
QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM BẢO HIỂM HỖN HỢP – CHI TRẢ TIỀN MẶT
ĐỊNH KỲ
(SUN – TRỌN VỆN ƯỚC MƠ)

(Ban hành kèm theo Công văn số 16480/BTC-QLBH ngày 06/12/2017 của Bộ Tài chính)

Mục lục

ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA	2
ĐIỀU 2: HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM.....	5
ĐIỀU 3: THỜI GIAN CÂN NHẮC.....	6
ĐIỀU 4: BẢO HIỂM TẠM THỜI.....	6
ĐIỀU 5: BẢO HIỂM CÓ ĐIỀU KIỆN.....	7
ĐIỀU 6: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	7
ĐIỀU 7: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ.....	9
ĐIỀU 8: THỜI GIAN GIA HẠN ĐÓNG PHÍ.....	11
ĐIỀU 9: TẠM ỨNG ĐÓNG PHÍ TỰ ĐỘNG/TẠM ỨNG TỪ GIÁ TRỊ HOÀN LẠI.....	11
ĐIỀU 10: LÃI PHÁT SINH	12
ĐIỀU 11: KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG.....	12
ĐIỀU 12: TRÁCH NHIỆM KÊ KHAI, CUNG CẤP VÀ BẢO MẬT THÔNG TIN.....	12
ĐIỀU 13: NHẦM LẤN KHI KÊ KHAI TUỔI, GIỚI TÍNH.....	14
ĐIỀU 14: MIỄN TRUY XÉT.....	14
ĐIỀU 15: CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM.....	14
ĐIỀU 16: CHUYỂN NHƯỢNG HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM.....	15
ĐIỀU 17: CÁC THAY ĐỔI TRONG QUÁ TRÌNH THỰC HIỆN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	15
ĐIỀU 18: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	16
Phụ lục danh sách bệnh hiểm nghèo.....	20

Điều 1: Định nghĩa

- 1.1** “**Công ty**”: là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Sun Life Việt Nam, được Bộ Tài chính cấp Giấy phép Thành lập và Hoạt động số 68 GP/KDBH ngày 24/01/2013 (đã được sửa đổi bổ sung).
- 1.2** “**Bên mua bảo hiểm**”: là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, hoặc cá nhân từ đủ 18 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 Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, đóng phí bảo hiểm và thực hiện các quyền và nghĩa vụ quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.3** “**Người được bảo hiểm**”: là cá nhân có độ tuổi từ 18 đến tối đa 60 (tùy theo Thời hạn bảo hiểm) vào Ngày hiệu lực hợp đồng và được Công ty chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này.
- 1.4** “**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 và Điều khoản sản phẩm này.
- Người thụ hưởng được ghi tên trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm và các thỏa thuận bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).
- 1.5** “**Tuổi bảo hiểm**”: là tuổi của Người được bảo hiểm tính theo ngày sinh nhật gần nhất trước ngày có hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm hoặc Ngày kỷ niệm hợp đồng trong các năm hợp đồng tiếp theo.
- 1.6** “**Thời hạn bảo hiểm**”: là thời gian có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm này là 20, hoặc 24, hoặc 30 năm, tùy theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm tại thời điểm tham gia.
- 1.7** “**Phí bảo hiểm**”: là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm đóng cho Công ty theo định kỳ đóng phí và phương thức đóng phí được các bên thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).
- 1.8** “**Ngày đến hạn đóng phí**”: là ngày nộp phí bảo hiểm định kỳ theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).
- 1.9** “**Thời hạn đóng phí**”: là thời gian Bên mua bảo hiểm đóng Phí bảo hiểm cho Công ty theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm. Thời hạn đóng phí của sản phẩm này là 10, hoặc 12, hoặc 15 năm, tương ứng với Thời hạn bảo hiểm 20, hoặc 24, hoặc 30 năm.
- 1.10** “**Số tiền bảo hiểm**”: là số tiền Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc tài liệu sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất.
- 1.11** “**Ngày hiệu lực hợp đồng**”: nếu Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống

vào thời điểm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp thuận, ngày hiệu lực hợp đồng là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và nộp đủ phí bảo hiểm tạm tính. Ngày hiệu lực hợp đồng được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

- 1.12** “*Ngày kỷ niệm hợp đồng*”: là ngày kỷ niệm tương ứng hàng năm của Ngày hiệu lực hợp đồng trong suốt thời hạn Hợp đồng bảo hiểm. Nếu năm không có ngày này thì ngày cuối cùng của tháng đó sẽ là Ngày kỷ niệm hợp đồng.
- 1.13** “*Ngày đáo hạn hợp đồng*”: là ngày cuối cùng của thời hạn hợp đồng được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm nếu hợp đồng còn hiệu lực đến thời điểm đó.
- 1.14** “*Năm hợp đồng*”: là một năm dương lịch kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc từ Ngày kỷ niệm hợp đồng.
- 1.15** “*Tai nạn*”: là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ động và ngoài ý muốn lên cơ thể của Người được bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải 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 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.
- 1.16** “*Thương tật vĩnh viễn*” là trường hợp:
- a) Người được bảo hiểm bị mất, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của:
- (i) Hai tay; hoặc
 - (ii) Hai chân; hoặc
 - (iii) Một tay và một chân; hoặc
 - (iv) Hai mắt; hoặc
 - (v) Một tay và một mắt; hoặc
 - (vi) Một chân và một mắt.

Trong trường hợp này, mất hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của (i) tay được tính từ cổ tay trở lên, (ii) chân được tính từ mắt cá chân trở lên, (iv) mắt được hiểu là mất hẳn mắt hoặc mù hoàn toàn.

Việc chứng nhận Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn bộ phận cơ thể (tay, chân hoặc mắt) có thể được thực hiện ngay sau khi sự kiện bảo hiểm xảy ra.

Việc chứng nhận bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể phải được thực hiện không sớm hơn 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán xác định.

Hoặc:

- b) Người được bảo hiểm bị thương tật từ 81% theo xác nhận của cơ quan y

tế/Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh trở lên.

1.17 “**Bệnh có sẵn**”: là tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ khám, chẩn đoán hoặc điều trị trước Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc ngày khôi phục hợp đồng gần nhất (nếu có). Hồ sơ y tế, tiền sử bệnh được lưu giữ tại Bệnh viện/cơ sở y tế được thành lập hợp pháp hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Bệnh có sẵn.

1.18. “**Bệnh viện/cơ sở y tế**”: 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 và hội đủ các tiêu chuẩn sau:

- Cung cấp dịch vụ y tế tây y để Cấp cứu, điều trị và chăm sóc cho những người bị thương tật hay ốm đau trên cơ sở nội trú; và
- Cung cấp các phương tiện phục vụ cho việc chăm sóc và chữa trị, bao gồm chẩn đoán xác định bệnh, điều trị, phẫu thuật; và
- Cung cấp dịch vụ chăm sóc 24 giờ mỗi ngày bởi các Bác sĩ và y tá có giấy phép hành nghề của Bộ Y tế hay Sở Y tế; và
- Có lưu trữ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, chứng từ y khoa, chứng từ kế toán theo quy định của pháp luật và quy định hiện hành tại địa phương nơi bệnh viện có trụ sở; và
- Phải là bệnh viện tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện hoặc Trung tâm y tế quận/huyện theo phân cấp của Bộ Y tế Việt Nam, hoặc bệnh viện hội đủ các tiêu chuẩn trên đây nếu ngoài Việt Nam.

Trong định nghĩa này, ngoại trừ trường hợp Cấp cứu, Bệnh viện sẽ không bao gồm:

- Trung tâm y tế dự phòng; và
- Bệnh viện/viện/khoa tâm thần; và
- Bệnh viện/viện/khoa y học dân tộc; và
- Bệnh viện/viện/khoa phong; và
- Nhà điều dưỡng, trung tâm phục hồi chức năng, nhà lưu bệnh; và
- 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; và
- Trung tâm y tế huyện thực hiện công tác y tế dự phòng, điều dưỡng, phục hồi chức năng, bảo sanh, an dưỡng; và
- Phòng khám đa khoa, trạm y tế phường, xã, thị trấn thuộc trung tâm y tế huyện.

Trong định nghĩa này, “**Cấp cứu**” là tình trạng mà Người được bảo hiểm chấn thương hoặc tổn thương nghiêm trọng do Tai nạn đòi hỏi phải được chăm sóc y tế, điều trị hoặc phẫu thuật trong vòng 24 giờ kể từ khi có Tai nạn, nếu không có thể nguy hiểm đến tính mạng hoặc mất các cơ quan chức năng quan trọng của cơ thể như mất chân, tay, thị lực.

1.19. “**Bác sĩ**”: là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp

phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và điều trị. Trường hợp được Công ty chấp thuận bằng văn bản, Bác sĩ không được đồng thời là:

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng; hoặc
- Vợ/chồng, cha/mẹ, con, anh chị em ruột của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm; hoặc
- (Các) Đối tác kinh doanh của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm; hoặc
- Đại lý bảo hiểm, người tuyển dụng, nhân viên của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm.

1.20. “Giá trị hoàn lại”: là số tiền Bên mua bảo hiểm sẽ nhận được khi Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt trước thời hạn. Công ty có trách nhiệm tính Giá trị hoàn lại phù hợp cơ sở kỹ thuật đã đăng ký với Bộ Tài chính. Công ty trình bày Giá trị hoàn lại ước tính vào Ngày ký niệm hợp đồng hàng năm tại Tài liệu minh họa bán hàng.

1.21. “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 từ Giá trị hoàn lại và lãi phát sinh từ các khoản tạm ứng, các khoản Phí bảo hiểm đến hạn chưa đóng và lãi phát sinh từ các khoản Phí bảo hiểm đến hạn chưa đóng, và các khoản khác (nếu có).

1.22. “Bệnh hiểm nghèo”: là một trong những bệnh được định nghĩa trong Phụ lục của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này, nếu Bên mua bảo hiểm có lựa chọn Quyền lợi miễn đóng phí theo thông tin được thể hiện ở Giấy chứng nhận bảo hiểm.

ĐIỀU 2: HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

2.1. Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm là thỏa thuận bằng văn bản giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty, trong đó ghi nhận quyền và nghĩa vụ của các bên trong quá trình thực hiện hợp đồng. Hợp đồng bảo hiểm bao gồm các tài liệu sau:

- Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm;
- Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Quy tắc và Điều khoản sản phẩm đã được Bộ Tài chính phê chuẩn;
- Tài liệu minh họa bán hàng;
- Các văn bản sửa đổi, bổ sung Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).

2.2. Hồ sơ 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 người đề nghị tham gia bảo hiểm cung cấp để Công ty đánh giá rủi ro, làm căn cứ chấp nhận bảo hiểm hoặc từ chối bảo hiểm. Hồ sơ 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.

- 2.3. Giấy chứng nhận bảo hiểm:** là văn bản do Công ty cấp cho Bên mua bảo hiểm (hoặc Người được bảo hiểm trong trường hợp bảo hiểm nhóm), trong đó thể hiện các thông tin cơ bản của Hợp đồng bảo hiểm, và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.
- 2.4. Tài liệu minh họa bán hàng:** là tài liệu minh họa về sản phẩm được cung cấp cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm, thể hiện các thông tin cơ bản về Hợp đồng bảo hiểm theo điều kiện, điều khoản bảo hiểm được thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty.

ĐIỀU 3: THỜI GIAN CÂN NHẮC

Trong vòng 21 ngày kể từ ngày nhận được Hợp đồng bảo hiểm, và với điều kiện là chưa xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc chưa có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nào, 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 hoàn trả Phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi đã trừ đi chi phí khám sức khỏe (nếu có).

ĐIỀU 4: BẢO HIỂM TẠM THỜI

4.1. Thời gian bảo hiểm tạm thời

Thời gian bảo hiểm tạm thời bắt đầu từ khi Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ phí bảo hiểm tạm tính. Thời hạn bảo hiểm tạm thời sẽ kết thúc vào ngày Công ty cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc từ chối chấp nhận bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm đề nghị hủy bỏ Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm bằng văn bản, tùy ngày nào đến trước.

4.2. Quyền lợi bảo hiểm tạm thời

Nếu Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn trong thời gian bảo hiểm tạm thời, Công ty sẽ chi trả số nhỏ hơn giữa 200 triệu đồng và tổng Số tiền bảo hiểm của các sản phẩm chính trên cùng một Người được bảo hiểm. Trong trường hợp tổng phí bảo hiểm đã đóng lớn hơn số tiền nêu trên thì Công ty sẽ hoàn lại tổng phí bảo hiểm đã đóng.

4.3. Loại trừ đối với bảo hiểm tạm thời

Công ty không chi trả quyền lợi bảo hiểm tạm thời và hoàn lại toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng sau khi trừ đi chi phí xét nghiệm y khoa (nếu có), nếu Người được bảo hiểm tử vong trực tiếp do một trong các nguyên nhân sau:

- a) Hành động tự tử; hoặc
- b) Do hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng đối với Người được bảo hiểm; hoặc
- c) Bị ảnh hưởng trực tiếp hoặc gián tiếp do sử dụng trái phép ma túy, các chất gây nghiện, các chất kích thích tương tự ma túy hoặc sử dụng các thức uống có cồn vi phạm pháp luật hiện hành.

ĐIỀU 5: BẢO HIỂM CÓ ĐIỀU KIỆN

Căn cứ vào kết quả thẩm định hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, Công ty có thể chấp thuận bảo hiểm với những điều kiện và thỏa thuận đặc biệt với Số tiền bảo hiểm/quyền lợi bảo hiểm có điều chỉnh, Phí bảo hiểm có điều chỉnh hoặc điều chỉnh phạm vi trách nhiệm bảo hiểm.

ĐIỀU 6: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

6.1. Quyền lợi tiền mặt định kỳ

Nếu Hợp đồng bảo hiểm vẫn còn hiệu lực, vào mỗi Ngày kỷ niệm hợp đồng kể từ sau khi kết thúc Thời hạn đóng phí cho đến trước Ngày đáo hạn hợp đồng, Công ty sẽ chi trả số tiền được tính bằng tỷ lệ phần trăm của Số tiền bảo hiểm theo bảng sau:

Thời hạn bảo hiểm	20 năm	24 năm	30 năm
Số lần chi trả định kỳ	10	12	15
Tỷ lệ phần trăm của Số tiền bảo hiểm/lần chi trả	12,5%	10%	8%

Bên mua bảo hiểm cũng có thể để lại quyền lợi này tại Công ty để hưởng lãi với mức lãi suất do Công ty công bố tại từng thời điểm trên website của Công ty.

6.2. Quyền lợi đáo hạn

Nếu Hợp đồng bảo hiểm vẫn còn hiệu lực, vào Ngày đáo hạn hợp đồng, Công ty sẽ chi trả số tiền tương ứng với Thời hạn bảo hiểm như sau:

Thời hạn bảo hiểm	Quyền lợi đáo hạn
24 năm	30% Số tiền bảo hiểm và toàn bộ Thưởng lộc hàng năm đã phát sinh (nếu có)
30 năm	50% Số tiền bảo hiểm và toàn bộ Thưởng lộc hàng năm đã phát sinh (nếu có)

Thưởng lộc hàng năm được quy định tại Điều 6.6 của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này.

6.3. Quyền lợi tử vong

Nếu Người được bảo hiểm tử vong trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, ngoại trừ Bệnh có sẵn và các trường hợp quy định tại Điều 7.1 của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này, Công ty sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm và toàn bộ Thưởng lộc hàng năm (được quy định tại Điều 6.6 của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này) đã phát sinh (nếu có) tính đến thời điểm Người được bảo hiểm tử vong.

Công ty đảm bảo rằng Quyền lợi tử vong không thấp hơn 105% tổng phí bảo hiểm đã đóng trừ đi các khoản Quyền lợi tiền mặt định kỳ (được quy định tại Điều 6.1) đã phát sinh (nếu có) tính đến thời điểm Người được bảo hiểm tử vong.

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực ngay sau khi Người được bảo hiểm tử vong.

6.4. Quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Nếu Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn trước tuổi 66 và trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, ngoại trừ Bệnh có sẵn và các trường hợp quy định tại Điều 7.2 của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này, Công ty sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm và toàn bộ Thưởng lộc hàng năm (được quy định tại Điều 6.6 của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này) đã phát sinh (nếu có) tính đến thời điểm Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn.

Công ty đảm bảo rằng Quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn không thấp hơn 105% tổng phí bảo hiểm đã đóng trừ đi các khoản Quyền lợi tiền mặt định kỳ (được quy định tại Điều 6.1) đã phát sinh (nếu có) tính đến thời điểm Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn.

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực ngay sau khi quyền lợi này được chấp thuận chi trả.

6.5. Quyền lợi miễn đóng phí

Nếu Bên mua bảo hiểm có lựa chọn Quyền lợi miễn đóng phí theo thông tin được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm, đồng thời Người được bảo hiểm bị chẩn đoán xác định mắc phải một trong những Bệnh hiểm nghèo được quy định trong Phụ lục của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, ngoại trừ Bệnh có sẵn và các trường hợp quy định tại Điều 7.3 của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này, Bên mua bảo hiểm sẽ được miễn toàn bộ Phí bảo hiểm còn lại của sản phẩm bảo hiểm này kể từ Ngày đến hạn đóng phí kế tiếp sau khi Bệnh hiểm nghèo được chẩn đoán xác định. Bên mua bảo hiểm có thể tiếp tục đóng Phí bảo hiểm cho (các) sản phẩm bảo hiểm bổ sung (nếu có) để duy trì hiệu lực cho (các) sản phẩm bảo hiểm bổ sung này. Các quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm vẫn được chi trả theo quy định tại Điều 6.1, Điều 6.2, Điều 6.3 và Điều 6.4 của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này.

Quyền lợi này sẽ không được Công ty chấp thuận nếu Bệnh hiểm nghèo được chẩn đoán xác định trong vòng 90 ngày kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất (nếu có).

6.6. Thưởng lộc hàng năm

Thưởng lộc hàng năm là khoản tiền (không đảm bảo) phát sinh vào cuối mỗi Năm hợp đồng, bắt đầu từ Năm hợp đồng thứ 3 cho đến hết Thời hạn hợp đồng, với điều kiện Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực tại thời điểm phát sinh. Thưởng lộc hàng năm được xác định như sau:

Thưởng lộc hàng năm = Tỷ lệ Thưởng lộc hàng năm x (Phí bảo hiểm đã đóng + Thưởng lộc hàng năm đã có).

Trong đó:

- Tỷ lệ Thưởng lộc hàng năm: được Công ty thông báo vào đầu mỗi năm dương lịch và được áp dụng cho những Hợp đồng bảo hiểm có Ngày kỷ niệm hợp đồng trong năm đó.
- Phí bảo hiểm đã đóng: là tổng Phí bảo hiểm (được tính theo định kỳ năm) đã đóng tính đến ngày phát sinh Thưởng lộc hàng năm.
- Thưởng lộc hàng năm đã có: là toàn bộ Thưởng lộc hàng năm đã phát sinh (nếu có) tính đến ngày phát sinh Thưởng lộc hàng năm.

Các khoản Thưởng lộc hàng năm đã phát sinh được đảm bảo chi trả toàn bộ khi Công ty chi trả Quyền lợi đáo hạn như được quy định tại Điều 6.2, hoặc Quyền lợi tử vong như được quy định tại Điều 6.3, hoặc Quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn như được quy định tại Điều 6.4.

Đối với Thời hạn bảo hiểm 20 năm, nếu Hợp đồng bảo hiểm vẫn còn hiệu lực, các khoản Thưởng lộc hàng năm đã phát sinh (nếu có) sẽ được chi trả toàn bộ vào Ngày đáo hạn hợp đồng.

ĐIỀU 7: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

7.1. Điều khoản loại trừ của Quyền lợi tử vong

Công ty sẽ không chi trả Quyền lợi tử vong tại Điều 6.3 trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong do:

- Hành động tự tử trong vòng 2 năm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất (nếu có);
- Do hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng đối với Người được bảo hiểm. Trong trường hợp một hoặc một số Người thụ hưởng cố ý gây ra cái chết hay thương tật vĩnh viễn cho Người được bảo hiểm, Công ty chi trả tiền bảo hiểm cho những Người thụ hưởng khác tương ứng với phần thuộc về những Người thụ hưởng này;
- Tử vong do bị thi hành án tử hình;
- Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải AIDS, các bệnh có liên quan đến AIDS hay do vi rút gây bệnh AIDS, ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV trong khi đang thực hiện nhiệm vụ tại nơi làm việc như là một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát.

7.2. Điều khoản loại trừ của Quyền lợi thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Công ty sẽ không chi trả Quyền lợi thương tật toàn bộ vĩnh viễn tại Điều 6.4 trong trường hợp Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do:

- Sử dụng chất kích thích, ma túy, hoặc cố tình tự gây thương tích trong lúc tỉnh táo hay mất trí;
- Chiến tranh hoặc các hoạt động gây chiến, bao gồm hành động xâm lược, hành động của nước thù địch, chiến tranh (tuyên chiến hay không tuyên chiến), nội chiến, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa, đảo chính quân sự hoặc tiếm quyền;
- Phục vụ cho quân đội vào thời gian chiến tranh có tuyên chiến hay không tuyên chiến, hoặc hành động theo mệnh lệnh chiến đấu hay lập lại trật tự công cộng;
- Tham gia các môn thể thao nguy hiểm, kể cả với tư cách là vận động viên chuyên nghiệp, ví dụ như: lặn có bình dưỡng khí, nhảy bungee, nhảy dù, leo núi, đua ngựa hay trên các phương tiện có bánh xe...;
- Lên, xuống, vận hành, phục vụ, hoặc đang được chở trên các thiết bị hoặc phương tiện vận chuyển hàng không trừ trường hợp khi Người được bảo hiểm, với tư cách là một hành khách, đi trên các chuyến bay thương mại với các lịch trình thường xuyên trên các tuyến đường đã được xác lập;
- Điều trị nhiễm bức xạ hoặc nhiễm phóng xạ;
- Điều trị thương tích phát sinh từ hành vi phạm tội hoặc cố tình tham gia vào các hành vi phạm tội, hoặc hành vi vi phạm pháp luật của Người được bảo hiểm.

7.3. Điều khoản loại trừ của Quyền lợi miễn đóng phí nếu Bên mua bảo hiểm có lựa chọn Quyền lợi miễn đóng phí theo thông tin được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm sẽ không được nhận Quyền lợi miễn đóng phí tại Điều 6.5 trong trường hợp nguyên nhân gây ra các sự kiện bảo hiểm của Người được bảo hiểm do hoặc có liên quan đến:

- Hành động cố tình tự gây thương tích trong lúc tỉnh táo hay mất trí;
- Chiến tranh hoặc các hoạt động gây chiến, bao gồm hành động xâm lược, hành động của nước thù địch, chiến tranh (tuyên chiến hay không tuyên chiến), nội chiến, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa, đảo chính quân sự hoặc tiếm quyền.
- Tham gia các môn thể thao nguy hiểm, kể cả với tư cách là vận động viên chuyên nghiệp, ví dụ như: lặn có bình dưỡng khí, nhảy bungee, nhảy dù, leo núi, đua ngựa hay trên các phương tiện có bánh xe...;
- Lên, xuống, vận hành, phục vụ, hoặc đang được chở trên các thiết bị hoặc phương tiện vận chuyển hàng không trừ trường hợp khi Người được bảo hiểm, với tư cách là một hành khách, đi trên các chuyến bay thương mại với các lịch trình thường xuyên trên các tuyến đường đã được xác lập;
- Điều trị nhiễm bức xạ hoặc nhiễm phóng xạ;
- Điều trị thương tích phát sinh từ hành vi phạm tội hoặc cố tình tham gia vào các hành vi phạm tội; hoặc hành vi vi phạm pháp luật của Người được bảo hiểm;

7.4. Khi Người được bảo hiểm tử vong trong những trường hợp quy định tại Điều 7.1, Công ty không chi trả quyền lợi bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực, Công ty phải trả cho Bên mua bảo hiểm giá trị nào lớn hơn giữa Giá trị hoàn lại (nếu

có) và tổng Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau khi trừ đi chi phí xét nghiệm y khoa (nếu có), các khoản tạm ứng từ Giá trị hoàn lại chưa thanh toán và lãi của các khoản tạm ứng đó (nếu có).

Khi Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ vĩnh viễn trong những trường hợp quy định tại Điều 7.2,

- Nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực, Công ty phải trả cho Bên mua bảo hiểm giá trị nào lớn hơn giữa Giá trị hoàn lại (nếu có) và tổng Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau khi trừ đi các khoản tạm ứng từ Giá trị hoàn lại chưa thanh toán và lãi của các khoản tạm ứng đó (nếu có).
- Nếu Bên mua bảo hiểm muốn tiếp tục tham gia Hợp đồng bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm sẽ duy trì hiệu lực và Người được bảo hiểm vẫn tiếp tục được bảo vệ cho các trường hợp không thuộc điều khoản loại trừ này.

ĐIỀU 8: THỜI GIAN GIA HẠN ĐÓNG PHÍ

Trong trường hợp Phí bảo hiểm được đóng nhiều lần và Bên mua bảo hiểm đã đóng một hoặc một số lần Phí bảo hiểm nhưng không thể đóng được các khoản phí bảo hiểm tiếp theo, thời gian gia hạn đóng phí là 60 ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí. Trong thời gian gia hạn đóng phí, Công ty không tính lãi đối với khoản phí chưa thanh toán và Hợp đồng bảo hiểm vẫn có hiệu lực.

Nếu Bên mua bảo hiểm không tiếp tục đóng phí bảo hiểm khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí, Công ty có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng và gửi thông báo bằng văn bản đến Bên mua bảo hiểm về khoản Phí bảo hiểm quá hạn và tình trạng của Hợp đồng bảo hiểm.

ĐIỀU 9: TẠM ỨNG ĐÓNG PHÍ TỰ ĐỘNG/TẠM ỨNG TỪ GIÁ TRỊ HOÀN LẠI

9.1. Tạm ứng đóng phí tự động

Khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng Phí bảo hiểm và Hợp đồng bảo hiểm đã có Giá trị hoàn lại, nhằm giúp Bên mua bảo hiểm tiếp tục duy trì Hợp đồng bảo hiểm, Công ty được tự động tạm ứng từ Giá trị hoàn lại để đóng phí bảo hiểm theo định kỳ đóng phí.

Công ty sẽ không tự động tạm ứng từ Giá trị hoàn lại để đóng Phí bảo hiểm cho (các) sản phẩm bảo hiểm bổ sung (nếu có) sau Thời hạn đóng phí của sản phẩm bảo hiểm chính hoặc trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm được miễn đóng phí theo quy định tại Điều 6.5. Tuy nhiên, Quyền lợi tiền mặt định kỳ (nếu có) sẽ được tự động dùng để đóng phí bảo hiểm cho (các) sản phẩm bảo hiểm bổ sung (nếu có).

9.2. Tạm ứng từ Giá trị hoàn lại

Nếu Hợp đồng bảo hiểm đã có Giá trị hoàn lại, Bên mua bảo hiểm có thể tạm ứng từ Giá trị hoàn lại. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền tạm ứng không vượt quá 80%

Giá trị hoàn lại. Công ty được phép tính lãi phát sinh đối với số tiền tạm ứng này.

9.3. Hoàn trả các khoản tạm ứng

Bên mua bảo hiểm có thể hoàn trả số tiền đã tạm ứng đóng phí tự động, tạm ứng từ Giá trị hoàn lại và lãi phát sinh vào bất cứ lúc nào. Công ty sẽ trừ đi tổng số tiền tạm ứng và lãi phát sinh từ bất kỳ khoản tiền nào mà Công ty phải trả theo Hợp đồng bảo hiểm này.

Nếu tổng số tiền tạm ứng đóng phí tự động, tạm ứng từ Giá trị hoàn lại, lãi phát sinh và bất kỳ khoản tiền nào khác mà Bên mua bảo hiểm còn nợ Công ty vượt quá Giá trị hoàn lại, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực. Trong trường hợp này, Bên mua bảo hiểm không được yêu cầu Công ty trả Giá trị hoàn lại của Hợp đồng bảo hiểm.

ĐIỀU 10: LÃI PHÁT SINH

Lãi phát sinh là số tiền thu nhập từ hoạt động đầu tư bị giảm do việc tạm ứng từ Giá trị hoàn lại và/hoặc tạm ứng đóng phí tự động và/hoặc không đóng đủ phí bảo hiểm. Lãi phát sinh được tính bằng phần trăm của số tiền tạm ứng đóng phí tự động và/hoặc tạm ứng từ Giá trị hoàn lại và/hoặc các khoản phí bảo hiểm đến hạn chưa đóng dựa theo quy định của Công ty tại từng thời điểm. Mức lãi suất áp dụng cho lãi phát sinh này sẽ được Công ty công bố tại từng thời điểm trên website của Công ty.

ĐIỀU 11: KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG

11.1. Khi hợp đồng mất hiệu lực do không đóng đủ phí bảo hiểm hoặc do việc tạm ứng từ Giá trị hoàn lại và/hoặc tạm ứng đóng phí tự động vượt quá giá trị hợp đồng, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Bên mua bảo hiểm đưa ra yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng trong thời gian 24 tháng kể từ ngày hợp đồng mất hiệu lực;
- Bên mua bảo hiểm đóng tất cả các Khoản nợ;
- Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đủ điều kiện tham gia theo quy định của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này.

11.2. Nếu được Công ty chấp nhận yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng, thời điểm có hiệu lực của việc khôi phục này được tính từ ngày Công ty xác nhận chấp thuận việc khôi phục hiệu lực hợp đồng bằng văn bản, với điều kiện cả Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm Công ty chấp thuận khôi phục hiệu lực hợp đồng. Công ty không bảo hiểm cho những sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian hợp đồng này bị mất hiệu lực.

ĐIỀU 12: TRÁCH NHIỆM KÊ KHAI, CUNG CẤP VÀ BẢO MẬT THÔNG TIN

12.1. Trách nhiệm cung cấp, giải thích đầy đủ, trung thực và chính xác thông tin cho Bên mua bảo hiểm của Công ty

Công ty có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm.

Trường hợp Công ty cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết hợp đồng thì Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm; Công ty phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật.

12.2. Trách nhiệm kê khai thông tin trung thực, đầy đủ và chính xác của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm (và Người được bảo hiểm trong trường hợp bảo hiểm nhóm) có trách nhiệm kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin cần thiết để Công ty đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm này. Việc thẩm định sức khỏe, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai trung thực của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm theo quy định tại điều này.

Nếu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cố ý kê khai không trung thực các thông tin cần thiết theo yêu cầu của Công ty, theo đó, nếu với thông tin chính xác, Công ty sẽ không chấp nhận bảo hiểm, Công ty không có trách nhiệm chi trả nếu xảy ra sự kiện bảo hiểm liên quan trực tiếp đến thông tin kê khai không trung thực và có quyền đơn phương đình chỉ hợp đồng này ngay sau khi phát hiện ra hành vi vi phạm của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm. Trong trường hợp này, Công ty sẽ thu phí bảo hiểm đến thời điểm đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật hiện hành.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai thông tin tại Điều này nhưng việc vi phạm này không làm ảnh hưởng tới quyết định chấp thuận bảo hiểm hoặc quyết định khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Công ty tại từng thời điểm, Công ty vẫn sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu có sự kiện bảo hiểm xảy ra theo Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này.

Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm tiếp tục duy trì hiệu lực, 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).

12.3. Trách nhiệm bảo mật thông tin khách hàng của Công ty

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 hoặc cho mục đích thẩm định, tính toán phí bảo hiểm, phát hành Hợp đồng bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng

chống trục lợi bảo hiểm, nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn.

- 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 điểm a khoản này không được sử dụng làm lý do để từ chối giao kết hợp đồng.

ĐIỀU 13: NHĂM LẤN KHI KÊ KHAI TUỔI, GIỚI TÍNH

Trường hợp nhằm lẫn khi kê khai ngày sinh hoặc giới tính của Người được bảo hiểm, Số tiền bảo hiểm hoặc tổng Phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh lại theo tuổi và/hoặc giới tính đúng. Cụ thể như sau:

- Nếu Phí bảo hiểm đã nộp thấp hơn số Phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ điều chỉnh lại Số tiền bảo hiểm tương ứng với số Phí bảo hiểm đã nộp và Bên mua bảo hiểm vẫn tiếp tục đóng Phí bảo hiểm theo mức Phí bảo hiểm cũ.
- Nếu số Phí bảo hiểm đã nộp cao hơn số Phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phần Phí bảo hiểm nộp thừa, không có lãi.
- Nếu theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm không thể được bảo hiểm thì Công ty có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm, trả cho Bên mua bảo hiểm số tiền lớn hơn giữa Giá trị hoàn lại và tổng Phí bảo hiểm đã đóng của Hợp đồng bảo hiểm, trừ đi các quyền lợi đã chi trả, chi phí y khoa và các Khoản nợ (nếu có).

ĐIỀU 14: MIỄN TRUY XÉT

Khi Người được bảo hiểm còn sống, các nội dung kê khai không chính xác hoặc bỏ sót trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và các giấy tờ có liên quan sẽ được Công ty miễn truy xét sau 24 tháng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc kể từ ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất.

Quy định trên sẽ không được áp dụng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm đã cố kê khai không trung thực những thông tin mà nếu biết được những thông tin đó, Công ty sẽ từ chối chấp thuận bảo hiểm hoặc chỉ chấp thuận bảo hiểm có điều kiện.

ĐIỀU 15: CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt hiệu lực nếu một trong các sự kiện sau xảy ra, tùy thuộc vào sự kiện nào xảy ra trước:

- Ngày đáo hạn hợp đồng; hoặc
- Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- Quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn được Công ty chấp thuận chi trả; hoặc
- Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực trước thời hạn theo quy định tại Điều 3, Điều 7.4, Điều 8, Điều 9.3, Điều 12.1, Điều 12.2, Điều 13 và Điều 17.2.

Ngoài các quy định về việc chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm tại các quy định nêu trên 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 giấy yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm.

Nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm và Hợp đồng bảo hiểm đã có Giá trị hoàn lại, Bên mua bảo hiểm sẽ nhận được Giá trị hoàn lại trừ đi các Khoản nợ (nếu có) vào thời điểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm. Nếu Hợp đồng bảo hiểm chưa có Giá trị hoàn lại, Bên mua bảo hiểm sẽ không được nhận lại bất kỳ khoản tiền nào.

ĐIỀU 16: CHUYỂN NHƯỢNG HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, Bên mua bảo hiểm có thể chuyển nhượng toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm cho cá nhân khác (hoặc tổ chức khác) nếu việc chuyển nhượng phù hợp quy định tại Luật Kinh doanh Bảo hiểm, bên nhận chuyển nhượng phải đáp ứng yêu cầu về mối quan hệ có thể được bảo hiểm và đáp ứng các quy định của pháp luật liên quan tại thời điểm chuyển nhượng.

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 với điều kiện bên được chuyển nhượng thỏa mãn các yêu cầu của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm này và các quy định pháp luật liên quan.

Khi việc chuyển nhượng có hiệu lực, bên được chuyển nhượng sẽ có toàn bộ quyền lợi và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm đối với Hợp đồng bảo hiểm. Tuy nhiên, Người được bảo hiểm (hoặc thành viên được bảo hiểm trong trường hợp bảo hiểm nhóm) của Hợp đồng bảo hiểm sẽ không thay đổi.

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

ĐIỀU 17: CÁC THAY ĐỔI TRONG QUÁ TRÌNH THỰC HIỆN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

17.1. Thay đổi người thụ hưởng

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, nếu được Người được bảo hiểm đồng ý bằng văn bản, Bên mua bảo hiểm có thể gửi yêu cầu thay đổi (những) Người thụ hưởng hoặc tỉ lệ thụ hưởng của mỗi Người thụ hưởng của Hợp đồng bảo hiểm cho Công ty. Việc thay đổi chỉ có hiệu lực khi Công

ty chấp nhận và Công ty không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp cũng như tranh chấp (nếu có) của Bên mua bảo hiểm hoặc những người liên quan đến việc chỉ định thay đổi Người thụ hưởng.

17.2. Thay đổi nghề nghiệp/nơi cư trú/ra khỏi lãnh thổ Việt Nam

Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi thông tin liên hệ, thông tin cá nhân, nghề nghiệp, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty trong vòng 30 ngày kể từ ngày có thay đổi.

Nếu Người được bảo hiểm ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian 3 tháng trở lên, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty tối thiểu 30 ngày trước ngày Người được bảo hiểm xuất cảnh.

Đối với các thay đổi nêu trên, Công ty có thể thẩm định lại rủi ro có thể được bảo hiểm để (i) xác định lại mức phí bảo hiểm, (ii) loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, (iii) giảm quyền lợi bảo hiểm, hoặc (iv) chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm. Nếu Công ty chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả cho Bên mua bảo hiểm Giá trị hoàn lại tại thời điểm đó. Trường hợp Hợp đồng bảo hiểm không có Giá trị hoàn lại, Công ty hoàn lại số phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm.

17.3. Thay đổi định kỳ đóng phí

Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí bảo hiểm, tùy thuộc vào sự chấp nhận của Công ty. Yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí bảo hiểm phải được lập thành văn bản và gửi cho Công ty chậm nhất 30 ngày trước Ngày đến hạn đóng phí.

ĐIỀU 18: THỨ TỰ GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

18.1. Thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi bảo hiểm

18.1.1. Đối với Quyền lợi tiền mặt định kỳ và Quyền lợi đáo hạn:

- a) Bên mua bảo hiểm là cá nhân:
 - Bên mua bảo hiểm;
 - Người thụ hưởng. Nếu có hơn một Người thụ hưởng, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho những Người thụ hưởng theo tỷ lệ đã được chỉ định. Nếu một Người thụ hưởng không còn sống, phần quyền lợi bảo hiểm của người này sẽ được chia theo tỷ lệ đã được chỉ định cho (những) Người thụ hưởng còn lại;
 - Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.
- b) Bên mua bảo hiểm là tổ chức:
 - Bên mua bảo hiểm;

- Người thụ hưởng. Nếu có hơn một Người thụ hưởng, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho những Người thụ hưởng theo tỷ lệ đã được chỉ định. Nếu một Người thụ hưởng không còn sống, phần quyền lợi bảo hiểm của người này sẽ được chia theo tỷ lệ đã được chỉ định cho (những) Người thụ hưởng còn lại;
- Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

18.1.2. Đối với Quyền lợi Tử vong:

- a) Bên mua bảo hiểm là cá nhân:
- Người thụ hưởng. Nếu có hơn một Người thụ hưởng, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho những Người thụ hưởng theo tỷ lệ đã được chỉ định. Nếu một Người thụ hưởng không còn sống, phần quyền lợi bảo hiểm của người này sẽ được chia theo tỷ lệ đã được chỉ định cho (những) Người thụ hưởng còn lại;
 - Bên mua bảo hiểm;
 - Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.
- b) Bên mua bảo hiểm là tổ chức:
- Người thụ hưởng. Nếu có hơn một Người thụ hưởng, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho những Người thụ hưởng theo tỷ lệ đã được chỉ định. Nếu một Người thụ hưởng không còn sống, phần quyền lợi bảo hiểm của người này sẽ được chia theo tỷ lệ đã được chỉ định cho (những) Người thụ hưởng còn lại;
 - Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

18.1.3. Đối với Quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn:

- a) Bên mua bảo hiểm là cá nhân:
- Bên mua bảo hiểm;
 - Người thụ hưởng. Nếu có hơn một Người thụ hưởng, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho những Người thụ hưởng theo tỷ lệ đã được chỉ định. Nếu một Người thụ hưởng không còn sống, phần quyền lợi bảo hiểm của người này sẽ được chia theo tỷ lệ đã được chỉ định cho (những) Người thụ hưởng còn lại;
 - Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.
- b) Bên mua bảo hiểm là tổ chức:
- Người được bảo hiểm;
 - Người thụ hưởng. Nếu có hơn một Người thụ hưởng, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho những Người thụ hưởng theo tỷ lệ đã được chỉ định. Nếu một Người thụ hưởng không còn sống, phần quyền lợi bảo hiểm của người này sẽ được chia theo tỷ lệ đã được chỉ định cho (những) Người thụ hưởng còn lại;
 - Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.

18.2. Thời hạn nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng có nghĩa vụ thông báo cho Công ty về sự kiện bảo hiểm trong thời gian sớm nhất kể từ khi Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng biết được sự kiện bảo hiểm và cung cấp các chứng từ theo quy định để giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Thời hạn nộp đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tới Công ty tối đa là một năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, thời gian 1 năm này không bao gồm thời gian trì hoãn do các trở ngại khách quan và sự kiện bất khả kháng.

18.3. Hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm

- a) Các tài liệu cần cung cấp trong trường hợp giải quyết Quyền lợi tử vong, gồm:
- Bộ Hợp đồng bảo hiểm. Nếu bộ Hợp đồng bảo hiểm bị mất, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Công ty theo mẫu có sẵn;
 - Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty;
 - Bảng chứng về sự kiện tử vong (Trích lục chứng tử và/hoặc biên bản tai nạn, biên bản giải phẫu pháp y (nếu có, trong trường hợp tử vong do tai nạn));
 - Bản sao giấy tờ tùy thân của người nhận quyền lợi bảo hiểm (CMND/hoặc hộ chiếu/thẻ căn cước/giấy phép lái xe...);
 - Tài liệu chứng minh quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm (nếu có) như giấy tờ chứng minh mối quan hệ với Người được bảo hiểm, văn bản thỏa thuận phân chia tài sản thừa kế, ...
- b) Các tài liệu cần cung cấp trong trường hợp giải quyết Quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn, gồm:
- Bộ Hợp đồng bảo hiểm. Nếu bộ Hợp đồng bảo hiểm bị mất, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Công ty theo mẫu có sẵn;
 - Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty;
 - Bảng chứng về Thương tật toàn bộ vĩnh viễn (Kết quả giám định tình trạng thương tật do Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố cấp, và/hoặc biên bản tai nạn (nếu có, trong trường hợp thương tật do tai nạn)), hoặc tóm tắt trích lục bệnh án của Bệnh viện;
 - Bản công chứng, chứng thực hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng (bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt) cho trường hợp khám và điều trị ở nước ngoài;
 - Bản sao giấy tờ tùy thân của người nhận quyền lợi bảo hiểm (CMND/hoặc hộ chiếu/thẻ căn cước/giấy phép lái xe...)
- c) Các tài liệu cần cung cấp trong trường hợp giải quyết Quyền lợi miễn đóng phí, nếu Bên mua bảo hiểm có lựa chọn Quyền lợi miễn đóng phí theo thông tin được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm, gồm:

- Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty;
 - Tóm tắt bệnh án hoặc bản sao hồ sơ bệnh án (sổ khám bệnh và các chứng từ y tế liên quan đến việc khám, chẩn đoán và điều trị) có chẩn đoán bệnh hiểm nghèo được cấp bởi Bệnh viện/cơ sở y tế;
 - Hồ sơ bệnh án và chứng từ nằm viện (giấy ra viện, bản kê chi tiết viện phí điều trị, biên lai, hóa đơn viện phí);
 - Bản công chứng, chứng thực hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng (bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt) cho trường hợp khám và điều trị ở nước ngoài;
 - Ngoài các giấy tờ nêu trên, Công ty có quyền yêu cầu cung cấp thêm các bằng chứng hoặc giấy tờ cần thiết khác để giúp cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Chi phí cung cấp các chứng từ hoặc giấy tờ này do Công ty chi trả.
- d) Các tài liệu cần cung cấp trong trường hợp giải quyết Quyền lợi tiền mặt định kỳ và Quyền lợi đáo hạn, gồm:
- Bộ Hợp đồng bảo hiểm (trường hợp nhận quyền lợi đáo hạn). Nếu bộ Hợp đồng bị mất, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Công ty theo mẫu có sẵn;
 - Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty;
 - Bản sao giấy tờ tùy thân của người nhận quyền lợi bảo hiểm (CMND/hoặc hộ chiếu/thẻ căn cước/giấy phép lái xe...)

18.4. Nghĩa vụ chứng minh

Sau khi nhận được đầy đủ hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm, nếu Công ty từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm thì Công ty phải nêu rõ lý do từ chối bằng văn bản cho người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

18.5. Thời gian giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm trong vòng 5 ngày làm việc đối với Quyền lợi đáo hạn và tối đa không quá 30 ngày đối với các quyền lợi khác kể từ ngày Công ty nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ.

Nếu việc trì hoãn chi trả là do lỗi Công ty thì Công ty sẽ trả thêm tiền lãi của số tiền này. Mức lãi suất áp dụng cho khoản chi trả chậm này bằng với lãi suất đối với phần tạm ứng từ Giá trị hoàn lại do Công ty công bố tại từng thời điểm trên website của Công ty.

PHỤ LỤC

DANH SÁCH BỆNH HIỂM NGHÈO

1. Ung thư (bao gồm Ung thư biểu mô tại chỗ, Ung thư giai đoạn đầu và Ung thư đe dọa tính mạng)
2. Đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ
3. Cây máy tạo nhịp tim/Cây máy khử rung tim
4. Phẫu thuật cắt bỏ một bên thận/Suy thận cấp
5. Đặt lưu dẫn não thất/Phẫu thuật phình động mạch não
6. Bệnh thiếu máu bất sản
7. Bệnh gan giai đoạn cuối
8. Bệnh phổi giai đoạn cuối
9. Suy thận giai đoạn cuối
10. Mất thính lực
11. Ghép nội tạng chính
12. Cây ghép tủy xương
13. Viêm gan siêu vi tối cấp
14. Bệnh Lupus đỏ hệ thống có biến chứng viêm thận do Lupus
15. Bệnh nang tủy thận
16. Bệnh nặng giai đoạn cuối
17. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành
18. Bệnh nhồi máu cơ tim
19. Phẫu thuật thay thế van tim
20. Tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát
21. Bệnh cơ tim
22. Phẫu thuật động mạch chủ
23. Bệnh Alzheimer
24. Phẫu thuật sọ não
25. U não lành tính
26. Hôn mê
27. Bệnh tế bào thần kinh vận động
28. Bệnh đa xơ cứng
29. Bệnh teo cơ
30. Bệnh Parkinson
31. Đột quỵ
32. Viêm đa khớp dạng thấp nặng
33. Viêm màng não do vi khuẩn
34. Mất khả năng phát âm
35. Bỏng nặng
36. Chấn thương sọ não nghiêm trọng
37. Viêm não
38. Bệnh bại liệt

ĐỊNH NGHĨA BỆNH HIỂM NGHÈO**1. Ung thư (bao gồm Ung thư biểu mô tại chỗ, Ung thư giai đoạn đầu và Ung thư đe dọa tính mạng)**

- a) Ung thư biểu mô tại chỗ tại các vị trí sau: Vú, tử cung, ống dẫn trứng, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, đại tràng, trực tràng, dương vật, tinh hoàn, phổi, dạ dày, bàng quang hoặc vòm họng. Ung thư biểu mô tại chỗ phải được chẩn đoán xác định dựa trên bằng chứng mô học dưới kính hiển vi.

Ung thư biểu mô tại chỗ (CIS) là sự tự phát triển mới và khu trú của các tế bào ung thư biểu mô nhưng chưa xâm lấn vào các mô bình thường. Xâm lấn là sự chủ động xâm nhập/phá hủy các mô bình thường bên ngoài màng đáy.

- b) Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn đầu có kết quả giải phẫu bệnh lý được phân loại TNM như T1a và T1b hoặc phân loại tương đương trừ khi đã được bảo hiểm dưới phân loại xâm lấn như đã nêu trên;
- c) Ung thư biểu mô vi thể dạng nhú của tuyến giáp được phân loại T1N0M0 và có đường kính khối u dưới 1 cm;
- d) Ung thư bạch cầu hệ tân bào mãn tính thuộc nhóm I, II của bảng phân loại RAI.
- e) Khối u ác tính được đặc trưng bởi sự tăng trưởng và lan rộng không thể kiểm soát được của những tế bào ác tính, xâm lấn và phá hủy những mô lành xung quanh.

Bệnh phải được chẩn đoán xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh lý thực hiện bởi một Bác sỹ chuyên khoa giải phẫu bệnh hoặc ung thư học đang làm việc hợp pháp tại Cơ sở y tế.

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

- a) Trong trường hợp ung thư cổ tử cung, xét nghiệm tế bào cổ tử cung là không đủ căn cứ và cần được kèm theo khoét chóp hoặc soi cổ tử cung cùng với các báo cáo sinh thiết cổ tử cung cho thấy rõ ràng sự hiện diện của CIS. Loại trừ trường hợp chẩn đoán lâm sàng hoặc dị sản cổ tử cung (CIN) bao gồm CIN I, CIN II hoặc HSIL (loạn sản nặng chưa có ung thư biểu mô tại chỗ)
- b) Ung thư biểu mô tại chỗ ở hệ thống mật và da.
- c) Tăng sinh tế bào sừng, ung thư da tế bào nền và tế bào vảy, và những khối u ác tính với chiều dày dưới 1,5 mm theo bảng phân loại chiều dày của Breslow, hoặc dưới mức độ Clark 3 theo bảng phân loại của Clark; trừ khi có bằng chứng của di căn;
- d) Ung thư bạch cầu lympho mãn tính được phân loại từ giai đoạn RAI 0 trở xuống của bảng phân loại RAI;
- e) Tất cả các loại u, bướu ở người bị nhiễm HIV.

2. Đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ

Đặt màng lọc tĩnh mạch chủ: Người được bảo hiểm phải trải qua phẫu thuật đặt màng lọc tĩnh mạch chủ được chỉ định do bị thuyên tắc mạch máu phổi tái phát nhiều lần. Phẫu thuật đặt màng lọc tĩnh mạch chủ phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận là cần thiết.

3. Cây máy tạo nhịp tim/Cây máy khử rung tim

- Cây máy tạo nhịp tim: Người được bảo hiểm được chẩn đoán xác định việc cấy máy tạo nhịp tim là cần thiết bởi Bác sĩ chuyên khoa tim mạch nhằm điều trị các rối loạn nhịp tim nguy hiểm và không thể điều trị được bằng phương pháp khác.
- Cây máy khử rung: Người được bảo hiểm được chẩn đoán xác định việc cấy máy khử rung là cần thiết bởi Bác sĩ chuyên khoa tim mạch nhằm điều trị các rối loạn nhịp tim nguy hiểm và không thể điều trị được bằng phương pháp khác.

4. Phẫu thuật cắt bỏ một bên thận/Suy thận cấp

Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn một bên thận trong trường hợp cần được thực hiện do bệnh hoặc tai nạn. Sự cần thiết của phẫu thuật cắt bỏ một bên thận phải được xác nhận bởi một Bác sĩ chuyên khoa thận. Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong những trường hợp sau đây:

- Thận còn lại hoàn toàn bình thường về cấu trúc và chức năng; hoặc
- Hiến thận.

Suy thận cấp là tình trạng hai thận của Người được bảo hiểm bị suy chức năng tạm thời và phải được điều trị bằng chạy thận nhân tạo. Người được bảo hiểm phải trải qua ít nhất ba (03) chu kỳ lọc thận nhân tạo.

5. Đặt dẫn lưu não thất/Phẫu thuật phình động mạch não

- Đặt dẫn lưu não thất: Người được bảo hiểm được Bác sĩ chuyên khoa thần kinh chỉ định là cần phải đặt dẫn lưu não thất để giải phóng áp lực nội sọ do tăng tích tụ dịch não tủy.
- Phẫu thuật phình mạch máu não: Người được bảo hiểm phải trải qua phẫu thuật mở hộp sọ để điều trị phình mạch nội sọ hoặc để loại bỏ mạch máu não dị dạng. Việc phẫu thuật này phải được chỉ định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong trường hợp điều trị bằng ống thông nội mạch.

6. Bệnh thiếu máu bất sản

Tủy xương của Người được bảo hiểm bị suy giảm khả năng tạo máu kéo dài khiến

cho Người được bảo hiểm bị thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu và Người được bảo hiểm cần được điều trị bằng ít nhất một trong các phương pháp sau:

- a) Truyền các thành phần của máu;
- b) Sử dụng thuốc kích thích tủy xương;
- c) Sử dụng thuốc ức chế miễn dịch;
- d) Ghép tủy xương

Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sỹ chuyên khoa huyết học.

7. Bệnh gan giai đoạn cuối

Bệnh suy gan giai đoạn cuối được biểu hiện bởi tất cả những dấu hiệu sau đây:

- a) Vàng da kéo dài;
- b) Báng bụng hay cổ trướng; và
- c) Bệnh não do gan.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong những trường hợp bệnh gan thứ phát do rượu hoặc ma túy.

8. Bệnh phổi giai đoạn cuối

Bệnh phổi giai đoạn cuối gây ra suy hô hấp mạn tính. Chẩn đoán xác định bệnh phải bao gồm tất cả những điều kiện sau:

- a) Kết quả đo thể tích khí thở ra gắng sức trong giây đầu (FEV1) luôn luôn thấp hơn một (01) lít;
- b) Luôn cần liệu pháp ô-xy hỗ trợ do tình trạng thiếu ô-xy máu;
- c) Kết quả phân tích khí máu động mạch với áp lực ô-xy bán phần từ 55mmHg trở xuống ($PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$);
- d) Khó thở ngay cả khi nghỉ ngơi.

Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sỹ chuyên khoa hô hấp.

9. Suy thận giai đoạn cuối

Tình trạng hai thận của Người được bảo hiểm bị suy giảm chức năng vĩnh viễn và không hồi phục khiến cho Người được bảo hiểm phải được điều trị bằng chạy thận nhân tạo suốt đời hoặc phẫu thuật ghép thận.

10. Mất thính lực

Mất vĩnh viễn và không thể phục hồi chức năng nghe của cả hai tai do tai nạn hoặc bệnh lý. Chẩn đoán bệnh phải được xác định trên cơ sở kết quả đo thính lực đồ và các thử nghiệm ngưỡng âm thanh được thực hiện và xác định bởi Bác sỹ chuyên khoa tai mũi họng.

Mất thính lực hoàn toàn là khi không thể nghe được ít nhất tám mươi (80) decibels ở mọi tần số của âm thanh (có hoặc không có sự hỗ trợ) của cả hai tai.

11. Ghép nội tạng chính

Người được bảo hiểm được ghép nội tạng từ người khác để duy trì chức năng của những nội tạng đã bị tổn thương hoàn toàn và không thể hồi phục, bao gồm:

- a) Tim;
- b) Phổi;
- c) Gan;
- d) Thận; và
- e) Tụy

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong những trường hợp ghép nội tạng khác ngoài những nội tạng nêu trên, ghép tế bào gốc, ghép tế bào tiểu đảo và cấy ghép một phần nội tạng.

12. Cấy ghép tủy xương

Cấy ghép tế bào gốc tạo máu bình thường từ tủy xương của người hiến tặng vào tủy xương của Người được bảo hiểm.

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

13. Viêm gan siêu vi tối cấp

Bệnh viêm gan do siêu vi trùng làm hoại tử phần lớn nhu mô của gan, dẫn đến hội chứng suy gan tối cấp. Bệnh được chẩn đoán xác định dựa trên tất cả những tiêu chuẩn sau đây:

- a) Thê tích gan giảm nhanh;
- b) Hoại tử toàn bộ các phân thùy gan, chỉ còn khung lưới của gan;
- c) Kết quả xét nghiệm cho thấy chức năng gan bị suy giảm nhanh;
- d) Vàng da đậm;
- e) Bệnh não bộ do nguyên nhân từ gan.

14. Bệnh Lupus đỏ hệ thống có biến chứng viêm thận do Lupus

Bệnh Lupus đỏ là một bệnh tự miễn do nhiều yếu tố nguyên nhân tác động vào nhiều hệ thống cơ quan qua cơ chế các tự kháng thể trực tiếp chống lại các kháng nguyên của bản thân các cơ quan. Bệnh Lupus đỏ, theo Hợp đồng này, là bệnh Lupus đỏ đã có biến chứng tại thận với hình ảnh tổn thương nhu mô thận được xác định qua kết quả sinh thiết thận và được phân loại thuộc từ nhóm III đến nhóm V của bệnh viêm thận Lupus theo Bảng phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thấp khớp và miễn dịch.

Phân loại giải phẫu bệnh thận Lupus theo Tổ Chức Y Tế Thế Giới (WHO) như sau:

- Nhóm I – Viêm cầu thận tổn thương tối thiểu
- Nhóm II – Viêm cầu thận tổn thương gian mạch đơn thuần
- Nhóm III - Viêm cầu thận ổ, cục bộ.
- Nhóm IV - Viêm cầu thận tăng sinh lan tỏa.
- Nhóm V - Viêm cầu thận màng.

15. Bệnh nang tủy thận

Là bệnh di truyền ở thận, đặc trưng bởi sự hiện diện của các nang trong tủy thận, teo ống thận và xơ hóa mô kẽ, với các biểu hiện lâm sàng của bệnh thiếu máu và đái tháo nhạt, tiến triển đến suy thận mạn tính. Bệnh được chẩn đoán xác định qua kết quả sinh thiết thận.

16. Bệnh nặng giai đoạn cuối

Khi Người được bảo hiểm được chẩn đoán xác định là mắc bệnh không thể chữa khỏi và tiên lượng sẽ tử vong trong vòng mười hai (12) tháng. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa và Bác sĩ do Công ty chỉ định xác nhận.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong các trường hợp bệnh có liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến nhiễm HIV.

17. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành

Người được bảo hiểm phải trải qua phẫu thuật mở lồng ngực để ghép nối vượt qua chỗ hẹp hoặc tắc nghẽn của một hoặc nhiều động mạch vành. Bệnh được chẩn đoán xác định bằng hình ảnh tắc nghẽn hơn năm mươi phần trăm (50%) động mạch vành trên phim chụp mạch vành có thuốc cản quang, và chỉ định mổ bắc cầu động mạch vành được xem là cần thiết về mặt y khoa và do Bác sĩ chuyên khoa tim mạch chỉ định.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong những trường hợp sau đây:

- a) Điều trị chỗ hẹp hoặc tắc nghẽn bằng phương pháp chèn ống đỡ động mạch (stent) hoặc các phương pháp nong mạch vành qua ống thông nội mạch;
- b) Dùng tia laser để điều trị chỗ hẹp hoặc tắc nghẽn.

18. Bệnh nhồi máu cơ tim

Là hoại tử một phần cơ tim do giảm lượng máu nuôi đến vùng cơ tim đó. Bệnh xảy ra lần đầu tiên, chẩn đoán xác định phải dựa trên cơ sở có ít nhất ba (03) trong bốn (04) tiêu chuẩn sau đây:

- a) Cơn đau thắt ngực điển hình của bệnh nhồi máu cơ tim khiến Người được bảo hiểm phải nhập viện điều trị;
- b) Điện tâm đồ có những dấu hiệu mới xuất hiện liên quan đến nhồi máu cơ tim;

- c) Men tim CK-MB tăng cao có giá trị chẩn đoán, hoặc lượng Troponin T > 1 mcg/L (1 ng/ml) hoặc AccuTnl > 0,5 ng/ml hoặc ngưỡng tương đương với các phương pháp định lượng Troponin I khác;
- d) Phân suất tổng máu của tâm thất trái dưới 50%, khi được đánh giá sau ba (03) tháng hoặc trễ hơn kể từ ngày nhồi máu cơ tim xảy ra.

Loại trừ các hội chứng mạch vành cấp tính khác, bao gồm đau thắt ngực không ổn định, tổn thương cơ tim vi thể và nhỏ.

19. Phẫu thuật thay thế van tim

Người được bảo hiểm phải trải qua phẫu thuật tim hở để thay thế những bất thường của van tim, những bất thường này không thể sửa chữa bằng các phương pháp thông ống động mạch đơn thuần. Chẩn đoán xác định van tim bất thường phải dựa trên kết quả thông tim hoặc siêu âm tim và chỉ định phẫu thuật tim hở để thay thế van tim này phải được Bác sĩ chuyên khoa tim mạch đánh giá là cần thiết về mặt y khoa.

20. Tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát

Tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát là sự tăng bệnh lý áp lực động mạch phổi do rối loạn cấu trúc, chức năng hoặc tuần hoàn của phổi dẫn đến phì đại tâm thất phải. Bệnh dẫn đến suy giảm thể chất vĩnh viễn với mức độ tối thiểu là suy tim mức độ bốn (04) theo Bảng phân loại suy tim của Hiệp hội Tim mạch New York (NYHA). Phải có bằng chứng cho thấy áp lực trung bình của động mạch phổi duy trì trên 30 mmHg trong thời gian ít nhất là 6 tháng.

21. Bệnh cơ tim

Biểu hiện bằng sự suy giảm chức năng của tâm thất không rõ nguyên nhân, dẫn đến sự suy giảm thể chất vĩnh viễn và không thể phục hồi tương ứng với suy tim mức độ bốn (04) trong Bảng phân loại Suy tim của Hiệp hội Tim mạch New York. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa tim mạch và được củng cố bởi các kết quả xét nghiệm thích hợp bao gồm siêu âm tim.

Suy tim mức độ bốn (04) theo Bảng phân loại suy tim của Hiệp hội Tim mạch New York có nghĩa là bệnh nhân có triệu chứng suy tim như mệt, khó thở ngay trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày hoặc ngay cả khi nghỉ ngơi, mặc dù đang dùng thuốc và điều chỉnh chế độ ăn uống thích hợp, và có triệu chứng suy giảm chức năng tâm thất trên khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong những trường hợp bệnh cơ tim do rượu hoặc ma túy.

22. Phẫu thuật động mạch chủ

Người được bảo hiểm phải trải qua phẫu thuật mở lồng ngực hay ổ bụng để điều trị

túi phình động mạch chủ, hẹp hay tắc nghẽn lòng động mạch chủ hoặc bóc tách động mạch chủ. Động mạch chủ được đề cập ở đây chỉ bao gồm động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng, không bao gồm các nhánh phụ.

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

- a) Phẫu thuật nhánh phụ của động mạch chủ;
- b) Phẫu thuật động mạch chủ do chấn thương; hoặc chỉ thực hiện những kỹ thuật ít xâm lấn; hoặc chỉ đặt ống nong động mạch chủ.

23. Bệnh Alzheimer

Sự giảm sút hay mất khả năng tư duy và trí tuệ được xác định trên cơ sở đánh giá lâm sàng và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh, phát sinh từ bệnh Alzheimer hoặc những tổn thương thực thể không có khả năng hồi phục, dẫn đến suy giảm đáng kể chức năng tâm thần và xã hội, đòi hỏi phải có người chăm sóc và giám sát liên tục. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh và được Bác sĩ y khoa do Công ty chỉ định đồng ý.

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

- a) Những bệnh không phải tổn thương thực thể như chứng loạn thần kinh và các bệnh tâm thần; và
- b) Những rối loạn của não hoặc tổn thương não liên quan đến việc sử dụng rượu hoặc ma túy.

24. Phẫu thuật sọ não

Người được bảo hiểm phải trải qua phẫu thuật não có mở hộp sọ sau khi đã được gây mê toàn thân. Phẫu thuật não bằng phương pháp mổ nội soi cũng thuộc phạm vi bảo hiểm. Phẫu thuật não phải được chỉ định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong những trường hợp:

- a) Điều trị bằng các phương pháp ít xâm lấn không có vết rạch phẫu thuật để bộc lộ mục tiêu, như chiếu xạ bằng tia gamma, hoặc phương pháp phóng xạ can thiệp gây thuyên tắc mạch máu não, làm tan huyết khối hoặc sinh thiết mô; và
- b) Phẫu thuật sọ não do tai nạn

25. U não lành tính

Khối u lành tính trong não thỏa các điều kiện sau:

- Đe dọa đến tính mạng;
- Đã gây tổn thương cho não;
- Đã được phẫu thuật cắt bỏ, hoặc không thể phẫu thuật, đã gây ra di chứng thần kinh kéo dài ít nhất sáu (06) tháng liên tục;

- Khối u não phải được xác nhận bởi Bác sỹ chuyên khoa thần kinh hoặc Bác sỹ phẫu thuật thần kinh, dựa trên hình ảnh u não trên phim Cộng hưởng từ nhân hoặc phim Chụp cắt lớp não (CT) hoặc các kết quả xét nghiệm hình ảnh học đáng tin cậy khác

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

- a) Nang trong não;
- b) Ô tụ mũ (áp-xe) trong não;
- c) U hạt trong não;
- d) Dị dạng mạch máu não;
- e) Khối máu tụ trong não; và
- f) U tuyến yên hoặc u tủy sống, hoặc u thần kinh thính giác

26. Hôn mê

Tình trạng bất tỉnh kéo dài ít nhất chín mươi sáu (96) giờ liên tục. Việc chẩn đoán xác định phải bao gồm tất cả những dấu hiệu sau:

- Không có phản ứng với những kích thích bên ngoài hay những nhu cầu bên trong cơ thể;
- Cần sự trợ giúp của các biện pháp hỗ trợ để duy trì sự sống trong ít nhất là chín mươi sáu (96) giờ; và
- Bị tổn thương não và để lại di chứng thần kinh khiến cho mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện ba (03) trong sáu (06) “chức năng sinh hoạt hàng ngày” ít nhất là ba mươi (30) ngày kể từ khi bắt đầu tình trạng hôn mê.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong những trường hợp hôn mê do rượu hoặc ma túy.

27. Bệnh tế bào thần kinh vận động

Bệnh do tình trạng thoái hóa tiến triển của các vùng vỏ não và các tế bào sừng trước, hoặc các tế bào thần kinh ly tâm hành tủy khiến cho Người được bảo hiểm bị teo cơ cột sống, liệt hành tủy từ từ, xơ cứng bên teo cơ và xơ cứng nguyên phát. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sỹ chuyên khoa thần kinh, dựa trên cơ sở những di chứng thần kinh là vĩnh viễn không thể phục hồi.

28. Bệnh đa xơ cứng

Sự xuất hiện rõ ràng của bệnh đa xơ cứng. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sỹ chuyên khoa thần kinh và bao gồm tất cả các điều kiện sau:

- Các kết quả hình ảnh học như Cộng hưởng từ nhân, Chụp cắt lớp điện toán hoặc những xét nghiệm hình ảnh học đáng tin cậy khác xác định chắc chắn là bệnh đa xơ cứng;
- Các dấu hiệu tổn thương thần kinh tồn tại liên tục ít nhất sáu (06) tháng; và
- Hồ sơ y khoa ghi nhận có các đợt tăng nặng và thoái lui của các triệu chứng tổn thương thần kinh nêu trên.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong những trường hợp tổn thương thần kinh do bệnh Lupus ban đỏ hệ thống và do nhiễm HIV.

29. Bệnh teo cơ

Là nhóm bệnh thoái hóa di truyền của cơ gây yếu cơ và teo cơ. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sỹ chuyên khoa thần kinh. Bệnh làm cho Người được bảo hiểm mất hoàn toàn khả năng thực hiện ít nhất ba (03) trong sáu (06) “chức năng sinh hoạt hàng ngày” trong khoảng thời gian liên tục từ sáu (06) tháng trở lên.

30. Bệnh Parkinson

Bệnh Parkinson vô căn phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sỹ chuyên khoa thần kinh và bao gồm các tiêu chuẩn sau:

- a) Bệnh không thể kiểm soát được bằng thuốc;
- b) Dấu hiệu tiến triển của quá trình thoái hóa hệ thần kinh trung ương; và
- c) Người được bảo hiểm mất hoàn toàn khả năng thực hiện ít nhất ba (03) trong sáu (06) “chức năng sinh hoạt hàng ngày” trong khoảng thời gian liên tục từ sáu (06) tháng trở lên.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong những trường hợp bị bệnh Parkinson do thuốc hoặc hóa chất.

31. Đột quỵ

Là tai biến mạch máu não bao gồm nhồi máu não, xuất huyết não và xuất huyết dưới nhện, tắc mạch máu não và huyết khối mạch máu não. Chẩn đoán xác định bệnh phải bao gồm tất cả những điều kiện sau:

- Bằng chứng có tổn thương thần kinh vĩnh viễn, với một trong những khiếm khuyết sau:
 - o Mất toàn bộ và vĩnh viễn chức năng vận động của một hoặc nhiều chi;
 - o Mất vĩnh viễn khả năng nói do tổn thương trung tâm thần kinh trong não; hoặc
 - o Mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất ba (03) trong sáu (06) “chức

năng sinh hoạt hàng ngày” mà không có sự giúp đỡ của người khác

Chẩn đoán xác định dấu hiệu tổn thương thần kinh này phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh, thực hiện sau thời gian bị tai biến ít nhất sáu (06) tuần; và

- Hình ảnh tổn thương não trên các kết quả Chụp cộng hưởng từ (MRI) và Chụp cắt lớp sọ não (CT), hoặc các kết quả xét nghiệm hình ảnh học đáng tin cậy khác, phù hợp với chẩn đoán xác định của cơn đột quy mới.

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

- a) Các cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua và bất kỳ dấu chứng thần kinh định vị nào có hồi phục;
- b) Tổn thương não do tai nạn hoặc chấn thương bên ngoài, nhiễm trùng, viêm mạch máu, viêm và đau nửa đầu;
- c) Bệnh mạch máu ảnh hưởng đến mắt hay thần kinh thị giác; và
- d) Các rối loạn thiếu máu cục bộ của hệ thống tiền đình

32. Viêm đa khớp dạng thấp nặng

Là tình trạng hủy hoại khớp lan rộng gây ra các biến dạng lâm sàng nghiêm trọng ảnh hưởng đến tối thiểu ba (03) trong số các nhóm khớp sau:

- Các khớp bàn tay;
- Các khớp khuỷu tay;
- Các khớp cột sống cổ;
- Các khớp gối;
- Các khớp cổ chân.

Chẩn đoán xác định bệnh phải bao gồm tất cả các tiêu chuẩn sau:

- Cứng khớp buổi sáng;
- Viêm khớp đối xứng;
- Hiện diện các nốt thấp (Rheumatoid nodules);
- Các yếu tố dạng thấp (Rheumatoid factor) tăng cao; và
- Hình ảnh khớp xương bị phá hủy trên phim X-quang.

Viêm khớp dạng thấp nặng khiến cho Người được bảo hiểm không có khả năng thực hiện ít nhất ba (03) trong sáu (06) “chức năng sinh hoạt hàng ngày” trong khoảng thời gian liên tục ít nhất là sáu (06) tháng.

Chẩn đoán bệnh và đánh giá mức độ nặng của bệnh có thể được xác định bằng việc kiểm tra y tế độc lập bởi Bác sĩ chuyên khoa về khớp do Công ty chỉ định.

33. Viêm màng não do vi khuẩn



Bệnh do vi khuẩn gây ra tình trạng viêm màng não hoặc màng tủy sống, để lại di chứng thần kinh nghiêm trọng không hồi phục và kéo dài ít nhất sáu (6) tuần. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh và trên cơ sở có sự hiện diện của vi khuẩn trong dịch não tủy qua kết quả chọc dò tủy sống.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong những trường hợp viêm màng não trên những người nhiễm HIV.

34. Mất khả năng phát âm

Tình trạng dây thanh âm bị chấn thương hay bệnh lý khiến Người được bảo hiểm mất hoàn toàn và không thể phục hồi khả năng phát âm trong khoảng thời gian ít nhất mười hai (12) tháng liên tục. Chẩn đoán xác định bệnh phải dựa trên cơ sở các chứng cứ y khoa được Bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng xác nhận.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong những trường hợp mất khả năng phát âm do bệnh tâm thần.

35. Bỏng nặng

Bỏng độ ba (3) (bỏng hết các lớp của da) trên diện tích da tối thiểu là hai mươi phần trăm (20%) diện tích da của toàn cơ thể, tính theo Biểu đồ bề mặt cơ thể của Lund & Browder.

36. Chấn thương sọ não nghiêm trọng

Chấn thương đầu do tai nạn dẫn đến di chứng thần kinh vĩnh viễn và không thể phục hồi, được đánh giá ít nhất sáu (06) tuần sau khi xảy ra tai nạn. Chẩn đoán được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh, dựa trên cơ sở hình ảnh tổn thương não trên hình ảnh Cộng hưởng từ nhân não (MRI) hoặc trên phim Chụp cắt lớp não (CT), hoặc các kết quả xét nghiệm hình ảnh học đáng tin cậy khác.

Tai nạn ở đây là một sự kiện bất ngờ được gây ra bởi một vật hay một lực từ bên ngoài gây ra chấn thương trên cơ thể Người được bảo hiểm, tai nạn phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và độc lập với bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra chấn thương sọ não cho Người được bảo hiểm.

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

- a) Chấn thương tủy sống; và
- b) Chấn thương đầu do những nguyên nhân khác.

37. Viêm não

Tình trạng viêm ở mức độ nặng của bán cầu đại não, thân não hoặc tiểu não do siêu vi trùng gây ra và để lại các di chứng thần kinh vĩnh viễn. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh, và các di chứng thần kinh phải

kéo dài ít nhất sáu (06) tuần.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong những trường hợp viêm não trên những người nhiễm HIV.

38. Bệnh bại liệt

Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sỹ chuyên khoa thần kinh và bao gồm các tiêu chuẩn sau:

- a) Nguyên nhân là do siêu vi sốt bại liệt (poliovirus) gây ra;
- b) Liệt các cơ ở chi hoặc các cơ hô hấp, trong khoảng thời gian liên tục từ ba (3) tháng trở lên.

Trong phụ lục này, sáu (06) chức năng sinh hoạt hàng ngày bao gồm :

- a) Tắm rửa - có khả năng tự tắm rửa ở bồn tắm, buồng tắm đứng hoặc các hình thức khác, bao gồm cả việc ra và vào bồn tắm hoặc buồng tắm đứng;
- b) Mặc quần áo – có khả năng mặc và cởi quần áo, thắt và tháo dây đai, trang phục, niềng răng, chân tay giả hoặc các dụng cụ chỉnh hình khác;
- c) Dịch chuyển – có khả năng dịch chuyển lên hoặc xuống giường, ghế hoặc xe lăn;
- d) Di động – Khả năng di chuyển từ nơi này qua nơi khác trong nhà và trên bề mặt bằng phẳng;
- e) Vệ sinh – có khả năng sử dụng nhà vệ sinh, kiểm soát cả các chức năng đại tiện và tiểu tiện, hoặc duy trì vệ sinh cá nhân ở mức độ hợp lý khi không thể kiểm soát được chức năng đại tiện hoặc tiểu tiện hoặc cả hai chức năng này;
- f) Ăn uống – có khả năng tự đưa thức ăn đã làm sẵn từ bát, đĩa vào miệng.