



Quy tắc và Điều khoản

BẢO HIỂM LIÊN KẾT CHUNG (PHIÊN BẢN 2018)

(Được phê chuẩn theo Công văn số 2238/ BTC-QLQH ngày 27/12/2019 của Bộ Tài chính)

MỤC LỤC

CHƯƠNG 1: QUYỀN LỢI CỦA SẢN PHẨM.....	4
Điều 1 Quyền lợi bảo hiểm	4
Điều 2 Bảo hiểm bổ trợ	8
Điều 3 Các trường hợp ngoài phạm vi bảo hiểm	8
Điều 4 Bảo hiểm tạm thời	9
CHƯƠNG 2: GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	11
Điều 5 Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm.....	11
Điều 6 Thủ tục giải quyết quyền lợi.....	11
CHƯƠNG 3: THAM GIA BẢO HIỂM, HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG VÀ NHỮNG THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN HỢP ĐỒNG	13
Điều 7 Tham gia bảo hiểm	13
Điều 8 Hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm	15
Điều 9 Các thay đổi liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm	16
Điều 10 Thay đổi liên quan đến quyền lợi hợp đồng.....	17
Điều 11 Các quy định khác	19
CHƯƠNG 4: PHÍ BẢO HIỂM, CÁC KHOẢN PHÍ CỦA HỢP ĐỒNG VÀ GIÁ TRỊ TÀI KHOẢN HỢP ĐỒNG.....	21
Điều 12 Phí bảo hiểm.....	21
Điều 13 Các khoản phí của hợp đồng và giá trị Tài khoản hợp đồng.....	22
PHỤ LỤC I: ĐỊNH NGHĨA.....	25
PHỤ LỤC II: DANH SÁCH BỆNH HIỂM NGHÈO ĐƯỢC BẢO HIỂM.....	32
PHỤ LỤC III: ĐỊNH NGHĨA BỆNH HIỂM NGHÈO DÀNH CHO TRẺ EM.....	35
PHỤ LỤC IV: ĐỊNH NGHĨA BIẾN CHỨNG BỆNH TIỂU ĐƯỜNG	39
PHỤ LỤC V: ĐỊNH NGHĨA BỆNH HIỂM NGHÈO GIAI ĐOẠN ĐẦU	40
PHỤ LỤC VI: ĐỊNH NGHĨA BỆNH HIỂM NGHÈO GIAI ĐOẠN SAU	46

TÓM TẮT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Tên quyền lợi	Số tiền chi trả
A. Quyền lợi đầu tư	
Quyền lợi duy trì hợp đồng	10% tổng số tiền lãi đầu tư đã tích lũy của 36 tháng liên kế trước thời điểm xem xét quyền lợi, bắt đầu từ cuối Năm hợp đồng thứ 03 và mỗi 03 Năm hợp đồng sau đó cho đến cuối Năm hợp đồng thứ 21
Quyền lợi tiền mặt định kỳ	Giá trị nào nhỏ hơn giữa 0,2% Số tiền bảo hiểm và 03 triệu đồng, bắt đầu từ cuối Năm hợp đồng thứ 03 và mỗi 03 Năm hợp đồng sau đó cho đến cuối Năm hợp đồng thứ 21
Quyền lợi khi kết thúc hợp đồng	100% giá trị Tài khoản hợp đồng
B. Quyền lợi tử vong	
Quyền lợi tử vong	Giá trị nào lớn hơn giữa 100% Số tiền bảo hiểm và giá trị Tài khoản cơ bản, cộng với giá trị Tài khoản đóng thêm
Quyền lợi tử vong do Tai nạn	Nhận thêm 100% Số tiền bảo hiểm (chỉ áp dụng trước Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 Tuổi)
C. Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo chi trả nhiều lần <i>(bảo vệ đến trước Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 Tuổi)</i>	
Bệnh hiểm nghèo dành cho trẻ em	25% Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo, nhưng không vượt quá 500 triệu đồng trên một Người được bảo hiểm
Biến chứng bệnh tiểu đường	25% Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo, nhưng không vượt quá 500 triệu đồng trên một Người được bảo hiểm
Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu (chi trả tối đa 02 Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu)	25% Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo, nhưng không vượt quá 500 triệu đồng trên một Người được bảo hiểm cho một Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu
Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau	100% Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo cho một Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau
Hỗ trợ tài chính khi mắc bệnh Ung thư	2,5% Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo vào mỗi năm, bắt đầu từ 01 năm sau ngày Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau thuộc nhóm bệnh Ung thư, chi trả tối đa 04 lần hoặc đến khi Người được bảo hiểm 75 Tuổi, tùy thời điểm nào đến trước

CHƯƠNG 1: QUYỀN LỢI CỦA SẢN PHẨM

Điều 1 Quyền lợi bảo hiểm

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, Generali sẽ chi trả những quyền lợi bảo hiểm như sau:

1.1 Quyền lợi đầu tư

1.1.1 Lãi đầu tư

Giá trị Tài khoản hợp đồng sẽ được tính lãi hàng tháng theo mức Lãi suất đầu tư. Lãi suất đầu tư này không thấp hơn mức cam kết sau:

Năm hợp đồng	01	Từ 02 đến 10	Từ 11 đến 15	Từ 16 đến 20	Từ 21 trở đi
Lãi suất đầu tư cam kết (%/năm)	4%	3%	2%	1,5%	0,5%

1.1.2 Quyền lợi duy trì hợp đồng và Quyền lợi tiền mặt định kỳ

a. Quyền lợi duy trì hợp đồng

Bắt đầu từ cuối Năm hợp đồng thứ 03 và mỗi 03 Năm hợp đồng sau đó cho đến cuối Năm hợp đồng thứ 21, quyền lợi duy trì hợp đồng bằng 10% tổng số tiền lãi đầu tư đã được tích lũy trong 36 tháng liền kề trước thời điểm xem xét quyền lợi sẽ được phân bổ vào Tài khoản cơ bản nếu thỏa các điều kiện nêu tại Điều 1.1.2.c.

b. Quyền lợi tiền mặt định kỳ

Bắt đầu từ cuối Năm hợp đồng thứ 03 và mỗi 03 Năm hợp đồng sau đó cho đến cuối Năm hợp đồng thứ 21, quyền lợi tiền mặt định kỳ bằng giá trị nào nhỏ hơn giữa 0,2% Số tiền bảo hiểm tại thời điểm xem xét quyền lợi và 3 triệu đồng sẽ được phân bổ vào Tài khoản đóng thêm nếu thỏa các điều kiện nêu tại Điều 1.1.2.c và Bên mua bảo hiểm có thể rút quyền lợi này bất kỳ lúc nào.

c. Điều kiện nhận quyền lợi

Trong thời hạn xem xét quyền lợi, để được nhận các quyền lợi nêu trên, Hợp đồng bảo hiểm cần đáp ứng đầy đủ các điều kiện sau:

- Phí bảo hiểm được đóng đầy đủ đến thời điểm xem xét quyền lợi; và
- Hợp đồng bảo hiểm chưa từng bị mất hiệu lực; và
- Chưa từng thực hiện rút tiền từ Tài khoản cơ bản; và
- Chưa từng thực hiện đóng Phí bảo hiểm bằng hình thức tự động trừ từ Tài khoản cơ bản; và
- Không yêu cầu giảm Số tiền bảo hiểm và/hoặc Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo của sản phẩm chính.

d. Thời hạn xem xét quyền lợi

Thời hạn xem xét quyền lợi đầu tiên là 03 Năm hợp đồng đầu tiên, tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng. Các thời hạn xem xét quyền lợi tiếp theo là mỗi 03 Năm hợp đồng liền kề trước thời điểm xét quyền lợi.

1.1.3 Quyền lợi khi kết thúc hợp đồng

Bên mua bảo hiểm được nhận toàn bộ giá trị Tài khoản hợp đồng sau khi trừ đi (các) Khoản nợ (nếu có) tại Ngày kết thúc hợp đồng.

1.2 Quyền lợi tử vong

1.2.1 Quyền lợi tử vong

Nếu Người được bảo hiểm tử vong, Generali sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm như sau:

- Giá trị nào lớn hơn giữa 100% Số tiền bảo hiểm và giá trị Tài khoản cơ bản tại thời điểm Người được bảo hiểm tử vong, cộng với
- Giá trị Tài khoản đóng thêm (nếu có) tại thời điểm Người được bảo hiểm tử vong; cộng với
- Các khoản Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), được đóng từ sau ngày Người được bảo hiểm tử vong (nếu có);

Trừ đi các khoản sau:

- Các khoản rút tiền từ Tài khoản hợp đồng (bao gồm Phí rút tiền) được thực hiện sau thời điểm Người được bảo hiểm tử vong (nếu có); và
- Các Khoản nợ (nếu có); và
- Tất cả quyền lợi bảo hiểm (bao gồm cả quyền lợi của (các) Bảo hiểm bổ trợ) được chi trả cho các Sự kiện bảo hiểm xảy ra sau thời điểm Người được bảo hiểm tử vong.

1.2.2 Quyền lợi tử vong do Tai nạn

Ngoài quyền lợi chi trả tại Điều 1.2.1, Generali sẽ chi trả thêm 100% Số tiền bảo hiểm tại thời điểm Người được bảo hiểm tử vong, nếu Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn trước Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 Tuổi.

1.2.3 Giới hạn chi trả quyền lợi bảo hiểm

Số tiền bảo hiểm chi trả theo Điều 1.2.1 và Điều 1.2.2 sẽ được điều chỉnh theo tỷ lệ tương ứng với Tuổi của Người được bảo hiểm tại thời điểm xảy ra Sự kiện bảo hiểm như sau:

Tuổi tại thời điểm xảy ra Sự kiện bảo hiểm	Tỷ lệ điều chỉnh (% Số tiền bảo hiểm)
Dưới 01 Tuổi	20%
Từ 01 đến dưới 02 Tuổi	40%
Từ 02 đến dưới 03 Tuổi	60%
Từ 03 đến dưới 04 Tuổi	80%
Từ 04 Tuổi trở lên	100%

1.3 Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo chi trả nhiều lần

1.3.1 Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo dành cho trẻ em

Khi Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo dành cho trẻ em theo quy định tại Phụ lục III của Quy tắc và Điều khoản này trước Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 18 Tuổi, Generali sẽ chi trả 25% Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo, nhưng không vượt quá 500 triệu đồng.

Quyền lợi này được chi trả một lần duy nhất trong suốt thời hạn hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm.

Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều hơn một hợp đồng bảo hiểm/bảo hiểm bồi trợ/quyền lợi bảo hiểm mở rộng Bệnh hiểm nghèo chỉ trả nhiều lần, tổng số tiền chi trả cho Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo dành cho trẻ em phát sinh từ các hợp đồng bảo hiểm/bảo hiểm bồi trợ/quyền lợi bảo hiểm mở rộng này sẽ không vượt quá 500 triệu đồng.

1.3.2 Quyền lợi Biến chứng bệnh tiểu đường

Khi Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc một trong những Biến chứng bệnh tiểu đường theo quy định tại Phụ lục IV của Quy tắc và Điều khoản này từ Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 18 Tuổi đến trước Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 Tuổi, Generali sẽ chi trả 25% Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo, nhưng không vượt quá 500 triệu đồng.

Quyền lợi này được chi trả một lần duy nhất trong suốt thời hạn hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm.

Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều hơn một hợp đồng bảo hiểm/bảo hiểm bồi trợ/quyền lợi bảo hiểm mở rộng Bệnh hiểm nghèo chỉ trả nhiều lần, tổng số tiền chi trả cho Quyền lợi Biến chứng bệnh tiểu đường phát sinh từ các hợp đồng bảo hiểm/bảo hiểm bồi trợ/quyền lợi bảo hiểm mở rộng này sẽ không vượt quá 500 triệu đồng.

1.3.3 Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu

Khi Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu theo quy định tại Phụ lục V của Quy tắc và Điều khoản này trước Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 Tuổi, Generali sẽ chi trả 25% Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo, nhưng không vượt quá 500 triệu đồng cho mỗi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu.

Quyền lợi này chỉ được chi trả cho tối đa là 02 Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu.

Generali sẽ chi trả Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu nếu thỏa các quy định sau:

- Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu của Người được bảo hiểm thuộc 01 trong 05 Nhóm Bệnh hiểm nghèo quy định tại Phụ lục II và không thuộc Nhóm Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu đã được chi trả trước đây; và
- Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu không liên quan trực tiếp hoặc không xuất phát từ cùng nguyên nhân gây ra Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu và/hoặc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau đã được chi trả trước đó.

Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều hơn một hợp đồng bảo hiểm/bảo hiểm bồi trợ/quyền lợi bảo hiểm mở rộng Bệnh hiểm nghèo chỉ trả nhiều lần, tổng số tiền chi trả cho mỗi Bệnh hiểm nghèo của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu phát sinh từ các hợp đồng bảo hiểm/bảo hiểm bồi trợ/quyền lợi bảo hiểm mở rộng này sẽ không vượt quá 500 triệu đồng.

1.3.4 Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau

Khi Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau theo quy định tại Phụ lục VI của Quy tắc và Điều khoản này trước Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 Tuổi, Generali sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo.

Generali sẽ chi trả Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau nếu thỏa các quy định sau:

- Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau của Người được bảo hiểm thuộc 01 trong 05 Nhóm Bệnh hiểm nghèo quy định tại Phụ lục II và không thuộc (các) Nhóm Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau đã được chi trả trước đây.
- Khoảng thời gian tối thiểu giữa (các) lần Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau liên tiếp nhau là 12 tháng.

1.3.5 Quyền lợi hỗ trợ tài chính khi mắc bệnh Ung thư

Khi Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau thuộc nhóm bệnh Ung thư được chấp thuận chi trả, Generali sẽ chi trả thêm 2,5% Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo tại các thời điểm sau đây nếu Người được bảo hiểm còn sống vào các thời điểm này.

- Lần chi trả đầu tiên: sau 01 năm tính từ ngày Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau thuộc nhóm bệnh Ung thư.
- Lần chi trả tiếp theo: mỗi năm sau đó, tính từ lần chi trả đầu tiên.

Tổng Quyền lợi hỗ trợ tài chính khi mắc bệnh Ung thư được chi trả tối đa 04 lần hoặc đến Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 Tuổi, tùy thời điểm nào đến trước.

1.3.6 Quy định chi trả Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo chi trả nhiều lần

a. Generali sẽ không chi trả Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo chi trả nhiều lần quy định tại Điều 1.3, nếu:

- Người được bảo hiểm tử vong trong vòng 14 ngày kể từ ngày được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo; hoặc
- Bệnh hiểm nghèo có triệu chứng hoặc dấu hiệu hoặc được chẩn đoán:
 - trước Ngày phát hành hợp đồng, hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau; hoặc
 - trong vòng 90 ngày kể từ Ngày phát hành hợp đồng, hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau, trừ trường hợp Bệnh hiểm nghèo là hậu quả của Tai nạn và Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo trong vòng 90 ngày kể từ ngày Tai nạn xảy ra.

b. Generali chỉ chi trả một trong các Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo chi trả nhiều lần theo quy định tại Điều 1.3.1, Điều 1.3.2, Điều 1.3.3, và Điều 1.3.4, tùy theo quyền lợi nào cao nhất nếu có nhiều hơn 01 Bệnh hiểm nghèo được chẩn đoán trong cùng một lần Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo hoặc trong cùng một ngày Tai nạn xảy ra hoặc phẫu thuật được thực hiện, cho dù các Bệnh hiểm nghèo này có thể đang ở các giai đoạn, tình trạng hoặc hình thái bệnh khác nhau.

1.4 Đảm bảo duy trì hiệu lực hợp đồng trong 04 Năm hợp đồng đầu tiên

Trong 04 Năm hợp đồng đầu tiên, nếu Bên mua bảo hiểm đóng đủ và đúng hạn Phí bảo hiểm định kỳ (bao gồm trường hợp đóng phí trong thời gian gia hạn đóng phí theo quy định tại Điều 12.2) và không thực hiện rút tiền từ Tài khoản cơ bản, Hợp đồng bảo hiểm vẫn đảm bảo duy trì hiệu lực ngay cả khi giá trị Tài khoản hợp đồng không đủ để trừ Khoản khấu trừ hàng tháng.

Khoản khấu trừ hàng tháng còn thiếu (nếu có) sẽ trở thành Khoản nợ và được tự động khấu trừ vào những Năm hợp đồng tiếp theo hoặc được trừ trước khi chi trả quyền lợi bảo hiểm (nếu có).

Điều 2 Bảo hiểm hỗ trợ

Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu cung cấp Bảo hiểm hỗ trợ cho Người được bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của từng Bảo hiểm hỗ trợ và phù hợp với Quy tắc và Điều khoản này.

Bảo hiểm hỗ trợ của từng Người được bảo hiểm được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các bản phụ lục, các xác nhận sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có).

Điều 3 Các trường hợp ngoài phạm vi bảo hiểm

3.1 Tử vong

Generali sẽ không chi trả quyền lợi tại Điều 1.2.1 mà chỉ chi trả giá trị Tài khoản hợp đồng tại ngày Người được bảo hiểm tử vong nếu Người được bảo hiểm tử vong vì một trong những nguyên nhân sau:

- a. Tự tử, mưu toan tự tử hoặc tự gây ra thương tích trong tình trạng tinh táo hoặc mất trí, trong vòng 02 năm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy ngày nào đến sau;
- b. Hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc Bên mua bảo hiểm;
- c. Tình trạng y tế có trước, ngoại trừ Tình trạng y tế có trước được kê khai trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và được Generali chấp nhận.

3.2 Tử vong do Tai nạn

Generali sẽ không chi trả quyền lợi tại Điều 1.2.2 nếu Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn vì một trong những nguyên nhân sau:

- a. Hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc Bên mua bảo hiểm;
- b. Sử dụng thuốc mà không theo chỉ định của bác sĩ, sử dụng bất kỳ loại chất gây nghiện, ma túy, chất có cồn, chất độc, thuốc kích thích. Thuật ngữ “sử dụng chất có cồn” là trong trường hợp xét nghiệm có nồng độ cồn vượt mức cho phép theo quy định pháp luật;
- c. Hành vi cố ý vi phạm pháp luật của Người được bảo hiểm.

3.3 Bệnh hiểm nghèo

Generali sẽ không chi trả Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo chi trả nhiều lần theo quy định tại Điều 1.3.1, Điều 1.3.2, Điều 1.3.3, và Điều 1.3.4 nếu Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo vì một trong những nguyên nhân sau:

- a. Tự tử, mưu toan tự tử hoặc tự gây ra thương tích trong tình trạng tinh táo hoặc mất trí trong vòng 02 năm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy ngày nào đến sau;
- b. Hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc Bên mua bảo hiểm;
- c. Bệnh phát sinh liên quan đến Tình trạng y tế có trước; ngoại trừ Tình trạng y tế có trước được kê khai trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và được Generali chấp nhận;

- d. Bệnh phát sinh liên quan đến dị tật bẩm sinh;
- e. Sử dụng thuốc mà không theo chỉ định của bác sĩ, sử dụng bất kỳ loại chất gây nghiện, ma túy, chất có cồn, chất độc, thuốc kích thích. Thuật ngữ “sử dụng chất có cồn” là trong trường hợp xét nghiệm có nồng độ cồn vượt mức cho phép theo quy định pháp luật;
- f. Hành vi cố ý vi phạm pháp luật của Người được bảo hiểm.

Khi Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo thuộc một trong các trường hợp loại trừ quy định tại Điều 3.3, nếu Bên mua bảo hiểm tiếp tục đóng Phí bảo hiểm thì Người được bảo hiểm sẽ tiếp tục được bảo hiểm cho các trường hợp không thuộc phạm vi loại trừ và Hợp đồng bảo hiểm vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực. Nếu Bên mua bảo hiểm muốn chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm thì Generali sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm giá trị Tài khoản Hợp đồng (nếu có) tại thời điểm Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có). Ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm là ngày Generali nhận được văn bản yêu cầu của Bên mua bảo hiểm.

3.4 Bảo hiểm bổ trợ

Các trường hợp ngoài phạm vi bảo hiểm được áp dụng theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản của từng Bảo hiểm bổ trợ.

Điều 4 Bảo hiểm tạm thời

4.1 Quyền lợi chi trả

Nếu Người được bảo hiểm chính tử vong do Tai nạn sau khi Bên mua bảo hiểm nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và nộp đủ khoản Phí bảo hiểm tạm tính, Generali sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm tạm thời như sau:

- a. Chi trả số tiền nào thấp hơn giữa 200 triệu đồng và (tổng) Số tiền bảo hiểm của sản phẩm chính yêu cầu trong (các) hồ sơ yêu cầu bảo hiểm cho Người được bảo hiểm chính đang được Generali xem xét; hoặc
- b. Hoàn trả (tổng) Phí bảo hiểm tạm tính của (các) hồ sơ yêu cầu bảo hiểm cho Người được bảo hiểm chính đang được Generali xem xét, nếu (tổng) Phí bảo hiểm tạm tính bằng hoặc lớn hơn 200 triệu đồng.

Bảo hiểm tạm thời không áp dụng đối với (các) Bảo hiểm bổ trợ (nếu có) được đính kèm theo Hợp đồng bảo hiểm này.

4.2 Các trường hợp không chi trả quyền lợi

Generali sẽ hoàn lại toàn bộ Phí bảo hiểm tạm tính đã đóng sau khi trừ đi chi phí xét nghiệm y khoa (nếu có), nếu Người được bảo hiểm chính tử vong vì một trong những nguyên nhân sau:

- a. Hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc Bên mua bảo hiểm;
- b. Sử dụng thuốc mà không theo chỉ định của bác sĩ, sử dụng bất kỳ loại chất gây nghiện, ma túy, chất có cồn, chất độc, thuốc kích thích. Thuật ngữ “sử dụng chất có cồn” là trong trường hợp xét nghiệm có nồng độ cồn vượt mức cho phép theo quy định pháp luật;
- c. Hành vi cố ý vi phạm pháp luật của Người được bảo hiểm.

4.3 Chấm dứt bảo hiểm tạm thời

Bảo hiểm tạm thời chấm dứt vào một trong những thời điểm sau, tùy thời điểm nào đến trước:

- a. Generali phát hành Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- b. Generali từ chối Giấy yêu cầu bảo hiểm;
- c. Generali phát hành thư thông báo điều kiện bảo hiểm bổ sung;
- d. Bên mua bảo hiểm hủy bỏ yêu cầu bảo hiểm.

CHƯƠNG 2: GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 5 Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm

5.1 Quyền lợi khi Người được bảo hiểm tử vong

- a. Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm là Người thụ hưởng do Bên mua bảo hiểm chỉ định.
- b. Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm là Bên mua bảo hiểm trong các trường hợp sau:
 - Không có hoặc không xác định được Người thụ hưởng; hoặc
 - Không có Người thụ hưởng khác khi Người thụ hưởng là cá nhân đã tử vong hoặc tổ chức bị giải thể, phá sản hoặc chấm dứt hoạt động cùng lúc hoặc trước khi Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
 - Nếu có nhiều Người thụ hưởng, mà Người thụ hưởng là cá nhân đã tử vong hoặc tổ chức bị giải thể, phá sản hoặc chấm dứt hoạt động cùng lúc hoặc trước khi Người được bảo hiểm tử vong, phần quyền lợi bảo hiểm tương ứng của Người thụ hưởng đó được chi trả Bên mua bảo hiểm.

Trong các trường hợp trên, nếu Bên mua bảo hiểm đã tử vong, Generali sẽ chi trả cho (những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.

5.2 Quyền lợi khác

Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm là Bên mua bảo hiểm. Nếu Bên mua bảo hiểm tử vong, Generali sẽ chi trả cho (những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.

Điều 6 Thủ tục giải quyết quyền lợi

6.1 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi

Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm gửi thông báo về Sự kiện bảo hiểm và nộp các chứng từ liên quan quy định tại Điều 6.2 cho Generali trong vòng 12 tháng kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm hoặc phát sinh quyền lợi bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan theo quy định của pháp luật sẽ không tính vào thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

6.2 Các chứng từ yêu cầu giải quyết quyền lợi

Bên mua bảo hiểm hoặc Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm nộp cho Generali các chứng từ bằng tiếng Việt như sau:

- a. Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi được khai đầy đủ, chính xác;
- b. Giấy tờ tùy thân của người nhận quyền lợi: chứng minh nhân dân/căn cước công dân/hộ chiếu;
- c. Bảng chứng về quyền nhận quyền lợi: giấy tờ chứng minh mối quan hệ với Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm, thỏa thuận phân chia di sản thừa kế, di chúc, văn bản cử người đại diện nhận quyền lợi...;
- d. Bảng chứng về Sự kiện bảo hiểm:
 - Tử vong: giấy chứng tử/trích lục khai tử;
 - Bệnh hiểm nghèo: chứng từ chứng minh Người được bảo hiểm được Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo theo định nghĩa tại Quy tắc và Điều khoản này.
- e. Bảng chứng về nguyên nhân của Sự kiện bảo hiểm:

- Biên bản khám nghiệm hiện trường, kết luận điều tra của cơ quan có thẩm quyền, biên bản tai nạn, tường trình tai nạn nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra do Tai nạn;
- Giấy ra viện và tóm tắt bệnh án (nếu có nằm viện), giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có phẫu thuật), hồ sơ khám, kết quả xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị từ bất kỳ bác sĩ và/hoặc cơ sở y tế nào mà Người được bảo hiểm đã đến khám và điều trị;
- Biên bản khám nghiệm tử thi (nếu có).

Generali bảo lưu quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm hoặc Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm thực hiện công chứng, chứng thực hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng nêu trên (bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt). Chi phí cho việc cung cấp các giấy tờ này sẽ do Bên mua bảo hiểm hoặc người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm.

Trường hợp có tranh chấp xảy ra, Generali bảo lưu quyền yêu cầu giám định y tế đối với Người được bảo hiểm tại các cơ quan giám định/chuyên viên giám định được Generali chỉ định hoặc chấp thuận. Chi phí cho việc giám định y tế do Generali chi trả. Kết quả giám định y tế là cơ sở để Generali xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

6.3 Bảo hiểm hỗ trợ

Áp dụng theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản của từng Bảo hiểm hỗ trợ.

6.4 Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Generali có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ. Nếu quá thời hạn này, trong trường hợp quyền lợi bảo hiểm được chấp thuận chi trả, Generali sẽ trả thêm lãi trên số tiền chậm trả tương ứng với thời gian quá hạn và theo lãi suất Generali đang áp dụng đối với các khoản tạm ứng từ hợp đồng bảo hiểm được công bố trên cổng thông tin điện tử của Generali tại từng thời điểm.

CHƯƠNG 3: THAM GIA BẢO HIỂM, HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG VÀ NHỮNG THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN HỢP ĐỒNG

Điều 7 Tham gia bảo hiểm

7.1 Tham gia bảo hiểm

- a. Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm yêu cầu tham gia bảo hiểm bằng việc điền đầy đủ, chính xác thông tin và ký tên vào Giấy yêu cầu bảo hiểm, cung cấp thông tin và tài liệu làm cơ sở thẩm định theo yêu cầu của Generali theo Điều 7.2 và đóng đủ Phí bảo hiểm tạm tính.
- b. Để được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo quy định tại Phụ lục I, mục 2 của Quy tắc và Điều khoản này và đáp ứng các điều kiện về thẩm định của Generali.
- c. Người được bảo hiểm đồng ý đối với việc bảo hiểm trên sinh mạng của mình bằng việc ký tên trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm. Nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi, Bên mua bảo hiểm cần được sự chấp thuận của cha, mẹ, người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm.

7.2 Cung cấp thông tin

- a. Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp, kê khai đầy đủ và chính xác các thông tin vào Giấy yêu cầu bảo hiểm, hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm, hồ sơ yêu cầu điều chỉnh Hợp đồng bảo hiểm để phục vụ cho việc thẩm định và xem xét bảo hiểm. Việc kiểm tra sức khỏe (nếu có) không thay thế việc kê khai đầy đủ và chính xác của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm.
- b. Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cố tình vi phạm việc cung cấp thông tin tại Điều 7.2.a, mà nếu biết được thông tin này đầy đủ, chính xác:
 - Generali đã từ chối yêu cầu bảo hiểm, yêu cầu điều chỉnh hợp đồng hoặc yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng thì:
 - Quyền lợi sẽ không được chi trả, và
 - Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực. Generali chi trả cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau khi trừ đi chi phí khám, xét nghiệm y khoa, các quyền lợi đã được chi trả trước đó, các khoản tiền đã rút (bao gồm Phí rút tiền) và Khoản nợ (nếu có).
 - Generali đã chỉ từ chối yêu cầu tham gia, yêu cầu điều chỉnh của (các) Bảo hiểm bổ trợ thì quyền lợi sẽ không được chi trả và (các) Bảo hiểm bổ trợ này sẽ chấm dứt hiệu lực. Khi đó, Generali sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm các khoản sau:
 - Phí ban đầu và Phí bảo hiểm rủi ro đã khấu trừ của (các) Bảo hiểm bổ trợ; trừ đi
 - Các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả của (các) Bảo hiểm bổ trợ này; trừ đi
 - Các khoản nợ (nếu có).
 - Generali đã chấp thuận bảo hiểm với điều kiện bổ sung thì Generali sẽ thỏa thuận với Bên mua bảo hiểm về việc thu thêm khoản Phí bảo hiểm, hoặc áp dụng loại trừ bảo hiểm hoặc điều chỉnh giảm Số tiền bảo hiểm tương ứng với mức rủi ro. Nếu Bên mua bảo hiểm không đồng ý với điều kiện thỏa thuận,

Generali chi trả cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau khi trừ đi chi phí khám, xét nghiệm y khoa, các quyền lợi đã được chi trả trước đó, các khoản tiền đã rút (bao gồm Phí rút tiền nếu có) và Khoản nợ (nếu có).

- Generali không thay đổi quyết định chấp thuận bảo hiểm, yêu cầu điều chỉnh hợp đồng hoặc yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng, Generali vẫn chi trả quyền lợi theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm.
- c. Generali có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm. Trường hợp Generali cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết hợp đồng thì Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm, Generali sẽ bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật.

7.3 Thời gian cân nhắc

Bên mua bảo hiểm có thể từ chối tham gia bảo hiểm bằng việc gửi văn bản đến Generali trong vòng 21 ngày kể từ ngày nhận được Hợp đồng bảo hiểm. Khi đó, Hợp đồng bảo hiểm bị hủy bỏ, Generali hoàn trả toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau khi trừ đi các chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có).

7.4 Miễn truy xét

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, các thông tin kê khai không chính xác hoặc bị bỏ sót trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và các giấy tờ có liên quan sẽ được miễn truy xét sau 24 tháng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau.

Quy định này không áp dụng đối với trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm việc kê khai thông tin theo Điều 7.2, làm ảnh hưởng tới quyết định chấp thuận bảo hiểm, yêu cầu điều chỉnh hợp đồng hoặc yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng của Generali.

7.5 Trách nhiệm bảo mật thông tin khách hàng

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

- a. Thu thập, sử dụng, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền, theo quy định của pháp luật hoặc cho mục đích thẩm định, định phí bảo hiểm, phát hành/thực hiện hợp đồng bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, giải quyết quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm, phòng chống khủng bố/rửa tiền, nghiên cứu đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn và quản trị cơ sở dữ liệu.
- b. Các trường hợp khác được Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đồng ý bằng văn bản.
 - Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải được thông báo về mục đích chuyển giao thông tin và được quyền lựa chọn giữa đồng ý hoặc không đồng ý với việc chuyển giao đó; và
 - Việc Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm từ chối cho phép chuyển giao thông tin cho bên thứ ba ngoài Điều 7.5.a không được sử dụng làm lý do để từ chối giao kết hợp đồng.

Điều 8 Hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm

8.1 Hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm

Nếu yêu cầu bảo hiểm được Generali chấp nhận, Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực từ ngày Bên mua bảo hiểm ký Giấy yêu cầu bảo hiểm và nộp đủ Phí bảo hiểm tạm tính, với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm Generali phát hành Giấy chứng nhận bảo hiểm.

8.2 Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước hạn

Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Generali trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực. Ngày chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm là ngày Generali nhận được văn bản yêu cầu chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm. Khi đó, Generali sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm Giá trị hoàn lại (nếu có) tại thời điểm Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có).

8.3 Chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực khi xảy ra một trong những trường hợp sau:

- a. Ngày kết thúc hợp đồng;
- b. Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực trên 24 tháng liên tục;
- c. Người được bảo hiểm tử vong;
- d. Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Điều 7.2.b, Điều 7.3, Điều 8.2, Điều 9.1.c, Điều 9.4, Điều 10.4.b của Quy tắc và Điều khoản;
- e. Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật, của Quy tắc và Điều khoản.

8.4 Khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm

Trong vòng 24 tháng kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực và không muộn hơn Ngày kết thúc hợp đồng, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm khi đáp ứng các yêu cầu sau:

- a. Các khoản tiền để khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Generali được đóng đủ; và
- b. Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đáp ứng các điều kiện tham gia bảo hiểm và cung cấp thông tin theo quy định của Generali.

Các khoản tiền để khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm được quy định như sau:

- Trường hợp Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực theo Điều 12.2.d do Bên mua bảo hiểm không nộp phí bảo hiểm đến hạn trong 04 Năm hợp đồng đầu tiên theo quy định tại Điều 12.2.a: Bên mua bảo hiểm phải đóng Phí bảo hiểm của tất cả các kỳ phí quá hạn và Phí bảo hiểm của kỳ tiếp theo (nếu ngày yêu cầu khôi phục hiệu lực cách ngày đến hạn đóng phí của kỳ phí này dưới 15 ngày).
- Trường hợp Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực theo Điều 12.2.d do giá trị Tài khoản Hợp đồng không đủ để khấu trừ Khoản khấu trừ hàng tháng theo quy định tại Điều 12.2.a hoặc Điều 12.2.b: Bên mua bảo hiểm phải đóng Phí bảo hiểm của tối thiểu 01 kỳ phí nếu định kỳ đóng phí là năm/ nửa năm hoặc tối thiểu 02 kỳ phí nếu định kỳ đóng phí là quý hoặc tối thiểu 03 kỳ phí nếu là định kỳ đóng phí là tháng.

Việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm sẽ có hiệu lực ngay sau khi được Generali chấp thuận bằng văn bản với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm phát hành văn bản chấp thuận.

Điều 9 Các thay đổi liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, nếu có (các) thay đổi sau đây liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm cần thông báo cho Generali bằng văn bản (các) thay đổi đó trong vòng 30 ngày. Các thay đổi này có hiệu lực khi Generali chấp thuận bằng văn bản và các văn bản chấp thuận này là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

9.1 Thay đổi nơi cư trú, giấy tờ tùy thân, nghề nghiệp, Người thụ hưởng

- a. Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi nơi cư trú và/hoặc thông tin liên lạc (địa chỉ liên lạc, số điện thoại liên lạc, thư điện tử (email));
- b. Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng thay đổi thông tin của giấy tờ tùy thân đã đăng ký với Generali như: chứng minh nhân dân, căn cước công dân, hộ chiếu, giấy khai sinh,...;
- c. Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam liên tục trên 03 tháng hoặc thay đổi nghề nghiệp. Trong trường hợp này, Hợp đồng bảo hiểm có thể được:
 - i. tiếp tục hiệu lực với mức Phí bảo hiểm rủi ro không đổi, hoặc
 - ii. tăng mức Phí bảo hiểm rủi ro, hoặc
 - iii. loại trừ bảo hiểm (không chi trả quyền lợi thuộc phạm vi bị loại trừ), hoặc
 - iv. chấm dứt hiệu lực (các) Bảo hiểm bổ trợ. Trong trường hợp này, Generali sẽ hoàn trả lại:
 - Phí ban đầu và Phí bảo hiểm rủi ro đã khấu trừ từ thời điểm Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam hoặc thay đổi nghề nghiệp; trừ đi
 - Các quyền lợi đã chi trả cho các sự kiện bảo hiểm xảy ra sau thời điểm Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam hoặc thay đổi nghề nghiệp; trừ đi
 - Các khoản nợ (nếu có)của (các) Bảo hiểm bổ trợ đó; hoặc
- v. chấm dứt hiệu lực và Generali chi trả cho Bên mua bảo hiểm
 - Giá trị Tài khoản hợp đồng (nếu có) tại ngày Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam hoặc thay đổi nghề nghiệp; cộng với
 - Các khoản Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), được đóng từ sau ngày Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam hoặc thay đổi nghề nghiệp (nếu có);Trừ đi các khoản sau:
 - Các khoản rút tiền từ Tài khoản hợp đồng (bao gồm Phí rút tiền) được thực hiện sau thời điểm Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam hoặc thay đổi nghề nghiệp (nếu có); và
 - Các Khoản nợ (nếu có); và

- Tất cả các quyền lợi bảo hiểm (bao gồm cả quyền lợi của (các) Bảo hiểm bổ trợ) được chi trả cho các Sự kiện bảo hiểm xảy ra sau thời điểm Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam hoặc thay đổi nghề nghiệp (nếu có).

Các quyết định này sẽ có hiệu lực kể từ thời điểm Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam hoặc thay đổi nghề nghiệp;

- d. Bên mua bảo hiểm thay đổi Người thụ hưởng và việc thay đổi này không cần sự đồng ý của bất kỳ Người thụ hưởng nào đã được chỉ định trước đó.

9.2 Chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có thể gửi văn bản yêu cầu chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm. Bên nhận chuyển nhượng cần hội đủ điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm theo quy định của Quy tắc và Điều khoản này đồng thời Người được bảo hiểm không thay đổi.

Việc chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực khi Generali chấp thuận bằng văn bản. Generali sẽ không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp của việc chuyển nhượng giữa Bên mua bảo hiểm và bên nhận chuyển nhượng. Sau khi việc chuyển nhượng có hiệu lực, bên nhận chuyển nhượng sẽ tiếp nhận quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

9.3 Thay đổi khi Bên mua bảo hiểm tử vong

Nếu Bên mua bảo hiểm là cá nhân tử vong thì (những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm sẽ tiếp nhận tất cả các quyền và nghĩa vụ phát sinh từ Hợp đồng bảo hiểm.

9.4 Thay đổi khi Bên mua bảo hiểm giải thể, phá sản hoặc chấm dứt hoạt động

Nếu Bên mua bảo hiểm là tổ chức chấm dứt hoạt động (giải thể, phá sản và các trường hợp chấm dứt hoạt động khác theo quy định của pháp luật) mà Hợp đồng bảo hiểm chưa được chuyển nhượng, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực và Generali chi trả Giá trị hoàn lại (nếu có) tại thời điểm chấm dứt hoạt động cho người có quyền nhận quyền lợi theo quy định của pháp luật hiện hành.

Điều 10 Thay đổi liên quan đến quyền lợi hợp đồng

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể gửi văn bản đến Generali để thực hiện các yêu cầu sau:

10.1 Thay đổi Số tiền bảo hiểm và/hoặc Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo

Bên mua bảo hiểm có thể gửi văn bản yêu cầu tăng hoặc giảm Số tiền bảo hiểm và/hoặc Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo.

- a. Việc thay đổi Số tiền bảo hiểm và/hoặc Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo này có hiệu lực từ Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng tiếp theo ngay sau khi Generali chấp thuận bằng văn bản với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm phát hành văn bản chấp thuận.
- b. Số tiền bảo hiểm và/hoặc Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo sau khi thay đổi phải đáp ứng quy định về số tiền bảo hiểm tối thiểu và tối đa, theo quy định của Generali tại từng thời điểm. Phí bảo hiểm rủi ro và các điều kiện khác liên quan tương ứng với Số tiền bảo hiểm và/hoặc Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo sẽ thay đổi theo. Trường hợp Bên mua bảo hiểm yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm và/hoặc Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo, Phí bảo hiểm cơ bản sẽ được điều chỉnh tương ứng. Trường hợp Bên mua bảo hiểm yêu cầu giảm

- Số tiền bảo hiểm và/hoặc Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo, Phí bảo hiểm cơ bản sẽ không thay đổi.
- c. Trường hợp tăng Số tiền bảo hiểm và/hoặc Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo, Người được bảo hiểm không được vượt quá 65 Tuổi tại thời điểm yêu cầu và đáp ứng các điều kiện về thẩm định của Generali và chưa được chấp thuận chi trả bất kỳ Quyền lợi bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau nào theo quy định tại Điều 1.3.4.
 - d. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm và/hoặc Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo, Generali sẽ không chi trả phần tăng thêm của Số tiền bảo hiểm và/hoặc Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo nếu Người được bảo hiểm tử vong do tự tử, mưu toan tự tử hoặc tự gây ra thương tích trong tình trạng tinh tảo hoặc mất trí trong vòng 02 năm kể từ ngày yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm và/hoặc Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo được Generali chấp thuận bằng văn bản.
 - e. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo, Generali sẽ không chi trả phần tăng thêm của Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo nếu Bệnh hiểm nghèo có triệu chứng hoặc dấu hiệu hoặc được chẩn đoán trước hoặc trong vòng 90 ngày kể từ ngày yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo được Generali chấp thuận bằng văn bản.

10.2 Rút tiền từ Tài khoản hợp đồng

Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu rút tiền từ Tài khoản hợp đồng và chịu Phí rút tiền được áp dụng theo Điều 13.4 của Quy tắc và Điều khoản này. Điều kiện rút tiền:

- a. Số tiền yêu cầu rút mỗi lần phải đáp ứng quy định về số tiền rút tối thiểu và tối đa và Giá trị hoàn lại sau khi rút tiền không thấp hơn mức tối thiểu theo quy định của Generali tại từng thời điểm; và
- b. Sau khi rút tiền, Số tiền bảo hiểm sẽ được điều chỉnh giảm tương ứng nhưng không thấp hơn Số tiền bảo hiểm tối thiểu theo quy định của Generali.
- c. Việc rút tiền sẽ ưu tiên từ Tài khoản đóng thêm trước (nếu có), sau đó đến Tài khoản cơ bản.

10.3 Bổ sung hoặc chấm dứt Bảo hiểm bổ trợ

- a. Bên mua bảo hiểm có thể tham gia thêm (các) Bảo hiểm bổ trợ cho Người được bảo hiểm khi:
 - Generali có cung cấp (các) Bảo hiểm bổ trợ này;
 - Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đủ điều kiện tham gia và đáp ứng yêu cầu thẩm định của Generali;
 - Phí bảo hiểm bổ trợ được đóng đủ.
- b. Bảo hiểm bổ trợ có hiệu lực từ Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng tiếp theo ngay sau khi được Generali chấp thuận bằng văn bản. Bên mua bảo hiểm có thể gửi văn bản yêu cầu chấm dứt (các) Bảo hiểm bổ trợ. (Các) Bảo hiểm bổ trợ sẽ chấm dứt hiệu lực vào Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng tiếp theo ngay sau khi được Generali chấp thuận.

10.4 Nhầm lẫn khi kê khai Tuổi và giới tính

- a. Trường hợp kê khai sai Tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm mà Tuổi đúng vẫn thuộc nhóm tuổi được bảo hiểm, Generali điều chỉnh Phí bảo hiểm rủi ro, Phí bảo hiểm cơ bản, Phí bảo hiểm bổ trợ và/hoặc các khoản chi phí khác theo Tuổi và/hoặc giới tính đúng phù hợp với quy định của Generali tại từng thời điểm. Giá trị Tài khoản hợp đồng sẽ được Generali điều chỉnh tương ứng.
- b. Trường hợp kê khai sai Tuổi và Tuổi đúng của Người được bảo hiểm chính không thuộc nhóm tuổi được bảo hiểm của sản phẩm chính, Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ. Khi đó, Generali hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm tổng Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) sau khi trừ đi các khoản sau:
 - Rút tiền từ Tài khoản hợp đồng (nếu có);
 - Tất cả các quyền lợi bảo hiểm (bao gồm cả quyền lợi của (các) Bảo hiểm bổ trợ) đã được chi trả;
 - Khoản nợ (nếu có);
 - Chi phí khám, xét nghiệm y khoa;
- c. Ngoại trừ trường hợp ở Điều 10.4.a và Điều 10.4.b trên đây, trong trường hợp kê khai sai Tuổi và Tuổi đúng của Người được bảo hiểm chính và/hoặc Người được bảo hiểm bổ sung không thuộc nhóm tuổi được bảo hiểm của (các) Bảo hiểm bổ trợ đính kèm tương ứng với Người được bảo hiểm đó thì (các) Bảo hiểm bổ trợ này sẽ bị hủy bỏ. Khi đó, Hợp đồng bảo hiểm vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực và Generali sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm các khoản sau:
 - Phí ban đầu và Phí bảo hiểm rủi ro đã khấu trừ của (các) Bảo hiểm bổ trợ này; trừ đi
 - Các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả trước đó của (các) Bảo hiểm bổ trợ này; trừ đi
 - Các Khoản nợ (nếu có).

Điều 11 Các quy định khác

11.1 Giải quyết tranh chấp

Tranh chấp phát sinh từ Hợp đồng bảo hiểm, nếu không thể giải quyết thông qua thương lượng thì sẽ được giải quyết tại tòa án nơi có trụ sở chính của Generali hoặc tại nơi thường trú của Bên mua bảo hiểm. Thời hiệu khởi kiện trong vòng 03 năm từ ngày xảy ra tranh chấp.

11.2 Tính tách biệt của các điều khoản

Nếu bất kỳ điều khoản nào trong Hợp đồng bảo hiểm bị tuyên bố là bất hợp pháp, vô hiệu hoặc không thể thực thi vì bất kỳ lý do gì thì sự bất hợp pháp, vô hiệu hoặc không thể thực thi này sẽ không ảnh hưởng đến những điều khoản còn lại của Hợp đồng bảo hiểm. Các điều khoản còn lại sẽ tiếp tục hiệu lực và được thực thi theo pháp luật hiện hành.

11.3 Khấu trừ Khoản nợ vào quyền lợi bảo hiểm

Generali sẽ khấu trừ Khoản nợ (nếu có) trước khi chi trả bất cứ quyền lợi bảo hiểm nào. Generali có quyền ưu tiên hơn so với bất kỳ chủ nợ, chủ hợp đồng hay bất kỳ bên có quyền lợi liên quan nào khác để giải quyết bất kỳ khoản khấu trừ nào nêu trên. Trong

trường hợp có bất kỳ sự mâu thuẫn nào giữa điều này và các điều khoản còn lại của Quy tắc và Điều khoản, Điều 11.3 sẽ được áp dụng.

CHƯƠNG 4: PHÍ BẢO HIỂM, CÁC KHOẢN PHÍ CỦA HỢP ĐỒNG VÀ GIÁ TRỊ TÀI KHOẢN HỢP ĐỒNG

Điều 12 Phí bảo hiểm

12.1 Phí bảo hiểm và định kỳ đóng Phí bảo hiểm

- a. Phí bảo hiểm được xác định dựa trên Số tiền bảo hiểm, Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo, Tuổi, giới tính của Người được bảo hiểm, và kết quả thăm định của Generali đối với Người được bảo hiểm.
- b. Định kỳ đóng phí có thể là năm, nửa năm, quý hoặc tháng, tùy theo quy định nội bộ về triển khai sản phẩm của Generali được ban hành tại từng thời điểm.
- c. Phí bảo hiểm và định kỳ đóng phí được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các bản phụ lục, các xác nhận sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có). Bên mua bảo hiểm có thể gửi văn bản yêu cầu thay đổi định kỳ đóng Phí bảo hiểm đến Generali. Việc thay đổi chỉ có hiệu lực kể từ khi có văn bản chấp thuận của Generali.
- d. Quy định về phương thức phân bổ phí bảo hiểm:
 - i. Phí bảo hiểm sẽ được phân bổ theo thứ tự ưu tiên như sau:
 - i.1 Phí bảo hiểm định kỳ chưa đóng đủ cho các Năm hợp đồng trước đó (nếu có);
 - i.2 Phí bảo hiểm định kỳ đến hạn nhưng chưa được đóng đủ của Năm hợp đồng hiện tại;
 - i.3 Phí bảo hiểm định kỳ của các định kỳ đóng phí kế tiếp cho đến hết Năm hợp đồng hiện tại;
 - i.4 Phí bảo hiểm còn lại sau khi đã đóng đủ Phí bảo hiểm của Năm hợp đồng hiện tại và các Năm hợp đồng trước đó sẽ được tự động phân bổ vào Phí bảo hiểm đóng thêm.
 - ii. Nếu phí bảo hiểm không đủ cho một định kỳ đóng phí, khoản phí bảo hiểm này sẽ được phân bổ theo tỷ trọng của Phí bảo hiểm cơ bản và Phí bảo hiểm bổ trợ của Hợp đồng bảo hiểm.

12.2 Đóng phí và gia hạn đóng phí

- a. Trong 04 Năm hợp đồng đầu tiên:
 - Phí bảo hiểm định kỳ phải được đóng đủ và đúng hạn để duy trì hiệu lực hợp đồng.
 - Thời gian gia hạn đóng phí là 60 ngày tính từ:
 - Ngày đến hạn đóng phí nếu Phí bảo hiểm định kỳ không được đóng đủ và đúng hạn vào Ngày đến hạn đóng phí; hoặc
 - Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng mà giá trị Tài khoản hợp đồng không đủ cho Khoản khấu trừ hàng tháng, trừ trường hợp quy định tại Điều 1.4, tùy thời điểm nào đến trước.
 - Sau khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí mà Phí bảo hiểm định kỳ chưa được đóng và giá trị Tài khoản hợp đồng đủ để đóng cho khoản Phí bảo hiểm định kỳ này, Generali sẽ tự động trích từ giá trị Tài khoản hợp đồng để đóng khoản Phí bảo hiểm này.

- b. Từ Năm hợp đồng thứ 05 trở đi:
- Phí bảo hiểm định kỳ được đóng theo định kỳ đóng phí đã chọn hoặc đóng vào bất kỳ lúc nào.
 - Thời gian gia hạn đóng phí là 60 ngày kể từ Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng mà giá trị Tài khoản hợp đồng không đủ cho Khoản khấu trừ hàng tháng.
- c. Trong thời gian gia hạn đóng phí, Hợp đồng bảo hiểm vẫn có hiệu lực và Khoản khấu trừ hàng tháng vẫn được trừ từ giá trị Tài khoản hợp đồng. Nếu giá trị Tài khoản hợp đồng không đủ để khấu trừ, Khoản khấu trừ hàng tháng phát sinh trong khoảng thời gian gia hạn này sẽ được xem là Khoản nợ và được khấu trừ ngay khi có Phí bảo hiểm được phân bổ vào Tài khoản hợp đồng hoặc được trừ trước khi chi trả quyền lợi bảo hiểm (nếu có).
- d. Nếu Bên mua bảo hiểm không đóng Phí bảo hiểm theo điểm (a) và điểm (b) nêu trên, Hợp đồng bảo hiểm sẽ mất hiệu lực từ Ngày đến hạn đóng phí hoặc từ Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng mà giá trị Tài khoản hợp đồng không đủ cho Khoản khấu trừ hàng tháng, tùy thời điểm nào đến trước.

12.3 Đóng thêm phí bảo hiểm

Vào bất kỳ thời điểm nào, Bên mua bảo hiểm có thể đóng thêm phí bảo hiểm sau khi đóng đủ Phí bảo hiểm của Năm hợp đồng hiện tại và các Năm hợp đồng trước đó. Mức Phí bảo hiểm đóng thêm tối thiểu và tối đa sẽ theo quy định của Generali tại từng thời điểm, nhưng tổng Phí bảo hiểm đóng thêm trong mỗi Năm hợp đồng không vượt quá 05 lần mức phí bảo hiểm của Năm hợp đồng đầu tiên. Phí bảo hiểm của năm hợp đồng đầu tiên bao gồm Phí bảo hiểm cơ bản và Phí bảo hiểm bổ trợ (nếu có) tại thời điểm phát hành. Generali có thể thay đổi quy định về mức Phí bảo hiểm đóng thêm và có thể ngưng nhận Phí bảo hiểm đóng thêm vào bất kỳ lúc nào trong suốt Thời hạn hợp đồng.

Điều 13 Các khoản phí của hợp đồng và giá trị Tài khoản hợp đồng

13.1 Phí ban đầu

- a. Phí ban đầu được tính theo tỷ lệ % của Phí bảo hiểm cơ bản và Phí bảo hiểm đóng thêm như sau:

Phí bảo hiểm của Năm hợp đồng	1	2	3	4	5	6+
% Phí bảo hiểm cơ bản	70%	40%	35%	25%	10%	0%
% Phí bảo hiểm đóng thêm	2%					

- b. Phí ban đầu áp dụng cho (các) Bảo hiểm bổ trợ sẽ được quy định trong Quy tắc và Điều khoản của từng Bảo hiểm bổ trợ.

13.2 Phí bảo hiểm rủi ro

- a. Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Phí bảo hiểm rủi ro được khấu trừ từ giá trị Tài khoản hợp đồng vào mỗi Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng.
- b. Tỷ lệ phí bảo hiểm rủi ro dùng để tính Phí bảo hiểm rủi ro thay đổi theo Tuổi, giới tính, tình trạng sức khỏe và nghề nghiệp của Người được bảo hiểm, và có thể được điều chỉnh sau khi được Bộ Tài chính chấp thuận. Việc điều chỉnh tỷ lệ phí bảo hiểm rủi ro sẽ được thông báo bằng văn bản đến Bên mua bảo hiểm chậm nhất 03 tháng trước khi áp dụng.

13.3 Phí quản lý hợp đồng

- a. Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Phí quản lý hợp đồng được khấu trừ từ giá trị Tài khoản hợp đồng vào mỗi Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng.
- b. Trong năm 2019, Phí quản lý hợp đồng là 33.000 đồng mỗi tháng và tự động tăng 2.000 đồng mỗi năm dương lịch sau đó. Trong mọi trường hợp, Phí quản lý hợp đồng không vượt quá 60.000 đồng mỗi tháng.
- c. Phí quản lý hợp đồng có thể được điều chỉnh sau khi được Bộ Tài chính chấp thuận. Việc điều chỉnh này được thông báo bằng văn bản đến Bên mua bảo hiểm chậm nhất 03 tháng trước khi áp dụng.

13.4 Phí rút tiền từ Tài khoản hợp đồng

Phí rút tiền từ Tài khoản cơ bản là 2% số tiền rút và áp dụng trong suốt Thời hạn hợp đồng.

Generali không áp dụng Phí rút tiền đối với các yêu cầu rút tiền từ Tài khoản đóng thêm của Bên mua bảo hiểm.

13.5 Phí chấm dứt hợp đồng bảo hiểm trước hạn

- a. Đối với Tài khoản cơ bản

Năm hợp đồng	% Phí bảo hiểm của Năm hợp đồng đầu tiên tại thời điểm phát hành Hợp đồng bảo hiểm
1	100%
2	100%
3	90%
4	80%
5	70%
6	50%
7	40%
8	30%
9	20%
10	10%
11 - 15	5%
16+	0%

Nếu giá trị Tài khoản cơ bản nhỏ hơn Phí chấm dứt hợp đồng bảo hiểm trước hạn, Phí chấm dứt hợp đồng bảo hiểm trước hạn bằng giá trị Tài khoản cơ bản tại thời điểm chấm dứt hợp đồng trước thời hạn.

- b. Đối với Tài khoản đóng thêm: Không áp dụng.

13.6 Phí quản lý quỹ

Phí quản lý quỹ được khấu trừ trước khi Generali công bố Lãi suất đầu tư. Phí quản lý quỹ tối đa là 2% mỗi năm tính trên giá trị Tài khoản hợp đồng.

13.7 Tài khoản hợp đồng

Bao gồm Tài khoản cơ bản và Tài khoản đóng thêm (nếu có).

Giá trị Tài khoản cơ bản và giá trị Tài khoản đóng thêm (nếu có) thay đổi trong những trường hợp sau:

- Tăng khi đóng Phí bảo hiểm định kỳ và/hoặc Phí bảo hiểm đóng thêm được phân bổ;
- Tăng do được cộng khoản lãi đầu tư;
- Tăng do phát sinh Quyền lợi duy trì hợp đồng và Quyền lợi tiền mặt định kỳ;
- Giảm do trừ Khoản khấu trừ hàng tháng;
- Giảm do tự động trích đóng Phí bảo hiểm định kỳ;
- Giảm do rút tiền từ Tài khoản hợp đồng.

PHỤ LỤC I: ĐỊNH NGHĨA

1. Bác sĩ

Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa trong lĩnh vực Tây y được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi đào tạo chuyên ngành và phạm vi giấy phép theo Luật pháp của nước sở tại tại nơi người đó hành nghề. Bác sĩ không được đồng thời là:

- a. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- b. Vợ/chồng hợp pháp, con, anh chị em ruột, cha mẹ, ông bà, cháu, cha dượng, mẹ kế của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng.

2. Bên mua bảo hiểm

Là cá nhân hoặc tổ chức kê khai, ký tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm và đóng Phí bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

- a. Cá nhân đang cư trú tại Việt Nam, đủ 18 tuổi trở lên và có năng lực hành vi dân sự đầy đủ theo quy định của pháp luật tại thời điểm kê khai và ký tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm; hoặc
- b. Tổ chức được thành lập và đang hoạt động hợp pháp tại Việt Nam tại thời điểm kê khai và ký tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm.

Bên mua bảo hiểm có thể tham gia hợp đồng bảo hiểm cho Người được bảo hiểm là:

- a. Bản thân;
- b. Vợ, chồng, con, cha, mẹ của Bên mua bảo hiểm;
- c. Anh, chị, em ruột của Bên mua bảo hiểm;
- d. Người có quan hệ nuôi dưỡng, cấp dưỡng của Bên mua bảo hiểm;
- e. Người khác nếu Bên mua bảo hiểm có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo quy định của pháp luật hiện hành.

3. Bệnh hiểm nghèo

Bao gồm Bệnh hiểm nghèo dành cho trẻ em, Biến chứng bệnh tiểu đường, Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu và Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau theo nhóm bệnh được quy định tại Phụ lục II của Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

4. Bệnh viện

Là Cơ sở y tế và phải có chữ “Bệnh viện” trên con dấu chính thức.

Đối với Bệnh viện ngoài lãnh thổ Việt Nam, tư cách của Bệnh viện phải được thể hiện bằng ngôn ngữ của quốc gia/lãnh thổ đó mà được hiểu là “Bệnh viện” theo nghĩa tiếng Việt.

Vì mục đích của sản phẩm này, Bệnh viện không bao gồm các tổ chức sau đây:

- a. Bệnh viện, viện tâm thần;
- b. Bệnh viện, viện phong;
- c. Nhà điều dưỡng, nhà lưu bệnh;
- d. Nhà bảo sanh, nhà an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, nghiện ma túy;
- e. Bệnh viện, viện, khoa hoặc bất cứ cơ sở y học cổ truyền, y học dân tộc;

f. Bệnh viện, viện phục hồi chức năng.

5. Cơ sở y tế

Là tổ chức được thành lập hợp pháp và hoạt động theo luật của nước sở tại tại nơi tổ chức này đặt cơ sở, có giấy phép hoạt động và đáp ứng được các yêu cầu sau:

- a. được thành lập và hoạt động liên tục 24 giờ trong ngày nhằm cung cấp dịch vụ khám, chẩn đoán và điều trị cho người bị bệnh tật, thương tích;
- b. có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca phẫu thuật y khoa;
- c. có đầy đủ điều kiện cho hoạt động điều trị nội trú và theo dõi bệnh nhân;
- d. có lưu giữ đầy đủ bệnh án và hồ sơ của bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của cơ quan có thẩm quyền.

6. Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo

Là chẩn đoán sau cùng của một hay nhiều Bệnh hiểm nghèo được thực hiện bởi Bác sĩ hoặc nhóm Bác sĩ chuyên khoa của Bệnh viện.

Kết quả Chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo được chấp nhận nếu đáp ứng các điều kiện tại định nghĩa Bệnh hiểm nghèo theo quy định tại Phụ lục III, Phụ lục IV, Phụ lục V và Phụ lục VI, dựa trên những bằng chứng y khoa của Người được bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm hoặc Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm cung cấp. Generali có thể yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành những xét nghiệm khác nếu cần thiết.

Trong trường hợp xảy ra tranh chấp trên kết quả chẩn đoán, Generali có thể yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành xét nghiệm y khoa tại một trung tâm xét nghiệm độc lập theo thoả thuận giữa Generali và Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm. Generali và Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm phải tuân theo kết quả xét nghiệm sau cùng này. Mọi chi phí cho việc tiến hành xét nghiệm y khoa trong trường hợp tranh chấp theo yêu cầu của Generali sẽ do Generali chịu trách nhiệm.

7. Chức năng sinh hoạt hàng ngày

Bao gồm 06 chức năng sau:

- Tắm rửa: là khả năng tắm rửa trong bồn tắm hoặc dưới vòi sen (bao gồm việc bước vào và bước ra khỏi bồn tắm, phòng tắm) hoặc tắm rửa bằng các phương tiện khác.
- Mặc quần áo: là khả năng mặc và cởi quần áo hay các trang phục khác, mang và tháo các loại niềng răng, chân tay giả hay những thiết bị y tế tương tự.
- Dịch chuyển: là khả năng di chuyển từ giường ra ghế hay vào xe lăn, và ngược lại.
- Đi lại: là khả năng di chuyển trong nhà, từ phòng này qua phòng khác trên cùng một mặt bằng.
- Tiêu, tiểu: là khả năng kiểm soát chức năng tiêu, tiểu để đảm bảo vệ sinh cá nhân.
- Ăn uống: là khả năng tự đưa thức ăn đã được chuẩn bị sẵn vào miệng.

8. Generali

Là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Generali Việt Nam hoạt động theo Giấy phép thành lập và hoạt động số 61GP/KDBH do Bộ Tài chính cấp ngày 20 tháng 04 năm 2011.

9. Giấy yêu cầu bảo hiểm

Là văn bản yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

10. Giấy chứng nhận bảo hiểm

Là văn bản thể hiện việc Generali chấp nhận bảo hiểm theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm. Giấy chứng nhận bảo hiểm được Generali cấp cho Bên mua bảo hiểm và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

11. Giá trị hoàn lại

Là số tiền Bên mua bảo hiểm sẽ nhận được khi yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước hạn và được Generali tính toán phù hợp với cơ sở kỹ thuật đã đăng ký với Bộ Tài chính. Giá trị hoàn lại bằng:

- Giá trị Tài khoản cơ bản trừ đi Phí chấm dứt hợp đồng bảo hiểm trước hạn; cộng với
- Giá trị Tài khoản đóng thêm; trừ đi
- Các Khoản nợ (nếu có).

12. Hợp đồng bảo hiểm

Là sự thỏa thuận bằng văn bản giữa Generali và Bên mua bảo hiểm, theo đó Bên mua bảo hiểm và Generali cam kết tuân thủ các điều kiện của Quy tắc và Điều khoản đã thỏa thuận theo Hợp đồng bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm bao gồm:

- a. Giấy yêu cầu bảo hiểm;
- b. Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- c. Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm này;
- d. Quy tắc và Điều khoản của các Bảo hiểm bổ trợ (nếu có);
- e. Các bản phụ lục, các xác nhận sửa đổi bổ sung và các thỏa thuận khác của hai bên trong quá trình giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm tất cả các bản kê khai, bản trả lời hay bất cứ chứng từ nào làm căn cứ giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.

13. Khoản khấu trừ hàng tháng

Bao gồm Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý hợp đồng. Khoản khấu trừ hàng tháng được ưu tiên khấu trừ từ Tài khoản cơ bản trước. Nếu Tài khoản cơ bản không đủ, Khoản khấu trừ hàng tháng hoặc phần còn lại của Khoản khấu trừ hàng tháng sẽ được tự động khấu trừ từ Tài khoản đóng thêm (nếu có).

14. Khoản nợ

Bao gồm các khoản Phí bảo hiểm đến hạn nhưng chưa được đóng, các Khoản khấu trừ hàng tháng chưa được khấu trừ, các khoản thuế cần nộp theo quy định của pháp luật.

15. Lãi suất đầu tư

Là mức lãi suất được áp dụng để xác định số tiền lãi được cộng và tích lũy vào giá trị Tài khoản hợp đồng. Lãi suất đầu tư là mức lãi suất cao hơn giữa lãi suất công bố và lãi suất đầu tư cam kết theo Điều 1.1.1. Lãi suất công bố tại từng thời điểm được dựa trên lãi suất đầu tư thực tế từ Quỹ liên kết chung sau khi trừ đi Phí quản lý quỹ.

16. Nhóm Bệnh hiểm nghèo

Là nhóm bệnh bao gồm 01 hoặc nhiều Bệnh hiểm nghèo được quy định tại Phụ lục II đính kèm Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

17. Năm hợp đồng

Là khoảng thời gian 12 tháng tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày kỷ niệm hợp đồng.

18. Ngày hiệu lực hợp đồng

Là ngày mà Hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

19. Ngày phát hành hợp đồng

Là ngày mà Generali phát hành Giấy chứng nhận bảo hiểm và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

20. Ngày đến hạn đóng phí

Là ngày Bên mua bảo hiểm phải đóng Phí bảo hiểm định kỳ, được xác định theo định kỳ đóng Phí bảo hiểm theo quy định tại Điều 12 và theo Ngày hiệu lực hợp đồng.

21. Ngày kỷ niệm hợp đồng

Là ngày lặp lại hàng năm của Ngày hiệu lực hợp đồng trong suốt thời hạn hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp năm không có ngày tương ứng, ngày liền kề trước đó sẽ được áp dụng.

22. Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng

Là ngày lặp lại hàng tháng của Ngày hiệu lực hợp đồng trong suốt thời hạn hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp tháng không có ngày tương ứng, ngày liền trước đó sẽ được áp dụng.

23. Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng

Là ngày Generali chấp thuận bằng văn bản việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực. Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng được quy định tại Điều 8.4.

24. Ngày kết thúc hợp đồng

Là ngày cuối cùng của Thời hạn hợp đồng được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm với điều kiện Hợp đồng bảo hiểm vẫn còn hiệu lực tại thời điểm đó.

25. Người được bảo hiểm

Người được bảo hiểm chính: là cá nhân đang cư trú tại Việt Nam, từ 30 ngày Tuổi đến 60 Tuổi tại Ngày hiệu lực hợp đồng, và được Generali chấp thuận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm chính tại thời điểm kết thúc Hợp đồng bảo hiểm này là 99 Tuổi.

Người được bảo hiểm bổ sung: là cá nhân không phải Người được bảo hiểm chính theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản này có tham gia Bảo hiểm bổ trợ theo Quy tắc và Điều khoản của Bảo hiểm bổ trợ.

26. Phí bảo hiểm

Là số tiền mà Bên mua bảo hiểm phải đóng cho Generali để được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm. Phí bảo hiểm bao gồm Phí bảo hiểm cơ bản và Phí bảo hiểm bổ trợ (nếu có).

27. Phí bảo hiểm cơ bản

Là phí bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm theo Điều 1 của Quy tắc và Điều khoản này. Phí bảo hiểm cơ bản được xác định dựa trên Số tiền bảo hiểm, Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo, Tuổi và giới tính của Người được bảo hiểm vào ngày ký Giấy yêu cầu

bảo hiểm. Phí bảo hiểm cơ bản được phân bổ vào Tài khoản cơ bản sau khi trừ đi Phí ban đầu.

28. Phí bảo hiểm hỗ trợ

Là phí bảo hiểm của (các) Bảo hiểm hỗ trợ (nếu có). Phí bảo hiểm hỗ trợ được phân bổ vào Tài khoản cơ bản sau khi trừ đi Phí ban đầu.

29. Phí bảo hiểm tạm tính

Là Phí bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm đóng lần đầu tiên khi nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm.

30. Phí bảo hiểm định kỳ

Là Phí bảo hiểm theo định kỳ đóng phí đã chọn.

31. Phí bảo hiểm đóng thêm

Là số tiền mà Bên mua bảo hiểm đóng thêm sau khi đã đóng đủ tổng Phí bảo hiểm định kỳ của Năm hợp đồng hiện tại và của (các) Năm hợp đồng trước đó. Phí bảo hiểm đóng thêm được phân bổ vào Tài khoản đóng thêm sau khi trừ đi Phí ban đầu.

Phí bảo hiểm đóng thêm cần tuân thủ theo mức tối thiểu và tối đa, theo quy định của Generali tại từng thời điểm. Generali có thể thay đổi quy định về giới hạn mức tối thiểu và tối đa áp dụng cho Phí bảo hiểm đóng thêm và có thể ngưng nhận Phí bảo hiểm đóng thêm vào bất kỳ lúc nào trong suốt thời hạn Hợp đồng bảo hiểm.

32. Phí ban đầu

Là khoản phí được khấu trừ từ Phí bảo hiểm cơ bản, Phí bảo hiểm hỗ trợ và Phí bảo hiểm đóng thêm trước khi các khoản phí bảo hiểm này được phân bổ vào Tài khoản hợp đồng.

33. Phí bảo hiểm rủi ro

Là khoản phí để đảm bảo quyền lợi bảo hiểm rủi ro theo cam kết tại Hợp đồng bảo hiểm, được khấu trừ hàng tháng từ Tài khoản hợp đồng vào mỗi Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng. Phí bảo hiểm rủi ro bao gồm Phí bảo hiểm rủi ro của các quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản này và (các) Bảo hiểm hỗ trợ (nếu có).

34. Phí quản lý hợp đồng

Là khoản phí dùng để bù đắp chi phí liên quan đến việc duy trì Hợp đồng bảo hiểm và cung cấp các thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm, được khấu trừ hàng tháng từ Tài khoản hợp đồng vào Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng.

35. Phí quản lý quỹ

Là khoản phí dùng để chi trả cho các hoạt động đầu tư và quản lý Quỹ liên kết chung.

36. Bảo hiểm hỗ trợ

Là (các) quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của từng Bảo hiểm hỗ trợ, được quy định tại Điều 2 và được Generali cung cấp theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm và theo các quy định của Generali.

37. Quy tắc và Điều khoản

Là tài liệu liệt kê chi tiết quyền lợi và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm và của Generali. Quy tắc và Điều khoản này là một phần không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

38. Quỹ Liên kết chung

- a. Là quỹ được hình thành từ nguồn Phí bảo hiểm cơ bản, Phí bảo hiểm bổ trợ và Phí bảo hiểm đóng thêm của các Hợp đồng bảo hiểm liên kết chung và thuộc quỹ chủ hợp đồng bảo hiểm.
- b. Generali quản lý và đầu tư Quỹ liên kết chung vào lĩnh vực đầu tư mà Generali được phép và thấy thích hợp. Tuy nhiên, Generali có thể ủy thác việc quản lý và đầu tư Quỹ liên kết chung cho một bên thứ ba.
- c. Generali thực hiện chính sách đầu tư thận trọng bằng việc tập trung chủ yếu vào các tài sản có thu nhập ổn định như trái phiếu Chính phủ, trái phiếu doanh nghiệp và tiền gửi ngân hàng.

39. Số tiền bảo hiểm

Là số tiền do Bên mua bảo hiểm yêu cầu bảo hiểm và được Generali chấp thuận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản này. Số tiền bảo hiểm được thể hiện tại Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các bản phụ lục, các xác nhận sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có).

40. Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo

Là số tiền do Bên mua bảo hiểm yêu cầu cho Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo chi trả nhiều lần và được Generali chấp thuận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản này. Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo được thể hiện tại Giấy chứng nhận bảo hiểm và các bản phụ lục, các xác nhận sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có).

41. Sự kiện bảo hiểm

Là sự kiện làm phát sinh trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm của Generali theo Quy tắc và Điều khoản này và Quy tắc và Điều khoản của Bảo hiểm bổ trợ đính kèm (nếu có).

42. Tai nạn

Là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ động và ngoài ý muốn lên cơ thể Người được bảo hiểm trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra thương tật nhìn thấy được và/hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.

43. Tài khoản cơ bản

- a. Là tài khoản ghi nhận các giá trị từ nguồn Phí bảo hiểm cơ bản, Phí bảo hiểm bổ trợ (nếu có) sau khi trừ đi Phí ban đầu và Khoản khấu trừ hàng tháng; và
- b. Các khoản lãi đầu tư tương ứng và Quyền lợi duy trì hợp đồng được cộng vào giá trị Tài khoản cơ bản theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản này; và

44. Tài khoản đóng thêm

- a. Là tài khoản ghi nhận các giá trị từ nguồn Phí bảo hiểm đóng thêm sau khi trừ đi Phí ban đầu và Khoản khấu trừ hàng tháng; và
- b. Các khoản lãi đầu tư tương ứng và Quyền lợi tiền mặt định kỳ được cộng vào giá trị Tài khoản đóng thêm theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản này.

45. Tài khoản hợp đồng

Là tài khoản ghi nhận tổng giá trị của của Tài khoản cơ bản và Tài khoản đóng thêm (nếu có).

46. Thời hạn hợp đồng

Là khoảng thời gian tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng đến Ngày kết thúc hợp đồng và được thể hiện tại Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các bản phụ lục, các xác nhận sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có).

Tại thời điểm tham gia Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có thể linh hoạt lựa chọn Thời hạn hợp đồng. Thời hạn hợp đồng tối thiểu là 20 năm. Thời hạn hợp đồng tối đa bằng 99 trừ đi Tuổi của Người được bảo hiểm chính.

47. Tình trạng y tế có trước

Được hiểu là:

- a. Tình trạng bệnh, thương tích của Người được bảo hiểm đã được khám, hoặc xét nghiệm, hoặc tư vấn y khoa, hoặc chẩn đoán, hoặc điều trị, hoặc
- b. Triệu chứng, dấu hiệu bất thường về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm mà nếu biết được các triệu chứng, dấu hiệu bất thường này Generali không chấp thuận bảo hiểm hoặc chấp thuận bảo hiểm với mức phí tăng thêm, hoặc áp dụng loại trừ bảo hiểm, hoặc không chấp thuận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm hoặc không chấp thuận điều chỉnh Hợp đồng bảo hiểm

phát sinh trước Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất hoặc ngày yêu cầu điều chỉnh Hợp đồng bảo hiểm, tùy theo ngày nào đến sau.

Tiền sử sức khỏe được lưu giữ tại cơ sở y tế, hồ sơ y tế, hoặc lời khai của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Tình trạng y tế có trước.

48. Tuổi

Là tuổi theo sinh nhật vừa qua của Người được bảo hiểm. Tuổi của Người được bảo hiểm là tuổi được dùng làm cơ sở để xác định Phí bảo hiểm, Phí bảo hiểm rủi ro và quyền lợi bảo hiểm.

PHỤ LỤC II: DANH SÁCH BỆNH HIỂM NGHÈO ĐƯỢC BẢO HIỂM

Biểu chứng bệnh tiểu đường	Bệnh hiểm nghèo dành cho trẻ em	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bệnh vông mạc do tiểu đường 2. Bệnh thận do tiểu đường 3. Cụt chi do tiểu đường 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bệnh Wilson 2. Bệnh Tay – Chân – Miệng với các biến chứng nặng (đe dọa tính mạng) 3. Bệnh tiểu đường phụ thuộc Insulin (Tiểu đường tuýp 1) 4. Bệnh Kawasaki với các biến chứng tim 5. Bệnh xương thủy tinh 6. Sốt thấp khớp có biến chứng van tim 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Bệnh Hemophilia thể nặng 8. Sốt xuất huyết Dengue 9. Viêm khớp mạn tính hệ thống ở trẻ em (Bệnh Still ở trẻ em) 10. Chứng tự kỷ thể nặng 11. Hội chứng thận hư tái phát thể nặng 12. Bệnh bạch hầu đường hô hấp
Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu và Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau theo nhóm bệnh		
Nhóm bệnh	35 Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu	61 Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau
1. Ung thư	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ung thư biểu mô tại chỗ 2. Ung thư giai đoạn sớm của một số cơ quan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ung thư
2. Tạng chủ	<ol style="list-style-type: none"> 3. Phẫu thuật cắt bỏ một thận 4. Ghép ruột non 5. Phẫu thuật cắt một bên phổi 6. Phẫu thuật gan 7. Phẫu thuật tái tạo đường mật 8. Ghép giác mạc 9. Hen suyễn nặng 10. Xơ gan 11. Thiếu máu bất sản có khả năng hồi phục 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Suy thận 3. Phẫu thuật ghép tạng chủ 4. Bệnh phổi giai đoạn cuối 5. Nang tủy thận 6. Viêm gan siêu vi thể tối cấp 7. Suy gan giai đoạn cuối 8. Thiếu máu bất sản 9. Viêm tụy mãn tái phát 10. Viêm gan tự miễn mãn tính
3. Hệ tuần hoàn (tim và mạch máu)	<ol style="list-style-type: none"> 12. Đặt máy tạo nhịp tim 13. Đặt máy khử rung tim 14. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành trực tiếp xâm lấn tối thiểu (MIDCAB) 15. Phẫu thuật động mạch chủ xâm lấn tối thiểu 16. Tạo hình van tim hoặc nong van tim qua da 17. Cắt màng ngoài tim 18. Đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ 19. Tăng áp động mạch phổi giai đoạn sớm 20. Phòng động mạch chủ nặng không có triệu chứng 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Nhồi máu cơ tim 12. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành 13. Phẫu thuật thay van tim 14. Phẫu thuật động mạch chủ 15. Tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát 16. Bệnh cơ tim 17. Hội chứng Eisenmenger 18. Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn

<p>4. Hệ thần kinh – Cơ xương khớp</p>	<p>21. Phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất 22. Phẫu thuật cắt u tuyến yên 23. Loãng xương có gãy xương 24. Bệnh tủy sống hoặc chấn thương tủy sống dẫn tới rối loạn chức năng bàng quang và ruột 25. Phẫu thuật huyết khối xoang hang 26. Viêm tủy sống do lao 27. Động kinh nặng 28. Parkinson thể trung bình</p>	<p>19. Hôn mê 20. Đột quỵ 21. Bệnh Alzheimer 22. Bệnh Parkinson 23. Bệnh xơ cứng rải rác 24. Viêm não 25. Chấn thương sọ não nặng 26. Phẫu thuật sọ não 27. Bệnh teo cơ tủy (SMA) 28. Bệnh xơ cứng cột bên teo cơ 29. Viêm màng não do vi khuẩn 30. U não lành tính 31. Bệnh bại liệt 32. Cụt chi 33. Liệt chi 34. Bệnh loạn dưỡng cơ 35. Bệnh nhược cơ 36. Loãng xương nặng 37. Tổn thương đa rễ đám rối thần kinh cánh tay 38. Bệnh Creutzfeldt-Jakob (Bò điên) 39. Bệnh lao màng não 40. Gãy cột sống do Tai nạn 41. Phình mạch não bắt buộc phải phẫu thuật 42. Hội chứng Apallic 43. Liệt trên nhân tiến triển 44. Liệt hành não tiến triển</p>
<p>5. Nhóm Bệnh hiểm nghèo khác</p>	<p>29. Mất thị lực 01 mắt 30. Bỏng không nghiêm trọng 31. Mất 01 chi 32. Phẫu thuật cấy ốc tai 33. Mất chức năng 01 chi và mất thị lực 01 mắt 34. Viêm võng mạc sắc tố 35. Viêm khớp dạng thấp thể trung bình</p>	<p>45. Bỏng nặng 46. Lupus ban đỏ hệ thống có biến chứng thận 47. Mù 48. Mất khả năng nói 49. Mất thính lực 50. Viêm đa khớp dạng thấp thể nặng 51. U tủy thượng thận 52. Xơ cứng bì tiến triển 53. Nhiễm HIV do truyền máu 54. Nhiễm HIV do nghề nghiệp 55. Suy thượng thận mãn tính 56. Viêm cân mạc hoại tử 57. Viêm loét đại tràng có phẫu thuật cắt toàn bộ đại tràng 58. Bệnh Crohn có đường rò 59. Phẫu thuật vẹo cột sống tự phát 60. Sốt xuất huyết Ebola 61. Bệnh phù chân voi</p>

Định nghĩa chi tiết về các bệnh của Bệnh hiểm nghèo dành cho trẻ em, Biến chứng bệnh tiểu đường, Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu và Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau theo nhóm bệnh được quy định tương ứng tại Phụ lục III, Phụ lục IV, Phụ lục V và Phụ lục VI.

PHỤ LỤC III: ĐỊNH NGHĨA BỆNH HIỂM NGHÈO DÀNH CHO TRẺ EM

1. Bệnh Wilson

Là bệnh rối loạn chuyển hóa đồng do đột biến gen, gây tình trạng nhiễm độc đồng nghiêm trọng, đặc trưng bởi tổn thương gan tiến triển và/hoặc tổn thương thần kinh do sự tích tụ đồng.

Bệnh được Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán xác định và có hồ sơ y tế điều trị bằng chất thải đồng trong thời gian liên tục ít nhất 06 tháng.

2. Bệnh Tay – Chân – Miệng với các biến chứng nặng (đe dọa tính mạng)

Là bệnh truyền nhiễm, gây ra bởi vi-rút Cocksackie (A16) và Enterovirus (EV71), đặc trưng bởi các vết loét hay phỏng nước và/hoặc phát ban lan rộng.

Cho mục đích của sản phẩm bảo hiểm này, bệnh phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Bệnh nặng, có các biến chứng như viêm não và/hoặc viêm cơ tim;
- Kết quả phân lập vi-rút gây bệnh dương tính;
- Gây tổn thương thần kinh, và bằng chứng về tổn thương thần kinh phải được xác định không sớm hơn 30 ngày sau khi được chẩn đoán bệnh.

3. Bệnh tiểu đường phụ thuộc Insulin (Tiểu đường tuýp 1)

Là bệnh tiểu đường phụ thuộc Insulin, đặc trưng bởi các dấu hiệu uống nhiều, tiểu nhiều, đói nhiều, sụt cân, thiếu hụt Insulin, nhiễm toan Ketone từng đợt và có sự phá hủy tế bào Beta tuyến tụy qua cơ chế trung gian miễn dịch.

Bệnh được Bác sĩ chuyên khoa Nhi/Bác sĩ chuyên khoa Nội tiết chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị bằng liệu pháp Insulin và chế độ ăn kiêng phù hợp. Đồng thời tình trạng phụ thuộc vào liệu pháp Insulin phải kéo dài ít nhất 06 tháng.

Bệnh Tiểu đường tuýp 2 không thuộc phạm vi bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm này.

4. Bệnh Kawasaki với các biến chứng tim

Bệnh được Bác sĩ chuyên khoa Nhi và Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch nhi chẩn đoán xác định, bằng các xét nghiệm phù hợp, với tình trạng sốt kéo dài hơn 04 ngày, và có ít nhất 04 trong các dấu hiệu thực thể sau:

- Viêm kết mạc hai bên;
- Thay đổi khoang miệng: Ban đỏ ở môi và khoang họng, nứt môi, “lưỡi dâu tây”;
- Thay đổi ở ngoại vi: Phù, ban đỏ, bong tróc quanh móng hoặc toàn thân;
- Ban đỏ đa dạng;
- Hạch cổ to.

Đồng thời, Người được bảo hiểm phải được chỉ định điều trị bằng Salicylate và Gammaglobulins đường tĩnh mạch.

Ngoài ra, phải có bằng chứng xét nghiệm cho thấy có tổn thương giãn hay phình động mạch vành và tình trạng tổn thương đó phải kéo dài ít nhất 06 tháng sau đợt bệnh cấp đầu tiên.

5. Bệnh xương thủy tinh

Là một khiếm khuyết di truyền làm cho xương loãng, giòn và dễ gãy.

Người được bảo hiểm được Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán xác định mắc bệnh xương thủy tinh tuýp III và đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Kết quả khám sức khỏe thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa xác nhận tình trạng chậm tăng trưởng và thính lực kém;
- X-quang cho thấy tổn thương gãy nhiều xương và vẹo cột sống nặng tiến triển;
- Kết quả sinh thiết da dương tính.

6. Sốt thấp khớp có biến chứng van tim

Bệnh được Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán xác định dựa trên Bảng tiêu chuẩn chẩn đoán thấp tim của Jone đã sửa đổi.

Bệnh phải dẫn đến tổn thương 01 hoặc nhiều van tim và hở van từ mức độ nhẹ trở lên. Tổn thương van tim do sốt thấp khớp phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch dựa trên các xét nghiệm định tính chức năng van tim, và tổn thương phải kéo dài ít nhất 06 tháng kể từ khi được chẩn đoán.

7. Bệnh Hemophilia thể nặng

Là bệnh Hemophilia thể nặng có xuất huyết tự nhiên và xét nghiệm yếu tố VIII hoặc yếu tố IX dưới 1%. Bệnh được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Huyết học.

8. Sốt xuất huyết Dengue

Là sốt xuất huyết Dengue độ III hoặc độ IV theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới, có hội chứng sốc Dengue và nhiễm khuẩn Dengue, và có kết quả xét nghiệm huyết thanh dương tính với Dengue.

Ngoài ra, bệnh phải có tất cả các dấu hiệu sau:

- Sốt cao liên tục từ 02 ngày trở lên;
- Biểu hiện xuất huyết (ví dụ như nghiệm pháp dây thắt dương tính; đốm xuất huyết, nốt xuất huyết, xuất huyết; chảy máu từ niêm mạc miệng, đường tiêu hóa, vị trí tiêm hoặc các vị trí khác; nôn ra máu, đi ngoài ra máu);
- Tiểu cầu giảm ($\leq 100.000/mm^3$);
- Bằng chứng của sự thoát huyết tương (ví dụ như tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng bụng, giảm Albumin trong huyết thanh...);
- Bằng chứng về suy tuần hoàn, biểu hiện:
 - Hạ huyết áp (huyết áp tâm thu $< 80mmHg$) hoặc huyết áp kẹt (hiệu số giữa huyết áp tâm thu với huyết áp tâm trương $< 20 mmHg$); và
 - Các bằng chứng về giảm tưới máu mô như da lạnh, ẩm, giảm niệu hoặc nhiễm toan chuyển hóa.

9. Viêm khớp mạn tính hệ thống ở trẻ em (Bệnh Still ở trẻ em)

Là một thể viêm khớp mãn tính ở trẻ em, có đặc điểm sốt cao và các dấu hiệu của bệnh hệ thống xuất hiện có thể hàng tháng trước khi có biểu hiện viêm khớp.

Bệnh được Bác sĩ chuyên khoa Thấp nhi chẩn đoán xác định, có hồ sơ y tế ghi nhận diễn tiến mạn tính trong ít nhất 06 tháng. Ngoài ra, bệnh phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Đặc trưng bởi các biểu hiện sốt cao thành cơn trong ngày, xuất hiện ban nhanh bay, viêm khớp, lách to, hạch to, viêm màng thanh dịch, sụt cân;
- Xét nghiệm máu có tăng bạch cầu trung tính, tăng acute phase protein (APP), và kết quả xét nghiệm kháng thể kháng nhân (ANA) và yếu tố dạng thấp (RF) âm tính.

10. Chứng tự kỷ thể nặng

Là chứng tự kỷ (hay Rối loạn phổ tự kỷ) mức độ nặng ở trẻ từ 05 tuổi trở lên, được Bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán xác định, và tiến triển liên tục trong ít nhất 06 tháng sau khi được chẩn đoán.

Ngoài ra, phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- a. Người được bảo hiểm đang được điều trị bằng liệu pháp hành vi, liệu pháp hoạt động, liệu pháp ngôn ngữ, can thiệp tâm lý hoặc giáo dục đặc biệt tại một cơ sở trị liệu được công nhận dành cho trẻ tự kỷ;
- b. Tất cả các tiêu chuẩn chẩn đoán sau đây (dựa trên Sổ tay Thống kê và Chẩn đoán Các Rối loạn Tâm thần DSM-5) được thực hiện, và được chứng nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa điều trị cho Người được bảo hiểm:
 - Khiếm khuyết thường xuyên trong giao tiếp xã hội và tương tác xã hội tại nhiều ngữ cảnh, biểu hiện: khiếm khuyết nghiêm trọng về kỹ năng giao tiếp xã hội bằng ngôn ngữ và phi ngôn ngữ, gây ra những hạn chế nghiêm trọng về hoạt động chức năng, về phát triển mối quan hệ xã hội tương ứng với lứa tuổi, và chỉ có đáp ứng ở mức tối thiểu với các tương tác xã hội.
 - Hành vi, mối quan tâm, hoạt động bị hạn chế và lặp đi lặp lại, biểu hiện:
 - Hành vi cứng nhắc không linh hoạt, đặc biệt khó khăn trong việc thích nghi với sự thay đổi, hành động bị giới hạn hoặc lặp đi lặp lại, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến tất cả các hoạt động chức năng;
 - Căng thẳng quá mức, khó thay đổi mối quan tâm hoặc hành động.
 - Các triệu chứng trên xuất hiện từ giai đoạn phát triển sớm.
 - Các triệu chứng trên gây suy giảm nghiêm trọng các chức năng giao tiếp xã hội, hoạt động, và các lĩnh vực quan trọng khác.

Chứng tự kỷ được xác định do nguyên nhân liên quan đến các yếu tố y khoa, hoặc di truyền, hoặc môi trường (bao gồm các hội chứng di truyền, các rối loạn chuyển hóa, hội chứng thai nhi rượu...) không thuộc phạm vi bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm này.

11. Hội chứng thận hư tái phát thể nặng

Là hội chứng thận hư, được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Nhi, và đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- a. Phù do mất protein qua thận;
- b. Albumin máu giảm $< 25\text{g/l}$;
- c. Protein niệu $> 150\text{ mg/m}^2/\text{giờ}$ ($> 3,6\text{ g/m}^2/\text{ngày}$) hoặc giá trị tương đương với các phương thức xét nghiệm khác;
- d. Có ít nhất 04 đợt tái phát hội chứng thận hư nặng với đầy đủ các điều kiện (a), (b) và (c) nêu trên xảy ra trong vòng 12 tháng kể từ đợt khởi phát, trong đó có ít nhất một đợt tái phát xảy ra trong vòng 09 tháng sau đợt khởi phát.

12. Bệnh bạch hầu đường hô hấp

Là bệnh cấp tính do vi khuẩn bạch hầu, được Bác sĩ chuyên khoa Nhi chẩn đoán xác định và đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- a. Bệnh đường hô hấp trên với biểu hiện sốt cao, hình thành giả mạc (lan rộng ở vòm họng, 02 amidan và thanh quản), hạch cổ sưng to;

- b. Cần thở máy;
- c. Xét nghiệm vi khuẩn bạch hầu (*Corynebacterium diphtheria*) dương tính tại mẫu bệnh phẩm họng, giả mạc;
- d. Được chỉ định điều trị bằng kháng độc tố bạch hầu;
- e. Xét nghiệm xác nhận sinh độc tố bạch hầu;
- f. Có bằng chứng viêm cơ tim.

PHỤ LỤC IV: ĐỊNH NGHĨA BIẾN CHỨNG BỆNH TIỂU ĐƯỜNG

1. Bệnh võng mạc do tiểu đường

Là bệnh võng mạc do tiểu đường có chỉ định cần thiết phải được điều trị bằng tia laser. Bệnh phải được xác định dựa trên kết quả chụp huỳnh quang đáy mắt. Đồng thời, chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị phải được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa.

2. Bệnh thận do tiểu đường

Là bệnh thận do tiểu đường được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa với bằng chứng: chỉ số độ lọc cầu thận ước tính eGFR nhỏ hơn 30 ml/min/1.73 m², và protein niệu tiến triển nhiều hơn 300 mg/24 giờ.

3. Cụt chi do tiểu đường

Là tình trạng cắt cụt toàn bộ một cẳng chân/bàn chân/cánh tay/bàn tay để điều trị hoại tử do biến chứng của tiểu đường.

PHỤ LỤC V: ĐỊNH NGHĨA BỆNH HIỂM NGHÈO GIAI ĐOẠN ĐẦU

Nhóm 1: Ung thư

1. Ung thư biểu mô tại chỗ

Là ung thư biểu mô tại chỗ của một trong các cơ quan sau: vú, tử cung, buồng trứng, ống dẫn trứng, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, dương vật, tinh hoàn, đại tràng, trực tràng, phổi, gan, dạ dày, vòm mũi họng, bàng quang.

Cho mục đích của sản phẩm bảo hiểm này, ung thư biểu mô tại chỗ là sự phát triển mới của các tế bào ung thư biểu mô và chỉ giới hạn trong các tế bào mô gốc ban đầu của các tế bào ung thư mà chưa xâm lấn hoặc phá hủy các mô xung quanh, chưa có di căn hạch hay di căn các cơ quan khác. Chẩn đoán phải được xác định bằng kết quả mô bệnh học.

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm:

- Chỉ có chẩn đoán lâm sàng mà không có xác nhận bởi kết quả mô bệnh học;
- Loạn sản cổ tử cung, bao gồm CIN I, CIN II, và CIN III;
- Ung thư biểu mô tại chỗ của đường mật.

2. Ung thư giai đoạn sớm của một số cơ quan

- **Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn sớm:** Ung thư tuyến tiền liệt có kết quả mô bệnh học T1aN0M0 hoặc T1bN0M0 theo phân loại TNM, hoặc theo hình thức phân loại khác ở giai đoạn tương đương hoặc giai đoạn sớm hơn.
- **Ung thư tuyến giáp giai đoạn sớm:** Ung thư biểu mô vi thể dạng nhú của tuyến giáp có kết quả mô bệnh học T1N0M0 theo phân loại TNM, hoặc theo hình thức phân loại khác ở giai đoạn tương đương hoặc giai đoạn sớm hơn.
- **Ung thư bàng quang giai đoạn sớm:** Ung thư biểu mô vi thể dạng nhú của bàng quang có kết quả mô bệnh học TaN0M0 theo phân loại TNM, hoặc theo hình thức phân loại khác ở giai đoạn tương đương hoặc giai đoạn sớm hơn.
- **Bệnh bạch cầu lympho mạn giai đoạn sớm:** Bệnh bạch cầu lympho mạn (CLL) giai đoạn 01 hoặc 02 theo Hệ thống xếp giai đoạn theo RAI. CLL giai đoạn 0 hoặc thấp hơn theo Hệ thống xếp giai đoạn theo RAI không thuộc phạm vi bảo hiểm.
- **Ung thư tế bào hắc tố giai đoạn sớm:** Ung thư tế bào hắc tố xâm lấn có độ dày Breslow dưới 1,5mm, hoặc Mức 01 và Mức 02 theo Clark. Các ung thư tế bào hắc tố không xâm lấn có kết quả mô bệnh học là “tại chỗ” không thuộc phạm vi bảo hiểm.

Nhóm 2: Tạng chủ

3. Phẫu thuật cắt bỏ một thận

Là phẫu thuật cắt hoàn toàn 01 thận do bệnh hoặc tai nạn. Chỉ định phẫu thuật phải được Bác sĩ chuyên khoa Thận xác nhận là hoàn toàn cần thiết. Các trường hợp hiến thận không thuộc phạm vi bảo hiểm.

4. Ghép ruột non

Là việc nhận ghép ít nhất 01 mét ruột non cùng với nguồn cung cấp máu của đoạn ruột đó để điều trị suy ruột thông qua phẫu thuật mở ổ bụng.

5. Phẫu thuật cắt một bên phổi

Là phẫu thuật cắt hoàn toàn 01 bên phổi do bệnh hoặc tai nạn. Các trường hợp cắt một phần hoặc cắt thùy phổi không thuộc phạm vi bảo hiểm.

6. Phẫu thuật gan

Là phẫu thuật cắt bỏ ít nhất toàn bộ 01 thùy gan do bệnh hoặc tai nạn. Phẫu thuật này phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận là hoàn toàn cần thiết.

Các trường hợp không thuộc phạm vi bảo hiểm: hiến gan, các trường hợp phẫu thuật để điều trị bệnh hoặc rối loạn có nguyên nhân liên quan đến lạm dụng đồ uống có cồn, hoặc sử dụng thuốc, hoặc sử dụng chất gây nghiện.

7. Phẫu thuật tái tạo đường mật

Là phẫu thuật nối mật ruột (nối ống mật chủ-hỗng tràng hoặc nối ống mật chủ-tá tràng) để điều trị các bệnh đường mật, bao gồm hẹp đường mật, mà không thể điều trị bằng các phương thức phẫu thuật hoặc nội soi khác. Phẫu thuật phải được Bác sĩ chuyên khoa Gan mật xác nhận là phương thức điều trị thích hợp nhất.

Các trường hợp phẫu thuật để điều trị sỏi mật hoặc viêm đường mật không thuộc phạm vi bảo hiểm.

8. Ghép giác mạc

Là việc nhận ghép toàn bộ 01 giác mạc để điều trị mù do sẹo giác mạc vĩnh viễn mà không thể chữa trị được bằng các phương pháp khác.

9. Hen suyễn nặng

Là hen suyễn có cơn cấp tính nặng gây co thắt phế quản liên tục yêu cầu phải được nhập viện điều trị và hỗ trợ hô hấp bằng thở máy trong thời gian liên tục ít nhất 04 giờ. Bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa Hô hấp chẩn đoán xác định và chỉ định điều trị.

10. Xơ gan

Là tình trạng xơ hóa gan được xác nhận bằng kết quả mô bệnh học với chỉ số hoạt tính mô học theo hệ thống điểm HAI-Knodell từ 06 trở lên. Chẩn đoán xơ gan phải dựa trên kết luận mô bệnh học và được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Gan.

Các trường hợp xơ gan do lạm dụng đồ uống có cồn, hoặc sử dụng thuốc, hoặc sử dụng chất gây nghiện không thuộc phạm vi bảo hiểm.

11. Thiếu máu bất sản có khả năng hồi phục

Là tình trạng suy tủy xương cấp tính và có khả năng hồi phục, gây ra thiếu 03 dòng máu hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu. Chẩn đoán phải dựa trên kết quả sinh thiết tủy xương và đồng thời phải đáp ứng được 02 trong 03 điều kiện sau:

- Số đếm tuyệt đối bạch cầu trung tính bằng hoặc nhỏ hơn $500/\text{mm}^3$ ($=/ < 500/\text{mm}^3$);
- Số đếm tuyệt đối hồng cầu lưới bằng hoặc nhỏ hơn $20.000/\text{mm}^3$ ($=/ < 20.000/\text{mm}^3$);
- Số lượng tiểu cầu bằng hoặc nhỏ hơn $20.000/\text{mm}^3$ ($=/ < 20.000/\text{mm}^3$).

Nhóm 3: Hệ tuần hoàn (tim và mạch máu)

12. Đặt máy tạo nhịp tim

Là việc đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn để điều trị loạn nhịp tim nghiêm trọng mà không thể điều trị được bằng bất kỳ phương pháp nào khác, bao gồm việc đặt máy tạo nhịp tim

trong liệu pháp tái đồng bộ tim. Việc đặt máy tạo nhịp tim phải được Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch chỉ định và xác nhận là cần thiết về mặt y khoa.

13. Đặt máy khử rung tim

Là việc đặt máy khử rung tim vĩnh viễn để điều trị loạn nhịp tim nghiêm trọng mà không thể điều trị được bằng bất kỳ phương pháp nào khác. Việc đặt máy khử rung tim phải được Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch chỉ định và xác nhận là cần thiết về mặt y khoa.

14. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành trực tiếp xâm lấn tối thiểu (MIDCAB)

Là phẫu thuật bắc cầu động mạch vành để điều trị tắc động mạch vành, được thực hiện bằng phương thức công truy cập, hoặc phẫu thuật bắc cầu động mạch vành trực tiếp xâm lấn tối thiểu (thực hiện cầu nối động mạch vành qua một đường rạch nhỏ ở ngực mà không mở xương ức). Các trường hợp can thiệp nội mạch và can thiệp động mạch vành qua da không thuộc phạm vi bảo hiểm.

15. Phẫu thuật động mạch chủ xâm lấn tối thiểu

Là phẫu thuật để sửa chữa phình, hẹp, tắc hoặc bóc tách động mạch chủ, được thực hiện bằng các kỹ thuật xâm lấn tối thiểu hoặc can thiệp nội mạch.

Bệnh phải được xác định bằng kết quả siêu âm tim hay các kỹ thuật chẩn đoán thích hợp khác và phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch.

Cho mục đích của sản phẩm bảo hiểm này, động mạch chủ chỉ bao gồm động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng, không bao gồm các nhánh của động mạch chủ.

16. Tạo hình van tim hoặc nong van tim qua da

Là thủ thuật đơn giản tạo hình van tim hoặc nong van tim bằng bóng qua da để sửa chữa các khiếm khuyết van tim. Bệnh phải được xác định bằng kết quả siêu âm tim và chỉ định điều trị phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch.

Các hình thức phẫu thuật có liên quan đến mở lồng ngực hoặc rạch lồng ngực không thuộc phạm vi bảo hiểm.

17. Cắt màng ngoài tim

Là phẫu thuật cắt màng ngoài tim hoặc phẫu thuật “lỗ khóa” để điều trị bệnh màng ngoài tim. Chỉ định phẫu thuật phải được xác nhận là hoàn toàn cần thiết bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch.

18. Đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ

Là phẫu thuật đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ để điều trị thuyên tắc mạch phổi tái phát. Tình trạng thuyên tắc mạch phổi tái phát phải được chứng minh bằng hồ sơ y tế. Phương thức điều trị này phải được xác nhận là hoàn toàn cần thiết bởi Bác sĩ chuyên khoa.

19. Tăng áp động mạch phổi giai đoạn sớm

Là tình trạng tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát có dày thất phải dẫn đến suy tim từ Độ III trở lên theo Bảng phân loại suy tim của Hiệp hội Tim mạch New York. Chẩn đoán phải được xác định bằng thủ thuật thông tim thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch.

Bảng phân loại suy tim của Hiệp hội Tim mạch New York:

- Độ I – Không hạn chế hoạt động thể lực. Hoạt động thể lực thông thường không gây ra mệt mỏi, khó thở hoặc đau ngực.
- Độ II – Hạn chế nhẹ hoạt động thể lực. Hoạt động thể lực thông thường gây ra mệt mỏi, khó thở hoặc đau ngực.

- Độ III – Hạn chế nhiều hoạt động thể lực. Hoạt động thể lực nhẹ dưới mức thông thường cũng gây ra mệt mỏi, khó thở hoặc đau ngực.
- Độ IV – Không có khả năng thực hiện bất kỳ hoạt động thể lực thông thường nào mà không thấy mệt mỏi, khó thở hoặc đau ngực. Các triệu chứng hiện diện một cách thường xuyên ngay cả khi nghỉ ngơi.

20. Phòng động mạch nặng không có triệu chứng

Là tình trạng phòng hoặc bóc tách động mạch chủ bụng hoặc động mạch chủ ngực diện rộng được xác định bởi kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh tương ứng. Đường kính chỗ phòng hoặc bóc tách động mạch chủ phải lớn hơn 55mm và phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch.

Nhóm 4: Hệ Thần kinh – Cơ xương khớp

21. Phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất

Là phẫu thuật đặt dẫn lưu não thất vĩnh viễn (ví dụ như dẫn lưu não thất ổ bụng, dẫn lưu não thất tâm nhĩ) để giảm áp lực não tủy. Chỉ định đặt dẫn lưu phải được xác nhận là hoàn toàn cần thiết bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh.

22. Phẫu thuật cắt u tuyến yên

Là phẫu thuật cắt u tuyến yên qua xoang bướm hoặc qua mũi.

Khối u tuyến yên phải được xác định bởi các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính (CT scan) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI), và chỉ định phẫu thuật cắt u tuyến yên phải được Bác sĩ chuyên khoa Nội tiết xác định là hoàn toàn cần thiết.

23. Loãng xương có gãy xương

Là tình trạng loãng xương gây gãy xương dưới tác động của chấn thương rất nhẹ và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Gãy cổ xương đùi hoặc gãy ít nhất 02 thân đốt sống dưới tác động của chấn thương rất nhẹ;
- Kết quả đo mật độ khoáng chất xương ở ít nhất 02 vị trí bằng phương pháp đo hấp phụ tia X năng lượng kép (DEXA) hoặc CT scan tương đương với mức độ loãng xương nặng (T-score nhỏ hơn -2,5);
- Gãy cổ xương đùi đòi hỏi phải được phẫu thuật cố định trong hoặc thay thế; gãy thân đốt sống đòi hỏi phải phẫu thuật thân đốt sống.

Phạm vi bảo hiểm đối với Bệnh hiểm nghèo này sẽ chấm dứt khi Người được bảo hiểm đạt 70 Tuổi.

24. Bệnh tủy sống hoặc chấn thương tủy sống dẫn tới rối loạn chức năng bàng quang và ruột

Là bệnh lý tủy sống hoặc chấn thương vùng đuôi ngựa gây ra rối loạn vĩnh viễn chức năng ruột và bàng quang đòi hỏi phải đặt ống thông vĩnh viễn. Tình trạng này phải kéo dài liên tục 06 tháng và phải được Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh chẩn đoán xác định.

25. Phẫu thuật huyết khối xoang hang

Là phẫu thuật dẫn lưu huyết khối xoang hang. Chẩn đoán huyết khối xoang hang và chỉ định phẫu thuật dẫn lưu phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa.

26. Viêm tủy sống do lao

Là bệnh viêm tủy sống do trực khuẩn lao dẫn đến tổn thương thần kinh vĩnh viễn kéo dài liên tục ít nhất 03 tháng. Chẩn đoán phải dựa trên kết quả xét nghiệm dịch não tủy qua chọc dò tủy sống và được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh.

27. Động kinh nặng

Là tình trạng động kinh nặng đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- a. Chẩn đoán phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh dựa trên các kết quả điện não đồ (EEG), chụp cộng hưởng từ (MRI), chụp xạ hình cắt lớp Positron (PET) hoặc các xét nghiệm chẩn đoán thích hợp khác;
- b. Hồ sơ y tế ghi nhận có cơn động kinh co cứng-co giật toàn thân hoặc động kinh cơn lớn không do kích thích tái diễn nhiều hơn 05 cơn mỗi tuần. Các cơn động kinh này được xác nhận là kháng thuốc, không đáp ứng với các liệu pháp điều trị tối ưu, và được chứng minh bằng xét nghiệm nồng độ thuốc trong huyết thanh;
- c. Người được bảo hiểm đã sử dụng ít nhất 02 loại thuốc chống động kinh (chống co giật) trong thời gian liên tục ít nhất 06 tháng theo đơn thuốc chỉ định của Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh.

28. Parkinson thể trung bình

Là bệnh thoái hóa hệ thần kinh trung ương gây ra bởi sự thiếu hụt chất dẫn truyền thần kinh của não. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- a. bệnh không thể kiểm soát bằng thuốc;
- b. có dấu hiệu bệnh nặng tiến triển;
- c. mất vĩnh viễn khả năng thực hiện 01 trong 06 Chức năng sinh hoạt hàng ngày trong thời gian liên tục ít nhất 180 ngày.

Các trường hợp Parkinson do thuốc, do độc chất hoặc chất gây nghiện, Parkinson thứ phát do các nguyên nhân khác hoặc do di truyền không thuộc phạm vi bảo hiểm.

Nhóm 5: Nhóm Bệnh hiểm nghèo khác

29. Mất thị lực 01 mắt

Là tình trạng mất hoàn toàn, vĩnh viễn và không hồi phục thị lực của 01 mắt:

- a. do bệnh hoặc tai nạn;
- b. được xác nhận của Bác sĩ chuyên khoa Mắt về tình trạng thị lực có kính nhỏ hơn 6/60 hoặc 20/200 (bảng Snellen), hoặc giới hạn ngoại vi thị trường nhỏ hơn hoặc bằng 20°;
- c. không phải là hậu quả của lạm dụng đồ uống có cồn, hoặc sử dụng thuốc, hoặc sử dụng chất gây nghiện.

Ngoài ra, tổn thương nêu trên phải kéo dài liên tục ít nhất 06 tháng.

Các trường hợp do Người được bảo hiểm tự gây ra không thuộc phạm vi bảo hiểm.

30. Bồng không nghiêm trọng

Là bồng độ ba chiếm ít nhất 10% diện tích bề mặt cơ thể của Người được bảo hiểm theo Biểu đồ bề mặt cơ thể của Lund và Browder (là phương pháp tính tỷ lệ phần trăm diện tích bề mặt cơ thể của Lund và Browder).

Bông phải do nguyên nhân Tai nạn và phải có chỉ định điều trị bằng cấy ghép da.

Các trường hợp do Người được bảo hiểm tự gây ra không thuộc phạm vi bảo hiểm.

31. Mất 01 chi

Là tình trạng cắt cụt toàn bộ 01 chi từ trên khớp khuỷu hoặc trên khớp gối. Tình trạng này phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa.

Các trường hợp do Người được bảo hiểm tự gây ra không thuộc phạm vi bảo hiểm.

32. Phẫu thuật cấy ốc tai

Phẫu thuật cấy ốc tai do tổn thương vĩnh viễn ốc tai hoặc dây thần kinh thính giác. Phẫu thuật cấy ốc tai phải được xác nhận là hoàn toàn cần thiết bởi Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng.

33. Mất chức năng 01 chi và mất thị lực 01 mắt

Là tình trạng mất hoàn toàn không hồi phục chức năng của 01 chi và mất hoàn toàn thị lực của 01 mắt do bệnh hay tai nạn. Tình trạng này phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa.

Các trường hợp do Người được bảo hiểm tự gây ra không thuộc phạm vi bảo hiểm.

34. Viêm võng mạc sắc tố

Là tình trạng viêm võng mạc sắc tố có giới hạn ngoại vi thị trường nhỏ hơn hoặc bằng 10°. Tình trạng này phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Mắt và không thể cải thiện bằng bất kỳ phương thức điều trị hoặc điều chỉnh nào.

35. Viêm khớp dạng thấp thể trung bình

Là bệnh viêm đa khớp dạng thấp thể trung bình đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Phù hợp tiêu chuẩn chẩn đoán Viêm đa khớp dạng thấp của Hội Thấp học Mỹ (American College of Rheumatology);
- Mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 02 trong 06 Chức năng sinh hoạt hàng ngày;
- Hủy hoại khớp diện rộng gây ra biến dạng lâm sàng nghiêm trọng của ít nhất 02 trong số các khớp sau: bàn tay, cổ tay, khuỷu, gối, háng, cổ chân, cột sống cổ hoặc bàn chân;
- Tất cả các tình trạng nêu trên phải kéo dài trong ít nhất 03 tháng.

PHỤ LỤC VI: ĐỊNH NGHĨA BỆNH HIỂM NGHÈO GIAI ĐOẠN SAU

Nhóm 1: Ung thư

1. Ung thư

Là sự phát triển lan tràn và không thể kiểm soát của các tế bào ác tính, có sự xâm lấn và phá hủy các mô bình thường, và cần phải điều trị bằng biện pháp can thiệp nghiêm trọng. Chẩn đoán ung thư phải được xác định bằng kết quả xét nghiệm mô bệnh học được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa Ung bướu hoặc Bác sĩ chuyên khoa Giải phẫu bệnh.

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm:

- Khối u có kết quả xét nghiệm mô bệnh học ở giai đoạn ung thư biểu mô tại chỗ (carcinoma-in-situ), hoặc giai đoạn tiền ung thư, hoặc ung thư không xâm lấn, ví dụ như:
 - Ung thư biểu mô tại chỗ của vú;
 - Loạn sản cổ tử cung giai đoạn CIN-1, CIN-2 và CIN-3.
- Các loại ung thư da sau đây, trừ trường hợp có bằng chứng của ung thư di căn:
 - Tăng sinh tế bào sừng;
 - Ung thư tế bào đáy, ung thư tế bào vảy;
 - Ung thư tế bào hắc tố có độ dày Breslow dưới 1,5mm, hoặc Mức 01 và Mức 02 theo Clark.
- Ung thư tuyến tiền liệt có kết quả mô bệnh học T1aN0M0 hoặc T1bN0M0 theo phân loại TNM, hoặc theo hình thức phân loại khác ở giai đoạn tương đương hoặc giai đoạn sớm hơn;
- Ung thư biểu mô vi thể dạng nhú của tuyến giáp T1N0M0 theo phân loại TNM, hoặc theo hình thức phân loại khác ở giai đoạn tương đương hoặc giai đoạn sớm hơn;
- Ung thư biểu mô vi thể dạng nhú của bàng quang;
- Bệnh bạch cầu mạn dòng lympho từ Giai đoạn 0 đến Giai đoạn 02 theo RAI; và
- Tất cả các khối u trên Người được bảo hiểm nhiễm HIV.

Nhóm 2: Tạng chủ

2. Suy thận

Là tình trạng suy chức năng giai đoạn cuối, mãn tính và không thể phục hồi của cả 02 thận đòi hỏi phải được điều trị bằng chạy thận nhân tạo thường xuyên hoặc ghép thận.

3. Phẫu thuật ghép tạng chủ

Là việc nhận ghép một trong các cơ quan sau: tủy xương (ghép tế bào gốc tạo máu sau khi đã phá hủy tủy xương hoàn toàn); tim; phổi; gan; tụy; thận.

Việc cấy ghép này phải hoàn toàn cần thiết về mặt y khoa để điều trị tình trạng suy giai đoạn cuối không thể phục hồi của cơ quan tương ứng.

Các trường hợp ghép tế bào gốc, ghép tế bào đảo tụy, ghép một phần của các cơ quan nêu trên không thuộc phạm vi bảo hiểm.

4. Bệnh phổi giai đoạn cuối

Là bệnh phổi giai đoạn cuối gây suy hô hấp mãn tính.

Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Hô hấp và có tất cả các điều kiện sau:

- FEV1 thường xuyên nhỏ hơn 01 lít, được đo 03 lần, mỗi lần cách nhau 03 tháng;
- Phải được điều trị thường xuyên và liên tục bằng liệu pháp ôxy bổ sung;
- Áp lực riêng phần của ôxy trong máu động mạch $< 55\text{mmHg}$ ($\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}$);
- Khó thở cả khi nghỉ ngơi.

5. Nang tủy thận

Là bệnh thận di truyền tiến triển, có nhiều nang trong tủy thận hai bên, teo ống thận và xơ hóa mô kẽ gây nên thiếu máu, đa niệu và mất natri do thận. Cho mục đích của sản phẩm bảo hiểm này, chẩn đoán phải được hỗ trợ bởi kết quả sinh thiết thận và phải gây ra suy chức năng hai thận mãn tính không hồi phục và đòi hỏi phải chạy thận nhân tạo thường xuyên.

6. Viêm gan siêu vi thể tối cấp

Là tình trạng hoại tử phần lớn nhu mô gan do virus dẫn đến suy gan tối cấp, và đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Kích thước gan giảm nhanh;
- Hoại tử toàn bộ các phân thùy gan;
- Kết quả xét nghiệm chức năng gan suy giảm nhanh;
- Vàng da đậm.

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm:

- Do nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp liên quan đến tự tử;
- Do ngộ độc, do dùng thuốc quá liều, do sử dụng chất gây nghiện, do lạm dụng đồ uống có cồn;
- Tình trạng nhiễm virus viêm gan B hoặc mang mầm bệnh đơn thuần.

7. Suy gan giai đoạn cuối

Là suy gan giai đoạn cuối có tất cả các tình trạng sau:

- Vàng da liên tục;
- Cổ trướng;
- Bệnh não do gan;
- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm: suy gan do lạm dụng đồ uống có cồn, hoặc sử dụng thuốc, hoặc sử dụng chất gây nghiện, và bệnh não Wernicke.

8. Thiếu máu bất sản

Là tình trạng suy tủy xương mãn tính và vĩnh viễn, gây ra thiếu 03 dòng máu hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu, đòi hỏi phải được điều trị bằng ít nhất một trong các phương pháp sau đây:

- Truyền các chế phẩm máu;
- Dùng tác nhân kích thích sinh máu;
- Dùng tác nhân ức chế miễn dịch;

- Cấy ghép tủy xương.

Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Huyết học và dựa trên kết quả sinh thiết tủy xương.

9. Viêm tụy mãn tái phát

Là tình trạng viêm tụy mãn có nhiều hơn 03 đợt tái phát dẫn đến rối loạn chức năng tụy, vôi hóa và nang tụy, và gây ra hội chứng kém hấp thu đòi hỏi phải được điều trị bằng liệu pháp men (enzyme) thay thế suốt đời.

Chẩn đoán phải được xác định bằng kết quả nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa Tiêu hóa.

Các trường hợp viêm tụy mãn tái phát do sử dụng đồ uống có cồn không thuộc phạm vi bảo hiểm.

10. Viêm gan tự miễn mãn tính

Là tình trạng viêm gan hoại tử mãn tính không rõ nguyên nhân có sự hiện diện của các tự kháng thể và globulin huyết thanh tăng cao.

Bệnh phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Tiêu hóa hoặc Gan mật, và đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Tăng gammaglobulin máu;
- Có sự hiện diện của ít nhất một trong các tự kháng thể sau:
 - Kháng thể kháng nhân;
 - Kháng thể kháng cơ trơn;
 - Kháng thể kháng actin;
 - Kháng thể kháng microsomes gan thận (Anti-LKM-1 antibodies);
 - Kháng thể kháng cytosol 1 của gan (Anti- LC1 antibodies);
 - Kháng thể kháng kháng nguyên bào tương gan, kháng thể kháng kháng nguyên gan và tụy (Anti-SLA/LP antibodies);
- Kết quả sinh thiết gan xác nhận bệnh viêm gan tự miễn;
- Người được bảo hiểm đã được điều trị liên tục bằng liệu pháp ức chế miễn dịch trong ít nhất 06 tháng.

Nhóm 3: Hệ tuần hoàn (tim và mạch máu)

11. Nhồi máu cơ tim

Là tình trạng hoại tử một phần cơ tim do gián đoạn nguồn cung cấp máu.

Tình trạng này được xác định bởi cơn nhồi máu cơ tim cấp, được chẩn đoán bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch, và có sự hiện diện của ít nhất 03 trong 04 tiêu chí sau:

- Cơn đau thắt ngực điển hình;
- Điện tâm đồ xác nhận hoại tử cơ tim mới xảy ra;
- Tăng men tim hoặc tăng Troponins:
 - Troponin T > 1,0 ng/ml
 - Accu TnI > 0,5 ng/ml, hoặc tương đương với phương pháp xác định Troponin khác;

- Phân suất tổng máu tâm thất trái (EF) dưới 50% được xác định sau thời điểm xảy ra nhồi máu cơ tim ít nhất 03 tháng.

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm:

- Con đau thất ngực;
- Hội chứng mạch vành cấp tính khác.

12. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành

Là phẫu thuật tim hở để ghép nối bắc cầu sửa chữa tình trạng hẹp hoặc tắc của một hay nhiều động mạch vành.

Tình trạng hẹp hoặc tắc động mạch vành phải được xác định bằng kết quả chụp mạch vành. Chỉ định phẫu thuật phải được Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch hoặc Bác sĩ Phẫu thuật Tim mạch xác định là cần thiết về mặt y khoa.

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm: đặt stent nong mạch vành, các kỹ thuật thông nội mạch, và các thủ thuật điều trị bằng lazer.

13. Phẫu thuật thay van tim

Là phẫu thuật mở lồng ngực để thay thế hoặc sửa chữa van tim do bất thường hoặc khiếm khuyết van tim mà các bất thường hay khiếm khuyết này không thể sửa chữa bằng kỹ thuật thông tim đơn thuần.

Bằng chứng của bất thường hay khiếm khuyết van tim được xác nhận bằng kết quả thông tim hoặc siêu âm tim. Chỉ định phẫu thuật thay van tim phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch là cần thiết về mặt y khoa.

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm: các hình thức phẫu thuật mở van tim, can thiệp nội mạch, nong van tim bằng bóng, phẫu thuật “lỗ khóa” (key-hole) và các phương thức tương tự.

14. Phẫu thuật động mạch chủ

Là phẫu thuật mở khoang bụng hoặc mở lồng ngực để sửa chữa đoạn phình, hẹp, tắc, hoặc bóc tách động mạch chủ.

Cho mục đích của sản phẩm bảo hiểm này, định nghĩa chỉ bao gồm động mạch chủ bụng và động mạch chủ ngực, không bao gồm các nhánh của động mạch chủ.

Các trường hợp sau đây không thuộc phạm vi bảo hiểm:

- Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu hoặc các kỹ thuật can thiệp nội mạch;
- Chấn thương động mạch chủ.

15. Tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát

Là tình trạng tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát có dày thất phải được xác định bởi các kết quả xét nghiệm bao gồm thông tim. Tình trạng này phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch và gây ra suy tim Độ IV theo Bảng phân loại suy tim của Hiệp hội Tim mạch New York.

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm: tăng áp lực động mạch phổi thứ phát do các nguyên nhân khác, ví dụ như bệnh phổi mãn tính, tắc mạch phổi, bệnh van tim, bệnh lý tim trái.

16. Bệnh cơ tim

Là bệnh lý cơ tim gây suy giảm chức năng tâm thất được xác nhận bằng kết quả siêu âm tim và điện tâm đồ.

Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch và dẫn đến suy tim Độ III trở lên theo Bảng phân loại suy tim của Hiệp hội Tim mạch New York.

Các trường hợp bệnh cơ tim do lạm dụng đồ uống có cồn không thuộc phạm vi bảo hiểm.

17. Hội chứng Eisenmenger

Là tình trạng tăng áp lực động mạch phổi nghiêm trọng có luồng thông (shunt) đảo chiều gây ra bởi khiếm khuyết của tim. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch, và phải dựa vào kết quả siêu âm tim và thông tim.

18. Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn

Là tình trạng viêm nội tâm mạc có nguyên nhân từ nhiễm vi sinh vật và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- a. Xét nghiệm cấy máu dương tính xác định vi sinh vật gây bệnh;
- b. Bệnh phải gây ra tình trạng hở van tim mức độ từ trung bình trở lên (với phân suất trào ngược từ 20% trở lên) hoặc hẹp van tim mức độ trung bình trở lên (với diện tích lỗ van còn từ 30% trở xuống so với giá trị bình thường);
- c. Chẩn đoán viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn và mức độ tổn thương van tim phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch.

Nhóm 4: Hệ Thần kinh – Cơ xương khớp

19. Hôn mê

Là tình trạng mất ý thức kéo dài trong 96 giờ liên tục và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Không đáp ứng với các kích thích từ bên ngoài và không phản ứng với các nhu cầu của cơ thể;
- Cần hệ thống hỗ trợ để duy trì sự sống trong ít nhất 96 giờ liên tục;
- Tình trạng phá hủy não gây ra di chứng tổn thương thần kinh vĩnh viễn dẫn đến mất hoàn toàn khả năng thực hiện ít nhất 03 trong 06 Chức năng sinh hoạt hàng ngày kéo dài liên tục ít nhất 30 ngày kể từ ngày bị hôn mê.

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm: tình trạng hôn mê do lạm dụng đồ uống có cồn, hoặc sử dụng thuốc, hoặc sử dụng chất gây nghiện, và hôn mê do nguyên nhân y tế.

20. Đột quỵ

Là tình trạng tổn thương mạch máu não xảy ra đột ngột (bao gồm nhồi máu não, xuất huyết mạch máu nội sọ, thuyên tắc mạch não), và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Tổn thương mạch máu não được xác định bằng kết quả chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính (CT scan) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI);
- Triệu chứng kéo dài liên tục trên 24 giờ;
- Mất vĩnh viễn chức năng vận động, hoặc cảm giác, hoặc khả năng nói;
- Di chứng thần kinh vĩnh viễn.

Việc xác định mất vĩnh viễn chức năng và di chứng thần kinh vĩnh viễn phải được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh, và không sớm hơn 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện tổn thương mạch máu não.

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm:

- Con thiếu máu não cục bộ thoáng qua;
- Tổn thương mạch máu não gây ra di chứng thay đổi trí nhớ hoặc hành vi;
- Triệu chứng não do chứng đau nửa đầu migraine;
- Tổn thương não do chấn thương hoặc do thiếu oxy não;
- Bệnh thiếu máu cục bộ gây tổn thương mắt, thần kinh thị giác hoặc hệ thống tiền đình.

21. Bệnh Alzheimer

Là tình trạng sa sút hoặc mất năng lực trí tuệ do suy giảm không hồi phục toàn bộ chức năng của não, được chứng thực bởi tình trạng lâm sàng và Bảng câu hỏi tiêu chuẩn hoặc Bài trắc nghiệm được chấp thuận. Tình trạng này dẫn đến suy giảm nghiêm trọng chức năng trí tuệ và chức năng xã hội đòi hỏi Người được bảo hiểm phải được giám sát thường xuyên.

Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa, đồng thời phải đáp ứng ít nhất một trong các tiêu chuẩn chẩn đoán sau:

- Teo toàn bộ vỏ não được xác nhận bởi kết quả chụp cắt lớp vi tính (CT scan) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI);
- Được chứng nhận mất vĩnh viễn khả năng thực hiện 03 trong 06 Chức năng sinh hoạt hàng ngày và kéo dài liên tục trong ít nhất 180 ngày kể từ ngày được chẩn đoán bệnh.

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm: chứng loạn thần, bệnh tâm thần, rối loạn tâm lý, rối loạn thực thể liên quan đến HIV/AIDS, rối loạn do thuốc, chất gây nghiện hoặc đồ uống có cồn.

Phạm vi bảo hiểm đối với Bệnh hiểm nghèo này sẽ chấm dứt khi Người được bảo hiểm đạt 70 Tuổi.

22. Bệnh Parkinson

Là bệnh thoái hóa hệ thần kinh trung ương gây ra bởi sự thiếu hụt chất dẫn truyền thần kinh của não.

Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- a. Bệnh không thể kiểm soát bằng thuốc;
- b. Có dấu hiệu bệnh nặng tiến triển;
- c. Mất vĩnh viễn khả năng thực hiện 03 trong 06 Chức năng sinh hoạt hàng ngày kéo dài trong thời gian liên tục ít nhất 180 ngày.

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm: Parkinson do thuốc, do độc chất hoặc chất gây nghiện, Parkinson thứ phát do các nguyên nhân khác hoặc do di truyền.

Phạm vi bảo hiểm đối với Bệnh hiểm nghèo này sẽ chấm dứt khi Người được bảo hiểm đạt 70 Tuổi.

23. Bệnh xơ cứng rải rác

Là bệnh xơ cứng rải rác được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh, bằng các kỹ thuật xác định bệnh như chụp cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp vi tính (CT scan) hoặc các kỹ thuật hình ảnh tin cậy khác, và có tất cả các tình trạng sau đây kéo dài liên tục ít nhất 06 tháng:

- Tổn thương lớp vỏ myelin của tế bào thần kinh thị giác, thân não và tủy sống, gây ra các di chứng thần kinh rõ ràng;
- Đa tổn thương hoặc các tổn thương riêng biệt;
- Các triệu chứng/di chứng thần kinh nói trên có diễn tiến tăng giảm nhiều đợt trên lâm sàng.

Các trường hợp tổn thương thần kinh do nguyên nhân khác như Lupus ban đỏ hệ thống (SLE), nhiễm HIV không thuộc phạm vi bảo hiểm.

24. Viêm não

Là tình trạng viêm não (bán cầu não, thân não hoặc tiểu não) do nhiễm vi khuẩn hay vi rút, dẫn đến các di chứng thần kinh trầm trọng và vĩnh viễn.

Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và di chứng thần kinh phải kéo dài liên tục ít nhất 180 ngày kể từ ngày mắc bệnh.

Các trường hợp viêm não do nhiễm ký sinh trùng như sốt rét, viêm não do nhiễm HIV không thuộc phạm vi bảo hiểm.

25. Chấn thương sọ não nặng

Là tình trạng chấn thương sọ não gây suy giảm chức năng thần kinh nghiêm trọng và vĩnh viễn, kéo dài ít nhất 03 tháng kể từ ngày xảy ra chấn thương. Tình trạng suy giảm chức năng thần kinh phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh, và phải dẫn đến mất khả năng thực hiện ít nhất 03 trong 06 Chức năng sinh hoạt hàng ngày dù có hay không có sự hỗ trợ của thiết bị máy móc, dụng cụ đặc biệt, thiết bị hỗ trợ cho người bị thương tật/tàn tật. Theo định nghĩa này, “vĩnh viễn” nghĩa là không thể hồi phục với trình độ và kỹ thuật y tế hiện hành.

26. Phẫu thuật sọ não

Là phẫu thuật não qua mở hộp sọ sau khi đã được gây mê toàn thân. Phẫu thuật này phải được Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh xác nhận là cần thiết về mặt y khoa.

Các trường hợp khoan lỗ sọ, các thủ thuật xâm lấn tối thiểu và phẫu thuật sọ não do tai nạn không thuộc phạm vi bảo hiểm.

27. Bệnh teo cơ tủy (SMA)

Là bệnh thoái hóa các tế bào sừng trước tủy sống và các nhân vận động của thân não, đặc trưng bởi sự yếu và teo trầm trọng các cơ gân, đầu tiên là cơ ở chân, sau đó là các cơ xa.

Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và được xác nhận bằng các đánh giá thần kinh cơ như điện cơ đồ (EMG).

Đồng thời, bệnh phải dẫn đến mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 trong 06 Chức năng sinh hoạt hàng ngày hoặc phải nằm liệt giường vĩnh viễn và không thể ngồi dậy nếu không có sự trợ giúp từ bên ngoài. Tình trạng này phải được ghi nhận kéo dài liên tục ít nhất 03 tháng.

28. Bệnh xơ cứng cột bên teo cơ

Là tình trạng xơ cứng cột bên teo cơ gây ra các tổn thương vĩnh viễn của thần kinh tủy sống và các trung khu vận động của não dẫn đến rung giật toàn thể, yếu và teo cơ của các chi, thân mình, đầu, thanh quản, đường hô hấp.

Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và phải có các bằng chứng bất thường điển hình trong kết quả điện cơ đồ (EMG) và điện thần kinh đồ (ENG).

Đồng thời, bệnh phải dẫn đến tình trạng nằm liệt giường và không thể ngồi dậy nếu không có sự trợ giúp từ bên ngoài. Tình trạng này phải được ghi nhận kéo dài liên tục ít nhất 03 tháng.

29. Viêm màng não do vi khuẩn

Là bệnh do vi khuẩn gây ra viêm màng não hoặc màng tủy sống dẫn đến các tổn thương chức năng thần kinh trầm trọng, vĩnh viễn và không hồi phục. Bệnh phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Có bằng chứng về các di chứng thần kinh trầm trọng, vĩnh viễn và không hồi phục được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và kéo dài liên tục ít nhất 90 ngày,
- Chẩn đoán xác định tình trạng nhiễm khuẩn dịch não tủy bằng phương pháp chọc dò tủy sống.

Các trường hợp viêm màng não trên Người được bảo hiểm nhiễm HIV không thuộc phạm vi bảo hiểm.

30. U não lành tính

Là khối u não lành tính đe dọa tính mạng gây ra những dấu hiệu đặc trưng của tăng áp lực nội sọ như phù gai thị, các triệu chứng tâm thần, co giật và rối loạn cảm giác, suy giảm trầm trọng và vĩnh viễn chức năng thần kinh kéo dài liên tục ít nhất 06 tháng.

Bệnh phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và dựa trên các kết quả chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính (CT scan) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI).

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm: nang; u hạt; dị dạng động mạch hoặc tĩnh mạch não; u mạch máu; u tuyến yên hoặc u cột sống; u thần kinh thính giác.

31. Bệnh bại liệt

Là tình trạng nhiễm trùng cấp tính do virus bại liệt (polio virus) gây ra liệt với bằng chứng mất chức năng thần kinh vận động hoặc suy hô hấp kéo dài trong thời gian liên tục ít nhất 03 tháng. Chẩn đoán phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và có kết quả xét nghiệm xác định bệnh do virus bại liệt (polio virus).

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm:

- Bệnh bại liệt không gây ra liệt;
- Tình trạng liệt do các nguyên nhân khác (như Hội chứng Guillain - Barre).

32. Cụt chi

Là tình trạng bị cụt cụt toàn bộ và không thể phục hồi ít nhất 02 chi từ cổ tay hoặc từ cổ chân trở lên.

33. Liệt chi

Là tình trạng mất toàn bộ và vĩnh viễn chức năng của hai tay hoặc hai chân, hoặc một tay và một chân do bệnh hoặc tai nạn. Tình trạng tổn thương này phải kéo dài trong thời gian

ít nhất 06 tháng kể từ ngày bị bệnh hoặc tai nạn và phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh.

Các trường hợp tổn thương do Người được bảo hiểm tự gây ra không thuộc phạm vi bảo hiểm.

34. Bệnh loạn dưỡng cơ

Là tình trạng loạn dưỡng cơ dẫn đến mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 trong 06 Chức năng sinh hoạt hàng ngày. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và đáp ứng được 03 trong 04 yêu cầu sau:

- Tiền sử gia đình đã có thành viên khác mắc bệnh này;
- Biểu hiện lâm sàng không có rối loạn cảm giác, xét nghiệm dịch não tủy bình thường và giảm phản xạ gân nhẹ;
- Dấu hiệu điển hình đặc trưng trên điện cơ đồ (EMG);
- Tổn thương xác định bằng kết quả sinh thiết cơ.

Các trường hợp bệnh ở trẻ em không thuộc phạm vi bảo hiểm.

35. Bệnh nhược cơ

Là tình trạng rối loạn dẫn truyền thần kinh cơ tự miễn mắc phải gây ra yếu cơ, mỏi cơ và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- a. Tình trạng yếu cơ vĩnh viễn Độ III, IV hoặc V theo Phân loại lâm sàng của Tổ chức Bệnh Nhược cơ Hoa Kỳ dưới đây;
- b. Chẩn đoán xác định và phân loại bệnh nhược cơ phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh.

Phân loại lâm sàng của Tổ chức Bệnh Nhược cơ Hoa Kỳ:

- Độ I: Nhược cơ vận nhãn, có thể có sụp mí, không có triệu chứng yếu cơ ở vị trí khác.
- Độ II: Nhược cơ vận nhãn ở bất kỳ mức độ nào, nhược cơ các cơ khác ở mức độ nhẹ.
- Độ III: Nhược cơ vận nhãn ở bất kỳ mức độ nào, nhược cơ các cơ khác ở mức độ trung bình.
- Độ IV: Nhược cơ vận nhãn ở bất kỳ mức độ nào, nhược cơ các cơ khác ở mức độ nặng.
- Độ V: Bắt buộc đặt nội khí quản để duy trì đường thở.

36. Loãng xương nặng

Là tình trạng thoái hoá xương dẫn đến mất khối lượng xương và đáp ứng tất cả các tiêu chuẩn sau:

- kết quả đo mật độ xương với chỉ số mật độ xương T-score dưới -2.5 theo tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) về loãng xương;
- có tiền sử gãy xương do loãng xương ít nhất 03 lần ở vị trí xương đùi, cổ tay hoặc đốt sống;
- tình trạng gãy xương này là nguyên nhân trực tiếp gây ra mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 trong 06 Chức năng sinh hoạt hàng ngày trong thời gian liên tục ít nhất 06 tháng.

Phạm vi bảo hiểm đối với Bệnh hiểm nghèo này sẽ tự động chấm dứt khi Người được bảo hiểm đạt 70 tuổi.

37. Tổn thương đa rễ đám rối thần kinh cánh tay

Là tình trạng mất hoàn toàn và vĩnh viễn chức năng vận động và cảm giác của một chi trên gây ra bởi sự tổn thương toàn bộ của ít nhất 02 rễ đám rối thần kinh cánh tay do tai nạn hoặc chấn thương. Tổn thương toàn bộ của ít nhất 02 rễ thần kinh phải được xác nhận bởi chẩn đoán điện cơ được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa Vật lý trị liệu hoặc chuyên khoa Thần kinh.

38. Bệnh Creutzfeldt-Jakob (Bò điên)

Là bệnh gây tình trạng não xốp, có các tổn thương bao gồm mất chức năng tiểu não, sa sút trí tuệ tiến triển nặng, co giật cơ không kiểm soát, run và múa vờn.

Chẩn đoán phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và phải dựa trên các kết quả xét nghiệm điện não đồ (EEG), xét nghiệm dịch não tủy (CSF), chụp cắt lớp vi tính (CT scan) và chụp cộng hưởng từ (MRI).

39. Bệnh lao màng não

Là bệnh viêm màng não do trực khuẩn lao gây ra di chứng thần kinh vĩnh viễn kéo dài trong ít nhất 06 tháng liên tục. Chẩn đoán phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và được xác nhận bởi kết quả xét nghiệm dịch não tủy.

40. Gãy cột sống do Tai nạn

Là tình trạng gãy cột sống xảy ra do Tai nạn đòi hỏi phải điều trị bằng phẫu thuật mở, hoặc gây ra di chứng thần kinh vĩnh viễn chức năng vận động hoặc chức năng bàng quang, và đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- được xác định bằng kết quả chụp X-quang hoặc kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh tương tự;
- được xác nhận bởi Bác sĩ Phẫu thuật Chính hình hoặc Bác sĩ Chẩn đoán Hình ảnh;
- chẩn đoán về tổn thương và di chứng thần kinh phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh hoặc Bác sĩ Phẫu thuật Chính hình.

41. Phình mạch não bắt buộc phải phẫu thuật

Là phẫu thuật não được thực hiện để sửa chữa cả 03 lớp thành động mạch tại chỗ phình động mạch não.

Chẩn đoán phải được xác định bởi Bác sĩ Phẫu thuật Thần kinh có chứng chỉ và kết quả chụp mạch não xác nhận sự cần thiết phải thực hiện phẫu thuật mở.

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm:

- Phình mạch não do nhiễm trùng.
- Mở hộp sọ tối thiểu và thủ thuật khoan lỗ sọ.

42. Hội chứng Apallic

Là tình trạng phá hủy toàn bộ vỏ não nhưng không tổn thương thân não. Chẩn đoán xác định phải được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và tình trạng bệnh này phải kéo dài ít nhất 01 tháng.

43. Liệt trên nhân tiến triển

Là tình trạng liệt trên nhân tiến triển, và là nguyên nhân duy nhất và trực tiếp gây ra mất kiểm soát dáng đi và thăng bằng, và mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 trong 06 Chức năng sinh hoạt hàng ngày.

Chẩn đoán xác định phải được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh, đồng thời phải có xác nhận tình trạng bệnh tiến triển và gây ra các khiếm khuyết thần kinh kéo dài trong thời gian liên tục ít nhất 06 tháng.

Quyền lợi bảo hiểm này chỉ được chi trả khi Người được bảo hiểm trên 05 Tuổi vào lần được chẩn đoán đầu tiên.

44. Liệt hành não tiến triển

Là rối loạn của hệ thần kinh gây nên liệt ở vùng đầu, khó nhai và khó nuốt, khó nói và khó phát âm, tổn thương thần kinh tủy sống và trung tâm vận động ở não, yếu cơ co cứng và teo cơ các chi.

Bệnh phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh;
- Phải gây ra mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 03 trong 06 Chức năng sinh hoạt hàng ngày;
- Có bằng chứng y khoa ghi nhận tổn thương kéo dài ít nhất 03 tháng.

Nhóm 5: Nhóm Bệnh hiểm nghèo khác

45. Bỏng nặng

Là bỏng độ ba chiếm ít nhất 20% diện tích bề mặt cơ thể của Người được bảo hiểm theo Biểu đồ bề mặt cơ thể của Lund và Browder (là phương pháp tính tỷ lệ phần trăm diện tích bề mặt cơ thể của Lund và Browder).

Bỏng phải do nguyên nhân Tai nạn và phải có chỉ định điều trị bằng cấy ghép da.

Các trường hợp do Người được bảo hiểm tự gây ra không thuộc phạm vi bảo hiểm.

46. Lupus ban đỏ hệ thống có biến chứng thận

Là bệnh rối loạn tự miễn đa hệ thống với đặc điểm có sự phát triển của các tự kháng thể trực tiếp chống lại các tự kháng nguyên. Quyền lợi bảo hiểm này sẽ chỉ được chi trả cho các thể bệnh Lupus ban đỏ hệ thống có biến chứng thận, bao gồm Nhóm III và Nhóm IV theo hệ thống phân loại dưới đây, và phải được xác định bởi kết quả sinh thiết thận.

Phân loại Viêm cầu thận Lupus của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO):

- Nhóm I (Tổn thương tối thiểu)
- Nhóm II (Tăng sinh gian mạch)
- Nhóm III (Viêm cầu thận ổ, cục bộ)
- Nhóm IV (Viêm cầu thận tăng sinh lan tỏa)
- Nhóm V (Viêm cầu thận màng Lupus)

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm: Nhóm I, II, V nêu trên, Lupus ban đĩa, và các thể bệnh chỉ ảnh hưởng đến máu và khớp.

47. Mù

Là mất hoàn toàn, vĩnh viễn và không thể hồi phục thị lực của cả hai mắt do bệnh hoặc tai nạn. Tình trạng mù phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Mắt.

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm: thị lực có khả năng hồi phục một phần hoặc hoàn toàn bởi bất kỳ sự hỗ trợ, thiết bị hoặc cấy ghép nào.

48. Mất khả năng nói

Là mất hoàn toàn, vĩnh viễn và không thể hồi phục khả năng nói do bệnh hoặc tai nạn. Tình trạng này phải kéo dài liên tục trong 12 tháng, và được Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng xác nhận có tổn thương hoặc bệnh của dây thanh âm, và xác nhận không có khả năng điều trị phục hồi bằng các liệu pháp y khoa.

Các trường hợp mất khả năng nói do các nguyên nhân liên quan đến tâm lý, tâm thần không thuộc phạm vi bảo hiểm.

49. Mất thính lực

Là mất hoàn toàn, vĩnh viễn và không thể hồi phục thính lực cả hai bên với tất cả các âm thanh từ 80 đề xi ben trở lên (cho dù có hoặc không có hỗ trợ). Tình trạng này phải được xác định bằng kết quả đo thính lực, nghiệm pháp đánh giá ngưỡng nghe và được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa.

50. Viêm đa khớp dạng thấp thể nặng

Là tình trạng viêm đa khớp dạng thấp thể nặng và đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán Viêm đa khớp dạng thấp của Hội Thấp học Mỹ (American College of Rheumatology);
- Mất vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 02 Chức năng sinh hoạt hàng ngày;
- Hủy hoại khớp lan rộng và biến dạng lâm sàng nghiêm trọng của ít nhất 02 trong số các khớp sau: bàn tay, cổ tay, khuỷu tay, đầu gối, háng, cổ chân, cột sống cổ, bàn chân;
- Tình trạng bệnh nói trên phải kéo dài liên tục trong ít nhất 06 tháng.

51. U tủy thượng thận

Là u thần kinh nội tiết ở tuyến thượng thận hoặc u tế bào ưa Crôm gây ra bài tiết quá mức catecholamines đòi hỏi phải phẫu thuật cắt khối u.

Chẩn đoán xác định và chỉ định phẫu thuật phải được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa Nội tiết.

52. Xơ cứng bì tiến triển

Là bệnh chất tạo keo hệ thống gây ra tình trạng xơ hóa lan rộng tiến triển ở da, mạch máu và nội tạng. Chẩn đoán bệnh phải được xác định bởi kết quả sinh thiết và xét nghiệm huyết thanh, đồng thời phải có tổn thương hệ thống đến tim, phổi hoặc thận.

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm:

- Xơ cứng bì khu trú (xơ cứng bì thể dải, xơ cứng bì thể đám);
- Viêm bao cơ bạch cầu ái toan;
- Hội chứng CREST.

53. Nhiễm HIV do truyền máu

Là tình trạng nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) qua đường truyền máu và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Việc truyền máu phải cần thiết về mặt y khoa hoặc được chỉ định như một phần của liệu trình điều trị y khoa;
- Việc truyền máu được thực hiện trong lãnh thổ Việt Nam sau Ngày hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm này, ngày xác nhận điều chỉnh hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất (tùy theo ngày nào đến sau);

- Nguồn lây nhiễm được xác định từ cơ sở thực hiện truyền máu và cơ sở này phải có khả năng xác định nguồn gốc của máu nhiễm bệnh;
- Người được bảo hiểm không bị bệnh Thalassaemia thể nặng (Thalassemia Major) hoặc bệnh tan máu (Haemophilia).

Quyền lợi bảo hiểm này sẽ không được chi trả khi đã có liệu pháp “chữa trị” trước ngày bị nhiễm virus. “Chữa trị” được hiểu là bất kỳ liệu pháp điều trị nào có tác dụng ngăn cản sự lây nhiễm HIV hoặc ức chế hoạt động của HIV.

54. Nhiễm HIV do nghề nghiệp

Là tình trạng nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) do một Tai nạn xảy ra sau ngày hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm này, ngày xác nhận điều chỉnh hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất (tùy theo ngày nào đến sau) và trong khi Người được bảo hiểm thực hiện trách nhiệm nghề nghiệp hàng ngày trong lãnh thổ Việt Nam.

Nghề nghiệp hàng ngày của Người được bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm bao gồm: nhân viên y tế, bác sĩ, sinh viên y khoa, y tá, kỹ thuật viên xét nghiệm, nha sĩ (bác sĩ phẫu thuật và y tá) hoặc nhân viên trợ giúp y tế, làm việc tại trung tâm y tế hoặc phòng khám ở Việt Nam.

Tất cả các bằng chứng sau phải được cung cấp:

- Bằng chứng về Tai nạn có khả năng gây ra nhiễm virus HIV được cung cấp cho Generali trong vòng 30 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn;
- Bằng chứng về việc Tai nạn có liên quan đến một nguồn chất dịch nhiễm HIV xác định;
- Bằng chứng chuyển đổi kết quả huyết thanh từ âm tính sang dương tính với HIV xảy ra trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn, và bằng chứng về kết quả xét nghiệm HIV âm tính được thực hiện trong vòng 05 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn.

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm: nhiễm HIV do bất kỳ nguyên nhân khác ví dụ như lây nhiễm qua hoạt động tình dục, sử dụng thuốc qua đường tiêm truyền.

Quyền lợi bảo hiểm này sẽ không được chi trả khi đã có liệu pháp “chữa trị” trước ngày bị nhiễm virus. “Chữa trị” được hiểu là bất kỳ liệu pháp điều trị nào có tác dụng ngăn cản sự lây nhiễm HIV hoặc ức chế hoạt động của HIV.

55. Suy thượng thận mãn tính

Là tình trạng tuyến thượng thận bị phá hủy dần dần do rối loạn tự miễn dịch đòi hỏi phải được điều trị bằng liệu pháp glucocorticoid và mineral corticoid thay thế suốt đời.

Chẩn đoán bệnh phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- a. Được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Nội tiết và Bác sĩ chuyên khoa độc lập do Generali chỉ định;
- b. Được xác định bởi kết quả nghiệm pháp kích thích bằng ACTH;
- c. Có nguyên nhân do rối loạn tự miễn dịch.

Các trường hợp suy thượng thận do tất cả các nguyên nhân khác không thuộc phạm vi bảo hiểm.

56. Viêm cân mạc hoại tử

Là tình trạng viêm cân mạc hoại tử đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- a. Có đủ các tiêu chuẩn lâm sàng của bệnh viêm cân mạc hoại tử;
- b. Nguyên nhân gây bệnh được xác định là do vi khuẩn;

- c. Có sự phá hủy lan rộng của cơ và các mô mềm khác dẫn đến sự mất chức năng toàn bộ và vĩnh viễn của phần cơ thể bị bệnh.

Chẩn đoán phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa.

57. Viêm loét đại tràng có phẫu thuật cắt toàn bộ đại tràng

Là tình trạng viêm loét toàn bộ đại tràng, có đi ngoài ra máu và đòi hỏi phải được điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ đại tràng và mở thông hồi tràng. Ngoài ra, bệnh cần đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Chẩn đoán phải dựa trên kết quả mô bệnh học;
- Phẫu thuật cắt đại tràng và mở thông hồi tràng phải được thực hiện nhằm mục đích kiểm soát tình trạng bệnh đáp ứng kém với điều trị hoặc phòng ngừa sự phát triển ác tính.

58. Bệnh Crohn có đường rò

Là bệnh u hạt viêm ruột mãn tính, và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Gây nên đường rò, hoặc tắc ruột hoặc thủng ruột;
- Đòi hỏi phải được điều trị bằng phẫu thuật;
- Đòi hỏi phải được điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch liên tục hoặc điều trị bằng thuốc điều hòa miễn dịch liên tục;
- Bệnh phải được chứng minh bằng kết quả sinh thiết và phải được điều trị liên tục dưới sự giám sát của Bác sĩ chuyên khoa Tiêu hóa.

59. Phẫu thuật vẹo cột sống tự phát

Là phẫu thuật cột sống được thực hiện để sửa chữa tình trạng cong vẹo bất thường của cột sống sang bên. Tình trạng vẹo cột sống phải là tự phát, không có sự hiện diện của bất kỳ nguyên nhân nào, và phải có mức độ vẹo với góc Cobb lớn hơn 40 độ.

Các trường hợp biến dạng cột sống kết hợp với khuyết tật bẩm sinh và bệnh thần kinh cơ không thuộc phạm vi được bảo hiểm.

60. Sốt xuất huyết Ebola

Là tình trạng nhiễm virus Ebola gây ra sốt và xuất huyết trong hoặc xuất huyết ngoài.

Bệnh phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- a. Kết quả xét nghiệm xác định virus Ebola dương tính;
- b. Có xuất huyết niêm mạc hoặc xuất huyết dạ dày, ruột;
- c. Chẩn đoán sốt xuất huyết Ebola phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa.

61. Bệnh phù chân voi

Là tình trạng nhiễm giun chỉ mãn tính với đầy đủ các biểu hiện sau:

- Phù nặng và thường xuyên ở cánh tay và chân hoặc các phần khác của cơ thể do tắc nghẽn mạch bạch huyết;
- Kết quả xét nghiệm máu có sự hiện diện của ấu trùng giun chỉ.

Các trường hợp sau không thuộc phạm vi bảo hiểm: tắc nghẽn mạch bạch huyết gây ra bởi bệnh lây truyền qua đường tình dục, ung thư, vết thương, sẹo phẫu thuật, phóng xạ, suy tim hoặc dị tật bẩm sinh.