



Quyền lợi sản phẩm Bảo hiểm sức khỏe BANCA PRIME dành cho THACO

Option	THACO_G3
Gói bảo hiểm	
Territorial Scope <i>Phạm vi lãnh thổ</i>	Vietnam
1.Death & Permanent disablement due to accident <i>Tử vong và thương tật vĩnh viễn do tai nạn</i>	200,000,000
2.In-patient treatment due to accident, illness and disease (maximum limit) <i>Điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật, tai nạn (Số tiền bảo hiểm tối đa)</i>	125,000,000
Hospitalization expenses/ day (maximum 100 days p.a) <i>Chi phí nằm viện tổng hợp/ngày (tối đa 100 ngày/ năm)</i>	3,750,000
Pre-hospitalization treatment within 30 days prior to the hospital admission <i>Điều trị trước khi nhập viện trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện</i>	2,500,000
Post hospitalization and home-nursing treatment within 30 days after to the hospital discharge <i>Điều trị sau khi xuất viện và chăm sóc y tế tại nhà trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện.</i>	2,500,000
Surgical charges <i>Chi phí phẫu thuật</i>	75,000,000
Daycare Surgical expenses (included in Surgical charges) <i>Chi phí phẫu thuật trong ngày (nằm trong chi phí phẫu thuật)</i>	6,250,000
Emergency treatment <i>Điều trị cấp cứu (khẩn cấp)</i>	10,000,000
Emergency Accidental Dental Treatment <i>Điều trị nha khoa cấp cứu do tai nạn</i>	10,000,000
Emergency Accidental Pregnancy Treatments <i>Điều trị thai sản cấp cứu do tai nạn/năm</i>	10,000,000
Burial allowance <i>Chi phí mai táng</i>	2,500,000
Daily Allowance per night (Up to 100 nights per policy period) <i>Trợ cấp nằm viện theo đêm /ngày – tối đa 100 đêm/năm</i>	120,000
3. Out-patient treatment <i>Quyền lợi bảo hiểm ngoại trú</i>	7,500,000
Number of visit <i>Số lần thăm khám</i>	10 lần
Limit per visit <i>Giới hạn 1 lần khám</i>	750,000

Độ tuổi tham gia	18-65
Độ tuổi bảo hiểm tối đa(*)	69
Thời gian bảo hiểm	01 năm
Tái tục hàng năm: vào thời hạn tái tục, KH chọn tham gia gói BH tương đương hoặc cao hơn theo biểu phí VIB Care	
(*) KH từ 66 tuổi được tái tục nếu đã tham gia BHSK của MSIG 02 năm liên tục	
Thời gian chờ: Quyền lợi BH bắt đầu được chi trả sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu hiệu lực BH	
- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường. - 90 ngày đối với trường hợp sảy thai, nạo thai theo chỉ định của bác sĩ, điều trị thai sản. - 365 ngày đối với bệnh đặc biệt, bệnh mãn tính và bệnh có sẵn. - Chi tiết tham khảo theo quy tắc bảo hiểm	

CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM PHI NHÂN THỌ MSIG VIỆT NAM

QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE
Sản phẩm bảo hiểm MSIG

PHẦN 1 – ĐỊNH NGHĨA

Trong quy tắc bảo hiểm này, những thuật ngữ dưới đây sẽ mang nghĩa tương ứng như sau:

1. Công ty bảo hiểm

Là Công ty bảo hiểm được thành lập và hoạt động theo pháp luật Việt Nam. Công ty bảo hiểm có các quyền và nghĩa vụ được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm và bị ràng buộc bởi các điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm.

2. Người được bảo hiểm

Là người thỏa mãn điều kiện tham gia bảo hiểm theo quy định trong hợp đồng, có tên trong danh sách Người được bảo hiểm và được MSIG chấp nhận bảo hiểm.

3. MSIG

Công ty TNHH Bảo hiểm Phi Nhân Thọ MSIG Việt Nam

4. Bên mua bảo hiểm (Chủ hợp đồng bảo hiểm)

Là tổ chức, cá nhân có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo quy định của pháp luật giao kết Hợp đồng bảo hiểm với doanh nghiệp bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng.

5. Người thụ hưởng

Là tổ chức, cá nhân được bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm.

6. Số tiền bảo hiểm

Là số tiền tối đa MSIG có thể trả cho Người được bảo hiểm trong một sự kiện bảo hiểm.

7. Thời hạn bảo hiểm

Là thời hạn tính từ ngày chấp nhận của Hợp đồng bảo hiểm cho đến ngày Hợp đồng bảo hiểm hết hạn được nêu trong Bản tóm tắt điều kiện bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm, hoặc một ngày sớm hơn do Hợp đồng bảo hiểm bị hủy bỏ, nếu có.

8. Tuổi được bảo hiểm

Là tuổi của Người được bảo hiểm vào ngày có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm tính theo lần sinh nhật liền trước ngày Hợp đồng có hiệu lực.

9. Tai nạn

Bất kỳ sự kiện bất ngờ, không lường trước gây ra bởi một lực từ bên ngoài, mạnh và có thể nhìn thấy được trong thời gian Hợp đồng Bảo hiểm có hiệu lực là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến thương tật thân thể cho Người được bảo hiểm và xảy ra ngoài ý muốn chủ quan của Người được bảo hiểm.

10. Cấp tính

Tình trạng bệnh lý, theo ý kiến của bác sĩ đa khoa/chuyên khoa/bác sĩ tư vấn, là có khả năng lây lan nhanh, và cần sự điều trị/theo dõi khẩn cấp.

11. Thương tật thân thể

Thương tật chỉ do nguyên nhân tai nạn xảy ra trong Thời hạn hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, khiến Người được bảo hiểm mất chi/bộ phận, mất năng lực hành vi, tàn tật hoặc chịu các thương tật thân thể bên ngoài.

12. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

Là thương tật làm cho Người được bảo hiểm bị cản trở hoàn toàn khi thực hiện công việc thường nhật của người đó hay bị mất hoàn toàn khả năng lao động trong bất kỳ loại lao động nào và kéo dài 52 tuần liên tục và không hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó.

13. Mãn tính

Tình trạng bệnh lý, theo ý kiến của bác sĩ đa khoa/chuyên khoa/bác sĩ tư vấn, được đặc trưng bởi một trong các yếu tố sau:

- Kéo dài hơn 3 tháng
- Có khả năng để lại di chứng
- Đòi hỏi phương pháp điều trị và chăm sóc lâu dài

14. Đồng chi trả

Là số tiền theo tỷ lệ mà MSIG, Người được bảo hiểm cùng chi trả khi phát sinh chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm. Đồng chi trả được tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng số tiền chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc trên các mức giới hạn phụ của quyền lợi ngoại trú (hoặc nội trú) tùy theo mức nào thấp hơn thì được áp dụng. Giới hạn chi phí được bảo hiểm sau khi đồng chi trả tối đa bằng giới hạn của mức quyền lợi trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

15. Di tật bẩm sinh

Bệnh tiền sinh, tồn tại và có liên quan đến các biến dạng, rối loạn do di truyền.

16. Ngày tham gia bảo hiểm

Là ngày Người được bảo hiểm tham gia Hợp đồng bảo hiểm này như ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

17. Điều trị trong ngày

Phương pháp điều trị mà Người được bảo hiểm nhập viện và không điều trị qua đêm tại bệnh viện.

18. Người phụ thuộc

Chồng/vợ (ngoại trừ những người đã li dị), hoặc đã đính hôn (chưa có giấy chứng nhận đăng ký kết hôn) và/hoặc con, bao gồm con ngoài giá thú, con riêng, con nuôi và con nhận nuôi hợp pháp là những người phụ thuộc cần sự hỗ trợ của Người được bảo hiểm. Đặc biệt con cái không được ít hơn 12 tháng tuổi và không lớn hơn 18 tuổi (hoặc 24 tuổi trong trường hợp vẫn thụ hưởng thời gian giáo dục toàn phần và chưa lập gia đình)

Tất cả những người phụ thuộc phải có tên trong Hợp đồng bảo hiểm như Người được bảo hiểm.

19. Mức miễn bồi thường

Là phần chi phí điều trị mà Người chủ hợp đồng/Người được bảo hiểm phải tự chịu trách nhiệm trước khi bất cứ Quyền lợi bảo hiểm nào được thanh toán theo hợp đồng, như quy định trong Hợp đồng bảo hiểm.

20. Chi trả toàn bộ

Toàn bộ chi phí y tế thực tế phát sinh thuộc trách nhiệm bảo hiểm mà MSIG phải chi trả cho Người được bảo hiểm nhưng không vượt quá giới hạn tối đa của mỗi Chương trình trong một thời hạn bảo hiểm như quy định trong Hợp Đồng Bảo Hiểm.

21. Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Hợp đồng dành cho một nhóm nhân viên (tối thiểu 03 người) làm việc trong cùng một công ty/tổ chức và được bảo hiểm cùng một Quyền lợi bảo hiểm, với điều kiện Công ty/tổ chức đó là Bên mua bảo hiểm.

22. Bệnh viện

Bất kỳ cơ sở nào được cấp giấy phép hợp pháp như một bệnh viện tiến hành điều trị y tế hay phẫu thuật, được xây dựng tại nước sở tại và hoạt động chính của bệnh viện đó không phải là hoạt động của nơi điều trị suốt khoảng hay điều trị xông hơi, trung tâm cai nghiện rượu, ma túy, viện điều dưỡng, phòng khám hay nhà dưỡng lão. Việc tiến hành điều trị phải được theo dõi liên tục của một bác sĩ.

23. Cơ sở y tế

Cơ sở y tế là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được nhà nước công nhận, có giấy phép điều trị nội trú, ngoại trú mà không phải là nơi dùng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích.

24. Nằm Viện

Trong phạm vi Hợp đồng Bảo hiểm này, Điều trị nội trú và Điều trị trong ngày đều được hiểu là Nằm viện. Giấy nhập viện hoặc Giấy xuất viện là các chứng từ cần thiết cho các loại hình điều trị trên. Trong trường hợp bệnh viện thông thường không cung cấp các mẫu trên, báo cáo điều trị nêu rõ thông tin về thời gian nhập – xuất viện vẫn sẽ được chấp nhận.

25. Ốm đau

Là một tình trạng bất thường hay khiếm khuyết chức năng của một hay nhiều cơ quan trong cơ thể biểu hiện bằng các triệu chứng hay hội chứng.

26. Điều trị nội trú

Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện phải điều trị trên giường bệnh ít nhất 24 giờ liên tục tại bệnh viện.

27. Phẫu thuật

Là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật hoặc bệnh tật được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ bằng tay với các dụng cụ y tế hoặc bằng thiết bị y tế trong bệnh viện bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Điều khoản bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Hợp đồng bảo hiểm như mổ phanh, mổ nội soi, mổ bằng tia laser. Phẫu thuật bao gồm 02 loại:

- a. Phẫu thuật nội trú: là hình thức bệnh nhân sau phẫu thuật cần phải lưu trú tại bệnh viện ít nhất 24h.
- b. Phẫu thuật trong ngày: là hình thức bệnh nhân sau phẫu thuật chỉ lưu trú tại bệnh viện dưới 24h.

28. Mức giới hạn tối đa (Số tiền bảo hiểm tối đa)

Là tổng số tiền mà một Người được bảo hiểm có thể được bồi thường trong toàn bộ thời hạn hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm và được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

29. Tình trạng sức khỏe

Bất kỳ tình trạng bất thường nào của cơ thể hoặc tâm thần gây ra bởi tai nạn hoặc ốm đau, bệnh tật cần phải điều trị y tế.

30. Điều trị ngoại trú

Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải điều trị ốm đau, bệnh tật hoặc tai nạn tại một cơ sở y tế hợp pháp mà không phải nằm viện.

31. Bác sĩ

Là bác sĩ được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được Luật pháp của nước sở tại công nhận và bác sĩ đó đang thực hành việc điều trị, hành nghề trong phạm vi giấy phép được cấp và trong phạm vi đào tạo chuyên ngành của mình, nhưng loại trừ những bác sĩ chính là Người được bảo hiểm, hay vợ (chồng) hoặc con của Người được bảo hiểm.

32. Bệnh có sẵn

Bất kỳ một tình trạng sức khỏe nào của Người được bảo hiểm đã được chẩn đoán; hoặc đã xuất hiện triệu chứng khiến cho một người bình thường phải đi khám, điều trị; hoặc do có tình trạng đó mà chuyên gia y tế đã kết luận Người được bảo hiểm cần phải điều trị bất kể là Người được bảo hiểm đã thực sự được điều trị hay chưa.

33. Thuốc kê theo đơn

Là những thuốc, được phẩm được bán và sử dụng theo đơn của Bác sĩ và theo quy định của pháp luật, không bao gồm thực phẩm chức năng, được mỹ phẩm và các loại vitamin trừ trường hợp các loại vitamin có chỉ định của bác sĩ và chi phí cho các loại vitamin này không lớn hơn chi phí thuốc điều trị.

34. Nơi cư trú

Bất kỳ thành phố hay tỉnh nào ở Việt Nam nơi mà Người được bảo hiểm khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc được chấp thuận và ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hay Hợp đồng bảo hiểm.

35. Chi phí y tế

Là những chi phí hợp lý cần thiết không vượt quá mức chi phí chung của các nhà cung cấp dịch vụ y tế có cùng mức độ trong khu vực, nơi phát sinh những chi phí đó, khi cung cấp các dịch vụ điều trị tương đương hoặc mức độ điều trị, dịch vụ, hay việc cung cấp dịch vụ đối với bệnh tật hoặc thương tật do tai nạn tương tự.

36. Tình trạng nguy kịch (khẩn cấp)

Tình trạng mà theo ý kiến của Bác sỹ và/hoặc MSIG là một tình trạng sức khỏe nguy kịch cần phải điều trị khẩn cấp để tránh tử vong hay ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khỏe lâu dài hoặc hiện tại. Sự nguy kịch sẽ được xét đoán theo hoàn cảnh của địa phương, bản chất của điều trị khẩn cấp và khả năng cung cấp dịch vụ cũng như cơ sở vật chất tại địa phương đó.

37. Bệnh nghiêm trọng

Bệnh nghiêm trọng là những bệnh mà theo ý kiến đánh giá của bác sỹ là nguy kịch cần phải điều trị khẩn cấp để tránh tử vong hay ảnh hưởng nặng đến tới tình trạng sức khỏe hiện tại và lâu dài của người được bảo hiểm.

38. Bệnh đặc biệt

Theo Quy tắc này, các bệnh sau được hiểu là các bệnh đặc biệt:

- a. Ung thư
- b. Các bệnh về tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận và tủy xương
- c. Các bệnh liên quan đến hệ tạo huyết
- d. Thiếu hụt hormone tăng trưởng
- e. Đái tháo đường
- f. Chứng Parkinson

Và được nêu rõ trong Phụ lục 1 của Quy tắc bảo hiểm này.

39. Bác sỹ chuyên khoa/đa khoa/Bác sĩ tư vấn

Một bác sỹ (theo định nghĩa trên) được đăng ký hành nghề theo các luật về Y tế phù hợp với luật pháp của quốc gia và và được cấp phép với tư cách Bác sỹ chuyên khoa/đa khoa/Bác sĩ tư vấn, được công nhận bởi luật pháp của quốc gia nơi việc điều trị được tiến hành.

40. Giới hạn chi tiết (phụ)

Là giới hạn bồi thường tối đa cho mỗi hạng mục được qui định chi tiết trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm. Tuy nhiên tổng các giới hạn chi tiết không vượt quá số tiền bảo hiểm tối đa của mỗi chương trình.

41. Điều trị / Điều trị y tế

Các dịch vụ y tế hoặc phẫu thuật (bao gồm quy trình chẩn đoán) cần thiết theo chỉ định của bác sỹ nhằm chẩn đoán, chữa trị bệnh tật, ốm đau hoặc thương tật.

42. Phạm vi lãnh thổ

Là phạm vi lãnh thổ như qui định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm, bao gồm nơi Người được bảo hiểm có thể được vận chuyển tới khi cần cấp cứu khẩn cấp khi những điều trị cần thiết không thể có được tại nơi tình trạng khẩn cấp đó xảy ra và là nơi những chi phí y tế hợp lý và cần thiết do Người được bảo hiểm phát sinh có thể được xét bồi thường theo Hợp đồng bảo hiểm này.

Phạm vi lãnh thổ được sử dụng trong hợp đồng bảo hiểm không phụ thuộc vào các thoả thuận ngoại giao.

43. Hợp đồng Bảo hiểm

Là thỏa thuận bảo hiểm giữa MSIG và Bên mua bảo hiểm. Hợp đồng bao gồm Giấy yêu cầu bảo hiểm, Bản tóm tắt điều kiện bảo hiểm (hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm), Bản quy tắc, các Điều khoản bổ sung, thẻ bảo hiểm và những giấy tờ liên quan khác.

44. Hoạt động thể thao chuyên nghiệp

Là các hoạt động thể thao mang lại cho Người được bảo hiểm các khoản thu nhập chủ yếu và thường xuyên.

45. Chăm sóc trẻ sơ sinh

Là các chi phí y tế cần thiết cho việc chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh (trẻ dưới 3 tháng tuổi) liên quan tới các triệu chứng xuất hiện khi sinh hoặc có biểu hiện trong vòng 30 ngày sau khi sinh

46. Thời gian chờ

Là khoảng thời gian mà Chủ hợp đồng/Người được bảo hiểm không được thanh toán cho một quyền lợi bảo hiểm cụ thể. Thời hạn chờ áp dụng cho một quyền lợi nào thì phải được thể hiện trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm tương ứng với quyền lợi đó.

PHẦN 2 – QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

I. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH

Quyền lợi bảo hiểm được đề cập trong đây được chi trả cho Người được bảo hiểm trong trường hợp phát sinh Tình trạng sức khỏe như quy định của quy tắc bảo hiểm này do tai nạn, ốm đau, bệnh tật trong Thời hạn bảo hiểm.

Khi nhận được bằng chứng khiếu nại, MSIG sẽ chi trả Quyền lợi bảo hiểm thuộc phạm vi quy tắc bảo hiểm này căn cứ theo Phần giới hạn phụ của Hợp đồng bảo hiểm với mức giới hạn tối đa được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm. Các chi phí y tế phát sinh cần thiết hợp lý và chi liên quan đến việc điều trị y tế của Người được bảo hiểm trong trường hợp ốm đau, bệnh tật, tai nạn, biến chứng theo chỉ định của bác sĩ thuộc phạm vi bảo hiểm.

Quyền lợi bảo hiểm có thể thanh toán cho Người được bảo hiểm hay đại diện hợp pháp, hoặc người thi hành di chúc, hoặc người được phép cung cấp dịch vụ điều trị y tế và/hoặc chăm sóc y tế và/hoặc các dịch vụ phục vụ cho Người được bảo hiểm. MSIG cũng có thể chỉ định một đại diện thay mặt giải quyết bồi thường cho Người được bảo hiểm.

Dưới đây là chi tiết của những Quyền lợi bảo hiểm cơ bản của quy tắc bảo hiểm này. Giới hạn về số tiền bảo hiểm được quy định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm.

1. Chi phí giường phòng hàng ngày

MSIG sẽ chi trả cho các chi phí tiền phòng tiêu chuẩn trong quá trình điều trị nội trú và điều trị trong ngày, bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn điều trị (tức là do bệnh viện cung cấp theo tiêu chuẩn phòng nằm của bệnh viện). MSIG không chi trả cho các chi phí không phải là chi phí y tế.

2. Chăm sóc đặc biệt

Các chi phí liên quan đến việc chăm sóc bệnh nhân tại các loại phòng chăm sóc đặc biệt ICU (Intensive Care Unit), HDU (High Dependency Unit), HDU (High Dependency Unit), CCU (Coronary Care Unit) trong quá trình nằm viện.

3. Chi phí nằm viện tổng hợp

Nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện, MSIG sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm những chi phí y tế do bác sĩ yêu cầu hoặc các cơ sở y tế hợp pháp cung cấp như:

- a) Thuốc và dược phẩm sử dụng trong khi nằm viện;
- b) Băng, nẹp thông thường và bột;
- c) Xét nghiệm;
- d) Điện tâm đồ
- e) Liệu pháp X-quang, liệu pháp radi; radi và đồng vị;
- f) X-quang;

- g) Tiêm truyền tĩnh mạch;
- h) Các chi phí khác được MSIG đồng ý thanh toán

Các chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng hình ảnh như MRI, CT, PET phải do bác sĩ chỉ định là biện pháp tối cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh hoặc thương tật và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện.

4. Điều trị trước khi nhập viện

MSIG sẽ chi trả các dịch vụ thăm khám, chẩn đoán, xét nghiệm cần thiết và liên quan trực tiếp đến bệnh hoặc thương tật của Người được bảo hiểm cần được thực hiện điều trị nằm viện ngay sau đó, và những chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để bác sĩ kết luận việc điều trị nằm viện là cần thiết. Việc thăm khám, chẩn đoán như vậy không vượt quá số ngày quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm trước khi nhập viện điều trị.

5. Điều trị sau khi xuất viện và chăm sóc tại nhà

MSIG sẽ chi trả cho các chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sĩ cho một bệnh hay thương tật Người được bảo hiểm đã phải điều trị nằm viện, bao gồm: tái khám, các xét nghiệm, tiền thuốc và được sử dụng hoặc thực hiện trong vòng 90 ngày kể từ ngày xuất viện.

MSIG sẽ chi trả chi phí cho các dịch vụ chăm sóc y tế cho Người được bảo hiểm được hưởng ngay sau khi rời bệnh viện do một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp tại nơi ở của Người được bảo hiểm, thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị vì những lý do đặc thù của ngành y. Thời hạn điều trị được giới hạn tối đa không quá số ngày quy định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.

6. Chi phí phẫu thuật

MSIG sẽ chi trả các chi phí y tế liên quan đến một ca phẫu thuật nội trú hoặc phẫu thuật trong ngày như định nghĩa, bao gồm chi phí cho các thủ thuật phẫu thuật, phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê và các chi phí thông thường cho các chẩn đoán trước khi mổ và hồi sức sau khi mổ.

7. Phẫu thuật cấy ghép bộ phận cơ thể

MSIG sẽ chi trả các chi phí phẫu thuật để cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận hoặc tủy xương cho Người được bảo hiểm được tiến hành tại một bệnh viện bởi một bác sĩ có trình độ.

Các chi phí để có cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể không được bảo hiểm trong Quy tắc bảo hiểm này.

8. Điều trị cấp cứu (khẩn cấp)

MSIG sẽ chi trả chi phí cho dịch vụ cung cấp cho tình trạng nguy kịch như định nghĩa được thực hiện tại phòng khám hoặc phòng cấp cứu của một bệnh viện hay các cơ sở y tế hợp pháp ngay sau khi tai nạn hoặc bệnh cấp tính xảy ra.

9. Điều trị nha khoa cấp cứu do tai nạn

Nếu Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tổn đối với răng tự nhiên chắc khỏe cần phải điều trị răng khẩn cấp tại bệnh viện trong vòng hai tư (24) tiếng kể từ khi tai nạn xảy ra, thì MSIG sẽ thanh toán những chi phí hợp lý cần thiết cho những điều trị đó nhưng tối đa không vượt quá mức giới hạn phụ qui định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm.

Răng tự nhiên chắc khỏe tức là răng không phải răng giả, không bị sâu, không bị trám nhiều hơn 2 mặt răng, không bị yếu, lung lay do các bệnh về nướu, không bị mất chân răng hoặc đang phải chữa tủy.

Điều trị tai nạn về răng không bao gồm việc trồng răng hoặc thay răng giả.

10. Điều trị thai sản cấp cứu do tai nạn

Nếu Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến những biến chứng liên quan đến việc mang thai (bao gồm cả sảy thai) và cần phải điều trị cấp cứu thì MSIG sẽ thanh toán những chi phí thực tế phát sinh, hợp lý và cần thiết cho những điều trị đó nhưng tối đa không vượt quá mức giới hạn phụ qui định

trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm. Tuy nhiên, quyền lợi này loại trừ mọi chi phí liên quan đến việc sinh nở.

11. Chi phí mai táng

Trong trường hợp Người được bảo hiểm bị chết, nếu được yêu cầu bởi gia đình của Người được bảo hiểm, MSIG và Công ty Cứu trợ sẽ thu xếp an táng tại nơi mất khi có yêu cầu. Chi phí mai táng sẽ chỉ bao gồm chi phí cho nghi lễ và các dịch vụ liên quan khác nhưng tối đa không vượt quá số tiền được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

12. Trợ cấp nằm viện theo đêm

MSIG sẽ chi trả số tiền ghi trên Bảng Quyền lợi bảo hiểm cho mỗi đêm nằm viện điều trị nội trú qua đêm, số ngày tối đa như đề cập trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TÙY CHỌN

Các quyền lợi tùy chọn dưới đây chỉ được bảo hiểm nếu được nêu trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1. Điều trị ngoại trú

MSIG sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm các chi phí điều trị ngoại trú phát sinh do ốm đau, bệnh tật, tai nạn, bao gồm:

- Chi phí khám bệnh.
- Tiền thuốc kê đơn của bác sĩ.
- Chi phí xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị bệnh do bác sĩ chỉ định.
- Dụng cụ y tế cần thiết cho việc điều trị gãy chi, thương tật (như băng, nẹp) do bác sĩ chỉ định.
- Điều trị bằng các phương pháp trị liệu học bức xạ, nhiệt, liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định.

2. Chăm sóc nha khoa

(Chỉ áp dụng nếu như hạng mục điều trị ngoại trú được lựa chọn)

MSIG sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm các chi phí y tế liên quan đến việc chăm sóc và điều trị răng trong các trường hợp dưới đây:

Các chi phí khám - chữa răng

- Khám và chẩn đoán bệnh
- Lấy cao răng
- Trám răng bằng các chất liệu thông thường (amalgam hoặc composite)
- Nhổ răng sâu.
- Nhổ những răng bị ảnh hưởng, răng bị phủ nướu hoặc không thể mọc được
- Nhổ chân răng
- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu)
- Phẫu thuật cắt chóp răng
- Chữa tủy răng
- Viêm nướu, viêm nha chu

3. Chăm sóc thai sản

(Chỉ áp dụng cho người được bảo hiểm là nữ từ 18 đến 45 tuổi)

- Quyền lợi này chỉ được chi trả với điều kiện việc thụ thai bắt đầu sau 12 tháng kể từ ngày quyền lợi bảo hiểm này bắt đầu được áp dụng.

- Với Hợp đồng bảo hiểm nhóm thì quyền lợi này sẽ được chi trả sau 12 tháng kể từ ngày quyền lợi bảo hiểm này bắt đầu được áp dụng.

a. Biến chứng thai sản và sinh khó

MSIG sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng trong quá trình mang thai, hoặc trong quá trình sinh nở cần đến các thủ thuật sản khoa. Thủ thuật sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do bác sĩ chỉ định là cần thiết cho ca sinh đó, không bao gồm việc sinh mổ theo yêu cầu (hoặc phải mổ lại do việc yêu cầu mổ trước đó). Biến chứng thai sản và sinh khó bao gồm trong các trường hợp sau:

- Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung
- Mang thai trứng nước
- Thai ngoài tử cung
- Băng huyết sau khi sinh
- Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh
- Phá thai do điều trị
- Biến chứng của các nguyên nhân trên

b. Mang thai và Sinh thường

MSIG sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc sinh thường bao gồm các chi phí: khám thai, đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, bác sĩ chuyên khoa, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện, chi phí khâu thẩm mỹ đường rạch.

c. Chăm sóc trẻ sơ sinh

MSIG sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc chăm sóc trẻ mới sinh dưới 3 tháng tuổi với hạn mức quy định trên Bảng Quyền lợi bảo hiểm

4. Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau hay bệnh tật (Không áp dụng)

Quyền lợi tùy chọn này sẽ bảo hiểm trong trường hợp người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau hay bệnh không bị loại trừ theo Hợp đồng bảo hiểm này.

Quyền lợi tùy chọn này không áp dụng cho Người được bảo hiểm từ 65 tuổi trở lên.

5. Tử vong, thương tật vĩnh viễn do tai nạn

Số tiền bồi thường sẽ được thanh toán trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn do tai nạn xảy ra trong vòng 24 tháng kể từ ngày tai nạn với điều kiện là nguyên nhân gây ra tử vong hoặc thương tật đó phải phát sinh trong thời hạn bảo hiểm. Trách nhiệm bảo hiểm phát sinh ngay khi Hợp đồng Bảo hiểm có hiệu lực.

a. Phạm vi bảo hiểm cơ bản

Quyền lợi tùy chọn này sẽ bồi thường trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn do tai nạn xảy ra trong vòng 24 giờ trong ngày.

Quyền lợi bảo hiểm sẽ được thanh toán theo Bảng tỷ lệ thương tật dưới đây:

Sự kiện được bảo hiểm	Số tiền bồi thường (% STBH)
Tử vong	100%
Thương tật toàn bộ vĩnh viễn:	100%

- Mù hoàn toàn và không thể phục hồi cả hai mắt - Rối loạn tâm thần hoàn toàn và không thể chữa được - Mất hai cánh tay hoặc hai bàn tay - Điếc hoàn toàn cả hai tai - Mất chức năng nhai - Mất một cánh tay và một bàn chân hoặc một cánh tay và một cẳng chân hoặc một bàn tay và một bàn chân - Mất hai cẳng chân hoặc hai bàn chân..	
Thương tật bộ phận vĩnh viễn: - Điếc hoàn toàn và vĩnh viễn cả hai tai - Điếc hoàn toàn và vĩnh viễn một tai - Mất tiếng hoàn toàn (câm) - Mất hoàn toàn và vĩnh viễn thị lực của một mắt Mất do cắt bỏ hoặc mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng sử dụng của : - Một tay từ bả vai - Một chân từ háng - Cả hai đốt ngón chân cái - Một đốt ngón chân cái - Bất kỳ ngón chân nào khác - Cả hai đốt ngón tay cái - Một đốt ngón tay cái - Ngón tay trỏ - Ngón tay giữa - Ngón nhẫn hoặc ngón giữa - Phẫu thuật tháo bỏ hàm dưới - Mất một phần ngón tay - Trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn của chi không được ghi trong bảng này	70% 20% 50% 50% 50% 50% 10% 03% 02% 25% 10% 15% 10% 08% 25% Số tiền được trả cho đốt ngón tay bị mất bằng 1/3 tỷ lệ quy định ở trên đối với ngón tay liên quan. Số tiền được trả sẽ được xác định theo mức độ nghiêm trọng của thương tật này đối với những trường hợp thực tế khác được nêu trên.

- Trong trường hợp một thương tật vĩnh viễn không được xác định được tỷ lệ bồi thường trong bảng trên thì MSIG sẽ tự xác định tỷ lệ bồi thường trên cơ sở tham khảo ý kiến của chuyên gia y tế.
- Trường hợp người được bảo hiểm bị một thương tật vĩnh viễn, mà thương tật vĩnh viễn này được liệt kê vào trong nhiều quyền lợi được chi trả khác nhau, thì mức chi trả cho phần thương tật nằm trong hạng mục nào cao hơn (hoặc cao nhất) sẽ được áp dụng. Đặc biệt, nếu quyền lợi bảo hiểm đã được chi trả cho việc mất toàn bộ một bộ phận cơ thể, thì sẽ không còn quyền lợi chi trả cho việc mất một phần của bộ phận cơ thể đó nữa.

b. Trợ cấp trong quá trình điều trị

Trong trường hợp người được bảo hiểm bị Thương tật phải nghỉ việc để điều trị theo chỉ định của bác sĩ điều trị, MSIG sẽ trả một số tiền mỗi ngày như nêu trong Hợp đồng bảo hiểm (cho dù sau đó thương tật này có được xác định là vĩnh viễn hay không).
Tính từ ngày thương tật xảy ra, số tiền và thời hạn chi trả bảo hiểm sẽ được căn cứ vào tổng số tiền được quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

PHẦN 3 – CÁC LOẠI TRỪ CHUNG

(Áp dụng cho nhóm quyền lợi chính và nhóm quyền lợi tùy chọn)

Các hình thức điều trị, các hạng mục, điều kiện, các hoạt động sau đây và các chi phí phát sinh liên quan hay chi phí hậu quả của chúng sẽ bị loại trừ trong quy tắc bảo hiểm này và MSIG không chịu trách nhiệm đối với:

1. Những bệnh có sẵn như định nghĩa. Loại trừ này sẽ không áp dụng trong những trường hợp sau:
 - 1.1. Bệnh có sẵn đã được khai báo và được MSIG chấp nhận bằng văn bản.
 - 1.2. Người được bảo hiểm đã tham gia chương trình bảo hiểm này được 12 tháng liên tục và trong 12 tháng đó Người được bảo hiểm chưa:
 - a. phải đi khám để điều trị và xin tư vấn (kể cả khám kiểm tra)
 - b. phải dùng thuốc (bao gồm cả thuốc kích thích, ăn kiêng đặc biệt hay tiêm)
2. Những bệnh đặc biệt như định nghĩa sẽ bị loại trừ trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm dù điều khoản loại trừ bệnh có sẵn có áp dụng hay không. Loại trừ này sẽ không áp dụng trong những trường hợp sau:
 - 2.1. Những trường hợp tham gia bảo hiểm cá nhân và gia đình đã tham gia theo hợp đồng bảo hiểm này được 12 tháng liên tục, thì bệnh đặc biệt sẽ được chấp nhận bồi thường theo giới hạn ở Bảng Quyền lợi bảo hiểm.
3. Dịch vụ khám và điều trị tại nhà (trừ chi phí y tá được quy định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này) hoặc tại nơi điều trị bằng thủy lực hay các phương pháp thiên nhiên, spa, viện điều dưỡng.
4. Kiểm tra và khám sức khỏe bao gồm kiểm tra sức khỏe tổng quát, kiểm tra phụ khoa, khám thai định kỳ, chăm sóc trẻ mới sinh, việc tiêm chủng, vắc xin và thuốc chủng ngừa, kiểm tra mắt thông thường, kiểm tra thính giác thông thường, các tật khúc xạ tự nhiên của mắt bao gồm: cận thị, viễn thị, loạn thị và bất kỳ phẫu thuật hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác, khám và xin giấy khám sức khỏe trước khi đi du lịch hoặc đi làm.
5. Điều trị răng trừ việc điều trị khẩn cấp sau một tai nạn đối với răng tự nhiên. Răng giả các loại. Điểm loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bổ sung “Chăm sóc nha khoa”.
6. Các hình thức điều trị thẩm mỹ, điều trị cân nặng, giải phẫu thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình và các hậu quả liên quan trừ khi việc giải phẫu này nhằm tái tạo lại cơ quan bị thương tật do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm ghi trong Hợp đồng bảo hiểm.
7. Các điều trị liên quan đến chứng khó thở trong khi ngủ (bao gồm ngủ ngáy), suy nhược cơ thể, stress.
8. Xét nghiệm hoặc điều trị liên quan đến việc kế hoạch hóa sinh đẻ, phá thai do nguyên nhân tâm lý hay xã hội, tránh thai, rối loạn chức năng sinh dục, điều trị vô sinh, triệt sản, thụ tinh nhân tạo, điều trị bất lực hoặc thay đổi giới tính hay bất cứ hậu quả hay biến chứng nào của những điều trị trên.
9. Khuyết tật bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, các bệnh hoặc dị dạng thuộc về gen, tình trạng sức khỏe di truyền với các dấu hiệu từ lúc sinh.

10. Các chi phí liên quan đến chăm sóc thai sản, ngoại trừ những biến chứng về thai sản do nguyên nhân tai nạn. Điều loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi chăm sóc thai sản.
11. Các chi phí cung cấp, bảo dưỡng hay lắp ráp sửa chữa các thiết bị hoặc bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình, các thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hay xe đẩy hoặc các dụng cụ khác.
12. Điều trị bệnh tâm thần và rối loạn tâm thần. Tuy nhiên MSIG sẽ chi trả các chi phí y tế cho lần khám ban đầu nếu Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi “Điều trị ngoại trú” và cho các trường hợp điều trị cấp tính nội trú.
13. Điều trị suy thận mãn tính, bao gồm các phương pháp thẩm tách (lọc máu nhân tạo). Tuy nhiên, MSIG sẽ trả các chi phí thẩm tách phát sinh ngay trước và sau phẫu thuật liên quan tới việc tổn thương thận cấp tính thứ phát khi Người được bảo hiểm phải điều trị tại phòng chăm sóc đặc biệt.
14. Điều trị hoặc kiểm tra các bệnh liên quan đến bệnh hội chứng suy giảm miễn dịch, các hội chứng phức tạp liên quan đến AIDS, các bệnh hoa liễu, bệnh truyền qua đường tình dục và các bệnh liên quan khác.
15. Điều trị các dịch bệnh theo công bố của cơ quan có thẩm quyền, bệnh lao, sốt rét, bệnh phong.
16. Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm. Người được bảo hiểm vi phạm nghiêm trọng pháp luật và các quy định khác của chính quyền địa phương hoặc các tổ chức xã hội. Đối với Luật Giao thông, loại trừ này chỉ áp dụng nếu Người được bảo hiểm đua xe, điều khiển xe mà trong máu có nồng độ cồn vượt quá mức quy định của luật an toàn giao thông hoặc các chất kích thích khác mà pháp luật cấm sử dụng.
17. Người được bảo hiểm đang điều trị cho chứng nghiện rượu, ma túy hoặc sử dụng, lạm dụng hay nghiện bất cứ chất nào và các thương tật, ốm đau phát sinh từ việc sử dụng, lạm dụng hay sự nghiện đó.
18. Người được bảo hiểm đánh nhau (trừ phi chứng minh được đó là hành động tự vệ), tham dự hoặc tập luyện bất kỳ môn thể thao, trò giải trí hay các cuộc thi đấu mạo hiểm hoặc nguy hiểm nào, hoặc đua xe dưới bất kỳ hình thức nào, bất kỳ hoạt động dưới nước, hoạt động liên quan đến hải quân, quân sự hay không quân.
19. Chấn thương tự gây ra, tự tử cho dù trong tình trạng tinh tảo hoặc bị tâm thần.
20. Những rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ.
21. Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động hàng không trừ khi là hành khách trên máy bay có giấy phép chở khách, tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu trong các lực lượng vũ trang.
22. Các chi phí y tế phát sinh do hậu quả chiến tranh, bạo động, xâm lược, hành động thù địch hoặc hoạt động hiếu chiến từ các thế lực thù địch bên ngoài (dù có tuyên bố hay không), đình công, nội chiến, nổi loạn, khởi nghĩa khủng bố, cướp chính quyền, bạo động, dân biến, phiến loạn, các hành động quân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực, khủng bố hoặc hành động bạo lực.
23. Các chi phí y tế phát sinh do hậu quả của sự nhiễm hóa chất hoặc nhiễm phóng xạ từ các sự phân hạch hay cháy năng lượng hạt nhân, bệnh phổi do hít phải hạt amiăng hoặc bất kỳ các tình trạng liên quan nào.
24. Điều trị hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ dẫn của Bác sĩ, điều trị không được khoa học công nhận, điều trị thử nghiệm.
25. Các dịch vụ điều trị ngoại trú trừ những điều trị ngoại trú khẩn cấp phát sinh do tai nạn. Điều loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi tùy chọn “Điều trị Ngoại trú”.
26. Điều trị ngoài phạm vi lãnh thổ của chương trình bảo hiểm đã được lựa chọn và kê khai trên Hợp đồng bảo hiểm.
27. Đối với quyền lợi bảo hiểm Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn, MSIG không chịu trách nhiệm trả tiền bảo hiểm cho tai nạn do hậu quả của động đất, núi lửa, sóng thần hoặc trong

trường hợp Người được bảo hiểm tham gia bất kỳ hoạt động có tính chất nguy hiểm liệt kê dưới đây:

- Lặn dưới nước có sử dụng thiết bị lặn.
- Đắm bốc
- Leo núi (có dây leo)
- Môn thể thao bay lượn
- Du thuyền buồm cách xa bờ biển 5 km.
- Phóng lao
- Hockey trên băng
- Nhảy dù
- Đua các loại.
- Đua ngựa vượt rào.
- Môn nhào lượn trên không.

PHẦN 4 – CÁC ĐIỀU KHOẢN CHUNG

1. Điều kiện tham gia bảo hiểm

Người được bảo hiểm là bất kỳ người Việt Nam hoặc người nước ngoài nào sinh sống hợp pháp trong lãnh thổ đất nước Việt Nam, từ 12 tháng tuổi và không quá 65 tuổi, không bị bệnh tâm thần hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên tại thời điểm tham gia bảo hiểm.

2. Hiệu lực và Tái tục hợp đồng

2.1. Thời gian chờ

Quyền lợi bảo hiểm sẽ bắt đầu được chi trả sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm:

- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường.
- 60 ngày đối với trường hợp sẩy thai, nạo thai theo chỉ định của bác sĩ, điều trị thai sản.
- 365 ngày đối với trường hợp sinh đẻ.
- 365 ngày đối với bệnh đặc biệt, bệnh mãn tính và bệnh có sẵn.
- Các Hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo với MSIG.

Hợp đồng bảo hiểm nhóm cho từ 50 nhân viên trở lên không áp dụng thời gian chờ nói trên. Nếu Người được bảo hiểm phải điều trị thai sản trước 60 ngày hoặc sinh đẻ trước 365 ngày, số tiền được trả sẽ tính theo tỷ lệ giữa số ngày kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm đến ngày sự kiện được bảo hiểm xảy ra với 60 ngày hoặc 365 ngày.

2.2. Hiệu lực và Tái tục hợp đồng

Hiệu lực bảo hiểm sẽ bắt đầu từ ngày ghi cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm hay Giấy chứng nhận bảo hiểm. Tất cả các khoản phí sẽ được thanh toán vào hoặc trước ngày hiệu lực bảo hiểm (hoặc thời hạn thoả thuận thanh toán phí bảo hiểm theo quy định của pháp luật).

Cuối thời hạn bảo hiểm căn cứ lịch sử bồi thường của Người được bảo hiểm, MSIG có quyền từ chối tái tục hợp đồng hoặc điều chỉnh các điều kiện, giới hạn phụ các quyền lợi bảo hiểm trong Hợp đồng bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi người tham gia bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo.

3. Chấm dứt hợp đồng và hoàn phí

3.1 Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt vào ngày hết hạn đầu tiên sau sinh nhật thứ 65 của Người được bảo hiểm. Tuy nhiên, đối với Hợp đồng tái tục thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt vào ngày hết hạn đầu tiên sau sinh nhật lần thứ 70 của Người được bảo hiểm.

3.2 Trường hợp một trong hai bên muốn huỷ bỏ Hợp đồng bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày định huỷ bỏ.

+ Đối với Hợp đồng bảo hiểm nhóm: nếu Người được bảo hiểm không còn làm việc cho Công ty/ tổ chức đứng tên Hợp đồng bảo hiểm và người đại diện có yêu cầu chấm dứt bảo hiểm thì MSIG sẽ hoàn lại phí bảo hiểm theo tỷ lệ giữa số ngày còn lại của Hợp đồng và số ngày của Hợp đồng bảo hiểm với điều kiện trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm chưa có khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm nào xảy ra.

+ Đối với Hợp đồng bảo hiểm cá nhân, gia đình: trong trường hợp Người được bảo hiểm có yêu cầu, MSIG sẽ đồng ý huỷ Hợp đồng bảo hiểm với điều kiện Người được bảo hiểm chưa có khiếu nại nào trong thời gian bảo hiểm và sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại.

+ Nếu MSIG yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng, MSIG sẽ hoàn trả toàn bộ phí bảo hiểm của thời gian còn lại cho dù có khiếu nại đòi trả tiền bảo hiểm hay chưa.

+ Nếu Người được bảo hiểm hoặc đại diện Người được bảo hiểm có bất kỳ khiếu nại nào thể hiện gian lận hay không trung thực hoặc nếu có hành vi gian dối hoặc có mưu kế trục lợi bảo hiểm về bất kì phương diện nào nhằm lấy tiền bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ tuân thủ theo quy định của pháp luật hiện hành.

+ Hợp đồng bảo hiểm vô hiệu trong các trường hợp sau đây:

- Bên mua bảo hiểm không có quyền lợi có thể được bảo hiểm;
- Tại thời điểm giao kết hợp đồng bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm không tồn tại;
- Tại thời điểm giao kết hợp đồng bảo hiểm, bên mua bảo hiểm biết sự kiện bảo hiểm đã xảy ra;
- Bên mua bảo hiểm hoặc MSIG có hành vi lừa dối khi giao kết hợp đồng bảo hiểm;
- Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

4. Bổ sung Người được bảo hiểm

- 4.1. Đối với Hợp đồng bảo hiểm nhóm: MSIG sẽ chấp nhận bổ sung người có đủ điều kiện tham gia bảo hiểm nhóm vào Hợp đồng bảo hiểm của nhóm đó nếu Chủ Hợp đồng có yêu cầu bổ sung và thanh toán phí theo tỷ lệ giữa số ngày được bảo hiểm và số ngày của hợp đồng chính vào hoặc trước ngày hiệu lực bảo hiểm đối với những bổ sung này (hoặc thời hạn thoả thuận thanh toán phí bảo hiểm theo quy định của pháp luật).
- 4.2. Đối với Hợp đồng bảo hiểm gia đình: các thành viên trong gia đình sẽ được bảo hiểm bổ sung vào Hợp đồng nhưng chương trình bảo hiểm không cao hơn chương trình của người đại diện nếu Người đại diện của Hợp đồng có yêu cầu và thanh toán phí bảo hiểm tính theo tỷ lệ giữa số ngày được bảo hiểm và số ngày của hợp đồng chính vào hoặc trước ngày hiệu lực bảo hiểm đối với những bổ sung này (hoặc thời hạn thoả thuận thanh toán phí bảo hiểm theo quy định của pháp luật)..

5. Sai sót trong khai báo tuổi

Trong trường hợp bên mua bảo hiểm thông báo sai tuổi của người được bảo hiểm dẫn đến tăng số phí bảo hiểm phải đóng, nhưng tuổi đúng của người được bảo hiểm vẫn thuộc nhóm tuổi có thể được bảo hiểm thì MSIG phải hoàn trả cho bên mua bảo hiểm số phí bảo hiểm vượt trội đã đóng.

Trong trường hợp bên mua bảo hiểm thông báo sai tuổi của người được bảo hiểm làm giảm số phí bảo hiểm phải đóng, nhưng tuổi đúng của người được bảo hiểm vẫn thuộc nhóm tuổi có thể được bảo hiểm thì doanh nghiệp bảo hiểm có quyền:

- a) Yêu cầu bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm bổ sung tương ứng với số tiền bảo hiểm đã thoả thuận trong hợp đồng;
- b) Giảm số tiền bảo hiểm đã thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm tương ứng với số phí bảo hiểm đã đóng.

6. Gia hạn thời hạn bảo hiểm

Nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện vì tình trạng sức khỏe thuộc phạm vi bảo hiểm trước ngày hết hạn Hợp đồng bảo hiểm, thì khi đó tùy thuộc vào yêu cầu của Người được bảo hiểm, MSIG có thể gia hạn hợp đồng cho đến khi Người được bảo hiểm không còn phải nằm viện để điều trị tình trạng sức khỏe trên (tối đa 30 ngày) hoặc cho đến giới hạn trách nhiệm của quyền lợi bảo hiểm tùy vào sự kiện nào xảy ra sớm hơn.

MSIG không chấp nhận việc thay đổi phạm vi bảo hiểm trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực.

7. Kiểm tra

MSIG có quyền thông qua các chuyên viên y tế kiểm tra tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm vào bất kỳ lúc nào khi cần thiết trong suốt thời gian khiếu nại. Ngoài ra, MSIG cũng có quyền yêu cầu khám nghiệm tử thi trong trường hợp chết nếu việc khám nghiệm này không trái với Pháp luật và phong tục tập quán. Mọi chi phí phát sinh liên quan đến việc giám định/xác minh theo yêu cầu của MSIG sẽ do MSIG chi trả.

8. Phí bảo hiểm ngắn hạn

Phí bảo hiểm ngắn hạn sẽ được tính như sau:

Thời hạn bảo hiểm không quá 1 tuần	bằng	1/8 phí năm
Thời hạn bảo hiểm không quá 1 tháng	bằng	1/4 phí năm
Thời hạn bảo hiểm không quá 2 tháng	bằng	3/8 phí năm
Thời hạn bảo hiểm không quá 3 tháng	bằng	1/2 phí năm
Thời hạn bảo hiểm không quá 4 tháng	bằng	5/8 phí năm
Thời hạn bảo hiểm không quá 6 tháng	bằng	3/4 phí năm
Thời hạn bảo hiểm không quá 8 tháng	bằng	7/8 phí năm
Thời hạn bảo hiểm nhiều hơn 8 tháng	bằng	100% phí năm

9. Lỗi chính tả

Những lỗi chính tả sẽ không làm mất hiệu lực của những Hợp đồng bảo hiểm đang có hiệu lực và ngược lại sẽ không phát huy hiệu lực của những Hợp đồng bảo hiểm không còn hiệu lực.

10. Thông báo chuyển nhượng

MSIG sẽ không bị ràng buộc phải chấp nhận hoặc bị ảnh hưởng bởi bất kỳ thông báo chuyển nhượng, thể chấp nào liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này.

11. Trọng tài

Mọi tranh chấp có liên quan đến Quy tắc bảo hiểm này sẽ được MSIG và Đơn vị tham gia bảo hiểm thương lượng giải quyết. Nếu các bên không thỏa thuận được bằng thương lượng thì các bên có quyền lựa chọn giải quyết tranh chấp theo một trong hai phương thức sau:

- Trong vòng 30 ngày kể từ ngày phát sinh tranh chấp, việc tranh chấp sẽ được chuyển đến Trung tâm Trọng tài quốc tế Việt Nam giải quyết theo các quy tắc của Trung tâm trọng tài này. Tranh chấp sẽ được giải quyết bởi một hội đồng gồm 3 trọng tài do các Bên lựa chọn. Quyết định của trọng tài là cuối cùng. Tranh chấp sẽ được chuyển đến tòa án có thẩm quyền giải quyết theo quy định của pháp luật Việt Nam.
- Tranh chấp sẽ được chuyển đến tòa án có thẩm quyền giải quyết theo quy định của pháp luật Việt Nam.

12. Tỷ giá hối đoái

Việc thanh toán các khoản tiền bồi thường theo hợp đồng bảo hiểm này sẽ được tiến hành bằng tiền Việt Nam Đồng với tỷ giá được áp dụng theo quy định của pháp luật hiện hành.

13. Hạn mức bồi thường theo sự kiện của Hợp đồng

Liên quan đến những trường hợp sau, tổng khoản tiền tối đa phải thanh toán của MSIG sẽ không vượt quá Hạn mức bồi thường theo sự kiện của hợp đồng là 110 tỷ Đồng hoặc tổng mức tiền bồi thường phải trả cho những người được bảo hiểm, tùy thuộc khoản nào ít hơn; Nếu như tổng số tiền của toàn bộ các yêu cầu bồi thường trong một sự kiện bảo hiểm vượt quá Hạn mức bồi thường theo sự kiện của Hợp đồng, thì trách nhiệm thanh toán của MSIG đối với mỗi một người được bảo hiểm sẽ tính theo tỷ lệ phần trăm giữa Hạn mức bồi thường theo sự kiện và tổng quyền lợi bảo hiểm được thanh toán cho những người được bảo hiểm đó. Các sự kiện bồi thường cụ thể như tất cả người được bảo hiểm đi cùng trên một máy bay hoặc một phương tiện vận tải đường bộ hoặc tàu thủy.

PHẦN 5 – QUY TRÌNH BỒI THƯỜNG

I. NGUYÊN TẮC CHUNG

1. Bảng chứng khiếu nại bồi thường

Khi yêu cầu bồi thường, Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm phải gửi cho MSIG bản gốc các giấy tờ sau đây bằng tiếng Việt hoặc tiếng Anh trong vòng một năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc 60 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm điều trị ổn định, ra viện hoặc chết:

- Giấy yêu cầu bồi thường (theo mẫu của MSIG).
- Biên bản tai nạn có xác nhận của cơ quan, chính quyền địa phương hoặc công an nơi Người được bảo hiểm bị tai nạn (trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn nghiêm trọng).
- Các chứng từ liên quan đến việc điều trị và chi phí y tế: đơn thuốc, giấy chẩn đoán bệnh, giấy ra viện, phiếu điều trị, phiếu xét nghiệm, phiếu mổ (trong trường hợp phải mổ) và các chứng từ liên quan đến điều trị y tế. Các chứng từ thanh toán như hóa đơn, biên lai, phiếu thu theo quy định của Bộ Tài chính.
- Giấy chứng tử, Giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp Người được bảo hiểm chết).
- Nếu bác sĩ điều trị giới thiệu Người được bảo hiểm tới một bác sĩ chuyên khoa khác thì Người được bảo hiểm cần mang theo giấy giới thiệu chỉ định của bác sĩ.

Thời hạn bồi thường: MSIG có trách nhiệm trả tiền bồi thường cho Người được bảo hiểm, người thừa kế, hoặc người đại diện hợp pháp trong thời hạn 15 ngày, kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ về yêu cầu trả tiền bồi thường.

2. Thời hiệu khởi kiện.

Thời hiệu khởi kiện về hợp đồng bảo hiểm là ba năm, kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

3. Thông tin chung về khiếu nại (bồi thường)

Tất cả các chứng từ và tài liệu mà MSIG yêu cầu hỗ trợ cho việc chi trả bảo hiểm (bồi thường), sẽ được cung cấp miễn phí cho MSIG, trước khi bắt kỳ việc chi trả bảo hiểm (bồi thường) nào được hoàn tất.

Trường hợp thiếu thông tin y tế, Người được bảo hiểm phải bằng chi phí của mình có trách nhiệm bổ sung các thông tin đó cho MSIG.

4. Bảo hiểm khác

Nếu Người được bảo hiểm được chi trả (bồi thường) các quyền lợi bảo hiểm về chi phí y tế từ bất kỳ chương trình bảo hiểm nào khác cho cùng một Thương tật, ốm đau hay bệnh tật được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này, thì MSIG chỉ bồi thường không vượt quá tỉ lệ trách nhiệm của mình đối với các quyền lợi bảo hiểm đó.

II. CÁC TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP

1. Yêu cầu hỗ trợ

Trong trường hợp khẩn cấp, Người được bảo hiểm hoặc đại diện của người đó có thể gọi điện đến MSIG theo thông tin địa chỉ ghi trên Hợp đồng.

Trước khi MSIG tiến hành bất hành động nào, Người được bảo hiểm cần cung cấp các thông tin sau:

- Tên, số Hợp đồng và ngày hết hạn Hợp đồng bảo hiểm;
- Địa chỉ và số điện thoại nơi Người được bảo hiểm có thể được tiếp cận;
- Mô tả sơ lược vấn đề Người được bảo hiểm đang gặp phải và yêu cầu giúp đỡ;
- Tên, địa chỉ và số điện thoại bệnh viện nơi Người được bảo hiểm được mang đến;
- Tên, địa chỉ và số điện thoại của Bác sĩ điều trị và bác sĩ gia đình (nếu cần thiết).

2. Trường hợp tính mạng bị đe dọa

Trường hợp tính mạng của Người được bảo hiểm ở trong tình trạng nguy kịch, Người được bảo hiểm hoặc người đại diện của họ phải cố gắng thu xếp vận chuyển cấp cứu tới một bệnh viện gần nơi xảy ra rủi ro bằng phương tiện thích hợp, và phải thông báo cho MSIG nhanh nhất ngay khi có thể.

3. Nhập viện trước khi có thông báo đến MSIG

Trong trường hợp ốm đau, thương tật cần nhập viện, Người được bảo hiểm hoặc Người đại diện cần thông báo cho MSIG trong vòng 24 giờ tính từ thời điểm xảy ra sự việc. Nếu không, MSIG có quyền yêu cầu Người được bảo hiểm phải chịu một phần chi phí vượt trội không hợp lý phát sinh do việc thông báo chậm trễ đó.

III. TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ THÔNG THƯỜNG

1. Bảo lãnh thanh toán viện phí

Trường hợp Người được bảo hiểm khám và điều trị tại các bệnh viện, phòng khám trong hệ thống bảo lãnh thanh toán viện phí của chương trình cần thực hiện những bước sau:

- Xuất trình thẻ bảo hiểm và chứng minh nhân dân hoặc hộ chiếu, giấy khai sinh (nếu là trẻ em) cho bệnh viện, phòng khám,
- Kiểm tra giấy yêu cầu bồi thường mà bệnh viện, phòng khám cung cấp sau khi điều trị và ký tên để xác nhận việc điều trị của Người được bảo hiểm,
- Thanh toán các chi phí tại bệnh viện hoặc phòng khám không thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc vượt quá mức trách nhiệm bảo hiểm.

2. Thanh toán trực tiếp trước khi thanh toán bồi thường

Trường hợp Người được bảo hiểm khám và điều trị tại các cơ sở y tế hợp pháp không thuộc hệ thống bảo lãnh thanh toán của chương trình, Người được bảo hiểm phải thanh toán mọi chi phí điều trị, sau đó gửi hồ sơ cho MSIG (hoặc bên được ủy quyền bởi MSIG) để thanh toán phần chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm.

PHẦN 6 – ĐIỀU KHOẢN LOẠI TRỪ BẮT BUỘC

1. Điều khoản loại trừ nhiễm phóng xạ, vũ khí hoá học, sinh học, sinh hóa học và điện từ - 10/11/2003

Điều khoản này sẽ thay thế tất cả những điều khoản khác trong Quy tắc bảo hiểm này có nội dung không thống nhất với nội dung sau đây:

Quy tắc bảo hiểm này sẽ không bảo hiểm cho Tổn thất, thiệt hại, trách nhiệm hoặc chi phí gây ra bởi hoặc góp phần gây ra bởi hoặc phát sinh từ:

- Sự bức xạ ion hóa từ hoặc nhiễm phóng xạ từ bất kỳ nhiên liệu hạt nhân nào hoặc từ bất kỳ rác thải hạt nhân nào hoặc từ sự cháy nguyên liệu hạt nhân.
- Các chất có tính phóng xạ, độc hại, gây nổ hoặc các chất nguy hiểm hoặc gây ô nhiễm khác của bất kỳ căn cứ hạt nhân, lò phản ứng hạt nhân hoặc việc lắp ráp hạt nhân hoặc các thành phần hạt nhân trong đó.
- Bất kỳ vũ khí chiến tranh nào sử dụng phân hạch hạt nhân hoặc nguyên tử và/ hoặc nung chảy hạt nhân hoặc các phản ứng hoặc năng lượng hoặc yếu tố phóng xạ tương tự khác
- Các tài sản có tính phóng xạ, độc hại, gây nổ hoặc các tài sản nguy hiểm hoặc gây ô nhiễm khác của bất kỳ vật chất phóng xạ. Sự loại trừ trong điều khoản phụ này không áp dụng đối với các chất đồng vị phóng xạ, ngoài nguyên liệu hạt nhân, khi mà những chất đồng vị này được chuẩn bị, vận chuyển, lưu kho, hoặc sử dụng cho các mục đích thương mại, nông nghiệp, y tế, khoa học hoặc các mục đích mang tính hòa bình tương tự.
- Bất kỳ vũ khí hóa học, sinh học, sinh hóa học, hoặc điện từ nào

2. Điều khoản loại trừ chiến tranh và khủng bố

Cho dù bất kể điều khoản nào khác quy định trái ngược trong quy tắc bảo hiểm này hoặc trong bất kỳ sửa đổi bổ sung nào đi kèm, hai bên cùng thống nhất rằng quy tắc bảo hiểm này loại trừ:

Chết, thương tật, tổn thất, thiệt hại, tình trạng phá hoại, bất kỳ trách nhiệm pháp lý nào, chi phí hoặc khoản chi bao gồm tổn thất ở bất kỳ dạng nào, gây ra bởi, là kết quả từ hoặc có liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào dưới đây bất kể nguyên nhân hoặc sự kiện khác cùng tác động đến hoặc trong bất kỳ hậu quả nào khác của tổn thất đó:

a. Chiến tranh, xâm lược, động thái của kẻ thù ngoại quốc, thái độ thù địch hoặc các hoạt động gây chiến (cho dù có tuyên bố chiến tranh hay không), nội chiến, nổi loạn, cách mạng, khởi nghĩa, bạo động dân sự cho là liên quan đến hoặc đóng góp vào một lực lượng cướp chính quyền, binh biến hoặc nổi dậy, hoặc

b. Bất kỳ hành động khủng bố nào bao gồm:

- Việc sử dụng hoặc đe dọa bằng vũ lực, bạo lực và/ hoặc
- Có hại hoặc thiệt hại đến cuộc sống hoặc đến tài sản (hoặc đe dọa làm hại hoặc gây thiệt hại) bao gồm, nhưng không giới hạn bởi nhiễm xạ và/ hoặc ô nhiễm bởi hóa chất và/ hoặc các yếu tố sinh học, bởi bất kỳ người (những người) hoặc nhóm (các nhóm) người, hành động vì mục đích chính trị, tôn giáo, tư tưởng hoặc các mục đích, cách thức hoặc các yếu tố khác tương tự, và/ hoặc đe dọa cộng đồng hoặc bất kỳ khu vực cộng đồng nào, hoặc

c. Bất kỳ hành động nào được thực hiện dưới sự kiểm soát, ngăn chặn, cấm đoán hoặc dưới bất kỳ hành động nào liên quan đến các yếu tố được chỉ ra ở mục 1 hoặc mục 2 ở trên.

Nếu MSIG khẳng định rằng vì điều khoản loại trừ này mà bất kỳ tổn thất, thiệt hại, chi phí hay khoản chi nào không được thanh toán bồi thường theo quy tắc bảo hiểm này thì trách nhiệm phản biện sẽ thuộc về Người được bảo hiểm.

3. Điều khoản loại trừ và hạn chế do lệnh trừng phạt

Quy tắc bảo hiểm này sẽ không bảo hiểm cho và chịu trách nhiệm thanh toán đối với bất kỳ khiếu nại bồi thường nào hoặc cung cấp bất kỳ quyền lợi nào trong đây cũng như việc thanh toán đối với khiếu nại đó hoặc quy định về quyền lợi đó do bất kỳ sự trừng phạt, lệnh cấm hoặc sự hạn chế nào theo các quyết định của Liên hợp quốc hoặc các sự trừng phạt, luật hoặc quy định về thương mại hoặc kinh tế của Liên minh Châu Âu hoặc Vương quốc Anh hoặc Hoa Kỳ.

4. Điều khoản loại trừ các chất amiăng

Quy tắc Bảo hiểm này loại trừ tất cả các khiếu nại và tổn thất có căn nguyên từ, phát sinh từ, có kết quả từ hoặc là hậu quả, hoặc bất kỳ cách nào liên quan đến:

(a) Chất amiăng,

(b) hoặc Bất kỳ các chất amiăng thực sự hoặc được cho là chất amiăng có liên quan đến các thương tật hoặc thiệt hại liên quan đến việc sử dụng, sự hiện diện, sự tồn tại, sự phát hiện, sự di chuyển, sự bài tiết, hoặc sự tránh xa chất amiăng hoặc rủi ro phơi bày hoặc rủi ro tiềm năng về chất amiăng.

PHỤ LỤC 1 – BỆNH ĐẶC BIỆT

Bệnh đặc biệt trong quy tắc có thể hiểu bao gồm các bệnh dưới đây:

1. Bệnh hệ thần kinh: Các bệnh viêm hệ thần kinh trung ương (não), teo hệ thống ảnh hưởng lên hệ thần kinh trung ương (bệnh Huntington, mất điều vận động di truyền, teo cơ cột sống và hội chứng liên quan), rối loạn vận động ngoài tháp (Parkinson, rối loạn trương lực cơ, rối loạn vận động và ngoại tháp khác), Alzheimer, hội chứng Apallic/mất trí nhớ, động kinh, hôn mê, các bệnh bại não và hội chứng liệt khác
2. Bệnh hệ hô hấp: Bệnh suy phổi, tràn khí phổi, viêm Amidan và viêm V.A cần phải nạo, viêm xoang, vẹo vách ngăn, viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại, bệnh hen/suyễn; viêm tai giữa, viêm tai giữa cần phải phẫu thuật, sùi vòm họng, cắt bỏ xương xoăn.
3. Bệnh hệ tuần hoàn: Bệnh tim, tăng/cao huyết áp, tăng áp lực động mạch vô căn, các bệnh mạch máu não/đột quỵ và các hậu quả/di chứng của bệnh này, viêm tĩnh mạch và viêm tắc/ngẽn tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch chi dưới, hội chứng ống cổ tay, mạch/hạch bạch huyết, trĩ.
4. Bệnh hệ tiêu hóa: Viêm gan A, B, C, xơ gan, suy gan, sỏi mật, bệnh túi mật, bệnh loét dạ dày, tá tràng.
5. Bệnh hệ tiết niệu: Bệnh của cầu thận, ống thận, sỏi thận và niệu quản, sỏi đường tiết niệu dưới, suy thận
6. Bệnh hệ nội tiết: Rối loạn tuyến giáp, đái tháo đường và nội tiết tuyến tụy, tuyến thượng thận, hôn mê, rối loạn các tuyến nội tiết khác.
7. Bệnh khối U: **Khối U/bướu các loại.**
8. Bệnh của máu: Thiếu máu bất sản, rối loạn đông máu, rối loạn chức năng của bạch cầu đa trung tính, bệnh liên quan đến mô lưới bạch huyết và hệ thống lưới mô bào, ghép tủy.
9. Bệnh của da và mô liên kết: Bệnh Lupus ban đỏ, xơ cứng bì toàn thân, xơ cứng rải rác, xơ cứng tiểu bì tiến triển/cột bên teo cơ, loạn dưỡng cơ và biến chứng của các bệnh này, Penphigus, vẩy nến, mề đay dị ứng mãn (có điều trị bằng kháng nguyên của nước ngoài).
10. Bệnh hệ cơ, xương, khớp: Viêm khớp/đa khớp, bệnh thoái hóa cột sống, thân đốt sống, thoát vị đĩa đệm, rối loạn mật độ và cấu trúc xương, bệnh gout.
11. Thiếu hụt hormone tăng trưởng
12. Bệnh khác: Sỏi, polip, nang, mụn cơm, nốt ruồi các loại, rối loạn tiền đình.

LƯU Ý QUAN TRỌNG - Người được bảo hiểm cần phải đọc toàn bộ Hợp đồng bảo hiểm này. Nếu phát hiện thấy bất kỳ lỗi hoặc sai sót nào thì nên hoàn trả lại cho văn phòng đã cấp Hợp đồng bảo hiểm của Công ty để sửa lại.

BẢO LÃNH VIỆN PHÍ

- ☑ Lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh trong Hệ thống bảo lãnh của Insmart.
- ☑ Xuất trình thẻ bảo hiểm MSIG và CMND/ Hộ chiếu hoặc Giấy khai sinh nếu trẻ em dưới 16 tuổi cho bộ phận thanh toán của cơ sở khám chữa bệnh để làm thủ tục nhập viện/ điều trị.
- ☑ Tạm ứng chi phí điều trị theo yêu cầu của cơ sở y tế (nếu có).
- ☑ Khi xuất viện/ kết thúc điều trị, kiểm tra các dịch vụ đã sử dụng và ký tên vào Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (do cơ sở y tế cung cấp), và các hóa đơn chứng từ khác.
- ☑ Thanh toán phần chi phí không được bảo lãnh về chi phí y tế (nếu có).

KHÁCH HÀNG THANH TOÁN TRƯỚC MSIG CHI TRẢ SAU

- ☑ Lựa chọn cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp và phù hợp.
- ☑ Thực hiện khám chữa bệnh và thanh toán các chi phí liên quan tới việc nhập viện/ điều trị.
- ☑ Thu thập đầy đủ chứng từ theo Hướng dẫn bồi thường, điền vào Thư yêu cầu bồi thường theo mẫu của MSIG và gửi hồ sơ gốc tới đại lý giải quyết bồi thường do MSIG ủy quyền - Insmart. (trong vòng tối đa 60 ngày kể từ ngày khám/ ra viện/ tử vong). Thời hạn khách hàng cần bổ sung chứng từ theo yêu cầu/ hướng dẫn của Insmart (nếu có): tối đa trong vòng 30 ngày.
- ☑ Nhận tiền bồi thường bảo hiểm trong vòng 10 ngày làm việc kể từ ngày Insmart nhận đủ hồ sơ bồi thường hợp lệ.

“Người được bảo hiểm có quyền lựa chọn điều trị tại các bệnh viện thuộc **Hệ thống bảo lãnh của Insmart** (theo hình thức bảo lãnh viện phí) hoặc tất cả các bệnh viện/ phòng khám hợp pháp ngoài hệ thống bảo lãnh trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam (theo hình thức thanh toán trước - chi trả sau).

Ghi chú: Bản hướng dẫn bồi thường này chỉ có giá trị tham khảo và không phương hại đến bất kỳ điều kiện, điều khoản, loại trừ bảo hiểm hay các quy định cụ thể trong Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm do MSIG Việt Nam cấp cho Người được bảo hiểm.

GIẢI QUYẾT BỒI THƯỜNG

Đơn vị giải quyết bồi thường do MSIG ủy quyền

insmart

Your Partner in Service Excellence

Công ty Cổ phần Insmart

Tầng 25 – Tòa nhà Ngọc Khánh Plaza,
Số 1, Phạm Huy Thông, Ba Đình, Hà Nội

✉ Email giải đáp thắc mắc liên quan bồi thường: giaidapthacmachn@insmart.com.vn

✉ Email nhận hồ sơ bồi thường trực tuyến: tuvanhosohn@insmart.com.vn
Giới hạn dung lượng 20MB/mail

HỆ THỐNG BẢO LÃNH VIỆN PHÍ
Từ 8:00 đến 17:00
1900 636 730

Cho CSYT liên hệ BLVP
(+84) 949 438 558

Công ty TNHH Bảo Hiểm Phi Nhân Thọ MSIG Việt Nam

Trụ sở chính Hà Nội

Tầng 10, Tòa nhà CornerStone, Số 16 Phan Chu Trinh,
Phường Phan Chu Trinh, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội
ĐT: (84.24) 3936 9188 ~ 3936 9200

Chi nhánh Hồ Chí Minh

Tầng 19, Vincom Center, 72 Lê Thánh Tôn,
Quận 1, TP. Hồ Chí Minh
ĐT: (84.28) 3821 9030

Bảo hiểm Sức khỏe MSIG

Hướng dẫn bồi thường và thu thập chứng từ



msig.com.vn



Insurance
that sees
the heart
in everything

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP



CHỨNG TỪ YÊU CẦU BỒI THƯỜNG CHUNG

- ☑ Thư yêu cầu bồi thường (Claim Form theo mẫu của MSIG).
- ☑ Chứng từ y tế (VD: Đơn thuốc, phiếu/sổ khám bệnh...) có chẩn đoán bệnh, tên thuốc, liều lượng, ngày kê toa (không sửa và tẩy xóa số lượng thuốc) có chữ ký của bác sĩ và dấu hợp pháp của cơ sở khám chữa bệnh.
- ☑ Bản tóm tắt bệnh án (nội trú, tai nạn và trường hợp cần thiết khác).
- ☑ Hóa đơn tài chính hợp lệ (Bao gồm các thông tin: Họ tên người được bảo hiểm, lý do thu tiền, chữ ký và tên của người mua hàng, người bán hàng và dấu của cơ sở phát hành hóa đơn) kèm bảng kê chi tiết viện phí nếu là chi phí cộng gộp.
- ☑ Bản sao CMT/ Hộ chiếu/ Giấy khai sinh.
- ☑ Hóa đơn điện tử: tham khảo bản Hướng dẫn chi tiết chứng từ bồi thường hoặc liên hệ MSIG/ Insmart để được hướng dẫn cụ thể.
- ☑ Các giấy tờ có liên quan khác.

HỒ SƠ BỔ SUNG TRONG CÁC TRƯỜNG HỢP CỤ THỂ

A. Điều trị nằm viện - phẫu thuật - thai sản

1. Giấy ra viện (ghi rõ ngày nhập/ xuất viện, chẩn đoán và phương pháp điều trị).
2. Giấy chứng nhận phẫu thuật ghi rõ phương pháp phẫu thuật và phương pháp vô cảm (nếu có phẫu thuật).
3. Phiếu khám/ Sổ khám/ Phiếu điều trị ghi rõ chẩn đoán, chỉ định nhập viện/ phẫu thuật của bác sĩ.
4. Cận lâm sàng: các xét nghiệm, thăm dò chức năng, chẩn đoán hình ảnh... phải có phiếu chỉ định, kết quả đi kèm.
5. Chi phí cho y tá tại nhà: giấy tờ chỉ định về việc chăm sóc y tế tại nhà, bản sao CMND, thẻ nhân viên y tá và hóa đơn chi phí, chứng từ y tế thể hiện từng lần thực hiện.
6. Giấy chứng tử, giấy chứng nhận quyền thừa kế hợp pháp (trong trường hợp tử vong) do văn phòng công chứng cấp.
7. Bảng kê chi tiết viện phí của cơ sở y tế về các khoản mục không được bảo hiểm y tế thanh toán đối với trường hợp điều trị sử dụng thẻ BHYT.
8. Giấy chứng sinh ghi rõ ngày sinh của bé (nếu có).

B. Điều trị ngoại trú - nha khoa

1. Chỉ định điều trị y tế (Phiếu khám/ Sổ khám/ Phiếu điều trị...) ghi rõ chẩn đoán và chỉ định điều trị y tế của bác sĩ.
2. Cận lâm sàng: các xét nghiệm, thăm dò chức năng, chẩn đoán hình ảnh... phải có phiếu chỉ định, kết quả đi kèm.
3. Chi tiết quá trình điều trị răng: chẩn đoán, lịch trình điều trị tẩy răng, chất trám răng, phương pháp điều trị... (trường hợp điều trị răng).

C. Điều trị tai nạn

1. Bản tường trình tai nạn có ghi rõ thời gian, địa điểm, hoàn cảnh xảy ra tai nạn. Nếu là tai nạn lao động cần có xác nhận của cơ quan.
2. Hồ sơ tai nạn của Công an (với tai nạn nghiêm trọng, tử vong và/ hoặc trường hợp có công an thụ lý).
3. Giấy chứng thương/ Phiếu khám/ Sổ khám bệnh ghi rõ chẩn đoán, kết luận của bác sĩ và có dấu của cơ sở khám chữa bệnh.
4. Giấy ra viện/ Giấy phẫu thuật (nếu có nằm viện/ phẫu thuật).

5. Giấy phép lái xe đối với trường hợp điều khiển phương tiện trên 50cc.
6. Giấy chứng tử/ Giấy chứng nhận quyền thừa kế hợp pháp có xác nhận của UBND xã, phường (trong trường hợp tử vong).
7. Chỉ định nghỉ điều trị của bác sĩ và bảng chấm công có dấu xác nhận của cơ quan bằng lương/ in sao kê (trong trường hợp có trợ cấp nghỉ việc trong thời gian điều trị tại nạn).
8. Kết quả xét nghiệm nồng độ cồn (nếu thực hiện)

D. Lưu ý

Liên quan đến các chứng từ y tế:

1. Giấy tờ khám chữa bệnh hợp lệ phải có dấu hợp pháp của cơ sở khám chữa bệnh.
2. Giấy tờ trong hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là bản gốc. Trong trường hợp phiếu khám/ sổ khám bệnh (lưu ý sổ khám bệnh phải copy cả bìa), đơn thuốc/ toa thuốc cần lưu trữ lại để tiếp tục điều trị, người được bảo hiểm cung cấp các bản copy phải có dấu xác nhận sao y của cơ quan hoặc bản chính để Insmart đối chiếu.

Liên quan đến các chứng từ thanh toán:

1. Việc mua thuốc theo đơn thuốc/ toa thuốc phải được thực hiện trong vòng 05 ngày kể từ ngày bác sĩ kê đơn thuốc/ toa thuốc điều trị.
2. Trường hợp chỉnh sửa thông tin phải có chữ ký xác nhận và họ tên của bác sĩ, ngày chỉnh sửa.
3. Đối với chi phí trên 200.000 đồng phải có hóa đơn tài chính, hóa đơn được xuất theo đúng quy định của pháp luật và không được tách ra nhiều hóa đơn bán lẻ.
4. Phải xuất hóa đơn tài chính cho mỗi đợt điều trị vật lý trị liệu (mỗi đợt điều trị vật lý trị liệu được hiểu là tổng hợp các lần điều trị theo chỉ định của bác sĩ).
5. Đối với trường hợp hóa đơn thanh toán ghi gộp tổng số thanh toán thì phải có bảng kê chi tiết viện phí do cơ sở y tế lập đính kèm.
6. Giấy chứng minh quan hệ nhân thân trong trường hợp người thụ hưởng không phải người được bảo hiểm, ví dụ bản sao Giấy khai sinh (bố mẹ nhận tiền thay con), hoặc Giấy đăng ký kết hôn (vợ/ chồng nhận tiền cho chồng/ vợ).

**MSIG****MSIG Insurance (Vietnam) Company Limited****Trụ sở chính – Văn phòng Hà Nội**Tầng 10, tòa nhà Corner Stone, số 16 Phan Chu Trinh,
phường Phan Chu Trinh, quận Hoàn Kiếm, Hà Nội

Tel: (84-24) 3936 9200

Email: claims@vn.msig-asia.com**Chi nhánh Hồ Chí Minh**Lầu 19, Vincom Center, số 72 Lê Thánh Tôn,
phường Bến Nghé, quận 1, thành phố Hồ Chí Minh

Tel: (84-28) 3821 9030

Website: www.msig.com.vn

THÔNG BÁO TỔN THẤT VÀ YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

CHĂM SÓC SỨC KHỎE VÀ BẢO HIỂM TAI NẠN

HEALTHCARE AND PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM

Những điều cần lưu ý (Procedures and Notes):

- Việc điền đầy đủ và sớm gửi Thông báo và Yêu cầu Bồi thường này cùng với hồ sơ bồi thường sẽ giúp Công ty bảo hiểm kịp thời có hướng dẫn tiếp theo để xác định trách nhiệm bảo hiểm và đề xuất bồi thường dựa vào các điều kiện và điều khoản của Đơn bảo hiểm.

(That the Claim Form is fully filled in and sent early to MSIG is to timely support clients on collecting documents so that the claims can be verified and settled in accordance with the terms and condition of the Policy).

- Các Chứng từ và Hóa đơn Y tế phải có họ tên đầy đủ của người bệnh, ngày điều trị, chẩn đoán và xác nhận của Bác sĩ điều trị cùng với bằng chứng xác thực như dấu / chữ ký hoặc chữ ký điện tử ...vv của Cơ sở Y tế.

(All medical documents and invoices must be fully filled in with name of the Insured, treatment date, diagnosis and confirmation of attending doctors with verification evidence of medical providers, e.g. stamp/ signature or e-signature)

- Ngoài các chứng từ được liệt kê dưới đây, MSIG có thể yêu cầu các thông tin/ bằng chứng khác, nếu cần. Chi phí để có được các chứng từ, thông tin và bằng chứng y tế theo yêu cầu của chúng tôi sẽ do Người khiếu nại tự chi trả

(Beside the supporting documents as listed below, MSIG may request further information/evidence. All medical reports, information and evidence as required by us shall be furnished at the Claimant's own expenses)

Hợp đồng bảo hiểm và Người được bảo hiểm			
Information of Policy and the Insured			
Số hợp đồng bảo hiểm (*) Policy Number		Thời hạn bảo hiểm Insurance Period	
Chủ Hợp đồng bảo hiểm Policy Holder			
Tên Người được bảo hiểm (*) Name of the Insured			
Số CMT/ CCCD/ Hộ chiếu (*) ID/ Passport Number		Số điện thoại (*) Phone Number	
Địa chỉ email (*) Email Address			
Thông tin ngân hàng (*) Bank Transfer	Người thụ hưởng: Beneficiary		
	Số tài khoản: Account Number:		
	Tên ngân hàng, chi nhánh: Bank, Branch		

Ghi chú: (*) là các thông tin bắt buộc phải điền/ (*) is mandatory information

Nội dung yêu cầu bồi thường (Claims Request)	
Quyền lợi bảo hiểm (Benefits)	Chứng từ đi kèm - Bản gốc hoặc bản chụp màu rõ nội dung (Supporting documents – Original or coloured scan/ photos)
☐ Tử vong/ Death Số tiền YCBT: (Claim Amount)	☐ Kết luận điều tra của Công an hoặc cơ quan chức năng khác (Accident Report of Police or other local authorities) ☐ Giấy chứng tử/ Death Certificate ☐ Chứng từ thừa kế hợp pháp/ Legal Inheritance Certificate ☐ Hồ sơ y tế, Tóm tắt bệnh án...trong trường hợp nhập viện trước khi tử vong/ Medical documents, Medical summary...in case of medical treatment before death
☐ Thương tật vĩnh viễn/ Permanent Disability Số tiền YCBT: (Claim Amount)	☐ Kết quả giám định của Hội đồng giám định y khoa (Permanent Certificated issued by Medical Examination Council) ☐ Hồ sơ y tế, Tóm tắt bệnh án (trường hợp điều trị nội trú) Medical documents; Medical summary (in case of inpatient treatment)
☐ Chi phí y tế điều trị ngoại trú. (Outpatient Treatment Expenses) Số tiền YCBT: (Claim Amount)	☐ Tất cả chứng từ y tế bản gốc có liên quan bao gồm Hóa đơn tài chính kèm bảng kê chi tiết viện phí, Sổ khám chữa bệnh, Chỉ định và Kết quả xét nghiệm, Hóa đơn thuốc, Đơn thuốc. (All medical documents relating to the treatment, including but not limited to legal invoices and detailed list of services, medical reports, doctor's recommendation and testing results, prescription)
☐ Chi phí y tế điều trị nội trú (Inpatient Treatment Expenses) Số tiền YCBT: (Claim Amount)	☐ Giấy ra viện, Hóa đơn tài chính kèm bảng kê chi tiết viện phí, Giấy chứng nhận phẫu thuật, đơn thuốc ra viện (Discharge Form, legal invoices and detailed list of services/ breakdown, Surgery notes, post-hospitalization prescription)
☐ Chi phí y tế chăm sóc thai sản (Maternity care Expenses) Số tiền YCBT: (Claim Amount)	☐ Giấy ra viện, Bảng kê chi tiết viện phí, Giấy chứng nhận phẫu thuật, Giấy chứng sinh (Discharge Form, legal invoices and detailed list of services/ breakdown, Surgery notes, Birth Certificate)
☐ Chi phí y tế chăm sóc nha khoa (Dental Care Expenses) Số tiền YCBT: (Claim Amount)	☐ Hóa đơn tài chính, Bảng kê chi tiết chi phí, hồ sơ điều trị răng, phim chụp XQuang (nếu có) (Legal invoices, list of services/ breakdown, Dental Treatment Plan, Xray film, if any) ☐ Bản Tường trình tai nạn (trường hợp gãy răng) Accident Report (in case of broken tooth)

☐ Trợ cấp nằm viện (Allowances) Số tiền YCBT: (Claim Amount)	☐ Giấy ra viện, Bảng kê chi tiết viện phí và/ hoặc giấy chứng nhận phẫu thuật Discharge Note, breakdown of medical expenses and/ or Surgery Note
--	--

Thông tin Tai nạn và Chứng từ yêu cầu bồi thường (Personal Accident and Claims Documents)	
Loại hình tai nạn (Type of Accident)	Chứng từ đi kèm - Bản gốc hoặc bản chụp màu rõ nội dung (Supporting documents – Original or coloured scan/ photos)
☐ Tai nạn giao thông/ Traffic Accident	☐ Giấy phép lái xe/ Driving license ☐ Bản Tường trình tai nạn có xác nhận của Công ty (nếu là KH doanh nghiệp)/ Accident report verified by Company (in case of Corporate Policy) ☐ Báo cáo/ Kết luận điều tra của CSGT / CSĐT (Police's Report)
☐ Tai nạn sinh hoạt/ 24h Accident	☐ Bản tường trình tai nạn có xác nhận của Công ty (nếu là KH doanh nghiệp) hoặc chính quyền địa phương (Accident report verified by Company (in case of Corporate Policy) or local authority
☐ Tai nạn lao động/ Labour Accident	☐ Báo cáo tai nạn lao động của Công ty, hoặc/ Labour Accident Report by Company, Or ☐ Bản tường trình tai nạn có xác nhận của Công ty (nếu là KH doanh nghiệp) (Accident report verified by Company (in case of Corporate Policy)

Thông tin yêu cầu khai báo khác (Other information)	
Quý khách có yêu cầu bồi thường với công ty Bảo hiểm nào khác cho việc chữa trị này không (*)? Are you making any compensation claim with other Insurers as a result of this treatment?	☐ Không/ No ☐ Có/ Yes Công ty bảo hiểm đó là (Name of other Insurers):
Nếu câu trả lời cho mục trên là có, vui lòng nêu rõ quyền lợi Quý Khách được bồi thường là gì (*)? If yes, please specify the benefit that you will be paid for	☐ Chi phí y tế/ Medical Expenses ☐ Trợ cấp/ Allowance
Quý khách đã trải qua quá trình điều trị nào cho tình trạng bệnh tương tự trước khi tham gia bảo hiểm tại MSIG không (*)? Have you had any prior treatment(s) for the same condition before	☐ Không/ No ☐ Có/ Yes Thời gian điều trị: Treatment time: Tại Bệnh viện: Hospital

Cam kết và Ủy quyền (Vui lòng đọc kỹ thông tin và xác nhận)
Declaration & Authorization (Please read carefully and confirm)

- Chúng tôi cam đoan những thông tin kê khai trên đây là đúng sự thực. Trong trường hợp được yêu cầu, chúng tôi đồng ý sẽ thực hiện các yêu cầu của MSIG, ví dụ như cấp Giấy ủy quyền cho người đại diện của MSIG, gửi Báo cáo Tai nạn có xác thực của cơ quan chức năng ...vv theo luật định để xác minh các thông tin đã kê khai và các chứng từ đã cung cấp.

(We declare that the above information is in all respect true and complete to the best to the best of our knowledge and belief. It is agreed that upon request by MSIG Insurance (Vietnam) Co., Ltd. I/We shall make a statutory declaration, e.g. Power of Authority to representative of MSIG, Accident Report of local authorities and others as requested by law to reaffirm the genuineness of all information contained in the claim form).

- Chúng tôi cam kết đã và sẽ không yêu cầu bồi thường khoản **chi phí y tế** tương tự ở bất kỳ công ty bảo hiểm nào khác. Trường hợp phát hiện thanh toán trùng, chúng tôi xin hoàn trả đầy đủ khoản tiền mà MSIG đã thanh toán.

(I commit that I do not claim any other insurers for the same **medical expenses**. In case the same medical expenses is paid by other insurers, I commit to refund full amount that I was paid by MSIG).

- Tôi, người yêu cầu bồi thường ký dưới đây, đồng ý cho các bên có liên quan cung cấp cho Công ty TNHH Bảo hiểm Phi nhân thọ MSIG Việt Nam hoặc đại diện của Công ty bất cứ thông tin nào có liên quan đến bệnh sử và thương tật có sẵn cũng như các thương tật do tai nạn đã được nêu trên đây. Bản copy của Ủy quyền này có hiệu lực và giá trị như một bản gốc.

(I, the undersigned claimant, hereby authorize any party concerned to disclose to MSIG Insurance (Vietnam) Co., Ltd. or its representative any and all information with respect to my medical history regarding illness or injury and my claimed loss/damage under the above Section(s). A photostat copy of this authorization shall be as effective and valid as the original).

.....

Người được Bảo hiểm ký và ghi rõ họ tên
The Insured (Signature and Full Name)

Ngày/ Date:

Lưu ý: Vui lòng đóng dấu treo, nếu là khách hàng doanh nghiệp.
Note: Company stamp is needed in case of Corporate Policy

====oOo====

Email nhận hồ sơ giải quyết trực tuyến: tuvanhosohn@insmart.com.vn

Địa chỉ nhận chứng từ bản gốc:

Công ty Cổ phần INSMART- Đơn vị giải quyết bồi thường do MSIG ủy quyền

Tầng 25, Tòa Nhà Ngọc Khánh Plaza, Số 1 Phạm Huy Thông, Quận Ba Đình, Hà Nội

Call Center: 1900 636 730 – Hotline (BLVP): (84) 949 438 558

ĐT: (84)-24-730 99990 Fax: (84)-24-3772 8110 Website: www.insmart.com.vn

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Independence – Freedom - Happiness

BẢN TƯỜNG TRÌNH TAI NẠN/ ACCIDENT REPORT

Kính gửi: CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM PHI NHÂN THỌ MSIG VIỆT NAM

To: MSIG Insurance (Vietnam) Co., Ltd.

Tên tôi là/ Full Name:

Năm sinh/ Date of Birth:

Số CMND/ ID/ Passport Number:

Tôi xin trình bày một việc như sau/ Description of accident:

(Nội dung gợi ý: bao gồm giờ ngày tháng năm xảy ra tai nạn, tình huống tai nạn, địa điểm xảy ra tai nạn, quá trình điều trị...)

(Suggested content: date and time of accident, place of accident, detail description of accident, treatment history...)

Vậy tôi làm bản tường trình này, và gửi hồ sơ khám bệnh, hoá đơn thanh toán tại các cơ sở y tế trên, kính mong đơn vị Bảo hiểm xem xét, giải quyết bồi thường cho tôi.

I attached herewith my medical documents and invoices for the incurred expenses at abovementioned medical providers. Please help review and settle my claim.

Tôi xin chịu trách nhiệm về tính xác thực của những điều đã nêu ở trên.

I am responsible for the truth of above declaration.

Xin chân thành cảm ơn!

Your faithful,

Xác nhận của đơn vị làm việc/ hoặc Chính quyền địa phương

....., ngày.....tháng.....năm.....

Verification of Company or local authorities

....., date.....month.....year.....

Người làm đơn/ Claimant

Ký ghi rõ họ tên/ Sign and Full name

Lưu ý: Vui lòng hoàn thiện bản tường trình tai nạn này trong trường hợp tai nạn như đã hướng dẫn ở trên. Trường hợp không phải tai nạn, vui lòng bỏ qua mẫu này.

(Note: In case of accident, please complete the Accident Report as per abovementioned instructions. In case of illness, diseases, the report is not requested).

I. HƯỚNG DẪN CHI TIẾT CHỨNG TỪ YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

STT	CHỨNG TỪ	CÁC YÊU CẦU
1. HỒ SƠ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ		
1.1	Giấy yêu cầu bồi thường (Claim form)	- Thông tin cá nhân: Ghi đầy đủ họ và tên của người được bảo hiểm, Ngày – tháng – năm sinh, Số Hợp đồng và hiệu lực hợp đồng bảo hiểm, - Thông tin liên lạc: số điện thoại di động, email, số tài khoản, tên Công ty hoặc tên Chủ hợp đồng bảo hiểm. . . - Chữ ký: Người được bảo hiểm ký và ghi rõ họ tên - Đóng dấu công ty: Chỉ áp dụng đối với hợp đồng bảo hiểm doanh nghiệp. Trường hợp Khách hàng cá nhân hoặc Hợp đồng công ty được miễn dấu trên Claim form vui lòng bỏ qua.
1.2	Chứng từ y tế	Đơn thuốc theo mẫu hoặc Sổ khám bệnh phải có đủ các thông tin sau: 1. Tên bệnh viện/ phòng khám (được in sẵn hoặc thể hiện qua con dấu (dấu vuông hoặc dấu tròn) đóng trên Đơn thuốc hoặc sổ khám bệnh 2. Ngày tháng năm khám, chữa bệnh. 3. Họ và tên người bệnh (Người được bảo hiểm), 4. Tuổi hoặc ngày tháng năm sinh 5. Chẩn đoán bệnh hoặc kết luận của bác sĩ và chỉ định điều trị y tế của bác sĩ 6. Bác sĩ khám bệnh: Ký và ghi rõ họ tên 7. Đóng dấu của cơ sở y tế (Phải có). Lưu ý: 1. Theo quy định của Bộ Y tế, nếu bác sĩ sửa đơn thuốc phải ký, ghi rõ họ và tên, ngày sửa bên cạnh phần thông tin đã sửa. 2. Mỹ phẩm, thực phẩm chức năng và thuốc bổ không thuộc phạm vi bồi thường 3. Đơn thuốc có giá trị mua trong vòng 05 ngày kể từ ngày kê đơn. Theo đó <u>hóa đơn VAT</u> có thể ghi sau những ngày này nhưng không quá 30 ngày kể từ ngày được kê đơn thuốc và nếu ngày ghi <u>hóa đơn VAT</u> không trong vòng 05 ngày kể từ ngày kê đơn phải nộp kèm hóa đơn bán lẻ/ phiếu thu tạm thời của nhà thuốc có thể hiện ngày mua thuốc thực tế để đảm bảo tính hợp lệ của hồ sơ.

			<i>4. Theo quy định người hành nghề y không được phép bán thuốc cho người bệnh dưới mọi hình thức.</i> <i>5. Mỗi loại thuốc được kê và sử dụng tối đa 30 ngày, trừ trường hợp điều trị các bệnh dài ngày trong danh mục bệnh dài ngày của BHYT</i>
		b	Cận lâm sàng: là các xét nghiệm, thăm dò chức năng, chuẩn đoán hình ảnh (siêu âm, chụp XQuang, nội soi, CT, MRI...) cần có đầy đủ thông tin sau: 1. Tên bệnh viện/ phòng khám được in sẵn hoặc thể hiện qua con dấu; 2. Ngày, tháng, năm thực hiện dịch vụ 3. Tuổi/ngày-tháng-năm sinh, Họ và tên của người được bảo hiểm. 4. Chỉ định và Kết quả cận lâm sàng kèm theo.
		c	Trường hợp điều trị vật lý trị liệu, châm cứu, xông huyệt, rửa xoang, ... cần cung cấp các thông tin sau: 1. Chỉ định điều trị của bác sĩ phải được thể hiện trên sổ khám bệnh/ đơn thuốc/ phiếu theo dõi/ phiếu điều trị vật lý-PHCN 2. Cần ghi rõ: phương pháp điều trị, số lần điều trị, ngày bắt đầu, ngày kết thúc và có xác nhận của bác sĩ điều trị
1.3	Chứng từ tài chính	a	Hóa đơn GTGT thu phí các dịch vụ y tế cần có các thông tin sau: 1. Thông tin bệnh viện/ phòng khám 2. Ghi đúng họ và tên, địa chỉ người bệnh/ Người được bảo hiểm 3. Số tiền cụ thể từng loại dịch vụ (nếu hóa đơn ghi gộp phải có bảng kê chi tiết đính kèm) 4. Chữ ký người thu tiền và người đóng tiền. 5. Đóng dấu pháp nhân của đơn vị phát hành hóa đơn. Lưu ý: Hóa đơn điện tử: <i>Trường hợp CSYT phát hành hóa đơn điện tử, Quý khách hàng vui lòng kiểm tra để đảm bảo rằng hóa đơn có đủ các thông tin tra cứu bao gồm đường link và mã tra cứu hoặc thể hiện trong Email của cơ sở y tế gửi hóa đơn điện tử cho Người bệnh.</i> <i>Đối với hóa đơn <u>chuyển đổi từ hóa đơn điện tử</u> cần đảm bảo đáp ứng đủ các điều kiện sau và phải gửi bản gốc tới MSIG để được</i>

		<i>thanh toán bồi thường:</i> <i>a) Phản ánh toàn vẹn nội dung của hóa đơn điện tử gốc;</i> <i>b) Có ký hiệu riêng xác nhận đã được chuyển đổi từ hóa đơn điện tử sang hóa đơn giấy;</i> <i>c) Có chữ ký, họ tên của người thực hiện chuyển từ hóa đơn điện tử sang hóa đơn giấy và dấu của đơn vị phát hành hóa đơn.</i> <i>Ngoài ra Quý khách hàng cần lưu ý:</i> <i>1. Cung cấp cho MSIG chứng từ y tế đi kèm (bảng kê chi tiết viện phí, chỉ định và kết quả cận lâm sàng, đơn thuốc có chẩn đoán và chỉ định điều trị y tế...) cần đảm bảo đầy đủ như các khoản chi phí phát sinh</i> <i>2. Sử dụng hóa đơn điện tử để yêu cầu bồi thường chi phí y tế duy nhất tại MSIG. Trường hợp phát hiện cùng hóa đơn đó để yêu cầu bồi thường cho cùng khoản chi phí y tế tại công ty bảo hiểm khác, MSIG bảo lưu quyền truy đòi lại các khoản đã chi trả để đảm bảo tuân thủ các quy định của pháp luật hiện hành.</i>
	b	<u>Hóa đơn mua thuốc phải có các thông tin sau:</u> 1. Con dấu nhà thuốc (ghi tên & địa chỉ nhà thuốc, điện thoại) 2. Ghi đúng họ và tên, địa chỉ người bệnh đồng thời là người được bảo hiểm 3. Liệt kê các loại thuốc & tiền thuốc theo đơn thuốc: ghi đúng số lượng thuốc, tên thuốc theo chỉ định bác sĩ, ghi rõ đơn giá, đơn vị tính, % thuế và thành tiền. 4. Chữ ký người bán, người mua (ngoại trừ có dấu bán qua điện thoại, email...) <i>Lưu ý:</i> <i>1. Không chấp nhận mọi hình thức tách nhiều hóa đơn bán lẻ cho một đơn thuốc.</i> <i>2. Trường hợp buộc phải mua thuốc thành nhiều đợt/ ngày khác nhau, vui lòng nộp hóa đơn tài chính hợp lệ cho từng lần mua thuốc.</i> <i>3. Hóa đơn mua thuốc phải được đính kèm Đơn thuốc được kê bởi bác sĩ.</i> <i>4. Hiện nay theo quy định mức thuế áp dụng cho thuốc là 5%. Trường hợp tiền thuốc phát sinh khác 5%, vui lòng yêu cầu nhà thuốc làm rõ lý do.</i>

2. HỒ SƠ ĐIỀU TRỊ RĂNG			
2.1	Giấy yêu cầu bồi thường		Tham khảo phần 1.1
2.2	Chứng từ y tế	a	Số khám/ phiếu khám/ phiếu điều trị răng có đầy đủ các thông tin sau: - Tên bệnh viện/ phòng nha (được in sẵn hoặc thể hiện qua con dấu - dấu vuông hoặc dấu tròn đóng trên sổ khám bệnh/ phiếu khám/ phiếu điều trị răng) - Ngày tháng năm khám, điều trị răng. - Ghi đúng họ và tên, tuổi/ngày tháng năm sinh người bệnh đồng thời là người được bảo hiểm. - Chẩn đoán bệnh lý răng cần điều trị. Trường hợp lấy cao răng, vui lòng ghi mức độ cao răng - Kết quả XQ/ Panorex hoặc các kết quả xét nghiệm khác phục vụ cho mục đích điều trị răng (răng sâu, răng viêm tủy...) - Chi tiết quá trình điều trị răng (lịch trình điều trị tủy răng, chất trám được sử dụng trong trường hợp trám răng, phương pháp điều trị...) (ví dụ: nhổ răng sâu số 8, hàn răng sâu số 12 bằng amalgam....) - Bác sỹ nha khoa ký, ghi rõ họ và tên - Đóng dấu của cơ sở y tế/nha khoa Lưu ý: <i>1. Chi phí điều trị răng chỉ được chi trả theo danh mục thể hiện trong Bảng quyền lợi/ Quy tắc bảo hiểm.</i> <i>2. Chi phí thẩm mỹ răng – không thuộc phạm vi bảo hiểm.</i> <i>3. Dịch vụ khám, chữa bệnh về răng miệng (nội nha, gắn răng giả, cạo vôi răng, chữa viêm nướu, nhổ răng, chữa tủy, trám răng) thuộc đối tượng không chịu thuế. Dịch vụ thẩm mỹ răng miệng thuộc trường hợp chịu thuế suất 10%. Quý Khách hàng vui lòng lưu ý khi thanh toán chi phí và nhận hóa đơn.</i>
		b	Đơn thuốc sau điều trị răng (nếu có) - tham khảo hướng dẫn 1.2.b
2.3	Chứng từ tài chính	a	Hóa đơn điều trị ghi rõ khoản mục điều trị... + Bảng kê chi tiết nếu hóa đơn ghi gộp các loại chi phí (Tham khảo hướng dẫn 1.3.a)
		b	Hóa đơn tiền thuốc - tham khảo hướng dẫn 1.3.b

3. HỒ SƠ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ, THAI SẴN			
3.1	Giấy YCBT		Tham khảo phần 1.1
		a	<u>Chứng từ liên quan đến chi phí khám trước nhập viện:</u> - Chỉ định nhập viện của bác sĩ. - Chỉ định và Kết quả cận lâm sàng thực hiện trước khi nhập viện (nếu có). Chứng từ phải ghi rõ thông tin sau: 1. Tên bệnh viện/ phòng khám được in sẵn hoặc thể hiện qua con dấu bệnh viện - dấu vuông hoặc dấu tròn) 2. Ghi đúng họ và tên, tuổi/ngày tháng năm sinh của người bệnh đồng thời là người được bảo hiểm. 3. Ngày tháng năm khám bệnh, chỉ định và bác sĩ ký ghi rõ họ tên 4. Ngày trả kết quả các cận lâm sàng, bác sĩ cận lâm sàng ký ghi rõ họ tên.
		b	Các chứng từ liên quan đến thời gian Nằm viện <i>Lưu ý: Trường hợp lưu viện trong ngày tại phòng khám/ bệnh viện chỉ để làm các thủ thuật chẩn đoán như nội soi, holter...được thanh toán theo quyền lợi ngoại trú.</i>
3.2	Chứng từ y tế		* Giấy ra viện: phải ghi rõ các thông tin sau 1. Thông tin bệnh viện 2. Ghi đúng họ và tên, tuổi/ ngày tháng năm sinh của người bệnh đồng thời là người được bảo hiểm. 3. Thời gian vào viện/ ra viện (từ giờ...ngày.... đến giờ...ngày....) 4. Chẩn đoán bệnh hay kết luận bệnh của bác sĩ (đề nghị bác sĩ ghi rõ chẩn đoán/ kết luận bệnh cuối cùng, vì triệu chứng chưa thể hiện bệnh lý) 5. Phương pháp điều trị của bác sĩ 6. Ký tên & ghi rõ họ tên của bác sĩ điều trị, trưởng khoa, giám đốc bệnh viện. 7. Đóng dấu bệnh viện. <i>Lưu ý quan trọng: Trên giấy ra viện phải có ghi chẩn đoán bệnh (nếu bác sĩ chỉ ghi tình trạng sức khỏe trước thời điểm xuất viện, bệnh nhân lưu ý đề nghị bệnh viện ghi bổ sung ngay thông tin về bệnh/ tai nạn được điều trị để tránh việc phải quay lại bệnh viện yêu cầu bổ sung)</i>

			* Giấy chứng nhận phẫu thuật (trong trường hợp phẫu thuật / sinh mổ) phải ghi rõ các thông tin sau: 1. Thông tin bệnh viện 2. Ghi đúng họ và tên, tuổi/ ngày tháng năm sinh của người bệnh đồng thời là người được bảo hiểm. 3. Phương pháp phẫu thuật, phương pháp vô cảm 4. Bác sĩ phẫu thuật, 5. Cách thức phẫu thuật 6. Bác sĩ điều trị, trưởng khoa, giám đốc bệnh viện ký và ghi rõ họ tên 7. Đóng dấu bệnh viện.
			* Giấy chuyển viện thể hiện rõ tình trạng bệnh lý và lý do chuyển viện (nếu chuyển viện)
		c	Các giấy tờ liên quan đến Điều trị sau xuất viện * Đơn thuốc điều trị sau khi xuất viện (nếu có) - tham khảo hướng dẫn 1.2.b * Kết quả tái khám ngay sau xuất viện và Hóa đơn cho chi phí tái khám, cận lâm sàng, đơn thuốc - tham khảo hướng dẫn phần Điều trị ngoại trú <i>Chỉ định tái khám này phải được bác sĩ ghi trên Giấy ra viện/ Đơn thuốc sau xuất viện</i>
3.3	Chứng từ tài chính	a	Biên lai thu tiền viện phí/Hóa đơn GTGT dịch vụ y tế trước khi xuất viện + Bảng kê chi tiết cho các hóa đơn - tham khảo hướng dẫn 1.3.b
		b	Hóa đơn cho các chi phí điều trị trong thời gian nằm viện... + Bảng kê chi tiết viện phí - tham khảo hướng dẫn 1.3.b
		c	Hóa đơn tiền thuốc sau khi xuất viện - tham khảo hướng dẫn 1.3.b
3.4	Tóm tắt bệnh án		Để đảm bảo quyền lợi của khách hàng cũng như để công ty bảo hiểm có cơ sở đánh giá phạm vi bảo hiểm và nhanh chóng xét duyệt bồi thường, NDBH vui lòng liên hệ Phòng kế hoạch tổng hợp của bệnh viện hoặc khoa điều trị cung cấp Tóm tắt bệnh án ngay khi xuất viện. Lưu ý: - Chi phí xin Tóm tắt bệnh án tại bệnh viện do NDBH tự chi trả - Trường hợp bệnh viện yêu cầu, MSIG có thể viết Công văn, Giấy giới thiệu cho NDBH, người nhà, người giám hộ.

4. CHỨNG TỪ BỔ SUNG - TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ TAI NẠN & YÊU CẦU BỒI THƯỜNG MẤT GIẢM THU NHẬP			
4.1	Bản tường trình tai nạn	a	Trường hợp Tai nạn sinh hoạt: Bản tường trình tai nạn có chữ ký của người bị nạn và người chứng kiến (nếu có)
		b	Trường hợp Tai nạn lao động: Bản tường trình tai nạn có xác nhận của Công ty
		c	Trường hợp Tai nạn giao thông + Bản tường trình tai nạn có xác nhận của công ty, đặc biệt, trong trường hợp Tai nạn giao thông nghiêm trọng (ví dụ: tai nạn gây thương tật nghiêm trọng hay gây chết người hay liên quan đến bên thứ 3...) cần cung cấp: Biên bản kết luận của công an hay chính quyền địa phương. + Bản copy giấy phép lái xe, giấy tờ xe và biên bản kết luận nồng độ cồn trong máu trong trường hợp NĐBH bị tai nạn khi đang lái xe <i>(Lưu ý: Trường hợp người được bảo hiểm không phải là người điều khiển phương tiện giao thông khi bị tai nạn hoặc phương tiện giao thông không phải là xe máy, cần ghi rõ trong bản tường trình tai nạn)</i>
4.2	Chứng từ yêu cầu bồi thường trợ cấp lương		- Chỉ định nghỉ của bác sĩ trên Giấy ra viện, sổ khám, phiếu khám ... (trường hợp Điều trị Tai nạn) - Giấy nghỉ hưởng BHXH- bản photocopy (nếu có) - Bảng chấm công thể hiện số ngày nghỉ việc thực tế có xác nhận của Phòng nhân sự. - Hợp đồng lao động, Quyết định tăng lương (nếu có), Bản sao kê lương, phiếu lương của tháng bị tai nạn

LƯU Ý:

(1) Lưu ý chung:

- ✓ Việc hướng dẫn cung cấp, bổ sung chứng từ không đồng nghĩa với cam kết bồi thường.
- ✓ Việc xét duyệt bồi thường sẽ được thực hiện khi có đầy đủ chứng từ và sẽ được thông báo tới Người được bảo hiểm/ Người giám hộ qua email. Trường hợp KH không có email vui lòng nêu rõ cách thức liên hệ trong Giấy yêu cầu bồi thường.
- ✓ Trong trường hợp hồ sơ phức tạp/ cần xác minh hoặc làm rõ thông tin, INSMART sẽ yêu cầu bổ sung các chứng từ phù hợp để phục vụ cho việc giải quyết bồi thường. Chi phí bổ sung chứng từ do Người được bảo hiểm tự chi trả.

(2) Lưu ý về con dấu trên chứng từ:

- ✓ Việc đóng dấu trên các chứng từ y tế là yêu cầu bắt buộc
- ✓ Cơ sở y tế không chủ động đóng dấu trên chứng từ y tế, người được bảo hiểm phải lưu ý

chủ động yêu cầu để hoàn thiện việc đóng dấu lên các chứng từ y tế của mình ngay trong thời gian khám, chữa bệnh.

(3) Lưu ý về hóa đơn:

✓ **Chi phí khám, cận lâm sàng, phương pháp điều trị y tế và thuốc:**

- Chi phí dưới 200.000VNĐ: chấp nhận Phiếu thu, Hóa đơn bán lẻ, Biên lai thu tiền có đóng dấu của cơ sở y tế. Hạn mức tối đa 200.000VNĐ/ đơn vị phát hành hóa đơn.
- Chi phí trên 200.000VNĐ: bắt buộc Hóa đơn GTGT/ Hóa đơn tài chính hợp lệ theo quy định của Bộ tài chính

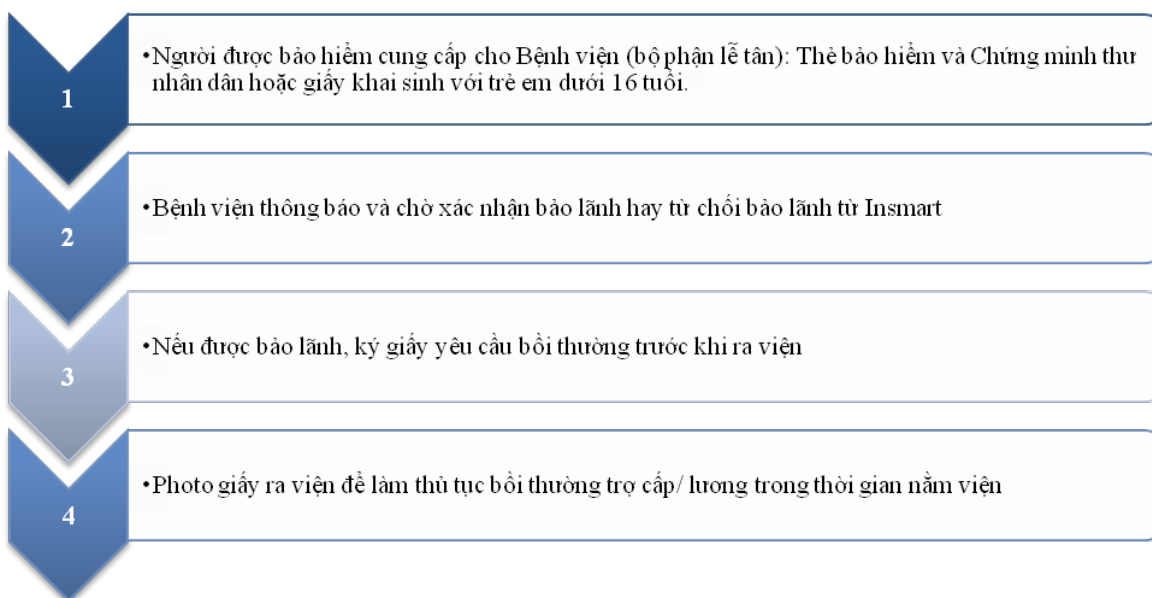
✓ **Thông tin trên hóa đơn:**

- Ghi đúng, đủ tên người bệnh đồng thời là người được bảo hiểm.
- Địa chỉ của người khám bệnh hoặc địa chỉ công ty
- Khách hàng không cần cung cấp tên, địa chỉ và mã số thuế của công ty trên hóa đơn
- Không chấp nhận hóa đơn sửa chữa, tẩy xóa thông tin. Trường hợp hóa đơn sai thông tin, NĐBH yêu cầu cơ sở y tế lập Biên bản điều chỉnh hóa đơn. Trường hợp hóa đơn sai số tiền, NĐBH yêu cầu cơ sở y tế lập Biên bản hủy hóa đơn và xuất hóa đơn mới.
- ✓ Yêu cầu về hóa đơn tài chính là yêu cầu bắt buộc của Nhà nước. Trường hợp Khách hàng không cung cấp được hóa đơn tài chính hợp lệ, Công ty bảo hiểm xem xét thanh toán tối đa 200.000đ cho tổng chi phí khám chữa bệnh.
- ✓ Tại các cơ sở y tế, hóa đơn GTGT/ hóa đơn tài chính/ chuyển đổi hóa đơn điện tử thường được cấp tại phòng tài chính – kế toán, do đó Khách hàng lưu ý chủ động yêu cầu CSYT cung cấp hóa đơn hợp lệ để đảm bảo quyền lợi.

(4) Trong trường hợp tử vong:

- Giấy chứng tử
- Hộ khẩu thường trú và Hộ chiếu hoặc CMTND của người bị nạn
- Báo cáo/ Kết luận điều tra của công an
- Biên bản khám nghiệm hiện trường, khám nghiệm tử thi, nếu có
- Các giấy tờ pháp lý của Người đại diện/ thụ hưởng/ thừa kế hợp pháp của người bị nạn.
- Các giấy tờ khác tùy theo từng trường hợp cụ thể (vui lòng liên hệ INSMART để được hướng dẫn chi tiết)

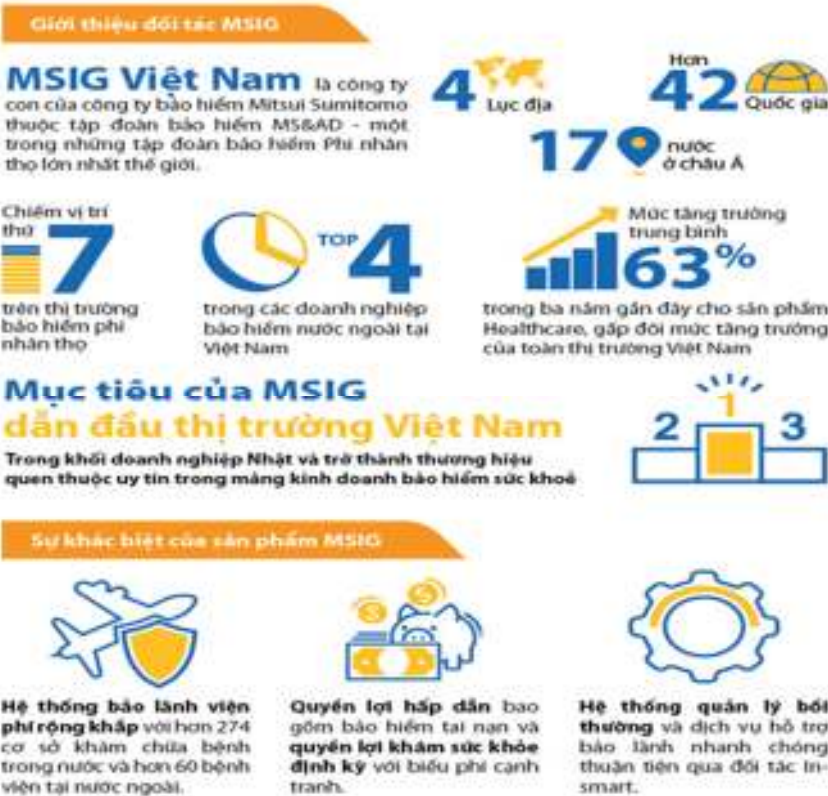
II. HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH BẢO LÃNH VIỆN PHÍ



LƯU Ý:

- ✓ Quyền lợi bảo lãnh được áp dụng theo từng hợp đồng cụ thể. NĐBH vui lòng liên hệ công ty bảo hiểm để biết rõ thêm chi tiết.
- ✓ Xuất trình thẻ bảo hiểm MSIG và chứng minh thư/ hộ chiếu, giấy khai sinh khi yêu cầu bảo lãnh
- ✓ Trường hợp tai nạn, hay nhập viện vào ngày nghỉ, ngày lễ, công ty bảo hiểm có thể từ chối bảo lãnh do chưa đủ thông tin cần thiết. Vui lòng thanh toán trước và yêu cầu bồi thường sau.
- ✓ Hiện nay một số cơ sở y tế thực hiện thu phí dịch vụ bảo lãnh – chi phí này không thuộc phạm vi bảo hiểm. Do đó NĐBH vui lòng cân nhắc trước khi sử dụng dịch vụ.

Q&A

STT	Câu hỏi	Trả lời
Ưu đãi tặng BHSK - Thaco G3		
1	Bảo hiểm sức khỏe là gì?	Là chỗ dựa tài chính, bảo vệ khách hàng và người thân trước những rủi ro về sức khỏe như: tai nạn, bệnh, thương tật, tử vong ... Đáp ứng nhu cầu điều trị nội và ngoại trú, quyền lợi chăm sóc sức khỏe với các dịch vụ chăm sóc y tế chất lượng cao tại những bệnh viện hàng đầu.
2	Gói quà tặng BHSK Thaco G3 là gì? Cách thức tham gia	Là gói quà tặng sức khỏe được thiết kế riêng tặng cho KH tham gia chương trình vay mua xe Thaco qua VIB. KH chọn gói quà tặng BHSK bằng cách chọn gói quà tặng sức khỏe trên form đăng ký
3	Gói BHSK được phát hành bởi công ty nào?	Gói BHSK được phát hành bởi công ty BH Phi Nhân Thọ MSIG Việt Nam – tập đoàn từ Nhật Bản.
4	Tóm lược về MSIG	MSIG VN là công ty con của công ty bảo hiểm Mitsui Sumitomo thuộc tập đoàn bảo hiểm phi nhân thọ lớn nhất thế giới.  Giới thiệu đối tác MSIG MSIG Việt Nam là công ty con của công ty bảo hiểm Mitsui Sumitomo thuộc tập đoàn bảo hiểm MS&AD - một trong những tập đoàn bảo hiểm Phi nhân thọ lớn nhất thế giới. 4 Lục địa - Hơn 42 Quốc gia 170+ nước ở châu Á - Chiếm vị trí thứ 7 trên thị trường bảo hiểm phi nhân thọ - TOP 4 trong các doanh nghiệp bảo hiểm nước ngoài tại Việt Nam - Mức tăng trưởng trung bình 63% trong ba năm gần đây cho sản phẩm Healthcare, gấp đôi mức tăng trưởng của toàn thị trường Việt Nam Mục tiêu của MSIG dẫn đầu thị trường Việt Nam Trong khối doanh nghiệp Nhật và trở thành thương hiệu quen thuộc uy tín trong mảng kinh doanh bảo hiểm sức khỏe Sự khác biệt của sản phẩm MSIG - Hệ thống bảo lãnh viện phí rộng khắp với hơn 274 cơ sở khám chữa bệnh trong nước và hơn 60 bệnh viện tại nước ngoài. - Quyền lợi hấp dẫn bao gồm bảo hiểm tai nạn và quyền lợi khám sức khỏe định kỳ với biểu phí cạnh tranh. - Hệ thống quản lý bồi thường và dịch vụ hỗ trợ bảo lãnh nhanh chóng thuận tiện qua đối tác In-smart.

STT	Câu hỏi	Trả lời				
5	Các quyền lợi chi tiết có giống VIB Care không? Có được tăng giảm quyền lợi không	Không. Gói được thiết kế cố định thỏa mãn mệnh giá quà tặng, KH không thể thay đổi (thêm/ giảm) quyền lợi đi kèm gói quà tặng.				
6	Điểm khác biệt so với việc tự mua BHSK là gì?	Được tặng miễn phí khi tham gia vay mua xe Thaco tại VIB Quyền lợi cao hơn khi mua riêng lẻ Phí lẻ phân biệt theo độ tuổi người được bảo hiểm				
7	Có được cho/tặng không? Có thể cho con tham gia được không?	KH mua BHNT có thể cho/tặng gói quà tặng BHSK cho bên nhận phù hợp theo quy định pháp luật. Trong trường hợp người được nhận BHSK dưới 18 tuổi thì chỉ được bảo hiểm khi cha/mẹ/người giám hộ hợp pháp đã có hợp đồng bảo hiểm sức khỏe tại MSIG.				
8	Đối tượng thỏa mãn BHSK Thaco G3?	Tuổi tham gia: Từ 01 đến 65 tuổi. Trẻ em từ 01 tuổi đến 18 tuổi được bảo hiểm khi tham gia cùng với bố hoặc mẹ với quyền lợi tương đương hoặc thấp hơn. + Không bị các bệnh lý về thần kinh, phong. + Không bị thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên. + Không trong thời gian điều trị bệnh/thương tật/nằm viện. + Không bị ung thư + Kê khai tình trạng sức khỏe (bệnh đặc biệt/ bệnh có sẵn nếu có) theo quy định của MSIG và được MSIG đồng ý bằng văn bản.				
9	Hiệu lực gói BHSK Thaco G3 & Thời gian chờ áp dụng như thế nào?	Hiệu lực 01 năm kể từ ngày KH đăng ký thành công theo xác nhận của công ty BH + Quyền lợi bảo hiểm sẽ bắt đầu khả dụng sau khi kết thúc thời gian chờ kể từ ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm như dưới đây: + 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường. + 60 ngày đối với trường hợp sảy thai, nạo thai theo chỉ định của bác sĩ, điều trị thai sản. + 365 ngày đối với bệnh đặc biệt, bệnh mãn tính và bệnh có sẵn.				
10	Hết thời hạn BH của gói được tặng, KH được tham gia tiếp không? Biểu phí như thế nào?	Vào thời điểm hết hạn của gói quà tặng BHSK, nếu KH muốn tham gia tiếp, dựa trên quyền lợi bảo hiểm của gói hiện hữu và lịch sử bồi thường, MSIG sẽ offer cụ thể đến khách hàng phương án tái tục phù hợp chương trình VIB care theo biểu phí cá nhân thời điểm đó.				
11	KH được tặng gói BHSK theo CTKM, sau đó muốn mua cho	<table><tr><td>Gói BHSK khách hàng được tặng</td><td>Gói VIB Care có thể tham gia cho con</td></tr><tr><td>Thaco G3</td><td>Starter (Tai nạn, nội trú, ngoại trú)</td></tr></table>	Gói BHSK khách hàng được tặng	Gói VIB Care có thể tham gia cho con	Thaco G3	Starter (Tai nạn, nội trú, ngoại trú)
Gói BHSK khách hàng được tặng	Gói VIB Care có thể tham gia cho con					
Thaco G3	Starter (Tai nạn, nội trú, ngoại trú)					

STT	Câu hỏi	Trả lời																														
	con , thì quy chiếu cụ thể như thế nào trong VIB Care (vì con được BH bằng hoặc thấp hơn cha mẹ)																															
12	Biểu phí giá lẻ	BIỂU PHÍ SẢN PHẨM MUA LẺ <table><tr><th>Quyền lợi bảo hiểm</th><th>VIB Care Starter</th></tr><tr><td>Quyền Lợi Bảo Hiểm Chính</td><td>Tai Nạn 50tr, Nội Trú tối đa 55tr</td></tr><tr><td>Tuổi 1 – 6 *</td><td>2,498,000</td></tr><tr><td>Tuổi 7 – 18</td><td>1,898,000</td></tr><tr><td>Tuổi 19 – 40</td><td>1,416,000</td></tr><tr><td>Tuổi 41 – 55</td><td>1,915,000</td></tr><tr><td>Tuổi 56 – 65</td><td>3,297,000</td></tr><tr><td>Tuổi 66 – 69 **</td><td>4,630,000</td></tr><tr><td>Quyền lợi điều trị ngoại trú</td><td>Quyền lợi tối đa 7,5tr</td></tr><tr><td>Tuổi 1 – 6 *</td><td>1,700,000</td></tr><tr><td>Tuổi 7 – 18</td><td>1,370,000</td></tr><tr><td>Tuổi 19 – 40</td><td>1,140,000</td></tr><tr><td>Tuổi 41 – 55</td><td>1,310,000</td></tr><tr><td>Tuổi 56 – 65</td><td>2,590,000</td></tr><tr><td>Tuổi 66 – 69 **</td><td>3,160,000</td></tr></table>	Quyền lợi bảo hiểm	VIB Care Starter	Quyền Lợi Bảo Hiểm Chính	Tai Nạn 50tr, Nội Trú tối đa 55tr	Tuổi 1 – 6 *	2,498,000	Tuổi 7 – 18	1,898,000	Tuổi 19 – 40	1,416,000	Tuổi 41 – 55	1,915,000	Tuổi 56 – 65	3,297,000	Tuổi 66 – 69 **	4,630,000	Quyền lợi điều trị ngoại trú	Quyền lợi tối đa 7,5tr	Tuổi 1 – 6 *	1,700,000	Tuổi 7 – 18	1,370,000	Tuổi 19 – 40	1,140,000	Tuổi 41 – 55	1,310,000	Tuổi 56 – 65	2,590,000	Tuổi 66 – 69 **	3,160,000
Quyền lợi bảo hiểm	VIB Care Starter																															
Quyền Lợi Bảo Hiểm Chính	Tai Nạn 50tr, Nội Trú tối đa 55tr																															
Tuổi 1 – 6 *	2,498,000																															
Tuổi 7 – 18	1,898,000																															
Tuổi 19 – 40	1,416,000																															
Tuổi 41 – 55	1,915,000																															
Tuổi 56 – 65	3,297,000																															
Tuổi 66 – 69 **	4,630,000																															
Quyền lợi điều trị ngoại trú	Quyền lợi tối đa 7,5tr																															
Tuổi 1 – 6 *	1,700,000																															
Tuổi 7 – 18	1,370,000																															
Tuổi 19 – 40	1,140,000																															
Tuổi 41 – 55	1,310,000																															
Tuổi 56 – 65	2,590,000																															
Tuổi 66 – 69 **	3,160,000																															