao, chất lỏng uống Hongtao K, thuốc bổ tổng hợp, chiết xuất bán chất lỏng mười thành phần, v.v.; cao lộc, cao mai đòi hỏi, cao rùa, bezoar của ngựa, trùng thảo, nghệ tây, linh dương, tê giác, bezoar của bò, xạ hương, gạc, lan thạch học. Một số động vật và các cơ quan động vật có thể được sử dụng làm thuốc, như nhung hươu, cá ngựa, nhau thai, dương vật của động vật, đuôi, gân, xương, v.v.; và các loại chế phẩm dược có cồn được điều chế bằng các dược liệu và thuốc sắc của Trung Quốc, v.v.

14. Chi phí ăn uống

Là các khoản phí cho các bữa ăn theo lời khuyên y tế được cung cấp bởi đơn vị cung cấp suất ăn kiêng trong bệnh viện và phù hợp với tiêu chuẩn chung. Chi phí cho bữa ăn có thể được bao gồm trong hóa đơn y tế; theo thông lệ của mỗi cơ sở y tế, nó có thể được sử dụng như một khoản riêng, hoặc kết hợp với các khoản khác như chi phí ăn ở.

15. Chi phí kiểm tra và xét nghiệm

Là các chi phí y tế hợp lý phát sinh cho việc sử dụng các phương tiện y tế cần thiết để kiểm tra và xét nghiệm cho mục đích chẩn đoán bao gồm phí khám, phí khám phụ khoa, phí chụp X quang, phí điện tâm đồ, phí siêu âm loại B, phí đo điện não đồ (EEG), phí nội soi, phí cho dụng cụ khám chức năng phổi, phí xét nghiệm sinh hóa phân tử và phí xét nghiệm máu, nước tiểu và phân.

16. Phí điều trị

Là chi phí kỹ thuật viên, phí sử dụng thiết bị và dụng cụ y tế và chi phí cho các vật tư tiêu hao không tái sử dụng phát sinh hợp lý trong thời gian nằm viện với mục đích điều trị bệnh, các chi phí vật tư y tế này phải tuân theo với biểu phí của bệnh viện.

Tuy nhiên phí điều trị không bao gồm chi phí cho vật lý trị liệu, liệu pháp y học cổ truyền Trung Quốc và các phương pháp điều trị đặc biệt khác.

Vật lý trị liệu có nghĩa là ứng dụng các yếu tố vật lý nhân tạo (ánh sáng, điện, từ, âm thanh, v.v.) để điều trị bệnh;

Vật lý trị liệu của y học cổ truyền Trung Quốc có nghĩa là điều trị châm cứu, xoa bóp, giác hơi hoặc cạo da được thực hiện bởi các bác sĩ có trình độ cho mục đích điều trị bệnh;

Các phương pháp điều trị đặc biệt khác bao gồm trị liệu vi lượng đồng căn, trị liệu bệnh nghề nghiệp và trị liệu khả năng nói.

17. Phí dịch thuật y khoa

Là chi phí dịch thuật y khoa liên quan đến việc điều trị tại một cơ sở y tế được chỉ định.

18. Thư ủy quyền về điều trị của công ty bảo hiểm

Là sự ủy thác bằng văn bản của Công ty bảo hiểm cho bên cung cấp dịch vụ, nội dung thư ủy quyền bao gồm xác nhận trách nhiệm bảo hiểm, trước khi Người được bảo hiểm tiến hành kiểm tra, xét nghiệm, điều trị, sử dụng thuốc và các dịch vụ y tế khác liên quan tại bệnh viện ở Việt Nam và/ hoặc ở nước ngoài.

19. Hóa trị

Là một phương pháp điều trị ung thư sử dụng một hoặc nhiều thuốc kháng ung thư - gây độc tế bào (còn được gọi là tác nhân hóa trị). Đây là một phần của phác đồ trị liệu ung thư tiêu chuẩn. Hóa trị là phương pháp điều trị sử dụng các loại thuốc hóa trị được cộng đồng y tế công nhận để hạn chế, ổn định hoặc làm chậm sự phát triển của ung thư và ức chế sự phát triển và sinh sản của các tế bào ung thư. Hóa trị được đề cập trong Hợp đồng này có thể là phương pháp được dùng thông qua đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch hoặc các kỹ thuật tiêm truyền cô lập được hướng dẫn, quản lý và giám sát của Chuyên gia y khoa trong bệnh viện hoặc chuyên khoa ung thư.

20. Xạ trị

Xạ trị là phương pháp điều trị sử dụng bức xạ của nhiều năng lượng khác nhau để chiếu vào các mô khối u với mục đích ức chế và tiêu diệt các tế bào ung thư. Liệu pháp xạ trị được đề cập trong Hợp đồng này là xạ trị được thực hiện cho người được bảo hiểm trong Khoa điều trị đặc biệt của bệnh viện hoặc chuyên khoa ung thư theo lời khuyên y tế.

21. Liệu pháp nội tiết hoặc liệu pháp hormone cho bệnh được bảo hiểm

Là sử dụng thuốc để ức chế hoặc làm chậm quá trình sản xuất hormone và đáp ứng nội tiết tố đối với các khối u nhạy cảm với hormone bằng cách giảm hoặc ngăn chặn khả năng sản xuất các hormone này của cơ thể hoặc can thiệp vào hoạt động của hormone để tiêu diệt tế bào ung thư hoặc kìm hãm sự phát triển của chúng. Các loại thuốc điều trị nội tiết được đề cập trong Hợp đồng phải đáp ứng các quy định của luật pháp, được Cơ quan quản lý thực phẩm & dược phẩm của nước sở tại phê duyệt và sử dụng theo giấy phép và liều lượng được phê duyệt.

22. Liệu pháp điều trị Proton ion hạt nặng

Là việc điều trị Bệnh được bảo hiểm cho Người được bảo hiểm bằng công nghệ xạ trị proton ion hạt nặng. Liệu pháp proton ion hạt nặng được đề cập trong Hợp đồng này là liệu pháp được thực hiện áp dụng cho Người được bảo hiểm trong Khoa điều trị đặc biệt của bệnh viện theo lời

khuyến y tế và theo giới hạn được bảo hiểm và tình huống được quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

23. Liệu pháp điều trị ung thư trúng đích

Là liệu pháp điều trị ung thư bằng cách sử dụng các loại thuốc hoặc các chất có khả năng ngăn chặn sự phát triển và lan rộng của ung thư bằng cách can thiệp vào các phân tử đặc hiệu (gọi là các phân tử đích) có liên quan đến sự tiến triển của ung thư và được thể hiện cụ thể trong Bảng quyền lợi.

24. Liệu pháp miễn dịch khối u

Là việc áp dụng các nguyên tắc và phương pháp miễn dịch, sử dụng thuốc trị liệu miễn dịch khối u để cải thiện khả năng miễn dịch của tế bào khối u và độ nhạy cảm với việc tiêu diệt tế bào hiệu ứng, kích thích và tăng cường miễn dịch chống khối u của cơ thể. Các loại thuốc điều trị miễn dịch khối u được đề cập trong Hợp đồng này phải đáp ứng các quy định của luật pháp, được Cơ quan quản lý thực phẩm & dược phẩm của nước sở tại phê duyệt và sử dụng theo giấy phép và liều lượng được phê duyệt.

25. Điều trị y tế khẩn cấp

Là việc Bệnh được bảo hiểm cần điều trị y tế ngay lập tức, nếu không bắt đầu điều trị trong vòng 24 giờ kể từ khi sự kiện bảo hiểm xảy ra, Người được bảo hiểm có thể tử vong hoặc suy giảm nghiêm trọng chức năng cơ thể.

26. Phẫu thuật tái tạo

Là việc bệnh ung thư theo chẩn đoán của bệnh viện cần phẫu thuật tái tạo để phục hồi hình dạng và chức năng cho hộp sọ, mặt hoặc vú sau khi phẫu thuật cho Bệnh được bảo hiểm, với điều kiện Công ty bảo hiểm đồng ý bằng văn bản chi phí phẫu thuật tái tạo trước khi tiến hành.

Trong trường hợp ung thư vú, phẫu thuật tái tạo có nghĩa là:

- phẫu thuật được lên kế hoạch để tái tạo vú bị ung thư
- phẫu thuật được lên kế hoạch tiếp theo cho vú còn lại (chưa từng phẫu thuật) để cải thiện tính đối xứng
- xăm núm vú (hai lần).

27. Chi phí dịch vụ xe cấp cứu địa phương

Là chi phí xe cấp cứu do một trung tâm cấp cứu cử đi để vận chuyển y tế khẩn cấp đến hoặc giữa các bệnh viện và chi phí phát sinh trong quá trình giới thiệu bệnh viện theo khuyến nghị của bác sĩ.

28. Triệu chứng

Là cảm giác bất thường hoặc những thay đổi nhất định trong cơ thể của Người được bảo hiểm gây ra do những thay đổi bất thường trong các chức năng, hệ chuyển hóa, cấu trúc của cơ thể.

29. Dấu hiệu

Là một sự thay đổi rõ ràng trên bề mặt cơ thể hoặc cấu trúc bên trong cơ thể của Người được bảo hiểm.

30. Tuổi bảo hiểm

Là tuổi của Người được bảo hiểm được tính trên cơ sở ngày tháng năm sinh như được nêu trong các giấy tờ tùy thân. Tuổi được tính bằng 0 kể từ ngày sinh và tăng thêm một tuổi sau mỗi năm. Tuổi của Người được bảo hiểm tính dựa trên sinh nhật gần nhất trước ngày bắt đầu hiệu lực hợp đồng bảo hiểm.

31. Người yêu cầu bồi thường

Là Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc Người thừa kế của Người được bảo hiểm hoặc một người bất kỳ có quyền yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm theo luật định.

32. Điều trị ung thư tích cực

Là bất kỳ phẫu thuật hoặc điều trị nào nhằm hạn chế, ổn định hoặc làm chậm sự lan rộng của ung thư, sử dụng một hoặc kết hợp các biện pháp can thiệp điều trị được hướng dẫn, quản lý và giám sát trực tiếp của Chuyên gia y tế để giảm triệu chứng hoặc chăm sóc điều dưỡng và điều trị.

Chăm sóc và điều trị giảm nhẹ là chăm sóc, điều trị và điều dưỡng cho các bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối tại bệnh viện, nhà an dưỡng cuối đời hoặc cơ sở chăm sóc cuối đời.

33. Quy trình đăng kí bảo hiểm

Là việc Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm nộp đơn yêu cầu bảo hiểm cho Công ty bảo hiểm (theo mẫu của công ty bảo hiểm). Đơn yêu cầu phải được (i) chấp nhận bởi Công ty bảo hiểm; và (ii) phù hợp với các quy định luật pháp liên quan.

34. Bệnh được bảo hiểm

Là ung thư biểu mô tại chỗ và ung thư tuân theo quy định của hợp đồng bảo hiểm, các quyền lợi bảo hiểm tương ứng và loại trừ tất cả các loại bệnh khác.

35. Bệnh có sẵn (Tình trạng có sẵn)

- Bệnh ung thư có sẵn là bất kỳ bệnh ung thư hoặc ung thư biểu mô tại chỗ nào tồn tại trước ngày hiệu lực hợp đồng hoặc ngày Người được bảo hiểm được thêm vào Hợp đồng hoặc ngày nâng cấp chương trình bảo hiểm, tùy ngày nào trễ hơn và có các dấu hiệu hoặc triệu chứng mà Người được bảo hiểm đã biết hoặc theo lẽ thường phải biết hoặc vì các bệnh, triệu chứng, dấu hiệu này mà Người được bảo hiểm phải điều trị hoặc được khuyên tiến hành điều trị bởi chuyên gia y tế hoặc vì thế mà Người được bảo hiểm đã hoặc lên kế hoạch thực hiện các xét nghiệm, kiểm tra y tế;
- Bệnh có sẵn được xác định là các bệnh tật, dấu hiệu, tình trạng hoặc triệu chứng đã có từ trước hoặc được chẩn đoán trước ngày hiệu lực hợp đồng hoặc ngày Người được bảo hiểm được thêm vào Hợp đồng hoặc ngày nâng cấp chương trình bảo hiểm, tùy ngày nào trễ hơn, mà vì thế Người được bảo hiểm đã hoặc lên kế hoạch thực hiện các xét nghiệm, kiểm tra y tế hoặc phải điều trị hoặc dùng thuốc hoặc nhận lời khuyên, theo dõi y tế từ chuyên gia y khoa. Bệnh có sẵn cũng được hiểu là các bệnh tật, dấu hiệu, tình trạng hoặc triệu chứng mà Người được bảo hiểm đã biết hoặc theo lẽ thường phải nhận biết trước ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm.

36. Xét nghiệm chẩn đoán

Bao gồm các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm, bức xạ X, chụp cắt lớp vi tính (CT), chụp cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp phát xạ positron (PET), chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNAC), mô bệnh học hoặc sinh thiết tế bào học và bất kỳ phương thức xét nghiệm nào khác được coi là cần thiết về mặt y học để xem Người được bảo hiểm có mắc ung thư hay không. Xét nghiệm chuẩn đoán ung thư cũng bao gồm xét nghiệm di truyền (xét nghiệm gen) để xác định các loại thuốc hóa trị thích hợp trong điều trị ung thư.

37. Điều trị nội trú

Là việc Người được bảo hiểm phải vào bệnh viện ở qua một (01) đêm hoặc hơn có sử dụng giường bệnh cho mục đích chữa trị bệnh.

38. Điều trị ngoại trú

Là việc Người được bảo hiểm đến khám bệnh ở bệnh viện, phòng tư vấn hoặc phòng khám ngoại trú nhưng không nhập viện điều trị như nội trú hoặc điều trị trong ngày.

39. Đồng chi trả

Là mức trách nhiệm giữa Công ty bảo hiểm và Người được bảo hiểm, là phần chi phí y tế mà Người được bảo hiểm có trách nhiệm phải thanh toán theo phần trăm sau khi áp dụng mức miễn thường (nếu có).

40. Mức miễn thường

Là số tiền chi phí y tế đầu tiên mà Người được bảo hiểm có trách nhiệm thanh toán trước khi Công ty bảo hiểm thanh toán quyền lợi theo các điều khoản của hợp đồng bảo hiểm. Mức miễn thường áp dụng cho mỗi Người được bảo hiểm và cho mỗi năm bảo hiểm (Định nghĩa 46).

41. Hạn mức quyền lợi tối đa

Được thể hiện trong bảng quyền lợi bảo hiểm trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc trong bảng kê bảo hiểm.

42. Hạn mức tối đa năm

Được thể hiện trong bảng quyền lợi bảo hiểm trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc trong bảng kê bảo hiểm. Tất cả các quyền lợi được chi trả trong năm bao gồm chi phí điều trị nội trú, điều trị trong ngày, điều trị ngoại trú sẽ được tính vào hạn mức tối đa năm này.

43. Giới hạn trọn đời tối đa

Được thể hiện trong bảng quyền lợi bảo hiểm trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc trong Hợp đồng bảo hiểm. Giới hạn trọn đời tối đa là giới hạn tối đa số tiền chi trả cho Người được bảo hiểm kể từ ngày hiệu lực bảo hiểm đầu tiên đối với các chi phí y tế liên quan đến điều trị nội trú, điều trị trong ngày và điều trị ngoại trú. Khi tổng số tiền thanh toán cho các quyền lợi bảo hiểm đạt tới giới hạn trọn đời tối đa nêu trên, trách nhiệm của Công ty bảo hiểm sẽ chấm dứt.

44. Chuyên gia y tế

Là bác sĩ đa khoa hoặc bác sĩ chuyên khoa có bằng cấp chuyên môn y khoa, được luật pháp nước sở tại công nhận và có đủ kĩ năng cung cấp dịch vụ y tế hoặc phẫu thuật.

45. Chương trình bảo hiểm

Là chương trình bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm / Người được bảo hiểm lựa chọn trong Quy trình đăng ký bảo hiểm và được nêu chi tiết trong Hợp đồng bảo hiểm.

46. Năm bảo hiểm

Là một năm và được ghi trên Hợp đồng bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm.

47. Ung thư biểu mô tại chỗ

Ung thư biểu mô tại chỗ là sự tự phát triển khu trú của các tế bào ung thư mà chưa dẫn tới sự xâm lấn các mô bình thường xung quanh. ‘Xâm lấn’ có nghĩa là sự xâm nhập và/hoặc sự chủ động phá hủy của các mô bình thường ở ngoài lớp màng đáy. Chẩn đoán Ung thư biểu mô tại chỗ phải luôn đi kèm với kết quả mô bệnh học và được chẩn đoán xác định dựa trên kết quả khảo sát bằng kính hiển vi các mô sinh thiết đã được cố định.

Đối với định nghĩa trên các mục sau đây sẽ bị loại trừ:

- Loạn sản cổ tử cung, CIN-1, CIN-2 và CIN-3, tổn thương tế bào biểu mô vảy mức độ thấp và mức độ cao.
- Tân sinh trong biểu mô tuyến tiền liệt (PIN).
- Tân sinh trong biểu mô âm hộ (VIN).
- Ung thư tế bào hắc tố tại chỗ và tất cả ung thư biểu mô da không phải là ung thư tế bào hắc tố.
- Bất kỳ tổn thương hoặc khối u nào được mô tả về mặt mô học là không xâm lấn, lành tính, loạn sản, tiền ác tính, có u giáp biên ác tính hoặc có nghi ngờ u ác tính.
- Ung thư biểu mô đường tiết niệu không xâm lấn (giai đoạn TaN0M0).
- Tất cả các u mô đệm đường tiêu hóa được đánh giá theo mô bệnh học là ở giai đoạn T1N0M0 (theo Hệ thống xác định giai đoạn ung thư TNM) hoặc thấp hơn với số lượng phân bào nhỏ hơn hoặc bằng 5/50 HPFs, tuy nhiên trong trường hợp điều trị bằng phẫu thuật hoặc hóa trị liệu hoặc liệu pháp điều trị ung thư trúng đích hoặc liệu pháp miễn dịch Công ty bảo hiểm sẽ chi trả.
- Bệnh bạch cầu mạn dòng lympho (CLL) theo hệ thống phân loại RAI giai đoạn 0 hoặc thấp hơn
- Tất cả các khối u ở người nhiễm (HIV).