

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ SUNG BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN CẦU

(Theo công văn số 11916/BTC-QLBH ngày 30/09/2020 và công văn số 11277/BTC-QLBH ngày 01/11/2022 của Bộ Tài chính)

MỤC LỤC

Điều 1: CÁC ĐỊNH NGHĨA.....	2
Điều 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	9
Điều 3: CÁC QUY ĐỊNH LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM.....	9
Điều 4: PHÍ BẢO HIỂM.....	11
Điều 5: THAY ĐỔI QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	11
Điều 6: CHẤM DỨT HIỆU LỰC SẢN PHẨM.....	12
Điều 7: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	13
BẢNG LIỆT KÊ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	15

Quy tắc và Điều khoản này là một phần không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm nếu Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung bằng văn bản của Hợp đồng bảo hiểm giữa Dai-ichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm có kèm theo Quyền lợi bảo hiểm bổ sung “Bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe toàn cầu”.

Quy tắc và Điều khoản này bao gồm những thỏa thuận bổ sung giữa Dai-ichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu được bảo hiểm bổ sung các quyền lợi bảo hiểm cụ thể vào Hợp đồng bảo hiểm.

Sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ được áp dụng theo Quy tắc và Điều khoản này. Nếu có những khác biệt giữa Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ sung này với Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm chính thì quy định tại Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ được ưu tiên áp dụng. Bất kỳ nội dung nào không được đề cập, quy định trong Quy tắc và Điều khoản này sẽ được áp dụng theo Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính.

Điều 1: CÁC ĐỊNH NGHĨA

Trong Quy tắc và Điều khoản này, các thuật ngữ dưới đây sẽ có nghĩa như sau:

- 1.1 Người được bảo hiểm:** là người được bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, được ghi tên trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi bổ sung khác (nếu có). Người được bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này là Người được bảo hiểm của sản phẩm chính hoặc có thể là người khác nếu có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm và theo quy định của Dai-ichi Life Việt Nam tại từng thời điểm.
- 1.2 Độ tuổi tham gia bảo hiểm:** Độ tuổi có thể tham gia bảo hiểm (tính theo sinh nhật vừa qua của Người được bảo hiểm xét tại ngày bắt đầu hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung) là:
 - 0 (không) đến 65 (sáu mươi lăm) tuổi với quyền lợi điều trị nội trú;
 - 0 (không) đến 60 (sáu mươi) tuổi với quyền lợi điều trị ngoại trú, quyền lợi chăm sóc răng.Tuổi tối đa khi kết thúc là:
 - 75 (bảy mươi lăm) tuổi với quyền lợi điều trị nội trú;
 - 65 (sáu mươi lăm) tuổi với quyền lợi điều trị ngoại trú, quyền lợi chăm sóc răng.
- 1.3 Thời hạn bảo hiểm:** là 1 (một) năm kể từ ngày sản phẩm bảo hiểm bổ sung này bắt đầu hiệu lực và được gia hạn hàng năm nếu không có bên nào thông báo về việc chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này trước thời điểm gia hạn; với điều kiện Bên mua bảo hiểm nộp đủ và đúng hạn các khoản phí bảo hiểm đến hạn và chấp nhận các điều khoản và điều kiện của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.
- 1.4 Ngày gia hạn năm hợp đồng:** là ngày lặp lại hàng năm của ngày sản phẩm bảo hiểm bổ sung bắt đầu hiệu lực nếu sản phẩm bảo hiểm bổ sung này được gia hạn. Nếu năm không có ngày này, ngày cuối tháng tương ứng sẽ là Ngày gia hạn năm hợp đồng.
- 1.5 Chương trình bảo hiểm:** Tùy theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm vào thời điểm tham gia sản phẩm bảo hiểm bổ sung này và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi bổ sung khác (nếu có), Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn một trong các Chương trình bảo hiểm sau đây: Cao Cấp, Đặc Biệt hoặc Phổ Thông.

Mỗi Chương trình bảo hiểm bao gồm: (i) quyền lợi điều trị nội trú với mức Đồng chi trả theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm và (ii) (các) quyền lợi lựa chọn thêm (nếu có tham gia): quyền lợi điều trị ngoại trú và quyền lợi chăm sóc răng.

1.6 Đồng chi trả (áp dụng cho quyền lợi điều trị nội trú): là mức chi phí tương đương 20% (hai mươi phần trăm) hoặc 0% (không phần trăm) chi phí y tế thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm của quyền lợi điều trị nội trú mà Người được bảo hiểm và/ hoặc Bên mua bảo hiểm phải chi trả theo Quy tắc và Điều khoản này, tùy theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm vào thời điểm tham gia sản phẩm bảo hiểm bổ sung này và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi bổ sung khác (nếu có).

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả phần chi phí y tế thực tế còn lại thuộc phạm vi bảo hiểm và không vượt quá giới hạn chi trả tối đa trong Bảng liệt kê quyền lợi tương ứng theo quy định của Quy tắc và Điều khoản này, sau khi lần lượt trừ các khoản sau: (i) chi phí y tế đã được thanh toán bởi đơn vị bảo hiểm khác (nếu có) và (ii) khoản Đồng chi trả (tùy theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm).

1.7 Phạm vi địa lý: là quốc gia và/ hoặc vùng lãnh thổ, mà Dai-ichi Life Việt Nam đồng ý chi trả các chi phí y tế thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm, phát sinh khi Người được bảo hiểm khám và điều trị Bệnh tật/ Thương tật, cụ thể như sau:

- Toàn cầu: với quyền lợi điều trị nội trú;
- Việt Nam: với quyền lợi điều trị ngoại trú, quyền lợi chăm sóc răng.

1.8 Bảng liệt kê quyền lợi: là Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm, với chi tiết quyền lợi bảo hiểm tương ứng với từng Chương trình bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm lựa chọn, được đính kèm Quy tắc và Điều khoản này.

1.9 Quyền lợi tối đa của một Bệnh tật/ Thương tật: là tổng quyền lợi chi trả tối đa trong suốt thời gian tham gia sản phẩm bảo hiểm bổ sung này cho tất cả quyền lợi điều trị nội trú và ngoại trú, cho một Người được bảo hiểm với cùng một Bệnh tật/ Thương tật và các biến chứng, di chứng có liên quan đến Bệnh tật/ Thương tật này. Quyền lợi tối đa của một Bệnh tật/ Thương tật được quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi theo Chương trình bảo hiểm.

1.10 Phí bảo hiểm: là số tiền Bên mua bảo hiểm thanh toán cho Dai-ichi Life Việt Nam vào ngày đến hạn nộp phí. Phí bảo hiểm được tính toán dựa trên tuổi đạt được của Người được bảo hiểm, Chương trình bảo hiểm và quyết định thẩm định của Dai-ichi Life Việt Nam tại thời điểm tham gia sản phẩm bảo hiểm bổ sung này hoặc vào (các) Ngày gia hạn năm hợp đồng.

1.11 Mức phí bảo hiểm: là biểu phí của sản phẩm theo tuổi đạt được và Chương trình bảo hiểm đã được Bộ Tài chính phê duyệt.

1.12 Thời hạn loại trừ: là thời gian mà các sự kiện bảo hiểm của các quyền lợi điều trị nội trú và/ hoặc quyền lợi điều trị ngoại trú và/ hoặc quyền lợi chăm sóc răng do Bệnh tật xảy ra không được chi trả. Thời gian loại trừ này được áp dụng như sau:

a. 30 (ba mươi) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm quyền lợi điều trị nội trú, quyền lợi điều trị ngoại trú, quyền lợi chăm sóc răng và 10 (mười) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này;

và:

b. 90 (chín mươi) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận bảo hiểm của năm hợp đồng đầu tiên của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này cho những Bệnh tật sau:

- Nang, polyp, u lành tính hay ác tính, ung thư, tăng trưởng bất thường của tế bào;
- Trĩ;

- Tất cả các chứng thoát vị;
- Các Biến chứng thai sản;
- Viêm khớp, thoái hóa khớp, loãng xương, vẹo cột sống và tất cả các hình thức của bệnh thoái hóa xương;
- Mộng, hạt kết mạc góc mắt, đục thủy tinh thể;
- Cắt amidan hoặc nạo VA;
- Các loại sỏi;
- Suy giãn tĩnh mạch;
- Lạc nội mạc tử cung;
- Các tình trạng của tuyến tiền liệt;
- Loét dạ dày, loét tá tràng;
- Viêm gan các loại, xơ gan;
- Viêm xoang;
- Các bệnh tim, bệnh mạch vành, huyết áp cao hoặc thấp;
- Đái tháo đường/ tăng đường huyết;
- Tất cả các hình thức tổn thương (có yêu cầu phẫu thuật) của dây chằng hoặc sụn chêm;
- Parkinson;
- Lupus ban đỏ;
- Suy thận (ngoại trừ suy thận cấp);
- Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD);
- Các bệnh liên quan đến hệ thống tái tạo máu (bao gồm thay máu, lọc máu, chạy thận nhân tạo, bệnh suy tủy, bạch cầu cấp, bạch cầu mãn tính);
- Bệnh tự miễn và rối loạn chuyển hóa.

1.13 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 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 là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác bao gồm: Bệnh tật, đau ốm, nhiễm các loại vi rút/ vi khuẩn/ nấm/ ký sinh trùng, nhiễm trùng, biến chứng.

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

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

1.16 Bệnh viện: là cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo luật pháp của nước sở tại; và phải đáp ứng tất cả điều kiện sau:

- Được thành lập nhằm tiếp nhận, chăm sóc, khám và điều trị y tế cho người bị ốm đau, Bệnh tật, Thương tật;
- Có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca chẩn đoán, phẫu thuật y khoa;

- 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;
- Có lưu giữ đầy đủ bệnh án và hồ sơ của bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của cơ quan có thẩm quyền;
- Không phải là nhà bảo sanh, nhà điều dưỡng, dưỡng bệnh, 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.

1.17 Phòng khám: là một cơ sở khám chữa bệnh được cấp giấy phép thành lập và hoạt động theo luật pháp của nước sở tại và không có chức năng lưu bệnh nhân qua đêm.

1.18 Khoa/ phòng chăm sóc đặc biệt (ICU): là một khoa hoặc một bộ phận của bệnh viện và phải đáp ứng tất cả điều kiện sau:

- Được thành lập để cung cấp chương trình chăm sóc và điều trị đặc biệt;
- Dành riêng cho các bệnh nhân trong điều kiện nguy kịch đòi hỏi sự theo dõi và kiểm tra y tế liên tục của Bác sĩ;
- Được trang bị các thiết bị, thuốc, phương tiện cấp cứu khác để có thể can thiệp ngay khi cần thiết.

Để tránh nhầm lẫn, theo quy định của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, Khoa/ phòng chăm sóc đặc biệt (ICU) không phải là khoa/ phòng hậu phẫu hoặc khoa/ phòng cấp cứu.

1.19 Cần thiết và hợp lý về mặt y tế: điều trị được xem là Cần thiết và hợp lý về mặt y tế khi đáp ứng tất cả điều kiện sau:

- Theo đúng chẩn đoán của Bác sĩ để điều trị cho Bệnh tật/ Thương tật của Người được bảo hiểm;
- Theo đúng chỉ dẫn y khoa của Y học hiện đại hoặc theo đúng chỉ dẫn y khoa của Y học thay thế trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú bằng Y học thay thế;
- Không phải chủ yếu vì sự tiện lợi của bệnh nhân hoặc gia đình của bệnh nhân hoặc Bác sĩ điều trị;
- Không nhằm mục đích thử nghiệm, điều tra, nghiên cứu, thẩm mỹ, phòng ngừa hoặc sàng lọc;
- 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/ Thương tật của bệnh nhân.

1.20 Chi phí điều trị tối thiểu: Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chỉ chi trả cho mỗi lần điều trị ngoại trú (ngoại trừ Y học thay thế) hoặc chăm sóc răng khi chi phí y tế thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm của mỗi lần điều trị lớn hơn mức Chi phí điều trị tối thiểu. Chi phí điều trị tối thiểu được quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này và vẫn sẽ áp dụng ngay cả khi chi phí y tế thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm đã được thanh toán một phần bởi đơn vị bảo hiểm khác.

1.21 Bác sĩ: là người có bằng cấp chuyên môn 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 giấy phép theo quy định của pháp luật tại nước mà Bác sĩ đó hành nghề. Bác sĩ không được là vợ, chồng, cha, mẹ, con, anh ruột, chị ruột, em ruột của Người được bảo hiểm và/ hoặc của Bên mua bảo hiểm.

1.22 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.

- 1.23 Y tá/ 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.
- 1.24 Chuyên gia nắn khớp xương:** là người được cấp giấy phép, chuyên về thao tác cấu trúc cơ xương với mục đích là khôi phục lại chức năng bình thường bằng việc điều chỉnh những vùng đang biểu lộ cấu trúc hoặc chức năng bất thường.
- 1.25 Chuyên gia vật lý trị liệu:** là người được cấp giấy phép điều trị những rối loạn vật lý thông qua các kỹ thuật thao tác hoặc chuyên động và đề ra những bài tập tăng cường và những lời khuyên thích hợp.
- 1.26 Bệnh nhân nội trú:** là người được nhập viện theo yêu cầu của Bác sĩ của Bệnh viện và Cần thiết và hợp lý về mặt y tế phải lưu trú trong Bệnh viện ít nhất 12 (mười hai) giờ để điều trị Bệnh tật/ Thương tật, có làm thủ tục nhập viện và xuất viện, có thanh toán chi phí giường bệnh, có tên trong sổ bệnh nhân nội trú của Bệnh viện; bao gồm cả trường hợp Bệnh nhân nội trú tử vong dưới 12 (mười hai) giờ sau khi nhập viện.
- 1.27 Bệnh nhân ngoại trú:** là người được điều trị Bệnh tật/ Thương tật ở Phòng khám, khoa điều trị ngoại trú của Bệnh viện, hoặc phòng cấp cứu hoặc trải qua một phương thức điều trị mà không Cần thiết và hợp lý về mặt y tế phải lưu trú trong Bệnh viện như Bệnh nhân nội trú.
- 1.28 Điều trị nha khoa:** là bất kỳ sự kiểm tra, thăm khám, điều trị và phẫu thuật liên quan đến những bệnh của răng và nướu hoặc hàm trong trường hợp có liên quan đến răng, ngoại trừ răng giả, cầu răng và cấy implant; và được thực hiện bởi Nha sĩ.
- 1.29 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/ Thương tật thông qua thuốc men, phẫu thuật hoặc bằng các phương pháp trị liệu tiên tiến khác.
- 1.30 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.
- 1.31 Tình trạng nguy cấp:** là tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm thay đổi đột ngột, bất ngờ, không lường trước do Bệnh tật/ Thương tật, đòi hỏi phải có sự điều trị y tế khẩn cấp, ngay lập tức theo ý kiến Bác sĩ để giúp Người được bảo hiểm không chết, hoặc không bị tổn hại trầm trọng đến sức khỏe hoặc thể chất, hoặc để duy trì dấu hiệu sinh tồn về tuần hoàn và hô hấp. Mức độ trầm trọng sẽ được đánh giá theo hoàn cảnh của từng địa phương, bản chất của điều trị cấp cứu và sự có sẵn các phương tiện cấp cứu của từng địa phương.
- 1.32 Tình trạng tồn tại trước:** là
- Tình trạng Bệnh tật/ Thương tật của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ tư vấn, khám, chẩn đoán hoặc điều trị trước ngày có hiệu lực và/ hoặc ngày khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này; hoặc
 - Tình trạng bệnh hoặc tiền sử bệnh được ghi nhận trong bệnh án hoặc hồ sơ y tế tại Bệnh viện hoặc Phòng khám hoặc các thông tin do Người được bảo hiểm tự kê khai; hoặc
 - Các dấu hiệu hoặc triệu chứng có liên quan đến Bệnh tật/ Thương tật khiến cho Người được bảo hiểm phải điều trị, chẩn đoán hoặc chữa bệnh có từ trước ngày có hiệu lực và/ hoặc ngày khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này được ghi nhận trong bệnh án/ sổ khám bệnh/ phiếu khám bệnh/ phiếu chỉ định/ đơn thuốc hoặc bất kỳ tài liệu nào theo ghi nhận của nhân viên y tế.

- 1.33 Tình trạng bẩm sinh, khuyết tật khi sinh:** là một sự bất thường về mặt thể chất hoặc tinh thần, được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai hoặc do di truyền hoặc do gen, cũng như những bất thường về mặt thể chất hoặc tinh thần phát triển sau đó do những nhân tố hoặc những tình trạng xuất hiện hoặc không xuất hiện vào lúc sinh ra, cho dù Người được bảo hiểm có nhận biết được tình trạng đó hay không.
- 1.34 Biến chứng thai sản:** là một trong các biến chứng sau:
- Thai lưu từ tuần thứ 20 (hai mươi) của thai kì trở đi;
 - Thai trứng;
 - Thai ngoài tử cung;
 - Thuyên tắc ối;
 - Vỡ tử cung;
 - Băng huyết sau khi sinh;
 - Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh có gây biến chứng nhiễm trùng;
 - Phá thai điều trị bao gồm các trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền/ dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải chấm dứt thai kì để bảo vệ tính mạng của người mẹ theo chỉ định của Bác sĩ;
 - Biến chứng của các nguyên nhân trên.
- 1.35 Tiền phòng:** là chi phí cho phòng, giường đơn và các chi phí y tế khác của Bệnh viện nơi Người được bảo hiểm điều trị.
- 1.36 Điều trị cấp cứu do Tai nạn:** bao gồm các dịch vụ trong phòng cấp cứu tại Bệnh viện/ Phòng khám để điều trị cho Tình trạng nguy cấp của Người được bảo hiểm khi xảy ra Tai nạn.
- 1.37 Điều trị tổn thương răng do Tai nạn:** là việc điều trị khẩn cấp trong vòng tối đa 7 (bảy) ngày tính từ ngày xảy ra Tai nạn gây mất mát hoặc tổn thương cho răng lành mạnh tự nhiên.
- 1.38 Điều trị trước và sau khi nằm viện (30/60):** bao gồm:
- **Điều trị trước khi nhập viện:** là lần điều trị gần nhất trước ngày nhập viện điều trị nội trú, có liên quan trực tiếp đến một tình trạng y tế cần phải nhập viện để điều trị theo chẩn đoán của Bác sĩ. Lần Điều trị trước khi nhập viện này bao gồm việc khám kiểm tra, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh theo yêu cầu của Bác sĩ điều trị và thuốc được kê đơn, và được thực hiện trong vòng 30 (ba mươi) ngày trước ngày nhập viện.
 - **Điều trị sau khi xuất viện:** là lần điều trị tiếp theo ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của Bác sĩ điều trị, có liên quan trực tiếp đến việc điều trị nội trú trước đó, nhưng không vượt quá 60 (sáu mươi) ngày tính từ ngày xuất viện. Việc điều trị tiếp theo bao gồm khám kiểm tra, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh theo yêu cầu của Bác sĩ điều trị, và thuốc được kê đơn.
- 1.39 Điều dưỡng tại nhà:** là việc điều dưỡng chăm sóc tại nhà ngay sau khi Người được bảo hiểm xuất viện, được thực hiện bởi Y tá/ Điều dưỡng và phải có chỉ định của Bác sĩ điều trị.
- 1.40 Điều trị ung thư:** là việc điều trị bệnh ung thư bằng các phương pháp xạ trị, hóa trị (bằng cách truyền và tiêm), bao gồm điều trị nội trú, trong ngày hoặc ngoại trú.
- 1.41 Lọc máu ngoài thận (Lọc thận):** là quá trình để loại bỏ dịch và các chất thải ra khỏi máu và để điều chỉnh lại việc mất cân bằng điện giải do suy thận và phải được thực hiện bởi máy lọc nhân tạo tại Bệnh viện.

- 1.42 Chi phí điều trị ngoại trú theo Y học hiện đại (Tây y):** bao gồm chi phí thăm khám tại các Bệnh viện/ Phòng khám của Bác sĩ, Bác sĩ chuyên khoa, Chuyên gia vật lý trị liệu, Chuyên gia nắn khớp xương theo chỉ định của Bác sĩ điều trị; và các chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh theo chỉ định của Bác sĩ và thuốc được kê toa.
- 1.43 Chi phí xe cấp cứu:** là chi phí vận chuyển cấp cứu và chăm sóc trong quá trình vận chuyển Người được bảo hiểm đang trong Tình trạng nguy cấp tới Bệnh viện/ Phòng khám gần nhất hoặc từ một Bệnh viện/ Phòng khám đến một Bệnh viện khác trên xe cấp cứu của Bệnh viện/ Phòng khám, trung tâm cấp cứu, dịch vụ cấp cứu hợp pháp theo quy định của nước sở tại.
- 1.44 Phẫu thuật:** là một phương pháp y khoa để điều trị Bệnh tật hoặc Thương tật do những yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y tế được chỉ định và thực hiện bởi Bác sĩ có chuyên môn phù hợp nhằm mục đích điều trị Bệnh tật/ Thương tật, tổn thương và được thực hiện trong phòng phẫu thuật của Bệnh viện.
- 1.45 Chi phí phẫu thuật:** là chi phí liên quan đến việc Phẫu thuật, bao gồm cả chi phí đánh giá tiền phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu thuật bình thường, chi phí gây mê, chi phí phòng mổ, dụng cụ và trang thiết bị phẫu thuật; và bộ phận giả theo tiêu chuẩn được lắp trong quá trình phẫu thuật.
- 1.46 Phẫu thuật thẩm mỹ và/ hoặc phẫu thuật chỉnh hình:** là phẫu thuật được thực hiện chỉ để cải thiện hoặc nâng cao vẻ bề ngoài của Người được bảo hiểm thông qua các kỹ thuật giải phẫu và y khoa vì bất kỳ lý do nào.
- 1.47 Thể thao hoặc các hoạt động nguy hiểm:** là các môn thể thao hoặc các hoạt động như: săn bắn động vật, tất cả các hình thức đua (không phải bằng chân), đua xe go-kart, đua xe đường trường và thử nghiệm xe, trượt băng, trượt patin, trượt tuyết, trượt tuyết trên ván trượt, trượt ván, quyền anh, võ thuật và môn đấu vật, nhảy dù (ngoại trừ những tình huống để bảo tồn mạng sống), đi lên xuống hoặc di chuyển trên một khí cầu, bay lượn, nhảy bungee, lặn có bình dưỡng khí và thiết bị thở dưới nước, dù lượn, dù kéo, bóng bầu dục, đua ngựa, đua ngựa vượt rào, polo/ mã cầu, leo đá hoặc leo núi (có hoặc không có sử dụng dây thừng hoặc thiết bị khác).
- 1.48 Lần thăm khám:** là một lần Người được bảo hiểm đến khám tại Bệnh viện hoặc Phòng khám; được Bác sĩ khám lâm sàng, chỉ định làm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thủ thuật thăm dò và kê đơn thuốc liên quan trực tiếp đến triệu chứng bệnh, Bệnh tật/ Thương tật nhằm mục đích điều trị cho lần khám này. (Những) lần tái khám ngay sau đó theo chỉ định của Bác sĩ (cho dù không còn Bệnh/ Thương tật và không cần điều trị nữa) sẽ được xem là một Lần thăm khám mới.

Các trường hợp dưới đây sẽ được tính là một Lần thăm khám:

- nhiều Bác sĩ, nhiều chuyên khoa cùng hội chẩn cho một người bệnh theo quy chế Bệnh viện; và/ hoặc
- người bệnh khám một chuyên khoa nhiều lần trong 1 (một) ngày cho dù thăm khám tại nhiều cơ sở khám chữa bệnh khác nhau nhưng cùng 1 (một) kết quả chẩn đoán Bệnh tật/ Thương tật; và/ hoặc
- người bệnh phải khám nhiều chuyên khoa khác nhau ở cùng một cơ sở khám chữa bệnh do các Bác sĩ chỉ định trong 1 (một) ngày.

Điều 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Các quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 2.1, Điều 2.2 và Điều 2.3 được chi trả nếu thuộc phạm vi bảo hiểm sau:

- Việc điều trị Bệnh tật/ Thương tật của Người được bảo hiểm (i) là việc điều trị Cần thiết và hợp lý về mặt y tế, (ii) xảy ra trong thời gian sản phẩm bảo hiểm bổ sung này có hiệu lực và bắt đầu sau Thời hạn loại trừ được quy định tại Điều 1.12, và (iii) trong Phạm vi địa lý được quy định tại Điều 1.7; và
- Chi phí y tế thực tế khám và điều trị Bệnh tật/ Thương tật của Người được bảo hiểm (i) được quy định chi tiết trong Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm, và (ii) không vượt quá Mức giới hạn chi trả tối đa theo quy định tại Điều 2.4.

2.1 Quyền lợi điều trị nội trú

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả chi phí khám và điều trị thực tế của Người được bảo hiểm theo quy định chi tiết của quyền lợi điều trị nội trú trong Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm tương ứng với lựa chọn Chương trình bảo hiểm, sau khi đã trừ đi khoản Đồng chi trả.

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

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả chi phí khám và điều trị ngoại trú thực tế của Người được bảo hiểm theo quy định chi tiết của quyền lợi điều trị ngoại trú trong Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm tương ứng với lựa chọn Chương trình bảo hiểm.

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

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả chi phí khám và điều trị nha khoa thực tế của Người được bảo hiểm theo quy định chi tiết của quyền lợi chăm sóc răng trong Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm tương ứng với lựa chọn Chương trình bảo hiểm.

2.4 Mức giới hạn chi trả

(Các) quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 2.1, Điều 2.2 và Điều 2.3 được chi trả không vượt quá (các) mức giới hạn phụ cho từng hạng mục/ quyền lợi theo quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm tương ứng với lựa chọn Chương trình bảo hiểm.

Trong mọi trường hợp, tổng số tiền chi trả cho quyền lợi điều trị nội trú theo Điều 2.1 và quyền lợi điều trị ngoại trú (nếu có) theo Điều 2.2 cho một Bệnh tật/ Thương tật không vượt quá Quyền lợi tối đa của một Bệnh tật/ Thương tật theo quy định trong Bảng liệt kê quyền lợi bảo hiểm tương ứng với lựa chọn Chương trình bảo hiểm.

Điều 3: CÁC QUY ĐỊNH LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không thanh toán quyền lợi điều trị nội trú theo quy định tại Điều 2.1 và quyền lợi điều trị ngoại trú theo quy định tại Điều 2.2 của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, nếu việc điều trị Bệnh tật/ Thương tật của Người được bảo hiểm phát sinh từ hoặc là hậu quả của bất kỳ trường hợp hoặc sự việc nào sau đây:

1. Các tình trạng tồn tại trước mà Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm cố tình không khai báo và nếu biết được các thông tin này, Dai-ichi Life Việt Nam đã không chấp thuận bảo hiểm; hoặc các tình trạng tồn tại trước có khai báo và không được Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận vào thời điểm thẩm định sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.

2. Bệnh động kinh, tất cả các hình thức của tràn dịch não, cắt bao quy đầu, tất cả các hình thức của hẹp, dài bao quy đầu và các biến chứng của chúng, tất cả các trường hợp vẹo vách ngăn mũi.
3. Các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STD); các tình trạng có liên quan đến HIV, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV trong khi đang thực hiện nhiệm vụ của mình tại nơi làm việc như là một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát.
4. Điều trị hoặc phòng ngừa để giảm nhẹ các triệu chứng thông thường liên quan đến tuổi già, sự mãn kinh hoặc dậy thì sớm, rối loạn chức năng tình dục hoặc điều trị rối loạn sinh lý hoặc thay đổi giới tính.
5. Tất cả các chi phí, dịch vụ hoặc điều trị y tế liên quan đến:
 - a. Sự bất thường của thị lực bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở tất cả các hình thức lác mắt (lệ), kính đeo mắt, kính sát tròng, phẫu thuật điều trị tật khúc xạ hoặc lão thị và bất kỳ chi phí nào có liên quan đến việc điều trị trợ giúp thị giác; kiểm tra thính lực;
 - b. Mua hoặc sử dụng các thiết bị chỉnh hình, hỗ trợ chức năng, lắp ghép nhân tạo như chân, tay giả, máy trợ thính hoặc các thiết bị có tính chất tương tự;
 - c. Chẩn đoán, chăm sóc hoặc điều trị nha khoa trừ điều trị tổn thương răng do Tai nạn trong thời gian hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, hoặc trừ trường hợp có tham gia quyền lợi chăm sóc răng của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này;
 - d. Vô sinh, mang thai, sinh đẻ, sẩy thai, phá thai, kế hoạch hóa gia đình hoặc bất kỳ nguyên nhân nào có liên quan đến thai sản, việc triệt sản hoặc kiểm tra việc triệt sản, ngoại trừ các trường hợp điều trị Biến chứng thai sản được liệt kê tại Điều 1.34 và thỏa điều kiện trong Bảng liệt kê quyền lợi theo Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này;
 - e. Chứng nghiện rượu và chất có cồn, nghiện thuốc lá, ma túy, dược chất gây nghiện hoặc các chất gây nghiện khác được quy định bởi luật pháp của nước sở tại;
 - f. Các rối loạn thần kinh, suy nhược thần kinh, rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, các rối loạn tâm thần, rối loạn lo âu, các vấn đề về tâm thần, các rối loạn nhân cách, các rối loạn về nói, tự kỷ, stress (căng thẳng), các rối loạn về ăn, biếng ăn và các tình trạng rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD);
 - g. Phẫu thuật thẩm mỹ, điều trị liên quan đến việc làm đẹp hoặc các biến chứng của việc điều trị này bao gồm các vấn đề về da, viêm nang lông (trứng cá), râm da (hay nám da, sạm da), tàn nhang, mụn thịt, tăng/ giảm hoặc rối loạn sắc tố da, gàu;
 - h. Giảm cân và tăng cân, thừa cân, béo phì, suy nhược cơ thể, suy dinh dưỡng, các biến chứng về rụng tóc, sọc, tiếp nhận hoặc sử dụng chất/ thuốc có số đăng ký là mỹ phẩm hoặc thực phẩm chức năng, vitamin, khoáng chất, nước mắt nhân tạo, sữa, chất dinh dưỡng bổ sung, các chương trình kiểm soát cân nặng;
 - i. Phẫu thuật chỉnh hình, trừ khi bị thương tích do Tai nạn và phẫu thuật chỉnh hình là cần thiết để khôi phục lại chức năng của Người được bảo hiểm;
 - j. Điều trị phòng ngừa, tiêm chủng hoặc chủng ngừa, ngoại trừ vắc xin bệnh dại cần thiết sau khi bị động vật tấn công hoặc chích ngừa uốn ván cần thiết sau khi bị Tai nạn hoặc bị Thương tật;

- k. Kiểm tra, tầm soát, khám sức khỏe tổng quát, chăm sóc dưỡng bệnh bao gồm cả chữa bệnh bằng cách nghỉ ngơi và việc phục hồi;
 - l. Hành động tự tử hoặc cố ý tự gây thương tích của Người được bảo hiểm dù trong trạng thái tinh thần bình thường hay mất trí.
6. Điều trị y tế đang trong giai đoạn thử nghiệm chưa được công nhận ở cả trong nước và quốc tế.
 7. Tất cả tổn thất hoặc thương tích phát sinh từ hành động của Người được bảo hiểm dưới ảnh hưởng của chất có cồn, thuốc gây mê, dược chất gây nghiện hoặc chất gây nghiện được quy định bởi luật pháp của nước sở tại; trừ trường hợp việc sử dụng thuốc theo chỉ định của Bác sĩ.
 8. Thương tật do hành vi phạm tội hoặc cố tình tham gia vào các hành vi phạm tội, hành vi vi phạm pháp luật theo quy định tại Bộ luật hình sự hoặc chống lại việc bắt giữ của cơ quan có thẩm quyền của Người được bảo hiểm; hoặc Thương tật do các hành vi tham gia đấu đá của Người được bảo hiểm, trừ khi chứng minh được đó là hành động cứu người hoặc phòng vệ chính đáng.
 9. Thương tật trong khi Người được bảo hiểm tham gia các môn thể thao với tư cách là vận động viên chuyên nghiệp (bao gồm cả việc luyện tập cho môn thể thao đó) và tham gia các môn Thể thao hoặc các hoạt động nguy hiểm.
 10. Bất kỳ sự điều trị, thuốc hoặc các đồ dùng y tế nào không liên quan đến chẩn đoán và chẩn đoán không liên quan đến Bệnh tật/ Thương tật của Người được bảo hiểm hoặc không theo sự Cần thiết và hợp lý về mặt y tế.

Điều 4: PHÍ BẢO HIỂM

- 4.1 Phí bảo hiểm phải được nộp khi đến hạn ngay cả trong trường hợp Người được bảo hiểm đang bị Bệnh tật hoặc Thương tật.
- 4.2 Dai-ichi Life Việt Nam có thể thay đổi Mức phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này vào bất kỳ Ngày gia hạn năm hợp đồng nào trong tương lai với sự chấp thuận của Bộ Tài chính về Mức phí bảo hiểm mới. Dai-ichi Life Việt Nam sẽ thông báo trước 60 (sáu mươi) ngày cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản trước khi việc thay đổi này bắt đầu có hiệu lực. Mức phí bảo hiểm mới cũng sẽ được áp dụng đối với các Hợp đồng bảo hiểm có yêu cầu khôi phục hiệu lực.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không chấp nhận việc thay đổi này, Bên mua bảo hiểm có thể thông báo bằng văn bản cho Dai-ichi Life Việt Nam yêu cầu chấm dứt sản phẩm bảo hiểm bổ sung này. Sau thời hạn 30 (ba mươi) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam gửi văn bản thông báo về việc thay đổi Mức phí bảo hiểm, nếu Dai-ichi Life Việt Nam không nhận được yêu cầu nêu trên thì được xem là Bên mua bảo hiểm đã chấp nhận việc thay đổi này.

Điều 5: THAY ĐỔI QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

- 5.1 Vào các Ngày gia hạn năm hợp đồng, bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Dai-ichi Life Việt Nam, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thực hiện các điều chỉnh sau:
 - Tăng/ giảm Chương trình bảo hiểm; hoặc
 - Thay đổi mức Đồng chi trả với quyền lợi điều trị nội trú; hoặc

- Tăng/ giảm/ tham gia mới/ hủy bỏ quyền lợi lựa chọn thêm như: quyền lợi điều trị ngoại trú, quyền lợi chăm sóc răng (nếu có).

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

5.2 Trường hợp tăng Chương trình bảo hiểm, quyền lợi điều trị nội trú sẽ được chi trả theo quy định như sau:

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

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

5.2.2 Tính từ năm hiệu lực thứ hai của sự điều chỉnh: mức chi trả sẽ theo quyền lợi mới.

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

5.4 Dai-ichi Life Việt Nam có quyền thay đổi quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này vào bất kỳ Ngày gia hạn năm hợp đồng nào trong tương lai với sự chấp thuận của Bộ Tài chính về quyền lợi bảo hiểm mới. Dai-ichi Life Việt Nam sẽ thông báo trước 60 (sáu mươi) ngày cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản trước khi việc thay đổi quyền lợi bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực. Quyền lợi bảo hiểm mới cũng sẽ được áp dụng đối với các Hợp đồng bảo hiểm có yêu cầu khôi phục hiệu lực.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không chấp nhận việc thay đổi quyền lợi bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có thể thông báo bằng văn bản cho Dai-ichi Life Việt Nam yêu cầu chấm dứt sản phẩm bảo hiểm bổ sung này. Sau thời hạn 30 (ba mươi) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam gửi văn bản thông báo về việc thay đổi quyền lợi bảo hiểm, nếu Dai-ichi Life Việt Nam không nhận được yêu cầu nêu trên thì được xem là Bên mua bảo hiểm đã chấp nhận việc thay đổi quyền lợi bảo hiểm.

Điều 6: CHẤM DỨT HIỆU LỰC SẢN PHẨM

6.1 Dai-ichi Life Việt Nam sẽ từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm, đồng thời có quyền chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này hoặc có quyền từ chối gia hạn hiệu lực của sản phẩm bổ sung này tại Ngày gia hạn năm hợp đồng tiếp theo, trong trường hợp có bằng chứng rõ ràng rằng Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm có ý:

- Yêu cầu bồi thường không trung thực; hoặc
- Kê khai không trung thực về Tình trạng tồn tại trước của Người được bảo hiểm, mà theo đó, nếu với thông tin chính xác, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không chấp thuận bảo hiểm hoặc không chấp thuận khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.

Trong trường hợp chấm dứt hiệu lực, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ thu Phí bảo hiểm đến thời điểm chấm dứt hiệu lực, đồng thời không thu hồi các quyền lợi bảo hiểm đã chấp thuận chi trả trước đó.

- 6.2** Dai-ichi Life Việt Nam có quyền từ chối gia hạn sản phẩm bảo hiểm bổ sung này vì bất kỳ lý do nào và sẽ thông báo trước Ngày gia hạn năm hợp đồng 30 (ba mươi) ngày cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản.
- 6.3** Sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ chấm dứt hiệu lực khi một trong các sự kiện sau xảy ra:
- Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
 - Hợp đồng bảo hiểm chính chấm dứt hiệu lực; hoặc
 - Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ sản phẩm bảo hiểm bổ sung này; hoặc
 - Khi Dai-ichi Life Việt Nam từ chối việc tiếp tục duy trì sản phẩm bảo hiểm bổ sung này theo quy định tại Điều 6.1 hoặc Bên mua bảo hiểm từ chối gia hạn sản phẩm bảo hiểm bổ sung này; hoặc
 - Vào Ngày gia hạn năm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt tuổi 75 (bảy mươi lăm).
- 6.4** Quyền lợi điều trị ngoại trú và quyền lợi chăm sóc răng sẽ chấm dứt vào Ngày gia hạn năm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt tuổi 65 (sáu mươi lăm).
- 6.5** Sản phẩm bảo hiểm bổ sung này hoặc các quyền lợi lựa chọn thêm cũng có thể chấm dứt do những nguyên nhân khác được quy định cụ thể tại Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính.

Điều 7: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

7.1 Người nhận quyền lợi bảo hiểm

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm sản phẩm bảo hiểm bổ sung này cho Người được bảo hiểm. Trường hợp Người được bảo hiểm dưới 18 (mười tám) tuổi, cha, mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm sẽ nhận thay quyền lợi bảo hiểm.

7.2 Để yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bằng chi phí của mình, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải:

- Cung cấp các thông tin và giấy tờ hồ sơ cần thiết theo yêu cầu của Dai-ichi Life Việt Nam gồm:
 - Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã điền thông tin đầy đủ và chính xác.
 - Các chứng từ liên quan đến chẩn đoán và điều trị: đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, phiếu phẫu thuật (trong trường hợp phẫu thuật), giấy xuất viện, giấy xác nhận cần Điều dưỡng tại nhà, sổ khám bệnh hoặc giấy chứng nhận y khoa do Bác sĩ điều trị hoặc Bác sĩ ký tên có ghi rõ chẩn đoán và việc điều trị được áp dụng.
 - Bản tường trình tai nạn của Người được bảo hiểm trong trường hợp Tai nạn.
 - Các chứng từ liên quan đến việc thanh toán chi phí y tế hợp lệ và hợp pháp theo quy định của Bộ Tài chính, Cục Thuế như hóa đơn tài chính, ... Các giấy tờ này phải là bản chính và sẽ được Dai-ichi Life Việt Nam lưu giữ để làm căn cứ giải quyết quyền lợi bảo hiểm.
- Nộp yêu cầu bồi thường trong vòng 12 (mười hai) tháng tính từ ngày xuất viện hoặc ngày điều trị ngoại trú, chăm sóc răng. Các yêu cầu bồi thường nộp muộn quá 12 (mười hai) tháng tính từ ngày xuất viện hoặc ngày điều trị sẽ không được Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận.

- Thực hiện hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, chứng từ của nước ngoài để được công nhận và sử dụng tại Việt Nam trong trường hợp Dai-ichi Life Việt Nam yêu cầu. Nếu giấy tờ, chứng từ cần phải nộp có ngôn ngữ khác với tiếng Việt thì người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải dịch thuật và chứng thực các chứng từ yêu cầu bồi thường và gửi về cho Dai-ichi Life Việt Nam. Chi phí cho việc hợp pháp hóa lãnh sự, chứng thực, dịch thuật các giấy tờ, chứng từ này sẽ do người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán.
- Dai-ichi Life Việt Nam có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm thực hiện kiểm tra y tế. Mọi chi phí liên quan đến việc thực hiện kiểm tra y tế sẽ do Dai-ichi Life Việt Nam chịu trách nhiệm chi trả theo hóa đơn, chứng từ thanh toán hợp lệ.

7.3 Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả các yêu cầu hợp lệ cho Người được bảo hiểm trong vòng 15 (mười lăm) ngày làm việc tính từ ngày nhận được đầy đủ các chứng từ hợp lệ theo yêu cầu. Trong trường hợp cần điều tra thêm, Dai-ichi Life Việt Nam có quyền kéo dài ngày chi trả nhưng không trễ hơn 45 (bốn mươi lăm) ngày tính từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam nhận được đầy đủ chứng từ hợp lệ theo yêu cầu.

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

BẢNG LIỆT KÊ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Đơn vị: đồng Việt Nam

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM		Phổ Thông	Đặc Biệt	Cao Cấp
Quyền lợi tối đa của một Bệnh tật/ Thương tật (cho quyền lợi điều trị nội trú và quyền lợi điều trị ngoại trú)		300.000.000	600.000.000	1.000.000.000
trong suốt thời gian tham gia sản phẩm bảo hiểm bổ sung				
QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ				
Đồng chi trả		20% hoặc 0% tùy theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm		
Phạm vi địa lý		Toàn cầu		
PHẦN I - VIỆN PHÍ VÀ CÁC CHI PHÍ Y TẾ				
1. Chi phí phẫu thuật nội trú	Tối đa	25.000.000/ lần Phẫu thuật	50.000.000/ lần Phẫu thuật	75.000.000/ lần Phẫu thuật
	cho mỗi Bệnh tật/ Thương tật			
2. Chi phí điều trị nội trú khác và chi phí phẫu thuật ngoại trú	Tối đa	15.000.000/ năm cho mỗi Bệnh tật/ Thương tật	33.000.000/ năm cho mỗi Bệnh tật/ Thương tật	60.000.000/ năm cho mỗi Bệnh tật/ Thương tật
	a. Chi phí xét nghiệm chẩn đoán theo yêu cầu của Bác sĩ, chẩn đoán hình ảnh			
	b. Thuốc được kê đơn			
	c. Máu và huyết tương			
	d. Thuê xe lăn			
	e. Phí chuyên môn			
	f. Phí khám bệnh hằng ngày của Bác sĩ			
	g. Điều trị trước và sau khi nằm viện (30/60)			
	h. Phẫu thuật ngoại trú			
3. Tiền phòng	Tối đa	1.500.000/ ngày	2.500.000/ ngày	3.000.000/ ngày
	45 ngày/ năm cho mỗi Bệnh tật/ Thương tật			
4. Giường cho người thân khi chăm sóc cho Người được bảo hiểm là trẻ em dưới 18 tuổi	Tối đa	500.000/ ngày	750.000/ ngày	1.000.000/ ngày
	10 ngày/ năm cho mỗi Bệnh tật/ Thương tật			
5. Khoa/ phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)	Tối đa	2.100.000/ ngày	3.150.000/ ngày	5.250.000/ ngày
	15 ngày/ năm cho mỗi Bệnh tật/ Thương tật			
6. Điều dưỡng tại nhà	Tối đa	250.000/ ngày	350.000/ ngày	500.000/ ngày
	30 ngày/ năm cho mỗi Bệnh tật/ Thương tật			
7. Điều trị tổn thương răng do Tai nạn	Tối đa	3.000.000/ năm	5.000.000/ năm	7.500.000/ năm
	cho mỗi Tai nạn			
PHẦN II - CHI PHÍ CẤP CỨU				
1. Điều trị cấp cứu do Tai nạn	Tối đa	2.100.000/ năm	5.250.000/ năm	10.500.000/ năm
	cho mỗi Tai nạn			
2. Chi phí xe cấp cứu	Tối đa	3.000.000/ năm	5.000.000/ năm	100% chi phí thực tế
	cho mỗi Bệnh tật/ Thương tật			

PHẦN III - CÁC QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ ĐẶC BIỆT				
GIỚI HẠN BẢO HIỂM đối với các quyền lợi bảo hiểm trong Phần III	Tối đa	Quyền lợi này được chi trả theo mức giới hạn cho từng hạng mục của Phần I, Phần II nêu trên và mức giới hạn của Phần III này.		
1. Điều trị ung thư (hóa trị/ xạ trị)	Tối đa	100% chi phí thực tế	100% chi phí thực tế	100% chi phí thực tế
2. Cấy ghép bộ phận cho Người được bảo hiểm (người nhận bộ phận) và người hiến tạng cho Người được bảo hiểm Chi phí y tế liên quan đến cấy ghép bộ phận của người hiến tạng cho Người được bảo hiểm không được vượt quá 50% giới hạn của quyền lợi này.	Tối đa	150.000.000	300.000.000	500.000.000
		cho mỗi bộ phận được cấy ghép, bao gồm: thận, tim, gan và tủy xương; trong suốt thời gian tham gia sản phẩm		
3. Lọc máu ngoài thận (Lọc thận)	Tối đa	5.000.000/ năm	10.000.000/ năm	15.000.000/ năm
4. Điều trị bệnh tật bẩm sinh, khuyết tật khi sinh	Tối đa	15.000.000	25.000.000	35.000.000
		cho tất cả bệnh tật bẩm sinh, khuyết tật khi sinh trong suốt thời gian tham gia sản phẩm		
5. Điều trị Biến chứng thai sản <u>Lưu ý:</u> Quyền lợi này chỉ được chi trả khi Người được bảo hiểm tham gia sản phẩm bảo hiểm bổ sung này trước khi mang thai.	Tối đa	15.000.000	25.000.000	35.000.000
		cho mỗi Biến chứng thai sản trong suốt thời gian tham gia sản phẩm		

QUYỀN LỢI LỰA CHỌN THÊM				
QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ				
Phạm vi địa lý		Việt Nam		
GIỚI HẠN BẢO HIỂM	Tối đa	5.000.000/ năm	10.000.000/ năm	15.000.000/ năm
1. Điều trị ngoại trú theo Y học hiện đại (Tây y)	Tối đa	1.000.000/ lần thăm khám	2.000.000/ lần thăm khám	4.000.000/ lần thăm khám
	Tối thiểu	210.000/ lần thăm khám	210.000/ lần thăm khám	210.000/ lần thăm khám
2. Y học thay thế	Tối đa	1.500.000/ năm	2.500.000/ năm	4.000.000/ năm
QUYỀN LỢI CHĂM SÓC RĂNG				
Phạm vi địa lý		Việt Nam		
GIỚI HẠN BẢO HIỂM	Tối đa			10.500.000/ năm
Điều trị nha khoa (sự kiểm tra, thăm khám, điều trị và phẫu thuật liên quan đến những bệnh của răng và nướu hoặc hàm trong trường hợp có liên quan đến răng, ngoại trừ răng giả, cầu răng và cấy implant)	Tối thiểu	Không áp dụng	Không áp dụng	210.000/ lần thăm khám