

QUY TẮC BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO

Ban hành theo Quyết định số: 0448/2024/QĐ-GIC-CN ngày 13 tháng 03 năm 2024
của Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Toàn Cầu

MỤC LỤC

PHẦN I: ĐỊNH NGHĨA	2
PHẦN II: PHẠM VI BẢO HIỂM	5
PHẦN III: CÁC ĐIỀU KHOẢN CHUNG	9
PHẦN IV: QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN	11
PHẦN V: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	12
PHỤ LỤC 1	15
PHỤ LỤC 2	16

PHẦN I: ĐỊNH NGHĨA

Điều 1: Định nghĩa:

Các định nghĩa sau được áp dụng thống nhất trong Quy Tắc Bảo Hiểm, Hợp Đồng Bảo Hiểm/Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm:

- Doanh Nghiệp Bảo Hiểm:** Là Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Toàn Cầu và các Công ty thành viên trực thuộc, gọi tắt là GIC.
- Bên Mua Bảo Hiểm:** Là tổ chức, cá nhân giao kết Hợp Đồng Bảo Hiểm với GIC và đóng phí bảo hiểm đáp ứng quy định sau:
 - Tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam hoặc cá nhân tại Việt Nam từ đủ 18 tuổi trở lên có năng lực hành vi dân sự đầy đủ tại thời điểm giao kết hợp đồng bảo hiểm.
 - Tại thời điểm giao kết hợp đồng bảo hiểm, Bên Mua Bảo Hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người Được Bảo Hiểm, bao gồm các trường hợp dưới đây:
 - Bên Mua Bảo Hiểm chính là Người Được Bảo Hiểm;
 - Người Được Bảo Hiểm là vợ, chồng, con, cha, mẹ hợp pháp (cha đẻ, mẹ đẻ, cha nuôi, mẹ nuôi), con nuôi hợp pháp của Bên Mua Bảo Hiểm;
 - Người Được Bảo Hiểm là anh chị em ruột, người có quan hệ nuôi dưỡng, cấp dưỡng hoặc người được giám hộ hợp pháp bởi Bên Mua Bảo Hiểm;
 - Người Được Bảo Hiểm là người có quyền lợi về tài chính hoặc quan hệ lao động với Bên Mua Bảo Hiểm;
 - Người Được Bảo Hiểm đồng ý bằng văn bản cho Bên Mua Bảo Hiểm mua bảo hiểm sức khỏe cho mình.
- Người Được Bảo Hiểm:** Là cá nhân có sức khỏe, tính mạng được bảo hiểm theo Hợp Đồng Bảo Hiểm. Người Được Bảo Hiểm có thể đồng thời là Người Thụ Hưởng.
- Người Thụ Hưởng:** Là tổ chức, cá nhân được Bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm cá nhân; hoặc là tổ chức, cá nhân được Người được bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo thỏa thuận tại Hợp đồng bảo hiểm nhóm cho trường hợp chết của Người được bảo hiểm.

Trường hợp không có chỉ định cụ thể trong Hợp Đồng Bảo Hiểm, Người Thụ Hưởng mặc nhiên là Người Được Bảo Hiểm hoặc là người thừa kế hợp pháp của Người Được Bảo Hiểm (theo các quy định của Bộ Luật Dân sự về Thừa kế) nếu Người Được Bảo Hiểm tử vong.

Trường hợp Người Thụ Hưởng chưa thành niên hoặc mất năng lực hành vi dân sự thì người đại diện theo pháp luật sẽ thực hiện các thủ tục nhận tiền bảo hiểm thay cho Người Thụ Hưởng-
- Tuổi:** Là số tuổi của Người Được Bảo Hiểm tính đến ngày sinh nhật dương lịch gần nhất liền kề trước ngày Hợp Đồng Bảo Hiểm bắt đầu có hiệu lực bất kể giờ sinh thực tế. Ví dụ về cách tính tuổi:
 - Tuổi của người sinh ngày 21/10/1988 tại thời điểm ngày 06/10/2023 là 34 tuổi.
 - Tuổi của người sinh ngày 21/10/1988 tại thời điểm ngày 10/11/2023 là 35 tuổi.
- Hợp Đồng Bảo Hiểm:** Là thỏa thuận giữa Bên Mua Bảo Hiểm và GIC theo đó, Bên Mua Bảo Hiểm đóng phí bảo hiểm và GIC trả tiền bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo (“Quy Tắc Bảo Hiểm” hoặc “Quy Tắc) và các điều khoản sửa đổi, bổ sung khác được thỏa thuận giữa Bên Mua Bảo Hiểm và GIC trong quá trình giao kết, thực hiện Hợp Đồng Bảo Hiểm (nếu có).
- Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm:** Là bằng chứng giao kết Hợp Đồng Bảo Hiểm thể hiện các thông tin về Doanh Nghiệp Bảo hiểm, Người Được Bảo Hiểm, Người Thụ Hưởng, Quy Tắc Bảo Hiểm, phạm vi bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm, hiệu lực bảo hiểm, Số Tiền Bảo Hiểm, phí bảo hiểm, Thời Gian Chờ, Thời Gian Sống, các thông tin liên quan khác, (các) điều khoản và/hoặc (các) sửa đổi bổ sung liên quan.
- Giấy Yêu Cầu Bảo Hiểm/Bản Yêu Cầu Bảo Hiểm:** Là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm, trong đó Bên Mua Bảo Hiểm và/hoặc Người Được Bảo Hiểm kê khai thông tin lần đầu tham gia bảo hiểm hoặc những lần tiếp theo theo mẫu do GIC cung cấp.

9. **Thời Hạn Bảo Hiểm:** Là khoảng thời gian tính từ thời điểm bắt đầu nhận bảo hiểm đến khi kết thúc bảo hiểm được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm được tính theo giờ Việt Nam nhưng không quá 1 (một) năm.
10. **Tái Tục:** Là việc tiếp tục tham gia bảo hiểm ngay sau thời điểm kết thúc Thời Hạn Bảo Hiểm của Hợp Đồng Bảo Hiểm mà Người Được Bảo Hiểm đã tham gia trước đó tại GIC bằng một Hợp Đồng Bảo Hiểm mới có cùng quy tắc bảo hiểm, điều khoản bảo hiểm với Hợp Đồng Bảo Hiểm liền kề trước đó và với một Thời Hạn Bảo Hiểm mới.
11. **Thời Gian Chờ:** Là khoảng thời gian tính từ thời điểm bắt đầu Thời Hạn Bảo Hiểm mà nếu Sự Kiện Bảo Hiểm phát sinh trong thời gian này thì GIC sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm, cho dù chi phí phát sinh/hậu quả của rủi ro này kéo dài quá Thời Gian Chờ quy định. Thời gian chờ tối đa 90 (chín mươi) ngày, tùy từng chương trình/nhóm khách hàng triển khai sẽ được thay đổi và được quy định cụ thể cho từng loại Bệnh Hiểm Nghèo trong Hợp Đồng Bảo Hiểm/Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm và tiếp tục được áp dụng đối với Hợp Đồng Bảo Hiểm Tái Tục trong trường hợp Thời Gian Chờ dài hơn Thời Hạn Bảo Hiểm.
12. **Số Tiền Bảo Hiểm:** Là số tiền tối đa quy định trong Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm/Hợp Đồng Bảo Hiểm mà GIC có trách nhiệm chi trả cho Người Được Bảo Hiểm/Người Thụ Hưởng trong toàn bộ Thời Hạn Bảo Hiểm đối với (các) quyền lợi tương ứng với (các) loại Bệnh Hiểm Nghèo Được Bảo Hiểm khi xảy ra (các) Sự Kiện Bảo Hiểm. Tổng (các) quyền lợi tương ứng với (các) loại Bệnh Hiểm Nghèo Được Bảo Hiểm mà GIC có trách nhiệm chi trả trong toàn bộ Thời Hạn Bảo Hiểm sẽ không vượt quá Số Tiền Bảo Hiểm.
13. **Bảng Quyền Lợi Bảo Hiểm:** Là bảng thể hiện các giới hạn trách nhiệm của GIC đối với từng Bệnh Hiểm Nghèo Được Bảo Hiểm theo Hợp Đồng Bảo Hiểm/Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm.
14. **Cơ Sở Y Tế/Bệnh Viện:** Là cơ sở y tế/bệnh viện được thành lập hợp pháp theo quy định của Việt Nam hoặc của nước sở tại (Nước sở tại áp dụng đối với trường hợp trên Hợp Đồng Bảo Hiểm/Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm có mở rộng phạm vi địa lý bảo hiểm, chấp thuận kết quả Chẩn Đoán của Bác Sĩ tại Cơ Sở Y Tế/Bệnh Viện của các nước sở tại được liệt kê):
 - a) Có chức năng chính là chăm sóc và chữa trị người bệnh hoặc thương tật;
 - b) Luôn được đặt dưới sự giám sát liên tục của một Bác sĩ;
 - c) Có dịch vụ chăm sóc 24/24, có ít nhất một y tá có chuyên môn và giấy phép hành nghề tức trực thường xuyên;
 - d) Có đầy đủ trang thiết bị phục vụ việc chẩn đoán và phẫu thuật, điều trị đặt tại chính cơ sở đó hoặc được bố trí để cơ sở đó sử dụng; và
 - e) Không phải là nơi dùng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng, thẩm mỹ, spa, massage, xông hơi hay một cơ sở đặc biệt dành cho người già, hoặc để điều trị, cai nghiện các chất kích thích, rượu, ma túy.
15. **Bác Sĩ:** Là người được cấp bằng bác sĩ và hành nghề khám/chữa bệnh hợp pháp theo quy định của pháp luật Việt Nam hoặc pháp luật của nước sở tại nơi Người Được Bảo Hiểm tiến hành việc khám và điều trị, và người đó đang thực hiện các hoạt động hành nghề trong phạm vi giấy phép được cấp và trong phạm vi chuyên ngành đào tạo của mình. Cho mục đích của Hợp Đồng Bảo Hiểm, Bác Sĩ liên quan đến quá trình đưa ra Chẩn Đoán Bệnh Hiểm Nghèo của Người Được Bảo Hiểm không được là chính Người Được Bảo Hiểm, Người Thụ Hưởng, Bên Mua Bảo Hiểm hoặc là thành viên gia đình của Người Được Bảo Hiểm, Người Thụ Hưởng, Bên Mua Bảo Hiểm như bố, mẹ, vợ, chồng, con cái (con đẻ hoặc con nuôi hợp pháp), anh/chị/em ruột.
16. **Bệnh Hiểm Nghèo:** Bao gồm các bệnh sau và được định nghĩa cụ thể tại Điều 3 của Quy Tắc Bảo Hiểm này:
 - a) Ung Thư Giai Đoạn Sớm;
 - b) Ung Thư Giai Đoạn Trễ;
 - c) Liệt Toàn Bộ Vĩnh Viễn;
 - d) Bệnh Gan Giai Đoạn Cuối;
 - e) Nhồi Máu Cơ Tim Lần Đầu;
 - f) Đột Quy Lần Đầu;
 - g) Phẫu Thuật Bắc Cầu Động Mạch Vành.

17. **Bệnh Hiểm Nghèo Được Bảo Hiểm:** Là một hoặc nhiều Bệnh Hiểm Nghèo mà Bên Mua Bảo Hiểm lựa chọn tham gia bảo hiểm theo Quy Tắc Bảo Hiểm này và được nêu cụ thể trong Hợp Đồng Bảo Hiểm/Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm.
18. **Chẩn Đoán:** Là kết luận chẩn đoán Bệnh Hiểm Nghèo của Bác Sĩ dựa trên các bằng chứng Chuẩn Đoán được quy định trong định nghĩa của từng Bệnh Hiểm Nghèo được bảo hiểm tại Điều 3 của Quy Tắc Bảo Hiểm này Hoặc nếu không dựa trên bằng chứng Chẩn Đoán trong định nghĩa của từng Bệnh Hiểm Nghèo thì sẽ dựa trên các bằng chứng về hình ảnh y khoa, lâm sàng, mô học hoặc xét nghiệm được GIC chấp nhận. Trong trường hợp có bất kỳ tranh chấp hoặc bất đồng nào liên quan đến mức độ phù hợp và tính chính xác của Chẩn Đoán, GIC có quyền lựa chọn và yêu cầu một chuyên gia độc lập được công nhận trong lĩnh vực y học liên quan kiểm tra tình trạng của Người Được Bảo Hiểm hoặc các bằng chứng được sử dụng để đưa ra Chẩn Đoán và ý kiến của chuyên gia đối với Chẩn Đoán đó sẽ là ý kiến cuối cùng mà Người Được Bảo Hiểm và GIC cùng chấp nhận.
19. **Sự Kiện Bảo Hiểm:** Là sự kiện khách quan mà khi xảy ra thì GIC sẽ chi trả bảo hiểm theo Hợp Đồng Bảo Hiểm. Cho mục đích của Quy Tắc Bảo Hiểm này và tuân theo định nghĩa Chẩn Đoán tại Quy Tắc Bảo Hiểm, Sự Kiện Bảo Hiểm là việc Người Được Bảo Hiểm được Bác Sĩ đưa ra Chẩn Đoán bị Bệnh Hiểm Nghèo Được Bảo Hiểm. Sự Kiện Bảo Hiểm được mô tả tại Điều 2.1 của Quy Tắc Bảo Hiểm.
20. **Thời Gian Sống:** Là khoảng thời gian theo ngày tính từ thời điểm phát sinh Sự Kiện Bảo Hiểm đến thời điểm Người Được Bảo Hiểm tử vong mà nếu Người Được Bảo Hiểm tử vong trong thời gian này thì GIC sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm. Thời gian sống quy định tại thời điểm chẩn đoán bệnh thuộc phạm vi hoặc tối đa tới 14 (mười bốn) ngày, tùy từng chương trình/nhóm khách hàng triển khai và được quy định cụ thể cho từng loại Bệnh Hiểm Nghèo trong Hợp Đồng Bảo Hiểm/Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm.
21. **Bệnh Có Sẵn/Tình Trạng Có Sẵn:** Là tình trạng bệnh tật hoặc thương tật, các dấu hiệu và triệu chứng bệnh của Người Được Bảo Hiểm đã xuất hiện trong vòng 3 (ba) năm trước ngày bắt đầu Thời Hạn Bảo Hiểm hoặc ngày khôi phục hiệu lực (gần nhất) của Hợp Đồng Bảo Hiểm mà Người Được Bảo Hiểm đã biết (cho dù đã đi khám hay chưa) và/hoặc cần chăm sóc, điều trị, xin tư vấn y tế của Bác Sĩ. Việc xác định bệnh có sẵn phải căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ tại bệnh viện hoặc cơ sở y tế được thành lập hợp pháp, các tài liệu y khoa được Bộ Y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban hành hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm tự kê khai trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc phiếu bổ sung thông tin.
22. **Bệnh Bẩm Sinh/Dị Tật Bẩm Sinh:** Là sự phát triển bất thường về hình dạng, cấu trúc, hoặc vị trí của các bộ phận hoặc sai lệch cấu trúc cơ thể ngay từ giai đoạn phát triển trong tử cung của người mẹ. Bệnh Bẩm Sinh/Dị Tật Bẩm Sinh được xác định theo kết luận cuối cùng của Bác Sĩ tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế hoặc theo ý kiến của cơ quan chuyên môn.
23. **Mô Bệnh Học/Mô Học:** Là kết quả xét nghiệm để khẳng định loại tế bào và mức độ xâm nhập của các tế bào Ung Thư thông qua việc chẩn đoán bằng cách làm “sinh thiết”. Thuật ngữ “sinh thiết” được hiểu là việc làm xét nghiệm bằng một phẫu thuật y tế để lấy một mẫu nhỏ của mô cơ thể, hoặc sử dụng kim chuyên biệt xuyên qua da và chọc hút ra tế bào chứa chất lỏng từ một khối u và gửi mẫu đến phòng thí nghiệm phân tích.
24. **Ung Thư:** Là khối u ác tính do sự phát triển không kiểm soát khu trú của các tế bào bất thường, gây hoặc có thể gây xâm lấn và phá hủy mô bình thường và cần phải điều trị. Thuật ngữ “khối u ác tính” bao gồm U biểu mô, U mô liên kết, U nguyên bào, tế bào mầm, U lympho, bệnh bạch cầu. Chẩn Đoán Ung Thư phải có bằng chứng Mô Bệnh Học về tính chất ác tính sau quá trình nghiên cứu cấu trúc mô tế bào hoặc hình thái của khối u, mô hoặc bệnh phẩm nghi ngờ mắc bệnh. Theo đó, không thể đưa ra Chẩn Đoán Ung Thư chỉ với kết quả khám lâm sàng.
25. **Ung Thư Biểu Mô Tại Chỗ (Carcinoma In Situ - CIS):** Là Ung Thư mà sự tự phát triển không kiểm soát khu trú của các tế bào ung thư giới hạn trong các vị trí nơi nó phát sinh ra và chưa dẫn tới sự xâm lấn và/hoặc phá hủy các mô xung quanh. “Xâm lấn” có nghĩa là sự xâm nhập và/hoặc sự chủ động phá hủy các mô bình thường ở ngoài lớp màng đáy. Chẩn Đoán Ung Thư Biểu Mô Tại Chỗ phải luôn đi kèm với kết quả Mô Bệnh Học.

26. **Phân Loại TNM:** Là hệ thống xác định giai đoạn Ung Thư. TNM được chấp thuận bởi Hiệp hội kiểm soát Ung thư Quốc Tế (UICC-Union for International Cancer Control) và Ủy ban Ung thư Hoa Kỳ (AJCC-American Joint Committee on Cancer). Hệ thống TNM dựa vào phạm vi lan rộng của khối u (T –Tumor), phạm vi ảnh hưởng của các hạch bạch huyết (N – Node) và sự hiện diện của các di căn xa (M – Metastasis). Con số được thêm vào phía sau mỗi chữ cái xác định kích thước hoặc phạm vi của khối u và di căn.
27. **Tai Nạn:** Là bất kỳ sự kiện bất ngờ hay không lường trước, gây ra bởi một lực từ bên ngoài, mạnh và có thể nhìn thấy được xảy ra trong Thời Hạn Bảo Hiểm, là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến thương tật thân thể hoặc chết cho Người Được Bảo Hiểm và xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người Được Bảo Hiểm, độc lập với các nguyên nhân khác.
28. **Ốm Bệnh/Bệnh Tật:** Là một tình trạng bất thường hay khiếm khuyết chức năng của một hay nhiều cơ quan trong cơ thể biểu hiện bằng các triệu chứng hay hội chứng.
- Cấp tính: Là một tình trạng mà theo ý kiến Bác Sĩ là bệnh khởi phát và tiến triển nhanh, cần phải chăm sóc và điều trị khẩn cấp.
 - Mạn tính: Là Bệnh Tật được xác định theo kết luận của Bác Sĩ và có một trong các đặc tính sau đây:
 - Không điều trị khỏi hẳn được;
 - Bản chất là sẽ tái đi tái lại;
 - Hiện chưa có một phương pháp điều trị nào thích hợp;
 - Có thể dẫn đến thương tật vĩnh viễn;
 - Cần khám, xét nghiệm, điều trị hoặc theo dõi dài hạn.

PHẦN II: PHẠM VI BẢO HIỂM

Điều 2: Quyền lợi bảo hiểm và các quy định chung của quyền lợi bảo hiểm:

1. Trong Thời Hạn Bảo Hiểm, nếu Bác Sĩ đưa ra Chẩn Đoán rằng Người Được Bảo Hiểm mắc Bệnh Hiểm Nghèo Được Bảo Hiểm thì GIC sẽ chi trả cho Người Được Bảo Hiểm/Người Thụ Hưởng toàn bộ Số Tiền Bảo Hiểm quy định cho loại Bệnh Hiểm Nghèo đó với điều kiện:
 - Bệnh Hiểm Nghèo Được Bảo Hiểm xuất hiện lần đầu đối với Người Được Bảo Hiểm và xuất hiện sau khi kết thúc Thời Gian Chờ áp dụng cho Bệnh Hiểm Nghèo đó. Cho mục đích của Quy Tắc Bảo Hiểm này, một bệnh được coi là xuất hiện tại thời điểm mà bệnh đó được kiểm tra, Chẩn Đoán hoặc điều trị, hoặc tại thời điểm mà các dấu hiệu hoặc triệu chứng của bệnh đó bộc phát khiến một người bình thường phải đi kiểm tra, chăm sóc, điều trị, tùy thời điểm nào sớm hơn.
 - Chẩn Đoán mắc Bệnh Hiểm Nghèo Được Bảo Hiểm phải dựa trên bằng chứng Chẩn Đoán của loại Bệnh Hiểm Nghèo đó, được quy định tại Điều 3 của Quy Tắc Bảo Hiểm này.
 - Người Được Bảo Hiểm còn sống tại thời điểm Chẩn Đoán mắc Bệnh Hiểm Nghèo Được Bảo Hiểm hoặc sau khi kết thúc Thời Gian Sống áp dụng cho Bệnh Hiểm Nghèo đó, tùy thời điểm nào trễ hơn.
 - Không thuộc điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm.
2. Tổng số tiền mà GIC chi trả cho Người Được Bảo Hiểm/Người Thụ Hưởng đối với tất cả các Sự Kiện Bảo Hiểm trong suốt Thời Hạn Bảo Hiểm của một Hợp Đồng Bảo Hiểm không vượt quá 100% Số Tiền Bảo Hiểm quy định cho toàn bộ Thời Hạn Bảo Hiểm của Hợp Đồng Bảo Hiểm đó.
3. Trường hợp Người Được Bảo Hiểm có nhiều Hợp Đồng Bảo Hiểm đang trong Thời Hạn Bảo Hiểm tại thời điểm xảy ra Sự Kiện Bảo Hiểm, GIC sẽ chỉ xem xét chi trả quyền lợi theo Hợp Đồng Bảo Hiểm có số tiền chi trả bảo hiểm cao nhất.

Điều 3: Định nghĩa các Bệnh Hiểm Nghèo Được Bảo Hiểm và bằng chứng Chẩn Đoán:

1. Ung Thư Giai Đoạn Sớm:

- a) **Định nghĩa:** Ung Thư Giai Đoạn Sớm được bảo hiểm theo Quy Tắc này chỉ bao gồm các loại Ung Thư sau:

- a1) Ung Thư Biểu Mô Tại Chỗ (CIS) của một số cơ quan nhất định trong cơ thể, ở các vị trí sau: vú, tử cung, buồng trứng, ống dẫn trứng, âm hộ, âm đạo, tử cung, cổ tử cung, đại tràng, trực tràng, dương vật, tinh hoàn, phổi, gan, dạ dày, vòm mũi họng hoặc bàng quang.
- a2) Ung Thư Giai Đoạn Sớm được xác định theo hệ thống:
 - Ung Thư tuyến tiền liệt được đánh giá theo mô bệnh học thuộc giai đoạn T1N0M0 (theo Phân Loại TNM);
 - Ung Thư tuyến giáp dạng không nhú được đánh giá theo mô bệnh học thuộc giai đoạn T1N0M0 (theo Phân Loại TNM);
 - Ung Thư bàng quang được đánh giá theo mô bệnh học thuộc giai đoạn T1N0M0 (theo Phân Loại TNM);
 - Bệnh bạch cầu mạn tính dòng lympho (CLL) theo hệ thống phân loại RAI ở giai đoạn 1 hoặc 2.
- b) **Loại trừ đối với ung thư giai đoạn sớm:**
 - b1) Di sản cổ tử cung hoặc loạn sản cổ tử cung (CIN) phân loại báo cáo y khoa theo CIN-I, CIN-II và CIN-III.
 - b2) Bệnh bạch cầu mạn tính dòng lympho (CLL) theo hệ thống phân loại RAI ở giai đoạn 0 hoặc thấp hơn bị loại trừ.
 - b3) Các khối u không gây nguy hiểm đến tính mạng và không cần điều trị.
 - b4) Ung Thư Kaposi, các khối u khác phát sinh do HIV, bệnh Ung Thư ở người nhiễm HIV/AIDS.
- c) **Bằng chứng Chẩn Đoán:**
 - Kết luận của Bác Sĩ chuyên khoa, điều trị; và
 - Kết luận Mô Bệnh Học của Bác Sĩ về tính chất ác tính và cần phải điều trị.

2. **Ung Thư Giai Đoạn Trễ:**

- a) **Định nghĩa:** Cho mục đích của Hợp Đồng Bảo Hiểm, Ung Thư Giai Đoạn Trễ là các loại Ung Thư mà tế bào Ung Thư đã xâm lấn và phá hủy các mô bình thường.
- b) **Loại trừ đối với Ung Thư Giai Đoạn Trễ:** Ung Thư Giai Đoạn Trễ không bao gồm các trường hợp sau:
 - b1) Tất cả các khối u được đánh giá theo Mô Bệnh Học thuộc bất kỳ trường hợp nào dưới đây:
 - Các khối u không gây nguy hiểm đến tính mạng và không cần điều trị, tiền ác tính, chưa xâm lấn, có nghi ngờ u ác tính.
 - Các khối u chưa chắc chắn hoặc chưa rõ hoặc chỉ cần điều trị nội soi.
 - Ung Thư Biểu Mô Tại Chỗ (CIS) của bất kỳ cơ quan nào.
 - Di sản cổ tử cung hoặc loạn sản cổ tử cung (CIN) phân loại báo cáo y khoa theo CIN-I, CIN-II và CIN-III.
 - b2) Ung Thư tuyến tiền liệt thuộc giai đoạn T1N0M0 (theo Phân Loại TNM).
 - b3) Ung Thư tuyến giáp dạng không nhú thuộc giai đoạn T1N0M0 (theo Phân Loại TNM).
 - b4) Ung Thư bàng quang thuộc giai đoạn T1N0M0 (theo Phân Loại TNM).
 - b5) Bệnh bạch cầu mạn tính dòng lympho (CLL) theo hệ thống phân loại RAI chưa đến giai đoạn 3.
 - b6) Các loại Ung Thư da, trừ trường hợp Ung Thư tế bào ác tính melanoma/Ung thư sắc tố da có khối u ác tính có độ sâu từ 1.5 mm trở lên hoặc có dấu hiệu di căn.
 - b7) Ung Thư Kaposi, các khối u, bướu, bệnh Ung Thư ở người nhiễm HIV/AIDS.
- c) **Bằng chứng Chẩn Đoán:**
 - Kết luận của Bác Sĩ chuyên khoa, điều trị; và
 - Kết luận Mô Bệnh Học của Bác Sĩ về tính chất ác tính với sự xâm lấn và di căn của tế bào Ung Thư.

3. **Liệt Toàn Bộ Vĩnh Viễn:**

- a) **Định nghĩa:** Liệt Toàn Bộ Vĩnh Viễn là mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng sử dụng hai cánh tay và/hoặc hai chân hoặc một tay và một chân do bị liệt, là hậu quả của Ốm Bệnh/Bệnh Tật hoặc chấn thương do Tai Nạn. Biểu hiện của liệt là sự mất chức năng cơ, hoặc mất cảm giác, hoặc cả hai. Chấn

Đoán Liệt Toàn Bộ Vĩnh Viễn bao gồm Chẩn Đoán liệt hai chi, Chẩn Đoán liệt nửa bên người hoặc Chẩn Đoán liệt tứ chi.

b) Loại trừ:

- Các chấn thương của Người Được Bảo Hiểm do Người Thụ Hưởng, Bên Mua Bảo Hiểm, Người Được Bảo Hiểm cố ý gây ra.
- Việc tham gia các môn thể thao mùa đông, nhảy dù, môn bay lượn, nhảy bungee, lặn biển, leo núi (sử dụng dây thừng hoặc người hướng dẫn), điều khiển phương tiện xe cơ giới hoặc xe đạp trong các cuộc đua hoặc biểu tình, thám hiểm hang động, săn bắn hoặc có kết hợp đua ngựa, lặn trần hoặc các hoạt động dưới nước, đi bè hoặc cano ở thác, ghềnh, du thuyền hay chèo thuyền bên ngoài vùng nước ven biển (2 dặm), tham gia các môn thể thao chuyên nghiệp/bán chuyên để đổi lấy thù lao hoặc thu nhập, thể thao tác chiến hoặc bất kỳ môn thể thao nguy hiểm hoặc có khả năng gây nguy hiểm đã qua đào tạo hoặc chưa được đào tạo.
- Phẫu thuật thẩm mỹ hoặc bất kỳ phẫu thuật tự chọn hoặc thủ tục thẩm mỹ để cải thiện ngoại hình, điều trị phẫu thuật và không phẫu thuật đối với bệnh béo phì (bao gồm cả bệnh béo phì lâm sàng) và các chương trình kiểm soát cân nặng, hoặc điều trị có tính chất tùy chọn.
- Chiến tranh, nội chiến, ngoại xâm, nổi dậy, cách mạng, hành động ngoại xâm, thù địch (dù có tuyên bố chiến tranh hay không), bạo loạn, binh biến, sử dụng sức mạnh quân sự hoặc tiềm quyền chính phủ hoặc quân đội.
- Tham gia các hoạt động hàng không trên các chuyến bay dân dụng khai thác theo lịch trình bay, trừ khi với tư cách là hành khách có vé.
- Hành vi cố ý vi phạm pháp luật hay cố tình tham gia các tình huống nguy hiểm không cần thiết hoặc có liên quan đến các hành vi bất hợp pháp.
- Hậu quả liên quan đến thai sản, bao gồm sảy thai, sinh đẻ.

c) Bằng chứng Chẩn Đoán:

- Chẩn Đoán của Bác Sĩ điều trị về việc không có khả năng phục hồi các chi và kết quả giám định y khoa về việc không có khả năng phục hồi sau 180 ngày kể từ ngày có Chẩn Đoán đó.
- Kết quả chụp X-quang.
- Ảnh chụp CT (đầu/cột sống).

4. Bệnh Gan Giai Đoạn Cuối:

a) **Định nghĩa:** Bệnh Gan Giai Đoạn Cuối là bệnh gan phát triển xấu dẫn đến xơ gan, có xác nhận của Bác Sĩ chuyên khoa và được chứng minh là xơ gan giai đoạn B theo thang điểm đánh giá độ xơ gan Child-Pugh hoặc xơ gan giai đoạn C theo thang điểm đánh giá độ xơ gan Child-Pugh dựa trên các tiêu chí sau:

- Tình trạng vàng da kéo dài (Nồng độ bilirubin trong máu >2micromol/l);
- Cổ trướng;
- Nồng độ Albumin trong máu <3.5 g/dl;
- Kết quả xét nghiệm đo thời gian prothrombin <70% so với mức trung bình của độ tuổi và giới tính;
- Bệnh não gan/Bệnh hôn mê gan;
- Rối loạn chức năng gan.

b) Loại trừ:

- Xơ gan giai đoạn A theo thang điểm đánh giá độ xơ gan Child-Pugh.
- Bệnh gan thứ phát do lạm dụng rượu hoặc thuốc gây nghiện, uống nhầm thuốc hoặc bệnh gan giai đoạn cuối mà Người Được Bảo Hiểm đã có chẩn đoán viêm gan do rượu, bia, ma túy theo hồ sơ bệnh án ghi nhận.

c) **Bằng chứng Chẩn Đoán:** Các chứng từ y tế và kết quả Chẩn Đoán, kết luận của Bác Sĩ chuyên khoa, điều trị.

5. Nhồi Máu Cơ Tim Lấn Đầu:

- a) **Định nghĩa:** Là hiện tượng một phần cơ tim ngừng hoạt động do không đủ lượng máu cung cấp đến các khu vực liên quan, xảy ra do sự tắc nghẽn của động mạch vành (Ví dụ: bệnh động mạch vành tắc nghẽn một nhánh/hai/ba nhánh). Các thuật ngữ khác thường được sử dụng là đau tim cấp tính, tắc động mạch vành, chứng nghẽn mạch. Biểu hiện Nhồi Máu Cơ Tim đáp ứng tất cả các yêu cầu sau:
- Có biểu hiện của đau ngực đặc trưng của bệnh Nhồi Máu Cơ Tim; và
 - Hình ảnh điện tâm đồ có sự thay đổi đặc trưng của bệnh nhồi máu cơ tim: xuất hiện đoạn ST chênh lên hoặc chênh xuống, sóng T đảo ngược, sóng Q bệnh lý hoặc các bloc nhánh trái mới xuất hiện và
 - Sự gia tăng của dấu ấn sinh học tim bao gồm nồng độ xét nghiệm CK-MB cao hơn mức thông thường được chấp nhận chung hoặc kết quả đo Troponin T hoặc I ở mức 0,5ng/ml trở lên.
- b) **Loại trừ:**
- Các hội chứng động mạch vành cấp tính khác, bao gồm các loại đau thắt ngực không ổn định. Tăng chỉ số men tim do việc thực hiện các thủ thuật, phẫu thuật tim mạch bao gồm, nhưng không giới hạn đặt ống thông bên trong mạch vành.
- c) **Bằng chứng Chẩn Đoán:** Các chứng từ y tế và kết quả Chẩn Đoán, kết luận của Bác Sĩ chuyên khoa, điều trị.
6. **Đột Quy Lấn Đầu:**
- a) **Định nghĩa:** Đột Quy là tình trạng mô não chết do thiếu nguồn cung cấp máu, tắc mạch máu não và huyết khối trong mạch máu não, xuất huyết não và xuất huyết dưới màng nhện, dẫn đến tổn thương thần kinh vĩnh viễn cùng với các triệu chứng lâm sàng kéo dài.
- b) **Loại trừ:**
- Các cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua.
 - Tổn thương não do tai nạn hoặc thương tích, nhiễm trùng, viêm mạch máu và bệnh viêm nhiễm.
 - Bệnh mạch máu ảnh hưởng mắt hoặc dây thần kinh thị giác.
 - Thiếu máu cục bộ do rối loạn tiền đình.
 - Các triệu chứng tổn thương não do bệnh đau nửa đầu.
 - Xuất huyết thứ phát trong một tổn thương não đã có từ trước.
- c) **Bằng chứng Chẩn Đoán:**
- Chẩn Đoán phải được Bác Sĩ chuyên khoa thần kinh xác nhận dựa trên kết quả chụp cộng hưởng từ, chụp CT scan hoặc MRI não và các xét nghiệm cận lâm sàng khác phù hợp, và
 - Người Được Bảo Hiểm phải có bằng chứng được Bác Sĩ xác nhận về việc tổn thương thần kinh lâm sàng vĩnh viễn ít nhất 6 tuần sau khi có Chẩn Đoán.
7. **Phẫu Thuật Bypass Động Mạch Vành:**
- a) **Định nghĩa:** Phẫu Thuật Bypass Động Mạch Vành là phẫu thuật mở ngực để điều chỉnh một hoặc nhiều động mạch vành bị thu hẹp hoặc tắc nghẽn bằng phương pháp ghép nối động mạch vành, giúp cải thiện đáng kể lượng máu cung cấp cho cơ tim và chấm dứt các triệu chứng đau ngực.
- b) **Loại trừ:**
- Phẫu thuật tạo hình/nong mạch vành.
 - Các liệu pháp can thiệp trong động mạch (intra-artery) hoặc sử dụng ống thông tim.
 - Phẫu thuật lỗ khóa (keyhole).
 - Dùng tia laser xử lý chỗ hẹp hay tắc nghẽn.
- c) **Bằng chứng Chẩn Đoán:**
- Hình chụp động mạch vành, và
 - Việc thực hiện phẫu thuật phải được chỉ định bởi Bác Sĩ chuyên khoa.

Điều 4: Điều khoản loại trừ chung:

Ngoài các loại trừ theo định nghĩa của các Bệnh Hiểm Nghèo được quy định tại Điều 3 của Quy Tắc Bảo Hiểm này, GIC sẽ không chịu trách nhiệm chi trả bảo hiểm trong các trường hợp sau:

1. Bệnh Có Sẵn/Tình Trạng Có Sẵn hoặc các biến chứng từ những Bệnh Có Sẵn/Tình Trạng Có Sẵn đó.
2. Bệnh Hiếm Nghèo gây ra bởi các Bệnh Bẩm Sinh/Dị Tật Bẩm Sinh hoặc biến chứng hoặc phát sinh từ những Bệnh Bẩm Sinh/Dị Tật Bẩm Sinh đó.
3. Bệnh Hiếm Nghèo gây ra bởi các bệnh lây truyền qua đường tình dục, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), nhiễm vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV).
4. Khiếu nại phát sinh từ các rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ, ô nhiễm hóa học, ô nhiễm sinh học, dịch bệnh tại các khu vực địa lý cụ thể được công bố bởi Bộ Y tế hoặc cơ quan có thẩm quyền của nước sở tại hoặc Tổ chức Y tế Thế giới.
5. Bệnh Hiếm Nghèo trực tiếp gây ra bởi nhiễm độc do dùng rượu hoặc ma túy, chất độc, chất gây nghiện, chất kích thích, dùng thuốc quá liều không có chỉ định của bác sĩ hoặc các loại hình được cơ quan chức năng có thẩm quyền công bố có tính chất tương tự như trên.

Các điểm loại trừ nêu trên cùng thông tin trên Giấy Yêu Cầu Bảo Hiểm, các điều kiện điều khoản khác quy định trong Quy Tắc Bảo Hiểm này là cơ sở để xem xét giải quyết phạm vi quyền lợi bảo hiểm hoặc loại trừ.

Điều 5: Phạm vi địa lý được bảo hiểm:

Quy Tắc Bảo Hiểm này áp dụng cho các Sự Kiện Bảo Hiểm phát hiện Chẩn Đoán Bệnh Hiếm Nghèo tại các Bệnh Viện trên phạm vi lãnh thổ Việt Nam, trừ trường hợp được quy định khác trên Hợp Đồng Bảo Hiểm/Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm.

PHẦN III: CÁC ĐIỀU KHOẢN CHUNG

Điều 6: Điều kiện tham gia bảo hiểm:

1. GIC chỉ xem xét bảo hiểm cho:
 - Công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài đang cư trú hợp pháp tại Việt Nam, và
 - Nằm trong độ tuổi từ 16 (mười sáu) đến 55 (năm lăm) tuổi, gia hạn đến 65 (sáu mươi lăm) tuổi trong trường hợp Tái Tục liên tục từ trước 55 tuổi, hoặc theo độ tuổi được quy định cụ thể theo Hợp Đồng Bảo Hiểm/Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm mà GIC chấp thuận nhận bảo hiểm.
2. GIC không nhận bảo hiểm đối với trường hợp sau:
 - Những người có tiền sử hoặc đang bị bệnh tâm thần, động kinh, thần kinh hoặc đã từng mắc các Bệnh Hiếm Nghèo được liệt kê trong Quy Tắc Bảo Hiểm này.
 - Những người bị tàn phế hoặc thương tật vĩnh viễn từ 80% trở lên hoặc bị Liệt Toàn Bộ Vĩnh Viễn.
 - Những người đang trong thời gian điều trị bệnh hoặc thương tật.

Điều 7: Phí bảo hiểm và điều khoản thanh toán:

- Phí bảo hiểm là khoản tiền mà Bên Mua Bảo Hiểm phải thanh toán cho GIC theo thời hạn thỏa thuận thanh toán được quy định tại mỗi Hợp Đồng Bảo Hiểm/Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm.
- Trách nhiệm của GIC theo Hợp Đồng Bảo Hiểm/Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm chỉ phát sinh khi Bên Mua Bảo Hiểm đã thanh toán đủ và đúng hạn phí bảo hiểm theo các thỏa thuận trong Hợp Đồng Bảo Hiểm/Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm này và phù hợp với quy định của pháp luật hiện hành.
- Phí bảo hiểm được tính dựa trên Số Tiền Bảo Hiểm, phạm vi bảo hiểm và giới hạn quyền lợi (trách nhiệm tối đa của GIC) của từng phạm vi bảo hiểm mà Bên Mua Bảo Hiểm lựa chọn và có thể đồng thời dựa trên các thông tin cá nhân của Người Được Bảo Hiểm (như giới tính, độ tuổi) được kê khai trong Giấy Yêu Cầu Bảo Hiểm tại thời điểm lần đầu tham gia bảo hiểm và những lần tham gia bảo hiểm tiếp theo.
- Trong trường hợp phí bảo hiểm được tính dựa trên độ tuổi của Người Được Bảo Hiểm:

- Nếu Bên Mua Bảo Hiểm khai báo sai tuổi của Người Được Bảo Hiểm dẫn đến tăng số phí bảo hiểm phải đóng, nhưng tuổi đúng của Người Được Bảo Hiểm vẫn thuộc nhóm tuổi có thể được bảo hiểm thì GIC phải hoàn trả cho Bên Mua Bảo Hiểm số phí bảo hiểm đã đóng dư.
- Nếu Bên Mua Bảo Hiểm khai báo sai tuổi của Người Được Bảo Hiểm làm giảm số phí bảo hiểm phải đóng, nhưng tuổi đúng của Người Được Bảo Hiểm vẫn thuộc nhóm tuổi có thể được bảo hiểm thì Bên Mua Bảo Hiểm cần thông báo ngay cho GIC khi phát hiện sai sót để thực hiện sửa đổi bổ sung thông tin độ tuổi trong Hợp Đồng Bảo Hiểm và đóng thêm phí bảo hiểm còn thiếu (cho toàn bộ Thời Hạn Bảo Hiểm) của Hợp Đồng Bảo Hiểm. Trường hợp phát sinh Sự Kiện Bảo Hiểm mà Bên Mua Bảo Hiểm chưa đóng thêm phí bảo hiểm còn thiếu và Hợp Đồng Bảo Hiểm chưa được sửa đổi bổ sung thông tin độ tuổi thì GIC sẽ chỉ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo tỷ lệ [phí bảo hiểm đã đóng]/[phí bảo hiểm phải đóng, được niêm yết tại thời điểm tham gia Hợp Đồng Bảo Hiểm].

Điều 8: Điều kiện Tái Tục:

- Hợp Đồng Bảo Hiểm có thể được Tái Tục với các điều kiện sau:
 - Bên Mua Bảo Hiểm cần gửi yêu cầu Tái Tục và cung cấp thông tin theo yêu cầu của GIC khi Tái Tục Hợp Đồng Bảo Hiểm.
 - Tất cả các yêu cầu Tái Tục Hợp Đồng Bảo Hiểm cần được gửi tới GIC trước khi kết thúc Thời Hạn Bảo Hiểm của Hợp Đồng Bảo Hiểm đó, trừ trường hợp được quy định khác theo Hợp Đồng Bảo Hiểm/Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm. Tuy nhiên, GIC không có nghĩa vụ thông báo nhắc nhở Bên Mua Bảo Hiểm/Người Được Bảo Hiểm về thời hạn gửi yêu cầu Tái Tục hoặc thời điểm kết thúc Thời Hạn Bảo Hiểm của Hợp Đồng Bảo Hiểm.
- GIC có quyền từ chối yêu cầu Tái Tục nếu:
 - Bên Mua Bảo Hiểm/Người Được Bảo Hiểm có hành vi không trung thực hay gian dối khi cung cấp thông tin.
 - Bất kỳ thông tin nào trong hoặc có liên quan đến Hợp Đồng Bảo Hiểm bị khai báo sai khi Tái Tục.
 - Người Được Bảo Hiểm thuộc đối tượng không nhận bảo hiểm của GIC theo quy định tại Điều 6 của Quy Tắc Bảo Hiểm này.
 - Người Được Bảo Hiểm/Người Thu Hưởng đã được nhận quyền lợi bảo hiểm theo Hợp Đồng Bảo Hiểm đã tham gia trước đó.
- Số Tiền Bảo Hiểm chỉ có thể điều chỉnh tăng thêm tại thời điểm Tái Tục của Hợp Đồng Bảo Hiểm. Trường hợp tăng Số Tiền Bảo Hiểm, toàn bộ Thời Gian Chờ sẽ được áp dụng lại đối với phần tăng thêm của Số Tiền Bảo Hiểm. Trong trường hợp có phát sinh chi trả bảo hiểm trong khoảng Thời Gian Chờ này, Số Tiền Bảo Hiểm trước khi tăng sẽ được chi trả và Hợp Đồng Bảo Hiểm sẽ chấm dứt.

Điều 9: Chấm dứt Hợp Đồng Bảo Hiểm:

Hợp Đồng Bảo Hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực ngay sau khi xảy ra một trong các sự kiện sau đây, tùy theo sự kiện nào phát sinh trước:

- Khi hết Thời Hạn Bảo Hiểm ghi trong Hợp Đồng Bảo Hiểm/Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm.
- Bên Mua Bảo Hiểm không thanh toán phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn theo thỏa thuận.
- Một trong hai bên yêu cầu chấm dứt Hợp Đồng Bảo Hiểm trước hạn:
 - Trường hợp GIC đề nghị chấm dứt Hợp Đồng Bảo Hiểm, GIC phải thông báo cho Bên Mua Bảo Hiểm bằng văn bản trước 07 (bảy) ngày, trong đó nêu rõ thời điểm chấm dứt hợp đồng. GIC sẽ hoàn lại cho Bên Mua Bảo Hiểm 100% phí bảo hiểm cho thời gian còn lại của Thời Hạn Bảo Hiểm (bằng phí bảo hiểm đã đóng chia cho số ngày của Thời Hạn Bảo Hiểm ban đầu nhân với số ngày hiệu lực bảo hiểm còn lại kể từ ngày chấm dứt Hợp Đồng Bảo Hiểm). Việc chấm dứt Hợp Đồng Bảo Hiểm trong trường hợp này sẽ không phương hại đến việc giải quyết chi trả tiền bảo hiểm đối với các yêu cầu đã phát sinh trước thời điểm thông báo chấm dứt Hợp Đồng Bảo Hiểm.
 - Trường hợp Bên Mua Bảo Hiểm đề nghị chấm dứt Hợp Đồng Bảo Hiểm, Bên Mua Bảo Hiểm phải thông báo cho GIC bằng văn bản trước 07 (bảy) ngày kể từ thời điểm định chấm dứt. GIC sẽ hoàn

lại 80% phí bảo hiểm tương ứng của Thời Hạn Bảo Hiểm còn lại (bằng phí bảo hiểm đã đóng chia cho số ngày của Thời Hạn Bảo Hiểm ban đầu nhân với số ngày hiệu lực bảo hiểm còn lại kể từ ngày chấm dứt Hợp Đồng Bảo Hiểm) hoặc theo thỏa thuận khác tại Hợp Đồng Bảo Hiểm/Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm (nếu có), với điều kiện Hợp Đồng Bảo Hiểm chưa phát sinh bất kỳ quyền lợi bảo hiểm đã chi trả theo Hợp Đồng Bảo Hiểm.

- GIC đã chi trả Số Tiền Bảo Hiểm tối đa của Hợp Đồng Bảo Hiểm/Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm.

Điều 10: Kiểm tra sức khỏe và ý kiến chuyên gia:

- Trong một số trường hợp GIC có quyền đề nghị Người Được Bảo Hiểm thực hiện kiểm tra sức khỏe, giám định y khoa vào bất kỳ lúc nào nếu cần thiết, bao gồm cả trước khi nhận bảo hiểm và trong suốt thời gian giải quyết các yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc các khiếu nại liên quan đến Hợp Đồng Bảo Hiểm. Các chi phí kiểm tra sức khỏe, giám định y khoa, giám định pháp y sẽ do GIC chi trả.
- Việc kiểm tra sức khỏe (nếu có) không thay thế nghĩa vụ của Người Được Bảo Hiểm trong việc kê khai, cung cấp các thông tin đầy đủ, trung thực theo yêu cầu của GIC quy định tại Quy Tắc Bảo Hiểm.
- Trong trường hợp có bất kỳ mâu thuẫn hoặc sự khác biệt nào về các dấu hiệu hoặc triệu chứng của Bệnh Hiểm Nghèo Được Bảo Hiểm hoặc về Bệnh Có Sẵn/Tình Trạng Có Sẵn giữa Bác Sĩ và Người Được Bảo Hiểm, GIC sẽ giải quyết theo ý kiến chuyên môn của Bác Sĩ.
- Trong trường hợp Người Được Bảo Hiểm tử vong, nếu thấy cần thiết, GIC được yêu cầu giám định pháp y, nếu việc này không vi phạm pháp luật hiện hành.

PHẦN IV: QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

Điều 11: Quyền của GIC:

1. Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp Đồng Bảo Hiểm.
2. Yêu cầu Bên Mua Bảo Hiểm/Người Được Bảo Hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp Đồng Bảo Hiểm.
3. Chấm dứt Hợp Đồng Bảo Hiểm theo quy định tại Điều 9 của Quy Tắc Bảo Hiểm này.
4. Từ chối trả tiền bảo hiểm cho Người Được Bảo Hiểm/Người Thụ Hưởng trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp Đồng Bảo Hiểm; hoặc trường hợp Bên Mua Bảo Hiểm hoặc Người Được Bảo Hiểm hoặc Người Thụ Hưởng cố ý cung cấp cho GIC thông tin sai sự thật hoặc thông tin không đầy đủ liên quan đến điều kiện sức khỏe và các yếu tố khác mà có tác động đến khả năng/nguyên nhân xảy ra Sự Kiện Bảo Hiểm.
5. Yêu cầu Bên Mua Bảo Hiểm/Người Được Bảo Hiểm áp dụng các biện pháp kiểm tra, theo dõi, điều trị cần thiết và kịp thời khi Người Được Bảo Hiểm có các dấu hiệu hoặc triệu chứng của Bệnh Hiểm Nghèo Được Bảo Hiểm và/hoặc khi xảy ra Sự Kiện Bảo Hiểm nhằm đề phòng, hạn chế bệnh diễn biến trầm trọng hơn.
6. Các quyền khác theo quy định của Quy Tắc Bảo Hiểm, Hợp Đồng Bảo Hiểm và pháp luật.

Điều 12: Nghĩa vụ của GIC:

1. Giải thích cho Bên Mua Bảo Hiểm về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; quyền, nghĩa vụ của Bên Mua Bảo Hiểm/Người Được Bảo Hiểm.
2. Cấp cho Bên Mua Bảo Hiểm Hợp Đồng Bảo Hiểm và/hoặc Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm (bản cứng hoặc bản điện tử) ngay sau khi giao kết Hợp Đồng Bảo Hiểm.
3. Trả tiền bảo hiểm kịp thời cho Người Được Bảo Hiểm/Người Thụ Hưởng khi xảy ra Sự Kiện Bảo Hiểm theo các quy định của Hợp Đồng Bảo Hiểm.
4. Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm.
5. Các nghĩa vụ khác theo quy định của Quy Tắc Bảo Hiểm, Hợp Đồng Bảo Hiểm và pháp luật.

Điều 13: Quyền của Bên Mua Bảo Hiểm và Người Được Bảo Hiểm:

1. Yêu cầu GIC giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; cấp Hợp Đồng Bảo Hiểm và/hoặc Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm.
2. Chấm dứt Hợp Đồng Bảo Hiểm theo quy định tại Điều 9 của Quy Tắc Bảo Hiểm này.
3. Yêu cầu GIC trả tiền bảo hiểm cho Người Được Bảo Hiểm/Người Thụ Hưởng theo thỏa thuận trong Hợp Đồng Bảo Hiểm khi xảy ra Sự Kiện Bảo Hiểm.
4. Các quyền khác theo quy định của Quy Tắc Bảo Hiểm, Hợp Đồng Bảo Hiểm và pháp luật.

Điều 14: Nghĩa vụ của Bên Mua Bảo Hiểm và Người Được Bảo Hiểm:

1. Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, theo thời hạn và phương thức đã thỏa thuận trong Hợp Đồng Bảo Hiểm.
2. kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến Hợp Đồng Bảo Hiểm theo yêu cầu của GIC như thông tin về tuổi, giới tính và Bệnh Có Sẵn/Tình Trạng Có Sẵn. Nếu Bên Mua Bảo Hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai trung thực, GIC có quyền đơn phương chấm dứt Hợp Đồng Bảo Hiểm và thu phí bảo hiểm đến thời điểm chấm dứt Hợp Đồng Bảo Hiểm. Vi phạm nghĩa vụ kê khai trung thực có nghĩa là Bên Mua Bảo Hiểm không kê khai đủ, khai báo sai hoặc bỏ qua các thông tin quan trọng nhằm giao kết Hợp Đồng Bảo Hiểm để được trả tiền bảo hiểm.
3. Thông báo những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của GIC trong quá trình thực hiện Hợp Đồng Bảo Hiểm.
4. Khi xảy ra Sự Kiện Bảo Hiểm, Bên Mua Bảo Hiểm/Người Được Bảo Hiểm có nghĩa vụ:
 - Thông báo cho GIC về việc xảy ra Sự Kiện Bảo Hiểm theo thỏa thuận trong Hợp Đồng Bảo Hiểm.
 - Thu thập và cung cấp thông tin, chứng từ, tài liệu làm cơ sở chi trả tiền bảo hiểm một cách trung thực, chính xác và đầy đủ cho GIC, đồng thời phối hợp, hỗ trợ và tạo mọi điều kiện thuận lợi cho GIC kiểm tra, thu thập thông tin liên quan đến Sự Kiện Bảo Hiểm.
5. Áp dụng các biện pháp kiểm tra, theo dõi, điều trị cần thiết và kịp thời khi Người Được Bảo Hiểm có các dấu hiệu hoặc triệu chứng của Bệnh Hiểm Nghèo Được Bảo Hiểm và/hoặc khi xảy ra Sự Kiện Bảo Hiểm nhằm đề phòng, hạn chế bệnh diễn biến trầm trọng hơn.
6. Các nghĩa vụ khác theo quy định của Quy Tắc Bảo Hiểm, Hợp Đồng Bảo Hiểm và pháp luật.

PHẦN V: THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 15: Thời hạn thông báo Sự Kiện Bảo Hiểm và yêu cầu trả tiền bảo hiểm:

1. Thời hạn thông báo Sự Kiện Bảo Hiểm:
 - a) Trong vòng 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày có Chẩn Đoán của Bác Sĩ về Bệnh Hiểm Nghèo Được Bảo Hiểm, Người Được Bảo Hiểm/Người Thụ Hưởng cần thông báo cho GIC về Sự Kiện Bảo Hiểm bằng văn bản hoặc thư điện tử (email) hoặc điện thoại đến Tổng đài Chăm sóc khách hàng của GIC.
 - b) Trong trường hợp Người Được Bảo Hiểm/Người Thụ Hưởng không thông báo đúng thời hạn nêu trên (trừ trường hợp bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan theo quy định của pháp luật), GIC sẽ có quyền áp dụng giảm trừ số tiền chi trả quyền lợi bảo hiểm theo các quy định cụ thể tại Hợp Đồng Bảo Hiểm/Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm (nếu có).
2. Thời hạn gửi hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm:
 - GIC khuyến cáo Người Được Bảo Hiểm/Người Thụ Hưởng gửi hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm cho GIC trong vòng 60 (sáu mươi) ngày kể từ thời điểm xảy ra Sự Kiện Bảo Hiểm. Trường hợp cần bổ sung hồ sơ, Người Được Bảo Hiểm/Người Thụ Hưởng cần gửi các chứng từ, tài liệu cần bổ sung trong vòng 10 (mười) ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu từ GIC.
 - Thời hạn gửi hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm đầy đủ là 01 (một) năm kể từ ngày xảy ra Sự Kiện Bảo Hiểm. Quá thời hạn trên, Người Được Bảo Hiểm/Người Thụ Hưởng sẽ mất quyền yêu cầu trả tiền bảo hiểm và GIC có quyền từ chối một phần hay toàn bộ số tiền chi trả bảo hiểm, trừ trường hợp bất khả

kháng hoặc trở ngại khách quan theo quy định của pháp luật. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan không tính vào thời hạn gửi hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

Điều 16: Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm:

Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm bao gồm các chứng từ, tài liệu sau:

1. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm bản gốc được điền đầy đủ và có chữ ký của người yêu cầu trả tiền bảo hiểm (theo mẫu của GIC).
2. Tất cả các chứng từ liên quan đến việc Chẩn Đoán và điều trị Bệnh Hiếm Nghèo Được Bảo Hiểm được cung cấp bởi Bệnh Viện hoặc Bác Sĩ theo định nghĩa trong Quy Tắc Bảo Hiểm này, gồm bản gốc hoặc bản sao hợp lệ:
 - Sổ khám bệnh/phiếu khám, các chỉ định, kết quả xét nghiệm, chụp chiếu, siêu âm, sinh thiết, tế bào học, mô bệnh học, kết quả giải phẫu bệnh lý, chẩn đoán/kết luận bệnh.
 - Các hồ sơ điều trị y tế, hóa trị, xạ trị, giấy chứng nhận phẫu thuật (trường hợp phải phẫu thuật theo chỉ định), giấy tờ xuất viện, đơn thuốc.
 - Các báo cáo y khoa/sao trích (tóm tắt) hồ sơ bệnh án, tiền sử bệnh, chẩn đoán bệnh.
 - Các tài liệu và thông tin mà các chuyên gia y tế và/hoặc các công ty bảo hiểm khác đang nắm giữ như sổ thẻ bảo hiểm y tế hoặc lịch sử/bản sao Hồ sơ khám bảo hiểm y tế/Hồ sơ khám sức khỏe trong vòng 12 tháng trước ngày tham gia bảo hiểm (nếu có).
 - Trường hợp nộp bản sao, GIC có quyền yêu cầu cung cấp bản chính để kiểm tra đối chiếu.
3. Đối với trường hợp Liệt Toàn Bộ Vĩnh Viễn:
 - Bản tường trình tai nạn, biên bản tai nạn, hồ sơ tai nạn, biên bản/kết luận của công an giao thông nếu tai nạn giao thông, biên bản tai nạn lao động nếu tai nạn lao động... có xác nhận chính quyền địa phương hoặc cơ quan chức năng có liên quan trong trường hợp Liệt Toàn Bộ Vĩnh Viễn do Tai Nạn.
 - Giấy phép lái xe, giấy đăng ký xe (bản sao có chứng thực) trong trường hợp Liệt Toàn Bộ Vĩnh Viễn do Tai Nạn khi đang điều khiển phương tiện giao thông.
 - Kết quả giám định thương tật vĩnh viễn của Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh hoặc thành phố (góc/sao y công chứng).
4. Giấy chứng tử (bản gốc/bản sao có chứng thực), giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp phải có công chứng.
5. Các tài liệu khác liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo yêu cầu của GIC.

Điều 17: Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

- Khi xảy ra Sự Kiện Bảo Hiểm, GIC sẽ giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo thời hạn được thỏa thuận trong Hợp Đồng Bảo Hiểm. Trong trường hợp không có thỏa thuận về thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong Hợp Đồng Bảo Hiểm, GIC có trách nhiệm giải quyết yêu cầu trả tiền bảo hiểm trong vòng tối đa 15 (mười lăm) ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ.
- Trong trường hợp phải tiến hành xác minh hồ sơ, GIC sẽ thông báo cho Người Được Bảo Hiểm/Người Thụ Hưởng để phối hợp thực hiện, thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm sẽ được hoàn tất khi GIC nhận được đầy đủ hồ sơ cần thiết và kết quả của việc xác minh.
- Trong trường hợp từ chối giải quyết quyền lợi bảo hiểm, GIC phải trả lời bằng văn bản và nêu rõ lý do từ chối trong văn bản gửi khách hàng.

Điều 18: Thời hiệu khởi kiện:

- Thời hiệu khởi kiện liên quan đến Hợp Đồng Bảo Hiểm là 03 (ba) năm kể từ ngày phát sinh tranh chấp.
- Bất kỳ tranh chấp nào phát sinh giữa các bên, nếu không được giải quyết bằng hình thức thương lượng, sẽ được giải quyết theo phán quyết của Tòa án có thẩm quyền nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam.

PHỤ LỤC 1

HỆ THỐNG XÁC ĐỊNH GIAI ĐOẠN UNG THƯ TNM

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

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

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

PHỤ LỤC 2

ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG

Điều khoản bổ sung 01 – Hỗ trợ tầm soát Bệnh Hiếm Nghèo

Điều 1: Bổ sung quy định:

- **Người Thân:** Là một hoặc nhiều người được Bên Mua Bảo Hiểm/ Người Được Bảo Hiểm đăng ký với GIC để chỉ định là người thụ hưởng của quyền lợi “Hỗ trợ Người được bảo hiểm để người được bảo hiểm hỗ trợ Người thân chi phí tầm soát bệnh hiếm nghèo”. Thông tin Người Thân được xác định theo thông tin mới nhất trước thời điểm xảy ra Sự Kiện Bảo Hiểm mà Bên Mua Bảo Hiểm/Người được bảo hiểm đăng ký với GIC qua công thông tin điện tử của GIC ghi trên Hợp Đồng Bảo Hiểm/Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm.
- **Tầm Soát Bệnh Hiếm Nghèo:** Là hoạt động kiểm tra sức khỏe nhằm phát hiện Bệnh Hiếm Nghèo trước khi triệu chứng xuất hiện. Tầm Soát Bệnh Hiếm Nghèo có thể thực hiện thông qua xét nghiệm máu, xét nghiệm nước tiểu và/hoặc các xét nghiệm khác và/hoặc thông qua chẩn đoán hình ảnh.
- **Số Tiền Chi Trả Hỗ Trợ:** Là số tiền tối đa mà GIC có trách nhiệm chi trả cho Người Thân/Người Thụ Hưởng theo Điều khoản bổ sung này và được quy định trong Hợp Đồng Bảo Hiểm/Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm.

Điều 2: Quyền lợi bảo hiểm:

- Trong trường hợp Người Được Bảo Hiểm được GIC chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Điều 2 của Quy Tắc Bảo Hiểm, GIC sẽ hỗ trợ chi phí Tầm Soát Bệnh Hiếm Nghèo cho Người Thân Số Tiền Chi Trả Hỗ Trợ, để Người Thân thực hiện tầm soát bệnh hiếm nghèo.
- Trong trường hợp có nhiều hơn 01 (một) Người Thân, khoản hỗ trợ cho mỗi Người Thân sẽ bằng [Số Tiền Chi Trả Hỗ Trợ]/[Tổng số Người Thân mà Bên Mua Bảo Hiểm/Người Được Bảo Hiểm chỉ định là người thụ hưởng cho quyền lợi này].
- Trong trường hợp không có Người Thân, GIC sẽ chi trả toàn bộ khoản hỗ trợ cho Người Thụ Hưởng.