

ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BỔ TRỢ BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO MỞ RỘNG



ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BỔ TRỢ BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO MỞ RỘNG

(được chấp thuận theo công văn số 3995/BTC-QLBH
ngày 27 tháng 3 năm 2015 của Bộ Tài chính)

MỤC LỤC

CHƯƠNG I: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG	3
CHƯƠNG II: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	5
CHƯƠNG III: PHÍ BẢO HIỂM	6
CHƯƠNG IV: THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN SẢN PHẨM BỔ TRỢ	7
CHƯƠNG V: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	7
PHỤ LỤC 1: DANH MỤC BỆNH HIỂM NGHÈO ĐƯỢC BẢO HIỂM	8

CHƯƠNG I: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

ĐIỀU 1. CÁC ĐỊNH NGHĨA

1.1. Người được bảo hiểm: là cá nhân từ 18 đến 60 tuổi vào thời điểm sản phẩm bảo trợ phát sinh hiệu lực và không quá 70 tuổi khi sản phẩm bảo trợ kết thúc thời hạn bảo hiểm, hiện đang cư trú tại Việt Nam và được Aviva chấp thuận bảo hiểm theo sản phẩm bảo trợ này.

Nếu Người được bảo hiểm không đồng thời là Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm.

1.2. Bên mua bảo hiểm: là Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng chính.

1.3. Số tiền bảo hiểm: là số tiền được dùng làm cơ sở để xác định quyền lợi bảo hiểm thanh toán theo sản phẩm bảo trợ này. Số tiền bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm lựa chọn phù hợp với quy định của Aviva và được ghi tại Giấy yêu cầu bảo hiểm và/hoặc Phụ lục Hợp đồng.

1.4. Bệnh hiểm nghèo: là bệnh và các sự kiện được quy định trong Phụ lục 1 – Danh mục Bệnh hiểm nghèo được bảo hiểm của điều khoản sản phẩm bảo trợ này. Bệnh hiểm nghèo phải được tư vấn, chẩn đoán, điều trị tại một Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn. Ngày Người được bảo hiểm bị chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo hay gặp các sự kiện quy định trong Phụ lục 1 – Danh mục Bệnh hiểm nghèo (gọi chung là mắc Bệnh hiểm nghèo) gọi là ngày phát sinh sự kiện bảo hiểm.

1.5. Bệnh có sẵn: là tình trạng bệnh, thương tật, tổn thương mà Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ tư vấn, chẩn đoán, điều trị hoặc các dấu hiệu, triệu chứng liên quan trực tiếp đến bệnh đã xuất hiện hoặc tồn tại trước ngày được Aviva chấp nhận bảo hiểm hoặc chấp nhận khôi phục hiệu lực sản phẩm bảo trợ lần sau cùng.

1.6. Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn: là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật pháp Việt Nam. Cơ sở đó phải được cấp phép như một bệnh viện, có chữ "bệnh viện" trên con dấu hoặc được cấp phép như một viện/trung tâm y tế chuyên khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, cấp trung ương.

Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn không bao gồm những cơ sở dưới đây cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn:

- Bệnh viện/viện/trung tâm/đơn nguyên/khoa tâm thần;

- Bệnh viện/viện/trung tâm/đơn nguyên/khoa y học dân tộc, vật lý trị liệu và/hoặc phục hồi chức năng;

- Bệnh viện/viện/trung tâm/đơn nguyên/khoa phong;

- Nhà hộ sinh, nhà điều dưỡng, nhà an dưỡng, cơ sở chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, chất ma túy, chất kích thích.

1.7. Các thuật ngữ, từ ngữ khác sử dụng trong Điều khoản này được hiểu theo đúng định nghĩa, giải thích trong Điều khoản của Hợp đồng chính.

ĐIỀU 2. ĐIỀU KHOẢN ÁP DỤNG

2.1. Các quy định về nghĩa vụ cung cấp thông tin, miễn truy xét, thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm chưa được quy định tại Điều khoản sản phẩm bảo trợ này và giải quyết tranh chấp liên quan đến sản phẩm bảo trợ này được áp dụng theo Điều khoản của Hợp đồng chính.

Trường hợp pháp luật có quy định hoặc thay đổi quy định về nghĩa vụ cung cấp thông tin của các bên liên quan của Hợp đồng bảo hiểm thì những quy định đó được mặc định áp dụng cho sản phẩm bảo trợ này.

2.2. Trường hợp có sự mâu thuẫn giữa Điều khoản này và Điều khoản Hợp đồng chính thì những quy định trong Điều khoản này sẽ được áp dụng.

ĐIỀU 3. THỜI HẠN BẢO HIỂM VÀ TÍNH CHẤT CỦA SẢN PHẨM BẢO TRỢ

3.1. Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bảo trợ này từ 01 năm đến 22 năm tùy theo sự lựa chọn của Bên mua bảo hiểm, tuổi của Người được bảo hiểm vào ngày có hiệu lực của sản phẩm bảo trợ và chấp thuận của Aviva, tính từ ngày có hiệu lực của sản phẩm bảo trợ nhưng không vượt quá thời hạn đóng phí bảo hiểm còn lại của Hợp đồng chính.

3.2. Sản phẩm bảo trợ này là sản phẩm bảo hiểm nhân thọ không tham gia chia lãi, không có giá trị hoàn lại và không có quyền lợi đáo hạn.

ĐIỀU 4. THỦ TỤC YÊU CẦU BẢO HIỂM VÀ THỜI ĐIỂM PHÁT SINH HIỆU LỰC

4.1. Thủ tục yêu cầu bảo hiểm

Khi yêu cầu bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoàn tất, nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm và đóng Phí bảo hiểm tạm tính của sản phẩm bảo trợ.

Đối với trường hợp yêu cầu bảo hiểm sau khi Hợp đồng chính đã có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm cần ghi rõ số hợp đồng của Hợp đồng chính tương ứng, mối quan hệ của Người được bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm.

Nếu Người được bảo hiểm không đồng thời là Bên mua bảo hiểm, Giấy yêu cầu bảo hiểm phải có chữ ký của cả Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm (hoặc của Người đại diện theo pháp luật nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi).

4.2. Trường hợp được yêu cầu bảo hiểm cùng lúc với Hợp đồng chính và được chấp nhận bảo hiểm, sản phẩm bảo trợ sẽ phát sinh hiệu lực vào ngày có hiệu lực của Hợp đồng chính.

Trong trường hợp này, thời gian cân nhắc của sản phẩm bảo trợ được áp dụng trùng với thời gian cân nhắc của Hợp đồng chính.

4.3. Trường hợp được yêu cầu bảo hiểm sau khi Hợp đồng đã có hiệu lực, sản phẩm bảo trợ sẽ phát sinh hiệu lực vào ngày Aviva chấp nhận bảo hiểm theo Điều khoản này.

Thời gian cân nhắc không được áp dụng cho sản phẩm bảo trợ trong trường hợp này.

ĐIỀU 5. CHẤM DỨT HIỆU LỰC

5.1. Sản phẩm bảo trợ chấm dứt hiệu lực và Aviva sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng sau khi khấu trừ Chi phí kiểm tra sức khỏe (nếu có) khi xảy ra một trong các sự kiện sau:

5.1.1. Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy yêu cầu bảo hiểm đối với Hợp đồng hoặc sản phẩm bảo trợ trước khi Hợp đồng được phát hành (đối với trường hợp sản phẩm bảo trợ được yêu cầu bảo hiểm cùng lúc với Hợp đồng chính) hoặc trước khi sản phẩm bảo trợ được chấp nhận bảo hiểm (đối với trường hợp sản phẩm bảo trợ được yêu cầu bảo hiểm khi Hợp đồng chính đang có hiệu lực); hoặc

5.1.2. Bên mua bảo hiểm yêu cầu không tiếp tục tham gia Hợp đồng hoặc sản phẩm bảo trợ trong thời gian cân nhắc (đối với trường hợp sản phẩm bảo trợ được yêu cầu bảo hiểm cùng lúc với Hợp đồng chính); hoặc

5.1.3 Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin được quy định trong điều khoản sản phẩm; hoặc

5.1.4. Các trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm được quy định tại Khoản 7.1 Điều 7.

5.2. Sản phẩm bảo trợ chấm dứt hiệu lực và Aviva sẽ không hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng khi xảy ra một trong các sự kiện sau:

5.2.1. Hợp đồng chính chấm dứt hiệu lực sau thời gian cân nhắc; hoặc

5.2.2. Xảy ra các sự kiện quy định tại các Khoản 6.1, Điểm 6.2.1 Điều 6; hoặc

5.2.3. Bên mua bảo hiểm dùng đóng phí và Hợp đồng chính chuyển sang Số tiền bảo hiểm giảm hoặc Hợp đồng chính được miễn phí bảo hiểm/tạm ngừng đóng phí bảo hiểm mà không có quy định áp dụng miễn phí/tạm ngừng đóng phí liên quan đến sản phẩm bảo trợ này; hoặc

5.2.4. Sản phẩm bảo trợ chấm dứt theo quy định tại Khoản 8.3 Điều 8; hoặc

5.2.5. Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt sản phẩm bảo trợ sau thời gian cân nhắc (đối với trường hợp sản phẩm bảo trợ được yêu cầu bảo hiểm cùng lúc với hợp đồng chính); hoặc

5.2.6. Aviva không chấp thuận tiếp tục bảo hiểm khi Người được bảo hiểm chuyển sang định cư/cư trú ở nước ngoài theo quy định của Aviva; hoặc

5.2.7. Người được bảo hiểm đạt đến 70 tuổi.

CHƯƠNG II: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

ĐIỀU 6. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

6.1. Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo

Aviva trả 100% Số tiền bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm mắc một trong các Bệnh hiểm nghèo: Ung thư nghiêm trọng, Nhồi máu cơ tim, Tai biến mạch máu não, Suy thận mạn hoặc Suy gan giai đoạn cuối trong thời gian sản phẩm bảo trợ này đang có hiệu lực.

6.2. Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo mở rộng đối với Người được bảo hiểm là Nam giới

6.2.1. Ngoài quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điểm 6.1, Aviva trả thêm 50% Số tiền bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm mắc một trong các bệnh Ung thư ở Nam giới trong thời gian sản phẩm bảo trợ này đang có hiệu lực.

6.2.2. Aviva trả tối đa 02 (hai) lần với mỗi lần 10% Số tiền bảo hiểm nhưng không vượt quá 40 (bốn mươi) triệu đồng cho Bên mua bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm là Nam giới được điều trị sỏi thận nội trú tại một Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn và bằng một trong ba phương pháp phẫu thuật được thực hiện gây mê tùy sống, gây mê ngoài màng cứng, gây mê tùy sống kết hợp gây mê ngoài màng cứng hoặc gây mê toàn thân sau đây trong thời gian sản phẩm bảo trợ có hiệu lực:

- Phẫu thuật thận lấy sỏi qua da; hoặc
- Thủ thuật nội soi bàng quang – niệu quản lấy sỏi; hoặc
- Phẫu thuật mổ mở.

với điều kiện là:

- Phương pháp điều trị được thực hiện trong thời gian hiệu lực của sản phẩm bảo trợ; và
- Phương pháp điều trị được Aviva xác định là thực sự cần thiết.

6.2.3. Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bảo trợ này sẽ tự động giảm tương ứng với số tiền mỗi lần chi trả quy định tại Điểm 6.2.2 tại ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm và

làm căn cứ để tính toán quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Khoản 6.1, Điểm 6.2.1 và Điểm 6.2.2.

6.3. Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo mở rộng đối với Người được bảo hiểm là Nữ giới

6.3.1. Aviva trả 10% Số tiền bảo hiểm nhưng không quá 350 (ba trăm năm mươi) triệu đồng cho Bên mua bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm là Nữ giới bị Ung thư biểu mô tại chỗ trong thời gian sản phẩm bảo trợ này đang có hiệu lực.

6.3.2. Aviva trả 20% Số tiền bảo hiểm nhưng không quá 350 (ba trăm năm mươi) triệu đồng cho Bên mua bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm là Nữ giới gặp một trong các sự kiện sau trong thời gian sản phẩm bảo trợ này đang có hiệu lực:

- Thai ngoài tử cung;
- Thai chết lưu;
- Tử vong sơ sinh.

6.3.3. Số tiền bảo hiểm của Sản phẩm bảo trợ này sẽ tự động giảm tương ứng với số tiền mỗi lần chi trả quy định tại Điểm 6.3.1 và Điểm 6.3.2 tại ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm và làm căn cứ để tính toán quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Khoản 6.1, Điểm 6.3.1 và Điểm 6.3.2.

ĐIỀU 7. LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

7.1. Aviva sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 6 mà chỉ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ số phí bảo hiểm đã đóng của sản phẩm bảo trợ (không có lãi) sau khi trừ đi Chi phí kiểm tra sức khỏe (nếu có), đồng thời sản phẩm bảo trợ sẽ chấm dứt hiệu lực nếu Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo trong các trường hợp sau đây hoặc do hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của:

7.1.1. Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo nêu tại Khoản 6.1 Điều 6, Ung thư ở Nam giới hoặc Ung thư biểu mô tại chỗ khi sản phẩm bảo trợ có hiệu lực chưa đủ 90 ngày; hoặc Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo nêu tại Khoản 6.1 Điều 6, Ung thư ở Nam giới hoặc có thai ngoài tử cung và tử vong trong vòng 30 ngày kể từ ngày chẩn đoán mắc (các) Bệnh hiểm nghèo đó/ngày chấm dứt thai kỳ;

7.1.2. Hành vi cố ý, hành vi phạm tội của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm.

7.1.3. Người được bảo hiểm tử vong trong vòng 24 tháng kể từ ngày sản phẩm bảo trợ có hiệu lực; Người được bảo hiểm tự gây thương tích, tai nạn bất kể vì lý do tâm thần hay không;

7.1.4. Nhiễm HIV hoặc các bệnh có liên quan đến HIV/AIDS;

7.1.5. Chiến tranh (có tuyên bố hay không tuyên bố), khủng bố, nội chiến, nổi loạn, bạo động, bạo loạn dân sự, khởi nghĩa, hành động theo mệnh lệnh chiến đấu hay thiết lập trật tự công cộng và các hành động thù địch hoặc mang tính chiến tranh, bãi công, đình công;

7.1.6. Người được bảo hiểm sử dụng trái phép vũ khí quân dụng; sử dụng rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích khác vượt mức quy định của pháp luật;

7.1.7. Người được bảo hiểm tham gia: các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách mua vé của một hãng hàng không được cấp phép và có lịch trình bay thương mại); các cuộc diễn tập, huấn luyện quân sự của các lực lượng vũ trang; các hoạt động nguy hiểm: đua ô tô/mô tô/xe đạp, đua ngựa hay bất

kỳ hình thức đua nào khác, săn bắn, đấm bốc (boxing), leo núi; các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, các môn thể thao trên không (nhảy bungy - bungee jumping, dù lượn, khí cầu, nhảy dù,...), lặn hoặc các hoạt động dưới nước có sử dụng mặt nạ thở;

7.1.8. Bệnh có sẵn không được Aviva chấp nhận bảo hiểm;

7.1.9. Thực hiện các phẫu thuật, khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế không được thành lập và hoạt động hợp pháp theo luật pháp Việt Nam hoặc không được phép thực hiện các phẫu thuật, khám chữa bệnh đó; thực hiện phẫu thuật thẩm mỹ; thực hiện các phẫu thuật, khám chữa bệnh không thực sự cần thiết và không được chỉ định bởi bác sĩ chuyên khoa để duy trì và khắc phục tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm.

7.2. Aviva sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 6 và sản phẩm bảo trợ tiếp tục có hiệu lực trong trường hợp tử vong sơ sinh, thai chết lưu hoặc Người được bảo hiểm điều trị sỏi thận nội trú khi sản phẩm bảo trợ có hiệu lực chưa đủ 90 ngày; hoặc Người được bảo hiểm có thai ngoài tử cung khi sản phẩm bảo trợ có hiệu lực chưa đủ 90 ngày nhưng không tử vong trong vòng 30 ngày sau khi chấm dứt thai kỳ.

CHƯƠNG III: PHÍ BẢO HIỂM

ĐIỀU 8. PHÍ BẢO HIỂM

8.1. Định kỳ đóng phí bảo hiểm của sản phẩm bảo trợ này trùng với định kỳ đóng phí bảo hiểm của Hợp đồng chính. Quy định này cũng được áp dụng trong trường hợp có sự thay đổi về định kỳ đóng phí của Hợp đồng chính.

Thời hạn đóng phí bảo hiểm bằng thời hạn bảo hiểm.

8.2. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không thể đóng phí theo đúng thời hạn đã thỏa thuận, quy định về gia hạn đóng phí cho sản phẩm bảo trợ được áp dụng theo Điều khoản của Hợp đồng chính.

8.3. Cho đến hết thời gian gia hạn đóng phí, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng phí bảo hiểm, sản phẩm bảo trợ sẽ tự động chấm dứt kể từ ngày bắt đầu thời gian gia hạn

đóng phí trừ trường hợp phí bảo hiểm của sản phẩm bảo trợ được miễn đóng theo quy định của một sản phẩm bảo hiểm khác có hiệu lực với sản phẩm bảo trợ này hoặc được tự động đóng theo quy định của Aviva.

8.4. Với sự chấp thuận của Bộ Tài chính, Aviva có thể điều chỉnh mức phí bảo hiểm của sản phẩm bảo trợ này. Aviva sẽ thông báo trước ít nhất 03 (ba) tháng cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản và mức phí mới chỉ được áp dụng vào ngày kỷ niệm hợp đồng sau ngày Aviva gửi thông báo.

8.5. Các quy định khác về phí bảo hiểm được áp dụng như quy định trong Điều khoản của Hợp đồng chính.

CHƯƠNG IV: THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN SẢN PHẨM BỔ TRỢ

ĐIỀU 9. GIẢM SỐ TIỀN BẢO HIỂM

9.1. Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu giảm Số tiền bảo hiểm khi sản phẩm bổ trợ đang có hiệu lực theo quy định của Aviva.

9.2. Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Aviva yêu cầu giảm Số tiền bảo hiểm bằng văn bản.

9.3. Số tiền bảo hiểm, Phí bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm và các điều kiện khác có liên quan của sản phẩm bổ trợ sẽ được điều chỉnh tương ứng kể từ ngày Aviva chấp thuận bằng văn bản về việc giảm Số tiền bảo hiểm.

CHƯƠNG V: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

ĐIỀU 10. THÔNG BÁO RỦI RO

Trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo, Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Aviva bằng văn bản theo mẫu của Aviva để được hướng dẫn thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn thông báo rủi ro.

ĐIỀU 11. THỜI HẠN YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Trong vòng 12 tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo, Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bằng chi phí của mình, phải lập hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm và gửi tới Aviva. Quá thời hạn 12 tháng nêu trên, mọi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đều không có giá trị.

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

ĐIỀU 12. HỒ SƠ YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BAO GỒM:

- Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm;
- Bản gốc Hợp đồng bảo hiểm và các sửa đổi, bổ sung (nếu có). Trường hợp thất lạc, Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Aviva để được hướng dẫn giải quyết;
- Bản sao hợp lệ giấy tờ hợp pháp chứng minh quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm;

và bản gốc hoặc bản sao hợp lệ các giấy tờ sau:

- Giấy tờ y tế: Tóm tắt bệnh án, Giấy ra viện, Giấy chứng nhận phẫu thuật, Đơn thuốc, Sổ Y bạ.... chứng minh Người được bảo hiểm bị Bệnh hiểm nghèo.

PHỤ LỤC 1:

DANH MỤC BỆNH HIỂM NGHÈO ĐƯỢC BẢO HIỂM

I. DANH MỤC BỆNH HIỂM NGHÈO ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO

1. UNG THƯ NGHIÊM TRỌNG

Ung thư là bệnh lý ác tính của tế bào, trong đó các tế bào bị biến đổi, tăng sinh vô hạn, không chịu sự kiểm soát của cơ thể, xâm lấn và phá hủy các mô bình thường. Chẩn đoán dựa trên kết quả Giải phẫu bệnh học và kết luận của Bác sĩ chuyên khoa Ung thư hoặc Bác sĩ chuyên khoa Giải phẫu bệnh.

Loại trừ những loại ung thư sau đây:

- Các loại Ung thư biểu mô tại chỗ, các khối u được mô tả giải phẫu bệnh học là tiền ung thư hoặc không xâm lấn. Ví dụ: Ung thư biểu mô tuyến vú, loạn sản cổ tử cung CIN-1, CIN -2 và CIN-3.....;

- Ung thư biểu mô da dạng vảy, ung thư tế bào đáy, sừng hoá; Ung thư hắc tố có độ sâu xâm nhập dưới 1,5 mm theo phân độ của Breslow hoặc dưới độ III theo phân độ của Clark, trừ khi có bằng chứng đã di căn;
- Ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn sớm với phân độ TNM là T1a hoặc T1b hoặc phân độ tương đương hoặc thấp hơn theo hệ thống phân loại khác;

- Ung thư biểu mô tuyến giáp dạng nhú tiềm ẩn có phân độ T1N0M0 và có đường kính nhỏ hơn 1cm;

- Ung thư bàng quang biểu mô nhú giai đoạn 0;

- Bệnh bạch cầu Lympho mãn tính giai đoạn dưới 3 theo Hệ thống xếp giai đoạn Rai; và

- Tất cả các loại u/bướu ở những người đang nhiễm HIV.

2. NHỒI MÁU CƠ TIM

Nhồi máu cơ tim là tình trạng của một phần cơ tim bị hoại tử khi lượng máu cung cấp đến phần đó bị giảm sút. Chẩn đoán xác định một trường hợp nhồi máu cơ tim mới khi có tối thiểu 3 trong 5 tiêu chuẩn sau đây:

- Có cơn đau thắt ngực điển hình của bệnh Nhồi máu cơ tim khiến Người được bảo hiểm phải nhập viện;

- Điện tâm đồ có hình ảnh nhồi máu cơ tim mới;

- Kết quả xét nghiệm men tim CK-MB tăng;

- Kết quả xét nghiệm Troponin T > 1 mg/L (1 ng/ml) hoặc AccuTnl > 0,5 ng/ml hoặc ngưỡng tương đương với Troponin T được làm bằng phương pháp khác;

- Chức năng tâm thu thất trái (EF%) dưới 50% được đo sau 3 tháng trở lên sau nhồi máu.

Loại trừ nhồi máu cơ tim cũ và tất cả các hội chứng mạch vành cấp tính khác, ví dụ: đau thắt ngực không ổn định, vi nhồi máu và tổn thương cơ tim rất nhỏ...

3. TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO (ĐỘT QUY)

Tai biến mạch máu não là một bệnh xảy ra khi mạch máu não bị vỡ hoặc tắc làm ngừng trệ đột ngột cung cấp máu tới một phần não bộ, gây ra xuất huyết não, nhồi máu não, xuất huyết dưới nhện.... Chẩn đoán xác định một trường hợp tai biến mạch máu não khi có đầy đủ các tiêu chuẩn sau đây:

- Tổn thương thần kinh vĩnh viễn biểu hiện bằng một trong các tình trạng sau:

+ Mất hoàn toàn và vĩnh viễn chức năng vận động của một hoặc nhiều chi;

+ Mất hoàn toàn và vĩnh viễn chức năng phát âm do tổn thương Trung khu thần kinh chỉ huy lời nói của não bộ;

+ Mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện 3 trong 6 "Chức năng sinh hoạt hàng ngày" nếu không có sự hỗ trợ từ bất kỳ người nào khác.

Tình trạng nêu trên phải được Bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác nhận tồn tại ít nhất 6 tuần sau khi xảy ra tai biến mạch máu não; và

- Được chẩn đoán dựa vào hình ảnh chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp vi tính, hoặc các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh khác có giá trị chẩn đoán đối với một cơn tai

biến mạch máu não mới.

Loại trừ các trường hợp sau đây:

- Cơ thể thiếu máu cục bộ thoáng qua và bất kỳ tổn thương thần kinh do thiếu máu cục bộ có thể phục hồi;
- Tổn thương não do tai nạn hoặc thương tích bên ngoài, nhiễm trùng, viêm mạch, viêm não và bệnh đau nửa đầu;
- Bệnh mạch máu ảnh hưởng đến mắt hoặc thần kinh thị giác; và
- Thiếu máu cục bộ gây rối loạn tiền đình.

4. SUY THẬN MẠN

Suy thận mạn là tình trạng mất hoàn toàn và không thể hồi phục chức năng của cả 2 thận, đòi hỏi phải điều trị bằng chạy thận nhân tạo vĩnh viễn hoặc ghép thận.

5. SUY GAN GIAI ĐOẠN CUỐI

Suy gan giai đoạn cuối được xác định bằng các triệu chứng sau đây:

- Vàng da kéo dài;
- Cổ trướng;
- Bệnh não gan (hôn mê gan)

Loại trừ bệnh gan thứ phát do lạm dụng thuốc hoặc rượu.

II. DANH MỤC BỆNH HIỂM NGHÈO ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO MỞ RỘNG ĐỐI VỚI NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM LÀ NAM GIỚI

1. UNG THƯ Ở NAM GIỚI

Ung thư ở Nam giới bao gồm những trường hợp được chẩn đoán là:

- Ung thư Tinh hoàn;
- Ung thư Dương vật;
- Ung thư Tiền liệt tuyến (loại trừ Ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn sớm như mô tả tại Điều kiện loại trừ của Bệnh lý Ung thư nghiêm trọng);
- Ung thư Phổi;
- Ung thư Đại tràng; hoặc
- Ung thư gan.

- Phẫu thuật thận lấy sỏi qua da;
- Thủ thuật nội soi bàng quang – niệu quản lấy sỏi; hoặc
- Phẫu thuật mổ mở.

Với điều kiện là:

- Phương pháp điều trị được thực hiện trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm; và
- Phương pháp điều trị được Aviva xác định là thực sự cần thiết; và
- Aviva nhận được đầy đủ các bằng chứng y tế cần thiết (Giấy ra viện, Giấy chứng nhận phẫu thuật, Bản sao bệnh án...); và
- Aviva chấp thuận giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

2. ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN NỘI TRÚ

Bệnh sỏi thận được điều trị nội trú tại một Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn và bằng một trong ba phương pháp phẫu thuật sau đây:

III. DANH MỤC BỆNH HIỂM NGHÈO ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO MỞ RỘNG ĐỐI VỚI NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM LÀ NỮ GIỚI

1. UNG THƯ BIỂU MÔ TẠI CHỖ Ở NỮ GIỚI

Ung thư biểu mô tại chỗ là sự phát triển không kiểm soát của tế bào vẫn còn nằm tại vị trí nguyên thủy và chưa có biểu hiện xâm nhập đến các mô bình thường khác. Xâm lấn có nghĩa là sự thâm nhiễm và/hoặc sự phá hủy mô bình thường vượt ra ngoài màng đáy.

Chẩn đoán xác định một trường hợp Ung thư biểu mô tại chỗ phải dựa trên kết quả khám nghiệm vi thể tế bào ung thư của các nhà giải phẫu bệnh. Đối với ung thư cổ tử cung, chẩn đoán xác định phải dựa trên kết quả Khoét chóp cổ tử cung (sinh thiết hình nón).

Các loại Ung thư biểu mô tại chỗ được liệt kê sau đây thuộc phạm vi bảo hiểm của Điều khoản sản phẩm này:

- Ung thư biểu mô tại chỗ của Tuyến vú

- Ung thư biểu mô tại chỗ của Cổ tử cung

Loại trừ các trường hợp có kết quả phân loại mô bệnh học là CIN I, CIN II và CIN III (dị sản nặng) theo Hệ thống phân loại mô bệnh học CIN.

- Ung thư biểu mô tại chỗ của Tử cung

Loại trừ các trường hợp có kết quả phân loại mô bệnh học là CIN I, CIN II và CIN III (dị sản nặng) theo Hệ thống phân loại mô bệnh học CIN.

- Ung thư biểu mô tại chỗ của Buồng trứng

Khối u còn khu trú ở buồng trứng, vỏ bao buồng trứng còn nguyên, không có u trên mặt ngoài buồng trứng, được xếp loại mô bệnh học là T1aN0M0 theo Hệ thống phân loại mô bệnh học TNM hoặc là 1A theo Hệ thống phân loại mô bệnh học FIGO

- Ung thư biểu mô tại chỗ của Ống dẫn trứng

Khối u còn khu trú ở niêm mạc ống dẫn trứng và được xếp loại mô bệnh học là Tis theo Hệ thống phân loại mô bệnh học TNM.

- Ung thư biểu mô tại chỗ của Âm hộ/ Âm đạo

Khối u được xếp loại mô bệnh học là Tis theo Hệ thống phân loại mô bệnh học TNM hoặc xếp loại tương đương theo Hệ thống phân loại mô bệnh học FIGO.

Loại trừ tất cả các loại u/bướu ở những người đang nhiễm HIV.

2. THAI SẢN

2.1 Thai ngoài tử cung

Thai ngoài tử cung là trường hợp trứng được thụ tinh, làm tổ và phát triển ở ngoài buồng tử cung, vị trí thường gặp nhất là ở vòi trứng, đôi khi ở buồng trứng, trong ổ bụng hoặc ở ống cổ tử cung. Thai ngoài tử cung phải do bác sĩ Chuyên khoa Phụ sản chẩn đoán xác định và phải được điều trị bằng phẫu thuật mổ mở hoặc phẫu thuật nội soi.

Người được bảo hiểm phải còn sống ít nhất 30 ngày sau khi chấm dứt thai kỳ.

2.2 Thai chết lưu

Thai chết lưu thuộc phạm vi bảo hiểm của Điều khoản sản phẩm này là tất cả các trường hợp thai trên 28 tuần tuổi bị chết và lưu lại trong buồng tử cung.

2.3 Tử vong sơ sinh

Tử vong sơ sinh thuộc phạm vi bảo hiểm của Điều khoản sản phẩm này là tất cả các trường hợp trẻ sinh ra và bị tử vong trong vòng 30 ngày sau khi sinh.

* **Ghi chú:** 6 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” bao gồm:

- (1). Tắm: khả năng tắm trong bồn tắm hoặc vòi/chậu nước (bao gồm đi ra và đi vào bồn hoặc buồng tắm) hoặc tắm sạch sẽ bằng cách khác;
- (2). Mặc quần áo: khả năng mặc vào, cởi ra, cài nút hoặc buộc hoặc kéo dây kéo quần áo, dây đai, chi giả, các dụng cụ hỗ trợ sau phẫu thuật;
- (3). Di chuyển: khả năng di chuyển từ giường đến ghế hoặc xe lăn và ngược lại;
- (4). Vận động: khả năng di chuyển trong nhà từ phòng này sang phòng khác trên các bề mặt phẳng;
- (5). Đi vệ sinh: khả năng sử dụng nhà vệ sinh hoặc kiểm soát tiêu tiểu để giữ vệ sinh thân thể;
- (6). Ăn: khả năng tự ăn thức ăn đã được chế biến sẵn.

Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Aviva Việt Nam

Trụ sở chính: Tầng 13, tòa nhà Mipec Tower, số 229 Tây Sơn, Quận Đống Đa, Hà Nội

Chi nhánh: Tầng 8, Tòa nhà Maple Tree, 1060 Nguyễn Văn Linh, Quận 7, HCM

Tel: (84) 24 3771 5577 | Fax: (84) 24 3724 6446 | Hotline: (84) 24 3771 6699

Email: wecare@aviva.com.vn | Website: www.aviva.com.vn | Facebook: www.facebook.vn/avivavietnam