

QUY TẮC ĐIỀU KHOẢN

SẢN PHẨM BẢO HIỂM HỖ TRỢ ĐÓNG PHÍ BỆNH HIỂM NGHÈO

QUY TẮC ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM HỖ TRỢ ĐÓNG PHÍ BỆNH HIỂM NGHÈO

*(Được phê chuẩn theo công văn số: 12116/BTC-QLBH ngày 10/10/2019,
sửa đổi lần 1 theo quyết định số 007/2024/MAP-QĐ của
Tổng Giám đốc Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Mirae Asset Prévoir ngày 29/08/2024)*

Đây là Quy tắc điều khoản của sản phẩm Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo (sau đây gọi tắt là **“Quy tắc điều khoản”**)

Xin Quý khách hàng vui lòng kiểm tra và đọc kỹ tất cả các điều kiện, điều khoản của Quy tắc điều khoản này (đặc biệt là các quy định về quyền lợi bảo hiểm, các loại trừ bảo hiểm, Phí bảo hiểm, và các yêu cầu có liên quan), Giấy chứng nhận bảo hiểm, và các tài liệu được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm để đảm bảo chắc chắn rằng Quý khách hàng đã hiểu rõ Quy tắc điều khoản này và Hợp đồng bảo hiểm. Chúng tôi luôn sẵn sàng giải đáp cho Quý khách hàng mọi thắc mắc có liên quan đến Quy tắc điều khoản này và Hợp đồng bảo hiểm.

Việc Quý khách hàng ký vào Giấy yêu cầu bảo hiểm là bằng chứng xác nhận việc Quý khách hàng đã hiểu rõ và chấp nhận tất cả quy định và nội dung của Quy tắc điều khoản này và của Hợp đồng bảo hiểm.

Cam kết dịch vụ của chúng tôi

Chúng tôi mong muốn cung cấp cho Quý khách hàng các dịch vụ đạt tiêu chuẩn chất lượng cao nhất và giải quyết mọi khiếu nại phát sinh từ Hợp đồng bảo hiểm một cách trung thực, công bằng và nhanh chóng.

MỤC LỤC

Điều 1.	Quy định chung.....	4
Điều 2.	Quyền lợi bảo hiểm	4
Điều 3.	Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm	4
Điều 4.	Phí bảo hiểm, định kỳ đóng phí và gia hạn đóng phí bảo hiểm	5
Điều 5.	Khôi phục hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo.....	6
Điều 6.	Trách nhiệm kê khai, cung cấp và bảo mật thông tin	6
Điều 7.	Kê khai sai tuổi, giới tính.....	8
Điều 8.	Cập nhật thông tin cá nhân	9
Điều 9.	Giải quyết quyền lợi bảo hiểm	9
Điều 10.	Chấm dứt hiệu lực	10
Phụ lục 1:	Các định nghĩa.....	12
Phụ lục 2:	Danh sách và định nghĩa Bệnh hiểm nghèo.....	15

Điều 1. Quy định chung

- 1.1. 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 hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo.
- 1.2. Sản phẩm Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo là sản phẩm không chia lãi, không có giá trị hoàn lại và không có quyền lợi đáo hạn.

Điều 2. Quyền lợi bảo hiểm

- 2.1. Trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo, nếu Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc phải Bệnh hiểm nghèo quy định tại Phụ lục 2 Quy tắc điều khoản này, Công ty sẽ miễn thu phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm chính và các Hợp đồng bảo hiểm đính kèm khác được chấp thuận miễn đóng phí trong cùng Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).
Nếu Hợp đồng bảo hiểm chính là hợp đồng bảo hiểm liên kết đầu tư, Công ty sẽ đóng:
 - Một khoản phí bằng với phí bảo hiểm cơ bản của sản phẩm liên kết đầu tư; và
 - Phí bảo hiểm của các Hợp đồng bảo hiểm đính kèm khác được chấp thuận miễn đóng phí trong cùng Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).
- 2.2. Quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả kể từ Ngày đến hạn đóng phí tiếp theo ngay sau khi Người được bảo hiểm Chẩn đoán mắc phải Bệnh hiểm nghèo và sẽ kết thúc khi một trong các sự kiện dưới đây xảy ra:
 - Hợp đồng bảo hiểm chính chấm dứt hiệu lực; hoặc
 - Kết thúc thời hạn đóng phí của Hợp đồng bảo hiểm chính hoặc Thời hạn đóng phí cơ bản dự kiến (nếu có) của Hợp đồng bảo hiểm chính, tùy thời gian nào kết thúc trước; hoặc
 - Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này chấm dứt hiệu lực.
- 2.3. Đồng thời với việc chi trả quyền lợi bảo hiểm này, các Hợp đồng bảo hiểm đính kèm không được chấp thuận miễn đóng phí và tất cả sản phẩm bảo hiểm miễn đóng phí/ từ bỏ thu phí được đính kèm trong cùng Hợp đồng bảo hiểm này cũng sẽ chấm dứt hiệu lực từ Ngày đến hạn đóng phí tiếp theo ngay sau khi Người được bảo hiểm Chẩn đoán mắc phải Bệnh hiểm nghèo.

Điều 3. Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

- 3.1 Công ty sẽ không chi trả các quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này nếu Người được bảo hiểm được Chẩn đoán bệnh vì một trong những nguyên nhân sau:
 - a) Bệnh có sẵn, trừ khi thông tin về Bệnh có sẵn đã được cung cấp đầy đủ và trung thực cho Công ty và được Công ty chấp nhận cụ thể hoặc trừ khi đó là các Bệnh có sẵn không ảnh hưởng đến việc chấp nhận bảo hiểm hoặc chấp nhận yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo; hoặc
 - b) Bệnh hiểm nghèo đã xảy ra với Người được bảo hiểm trước Ngày hiệu lực hoặc trước ngày khôi phục hiệu lực của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau; hoặc
 - c) Hành vi cố ý, hành vi cố ý phạm tội của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng; hoặc
 - d) Người được bảo hiểm tự tử, tự làm tổn thương chính mình hoặc tự gây ra Tai nạn dù trong tình trạng tỉnh táo hay do bất kỳ rối loạn tâm thần nào; hoặc
 - e) Nhiễm HIV hoặc các bệnh liên quan đến AIDS, ngoại trừ trong các trường hợp được bảo hiểm cụ thể bởi Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này 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; hoặc
 - f) Chiến tranh (tuyên bố hoặc không được tuyên bố), khủng bố, nội chiến, bạo loạn, hoặc các hành động thù địch tương tự; hoặc

- g) Người được bảo hiểm sử dụng bất kỳ chất có cồn nào (bao gồm cả bia), loại chất gây nghiện, ma túy, thuốc kích thích vượt mức cho phép theo quy định pháp luật; hoặc
 - h) Tham gia vào: các hoạt động bay không phải với tư cách là hành khách có mua vé trên các chuyến bay thương mại có lịch trình bay cụ thể của hãng hàng không, huấn luyện hoặc diễn tập quân sự; các hoạt động nguy hiểm như là: nhảy dù, đua xe hơi /xe máy/xe đạp, đua ngựa hoặc bất kỳ loại đua, săn bắn, đấm bốc, leo núi, nhảy bungee, hoạt động thể thao chuyên nghiệp hoặc hoạt động dưới nước bằng ống thở; hoặc
 - i) Không tuân thủ lời khuyên của Bác sĩ; hoặc thực hiện phẫu thuật theo yêu cầu mà không được chỉ định bởi Bác sĩ chuyên khoa và không Thực sự cần thiết về mặt y khoa (bao gồm phẫu thuật thẩm mỹ) để duy trì hoặc cải thiện tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm; hoặc
 - j) Điều trị các bất thường bẩm sinh, bệnh di truyền và các khuyết tật thể chất từ lúc mới sinh. Bất thường bẩm sinh là những bất thường của thai nhi về cấu trúc, chức năng hoặc chuyển hóa. Bệnh di truyền là bệnh nhiễm sắc thể trong đó các yếu tố gen đóng vai trò trong cơ chế sinh bệnh. Bệnh di truyền có thể là một rối loạn ở cấp độ phân tử, hoặc ở cấp độ nhiễm sắc thể; hoặc
 - k) Điều trị phát sinh do mang thai, sảy thai, phá thai, sinh con, triệt sản, tránh thai cũng như điều trị vô sinh, khó có con, hỗ trợ sinh sản hoặc bất kỳ biện pháp tránh thai và phẫu thuật chuyển đổi giới tính.
- 3.2 Trong trường hợp Sự kiện bảo hiểm xảy ra thuộc điều khoản loại trừ, Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo sẽ chấm dứt hiệu lực và Công ty hoàn lại toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng, không tính lãi, cho Bên mua bảo hiểm sau khi trừ đi:
- Các chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có); và
 - Các quyền lợi bảo hiểm đã thanh toán (nếu có).

Điều 4. Phí bảo hiểm, định kỳ đóng phí và gia hạn đóng phí bảo hiểm

4.1 Phí bảo hiểm, định kỳ đóng phí

- 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) Định kỳ đóng phí của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo 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.
- c) 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.

4.2 Gia hạn đóng phí bảo hiểm

- a) Thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm (“Thời gian gia hạn đóng phí”) là 60 ngày và sẽ bắt đầu kể từ Ngày đến hạn đóng phí nếu Bên mua bảo hiểm không nộp đủ Phí bảo hiểm khi đến hạn. Trong thời gian gia hạn đóng phí, Công ty sẽ không tính lãi đối với các khoản phí chưa thanh toán và Hợp đồng bảo hiểm vẫn duy trì hiệu lực.
- b) Nếu Bên mua bảo hiểm không tiếp tục đóng Phí bảo hiểm khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí, Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo sẽ mất hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí. Bên mua bảo hiểm có thể khôi phục lại hiệu lực của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo theo Điều 5 của Quy tắc điều khoản sản phẩm này.
- c) 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.

Điều 5. Khôi phục hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo

- a) Trong vòng 24 tháng kể từ ngày Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo bị mất hiệu lực do nguyên nhân quy định tại Điều 4.2, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí bệnh hiểm nghèo này nếu đáp ứng được đầy đủ các điều kiện sau đây:
- Bên mua bảo hiểm gửi yêu cầu bằng văn bản đến Công ty yêu cầu khôi phục hiệu lực của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo; và
 - Hợp đồng bảo hiểm chính đã mất hiệu lực và được Công ty chấp thuận khôi phục hiệu lực cùng với Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này (ngoại trừ Công ty có quy định khác); và
 - Bên mua bảo hiểm đóng đầy đủ khoản phí bảo hiểm cho các kỳ phí bảo hiểm chưa đóng của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo, trừ trường hợp Công ty có quy định khác; và
 - 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
 - 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 hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo 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 hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo sẽ bị hủy bỏ; và
 - 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 hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo.
- b) Nếu được Công ty chấp nhận, Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo 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.
- c) Công ty sẽ không giải quyết bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo đối với các Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong giai đoạn kể từ ngày mất hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo cho đến khi Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo được chấp thuận khôi phục.
- d) Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ tuân thủ các điều kiện đã thỏa thuận theo Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo. 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 hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo tự động bị hủy bỏ và Công ty sẽ hoàn trả toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng kể từ ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo, không có lãi, sau khi khấu trừ:
- Các chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có); và
 - Các quyền lợi bảo hiểm đã thanh toán (nếu có).

Điều 6. Trách nhiệm kê khai, cung cấp và bảo mật thông tin

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

Khi giao kết Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo, Công ty có trách nhiệm cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp Công ty cố ý không thực hiện nghĩa vụ cung cấp thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo thì Bên mua bảo hiểm có quyền hủy bỏ Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo. Trong trường hợp này, Công ty sẽ hoàn lại toàn bộ Phí bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm (không có lãi). Ngoài ra, Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu Công ty bồi thường các thiệt hại phát sinh (nếu có).

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

- a) Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) có trách nhiệm kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin cần thiết theo yêu cầu của Công ty để Công ty đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm hoặc khôi phục hiệu lực cho Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo. Việc thăm định sức khỏe, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai trung thực của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) theo quy định tại điều này.
- b) Trường hợp Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) cố ý cung cấp không đầy đủ thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo để được bồi thường, trả tiền bảo hiểm thì Công ty có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp này, Công ty không phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm và sẽ hoàn lại toàn bộ Phí bảo hiểm, không có lãi, cho Bên mua bảo hiểm sau khi trừ đi:
- Các chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có); và
 - Các quyền lợi bảo hiểm đã thanh toán (nếu có).
- Ngoài ra, Công ty có quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm bồi thường thiệt hại phát sinh (nếu có).
- c) Trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) cố ý cung cấp không đầy đủ thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm khôi phục Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo để được bồi thường, trả tiền bảo hiểm thì Công ty có quyền hủy bỏ việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo. Trong trường hợp này, Công ty không phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm kể từ thời điểm Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo được khôi phục hiệu lực và sẽ hoàn lại toàn bộ Phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng kể từ thời điểm đề nghị khôi phục hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo sau khi trừ đi:
- Các chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có) để thực hiện khôi phục hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo; và
 - Các quyền lợi bảo hiểm đã thanh toán kể từ thời điểm khôi phục hiệu lực hợp đồng mà Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có hành vi cố ý cung cấp không đầy đủ thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật.
- Ngoài ra, Công ty có quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm bồi thường thiệt hại phát sinh (nếu có).
- d) Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của 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 hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo 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 điều khoản này.
- e) Trong trường hợp Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo tiếp tục duy trì hiệu lực, Công ty và Bên mua bảo hiểm có thể thỏa thuận về việc thu thêm Phí bảo hiểm hoặc điều chỉnh Số tiền bảo hiểm giảm tương ứng với mức rủi ro (nếu có).

6.3 Trách nhiệm bảo mật thông tin khách hàng của Công ty

6.3.1 Công ty chịu trách nhiệm bảo mật và không được chuyển giao thông tin cá nhân, dữ liệu cá nhân do Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cung cấp tại Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo cho bất kỳ bên thứ ba nào khác, ngoại trừ việc cung cấp thông tin cá nhân, dữ liệu cá nhân đến các đối tượng sau đây để nhằm mục đích thực hiện các mục đích xử lý dữ liệu cá nhân nêu tại Điều 6.3.2 này:

- a) Nhân viên của Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Mirae Asset Prévoir;
- b) Cơ quan thuế vụ Hoa Kỳ;
- c) Hiệp hội Bảo hiểm Việt Nam;

- d) Cơ quan nhà nước có thẩm quyền; và
- e) Cá nhân, tổ chức khác ký kết hợp đồng với Công ty về việc thu thập thông tin cá nhân và xử lý dữ liệu cá nhân.

6.3.2 Mục đích xử lý dữ liệu cá nhân

- a) Để thẩm định và chấp nhận bảo hiểm đối với khách hàng.
- b) Để thực hiện quyền và nghĩa vụ được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm nhưng không giới hạn: tính toán phí bảo hiểm, phát hành Hợp đồng bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ.
- c) Để thực hiện các dịch vụ sau bán hàng như là chương trình khuyến mại, chăm sóc khách hàng, trả lời các câu hỏi và khiếu nại của khách hàng và để giải quyết tranh chấp nói chung, quản lý và ghi âm các cuộc gọi và các liên lạc thông qua kênh điện tử với khách hàng và các bên có liên quan khác.
- d) Để tiến hành nghiên cứu thiết kế sản phẩm: khảo sát và phân tích dữ liệu liên quan đến bất kỳ sản phẩm hoặc dịch vụ nào do Công ty cung cấp (cho dù được tiến hành bởi riêng Công ty hoặc cùng với các bên khác) mà có thể liên quan tới khách hàng.
- e) Để tạo dữ liệu, báo cáo và thống kê, phản hồi, cho Công ty hoặc cho các bên thứ ba khác có liên quan của Công ty hoặc trên cơ sở yêu cầu của Bộ Tài chính hoặc các cơ quan có thẩm quyền hoặc các bên thứ ba khác có liên quan.
- f) Để nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn.
- g) Để nhận biết khách hàng, phát hiện, báo cáo, ngăn chặn, phòng chống và điều tra tội phạm, tấn công, hoặc các vi phạm bao gồm gian lận, rửa tiền, tài trợ khủng bố, hối lộ, tham nhũng, trục lợi bảo hiểm, trốn thuế;
- h) Để thu thập, sử dụng, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền bao gồm việc cung cấp cho cơ quan thuế Hoa Kỳ (i) thông tin cá nhân của khách hàng như đã cung cấp trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc được cung cấp sau đó cho Công ty, bao gồm cả thông tin về khai thuế và (ii) thông tin về Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm số Hợp đồng bảo hiểm, giá trị tài khoản hoặc thông tin về hợp đồng và/hoặc giá trị tiền mặt của Hợp đồng bảo hiểm, nếu có, tại bất kỳ thời điểm nào trong thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm này, khi khách hàng là người chịu thuế hoặc trở thành người chịu thuế tại Hoa Kỳ như được định nghĩa theo luật thuế Hoa Kỳ.
- i) Để tiến hành kiểm tra với cơ quan đăng ký chống tin nhắn rác, thư điện tử rác, cuộc gọi rác hoặc cơ quan đăng ký khác (nếu có).
- j) Để thực hiện và tuân thủ với các thỏa thuận hợp đồng giữa Công ty với các nhà cung cấp/các bên cung cấp dịch vụ/các đối tác của Công ty.
- k) Cho mục đích kiểm toán, quản lý rủi ro và tuân thủ các chính sách nội bộ của Công ty.
- l) Cho bất kỳ mục đích nào khác được yêu cầu hoặc cho phép bởi bất kỳ luật, quy định, hướng dẫn và/hoặc các cơ quan quản lý có liên quan nào.
- m) Để thực hiện các hoạt động khác có liên quan đến việc cung cấp, vận hành, xử lý và quản lý của Công ty đối với các sản phẩm và dịch vụ cho khách hàng, và để phục vụ các mục đích khác mà Công ty cho là phù hợp tại từng thời điểm.

Điều 7. Kê khai sai tuổi, giới tính

- 7.1. Trong trường hợp kê khai sai Tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm, mà Tuổi đúng vẫn thuộc nhóm tuổi được bảo hiểm, thì Công ty có thể tính toán lại Phí bảo hiểm hoặc Số tiền bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo kể từ ngày Công ty chấp thuận.

Nếu Bên mua bảo hiểm không đồng ý với quyết định nêu trên, thì Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo sẽ chấm dứt hiệu lực. Trong trường hợp này, Công ty sẽ hoàn trả lại phần Phí bảo hiểm đã đóng nhưng chưa sử dụng cho thời gian còn lại của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo.

7.2. Nếu Tuổi thực của Người được bảo hiểm không nằm trong nhóm tuổi có thể được bảo hiểm theo quy định của Hợp đồng, Công ty có quyền hủy bỏ Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo. Trong trường hợp này, Công ty không phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm và sẽ hoàn lại toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) cho Bên mua bảo hiểm sau khi trừ đi:

- Các chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có); và
- Các quyền lợi bảo hiểm đã thanh toán (nếu có).

Điều 8. Cập nhật thông tin cá nhân

8.1 Nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi địa chỉ liên hệ, số điện thoại liên hệ, địa chỉ thư điện tử, họ tên hoặc chứng minh nhân dân/căn cước công dân, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản hoặc phương thức khác do Công ty quy định trong vòng 30 ngày kể từ ngày thay đổi.

8.2 Nếu Người được bảo hiểm ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam từ 90 ngày trở lên hoặc nếu có sự thay đổi nghề nghiệp của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản trong vòng 30 ngày kể từ ngày có sự thay đổi.

Khi đó, kể cả trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không thông báo theo quy định tại Điểm này, Công ty có quyền quyết định:

- i. Tiếp tục thực hiện Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo với các điều kiện không thay đổi; hoặc
- ii. Tăng/giảm Phí bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo; hoặc
- iii. Loại trừ sản phẩm hoặc loại trừ trách nhiệm bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo; hoặc
- iv. Từ chối bảo hiểm và đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo.

Trong trường hợp 8.2.ii), 8.2.iii) và 8.2.iv) nêu trên, trong trường hợp Công ty và/hoặc Bên mua bảo hiểm không đồng ý tiếp tục Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo, Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo sẽ đơn phương chấm dứt thực hiện và Công ty sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp này, Công ty sẽ hoàn trả lại phần Phí bảo hiểm đã đóng nhưng chưa sử dụng cho thời gian còn lại của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo.

Điều 9. Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

9.1. Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Người nhận quyền lợi bảo hiểm thông báo cho Công ty trong thời gian sớm nhất kể từ khi Sự kiện bảo hiểm xảy ra và cung cấp chứng từ theo quy định tại Điều 9.2 dưới đây.

Thời hạn nộp đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tối đa là 01 năm kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm. Thời hạn 01 năm này không bao gồm thời gian trì hoãn do các trở ngại khách quan và sự kiện bất khả kháng.

9.2. Các chứng từ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

a) Người nhận quyền lợi bảo hiểm cần cung cấp, thu thập bằng chi phí của mình để yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm như sau:

- Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo mẫu của Công ty) được điền đầy đủ, trung thực và chính xác; và
- Kết quả Chẩn đoán bệnh được cấp bởi viện, bệnh viện, trung tâm y tế cấp tỉnh, thành phố hoặc cấp trung ương; và

- Các giấy tờ, hồ sơ Chẩn đoán bệnh, xét nghiệm liên quan đến tiến trình phát hiện và điều trị Bệnh hiểm nghèo; và
 - Giấy ra viện, giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có); và
 - Bệnh án (nếu có); các bằng chứng thăm khám y tế và các xét nghiệm liên quan đến phát hiện và điều trị bệnh, kết quả Chẩn đoán bệnh được thực hiện theo yêu cầu của Bác sĩ.
 - Các bằng chứng cụ thể đối với từng loại Bệnh hiểm nghèo bị mắc phải theo quy định tại Phụ lục 2.
- b) Để phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này, Công ty có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tham gia tiến hành kiểm tra xác nhận lại Chẩn đoán bệnh với sự chấp thuận của Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm), bao gồm việc cung cấp bằng chứng về tiền sử bệnh, bệnh sử, kết quả các xét nghiệm chẩn đoán y khoa, kết quả chẩn đoán lại tại một cơ sở y tế khác. Khi đó mọi chi phí cho việc tiến hành xét nghiệm y khoa này theo yêu cầu của Công ty sẽ do Công ty chịu trách nhiệm chi trả.
- c) Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo nếu Người được bảo hiểm không thực hiện các yêu cầu trên, trừ khi có lý do chính đáng được Công ty chấp thuận.
- d) Các tài liệu và chứng cứ sẽ được xem xét bởi Công ty. Công ty sẽ thông báo cho người nhận quyền lợi bảo hiểm về quyết định của Công ty.
- e) Trong trường hợp xảy ra tranh chấp hoặc sự không đồng thuận đối với quyết định của Công ty, Công ty và Người được bảo hiểm hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm sẽ thỏa thuận chọn một Bác sĩ tại Bệnh viện khác để khám. Quyết định của Bác sĩ có xác nhận của Bệnh viện này là quyết định cuối cùng.

9.3. Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Công ty chi trả quyền lợi bảo hiểm chậm nhất là 30 ngày kể từ ngày nhận được đầy đủ các chứng từ theo yêu cầu. Trong trường hợp từ chối chi trả, Công ty sẽ có văn bản nêu rõ lý do từ chối.

Trong trường hợp quyền lợi bảo hiểm được chấp thuận nhưng không được chi trả trong thời gian quy định thì Công ty sẽ trả lãi cho thời gian trả chậm trên cơ sở lãi suất bằng với lãi suất tạm ứng được công bố trên website.

Điều 10. Chấm dứt hiệu lực

Trừ khi được quy định khác trong Quy tắc điều khoản này, hiệu lực và tất cả quyền lợi của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này sẽ chấm dứt khi một trong các sự kiện dưới đây xảy ra:

- a) Quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 2 được chi trả đầy đủ; hoặc
- b) Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này; hoặc
- c) Hợp đồng bảo hiểm chính chuyển sang duy trì hiệu lực với số tiền bảo hiểm giảm, hoặc bị hủy bỏ hoặc đáo hạn hoặc chấm dứt hiệu lực; hoặc
- d) Thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này kết thúc và không được tái tục; hoặc
- e) Ngày kỉ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này đạt 65 tuổi; hoặc
- f) Người được bảo hiểm của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này Chẩn đoán bệnh thuộc các trường hợp loại trừ bảo hiểm theo quy định tại Phụ lục 2 hoặc thuộc các trường hợp loại trừ bảo hiểm quy định tại Điều 3 Quy tắc điều khoản này; hoặc

- g) Quyền lợi bảo hiểm của các Sản phẩm bảo hiểm miễn đóng phí/ từ bỏ thu phí khác đính kèm trong cùng Hợp đồng bảo hiểm đã được chấp thuận chi trả; hoặc
- h) Mọi quan hệ bảo hiểm giữa Người được bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm này và Bên mua bảo hiểm chấm dứt; hoặc
- i) Khi Hợp đồng bảo hiểm chính được chuyển giao, người nhận chuyển giao không có mối quan hệ được bảo hiểm với Người được bảo hiểm của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này theo quy định của Công ty tùy từng thời điểm.

Nếu hiệu lực của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo chấm dứt bởi các sự kiện (c), (g), (h) và (i), Công ty sẽ hoàn trả lại phần Phí bảo hiểm đã đóng nhưng chưa sử dụng cho thời gian còn lại của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo. Đối với các trường hợp còn lại ngoại trừ trường hợp (f), Công ty sẽ không hoàn lại phí bảo hiểm đã đóng.

PHỤ LỤC 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 chính** là Hợp đồng bảo hiểm mà sản phẩm Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này được bán kèm, do Công ty quy định và được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.3. **Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo** 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 của Sản phẩm bảo hiểm này.
- Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này được đính 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; Quy tắc điều khoản; Tóm tắt quy tắc điều khoản; Bảng minh họa quyền lợi bảo hiểm; các văn bản sửa đổi, bổ sung Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).
- Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo chỉ duy trì hiệu lực khi Hợp đồng bảo hiểm chính duy trì hiệu lực.
- 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 (hoặc người đại diện theo pháp luật của 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 hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo, và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm chính.
- 1.6. **Bên mua bảo hiểm**
- Là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, hoặc cá nhân tại Việt Nam từ đủ 18 tuổi trở lên, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ tại thời điểm giao kết Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo;
 - Đáp ứng các điều kiện để mua bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản của sản phẩm bảo hiểm;
 - Là bên trực tiếp kê khai, ký tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm và thực hiện các quyền và nghĩa vụ quy định trong Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo.
- Bên mua bảo hiểm cũng là Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm chính.
- 1.7. **Người được bảo hiểm** của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo là cá nhân mà tính mạng và/hoặc sức khỏe của cá nhân đó là đối tượng được Công ty chấp nhận bảo hiểm, và được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Vào thời điểm yêu cầu bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải:
- Còn sống và Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm; và
 - Có mặt tại Việt Nam; và
 - Nằm trong phạm vi Tuổi tham gia từ 18 đến 60 xét vào Ngày hiệu lực; và
- Trường hợp Người được bảo hiểm từ 18 Tuổi trở lên và không đồng thời là Bên mua bảo hiểm thì khi Bên mua bảo hiểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm phải có sự chấp thuận bằng văn bản của Người được bảo hiểm.
- 1.8. **Tuổi** là tuổi được tính theo ngày sinh nhật của Người được bảo hiểm gần nhất trước Ngày hiệu lực hoặc ngày kỷ niệm năm hợp đồng trong các năm hợp đồng tiếp theo.

- 1.9. **Thời hạn hợp đồng bảo hiểm (“Thời hạn hợp đồng” hoặc “Thời hạn bảo hiểm”)** là 1 năm và được tự động tái tục hàng năm vào Ngày tái tục nếu không có bên nào thông báo về việc chấm dứt hiệu lực của Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này. Trong trường hợp Công ty hoặc Bên mua bảo hiểm không đồng ý tái tục Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này thì phải gửi thông báo bằng văn bản cho bên còn lại ít nhất 30 ngày trước Ngày tái tục.
- 1.10. **Thời hạn đóng phí** của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này bằng với Thời hạn hợp đồng.
- 1.11. **Ngày hiệu lực hợp đồng (“Ngày hiệu lực”)** của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này là ngày Bên mua bảo hiểm nộp đầy đủ Giấy yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ Phí bảo hiểm cho Sản phẩm bảo hiểm này với điều kiện Người được bảo hiểm của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này còn sống tại thời điểm Công ty chấp nhận bảo hiểm. Ngày hiệu lực được ghi nhận trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.12. **Ngày đến hạn đóng phí** là ngày Bên mua bảo hiểm phải đóng đủ phí bảo hiểm cho Công ty theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm hoặc thỏa thuận sửa đổi bổ sung Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).
- 1.13. **Ngày tái tục** là ngày kỷ niệm hàng năm trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ bệnh hiểm nghèo được tái tục.
- 1.14. **Phí bảo hiểm** là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm cần đóng cho Công ty theo thỏa thuận tại Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo hoặc các sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).
- 1.15. **Chẩn đoán bệnh (“Chẩn đoán”)** là chẩn đoán sau cùng được thực hiện bởi Bác sĩ của Bệnh viện. Chẩn đoán bệnh phải căn cứ trên bằng chứng cụ thể đáp ứng các điều kiện tại định nghĩa Bệnh hiểm nghèo theo quy định tại Phụ lục 2 được đính kèm theo Quy tắc điều khoản này và được hỗ trợ xác thực bởi các bằng chứng y khoa khách quan như triệu chứng lâm sàng, kết quả xét nghiệm máu, mô học, di truyền phân tử, chẩn đoán hình ảnh hoặc các xét nghiệm khác có thể chấp nhận được đối với Công ty. Chẩn đoán bệnh và các bằng chứng như vậy sẽ được Công ty xem xét trên cơ sở các bằng chứng do Bên mua bảo hiểm cung cấp và/hoặc bất kỳ bằng chứng bổ sung nào mà Công ty có thể yêu cầu thêm.
- Trong trường hợp có sự tranh chấp hoặc sự không đồng thuận về tính hợp lệ và/hoặc tính chính xác của Chẩn đoán bệnh, Công ty có quyền xem xét lại và yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành kiểm tra sức khỏe tại một trung tâm kiểm tra sức khỏe độc lập, trung tâm này sẽ được chọn lựa theo sự thỏa thuận giữa Công ty và Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm). Công ty và Người được bảo hiểm phải tuân theo kết quả kiểm tra sức khỏe cuối cùng này. Tất cả các chi phí phát sinh trong quá trình khám sức khỏe theo yêu cầu của Công ty sẽ do Công ty chịu.
- Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm của Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo này nếu Người được bảo hiểm không thực hiện các yêu cầu trên, trừ khi có lý do chính đáng được Công ty chấp thuận.
- 1.16. **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:
- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
 - 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.

- 1.17. **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:
- Trung tâm y tế dự phòng;
 - Bệnh viện/ viện tâm thần;
 - Bệnh viện/ viện phong;
 - Nhà điều dưỡng, trung tâm phục hồi chức năng, nhà lưu bệnh;
 - Nhà bảo sanh, nhà an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, chất ma túy, chất kích thích cho dù các cơ sở, trung tâm này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện.
- 1.18. **Bệnh có sẵn** là một trong các trường hợp sau:
- a) Là tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ chẩn đoán hoặc điều trị trước Ngày hiệu lực hoặc ngày khôi phục hiệu lực (gần nhất) của Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ bệnh hiểm nghèo; hoặc
- b) Là dấu hiệu, triệu chứng đặc thù khởi phát trong vòng 36 tháng trước Ngày hiệu lực hoặc ngày khôi phục hiệu lực (gần nhất) của hợp đồng bảo hiểm mà nếu biết được các dấu hiệu, triệu chứng này doanh nghiệp không chấp nhận bảo hiểm hoặc khôi phục hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm.
- Việc xác định Bệnh có sẵn phải căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ 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 trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc phiếu bổ sung thông tin.
- 1.19. **Bệnh hiểm nghèo** là bất kỳ bệnh nào nằm trong danh sách các bệnh quy định trong Phụ lục 2 (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”).
- 1.20. **Thời gian chờ** là 90 ngày sẽ được áp dụng kể từ Ngày hiệu lực của Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo hoặc ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm hỗ trợ đóng phí Bệnh hiểm nghèo gần nhất, tùy theo ngày nào đến sau. Các quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 2 của Quy tắc điều khoản này sẽ không được chi trả nếu như Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc phải Bệnh hiểm nghèo trước hoặc trong suốt Thời gian chờ.
- 1.21. **Thời gian sống** là 07 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc phải bất kỳ Bệnh hiểm nghèo. Các quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 2 của Quy tắc điều khoản này sẽ không được chi trả nếu như Người được bảo hiểm tử vong trong Thời gian sống.
- 1.22. **Sự kiện bảo hiểm** là khi Người được bảo hiểm được Chẩn đoán xác định mắc 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, con dấu của Bệnh viện.
- 1.23. **Thực sự cần thiết về mặt y khoa:** là dịch vụ y tế đáp ứng các điều kiện sau:
- Cần thiết, theo đúng chẩn đoán và điều trị cho bệnh hoặc thương tật; và
 - Thống nhất với hướng dẫn y khoa của Y học hiện đại hiện hành được ban hành từ các tổ chức y tế hợp pháp như quản lý y tế, cung cấp dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe, nghiên cứu; và
 - Không nhằm mang lại sự tiện lợi cho Người được bảo hiểm, gia đình Người được bảo hiểm hoặc Bác sĩ.

Phụ lục 2: Danh sách và định nghĩa Bệnh hiểm nghèo

Ung thư 1. Ung thư giai đoạn cuối	Hệ thần kinh – Cơ xương khớp 21. Gãy cột sống do Tai nạn 22. Bệnh Alzheimer/ Sa sút trí tuệ nghiêm trọng 23. Xơ cứng teo cơ cột bên 24. Hội chứng Apallic 25. Viêm màng não do vi khuẩn 26. U não lành tính 27. Phẫu thuật não 28. Hôn mê 29. Bệnh Bò điên (Creutzfeldt-Jakob Disease) 30. Chấn thương sọ não nặng 31. Bệnh thần kinh vận động 32. Tổn thương đa rễ đám rối thần kinh cánh tay 33. Bệnh đa xơ cứng 34. Bệnh loạn dưỡng cơ 35. Bệnh nhược cơ 36. Liệt chi 37. Bệnh Parkinson 38. Bệnh bại liệt 39. Liệt trên nhân tiến triển 40. Loãng xương nặng 41. Đột quỵ 42. Liệt hoàn toàn tứ chi do tổn thương tủy sống 43. Viêm não do vi rút
Tạng chủ 2. Thiếu máu bất sản 3. Cấy ghép tủy xương 4. Phẫu thuật ghép tạng chủ 5. Viêm gan tự miễn mạn tính 6. Suy thận mạn tính 7. Viêm tụy mạn tính tái phát 8. Suy gan giai đoạn cuối 9. Bệnh phổi giai đoạn cuối 10. Viêm gan siêu vi thể tối cấp 11. Nang tủy thận	Khác 44. Mù 45. Suy thượng thận mạn tính 46. Bệnh Crohn có đường rò 47. Bệnh Ebola 48. Bệnh phù chân voi 49. Nhiễm HIV do truyền máu 50. Nhiễm HIV do nghề nghiệp 51. Mất thính lực 52. Mất khả năng nói 53. Lupus ban đỏ hệ thống có biến chứng viêm thận 54. Viêm cân mạc hoại tử 55. U tủy thượng thận 56. Xơ cứng bì tiến triển 57. Bỏng nặng 58. Phẫu thuật vẹo cột sống tự phát 59. Viêm loét đại tràng có phẫu thuật cắt toàn bộ đại tràng
Hệ tuần hoàn (tim mạch) 12. Bệnh cơ tim 13. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành 14. Hội chứng Eisenmenger 15. Nhồi máu cơ tim 16. Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn 17. Phẫu thuật tim hở để điều trị bệnh lý van tim 18. Bệnh động mạch vành nghiêm trọng khác 19. Tăng huyết áp động mạch phổi nguyên phát 20. Phẫu thuật động mạch chủ	

ĐỊNH NGHĨA BỆNH HIỂM NGHÈO

STT	Bệnh hiểm nghèo	Định nghĩa
1.	Ung thư giai đoạn cuối	Là sự phát triển lan tràn và không thể kiểm soát của các tế bào ác tính, có sự xâm lấn và phá hủy các mô bình thường. Chẩn đoán ung thư phải được xác định bằng kết quả xét nghiệm mô bệnh học và được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa ung bướu hoặc Bác sĩ chuyên khoa giải phẫu bệnh xác nhận. Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm: - Ung thư biểu mô tại chỗ, loạn sản cổ tử cung CIN-1, CIN-2 và CIN-3, giai đoạn tiền ung thư hoặc ung thư không xâm lấn. - Ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn đầu có kết quả mô bệnh học T1N0M0 hoặc ở giai đoạn sớm hơn theo hệ thống phân loại TNM hoặc theo hình thức phân loại khác ở giai đoạn tương đương. - Ung thư tế bào hắc tố có độ dày Breslow dưới 1,5mm, hoặc Mức 1 và Mức 2 theo Clark. - Tăng sinh tế bào sừng, ung thư tế bào đáy, ung thư tế bào vảy. - U tuyến giáp có kết quả mô bệnh học T1N0M0 hoặc ở giai đoạn sớm hơn theo hệ thống phân loại TNM. - Ung thư bàng quang khu trú giai đoạn đầu có kết quả mô bệnh học TaN0M0 theo hệ thống phân loại TNM. - Bệnh bạch cầu mạn dòng lympho từ Giai đoạn 0 đến Giai đoạn 2 theo RAI; và - Tất cả khối u trên Người được bảo hiểm nhiễm HIV.
2.	Thiếu máu bất sản	Là tình trạng suy tủy xương mạn tính và vĩnh viễn, được xác định bằng phương pháp sinh thiết tủy xương, gây ra giảm 03 dòng máu (giảm hồng cầu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu) đòi hỏi phải được điều trị theo ít nhất một trong các phương pháp sau: - Truyền các chế phẩm máu; - Dùng các tác nhân kích thích tủy; - Dùng các tác nhân ức chế miễn dịch; hoặc - Ghép tủy. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Huyết học.
3.	Cấy ghép tủy xương	Là phẫu thuật để nhận ghép tủy xương của người cho bằng kỹ thuật sử dụng tế bào gốc có khả năng tạo máu được thực hiện sau khi tách bỏ toàn bộ tủy xương. Việc cấy ghép phải được xác định là cần thiết về mặt y khoa để điều trị suy giảm chức năng ở giai đoạn cuối và không thể hồi phục của tủy xương. Loại trừ trường hợp cấy ghép các tế bào gốc khác.
4.	Phẫu thuật ghép tạng chủ	Là phẫu thuật để nhận ghép một trong những tạng sau: thận, gan, tim, phổi, tụy. Việc cấy ghép phải được xác định là cần thiết về mặt y khoa nhằm điều trị những suy giảm chức năng ở giai đoạn cuối và không thể hồi phục của bộ phận liên quan. Loại trừ trường hợp cấy ghép tế bào tiểu đảo tụy trong điều trị tiểu đường tuýp 1.

STT	Bệnh hiểm nghèo	Định nghĩa
5.	Viêm gan tự miễn mạn tính (Chronic Auto-Immune Hepatitis)	Là tình trạng viêm gan hoại tử mạn tính không rõ nguyên nhân có sự hiện diện của các tự kháng thể (auto-antibodies) và nồng độ globulin huyết thanh tăng cao. Chẩn đoán phải được xác định dựa trên tất cả các tiêu chí sau: - Tăng gammaglobulin máu. - Có sự hiện diện của ít nhất một trong các tự kháng thể (auto-antibodies) sau: - o Kháng thể kháng nhân (ANAs); - o Kháng thể kháng cơ trơn; - o Kháng thể kháng actin; - o Kháng thể kháng microsom gan, thận (Anti-LKM-1 antibodies); - o Kháng thể kháng cytosol 1 của gan (Anti- LC1 antibodies); hoặc - o Kháng thể kháng kháng nguyên bào tương gan, kháng thể kháng kháng nguyên gan và tụy (Anti-SLA/LP antibodies) - Kết quả sinh thiết gan xác nhận bệnh viêm gan tự miễn. Người được bảo hiểm đã được điều trị liên tục bằng liệu pháp ức chế miễn dịch trong ít nhất sáu (6) tháng. Bệnh phải được chẩn đoán và điều trị bởi Bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa hoặc chuyên khoa gan mật.
6.	Suy thận mạn tính	Là tình trạng suy thận mạn tính và không thể hồi phục của cả 02 thận đòi hỏi phải được điều trị bằng chạy thận nhân tạo định kỳ hoặc ghép thận.
7.	Viêm tụy mạn tính tái phát	Là tình trạng viêm tụy mạn có các đợt viêm tụy tái phát dẫn tới tình trạng xơ hóa tiến triển gây nên mất mô ngoại tiết và nội tiết của tụy. Bệnh phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau: - Có 3 đợt viêm tụy tái phát và được ghi nhận bởi hồ sơ y tế liên quan; - Có bằng chứng suy giảm chức năng tụy gây nên hội chứng kém hấp thu đòi hỏi phải được điều trị bằng liệu pháp enzyme tụy hoặc insulin thay thế suốt đời; - Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Tiêu hóa. Viêm tụy mạn tính do lạm dụng rượu, chất gây nghiện không thuộc phạm vi bảo hiểm.
8.	Suy gan giai đoạn cuối	Là tình trạng suy gan giai đoạn cuối với tất cả các biểu hiện sau: - Vàng da kéo dài; - Cổ trướng; và - Bệnh não do gan. Loại trừ bệnh gan thứ phát do lạm dụng đồ uống có cồn, hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ định của Bác sĩ, hoặc sử dụng chất gây nghiện.
9.	Bệnh phổi giai đoạn cuối	Là bệnh lý phổi ở giai đoạn cuối gây suy hô hấp mạn tính. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Hô hấp và có tất cả các điều kiện sau: - Các lần kiểm tra FEV1 thường xuyên nhỏ hơn 01 lít; và - Phải được điều trị thường xuyên và liên tục bằng liệu pháp oxy bổ sung; và - Phân tích khí máu động mạch với chỉ số áp lực riêng phần của oxy trong máu động mạch nhỏ hơn hoặc bằng 55mmHg ($PaO_2 \leq 55 \text{ mmHg}$); và - Khó thở cả khi nghỉ ngơi.

STT	Bệnh hiểm nghèo	Định nghĩa
10.	Viêm gan siêu vi thể tối cấp	Là tình trạng hoại tử phần lớn nhu mô gan gây ra bởi virus viêm gan dẫn đến suy gan tối cấp và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau: - Vàng da đậm - Xét nghiệm máu chứng minh nhiễm viêm gan virus - Bệnh não xuất hiện mà không có bất kỳ bệnh gan nào trước đó - Xét nghiệm chức năng gan như AST, ALT và Bilirubin tăng ít nhất 3 lần so với bình thường - Xét nghiệm hình ảnh với kích thước gan giảm nhanh do hoại tử gan hoặc kết quả sinh thiết cho thấy gan bị hoại tử Loại trừ các trường hợp suy gan có nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp liên quan đến tự tử, ngộ độc, dùng thuốc quá liều, sử dụng chất gây nghiện, lạm dụng đồ uống có cồn.
11.	Nang tủy thận	Là bệnh thận di truyền tiến triển được đặc trưng bởi sự mất dần chức năng của thận do có nhiều nang trong tủy thận hai bên. Chẩn đoán phải dựa trên xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh có nhiều u nang tủy thận và teo vỏ thận.
12.	Bệnh cơ tim	Là tình trạng suy giảm chức năng cơ tim được Bác sĩ chuyên khoa tim mạch chẩn đoán xác định là bệnh cơ tim, dẫn tới suy giảm thể lực vĩnh viễn và không thể phục hồi theo độ IV của Bảng phân loại suy tim Hiệp hội Tim mạch New York. Chẩn đoán phải dựa vào dấu hiệu bất thường chức năng tâm thất trên kết quả điện tâm đồ và siêu âm tim.
13.	Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành	Là phẫu thuật mở lồng ngực bằng cách cắt dọc xương ức để điều trị tình trạng hẹp hoặc tắc của một hay nhiều động mạch vành bằng phương pháp bắc cầu động mạch trên những bệnh nhân có cơn đau thắt ngực. Loại trừ các trường hợp tạo hình mạch, các kỹ thuật ống thông nội động mạch, phẫu thuật lỗ mổ nhỏ, các thủ thuật xâm lấn tối thiểu hoặc dùng tia laser ống thông nội mạch.
14.	Hội chứng Eisenmenger	Là tình trạng tăng áp lực động mạch phổi nghiêm trọng có luồng thông (shunt) đảo chiều gây ra bởi khiếm khuyết của tim dẫn tới suy giảm thể lực vĩnh viễn và không thể phục hồi theo độ IV của Bảng phân loại suy tim Hiệp hội Tim mạch New York và phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch.
15.	Nhồi máu cơ tim	Là tình trạng hoại tử một phần cơ tim do gián đoạn nguồn cung cấp máu, được chẩn đoán bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch cho thấy có sự xuất hiện của một cơn nhồi máu cơ tim mới với sự hiện diện của ít nhất 03 trong 04 tiêu chí sau: - Cơn đau thắt ngực điển hình; - Những thay đổi mới điển hình trên điện tâm đồ như ST chênh lên hoặc chênh xuống, sóng T đảo ngược, sóng Q bệnh lý hoặc block nhánh trái; - CKMB tăng cao trên mức bình thường (mức bình thường theo chuẩn của mỗi phòng xét nghiệm) hoặc Cardiac Troponin T hoặc I $\geq 0.5\text{ng/ml}$; - Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh cho thấy vùng mới cơ tim mất vận động hoặc vận động bất thường và được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa tim mạch. Loại trừ các trường hợp sau: - Cơn đau thắt ngực; - Đau tim ở độ tuổi không xác định; và - Sự gia tăng nồng độ men tim, Troponin T hoặc I sau thủ thuật ống thông nội động mạch tim, bao gồm nhưng không giới hạn thủ thuật chụp mạch vành và nong mạch vành. Lưu ý: $0.5\text{ng/ml} = 0.5\text{ug/L} = 500\text{pg/ml}$

STT	Bệnh hiểm nghèo	Định nghĩa
16.	Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn	Là tình trạng viêm nội tâm mạc có nguyên nhân từ nhiễm vi sinh vật và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau: - Xét nghiệm cấy máu dương tính xác định vi sinh vật gây bệnh; - Bệnh phải gây ra tình trạng hở van tim mức độ từ trung bình trở lên (với phân suất trào ngược từ 20% trở lên) hoặc hẹp van tim mức độ trung bình trở lên (với diện tích lỗ van còn từ 30% trở xuống so với giá trị bình thường); và - Chẩn đoán viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn và mức độ tổn thương van tim phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch.
17.	Phẫu thuật tim hở để điều trị bệnh lý van tim	Là phẫu thuật mở lồng ngực để thay thế hoặc sửa chữa van tim do bất thường hoặc khiếm khuyết van tim và được xác nhận bằng kết quả thông tim hoặc siêu âm tim. Chỉ định phẫu thuật thay van tim phải được xác định là cần thiết về mặt y khoa bởi Bác sĩ chuyên khoa tim mạch.
18.	Bệnh động mạch vành nghiêm trọng khác	Là bệnh động mạch vành nghiêm trọng trong đó có ít nhất 3 động mạch vành chính bị hẹp và mỗi động mạch phải bị hẹp tối thiểu 60% lòng mạch và chẩn đoán dựa trên duy nhất kết quả chụp động mạch vành (loại trừ các kỹ thuật chẩn đoán không xâm lấn khác). Đối với định nghĩa này, động mạch vành chính bao gồm động mạch vành trái, động mạch vành nhánh gian thất trước, động mạch mũ và động mạch vành phải (nhưng không bao gồm các nhánh của các động mạch này).
19.	Tăng huyết áp động mạch phổi nguyên phát	Là tình trạng tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát có phì đại tâm thất phải dẫn tới suy giảm thể lực vĩnh viễn và không thể phục hồi tối thiểu ở độ IV theo Bảng phân loại suy tim Hiệp hội Tim mạch New York. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch bằng phương pháp thông tim chẩn đoán. Tăng huyết áp động mạch phổi do bệnh phổi, giảm thông khí mạn tính, tắc mạch phổi, bệnh lý tim trái và bệnh lý tim bẩm sinh không thuộc phạm vi bảo hiểm.
20.	Phẫu thuật động mạch chủ	Là phẫu thuật mở khoang bụng hoặc mở lồng ngực do bệnh mạch máu đe dọa tính mạng. Phẫu thuật này bao gồm: phẫu thuật sửa chữa hẹp động mạch chủ, phẫu thuật ghép để điều trị phình động mạch chủ hoặc bóc tách động mạch chủ, nhưng loại trừ phẫu thuật xâm lấn tối thiểu hoặc các trường hợp có can thiệp nội mạch. Định nghĩa này chỉ áp dụng cho động mạch chủ bụng và động mạch chủ ngực. Loại trừ trường hợp phẫu thuật trên các nhánh của động mạch chủ.
21.	Gãy cột sống do Tai nạn	Là tình trạng gãy cột sống xảy ra do Tai nạn đòi hỏi phải điều trị bằng phẫu thuật mở và được chẩn đoán bị gãy hoàn toàn tủy sống dẫn đến di chứng thần kinh vĩnh viễn chức năng vận động của hai chi dưới bao gồm tiểu tiện và đại tiện không tự chủ. Chẩn đoán gãy xương cột sống phải được xác định bằng kết quả chụp X-quang hoặc bất kỳ kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh tương tự được Công ty chấp nhận và được xác nhận bởi Bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình hoặc Bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Chẩn đoán về tổn thương và di chứng thần kinh phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh hoặc Bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình được Công ty chấp thuận. Loại trừ đối với trường hợp gãy lún hình nêm của cột sống (Wedge compression fracture).

STT	Bệnh hiểm nghèo	Định nghĩa
22.	Bệnh Alzheimer/ Sa sút trí tuệ nghiêm trọng	Là tình trạng sa sút hoặc mất năng lực trí tuệ được xác nhận bằng các đánh giá lâm sàng và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh, do bệnh Alzheimer hoặc các rối loạn tâm thần có tổn thương thực thể không hồi phục, dẫn đến suy giảm nghiêm trọng chức năng trí tuệ và chức năng xã hội đòi hỏi Người được bảo hiểm phải được giám sát thường xuyên. Chẩn đoán bệnh phải dựa vào xác nhận trên lâm sàng bởi Bác sĩ chuyên khoa phù hợp hoặc Bác sĩ do Công ty chỉ định. Bệnh phải dẫn đến tình trạng suy giảm nhận thức nghiêm trọng khiến Người được bảo hiểm phải được giám sát liên tục và vĩnh viễn hoặc Người được bảo hiểm bị mất vĩnh viễn khả năng thực hiện 03 trong 06 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” (*) khi không có sự trợ giúp của người khác. Loại trừ các trường hợp sau: - Các bệnh không có tổn thương thực thể như bệnh thần kinh và bệnh tâm thần; và - Tổn thương não do thuốc không theo chỉ định của Bác sĩ, chất gây nghiện hoặc đồ uống có cồn.
23.	Xơ cứng teo cơ cột bên	Là tình trạng bệnh với đặc trưng teo và yếu cơ, có bằng chứng rối loạn chức năng tế bào sừng trước tủy sống, biểu hiện rung giật cơ, liệt cứng, tăng phản xạ gân sâu và phản xạ lòng bàn chân, kèm theo bằng chứng hội chứng bệnh lý bó tháp, nói khó và nuốt khó. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa, dựa vào các kết quả xét nghiệm kiểm tra thần kinh – cơ thích hợp như Điện cơ đồ (EMG). Bệnh phải dẫn đến sự suy giảm thể lực nghiêm trọng khiến Người được bảo hiểm bị mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 trong số 06 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” (*) hoặc được xác nhận là bị thương tật vĩnh viễn hoặc mất sức lao động từ 81% trở lên theo quy định hiện hành của cơ quan chức năng có thẩm quyền. Tình trạng vĩnh viễn phải được chẩn đoán không sớm hơn sáu (6) tháng kể từ lần chẩn đoán bệnh lần đầu tiên.
24.	Hội chứng Apallic	Là tình trạng hoại tử toàn bộ vỏ não nhưng thân não vẫn còn nguyên vẹn, mắt của bệnh nhân mở và các phản xạ cơ bản hoặc các chức năng sinh tồn vẫn bình thường. Tuy nhiên, bệnh nhân không có dấu hiệu chú ý hay phản ứng với bất kỳ kích thích nào từ môi trường xung quanh. Chẩn đoán xác định phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh tại bệnh viện có chức năng chuyên môn phù hợp và Người được bảo hiểm phải được nhập viện để điều trị liên tục trong ít nhất một (1) tháng.
25.	Viêm màng não do vi khuẩn	Là bệnh do vi khuẩn gây ra viêm màng não hoặc màng tủy sống dẫn đến các tổn thương chức năng thần kinh trầm trọng, vĩnh viễn và không hồi phục. Bệnh phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau: - Các dấu chứng tổn thương thần kinh phải kéo dài liên tục ít nhất sáu (6) tháng; và - Có sự hiện diện tình trạng nhiễm vi khuẩn dịch não tủy bằng phương pháp chọc dò tủy sống; và - Được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh.

STT	Bệnh hiểm nghèo	Định nghĩa
26.	U não lành tính	Là khối u não lành tính khu trú trong vòm sọ, não, màng não hoặc dây thần kinh sọ và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau: - Đe dọa tính mạng; - Gây tổn thương não; - Đã được phẫu thuật cắt bỏ khối u hoặc, nếu không thể phẫu thuật thì u gây tổn thương thần kinh vĩnh viễn; và - Phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh hoặc Bác sĩ Phẫu thuật thần kinh và dựa trên kết quả chẩn đoán chụp cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp vi tính (CT scan) hoặc các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh đáng tin cậy khác. Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm: - Nang; - U hạt; - Dị dạng mạch máu não; - U mạch máu; và - U tuyến yên hoặc u tủy sống.
27.	Phẫu thuật não	Là phẫu thuật não qua mở hộp sọ sau khi đã được gây mê toàn thân. Phẫu thuật sọ não do tai nạn không thuộc phạm vi bảo hiểm. Phẫu thuật này phải được Bác sĩ Phẫu thuật thần kinh xác nhận là cần thiết về mặt y khoa và dựa trên các kết quả chẩn đoán hình ảnh như chụp X-Quang (X-Ray), chụp cắt lớp vi tính (CT scan) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI). Loại trừ các trường hợp khoan lỗ sọ (burr hole), thủ thuật thao tác qua xoang bướm (transphenoidal) và các thủ thuật xâm lấn tối thiểu hoặc can thiệp nội mạch bao gồm phẫu thuật bằng dao Gamma (Gamma knife).
28.	Hôn mê	Là tình trạng mất ý thức không đáp ứng với các kích thích từ bên ngoài và không phản ứng với các nhu cầu của cơ thể và cần hệ thống hỗ trợ để duy trì sự sống trong ít nhất 96 giờ liên tục. Hôn mê phải là kết quả của tổn thương thần kinh nghiêm trọng dẫn đến mất vĩnh viễn và hoàn toàn khả năng thực hiện ít nhất 03 trong 06 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” (*) khi không có trợ giúp của người khác hoặc được xác nhận là bị thương tật vĩnh viễn hoặc mất sức lao động từ 81% trở lên theo quy định hiện hành của cơ quan chức năng có thẩm quyền. Tình trạng vĩnh viễn phải được chẩn đoán không sớm hơn sáu (6) tháng kể từ lần chẩn đoán hôn mê lần đầu tiên.
29.	Bệnh Bò điên (Creutzfeldt-Jakob Disease)	Sự xuất hiện của bệnh Creutzfeldt-Jacob hoặc bệnh Variant Creutzfeldt-Jacob khi có tổn thương não dẫn đến mất hoàn toàn khả năng thực hiện ít nhất 03 trong 06 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” (*) khi không có trợ giúp của người khác, hoặc mất sức lao động từ 81% trở lên theo quy định hiện hành của cơ quan có thẩm quyền. Tình trạng vĩnh viễn phải được chẩn đoán không sớm hơn 6 tháng kể từ lần chẩn đoán đầu tiên. Bệnh do sử dụng hormone tăng trưởng của người không thuộc phạm vi bảo hiểm.

STT	Bệnh hiểm nghèo	Định nghĩa
30.	Chấn thương sọ não nặng	Là tình trạng chấn thương sọ não do tai nạn gây ra bởi lực tác động từ bên ngoài dẫn đến việc Người được bảo hiểm mất hoàn toàn khả năng thực hiện ít nhất 03 trong 06 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” (*) dù có hay không có sự hỗ trợ của thiết bị máy móc, dụng cụ đặc biệt, thiết bị hỗ trợ cho người bị thương tật/tàn tật, kéo dài liên tục trong ít nhất 6 tháng VÀ mất vĩnh viễn khả năng lao động từ 81% trở lên theo quy định hiện hành của cơ quan có thẩm quyền. Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm: - Tổn thương/Chấn thương tùy sống, và - Chấn thương sọ não do bất kỳ nguyên nhân nào khác bao gồm do Người được bảo hiểm tự gây ra.
31.	Bệnh thần kinh vận động	Bệnh thần kinh vận động được đặc trưng bởi sự thoái hóa tiến triển của các bó vỏ não và các tế bào sừng trước hoặc các tế bào thần kinh ly tâm ở hành tủy, biểu hiện bằng teo cơ tùy sống, liệt hành tủy tiến triển, xơ cứng cột bên teo cơ và xơ cứng cột bên nguyên phát. Chẩn đoán phải do Bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác nhận bệnh tiến triển và dẫn đến tổn thương thần kinh vĩnh viễn. Bệnh thần kinh vận động phải dẫn đến mất vĩnh viễn khả năng thực hiện 03 trong 06 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” (*) mà không có sự hỗ trợ của người khác hoặc bị thương tật vĩnh viễn VÀ mất vĩnh viễn khả năng lao động từ 81% trở lên theo quy định hiện hành của cơ quan có thẩm quyền.
32.	Tổn thương đa rễ đám rối thần kinh cánh tay	Là tình trạng mất hoàn toàn và vĩnh viễn chức năng vận động và cảm giác của một chi trên gây ra bởi sự tổn thương toàn bộ của ít nhất 02 rễ đám rối thần kinh cánh tay do tai nạn hoặc chấn thương. Tổn thương toàn bộ của ít nhất 02 rễ thần kinh phải được xác nhận bởi chẩn đoán điện cơ được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa vật lý trị liệu hoặc chuyên khoa thần kinh.
33.	Bệnh đa xơ cứng	Là sự xuất hiện của bệnh đa xơ cứng. Chẩn đoán bệnh phải thỏa tất cả các điều kiện sau: - Các kỹ thuật chẩn đoán phải cho kết quả rõ ràng xác nhận chẩn đoán Bệnh đa xơ cứng; - Đa tổn thương thần kinh/di chứng thần kinh kéo dài liên tục ít nhất sáu (6) tháng; và - Có bằng chứng y tế ghi nhận bệnh sử các triệu chứng/di chứng thần kinh nói trên có diễn biến tăng giảm nhiều đợt trên lâm sàng. Các trường hợp tổn thương thần kinh do nguyên nhân khác như Lupus ban đỏ hệ thống (SLE), nhiễm HIV không thuộc phạm vi bảo hiểm.
34.	Bệnh loạn dưỡng cơ	Là một nhóm các bệnh thoái hóa di truyền của cơ đặc trưng bởi sự yếu và teo cơ. Chẩn đoán xác định bệnh loạn dưỡng cơ phải được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh. Bệnh phải dẫn đến tình trạng Người được bảo hiểm mất khả năng thực hiện ít nhất 03 trong 06 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” (*) dù có hay không có sự “trợ giúp” kéo dài liên tục trong ít nhất sáu (6) tháng. Trong định nghĩa này, “Trợ giúp” là sự hỗ trợ của thiết bị máy móc, dụng cụ đặc biệt, thiết bị hỗ trợ cho người bị thương tật/tàn tật và không liên quan đến sự trợ giúp của con người.

STT	Bệnh hiểm nghèo	Định nghĩa
35.	Bệnh nhược cơ	Là tình trạng rối loạn dẫn truyền thần kinh cơ tự miễn mắc phải gây ra yếu cơ, mỏi cơ và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau: - Tình trạng yếu cơ vĩnh viễn Độ III, IV hoặc V theo Cấp loại lâm sàng của Tổ chức Bệnh Nhược cơ Hoa Kỳ dưới đây; và - Chẩn đoán xác định và phân loại bệnh nhược cơ phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh. Tình trạng nhược cơ vĩnh viễn phải được chẩn đoán sau sáu (6) tháng kể từ lần chẩn đoán bệnh đầu tiên. Phân loại lâm sàng của Tổ chức Bệnh Nhược cơ Hoa Kỳ: Độ I: Nhược cơ vận nhãn, có thể có sụp mi, không có triệu chứng yếu cơ ở vị trí khác. Độ II: Nhược cơ vận nhãn ở bất kỳ mức độ nào, nhược cơ các cơ khác ở mức độ nhẹ. Độ III: Nhược cơ vận nhãn ở bất kỳ mức độ nào, nhược cơ các cơ khác ở mức độ trung bình. Độ IV: Nhược cơ vận nhãn ở bất kỳ mức độ nào, nhược cơ các cơ khác ở mức độ nặng. Độ V: Bắt buộc đặt nội khí quản để duy trì đường thở.
36.	Liệt chi	Là tình trạng mất toàn bộ và vĩnh viễn chức năng của ít nhất hai chi do bệnh hoặc tai nạn, kéo dài trong thời gian ít nhất sáu (6) tháng kể từ ngày bị bệnh hoặc tai nạn và không có khả năng phục hồi. Tình trạng tổn thương này phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh. Các trường hợp tổn thương do Người được bảo hiểm tự gây ra không thuộc phạm vi bảo hiểm.
37.	Bệnh Parkinson	Chẩn đoán xác định bệnh Parkinson vô căn phải do Bác sĩ chuyên khoa thần kinh thực hiện và đáp ứng tất cả các điều kiện sau đây: - Bệnh không thể kiểm soát bằng thuốc; - Có dấu hiệu bệnh nặng tiến triển; và - Mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 trong 06 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” (*) (dù được hay không được trợ giúp) trong thời gian liên tục ít nhất sáu (6) tháng. Trường hợp Parkinson do thuốc, do độc chất hoặc chất gây nghiện, Parkinson thứ phát do các nguyên nhân khác hoặc do di truyền không thuộc phạm vi bảo hiểm. Trong định nghĩa này, “Trợ giúp” là sự hỗ trợ của thiết bị máy móc, dụng cụ đặc biệt, thiết bị hỗ trợ cho người bị thương tật/tàn tật và không liên quan đến sự trợ giúp của con người.
38.	Bệnh bại liệt	Bệnh bại liệt được chẩn đoán và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau: - Virus bại liệt (Poliovirus) được xác định là nguyên nhân gây bệnh, - Liệt các cơ của chi hoặc liệt cơ hô hấp kéo dài trong ít nhất ba (3) tháng.

STT	Bệnh hiểm nghèo	Định nghĩa
39.	Liệt trên nhân tiến triển	Là tình trạng liệt trên nhân tiến triển là nguyên nhân duy nhất và trực tiếp gây ra mất kiểm soát dáng đi và thăng bằng, và mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 trong 06 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” (*). Chẩn đoán xác định phải được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh, đồng thời phải có xác nhận tình trạng bệnh tiến triển và gây ra các khiếm khuyết thần kinh kéo dài trong thời gian liên tục ít nhất sáu (6) tháng VÀ được xác định là thương tật vĩnh viễn hoặc mất vĩnh viễn khả năng lao động từ 81% trở lên theo quy định hiện hành của cơ quan có thẩm quyền. Quyền lợi bảo hiểm này chỉ áp dụng khi Người được bảo hiểm trên 05 Tuổi vào lần được chẩn đoán bệnh đầu tiên.
40.	Loãng xương nặng	Là tình trạng thoái hóa xương dẫn đến mất khối lượng xương và đáp ứng tất cả các tiêu chuẩn sau: ▪ kết quả đo mật độ xương với chỉ số mật độ xương T-score dưới -2.5 theo tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) về loãng xương; và ▪ có tiền sử gãy xương do loãng xương ít nhất 03 lần ở vị trí xương đùi, cổ tay hoặc đốt sống; và ▪ tình trạng gãy xương này là nguyên nhân trực tiếp gây ra mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 trong 06 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” (*) bị thương tật vĩnh viễn hoặc mất vĩnh viễn khả năng lao động từ 81% trở lên theo quy định hiện hành của cơ quan có thẩm quyền. Tình trạng thương tật vĩnh viễn phải được chẩn đoán sau ít nhất sáu (6) tháng kể từ lần chẩn đoán bệnh đầu tiên. Tùy theo quyết định của Công ty, việc xác nhận chẩn đoán và đánh giá mức độ tàn tật có thể được yêu cầu thông qua kiểm tra y tế độc lập bởi cán bộ y tế của Công ty.
41.	Đột quy	Là tình trạng tổn thương mạch máu não xảy ra đột ngột, bao gồm nhồi máu não, xuất huyết não và dưới màng nhện, thuyên tắc và huyết khối mạch máu não. Chẩn đoán này phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau: - Bằng chứng của tổn thương thần kinh vĩnh viễn gây ra một trong ba di chứng sau: ○ Mất hoàn toàn và vĩnh viễn chức năng vận động của ít nhất một chi ○ Mất khả năng nói vĩnh viễn do tổn thương trung khu ngôn ngữ trong não ○ Mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 trong 06 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” (*) mà không có sự trợ giúp của người khác ○ Bằng chứng của một trong ba tổn thương nêu trên phải được Bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác nhận sau ít nhất 6 tuần kể từ khi đột quy xảy ra; và - Các phát hiện của chụp cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp vi tính (CT Scan) hoặc các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh đáng tin cậy khác phù hợp với chẩn đoán đột quy mới. - Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm: ○ Cơn thiếu máu não thoáng qua và các tổn thương thần kinh do thiếu máu não có thể phục hồi khác; ○ Tổn thương não do tai nạn, chấn thương từ bên ngoài, nhiễm trùng, viêm mạch, các bệnh viêm nhiễm và chứng đau nửa đầu; ○ Bệnh mạch máu gây tổn thương mắt hoặc thần kinh thị giác; và ○ Bệnh thiếu máu cục bộ gây tổn thương hệ thống tiền đình.

STT	Bệnh hiểm nghèo	Định nghĩa
42.	Liệt hoàn toàn tứ chi do tổn thương tủy sống	Là tình trạng mất hoàn toàn, vĩnh viễn và không thể phục hồi chức năng vận động của tứ chi do chấn thương tủy sống. Tình trạng này phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh. Các trường hợp tổn thương do Người được bảo hiểm tự gây ra không thuộc phạm vi bảo hiểm.
43.	Viêm não do vi rút	Là tình trạng viêm não nặng (bán cầu đại não, thân não hoặc tiểu não) do nhiễm virus và dẫn tới di chứng thần kinh trầm trọng và vĩnh viễn. Bệnh phải được chẩn đoán xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và di chứng thần kinh phải kéo dài liên tục ít nhất sáu (6) tháng kể từ lần chẩn đoán bệnh đầu tiên. Viêm não do HIV không thuộc phạm vi bảo hiểm.
44.	Mù	Là mất hoàn toàn, vĩnh viễn và không thể hồi phục thị lực của cả hai mắt do bệnh hoặc tai nạn. Thị lực được chỉnh bằng kính phải nhỏ hơn 6/60 hoặc 20/200 khi kiểm tra bằng bảng Snellen (Snellen test) hoặc giới hạn ngoại vi thị trường của 2 mắt nhỏ hơn hoặc bằng 200. Chẩn đoán mù phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Mắt với các bằng chứng kết quả xét nghiệm phù hợp. Ngoài ra, tình trạng này phải kéo dài liên tục ít nhất sáu (6) tháng kể từ lần chẩn đoán bệnh đầu tiên.
45.	Suy thượng thận mạn tính	Là tình trạng tuyến thượng thận bị phá hủy dần dần do rối loạn tự miễn dịch đòi hỏi phải được điều trị bằng liệu pháp glucocorticoid và mineral corticoid thay thế suốt đời. Chẩn đoán bệnh phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Nội tiết dựa trên kết quả của một trong những kỹ thuật sau: - Các nghiệm pháp kích thích ACTH; - Nghiệm pháp giảm đường huyết bằng insulin; - Xét nghiệm đo nồng độ ACTH huyết tương; - Xét nghiệm đo nồng độ Renin Activity huyết tương (PRA). Chỉ có nguyên nhân do rối loạn tự miễn dịch là thuộc phạm vi bảo hiểm. Các trường hợp suy thượng thận do tất cả các nguyên nhân khác không thuộc phạm vi bảo hiểm.
46.	Bệnh Crohn có đường rò	Là rối loạn viêm mạn tính của ruột (bệnh Crohn). Bệnh được xem là nghiêm trọng khi có những bằng chứng y khoa ghi nhận về tình trạng tiếp tục viêm kéo dài liên tục mặc dù đã được điều trị với phương pháp tối ưu và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau: - Gây tắc ruột, đường rò hoặc thủng ruột đòi hỏi phải nhập viện, và - Đã có ít nhất một lần cắt bỏ đoạn ruột. Chẩn đoán bệnh phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Tiêu hóa dựa trên kết quả giải phẫu bệnh và/hoặc kết quả soi đại tràng sigma hoặc soi đại tràng.

STT	Bệnh hiểm nghèo	Định nghĩa
47.	Bệnh Ebola	Là tình trạng nhiễm virus Ebola và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau: - Kết quả xét nghiệm xác định virus Ebola dương tính; - Có các biến chứng liên tục của nhiễm vi rút kéo dài hơn ba mươi (30) ngày kể từ khi xuất hiện triệu chứng bệnh; và - Bệnh không dẫn đến tử vong.
48.	Bệnh phù chân voi	Là hậu quả và biến chứng của bệnh giun chỉ, đặc trưng bởi tình trạng sưng phù các mô của cơ thể do sự tắc nghẽn mạch bạch huyết. Chẩn đoán xác định phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa phù hợp, dựa trên kết quả xét nghiệm máu có sự hiện diện của ấu trùng giun chỉ và được Bác sĩ của Công ty xác nhận. Loại trừ trường hợp bệnh phù mạch bạch huyết gây ra do nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục, chấn thương, sẹo sau phẫu thuật, suy tim sung huyết hoặc bất thường bẩm sinh của hệ bạch huyết.
49.	Nhiễm HIV do truyền máu	Là tình trạng nhiễm vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) qua truyền máu và phải thỏa tất cả các điều kiện sau: - Truyền máu là sự cần thiết về mặt y khoa; - Truyền máu được thực hiện sau Ngày phát hành hợp đồng, ngày xác nhận điều chỉnh hoặc ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất (tùy theo ngày nào đến sau); - Nguồn lây nhiễm phải được xác định từ cơ sở thực hiện truyền máu và cơ sở này phải có khả năng xác định được nguồn gốc máu bị nhiễm HIV; và - Người được bảo hiểm không bị bệnh máu khó đông (Hemophilia). Quyền lợi bảo hiểm này sẽ được chấm dứt ngay khi vắc xin phòng bệnh HIV/AIDS hiệu quả được tạo ra.
50.	Nhiễm HIV do nghề nghiệp	Là tình trạng nhiễm vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) do một tai nạn nghề nghiệp trong quá trình thực thi nhiệm vụ với kết quả xét nghiệm HIV chuyển sang dương tính trong vòng sáu (6) tháng kể từ lúc tai nạn. Bất kỳ tai nạn nào dẫn đến khả năng yêu cầu bồi thường phải được báo về cho Công ty trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn và phải có kết quả xét nghiệm HIV âm tính ngay sau khi xảy ra tai nạn. Quyền lợi bảo hiểm này sẽ được chấm dứt ngay khi vắc xin phòng bệnh HIV/AIDS hiệu quả được tạo ra. Các trường hợp lây nhiễm HIV qua đường tình dục sẽ không được bảo hiểm.
51.	Mất thính lực	Là tình trạng mất thính lực hoàn toàn và không thể hồi phục xảy ra ở cả hai tai do bệnh lý hoặc tai nạn. Mất thính lực hoàn toàn phải được chẩn đoán xác định Bởi Bác sĩ chuyên khoa Tai - Mũi - Họng (ENT) dựa trên kết quả thính lực đồ và các nghiệm pháp đo ngưỡng nghe. Mất thính lực hoàn toàn được hiểu là “mất khả năng nghe ở cường độ âm thanh ít nhất từ 80 decibel trở lên ở mọi tần số”.
52.	Mất khả năng nói	Là tình trạng mất khả năng nói hoàn toàn và không thể hồi phục do chấn thương hoặc do bệnh lý ở dây thanh âm. Mất khả năng nói phải kéo dài trong 12 tháng liên tục và chẩn đoán xác định phải dựa trên các bằng chứng y khoa và được Bác sĩ chuyên khoa Tai - Mũi - Họng (ENT) xác nhận.

STT	Bệnh hiểm nghèo	Định nghĩa
53.	Lupus ban đỏ hệ thống có biến chứng viêm thận	Là bệnh rối loạn tự miễn đa hệ thống, được đặc trưng bởi sự phát triển của các tự kháng thể trực tiếp chống lại các loại kháng nguyên tự thân khác nhau. Quyền lợi bảo hiểm này sẽ chỉ được chi trả cho các thể bệnh Lupus ban đỏ hệ thống có tổn thương thận bao gồm Nhóm III đến Nhóm V được xác định bởi kết quả sinh thiết thận và phù hợp với phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Chẩn đoán cuối cùng phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Cơ xương khớp, Thận tiết niệu hoặc Miễn dịch. Phân loại Viêm thận Lupus của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO): Loại I: Tổn thương tối thiểu. Loại II: Tăng sinh gian mạch. Loại III: Viêm thận cầu thận ổ, cục bộ. Loại IV: Viêm thận cầu thận tăng sinh lan tỏa. Loại V: Viêm thận cầu thận màng Lupus
54.	Viêm cân mạc hoại tử	Là tình trạng viêm cân mạc hoại tử đáp ứng tất cả các điều kiện sau: - Có đủ các tiêu chuẩn lâm sàng của bệnh viêm cân mạc hoại tử; và - Nguyên nhân gây bệnh được xác định là do vi khuẩn; và - Có sự phá hủy lan rộng của cơ và các mô mềm khác dẫn đến sự mất chức năng toàn bộ và vĩnh viễn một chi do phải phẫu thuật cắt cụt chi từ trên cổ tay hoặc trên mắt cá chân. Chẩn đoán phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa.
55.	U tủy thượng thận	Là sự hiện diện của khối u thần kinh nội tiết ở tuyến thượng thận hoặc u tế bào ưa Crôm gây ra bài tiết quá mức catecholamines đòi hỏi phải phẫu thuật cắt bỏ khối u. Chẩn đoán xác định và chỉ định phẫu thuật phải được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa Nội tiết.
56.	Xơ cứng bì tiến triển	Là bệnh chất tạo keo hệ thống gây ra tình trạng xơ hóa lan rộng và tiến triển ở da, mạch máu và nội tạng. Chẩn đoán bệnh phải được xác định bởi kết quả sinh thiết và xét nghiệm huyết thanh, đồng thời phải có tổn thương hệ thống đến tim, phổi hoặc thận. Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm: - Xơ cứng bì khu trú (xơ cứng bì thể dải, xơ cứng bì thể đám); - Viêm bao cơ bạch cầu ái toan; và - Hội chứng CREST.
57.	Bỏng nặng	Là bỏng độ ba chiếm ít nhất 20% diện tích bề mặt cơ thể của Người được bảo hiểm theo Biểu đồ bề mặt cơ thể của Lund and Browder (phương pháp tính tỷ lệ phần trăm diện tích bề mặt cơ thể của Lund và Browder).
58.	Phẫu thuật vẹo cột sống tự phát	Là phẫu thuật cột sống được thực hiện để sửa chữa tình trạng cong vẹo bất thường của cột sống sang bên. Tình trạng vẹo cột sống phải là tự phát, không có sự hiện diện của bất kỳ nguyên nhân nào, và phải có mức độ vẹo với góc Cobb lớn hơn 40 độ. Các trường hợp biến dạng cột sống kết hợp với khuyết tật bẩm sinh và bệnh thần kinh cơ không thuộc phạm vi được bảo hiểm.
59.	Viêm loét đại tràng có phẫu thuật cắt toàn bộ đại tràng	Là tình trạng viêm loét toàn bộ đại tràng, có đi ngoài ra máu và đòi hỏi phải được điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ đại tràng và mở thông hồi tràng. Chẩn đoán phải dựa trên kết quả mô bệnh học và phẫu thuật cắt đại tràng và mở thông hồi tràng phải được thực hiện nhằm mục đích kiểm soát tình trạng bệnh đáp ứng kém với điều trị hoặc phòng ngừa sự phát triển ác tính.

Lưu ý:

Tổn thương thần kinh vĩnh viễn với các triệu chứng lâm sàng kéo dài nghĩa là các triệu chứng rối loạn hệ thần kinh khi khám lâm sàng và các triệu chứng dự kiến sẽ kéo dài trong suốt cuộc đời của Người được bảo hiểm. Các triệu chứng được bảo hiểm bao gồm liệt chi, suy yếu cục bộ, loạn ngôn (nói lắp), nói khó, nuốt khó, suy giảm thị lực, đi lại khó khăn, thiếu sự phối hợp, run chân tay, động kinh, sa sút trí tuệ, mê sảng, hôn mê.

(*) Chức năng sinh hoạt hàng ngày:

- (i). Tắm rửa: là khả năng tắm rửa trong bồn tắm hoặc dưới vòi sen (bao gồm việc bước vào và bước ra khỏi bồn tắm, phòng tắm) hoặc tắm rửa bằng các phương tiện khác;
- (ii). Mặc quần áo: là khả năng mặc và cởi quần áo hay các trang phục khác, mang và tháo các loại niềng răng, chân tay giả hay những thiết bị y tế tương tự;
- (iii). Dịch chuyển: là khả năng di chuyển từ giường ra ghế hay vào xe lăn, và ngược lại;
- (iv). Đi lại: là khả năng di chuyển trong nhà, từ phòng này qua phòng khác trên cùng một mặt bằng;
- (v). Tiêu, tiểu: là khả năng kiểm soát chức năng tiêu, tiểu để đảm bảo vệ sinh cá nhân;
- (vi). Ăn uống: là khả năng tự đưa thức ăn đã được chuẩn bị sẵn vào miệng.



CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM NHÂN THỌ MIRAE ASSET PRÉVOIR

Tầng 6A - 8, Tòa nhà Sài Gòn Giải Phóng,
436 - 438 Nguyễn Thị Minh Khai, Phường Bàn Cờ, TP. HCM

 1900 6603

 map-life.com.vn

