

**QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM
BẢO HIỂM LIÊN KẾT CHUNG
QUYỀN LỢI BỆNH HIỂM NGHÈO
THỜI HẠN ĐÓNG PHÍ TỐI THIỂU 10 NĂM HOẶC THỜI
HẠN ĐÓNG PHÍ TỐI THIỂU 15 NĂM
(BẢO AN KHANG)**

(Ban hành kèm theo Công văn số 9545/BTC-QLBH ngày 15/07/2015 và Công văn sửa đổi, bổ sung số 5846/BTC-QLBH ngày 21/05/2018 của Bộ Tài chính)

Mục lục

CHƯƠNG I – CÁC ĐIỀU KHOẢN CHUNG	3
Điều 1: Định nghĩa	3
Điều 2: Hợp đồng bảo hiểm	7
Điều 3: Thời hạn hợp đồng và Thời hạn đóng phí	8
Điều 4: Thủ tục tham gia bảo hiểm	8
Điều 5: Bảo hiểm tạm thời	9
Điều 6: Thời gian cân nhắc	9
CHƯƠNG II – QUYỀN LỢI HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	9
Điều 7: Quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo	9
Điều 8: Quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu I	11
Điều 9: Quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm tử vong	12
Điều 10: Quyền lợi đáo hạn	12
Điều 11: Quyền lợi nhận lãi từ kết quả đầu tư của Quỹ liên kết chung	12
Điều 12: Quyền lợi thưởng hoàn tất đóng phí	12
Điều 13: Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm	13
CHƯƠNG III – PHÍ BẢO HIỂM VÀ THỜI GIAN GIA HẠN ĐÓNG PHÍ	14
Điều 14: Phí bảo hiểm	14
Điều 15: Thời gian gia hạn đóng phí	15
Điều 16: Khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm	15
CHƯƠNG IV – QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM VÀ CÔNG TY	15
Điều 17: Các quyền của Bên mua bảo hiểm	15
Điều 18: Nghĩa vụ cung cấp và cập nhật thông tin	17
CHƯƠNG V – CÁC LOẠI CHI PHÍ VÀ GIÁ TRỊ TÀI KHOẢN	19

Điều 19: Chi phí ban đầu	19
Điều 20: Chi phí bảo hiểm rủi ro	20
Điều 21: Chi phí hủy hợp đồng.....	20
Điều 22: Chi phí quản lý hợp đồng.....	21
Điều 23: Chi phí quản lý quỹ	21
Điều 24: Giá trị tài khoản.....	21
CHƯƠNG VI – GIẢI QUYẾT YÊU CẦU BỒI THƯỜNG	21
Điều 25: Các quy định chung về chi trả quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo.....	22
Điều 26: Khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo lần thứ nhất.....	23
Điều 27: Khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo lần thứ hai.....	23
Điều 28: Khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo lần thứ ba.....	23
Điều 29: Khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu	24
Điều 30: Khi Người được bảo hiểm tử vong	24
Điều 31: Khi Hợp đồng bảo hiểm đáo hạn	24
Điều 32: Người thụ hưởng	25
Điều 33: Thời hạn và Phương thức chi trả quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm	25
CHƯƠNG VII – CÁC ĐIỀU KHOẢN KHÁC	26
Điều 34: Đơn vị tiền tệ và các quy định về đóng Phí bảo hiểm, chi trả quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm.....	26
Điều 35: Miễn truy xét.....	26
Điều 36: Thông tin sai lệch về tuổi và giới tính của Người được bảo hiểm.....	26
Điều 37: Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm	27
Điều 38: Giải quyết khiếu nại, tranh chấp và luật điều chỉnh.....	27
Phụ lục I: Danh sách Bệnh hiểm nghèo	28
Phụ lục II: Danh sách Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu	40

CHƯƠNG I – CÁC ĐIỀU KHOẢN CHUNG

Điều 1: Định nghĩa

- 1.1. “**Công ty**” là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Sun Life Việt Nam, được Bộ Tài chính cấp Giấy phép Thành lập và Hoạt động số 68 GP/KDBH ngày 24/01/2013 (đã sửa đổi).
- 1.2. “**Bên mua bảo hiểm**” là cá nhân hoặc tổ chức được cấp Hợp đồng bảo hiểm và là người có thể thực hiện các quyền và nghĩa vụ được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.
 - Nếu Bên mua bảo hiểm là một cá nhân thì người đó (a) phải đạt mười tám (18) tuổi trở lên và (b) phải đang cư trú tại Việt Nam với đầy đủ năng lực hành vi dân sự hợp pháp, tại thời điểm phát hành Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp này, Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng.
 - Nếu Bên mua bảo hiểm là một tổ chức thì tổ chức đó phải được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam.
- 1.3. “**Hợp đồng bảo hiểm**” là sự thỏa thuận bằng văn bản giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty, do Công ty phát hành, bao gồm các tài liệu như được quy định tại Điều 2.
- 1.4. “**Người được bảo hiểm**” là (các) cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam và được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo các quy định tại Điều 4.
- 1.5. “**Người thụ hưởng**” là (các) cá nhân hoặc tổ chức được chỉ định để nhận quyền lợi từ Hợp đồng bảo hiểm, như được quy định tại Điều 32.
- 1.6. “**Giấy chứng nhận bảo hiểm**” là trang đầu tiên của Hợp đồng bảo hiểm ghi các thông tin cơ bản về Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm.
- 1.7. “**Ngày có hiệu lực của hợp đồng**” là ngày Công ty phát hành Hợp đồng bảo hiểm, như được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.8. “**Ngày kỷ niệm hợp đồng**” là ngày kỷ niệm tương ứng hàng năm của Ngày có hiệu lực của hợp đồng trong suốt thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực.
- 1.9. “**Ngày định kỳ đóng phí**” là ngày Bên mua bảo hiểm phải đóng các khoản Phí bảo hiểm đến hạn.
- 1.10. “**Năm hợp đồng**” và “**Tháng hợp đồng**” lần lượt có nghĩa là thời hạn mười hai (12) tháng dương lịch và một (01) tháng dương lịch kể từ Ngày có hiệu lực của hợp đồng.
- 1.11. “**Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng**” là ngày lặp lại hàng tháng của Ngày có hiệu lực của hợp đồng. Nếu tháng không có ngày này, ngày cuối tháng sẽ là Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng.

- 1.12. “**Tuổi tham gia bảo hiểm**” là tuổi của Người được bảo hiểm vào Ngày có hiệu lực của hợp đồng, tính theo lần sinh nhật vừa qua. Tuổi tham gia bảo hiểm được dùng để làm cơ sở tính Phí bảo hiểm, chi trả quyền lợi hợp đồng và áp dụng trong tất cả các vấn đề khác liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.13. “**Tuổi hiện tại**” là tuổi của Người được bảo hiểm đạt được tại mỗi Ngày kỷ niệm hợp đồng. Tuổi hiện tại được tính bằng Tuổi tham gia bảo hiểm cộng với số Năm hợp đồng tính từ Ngày có hiệu lực của hợp đồng.
- 1.14. “**Số tiền bảo hiểm**” là số tiền thỏa thuận giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm nhằm xác định quyền lợi bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.15. “**Ngày đáo hạn**” là ngày cuối cùng có hiệu lực của các quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm, như được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.16. “**Thời hạn hợp đồng**” là thời hạn mà Hợp đồng bảo hiểm này có hiệu lực, được xác định từ Ngày có hiệu lực của hợp đồng đến Ngày đáo hạn, như được quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.17. “**Thời hạn đóng phí tối thiểu**” là thời hạn mà Bên mua bảo hiểm phải thực hiện việc đóng Phí bảo hiểm cơ bản đầy đủ và đúng hạn, như được quy định tại Điều 3.
- 1.18. “**Thời hạn đóng phí tối đa**” là thời hạn tối đa mà Bên mua bảo hiểm (có thể) thực hiện việc đóng Phí bảo hiểm, như được quy định tại Điều 3.
- 1.19. “**Quỹ liên kết chung**” là quỹ được hình thành từ nguồn Phí bảo hiểm của các Hợp đồng bảo hiểm liên kết chung.
- 1.20. “**Giá trị tài khoản**” là số tiền được tích lũy từ các khoản phí được phân bổ sau khi đã trừ đi Khoản khấu trừ hàng tháng và cộng các khoản lãi và thưởng duy trì hợp đồng (nếu có).
- 1.21. “**Lãi suất tích lũy**” được xác định bằng cách lấy lãi suất đầu tư thực tế trừ đi Chi phí quản lý quỹ. Mức lãi suất đầu tư thực tế là tỷ suất lợi nhuận thu được từ việc Công ty sử dụng Quỹ liên kết chung để đầu tư. Lãi suất tích lũy đảm bảo không thấp hơn mức tối thiểu cam kết như được quy định tại Điều 11.
- 1.22. “**Khoản khấu trừ hàng tháng**” là khoản tiền Công ty khấu trừ hàng tháng từ tài khoản bao gồm Chi phí bảo hiểm rủi ro và Chi phí quản lý hợp đồng.
- 1.23. “**Phí bảo hiểm cơ bản**” là khoản Phí bảo hiểm tối thiểu mà Bên mua bảo hiểm phải đóng tại mỗi Ngày định kỳ đóng phí trong suốt Thời hạn đóng phí tối thiểu, như được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 1.24. “**Phí bảo hiểm đóng thêm**” là khoản Phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm (có thể) đóng thêm ngoài Phí bảo hiểm cơ bản.

- 1.25. “**Chi phí ban đầu**” là khoản chi phí Công ty sẽ khấu trừ tại mỗi lần đóng phí, áp dụng cho Phí bảo hiểm cơ bản và Phí bảo hiểm đóng thêm, trước khi phân bổ vào tài khoản.
- 1.26. “**Chi phí bảo hiểm rủi ro**” là khoản chi phí được khấu trừ hàng tháng để đảm bảo chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này.
- 1.27. “**Chi phí quản lý hợp đồng**” là khoản chi phí được khấu trừ hàng tháng để phục vụ việc quản lý và duy trì Hợp đồng bảo hiểm.
- 1.28. “**Chi phí hủy hợp đồng**” là khoản chi phí Bên mua bảo hiểm phải chịu khi yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn.
- 1.29. “**Chi phí quản lý quỹ**” là khoản tiền được dùng để chi trả cho các hoạt động quản lý Quỹ liên kết chung.
- 1.30. “**Khoản nợ**” là khoản tiền bao gồm các khoản tạm ứng, lãi phát sinh từ việc tạm ứng tiền, các khoản Phí bảo hiểm cơ bản đến hạn nhưng chưa được đóng, lãi phát sinh từ các khoản Phí bảo hiểm này, các khoản thuế phải nộp theo quy định của pháp luật và các khoản khác mà Bên mua bảo hiểm còn nợ Công ty theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm này.
- 1.31. “**Giá trị hoàn lại**” là số tiền Bên mua bảo hiểm sẽ nhận được khi Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt trước thời hạn. Giá trị hoàn lại bằng Giá trị tài khoản trừ đi Chi phí hủy hợp đồng, các khoản tạm ứng từ Giá trị hoàn lại và các khoản lãi phát sinh (nếu có). Công ty có trách nhiệm tính Giá trị hoàn lại phù hợp cơ sở kỹ thuật đã đăng ký với Bộ Tài chính. Công ty trình bày Giá trị hoàn lại ước tính vào Ngày kỷ niệm hợp đồng hàng năm tại Tài liệu minh họa bán hàng.
- 1.32. “**Bệnh hiểm nghèo**” là một trong những bệnh được định nghĩa trong Phụ lục I và Phụ lục II của Quy tắc và Điều khoản này.
- 1.33. “**Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn**” có nghĩa là một trong những tình trạng như được mô tả dưới đây và tình trạng này phải kéo dài ít nhất sáu (06) tháng liên tục:
- i) Người được bảo hiểm được một Bác sỹ hoặc cơ quan y tế có thẩm quyền chẩn đoán xác định là bị mất hoặc liệt hoàn toàn hoặc không thể phục hồi chức năng của:
- Hai mắt; hoặc
 - Hai tay; hoặc
 - Hai chân; hoặc
 - Một mắt và một tay; hoặc
 - Một mắt và một chân; hoặc
 - Một tay và một chân.

Trong khái niệm này, tay được tính từ cổ tay trở lên, chân được tính từ mắt cá chân trở lên. Mất hoàn toàn không thể phục hồi chức năng của mắt được hiểu là mất mắt hoặc mù hoàn toàn.

- ii) Người được bảo hiểm đã được xác nhận có tỷ lệ thương tật hoặc mất sức lao động vĩnh viễn từ 81% trở lên bởi Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

1.34. “**Bác sỹ**” là một người không phải là Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc người thân (theo quy định của pháp luật hiện hành) của Bên mua bảo hiểm, của Người được bảo hiểm hoặc của Người thụ hưởng (trừ trường hợp được Công ty chấp thuận trước bằng văn bản) và là:

- người đã đăng ký hành nghề y hợp pháp hoặc Bác sỹ phẫu thuật có đăng ký hợp lệ theo Luật khám, chữa bệnh của Việt Nam; hoặc
- người được cho phép và được quyền hành nghề tây y ở bất kỳ quốc gia nào khác theo pháp luật của quốc gia đó được Công ty chấp nhận.

1.35. “**Bệnh viện**” là một cơ sở được thành lập và đăng ký theo luật pháp Việt Nam (thể hiện bằng chữ “Bệnh viện” trên con dấu chính thức của bệnh viện), đang hoạt động theo pháp luật hiện hành và hội đủ các tiêu chuẩn sau:

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

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

- Trung tâm y tế dự phòng;
- Bệnh viện/viện/khoa tâm thần;
- Bệnh viện/viện/khoa y học dân tộc;
- Bệnh viện/viện/khoa 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;
- Trung tâm y tế quận/huyện.

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

Trong định nghĩa này, “**Phẫu thuật lớn**” là phẫu thuật liên quan đến việc mở một trong các khoang lớn của cơ thể, như bụng (mở bụng), lồng ngực (mở lồng ngực), hoặc hộp sọ (mở hộp sọ) và có thể gây chèn ép các cơ quan quan trọng khác. Phẫu thuật thường được thực hiện bằng cách sử dụng gây mê toàn thân trong phòng mổ của bệnh viện và do một nhóm các Bác sỹ thực hiện. Sau Phẫu thuật lớn, bệnh nhân phải điều trị nội trú ít nhất một đêm trong Bệnh viện.

- 1.36. “**Tình trạng tồn tại trước**” là tình trạng bệnh tật hoặc dấu hiệu/triệu chứng liên quan trực tiếp đến một căn bệnh hoặc tổn thương của Người được bảo hiểm đã có trước (a) Ngày có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, hoặc (b) ngày khôi phục hiệu lực gần nhất, nếu Hợp đồng bảo hiểm đã được khôi phục hiệu lực, tùy thuộc vào sự kiện nào xảy ra sau. Ngoại trừ căn bệnh hoặc tổn thương, hoặc bất kỳ tình trạng tồn tại trước có liên quan đã được kê khai một cách đầy đủ trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc trong bằng chứng về khả năng có thể bảo hiểm và đã được Công ty chấp thuận.
- 1.37. “**Tai nạn**” có nghĩa là một sự kiện bất ngờ và gây chấn thương có nguyên nhân duy nhất và trực tiếp từ các yếu tố bên ngoài, mạnh mẽ, không lường trước được lên cơ thể Người được bảo hiểm. Từ vong do tai nạn là khi Người được bảo hiểm tử vong do bị tai nạn trong vòng một trăm tám mươi (180) ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn đó. Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn do tai nạn là khi Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn do bị tai nạn trong vòng một trăm tám mươi (180) ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn đó.

Điều 2: Hợp đồng bảo hiểm

Các tài liệu sau đây sẽ cấu thành Hợp đồng bảo hiểm giữa Công ty và Bên mua bảo hiểm:

- Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính;
- Quy tắc và Điều khoản của (các) sản phẩm bảo hiểm bổ sung (nếu có);
- Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm;
- Tài liệu minh họa bán hàng;
- Bất kỳ cam kết, tuyên bố, sửa đổi bằng văn bản nào theo thỏa thuận của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm với Công ty;
- Các văn bản, tài liệu khác theo quy định của Công ty tùy từng thời điểm.

Tất cả các nghĩa vụ của Công ty đối với Bên mua bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm. Ngoài các tài liệu như được quy định ở trên, các tài liệu hoặc tuyên bố khác không cấu thành một phần của Hợp đồng bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm hoặc bất kỳ phần nào của

Hợp đồng bảo hiểm không được phép sửa đổi hoặc từ bỏ trừ trường hợp thông qua văn bản sửa đổi do người có thẩm quyền của Công ty ký kết.

Điều 3: Thời hạn hợp đồng và Thời hạn đóng phí

- 3.1. Thời hạn hợp đồng được xác định bằng cách lấy bảy mươi lăm (75) trừ đi Tuổi tham gia bảo hiểm.
- 3.2. Thời hạn đóng phí tối thiểu được Bên mua bảo hiểm lựa chọn khi tham gia bảo hiểm, bao gồm các thời hạn sau:
 - Thời hạn đóng phí tối thiểu mười (10) năm; hoặc
 - Thời hạn đóng phí tối thiểu mười lăm (15) năm.
- 3.3. Thời hạn đóng phí tối đa bằng với Thời hạn hợp đồng.

Điều 4: Thủ tục tham gia bảo hiểm

Khi yêu cầu bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm (và Người được bảo hiểm, nếu Bên mua bảo hiểm không phải là Người được bảo hiểm) phải điền đầy đủ, chính xác và trung thực mọi thông tin được yêu cầu trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, trả lời các câu hỏi thẩm định, trực tiếp ký tên của chính mình lên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, cung cấp các tài liệu đính kèm theo yêu cầu của Công ty và đóng đầy đủ khoản Phí bảo hiểm ban đầu.

Để Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được chấp nhận, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải đáp ứng các điều kiện sau:

- 4.1. Người được bảo hiểm trong độ tuổi từ ba mươi (30) ngày tuổi đến năm mươi lăm (55) tuổi.
Trong một số trường hợp ngoại lệ, Công ty có thể xem xét phát hành hợp đồng ở ngoài độ tuổi quy định, tùy thuộc vào kết quả thẩm định và chấp thuận của Công ty.
- 4.2. Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm được xem là có quyền lợi có thể được bảo hiểm đối với những người sau đây:
 - Bản thân Bên mua bảo hiểm; hoặc
 - Vợ, chồng hợp pháp, con, bố hoặc mẹ của Bên mua bảo hiểm; hoặc
 - Anh, chị, em ruột của Bên mua bảo hiểm; những người khác có quan hệ nuôi dưỡng/ giám hộ hợp pháp với Bên mua bảo hiểm; hoặc
 - Những người khác mà Bên mua bảo hiểm có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo pháp luật Việt Nam.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không còn có quyền lợi có thể được bảo hiểm đối với Người được bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực. Công ty sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm Giá trị hoàn lại trừ đi Khoản nợ (nếu có).

Điều 5: Bảo hiểm tạm thời

Nếu Người được bảo hiểm tử vong do tai nạn trong suốt thời hạn bảo hiểm tạm thời, Công ty sẽ chi trả Số tiền bảo hiểm được ghi trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, nhưng không vượt quá hai trăm (200) triệu đồng trên một Người được bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm tạm thời bắt đầu kể từ ngày Công ty nhận được đầy đủ khoản Phí bảo hiểm ban đầu và Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hợp lệ. Bảo hiểm tạm thời sẽ chấm dứt ngay khi Công ty thông báo tạm hoãn, từ chối hay chấp thuận Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm sẽ được chi trả cho (những) Người thụ hưởng như được quy định trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm.

Công ty sẽ không chi trả các quyền lợi bảo hiểm tạm thời nếu Người được bảo hiểm tử vong trực tiếp hoặc gián tiếp do hoặc liên quan đến:

- Tai nạn xảy ra trong khi hoặc do Người được bảo hiểm sử dụng trái phép thức uống có cồn, chất kích thích, chất gây nghiện, thuốc ngủ, thuốc an thần hoặc bất kỳ chất độc nào; hoặc
- Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng phạm tội hoặc mưu toan phạm tội (theo Bộ Luật Hình sự).

Trong trường hợp có hơn một Người thụ hưởng, và một hoặc một số người trong đó cố ý gây ra các hành vi phạm tội đối với Người được bảo hiểm, Công ty vẫn trả quyền lợi bảo hiểm tạm thời cho những Người thụ hưởng khác theo tỷ lệ tương ứng với tỷ lệ mà Bên mua bảo hiểm đã chỉ định trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm.

Nếu nguyên nhân tử vong của Người được bảo hiểm thuộc bất kỳ điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm nào trên đây, Công ty sẽ hoàn trả Bên mua bảo hiểm số tiền Phí bảo hiểm đã đóng không tính lãi sau khi đã trừ đi chi phí khám sức khỏe (nếu có).

Điều 6: Thời gian cân nhắc

Bên mua bảo hiểm có thể gửi cho Công ty văn bản yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trong vòng hai mươi một (21) ngày kể từ ngày Bên mua bảo hiểm nhận được Hợp đồng bảo hiểm. Để chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm và được hoàn trả phí, Bên mua bảo hiểm cũng phải gửi cho Công ty Hợp đồng bảo hiểm và hóa đơn gốc của khoản Phí bảo hiểm ban đầu. Các văn bản này phải được gửi đến địa chỉ văn phòng của Công ty được nêu tại Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Khi Công ty nhận được văn bản yêu cầu, hóa đơn gốc và Hợp đồng bảo hiểm, Công ty sẽ hoàn trả Bên mua bảo hiểm toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng sau khi trừ đi chi phí khám sức khỏe.

Mọi nghĩa vụ và trách nhiệm của Công ty theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt ngay khi Công ty chấp nhận yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm.

CHƯƠNG II – QUYỀN LỢI HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Điều 7: Quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo

7.1. Quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo lần thứ nhất

Nếu Người được bảo hiểm lần đầu tiên bị chẩn đoán xác định mắc phải một trong những Bệnh hiểm nghèo được quy định trong Phụ lục I của Quy tắc và Điều khoản này trong khi Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo như sau:

- i) Đối với các Bệnh hiểm nghèo thuộc Nhóm 1:
 - Một trăm năm mươi phần trăm (150%) Số tiền bảo hiểm; trừ đi
 - Khoản nợ (nếu có).
- ii) Đối với các Bệnh hiểm nghèo thuộc Nhóm 2, Nhóm 3, Nhóm 4 và Nhóm 5:
 - Một trăm phần trăm (100%) Số tiền bảo hiểm; trừ đi
 - Khoản nợ (nếu có).

Sau khi quyền lợi bảo hiểm này được chấp thuận chi trả, Bên mua bảo hiểm sẽ được miễn toàn bộ Phí bảo hiểm còn lại của sản phẩm bảo hiểm này sau khi quyền lợi bảo hiểm này được chi trả và Hợp đồng bảo hiểm vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực.

7.2. Quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo lần thứ hai

Nếu Người được bảo hiểm bị chẩn đoán xác định mắc phải một trong những Bệnh hiểm nghèo được quy định trong Phụ lục I của Quy tắc và Điều khoản này trong khi Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực và sau khi Công ty đã chi trả quyền lợi bảo hiểm như quy định tại Điều 7.1, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo lần thứ hai như sau:

- i) Đối với các Bệnh hiểm nghèo thuộc Nhóm 1:
 - Một trăm năm mươi phần trăm (150%) Số tiền bảo hiểm; trừ đi
 - Khoản nợ (nếu có).

Quyền lợi bảo hiểm này chỉ được chi trả nếu Bệnh hiểm nghèo lần thứ hai được chẩn đoán xác định sau năm (05) năm kể từ ngày Bác sỹ chuyên khoa ung thư xác nhận bệnh ung thư trước đã được chữa khỏi trên cơ sở kết quả lâm sàng, cận lâm sàng, giải phẫu bệnh sau quá trình phẫu thuật, hóa trị, xạ trị theo yêu cầu đối với bệnh Ung thư đe dọa tính mạng đó.

- ii) Đối với các Bệnh hiểm nghèo thuộc Nhóm 2, Nhóm 3, Nhóm 4 và Nhóm 5:
 - Một trăm phần trăm (100%) Số tiền bảo hiểm; trừ đi
 - Khoản nợ (nếu có).

Quyền lợi bảo hiểm này chỉ được chi trả nếu Bệnh hiểm nghèo lần thứ hai thuộc nhóm khác với Bệnh hiểm nghèo lần thứ nhất và được chẩn đoán xác định sau mười hai (12) tháng kể từ ngày Bệnh hiểm nghèo lần thứ nhất được chẩn đoán xác định.

Sau khi quyền lợi bảo hiểm này được chấp thuận chi trả, Hợp đồng bảo hiểm vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực.

7.3. Quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo lần thứ ba

Nếu Người được bảo hiểm bị chẩn đoán xác định mắc phải một trong những Bệnh hiểm nghèo được quy định trong Phụ lục I của Quy tắc và Điều khoản này trong khi Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực và sau khi Công ty đã chi trả quyền lợi bảo hiểm như được quy định tại Điều 7.1 và Điều 7.2, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo lần thứ ba như sau:

- i) Đối với các Bệnh hiểm nghèo thuộc Nhóm 1:
- Một trăm năm mươi phần trăm (150%) Số tiền bảo hiểm; cộng với
 - Một trăm phần trăm (100%) Giá trị tài khoản tại thời điểm chi trả quyền lợi bảo hiểm này; trừ đi
 - Khoản nợ (nếu có).

Quyền lợi bảo hiểm này chỉ được chi trả nếu Bệnh hiểm nghèo lần thứ ba được chẩn đoán xác định sau năm (05) năm kể từ ngày Bác sĩ chuyên khoa ung thư xác nhận bệnh ung thư trước đã được chữa khỏi trên cơ sở kết quả lâm sàng, cận lâm sàng, giải phẫu bệnh sau quá trình phẫu thuật, hóa trị, xạ trị theo yêu cầu đối với bệnh Ung thư đe dọa tính mạng đó.

- ii) Đối với các Bệnh hiểm nghèo thuộc Nhóm 2, Nhóm 3, Nhóm 4 và Nhóm 5:
- Một trăm phần trăm (100%) Số tiền bảo hiểm; cộng với
 - Một trăm phần trăm (100%) Giá trị tài khoản tại thời điểm chi trả quyền lợi bảo hiểm này; trừ đi
 - Khoản nợ (nếu có).

Quyền lợi bảo hiểm này chỉ được chi trả nếu Bệnh hiểm nghèo lần thứ ba thuộc nhóm khác với Bệnh hiểm nghèo lần thứ nhất và Bệnh hiểm nghèo lần thứ hai và được chẩn đoán xác định sau mười hai (12) tháng kể từ ngày Bệnh hiểm nghèo lần thứ hai được chẩn đoán xác định.

Sau khi quyền lợi bảo hiểm này được chấp thuận chi trả, Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực.

Điều 8: Quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu

Nếu Người được bảo hiểm bị chẩn đoán xác định mắc phải một trong những Bệnh hiểm nghèo được quy định trong Phụ lục II của Quy tắc và Điều khoản này trong khi Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo như sau:

- Năm mươi phần trăm (50%) Số tiền bảo hiểm, nhưng không vượt quá năm trăm (500) triệu đồng; trừ đi
- Khoản nợ (nếu có).

Quyền lợi bảo hiểm này chỉ được chi trả một lần trong suốt Thời hạn hợp đồng. Sau khi quyền lợi bảo hiểm này được chấp thuận chi trả, Bên mua bảo hiểm sẽ được miễn toàn bộ Phí bảo hiểm còn lại của sản phẩm bảo hiểm này sau khi quyền lợi bảo hiểm này được chi trả và Hợp đồng bảo hiểm vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực.

Điều 9: Quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm tử vong

Nếu Người được bảo hiểm tử vong khi Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm tử vong như sau:

- Mười phần trăm (10%) Số tiền bảo hiểm; cộng với
- Một trăm phần trăm (100%) Giá trị tài khoản tại thời điểm chi trả quyền lợi bảo hiểm này; trừ đi
- Khoản nợ (nếu có).

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực ngay sau khi quyền lợi bảo hiểm tử vong được chi trả.

Điều 10: Quyền lợi đáo hạn

Nếu hợp đồng vẫn còn hiệu lực vào Ngày đáo hạn, Công ty sẽ chi trả Giá trị tài khoản vào Ngày đáo hạn cho Bên mua bảo hiểm, sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có).

Điều 11: Quyền lợi nhận lãi từ kết quả đầu tư của Quỹ liên kết chung

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm đang còn hiệu lực, hàng tháng, một khoản lãi sẽ được tích lũy vào tài khoản của Bên mua bảo hiểm theo quy định tại Điều 24. Lãi sẽ được xác định bằng lãi suất tích lũy công bố tại từng thời điểm. Lãi suất tích lũy khi công bố được xác định bằng cách lấy tỷ suất lợi nhuận đầu tư thực tế của Quỹ liên kết chung trừ đi Chi phí quản lý quỹ. Lợi nhuận đầu tư thực tế của Quỹ liên kết chung là doanh thu thuần từ việc đầu tư các tài sản thuộc Quỹ liên kết chung. Các chi phí đầu tư liên quan đã được bao gồm trong Chi phí quản lý quỹ, như được quy định tại Điều 23.

Vào cuối mỗi năm tài chính, Công ty sẽ thực hiện điều chỉnh lãi tích lũy vào tài khoản của Bên mua bảo hiểm. Khoản điều chỉnh này bằng với hiệu số giữa lợi nhuận đầu tư thực tế của Quỹ liên kết chung sau khi trừ Chi phí quản lý quỹ và khoản lãi thực tế đã tích lũy vào tài khoản của Bên mua bảo hiểm. Việc điều chỉnh này nhằm đảm bảo Chi phí quản lý quỹ không vượt quá tỷ lệ đã được Bộ Tài chính chấp thuận. Trong trường hợp lợi nhuận đầu tư thực tế sau khi trừ Chi phí quản lý quỹ không vượt quá tiền lãi đã tích lũy vào tài khoản của Bên mua bảo hiểm, khoản điều chỉnh này sẽ không được thực hiện.

Lãi suất tích lũy sẽ được công bố trên trang thông tin điện tử chính thức của Công ty hàng tháng. Lãi suất tích lũy được đảm bảo ở mức tối thiểu là ba phần trăm một năm (3%/năm).

Điều 12: Quyền lợi thưởng hoàn tất đóng phí

Vào cuối Thời hạn đóng phí tối thiểu, với điều kiện Phí bảo hiểm cơ bản được đóng đầy đủ và Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm sẽ nhận được một khoản tiền gọi là

Thưởng hoàn tất đóng phí, được tính theo tỷ lệ phần trăm (%) của Số tiền bảo hiểm như sau. Khoản tiền thưởng này sẽ được cộng thêm vào Giá trị tài khoản.

Thời hạn đóng phí tối thiểu (Năm)	
10	15
15%	25%

Điều 13: Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

13.1. Quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo tại Điều 7 và Điều 8 sẽ không được chi trả nếu:

- Người được bảo hiểm tử vong trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày Bệnh hiểm nghèo được chẩn đoán xác định, hoặc phẫu thuật được thực hiện; hoặc
- Bệnh hiểm nghèo được chẩn đoán xác định trước hoặc trong vòng chín mươi (90) ngày kể từ (a) Ngày có hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm, hoặc (b) ngày khôi phục hiệu lực gần nhất, nếu Hợp đồng bảo hiểm đã được khôi phục hiệu lực, tùy thuộc vào sự kiện nào xảy ra sau.

13.2. Quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo tại Điều 7 và Điều 8 sẽ không được chi trả nếu Bệnh hiểm nghèo trực tiếp bị gây ra bởi hoặc liên quan đến:

- bất kỳ Tình trạng tồn tại trước nào; hoặc
- Người được bảo hiểm tự gây thương tích trong trạng thái tinh thần bình thường hay mất trí; hoặc
- Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng phạm tội hoặc mưu toan phạm tội (theo Bộ Luật Hình sự).

Trong trường hợp có hơn một Người thụ hưởng, và một hoặc một số người trong đó cố ý gây ra các hành vi phạm tội đối với Người được bảo hiểm, Công ty vẫn trả quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo cho những Người thụ hưởng khác theo tỷ lệ tương ứng với tỷ lệ mà Bên mua bảo hiểm đã chỉ định trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm.

- bạo động, dân biến, nội chiến hoặc hành động thù địch của các lực lượng có vũ trang, dù Người được bảo hiểm có thực sự tham gia vào các sự kiện đó hay không; hoặc
- các bệnh lý bẩm sinh; hoặc
- Người được bảo hiểm tham gia các loại hình thể thao hoặc hoạt động mạo hiểm, ví dụ như các loại hình hoạt động dưới nước liên quan đến thiết bị hỗ trợ thở, các loại hình hoạt động liên quan đến độ cao cho dù có hay không có thiết bị hỗ trợ, các môn thể thao liên quan đến võ, đấm bốc, các hoạt động liên quan đến chất nổ hoặc nổ, lái xe hoặc đua xe ở bất kỳ loại hình đua nào, tất cả các loại hình thể thao chuyên nghiệp loại trừ cờ vua, cờ tướng; tham gia vào hải quân, quân sự,

- hoặc các dịch vụ không quân, và các hoạt động vi phạm pháp luật; hoặc
- Người được bảo hiểm bay hoặc thực hiện bất kỳ hoạt động hàng không nào khác trừ khi là hành khách đi máy bay có trả cước phí của một hãng hàng không được cấp phép hoặc được công nhận hợp lệ; hoặc
 - Người được bảo hiểm sử dụng trái phép bất kỳ thức uống có cồn hoặc chất kích thích, chất gây nghiện, thuốc ngủ, thuốc, thuốc an thần hoặc chất độc nào; hoặc
 - nổ hoặc phóng xạ từ các loại vũ khí hạt nhân, nguyên tử hoặc hóa học hoặc việc nhiễm độc phóng xạ từ các cơ sở hạt nhân hoặc nguyên tử.

13.3. Quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm tử vong tại Điều 9 sẽ không được chi trả nếu sự kiện tử vong trực tiếp bị gây ra bởi hoặc liên quan đến:

- Người được bảo hiểm tự tử, dù là trong khi có ý thức hoặc mất ý thức, trong vòng 2 năm kể từ (a) Ngày có hiệu lực của hợp đồng hoặc (b) ngày khôi phục hiệu lực gần nhất, nếu Hợp đồng bảo hiểm đã được khôi phục hiệu lực, tùy thuộc vào sự kiện nào xảy ra sau; hoặc
- Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng phạm tội hoặc mưu toan phạm tội (theo Bộ Luật Hình sự).

Trong trường hợp có hơn một Người thụ hưởng, và một hoặc một số người trong đó cố ý gây ra các hành vi phạm tội đối với Người được bảo hiểm, Công ty vẫn trả quyền lợi bảo hiểm tử vong cho những Người thụ hưởng khác theo tỷ lệ tương ứng với tỷ lệ mà Bên mua bảo hiểm đã chỉ định trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm; hoặc

- Người được bảo hiểm chịu án tử hình theo quyết định của tòa án; hoặc
- Nhiễm HIV, bị AIDS, hoặc các bệnh liên quan đến HIV/AIDS.

Nếu Bệnh hiểm nghèo trực tiếp bị gây ra bởi hoặc liên quan đến bất kỳ điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm nào nêu tại Điều 13.1 và Điều 13.2, Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm và Hợp đồng vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực.

Nếu sự kiện tử vong trực tiếp bị gây ra bởi hoặc liên quan đến bất kỳ điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm nào nêu tại Điều 13.3, Công ty sẽ hoàn trả Bên mua bảo hiểm Giá trị hoàn lại trừ đi Khoản nợ (nếu có) hoặc tổng Phí bảo hiểm đã đóng trừ đi Khoản nợ (nếu có), tùy thuộc vào giá trị nào cao hơn.

CHƯƠNG III – PHÍ BẢO HIỂM VÀ THỜI GIAN GIA HẠN ĐÓNG PHÍ

Điều 14: Phí bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm đóng Phí bảo hiểm cơ bản trong suốt Thời hạn đóng phí tối thiểu như được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các điều chỉnh bổ sung (nếu có) đầy đủ, đúng hạn và đảm bảo duy trì Giá trị tài khoản không được thấp hơn Khoản khấu trừ hàng tháng và Khoản nợ (nếu có), ngay cả khi không nhận được thư thông báo của Công ty về việc đóng Phí bảo hiểm.

Sau khi đã hoàn thành việc đóng Phí bảo hiểm cơ bản cho Năm hợp đồng hiện tại, Bên mua bảo hiểm có thể đóng Phí bảo hiểm đóng thêm vào bất kỳ thời điểm nào trong khi Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, tùy thuộc vào các quy định hiện hành của Công ty.

Phí bảo hiểm cơ bản và Phí bảo hiểm đóng thêm (nếu có) sẽ được phân bổ vào tài khoản sau khi trừ đi Chi phí ban đầu tương ứng với từng loại Phí bảo hiểm như được quy định tại Điều 19.

Điều 15: Thời gian gia hạn đóng phí

Thời gian gia hạn đóng phí là sáu mươi (60) ngày kể từ ngày:

- Bên mua bảo hiểm không đóng đầy đủ và đúng hạn Phí bảo hiểm cơ bản tại mỗi Ngày định kỳ đóng phí trong suốt Thời hạn đóng phí tối thiểu; hoặc
- Giá trị tài khoản thấp hơn Khoản khấu trừ hàng tháng và Khoản nợ (nếu có).

Trong thời gian gia hạn đóng phí, Hợp đồng bảo hiểm vẫn duy trì hiệu lực. Ngay sau khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng đủ Phí bảo hiểm cần thiết, Hợp đồng bảo hiểm sẽ mất hiệu lực kể từ Ngày định kỳ đóng phí gần nhất. Công ty sẽ chi trả cho Bên mua bảo hiểm Giá trị hoàn lại (nếu có) trừ đi Khoản nợ (nếu có).

Điều 16: Khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm

Trong vòng hai (02) năm kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực gần nhất, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải còn sống tại thời điểm khôi phục hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm và phải đáp ứng các điều kiện để được bảo hiểm, bao gồm các yêu cầu về thẩm định; và
- Cung cấp mọi thông tin liên quan đến tình trạng nhân thân, nghề nghiệp, sức khỏe, nơi cư trú của Người được bảo hiểm vào Phiếu yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng; và
- Cung cấp cho Công ty bằng chứng về khả năng có thể được bảo hiểm như Giấy chứng nhận tình trạng sức khỏe và nghề nghiệp của Người được bảo hiểm (và Bên mua bảo hiểm, tùy từng trường hợp); và
- Đóng các chi phí phát sinh liên quan đến yêu cầu khôi phục hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm chi phí khám sức khỏe và Khoản nợ (nếu có).

Nếu được Công ty chấp nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm, thời điểm hiệu lực của việc khôi phục này được tính từ ngày Công ty cấp giấy chứng nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm. Công ty không bảo hiểm cho những sự kiện bảo hiểm đã xảy ra trong giai đoạn Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực.

CHƯƠNG IV – QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM VÀ CÔNG TY

Điều 17: Các quyền của Bên mua bảo hiểm

17.1. Tạm ứng tiền từ tài khoản

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực, nếu Hợp đồng bảo hiểm đã có Giá trị hoàn lại, Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu tạm ứng tiền từ tài khoản với điều kiện số tiền tạm ứng không được vượt quá tám mươi phần trăm (80%) Giá trị hoàn lại tại thời điểm yêu cầu tạm ứng trừ đi Khoản nợ (nếu có).

Công ty tính lãi trên số dư của bất kỳ khoản tạm ứng nào với lãi suất được công bố tại từng thời điểm trên website của Công ty.

Bên mua bảo hiểm có thể hoàn trả toàn bộ hoặc một phần khoản tạm ứng và lãi tính trên khoản tạm ứng vào bất kỳ thời điểm nào.

Công ty sẽ khấu trừ tất cả khoản tạm ứng và lãi tính trên khoản tạm ứng trước khi chi trả bất kỳ quyền lợi nào của Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp giá trị tích lũy của các khoản tạm ứng và lãi trên các khoản tạm ứng đó vượt quá Giá trị hoàn lại, thời gian gia hạn sẽ được áp dụng như quy định tại Điều 15.

17.2. Thay đổi Bên mua bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có thể chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm cho (các) cá nhân hoặc tổ chức khác theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật tại thời điểm chuyển nhượng. Để thực hiện việc chuyển nhượng này, Bên mua bảo hiểm phải gửi văn bản yêu cầu chuyển nhượng đến địa chỉ văn phòng của Công ty được nêu tại Giấy chứng nhận bảo hiểm. Việc chuyển nhượng chỉ có hiệu lực khi được Công ty chấp thuận, và người được chuyển nhượng phải thỏa mãn các điều kiện đối với Bên mua bảo hiểm theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm này.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không phải là Người được bảo hiểm, khi Bên mua bảo hiểm tử vong; hoặc bị Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn; hoặc bị phá sản, giải thể, bị sáp nhập, hợp nhất trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, người thừa kế hợp pháp theo quy định pháp luật của Bên mua bảo hiểm có quyền thừa kế Hợp đồng bảo hiểm này với điều kiện người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm phải thỏa mãn các điều kiện đối với Bên mua bảo hiểm theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm này. Nếu người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm không đáp ứng điều kiện trên, Hợp đồng bảo hiểm sẽ được giải quyết theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm, trừ trường hợp các bên có thỏa thuận khác.

Sau khi quyền sở hữu của Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, Người được bảo hiểm vẫn không thay đổi và người được chuyển nhượng sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm mới và kế thừa mọi quyền lợi và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này.

Công ty sẽ không chịu trách nhiệm về tính hợp lệ của việc thay đổi Bên mua bảo hiểm.

17.3. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

Ngoài các quy định về việc chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm tại các quy định nêu trên, Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Công ty trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực. Ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm là ngày Công ty nhận được giấy yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm.

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

Điều 18: Nghĩa vụ cung cấp và cập nhật thông tin

18.1. Cung cấp thông tin

18.1.1 Nghĩa vụ cung cấp thông tin của Bên mua bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm kê khai đầy đủ, chính xác và trung thực theo hiểu biết của mình tất cả các thông tin cần thiết để Công ty đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm này. Việc thẩm định sức khỏe, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai trung thực của Bên mua bảo hiểm theo quy định tại điều này.

Nếu Bên mua bảo hiểm cố tình vi phạm nghĩa vụ cung cấp, kê khai thông tin theo quy định, Công ty có quyền:

- Trong trường hợp sự kiện bảo hiểm chưa xảy ra, đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm và các nghĩa vụ có liên quan hoặc chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm và hoàn trả Giá trị hoàn lại; hoặc
- Trong trường hợp sự kiện bảo hiểm đã xảy ra, không giải quyết quyền lợi bảo hiểm và hoàn trả Phí bảo hiểm đã đóng kể từ Ngày có hiệu lực của hợp đồng hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất, nếu Hợp đồng bảo hiểm đã được khôi phục hiệu lực, tùy thuộc vào sự kiện nào xảy ra sau.

18.1.2 Nghĩa vụ cung cấp thông tin của Công ty

Khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm, Công ty có trách nhiệm cung cấp, cập nhật đầy đủ các thông tin, điều khoản, điều kiện liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm thông qua các tài liệu được quy định tại Điều 2 và các kênh thông tin khác như trang điện tử chính thức của Công ty. Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, vào các Ngày định kỳ đóng phí, Công ty sẽ gửi thư thông báo về việc đóng phí cho Bên mua bảo hiểm. Vào cuối mỗi năm dương lịch hoặc Năm hợp đồng, Công ty sẽ gửi báo cáo thường niên để thông báo cho khách hàng về tình hình hoạt động của Quỹ liên kết chung và Giá trị tài khoản của Hợp đồng bảo hiểm.

18.2. Cập nhật thông tin cá nhân và thông tin quan trọng

18.2.1 Thay đổi thông tin cá nhân

Bên mua bảo hiểm phải gửi thông báo bằng văn bản theo mẫu của Công ty và các thông tin chi tiết hoặc tài liệu phù hợp với quy định của pháp luật liên quan đến việc thay đổi trong thời hạn ba mươi (30) ngày kể từ khi có bất kỳ thay đổi nào như sau:

- i) Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi thông tin liên hệ, (các) tên, số của giấy tờ tùy thân chẳng hạn như Chứng minh nhân dân/Hộ chiếu;
- ii) Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng thay đổi địa chỉ cư trú của mình;
- iii) Người được bảo hiểm không còn cư trú tại Việt Nam hoặc rời khỏi Việt Nam từ ba tháng trở lên.

Nếu Công ty yêu cầu cung cấp các tài liệu hoặc thông tin chi tiết về các thay đổi trên, Bên mua bảo hiểm phải trả lời trong thời hạn được yêu cầu. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không trả lời trong thời hạn được yêu cầu, Công ty bảo lưu quyền chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, đồng thời thu các khoản Phí bảo hiểm cho đến ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm hoặc từ chối bất kỳ yêu cầu bồi thường nào hoặc thực hiện cả hai quyền này.

Bên cạnh đó, trong trường hợp (iii), bất kể có thông báo từ Bên mua bảo hiểm, Công ty, bằng việc gửi thông báo cho Bên mua bảo hiểm, có toàn quyền quyết định:

- tiếp tục Hợp đồng bảo hiểm với cùng các điều khoản và điều kiện; hoặc
- thay đổi Phí bảo hiểm; hoặc
- chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm và chi trả cho Bên mua bảo hiểm Giá trị tài khoản trừ đi Khoản nợ (nếu có).

18.2.2 Thay đổi nơi cư trú hoặc quốc tịch – các yêu cầu liên quan đến báo cáo thuế

Nếu Bên mua bảo hiểm, hoặc Công ty được thông tin rằng Bên mua bảo hiểm, chuyển nơi cư trú hoặc trở thành công dân của một quốc gia có các yêu cầu về báo cáo và tạm thu thuế, và nếu Bên mua bảo hiểm (i) không cung cấp đủ các tài liệu được yêu cầu để Công ty thực hiện các báo cáo hay tạm thu thuế theo luật pháp của quốc gia liên quan, hoặc (ii) không đồng ý cho Công ty thực hiện các báo cáo hay tạm thu thuế theo luật pháp của quốc gia liên quan, hoặc (iii) không tiếp tục chấp thuận cho Công ty thực hiện các báo cáo hay tạm thu thuế theo luật pháp của quốc gia liên quan trong vòng bốn mươi lăm (45) ngày kể từ ngày Bên mua bảo hiểm chuyển nơi cư trú, quốc tịch hoặc kể từ ngày nhận được yêu cầu từ phía Công ty, tùy thuộc vào sự kiện nào xảy ra trước, thì căn cứ thông báo của Công ty cho Bên mua bảo hiểm, Công ty có quyền chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm và trả cho Bên mua bảo hiểm Giá trị tài khoản trừ đi Khoản nợ (nếu có) và các khoản thuế theo yêu cầu của luật pháp quốc gia liên quan.

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

Công ty không được chuyển giao thông tin cá nhân do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cung cấp tại Hợp đồng bảo hiểm cho bất kỳ bên thứ ba nào khác, trừ các trường hợp sau đây:

- a) Thu thập, sử dụng, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc cho mục đích thẩm định, tính toán phí bảo hiểm, phát hành Hợp đồng bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm, nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn.
- b) Các trường hợp khác được Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đồng ý bằng văn bản, với điều kiện:
 - Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải được thông báo về mục đích chuyển giao thông tin và được quyền lựa chọn giữa đồng ý hoặc không đồng ý với việc chuyển giao đó; và
 - Việc Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm từ chối cho phép chuyển giao thông tin cho bên thứ ba ngoài điểm a khoản này không được sử dụng làm lý do để từ chối giao kết hợp đồng.

Bên mua bảo hiểm có quyền gửi bằng văn bản đến Công ty (i) yêu cầu cung cấp những thông tin cá nhân của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng mà Công ty đã thu thập, lưu trữ; và/hoặc (ii) yêu cầu Công ty thông báo cách thức đã thu thập, sử dụng, chuyển giao, công bố những thông tin này.

Nếu có bất kỳ thắc mắc, khiếu nại liên quan đến bảo mật thông tin, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm liên hệ với Công ty để được giải đáp.

CHƯƠNG V – CÁC LOẠI CHI PHÍ VÀ GIÁ TRỊ TÀI KHOẢN

Tất cả các loại chi phí đều là không đảm bảo và có thể thay đổi tùy thuộc vào sự chấp thuận của Bộ Tài chính. Mọi thay đổi sau khi được Bộ Tài chính chấp thuận sẽ được Công ty thông báo cho Bên mua bảo hiểm ít nhất ba (03) tháng trước khi áp dụng.

Điều 19: Chi phí ban đầu

Chi phí ban đầu được tính bằng phần trăm (%) của Phí bảo hiểm cơ bản và Phí bảo hiểm đóng thêm. Chi phí ban đầu được khấu trừ trước khi phân bổ vào tài khoản và tối đa không vượt quá tỷ lệ sau:

19.1. Phí bảo hiểm cơ bản

Thời hạn đóng phí tối thiểu (Năm)	Năm hợp đồng							
	1	2	3	4	5	6 - 10	11 - 15	16+
10	50%	40%	25%	15%	10%	10%	0%	0%
15	55%	45%	30%	15%	10%	8%	6%	0%

19.2. Phí bảo hiểm đóng thêm

Thời hạn đóng phí tối thiểu (Năm)	Năm hợp đồng					
	1	2	3	4	5	6+
10	5%	5%	5%	5%	5%	3%
15	5%	5%	5%	5%	5%	3%

Điều 20: Chi phí bảo hiểm rủi ro

Chi phí bảo hiểm rủi ro được khấu trừ hàng tháng từ tài khoản để đảm bảo việc chi trả quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này. Chi phí bảo hiểm rủi ro được tính bằng cách nhân Số tiền bảo hiểm chịu rủi ro với Tỷ lệ chi phí bảo hiểm rủi ro hàng tháng (trên 1000 đồng Số tiền bảo hiểm chịu rủi ro). Số tiền bảo hiểm chịu rủi ro là Số tiền bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm lựa chọn tại thời điểm tham gia bảo hiểm.

Tỷ lệ chi phí bảo hiểm rủi ro hàng tháng = Tỷ lệ chi phí bảo hiểm rủi ro theo năm chia cho mười hai (12).

Tỷ lệ chi phí bảo hiểm rủi ro theo năm thay đổi theo Tuổi hiện tại và giới tính của Người được bảo hiểm.

Điều 21: Chi phí hủy hợp đồng

Chi phí hủy hợp đồng được tính bằng tỷ lệ phần trăm (%) của Giá trị tài khoản như sau:

Năm hợp đồng	Thời hạn đóng phí tối thiểu (Năm)	
	10	15
1	100%	100%
2	100%	100%
3	95%	90%
4	85%	85%
5	75%	80%
6	65%	75%
7	55%	70%
8	45%	65%
9	35%	60%
10	25%	55%
11	20%	50%

12	15%	45%
13	10%	40%
14	5%	35%
15	0%	30%
16	0%	25%
17	0%	20%
18	0%	15%
19	0%	10%
20	0%	5%
21+	0%	0%

Điều 22: Chi phí quản lý hợp đồng

Chi phí quản lý hợp đồng hiện tại là ba mươi ngàn đồng một tháng (30.000 đồng/tháng), sẽ được khấu trừ hàng tháng từ tài khoản.

Điều 23: Chi phí quản lý quỹ

Chi phí quản lý quỹ sẽ được Công ty khấu trừ từ lãi suất đầu tư thực tế của Quỹ liên kết chung trước khi công bố lãi suất tích lũy để ghi nhận vào tài khoản. Chi phí quản lý quỹ hiện tại là hai phần trăm một năm (2%/năm).

Điều 24: Giá trị tài khoản

Giá trị tài khoản của Hợp đồng bảo hiểm được xác định như sau:

- 24.1. Vào Ngày có hiệu lực của hợp đồng, Giá trị tài khoản bằng:
- Phí bảo hiểm cơ bản và Phí bảo hiểm đóng thêm (nếu có); cộng với
 - Phí bảo hiểm của sản phẩm bổ sung (nếu có); trừ đi
 - Chi phí ban đầu; trừ đi
 - Khoản khấu trừ hàng tháng.
- 24.2. Vào mỗi Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng, Giá trị tài khoản bằng:
- Giá trị tài khoản vào Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng của tháng trước; cộng với
 - Phí bảo hiểm được đóng từ Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng của tháng trước đến Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng hiện tại (nếu có); trừ đi
 - Chi phí ban đầu của khoản Phí bảo hiểm trên; trừ đi
 - Phí bảo hiểm của sản phẩm bổ sung một tháng (nếu có); trừ đi
 - Khoản khấu trừ hàng tháng; cộng với
 - Lãi tích lũy tính từ Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng của tháng trước.

CHƯƠNG VI – GIẢI QUYẾT YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

Để yêu cầu bồi thường, người yêu cầu giải quyết quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm phải liên hệ với Công ty theo thông tin liên lạc được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm. Người

yêu cầu giải quyết quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm phải điền đầy đủ các thông tin được yêu cầu trong đơn yêu cầu chi trả quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm do Công ty cung cấp. Người yêu cầu giải quyết quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm phải chịu các chi phí (nếu có) liên quan đến việc cung cấp các thông tin, bằng chứng hợp lý mà Công ty yêu cầu để đáp ứng cho việc giải quyết yêu cầu bồi thường theo quy định về các hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm nêu tại Quy tắc và Điều khoản này.

Điều 25: Các quy định chung về chi trả quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo

- 25.1. Nếu Người được bảo hiểm được Bác sỹ chẩn đoán xác định mắc nhiều hơn một Bệnh hiểm nghèo trong cùng một lần chẩn đoán xác định, Công ty sẽ chỉ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho duy nhất một Bệnh hiểm nghèo với giá trị quyền lợi bảo hiểm được chi trả cao nhất. Giá trị và điều kiện chi trả quyền lợi bảo hiểm cụ thể của mỗi Bệnh hiểm nghèo được quy định tại Điều 7 và Điều 8.
- 25.2. Công ty sẽ chi trả cả hai quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo tại Điều 7 và Điều 8 cho cùng một loại bệnh nếu thời điểm Người được bảo hiểm được Bác sỹ chẩn đoán xác định mắc Bệnh hiểm nghèo theo Điều 7 và Điều 8 cách nhau sáu (06) tháng. Nếu thời điểm chẩn đoán xác định cách nhau dưới sáu (06) tháng, Công ty sẽ chỉ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho duy nhất một Bệnh hiểm nghèo với giá trị quyền lợi bảo hiểm được chi trả cao nhất. Giá trị và điều kiện chi trả quyền lợi bảo hiểm cụ thể của mỗi Bệnh hiểm nghèo được quy định tại Điều 7 và Điều 8.
- 25.3. Nếu Công ty đã chấp thuận chi trả quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo theo Điều 7, Công ty sẽ không có trách nhiệm chi trả cho quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo theo Điều 8 trong trường hợp Bệnh hiểm nghèo này liên quan đến Bệnh hiểm nghèo theo Điều 7 mà Công ty đã chi trả.
- 25.4. Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo theo Điều 7.2 và Điều 7.3 nếu Bệnh hiểm nghèo được chẩn đoán xác định là Bệnh nặng giai đoạn cuối nêu tại Phụ lục I. Nếu quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo theo Điều 7.1 được chi trả khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh nặng giai đoạn cuối, Bệnh hiểm nghèo lần thứ hai và/hoặc lần thứ ba phải được chẩn đoán xác định sau năm (05) năm kể từ ngày chẩn đoán xác định Bệnh nặng giai đoạn cuối.
- 25.5. Đối với những bộ phận (bao gồm nhưng không giới hạn ở vú, tai, mắt, ống dẫn trứng, thận, buồng trứng và tinh hoàn) có hai (02) phần gồm phần bên trái và phần bên phải, gọi tắt là bộ phận đôi, được xem là cùng một bộ phận. Nếu Người được bảo hiểm được Bác sỹ chẩn đoán xác định mắc nhiều hơn một Bệnh hiểm nghèo ở bất kỳ bộ phận đôi nào trong cùng một lần chẩn đoán xác định, mặc dù Bệnh hiểm nghèo có thể mắc phải ở nhiều giai đoạn bệnh khác nhau, Công ty chỉ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho duy nhất một Bệnh hiểm nghèo với giá trị quyền lợi bảo hiểm được chi trả cao

nhất. Giá trị và điều kiện chi trả quyền lợi bảo hiểm cụ thể của mỗi Bệnh hiểm nghèo được quy định tại Điều 7 và Điều 8.

Điều 26: Khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo lần thứ nhất

Trong thời hạn mười hai (12) tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo lần thứ nhất, người yêu cầu nhận quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Công ty và sau đó cung cấp cho Công ty đầy đủ các giấy tờ sau trong thời gian sớm nhất có thể:

- Đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu do Công ty quy định đã được điền đầy đủ và chính xác;
- Bản sao của Hợp đồng bảo hiểm, các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung và các tài liệu đính kèm khác (nếu có);
- Bằng chứng về tình trạng Bệnh hiểm nghèo của Người được bảo hiểm do các cơ quan có thẩm quyền cấp (các kết quả xét nghiệm hoặc chẩn đoán xác định của Bác sỹ như được yêu cầu trong danh sách Bệnh hiểm nghèo tại Phụ lục I của Hợp đồng bảo hiểm này);
- Bằng chứng về quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm như giấy ủy quyền, chứng minh nhân dân hoặc các giấy tờ xác nhận hợp pháp khác, trong trường hợp người nhận quyền lợi bảo hiểm là người thừa kế hoặc người được ủy quyền hợp pháp của Người thụ hưởng.

Điều 27: Khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo lần thứ hai

Trong thời hạn mười hai (12) tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo lần thứ hai, người yêu cầu nhận quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Công ty và sau đó cung cấp cho Công ty đầy đủ các giấy tờ sau trong thời gian sớm nhất có thể:

- Đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu do Công ty quy định đã được điền đầy đủ và chính xác;
- Bản sao của Hợp đồng bảo hiểm, các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung và các tài liệu đính kèm khác (nếu có);
- Bằng chứng về tình trạng Bệnh hiểm nghèo của Người được bảo hiểm do các cơ quan có thẩm quyền cấp (các kết quả xét nghiệm hoặc chẩn đoán xác định của Bác sỹ như được yêu cầu trong danh sách Bệnh hiểm nghèo tại Phụ lục I của Hợp đồng bảo hiểm này);
- Bằng chứng về quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm như giấy ủy quyền, chứng minh nhân dân hoặc các giấy tờ xác nhận hợp pháp khác, trong trường hợp người nhận quyền lợi bảo hiểm là người thừa kế hoặc người được ủy quyền hợp pháp của Người thụ hưởng.

Điều 28: Khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo lần thứ ba

Trong thời hạn mười hai (12) tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo lần thứ ba, người yêu cầu nhận quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Công ty và sau đó cung cấp cho Công ty đầy đủ các giấy tờ sau trong thời gian sớm nhất có thể:

- Đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu do Công ty quy định đã được điền đầy đủ và chính xác;
- Bản gốc của Hợp đồng bảo hiểm, các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung và các tài liệu đính kèm khác (nếu có);

- Bằng chứng về tình trạng Bệnh hiểm nghèo của Người được bảo hiểm do các cơ quan có thẩm quyền cấp (các kết quả xét nghiệm hoặc chẩn đoán xác định của Bác sỹ như được yêu cầu trong danh sách Bệnh hiểm nghèo tại Phụ lục I của Hợp đồng bảo hiểm này);
- Bằng chứng về quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm như giấy ủy quyền, chứng minh nhân dân hoặc các giấy tờ xác nhận hợp pháp khác, trong trường hợp người nhận quyền lợi bảo hiểm là người thừa kế hoặc người được ủy quyền hợp pháp của Người thụ hưởng.

Điều 29: Khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu

Trong thời hạn mười hai (12) tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu, người yêu cầu nhận quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Công ty và sau đó cung cấp cho Công ty đầy đủ các giấy tờ sau trong thời gian sớm nhất có thể:

- Đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu do Công ty quy định đã được điền đầy đủ và chính xác;
- Bản sao của Hợp đồng bảo hiểm, các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung và các tài liệu đính kèm khác (nếu có);
- Bằng chứng về tình trạng Bệnh hiểm nghèo của Người được bảo hiểm do các cơ quan có thẩm quyền cấp (các kết quả xét nghiệm hoặc chẩn đoán xác định của Bác sỹ như được yêu cầu trong danh sách Bệnh hiểm nghèo tại Phụ lục II của Hợp đồng bảo hiểm này);
- Bằng chứng về quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm như giấy ủy quyền, chứng minh nhân dân hoặc các giấy tờ xác nhận hợp pháp khác, trong trường hợp người nhận quyền lợi bảo hiểm là người thừa kế hoặc người được ủy quyền hợp pháp của Người thụ hưởng.

Điều 30: Khi Người được bảo hiểm tử vong

Trong thời hạn mười hai (12) tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm tử vong, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tử vong phải thông báo cho Công ty và sau đó cung cấp cho Công ty đầy đủ các giấy tờ sau trong thời gian sớm nhất có thể:

- Đơn yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm theo mẫu do Công ty quy định đã được điền đầy đủ và chính xác;
- Bản gốc của Hợp đồng bảo hiểm, các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung và các tài liệu đính kèm khác (nếu có);
- Bằng chứng về sự kiện tử vong như giấy khai tử, giấy chứng tử của Người được bảo hiểm do các cơ quan có thẩm quyền cấp;
- Bằng chứng về quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm tử vong như giấy ủy quyền, bản sao chứng minh nhân dân hoặc các giấy tờ xác nhận hợp pháp khác, trong trường hợp người nhận quyền lợi bảo hiểm tử vong là người thừa kế hoặc người được ủy quyền hợp pháp của Người thụ hưởng.

Điều 31: Khi Hợp đồng bảo hiểm đáo hạn

Trong thời hạn mười hai (12) tháng kể từ Ngày đáo hạn, người yêu cầu giải quyết quyền lợi đáo hạn phải thông báo cho Công ty và sau đó cung cấp cho Công ty đầy đủ các giấy tờ sau trong thời gian sớm nhất có thể:

- Đơn yêu cầu chi trả quyền lợi đáo hạn theo mẫu do Công ty quy định đã được điền đầy đủ và chính xác;
- Bản gốc của Hợp đồng bảo hiểm, các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung và các tài liệu đính kèm khác (nếu có);
- Bằng chứng về quyền được nhận quyền lợi đáo hạn như giấy ủy quyền, bản sao chứng minh nhân dân hoặc các giấy tờ xác nhận hợp pháp khác, trong trường hợp người nhận quyền lợi đáo hạn là người thừa kế hoặc người được ủy quyền hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.

Điều 32: Người thụ hưởng

Người thụ hưởng được Bên mua bảo hiểm chỉ định trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc yêu cầu điều chỉnh. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức, Người thụ hưởng được chỉ định hoặc thay đổi phải được sự đồng ý của Người được bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể thay đổi Người thụ hưởng bằng cách gửi văn bản yêu cầu đến địa chỉ văn phòng của Công ty. Việc thay đổi Người thụ hưởng chỉ có hiệu lực khi Công ty chấp thuận hoặc xác nhận bằng văn bản. Công ty không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp của việc chỉ định Người thụ hưởng.

Nếu không có Người thụ hưởng nào được đăng ký trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc yêu cầu điều chỉnh hoặc Người thụ hưởng được chỉ định tử vong hoặc mất tích khi có yêu cầu bồi thường, Công ty sẽ chi trả các quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm có liên quan cho Bên mua bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm (nếu Bên mua bảo hiểm tử vong).

Nếu Người thụ hưởng và Bên mua bảo hiểm cùng tử vong và không xác định được chính xác thời điểm tử vong, Công ty sẽ chi trả quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm cho người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.

Nếu Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm và Người thụ hưởng cùng tử vong và không xác định được thời điểm tử vong, Công ty sẽ chi trả quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm cho người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.

Điều 33: Thời hạn và Phương thức chi trả quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm

Công ty sẽ chi trả các quyền lợi bảo hiểm trong vòng ba mươi (30) ngày hoặc chi trả quyền lợi đáo hạn trong vòng ba (03) ngày làm việc kể từ ngày Công ty nhận được yêu cầu chi trả các quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm hoàn chỉnh và hợp lệ. Ngoài các giấy tờ nêu tại Điều 26, Điều 27, Điều 28, Điều 29, Điều 30 và Điều 31, Công ty có quyền yêu cầu người nhận quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm cung cấp thêm các giấy tờ, bằng chứng hợp pháp khác để giúp cho việc chi trả quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm. Chi phí liên quan đến việc cung cấp các giấy tờ này do Công ty chịu.

Nếu Công ty không chi trả trong thời hạn này, thì ngoài khoản chi trả cho các quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả một khoản tiền lãi tính theo lãi suất do Công ty quy định tùy vào từng thời điểm.

CHƯƠNG VII – CÁC ĐIỀU KHOẢN KHÁC

Điều 34: Đơn vị tiền tệ và các quy định về đóng Phí bảo hiểm, chi trả quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm

Tất cả các số tiền được đề cập trong Hợp đồng bảo hiểm được tính theo đơn vị Đồng. Toàn bộ các khoản được đóng cho Công ty hoặc do Công ty chi trả phải được thực hiện tại các văn phòng của Công ty hoặc tại bất kỳ địa điểm nào khác do Công ty quyết định vào từng thời điểm phù hợp với pháp luật Việt Nam.

Các khoản được đóng cho Công ty hoặc do Công ty chi trả theo Hợp đồng bảo hiểm sẽ được thực hiện bằng tiền mặt, séc, chuyển khoản hoặc theo phương pháp thanh toán được thỏa thuận giữa Công ty và Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Định kỳ đóng các khoản Phí bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm bao gồm Năm, Nửa năm, Quý, và Tháng, tùy theo các quy định của Công ty vào từng thời điểm.

Điều 35: Miễn truy xét

Trừ trường hợp Bên mua bảo hiểm cố tình gian dối, các thông tin kê khai không chính xác hoặc bị bỏ sót trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc các giấy tờ có liên quan sẽ không bị truy xét khi Hợp đồng bảo hiểm đã có hiệu lực liên tục trong hai (02) năm kể từ Ngày có hiệu lực của hợp đồng hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất, nếu Hợp đồng bảo hiểm được khôi phục hiệu lực.

Cố tình gian dối được hiểu là cố ý kê khai không trung thực về các thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm mà nếu biết được, Công ty đã không chấp thuận bảo hiểm.

Điều khoản Miễn truy xét này không áp dụng đối với các quy định tại Điều 36.

Điều 36: Thông tin sai lệch về tuổi và giới tính của Người được bảo hiểm

Nếu tuổi và giới tính của Người được bảo hiểm không được thông báo một cách chính xác khi tham gia bảo hiểm:

- Trong trường hợp Chi phí bảo hiểm rủi ro đã khấu trừ thấp hơn Chi phí bảo hiểm rủi ro được tính trên cơ sở tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ cần trừ vào phần Chi phí bảo hiểm rủi ro còn thiếu vào Giá trị tài khoản cho phù hợp với tuổi và/hoặc giới tính đúng.
- Trong trường hợp Chi phí bảo hiểm rủi ro đã khấu trừ đóng cao hơn Chi phí bảo hiểm rủi ro được tính trên cơ sở tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ cần trừ khoản tiền vượt quá đó vào Khoản khấu trừ hàng tháng tiếp theo.
- Trong trường hợp Người được bảo hiểm không đủ điều kiện để được bảo hiểm trên cơ sở tuổi đúng, Hợp đồng bảo hiểm được xem như chấm dứt hiệu lực kể từ Ngày có hiệu lực của hợp đồng và Công ty sẽ từ chối bất kỳ yêu cầu bồi thường nào và hoàn trả mọi khoản Phí bảo hiểm đã đóng mà không tính tiền lãi sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có).

Điều 37: Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

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

- Khi hết thời gian gia hạn đóng phí như được quy định tại Điều 15; hoặc
- Ngày đáo hạn; hoặc
- Ngày Công ty chấp thuận chi trả các quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 7.3 hoặc Điều 9; hoặc
- Khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm như được quy định tại Điều 17.3; hoặc

Các sản phẩm bổ sung đính kèm (nếu có) sẽ bị chấm dứt hiệu lực nếu Hợp đồng bảo hiểm chính bị chấm dứt.

Điều 38: Giải quyết khiếu nại, tranh chấp và luật điều chỉnh

Nếu Bên mua bảo hiểm không thỏa mãn với dịch vụ hay quyết định của Công ty, Bên mua bảo hiểm có thể gửi văn bản chi tiết về (các) khiếu nại đó đến địa chỉ văn phòng của Công ty được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và Công ty không thể giải quyết bất kỳ tranh chấp nào liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này, trong vòng ba (03) năm kể từ ngày xảy ra tranh chấp, một trong hai bên có thể tiến hành khởi kiện. Vụ kiện có thể được tiến hành tại tòa án nơi cư trú của Bên mua bảo hiểm hoặc nơi đặt trụ sở chính của Công ty.

Phụ lục I: Danh sách Bệnh hiểm nghèo

Nhóm 1	Ung thư	1. Ung thư đe dọa tính mạng
Nhóm 2	Các bệnh suy cơ quan chính	2. Bệnh thiếu máu bất sản 3. Mất thị lực 4. Bệnh gan giai đoạn cuối 5. Bệnh phổi giai đoạn cuối 6. Suy thận giai đoạn cuối 7. Mất thính lực 8. Ghép nội tạng chính 9. Cây ghép tủy xương 10. Viêm gan siêu vi tối cấp 11. Bệnh Lupus đỏ hệ thống có biến chứng viêm thận do Lupus 12. Bệnh nang tủy thận 13. Bệnh nặng giai đoạn cuối
Nhóm 3	Các bệnh của hệ thống tuần hoàn	14. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành 15. Bệnh nhồi máu cơ tim 16. Phẫu thuật thay thế van tim 17. Tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát Pulmonary 18. Bệnh cơ tim 19. Phẫu thuật động mạch chủ
Nhóm 4	Các bệnh của hệ thống thần kinh	20. Bệnh Alzheimer/Mất trí nghiêm trọng 21. Phẫu thuật sọ não 22. U não lành tính 23. Hôn mê 24. Bệnh tế bào thần kinh vận động 25. Bệnh đa xơ cứng 26. Bệnh teo cơ 27. Bệnh Parkinson 28. Đột quy 29. Viêm đa khớp dạng thấp nặng 30. Liệt
Nhóm 5	Các bệnh khác	31. Viêm màng não do vi khuẩn 32. Mất khả năng phát âm 33. Mất các chi 34. Bỏng nặng 35. Chấn thương sọ não nghiêm trọng 36. Viêm não 37. Bệnh bại liệt

NHÓM 1 – UNG THƯ

1. Ung thư đe dọa tính mạng

Khối u ác tính được đặc trưng bởi sự tăng trưởng và lan rộng không thể kiểm soát được của những tế bào ác tính, xâm lấn và phá hủy những mô lành xung quanh. Chẩn đoán xác định phải dựa trên kết quả giải phẫu bệnh của khối u ác tính và được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa ung thư hoặc Bác sĩ chuyên khoa giải phẫu bệnh.

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

- a) Những khối u mà sự thay đổi ác tính chỉ ở giai đoạn ung thư tại chỗ và những khối u có kết quả giải phẫu bệnh là tiền ác tính hoặc chưa xâm lấn, bao gồm, nhưng không giới hạn: Ung thư vú tại chỗ, loạn sản cổ tử cung giai đoạn CIN-1, CIN-2 và CIN-3;
- b) Tăng sinh tế bào sừng, ung thư da tế bào nền và tế bào vảy, và những khối u ác tính với chiều dày dưới 1,5 mm theo bảng phân loại chiều dày của Breslow, hoặc dưới mức độ Clark 3 theo bảng phân loại của Clark; trừ khi có bằng chứng của di căn;
- c) Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn T1a hoặc T1b theo phân loại mô học TNM hay tương đương hoặc nhẹ hơn theo phân loại khác; Ung thư vi thể nhú tuyến giáp T1N0M0 có đường kính nhỏ hơn 1 cm, trừ khi có hạch hoặc di căn; Ung thư vi thể nhú của bàng quang; Ung thư bạch cầu lympho mãn tính được phân loại dưới giai đoạn RAI 3 của bảng phân loại RAI; và
- d) Tất cả các loại u, bướu ở người bị nhiễm HIV.

NHÓM 2 – CÁC BỆNH SUY CƠ QUAN CHÍNH

2. Bệnh thiếu máu bất sản

Tủy xương của Người được bảo hiểm bị suy giảm khả năng tạo máu kéo dài khiến cho Người được bảo hiểm bị thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu và Người được bảo hiểm cần được điều trị bằng ít nhất một trong các phương pháp sau:

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

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

3. Mất thị lực

Mất hoàn toàn và không thể phục hồi thị lực của cả hai (02) mắt do tai nạn hoặc bệnh

lý. Chẩn đoán xác định phải được thực hiện bởi Bác sỹ chuyên khoa mắt.

4. Bệnh gan giai đoạn cuối

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

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

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

5. Bệnh phổi giai đoạn cuối

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

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

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

6. Suy thận giai đoạn cuối

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

7. Mất thính lực

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

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

8. Ghép nội tạng chính

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

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

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

9. Cấy ghép tủy xương

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

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

10. Viêm gan siêu vi tối cấp

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

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

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

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

Phân loại giải phẫu bệnh thận Lupus theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) như sau:

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

12. Bệnh nang túy thận

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

13. Bệnh nặng giai đoạn cuối

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

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

NHÓM 3 – CÁC BỆNH CỦA HỆ THỐNG TUẦN HOÀN

14. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành

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

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

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

15. Bệnh nhồi máu cơ tim

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

- a) Con đau thắt ngực điển hình của bệnh nhồi máu cơ tim khiến Người được bảo hiểm phải nhập viện điều trị;
- b) Điện tâm đồ có những dấu hiệu mới xuất hiện liên quan đến nhồi máu cơ tim;
- c) Men tim CK-MB tăng cao có giá trị chẩn đoán, hoặc lượng Troponin T > 1 mcg/L (1 ng/ml) hoặc AccuTnl > 0,5 ng/ml hoặc ngưỡng tương đương với các phương pháp định lượng Troponin I khác;
- d) Phân suất tống máu của tâm thất trái dưới 50%, khi được đánh giá sau ba (03) tháng hoặc trễ hơn kể từ ngày nhồi máu cơ tim xảy ra.

Loại trừ tất cả các hội chứng mạch vành cấp tính khác, bao gồm, nhưng không giới hạn, đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim vi và thiệt hại tối thiểu.

16. Phẫu thuật thay thế van tim

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

17. Tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát

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

18. Bệnh cơ tim

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

Suy tim mức độ bốn (04) theo Bảng phân loại suy tim của Hiệp hội Tim mạch New York có nghĩa là bệnh nhân có triệu chứng suy tim như mệt, khó thở ngay trong các

hoạt động sinh hoạt hàng ngày hoặc ngay cả khi nghỉ ngơi, mặc dù đang dùng thuốc và điều chỉnh chế độ ăn uống thích hợp, và có triệu chứng suy giảm chức năng tâm thất trên khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng.

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

19. Phẫu thuật động mạch chủ

Người được bảo hiểm phải trải qua phẫu thuật mở lồng ngực hay ổ bụng để điều trị túi phình động mạch chủ, hẹp hay tắc nghẽn lòng động mạch chủ hoặc bóc tách động mạch chủ. Động mạch chủ được đề cập ở đây chỉ bao gồm động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng, không bao gồm các nhánh phụ.

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

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

NHÓM 4 – CÁC BỆNH CỦA HỆ THỐNG THẦN KINH

20. Bệnh Alzheimer

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

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

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

21. Phẫu thuật sọ não

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

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong những trường hợp:

- a) Điều trị bằng các phương pháp ít xâm lấn không có vết rạch phẫu thuật để bóc lộ mục tiêu, như chiếu xạ bằng tia gamma, hoặc phương pháp phóng xạ can thiệp

gây thuyên tắc mạch máu não, làm tan huyết khối hoặc sinh thiết mô; và

b) Phẫu thuật sọ não do tai nạn

22. U não lành tính

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

- Đe dọa đến tính mạng;
- Đã gây tổn thương cho não;
- Đã được phẫu thuật cắt bỏ, hoặc không thể phẫu thuật, đã gây ra di chứng thần kinh kéo dài ít nhất sáu (06) tháng liên tục;
- Khối u não phải được xác nhận bởi Bác sỹ chuyên khoa thần kinh hoặc Bác sỹ phẫu thuật thần kinh, dựa trên hình ảnh u não trên phim Cộng hưởng từ nhân hoặc phim Chụp cắt lớp não (CT) hoặc các kết quả xét nghiệm hình ảnh học đáng tin cậy khác

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

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

23. Hôn mê

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

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

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

24. Bệnh tế bào thần kinh vận động

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

25. Bệnh đa xơ cứng

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

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

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

26. Bệnh teo cơ

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

27. Bệnh Parkinson

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

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

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

28. Đột quỵ

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

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

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

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

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

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

29. Viêm đa khớp dạng thấp nặng

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

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

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

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

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

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

30. Liệt

Tình trạng mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng sử dụng của ít nhất hai (2) chi trở lên do tai nạn hoặc bệnh lý. Tình trạng này phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh.

NHÓM 5 – CÁC BỆNH KHÁC

31. Viêm màng não do vi khuẩn

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

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

32. Mất khả năng phát âm

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

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

33. Mất các chi

Nghĩa là tình trạng cắt cụt vĩnh viễn và không thể phục hồi của hai (02) chi hoặc nhiều hơn. Trong định nghĩa này, cắt cụt chi trên được tính từ khuỷu tay trở lên và cắt cụt chi dưới được tính từ đầu gối trở lên.

34. Bỏng nặng

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

35. Chấn thương sọ não nghiêm trọng

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

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

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

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

36. Viêm não

Tình trạng viêm ở mức độ nặng của bán cầu đại não, thân não hoặc tiểu não do siêu vi trùng gây ra và để lại các di chứng thần kinh vĩnh viễn. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh, và các di chứng thần kinh phải kéo dài ít nhất sáu (06) tuần.

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

37. Bệnh bại liệt

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

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

tháng trở lên.

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

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

Phụ lục II: Danh sách Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu

1. Ung thư biểu mô tại chỗ/Ung thư giai đoạn đầu tại các cơ quan cụ thể

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

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

Trong trường hợp ung thư cổ tử cung, xét nghiệm tế bào cổ tử cung là không đủ căn cứ và cần được kèm theo khoét chóp hoặc soi cổ tử cung cùng với các báo cáo sinh thiết cổ tử cung cho thấy rõ ràng sự hiện diện của CIS. Loại trừ trường hợp chẩn đoán lâm sàng hoặc dị sản cổ tử cung (CIN) bao gồm CIN I, CIN II hoặc HSIL (loạn sản nặng chưa có ung thư biểu mô tại chỗ)

Loại trừ trường hợp ung thư biểu mô tại chỗ ở hệ thống mật và da;

- b) Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn đầu có kết quả giải phẫu bệnh lý được phân loại TNM như T1a và T1b hoặc phân loại tương đương trừ khi đã được bảo hiểm dưới phân loại xâm lấn như đã nêu trên;
- c) Ung thư biểu mô vi thể dạng nhú của tuyến giáp được phân loại T1N0M0 và có đường kính khối u dưới 1 cm;

d) Ung thư bạch cầu hệ tân bào mãn tính thuộc nhóm I, II của bảng phân loại RAI.

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

2. Đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ

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

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

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

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

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

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

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

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

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