



TÓM TẮT QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN
SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ SUNG
BỆNH HIỂM NGHÈO CAO CẤP TOÀN DIỆN
TRẢ TRƯỚC

DAI-ICHI LIFE

Gắn bó dài lâu.

Đây là tài liệu tóm tắt các nội dung cơ bản của Quy tắc và Điều khoản bảo hiểm bổ sung/bán kèm bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo cao cấp toàn diện trả trước (QTĐK). Bản tóm tắt này chỉ để tham khảo nhằm giúp Quý khách thuận tiện trong việc tham chiếu và xem các quy định chi tiết của QTĐK. QTĐK với các quy định chi tiết là tài liệu được ưu tiên áp dụng. Đề nghị Quý khách đọc kỹ QTĐK của sản phẩm bảo hiểm này để đảm bảo hiểu rõ được các điều kiện, điều khoản bảo hiểm, quyền, nghĩa vụ của mình.

Giải thích các chữ viết tắt và từ ngữ trong tài liệu này:

HDBH	Hợp đồng bảo hiểm
BMBH	Bên mua bảo hiểm
NĐBH	Người được bảo hiểm
QTĐK	Quy tắc và Điều khoản bảo hiểm bổ sung/bán kèm Bệnh hiểm nghèo cao cấp toàn diện trả trước (được Bộ Tài chính phê chuẩn theo Công văn số 10650/BTC-QLBH ngày 02/08/2016)
Quý khách	Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm
STBH	Số tiền bảo hiểm

I. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Quy định chi tiết tại Điều 1.9 và Điều 2 của QTĐK

	SỰ KIỆN BẢO HIỂM	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM
Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo thể nhẹ	Chẩn đoán mắc 1 trong 35 Bệnh hiểm nghèo thể nhẹ thuộc danh sách được quy định tại Phụ lục của QTĐK	Nhận trước một phần quyền lợi tử vong của sản phẩm chính, tương đương 50% STBH; tối đa 600 triệu đồng/ NĐBH cho tất cả HĐBH của sản phẩm này. Chi trả tối đa cho 02 Bệnh hiểm nghèo thể nhẹ thuộc các nhóm bệnh khác nhau.
Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo nghiêm trọng	Chẩn đoán mắc 1 trong 53 Bệnh hiểm nghèo nghiêm trọng thuộc danh sách được quy định tại Phụ lục của QTĐK	Nhận trước một phần quyền lợi tử vong của sản phẩm chính, tương đương 100% STBH. Khấu trừ quyền lợi Bệnh hiểm nghèo thể nhẹ trong cùng nhóm bệnh đã được chi trả trước đó (nếu có).
Thay đổi liên quan đến sản phẩm bảo hiểm chính và hợp đồng bảo hiểm	<ul style="list-style-type: none">- Ngay khi quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo (thể nhẹ/ nghiêm trọng) đã được chấp thuận chi trả, STBH của sản phẩm bảo hiểm chính sẽ được điều chỉnh giảm tương ứng với quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo đã được chi trả.- Sau khi STBH của sản phẩm bảo hiểm chính được điều chỉnh giảm về bằng 0, sản phẩm bảo hiểm bổ sung/ bán kèm này và Hợp đồng bảo hiểm của sản phẩm chính sẽ đồng thời chấm dứt hiệu lực.	
Giới hạn chi trả	Nếu NĐBH mắc nhiều hơn một Bệnh hiểm nghèo (bao gồm Bệnh hiểm nghèo thể nhẹ và/ hoặc Bệnh hiểm nghèo nghiêm trọng) do cùng một Tai nạn hoặc cùng một	

	SỰ KIỆN BẢO HIỂM	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM
	bệnh gây ra: sẽ nhận quyền lợi bảo hiểm cho một Bệnh hiểm nghèo có số tiền được chi trả cao nhất.	

II. ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Quy định chi tiết tại Điều 4 của QTDK

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra do bất cứ lý do nào sau đây:

<p>Trường hợp NĐBH bị mắc Bệnh hiểm nghèo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bệnh hiểm nghèo tồn tại trước ngày có hiệu lực bảo hiểm/khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung/ bán kèm này; • Bệnh hiểm nghèo/triệu chứng bệnh xảy ra hoặc tự bộc phát hoặc được chẩn đoán trong vòng 90 ngày kể từ ngày được chấp nhận bảo hiểm/khôi phục hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung/ bán kèm này; • Bệnh hiểm nghèo do Người thụ hưởng, Bên mua bảo hiểm gây ra đối với Người được bảo hiểm; • NĐBH tự gây thương tích hoặc cố gắng tự gây thương tích; • Nhiễm HIV/ AIDS, nhiễm chất phóng xạ; • Sử dụng rượu, chất có cồn, chất độc, khí độc hoặc sử dụng trái phép ma túy, các chất gây nghiện; • Bệnh hiểm nghèo khi hoạt động quân sự, hành động tấn công bằng vũ khí nguyên tử, vũ khí hóa học hoặc vũ khí sinh học; • Tham gia các môn thể thao nguy hiểm hoặc tham gia với tư cách là một vận động viên chuyên nghiệp các loại hình thể thao khác; • Bệnh hiểm nghèo do việc tặng cho, hiến một phần hoặc toàn bộ nội tạng, hoặc một phần thân thể.
------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

III. THỜI HẠN BẢO HIỂM (THỜI HẠN HỢP ĐỒNG) VÀ THỜI HẠN ĐÓNG PHÍ

Quy định chi tiết tại Điều 1.3 và Điều 1.4 của QTDK

- **Thời hạn bảo hiểm:** từ 01 đến 25 năm. Thời hạn cụ thể được xác định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- **Thời hạn đóng phí:** bằng Thời hạn bảo hiểm.

IV. NGHĨA VỤ KÊ KHAI THÔNG TIN TRUNG THỰC

Quy định chi tiết tại phần Mở đầu của QTDK và Điều khoản quy định về Nghĩa vụ cung cấp thông tin tại Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính

Quý khách lưu ý phải kê khai đầy đủ và trung thực tất cả thông tin cần thiết để Dai-ichi Life Việt Nam đánh giá khả năng chấp thuận bảo hiểm. Việc Dai-ichi Life Việt Nam thẩm định sức khỏe (nếu có) hoặc thu thập, xác minh tình trạng sức khỏe của Quý khách không thay thế nghĩa vụ này của Quý khách.

Trường hợp Quý khách vi phạm nghĩa vụ này, Dai-ichi Life Việt Nam có quyền đơn phương đình chỉ/chấm dứt một phần hoặc toàn bộ hợp đồng và thu các Khoản nợ (nếu có). Khi đó, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào.

V. THỜI HẠN XEM XÉT LẠI (THỜI GIAN CÂN NHẮC THAM GIA BẢO HIỂM)

Quy định chi tiết tại phần Mở đầu của QTĐK và Điều khoản quy định về Thời hạn xem xét lại tại Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính

Trong vòng 21 ngày kể từ ngày nhận được HĐBH với điều kiện chưa xảy ra sự kiện bảo hiểm nào, BMBH có quyền từ chối tham gia bảo hiểm, hoặc yêu cầu chỉnh sửa HĐBH.

Nếu BMBH từ chối tham gia, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ hoàn lại phí bảo hiểm mà BMBH đã đóng, không tính lãi, sau khi khấu trừ chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có).

VI. CÁC KHOẢN PHÍ ĐƯỢC TÍNH CHO BÊN MUA BẢO HIỂM

Quy định chi tiết tại Điều 6 của QTĐK

Quý khách sẽ chịu các loại phí/chi phí: Chi phí khai thác và Phí thuân.

VII. CÁC ĐIỂM CẦN LƯU Ý KHÁC

Ngoài các nội dung nêu trên, Quý khách cần lưu ý một số nội dung sau:

- Tuân thủ nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn theo định kỳ đóng phí trong HĐBH, nếu không HĐBH sẽ mất hiệu lực.
- Tham khảo chứng từ, thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 7 của QTĐK.
- Việc chấm dứt trước thời hạn đối với sản phẩm này sẽ thực hiện theo quy định của sản phẩm bảo hiểm chính.

Trường hợp cần trao đổi thêm bất kỳ thông tin liên quan về Hợp đồng bảo hiểm, Quý khách vui lòng liên hệ với Tổng đài Dịch vụ Khách hàng, điện thoại (028) 38 100 888, bấm phím số 1 hoặc tra cứu thông tin tại địa chỉ website <https://dai-ichi-life.com.vn/>.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ SUNG BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO CAO CẤP TOÀN DIỆN TRẢ TRƯỚC

(Theo công văn số 10650 /BTC-QLBH ngày 02/08/2016 của Bộ Tài Chính)

Quy tắc và Điều khoản này là một phần không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm nếu Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung bằng văn bản của Hợp đồng bảo hiểm giữa Dai-ichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm có kèm theo Quyền lợi bảo hiểm bổ sung “Bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo cao cấp toàn diện trả trước”.

Quy tắc và Điều khoản này bao gồm những thỏa thuận bổ sung giữa Dai-ichi Life Việt Nam và Bên mua bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu được bảo hiểm bổ sung các quyền lợi bảo hiểm cụ thể vào Hợp đồng bảo hiểm.

Sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ được áp dụng theo những Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính. Tuy nhiên, nếu có những khác biệt giữa Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ sung này với Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm chính thì quy định tại Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ được ưu tiên áp dụng.

Các quy định chung về thủ tục bảo hiểm, thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm và giải quyết tranh chấp được áp dụng tương tự như đã nêu trong Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm chính.

Điều 1: CÁC ĐỊNH NGHĨA

- 1.1 Người được bảo hiểm: là người được bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, được ghi tên trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung khác (nếu có). Người được bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này là người được bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính hoặc có thể là người khác nếu có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính hoặc Bên mua bảo hiểm.
- 1.2 Độ tuổi có thể được bảo hiểm: độ tuổi có thể được bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này là từ 0 đến 60 tuổi tính theo sinh nhật vừa qua của Người được bảo hiểm xét vào Ngày có hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm khi kết thúc sản phẩm bảo hiểm bổ sung này là 70 tuổi.
- 1.3 Thời hạn bảo hiểm: từ 01 năm đến 25 năm. Thời hạn bảo hiểm cụ thể của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này được quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung (nếu có).
- 1.4 Thời hạn đóng phí: bằng Thời hạn bảo hiểm. Thời hạn đóng phí của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này được quy định cụ thể trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung (nếu có) và không vượt quá thời hạn đóng phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính.
- 1.5 Ngày có hiệu lực: là ngày được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung (nếu có).
- 1.6 Số tiền bảo hiểm: là số tiền mà Dai-ichi Life Việt Nam nhận bảo hiểm cho sản phẩm bảo hiểm bổ sung này; được quy định trong Giấy Chứng nhận bảo hiểm hoặc (các) thỏa thuận

sửa đổi, bổ sung có liên quan khác (nếu có). Số tiền bảo hiểm tối đa của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ không được vượt quá 50% Số tiền bảo hiểm của sản phẩm chính.

1.7 Phí bảo hiểm: là số tiền Bên mua bảo hiểm sẽ thanh toán cho Dai-ichi Life Việt Nam để tham gia bảo hiểm bổ sung này vào ngày đến hạn nộp phí. Phí bảo hiểm được tính toán dựa trên tuổi, giới tính của Người được bảo hiểm, Số tiền bảo hiểm đã chọn, Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bổ sung này và quyết định thẩm định của Dai-ichi Life Việt Nam.

1.8 Bệnh hiểm nghèo: là Bệnh hiểm nghèo thể nhẹ hoặc Bệnh hiểm nghèo nghiêm trọng được định nghĩa trong Phụ lục đính kèm của Quy tắc và Điều khoản này.

1.9 Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo: là chẩn đoán xác định sau cùng của một hay nhiều Bệnh hiểm nghèo và phải có yêu cầu điều trị y khoa cần thiết được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa của bệnh viện hoặc cơ sở y tế thuộc cấp trung ương, cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

Kết quả chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo phải được Dai-ichi Life Việt Nam chấp nhận dựa trên những kết quả xét nghiệm y khoa của Người được bảo hiểm do người nhận quyền lợi bảo hiểm cung cấp. Dai-ichi Life Việt Nam có quyền yêu cầu tiến hành những xét nghiệm khác nếu cần thiết.

Trong trường hợp xảy ra tranh chấp liên quan đến kết quả Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo, Dai-ichi Life Việt Nam có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành khám và xét nghiệm y khoa tại cơ sở y tế theo chỉ định của Dai-ichi Life Việt Nam. Khi đó mọi chi phí cho việc tiến hành khám và xét nghiệm y khoa theo yêu cầu của Dai-ichi Life Việt Nam sẽ do Dai-ichi Life Việt Nam chịu. Dai-ichi Life Việt Nam và người nhận quyền lợi bảo hiểm phải tuân theo kết quả chẩn đoán này.

1.10 Bác sĩ: là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo quy định của pháp luật. Bác sĩ không được đồng thời là vợ/chồng, cha/mẹ, con, anh chị em ruột của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm.

1.11 Thời hạn loại trừ: là thời gian 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam chấp nhận bảo hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này, tùy theo ngày nào xảy ra sau.

1.12 Tai nạn: là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài lên cơ thể Người được bảo hiểm. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên phải là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra Bệnh hiểm nghèo, thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm.

1.13 Phí thuần: là khoản chi phí bảo hiểm rủi ro được khấu trừ hàng tháng để đảm bảo chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ sung này. Mức chi phí bảo hiểm rủi ro được tính dựa trên cơ sở rủi ro mắc Bệnh hiểm nghèo theo độ tuổi, giới tính, tình trạng sức khỏe và nghề nghiệp của Người được bảo hiểm. Chi phí bảo hiểm rủi ro được điều chỉnh theo tuổi đạt được của Người được bảo hiểm và tương ứng với Số tiền bảo hiểm.

Điều 2: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

2.1 Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo thể nhẹ

Trong thời gian hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này và sau Thời hạn loại trừ, nếu Người được bảo hiểm mắc phải 1 trong 35 Bệnh hiểm nghèo thể nhẹ thuộc danh sách Bệnh hiểm nghèo được quy định tại Phụ lục của Quy tắc và Điều khoản này theo kết quả chẩn đoán quy định tại điều 1.9, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả trước một phần quyền lợi tử vong của sản phẩm bảo hiểm chính tương đương với 50% Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả tối đa cho hai (02) Bệnh hiểm nghèo thể nhẹ thuộc các nhóm bệnh khác nhau trong danh sách Bệnh hiểm nghèo được quy định tại Phụ lục của Quy tắc và Điều khoản này. Đối với các Bệnh hiểm nghèo thể nhẹ trong cùng một nhóm bệnh, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chỉ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho một Bệnh hiểm nghèo thể nhẹ.

2.2 Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo nghiêm trọng

Trong thời gian hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này và sau Thời hạn loại trừ, nếu Người được bảo hiểm mắc phải 1 trong 53 Bệnh hiểm nghèo nghiêm trọng thuộc danh sách Bệnh hiểm nghèo được quy định tại Phụ lục của Quy tắc và Điều khoản này theo kết quả chẩn đoán quy định tại điều 1.9, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chi trả trước một phần quyền lợi tử vong của sản phẩm bảo hiểm chính tương đương 100% Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.

Khi chi trả quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo nghiêm trọng, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ khấu trừ quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo thể nhẹ trong cùng nhóm bệnh đã được chi trả trước đó (nếu có).

Ngay sau khi quyền lợi Bệnh hiểm nghèo nghiêm trọng đã được chi trả, sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ chấm dứt hiệu lực.

2.3 Giới hạn chi trả của quyền lợi bảo hiểm

Tổng quyền lợi bảo hiểm chi trả cho mỗi Bệnh hiểm nghèo thể nhẹ tối đa là 600 (sáu trăm) triệu đồng cho tất cả các Hợp đồng bảo hiểm có cùng Người được bảo hiểm.

Nếu Người được bảo hiểm mắc nhiều hơn một Bệnh hiểm nghèo (bao gồm Bệnh hiểm nghèo thể nhẹ và/hoặc Bệnh hiểm nghèo nghiêm trọng) do cùng một Tai nạn hoặc cùng một bệnh gây ra, Dai-ichi Life Việt Nam sẽ chỉ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho duy nhất một Bệnh hiểm nghèo có số tiền được chi trả cao nhất.

2.4 Thay đổi liên quan đến sản phẩm bảo hiểm chính và Hợp đồng bảo hiểm

Ngay khi quyền lợi bảo hiểm tại điều 2.1 và 2.2 đã được chấp thuận chi trả, Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính sẽ được điều chỉnh giảm tương ứng với quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo đã được chi trả. Phí bảo hiểm, Phí thuần và các điều kiện khác có liên quan của Hợp đồng bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng với Số tiền bảo hiểm mới của sản phẩm bảo hiểm chính.

Sau khi Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính được điều chỉnh giảm về bằng 0, sản phẩm bảo hiểm bổ sung này và Hợp đồng bảo hiểm của sản phẩm chính sẽ đồng thời chấm dứt hiệu lực.

Điều 3: CHẤM DỨT HIỆU LỰC CỦA SẢN PHẨM BẢO HIỂM BỔ SUNG NÀY

Sản phẩm bảo hiểm bổ sung này sẽ chấm dứt hiệu lực khi một trong các sự kiện sau xảy ra:

- Quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 2.2 đã được chấp nhận chi trả; hoặc
- Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực; hoặc
- Sản phẩm bảo hiểm bổ sung này kết thúc Thời hạn bảo hiểm; hoặc
- Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.

Điều 4: CÁC QUY ĐỊNH LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Dai-ichi Life Việt Nam sẽ không thanh toán quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 2.1 và Điều 2.2 của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm bổ sung này nếu Người được bảo hiểm bị mắc Bệnh hiểm nghèo trong các trường hợp sau:

- a. Bệnh hiểm nghèo tồn tại trước Ngày có hiệu lực của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này hoặc bất kỳ ngày khôi phục hiệu lực nào (tính theo ngày đến sau cùng) của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này. Bệnh hiểm nghèo được xem là tồn tại trước nếu:
 - Người được bảo hiểm đã hoặc đang được điều trị; hoặc
 - Người được bảo hiểm đã được tư vấn về mặt y khoa, về việc chẩn đoán, chăm sóc hoặc điều trị bệnh; hoặc
 - Có triệu chứng bệnh biểu hiện rõ ràng dựa trên các chứng cứ y khoa.
- b. Bệnh hiểm nghèo hay các triệu chứng bệnh xảy ra hoặc tự bộc phát hoặc được chẩn đoán trong vòng 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam chấp nhận bảo hiểm hoặc bất kỳ ngày khôi phục hiệu lực nào (tính theo ngày đến sau cùng) của sản phẩm bảo hiểm bổ sung này dù Người được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm biết hoặc không biết; hoặc
- c. Bệnh hiểm nghèo do Người thụ hưởng hay Bên mua bảo hiểm gây ra đối với Người được bảo hiểm; hoặc
- d. Tự gây thương tích hoặc cố gắng tự gây thương tích của Người được bảo hiểm dù trong trạng thái tinh thần bình thường hay mất trí; hoặc
- e. Hội chứng Suy giảm Miễn dịch Mắc phải (AIDS), các bệnh có liên quan đến AIDS hay do vi-rút gây bệnh AIDS, ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV trong khi đang thực hiện nhiệm vụ tại nơi làm việc của nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát; hoặc
- f. Việc nhiễm chất phóng xạ; hoặc
- g. Bệnh hiểm nghèo do tham gia các môn thể thao nguy hiểm như các loại hình đua tốc độ cao (ngoại trừ chạy bộ), săn bắn, leo núi có dây thừng và có hướng dẫn, lặn, nhảy dù, biểu diễn trên không, ..., hoặc tham gia với tư cách là một vận động viên chuyên nghiệp các loại hình thể thao khác; hoặc

- h. Bệnh hiểm nghèo là hậu quả của hành động cố ý hay vô ý tấn công bằng vũ khí nguyên tử, vũ khí hóa học hoặc vũ khí sinh học; hoặc
- i. Bệnh hiểm nghèo là hậu quả của các hoạt động quân sự trong khi đang phục vụ trong quân ngũ; hoặc
- j. Bệnh hiểm nghèo do việc sử dụng rượu, chất có cồn, chất độc, khí độc hoặc các chất tương tự dựa vào các chứng cứ và bằng chứng y khoa, hoặc sử dụng trái phép các chất ma túy hoặc các chất gây nghiện; hoặc
- k. Bệnh hiểm nghèo do việc tặng cho, hiến một phần hoặc toàn bộ nội tạng, hoặc một phần thân thể.

ĐIỀU 5: PHÍ BẢO HIỂM

Phí bảo hiểm sau khi đã khấu trừ các loại chi phí sẽ được tham gia đầu tư và tích lũy trong Quỹ đầu tư của sản phẩm bảo hiểm chính. Giá trị này được tích lũy chung trong Giá trị tài khoản hợp đồng của sản phẩm bảo hiểm chính và chỉ được chi trả theo các quyền lợi của sản phẩm chính.

Dai-ichi Life Việt Nam có thể thay đổi Mức phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung Bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo cao cấp toàn diện trả trước này vào bất kỳ Ngày kỷ niệm năm hợp đồng nào trong tương lai với sự chấp thuận của Bộ Tài chính về Mức phí bảo hiểm mới. Dai-ichi Life Việt Nam sẽ thông báo trước 03 (ba) tháng cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản trước khi việc thay đổi Mức phí bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực. Mức phí bảo hiểm mới cũng sẽ được áp dụng đối với các Hợp đồng bảo hiểm có yêu cầu khôi phục hiệu lực.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không chấp nhận việc thay đổi Mức phí bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có thể thông báo bằng văn bản cho Dai-ichi Life Việt Nam yêu cầu chấm dứt sản phẩm bảo hiểm bổ sung Bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo cao cấp toàn diện trả trước. Sau thời hạn 01 (một) tháng kể từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam gửi văn bản thông báo về việc thay đổi Mức phí bảo hiểm, nếu Dai-ichi Life Việt Nam không nhận được yêu cầu nêu trên thì được xem là Bên mua bảo hiểm đã chấp nhận việc thay đổi Mức phí bảo hiểm.

Điều 6: CÁC KHOẢN CHI PHÍ BẢO HIỂM

6.1 Chi phí khai thác

Chi phí khai thác sẽ được khấu trừ từ Phí bảo hiểm đóng vào, tùy thuộc vào Năm phí bảo hiểm và được tính trên tỷ lệ phần trăm Phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm bổ sung. Tỷ lệ chi phí khai thác sẽ bằng tỷ lệ chi phí ban đầu của sản phẩm bảo hiểm chính.

6.2 Phí thuần

Phí thuần sẽ được khấu trừ hàng tháng vào mỗi Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng từ Giá trị tài khoản hợp đồng. Phí thuần sẽ thay đổi tùy theo tuổi hiện tại của Người được bảo hiểm tại thời điểm khấu trừ.

Tỷ lệ Phí thuần sẽ căn cứ trên giới tính, tuổi hiện tại của Người được bảo hiểm và các nhóm tính phí khác.

Tỷ lệ Phí thuần có thể thay đổi sau khi được sự phê chuẩn của Bộ Tài chính và sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm 03 (ba) tháng trước khi áp dụng Tỷ lệ Phí thuần mới. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không đồng ý, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt sản phẩm bảo hiểm bổ sung này.

Điều 7: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Để yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bằng chi phí của mình, Người nhận quyền lợi bảo hiểm phải:

- Thông báo ngay bằng văn bản cho Dai-ichi Life Việt Nam trong vòng 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm có kết quả Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo.
- Cung cấp các thông tin và giấy tờ hồ sơ cần thiết theo yêu cầu của Dai-ichi Life Việt Nam gồm:
 - Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã điền đầy đủ và chính xác; và
 - Bằng chứng về quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm; và
 - Kết quả Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo theo quy định tại điều 1.9.

PHỤ LỤC

DANH SÁCH BỆNH HIỂM NGHÈO

Với sự chấp thuận của Bộ Tài chính, Dai-ichi Life Việt Nam có quyền điều chỉnh định nghĩa và/hoặc danh sách Bệnh hiểm nghèo. Các điều chỉnh, nếu có, sẽ được thông báo bằng văn bản đến Bên mua bảo hiểm 03 (ba) tháng trước ngày áp dụng.

NHÓM BỆNH	CÁC BỆNH HIỂM NGHÈO THỂ NHẸ	CÁC BỆNH HIỂM NGHÈO NGHIÊM TRỌNG
<p>Bệnh ung thư/ Loạn sản tửy hay xơ hóa tửy xương</p>	<p>1. Bệnh ung thư giai đoạn sớm</p> <p>Khối u ác tính được chẩn đoán dựa trên xác định mô học và đặc trưng bởi sự phát triển không kiểm soát của những tế bào ác tính mà cần phải điều trị (phẫu thuật, xạ trị hoặc hóa trị)</p> <p>Các loại ung thư được chi trả bao gồm:</p> <p>(a) Ung thư biểu mô tại chỗ của tuyến vú;</p> <p>(b) Ung thư biểu mô tại chỗ của cổ tử cung;</p> <p>(c) Ung thư biểu mô tại chỗ của đại tràng;</p> <p>(d) Ung thư biểu mô tại chỗ của bàng quang/ Vi ung thư biểu mô dạng nhú của bàng quang;</p> <p>(e) Ung thư biểu mô tại chỗ của tuyến giáp/ Vi ung thư biểu mô dạng nhú giai đoạn T1N0M0 với đường kính nhỏ hơn 1cm;</p> <p>(f) Ung thư biểu mô tại chỗ ở tuyến tiền liệt/ Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn T1a hoặc T1b;</p> <p>(g) Khối u buồng trứng với khả năng ác tính thấp giai đoạn FIGO</p>	<p>1. Bệnh ung thư nghiêm trọng</p> <p>Khối u ác tính bao gồm những tế bào ác tính phát triển không kiểm soát, xâm lấn và phá hủy mô bình thường. Chẩn đoán này phải có bằng chứng mô học về tính chất ác tính với sự xâm lấn và di căn của tế bào ung thư và được bác sĩ chuyên khoa ung bướu hoặc bác sĩ chuyên khoa bệnh học xác nhận.</p> <p>Các bệnh sau đây bị loại trừ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Các khối u là ung thư tại chỗ và các khối u có kết quả mô học là tiền ung thư hoặc không xâm lấn, bao gồm nhưng không giới hạn ung thư vú tại chỗ, loạn sản cổ tử cung CIN-1, CIN-2, CIN-3. • Tăng sừng hóa, các ung thư da tế bào vảy và tế bào đáy, và ung thư hắc tố nhỏ hơn 1,5mm theo độ dày Breslow, hoặc nhỏ hơn Clark mức độ 3, trừ phi có bằng chứng của di căn. • Ung thư tuyến tiền liệt có kết quả mô học phân loại theo TNM là T1a hoặc T1b, hay là ung thư tuyến tiền liệt có phân loại tương

	<p>1a / 1b (nghĩa là vỏ bọc còn nguyên vẹn).</p> <p>2. Hội chứng loạn sản tủy hay xơ hóa tủy xương</p> <p>Hội chứng loạn sản tủy hay xơ hóa tủy xương cần được truyền máu liên tục và suốt đời do thiếu máu nặng, tái diễn. Chẩn đoán Hội chứng loạn sản tủy (MDS) hay xơ hóa tủy xương phải do bác sĩ chuyên khoa Huyết học xác nhận dựa vào kết quả sinh thiết tủy xương. Hội chứng này không thể điều trị khỏi hẳn và cần phải được truyền máu lâu dài.</p>	<p>đương hoặc thấp hơn, ung thư vi thể dạng nhú của tuyến giáp giai đoạn T1N0M0 có đường kính nhỏ hơn 1cm, ung thư vi thể dạng nhú của bàng quang và bệnh bạch cầu mãn dòng lympho giai đoạn RAI dưới 3; và</p> <ul style="list-style-type: none"> Tất cả các loại khối u đi kèm với sự hiện diện của nhiễm HIV.
<p>Bệnh của động mạch vành/ Điều trị can thiệp mạch vành/ Đặt máy điều trị rối loạn nhịp tim</p>	<p>3. Thủ thuật nong mạch vành hoặc can thiệp mạch vành qua da (PCI) để điều trị bệnh lý hai động mạch vành</p> <p>Lần đầu tiên thực hiện thủ thuật can thiệp mạch vành qua da (PCI) để điều trị hẹp hoặc tắc nghẽn của ít nhất hai (2) động mạch vành lớn (không tính các nhánh của nó), khi tình trạng trên xảy ra cùng một lúc với mức độ hẹp tối thiểu là 60% trở lên, được xác định thông qua chụp động mạch vành (loại trừ các thủ thuật chẩn đoán không xâm lấn). Động mạch vành được đề cập đến ở đây bao gồm: động mạch mũ, động mạch vành phải (RCA), động mạch liên thất trước (LAD) và thân chung</p>	<p>2. Nhồi máu cơ tim cấp</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiền sử đau ngực điển hình phải nhập viện; Những thay đổi mới trên Điện tâm đồ (ECG) của nhồi máu; Chẩn đoán tăng men tim CK-MB; Chẩn đoán tăng Troponin T > 1mcg/L (1ng/ml) hoặc AccuTnI > 0,5ng/ml hoặc ngưỡng tương đương với các phương pháp Troponin I khác;

	<p>động mạch vành trái (LMS). Mức độ hẹp từ 60% trở lên của thân chung động mạch vành trái được xem tương đương với hẹp của hai (2) động mạch vành lớn.</p> <p>Loại trừ trường hợp can thiệp mạch vành để thăm dò.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Phân suất tổng máu thất trái (EF) thấp hơn 50% được đo sau đó ít nhất 3 tháng. <p>Loại trừ các hội chứng mạch vành cấp tính, bao gồm nhưng không giới hạn đau thắt ngực không ổn định, tổn thương cơ tim vi thể và nhỏ.</p>
	<p>4. Đặt máy khử rung tim</p> <p>Đã thực sự được đặt máy khử rung tim để điều trị đối với rối loạn nhịp tim nặng mà không thể điều trị bằng các phương pháp khác. Quy trình phẫu thuật đặt máy khử rung tim phải do Bác sĩ chuyên khoa tim mạch xác nhận là tuyệt đối cần thiết.</p>	<p>3. Bệnh động mạch vành nặng</p> <p>Hẹp tối thiểu 60% của cùng lúc ba (3) động mạch vành chính bao gồm: động mạch vành phải (RCA), động mạch liên thất trước (LAD) và động mạch mũ (không bao gồm các nhánh của nó). Chẩn đoán căn cứ trên kết quả chụp động mạch vành (loại trừ các kỹ thuật chẩn đoán không xâm lấn khác). Hẹp bằng hoặc hơn 60% của thân chung động mạch vành trái được xem như hẹp động mạch liên thất trước và động mạch mũ. Quyền lợi bảo hiểm được chi trả cho bệnh này ngay cả khi chưa có bất cứ can thiệp phẫu thuật nào.</p>
	<p>5. Đặt máy tạo nhịp tim</p> <p>Đã thực sự được đặt máy tạo nhịp để điều trị rối loạn nhịp tim nặng mà không thể điều trị bằng các phương pháp khác. Việc đặt máy tạo nhịp tim phải do Bác sĩ chuyên khoa tim mạch xác nhận là tuyệt</p>	<p>4. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành</p> <p>Đã thực sự được 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 chụp</p>

	<p>đôi cần thiết.</p>	<p>mạch máu cho thấy có tắc nghẽn động mạch vành trên 50% và do chuyên gia tim mạch chỉ định.</p> <p>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.</p>
<p>Phẫu thuật động mạch cảnh/ động mạch não/ Đặt ống thông não bộ/ Đột quỵ</p>	<p>6. Phẫu thuật động mạch cảnh</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật bóc tách lớp nội mạc động mạch cảnh, được chỉ định khi động mạch cảnh hẹp tối thiểu 80%, được chẩn đoán dựa trên kết quả chụp động mạch hoặc các kỹ thuật chẩn đoán tương đương.</p> <p>Loại trừ trường hợp phẫu thuật bóc tách các động mạch khác không phải động mạch cảnh.</p> <p>7. Phẫu thuật dị dạng mạch máu não (AVM)/ phình mạch máu não</p> <p>Đã thực sự được thực hiện:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Can thiệp xâm lấn tối thiểu/ khoan lỗ hộp sọ được tiến hành bởi bác sĩ chuyên khoa Ngoại thần kinh để điều trị dị dạng mạch máu não hoặc phình mạch máu não; hoặc * Can thiệp nội mạch do bác sĩ chuyên khoa thực hiện bằng cách sử dụng những vòng xoắn (coil) tạo tắc nghẽn ở ngay chỗ dị dạng mạch não hoặc ở ngay túi phình. 	<p>5. Tai biến mạch máu não (Đột quỵ)</p> <p>Tai biến mạch máu não bao gồm nhồi máu mô não, xuất huyết não và dưới màng nhện, thuyên tắc não và huyết khối não. Chẩn đoán này phải thỏa tất cả các điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bằng chứng của tổn thương não vĩnh viễn gây ra một trong những di chứng sau: <ul style="list-style-type: none"> - Mất chức năng vận động hoàn toàn và vĩnh viễn của ít nhất một chi. - Mất khả năng nói vĩnh viễn do tổn thương trung khu ngôn ngữ trong não. - Vĩnh viễn không có khả năng tự thực hiện ít nhất 3 trong 6 động tác sinh hoạt hàng ngày. - Bằng chứng phải được bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác nhận sau sự kiện ít nhất 6 tuần; và

	<p>Can thiệp này phải được bác sĩ chuyên khoa trong lĩnh vực này chỉ định và xác nhận là hoàn toàn cần thiết.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Phù hợp với kết quả chẩn đoán của tai biến mạch máu não mới trên hình ảnh chụp cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp điện toán (CT), hoặc các kỹ thuật chẩn đoán đáng tin cậy khác. <p>Loại trừ các trường hợp sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con thiếu máu não thoáng qua và các tổn thương thần kinh do thiếu máu có thể phục hồi khác; - Tổn thương não do tai nạn, chấn thương từ bên ngoài, nhiễm trùng, viêm mạch, các bệnh viêm nhiễm và đau nửa đầu; - Bệnh mạch máu làm ảnh hưởng mắt hoặc thần kinh thị; và - Các rối loạn do thiếu máu của hệ thống tiền đình.
<p>Phẫu thuật van tim</p>	<p>9. Phẫu thuật van tim qua da</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật tạo hình, rạch hoặc thay thế van tim bằng thủ thuật xâm lấn tối thiểu hoặc can thiệp nội mạch. Các phương pháp trên được các bác sĩ chuyên khoa tim mạch xác nhận là cần thiết để giải quyết những tổn thương van tim, chẩn đoán dựa trên kết quả siêu âm tim hoặc những xét nghiệm thích hợp khác.</p>	<p>6. Phẫu thuật van tim hở</p> <p>Đã thực sự trải qua phẫu thuật tim hở để thay van hoặc sửa chữa chỗ bất thường của van tim do hậu quả của bệnh lý mà không thể điều trị bằng kỹ thuật dùng catheter nội mạch.</p> <p>Việc chẩn đoán van tim bất thường phải do các chuyên gia tim mạch ghi nhận và dựa trên kết quả thông tim hoặc siêu âm tim.</p>

	Loại trừ tất cả những phương pháp phẫu thuật van tim khác không thuộc định nghĩa trên.	
Phình động mạch chủ/ Phẫu thuật động mạch chủ	<p>10. Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu động mạch chủ</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật bằng cách sử dụng kỹ thuật xâm lấn tối thiểu hoặc kỹ thuật nội mạch để sửa chữa hoặc phục hồi một đoạn phình, tắc nghẽn hoặc bóc tách của động mạch chủ, được chẩn đoán xác định bởi bác sĩ chuyên khoa tim mạch, dựa trên kết quả chẩn đoán cận lâm sàng thích hợp.</p> <p>Trong định nghĩa này, động mạch chủ bao gồm động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng, không bao gồm các nhánh của nó.</p>	<p>7. Phẫu thuật động mạch chủ hở</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật mở lồng ngực hoặc bụng để điều trị các chỗ phình, hẹp, tắc nghẽn hoặc bóc tách của động mạch chủ. Trong định nghĩa này, động mạch chủ bao gồm động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng, không bao gồm các nhánh của nó.</p> <p>Loại trừ các phẫu thuật để điều trị chấn thương hoặc các thủ thuật chỉ xâm lấn tối thiểu hoặc nội soi động mạch.</p>
	<p>11. Phình Động mạch chủ không triệu chứng</p> <p>Phình động mạch chủ bụng hoặc phình động mạch chủ ngực không triệu chứng phải được xác định bằng chẩn đoán hình ảnh. Động mạch chủ bị phình to và có đường kính lớn hơn 55mm.</p> <p>Chẩn đoán phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch.</p> <p>Trong định nghĩa này, Động mạch chủ được xác định là động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng, không bao gồm các nhánh của nó.</p>	

<p>Điếc/ Phẫu thuật cấy ghép ốc tai/ phẫu thuật điều trị huyết khối xoang hang</p>	<p>12. Mất một phần thính lực</p> <p>Mất thính lực vĩnh viễn hai tai với cường độ ít nhất là sáu mươi (60) decibel ở tất cả các tần số do bệnh lý hoặc tai nạn. Mất thính lực phải được xác định bởi bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng và dựa trên xét nghiệm chẩn đoán khách quan về mức độ giảm thính lực.</p>	<p>8. Điếc hoàn toàn (Mất thính lực hoàn toàn)</p> <p>Mất khả năng nghe hoàn toàn và không thể phục hồi xảy ra ở cả hai tai do bệnh lý hoặc do tai nạn. Chẩn đoán phải dựa vào kết quả thính lực đồ và các nghiệm pháp đo ngưỡng cảm nhận âm thanh do chuyên gia tai mũi họng thực hiện và xác nhận.</p> <p>Mất khả năng nghe hoàn toàn được hiểu là “mất khả năng nghe ở cường độ âm thanh ít nhất tám mươi (80) decibel ở mọi tần số” (có hoặc không có dụng cụ hỗ trợ).</p>
	<p>13. Phẫu thuật điều trị huyết khối xoang hang</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật dẫn lưu huyết khối xoang hang. Chẩn đoán xác định cũng như chỉ định can thiệp phẫu thuật phải được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa. Báo cáo chẩn đoán cần phải được cung cấp.</p>	
	<p>14. Phẫu thuật cấy ghép ốc tai</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật cấy ghép ốc tai do tổn thương vĩnh viễn ốc tai hoặc thần kinh thính giác.</p> <p>Quá trình phẫu thuật cũng như thực hiện cấy ghép phải được xác nhận là tuyệt đối cần thiết và được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng.</p>	

<p>Bệnh phổi/ Cắt một bên phổi/ Đặt màng lọc tĩnh mạch chủ/ Mở khí quản/ Hen ác tính</p>	<p>15. Phẫu thuật cắt một bên phổi</p> <p>Đã được phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn phổi phải hoặc trái do bệnh tật hoặc do tai nạn.</p> <p>Phẫu thuật cắt bỏ một phần phổi phải hoặc trái không thỏa định nghĩa này.</p>	<p>9. Bệnh phổi giai đoạn cuối</p> <p>Bệnh phổi giai đoạn cuối gây ra suy hô hấp mãn tính. Việc chẩn đoán phải có tất cả các chứng cứ sau đây:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thể tích thở ra gắng sức trong 1 giây đầu (FEV1) luôn dưới 1 lít khí; - Trị liệu oxy hỗ trợ kéo dài do hạ oxy máu; - Áp lực riêng phần của oxy trong máu động mạch nhỏ hơn hoặc bằng 55mmHg ($PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$); - Khó thở lúc nghỉ ngơi. <p>Việc chẩn đoán phải do bác sĩ chuyên khoa hô hấp xác nhận.</p>
	<p>16. Đặt màng lọc tĩnh mạch chủ</p> <p>Phẫu thuật đặt màng lọc tĩnh mạch chủ được thực hiện sau khi có bằng chứng ghi nhận bệnh thuyên tắc phổi tái phát. Yêu cầu phẫu thuật phải được Bác sĩ chuyên khoa xác định là tuyệt đối cần thiết.</p>	
	<p>17. Mở khí quản kéo dài</p> <p>Mở khí quản để điều trị bệnh phổi hay bệnh đường hô hấp hoặc như một biện pháp để hỗ trợ hô hấp trong trường hợp bỏng hay chấn thương nặng. Người được bảo hiểm phải là bệnh nhân của khoa săn sóc tích cực và được chuyên gia y tế chăm sóc</p> <p>Quyền lợi này chỉ được chi trả khi việc mở khí quản được yêu cầu duy trì ít nhất là ba (3) tháng.</p>	
<p>18. Hen ác tính/ Suyễn nặng</p> <p>Đợt cấp của bệnh Hen phế quản nặng với tình trạng cơn hen kéo dài cần phải nhập viện và điều trị thông khí áp lực dương bằng máy thở cơ học trong thời gian liên tục ít nhất</p>		

	là bốn (4) giờ theo chỉ định của bác sĩ chuyên khoa hô hấp. Loại trừ điều trị bằng phương pháp thở áp lực dương liên tục bằng CPAP hoặc mặt nạ BIPAP.	
Ghép ruột non/ Ghép tạng	<p>19. Ghép ruột non</p> <p>Được ghép ít nhất một (1) mét ruột non cùng với toàn bộ mạch máu nuôi dưỡng bằng phẫu thuật mở ổ bụng do ruột non bị hỏng.</p>	<p>10. Phẫu thuật ghép tạng chủ</p> <p>Là nhận cấy ghép tạng người của một trong những tạng sau: thận, gan, tim, phổi, tụy do suy giảm chức năng ở giai đoạn cuối và không thể hồi phục của tạng liên quan.</p> <p>Loại trừ trường hợp cấy ghép tế bào gốc, tế bào tiểu đảo tuyến tụy, và cấy ghép một phần của một cơ quan.</p>
Cắt một thận/ Suy thận giai đoạn cuối	<p>20. Phẫu thuật cắt bỏ một thận</p> <p>Đã cắt bỏ hoàn toàn một thận do bệnh lý hoặc tai nạn. Chỉ định cắt bỏ thận phải được xác định do Bác sĩ chuyên khoa Thận/Tiết niệu là tuyệt đối cần thiết.</p> <p>Loại trừ trường hợp cắt bỏ một phần thận và hiến tặng thận.</p>	<p>11. Suy thận mãn giai đoạn cuối</p> <p>Suy thận hai bên mãn tính, không hồi phục và cần phải lọc thận (thẩm phân màng bụng, lọc máu) thường xuyên, vĩnh viễn hoặc phải cấy ghép thận.</p>
Bỏng	<p>21. Bỏng – mức độ vừa và nặng</p> <p>Bỏng độ hai (một phần chiều dày của da) và ít nhất là 50% bề mặt cơ thể của người được bảo hiểm. Bỏng phải được xác định là cần phải điều trị tại Khoa Bỏng tại bệnh viện và cần phẫu thuật cắt lọc mô hoại tử.</p> <p>Bỏng độ hai là bỏng gây ảnh hưởng toàn bộ lớp thượng bì và một phần lớp bì.</p>	<p>12. Bỏng nặng</p> <p>Bỏng độ ba (toàn bộ chiều dày của da) từ 20% diện tích da toàn thân trở lên theo bảng tính diện tích da Lund & Browder và việc điều trị đòi hỏi phải được ghép da.</p> <p>Bỏng độ ba nghĩa là bỏng mà tất cả cấu trúc của phần da tại đó bị phá hủy toàn bộ và tổn thương ăn sâu</p>

		xuống lớp mô dưới da.
Phẫu thuật gan/ Bệnh gan	<p>22. Phẫu thuật gan</p> <p>Người được bảo hiểm được cắt bỏ ít nhất một thùy gan do bệnh hoặc do tai nạn. Loại trừ sinh thiết hay hiến/tặng gan.</p>	<p>13. Suy gan giai đoạn cuối</p> <p>Suy gan giai đoạn cuối khi có tất cả các tiêu chuẩn sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vàng da kéo dài; và - Báng bụng; và - Bệnh não do gan. <p>Loại trừ bệnh gan thứ phát do rượu hoặc lạm dụng thuốc.</p>
	<p>23. Xơ gan</p> <p>Bệnh xơ gan được xác định bao gồm các tiêu chuẩn sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Fibroscan \geq 20 kPa hoặc sinh thiết gan HAI- Knodell \geq 6 * Siêu âm bụng có nốt thô ở gan, báng bụng (cổ trướng) và lách to. * Bilirubin huyết thanh $>$ 2 mg/dl * Albumin huyết thanh $<$ 3.5 g/dl <p>Chẩn đoán xơ gan phải do bác sĩ chuyên khoa xác nhận.</p> <p>Loại trừ xơ gan thứ phát do rượu hoặc do thuốc.</p>	<p>14. Viêm gan bạo phát</p> <p>Tình trạng hoại tử từng phần hoặc toàn bộ gan do vi-rút viêm gan gây ra, dẫn đến suy chức năng gan đột ngột. Chẩn đoán phải thỏa tất cả các tiêu chuẩn sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.
Tăng áp động mạch phổi	<p>24. Tăng áp động mạch phổi thứ phát</p> <p>Tăng áp phổi thứ phát kết hợp phì đại thất phải dẫn đến suy giảm chức năng vĩnh viễn - ít nhất là độ IV theo Phân độ suy tim của Hiệp Hội Tim Mạch New York (NYHA).</p>	<p>15. Tăng áp động mạch phổi nguyên phát</p> <p>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 Phân độ</p>

	<p>Chẩn đoán xác định bằng cách thông tim và được xác nhận bởi chuyên gia trong lĩnh vực tim mạch.</p> <p>Phân độ suy tim theo NYHA cho độ IV có nghĩa như sau:</p> <p>Độ IV: Không thể tham gia bất kỳ hoạt động thể lực nào. Có thể có triệu chứng ngay cả lúc nghỉ ngơi.</p>	<p>suy tim của Hiệp Hội Tim Mạch New York (NYHA).</p> <p>Bảng phân loại suy tim theo NYHA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. Khỏe 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.
<p>Hôn mê</p>	<p>25. Hôn mê sâu –72 giờ</p> <p>Tình trạng mất nhận thức kéo dài ít nhất bảy mươi hai (72) giờ. Chẩn đoán phải có bằng chứng của tất cả các điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Không đáp ứng với các kích thích từ bên ngoài hoặc nhu cầu của cơ thể; và * Các biện pháp hỗ trợ sinh tồn cần thiết để duy trì sự sống trong ít nhất 72 giờ; và * Tổn thương não gây di chứng thần kinh vĩnh viễn dẫn đến mất 	<p>16. Hôn mê sâu – 96 giờ</p> <p>Tình trạng mất nhận thức kéo dài ít nhất chín mươi sáu (96) giờ. Chẩn đoán phải có bằng chứng của tất cả các điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Không đáp ứng với các kích thích bên ngoài hoặc nhu cầu của cơ thể; và - Các biện pháp hỗ trợ sinh tồn cần thiết để duy trì sự sống trong ít nhất là 96 giờ; và - Tổn thương não gây di chứng thần kinh vĩnh viễn dẫn đến

	<p>khả năng thực hiện 3 trong số 6 động tác sinh hoạt hằng ngày nếu không có hỗ trợ của người khác trong thời gian từ 30 ngày trở lên kể từ khi bắt đầu hôn mê.</p> <p>Loại trừ hôn mê trực tiếp do rượu hoặc lạm dụng thuốc.</p>	<p>mất khả năng thực hiện 3 trong 6 động tác sinh hoạt hằng ngày nếu không có hỗ trợ của người khác trong thời gian từ 30 ngày trở lên kể từ khi bắt đầu hôn mê.</p> <p>Loại trừ hôn mê trực tiếp do rượu hoặc lạm dụng thuốc.</p>
Mù hoàn toàn/ Ghép giác mạc	<p>26. mù hoàn toàn một mắt</p> <p>Mất thị lực hoàn toàn và không hồi phục thị lực của một mắt do bệnh tật hoặc tai nạn.</p> <p>Tình trạng mù phải do bác sĩ nhãn khoa xác nhận.</p>	17. mù hoàn toàn hai mắt Mất thị lực hoàn toàn và không hồi phục ở cả 2 mắt (có hoặc không có thiết bị hỗ trợ) do bệnh tật hoặc tai nạn. Tình trạng mù phải do bác sĩ nhãn khoa xác nhận.
	<p>27. Ghép giác mạc</p> <p>Được ghép toàn bộ giác mạc do sẹo giác mạc không hồi phục dẫn đến giảm thị lực, đồng thời không thể điều trị khỏi bằng các phương pháp khác. Việc ghép này phải được bác sĩ nhãn khoa xác nhận.</p>	
Phẫu thuật điều trị Viêm màng ngoài tim co thắt/ Phì đại cơ tim/ Bệnh lý cơ tim	<p>28. Phẫu thuật điều trị Viêm màng ngoài tim co thắt</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật mở lồng ngực, bóc tách và cắt bỏ toàn bộ màng ngoài tim để điều trị viêm màng ngoài tim co thắt. Viêm màng ngoài tim co thắt là bệnh viêm màng ngoài tim gây ra các triệu chứng và dấu hiệu của suy tim sung huyết. Chẩn đoán viêm màng ngoài tim co thắt phải được chứng minh</p>	18. Bệnh lý cơ tim Chẩn đoán xác định bởi bác sĩ chuyên khoa tim mạch về 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

	<p>bằng thông tim.</p> <p>29. Phẫu thuật điều trị phì đại cơ tim</p> <p>Đã thực sự trải qua phẫu thuật cắt bỏ một phần cơ tim hoặc vách tim để điều trị bệnh cơ tim phì đại có triệu chứng. Chẩn đoán bệnh cơ tim phì đại có triệu chứng phải được xác định bởi bác sĩ chuyên khoa tim mạch và có bằng chứng phì đại vách tim bất đối xứng trên siêu âm tim. Loại trừ tất cả các dạng khác của phì đại tâm thất bao gồm bệnh cơ tim phì đại ở mỏm mà không có tắc nghẽn.</p>	<p>New York (NYHA).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Loại trừ bệnh lý cơ tim do sử dụng rượu.</p>
<p>Bệnh Parkinson</p>	<p>30. Bệnh Parkinson giai đoạn đầu</p> <p>Bệnh Parkinson được chẩn đoán xác định bởi bác sĩ chuyên khoa nội thần kinh. Dấu hiệu lâm sàng bao gồm: suy giảm chức năng vận động với run, cử động cứng đờ chậm chạp, mất thăng bằng tư thế.</p> <p>Bắt buộc phải có bằng chứng dùng thuốc để điều trị bệnh Parkinson trong thời gian liên tục ít nhất là sáu (6) tháng.</p> <p>Chỉ có bệnh Parkinson vô căn được bảo hiểm. Loại trừ bệnh Parkinson do thuốc hoặc độc chất.</p>	<p>19. Bệnh Parkinson giai đoạn muộn</p> <p>Chẩn đoán xác định 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 bệnh Parkinson do thuốc hoặc độc chất.
Liệt/ Cụt chi	<p>31. Liệt/ Cụt một chi</p> <p>Mất hoàn toàn và không thể hồi phục chức năng của một (1) chi do chấn thương, cắt cụt chi hoặc bệnh lý. Tình trạng này phải được xác nhận bởi bác sĩ chuyên khoa thần kinh.</p> <p>Loại trừ trường hợp tự ý gây ra thương tật.</p>	<p>20. Liệt/ Cụt hai chi</p> <p>Mất hoàn toàn và không thể hồi phục chức năng của ít nhất hai (2) chi do chấn thương, cắt cụt chi hoặc do bệnh lý. Tình trạng này phải được xác nhận bởi bác sĩ chuyên khoa thần kinh.</p> <p>Loại trừ trường hợp tự ý gây ra thương tật.</p>
Phẫu thuật U tuyến yên/ U màng não tủy/ Phẫu thuật điều trị động kinh/ U lành ở não	<p>32. Phẫu thuật u tuyến yên</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật cắt bỏ u tuyến yên qua xoang bướm. Chẩn đoán phải dựa trên chụp cắt lớp điện toán CT hoặc cộng hưởng từ MRI và bằng chứng mô bệnh học.</p> <p>Cắt u tuyến yên bằng phẫu thuật mở sọ bị loại trừ.</p>	<p>21. U lành ở não</p> <p>Một u não lành tính cần thỏa tất cả các điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đe dọa tính mạng; - U gây tổn thương cho não; - Đã trải qua phẫu thuật loại bỏ hoặc, nếu không thể phẫu thuật được, thì u gây nên di chứng 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. <p>Các tình trạng sau bị loại trừ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nang, U bướu dạng nang;
	<p>33. Phẫu thuật cắt bỏ khối u màng não tủy</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật cắt bỏ u màng não tủy do bác sĩ chuyên khoa ngoại thần kinh thực hiện. Việc chẩn đoán được xác định qua CT hoặc MRI và bằng chứng mô bệnh học</p>	
	<p>34. Phẫu thuật điều trị động kinh kháng thuốc</p> <p>Đã thực sự được phẫu thuật nhu mô não (kể cả phẫu thuật bằng dao</p>	

	<p>gamma) để điều trị động kinh nặng mà không thể kiểm soát bằng thuốc uống. Phải có bằng chứng của sự tái phát cơn động kinh co cứng - giật hay cơn động kinh toàn thể không đáp ứng với điều trị tối ưu và Người được bảo hiểm phải được dùng ít nhất hai (2) loại thuốc chống động kinh (chống co giật) được kê toa trong ít nhất sáu (6) tháng của bác sĩ chuyên khoa thần kinh.</p> <p>Động kinh do sốt hoặc động kinh cơn nhỏ (cơn vắng ý thức) không thuộc định nghĩa nêu trên.</p>	<p>bao gồm: U nang màng nhện (arachnoid cyst), U nang dạng bì (dermoid cyst), U nang dạng biểu bì (epidermoid cyst), U nang tuyến tùng (pineal cyst), U nang dạng keo (colloid cyst); Áp xe;</p> <ul style="list-style-type: none"> - U hạt; - Dị dạng mạch máu; - Khối máu tụ; - U tuyến yên hoặc tùy sừng; U thần kinh thính giác.
<p>Phẫu thuật điều trị gãy xương do loãng xương/ Viêm khớp dạng thấp nặng</p>	<p>35. Phẫu thuật điều trị gãy xương do loãng xương</p> <p>Loãng xương là tình trạng giảm khối lượng xương với giảm độ dày vỏ xương và giảm số lượng và kích thước các bè của lớp xốp xương (nhưng thành phần hóa học bình thường), dẫn đến tăng nguy cơ gãy xương.</p> <p>Chỉ bảo hiểm cho gãy xương đùi, xương chậu hoặc đốt sống được chẩn đoán xác định do loãng xương và phải được điều trị bằng phẫu thuật xâm lấn.</p> <p>Ngoài chẩn đoán lâm sàng gãy xương do loãng xương, loãng xương phải dựa trên cơ sở định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới,</p>	<p>22. Viêm khớp dạng thấp nặng</p> <p>Tổn thương khớp lan rộng với biến dạng khớp trên lâm sàng của ít nhất ba (3) khu vực khớp sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bàn tay; - Cổ tay; - Khuỷu tay; - Cột sống cổ; - Gối; - Mắt cá chân; và - Các khớp thuộc bàn chân. <p>Chỉ những trường hợp viêm khớp dạng thấp nặng mới được chi trả.</p> <p>Chẩn đoán phải được các bác sĩ chuyên khoa Cơ Xương Khớp thực hiện và bác sĩ do Công ty chỉ định</p>

	<p>tức là mật độ chất khoáng trong xương của Người được bảo hiểm phải thấp hơn 2,5 (hai phẩy năm) lần độ lệch chuẩn của một thanh niên khỏe mạnh (T score – 2,5 S.D.)</p>	<p>đồng ý, đồng thời phải có đủ các tiêu chuẩn sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cứng khớp buổi sáng; - Viêm khớp đối xứng; - Có các u hạt thuộc bệnh thấp khớp xuất hiện trên da; - Xét nghiệm yếu tố thấp tăng; - Thể hiện tình trạng phá hủy khớp nặng trên phim X quang.
<p>Thiếu máu bất sản</p>		<p>23. Thiếu máu bất sản</p> <p>Tình trạng suy tủy mãn tính gây ra thiếu máu, giảm bạch cầu và giảm tiểu cầu cần được điều trị theo ít nhất hai trong các phương pháp sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Truyền máu - Thuốc kích thích tủy - Thuốc ức chế miễn dịch - Ghép tủy <p>Chẩn đoán phải do các bác sĩ chuyên khoa huyết học xác định.</p>

<p>Nhiễm vi-rút suy giảm miễn dịch ở người (HIV) do nghề nghiệp là nhân viên y tế</p>		<p>24. Nhiễm vi-rút suy giảm miễn dịch ở người (HIV) do nghề nghiệp là nhân viên y tế</p> <p>Chỉ áp dụng cho Người được bảo hiểm là nhân viên y tế.</p> <p>Nhiễm HIV do một tai nạn nghề nghiệp trong quá trình thực thi nhiệm vụ thông thường với kết quả xét nghiệm HIV chuyển sang dương tính trong vòng sáu (6) tháng kể từ lúc tai nạn. Bất kỳ tai nạn nào dẫn đến khả năng yêu cầu bồi thường phải được báo cáo cho Công ty trong vòng ba mươi (30) ngày xảy ra tai nạn và phải có kết quả xét nghiệm HIV âm tính trong vòng bảy (7) ngày sau tai nạn.</p> <p>Nhân viên y tế bao gồm: các bác sĩ, y tá, điều dưỡng, y công, kỹ thuật viên phòng xét nghiệm, bác sĩ nha khoa, nha tá, nha công, nhân viên cấp cứu đang làm việc ở các trung tâm y khoa, bệnh viện, phòng khám, phòng nha tại Việt Nam.</p>
<p>Bệnh hiểm nghèo giai đoạn cuối</p>		<p>25. Bệnh hiểm nghèo giai đoạn cuối</p> <p>Chẩn đoán xác định Người được bảo hiểm sẽ tử vong trong vòng mười hai (12) tháng. Người được bảo hiểm không còn được điều trị tích cực mà chỉ áp dụng các biện pháp giảm đau. Chẩn đoán phải được bác sĩ chuyên khoa ghi nhận bằng văn bản và phải</p>

		<p>được bác sĩ của Công ty chấp thuận.</p>
<p>Nhiễm HIV do truyền máu</p>		<p>26. Nhiễm HIV do truyền máu Nhiễm vi-rút suy giảm miễn dịch ở người (HIV) qua truyền máu phải thỏa tất cả các điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Truyền máu thật sự cần thiết cho việc điều trị; - Truyền máu được thực hiện ở Việt Nam và sau khi Hợp đồng hiệu lực; - Nguồn nhiễm phải được xác định rõ từ nơi truyền máu và có thể xác định được nguồn gốc máu bị nhiễm HIV; - Người được bảo hiểm không bị bệnh máu khó đông (Hemophilia); và - Người được bảo hiểm không thuộc nhóm nguy cơ cao bao gồm nhưng không giới hạn những người sử dụng thuốc bằng đường tiêm tĩnh mạch.
<p>Cấy ghép tủy xương</p>		<p>27. Cấy ghép tủy xương 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.</p>

<p>Lupus đỏ hệ thống có biến chứng viêm thận do lupus</p>		<p>28. Lupus đỏ hệ thống có biến chứng viêm thận do lupus</p> <p>Một rối loạn tự miễn, đa hệ thống, đa nhân tố đặc trưng bởi xuất hiện kháng thể tự miễn chống lại các loại kháng nguyên tự thân khác nhau. Theo hợp đồng này, lupus đỏ hệ thống sẽ được giới hạn đối với các dạng lupus có tổn thương thận (Viêm cầu thận do lupus loại 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.</p> <p>Phân loại Viêm thận trong bệnh Lupus của WHO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loại I: viêm thận cầu thận trong bệnh lupus có thay đổi tối thiểu. - Loại II: Viêm thận cầu thận mô kẽ trong bệnh lupus. - Loại III: Viêm thận cầu thận tăng sinh từng phần và cục bộ trong bệnh lupus. - Loại IV: Viêm thận cầu thận tăng sinh lan tỏa trong bệnh lupus. - Loại V: Viêm thận cầu thận màng trong bệnh lupus.
<p>Bệnh nang ở tủy thận</p>		<p>29. Bệnh nang ở tủy thận</p>

		<p>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.</p> <p>Chẩn đoán phải dựa trên sinh thiết thận.</p>
<p>Tiểu đường phụ thuộc Insulin ở người trẻ</p>		<p>30. Tiểu đường phụ thuộc Insulin ở người trẻ</p> <p>Tiểu đường phụ thuộc insulin đặc trưng bởi sự phụ thuộc liên tục insulin ngoại sinh để duy trì cuộc sống được bác sĩ chuyên khoa nội tiết chẩn đoán và được Công ty chấp thuận. Cần cung cấp bằng chứng của sự phụ thuộc này trong ít nhất sáu tháng trước khi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Để được nhận quyền lợi bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải bằng hoặc dưới 18 tuổi khi được chẩn đoán.</p>
<p>Bệnh Kawasaki với biến chứng tim</p>		<p>31. Bệnh Kawasaki với biến chứng tim</p> <p>Bệnh Kawasaki là một hội chứng viêm các mạch máu nhỏ, sốt cấp tính ở trẻ em. Nó thể hiện bằng sốt kéo dài từ năm (5) ngày trở lên kèm theo ít nhất bốn (4) trong năm (5) triệu chứng sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viêm kết mạc hai bên;

		<ul style="list-style-type: none"> - Các thay đổi ở miệng (ban đỏ ở môi, hầu họng, lưỡi đỏ như trái dâu hoặc nứt nẻ môi); - Các thay đổi đầu chi (phù, ban đỏ, hoặc bong da đầu ngón); - Phát ban; - Hạch cổ. <p>Thêm vào đó, Người được bảo hiểm phải được điều trị chủ yếu bằng các thuốc salicylates (Aspirin) và gammaglobulins qua tĩnh mạch.</p> <p>Chẩn đoán bệnh Kawasaki phải được xác định rõ bằng các xét nghiệm và kết quả cận lâm sàng. Chẩn đoán xác định phải được xác nhận rõ ràng bởi bác sĩ nhi khoa đang điều trị và bác sĩ tim mạch nhi.</p> <p>Phải có bằng chứng của siêu âm tim về tình trạng dẫn hoặc phình động mạch vành trong ít nhất sáu (6) tháng sau đợt bệnh cấp tính đầu tiên.</p> <p>Để được nhận quyền lợi bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải bằng hoặc dưới 18 tuổi khi được chẩn đoán.</p>
Hội chứng urê huyết tan máu		32. Hội chứng urê huyết tan máu Hội chứng urê huyết tan máu đặc trưng bởi tam chứng: thiếu máu

		<p>huyết tán vi mạch, giảm tiểu cầu, suy thận cấp. Chẩn đoán phải được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa.</p> <p>Để được nhận quyền lợi bảo hiểm, cần thỏa tất cả các tiêu chuẩn sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cây phân phát hiện nhiễm E coli sinh độc tố shiga; - Tiểu cầu giảm dưới 50.000/uL và có bằng chứng của những mảnh vỡ hồng cầu trên phết máu ngoại biên; - Urê/ BUN và creatinin huyết tăng đáng kể và việc lọc máu được thực hiện do suy thận cấp; - Được truyền trao đổi huyết tương hàng ngày (là quá trình lọc huyết tương phối hợp với việc thay thế huyết tương tươi đông lạnh).
<p>Bệnh Still</p>		<p>33. Bệnh Still</p> <p>Một dạng viêm khớp mạn tính ở tuổi thiếu niên đặc trưng bởi sốt cao và các dấu hiệu của bệnh hệ thống có thể tồn tại vài tháng trước khi khởi phát viêm khớp.</p> <p>Tình trạng bệnh bao gồm các triệu chứng chính sau: sốt cao dao động hàng ngày, ban đỏ mau bay, viêm khớp, lách to, viêm hạch, viêm màng thanh dịch, sụt cân, tăng bạch cầu đa nhân, tăng các protein pha cấp, và</p>

		<p>xét nghiệm kháng thể kháng nhân (ANA) và yếu tố thấp (RF) âm tính.</p> <p>Chẩn đoán phải được các bác sĩ chuyên khoa thấp nhi xác định và có bằng chứng bằng văn bản về bệnh kéo dài trong ít nhất sáu (6) tháng.</p> <p>Để được nhận quyền lợi bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải bằng hoặc dưới 18 tuổi khi được chẩn đoán.</p>
<p>Xơ cứng bì tiến triển</p>		<p>34. Xơ cứng bì tiến triển</p> <p>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.</p> <p>Loại trừ những trường hợp sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Xơ cứng bì khu trú (xơ cứng bì tuyến tính hoặc morphea) - Viêm cân cơ tăng bạch cầu ưa acid; và - Hội chứng CREST.
<p>Viêm cân mạc hoại tử</p>		<p>35. Viêm cân mạc hoại tử</p> <p>Là nhiễm khuẩn các lớp sâu của da và lan qua lớp cân mạc vào trong mô dưới da, phá hủy da và cơ của vùng</p>

		<p>tổn thương. Chẩn đoán này phải được các bác sĩ ngoại khoa xác định.</p> <p>Để được nhận quyền lợi bảo hiểm, cần thỏa tất cả các tiêu chuẩn sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Phẫu thuật cắt lọc diện rộng để điều trị; - Tổn thương phải ảnh hưởng đến diện rộng trên cơ thể (như toàn bộ cẳng tay, cẳng chân, toàn bộ thành bụng); - Có sự phá hủy lan rộng của cơ và mô mềm gây ra tình trạng mất chức năng toàn bộ và vĩnh viễn của vùng bị tổn thương; - Người bệnh phải nằm ở phòng hồi sức tích cực của bệnh viện ít nhất ba (3) ngày liên tục trong giai đoạn cấp của tổn thương; - Cây vi trùng có bằng chứng rõ ràng về nguồn gốc vi khuẩn của bệnh. <p>Trường hợp viên cân mạc hoại tử có kèm nhiễm HIV thì bị loại trừ.</p>
<p>Hội chứng Reye</p>		<p>36. Hội chứng Reye</p> <p>Hội chứng Reye được đặc trưng bởi bệnh não không viêm cấp tính nghiêm trọng và suy gan cấp tính.</p>

		<p>Chẩn đoán phải do các bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác định.</p> <p>Để được nhận quyền lợi bảo hiểm, cần thỏa tất cả các tiêu chuẩn sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bệnh não cấp tính không do viêm với mức độ thay đổi nhận thức giai đoạn 3 theo Lovejoy (mất ý thức, hôn mê, gồng cứng mất vỏ và không đáp ứng với kích thích có hại) hoặc nặng hơn; - Xét nghiệm dịch não tủy loại trừ viêm não; - Rối loạn chức năng gan cấp với sinh thiết gan thể hiện sự biến đổi chất béo nặng điển hình cho hội chứng Reye; - Đã loại trừ các bệnh liên quan đến phù não cấp và bất thường gan.
<p>Viêm đường mật xơ cứng nguyên phát mạn tính</p>		<p>37. Viêm đường mật xơ cứng nguyên phát mạn tính</p> <p>Chẩn đoán phải được xác nhận bằng hình ảnh chụp đường mật cho thấy sự tiêu hủy các ống dẫn mật.</p> <p>Chẩn đoán phải được bác sĩ tiêu hóa xác định và tình trạng bệnh phải tiến triển tới mức vàng da kéo dài.</p> <p>Quyền lợi bảo hiểm chỉ được chi trả khi bệnh cần phải điều trị ức chế miễn dịch, điều trị thuốc cho chứng ngứa dai dẳng hoặc cần phải nong</p>

		<p>đường mật bằng bóng hoặc đặt stent đường mật.</p> <p>Loại trừ xơ đường mật hay tắc nghẽn mật do di chứng của phẫu thuật đường mật, sỏi mật, nhiễm trùng, viêm ruột hoặc do lắng đọng thứ phát khác.</p>
Suy tuyến thượng thận mãn tính nguyên phát/ Bệnh Addison		<p>38. Suy tuyến thượng thận mãn tính nguyên phát/ Bệnh Addison</p> <p>Rối loạn tự miễn gây phá hủy từ từ tuyến thượng thận dẫn đến phải điều trị thay thế mineral corticoid và glucocorticoid kéo dài.</p> <p>Chẩn đoán suy tuyến thượng thận mãn tính (bệnh Addison) phải do bác sĩ nội tiết xác định cũng như sự đồng ý của bác sĩ do Công ty chỉ định và phải có kết quả nghiệm pháp kích thích bằng ACTH hỗ trợ.</p> <p>Chỉ suy tuyến thượng thận mạn tính do rối loạn tự miễn gây ra được hưởng quyền lợi bảo hiểm. Loại trừ suy tuyến thượng thận do các nguyên nhân khác.</p>
Viêm tụy tái phát mạn tính		<p>39. Viêm tụy tái phát mạn tính</p> <p>Được chẩn đoán bởi bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa và có đủ tất cả các đặc điểm sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - viêm tụy cấp tái phát trong một thời gian ít nhất hai (2)

		<p>năm;</p> <ul style="list-style-type: none"> - có bằng chứng bằng hình ảnh về sự tích tụ vôi trong tủy; và - suy giảm chức năng tủy mạn tính gây ra kém hấp thu chất béo ở ruột non (lượng mỡ cao trong phân) và tiêu đường qua kết quả xét nghiệm máu và phân <p>Loại trừ bệnh gây ra do rượu.</p>
<p>Xơ cứng rải rác</p>		<p>40. Xơ cứng rải rác</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 một giai đoạn liên tục ít nhất trong sáu (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. <p>Loại trừ các nguyên nhân tổn thương</p>

		thần kinh khác như Lupus đỏ hệ thống (SLE) và HIV.
Bệnh loạn dưỡng cơ		<p>41. Bệnh loạn dưỡng cơ</p> <p>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 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.</p>
Bệnh Alzheimer/ Sa sút trí tuệ trầm trọng		<p>42. Bệnh Alzheimer/ Sa sút trí tuệ trầm trọng</p> <p>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 bác sĩ chuyên khoa và bác sĩ do Công ty chỉ định.</p> <p>Các tình huống sau đây bị loại trừ:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - 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.
<p>Bệnh tế bào thần kinh vận động</p>		<p>43. Bệnh tế bào thần kinh vận động</p> <p>Bệnh thần kinh vận động được đặc trưng bởi sự thoái hóa tiên 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 tiên 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 tiên triển và dẫn đến suy giảm thần kinh chức năng kéo dài.</p>
<p>Viêm não</p>		<p>44. Viêm não</p> <p>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</p>

		<p>năng kéo dài phải được ghi nhận trong thời gian từ sáu (6) tuần trở lên.</p> <p>Loại trừ viêm não do HIV.</p>
Bệnh bại liệt		<p>45. Bệnh bại liệt</p> <p>Bệnh bại liệt phải được bác sĩ chuyên khoa thần kinh chẩn đoán rõ ràng với các điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Xác định được nguyên nhân là virus bại liệt (Poliovirus), - Biểu hiện liệt cơ chi hoặc cơ hô hấp kéo dài từ ba (3) tháng trở lên.
Viêm màng não do vi khuẩn		<p>46. Viêm màng não do vi khuẩn</p> <p>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 sáu (6) tuần trở lên. Chẩn đoán xác định dựa vào:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sự hiện diện vi khuẩn trong dịch não tủy nhờ chọc dò tủy sống; và - Do bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác định. <p>Loại trừ viêm màng não do vi khuẩn trong bệnh cảnh nhiễm HIV.</p>
Mất khả năng sống tự lập		<p>47. Mất khả năng sống tự lập</p> <p>Là hậu quả của một bệnh, chấn thương mà Người được bảo hiểm</p>

		<p>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.</p> <p>Tình trạng này phải được bác sĩ do công ty chỉ định xác nhận.</p> <p>Loại trừ các bệnh lý không phải do thực thể như bệnh loạn thần kinh và các bệnh tâm thần.</p>
Hội chứng Apallic		<p>48. Hội chứng Apallic</p> <p>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 và có chuyên khoa sâu. Tình trạng bệnh lý này phải được ghi nhận trong hồ sơ y tế từ một tháng trở lên.</p>
Phẫu thuật não		<p>49. Phẫu thuật não</p> <p>Phẫu thuật não có gây mê toàn thân có mở hộp sọ.</p> <p>Loại trừ các trường hợp sau:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
Bệnh bò điên (Creutzfeldt-Jacob Disease)		<p>50. Creutzfeldt-Jacob Disease (bệnh bò điên)</p> <p>Là bệnh về thần kinh, bệnh não xốp có thể gây tử vong kèm theo các dấu hiệu và triệu chứng của:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Co thắt cơ không kiểm soát được hoặc run; - Chứng mất trí tiến triển nặng; - Rối loạn chức năng tiêu não; và - Athetosis. <p>Việc chẩn đoán phải được thực hiện bởi một chuyên gia thần kinh học; và phải căn cứ vào kết quả điện não đồ (EEG) và dịch não tủy (CSF), cũng như chụp cắt lớp (CT) và chụp cộng hưởng từ (MRI).</p>
<p>Bệnh nhược cơ (Myasthenia Gravis)</p>		<p>51. Bệnh nhược cơ (Myasthenia Gravis)</p> <p>Là rối loạn tự miễn đặc trưng bởi yếu các cơ tự ý mãn tính, được xác nhận bởi bác sĩ chuyên khoa thần kinh và được chứng minh bằng xét nghiệm Tensilon và điện cơ đồ (EMG).</p> <p>Phải có chẩn đoán của bác sĩ chuyên khoa và bệnh án thể hiện bệnh toàn thể và dù được điều trị tích cực bằng phẫu thuật hoặc bằng thuốc thì Người được bảo hiểm vẫn không thể thực hiện 3 trong 6 động tác sinh hoạt hàng ngày (có hoặc không có hỗ trợ) trong thời gian ít nhất là 6 tháng. Loại trừ bệnh nhược cơ do bệnh tuyến giáp và bệnh nhược cơ mắt.</p>
<p>Câm</p>		<p>52. Câm</p>

		<p>Mất khả năng nói hoàn toàn và không có khả năng hồi phục do 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.</p> <p>Loại trừ tất cả các nguyên nhân liên quan đến tâm thần.</p>
<p>Bệnh bạch hầu</p>		<p>53. Bệnh bạch hầu</p> <p>Bạch hầu được định nghĩa là một bệnh cấp tính do độc tố trung gian của <i>Corynebacterium diphtheriae</i> gây ra.</p> <p>Chẩn đoán này phải có xác nhận của bác sĩ.</p> <p>Quyền lợi bảo hiểm chỉ được chi trả khi thỏa tất cả các tiêu chí sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bệnh đường hô hấp trên có biểu hiện sốt cao, hình thành giả mạc (ở hầu họng, a-mi-đan và thanh quản) và hạch cổ; • Phải thở máy; • Cây vi khuẩn họng, mẫu màng giả xác định được <i>Corynebacterium diphtheriae</i>; • Được chỉ định kháng độc tố; • Kết quả xét nghiệm chứng tỏ có độc tố bạch hầu.

ĐỊNH NGHĨA 6 ĐỘNG TÁC SINH HOẠT HÀNG NGÀY

- (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 giả, 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 tiêu để giữ vệ sinh thân thể;
- (6). Ăn: khả năng tự ăn thức ăn đã được chế biến sẵn.