

QUY TẮC ĐIỀU KHOẢN

SẢN PHẨM BỔ TRỢ - BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO

Được phê chuẩn theo công văn số: 3668/BTC-QLBH của Bộ Tài chính ngày 21 tháng 3 năm 2011
sửa đổi, bổ sung theo Công văn số 12040/BTC-QLBH ngày 9 tháng 10 năm 2019

QUY TẮC ĐIỀU KHOẢN

SẢN PHẨM BỔ TRỢ BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO

(Được phê chuẩn theo công văn số: 3668 /BTC-QLBH của Bộ Tài chính ngày 21/03/2011, sửa đổi, bổ sung theo Công văn số 12040/BTC-QLBH ngày 09/10/2019)

Đây là Quy tắc điều khoản của Sản phẩm bổ trợ bảo hiểm bệnh hiểm nghèo (sau đây gọi tắt là “**Quy tắc điều khoản**”) dành cho những khách hàng có yêu cầu bổ sung thêm Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ Bảo hiểm bệnh hiểm nghèo. Xin vui lòng kiểm tra và đọc kỹ để chắc chắn rằng Quý khách hàng đã hiểu toàn bộ các nội dung được quy định trong Quy tắc điều khoản này. Chúng tôi rất vui lòng được giải đáp mọi nội dung của Quy tắc điều khoản này với Quý khách hàng. Xin lưu ý, việc Quý khách hàng ký vào Giấy yêu cầu bảo hiểm là bằng chứng xác nhận việc Quý khách hàng đã hiểu rõ và đồng ý tất cả các nội dung được quy định trong Quy tắc điều khoản này.

Cam kết dịch vụ của chúng tôi

Chúng tôi mong muốn cung các dịch vụ tiêu chuẩn chất lượng cao nhất và giải quyết mọi khiếu nại phát sinh một cách trung thực, công bằng và nhanh chóng.

MỤC LỤC

Điều 1.	Các định nghĩa.....	4
Điều 2.	Quy định chung.....	7
Điều 3.	Điều kiện của Người được bảo hiểm.....	8
Điều 4.	Quyền lợi bảo hiểm.....	8
Điều 5.	Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm.....	8
Điều 6.	Phí bảo hiểm và phương thức đóng phí.....	10
Điều 7.	Những thay đổi liên quan đến việc tham gia bảo hiểm.....	11
Điều 8.	Chấm dứt, tái tục và khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ.....	12
Điều 9.	Giải quyết quyền lợi bảo hiểm.....	14

Điều 1. Các định nghĩa

- 1.1. “**Công ty**” là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Mirae Asset Prévoir được Bộ Tài chính cấp phép thành lập và hoạt động.
- 1.2. “**Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ**” là toàn bộ các giao kết về các quyền lợi và trách nhiệm bảo hiểm giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản này. Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ được bán kèm với một Hợp đồng bảo hiểm chính và bao gồm nhưng không giới hạn bởi Giấy yêu cầu bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bảng câu hỏi sức khỏe, Quy tắc điều khoản này và các tài liệu sửa đổi bổ sung có liên quan khác hoặc các tài liệu khác do Công ty và Bên mua bảo hiểm thỏa thuận.
- 1.3. “**Hợp đồng bảo hiểm chính**” là hợp đồng bảo hiểm mà sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này được bán kèm, do Công ty quy định và được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.4. “**Giấy yêu cầu bảo hiểm**” là văn bản yêu cầu bảo hiểm theo mẫu của Công ty, trong đó ghi các nội dung đề nghị tham gia bảo hiểm và thông tin do Bên mua bảo hiểm tham gia bảo hiểm và Người được bảo hiểm cung cấp để Công ty đánh giá rủi ro, làm căn cứ chấp nhận bảo hiểm hoặc từ chối bảo hiểm. Giấy yêu cầu bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) kê khai, ký tên và cung cấp cho Công ty.
- 1.5. “**Giấy chứng nhận bảo hiểm**” là văn bản do Công ty cấp cho Bên mua bảo hiểm, trong đó thể hiện các thông tin cơ bản của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ, và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ.
- 1.6. “**Bên mua bảo hiểm**” là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam hoặc cá nhân từ đủ 18 (mười tám) tuổi trở lên hiện đang sinh sống tại Việt Nam, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ, là bên trực tiếp kê khai, ký tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm, đóng Phí bảo hiểm và thực hiện các quyền và nghĩa vụ quy định trong Quy tắc điều khoản này.
- 1.7. “**Người được bảo hiểm**” là người đáp ứng được đầy đủ các điều kiện quy định tại Điều 3 Quy tắc điều khoản này, được Công ty chấp nhận và ghi nhận trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.8. “**Tuổi**” của Người được bảo hiểm là tuổi tính theo ngày sinh nhật liền trước Ngày hiệu lực.
- 1.9. “**Người thụ hưởng**” là cá nhân hoặc tổ chức được Bên mua bảo hiểm chỉ định với sự đồng ý của Người được bảo hiểm hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm nhận quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản sản phẩm này. Người thụ hưởng được ghi tên trong Giấy yêu cầu bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm và các thỏa thuận bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm chính (nếu có).
- 1.10. “**Số tiền bảo hiểm**” là số tiền do Bên mua bảo hiểm lựa chọn khi yêu cầu bảo hiểm và được sự chấp thuận của Công ty, đồng thời không thấp hơn số tiền bảo hiểm tối thiểu do Công ty quy định tại thời điểm đó. Số tiền bảo hiểm được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.

- (a) Bên mua bảo hiểm có thể thay đổi Số tiền bảo hiểm khi tái tục Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ với điều kiện Số tiền bảo hiểm mới thấp hơn Số tiền bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ vừa đáo hạn. Số tiền bảo hiểm mới sẽ được áp dụng đối với Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ được tái tục.
- (b) Khi tái tục Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ, Nếu Bên mua bảo hiểm muốn lựa chọn một Số tiền bảo hiểm mới cao hơn Số tiền bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ vừa đáo hạn, Công ty và Bên mua bảo hiểm sẽ không tái tục Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ vừa đáo hạn và sẽ tiến hành giao kết một Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ mới. Trong trường hợp này, Công ty sẽ thực hiện lại các thủ tục thẩm định bảo hiểm và Thời gian chờ sẽ được áp dụng lại từ đầu đối với Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ mới được giao kết.
- 1.11.** “**Ngày hiệu lực**” là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn thành Giấy yêu cầu bảo hiểm, đóng đầy đủ phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm hỗ trợ này, với điều kiện Bên mua Bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống vào thời điểm Giấy yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp thuận, nếu không có thỏa thuận khác. Ngày hiệu lực được ghi nhận trên Giấy chứng nhận bảo hiểm. Ngày hiệu lực sẽ là “Ngày tái tục” nếu Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ được tái tục.
- 1.12.** “**Ngày hợp đồng bắt đầu có hiệu lực**” là Ngày hiệu lực đầu tiên của Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ.
- 1.13.** “**Ngày đáo hạn**” là ngày cuối cùng của Thời hạn hợp đồng và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm nếu Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ còn hiệu lực đến thời điểm đó. Ngày đáo hạn sẽ được xác định là “Ngày tái tục” nếu Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ được tái tục.
- 1.14.** “**Thời hạn hiệu lực**” là khoảng thời gian được tính từ Ngày hiệu lực đến Ngày đáo hạn hoặc ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ theo quy định tại Điều 8.1 tùy theo ngày nào đến trước. Trong mọi trường hợp, Người được bảo hiểm chỉ được bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản này trong Thời hạn hiệu lực.
- 1.15.** “**Ngày đến hạn đóng phí**” là ngày mà Bên mua bảo hiểm phải đóng đủ Phí bảo hiểm cho Công ty theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ hoặc thỏa thuận sửa đổi bổ sung Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ (nếu có).
- 1.16.** “**Phí bảo hiểm**” là khoản tiền Bên mua bảo hiểm phải đóng cho Công ty theo định kỳ và được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng gần nhất, nếu có.
- 1.17.** “**Thời gian chờ**” là khoảng thời gian 180 (một trăm tám mươi) ngày kể từ Ngày hợp đồng bắt đầu có hiệu lực, trong khoảng thời gian này, nếu các dấu hiệu hoặc triệu chứng của Bệnh hiểm nghèo xuất hiện lần đầu hoặc một Bệnh hiểm nghèo xảy ra lần đầu hoặc được chẩn đoán lần đầu, Công ty sẽ không giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho Sự kiện bảo hiểm liên quan đến Bệnh hiểm nghèo đó. Việc xác định các dấu hiệu, triệu chứng hoặc chẩn đoán nêu tại Điều này phải được thực hiện bởi Bác sĩ.
- 1.18.** “**Sự kiện bảo hiểm**” là khi Người được bảo hiểm được chẩn đoán lần đầu xác định mắc Bệnh hiểm nghèo như quy định tại Phụ lục bệnh hiểm nghèo. Việc xác nhận Sự kiện bảo hiểm phải

được lập thành văn bản có chữ ký của Bác sĩ và các chữ ký khác nếu có yêu cầu trên văn bản xác nhận, dấu của Bệnh viện, Cơ sở y tế cấp tỉnh, cấp thành phố hoặc cấp trung ương được cấp phép để hoạt động ngành nghề y hợp pháp trên lãnh thổ Việt Nam.

- 1.19. “Bệnh viện”** hoặc **“Cơ sở y tế”** được hiểu là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo pháp luật của Việt Nam hoặc nước sở tại. Cơ sở đó phải được cấp phép như một bệnh viện/cơ sở y tế theo quy định của Việt Nam hoặc nước sở tại. Đối với Bệnh viện trong lãnh thổ Việt Nam, tư cách của bệnh viện phải được thể hiện bằng chữ “bệnh viện” trên con dấu chính thức. 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 tiếng Việt. Cho mục đích của sản phẩm bảo hiểm này, Bệnh viện sẽ không bao gồm:
- a. Trung tâm y tế dự phòng;
 - b. Bệnh viện/ viện tâm thần;
 - c. Bệnh viện/ viện y học dân tộc;
 - d. Bệnh viện/ viện phong;
 - e. Nhà điều dưỡng, trung tâm phục hồi chức năng, nhà lưu bệnh;
 - f. 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 cho dù các cơ sở, trung tâm này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện.
- 1.20. “Bệnh hiểm nghèo”** là bất kỳ bệnh nào nằm trong danh sách các bệnh quy định trong Phụ lục Bệnh hiểm nghèo (ngoại trừ các loại trừ trách nhiệm bảo hiểm đối với từng Bệnh hiểm nghèo cụ thể) được đính kèm theo Quy tắc điều khoản này (“Phụ lục Bệnh hiểm nghèo”).
- 1.21. “Bệnh bẩm sinh”** là bất kỳ bệnh nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ dưới tác động của yếu tố môi trường lên sự phát triển của thai nhi và có thể được cơ quan y tế mô tả dưới nhiều tên gọi khác nhau như “bệnh bẩm sinh”, “dị tật bẩm sinh”, “khuyết tật bẩm sinh”, “khiếm khuyết bẩm sinh”. Việc xác định Bệnh bẩm sinh phải do Bác sĩ thực hiện.
- 1.22. “Tình trạng tồn tại trước”** là bất kỳ tình trạng nào của cơ thể Người được bảo hiểm mà được chẩn đoán hoặc được điều trị hoặc được thăm khám bởi Bác sĩ hoặc bất kỳ triệu chứng của bất kỳ bệnh nào mà Người được bảo hiểm đã được thăm khám bởi Bác sĩ và/hoặc được thực hiện tại bất kỳ cơ sở khám chữa bệnh nào hoặc đã được điều trị trước Ngày hiệu lực và có bằng chứng của cơ quan y tế có thẩm quyền cho đến trước Ngày hiệu lực dù cho được kê khai hay không được kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc trên bất kỳ bản kê khai sức khoẻ nào.
- 1.23. “Phẫu thuật theo yêu cầu”** là (các) thủ thuật, phẫu thuật y tế có liên quan đến sức khỏe và sinh mạng của Người được bảo hiểm, được thực hiện hoàn toàn theo mong muốn riêng của Người được bảo hiểm nhằm đáp ứng một nhu cầu nào đó của Người được bảo hiểm như phẫu thuật thẩm mỹ, kế hoạch hóa gia đình, không phải nhằm mục đích chữa khỏi Bệnh tật để

phục hồi sức khỏe, không phải do chỉ định độc lập của Bác sĩ mà là phẫu thuật được lựa chọn từ sự thỏa thuận giữa bác sĩ với Người được bảo hiểm theo yêu cầu của Người được bảo hiểm.

1.24. “**Bác sĩ**” là cá nhân tốt nghiệp đại học chuyên ngành Tây Y trở lên và được cấp phép hành nghề bác sĩ hợp pháp tại Việt Nam để cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh và phẫu thuật. Trong định nghĩa này, Bác sĩ không bao gồm những người sau đây:

- (a) Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- (b) Vợ, chồng, cha ruột, mẹ ruột, cha nuôi, mẹ nuôi, cha dượng, mẹ kế, con ruột, con nuôi, anh ruột, chị ruột, em ruột, ông nội, bà nội, ông ngoại, bà ngoại của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; con riêng của vợ hoặc chồng của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; trừ trường hợp được giao nhiệm vụ theo phân công của cấp có thẩm quyền.

1.25. “**Hợp lý và cần thiết về mặt y khoa**” là việc điều trị hoặc phẫu thuật y tế đúng với chẩn đoán của bệnh lý buộc Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện nhằm mục đích chữa khỏi bệnh để phục hồi sức khỏe, đồng thời việc điều trị hay phẫu thuật đó phải phù hợp với tình trạng bệnh lý thực tế của Người được bảo hiểm và việc điều trị hoặc phẫu thuật đó cũng đang được áp dụng cho những người có tình trạng bệnh lý tương tự tại thời điểm Người được bảo hiểm phải nhập viện.

1.26. “**Điều**” là các điều, khoản, mục tương ứng của Quy tắc điều khoản này.

1.27. “**Thuế**” là các khoản thuế áp dụng đối với các khoản tiền được chi trả hoặc thanh toán theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ mà Công ty phải thu hộ Nhà nước theo quy định của Pháp luật thông qua việc khấu trừ từ bất kỳ khoản tiền nào được chi trả hoặc thanh toán theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ.

Điều 2. Quy định chung

2.1. Quy tắc điều khoản này quy định các điều kiện và điều khoản bảo hiểm giữa chúng tôi, CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM NHÂN THỌ MIRAE ASSET PRÉVOIR, và Bên mua bảo hiểm được ghi tên trong Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ.

2.2. Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ có thời hạn 1 (một) năm kể từ Ngày hiệu lực. Tùy thuộc vào việc tái tục được quy định trong Quy tắc điều khoản này, Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ này có thể được tái tục hàng năm cho mỗi thời hạn hợp đồng 1 (một) năm tiếp theo vào mỗi Ngày đáo hạn.

2.3. Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ có thể được giao kết vào bất kỳ ngày nào kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm chính bắt đầu có hiệu lực cho đến trước ngày chấm dứt hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm chính.

2.4. Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ này không được chia lãi và không được trả lãi, không có giá trị hoàn lại, không được thưởng dưới bất kỳ hình thức nào.

- 2.5. Trừ trường hợp có quy định khác trong Quy tắc điều khoản này, các định nghĩa, điều khoản và điều kiện của Hợp đồng chính sẽ được áp dụng cho Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ.
- 2.6. Nếu có sự khác nhau giữa Quy tắc điều khoản này và Hợp đồng chính thì các quy định của Quy tắc điều khoản này sẽ được áp dụng.

Điều 3. Điều kiện của Người được bảo hiểm

Ngoài các điều kiện khác được quy định trong Quy tắc điều khoản này, Người được bảo hiểm chỉ được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ khi đáp ứng đầy đủ các điều kiện sau:

- Là cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam;
- Nằm trong độ tuổi được Công ty chấp nhận bảo hiểm từ 1 (một) đến 64 (sáu mươi bốn) Tuổi, nhưng không lớn hơn 58 (năm mươi tám) Tuổi vào Ngày hợp đồng bắt đầu có hiệu lực. Nếu người đó dưới 18 (mười tám) Tuổi thì phải có sự đồng ý trước bằng văn bản của cha, mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của người đó;
- Chấp thuận tham gia bảo hiểm theo các điều kiện và điều khoản bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ bằng việc kê khai thông tin đầy đủ, chính xác và ký xác nhận trong Giấy yêu cầu bảo hiểm, điền và ký xác nhận vào Bản câu hỏi sức khỏe, thực hiện việc kiểm tra sức khỏe (nếu được Công ty yêu cầu).

Điều 4. Quyền lợi bảo hiểm

- 4.1. Nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra lần đầu và sau khi kết thúc Thời gian chờ, đồng thời Người được bảo hiểm còn sống sau 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày mà Sự kiện bảo hiểm mà Người được bảo hiểm được Bác sĩ xác nhận lần đầu bị mắc Bệnh hiểm nghèo được liệt kê trong danh sách Bệnh hiểm nghèo quy định tại Phụ lục bệnh hiểm nghèo, Công ty sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng.
- 4.2. Việc chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Điều 4.1 được thực hiện một lần và độc lập với quá trình điều trị y tế, thương tật hay tử vong, độc lập với việc chi trả quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm chính.

Điều 5. Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

Trừ trường hợp có quy định khác trong Quy tắc điều khoản này hoặc trong các quy định của pháp luật, Công ty có quyền không chi trả Quyền lợi bảo hiểm nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra hoặc tình trạng Bệnh hiểm nghèo trở nên trầm trọng hơn thuộc (hoặc có nguyên nhân từ) bất cứ trường hợp/yếu tố nào sau đây, dù trực tiếp hoặc gián tiếp:

- 5.1. Người được bảo hiểm không đáp ứng được các điều kiện của Người được bảo hiểm theo quy định tại Điều 3;

- 5.2. Trong mỗi năm Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ, Người được bảo hiểm sống ở nước ngoài từ 13 (mười ba) tuần liên tục trở lên trừ khi Người được bảo hiểm thông báo trước cho Công ty và sinh sống ở các nước và vùng lãnh thổ sau: Mỹ, Canada, các nước trong Liên minh Châu Âu, Thụy Điển, Nhật, Hồng Kông, Singapore, Brunei, Úc, New Zealand, Các Tiểu Vương Quốc Ả Rập Thống Nhất và Malaysia;
- 5.3. Người được bảo hiểm không khám bệnh hoặc không thực hiện theo các hướng dẫn y khoa;
- 5.4. Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo do hành vi cố ý và/hoặc bất hợp pháp của Người thụ hưởng, Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm;
- 5.5. Sử dụng thuốc không theo chỉ dẫn của Bác sĩ, lạm dụng rượu, bia hoặc các chất có cồn, chất kích thích, ma túy hoặc tình trạng nghiện thuốc mọi thể loại hoặc uống chất độc;
- 5.6. Người được bảo hiểm tham gia vào bất cứ lực lượng vũ trang;
- 5.7. Người được bảo hiểm tham gia vào các hoạt động bạo loạn, biểu tình, đình công. Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật hình sự hoặc tham gia đánh nhau trừ khi được cơ quan nhà nước có thẩm quyền xác nhận đó là hành động tự vệ hoặc để bảo vệ tính mạng, sức khỏe của người khác;
- 5.8. Chiến tranh (dù có tuyên bố hay không), các hành động thù địch hoặc mang tính chiến tranh, nội chiến, nổi loạn, cách mạng, bạo lực, bạo động hay phá rối, khủng bố, bắt cóc tống tiền, tấn công, hành hung hoặc bất kỳ hành động bạo lực nào;
- 5.9. Động đất, núi lửa, nhiễm phóng xạ, các vụ nổ hoặc phóng xạ do vũ khí, trang thiết bị lắp đặt hạt nhân, nguyên tử hay hoá học, tổng hợp hạt nhân, phân tách hạt nhân, chất thải hạt nhân hoặc bất kỳ chất phóng xạ hoặc phóng xạ ion nào;
- 5.10. Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo do thực hiện các Phẫu thuật theo yêu cầu trừ khi những phẫu thuật đó là cần thiết do hậu quả từ một tai nạn, điều trị chấn thương hay bệnh tật khác;

- 5.11. Bệnh hiểm nghèo có nguyên nhân trực tiếp từ Bệnh bẩm sinh, khiếm khuyết bẩm sinh, Bệnh có sẵn, bệnh nghề nghiệp (“bệnh nghề nghiệp” được xác định theo các quy định của Bộ Y tế và Bộ Lao động - Thương Binh và Xã hội). Việc xác định/kết luận nguyên nhân phải được thực hiện bởi Bác sĩ;
- 5.12. Các trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm đối với từng Bệnh hiểm nghèo cụ thể được quy định trong Phụ lục Bệnh hiểm nghèo;
- 5.13. Bệnh hiểm nghèo phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp từ hoặc có liên quan đến virus HIV, hoặc các dạng đột biến hay biến thể của nó, bao gồm Hội chứng Suy giảm Miễn dịch Mắc phải (AIDS) Hội chứng phức hợp có liên quan đến Aids (ARC);
- 5.14. Người được bảo hiểm tham gia vào các công việc có tính rủi ro cao, như tiếp xúc với các chất amiăng, tham gia tháo dỡ, phá hủy các công trình xây dựng, phòng chống cháy nổ, làm việc dưới hầm mỏ tham gia các hành động nguy hiểm khi đóng phim;
- 5.15. Người được bảo hiểm tham gia dưới bất kỳ hình thức nào các cuộc đua, thể thao chuyên nghiệp, các hoạt động leo núi hoặc các hoạt động dưới nước có sử dụng mặt nạ thở, bình khí ép; Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động trên không trừ khi với tư cách là hành khách có mua vé trên một chuyến bay có giấy phép hoạt động và bay theo lịch trình bay thương mại.

Trong trường hợp Sự kiện bảo hiểm xảy ra có nguyên nhân thuộc các trường hợp bị loại trừ theo quy định tại các điều trên, Công ty có quyền chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ này và không hoàn lại Phí bảo hiểm đã đóng.

Điều 6. Phí bảo hiểm và phương thức đóng phí

6.1. Phí bảo hiểm

- (a) Phí bảo hiểm được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc thông báo chấp nhận bảo hiểm hoặc thông báo tái tục bảo hiểm.
- (b) Mức phí bảo hiểm tương ứng với mỗi mức Số tiền bảo hiểm cụ thể, tuổi, giới tính của Người được bảo hiểm, định kỳ đóng phí được xác định trong biểu phí bảo hiểm do Công ty quy định tại ngày giao kết Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ hoặc tại Ngày tái tục.
- (c) Biểu phí bảo hiểm có thể được thay đổi khi tái tục bảo hiểm nếu có sự chấp thuận của Bộ Tài chính.
- (d) Trong trường hợp có sự thay đổi biểu phí bảo hiểm nói tại Điều 6.1 (c), Công ty sẽ gửi văn bản thông báo cho Bên mua bảo hiểm trước Ngày tái tục 30 (ba mươi) ngày trong đó nêu rõ mức phí bảo hiểm mới khi tái tục hợp đồng bảo hiểm để Bên mua bảo hiểm cân nhắc quyết định việc tái tục Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ.

6.2. Đóng Phí bảo hiểm

- (a) Định kỳ đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ này trùng với định kỳ đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm chính đã ký kết. Điều này cũng được áp dụng trong trường hợp có sự thay đổi về định kỳ đóng phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm chính đã ký kết.
- (b) Trong mọi trường hợp, Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm đúng hạn dù có nhận được thư yêu cầu hoặc nhắc nhở đóng phí của Công ty hay không. Bằng chứng cho việc đóng phí bảo hiểm đúng hạn là ngày ghi trên Phiếu thu phí bảo hiểm hợp lệ do Công ty cấp cho Bên mua bảo hiểm, ngày ngân hàng xác nhận trên ủy nhiệm chi hoặc xác nhận việc nộp tiền mặt vào tài khoản của Công ty, hoặc ngày trên chứng từ thu phí hợp lệ khác theo quy định của Công ty.

6.3. Gia hạn đóng phí bảo hiểm

- (a) Quá Ngày đến hạn đóng phí nếu Bên mua bảo hiểm không thể đóng phí bảo hiểm, Công ty sẽ gia hạn đóng phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm một khoảng thời gian là 60 (sáu mươi) ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí.
- (b) Trong thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm, nếu phát sinh Sự kiện bảo hiểm và có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, phần phí bảo hiểm còn thiếu (nếu có) sẽ được khấu trừ vào quyền lợi bảo hiểm trước khi chi trả.
- (c) Đến hết thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm nêu trên, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng phí bảo hiểm, hoặc Bên mua bảo hiểm không đóng đầy đủ phí bảo hiểm theo đúng quy định nêu trên, Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ sẽ bị mất hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí.

Điều 7. Những thay đổi liên quan đến việc tham gia bảo hiểm

- 7.1.** Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm thông báo sai Tuổi của Người được bảo hiểm, và Tuổi đúng của Người được bảo hiểm không thuộc nhóm tuổi có thể được bảo hiểm thì Công ty có quyền chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ và hoàn trả lại 60% số phí bảo hiểm đã đóng cho Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp này, Công ty sẽ không giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho bất kỳ Sự kiện bảo hiểm nào xảy ra. Nếu Tuổi đúng của Người được bảo hiểm thuộc nhóm tuổi có thể được bảo hiểm thì Công ty sẽ điều chỉnh lại phí bảo hiểm tương ứng với Tuổi đúng của Người được bảo hiểm, trong trường hợp này Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ vẫn tiếp tục có hiệu lực và Công ty sẽ hoàn lại số phí khách hàng đã đóng thừa hoặc Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ vẫn tiếp tục có hiệu lực nếu Bên mua bảo hiểm đóng đủ số phí bảo hiểm còn thiếu. Nếu Bên mua bảo hiểm không đóng đủ số phí bảo hiểm còn thiếu, Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ sẽ chấm dứt và Công ty sẽ không giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho bất kỳ Sự kiện bảo hiểm nào xảy ra.
- 7.2.** Nếu Bên mua bảo hiểm kê khai nhầm lẫn thông tin khi yêu cầu bảo hiểm như nghề nghiệp, tình trạng sức khỏe, và các thông tin nhầm lẫn này ảnh hưởng đến quyết định chấp nhận bảo hiểm của Công ty, Công ty có quyền ngay lập tức chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ và không giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho bất kỳ Sự kiện bảo hiểm nào phát sinh. Trong trường hợp này, Công ty sẽ hoàn trả lại 60% các khoản phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã nộp.

7.3. Trong Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ, Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu chấm dứt việc tham gia bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ bằng văn bản. Trong trường hợp này, Công ty sẽ không hoàn trả các khoản phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã nộp.

Điều 8. Chấm dứt, tái tục và khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ

8.1. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ

Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ sẽ chấm dứt ngay lập tức và/hoặc không được tái tục khi xảy ra một trong các trường hợp sau:

- Xảy ra Sự kiện bảo hiểm; hoặc
- Hợp đồng bảo hiểm chính chấm dứt vì bất kỳ lý do gì; hoặc
- Người được bảo hiểm đạt 65 (sáu mươi lăm) Tuổi; hoặc
- Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hoặc không tái tục Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ; hoặc
- Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ bị mất hiệu lực theo Điều 6.3 của Quy tắc điều khoản này mà không được khôi phục; hoặc
- Các trường hợp được quy định tại Điều 1.10 (b), Điều 7; hoặc
- Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ hoặc các quyền lợi bảo hiểm tương ứng nêu trong Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ cũng có thể bị chấm dứt do những nguyên nhân khác được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm chính, Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ hoặc theo quy định của pháp luật Việt Nam.

Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ chấm dứt hiệu lực do Hợp đồng bảo hiểm chính đáo hạn, Công ty sẽ hoàn trả lại cho Bên mua bảo hiểm 60% phí bảo hiểm của các khoản phí bảo hiểm đã đóng cho thời gian bảo hiểm bị chấm dứt trước hạn.

Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ chấm dứt hiệu lực do Hợp đồng bảo hiểm chính bị hủy trong thời gian tự do xem xét, Công ty sẽ hoàn trả lại cho Bên mua bảo hiểm 100% số phí bảo hiểm đã đóng cho Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ, sau khi trừ chi phí kiểm tra sức khỏe, nếu có.

8.2. Tái tục Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ

Trừ trường hợp Công ty hoặc Bên mua bảo hiểm có văn bản thông báo không tái tục Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ trước ngày Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ đáo hạn, Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ sẽ được tự động tái tục vào Ngày đáo hạn mà không cần văn bản xác nhận của Công ty nếu:

- Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ chưa bị chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Điều 8.1 hoặc chưa bị mất hiệu lực theo quy định tại Điều 6.3;
- Người được bảo hiểm đang ở trong độ Tuổi được Công ty chấp nhận bảo hiểm;
- Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầy đủ trong Thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm.

8.3. Khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ

- (a) Trong vòng 24 (hai mươi bốn) tháng kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ bị mất hiệu lực do nguyên nhân quy định tại Điều 6.3 hoặc do các nguyên nhân khác được Công ty chấp nhận, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ đã bị mất hiệu lực nếu đáp ứng được đầy đủ các điều kiện sau đây:
- (i) Bên mua bảo hiểm có văn bản yêu cầu khôi phục hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ; và
 - (ii) Hợp đồng bảo hiểm chính đang có hiệu lực; và
 - (iii) Bên mua bảo hiểm đóng đầy đủ khoản phí bảo hiểm cho khoảng thời gian kể từ ngày yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ cho đến ngày đến hạn đóng phí tiếp theo; và
 - (iv) Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm vẫn đáp ứng được các điều kiện để được bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản này; và
 - (v) Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp đầy đủ, chính xác, trung thực các thông tin về nhân thân, sức khỏe, nghề nghiệp trong Hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm bổ trợ và tuân thủ các điều kiện đã thỏa thuận tại Quy tắc điều khoản này. Nếu Bên mua bảo hiểm vi phạm các nghĩa vụ quy định tại điều này, yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ sẽ bị hủy bỏ theo quy định tại Điều 8.3 Quy tắc điều khoản này; và
 - (vi) Thời điểm Bên mua bảo hiểm yêu cầu khôi phục hiệu lực, Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ vẫn trong Thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ tại Điều 2.2; và
 - (vii) Công ty thực hiện lại các thủ tục thẩm định bảo hiểm (nếu thấy cần thiết) và đưa ra quyết định chấp nhận hoặc không chấp nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ.
- (b) Nếu được Công ty chấp nhận, Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ khôi phục hiệu lực kể từ ngày ghi trên văn bản chấp thuận của Công ty với điều kiện Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm Công ty chấp thuận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ (tức là ngày ghi trên văn bản chấp thuận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ).
- (c) Công ty sẽ không giải quyết bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ đối với các Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong giai đoạn kể từ ngày mất hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ cho đến khi Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ được khôi phục.
- (d) Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ tuân thủ các điều kiện đã thỏa thuận theo Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ. Nếu Bên mua bảo hiểm vi phạm một trong các nghĩa vụ quy định tại điều này, yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ tự động bị hủy bỏ và Công ty sẽ hoàn trả toàn bộ số tiền được Bên mua bảo hiểm đóng khi yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ, không có lãi, trừ đi chi phí khám, xét nghiệm y khoa và (các) khoản nợ, nếu có.

Điều 9. Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

9.1. Hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm:

Người thụ hưởng chỉ được yêu cầu Công ty giải quyết quyền lợi bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm còn sống sau 30 ngày kể từ Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Người thụ hưởng bằng chi phí của mình, cung cấp cho Công ty hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm, bao gồm:

- (a)** Thư yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm theo mẫu do Công ty cung cấp, có chữ ký của Người được bảo hiểm;
- (b)** Cung cấp các thông tin và bằng chứng cần thiết, bao gồm:
 - Bản photocopy của Giấy chứng nhận bảo hiểm;
 - Bản sao hợp pháp hoặc bản gốc của tất cả các biên bản, chứng từ y tế gắn liền với Sự kiện bảo hiểm (bao gồm nhưng không giới hạn bởi tất cả các kết quả xét nghiệm, các kết quả chẩn đoán, kết quả điều trị, đơn thuốc, phim chụp) gắn liền với Sự kiện bảo hiểm;
 - Bản sao hợp pháp hoặc bản gốc kết luận về việc Người được bảo hiểm bị mắc Bệnh hiểm nghèo của Bệnh viện và các kết luận này phải được một Bác sĩ thực hiện;
 - Bản sao hợp pháp của Giấy chứng tử (trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong sau 30 ngày kể từ Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm).
 - Các giấy tờ khác có liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo yêu cầu của Công ty)

9.2. Để phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm bổ trợ này, Công ty có thể:

- (a)** Yêu cầu Người được bảo hiểm thực hiện các giám định y khoa tại Bệnh viện hoặc Cơ sở y tế với Bác sĩ do Công ty và Người thụ hưởng hoặc người đại diện hợp pháp của Người thụ hưởng thỏa thuận lựa chọn.
- (b)** Trong trường hợp chết, nếu cần thiết và được pháp luật cho phép, Công ty có quyền yêu cầu giám định pháp y.

Các chi phí phát sinh theo yêu cầu của Công ty tại các điểm (a), (b) nêu trên do Công ty chịu.

- 9.3.** Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng không thực hiện các yêu cầu tại Điều 9.1, 9.2, trừ khi có lý do chính đáng được Công ty chấp thuận.
- 9.4.** Thời hạn yêu cầu giải quyết các quyền lợi bảo hiểm là 12 (mười hai) tháng kể từ Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời hạn 12 (mười hai) tháng này không bao gồm thời gian bị trì hoãn do các trở ngại khách quan và sự kiện bất khả kháng.
- 9.5.** Công ty có trách nhiệm giải quyết các quyền lợi bảo hiểm trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ.
- 9.6.** Người thụ hưởng có nghĩa vụ hoàn trả lại cho Công ty đầy đủ và ngay lập tức các khoản tiền mà Công ty đã chi trả cho các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm bồi trợ nếu Công ty chứng minh được Người thụ hưởng đã không trung thực và/hoặc gian dối khi yêu cầu giải quyết các quyền lợi bảo hiểm.
- 9.7.** Công ty có quyền từ chối giải quyết bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào nếu yêu cầu đó được chứng minh là không trung thực và/hoặc gian dối.

PHỤ LỤC BỆNH HIỂM NGHÈO

1. Ung thư

Một khối u ác tính được xác định bởi sự phát triển không thể kiểm soát và các tế bào ác tính lan ra cùng với sự xâm lấn và phá hủy mô bình thường. Việc chẩn đoán phải dựa trên các dấu hiệu về mô học của khối u ác tính và phải được bác sĩ chuyên khoa ung thư hoặc nhà nghiên cứu bệnh xác nhận.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong các trường hợp sau:

Các khối u có sự biến đổi ác tính ở ung thư biểu mô tại chỗ và tất cả các giai đoạn tiền ác tính hoặc chưa xâm lấn khác như ung thư biểu mô tại chỗ ở vú, các nghịch sản cổ tử cung ở các mức độ nhẹ (CIN-1), trung bình (CIN-2) và nặng (CIN-3) và những trường hợp có tính chất tương tự khác;

Da bị dày lên, các ung thư da ở tế bào hình vảy và tế bào đáy và các khối u ác tính mỏng hơn 1,5mm Breslow hoặc nhỏ hơn mức 3 Clark, không kể các trường hợp có dấu hiệu di căn;

Các ung thư tuyến tiền liệt thuộc loại T1 trong hệ thống phân loại TNM hay tương đương hoặc nhẹ hơn theo phân loại khác, ung thư vi nhú ở tuyến giáp loại T1N0M0 có đường kính nhỏ hơn 1cm, ung thư vi nhú ở bàng quang và bệnh bạch cầu lympho mạn tính ở các giai đoạn 0, 1, 2 theo hệ thống phân loại RAI;

Tất cả các khối u ở người nhiễm HIV.

2. Đau tim

Một phần cơ tim bị chết do không được cung cấp đủ máu đến nuôi vùng cơ tim đó. Việc phân tích phải dựa trên cơ sở có ít nhất 3 trong 5 tiêu chuẩn sau (những tiêu chuẩn này phù hợp với một lần đau tim mới xảy ra):

Đã bị đau ngực theo dạng thường gặp của đau tim;

Điện tâm đồ mới thay đổi chứng tỏ bị nhồi máu;

Men CK-MB tăng cao;

Lượng Troponin tăng cao (T hoặc I);

Phân số tổng xuất tâm thất trái nhỏ hơn 50% được đo sau khi bị đau tim ít nhất 3 tháng.

3. Ghép tủy xương/cơ quan chính

Người được ghép:

Tủy xương người có sử dụng tế bào gốc tạo máu sau khi cắt bỏ toàn bộ tủy xương;

Một trong các bộ phận: tim, phổi, gan, thận, tụy do bộ phận đó đã bị hư không thể chữa được.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong các trường hợp ghép tế bào gốc khác.

4. Tai biến mạch máu não (đột quy)

Đột quy gồm chứng nhồi máu của mô ở não, xuất huyết dưới nhện và xuất huyết não, tắc và nghẽn mạch máu não. Việc chẩn đoán phải dựa trên tất cả những điều kiện sau:

Có dấu hiệu hệ thần kinh bị hư hại và được chuyên gia thần kinh học xác nhận ít nhất 6 tuần sau khi bị bệnh;

Những dấu hiệu được tìm thấy thông qua chụp ảnh cộng hưởng từ, chụp X quang hoặc các kỹ thuật chụp ảnh đáng tin cậy khác phù hợp với việc chẩn đoán lần đột quy mới;

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong các trường hợp sau:

Những cơn thiếu máu cục bộ tạm thời;

Não bị hư hại do tai nạn hoặc bị thương, nhiễm trùng và bị viêm;

Bệnh liên quan đến mạch máu ảnh hưởng đến mắt hoặc dây thần kinh thị giác;

Sự rối loạn thiếu máu cục bộ của hệ thống tiền đình.

5. Giải phẫu bắc cầu động mạch vành

Việc phẫu thuật mổ lồng ngực để chỉnh một hoặc nhiều động mạch vành bị hẹp hoặc bị nghẽn bằng cách ghép mô. Việc chẩn đoán phải dựa trên dấu hiệu từ hình ảnh chụp tia X cho thấy sự tắc nghẽn của động mạch vành quan trọng và thủ tục phải được một bác sĩ chuyên khoa tim coi là cần thiết về mặt y tế.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong các trường hợp sau: Giải phẫu tạo hình mạch và tất cả các kỹ thuật dựa trên ống thông đường tiểu, động mạch, giải phẫu lỗ khóa hoặc bằng lazer.

6. Tồn thương nguy hiểm ở đầu

Đầu bị tổn thương bất ngờ làm mất một vài chức năng lâu dài quan trọng kéo dài ít nhất 3 tháng từ ngày bị tai nạn. Việc bị mất chức năng này cần được xác nhận của một bác sĩ cố vấn là chuyên gia thần kinh học và được sự đồng tình của người tu vấn y khoa của Công ty, và phải dẫn tới hậu quả người bệnh mất khả năng lâu dài trong việc thực hiện ít nhất 3 trong số những hoạt động hàng ngày.

Các hoạt động hàng ngày gồm:

Di chuyển: lên và xuống ghế mà không cần sự trợ giúp vật lý nào;

Cơ động: Khả năng đi từ phòng này sang phòng khác mà không cần sự hỗ trợ vật lý nào;

Sự kiểm chế: Khả năng tự ý điều khiển các chức năng của ruột và bàng quang để giữ vệ sinh cá nhân;

Ăn mặc: Khả năng tự mặc vào và cởi quần áo ra;

Tắm/giặt: khả năng tự tắm rửa trong bồn tắm hoặc buồng tắm vòi hoa sen (gồm bước vào hoặc ra khỏi bồn tắm hoặc buồng tắm vòi hoa sen) hoặc tắm bằng bất cứ cách nào khác;

Ăn: Tất cả các thao tác để đưa thức ăn vào cơ thể khi thức ăn đã được chuẩn bị xong;

Tai nạn phải xảy ra do nguyên nhân bên ngoài, hiển nhiên, bất ngờ và mạnh mẽ và độc lập với tất cả các nguyên nhân khác.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong các trường hợp sau:

Tổn thương dây thần kinh tủy sống;

Tổn thương ở đầu do các nguyên nhân khác.

7. Bệnh phổi giai đoạn cuối

Bệnh phổi giai đoạn cuối gây ra suy hô hấp mạn tính. Việc chẩn đoán phải dựa trên tất cả các dấu hiệu sau:

Các kết quả của thử nghiệm FEV₁ luôn thấp hơn 1 lít;

Luôn cần liệu pháp oxy hỗ trợ do tình trạng thiếu oxy máu;

Các phân tích khí trong máu động mạch với áp suất oxy từng phần nhỏ hơn hoặc bằng 55mmHg (PaO₂ ≤ 55mmHg);

Khó thở khi nằm.

Việc chẩn đoán phải được bác sĩ chuyên khoa hô hấp xác nhận.

8. Suy thận

Suy cả hai quả thận mạn tính không thể phục hồi cần phải lọc máu vĩnh viễn hoặc ghép thận.

9. Đa xơ cứng

Sự hiện diện rõ ràng của đa xơ cứng. Việc chẩn đoán phải dựa trên tất cả các phân sau:

Các điều tra khẳng định chắc chắn rằng việc chẩn đoán cho kết quả đa xơ cứng;

Có nhiều khiếm khuyết thần kinh xuất hiện qua một khoảng thời gian liên tục (ít nhất 6 tháng);

Có ghi chép đầy đủ về sự gia tăng và giảm bớt các triệu chứng đã nói hoặc các khiếm khuyết thần kinh.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong các trường hợp sau: Các thương tổn thần kinh khác như SLE và HIV.

10. Bệnh Alzheimer / Chứng mất trí nhớ nặng

Khả năng trí óc bị suy giảm hoặc mất được khẳng định bằng các thử nghiệm hình ảnh và đánh giá lâm sàng, do bệnh Alzheimer hoặc các rối loạn không thể phục hồi của cơ quan trong cơ thể, dẫn đến giảm đáng kể về hoạt động xã hội và tinh thần, khiến người được bảo hiểm phải liên tục cần người chăm sóc và giám sát. Việc chẩn đoán phải dựa trên khẳng định lâm sàng của một bác sĩ cố vấn thích hợp và một bác sĩ được Công ty chỉ định.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong các trường hợp sau:

Các bệnh loạn thần kinh chức năng và tâm thần;

Thương tổn não có liên quan tới rượu.

11. Hôn mê

Một lần hôn mê kéo dài ít nhất 96 giờ. Việc chẩn đoán phải dựa trên tất cả các dấu hiệu sau:

Không đáp ứng với các tác nhân kích thích bên ngoài trong ít nhất 96 giờ;

Cần phương tiện hỗ trợ để duy trì sự sống;

Thương tổn ở não do khiếm khuyết thần kinh vĩnh viễn mà khiếm khuyết đó phải được đánh giá sau ít nhất 30 ngày kể từ ngày bắt đầu bị hôn mê.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong các trường hợp sau: Hôn mê có nguyên nhân trực tiếp do rượu hoặc lạm dụng thuốc.

12. Bệnh Parkinson

Việc chẩn đoán bệnh Parkinson dạng tự phát được tiến hành bởi một bác sĩ cố vấn là chuyên gia thần kinh và phải dựa trên tất cả các điều kiện sau:

Không thể kiểm soát bệnh bằng dược phẩm;

Các dấu hiệu cho thấy bệnh ngày càng nặng;

Người được bảo hiểm không có khả năng thực hiện (dù được giúp đỡ hay không) ít nhất 3 trong 6 “Hoạt động của đời sống hàng ngày” trong ít nhất 6 tháng liên tục.

Các hoạt động của đời sống hàng ngày:

Tắm/giặt: Khả năng tắm rửa trong bồn tắm hoặc buồng tắm vòi hoa sen (gồm bước vào hoặc ra khỏi bồn tắm hoặc buồng tắm vòi hoa sen) hoặc tắm rửa bằng bất cứ cách nào khác;

Ăn mặc: Mặc vào, cởi ra, buộc chặt và tháo quần áo và bất cứ thiết bị hỗ trợ như vòng đai, chân giả hoặc các thiết bị phẫu thuật khác nếu cần;

Di chuyển: Khả năng chuyển từ giường sang ghế thẳng đứng hoặc xe lăn và ngược lại;

Di động: Khả năng di chuyển ở trong nhà từ phòng này sang phòng khác trên cùng một bề mặt phẳng;

Đi vệ sinh: Khả năng sử dụng nhà xí máy hoặc nếu không thì kiểm soát được các chức năng của ruột và bàng quang để giữ gìn tốt vệ sinh cá nhân;

Ăn: Khả năng tự đưa thức ăn vào cơ thể khi thức ăn đã được chuẩn bị xong.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong các trường hợp sau: Bệnh Parkinson gây ra bởi chất độc hoặc thuốc.

13. Thiếu máu không tái tạo

Suy tủy xương mạn tính dẫn tới thiếu máu, giảm bạch cầu trung tính và giảm số lượng tiểu cầu cần được điều trị bằng ít nhất một trong những phương pháp sau:

Truyền máu;

Các chất kích thích tủy;

Các chất ức chế miễn dịch;

Ghép tủy xương.

Việc chẩn đoán phải được một bác sĩ chuyên khoa huyết học xác nhận.

14. Khối u lành ở não

Một khối u lành trong não phải có tất cả các điều sau:

Nó có thể làm chết người;

Đã và đang gây tổn thương cho não;

Đã được phẫu thuật để loại bỏ hoặc nếu không phẫu thuật được thì khối u đó đã gây ra khiếm khuyết thần kinh vĩnh viễn;

Sự hiện diện của khối u phải được chuyên gia thần kinh hoặc chuyên gia giải phẫu thần kinh xác nhận dựa trên những dấu hiệu trên hình ảnh cộng hưởng từ, chụp X quang có lưu trữ trong máy tính hoặc các kỹ thuật chụp đáng tin cậy khác.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong các trường hợp sau:

U nang;

U hạt;

Các dị tật liên quan đến mạch máu;

Chảy máu não;

Các khối u ở tuyến yên hoặc ở khối dây thần kinh nằm trong tủy sống.

15. Bỏng nguy hiểm

Bỏng độ ba (bỏng toàn bộ bề dày của da) bao phủ ít nhất 20% bề mặt cơ thể của Người được bảo hiểm.

16. Tăng áp động mạch phổi nguyên phát

Tăng áp động mạch phổi nguyên phát đi cùng với tâm thất phải phì đại đáng kể được khẳng định bằng các kiểm tra như thông tim, dẫn đến suy yếu lâu dài về thể chất, ít nhất là loại IV trong hệ thống phân loại sự suy tim của Hiệp hội tim New York (NYHA).

Hệ thống phân loại suy tim của NYHA (Nguồn: “Chẩn đoán lâm sàng hiện nay và điều trị - Tái bản lần thứ 39”):

Loại I: Không bị giới hạn về hoạt động thể chất. Hoạt động thể chất thông thường không làm cơ thể bị mệt mỏi quá mức, khó thở hay viêm họng;

Loại II: Hoạt động thể chất bị giới hạn một ít. Hoạt động thể chất thông thường dẫn đến các dấu hiệu hoặc triệu chứng bệnh;

Loại III: Hoạt động thể chất bị giới hạn rõ rệt. Vẫn thoải mái khi nghỉ ngơi nhưng hoạt động thể chất thông thường ít hơn vẫn gây ra các dấu hiệu hoặc triệu chứng bệnh;

Loại IV: Tham gia vào bất cứ hoạt động thể chất nào cũng cảm thấy khó chịu. Có các dấu hiệu hoặc triệu chứng bệnh ngay cả khi nghỉ ngơi.

17. Suy gan giai đoạn cuối

Suy gan giai đoạn cuối có các dấu hiệu sau:

Vàng da vĩnh viễn;

Cổ trướng;

Bệnh não gan.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong các trường hợp sau: Bệnh về gan gây ra bởi rượu hoặc lạm dụng thuốc.

18. Viêm gan tối cấp

Gan ít nhiều bị hoại tử gây ra bởi virus viêm gan, dẫn đến suy gan.

Việc chẩn đoán phải dựa trên tất cả các yếu tố sau:

Kích thích gan giảm nhanh chóng;

Sự hoại tử gồm toàn bộ các tiểu thùy, còn lại mỗi bộ khung dạng lưới xẹp;

Chức năng gan suy giảm nhanh chóng qua kết quả các xét nghiệm;

Vàng da đậm hơn;

Bệnh não gan.

19. Bệnh nang ở tủy thận

Đây là bệnh di truyền diễn tiến xấu dần dần và được xác định bởi sự hiện diện của các nang trong vùng tủy thận, tình trạng teo các ống thận, xơ hóa mô kẽ thận với các biểu hiện lâm sàng là thiếu máu, tiểu nhiều và mất Natri qua thận, tiến triển thành suy thận mạn. Việc chẩn đoán phải dựa trên sinh thiết thận.

20. Bệnh thần kinh vận động

Bệnh thần kinh vận động do sự thoái hóa dần dần đường dẫn truyền thần kinh từ vỏ não đến tủy sống, các tế bào sừng trước hoặc các tế bào thần kinh ly tâm của hành tủy, bao gồm teo cơ cột sống, từ từ liệt hành tủy, xơ cứng cột bên teo cơ và xơ cứng bên nguyên phát. Việc chẩn đoán phải được chuyên gia thần kinh xác nhận là bệnh tiến triển xấu dần dần và dẫn đến khiếm khuyết thần kinh vĩnh viễn.

CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM NHÂN THỌ MIRAE ASSET PRÉVOIR

Văn phòng chính:

Tầng 6A - 8, Tòa nhà Sài Gòn Giải Phóng
436 - 438 Nguyễn Thị Minh Khai, Phường 5, Quận 3, Tp. Hồ Chí Minh
☎ (84-28) 2220 1050 🏠 (84-28) 3823 7349

Văn phòng Hà Nội:

Tầng 9, Tòa nhà Mặt trời Sông Hồng, 23 Phan Chu Trinh, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội
☎ (84-24) 3934 4939 🏠 (84-24) 3934 4940



map-life.com.vn