

Quy tắc và Điều khoản

BẢO HIỂM HỖN HỢP BỆNH HIỂM NGHÈO CHI TRẢ NHIỀU LẦN

(Được phê chuẩn theo Công văn số ngày của Bộ Tài chính)

Mục lục

CHƯƠNG I: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM – PHÍ BẢO HIỂM	4
Điều 1 Quyền lợi bảo hiểm.....	4
1.1 Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu.....	4
1.2 Quyền lợi Biến chứng bệnh tiểu đường.....	4
1.3 Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau.....	5
1.4 Quy định thanh toán Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo.....	6
1.5 Quyền lợi tử vong.....	6
1.6 Quyền lợi tiền mặt đặc biệt tại tuổi 75 (bảy mươi lăm).....	6
1.7 Quyền lợi tiền mặt định kỳ.....	7
1.8 Khoản đặc biệt do duy trì hợp đồng.....	7
1.9 Quyền lợi ung thư dành cho Trẻ em.....	8
Điều 2 Điều khoản loại trừ.....	8
2.1 Loại trừ đối với Quyền lợi tử vong.....	8
2.2 Loại trừ đối với Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo.....	9
Điều 3 Bảo hiểm tạm thời.....	10
Điều 4 Phí bảo hiểm.....	11
Điều 5 Gia hạn đóng Phí bảo hiểm.....	11
Điều 6 Sử dụng Giá trị hoàn lại để đóng Phí bảo hiểm và cung cấp bảo hiểm tự động.....	12
Điều 7 Tạm ứng từ Giá trị hoàn lại.....	12
CHƯƠNG II: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	14
Điều 8 Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm.....	14
Điều 9 Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.....	14
9.1 Thủ tục yêu cầu giải quyết Quyền lợi tử vong.....	14
9.2 Thủ tục yêu cầu giải quyết Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo và Quyền lợi ung thư dành cho Trẻ em.....	15
9.3 Thủ tục yêu cầu giải quyết Quyền lợi tiền mặt định kỳ và Quyền lợi tiền mặt đặc biệt tại tuổi 75 (bảy mươi lăm).....	16
Điều 10 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.....	16
Điều 11 Giám định y tế, yêu cầu văn bản của cơ quan có thẩm quyền.....	16
Điều 12 Giải quyết quyền lợi bảo hiểm.....	16

CHƯƠNG III: THAM GIA – THAY ĐỔI – KHÔI PHỤC – CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM.....	18
Điều 13 Tham gia.....	18
Điều 14 Thời gian cân nhắc.....	18
Điều 15 Thay đổi liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm.....	18
Điều 16 Khôi phục hiệu lực hợp đồng.....	19
Điều 17 Các trường hợp nhầm lẫn khi kê khai Tuổi và giới tính.....	19
Điều 18 Giảm Số tiền bảo hiểm.....	20
Điều 19 Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm.....	20
CHƯƠNG IV: ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH.....	22
Điều 20 Giải quyết tranh chấp.....	22
Điều 21 Tính tách biệt của các điều khoản.....	22
CHƯƠNG V: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG.....	23
Điều 22 Định nghĩa.....	23
Điều 23 Hiệu lực – Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm.....	28
Điều 24 Những quy định chung khác.....	28
24.1 Nghĩa vụ cung cấp thông tin.....	28
24.2 Khấu trừ Khoản nợ vào quyền lợi bảo hiểm.....	28
24.3 Chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm.....	29
24.4 Thay đổi trong trường hợp Bên mua bảo hiểm tử vong.....	29
24.5 Thay đổi trong trường hợp Bên mua bảo hiểm giải thể, phá sản hoặc chấm dứt hoạt động.....	29
Điều 25 Điều khoản miễn truy xét.....	30
Điều 26 Trách nhiệm bảo mật thông tin khách hàng.....	30
PHỤ LỤC I: DANH SÁCH BỆNH HIỂM NGHÈO ĐƯỢC BẢO HIỂM.....	31
PHỤ LỤC II: ĐỊNH NGHĨA CÁC BỆNH HIỂM NGHÈO GIAI ĐOẠN ĐẦU.....	34
PHỤ LỤC III: ĐỊNH NGHĨA BIẾN CHỨNG BỆNH TIỂU ĐƯỜNG.....	40
PHỤ LỤC IV: ĐỊNH NGHĨA BỆNH HIỂM NGHÈO GIAI ĐOẠN SAU.....	41

CHƯƠNG I: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM – PHÍ BẢO HIỂM

Điều 1 Quyền lợi bảo hiểm

1.1 Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm mắc bất kỳ Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu nào tại thời điểm trước Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 (bảy mươi lăm) tuổi theo kết quả Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo, Công ty sẽ thanh toán quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu như sau:

1.1.1 Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu lần thứ nhất

Với điều kiện Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu phải thuộc 01 (một) trong 05 (năm) Nhóm Bệnh hiểm nghèo theo quy định tại Phụ lục I của Quy tắc và Điều khoản này, Công ty sẽ thanh toán Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu lần thứ nhất với giá trị nhỏ hơn giữa:

- 25% (hai mươi lăm phần trăm) Số tiền bảo hiểm, hoặc
- 500 (năm trăm) triệu đồng

sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có).

Trong trường hợp Người được bảo hiểm có tham gia nhiều hơn một Hợp đồng bảo hiểm đối với sản phẩm này, tổng số tiền được thanh toán sẽ không vượt quá 500 (năm trăm) triệu đồng cho Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu lần thứ nhất này.

Sau khi quyền lợi bảo hiểm này được chấp thuận thanh toán, Hợp đồng bảo hiểm vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực.

1.1.2 Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu lần thứ hai

Với điều kiện Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu phải thuộc 01 (một) trong 05 (năm) Nhóm Bệnh hiểm nghèo theo quy định tại Phụ lục I của Quy tắc và Điều khoản này, nhưng không thuộc Nhóm Bệnh hiểm nghèo đã được thanh toán Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu lần thứ nhất tại Điều 1.1.1 trên đây, Công ty sẽ thanh toán Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu lần thứ hai với giá trị nhỏ hơn giữa:

- 25% (hai mươi lăm phần trăm) Số tiền bảo hiểm, hoặc
- 500 (năm trăm) triệu đồng

sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có).

Trong trường hợp Người được bảo hiểm có tham gia nhiều hơn một Hợp đồng bảo hiểm đối với sản phẩm này, tổng số tiền được thanh toán sẽ không vượt quá 500 (năm trăm) triệu đồng cho Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu lần thứ hai này.

Sau khi quyền lợi bảo hiểm này được chấp thuận thanh toán, Hợp đồng bảo hiểm vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực.

1.2 Quyền lợi Biến chứng bệnh tiểu đường

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm mắc một trong những Biến chứng bệnh tiểu đường theo quy định trong Phụ lục III tại thời điểm

trước Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 (bảy mươi lăm) tuổi theo kết quả Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo, Công ty sẽ thanh toán Quyền lợi Biến chứng bệnh tiểu đường với giá trị nhỏ hơn giữa:

- 25% (hai mươi lăm phần trăm) Số tiền bảo hiểm, hoặc
- 500 (năm trăm) triệu đồng

sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có).

Trong trường hợp Người được bảo hiểm có tham gia nhiều hơn một Hợp đồng bảo hiểm đối với sản phẩm này, tổng số tiền được thanh toán sẽ không vượt quá 500 (năm trăm) triệu đồng cho Quyền lợi Biến chứng bệnh tiểu đường.

Quyền lợi bảo hiểm này chỉ được thanh toán một lần duy nhất trong suốt thời hạn hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm. Sau khi quyền lợi bảo hiểm này được chấp thuận thanh toán, Hợp đồng bảo hiểm vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực.

1.3 Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm mắc bất kỳ Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau nào tại thời điểm trước Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 (bảy mươi lăm) tuổi theo kết quả Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo, Công ty sẽ thanh toán Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau như sau:

1.3.1 Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ nhất

Công ty sẽ thanh toán Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ nhất bằng 100% (một trăm phần trăm) Số tiền bảo hiểm sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có), với điều kiện Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau phải thuộc 01 (một) trong 05 (năm) Nhóm Bệnh hiểm nghèo theo quy định trong Phụ lục I của Quy tắc và Điều khoản này.

Ngoài ra, kể từ Ngày đến hạn đóng phí tiếp theo ngay sau ngày quyền lợi này được chấp thuận thanh toán, Bên mua bảo hiểm sẽ được miễn đóng toàn bộ Phí bảo hiểm còn lại của sản phẩm này và Bảo hiểm bổ trợ (nếu có) sẽ chấm dứt hiệu lực. Hợp đồng bảo hiểm vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực.

1.3.2 Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ hai

Công ty sẽ thanh toán Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ hai bằng 100% (một trăm phần trăm) Số tiền bảo hiểm sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có) nếu thỏa các điều kiện sau:

- a. Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau phải thuộc 01 (một) trong 05 (năm) Nhóm Bệnh hiểm nghèo theo quy định trong Phụ lục I của Quy tắc và Điều khoản này, nhưng không thuộc Nhóm Bệnh hiểm nghèo đã được thanh toán Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ nhất tại Điều 1.3.1 trên đây, trừ trường hợp Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ nhất và lần thứ hai thuộc cùng Nhóm Bệnh hiểm nghèo Ung thư; và
- b. Khoảng thời gian tối thiểu giữa 02 (hai) lần Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau:

- 05 (năm) năm đối với trường hợp Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ nhất thuộc Nhóm Bệnh hiểm nghèo Ung thư và Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ hai thuộc Nhóm Bệnh hiểm nghèo Ung thư; hoặc
- 05 (năm) năm đối với trường hợp Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ nhất thuộc Nhóm Bệnh hiểm nghèo Ung thư và Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ hai thuộc Nhóm Bệnh hiểm nghèo Tạng chủ; hoặc
- 12 (mười hai) tháng đối với các trường hợp khác.

Sau khi quyền lợi bảo hiểm này được chấp thuận thanh toán, Hợp đồng bảo hiểm vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực.

1.4 Quy định thanh toán Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo

- a. Công ty sẽ chỉ thanh toán một trong các Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo theo quy định tại Điều 1.1, Điều 1.2 và Điều 1.3, tùy theo quyền lợi nào có giá trị lớn nhất nếu có nhiều hơn 01 (một) Bệnh hiểm nghèo được chẩn đoán trong cùng một lần Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo hoặc trong cùng một ngày Tai nạn xảy ra hoặc phẫu thuật được thực hiện, cho dù các Bệnh hiểm nghèo này có thể đang ở các giai đoạn, tình trạng hoặc hình thái bệnh khác nhau.
- b. Công ty sẽ chỉ thanh toán Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu theo quy định tại Điều 1.1 nếu Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu không liên quan trực tiếp hoặc không xuất phát từ cùng nguyên nhân gây ra Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu và/hoặc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau đã được thanh toán trước đó.

1.5 Quyền lợi tử vong

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, quyền lợi tử vong sẽ được thanh toán như sau:

- Nếu Người được bảo hiểm tử vong trước Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 (bảy mươi lăm) tuổi, Công ty sẽ thanh toán:
 - 200% (hai trăm phần trăm) Số tiền bảo hiểm; cộng với
 - 100% (một trăm phần trăm) Khoản đặc biệt do duy trì hợp đồng đã công bố; trừ đi
 - Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau đã được thanh toán theo quy định tại Điều 1.3 (nếu có); trừ đi
 - Khoản nợ (nếu có).
- Nếu Người được bảo hiểm tử vong vào hoặc sau Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 (bảy mươi lăm) tuổi, Công ty sẽ thanh toán 100% (một trăm phần trăm) Số tiền bảo hiểm sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có).

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ thời điểm Người được bảo hiểm tử vong.

1.6 Quyền lợi tiền mặt đặc biệt tại tuổi 75 (bảy mươi lăm)

Nếu Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống vào Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 (bảy mươi lăm) tuổi, Công ty sẽ thanh toán:

- 200% (hai trăm phần trăm) Số tiền bảo hiểm; cộng với
- 100% (một trăm phần trăm) Khoản đặc biệt do duy trì hợp đồng đã công bố; trừ đi
- Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau đã được thanh toán theo quy định tại Điều 1.3 (nếu có); trừ đi
- Khoản nợ (nếu có).

Sau khi quyền lợi bảo hiểm này được thanh toán, Hợp đồng bảo hiểm vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực.

1.7 Quyền lợi tiền mặt định kỳ

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, Công ty sẽ thanh toán Quyền lợi tiền mặt định kỳ bằng 5% (năm phần trăm) Số tiền bảo hiểm vào các thời điểm sau:

- Vào Ngày kỷ niệm hợp đồng lần thứ 04 (tu); và
- Các Ngày kỷ niệm hợp đồng mỗi 05 (năm) năm sau đó cho đến trước Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 (bảy mươi lăm) tuổi.

Quyền lợi này sẽ được thanh toán sau khi khấu trừ Khoản nợ (nếu có). Bên mua bảo hiểm có thể để lại Công ty khoản tiền mặt định kỳ này ít nhất 06 (sáu) tháng để tích lũy theo lãi suất Công ty công bố tại từng thời điểm. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm yêu cầu rút khoản tiền này trước hạn 06 (sáu) tháng, khoản tiền này có thể được tích lũy theo lãi suất thấp hơn do Công ty công bố tại từng thời điểm.

1.8 Khoản đặc biệt do duy trì hợp đồng

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, Khoản đặc biệt do duy trì hợp đồng sẽ được công bố vào cuối mỗi Năm hợp đồng bắt đầu từ cuối Năm hợp đồng thứ 04 (tu) cho đến Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay khi Người được bảo hiểm đạt 75 (bảy mươi lăm) tuổi. Khoản đặc biệt do duy trì hợp đồng này được xác định bằng tích số của:

- Lãi suất bình quân của mức lãi suất do Công ty công bố trong 12 (mười hai) tháng vừa qua; và
- Giá trị hoàn lại (không bao gồm Khoản đặc biệt do duy trì hợp đồng đã công bố và Quyền lợi tiền mặt định kỳ để lại Công ty (nếu có)) tại cuối Năm hợp đồng liền kề trước đó.

Lãi suất dùng để tính Khoản đặc biệt do duy trì hợp đồng không được đảm bảo và được công bố hàng tháng dựa trên kết quả đầu tư của Công ty.

Khoản đặc biệt do duy trì hợp đồng khi Công ty đã công bố sẽ được đảm bảo và tích lũy đến Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 (bảy mươi lăm) tuổi.

Khoản đặc biệt do duy trì hợp đồng sẽ được thanh toán trong những trường hợp sau, tùy thuộc vào sự kiện nào xảy ra trước:

- Người được bảo hiểm tử vong; hoặc

- Sau khi thời hạn đóng phí kết thúc, Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt trước hạn; hoặc
- Quyền lợi tiền mặt đặc biệt tại tuổi 75 (bảy mươi lăm) theo quy định tại Điều 1.6 được thanh toán.

1.9 Quyền lợi ung thư dành cho Trẻ em

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, nếu Trẻ em mắc Ung thư theo quy định trong Phụ lục I tại thời điểm trước Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Trẻ em đạt 17 (mười bảy) tuổi (theo sinh nhật vừa qua) theo kết quả Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo, Công ty sẽ thanh toán 50 (năm mươi) triệu đồng sau trừ đi Khoản nợ (nếu có).

Công ty sẽ không thanh toán quyền lợi này trong những trường hợp sau:

- Ung thư do Bệnh có sẵn; hoặc
- Trẻ em được Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo Ung thư trước thời điểm Người được bảo hiểm nhận nuôi dưỡng, giám hộ hợp pháp.

Quyền lợi bảo hiểm này chỉ được thanh toán một lần trong suốt thời hạn hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm. Sau khi quyền lợi bảo hiểm này được chấp thuận thanh toán, Hợp đồng bảo hiểm vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực.

Điều 2 Điều khoản loại trừ

2.1 Loại trừ đối với Quyền lợi tử vong

Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào mà chỉ hoàn trả giá trị nào lớn hơn giữa tổng Phí bảo hiểm đã đóng sau khi trừ đi (các) quyền lợi bảo hiểm đã được thanh toán (nếu có) và Giá trị hoàn lại tại thời điểm Người được bảo hiểm tử vong, sau khi đã trừ đi Khoản nợ (nếu có), nếu Người được bảo hiểm tử vong vì một trong những nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp sau:

- tự tử, mưu toan tự tử hoặc tự gây ra thương tích hoặc có ý định gây ra thương tích cho bản thân cho dù trong tình trạng tinh táo hoặc mất trí trong vòng 02 (hai) năm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau;
- bị nhiễm HIV, AIDS và các bệnh có liên quan đến HIV/AIDS; không bao gồm trường hợp Nhiễm HIV do nghề nghiệp theo quy định tại Phụ lục I;
- Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc Bên mua bảo hiểm thực hiện hoặc mưu toan thực hiện Hành vi phạm tội. Trong trường hợp có nhiều hơn một Người thụ hưởng được nhận quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm tử vong theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản, và một hoặc một số người đó cố ý gây ra các Hành vi phạm tội với Người được bảo hiểm, Công ty vẫn trả quyền lợi bảo hiểm cho những Người thụ hưởng khác theo số tiền tương ứng với tỷ lệ mà Bên mua bảo hiểm đã chỉ định trong Hợp đồng bảo hiểm;
- thi hành án tử hình đối với Người được bảo hiểm;
- chiến tranh hoặc các hoạt động liên quan đến chiến tranh.

2.2 Loại trừ đối với Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo

2.2.1 Công ty sẽ không thanh toán Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo theo quy định tại Điều 1.1, Điều 1.2, Điều 1.3 và Điều 1.9 nếu:

- a. Người được bảo hiểm tử vong/Trẻ em tử vong trong vòng 14 (mười bốn) ngày kể từ ngày Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo; hoặc
- b. Bệnh hiểm nghèo được chẩn đoán:
 - trước (i) Ngày phát hành hợp đồng, hoặc (ii) Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy thuộc vào ngày nào đến sau; hoặc
 - trong vòng 90 (chín mươi) ngày kể từ (i) Ngày phát hành hợp đồng, hoặc (ii) Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy thuộc vào ngày nào đến sau, trừ trường hợp Bệnh hiểm nghèo là hậu quả của Tai nạn và Người được bảo hiểm/Trẻ em được chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo trong vòng 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày Tai nạn xảy ra.

2.2.2 Công ty sẽ không thanh toán Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo theo quy định tại Điều 1.1, Điều 1.2 và Điều 1.3 nếu Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo vì một trong những nguyên nhân sau:

- a. tự tử, mưu toan tự tử hoặc tự gây ra thương tích hoặc có ý định gây ra thương tích cho bản thân cho dù trong tình trạng tỉnh táo hoặc mất trí trong vòng 02 (hai) năm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy theo ngày nào đến sau;
- b. sử dụng thuốc mà không theo chỉ định của bác sĩ, sử dụng bất kỳ loại chất gây nghiện, ma túy, chất có cồn, chất độc, thuốc kích thích. Thuật ngữ “sử dụng chất có cồn” là trong trường hợp xét nghiệm có nồng độ cồn vượt mức cho phép theo quy định pháp luật;
- c. bất kỳ hoạt động thể thao nào ngoại trừ các môn thể thao nghiệp dư, không có tính chất thi đấu được Công ty bảo hiểm dưới đây: đi bộ/ đi bộ đường dài (ngoại trừ leo núi), đấu kiếm, chạy vượt rào, thể dục dụng cụ, chạy bộ (jogging), các môn phối hợp, điền kinh, bơi lội, lặn không bình khí, lướt sóng, lướt ván buồm, chèo xuồng (canoeing) và chèo xuồng kayak (gần bờ và không phải vùng hiểm trở), lướt ván nước, lướt cano (jet skiing), bi sắt, lăn bóng gỗ (bowling), câu cá, đi xe đạp và xe đạp leo núi, bi da băng, bi da lỗ, bóng bàn, bóng chày, bóng đá, cricket (môn thể thao dùng gậy đánh bóng giữa hai đội), chơi golf, bóng rổ, bóng chuyền, bóng chuyền bãi biển, bóng bầu dục, huấn luyện ngựa, cưỡi ngựa, khúc côn cầu, khúc côn cầu trên băng, trượt băng, trượt tuyết tiêu khiển (ngoại trừ trượt tuyết nguy hiểm), bắn súng, bắn cung, bóng quần (squash), quần vợt, cầu lông, thuyền buồm tiêu khiển (không có mục đích vượt biển);
- d. tham gia các hoạt động thể thao chuyên nghiệp (trừ cờ vua, cờ tướng), các cuộc đua dưới mọi hình thức, trừ trường hợp được Công ty chấp thuận;
- e. Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng thực hiện hoặc mưu toan thực hiện Hành vi phạm tội. Trong trường hợp có nhiều hơn một Người thụ

hưởng, và một hoặc một số người trong đó cố ý gây ra các Hành vi phạm tội với Người được bảo hiểm, Công ty vẫn trả toàn bộ quyền lợi bảo hiểm cho những Người thụ hưởng khác theo số tiền tương ứng với tỷ lệ mà Bên mua bảo hiểm đã chỉ định trong Hợp đồng Bảo hiểm này;

- f. chiến tranh hoặc hoạt động liên quan đến chiến tranh;
- g. vũ khí hạt nhân, tia phóng xạ hoặc chất phóng xạ từ bất kỳ nguồn nguyên liệu hạt nhân hoặc chất thải hạt nhân phát sinh từ quy trình đốt trong năng lượng hạt nhân hoặc quy trình tự duy trì sự phân hạch, tổng hợp hạt nhân;
- h. tham gia ẩu đả, đánh nhau, bị bắt giữ hoặc chống cự việc bắt giữ, hành vi khiêu khích của Người được bảo hiểm trừ trường hợp phòng vệ chính đáng;
- i. bị nhiễm HIV, AIDS và các bệnh có liên quan đến HIV/AIDS; không bao gồm trường hợp Nhiễm HIV do nghề nghiệp theo quy định tại Phụ lục I;
- j. dị tật bẩm sinh hoặc các bệnh, điều trị liên quan đến thai sản, sảy thai, triệt sản, tránh thai, điều trị vô sinh, phẫu thuật thay đổi giới tính;
- k. tham gia các hoạt động hàng không trừ khi là hành khách trên các chuyến bay dân dụng có lịch trình;
- l. các bệnh liên quan đến lạm dụng rượu bia theo kết luận của Bác sĩ chuyên khoa, thức uống có cồn hay các hóa chất dược chất, chất gây ảo giác, chất hướng tâm thần dù trong tình trạng tỉnh táo hay mất trí;
- m. Bệnh có sẵn.

Khi Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo thuộc các trường hợp loại trừ quy định tại Điều 2.2, nếu Bên mua bảo hiểm vẫn tiếp tục đóng Phí bảo hiểm để duy trì Hợp đồng bảo hiểm và Người được bảo hiểm vẫn tiếp tục được bảo hiểm cho các trường hợp không thuộc điều khoản loại trừ, Hợp đồng bảo hiểm vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực (trừ trường hợp quy định tại Điều 2.2.1.a).

Điều 3 Bảo hiểm tạm thời

Nếu Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn sau khi Bên mua bảo hiểm nộp Đơn yêu cầu bảo hiểm và nộp đủ khoản Phí bảo hiểm ban đầu, Công ty sẽ thanh toán quyền lợi bảo hiểm tạm thời theo nguyên tắc sau:

- 3.1 Nếu Số tiền bảo hiểm yêu cầu trong Đơn yêu cầu bảo hiểm thấp hơn 200 (hai trăm) triệu đồng, Công ty sẽ thanh toán Số tiền bảo hiểm. Nếu có nhiều hơn một Đơn yêu cầu bảo hiểm cho Người được bảo hiểm đang được xem xét, Công ty sẽ thanh toán số tiền nào thấp hơn giữa 200 (hai trăm) triệu đồng và tổng Số tiền bảo hiểm yêu cầu.
- 3.2 Nếu Phí bảo hiểm ban đầu (hoặc tổng Phí bảo hiểm ban đầu nếu có nhiều hơn một Đơn yêu cầu bảo hiểm đang được Công ty xem xét tại thời điểm này) lớn hơn 200 (hai trăm) triệu đồng, Công ty sẽ hoàn trả Phí bảo hiểm ban đầu (hoặc tổng Phí bảo hiểm ban đầu nếu có).
- 3.3 Công ty sẽ không thanh toán quyền lợi bảo hiểm được quy định tại điều này, nếu Người được bảo hiểm tử vong vì những nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp sau:

- a. tự tử dù trong tình trạng tinh táo hoặc mất trí;
 - b. thi hành án tử hình đối với Người được bảo hiểm;
 - c. sử dụng thuốc mà không theo chỉ định của bác sĩ, sử dụng bất kỳ loại chất gây nghiện, ma túy, chất có cồn, chất độc, thuốc kích thích. Thuật ngữ “sử dụng chất có cồn” là trong trường hợp xét nghiệm có nồng độ cồn vượt mức cho phép theo quy định pháp luật;
 - d. Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc Bên mua bảo hiểm thực hiện hoặc mưu toan thực hiện Hành vi phạm tội dẫn đến trường hợp tử vong của Người được bảo hiểm.
- 3.4 Bảo hiểm tạm thời sẽ chấm dứt vào ngày nào đến trước của một trong những ngày sau:
- a. Công ty phát hành Giấy chứng nhận bảo hiểm;
 - b. Công ty từ chối Đơn yêu cầu bảo hiểm;
 - c. Công ty phát hành thư thay đổi điều kiện bảo hiểm đối với Đơn yêu cầu bảo hiểm.
- 3.5 Bảo hiểm tạm thời không áp dụng đối với Bảo hiểm bổ trợ (nếu có) được đính kèm theo Hợp đồng bảo hiểm.

Điều 4 Phí bảo hiểm

- 4.1 Phí bảo hiểm được Công ty xác định dựa trên Tuổi, giới tính của Người được bảo hiểm, thời hạn đóng phí, thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm và kết quả thẩm định của Công ty đối với Người được bảo hiểm.
- 4.2 Bên mua bảo hiểm có thể đóng Phí bảo hiểm theo định kỳ tháng, quý, nửa năm hoặc năm, tùy theo quy định của Công ty tại từng thời điểm. Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu thay đổi định kỳ đóng Phí bảo hiểm vào các Ngày kỷ niệm hợp đồng. Yêu cầu thay đổi định kỳ đóng Phí bảo hiểm phải được lập thành văn bản và gửi đến Công ty chậm nhất là 30 (ba mươi) ngày trước Ngày kỷ niệm hợp đồng gần nhất.
- 4.3 Định kỳ đóng Phí bảo hiểm và Phí bảo hiểm được quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc phụ lục (nếu có).
- 4.4 Thời hạn đóng phí là 12 (mười hai) năm, hoặc 15 (mười lăm) năm, hoặc 20 (hai mươi) năm, tùy thuộc vào lựa chọn của Bên mua bảo hiểm. Thời hạn đóng phí được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 4.5 Công ty sẽ gửi thông báo Ngày đến hạn đóng phí đến Bên mua bảo hiểm. Tuy nhiên, Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm đóng Phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn, ngay cả khi không nhận được thông báo này. Bên mua bảo hiểm có thể ủy quyền cho người khác đóng Phí bảo hiểm.

Điều 5 Gia hạn đóng Phí bảo hiểm

- 5.1 Thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm là 60 (sáu mươi) ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí. Trong thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm vẫn có hiệu lực.
- 5.2 Sau khi kết thúc thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị mất hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí trừ trường hợp quy định tại Điều 6.

Điều 6 Sử dụng Giá trị hoàn lại để đóng Phí bảo hiểm và cung cấp bảo hiểm tự động

Ngay khi kết thúc thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm được quy định tại Điều 5, nếu Hợp đồng bảo hiểm có Giá trị hoàn lại, Công ty sẽ tự động tạm ứng từ Giá trị hoàn lại để đóng Phí bảo hiểm hoặc cung cấp bảo hiểm tự động theo nguyên tắc sau:

6.1 Nếu Giá trị hoàn lại, sau khi đã khấu trừ Khoản nợ (nếu có), đủ để đóng Phí bảo hiểm đến hạn của Hợp đồng bảo hiểm này và Bảo hiểm bổ trợ (nếu có), Công ty sẽ tự động tạm ứng từ Giá trị hoàn lại để đóng Phí bảo hiểm theo định kỳ đóng Phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm hoặc định kỳ đóng Phí bảo hiểm có thời hạn ngắn hơn tương ứng với Giá trị hoàn lại còn lại của Hợp đồng bảo hiểm. Vào bất kỳ lúc nào trong thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có thể hoàn trả số tiền tạm ứng từ Giá trị hoàn lại và khoản lãi tính trên số tiền tạm ứng này theo lãi suất do Công ty công bố tại từng thời điểm.

6.2 Nếu Giá trị hoàn lại, sau khi đã khấu trừ Khoản nợ (nếu có), không đủ để đóng Phí bảo hiểm đến hạn, khoản Giá trị hoàn lại này sẽ được sử dụng để cung cấp bảo hiểm tự động đối với trường hợp tử vong của Người được bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm của bảo hiểm tự động được tính trên khoản Giá trị hoàn lại và bắt đầu kể từ sau ngày kết thúc thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm. Trong thời hạn còn hiệu lực của bảo hiểm tự động, nếu Người được bảo hiểm tử vong, Công ty sẽ thanh toán một lần quyền lợi bảo hiểm bằng Số tiền bảo hiểm ngay trước ngày bắt đầu bảo hiểm tự động này, cộng với Giá trị hoàn lại còn lại sau khi đã khấu trừ phần Phí bảo hiểm của bảo hiểm tự động.

Kể từ thời điểm bảo hiểm tự động có hiệu lực, Bảo hiểm bổ trợ (nếu có) sẽ chấm dứt hiệu lực.

Bảo hiểm tự động sẽ chấm dứt khi một trong những trường hợp sau đây xảy ra, tùy vào trường hợp nào đến trước:

- Thời hạn bảo hiểm của bảo hiểm tự động này hết hạn. Trong trường hợp này, Hợp đồng bảo hiểm sẽ mất hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí.
- Khi Bên mua bảo hiểm đã đóng đầy đủ các khoản Phí bảo hiểm quá hạn, lãi và các khoản nợ (nếu có). Trong trường hợp này, hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm sẽ được khôi phục theo quy định tại Điều 16.
- Quyền lợi của bảo hiểm tự động đã được thanh toán hết.

6.3 Nếu Giá trị hoàn lại, sau khi đã khấu trừ Khoản nợ (nếu có), không đủ để đóng Phí bảo hiểm đến hạn theo quy định tại Điều 6.1 hoặc để cung cấp bảo hiểm tự động theo quy định tại Điều 6.2, Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị mất hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí.

6.4 Nếu Giá trị hoàn lại vẫn còn sau khi đã khấu trừ phần Phí bảo hiểm của bảo hiểm tự động và thời hạn bảo hiểm tự động kết thúc, Công ty sẽ hoàn trả lại Giá trị hoàn lại này.

Điều 7 Tạm ứng từ Giá trị hoàn lại

7.1 Nếu Hợp đồng bảo hiểm có Giá trị hoàn lại, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tạm ứng không quá 80% (tám mươi phần trăm) Giá trị hoàn lại. Vào bất kỳ lúc nào trong thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có thể hoàn trả số tiền tạm ứng từ Giá trị hoàn lại và khoản lãi tính trên số tiền tạm ứng này theo lãi suất do Công ty công bố tại từng thời điểm.

7.2 Công ty sẽ không tính lãi trên số tiền tạm ứng từ Giá trị hoàn lại trong vòng 12 (mười hai) tháng kể từ ngày yêu cầu tạm ứng từ Giá trị hoàn lại được Công ty chấp thuận bằng văn bản đối với những trường hợp sử dụng khoản tạm ứng này cho mục đích thanh toán các khoản viện phí cho Người được bảo hiểm trong quá trình thực hiện các phẫu thuật dưới đây:

- Phẫu thuật mở hộp sọ: là phẫu thuật lấy đi một phần hộp sọ để tiếp cận não; không bao gồm thủ thuật khoan sọ để dẫn lưu dịch não tủy, đặt máy kích thích não trong điều trị bệnh Parkinson, đặt máy theo dõi áp lực nội sọ, sinh thiết não hoặc màng não; hoặc chọc hút máu tụ trong não bằng kim.
- Phẫu thuật ghép cơ quan chính: là phẫu thuật cấy ghép cơ quan chính như tim, phổi, gan, thận hoặc tụy theo chỉ định của Bác sĩ.
- Phẫu thuật mạch vành: là phẫu thuật để sửa chữa chỗ hẹp hoặc tắc nghẽn của một hoặc nhiều động mạch vành trên bệnh nhân bị Nhồi máu cơ tim theo quy định tại Phụ lục I.
- Phẫu thuật điều trị ung thư: là phẫu thuật điều trị bằng cách lấy bỏ hoặc phá hủy mô ung thư, không bao gồm sinh thiết với mục đích chẩn đoán và xác định giai đoạn của ung thư.
- Phẫu thuật ghép da điều trị bỏng nặng: là phẫu thuật ở các trường hợp bỏng nặng nhằm che phủ phần tổ chức đã bị khuyết da mà tự nó không có khả năng lành vết thương. Bỏng nặng là bỏng độ 03 (ba) hoặc 04 (bốn) gây phá hủy hết bề dày da và chiếm tối thiểu 20% diện tích bề mặt cơ thể (được tính theo Sơ đồ bề mặt cơ thể của Browder và Lund).

Trong vòng 06 (sáu) tháng kể từ ngày nộp đơn yêu cầu tạm ứng từ Giá trị hoàn lại cho trường hợp này, Bên mua bảo hiểm phải nộp về Công ty bản chính những giấy tờ sau:

- Giấy xuất viện;
- Giấy chứng nhận phẫu thuật;
- Kết quả giải phẫu bệnh (nếu có).

Khoản tạm ứng sẽ tự động tính lãi kể từ thời điểm nhận tạm ứng nếu các giấy tờ nêu trên không được nộp đầy đủ theo quy định của Công ty theo Điều 7.2; hoặc các giấy tờ trên cho thấy trường hợp phẫu thuật của Người được bảo hiểm không nằm trong danh sách phẫu thuật nêu trên theo đánh giá, thẩm định của Công ty.

7.3 Khi Khoản nợ (nếu có) vượt quá Giá trị hoàn lại, Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị mất hiệu lực kể từ thời điểm đó và Bên mua bảo hiểm không được nhận lại Giá trị hoàn lại của Hợp đồng bảo hiểm.

CHƯƠNG II: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 1 Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm

8.1 Người có quyền nhận Quyền lợi tử vong theo quy định tại Điều 1.5 là Người thụ hưởng do Bên mua bảo hiểm chỉ định theo quy định của Quy tắc và Điều khoản và được Công ty chấp thuận.

8.2 Quyền lợi tử vong sẽ được thanh toán cho Bên mua bảo hiểm trong các trường hợp sau:

- Người thụ hưởng tử vong (đối với cá nhân) hoặc bị giải thể, phá sản hoặc chấm dứt hoạt động (đối với tổ chức) cùng lúc hoặc trước khi Người được bảo hiểm tử vong mà không có bất kỳ Người thụ hưởng nào khác.
- Trong trường hợp có nhiều Người thụ hưởng, nếu có bất kỳ Người thụ hưởng nào tử vong (đối với cá nhân) hoặc bị giải thể, phá sản hoặc chấm dứt hoạt động (đối với tổ chức) cùng lúc hoặc trước khi Người được bảo hiểm tử vong, phần quyền lợi bảo hiểm tương ứng của Người thụ hưởng đó sẽ được thanh toán cho Bên mua bảo hiểm.
- Trong trường hợp tại thời điểm Người được bảo hiểm tử vong mà không xác định được Người thụ hưởng theo Quy tắc và Điều khoản.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm tử vong, Công ty sẽ thanh toán cho (những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.

8.3 Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Sự kiện bảo hiểm xảy ra đối với Người được bảo hiểm theo Điều 1.1, Điều 1.2, Điều 1.3, Điều 1.6, Điều 1.7, Điều 1.8 và Điều 1.9 của Quy tắc và Điều khoản này là Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm tử vong mà quyền lợi bảo hiểm này chưa được thanh toán, Công ty sẽ thanh toán cho (những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.

Điều 2 Thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

2.1 Thủ tục yêu cầu giải quyết Quyền lợi tử vong

Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm phải gửi cho Công ty trong thời gian sớm nhất có thể những giấy tờ sau đây bằng tiếng Việt:

- a. Đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã được khai đầy đủ, chính xác;
- b. Bằng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm (bản sao y chứng thực chứng minh nhân dân/căn cước công dân/hộ chiếu của cá nhân; bản sao y chứng thực giấy phép thành lập và hoạt động của tổ chức, bản sao y chứng thực di chúc, hoặc những giấy tờ xác nhận hợp pháp khác. Trong trường hợp nộp thay và/hoặc nhận thay quyền lợi bảo hiểm phải có giấy ủy quyền hợp pháp);
- c. Bằng chứng về sự kiện tử vong bao gồm:
 - Giấy chứng tử hoặc bản trích lục khai tử (bản gốc hoặc bản sao y chứng thực);
 - Tường trình tai nạn, Biên bản tai nạn và Bản kết luận vụ việc tai nạn của cơ quan công an nếu tử vong do tai nạn (bản gốc hoặc bản sao y chứng thực) nếu Người được bảo hiểm tử vong do tai nạn;

- Biên bản giám định pháp y và Bản kết luận giám định pháp y (nếu có giải phẫu) (bản gốc hoặc bản sao y chứng thực);
- Giấy ra viện, đơn thuốc, kết quả xét nghiệm, chứng từ y khoa (nếu Người được bảo hiểm có khám, xét nghiệm và điều trị bệnh hoặc tai nạn cần nhập viện trước khi tử vong) (bản gốc hoặc bản sao y chứng thực);
- Báo cáo, hồ sơ y khoa từ bất kỳ Bác sĩ và/hoặc Bệnh viện nào có điều trị cho Người được bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty (bản gốc hoặc bản sao y chứng thực).

Công ty bảo lưu quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm hoặc người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm thực hiện công chứng, chứng thực hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng (bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt) nêu trên. Chi phí do việc cung cấp các giấy tờ này sẽ do Bên mua bảo hiểm hoặc người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán.

Công ty chỉ chấp nhận bản sao y chứng thực được thực hiện trong vòng không quá 03 (ba) tháng tính đến thời điểm nhận hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

2.2 Thủ tục yêu cầu giải quyết Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo và Quyền lợi ung thư dành cho Trẻ em

Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm phải gửi cho Công ty trong thời gian sớm nhất có thể những giấy tờ sau đây bằng tiếng Việt:

- a. Đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã được khai đầy đủ, chính xác;
- b. Bằng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm (bản sao y chứng thực chứng minh nhân dân/căn cước công dân/hộ chiếu của cá nhân; bản sao y chứng thực giấy phép thành lập và hoạt động của tổ chức, bản sao y chứng thực di chúc, hoặc những giấy tờ xác nhận hợp pháp khác. Trong trường hợp nộp thay và/hoặc nhận thay quyền lợi bảo hiểm phải có giấy ủy quyền hợp pháp);
- c. Chứng từ y tế chứng minh việc Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo hoặc Trẻ em mắc Bệnh ung thư được Bác sĩ xác nhận, sổ kiểm tra sức khỏe, toa thuốc, kết quả giải phẫu, kết quả xét nghiệm (có đầy đủ nội dung chẩn đoán, chữ ký, họ tên đầy đủ của Bác sĩ và con dấu của cơ sở y tế nơi thực hiện việc tư vấn, khám hoặc điều trị) (bản gốc hoặc bản sao y chứng thực);
- d. Bản sao Giấy khai sinh/Chứng minh nhân dân/Căn cước công dân/Hộ chiếu của Trẻ em, giấy tờ chứng minh mối quan hệ nuôi dưỡng, giám hộ giữa Trẻ em và Người được bảo hiểm (trường hợp yêu cầu giải quyết Quyền lợi ung thư dành cho trẻ em).

Công ty bảo lưu quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm hoặc người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm thực hiện công chứng, chứng thực hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng (bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt) nêu trên. Chi phí do việc cung cấp các giấy tờ này sẽ do Bên mua bảo hiểm hoặc người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán.

Công ty chỉ chấp nhận bản sao y chứng thực được thực hiện trong vòng không quá 03 (ba) tháng tính đến thời điểm nhận hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

2.3 Thủ tục yêu cầu giải quyết Quyền lợi tiền mặt định kỳ và Quyền lợi tiền mặt đặc biệt tại tuổi 75 (bảy mươi lăm)

Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm phải gửi cho Công ty trong thời gian sớm nhất có thể những giấy tờ sau đây:

- a. Phiếu yêu cầu thanh toán đã được khai đầy đủ, chính xác;
- b. Bằng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm (bản sao y chứng thực chứng minh nhân dân/căn cước công dân/hộ chiếu của cá nhân; giấy phép thành lập và hoạt động của tổ chức, bản sao y chứng thực di chúc, hoặc những giấy tờ xác nhận hợp pháp khác. Trong trường hợp nộp thay và/hoặc nhận thay quyền lợi bảo hiểm phải có giấy ủy quyền hợp pháp).

Công ty bảo lưu quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng thực hiện công chứng, chứng thực, hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng (bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt) nêu trên. Chi phí cho việc cung cấp các giấy tờ này sẽ do Bên mua bảo hiểm hoặc người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm thanh toán.

Công ty chỉ chấp nhận bản sao y chứng thực được thực hiện trong vòng không quá 03 (ba) tháng tính đến thời điểm nhận hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Điều 3 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm được quy định như sau:

- 90 (chín mươi) ngày đối với Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo theo quy định tại Điều 1.1, Điều 1.2, Điều 1.3 và Điều 1.9. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm hoặc người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm không thể nộp hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi hoặc bằng chứng về Sự kiện bảo hiểm trong thời gian quy định nêu trên, thì yêu cầu giải quyết quyền lợi vẫn không bị ảnh hưởng với điều kiện là hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã hoàn tất và bằng chứng về Sự kiện bảo hiểm đó phải được nộp trong vòng 12 (mười hai) tháng kể từ ngày Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo.
- 12 (mười hai) tháng đối với các quyền lợi bảo hiểm khác kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm hoặc phát sinh quyền lợi bảo hiểm.

Điều 4 Giám định y tế, yêu cầu văn bản của cơ quan có thẩm quyền

Công ty bảo lưu quyền yêu cầu giám định y tế đối với Người được bảo hiểm tại các cơ quan giám định/chuyên viên giám định được Công ty chỉ định hoặc chấp thuận.

Đối với những trường hợp khác, Công ty có thể yêu cầu cung cấp các văn bản/xác nhận của cơ quan nhà nước có thẩm quyền để phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Các chi phí phát sinh đối với những yêu cầu nêu trên đây do Công ty chịu trách nhiệm thanh toán.

Điều 5 Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Công ty có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm trong thời hạn 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày nhận được tài liệu đầy đủ và hợp lệ theo yêu cầu của Công ty. Nếu quá thời hạn này, trong trường hợp quyền lợi bảo hiểm

được chấp thuận chi trả Công ty trả thêm lãi trên số tiền chậm trả tương ứng với thời gian quá hạn và theo lãi suất Công ty đang áp dụng đối với các khoản tạm ứng từ hợp đồng bảo hiểm được công bố trên cổng thông tin điện tử của Công ty tại từng thời điểm.

Quyền lợi bảo hiểm sẽ được trả cho người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm bằng tiền mặt tại trụ sở Công ty, hoặc các văn phòng chi nhánh, hoặc các phương thức thích hợp khác như chuyển khoản, séc, tùy theo từng trường hợp cụ thể và theo thỏa thuận giữa hai bên.

CHƯƠNG III: THAM GIA – THAY ĐỔI – KHÔI PHỤC – CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Điều 1 Tham gia

- 13.1 Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ điền đầy đủ và chính xác vào Đơn yêu cầu bảo hiểm, cung cấp thông tin và tài liệu liên quan khác theo yêu cầu của Công ty và đóng đủ Phí bảo hiểm ban đầu.
- 13.2 Để được phát hành Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải có Quyền lợi có thể được bảo hiểm và đáp ứng các điều kiện về thẩm định của Công ty.

Điều 2 Thời gian cân nhắc

Trong thời hạn 21 (hai mươi mốt) ngày kể từ ngày Bên mua bảo hiểm nhận được Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có quyền từ chối không tiếp tục tham gia bảo hiểm bằng cách gửi văn bản thông báo đến Công ty. Công ty sẽ hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm và hoàn trả lại toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau đi trừ đi các chi phí khám, xét nghiệm y khoa.

Điều 3 Thay đổi liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm

- 15.1 Nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi nơi cư trú, Bên mua bảo hiểm phải thông báo kịp thời cho Công ty bằng văn bản kèm theo các tài liệu liên quan đến nơi cư trú mới.
- 15.2 Nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi chứng minh nhân dân hoặc căn cước công dân hoặc hộ chiếu, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty biết về sự thay đổi này bằng văn bản kèm theo bản sao chứng minh nhân dân hoặc căn cước công dân hoặc hộ chiếu mới.
- 15.3 Nếu Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam trên 06 (sáu) tháng hoặc thay đổi nghề nghiệp, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản. Trong trường hợp này, Công ty có thể quyết định (i) tiếp tục bảo hiểm với mức Phí bảo hiểm không đổi, (ii) tăng Phí bảo hiểm, (iii) loại trừ quyền lợi bảo hiểm hoặc (iv) chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm. Quyết định của Công ty sẽ có hiệu lực kể từ thời điểm phát sinh thay đổi đó.
- a. Trường hợp áp dụng tăng Phí bảo hiểm theo quy định tại điểm (ii), Bên mua bảo hiểm phải đóng Phí bảo hiểm bổ sung.
- b. Trường hợp Công ty áp dụng loại trừ quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại điểm (iii), Công ty sẽ không thanh toán quyền lợi bảo hiểm bị loại trừ.
- c. Trường hợp chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại điểm (iv), Công ty sẽ không thanh toán quyền lợi bảo hiểm và chỉ thanh toán cho Bên mua bảo hiểm Giá trị hoàn lại tại thời điểm Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt (nếu có) sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có).
- 15.4 Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể thay đổi Người thụ hưởng mà không cần có sự đồng ý của bất kỳ Người thụ hưởng nào đã được chỉ định trước đó. Quy định liên quan đến Người thụ hưởng mới sẽ chỉ được áp dụng sau

khi Công ty phát hành thư thông báo chấp thuận các yêu cầu thay đổi đó. Văn bản chấp thuận đó là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

- 15.5 Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty mọi thay đổi về các điều kiện của Hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại các Điều từ 15.1 đến 15.4 trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày có sự thay đổi đó. Các điều kiện mới của Hợp đồng bảo hiểm chỉ được áp dụng nếu Công ty chấp thuận các yêu cầu thay đổi đó bằng văn bản. Văn bản chấp thuận đó là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.
- 15.6 Nếu Bên mua bảo hiểm không còn Quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ ngày Bên mua bảo hiểm không còn Quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm. Trong trường hợp này, Giá trị hoàn lại sẽ được trả cho Bên mua bảo hiểm sau khi đã trừ đi Khoản nợ (nếu có). Công ty sẽ không thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào phát sinh sau ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm theo Điều này.

Điều 4 Khôi phục hiệu lực hợp đồng

- 16.1 Nếu Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực theo quy định tại Điều 5.2 hoặc Điều 6 hoặc Điều 7.3, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm trong thời gian 24 (hai mươi bốn) tháng kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực nhưng không muộn hơn Ngày kết thúc hợp đồng với các điều kiện sau:
- a. Bên mua bảo hiểm hoàn trả đầy đủ Khoản nợ; và
 - b. Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải đáp ứng đủ các điều kiện tham gia bảo hiểm do Công ty quy định.
- 16.2 Nếu được Công ty chấp thuận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm, thời điểm bắt đầu có hiệu lực của việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm là ngày Công ty cấp văn bản xác nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện cả Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm Công ty cấp giấy xác nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm. Công ty sẽ không bảo hiểm cho bất kỳ sự kiện nào xảy ra trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực.
- 16.3 Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp cho Công ty các thông tin chính xác để khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm và tuân theo các quy định của Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này. Nghĩa vụ cung cấp thông tin chính xác được quy định tại Điều 24.1.

Điều 5 Các trường hợp nhằm lẫn khi kê khai Tuổi và giới tính

Trường hợp có sự nhầm lẫn khi kê khai Tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm, Số tiền bảo hiểm hoặc Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng theo Tuổi và/hoặc giới tính đúng. Cụ thể như sau:

- 17.1 Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thông báo sai Tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm dẫn đến Phí bảo hiểm đã đóng thấp hơn Phí bảo hiểm phải đóng, nhưng Tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm vẫn thuộc nhóm Tuổi và/hoặc giới tính có thể được bảo hiểm thì Công ty có quyền:

- a. Yêu cầu Bên mua bảo hiểm đóng Phí bảo hiểm bổ sung tương ứng với Số tiền bảo hiểm đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng; hoặc
 - b. Giảm Số tiền bảo hiểm đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm tương ứng với Phí bảo hiểm đã đóng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng.
- 17.2 Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thông báo sai Tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm dẫn đến Phí bảo hiểm đã đóng cao hơn Phí bảo hiểm phải đóng, nhưng Tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm vẫn thuộc nhóm Tuổi và/hoặc giới tính có thể được bảo hiểm thì Công ty sẽ điều chỉnh Phí bảo hiểm phải đóng và hoàn trả lại cho Bên mua bảo hiểm phần Phí bảo hiểm chênh lệch (không tính lãi) kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có).
- 17.3 Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thông báo sai Tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm và Tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm không thuộc nhóm Tuổi và/hoặc giới tính có thể được bảo hiểm, Công ty có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm và hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng sau khi đã trừ đi các khoản chi phí hợp lý, Khoản nợ và quyền lợi bảo hiểm đã được thanh toán trước đó (nếu có).

Điều 6 Giảm Số tiền bảo hiểm

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu giảm Số tiền bảo hiểm bằng cách thông báo bằng văn bản đến Công ty. Việc giảm Số tiền bảo hiểm sẽ chỉ có hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí ngay sau khi Công ty chấp thuận bằng văn bản. Phí bảo hiểm mới và các điều kiện liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng theo Số tiền bảo hiểm mới và được thông báo bằng văn bản đến Bên mua bảo hiểm. Nếu Hợp đồng bảo hiểm có Giá trị hoàn lại, Công ty sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm Giá trị hoàn lại tương ứng với phần chênh lệch giữa Số tiền bảo hiểm trước và sau khi giảm sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có).

Điều 7 Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

- 19.1 Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực khi một trong những trường hợp sau đây xảy ra:
- a. Bên mua bảo hiểm không còn Quyền lợi có thể được bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm; hoặc
 - b. Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 99 (chín mươi chín) tuổi; hoặc
 - c. Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực trên 24 (hai mươi bốn) tháng liên tục; hoặc
 - d. Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
 - e. Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực trước hạn theo quy định tại Điều 19.2; hoặc
 - f. Bên mua bảo hiểm là cá nhân tử vong mà không có người hội đủ điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm mới theo quy định tại Điều 24.4; hoặc
 - g. Bên mua bảo hiểm là tổ chức bị giải thể, phá sản hoặc chấm dứt hoạt động trong thời hạn Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực mà Hợp đồng bảo hiểm chưa được chuyển nhượng theo quy định tại Điều 24.5; hoặc

- h. Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Điều 24.1, Điều 15.3, Điều 17.3 của Quy tắc và Điều khoản này; hoặc
 - i. Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.
- 19.2 Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Công ty trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực. Ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm là ngày Công ty nhận được văn bản yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm. Công ty sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm Giá trị hoàn lại tại thời điểm Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực (nếu có) sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có).

CHƯƠNG IV: ĐIỀU KHOẢN THI HÀNH

Điều 1 Giải quyết tranh chấp

- 20.1 Mọi tranh chấp phát sinh từ hoặc liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm sẽ được giải quyết thông qua thương lượng và hòa giải giữa các bên. Nếu tranh chấp không thể được giải quyết thông qua thương lượng và hòa giải, tranh chấp đó sẽ được giải quyết tại tòa án nơi có trụ sở chính của Công ty hay nơi thường trú của Bên mua bảo hiểm. Phí xét xử do bên thua chịu trách nhiệm thanh toán.
- 20.2 Thời hiệu khởi kiện trong vòng 03 (ba) năm, tính từ ngày xảy ra tranh chấp.
- 20.3 Hợp đồng bảo hiểm sẽ được điều chỉnh bởi pháp luật Việt Nam.

Điều 2 Tính tách biệt của các điều khoản

Nếu bất kỳ điều khoản nào trong Hợp đồng bảo hiểm bị cho là bất hợp pháp, vô hiệu hoặc không thể thực thi vì bất cứ lý do gì, sự bất hợp pháp, vô hiệu hoặc không có khả năng thực thi đó sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ điều khoản nào còn lại trong Hợp đồng bảo hiểm, và các điều khoản còn lại của Hợp đồng bảo hiểm sẽ tiếp tục có hiệu lực và có thể thực thi theo quy định của pháp luật hiện hành.

CHƯƠNG V: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1 Định nghĩa

22.1 Bác sĩ

Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa trong lĩnh vực Tây y được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi đào tạo chuyên ngành và phạm vi giấy phép theo Luật pháp của nước sở tại tại nơi người đó hành nghề. Bác sĩ không được đồng thời là:

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- vợ/chồng hợp pháp, con ruột, con nuôi, con riêng của vợ/chồng, anh chị em ruột, anh chị em ruột của vợ/chồng, cha mẹ ruột, cha mẹ của vợ/chồng, ông bà, cháu, bố dượng, mẹ kế của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng, Trẻ em; hoặc
- đối tác kinh doanh của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng.

22.2 Bản minh họa quyền lợi bảo hiểm

Là tài liệu minh họa và tóm tắt quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này.

22.3 Bảo hiểm bổ trợ

Là (các) sản phẩm bảo hiểm bổ trợ đính kèm với Hợp đồng bảo hiểm này và được Công ty cung cấp cho Bên mua bảo hiểm theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm và theo các quy định của Công ty.

22.4 Bên mua bảo hiểm

Là cá nhân hoặc tổ chức kê khai, ký tên trên Đơn yêu cầu bảo hiểm và thực hiện nghĩa vụ đóng Phí bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

Nếu Bên mua bảo hiểm là cá nhân: phải đang cư trú tại Việt Nam, đủ 18 (mười tám) tuổi trở lên và có năng lực hành vi dân sự đầy đủ theo quy định của pháp luật tại thời điểm kê khai và ký tên trên Đơn yêu cầu bảo hiểm.

Nếu Bên mua bảo hiểm là tổ chức: phải được thành lập và đang hoạt động hợp pháp tại Việt Nam.

Bên mua bảo hiểm phải có Quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm và phải được sự chấp thuận của Người được bảo hiểm đối với việc bảo hiểm trên sinh mạng của Người được bảo hiểm.

22.5 Bệnh hiểm nghèo

Bao gồm Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu, Biến chứng bệnh tiểu đường và Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau, được quy định tại Phụ lục I, Phụ lục II, Phụ lục III và Phụ lục IV đính kèm Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

22.6 Bệnh có sẵn

Được hiểu là:

- tình trạng bệnh tật, thương tật của Người được bảo hiểm và/hoặc Trẻ em đã được khám, xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị, hoặc
- triệu chứng, dấu hiệu bất thường về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm và/hoặc Trẻ em mà nếu biết được các tình trạng, triệu chứng, dấu hiệu bất thường này Công ty không chấp thuận bảo hiểm hoặc chấp thuận bảo hiểm với mức phí tăng thêm hoặc áp dụng loại trừ bảo hiểm hoặc không chấp thuận khôi phục hiệu lực hợp đồng phát sinh trước Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất của Hợp đồng bảo hiểm này (tùy theo ngày nào đến sau).

Tiền sử sức khỏe được lưu giữ tại cơ sở y tế, hồ sơ y tế, hoặc lời khai của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về bệnh có sẵn.

22.7 Bệnh viện

Là tổ chức được thành lập hợp pháp và hoạt động theo luật của nước sở tại tại nơi tổ chức này đặt cơ sở và có giấy phép hoạt động và đáp ứng được các yêu cầu sau:

- được thành lập và hoạt động liên tục 24 (hai mươi bốn) giờ trong ngày nhằm cung cấp dịch vụ khám, chẩn đoán và điều trị cho người bị ốm đau, bệnh tật, thương tích;
- phải có chữ “Bệnh viện” trên con dấu chính thức và thay đổi theo pháp luật hiện hành; đối với Bệnh viện ngoài lãnh thổ Việt Nam, tư cách của Bệnh viện phải được thể hiện bằng ngôn ngữ của quốc gia/lãnh thổ đó mà được hiểu là “Bệnh viện” theo nghĩa tiếng Việt;
- có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca phẫu thuật y khoa;
- có đầy đủ điều kiện cho hoạt động điều trị nội trú và theo dõi bệnh nhân;
- có lưu giữ đầy đủ bệnh án và hồ sơ của bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của cơ quan có thẩm quyền.

Bệnh viện không bao gồm các tổ chức sau đây:

- Bệnh viện/viện tâm thần;
- Bệnh viện/viện phong;
- Nhà điều dưỡng, nhà lưu bệnh;
- Nhà bảo sanh, nhà an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, chất ma túy, chất kích thích;
- Trung tâm y tế, Trung tâm y tế dự phòng;

cho dù các cơ sở, trung tâm này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện.

22.8 Công ty

Là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Generali Việt Nam hoạt động theo Giấy phép thành lập và hoạt động số 61GP/KDBH do Bộ Tài chính cấp ngày 20 tháng 04 năm 2011.

22.9 Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo

Là chẩn đoán xác định sau cùng của một hay nhiều Bệnh hiểm nghèo được thực hiện bởi Bác sĩ hoặc nhóm Bác sĩ chuyên khoa của Bệnh viện.

Kết quả Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo phải được Công ty chấp nhận dựa trên những kết quả xét nghiệm y khoa của Người được bảo hiểm/Trẻ em do người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm cung cấp. Công ty có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm/Trẻ em tiến hành những xét nghiệm khác nếu cần thiết.

Trong trường hợp xảy ra tranh chấp trên kết quả chẩn đoán, Công ty có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm/Trẻ em tiến hành xét nghiệm y khoa tại một trung tâm xét nghiệm độc lập theo thoả thuận giữa Công ty và người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm. Công ty và người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm phải tuân theo kết quả xét nghiệm sau cùng này. Mọi chi phí cho việc tiến hành xét nghiệm y khoa trong trường hợp tranh chấp theo yêu cầu của Công ty sẽ do Công ty chịu trách nhiệm thanh toán.

22.10 Đơn yêu cầu bảo hiểm

Là yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

22.11 Giá trị hoàn lại

Là số tiền Bên mua bảo hiểm sẽ được nhận nếu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước hạn trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực. Hợp đồng bảo hiểm có Giá trị hoàn lại sau khi Bên mua bảo hiểm đã đóng đủ Phí bảo hiểm cho 02 (hai) Năm hợp đồng đầu tiên và Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực trong 02 (hai) Năm hợp đồng đầu tiên. Giá trị hoàn lại được Công ty tính toán phù hợp với cơ sở kỹ thuật đã đăng ký với Bộ Tài chính.

22.12 Giấy chứng nhận bảo hiểm

Là giấy chứng nhận bảo hiểm được Công ty cấp cho Bên mua bảo hiểm và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

22.13 Hành vi phạm tội

Là hành vi được xác định là vi phạm pháp luật hình sự theo kết luận của cơ quan Nhà nước có thẩm quyền.

22.14 Hợp đồng bảo hiểm

Là sự thỏa thuận bằng văn bản giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm, theo đó Bên mua bảo hiểm và Công ty cam kết tuân thủ các điều kiện của Quy tắc và Điều khoản đã thỏa thuận theo Hợp đồng bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm bao gồm:

- Đơn yêu cầu bảo hiểm;
- Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Bản minh họa quyền lợi bảo hiểm;
- Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm này;
- Quy tắc và Điều khoản của Bảo hiểm bổ trợ (nếu có);
- Các bản phụ lục, các xác nhận sửa đổi bổ sung và các thỏa thuận khác (bao gồm tất cả các đơn từ, bản kê khai, bản trả lời hay bất cứ chứng từ y tế nào) của hai bên trong quá trình giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.

22.15 Khoản nợ

Là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm còn nợ Công ty theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm này, bao gồm các khoản tạm ứng, lãi phát sinh từ việc tạm ứng tiền, các khoản Phí bảo hiểm đến hạn nhưng chưa được đóng, lãi phát sinh từ các khoản Phí bảo hiểm này, các khoản thuế phải nộp theo quy định của pháp luật và các khoản khác (nếu có).

22.16 Năm hợp đồng

Là khoảng thời gian 01 (một) năm tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày kỷ niệm hợp đồng.

22.17 Nhóm Bệnh hiểm nghèo

Là nhóm bệnh bao gồm 01 (một) hoặc nhiều Bệnh hiểm nghèo được quy định tại Phụ lục I đính kèm Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

22.18 Ngày đến hạn đóng phí

Là ngày Bên mua bảo hiểm phải đóng Phí bảo hiểm định kỳ, được xác định theo định kỳ đóng Phí bảo hiểm theo quy định tại Điều 4.2 và theo Ngày hiệu lực hợp đồng.

22.19 Ngày hiệu lực hợp đồng

Là ngày mà Hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực theo quy định tại Điều 23.1 và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

22.20 Ngày kết thúc hợp đồng

Là ngày kết thúc thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm như được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

22.21 Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng

Là ngày Công ty chấp thuận bằng văn bản việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm, trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực. Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng được quy định tại Điều 16.2.

22.22 Ngày kỷ niệm hợp đồng

Là ngày lặp lại hàng năm của Ngày hiệu lực hợp đồng trong suốt thời hạn hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm.

22.23 Ngày phát hành hợp đồng

Là ngày mà Công ty phát hành Giấy chứng nhận bảo hiểm sau khi chấp thuận Đơn yêu cầu bảo hiểm và đã nhận đủ Phí bảo hiểm ban đầu. Ngày phát hành hợp đồng được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

22.24 Người được bảo hiểm

Là cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam, từ đủ 18 (mười tám) Tuổi đến 60 (sáu mươi) Tuổi tại Ngày hiệu lực hợp đồng, và được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

22.25 Người thụ hưởng

Là cá nhân hoặc tổ chức được Bên mua bảo hiểm chỉ định nhận quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức, việc chỉ định Người thụ hưởng phải được sự đồng ý của Người được bảo hiểm.

22.26 Phí bảo hiểm

Là số tiền mà Bên mua bảo hiểm phải đóng cho Công ty để được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

22.27 Phí bảo hiểm ban đầu

Là Phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đóng khi nộp Đơn yêu cầu bảo hiểm.

22.28 Quy tắc và Điều khoản

Là tài liệu liệt kê chi tiết quyền lợi và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm và của Công ty. Quy tắc và Điều khoản này là một phần không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

22.29 Quyền lợi có thể được bảo hiểm

Là quyền sở hữu, quyền chiếm hữu, quyền sử dụng, quyền tài sản; quyền, nghĩa vụ nuôi dưỡng, cấp dưỡng đối với Người được bảo hiểm theo pháp luật kinh doanh bảo hiểm.

22.30 Số tiền bảo hiểm

Là số tiền thỏa thuận giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm và được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản. Số tiền bảo hiểm được thể hiện tại Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc phụ lục (nếu có).

22.31 Sự kiện bảo hiểm

Là sự kiện dẫn đến yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

22.32 Tuổi

Là tuổi theo sinh nhật vừa qua của Người được bảo hiểm vào Ngày hiệu lực hợp đồng. Tuổi của Người được bảo hiểm là tuổi được dùng làm cơ sở để tính Phí bảo hiểm.

22.33 Trẻ em

Là một cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam; từ 30 (ba mươi) ngày tuổi đến 17 (mười bảy) tuổi (theo sinh nhật vừa qua) vào ngày Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo; là con ruột của Người được bảo hiểm hoặc là người được Người được bảo hiểm nhận nuôi dưỡng, giám hộ hợp pháp, và được bảo hiểm theo Quyền lợi ung thư dành cho Trẻ em theo quy định tại Điều 1.9.

22.34 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 Người được bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra thương tật hoặc tử vong

cho Người được bảo hiểm trong vòng 180 (một trăm tám mươi) ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.

Điều 2 Hiệu lực – Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm

- 23.1 Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực kể từ ngày Bên mua bảo hiểm ký Đơn yêu cầu bảo hiểm và nộp đủ Phí bảo hiểm ban đầu theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống vào thời điểm Công ty phát hành Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 23.2 Thời hạn hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm được tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng đến Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 99 (chín mươi chín) tuổi và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm, trừ trường hợp chấm dứt trước hạn theo Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

Điều 3 Những quy định chung khác

3.1 Nghĩa vụ cung cấp thông tin

Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp, kê khai đầy đủ và chính xác mọi thông tin liên quan đến Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm vào Đơn yêu cầu bảo hiểm hoặc các văn bản khác theo yêu cầu của Công ty để làm cơ sở cho việc thẩm định và xem xét bảo hiểm cho Người được bảo hiểm. Việc kiểm tra sức khỏe (nếu có) không thay thế cho nghĩa vụ kê khai đầy đủ và chính xác của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm theo quy định tại điều này.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cố tình vi phạm nghĩa vụ quy định tại Điều 24.1 này mà nếu biết trước thông tin này Công ty đã từ chối yêu cầu bảo hiểm, yêu cầu điều chỉnh hợp đồng hoặc yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng, thì Công ty có quyền đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, không thanh toán quyền lợi bảo hiểm và chỉ trả cho Bên mua bảo hiểm Giá trị hoàn lại tại thời điểm chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm (nếu có) sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có).

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cố tình vi phạm nghĩa vụ quy định tại Điều 24.1 này không làm ảnh hưởng tới quyết định chấp thuận bảo hiểm, chấp thuận điều chỉnh hợp đồng hoặc chấp thuận khôi phục hiệu lực hợp đồng thì Công ty sẽ vẫn thanh toán quyền lợi bảo hiểm nếu có Sự kiện bảo hiểm xảy ra theo Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cố tình vi phạm nghĩa vụ quy định tại Điều 24.1 này và Công ty có thể chấp thuận bảo hiểm theo điều kiện khác với điều kiện đã chấp thuận ban đầu, Công ty và Bên mua bảo hiểm có thể thỏa thuận về việc thu thêm khoản Phí bảo hiểm hoặc điều chỉnh Số tiền bảo hiểm giảm tương ứng với mức rủi ro (nếu có).

3.2 Khấu trừ Khoản nợ vào quyền lợi bảo hiểm

Công ty sẽ khấu trừ Khoản nợ (nếu có) trước khi thanh toán bất cứ quyền lợi bảo hiểm nào. Công ty có quyền ưu tiên hơn so với bất kỳ chủ nợ, chủ hợp đồng hay bất kỳ bên có quyền lợi liên quan nào khác để giải quyết bất kỳ khoản khấu trừ nào nêu trên. Trong

trường hợp có bất kỳ sự mâu thuẫn nào giữa điều này và các điều khoản còn lại của Quy tắc và Điều khoản, Điều 24.2 sẽ được áp dụng.

3.3 Chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể chuyển nhượng toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm này cho cá nhân hoặc tổ chức khác nếu bên nhận chuyển nhượng đáp ứng yêu cầu về Quyền lợi có thể được bảo hiểm và các quy định của pháp luật tại thời điểm chuyển nhượng, đồng thời Người được bảo hiểm không thay đổi.

Việc chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm chỉ có hiệu lực khi:

- Bên mua bảo hiểm thông báo yêu cầu chuyển nhượng bằng văn bản và được Công ty chấp thuận và xác nhận việc chuyển nhượng đó bằng văn bản; và
- Bên nhận chuyển nhượng đáp ứng các yêu cầu đối với Bên mua bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản và quy định pháp luật liên quan.

Khi việc chuyển nhượng có hiệu lực, bên nhận chuyển nhượng sẽ có toàn bộ quyền lợi và nghĩa vụ đối với Hợp đồng bảo hiểm.

Công ty sẽ không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp của việc chuyển nhượng giữa Bên mua bảo hiểm và bên nhận chuyển nhượng.

3.4 Thay đổi trong trường hợp Bên mua bảo hiểm tử vong

- Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực nếu Bên mua bảo hiểm là cá nhân tử vong thì: (những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm hoặc người được chỉ định bởi (những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm, nếu hội đủ các điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm mới theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm và các quy định của pháp luật, sẽ tiếp nhận tất cả các quyền và nghĩa vụ phát sinh từ Hợp đồng bảo hiểm và trở thành Bên mua bảo hiểm mới. Nếu (những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm không cung cấp được cho Công ty đầy đủ các giấy tờ cần thiết để có thể xác định được Bên mua bảo hiểm mới trong vòng 60 (sáu mươi) ngày kể từ ngày Bên mua bảo hiểm tử vong, thì Người được bảo hiểm được quyền làm thủ tục tiếp nhận tất cả các quyền và nghĩa vụ được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm. Nếu Người được bảo hiểm không đủ điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm và các quy định của pháp luật liên quan, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực vào thời điểm Bên mua bảo hiểm tử vong.
- Trong trường hợp này, Công ty sẽ hoàn trả lại cho người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm Giá trị hoàn lại tại thời điểm chấm dứt (nếu có) sau khi trừ Khoản nợ (nếu có).
- Công ty sẽ không chịu trách nhiệm về tính hiệu lực và các tranh chấp (nếu có) liên quan đến việc thay đổi Bên mua bảo hiểm theo quy định tại Điều 24.4 này.

3.5 Thay đổi trong trường hợp Bên mua bảo hiểm giải thể, phá sản hoặc chấm dứt hoạt động

Trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức bị giải thể, phá sản hoặc chấm dứt hoạt động trong thời hạn Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực mà Hợp đồng bảo hiểm chưa được chuyển nhượng, Hợp đồng bảo hiểm đó sẽ chấm dứt hiệu lực và Công ty sẽ thanh toán

Giá trị hoàn lại (nếu có) sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có) tại thời điểm giải thể, phá sản hoặc chấm dứt hoạt động cho người có quyền nhận quyền lợi đó theo quy định của pháp luật hiện hành.

Điều 4 Điều khoản miễn truy xét

Khi Người được bảo hiểm còn sống, các nội dung kê khai không chính xác hoặc bỏ sót trong Đơn yêu cầu bảo hiểm và các giấy tờ có liên quan sẽ được Công ty miễn truy xét sau 24 (hai mươi bốn) tháng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc kể từ Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy thuộc vào ngày nào đến sau.

Quy định trên sẽ không được áp dụng đối với trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai thông tin làm ảnh hưởng tới quyết định chấp thuận bảo hiểm của Công ty theo Điều 24.1 của Quy tắc và điều khoản này.

Điều 5 Trách nhiệm bảo mật thông tin khách hàng

Công ty không được chuyển giao thông tin cá nhân do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cung cấp tại Hợp đồng bảo hiểm cho bất kỳ bên thứ ba nào khác, trừ các trường hợp sau đây:

- a. Thu thập, sử dụng, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền, theo quy định của pháp luật hoặc cho mục đích thẩm định, định phí bảo hiểm, phát hành/Thực hiện hợp đồng bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, giải quyết quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm, phòng chống khủng bố/rửa tiền, nghiên cứu đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn, xử lý và quản trị cơ sở dữ liệu.
- b. Các trường hợp khác được Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đồng ý bằng văn bản, với điều kiện:
 - Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải được thông báo về mục đích chuyển giao thông tin và được quyền lựa chọn giữa đồng ý hoặc không đồng ý với việc chuyển giao đó; và
 - Việc Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm từ chối cho phép chuyển giao thông tin cho bên thứ ba ngoài Điều 26, điểm (a) không được sử dụng làm lý do để từ chối giao kết hợp đồng.

PHỤ LỤC I: DANH SÁCH BỆNH HIỂM NGHÈO ĐƯỢC BẢO HIỂM

Nhóm bệnh	35 Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu (*)	61 Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau (**)
1. Ung thư	1. Ung thư biểu mô tại chỗ của một số cơ quan 2. Ung thư giai đoạn sớm của một số cơ quan cụ thể	1. Ung thư
2. Tạng chủ	3. Phẫu thuật cắt bỏ một thận 4. Ghép ruột non 5. Phẫu thuật cắt một bên phổi 6. Phẫu thuật gan 7. Phẫu thuật phục hồi đường mật 8. Ghép giác mạc 9. Hen suyễn nặng 10. Xơ gan 11. Thiếu máu bất sản có khả năng hồi phục	2. Suy thận 3. Phẫu thuật ghép tạng chủ 4. Bệnh phổi giai đoạn cuối 5. Nang tủy thận 6. Viêm gan siêu vi thể tối cấp 7. Suy gan giai đoạn cuối 8. Thiếu máu bất sản 9. Viêm tụy mãn tái phát 10. Viêm gan tự miễn dịch mãn tính
3. Hệ tuần hoàn (tim mạch)	12. Đặt máy tạo nhịp tim 13. Đặt máy khử rung tim 14. Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu bắc cầu động mạch vành trực tiếp (MIDCAB) 15. Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu Động mạch chủ 16. Sửa van tim hoặc cắt van tim qua da 17. Phẫu thuật cắt màng ngoài tim 18. Đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ 19. Tăng áp động mạch phổi giai đoạn sớm 20. Phòng động mạch chủ nặng không có triệu chứng	11. Nhồi máu cơ tim 12. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành 13. Phẫu thuật thay van tim 14. Phẫu thuật động mạch chủ 15. Tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát 16. Bệnh cơ tim 17. Hội chứng Eisenmenger 18. Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn
4. Hệ thống thần kinh – Cơ xương khớp	21. Phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất 22. Phẫu thuật cắt u tuyến yên 23. Loãng xương với Gãy xương (Bảo hiểm đến năm 70 tuổi) 24. Bệnh tủy sống hoặc chấn thương cột sống dẫn tới rối loạn chức năng bàng quang và ruột 25. Phẫu thuật huyết khối xoang hang	19. Hôn mê 20. Đột quy 21. Bệnh Alzheimer 22. Bệnh Parkinson 23. Bệnh xơ cứng rải rác từng đám 24. Viêm não 25. Chấn thương sọ não 26. Phẫu thuật sọ não

	<p>26. Viêm tủy sống do lao 27. Động kinh nặng 28. Parkinson thể trung bình</p>	<p>27. Bệnh teo cơ tủy (SMA) 28. Bệnh xơ cứng cột bên teo cơ 29. Viêm màng não do vi khuẩn 30. Bệnh u não lành tính 31. Bệnh bại liệt 32. Cụt nhiều chi 33. Liệt 34. Bệnh loạn dưỡng cơ 35. Bệnh nhược cơ 36. Loãng xương nặng (Bảo hiểm đến năm 70 tuổi) 37. Tổn thương đa rễ đám rối thần kinh cánh tay 38. Bệnh Creutzfeldt-Jakob (Bò điên) 39. Bệnh lao màng não 40. Gãy cột sống do tai nạn 41. Phình mạch não bắt buộc phải phẫu thuật 42. Hội chứng Apallic 43. Liệt trên nhân tiền triển 44. Liệt hành não tiền triển</p>
<p>5. Khác</p>	<p>29. Mất thị lực 01 mắt 30. Bồng nhẹ 31. Mất 01 chi 32. Phẫu thuật cấy ốc tai 33. Mất chức năng 01 chi và mất thị lực 01 mắt 34. Viêm vồng mạc sắc tố 35. Viêm khớp dạng thấp thể trung bình</p>	<p>45. Bồng nặng 46. Lupus ban đỏ hệ thống có biến chứng thận 47. Mù 48. Mất khả năng nói 49. Mất thính lực 50. Viêm khớp dạng thấp nặng 51. U tủy thượng thận 52. Xơ cứng bì tiến triển 53. Nhiễm HIV do truyền máu 54. Nhiễm HIV do nghề nghiệp 55. Suy thượng thận mãn tính 56. Viêm cân mạc hoại tử 57. Viêm loét đại tràng với phẫu thuật cắt toàn bộ đại tràng 58. Bệnh Crohn có lỗ rò 59. Phẫu thuật Vẹo cột sống nguyên phát 60. Sốt xuất huyết Ebola 61. Bệnh chân voi</p>
<p>Biến chứng bệnh tiểu đường (***)</p>		

Quy tắc và Điều khoản
Bảo hiểm hỗn hợp Bệnh hiểm nghèo chi trả nhiều lần

1. Bệnh vông mạc do tiểu đường; 2. Bệnh thận do tiểu đường; 3. Cụt chi do tiểu đường

(*) Định nghĩa chi tiết của mỗi Bệnh hiểm nghèo được quy định tại Phụ lục II.

(**) Định nghĩa chi tiết của mỗi Bệnh hiểm nghèo được quy định tại Phụ lục IV.

(***) Định nghĩa chi tiết của mỗi Bệnh hiểm nghèo được quy định tại Phụ lục III.

PHỤ LỤC II: ĐỊNH NGHĨA CÁC BỆNH HIỂM NGHÈO GIAI ĐOẠN ĐẦU

Nhóm 1: Ung thư

1. Ung thư biểu mô tại chỗ của một số cơ quan

Ung thư biểu mô tại chỗ ở các cơ quan sau: Vú, tử cung, buồng trứng, ống dẫn trứng, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, đại tràng, trực tràng, dương vật, tinh hoàn, phổi, gan, dạ dày, vòm mũi họng hoặc bàng quang.

Là sự phát triển mới của các ô tế bào ung thư biểu mô và chỉ giới hạn trong các tế bào mô gốc ban đầu của các tế bào ung thư và chưa xâm lấn hoặc phá hủy các mô xung quanh. “Xâm lấn” có nghĩa là một sự xâm nhập và/hoặc phá hủy các mô bình thường ngoài màng đáy. Chẩn đoán của Ung thư biểu mô tại chỗ phải dựa trên kết quả mô bệnh học. Đồng thời, chẩn đoán Ung thư biểu mô tại chỗ phải luôn luôn có chẩn đoán dương tính dựa trên kết quả soi kính hiển vi các mô đã được cố định, và được xác nhận bởi kết quả sinh thiết. Các chẩn đoán lâm sàng không đáp ứng được tiêu chuẩn này.

Loại trừ các chẩn đoán lâm sàng hoặc loạn sản biểu mô cổ tử cung (CIN) bao gồm CIN I, CIN II, và CIN III (loạn sản nặng không phải ung thư biểu mô tại chỗ), ung thư biểu mô tại chỗ của đường mật.

2. Ung thư giai đoạn sớm của một số cơ quan cụ thể

- **Ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn sớm:** Ung thư tuyến tiền liệt có kết quả mô bệnh học theo phân loại TNM ở giai đoạn T1a hoặc T1b hoặc ung thư tuyến tiền liệt được chẩn đoán giai đoạn tương đương theo hệ thống phân loại khác.
- **Ung thư tuyến giáp giai đoạn sớm:** Ung thư tuyến giáp có kết quả mô bệnh học theo phân loại TNM là giai đoạn T1N0M0 hoặc ung thư tuyến giáp được chẩn đoán giai đoạn tương đương theo hệ thống phân loại khác.
- **Ung thư bàng quang giai đoạn sớm:** Ung thư biểu mô vi thể dạng nhú của bàng quang có kết quả mô bệnh học theo phân loại TNM là giai đoạn TaN0M0.
- **Bệnh bạch cầu mạn dòng lympho giai đoạn sớm:** Bệnh bạch cầu mạn dòng lympho (CLL) Giai đoạn 1 hoặc 2 theo Rai. Loại trừ CLL RAI giai đoạn 0 hoặc thấp hơn.
- **Ung hắc tố (Melanoma) giai đoạn sớm:** Ung thư hắc tố xâm lấn có độ dày dưới 1.5mm theo xếp loại Breslow, hoặc dưới mức 03 (ba) theo xếp loại Clark. Loại trừ các u hắc tố không xâm lấn có kết quả mô bệnh học là “tại chỗ”.

Nhóm 2: Tạng chủ

3. Phẫu thuật cắt bỏ một thận

Là việc bắt buộc phải phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn một thận do bất kỳ bệnh tật hoặc Tai nạn nào. Phẫu thuật này phải được xác nhận là hoàn toàn cần thiết bởi một Bác sĩ chuyên khoa thận. Loại trừ hiến thận.

4. Ghép ruột non

Là việc nhận ghép của ít nhất 01 (một) mét ruột non cùng với nguồn cung cấp máu của chính đoạn ruột đó thông qua phẫu thuật mở ổ bụng để điều trị suy ruột.

5. Phẫu thuật cắt một bên phổi

Là phẫu thuật cắt toàn bộ 01 (một) bên phổi phải hoặc phổi trái do nguyên nhân bệnh tật hoặc Tai nạn của Người được bảo hiểm. Cắt một phần phổi không bao gồm trong quyền lợi này.

6. Phẫu thuật gan

Phẫu thuật cắt gan bán phần là phẫu thuật cắt bỏ ít nhất toàn bộ 01 (một) thùy gan trái hoặc phải do nguyên nhân bệnh lý hoặc Tai nạn của Người được bảo hiểm và được chứng minh là cần thiết.

Loại trừ phẫu thuật gan để điều trị các bệnh tật hoặc rối loạn do đồ uống có cồn, lạm dụng thuốc, chất gây nghiện hay hiến gan.

7. Phẫu thuật phục hồi đường mật

Là phẫu thuật nối mật ruột (nối mật-hỗng tràng hoặc mật-tá tràng) để điều trị các bệnh đường mật, bao gồm hẹp đường mật, mà không phải hậu quả của các biện pháp phẫu thuật hoặc nội soi khác. Phẫu thuật phải được một Bác sĩ chuyên khoa Gan Mật xác nhận là phương thức điều trị thích hợp nhất.

Quyền lợi này sẽ không được thanh toán cho các hậu quả của bệnh sỏi mật hoặc viêm đường mật.

8. Ghép giác mạc

Việc nhận cấy ghép toàn bộ một giác mạc do sẹo không thể hồi phục gây ra giảm thị lực mà không thể chữa trị được bằng các phương pháp khác.

9. Hen suyễn nặng

Bệnh phải có bằng chứng của cơn cấp tính của tình trạng hen suyễn nặng đòi hỏi phải được nhập viện điều trị và hỗ trợ hô hấp bằng thở máy trong thời gian liên tục ít nhất 04 (bốn) giờ theo chỉ định của Bác sĩ chuyên khoa Hô hấp.

10. Xơ gan

Là tình trạng xơ hóa của gan với điểm HAI-Knodell từ 06 (sáu) trở lên được xác nhận bằng kết quả sinh thiết gan. Chẩn đoán xơ gan phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Gan và phải dựa trên kết luận mô bệnh học của sinh thiết gan.

Loại trừ bệnh gan do làm dụng đồ uống có cồn hoặc thuốc hoặc chất gây nghiện.

11. Thiếu máu bất sản có khả năng hồi phục

Là tình trạng suy tủy xương cấp tính có khả năng hồi phục gây thiếu máu, thiếu bạch cầu và thiếu tiểu cầu. Chẩn đoán phải được dựa trên kết quả sinh thiết tủy xương và phải có 02 (hai) trong 03 (ba) giá trị sau:

- Số đếm tuyệt đối bạch cầu trung tính bằng hoặc nhỏ hơn $500/\text{mm}^3$ ($=/ < 500/\text{mm}^3$)
- Số đếm tuyệt đối hồng cầu lưới bằng hoặc nhỏ hơn $20.000/\text{mm}^3$ ($=/ < 20000/\text{mm}^3$)

- Số lượng tiểu cầu bằng hoặc nhỏ hơn $20000/\text{mm}^3$ ($=/ < 20000/\text{mm}^3$).

Nhóm 3: Hệ tuần hoàn (tim mạch)

12. Đặt máy tạo nhịp tim

Đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn được chỉ định để điều trị loạn nhịp tim nghiêm trọng mà không thể được điều trị bằng các phương thức khác. Việc đặt máy tạo nhịp tim phải được xác nhận là cần thiết về mặt y khoa bởi một Bác sĩ chuyên khoa. Quyền lợi này bao gồm đặt máy điều hòa nhịp trong liệu pháp tái đồng bộ tim.

13. Đặt máy khử rung tim

Đặt máy khử rung tim vĩnh viễn được chỉ định để điều trị rối loạn nhịp tim nghiêm trọng mà không thể điều trị bằng bất kỳ phương pháp nào khác. Các thủ tục phẫu thuật phải được xác nhận là cần thiết về mặt y khoa bởi Bác sĩ chuyên khoa.

14. Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu bắc cầu động mạch vành trực tiếp (MIDCAB)

Là bắc cầu động mạch vành hay loại bỏ mảng xơ vữa mạch vành được thực hiện qua phương thức cổng truy cập mạch (port access procedures) hoặc phẫu thuật xâm lấn tối thiểu bắc cầu động mạch vành trực tiếp MIDCAB (không cần mở xương ức) để thông động mạch vành. Loại trừ tất cả các can thiệp nội mạch và các can thiệp nội mạch qua da bị.

15. Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu Động mạch chủ

Là phẫu thuật thông qua các kỹ thuật xâm lấn tối thiểu hoặc can thiệp nội mạch để sửa chữa phình, hẹp, tắc hoặc bóc tách động mạch chủ, chẩn đoán phải được xác định bằng kết quả siêu âm tim hay bất kỳ kỹ thuật chẩn đoán thích hợp sẵn có và phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch. Động mạch chủ trong định nghĩa này có nghĩa là các động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng nhưng không phải nhánh của động mạch chủ.

16. Sửa van tim hoặc cắt van tim qua da

Các sửa van tim đơn giản bằng bóng qua da hoặc phẫu thuật van tim qua da là bắt buộc do tổn thương của các van tim có xác nhận của Bác sĩ tim mạch và siêu âm tim.

Tất cả các phẫu thuật van tim mà liên quan đến việc phẫu thuật mở lồng ngực bị loại trừ.

17. Phẫu thuật cắt màng ngoài tim

Là phẫu thuật cắt màng ngoài tim hoặc phẫu thuật khác đòi hỏi phải thực hiện qua phương thức phẫu thuật lỗ khóa để điều trị bệnh màng ngoài tim. Cả hai loại phẫu thuật này phải được xác nhận là hoàn toàn cần thiết bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch.

18. Đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ

Là phẫu thuật đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ sau khi có bằng chứng của tình trạng của thuyên tắc mạch phổi tái phát. Phương thức điều trị này phải được xác nhận là hoàn toàn cần thiết bởi một Bác sĩ chuyên khoa trong lĩnh vực tương ứng.

19. Tăng áp động mạch phổi giai đoạn sớm

Là tình trạng tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát có dày thất phải dẫn đến suy tim ít nhất Độ III theo Phân loại suy tim của hiệp hội Tim mạch New York. Chẩn đoán phải được

xác định bởi kết quả kiểm tra qua thủ thuật đặt ống thông tim bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch.

Bảng phân loại của Hiệp hội Tim mạch New York:

- Độ I – Không có giới hạn hoạt động thể lực. Hoạt động thể lực thông thường không gây ra mệt mỏi, khó thở hoặc đau ngực.
- Độ II – Hạn chế nhẹ hoạt động thể lực. Xuất hiện triệu chứng khi hoạt động thể lực thông thường.
- Độ III – Hạn chế nhiều hoạt động thể lực. Khỏe khi nghỉ ngơi, nhưng xuất hiện triệu chứng khi chỉ hoạt động thể lực nhẹ dưới mức thông thường.
- Độ IV – Không có khả năng thực hiện bất kỳ hoạt động thể lực thông thường nào mà không thấy mệt và khó chịu. Các triệu chứng hiện diện ngay cả khi nghỉ ngơi.

20. Phòng động mạch chủ nặng không có triệu chứng

Là tình trạng phòng nặng hoặc bóc tách động mạch chủ bụng hoặc động mạch chủ ngực được xác định bởi kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh tương ứng. Đường kính chỗ phòng động mạch chủ phải lớn hơn 55mm và phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch.

Nhóm 4: Hệ thống Thần kinh – Cơ xương khớp

21. Phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất

Là phẫu thuật đặt dẫn lưu vĩnh viễn (như dẫn lưu não thất ổ bụng, dẫn lưu não thất-tâm nhĩ) từ não thất để làm giảm áp lực nội sọ. Sự cần thiết của việc đặt dẫn lưu này phải được xác nhận là hoàn toàn cần thiết bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh.

22. Phẫu thuật cắt u tuyến yên

Là phẫu thuật cắt u tuyến yên qua xương bướm hoặc qua mũi bằng cắt bỏ tuyến yên do các triệu chứng liên quan tới tăng áp lực nội sọ gây ra bởi khối u hoặc việc phẫu thuật cắt bỏ u tuyến yên được xác định là cần thiết bởi Bác sĩ chuyên khoa Nội tiết.

Sự hiện diện của khối u phải được chẩn đoán xác định bởi các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính (CT scan) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI).

23. Loãng xương với Gãy xương (bảo hiểm đến 70 tuổi)

Là bệnh loãng xương với các tình trạng gãy xương do chấn thương rất nhẹ và phải phù hợp với các điều kiện sau:

- Gãy cổ xương đùi hoặc hoặc gãy ít nhất 02 (hai) thân đốt sống do chấn thương rất nhẹ; và
- Kết quả đo mật độ khoáng xương ở ít nhất 02 (hai) vị trí bằng phương pháp hấp phụ tia X năng lượng kép (DEXA) hoặc trên CT scan phù hợp với tình trạng loãng xương nặng (T-score nhỏ hơn -2,5).

Các tình trạng gãy xương này đòi hỏi phải được phẫu thuật cố định trong hoặc thay thế trong gãy cổ xương đùi; hoặc cần phẫu thuật thân đốt sống.

Phạm vi bảo hiểm đối với Bệnh hiểm nghèo này sẽ tự động chấm dứt khi Người được bảo hiểm đạt 70 (bảy mươi) tuổi.

24. Bệnh tủy sống hoặc chấn thương cột sống dẫn tới rối loạn chức năng bàng quang và ruột

Bệnh lý tủy sống hoặc chấn thương vùng đuôi ngựa gây ra rối loạn vĩnh viễn chức năng đường ruột và bàng quang đòi hỏi phải tự thông tiểu thường xuyên hoặc đặt ống thông niệu. Chẩn đoán phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh và được đánh giá tồn tại liên tục 06 (sáu) tháng.

25. Phẫu thuật huyết khối xoang hang

Là phẫu thuật dẫn lưu do huyết khối xoang hang. Sự hiện diện của huyết khối xoang hang và sự cần thiết thực hiện phẫu thuật phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa tương ứng.

26. Viêm tủy sống do lao

Là bệnh viêm tủy sống do trực khuẩn lao dẫn đến tổn thương thần kinh vĩnh viễn trong thời gian ít nhất 03 (ba) tháng liên tục. Chẩn đoán phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và phải dựa trên kết quả đánh giá dịch não tủy qua chọc dò tủy sống.

27. Động kinh nặng

Là tình trạng động kinh nặng được xác nhận dựa trên tất cả các tiêu chí sau:

- (a) Chẩn đoán phải được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh dựa trên các kết quả điện não đồ, chụp cộng hưởng từ (MRI), chụp xạ hình cắt lớp Positron (PET) hoặc bất kỳ xét nghiệm chẩn đoán thích hợp nào khác sẵn có; và
- (b) Phải được ghi nhận có cơn co cứng-co giật hoặc động kinh cơn lớn không do kích thích nhiều hơn 05 (năm) đợt mỗi tuần, và được xác nhận là kháng lại các liệu pháp điều trị tối ưu được chứng minh bằng xét nghiệm nồng độ thuốc trong huyết thanh; và
- (c) Người được bảo hiểm đã từng sử dụng ít nhất 02 (hai) loại thuốc chống động kinh (chống co giật) trong thời gian ít nhất 06 (sáu) tháng theo kê đơn và chỉ định của Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh.

28. Parkinson thể trung bình

Là bệnh thoái hóa của hệ thần kinh do thoái hóa các tế bào thần kinh thuộc các nhân xám của não.

Chẩn đoán bệnh phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và dựa trên tất cả các điều kiện sau:

- (a) bệnh không thể kiểm soát bằng thuốc; và
- (b) phải có dấu hiệu suy yếu tiến triển; và
- (c) mất vĩnh viễn khả năng thực hiện 01 (một) trong 06 (sáu) “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” kéo dài trong thời gian liên tục ít nhất 180 (một trăm tám mươi) ngày.

Nhóm 5: Khác

29. Mất thị lực 01 (một) mắt

Mất hoàn toàn, vĩnh viễn và không hồi phục thị lực của 01 (một) mắt:

- (a) là hậu quả của bệnh tật hoặc Tai nạn,

(b) phải được xác nhận của Bác sĩ chuyên khoa Mắt và thị lực khi có kính phải nhỏ hơn 6/60 hoặc 20/200 sử dụng cách ghi Snellen, hoặc thị trường bị hạn chế đến 20° hoặc ít hơn tại mắt bị ảnh hưởng, và

(c) không phải là hậu quả của lạm dụng đồ uống có cồn hoặc thuốc hoặc chất gây nghiện.

Tồn thương phải tồn tại ít nhất 06 (sáu) tháng kể từ lần chẩn đoán đầu tiên.

30. Bỏng nhẹ

Bỏng nhẹ do Tai nạn nghĩa là bỏng độ 03 (ba) (phá hủy toàn bộ độ dày lớp da) chiếm ít nhất 10% diện tích bề mặt cơ thể của Người được bảo hiểm theo “Luật số 9” của Lund và Biểu đồ bề mặt cơ thể của Browder, gây ra trực tiếp do Tai nạn, phải được thực hiện ghép da vào vùng bỏng.

31. Mất 01 (một) chi

Là sự cắt cụt không hồi phục toàn bộ 01 (một) chi từ trên khớp khuỷu hoặc khớp gối. Tình trạng này phải được xác nhận bởi một Bác sĩ chuyên khoa.

Loại trừ thương tật do Người được bảo hiểm tự gây.

32. Phẫu thuật cấy ốc tai

Phẫu thuật cấy ốc tai do tổn thương vĩnh viễn ốc tai hoặc dây thần kinh thính giác. Phẫu thuật và việc cấy ốc tai phải được xác nhận là hoàn toàn cần thiết bởi một Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

33. Mất chức năng 01 (một) chi và mất thị lực 01 (một) mắt

Là tình trạng mất hoàn toàn không hồi phục chức năng của 01 (một) chi và mất hoàn toàn thị lực 01 (một) mắt do bệnh tật hay Tai nạn. Tình trạng này phải được xác nhận bởi một Bác sĩ chuyên khoa.

Loại trừ thương tật do Người được bảo hiểm tự gây ra.

34. Viêm võng mạc sắc tố

Quyền lợi này thanh toán cho bệnh viêm võng mạc sắc tố nếu thị trường bị hạn chế còn từ 10 (mười) độ trở xuống ở mắt tốt hơn. Tình trạng này phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Mắt và không phải là hậu quả của bất kỳ hình thức điều trị hoặc điều chỉnh thị lực nào.

35. Viêm khớp dạng thấp thể trung bình

Là bệnh viêm đa khớp dạng thấp thể trung bình phù hợp với tất cả các tiêu chí sau:

- tiêu chuẩn chẩn đoán Viêm đa khớp dạng thấp của Hội Thấp học Mỹ (American College of Rheumatology); và
- mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 02 (hai) “Chức năng sinh hoạt hàng ngày”; và
- hủy hoại khớp lan rộng gây ra biến dạng lâm sàng nghiêm trọng của ít nhất 02 (hai) các khớp sau: bàn tay, cổ tay, khuỷu, đầu gối, háng, cổ chân, cột sống cổ hoặc bàn chân; và
- tình trạng bệnh nói trên phải tồn tại kéo dài trong ít nhất 03 (ba) tháng.

PHỤ LỤC III: ĐỊNH NGHĨA BIẾN CHỨNG BỆNH TIỂU ĐƯỜNG

1. Bệnh võng mạc do tiểu đường

Là bệnh võng mạc do tiểu đường hoàn toàn cần thiết phải được điều trị laser và phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa và kết quả chụp mạch máu đáy mắt huỳnh quang.

2. Bệnh thận do tiểu đường

Là bệnh thận do tiểu đường được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa với bằng chứng: chỉ số eGRF nhỏ hơn 30 ml/min/1.73 m² với protein niệu nhiều hơn 300 mg/24 giờ.

3. Cụt chi do tiểu đường

Người được bảo hiểm được thực hiện phẫu thuật cắt cụt toàn bộ một bên cẳng chân/bàn chân/cánh tay/bàn tay để điều trị hoại tử do biến chứng của tiểu đường.

PHỤ LỤC IV: ĐỊNH NGHĨA BỆNH HIỂM NGHÈO GIAI ĐOẠN SAU

Nhóm 1: Ung thư

1. Ung thư

Ung thư là sự phát triển lan tràn và không thể kiểm soát của các tế bào ác tính và có sự xâm lấn và phá hủy các mô bình thường và cần phải điều trị bằng biện pháp can thiệp nghiêm trọng hoặc phẫu thuật (không bao gồm các thủ thuật nội soi đơn thuần). Chẩn đoán ung thư phải được xác định bằng kết quả xét nghiệm mô bệnh học ác tính được thực hiện bởi một Bác sĩ chuyên khoa Ung bướu hoặc Bác sĩ chuyên khoa Giải phẫu bệnh đủ trình độ chuyên môn.

Loại trừ các trường hợp sau:

- Những khối u có kết quả xét nghiệm mô bệnh học ở giai đoạn ung thư biểu mô tại chỗ (carcinoma-in-situ) và các giai đoạn tiền ung thư hay ung thư không xâm lấn, ví dụ như:
 - Ung thư biểu mô tại chỗ của vú; và
 - Loạn sản cổ tử cung giai đoạn CIN-1, CIN-2 và CIN-3.
- Tất cả các dạng ung thư da sau đây, trừ khi có bằng chứng của ung thư di căn:
 - Tăng sinh tế bào sừng; và
 - Ung thư tế bào nền, ung thư tế bào vảy; và
 - Ung thư tế bào hắc tố có độ sâu dưới 1,5mm theo Breslow hoặc dưới Độ 03 (ba) theo Clark.
- Ung thư tiền liệt tuyến có kết quả giải phẫu bệnh lý được phân loại TNM là T1a và T1b hay được phân loại tương đương hoặc giai đoạn sớm hơn;
- Ung thư biểu mô vi thể dạng nhú của tuyến giáp được phân loại T1N0M0 và có đường kính khối u dưới 1 cm;
- Ung thư biểu mô vi thể dạng nhú của bàng quang;
- Bệnh bạch cầu mạn dòng lympho dưới Giai đoạn 03 (ba) theo RAI; và
- Tất cả các loại u, bướu có sự hiện diện của nhiễm HIV.

Nhóm 2: Tạng chủ

2. Suy thận

Là tình trạng suy chức năng giai đoạn cuối, mãn tính và không thể phục hồi của cả 02 (hai) thận đòi hỏi phải được điều trị bằng chạy thận nhân tạo định kỳ hoặc ghép thận.

3. Phẫu thuật ghép tạng chủ

Người được bảo hiểm được thực hiện ghép nội tạng bao gồm:

- Tủy xương: sử dụng tế bào gốc tạo máu sau khi đã phá hủy tủy xương hoàn toàn;
- Tim;

- Phổi;
- Gan;
- Tụy tạng;
- Thận.

Việc ghép tạng chủ này phải cần thiết về mặt lâm sàng để điều trị tình trạng suy giai đoạn cuối không thể phục hồi của tạng tương ứng.

Loại trừ việc ghép tế bào gốc, tế bào đảo và ghép một phần của các tạng chủ nêu trên.

4. Bệnh phổi giai đoạn cuối

Là bệnh phổi giai đoạn cuối gây suy hô hấp mãn tính.

Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi một Bác sĩ chuyên khoa Hô hấp và phải có tất cả các bằng chứng sau:

- FEV1 thường xuyên nhỏ hơn 01 (một) lít, được đo 03 (ba) lần, mỗi lần cách nhau 03 (ba) tháng; và
- Phải được điều trị thường xuyên và liên tục bằng liệu pháp ôxy bổ sung do thiếu ôxy; và
- Áp lực riêng phần của ôxy trong máu động mạch $< 55\text{mmHg}$ ($\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}$)
- Khó thở cả khi nghỉ ngơi.

5. Nang tủy thận

Là một bệnh thận di truyền và tiến triển, với đặc điểm là sự hiện diện của nhiều nang trong tủy thận hai bên, teo ống thận và xơ hóa mô kẽ với các biểu hiện lâm sàng gồm thiếu máu, đa niệu và mất natri do thận. Bệnh phải gây ra suy chức năng mãn tính không hồi phục của cả hai thận đòi hỏi phải chạy thận nhân tạo thường xuyên. Chẩn đoán phải được hỗ trợ bởi kết quả sinh thiết thận.

6. Viêm gan siêu vi thể tối cấp

Là tình trạng hoại tử phần lớn nhu mô gan do virus dẫn đến suy gan tối cấp. Tiêu chuẩn chẩn đoán bao gồm:

- Kích thước gan giảm nhanh;
- Hoại tử toàn bộ các phân thùy gan, chỉ còn khung lưới của gan;
- Kết quả xét nghiệm chức năng gan suy giảm nhanh;
- Vàng da đậm.

Nhiễm virus viêm gan B hoặc người mang virus không đạt các tiêu chuẩn chẩn đoán trên.

Loại trừ:

- Các tình trạng gây ra trực tiếp hoặc gián tiếp do tự tử;
- Ngộ độc, dùng thuốc/chất gây nghiện quá liều, dùng quá nhiều đồ uống có cồn.

7. Suy gan giai đoạn cuối

Là suy gan giai đoạn cuối có tất cả các tình trạng sau:

- Vàng da liên tục
- Cổ trướng
- Bệnh não do gan
- Tăng áp lực động mạch cửa

Loại trừ những trường hợp suy gan do lạm dụng đồ uống có cồn hoặc thuốc hoặc chất gây nghiện hoặc bệnh não Wernicke.

8. Thiếu máu bất sản

Là tình trạng suy tủy xương mãn tính và vĩnh viễn, gây ra tình trạng thiếu hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu đòi hỏi phải được điều trị bằng ít nhất một trong các phương pháp sau đây:

- Truyền các chế phẩm máu; hoặc
- Dùng tác nhân kích thích sinh máu; hoặc
- Dùng tác nhân ức chế miễn dịch; hoặc
- Cấy ghép tủy xương.

Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi một Bác sĩ chuyên khoa Huyết học và kết quả sinh thiết tủy xương.

9. Viêm tụy mãn tái phát

Là tình trạng bệnh với nhiều hơn 03 (ba) đợt viêm tụy tái phát dẫn đến rối loạn chức năng tụy, vô và nang tụy gây ra tình trạng kém hấp thu đòi hỏi phải được điều trị bằng liệu pháp men (enzyme) thay thế suốt đời.

Chẩn đoán phải được xác định bằng kết quả nội soi chụp mật tụy ngược dòng (ERCP) thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa Tiêu hóa hành nghề có đăng ký.

Loại trừ Viêm tụy mãn tái phát do sử dụng đồ uống có cồn.

10. Viêm gan tự miễn dịch mãn tính

Là tình trạng viêm hoại tử mãn tính của gan không rõ nguyên nhân kết hợp với sự lưu hành của các tự kháng thể và globulin huyết thanh tăng cao.

Chẩn đoán phải dựa trên tất cả các tiêu chí sau:

- Tăng gammaglobulin máu;
- Có sự hiện diện của ít nhất một trong các tự kháng thể sau:
 - Kháng thể kháng nhân;
 - Kháng thể kháng cơ trơn;
 - Kháng thể kháng actin;
 - Kháng thể kháng microsome gan thận loại 1 (Anti-LKM-1 antibodies);
 - Kháng thể kháng Cystol type 1 của gan (Anti- LC1 antibodies);

- Kháng thể kháng với kháng nguyên gan hòa tan/kháng thể kháng với kháng nguyên gan và tụy (Anti-SLA/LP antibodies);
- Kết quả sinh thiết gan xác nhận chẩn đoán bệnh viêm gan tự miễn.

Bệnh chỉ được bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm đã được điều trị liên tục bằng liệu pháp ức chế miễn dịch trong ít nhất 06 (sáu) tháng và chẩn đoán phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Tiêu hóa hoặc Gan Mật.

Nhóm 3: Hệ tuần hoàn (tim mạch)

11. Nhồi máu cơ tim

Là tình trạng hoại tử một phần cơ tim do gián đoạn nguồn cung cấp máu tới nuôi phần cơ tim đó.

Chẩn đoán phải được dựa trên sự hiện diện của ít nhất 03 (ba) trong 04 (bốn) tiêu chí sau:

- Có tiền sử cơn đau thắt ngực điển hình;
- Điện tâm đồ chứng thực dấu hiệu biến đổi mới xảy ra và xác nhận chẩn đoán hoại tử cơ tim;
- Tăng men tim hoặc Troponins ở mức như dưới đây hoặc cao hơn:
 - Troponin T > 1,0 ng/ml;
 - Accu TnL > 0,5 ng/ml, hoặc tương đương nếu áp dụng phương pháp Troponin I;
- Phân suất tống máu của tâm thất trái (EF) dưới 50% được đo sau khi xảy ra nhồi máu cơ tim 03 (ba) tháng hoặc hơn.

Bằng chứng phải xác định một cơn nhồi máu cơ tim cấp và chẩn đoán phải được xác nhận bởi một Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch.

Loại trừ:

- Đau thắt ngực;
- Hội chứng mạch vành cấp tính khác.

12. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành

Là phẫu thuật tim hở để ghép nối bắc cầu sửa chữa tình trạng hẹp hoặc tắc của một hay nhiều động mạch vành.

Phẫu thuật phải được xác định là cần thiết về mặt y khoa bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch hoặc Bác sĩ Phẫu thuật Tim mạch và kết quả chụp mạch vành.

Loại trừ đặt stent mạch vành và tất cả các kỹ thuật dùng ống thông nội mạch khác hoặc các thủ thuật điều trị bằng lazer.

13. Phẫu thuật thay van tim

Là phẫu thuật mở lồng ngực để thay thế hoặc sửa chữa van tim do bất thường hoặc khiếm khuyết van tim mà các bất thường hay khiếm khuyết này phải xảy ra sau Ngày phát hành hợp đồng hoặc sau Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất (tùy thuộc vào ngày nào đến sau) và không thể sửa chữa bằng phương thức dùng ống thông nội mạch đơn thuần.

Các bằng chứng của bất thường hay khiếm khuyết van tim qua kết quả kiểm tra bằng đặt ống thông tim hoặc siêu âm tim phải được cung cấp cho Công ty, và phẫu thuật này phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch là cần thiết về mặt y khoa. Loại trừ các phẫu thuật sửa chữa bằng tách van tim, phương thức qua can thiệp nội mạch, nong/tách van tim bằng bóng, phẫu thuật key-hole hoặc những phương pháp tương tự.

14. Phẫu thuật động mạch chủ

Là phẫu thuật động mạch chủ qua phẫu thuật mở khoang bụng hoặc mở lồng ngực để sửa chữa phồng, hẹp, tắc nghẽn hoặc bóc tách động mạch chủ. Loại trừ phẫu thuật xâm lấn tối thiểu hoặc các kỹ thuật can thiệp nội mạch.

Định nghĩa này chỉ bao gồm động mạch chủ bụng và động mạch chủ ngực, không bao gồm các nhánh của động mạch chủ.

Loại trừ chấn thương động mạch chủ.

15. Tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát

Là chẩn đoán xác định tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát với tình trạng dày thất phải đáng kể được xác định bởi các kết quả kiểm tra bao gồm thủ thuật đặt ống thông tim, tình trạng này phải gây ra suy tim ít nhất Độ 04 (bốn) theo Phân loại suy tim của hiệp hội Tim mạch New York.

16. Bệnh cơ tim

Bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch chẩn đoán xác định là bệnh lý cơ tim gây ra suy giảm chức năng tâm thất, nghi ngờ bởi kết quả điện tâm đồ bất thường và được xác nhận bởi kết quả siêu âm tim, bệnh gây ra do nhiều nguyên nhân khác nhau và dẫn đến suy tim Độ III trở lên theo Bảng phân loại của Hiệp hội Tim mạch New York.

- Độ III – Hạn chế nhiều vận động thể lực. Bệnh nhân khỏe khi nghỉ ngơi, nhưng chỉ vận động nhẹ dưới mức thông thường đã có triệu chứng cơ năng của suy tim sung huyết.
- Độ IV – Không có khả năng thực hiện bất kỳ vận động thể lực thông thường nào mà không thấy mệt và khó chịu. Các triệu chứng của suy tim xuất hiện ngay cả khi nghỉ ngơi.
- Bất kỳ sự tăng vận động thể lực nào cũng gây ra mệt và khó chịu.

Loại trừ các bệnh cơ tim liên quan trực tiếp đến lạm dụng đồ uống có cồn.

17. Hội chứng Eisenmenger

Là tình trạng tăng áp lực động mạch phổi nặng và có shunt đảo chiều gây ra bởi tình trạng hoặc bệnh của tim. Bệnh phải được chẩn đoán bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch với các bằng chứng siêu âm tim và đặt ống thông tim.

18. Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn

Là tình trạng viêm nội tâm mạc có nguyên nhân từ nhiễm vi sinh vật và phải có đầy đủ tất cả các tiêu chuẩn sau đây:

- (a) Xét nghiệm cấy máu dương tính xác định vi sinh vật gây bệnh; và
- (b) Bệnh phải gây ra tình trạng hở van tim ít nhất ở mức độ trung bình (phân số trào

- ngược từ 20% trở lên) hoặc hẹp van tim mức độ trung bình (diện tích lỗ van còn từ 30% trở xuống so với giá trị bình thường); và
- (c) Chẩn đoán Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn và mức độ bệnh lý của van tim phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch hành nghề có đăng ký.

Nhóm 4: Hệ Thần kinh – Cơ xương khớp

19. Hôn mê

Là tình trạng mất ý thức trong 96 (chín mươi sáu) giờ liên tục và phải phù hợp với tất cả các tiêu chí sau:

- Không đáp ứng hay phản ứng với các kích thích từ bên ngoài hay từ các nhu cầu của cơ thể; và
- Cần sự trợ giúp của hệ thống hỗ trợ để duy trì sự sống trong ít nhất 96 (chín mươi sáu) giờ liên tục; và
- Tình trạng phá hủy não với di chứng tổn thương thần kinh vĩnh viễn dẫn đến mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 (ba) trong 06 (sáu) “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” mà không có sự hỗ trợ từ người khác trong ít nhất 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày xuất hiện hôn mê.

Loại trừ các tình trạng hôn mê gây ra trực tiếp do sử dụng đồ uống có cồn hoặc thuốc hoặc chất gây nghiện và hôn mê do nguyên nhân y tế.

20. Đột quỵ

Là sự xuất hiện đột ngột của các tổn thương thần kinh cục bộ do tổn thương mạch máu não bao gồm nhồi máu não, xuất huyết mạch máu nội sọ hoặc thuyên tắc mạch gây ra tất cả các tình trạng sau:

- Triệu chứng kéo dài liên tục trên 24 (hai mươi bốn) giờ; và
- Mất vĩnh viễn chức năng vận động hoặc cảm giác, hoặc khả năng nói; và
- Di chứng thần kinh vĩnh viễn.

Các di chứng thần kinh vĩnh viễn trong 180 (một trăm tám mươi) ngày đầu kể từ ngày Sự kiện bảo hiểm xảy ra phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và không có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nào được nhận vào sớm hơn và phải được xác nhận bằng kết quả chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính (CT scan) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI).

Loại trừ các tình trạng sau:

- Các cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua;
- Đột quỵ gây ra di chứng thay đổi trí nhớ hoặc hành vi;
- Triệu chứng não do chứng đau nửa đầu migraine;
- Tổn thương não do Tai nạn hoặc thiếu oxy não;

- Thiếu máu cục bộ do bệnh động mạch ảnh hưởng đến mắt, thần kinh thị giác hoặc hệ thống tiền đình.

21. Bệnh Alzheimer

Là tình trạng giảm hoặc mất năng lực trí tuệ hoặc bất thường thái độ, hành vi do suy giảm không hồi phục toàn bộ chức năng của não, được chứng thực bởi tình trạng lâm sàng và Bảng câu hỏi tiêu chuẩn hoặc bài trắc nghiệm được chấp thuận, gây ra bởi bệnh Alzheimer hoặc rối loạn thực thể không hồi phục của não dẫn đến giảm đáng kể chức năng trí tuệ và xã hội đòi hỏi phải giám sát thường xuyên. Loại trừ bệnh hoặc rối loạn thần kinh chức năng, bệnh tâm thần, tâm lý, rối loạn thực thể liên quan đến HIV/AIDS và bất kỳ thuốc/chất gây nghiện hoặc đồ uống có cồn. Bệnh phải được xác nhận lâm sàng bởi Bác sĩ chuyên khoa tương ứng và phải phù hợp ít nhất một trong các tiêu chuẩn chẩn đoán sau:

- Teo toàn bộ vỏ não được xác nhận bởi kết quả chụp cắt lớp vi tính (CT scan) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI);
- Được chứng nhận mất vĩnh viễn khả năng thực hiện 03 (ba) trong 06 (sáu) “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” trong ít nhất 180 (một trăm tám mươi) ngày kể từ ngày xuất hiện bệnh.

Phạm vi bảo hiểm đối với Bệnh hiểm nghèo này sẽ chấm dứt khi Người được bảo hiểm đạt 70 (bảy mươi) tuổi.

22. Bệnh Parkinson

Là bệnh thoái hóa của hệ thần kinh do thoái hóa các tế bào thần kinh thuộc các nhân xám của não.

Chẩn đoán bệnh phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và dựa trên tất cả các điều kiện sau:

- (a) bệnh không thể kiểm soát bằng thuốc; và
- (b) phải có dấu hiệu suy yếu tiến triển; và
- (c) mất vĩnh viễn khả năng thực hiện 03 (ba) trong 06 (sáu) “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” kéo dài trong thời gian liên tục ít nhất 180 (một trăm tám mươi) ngày.

Chỉ bảo hiểm bệnh Parkinson nguyên phát. Loại trừ các chứng Parkinson do thuốc hoặc chất gây nghiện. Parkinson thứ phát do các nguyên nhân khác hoặc do di truyền.

Phạm vi bảo hiểm đối với Bệnh hiểm nghèo này sẽ chấm dứt khi Người được bảo hiểm đạt 70 (bảy mươi) tuổi.

23. Bệnh xơ cứng rải rác tủy sống

Bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh chẩn đoán xác định lâm sàng và xác nhận có đầy đủ các tình trạng sau và kéo dài ít nhất 06 (sáu) tháng liên tục:

- Các triệu chứng liên quan đến hệ chất trắng (myelin) bao gồm thần kinh thị giác, thân não và tủy sống, gây ra các di chứng thần kinh rõ ràng;
- Đa tổn thương hoặc các tổn thương riêng biệt; và

- Được ghi nhận tiền sử bệnh với tình trạng trầm trọng và giảm bớt của các triệu chứng/di chứng thần kinh nói trên.

Các kỹ thuật xác định bệnh như chụp cộng hưởng từ (MRI), Chụp cắt lớp vi tính (CT scan) hoặc các kỹ thuật hình ảnh tin cậy khác phải xác nhận rõ ràng chẩn đoán bệnh. Loại trừ các nguyên nhân tổn thương thần kinh khác như Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) và nhiễm HIV.

24. Viêm não

Là tình trạng viêm trầm trọng các cấu trúc não (bán cầu não, thân não hoặc tiểu não) thường do nhiễm vi khuẩn hay vi rút, dẫn đến các di chứng thần kinh trầm trọng, vĩnh viễn. Việc chẩn đoán xác định bệnh và các di chứng thần kinh phải được Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh xác nhận và di chứng tiếp tục tồn tại ít nhất 180 (một trăm tám mươi) ngày kể từ ngày xuất hiện bệnh.

Loại trừ các bệnh viêm não do nhiễm ký sinh trùng như ký sinh trùng sốt rét, viêm não do nhiễm HIV.

25. Chấn thương sọ não

Là chấn thương đầu thực thể gây ra suy giảm chức năng nghiêm trọng và vĩnh viễn, kéo dài trong thời gian tối thiểu là 03 (ba) tháng kể từ ngày chấn thương hoặc tổn thương. Tình trạng suy giảm chức năng vĩnh viễn phải được xác nhận bởi cả Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và Bác sĩ của Công ty, và phải dẫn đến mất khả năng thực hiện ít nhất 03 (ba) “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” dù có hay không có sự hỗ trợ của thiết bị máy móc, dụng cụ đặc biệt hoặc sự hỗ trợ khác và các thiết bị hỗ trợ cho người bị thương tật/tàn tật. Theo định nghĩa này, “vĩnh viễn” nghĩa là không thể hồi phục với trình độ và kỹ thuật y tế hiện nay.

26. Phẫu thuật sọ não

Là phẫu thuật não qua mở hộp sọ sau khi đã được gây mê toàn thân. Phẫu thuật này phải được Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh xác nhận là cần thiết.

Loại trừ khoan sọ (Burr Hole), các thủ thuật xâm lấn tối thiểu và phẫu thuật sọ não do Tai nạn.

27. Bệnh teo cơ tủy (SMA)

Bệnh thoái hóa của các tế bào sừng trước tủy sống và các nhân vận động của thân não, đặc trưng bởi sự yếu và teo cơ trầm trọng của các cơ gần, đầu tiên là cơ ở chân, sau đó là sự suy yếu của các cơ xa.

Bệnh dẫn đến mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 (ba) trong 06 (sáu) “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” hoặc phải nằm liệt giường vĩnh viễn và không thể ngồi dậy nếu không có sự trợ giúp từ bên ngoài.

Tình trạng này được ghi nhận là kéo dài ít nhất là 03 (ba) tháng trong chứng từ y khoa. Bệnh phải được chẩn đoán bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và được xác nhận bằng các đánh giá thần kinh cơ như điện cơ đồ (EMG).

28. Bệnh xơ cứng cột bên teo cơ

Là bệnh gây ra các di chứng thần kinh vĩnh viễn liên quan đến thần kinh tủy sống hoặc các trung tâm vận động của não dẫn đến rung giật toàn thể, yếu và teo cơ của các chi, thân

mình, đầu, thanh quản, đường hô hấp. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và các bằng chứng bất thường điển hình của bệnh trong kết quả điện cơ đồ (EMG) và điện thần kinh đồ (ENG).

Đồng thời, bệnh phải dẫn đến tình trạng nằm liệt giường và không thể ngồi dậy nếu không có sự trợ giúp từ bên ngoài.

Tình trạng này của người bệnh phải được ghi nhận kéo dài ít nhất 03 (ba) tháng trong chứng từ y khoa.

29. Viêm màng não do vi khuẩn

Là bệnh do vi khuẩn gây ra viêm màng não hoặc màng tủy sống dẫn đến các di chứng chức năng thần kinh trầm trọng, không hồi phục và vĩnh viễn. Bằng chứng của các di chứng thần kinh vĩnh viễn phải được Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh xác nhận và phải được ghi nhận kéo dài ít nhất 90 (chín mươi) ngày trong chứng từ y khoa. Chẩn đoán xác định tình trạng nhiễm khuẩn dịch não tủy bằng phương pháp chọc dò tủy sống là yếu tố bắt buộc.

Loại trừ viêm màng não nhiễm khuẩn ở người nhiễm HIV.

30. Bệnh u não lành tính

Là khối u não lành tính đe dọa tính mạng gây ra những dấu hiệu đặc trưng của tăng áp lực nội sọ như phù gai thị, các triệu chứng tâm thần, co giật và rối loạn cảm giác, suy giảm trầm trọng và vĩnh viễn chức năng thần kinh kéo dài trong ít nhất 06 (sáu) tháng liên tục. Sự hiện diện của khối u gây bệnh phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và các kết quả chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính (CT scan) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI).

Loại trừ những trường hợp sau:

- Nang
- U hạt
- Dị dạng động mạch hoặc tĩnh mạch não
- U mạch máu
- U tuyến yên hoặc u cột sống
- U dây thần kinh âm thanh.

31. Bệnh bại liệt

Bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh chẩn đoán xác định là tình trạng nhiễm trùng cấp tính do virus bại liệt (polio virus) gây ra tình trạng liệt với bằng chứng suy giảm chức năng thần kinh vận động hoặc suy hô hấp kéo dài trong thời gian ít nhất là 03 (ba) tháng. Nguyên nhân bệnh do siêu vi trùng bại liệt (polio virus) phải được chứng minh.

Loại trừ bệnh bại liệt không gây ra liệt hoặc các tình trạng liệt do các nguyên nhân khác (như Hội chứng Guillain - Barre).

32. Cột nhiều chi

Là tình trạng bị cắt cụt toàn bộ và không thể phục hồi ít nhất 02 (hai) chi từ cổ tay hoặc cổ chân trở lên.

33. Liệt

Mất toàn bộ và vĩnh viễn chức năng của cả hai tay hoặc hai chân, hoặc một tay và một chân do bệnh tật hoặc Tai nạn, tình trạng này phải kéo dài trong thời gian ít nhất là 06 (sáu) tháng kể từ ngày bị bệnh hoặc xảy ra Tai nạn và phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh.

Loại trừ các trường hợp chấn thương do Người được bảo hiểm tự gây ra.

34. Bệnh loạn dưỡng cơ

Là bệnh teo cơ dẫn đến mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 (ba) trong 06 (sáu) “Chức năng sinh hoạt hàng ngày”, bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và phải được xác nhận bao gồm 03 (ba) trong số 04 (bốn) tình trạng sau:

- Tiền sử gia đình đã có thành viên mắc bệnh này;
- Biểu hiện lâm sàng không có các rối loạn cảm giác, xét nghiệm dịch não tủy bình thường và giảm phản xạ gân nhẹ;
- Dấu hiệu điển hình đặc trưng trên điện cơ đồ (EMG);
- Sinh thiết cơ xác nhận các biểu hiện lâm sàng của bệnh.

Loại trừ bệnh ở trẻ em.

35. Bệnh nhược cơ

Là tình trạng rối loạn dẫn truyền thần kinh cơ tự miễn mắc phải dẫn đến yếu cơ, môi cơ và phải bao gồm tất cả các tiêu chí sau:

- (a) Tình trạng yếu cơ vĩnh viễn được chẩn đoán Độ III, IV hoặc V theo Phân loại lâm sàng của Tổ chức Bệnh Nhược cơ Hoa Kỳ dưới đây; và
- (b) Chẩn đoán xác định và phân loại của Bệnh Nhược cơ phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh hoạt động có đăng ký.

Phân loại lâm sàng của Tổ chức Bệnh Nhược cơ Hoa Kỳ:

- Độ I: Yếu bất kỳ cơ vận nhãn nào, có thể có sụp mi, không có triệu chứng yếu cơ ở vị trí khác.
- Độ II: Nhược cơ vận nhãn ở bất kỳ mức độ nào, nhược cơ nhẹ các cơ khác.
- Độ III: Nhược cơ vận nhãn ở bất kỳ mức độ nào, nhược cơ trung bình các cơ khác.
- Độ IV: Nhược cơ vận nhãn ở bất kỳ mức độ nào, nhược cơ nghiêm trọng của các cơ khác.
- Độ V: Bắt buộc đặt nội khí quản để duy trì đường thở.

36. Loãng xương nặng (Bảo hiểm đến năm 70 tuổi)

Là bệnh thoái hoá của xương dẫn đến mất khối lượng xương. Chẩn đoán bắt buộc phải dựa trên kết quả đo mật độ xương phù hợp với định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) về loãng xương với chỉ số mật độ xương T-score dưới -2.5. Bệnh phải có tiền sử gãy xương do loãng xương 03 (ba) lần hoặc hơn ở bất kỳ vị trí nào sau đây: xương đùi, cổ tay hoặc đốt sống. Các tình trạng gãy xương này phải là nguyên nhân trực tiếp gây ra mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 (ba) trong 06 (sáu) “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” trong thời gian liên tục ít nhất 06 (sáu) tháng.

Phạm vi bảo hiểm đối với Bệnh hiểm nghèo này sẽ tự động chấm dứt khi Người được bảo hiểm đạt 70 (bảy mươi) tuổi.

37. Tổn thương đa rễ đám rối thần kinh cánh tay

Là tình trạng mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng vận động và chức năng cảm giác của một chi trên gây ra bởi sự tổn thương của 02 (hai) hoặc nhiều rễ thần kinh của đám rối cánh tay do Tai nạn hoặc chấn thương. Tổn thương toàn bộ 02 (hai) hoặc nhiều rễ thần kinh phải được xác nhận bởi chẩn đoán điện cơ được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa Vật lý trị liệu hoặc Thần kinh.

38. Bệnh Creutzfeldt-Jakob (Bò điên)

Là 01 (một) bệnh hiếm gặp, do tình trạng não xốp và gây tử vong, có các dấu hiệu và triệu chứng đi kèm bao gồm mất chức năng tiểu não, loạn trí hay tâm thần tiến triển nặng, co giật cơ không kiểm soát, run và múa vờn.

Chẩn đoán phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và phải dựa trên kết luận điện não đồ (EEG) và kết quả xét nghiệm dịch não tủy cũng như chụp cắt lớp vi tính (CT scan) và cộng hưởng từ (MRI).

39. Bệnh lao màng não

Là bệnh viêm màng não do trực khuẩn lao gây ra di chứng thần kinh vĩnh viễn kéo dài trong ít nhất 06 (sáu) tháng liên tục. Chẩn đoán phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và được xác nhận bởi kết quả xét nghiệm dịch não tủy.

40. Gãy cột sống do Tai nạn

Gãy cột sống mới xảy ra do Tai nạn đòi hỏi phải nhập viện để tiến hành điều trị phẫu thuật mở, hoặc dẫn tới di chứng thần kinh vĩnh viễn của chức năng vận động. Toàn bộ cột sống được định nghĩa là một xương, chẩn đoán gãy cột sống phải dựa trên kết quả chụp Xquang hoặc bất kỳ kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh nào khác tương tự được Công ty chấp thuận và được xác nhận bởi Bác sĩ Phẫu thuật Chỉnh hình hoặc Bác sĩ Điện quang (Bác sĩ Chẩn đoán Hình ảnh) được Công ty chấp thuận. Chẩn đoán về bất kỳ tổn thương hay di chứng thần kinh nào phải được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh hoặc Bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình được Công ty chấp thuận.

41. Phình mạch não bắt buộc phải phẫu thuật

Là phẫu thuật não để sửa chữa điều trị chỗ phình động mạch não bao gồm cả 03 (ba) lớp thành động mạch. Chẩn đoán phải được thực hiện bởi Bác sĩ Phẫu thuật Thần kinh có chứng chỉ và kết quả chụp mạch não xác nhận sự cần thiết phải thực hiện phẫu thuật mở.

Loại trừ:

- Phình mạch não do nấm hoặc nhiễm trùng; và
- Mở hộp sọ tối thiểu hoặc thủ thuật khoan sọ (Burr hole).

42. Hội chứng Apallic

Là tình trạng phá hủy toàn bộ vỏ não nhưng không tổn thương thân não. Chẩn đoán phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và tình trạng này phải tồn tại ít nhất 01 (một) tháng.

43. Liệt trên nhân tiến triển

Liệt trên nhân tiến triển độc lập và trực tiếp gây ra thiếu kiểm soát dáng đi và cân bằng, và mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 (ba) trong 06 (sáu) “Chức năng sinh hoạt hàng ngày”.

Chẩn đoán phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh là bệnh tiến triển và gây ra các khiếm khuyết thần kinh kéo dài trong thời gian ít nhất 06 (sáu) tháng liên tục.

Người được bảo hiểm phải trên 05 (năm) tuổi vào lần được chẩn đoán đầu tiên mới được nhận quyền lợi bảo hiểm cho bệnh này.

44. Liệt hành não tiến triển

Là rối loạn của hệ thần kinh với liệt ở vùng đầu, khó nhai và khó nuốt, khó nói và phát âm, dấu hiệu dai dẳng của thần kinh tủy sống và các trung tâm vận động ở não, yếu cơ co cứng và teo cơ các chi.

Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh. Tình trạng bệnh phải gây ra mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 (ba) trong 06 (sáu) “Chức năng sinh hoạt hàng ngày và phải được chứng từ y khoa ghi nhận kéo dài ít nhất 03 (ba) tháng trong chứng từ y khoa.

Nhóm 5: Khác

45. Bỏng nặng

Bỏng độ ba chiếm ít nhất hai mươi phần trăm (20%) diện tích bề mặt cơ thể của Người được bảo hiểm theo “Luật số 9” của Lund và biểu đồ bề mặt cơ thể của Browder.

46. Lupus ban đỏ hệ thống có biến chứng thận

Là bệnh rối loạn tự miễn dịch đa hệ thống, đa yếu tố chủ yếu xảy ra nữ giới trong độ tuổi sinh đẻ với đặc điểm là sự phát triển của các tự kháng thể trực tiếp chống lại các yếu tố tự kháng nguyên.

Trong Hợp đồng bảo hiểm này, SLE chỉ giới hạn ở các thể bệnh Lupus ban đỏ hệ thống có ảnh hưởng đến thận (Viêm thận Lupus Type III hoặc Type IV, được xác định bởi kết quả sinh thiết thận).

Loại trừ các thể bệnh khác, lupus ban đĩa, và các thể bệnh chỉ ảnh hưởng đến máu và khớp.

Phân loại mô bệnh học thận của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO):

- Nhóm I (Thay đổi tối thiểu) – Xét nước tiểu bình thường.
- Nhóm II (Viêm thận gian mạch) – Protein niệu ở mức trung bình, cận thận hoạt động.

- Nhóm III (Viêm cầu thận ổ, cục bộ) – Protein niệu, cặn lắng nước tiểu hoạt động.
- Nhóm IV (Viêm cầu thận tăng sinh lan tỏa) – Viêm cầu thận cấp với cặn lắng nước tiểu hoạt động và/hoặc hội chứng thận hư.
- Nhóm V (Viêm cầu thận màng) – Hội chứng thận hư hoặc protein niệu trầm trọng.

47. Mù

Mất toàn bộ và không hồi phục thị lực của cả hai mắt gây ra bởi bệnh hoặc Tai nạn. Tình trạng mù phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

Quyền lợi bảo hiểm không được thanh toán nếu thị lực có khả năng hồi phục một phần hoặc hoàn toàn bởi bất kỳ sự hỗ trợ, thiết bị hoặc cấy ghép nào.

48. Mất khả năng nói

Mất hoàn toàn, vĩnh viễn và không hồi phục khả năng nói gây ra bởi Tai nạn hoặc bệnh, tình trạng này phải kéo dài trong thời gian 12 (mười hai) tháng liên tục.

Bằng chứng y khoa phải được cung cấp bởi Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng và phải xác nhận có chấn thương hoặc bệnh của dây thanh âm. Loại trừ các nguyên nhân liên quan đến tâm thần. Tình trạng bệnh phải không có khả năng sửa chữa, điều trị bởi các biện pháp y khoa.

49. Mất thính lực

Mất hoàn toàn và khôi phục thính lực cả hai bên với tất cả các âm thanh ít nhất 80 (tám mươi) decibel (có hoặc không có hỗ trợ). Bằng chứng y khoa phải được cung cấp bởi Bác sĩ chuyên khoa và bao gồm kết quả đo thính lực và nghiệm pháp đánh giá ngưỡng nghe.

50. Viêm khớp dạng thấp nặng

Bệnh phải phù hợp với tất cả các tiêu chí sau:

- tiêu chuẩn chẩn đoán Viêm đa khớp dạng thấp của Hội Thấp học Mỹ (American College of Rheumatology); và
- mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 02 (hai) “Chức năng sinh hoạt hàng ngày”; và
- hủy hoại khớp lan rộng gây ra biến dạng lâm sàng nghiêm trọng của ít nhất 02 (hai) các khớp sau: bàn tay, cổ tay, khuỷu, đầu gối, háng, cổ chân, cột sống cổ hoặc bàn chân; và
- tình trạng bệnh nói trên phải tồn tại kéo dài trong ít nhất 06 (sáu) tháng.

51. U tủy thượng thận

Là sự hiện diện của u thần kinh nội tiết ở tuyến thượng thận hoặc ngoài mô tế bào ưa Crôm gây ra bài tiết quá mức catecholamines cần phải thực hiện phẫu thuật cắt khối u.

Chẩn đoán U tủy thượng thận phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Nội tiết.

52. Xơ cứng bì tiến triển

Bệnh chất tạo keo hệ thống gây ra tình trạng xơ hóa tràn lan tiến triển ở da, mạch máu và nội tạng. Chẩn đoán bệnh phải được xác định bởi kết quả sinh thiết và xét nghiệm huyết thanh và bệnh phải ở mức độ hệ thống ảnh hưởng tim, phổi hoặc thận.

Loại trừ các bệnh sau:

- Xơ cứng bì khu trú (xơ cứng bì từng dải, xơ cứng bì từng đám); và
- Viêm bao cơ bạch cầu ái toan; và
- Hội chứng CREST.

53. Nhiễm HIV do truyền máu

Nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) qua đường truyền máu và phải có tất cả các bằng chứng sau:

- Việc truyền máu phải cần thiết về mặt y khoa hoặc được chỉ định như một phần của việc điều trị y khoa;
- Việc truyền máu được thực hiện trong lãnh thổ Việt nam sau Ngày phát hành hợp đồng, ngày xác nhận điều chỉnh hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, theo ngày nào đến sau;
- Nguồn lây nhiễm được xác định là từ cơ sở thực hiện truyền máu và cơ sở này phải có khả năng xác định nguồn gốc của máu nhiễm bệnh; và
- Người được bảo hiểm không bị bệnh Thalassaemia thể nặng (Thalassaemia Major) hoặc Haemophilia.

Quyền lợi bảo hiểm này không được áp dụng nếu việc chữa trị đã được thực hiện trước khi bị nhiễm virus. “Chữa trị” là bất kỳ điều trị nào có mục đích làm cho HIV không hoạt động hoặc không trở thành bị nhiễm.

54. Nhiễm HIV do nghề nghiệp

Nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) gây ra bởi một tai nạn xảy ra sau Ngày phát hành hợp đồng, ngày xác nhận điều chỉnh hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất (theo ngày nào đến sau) trong khi Người được bảo hiểm thực hiện trách nhiệm nghề nghiệp hàng ngày trong lãnh thổ Việt Nam, và phải cung cấp cho Công ty tất cả các bằng chứng sau:

- Bằng chứng tai nạn có khả năng gây ra nhiễm virus HIV phải được cung cấp cho Công ty trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn;
- Bằng chứng về việc tai nạn có liên quan đến một nguồn chất dịch nhiễm HIV xác định;
- Bằng chứng chuyển đổi kết quả huyết thanh từ âm tính sang dương tính với HIV xảy ra 180 (một trăm tám mươi) ngày sau ngày Sự kiện bảo hiểm xảy ra. Bằng chứng này bắt buộc phải bao gồm kết quả xét nghiệm HIV âm tính được thực hiện trong vòng 05 (năm) ngày kể từ ngày Sự kiện bảo hiểm xảy ra.

Loại trừ nhiễm HIV do bất kỳ nguồn khác bao gồm lây nhiễm qua hoạt động tình dục, sử dụng thuốc qua đường tiêm truyền. Quyền lợi này chỉ được thanh toán trong trường hợp nghề nghiệp hàng ngày của Người được bảo hiểm là nhân viên y tế, Bác sĩ nội trú, sinh viên y khoa, nha sĩ (Bác sĩ phẫu thuật & y tá) hoặc nhân viên trợ giúp y tế, làm việc tại trung tâm y tế hoặc phòng khám (ở Việt Nam).

Quyền lợi này không được áp dụng nếu việc chữa trị đã được thực hiện trước ngày bị nhiễm virus. “Chữa trị” là bất kỳ điều trị nào có mục đích làm cho HIV không hoạt động hoặc không trở thành bị nhiễm.

55. Suy thượng thận mãn tính

Là tình trạng rối loạn tự miễn dịch gây ra sự phá hủy dần dần tuyến thượng thận đòi hỏi phải được điều trị glucocorticoid và mineral corticoid thay thế suốt đời.

Chẩn đoán Suy thượng thận mãn tính bắt buộc phải:

- (a) được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Nội tiết và Bác sĩ chuyên khoa độc lập do Công ty chỉ định; và
- (b) hỗ trợ bởi kết quả các nghiệm pháp kích thích bằng ACTH

Chỉ bao gồm suy thượng thận mãn tính gây ra bởi rối loạn tự miễn dịch. Loại trừ suy thượng thận do tất cả các nguyên nhân khác.

56. Viêm cân mạc hoại tử

Bệnh viêm cân mạc hoại tử phải phù hợp với đầy đủ các điều kiện sau:

- (a) Phải có đủ các tiêu chuẩn lâm sàng của bệnh viêm cân mạc hoại tử; và
- (b) Nguyên nhân gây bệnh viêm cân mạc hoại tử được xác định là do vi khuẩn; và
- (c) Có sự phá hủy lan rộng của cơ và các mô mềm khác dẫn đến sự mất chức năng toàn bộ và vĩnh viễn của phần cơ thể bị bệnh.

Chẩn đoán phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa.

57. Viêm loét đại tràng với phẫu thuật cắt toàn bộ đại tràng

Theo định nghĩa này, viêm loét đại tràng phải là tình trạng viêm loét ảnh hưởng toàn bộ đại tràng, có đi ngoài ra máu và các dấu hiệu và triệu chứng đòi hỏi phải được điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ đại tràng và mở thông hồi tràng.

Chẩn đoán phải dựa trên đặc điểm mô bệnh học và phẫu thuật cắt đại tràng và mở thông hồi tràng phải được thực hiện nhằm để kiểm soát tình trạng bệnh đáp ứng kém với điều trị hoặc để phòng ngừa sự phát triển ác tính.

58. Bệnh Crohn có lỗ rò

Bệnh Crohn là bệnh viêm ruột mãn tính u hạt. Trong Quyền lợi bảo hiểm này, bệnh Crohn phải có sự hình thành lỗ rò, hoặc tắc ruột hoặc thủng ruột đòi hỏi phải được phẫu thuật và điều trị ức chế miễn dịch liên tục hoặc điều trị với thuốc điều hòa miễn dịch liên tục.

Bệnh Crohn phải được chứng minh bằng kết quả sinh thiết và phải điều trị liên tục dưới sự giám sát của Bác sĩ chuyên khoa Tiêu hóa.

59. Phẫu thuật Vẹo cột sống nguyên phát

Là phẫu thuật cột sống được thực hiện để sửa chữa cong vẹo bất thường của cột sống sang phía bên, mà thông thường được nhìn là đường thẳng từ phía sau. Tình trạng vẹo cột sống là nguyên phát, không có sự hiện diện của nguyên nhân và phải có mức độ vẹo của cột sống với góc Cobb lớn hơn 40 (bốn mươi) độ. Loại trừ biến dạng cột sống kết hợp với khuyết tật bẩm sinh và bệnh thần kinh cơ.

60. Sốt xuất huyết Ebola

Là bệnh nhiễm virus Ebola gây ra sốt và xuất huyết trong hoặc xuất huyết ngoài.

Phải phù hợp tất cả các tiêu chuẩn sau:

- (a) Sự hiện diện của virus Ebola được xác nhận bởi kết quả xét nghiệm; và
- (b) Có xuất huyết niêm mạc hoặc xuất huyết dạ dày, ruột; và
- (c) Chẩn đoán Sốt xuất huyết Ebola phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa.

61. Bệnh chân voi

Là bệnh nhiễm giun chỉ mãn tính với các đặc điểm:

- phù nặng và thường xuyên ở cánh tay và chân hoặc các phần khác của cơ thể gây ra bởi tắc nghẽn mạch bạch huyết; và
- sự hiện diện của ấu trùng giun chỉ trong kết quả xét nghiệm.

Loại trừ tắc nghẽn mạch bạch huyết gây ra bởi bệnh lây truyền qua đường tình dục, ung thư, vết thương, sẹo phẫu thuật, do phóng xạ, suy tim hoặc dị tật bẩm sinh.

Lưu ý: 06 (sáu) “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” được liệt kê như sau:

1. Tắm rửa: tắm rửa trong bồn tắm hoặc dưới vòi sen (kể cả việc bước vào hay bước ra khỏi bồn tắm, phòng tắm) hoặc tắm rửa bằng các phương tiện khác.
2. Mặc quần áo: mặc hoặc cởi quần áo hay các trang phục khác, mang hoặc tháo các loại niềng răng, chân tay giả hay những thiết bị y tế tương tự.
3. Dịch chuyển: di chuyển từ giường ra ghế hay vào xe lăn, và ngược lại.
4. Đi lại: đi từ phòng này qua phòng khác ở cùng một tầng.
5. Tiêu, tiểu: kiểm soát chức năng tiêu, tiểu để đảm bảo vệ sinh cá nhân.
6. Ăn uống: tự đưa thức ăn vào miệng ngay cả khi thức ăn đã được chuẩn bị sẵn.