

**QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ TRỢ – BỆNH HIỂM NGHÈO 2021
CHO SẢN PHẨM LIÊN KẾT CHUNG**

Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ - Bệnh hiểm nghèo 2021 đã được Bộ Tài chính chấp thuận theo Công văn số 1165/BTC-QLBH ngày 02/02/2021.

Khi Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ - Bệnh hiểm nghèo 2021 được mua kèm với Sản phẩm bảo hiểm chính là Sản phẩm bảo hiểm Liên kết chung, Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sẽ được đính kèm theo Hợp đồng bảo hiểm, kế thừa những định nghĩa, quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm chính. Trong trường hợp có sự mâu thuẫn hoặc khác biệt, những định nghĩa, quy định trong Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ sẽ được ưu tiên áp dụng.

ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA

- 1.1 Người được bảo hiểm:** là cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam có tuổi từ một (01) tháng tuổi đến sáu mươi (60) tuổi vào Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ, có mối quan hệ có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm và được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Hợp đồng này.
- 1.2 Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ:** là Ngày hiệu lực hợp đồng trong trường hợp Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ được tham gia cùng lúc với Sản phẩm bảo hiểm chính hoặc là ngày được thể hiện trên văn bản xác nhận trong trường hợp tham gia sau Ngày hiệu lực hợp đồng, với điều kiện Công ty đã nhận được đầy đủ phí bảo hiểm của kỳ phí đầu tiên và Người được bảo hiểm còn sống vào ngày Công ty chấp thuận yêu cầu bảo hiểm.
- 1.3 Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ:** là ngày mà Công ty chấp nhận yêu cầu khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ của Bên mua bảo hiểm bằng văn bản theo quy định tại Điều 6.1.
- 1.4 Số tiền bảo hiểm:** là số tiền tương ứng với Quyền lợi bảo hiểm bổ trợ được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm tại thời điểm phát hành Hợp đồng và/hoặc văn bản xác nhận liên quan gần nhất sau Ngày hiệu lực hợp đồng.
- 1.5 Thời hạn bảo hiểm:** là thời hạn được tính từ Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ cho đến ngày liền kề trước Ngày kỷ niệm hợp đồng mà tại ngày này Người được bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ tròn sáu mươi lăm (65) tuổi nhưng không vượt quá thời hạn hợp đồng còn lại của Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.6 Thời hạn đóng phí:** bằng Thời hạn bảo hiểm, trong đó:
 - Thời hạn đóng phí bắt buộc bằng với thời hạn đóng phí bắt buộc của Sản phẩm bảo hiểm Liên kết chung mà Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này được đính kèm.
 - Sau thời gian đóng phí bắt buộc, khách hàng có quyền đóng phí linh hoạt.

- 1.7 Phí bảo hiểm cơ bản của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ:** là khoản tiền Bên mua bảo hiểm cần đóng cho công ty theo định kỳ đóng phí thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm hoặc theo các văn bản xác nhận liên quan gần nhất.
- 1.8 Phí ban đầu:** là khoản phí được khấu trừ từ Phí bảo hiểm cơ bản của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ trước khi phân bổ vào Giá trị tài khoản cơ bản theo quy định tại Điểm a, Điều 5.2
- 1.9 Phí bảo hiểm rủi ro:** là khoản phí được khấu trừ từ Giá trị tài khoản cơ bản vào Ngày hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ và vào các Ngày kỷ niệm tháng để Công ty thực hiện cam kết đối với quyền lợi bảo hiểm bồi trợ này.
- 1.10 Bệnh hiểm nghèo:** là các bệnh, thương tật được nêu trong Phụ lục 2 mà Người được bảo hiểm mắc phải, được chẩn đoán hoặc phẫu thuật bởi Bác sỹ tại Bệnh viện trong thời gian có hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ này.
- 1.11 Bác sỹ:** là cá nhân tốt nghiệp Bác sỹ y khoa, được cấp phép hành nghề hợp pháp tại địa phương để cung cấp dịch vụ khám, chữa bệnh và phẫu thuật và đang làm việc tại các Bệnh viện được định nghĩa tại Điều 1.12. Trong định nghĩa này, Bác sỹ không bao gồm những người sau đây:
- a) Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng;
 - b) (Các) Đối tác kinh doanh của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;
 - c) Đại lý bảo hiểm, người tuyển dụng, nhân viên của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;
 - d) Các thành viên trong gia đình trực hệ của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm (cha mẹ, vợ chồng, con cái, anh chị em ruột).
- 1.12 Bệnh viện:** là bệnh viện hoạt động hợp pháp và hội đủ các tiêu chuẩn sau:
- a) Được phép cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, khám, chẩn đoán và điều trị cho những người bị thương tật hay bệnh tật và hoạt động liên tục hai mươi bốn (24) giờ trong ngày; và
 - b) Có lưu giữ đầy đủ bệnh án và hồ sơ của bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của pháp luật và quy định hiện hành tại địa phương nơi bệnh viện có trụ sở; và
 - c) Là bệnh viện tuyến trung ương hoặc tuyến tỉnh hoặc bệnh viện cấp quận có phân hạng loại 1 hay cấp tương đương theo phân cấp của Bộ Y tế Việt Nam, hay bệnh viện cấp tương đương nếu ở ngoài lãnh thổ Việt Nam; và
 - d) Được đăng ký là một bệnh viện hợp pháp và tư cách pháp nhân của bệnh viện phải được thể hiện bằng chữ “bệnh viện” trên con dấu chính thức của bệnh viện;

- e) Bệnh viện không bao gồm các cơ sở sau đây:
- i. Trung tâm y tế dự phòng;
 - ii. Khoa/Bệnh viện/Viện tâm thần;
 - iii. Khoa/Bệnh viện/Viện y học cổ truyền;
 - iv. Khoa/Bệnh viện/Viện phong;
 - v. Khoa/Bệnh viện/Viện/Trung tâm phục hồi chức năng;
 - vi. Khoa/Bệnh viện/Viện/Trung tâm điều dưỡng;
 - vii. 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.

1.13 Thời hạn loại trừ bảo hiểm: là khoảng thời gian chín mươi (90) ngày tính từ Ngày hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ hoặc từ Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ gần nhất (lần sau cùng), tùy vào ngày nào đến sau. Công ty không chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu các triệu chứng hoặc các dấu hiệu của bệnh, bệnh phát sinh trong khoảng thời gian này.

ĐIỀU 2: KÊ KHAI CÁC THÔNG TIN CẦN THIẾT

2.1 Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp, kê khai đầy đủ, trung thực và chính xác tất cả các thông tin liên quan đến tình trạng nhân thân, sức khỏe và nghề nghiệp của Người được bảo hiểm vào Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm để Công ty đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ.

Việc Người được bảo hiểm được yêu cầu kiểm tra sức khỏe (nếu có) không thể thay thế cho Nghĩa vụ kê khai thông tin của Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm.

2.2 Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp thông tin thay đổi về nghề nghiệp của Người được bảo hiểm hoặc khi Người được bảo hiểm ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian từ ba (03) tháng trở lên bằng cách gửi thông báo bằng văn bản đến Công ty trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp hoặc tối thiểu mười lăm (15) ngày trước ngày Người được bảo hiểm xuất cảnh.

2.3 Trường hợp Bên mua bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ cung cấp, kê khai thông tin quy định tại Điều 2.1 và 2.2, Công ty sẽ thẩm định lại rủi ro bảo hiểm và có thể từ chối hoặc chấp thuận bảo hiểm Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ:

a) Nếu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cố ý kê khai không đầy đủ, chính xác và trung thực các thông tin cần thiết theo yêu cầu của Công ty, theo đó, nếu với thông tin chính xác, Công ty đã không chấp nhận bảo hiểm, Công

Công ty Cổ phần Bảo hiểm Nhân thọ Phú Hưng

ty sẽ (i) chấm dứt hiệu lực và không hoàn lại phí đã đóng cho Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này, và (ii) không chi trả đối với bất kỳ sự kiện bảo hiểm xảy ra có quyền lợi bảo hiểm liên quan đến việc vi phạm Nghĩa vụ kê khai và cung cấp thông tin.

b) Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai thông tin quy định tại Điều 2.1 và 2.2 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 của Hợp đồng bảo hiểm này.

c) Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cố ý vi phạm nghĩa vụ kê khai thông tin quy định tại Điều 2.1 và 2.2 nhưng Công ty vẫn chấp thuận bảo hiểm và tiếp tục duy trì hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, Công ty có quyền:

- (i) Thu thêm khoản phí bảo hiểm tương ứng với mức tăng rủi ro (nếu có); và/hoặc
- (ii) Điều chỉnh lại Số tiền bảo hiểm tương ứng với mức rủi ro theo thông tin chính xác; và/hoặc
- (iii) Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm đối với thương tật, bệnh tật, khuyết tật không được cung cấp, kê khai đầy đủ, trung thực và chính xác; hoặc
- (iv) Duy trì hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ, nếu các thông tin này không ảnh hưởng đến việc chấp nhận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm tương ứng với những thỏa thuận hiện tại.

Trong trường hợp Khách hàng không đồng ý với quyết định tái thẩm định của Công ty thì Công ty sẽ chấm dứt hiệu lực và không hoàn lại phí đã đóng cho Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.

ĐIỀU 3: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO

Trong thời gian hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ Bệnh hiểm nghèo:

Nếu Người được bảo hiểm mắc phải Bệnh hiểm nghèo được liệt kê tại Phụ lục 2, và Người được bảo hiểm phải còn sống ít nhất 14 ngày kể từ khi xảy ra sự kiện bảo hiểm Công ty sẽ chi trả một (01) lần một khoản tiền tương ứng với tỷ lệ phần trăm của Số tiền bảo hiểm được quy định ở Phụ lục 1.

Trong trường hợp Người được bảo hiểm đồng thời mắc phải nhiều hơn một (01) Bệnh hiểm nghèo, Công ty sẽ chỉ chi trả quyền lợi cho Bệnh hiểm nghèo nào có tỷ lệ phần trăm cao nhất.

ĐIỀU 4: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

Công ty Cổ phần Bảo hiểm Nhân thọ Phú Hưng

4.1 Công ty không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào nếu các bệnh, triệu chứng hoặc thương tật của các Bệnh hiểm nghèo được quy định trong Phụ lục 2 phát sinh:

- a) Trước ngày Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ có hiệu lực hoặc Ngày khôi phục hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ gần nhất (lần sau cùng), tùy theo ngày nào đến sau; hoặc
- b) Trong Thời hạn loại trừ bảo hiểm được quy định tại Điều 1.13.

4.2 Công ty không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào nếu Người được bảo hiểm mắc phải Bệnh hiểm nghèo do hậu quả của bất kỳ nguyên nhân nào sau đây:

- a) Hành vi tự tử xảy ra trong vòng hai mươi bốn (24) tháng kể từ Ngày hiệu lực hoặc Ngày khôi phục hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ gần nhất (lần sau cùng); hoặc
- b) Hành vi tự gây thương tích của Người được bảo hiểm; hoặc
- c) Bất cứ khuyết tật bẩm sinh và/ hoặc di truyền. Khuyết tật bẩm sinh/ di truyền là tình trạng bệnh hoặc khuyết tật đã có trong thời kỳ phát triển của bào thai hay khi sinh ra; hoặc
- d) Nhiễm HIV, bị AIDS hay các bệnh có liên quan đến HIV/AIDS; hoặc
- e) Do hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng đối với Người được bảo hiểm; hoặc
- f) Thực hiện các phẫu thuật theo yêu cầu. Phẫu thuật theo yêu cầu là các thủ thuật ngoại khoa, bao gồm cả phẫu thuật thẩm mỹ, không nhất thiết phải thực hiện về mặt y khoa, được thực hiện theo yêu cầu của Người được bảo hiểm; hoặc
- g) Do bị ảnh hưởng bởi tác động của vũ khí nguyên tử, vũ khí hóa học, vũ khí sinh học hoặc chất phóng xạ; hoặc
- h) Tham gia các hoạt động mạo hiểm bao gồm nhưng không giới hạn: lặn có bình dưỡng khí, nhảy bungee, nhảy dù, leo núi, đua ngựa hay đua trên các phương tiện có bánh xe hoặc tham gia vào các hoạt động thể thao như vận động viên chuyên nghiệp có thu nhập hoặc
- i) Tham gia các hoạt động hàng không trên các chuyến bay dân dụng khai thác theo lịch trình bay, trừ khi với tư cách là hành khách có vé; hoặc;
- j) Chiến tranh (không hoặc có tuyên bố), nội chiến, nổi loạn, các hình thức xung đột có vũ trang tương tự hoặc khủng bố.

ĐIỀU 5: PHÍ BẢO HIỂM BỒ TRỢ VÀ CÁC LOẠI PHÍ LIÊN QUAN

5.1 Phân bổ phí bảo hiểm cơ bản của Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ

Phí bảo hiểm cơ bản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ được phân bổ vào Giá trị tài khoản cơ bản theo tỷ lệ quy định tại điểm a, Điều 5.2.

5.2 Các loại phí liên quan

a) Phí ban đầu

Phí ban đầu sẽ được khấu trừ từ Phí bảo hiểm cơ bản của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ theo tỷ lệ phần trăm (%) theo quy định tại Sản phẩm bảo hiểm Liên kết chung mà Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này được đính kèm.

b) Phí bảo hiểm rủi ro

Phí bảo hiểm rủi ro được khấu trừ hàng tháng từ Giá trị tài khoản cơ bản vào mỗi Ngày kỷ niệm tháng. Phí bảo hiểm rủi ro được tính căn cứ theo tuổi hiện tại và giới tính của Người được bảo hiểm.

Trong trường hợp Giá trị tài khoản cơ bản không đủ để khấu trừ Phí bảo hiểm rủi ro hàng tháng, Công ty sẽ sử dụng Giá trị tài khoản đóng thêm để duy trì hiệu lực Hợp đồng.

Phí bảo hiểm rủi ro có thể thay đổi sau khi được Bộ Tài chính chấp thuận. Trong trường hợp này, Công ty sẽ thông báo với Bên mua bảo hiểm bằng văn bản ba (03) tháng trước khi áp dụng.

ĐIỀU 6: MẤT HIỆU LỰC, KHÔI PHỤC, HỦY BỎ VÀ CHẤM DỨT HIỆU LỰC SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ TRỢ

6.1 Mất hiệu lực và khôi phục Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ

Mất hiệu lực và khôi phục Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ sẽ hoàn toàn kế thừa và áp dụng theo quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm chính.

6.2 Chấm dứt hiệu lực Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ

Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ sẽ chấm dứt hiệu lực khi:

- a) Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực;
- b) Người được bảo hiểm tử vong;
- c) Công ty chấp thuận chi trả quyền lợi theo quy định tại Điều 3.1;
- d) Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ được chấm dứt trước thời hạn theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm;
- e) Khi Thời hạn bảo hiểm kết thúc;
- f) Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ hoặc Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực liên tục trên hai mươi bốn (24) tháng;

- g) Công ty từ chối bảo hiểm theo Điều 2;
- h) Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

ĐIỀU 7: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm sẽ hoàn toàn kế thừa và áp dụng theo quy định trong Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm chính.

PHỤ LỤC 1: BẢNG QUYỀN LỢI BỆNH HIỂM NGHÈO

Nhóm	Bệnh hiểm nghèo	Tỷ lệ % của Số tiền bảo hiểm
1	1 Bệnh Alzheimer 2 Phẫu thuật động mạch chủ 3 U não lành tính 4 Mù hai mắt 5 Bệnh gan mãn tính 6 Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính 7 Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành 8 Viêm gan siêu vi thể tối cấp 9 Chấn thương sọ não 10 Phẫu thuật thay van tim 11 Suy thận 12 Ung thư đe dọa tính mạng 13 Bỏng nặng 14 Thương tật nghiêm trọng 15 Ghép cơ quan chính 16 Viêm màng não do vi khuẩn 17 Nhồi máu cơ tim 18 Bệnh Parkinson 19 Bại liệt 20 Viêm đa khớp dạng thấp 21 Viêm não nặng 22 Đột quy 23 Xơ gan giai đoạn cuối 24 Bệnh nặng giai đoạn cuối	100%
2	25 Thiếu máu bất sản 26 Ghép tủy 27 Bệnh chân voi 28 Mất thính lực hai tai 29 Mất hai chi 30 Bệnh nang ở tủy thận 31 Đa xơ cứng 32 Bệnh loạn dưỡng cơ 33 Viêm cân mạc hoại tử 34 Tăng áp động mạch phổi nguyên phát 35 Bệnh teo cơ tủy 36 Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống	200%
3	37 Xơ cứng cột bên teo cơ 38 Hôn mê 39 Mất thanh 40 Liệt hai chi	300%

PHỤ LỤC 2: DANH MỤC BỆNH HIỂM NGHÈO

1. Bệnh Alzheimer

Bệnh do tình trạng thoái hóa não khiến Người được bảo hiểm mất dần khả năng tư duy và trí tuệ ngày càng sa sút khiến cho Người được bảo hiểm phải liên tục cần có người chăm sóc và giám sát. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ thần kinh trên cơ sở đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng và bằng câu hỏi bệnh Alzheimer hoặc bệnh Sa sút trí tuệ. Bệnh phải gây ra những tổn thương nhận thức nghiêm trọng và có tỉ lệ tổn thương cơ thể do sa sút trí tuệ trên tám mươi phần trăm (80%) và việc chẩn đoán phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận.

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong các trường hợp: sa sút trí tuệ do nghiện rượu, lạm dụng thuốc, bị AIDS.

2. Phẫu thuật động mạch chủ

Là phẫu thuật động mạch chủ ngực hay động mạch chủ bụng để điều trị bệnh của động mạch chủ, bao gồm: phẫu thuật điều trị hẹp động mạch chủ, đặt ống ghép điều trị vỡ túi phình động mạch chủ hay phình tách động mạch chủ.

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong các trường hợp: phẫu thuật nhánh phụ của động mạch chủ hoặc chỉ đặt ống nối động mạch chủ.

3. U não lành tính

Là u não lành tính không phải là ung thư, gây tổn thương não và đe dọa tính mạng và đã được phẫu thuật loại bỏ khối u, hoặc nếu do không thể phẫu thuật nên đã gây ra các di chứng thần kinh vĩnh viễn.

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong các trường hợp: u nang, u hạt, dị dạng động mạch hay tĩnh mạch não, u máu, u tuyến yên, u cột sống, u dây thần kinh thính giác.

4. Mù hai mắt

Mất toàn bộ và không phục hồi được thị lực của cả hai mắt do bệnh hay Tai nạn và được Bác sĩ chuyên khoa mắt tại một trong các Bệnh viện đủ tiêu chuẩn như được định nghĩa xác nhận.

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm cho trường hợp: tình trạng mù mắt do Người được bảo hiểm tự gây ra.

5. Bệnh gan mãn tính

Suy gan mãn tính giai đoạn cuối bao gồm các triệu chứng:

- Vàng da vĩnh viễn; và
- Báng bụng hay Cổ chướng; và

- Bệnh não do gan (hepatic encephalopathy).

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm cho những trường hợp suy gan mãn tính do:

- Sử dụng rượu; hoặc
- Sử dụng thuốc.

6. Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính

Bệnh phổi giai đoạn cuối gây ra suy hô hấp mãn tính và thỏa mãn tất cả các điều kiện sau:

- Cần thở oxy hỗ trợ vĩnh viễn do FEV1 – dung tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên ít hơn một lít (FEV1 < 1L);
- Áp lực riêng phần oxy trong máu động mạch khi thở khí trời bằng hoặc nhỏ hơn 55 mm thủy ngân (PaO2 ≤ 55mm Hg); và
- Khó thở ngay cả khi nghỉ ngơi.

7. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành

Là việc Người được bảo hiểm phải trải qua phẫu thuật tim hở để làm cầu nối vượt qua chỗ hẹp hoặc tắc của một hay nhiều nhánh động mạch vành. Bệnh được chẩn đoán bằng kỹ thuật chụp mạch vành với thuốc cản quang.

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong những trường hợp sau:

- Điều trị chỗ hẹp hay tắc bằng thủ thuật tạo hình mạch vành, nong mạch vành, đặt stent mạch vành; và
- Điều trị chỗ hẹp hay tắc bằng tia laser.

8. Viêm gan siêu vi thể tối cấp

Bệnh viêm gan do siêu vi trùng làm hoại tử phần lớn nhu mô gan dẫn đến tình trạng suy gan tối cấp. Bệnh được chẩn đoán xác định dựa trên những tiêu chuẩn:

- Giảm nhanh kích thước gan;
- Hoại tử toàn bộ các phân thùy gan, chỉ còn lại tổ chức liên kết của gan;
- Suy giảm nhanh chóng chức năng gan qua các xét nghiệm;
- Vàng da;
- Bệnh não do gan.

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong các trường hợp: bệnh viêm gan có nguyên nhân trực tiếp hay gián tiếp liên quan đến tự tử, ngộ độc, dùng thuốc quá liều, rượu bia.

9. Chấn thương sọ não

Chấn thương sọ não do Tai nạn gây di chứng thần kinh vĩnh viễn và có tỉ lệ tổn thương cơ thể do Chấn thương sọ não trên tám mươi phần trăm (80%).

10. Phẫu thuật thay van tim

Người được bảo hiểm được phẫu thuật tim hở lần đầu tiên để thay hay sửa chữa một hay nhiều van tim.

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm cho những trường hợp: phẫu thuật sử dụng thủ thuật đặt bóng hoặc đặt ống thông nội mạch catheter.

11. Suy thận

Tình trạng tổn thương thận mãn tính giai đoạn cuối không thể hồi phục chức năng của cả hai thận và cần phải chạy thận nhân tạo định kỳ hay ghép thận.

12. Ung thư đe dọa tính mạng

Bệnh được chẩn đoán là ác tính; do sự phát triển không thể kiểm soát được của tế bào ung thư và sự xâm lấn và phá hủy các mô lành xung quanh. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi kết quả giải phẫu bệnh được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa giải phẫu bệnh tại Bệnh viện đủ tiêu chuẩn như định nghĩa.

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong những trường hợp sau:

- Tất cả những giai đoạn tiền ung thư hay ung thư chưa xâm lấn khác;
- Ung thư tại chỗ các loại; Dị sản cổ tử cung; Tiền ung thư cổ tử cung nhóm I, II III (CIN-1, CIN-2, CIN-3);
- Ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn sớm (T1a và T1b theo phân loại TNM);
- Các u hắc tố của da có chiều sâu ít hơn 1,5 mm theo bảng phân loại của Breslow, hay thuộc nhóm I, II, III theo bảng phân loại của Clark;
- Tăng sinh tế bào sừng, ung thư da tế bào nền và tế bào vảy;
- Ung thư dạng nhú của tuyến giáp hay ung thư dạng nhú của bàng quang có đường kính nhỏ hơn hoặc bằng 10 mm;
- Ung thư bạch cầu hệ tân bào mãn tính thuộc nhóm 0, I, II của bảng phân loại RAI;
- Tất cả các loại u, bướu của những người đang nhiễm HIV.

13. Bồng nặng

Bồng hay phỏng được xác định:

- Bồng độ ba (03) trở lên; và
- Trên diện tích da tối thiểu là hai mươi phần trăm (20%) của diện tích da trên toàn cơ thể (tính theo luật số 9 của Lund hoặc biểu đồ diện tích da cơ thể của Browder).

14. Thương tật nghiêm trọng: là tình trạng của Người được bảo hiểm bị mất hoặc liệt hoàn toàn và không thể hồi phục được chức năng của:

- Một tay và một mắt; hoặc
- Một chân và một mắt.

Trong định nghĩa này, mất được hiểu là đứt rời hoàn toàn (i) tay được tính từ cổ tay trở lên, (ii) chân được tính từ mắt cá chân trở lên. Mất hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của mắt được hiểu là mất toàn bộ nhãn cầu hoặc mất thị lực hoàn toàn không thể hồi phục.

15. Ghép cơ quan chính

Ghép toàn bộ một trong những cơ quan người sau: tim, phổi, gan, thận, tuyến tụy do suy giảm chức năng giai đoạn cuối không hồi phục của cơ quan đó.

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm cho trường hợp: cấy ghép tế bào gốc.

16. Viêm màng não do vi khuẩn

Là tình trạng viêm màng não do vi khuẩn gây ra, khiến cho màng não hoặc tủy sống bị viêm gây ra các di chứng thần kinh vĩnh viễn và có tỉ lệ tổn thương cơ thể do di chứng bệnh viêm màng não trên tám mươi phần trăm (80%) và kéo dài ít nhất 6 tháng liên tục.

Bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa thuộc một trong các Bệnh viện đủ tiêu chuẩn xác nhận.

17. Nhồi máu cơ tim

Là cơn nhồi máu cơ tim cấp xảy ra lần đầu tiên, gây hoại tử một phần cơ tim do nguồn máu tới nuôi phần cơ tim đó bị gián đoạn đột ngột.

Bệnh phải được chẩn đoán xác định dựa trên ít nhất ba (03) trong số những tiêu chuẩn sau đây:

- Cơn đau thắt ngực điển hình của bệnh nhồi máu cơ tim và là nguyên nhân trực tiếp khiến Người được bảo hiểm phải nhập viện;

- Điện tâm đồ có sự biến đổi bệnh lý thiếu máu cơ tim cấp tính mới trên đoạn ST và/hoặc có sự xuất hiện những sóng Q bệnh lý mới;
- Men tim CK-MB tăng và có giá trị chẩn đoán nhồi máu cơ tim;
- Men tim Troponin (T hoặc I) tăng và có giá trị chẩn đoán nhồi máu cơ tim;
- Phân suất tống máu của tâm thất trái (EF) giảm xuống dưới năm mươi phần trăm (50%); chỉ số này được đo sau ba (03) tháng kể từ khi bị nhồi máu cơ tim.

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong những trường hợp sau:

- Bệnh nhồi máu cơ tim cũ; và
- Cơ đau thắt ngực không điển hình của bệnh thiếu máu cơ tim.

18. Bệnh Parkinson

Bệnh Parkinson nguyên phát do thoái hóa nhân xám trung ương của hệ thần kinh, có diễn tiến chậm và càng ngày càng nặng dần.

Bệnh được chẩn đoán xác định bởi một (01) Bác sĩ chuyên khoa thần kinh thuộc một trong các Bệnh viện đủ tiêu chuẩn theo quy định xác nhận rằng bệnh:

- Không thể kiểm soát được bằng thuốc; và
- Có dấu hiệu bệnh đang tiến triển; và
- Có tỉ lệ tổn thương cơ thể do bệnh Parkinson trên tám mươi phần trăm (80%).

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong các trường hợp: bệnh Parkinson thứ phát do nguyên nhân từ thuốc, hóa chất, chấn thương.

19. Bại liệt

Người được bảo hiểm được chẩn đoán xác định là mắc Bệnh bại liệt khi nguyên nhân gây bệnh được xác định là do virus bại liệt (Poliovirus) và có liệt các cơ của chi hoặc các cơ hô hấp trong thời gian ít nhất ba (03) tháng kể từ ngày được chẩn đoán.

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong trường hợp di chứng bại liệt.

20. Viêm đa khớp dạng thấp

Chẩn đoán xác định viêm đa khớp dạng thấp có rối loạn chức năng miễn dịch và thỏa mãn tất cả các điều kiện sau:

- Thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán về bệnh Viêm đa khớp dạng thấp của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (American College of Rheumatology);
- có tỉ lệ tổn thương cơ thể do bệnh viêm đa khớp dạng thấp trên tám mươi phần trăm (80%);
- Sự phá hủy khớp lan rộng và có biến dạng lớn đối với ba (03) khớp hay nhiều hơn trong các khớp sau: bàn tay, cổ tay, khuỷu tay, gối, háng, cổ chân, cột sống cổ hoặc bàn chân;
- Bệnh kéo dài ít nhất sáu (06) tháng kể từ ngày được chẩn đoán.

21. Viêm não nặng

Bệnh do siêu vi trùng gây ra tình trạng viêm nặng của não để lại di chứng thần kinh vĩnh viễn và được thấy rõ trên hình ảnh chụp cắt lớp não (CT scan) hoặc trên hình ảnh chụp cộng hưởng từ (MRI) não. Các di chứng thần kinh vĩnh viễn do bệnh có tỉ lệ tổn thương cơ thể trên tám mươi phần trăm (80%) và kéo dài ít nhất 6 tháng liên tục.

22. Đột quy

Là bệnh do mạch máu não bị vỡ hoặc bị tắc nghẽn. Việc chẩn đoán dựa trên kết quả trên hình ảnh chụp cắt lớp não (CT scan), cộng hưởng từ nhân (MRI) não.

Người được bảo hiểm có một trong các tổn thương thần kinh sau và các tổn thương này phải kéo dài ít nhất là sáu (06) tháng kể từ khi bị đột quy dẫn đến:

- Mất hoàn toàn và vĩnh viễn chức năng vận động của một hay hơn một chi;
- Mất hoàn toàn và vĩnh viễn chức năng phát âm do tổn thương trung khu ngôn ngữ của não;

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong những trường hợp sau:

- Các tổn thương thần kinh do chấn thương sọ não gây xuất huyết nội sọ;
- Các tổn thương thần kinh do các bệnh nhiễm trùng;
- Các tổn thương thần kinh do các bệnh khác;
- Các tổn thương thần kinh do cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA).

23. Xơ gan giai đoạn cuối

Tình trạng xơ gan giai đoạn cuối được biểu hiện bởi các triệu chứng:

- Vàng da kéo dài;

- Báng bụng hay cổ chướng; và
- Bệnh não do gan.

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm cho trường hợp xơ gan do rượu hoặc lạm dụng thuốc dẫn đến gây hại cho gan.

24. Bệnh nặng giai đoạn cuối

Là tình trạng Người được bảo hiểm được chẩn đoán xác định là mắc bệnh không thể chữa khỏi và tiên lượng là sẽ tử vong trong vòng mười hai (12) tháng. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi một (01) Bác sĩ điều trị chuyên khoa và được một Bệnh viện do Công ty chỉ định đồng ý.

25. Thiếu máu bất sản

Tình trạng suy giảm chức năng tủy xương vĩnh viễn, không thể hồi phục, gây thiếu máu, giảm hồng cầu, giảm bạch cầu và giảm tiểu cầu, cần điều trị ít nhất hai (02) trong các phương pháp sau:

- Truyền máu;
- Thuốc kích thích tủy xương;
- Thuốc ức chế miễn dịch;
- Ghép tủy xương.

26. Ghép tủy

Là việc Người được bảo hiểm đã được thực hiện thủ thuật cấy ghép tủy xương người bằng cách sử dụng các tế bào gốc tạo máu của người cho sau khi đã tiêu diệt toàn bộ tủy xương của Người được bảo hiểm.

27. Bệnh chân voi

Là tình trạng nhiễm giun chỉ giai đoạn muộn, đặc trưng bởi sự sưng phù và biến dạng nặng của các vùng cơ thể bị ảnh hưởng (chi dưới, bộ phận sinh dục hoặc vú) do sự tắc nghẽn của mạch bạch huyết bởi bệnh giun chỉ; các triệu chứng lâm sàng này phải được xác nhận bởi một bác sĩ chuyên khoa cùng với các xét nghiệm phát hiện có kháng nguyên giun chỉ hoặc có ấu trùng giun chỉ loại *Wuchereria bancrofti* hay *Brugia malayi* trong máu.

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm cho trường hợp: các tình trạng viêm sưng hay bệnh khác của hệ mạch bạch huyết.

28. Mất thính lực hai tai

Tình trạng mất thính lực hoàn toàn và không hồi phục do chấn thương hay bệnh lý ở cả hai (02) tai. Tình trạng mất thính lực này phải được kéo dài liên tục ít nhất sáu (06) tháng kể từ khi được chẩn đoán. Việc chẩn đoán phải xác

định trên cơ sở kết quả đo thính lực đồ và các xét nghiệm ngưỡng âm thanh được thực hiện và xác định bởi Bác sỹ chuyên khoa tai, mũi, họng thuộc một trong các Bệnh viện đủ tiêu chuẩn được định nghĩa. Mất thính lực hoàn toàn là khi không có khả năng nghe ít nhất 80 decibel ở mọi tần số.

29. Mất hai chi

Mất chi là cụt chân được tính từ mắt cá chân trở lên hoặc cụt tay tính từ cổ tay trở lên.

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm cho trường hợp: tình trạng mất chi do Người được bảo hiểm tự gây ra.

30. Bệnh nang ở tủy thận

Bệnh di truyền tiến triển ở thận có đặc tính hiện diện các nang trong vùng tủy thận, tình trạng teo các ống thận và xơ hóa mô kẽ thận.

Biểu hiện lâm sàng là tình trạng thiếu máu, tiểu nhiều và mất Natri qua thận, diễn biến đến suy thận mãn. Bệnh được chẩn đoán xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh của sinh thiết thận.

31. Đa xơ cứng

Có các triệu chứng xác định của đa xơ cứng. Việc chẩn đoán phải được thực hiện bởi một (01) Bác sỹ chuyên khoa thần kinh thuộc một trong các Bệnh viện đủ tiêu chuẩn, dựa trên tất cả các bằng chứng sau:

- Toàn bộ các kết quả khám, xét nghiệm đều khẳng định đây là bệnh đa xơ cứng;
- Xuất hiện nhiều tổn thương thần kinh vĩnh viễn và các tổn thương này đã tồn tại qua một khoảng thời gian liên tục ít nhất sáu (06) tháng;
- Có các bằng chứng y khoa ghi nhận các đợt tăng và giảm các triệu chứng đã nói trên hoặc các tổn thương thần kinh.

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong trường hợp: các thương tổn thần kinh được xác định là do bệnh khác như Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) hoặc HIV.

32. Bệnh loạn dưỡng cơ

Bệnh được chẩn đoán do Bác sỹ chuyên khoa thuộc một trong các Bệnh viện đủ tiêu chuẩn, xác nhận có ba (03) trong số bốn (04) điều kiện sau:

- Bệnh sử gia đình có các thành viên khác cũng mắc bệnh này;
- Biểu hiện lâm sàng không có rối loạn cảm giác, dịch não tủy bình thường và giảm nhẹ phản xạ gân;

- Điện cơ đồ;
- Sinh thiết cơ chẩn đoán xác định bệnh.

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm nếu các dấu hiệu, triệu chứng đầu tiên của bệnh xuất hiện khi Người được bảo hiểm nhỏ hơn mười tám (18) tuổi.

33. Viêm cân mạc hoại tử

Bệnh được chẩn đoán bởi Bác sĩ chuyên khoa thuộc một trong các Bệnh viện đủ tiêu chuẩn, và có những tình trạng sau:

- Có dấu chứng lâm sàng phù hợp với viêm cân mạc hoại tử; và
- Nguyên nhân gây bệnh được xác định phải là do vi khuẩn; và

Có sự phá hủy lan rộng của các cơ và các cấu trúc mô mềm khác dẫn đến tình trạng mất chức năng toàn bộ và vĩnh viễn của vùng cơ thể bị ảnh hưởng.

34. Tăng áp động mạch phổi nguyên phát

Bệnh tăng áp động mạch phổi nguyên phát với áp lực động mạch phổi lớn hơn 30 mmHg cùng với phì đại tâm thất phải, được xác nhận qua các xét nghiệm chẩn đoán chuyên khoa tim mạch. Người được bảo hiểm phải có ít nhất là dấu hiệu suy tim thuộc nhóm 4 của bảng phân loại suy tim của Hiệp hội tim mạch New York (NYHA).

Phân loại suy tim theo Hiệp hội tim mạch New York (NYHA):

- Nhóm 1: có bệnh tim nhưng hoạt động thể chất bình thường không gây ra triệu chứng mệt, khó thở hoặc đau ngực.
- Nhóm 2: hoạt động thể chất bị giới hạn nhẹ. Có triệu chứng mệt, khó thở hoặc đau ngực mức độ nhẹ khi hoạt động bình thường.
- Nhóm 3: bị giới hạn rõ rệt hoạt động thể chất. Khi nghỉ ngơi sẽ dễ chịu hơn, nhưng không trở về trạng thái bình thường được.
- Nhóm 4: khó thở, mệt ngực thường xuyên ngay cả khi nghỉ ngơi.

35. Bệnh teo cơ tủy

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

Bệnh này là nguyên nhân duy nhất và trực tiếp gây ra tỉ lệ tổn thương cơ thể do teo cơ trên tám mươi phần trăm (80%). Bệnh được chẩn đoán bởi bác sĩ chuyên khoa thần kinh và xác nhận bằng những xét nghiệm thần kinh cơ như điện cơ đồ.

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm đối với: các trường hợp Người được bảo hiểm từ 0 - 5 tuổi vào thời điểm được chẩn đoán lần đầu tiên mắc bệnh teo cơ tủy.

36. Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống

Là bệnh tự miễn ảnh hưởng trên nhiều hệ thống của cơ thể với đặc trưng là sinh ra các tự kháng thể chống lại kháng nguyên của chính cơ thể. Công ty chỉ bảo hiểm cho các dạng Lupus ban đỏ hệ thống có viêm thận (viêm thận từ loại III đến V theo kết quả sinh thiết thận như bảng phân loại của tổ chức Y tế thế giới dưới đây).

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm đối với: bệnh Lupus dạng đĩa (Discoid Lupus) hay các dạng Lupus khác chỉ có tổn thương máu, khớp.

Bảng phân loại viêm thận do Lupus của Tổ chức Y tế thế giới:

- Loại I : Viêm cầu thận có thay đổi tối thiểu
- Loại II : Viêm cầu thận gian mạch
- Loại III : Viêm cầu thận ổ, cục bộ
- Loại IV : Viêm cầu thận lan tỏa
- Loại V : Viêm cầu thận màng

37. Xơ cứng cột bên teo cơ

Bệnh được chẩn đoán bởi một (01) Bác sỹ chuyên khoa thần kinh thuộc một trong các Bệnh viện đủ tiêu chuẩn, xác nhận có các di chứng thần kinh vĩnh viễn của các cột bên của các dây thần kinh tủy sống và của các trung khu vận động của não gây liệt cứng và teo cơ tứ chi. Chẩn đoán bệnh phải dựa trên kết quả kiểm tra thần kinh cơ như Điện cơ đồ (EMG).

Được xác định có tỉ lệ tổn thương cơ thể do xơ cứng cột bên teo cơ trên tám mươi phần trăm (80%).

38. Hôn mê

Người được bảo hiểm ở trong trạng thái:

- Mất ý thức, không thể đáp ứng với những kích thích từ bên ngoài hay từ những nhu cầu đòi hỏi bên trong cơ thể;
- Phải sử dụng hệ thống máy hỗ trợ chức năng sống (hô hấp, tim mạch...) liên tục trong chín mươi sáu (96) giờ liên tiếp.
- Tình trạng mất ý thức này gây ra các tổn thương và di chứng thần kinh dẫn đến mất hoàn toàn và vĩnh viễn và có tỉ lệ tổn thương cơ thể do hôn mê trên tám mươi phần trăm (80%).

39. Mất thanh

Tình trạng mất khả năng phát âm hoàn toàn và không hồi phục do chấn thương hay bệnh lý của các dây thanh âm trong thời gian liên tục ít nhất mười hai (12) tháng kể từ ngày được chẩn đoán. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sỹ chuyên khoa tai, mũi, họng thuộc một trong các Bệnh viện đủ tiêu chuẩn theo quy định.

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong trường hợp: không phát âm được do tổn thương não hay bệnh tâm thần.

40. Liệt hai chi

Mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng sử dụng của cả hai tay hoặc cả hai chân; hoặc một tay và một chân vì liệt do bệnh hoặc Tai nạn gây ra trong một khoảng thời gian ít nhất sáu (06) tháng liên tục kể từ ngày xảy ra Tai nạn hoặc ngày bị bệnh và tỉ lệ tổn thương cơ thể do liệt chi trên tám mươi phần trăm (80%).

Công ty loại trừ trách nhiệm bảo hiểm cho trường hợp: tình trạng liệt chi do Người được bảo hiểm tự gây ra.