VCLI

CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM NHÂN THỌ VIETCOMBANK-CARDIF

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

(Được chấp thuận theo công văn số 12207/BTC-QLBH ngày 10 tháng 10 năm 2016 của Bộ Tài chính)

MỤC LỤC

ĐIỀU 1 QUY ĐỊNH CHUNG 3
ĐIỀU 2 MỘT SỐ KHÁI NIỆM 3
ĐIỀU 3 QUYỀN LỢI BẢO HIỂM 5
ĐIỀU 4 CÁC QUY ĐỊNH LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM 6
ĐIỀU 5 PHÍ BẢO HIỂM 7
ĐIỀU 6 CHẤM DỨT HIỆU LỰC CỦA SẢN PHẨM 7
ĐIỀU 7 GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM 8

Điều 1 Quy định chung

Sản phẩm Bảo hiểm bổ trợ Hỗ trợ đóng phí bệnh hiểm nghèo cung cấp quyền lợi miễn đóng phí cho sản phẩm bảo hiểm chính và một số sản phẩm bổ sung khi Người được bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này bị mắc Bệnh hiểm nghèo theo quy định của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.

Quy tắc điều khoản này bao gồm những thỏa thuận bổ sung giữa chúng tôi - CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM NHÂN THỌ VIETCOMBANK-CARDIF và Bên mua bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu được bảo hiểm bổ trợ các quyền lợi bảo hiểm cụ thể vào Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết.

Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sẽ được áp dụng những Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính đã ký kết. Tuy nhiên, nếu có những khác biệt giữa Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này với Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo hiểm chính liên quan đến quy định của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này thì quy định trong Quy tắc và Điều khoản Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sẽ được ưu tiên áp dụng.

Các quy định chung về thủ tục bảo hiểm, thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm và giải quyết tranh chấp được áp dụng tương tự như đã nêu trong Quy tắc điều khoản Sản phẩm bảo hiểm chính đã ký kết.

Điều 2 Một số khái niệm

2.1 **"Công ty":** là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Vietcombank-Cardif có giấy phép thành lập và hoạt động số 55GP/KDBH do Bộ Tài chính cấp ngày 23 tháng 10 năm 2008 tại Hà Nội và được sửa đổi tùy từng thời điểm.

2.2 **"Hợp đồng bảo hiểm":** là Hợp đồng bảo hiểm mà sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này đi kèm.

2.3 **"Giấy chứng nhận bảo hiểm":** là văn bản do Công ty phát hành. Giấy chứng nhận bảo hiểm được đính kèm và cấu thành một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm mà sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này đi kèm và các bản sửa đổi, bổ sung của Giấy chứng nhận bảo hiểm (nếu có).

2.4 **"Bên mua bảo hiểm":** cũng là Bên mua bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính mà sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này đính kèm.

2.5 **"Người được bảo hiểm":** là cá nhân nhân có độ tuổi từ 18 (mười tám) đến 60 (sáu mươi) tuổi tính theo sinh nhật vừa qua vào Ngày hiệu lực của sản phẩm và được Công ty chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này. Người được bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này là người được bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính hoặc có thể là người khác nếu có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm.

2.6 **"Tuổi tối đa kết thúc gia hạn bảo hiểm"**: là tuổi tối đa của Người được bảo hiểm mà Công ty không tiếp tục gia hạn Thời hạn bảo hiểm. Tuổi tối đa này sẽ phụ thuộc vào thời hạn đóng phí của sản phẩm bảo hiểm chính, tuổi tối đa được bảo hiểm của Người được bảo hiểm sản phẩm bổ trợ này, tuổi của Người được bảo hiểm sản phẩm chính và/hoặc Bên mua bảo hiểm (nếu có) và theo quy định của Công ty tại từng thời điểm. Tuổi tối đa kết thúc gia hạn bảo hiểm được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung khác (nếu có).

2.7 **"Thời hạn bảo hiểm":** thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này là 1 (một) năm và được gia hạn hàng năm cho đến Ngày gia hạn năm ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt Tuổi tối đa kết thúc gia hạn bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm và Công ty đều không thông báo về việc chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này; với điều kiện Bên mua bảo hiểm nộp đủ và đúng hạn các phí bảo hiểm đến hạn trong thời gian gia hạn đóng phí và chấp nhận các điều khoản và điều kiện của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.

Trong trường hợp Công ty quyết định không tiếp tục gia hạn Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này, Công ty sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 60 (sáu mươi) ngày trước Ngày gia hạn năm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.

2.8 **"Thời hạn đóng phí":** thời hạn đóng phí của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này bằng Thời hạn bảo hiểm, là 1 (một) năm và được gia hạn hàng năm tương ứng theo Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.

2.9 **"Phí bảo hiểm":** là số tiền Bên mua bảo hiểm sẽ thanh toán cho Công ty để tham gia sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này vào ngày đến hạn nộp phí.

2.10 **"Ngày hiệu lực của sản phẩm":** là ngày mà Công ty quyết định chấp nhận bảo hiểm sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này và ngày này được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung có liên quan khác (nếu có).

2.11 **Ngày khôi phục hiệu lực:** là ngày sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này được Công ty chấp nhận khôi phục hiệu lực cùng với việc khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm chính theo quy định tại Quy tắc điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính đã ký kết.

2.12 **"Ngày gia hạn năm":** là ngày lặp lại hàng năm của Ngày hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này, nếu không có bên nào thông báo về việc chấm dứt hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này. Nếu năm không có ngày này, ngày cuối tháng tương ứng sẽ là Ngày gia hạn năm.

2.13 **"Bệnh hiểm nghèo":** là một trong (các) bệnh được định nghĩa tại Phụ lục đính kèm theo Quy tắc điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.

2.14 **"Chẩn đoán mắc bệnh hiểm nghèo":** là chẩn đoán xác định sau cùng của một hay nhiều Bệnh hiểm nghèo được thực hiện bởi Bác sỹ chuyên khoa của bệnh viện hoặc cơ sở y tế thích hợp khác thuộc cấp trung ương, cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương. Bệnh viện hoặc cơ sở y tế này không bao gồm:

- Trung tâm y tế dự phòng;
- Bệnh viện / viện tâm thần;
- Bệnh viện / viện y học dân tộc;
- Bệnh viện / viện phong;
- Nhà điều dưỡng, trung tâm phục hồi chức năng, nhà lưu bệnh;
- 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.

Kết quả Chẩn đoán mắc bệnh hiểm nghèo phải được Công ty chấp nhận dựa trên các bằng chứng y khoa do người yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm cung cấp.

Trong trường hợp xảy ra tranh chấp trên kết quả chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo, Công ty có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành khám và xét nghiệm y khoa tại một cơ sở y tế độc lập theo chỉ định của Công ty. Khi đó mọi chi phí cho việc tiến hành khám và xét nghiệm y khoa theo yêu cầu của Công ty sẽ do Công ty chịu. Công ty và người nhận quyền lợi bảo hiểm phải tuân theo kết quả chẩn đoán này.

2.15 "Thời gian loại trừ": là thời gian 90 (chín mươi) ngày kể từ Ngày hiệu lực của sản phẩm của năm tham gia đầu tiên hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này, tùy theo ngày nào xảy ra sau.

2.16 "Bác sỹ" là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo quy định của pháp luật. Trong định nghĩa này, Bác sĩ không bao gồm bác sỹ đông y, y học cổ truyền, vật lý trị liệu, chẩn đoán hình ảnh, châm cứu, và những người sau đây:

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng;
- Đối tác kinh doanh của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;
- Đại lý bảo hiểm;
- Các thành viên trong gia đình trực hệ của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm (cha mẹ, vợ chồng, con cái, anh chị em ruột).

2.17 "Thời gian cân nhắc": sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sẽ áp dụng thời gian cân nhắc theo quy định tại Quy tắc điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính đã ký kết.

Điều 3 Quyền lợi bảo hiểm

3.1 Quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Bệnh hiểm nghèo

Trong thời gian hiệu lực của Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này và sau Thời gian loại trừ được quy định tại Điều 2.15, nếu Người được bảo hiểm bị Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo theo quy định tại Điều 2.14 và vẫn còn sống ít nhất 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày có kết quả Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo, Công ty sẽ miễn đóng phí bảo hiểm của:

- sản phẩm bảo hiểm chính; và
- (các) sản phẩm bảo hiểm bổ trợ thuộc phạm vi được miễn đóng phí đã ký kết khi tham gia sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.

Việc chi trả quyền lợi bảo hiểm này sẽ được bắt đầu kể từ ngày đến hạn đóng phí bảo hiểm tiếp theo ngay sau khi Người được bảo hiểm có kết quả Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo và sẽ chấm dứt vào Ngày gia hạn năm ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt Tuổi tối đa kết thúc gia hạn bảo hiểm.

3.2 Khi Công ty đã chấp nhận giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này:

- (Các) sản phẩm bảo hiểm bổ trợ hỗ trợ đóng phí (từ bỏ thu phí) đã ký kết của Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực ngay khi Công ty chấp nhận giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này; và
- (Các) sản phẩm bảo hiểm bổ trợ khác đã ký kết mà không thuộc phạm vi được miễn đóng phí của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sẽ chấm dứt hiệu lực vào ngày đến hạn đóng phí bảo hiểm tiếp theo ngay sau khi Công ty chấp nhận giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.

Điều 4 Các quy định loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

Công ty sẽ không miễn nghĩa vụ đóng phí theo quy định tại Điều 3 của Quy tắc, điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này nếu Người được bảo hiểm bị mắc Bệnh hiểm nghèo do hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của một trong các nguyên nhân sau đây:

a. Bất kỳ tình trạng tồn tại trước (hậu quả hoặc sự tái phát của bệnh tật hoặc tai nạn) của Bệnh hiểm nghèo hoặc tiền căn của bệnh hiểm nghèo đã tồn tại trước Ngày hiệu lực của sản phẩm hoặc bất kỳ Ngày khôi phục hiệu lực nào của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này; bao gồm các trường hợp:

   - Người được bảo hiểm đã nhận biết được hoặc đã từng có bất kỳ xét nghiệm hay kiểm tra nào cho thấy Người được bảo hiểm đã mắc Bệnh hiểm nghèo; hoặc
   - Người được bảo hiểm đã hoặc đang được Bác sỹ tư vấn về mặt y khoa, chẩn đoán, điều trị.

   Hồ sơ y tế, tình trạng tiền sử bệnh được lưu giữ tại bệnh viện/cơ sở y tế được thành lập hợp pháp hoặc các thông tin do Người được bảo hiểm tự kê khai và/hoặc cung cấp cho cơ quan y tế được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về tình trạng tồn tại trước.

b. Bệnh hiểm nghèo hay các triệu chứng bệnh đặc hiệu xảy ra hoặc tự bộc phát hoặc được chẩn đoán trong Thời gian loại trừ được quy định tại Điều 2.15 dù Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm biết hoặc không biết; hoặc

c. Người được bảo hiểm tự tử; tự gây tổn thương, cho dù trong tình trạng tinh thần bình thường hay mất trí; hoặc

d. Chiến tranh (dù có tuyên bố hay không tuyên bố) hoặc các hoạt động gây chiến, bao gồm hành động xâm lược, hành động của nước thù địch, nội chiến, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa, đảo chính quân sự, khủng bố hoặc tiếm quyền; hoặc

e. Nhiễm HIV, bị AIDS (hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải) hoặc các bệnh có liên quan đến HIV/AIDS; ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV trong khi đang thực hiện nhiệm vụ tại nơi làm việc như là một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát; hoặc

f. Người được bảo hiểm đang chịu ảnh hưởng của thuốc, rượu, các chất gây nghiện hoặc thuốc ngủ mà không được kê đơn bởi Bác sỹ hoặc Người được bảo hiểm đang chịu ảnh hưởng từ kết quả của việc lạm dụng rượu hay ma túy; hoặc

g. Bất kỳ tình trạng bệnh lý hay bệnh nào liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến bệnh tật bẩm sinh hoặc rối loạn di truyền; hoặc

h. Bệnh hiểm nghèo do Người được bảo hiểm từ chối điều trị hoặc không theo hướng dẫn của bác sỹ chuyên khoa; hoặc

i. Người được bảo hiểm tham gia vào các hoạt động bất hợp pháp hoặc hành vi cố ý vi phạm pháp luật; hoặc

j. Người được bảo hiểm tham gia vào các hoạt động trên không trừ khi với tư cách là hành khách có mua vé trên một chuyến bay có giấy phép hoạt động và lịch trình bay thương mại, hoặc tham gia vào các hoạt động nguy hiểm/thể thao chuyên nghiệp; hoặc

k. Do hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng hoặc người có thể nhận quyền lợi bảo hiểm (nếu có).

Điều 5 Phí bảo hiểm

5.1 Phí bảo hiểm và định kỳ đóng phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung khác (nếu có).

5.2 Khi tham gia kèm với sản phẩm bảo hiểm chính có giá trị hoàn lại, trường hợp Hợp đồng bảo hiểm thực hiện tự động tạm ứng từ giá trị hoàn lại để đóng phí, sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này cũng sẽ được tự động tạm ứng từ giá trị hoàn lại để đóng phí bảo hiểm cùng với sản phẩm bảo hiểm chính theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính đã ký kết.

5.3 Trường hợp sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này bị mất hiệu lực do Bên mua bảo hiểm không nộp đủ phí sau thời gian gia hạn đóng phí, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực sản phẩm bảo hiểm bổ trợ cùng với sản phẩm bảo hiểm chính.Việc chấp nhận khôi phục hiệu lực sản phẩm bảo hiểm bổ trợ tùy thuộc vào quyết định thẩm định của Công ty.

5.4 Công ty có thể thay đổi Phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này vào bất kỳ Ngày gia hạn năm nào trong tương lai với sự chấp thuận của Bộ Tài Chính. Công ty sẽ thông báo trước ít nhất 60 (sáu mươi) ngày cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản trước khi việc thay đổi Phí bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực. Phí bảo hiểm mới cũng sẽ được áp dụng đối với các Hợp đồng bảo hiểm có yêu cầu khôi phục hiệu lực.

Trường hợp Bên mua bảo hiểm không chấp nhận việc thay đổi phí bảo hiểm mới, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt hiệu lực sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này.

Điều 6 Chấm dứt hiệu lực của sản phẩm

Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này sẽ chấm dứt khi một trong các sự kiện sau xảy ra:

a. Công ty đã giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc, điều khoản của sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này; hoặc

b. Khi Công ty chấp nhận giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho một trong các sản phẩm bảo hiểm bổ trợ hỗ trợ đóng phí (từ bỏ thu phí) khác đã ký kết (nếu có); hoặc

c. Người được bảo hiểm tử vong; hoặc

d. Hợp đồng sản phẩm bảo hiểm chính chấm dứt hiệu lực; hoặc

e. Sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này kết thúc Thời hạn bảo hiểm và Công ty không tiếp tục gia hạn Thời hạn bảo hiểm; hoặc

f. Bên mua bảo hiểm không nộp đủ phí sau thời gian gia hạn đóng phí theo quy định của hợp đồng sản phẩm bảo hiểm chính; hoặc

g. Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt sản phẩm bảo hiểm bổ trợ này; hoặc

h. Vào ngày gia hạn năm ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt Tuổi tối đa kết thúc gia hạn bảo hiểm; hoặc

i. Hợp đồng bảo hiểm sản phẩm bảo hiểm chính được duy trì với Số tiền bảo hiểm giảm; hoặc

j. Những nguyên nhân khác được quy định tại các Điều hoặc Khoản khác trong Hợp đồng bảo hiểm; hoặc

k. Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

Điều 7 Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

7.1 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

7.1.1 Thông báo Sự kiện bảo hiểm

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty về Sự kiện bảo hiểm trong vòng 45 (bốn mươi lăm) ngày kể từ Ngày phát sinh sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn thông báo Sự kiện bảo hiểm.

7.1.2 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là 12 (mười hai) tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm có kết quả Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo.

Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không được tính vào thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

7.1.3 Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Công ty có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi đầy đủ và hợp lệ theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm này.

7.2 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

7.2.1 Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm bao gồm:

- Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo mẫu Công ty cung cấp) được điền đầy đủ, trung thực và chính xác; và
- Bản gốc Giấy chứng nhận bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này và các sửa đổi, bổ sung, nếu có (trường hợp Giấy chứng nhận bảo hiểm bị mất, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản theo mẫu do Công ty quy định); và
- Bản gốc hoặc bản sao hợp lệ kết quả Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo theo quy định tại Điều 2.14; và

- Các giấy tờ khác có liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm (giấy tờ khám, điều trị y tế, giấy ra viện, trích sao bệnh án, kết quả xét nghiệm, đơn thuốc và giấy tờ y tế liên quan, nếu có).

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm có trách nhiệm cung cấp các giấy tờ nêu trên và tự thanh toán các chi phí phát sinh liên quan đến việc thu thập các giấy tờ nói trên.

7.2.2 Để phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong những trường hợp cần thiết và hợp lý, Công ty có thể:

- Yêu cầu Người được bảo hiểm thực hiện các giám định y khoa với chuyên gia y tế do Công ty chỉ định;
- Yêu cầu giám định pháp y trong trường hợp tử vong nếu cần thiết và được pháp luật cho phép.

Công ty sẽ chi trả chi phí cho việc giám định/xác nhận y tế bổ sung này. Công ty có quyền không chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không hợp tác với các yêu cầu nói trên.

PHỤ LỤC

ĐỊNH NGHĨA BỆNH HIỂM NGHÈO

1. Ung thư

Ung thư là sự hiện diện của một khối các tế bào ác tính, chúng được đặc trưng bởi sự tăng trưởng mất kiểm soát trong tổ chức của cơ thể, sau đó xâm lấn và phá hủy các mô lân cận và hoặc di căn xa.

Định nghĩa này bao gồm cả bệnh bạch cầu, ung thư hạch bạch huyết, bệnh Hodgkin. Bệnh u hắc tố ác tính cũng được tính nếu phân loại mô học lớn hơn hoặc bằng pT1bN0M0 (u dày > 1mm hoặc có loét theo phân loại Breslow hoặc mức IV/V theo phân loại Clark).

Ngày chẩn đoán chính thức bị ung thư là ngày có kết quả chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm mô bệnh học.

Nếu vì các lý do y học nào đó mà không thể làm được xét nghiệm mô bệnh học, chẩn đoán bệnh ung thư phải được xác nhận bởi một bác sỹ chuyên khoa Ung bướu. Ngoài ra, cần phải lý giải các lý do y học dẫn đến không làm được xét nghiệm mô bệnh học và cần phải có hình ảnh khối u ác tính trên kết quả chụp cắt lớp vi tính CT scan hoặc chụp cộng hưởng từ MRI.

Định nghĩa này loại trừ các trường hợp sau:

- Các khối u lành tính hoặc tiền ác tính;
- Các khối u chớm xâm lấn hoặc các khối u tại chỗ (Tis*);
- Loạn sản cổ tử cung CIN I-III;
- Ung thư biểu mô bàng quang tiết niệu giai đoạn Ta*;
- Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nang và thể nhú có chẩn đoán mô bệnh học là T1a* (đường kính lớn nhất của khối u ≤ 1 cm) trừ khi xuất hiện hạch bạch huyết và/ hoặc di căn;
- Ung thư tiền liệt tuyến có chẩn đoán mô bệnh học là T1N0M0*;
- Bệnh bạch cầu lympho mạn tính, giải đoạn nhỏ hơn RAI-3;
- Bất kỳ khối u da nào không được đề cập trong phần định nghĩa;
- Tất cả các khối u trên người đã nhiễm HIV/AIDS.

(*) Theo phân loại TNM quốc tế.

2. Phẫu thuật Bắc Cầu Động Mạch Vành (CABG)

Phẫu thuật tim bằng đường cắt dọc xương ức (phẫu thuật mở xương ức) theo chỉ định của bác sỹ chuyên khoa tim mạch, để nối thông một hoặc nhiều nhánh động mạch vành bị hẹp hoặc tắc nghẽn bằng (các) đoạn mạch máu lấy từ những nơi khác trên cơ thể, nhằm tái tưới máu cho cơ tim.

Định nghĩa này loại trừ các thủ thuật phi-phẫu-thuật như: nong động mạch vành bằng bóng, nong bằng laser, đặt stent hoặc các thủ thuật có mở xương ức khác.

3. Nhồi Máu Cơ Tim

Nhồi máu cơ tim là trường hợp mà một vùng cơ tim bị hoại tử vì thiếu máu nuôi dưỡng đột ngột, được xác định với những bằng chứng của nhồi máu cơ tim cấp tính như sau:

- Các triệu chứng lâm sàng điển hình (ví dụ, cơn đau thắt ngực điển hình)
- Thay đổi đặc trưng mới xuất hiện trên điện tim đồ (trước đây người được bảo hiểm chưa có dấu hiệu đó).
- Tăng đặc trưng của các men tim(ví dụ, men CK-MB) hoặc là các troponins.

Việc chẩn đoán xác định phải được thực hiện bởi các bác sỹ chuyên khoa tim mạch.

4. Suy thận mạn tính

Suy thận mạn giai đoạn cuối của cả hai thận, đòi hỏi phải chạy thận nhân tạo thường xuyên hoặc thẩm phân phúc mạc hoặc ghép thận.

Việc chẩn đoán phải được thực hiện bởi bác sỹ chuyên khoa thận – tiết niệu.

5. Cấy ghép tạng lớn

Người được bảo hiểm là người được nhận trong phẫu thuật cấy ghép tạng lớn toàn phần (tim, phổi, gan, thận, ruột non hoặc tuyến tụy) hoặc tủy xương.

Ngoài ra, định nghĩa này còn bao gồm những trường hợp người được bảo hiểm được xác nhận vào danh sách chính thức chờ ghép tạng của quốc gia.

Định nghĩa này loại trừ việc ghép các tiểu đảo Langerhans của tuyến tụy.

6. Đột Quỵ Não (Tai biến mạch máu não)

Là sự cố mạch máu não như vỡ mạch não, tắc mạch nhu mô não hoặc tắc nghẽn từ ngoại sọ dẫn đến những thiếu hụt thần kinh tồn tại vĩnh viễn.

Bằng chứng của sự thiếu hụt thần kinh vĩnh viễn (ví dụ, đánh giá dựa theo bảng điểm ADL – mức độ thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày) phải được xác nhận bởi bác sỹ chuyên khoa Thần kinh sau thời gian tối thiểu là ba tháng tính từ ngày bị tai biến.

Thiếu máu não thoáng qua (TIA)- là trạng thái rối loạn nhất thời chức năng của hệ thần kinh trung ương, xảy ra đột ngột thường hồi phục hoàn toàn sau 24h, sẽ bị loại trừ.

7. Bệnh Alzheimer và các chứng sa sút trí tuệ thực thể khác (trước tuổi 60)

Sự suy giảm hoặc mất năng lực trí tuệ và/ hoặc có hành vi bất thường, được chẩn đoán bởi bác sỹ chuyên khoa Thần kinh. Việc chẩn đoán bệnh Alzheimer hoặc các chứng sa sút trí tuệ thực thể khác cần phải dựa vào tình trạng lâm sàng, trả lời bản câu hỏi và các xét nghiệm liên quan đến bệnh Alzheimer hoặc những rối loạn thoái hóa thực thể không hồi phục.

Bệnh phải dẫn đến việc giảm đáng kể hoạt động tâm thần và xã hội cho nên đòi hỏi phải không ngừng giám sát và hỗ trợ người được bảo hiểm. Sự chẩn đoán xác định bệnh phải trước tuổi 60.

Định nghĩa trên không bao gồm chứng rối loại thần kinh chức năng hoặc rối loạn tâm thần.

8. Phẫu thuật ghép động mạch chủ nhân tạo

Phẫu thuật hở kinh điển để cắt bỏ hoặc thay thế một phần đoạn động mạch bất thường bằng một miếng ghép nhân tạo. Động mạch bao gồm động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng.

Các nhánh của động mạch chủ không được bảo hiểm theo định nghĩa này.

Bất kỳ thủ thuật phẫu thuật khác, ví dụ như đặt stent ghép nội mạc cũng sẽ không được bảo hiểm.

9. Bệnh thiếu máu bất sản

Suy tủy xương mạn tính kéo dài không thể hồi phục dẫn đến thiếu máu, giảm bạch cầu trung tính, giảm tiểu cầu cần điều trị với ít nhất một trong các phương pháp điều trị sau:

- Truyền máu;
- Sử dụng các tác nhân kích thích tủy;
- Các tác nhân ức chế miễn dịch;
- Cấy ghép tủy xương.

10. U não lành tính

Tổn thương u không phải ung thư ở trong nhu mô não hoặc màng não dẫn đến các triệu chứng thần kinh vĩnh viễn. Chẩn đoán khối u phải dựa trên kết quả chụp cắt lớp vi tính (CT scan) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI).

Các khối u ở tuyến yên, u nang, u hạt, u máu và các khối u ở dây thần kinh sọ (ví dụ, u thần kinh thính giác) hoặc dị tật trong hoặc của chất não, động mạch/ tĩnh mạch não và/hoặc của tủy sống sẽ không được bảo hiểm theo định nghĩa này.

11. Mù (khiếm thị)

Mất thị lực vĩnh viễn và không thể hồi phục ngay cả khi sử dụng các thiết bị hỗ trợ thị lực, thị lực của bên mắt tốt nhất dưới 3/60 khi sử dụng bảng đo thị lực Snellen.

Chẩn đoán xác định mất thị lực vĩnh viễn phải sau 6 tháng tính từ ngày khởi bệnh hoặc tai nạn. Và phải được xác nhận bởi bác sỹ Nhãn khoa.

12. Suy gan giai đoạn cuối

Suy gan giai đoạn cuối do xơ gan. Xơ gan phải được xác nhận bởi bác sỹ Tiêu hóa bao gồm tất cả các dấu hiệu, triệu chứng sau:

- Vàng da kéo dài;
- Cổ chướng;
- Bệnh não gan;
- Sinh thiết gan hoặc các xét nghiệm không xâm lấn khác trong trường hợp không có sinh thiết, cho kết quả xơ hóa hoặc hình ảnh phù hợp với chẩn đoán bệnh.

Định nghĩa trên không bao gồm suy gan giai đoạn cuối do rượu và/hoặc lạm dụng thuốc.

13. Bệnh phổi mạn tính (bao gồm Khí phế thũng)

Bệnh phổi giai đoạn cuối đòi hỏi sử dụng oxy liệu pháp lâu dài, cũng như FEV1 $\leq$ 1 lít; hoặc

Bệnh phổi hạn chế nặng với các dấu hiệu khó thở lúc nghỉ ngơi, xét nghiệm chức năng phổi có kết quả bất thường rõ rệt. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Cần thở oxy liên tục;
- Dung tích sống $\leq$ 50% so với giới hạn bình thường.

- FEV1 (thể tích khí thở ra tối đa giây) ≤ 50% so với giới hạn bình thường.

14. Hôn mê

Là tình trạng bất tỉnh thể hiện bằng mất hoàn toàn đáp ứng với tất cả các kích thích nội sinh hoặc ngoại sinh liên tục trong ít nhất 96 giờ và dẫn đến tổn thương thần kinh vĩnh viễn. Trong suốt thời gian bất tỉnh người bệnh cần hệ thống hỗ trợ chức năng sống.

Bằng chứng của tổn thương thần kinh vĩnh viễn được xác nhận bởi bác sỹ chuyên khoa Thần kinh sớm nhất là 3 tháng sau khi xảy ra sự kiện.

Định nghĩa trên không bao gồm:

- Hôn mê do lạm dụng rượu, thuốc và / hoặc các chất ma túy;
- Hôn mê kéo dài vì lý do liên quan đến trị liệu.

15. Điếc (khiếm thính)

Mất thính lực toàn bộ và vĩnh viễn cả hai tai. Chẩn đoán xác định mất thính lực vĩnh viễn được thực hiện sau ít nhất 6 tháng kể từ khi khởi phát bệnh hoặc tai nạn xảy ra. Việc chẩn đoán phải dựa xét nghiệm đo thính lực và ngưỡng âm thanh và phải được xác nhận bởi bác sỹ chuyên khoa Tai – Mũi – Họng.

16. Viêm não

Viêm nhu mô não nặng (bán cầu não, thân não, tiểu não) do tác nhân như vi-rút hay vi khuẩn dẫn đến di chứng thần kinh nghiêm trọng và vĩnh viễn.

Chẩn đoán bệnh phải được xác nhận bởi bác sỹ chuyên khoa Thần Kinh và di chứng thần kinh vĩnh viễn phải kéo dài ít nhất là 3 tháng kể từ khi khởi phát bệnh.

Định nghĩa trên không bao gồm viêm não trên bệnh nhân nhiễm HIV.

17. Viêm gan siêu vi tối cấp

Bệnh viêm gan gây ra bởi vi-rút viêm gan, dẫn đến hội chứng suy gan tối cấp. Chẩn đoán xác định bệnh dựa trên các tiêu chuẩn sau:

- Hoại tử toàn bộ các phân thùy gan, chỉ còn lại tổ chức khung lưới của gan.
- Kết quả xét nghiệm chức năng gan suy giảm nhanh.
- Dấu hiệu rõ ràng của bệnh não gan.

Loại trừ các bệnh viêm gan có nguyên nhân do:

- Mưu toan tự tử;
- Ngộ độc;
- Dùng thuốc quá liều;
- Lạm dụng bia rượu.

18. Phẫu thuật Van tim

Phẫu thuật tim theo đường giữa xương ức để thay thế hoặc sửa chữa một hoặc nhiều van tim bệnh lý. Sự cần thiết của phẫu thuật cần được đưa ra bởi bác sỹ chuyên khoa Tim mạch.

Định nghĩa trên loại trừ phẫu thuật van tim do bệnh lý van tim bẩm sinh.

19. Nhiễm HIV/AIDS do truyền máu

Nhiễm HIV do can thiệp cơ thể hoặc do truyền máu như là một phần của quá trình điều trị bệnh tật xảy ra sau khi hợp đồng bảo hiểm được phát hành.

Bằng chứng đầy đủ về việc lây nhiễm HIV của người được bảo hiểm phải được cung cấp cho trưởng phòng thẩm định của công ty bảo hiểm.

Bệnh nhân mắc bệnh máu khó đông sẽ không được bảo hiểm theo định nghĩa này.

20. Mất khả năng sống độc lập

Người được bảo hiểm mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện tối thiểu 3 trong 6 "chức năng sinh hoạt hàng ngày" mà không có sự hỗ trợ của người khác (theo phân loại ADL(**)).

21. Câm

Mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng nói do tổn thương thực thể hoặc do bệnh mạn tính của dây thanh âm/ thanh quản. Bệnh phải tồn tài ít nhất 6 tháng từ ngày chẩn đoán và việc chẩn đoán phải được xác nhận của bác sỹ chuyên khoa.

22. Chấn thương sọ não nghiêm trọng

Chấn thương sọ não do tai nạn dẫn đến di chứng thần kinh vĩnh viễn. Chẩn đoán suy giảm chức năng vĩnh viễn cần được xác định bởi bác sỹ chuyên khoa Thần kinh ít nhất 4 tuần sau khi xảy ra tai nạn.

23. Bỏng nặng

Bỏng độ 3 với tối thiểu 20% diện tích da toàn cơ thể. Việc chẩn đoán bỏng cần được thực hiện tại bệnh viện.

24. Viêm màng não nhiễm trùng

Viêm màng não – tủy do tác nhân vi khuẩn hoặc virus dẫn đến di chứng thần kinh nghiêm trọng vĩnh viễn và không hồi phục. Chẩn đoán bởi bác sỹ chuyên khoa Thần kinh sau khởi phát bệnh tối thiểu 3 tháng.

Định nghĩa trên loại trừ Viêm màng não nhiễm trùng trên người nhiễm HIV.

25. Bệnh tế bào thần kinh vận động (trước 60 tuổi)

Bệnh tế bào thần kinh vận động được đặc trưng bởi sự suy giảm dần chức năng của tế bào thần kinh vận động ở não, thân não, và tủy sống dẫn đến yếu liệt các cơ.

Việc chẩn đoán bệnh phải diễn ra trước 60 tuổi với các triệu chứng suy giảm chức năng vận động trên lâm sàng tồn tại vĩnh viễn và phải được xác nhận bởi bác sỹ chuyên khoa Thần Kinh.

26. Bệnh xơ cứng rải rác

Bệnh phải được chẩn đoán bởi bác sỹ chuyên khoa Thần Kinh, xác nhận bất thường thần kinh dai dẳng và các rối loạn liên quan ở mức độ vừa trở lên. Cần có bằng chứng về các triệu chứng điển hình của mất Myelin và suy giảm chức năng vận động hoặc cảm giác.

Việc chẩn đoán phải được hỗ trợ bằng các phương tiện chẩn đoán hiện đại như chẩn đoán bằng hình ảnh.

Người được chẩn đoán phải có điểm EDSS > 5 và phải thấy rõ dấu hiệu tổn thương thần kinh vĩnh viễn và không thể hồi phục, tình trạng này phải kéo dài liên tục tối thiểu 6 tháng kể từ lần chẩn đoán đầu tiên.

27. Loạn dưỡng cơ

Bệnh loạn dưỡng cơ tiến triển là bệnh teo cơ và yếu cơ đối xứng, di truyền. Việc chẩn đoán cần được xác định bởi bác sỹ chuyên khoa Thần kinh.

Bệnh dẫn đến tình trạng người được bảo hiểm mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện 3 trong 6 "chức năng sinh hoạt hàng ngày" mà không có sự hỗ trợ của người khác (theo phân loại ADL(**)).

28. Liệt

Là mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng sử dụng của ít nhất từ hai chi trở lên do chấn thương hoặc bệnh. Tình trạng này phải kéo dài ít nhất 6 tháng kể từ ngày bắt đầu sự kiên và phải được xác nhận của bác sỹ chuyên khoa Thần kinh.

29. Bệnh Parkinson (trước 60 tuổi)

Việc chẩn đoán rõ ràng bệnh Parkinson nguyên phát (vô căn) trước 60 tuổi và bệnh phải được bác sỹ chuyên khoa Thần kinh xác nhận.

Bệnh dẫn đến di chứng mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện 3 trong 6 "chức năng sinh hoạt hàng ngày" mà không có sự hỗ trợ của người khác (theo phân loại ADL(**)).

Định nghĩa trên không bao gồm:

- Bệnh Parkinson thứ phát do lạm dụng rượu hoặc thuốc;
- Các hội chứng Parkinson khác đều bị loại trừ.

30. Tăng áp Động mạch Phổi nguyên phát

Bệnh tăng áp động mạch phổi nguyên phát phải được chẩn đoán bởi bác sỹ chuyên khoa Hô hấp hoặc Tim mạch dựa trên khám lâm sàng và xét nghiệm, bao gồm cả thủ thuật thông tim.

Tăng áp phổi thứ phát (ví dụ do xơ gan và tăng huyết áp kịch phát, nhiễm HIV hoặc bệnh mô liên kết hệ thống) sẽ bị loại trừ.

31. Viêm khớp dạng thấp

Là tình trạng hủy hoại khớp lan rộng gây ra các biến dạng lâm sàng nghiêm trọng ảnh hưởng lên tối thiểu 3 khớp khớp sau: bàn tay, cổ tay, khuỷu tay, cột sống cổ, đầu gối, cổ chân, khớp đốt bàn chân – ngón chân.

Mức độ nghiêm trọng của bệnh khiến người được bảo hiểm mất khả năng thực hiện công việc thường lệ và không thể đáp ứng yêu cầu các hoạt động đào tạo, giáo dục hoặc trải nghiệm khác của họ trong thời gian ít nhất 6 tháng liên tục. Việc chẩn đoán sẽ dựa trên tình trạng mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện 3 trong 6 "chức năng sinh hoạt hàng ngày" mà không có sự hỗ trợ của người khác (theo phân loại ADL(**)).

Chẩn đoán phải được xác nhận bởi bác sỹ chuyên khoa Cơ Xương Khớp và được Hội đồng y khoa do Công ty chỉ định xác nhận thông qua thăm khám y tế một cách độc lập.

32. Bệnh giai đoạn cuối

Bệnh nan y tiến triển nhanh và nghiêm trọng, dự kiến sống thêm không quá 12 tháng, theo đánh giá của bác sỹ chuyên khoa và Hội đồng y khoa của VCLI.

Nhiễm HIV/AIDS sẽ không được bảo hiểm theo định nghĩa này.

33. Bệnh cơ tim

Suy giảm chức năng tâm thất (do bệnh căn khác nhau) dẫn đến suy tim ít nhất độ 4 theo phân loại của Hội tim mạch New York (NYHA). Chẩn đoán bệnh cơ tim phải được xác nhận của bác sỹ chuyên khoa Tim mạch. Bệnh cơ tim bao gồm bệnh cơ tim giãn, bệnh cơ tim phì đại và bệnh cơ tim hạn chế.

Suy tim độ 4 (theo phân loại của NYHA) có nghĩa là bệnh nhân có triệu chứng ngay cả khi trong trạng thái nghỉ ngơi cho dù có sử dụng thuốc và điều chỉnh chế độ ăn uống và bất kỳ hoạt động thể chất nào cũng gây ra sự khó chịu; Chức năng tâm thất bất thường được thể hiện rõ khi khám lâm sàng và xét nghiệm.

Định nghĩa trên không bao gồm bệnh cơ tim thứ phát do sử dụng rượu hay thuốc hoặc do hoạt động thể chất quá sức (tim vận động viên).

34. Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống (SLE)

Người được bảo hiểm phải được chẩn đoán là bệnh Lupus ban đỏ hệ thống có biến chứng tim, biến chứng hệ thần kinh trung ương (CNS) hoặc biến chứng thận.

Việc chẩn đoán bệnh phải do bác sỹ chuyên khoa Cơ Xương Khớp xác nhận theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Thấp Khớp Mỹ (ACR) (Tiêu chuẩn phân loại Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống sửa đổi).

Loại trừ bệnh Lupus ban đỏ dạng đĩa.

35. Bệnh nang tủy thận

Bệnh nang tủy thận được chẩn đoán và theo các tiêu chí sau:

- Thay đổi bệnh học của tủy thận, các nang, teo ống thận và xơ hóa mô kẽ.
- Có các biểu hiện lâm sàng của suy thận.
- Chẩn đoán được xác định bằng sinh thiết thận.

36. Phẫu thuật sọ não

Phẫu thuật sọ não sau khi đã gây mê toàn thân và có thực hiện mở sọ, bao gồm cả phương pháp phẫu thuật lỗ mổ nhỏ (keyhole). Phẫu thuật sọ não phải được chỉ định bởi bác sỹ chuyên khoa.

Định nghĩa trên không bao gồm:

- Các can thiệp tối thiểu không có đường mở sọ như phẫu thuật bằng dao gamma, can thiệp nội mạch não bằng tia X quang như gây tắc mạch, tan cục huyết khối và sinh thiết dưới hướng dẫn của quang tuyến.
- Phẫu thuật sọ não do nguyên nhân tai nạn.

37. Bệnh mạch vành nghiêm trọng khác

Hẹp tối thiểu 75% của ít nhất một động mạch vành và tối thiểu 60% của hai nhánh động mạch vành khác được phát hiện bởi phương pháp chụp X- quang động mạch vành, bất kể có hoặc không có bất kỳ hình thức phẫu thuật động mạch vành nào đã được thực hiện trước đó.

Động mạch vành đề cập ở đây là động mạch vành phải, động mạch vành trái chia ra hai nhánh lớn là động mạch liên thất trước, động mạch mũ.

(**) Các hoạt động sống hàng ngày (Phân loại ADL) bao gồm:

- *Tắm gội: Khả năng tự tắm trong bồn tắm hoặc dưới vòi hoa sen (bao gồm cả khả năng vào, ra khỏi bồn tắm hoặc vòi hoa sen) hoặc tắm rửa bằng các phương tiện khác.*
- *Mặc quần áo: Khả năng tự mặc, cởi quần áo hay các loại trang phục, tự tháo lắp chân tay giả, hàm răng giả hoặc các thiết bị phụ trợ khác.*
- *Ăn uống: Khả năng tự ăn, uống khi thực phẩm đã được chuẩn bị sẵn.*
- *Vệ sinh: Khả năng tự sử dụng nhà vệ sinh hoặc đại tiểu tiện tự chủ thông qua việc sử dụng quần áo lót hoặc các thiết bị phụ trợ khác.*
- *Đi lại: Khả năng tự di chuyển trong nhà từ phòng này qua phòng khác trên bề mặt phẳng.*
- *Di chuyển: Khả năng tự di chuyển từ giường ra ghế tựa hoặc xe lăn và ngược lại.*