

BẢN QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM

TÊN KỸ THUẬT: SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO TÁI TỤC HẰNG NĂM

(Được chấp thuận theo Công văn số 11572/BTC-QLBH ngày 24 tháng 08 năm 2015 của Bộ Tài chính)

CHƯƠNG I - NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG	2
ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA	2
ĐIỀU 2: THỦ TỤC THAM GIA BẢO HIỂM	5
ĐIỀU 3: THỜI HẠN CẦN NHẮC	6
ĐIỀU 4: KÊ KHAI CÁC THÔNG TIN CẦN THIẾT	6
ĐIỀU 5: NHẦM LẪN KHI KÊ KHAI TUỔI, GIỚI TÍNH	6
ĐIỀU 6: ĐIỀU KHOẢN MIỄN TRUY XÉT	7
ĐIỀU 7: KHẤU TRỪ CÁC KHOẢN NỢ	7
ĐIỀU 8: THÔNG BÁO	7
CHƯƠNG II: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	8
ĐIỀU 9: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO	8
ĐIỀU 10: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ	8
CHƯƠNG III: PHÍ BẢO HIỂM, GIA HẠN ĐÓNG PHÍ	9
ĐIỀU 11: PHÍ BẢO HIỂM	9
ĐIỀU 12: GIA HẠN ĐÓNG PHÍ	10
CHƯƠNG IV: THAY ĐỔI, TÁI TỤC, CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	10
ĐIỀU 13: THAY ĐỔI THÔNG TIN LIÊN HỆ, NƠI CƯ TRÚ	10
ĐIỀU 14: THAY ĐỔI KHÁC	10
ĐIỀU 15: TÁI TỤC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	11
ĐIỀU 16: CHẤM DỨT HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	11
ĐIỀU 17: KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	12
CHƯƠNG V: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	12
ĐIỀU 18: NGƯỜI NHẬN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	12
ĐIỀU 19: THÔNG BÁO VỀ YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	13
ĐIỀU 20: HỒ SƠ YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	13
ĐIỀU 21: GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	14
CHƯƠNG VI: LUẬT ÁP DỤNG VÀ GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP	14
ĐIỀU 22: LUẬT ÁP DỤNG	14
ĐIỀU 23: GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP	14
DANH MỤC BỆNH HIỂM NGHÈO	15

CHƯƠNG I - NHỮNG ĐIỀU KHOẢN CHUNG

ĐIỀU 1: ĐỊNH NGHĨA

- 1.1 Công ty:** là Công ty Cổ phần Bảo hiểm Nhân thọ Phú Hưng, có Giấy phép thành lập và hoạt động số 69/GP/KDBH, do Bộ Tài chính nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam cấp ngày 30/08/2013.
- 1.2 Bên mua bảo hiểm:** là cá nhân từ đủ mười tám (18) tuổi trở lên, đang cư trú, học tập, làm việc hoặc hoạt động kinh doanh tại Việt Nam vào thời điểm nộp Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và có năng lực hành vi dân sự đầy đủ, có yêu cầu tham gia bảo hiểm, kê khai và ký tên trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, được Công ty chấp thuận phát hành Hợp đồng bảo hiểm và thực hiện nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.3 Người được bảo hiểm:** là cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam từ đủ mười tám (18) tuổi đến sáu mươi (60) tuổi vào Ngày hiệu lực hợp đồng và được Công ty chấp nhận bảo hiểm.
- Bên mua bảo hiểm phải được sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm khi yêu cầu bảo hiểm.
- 1.4 Tuổi bảo hiểm:** là tuổi được tính theo ngày sinh nhật vừa qua của Người được bảo hiểm. Tuổi bảo hiểm được Công ty dùng để xem xét bảo hiểm và tính phí bảo hiểm. Tất cả các từ “tuổi” sử dụng trong Hợp đồng bảo hiểm đều được hiểu là “Tuổi bảo hiểm”.
- 1.5 Người thụ hưởng:** là cá nhân được Bên mua bảo hiểm chỉ định theo Hợp đồng bảo hiểm để nhận quyền lợi bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên nhận quyền lợi tại Điều 18. Người thụ hưởng được ghi tên trong Đơn yêu cầu bảo hiểm và các văn bản xác nhận sửa đổi, bổ sung của Hợp đồng bảo hiểm (nếu có).
- 1.6 Đơn yêu cầu bảo hiểm:** là đơn đề nghị bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm và là một phần không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.7 Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm:** bao gồm Đơn yêu cầu bảo hiểm và tất cả văn bản có liên quan đến việc yêu cầu tham gia bảo hiểm do đích thân Bên mua bảo hiểm ký tên và cung cấp cho Công ty.
- 1.8 Giấy chứng nhận bảo hiểm:** là văn bản do Công ty cấp, xác nhận việc chấp thuận bảo hiểm và là một phần không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.9 Hợp đồng bảo hiểm (Hợp đồng):** bao gồm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, các văn bản xác nhận sửa đổi, bổ sung (nếu có), Bản quy tắc và điều khoản của sản phẩm này, Tài liệu minh họa bán hàng và các thỏa

thuận bổ sung được ký kết hợp lệ khác của hai (02) bên trong quá trình giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.

- 1.10 Thời hạn hợp đồng:** được quy định là một (01) năm và có thể được tái tục hằng năm theo quy định tại Điều 15.
- 1.11 Thời hạn đóng phí:** Bằng Thời hạn hợp đồng.
- 1.12 Ngày hiệu lực hợp đồng:** là ngày được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm. Nếu Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Công ty chấp thuận thì Ngày hiệu lực của hợp đồng sẽ là ngày Bên mua bảo hiểm điền đầy đủ thông tin vào Đơn yêu cầu bảo hiểm và thanh toán đủ khoản Phí bảo hiểm đầu tiên, với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm Công ty phát hành Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.13 Ngày tái tục hợp đồng:** là ngày lặp lại hằng năm của Ngày hiệu lực hợp đồng. Nếu năm không có ngày này, ngày cuối cùng của tháng tương ứng sẽ là Ngày tái tục hợp đồng.
- 1.14 Ngày hết hạn hợp đồng:** là ngày chấm dứt Thời hạn hợp đồng nếu Hợp đồng bảo hiểm vẫn còn hiệu lực vào thời điểm đó.
- 1.15 Ngày đến hạn đóng phí:** là ngày mà Bên mua bảo hiểm đóng các khoản phí bảo hiểm cho Công ty (đối với trường hợp Bên mua bảo hiểm lựa chọn đóng phí mỗi năm).
- 1.16 Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng:** là ngày Công ty chấp nhận yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm theo quy định tại Điều 17 của Bản quy tắc và điều khoản này.
- 1.17 Phí bảo hiểm đầu tiên:** là khoản phí bảo hiểm tương ứng với định kỳ đóng phí đầu tiên của Hợp đồng bảo hiểm. Nếu Bên mua bảo hiểm lựa chọn đóng trước phí bảo hiểm, phí bảo hiểm đầu tiên là khoản phí bảo hiểm năm tại thời điểm tham gia của Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.18 Số tiền bảo hiểm:** là số tiền được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm tại thời điểm phát hành Hợp đồng bảo hiểm hoặc các văn bản xác nhận sửa đổi, bổ sung (nếu có) nếu được Công ty chấp thuận thay đổi sau Ngày hiệu lực hợp đồng.
- 1.19 Phí hoàn lại (chỉ áp dụng trong trường hợp đóng trước phí bảo hiểm):** là tổng phí bảo hiểm đã đóng trước cho các lần tái tục Hợp đồng trong tương lai (nếu có). Để tránh hiểu nhầm, phí bảo hiểm trong năm hiện hành sẽ không được hoàn lại.

1.20 Tai nạn: là một hoặc một chuỗi sự kiện khách quan và liên tục, xảy ra do tác động của một lực hoặc một vật bất ngờ từ bên ngoài lên cơ thể Người được bảo hiểm và gây ra thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm. Các sự kiện này chỉ được xem là Tai nạn theo định nghĩa của Bản quy tắc và điều khoản của sản phẩm này nếu hội đủ các điều kiện sau:

- a) Xảy ra ngoài sự tiên liệu, kiểm soát cũng như ý muốn của Người được bảo hiểm;
- b) Phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất gây ra thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm;
- c) Không phải là những tổn thương thân thể do đau ốm, bệnh tật, nhiễm các loại vi khuẩn hoặc vi-rút.

1.21 Bệnh hiểm nghèo: là các bệnh, thương tật được nêu trong Danh mục Bệnh hiểm nghèo mà Người được bảo hiểm mắc phải trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng và không bị loại trừ bởi bất cứ quy định nào theo Bản quy tắc và điều khoản sản phẩm này. Bệnh hoặc thương tật đó phải phát sinh sau Thời hạn loại trừ bảo hiểm theo quy định tại Điều 1.24 và trong thời gian hợp đồng có hiệu lực. Một bệnh hoặc thương tật được xem là phát sinh khi bệnh hoặc thương tật đó tạo ra những triệu chứng khiến cho một người bình thường phải tìm sự tham vấn, khám bệnh, xét nghiệm chẩn đoán, hoặc điều trị của Bác sỹ.

1.22 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 hay cấp tương đương theo phân cấp của Bộ Y tế Việt Nam, hay bệnh viện cấp tương đương nếu ở ngoài 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. Bệnh viện/viện tâm thần;
 - iii. Bệnh viện/viện y học cổ truyền;
 - iv. Bệnh viện/viện phong;
 - v. Nhà điều dưỡng, trung tâm phục hồi chức năng, nhà lưu bệnh;
 - vi. 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.

- 1.23 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. 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).
- 1.24 Thời hạn loại trừ bảo hiểm (đối với Bệnh hiểm nghèo):** là chín mươi (90) ngày kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng gần nhất (lần sau cùng), tùy thuộc vào ngày nào đến sau.
- 1.25 Tình trạng tồn tại trước:** là Bệnh/các triệu chứng bệnh/thương tật đã xuất hiện/tồn tại trước Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng gần nhất (lần sau cùng), tùy thuộc vào ngày nào đến sau.
- 1.26 Chức năng sinh hoạt hàng ngày:** bao gồm:
- a) Khả năng tự thay quần áo, tự mang vào hay tháo ra những thiết bị trợ giúp như vòng đai, các chi giả...;
 - b) Khả năng tự di chuyển từ nơi này qua nơi khác trong nhà và trên bề mặt bằng phẳng;
 - c) Khả năng tự di chuyển ra khỏi giường, ghế dựa hoặc xe lăn; và ngược lại;
 - d) Khả năng tiểu tiện và đại tiện tự chủ;
 - e) Khả năng tự đưa thức ăn đã làm sẵn từ bát, đĩa vào miệng;
 - f) Khả năng tự tắm rửa, vệ sinh cá nhân.

ĐIỀU 2: THỦ TỤC THAM GIA BẢO HIỂM

- 2.1** Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải kê khai thông tin đầy đủ, trung thực và trực tiếp ký tên vào Đơn yêu cầu bảo hiểm, đóng khoản Phí bảo hiểm đầu tiên (và khoản phí bảo hiểm đóng trước theo quy định tại Điều 11), đính kèm giấy tờ nhân thân và các giấy tờ khác theo quy định của Công ty.
- 2.2** Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có quyền lợi có thể được bảo hiểm với:
- a) Bản thân Bên mua bảo hiểm;
 - b) Vợ, chồng, con, cha, mẹ hợp pháp của Bên mua bảo hiểm;
 - c) Anh, chị, em ruột; người có quan hệ nuôi dưỡng/ giám hộ hợp pháp;
 - d) Người khác, nếu Bên mua bảo hiểm có quyền lợi có thể được bảo hiểm.

ĐIỀU 3: THỜI HẠN CẦN NHẮC

Trong thời hạn hai mươi mốt (21) ngày kể từ ngày Bên mua bảo hiểm nhận được Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có quyền từ chối tham gia bảo hiểm bằng cách gửi thông báo bằng văn bản đến Công ty, trả lại Hợp đồng bảo hiểm và các hóa đơn tài chính (nếu có). Công ty sẽ hoàn lại khoản phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi trừ đi các khoản chi phí khám sức khỏe, xét nghiệm y khoa (nếu có).

ĐIỀU 4: KÊ KHAI CÁC THÔNG TIN CẦN THIẾT

- 4.1** Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp, kê khai đầy đủ, trung thực và chính xác mọi thông tin liên quan đến tình trạng nhân thân, sức khỏe của Người được bảo hiểm (kể cả các triệu chứng bất thường về sức khỏe, tiền sử bệnh) vào Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm. Việc Người được bảo hiểm được yêu cầu kiểm tra sức khỏe (nếu có) không thể thay thế cho nghĩa vụ cung cấp thông tin này.
- 4.2** Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ cung cấp, kê khai thông tin quy định tại Điều 4.1, Công ty có quyền thẩm định lại rủi ro có thể được bảo hiểm và, tùy thuộc vào quyết định của mình, Công ty sẽ từ chối hoặc chấp thuận bảo hiểm:
- a) Nếu từ chối bảo hiểm, Công ty sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng, tính từ thời điểm Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ cung cấp, kê khai thông tin quy định tại Điều 4.1, không có lãi, sau khi trừ đi các chi phí khám sức khỏe, xét nghiệm y khoa (nếu có). Theo đó, các nghĩa vụ, trách nhiệm của Công ty xuất phát từ và/hoặc liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm cũng sẽ chấm dứt và Công ty không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào; hoặc
 - b) Trong trường hợp vẫn chấp thuận 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; 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.

ĐIỀU 5: NHẦM LẤN KHI KÊ KHAI TUỔI, GIỚI TÍNH

- 5.1** Trường hợp nhầm lẫn khi kê khai tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm thì Số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh theo các nguyên tắc sau dựa trên tuổi và/hoặc giới tính đúng:

- a) Nếu số phí bảo hiểm đã đóng thấp hơn số phí bảo hiểm được tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm, Công ty sẽ điều chỉnh giảm Số tiền bảo hiểm cho tương ứng với số phí bảo hiểm đã đóng và Bên mua bảo hiểm vẫn tiếp tục đóng phí bảo hiểm theo mức phí cũ.
- b) Nếu số phí bảo hiểm đã đóng cao hơn số phí bảo hiểm được tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phần phí bảo hiểm đóng thừa, không có lãi.

5.2 Nếu theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm không được Công ty chấp nhận bảo hiểm theo Bản quy tắc và điều khoản này, Công ty có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm theo quy định pháp luật. Trong trường hợp này, Công ty sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi trừ các chi phí khám sức khỏe, xét nghiệm y khoa (nếu có).

ĐIỀU 6: ĐIỀU KHOẢN MIỄN TRUY XÉT

6.1 Trừ trường hợp gian dối của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm, các nội dung kê khai không chính xác hoặc thiếu sót trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc các bản phụ lục trong quá trình giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm sẽ được Công ty miễn truy xét sau hai mươi bốn (24) tháng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc kể từ Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất (lần sau cùng).

Trường hợp gian dối của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm được hiểu là sự cố tình kê khai không trung thực về những thông tin mà nếu Công ty biết được về những thông tin đó, Công ty đã không chấp nhận bảo hiểm hoặc bảo hiểm với mức phí bảo hiểm cao hơn hoặc giới hạn trách nhiệm bảo hiểm.

6.2 Trong trường hợp gian dối của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm mà không được miễn truy xét theo quy định tại Điều 6.1, Điều 4.2 sẽ được áp dụng.

ĐIỀU 7: KHẤU TRỪ CÁC KHOẢN NỢ

Công ty sẽ khấu trừ tất cả các khoản phí bảo hiểm quá hạn (nếu có) trước khi thanh toán, chi trả bất cứ khoản tiền nào. Công ty có quyền ưu tiên hơn so với bất kỳ chủ nợ, Bên mua bảo hiểm, người được chuyển nhượng hay bất kỳ bên có quyền lợi liên quan nào khác để giải quyết bất kỳ khoản khấu trừ nào nêu trên. Trong trường hợp có bất kỳ sự mâu thuẫn nào giữa Điều này và các điều khoản còn lại của Bản quy tắc và điều khoản, Điều này sẽ được áp dụng.

ĐIỀU 8: THÔNG BÁO

- 8.1** Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty các yêu cầu liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm theo Bản quy tắc và điều khoản này. Các điều kiện mới của Hợp đồng bảo hiểm chỉ được áp dụng nếu Công ty chấp thuận các yêu cầu đó bằng văn bản. Văn bản chấp thuận đó sẽ trở thành một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.
- 8.2** Các thông báo mà Công ty gửi đến Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm sẽ có hiệu lực vào ngày Công ty phát hành nếu thông báo đó không có quy định khác.

CHƯƠNG II: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

ĐIỀU 9: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO

- 9.1** Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm mắc phải một (01) trong các Bệnh hiểm nghèo như được quy định tại Danh mục Bệnh hiểm nghèo, Công ty sẽ chi trả một trăm phần trăm (100%) Số tiền bảo hiểm.
- 9.2** Trong trường hợp Người được bảo hiểm mắc phải nhiều hơn một (01) Bệnh hiểm nghèo, Công ty sẽ chỉ chi trả một (01) lần cho một (01) Bệnh hiểm nghèo.
- 9.3** Trường hợp cần thiết, Công ty có quyền chỉ định một (01) Bệnh viện để xác định Bệnh hiểm nghèo của Người được bảo hiểm. Xác nhận của cơ sở giám định y khoa và/hoặc Bệnh viện này sẽ là cơ sở tham khảo để Công ty ra quyết định giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Công ty sẽ thanh toán các chi phí xét nghiệm theo yêu cầu của Công ty dựa trên các chứng từ, hóa đơn hợp lệ.

ĐIỀU 10: ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

- 10.1** Công ty sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào nếu Người được bảo hiểm tử vong trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày được chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo hoặc nếu các bệnh, triệu chứng hoặc thương tật của các Bệnh hiểm nghèo phát sinh:
- a) Trước Ngày hiệu lực hoặc Ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm 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 1.24.
- 10.2** Công ty sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào nếu Người được bảo hiểm mắc phải Bệnh hiểm nghèo là hậu quả của:
- a) Bệnh bẩm sinh hoặc các dị tật bẩm sinh; hoặc
 - b) Hành vi tự tử, dù trong tình trạng tỉnh táo hoặc mất trí, trong vòng hai mươi bốn (24) tháng kể từ Ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm hoặc

ngày khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm gần nhất (lần sau cùng); hoặc

- c) Hành vi tự gây thương tích của Người được bảo hiểm, dù trong trạng thái tinh thần bình thường hay mất trí; hoặc
- d) Việc nhiễm HIV, bị AIDS hay các bệnh có liên quan đến HIV/AIDS; hoặc
- e) Việc sử dụng trái phép chất ma túy, chất kích thích hoặc các chất gây nghiện; hoặc
- f) Tai nạn xảy ra do sử dụng rượu bia vượt quá nồng độ theo quy định của pháp luật có liên quan hoặc do ảnh hưởng của bất kỳ loại thuốc nào, trừ trường hợp có chỉ định của Bác sĩ với mục đích chữa bệnh; hoặc
- g) Việc nhiễm chất phóng xạ; hoặc
- h) Các hoạt động quân sự trong khi đang phục vụ trong quân ngũ; hoặc
- i) Chiến tranh (có tuyên bố hay không tuyên bố), các hoạt động nội chiến, nổi loạn, bạo động, bạo loạn dân sự hay hoạt động liên quan đến khủng bố; hoặc
- j) Tai nạn do 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
- k) Tai nạn do Người được bảo hiểm tham gia mọi hình thức đua tốc độ (ngoại trừ chạy đua, đi bộ), săn bắn, biểu diễn rơi tự do từ máy bay, các hoạt động thể thao chuyên nghiệp như: leo núi, nhảy dù, nhảy bungee, các hoạt động dưới nước, xử lý chất nổ hoặc sử dụng súng; hoặc
- l) Việc thực hiện các phẫu thuật theo yêu cầu. Phẫu thuật theo yêu cầu là các thủ thuật y 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
- m) Các trường hợp loại trừ khác được quy định chi tiết trong Danh mục Bệnh hiểm nghèo; hoặc
- n) Hành vi vi phạm pháp luật được quy định tại Bộ luật Hình sự Việt Nam của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng.

Trong trường hợp một hoặc một số Người thụ hưởng gây ra hành vi vi phạm pháp luật được quy định tại Bộ luật Hình sự Việt Nam đối với Người được bảo hiểm, Công ty sẽ chỉ chi trả phần quyền lợi bảo hiểm cho (những) Người thụ hưởng khác theo tỷ lệ mà Bên mua bảo hiểm đã chỉ định trong Hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại Bản quy tắc và điều khoản này.

CHƯƠNG III: PHÍ BẢO HIỂM, GIA HẠN ĐÓNG PHÍ

ĐIỀU 11: PHÍ BẢO HIỂM

Phụ thuộc vào các điều kiện tái tục được quy định tại Điều 15, phí bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm được quy định như sau:

11.1 Đối với trường hợp đóng phí bảo hiểm theo định kỳ

- a) Phí bảo hiểm có thể được đóng theo định kỳ năm, nửa năm, quý hay tháng;
- b) Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí vào mỗi lần tái tục Hợp đồng bảo hiểm và phải thông báo bằng văn bản cho Công ty chậm nhất ba mươi (30) ngày trước Ngày hết hạn hợp đồng;
- c) Để đảm bảo hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm nên đóng phí bảo hiểm vào hoặc trước Ngày đến hạn đóng phí ngay cả khi Bên mua bảo hiểm chưa nhận được thông báo.

11.2 Đối với trường hợp đóng trước phí bảo hiểm:

- a) Phí bảo hiểm sẽ được tính theo định kỳ năm;
- b) Ngoài Phí bảo hiểm đầu tiên, Bên mua bảo hiểm sẽ đóng trước phí bảo hiểm năm của bốn (04) lần tái tục hợp đồng trong tương lai với mức giảm phí theo quy định của Công ty tại từng thời điểm.

ĐIỀU 12: GIA HẠN ĐÓNG PHÍ

12.1 Thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm là sáu mươi (60) ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí. Trong thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm vẫn duy trì hiệu lực.

12.2 Sau khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm nêu tại Điều 12.1, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng đủ khoản phí bảo hiểm đến hạn, Hợp đồng bảo hiểm sẽ đương nhiên bị mất hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí.

CHƯƠNG IV: THAY ĐỔI, TÁI TỤC, CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

ĐIỀU 13: THAY ĐỔI THÔNG TIN LIÊN HỆ, NƠI CƯ TRÚ

13.1 Nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi thông tin liên hệ, thông tin cá nhân, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày có thay đổi.

13.2 Nếu Người được bảo hiểm ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam trong thời gian từ ba (03) tháng trở lên, Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty tối thiểu ba mươi (30) ngày trước ngày Người được bảo hiểm xuất cảnh.

ĐIỀU 14: THAY ĐỔI KHÁC

14.1 Thay đổi Người thụ hưởng: Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể thay đổi Người thụ hưởng. Việc thay đổi Người thụ hưởng sẽ chỉ có hiệu lực sau khi Công ty phát hành thư thông báo chấp thuận các yêu cầu thay đổi đó. Văn bản chấp thuận đó sẽ trở thành một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

- 14.2** Thay đổi khi Bên mua bảo hiểm tử vong: Nếu Bên mua bảo hiểm không phải là Người được bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm tử vong trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực thì (những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm sẽ được thừa kế toàn bộ quyền lợi và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm quy định tại Hợp đồng bảo hiểm này. (Những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ thanh toán các khoản thuế, phí, lệ phí theo quy định của pháp luật có liên quan đến việc thừa kế này.
- 14.3** Trường hợp không có người thừa kế nào đáp ứng điều kiện về mối quan hệ có thể được bảo hiểm quy định tại Điều 2.2, Bản quy tắc và điều khoản này, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực và Công ty sẽ hoàn trả Phí hoàn lại theo Điều 1.19.
- 14.4** Thay đổi Bên mua bảo hiểm: trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể chuyển nhượng toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm cho cá nhân theo quy định pháp luật có liên quan và quy tắc thẩm định của Công ty. Bên mua bảo hiểm mới sẽ được kế thừa toàn bộ quyền lợi và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm quy định tại Hợp đồng bảo hiểm này.

ĐIỀU 15: TÁI TỤC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

- 15.1** Khi Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực và Người được bảo hiểm vẫn còn sống, Bên mua bảo hiểm có thể tái tục Hợp đồng bảo hiểm vào mỗi Ngày tái tục hợp đồng trước lần sinh nhật thứ sáu mươi lăm (65) của Người được bảo hiểm với điều kiện:
- Trường hợp đóng phí bảo hiểm theo định kỳ: phí bảo hiểm tái tục do Công ty yêu cầu phải được đóng đầy đủ.
 - Trường hợp đóng trước phí bảo hiểm: phí bảo hiểm tái tục sẽ tự động ghi nhận được đóng vào (các) Ngày tái tục hợp đồng tương ứng.
- 15.2** Mức phí tái tục sẽ phụ thuộc vào độ tuổi của Người được bảo hiểm tại thời điểm tái tục.
- 15.3** Hợp đồng bảo hiểm được tái tục mỗi năm nhưng không quá bốn (04) lần. Với mỗi lần tái tục, Ngày hết hạn hợp đồng sẽ được tăng thêm một (01) năm tương ứng. Những thông tin liên quan đến việc tái tục sẽ được thông báo cho Bên mua bảo hiểm.

ĐIỀU 16: CHẤM DỨT HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

- 16.1** Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực khi một (01) trong các trường hợp sau xảy ra:
- a) Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt hiệu lực theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm theo quy định tại Điều 16.3; hoặc

- b) Bên mua bảo hiểm không đóng hoặc đóng không đầy đủ phí bảo hiểm và/hoặc đóng phí bảo hiểm không đúng hạn; hoặc
- c) Hợp đồng bảo hiểm hết hạn sau khi được tái tục bốn (04) lần; hoặc
- d) Khi Công ty chấp thuận chi trả quyền lợi Bệnh hiểm nghèo; hoặc
- e) Khi Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- f) Khi Người được bảo hiểm bị nhiễm HIV, bị AIDS hoặc các bệnh có liên quan đến HIV/AIDS; hoặc
- g) Do những nguyên nhân khác được quy định cụ thể tại Điều 5.2, Điều 4.2a; hoặc
- h) Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

16.2 Trừ trường hợp Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt hiệu lực theo Điều 16.1.d, Công ty sẽ:

- a) Không chi trả bất kỳ khoản tiền nào nếu Bên mua bảo hiểm đã không đóng trước phí bảo hiểm; hoặc
- b) Chi trả Phí hoàn lại (nếu có) nếu Bên mua bảo hiểm đã đóng trước phí bảo hiểm.

16.3 Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn bằng văn bản cho Công ty. Ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm là ngày Công ty nhận được đầy đủ, hợp lệ đơn yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm.

ĐIỀU 17: KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

17.1 Nếu Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực theo Điều 12.2, Bên mua bảo hiểm có quyền khôi phục hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- a) Bên mua bảo hiểm đưa ra yêu cầu khôi phục hiệu lực trước Ngày hết hạn hợp đồng; và
- b) Bên mua bảo hiểm thanh toán các khoản phí bảo hiểm quá hạn; và
- c) Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm đáp ứng các điều kiện theo yêu cầu thẩm định của Công ty liên quan đến việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm.

17.2 Nếu yêu cầu khôi phục hiệu lực được Công ty chấp thuận, ngày hiệu lực của việc khôi phục sẽ là ngày được thể hiện trên văn bản xác nhận sửa đổi, bổ sung do Công ty phát hành cho Bên mua bảo hiểm. Công ty sẽ không bảo hiểm cho những sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực.

CHƯƠNG V: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

ĐIỀU 18: NGƯỜI NHẬN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên sau:

- a) Người thụ hưởng được chỉ định; hoặc
- b) Bên mua bảo hiểm nếu không chỉ định Người thụ hưởng hoặc có chỉ định Người thụ hưởng nhưng Người thụ hưởng tử vong trước thời điểm chi trả quyền lợi;
- c) (Những) Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm nếu không chỉ định Người thụ hưởng hoặc có chỉ định Người thụ hưởng nhưng Người thụ hưởng và Bên mua bảo hiểm tử vong trước thời điểm chi trả quyền lợi;

Trong trường hợp có nhiều Người thụ hưởng được chỉ định, nếu có bất kỳ Người thụ hưởng nào tử vong trước Người được bảo hiểm, phần quyền lợi bảo hiểm của người đó sẽ được trả cho Bên mua bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm tử vong trước thời điểm chi trả quyền lợi.

ĐIỀU 19: THÔNG BÁO VỀ YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

- 19.1** Người nhận quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản về yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong thời gian sớm nhất. Trong mọi trường hợp, yêu cầu giải quyết quyền lợi phải được nộp cho Công ty trong vòng mười hai (12) tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Nếu quá thời hạn nêu trên, mọi yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm sẽ không được xem xét.
- 19.2** Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm có thể được gia hạn thêm một thời gian hợp lý nếu người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nộp trễ hồ sơ do tình trạng bất khả kháng hoặc có lý do chính đáng được Công ty chấp nhận.

ĐIỀU 20: HỒ SƠ YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

- 20.1** Người nhận quyền lợi bảo hiểm phải gửi cho Công ty trong thời gian sớm nhất có thể những giấy tờ sau đây:
 - a) Đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty đã được điền đầy đủ và chính xác; và
 - b) Bằng chứng về sự kiện bảo hiểm như: bệnh án, giấy ra viện, và các giấy tờ khác được cấp bởi cơ quan có thẩm quyền (tùy từng trường hợp). Nếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo do Tai nạn, cần có bản kết luận điều tra Tai nạn của Cơ quan Cảnh sát điều tra và/hoặc Bản kết luận giám định pháp y; và
 - c) Các bằng chứng về y khoa được cung cấp bởi Bác sỹ được định nghĩa trong Quy tắc, Điều khoản của sản phẩm này;
 - d) Các khám nghiệm y khoa phù hợp, bao gồm cả các bằng chứng về lâm sàng, khám nghiệm hình ảnh, kết quả giải phẫu bệnh lý và các xét nghiệm để chứng minh việc xuất hiện của một Bệnh hiểm nghèo;

- e) Bản chính Hợp đồng bảo hiểm được Công ty cấp, và các văn bản xác nhận sửa đổi, bổ sung, nếu có; và

Nếu bản chính các giấy tờ được yêu cầu bị mất, giấy tờ thay thế sẽ tuân theo quy định của pháp luật hiện hành.

- 20.2** Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải tự thực hiện (bằng chi phí của mình) các công việc công chứng, chứng thực, hợp pháp hóa lãnh sự và dịch công chứng tất cả các giấy tờ bằng tiếng nước ngoài sang tiếng Việt Nam.
- 20.3** Trong trường hợp Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã cung cấp đầy đủ và hợp lệ các chứng từ liên quan đến việc giải quyết yêu cầu bảo hiểm, nếu Công ty có yêu cầu thêm một số giấy tờ cụ thể phải nộp theo quy định pháp luật khiến kéo dài thời gian giải quyết quyền lợi bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả thêm lãi theo quy định tại Điều 21.1.

ĐIỀU 21: GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

- 21.1** Công ty có trách nhiệm xem xét giải quyết hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong thời gian ba mươi (30) ngày từ khi nhận được đầy đủ hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 20.1. Nếu quá thời hạn trên, đối với các hồ sơ được chấp nhận chi trả, khi thanh toán, Công ty sẽ chi trả thêm lãi của số tiền này theo lãi suất cơ bản do Ngân hàng Nhà nước Việt Nam công bố tại thời điểm chi trả.
- 21.2** Quyền lợi bảo hiểm sẽ được trả cho Người nhận quyền lợi bảo hiểm tại trụ sở chính Công ty, hoặc các văn phòng chi nhánh, hoặc bằng các phương thức thích hợp khác, tùy theo từng trường hợp cụ thể.

CHƯƠNG VI: LUẬT ÁP DỤNG VÀ GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

ĐIỀU 22: LUẬT ÁP DỤNG

Hợp đồng bảo hiểm này sẽ được giải thích và áp dụng theo những quy định pháp luật có liên quan của Nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam hiện hành.

ĐIỀU 23: GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

- 23.1** Mọi tranh chấp liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, nếu không giải quyết được bằng thương lượng giữa các bên thì một trong các bên sẽ đưa ra tòa án nơi bị đơn cư trú hoặc có trụ sở chính giải quyết.
- 23.2** Thời hiệu khởi kiện là ba (03) năm kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp./.

DANH MỤC BỆNH HIỂM NGHÈO

1. 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 chuyên gia, Bác sỹ giải phẫu bệnh thuộc một trong các Bệnh viện đủ tiêu chuẩn như định nghĩa.

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

- 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) và tất cả những giai đoạn tiền ung thư hay ung thư chưa xâm lấn khác;
- Ung thư tiền liệt tuyến được chẩn đoán theo tế bào học ở giai đoạn T1N0M0 hoặc sớm hơn (Theo cách phân loại TNM) hoặc có cùng giai đoạn theo cách phân loại tương đương khác;
- Các u hắc tố ác tính của da có bề sâu nhỏ hơn 1,5 mm theo bảng phân loại của Breslow, hay thuộc nhóm I, II, III theo bảng phân loại của Clark;
- Tất cả các ung thư da khác không phải là u hắc tố trừ khi có bằng chứng đã di căn đến hạch xung quanh hoặc xa hơn
- Tất cả các ung thư của tuyến giáp và ung thư bàng quang được chẩn đoán theo tế bào học ở giai đoạn T1N0M0 hoặc sớm hơn (Theo cách phân loại TNM)
- 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.

2. 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 cao hơn ngưỡng bình thường và có giá trị chẩn đoán nhồi máu cơ tim;
- Men tim Troponin (T hoặc I) tăng hơn 0.5ng/ml;

- Phân suất tổng 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 được 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.

3. Bỏng nặng

Bỏng hay phỏng được xác định:

- Bỏng 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 và biểu đồ diện tích da cơ thể của Browder).

4. 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 thần kinh nghiêm trọng dẫn đến Người được bảo hiểm hoàn toàn và vĩnh viễn mất khả năng tự thực hiện ba (03) trong sáu (06) Chức năng sinh hoạt hàng ngày mà không cần có sự trợ giúp của người khác.

5. Suy thận

Tình trạng suy thận mãn tính giai đoạn cuối không thể hồi phục chức năng của cả hai (02) thận và cần phải chạy thận nhân tạo định kỳ hay ghép thận.

6. 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.

Công ty được loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong các trường hợp: sa sút trí tuệ do nghiện rượu, nghiện thuốc, bệnh tâm thần kinh.

7. 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 tổn thương thần kinh vĩnh viễn.

Công ty được 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.

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

9. 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 ;
- Điện cơ đồ;
- Sinh thiết cơ chẩn đoán xác định bệnh.

Công ty được 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.

10. 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 sỹ 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
- Mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng tự thực hiện ba (03) trong sáu (06) Chức năng sinh hoạt hàng ngày.

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