

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM BẢO HIỂM LIÊN KẾT CHUNG

Sống Khỏe Trọn Vẹn

Quy tắc và Điều khoản
Sản phẩm chính

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM LIÊN KẾT CHUNG SỐNG KHỎE TRỌN VẸN

(Được phê chuẩn theo công văn số 14632/BTC-QLBH ngày 23/12/2021 của Bộ Tài chính)

Sản phẩm bảo hiểm liên kết chung Sống Khỏe Trọn Vẹn mang đến cho Khách hàng sự bảo vệ tối ưu đồng thời tích lũy an toàn và ổn định. Quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả tương ứng theo quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung khác (nếu có).

Những từ "Công ty", "AIA Việt Nam" được hiểu là Công ty Trách Nhiệm Hữu Hạn Bảo hiểm Nhân thọ AIA (Việt Nam); từ "Khách hàng" được hiểu là Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm.

I. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

1. Quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư

- a) Khách hàng sẽ nhận quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm được chẩn đoán:

Bệnh ung thư (theo Phụ lục 5)	Quyền lợi bảo hiểm
i. Ung thư giai đoạn sớm	Nhận trước 30% Số tiền bảo hiểm, nhưng không vượt quá 500 triệu đồng.
ii. Ung thư biểu mô tại chỗ	Nhận trước 30% Số tiền bảo hiểm, nhưng không vượt quá 500 triệu đồng.
iii. Ung thư nghiêm trọng	Nhận số lớn hơn của Số tiền bảo hiểm và Giá trị tài khoản cơ bản; cộng với Giá trị tài khoản đóng thêm; trừ đi Quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư và Bệnh hiểm nghèo đã được chi trả và các khoản nợ (nếu có).
iv. Ung thư nghiêm trọng mở rộng	Nhận thêm 100% Số tiền bảo hiểm.

- b) Mỗi quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư được chi trả duy nhất một lần trong Thời hạn hợp đồng.
- c) Đối với quyền lợi bảo hiểm Ung thư nghiêm trọng theo quy định tại Khoản a)(iii) Điều này, thì Số tiền bảo hiểm, Giá trị tài khoản cơ bản và Giá trị tài khoản đóng thêm được xác định tại thời điểm Người được bảo hiểm được chẩn đoán Ung thư nghiêm trọng và được Công ty chấp nhận chi trả. Các khoản phí bảo hiểm nhận được sau thời điểm này sẽ được Công ty hoàn trả và không có lãi.

2. Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo

- a) Khách hàng sẽ nhận quyền lợi bảo hiểm khi Người được bảo hiểm được chẩn đoán:

Bệnh hiểm nghèo	Quyền lợi bảo hiểm
i. 1 trong 23 Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sớm (theo Phụ lục 6).	Nhận trước 30% Số tiền bảo hiểm, nhưng không vượt quá 500 triệu đồng.
ii. 1 trong 45 Bệnh hiểm nghèo giai đoạn nghiêm trọng (theo Phụ lục 7).	Nhận số lớn hơn của Số tiền bảo hiểm và Giá trị tài khoản cơ bản; cộng với Giá trị tài khoản đóng thêm; trừ đi Quyền lợi bảo hiểm Ung thư và Bệnh hiểm nghèo đã được chi trả và các khoản nợ (nếu có).

- b) Mỗi Bệnh hiểm nghèo theo Phụ lục 6 và Phụ lục 7 chỉ được chi trả duy nhất một lần trong Thời hạn hợp đồng.
- c) Đối với quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo theo quy định tại Khoản a)(i) Điều này và trong giới hạn chi trả tương ứng, Khách hàng có thể nhận quyền lợi bảo hiểm cho nhiều Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sớm khác nhau.
- d) Đối với quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo theo quy định tại Khoản a)(ii) Điều này, thì Số tiền bảo hiểm, Giá trị tài khoản cơ bản và Giá trị tài khoản đóng thêm được xác định tại thời điểm Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc 1 trong 45 Bệnh hiểm nghèo giai đoạn nghiêm trọng, và được Công ty chấp nhận chi trả. Các khoản phí bảo hiểm nhận được sau thời điểm này sẽ được Công ty hoàn trả và không có lãi.

3. Quyền lợi bảo hiểm khi điều trị tại Phòng Chăm sóc đặc biệt

- a) Khách hàng sẽ nhận thêm 30% Số tiền bảo hiểm nhưng không vượt quá 500 triệu đồng cho tất cả các Hợp đồng bảo hiểm của Người được bảo hiểm, trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị liên tục từ 5 ngày trở lên tại Phòng Chăm sóc đặc biệt, với điều kiện việc điều trị này có nguyên nhân trực tiếp từ:
- (i) Bệnh ung thư hoặc Bệnh hiểm nghèo theo định nghĩa tại Quy Tắc và Điều Khoản này; hoặc
 - (ii) Tai nạn hoặc các bệnh khác không thuộc trường hợp tại Khoản a)(i) Điều này, với điều kiện Phòng Chăm sóc đặc biệt phải trực thuộc Bệnh viện tuyến tỉnh trở lên hoặc tương đương.
- b) Quyền lợi bảo hiểm khi điều trị tại Phòng Chăm sóc đặc biệt được áp dụng theo các nguyên tắc sau:
- (i) Người được bảo hiểm trước khi đạt 85 tuổi hoặc từ ngày đạt 85 tuổi đến trước Ngày kỷ niệm hợp đồng kế tiếp tại thời điểm bắt đầu điều trị tại Phòng Chăm sóc đặc biệt; và
 - (ii) Quyền lợi này được chi trả duy nhất một lần trong Thời hạn hợp đồng và sẽ không bị khấu trừ vào quyền lợi bảo hiểm Ung thư nghiêm trọng, Bệnh hiểm nghèo nghiêm trọng, TTTB&VV và tử vong.

4. Quyền lợi hỗ trợ duy trì hiệu lực hợp đồng

- a) Khách hàng sẽ nhận 200% Phí bảo hiểm cơ bản quy năm của sản phẩm chính khi Người được bảo hiểm lần đầu được chẩn đoán Ung thư giai đoạn sớm hoặc Ung thư biểu mô tại chỗ (theo Phụ lục 5) hoặc 1 trong 23 bệnh thuộc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sớm (theo Phụ lục 6).
- b) Phí bảo hiểm cơ bản quy năm khi tính toán quyền lợi hỗ trợ duy trì hiệu lực hợp đồng sẽ được xác định tại thời điểm Người được bảo hiểm được chẩn đoán một trong các bệnh theo quy định tại Khoản a) Điều này và được Công ty chấp thuận chi trả quyền lợi bảo hiểm tương ứng.
- c) Quyền lợi này có hiệu lực duy nhất một lần trong Thời hạn hợp đồng và được chi trả cùng với quyền lợi Ung thư giai đoạn sớm hoặc Ung thư biểu mô tại chỗ hoặc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sớm tùy thuộc vào quyền lợi nào được chi trả trước, đồng thời, sẽ không bị khấu trừ vào quyền lợi Ung thư nghiêm trọng, Bệnh hiểm nghèo nghiêm trọng, TTTB&VV và tử vong.

5. Quyền lợi hỗ trợ chi phí tầm soát Bệnh ung thư

- a) Tại ngày cuối cùng của mỗi chu kỳ 5 Năm hợp đồng, Khách hàng sẽ nhận 5 triệu đồng là khoản Công ty hỗ trợ nhằm mục đích khuyến khích Khách hàng thực hiện việc tầm soát Bệnh ung thư theo chỉ định của Bác sĩ, với điều kiện trong Thời hạn hợp đồng:
 - (i) Số tiền bảo hiểm của sản phẩm chính được duy trì tối thiểu là 1 tỷ đồng; và
 - (ii) Hợp đồng chưa từng mất hiệu lực; và
 - (iii) Phí bảo hiểm cơ bản hàng năm được đóng đầy đủ trước mỗi Ngày kỷ niệm hợp đồng tương ứng.
- b) Khoản hỗ trợ chi phí tầm soát Bệnh ung thư này sẽ được tự động cộng vào Giá trị tài khoản đóng thêm mà không cần bất kỳ yêu cầu hoặc hồ sơ chứng minh nào từ Khách hàng.

6. Quyền lợi bảo hiểm Tàn tật toàn bộ và vĩnh viễn (TTTB&VV) hoặc tử vong

- a) Trong trường hợp Người được bảo hiểm:
 - (i) Bị TTTB&VV trước khi đạt 75 tuổi hoặc từ ngày đạt 75 tuổi cho đến trước Ngày kỷ niệm hợp đồng kế tiếp; hoặc
 - (ii) Tử vong.Công ty sẽ chi trả một lần số lớn hơn của Số tiền bảo hiểm và Giá trị tài khoản cơ bản; cộng với Giá trị tài khoản đóng thêm; trừ đi Quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư và Bệnh hiểm nghèo đã được chi trả và các khoản nợ (nếu có).
- b) Số tiền bảo hiểm, Giá trị tài khoản cơ bản và Giá trị tài khoản đóng thêm theo quy định tại Điều này được xác định tại thời điểm Người được bảo hiểm bị TTTB&VV hoặc tử vong. Các khoản phí bảo hiểm nhận được sau thời điểm này sẽ được Công ty hoàn trả và không có lãi.

7. Quyền lợi hưởng lãi từ kết quả đầu tư của Quỹ liên kết chung

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Giá trị tài khoản hợp đồng sẽ được tính lãi hàng tháng theo mức Lãi suất tích lũy tại từng thời điểm, nhưng sẽ không thấp hơn mức Lãi suất cam kết tối thiểu của Công ty theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản này.

8. Quyền lợi thưởng duy trì đóng phí

Khách hàng sẽ nhận Quyền lợi thưởng duy trì đóng phí tương đương 5% Giá trị tài khoản cơ bản vào ngày cuối cùng của Năm hợp đồng thứ 5, 10, 15 và 20, được phân bổ vào Giá trị tài khoản cơ bản, với điều kiện trong Thời hạn hợp đồng:

- a) Hợp đồng chưa từng mất hiệu lực; và
- b) Phí bảo hiểm cơ bản hàng năm được đóng đầy đủ trước mỗi Ngày kỷ niệm hợp đồng tương ứng.

Quyền lợi này sẽ được phân bổ vào Giá trị tài khoản cơ bản tại Ngày kỷ niệm hợp đồng thứ 5, 10, 15 và 20.

9. Quyền lợi đảm bảo duy trì hiệu lực hợp đồng

Quyền lợi đảm bảo duy trì hiệu lực hợp đồng chỉ áp dụng trong 4 Năm hợp đồng đầu tiên. Theo đó, trong trường hợp Khách hàng đóng đầy đủ Phí bảo hiểm cơ bản của 4 Năm hợp đồng đầu tiên và chưa từng thực hiện rút tiền từ Giá trị tài khoản cơ bản, thì Hợp đồng bảo hiểm vẫn duy trì hiệu lực cho dù Giá trị tài khoản cơ bản không đủ để thanh toán cho Khoản khấu trừ hàng tháng. Đồng thời, Khoản khấu trừ hàng tháng chưa được thanh toán sẽ được xem là Khoản nợ, không tính lãi, và sẽ được khấu trừ khi Khách hàng tiếp tục đóng phí.

10. Quyền lợi đáo hạn

Khách hàng sẽ nhận Giá trị tài khoản hợp đồng tính đến Ngày đáo hạn trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống vào Ngày đáo hạn.

II. QUYỀN CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM

11. Cân nhắc tham gia bảo hiểm (21 ngày)

Trong vòng 21 ngày kể từ ngày nhận được Hợp đồng bảo hiểm, Khách hàng có quyền từ chối tiếp tục tham gia Hợp đồng bảo hiểm bằng cách gửi thông báo đến AIA Việt Nam. Khi đó, Công ty sẽ chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, hoàn lại số phí bảo hiểm mà Khách hàng đã đóng, không có lãi, sau khi trừ đi các chi phí kiểm tra sức khỏe, nếu có.

12. Rút tiền từ Giá trị tài khoản hợp đồng

- a) Khách hàng có quyền rút tiền từ Giá trị tài khoản hợp đồng như sau:
 - (i) Vào bất kỳ thời điểm nào từ Giá trị tài khoản đóng thêm; hoặc
 - (ii) Kể từ Ngày kỷ niệm hợp đồng thứ 2 trở đi từ Giá trị tài khoản cơ bản. Khi đó, yêu cầu rút tiền sẽ được thực hiện từ Giá trị tài khoản đóng thêm trước, sau đó đến Giá trị tài khoản cơ bản nếu số tiền yêu cầu rút lớn hơn Giá trị tài khoản đóng thêm.
- b) Khách hàng có quyền rút toàn bộ Giá trị tài khoản đóng thêm và không quá 80% Giá trị tài khoản cơ bản. Số tiền rút mỗi lần không thấp hơn mức tối thiểu do Công ty quy định tại từng thời điểm và được công bố tại trang thông tin điện tử www.aia.com.vn.
- c) Trong trường hợp việc rút tiền dẫn đến Giá trị tài khoản cơ bản sau khi rút nhỏ hơn Số tiền bảo hiểm, thì Số tiền bảo hiểm sẽ được điều chỉnh giảm tương ứng, đồng thời, phải thỏa điều kiện Số tiền bảo hiểm tối thiểu theo quy định của sản phẩm này.

13. Thay đổi Số tiền bảo hiểm

- a) Kể từ Ngày kỷ niệm hợp đồng thứ 2 trở đi, Khách hàng có thể yêu cầu tăng hoặc giảm Số tiền bảo hiểm, với điều kiện:
 - (i) Trường hợp tăng Số tiền bảo hiểm: Người được bảo hiểm trước khi đạt 65 tuổi tại thời điểm yêu cầu.

- (ii) Trường hợp giảm Số tiền bảo hiểm: Số tiền bảo hiểm sau khi giảm không thấp hơn Số tiền bảo hiểm tối thiểu do Công ty quy định tại từng thời điểm.
- b) Công ty có thể yêu cầu bằng chứng về sức khỏe của Người được bảo hiểm khi xem xét yêu cầu thay đổi Số tiền bảo hiểm.
- c) Trường hợp được Công ty chấp thuận, việc tăng hoặc giảm Số tiền bảo hiểm dẫn đến thay đổi Phí bảo hiểm cơ bản do không đáp ứng giới hạn theo bảng hệ số bảo hiểm (theo Phụ lục 4) sẽ có hiệu lực vào Ngày kỷ niệm hợp đồng gần nhất; hoặc có hiệu lực vào Ngày kỷ niệm tháng tiếp theo nếu việc tăng hoặc giảm này không dẫn đến thay đổi Phí bảo hiểm cơ bản. Đồng thời, Chi phí bảo hiểm rủi ro sẽ được điều chỉnh tương ứng.

14. Thay đổi Phí bảo hiểm cơ bản

Kể từ Ngày kỷ niệm hợp đồng thứ 2 trở đi, Khách hàng có thể yêu cầu tăng hoặc giảm Phí bảo hiểm cơ bản.

Việc tăng hoặc giảm Phí bảo hiểm cơ bản sẽ có hiệu lực vào Ngày kỷ niệm hợp đồng tiếp theo ngay sau khi yêu cầu thay đổi của Khách hàng được Công ty chấp thuận.

Việc tăng hoặc giảm Phí bảo hiểm cơ bản có thể làm thay đổi Số tiền bảo hiểm nếu không đáp ứng giới hạn theo bảng hệ số bảo hiểm (theo Phụ lục 4) và Chi phí bảo hiểm rủi ro.

15. Tham gia thêm các sản phẩm bổ sung

a) Khách hàng có quyền tham gia các sản phẩm bổ sung, trong trường hợp Công ty có cung cấp sản phẩm bổ sung đó tại thời điểm có yêu cầu, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đủ điều kiện tham gia sản phẩm bổ sung, và Bên mua bảo hiểm đồng ý trả thêm phí bảo hiểm cho sản phẩm bổ sung đó.

b) Sản phẩm bổ sung sẽ có hiệu lực vào Ngày kỷ niệm tháng ngay sau khi được Công ty chấp thuận.

16. Thay đổi định kỳ đóng phí

Khách hàng có quyền yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí vào Ngày kỷ niệm hợp đồng. Yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí phải được gửi đến Công ty chậm nhất 30 ngày trước Ngày kỷ niệm hợp đồng. Số tiền và định kỳ đóng phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đóng trên thực tế sẽ ảnh hưởng đến Giá trị tài khoản hợp đồng, quyền lợi bảo hiểm và thời gian bảo hiểm.

III. LƯU Ý KHI THAM GIA BẢO HIỂM**17. Thời hạn hợp đồng**

Thời hạn Hợp đồng bảo hiểm là khoảng thời gian tính từ Ngày có hiệu lực của hợp đồng cho đến Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau lần sinh nhật thứ 100 của Người được bảo hiểm.

18. Thời hạn đóng phí

Thời hạn đóng phí bằng Thời hạn hợp đồng.

19. Đóng phí bảo hiểm

a) Trong 4 Năm hợp đồng đầu tiên, Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm đóng Phí bảo hiểm cơ bản định kỳ đầy đủ trước khi kết thúc 60 ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí của mỗi kỳ đóng phí để duy trì hiệu lực hợp đồng, ngay cả khi không nhận được thông báo của Công ty về việc đóng phí bảo hiểm.

- b) Kể từ Năm hợp đồng thứ 5 trở đi, Bên mua bảo hiểm có thể đóng một phần hoặc toàn bộ Phí bảo hiểm cơ bản định kỳ nhưng cần duy trì Giá trị tài khoản hợp đồng không thấp hơn Khoản khấu trừ hàng tháng để đảm bảo hiệu lực hợp đồng.
- c) Khách hàng có thể đóng Phí đóng thêm với điều kiện Phí bảo hiểm cơ bản và phí của tất cả các sản phẩm bổ sung (nếu có) của Năm hợp đồng hiện hành đã được đóng đủ.
- d) Tổng Phí đóng thêm trong Năm hợp đồng hiện hành không vượt quá 5 lần Phí bảo hiểm cơ bản theo định kỳ năm của Năm hợp đồng đầu tiên.

20. Phân bổ phí bảo hiểm

Tỷ lệ phân bổ Phí bảo hiểm cơ bản và Phí đóng thêm vào Giá trị tài khoản hợp đồng như sau:

Năm đóng phí	Tỷ lệ phân bổ đối với Phí bảo hiểm cơ bản	Tỷ lệ phân bổ đối với Phí đóng thêm
1	15%	100%
2	20%	
3	65%	
Từ năm thứ 4 trở đi	100%	

21. Gia hạn đóng phí và mất hiệu lực hợp đồng

- a) Hợp đồng bảo hiểm được gia hạn đóng phí bảo hiểm trong vòng 60 ngày kể từ các ngày như sau:
 - (i) Ngày đến hạn đóng Phí bảo hiểm cơ bản định kỳ trong 4 Năm hợp đồng đầu tiên; hoặc
 - (ii) Ngày Giá trị tài khoản hợp đồng bằng không từ Năm hợp đồng thứ 5 trở đi.
- b) Trong thời hạn gia hạn đóng phí, quyền lợi bảo hiểm của Khách hàng vẫn được duy trì.
- c) Ngay sau khi kết thúc thời hạn gia hạn đóng phí, trong trường hợp Khách hàng không đóng đủ khoản phí bảo hiểm theo yêu cầu, Hợp đồng bảo hiểm sẽ mất hiệu lực tính từ ngày đến hạn đóng phí. Khi đó, Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm.

22. Giá trị tài khoản hợp đồng

Giá trị tài khoản hợp đồng bao gồm Giá trị tài khoản cơ bản và Giá trị tài khoản đóng thêm.

- a) Giá trị tài khoản cơ bản:
 - (i) Vào Ngày hiệu lực hợp đồng, Giá trị tài khoản cơ bản bằng:
 - Khoản phân bổ của Phí bảo hiểm cơ bản; *trừ đi*
 - Khoản khấu trừ hàng tháng.
 - (ii) Vào mỗi Ngày kỷ niệm tháng, Giá trị tài khoản cơ bản bằng:
 - Giá trị tài khoản cơ bản vào Ngày kỷ niệm tháng của tháng trước; *cộng với*
 - Các khoản phân bổ của Phí bảo hiểm cơ bản được đóng từ Ngày kỷ niệm tháng của tháng trước; *cộng với*
 - Tiền lãi tính theo Lãi suất tích lũy của tháng trước; *cộng với*
 - Quyền lợi thưởng duy trì đóng phí (nếu có).

Trừ đi các khoản sau:

- Khoản khấu trừ hàng tháng; và
 - Các khoản tiền rút từ Giá trị tài khoản cơ bản phát sinh kể từ Ngày kỷ niệm tháng của tháng trước (nếu có).
- b) Giá trị tài khoản đóng thêm:
- (i) Vào Ngày hiệu lực hợp đồng: Giá trị tài khoản đóng thêm bằng khoản phân bổ của Phí đóng thêm.
 - (ii) Vào mỗi Ngày kỷ niệm tháng, Giá trị tài khoản đóng thêm bằng:
 - Giá trị tài khoản đóng thêm vào Ngày kỷ niệm tháng của tháng trước; *cộng với*
 - Các khoản phân bổ của Phí đóng thêm được đóng từ Ngày kỷ niệm tháng của tháng trước; *cộng với*
 - Tiền lãi tính theo Lãi suất tích lũy của tháng trước; *cộng với*
 - Quyền lợi hỗ trợ tầm soát Bệnh ung thư (nếu có).

Trừ đi các khoản sau:

- Khoản khấu trừ hàng tháng (nếu Giá trị tài khoản cơ bản không đủ để trừ Khoản khấu trừ hàng tháng); và
- Các khoản tiền rút từ Giá trị tài khoản đóng thêm phát sinh kể từ Ngày kỷ niệm tháng của tháng trước (nếu có).

23. Các trường hợp loại trừ bảo hiểm

- a) Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm tử vong trong trường hợp sự kiện bảo hiểm xảy ra do bất cứ trường hợp nào sau đây:
- (i) Hành vi tự tử của Người được bảo hiểm trong vòng 24 tháng kể từ Ngày có hiệu lực của hợp đồng hoặc từ ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy ngày nào đến sau;
 - (ii) Hành vi gian lận bảo hiểm. Trong trường hợp Người thụ hưởng là người có hành vi gian lận bảo hiểm, Công ty sẽ chỉ chi trả phần quyền lợi bảo hiểm tử vong cho Người thụ hưởng nào không tham gia vào các hành vi đó và theo đúng phần quyền lợi bảo hiểm mà Người thụ hưởng này được chỉ định.

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong thuộc điều khoản loại trừ nêu trên, Công ty sẽ chấm dứt hợp đồng và chi trả Giá trị tài khoản hợp đồng tính tại thời điểm tử vong.

- b) Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm TTTB&VV trong trường hợp sự kiện bảo hiểm xảy ra do bất cứ trường hợp nào sau đây:
- (i) Hành vi gian lận bảo hiểm;
 - (ii) Vi phạm quy định của pháp luật về nồng độ cồn;
 - (iii) Sử dụng chất ma túy không có chỉ định của Bác sĩ;
 - (iv) Đánh nhau hay chống lại việc bắt giữ của cơ quan có thẩm quyền;
 - (v) Tự gây thương tích cho bản thân;
 - (vi) Tham gia các hoạt động thể thao hoặc giải trí nguy hiểm như: lặn có bình dưỡng khí, nhảy bungee (nhảy từ một độ cao nhất định với một sợi dây đàn hồi buộc ở cổ chân), leo núi, đua ngựa hay đua xe;
 - (vii) Di chuyển trên các phương tiện hàng không trừ khi Người được bảo hiểm là hành khách hoặc phi hành đoàn trên các chuyến bay thương mại được cấp phép và có lịch trình thường xuyên.

- c) Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư hoặc quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo trong trường hợp sự kiện bảo hiểm xảy ra do bất cứ trường hợp nào sau đây:
 - (i) Bệnh ung thư hoặc Bệnh hiểm nghèo đã được chẩn đoán trước hoặc trong vòng 90 ngày kể từ ngày Công ty chấp thuận bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy ngày nào đến sau;
 - (ii) Hành vi gian lận bảo hiểm;
 - (iii) Vi phạm quy định của pháp luật về nồng độ cồn;
 - (iv) Sử dụng chất ma túy không có chỉ định của Bác sĩ;
 - (v) Sử dụng thuốc không có chỉ định của Bác sĩ;
 - (vi) Tự gây ra thương tích cho bản thân.

24. Các trường hợp chấm dứt hiệu lực hợp đồng

- a) Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực khi xảy ra một trong các sự kiện sau:
 - (i) Khách hàng yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn;
 - (ii) Người được bảo hiểm của sản phẩm chính tử vong;
 - (iii) Tổng quyền lợi bảo hiểm đã chi trả cho Ung thư giai đoạn sớm và Ung thư biểu mô tại chỗ và các bệnh thuộc danh sách Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sớm đạt 100% Số tiền bảo hiểm. Tại thời điểm đó, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực và Công ty sẽ hoàn trả:
 - Phần chênh lệch giữa Giá trị tài khoản cơ bản và 100% Số tiền bảo hiểm nếu Giá trị tài khoản cơ bản cao hơn 100% Số tiền bảo hiểm; và
 - Giá trị tài khoản đóng thêm (nếu có).
 - (iv) Quyền lợi bảo hiểm TTTB&VV hoặc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn nghiêm trọng được chấp thuận chi trả;
 - (v) Vào Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 100 tuổi, trừ trường hợp quy định tại Điểm b) (iii) Điều này;
 - (vi) Hợp đồng bảo hiểm đã mất hiệu lực trên 24 tháng liên tục;
 - (vii) Theo quy định tại Khoản b) Điều này;
 - (viii) Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.
- b) Khi quyền lợi bảo hiểm Ung thư nghiêm trọng đã được chi trả thì tất cả các quyền lợi phát sinh từ Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt, kể cả các sản phẩm bổ sung (nếu có), trừ quyền lợi bảo hiểm Ung thư nghiêm trọng mở rộng vẫn tiếp tục được duy trì hiệu lực. Khi đó, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực khi xảy ra một trong các sự kiện sau:
 - (i) Quyền lợi ung thư nghiêm trọng mở rộng đã chi trả;
 - (ii) Người được bảo hiểm tử vong;
 - (iii) Tại Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau ngày Người được bảo hiểm đạt 85 tuổi.
- c) Trong trường hợp Khách hàng yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn, Khách hàng sẽ nhận Giá trị tài khoản hợp đồng tại thời điểm Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt sau khi trừ đi các Khoản nợ, nếu có.
- d) Các sản phẩm bổ sung (nếu có) cũng sẽ chấm dứt hiệu lực khi Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực.

IV. GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

25. Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	Khách hàng cần phải nộp hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong vòng 12 tháng kể từ ngày được chẩn đoán mắc Bệnh ung thư, Bệnh hiểm nghèo hoặc điều trị tại Phòng Chăm sóc đặc biệt hoặc ngày xảy ra sự kiện tử vong hoặc TTTB&VV.
26. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	<p>Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải gửi về Công ty các tài liệu sau khi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:</p> <ol style="list-style-type: none">Phiếu Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã được điền đầy đủ và chính xác theo quy định của Công ty;Giấy tờ chứng minh sự kiện bảo hiểm:<ol style="list-style-type: none">Trích lục khai tử nếu Người được bảo hiểm tử vong;Chứng nhận hoặc xác nhận về tỷ lệ tổn thương cơ thể hoặc mất sức lao động vĩnh viễn của Hội Đồng Giám Định Y Khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương hoặc tổ chức y tế hợp pháp được Công ty chấp thuận;Các bằng chứng y tế được bác sĩ khám, chẩn đoán hoặc điều trị bao gồm giấy ra viện, bệnh án nằm viện, các kết quả cận lâm sàng như xét nghiệm, siêu âm, chụp X Quang, CT, MRI..., kết quả giải phẫu bệnh lý và các xét nghiệm để chứng minh sự kiện bảo hiểm;Bằng chứng về quyền thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm như di chúc hoặc những giấy tờ xác nhận hợp pháp khác, và giấy tờ nhân thân của người có quyền thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm.
27. Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm	<p>Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm là 30 ngày kể từ ngày Công ty nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ.</p> <p>Trong trường hợp việc chi trả quyền lợi bảo hiểm bị chậm trễ, tại thời điểm thanh toán, Công ty sẽ trả lãi trên số tiền chậm trả theo mức lãi suất mà Công ty đang áp dụng cho các khoản tạm ứng từ giá trị hợp đồng và được công bố tại trang thông tin điện tử của Công ty www.aia.com.vn.</p>
28. Người nhận quyền lợi bảo hiểm	<p>Tùy vào quyền lợi bảo hiểm, mà AIA Việt Nam sẽ chi trả theo thứ tự ưu tiên như sau:</p> <ol style="list-style-type: none">Các quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư, Bệnh hiểm nghèo, điều trị tại Phòng Chăm sóc đặc biệt, TTTB&VV, hỗ trợ duy trì hiệu lực hợp đồng và quyền lợi đáo hạn sẽ được chi trả cho:<ol style="list-style-type: none">Bên mua bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm là cá nhân; hoặcNgười được bảo hiểm, nếu Bên mua bảo hiểm là tổ chức.Quyền lợi bảo hiểm tử vong sẽ được chi trả cho:<ol style="list-style-type: none">Người thụ hưởng; hoặcBên mua bảo hiểm nếu Hợp đồng bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng hoặc bất kỳ Người thụ hưởng nào tử vong trước hoặc cùng thời điểm tử vong của Người được bảo hiểm. <p>Trong tất cả các trường hợp mà Bên mua bảo hiểm là người nhận quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Khoản a)(i) và Khoản b)(ii) Điều này đã tử vong thì quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.</p>

CHƯƠNG V. CÁC ĐIỀU KHOẢN CHUNG

29. Bảo hiểm tạm thời

Trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn trong thời gian bảo hiểm tạm thời, Công ty sẽ chi trả 100 triệu đồng hoặc tổng Số tiền bảo hiểm của tất cả các Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của cùng một Người được bảo hiểm, tùy số nào nhỏ hơn. Trong trường hợp tổng phí bảo hiểm đầu tiên đã đóng (tổng phí bảo hiểm tạm tính tại thời điểm nộp Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm) của tất cả các Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm của cùng Người được bảo hiểm lớn hơn 100 triệu đồng thì Công ty sẽ hoàn lại tổng phí bảo hiểm đầu tiên đã đóng, không có lãi.

Thời hạn bảo hiểm tạm thời bắt đầu từ khi Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ khoản phí đầu tiên và kết thúc vào ngày AIA Việt Nam cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc từ chối chấp thuận bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, tùy ngày nào đến trước. Trong trường hợp bảo hiểm tạm thời được chấp thuận chi trả, Công ty sẽ không có nghĩa vụ hoàn lại phí bảo hiểm đầu tiên đã đóng.

Bảo hiểm tạm thời sẽ không được chi trả trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong do tự tử, dù trong trạng thái tinh táo hay mất trí. Trong trường hợp này, Công ty sẽ hoàn lại tổng phí bảo hiểm đầu tiên đã đóng, không có lãi, sau khi trừ chi phí kiểm tra y tế, nếu có.

30. Nghĩa vụ kê khai thông tin

- a) Khách hàng có trách nhiệm kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin cần thiết để Công ty đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm. Khách hàng phải trực tiếp ký tên vào Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc trực tiếp xác nhận trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm điện tử. Việc thẩm định sức khỏe theo quyết định của Công ty tại từng trường hợp, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai trung thực của Khách hàng.
- b) Trường hợp Khách hàng cố ý cung cấp thông tin không trung thực hoặc không đầy đủ, theo đó nếu với thông tin chính xác Công ty đã:
 - (i) Không thể bảo hiểm được cho Khách hàng, thì Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm, đơn phương chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm và hoàn lại tất cả phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi trừ đi các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả trước đó và khoản nợ, nếu có; hoặc
 - (ii) Chấp thuận bảo hiểm nhưng có giới hạn quyền lợi bảo hiểm hoặc Khách hàng phải trả thêm phí, thì Công ty theo quyết định của mình, sẽ:
 - Chi trả đầy đủ quyền lợi bảo hiểm sau khi đã thu thêm hoặc khấu trừ khoản phí bảo hiểm phải tăng; hoặc
 - Chi trả Số tiền bảo hiểm đã giảm tương ứng với mức phí bảo hiểm mà Khách hàng đã đóng; hoặc
 - Chi trả quyền lợi bảo hiểm nằm ngoài giới hạn có thể được bảo hiểm.

31. Nghĩa vụ cung cấp thông tin của AIA Việt Nam

Công ty có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Khách hàng.

Trường hợp Công ty cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết hợp đồng, Bên mua bảo hiểm có quyền chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm. Công ty sẽ chi trả số tiền nào lớn hơn giữa tổng phí bảo hiểm đã đóng và Giá trị tài khoản hợp đồng tính đến ngày Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm và bồi thường những thiệt hại thực tế phát sinh (nếu có) cho Bên mua bảo hiểm do việc cố ý cung cấp thông tin sai sự thật.

32. Trách nhiệm bảo mật thông tin Khách hàng

Công ty không được chuyển giao thông tin cá nhân do Khách hàng 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, nâng cao chất lượng dịch vụ Khách hàng, giới thiệu sản phẩm bảo hiểm mới, 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 Khách hàng đồng ý bằng văn bản, với điều kiện:
 - (i) Khách hàng 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
 - (ii) Việc Khách hàng từ chối cho phép chuyển giao thông tin cho bên thứ ba không được sử dụng làm lý do để từ chối giao kết hợp đồng.

33. Thay đổi nơi cư trú hoặc nghề nghiệp

Khách hàng phải thông báo trước cho Công ty nếu Người được bảo hiểm đi nước ngoài từ 2 tháng liên tục trở lên hoặc đã thay đổi nghề nghiệp để Công ty thẩm định lại mức độ rủi ro và có quyết định liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này.

34. Khôi phục hiệu lực hợp đồng

- a) Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm trong vòng 24 tháng kể từ ngày mất hiệu lực với các điều kiện sau:
 - (i) Đóng phí bảo hiểm theo quy định của Công ty tùy theo thời điểm mất hiệu lực như sau:
 - i. Đối với sản phẩm chính:
 - Trong 4 Năm hợp đồng đầu tiên: Phải đóng tất cả các kỳ Phí bảo hiểm cơ bản quá hạn và 1 kỳ Phí bảo hiểm cơ bản đến hạn;
 - Trường hợp Hợp đồng bị mất hiệu lực từ Năm hợp đồng thứ 5 trở đi: Phải đóng 1 kỳ Phí bảo hiểm cơ bản đến hạn.
 - ii. Đối với sản phẩm bổ sung (nếu có): phải đóng tất cả các khoản phí quá hạn và đến hạn của sản phẩm bổ sung.
 - (ii) Cung cấp bằng chứng về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm và đáp ứng các điều kiện để có thể được bảo hiểm theo quy định của Công ty.
- b) Việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc khôi phục hiệu lực các sản phẩm bổ sung (nếu có) sẽ có hiệu lực từ ngày Công ty chấp thuận với điều kiện Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm Công ty chấp thuận việc khôi phục.
- c) Khách hàng có nghĩa vụ cung cấp đầy đủ, chính xác, trung thực các thông tin trong hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm và tuân thủ các điều kiện quy định tại Quy tắc và Điều khoản này. Nếu Khách hàng vi phạm các nghĩa vụ tại Điều này, việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ theo quy định tại Điều 30 Quy tắc và Điều khoản này.

35. Xác minh các khoản tiền đã đóng

Bên mua bảo hiểm có thể ủy quyền người khác nộp phí bảo hiểm thay mình và hoàn toàn chịu trách nhiệm đối với các rủi ro và các vấn đề phát sinh có liên quan đến việc nộp phí bảo hiểm đó. Công ty không chịu trách nhiệm hoặc không có nghĩa vụ phải xác minh tính hiệu lực hoặc hợp pháp của bất kỳ khoản tiền nào được đóng nhân danh hoặc vì lợi ích của Bên mua bảo hiểm hoặc của bất kỳ trường hợp ủy quyền đóng tiền nào được thực hiện giữa Bên mua bảo hiểm và bất kỳ bên thứ ba nào.

Khách hàng phải cung cấp các chứng từ liên quan đến các khoản tiền đã đóng cho Hợp đồng bảo hiểm nếu có bất kỳ truy vấn nào của cơ quan nhà nước có thẩm quyền về nguồn gốc của các khoản thanh toán đó.

Trường hợp phát hiện Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và những bên có liên quan đến Bên mua bảo hiểm (bao gồm nhưng không giới hạn thành viên góp vốn, cổ đông, thành viên ban giám đốc) có hành vi liên quan đến rửa tiền/ khủng bố, Công ty có quyền áp dụng các biện pháp theo quy định của pháp luật và/hoặc thực hiện các biện pháp theo yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền liên quan tới Hợp đồng bảo hiểm.

36. Thay đổi thông tin liên quan đến Đạo luật tuân thủ thuế Hoa Kỳ

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng có liên quan, hoặc có bất kỳ thay đổi nào về các yếu tố liên quan đến nghĩa vụ khai báo và nộp thuế tại Hoa Kỳ (ví dụ như có quốc tịch Hoa Kỳ, có địa chỉ cư trú, số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ ...), Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng sẽ ngay lập tức thông báo cho Công ty bằng văn bản và sẽ cung cấp thêm thông tin/chứng từ nếu Công ty có yêu cầu.

37. Khấu trừ các khoản chưa thanh toán

Công ty có quyền khấu trừ các Khoản khấu trừ hàng tháng, khoản phí đến hạn nhưng chưa được thanh toán trước khi chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào hoặc khi Khách hàng yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước hạn.

38. Khám, xét nghiệm y khoa và khám nghiệm pháp y

Trong quá trình giải quyết quyền lợi bảo hiểm Công ty có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm được khám, xét nghiệm bởi bác sĩ hay cơ sở y tế do Công ty chỉ định hoặc chấp thuận. Trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong, Công ty có thể yêu cầu khám nghiệm pháp y nếu thấy phù hợp và được pháp luật cho phép. Việc yêu cầu khám, xét nghiệm này phải phù hợp với quy định về thực hành y khoa thông thường ở Việt Nam. Mọi chi phí liên quan đến việc làm các xét nghiệm hay khám y tế này sẽ do Công ty chịu trách nhiệm thanh toán theo hóa đơn, chứng từ thanh toán hợp lệ.

Quy định này cũng sẽ được áp dụng trong trường hợp Bác sĩ chẩn đoán và/hoặc điều trị cho Người được bảo hiểm là vợ/chồng, cha/mẹ, con, anh chị em ruột của Người được bảo hiểm.

39. Chuyển nhượng hợp đồng

Bên nhận chuyển nhượng phải đáp ứng các điều kiện về quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm.

**40. kê khai
nhầm lẫn tuổi
và/ hoặc giới
tính của Người
được bảo hiểm**

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 cơ bản và Chi phí bảo hiểm rủi ro sẽ được điều chỉnh theo tuổi và/hoặc giới tính đúng kể từ thời điểm Công ty chấp thuận điều chỉnh. Trường hợp theo tuổi và/ hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm không thể được bảo hiểm, Công ty sẽ hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm và hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, sau khi đã trừ đi các Khoản nợ, chi phí kiểm tra y tế và tất cả các khoản rút tiền từ Giá trị tài khoản hợp đồng và các khoản tiền bảo hiểm đã được thanh toán trước đó, nếu có.

**41. Giải quyết
tranh chấp**

Mọi tranh chấp liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này, nếu không giải quyết được bằng thương lượng giữa các bên thì một trong các bên có quyền đưa ra tòa án tại Việt Nam nơi Công ty hoặc Khách hàng có trụ sở hoặc nơi cư trú của Khách hàng để giải quyết. Thời hiệu khởi kiện trong vòng 3 năm tính từ ngày xảy ra tranh chấp.

Phụ lục 1: Giải thích từ ngữ

Các từ ngữ, thuật ngữ sử dụng trong Quy tắc và Điều khoản này được thống nhất hiểu và giải thích như sau:

Người được bảo hiểm	là cá nhân có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm, được Công ty chấp thuận bảo hiểm, hiện đang sinh sống tại Việt Nam tại thời điểm nộp Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, trong độ tuổi từ 30 ngày tuổi đến 65 tuổi tại Ngày có hiệu lực của hợp đồng. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm khi kết thúc hợp đồng là 100 tuổi.
Bên mua bảo hiểm	là cá nhân từ 18 tuổi trở lên và có năng lực hành vi dân sự đầy đủ hoặc tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam.
Người thụ hưởng	là cá nhân hoặc tổ chức được Bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản này.
Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm	là mẫu yêu cầu tham gia bảo hiểm do Công ty phát hành, trong đó có ghi các nội dung đề nghị tham gia bảo hiểm và thông tin do Khách hàng cung cấp để Công ty đánh giá rủi ro, làm căn cứ chấp thuận bảo hiểm hoặc từ chối bảo hiểm. Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.
Hợp đồng bảo hiểm	là thỏa thuận giữa Công ty và Khách hàng trên cơ sở yêu cầu bảo hiểm của Khách hàng. Hợp đồng bảo hiểm được thể hiện bằng Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, các thông tin và bằng chứng khác liên quan đến Người được bảo hiểm do Khách hàng cung cấp, Giấy chứng nhận bảo hiểm, các Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm chính và các sản phẩm bổ sung (nếu có), tài liệu minh họa bán hàng và tất cả các điều khoản riêng hay các xác nhận sửa đổi bổ sung (nếu có). Tất cả các tài liệu trên là phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.
Giấy chứng nhận bảo hiểm	là chấp thuận bảo hiểm của Công ty, thể hiện các thông tin chính về các quyền lợi bảo hiểm và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.
Số tiền bảo hiểm	là số tiền mà Khách hàng đã chọn làm căn cứ để chi trả các quyền lợi bảo hiểm.
Ngày có hiệu lực của hợp đồng	là ngày Khách hàng hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và nộp đủ khoản phí bảo hiểm đầu tiên với điều kiện Khách hàng phải còn sống vào thời điểm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được chấp thuận.
Ngày kỷ niệm hợp đồng	là ngày lặp lại hàng năm của Ngày có hiệu lực của hợp đồng.
Ngày kỷ niệm tháng	là ngày lặp lại vào mỗi tháng của Ngày có hiệu lực của hợp đồng. Nếu tháng không có ngày này, ngày cuối tháng sẽ là Ngày kỷ niệm tháng.
Ngày đến hạn đóng phí	là ngày Bên mua bảo hiểm phải đóng Phí bảo hiểm cơ bản theo định kỳ đóng phí được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung (nếu có).

Ngày đáo hạn	là ngày kết thúc thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc xác nhận sửa đổi, bổ sung (nếu có).
Năm hợp đồng	là khoảng thời gian một năm kể từ Ngày có hiệu lực của hợp đồng hoặc Ngày kỷ niệm hợp đồng.
Năm đóng phí	là khoảng thời gian 12 tháng liên tục tính từ Ngày kỷ niệm hợp đồng theo đó Bên mua bảo hiểm đã đóng đủ Phí bảo hiểm cơ bản trong khoảng thời gian này.
Định kỳ đóng phí	là thời hạn Bên mua bảo hiểm lựa chọn để đóng Phí bảo hiểm cho hợp đồng. Định kỳ đóng phí có thể là hàng tháng, hàng quý, nửa năm, năm tùy theo yêu cầu và khả năng của Bên mua bảo hiểm và được Công ty chấp thuận.
Phí bảo hiểm cơ bản	là khoản tiền được Bên mua bảo hiểm xác định phù hợp với nhu cầu của mình và đóng đủ cho mỗi Năm đóng phí của sản phẩm chính và được quy định tại Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi bổ sung (nếu có).
Phí đóng thêm	là khoản tiền còn lại sau khi đóng đủ Phí bảo hiểm cơ bản hàng năm và các khoản phí bảo hiểm định kỳ của các sản phẩm bổ sung (nếu có) của Năm hợp đồng hiện hành.
Phí dự tính	là khoản tiền bao gồm Phí bảo hiểm cơ bản và Phí đóng thêm (nếu có).
Giá trị tài khoản cơ bản	là số tiền tích lũy từ các khoản Phí bảo hiểm cơ bản được phân bổ và được xác định theo Quy tắc và Điều khoản này.
Giá trị tài khoản đóng thêm	là số tiền tích lũy từ các khoản Phí đóng thêm được phân bổ và được xác định theo Quy tắc và Điều khoản này.
Giá trị tài khoản hợp đồng	là tổng Giá trị tài khoản cơ bản cộng với Giá trị tài khoản đóng thêm.
Chi phí ban đầu	là khoản tiền mà Công ty sẽ khấu trừ từ Phí bảo hiểm cơ bản và Phí đóng thêm trước khi phân bổ vào Quỹ liên kết chung.
Chi phí bảo hiểm rủi ro	là khoản chi phí được khấu trừ hàng tháng để Công ty đảm bảo chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm này.
Chi phí quản lý hợp đồng	là khoản chi phí được khấu trừ hàng tháng để Công ty thực hiện công việc liên quan đến quản lý, duy trì và cung cấp các thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.
Khoản khấu trừ hàng tháng	là khoản tiền bao gồm Chi phí bảo hiểm rủi ro và Chi phí quản lý hợp đồng.

Chi phí quản lý quỹ	là khoản tiền được dùng để chi trả cho các hoạt động quản lý Quỹ liên kết chung.
Lãi suất tích lũy	là mức lãi suất từ kết quả đầu tư thực tế của Quỹ liên kết chung sau khi trừ đi Chi phí quản lý quỹ, được áp dụng để tính lãi vào Giá trị tài khoản hợp đồng. Lãi suất tích lũy không thấp hơn mức lãi suất cam kết tối thiểu được quy định tại Phụ lục 3.
Quỹ liên kết chung	là quỹ được hình thành từ nguồn phí bảo hiểm của các hợp đồng bảo hiểm liên kết chung.
Khoản nợ	là các khoản phí, chi phí đến hạn và các khoản khác mà Bên mua bảo hiểm nợ Công ty theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm này.
Hành vi gian lận bảo hiểm	là hành vi của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng (i) sử dụng các chứng từ, tài liệu giả mạo hoặc cố ý làm sai lệch thông tin trong hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm; hoặc (ii) gây thiệt hại về tính mạng, sức khỏe của Người được bảo hiểm để yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm.
Bệnh ung thư	bao gồm Ung thư giai đoạn sớm, Ung thư biểu mô tại chỗ, Ung thư nghiêm trọng và Ung thư nghiêm trọng mở rộng thỏa các điều kiện tại Phụ lục 5.
Bệnh hiểm nghèo	là bệnh hay phẫu thuật hay thủ thuật hay tình trạng bất thường phát sinh lần đầu tiên đối với Người được bảo hiểm và thỏa các điều kiện được quy định tại Phụ lục 6 và Phụ lục 7; việc chẩn đoán hay điều trị bệnh hay phẫu thuật hay thủ thuật hay tình trạng bất thường phải được thực hiện tại Bệnh viện và phù hợp với các tiêu chuẩn thông thường về thực hành y khoa.
Phòng Chăm sóc đặc biệt (ICU)	là một bộ phận của Bệnh viện, và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau: <ul style="list-style-type: none"> - được thành lập để chăm sóc và điều trị đặc biệt; - dành riêng cho các bệnh nhân trong điều kiện nguy kịch, cần sự theo dõi và kiểm tra y tế liên tục của Bác sĩ; - được trang bị các thiết bị, thuốc, phương tiện khác cần thiết cho việc cứu sống bệnh nhân một cách nhanh chóng; - không phải là phòng hậu phẫu hoặc phòng cấp cứu
Tàn tật toàn bộ và vĩnh viễn (TTTB&VV)	là khi Người được bảo hiểm: <ol style="list-style-type: none"> a) Bị mất hoặc liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của: <ol style="list-style-type: none"> (i) hai tay; hoặc (ii) hai chân; hoặc (iii) một tay và một chân; hoặc (iv) mất thị lực hoàn toàn và vĩnh viễn hai mắt; hoặc (v) một tay và mất thị lực hoàn toàn và vĩnh viễn một mắt; hoặc (vi) một chân và mất thị lực hoàn toàn và vĩnh viễn một mắt.

Mất thị lực hoàn toàn và vĩnh viễn được hiểu là mất hẳn mắt hoặc mù hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của mắt; mất tay được tính từ cổ tay trở lên; mất chân được tính từ mắt cá chân trở lên. Việc xác nhận mất tay, mất chân hoặc mất hẳn mắt có thể được thực hiện ngay sau khi sự kiện bảo hiểm xảy ra. Việc xác nhận liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của tay, chân hoặc mù hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của mắt phải được thực hiện không sớm hơn 6 tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.

- b) Được xác nhận có tỷ lệ tổn thương cơ thể 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 hoặc tổ chức y tế hợp pháp được Công ty chấp thuận và phải được thực hiện không sớm hơn 6 tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Bác sĩ là người có bằng cấp chuyên môn y khoa trong lĩnh vực tây y được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi người này tiến hành việc khám, điều trị.

Tai nạn là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực hoặc một vật bất ngờ, từ bên ngoài, không chủ định và ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm, gây ra thương tật hoặc cái chết cho Người được bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.

Bệnh viện là cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo pháp luật của Việt Nam hoặc nước sở tại. Cơ sở đó phải được cấp phép như một Bệnh viện theo quy định của Việt Nam hoặc nước sở tại.

Đối với Bệnh viện trong lãnh thổ Việt Nam, tư cách của Bệnh viện phải được thể hiện bằng chữ "Bệnh viện" trên con dấu chính thức. Đối với Bệnh viện ngoài lãnh thổ Việt Nam, tư cách của Bệnh viện phải được thể hiện bằng ngôn ngữ của quốc gia/ lãnh thổ đó mà được hiểu là "Bệnh viện" theo tiếng Việt.

Các Bệnh viện được thành lập và hoạt động cho mục đích điều dưỡng, dưỡng bệnh, người già an dưỡng, cai nghiện rượu hay cai nghiện ma túy hay một tổ chức tương tự sẽ không thuộc phạm vi bảo hiểm của sản phẩm này.

Phụ lục 2: Các khoản chi phí của hợp đồng

Chi phí ban đầu

Chi phí ban đầu sẽ được khấu trừ từ Phí bảo hiểm cơ bản và Phí đóng thêm theo tỷ lệ sau:

Năm đóng phí	1	2	3	Từ năm thứ 4 trở đi
Phí bảo hiểm cơ bản	85%	80%	35%	0%
Phí đóng thêm	0%			

Chi phí bảo hiểm rủi ro

Vào mỗi Ngày kỷ niệm tháng khi hợp đồng đang còn hiệu lực và cho đến Ngày đáo hạn, Chi phí bảo hiểm rủi ro được khấu trừ từ Giá trị tài khoản hợp đồng, thứ tự ưu tiên như sau:

- Giá trị tài khoản cơ bản; và
- Giá trị tài khoản đóng thêm trong trường hợp Giá trị tài khoản cơ bản không đủ để khấu trừ Chi phí bảo hiểm rủi ro của tháng đó.

Tỷ lệ Chi phí bảo hiểm rủi ro sẽ căn cứ theo tuổi, giới tính của Người được bảo hiểm.

Chi phí quản lý hợp đồng

Vào mỗi Ngày kỷ niệm tháng khi hợp đồng đang còn hiệu lực và cho đến Ngày đáo hạn, Chi phí quản lý hợp đồng được khấu trừ từ Giá trị tài khoản hợp đồng, thứ tự ưu tiên như sau:

- Giá trị tài khoản cơ bản; và
- Giá trị tài khoản đóng thêm trong trường hợp Giá trị tài khoản cơ bản không đủ để khấu trừ Chi phí quản lý hợp đồng của tháng đó.

Chi phí quản lý hợp đồng mỗi tháng được xác định theo năm dương lịch tại thời điểm khấu trừ theo lộ trình như sau:

Năm dương lịch	Từ năm 2022 đến năm 2024	Từ năm 2025 đến năm 2029	Từ năm 2030 đến năm 2034	Từ năm 2035 trở đi
Chi phí quản lý hợp đồng (nghìn đồng/tháng)	30	40	50	60

Lộ trình này sẽ tự động áp dụng trừ trường hợp Công ty được Bộ Tài chính chấp thuận để thay đổi.

Chi phí quản lý quỹ

Chi phí quản lý quỹ được khấu trừ trước khi Công ty công bố Lãi suất tích lũy. Chi phí quản lý quỹ tối đa là 2%/năm tính trên giá trị tài sản đầu tư của Quỹ liên kết chung.

Các chi phí khác

Công ty không áp dụng chi phí rút một phần Giá trị tài khoản hợp đồng, chi phí hủy bỏ hợp đồng.

Các loại chi phí liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm nêu trên có thể thay đổi sau khi được Bộ Tài chính chấp thuận. AIA Việt Nam sẽ thông báo đến Bên mua bảo hiểm ít nhất 3 tháng trước khi thay đổi.

Phụ lục 3 : Thông tin về Quỹ liên kết chung**Chính sách và mục tiêu đầu tư**

Chính sách và mục tiêu đầu tư Quỹ liên kết chung của Công ty là đạt được lợi nhuận đầu tư ổn định đồng thời đảm bảo khả năng thanh toán.

Cơ cấu tài sản đầu tư

Nhằm đảm bảo chính sách và mục tiêu đầu tư của Quỹ liên kết chung, Công ty sẽ lựa chọn đầu tư vào các tài sản đầu tư có khả năng mang lại lợi nhuận ổn định như trái phiếu chính phủ, trái phiếu đô thị, trái phiếu doanh nghiệp và tiền gửi ngân hàng.

Lãi suất cam kết tối thiểu

Lãi suất tích lũy được Công ty công bố và áp dụng cho Hợp đồng bảo hiểm này được xác định bằng tỷ suất đầu tư thực tế hàng tháng của Quỹ liên kết chung trừ đi Chi phí quản lý quỹ.

Trong mọi trường hợp, Lãi suất tích lũy khi công bố sẽ không thấp hơn mức Lãi suất cam kết tối thiểu như sau:

Năm hợp đồng	Lãi suất cam kết tối thiểu
1	3,5%
2 và 3	3,0%
4 và 5	2,0%
Từ năm 6 đến năm 10	1,5%
Từ năm 11 đến năm 15	1,0%
Từ năm 16 trở đi	0,5%

Lãi suất tích lũy sẽ được công bố hàng tháng trên trang thông tin điện tử của AIA Việt Nam.

Phụ lục 4: Bảng hệ số bảo hiểm

Hệ số bảo hiểm = Số tiền bảo hiểm/Phí bảo hiểm cơ bản định kỳ năm.

Dành cho Nam:

Tuổi phát hành	Hệ số bảo hiểm tối thiểu	Hệ số bảo hiểm tối đa
0 - 4	55	75
5 - 9	60	80
10 - 14	55	75
15 - 19	50	70
20 - 24	45	65
25 - 29	40	55
30 - 34	35	50
35 - 39	30	40
40 - 44	25	30
45 - 49	20	25
50 - 54	15	20
55 - 59	10	15
60 - 64	10	11
65	8	9

Dành cho Nữ:

Tuổi phát hành	Hệ số bảo hiểm tối thiểu	Hệ số bảo hiểm tối đa
0 - 4	65	90
5 - 9	65	90
10 - 14	65	90
15 - 19	55	80
20 - 24	50	75
25 - 29	45	65
30 - 34	40	60
35 - 39	35	45
40 - 44	30	35

45 - 49	25	30
50 - 54	20	24
55 - 59	15	19
60 - 64	10	14
65	9	10

Phụ lục danh sách Bệnh ung thư và Bệnh hiểm nghèo

Bệnh ung thư (Phụ lục 5):

1. Ung thư giai đoạn sớm
2. Ung thư biểu mô tại chỗ
3. Ung thư nghiêm trọng
4. Ung thư nghiêm trọng mở rộng

Bệnh hiểm nghèo:

Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sớm (Phụ lục 6)	Bệnh hiểm nghèo giai đoạn nghiêm trọng (Phụ lục 7)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành xâm lấn tối thiểu 2. Thủ thuật can thiệp mạch vành qua da 3. Đặt máy tạo nhịp tim hoặc máy khử rung tim 4. Nong và đặt stent động mạch cảnh 5. Điều trị bệnh van tim ít xâm lấn 6. Đặt màng lọc tĩnh mạch chủ 7. Hôn mê kéo dài ít nhất 48 giờ 8. Phẫu thuật dẫn lưu não thất 9. Phẫu thuật cắt bỏ u tuyến yên 10. Tổn thương não 11. Ghép ruột non 12. Phẫu thuật gan 13. Xơ gan do viêm gan siêu vi 14. Phẫu thuật cắt bỏ một bên phổi 15. Bệnh thận 16. Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống ít nghiêm trọng 17. Thiếu máu bất sản tạm thời 18. Ghép giác mạc 19. Mất thị lực một mắt 20. Mất thính lực một tai 21. Bồng mức độ nhẹ 22. Liệt một chi 23. Phẫu thuật phục hồi khuôn mặt bị tổn thương do Tai nạn 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành 2. Nhồi máu cơ tim 3. Bệnh cơ tim nặng 4. Phẫu thuật van tim 5. Phẫu thuật động mạch chủ 6. Tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát 7. Hôn mê kéo dài ít nhất 96 giờ 8. Đột quy 9. U não lành tính 10. Chấn thương đầu nặng 11. Phẫu thuật não hở 12. Bệnh Alzheimer hoặc Sa sút trí tuệ 13. Bệnh tế bào thần kinh vận động 14. Bệnh xơ cứng rải rác 15. Viêm não nặng do vi rút 16. Viêm màng não do vi khuẩn 17. Bệnh Parkinson nặng 18. Bại liệt 19. Suy gan mạn 20. Viêm gan siêu vi tối cấp 21. Viêm tụy mạn tính tái phát 22. Bệnh phổi mạn tính 23. Suy thận 24. Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống 	<ol style="list-style-type: none"> 25. Thiếu máu bất sản 26. Ghép tủy xương 27. Ghép tạng 28. Bồng nặng 29. Mất khả năng sống độc lập 30. Nhiễm HIV do tai nạn nghề nghiệp 31. Loạn dưỡng cơ 32. Mất thính lực 33. Mất khả năng phát âm 34. Bệnh giai đoạn cuối <p>Nhóm bệnh áp dụng trước khi đạt 18 tuổi hoặc từ ngày đạt 18 tuổi cho đến trước Ngày kỷ niệm hợp đồng kế tiếp</p> <ol style="list-style-type: none"> 35. Bệnh Still 36. Bệnh Hemophilia nặng 37. Bệnh thấp tim 38. Bệnh xương thủy tinh 39. Tiểu đường tuýp 1 (Tiểu đường phụ thuộc insulin) 40. Bệnh Kawasaki có biến chứng tim 41. Viêm cầu thận có hội chứng thận hư 42. Bệnh tay chân miệng nặng 43. Bệnh Wilson 44. Uốn ván thể toàn thân 45. Trạng thái động kinh

Phụ lục 5: Định nghĩa Bệnh ung thư

1. Ung thư giai đoạn sớm

Là ung thư được Bác sĩ chuyên khoa ung bướu chẩn đoán xác định dựa vào kết quả xét nghiệm mô bệnh học hoặc giải phẫu bệnh nhưng chưa thỏa định nghĩa của Ung thư biểu mô tại chỗ hoặc Ung thư nghiêm trọng.

Định nghĩa này không bao gồm các trường hợp sau:

- Các khối u được phân loại mô bệnh học là tiền ung thư, giáp biên ung thư, có nguy cơ ác tính, nghi ngờ ác tính, tân sinh không xác định; hoặc tân sản trong biểu mô cổ tử cung (CIN) loại CIN I, CIN II, và CIN III (loạn sản nặng loại trừ ung thư biểu mô tại chỗ);
- Bệnh bạch cầu mạn dòng lympho giai đoạn 0 hoặc thấp hơn theo phân loại RAI;
- Ung thư hắc tố da loại không xâm lấn trên mô bệnh học được mô tả là "in-situ" và Ung thư da không thuộc loại u hắc tố ác tính (non-melanoma);
- Ung thư ở người có nhiễm HIV.

2. Ung thư biểu mô tại chỗ

Là tế bào ung thư mới xuất hiện giới hạn tại vị trí nguyên phát, chưa xâm lấn và/hoặc chưa phá hủy mô xung quanh. 'Xâm lấn' có nghĩa là sự xâm nhập và/hoặc phá hủy mô bình thường vượt qua khỏi màng đáy.

Ung thư biểu mô tại chỗ phải được chẩn đoán dựa vào kết quả xét nghiệm mô bệnh học hoặc giải phẫu bệnh và phải được xác định dương tính trên mẫu sinh thiết được quan sát dưới kính hiển vi. Không dựa vào chẩn đoán từ dấu hiệu lâm sàng

Định nghĩa này không bao gồm các trường hợp sau:

- Các khối u được phân loại mô bệnh học là tiền ung thư, giáp biên ung thư, có nguy cơ ác tính, nghi ngờ ác tính, tân sinh không xác định; hoặc tân sinh trong biểu mô cổ tử cung (CIN) loại CIN I, CIN II và CIN III (loạn sản nặng loại trừ ung thư biểu mô tại chỗ);
- Bệnh bạch cầu mạn dòng lympho giai đoạn 0 hoặc thấp hơn theo phân loại RAI;
- Ung thư hắc tố da loại không xâm lấn trên mô bệnh học được mô tả là "in-situ" và Ung thư da không thuộc loại u hắc tố ác tính (non-melanoma);
- Ung thư tuyến tiền liệt được phân loại mô bệnh học T1N0M0 (theo phân loại TNM) hoặc thấp hơn; hoặc các phân loại khác của ung thư tuyến tiền liệt có mức độ tương đương hoặc thấp hơn loại T1N0M0;
- Ung thư tuyến giáp được phân loại mô bệnh học T1N0M0 (theo phân loại TNM) hoặc thấp hơn;
- Ung thư bàng quang được phân loại mô bệnh học T1N0M0 (theo phân loại TNM) hoặc thấp hơn;
- Ung thư ở người có nhiễm HIV.

3. Ung thư nghiêm trọng

Là u ác tính được chẩn đoán dựa vào kết quả xét nghiệm mô bệnh học hoặc giải phẫu bệnh có tăng trưởng tế bào ác tính không kiểm soát và xâm lấn vào các mô xung quanh. Thuật ngữ u ác tính bao gồm bệnh bạch cầu, u lympho và sarcoma.

Định nghĩa này không bao gồm các trường hợp sau:

- Các khối u được phân loại theo mô bệnh học là tiền ung thư, không xâm lấn, ung thư biểu mô tại chỗ; giáp biên ung thư, có nguy cơ ác tính thấp; nghi ngờ ác tính; tân sinh không xác định; tân sinh trong biểu mô cổ tử cung (CIN) loại CIN I (loạn sản nhẹ), CIN II (loạn sản trung bình), và CIN III (loạn sản nặng hoặc ung thư biểu mô tại chỗ);

- b. Bệnh bạch cầu mạn dòng lympho thấp hơn giai đoạn 3 theo phân loại Rai;
- c. Ung thư da loại u hắc tố ác tính (melanoma) chưa xâm lấn qua lớp thượng bì (biểu bì);
- d. Ung thư da không thuộc loại u hắc tố ác tính (non-melanoma) chưa di căn hạch hoặc di căn xa;
- e. Ung thư tuyến tiền liệt được phân loại mô bệnh học T1N0M0 (theo phân loại TNM) hoặc thấp hơn; hoặc các phân loại khác của ung thư tuyến tiền liệt có mức độ tương đương hoặc thấp hơn loại T1N0M0;
- f. Ung thư tuyến giáp được phân loại mô bệnh học T1N0M0 (theo phân loại TNM) hoặc thấp hơn;
- g. Ung thư bàng quang được phân loại mô bệnh học T1N0M0 (theo phân loại TNM) hoặc thấp hơn;
- h. U mô đệm đường tiêu hóa loại T1N0M0 (theo phân loại TNM) hoặc thấp hơn và có số lượng phân bào bằng hoặc thấp hơn 5/50 HPF;
- i. Ung thư ở người có nhiễm HIV.

4. Ung thư nghiêm trọng mở rộng:

Là các trường hợp thỏa đầy đủ các điều kiện về định nghĩa tại Khoản 4.a) và mốc thời gian tại Khoản 4.b) Điều này. Cụ thể như sau:

- a. Ung thư nghiêm trọng mở rộng là trường hợp Người được bảo hiểm đã được chẩn đoán mắc Ung thư nghiêm trọng và sau đó tiếp tục được chẩn đoán hoặc xác nhận là:
 - (i) Ung thư nghiêm trọng chưa được điều trị khỏi; hoặc
 - (ii) Ung thư nghiêm trọng tái phát; hoặc
 - (iii) Ung thư nghiêm trọng đã di căn đến các bộ phận khác của cơ thể; hoặc
 - (iv) Ung thư nghiêm trọng khác thỏa mãn định nghĩa tại Điều 3 Phụ Lục này nhưng không liên quan đến Ung thư nghiêm trọng đã được chẩn đoán trước đó.
- b. Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm Ung thư nghiêm trọng mở rộng trong trường hợp:
 - (i) Ung thư nghiêm trọng mở rộng theo định nghĩa tại Khoản 4.a) Điều này phải được chẩn đoán hoặc xác nhận sau 02 năm kể từ ngày Người được bảo hiểm được chẩn đoán Ung thư nghiêm trọng theo quy định tại Điều 3 Phụ Lục này và đã được Công ty chấp thuận chi trả quyền lợi Ung thư nghiêm trọng; và
 - (ii) Người được bảo hiểm trước khi đạt 85 tuổi hoặc từ ngày đạt 85 tuổi đến trước Ngày kỷ niệm hợp đồng kế tiếp tại thời điểm được chẩn đoán hoặc xác nhận Ung thư nghiêm trọng mở rộng.

Phụ lục 6: Định nghĩa Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sớm

1. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành xâm lấn tối thiểu

Là phẫu thuật rạch một đường nhỏ giữa các xương sườn để điều trị mạch vành bị hẹp hoặc bị tắc nghẽn; còn gọi là phẫu thuật "lỗ khóa" (keyhole) bắc cầu mạch vành. Phẫu thuật này phải cần thiết về mặt y khoa và được Bác sĩ chuyên khoa tim mạch thực hiện.

2. Thủ thuật can thiệp mạch vành qua da

Là một trong các thủ thuật sau:

- (a) Nong hoặc đặt stent để điều trị mạch vành bị hẹp hoặc bị tắc nghẽn;
- (b) Bóc nội mạc, tái thông mạch máu bằng laser hoặc các kỹ thuật nội mạch khác để điều trị mạch vành bị hẹp hoặc bị tắc nghẽn.

Thủ thuật này phải được xác nhận là cần thiết về mặt y khoa và do Bác sĩ chuyên khoa thực hiện, đồng thời kết quả chụp động mạch vành phải có ít nhất một nhánh động mạch vành bị hẹp từ 50% trở lên.

3. Đặt máy tạo nhịp tim hoặc máy khử rung tim

Đặt máy tạo nhịp tim hoặc máy khử rung tim do bị rối loạn nhịp tim nghiêm trọng không thể điều trị bằng các phương pháp khác và phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận là cần thiết về mặt y khoa.

4. Nong và đặt stent động mạch cảnh

Nong và đặt stent động mạch cảnh để điều trị động mạch cảnh phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận là cần thiết về mặt y khoa và thỏa tất cả các điều kiện sau:

- (a) Kết quả chụp động mạch cảnh phải có hẹp ít nhất 50% của một hay nhiều động mạch cảnh; và
- (b) Có can thiệp nội mạch như nong, đặt stent hoặc bóc nội mạc động mạch cảnh.

5. Điều trị bệnh van tim ít xâm lấn

Là thủ thuật điều trị bệnh van tim qua da như nong van, tách lá van hoặc thay van bằng phương pháp can thiệp qua da. Thủ thuật này phải được xác nhận là cần thiết về mặt y khoa và được Bác sĩ chuyên khoa thực hiện.

6. Đặt màng lọc tĩnh mạch chủ

Là phẫu thuật được thực hiện khi có thuyên tắc phổi tái phát. Phẫu thuật này cần phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận là cần thiết về mặt y khoa.

7. Hôn mê kéo dài ít nhất 48 giờ

Hôn mê liên tục kéo dài ít nhất 48 giờ thể hiện qua các bằng chứng sau:

- (a) Không đáp ứng với các kích thích bên ngoài trong thời gian ít nhất 48 giờ và
- (b) Được điều trị thở máy và
- (c) Có tổn thương não để lại di chứng thần kinh vĩnh viễn kéo dài ít nhất 3 tháng kể từ ngày được chẩn đoán.

Các bằng chứng nêu trên phải được Bác sĩ chuyên khoa thần kinh hoặc ngoại thần kinh xác nhận.

Loại trừ hôn mê do lạm dụng thức uống có cồn hoặc chất gây nghiện hoặc hôn mê chủ động thực hiện theo yêu cầu của Bác sĩ chuyên khoa.

8. Phẫu thuật dẫn lưu não thất

Là phẫu thuật đặt ống dẫn lưu vào não thất để dẫn lưu dịch não tủy. Phẫu thuật này phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận là cần thiết về mặt y khoa.

9. Phẫu thuật cắt bỏ u tuyến yên

Phẫu thuật cắt bỏ u tuyến yên do khối u tuyến yên gây ra các triệu chứng tăng áp lực nội sọ, rối loạn nội tiết hoặc suy giảm chức năng thần kinh do khối u chèn ép. Chẩn đoán u tuyến yên phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận dựa vào kết quả chụp cắt lớp (CT) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI).

Loại trừ phẫu thuật cắt bỏ u tuyến yên có kích thước nhỏ hơn hoặc bằng 8mm.

10. Tổn thương não

Chấn thương đầu gây tổn thương não có suy giảm chức năng thần kinh vĩnh viễn kéo dài ít nhất 3 tháng kể từ ngày được chẩn đoán. Tổn thương này làm cho Người được bảo hiểm không thể thực hiện ít nhất 2 trong số các Hoạt động sinh hoạt hàng ngày cho dù có hay không có sử dụng các dụng cụ hoặc thiết bị hỗ trợ dành cho người tàn tật.

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày bao gồm:

- Tự ăn uống
 - Tự tắm rửa
 - Tiểu tiện và đại tiện tự chủ
 - Thay quần áo không cần trợ giúp.
 - Ngồi và đứng lên khỏi ghế không cần trợ giúp
 - Di chuyển từ phòng này sang phòng khác không cần trợ giúp.
-

11. Ghép ruột non

Là ghép ít nhất 01 (một) mét ruột non kèm toàn bộ mạch máu nuôi bằng phẫu thuật mở ổ bụng.

Phẫu thuật này phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận là cần thiết về mặt y khoa.

12. Phẫu thuật gan

Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn thùy trái hoặc thùy phải gan do bệnh hoặc Tai nạn.

Loại trừ các phẫu thuật gan do các bệnh liên quan đến lạm dụng thức uống có cồn, sử dụng chất gây nghiện hoặc phẫu thuật hiến gan.

13. Xơ gan do viêm gan siêu vi

Xơ gan do viêm gan siêu vi được Bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa chẩn đoán dựa vào kết quả sinh thiết gan có mức độ xơ hóa gan thuộc giai đoạn F4 theo hệ thống phân loại mức độ xơ gan Metavir hoặc giai đoạn 4 theo phân loại mức độ xơ gan Knodell.

14. Phẫu thuật cắt bỏ một bên phổi

Phẫu thuật cắt bỏ một bên phổi nghĩa là phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn một phổi do bệnh hoặc Tai nạn.

Loại trừ phẫu thuật cắt bỏ một phần của phổi.

15. Bệnh thận

Bệnh thận thuộc một trong các tình trạng sau:

- (a) Suy thận mạn tính giai đoạn tiến triển được Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán và có độ lọc cầu thận (GFR) được tính theo công thức MDRD hoặc công thức Cockcroft-Gault thấp hơn 30mL/phút/1.73 m² và tình trạng bệnh kéo dài ít nhất 90 ngày liên tục.
- (b) Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn thận trái hoặc thận phải do bệnh hoặc Tai nạn. Phẫu thuật này phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận là cần thiết về mặt y khoa.

Loại trừ hiển thận.

16. Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống ít nghiêm trọng

Là bệnh rối loạn tự miễn đa cơ quan, có sự gia tăng của các tự kháng thể

Bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán và có ít nhất 2 trong 5 tiêu chuẩn sau:

- (i) Viêm khớp không thoái hóa từ 2 khớp trở lên;
- (ii) Viêm màng phổi hoặc viêm màng ngoài tim;
- (iii) Rối loạn chức năng thận: Nước tiểu có protein >0,5g/ngày hoặc các trụ tế bào;
- (iv) Rối loạn huyết học: Thiếu máu tán huyết, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu;
- (v) Xét nghiệm dương tính của kháng thể kháng nhân (ANA) hoặc kháng thể kháng DNA (Anti-dsDNA) hoặc kháng thể kháng Smith (Anti-Smith).

17. Thiếu máu bất sản tạm thời

Là tình trạng suy giảm cấp tính có khả năng hồi phục chức năng của tủy xương gây thiếu máu, giảm bạch cầu và giảm tiểu cầu đồng thời phải được điều trị bằng một trong các phương thức sau:

- (a) Truyền máu;
- (b) Thuốc kích thích tủy xương;
- (c) Thuốc ức chế miễn dịch.

Chẩn đoán phải được Bác sĩ chuyên khoa huyết học xác nhận.

18. Ghép giác mạc

Là ghép toàn bộ giác mạc do sẹo giác mạc gây ra giảm thị lực không thể điều trị bằng các phương pháp khác. Ghép giác mạc phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận là cần thiết về mặt y khoa.

19. Mất thị lực một mắt

Mất hoàn toàn và không thể phục hồi thị lực của một mắt do bệnh hoặc chấn thương và phải được Bác sĩ chuyên khoa mắt xác nhận. Kết quả thị lực được kiểm tra bằng thiết bị hỗ trợ thị lực, thị lực được đo ở mức 6/60 hoặc thấp hơn bằng biểu đồ thị lực Snellen hoặc thử nghiệm tương đương, hoặc trường thị giác còn 20 độ trở xuống. Loại trừ mất thị lực do lạm dụng rượu hoặc thuốc.

20. Mất thính lực một tai

Mất hoàn toàn và không thể phục hồi thính lực của một tai do bệnh hoặc chấn thương. Chẩn đoán phải được Bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng xác nhận và kết quả đo thính lực có độ giảm thính lực từ 80 decibels (dB) trở lên ở tất cả các tần số nghe được thực hiện không sớm hơn 3 tháng kể từ ngày được chẩn đoán.

21. Bỏng mức độ nhẹ

Bỏng độ 3 do tai nạn (toàn bộ độ dày của da) ít nhất 10% diện tích bề mặt da hoặc 30% diện tích khuôn mặt.

22. Liệt một chi

Là mất chức năng hoàn toàn và vĩnh viễn chức năng của ít nhất một tay hoặc một chân do bệnh hoặc chấn thương kéo dài ít nhất 3 tháng kể từ ngày được chẩn đoán với sức cơ được đánh giá ở mức phân độ 0 (liệt hoàn toàn và không có sự co cơ).

23. Phẫu thuật phục hồi khuôn mặt bị tổn thương do Tai nạn

Là phẫu thuật tái tạo hoặc tạo hình khuôn mặt bị tổn thương do Tai nạn cần phải nhập viện để điều trị. Phẫu thuật này phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận là cần thiết về mặt y khoa.

Loại trừ các phẫu thuật thẩm mỹ khuôn mặt, tạo hình răng, điều trị gãy xương mũi hoặc tổn thương da mặt.

Phụ lục 7: Định nghĩa Bệnh hiểm nghèo giai đoạn nghiêm trọng

1. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành

Là phẫu thuật mở lồng ngực để điều trị bệnh động mạch vành bằng cách dùng ống ghép mạch máu để dẫn máu đến vùng cơ tim bị tổn thương phía sau đoạn mạch vành bị bệnh.

Loại trừ nong mạch vành và các phẫu thuật can thiệp nội mạch khác, đặt ống thông (catheter), phẫu thuật "lỗ khóa" (key-hole) hay thủ thuật dùng laser.

2. Nhồi máu cơ tim

Vùng cơ tim bị chết do thiếu máu và thỏa tất cả các điều kiện sau:

- Tiền sử bệnh có cơn đau thắt ngực điển hình kéo dài;
- Các thay đổi mới trên điện tâm đồ do nhồi máu cơ tim;
- Tăng men tim CPK-MB trên mức ngưỡng bình thường hay troponin T > 1.0 ng/ml hay mức tương đương đối với troponin I.

Loại trừ cơn đau thắt ngực.

3. Bệnh cơ tim nặng

Suy giảm chức năng cơ tim được Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán là bệnh cơ tim, làm suy giảm thể lực vĩnh viễn Độ III hay Độ IV trong thời gian ít nhất 6 tháng theo phân loại suy tim của Hiệp hội Tim mạch New York hay phân loại tương đương. Chẩn đoán bệnh cơ tim phải có kết quả siêu âm tim để đánh giá chức năng tâm thất.

Phân loại suy tim của Hiệp hội Tim mạch New York:

- Độ III – Hạn chế nhiều vận động thể lực. Mặc dù bệnh nhân khỏe khi nghỉ ngơi nhưng chỉ cần vận động nhẹ đã có triệu chứng cơ năng.
- Độ IV – Không vận động thể lực nào không gây khó chịu. Triệu chứng cơ năng của suy tim xảy ra ngay khi nghỉ ngơi. Chỉ một vận động thể lực nhẹ cũng làm triệu chứng cơ năng gia tăng.

Loại trừ Bệnh cơ tim liên quan đến sử dụng thức uống có cồn hay chất gây nghiện.

4. Phẫu thuật van tim

Phẫu thuật mổ tim hở để thay thế hay sửa chữa van tim do van tim có khiếm khuyết hay bất thường.

Loại trừ sửa chữa van tim bằng các phẫu thuật can thiệp nội mạch, phẫu thuật "lỗ khóa" (key-hole) hay các thủ thuật tương tự.

5. Phẫu thuật động mạch chủ

Là phẫu thuật có mở lồng ngực hay ổ bụng để điều trị phình động mạch chủ, tắc động mạch chủ, hẹp eo động mạch chủ hay bóc tách động mạch chủ. Trong định nghĩa này, động mạch chủ là động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng, không phải là các nhánh của các động mạch này.

Loại trừ các thủ thuật nong và can thiệp nội mạch, đặt ống thông (catheter), phẫu thuật "lỗ khóa" (keyhole) hay phẫu thuật dùng laser.

6. Tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát

Tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát với thất phải giãn lớn được đánh giá bằng thủ thuật thông tim, gây suy giảm thể lực vĩnh viễn không thể phục hồi độ III hoặc độ IV theo phân loại suy tim của Hiệp hội Tim mạch New York trong thời gian ít nhất 6 tháng

Loại trừ tăng áp lực động mạch phổi do các nguyên nhân khác.

Phân loại suy tim của Hiệp hội Tim mạch New York:

- Độ III – Hạn chế nhiều vận động thể lực. Mặc dù bệnh nhân khỏe khi nghỉ ngơi nhưng chỉ cần vận động nhẹ đã có triệu chứng cơ năng.
- Độ IV – Không vận động thể lực nào không gây khó chịu. Triệu chứng cơ năng của suy tim xảy ra ngay cả khi nghỉ ngơi. Chỉ một vận động thể lực nhẹ cũng làm triệu chứng cơ năng gia tăng.

7. Hôn mê kéo dài ít nhất 96 giờ

Tình trạng mất ý thức không có đáp ứng với các kích thích bên ngoài hoặc nhu cầu của cơ thể, kéo dài liên tục ít nhất 96 giờ, được điều trị thở máy để duy trì sự sống và có suy giảm chức năng thần kinh vĩnh viễn kéo dài ít nhất 3 tháng kể từ ngày được chẩn đoán.

Các điều kiện nêu trên phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận.

Loại trừ hôn mê do tự gây ra chấn thương, do thức uống có cồn hay lạm dụng thuốc.

8. Đột quỵ

Đột quỵ là tai biến mạch máu não có di chứng thần kinh vĩnh viễn, kéo dài ít nhất 45 ngày bao gồm cả nhồi máu não, xuất huyết não và tắc mạch não. Chẩn đoán phải dựa vào các thay đổi thể hiện trên kết quả chụp cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp (CT) và được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận.

Loại trừ các triệu chứng thần kinh do cơn thiếu máu não thoáng qua, các suy giảm chức năng thần kinh do thiếu máu có khả năng hồi phục, thiếu máu động mạch sống nền (động mạch thân nền), các triệu chứng thần kinh do đau nửa đầu migraine, tổn thương não do chấn thương hoặc thiếu oxy và bệnh lý mạch máu gây ảnh hưởng đến mắt hoặc thần kinh thị giác hoặc các chức năng tiền đình.

9. U não lành tính

U não hay u màng não lành tính đe dọa tính mạng và xuất hiện các triệu chứng đặc trưng của tăng áp lực nội sọ như phù gai thị, tâm thần, động kinh và rối loạn cảm giác. U não lành tính được chẩn đoán dựa vào kết quả chụp cộng hưởng từ (MRI) hoặc chụp cắt lớp (CT).

Loại trừ 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.

10. Chấn thương đầu nặng

Là chấn thương sọ não do tai nạn, làm rối loạn chức năng thần kinh nghiêm trọng vĩnh viễn, kéo dài ít nhất 3 tháng kể từ ngày bị chấn thương. Tổn thương chức năng thần kinh vĩnh viễn cần được Bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác nhận và làm mất vĩnh viễn khả năng thực hiện độc lập ít nhất 3 trong số những Hoạt động sinh hoạt hàng ngày cho dù có hay không có sử dụng các dụng cụ hoặc thiết bị hỗ trợ dành cho người tàn tật. Trong định nghĩa này, "vĩnh viễn" là khó có khả năng phục hồi với kiến thức và kỹ thuật y khoa hiện hành.

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày bao gồm:

- Tự ăn uống
- Tự tắm rửa
- Tiểu tiện và đại tiện tự chủ
- Thay quần áo không cần trợ giúp.
- Ngồi và đứng lên khỏi ghế không cần trợ giúp
- Di chuyển từ phòng này sang phòng khác không cần trợ giúp.

11. Phẫu thuật não hở

Là phẫu thuật não hoặc nội sọ có gây mê và mở hộp sọ.

Loại trừ phẫu thuật lỗ Burr, phẫu thuật xuyên xoang bướm, các phẫu thuật xâm lấn tối thiểu khác để điều trị chấn thương sọ não do Tai nạn.

12. Bệnh Alzheimer hoặc Sa sút trí tuệ

Sa sút hoặc mất trí tuệ hoặc có hành vi bất thường do bệnh Alzheimer hoặc sự suy giảm nghiêm trọng chức năng tâm thần và xã hội và cần có sự giám sát liên tục. Bệnh cần được Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán.

Loại trừ các tình trạng sau:

- Các rối loạn não không phải tổn thương thực thể như loạn thần kinh và các bệnh tâm thần;
 - Các tổn thương não liên quan đến thức uống có cồn hoặc chất gây nghiện.
-

13. Bệnh tế bào thần kinh vận động

Thoái hóa tiến triển của bó vỏ não tủy sống và tế bào sừng trước tủy sống hoặc tế bào thần kinh vận động hành tủy. Bệnh bao gồm các loại: teo cơ do tủy, liệt hành tủy tiến triển, xơ cứng cột bên teo cơ và xơ cứng cột bên nguyên phát. Bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán và xác nhận tình trạng bệnh đang tiến triển và có di chứng thần kinh vĩnh viễn kéo dài ít nhất 3 tháng kể từ ngày được chẩn đoán.

14. Bệnh xơ cứng rải rác

Bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán và có tất cả các điều kiện sau trong thời gian liên tục ít nhất 6 tháng:

- (a) Triệu chứng liên quan bó thần kinh (chất trắng) bao gồm thần kinh thị giác, thân não và tủy sống, gây ra suy giảm chức năng thần kinh;
 - (b) Các tổn thương tách biệt hoặc đa dạng;
 - (c) Tiền sử bệnh xác nhận rõ các cơn tiến triển nghiêm trọng và thuyên giảm của các triệu chứng và di chứng thần kinh trên.
-

15. Viêm não nặng do vi rút

Viêm nhu mô não nặng gây ra di chứng thần kinh vĩnh viễn trong thời gian ít nhất 30 ngày và được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận.

Loại trừ viêm não liên quan đến HIV.

16. Viêm màng não do vi khuẩn

Bệnh viêm màng não do vi khuẩn làm viêm màng não hoặc tủy sống và có di chứng thần kinh vĩnh viễn trong thời gian ít nhất 30 ngày. Bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán và kết quả xét nghiệm có vi khuẩn trong dịch não tủy khi chọc dò tủy sống.

17. Bệnh Parkinson nặng

Bệnh Parkinson được Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán và thỏa tất cả các điều kiện sau:

- (a) Không thể kiểm soát được bằng thuốc;
- (b) Có dấu hiệu bệnh tiến triển;

(c) Mất vĩnh viễn khả năng thực hiện độc lập ít nhất 3 Hoạt động sinh hoạt hàng ngày cho dù có hay không sử dụng các dụng cụ hoặc thiết bị hỗ trợ dành cho người tàn tật. Trong định nghĩa này, "vĩnh viễn" là khó có khả năng phục hồi với kiến thức và kỹ thuật y khoa hiện tại.

Loại trừ các hội chứng Parkinson do thuốc hoặc do nhiễm độc.

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày bao gồm:

- Tự ăn uống
- Tự tắm rửa
- Tiểu tiện và đại tiện tự chủ
- Thay quần áo không cần trợ giúp.
- Ngồi và đứng lên khỏi ghế không cần trợ giúp
- Di chuyển từ phòng này sang phòng khác không cần trợ giúp.

18. Bại liệt

Chẩn đoán Bại liệt cần thỏa các điều kiện sau:

- (a) Bệnh gây ra do vi rút bại liệt;
- (b) Liệt các cơ của chi hoặc các cơ hô hấp kéo dài ít nhất 3 tháng.

19. Suy gan mạn

Suy gan mạn cần có tất cả các điều kiện sau:

- (a) Vàng da liên tục;
- (b) Cổ trướng (Báng bụng);
- (c) Hội chứng não do gan.

Loại trừ suy gan do rượu, chất gây nghiện hoặc ngộ độc.

20. Viêm gan siêu vi tối cấp

Là tình trạng hoại tử gan nghiêm trọng do viêm gan siêu vi dẫn đến suy gan và thỏa các điều kiện sau:

- (a) Giảm nhanh chóng kích thước gan kèm hoại tử toàn bộ các tiểu thùy gan;
- (b) Suy giảm nhanh chóng men gan;
- (c) Vàng da sậm;
- (d) Bệnh não do gan.

21. Viêm tụy mạn tính tái phát

Là tình trạng phá hủy tiến triển của tuyến tụy do viêm tụy cấp tái phát và thỏa tất cả các điều kiện sau:

- (a) Nhiều lần bị viêm tụy cấp tính trong khoảng thời gian ít nhất 2 năm;
- (b) Vô hóa lan tỏa khắp tuyến tụy dựa trên kết quả chụp cắt lớp (CT scan), cộng hưởng từ (MRI) hoặc siêu âm.
- (c) Rối loạn chức năng tuyến tụy liên tục mạn tính đặc trưng bởi hội chứng kém hấp thu (phân mỡ) hoặc bệnh tiểu đường phụ thuộc insulin.

Loại trừ viêm tụy do lạm dụng thức uống có cồn cấp tính hay mạn tính, khuyết tật bẩm sinh hoặc các bệnh di truyền.

22. Bệnh phổi mạn tính

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

- (a) Cần thở oxy hỗ trợ liên tục với FEV1 (thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên) ít hơn một lít;
- (b) Áp suất riêng phần oxy trong khí máu động mạch thấp hơn hoặc bằng 55 mmHg; và
- (c) Khó thở ngay cả khi nghỉ ngơi.

23. Suy thận

Suy thận mạn tính giai đoạn cuối không thể phục hồi chức năng của cả hai thận và cần phải chạy thận nhân tạo định kỳ hay ghép thận.

24. Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống

Là bệnh rối loạn tự miễn đa cơ quan, có sự gia tăng của các tự kháng thể tấn công trực tiếp vào các kháng nguyên tự thân. Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống phải được Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán và kết quả sinh thiết thận có tổn thương thận từ loại III đến loại V theo bảng phân loại tổn thương thận do Lupus của Tổ chức Y tế thế giới. Loại trừ bệnh lupus dạng đĩa hoặc các bệnh lupus chỉ có tổn thương huyết học và khớp.

Phân loại tổn thương thận do Lupus của Tổ chức Y tế thế giới:

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

25. Thiếu máu bất sản

Suy giảm chức năng tủy xương vĩnh viễn, không thể phục hồi, gây thiếu máu, giảm bạch cầu và tiểu cầu, cần điều trị ít nhất 2 trong các phương pháp sau:

- (a) Truyền máu;
- (b) Thuốc kích thích tủy xương;
- (c) Thuốc ức chế miễn dịch; hoặc
- (d) Ghép tủy xương

Chẩn đoán phải được xác nhận dựa vào kết quả sinh thiết tủy xương.

26. Ghép tủy xương

Ghép tủy xương người bằng việc sử dụng các tế bào gốc tạo máu sau khi đã tiêu diệt toàn bộ tủy xương của người nhận.

Loại trừ cấy ghép các tế bào gốc khác.

27. Ghép tạng

Ghép một trong những cơ quan sau cho Người được bảo hiểm: tim, phổi, gan, thận, tụy do suy giảm chức năng giai đoạn cuối không phục hồi của cơ quan này.

Loại trừ ghép tế bào gốc và tế bào tiểu đảo.

28. Bỏng nặng

Là bỏng độ 3 (toàn bộ độ dày của da) chiếm ít nhất 20% diện tích bề mặt da và có điều trị ghép da ít nhất 10% diện tích bề mặt da.

29. Mất khả năng sống độc lập

Bác sĩ chuyên khoa xác nhận mất khả năng sống độc lập kéo dài trong thời gian ít nhất sáu tháng và mất vĩnh viễn khả năng thực hiện độc lập ít nhất 3 Hoạt động sinh hoạt hàng ngày khi có hoặc không có sử dụng các dụng cụ hoặc các thiết bị hỗ trợ cho người tàn tật. Trong định nghĩa này, "vĩnh viễn" là không có khả năng phục hồi với kiến thức và kỹ thuật y khoa hiện hành.

Loại trừ mất khả năng sống độc lập do nguyên nhân tâm thần.

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày bao gồm:

- Tự ăn uống
 - Tự tắm rửa
 - Tiểu tiện và đại tiện tự chủ
 - Thay quần áo không cần trợ giúp.
 - Ngồi và đứng lên khỏi ghế không cần trợ giúp
 - Di chuyển từ phòng này sang phòng khác không cần trợ giúp.
-

30. Nhiễm HIV do tai nạn nghề nghiệp

Nhiễm HIV do Tai nạn trong khi Người được bảo hiểm đang thực hiện nhiệm vụ theo đúng chuyên môn nghề nghiệp được quy định theo pháp luật hiện hành của Việt Nam và phải thỏa mãn tất cả các điều kiện sau:

- (a) Có bằng chứng về việc chuyển đảo huyết thanh từ âm tính với HIV thành dương tính với HIV trong vòng 6 tháng kể từ ngày xảy ra Tai nạn đồng thời phải có kết quả xét nghiệm HIV âm tính của Người được bảo hiểm được thực hiện trong vòng 7 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn;
- (b) Có bằng chứng xác định rõ nguồn lây nhiễm HIV;
- (c) Bằng chứng về Tai nạn dẫn đến việc nhiễm HIV của Người được bảo hiểm phải được thông báo cho Công ty trong vòng 30 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn.

Loại trừ nhiễm HIV qua các đường khác, bao gồm nhưng không giới hạn do bị lây truyền qua đường tình dục, truyền máu hay tiêm chích ma túy.

Theo định nghĩa này, quyền lợi bảo hiểm chỉ được chi trả khi Người được bảo hiểm là Bác sĩ y khoa, sinh viên y khoa, y tá, điều dưỡng, kỹ thuật viên y tế, nha sĩ hoặc nhân viên y tế đang làm việc hoặc học tập tại các cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam.

Quyền lợi bảo hiểm theo định nghĩa này sẽ không được chi trả nếu đã có phương pháp điều trị hiệu quả bệnh HIV.

31. Loạn dưỡng cơ

Chẩn đoán cần được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận có 3 trong số 4 điều kiện sau:

- (a) Tiền sử gia đình có các thành viên khác cũng mắc bệnh;
- (b) Biểu hiện lâm sàng không có rối loạn cảm giác, xét nghiệm dịch não tủy bình thường và giảm nhẹ phản xạ gân xương;
- (c) Điện cơ đồ có bất thường đặc trưng của bệnh loạn dưỡng cơ;

(d) Kết quả sinh thiết cơ có bất thường của bệnh loạn dưỡng cơ.

Không chi trả quyền lợi bảo hiểm khi dấu hiệu, triệu chứng bệnh đầu tiên xuất hiện trước khi Người được bảo hiểm đạt 18 tuổi.

32. Mất thính lực

Mất hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng nghe của cả hai tai do bệnh hoặc tổn thương do Tai nạn. Chẩn đoán phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận và kết quả đo thính lực có độ giảm thính lực từ 80 decibels (dB) trở lên ở tất cả các tần số nghe của hai tai được thực hiện không sớm hơn 3 tháng kể từ ngày được chẩn đoán.

33. Mất khả năng phát âm

Mất hoàn toàn và không phục hồi khả năng phát âm liên tục 12 tháng do Tai nạn hay bệnh. Phải có bằng chứng y tế của Bác sĩ chuyên khoa xác nhận tổn thương hay bệnh của dây thanh.

Loại trừ mất khả năng phát âm do tâm thần.

34. Bệnh giai đoạn cuối

Là tình trạng bệnh được 2 Bác sĩ chuyên khoa xác nhận không thể điều trị khỏi hay không có bất kỳ phương pháp điều trị hiệu quả nào và tiên lượng sẽ tử vong trong vòng 6 tháng. Việc xác nhận này cần dựa vào các bằng chứng phù hợp bao gồm hồ sơ khám và các xét nghiệm liên quan.

35. Bệnh Still

Là một dạng bệnh viêm khớp mạn tính ở trẻ em được Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán và đã được phẫu thuật thay khớp háng hoặc khớp gối do tình trạng phá hủy khớp lan rộng.

Quyền lợi bảo hiểm cho bệnh này chỉ được áp dụng nếu Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc bệnh trước khi đạt 18 tuổi hoặc từ ngày đạt 18 tuổi cho đến trước Ngày kỷ niệm hợp đồng kế tiếp.

36. Bệnh Hemophilia nặng

Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc bệnh hemophilia A (thiếu hụt yếu tố VIII) hoặc hemophilia B (thiếu hụt yếu tố IX) có xét nghiệm yếu tố VIII hoặc yếu tố IX thấp hơn một phần trăm (1%). Chẩn đoán phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận.

Quyền lợi bảo hiểm cho bệnh này chỉ được áp dụng nếu Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc bệnh trước khi đạt 18 tuổi hoặc từ ngày đạt 18 tuổi cho đến trước Ngày kỷ niệm hợp đồng kế tiếp.

37. Bệnh thấp tim

Bệnh thấp tim phải được Bác sĩ chuyên khoa nhi chẩn đoán có sốt thấp khớp cấp tính dựa trên tiêu chuẩn Jones cải tiến (2015) và phải có ít nhất một van tim bị tổn thương do thấp được đánh giá qua siêu âm tim.

Quyền lợi bảo hiểm cho bệnh này chỉ được áp dụng nếu Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc bệnh trước khi đạt 18 tuổi hoặc từ ngày đạt 18 tuổi cho đến trước Ngày kỷ niệm hợp đồng kế tiếp.

38. Bệnh xương thủy tinh

Là tình trạng xương giòn, loãng xương, dễ gãy xương do đột biến gen. Bệnh xương thủy tinh phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận thuộc loại III và có sự hiện diện của tất cả tình trạng sau:

- Khám lâm sàng có chậm phát triển và giảm thính lực và
- X-quang có nhiều xương gãy và gù vẹo cột sống tiến triển và
- Kết quả sinh thiết da dương tính.

Quyền lợi bảo hiểm cho bệnh này chỉ được áp dụng nếu Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc bệnh trước khi đạt 18 tuổi hoặc từ ngày đạt 18 tuổi cho đến trước Ngày kỷ niệm hợp đồng kế tiếp.

39. Tiểu đường tuýp 1 (Tiểu đường phụ thuộc insulin)

Là tình trạng tăng đường máu mạn tính do giảm tiết insulin. Bệnh tiểu đường tuýp 1 phải được Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán và được điều trị insulin ngoại sinh ít nhất 6 tháng.

Quyền lợi bảo hiểm cho bệnh này chỉ được áp dụng nếu Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc bệnh trước khi đạt 18 tuổi hoặc từ ngày đạt 18 tuổi cho đến trước Ngày kỷ niệm hợp đồng kế tiếp.

40. Bệnh Kawasaki có biến chứng tim

Là bệnh lý đa cơ quan, cấp tính và sốt ở trẻ em đặc trưng bởi tình trạng viêm hạch cổ không mủ, tổn thương da và niêm mạc. Chẩn đoán phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa xác nhận và kết quả siêu âm tim có giãn hoặc phình động mạch vành ít nhất 5 mm thực hiện không sớm hơn 12 tháng kể từ ngày khởi bệnh.

Quyền lợi bảo hiểm cho bệnh này chỉ được áp dụng nếu Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc bệnh trước khi đạt 18 tuổi hoặc từ ngày đạt 18 tuổi cho đến trước Ngày kỷ niệm hợp đồng kế tiếp.

41. Viêm cầu thận có hội chứng thận hư

Bệnh viêm cầu thận có hội chứng thận hư phải được Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán và điều trị. Hội chứng thận hư phải kéo dài liên tục trong khoảng thời gian ít nhất 6 tháng.

Quyền lợi bảo hiểm cho bệnh này chỉ được áp dụng nếu Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc bệnh trước khi đạt 18 tuổi hoặc từ ngày đạt 18 tuổi cho đến trước Ngày kỷ niệm hợp đồng kế tiếp.

42. Bệnh tay chân miệng nặng

Bệnh tay chân miệng phải được Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán và được điều trị tại Phòng Chăm sóc đặc biệt (ICU) do một trong các biến chứng sau:

- Viêm não, hoặc
- Liệt cấp tính, hoặc
- Phù phổi cấp hoặc suy tim phổi.

Quyền lợi bảo hiểm cho bệnh này chỉ được áp dụng nếu Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc bệnh trước khi đạt 18 tuổi hoặc từ ngày đạt 18 tuổi cho đến trước Ngày kỷ niệm hợp đồng kế tiếp.

43. Bệnh Wilson

Là bệnh gây nên do tích tụ đồng tại nhiều cơ quan đặc trưng bởi bệnh gan tiến triển hoặc bất thường thần kinh. Bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán và điều trị bằng thuốc thải đồng kéo dài ít nhất 6 tháng.

Quyền lợi bảo hiểm cho bệnh này chỉ được áp dụng nếu Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc bệnh trước khi đạt 18 tuổi hoặc từ ngày đạt 18 tuổi cho đến trước Ngày kỷ niệm hợp đồng kế tiếp.

44. Uốn ván thể toàn thân

Chẩn đoán bệnh uốn ván thể toàn thân phải được Bác sĩ chuyên khoa xác định và thỏa các điều kiện sau:

- a) Được điều trị thở máy liên tục ít nhất 3 ngày và
- b) Được điều trị bằng huyết thanh miễn dịch uốn ván.

Quyền lợi bảo hiểm cho bệnh này chỉ được áp dụng nếu Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc bệnh trước khi đạt 18 tuổi hoặc từ ngày đạt 18 tuổi cho đến trước Ngày kỷ niệm hợp đồng kế tiếp.

45. Trạng thái động kinh

Là rối loạn thần kinh đe dọa tính mạng được đặc trưng bởi cơn động kinh co giật toàn thể liên tục hoặc nhiều cơn động kinh toàn thể và không hồi phục ý thức giữa các cơn, cần phải can thiệp đặt nội khí quản và thở máy để duy trì sự sống. Chẩn đoán bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận cùng với các chứng từ y tế và kết quả điện não đồ.

Quyền lợi bảo hiểm cho bệnh này chỉ được áp dụng nếu Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc bệnh trước khi đạt 18 tuổi hoặc từ ngày đạt 18 tuổi cho đến trước Ngày kỷ niệm hợp đồng kế tiếp.
