

Điều khoản Sản phẩm Bảo hiểm Cá nhân Linh hoạt Không chia lãi

(Được phê chuẩn theo Công Văn số 12030/BTC-QLBH ngày 29 tháng 8 năm 2016 của Bộ Tài Chính)

Chương 1: Những quy định chung

Điều 1: Định nghĩa

- 1.1 Công Ty:** là Công Ty Trách Nhiệm Hữu Hạn Manulife (Việt Nam), công ty bảo hiểm nhân thọ được Bộ Tài Chính cấp phép thành lập và hoạt động theo pháp luật Việt Nam.
- 1.2 Bên Mua Bảo Hiểm:** là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam, hoặc cá nhân từ đủ mười tám (18) Tuổi trở lên, đang sinh sống tại Việt Nam và có năng lực hành vi dân sự đầy đủ; là người kê khai, ký tên trên đơn yêu cầu bảo hiểm, thực hiện các quyền và nghĩa vụ quy định trong Hợp Đồng và được ghi nhận là Bên Mua Bảo Hiểm trong Trang Hợp Đồng hoặc (các) Xác Nhận Thay Đổi Hợp Đồng (nếu có).
- 1.3 Người Được Bảo Hiểm:** là cá nhân mà tính mạng và/hoặc sức khỏe của cá nhân đó là đối tượng được Công Ty chấp nhận bảo hiểm, và được ghi nhận trong Trang Hợp Đồng là Người Được Bảo Hiểm tương ứng với sản phẩm bảo hiểm chính hoặc tương ứng với Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ (nếu có). Vào thời điểm yêu cầu bảo hiểm, trừ trường hợp được quy định khác đi tại các Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ cụ thể, Người Được Bảo Hiểm phải:
- còn sống và có mối quan hệ được bảo hiểm với Bên Mua Bảo Hiểm,
 - đang hiện diện tại Việt Nam, và
 - trong độ Tuổi:
 - từ một (01) tháng Tuổi đến bảy mươi lăm (75) Tuổi đối với Sản Phẩm Bảo Hiểm Chính, hoặc
 - từ một (01) tháng Tuổi đến sáu mươi lăm (65) Tuổi đối với các Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ.
- 1.4 Người Thu Hưởng:** là (các) cá nhân, hoặc tổ chức được Bên Mua Bảo Hiểm chỉ định để nhận quyền lợi bảo hiểm.
- 1.5 Số Tiền Bảo Hiểm:** là mệnh giá của sản phẩm bảo hiểm chính hoặc các Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ (nếu có) do Công Ty chấp nhận bảo hiểm và được thể hiện cụ thể trong đơn yêu cầu bảo hiểm, Trang Hợp Đồng hoặc (các) Xác Nhận Thay Đổi Hợp Đồng (nếu có).
- 1.6 Tuổi:** là tuổi của Người Được Bảo Hiểm tính theo ngày sinh nhật vừa qua trước: (i) Ngày Hiệu Lực Hợp Đồng, hoặc (ii) Ngày hiệu lực của từng Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ liên quan (nếu được thêm vào sau Ngày Hiệu Lực Hợp Đồng), hoặc (iii) Ngày Kỷ Niệm Hợp Đồng trong các Năm Hợp Đồng tiếp theo. Tuổi được dùng làm cơ sở để tính quyền lợi bảo hiểm và áp dụng các quy định theo Hợp Đồng này và các Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ liên quan.
- 1.7 Ngày / Tháng / Năm**

- 1.7.1 Ngày Cấp Hợp Đồng:** là ngày Hợp Đồng được Công Ty chấp thuận và phát hành theo hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hợp lệ của Bên Mua Bảo Hiểm. Ngày Cấp Hợp Đồng được ghi nhận tại Trang Hợp Đồng hoặc Xác Nhận Thay Đổi Hợp Đồng (nếu có).
- 1.7.2 Ngày Hiệu Lực Hợp Đồng:** là ngày Hợp Đồng bắt đầu có hiệu lực và được ghi nhận tại Trang Hợp Đồng.
- 1.7.3 Ngày Kỷ Niệm Hợp Đồng:** là ngày kỷ niệm tương ứng (hoặc ngày liền trước nếu năm đó không có ngày trùng lặp) hàng năm của Ngày Hiệu Lực Hợp Đồng trong suốt Thời Hạn Hợp Đồng. Ngày Kỷ Niệm Hợp Đồng có cùng ngày và tháng với Ngày Hiệu Lực Hợp Đồng.
- 1.7.4 Năm Hợp Đồng:** là khoảng thời gian một năm dương lịch kể từ Ngày Hiệu Lực Hợp Đồng cho đến Ngày Kỷ Niệm Hợp Đồng gần nhất liền sau đó hay bất kỳ khoảng thời gian một năm dương lịch nào tiếp theo tính từ một Ngày Kỷ Niệm Hợp Đồng đến Ngày Kỷ Niệm Hợp Đồng tiếp sau.
- 1.7.5 Ngày Đáo Hạn Hợp Đồng:** là ngày cuối cùng của Thời Hạn Hợp Đồng và được ghi nhận tại Trang Hợp Đồng nếu Hợp Đồng còn hiệu lực đến thời điểm đó.
- 1.7.6 Ngày Đến Hạn Đóng Phí:** là ngày mà phí bảo hiểm định kỳ theo thỏa thuận tại Hợp Đồng hoặc Xác Nhận Thay Đổi Hợp Đồng (nếu có) phải được đóng để tiếp tục duy trì hiệu lực của Hợp Đồng.
- 1.8 Xác Nhận Thay Đổi Hợp Đồng:** là văn bản do Công Ty phát hành nhằm mục đích xác nhận các thay đổi liên quan đến Hợp Đồng.
- 1.9 Trang Hợp Đồng:** là một phần không tách rời của Hợp Đồng thể hiện một số chi tiết cụ thể của Hợp Đồng.
- 1.10 Nợ:** là bất kỳ khoản phí bảo hiểm hoặc khoản tiền nào mà Bên Mua Bảo Hiểm cần phải đóng để duy trì hiệu lực Hợp Đồng hoặc phải thanh toán cho Công Ty theo các điều khoản và điều kiện của Hợp Đồng. Công Ty sẽ khấu trừ khoản Nợ trước khi thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào hoặc chấm dứt Hợp Đồng này.
- 1.11 Phí Bảo Hiểm:** là khoản tiền mà Bên Mua Bảo Hiểm phải đóng để duy trì hiệu lực Hợp Đồng và (các) Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ (nếu có) theo các điều khoản và điều kiện của Hợp Đồng. Phí Bảo Hiểm được thể hiện trong Trang Hợp Đồng hay Xác Nhận Thay Đổi Hợp Đồng (nếu có).
- 1.12 Hành Vi Phạm Tội:** là các hành vi của Bên Mua Bảo Hiểm, Người Được Bảo Hiểm, hoặc Người Thụ Hưởng gây ra nguy hiểm cho chính mình hoặc cho xã hội theo quy định tại Bộ luật hình sự của nước Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam và đã có phán quyết của tòa án có thẩm quyền về việc hành vi đó đã vi phạm pháp luật hình sự.
- 1.13 Thời Hạn Hợp Đồng:** là khoảng thời gian tính từ Ngày Hiệu Lực Hợp Đồng đến Ngày Đáo Hạn Hợp Đồng và được ghi nhận tại Trang Hợp Đồng. Các Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ (nếu có) sẽ có cùng thời hạn với Thời Hạn Hợp Đồng, trừ khi được quy định khác đi tại từng điều khoản của (các) Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ tương ứng.
- 1.14 Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ:** là các quyền lợi bảo hiểm được cung cấp thêm đính kèm với quyền lợi của sản phẩm bảo hiểm chính. Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ được ghi rõ trong Trang Hợp Đồng hay (các) Xác Nhận Thay Đổi Hợp Đồng (nếu có).
- 1.15 Tai Nạn:** nghĩa 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 của Người Được Bảo Hiểm và gây ra thương tật hoặc tử vong cho 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 thương tật hoặc tử vong cho Người Được Bảo Hiểm trong vòng (90) ngày kể từ ngày xảy ra Tai Nạn.

Điều 2: Hợp đồng Bảo hiểm

- 2.1** Hợp đồng bảo hiểm là thỏa thuận bằng văn bản giữa Bên Mua Bảo Hiểm và Công Ty, trong đó ghi nhận quyền và nghĩa vụ của các bên trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm ("Hợp Đồng"). Hợp Đồng bao gồm các tài liệu sau:

- a. Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm;
- b. Đơn yêu cầu bảo hiểm;
- c. Trang Hợp Đồng;
- d. Quy tắc, điều khoản sản phẩm bảo hiểm chính, Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ (nếu có) đã được Bộ Tài chính phê chuẩn;
- e. (Các) Xác Nhận Thay Đổi Hợp Đồng;
- f. Các văn bản sửa đổi, bổ sung Hợp Đồng (nếu có).

2.2 Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm là các văn bản yêu cầu bảo hiểm theo mẫu của Công Ty, trong đó ghi các nội dung đề nghị tham gia bảo hiểm và thông tin do người đề nghị tham gia bảo hiểm cung cấp để Công Ty đánh giá rủi ro, làm căn cứ chấp nhận bảo hiểm hoặc từ chối bảo hiểm. Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm do Bên Mua Bảo Hiểm, Người Được Bảo Hiểm và các bên khác liên quan đến việc yêu cầu bảo hiểm của Bên Mua Bảo Hiểm kê khai, ký tên và cung cấp cho Công Ty.

2.3 Công Ty sẽ không bảo hiểm cho Người Được Bảo Hiểm và Hợp Đồng sẽ không có hiệu lực từ thời điểm giao kết nếu:

- a. không nhận được sự đồng ý bằng văn bản của chính Người Được Bảo Hiểm, hoặc nếu Người Được Bảo Hiểm là người chưa thành niên phải có sự đồng ý bằng văn bản của cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của Người Được Bảo Hiểm về việc cấp bảo hiểm cho Người Được Bảo Hiểm. Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm có chữ ký của Người Được Bảo Hiểm hoặc của cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của Người Được Bảo Hiểm chưa thành niên sẽ được coi là sự đồng ý bằng văn bản;
- b. Bên Mua Bảo Hiểm và Người Được Bảo Hiểm không có quan hệ bảo hiểm theo quy định của pháp luật về kinh doanh bảo hiểm.

Trong các trường hợp này, Công Ty sẽ không có nghĩa vụ thanh toán bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào theo Hợp Đồng và chỉ hoàn lại các khoản phí bảo hiểm mà Bên Mua Bảo Hiểm thực tế đã nộp, không có lãi, sau khi đã khấu trừ: (i) các khoản quyền lợi bảo hiểm đã được thanh toán và Nợ (nếu có), (ii) các khoản chi phí khám, xét nghiệm y khoa, và các khoản chi phí khác mà Công Ty đã phải chi trả liên quan đến Hợp Đồng. Công Ty sẽ không yêu cầu Bên Mua Bảo Hiểm hoàn trả bất kỳ khoản thanh toán nào nếu các khoản phí bảo hiểm đã nộp nhỏ hơn các khoản khấu trừ nêu trên.

Điều 3: Nghĩa vụ cung cấp và bảo mật thông tin của Công Ty

Khi giao kết Hợp Đồng, Công Ty có trách nhiệm tự mình hoặc thông qua các bên trung gian cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến Hợp Đồng, giải thích đầy đủ các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Bên Mua Bảo Hiểm. Trong trường hợp Công Ty cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp Đồng thì Bên Mua Bảo Hiểm có quyền đơn phương chấm dứt Hợp Đồng và yêu cầu Công Ty hoàn trả toàn bộ số phí đã đóng. Công Ty có trách nhiệm giữ bí mật về thông tin do Bên Mua Bảo Hiểm cung cấp theo quy định của pháp luật.

Điều 4: Nghĩa vụ kê khai trung thực của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm

4.1 Bên Mua Bảo Hiểm và Người Được Bảo Hiểm có nghĩa vụ phải kê khai trung thực và cung cấp đầy đủ các thông tin theo yêu cầu của Công Ty để Công Ty đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm hoặc chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Hợp Đồng hoặc các Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ (nếu có). Việc Công Ty có hoặc không có yêu cầu kiểm tra y tế sẽ không có tác dụng hoặc được diễn giải để giải trừ nghĩa vụ kê khai trung thực của Bên Mua Bảo Hiểm và Người Được Bảo Hiểm.

4.2 Công Ty sẽ không có nghĩa vụ chi trả bất cứ quyền lợi bảo hiểm nào theo Hợp Đồng hoặc bất kỳ Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ liên quan nào và Công Ty có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp Đồng hoặc Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ liên quan và thu phí bảo hiểm đến thời điểm đình chỉ nếu Bên Mua Bảo Hiểm và/hoặc Người Được Bảo Hiểm cố ý kê khai không trung thực các thông tin cần thiết theo yêu cầu của Công Ty hoặc cung cấp thông tin sai sự thật hoặc cung cấp thông tin không đầy đủ, mà theo đó, nếu với thông tin chính xác và đầy đủ, Công Ty sẽ không chấp nhận bảo hiểm. Tại thời điểm Công Ty phát hiện hành vi gian dối (nếu có), bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào đã được chấp thuận nhưng chưa được chi trả thì các quyền lợi bảo hiểm đó đều ngay lập tức bị hủy bỏ, mất hiệu lực và Công Ty sẽ không có nghĩa vụ tiếp tục chi trả. Trong trường hợp Công Ty đã chi trả một hoặc một số quyền lợi bảo hiểm theo quy định của Hợp Đồng, Công Ty sẽ không yêu cầu hoàn trả các quyền lợi đã được chi trả đó.

4.3 Trong trường hợp Bên Mua Bảo Hiểm và/hoặc Người Được Bảo Hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai thông tin tại Điều này nhưng việc vi phạm này không làm ảnh hưởng tới quyết định chấp thuận bảo hiểm hoặc quyết định khôi phục hiệu lực Hợp Đồng theo quy định của Công Ty tại từng thời điểm, Công Ty vẫn sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu có sự kiện bảo hiểm xảy ra theo quy tắc và điều khoản của Hợp Đồng này.

4.4 Trong trường hợp Hợp Đồng tiếp tục duy trì hiệu lực, Công Ty và Bên Mua Bảo Hiểm có thể thỏa thuận về việc thu thêm khoản phí bảo hiểm hoặc điều chỉnh Số Tiền Bảo Hiểm giảm tương ứng với mức rủi ro (nếu có).

Điều 5: Trường hợp kê khai sai tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm

5.1 Trong trường hợp kê khai sai tuổi và/hoặc giới tính của Người Được Bảo Hiểm mà Tuổi đúng vẫn nằm trong nhóm tuổi được bảo hiểm, Số Tiền Bảo Hiểm hoặc Phí Bảo Hiểm sẽ được điều chỉnh lại theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, cụ thể như sau:

- a.** Nếu Phí Bảo Hiểm đã đóng thấp hơn Phí Bảo Hiểm tính theo Tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công Ty sẽ (i) điều chỉnh giảm Số Tiền Bảo Hiểm phù hợp với khoản phí bảo hiểm đã đóng. Bên Mua Bảo Hiểm tiếp tục đóng phí bảo hiểm theo mức phí bảo hiểm cũ hoặc (ii) yêu cầu Bên Mua Bảo Hiểm đóng phí bảo hiểm bổ sung tương ứng với Số Tiền Bảo Hiểm đã thỏa thuận trong Hợp Đồng.
- b.** Nếu Phí Bảo Hiểm đã đóng cao hơn Phí Bảo Hiểm tính theo Tuổi và/hoặc giới tính đúng, Công Ty sẽ (i) hoàn lại phần phí bảo hiểm đóng thừa, không có lãi hoặc (ii) tăng Số Tiền Bảo Hiểm đã thỏa thuận trong Hợp Đồng tương ứng với số phí bảo hiểm đã đóng.

5.2 Trong trường hợp kê khai sai Tuổi và Tuổi thực của Người Được Bảo Hiểm không nằm trong nhóm tuổi được bảo hiểm theo quy định tương ứng tại Điều 1.3 hoặc các quy định của các Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ (nếu có), Công Ty sẽ không có nghĩa vụ chi trả quyền lợi bảo hiểm và có quyền hủy bỏ Hợp Đồng hoặc (các) Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ (nếu có) và chỉ hoàn trả lại phí bảo hiểm mà Bên Mua Bảo Hiểm đã thực đóng, không có lãi, trừ đi: (i) các chi phí phát sinh hợp lý của Công Ty (nếu có), (ii) các quyền lợi bảo hiểm đã thanh

toán, (iii) các khoản Nợ (nếu có). Công Ty sẽ không yêu cầu Bên Mua Bảo Hiểm hoàn trả bất kỳ khoản thanh toán nào nếu các khoản phí bảo hiểm đã đóng nhỏ hơn các khoản khấu trừ nêu trên.

Điều 6: Tiền tệ và nơi thanh toán

Tất cả các khoản tiền phải đóng cho Công Ty hoặc do Công Ty trả theo quy định tại Hợp Đồng sẽ được thanh toán bằng đồng Việt Nam. Tất cả các khoản tiền do Công Ty chi trả sẽ chỉ được chi trả trong phạm vi lãnh thổ của nước Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam.

Điều 7: Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm và Người thụ hưởng

Trong phạm vi của Điều 7 này, khi đề cập đến Người Được Bảo Hiểm có nghĩa là Người Được Bảo Hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính.

7.1 Bên Mua Bảo Hiểm

- a.** Bên Mua Bảo Hiểm sẽ thực hiện mọi quyền và nghĩa vụ của mình được quy định trong Hợp Đồng hoặc do Công Ty quy định trong thời gian Hợp Đồng còn hiệu lực.
- b.** Trong thời gian Hợp Đồng còn hiệu lực, trường hợp Bên Mua Bảo Hiểm là cá nhân bị tử vong:
 - (i) Nếu Người Được Bảo Hiểm dưới 18 Tuổi thì người giám hộ hợp pháp của Người Được Bảo Hiểm sẽ trở thành Bên Mua Bảo Hiểm mới nếu đáp ứng các điều kiện được quy định tại Hợp Đồng này. Sau khi được sự chấp thuận của Công Ty, Bên Mua Bảo Hiểm mới sẽ tiếp nhận tất cả các quyền và nghĩa vụ phát sinh từ Hợp Đồng.
 - (ii) Nếu Người Được Bảo Hiểm từ đủ 18 Tuổi trở lên và hội đủ các điều kiện của Bên Mua Bảo Hiểm theo quy định trong Hợp Đồng này và các quy định của pháp luật, thì Người Được Bảo Hiểm sẽ trở thành Bên Mua Bảo Hiểm mới của Hợp Đồng. Sau khi được sự chấp thuận của Công Ty, Bên Mua Bảo Hiểm mới sẽ tiếp nhận tất cả các quyền và nghĩa vụ phát sinh từ Hợp Đồng.

- c. Trong thời gian Hợp Đồng còn hiệu lực, trường hợp Bên Mua Bảo Hiểm là tổ chức chấm dứt hoạt động (giải thể, phá sản và các trường hợp chấm dứt hoạt động khác theo quy định của pháp luật) và Người Được Bảo Hiểm từ đủ 18 Tuổi trở lên, nếu Người Được Bảo Hiểm hội đủ các điều kiện của Bên Mua Bảo Hiểm theo quy định trong Hợp Đồng này và các quy định của pháp luật, thì sẽ trở thành Bên Mua Bảo Hiểm mới của Hợp Đồng. Sau khi được sự chấp thuận của Công Ty, Bên Mua Bảo Hiểm mới sẽ tiếp nhận tất cả các quyền và nghĩa vụ phát sinh từ Hợp Đồng. Trong trường hợp Người Được Bảo Hiểm chưa đủ 18 Tuổi, người giám hộ của Người Được Bảo Hiểm sẽ trở thành Bên Mua Bảo Hiểm mới nếu đáp ứng các điều kiện được quy định tại Hợp Đồng này.
- d. Công Ty sẽ không chịu trách nhiệm về tính hiệu lực và tranh chấp về việc chỉ định Bên Mua Bảo Hiểm mới.

7.2 Người Thụ Hưởng

- a. Người Thụ Hưởng được Bên Mua Bảo Hiểm chỉ định trong đơn yêu cầu bảo hiểm hoặc được thay đổi và chấp thuận bởi Công Ty trong (các) Xác Nhận Thay Đổi Hợp Đồng. Người Thụ Hưởng được hưởng quyền lợi bảo hiểm tử vong, nếu được Công Ty đồng ý chi trả. Tất cả các quyền lợi khác của Hợp Đồng trong thời gian Người Được Bảo Hiểm còn sống sẽ được thanh toán cho Bên Mua Bảo Hiểm hoặc theo thỏa thuận khác giữa Công Ty và Bên Mua Bảo Hiểm.
- b. Nếu không có Người Thụ Hưởng nào được chỉ định hoặc tất cả Người Thụ Hưởng đều đã tử vong/chấm dứt hoạt động trước khi Người Được Bảo Hiểm tử vong, quyền lợi bảo hiểm tử vong sẽ được chi trả cho: (i) Bên Mua Bảo Hiểm hoặc (ii) người thừa kế hợp pháp của Bên Mua Bảo Hiểm nếu Bên Mua Bảo Hiểm đã tử vong tại thời điểm chi trả.
- c. Nếu có từ hai Người Thụ Hưởng trở lên thì quyền lợi bảo hiểm tử vong sẽ được chia đều cho tất cả mọi Người Thụ Hưởng còn sống, trừ khi có quy định khác trong Hợp Đồng hoặc trong văn bản chỉ định Người Thụ Hưởng đang có hiệu lực áp dụng. Nếu có bất kỳ Người Thụ Hưởng nào đã tử vong/chấm dứt hoạt động trước khi Người Được Bảo Hiểm tử vong, phần quyền lợi bảo hiểm của

Người Thụ Hưởng đó sẽ được chia đều cho những Người Thụ Hưởng còn lại, trừ khi có quy định khác đi trong Hợp Đồng hoặc trong văn bản chỉ định Người Thụ Hưởng đang có hiệu lực áp dụng.

- d. Trong thời gian Người Được Bảo Hiểm còn sống, Bên Mua Bảo Hiểm có thể thay đổi Người Thụ Hưởng bằng văn bản với sự chấp thuận của Công Ty mà không cần có sự đồng ý trước của bất kỳ Người Thụ Hưởng nào.
- e. Bất kể đã có các quy định khác tại Hợp Đồng này và trừ trường hợp Công Ty chấp thuận bằng văn bản khác, trong trường hợp Bên Mua Bảo Hiểm là tổ chức:
 - (i) Quyền lợi bảo hiểm tử vong sẽ được chi trả cho Người Thụ Hưởng. Tất cả các quyền lợi bảo hiểm còn lại khác được quy định tại Hợp Đồng này sẽ được chi trả cho Người Được Bảo Hiểm;
 - (ii) Nếu không có Người Thụ Hưởng nào được chỉ định hợp lệ, quyền lợi bảo hiểm tử vong sẽ được chi trả cho người thừa kế của Người Được Bảo Hiểm; và
 - (iii) Trong mọi trường hợp, việc thay đổi Người Thụ Hưởng phải được Người Được Bảo Hiểm đồng ý
- f. Công Ty không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp cũng như tranh chấp (nếu có) của Bên Mua Bảo Hiểm hoặc những người liên quan đến việc chỉ định thay đổi Người Thụ Hưởng.

Điều 8: Các thay đổi liên quan đến Hợp đồng

- 8.1 Nếu Bên Mua Bảo Hiểm và/hoặc Người Được Bảo Hiểm thay đổi nơi cư trú, địa chỉ liên hệ, nghề nghiệp, tính chất công việc hoặc tham gia các hoạt động thể thao có tính chất nguy hiểm; họ tên, hoặc chứng minh nhân dân, Bên Mua Bảo Hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công Ty chậm nhất là ba mươi (30) ngày kể từ ngày thay đổi. Nếu Bên Mua Bảo Hiểm/Người Được Bảo Hiểm ra khỏi phạm vi lãnh thổ Việt Nam, Bên Mua Bảo Hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Công Ty tối thiểu ba mươi (30) ngày trước ngày Bên Mua Bảo Hiểm/Người Được Bảo Hiểm xuất cảnh.

8.2 Trong trường hợp Bên Mua Bảo Hiểm và/hoặc Người Được Bảo Hiểm có thay đổi (có hay không có thông báo) về nơi cư trú, việc di chuyển ra nước ngoài, nghề nghiệp, tính chất công việc hoặc tham gia các hoạt động thể thao có tính chất nguy hiểm làm thay đổi mức độ rủi ro chấp thuận bảo hiểm, Công Ty có thể thẩm định lại rủi ro có thể được bảo hiểm để: (i) điều chỉnh lại phí bảo hiểm và yêu cầu Bên Mua Bảo Hiểm thanh toán khoản chênh lệch cho thời gian còn lại của Hợp Đồng và/hoặc (ii) loại trừ trách nhiệm bảo hiểm và/hoặc (iii) giảm quyền lợi bảo hiểm; hoặc (iv) Công Ty có quyền đơn phương chấm dứt Hợp Đồng và thu phí bảo hiểm đến thời điểm chấm dứt và thông báo ngay cho Bên Mua Bảo Hiểm về việc chấm dứt này.

8.3 Trong thời gian Hợp Đồng còn hiệu lực, Bên Mua Bảo Hiểm chỉ có thể yêu cầu thay đổi các chi tiết của Hợp Đồng phù hợp với các quy định của Hợp Đồng này và Công Ty. Các thay đổi sẽ chỉ có hiệu lực sau khi được Công Ty chấp thuận bằng văn bản hoặc ban hành (các) Xác Nhận Thay Đổi Hợp Đồng.

8.4 Chuyển nhượng:

a. Bên Mua Bảo Hiểm có thể chuyển nhượng toàn bộ Hợp Đồng trong khi Hợp Đồng vẫn đang có hiệu lực và Người Được Bảo Hiểm còn sống. nếu việc chuyển nhượng này phải phù hợp với các quy định của Luật Kinh Doanh Bảo Hiểm, bên nhận chuyển nhượng phải đáp ứng yêu cầu về mối quan hệ có thể được bảo hiểm và đáp ứng các quy định của pháp luật liên quan tại thời điểm chuyển nhượng. Việc chuyển nhượng Hợp Đồng chỉ có hiệu lực khi Bên Mua Bảo Hiểm thông báo yêu cầu chuyển nhượng bằng văn bản và được Công Ty chấp thuận và xác nhận việc chuyển nhượng đó bằng văn bản với điều kiện Bên được chuyển nhượng thỏa mãn các yêu cầu của Điều khoản sản phẩm bảo hiểm chính và/hoặc Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ (nếu có) và các quy định pháp luật liên quan.

b. Sau khi chuyển nhượng, bên được chuyển nhượng sẽ tiếp nhận toàn bộ các quyền và nghĩa vụ của Bên Mua Bảo Hiểm theo quy định của Hợp Đồng. Tuy nhiên, Người Được Bảo Hiểm của Hợp Đồng sẽ không thay đổi.

c. Công Ty không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp của việc chuyển nhượng nào giữa Bên Mua Bảo Hiểm và bên được chuyển nhượng.

Chương 2: Quyền lợi Bảo hiểm

Điều 9: Quyền lợi Bảo hiểm Tử vong

Trong thời gian Hợp Đồng này còn hiệu lực, nếu Người Được Bảo Hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính bị tử vong, Công Ty sẽ xem xét thanh toán cho Người Thụ Hưởng Số Tiền Bảo Hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính được tính tại thời điểm Người Được Bảo Hiểm đó bị tử vong.

Điều 10: Các loại trừ đối với Sản phẩm Bảo hiểm Chính

Công Ty sẽ không thanh toán Quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính nếu sự kiện bảo hiểm có liên quan trực tiếp đến một trong các nguyên nhân sau:

- a. Tự tử hoặc có hành vi tự tử trong thời gian hai (02) năm kể từ Ngày Cấp Hợp Đồng cho dù Người Được Bảo Hiểm có bị mất trí hay không; hoặc
- b. Do Người Được Bảo Hiểm tự ý sử dụng, uống, hút hoặc hít bất kỳ loại thuốc kích thích, ma túy, các chất có cồn, chất gây nghiện, chất độc hoặc thuốc không theo chỉ định của bác sĩ; hoặc
- c. Do Hành Vi Phạm Tội của Người Thụ Hưởng, Người Được Bảo Hiểm hoặc Bên Mua Bảo Hiểm. Trong trường hợp Người Được Bảo Hiểm tử vong do hành vi cố ý hoặc Hành Vi Phạm Tội của một trong số những Người Thụ Hưởng được chỉ định, Công Ty sẽ xem xét để thanh toán quyền lợi bảo hiểm cho những Người Thụ Hưởng còn lại theo các quy định pháp luật có hiệu lực tại thời điểm chi trả; hoặc
- d. Liên quan đến Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) và tình trạng hoặc bệnh tật nào liên quan đến AIDS (ARC), hoặc nhiễm vi rút (virus) gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV).

Trong các trường hợp trên, Hợp Đồng sẽ chấm dứt hiệu lực và Công Ty sẽ chỉ hoàn lại số Phí Bảo Hiểm mà Bên Mua Bảo Hiểm đã thực đóng, không có lãi sau khi đã khấu trừ: (i) các khoản quyền lợi bảo hiểm đã được thanh toán và Nợ (nếu có), (ii) các

chi phí phát sinh hợp lý của Công Ty. Công Ty sẽ không yêu cầu Bên Mua Bảo Hiểm hoàn trả bất kỳ khoản thanh toán nào nếu các khoản Phí Bảo Hiểm đã đóng nhỏ hơn các khoản khấu trừ nêu trên.

Điều 11: Các loại trừ đối với các Sản phẩm Bảo hiểm Bổ trợ

Công Ty sẽ không thanh toán bất kỳ Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ nào là do nguyên nhân trực tiếp liên quan đến một trong các sự kiện sau:

- a. Tự tử hoặc có hành vi tự tử hoặc bất kỳ trường hợp tự ý gây ra tổn thương, cho dù Người Được Bảo Hiểm có bị mất trí hay không; hoặc
- b. Các Hành Vi Phạm Tội của Người Được Bảo Hiểm, Bên Mua Bảo Hiểm hoặc của Người Thụ Hưởng. Trong trường hợp sự kiện dẫn đến phát sinh việc chi trả quyền lợi của Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ là do hành vi cố ý hoặc Hành Vi Phạm Tội của một trong số những Người Thụ Hưởng được chỉ định, Công Ty sẽ xem xét để thanh toán quyền lợi bảo hiểm cho những Người Thụ Hưởng còn lại theo các quy định pháp luật có hiệu lực tại thời điểm chi trả; hoặc
- c. Do Người Được Bảo Hiểm tự ý sử dụng bất kỳ loại thuốc kích thích, ma túy, các chất có cồn, chất gây nghiện, chất độc hoặc thuốc không theo chỉ định của bác sĩ; hoặc
- d. Do chiến tranh hoặc hành động nào liên quan đến chiến tranh, dù là được tuyên bố hay không được tuyên bố, tham gia lực lượng vũ trang của bất kỳ nước nào đang có chiến tranh hay lực lượng dân phòng; hoặc
- e. Bạo loạn, ấu dâm, khởi nghĩa, bạo động dân sự, biểu tình, đình công hay khủng bố, cho dù Người Được Bảo Hiểm có thực sự tham gia hay không; hoặc
- f. Người Được Bảo Hiểm bị tai nạn khi di chuyển hoặc đi lại bằng máy bay, hoặc tham gia trên các phương tiện

vận chuyển hàng không, trừ khi Người Được Bảo Hiểm là hành khách có mua vé trên một chuyến bay thương mại; hoặc

- g.** Bất kỳ tổn thương nào của Người Được Bảo Hiểm khi vi phạm pháp luật hoặc cố tình cản trở hoặc chống lại việc truy bắt của người thi hành pháp luật hoặc do hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của các hành vi chạy xe quá tốc độ hoặc uống rượu bia vượt quá mức quy định khi tham gia giao thông theo luật giao thông hiện hành; hoặc
- h.** Tham gia các hoạt động thể thao chuyên nghiệp hoặc các hoạt động như nhảy dù, leo núi, săn bắn, đua xe, đua ngựa, lặn có bình khí nén hoặc các hoạt động có tính chất nguy hiểm tương tự.

Điều 12: Phí bảo hiểm và Gia hạn Đóng phí Bảo hiểm

- 12.1** Bên Mua Bảo Hiểm cần phải thanh toán phí bảo hiểm đến hạn theo đúng kỳ hạn được nêu cụ thể tại Trang Hợp Đồng hoặc (các) Xác Nhận Thay Đổi Hợp Đồng (nếu có).
- 12.2** Thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm là sáu mươi (60) ngày sẽ được bắt đầu kể từ Ngày Đến Hạn Đóng Phí. Trong thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm, Hợp Đồng vẫn có hiệu lực.
- 12.3** Vào ngày kết thúc thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm như nêu tại Điều 12.2, nếu Công Ty vẫn chưa nhận được bất kỳ khoản phí bảo hiểm nào được đóng cho Hợp Đồng, Hợp Đồng sẽ mất hiệu lực. Trong suốt thời hạn Hợp Đồng mất hiệu lực, không có bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào được chi trả.

Điều 13: Tái tục Hợp đồng

- 13.1** Tùy thuộc vào chấp thuận của Công Ty, Hợp Đồng này và (các) Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ có thể được xem xét tái tục hàng năm tại mỗi Ngày Kỳ Niệm Hợp Đồng. Mức phí bảo hiểm của Hợp Đồng và (các) Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ có thể được thay đổi tại mỗi thời điểm tái tục này và phải được Bên Mua Bảo Hiểm đóng đầy đủ. Nếu việc tái tục được Công Ty chấp thuận, thời hạn của mỗi lần tái tục là một (01) năm. Vào ngày hết hạn của mỗi lần tái tục, Bên Mua Bảo

- 13.2** Hiểm có quyền không tái tục Hợp Đồng và/hoặc (các) Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ. Công Ty cũng có quyền từ chối tái tục Hợp Đồng này, bằng cách gửi thông báo cho Bên Mua Bảo Hiểm trước thời điểm xem xét tái tục.

- 13.3** Những quy định đối với các quyền lợi bảo hiểm tại Hợp Đồng này và (các) Sản Phẩm Bảo Hiểm Bổ Trợ sẽ tiếp tục được áp dụng theo cùng các điều khoản và điều kiện trong thời gian tái tục.

Chương 3:

Thủ tục Giải quyết Quyền lợi Bảo hiểm

Giải quyết Mâu thuẫn và Tranh chấp

Chấm dứt Hợp đồng Bảo hiểm

Điều 14: Thủ tục Giải quyết Quyền lợi Bảo hiểm

14.1 Thời hạn và chứng từ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

- a. Thông báo về sự kiện bảo hiểm xảy ra và các bằng chứng, chứng từ liên quan phải được người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nộp cho Công Ty trong vòng mười hai (12) tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, nếu không Công Ty có quyền từ chối giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Công Ty sẽ chỉ xem xét và/hoặc có nghĩa vụ chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp việc chậm nộp các bằng chứng/chứng từ là do hậu quả của các sự kiện bất khả kháng theo quy định của pháp luật.
- b. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm bao gồm các chứng từ sau :
 - (i) Mẫu đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm và giấy ủy quyền do Công Ty cung cấp đã được điền hoàn chỉnh và chính xác; và
 - (ii) Giấy chứng tử (Bản sao có chứng thực sao y bản chính của các cơ quan có thẩm quyền); và
 - (iii) Bản sao bệnh án và các chứng từ y tế liên quan (nếu có); và
 - (iv) Hợp Đồng bản chính (hoặc bản sao y do Công Ty cung cấp); và
 - (v) Các giấy tờ bao gồm cả chứng minh nhân dân của Người Thụ Hưởng và/hoặc người được ủy quyền nhận quyền lợi bảo hiểm, văn bản và/hoặc chứng từ tùy trường hợp cụ thể và cần thiết theo yêu cầu của Công Ty.

14.2 Thời gian giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

- a. Công Ty sẽ xem xét và chi trả quyền lợi bảo hiểm (nếu được chấp thuận) chậm nhất là ba mươi (30) ngày kể từ ngày nhận được đầy đủ các chứng từ theo yêu cầu. Trong trường hợp từ chối chi trả, Công Ty sẽ có văn bản nêu rõ lý do từ chối.
- b. Nếu vì bất kỳ lý do gì mà quyền lợi bảo hiểm được Công Ty chấp nhận nhưng không được Công Ty chi trả trong thời gian quy định thì Công Ty sẽ trả lãi cho thời gian trả chậm. Mức lãi suất áp dụng cho khoản chi trả chậm này sẽ được Công Ty công bố tại từng thời điểm trên trang thông tin điện tử của Công Ty.

Điều 15: Giải quyết Mâu thuẫn và Tranh chấp

- 15.1** Hợp Đồng được điều chỉnh và giải thích theo pháp luật của nước Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam.
- 15.2** Nếu có bất kỳ tranh chấp nào không thể giải quyết thông qua thương lượng thì tranh chấp đó sẽ được đưa ra tòa án có thẩm quyền nơi Bên Mua Bảo Hiểm cư trú hợp pháp hoặc nơi Công Ty có trụ sở chính để phân xử.

Điều 16: Chấm dứt Hợp đồng Bảo hiểm

Hợp Đồng sẽ chấm dứt vào ngày có bất kỳ sự kiện nào dưới đây xảy ra:

- 16.1** Bên Mua Bảo Hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp Đồng; hoặc
- 16.2** Hợp Đồng mất hiệu lực; hoặc
- 16.3** Người Được Bảo Hiểm tử vong; hoặc
- 16.4** Hợp Đồng không được tái tục; hoặc
- 16.5** Các trường hợp khác như được quy định tại Hợp Đồng này.

Việc chấm dứt Hợp Đồng sẽ không làm ảnh hưởng đến bất kỳ khoản thanh toán quyền lợi bảo hiểm phát sinh trước thời điểm chấm dứt Hợp Đồng.

Điều khoản Sản phẩm Bảo hiểm Bồi trợ Trợ cấp Y tế

(Được đính kèm vào Sản Phẩm Bảo Hiểm Cá Nhân Linh Hoạt Không Chia Lãi
và được phê chuẩn theo Công Văn số 12030/BTC-QLBH ngày 29 tháng 8 năm 2016 của Bộ Tài Chính)

Trừ trường hợp được quy định một cách cụ thể và được giải thích riêng trong Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ tử vong và thương tật do tai nạn (“Sản Phẩm Bồi Trợ”) này, tất cả các thuật ngữ được sử dụng trong Sản Phẩm Bồi Trợ này sẽ mang cùng ý nghĩa với các thuật ngữ được sử dụng và định nghĩa trong Sản phẩm bảo hiểm cá nhân linh hoạt không chia lãi (“Hợp Đồng Bảo Hiểm”). Các điều khoản và điều kiện của Hợp Đồng Bảo Hiểm sẽ được áp dụng cho Sản Phẩm Bồi Trợ này. Trong trường hợp có sự mâu thuẫn giữa các điều khoản và điều kiện của Sản Phẩm Bồi Trợ và các điều khoản và điều kiện của Hợp Đồng Bảo Hiểm, các quy định của Sản Phẩm Bồi Trợ này sẽ được ưu tiên áp dụng.

Trong phạm vi của Sản Phẩm Bồi Trợ, khi đề cập đến Người Được Bảo Hiểm và Số Tiền Bảo Hiểm có nghĩa là Người Được Bảo Hiểm và Số Tiền Bảo Hiểm của riêng Sản Phẩm Bồi Trợ này.

Điều 1: Định nghĩa

1.1 Bệnh Viện: là (i) bệnh viện và có chữ “bệnh viện” trong tên gọi và trên con dấu chính thức hoặc (ii) (các) trung tâm y tế cấp quận/huyện trở lên, được thành lập hợp pháp và thực hiện điều trị theo phương pháp tây y để chăm sóc và điều trị cho những người bị bệnh hoặc bị thương, và có đủ các thiết bị chuyên môn để tiến hành việc chẩn đoán, có y tá chăm sóc 24/24 và có bác sĩ trực thường xuyên. Bệnh Viện đó phải được cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp giấy phép hoạt động hợp pháp.

Vì mục đích của Sản Phẩm Bồi Trợ này, các cơ sở sau đây không được xem là Bệnh Viện:

- a. Nhà an dưỡng, nhà dưỡng lão; và
- b. Nơi chữa trị dành cho những người nghiện rượu,

- nghiện ma túy hoặc người bị bệnh tâm thần; và
- c. Nơi điều trị bệnh phong; và
- d. Phòng khám, bao gồm cả phòng khám trực thuộc Bệnh Viện và/hoặc trực thuộc trung tâm y tế các cấp.

1.2 Bác Sĩ: là cá nhân đăng ký hành nghề bác sĩ tây y được luật pháp công nhận trong lĩnh vực hành nghề của người đó để cung cấp dịch vụ y tế, khám, chữa bệnh, và/hoặc phẫu thuật. Vì mục đích của Sản Phẩm Bồi Trợ này, Bác Sĩ ký tên trên hồ sơ y tế không được đồng thời là Bên Mua Bảo Hiểm, Người Được Bảo Hiểm, Người Thụ Hưởng, thành viên trực hệ trong gia đình của Người Được Bảo Hiểm hay Bên Mua Bảo Hiểm, Người Thụ Hưởng hoặc đại lý bảo hiểm của Hợp Đồng Bảo Hiểm.

1.3 Nằm Viện: là việc Người Được Bảo Hiểm phải nhập viện để điều trị y tế đối với bệnh hoặc chấn thương tại một Bệnh Viện như là một bệnh nhân nội trú theo yêu cầu của Bác Sĩ theo các điều kiện Cần Thiết Về Mặt Y Khoa.

1.4 Ngày Nằm Viện: (hoặc được gọi tắt là “Ngày”): Để được tính là một Ngày Nằm Viện cho việc chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định của Sản Phẩm Bồi Trợ này, Người Được Bảo Hiểm phải Nằm Viện đủ hai mươi bốn (24) giờ liên tục.

1.5 Thai Sản: nghĩa là việc sinh đẻ, sẩy thai, nạo, phá thai, điều trị vô sinh, điều trị trước và sau khi sinh đẻ hay bất kỳ bệnh tật ốm đau nào hoặc tổn thương nào liên quan đến các sự kiện này.

1.6 Khuyết Tật Bẩm Sinh/Bệnh Bẩm Sinh: là những bất thường về hình thái, cấu trúc,

chức năng của cơ thể phát sinh trong quá trình thụ tinh hình thành phôi và mang thai, có thể biểu hiện và được chẩn đoán trước sinh hay ngay khi sinh ra hoặc ở các giai đoạn sống về sau của cơ thể con người. Bệnh Bẩm Sinh hay Khuyết Tật Bẩm Sinh có thể do bất thường di truyền.

1.7 Cần Thiết Về Mặt Y Khoa: nghĩa là dịch vụ y tế hoặc điều trị y tế:

- a. Phù hợp với các chẩn đoán và thông lệ về chẩn trị y tế đối với bệnh hoặc chấn thương liên quan, và
- b. Phù hợp với tiêu chuẩn về hành nghề y dược, và
- c. Có tính chất bắt buộc và phải thực hiện tại Bệnh Viện, và
- d. Không nhằm mục đích thử nghiệm, chẩn đoán, nghiên cứu, phòng ngừa hoặc tầm soát, và
- e. Có số Ngày Nằm Viện là hợp lý và phù hợp với thông lệ điều trị cho bệnh hoặc chấn thương liên quan.

Tùy thuộc vào phê duyệt của Bộ Tài Chính, Công Ty có toàn quyền áp dụng và điều chỉnh các định mức về số Ngày Nằm Viện được xem là Cần Thiết Về Mặt Y Khoa vào từng thời điểm.

1.8 Khoa Chăm Sóc Đặc Biệt: là một khoa hoặc một bộ phận của Bệnh Viện, mà không phải là khoa, phòng hậu phẫu hay khoa, phòng hồi sức, cấp cứu và:

- a. được Bệnh Viện thành lập nhằm chăm sóc và điều trị tích cực 24/24 giờ; và
- b. chỉ dành riêng cho các bệnh nhân mắc bệnh nặng mà các chức năng quan trọng của cơ thể đang bị đe dọa đòi hỏi sự theo dõi, quan sát liên tục do Bác Sĩ chỉ định; và
- c. cung cấp tất cả các trang thiết bị, thuốc men và các phương tiện cấp cứu cần thiết ngay bên cạnh để có thể can thiệp ngay.

Điều 2: Quyền Lợi Bảo hiểm

Trong thời gian Sản Phẩm Bảo Trợ này có hiệu lực, Công Ty sẽ xem xét để thanh toán các quyền lợi bảo hiểm sau:

2.1 Quyền lợi trợ cấp nằm viện

Nếu Người Được Bảo Hiểm phải Nằm Viện, Công Ty sẽ thanh toán Quyền lợi trợ cấp nằm viện bằng Số Tiền Bảo Hiểm tại thời điểm Nằm Viện cho mỗi Ngày Nằm Viện, với điều kiện là:

- a. Tổng số Ngày Nằm Viện tối đa mà Công Ty có nghĩa vụ chi trả theo Điều 2.1 này không vượt quá ba trăm sáu mươi lăm (365) Ngày Nằm Viện cho mỗi Năm Hợp Đồng; và
- b. Quyền lợi trợ cấp nằm viện theo Điều 2.1 này sẽ không được chi trả cho số Ngày Nằm Viện đã được chi trả theo Quyền lợi trợ cấp nằm viện tại Khoa Chăm Sóc Đặc Biệt nêu tại Điều 2.2.

2.2 Quyền lợi trợ cấp nằm viện tại Khoa Chăm Sóc Đặc Biệt

Nếu Người Được Bảo Hiểm phải Nằm Viện và được điều trị tại Khoa Chăm Sóc Đặc Biệt, Công Ty sẽ thanh toán quyền lợi này bằng hai (02) lần Số Tiền Bảo Hiểm cho mỗi Ngày Nằm Viện để điều trị tại Khoa Chăm Sóc Đặc Biệt.

2.3 Giới Hạn Và Điều Kiện Chi Trả Chung

Ngoài các quy định cụ thể nêu trên, việc thanh toán các quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 2.1 và Điều 2.2 cũng sẽ phụ thuộc vào các giới hạn và điều kiện chi trả chung như sau:

- a. Tổng số Ngày Nằm Viện tối đa mà Công Ty có nghĩa vụ chi trả cho từng quyền lợi bảo hiểm được nêu tại Điều 2.1 hoặc Điều 2.2 không vượt quá một nghìn (1.000) Ngày Nằm Viện cho mỗi Người Được Bảo Hiểm của Sản Phẩm Bảo Trợ này được đính kèm với sản phẩm bảo hiểm cá nhân linh hoạt không chia lãi; và
- b. Trong trường hợp Người Được Bảo Hiểm phải Nằm Viện tại các trung tâm y tế cấp quận/huyện hoặc các bệnh viện không trực thuộc sự quản lý của Bộ Y Tế hoặc các Bệnh viện/viện/khoa hoặc bất cứ cơ sở y học cổ truyền/y học dân tộc/điều dưỡng và phục hồi chức năng nào, số Ngày Nằm Viện tối đa mà Công Ty xem xét chi trả trong trường hợp này không vượt quá năm (05) Ngày Nằm Viện cho mỗi lần Nằm Viện.

2.4 Người nhận quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm nêu tại Sản Phẩm Bảo Trợ này sẽ được Công Ty thanh toán cho: (i) Bên Mua Bảo Hiểm nếu Bên Mua Bảo Hiểm là cá nhân, hoặc (ii) Người

Được Bảo Hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính trong trường hợp Bên Mua Bảo Hiểm là tổ chức.

Điều 3: Thời gian chờ

Bất kể đã có quy định nêu trên và trừ trường hợp Nằm Viện do Tai Nạn, bất kỳ và tất cả các quyền lợi được quy định tại Sản Phẩm Bồi Trợ này sẽ chỉ được xem xét và/hoặc chi trả nếu việc Nằm Viện diễn ra sau ba mươi (30) ngày kể từ Ngày Cấp hoặc ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản Phẩm Bồi Trợ, tùy thuộc vào ngày nào đến sau.

Điều 4: Chứng từ Yêu cầu Giải quyết Quyền lợi Bảo hiểm

- 4.1** Ngoài các chứng từ được quy định tại mục (i), (iii) và (v) Điều 14.1 (b) của Hợp Đồng Bảo Hiểm, hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm phải có thêm Giấy xác nhận điều trị tại Khoa Chăm Sóc Đặc Biệt trong trường hợp yêu cầu chi trả Quyền lợi trợ cấp nằm viện tại Khoa Chăm Sóc Đặc Biệt.
- 4.2** Bên Mua Bảo Hiểm và Người Được Bảo Hiểm đồng ý và ủy quyền cho Công Ty được kiểm tra, thu thập hoặc yêu cầu các bên liên quan cung cấp các thông tin liên quan đến việc Nằm Viện của Người Được Bảo Hiểm nếu xét thấy cần thiết.

Điều 5: Các trường hợp loại trừ

Công Ty sẽ không thanh toán các quyền lợi được quy định tại Sản Phẩm Bồi Trợ này nếu như Người Được Bảo Hiểm phải Nằm Viện vì các nguyên nhân được nêu tại Điều 11 của Hợp Đồng Bảo Hiểm và một trong các nguyên nhân trực tiếp sau:

- a.** Việc khám sức khỏe định kỳ, kiểm tra sức khỏe không liên quan đến việc điều trị hay chẩn đoán bệnh hoặc thương tật của Người Được Bảo Hiểm hoặc bất kỳ điều trị y tế nào không đáp ứng các điều kiện Cần Thiết Về Mặt Y Khoa; hoặc
- b.** Điều trị khuyết tật bẩm sinh, bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền, vô sinh, triệt sản; hoặc
- c.** Tất cả các điều trị về nha khoa trừ khi bắt buộc phải có điều trị do Tai Nạn gây ra trong khi Hợp Đồng Bảo Hiểm còn hiệu lực; hoặc

- d.** Phẫu thuật thẩm mỹ, lắp mắt kính và kính khúc xạ hoặc thiết bị trợ thính; hoặc
- e.** Thai Sản như đã được định nghĩa ở trên; hoặc
- f.** An dưỡng, bệnh tâm thần, rối loạn tâm lý, suy nhược thần kinh; hoặc
- g.** Bất kỳ sự điều trị hay kiểm tra liên quan đến hội chứng suy giảm miễn dịch (AIDS) hoặc nhiễm vi rút HIV ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV trong khi đang thực hiện nhiệm vụ tại nơi làm việc như là một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát; hoặc
- h.** Lạm dụng thuốc, thức uống có cồn, nghiện hoặc lạm dụng chất ma túy và do việc điều trị các bệnh lây qua đường tình dục; hoặc
- i.** Điều trị bằng thuốc đông y/y học cổ truyền hoặc các biện pháp y học dân tộc; hoặc
- j.** Tiêm phòng và tiêm miễn dịch; hoặc
- k.** Việc điều trị các bệnh lý thông thường, bao gồm:
(i) Đau lưng, đau khớp, viêm khớp, viêm cơ, thoái hóa cột sống; viêm kết mạc, mộng thịt không phẫu thuật;
(ii) Viêm Amygdal không phẫu thuật, viêm mũi họng, viêm hô hấp, viêm phế quản, viêm tai ngoài và sốt siêu vi (áp dụng đối với Người Được Bảo Hiểm từ 16 Tuổi trở lên);
(iii) Rối loạn tiền đình, rối loạn tuần hoàn não, thiếu năng tuần hoàn não;
(iv) Rối loạn tiêu hóa;
(v) Viêm hành tá tràng, hội chứng dạ dày tá tràng;
(vi) Viêm phần phụ, nhiễm trùng tiểu ở phụ nữ;
(vii) Suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh;
(viii) Những thương tật không nghiêm trọng như rách da hoặc chấn thương phần mềm, gãy kín hay trật khớp ngón tay, ngón chân không phẫu thuật.
- l.** Các Bệnh Có Sẵn. Bệnh Có Sẵn nghĩa là tình trạng bệnh tật hoặc tổn thương của Người Được Bảo Hiểm

đã được bác sĩ kiểm tra, chẩn đoán hay điều trị trước: (i) Ngày Cấp Hợp Đồng, hoặc (ii) ngày hiệu lực hoặc (iii) Ngày khôi phục hiệu lực gần nhất của Sản Phẩm Bảo Trợ này, lấy ngày nào đến sau. Hồ sơ y tế, tình trạng tiền sử bệnh được lưu giữ tại các cơ sở y tế được thành lập hợp pháp hoặc các thông tin do Người Được Bảo Hiểm tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Bệnh Có Sẵn.

Điều 6: Chấm dứt Sản phẩm Bảo trợ

Tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo Sản Phẩm Bảo Trợ này sẽ được chấm dứt toàn bộ hoặc đối với từng Người Được Bảo Hiểm ngay khi có bất kỳ sự kiện nào dưới đây xảy ra, tùy thuộc vào sự kiện nào xảy ra trước:

- 6.1** Khi Hợp Đồng Bảo Hiểm bị mất hiệu lực, bị chấm dứt, bị hủy bỏ, đảo hạn; hoặc
- 6.2** Khi Bên Mua Bảo Hiểm yêu cầu chấm dứt Sản Phẩm Bảo Trợ này hoặc yêu cầu chấm dứt Sản Phẩm Bảo Trợ đối với từng Người Được Bảo Hiểm; hoặc
- 6.3** Vào Ngày Kỷ Niệm Hợp Đồng khi Người Được Bảo Hiểm đủ 70 Tuổi hoặc Người Được Bảo Hiểm của sản phẩm chính đủ 70 Tuổi, tùy trường hợp nào đến trước; hoặc
- 6.4** Người Được Bảo Hiểm tử vong; hoặc
- 6.5** Đối với từng Người Được Bảo Hiểm, khi tổng số Ngày Nằm Viện tối đa như quy định tại điểm (a) Điều 2.3 đã được chi trả đầy đủ.

Việc chấm dứt Sản Phẩm Bảo Trợ này sẽ không làm ảnh hưởng đến bất kỳ khoản thanh toán quyền lợi bảo hiểm phát sinh trước thời điểm chấm dứt.

Điều 7: Tiêu chuẩn về Số ngày nằm viện đối với một số bệnh Thông thường

Ngoại trừ các bệnh lý thuộc trường hợp loại trừ như được nêu tại điểm (k) của Điều 5 và giới hạn chi trả được quy định tại điểm (b), điểm (c) Điều 2.3 của Sản Phẩm Bảo Trợ này, Công Ty sẽ căn cứ vào số Ngày Nằm Viện tối đa được xem là Cần Thiết Về Mặt Y Khoa theo bảng dưới đây để chi trả cho mỗi lần Nằm Viện của Người Được Bảo Hiểm.

STT	Nhóm bệnh	Số ngày Chi trả tối đa
1	Bệnh lao	30
2	Bệnh viêm gan siêu vi có triệu chứng	15
3	Nhóm bệnh cơ-xương-khớp	14
4	Nhóm bệnh của mắt	13
5	Nhóm bệnh của hệ miễn nhiễm	13
6	Nhóm bệnh của hệ tim mạch	12
7	Nhóm bệnh u bướu	11
8	Nhóm bệnh nhiễm trùng khác	11
9	Nhóm bệnh do chấn thương ngộ độc	10
10	Nhóm bệnh của tai	10
11	Nhóm bệnh của hệ thần kinh	10
12	Nhóm bệnh của hệ hô hấp	10
13	Nhóm bệnh của hệ tiết niệu; sinh dục	9
14	Nhóm bệnh của hệ chuyển hóa; nội tiết	9
15	Nhóm bệnh nhiễm ký sinh trùng	8
16	Nhóm bệnh của hệ tiêu hóa	8
17	Nhóm bệnh của hệ tạo máu	8
18	Nhóm bệnh của da	8
19	Nhóm bệnh nhiễm trùng của hệ tiêu hóa	7
20	Nhóm bệnh nhiễm siêu vi kèm sốt cao	6

Những trường hợp Những trường hợp cần thiết phải nằm viện vì những bệnh lý nặng, Công Ty sẽ chi trả theo số Ngày Nằm Viện thực tế mà được xem là Cần Thiết Về Mặt Y Khoa và có sự chỉ định của bác sĩ điều trị. Trong những trường hợp này, khách hàng phải thông báo cho Công Ty để được tư vấn và hướng dẫn thủ tục.

Điều khoản Sản phẩm Bảo hiểm Bồi trợ Bệnh lý Nghiêm trọng

(Được đính kèm vào Sản Phẩm Bảo Hiểm Cá Nhân Linh Hoạt Không Chia Lãi
và được phê chuẩn theo Công Văn số 12201/BTC-QLBH ngày 13 tháng 09 năm 2017 của Bộ Tài Chính)

Trừ trường hợp được quy định một cách cụ thể và được giải thích riêng trong Sản phẩm bảo hiểm bồi trợ Bệnh lý Nghiêm trọng (“Sản phẩm Bồi trợ”) này, tất cả các thuật ngữ được sử dụng trong Sản phẩm Bồi trợ này sẽ mang cùng ý nghĩa với các thuật ngữ được sử dụng và định nghĩa trong Sản phẩm bảo hiểm cá nhân linh hoạt không chia lãi (“Hợp Đồng Bảo Hiểm”). Các điều khoản và điều kiện của Hợp Đồng Bảo Hiểm sẽ được áp dụng cho Sản phẩm Bồi trợ này. Trong trường hợp có sự mâu thuẫn giữa các điều khoản và điều kiện của Sản phẩm Bồi trợ và các điều khoản và điều kiện của Hợp Đồng Bảo Hiểm, các quy định của Sản phẩm Bồi trợ này sẽ được ưu tiên áp dụng.

Trong phạm vi của Sản phẩm Bồi trợ, khi đề cập đến Người Được Bảo Hiểm và Số Tiền Bảo Hiểm có nghĩa là Người Được Bảo Hiểm và Số Tiền Bảo Hiểm của riêng Sản phẩm Bồi trợ này.

Điều 1: Định nghĩa

- 1.1 Bệnh lý Nghiêm trọng:** là các bệnh, tình trạng y tế hoặc phẫu thuật được quy định cụ thể tại Phụ Lục của Hợp Đồng Bảo Hiểm.
- 1.2 Bệnh Có Sẵn:** là tình trạng bệnh tật hoặc tổn thương của Người Được Bảo Hiểm đã được bác sĩ kiểm tra, chẩn đoán hay điều trị trước: (i) Ngày Cấp Hợp Đồng, hoặc (ii) Ngày hiệu lực của Sản phẩm Bồi trợ này, lấy ngày nào đến sau. Hồ sơ y tế, tình trạng tiền sử bệnh được lưu giữ tại các cơ sở y tế được thành lập hợp pháp hoặc các thông tin do Người Được Bảo Hiểm tự kê khai được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Bệnh Có Sẵn.

Điều 2: Quyền lợi Bảo hiểm

- 2.1** Trong thời gian Sản phẩm Bồi trợ còn hiệu lực, nếu Người Được Bảo Hiểm được chẩn đoán là mắc bất kỳ Bệnh lý Nghiêm trọng nào được quy định tại Phụ Lục của Hợp Đồng Bảo Hiểm, Công Ty sẽ thanh toán một trăm phần trăm (100%) Số Tiền Bảo Hiểm được xác định tại thời điểm được chẩn đoán mắc Bệnh lý Nghiêm trọng.
- 2.2** Mức điều chỉnh trong trường hợp Người Được Bảo Hiểm là trẻ em Bất kể đã có các quy định nêu trên, trong trường hợp Người Được Bảo Hiểm là trẻ em dưới bốn (04) Tuổi tại thời điểm được chẩn đoán mắc bất kỳ Bệnh lý Nghiêm trọng, Công Ty sẽ thanh toán quyền lợi bảo hiểm được nêu tại Điều 2.1 của Sản phẩm Bồi trợ này bằng mức tỷ lệ chi trả tương ứng với từng quyền lợi bảo hiểm nêu trên nhân với tỷ lệ phần trăm tương ứng với từng độ Tuổi theo bảng dưới đây:

Tuổi của Người Được Bảo Hiểm tại thời điểm được chẩn đoán mắc bệnh	Tỷ lệ phần trăm
Từ một (01) tháng Tuổi đến dưới 01 Tuổi	20%
Từ 01 Tuổi đến dưới 02 Tuổi	40%
Từ 02 Tuổi đến dưới 03 Tuổi	60%
Từ 03 Tuổi đến dưới 04 Tuổi	80%

2.3 Người nhận quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm nêu tại Sản Phẩm Bồi Trợ này sẽ được Công Ty thanh toán cho: (i) Bên Mua Bảo Hiểm nếu Bên Mua Bảo Hiểm là cá nhân, hoặc (ii) Người Được Bảo Hiểm của Hợp Đồng Bảo Hiểm trong trường hợp Bên Mua Bảo Hiểm là tổ chức.

Điều 3: Thời gian chờ và Thời gian còn sống

Bất kể đã có quy định nêu trên, tất cả các quyền lợi được quy định tại Sản Phẩm Bồi Trợ này sẽ chỉ được xem xét và/hoặc chi trả nếu:

- a. Ngày mà Người Được Bảo Hiểm được chẩn đoán hoặc điều trị hoặc có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào của Bệnh Lý Nghiêm Trọng sau chín mươi (90) ngày kể từ ngày cấp Sản Phẩm Bồi Trợ này, trừ Bệnh Lý Nghiêm Trọng có nguyên nhân trực tiếp từ Tai Nạn; và
- b. Người Được Bảo Hiểm vẫn còn sống ít nhất là ba mươi (30) ngày kể từ ngày Người Được Bảo Hiểm được chẩn đoán mắc bất kỳ Bệnh Lý Nghiêm Trọng nào, trừ trường hợp do Tai Nạn.

Điều 4: Chứng từ Yêu cầu Giải quyết Quyền lợi Bảo hiểm

Ngoài các chứng từ được quy định tại mục (i), mục (iii), mục (v) Điều 14.1 (b) của Hợp Đồng Bảo Hiểm, hồ sơ yêu cầu chi trả quyền lợi bảo hiểm phải có thêm:

- a. Hồ sơ Tai Nạn như: biên bản tai nạn, biên bản khám nghiệm hiện trường, biên bản kết luận điều tra, biên bản giải phẫu pháp y do Công an cấp quận/huyện trở lên lập (nếu có); và
- b. Kết quả giám định tình trạng thương tật do Hội đồng y khoa cấp tỉnh hoặc cơ quan tương đương theo quy định của pháp luật cấp; và
- c. Kết quả xét nghiệm chẩn đoán theo yêu cầu trong định nghĩa Bệnh Lý Nghiêm Trọng được nêu tại Phụ Lục của Hợp Đồng Bảo Hiểm; và

Điều 5: Các trường hợp Loại trừ

Công Ty sẽ không thanh toán các quyền lợi được quy định tại Sản Phẩm Bồi Trợ này nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra thuộc một trong các trường hợp loại trừ được nêu tại Điều 11 của Hợp Đồng Bảo Hiểm hoặc liên quan đến một trong các nguyên nhân sau, dù trực tiếp hay gián tiếp:

- a. Các khiếm khuyết hoặc bệnh bẩm sinh; hoặc
- b. Nổ hoặc phóng xạ từ vũ khí hạt nhân, vũ khí hóa học và nguyên tử, nhiễm độc phóng xạ từ việc cài đặt hạt nhân và nguyên tử; hoặc
- c. Bệnh Có Sẵn, ngoại trừ những trường hợp đã được kê khai và được sự chấp thuận của Công Ty.

Điều 6: Chấm dứt Sản phẩm Bồi trợ

Tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo Sản Phẩm Bồi Trợ này sẽ được chấm dứt toàn bộ hoặc đối với từng Người Được Bảo Hiểm ngay khi có bất kỳ sự kiện nào dưới đây xảy ra:

- 6.1 Khi Hợp Đồng Bảo Hiểm bị mất hiệu lực, bị chấm dứt, bị hủy bỏ, đáo hạn; hoặc
- 6.2 Khi Bên Mua Bảo Hiểm yêu cầu chấm dứt Sản Phẩm Bồi Trợ này hoặc yêu cầu chấm dứt Sản Phẩm Bồi Trợ đối với từng Người Được Bảo Hiểm, hoặc
- 6.3 Vào Ngày Kỷ Niệm Hợp Đồng khi Người Được Bảo Hiểm đủ 70 Tuổi hoặc Người Được Bảo Hiểm của sản phẩm chính đủ 70 Tuổi, tùy trường hợp nào đến trước; hoặc
- 6.4 Người Được Bảo Hiểm tử vong; hoặc
- 6.5 Đối với từng Người Được Bảo Hiểm, khi Công Ty chấp nhận thanh toán quyền lợi theo Sản Phẩm Bồi Trợ này cho Người Được Bảo Hiểm đó.

Việc chấm dứt Sản Phẩm Bồi Trợ này sẽ không làm ảnh hưởng đến bất kỳ khoản thanh toán quyền lợi bảo hiểm phát sinh trước thời điểm chấm dứt.

Phụ lục

Danh sách 4 Bệnh lý

Nghiêm trọng Giai đoạn cuối

(Được đính kèm vào Sản Phẩm Bảo Hiểm Cá Nhân Linh Hoạt Không Chia Lãi và được phê chuẩn theo Công Văn số /BTC-QLBH ngày tháng năm 2017 của Bộ Tài Chính)

1. Ung thư đe dọa tính mạng

Ung thư có nghĩa là khối u đặc trưng bởi sự tăng trưởng không kiểm soát và lan rộng của những tế bào ác tính và sự xâm lấn các mô. Các loại ung thư bao gồm Carcinoma, Melanoma, Leukemia, Lymphoma và Sarcoma.

Chẩn đoán phải được xác nhận bởi bác sỹ chuyên khoa.

Loại trừ các trường hợp sau:

- Các sang thương được mô tả là lành tính, tiền ác tính, không chắc chắn, giáp biên, không xâm lấn, ung thư tại chỗ (carcinoma in-situ (Tis)) hoặc u được phân loại Ta;
- Ung thư da dạng melanin ác tính có chiều sâu nhỏ hơn hoặc bằng 1 cm trừ khi u lở loét hay kèm theo di căn hạch bạch huyết hoặc di căn xa. Ung thư da không phải là u melanin, không có di căn hạch bạch huyết hoặc không di căn xa.
- Ung thư tiền liệt tuyến được phân loại là T1a hoặc T1b, không có di căn hạch bạch huyết hoặc không di căn xa;
- Ung thư tuyến giáp thể nhú hoặc thể nang hoặc cả hai có đường kính lớn nhất của khối u nhỏ hơn hoặc bằng 2 cm và được phân loại là T1, không có di căn hạch bạch huyết hoặc không di căn xa;
- Ung thư máu dòng lympho mãn tính nhỏ hơn giai đoạn 3 theo phân loại Rai;
- U mô đệm đường tiêu hóa (GIST) ác tính và u carcinoid ác tính nhỏ hơn giai đoạn 2 theo phân loại AJCC.

2. Phẫu thuật nối tắt động mạch vành

Là phẫu thuật tim hở để sửa chữa hoặc điều trị động mạch vành bằng mảnh ghép nối tắt.

Loại trừ phẫu thuật tạo hình mạch máu, đặt giá đỡ mạch máu (stent) hay các kỹ thuật thông lòng động mạch, hoặc điều trị bằng keyhole hay laser.

3. Nhồi máu cơ tim

Là chết một phần cơ tim do không cung cấp đủ máu nuôi. Chẩn đoán phải đáp ứng tất cả các tiêu chuẩn sau và phải nhất quán với trường hợp nhồi máu cơ tim cấp:

- Bệnh sử của cơn đau ngực điển hình;
- Các thay đổi mới trên điện tâm đồ;
- Tăng các men (enzyme) tim có giá trị chẩn đoán như:
 - Men CPK-MB tăng cao;
 - Troponin T > 1.0 ng/ml;
 - AccuTnl > 0.5 ng/ml hoặc ngưỡng tương đương của Troponin I.

Loại trừ các trường hợp sau:

- Hội chứng mạch vành cấp khác bao gồm nhưng không giới hạn cơn đau thắt ngực;
- Nhồi máu cơ tim không đặc hiệu;
- Tăng các men tim hoặc Troponin T hay Troponin I sau khi thực hiện các thủ thuật xuyên da hay các thủ thuật nội mạch của tim bao gồm nhưng không giới hạn thủ thuật chụp hình động mạch vành, tạo hình động mạch vành.

4. Đột quy (Tai biến mạch máu não)

Tai biến mạch máu não bao gồm nhồi máu nhu mô não, xuất huyết não và xuất huyết dưới nhện, huyết khối và huyết tắc mạch máu não gây ra khiếm khuyết chức năng thần kinh nghiêm trọng và vĩnh viễn. Khiếm khuyết này phải được bác sỹ chuyên khoa thần kinh xác nhận ít nhất 6 (sáu) tuần sau khi đột quy và phải có các kết quả của chụp cộng hưởng từ (MRI), chụp điện toán cắt lớp (CT) hoặc các kỹ thuật hình ảnh đáng tin cậy phù hợp với chẩn đoán của bệnh đột quy mới.

Loại trừ các trường hợp sau:

- Con thiếu máu não thoáng qua;
- Tổn thương não do tai nạn hoặc do chấn thương, nhiễm trùng, viêm mạch, bệnh lý viêm nhiễm;
- Bệnh mạch máu ảnh hưởng đến mắt hay thần kinh thị giác ;
- Rối loạn thiếu máu của hệ tiền đình.

Khiếm khuyết chức năng thần kinh vĩnh viễn là sự tồn tại suốt thời gian sống với các dấu hiệu lâm sàng như tê, liệt, yếu cục bộ, loạn vận ngôn, mất ngôn ngữ, chứng khó nuốt, suy giảm thị lực, khó khăn khi đi, thiếu phối hợp, run, co giật, sa sút tâm thần, mê sảng, hôn mê.