

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM

BẢO HIỂM HỖN HỢP VỚI QUYỀN LỢI BỆNH HIỂM NGHÈO TỪ GIAI ĐOẠN ĐẦU

(Được Bộ Tài chính phê chuẩn theo Công văn số 786/QLBH-NT ngày 25 tháng 10 năm 2016, sửa đổi, bổ sung theo công văn số 14086/BTC-QLBH ngày 19/10/2017 và công văn số 1223/BTC-QLBH ngày 10/02/2020)¹

PHẦN I. ĐIỀU KHOẢN CHUNG

1. GIẢI THÍCH TỪ NGỮ

Các từ ngữ sử dụng trong Quy tắc, Điều khoản sản phẩm bảo hiểm này (sau đây được gọi là “Quy tắc, Điều khoản”) được hiểu như sau:

- 1.1 Prudential:** Công ty TNHH Bảo hiểm nhân thọ Prudential Việt Nam được thành lập và hoạt động theo Giấy phép thành lập và hoạt động số 15 GP/KDBH do Bộ Tài chính cấp vào ngày 08 tháng 9 năm 2011 và được sửa đổi, bổ sung vào từng thời điểm.
- 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 18 (mười tám) tuổi trở lên hiện đang cư trú tại Việt Nam, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ, là người có yêu cầu bảo hiểm, đóng phí bảo hiểm và thực hiện các quyền và nghĩa vụ quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

Trong trường hợp Người được bảo hiểm không phải là bản thân Bên mua bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải được sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm.
- 1.3 Người được bảo hiểm:** là cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam được Prudential chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc, Điều khoản này. Người được bảo hiểm phải nằm trong độ tuổi từ 15 (mười lăm) đến 60 (sáu mươi). Ngoài ra, giới hạn tuổi khi kết thúc Hợp đồng bảo hiểm là 75 (bảy mươi lăm) tuổi.
- 1.4 Tuổi bảo hiểm:** là tuổi của Người được bảo hiểm vào Ngày hiệu lực hợp đồng tính theo ngày sinh nhật vừa qua hoặc Ngày kỷ niệm năm hợp đồng vừa qua. Tất cả các từ “tuổi” sử dụng trong Hợp đồng bảo hiểm này đều được hiểu là “Tuổi bảo hiểm”.
- 1.5 Người thụ hưởng:** là tổ chức, cá nhân được Bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc, Điều khoản này.
- 1.6 Ngày cấp Giấy Chứng nhận bảo hiểm nhân thọ:** là ngày Prudential phát hành Giấy chứng nhận bảo hiểm nhân thọ cho Bên mua bảo hiểm và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm nhân thọ (sau đây được gọi là “Giấy Chứng nhận bảo hiểm”).
- 1.7 Ngày hiệu lực hợp đồng:** là ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đầy đủ Phí bảo hiểm ban đầu theo quy định của Prudential, với điều kiện Bên mua bảo

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

hiểm và Người được bảo hiểm vẫn còn sống vào thời điểm Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm được Prudential chấp thuận, nếu không được quy định khác. Ngày hiệu lực hợp đồng được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh Hợp đồng bảo hiểm gần nhất, nếu có.

- 1.8 Năm hợp đồng:** là khoảng thời gian 1 (một) năm tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng cho đến Ngày kỷ niệm năm hợp đồng đầu tiên hoặc bất kỳ năm tiếp theo nào tính từ Ngày kỷ niệm năm hợp đồng gần nhất cho đến Ngày kỷ niệm năm hợp đồng tiếp theo.
- 1.9 Ngày kỷ niệm năm hợp đồng:** là ngày kỷ niệm hàng năm của Ngày hiệu lực hợp đồng.
- 1.10 Ngày đáo hạn hợp đồng:** là ngày cuối cùng của Thời hạn hợp đồng bảo hiểm và được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm nếu Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực đến thời điểm đó.
- 1.11 Phí bảo hiểm:** là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm phải đóng cho Prudential theo định kỳ cho toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm. Phí bảo hiểm được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng gần nhất, nếu có.
- 1.12 Phí bảo hiểm ban đầu:** là Phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm này và (các) Bảo hiểm bán cùng kèm theo, nếu có, được Bên mua bảo hiểm đóng cho Prudential cùng với Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm.
- 1.13 Số tiền bảo hiểm:** là số tiền mà Prudential chấp nhận bảo hiểm và được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng gần nhất, nếu có.
- 1.14 Giá trị hoàn lại:** là số tiền mà Bên mua bảo hiểm sẽ nhận lại, nếu có, khi có yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn. Hợp đồng bảo hiểm có Giá trị hoàn lại sau khi Bên mua bảo hiểm đã đóng đủ Phí bảo hiểm cho 24 (hai mươi bốn) tháng hợp đồng đầu tiên và Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực sau 2 (hai) Năm hợp đồng đầu tiên. Giá trị hoàn lại đã bao gồm giá trị hiện tại của Bảo tức, nếu có.

Giá trị hoàn lại sẽ được tính phù hợp với cơ sở kỹ thuật đã được Bộ Tài chính phê chuẩn. Giá trị hoàn lại ước tính vào Ngày kỷ niệm năm hợp đồng hàng năm được trình bày tại Bảng minh họa quyền lợi bảo hiểm.
- 1.15 Khoản tạm ứng GTHL:** là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm thực hiện tạm ứng từ Giá trị hoàn lại, và/hoặc khi Prudential khấu trừ từ Giá trị hoàn lại để đóng Phí bảo hiểm theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm.
- 1.16 Khoản giảm thu nhập đầu tư:** là khoản lãi tính trên Khoản tạm ứng GTHL với lãi suất do Prudential công bố cho Bên mua bảo hiểm theo quy định pháp luật kinh doanh bảo hiểm có hiệu lực tại thời điểm công bố.

- 1.17 Bảo tức:** là khoản lãi chia (không đảm bảo) được thông báo cho Bên mua bảo hiểm vào mỗi năm dương lịch. Bảo tức được thông báo hàng năm, nếu có, là khoản tiền mà Người nhận quyền lợi bảo hiểm sẽ chỉ nhận được toàn bộ khi Prudential chi trả quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc, Điều khoản này.
- 1.18 Lãi chia cuối hợp đồng:** là khoản lãi chia (không đảm bảo) mà Bên mua bảo hiểm sẽ được chi trả vào Ngày đáo hạn hợp đồng hoặc khi Prudential chấp thuận chi trả Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ hai hoặc Quyền lợi trường hợp tử vong theo Quy tắc, Điều khoản này.
- 1.19 Bệnh hiểm nghèo:** là một trong những bệnh được định nghĩa trong Phụ lục đính kèm của Quy tắc, Điều khoản này.
- 1.20 Nhóm bệnh hiểm nghèo:** là nhóm bệnh bao gồm 1 (một) hoặc nhiều Bệnh hiểm nghèo và được quy định tại Phụ lục của Quy tắc, Điều khoản này.
- 1.21 Chẩn đoán bệnh hiểm nghèo:** là chẩn đoán xác định sau cùng của một hay nhiều Bệnh hiểm nghèo được thực hiện bởi Bác sĩ hoặc nhóm Bác sĩ chuyên khoa của Bệnh viện.

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

Trong trường hợp xảy ra tranh chấp trên kết quả chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo, Prudential có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tiến hành xét nghiệm y khoa tại một trung tâm xét nghiệm độc lập theo thỏa thuận giữa Prudential và Bên mua bảo hiểm. Prudential và Người nhận quyền lợi bảo hiểm đồng ý rằng kết quả xét nghiệm này là kết quả sau cùng để giải quyết quyền lợi bảo hiểm liên quan đến Bệnh hiểm nghèo. Mọi chi phí cho việc tiến hành xét nghiệm y khoa trong trường hợp tranh chấp theo yêu cầu của Prudential sẽ do Prudential chịu trách nhiệm chi trả.

- 1.22 Bệnh viện/cơ sở y tế:** là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo pháp luật của Việt Nam hoặc nước sở tại. Cơ sở đó phải được cấp phép như một bệnh viện/cơ sở y tế theo quy định của Việt Nam hoặc nước sở tại.

Đối với Bệnh viện trong lãnh thổ Việt Nam, tư cách của bệnh viện phải được thể hiện bằng chữ “bệnh viện” trên con dấu chính thức. Đối với Bệnh viện ngoài lãnh thổ Việt Nam, tư cách của bệnh viện phải được thể hiện bằng ngôn ngữ của quốc gia/lãnh thổ đó mà được hiểu là “bệnh viện” theo tiếng Việt.

Cho mục đích của sản phẩm bảo hiểm này, Bệnh viện sẽ không bao gồm:

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

- Trung tâm y tế dự phòng;
- Bệnh viện/viện tâm thần;
- Bệnh viện/viện y học dân tộc;
- Bệnh viện/viện phong;
- Nhà điều dưỡng, trung tâm phục hồi chức năng, nhà lưu bệnh;
- Nhà bảo sanh, nhà an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, chất ma túy, chất kích thích.

cho dù các cơ sở, trung tâm này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện.

- 1.23 Bác sĩ:** là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi giấy phép theo pháp luật của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm tiến hành việc khám và điều trị. Bác sĩ không được đồng thời là người thụ hưởng, vợ/chồng, cha/mẹ, con, anh chị em ruột của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm.
- 1.24 Thời gian chờ:** là 90 (chín mươi) ngày kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc từ Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy theo ngày nào đến sau.
- 1.25 Bệnh có sẵn:** là (i) tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được Bác sĩ khám, chẩn đoán hoặc điều trị trước Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất và (ii) các dấu hiệu, triệu chứng đặc thù khởi phát trong vòng 36 tháng trước Ngày hiệu lực hợp đồng mà nếu biết được các dấu hiệu, triệu chứng này, Prudential không chấp nhận bảo hiểm hoặc chấp nhận bảo hiểm có điều kiện. Hồ sơ y tế, tình trạng tiền sử bệnh được lưu giữ tại bệnh viện/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.
- 1.26. Tai nạn:** là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện không bị gián đoạn gây ra bởi tác động của một lực hoặc một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ động và ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm lên cơ thể Người được bảo hiểm, xảy ra trong thời gian có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm này. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện trên phải là nguyên nhân duy nhất, trực tiếp và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác gây ra tổn thương, thương tật và/hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.
- 1.27 Sáu “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” bao gồm:**
- a. Khả năng tự thay quần áo, tự mang vào hay tháo ra những thiết bị trợ giúp như vòng đai, các chi giả...;

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

- b. Khả năng tự di chuyển từ nơi này qua nơi khác trong nhà và trên bề mặt phẳng;
- c. Khả năng tự di chuyển ra khỏi giường, ghế dựa hoặc xe lăn; và ngược lại;
- d. Khả năng tiểu tiện và đại tiện tự chủ;
- e. Khả năng tự đưa thức ăn đã làm sẵn từ bát, đĩa vào miệng;
- f. Khả năng tự tắm rửa, vệ sinh cá nhân.

1.28 Di chứng thần kinh vĩnh viễn: là triệu chứng của mất chức năng hệ thần kinh được phát hiện trên khám lâm sàng và dự đoán kéo dài suốt cuộc đời Người được bảo hiểm. Triệu chứng bao gồm: yếu, liệt, loạn vận ngôn, mất khả năng nói, giảm thị lực, khó đi lại, khó phối hợp, co giật, trạng thái thờ ơ, mê sảng, và hôn mê.

1.29 Khoản nợ: là bất cứ khoản tiền nào mà Bên mua bảo hiểm còn nợ Prudential, ví dụ như các khoản sau đây:

- a. Các khoản Phí bảo hiểm đến hạn chưa đóng; và
- b. Các khoản tạm ứng từ Giá trị hoàn lại của Hợp đồng bảo hiểm; và
- c. Các Khoản giảm thu nhập đầu tư phát sinh từ việc tạm ứng từ Giá trị hoàn lại của Hợp đồng bảo hiểm.

1.30 Bảo hiểm bán cùng: là các sản phẩm bảo hiểm được bán cùng với sản phẩm bảo hiểm này, tùy thuộc vào lựa chọn của Bên mua bảo hiểm và được liệt kê tại Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng bảo hiểm gần nhất, nếu có.

1.31 Sự kiện bảo hiểm: là sự kiện tử vong hoặc bị Bệnh hiểm nghèo của Người Được Bảo Hiểm của sản phẩm bảo hiểm này trong thời hạn bảo hiểm và Hợp Đồng Bảo Hiểm đang có hiệu lực.

2. HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

2.1 Hợp đồng bảo hiểm bao gồm các tài liệu sau:

- a. Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm;
- b. Bảng minh họa quyền lợi sản phẩm bảo hiểm và bảng phân tích nhu cầu tài chính;
- c. Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- d. (Các) Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng bảo hiểm, nếu có;
- e. Tóm tắt (các) Quy tắc, Điều khoản sản phẩm bảo hiểm sản phẩm chính này và bảo hiểm bán cùng đính kèm vào hợp đồng, nếu có;
- f. Quy tắc, Điều khoản sản phẩm bảo hiểm này;

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

- g. (Các) Quy tắc, Điều khoản sản phẩm bảo hiểm Bảo hiểm bán cùng, nếu có;
- h. Quy Tắc và Điều Khoản Chung áp dụng cho (các) Bảo Hiểm Bán Cùng, nếu có; và
- i. Các văn bản sửa đổi, bổ sung khác, nếu có, trong quá trình giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.

2.2 Thời hạn hợp đồng bảo hiểm và Thời hạn đóng phí bảo hiểm:

- a. **Thời hạn hợp đồng bảo hiểm** (sau đây được gọi là “Thời hạn hợp đồng”) là thời gian tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng đến Ngày kỷ niệm năm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 75 (bảy mươi lăm) tuổi. Thời hạn hợp đồng cũng đồng thời là thời hạn bảo hiểm và được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng gần nhất, nếu có.
- b. **Thời hạn đóng phí bảo hiểm** (sau đây được gọi là “Thời hạn đóng phí”) là khoảng thời gian Bên mua bảo hiểm phải đóng đầy đủ Phí bảo hiểm theo định kỳ quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng gần nhất, nếu có.

Nếu Người được bảo hiểm nhỏ hơn hoặc bằng 50 (năm mươi) tuổi, Thời hạn đóng phí bảo hiểm là 15 (mười lăm) năm.

Nếu Người được bảo hiểm từ 51 (năm mươi mốt) tuổi trở lên, Thời hạn đóng phí bảo hiểm bằng 65 (sáu mươi lăm) trừ tuổi tham gia của Người được bảo hiểm.

3. BẢO HIỂM TẠM THỜI

Nếu Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn trong Thời hạn bảo hiểm tạm thời, Prudential sẽ chi trả giá trị nào nhỏ hơn của:

- 200.000.000 (hai trăm triệu) đồng; hoặc
- (Tổng) Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính trong (các) Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm mới tại thời điểm mua bảo hiểm, bất kể Người được bảo hiểm có bao nhiêu Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm.

Thời hạn bảo hiểm tạm thời bắt đầu từ thời điểm Bên mua bảo hiểm nộp Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hợp lệ và đóng đầy đủ Phí bảo hiểm ban đầu. Thời hạn bảo hiểm tạm thời sẽ kết thúc vào ngày Prudential cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm, tạm hoãn hoặc ngày có quyết định từ chối chấp nhận bảo hiểm.

Quyền lợi Bảo hiểm tạm thời nêu trên sẽ không được chi trả nếu Người được bảo hiểm tử vong do các nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp gây ra như sau:

- Tự tử, dù trong trạng thái tinh thần bình thường hay mất trí; hoặc

- Sử dụng trái phép chất ma túy, chất kích thích; điều khiển các phương tiện giao thông với nồng độ cồn trong máu vượt quá mức cho phép theo quy định của pháp luật hiện hành; hoặc
- Các hành vi phạm tội (theo kết luận của cơ quan Nhà nước có thẩm quyền) của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và/hoặc của người nhận quyền lợi bảo hiểm.

Trong trường hợp quyền lợi Bảo hiểm tạm thời này được chi trả, Phí bảo hiểm đã đóng sẽ không được hoàn lại. Nếu Phí bảo hiểm đã đóng lớn hơn 200.000.000 (hai trăm triệu) đồng, Prudential sẽ hoàn lại Phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, thay cho quyền lợi Bảo hiểm tạm thời.

4. THỜI HẠN CÂN NHẮC

Bên mua bảo hiểm có quyền từ chối tiếp tục tham gia bảo hiểm, bằng cách gửi thông báo bằng văn bản đến Prudential, trong vòng 21 (hai mươi mốt) ngày kể từ ngày Bên Mua Bảo Hiểm ký xác nhận đã nhận được bản giấy của các tài liệu sau:

- Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm;
- Tài liệu tóm tắt Quy tắc, điều khoản của sản phẩm bảo hiểm này và các Bảo hiểm bán cùng, nếu có;
- Bảng minh họa quyền lợi sản phẩm bảo hiểm và bảng phân tích nhu cầu tài chính; và
- Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Trong trường hợp này, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực tính từ thời điểm Prudential nhận được thông báo nêu trên. Khi đó, Prudential sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm (tổng) Phí bảo hiểm ban đầu đã đóng của Hợp đồng bảo hiểm không có lãi sau khi trừ đi các chi phí xét nghiệm y khoa, nếu có.

5. NHẦM LẤN KHI KÊ KHAI TUỔI VÀ GIỚI TÍNH

5.1 Trong trường hợp có sự nhầm lẫn khi kê khai ngày sinh và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm, Số tiền bảo hiểm hoặc Phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm này và (các) Bảo hiểm bán cùng, nếu có, sẽ được điều chỉnh lại theo tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm căn cứ theo Số tiền bảo hiểm và Thời hạn đóng phí bảo hiểm, cụ thể như sau:

- Nếu Phí bảo hiểm đã đóng thấp hơn số Phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Prudential sẽ điều chỉnh lại Số tiền bảo hiểm tương ứng với Phí bảo hiểm đã đóng và Bên mua bảo hiểm tiếp tục đóng Phí bảo hiểm theo mức Phí bảo hiểm đang được đóng.

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

- b. Nếu Phí bảo hiểm đã đóng cao hơn số Phí bảo hiểm tính theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Prudential sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phần Phí bảo hiểm chênh lệch, không có lãi.

5.2 Nếu theo tuổi và/hoặc giới tính đúng, Người được bảo hiểm không thể được Prudential chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc, Điều khoản này, Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt hiệu lực và khi đó Prudential sẽ hoàn trả lại cho Bên mua bảo hiểm giá trị lớn hơn của:

- a. Tổng Phí bảo hiểm đã đóng của toàn bộ hợp đồng, không có lãi; hoặc
- b. Giá trị hoàn lại;

sau khi đã trừ đi (các) chi phí xét nghiệm y khoa, các Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo, Quyền lợi tiền mặt đã chấp thuận chi trả và các Khoản nợ, nếu có.

6. ĐIỀU KHOẢN MIỄN TRUY XÉT

6.1 Khi Người được bảo hiểm còn sống, các nội dung kê khai không chính xác hoặc bỏ sót trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và các giấy tờ có liên quan sẽ được Prudential miễn truy xét sau 24 (hai mươi bốn) tháng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc kể từ Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất.

6.2 Quy định trên sẽ không được áp dụng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm đã cố ý kê khai không trung thực những thông tin mà nếu biết được những thông tin đó, Prudential sẽ từ chối chấp thuận bảo hiểm hoặc chỉ chấp thuận bảo hiểm có điều kiện.

7. THỪA KẾ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

7.1 Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không phải là Người được bảo hiểm, khi Bên mua bảo hiểm tử vong trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm có quyền thừa kế toàn bộ các quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm với điều kiện người thừa kế hợp pháp này phải đáp ứng các quy định của pháp luật và các điều kiện quy định cho Bên mua bảo hiểm theo Quy tắc, Điều khoản này.

Nếu điều kiện trên không được đáp ứng, Hợp đồng bảo hiểm tự động chấm dứt hiệu lực và Prudential sẽ chi trả giá trị nào lớn hơn giữa:

- a. Tổng Phí bảo hiểm đã đóng của toàn bộ hợp đồng, không có lãi; hoặc
- b. Giá trị hoàn lại

sau khi đã trừ đi (các) chi phí xét nghiệm y khoa, toàn bộ các Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo, Quyền lợi tiền mặt đã chấp thuận chi trả và các Khoản nợ, nếu có.

7.2 Trường hợp Bên mua bảo hiểm là một tổ chức và tổ chức này giải thể, phá sản hoặc chấm dứt hoạt động trong thời hạn Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực mà chưa được chuyển nhượng, Người được bảo hiểm sẽ trở thành Bên mua bảo hiểm mới và có toàn bộ quyền lợi và nghĩa vụ đối với Hợp đồng bảo hiểm. (Những) Người thụ hưởng do Bên mua bảo hiểm ban đầu chỉ định sẽ tự động bị hủy bỏ.

PHẦN II. CÁC ĐIỀU KHOẢN VỀ BẢO HIỂM

8. QUYỀN LỢI CƠ BẢN

8.1 Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo

a. Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu:

- i) Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu thuộc danh sách Bệnh hiểm nghèo được quy định tại Phụ lục của Quy tắc, Điều khoản này theo kết quả chẩn đoán xác định theo quy định tại Điều 1.21, Prudential sẽ chi trả quyền lợi cho tối đa 2 (hai) Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu như sau:
 - 30% Số tiền bảo hiểm cho Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu lần thứ nhất; và
 - 30% Số tiền bảo hiểm cho Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu lần thứ hai, với điều kiện Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu lần thứ hai phải không thuộc Nhóm bệnh hiểm nghèo với Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu lần thứ nhất đã được chấp thuận chi trả.
- ii) Nếu Người được bảo hiểm mắc nhiều hơn 1 (một) Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu do cùng một Tai nạn gây ra, Prudential sẽ chỉ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho một Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu.
- iii) Tổng quyền lợi bảo hiểm chi trả cho mỗi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu của tất cả các hợp đồng bảo hiểm cho một Người được bảo hiểm không vượt quá 500 (năm trăm) triệu đồng. Trường hợp Người được bảo hiểm có nhiều Hợp đồng bảo hiểm có quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu và tổng quyền lợi chi trả vượt quá giới hạn trên, quyền lợi này sẽ được chi trả tương ứng với tỷ lệ quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu của từng hợp đồng bảo hiểm.
- iv) Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu chỉ được chi trả với điều kiện Người được bảo hiểm vẫn còn sống ít nhất 14 (mười bốn) ngày kể từ ngày Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu được chẩn đoán xác định.

b. Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau:

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

- i) Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau thuộc danh sách Bệnh hiểm nghèo được quy định tại Phụ lục của Quy tắc, Điều khoản này theo kết quả chẩn đoán xác định theo quy định tại Điều 1.21, Prudential sẽ chi trả cho tối đa 2 (hai) Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau như sau:
- Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ nhất: 100% Số tiền bảo hiểm trừ Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu đã chi trả, nếu Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu đã chi trả thuộc cùng Nhóm bệnh hiểm nghèo với Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ nhất;
 - Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ hai: 200% Số tiền bảo hiểm cộng với toàn bộ Bảo tức tích lũy và Lãi chia cuối hợp đồng, nếu có, tại thời điểm Người được bảo hiểm được chẩn đoán xác định mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ hai sau khi trừ đi toàn bộ các Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo, Quyền lợi tiền mặt đã chấp thuận chi trả và các Khoản nợ, nếu có, tại thời điểm Người được bảo hiểm được chẩn đoán xác định mắc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau thứ hai với các điều kiện sau:
 - i.1) Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ hai phải không cùng Nhóm bệnh hiểm nghèo với Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ nhất; và
 - i.2) Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ hai được chẩn đoán xác định sau 12 (mười hai) tháng kể từ ngày Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ nhất được chẩn đoán xác định; và
 - i.3) Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ hai được chẩn đoán xác định phải không liên quan trực tiếp hay gián tiếp hoặc không xuất phát từ cùng nguyên nhân gây ra Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ nhất đã chấp thuận chi trả.
- ii) Nếu Người được bảo hiểm mắc nhiều hơn một Bệnh hiểm nghèo (bao gồm Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu và/hoặc Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau) do cùng một Tai nạn gây ra, Prudential sẽ chỉ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho duy nhất 1 (một) Bệnh hiểm nghèo có số tiền được chi trả cao nhất.
- iii) Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau chỉ được chi trả với điều kiện Người được bảo hiểm vẫn còn sống ít nhất 14 (mười bốn) ngày kể từ ngày Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau được chẩn đoán xác định.

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

- iv) Ngay sau khi Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ hai được chấp thuận chi trả, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực và Prudential sẽ không chịu trách nhiệm chi trả bất kỳ quyền lợi nào khác.

c. Quyền lợi miễn đóng phí

Sau khi Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ nhất được chấp thuận chi trả, Prudential sẽ miễn toàn bộ Phí bảo hiểm còn lại của sản phẩm bảo hiểm chính kể từ ngày Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ nhất được chẩn đoán xác định và Hợp đồng bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực. Bên mua bảo hiểm có thể tiếp tục đóng Phí bảo hiểm cho (các) Bảo hiểm bán cùng (nếu có) để duy trì hiệu lực cho (các) Bảo hiểm bán cùng này.

8.2 Quyền lợi tử vong

- a. Nếu Người được bảo hiểm tử vong khi Hợp đồng bảo hiểm vẫn còn hiệu lực, Prudential sẽ chi trả 200% Số tiền bảo hiểm cộng toàn bộ Bảo tức tích lũy và Lãi chia cuối hợp đồng, nếu có, tính tại thời điểm Người được bảo hiểm tử vong trừ toàn bộ Quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo, Quyền lợi tiền mặt đã chấp thuận chi trả và các Khoản nợ, (nếu có) tính đến thời điểm Người được bảo hiểm tử vong.
- b. Nếu Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn khi Hợp đồng bảo hiểm vẫn còn hiệu lực, Prudential sẽ chi trả thêm 100% Số tiền bảo hiểm.
- c. Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực ngay sau khi Người được bảo hiểm tử vong. Trong trường hợp Quyền lợi tử vong được chi trả, Prudential sẽ không chịu trách nhiệm chi trả bất kỳ quyền lợi nào khác.

8.3 Quyền lợi tiền mặt

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm còn sống, Prudential sẽ chi trả 30% Số tiền bảo hiểm vào Ngày kỷ niệm năm hợp đồng ngay sau sinh nhật lần thứ 65 của Người được bảo hiểm.

8.4 Quyền lợi khi đáo hạn hợp đồng

Nếu Người được bảo hiểm còn sống cho đến Ngày đáo hạn hợp đồng, Prudential sẽ chi trả 200% Số tiền bảo hiểm cộng toàn bộ Bảo tức tích lũy và Lãi chia cuối hợp đồng, nếu có, trừ toàn bộ Quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo, Quyền lợi tiền mặt đã chấp thuận chi trả và các Khoản nợ, nếu có, tính đến Ngày đáo hạn hợp đồng.

9. THỦ TỤC VÀ THỜI GIAN GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

9.1 Trường hợp Bệnh hiểm nghèo

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

- a. Người nhận quyền lợi bảo hiểm phải cung cấp cho Prudential trong thời gian sớm nhất có thể hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm hợp lệ, bao gồm:
- i) Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo mẫu của Prudential) đã được điền đầy đủ, trung thực và chính xác; và
 - ii) Giấy Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo được cấp bởi Bệnh viện; và
 - iii) Các giấy tờ, hồ sơ chẩn đoán, xét nghiệm liên quan đến tiến trình phát hiện và điều trị Bệnh hiểm nghèo, giấy ra viện, bệnh án, giấy chứng nhận phẫu thuật, xạ trị, nếu có, các bằng chứng về lâm sàng, X quang, tế bào học, kết quả xét nghiệm được thực hiện theo yêu cầu của Bác sĩ.
 - iv) Các giấy tờ liên quan đến Tai nạn như biên bản tai nạn, biên bản khám nghiệm hiện trường, biên bản điều tra, kết luận điều tra của cơ quan công an có thẩm quyền, nếu có và theo quy định của pháp luật; và
 - v) Bằng chứng về sự kiện thương tật vĩnh viễn như hồ sơ bệnh án có xác nhận của Bệnh viện cho các trường hợp mất bộ phận cơ thể hoặc Giấy xác nhận mất khả năng lao động của cơ quan y tế/Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương trở lên cho các trường hợp liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của một hoặc hơn một bộ phận cơ thể.
- b. Trong trường hợp xảy ra tranh chấp trên kết quả Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo do người nộp Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm chuyển đến Prudential, Prudential có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm tham gia tiến hành điều tra xác nhận, ví dụ như cung cấp bằng chứng về bệnh sử, chẩn đoán xác định lại, làm xét nghiệm y khoa lại, chiếu xạ, nếu cần thiết, tại một trung tâm xét nghiệm khác. Khi đó mọi chi phí cho việc tiến hành xét nghiệm y khoa này theo yêu cầu của Prudential sẽ do Prudential chịu trách nhiệm chi trả. Prudential và Người nhận quyền lợi bảo hiểm đồng ý rằng kết quả xét nghiệm này là kết quả sau cùng để giải quyết quyền lợi bảo hiểm liên quan đến Bệnh hiểm nghèo.

9.2 Trường hợp tử vong

Người nhận quyền lợi bảo hiểm phải cung cấp cho Prudential trong thời gian sớm nhất có thể những giấy tờ sau đây:

- a. Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo mẫu của Prudential) đã được điền đầy đủ, trung thực và chính xác; và
- b. Bằng chứng về quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm của người nộp hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm; và được nêu trong Quy tắc, Điều khoản này như giấy ủy

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

quyền, di chúc, văn bản thỏa thuận phân chia di sản hoặc văn bản khai nhận di sản, tùy từng trường hợp, có chứng thực của cơ quan có thẩm quyền; và

- c. Giấy chứng tử, giấy báo tử theo quy định của pháp luật; và
- d. Tóm tắt bệnh án hoặc bản sao hồ sơ bệnh án nằm viện (sổ khám bệnh, Giấy ra viện và các chứng từ y tế liên quan đến việc khám, chẩn đoán và điều trị) và (các) xét nghiệm liên quan theo chỉ định của bác sĩ, giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có phẫu thuật) liên quan trực tiếp đến hồ sơ điều trị của Bệnh viện nơi Người được bảo hiểm tử vong; và
- e. Các giấy tờ liên quan đến Tai nạn như biên bản Tai nạn, biên bản khám nghiệm hiện trường, biên bản điều tra, kết luận điều tra của cơ quan công an có thẩm quyền, nếu có, theo quy định của pháp luật; và
- f. Bản gốc Giấy Chứng nhận bảo hiểm và (các) thư xác nhận điều chỉnh hợp đồng, nếu có.

9.3 Trường hợp khi nhận Quyền lợi tiền mặt hoặc Quyền lợi khi đáo hạn hợp đồng

Bên mua bảo hiểm phải cung cấp cho Prudential trong thời gian sớm nhất có thể Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo mẫu của Prudential) đã được điền đầy đủ, trung thực và chính xác.

9.4 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là 12 (mười hai) tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Mọi chi phí để có được các giấy tờ theo quy định tại Điều 9.1 và Điều 9.2 sẽ do người nhận quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm chi trả. Việc cung cấp hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 9.1 và Điều 9.2 sau thời gian quy định 12 (mười hai) tháng kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm sẽ không ảnh hưởng đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm nếu có lý do chính đáng được Prudential chấp thuận.

Prudential có trách nhiệm xem xét giải quyết Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong thời gian 05 (năm) ngày làm việc đối với trường hợp giải quyết quyền lợi đáo hạn hợp đồng và Quyền lợi tiền mặt; và 30 (ba mươi) ngày đối với trường hợp giải quyết quyền lợi bảo hiểm khác kể từ khi nhận được Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ theo các quy định nêu tại Điều 9.1 và Điều 9.2.

Nếu việc trì hoãn chi trả đối với các hồ sơ được chấp nhận chi trả là do lỗi Prudential thì Prudential sẽ trả thêm tiền lãi của số tiền này. Mức lãi suất áp dụng cho khoản chi trả chậm này được căn cứ vào lãi suất đối với phần tạm ứng từ giá trị hoàn lại do Prudential công bố tại từng thời điểm trên website của Prudential.

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

9.5 Người nhận quyền lợi bảo hiểm: theo thứ tự ưu tiên, Prudential sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho:

- a. Bên mua bảo hiểm; hoặc
- b. Người thụ hưởng được chỉ định trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc trong Thư xác nhận/thay đổi Người thụ hưởng gần nhất, nếu có. Trường hợp có nhiều Người thụ hưởng mà một trong những người này không còn sống/ tồn tại tại thời điểm phát sinh sự kiện bảo hiểm, phần quyền lợi bảo hiểm của người này sẽ được chi trả cho người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm; hoặc
- c. Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm, nếu Hợp đồng bảo hiểm không chỉ định Người thụ hưởng.

10. ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ

10.1 Loại trừ trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong

Prudential sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 8.2 nếu Người được bảo hiểm tử vong do bất kỳ lý do nào dưới đây:

- a. Hành động tự tử, tự gây thương tích trong vòng 2 (hai) năm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất (nếu có), tùy thuộc ngày nào xảy ra sau; hoặc
- b. Do hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người thụ hưởng đối với Người được bảo hiểm; hoặc
- c. nhiễm HIV; bị AIDS và/hoặc những bệnh liên quan đến AIDS, trừ trường hợp nhiễm HIV do nghề nghiệp được quy định tại Phụ lục; hoặc
- d. Tử vong do bị thi hành án tử hình.

10.2 Loại trừ trong trường hợp Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo

a. Loại trừ theo Bệnh có sẵn hoặc trong Thời gian chờ

Prudential sẽ không chi trả các quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 8.1 nếu các dấu hiệu hay triệu chứng của bệnh xuất hiện:

- i) Trước Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy trường hợp nào xảy ra sau; hoặc
- ii) Trong vòng 90 ngày kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hay Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy trường hợp nào xảy ra sau, cho dù chưa có Chẩn đoán Bệnh hiểm nghèo (ngoại trừ trường hợp Bệnh hiểm nghèo là hậu quả của Tai

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

nạn và Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo trong vòng 90 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn).

b. Các trường hợp loại trừ khác:

Prudential sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 8.1 nếu Người được bảo hiểm mắc bệnh là kết quả trực tiếp của việc:

- i) Tự tử, hoặc tự gây thương tích cho bản thân của Người được bảo hiểm dù trong trạng thái tinh thần bình thường hay mất trí trong thời gian 2 năm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hay Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy trường hợp nào xảy ra sau; hoặc
- ii) Nhiễm HIV; bị AIDS và/hoặc những bệnh liên quan đến AIDS, trừ trường hợp nhiễm HIV do nghề nghiệp và nhiễm HIV do truyền máu được quy định tại Phụ lục; hoặc
- iii) Bị tác động bởi việc sử dụng các chất gây nghiện, thuốc điều trị tâm thần, rượu, chất độc, khí ga, các hoạt chất tương tự hoặc ma túy, trừ trường hợp có chỉ định của Bác sĩ; hoặc
- iv) Tham gia các hoạt động hàng không, trừ khi với tư cách là hành khách trên các chuyến bay dân dụng; hoặc
- v) Chiến tranh (có tuyên bố hay không tuyên bố), các hành động hiếu chiến, nổi loạn, rối loạn dân sự hoặc bạo động; hoặc
- vi) Tham gia các hoạt động nguy hiểm của Người được bảo hiểm như lặn có bình khí nén, nhảy bungee, leo núi, đua xe dưới mọi hình thức, điều lượn, khinh khí cầu, nhảy dù; hoặc
- vii) Bất kỳ sự kiện nào làm phát sinh yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm do hành động cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và/hoặc người nhận quyền lợi bảo hiểm.

10.3 Khi Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo trong các trường hợp loại trừ được đề cập tại Điều 10.2, nếu Bên mua bảo hiểm vẫn tiếp tục đóng Phí bảo hiểm để duy trì Hợp đồng bảo hiểm và tiếp tục được bảo hiểm cho các trường hợp không thuộc điều khoản loại trừ, Hợp đồng bảo hiểm vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực theo Quy tắc, Điều khoản này.

Khi Người được bảo hiểm tử vong trong các trường hợp loại trừ tại Điều 10.1 hoặc Bên mua bảo hiểm chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo trong các trường hợp loại trừ tại Điều 10.2, Prudential sẽ chi trả cho Bên mua bảo hiểm giá trị nào lớn hơn giữa:

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

- a. Tổng Phí bảo hiểm đã đóng của sản phẩm bảo hiểm chính, không có lãi; hoặc
- b. Giá trị hoàn lại, nếu có, tính đến thời điểm Người được bảo hiểm được chẩn đoán mắc Bệnh hiểm nghèo hoặc tử vong.

sau khi đã trừ đi (các) chi phí xét nghiệm y khoa và toàn bộ Quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo, Quyền lợi tiền mặt đã chấp thuận chi trả và các Khoản nợ, nếu có.

10.4 Trong trường hợp có hơn một Người thụ hưởng, và một hoặc một số người trong đó cố ý gây ra thương tật, tử vong cho Người được bảo hiểm, Prudential vẫn trả toàn bộ quyền lợi bảo hiểm cho những Người thụ hưởng khác theo tỷ lệ tương ứng với tỷ lệ mà Bên mua bảo hiểm đã chỉ định trong Hợp đồng bảo hiểm theo quy định tại Quy tắc, Điều khoản này.

11. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM

11.1 Quyền của Bên mua bảo hiểm

Trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm có các quyền như sau:

a. Được cung cấp thông tin

Bên mua bảo hiểm có quyền được cung cấp thông tin theo quy định của pháp luật hiện hành và được giải thích về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm.

b. Thay đổi Số tiền bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có thể giảm Số tiền bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm này và/hoặc thay đổi Số tiền bảo hiểm của (các) Bảo hiểm bán cùng theo quy định của Prudential tại từng thời điểm. Trong trường hợp thay đổi giảm, nếu Hợp đồng bảo hiểm đã có Giá trị hoàn lại, một phần của Giá trị hoàn lại tương ứng với Số tiền bảo hiểm giảm đi sẽ được hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm.

Phí bảo hiểm và các điều kiện khác có liên quan của Hợp đồng bảo hiểm sẽ được điều chỉnh tương ứng với Số tiền bảo hiểm mới.

c. Bổ sung hoặc chấm dứt hiệu lực (các) Bảo hiểm bán cùng

Bên mua bảo hiểm có quyền chấm dứt hiệu lực (các) Bảo hiểm bán cùng vào bất kỳ lúc nào; có quyền tham gia thêm (các) Bảo hiểm bán cùng vào bất kỳ lúc nào sau Thời hạn cân nhắc 21 (hai mươi mốt) ngày.

Ngày có hiệu lực hoặc chấm dứt hiệu lực của (các) Bảo hiểm bán cùng này là ngày ghi trên Thư xác nhận bổ sung hoặc chấm dứt (các) Bảo hiểm bán cùng tương ứng.

d. Nhận tạm ứng từ Giá trị hoàn lại

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

Nếu Hợp đồng bảo hiểm đã có Giá trị hoàn lại, Bên mua bảo hiểm có thể thực hiện Khoản tạm ứng GTHL với giá trị không quá 80% Giá trị hoàn lại. Prudential sẽ tính Khoản giảm thu nhập đầu tư và khấu trừ vào Giá trị hoàn lại của Hợp đồng bảo hiểm cho đến khi Khoản tạm ứng GTHL được hoàn trả.

Bên mua bảo hiểm có thể hoàn trả Khoản tạm ứng GTHL đã nhận và Khoản giảm thu nhập đầu tư vào bất cứ lúc nào. Prudential sẽ trừ Khoản tạm ứng GTHL và Khoản giảm thu nhập đầu tư từ bất kỳ khoản tiền nào mà Prudential phải trả theo Quy tắc, Điều khoản này.

Nếu Khoản tạm ứng GTHL cộng với Khoản giảm thu nhập đầu tư vượt quá Giá trị hoàn lại, Hợp đồng bảo hiểm (bao gồm sản phẩm bảo hiểm chính và (các) Bảo hiểm bán cùng, nếu có) sẽ chấm dứt hiệu lực. Trong trường hợp này, Bên mua bảo hiểm không được nhận bất kỳ quyền lợi nào.

e. **Rút trước Bảo tức**

Sau khi Bên mua bảo hiểm đã đóng đủ Phí bảo hiểm cho 24 (hai mươi bốn) tháng hợp đồng đầu tiên và Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực sau 2 (hai) Năm hợp đồng đầu tiên, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu rút trước một phần hay toàn bộ khoản Bảo tức đã được công bố và tích lũy của Hợp đồng bảo hiểm. Khoản Bảo tức có thể được rút trước được tính toán dựa trên giá trị hiện tại của Bảo tức tích lũy và khả năng còn sống của Người được bảo hiểm.

f. **Dừng đóng Phí bảo hiểm**

Sau khi Hợp đồng bảo hiểm đã có Giá trị hoàn lại, Bên mua bảo hiểm có thể dừng đóng Phí bảo hiểm và tiếp tục duy trì Hợp đồng bảo hiểm này với Số tiền bảo hiểm mới thấp hơn Số tiền bảo hiểm ban đầu, gọi là Số tiền bảo hiểm giảm. Bên mua bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho Prudential yêu cầu dừng đóng Phí bảo hiểm và duy trì Hợp đồng bảo hiểm với Số tiền bảo hiểm giảm chậm nhất 30 (ba mươi) ngày trước ngày đến hạn đóng Phí bảo hiểm tiếp theo. Trong thời hạn 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu của Bên mua bảo hiểm, Prudential sẽ thông báo bằng văn bản Số tiền bảo hiểm giảm tại thời điểm dừng đóng Phí bảo hiểm và các thay đổi tương ứng liên quan.

Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm được duy trì với Số tiền bảo hiểm giảm:

- Bên mua bảo hiểm sẽ không được quyền rút tiền trước từ Giá trị hoàn lại; và
- Tất cả các Bảo hiểm bán cùng đính kèm Hợp đồng bảo hiểm này sẽ tự động chấm dứt hiệu lực; và

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

- Hợp đồng bảo hiểm sẽ không được hưởng bất kỳ khoản Bảo tức tích lũy hay Lãi chia cuối hợp đồng nào kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm được duy trì với Số tiền bảo hiểm giảm; và
- Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo theo Điều 8.1, Quyền lợi trường hợp tử vong theo Điều 8.2, Quyền lợi tiền mặt theo Điều 8.3 (trong trường hợp quyền lợi tiền mặt chưa được chi trả) và Quyền lợi khi đáo hạn hợp đồng theo Điều 8.4 (trong trường hợp Quyền lợi trường hợp tử vong chưa được chi trả) vẫn còn duy trì hiệu lực và sẽ được điều chỉnh giảm tương ứng.

g. Chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm bằng cách thông báo bằng văn bản đến Prudential. Người được chuyển nhượng phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với (những) Người được bảo hiểm và thỏa mãn các điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm theo Quy tắc, Điều khoản này, phù hợp với quy định của pháp luật tại thời điểm chuyển nhượng. Việc chuyển nhượng chỉ có hiệu lực khi Prudential có văn bản xác nhận việc chuyển nhượng đó.

Prudential sẽ không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp của việc chuyển nhượng giữa Bên mua bảo hiểm và người được chuyển nhượng.

Sau khi việc chuyển nhượng có hiệu lực, người được chuyển nhượng có toàn bộ quyền lợi và nghĩa vụ đối với Hợp đồng bảo hiểm. Người thụ hưởng hoặc những Người thụ hưởng do Bên mua bảo hiểm trước đó chỉ định sẽ tự động bị hủy bỏ. Tuy nhiên, Người được bảo hiểm vẫn là Người được bảo hiểm ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

h. Chỉ định hoặc thay đổi Người thụ hưởng

Bên mua bảo hiểm có quyền chỉ định Người thụ hưởng trong Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm. Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực và Người được bảo hiểm còn sống, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi Người thụ hưởng của Hợp đồng bảo hiểm bằng cách thông báo bằng văn bản đến Prudential.

Việc chỉ định hoặc thay đổi Người thụ hưởng chỉ có hiệu lực khi Prudential có văn bản chấp thuận.

Prudential 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 hay thay đổi Người thụ hưởng.

i. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

Bên mua bảo hiểm có thể chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn vào bất kỳ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản cho Prudential.

Ngày chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm là ngày Prudential chấp thuận bằng văn bản. Khi yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn được Prudential chấp thuận, tất cả các quyền lợi bảo hiểm sẽ chấm dứt và Bên mua bảo hiểm sẽ nhận được Giá trị hoàn lại, nếu có, tại thời điểm Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực sau khi trừ đi toàn bộ Quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo, Quyền lợi tiền mặt đã chấp thuận chi trả và các Khoản nợ, nếu có.

j. Khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm

i) Khi Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực theo Điều 11.1.d và Điều 14.1. Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm, nếu đáp ứng tất cả các điều kiện sau:

- Bên mua bảo hiểm nộp yêu cầu khôi phục hiệu lực bằng văn bản trong vòng 24 (hai mươi bốn) tháng kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực gần nhất nhưng không trễ hơn Ngày đáo hạn hợp đồng; và
- Bên mua bảo hiểm đóng toàn bộ số Phí bảo hiểm chưa đóng và các Khoản giảm thu nhập đầu tư, nếu có, theo quy định của Prudential; và
- Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm vẫn đáp ứng mọi điều kiện để được bảo hiểm theo quy định của Prudential; và
- Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ cung cấp đầy đủ, chính xác, trung thực các thông tin về nhân thân, sức khỏe, nghề nghiệp trong Hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm và tuân thủ các điều kiện đã thỏa thuận tại Quy tắc, Điều khoản này. Nếu Bên mua bảo hiểm vi phạm các nghĩa vụ quy định tại điều này, yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ theo quy định tại Điều 11.2.a nêu tại Quy tắc, Điều khoản này.

ii) Nếu được Prudential chấp nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm, thời điểm có hiệu lực của việc khôi phục này được tính từ ngày Prudential cấp Giấy xác nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm, với điều kiện cả Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm Prudential cấp Giấy xác nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm (tức là ngày ghi trên Giấy xác nhận khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm). Prudential không bảo hiểm cho những sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực.

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

- iii) Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ tuân thủ các điều kiện đã thỏa thuận theo Hợp đồng bảo hiểm. Nếu Bên mua bảo hiểm vi phạm các nghĩa vụ quy định tại điều này, yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm tự động bị hủy bỏ và Prudential sẽ hoàn lại toàn bộ số tiền được Bên mua bảo hiểm đóng khi yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm không có lãi trừ đi chi phí xét nghiệm y khoa và (các) chi phí liên quan, nếu có.

11.2 Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm

a. Kê khai chính xác thông tin cần thiết

- i) Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có trách nhiệm kê khai đầy đủ, chính xác và trung thực tất cả các thông tin cần thiết để Prudential đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm này. Việc thẩm định sức khỏe, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai trung thực của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm theo quy định tại điều này.
- ii) Nếu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cố ý kê khai không đầy đủ, chính xác và trung thực các thông tin cần thiết theo yêu cầu của Prudential, theo đó, nếu với thông tin chính xác, Prudential sẽ không chấp nhận bảo hiểm, thì Prudential có quyền hủy bỏ sản phẩm bảo hiểm này, không phải bồi thường hoặc trả tiền bảo hiểm và sẽ hoàn lại Phí bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã đóng cho sản phẩm bảo hiểm này, sau khi trừ đi chi phí khám sức khỏe, toàn bộ Quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo, Quyền lợi tiền mặt đã chấp thuận chi trả và các Khoản nợ, nếu có, tính đến ngày hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm.
- iii) 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 bảo hiểm theo quy định của Prudential tại từng thời điểm, Prudential vẫn sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu có sự kiện bảo hiểm xảy ra theo Quy tắc, Điều khoản này.
- iv) Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ kê khai thông tin tại Điều này, hoặc kê khai lại thông tin dẫn đến thay đổi mức độ rủi ro được bảo hiểm, nhưng Prudential vẫn chấp thuận bảo hiểm và tiếp tục duy trì hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, Prudential có quyền:
 - Tính lại Phí Bảo Hiểm cho thời gian còn lại của Hợp Đồng Bảo Hiểm; /hoặc

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

- Giảm Số Tiền Bảo Hiểm cho thời gian còn lại của Hợp Đồng Bảo Hiểm; hoặc
- Rút ngắn thời hạn bảo hiểm; hoặc
- Thu hẹp phạm vi bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp Đồng Bảo Hiểm.

b. Đóng thuế

Người nhận quyền lợi bảo hiểm có trách nhiệm đóng các khoản thuế, nếu có, liên quan đến việc đóng Phí bảo hiểm, phát hành Hợp đồng bảo hiểm và nhận các khoản chi trả, nếu có, được nêu tại Hợp đồng bảo hiểm và theo quy định của pháp luật hiện hành. Prudential sẽ thay mặt người nhận quyền lợi bảo hiểm thực hiện việc khấu trừ và đóng thuế theo quy định của pháp luật.

c. Cập nhật thông tin cá nhân

Nếu Người được bảo hiểm hoặc Bên mua bảo hiểm thay đổi nơi cư trú, Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm phải thông báo cho Prudential bằng văn bản. Nếu Người được bảo hiểm không tiếp tục cư trú tại Việt Nam, Prudential sẽ quyết định tiếp tục bảo hiểm với mức Phí bảo hiểm không đổi, tăng Phí bảo hiểm hoặc chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm và sẽ trả cho Bên mua bảo hiểm Giá trị hoàn lại, nếu có, sau khi trừ đi chi phí khám sức khỏe, toàn bộ Quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo, Quyền lợi tiền mặt đã chấp thuận chi trả và các Khoản nợ, nếu có.

12. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA PRUDENTIAL

12.1 Quyền của Prudential

Ngoài các quyền khác do pháp luật quy định, tùy từng trường hợp, Prudential có thể yêu cầu Người được bảo hiểm đi kiểm tra sức khỏe với chi phí có liên quan do Prudential chi trả. Tuy nhiên, việc thăm định sức khỏe, nếu có, không thể thay thế cho nghĩa vụ kê khai đầy đủ và trung thực của Bên mua bảo hiểm theo quy định tại Điều 11.2.a của Quy tắc, Điều khoản này.

12.2 Nghĩa vụ của Prudential

- a. Ngoài các nghĩa vụ khác do pháp luật quy định, trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, Prudential có nghĩa vụ giải thích rõ ràng cho Bên mua bảo hiểm về Quy tắc, điều khoản của (các) sản phẩm bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm, công bố cho Bên mua bảo hiểm các thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết và (các) thông tin theo quy định của pháp luật.

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

- b. Prudential không được chuyển giao thông tin cá nhân do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cung cấp tại Hợp đồng bảo hiểm cho bất kỳ bên thứ ba nào khác, trừ các trường hợp sau đây:
- i. Thu thập, sử dụng, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền, của tập đoàn và các công ty thành viên hoặc cho mục đích thẩm định, tính toán phí bảo hiểm, phát hành hợp đồng bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm, nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn, lưu trữ, xử lý và quản trị dữ liệu.
 - ii. Các trường hợp khác được Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đồng ý bằng văn bản. Theo đó, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm sẽ được thông báo về mục đích chuyển giao thông tin và được quyền lựa chọn giữa đồng ý hoặc không đồng ý với việc chuyển giao đó; và
 - iii. Việc Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm từ chối cho phép chuyển giao thông tin cho bên thứ ba ngoài điểm (i) khoản này không được sử dụng làm lý do để từ chối giao kết hợp đồng bảo hiểm.

13. PHÍ BẢO HIỂM VÀ ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM

- 13.1** Bên mua bảo hiểm được lựa chọn đóng Phí bảo hiểm theo định kỳ hàng tháng, hàng quý, hàng nửa năm hoặc hàng năm và có quyền yêu cầu thay đổi định kỳ đóng Phí bảo hiểm vào những Ngày kỷ niệm năm hợp đồng. Yêu cầu thay đổi định kỳ đóng Phí bảo hiểm phải được lập thành văn bản và gửi đến Prudential chậm nhất 30 (ba mươi) ngày trước Ngày kỷ niệm năm hợp đồng. Nếu chấp thuận đề nghị thay đổi này của Bên mua bảo hiểm, Prudential sẽ cấp cho Bên mua bảo hiểm Thư xác nhận điều chỉnh định kỳ đóng Phí bảo hiểm.
- 13.2** Để duy trì hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm, Phí bảo hiểm cần được đóng đúng hạn dù có nhận được Thư yêu cầu hoặc nhắc nhở đóng phí của Prudential hay không. Bằng chứng cho việc đóng Phí bảo hiểm đúng hạn là ngày ghi trên Phiếu thu phí bảo hiểm hợp lệ do Prudential cấp cho Bên mua bảo hiểm theo kỳ Phí bảo hiểm đó.
- 13.3** Khi nhận chi trả quyền lợi bảo hiểm hoặc Giá trị hoàn lại, nếu Bên mua bảo hiểm chưa đóng đủ số Phí bảo hiểm của Năm hợp đồng đó thì số Phí bảo hiểm còn lại của Năm hợp đồng đó sẽ được trừ đi từ quyền lợi bảo hiểm được nhận này.
- 13.4** Bên mua bảo hiểm có thể ủy quyền cho người khác nộp Phí bảo hiểm thay cho mình.

14. GIA HẠN ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM - MẤT HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM - TẠM ỨNG TỪ GIÁ TRỊ HOÀN LẠI ĐỂ ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

- 14.1** Nếu Phí bảo hiểm không được đóng khi đến hạn, thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm là 60 (sáu mươi) ngày ngay sau ngày đến hạn đóng Phí bảo hiểm. Trong thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm vẫn có hiệu lực.

Nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian gia hạn đóng phí và được Prudential chấp thuận, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả sau khi đã khấu trừ các Khoản nợ, nếu có.

Sau khi kết thúc Thời gian gia hạn đóng Phí bảo hiểm, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng đủ khoản Phí bảo hiểm đến hạn và không yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động mất hiệu lực kể từ ngày đến hạn đóng phí bảo hiểm trừ trường hợp Hợp đồng bảo hiểm đã có Giá trị hoàn lại. Khi đó, phụ thuộc vào chấp thuận của Bên mua bảo hiểm, Prudential sẽ tự động cho Bên mua bảo hiểm tạm ứng từ Giá trị hoàn lại một số tiền bằng với Phí bảo hiểm đến hạn phải đóng để nộp Phí bảo hiểm theo định kỳ nộp phí của Hợp đồng bảo hiểm này hoặc định kỳ nộp phí có thời hạn ngắn hơn theo quy định của Prudential tương ứng với Giá trị hoàn lại còn lại của Hợp đồng bảo hiểm. Hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, việc hoàn trả hoặc khấu trừ số tiền tạm ứng tự động nêu trên và Khoản giảm thu nhập đầu tư được thực hiện tương tự như quy định dành cho trường hợp nhận tạm ứng từ Giá trị hoàn lại quy định tại Điều 11.1.d của Quy tắc, Điều khoản này.

- 14.2** Bên mua bảo hiểm có thể khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm và (các) Bảo hiểm bán cùng theo quy định tại Điều 11.1.j.
- 14.3** Prudential sẽ không dùng Giá trị hoàn lại để tự động đóng Phí bảo hiểm cho (các) Bảo hiểm bán cùng (nếu có) sau Thời hạn đóng Phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính.

15. CHẤM DỨT HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG

Hợp đồng bảo hiểm sẽ tự động chấm dứt hiệu lực khi xảy ra 1 (một) trong các sự kiện sau, tùy trường hợp nào xảy ra trước:

- Hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt hiệu lực trước thời hạn theo quy định tại Quy tắc, Điều khoản này; hoặc
- Hợp đồng bảo hiểm đã mất hiệu lực trên 24 (hai mươi bốn) tháng liên tục; hoặc
- Vào Ngày đáo hạn hợp đồng; hoặc
- Khi Quyền lợi bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo giai đoạn sau lần thứ hai đã được chấp thuận chi trả; hoặc
- Khi Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- Các trường hợp khác theo quy định pháp luật.

16. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

Mọi tranh chấp liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này, nếu không giải quyết được bằng thương lượng giữa các bên, sẽ được đưa ra tòa án nơi Prudential có trụ sở chính hoặc nơi Người được bảo hiểm cư trú tại Việt Nam để giải quyết. Án phí do bên thua kiện chịu. Thời hiệu khởi kiện là 3 (ba) năm kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

PHỤ LỤC

DANH SÁCH CÁC BỆNH VÀ NHÓM BỆNH HIỂM NGHÈO

Với sự chấp thuận của Bộ Tài chính, Prudential có quyền điều chỉnh định nghĩa và/hoặc danh sách Bệnh hiểm nghèo. Các điều chỉnh, nếu có, sẽ được thông báo bằng văn bản đến Bên mua bảo hiểm 3 tháng trước ngày áp dụng.

LOẠI BỆNH HIỂM NGHÈO	BỆNH HIỂM NGHÈO GIAI ĐOẠN ĐẦU	BỆNH HIỂM NGHÈO GIAI ĐOẠN SAU
NHÓM 1		
1. Ung thư	Ung thư biểu mô tại chỗ của một số cơ quan Các cơ quan này bao gồm: vú, tử cung, buồng trứng, ống Fallop, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, đại tràng, trực tràng, tinh hoàn, dương vật, phổi, gan, dạ dày, mũi hầu, hoặc bàng quang. Ung thư biểu mô tại chỗ nghĩa là sự tăng trưởng độc lập, nguyên phát của các tế bào ác tính trên chính những tế bào mà nó phát sinh, chưa có xâm lấn sang các mô xung quanh. Xâm lấn nghĩa là thâm nhiễm và/hoặc phá hủy mô bình thường vượt qua màng đáy. Chẩn đoán phải dựa trên kết quả giải phẫu bệnh lý, kết quả xét nghiệm tế bào học, thông qua sinh thiết khối ung thư. Loại trừ các trường hợp: - Chẩn đoán Ung thư chỉ dựa vào lâm sàng. - Dị sản biểu mô cổ tử cung nhóm CIN-1, CIN-2, CIN-3 (loạn sản cổ tử cung nghiêm trọng tuy nhiên chưa dẫn đến ung thư biểu mô tại chỗ).	Ung thư đe dọa tính mạng Là khối u ác tính được đặc trưng bởi sự tăng trưởng không thể kiểm soát được và lan rộng của những tế bào ác tính có sự xâm lấn và phá hủy mô lành xung quanh. Bệnh ung thư phải được chẩn đoán xác định dựa trên bằng chứng mô học mô tả sự ác tính bởi Bác sĩ chuyên khoa ung bướu hoặc giải phẫu bệnh học, và được Hội đồng y khoa do Prudential chỉ định, trong đó có ít nhất 3 thành viên có trình độ Bác sĩ y khoa, xác nhận. Loại trừ những trường hợp sau: - Ung thư cổ tử cung tại chỗ (in situ); dị sản cổ tử cung nhóm CIN-1, CIN-2, CIN-3; và tất cả những giai đoạn tiền ung thư hay ung thư chưa xâm lấn khác của cổ tử cung; - Giai đoạn sớm của ung thư tuyến tiền liệt với phân loại TNM là T1 (bao gồm T1a và T1b) hay phân loại tương đương; - Ung thư nốt ruồi ác tính với chiều sâu dưới 1,5 mm theo bảng phân loại của

• Ung thư biểu mô tại chỗ của hệ thống đường mật. Trường hợp Ung thư biểu mô tại chỗ của một số cơ quan sẽ không được chi trả nếu quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu của hợp đồng này đã được chi trả cho trường hợp Ung thư giai đoạn đầu.		Breslow, hay thuộc nhóm dưới 3 theo bảng phân loại của Clark; • Tăng sinh tế bào sừng, ung thư da tế bào nền và tế bào vảy; • Ung thư tuyến giáp được mô tả trong bảng phân loại TNM là T1N0M0 hay nhỏ hơn; • Ung thư bàng quang được mô tả trong bảng phân loại TNM là TaN0M0; • Ung thư bạch cầu lympho mạn tính thuộc giai đoạn dưới 3 theo bảng phân loại RAI; • Tất cả các loại u, bướu trên người đang nhiễm HIV.
	Ung thư giai đoạn đầu Bao gồm: • Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn đầu: được mô tả giải phẫu bệnh trong bảng phân loại TNM là T1a hoặc T1b, hay phân loại tương đương. • Ung thư tuyến giáp giai đoạn đầu: được mô tả giải phẫu bệnh trong bảng phân loại TNM là T1N0M0, ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú dạng vi thể (microcarcinoma), kích thước khối u nhỏ hơn 1 cm. • Ung thư bàng quang giai đoạn đầu: được mô tả giải phẫu bệnh trong bảng phân loại TNM là TaN0M0, ung thư biểu mô bàng quang thể nhú dạng vi thể (microcarcinoma). • Ung thư bạch cầu lympho mạn tính giai đoạn đầu: được mô tả trong bảng phân loại RAI thuộc giai đoạn 1 hoặc 2. Loại trừ Ung thư bạch cầu lympho mạn tính giai đoạn 0 hoặc thấp hơn. • Ung thư nốt ruồi ác tính: ung thư nốt ruồi ác tính có xâm lấn với chiều sâu dưới 1,5 mm theo bảng phân loại	

	Breslow, hay thuộc nhóm dưới 3 theo bảng phân loại Clark; Loại trừ trường hợp Ung thư nốt ruồi ác tính không xâm lấn được miêu tả là ung thư tại chỗ. Trường hợp Ung thư giai đoạn đầu sẽ không được chi trả nếu quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu của hợp đồng này đã được chi trả cho trường hợp Ung thư biểu mô tại chỗ của một số cơ quan.	
2. Bệnh gan	Phẫu thuật gan Là phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn thùy gan trái hoặc thùy gan phải do bệnh lý hoặc Tai nạn của Người được bảo hiểm. Loại trừ trường hợp: • Phẫu thuật gan do bệnh lý hoặc rối loạn gây ra bởi rượu và/hoặc chất gây nghiện. • Hiến tạng gan.	Bệnh gan nghiêm trọng Là bệnh gan tiến triển nặng được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa, thuộc giai đoạn B hoặc C dựa trên bảng phân loại Child-Pugh.
3. Bệnh phổi	Phẫu thuật lấy một bên phổi Là phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn phổi phải hoặc phổi trái do bệnh lý hoặc Tai nạn của Người được bảo hiểm. Loại trừ trường hợp chỉ phẫu thuật cắt bỏ một phần phổi. Trường hợp Phẫu thuật lấy một bên phổi sẽ không được chi trả nếu quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu của hợp đồng này đã được chi trả cho trường hợp Đặt màng lọc tĩnh mạch chủ.	Bệnh phổi nghiêm trọng Bệnh phổi giai đoạn cuối gây ra suy hô hấp mạn tính. Bệnh phải được xác định dựa trên tất cả những tiêu chuẩn sau đây: • Kết quả đo thể tích khí thở ra gắng sức trong giây đầu (FEV1) luôn cho chỉ số dưới 1 lít; và • Cần phải điều trị liên tục với liệu pháp cung cấp oxy do tình trạng giảm oxy máu; và

	Đặt màng lọc tĩnh mạch chủ Là phẫu thuật thực hiện sau khi có bằng chứng ghi nhận bệnh thuyên tắc phổi tái phát. Yêu cầu phẫu thuật phải được xác định là tuyệt đối cần thiết bởi Bác sĩ chuyên khoa. Trường hợp Đặt màng lọc tĩnh mạch chủ sẽ không được chi trả nếu quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu của hợp đồng này đã được chi trả cho trường hợp Phẫu thuật lấy một bên phổi.	- Kết quả phân tích khí máu động mạch phải thể hiện áp lực oxy bán phần từ 55 mmHg trở xuống ($PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$); và - Có triệu chứng khó thở ngay cả khi nghỉ ngơi. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa hô hấp và được Hội đồng y khoa do Prudential chỉ định, trong đó có ít nhất 3 thành viên có trình độ Bác sĩ y khoa, xác nhận.
4. Bệnh thận	Phẫu thuật lấy một bên thận Là phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn một thận vì bệnh lý hoặc Tai nạn của Người được bảo hiểm. Yêu cầu cắt bỏ thận phải được xác định là tuyệt đối cần thiết bởi một Bác sĩ chuyên khoa Tiết niệu. Loại trừ trường hợp hiến tặng thận.	Bệnh thận nghiêm trọng Là suy thận giai đoạn cuối với biểu hiện suy giảm mạn tính và không thể phục hồi chức năng của cả 2 thận. Tình trạng này khiến Người được bảo hiểm phải điều trị bằng lọc thận định kỳ, hoặc phẫu thuật ghép thận.
5. Phẫu thuật ghép tạng chủ	Ghép ruột non Là ghép ít nhất 1 mét ruột non, bao gồm toàn bộ mạch máu nuôi dưỡng, từ người hiến tặng cho Người được bảo hiểm, thông qua phẫu thuật mở ổ bụng, nguyên nhân do suy chức năng tiêu hóa. Trường hợp Ghép ruột non sẽ không được chi trả nếu quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu của hợp đồng này đã được chi trả cho trường hợp Ghép giác mạc.	Phẫu thuật ghép tạng chủ Là ghép 1 thận, gan, tim, phổi, tụy từ người hiến tặng cho Người được bảo hiểm. Việc cấy ghép phải được xác định là cần thiết về mặt y khoa để điều trị những suy giảm chức năng ở giai đoạn cuối và không thể hồi phục của bộ phận liên quan. Loại trừ trường hợp cấy ghép tế bào tiểu đảo tuyến tụy.
	Ghép giác mạc Là ghép toàn bộ giác mạc từ người hiến tặng cho Người được bảo hiểm, nguyên	

	nhân do sẹo giác mạc không hồi phục dẫn đến giảm thị lực, đồng thời không thể điều trị khỏi bằng các phương pháp khác. Trường hợp Ghép giác mạc sẽ không được chi trả nếu quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu của hợp đồng này đã được chi trả cho trường hợp Ghép ruột non.	
6. Phẫu thuật ghép tủy xương		Là ghép tủy từ người hiến tặng cho Người được bảo hiểm, sử dụng các tế bào gốc tạo máu khỏe mạnh sau khi lấy bỏ toàn bộ tủy xương. Việc cấy ghép phải được xác định là cần thiết về mặt y khoa để điều trị suy giảm chức năng ở giai đoạn cuối và không thể hồi phục của tủy xương. Loại trừ trường hợp cấy ghép các tế bào gốc khác.
7. Bệnh thiếu máu bất sản		Là tình trạng suy tủy kéo dài gây ra thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu và cần phải điều trị bằng ít nhất một trong các phương pháp sau: • Truyền các chế phẩm của máu; • Thuốc kích thích tủy; • Thuốc ức chế miễn dịch; • Ghép tủy.
8. Phẫu thuật tái tạo đường mật hoặc Viêm gan vi rút tối cấp	Phẫu thuật tái tạo đường mật Là phẫu thuật nối mật-ruột (như nối ống mật chủ-hỗng tràng, ống mật chủ-tá tràng) để điều trị các bệnh đường mật, bao gồm cả teo đường mật bẩm sinh, khi không thể dùng các biện pháp phẫu	Viêm gan vi rút tối cấp Là bệnh gây ra bởi vi rút viêm gan, làm hoại tử phần lớn nhu mô gan, dẫn đến hội chứng suy gan tối cấp.

	thuật hoặc nội soi khác. Phẫu thuật phải được xác định là phương pháp điều trị thích hợp nhất bởi Bác sĩ chuyên khoa gan mật. Loại trừ trường hợp phẫu thuật do hậu quả của bệnh sỏi mật hoặc viêm đường mật.	Bệnh phải được xác định dựa trên tất cả những tiêu chuẩn sau đây: • Thể tích gan giảm nhanh; và • Hoại tử toàn bộ các phân thùy gan, chỉ còn khung lưới của gan; và • Kết quả xét nghiệm chức năng gan suy giảm nhanh; và • Vàng da đậm. Loại trừ trường hợp bệnh viêm gan có nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp do mưu toan tự tử, ngộ độc, dùng thuốc quá liều và lạm dụng bia rượu.
9. Bệnh nang tủy thận		Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa và được Hội đồng y khoa do Prudential chỉ định, trong đó có ít nhất 3 thành viên có trình độ Bác sĩ y khoa, xác nhận, cho thấy Người được bảo hiểm mắc bệnh thận ở giai đoạn cuối và phải điều trị bằng thẩm phân phúc mạc hoặc chạy thận nhân tạo định kỳ.
10. Viêm thận do bệnh Lupus ban đỏ hệ thống		Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là một bệnh lý tự miễn dịch trên nhiều cơ quan, đặc trưng bởi sự phát triển của các kháng thể tự thân trực tiếp chống lại các kháng nguyên tự thân khác nhau. Trong sản phẩm bảo hiểm này, chỉ bảo hiểm cho bệnh Lupus ban đỏ hệ thống được giới hạn trong những thể có biến chứng tại thận (Viêm thận Lupus từ nhóm III đến nhóm V; tổn thương nhu mô thận được xác định qua kết quả sinh thiết thận).

		Loại trừ bệnh Lupus đỏ dạng đĩa (Discoid Lupus) hoặc các dạng Lupus khác chỉ có rối loạn huyết học và/hoặc khớp. • Phân loại giải phẫu bệnh Viêm thận Lupus theo Tổ Chức Y Tế Thế Giới (WHO) như sau: • Nhóm I – Cầu thận bình thường hoặc thay đổi tối thiểu. • Nhóm II - Tổn thương gian mạch đơn thuần. • Nhóm III - Viêm cầu thận ổ, cục bộ. • Nhóm IV - Viêm cầu thận tăng sinh lan tỏa. • Nhóm V - Viêm cầu thận màng.
11. Viêm tụy mạn tính tái phát		Là sự bùng phát tái diễn của các đợt viêm tụy, gây ra xơ hóa tiến triển, dẫn đến mất chức năng nội tiết và ngoại tiết của tụy. Bệnh phải được xác định dựa trên tất cả những tiêu chuẩn sau đây: • Hồ sơ y khoa của ít nhất 3 đợt bùng phát của viêm tụy; và • Bằng chứng suy giảm chức năng tụy dẫn đến giảm hấp thu, và phải điều trị liên tục bằng các liệu pháp thay thế men tụy hoặc insulin, đồng thời liệu pháp này dự kiến duy trì kéo dài đến suốt đời; và • Việc chẩn đoán xác định phải được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa nội tiêu hóa. Loại trừ trường hợp Viêm tụy do lạm dụng rượu hoặc chất gây nghiện.

12. Xơ cứng bì tiến triển		Là bệnh lý hệ thống sợi liên kết-mạch máu gây nên những khối xơ cứng lan tỏa tiến triển tại da, mạch máu, cơ quan nội tạng. Bệnh phải được chẩn đoán xác định dựa trên kết quả sinh thiết và huyết thanh học. Đồng thời, các rối loạn này phải mang tính chất hệ thống với sự tổn thương tại tim, phổi hoặc thận. Loại trừ trường hợp ; • Xơ cứng bì thể khu trú (xơ cứng bì tiếp tuyến hoặc xơ cứng da vùng chi) • Viêm mô liên kết tăng bạch cầu • Hội chứng CREST
NHÓM 2		
1. Bệnh cơ tim		Người được bảo hiểm bị suy giảm chức năng của tâm thất không rõ nguyên nhân, vĩnh viễn và không hồi phục, tương ứng độ 4 theo Bảng phân loại suy tim của Hiệp hội Tim mạch New York (NYHA). Tổn thương phải tồn tại ít nhất từ 6 tháng liên tục trở lên. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa tim mạch và được Hội đồng y khoa do Prudential chỉ định, trong đó có ít nhất 3 thành viên có trình độ Bác sĩ y khoa, xác nhận. Chẩn đoán phải dựa trên kết quả xét nghiệm hình ảnh siêu âm tim cho thấy gián đoạn vận hành tâm thất. Loại trừ Bệnh cơ tim do sử dụng rượu bia hay sử dụng thuốc.

2. Bệnh động mạch vành cần phẫu thuật	Bắc cầu trực tiếp động mạch vành có xâm lấn tối thiểu Là phẫu thuật tạo cầu nối mạch vành thông qua các thiết bị tiếp cận hoặc bắc cầu trực tiếp có xâm lấn tối thiểu (không mở xương ức), để giải quyết khối tắc nghẽn trong động mạch vành. Loại trừ các phương pháp nội mạch hoặc các kỹ thuật nội mạch qua da. Trường hợp Bắc cầu trực tiếp động mạch vành có xâm lấn tối thiểu sẽ không được chi trả nếu quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu của hợp đồng này đã được chi trả cho trường hợp Phẫu thuật tạo hình mạch.	Người được bảo hiểm phải trải qua phẫu thuật mở ngực bằng cách cắt dọc xương ức để điều trị chỗ hẹp hoặc tắc nghẽn của một hoặc nhiều động mạch vành bằng phương pháp bắc cầu động mạch trên những bệnh nhân có triệu chứng đau thắt ngực hạn chế hoạt động. Loại trừ những trường hợp: điều trị bằng phương pháp tạo hình mạch vành, các kỹ thuật ống thông nội động mạch, phẫu thuật lỗ nhỏ, các thủ thuật xâm lấn tối thiểu hoặc dùng tia laser.
3. Rối loạn nhịp tim hoặc Nhồi máu cơ tim	Đặt máy tạo nhịp tim Người được bảo hiểm bị rối loạn nhịp tim nặng, không thể điều trị bằng các phương pháp khác. Việc đặt máy tạo nhịp tim phải được xác nhận là cần thiết về mặt y khoa bởi Bác sĩ chuyên khoa. Mục đích của việc đặt máy nhằm tái đồng bộ nhịp tim. Trường hợp Đặt máy tạo nhịp tim sẽ không được chi trả nếu quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu của hợp đồng này đã được chi trả cho trường hợp Đặt máy khử rung tim. Đặt máy khử rung tim Người được bảo hiểm bị rối loạn nhịp tim nặng, không thể điều trị bằng các phương pháp khác. Việc đặt máy khử	Bệnh xảy ra lần đầu tiên gây hoại tử một phần cơ tim do sự gián đoạn đột ngột nguồn máu nuôi phần cơ tim đó. Bệnh phải được xác định dựa trên ít nhất 3 trong số những tiêu chuẩn sau đây: • Cơn đau thắt ngực điển hình của bệnh nhồi máu cơ tim khiến Người được bảo hiểm phải nhập viện; • Dấu chứng trên điện tâm đồ có sự thay đổi của đoạn ST chênh lên mới liên quan đến sự xuất hiện của những sóng Q mới; • Men tim CK-MB tăng cao; • Lượng Troponin tăng cao; • Phân suất tống máu của tâm thất trái giảm xuống dưới 50%; chỉ số này được đo sau khi sự cố xảy ra từ 3 tháng trở lên.

	rung tim phải được xác nhận là cần thiết về mặt y khoa bởi Bác sĩ chuyên khoa. Trường hợp Đặt máy khử rung tim sẽ không được chi trả nếu quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu của hợp đồng này đã được chi trả cho trường hợp Đặt máy tạo nhịp tim.	Loại trừ các cơn thiếu máu cơ tim và các cơn đau thắt ngực không điển hình khác.
4. Phẫu thuật van tim	Phương pháp tạo hình (Valvuloplasty) hoặc rạch van tim (Valvotomy) qua da Là phương pháp tạo hình hoặc rạch van tim bằng bóng qua da đơn thuần để giải quyết các tổn thương của van tim được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa tim mạch, dựa trên kết quả siêu âm tim. Loại trừ những thủ thuật trên van tim liên quan đến mở khoang ngực hoặc đi vào khoang ngực bằng cách rạch thành ngực.	Người được bảo hiểm phải trải qua phẫu thuật van tim hở lần đầu tiên để thay thế hoặc sửa chữa một hay nhiều van tim do bệnh van tim mà không thể chữa được bằng phương pháp dùng ống thông nội mạch đơn thuần. Yêu cầu phẫu thuật phải được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa tim mạch, dựa trên các kết quả xét nghiệm tương ứng như siêu âm tim, Chụp cộng hưởng từ (MRI). Loại trừ trường hợp phẫu thuật bằng phương pháp xâm nhập nội mạch, phẫu thuật van tim qua lỗ nhỏ hoặc các kỹ thuật tương tự.
5. Tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát		Tăng áp lực động mạch phổi nguyên phát đi kèm với phì đại tâm thất phải với chẩn đoán được xác định qua thủ thuật thông tim. Người được bảo hiểm có dấu hiệu suy tim tương ứng độ 4 của Bảng phân loại suy tim của Hiệp hội Tim mạch New York (NYHA). * Độ 4 theo Bảng phân loại suy tim của Hiệp hội Tim mạch New York có nghĩa là bệnh nhân có triệu chứng suy tim như mệt, khó thở trong việc thực hiện những sinh hoạt bình thường trong cuộc sống

		hàng ngày hoặc ngay cả khi nghỉ ngơi, mặc dù đang được điều trị thuốc và điều chỉnh chế độ ăn uống. Những dấu hiệu của suy tim đồng thời được xác định thông qua khám lâm sàng và các xét nghiệm.
6. Phẫu thuật động mạch chủ	Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu động mạch chủ Là phẫu thuật sử dụng kỹ thuật xâm lấn tối thiểu hoặc kỹ thuật nội mạch để sửa chữa hoặc phục hồi một đoạn phình, hẹp, tắc nghẽn hoặc đứt rời của động mạch chủ, được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa tim mạch, dựa trên kết quả siêu âm tim hoặc các xét nghiệm chẩn đoán có giá trị tương đương. Trong định nghĩa này, động mạch chủ bao gồm động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng, không bao gồm các nhánh của nó.	Người được bảo hiểm phải trải qua đại phẫu động mạch chủ ngực hay động mạch chủ bụng do tình trạng bệnh lý đe dọa tính mạng. Phẫu thuật này bao gồm: • Phẫu thuật sửa chữa hẹp động mạch chủ; • Phẫu thuật ghép để điều trị phình động mạch chủ hoặc bóc tách động mạch chủ, nhưng loại trừ các trường hợp chỉ đặt giá đỡ động mạch (stent). Loại trừ các trường hợp phẫu thuật trên những nhánh phụ của động mạch chủ, phẫu thuật đặt giá đỡ động mạch (stent), phẫu thuật chỉ dựa vào ống thông nội mạch.
7. Các bệnh động mạch vành khác	Phẫu thuật tạo hình mạch Là phẫu thuật nối mạch vành bằng bóng để sửa chữa từ 2 mạch vành chính trở lên đang bị hẹp hoặc tắc nghẽn tối thiểu 70% mỗi nhánh trên bệnh nhân có tiền sử hạn chế khả năng vận động thể lực hoặc gắng sức. Các tiền sử trên bao gồm: • Những triệu chứng nghiêm trọng cho thấy khả năng vận động của Người được bảo hiểm cần hạn chế	Là bệnh mà từ 3 động mạch vành chính trở lên bị bít tắc tối thiểu 60% mỗi nhánh, chẩn đoán phải được căn cứ trên kết quả chụp động mạch vành (loại trừ các kỹ thuật chẩn đoán không xâm lấn khác). Các mạch vành chính ở đây bao gồm thân chung động mạch vành trái, nhánh mũ trái, nhánh xuống trước trái, và động mạch vành phải.

	ở mức thấp nhất, để ngăn ngừa các cơn đau thắt ngực tiếp theo; Người được bảo hiểm cần giới hạn vận động để giảm thiểu các cơn đau thắt ngực từ vừa đến nặng theo ý kiến của Bác sĩ chuyên khoa. Bằng chứng y khoa cần thiết bao gồm: (a) Toàn bộ hồ sơ y khoa từ Bác sĩ chuyên khoa tim mạch; và (b) Bằng chứng thay đổi điện tâm đồ rõ ràng và phù hợp: đoạn ST chênh xuống 2 mm hoặc hơn; và (c) Hình ảnh chụp động mạch vành để xác định vị trí và mức độ hẹp của từ 2 mạch vành chính trở lên. Các mạch vành chính ở đây bao gồm thân chung động mạch vành trái, nhánh mũ trái, nhánh xuống trước trái, và động mạch vành phải. Loại trừ trường hợp chụp mạch vành để chẩn đoán bệnh. Trường hợp Phẫu thuật tạo hình mạch sẽ không được chi trả nếu quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu của hợp đồng này đã được chi trả cho trường hợp Bypass trực tiếp động mạch vành có xâm lấn tối thiểu.	
NHÓM 3		
1. Cắt cụt các chi	Mất một chi Tình trạng cắt cụt vĩnh viễn và không thể phục hồi của 1 chi. Trong định nghĩa này, chi được tính từ khuỷu tay hoặc đầu gối	Tình trạng cắt cụt vĩnh viễn và không thể phục hồi của 2 chi hoặc nhiều hơn. Trong định nghĩa này, chi được tính từ khuỷu tay hoặc đầu gối trở lên.

	trở lên. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa. Loại trừ trường hợp tự ý gây ra thương tật.	
2. Viêm màng não vi khuẩn		Là bệnh do nhiễm vi khuẩn gây ra tình trạng viêm nặng màng não hoặc tủy sống, dẫn đến Di chứng thần kinh vĩnh viễn và không hồi phục như quy định tại Điều 1.28. Di chứng thần kinh phải kéo dài ít nhất 6 tuần. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi: - Sự hiện diện của vi khuẩn trong dịch não tủy dựa trên kết quả chọc dò tủy sống; và - Bác sĩ chuyên khoa thần kinh và được Hội đồng y khoa do Prudential chỉ định, trong đó có ít nhất 3 thành viên có trình độ Bác sĩ y khoa, xác nhận. Loại trừ trường hợp viêm màng não trên người nhiễm HIV.
3. U não lành tính	Phẫu thuật cắt bỏ u tuyến yên (qua đường xuyên xoang bướm hoặc đường mũi) Là phẫu thuật được thực hiện khi xuất hiện triệu chứng tăng áp lực nội sọ do khối u gây ra, hoặc khi phẫu thuật cắt bỏ u được xem là cần thiết theo ý kiến của Bác sĩ chuyên khoa nội tiết. Sự tồn tại của khối u phải được xác định dựa trên kết quả chẩn đoán hình ảnh như Chụp cộng hưởng từ (MRI) và Chụp cắt lớp sọ não (CT).	Là khối u lành tính trong não. Loại trừ các dạng u nang, u hạt, các loại dị dạng mạch máu não, u máu, các u tuyến yên hoặc u cột sống.

4. Phẫu thuật não		Là phẫu thuật não có mở nắp hộp sọ trong lúc gây mê toàn thân. Yêu cầu phẫu thuật phải được xác định là cần thiết bởi Bác sĩ chuyên khoa. Loại trừ các trường hợp sau: • phẫu thuật não do Tai nạn; • phẫu thuật khoan lỗ ở sọ (Burr Hole), phẫu thuật sọ não qua ngã xương bướm và những thủ thuật xâm lấn tối thiểu khác.
5. Hôn mê	Hôn mê 48 giờ Là hôn mê liên tục ít nhất 48 giờ. Chẩn đoán này phải được xác định dựa vào tất cả các tiêu chuẩn sau: • Không có phản ứng với các kích thích bên ngoài liên tục ít nhất trong 48 giờ; và • Sử dụng các phương tiện hỗ trợ để duy trì chức năng sống; và • Tổn thương não dẫn đến Di chứng thần kinh vĩnh viễn như quy định tại Điều 1.27 được đánh giá ít nhất 30 ngày kể từ khi bắt đầu hôn mê. Loại trừ trường hợp • Hôn mê do ảnh hưởng trực tiếp từ bia rượu hoặc chất gây nghiện. • Hôn mê do điều trị.	Là tình trạng mất ý thức và không có phản ứng hoặc đáp ứng với những kích thích bên ngoài hay những nhu cầu bên trong cơ thể, cần sử dụng liên tục các phương tiện hỗ trợ để duy trì chức năng sống trong thời gian ít nhất 96 giờ. Tình trạng hôn mê này sẽ để lại di chứng thần kinh nghiêm trọng khiến Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 3 trong 6 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” như được quy định tại Điều 1.27 khi không có sự trợ giúp của người khác hoặc bị thương tật vĩnh viễn hoặc mất sức lao động từ 81% trở lên theo quy định hiện hành của cơ quan có thẩm quyền. Tình trạng vĩnh viễn không thể hồi phục này phải được xác định không sớm hơn 6 tháng kể từ lần chẩn đoán đầu tiên.
6. Viêm não		Là bệnh do nhiễm vi rút gây ra tình trạng viêm nặng của não bộ (bán cầu đại não, thân não hoặc tiểu não), dẫn đến các Di chứng thần kinh vĩnh viễn như quy định tại Điều 1.28.

		Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh và được Hội đồng y khoa do Prudential chỉ định, trong đó có ít nhất 3 thành viên có trình độ Bác sĩ y khoa, xác nhận, và Di chứng thần kinh vĩnh viễn như quy định tại Điều 1.28 phải kéo dài ít nhất 6 tuần. Loại trừ trường hợp viêm não do hậu quả của nhiễm HIV hoặc trên người nhiễm HIV.
7. Chấn thương sọ não nghiêm trọng		Là chấn thương đầu do Tai nạn dẫn đến Di chứng thần kinh vĩnh viễn như quy định tại Điều 1.27 được đánh giá ít nhất 6 tuần sau khi xảy ra Tai nạn. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh và được Hội đồng y khoa do Prudential chỉ định, trong đó có ít nhất 3 thành viên có trình độ Bác sĩ y khoa, xác nhận, dựa trên kết quả chẩn đoán hình ảnh của Chụp cộng hưởng từ (MRI) và Chụp cắt lớp sọ não (CT) hoặc các kết quả xét nghiệm hình ảnh học đáng tin cậy khác. Tai nạn trên phải là nguyên nhân duy nhất và trực tiếp gây ra bởi một lực hoặc một vật bất ngờ, từ bên ngoài và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác. Loại trừ các trường hợp sau: • Chấn thương tửu sống; và • Chấn thương đầu do những nguyên nhân khác.
8. Tăng áp lực nội sọ/ Bệnh động	Đặt ống thông não bộ (shunt) Là phẫu thuật cấy ghép một ống thông vĩnh viễn từ các não thất ra ngoài (như	Đột quy

mạch cảnh hoặc Đột quy	ống thông não thất-tâm nhĩ hoặc não thất-ổ bụng) để giảm áp lực dịch não tủy. Yêu cầu đặt ống thông phải được xác định là tuyệt đối cần thiết bởi một Bác sĩ chuyên khoa thần kinh. Trường hợp Đặt ống thông não bộ (shunt) sẽ không được chi trả nếu quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu của hợp đồng này đã được chi trả cho trường hợp Phẫu thuật động mạch cảnh.	Là tai biến mạch máu não dẫn đến các ảnh hưởng sau, kéo dài ít nhất 6 tháng kể từ khi xảy ra tai biến: • Di chứng thần kinh vĩnh viễn như quy định tại Điều 1.28, thể hiện qua các triệu chứng lâm sàng; hoặc • Mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện 3 trong 6 "Chức năng sinh hoạt hàng ngày" như quy định tại Điều 1.27 khi không có trợ giúp của người khác; hoặc • Thương tật vĩnh viễn hoặc mất sức lao động từ 81% trở lên theo quy định hiện hành của cơ quan có thẩm quyền. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh, dựa trên những thay đổi nhìn thấy được của các kết quả chẩn đoán hình ảnh như Chụp cộng hưởng từ (MRI) và Chụp cắt lớp sọ não (CT). Loại trừ các trường hợp sau: • Nhồi máu nhu mô não, chảy máu nội sọ do chấn thương từ bên ngoài; • Di chứng, khiếm khuyết thần kinh do bệnh lý hoặc nhiễm trùng; • Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua.
9. Liệt		Là mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng sử dụng của ít nhất từ 2 chi trở lên do chấn thương hoặc bệnh lý của Người được bảo hiểm. Tình trạng này phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh và được Hội đồng y khoa do Prudential chỉ định, trong đó có ít nhất 3 thành viên có trình độ Bác sĩ y khoa, xác nhận.

		Tình trạng vĩnh viễn không thể hồi phục này phải được xác định không sớm hơn 6 tháng kể từ lần chẩn đoán đầu tiên. Loại trừ trường hợp bị liệt do tự gây ra thương tật.
10. Bệnh tế bào thần kinh vận động		Bệnh tế bào thần kinh vận động khiến Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 3 trong số 6 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” như được quy định tại Điều 1.27 khi không có sự trợ giúp của người khác hoặc bị thương tật vĩnh viễn hoặc mất sức lao động từ 81% trở lên theo quy định hiện hành của cơ quan có thẩm quyền. Tình trạng vĩnh viễn không thể hồi phục này phải được xác định không sớm hơn 6 tháng kể từ lần chẩn đoán đầu tiên. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh và được Hội đồng y khoa do Prudential chỉ định, trong đó có ít nhất 3 thành viên có trình độ Bác sĩ y khoa, xác nhận, dựa trên các triệu chứng bệnh thần kinh điển hình và tương ứng.
11. Bệnh xơ cứng rải rác		Là bệnh lý do sự phá hủy chất myelin ở hệ thống thần kinh trung ương. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh và được Hội đồng y khoa do Prudential chỉ định, trong đó có ít nhất 3 thành viên có trình độ Bác sĩ y khoa, xác nhận, dựa trên kết quả chẩn đoán hình ảnh như Chụp cộng hưởng từ (MRI) và Chụp cắt lớp sọ não (CT) cho thấy tổn thương của hệ thần kinh trung ương.

		Loại trừ bệnh hệ thống thần kinh trung ương do các nguyên nhân khác (bệnh mạch máu, nhiễm vi khuẩn hoặc vi rút). Hồ sơ bệnh lý do Bác sĩ chuyên khoa thần kinh cung cấp phải thể hiện các tổn thương thần kinh không thể hồi phục; tình trạng không thể hồi phục này phải được xác định không sớm hơn 6 tháng kể từ lần chẩn đoán đầu tiên.
12. Loạn dưỡng cơ		Là nhóm bệnh thoái hóa cơ di truyền có đặc điểm teo và yếu liệt cơ không liên quan đến hệ thần kinh. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh và được Hội đồng y khoa do Prudential chỉ định, bao gồm ít nhất 3 Bác sĩ, xác nhận, với tình trạng Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 3 trong số 6 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” như được quy định tại Điều 1.27 khi không có sự trợ giúp của người khác hoặc bị thương tật vĩnh viễn hoặc mất sức lao từ 81% trở lên theo quy định hiện hành của cơ quan có thẩm quyền. Tình trạng vĩnh viễn không thể hồi phục này phải được xác định không sớm hơn 6 tháng kể từ lần chẩn đoán đầu tiên.
13. Bệnh Parkinson		Bệnh thoái hóa tiến triển chậm của hệ thần kinh trung ương do thoái hóa nhân xám trung ương của não bộ. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh và được Hội đồng y khoa do Prudential chỉ định, trong đó có ít nhất

		3 thành viên có trình độ Bác sĩ y khoa, xác nhận, với các đặc điểm sau: • Bệnh không thể kiểm soát được bằng thuốc; và • Bệnh có biểu hiện các dấu hiệu của tình trạng tổn thương tiến triển; và • Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 3 trong 6 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” như được quy định tại Điều 1.27 khi không có sự trợ giúp của người khác hoặc bị thương tật vĩnh viễn hoặc mất sức lao động từ 81% trở lên theo quy định hiện hành của cơ quan có thẩm quyền. Tình trạng vĩnh viễn không thể hồi phục này phải được xác định không sớm hơn 6 tháng kể từ lần chẩn đoán đầu tiên. Chỉ chấp nhận trường hợp bệnh Parkinson tự phát. Loại trừ trường hợp bệnh Parkinson thứ phát khác.
14. Bệnh chân voi		Là hậu quả và biến chứng của bệnh giun chỉ, đặc trưng bởi tình trạng sưng phù các mô của cơ thể do sự tắc nghẽn lưu thông trong mạch bạch huyết. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa, dựa trên kết quả xét nghiệm ký sinh trùng và được Hội đồng y khoa do Prudential chỉ định, trong đó có ít nhất 3 thành viên có trình độ Bác sĩ y khoa, xác nhận. Loại trừ trường hợp bệnh phù mạch bạch huyết gây ra do nhiễm các bệnh lây truyền

		qua đường tình dục, chấn thương, sẹo sau phẫu thuật, suy tim sung huyết hoặc những bất thường bẩm sinh của hệ bạch huyết.
15. Bệnh Alzheimer		Là giảm sút hay mất khả năng tư duy do suy giảm chức năng não không có khả năng hồi phục và được căn cứ dựa trên các bằng chứng lâm sàng của bệnh Alzheimer và sa sút trí tuệ. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi một Bác sĩ chuyên khoa thần kinh và được Hội đồng y khoa do Prudential chỉ định, trong đó có ít nhất 3 thành viên có trình độ Bác sĩ y khoa, xác nhận. Bệnh phải dẫn đến tình trạng suy giảm trí tuệ trầm trọng khiến Người được bảo hiểm cần có người chăm sóc và giám sát liên tục hoặc Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 3 trong số 6 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” như được quy định tại Điều 1.27 khi không có sự trợ giúp của người khác hoặc bị thương tật vĩnh viễn hoặc mất sức lao động từ 81% trở lên theo quy định hiện hành của cơ quan có thẩm quyền. Tình trạng vĩnh viễn không thể hồi phục này phải được xác định không sớm hơn 6 tháng kể từ lần chẩn đoán đầu tiên. Loại trừ trường hợp sa sút trí tuệ do sử dụng rượu bia, lạm dụng thuốc hay do bệnh AIDS, bệnh thần kinh hoặc bệnh tâm thần.

16. U tủy tuyến thượng thận		Là sự tồn tại của 1 khối u thần kinh-nội tiết của vùng tủy tuyến thượng thận hoặc tế bào ưa chrome, dẫn đến tăng tiết Catecholamine, cần phải chỉ định phẫu thuật để lấy khối u. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa nội tiết.
17. Bệnh Creutzfeldt-Jacob		Bệnh Creutzfeldt-Jacob hay biến thể của bệnh gây ra di chứng thần kinh, mà di chứng này là nguyên nhân duy nhất khiến Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 2 trong 6 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” như được quy định tại Điều 1.27 khi không có sự trợ giúp của người khác hoặc bị thương tật vĩnh viễn hoặc mất sức lao động từ 81% trở lên theo quy định hiện hành của cơ quan có thẩm quyền. Tình trạng vĩnh viễn không thể hồi phục này phải được xác định không sớm hơn 6 tháng kể từ lần chẩn đoán đầu tiên. Loại trừ trường hợp bệnh do điều trị hormon tăng trưởng.
18. Xơ cứng cột bên teo cơ		Là bệnh đặc trưng bởi sự teo và yếu cơ, có bằng chứng rối loạn chức năng tế bào sừng trước tủy sống, biểu hiện rung giật cơ, liệt cứng, tăng phản xạ gân sâu và phản xạ lòng bàn chân, bằng chứng của rối loạn bó vỏ sống, loạn vận ngôn (dysarthria), rối loạn hiểu và vận dụng ngôn ngữ (dysphagia). Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa, dựa vào các kết quả

		xét nghiệm kiểm tra thần kinh-cơ như Điện cơ đồ (EMG). Bệnh phải gây ra sự suy giảm đáng kể chức năng thực thể (Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 3 trong số 6 “Chức năng sinh hoạt hàng ngày” như được quy định tại Điều 1.27 khi không có sự trợ giúp của người khác hoặc bị thương tật vĩnh viễn hoặc mất sức lao động từ 81% trở lên theo quy định hiện hành của cơ quan có thẩm quyền. Tình trạng vĩnh viễn không thể hồi phục này phải được xác định không sớm hơn 6 tháng kể từ lần chẩn đoán đầu tiên.
19. Bệnh nhược cơ		Là rối loạn dẫn truyền thần kinh cơ tự miễn mắc phải dẫn đến suy nhược và yếu cơ từng đợt, dựa trên tất cả những tiêu chuẩn sau đây: - Nhược cơ thường xuyên được phân loại thuộc độ III, IV, V theo Phân loại lâm sàng của Hiệp hội Nhược cơ Hoa Kỳ. - Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ thần kinh. Phân loại lâm sàng của Hiệp hội Nhược cơ Hoa Kỳ bao gồm: Loại I: Yếu cơ khu trú ở mắt, có thể sụp mi, không yếu ở các cơ khác Loại II: Yếu cơ mắt ở bất cứ mức độ nào, yếu các cơ khác ở mức độ nhẹ Loại III: Yếu cơ mắt ở bất cứ mức độ nào, nhược các cơ khác ở mức độ trung bình

		Loại IV: Yếu cơ mắt ở bất cứ mức độ nào, nhược các cơ khác ở mức độ nặng Loại V: Phải đặt nội khí quản để duy trì đường thở
NHÓM 4		
1. Bỏng	Bỏng sâu diện tích nhỏ Là bỏng hay phỏng độ 3 (nghĩa là toàn bộ độ dày da bị phá hủy) trên tối thiểu 10% diện tích da toàn cơ thể (tính theo Luật số 9 hoặc Biểu đồ diện tích da cơ thể của Lund và Browder) gây ra trực tiếp bởi Tai nạn của Người được bảo hiểm. Ghép da cho vùng bỏng phải được thực hiện.	Bỏng nặng Là bỏng hay phỏng độ 3, trên tối thiểu 20% diện tích da toàn cơ thể (tính theo Luật số 9 hoặc Biểu đồ diện tích da cơ thể của Lund và Browder).
2. Mù	Mất thị lực một mắt Mất hoàn toàn và không thể phục hồi thị lực của 1 mắt do bệnh lý hoặc Tai nạn của Người được bảo hiểm. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa mắt với bên mắt tổn thương phải có thị lực chính xác dưới 6/60 hoặc 20/200 khi dùng bảng kiểm tra Snellen, hoặc có thị trường dưới 20o. Tình trạng vĩnh viễn không thể hồi phục này phải được xác định không sớm hơn 6 tháng kể từ lần chẩn đoán đầu tiên. Loại trừ trường hợp mất thị lực do rượu hoặc sử dụng sai thuốc.	Mất hoàn toàn và không thể phục hồi thị lực của cả 2 mắt do bệnh lý hoặc Tai nạn của Người được bảo hiểm. Bên mắt tổn thương phải có thị lực chính xác dưới 6/60 hoặc 20/200 khi dùng bảng kiểm tra Snellen, hoặc có thị trường dưới 20o. Tình trạng vĩnh viễn không thể hồi phục này phải được xác định không sớm hơn 6 tháng kể từ lần chẩn đoán đầu tiên. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa mắt, dựa trên những kết quả xét nghiệm đặc hiệu.
3. Huyết khối xoang hang/Tổn	Phẫu thuật huyết khối xoang hang Là phẫu thuật dẫn lưu huyết khối xoang hang. Chẩn đoán bệnh cũng như chỉ định can thiệp phẫu thuật phải được xác định	Điếc Mất vĩnh viễn và không thể phục hồi chức năng nghe của cả 2 tai (dù có hay không được trợ thính) do bệnh lý cấp tính hoặc

thương ốc tai hoặc Điếc	là tuyệt đối cần thiết bởi Bác sĩ chuyên khoa. Trường hợp Phẫu thuật huyết khối xoang hang sẽ không được chi trả nếu quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu của hợp đồng này đã được chi trả cho trường hợp Phẫu thuật cấy ghép ốc tai.	Tai nạn của Người được bảo hiểm. Tình trạng vĩnh viễn không thể hồi phục này phải được xác định không sớm hơn 6 tháng kể từ lần chẩn đoán đầu tiên. Cần phải có bằng chứng y khoa về các xét nghiệm đo thính lực và kiểm tra ngưỡng âm thanh kết luận suy giảm thính lực tối thiểu 80 deciben, được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa và được Hội đồng y khoa do Prudential chỉ định, trong đó có ít nhất 3 thành viên có trình độ Bác sĩ y khoa, xác nhận.
	Phẫu thuật cấy ghép ốc tai Là phẫu thuật cấy ghép ốc tai do tổn thương vĩnh viễn ốc tai hoặc thần kinh thính giác. Phương thức phẫu thuật cũng như thực hiện cấy ghép phải được xác định là tuyệt đối cần thiết bởi Bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng. Trường hợp Phẫu thuật cấy ghép ốc tai sẽ không được chi trả nếu quyền lợi Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu của hợp đồng này đã được chi trả cho trường hợp Phẫu thuật huyết khối xoang hang.	
4. Câm		Mất vĩnh viễn và không thể phục hồi khả năng phát âm do tổn thương thực thể lên dây thanh âm trong vòng ít nhất 12 tháng liên tục. Cần có bằng chứng y tế của tổn thương hoặc bệnh lý dây thanh âm được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa và được Hội đồng y khoa do Prudential chỉ định, trong đó có ít nhất 3 thành viên có trình độ Bác sĩ y khoa, xác nhận.

		Loại trừ trường hợp mất khả năng phát âm do bệnh tâm thần.
5. Bại liệt		Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi một Bác sĩ chuyên khoa thần kinh và được Hội đồng y khoa do Prudential chỉ định, trong đó có ít nhất 3 thành viên có trình độ Bác sĩ y khoa, xác nhận, về tình trạng nhiễm vi rút sốt bại liệt dẫn đến liệt do suy giảm chức năng thần kinh vận động hoặc suy hô hấp. Loại trừ những trường hợp không bị liệt hoặc tình trạng liệt do các nguyên nhân khác.
6. Nhiễm HIV do nghề nghiệp		Là tình trạng nhiễm HIV do Tai nạn của Người được bảo hiểm xảy ra trong quá trình thực hiện công việc hàng ngày, với kết quả xét nghiệm huyết thanh HIV chuyển sang dương tính trong vòng 6 tháng kể từ lúc Tai nạn. Bất kì Tai nạn nào có khả năng dẫn đến yêu cầu bồi thường bảo hiểm cần phải được thông báo cho Prudential trong vòng 30 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn kèm theo kết quả xét nghiệm kháng thể HIV âm tính được thực hiện ngay sau Tai nạn. Việc chi trả bảo hiểm đối với trường hợp bệnh này sẽ chấm dứt khi tìm được một loại vắc-xin (vaccine) hiệu quả để phòng chống HIV/AIDS. Loại trừ trường hợp nhiễm HIV lây truyền qua đường tình dục.
7. Nhiễm HIV do truyền máu		Bệnh phải được xác định dựa trên tất cả những tiêu chuẩn sau đây:

¹ Phiên bản được Prudential sửa đổi bổ sung theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm số 08/2022/QH15 do Quốc hội ban hành ngày 16/6/2022 và các văn bản hướng dẫn thi hành, được áp dụng từ ngày 1/7/2025.

		• Truyền máu là cần thiết về mặt y khoa; và • Người được bảo hiểm được truyền máu sau Ngày hiệu lực hợp đồng; và • Việc lây nhiễm phải xuất phát từ nguồn máu bị nhiễm được sử dụng cho việc truyền máu. Nguồn máu bị nhiễm phải được Cơ sở y tế có chức năng cung cấp máu xác nhận. Loại trừ trường hợp Người được bảo hiểm mắc bệnh máu khó đông. Việc chi trả bảo hiểm đối với trường hợp bệnh này sẽ chấm dứt khi tìm được một loại vắc-xin (vaccine) hiệu quả để phòng chống HIV/AIDS.
8. Viêm đa khớp dạng thấp nặng		Là tình trạng hủy hoại khớp lan rộng gây ra các biến dạng lâm sàng nghiêm trọng ảnh hưởng trên ít nhất 3 trong các khớp sau: bàn tay, cổ tay, khuỷu tay, cột sống, gối, cổ chân, bàn chân. Bệnh phải được xác định dựa trên tất cả những tiêu chuẩn sau đây: • Cứng khớp vào buổi sáng; và • Viêm các khớp đối xứng; và • Hiện diện của các Nốt thấp (Rheumatoid nodules); và • Các yếu tố dạng thấp (Rheumatoid factor) tăng cao; và • Hình ảnh khớp xương bị phá hủy trên phim X-quang. Bệnh phải được chẩn đoán xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa khớp và được Hội đồng

		y khoa do Prudential chỉ định, trong đó có ít nhất 3 thành viên có trình độ Bác sĩ y khoa, xác nhận.
9. Bệnh loãng xương (Đến 70 tuổi)	Loãng xương có gãy xương: Bệnh loãng xương có gãy xương do sang chấn tối thiểu, được xác định dựa trên tất cả những tiêu chuẩn sau đây: - Gãy cổ xương đùi hoặc gãy ít nhất 2 thân đốt sống sau một sang chấn tối thiểu; và - Mật độ khoáng xương được đo ở ít nhất 2 vị trí thông qua kỹ thuật Đo đậm độ xương bằng tia X năng lượng kép (DEXA) hoặc Chụp cắt lớp vi tính (CT) đều khẳng định loãng xương mức độ nặng, chỉ số T (T-score) nhỏ hơn -2,5. Người được bảo hiểm cần phải được cố định trong hoặc thay thế xương đùi bị gãy, hoặc phẫu thuật điều trị thân đốt sống. Quyền lợi này tự động chấm dứt ngay khi Người được bảo hiểm đạt 70 tuổi.	Bệnh loãng xương nghiêm trọng Loãng xương là bệnh thoái hóa xương dẫn đến mất xương. Bệnh phải được chẩn đoán xác định dựa trên kết quả đo mật độ xương theo định nghĩa về loãng xương của Tổ chức y tế thế giới (WHO) với chỉ số T đo mật độ xương (T-score) nhỏ hơn -2,5. Phải có tiền sử từ 3 lần gãy xương do loãng xương trở lên bao gồm xương đùi, cổ tay hoặc cột sống. Gãy xương phải trực tiếp gây mất khả năng thực hiện 6 "Chức năng sinh hoạt hàng ngày" như được quy định tại Điều 1.27 của Người được bảo hiểm hoặc bị thương tật vĩnh viễn hoặc mất sức lao động từ 81% trở lên theo quy định hiện hành của cơ quan có thẩm quyền. Tình trạng nghiêm trọng của bệnh là khi Người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện ít nhất 3 trong số 6 "Chức năng sinh hoạt hàng ngày" như được quy định tại Điều 1.27 hoặc bị thương tật vĩnh viễn hoặc mất sức lao động từ 81% trở lên theo quy định hiện hành của cơ quan có thẩm quyền khi không có sự trợ giúp của người khác, kéo dài từ 6 tháng liên tục trở lên. Theo chỉ định của Prudential, chẩn đoán xác định và mức độ thương tổn có thể được yêu cầu thông qua kiểm tra y tế độc lập của chuyên gia y tế của Prudential.

		Quyền lợi này sẽ tự động chấm dứt ngay khi Người được bảo hiểm đạt 70 tuổi.