

QUY TẮC BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO

MỤC LỤC

Chương I: Định nghĩa	2
Chương II: Quyền lợi bảo hiểm	7
1. Quyền lợi chi trả một lần	7
2. Quyền lợi trợ cấp nằm viện.....	8
3. Quyền lợi tử vong do bệnh hiểm nghèo được bảo hiểm	9
4. Quyền lợi chi trả một lần cho bệnh tiểu đường.....	9
Chương III: Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm.....	10
Chương IV: Điều kiện chung.....	12
1. Giới hạn tuổi	12
2. Thủ tục yêu cầu bảo hiểm	12
3. Ngày hiệu lực bảo hiểm và thời hạn bảo hiểm.....	12
4. Phí bảo hiểm	12
5. Thanh toán phí bảo hiểm.....	12
6. Nhầm lẫn về tuổi và giới tính.....	12
7. Nghĩa vụ kê khai trung thực.....	13
8. Điều khoản miễn truy xét.....	14
9. Quyền và nghĩa vụ của Công ty Bảo hiểm.....	14
10. Quyền và nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm.....	15
11. Tái tục hợp đồng bảo hiểm.....	16
12. Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm.....	16
13. Giải quyết tranh chấp	16
Chương V: Thủ tục bồi thường.....	17
PHỤ LỤC I:	19
HỆ THỐNG XÁC ĐỊNH GIAI ĐOẠN UNG THƯ TNM	19
DANH MỤC ĐỊNH NGHĨA BỆNH/ TÌNH TRẠNG HIỂM NGHÈO ĐƯỢC BẢO HIỂM.....	20
PHỤ LỤC II: ĐIỀU KIỆN ĐIỀU KHOẢN	23

Chương I: Định nghĩa

1. Công ty bảo hiểm/ Công ty

Là Công ty Bảo hiểm MSIG Việt Nam được thành lập và hoạt động theo pháp luật Việt Nam. MSIG Việt Nam có các quyền và nghĩa vụ được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm và bị ràng buộc bởi các điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm.

2. Bên mua bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm là tổ chức, cá nhân giao kết hợp đồng bảo hiểm với công ty bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng.

3. Người được bảo hiểm

Là cá nhân có tính mạng hoặc tình trạng sức khỏe được bảo hiểm theo Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm. Người được bảo hiểm đã hoàn thành việc kê khai trong Yêu cầu bảo hiểm và hiệu lực bảo hiểm đã được xác nhận. Người được bảo hiểm có thể là người thụ hưởng.

4. Người thụ hưởng

Người thụ hưởng là tổ chức, cá nhân được bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm con người.

5. Bệnh hiểm nghèo

(Các) bệnh hiểm nghèo nghĩa là (các) cơ thể Bệnh tật hoặc mắc một trong các bệnh được bảo hiểm sau (Chi tiết bệnh được bảo hiểm sẽ được nêu trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm):

a) Ung thư:

Một khối u ác tính được chẩn đoán bằng mô bệnh học và đặc trưng bởi sự tăng trưởng mất kiểm soát của các tế bào ác tính có sự xâm lấn và phá hủy các mô bình thường. Thuật ngữ khối u ác tính bao gồm bệnh bạch cầu, u lympho và U mô liên kết.

b) Nhồi máu cơ tim (hoặc bệnh tim thiếu máu cục bộ):

Hoạt động của cơ tim bị ngưng do tắc nghẽn lưu lượng máu, được xác định bởi ít nhất ba trong số các tiêu chí sau chứng minh sự xuất hiện của một cơn đau tim mới:

- Tiền sử đau thắt ngực điển hình;
- Những thay đổi điện tâm đồ đặc trưng; với sự tiến triển của bất kỳ tình trạng nào sau đây: ST chênh lên hoặc chênh xuống, sóng T đảo ngược, sóng Q bệnh lý hoặc nghẽn tim nhánh trái;
- Sự gia tăng của dấu ấn sinh học tim, bao gồm CKMB trên mức thông thường được chấp nhận chung hoặc kết quả đo Troponin T hoặc I ở mức 0,5ng/ml trở lên;

c) Đột quy:

Sự cố mạch máu não bao gồm nhồi máu mô não, xuất huyết não và dưới nhện, thuyên tắc nội sọ và huyết khối não dẫn đến tình trạng tổn thương thần kinh vĩnh viễn với các triệu chứng lâm sàng kéo dài.

d) Bệnh tiểu đường:

Có nghĩa là một bệnh chuyển hóa mãn tính, đặc trưng bởi nồng độ glucose trong máu (hoặc lượng đường trong máu) tăng cao, theo thời gian, dẫn đến tổn thương nghiêm trọng cho tim, mạch máu, mắt, thận và dây thần kinh.

Chi tiết về từng bệnh hiểm nghèo được nêu trong Phụ lục 1 - Định nghĩa các bệnh hiểm nghèo được bảo hiểm.

6. Độ tuổi của Người được bảo hiểm

Là tuổi của Người được bảo hiểm vào ngày có hiệu lực của Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm tính theo lần sinh nhật liền trước ngày Hợp đồng có hiệu lực.

Độ tuổi của Người được bảo hiểm là một trong các yếu tố được sử dụng để đánh giá, chấp nhận yêu cầu bảo hiểm, xác định phí bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm và để áp dụng các quy định khác của Hợp đồng bảo hiểm.

7. Ngày bắt đầu bảo hiểm

Là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn thành Mẫu Yêu cầu bảo hiểm và thanh toán đầy đủ khoản phí bảo hiểm của kỳ đầu tiên, hoặc thời hạn nợ phí theo quy định của Quy tắc bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải còn sống tại thời điểm Công ty bảo hiểm chấp nhận bảo hiểm và cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm. Ngày bắt đầu bảo hiểm được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

8. Ngày hiệu lực bảo hiểm

Bảo hiểm có hiệu lực từ ngày bắt đầu bảo hiểm lần đầu tiên hoặc ngày tái tục của Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm và được kết thúc vào ngày hết hạn bảo hiểm được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

9. Ngày tái tục bảo hiểm

Khi hợp đồng bảo hiểm cũ đến ngày đáo hạn hợp đồng, nếu bên mua bảo hiểm muốn tiếp tục (mua, gia hạn) ký kết hợp đồng bảo hiểm mới với Công ty bảo hiểm, ngày gia hạn hợp đồng bảo hiểm mới (ngày liền kề sau ngày hết hiệu lực hợp đồng cũ) sẽ được hiểu là ngày tái tục bảo hiểm và là ngày hiệu lực bảo hiểm mới, trừ trường hợp có thỏa thuận khác với Công ty bảo hiểm.

10. Ngày đáo hạn hợp đồng

Là ngày cuối cùng của hợp đồng bảo hiểm và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

11. Phí bảo hiểm

Là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm phải trả cho Công ty Bảo hiểm theo định kỳ cho toàn bộ hợp đồng bảo hiểm. Phí bảo hiểm được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Sửa đổi bổ sung gần nhất, nếu có.

12. Số tiền bảo hiểm

Là số tiền mà Bên mua bảo hiểm và Công ty Bảo hiểm thỏa thuận để cung cấp bảo hiểm được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm hoặc Sửa đổi bổ sung gần nhất, nếu có.

13. Nằm viện

Là việc bệnh nhân phải lưu trú tại bệnh viện ít nhất là 24 giờ để điều trị Bệnh hiểm nghèo được bảo hiểm. Trong trường hợp bệnh viện không cấp được Giấy nhập viện hoặc xuất viện, hồ sơ y tế hoặc hóa đơn thanh toán thể hiện rõ thời gian điều trị sẽ được coi như chứng từ thay thế. Đơn vị ngày nằm viện được tính bằng 24h và theo đơn vị giường nằm trong Giấy ra/xuất viện hoặc trong chứng từ viện phí chi tiết. Việc điều trị nội trú chỉ được chấp nhận khi bệnh nhân được thực hiện điều trị tại một bệnh viện như định nghĩa, không phải là phòng khám hay cơ sở điều trị ngoại trú.

14. Bệnh viện

Là cơ sở điều trị y tế tại Việt Nam (hoặc địa điểm được nêu trên Quy tắc bảo hiểm nếu có) được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật pháp Việt Nam (hoặc pháp luật hiện hành liên quan, nếu có). Cơ sở phải được cấp giấy phép là một bệnh viện với từ “bệnh viện” trên con dấu hoặc được cấp giấy phép là bệnh viện/trung tâm y tế chuyên khoa của một tỉnh/thành phố trực thuộc trung ương hoặc là cấp trung ương.

Bệnh viện không bao gồm các cơ sở sau đây dù các cơ sở này độc lập hoặc chịu sự quản lý của bệnh viện:

- Bệnh viện điều trị bệnh tâm thần, rối loạn tâm thần;
- Bệnh viện y học cổ truyền, vật lý trị liệu và/hoặc phục hồi chức năng;
- Bệnh viện điều trị bệnh phong;
- Bệnh viện điều dưỡng, nhà an dưỡng, nơi điều trị suối khoáng, xông hơi, massage, các cơ sở chủ yếu dành cho việc điều trị cho người già, điều trị cai nghiện rượu, chất ma túy, thuốc phiện, chất kích thích.

15. Nhân viên y tế/ Bác sĩ

Là người được luật pháp nước sở tại công nhận và nhân viên y tế/bác sĩ đó đang điều trị, hành nghề trong phạm vi Giấy phép được cấp và trong phạm vi chuyên ngành đào tạo của mình. Định nghĩa về bác sĩ không bao gồm những người sau đây:

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

- Đối tác kinh doanh của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;
- Đại lý bảo hiểm, chủ sử dụng lao động/nhân viên của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm;
- Thành viên gia đình trực hệ của Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm (bố mẹ, bố mẹ vợ/chồng, vợ chồng, con cái, anh chị em ruột).

16. Bệnh có sẵn

Là bệnh đã tồn tại trước Ngày hiệu lực hợp đồng bảo hiểm, theo đó:

- Người được bảo hiểm có các dấu hiệu và triệu chứng mà người được bảo hiểm đã điều trị y tế, tư vấn hoặc chăm sóc y tế; hoặc
- Việc điều trị được khuyến cáo hoặc thực hiện bởi Bác sĩ có đăng ký hành nghề.

17. Thời gian chờ

Là thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm có liên quan không được chi trả bảo hiểm bao gồm cả những trường hợp thời điểm phát sinh rủi ro nằm trong thời gian chờ nhưng chi phí phát sinh hoặc hậu quả của đợt điều trị rủi ro này lại kéo dài quá thời gian chờ quy định.

18. Giới hạn trọn đời

Là giới hạn tối đa số tiền bảo hiểm chi trả cho người được bảo hiểm ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm hoặc giấy chứng nhận bảo hiểm/hợp đồng bảo hiểm trong suốt cuộc đời kể từ khi phát sinh hiệu lực bảo hiểm tới khi người được bảo hiểm chết hoặc hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực.

19. Sự kiện bảo hiểm

Là sự kiện khách quan do các bên thoả thuận hoặc pháp luật quy định mà khi sự kiện đó xảy ra thì Công ty bảo hiểm phải trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc bồi thường cho người được bảo hiểm.

20. Mô bệnh học

Là kết quả xét nghiệm để khẳng định loại tế bào và mức độ xâm nhập của các tế bào ung thư thông qua việc chẩn đoán bằng cách làm "sinh thiết" (việc làm xét nghiệm bằng một phẫu thuật y tế để lấy một mẫu nhỏ của mô cơ thể, hoặc sử dụng kim chuyên biệt xuyên qua da và chọc hút ra tế bào chứa chất lỏng từ một khối u và gửi mẫu đến phòng thí nghiệm để phân tích).

21. Chẩn đoán

Là sự chẩn đoán xác định được thực hiện bởi Bác sĩ đang cư trú và hành nghề hợp pháp tại Việt Nam và dựa trên những bằng chứng cụ thể đó, như được đề cập trong định nghĩa cụ thể về các bệnh hiểm nghèo như được định nghĩa, hoặc, trong trường hợp không có bằng chứng cụ thể, các chẩn đoán dựa trên kết quả X quang, chẩn đoán lâm sàng, sinh thiết học hoặc xét nghiệm được Công ty chấp nhận.

22. Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Hợp đồng dành cho một nhóm nhân viên làm việc trong cùng một công ty/tổ chức, với điều kiện Công ty/tổ chức đó là Bên mua bảo hiểm.

23. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm tối đa là một năm, và được quy định cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

Chương II: Quyền lợi bảo hiểm

- **Quyền lợi chi trả một lần** - chi trả quyền lợi này tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của (các) bệnh hiểm nghèo được bảo hiểm (như đã đề cập trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm).
- **Quyền lợi nằm viện** - chi trả Quyền lợi trợ cấp thu nhập khi nằm viện khi Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc bất kỳ bệnh hiểm nghèo được bảo hiểm nào trong trường hợp Người được bảo hiểm phải nhập viện và điều trị nội trú khi Hợp đồng bảo hiểm này có hiệu lực.
- **Quyền lợi tử vong do bệnh bệnh hiểm nghèo được bảo hiểm** - chi trả quyền lợi tử vong do bệnh hiểm nghèo được bảo hiểm, khi Người được bảo hiểm tử vong do bệnh hiểm nghèo được liệt kê trong vòng một năm sau khi chẩn đoán nó.
- **Quyền lợi chi trả một lần cho Bệnh tiểu đường** (quyền lợi tùy chọn) – chi trả quyền lợi chẩn đoán Bệnh tiểu đường.

Về (các) bệnh hiểm nghèo được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn chỉ bảo hiểm cho bệnh tim; hoặc lựa chọn bảo hiểm cho tất cả các bệnh hiểm nghèo được bảo hiểm (bao gồm cả quyền lợi tùy chọn cho bệnh tiểu đường).

1 Quyền lợi chi trả một lần

Nếu việc chẩn đoán được thực hiện trước khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi (hoặc độ tuổi khác như thỏa thuận với Công ty bảo hiểm) và Người được bảo hiểm sống sót sau 30 ngày kể từ ngày chẩn đoán (các) bệnh hiểm nghèo trong phạm vi được bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ chi trả cho Quyền lợi này như đã được quy định cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, như sau:

1.1 Đối với bệnh ung thư, quyền lợi chi trả một lần như sau:

Quyền lợi bệnh ung thư - chi trả quyền lợi bệnh một lần cho bệnh ung thư theo quy định cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, tùy theo mức độ nghiêm trọng của bệnh được bảo hiểm.

Các bệnh ung thư được bảo hiểm sẽ được đề cập rõ trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc Phụ lục II.

1.1.1 Quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư Giai đoạn sớm

Nếu việc chẩn đoán được thực hiện trước khi Người được bảo hiểm tròn 75 tuổi (hoặc độ tuổi khác như thỏa thuận với Công ty bảo hiểm) và Người được bảo hiểm còn sống 30 ngày sau khi

chẩn đoán, Công ty Bảo hiểm chi trả quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư giai đoạn sớm được quy định cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

Công ty Bảo hiểm chi trả quyền lợi này một lần duy nhất đối với yêu cầu bồi thường cho Bệnh ung thư Giai đoạn sớm và Quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư sẽ giảm tương ứng.

Thời gian chờ áp dụng đối với Quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư Giai đoạn sớm (bao gồm cả ung thư biểu mô tại chỗ) là 180 ngày kể từ ngày hiệu lực bảo hiểm.

1.1.2 Quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư Giai đoạn trễ (muộn)

Nếu việc chẩn đoán được thực hiện trước khi Người được bảo hiểm tròn 75 tuổi (hoặc độ tuổi khác như thỏa thuận với Công ty bảo hiểm) và Người được bảo hiểm còn sống 30 ngày sau khi chẩn đoán, Công ty bảo hiểm chi trả quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư giai đoạn trễ được quy định cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, sau khi trừ đi các khoản bồi thường đã được chi trả trước đó theo quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư Giai đoạn sớm (nếu có).

Công ty bảo hiểm chi trả quyền lợi này một lần duy nhất đối với yêu cầu bồi thường Bệnh ung thư Giai đoạn trễ và Quyền lợi bảo hiểm đối với Bệnh ung thư sẽ chấm dứt.

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực sau 365 ngày kể từ thời điểm Chẩn đoán Bệnh ung thư Giai đoạn trễ.

Thời gian chờ áp dụng đối với Quyền lợi bảo hiểm Bệnh ung thư Giai đoạn trễ là 90 ngày kể từ ngày hiệu lực bảo hiểm.

1.2 Đối với (các) bệnh hiểm nghèo khác ngoài bệnh ung thư, quyền lợi chi trả một lần như sau:

Nếu việc chẩn đoán được thực hiện trước khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi (hoặc độ tuổi khác như thỏa thuận với Công ty bảo hiểm) và Người được bảo hiểm sống sót sau 30 ngày kể từ ngày chẩn đoán (các) bệnh hiểm nghèo (ngoài bệnh ung thư) trong phạm vi được bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ chi trả cho Quyền lợi này như đã được quy định cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm. Công ty bảo hiểm chỉ chi trả quyền lợi này duy nhất một lần cho yêu cầu bồi thường.

Thời gian chờ áp dụng đối với Quyền lợi bảo hiểm này là 90 ngày kể từ ngày hiệu lực bảo hiểm.

2 Quyền lợi trợ cấp nằm viện

Chi trả Quyền lợi nằm viện theo quy định cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, khi được chẩn đoán mắc phải bất kỳ bệnh hiểm nghèo được bảo hiểm nào trong trường

hợp Người được bảo hiểm nhập viện và phải điều trị nội trú trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực. Công ty bảo hiểm sẽ thanh toán Quyền lợi nằm viện tối đa đến 30 ngày theo quy định cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm đính kèm theo Hợp đồng này nếu Người được bảo hiểm được điều trị như một bệnh nhân nội trú trong bệnh viện.

Trong vòng 180 ngày kể từ ngày phát hiện bệnh Ung thư giai đoạn sớm hoặc Bệnh hiểm nghèo của Người được bảo hiểm, Công ty Bảo hiểm sẽ thanh toán Quyền lợi trợ cấp nằm viện tối đa 30 ngày (giới hạn trọn đời) theo quy định cụ thể tại Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, trong trường hợp Người được bảo hiểm phải điều trị nội trú.

Trong vòng 365 ngày kể từ ngày phát hiện bệnh Ung thư ở giai đoạn muộn của Người được bảo hiểm, Công ty sẽ thanh toán Quyền lợi trợ cấp nằm viện tối đa 30 ngày (giới hạn trọn đời) theo quy định cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, nếu Người được bảo hiểm được điều trị như một bệnh nhân nội trú trong bệnh viện. Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt đúng 365 ngày kể từ ngày Chẩn đoán Ung thư Giai đoạn muộn.

Nếu quyền lợi nằm viện đã được thanh toán khi được chẩn đoán Ung thư Giai đoạn sớm, khi được chẩn đoán Ung thư Giai đoạn muộn, tổng số ngày nằm viện đủ điều kiện để được thanh toán sẽ ít hơn 30 ngày so với tổng số ngày được thanh toán khi được chẩn đoán Ung thư giai đoạn sớm.

Trong mọi trường hợp, tổng số ngày nằm viện tối đa được chi trả cho quyền lợi này là 30 ngày.

3 Quyền lợi tử vong do bệnh hiểm nghèo được bảo hiểm

Nếu Người được bảo hiểm tử vong do Bệnh hiểm nghèo được bảo hiểm sau khi có chẩn đoán, Công ty Bảo hiểm sẽ chi trả quyền lợi tử vong do Bệnh hiểm nghèo như đã được quy định cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm. Quyền lợi này được chi trả nếu sự kiện tử vong xảy ra trong vòng 365 ngày sau khi có chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo. Sau khi Công ty Bảo hiểm hoàn thành việc thanh toán cho quyền lợi này, đơn bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực.

4 Quyền lợi chi trả một lần cho Bệnh Tiểu đường (quyền lợi tùy chọn)

Nếu việc chẩn đoán được thực hiện trước khi Người được bảo hiểm đạt 75 tuổi (hoặc độ tuổi khác như thỏa thuận với Công ty bảo hiểm) và Người được bảo hiểm sống sót sau 30 ngày kể từ ngày chẩn đoán Bệnh Tiểu đường trong phạm vi được bảo hiểm (như đã đề cập trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm), Công ty bảo hiểm sẽ chi trả cho Quyền lợi chi trả một lần như đã được quy định cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm. Công ty bảo hiểm chỉ chi trả quyền lợi này duy nhất một lần cho yêu cầu bồi thường.

Thời gian chờ áp dụng đối với Quyền lợi bảo hiểm này là 180 ngày kể từ ngày hiệu lực bảo hiểm.

Chương III: Điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

Công ty bảo hiểm sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào theo quy định tại điểm 1, điểm 2 và điểm 4 của Chương II nếu Người được bảo hiểm bị chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo được bảo hiểm và/hoặc nằm viện do mắc Bệnh hiểm nghèo được bảo hiểm là kết quả, một phần hoặc toàn bộ, của bất kỳ một (1) trường hợp nào dưới đây:

- Ôm đau hoặc tổn thương ngoài chẩn đoán bệnh hiểm nghèo như được định nghĩa;
- Bệnh có sẵn;
- Bệnh hiểm nghèo được chẩn đoán là do nguyên nhân từ những bệnh tật hoặc khiếm khuyết bẩm sinh, có triệu chứng hoặc được chẩn đoán trước khi Người được bảo hiểm tròn một (1) tuổi (hoặc độ tuổi bắt đầu bảo hiểm khác như thỏa thuận với Công ty bảo hiểm);
- Bệnh hiểm nghèo đã có triệu chứng trong thời gian chờ; hoặc
- Người được bảo hiểm không sống được ít nhất ba mươi (30) ngày kể từ ngày chẩn đoán mắc bệnh hiểm nghèo như được định nghĩa;
- Việc nằm viện chủ yếu vì các mục đích kiểm tra, xét nghiệm y khoa/chẩn đoán, khám sức khỏe tổng quát hoặc các xét nghiệm y tế không liên quan đến việc điều trị bệnh hiểm nghèo như được định nghĩa;
- Hội chứng suy giảm hệ miễn dịch mắc phải (AIDS), bệnh liên quan đến AIDS hoặc nhiễm vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV), trừ trường hợp được xác định nhiễm HIV do Truyền máu hoặc do nghề nghiệp;
- Việc nằm viện chỉ nhằm thực hiện các điều trị phòng ngừa, cấp thuốc phòng ngừa hoặc các chăm sóc y tế cá nhân;
- Việc nằm viện chỉ nhằm phục vụ các hình thức điều trị thay thế và/hoặc các điều trị được liệt kê trong sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của đơn/hợp đồng bảo hiểm, bao gồm: các dịch vụ chỉnh hình, châm cứu, bấm huyệt, bó xương, điều trị bằng thảo dược, mát xa hoặc liệu pháp mùi hương;
- Việc nằm viện do các hành động có cố ý như tự gây thương tích hoặc tự gây bệnh;
- Việc nằm viện do cố ý lạm dụng chất ma túy hoặc rượu.

Công ty bảo hiểm sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào theo quy định tại điểm 3 của Chương II nếu sự kiện bảo hiểm là kết quả trực tiếp của các trường hợp dưới đây:

- Ôm đau hoặc tổn thương ngoài chẩn đoán bệnh hiểm nghèo như được định nghĩa;
- Bất kỳ sự kiện làm phát sinh yêu cầu bồi thường cho Người được bảo hiểm cố ý gây ra bởi Người thụ hưởng, Bên mua bảo hiểm; hoặc Người được bảo hiểm;
- Người được bảo hiểm cố tình tham gia các tình huống nguy hiểm không cần thiết hoặc có liên quan đến các hành vi bất hợp pháp, dù cho có vấn đề về tâm thần hay không;

- Người được bảo hiểm cố ý tự tử hoặc làm tổn hại đến bản thân, dù cho có vấn đề về tâm thần hay không;
- Đang chịu tác động của việc sử dụng các chất ma túy, thuốc tâm thần, rượu, chất độc, khí hoặc các chất, thuốc được cơ quan có thẩm quyền công bố có tính chất tương tự các loại nêu trên, trừ khi các chất này được sử dụng theo đơn của bác sĩ.

Chương IV: Điều kiện chung

1. Giới hạn tuổi

Độ tuổi tham gia mới của người được bảo hiểm là từ một (1) tuổi (hoặc độ tuổi khác như thỏa thuận với Công ty bảo hiểm) đến sáu mươi lăm (65) tuổi (hoặc độ tuổi khác như thỏa thuận với Công ty bảo hiểm).

Tùy thuộc vào sự đánh giá và chấp thuận của Công ty Bảo hiểm, độ tuổi được tham gia bảo hiểm thực tế có thể được công ty xem xét và đồng ý thỏa thuận; và thời hạn bảo hiểm theo hợp đồng này sẽ hết hiệu lực muộn nhất đối với Người được bảo hiểm khi người đó đạt bảy mươi lăm (75) tuổi.

2. Thủ tục yêu cầu bảo hiểm

Khi yêu cầu mua sản phẩm bảo hiểm này, Bên mua bảo hiểm phải hoàn tất kê khai, nộp Yêu cầu bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

3. Ngày hiệu lực bảo hiểm và thời hạn bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm ký theo Quy tắc này sẽ bắt đầu hiệu lực vào ngày Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm hoàn tất kê khai Yêu cầu bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm và được Công ty Bảo hiểm chấp nhận bảo hiểm.

Thời hạn bảo hiểm được ghi trong Yêu cầu bảo hiểm và Hợp đồng bảo hiểm.

4. Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm (hoặc khoản phí bảo hiểm đầu tiên) phải được thanh toán theo thời hạn thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm, và phù hợp với quy định pháp luật. Phí bảo hiểm được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm.

5. Thanh toán phí bảo hiểm

Thời hạn đóng phí bảo hiểm, ngày đến hạn đóng phí bảo hiểm và số tiền phí định kỳ được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm.

6. Nhầm lẫn về tuổi và giới tính

Trong trường hợp tuổi hoặc giới tính của Người được bảo hiểm bị kê khai nhầm, phí của sản phẩm bảo hiểm này, nếu có, sẽ được điều chỉnh lại theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm căn cứ theo Số tiền bảo hiểm và Thời hạn đóng phí bảo hiểm, như sau:

- i) Nếu Phí bảo hiểm đã đóng thấp hơn Phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty Bảo hiểm sẽ điều chỉnh lại mức phí bảo hiểm thực tế phải đóng theo tuổi và/hoặc giới tính đúng và Bên mua bảo hiểm sẽ đóng bổ sung thêm phí bảo hiểm cho mức Phí bảo hiểm đang đóng.
- ii) Nếu Phí bảo hiểm đã đóng cao hơn Phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công ty Bảo hiểm sẽ hoàn trả Bên mua bảo hiểm phần Phí bảo hiểm chênh lệch không có lãi suất. Nếu sau khi điều chỉnh, tuổi của Người được bảo hiểm nằm ngoài độ tuổi bảo hiểm thì Công ty Bảo hiểm sẽ từ chối bảo hiểm theo quy định của các điều kiện và điều khoản trong quy tắc này, khi đó Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực và Công ty Bảo hiểm sẽ hoàn trả Bên mua bảo hiểm tổng Phí bảo hiểm đã đóng cho toàn bộ hợp đồng bảo hiểm, không có lãi suất sau khi trừ đi các chi phí xét nghiệm y khoa, (các) khoản nợ và (các) chi phí liên quan khác, nếu có.

7. Nghĩa vụ kê khai trung thực

Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm (hoặc đại diện của Người được bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm chưa đủ 15 tuổi, hoặc chưa có năng lực hành vi dân sự đầy đủ theo quy định hiện hành của pháp luật) phải kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin liên quan đến Người được bảo hiểm và Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm và chịu trách nhiệm về tất cả các thông tin đã cung cấp, bao gồm tất cả các thông tin về tuổi, giới tính và tình trạng bệnh có sẵn. Việc kiểm tra y tế (nếu có) đối với Người được bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm sẽ không thay thế nghĩa vụ này.

Nếu Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm (hoặc đại diện của Người được bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm chưa có năng lực hành vi dân sự đầy đủ theo quy định hiện hành của pháp luật) cố ý vi phạm Nghĩa vụ kê khai trung thực được quy định nêu trên, Công ty bảo hiểm có quyền đình chỉ Hợp đồng bảo hiểm và thu phí bảo hiểm đến thời điểm đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm.

Cố ý vi phạm Nghĩa vụ kê khai trung thực có nghĩa là Bên mua bảo hiểm không kê khai đủ, khai báo sai hoặc bỏ qua các thông tin quan trọng, mà trong trường hợp nếu biết các thông tin này, Công ty bảo hiểm sẽ không chấp nhận bảo hiểm. Công ty bảo hiểm sẽ công khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin liên quan tới Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện và điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.

Trong trường hợp Công ty bảo hiểm cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết hợp đồng bảo hiểm thì bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm; Công ty bảo hiểm phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho bên mua bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật.

8. Điều khoản miễn truy xét

Nếu Người được bảo hiểm vẫn sống trong vòng 730 ngày kể từ Ngày hiệu lực bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ không truy xét Hợp đồng bảo hiểm này vì những kê khai không chính xác thể hiện trong Yêu cầu bảo hiểm và các văn bản liên quan. Điều khoản này không được áp dụng cho sự vi phạm cố ý Nghĩa vụ kê khai trung thực trong các trường hợp sau:

- Bên mua bảo hiểm cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm để được trả tiền bảo hiểm hoặc được bảo hiểm.
- Bên mua bảo hiểm không thực hiện nghĩa vụ cung cấp thông tin cho Công ty bảo hiểm trong trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Công ty bảo hiểm trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.
- Trong trường hợp bên mua bảo hiểm thông báo sai tuổi của người được bảo hiểm thì Công ty bảo hiểm có quyền đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm và thu phí bảo hiểm đến thời điểm đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm.
- Trong trường hợp bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm hoặc không đóng phí bảo hiểm theo đúng thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm và quy định pháp luật, Công ty bảo hiểm có quyền chấm dứt hợp đồng bảo hiểm.
- Khi có sự thay đổi những yếu tố làm cơ sở để tính phí bảo hiểm, dẫn đến tăng các rủi ro được bảo hiểm thì Công ty bảo hiểm có quyền tính lại phí bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm. Nếu bên mua bảo hiểm không chấp nhận tăng phí bảo hiểm thì Công ty bảo hiểm có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng nhưng phải thông báo ngay bằng văn bản cho bên mua bảo hiểm.

9. Quyền và nghĩa vụ của Công ty bảo hiểm

9.1. Quyền của Công ty bảo hiểm

- Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện hợp đồng bảo hiểm;
- Đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm;
- Từ chối trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc từ chối bồi thường cho người được bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu bên mua bảo hiểm áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;

Tùy theo từng trường hợp, Công ty bảo hiểm sẽ yêu cầu Người được bảo hiểm thực hiện việc kiểm tra y tế với chi phí do Công ty bảo hiểm chi trả. Tuy nhiên, quá trình đánh giá rủi ro, nếu có, không thay thế nghĩa vụ của Người được bảo hiểm trong việc cung cấp tất cả các thông tin

đầy đủ, chính xác và trung thực theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm quy định tại điểm 1- Chương V của Quy tắc bảo hiểm này.

9.2. Nghĩa vụ của Công ty bảo hiểm

- Giải thích cho bên mua bảo hiểm về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; quyền, nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm;
- Cấp cho bên mua bảo hiểm hợp đồng bảo hiểm, đơn bảo hiểm ngay sau khi giao kết hợp đồng bảo hiểm;
- Trả tiền bảo hiểm kịp thời cho người thụ hưởng hoặc bồi thường cho người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm hoặc từ chối bồi thường;
- Phối hợp với bên mua bảo hiểm để giải quyết yêu cầu của người thứ ba đòi bồi thường về những thiệt hại thuộc trách nhiệm bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

10. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm

10.1. Quyền của Bên mua bảo hiểm

- Yêu cầu Công ty bảo hiểm giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; cấp hợp đồng bảo hiểm hoặc đơn bảo hiểm;
- Đơn phương đình chỉ thực hiện hợp đồng bảo hiểm;
- Yêu cầu Công ty bảo hiểm trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc bồi thường cho người được bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

10.2. Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm

- Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm;
- Thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Công ty bảo hiểm trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm;
- Thông báo cho Công ty bảo hiểm về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm;
- Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật có liên quan;
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.
- Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đọc kỹ Quy tắc bảo hiểm, bao gồm cả các điều khoản loại trừ.

11. Tái tục hợp đồng bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có quyền lựa chọn việc tiếp tục tái tục hợp đồng bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt tại ngày đáo hạn, trước hoặc muộn nhất là vào ngày sinh nhật lần thứ 75 của Người được bảo hiểm, và tùy thuộc vào thỏa thuận và sự xác nhận của Công ty bảo hiểm.

12. Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt ngay khi xảy ra các sự kiện dưới đây, tùy theo sự kiện nào xảy ra trước:

- Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt trước thời hạn quy định tại Quy tắc bảo hiểm này; hoặc
- Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực hơn 730 ngày liên tục; hoặc
- Vào ngày đáo hạn của Hợp đồng bảo hiểm này; hoặc
- Quyền lợi Trợ cấp nằm viện đã được chi trả đầy đủ cùng với quyền lợi bảo hiểm chi trả một lần và Người được bảo hiểm còn sống trong vòng 365 ngày kể từ ngày chẩn đoán; hoặc
- Người được bảo hiểm tử vong do bệnh hiểm nghèo; hoặc
- Các trường hợp khác được quy định bởi pháp luật hiện hành.

Công ty bảo hiểm sẽ hoàn lại cho bên mua bảo hiểm tương ứng với thời gian còn lại mà bên mua bảo hiểm đã đóng phí bảo hiểm của kỳ đó (trừ trường hợp trước đó Công ty bảo hiểm đã chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định của Quy tắc bảo hiểm này).

13. Giải quyết tranh chấp

Hợp đồng bảo hiểm này sẽ được áp dụng và điều chỉnh theo luật pháp Việt Nam.

Bất kỳ tranh chấp nào phát sinh có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này, nếu không thể giải quyết thông qua hòa giải giữa các bên, thì sẽ được một trong các bên đưa ra phân xử tại tòa án Việt Nam nơi đặt trụ sở chính của Công ty bảo hiểm hoặc tòa án tại nơi Người được bảo hiểm cư trú chính thức. Lệ phí toà án sẽ do bên thua kiện chi trả. Thời hạn khởi kiện là ba (3) năm kể từ ngày phát sinh tranh chấp.

Chương V: Thủ tục bồi thường

1. Các tài liệu yêu cầu bồi thường bảo hiểm

Khi yêu cầu Công ty bảo hiểm trả tiền bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp hoặc người được ủy quyền của Người được bảo hiểm phải thông báo/gửi các chứng từ sau đây cho Công ty bảo hiểm trong vòng sáu mươi (60) ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Các chứng từ yêu cầu bồi thường bao gồm:

- a) Yêu cầu trả tiền bảo hiểm (theo mẫu của Công ty bảo hiểm) phải do chính Người được bảo hiểm hoặc Người yêu cầu bồi thường là người thừa kế/người thụ hưởng/người được chỉ định trên Hợp đồng bảo hiểm/người được ủy quyền hợp pháp của Người được bảo hiểm kê khai và ký tên.
- b) Các chứng từ liên quan đến việc điều trị: hồ sơ chẩn đoán và/hoặc bằng chứng lâm sàng, giấy ra viện, báo cáo y tế, giấy chứng nhận phẫu thuật, xạ trị, kết quả xét nghiệm và mô bệnh học, kết quả xét nghiệm, kiểm tra X quang, tế bào học. Trường hợp không cung cấp được bản chính, có thể cung cấp bản sao có xác nhận của Công ty Bảo hiểm hoặc người đại diện của Công ty bảo hiểm sau khi đã đối chiếu với bản gốc. Trong mọi trường hợp, Công ty bảo hiểm có quyền yêu cầu cung cấp bản chính để kiểm tra.
- c) Trường hợp tử vong:
 - Hồ sơ chứng từ y tế trước khi tử vong, Giấy chứng tử và Giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp phải có công chứng.

Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường theo hợp đồng bảo hiểm là 1 năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường.

Trong trường hợp có tranh chấp hoặc bất đồng về kết quả chẩn đoán bệnh hiểm nghèo được bảo hiểm do người yêu cầu bảo hiểm cung cấp, Công ty bảo hiểm có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm thực hiện lại việc kiểm tra y tế, bao gồm việc cung cấp bằng chứng về bệnh sử, tái chẩn đoán, tái thực hiện các xét nghiệm y tế, chiếu xạ, nếu cần, tại một bệnh viện khác. Các chi phí cho việc cung cấp các tài liệu, chứng cứ đó sẽ do Công ty bảo hiểm chi trả.

Các chi phí cho việc cung cấp các tài liệu quy định tại điểm 1 tại Chương V sẽ do người khiếu nại/người gửi yêu cầu bồi thường chi trả.

2. Thời hạn giải quyết yêu cầu bồi thường

Công ty bảo hiểm có trách nhiệm giải quyết và chi trả tiền bảo hiểm trong thời hạn tối đa mười lăm (15) ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu bồi thường đầy đủ và hợp lệ theo quy định tại Điểm 1 thuộc chương V nói trên.

3. Việc thanh toán quyền lợi bảo hiểm có thể được thực hiện theo thứ tự ưu tiên như dưới đây:

- a) Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm (do người được bảo hiểm ủy quyền hợp pháp theo quy định của pháp luật); hoặc
- b) Người thụ hưởng được chỉ định trong Yêu cầu bảo hiểm hoặc trong thông báo cập nhật mới nhất về việc thay đổi Người thụ hưởng (nếu có). Nếu có nhiều hơn một Người thụ hưởng được chỉ định và một trong số họ không còn sống hoặc không tồn tại tại thời điểm xảy ra sự kiện được bảo hiểm, quyền lợi của người này sẽ được chi trả cho người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm; hoặc
- c) Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm nếu như không có Người thụ hưởng được chỉ định.

Tài liệu này bao gồm các điều kiện điều khoản và các điểm loại trừ bảo hiểm. Người tham gia bảo hiểm cần đọc kỹ, hiểu và lưu trữ ở một nơi an toàn.

PHỤ LỤC I:

HỆ THỐNG XÁC ĐỊNH GIAI ĐOẠN UNG THƯ TNM

Hệ thống TNM là một trong những hệ thống giai đoạn của ung thư được sử dụng rộng rãi nhất. Hệ thống này được chấp nhận bởi Hiệp hội kiểm soát ung thư quốc tế (UICC - Union for International Cancer Control) và Ủy ban Ung Thư Hoa Kỳ (AJCC - American Joint Committee on Cancer).

Hệ thống TNM dựa vào phạm vi lan rộng của khối u (T - Tumor), phạm vi ảnh hưởng đến các hạch bạch huyết (N - Node), và sự hiện diện của các di căn xa (M - Metastasis). Con số được thêm vào phía sau mỗi chữ cái xác định kích thước hoặc phạm vi của khối u và di căn.

- Khối u nguyên phát (Primary Tumor)
 - Tx: không đánh giá được khối u nguyên phát
 - T0: không có bằng chứng về sự hiện diện của khối u nguyên phát
 - Tis: Carcinoma in situ (CIS - ung thư biểu mô tại chỗ): có sự hiện diện của các tế bào bất thường nhưng chúng không lan sang các mô lân cận, mặc dù không phải là ung thư nhưng CIS có thể trở thành ung thư và đôi khi nó được gọi là ung thư giai đoạn tiền xâm lấn.
 - T1, T2, T3, T4: kích thước và/hoặc phạm vi của khối u nguyên phát.
- Hạch vùng (Regional Lymph Nodes)
 - Nx: không đánh giá được hạch vùng
 - N0: không có hạch vùng liên quan
 - N1, N2, N3: có hạch vùng liên quan (số lượng hạch bạch huyết và/hoặc phạm vi liên quan)
- Di căn xa (Distant Metastasis):
 - Mx: không thể đánh giá được di căn xa
 - M0: không có di căn xa
 - M1: có di căn xa

DANH MỤC ĐỊNH NGHĨA BỆNH/ TÌNH TRẠNG HIỂM NGHÈO ĐƯỢC BẢO HIỂM

Tên bệnh/tình trạng	Định nghĩa
1. Ung thư	Ung thư giai đoạn sớm: Ung thư Giai đoạn sớm được bảo hiểm theo quy tắc này bao gồm: Ung thư biểu mô tại chỗ (CIS) của một số cơ quan nhất định trong cơ thể: Ung thư biểu mô tại chỗ ở các vị trí sau đây: vú, tử cung, buồng trứng, ống dẫn trứng, âm hộ, âm đạo, tử cung, cổ tử cung, đại tràng, trực tràng, dương vật, tinh hoàn, phổi, gan, dạ dày hoặc vòm mũi họng hoặc bàng quang. Ung thư biểu mô tại chỗ là sự tự phát triển khu trú của các tế bào ung thư giới hạn trong các vị trí nơi nó phát sinh ra và chưa dẫn tới sự xâm lấn và/hoặc phá hủy các mô xung quanh. 'Xâm lấn' có nghĩa là sự xâm nhập và/hoặc sự chủ động phá hủy của các mô bình thường ở ngoài lớp màng đáy. Chẩn đoán Ung thư biểu mô tại chỗ phải luôn đi kèm với kết quả mô bệnh học. Hơn nữa, Ung thư biểu mô tại chỗ được chẩn đoán xác định dựa trên kết quả khảo sát bằng kính hiển vi các mô sinh thiết đã được cố định. Chẩn đoán lâm sàng không đáp ứng được tiêu chuẩn này. Chẩn đoán lâm sàng hoặc các phân loại về tân sinh trong biểu mô cổ tử cung (CIN) bao gồm CIN I (tăng sản tế bào dạng đáy ở các lớp sâu của thượng mô, không quá 1/3 chiều dày của thượng mô), CIN II (tăng sản tế bào dạng đáy tối đa lên 2/3 chiều dày lớp thượng mô), và CIN III (dị sản nặng nhưng không phải là ung thư biểu mô tại chỗ, tế bào dạng đáy chiếm gần hết chiều dày lớp thượng mô) không đáp ứng được định nghĩa về ung thư và đều bị loại trừ. Ung thư biểu mô tại chỗ của hệ thống mật cũng bị loại trừ Ung thư giai đoạn trễ: Một khối u ác tính được chẩn đoán bằng mô bệnh học và đặc trưng bởi sự tăng trưởng mất kiểm soát của các tế bào ác tính có sự xâm lấn và phá hủy các mô bình thường. Thuật ngữ khối u ác tính bao gồm bệnh bạch cầu, u lympho và U mô liên kết. Ung thư nghiêm trọng được xác định dựa trên cơ sở tìm thấy các tế bào khối u và/hoặc các phân tử liên quan đến khối u trong máu, nước bọt, phân, nước tiểu hoặc bất kỳ chất dịch nào khác của cơ thể mà không có các kết quả chẩn đoán và kiểm chứng lâm sàng kèm theo sẽ không đáp ứng định nghĩa trên. Với định nghĩa trên, các trường hợp sau đây bị loại trừ: Tất cả các khối u được đánh giá theo mô bệnh học thuộc bất kỳ trường hợp nào sau đây:

	i. Tiền ác tính; ii. Chưa xâm lấn ; iii. Ung thư biểu mô tại chỗ; iv. Có u giáp biên ác tính; v. Có bất kỳ mức độ tiềm ẩn ác tính nào; vi. Có nghi ngờ u ác tính; vii. Khối u chưa chắc chắn hoặc chưa rõ; hoặc viii. Tất cả các cấp độ của loạn sản, tổn thương nội biểu mô vảy (độ cao và độ thấp) và tân sinh trong biểu mô; • Ung thư biểu mô da không phải là U tế bào hắc tố (melanoma), ung thư hạch bạch huyết nguyên phát ở da, ung thư DFSP (Dermatofibrosarcoma Protuberans) trừ khi có bằng chứng về sự di căn tới các hạch bạch huyết hoặc vượt ra ngoài; • Ung thư tế bào hắc tố (Melanoma) chưa xâm lấn ra ngoài lớp biểu bì; • Tất cả các ung thư tuyến tiền liệt được đánh giá theo mô bệnh học là ở giai đoạn T1N0M0 (theo Hệ thống xác định giai đoạn ung thư TNM) hoặc thấp hơn; hoặc các ung thư tuyến tiền liệt được đánh giá theo các hệ thống phân loại khác tương đương hoặc thấp hơn • Tất cả các loại ung thư tuyến giáp được đánh giá theo mô bệnh học là ở giai đoạn T1N0M0 (theo Hệ thống xác định giai đoạn ung thư TNM) hoặc thấp hơn; • Tất cả các khối u thần kinh nội tiết được đánh giá theo mô bệnh học là ở giai đoạn T1N0M0 (theo Hệ thống xác định giai đoạn ung thư TNM) hoặc thấp hơn • Tất cả các khối u ở bàng quang đường tiết niệu được đánh giá theo mô bệnh học là ở giai đoạn T1N0M0 (theo Hệ thống xác định giai đoạn ung thư TNM) hoặc thấp hơn; • Tất cả các u mô đệm đường tiêu hóa được đánh giá theo mô bệnh học là ở giai đoạn T1N0M0 (theo Hệ thống xác định giai đoạn ung thư TNM) hoặc thấp hơn với số lượng phân bào nhỏ hơn hoặc bằng 5/50 HPFs; • Bệnh bạch cầu mạn dòng lympho (CLL) theo hệ thống phân loại RAI trước giai đoạn 3; và • Tất cả các khối u ác tính của tủy xương không cần truyền máu định kỳ, hóa trị, điều trị ung thư hướng đích, ghép tủy xương, ghép tế bào gốc tạo máu hoặc các hình thức điều trị can thiệp chính khác; và • Tất cả các khối u ở người nhiễm HIV.
2. Nhồi máu cơ tim (Nhồi máu cơ tim cấp tính/ Bệnh tim thiếu máu cục bộ)	Hoạt động của cơ tim bị ngưng do tắc nghẽn lưu lượng máu, được xác định bởi ít nhất ba trong số các tiêu chí sau chứng minh sự xuất hiện của một cơn đau tim mới: • Tiền sử đau thắt ngực điển hình; • Những thay đổi điện tâm đồ đặc trưng; với sự tiến triển của bất kỳ tình trạng nào sau đây: ST chênh lên hoặc chênh xuống, sóng T đảo ngược, sóng Q

	bệnh lý hoặc nghẽn tim nhánh trái; - Sự gia tăng của dấu ấn sinh học tim, bao gồm CKMB trên mức thông thường được chấp nhận chung hoặc kết quả đo Troponin T hoặc I ở mức 0,5ng / ml trở lên; - Bằng chứng về sự <i>mới mất của hình ảnh cơ tim còn sống hoặc mới rối loạn vận động vùng</i>. Việc chẩn đoán hình ảnh phải được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa tim mạch do CTBH chỉ định. Theo các định nghĩa bên trên, các trường hợp sau bị loại trừ: - Đau thắt ngực; - Đau tim chưa xác định; - Sự gia tăng các dấu ấn sinh học tim hoặc Troponin T hoặc I sau khi thực hiện các thủ thuật tim mạch bao gồm, nhưng không giới hạn, chụp động mạch vành và nong mạch vành Lưu ý: 0,5ng / ml = 0,5ug / L = 500pg / ml
3. Đột quy nghiêm trọng	Sự cố mạch máu não bao gồm nhồi máu mô não, xuất huyết não và dưới nhện, thuyên tắc nội sọ và huyết khối não dẫn đến tình trạng tổn thương thần kinh vĩnh viễn (*) với các triệu chứng lâm sàng kéo dài. Chẩn đoán này phải được xác định bởi tất cả các điều kiện sau: - Bằng chứng lâm sàng về tình trạng tổn thương thần kinh vĩnh viễn được xác nhận bởi một bác sĩ chuyên khoa thần kinh sau ít nhất 6 tuần kể từ khi xảy ra sự kiện; và - Các kết quả hình ảnh cộng hưởng từ, chụp cắt lớp vi tính, hoặc các kỹ thuật hình ảnh đáng tin cậy khác phù hợp với chẩn đoán về một cơn đột quy mới. Các trường hợp sau đây bị loại trừ: - Thiếu máu cục bộ thoáng qua; - Tổn thương não do tai nạn hoặc thương tích, nhiễm trùng, viêm mạch và viêm nhiễm; - Bệnh mạch máu ảnh hưởng đến mắt hoặc thần kinh thị giác; - Rối loạn thiếu máu cục bộ của hệ thống tiền đình; và - Xuất huyết thứ phát trong não đã bị tổn thương có sẵn Vĩnh viễn có nghĩa là có khả năng kéo dài suốt cuộc đời của NDBH.
4. Tiểu đường (đái tháo đường)	Có nghĩa là một bệnh chuyển hóa mãn tính, đặc trưng bởi nồng độ glucose trong máu (hoặc lượng đường trong máu) tăng cao, theo thời gian, dẫn đến tổn thương nghiêm trọng cho tim, mạch máu, mắt, thận và dây thần kinh. Tiểu đường típ 1 (hoặc là bệnh tiểu đường vị thành niên hoặc bệnh tiểu đường phụ thuộc insulin): người mắc bệnh bị thiếu insulin do tuyến tụy không sản xuất insulin. Tiểu đường típ 2: những người bị tiểu đường típ 2 bị đề kháng với insulin. Cơ thể vẫn có thể sản xuất insulin nhưng nó không thể chuyển hóa được glucose.

PHỤ LỤC II: ĐIỀU KIỆN ĐIỀU KHOẢN

(Áp dụng khi được nêu trong Hợp đồng Bảo Hiểm)

1. Điều khoản loại trừ nhiệm phóng xạ, vũ khí hoá học, sinh học, sinh hóa học và điện từ - 10/11/2003

Điều khoản này sẽ thay thế tất cả những điều khoản khác trong Quy tắc bảo hiểm này có nội dung không thống nhất với nội dung sau đây:

Quy tắc bảo hiểm này sẽ không bảo hiểm cho Tổn thất, thiệt hại, trách nhiệm hoặc chi phí gây ra bởi hoặc góp phần gây ra bởi hoặc phát sinh từ:

- Sự bức xạ ion hóa từ hoặc nhiệm phóng xạ từ bất kỳ nhiên liệu hạt nhân nào hoặc từ bất kỳ rác thải hạt nhân nào hoặc từ sự cháy nguyên liệu hạt nhân.
- Các chất có tính phóng xạ, độc hại, gây nổ hoặc các chất nguy hiểm hoặc gây ô nhiễm khác của bất kỳ căn cứ hạt nhân, lò phản ứng hạt nhân hoặc việc lắp ráp hạt nhân hoặc các thành phần hạt nhân trong đó.
- Bất kỳ vũ khí chiến tranh nào sử dụng phân hạch hạt nhân hoặc nguyên tử và/ hoặc nung chảy hạt nhân hoặc các phản ứng hoặc năng lượng hoặc yếu tố phóng xạ tương tự khác
- Các tài sản có tính phóng xạ, độc hại, gây nổ hoặc các tài sản nguy hiểm hoặc gây ô nhiễm khác của bất kỳ vật chất phóng xạ. Sự loại trừ trong điều khoản phụ này không áp dụng đối với các chất đồng vị phóng xạ, ngoài nguyên liệu hạt nhân, khi mà những chất đồng vị này được chuẩn bị, vận chuyển, lưu kho, hoặc sử dụng cho các mục đích thương mại, nông nghiệp, y tế, khoa học hoặc các mục đích mang tính hòa bình tương tự.
- Bất kỳ vũ khí hóa học, sinh học, sinh hóa học, hoặc điện từ nào

2. Điều khoản loại trừ chiến tranh và khủng bố

Cho dù bất kể điều khoản nào khác quy định trái ngược trong quy tắc bảo hiểm này hoặc trong bất kỳ sửa đổi bổ sung nào đi kèm, hai bên cùng thống nhất rằng quy tắc bảo hiểm này loại trừ:

Chết, thương tật, tổn thất, thiệt hại, tình trạng phá hoại, bất kỳ trách nhiệm pháp lý nào, chi phí hoặc khoản chi bao gồm tổn thất ở bất kỳ dạng nào, gây ra bởi, là kết quả từ hoặc có liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào dưới đây bất kể nguyên nhân hoặc sự kiện khác cùng tác động đến hoặc trong bất kỳ hậu quả nào khác của tổn thất đó:

- a. Chiến tranh, xâm lược, động thái của kẻ thù ngoại quốc, thái độ thù địch hoặc các hoạt động gây chiến (cho dù có tuyên bố chiến tranh hay không), nội chiến, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa, bạo động dân sự cho là liên quan đến hoặc đóng góp vào một lực lượng cướp chính quyền, binh biến hoặc nổi dậy, hoặc

b. Bất kỳ hành động khủng bố nào bao gồm:

- Việc sử dụng hoặc đe dọa bằng vũ lực, bạo lực và/ hoặc
- Có hại hoặc thiệt hại đến cuộc sống hoặc đến tài sản (hoặc đe dọa làm hại hoặc gây thiệt hại) bao gồm, nhưng không giới hạn bởi nhiễm xạ và/ hoặc ô nhiễm bởi hóa chất và/ hoặc các yếu tố sinh học, bởi bất kỳ người (những người) hoặc nhóm (các nhóm) người, hành động vì mục đích chính trị, tôn giáo, tư tưởng hoặc các mục đích, cách thức hoặc các yếu tố khác tương tự, và/ hoặc đe dọa cộng đồng hoặc bất kỳ khu vực cộng đồng nào, hoặc

c. Bất kỳ hành động nào được thực hiện dưới sự kiểm soát, ngăn chặn, cấm đoán hoặc dưới bất kỳ hành động nào liên quan đến các yếu tố được chỉ ra ở mục 1 hoặc mục 2 ở trên.

Nếu MSIG khẳng định rằng vì điều khoản loại trừ này mà bất kỳ tổn thất, thiệt hại, chi phí hay khoản chi nào không được thanh toán bồi thường theo quy tắc bảo hiểm này thì trách nhiệm phản biện sẽ thuộc về Người được bảo hiểm.

3. Điều khoản loại trừ và hạn chế do lệnh trừng phạt

Quy tắc bảo hiểm này sẽ không bảo hiểm cho và chịu trách nhiệm thanh toán đối với bất kỳ khiếu nại bồi thường nào hoặc cung cấp bất kỳ quyền lợi nào trong đây cũng như việc thanh toán đối với khiếu nại đó hoặc quy định về quyền lợi đó do bất kỳ sự trừng phạt, lệnh cấm hoặc sự hạn chế nào theo các quyết định của Liên hợp quốc hoặc các sự trừng phạt, luật hoặc quy định về thương mại hoặc kinh tế của Liên minh Châu Âu hoặc Vương quốc Anh hoặc Hoa Kỳ.

4. Điều khoản loại trừ các chất amiăng

Quy tắc Bảo hiểm này loại trừ tất cả các khiếu nại và tổn thất có căn nguyên từ, phát sinh từ, có kết quả từ hoặc là hậu quả, hoặc bất kỳ cách nào liên quan đến:

(a) Chất amiăng,

(b) hoặc Bất kỳ các chất amiăng thực sự hoặc được cho là chất amiăng có liên quan đến các thương tật hoặc thiệt hại liên quan đến việc sử dụng, sự hiện diện, sự tồn tại, sự phát hiện, sự di chuyển, sự bài tiết, hoặc sự tránh xa chất amiăng hoặc rủi ro phơi bày hoặc rủi ro tiềm năng về chất amiăng.

5. Điều khoản Loại trừ COVID-19 / Loại trừ Đại dịch

Bất kể điều khoản nào quy định trái ngược trong Hợp đồng (tái) bảo hiểm này hoặc trong bất kỳ sửa đổi bổ sung nào đi kèm, hai bên cùng thống nhất rằng Hợp đồng (tái) bảo hiểm này loại trừ mọi tổn thất, thiệt hại, trách nhiệm pháp lý, chi phí, tiền phạt, khoản phạt hoặc bất kỳ số tiền nào khác gây ra, liên quan đến, hoặc theo bất kỳ cách nào liên quan hoặc phát sinh từ bất kỳ điều nào sau đây - bao gồm bất kỳ nguy cơ hoặc mối đe dọa nào, dù là thực tế hay chưa hiện hữu -:

- Virus Corona (COVID-19), bao gồm bất kỳ đợt biến hoặc biến thể nào của Virus Corona (COVID-19); hoặc

- Đại dịch hoặc dịch bệnh, theo tuyên bố của Tổ chức Y tế Thế giới hoặc bất kỳ cơ quan chính phủ nào.

6. Điều khoản chuyển đổi tiền tệ

Việc thanh toán các khoản tiền bồi thường theo đơn bảo hiểm này sẽ được tiến hành bằng tiền Việt Nam Đồng với tỷ giá được áp dụng theo tỷ giá bình quân giữa tỷ giá mua và bán chuyển khoản của đồng đô la mỹ hoặc các loại tiền ngoại tệ có liên quan do Ngân hàng Ngoại thương Việt nam (Vietcombank) công bố vào ngày các bên chấp nhận số tiền bồi thường cuối cùng hoặc ngày thanh toán, tùy theo lựa chọn của người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng.

7. Điều khoản xem xét lại bảo hiểm hàng năm

Hai bên cùng nhất trí rằng theo thỏa thuận của đơn bảo hiểm này, nếu bất kỳ sự kiện nào sau đây xảy ra, Công ty bảo hiểm được bảo lưu quyền được xem xét lại đơn bảo hiểm vào ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm 12 tháng của đơn:

- i) Bất kỳ sự thay đổi nào trong việc vận hành, hoạt động hoặc rủi ro phơi bày của Người được bảo hiểm.
- ii) Bất kỳ luật/ pháp chế nào mới hoặc được sửa đổi mà có thể có ảnh hưởng tới các rủi ro phơi bày và/ hoặc phạm vi bảo hiểm theo đơn bảo hiểm này.

Người được bảo hiểm có thể hủy đơn với điều kiện phải thông báo trước 30 ngày cho Công ty bảo hiểm. Nếu đơn bảo hiểm bị hủy, tỷ lệ phí/ phí bảo hiểm gốc được áp dụng và một khoản phí của thời hạn không được sử dụng sẽ được hoàn trả theo tỷ lệ.

Hai bên cùng hiểu và thống nhất rằng phí bảo hiểm được thanh toán hàng năm tại thời điểm bắt đầu của mỗi thời hạn bảo hiểm và/hoặc theo điều khoản thanh toán được áp dụng trong đơn bảo hiểm. Phí bảo hiểm hàng năm sẽ được sửa đổi dựa trên thông tin/giá trị được bảo hiểm thực tế tại thời điểm bắt đầu của mỗi thời hạn bảo hiểm.

Ngoài ra hai bên cùng thống nhất rằng phí bảo hiểm hàng năm sẽ được sửa đổi theo các thỏa thuận giữa Công ty bảo hiểm và Người được bảo hiểm nếu tỷ lệ tổn thất lớn hơn.. và đảm bảo quy định cụ thể các trường hợp tăng, giảm phí bảo hiểm.

Tổn thất xảy ra được hiểu là gồm các phần sau:

- (1) Tất cả các tổn thất đã được thực thanh toán.
- (2) Các khoản dự phòng cho các tổn thất chưa được thanh toán căn cứ theo ước tính của bên Nhượng tái.
- (3) Các lợi ích phát sinh sau phán quyết của toà đối với Người được bảo hiểm.
- (4) Chi phí điều chỉnh phân bổ tổn thất, được xác định như sau:

“Chi phí điều chỉnh phân bổ tổn thất có nghĩa là các khoản dự phòng và thanh toán thực tế cho các chi phí về pháp lý, ngoại trừ chi phí điều tra và điều chỉnh của việc Bồi thường, nhưng lại bao gồm các phí ủy quyền, phí hầu toà, lợi ích, chi phí cho chuyên gia, hoặc bất kỳ các chi phí nào khác theo đơn, loại trừ (1), (2) và (3).

8. Điều khoản tự động khôi phục hiệu lực của đơn bảo hiểm

Nếu từng phần hoặc toàn bộ phí bảo hiểm không được thanh toán cho Công ty bảo hiểm hoặc đại lý đã đăng ký theo điều khoản thanh toán nêu trong Đơn bảo hiểm hoặc theo thỏa thuận khác giữa hai bên, Đơn bảo hiểm này sẽ hết hiệu lực kể từ ngày kết thúc thời hạn cam kết thanh toán phí bảo hiểm. Tuy nhiên, sau khi khoản phí bảo hiểm nêu trên được thanh toán cho Công ty bảo hiểm hoặc đại lý đã đăng ký, hiệu lực của đơn bảo hiểm này sẽ được tự động khôi phục kể từ ngày khoản phí đã nêu được Công ty bảo hiểm hoặc đại lý đã đăng ký ghi nhận đầy đủ. Với điều kiện là Công ty bảo hiểm sẽ không chịu trách nhiệm cho bất kỳ tổn thất hoặc thiệt hại nào xảy ra trong khoảng thời gian kể từ khi thời hạn cam kết thanh toán phí bảo hiểm kết thúc cho đến khi hiệu lực của đơn bảo hiểm được khôi phục và không quá ngày hết hạn hiệu lực bảo hiểm.