



CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM PHÚC LỢI NHÂN VIÊN
DÀNH CHO DOANH NGHIỆP

PHÁT NGHIỆP BẢO NHÂN

Giải pháp bảo hiểm bảo vệ cho người lao động trước các rủi ro
trong cuộc sống



ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM TỬ KỲ NHÓM NGƯỜI LAO ĐỘNG

*(được chấp thuận theo công văn số 18345/BTC-QLBH
ngày 28 tháng 12 năm 2012 của Bộ Tài chính)*

MỤC LỤC

CHƯƠNG I: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG	3
CHƯƠNG II: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	7
CHƯƠNG III: PHÍ BẢO HIỂM	9
CHƯƠNG IV: THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN HỢP ĐỒNG	10
CHƯƠNG V: CHẤM DỨT VÀ KHÔI PHỤC HỢP ĐỒNG	12
CHƯƠNG VI: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	13
CHƯƠNG VII: GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP	15s

CHƯƠNG I: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

ĐIỀU 1. CÁC ĐỊNH NGHĨA

1.1. Aviva: là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Aviva Việt Nam, Giấy phép thành lập và hoạt động số 64 GP/KDBH do Bộ Tài chính cấp ngày 29 tháng 7 năm 2011, có trụ sở tại Tòa nhà Mipic Tower, số 229 Tây Sơn, Quận Đống Đa, Hà Nội.

1.2. Hợp đồng (Hợp đồng bảo hiểm): là sự thoả thuận bằng văn bản giữa Bên mua bảo hiểm và Aviva, theo đó Bên mua bảo hiểm sẽ đóng phí bảo hiểm và Aviva sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 6

Hợp đồng bảo hiểm bao gồm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, Điều khoản Hợp đồng bảo hiểm, Danh sách Người được bảo hiểm và Người thụ hưởng và Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm. Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm bao gồm: Giấy chứng nhận Bảo hiểm nhân thọ và các giấy tờ hợp lệ khác phát sinh trong quá trình giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.

1.3. Giấy yêu cầu bảo hiểm: là văn bản yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm theo mẫu của Aviva.

1.4. Bên mua bảo hiểm: là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam với mục đích chính không để mua bảo hiểm, có yêu cầu bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm theo Điều khoản và các điều kiện của Hợp đồng này. Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm.

1.5. Người được bảo hiểm: là cá nhân đáp ứng đầy đủ các điều kiện sau:

- Từ 18 đến 64 tuổi vào Ngày bắt đầu bảo hiểm và không quá 70 tuổi khi Hợp đồng đáo hạn (bao gồm cả thời gian tái tục Hợp đồng);
- Hiện đang cư trú tại Việt Nam;
- Ký kết hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 12 tháng trở lên hoặc không xác định thời hạn và đang tham gia liên tục các hoạt động của Bên mua bảo hiểm;
- Thoả mãn các điều kiện khác theo thoả thuận bằng văn bản giữa Bên mua bảo hiểm và Aviva;
- Đồng ý trở thành Người được bảo hiểm theo Hợp đồng này;
- Được Aviva chấp thuận bảo hiểm theo Hợp đồng này.

1.6. Nhóm được bảo hiểm: là nhóm bao gồm những Người được bảo hiểm theo cùng Hợp đồng này. Trong thời gian Hợp đồng có hiệu lực, danh sách Người được bảo hiểm trong Nhóm được bảo hiểm có thể được thay

đổi nhưng phải đảm bảo số lượng tối thiểu theo qui định của Aviva.

1.7. Tuổi của Người được bảo hiểm: là tuổi tính theo ngày sinh nhật gần nhất đã qua so với ngày có hiệu lực của Hợp đồng. Tuổi của Người được bảo hiểm là cơ sở để Aviva xem xét chấp nhận bảo hiểm, xác định Phí bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm và áp dụng các quy định liên quan tại Hợp đồng.

1.8. Giấy chứng nhận Bảo hiểm nhân thọ: là văn bản do Aviva phát hành xác định các nội dung cơ bản của Hợp đồng bảo hiểm. Nếu phát hành cho từng Người được bảo hiểm, Giấy chứng nhận Bảo hiểm nhân thọ sẽ xác định các nội dung cơ bản liên quan tới phần Hợp đồng của Người được bảo hiểm đó.

1.9. Người thụ hưởng: là người được nhận quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng này. Người thụ hưởng do Bên mua bảo hiểm chỉ định với sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm đồng ý bằng văn bản để Người được bảo hiểm được quyền chỉ định Người thụ hưởng.

1.10. Số tiền bảo hiểm: là số tiền được dùng làm cơ sở để xác định quyền lợi bảo hiểm thanh toán theo Điều khoản này cho mỗi Người được bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm cho mỗi Người được 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.

1.11. Phí bảo hiểm: là khoản tiền Bên mua bảo hiểm đóng định kỳ cho Aviva để được bảo hiểm theo thời hạn và phương thức do các bên thoả thuận.

1.12. Phí bảo hiểm tạm tính: là khoản phí bảo hiểm Bên mua bảo hiểm nộp cùng với Giấy yêu cầu bảo hiểm.

1.13. Sự kiện bảo hiểm: là sự kiện Người được bảo hiểm tử vong, bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn, bị thương tật vĩnh viễn hoặc bị bệnh hiểm nghèo xảy ra khi Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực.

1.14. Ngày Hợp đồng: là ngày có hiệu lực của Hợp đồng hoặc ngày Hợp đồng được tái tục theo Điều khoản và các điều kiện của Hợp đồng này.

1.15. Ngày bắt đầu bảo hiểm (đối với Người được bảo hiểm): là ngày phần Hợp đồng liên quan tới Người được bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực. Ngày bắt đầu bảo hiểm có

thể là:

- Ngày có hiệu lực của Hợp đồng nếu Người được bảo hiểm bắt đầu được bảo hiểm vào ngày có hiệu lực của Hợp đồng; hoặc

- Ngày Aviva chấp nhận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm đó nếu Người được bảo hiểm bắt đầu được bảo hiểm sau khi Hợp đồng đã có hiệu lực.

1.16. Tai nạn: là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện không bị gián đoạn gây ra do sự tác động bất ngờ của bất kỳ vật chất hoặc lực từ bên ngoài, không chủ định và ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm lên cơ thể Người được bảo hiểm và gây ra thương tật hoặc tử vong, loại trừ bất cứ quá trình nào xảy ra do bệnh tật, tuổi tác hay sự thoái hoá. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp và duy nhất gây ra thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm.

1.17. Tai nạn lao động: là tai nạn xảy ra đối với Người được bảo hiểm trong quá trình lao động gắn liền với việc thực hiện các công việc, nhiệm vụ lao động theo quy định của pháp luật.

1.18. Tai nạn thông thường: là tai nạn xảy ra đối với Người được bảo hiểm nhưng không phải là tai nạn lao động.

1.19. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn: là tình trạng Người được bảo hiểm bị đứt rời hoặc liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của:

- Hai tay; hoặc
- Hai chân; hoặc
- Hai mắt; hoặc
- Một tay và một chân; hoặc
- Một tay và một mắt; hoặc
- Một chân và một mắt.

Hoặc Người được bảo hiểm bị mất sức lao động do tai nạn từ 81% trở lên.

Tình trạng thương tật toàn bộ vĩnh viễn nêu trên phải:

- Được cơ quan y tế/Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh, thành phố trở lên xác nhận về tình trạng thương tật (trừ trường hợp đứt rời bộ phận cơ thể); và

- Kéo dài ít nhất 180 ngày liên tục tính từ ngày được xác nhận bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn (trừ trường hợp đứt rời bộ phận cơ thể).

1.20. Thương tật vĩnh viễn: là tình trạng Người được bảo hiểm bị đứt rời hoặc liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của bộ phận cơ thể được quy định tại Phụ lục 1 - "Bảng quy định các thương tật vĩnh viễn và tỷ lệ trả tiền bảo hiểm" của Điều khoản Hợp đồng này.

1.21. Bệnh hiểm nghèo: là bệnh được quy định trong Phụ lục 2 - "Bệnh hiểm nghèo" của Điều khoản Hợp đồng này.

1.22. Bệnh có sẵn: là tình trạng bệnh, thương tật, tổn thương mà Người được bảo hiểm đã được bác sỹ được phép hành nghề hợp pháp tại Việt Nam tư vấn, chẩn đoán, điều trị hoặc các dấu hiệu, triệu chứng bệnh mà một người bình thường phải tìm tư vấn, chẩn đoán, điều trị trước ngày được Aviva chấp nhận bảo hiểm.

ĐIỀU 2. THỦ TỤC YÊU CẦU BẢO HIỂM VÀ BẢO HIỂM TẠM THỜI

2.1. Khi yêu cầu bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoàn tất Giấy yêu cầu bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm tạm tính của Hợp đồng.

Bên mua bảo hiểm phải cung cấp thông tin về Nhóm được bảo hiểm theo mẫu của Aviva. Thông tin về Nhóm được bảo hiểm phải được Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc đại diện của Nhóm được bảo hiểm và Aviva xác nhận.

2.2. Trường hợp có thành viên mới phù hợp để trở thành Người được bảo hiểm theo quy định tại Khoản 1.5 Điều 1, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Aviva bằng văn bản theo mẫu của Aviva trong vòng 15 ngày kể từ ngày có thành viên mới phù hợp để trở thành Người được bảo hiểm. Phí bảo hiểm đóng cho thành viên mới trở thành Người được bảo hiểm được tính theo quy định của Aviva.

ĐIỀU 3. NGÀY CÓ HIỆU LỰC CỦA HỢP ĐỒNG, THỜI HẠN VÀ TÍNH CHẤT CỦA HỢP ĐỒNG

3.1. Với điều kiện Bên mua bảo hiểm còn tồn tại và Người được bảo hiểm còn sống vào thời điểm Aviva chấp nhận bảo hiểm, ngày có hiệu lực của Hợp đồng là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Giấy yêu cầu bảo hiểm và đóng đầy đủ Phí bảo hiểm tạm tính của Hợp đồng.

3.2. Thời hạn bảo hiểm là một năm kể từ Ngày Hợp đồng. Trường hợp Bên mua bảo hiểm yêu cầu và đóng phí bảo hiểm cho Người được bảo hiểm bổ sung theo Hợp đồng này, thời hạn bảo hiểm cho Người được bảo hiểm bổ sung tính từ thời điểm Aviva chấp thuận bảo hiểm cho Người được bảo hiểm bổ sung tới ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng.

3.3. Hợp đồng bảo hiểm này là hợp đồng bảo hiểm nhân thọ không tham gia chia lãi, không có giá trị hoàn lại và không có quyền lợi đảo hạn.

ĐIỀU 4. NGHĨA VỤ CUNG CẤP THÔNG TIN

4.1. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp đầy đủ và trung thực tất cả những thông tin có liên quan đến Người được bảo hiểm và Hợp đồng bảo

hiểm theo yêu cầu của Aviva đồng thời chịu hoàn toàn trách nhiệm về những thông tin đã cung cấp, bao gồm cả thông tin về bệnh có sẵn. Việc Aviva tiến hành kiểm tra sức khỏe của Người được bảo hiểm (nếu có) không thay thế cho nghĩa vụ này.

4.2. Nếu Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm cố ý vi phạm nghĩa vụ quy định tại Điểm 4.1, tùy thuộc vào quyết định của mình, Aviva có quyền:

4.2.1. Chấm dứt thực hiện toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm và Aviva sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm tổng Phí bảo hiểm đã đóng của Năm hợp đồng hiện tại sau khi trừ đi các chi phí hợp lý, hợp lệ có liên quan.

4.2.2. Chấm dứt thực hiện một phần của Hợp đồng bảo hiểm liên quan đến vi phạm đó và Aviva sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm tổng Phí bảo hiểm đã đóng của Năm hợp đồng hiện tại tương ứng với phần Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt sau khi trừ đi các chi phí hợp lý, hợp lệ có liên quan.

Aviva không chịu trách nhiệm bảo hiểm đối với những rủi ro phát sinh đối với (những) Người được bảo hiểm liên quan tới toàn bộ hoặc phần Hợp đồng bị chấm dứt theo quy định tại Điểm 4.2.1 và Điểm 4.2.2.

Cố ý vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin được hiểu là việc cung cấp, kê khai không chính xác, không trung thực hoặc che giấu các thông tin quan trọng mà nếu biết được

các thông tin này Aviva đã không chấp nhận bảo hiểm hoặc chấp nhận bảo hiểm nhưng phải kèm theo các điều kiện bổ sung theo quy định của Aviva cho một, một số hoặc toàn bộ những Người được bảo hiểm.

4.3. Aviva có trách nhiệm cung cấp đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm.

Bên mua bảo hiểm có quyền chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm và Aviva phải bồi thường thiệt hại phát sinh (nếu có) cho Bên mua bảo hiểm do việc Aviva cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm.

ĐIỀU 5. MIỄN TRUY XÉT

Khi Người được bảo hiểm còn sống, các nội dung kê khai không chính xác hoặc bỏ sót trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và các giấy tờ có liên quan sẽ được miễn truy xét sau 24 tháng kể từ ngày phần Hợp đồng liên quan tới Người được bảo hiểm đó có hiệu lực. Quy định này không áp dụng đối với trường hợp cố ý vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin nêu tại Khoản 4.2 Điều 4.

CHƯƠNG II: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

ĐIỀU 6. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

6.1. Quyền lợi bảo hiểm cơ bản

6.1.1. Quyền lợi bảo hiểm tử vong

Aviva trả Số tiền bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong khi Hợp đồng đang có hiệu lực.

6.1.2. Quyền lợi bảo hiểm thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Aviva trả Số tiền bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn khi Hợp đồng đang có hiệu lực.

6.2. Quyền lợi bảo hiểm gia tăng

Ngoài quyền lợi bảo hiểm cơ bản nêu tại Khoản 6.1, Bên mua bảo hiểm được lựa chọn tham gia thêm quyền lợi bảo hiểm gia tăng quy định tại Điểm 6.2.1, Điểm 6.2.2 và Điểm 6.2.3 dưới đây.

6.2.1. Quyền lợi bảo hiểm tử vong do tai nạn thông thường

Ngoài quyền lợi bảo hiểm tử vong nêu tại Điểm 6.1.1, Aviva trả thêm 100% Số tiền bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong khi Hợp đồng đang có hiệu lực do nguyên nhân tai nạn thông thường.

6.2.2. Quyền lợi bảo hiểm tử vong do tai nạn lao động

Ngoài quyền lợi bảo hiểm tử vong nêu tại Điểm 6.1.1, Aviva trả thêm 200% Số tiền bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong khi Hợp đồng đang có hiệu lực do nguyên nhân tai nạn lao động.

6.2.3. Quyền lợi bảo hiểm thương tật vĩnh viễn do tai nạn

Aviva trả phần trăm (%) của Số tiền bảo hiểm theo quy

định tại Phụ lục 1 - “Bảng quy định các thương tật vĩnh viễn và tỷ lệ trả tiền bảo hiểm” trong trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật vĩnh viễn do tai nạn khi Hợp đồng đang có hiệu lực.

Đối với một tai nạn xảy ra với Người được bảo hiểm, tổng số tiền Aviva thanh toán cho quyền lợi bảo hiểm thương tật vĩnh viễn không vượt quá 100% Số tiền bảo hiểm.

Số tiền bảo hiểm của phần Hợp đồng liên quan tới Người được bảo hiểm đó sẽ tự động giảm tương ứng với số tiền chi trả tại ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm và làm căn cứ để tính toán quyền lợi bảo hiểm quy định tại Khoản 6.1, Điểm 6.2.1, Điểm 6.2.2 và Khoản 6.3.

6.3. Quyền lợi bảo hiểm vượt trội (Bệnh hiểm nghèo)

Ngoài quyền lợi bảo hiểm cơ bản nêu tại Khoản 6.1 và quyền lợi gia tăng nêu tại Khoản 6.2, Bên mua bảo hiểm được lựa chọn tham gia thêm quyền lợi bảo hiểm vượt trội.

Aviva trả Số tiền bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm bị bệnh hiểm nghèo khi Hợp đồng đang có hiệu lực.

Aviva chỉ trả Số tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm lần đầu tiên bị bệnh hiểm nghèo trong thời gian phần Hợp đồng liên quan tới Người được bảo hiểm đó có hiệu lực. Sau khi Người được bảo hiểm bị bệnh hiểm nghèo, phần Hợp đồng liên quan tới Người được bảo hiểm đó đối với quyền lợi bảo hiểm cơ bản nêu tại Khoản 6.1 và quyền lợi bảo hiểm gia tăng nêu tại Khoản 6.2 (nếu có) vẫn có hiệu lực đến hết thời hạn bảo hiểm.

6.4. Phần Hợp đồng bảo hiểm liên quan tới Người được bảo hiểm chấm dứt hiệu lực ngay sau khi xảy ra các sự kiện quy định tại Khoản 6.1, Điểm 6.2.1, Điểm 6.2.2 Khoản 6.2 và khi tổng số tiền chi trả cho quyền lợi bảo hiểm thương tật vĩnh viễn nêu tại Điểm 6.2.3 Khoản 6.2 bằng 100% Số tiền bảo hiểm.

ĐIỀU 7. LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Aviva sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 6 nếu Người được bảo hiểm tử vong, bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn, bị thương tật vĩnh viễn hoặc bị bệnh hiểm nghèo có nguyên nhân từ bất cứ sự kiện nào nêu từ Điểm 7.1 đến Điểm 7.6 dưới đây, dù trực tiếp hay gián tiếp. Phần Hợp đồng liên quan tới Người được bảo hiểm chấm dứt hiệu lực ngay sau khi Người được bảo hiểm đó tử vong, bị thương tật vĩnh viễn hoặc bị bệnh hiểm nghèo và Aviva sẽ hoàn lại một phần số phí bảo hiểm đã đóng của năm Hợp đồng đang có hiệu lực tương ứng với phần Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt.

7.1. Hành vi cố ý, hành vi phạm tội của Bên mua bảo hiểm/Người đại diện theo pháp luật hoặc Người đại diện theo ủy quyền của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng. Trường hợp có hơn một Người thụ hưởng và một hoặc một số Người thụ hưởng có hành vi cố ý, hành vi phạm tội gây ra tình trạng thương tật toàn bộ vĩnh viễn, thương tật vĩnh viễn, bệnh hiểm nghèo hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm thì Aviva sẽ thanh toán quyền lợi bảo hiểm cho những Người thụ hưởng khác theo tỉ lệ tương ứng đã được Bên mua bảo hiểm chỉ định.

7.2. Người được bảo hiểm tự tử trong vòng 24 tháng kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm; Người được bảo hiểm tự gây thương tích, tai nạn bất kể vì lý do tâm thần hay không;

7.3. Người được bảo hiểm bị nhiễm HIV hoặc các bệnh có liên quan đến HIV/AIDS;

7.4. Chiến tranh (có tuyên bố hay không tuyên bố), khủng bố, nội chiến, nổi loạn, bạo động, bạo loạn dân sự và các hành động thù địch hoặc mang tính chiến tranh;

7.5. Người được bảo hiểm tham gia: các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách); các cuộc diễn tập, huấn luyện quân sự của các lực lượng vũ trang; các hoạt động nguy hiểm: nhảy dù, đua xe, đua ngựa, săn bắn, đấm bốc (boxing), các hoạt động thể thao chuyên nghiệp hoặc các hoạt động dưới nước có sử dụng mặt nạ thở;

7.6. Thực hiện các phẫu thuật, khám chữa bệnh tại các bệnh viện, các cơ sở y tế không được các cơ quan có thẩm quyền của Việt Nam thành lập hoặc thừa nhận hoặc thực hiện những phẫu thuật do Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm yêu cầu, bao gồm cả giải phẫu thẩm mỹ, không thực sự cần thiết và không được chỉ định bởi bác sỹ chuyên khoa để duy trì và khắc phục tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm.

CHƯƠNG III: PHÍ BẢO HIỂM

ĐIỀU 8. QUY ĐỊNH VỀ ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM

8.1. Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn đóng Phí bảo hiểm theo định kỳ năm, 06 tháng, quý hoặc tháng.

8.2. Định kỳ đóng phí, ngày đến hạn đóng phí, số phí phải đóng mỗi kỳ được xác định tại Phụ lục Hợp đồng bảo hiểm.

8.3. Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu thay đổi định kỳ đóng Phí bảo hiểm bằng văn bản. Định kỳ đóng phí mới được áp dụng kể từ ngày đến hạn đóng phí được Aviva chấp thuận.

ĐIỀU 9. GIA HẠN ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM

9.1. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không thể đóng phí theo đúng thời hạn đã thoả thuận, việc đóng Phí bảo hiểm được gia hạn 60 ngày kể từ ngày đến hạn đóng phí.

9.2. Nếu Bên mua bảo hiểm không thanh toán toàn bộ khoản phí đến hạn trong thời gian gia hạn đóng phí, Hợp đồng sẽ tự động chấm dứt hiệu lực kể từ ngày bắt đầu thời gian gia hạn đóng phí. Trong trường hợp này, Bên mua bảo hiểm không được nhận lại Phí bảo hiểm đã đóng của Hợp đồng.

CHƯƠNG IV: THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN HỢP ĐỒNG

ĐIỀU 10. Thay đổi địa chỉ, tên, giấy tờ tùy thân, nghề nghiệp và Người được bảo hiểm ra nước ngoài

10.1. Trong vòng 30 ngày kể từ ngày có sự thay đổi về địa chỉ liên hệ người đại diện theo pháp luật hoặc người đại diện theo ủy quyền của Bên mua bảo hiểm; thay đổi địa chỉ, tên, giấy tờ tùy thân, vị trí/công việc của Người được bảo hiểm; thay đổi địa chỉ, tên, giấy tờ tùy thân của Người thụ hưởng, Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ thông báo cho Aviva bằng văn bản về sự thay đổi này.

10.2. Trường hợp có sự thay đổi vị trí/công việc của Người được bảo hiểm, Aviva có quyền quyết định tiếp tục bảo hiểm với mức Phí bảo hiểm không đổi, tăng Phí bảo hiểm hoặc chấm dứt phần Hợp đồng liên quan tới Người được bảo hiểm đó.

10.3. Trường hợp Người được bảo hiểm ra nước ngoài

10.3.1. Nếu Người được bảo hiểm chuyển sang định cư/cư trú ở nước ngoài trên 03 tháng, Aviva sẽ chấm dứt phần Hợp đồng liên quan tới Người được bảo hiểm đó. Aviva không phải trả bất kỳ khoản tiền nào liên quan tới việc chấm dứt phần Hợp đồng này.

10.3.2. Nếu Người được bảo hiểm cư trú ở nước ngoài từ 03 tháng trở xuống, trong thời gian đó, Aviva chỉ bảo hiểm cho sự kiện Người được bảo hiểm tử

vong hoặc bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn ở ngoài lãnh thổ Việt Nam như sau:

- Nếu rủi ro do tai nạn: trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Khoản 6.1 và Khoản 6.2 Điều 6.

- Nếu rủi ro do các nguyên nhân khác: trả Phí bảo hiểm đã đóng cho phần Hợp đồng liên quan tới Người được bảo hiểm đó (không có lãi) sau khi trừ đi Chi phí kiểm tra sức khỏe (nếu có) và chi phí hợp lý hợp lệ có liên quan.

ĐIỀU 11. Thay đổi Bên mua bảo hiểm

Trường hợp Bên mua bảo hiểm chấm dứt hoạt động theo các quy định của pháp luật mà vẫn có một tổ chức có đủ điều kiện nêu tại Khoản 1.4 Điều 1 (trừ quy định về kê khai, ký tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm) và các quy định khác của pháp luật để kế thừa toàn bộ quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm và tổ chức mới này cũng như Nhóm được bảo hiểm đồng ý tiếp tục tham gia bảo hiểm thì Hợp đồng tiếp tục có hiệu lực.

Nếu các điều kiện trên không được đáp ứng, Hợp đồng sẽ chấm dứt hiệu lực và Aviva không phải trả bất kỳ khoản tiền nào liên quan tới việc chấm dứt Hợp đồng này.

ĐIỀU 12. Thay đổi Người thụ hưởng

Trong thời gian Hợp đồng có hiệu lực, nếu muốn thay đổi Người thụ hưởng, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo

hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Aviva. Bên mua bảo hiểm cũng có thể đồng ý bằng văn bản để Người được bảo hiểm được quyền thay đổi Người thụ hưởng. Việc thay đổi Người thụ hưởng được áp dụng kể từ thời điểm Aviva chấp thuận yêu cầu thay đổi bằng văn bản.

ĐIỀU 13. Thông báo sai về tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm

13.1. Thông báo sai tuổi của Người được bảo hiểm

13.1.1. Nếu theo tuổi đúng Người được bảo hiểm vẫn được chấp nhận bảo hiểm thì phí bảo hiểm sẽ được điều chỉnh theo tuổi đúng. Bên mua bảo hiểm phải đóng thêm khoản phí bảo hiểm còn thiếu hoặc được hoàn trả khoản phí bảo hiểm thừa cho khoảng thời gian phần Hợp đồng liên quan tới Người được bảo hiểm đó đã có hiệu lực.

13.1.2. Trường hợp phát hiện nhầm lẫn khi Aviva giải quyết quyền lợi bảo hiểm, phần phí thiếu hoặc phí thừa nêu trên sẽ được thu hồi hoặc hoàn trả cùng với quyền lợi bảo hiểm.

13.1.3. Nếu theo tuổi đúng Người được bảo hiểm không được nhận bảo hiểm theo Điều khoản Hợp đồng này thì phần Hợp đồng liên quan tới Người được bảo hiểm đó sẽ bị huỷ bỏ và Aviva sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm số phí bảo hiểm của năm Hợp đồng đang có hiệu lực tương ứng với phần Hợp đồng bị huỷ bỏ sau khi đã trừ đi Chi phí kiểm tra sức khỏe (nếu có) và các chi phí hợp lý, hợp lệ có liên quan.

13.2. Trường hợp thông báo sai giới tính của Người được bảo hiểm, quy định tại Khoản 13.1 sẽ được áp dụng tương tự.

CHƯƠNG V: CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

ĐIỀU 14. CHẤM DỨT MỘT PHẦN HOẶC TOÀN BỘ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

14.1. Bên mua bảo hiểm có quyền chấm dứt một phần của Hợp đồng này liên quan đến một (hoặc một số) Người được bảo hiểm với sự đồng ý của Aviva. Phần hợp đồng tương ứng với (những) Người được bảo hiểm này sẽ chấm dứt kể từ ngày tiếp theo ngày kết thúc kỳ phí đã đóng cho Người được bảo hiểm đó.

14.2. Aviva có quyền chấm dứt thực hiện Hợp đồng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm tự ý chấm dứt một phần của Hợp đồng liên quan đến một (hoặc một số) Người được bảo hiểm mà không được sự đồng ý của Aviva. Trong trường hợp này, Aviva không hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm số phí bảo hiểm đã đóng.

14.3. Trường hợp Người được bảo hiểm không còn đáp ứng đầy đủ các điều kiện để là thành viên của Nhóm được bảo hiểm, phần Hợp đồng liên quan đến Người được bảo hiểm đó sẽ tự động chấm dứt hiệu lực kể từ ngày Người được bảo hiểm không còn đáp ứng đầy đủ các điều kiện để là thành viên của Nhóm được bảo hiểm. Phí bảo hiểm hoàn lại cho phần Hợp đồng chấm dứt hiệu lực được tính

theo quy định của Aviva.

14.4. Aviva có quyền chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm này trong trường hợp số lượng Người được bảo hiểm không đạt tới số lượng tối thiểu theo qui định của Aviva.

14.5. Trong thời gian Hợp đồng có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có quyền gửi văn bản yêu cầu chấm dứt hiệu lực toàn bộ Hợp đồng. Hợp đồng sẽ chấm dứt hiệu lực vào ngày Aviva nhận được văn bản yêu cầu chấm dứt. Aviva không phải hoàn lại số Phí bảo hiểm Bên mua bảo hiểm đã đóng hay bất kỳ khoản tiền nào khác.

CHƯƠNG VI:

THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

ĐIỀU 15. THÔNG BÁO RỦI RO

Trong vòng 30 ngày kể từ ngày phát sinh sự kiện bảo hiểm, 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 16. THỜI HẠN YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Trong vòng 12 tháng kể từ ngày phát sinh sự kiện bảo hiểm, 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 liên quan tới sự kiện bảo hiểm đó 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 17. 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 chứng tử (trường hợp tử vong);
- Xác nhận của cơ quan có thẩm quyền về tình trạng thương tật của Người được bảo hiểm (trường hợp thương tật vĩnh viễn, thương tật toàn bộ vĩnh viễn);
- Biên bản về tai nạn của cơ quan có thẩm quyền (trường hợp tai nạn);
- Giấy tờ y tế (nếu có): Tóm tắt bệnh án, Giấy ra viện, Giấy chứng nhận phẫu thuật, Đơn thuốc, Sổ Y bạ....
- Giấy tờ hợp pháp chứng minh quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm.

ĐIỀU 18. GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

18.1. Theo thứ tự ưu tiên sau đây, Aviva sẽ chi trả quyền

lợi bảo hiểm cho:

18.1.1. Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong, bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn, bị thương tật vĩnh viễn với tỷ lệ trả tiền bảo hiểm từ 50% Số tiền bảo hiểm trở lên:

- Người thụ hưởng;
- Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm;
- Bên mua bảo hiểm.

18.1.2. Trường hợp Người được bảo hiểm bị bệnh hiểm nghèo, bị thương tật vĩnh viễn với tỷ lệ trả tiền bảo hiểm dưới 50% Số tiền bảo hiểm:

- Người được bảo hiểm;
- Người thụ hưởng;
- Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm;
- Bên mua bảo hiểm.

18.2. Aviva được quyền kiểm tra, yêu cầu giám định thương tật, xác minh về rủi ro và hậu quả của rủi ro cũng như yêu cầu cung cấp thêm các bằng chứng, giấy tờ cần thiết khác chưa được quy định tại Điều 17 để phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Chi phí phát sinh liên quan đến việc giám định xác minh và chi phí hợp lý liên quan tới việc cung cấp thêm các bằng chứng, giấy tờ sẽ do Aviva chịu.

18.3. Aviva có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ theo quy định tại Điều 17. Quá thời hạn này, nếu chưa giải quyết quyền lợi bảo hiểm (trừ trường hợp không do lỗi của Aviva), Aviva phải trả thêm khoản lãi trên số tiền phải thanh toán theo lãi suất tiền gửi tiết kiệm có kỳ hạn tương đương với thời gian quá hạn do Ngân hàng Thương mại Cổ phần Công thương Việt Nam quy định tại thời điểm thanh toán.

Trước khi chi trả quyền lợi bảo hiểm hay bất kỳ khoản tiền nào, Aviva sẽ khấu trừ các khoản nợ của Bên mua Bảo hiểm.

Trường hợp từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm, Aviva sẽ nêu rõ lý do từ chối.

18.4. Trường hợp có một vụ án được khởi tố liên quan đến rủi ro của Người được bảo hiểm, Aviva chỉ xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm sau khi có bản án, quyết định có hiệu lực pháp luật của tòa án hoặc quyết định giải quyết của cơ quan có thẩm quyền

CHƯƠNG VII: TÁI TỤC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

ĐIỀU 19. QUY ĐỊNH CHUNG VỀ TÁI TỤC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

19.1. Hợp đồng sẽ được tái tục vào ngày tiếp theo ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng, ngày này sẽ là Ngày tái tục Hợp đồng. Bên mua bảo hiểm phải gửi Danh sách Người được bảo hiểm cho Aviva đồng trong vòng 15 ngày trước ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng. Trường hợp không tái tục, Bên mua bảo hiểm hoặc Aviva phải thông báo bằng văn bản việc không tái tục Hợp đồng tối thiểu 15 ngày trước ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng.

19.2. Aviva không chấp nhận tái tục Hợp đồng trong trường hợp số lượng Người được bảo hiểm không đạt tới số lượng tối thiểu quy định.

19.3 Phần Hợp đồng liên quan tới Người được bảo hiểm bị bệnh hiểm nghèo được trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Khoản 6.3 Điều 6 sẽ không được tái tục.

ĐIỀU 20. PHÍ BẢO HIỂM CỦA HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM TÁI TỤC

20.1. Hợp đồng tái tục sẽ áp dụng Biểu phí tương ứng mà Aviva đang sử dụng tại thời điểm tái tục Hợp đồng.

20.2. Ngày đến hạn đóng phí đầu tiên của Hợp đồng tái tục là Ngày tái tục Hợp đồng.

20.3. Qui định về đóng phí bảo hiểm của Hợp đồng tái tục được áp dụng theo quy định tại Điều 8.

20.4. Qui định về gia hạn đóng phí bảo hiểm của Hợp đồng tái tục được áp dụng theo quy định tại Điều 9.

21. Ưu đãi dành cho Hợp đồng bảo hiểm tái tục

21.1. Trường hợp tổng số phí bảo hiểm đã đóng lớn hơn tổng số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm phát sinh trong thời hạn bảo hiểm cộng chi phí thẩm định, chi phí quản lý Hợp đồng và Hợp đồng được tái tục, Aviva trả Tiền thưởng tái tục Hợp đồng cho Bên mua bảo hiểm.

Aviva sẽ thông báo số Tiền thưởng tái tục Hợp đồng cho Bên mua bảo hiểm tại thời điểm kết thúc Hợp đồng bảo hiểm.

21.2. Bên mua bảo hiểm có quyền lựa chọn một trong hai cách thức nhận Tiền thưởng tái tục (nếu có) như sau:

- Tiền thưởng tái tục sẽ được khấu trừ trực tiếp với số phí bảo hiểm đầu tiên của Hợp đồng tái tục; hoặc

- Tiền thưởng tái tục sẽ được thanh toán sau khi Bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm đầu tiên của Hợp đồng tái tục.

CHƯƠNG VIII: GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

ĐIỀU 22. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

22.1. Hợp đồng bảo hiểm này được điều chỉnh và giải thích theo pháp luật Việt Nam.

22.2. Mọi tranh chấp liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này, nếu không giải quyết được bằng thương lượng, một

trong các bên có quyền khởi kiện tại Tòa án nhân dân có thẩm quyền ở Việt Nam.

Thời hiệu khởi kiện là 03 năm kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp./.

PHỤ LỤC 1: BẢNG QUY ĐỊNH CÁC THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN VÀ TỶ LỆ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

STT	Mô tả	Tỷ lệ trả tiền (% Số tiền bảo hiểm)
	Đứt rời hoặc liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của:	
1	Hai tay	100%
2	Hai chân	100%
3	Một tay và một chân	100%
4	Hai mắt	100%
5	Tất cả các ngón tay của hai bàn tay	100%
6	Mất hoàn toàn chức năng nói (vĩnh viễn không còn khả năng giao tiếp)	75%
7	Hai tai	75%
8	Một tai	25%
9	Một tay	50%
10	Một chân	50%
11	Một mắt	50%
12	Năm ngón tay của một bàn tay	50%
13	Bốn ngón tay của một bàn tay	30%
14	Ngón tay cái	25%
15	Ngón tay trỏ	10%
16	Ngón tay giữa	6%
17	Ngón tay áp út (ngón tay đeo nhẫn)	5%
18	Ngón tay út	4%
19	Tất cả ngón chân của một bàn chân	10%
20	Một ngón chân cái	5%
21	Một ngón chân không phải là ngón chân cái	1%
22	Chân bị cưa mất từ 5cm trở lên	25%

PHỤ LỤC 2: BỆNH HIỂM NGHÈO

1. Bệnh ung thư ác tính

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 1,5mm 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 RAJ; và

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

2. Nhồi máu cơ tim

Chết một phần cơ tim do thiếu máu nuôi vùng tim đó. Chẩn đoán phải thỏa ít nhất ba (3) trong năm (5) tiêu chuẩn phù hợp với một cơn đau tim mới:

- 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 > 0,5ng/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:

- Cơn 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. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành

Là phẫu thuật mở lồng ngực để chỉnh sửa chỗ hẹp hoặc xử trí chỗ tắc nghẽn của một hay nhiều động mạch vành bằng mảnh ghép bắc cầu. Phải có bằng chứng về chẹn mạch máu cho thấy có tắc nghẽn động mạch vành trên 50% và thủ thuật y khoa cần thiết phải do chuyên gia tim mạch cân nhắc chỉ định.

Loại trừ chỉnh hình mạch máu bằng phương pháp đưa ống stent vào mạch máu và tất cả các kỹ thuật khác có đưa catheter vào bên trong động mạch, hoặc các kỹ thuật dùng laser.

5. 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.

6. Thiếu máu bất sản

Suy tủy mãn tính dẫn đến thiếu máu nặng, giảm hồng cầu, hemoglobin, bạch cầu và tiểu cầu, đòi hỏi phải có điều trị, ít nhất là bằng một trong những cách sau đây:

- Truyền sản phẩm máu; hoặc
- Dùng thuốc kích thích tủy hoạt động; hoặc
- Dùng thuốc ức chế miễn dịch; hoặc
- Ghép tủy.

Chẩn đoán bệnh phải dựa vào huyết đồ và tủy đồ do chuyên gia huyết học xác nhận.

7. Chứng mù

Mất thị lực hoàn toàn và không hồi phục ở cả 2 mắt (có hoặc không có thiết bị hỗ trợ) là hậu quả của bệnh tật hoặc tai nạn. Chứng mù phải do chuyên gia nhãn khoa xác nhận.

8. Bệnh phổi giai đoạn cuối

Bệnh phổi giai đoạn cuối gây ra suy hô hấp mãn tính. Việc

chẩn đoán phải có tất cả các chứng cứ sau đây:

- Thể tích thở ra gắng sức (FEV1) trong 1 giây đầu luôn dưới 1 lít khí; và

- Trị liệu oxy hỗ trợ kéo dài do hạ oxy máu; và

- Phân tích khí trong máu động mạch, thì áp lực riêng của oxy là 55mmHg trở xuống (PaO2 #55mmHg); và

- Khó thở lúc nghỉ ngơi.

Việc chẩn đoán phải do bác sĩ chuyên khoa hô hấp xác nhận.

9. Hôn mê

Tình trạng mất nhận thức kéo dài ít nhất 96 giờ. Chẩn đoán phải có bằng chứng của tất cả các điều kiện sau:

- Không đáp ứng với các kích thích từ bên ngoài hoặc từ nhu cầu từ bên trong cơ thể; và

- Biện pháp hỗ trợ sinh tồn cần thiết để duy trì cuộc sống trong ít nhất là 96 giờ; và

- Tổn thương não bộ gây di chứng thần kinh kéo dài, dẫn tới mất khả năng thực hiện 3 trong 6 động tác sinh hoạt hàng ngày nếu không có hỗ trợ từ người khác trong thời gian từ 30 ngày trở lên kể từ khi bắt đầu hôn mê.

Loại trừ hôn mê trực tiếp do rượu hoặc lạm dụng thuốc.

10. Chứng điếc

Mất chức năng nghe hoàn toàn và không thể phục hồi xảy ra ở cả 2 tai do bệnh lý hoặc do tai nạn. Chẩn đoán tình trạng này phải dựa vào các xét nghiệm đo điện nhĩ thân não, ngưỡng cảm nhận âm thanh và thính lực đồ, do chuyên gia tai mũi họng thực hiện và xác nhận.

Mất chức năng nghe hoàn toàn được hiểu là “mất khả năng nghe ở tần số ít nhất là 80 decibels (đê – xi – ben)” (có hoặc không có dụng cụ hỗ trợ).

11. Phẫu thuật van tim

Là phẫu thuật tim hở để thay thế hoặc chỉnh sửa lại chỗ bất thường của van tim. Bệnh là hậu quả của các khiếm khuyết không thể chỉnh sửa bằng các thủ thuật dùng catheter vào trong động mạch một cách

đơn thuần. Chẩn đoán bất thường van tim phải dựa trên thủ thuật thông tim hoặc siêu âm tim và phẫu thuật này phải do chuyên gia tim mạch cân nhắc là thật sự cần thiết.

12. Câm

Mất khả năng nói hoàn toàn và không có khả năng hồi phục là kết quả của một chấn thương thực thể hoặc do bệnh lý ở dây thanh âm. Mất khả năng nói phải xảy ra trong vòng 12 tháng liên tục. Việc chẩn đoán phải có bằng chứng y khoa từ chuyên gia tai mũi họng.

Loại trừ tất cả các nguyên nhân liên quan đến tâm thần.

13. Bỏng nặng

Bỏng độ III (toàn bộ chiều dày của da) xảy ra cho từ 20% diện tích da toàn thân trở lên và việc điều trị đòi hỏi phải được ghép da.

14. Cấy ghép tủy xương và nội tạng chính

Trường hợp nhận cấy ghép:

- Tủy xương của người bằng kỹ thuật sử dụng tế bào gốc có khả năng tạo máu thực hiện sau khi tách bỏ toàn bộ tủy xương; hoặc

- Một trong những cơ quan nội tạng sau đây: tim, phổi, gan, thận, tụy, do bệnh giai đoạn cuối của cơ quan nội tạng tương ứng.

Loại trừ các phương pháp cấy ghép tế bào gốc khác, cấy ghép tế bào đảo tuyến tụy và cấy ghép một phần cơ quan.

15. Xơ cứng rải rác

Bệnh xơ cứng rải rác xảy ra rõ ràng. Chẩn đoán phải do chuyên gia thần kinh và thỏa tất cả các tiêu chuẩn sau đây:

- Xác định bằng chẩn đoán hình ảnh Cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp điện toán (CT) hoặc các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh tin cậy khác phải xác nhận rõ ràng là bệnh Xơ cứng rải rác; và

- Tổn thương thần kinh không thể phục hồi xảy ra trong 1 giai đoạn liên tục ít nhất trong 6 tháng; và

- Có tiền sử rõ ràng của các cơn kịch phát và lui bệnh của các triệu chứng hoặc tình trạng tổn thương thần kinh như đã nêu.

Loại trừ các nguyên nhân tổn thương thần kinh khác như

Lupus đỏ hệ thống (SLE) và HIV.

16. Bệnh loạn dưỡng cơ

Một nhóm bệnh lý thoái hóa do di truyền xảy ra ở bắp cơ đặc trưng bởi yếu cơ và teo cơ tiến triển. Chẩn đoán bệnh loạn dưỡng cơ phải rõ ràng và do bác sĩ chuyên khoa thần kinh thực hiện, và xác nhận dựa vào các xét nghiệm thần kinh cơ chuyên biệt như Điện cơ đồ (EMG). Tình trạng bệnh này sẽ làm cho Người Được Bảo Hiểm mất khả năng thực hiện ít nhất 3 trong 6 động tác sinh hoạt hàng ngày nếu không có sự trợ giúp trong thời gian liên tục từ 6 tháng trở lên.

17. Liệt (mất khả năng cử động chi)

Mất khả năng sử dụng hoàn toàn và không hồi phục của ít nhất 2 chi do chấn thương hoặc do bệnh lý. Tình trạng này phải do bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác định chẩn đoán.

Loại trừ các chấn thương do tự gây ra.

18. Bệnh Parkinson

Chẩn đoán rõ ràng bệnh liệt rung tự phát phải do bác sĩ chuyên khoa thần kinh thực hiện. Chẩn đoán phải có tất cả các tiêu chuẩn sau đây:

- Bệnh này không thể kiểm soát bằng thuốc; và

- Có dấu hiệu của sự suy yếu đang tiến triển; và

- Người được bảo hiểm, nếu không có người khác giúp đỡ, sẽ mất khả năng thực hiện ít nhất 3 trong 6 động tác sinh hoạt hàng ngày trong thời gian liên tục từ 6 tháng trở lên.

Loại trừ hội chứng Parkinson do thuốc hoặc độc chất.

19. Phẫu thuật động mạch chủ

Là một cuộc đại phẫu nhằm chỉnh sửa túi phình động mạch, chỗ hẹp, chỗ tắc nghẽn hoặc chỗ bóc tách động mạch chủ thông qua đường mổ ở ngực hoặc ở bụng. Động mạch chủ có thể là động mạch chủ bụng hoặc động mạch chủ ngực nhưng không tính các nhánh của nó.

Loại trừ phẫu thuật điều trị chấn thương, hoặc thực hiện các kỹ thuật trong lòng động mạch hoặc chỉ xâm lấn tối thiểu.

20. Bệnh Alzheimer (sa sút trí tuệ trầm trọng)

Suy giảm tiến triển hoặc mất trí năng được đánh giá trên lâm sàng và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh, xuất phát từ bệnh Alzheimer hoặc các rối loạn cơ quan nội tạng không thể hồi phục, đưa đến suy giảm đáng kể về chức năng tâm thần và xã hội, mà vì vậy người được bảo hiểm cần phải được giám sát và chăm sóc liên tục. Chẩn đoán tình trạng này phải dựa vào xác nhận trên lâm sàng từ phía chuyên khoa và bác sĩ do công ty chỉ định.

Các tình huống sau đây bị loại trừ:

- Các bệnh lý không phải ở cơ quan nội tạng như bệnh loạn thần kinh, bệnh tâm thần; và

- Rối loạn chức năng não liên quan đến thuốc hoặc rượu hoặc bất kỳ rối loạn chức năng não nào có khả năng hồi phục do bệnh lý các cơ quan nội tạng gây ra.

21. Bệnh tế bào thần kinh vận động

Bệnh thần kinh vận động được đặc trưng bởi sự thoái hóa tiến triển của các bó vỏ não tủy sống và các tế bào sừng trước hoặc các tế bào thần kinh ly tâm ở hành tủy, biểu hiện bằng teo cơ tủy sống, liệt hành tủy tiến triển, xơ cứng cột bên teo cơ và xơ cứng cột bên nguyên phát. Chẩn đoán phải do bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác định khi bệnh đang tiến triển và dẫn đến suy giảm thần kinh chức năng kéo dài.

22. U lành ở não

Một u não lành tính cần thỏa tất cả các điều kiện sau:

- Đe dọa tính mạng; và

- U gây tổn thương cho não; và

- Đã trải qua phẫu thuật bóc tách hoặc, nếu không thể phẫu thuật được, thì u gây nên thiếu năng thần kinh kéo dài, liên tục từ 6 tháng trở lên; và

- Sự hiện diện của u não được xác định bởi chuyên gia thần kinh hoặc bác sĩ phẫu thuật thần kinh và phải có biểu hiện trên hình ảnh Cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp điện toán (CT) hoặc các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh tin cậy khác.

Loại trừ các tình trạng sau:

- Nang, u bướu dạng nang; bao gồm: U nang màng nhện (arachnoid cyst); U nang dạng bì, biểu bì (dermoid cyst, epidermoid cyst), U nang tuyến tùng (pineal cyst), U nang dạng keo (colloid cyst);

- Áp xe;

- U hạt;

- Dị dạng mạch máu;

- Khối máu tụ;

- U tuyến yên hoặc tủy sống; u thần kinh thính giác.

23. Viêm não

Viêm mô não nghiêm trọng (bán cầu đại não, cuống não hoặc tiểu não) do nhiễm virus và dẫn đến thiếu năng thần kinh vĩnh viễn. Chẩn đoán phải do bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác định và thiếu năng thần kinh chức năng kéo dài phải được ghi nhận trong thời gian từ 6 tuần trở lên.

Loại trừ viêm não do HIV.

24. Bệnh bại liệt

Bệnh bại liệt phải được bác sĩ chuyên khoa thần kinh chẩn đoán rõ ràng với các điều kiện sau:

- Xác định được nguyên nhân là virus bại liệt

- Biểu hiện liệt cơ chi hoặc cơ hô hấp và kéo dài từ 3 tháng trở lên.

25. Viêm màng não do vi khuẩn

Nhiễm trùng gây ra viêm nặng màng não hoặc tủy sống, đưa đến thiếu năng thần kinh chức năng vĩnh viễn và mất khả năng hồi phục. Thiếu năng thần kinh phải kéo dài từ 6 tuần trở lên. Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Sự hiện diện vi khuẩn trong dịch não tủy nhờ chọc dò tủy sống; và

- Do bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác định.

Loại trừ viêm màng não do vi khuẩn trong bệnh cảnh nhiễm

HIV.

26. Xơ cứng bì tiến triển

Bệnh lý mạch máu – chất tạo keo hệ thống gây ra tình trạng xơ cứng lan tỏa và tiến triển ở da, mạch máu và cơ quan nội tạng. Chẩn đoán phải rõ ràng dựa vào sinh thiết và có bằng chứng về huyết thanh học và rối loạn này chắc chắn sẽ ảnh hưởng đến tim, phổi hoặc thận.

Loại trừ những trường hợp sau:

- Xơ cứng bì khu trú (xơ cứng bì tuyến tính hoặc morphea)
- Viêm cân cơ tăng bạch cầu ưa acid; và
- Hội chứng CREST.

27. Lupus đỏ hệ thống có biến chứng viêm thận do lupus

Một rối loạn tự miễn, đa hệ thống, do nhiều yếu tố nguyên nhân đặc trưng bởi xuất hiện kháng thể tự miễn chống lại các loại kháng nguyên khác nhau trong cơ thể. Theo Điều khoản Hợp đồng này, Lupus đỏ hệ thống sẽ được giới hạn đối với các dạng có tổn thương thận (Viêm cầu thận do lupus mức III đến V, dựa trên kết quả sinh thiết thận và phù hợp với phân loại của WHO). Chẩn đoán cuối cùng phải do bác sĩ chuyên khoa về thấp khớp học và miễn dịch học xác định.

Phân loại Viêm thận trong bệnh Lupus của WHO:

- Mức I: Viêm thận cầu thận trong bệnh lupus có thay đổi tối thiểu.
- Mức II: Viêm thận cầu thận Messangial trong bệnh lupus.
- Mức III: Viêm thận cầu thận tăng sinh từng phần và cục bộ trong bệnh lupus.
- Mức IV: Viêm thận cầu thận tăng sinh lan tỏa trong bệnh lupus.
- Mức V: Viêm thận cầu thận màng trong bệnh lupus.

28. Mất khả năng sống tự lập

Là hậu quả của một bệnh, chấn thương mà người được bảo hiểm mất khả năng thực hiện (dù có được hỗ trợ hay không) ít nhất 3 trong 6 động tác sinh hoạt hàng ngày, trong thời gian 6 tháng liên tục.

Tình trạng này phải được bác sĩ do công ty chỉ định xác nhận.

Loại trừ các bệnh lý không phải do thực thể như bệnh loạn thần kinh và các bệnh tâm thần.

29. Viêm gan bạo phát

Tình trạng hoại tử từng phần hoặc toàn bộ gan do virus viêm gan gây ra, dẫn đến suy chức năng gan đột ngột. Chẩn đoán phải thỏa tất cả các tiêu chuẩn sau:

- Giảm kích thước gan nhanh chóng; và
- Hoại tử toàn bộ các tiểu thùy, chỉ còn lại khung mạng lưới; và
- Kết quả các xét nghiệm chức năng gan xấu đi rất nhanh; và
- Vàng da rất đậm; và
- Bệnh lý não do gan.

30. Suy gan giai đoạn cuối

Suy gan giai đoạn cuối khi có tất cả các tiêu chuẩn sau:

- Vàng da kéo dài; và
- Báng bụng; và
- Bệnh não do gan.

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

31. Tăng áp động mạch phổi nguyên phát

Tăng áp động mạch phổi nguyên phát khi có dẫn thất phải đáng kể, được xác định dựa vào kết quả thông tim, bệnh dẫn đến suy yếu thể lực kéo dài ít nhất là độ IV theo Bảng phân loại suy tim của Hiệp Hội Tim Mạch New York (NYHA).

Bảng phân loại suy tim theo NYHA:

- Độ I: không giới hạn hoạt động thể lực. Hoạt động thể lực thông thường không gây mệt, khó thở hay đau ngực.

- Độ II: giới hạn nhẹ về hoạt động thể lực. Hoạt động thể lực bình thường có gây ra một số triệu chứng.

- Độ III: giới hạn đáng kể về hoạt động thể lực. Không lúc nghỉ ngơi, nhưng chỉ hoạt động nhẹ là có triệu chứng.

- Độ IV: Không thể tham gia bất kỳ hoạt động thể lực nào. Có thể có triệu chứng ngay cả lúc nghỉ ngơi.

32. Hội chứng Apallic

Hoại tử toàn bộ vỏ não nhưng cuống (thân) não vẫn còn nguyên vẹn. Chẩn đoán xác định chắc chắn phải do bác sĩ chuyên khoa thần kinh thực hiện tại bệnh viện có uy tín có chuyên khoa sâu (bệnh viện cấp tỉnh và thành phố trực thuộc trung ương). Tình trạng bệnh lý này phải được ghi nhận trong hồ sơ y tế từ một tháng trở lên.

33. Phẫu thuật não

Phẫu thuật não có gây mê toàn thân có mở hộp sọ.

Loại trừ các trường hợp sau:

a. Thủ thuật khoan sọ (burr-hole), thủ thuật thao tác qua xương bướm (transphenoidal) và các thủ thuật ít xâm lấn khác.

b. Phẫu thuật não do tai nạn.

34. Bệnh lý cơ tim

Chẩn đoán rõ ràng bởi bác sĩ chuyên khoa tim mạch, bệnh lý cơ tim gây ra suy chức năng tâm thất, có điện tâm đồ bất thường gợi ý và được xác định chắc chắn bằng siêu âm tim để tìm nguyên nhân. Bệnh lý này dẫn đến suy yếu thể lực vĩnh viễn từ độ III trở lên theo Bảng phân loại suy tim của Hiệp Hội Tim Mạch New York (NYHA).

Độ III – giới hạn đáng kể về hoạt động thể lực - những bệnh nhân như thế chỉ cảm thấy thoải mái lúc nghỉ ngơi nhưng chỉ cần hoạt động nhẹ là gây ra triệu chứng của Suy tim sung huyết.

Độ IV – không có khả năng thực hiện bất cứ hoạt động thể lực nào. Triệu chứng suy tim sung huyết hiện

diện ngay cả lúc nghỉ ngơi. Khi có tăng hoạt động thể lực lên sẽ xuất hiện khó thở, mệt.

Loại trừ bệnh lý cơ tim do sử dụng rượu.

35. Bệnh lý nang ở tử thận

Bệnh lý thận do di truyền đang tiến triển đặc trưng bởi sự hiện diện nhiều nang trong phần tủy của thận, teo ống thận và xơ hóa mô trung gian. Biểu hiện lâm sàng là thiếu máu, đa niệu và mất natri qua thận, dẫn đến suy thận mãn tính.

Chẩn đoán phải dựa trên sinh thiết thận.

* 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 bồn 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 ga, các dụng cụ hỗ trợ sau phẫu thuật;

3. Dời chỗ: khả năng di chuyển từ giường đến ghế hoặc xe lăn và ngược lại;

4. Lưu 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