

ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BỔ TRỢ BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO DÀNH CHO TRẺ EM

(được chấp thuận theo công văn số 6525/BTC-QLBH
ngày 19 tháng 5 năm 2014 của Bộ Tài chính)

MỤC LỤC

CHƯƠNG I:	NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG
CHƯƠNG II:	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM
CHƯƠNG III:	PHÍ BẢO HIỂM
CHƯƠNG IV:	THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN SẢN PHẨM BỔ TRỢ
CHƯƠNG V:	THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM
PHỤ LỤC 1:	DANH MỤC BỆNH HIỂM NGHÈO ĐƯỢC BẢO HIỂM

CHƯƠNG I: NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Các định nghĩa

1.1. Người được bảo hiểm: là cá nhân từ đủ 06 tháng tuổi đến 17 tuổi vào ngày có hiệu lực của sản phẩm bảo trợ và không quá 18 tuổi khi kết thúc thời hạn bảo hiểm, hiện đang cư trú tại Việt Nam và được Aviva chấp thuận bảo hiểm theo sản phẩm bảo trợ này.

Người được bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm.

1.2. Bên mua bảo hiểm: là Bên mua bảo hiểm của Hợp đồng chính.

1.3. Số tiền bảo hiểm: là số tiền được dùng làm cơ sở để xác định quyền lợi bảo hiểm thanh toán theo sản phẩm bảo trợ này. Số tiền bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm lựa chọn phù hợp với quy định của Aviva và được ghi tại Giấy yêu cầu bảo hiểm và/hoặc Phụ lục Hợp đồng.

1.4. Bệnh hiểm nghèo: là bệnh được quy định tại Phụ lục 1 của điều khoản sản phẩm bảo trợ này. Mặc Bệnh hiểm nghèo là khi Người được bảo hiểm được Bác sĩ chuyên khoa của Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn chẩn đoán và Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn đó xác nhận mắc Bệnh hiểm nghèo.

1.5. Bác sĩ: là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền tại Việt Nam cấp hoặc thừa nhận, và được phép hành nghề trong phạm vi được cấp phép.

1.6. Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn: là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam. Cơ sở đó phải được cấp phép như một bệnh viện, có chữ "bệnh viện" trên con dấu hoặc được cấp phép như một viện/trung tâm y tế chuyên khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, cấp trung ương.

Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn không bao gồm những cơ sở dưới đây cho dù các cơ sở này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn:

- Bệnh viện/viện tâm thần;

- Bệnh viện/viện y học dân tộc, vật lý trị liệu và/hoặc phục hồi chức năng;

- Bệnh viện/viện phong;

- Nhà hộ sinh, nhà điều dưỡng, nhà an dưỡng, cơ sở chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, chất ma túy, chất kích thích.

1.7. Bệnh có sẵn: là tình trạng bệnh, thương tật, tổn thương, bất thường mà Người được bảo hiểm đã hoặc đang được Bác sĩ tư vấn, chẩn đoán, điều trị hoặc các dấu hiệu, triệu chứng bệnh đã xuất hiện hoặc tồn tại trước ngày được Aviva chấp nhận bảo hiểm hoặc chấp nhận khôi phục hiệu lực sản phẩm bảo trợ lần sau cùng, tùy thuộc ngày nào xảy ra sau.

1.8. Các thuật ngữ, từ ngữ khác sử dụng trong Điều khoản này được hiểu theo đúng định nghĩa, giải thích trong Điều khoản của Hợp đồng chính.

Điều 2. Điều khoản áp dụng

2.1. Các quy định về nghĩa vụ cung cấp thông tin, miễn truy xét, người được nhận quyền lợi bảo hiểm / khoản thanh toán, thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm chưa được quy định tại Điều khoản sản phẩm bảo trợ này và giải quyết tranh chấp liên quan đến sản phẩm bảo trợ này được áp dụng theo Điều khoản của Hợp đồng chính.

Trường hợp pháp luật có quy định hoặc thay đổi quy định về nghĩa vụ cung cấp thông tin của các bên liên quan của Hợp đồng bảo hiểm thì những quy định đó được mặc định áp dụng cho sản phẩm bảo trợ này.

2.2. Trường hợp có sự mâu thuẫn giữa Điều khoản này và Điều khoản Hợp đồng chính thì những quy định trong Điều khoản này sẽ được áp dụng.

Điều 3. Thời hạn bảo hiểm và tính chất của sản phẩm bảo trợ

3.1. Bên mua bảo hiểm có quyền lựa chọn thời hạn bảo hiểm của sản phẩm bảo trợ từ 01 năm đến 18 năm tính từ ngày có hiệu lực của sản phẩm bảo trợ nhưng không vượt quá thời hạn bảo hiểm còn lại của Hợp đồng chính.

3.2. Sản phẩm bảo trợ này là sản phẩm bảo hiểm nhân thọ không tham gia chia lãi, không có giá trị hoàn lại và không có quyền lợi đáo hạn.

Điều 4. Thủ tục yêu cầu bảo hiểm và ngày có hiệu lực của sản phẩm bảo trợ

4.1. Thủ tục yêu cầu bảo hiểm

Khi yêu cầu bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm hoàn tất Giấy yêu cầu bảo hiểm và đóng Phí bảo hiểm tạm tính của sản phẩm bảo trợ.

Đối với trường hợp yêu cầu bảo hiểm sau khi Hợp đồng chính đã có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm cần ghi rõ số hợp đồng của Hợp đồng chính tương ứng, mối quan hệ của Người được bảo hiểm và Bên mua bảo hiểm.

Giấy yêu cầu bảo hiểm phải có chữ ký của cả Bên mua bảo hiểm và Người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm.

4.2. Trường hợp được yêu cầu bảo hiểm cùng lúc với Hợp đồng chính và được chấp nhận bảo hiểm, sản phẩm bảo trợ sẽ có hiệu lực vào ngày có hiệu lực của Hợp đồng chính.

Trong trường hợp này, thời gian cân nhắc của sản phẩm bảo trợ được áp dụng trùng với thời gian cân nhắc của Hợp đồng chính.

4.3. Trường hợp được yêu cầu bảo hiểm sau khi Hợp đồng đã có hiệu lực, sản phẩm bảo trợ có hiệu lực vào ngày Aviva chấp nhận bảo hiểm theo Điều khoản này.

Thời gian cân nhắc không được áp dụng cho sản phẩm bảo trợ trong trường hợp này.

Điều 5. Chấm dứt hiệu lực

5.1. Sản phẩm bảo trợ chấm dứt hiệu lực và Aviva sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng sau khi khấu trừ Chi phí kiểm tra sức khỏe (nếu có) khi xảy ra một trong các sự kiện sau:

5.1.1. Bên mua bảo hiểm yêu cầu hủy yêu cầu bảo hiểm đối với Hợp đồng hoặc sản phẩm bảo trợ trước khi Hợp đồng được phát hành (đối với trường hợp sản phẩm bảo trợ được yêu cầu bảo hiểm cùng lúc với Hợp đồng chính) hoặc trước khi sản phẩm bảo trợ được chấp nhận bảo hiểm (đối với trường hợp sản phẩm bảo trợ được yêu cầu bảo hiểm khi Hợp đồng chính đang có hiệu lực); hoặc

5.1.2. Bên mua bảo hiểm yêu cầu không tiếp tục tham gia Hợp đồng hoặc sản phẩm bảo trợ trong thời gian cân nhắc (đối với trường hợp sản phẩm bảo trợ được yêu cầu bảo hiểm cùng lúc với Hợp đồng chính); hoặc

5.1.3. Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin được quy định trong điều khoản sản phẩm; hoặc

5.1.4. Các trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm được quy định trong điều khoản sản phẩm.

5.2. Sản phẩm bảo trợ chấm dứt hiệu lực và Aviva sẽ không hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng khi xảy ra một trong các sự kiện sau:

5.2.1. Hợp đồng chính đáo hạn hoặc chấm dứt hiệu lực sau thời gian cân nhắc; hoặc

5.2.2. Xảy ra các sự kiện quy định tại Điều 6; hoặc

5.2.3. Người được bảo hiểm tử vong mà trước đó không mắc một trong các Bệnh hiểm nghèo được giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo điều khoản sản phẩm bảo trợ này;

5.2.4. Bên mua bảo hiểm dừng đóng phí và Hợp đồng chính chuyển sang Số tiền bảo hiểm giảm hoặc Hợp đồng chính được miễn phí bảo hiểm mà không có quy định áp dụng miễn phí liên quan đến sản phẩm bảo trợ này; hoặc

5.2.5. Sản phẩm bảo trợ chấm dứt theo quy định tại Khoản 8.3 Điều 8; hoặc

5.2.6. Bên mua bảo hiểm gửi văn bản yêu cầu chấm dứt sản phẩm bồi trợ sau thời gian cân nhắc (đối với trường hợp sản phẩm bồi trợ được yêu cầu bảo hiểm cùng lúc với hợp đồng chính); hoặc

5.2.7. Aviva không chấp thuận tiếp tục bảo hiểm khi Người được bảo hiểm chuyển sang định cư/ cư trú có thời hạn trên 03 (ba) tháng ở nước ngoài; hoặc

5.2.8. Người được bảo hiểm đạt đến 18 tuổi.

CHƯƠNG II: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 6. Quyền lợi bảo hiểm

Aviva trả Số tiền bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo khi sản phẩm bồi trợ này có hiệu lực từ đủ 90 ngày trở lên.

Điều 7. Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

Aviva sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều 6 mà chỉ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ số phí bảo hiểm đã đóng của sản phẩm bồi trợ (không có lãi) sau khi trừ đi Chi phí kiểm tra sức khỏe (nếu có), đồng thời sản phẩm bồi trợ sẽ chấm dứt hiệu lực nếu Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo do hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của hoặc trong các trường hợp:

7.1. Người được bảo hiểm tử vong trong vòng 30 ngày kể từ lần chẩn đoán đầu tiên mắc Bệnh hiểm nghèo hoặc Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo khi sản phẩm bồi trợ có hiệu lực chưa đủ 90 ngày hoặc được khôi phục hiệu lực chưa đủ 90 ngày, tùy thuộc ngày nào xảy ra sau;

7.2. Bệnh có sẵn, trừ khi đã được kê khai đầy đủ, trung thực và được Aviva chấp nhận bảo hiểm hoặc chấp nhận khôi phục hiệu lực sản phẩm bồi trợ lần sau cùng, tùy thuộc ngày nào xảy ra sau; hoặc trừ khi là bệnh có sẵn không ảnh hưởng tới quyết định chấp nhận bảo hiểm hoặc chấp nhận khôi phục hiệu lực sản phẩm bồi trợ của Aviva;

7.3. Bệnh hiểm nghèo mà Người được bảo hiểm đã từng mắc phải trước khi được chấp nhận bảo hiểm hoặc chấp nhận khôi phục hiệu lực sản phẩm bồi trợ lần sau cùng, tùy thuộc ngày nào xảy ra sau;

7.4. Hành vi cố ý, hành vi phạm tội của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng.

7.5. Người được bảo hiểm tự tử, tự gây thương tích, tai nạn bất kể vì lý do tâm thần hay không;

7.6. Nhiễm HIV hoặc các bệnh có liên quan đến HIV/AIDS;

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

7.8. Người được bảo hiểm sử dụng rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích khác vượt mức quy định của pháp luật;

7.9. Người được bảo hiểm tham gia: các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách mua vé của một hãng hàng không được cấp phép và có lịch trình bay thương mại); các cuộc diễn tập, huấn luyện quân sự của các lực lượng vũ trang; các hoạt động nguy hiểm: nhảy dù, đua ô tô/mô tô/xe đạp, đua ngựa hay bất kỳ hình thức đua nào khác, săn bắn, đấm bốc (boxing), leo núi, nhảy bungy (bungee - jumping); các hoạt động thể thao chuyên nghiệp hoặc các hoạt động dưới nước có hoặc không sử dụng mặt nạ thở;

7.10. Không tìm kiếm hoặc không tuân thủ các chỉ dẫn y tế; thực hiện khám chữa bệnh, phẫu thuật do Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm yêu cầu hoặc đồng ý, bao gồm cả giải phẫu thẩm mỹ, không thực sự cần thiết và không được chỉ định bởi Bác sĩ chuyên khoa để duy trì và khắc phục tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm.

7.11. Điều trị dị tật bẩm sinh hoặc các tổn thương thực thể của trẻ sơ sinh phát sinh trong quá trình sinh đẻ. Dị tật bẩm sinh là bất thường của thai nhi khi sinh ra về cấu trúc, chức năng hay chuyển hóa;

7.12. Điều trị phát sinh do mang thai, sẩy thai, nạo phá thai, tránh thai, sinh đẻ;

7.13. Dị tật bẩm sinh mà Người được bảo hiểm đã được chẩn đoán hoặc có biểu hiện trước khi Người được bảo hiểm 6 tuổi.

CHƯƠNG III: PHÍ BẢO HIỂM

Điều 8. Phí bảo hiểm

8.1. Định kỳ đóng phí bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ này trùng với định kỳ đóng phí bảo hiểm của Hợp đồng chính. Quy định này cũng được áp dụng trong trường hợp có sự thay đổi về định kỳ đóng phí của Hợp đồng chính.

Thời hạn đóng Phí bảo hiểm bằng thời hạn bảo hiểm.

8.2. Trường hợp Bên mua bảo hiểm không thể đóng phí theo đúng thời hạn đã thoả thuận, quy định về gia hạn đóng phí cho sản phẩm bổ trợ được áp dụng theo Điều khoản của Hợp đồng chính.

8.3. Cho đến hết thời gian gia hạn đóng phí, nếu Bên mua bảo hiểm không đóng phí bảo hiểm, sản phẩm bổ trợ sẽ tự động chấm dứt kể từ ngày bắt đầu thời gian gia hạn đóng phí trừ trường hợp phí bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ được tự động đóng theo quy định của Aviva.

8.4. Với sự chấp thuận của Bộ Tài chính, Aviva có thể điều chỉnh mức phí bảo hiểm của sản phẩm bổ trợ này. Aviva sẽ thông báo trước ít nhất 03 (ba) tháng cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản và mức phí mới chỉ được áp dụng vào ngày kỷ niệm hợp đồng sau ngày Aviva gửi thông báo.

8.5. Các quy định khác về phí bảo hiểm được áp dụng như quy định tại Điều khoản của Hợp đồng chính.

CHƯƠNG IV: THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN SẢN PHẨM BỔ TRỢ

Điều 9. Giảm Số tiền bảo hiểm

9.1. Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu giảm Số tiền bảo hiểm khi sản phẩm bổ trợ đang có hiệu lực theo quy định của Aviva.

9.2. Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Aviva yêu cầu giảm Số tiền bảo hiểm bằng văn bản.

9.3. Trường hợp yêu cầu giảm Số tiền bảo hiểm được Aviva chấp thuận bằng văn bản, Số tiền bảo hiểm, Phí bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm và các điều kiện khác có liên quan của sản phẩm bổ trợ sẽ được điều chỉnh tương ứng kể từ ngày Aviva chấp thuận bằng văn bản về việc giảm Số tiền bảo hiểm.

CHƯƠNG V:

THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 10. Thông báo rủi ro

Trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo, Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Aviva bằng văn bản theo mẫu của Aviva để được hướng dẫn thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn thông báo rủi ro.

Điều 11. Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Trong vòng 12 tháng kể từ ngày Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo, Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, bằng chi phí của mình, phải lập hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm và gửi tới Aviva. Quá thời hạn 12 tháng nêu trên, mọi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đều không có giá trị.

Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Điều 12. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm bao gồm:

- Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm;
 - Bản gốc Hợp đồng bảo hiểm và các sửa đổi, bổ sung (nếu có). Trường hợp thất lạc, người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Aviva để được hướng dẫn giải quyết;
 - Bản sao có chứng thực giấy tờ hợp pháp chứng minh quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm;
- và bản gốc hoặc bản sao có chứng thực các giấy tờ sau:
- Biên bản về tai nạn của cơ quan có thẩm quyền (trường hợp tai nạn);
 - Giấy tờ y tế: Tóm tắt bệnh án, Giấy ra viện, Giấy chứng nhận phẫu thuật, Đơn thuốc, Sổ Y bạ.... chứng minh Người được bảo hiểm mắc Bệnh hiểm nghèo.

PHỤ LỤC 1:

DANH MỤC BỆNH HIỂM NGHÈO ĐƯỢC BẢO HIỂM

1. Đái tháo đường tuýp 1
2. Bệnh Kawasaki có biến chứng tim
3. Động kinh thể nặng
4. Ung thư nghiêm trọng
5. Cấy ghép tủy xương và nội tạng chính
6. Viêm màng não do vi khuẩn
7. Chứng câm do tai nạn
8. Chứng điếc do tai nạn
9. Chứng mù do tai nạn

1. Đái tháo đường tuýp 1

Đái tháo đường tuýp 1 (còn được gọi là bệnh tiểu đường vị thành niên hoặc bệnh tiểu đường phụ thuộc insulin) là một tình trạng mãn tính, trong đó tuyến tụy không sản xuất insulin hoặc sản xuất rất ít, cơ thể gần như thiếu hụt tuyệt đối insulin để cho phép đường nhập vào tế bào để sản xuất năng lượng, đòi hỏi phải điều trị bằng insulin lâu dài.

2. Bệnh Kawasaki có biến chứng tim

Bệnh Kawasaki là một điều kiện nguyên nhân gây viêm trong các bức thành của các động mạch nhỏ và vừa trên toàn cơ thể, nó còn được gọi là hội chứng da niêm mạc hạch bạch huyết. Bệnh phải có đầy đủ các triệu chứng lâm sàng (như sốt, viêm kết mạc, tổn thương da, hạch to, viêm khớp hoặc kích thích tâm thần) và một trong các biến chứng tim sau đây: Viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim, thiếu máu cục bộ cơ tim, các vấn đề van tim, loạn nhịp tim, suy tim, viêm mạch máu.

3. Động kinh thể nặng

Động kinh là sự rối loạn chức năng thần kinh trung ương theo từng cơn do sự phóng điện đột ngột, quá mức của các neuron. Tiêu chuẩn chẩn đoán động kinh là kết hợp triệu chứng lâm sàng điển hình với các biến đổi đặc trưng trên điện não đồ. Các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh (chụp cộng hưởng từ (MRI), chụp cắt lớp vi tính (CT scanner), chụp cắt lớp bằng bức xạ Positron (PET) sẽ giúp cho việc tìm nguyên nhân động kinh.

Động kinh thể nặng là động kinh cơn lớn hoặc cơn co cứng – co giật toàn thể, xuất hiện thường xuyên, ngay cả khi trẻ không bị kích thích, không kiểm soát được bởi các liệu pháp chống động kinh trong thời gian ít nhất 06 tháng hoặc đã phải phẫu thuật thần kinh để điều trị các cơn động kinh tái phát.

Loại trừ động kinh cơn nhỏ, cơn vắng ý thức và co giật do sốt cao.

4. Ung thư nghiêm trọng

Ung thư là bệnh lý ác tính của tế bào. Bao gồm bất kỳ khối u ác tính đặc trưng bởi sự biến đổi và tăng sinh vô hạn của tế bào, không chịu sự kiểm soát của cơ thể, xâm lấn và phá hủy các mô bình thường. Ung thư bạch cầu, u lympho ác tính và hội chứng myelodysplastic cũng được bảo hiểm theo định nghĩa này.

Chẩn đoán bệnh dựa trên kết quả giải phẫu bệnh học và kết luận của Bác sĩ chuyên khoa ung thư hoặc Bác sĩ chuyên khoa giải phẫu bệnh.

Loại trừ những loại ung thư sau đây:

- Các loại Ung thư biểu mô tại chỗ, các khối u được mô tả giải phẫu bệnh học là tiền ung thư hoặc không xâm lấn. Ví dụ: Ung thư biểu mô tuyến vú, loạn sản cổ tử cung CIN-1, CIN -2 và CIN-3...;
- Ung thư biểu mô da dạng vảy, ung thư tế bào đáy, sừng hoá; Ung thư hắc tố có độ sâu xâm nhập dưới 1,5mm theo phân độ của Breslow hoặc dưới độ III theo phân độ của Clark, trừ khi có bằng chứng đã di căn;

- Ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn sớm với phân độ TNM là T1a hoặc T1b hoặc phân độ tương đương hoặc thấp hơn theo hệ thống phân loại khác;
- Ung thư biểu mô tuyến giáp dạng nhú tiềm ẩn có phân độ T1N0M0 và có đường kính nhỏ hơn 1cm;
- Ung thư bàng quang biểu mô nhú giai đoạn 0;
- Bệnh bạch cầu Lympho mãn tính giai đoạn dưới 3 theo Hệ thống xếp giai đoạn Rai;
- Tất cả các loại u/ bướu ở những người đang nhiễm HIV;
- Bệnh tăng hồng cầu vô căn và bệnh tăng tiểu cầu bản chất; và
- Tăng globuline miễn dịch đơn dòng không rõ nguyên nhân.

5. Cấy ghép tủy xương và nội tạng chính

Là trường hợp nhận cấy ghép của:

- Nhận cấy ghép tủy xương của người bằng kỹ thuật sử dụng tế bào gốc tạo máu trước khi cắt bỏ toàn bộ tủy xương; hoặc
- Nhận cấy ghép một trong những cơ quan nội tạng sau đây: tim, phổi, gan, thận, tụy, do bệnh giai đoạn cuối của cơ quan nội tạng tương ứng.

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

Cấy ghép phải là giải pháp khi không thể điều trị bằng bất kỳ phương pháp khác và phải được Bác sĩ chuyên khoa xác nhận.

6. Viêm màng não do vi khuẩn

Nhiễm trùng do vi khuẩn gây ra viêm nặng màng não hoặc tủy sống, dẫn đến thiếu năng thần kinh chức năng không thể hồi phục và lâu dài. Thiếu năng thần kinh phải kéo dài ít nhất 90 ngày liên tục. Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Sự hiện diện vi khuẩn trong dịch não tủy nhờ chọc dò tủy sống; và
- Do Bác sĩ chuyên khoa thần kinh xác định.

Loại trừ viêm màng não do vi khuẩn ở người nhiễm HIV, viêm màng não do vi rút, viêm màng não do ký sinh trùng hoặc viêm màng não do không đảm bảo vô trùng.

7. Chứng câm do tai nạn

Bao gồm các trường hợp mất hoàn toàn chức năng nói và không thể hồi phục, là kết quả của chấn thương gây ra tổn thương thực thể ở dây thanh âm. Mất chức năng nói phải xảy ra trong vòng 12 tháng liên tục. Bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng chẩn đoán.

Loại trừ tất cả các trường hợp mất chức năng nói có nguyên nhân liên quan đến tâm thần.

8. Chứng điếc do tai nạn

Bao gồm các trường hợp mất hoàn toàn chức năng nghe và không thể phục hồi, xảy ra ở cả 2 tai và do nguyên nhân tai nạn. Chẩn đoán tình trạng này phải dựa vào các xét nghiệm kiểm tra thính lực và ngưỡng cảm nhận âm thanh. Bệnh phải được Bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng chẩn đoán.

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

9. Chứng mù do tai nạn

Bao gồm các trường hợp mất thị lực hoàn toàn và không thể hồi phục (có hoặc không có thiết bị hỗ trợ), xảy ra ở cả 2 mắt và do nguyên nhân tai nạn. Bệnh phải được Bác sĩ nhãn khoa chẩn đoán.

