

QUY TẮC ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM BẢO HIỂM HỖN HỢP TRẢ TRƯỚC
VỚI QUYỀN LỢI BỆNH HIỂM NGHÈO
- PHÚC BẢO AN PHÚ -

*(Được phê chuẩn theo công văn số 7569 /BTC-QLBH ngày 03 tháng 06 năm 2016
của Bộ Tài chính)*

Điều 1 CÁC ĐỊNH NGHĨA

1.1 "**Công ty**" là Công ty Trách nhiệm hữu hạn Bảo hiểm Nhân thọ Fubon Việt Nam, được cấp phép theo Giấy phép Thành lập và hoạt động số 60/GP/KDBH ngày 15-12-2010.

1.2 "**Bên mua bảo hiểm**" là tổ chức hoặc cá nhân có nhu cầu mua bảo hiểm, giao kết hợp đồng bảo hiểm với Công ty và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm phải là bên kê khai và ký tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm.

Trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức thì phải được thành lập và đang hoạt động hợp pháp tại Việt Nam.

Trường hợp Bên mua bảo hiểm là cá nhân thì phải đủ mười tám (18) tuổi trở lên tại thời điểm nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm, đang cư trú tại Việt Nam và có năng lực hành vi dân sự đầy đủ theo quy định của Bộ Luật dân sự.

1.3 "**Người được bảo hiểm**" là cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam và được chấp nhận bảo hiểm theo quy tắc, điều khoản sản phẩm bảo hiểm này. Tuổi bảo hiểm của Người được bảo hiểm tại thời điểm yêu cầu bảo hiểm trong khoảng như sau:

Thời hạn hợp đồng	Thời hạn đóng phí	Tuổi bảo hiểm
12 năm	9 năm	Từ 30 ngày tuổi đến 53 tuổi
15 năm	12 năm	Từ 30 ngày tuổi đến 50 tuổi
20 năm	15 năm	Từ 30 ngày tuổi đến 45 tuổi

Công ty có quyền không chấp nhận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm nếu không nhận được sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm hoặc Cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm chưa đến tuổi thành niên.

Giấy yêu cầu bảo hiểm có chữ ký của Người được bảo hiểm hoặc Cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm sẽ được coi là sự đồng ý bằng văn bản.

1.4 "**Người thụ hưởng**" là (những) cá nhân hoặc tổ chức được Bên mua bảo hiểm chỉ định (với sự đồng ý của Người được bảo hiểm) để nhận quyền lợi bảo hiểm theo quy tắc điều khoản sản phẩm này.

1.5 "**Tuổi bảo hiểm**" là tuổi của một người tính theo lần sinh nhật gần nhất vừa qua của người đó. Tuổi bảo hiểm tại thời điểm yêu cầu bảo hiểm được ghi trong hợp đồng bảo hiểm và dùng để xác định phí bảo hiểm. Tuổi bảo hiểm sau đây có thể được viết tắt là Tuổi.

1.6 "**Thời hạn của hợp đồng bảo hiểm**" là mười hai (12) năm, mười lăm (15) năm hoặc hai mươi (20) năm tính từ ngày có hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm.

- 1.7 **“Thời hạn đóng phí”** là chín (09) năm, mười hai (12) năm hoặc mười lăm (15) năm tính từ ngày có hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm.
- 1.8 **“Số tiền bảo hiểm”** là số tiền được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo quy tắc và điều khoản của sản phẩm. Số tiền bảo hiểm có thể thay đổi tùy thuộc vào điều khoản hợp đồng.
- 1.9 **“Ngày có hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm”** là ngày Bên mua bảo hiểm điền đầy đủ vào Giấy yêu cầu bảo hiểm và nộp đủ số Phí bảo hiểm tạm tính đầu tiên theo Quy tắc điều khoản bảo hiểm này. Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải còn sống vào ngày mà Công ty phê duyệt Giấy yêu cầu bảo hiểm bằng văn bản. Công ty sẽ chịu trách nhiệm bảo hiểm kể từ Ngày có hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm và sẽ phát hành hợp đồng để xác nhận những cam kết bảo hiểm.
- 1.10 **“Ngày kỷ niệm hợp đồng”** là ngày kỷ niệm hàng năm của ngày có hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm trong suốt thời gian hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm.
- 1.11 **“Năm hợp đồng”** là khoảng thời gian một năm dương lịch tính từ ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực cho đến ngày kỷ niệm hợp đồng đầu tiên hoặc bất kỳ năm tiếp theo nào tính từ ngày kỷ niệm hợp đồng gần nhất cho đến ngày kỷ niệm hợp đồng tiếp theo.
- 1.12 **“Phí bảo hiểm”** là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm phải đóng cho Công ty theo định kỳ đóng phí và phương thức đóng phí do các bên thỏa thuận. Ngoài số phí bảo hiểm chuẩn nêu trong biểu phí, trong trường hợp các chuyên gia thẩm định của Công ty đánh giá Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm thuộc nhóm rủi ro dưới tiêu chuẩn, Bên mua bảo hiểm có thể phải đóng thêm phí bảo hiểm phụ trội tương ứng với nhóm rủi ro đó.
- 1.13 **“Ngày đến hạn đóng phí”** là ngày mà Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm theo định kỳ đã được ghi rõ trong hợp đồng bảo hiểm.
- 1.14 **“Giá trị hoàn lại”** là số tiền Bên mua bảo hiểm sẽ nhận được nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm trong thời gian hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực. Cơ sở tính Giá trị hoàn lại được trình trong Cơ sở kỹ thuật sản phẩm được Bộ Tài chính chấp thuận và cơ sở này là không thay đổi trong suốt Thời hạn hợp đồng. Giá trị hoàn lại ước tính tại cuối mỗi Năm hợp đồng được trình bày trong tài liệu minh họa bán hàng.
- 1.15 **“Thương tật toàn bộ vĩnh viễn”** là thương tật được nêu trong Phụ lục II của Quy tắc điều khoản sản phẩm này.
- 1.16 **“Bệnh hiểm nghèo”** là những bệnh được nêu trong Phụ lục III của Quy tắc điều khoản sản phẩm này.
- 1.17 **“Tai nạn”** là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện không bị gián đoạn gây ra bởi 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, lên cơ thể Người được bảo hiểm, xảy ra trong thời gian có hiệu lực của hợp đồng 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.
- 1.18 **“Tổng phí bảo hiểm chuẩn đã đóng”** là khoản tiền bằng Phí bảo hiểm chuẩn hàng năm nhân với số nhỏ hơn của Năm hợp đồng xảy ra sự kiện bảo hiểm và Thời hạn đóng phí.

Điều 2 TÀI LIỆU CẤU THÀNH HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

2.1 Hợp đồng bảo hiểm là thỏa thuận bằng văn bản giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty, ghi nhận quyền và nghĩa vụ của các bên trong quá trình thực hiện hợp đồng.

Hợp đồng bảo hiểm bao gồm các tài liệu sau:

- Trang thông tin hợp đồng
- Giấy yêu cầu bảo hiểm bao gồm các mục kê khai và trả lời, Công ty sử dụng các tài liệu này làm bằng chứng để xem xét quyền lợi có thể được bảo hiểm;
- Quy tắc, điều khoản sản phẩm bảo hiểm đã được Bộ Tài chính phê chuẩn;
- Tài liệu giới thiệu sản phẩm;
- Tài liệu minh họa bán hàng;
- Bất kỳ điều khoản bổ sung nào được Công ty lập với sự đồng ý của Bên mua bảo hiểm.

2.2 Nếu hợp đồng bảo hiểm được sửa chữa hoặc điều chỉnh, việc sửa chữa hoặc điều chỉnh chỉ có hiệu lực nếu chúng được thực hiện bằng văn bản, được Bên mua bảo hiểm đồng ý và được Công ty phê duyệt. Công ty không chịu trách nhiệm đối với bất kỳ thông báo hoặc hứa hẹn nào do bất kỳ đại lý hoặc bên thứ ba nào tạo ra mà không được nêu danh tại hợp đồng bảo hiểm.

Điều 3 BẢO HIỂM TẠM THỜI

3.1 Quyền lợi bảo hiểm tạm thời

3.1.1 Trong thời gian bảo hiểm tạm thời, nếu Người được bảo hiểm tử vong do tai nạn, Công ty sẽ chi trả một lần duy nhất số tiền nhỏ hơn giữa mức 200 triệu đồng và tổng số tiền bảo hiểm của các hợp đồng đang trong quá trình thẩm định (nếu có), bất kể Người được bảo hiểm có bao nhiêu giấy yêu cầu bảo hiểm.

3.1.2 Tuy nhiên, nếu tổng số phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã nộp để đóng phí đầu tiên theo các giấy yêu cầu bảo hiểm cao hơn số tiền chi trả nêu trên, Công ty sẽ hoàn lại tổng phí bảo hiểm đã đóng và không chi trả quyền lợi bảo hiểm tạm thời.

3.2 Thời hạn bảo hiểm tạm thời

Thời hạn của bảo hiểm tạm thời sẽ bắt đầu có hiệu lực kể từ ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Giấy yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ phí bảo hiểm tạm tính đầu tiên cho hợp đồng bảo hiểm. Bảo hiểm tạm thời sẽ kết thúc vào ngày sớm nhất trong những ngày dưới đây:

3.2.1 Ngày mà Công ty phê duyệt Giấy yêu cầu bảo hiểm bằng văn bản

3.2.2 Sau sáu mươi (60) ngày kể từ ngày bảo hiểm tạm thời có hiệu lực

3.2.3 Ngày Công ty từ chối Giấy yêu cầu bảo hiểm bằng văn bản

3.2.4 Ngày Bên mua bảo hiểm hủy bỏ Giấy yêu cầu bảo hiểm

Trường hợp bảo hiểm tạm thời chấm dứt theo khoản 3.2.2, 3.2.3, 3.2.4 và Điều 3.3 dưới đây, Công ty sẽ hoàn lại số phí bảo hiểm đã nộp (không có lãi) sau khi đã khấu trừ chi phí kiểm tra y tế (nếu có).

3.3 Điều khoản loại trừ trong bảo hiểm tạm thời

Quyền lợi bảo hiểm tạm thời nêu trên sẽ không được chi trả nếu Người được bảo hiểm tử vong do hậu quả trực tiếp hay gián tiếp của các nguyên nhân dưới đây:

- 3.3.1 Hành động tự tử; hoặc
- 3.3.2 Sử dụng trái phép chất ma túy, chất kích thích hoặc điều khiển các phương tiện giao thông trong tình trạng nồng độ cồn trong máu hoặc trong hơi thở vượt quá quy định cho phép của luật giao thông và các văn bản pháp luật có liên quan; hoặc
- 3.3.3 Hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm; hoặc
- 3.3.4 Hành vi phạm tội của Người thụ hưởng mà Người thụ hưởng này không đồng thời là Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp có Người thụ hưởng khác, không liên quan đến hành vi phạm tội, Công ty vẫn trả toàn bộ quyền lợi bảo hiểm cho những người thụ hưởng này theo tỷ lệ phân bổ được xác định lại dựa trên các tỷ lệ đã ghi trong hợp đồng bảo hiểm.

Điều 4 CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

4.1 Quyền lợi trong trường hợp tử vong

Trong thời gian hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm tử vong thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả quyền lợi tử vong bằng số tiền lớn hơn của Số tiền bảo hiểm nhân với hệ số được nêu trong Phụ lục I của Quy tắc điều khoản sản phẩm này, hoặc Tổng phí bảo hiểm chuẩn đã đóng.

Ngay sau sự kiện tử vong, hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực.

4.2 Quyền lợi trong trường hợp thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Trong thời gian hợp đồng có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn theo quy định trong điều khoản hợp đồng (Phụ lục II), Công ty sẽ chi trả quyền lợi thương tật toàn bộ và vĩnh viễn bằng số tiền lớn hơn của Số tiền bảo hiểm nhân với hệ số được nêu trong Phụ lục I của Quy tắc điều khoản sản phẩm này, hoặc Tổng phí bảo hiểm chuẩn đã đóng.

Ngay sau sự kiện thương tật toàn bộ vĩnh viễn, hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực.

4.3 Quyền lợi đáo hạn

Tới ngày đáo hạn hợp đồng, nếu hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, Công ty sẽ chi trả quyền lợi đáo hạn như sau:

- 160% của Số tiền bảo hiểm nếu Thời hạn hợp đồng là mười hai (12) năm; hoặc
- 175% của Số tiền bảo hiểm nếu Thời hạn hợp đồng là mười lăm (15) năm; hoặc
- 200% của Số tiền bảo hiểm nếu Thời hạn hợp đồng là hai mươi (20) năm;

Ngay sau sự kiện đáo hạn, hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực.

4.4 Quyền lợi tiền mặt định kỳ

Trong thời gian hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, Công ty sẽ chi trả quyền lợi tiền mặt định kỳ bằng 5% của Số tiền bảo hiểm mỗi ba (03) năm một lần tại thời điểm cuối năm hợp đồng và bắt đầu chi trả từ Năm hợp đồng thứ ba (03).

Cụ thể năm hợp đồng khi Quyền lợi tiền mặt định kỳ được chi trả như sau:

Thời hạn hợp đồng	Năm hợp đồng chi trả
12 năm	3; 6; 9
15 năm	3; 6; 9; 12
20 năm	3; 6; 9; 12; 15; 18

Các quyền lợi tiền mặt định kỳ sẽ được chi trả đúng hạn, người yêu cầu trả tiền bảo hiểm có thể nhận được khoản tiền này theo quy định tại điều 15.1.4 sau khi nhận được thông báo bằng văn bản. Nếu người yêu cầu trả tiền bảo hiểm không yêu cầu thanh toán, khoản tiền này sẽ được tích lũy tại Công ty kể từ ngày đến hạn thanh toán và được tính lãi theo lãi suất tích lũy do Công ty quy định tại từng thời điểm. Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm có thể đến nhận toàn bộ quyền lợi tiền mặt định kỳ tích lũy cùng với lãi tại bất kỳ lúc nào theo quy định tại điều 15.1.4.

Lãi suất tích lũy sẽ được Công ty ấn định hàng tháng trên trang thông tin điện tử (website) của Công ty.

4.4 Quyền lợi bệnh hiểm nghèo

Trong thời gian hợp đồng có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm bị mắc một trong ba mươi bảy (37) bệnh hiểm nghèo dưới đây (xem mô tả ở Phụ lục III), Công ty sẽ chi trả quyền lợi tương ứng với 100% Số tiền bảo hiểm.

Nếu có hơn một (01) bệnh hiểm nghèo được chẩn đoán xác định tại cùng một thời điểm, Công ty sẽ chỉ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm.

Người được bảo hiểm được nhận quyền lợi bảo hiểm đối với trường hợp bệnh hiểm nghèo do tai nạn kể từ ngày có hiệu lực của hợp đồng hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất. Tuy nhiên, Người được bảo hiểm chỉ được nhận quyền lợi bảo hiểm đối với trường hợp bệnh hiểm nghèo không do tai nạn khi sự kiện bảo hiểm xảy ra sau 90 ngày kể từ ngày có hiệu lực của hợp đồng hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất.

Sau sự kiện bệnh hiểm nghèo, hợp đồng bảo hiểm này vẫn duy trì hiệu lực. Quyền lợi bệnh hiểm nghèo được chi trả một (01) lần trong suốt thời gian hợp đồng có hiệu lực.

1. Đau thắt tim
2. Phẫu thuật bắc cầu nối động mạch vành
3. Đột quy
4. Suy thận
5. Ung thư
6. Liệt
7. Ghép Tim
8. Ghép Phổi
9. Ghép Gan
10. Ghép Thận
11. Ghép Tụy tạng
12. Ghép Tủy Xương
13. Xơ cứng đa ổ
14. Phẫu thuật van tim
15. Phẫu thuật động mạch
16. Bỏng rộng
17. Hôn mê
20. Bệnh xơ cứng tủy cột bên tiên phát (ALS)
21. Bệnh xơ cứng teo cơ một bên (PLS)
22. U não lành tính
23. Suy tủy
24. Tăng áp động mạch phổi
25. Suy gan do viêm gan vi rút cấp tính
26. Suy gan do giai đoạn cấp của viêm gan mãn gây ra
27. Bệnh tự miễn mãn tính (Lupus ban đỏ) có biến chứng viêm thận
28. Tổn thương lớn ở đầu
29. Bệnh bại liệt
30. Viêm não cấp
31. Phẫu thuật phình mạch não
32. Bệnh viêm loét ruột mãn tính (Crohn) và viêm loét ruột.
33. Loạn dưỡng cơ
34. Xơ gan
35. Bệnh thoái hóa não nguyên phát (Alzheimer)
36. Bệnh thoái hóa hệ thần kinh (Parkinson)

18. Bệnh teo cơ do tủy sống

37. Bệnh nặng ở giai đoạn cuối

19. Liệt rung tiến triển (PBP)

Điều 5 CÁC ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

5.1 Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm tử vong, bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc bị mắc bệnh hiểm nghèo do hành vi cố ý hay hành vi phạm tội của Bên mua bảo hiểm.

Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm, thay vào đó sẽ trả giá trị nào lớn hơn của giá trị hoàn lại hoặc tổng phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) sau khi đã khấu trừ các chi phí kiểm tra y tế (nếu có) nếu Người được bảo hiểm tử vong hoặc bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn do hậu quả trực tiếp hay gián tiếp của:

5.2.1 Hành động tự tử trong vòng hai mươi bốn (24) tháng kể từ ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực hay ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm gần nhất, nếu có; hoặc

5.2.2 Nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV); bị hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS); hoặc những bệnh liên quan đến HIV/AIDS; hoặc

5.2.3 Hành vi cố ý hay hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm; hoặc

5.2.4 Người được bảo hiểm bị thi hành án tử hình; hoặc

5.2.5 Hành vi cố ý hay hành vi phạm tội của Người thụ hưởng không đồng thời là Bên mua bảo hiểm.

5.3 Với các trường hợp đã nêu trong điều 5.2, số tiền thanh toán sẽ được trả cho Bên mua bảo hiểm. Tuy nhiên, nếu trong trường hợp nêu trong điều 5.2.5 có Người thụ hưởng khác, không liên quan đến hành vi phạm tội, Công ty vẫn trả toàn bộ quyền lợi bảo hiểm cho những người thụ hưởng này theo tỷ lệ phân bổ được xác định lại dựa trên các tỷ lệ đã ghi trong hợp đồng bảo hiểm.

5.4 Với các trường hợp đã nêu từ điều 5.1 đến 5.3, hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực ngay sau sự kiện tử vong hay thương tật toàn bộ vĩnh viễn của Người được bảo hiểm.

5.5 Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm bị mắc bệnh hiểm nghèo do hậu quả trực tiếp hay gián tiếp của:

5.5.1 Hành động tự tử trong vòng hai mươi bốn (24) tháng kể từ ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực hay ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm gần nhất, nếu có; hoặc

5.5.2 Nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV); bị hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS); hoặc những bệnh liên quan đến HIV/AIDS; hoặc

5.5.3 Hành vi cố ý hay hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm; hoặc

5.5.4 Người được bảo hiểm bị thi hành án tử hình; hoặc

5.5.5 Hành vi cố ý hay hành vi phạm tội của Người thụ hưởng không đồng thời là Bên mua bảo hiểm.

Điều 6 THỜI HẠN CÂN NHẮC

Trong vòng hai mươi một (21) ngày sau khi Bên mua bảo hiểm nhận được hợp đồng bảo hiểm và với điều kiện là chưa xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc chưa có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nào, Bên mua bảo hiểm có quyền từ chối không tiếp tục tham gia bảo hiểm bằng cách gửi văn bản thông báo đến Công ty, trả lại hợp đồng bảo hiểm và các hóa đơn tài chính. Công ty sẽ hoàn trả lại phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau khi trừ đi các chi phí kiểm tra y tế (nếu có).

Điều 7 ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM

Đây là sản phẩm đóng phí định kỳ. Bên mua bảo hiểm có thể đóng phí theo quý, nửa năm hay hàng năm.

- 7.1** Phí bảo hiểm, định kỳ đóng phí và thời hạn đóng phí được ghi rõ trong hợp đồng bảo hiểm, bản sửa đổi hoặc bản bổ sung (nếu có) đã được Công ty và Bên mua bảo hiểm chấp thuận.
- 7.2** Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn theo quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

Điều 8 THỜI GIAN GIA HẠN NỘP PHÍ BẢO HIỂM

- 8.1** Nếu Bên mua bảo hiểm không đóng phí bảo hiểm đầy đủ và đúng kỳ quy định, Công ty cho phép thời gian gia hạn đóng phí sáu mươi (60) ngày kể từ ngày đến hạn. Trong thời gian gia hạn đóng phí này, Công ty sẽ không tính lãi trên khoản phí nợ và hợp đồng vẫn có hiệu lực.
- 8.2** Sau thời gian gia hạn đóng phí, nếu Bên mua bảo hiểm vẫn không đóng đủ phí bảo hiểm đến hạn, Công ty có quyền đơn phương đình chỉ hợp đồng. Công ty sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm về khoản phí nợ và tình trạng hợp đồng.

Điều 9 SỬ DỤNG GIÁ TRỊ HOÀN LẠI ĐỂ ĐÓNG PHÍ TỰ ĐỘNG

- 9.1** Ngay khi kết thúc Thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng phí đến hạn, và không có thông báo hủy bỏ hợp đồng, và hợp đồng đã tích lũy Giá trị hoàn lại, Công ty sẽ tự động sử dụng Giá trị hoàn lại của hợp đồng để đóng phí định kỳ của hợp đồng này. Nếu Giá trị hoàn lại của hợp đồng nhỏ hơn phí phải trả, thời gian duy trì hợp đồng sẽ được tính theo ngày.
- 9.2** Bên mua bảo hiểm có thể hoàn trả khoản tạm ứng đóng phí tự động đã nhận và khoản giảm thu nhập đầu tư tại bất cứ thời điểm nào. Khoản giảm thu nhập đầu tư của khoản tạm ứng đóng phí tự động được tính bằng tỷ lệ phần trăm (lãi suất) của khoản tạm ứng đóng phí tự động và phù hợp với cơ sở kỹ thuật đã được Bộ Tài Chính phê chuẩn. Khoản giảm thu nhập đầu tư nợ đến hạn sẽ được cộng vào số tạm ứng gốc và sẽ được tính khoản giảm thu nhập đầu tư theo phương pháp nêu trên.
Lãi suất tính toán khoản giảm thu nhập đầu tư sẽ được Công ty ấn định hàng tháng trên trang thông tin điện tử (website) của Công ty.
- 9.3** Nếu khoản tạm ứng đóng phí tự động (bao gồm khoản tạm ứng giá trị hoàn lại), cộng với số phí nợ và các khoản nợ khác mà vượt quá Giá trị hoàn lại tại thời điểm đó, hợp đồng sẽ mất hiệu lực. Trong trường hợp này, Bên mua bảo hiểm không thể nhận được Giá trị hoàn lại của hợp đồng.

Điều 10 TẠM ỨNG GIÁ TRỊ HOÀN LẠI

- 10.1** Sau thời hạn cân nhắc và hợp đồng bảo hiểm đã có giá trị hoàn lại, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu được tạm ứng giá trị hoàn lại với số tiền không vượt quá 80% giá trị hoàn lại tại thời điểm đó.
- 10.2** Bên mua bảo hiểm có thể hoàn trả khoản tạm ứng giá trị hoàn lại đã nhận và khoản

giảm thu nhập đầu tư tại bất cứ thời điểm nào. Khoản giảm thu nhập đầu tư được tính bằng tỷ lệ phần trăm (lãi suất) của khoản tạm ứng giá trị hoàn lại và phù hợp với cơ sở kỹ thuật đã được Bộ Tài Chính phê chuẩn. Khoản giảm thu nhập đầu tư nợ đến hạn sẽ được cộng vào số tạm ứng gốc và sẽ được tính khoản giảm thu nhập đầu tư theo cùng phương pháp nêu trên.

Lãi suất tính toán khoản giảm thu nhập đầu tư sẽ được Công ty ấn định hàng tháng trên trang thông tin điện tử (website) của Công ty.

- 10.3** Nếu khoản tạm ứng giá trị hoàn lại cộng với số phí nợ và các khoản nợ khác mà vượt quá giá trị hoàn lại tại thời điểm đó, hợp đồng sẽ mất hiệu lực. Trong trường hợp này, Bên mua bảo hiểm không thể nhận được giá trị hoàn lại của hợp đồng.

Điều 11 KHÔI PHỤC HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

- 11.1** Khi hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực theo quy định tại Điều 8, 9, 10 Bên mua bảo hiểm được phép yêu cầu khôi phục hiệu lực trong thời gian hai mươi bốn (24) tháng kể từ ngày hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực gần nhất. Ngày yêu cầu không được quá ngày đáo hạn hợp đồng.
- 11.2** Khôi phục hiệu lực sẽ được áp dụng sau khi Công ty chấp nhận Giấy yêu cầu và đã thu tất cả khoản nợ của hợp đồng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đủ điều kiện tham gia bảo hiểm do Công ty quy định.

Điều 12 GIÁ TRỊ HOÀN LẠI

- 12.1** Bên mua bảo hiểm có quyền chấm dứt hợp đồng bảo hiểm vào bất kỳ thời điểm nào trong thời gian hiệu lực của hợp đồng. Nếu Bên mua bảo hiểm đã đóng đủ phí ít nhất một (01) năm, Giá trị hoàn lại sẽ được chi trả sau khi trừ đi số phí chưa đóng và các chi phí khác (nếu có), bao gồm cả phí bảo hiểm phải thanh toán cho các sản phẩm bổ trợ của hợp đồng (nếu có).
- 12.2** Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực ngay sau khi Công ty nhận được thông báo bằng văn bản từ Bên mua bảo hiểm. Công ty sẽ chi trả giá trị hoàn lại trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày nhận được thông báo nếu có.
- Nếu việc chi trả chậm trễ do lỗi của Công ty, Công ty sẽ trả thêm tiền lãi của số tiền này. Mức lãi suất áp dụng cho khoản chi trả chậm này sẽ được Công ty công bố tại từng thời điểm trên trang thông tin điện tử (website) của Công ty và phù hợp với cơ sở kỹ thuật đã đăng ký được Bộ Tài Chính phê chuẩn.

Điều 13 TRÁCH NHIỆM KÊ KHAI, CUNG CẤP VÀ BẢO MẬT THÔNG TIN

- 13.1** **Trách nhiệm cung cấp, giải thích đầy đủ, trung thực và chính xác thông tin cho Bên mua bảo hiểm của doanh nghiệp**

Công ty có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến hợp đồng bảo hiểm, giải thích các quy tắc, điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm.

Trường hợp Công ty có ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết hợp đồng, Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương chấm dứt hợp đồng bảo hiểm. Công ty phải bồi thường thiệt hại theo thực tế phát sinh cho bên mua bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật.

tin sai sự thật.

13.2 Trách nhiệm kê khai thông tin trung thực, đầy đủ và chính xác của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm (và Người được bảo hiểm trong trường hợp bảo hiểm nhóm) 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 này. Việc thẩm định sức khỏe, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai trung thực của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm theo quy định tại điều này.

Nếu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cố ý kê khai không trung thực các thông tin cần thiết theo yêu cầu của Công ty, mà nếu với thông tin chính xác, Công ty sẽ không chấp nhận bảo hiểm, Công ty không có trách nhiệm chi trả nếu xảy ra sự kiện bảo hiểm liên quan trực tiếp đến thông tin kê khai không trung thực và có quyền đơn phương đình chỉ hợp đồng này ngay sau khi phát hiện ra hành vi vi phạm của Bên mua bảo hiểm. Việc giải quyết Hợp đồng bảo hiểm bị đơn phương chấm dứt sẽ theo quy định của pháp luật hiện hành về bảo hiểm.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai thông tin tại Điều này nhưng việc vi phạm này không làm ảnh hưởng tới quyết định chấp thuận bảo hiểm hoặc quyết định khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Công ty tại từng thời điểm, Công ty vẫn sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu có sự kiện bảo hiểm xảy ra theo quy tắc và điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm tiếp tục duy trì hiệu lực, Công ty và Bên mua bảo hiểm có thể thỏa thuận về việc thu thêm khoản phí bảo hiểm hoặc điều chỉnh số tiền bảo hiểm giảm tương ứng với mức rủi ro (nếu có).

13.2 Trách nhiệm bảo mật thông tin khách hàng của Công ty

Công ty có trách nhiệm giữ bí mật về thông tin cá nhân do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cung cấp tại Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật. Trường hợp cung cấp cho bên thứ ba để thực hiện các giao dịch, cam kết liên quan đến thực hiện hợp đồng bảo hiểm thì Công ty phải được sự chấp thuận của Bên mua bảo hiểm.

Điều 14 MIỄN TRUY XÉT TRÁCH NHIỆM

14.1 Khi Người được bảo hiểm còn sống, các nội dung kê khai không chính xác hoặc bỏ sót trong Giấy yêu cầu bảo hiểm và các giấy tờ có liên quan sẽ được Công ty miễn truy xét sau hai mươi bốn (24) tháng kể từ ngày có hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm hoặc kể từ ngày khôi phục hiệu lực gần nhất, với điều kiện các nội dung kê khai này không ảnh hưởng đến quyết định chấp nhận bảo hiểm của Công ty.

14.2 Quy định nêu trên sẽ không được áp dụng trong trường hợp các nội dung kê khai có ảnh hưởng đến quyết định chấp nhận bảo hiểm mà nếu biết được những nội dung đó, Công ty sẽ từ chối chấp nhận bảo hiểm hoặc chấp nhận bảo hiểm với mức phí bảo hiểm cao hơn.

Điều 15 THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

15.1 Trình tự yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng phải thông báo cho Công ty trong vòng ba

mười (30) ngày kể từ ngày biết được sự kiện phát sinh trả tiền bảo hiểm và cần chuẩn bị các giấy tờ cần thiết trong thời gian sớm nhất có thể để yêu cầu quyền lợi bảo hiểm.

15.1.1 Trong trường hợp tử vong

Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm phải cung cấp cho Công ty những giấy tờ sau đây trong thời gian sớm nhất :

- Đơn yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty đã được điền đầy đủ và chính xác; và
- Bằng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm của người yêu cầu trả tiền bảo hiểm (giấy ủy quyền, di chúc hay các bản xác nhận hợp pháp); và
- Quyền hợp đồng bảo hiểm (nếu khách hàng làm mất quyền hợp đồng, khách hàng có thể lập tờ khai báo mất giấy tờ); và
- Bằng chứng về sự kiện tử vong như trích lục chứng tử; giấy tờ y tế do các cơ quan có thẩm quyền cấp như giấy ra viện, trích sao bệnh án nằm viện và (các) xét nghiệm liên quan, giấy chứng nhận phẫu thuật hoặc biên bản tai nạn hoặc biên bản xét nghiệm hiện trường, biên bản điều tra nếu có và theo quy định của pháp luật.

Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm cần gửi đến trong vòng mười hai (12) tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm tử vong.

Ngoài các giấy tờ nói trên, Công ty có quyền yêu cầu thêm giấy tờ hay bằng chứng nhằm tạo thuận lợi cho quá trình xác minh và thanh toán quyền lợi bảo hiểm khi có sự đồng ý của Người thụ hưởng. Những chi phí phát sinh sẽ do Công ty chi trả.

15.1.2 Trong trường hợp thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm phải cung cấp cho Công ty những giấy tờ sau sớm nhất có thể:

- Đơn yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của công ty được điền đầy đủ và chính xác; và
- Bằng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm của người yêu cầu trả tiền bảo hiểm (giấy ủy quyền hay các bản xác nhận hợp pháp); và
- Quyền hợp đồng bảo hiểm (nếu khách hàng làm mất quyền hợp đồng, khách hàng có thể lập tờ khai báo mất giấy tờ); và
- Kết quả chẩn đoán thương tật toàn bộ và vĩnh viễn do cơ quan có thẩm quyền cấp (bệnh viện cấp tỉnh trở lên); và giấy tờ y tế do các cơ quan có thẩm quyền cấp như giấy ra viện, trích sao bệnh án nằm viện và (các) xét nghiệm liên quan, giấy chứng nhận phẫu thuật hoặc biên bản tai nạn hoặc biên bản xét nghiệm hiện trường, biên bản điều tra nếu có và theo quy định của pháp luật.

Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm cần gửi đến trong vòng mười hai (12) tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn.

Ngoài các giấy tờ nói trên, Công ty có quyền yêu cầu thêm giấy tờ hay bằng chứng nhằm tạo thuận lợi cho quá trình xác minh và thanh toán quyền lợi bảo hiểm khi có sự đồng ý của Người thụ hưởng. Những chi phí phát sinh sẽ do Công ty chi trả.

15.1.3 Trong trường hợp chi trả quyền lợi đáo hạn như quy định

Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm phải xuất trình bản thông báo của Công ty về việc chi

trả quyền lợi bảo hiểm. Trong trường hợp cần thiết, những giấy tờ sau đây phải được cung cấp nếu có yêu cầu :

- Bảng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm của người yêu cầu trả tiền bảo hiểm; và
- Quyền hợp đồng bảo hiểm (nếu khách hàng làm mất quyền hợp đồng, khách hàng có thể lập tờ khai báo mất giấy tờ).

15.1.4 Trong trường hợp chi trả quyền lợi tiền mặt định kỳ như quy định

Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm phải xuất trình bản thông báo của Công ty về việc chi trả quyền lợi bảo hiểm. Trong trường hợp cần thiết, những giấy tờ sau đây phải được cung cấp nếu có yêu cầu :

- Bảng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm của người yêu cầu trả tiền bảo hiểm; và
- Quyền hợp đồng bảo hiểm (nếu khách hàng làm mất quyền hợp đồng, khách hàng có thể lập tờ khai báo mất giấy tờ).

15.1.5 Trong trường hợp bệnh hiểm nghèo

Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm phải cung cấp cho Công ty những giấy tờ sau sớm nhất có thể:

- Đơn yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của công ty được điền đầy đủ và chính xác; và
- Bảng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm của người yêu cầu trả tiền bảo hiểm (giấy ủy quyền hay các bản xác nhận hợp pháp); và
- Quyền hợp đồng bảo hiểm (nếu khách hàng làm mất quyền hợp đồng, khách hàng có thể lập tờ khai báo mất giấy tờ); và
- Kết quả chẩn đoán tai nạn và/hoặc bệnh hiểm nghèo do cơ quan có thẩm quyền cấp (bệnh viện cấp tỉnh trở lên); và giấy tờ y tế do các cơ quan có thẩm quyền cấp như giấy ra viện, trích sao bệnh án nằm viện và (các) xét nghiệm liên quan, giấy chứng nhận phẫu thuật hoặc biên bản tai nạn hoặc biên bản xét nghiệm hiện trường, biên bản điều tra nếu có và theo quy định của pháp luật.

Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm cần gửi đến trong vòng mười hai (12) tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm bị mắc bệnh hiểm nghèo theo quy định.

Ngoài các giấy tờ nói trên, Công ty có quyền yêu cầu thêm giấy tờ hay bằng chứng nhằm tạo thuận lợi cho quá trình xác minh và thanh toán quyền lợi bảo hiểm khi có sự đồng ý của của Người thụ hưởng. Những chi phí phát sinh sẽ do Công ty chi trả.

15.2 Thanh toán quyền lợi bảo hiểm

15.2.1 Công ty sẽ chi trả tiền bảo hiểm theo phương thức đã được ấn định trong Đơn yêu cầu thanh toán sau khi đã nhận được giấy tờ như đã yêu cầu.

15.2.2 Công ty sẽ chi trả tiền bảo hiểm trong vòng năm (05) ngày đối với Quyền lợi đáo hạn hoặc trong vòng ba mươi (30) ngày đối với các quyền lợi khác, sau khi đã nhận được giấy tờ đầy đủ và hợp lệ như đã yêu cầu ở trên.

Nếu việc chi trả chậm trễ do lỗi của Công ty, Công ty sẽ trả thêm tiền lãi của số tiền này. Mức lãi suất áp dụng cho khoản chi trả chậm này sẽ được Công ty công bố tại từng thời điểm trên trang thông tin điện tử (website) của Công ty và phù hợp với cơ sở kỹ thuật đã đăng ký được Bộ Tài Chính phê chuẩn

Điều 16 NGHĨA VỤ CHỨNG MINH

Sau khi nhận đầy đủ hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, nếu công ty từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm thì Công ty có trách nhiệm nêu rõ lý do từ chối bằng văn bản.

Điều 17 KHẤU TRỪ TRƯỚC THANH TOÁN

Trước khi Công ty thực hiện bất cứ khoản chi trả nào, số phí chưa đóng hoặc mọi khoản tạm ứng chưa trả (gồm cả khoản tạm ứng đóng phí tự động) kèm theo khoản giảm thu nhập đầu tư sẽ được khấu trừ trước từ khoản chi trả.

Điều 18 (NHỮNG) NGƯỜI THỤ HƯỞNG

- 18.1** Đối với quyền lợi thương tật toàn bộ vĩnh viễn, Công ty sẽ không chấp nhận bất cứ chỉ định hoặc thay đổi Người thụ hưởng nào. Công ty chỉ chi trả cho Người được bảo hiểm.
- 18.2** Các quyền lợi bảo hiểm khác sẽ được chi trả cho:
- 18.2.1** Người thụ hưởng được chỉ định trong Giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc trong bản xác nhận thay đổi người thụ hưởng mới nhất (nếu có) sau khi Bên mua bảo hiểm đã chỉ định Người thụ hưởng.
- 18.2.2** Bên mua bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng.
- 18.2.3** Bên mua bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm đã chỉ định Người thụ hưởng và Người thụ hưởng không còn sống tại thời điểm phát sinh sự kiện bảo hiểm. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không còn sống tại thời điểm phát sinh sự kiện bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm sẽ được trả cho người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.
- 18.2.4** Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng và Bên mua bảo hiểm không còn sống tại thời điểm phát sinh sự kiện bảo hiểm.
- 18.3** Căn cứ vào việc thay đổi Người thụ hưởng, Công ty sẽ cấp giấy xác nhận được đóng dấu hoặc dính kèm tại thời điểm Giấy yêu cầu thay đổi của Bên mua bảo hiểm có sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm được chuyển tới Công ty.

Điều 19 THAY ĐỔI HỢP ĐỒNG

19.1 Thay đổi nơi cư trú

Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công ty bất cứ thay đổi nào về nơi cư trú trong vòng mười (10) ngày kể từ ngày có thay đổi. Nếu Bên mua bảo hiểm không thông báo, các thông báo từ Công ty vẫn được gửi tới nơi cư trú cũ của Bên mua bảo hiểm như đã kê khai trong hợp đồng bảo hiểm.

19.2 Giảm số tiền bảo hiểm

Trong thời gian có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu giảm số tiền bảo hiểm bằng văn bản, tuy nhiên Số tiền bảo hiểm giảm không thể thấp hơn quy định tối thiểu của Công ty tại thời điểm yêu cầu phù hợp với cơ sở kỹ thuật được Bộ tài chính phê duyệt.

Sau khi Công ty chấp thuận thay đổi, thông báo bằng văn bản sẽ được gửi tới Bên mua bảo hiểm chỉ rõ phí bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm và giá trị hoàn lại căn cứ theo số tiền

bảo hiểm mới.

Nếu hợp đồng đã có giá trị hoàn lại, một phần của giá trị hoàn lại tương ứng với số tiền bảo hiểm giảm đi sẽ được hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm khi thực hiện giảm số tiền bảo hiểm.

19.3 Bảo hiểm với số tiền bảo hiểm giảm

19.3.1 Nếu hợp đồng đã có hiệu lực ít nhất một (01) năm và Giá trị hoàn lại đã được tích lũy, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu ngừng đóng phí bảo hiểm và tiếp tục duy trì Hợp đồng bảo hiểm này với Số tiền bảo hiểm mới thấp hơn Số tiền bảo hiểm ban đầu - gọi là hình thức bảo hiểm với số tiền bảo hiểm giảm.

19.3.2 Sau khi Công ty chấp thuận thay đổi, thông báo bằng văn bản sẽ được gửi tới Bên mua bảo hiểm chỉ rõ Số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm với số tiền bảo hiểm giảm và các quyền lợi bảo hiểm tương ứng. Bên mua bảo hiểm sẽ không phải đóng phí bảo hiểm sau khi chuyển đổi xong.

19.3.3 Khi Công ty tính toán số tiền bảo hiểm giảm, chi phí liên quan đến quá trình chuyển đổi và các khoản nợ bao gồm cả phí bảo hiểm phải trả, các khoản tạm ứng từ hợp đồng bảo hiểm, các khoản phí tự động và khoản giảm thu nhập đầu tư sẽ phải trả ngay.

19.4 Thay đổi giấy tờ tùy thân

Trong thời hạn hiệu lực của hợp đồng, Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm phải thông báo ngay bằng văn bản cho Công ty bất cứ thay đổi nào về loại giấy tờ tùy thân, mã số, họ và tên, ngày tháng năm sinh, giới tính so với thông tin đã được sử dụng trong hợp đồng bảo hiểm.

Điều 20 NHẦM LẤN KHI KÊ KHAI TUỔI VÀ GIỚI TÍNH

20.1 Trong trường hợp nhầm lẫn khi kê khai ngày sinh và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm, số tiền bảo hiểm hoặc tổng phí bảo hiểm sẽ phải điều chỉnh dựa trên tuổi và/hoặc giới tính đúng như sau:

20.1.1 Nếu phí bảo hiểm đã nộp thấp hơn phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ điều chỉnh Số tiền bảo hiểm căn cứ theo phí bảo hiểm đã đóng và Bên mua bảo hiểm tiếp tục đóng phí bảo hiểm ở mức cũ.

20.1.2 Nếu phí bảo hiểm đã nộp cao hơn phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm số tiền phí bảo hiểm nộp thừa (không có lãi).

20.2 Căn cứ vào tuổi và/hoặc giới tính đúng, nếu Người được bảo hiểm không thuộc phạm vi bảo hiểm, Công ty có quyền hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm. Nếu sự kiện này phát sinh trong vòng hai (02) năm đầu kể từ ngày có hiệu lực của hợp đồng, Công ty không chi trả giá trị hoàn lại (kể cả nếu có), thay vào đó sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) sau khi đã khấu trừ chi phí kiểm tra y tế, các quyền lợi đã chi trả trước đó hoặc chấp thuận chi trả và các khoản nợ nếu có. Nếu hợp đồng này đã có hiệu lực từ hai (02) năm trở lên, Công ty sẽ trả khoản tiền lớn hơn giữa giá trị hoàn lại tại thời điểm đó và tổng số phí bảo hiểm đã đóng, sau đó hợp đồng sẽ chấm dứt hiệu lực.

Điều 21 GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

21.1 Mọi tranh chấp phát sinh liên quan đến hợp đồng, nếu các bên tranh chấp không thể thương lượng hòa giải, sẽ được đưa ra Tòa án tại nơi Bên mua bảo hiểm cư trú hoặc tại

nơi có trụ sở chính của Công ty để giải quyết.

21.2 Thời hạn để khởi kiện là ba (03) năm kể từ ngày phát sinh tranh chấp.

PHỤ LỤC I: Hệ số của Số tiền bảo hiểm

Năm Hợp đồng	Hệ số của Số tiền bảo hiểm		
	Thời hạn của hợp đồng bảo hiểm: 12 năm	Thời hạn của hợp đồng bảo hiểm: 15 năm	Thời hạn của hợp đồng bảo hiểm: 20 năm
1	1.05	1.05	1.05
2	1.10	1.10	1.10
3	1.15	1.15	1.15
4	1.20	1.20	1.20
5	1.25	1.25	1.25
6	1.30	1.30	1.30
7	1.35	1.35	1.35
8	1.40	1.40	1.40
9	1.45	1.45	1.45
10	1.50	1.50	1.50
11	1.55	1.55	1.55
12	1.60	1.60	1.60
13	-	1.65	1.65
14	-	1.70	1.70
15	-	1.75	1.75
16	-	-	1.80
17	-	-	1.85
18	-	-	1.90
19	-	-	1.95
20	-	-	2.00

PHỤ LỤC II:

Bảng thương tật toàn bộ vĩnh viễn	
Khoản	Mô tả mất mát và thương tật
1	Mù hai mắt (xem ghi chú 1)
2	Mất cả hai bàn tay tính từ cổ tay, hoặc cả hai bàn chân tính từ cổ chân
3	Mất một bàn tay tính từ cổ tay và một bàn chân tính từ cổ chân
4	Mù một mắt và mất một bàn tay tính từ cổ tay, hoặc mù một mắt và mất một bàn chân tính từ cổ chân
5	Mất hoàn toàn khả năng nói (xem ghi chú 2) hoặc mất hoàn toàn khả năng nhai (xem ghi chú 3)
6	Mất toàn bộ và vĩnh viễn chức năng của tất cả các chi
7	Mất hoặc tổn thương nghiêm trọng a) các chức năng của hệ thần kinh trung ương hoặc b) các chức năng của cơ quan ở ngực/bụng dẫn đến Người được bảo hiểm mất khả năng làm việc vĩnh viễn và cần có sự theo dõi thường xuyên của người khác hoặc điều trị y tế (xem ghi chú 4)
8	Mất mát và thương tật căn cứ theo Biên bản giám định thương tật xác định tỷ lệ suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên của Bệnh viện từ cấp tỉnh trở lên hoặc Cơ quan chức năng có thẩm quyền (xem ghi chú 4)

Ghi chú 1 1-1. Việc xác định thị lực được dựa trên quy trình điều chỉnh tầm nhìn.

1-2. “Mù” có nghĩa là kết quả đo thị lực sẽ vĩnh viễn bằng hoặc dưới ngưỡng 0,02 theo Biểu đồ thị lực của Landolt.

1-3. Việc xác định sẽ được thực hiện sau sáu (06) tháng điều trị kể từ ngày bị tổn thương. Tuy nhiên, quy tắc này sẽ không áp dụng đối với các trường hợp dễ nhận thấy khả năng không thể phục hồi được như sự cắt bỏ nhãn cầu.

Ghi chú 2 “Mất khả năng nói” có nghĩa là rơi vào một trong những trường hợp sau:

2-1. Mất khả năng nói rõ được ba (03) trong bốn (04) âm thanh để tạo thành lời nói như âm môi, âm răng, âm vòm, âm lưỡi gà.

2-2. Mất dây thanh âm.

2-3. Mất ngôn ngữ phát sinh từ suy giảm của cơ quan nói được xác định là mất khả năng nói.

Ghi chú 3 “Mất khả năng nhai” có nghĩa là mất khả năng nhai hoặc nuốt, ngoại trừ với thức ăn lỏng, do các cơ quan hay chức năng bị hư hỏng dẫn đến không thể nhai hoặc nuốt.

Ghi chú 4 4-1. Nguyên tắc chẩn đoán cơ bản phù hợp với “tỷ lệ suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên” hoặc phù hợp với “tổn thương nghiêm trọng các chức năng của hệ thần kinh trung ương”: những bệnh lý/ triệu chứng tổng hợp ảnh hưởng vĩnh viễn đến các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, đồng thời đòi hỏi phải có sự hỗ trợ từ người khác.

4-2. Các điều kiện “cần có sự theo dõi thường xuyên của người khác hoặc điều trị y tế” nghĩa là Người được bảo hiểm duy trì cuộc sống đòi hỏi phải có sự hỗ trợ từ những người khác trong các hoạt động hàng ngày (bao gồm: ăn thức ăn, đi đại tiểu tiện, mặc và cởi quần áo, vào và ra khỏi giường, đi bộ, tắm rửa ...).

4-3. Khoản 8 không bao gồm các di chứng chấn thương như mất trí hoàn toàn, động kinh cơn lớn rất mau (hoặc thường xuyên), trí tuệ sa sút gần hoàn toàn hoặc hoàn toàn.

Ghi chú 5 Kết luận “mất vĩnh viễn chức năng dẫn đến mất khả năng làm việc”, “tổn thương nghiêm trọng các chức năng dẫn đến mất khả năng làm việc” dựa vào kết quả của việc điều trị sau sáu tháng kể từ ngày phát sinh sự kiện bảo hiểm tai nạn hoặc từ ngày bị bệnh dẫn đến thương tật toàn bộ vĩnh viễn. Tuy nhiên, đối với các trường hợp có thể kết luận ngay thì không cần áp dụng thời hạn này.

PHỤ LỤC III: DANH SÁCH BỆNH HIỂM NGHÈO ĐƯỢC CHI TRẢ

1. Cơ đau thất tim.

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm chẩn đoán xác định có trong chứng chỉ chẩn đoán hoặc trong những báo cáo về kết quả xét nghiệm hoặc bệnh học có liên quan.

Định nghĩa: có nghĩa là một phần cơ tim bị chết do tắc động mạch vành.

Chẩn đoán phải được dựa trên tất cả những tiêu chuẩn sau:

- (1). Đau ngực điển hình.
- (2). Những biến đổi của điện tim mới chứng tỏ bị nhồi máu cơ tim.
- (3). Tăng men tim.

2. Phẫu thuật bắc cầu nối động mạch vành

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm phẫu thuật được thực hiện.

Định nghĩa: có nghĩa là phẫu thuật bắc cầu nối để điều trị bệnh động mạch vành. Có chứng cứ là có thông tim mà bệnh nhân có đau thất ngực dai dẳng do thiếu máu cơ tim với hẹp hoặc tắc động mạch vành đã được xác định là cần sửa chữa bằng phẫu thuật bắc cầu nối động mạch vành.

Ngoại trừ tất cả những phẫu thuật khác.

3. Đột quỵ

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm của chẩn đoán khẳng định mà người được bảo hiểm sống 6 tháng kể từ thời điểm của sự việc.

Định nghĩa: có nghĩa là chảy máu do mạch máu não, tắc mạch hoặc nhồi máu do tai biến mạch máu não với thiếu năng thần kinh lâu dài. Thiếu năng thần kinh lâu dài có nghĩa là người được bảo hiểm sống 6 tháng kể từ thời điểm xảy ra sự việc và đã được chuyên gia về thần kinh xác định rằng người được bảo hiểm hãy còn một trong những trạng thái sau:

- (1). Trạng thái thực vật.
- (2). Mất toàn bộ chức năng của 1 hoặc nhiều chi.
- (3). Rối loạn vận động hoặc nhận cảm của 2 chi hoặc nhiều hơn dẫn đến mất khả năng hoạt động tất cả những hoạt động của cuộc sống hàng ngày nếu không có sự trợ giúp như : ăn, vệ sinh, mặc quần áo, di chuyển, cử động và tắm rửa... đều cần sự trợ giúp thường xuyên của người khác.
- (4). Mất khả năng nói hoặc nhai. Mất khả năng nói là chứng khó phát âm do tổn thương của hệ thống thần kinh trung ương gây nên. Mất khả năng nhai là chứng khó nuốt do những tổn thương nguyên ủy gây nên không phải do răng dẫn đến tình trạng chỉ có thể ăn thức ăn lỏng.

4. Suy thận

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm mà người được bảo hiểm bắt đầu chạy thận nhân tạo chu kỳ ở lần chạy thận đầu tiên.

Định nghĩa: có nghĩa là suy cả 2 thận mãn tính và không hồi phục, đòi hỏi chạy thận nhân tạo chu kỳ.

5. Ung thư

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm chẩn đoán xác định có trong chứng chỉ chẩn đoán hoặc trong những báo cáo kết quả xét nghiệm hoặc bệnh học có liên quan.

Định nghĩa: có nghĩa là khối u ác tính hoặc tăng bạch cầu của một tình trạng tăng sinh tổ chức bào bất thường có khả năng di căn. Phải được xác định bằng báo cáo bệnh học và khẳng định được xếp loại như tăng sinh ác tính theo bảng phân loại bệnh tật quốc tế (ICD) .

Loại trừ những loại bệnh sau:

- (1). Bệnh Hodgkin (một loại ung thư hạch) giai đoạn I.
- (2). Leukemia mãn dòng lympho(CLL) (một loại ung thư máu).
- (3). Ung thư tại chỗ.
- (4). Ung thư da bất kỳ loại nào trừ ung thư hắc tố ác tính.

6. Liệt

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm chẩn đoán xác định mà người được bảo hiểm đã sống 6 tháng kể từ khi mất chức năng hoàn toàn và vĩnh viễn.

Định nghĩa: có nghĩa là mất chức năng hoàn toàn và vĩnh viễn của cả 2 chi trên hoặc cả 2 chi dưới hoặc 1 chi trên và 1 chi dưới, và mỗi chi có mất chức năng của 2 hoặc nhiều hơn 2 khớp chính. Được gọi là mất chức năng hoàn toàn và vĩnh viễn có nghĩa là mất toàn bộ chức năng, kéo dài trên 6 tháng.

Mất chức năng của khớp có nghĩa là cứng hoàn toàn và không có khả năng cử động khớp theo ý muốn một thời gian dài trên 6 tháng.

Ba khớp chính của chi trên là khớp vai, khớp khuỷu và khớp cổ tay; ba khớp chính của chi dưới là khớp háng, khớp gối và khớp cổ chân.

7. Ghép Tim

*Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm:*căn cứ vào thời gian phẫu thuật được thực hiện.

Định nghĩa: có nghĩa là đã thực sự được ghép tim với tư cách là một người được nhận ghép.

8. Ghép Phổi

*Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm:*căn cứ vào thời gian phẫu thuật được thực hiện.

Định nghĩa: có nghĩa là đã thực sự được ghép phổi với tư cách là một người được nhận ghép.

9. Ghép Gan

*Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm:*căn cứ vào thời gian phẫu thuật được thực hiện.

Định nghĩa: có nghĩa là đã thực sự được ghép gan với tư cách là một người được nhận ghép.

10. Ghép Tụy tạng

*Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm:*căn cứ vào thời gian phẫu thuật được thực hiện.

Định nghĩa: có nghĩa là đã thực sự được ghép tụy tạng với tư cách là một người được nhận ghép.

11. Ghép Thận

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời gian phẫu thuật được thực hiện.

Định nghĩa: có nghĩa là đã thực sự được ghép thận với tư cách là một người được nhận ghép.

12. Ghép Tủy xương

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời gian phẫu thuật được thực hiện.

Định nghĩa: có nghĩa là đã thực sự được ghép tủy xương với tư cách là một người được nhận ghép.

13. Xơ cứng đa ổ

Thời gian của sự việc yêu cầu: căn cứ vào thời điểm chẩn đoán xác định có trong chứng chỉ chẩn đoán hoặc trong những báo cáo kết quả xét nghiệm hoặc báo cáo bệnh học có liên quan.

Định nghĩa: có nghĩa là mất myelin của thần kinh trung ương xảy ra nhiều hơn 1 lần và được biểu hiện nhiều hơn 2 dấu hiệu của suy giảm thần kinh như giảm thị lực, loạn vận ngôn, rung giật nhãn cầu, mất thăng bằng, liệt hoặc bại 1 chi hoặc nhiều chi, co cứng, rối loạn bàng quang...

Chẩn đoán phải dựa trên dịch não tủy, những đáp ứng kích thích thị giác (VER,s), những đáp ứng kích thích thính lực (AER,s), chụp cắt lớp (CT Scan), và cộng hưởng từ (MRI) và được các chuyên gia về thần kinh của các bệnh viện trung ương (bệnh viện hàn lâm) khẳng định.

14. Phẫu thuật van tim

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm phẫu thuật được thực hiện.

Định nghĩa: có nghĩa là đã trải qua phẫu thuật tim mở để thay thế hoặc sửa van tim do khuyết tật hoặc bất thường van tim.

15. Phẫu thuật động mạch

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm mà phẫu thuật được thực hiện.

Định nghĩa: có nghĩa là đã thực sự trải qua phẫu thuật để cắt bỏ và thay thế một động mạch bất thường. Với mục đích xác định để sửa chữa động mạch có ý nói đến động mạch chủ ngực và chủ bụng chứ không phải những động mạch nhánh.

16. Bỏng rộng

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm xảy ra tai nạn.

Định nghĩa: có nghĩa là bị bỏng độ III gây phá hủy toàn bộ độ dày của da của ít nhất 20% bề mặt cơ thể của người được bảo hiểm còn sống đã được một bệnh viện trung ương (bệnh viện hàn lâm) chẩn đoán.

17. Hôn mê

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm chẩn đoán xác định mà người được bảo hiểm đã sống được 30 ngày kể từ khi xảy ra sự việc.

Định nghĩa: có nghĩa là mất ý thức do suy giảm chức năng của não gây nên và được đặc trưng bởi tình trạng không đáp ứng thức tỉnh hoàn toàn đối với tất cả những kích thích bên ngoài, sử

dụng thường xuyên liên tục hệ thống hỗ trợ sự sống cho một khoảng thời gian ít nhất là 30 ngày. Ngoại trừ những hôn mê trực tiếp do rượu hoặc lạm dụng thuốc.

18. Bệnh teo cơ do tủy sống

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm chẩn đoán xác định mà người được bảo hiểm đã sống được 6 tháng kể từ thời điểm thăm khám kiểm tra đã khẳng định.

Định nghĩa: có nghĩa là bệnh thần kinh không rõ nguyên nhân sinh bệnh, đặc trưng bởi thoái hóa tiến triển bao vỏ ống sống và những tế bào sừng trước hoặc những neuron (tế bào) thần kinh hành tủy gây nên teo cơ do tủy sống. Bệnh phải do một chuyên gia về thần kinh của một bệnh viện trung ương (bệnh viện hàn lâm) khẳng định dựa vào những thử nghiệm có liên quan và điều trị liên tục 6 tháng mà tổn thương của hệ thống thần kinh vẫn tiến triển và không hồi phục và bị biến chứng không có khả năng thực hiện 3 hoặc nhiều hơn những hoạt động của cuộc sống hàng ngày sau đây khi không có người trợ giúp: ăn, vệ sinh, mặc quần áo, đi lại, tắm..., cần thiết có sự trợ giúp gần như trong toàn bộ thời gian.

19. Bệnh liệt rung tiến triển (PBP)

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm chẩn đoán xác định mà người được bảo hiểm đã sống được 6 tháng kể từ thời điểm thăm khám kiểm tra đã khẳng định.

Định nghĩa: có nghĩa là bệnh thần kinh không rõ nguyên nhân sinh bệnh, đặc trưng bởi thoái hóa tiến triển bao vỏ ống sống và những tế bào sừng trước hoặc những neuron (tế bào) thần kinh hành tủy gây nên liệt rung tiến triển. Bệnh phải do một chuyên gia về thần kinh của một bệnh viện trung ương (bệnh viện hàn lâm) khẳng định dựa vào những thử nghiệm có liên quan và điều trị liên tục 6 tháng mà tổn thương của hệ thống thần kinh vẫn tiến triển và không hồi phục và bị biến chứng không có khả năng thực hiện 3 hoặc nhiều hơn những hoạt động của cuộc sống hàng ngày sau đây khi không có người trợ giúp: ăn, vệ sinh, mặc quần áo, đi lại, tắm..., cần thiết có sự trợ giúp gần như trong toàn bộ thời gian.

20. Bệnh xơ cứng tủy cột bên tiên phát (ALS)

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm chẩn đoán xác định mà người được bảo hiểm đã sống được 6 tháng kể từ thời điểm thăm khám kiểm tra đã khẳng định.

Định nghĩa: có nghĩa là bệnh thần kinh không rõ nguyên nhân sinh bệnh, đặc trưng bởi thoái hóa tiến triển bao vỏ ống sống và những tế bào sừng trước hoặc những neuron (tế bào) thần kinh hành tủy gây nên xơ cứng tủy cột bên tiên phát. Bệnh phải do một chuyên gia về thần kinh của một bệnh viện trung ương (bệnh viện hàn lâm) khẳng định dựa vào những thử nghiệm có liên quan và điều trị liên tục 6 tháng mà tổn thương của hệ thống thần kinh vẫn tiến triển và không hồi phục và bị biến chứng không có khả năng thực hiện 3 hoặc nhiều hơn những hoạt động của cuộc sống hàng ngày sau đây khi không có người trợ giúp: ăn, vệ sinh, mặc quần áo, đi lại, tắm..., cần thiết có sự trợ giúp gần như trong toàn bộ thời gian.

21. Bệnh xơ cứng teo cơ một bên (PLS)

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm chẩn đoán xác định mà người được bảo hiểm đã sống được 6 tháng kể từ thời điểm thăm khám kiểm tra đã khẳng định.

Định nghĩa: có nghĩa là bệnh thần kinh không rõ nguyên nhân sinh bệnh, đặc trưng bởi thoái hóa tiến triển bao vỏ ống sống và những tế bào sừng trước hoặc những neuron (tế bào) thần

kinh hành tủy gây nên xơ cứng teo cơ một bên. Bệnh phải do một chuyên gia về thần kinh của một bệnh viện trung ương (bệnh viện hàn lâm) khẳng định dựa vào những thử nghiệm có liên quan và điều trị liên tục 6 tháng mà tổn thương của hệ thống thần kinh vẫn tiến triển và không hồi phục và bị biến chứng không có khả năng thực hiện 3 hoặc nhiều hơn những hoạt động của cuộc sống hàng ngày sau đây khi không có người trợ giúp: ăn, vệ sinh, mặc quần áo, đi lại, tắm..., cần thiết có sự trợ giúp gần như trong toàn bộ thời gian.

22. U não lạnh tính

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm chẩn đoán được khẳng định mà người được bảo hiểm đã sống 6 tháng kể từ khi khám kiểm tra có liên quan được khẳng định.

Định nghĩa: u não lạnh tính phải được khẳng định bằng phẫu thuật mở hộp sọ và có báo cáo kết quả sinh thiết hoặc được xác định bằng chụp cắt lớp hoặc cộng hưởng từ là có những trạng thái suy giảm thần kinh thường xuyên dưới đây mà chẩn đoán phải do chuyên gia về thần kinh của một bệnh viện trung ương (hàn lâm) khẳng định:

- (1). Trạng thái thực vật
- (2). Hoàn toàn mất chức năng hoặc trương lực cơ của ít hơn 2/5 của 1 chi hoặc nhiều hơn 1 chi. Gọi là mất toàn bộ chức năng có nghĩa là hoàn toàn cứng đờ hoặc không có khả năng cử động theo ý muốn 2 hoặc nhiều hơn 2 khớp trong số 3 khớp chính của mỗi chi.
- (3). Rối loạn về vận động và cảm giác của 2 hoặc nhiều hơn 2 chi dẫn đến không có khả năng thực hiện khi không có sự trợ giúp tất cả những hoạt động của cuộc sống hàng ngày dưới đây: ăn, vệ sinh, mặc quần áo, di chuyển, cử động, tắm..., hầu như toàn bộ thời gian cần phải có sự trợ giúp của người khác.
- (4). Mất khả năng nói hoặc nhai. Mất khả năng nói là chứng khó phát âm do tổn thương hệ thống thần kinh trung ương. Mất khả năng nhai là chứng khó nuốt do những tổn thương khác không phải do răng do đó chỉ có thể ăn thức ăn lỏng.

Được gọi là dai dẳng có nghĩa là có những thiếu hụt về thần kinh trong 6 tháng liên tục.

Những u não lạnh tính được kể ra ở trên không bao gồm u tuyến yên, u nang ở não, u não thể hạt, tụ máu não, dị dạng động, tĩnh mạch não, u mạch máu và những khối u của tủy sống.

23. Suy tủy

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: dựa vào thời điểm được chẩn đoán khẳng định ở trong chứng chỉ chẩn đoán hay trong những báo cáo về xét nghiệm và bệnh học liên quan.

Định nghĩa: có nghĩa là giảm hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu gây nên do sự giảm sản xuất máu mãn tính, dai dẳng và hoàn toàn của tủy xương, mà phải được minh chứng bằng chọc hút hoặc sinh thiết tủy xương và được các chuyên gia về huyết học của một bệnh viện trung ương (hàn lâm) khẳng định và đã được điều trị ít nhất một trong những biện pháp sau:

- (1). Truyền máu hơn 90 ngày và cần phải truyền máu liên tục, thường xuyên.
- (2). Dùng những chất kích thích tủy xương hơn 90 ngày.
- (3). Dùng những chất ức chế miễn dịch hơn 90 ngày.
- (4). Ghép tủy xương.

24. Tăng áp lực động mạch phổi

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm được chẩn đoán khẳng định ở trong

chúng chỉ chẩn đoán hoặc trong những báo cáo về xét nghiệm và bệnh học có liên quan.

Định nghĩa: nó có nghĩa là tăng áp lực động mạch phổi không rõ nguyên nhân đã được xác định bằng những thăm khám xét nghiệm lâm sàng bao gồm thông tim để thấy có tăng áp lực tâm thu của động mạch phổi trên 90 mmHg, chẩn đoán đã được chuyên gia về tim mạch của bệnh viện trung ương (hàn lâm) khẳng định.

25. Suy gan do viêm gan vi rút cấp tính

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm được chẩn đoán xác định ở trong chứng chỉ chẩn đoán hoặc trong những báo cáo về xét nghiệm và bệnh học có liên quan.

Định nghĩa: có nghĩa là hoại tử gan lan tỏa dẫn đến suy gan do viêm gan virus cấp gây ra. Chẩn đoán phải do chuyên gia về tiêu hóa của một bệnh viện trung ương khẳng định qua quá trình điều trị tấn công ít hơn 8 tuần và có bằng chứng của những xét nghiệm máu là có bệnh não do gan và vàng da liên tục.

Ngoại trừ những điều kiện trực tiếp hoặc gián tiếp do cố tự sát, bị đầu độc, uống thuốc quá liều, uống rượu quá mức.

26. Suy gan do giai đoạn cấp của viêm gan mãn gây ra

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm được chẩn đoán xác định ở trong chứng chỉ chẩn đoán hoặc trong những báo cáo về xét nghiệm và bệnh học có liên quan.

Định nghĩa: có nghĩa là hoại tử gan lan tỏa dẫn đến suy gan do giai đoạn cấp của viêm gan mãn gây ra. Chẩn đoán phải do chuyên gia về tiêu hóa của một bệnh viện trung ương khẳng định qua quá trình điều trị tấn công ít hơn 8 tuần và có bằng chứng của những xét nghiệm máu là có bệnh não do gan và vàng da liên tục.

Ngoại trừ những điều kiện trực tiếp hoặc gián tiếp do cố tự sát, bị đầu độc, uống thuốc quá liều, uống rượu quá mức.

27. Bệnh Lupus ban đỏ (tự miễn mãn tính) có biến chứng viêm thận

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm được chẩn đoán xác định ở trong chứng chỉ chẩn đoán hoặc trong những báo cáo về xét nghiệm và bệnh học có liên quan.

Định nghĩa: là một bệnh tự miễn dịch được đặc trưng bởi sự xuất hiện của những tự kháng thể trực tiếp chống lại những kháng nguyên của chính mình trong đó có cả thận như được xác định dưới đây. Viêm thận Lupus phải nặng được xác định bằng sinh thiết thận có ở mức độ của lớp III tới lớp IV theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới và đã biến chứng có protein niệu, mà chẩn đoán phải do chuyên gia ở khoa miễn dịch của một bệnh viện trung ương (hàn lâm) khẳng định.

Phân loại viêm thận lupus của Tổ chức Y tế thế giới:

Loại 1: Viêm cầu thận kiểu lupus biến đổi nhẹ

Loại 2: Viêm màng nền cầu thận kiểu lupus

Loại 3: Viêm cầu thận kiểu lupus tăng sinh chuỗi trung tâm

Loại 4: Viêm cầu thận kiểu lupus tăng sinh lan tỏa

Loại 5: Viêm màng cầu thận kiểu lupus

Loại 6: Xơ hóa cầu thận hoặc viêm thận kiểu lupus giai đoạn cuối

28. Tổn thương lớn ở đầu

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm chẩn đoán được xác định mà người được bảo hiểm sống được 6 tháng kể từ thời điểm xảy ra tai nạn.

Định nghĩa: có nghĩa là tổn thương não do một tai nạn gây ra dẫn đến suy giảm thần kinh dai dẳng, đã được chuyên gia thần kinh học của một bệnh viện trung ương (hàn lâm) khẳng định và bị biến chứng mất khả năng thực hiện ít nhất 3 trong số những hoạt động của cuộc sống hàng ngày nếu không có sự trợ giúp: ăn, vệ sinh, mặc quần áo, di chuyển, cử động, tắm...thường xuyên cần tới sự trợ giúp của người khác.

Được gọi là dai dẳng có nghĩa là có những thiếu hụt về thần kinh trong 6 tháng liên tục.

29. Bệnh bại liệt

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm chẩn đoán được xác định mà người được bảo hiểm sống được trên 6 tháng kể từ thời điểm khám kiểm tra có liên quan được khẳng định.

Định nghĩa: có nghĩa là bệnh liệt do virus bại liệt gây nên với bằng chứng là bị tổn thương chức năng vận động, giảm chức năng hô hấp, được chuyên gia về thần kinh học của bệnh viện trung ương (hàn lâm) khẳng định và đã bị biến chứng với 1 trong những điều kiện sau đây sau khi điều trị trên 6 tháng liên tiếp:

- (1). Phải sử dụng máy thở dài ngày.
- (2). Mất hoàn toàn chức năng của 1 hoặc nhiều hơn 1 chi. Được gọi là mất chức năng có nghĩa là cứng đờ hoàn toàn hoặc không có khả năng vận động theo ý muốn của 2 hoặc nhiều hơn 2 trong số 3 khớp của mỗi chi.

30. Viêm não cấp

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm chẩn đoán được xác định mà người được bảo hiểm sống được 6 tháng kể từ thời điểm thăm khám có liên quan được khẳng định.

Định nghĩa: có nghĩa là viêm cấp của não (bán cầu não, cuống não hoặc tiểu não) do virus hoặc vi khuẩn gây ra, biến chứng với 1 trong những suy giảm thần kinh sau đây sau khi điều trị liên tục trên 6 tháng mà đã được một chuyên gia thần kinh học của một bệnh viện trung ương (hàn lâm) chẩn đoán khẳng định.

- (1). Mất hoàn toàn chức năng hoặc trương lực cơ của ít hơn 2/5 của cả 2 chi trên hoặc 2 chi dưới hoặc 1 chi trên và 1 chi dưới. Mất chức năng của khớp có nghĩa là cứng đờ khớp hoàn toàn thường xuyên hoặc không có khả năng cử động khớp theo ý muốn.

Mất chức năng khớp có nghĩa là cứng đờ khớp hoàn toàn thường xuyên hoặc không có khả năng cử động khớp một cách có ý thức.

- (2). Một mắt không nhìn thấy (sức nhìn đã được điều chỉnh nhỏ hơn 0,02 của bảng vòng của Landolt (Landolt Ring Chart).

- (3). Cả 2 tai đều mất khả năng nghe. Định nghĩa về mất khả năng nghe:

- a) Kiểm tra thính lực được đo bằng dụng cụ khám tiêu chuẩn đặc biệt của công nghiệp Đài loan.

- b) Mất khả năng nghe được xác định khi lớn hơn 80 dB không nghe được $[1/6(a+2b+2c+d)]$ với tần số a.500, b.1,000, c.2,000, d.4,000 Hertz, tương ứng với

tai không có khả năng nghe để hiểu tiếng nói to] và không có hy vọng được hồi phục.
(4). Mất khả năng nói (gây nên do thiếu hụt vùng tiếng nói của hệ thống thần kinh trung ương dẫn đến mất hoàn toàn tiếng nói)
Ngoại trừ viêm não do AIDS

31. Phẫu thuật phình mạch não

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: dựa vào thời điểm mà phẫu thuật được thực hiện.

Định nghĩa: có nghĩa là phẫu thuật mở hộp sọ để loại bỏ, sửa chữa và cắt bỏ 1 hoặc nhiều hơn các ổ phình mạch. Ngoại trừ phẫu thuật thông mạch.

32. Bệnh Crohn (viêm loét ruột mãn tính) và viêm loét ruột.

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm được chẩn đoán khẳng định có ở trong chứng chỉ chẩn đoán hoặc trong những báo cáo về xét nghiệm và bệnh học có liên quan.

Định nghĩa: Bệnh Crohn hoặc viêm loét ruột nặng kèm theo với ít nhất 2 trong số những điều kiện sau:

- (1). Thực sự đã trải qua phẫu thuật cắt ruột toàn bộ.
- (2). Thực sự đã trải qua phẫu thuật cắt một phần ruột nhiều lần trong những khoảng thời gian khác nhau trong thời gian nằm viện.
- (3). Viêm gan hoạt động mãn tính tự miễn kèm với xơ gan, ngoại trừ viêm gan do thuốc.
- (4). Kèm theo với ung thư trực tràng tại chỗ.

33. Loạn dưỡng cơ

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời điểm được chẩn đoán khẳng định mà người được bảo hiểm đã sống được 6 tháng kể từ khi những thăm khám có liên quan đã được khẳng định.

Định nghĩa: là những bệnh của cơ do di truyền, đặc trưng bởi yếu và teo cơ không phải do hệ thống thần kinh. Chẩn đoán phải dựa vào điện cơ, sinh thiết cơ, và được chuyên gia về thần kinh học của một bệnh viện trung ương (hàn lâm) khẳng định. Phải mất khả năng thực hiện 3 hoặc nhiều hơn những hoạt động của cuộc sống hàng ngày dưới đây khi không có sự trợ giúp: ăn, vệ sinh, mặc quần áo, di chuyển/cử động, tắm..., thường xuyên cần tới sự trợ giúp của người khác.

34. Xơ gan

Thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm: căn cứ vào thời gian được chẩn đoán khẳng định có ở trong chứng chỉ chẩn đoán hoặc trong những báo cáo về xét nghiệm và bệnh học có liên quan.

Định nghĩa: có nghĩa là xơ gan lan tỏa, đã được một chuyên gia về tiêu hóa của một bệnh viện trung ương (hàn lâm) khẳng định và kèm theo với tất cả những điều kiện sau:

- (1). Cổ chướng.
- (2). Giãn tĩnh mạch thực quản hoặc giãn tĩnh mạch dạ dày.
- (3). Những triệu chứng lâm sàng của bệnh lý não do gan đã được khẳng định bằng những xét nghiệm máu.

Ngoại trừ những bệnh gan thứ phát do rượu hoặc do thuốc gây nên.

35. Bệnh Alzheimer (thoái hóa não nguyên phát)

Sự hủy hoại hoặc mất khả năng trí tuệ hoặc bất thường về hành vi được minh chứng bằng tình trạng lâm sàng dẫn đến trạng thái mà các hoạt động của cuộc sống hàng ngày đã được đánh giá, khẳng định rằng người được bảo hiểm khi không có sự trợ giúp không có khả năng thực hiện 3 hoặc nhiều hơn những việc sau: tắm rửa, mặc quần áo, sử dụng nhà vệ sinh, ăn, khả năng di chuyển vào hoặc ra khỏi giường, ghế.

Chẩn đoán phải do các chuyên gia về tâm thần học hoặc thần kinh học đã được đăng ký khẳng định về lâm sàng nhờ chụp cắt lớp hoặc cộng hưởng từ chỉ ra tình trạng teo não.

Ngoại trừ chứng loạn thần kinh và rối loạn tâm thần.

36. Bệnh Parkinson (thoái hóa hệ thần kinh)

Bệnh thoái hóa tiến triển chậm của hệ thống thần kinh trung ương do mất sắc tố chứa trong những neuron (tế bào) thần kinh của não. Chẩn đoán bệnh Parkinson một cách rõ ràng phải do một chuyên gia tham vấn về thần kinh học của bệnh viện giảng dạy thực hành có điều kiện cung cấp.

- (1). Không thể kiểm soát được bằng thuốc hơn 1 năm.
- (2). Có những dấu hiệu chứng tỏ tổn thương tiến triển.
- (3). Những hoạt động của cuộc sống hàng ngày được đánh giá khẳng định rằng người được bảo hiểm khi không có sự trợ giúp không có khả năng thực hiện 3 hoặc nhiều hơn những hoạt động sau: tắm rửa, mặc quần áo, sử dụng nhà vệ sinh, ăn, khả năng di chuyển vào hoặc ra khỏi giường, ghế.

Ngoại trừ những người bị bệnh Parkinson do thuốc hoặc nhiễm độc gây ra.

37. Bệnh nặng ở giai đoạn cuối

Có nghĩa là chẩn đoán kết luận một bệnh sẽ dẫn đến cái chết của người được bảo hiểm trong vòng 6 tháng. Quyết định này phải được chuyên gia y học khẳng định, nhận biết bằng những kinh nghiệm về y học và lâm sàng.