

TÓM TẮT ĐIỀU KIỆN, ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHƯƠNG TRÌNH HEALTHUP

Ngày cập nhật: 10/12/2025

Quý khách vui lòng đọc kỹ và lưu ý các điểm tóm tắt về điều kiện, điều khoản bảo hiểm chăm sóc sức khỏe bên dưới khi đăng ký tham gia bảo hiểm. Tài liệu Tóm tắt điều kiện, điều khoản này không phải là hợp đồng bảo hiểm.

Quý khách vui lòng xem chi tiết tại:

- [Thông tin sản phẩm](#)
- [Điều khoản hợp đồng](#)

A. TÓM TẮT QUYỀN LỢI SẢN PHẨM

	THÔNG TIN CƠ BẢN
PHẠM VI BẢO HIỂM	- Toàn cầu; - Mức quyền lợi tối đa cho từng quyền lợi tùy thuộc vào lựa chọn gói sản phẩm của Quý khách (vui lòng xem chi tiết trong tài liệu Sản phẩm bảo hiểm sức khỏe)
QUYỀN LỢI CHÍNH	Chi trả các chi phí bình thường theo thông lệ cho các khoản: - Quyền lợi nội trú, bao gồm • Chi phí Phòng trong điều trị; • Chi phí điều trị nội trú/ phẫu thuật; • Quyền lợi thai sản; - Quyền lợi y tế khẩn cấp.
QUYỀN LỢI Y TẾ BỔ SUNG (Lựa chọn)	Khách hàng có thể lựa chọn bất kỳ chương trình nào: - Quyền lợi ngoại trú; - Quyền lợi Nha khoa (đồng thanh toán 80:20 – Công ty thanh toán 80%) - Quyền lợi Tai nạn cá nhân.

B. CÁC LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

1. Các tình trạng tồn tại trước và các biến chứng, di chứng của chúng, ngoại trừ các tình trạng đã được khai báo với Công ty và đã được Công ty chấp nhận;
2. Các loại trừ khác: vui lòng tham khảo Quy định chi tiết tại Điều khoản “Các loại trừ” trong Điều khoản hợp đồng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe (đã nêu ở trên)

C. THỜI HẠN

1. **Thời hạn bảo hiểm:** là thời hạn được quy định trên Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm
2. **Thời hạn đóng phí:** là thời hạn được ghi là thời hạn đóng phí bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm.
3. **Thời gian chờ:**

Công ty không có trách nhiệm chi trả bất kỳ quyền lợi nào cho những sự kiện bảo hiểm xảy ra trong những thời gian quy định dưới đây, bao gồm cả trường hợp mà ngày nhập viện nằm trong những thời gian này nhưng ngày xuất viện nằm ngoài những thời gian này:

- a. Trường hợp Tai nạn: không áp dụng Thời gian chờ;
- b. Đối với việc điều trị các Bệnh đặc biệt và các biến chứng của chúng, Biến chứng Thai sản: 90 (chín mươi) ngày kể từ Ngày tham gia Hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm;
- c. Đối với việc điều trị các Bệnh viêm phổi cấp, các bệnh viêm/nhiễm trùng đường hô hấp và các biến chứng của các Bệnh này mà Người được bảo hiểm là trẻ em dưới 6 (sáu) tuổi vào Ngày tham gia Hợp đồng bảo hiểm: 90 (chín mươi) ngày từ Ngày tham gia Hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm;
- d. Đối với việc điều trị các Bệnh khác: 30 (ba mươi) ngày kể từ Ngày tham gia Hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm;
- e. Đối với các tổn thương của dây chằng và sụn chêm: 90 (chín mươi) ngày kể từ Ngày tham gia Hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm. Việc điều trị xảy ra sau thời gian 90 (chín mươi) ngày nói trên sẽ được Công ty bảo hiểm trên cơ sở Đồng chi trả 30:70 (Người được bảo hiểm tự chi trả 30% (ba mươi phần trăm) Chi phí hợp lý theo thông lệ);
- f. Đối với Quyền lợi Thai sản: 270 (hai trăm bảy mươi) ngày kể từ Ngày tham gia Hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm;
- g. Đối với Quyền lợi Nha khoa: 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày có hiệu lực của Quyền lợi Nha khoa của Người được bảo hiểm khi mua.
- h. Đối với trường hợp Công ty bảo hiểm chấp thuận bảo hiểm cho các Bệnh có sẵn: Thời gian chờ tối đa là 1 (một) năm.

Công ty có thể xem xét việc bỏ các Thời gian chờ b, c, d nói trên cho Người được bảo hiểm nếu vào thời điểm nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm, Người được bảo hiểm đang có Hợp đồng bảo hiểm sức khỏe còn hiệu lực với công ty bảo hiểm khác.

Với “Bệnh đặc biệt” bao gồm các loại u/bướu, nang và polyp, các loại ung thư, các loại sỏi, bệnh trĩ, rò hậu môn, các tình trạng của tuyến tiền liệt, các bệnh về tai mũi họng cần phải phẫu thuật bao gồm cả cắt Amidan và nạo VA, các bệnh về phổi (ngoại trừ viêm phổi cấp), suy giãn tĩnh mạch, thoát vị đĩa đệm, viêm dạ dày, viêm tá tràng, loét dạ dày, loét tá tràng, viêm xoang, đái tháo đường, tất cả các loại viêm gan, lạc nội mạc tử cung, các bệnh tim mạch và huyết áp, đột quy/tai biến mạch máu não, cơn thiếu máu não thoáng qua, viêm khớp, hội chứng ống cổ tay.

D. CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM TRƯỚC HẠN

- Trường hợp có phát sinh yêu cầu bồi thường, hợp đồng bảo hiểm chấm dứt trước hạn sẽ không được hoàn phí;
- Trường hợp không phát sinh yêu cầu bồi thường, Công ty sẽ hoàn phí cho Người được bảo hiểm theo “Mức phí bảo hiểm ngắn hạn” được quy định trong Điều khoản hợp đồng bảo hiểm chăm sóc sức khỏe.

E. NGHĨA VỤ KÊ KHAI TRUNG THỰC

1. Bất kỳ trách nhiệm nào của Công ty theo Hợp đồng bảo hiểm sẽ hoàn toàn tùy thuộc vào tính trung thực và chính xác của tất cả các kê khai mà Chủ hợp đồng và Người được bảo hiểm có liên quan cung cấp trên (1) Giấy yêu cầu bảo hiểm, (2) bất kỳ mẫu đơn nào khác do Công ty cung cấp, (3) Giấy yêu cầu bồi thường;
2. Công ty sẽ không thanh toán các quyền lợi theo Hợp đồng bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm đã che giấu hoặc trình bày sai bất kỳ sự việc quan trọng nào về tình huống có liên quan;
3. Nếu bất kỳ các yêu cầu bồi thường nào theo Hợp đồng bảo hiểm là gian lận hoặc vô căn cứ ở bất kỳ khía cạnh nào, thì tất cả các quyền lợi đã trả hoặc phải trả cho yêu cầu bồi thường đó sẽ bị tước bỏ và sẽ bị Công ty thu hồi lại (nếu đã trả). Hơn nữa, Công ty hoàn toàn có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm trong những trường hợp như vậy.

F. LƯU Ý KHÁC

Chứng từ yêu cầu bồi thường cần thiết

i. Giấy yêu cầu bồi thường	thông tin và chữ ký Người được bảo hiểm đầy đủ.
ii. Hồ sơ y tế	báo cáo y khoa, giấy chứng nhận phẫu thuật, giấy xuất viện, phiếu chỉ định, kết quả cận lâm sàng, đơn thuốc, v.v...
iii. Dành riêng cho Nha khoa (nếu có)	báo cáo kiểm tra răng miệng (do bác sĩ điều trị/ nha sĩ thực hiện, được yêu cầu cho việc nộp yêu cầu bồi thường nha khoa đầu tiên. Nếu hợp đồng đã qua thời gian chờ 06 tháng thì báo cáo này được miễn)
iv. Dành riêng cho Du lịch (nếu có)	bản sao hộ chiếu, thẻ lên máy bay, vé máy bay, v.v...
v. Hóa đơn tài chính và Bảng kê tương ứng	
vi. Chứng từ liên quan khác (nếu có)	
Xem hướng dẫn chi tiết tại: https://pacificcross.com.vn/vi/thu-tuc-yeu-cau-boi-thuong/	