

QUY TẮC, ĐIỀU KIỆN, ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM

MoMoCare | Bảo hiểm Sức khỏe+ được cung cấp bởi CHUBB

(Sản phẩm MoMoCare | Bảo hiểm Sức khỏe+ được cung cấp bởi CHUBB có tên kỹ thuật là Sản phẩm bảo hiểm sức khỏe - CI Care, được chấp thuận phương pháp, cơ sở tính phí theo Công văn số 10516/BTC-QLBH ngày 11/07/2025 của Bộ Tài chính và Quy tắc, điều kiện, điều khoản sản phẩm được ban hành theo Quyết định số CHH0AYEL254031V ngày 15/08/2025 của Tổng Giám đốc Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Chubb Việt Nam)

MỤC LỤC

QUY TẮC, ĐIỀU KIỆN, ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM.....	1
CHƯƠNG 1. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	3
Điều 1. Quyền lợi bảo hiểm.....	3
Điều 2. Các trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm	7
CHƯƠNG 2. THAM GIA BẢO HIỂM.....	10
Điều 3. Thủ tục tham gia bảo hiểm.....	10
Điều 4. Nghĩa vụ cung cấp thông tin và bảo mật thông tin	10
Điều 5. Thời gian cân nhắc	11
Điều 6. Các trường hợp nhằm lần khi kê khai tuổi.....	11
CHƯƠNG 3. PHÍ BẢO HIỂM VÀ ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM.....	12
Điều 7. Thời hạn đóng phí bảo hiểm, Phí Bảo hiểm và nghĩa vụ đóng Phí Bảo hiểm	12
CHƯƠNG 4. CÁC THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN HỢP ĐỒNG.....	13
Điều 8. Thay đổi định kỳ đóng phí	13
Điều 9. Chỉ định hoặc thay đổi Người thụ hưởng.....	13
Điều 10. Thay đổi về thông tin liên lạc, giấy tờ tùy thân.....	13
CHƯƠNG 5. HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG.....	14
Điều 11. Thời hạn Hợp đồng – Thời hạn bảo hiểm	14
Điều 12. Tái tục Hợp đồng	14
Điều 13. Bên mua Bảo hiểm chấm dứt Hợp đồng trước hạn.....	14
Điều 14. Các trường hợp chấm dứt Hợp đồng.....	14
CHƯƠNG 6. GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	15
Điều 15. Người nhận quyền lợi bảo hiểm.....	15
Điều 16. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	15
Điều 17. Thời hạn nộp yêu cầu và giải quyết quyền lợi bảo hiểm	15
PHỤ LỤC 1. ĐỊNH NGHĨA.....	17
PHỤ LỤC 2. DANH SÁCH 37 BỆNH HIỂM NGHÈO ĐƯỢC BẢO HIỂM.....	22

CHƯƠNG 1. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 1. Quyền lợi bảo hiểm

1.1 Trong thời gian Hợp đồng có hiệu lực, nếu Người được Bảo hiểm được chẩn đoán và điều trị Bệnh hiểm nghèo, Chubb Life sẽ chi trả các quyền lợi bảo hiểm sau đây:

Bảng quyền lợi bảo hiểm		
Mệnh giá Bảo hiểm		5.000.000.000 đồng
Phạm vi địa lý được bảo hiểm		Việt Nam
Đồng chi trả		20%
Thời gian chờ		90 ngày
STT	Quyền lợi bảo hiểm	Hạn mức chi trả
1	Chi phí giường điều trị (tối đa 60 ngày/Năm hợp đồng)	3.000.000 đồng/Ngày nằm viện
2	Chi phí giường điều trị ở Khoa Hồi sức tích cực (tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)	Theo Chi phí y tế thực tế
3	Chi phí Phẫu thuật	
4	Phẫu thuật trong ngày	
5	Điều trị ung thư (bao gồm Điều trị nội trú và Điều trị ngoại trú)	
6	Cấy ghép nội tạng - Người nhận tạng (là Người được Bảo hiểm) - Người hiến tạng	
7	Chi phí Điều trị trước khi nhập viện (trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện)	Theo Chi phí y tế thực tế
8	Chi phí Điều trị sau khi xuất viện (trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện)	
9	Các chi phí Điều trị nội trú khác	
10	Chi phí xe cấp cứu	
10.a	Dịch vụ cấp cứu qua Trung tâm cấp cứu 115	Theo Chi phí y tế thực tế

Bảng quyền lợi bảo hiểm		
10.b	Dịch vụ cấp cứu khác (không qua Trung tâm cấp cứu 115)	15.000.000 đồng/Năm hợp đồng
11	Chạy thận nhân tạo (bao gồm Điều trị nội trú và Điều trị ngoại trú)	250.000.000 đồng/Năm hợp đồng
12	Quyền lợi chăm sóc sau điều trị - Chăm sóc tại nhà - Tư vấn dinh dưỡng - Tư vấn tâm lý - Phục hồi chức năng (vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, trị liệu ngôn ngữ) (trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện)	1.500.000 đồng/ngày (tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)
13	Phẫu thuật tái tạo do ung thư Các loại Phẫu thuật tái tạo được chi trả theo quyền lợi này gồm: - Phẫu thuật tái tạo tuyến vú sau đoạn nhũ, hoặc - Phẫu thuật cắt đoạn đại tràng làm hậu môn nhân tạo, hoặc - Phẫu thuật đóng hậu môn nhân tạo. (mỗi loại Phẫu thuật tái tạo chỉ được chi trả 01 lần trong suốt thời gian tham gia sản phẩm)	25.000.000 đồng/Phẫu thuật
14	Chăm sóc giảm nhẹ (chỉ trả 01 lần trong suốt thời gian tham gia sản phẩm)	60.000.000 đồng trong suốt thời gian tham gia sản phẩm

1.2 Chi tiết quyền lợi bảo hiểm

1.2.1 Chi phí giường điều trị

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho 01 giường hoặc 01 phòng tiêu chuẩn, bao gồm cả tiền ăn tiêu chuẩn của Bệnh viện mà Người được Bảo hiểm thực tế thanh toán cho mỗi Ngày nằm viện và không bao gồm chi phí cho phòng hoặc giường cao cấp, hạng sang hoặc giường dịch vụ.

Nếu Người được Bảo hiểm nằm viện trong 01 phòng có 02 hoặc nhiều giường được đăng ký để một bệnh nhân sử dụng, Chubb Life sẽ thanh toán chi phí giường điều trị cho 01 giường theo chi phí của phòng tiêu chuẩn của Bệnh viện.

1.2.2 Chi phí giường điều trị ở Khoa Hồi sức tích cực

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho 01 Ngày nằm viện tại Khoa Hồi sức tích cực theo chỉ định của Bác sĩ. Số Ngày nằm viện tối đa trong mỗi Năm hợp đồng là 30 ngày.

1.2.3 Chi phí Phẫu thuật

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho việc Phẫu thuật của Người được Bảo hiểm, không bao gồm các chi phí cho các dịch vụ thuê/mướn các thiết bị/dụng cụ/vật tư y tế/dịch vụ y tế khác khi thực hiện Phẫu thuật.

1.2.4 Phẫu thuật trong ngày

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho các Phẫu thuật được chỉ định bởi Bác sĩ theo hình thức Điều trị trong ngày, bao gồm: chi phí khám, thuốc, chi phí phẫu thuật viên, gây mê, chi phí phòng phẫu thuật và chi phí cho các vật dụng và thiết bị được sử dụng trong phòng phẫu thuật.

1.2.5 Điều trị ung thư

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế trong trường hợp Người được Bảo hiểm nằm viện Điều trị nội trú hoặc Điều trị ngoại trú để Điều trị ung thư.

1.2.6 Cấy ghép nội tạng

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho việc cấy ghép nội tạng (tim, phổi, gan, tụy, thận và tủy xương) mà Người được Bảo hiểm là người nhận tạng.

Chi phí cho việc cấy ghép nội tạng không bao gồm:

- bất kỳ chi phí nào cho các dịch vụ phát sinh liên quan đến việc xác định và mua tạng cho việc cấy ghép;
- tất cả các chi phí vận chuyển và chi phí hành chính phát sinh liên quan đến ghép tạng, bất kỳ biến chứng nào liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp đến người hiến tạng do việc mổ lấy nội tạng;
- chi phí sàng lọc người hiến tạng; và
- chi phí phát sinh trong phẫu thuật ghép tạng liên quan đến các tạng không được mổ lấy từ cơ thể người.

Việc cấy ghép nội tạng phải tuân thủ quy định của pháp luật hiện hành.

1.2.7 Điều trị trước khi nhập viện

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho việc theo dõi, điều trị theo chỉ định của Bác sĩ, bao gồm: tư vấn y khoa, thăm khám, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc theo đơn thuốc có liên quan trực tiếp đến Bệnh hiểm nghèo mà Người được Bảo hiểm phải nhập viện để điều trị.

Điều trị trước khi nhập viện phải được thực hiện trong vòng 30 ngày trước ngày nhập viện của đợt điều trị.

1.2.8 Điều trị sau khi xuất viện

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho việc theo dõi, điều trị theo chỉ định của Bác sĩ điều trị ngay sau khi xuất viện, bao gồm: tư vấn y khoa, thăm khám, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc theo đơn thuốc liên quan trực tiếp đến Bệnh hiểm nghèo đã được Điều trị nội trú trước đó.

Điều trị sau khi xuất viện cần được thực hiện trong vòng 60 ngày kể từ ngày xuất viện của đợt điều trị.

1.2.9 Điều trị nội trú khác

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh trong quá trình Điều trị nội trú, bao gồm: chi phí cho việc xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thuốc, dịch truyền, máu, huyết tương, tiêm tĩnh mạch, phí khám bệnh, chi phí hành chính, vật tư tiêu hao.

1.2.10 Chi phí xe cấp cứu

Chubb Life sẽ chi trả chi phí vận chuyển cấp cứu và chăm sóc trong quá trình vận chuyển Người được Bảo hiểm đang trong Tình trạng nguy cấp đến Bệnh viện gần nhất hoặc từ một Bệnh viện này đến một Bệnh viện khác. Việc vận chuyển cấp cứu của Người được Bảo hiểm phải được thực hiện bởi Bệnh viện hoặc tổ chức có chức năng cung cấp dịch vụ vận chuyển cấp cứu. Chubb Life không chi trả các chi phí cho việc vận chuyển cấp cứu nếu không có chỉ định của cơ sở y tế.

1.2.11 Chạy thận nhân tạo

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế nếu Người được Bảo hiểm được chẩn đoán mắc Suy thận mạn giai đoạn cuối và đã được điều trị tại Bệnh viện bằng phương pháp lọc máu hoặc thẩm phân phúc mạc theo chỉ định của Bác sĩ.

1.2.12 Quyền lợi chăm sóc sau điều trị

Quyền lợi chăm sóc sau điều trị được chi trả khi Người được Bảo hiểm sử dụng một hoặc một số dịch vụ y tế trong vòng 60 ngày kể từ ngày xuất viện của đợt điều trị. Số ngày được chi trả sẽ không vượt quá 30 ngày trong mỗi Năm hợp đồng. Quyền lợi chăm sóc sau điều trị bao gồm các quyền lợi sau:

a) Chăm sóc tại nhà:

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho dịch vụ chăm sóc y tế tại nơi ở của Người được Bảo hiểm, được thực hiện bởi Y tá hoặc Bác sĩ theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ chuyên khoa. Chi phí cho dịch vụ này cũng phải có hóa đơn tài chính của Bệnh viện.

b) Tư vấn dinh dưỡng hoặc Tư vấn tâm lý:

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho việc tư vấn dinh dưỡng và tư vấn tâm lý được chỉ định bằng văn bản bởi Bác sĩ điều trị cho Người được Bảo hiểm chỉ khi Người được Bảo hiểm được Chubb Life chấp nhận chi trả quyền lợi cho việc điều trị Bệnh hiểm nghèo trong quá trình Điều trị nội trú hoặc Phẫu thuật.

(i) Tư vấn dinh dưỡng

Chuyên gia tư vấn dinh dưỡng phải có chứng chỉ đào tạo về dinh dưỡng hoặc bằng cử nhân về dinh dưỡng.

(ii) Tư vấn tâm lý

Chuyên gia tư vấn tâm lý phải có chứng chỉ đào tạo về tư vấn tâm lý hoặc bằng cử nhân về tâm lý.

c) Phục hồi chức năng:

Chubb Life sẽ chi trả chi phí phục hồi tình trạng mất chức năng và khả năng sinh hoạt độc lập của Người được Bảo hiểm trong quá trình Điều trị nội trú hoặc Phẫu thuật.

1.2.13 Phẫu thuật tái tạo do ung thư

Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh cho các Phẫu thuật tái tạo do hậu quả của ung thư.

Các loại Phẫu thuật tái tạo được chi trả theo quyền lợi này gồm: (i) Phẫu thuật tái tạo tuyến vú sau đoạn nhũ, (ii) Phẫu thuật cắt đoạn đại tràng để làm hậu môn nhân tạo, và (iii) Phẫu thuật đóng hậu môn nhân tạo.

Mỗi loại Phẫu thuật tái tạo nêu trên chỉ được chi trả một lần duy nhất trong suốt thời gian tham gia sản phẩm.

1.2.14 Chăm sóc giảm nhẹ

Chubb Life sẽ chi trả các khoản chi phí phát sinh cho các dịch vụ chăm sóc an dưỡng cuối đời và điều dưỡng của Người được Bảo hiểm lưu trú tại cơ sở an dưỡng hoặc cơ sở chăm sóc giảm nhẹ khi Người được Bảo hiểm được chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo và được Bác sĩ tiên lượng khả năng tử vong trong vòng 12 tháng là rất cao. Quyền lợi này chỉ được chi trả một lần trong suốt thời gian tham gia sản phẩm.

1.3 Giới hạn chi trả chung cho các quyền lợi

- Trong trường hợp Chubb Life không phải là bên chi trả quyền lợi bảo hiểm đầu tiên, Chubb Life sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế còn lại sau khi trừ đi các khoản tiền Người được Bảo hiểm đã được chi trả theo các chương trình bảo hiểm khác.
- Tổng Số tiền Bảo hiểm chi trả cho mỗi quyền lợi trong suốt thời gian Người được Bảo hiểm tham gia sản phẩm bảo hiểm này sẽ không vượt quá Hạn mức chi trả tương ứng được quy định tại Điều 1.1 nêu trên.
- Tổng Số tiền Bảo hiểm chi trả trong mỗi Năm hợp đồng không vượt quá Mệnh giá Bảo hiểm.
- Tổng Số tiền Bảo hiểm chi trả trong 03 Năm hợp đồng không vượt quá 10 tỷ đồng.
- Chubb Life có quyền từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu có bằng chứng về Hành vi gian lận bảo hiểm.

Điều 2. Các trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

Chubb Life sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm này nếu Sự kiện Bảo hiểm xảy ra trong trường hợp sau hoặc do bất kỳ nguyên nhân nào sau đây:

- Các chi phí phát sinh nhằm mục đích tầm soát sức khỏe, khám sức khỏe định kỳ, tiêm chủng, xét nghiệm di truyền. Các chi phí khám, chẩn đoán, điều trị không liên quan trực tiếp đến Bệnh hiểm nghèo.
- Chi phí liên quan đến việc nhập viện chủ yếu để nghỉ ngơi tại giường hoặc mang tính phục hồi chức năng nhưng không phải là để điều trị Bệnh hiểm nghèo.
- Chi phí phẫu thuật thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình, hoặc bất kỳ điều trị nào nhằm thay đổi diện mạo, trừ trường hợp phẫu thuật tái tạo do mắc bệnh ung thư thuộc quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm.
- Chi phí điều trị tổn thương hoặc bệnh tật do tham gia vào hoạt động thể thao mạo hiểm bao gồm: dù lượn, điều bay, leo núi thể thao, lặn biển thể thao giải trí, mô tô trên biển, ô tô thể thao địa hình, mô tô thể thao và xe đạp thể thao, săn bắn, đua xe, đua ngựa, các môn thể thao có tính chất đối kháng, và (các) hoạt động thể thao mạo hiểm theo danh mục được pháp luật quy định tại từng thời điểm.
- Chi phí điều trị phát sinh do lỗi cố ý hoặc hành vi vi phạm pháp luật của Người được Bảo hiểm.

- f) Điều trị nghiện rượu, điều trị nghiện ma túy/chất gây nghiện khác hoặc/và hậu quả của các tình trạng nêu trên.
- g) Thực phẩm chức năng và thuốc được mua mà không có đơn thuốc của Bác sĩ, bao gồm: vitamin, khoáng chất, các chất hữu cơ hoặc các chế phẩm có tính chất tương tự, trừ khi được Bác sĩ kê đơn như một phần của yêu cầu nhập viện hoặc điều trị Bệnh hiểm nghèo.
- h) Sử dụng các phương pháp điều trị, dịch vụ và vật tư y tế chưa được chứng minh, bao gồm:
 - (i) Các điều trị, thủ thuật hoặc vật tư y tế thiếu tài liệu y tế để chứng minh có hiệu quả;
 - (ii) Công nghệ/thủ thuật/liệu pháp y tế thử nghiệm và/hoặc không được cơ quan có thẩm quyền của Việt Nam phê duyệt;

Sử dụng thuốc/mỹ phẩm/liệu pháp tế bào gốc chưa được cơ quan có thẩm quyền của Việt Nam phê duyệt hoặc sử dụng các phương pháp điều trị/các loại thuốc không thuộc Tây y, điều trị y học cổ truyền.

- i) Bất kỳ Bệnh có sẵn hoặc bất kỳ biến chứng nào phát sinh liên quan đến Bệnh có sẵn.
- j) Điều trị nha khoa hoặc răng miệng, thủ thuật và các dịch vụ phòng ngừa, chẩn đoán, phục hồi, thẩm mỹ liên quan đến bệnh tật, rối loạn và các tình trạng liên quan đến răng và lợi.
- k) Điều trị ngoại trú, trừ các trường hợp được quy định trong quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm.
- l) Bất kỳ tình trạng nào trực tiếp hoặc gián tiếp gây ra bởi hoặc liên quan đến các bệnh lây truyền qua đường tình dục, bao gồm: mụn cóc sinh dục, giang mai, lậu, herpes sinh dục, chlamydia, rận mu và trichomonas, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) có hay không có nguyên nhân do HIV, virus lymphotropic tế bào T ở người loại III (HTLV-III hoặc IITLB-III) hoặc virus liên quan đến bệnh hạch bạch huyết (LAV) hoặc dẫn xuất đột biến hoặc hội chứng thiếu biến thể hoặc bất kỳ hội chứng hoặc tình trạng tương tự.

Điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục hoặc các vấn đề tình dục bao gồm chứng bất lực (bất kể nguyên nhân), vấn đề về giới tính hoặc chuyển đổi giới tính.

- m) Người được Bảo hiểm mang thai, mang thai hộ, sinh con hoặc chấm dứt thai kỳ, kiểm soát sinh sản, vô sinh hoặc hỗ trợ sinh sản hoặc triệt sản.
- n) Chiến tranh, chiến sự (dù tuyên bố hay không), nổi loạn, nổi dậy, bạo loạn, nội loạn.
- o) Hỗ trợ khắc phục và điều trị tật khúc xạ, trừ trường hợp cần thiết vì thương tật do Tai nạn gây ra và Người được Bảo hiểm được điều trị hỗ trợ khắc phục trong vòng 90 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn.
- p) Sử dụng thiết bị y tế thay thế, bao gồm: chân giả, tay giả, mắt giả, răng giả, kính mắt, máy trợ thính, phương tiện trợ giúp vận động trong khám bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng.
- q) Các chất ma túy, chất kích thích, chất gây nghiện được Người được Bảo hiểm sử dụng (trừ trường hợp được sử dụng theo chỉ định của Bác sĩ), hoặc việc lạm dụng thuốc và/hoặc lạm dụng rượu bia của Người được Bảo hiểm.
- r) Rối loạn tâm thần, rối loạn tâm lý hoặc các vấn đề về hành vi hoặc rối loạn nhân cách của Người được Bảo hiểm, trừ các trường hợp được bảo hiểm theo quyền lợi tư vấn tâm lý của sản phẩm.
- s) Bất kỳ rối loạn bẩm sinh hoặc di truyền hoặc dị tật bẩm sinh.
- t) Rối loạn giấc ngủ (trừ trường hợp điều trị ngưng thở khi ngủ đe dọa tính mạng theo xác nhận của Bác sĩ chuyên khoa và được Chubb Life chấp nhận trước khi tiếp nhận điều trị).

- u) Điều trị béo phì (bao gồm cả béo phì bệnh lý), các chương trình kiểm soát cân nặng hoặc phẫu thuật điều trị giảm cân (trừ trường hợp cần phẫu thuật điều trị giảm cân theo xác nhận của Bác sĩ chuyên khoa sau khi thất bại trong các phương pháp điều trị thông thường và được Chubb Life chấp nhận trước khi tiếp nhận điều trị).
- v) Tất cả các chi phí do bức xạ ion hóa hoặc ô nhiễm phóng xạ từ bất kỳ nhiên liệu hạt nhân nào hoặc từ bất kỳ chất thải hạt nhân nào do quá trình đốt nhiên liệu hạt nhân, ô nhiễm sinh học hoặc ô nhiễm hóa học.

CHƯƠNG 2. THAM GIA BẢO HIỂM

Điều 3. Thủ tục tham gia bảo hiểm

Để tham gia bảo hiểm:

- 3.1. Bên mua Bảo hiểm phải hoàn tất Hồ sơ Yêu cầu Bảo hiểm, nộp cho Chubb Life phí bảo hiểm, giấy tờ tùy thân hợp lệ theo đúng yêu cầu của Chubb Life.
- 3.2. Bên mua Bảo hiểm đồng thời là Người được Bảo hiểm và phải đáp ứng các điều kiện sau:
 - a) Là cá nhân đang cư trú tại Việt Nam, từ đủ 18 Tuổi đến 50 Tuổi và có năng lực hành vi dân sự đầy đủ tại thời điểm nộp Hồ sơ Yêu cầu Bảo hiểm; và
 - b) Đáp ứng điều kiện thẩm định của Chubb Life.

Điều 4. Nghĩa vụ cung cấp thông tin và bảo mật thông tin

Hợp đồng được giao kết và thực hiện theo nguyên tắc trung thực tuyệt đối (các bên phải cung cấp thông tin, thực hiện các quyền và nghĩa vụ một cách trung thực nhất). Do đó, các bên có nghĩa vụ như sau:

4.1 Nghĩa vụ cung cấp thông tin của Bên mua Bảo hiểm, Người được Bảo hiểm

- a) Bên mua Bảo hiểm, Người được Bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp, kê khai đầy đủ và chính xác mọi thông tin cần thiết để Chubb Life thẩm định và xem xét chấp nhận bảo hiểm để làm cơ sở cho việc giao kết Hợp đồng.
- b) Nếu Bên mua Bảo hiểm, Người được Bảo hiểm cố ý vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin theo (“Vi phạm”) thì Chubb Life sẽ thực hiện như sau:
 - (i) Nếu Vi phạm làm ảnh hưởng đến quyết định chấp nhận giao kết Hợp đồng thì:
 - Tất cả các quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng sẽ không được chi trả; và
 - Hợp đồng sẽ bị hủy bỏ; và
 - Chubb Life sẽ hoàn trả toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng đến ngày Hợp đồng bị hủy bỏ. Trước khi hoàn trả, Chubb Life sẽ khấu trừ các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả trong khoảng thời gian đó (nếu có).
 - (ii) Nếu Vi phạm không làm ảnh hưởng đến bất kỳ quyết định nào của Chubb Life, Chubb Life vẫn xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo quy định.
 - (iii) Trong trường hợp Vi phạm gây ra thiệt hại cho Chubb Life thì Bên mua Bảo hiểm phải bồi thường thiệt hại cho Chubb Life.

4.2 Nghĩa vụ cung cấp thông tin và trách nhiệm bảo vệ thông tin của Chubb Life

- a) Khi giao kết Hợp đồng, Chubb Life có nghĩa vụ cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin liên quan đến Hợp đồng, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Bên mua Bảo hiểm. Nếu Chubb Life cố ý không thực hiện nghĩa vụ cung cấp thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng thì Bên mua Bảo hiểm có quyền hủy bỏ Hợp đồng và Chubb Life phải hoàn trả toàn bộ phí bảo hiểm mà Bên mua Bảo hiểm đã đóng (sau khi trừ đi các quyền lợi bảo hiểm mà Chubb Life đã chi trả (nếu có)), và bồi thường thiệt hại thực tế phát sinh cho Bên mua Bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật (nếu có).
- b) Chubb Life có trách nhiệm bảo vệ thông tin và xử lý dữ liệu cá nhân của khách hàng theo quy tắc/chính sách về bảo vệ thông tin, xử lý dữ liệu cá nhân và quy định của pháp luật tại từng thời điểm (bao gồm cả việc xử lý dữ liệu cá nhân cho mục đích tái bảo hiểm và chuyển giao dữ liệu cá nhân).

nhân cho công ty tái bảo hiểm). Việc xử lý dữ liệu cá nhân phải có sự đồng ý của khách hàng, trừ trường hợp pháp luật có quy định khác.

Điều 5. Thời gian cân nhắc

Trong vòng 02 ngày kể từ ngày nhận được Giấy chứng nhận Bảo hiểm, Bên mua Bảo hiểm có quyền từ chối tiếp tục tham gia bảo hiểm bằng cách gửi yêu cầu cho Chubb Life thông qua phương thức phù hợp được Chubb Life cập nhật tại từng thời điểm. Khi đó, Hợp đồng bị hủy bỏ, Chubb Life hoàn trả toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi).

Điều 6. Các trường hợp nhằm lẫn khi kê khai tuổi

- 6.1** Trường hợp kê khai sai tuổi của Người được Bảo hiểm nhưng vẫn thuộc trường hợp được bảo hiểm, Chubb Life sẽ điều chỉnh Phí Bảo hiểm theo tuổi đúng của Người được Bảo hiểm.
- 6.2** Trường hợp kê khai sai tuổi mà tuổi đúng của Người được Bảo hiểm không thuộc nhóm tuổi được bảo hiểm, Hợp đồng sẽ bị hủy bỏ. Khi đó, Chubb Life sẽ hoàn trả cho Bên mua Bảo hiểm tổng số phí bảo hiểm đã đóng của Hợp đồng (không có lãi), sau khi trừ đi các khoản tiền đã chi trả cho các quyền lợi bảo hiểm (nếu có).

CHƯƠNG 3. PHÍ BẢO HIỂM VÀ ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM

Điều 7. Thời hạn đóng phí bảo hiểm, Phí Bảo hiểm và nghĩa vụ đóng Phí Bảo hiểm

- a) Thời hạn đóng phí bảo hiểm bằng với Thời hạn bảo hiểm.
- b) Phí Bảo hiểm, Phí Bảo hiểm đóng theo kỳ và định kỳ đóng phí bảo hiểm được thể hiện tại Giấy Chứng nhận Bảo hiểm hoặc các thỏa thuận sửa đổi, bổ sung (nếu có).
- c) Định kỳ đóng phí bảo hiểm có thể là tháng, quý, nửa năm hoặc năm (tùy theo quy định của Chubb Life tại từng thời điểm).
- d) Bên mua Bảo hiểm có nghĩa vụ đóng đầy đủ và đúng hạn các khoản Phí Bảo hiểm đóng theo kỳ để duy trì hiệu lực Hợp đồng, ngay cả khi không nhận được thông báo về việc đóng Phí Bảo hiểm đóng theo kỳ từ Chubb Life. Nếu Bên mua Bảo hiểm không đóng đầy đủ và đúng hạn khoản Phí Bảo hiểm đóng theo kỳ thì Hợp đồng chấm dứt hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí.

CHƯƠNG 4. CÁC THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN HỢP ĐỒNG

Khi có bất kỳ thay đổi nào đối với Hợp đồng, Bên mua Bảo hiểm phải tuân thủ nguyên tắc chung như sau:

- a) Bên mua Bảo hiểm gửi yêu cầu cho Chubb Life theo quy định của Chubb Life tại từng thời điểm.
- b) Chubb Life sẽ xem xét yêu cầu trong thời gian Hợp đồng có hiệu lực và thông báo đến Bên mua Bảo hiểm.

Điều 8. Thay đổi định kỳ đóng phí

Kể từ Ngày tái tục đầu tiên, trong thời gian Hợp đồng có hiệu lực, Bên mua Bảo hiểm có thể gửi yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí bảo hiểm, theo đó:

- a) Yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí bảo hiểm phải được gửi đến Chubb Life trước Ngày đến hạn đóng phí theo quy định của Chubb Life tại từng thời điểm.
- b) Việc thay đổi định kỳ đóng phí được áp dụng kể từ ngày Chubb Life phát hành văn bản chấp nhận.

Điều 9. Chỉ định hoặc thay đổi Người thụ hưởng

Bên mua Bảo hiểm có quyền chỉ định và/hoặc thay đổi Người thụ hưởng bằng cách gửi thông báo đến Chubb Life và việc chỉ định và/hoặc thay đổi này chỉ có hiệu lực khi Chubb Life có văn bản xác nhận.

Điều 10. Thay đổi về thông tin liên lạc, giấy tờ tùy thân

Để đảm bảo quyền lợi, Bên mua Bảo hiểm cần thông báo ngay cho Chubb Life ngay khi có những thay đổi sau đây của Bên mua Bảo hiểm, Người được Bảo hiểm, Người thụ hưởng:

- a) Có thay đổi thông tin liên lạc như: địa chỉ, số điện thoại, email.
- b) Có thay đổi về giấy tờ tùy thân như: căn cước công dân/căn cước, hộ chiếu.

Đối với các thay đổi này, Bên mua Bảo hiểm cần cung cấp kèm theo bản sao của chứng từ chứng minh sự thay đổi.

Khi nhận được thông báo và chứng từ hợp lệ của Bên mua Bảo hiểm, Chubb Life sẽ phát hành văn bản xác nhận việc thay đổi.

CHƯƠNG 5. HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG

Điều 11. Thời hạn Hợp đồng – Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn Hợp đồng - Thời hạn bảo hiểm: là 01 năm tính từ Ngày hiệu lực. Hợp đồng có thể được tái tục 02 lần. Thời hạn của mỗi lần tái tục là 01 năm tính từ Ngày tái tục.

Điều 12. Tái tục Hợp đồng

Điều kiện để được tái tục Hợp đồng:

- a) Bên mua Bảo hiểm đã đóng đủ Phí Bảo hiểm tái tục theo quy định của Chubb Life áp dụng tại thời điểm đó; và
- b) Bên mua Bảo hiểm, Người được Bảo hiểm và Người nhận quyền lợi bảo hiểm chưa từng có Hành vi gian lận bảo hiểm.

Trường hợp Hợp đồng không được tái tục vì không thỏa điều kiện b) nêu trên, Chubb Life sẽ thông báo đến Bên mua Bảo hiểm về việc không tái tục ít nhất 30 ngày trước Ngày tái tục.

Điều 13. Bên mua Bảo hiểm chấm dứt Hợp đồng trước hạn

Trong thời gian Hợp đồng có hiệu lực, Bên mua Bảo hiểm có thể chấm dứt Hợp đồng trước hạn bằng cách gửi yêu cầu cho Chubb Life thông qua phương thức phù hợp được Chubb Life cập nhật tại từng thời điểm.

Ngày chấm dứt hiệu lực Hợp đồng là ngày Chubb Life xác nhận trên văn bản chấm dứt hiệu lực Hợp đồng.

Điều 14. Các trường hợp chấm dứt Hợp đồng

Hợp đồng sẽ chấm dứt hiệu lực khi xảy ra một trong những trường hợp sau, tùy trường hợp nào xảy ra trước:

- a) Tổng số tiền chi trả cho các quyền lợi bảo hiểm trong 03 Năm hợp đồng đạt 10 tỷ đồng;
- b) Hợp đồng bị hủy bỏ hoặc chấm dứt theo quy định tại Điều 4, Điều 5, Điều 6, Điều 7, Điều 13 nêu trên;
- c) Kết thúc Thời hạn bảo hiểm mà Hợp đồng không được tái tục;
- d) Chubb Life có bằng chứng xác định Bên mua Bảo hiểm, Người được Bảo hiểm hoặc Người nhận quyền lợi bảo hiểm có Hành vi gian lận bảo hiểm. Theo đó, Hợp đồng sẽ chấm dứt kể từ ngày Chubb Life có bằng chứng về hành vi gian lận bảo hiểm và Chubb Life sẽ không phải hoàn lại bất kỳ khoản phí bảo hiểm nào;
- e) Người được Bảo hiểm tử vong;
- f) Các trường hợp khác theo quy định của Hợp đồng hoặc quy định của pháp luật.

CHƯƠNG 6. GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 15. Người nhận quyền lợi bảo hiểm

Người nhận quyền lợi bảo hiểm là Người thụ hưởng. Nếu i) Bên mua Bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng, hoặc ii) Người thụ hưởng tử vong cùng lúc hoặc trước khi Sự kiện Bảo hiểm xảy ra, Chubb Life sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho Bên mua Bảo hiểm.

Điều 16. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

16.1 Người nhận quyền lợi bảo hiểm phải cung cấp cho Chubb Life các giấy tờ sau đây:

- a) Yêu cầu giải quyết quyền lợi (theo mẫu của Chubb Life) được kê khai đầy đủ, chính xác;
- b) Bằng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm: giấy tờ chứng minh mối quan hệ với Bên mua Bảo hiểm/Người được Bảo hiểm, di chúc hoặc bằng chứng hợp pháp khác về quyền nhận thừa kế, văn bản ủy quyền hợp pháp;
- c) Bằng chứng về Sự kiện Bảo hiểm:
 - Hồ sơ khám bệnh, bao gồm: phiếu khám bệnh, chỉ định xét nghiệm và kết quả xét nghiệm có giá trị chẩn đoán, kết luận chẩn đoán và chỉ định điều trị, sổ kiểm tra sức khỏe, đơn thuốc (có đầy đủ chẩn đoán, họ tên và tuổi/năm sinh của Người được Bảo hiểm và chữ ký của Bác sĩ, con dấu của Bệnh viện).
 - Giấy ra viện, tóm tắt bệnh án hoặc bản sao hồ sơ bệnh án, giấy chứng nhận thương tích, kết quả giải phẫu bệnh;
 - Giấy chứng nhận phẫu thuật (trong trường hợp Phẫu thuật);
 - Bản gốc của hóa đơn/hóa đơn điện tử, biên lai/phiếu thu tiền khám và điều trị;
 - Bảng kê chi tiết các chi phí đã thanh toán; và
 - Biên bản tai nạn, biên bản khám nghiệm hiện trường, văn bản kết luận điều tra của cơ quan công an có thẩm quyền (nếu có), hoặc bản tường trình chi tiết tình huống Tai nạn có xác nhận của công an có thẩm quyền nơi xảy ra Tai nạn (trường hợp Tai nạn không được cơ quan có thẩm quyền xác minh, điều tra).

Chubb Life có quyền yêu cầu cung cấp các giấy tờ, các chứng từ y tế hoặc bằng chứng bổ sung liên quan trực tiếp đến Sự kiện Bảo hiểm để Chubb Life có thể xem xét và thanh toán chính xác quyền lợi bảo hiểm.

16.2 Các chứng từ liên quan đến thanh toán sẽ được Chubb Life lưu giữ để làm căn cứ giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Trong trường hợp Chubb Life không phải là bên chi trả quyền lợi bảo hiểm đầu tiên, Chubb Life có quyền yêu cầu cung cấp bản sao các chứng từ y tế và hóa đơn chi phí cùng với thư chấp nhận chi trả quyền lợi bảo hiểm của công ty bảo hiểm đã chi trả.

Điều 17. Thời hạn nộp yêu cầu và giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Thời hạn người nhận quyền lợi nộp hồ sơ yêu cầu	Thời hạn Chubb Life xem xét giải quyết
▪ Là 12 tháng kể từ ngày xảy ra Sự kiện Bảo hiểm. Sau thời hạn này, hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm sẽ không được giải quyết.	▪ Là 30 ngày tính từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ.

▪ Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn này.	▪ Nếu Chubb Life chi trả sau thời hạn nêu trên, Chubb Life sẽ thanh toán thêm tiền lãi tính trên số tiền chậm trả tương ứng với thời gian quá hạn, theo mức lãi suất tiền gửi tiết kiệm kỳ hạn 12 tháng do Ngân hàng TMCP Ngoại Thương Việt Nam (Vietcombank) quy định vào thời điểm chi trả.
---	---

PHỤ LỤC 1. ĐỊNH NGHĨA

Chubb Life: Là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Chubb Việt Nam

Bên mua Bảo hiểm: Là bên giao kết Hợp đồng với Chubb Life, đóng phí bảo hiểm và thực hiện các quyền và nghĩa vụ được quy định trong Hợp đồng.

Người được Bảo hiểm: Là cá nhân đang cư trú tại Việt Nam và được Chubb Life chấp nhận bảo hiểm.

Người thụ hưởng: Là cá nhân hoặc tổ chức được Bên mua Bảo hiểm chỉ định (với sự đồng ý của Người được Bảo hiểm hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được Bảo hiểm) để nhận quyền lợi bảo hiểm.

Hồ sơ Yêu cầu Bảo hiểm: Là các tài liệu theo mẫu của Chubb Life ghi nhận yêu cầu bảo hiểm, các khai báo, cam kết của Bên mua Bảo hiểm và Người được Bảo hiểm, như: Hồ sơ Yêu cầu Bảo hiểm, tờ khai/bản khai thông tin, văn bản xác nhận nộp yêu cầu bảo hiểm qua ứng dụng điện tử (nếu có).

Hợp đồng Bảo hiểm (“Hợp đồng”): Là thỏa thuận về việc bảo hiểm giữa Chubb Life và Bên mua Bảo hiểm. Hợp đồng bao gồm các tài liệu sau:

- Hồ sơ Yêu cầu Bảo hiểm;
- Giấy Chứng nhận Bảo hiểm;
- Quy tắc, Điều kiện, Điều khoản;
- Tài liệu tóm tắt Quy tắc, Điều kiện, Điều khoản;
- Các văn bản liên quan đến thỏa thuận giữa Chubb Life và Bên mua Bảo hiểm trong quá trình giao kết, thực hiện Hợp đồng (bao gồm cả các bản kê khai, bản trả lời hay bất cứ chứng từ nào làm căn cứ giao kết, sửa đổi, bổ sung hay thực hiện Hợp đồng).

Giấy Chứng nhận Bảo hiểm: Là văn bản xác nhận bảo hiểm của Chubb Life, thể hiện các thông tin chính của Hợp đồng.

Quy tắc, Điều kiện, Điều khoản: Là văn bản quy định chi tiết các điều khoản và điều kiện về việc tham gia bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của Bên mua Bảo hiểm và của Chubb Life.

Tuổi: Là tuổi của Người được Bảo hiểm tính theo ngày sinh nhật vừa qua tại Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày tái tục trong các Năm hợp đồng tiếp theo.

Phí Bảo hiểm: Là khoản phí bảo hiểm mà Bên mua Bảo hiểm phải đóng để duy trì hiệu lực Hợp đồng. Phí Bảo hiểm được thể hiện tại Giấy Chứng nhận Bảo hiểm hoặc (các) văn bản xác nhận trong quá trình giao kết, thực hiện Hợp đồng Bảo hiểm.

Ngày hiệu lực Hợp đồng Bảo hiểm (“Ngày hiệu lực hợp đồng”): Là ngày Bên mua Bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ Yêu cầu Bảo hiểm và đóng đầy đủ phí bảo hiểm, nếu Người được Bảo hiểm còn sống. Ngày này được thể hiện trên Giấy Chứng nhận Bảo hiểm.

Ngày tái tục: Là ngày lặp lại hàng năm của Ngày hiệu lực hợp đồng. Nếu năm không có ngày tương ứng thì ngày liền kề trước đó sẽ được tính là Ngày tái tục.

Ngày đến hạn đóng phí: Là ngày Bên mua Bảo hiểm phải đóng Phí Bảo hiểm đóng theo kỳ, được xác định theo định kỳ đóng phí của Hợp đồng.

Năm hợp đồng: Là 01 năm tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày tái tục.

Mệnh giá Bảo hiểm: Là số tiền tối đa Chubb Life chi trả cho người nhận quyền lợi bảo hiểm trong mỗi Năm hợp đồng. Mệnh giá Bảo hiểm do Bên mua Bảo hiểm yêu cầu và được Chubb Life chấp nhận. Mệnh giá Bảo

hiểm được thể hiện tại Giấy Chứng nhận Bảo hiểm hoặc (các) văn bản xác nhận trong quá trình giao kết, thực hiện Hợp đồng.

Sự kiện Bảo hiểm: Là những sự kiện khách quan được quy định trong Hợp đồng mà khi những sự kiện này xảy ra, Chubb Life sẽ trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định của Hợp đồng.

Tai nạn: Là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện không bị gián đoạn bắt đầu bằng một vật hoặc một lực bất ngờ từ bên ngoài tác động trực tiếp lên cơ thể Người được Bảo hiểm dẫn đến việc Người được Bảo hiểm bị tổn thương. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra tổn thương cho Người được Bảo hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.

Đồng chi trả: Là trường hợp mà Người được Bảo hiểm và Chubb Life cùng chi trả cho Chi phí y tế thực tế phát sinh tại Bệnh viện tư.

Mức đồng chi trả của Người được Bảo hiểm là 20% của Chi phí y tế thực tế trong Hạn mức chi trả. Theo đó, Chubb Life sẽ khấu trừ mức đồng chi trả trước khi chi trả quyền lợi bảo hiểm.

Điều trị trong ngày: Là việc điều trị Bệnh hiểm nghèo được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa tại khoa điều trị trong ngày hoặc khoa ngoại trú hoặc phòng cấp cứu thuộc Bệnh viện nhưng Người được Bảo hiểm không nhập viện, không nằm viện qua đêm.

Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh/Bệnh di truyền: Là những bất thường về hình thái, cấu trúc, chức năng của cơ thể phát sinh trong quá trình thụ tinh hình thành phôi, mang thai.

Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh/Bệnh di truyền: có thể biểu hiện và được chẩn đoán trước khi sinh, ngay sau khi sinh, hoặc ở các giai đoạn sống về sau của con người.

Bệnh nhân nội trú: Là Người được Bảo hiểm đã hoàn tất thủ tục nhập viện theo chỉ định của Bác sĩ, phải nằm viện qua đêm tại Bệnh viện để điều trị Bệnh hiểm nghèo.

Điều trị nội trú: Là việc Người được Bảo hiểm có làm thủ tục nhập viện và nằm viện qua đêm tại Bệnh viện để điều trị Bệnh hiểm nghèo.

Điều trị ngoại trú: Là việc Người được Bảo hiểm điều trị Bệnh hiểm nghèo tại Bệnh viện mà không phải làm thủ tục nhập viện.

Ngày nằm viện: Là ngày mà Người được Bảo hiểm nằm viện Điều trị nội trú.

Phẫu thuật: Là một phương pháp y khoa được Bác sĩ có chứng chỉ hành nghề phẫu thuật sử dụng trang thiết bị y tế và dụng cụ chuyên dụng để can thiệp có xâm nhập vào cơ thể của người bệnh, liên quan đến việc rạch, loại bỏ hoặc sửa chữa các mô hoặc cơ quan của cơ thể nhằm điều trị bệnh lý hoặc tổn thương. Phẫu thuật được thực hiện trong phòng phẫu thuật của Bệnh viện, phương pháp vô cảm phải là gây mê toàn thân hoặc gây tê tủy sống. Phẫu thuật phải thuộc danh mục phân loại phẫu thuật theo quy định của Bộ Y tế.

Phẫu thuật theo định nghĩa trên không bao gồm trường hợp phẫu thuật chỉ nhằm mục đích thực hiện các thủ tục và/hoặc xét nghiệm chẩn đoán.

Khoa Hồi sức tích cực: Là một khoa, phòng hoặc một bộ phận của Bệnh viện và đáp ứng các điều kiện sau:

- Được Bệnh viện thiết lập nhằm điều trị và chăm sóc tích cực, không phải là khoa/phòng cấp cứu, khoa/phòng chăm sóc hậu phẫu của Bệnh viện; và
- Chỉ dành riêng cho những người bệnh nguy kịch cần sự theo dõi, chăm sóc, và giám sát tích cực và liên tục của các Bác sĩ; và
- Cung cấp tất cả các thiết bị, thuốc và vật tư cần thiết để nhằm can thiệp kịp thời trong các trường hợp khẩn cấp theo quy định của Bộ Y tế.

Điều trị ung thư: Là trường hợp Người được Bảo hiểm được điều trị bởi một hoặc kết hợp các phương pháp điều trị ung thư, được chỉ định và kê đơn bởi Bác sĩ ung thư học hoặc chuyên gia y tế của lĩnh vực liên quan. Đồng thời, phương pháp điều trị ung thư này phải được hướng dẫn trong các văn bản của cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

Các phương pháp điều trị bao gồm: hóa trị, xạ trị, phẫu thuật tận gốc (*), liệu pháp nhắm trúng đích, liệu pháp miễn dịch, liệu pháp hormone.

Điều trị ung thư theo định nghĩa trên sẽ không bao gồm các liệu pháp, phương pháp sau: liệu pháp Proton Beam, liệu pháp gen, liệu pháp tế bào CAR-T và các phương pháp điều trị ung thư mới khác chưa được công nhận là tiêu chuẩn điều trị và chưa chứng minh được hiệu quả lâu dài và mức độ an toàn.

(*) Phẫu thuật tận gốc là việc lấy đi hoàn toàn (bao gồm toàn bộ nhu mô và mạch máu) một (01) cơ quan kèm nạo vét tận gốc các hạch bạch huyết và các mô lân cận có thể chứa tế bào ung thư.

Phục hồi chức năng: Là quá trình hỗ trợ bệnh nhân bằng các phương pháp y tế và kỹ thuật phục hồi chức năng để giảm thiểu tác động của tình trạng khuyết tật. Phục hồi chức năng phải được thực hiện dựa trên chỉ định của Bác sĩ điều trị (không phải là phương pháp massage, spa hay tập sửa dáng đi).

Bệnh viện: Là cơ sở được cơ quan có thẩm quyền cấp giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh theo hình thức tổ chức là bệnh viện để cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, điều trị nội trú.

- Không phải là: phòng khám đa khoa/chuyên khoa tư nhân, viện dưỡng lão, viện điều dưỡng, nhà dưỡng lão hoặc nơi dành cho người nghiện rượu hoặc ma túy.
- Không phải là: cơ sở, trung tâm cải thiện sức khỏe, phòng khám chữa bệnh bằng phương pháp tự nhiên, spa hoặc các cơ sở tương tự.
- Bệnh viện theo định nghĩa này thì phải có con dấu chính thức theo quy định pháp luật hiện hành về con dấu và trên con dấu phải có chữ “Bệnh viện”.

Bệnh viện công: Là Bệnh viện do cơ quan có thẩm quyền của Nhà nước thành lập theo quy định của pháp luật và được xác định là đơn vị sự nghiệp công lập.

Bệnh viện tư: Là Bệnh viện mà không phải là Bệnh viện công.

Tình trạng nguy cấp: Là sự thay đổi đột ngột về tình trạng sức khỏe của Người được Bảo hiểm mà theo nhận định của Bác sĩ là cần phải điều trị y tế hoặc phẫu thuật khẩn cấp trong vòng 24 giờ để tránh tử vong hoặc để tránh ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khỏe hiện tại và lâu dài. Tình trạng nguy cấp sẽ được đánh giá dựa theo hoàn cảnh tại nơi Sự kiện Bảo hiểm xảy ra, bản chất của việc điều trị y tế khẩn cấp và khả năng cung cấp dịch vụ cấp cứu tại nơi xảy ra Sự kiện Bảo hiểm này.

Chi phí y tế thực tế: Là những chi phí y tế mà Người được Bảo hiểm thực tế chi trả cho việc điều trị Cần thiết về mặt y khoa. Chi phí y tế này phải là Hợp lý và Thông thường.

Y tá: Là nhân viên y tế được cấp phép hành nghề y tá/điều dưỡng hợp pháp tại nơi thực hiện việc chăm sóc y tế.

Bác sĩ: Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa và/hoặc chuyên môn nha khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hành nghề y và/hoặc nghề nha hoặc cung cấp dịch vụ phẫu thuật hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật Việt Nam.

Bác sĩ theo định nghĩa tại Quy tắc, Điều kiện, Điều khoản này không được đồng thời là:

- Bên mua Bảo hiểm, Người được Bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng;

- người thân của Bên mua Bảo hiểm hoặc Người được Bảo hiểm (bố mẹ, bố mẹ vợ/chồng, vợ/chồng, con cái, anh chị em ruột).

Hợp lý và Thông thường: Là mức giá dịch vụ thông thường mà Bệnh viện áp dụng chung cho tất cả bệnh nhân của mình theo tiêu chuẩn tại Bệnh viện đó mà không phải là dịch vụ theo yêu cầu của bệnh nhân.

Cần thiết về mặt y khoa: Là việc điều trị Bệnh hiểm nghèo phải được Bác sĩ chỉ định và đáp ứng tất cả các tiêu chí sau:

- điều trị được tiến hành phù hợp và nhất quán với các triệu chứng, chẩn đoán liên quan trực tiếp đến Bệnh hiểm nghèo;
- thời gian và phương pháp điều trị phải cần thiết, phù hợp với tập quán thực hành y khoa đang áp dụng vào thời điểm điều trị;
- thời gian và phương pháp điều trị Bệnh hiểm nghèo không thuộc phạm vi nghiên cứu khoa học, điều trị thử nghiệm hoặc tầm soát;
- điều trị được tiến hành theo đúng tiêu chuẩn được chấp nhận chung để chăm sóc cho bệnh nhân và được xem là thích hợp cho điều trị Bệnh hiểm nghèo ; và
- không phải vì sự thuận tiện của Người được Bảo hiểm hoặc gia đình hoặc Bác sĩ của Người được Bảo hiểm.

Thời gian nằm viện làm bệnh nhân nội trú không mặc nhiên rằng thời gian nằm viện đó được xem là Cần thiết về mặt y khoa.

Bệnh có sẵn: Là:

- bất kỳ tình trạng bệnh tật hoặc thương tật nào của Người được Bảo hiểm đã được bác sĩ chẩn đoán hoặc điều trị trước Ngày hiệu lực hợp đồng; hoặc
- bất kỳ dấu hiệu, triệu chứng đặc thù nào khởi phát trong vòng 36 tháng trước Ngày hiệu lực hợp đồng mà nếu biết được các dấu hiệu, triệu chứng này, Chubb Life đã không chấp nhận bảo hiểm.

Việc xác định Bệnh có sẵn nêu trên sẽ căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ tại bệnh viện hoặc cơ sở y tế được thành lập hợp pháp, các tài liệu y khoa được Bộ Y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban hành hoặc các thông tin do Bên mua Bảo hiểm, Người được Bảo hiểm kê khai.

Bệnh hiểm nghèo: Là một trong các bệnh thuộc danh sách 37 Bệnh hiểm nghèo được Chubb Life bảo hiểm theo Phụ lục 2 của Quy tắc, Điều kiện, Điều khoản này.

Trung tâm cấp cứu 115: Là đơn vị sự nghiệp công lập trực thuộc Sở Y tế cấp tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, có phạm vi hoạt động chuyên môn cấp cứu, vận chuyển người bệnh trong nước.

Thời gian chờ: Là khoảng thời gian mà Sự kiện Bảo hiểm xảy ra sẽ không được Chubb Life chi trả. Thời gian chờ là 90 ngày tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng. Không áp dụng Thời gian chờ đối với trường hợp Tai nạn.

Trong trường hợp Bệnh hiểm nghèo được chẩn đoán hoặc được hướng dẫn điều trị trong Thời gian chờ thì Bệnh hiểm nghèo đó sẽ không được bảo hiểm theo Hợp đồng này. Chubb Life sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào liên quan đến Bệnh hiểm nghèo đó.

Việc xác định các trường hợp nêu trên sẽ căn cứ vào các chứng cứ y khoa (hồ sơ y tế, tiền sử bệnh/bệnh sử hoặc thông tin về quá trình bệnh lý được lưu giữ tại bệnh viện/cơ sở y tế được thành lập hợp pháp hoặc các thông tin do Bên mua Bảo hiểm/Người được Bảo hiểm cung cấp khi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm) cho thấy Người được Bảo hiểm đã có chẩn đoán, hướng dẫn điều trị trong Thời gian chờ.

Hành vi gian lận bảo hiểm: Là:

- hành vi giả mạo tài liệu, cố ý làm sai lệch thông tin trong hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, và/hoặc tự gây thiệt hại cho sức khỏe của Người được Bảo hiểm để được chi trả quyền lợi bảo hiểm; hoặc
- hành vi được xác định là gian lận bảo hiểm theo quy định của pháp luật tại từng thời điểm.

PHỤ LỤC 2. DANH SÁCH 37 BỆNH HIỂM NGHÈO ĐƯỢC BẢO HIỂM

1. Ung thư đe dọa tính mạng

Bệnh được chẩn đoán xác định là ác tính do sự phát triển vô tổ chức và không thể kiểm soát được của những tế bào ung thư, xâm lấn và hủy hoại những mô lành xung quanh.

Việc chẩn đoán phải được xác định trên cơ sở kết luận giải phẫu bệnh qua mô bệnh. Chubb Life sẽ không chấp nhận chẩn đoán bệnh Ung thư đe dọa tính mạng dựa trên: (i) lâm sàng, (ii) kết quả xét nghiệm chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA).

Bệnh Ung thư đe dọa tính mạng theo định nghĩa nêu trên cũng bao gồm bệnh bạch cầu, u ác của hệ lympho (lymphoma) và mô liên kết (sarcoma).

Bệnh Ung thư đe dọa tính mạng theo định nghĩa nêu trên không bao gồm:

- Những khối u ác tính ở giai đoạn sớm, bao gồm: ung thư biểu mô tại chỗ (carcinoma in situ), giáp biên ác và tất cả những giai đoạn tiền ung thư hay ung thư chưa xâm lấn;
- Tân sinh biểu mô cổ tử cung thuộc phân loại CIN I, CIN II, CIN III và LSIL, HSIL (là tổn thương loạn sản nặng nhưng chưa phải là ung thư), ung thư cổ tử cung tại chỗ, ung thư vú tại chỗ;
- Ung thư giai đoạn 1 của tuyến tiền liệt, tuyến giáp hoặc bàng quang, u ác tính hắc tố (melanoma), khối u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) căn cứ theo hướng dẫn AJCC Phiên bản 8 hoặc tương đương trong lần sửa đổi AJCC mới nhất (nếu có);
- Ung thư biểu mô tế bào đáy và tế bào vảy của da*; và u lympho da giới hạn ở da và mô dưới da, u mô liên kết của da và sarcoma sợi bì loại trừ khi có bằng chứng di căn đến hạch bạch huyết hoặc di căn xa;
- Tất cả các khối u thần kinh nội tiết không có bằng chứng di căn đến hạch bạch huyết hoặc di căn xa trừ khi được xác định phân loại cấp độ 2 trở lên (theo hướng dẫn của WHO); và khối u thần kinh nội tiết nguyên phát của tuyến yên (PitNET), loại trừ PitNET do di căn hoặc ung thư biểu mô tuyến yên;
- Bệnh bạch cầu mạn tính dòng lympho (CLL) thuộc nhóm 0, I, II của bảng phân loại RAI;
- Tất cả các khối u ác tính tủy xương mà không được điều trị truyền máu nhiều lần do tái phát, điều trị hóa trị, liệu pháp điều trị ung thư trúng đích, ghép tủy xương hoặc tế bào gốc tạo máu hoặc điều trị can thiệp khác;
- Bất kỳ loại ung thư nào được chẩn đoán dựa trên việc tìm thấy tế bào khối u và/hoặc các phân tử hoặc dấu chứng (marker ung thư) liên quan đến khối u trong máu, nước bọt, phân, nước tiểu hoặc bất kỳ chất dịch cơ thể nào khác khi không có bằng chứng xác thực trên cơ sở kết luận giải phẫu bệnh qua mô bệnh học; và
- Tất cả các loại u, bướu, ung thư ác tính hiện diện ở người nhiễm HIV/AIDS.

*Áp dụng một hoặc nhiều lớp cấu trúc của da, bao gồm: lớp biểu bì, lớp hạ bì và mô dưới da.

2. Bệnh Nhồi máu cơ tim

Bệnh xảy ra lần đầu tiên gây hoại tử một phần cơ tim do giảm lượng máu đến nuôi vùng cơ tim đó. Bệnh phải được chẩn đoán xác định trên cơ sở thỏa tất cả các điều kiện sau đây:

- a) Cơn đau thắt ngực điển hình của bệnh nhồi máu cơ tim khiến Người được Bảo hiểm phải nhập viện điều trị;
- b) Dấu chứng trên điện tâm đồ có sự thay đổi của đoạn ST chênh lên mới xuất hiện liên quan đến sự xuất hiện những sóng Q mới;

- c) Men tim CK–MB tăng cao; và
- d) Men tim Troponin T hoặc Troponin I lớn hơn hoặc bằng 0,5 ng/ml.

Bệnh Nhồi máu cơ tim theo định nghĩa nêu trên không bao gồm:

- Các hội chứng mạch vành cấp tính khác;
- Con đau thắt ngực;
- Tăng các dấu ấn sinh học tim hoặc Troponin T hoặc I khi không có bệnh tim thiếu máu cục bộ rõ ràng hoặc sau thủ thuật can thiệp nội mạch tim.

3. Mở bắc cầu động mạch vành

Người được Bảo hiểm phải trải qua phẫu thuật tim hở (mở ngực đường dọc giữa xương ức) để ghép nối vượt qua chỗ hẹp hoặc tắc của một hoặc nhiều động mạch vành.

Bệnh được chứng minh qua kết quả thủ thuật chụp động mạch vành với thuốc cản quang, tiến hành bằng việc sử dụng các ống thông chuyên dụng để đưa thuốc cản quang vào trong lòng động mạch vành, qua đó hiển thị hình ảnh của hệ động mạch vành trên màn hình tăng sáng, và chỉ định điều trị mở bắc cầu động mạch vành được Bác sĩ chuyên khoa tim mạch đồng ý.

Mở bắc cầu động mạch vành không bao gồm những trường hợp sau:

Điều trị chỗ hẹp hoặc tắc động mạch vành bằng phương pháp thông mạch vành hoặc các phương pháp nong mạch vành qua ống thông nội mạch;

Điều trị chỗ hẹp hoặc tắc động mạch vành bằng liệu pháp laser.

4. Phẫu thuật van tim qua mỏ tim hở

Người được Bảo hiểm lần đầu tiên trải qua phẫu thuật tim hở, mở ngực đường dọc giữa xương ức để thay thế hoặc sửa chữa 01 hay nhiều van tim bị hư hỏng. Tình trạng van tim hư hỏng phải được Bác sĩ chuyên khoa tim mạch xác định trên cơ sở kết quả hình ảnh và các thông số cận lâm sàng. Phẫu thuật thay van tim qua mỏ tim hở phải được sự đồng ý của Bác sĩ chuyên khoa tim mạch.

Phẫu thuật van tim qua mỏ tim hở theo định nghĩa nêu trên không bao gồm: các kỹ thuật dựa trên ống thông, can thiệp nội mạch để phẫu thuật can thiệp van tim bằng bóng/phẫu thuật tạo hình van tim.

5. Phẫu thuật động mạch chủ

Người được Bảo hiểm phải trải qua phẫu thuật mở lồng ngực hay ổ bụng để điều trị bệnh hoặc chấn thương của động mạch chủ, phẫu thuật này cắt bỏ phần động mạch chủ bị bệnh hoặc chấn thương và được thay thế bằng mảnh ghép động mạch chủ.

Động mạch chủ theo định nghĩa này là động mạch chủ ngực, động mạch chủ bụng, nhưng không bao gồm các nhánh của nó.

Phẫu thuật động mạch chủ theo định nghĩa nêu trên không bao gồm: phẫu thuật được thực hiện khi chỉ sử dụng các kỹ thuật xâm lấn đơn giản hoặc các kỹ thuật can thiệp nội mạch.

6. Suy thận mạn giai đoạn cuối

Tình trạng 02 thận của Người được Bảo hiểm bị suy giảm chức năng mạn tính, vĩnh viễn và không hồi phục khiến cho Người được Bảo hiểm phải được điều trị bằng chạy thận nhân tạo định kỳ hoặc phương pháp thẩm phân phúc mạc điều trị tại Bệnh viện hoặc phẫu thuật ghép thận.

7. Xơ gan giai đoạn cuối

Xơ gan giai đoạn cuối là tình trạng suy chức năng gan mạn tính, không thể phục hồi, và đáp ứng tất cả các điều kiện sau đây:

- a) Vàng da kéo dài;
- b) Báng bụng hay cổ chướng;
- c) Bệnh não do gan (hepatic encephalopathy);
- d) Bệnh xơ gan được phân loại Child C (theo Bảng phân loại Child–Pugh);
- e) Bệnh phải được chẩn đoán bởi Bác sĩ chuyên khoa gan; và
- f) Không phải là xơ gan do rượu hoặc do lạm dụng thuốc gây hại cho gan.

8. Bệnh phổi giai đoạn cuối

Khi Người được Bảo hiểm bị suy hô hấp mạn tính và có tất cả các tình trạng sau đây:

- a) Thử nghiệm FEV1 sau khi dùng thuốc giảm phế quản luôn giảm dưới 40% giá trị tiên đoán. Kết quả thử nghiệm được chứng minh trên ít nhất 02 lần cách nhau không dưới 90 ngày;
- b) Liệu pháp ô xy hỗ trợ kéo dài ít nhất 15 giờ mỗi ngày do tình trạng thiếu ôxy máu;
- c) Kết quả áp lực oxygen từng phần trong khí máu động mạch (PaO2) thấp hơn hay bằng 55mmHg; và
- d) Khó thở khi nằm.

Bệnh phải được xác định bởi một Bác sĩ chuyên khoa hô hấp.

9. Phẫu thuật ghép tạng chủ

Người được Bảo hiểm được ghép nội tạng của một người khác và một ca ghép phải được xác nhận, thực hiện bởi một Bác sĩ chuyên khoa, bao gồm:

- a) Ghép tủy xương qua việc sử dụng các tế bào gốc tạo máu;
- b) Ghép tim, phổi, gan, thận, tụy (chỉ định thực hiện ghép tạng phải là kết quả của tình trạng suy giảm chức năng giai đoạn cuối không thể phục hồi của cơ quan được liệt kê).

Phẫu thuật ghép tạng chủ không bao gồm các trường hợp sau đây:

- Các ca ghép tế bào gốc khác;
- Chỉ ghép các tiểu đảo tụy.

10. Bỏng nghiêm trọng

Khi Người được Bảo hiểm bị bỏng độ 3 trên diện tích da tối thiểu là 20% diện tích da của toàn cơ thể (tính theo luật số 9 của Lund và biểu đồ diện tích da cơ thể của Browder) và được điều trị bằng phương pháp cấy, ghép da.

11. Di chứng thần kinh vĩnh viễn sau chấn thương đầu

Tình trạng Người được Bảo hiểm bị di chứng thần kinh trầm trọng và không thể hồi phục sau chấn thương đầu do Tai nạn. Việc đánh giá tình trạng nêu trên được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh không sớm hơn 03 tháng kể từ ngày xảy ra Tai nạn. Chấn thương đầu được xác định dựa trên kết quả chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp vi tính hoặc các kỹ thuật chụp hình ảnh đáng tin cậy khác.

Di chứng thần kinh vĩnh viễn sau chấn thương đầu theo định nghĩa nêu trên không bao gồm di chứng thần kinh do:

- Chấn thương cột sống;
- Chấn thương do các nguyên nhân khác.

12. Viêm cân mạc hoại tử

Nhiễm trùng màng nông và/hoặc sâu liên quan đến các cơ của chi hoặc thân, tiến triển nặng và phải can thiệp phẫu thuật và cắt bỏ ngay lập tức. Chẩn đoán xác định phải được xác nhận bằng xét nghiệm cấy vi khuẩn bởi Bác sĩ và đáp ứng tất cả các điều kiện sau đây:

- Bệnh có biểu hiện đầy đủ các tiêu chuẩn lâm sàng của viêm cân mạc hoại tử;
- Vi khuẩn được xác định qua xét nghiệm cấy phải là nguyên nhân gây viêm cân mạc hoại tử; và
- Có sự phá hủy cơ và các mô mềm trên diện rộng dẫn đến mất chức năng toàn bộ và vĩnh viễn của bộ phận cơ thể bị ảnh hưởng.

13. Tai biến mạch máu não dẫn đến thương tật vĩnh viễn

Tình trạng tai biến mạch máu não gây ra di chứng thần kinh vĩnh viễn, bao gồm: nhồi máu não, huyết khối mạch máu não, xuất huyết dưới màng nhện hay huyết khối mạch máu não do nguyên nhân xuất phát từ ngoài sọ. Chẩn đoán phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh và đáp ứng tất cả các điều kiện sau đây:

- Hình ảnh xuất huyết não mới hoặc nhồi máu não/ huyết khối mạch máu não mới tạo lập trên phim chụp cắt lớp (CT scan) não hoặc trên hình ảnh cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) não; và
- Người được Bảo hiểm có các dấu chứng thần kinh định vị vĩnh viễn trên lâm sàng do tổn thương tại não kéo dài liên tục ít nhất 03 tháng kể từ khi bị tai biến mạch máu não.

Tai biến mạch máu não dẫn đến thương tật vĩnh viễn theo định nghĩa nêu trên không bao gồm:

- Các cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua (TIA);
- Chấn thương não;
- Bệnh mạch máu chỉ ảnh hưởng đến mắt hoặc dây thần kinh thị giác hoặc chức năng tiền đình.

14. Viêm cơ tim cấp do vi rút dẫn đến di chứng suy tim không hồi phục

Bệnh viêm cơ tim cấp do vi rút được xác định bởi tình trạng viêm cơ tim lan tỏa do nhiễm vi rút, dẫn đến suy giảm chức năng, suy tim vĩnh viễn, không hồi phục. Chẩn đoán phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa căn cứ trên các phát hiện lâm sàng, kết quả xét nghiệm và hình ảnh học. Bệnh phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Bằng chứng sinh hóa về tổn thương cơ tim cấp tính, được chứng minh bằng kết quả tăng cao của Troponin T hoặc I, CK-MB hoặc Natriuretic Peptide (BNP hoặc NT-proBNP);
- Giới hạn chức năng vĩnh viễn của tình trạng suy tim, được phân độ thuộc độ III hoặc IV theo Hiệp hội Tim mạch New York (NYHA); và
- Suy giảm chức năng thất trái vĩnh viễn, được chứng minh bằng kết quả siêu âm tim nhiều lần cho thấy phân suất tống máu thất trái (LVEF) dưới 40% trong khoảng thời gian tối thiểu là 06 tháng.

15. Phẫu thuật não

Người được Bảo hiểm trải qua phẫu thuật não dưới gây mê toàn thân trong đó thực hiện phẫu thuật mở sọ với việc cắt mảnh xương sọ để tiếp cận não.

Phẫu thuật não theo định nghĩa nêu trên không bao gồm các trường hợp sau:

- Các phẫu thuật/thủ thuật khoan lỗ (Blurr hole), xuyên xương bướm và các phẫu thuật/thủ thuật ít xâm lấn khác như chiếu xạ bằng dao gamma hoặc thuyên tắc nội mạch, tiêu sợi huyết và sinh thiết.

- Phẫu thuật não do nguyên nhân tai nạn.

16. Bệnh động mạch vành nghiêm trọng

Động mạch vành có ít nhất 03 nhánh bị hẹp và trong mỗi nhánh thì lòng mạch vành bị hẹp tối thiểu 60% trở lên. Tình trạng này được chứng minh qua kết quả thủ thuật chụp động mạch vành với thuốc cản quang, tiến hành bằng việc sử dụng các ống thông chuyên dụng để đưa thuốc cản quang vào trong lòng động mạch vành, qua đó hiển thị hình ảnh của hệ động mạch vành trên màn hình tăng sáng.

Động mạch vành theo định nghĩa này là động mạch vành phải, thân chung động mạch vành trái, động mạch liên thất trước và động mạch mũ, nhưng không bao gồm các nhánh của nó.

Hẹp động mạch vành được xác định bằng phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm nhập sẽ không thỏa điều kiện để được chi trả.

17. Viêm gan siêu vi thể tối cấp

Bệnh viêm gan do siêu vi làm hoại tử phần lớn nhu mô gan dẫn đến hội chứng suy gan tối cấp. Bệnh được chẩn đoán xác định khi đáp ứng tất cả những điều kiện sau đây:

- a) Thể tích gan giảm nhanh được xác nhận bằng siêu âm bụng;
- b) Hoại tử toàn bộ các phân thùy gan khiến cho gan chỉ còn khung lưới;
- c) Chức năng gan suy giảm nhanh chóng được chứng minh qua kết quả các xét nghiệm;
- d) Vàng da đậm;
- e) Bệnh não do gan;
- f) Không phải là bệnh viêm gan trực tiếp hoặc gián tiếp liên quan đến tự tử, ngộ độc, dùng thuốc quá liều, lạm dụng rượu bia; và
- g) Không phải là tình trạng chỉ mang siêu vi hoặc chỉ được chẩn đoán bệnh viêm gan đơn thuần.

18. U não

Bệnh do sự hiện diện của u không phải ác tính bất thường trong não hoặc dây thần kinh, màng não trong hộp sọ đe dọa đến tính mạng Người được Bảo hiểm. Sự hiện diện của khối u phải được xác nhận bằng các kết quả hình ảnh chụp CT hoặc MRI.

Khối u não này phải dẫn đến ít nhất một trong những điều sau đây và phải được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa:

- a) Di chứng chức năng thần kinh vĩnh viễn với các triệu chứng thần kinh định vị trên lâm sàng kéo dài dai dẳng trong thời gian liên tục ít nhất 90 ngày; hoặc
- b) Đã trải qua phẫu thuật cắt bỏ hoặc đã được xạ trị để điều trị khối u não.

U não theo định nghĩa nêu trên sẽ không bao gồm: Cholesteatoma, nang trong não, granulomas trong não, u mạch máu não hoặc dị dạng mạch máu não, khối máu tụ trong não, áp xe não, u xương sọ, u tuyến yên hoặc u tủy sống.

19. Viêm màng não do vi khuẩn dẫn đến di chứng thần kinh vĩnh viễn

Bệnh do các loại vi khuẩn gây ra hiện tượng viêm màng não hoặc màng tủy sống gây ra tình trạng suy giảm thần kinh đáng kể, không thể phục hồi và vĩnh viễn. Các di chứng thần kinh với các triệu chứng thần kinh định vị trên lâm sàng này kéo dài dai dẳng trong thời gian liên tục ít nhất 06 tuần. Bệnh được chẩn đoán dựa trên tính chất nhiễm trùng của dịch não tủy qua chọc dò tủy sống và được xác nhận bởi một Bác sĩ chuyên khoa thần kinh.

Viêm màng não do vi khuẩn dẫn đến di chứng thần kinh vĩnh viễn theo định nghĩa nêu trên sẽ không bao gồm: Viêm màng não ở người nhiễm HIV/AIDS.

20. Viêm não do vi rút dẫn đến di chứng thần kinh vĩnh viễn

Bệnh do siêu vi gây ra tình trạng viêm ở mức độ nặng của nhu mô não (bán cầu não, thân não hoặc tiểu não), bệnh để lại di chứng thần kinh với các triệu chứng thần kinh định vị trên lâm sàng này kéo dài dai dẳng và được ghi nhận trong thời gian ít nhất 06 tuần. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh.

Viêm não do vi rút dẫn đến di chứng thần kinh vĩnh viễn theo định nghĩa nêu trên không bao gồm: viêm não ở người nhiễm HIV/AIDS.

21. Hôn mê trên 96 giờ

Hôn mê trên 96 giờ là khi Người được Bảo hiểm ở trong trạng thái đáp ứng tất cả các điều kiện sau đây:

- a) Mất ý thức, không đáp ứng với những kích thích từ bên ngoài ít nhất 96 giờ liên tục;
- b) Cần sự trợ giúp của thuốc men và hệ thống máy giúp thở để duy trì các chức năng sinh tồn ít nhất 96 giờ liên tục;
- c) Tình trạng hôn mê này để lại tổn thương và di chứng trên não, hậu quả là để lại khiếm khuyết thần kinh vĩnh viễn ít nhất 30 ngày liên tục kể từ khi bị hôn mê;
- d) Không phải do rượu hoặc tự ý lạm dụng thuốc, ma túy, chất kích thích; và
- e) Không phải là hôn mê được thực hiện theo yêu cầu của Bác sĩ chuyên khoa nhằm bảo tồn chức năng của não của Người được Bảo hiểm.

22. Liệt tay chân

Khi Người được Bảo hiểm bị mất hoặc liệt hoàn toàn và không thể hồi phục chức năng của 02 tay, hoặc 02 chân hoặc 01 tay và 01 chân. Trường hợp này, tay được tính từ khớp cổ tay trở lên và chân được tính từ mắt cá chân trở lên.

Tình trạng liệt hoàn toàn và không thể hồi phục chức năng của tay, chân phải kéo dài dai dẳng trong thời gian liên tục ít nhất 03 tháng và được xác nhận bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh.

23. Bệnh Parkinson vô căn (nguyên phát) nghiêm trọng

Bệnh Parkinson vô căn (nguyên phát) do thoái hóa nguyên phát tiến triển của nhân xám trung ương của hệ thần kinh, ngày càng nặng dần. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh dựa trên tất cả các điều kiện sau:

- a) Không thể kiểm soát được bằng thuốc;
- b) Đang tiến triển và sẽ dẫn đến thương tật;
- c) Người được Bảo hiểm đã được đánh giá ở giai đoạn 4 hoặc 5 theo thang điểm đánh giá Hoehn & Yahr hoặc thang điểm lâm sàng tương đương, kéo dài ít nhất 180 ngày; và
- d) Không phải là bệnh Parkinson thứ phát.

24. Bệnh tăng áp động mạch phổi nguyên phát (vô căn)

Bệnh tăng áp động mạch phổi nguyên phát (vô căn) được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa tim mạch với bằng chứng phì đại tâm thất phải và áp lực động mạch phổi trên 30 mmHg căn cứ trên kết quả thông tin chẩn đoán.

Bệnh khiến cho Người được Bảo hiểm có dấu hiệu suy tim thuộc độ IV của bảng phân loại suy tim của Hiệp hội tim mạch New York (NYHA) như sau:

- Độ I: Không có triệu chứng mệt hoặc/và khó thở.
- Độ II: Có triệu chứng mệt hoặc/và khó thở khiến hoạt động hơi bị giới hạn.
- Độ III: Có triệu chứng mệt hoặc/và khó thở khiến hoạt động bị giới hạn rõ rệt.
- Độ IV: Có triệu chứng mệt hoặc/và khó thở thường xuyên ngay cả khi nghỉ ngơi.

Bệnh tăng áp động mạch phổi nguyên phát (vô căn) theo định nghĩa nêu trên sẽ không bao gồm: tăng áp động mạch phổi liên quan đến bệnh phổi, tình trạng giảm thông khí mạn tính, bệnh thuyên tắc phổi huyết khối, thuốc và độc tố, các bệnh của tâm nhĩ/thất trái, bệnh tim bẩm sinh và bất kỳ nguyên nhân thứ phát khác.

25. Bệnh thần kinh vận động

Bệnh do tình trạng thoái hóa tiến triển đường dẫn truyền thần kinh từ vỏ não đến tủy sống, các tế bào sừng trước hoặc các tế bào thần kinh ly tâm khiến cho Người được Bảo hiểm bị teo cơ cột sống, từ từ liệt hành tủy, xơ cứng cột bên teo cơ và xơ cứng cột bên nguyên phát. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh. Người được Bảo hiểm phải có suy giảm chức năng thần kinh vĩnh viễn và bằng chứng về rối loạn chức năng vận động kéo dài dai dẳng trong khoảng thời gian liên tục ít nhất 03 tháng.

26. Thiếu máu bất sản không hồi phục

Suy tủy xương mạn tính không hồi phục dẫn đến thiếu máu, giảm bạch cầu trung tính và giảm tiểu cầu cần điều trị bằng ít nhất 02 trong số các phương pháp sau:

- a) Truyền sản phẩm máu;
- b) Thuốc kích thích tủy xương;
- c) Thuốc ức chế miễn dịch;
- d) Ghép tủy xương.

Chẩn đoán thiếu máu bất sản phải được xác nhận bằng sinh thiết tủy xương và phải đáp ứng ít nhất 02 trong số các tiêu chuẩn sau:

- (i) Số lượng bạch cầu trung tính tuyệt đối thấp hơn hoặc bằng 500 trên một milimét khối;
- (ii) Số lượng hồng cầu lưới tuyệt đối thấp hơn hoặc bằng 20.000 trên một milimét khối;
- (iii) Số lượng tiểu cầu thấp hơn hoặc bằng 20.000 trên một milimét khối.

27. Bệnh đa xơ cứng tái phát và tiến triển

Người được Bảo hiểm được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh là mắc bệnh đa xơ cứng tái phát và tiến triển và phải thỏa tất cả các tiêu chí sau đây:

- a) Chẩn đoán xác định Bệnh đa xơ cứng tái phát và tiến triển phải được xác nhận bằng kết quả chụp cộng hưởng từ (MRI) điển hình;
- b) Phải có suy giảm chức năng vận động hoặc cảm giác trên kết quả khám lâm sàng hiện tại và tình trạng này phải kéo dài trong thời gian liên tục ít nhất 06 tháng; và
- c) Không phải là tổn thương thần kinh do nguyên nhân khác như Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) và HIV.

28. Viêm thận do bệnh Lupus ban đỏ hệ thống

Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống là một bệnh tự miễn do nhiều yếu tố nguyên nhân tác động vào nhiều hệ thống cơ quan qua cơ chế các tự kháng thể trực tiếp chống lại các kháng nguyên của bản thân các cơ quan. Quyền

lợi bảo hiểm sẽ chỉ được chi trả khi bệnh Lupus ban đỏ hệ thống đã có biến chứng tại thận với hình ảnh tổn thương nhu mô thận được xác định qua kết quả sinh thiết thận và được phân loại thuộc từ loại III đến loại V của bệnh viêm thận Lupus theo Bảng phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên về bệnh thấp khớp và miễn dịch học.

Phân loại Viêm thận lupus của WHO:

Loại I: Viêm cầu thận lupus thay đổi tối thiểu – Nước tiểu âm tính, bình thường.

Loại II: Viêm cầu thận lupus ban đỏ hệ thống – Protein niệu trung bình, lắng đọng hoạt động

Loại III: Viêm cầu thận lupus ban đỏ hệ thống phân đoạn khu trú – Protein niệu, lắng đọng hoạt động

Loại IV: Viêm cầu thận lupus ban đỏ hệ thống lan tỏa – Viêm thận cấp tính có lắng đọng hoạt động và/hoặc hội chứng viêm thận.

Loại V: Viêm cầu thận lupus ban đỏ hệ thống màng – Hội chứng thận hư hoặc protein niệu nặng.

Viêm thận do bệnh Lupus ban đỏ hệ thống không bao gồm: bệnh Lupus ban đỏ hệ thống dạng đĩa hoặc chỉ có rối loạn huyết học và đau khớp.

29. Bệnh Creutzfeldt-Jakob

Bệnh Creutzfeldt-Jakob được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh dựa trên đánh giá lâm sàng, điện não đồ và chẩn đoán hình ảnh. Người được Bảo hiểm phải có tình trạng suy giảm chức năng vận động lâm sàng vĩnh viễn, suy giảm nhận thức và mất khả năng thực hiện tất cả các chức năng sau:

- khả năng ghi nhớ;
- khả năng tư duy hoặc lý luận; và
- khả năng nhận thức, hiểu, diễn đạt và thực hiện các ý tưởng.

Những tình trạng nêu trên phải kéo dài tối thiểu 30 ngày và Người được Bảo hiểm cần có sự giám sát hoặc hỗ trợ chăm sóc thường xuyên của người khác.

Bệnh Creutzfeldt-Jakob theo định nghĩa trên không bao gồm: các tình trạng sa sút trí tuệ, chứng mất trí khác.

30. Viêm tụy mạn tính tái phát

Bệnh viêm tụy mạn tính tái phát mà Người được Bảo hiểm được chẩn đoán xác định mắc phải là kết quả của sự hủy hoại nghiêm trọng và tiến triển nặng dần với tất cả những đặc trưng sau đây:

- Viêm tụy cấp tái phát trong thời gian ít nhất 02 năm;
- Hiện tượng lắng đọng lan tỏa canxi ở tụy qua chẩn đoán hình ảnh; và
- Suy giảm chức năng tuyến tụy mạn tính và liên tục dẫn tới giảm hấp thu tại ruột (nhiều hạt mỡ trong phân) hoặc bệnh tiểu đường.

Trường hợp viêm tụy mạn tính tái phát do rượu không thỏa điều kiện để được chi trả.

31. Xơ cứng bì tiến triển

Bệnh xơ cứng bì tiến triển là bệnh hệ thống collagen-mạch máu toàn thân gây ra xơ hóa lan tỏa tiến triển ở da, mạch máu và các cơ quan nội tạng.

Bệnh phải được chẩn đoán xác định trên cơ sở kết quả giải phẫu bệnh của mô bệnh qua sinh thiết và các bằng chứng về huyết thanh học. Bệnh phải ở giai đoạn hệ thống nghĩa là đã tác động đến tim, phổi, thận.

Xơ cứng bì tiến triển theo định nghĩa nêu trên sẽ không bao gồm:

- Xơ cứng bì khu trú, xơ cứng bì thể dải (Linear scleroderma), xơ cứng bì khu trú dạng mảng (Morphea);

- Viêm cân mạc do tăng bạch cầu ái toan (eosinophilic fasciitis); và
- Hội chứng CREST

32. Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ ruột non

Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ ruột non bao gồm tá tràng, hồi tràng và hồi tràng của Người được Bảo hiểm do bệnh hoặc Tai nạn.

Phẫu thuật cắt bỏ một phần ruột non không thỏa điều kiện để được chi trả.

33. Phẫu thuật cắt bỏ khối u tuyến yên

Người được Bảo hiểm đã trải qua phẫu thuật cắt bỏ khối u tuyến yên bằng phương pháp phẫu thuật mở sọ não do:

- a) Tồn tại các triệu chứng liên quan đến tình trạng tăng áp lực nội sọ do khối u gây ra, hoặc
- b) Chỉ định phẫu thuật cắt bỏ được khuyến cáo, tư vấn bởi Bác sĩ chuyên khoa nội tiết.

Sự hiện diện của khối u tuyến yên phải được xác nhận bằng kết quả chụp cộng hưởng từ (MRI) hoặc chụp CTscanner.

Phẫu thuật cắt bỏ tuyến yên không bằng phương pháp phẫu thuật mở sọ não (như cắt tuyến yên qua đường xoang bướm) không thỏa điều kiện để được chi trả.

34. Cấy máy tạo nhịp tim

Người được Bảo hiểm được cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn, và quá trình cấy máy tạo nhịp tim này được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa tim mạch nhằm điều trị các rối loạn nhịp tim nguy hiểm và không thể điều trị được bằng các phương pháp khác.

Việc cấy máy tạo nhịp tim ở người nhiễm HIV/AIDS không thỏa điều kiện để được chi trả.

35. Cấy máy khử rung tim

Người được Bảo hiểm được cấy máy khử rung vĩnh viễn, và quá trình cấy máy khử rung này được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa tim mạch nhằm điều trị các rối loạn nhịp tim nguy hiểm và không thể điều trị được bằng các phương pháp khác.

Việc cấy máy khử rung tim ở người nhiễm HIV/AIDS không thỏa điều kiện để được chi trả.

36. Đứt lìa chi

Sự đứt lìa của các chi là sự tách rời hoàn toàn của hai hoặc nhiều chi khỏi đầu gần của khớp cổ tay hoặc mắt cá chân (gần thân hơn). Sự đứt lìa bao gồm việc cắt cụt cần thiết về mặt y khoa do chấn thương hoặc bệnh tật. Sự đứt lìa phải là vĩnh viễn mà không có bất kỳ khả năng điều trị phẫu thuật chỉnh hình nào.

Trường hợp mất các chi do trực tiếp hoặc gián tiếp từ thương tích tự gây ra, lạm dụng rượu hoặc ma túy, chất gây nghiện không thỏa điều kiện để được chi trả.

37. Phẫu thuật cắt bỏ một bên phổi

Người được Bảo hiểm phải trải qua phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn 01 bên phổi phải hoặc 01 bên phổi trái do bệnh lý hoặc chấn thương theo tư vấn của Bác sĩ chuyên khoa.

Phẫu thuật cắt bỏ không hoàn toàn 01 bên phổi không thỏa điều kiện để được chi trả.