MSIG Insurance (Vietnam) Company Limited.
Head Office: 10th Floor, Corner Stone Building, No. 16 Phan Chu Trinh Street,
Phan Chu Trinh Ward, Hoan Kiem District, Hanoi, Vietnam
Tel +84 4 24 3936 9188 ~ 3936 9200
msig.com.vn

CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM PHI NHÂN THỌ MSIG (VIETNAM)

QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE NEW BASIC

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 TNHH Bảo hiểm Phi Nhân Thọ MSIG Việt Nam (MSIG).

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. Bên mua bảo hiểm (Chủ hợp đồng bảo hiểm)
Là tổ chức, cá nhân tại Việt Nam 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.

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

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

6. 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.

7. Tuổi
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.

8. Tai nạn
Bất kì 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 hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm và xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm.

9. 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 tổn thương, thương tích cho cơ thể về thể chất.

10. Thương tật tạm thời
Tình trạng thương tật thân thể tạm thời kéo dài liên tục do tai nạn, khiến Người được bảo hiểm hoàn toàn không thể tiến hành bất cứ việc gì liên quan đến công việc trong suốt quãng thời gian thương tật đó.

11. 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.

12. Mạn tính
Tình trạng bệnh lý, theo ý kiến của bác sĩ, được đặc trưng bởi hai trong các yếu tố sau:
- Kéo dài hơn 3 tháng, không thể chữa khỏi hoàn toàn bằng thuốc hay vắc-xin, và cũng không thể tự khỏi.
- Có khả năng để lại di chứng.
- Đòi hỏi phương pháp điều trị và chăm sóc lâu dài.

13. Mức đồng chi trả
Là số tiền theo tỷ lệ mà Công ty bảo hiểm, 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 tương ứng 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 mục quyền lợi trong Bảng quyền lợi bảo hiểm. Đồng chi trả (nếu có áp dụng) sẽ được quy định chi tiết trong Hợp đồng bảo hiểm.

14. Điều trị trong ngày
Phương pháp điều trị mà Người được bảo hiểm nhập viện, có phát sinh chi phí giường bệnh và điều trị dưới 24 giờ tại bệnh viện.

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

16. 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.

17. Ốm đau, bệnh tật
Là một tình trạng bất thường hay khiếm khuyết chức năng của một hay nhiều cơ quan trong cơ thể biểu hiện bằng các triệu chứng hay hội chứng, và có chẩn đoán của bác sĩ.

18. Điều trị nội trú
Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện, phải chữa trị và phải lưu trú để điều trị ít nhất 24 giờ liên tục tại bệnh viện.

19. Tình trạng sức khoẻ
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.

20. 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 bệnh viện hoặc cơ sở y tế hợp pháp mà không phải nằm viện.

21. Dịch vụ ngoại trú Tai nạn khẩn cấp
Khoản tiền bảo hiểm được trả bằng với chi phí thực tế mà bệnh viện hay bác sỹ điều trị thương tật do tai nạn, miễn là việc điều trị được thực hiện trong 48 giờ kể từ lúc tai nạn gây ra thương tật xảy ra, nhưng trong bất cứ trường hợp nào khoản tiền này cũng không được vượt quá khoản tiền bảo hiểm tối đa đã được quy định trước trong Bảng quyền lợi bảo hiểm.

22. Khẩn cấp
Tình trạng mà theo ý kiến của Bác sỹ và/hoặc MSIG là một tình trạng sức khoẻ nguy kịch cần phải điều trị khẩn cấp để tránh tử vong hay ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khoẻ 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.

23. Bác sĩ
Là bác sĩ được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được Pháp luật của đất nước mà nơi điều trị được tiến hành 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 các trường hợp bác sĩ chính là Người được bảo hiểm, hay vợ (chồng) hoặc con của Người được bảo hiểm.

24. Bệnh có sẵn
Bất kỳ tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được bác sỹ chẩn đoán hoặc điều trị trước ngày hiệu lực hoặc ngày khôi phục hiệu lực (gần nhất) của hợp đồng bảo hiểm; hoặc có dấu hiệu/triệu chứng đặc thù khởi phát trong vòng 36 tháng trước ngày hiệu lực hoặc ngày khôi phục hiệu lực (gần nhất) của hợp đồng bảo hiểm mà NĐBH đã biết hoặc ý thức được cho dù NĐBH có thực sự khám, điều trị hay không.

25. Thuốc kê theo đơn
Là những thuốc, dược phẩm được bán và sử dụng theo đơn của Bác sĩ và theo quy định của pháp luật, và không bao gồm thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm, khoáng chất, chế phẩm, thuốc bổ, vitamin không nằm trong danh mục thuốc điều trị của Bộ Y tế. Tuy nhiên, Công ty bảo hiểm sẽ xem xét bồi thường vitamin, với chi phí không lớn hơn chi phí thuốc điều trị, khi thỏa mãn các điều kiện sau:

- Các loại vitamin này được sự chỉ định của Bác sĩ điều trị.
- Hỗ trợ cho việc điều trị ốm đau, bệnh tật, tai nạn.
- Trong toa thuốc phải có thuốc điều trị đi kèm.

26. Chi phí y tế
Là những chi phí y tế phát sinh cần thiết và hợp lý theo chỉ định của bác sĩ, phát sinh khi Người được bảo hiểm phải điều trị ốm đau, bệnh tật, tai nạn, biến chứng thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm.

27. Bệnh đặc biệt
Bệnh ung thư và các loại bệnh liên quan đến u, cao hoặc thấp huyết áp, bệnh tim và mạch máu, viêm loét dạ dày mạn tính hoặc viêm dạ dày, viêm ruột mạn tính, hen suyễn, viêm đa khớp mạn tính, viêm gan mạn tính, viêm nội mạc tử cung, bệnh trĩ, bệnh lao, sỏi trong hệ bài tiết, đục thuỷ tinh thể, viêm xoang, tiểu đường, viêm khớp xương mạn tính, sỏi thận và đường tiết niệu.

28. 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 sĩ nhằm chẩn đoán, chữa trị ốm đau, bệnh tật hoặc thương tật.
Các chi phí chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm, thăm dò chức năng phát sinh trong quá trình khám chữa bệnh để phục vụ mục đích tầm soát, sàng lọc bệnh sẽ không thuộc phạm vi bảo hiểm. Tuy nhiên, MSIG sẽ chi trả các chi phí y tế trên cho lần khám ban đầu của mỗi chẩn đoán khác nhau.

29. Giới hạn lãnh thổ
Nước cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam

30. 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 (nếu có), Bản tóm tắt điều kiện bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm, các Điều khoản bổ sung (nếu có), thẻ bảo hiểm (nếu có) và những giấy tờ liên quan khác.

31. Thời gian chờ
Là khoảng thời gian mà các sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian đó sẽ không được Công ty bảo hiểm chi trả đối với một số quyền lợi bảo hiểm cụ thể. Thời gian 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.

32. Hợp đồng bảo hiểm nhóm
Hợp đồng dành cho một nhóm Người được bảo hiểm (tối thiểu 03 người) và được bảo hiểm cùng một Quyền lợi bảo hiểm, do Công ty, Đoàn thể hoặc tổ chức khác là Bên mua bảo hiểm.

33. 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, thủ thuật/tiểu phẫu ngoại khoa có sử dụng phương pháp gây mê, gây tê thích hợp nhằm mục đích chữa trị. Danh mục phẫu thuật/thủ thuật/tiểu phẫu được áp dụng theo quy định hiện hành của Bộ y tế.
Phẫu thuật bao gồm 02 loại:

a. Phẫu thuật nội trú: là trường hợp phẫu thuật mà Người được bảo hiểm lưu trú tại bệnh viện ít nhất 24 giờ.
b. Phẫu thuật trong ngày: là trường hợp phẫu thuật mà Người được bảo hiểm lưu trú tại bệnh viện dưới 24 giờ.

34. Xét nghiệm chẩn đoán trước khi nhập viện
Những xét nghiệm được bác sỹ yêu cầu, cần thiết phải có để được nhập viện và tiến hành trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện.

35. Chăm sóc thai sản
Việc điều trị trước, trong và sau khi sinh cũng như điều trị do sẩy thai hoặc bất kỳ biến chứng nào phát sinh trong thời gian mang thai dành cho người được bảo hiểm đối với việc sinh đẻ bình thường và phức tạp. Tiền bảo hiểm chỉ được chi trả cho những trường hợp thai sản mà ngày sinh thực tế là ít nhất mười hai (12) tháng sau ngày người được bảo hiểm ký hợp đồng bảo hiểm, hoặc theo thỏa thuận khác được ghi rõ trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

Bảo hiểm thai sản dành cho những phụ nữ trong lứa tuổi từ 18 đến 45.

36. Mất thị lực

Việc mất hoàn toàn thị lực, không thể nhìn thấy bất cứ thứ gì, dẫn đến mù lòa hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng thị giác của một hoặc hai mắt.

37. Mất chi

Việc mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của tay được tính từ cổ tay trở lên; mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của chân được tính từ mắt cá chân trở lên

38. Hạn mức tối đa

Tổng tất cả tiền bảo hiểm mà Người được bảo hiểm được bồi thường trong suốt Thời hạn bảo hiểm ghi trong Chứng nhận bảo hiểm.

39. Cấp tính

Tình trạng bệnh lý, theo ý kiến của bác sĩ, là bệnh khởi phát đột ngột, có khả năng diễn biến nặng, và cần sự điều trị/theo dõi khẩn cấp và không bao gồm Tình trạng sức khỏe nghiêm trọng.

40. Tình trạng sức khỏe nghiêm trọng

Tình trạng sức khỏe nghiêm trọng là tình trạng sức khỏe 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.

PHẦN 2 – QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH

I. QUYỀN LỢI CHI PHÍ Y TẾ

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 ốm đau, bệnh tật, tai nạn, biến chứng thai sản 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 và 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 chỉ liên quan đến việc điều trị y tế của Người được bảo hiểm trong trường hợp ốm đau, bệnh tật, tai nạn, biến chứng thai sản 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 như thỏa thuận trong hợp đồng 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.

STT	Quyền lợi chi phí y tế	
1	*Giới hạn lãnh thổ*	Việt Nam
2	*Hạn mức tối đa cả năm/người*	Chi tiết quyền lợi bảo hiểm và hạn mức bồi thường được đề cập trong trong Hợp đồng bảo hiểm.
3	*Chi phí bệnh viện/ngày, tối đa 90 ngày/năm* - MSIG sẽ chi trả cho các chi phí bệnh viện theo ngày, tối đa là 90 ngày/năm, phát sinh do ốm đau, bệnh tật, tai nạn, bao gồm: • Phòng bệnh và ăn uống • Thuốc kê đơn • Phí bác sĩ • Chi phí xét nghiệm • Các thiết bị y tế khác	
4	*Chi phí chăm sóc đặc biệt/ngày, tối đa 30 ngày/năm* - 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), CCU (Coronary Care Unit) trong quá trình nằm viện. - Giới hạn số ngày Người được bảo hiểm được hưởng quyền lợi này sẽ được ghi rõ trong Hợp đồng bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, số ngày này không vượt quá 30 ngày/năm.	
5	*Chi phí phẫu thuật/năm* - MSIG sẽ chi trả các chi phí y tế liên quan đến một ca phẫu thuật nội trú 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.	
5.1	*Chi phí phẫu thuật trong ngày* - MSIG sẽ chi trả các chi phí y tế liên quan đến một ca 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.	

5.2	*Chi phí phẫu thuật cấy ghép bộ phận cơ thể/suốt đời* - MSIG sẽ chi trả các chi phí phẫu thuật để cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận hoặc tuỷ xương cho Người được bảo hiểm được tiến hành tại một bệnh viện bởi một bác sĩ. - 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 theo Quy tắc bảo hiểm này.	
6	*Điều trị trước nhập viện/năm (trong vòng 30 ngày 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.	
7	*Điều trị sau xuất viện/năm (trong vòng 30 ngày kể từ khi xuất viện)* - Việc thanh toán những chi phí y tế trong một quãng thời gian liên tục không quá 30 ngày ngay sau khi xuất viện, và việc điều trị này được tiến hành hoặc yêu cầu bởi bác sỹ và phát sinh trực tiếp từ việc đã vào bệnh viện chữa trị. Việc điều trị này bao gồm cả việc thăm khám của bác sỹ, kiểm tra bằng các dụng cụ y tế và các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm.	
8	*Dịch vụ ngoại trú tai nạn khẩn cấp* (Hạn mức năm cho bất cứ phương pháp hay việc điều trị nào mà người được bảo hiểm nhập viện điều trị trong ngày do tai nạn)	
9	*Chi phí cấp cứu* - MSIG sẽ thanh toán các khoản chi phí hợp lý cần thiết cho việc vận chuyển và chăm sóc y tế trong quá trình vận chuyển bằng xe cứu thương theo yêu cầu nhằm vận chuyển Người được bảo hiểm trong tình trạng sức khỏe khẩn cấp như định nghĩa trong đây tới bệnh viện gần nhất nơi có các phương tiện chăm sóc y tế đầy đủ trong Giới hạn lãnh thổ của chương trình bảo hiểm.	
10	*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. Giới hạn số ngày Người được bảo hiểm được hưởng quyền lợi này sẽ được ghi rõ trong Hợp đồng bảo hiểm.	
11	*Trợ cấp mai táng* - Trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong, nếu được yêu cầu bởi gia đình của Người được bảo hiểm, MSIG sẽ chi trả số tiền ghi trên Bảng Quyền lợi trong Hợp đồng bảo hiểm.	

II. QUYỀN LỢI TAI NẠN CON NGƯỜI

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.

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)**
1. Tử vong	100%
2. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn: - Người được bảo hiểm bị mất, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của: • Hai tay (tính từ cổ tay trở lên) • Hai chân (tính từ mắt cá chân trở lên) • Một tay (tính từ cổ tay trở lên) và một chân (tính từ mắt cá chân trở lên) • Hai mắt • Một tay (tính từ cổ tay trở lên) và một mắt • Một chân (tính từ mắt cá chân trở lên) và một mắt - Rối loạn tâm thần hoàn toàn và không thể chữa được - Điếc hoàn toàn cả hai tai - Mất chức năng nhai - Mù hoàn toàn - Tổn thương cơ thể từ 81% trở lên	100%
3. Thương tật bộ phận vĩnh viễn	
- Mất hoàn toàn một chi	80%
- Mất hoàn toàn thính lực của hai tai	80%
- Mất hoàn toàn thính lực của một tai	30%
- Mất hoàn toàn năm ngón của một bàn tay	50%
- Mất hoàn toàn một cầu mắt	50%
- Mất hoàn toàn thị lực một mắt	50%
- Mất hoàn toàn bốn ngón tay (không phải ngón cái) của một bàn tay	50%
- Bỏng độ ba và/hoặc dẫn đến biến dạng hơn 40% toàn bộ bên ngoài cơ thể	50%
- Các thương tật vĩnh viễn khác	Tỷ lệ phần trăm được xác định dựa trên xác nhận của cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được doanh nghiệp bảo hiểm, chi nhánh doanh nghiệp bảo hiểm phi nhân thọ nước ngoài chấp thuận.

4. Mất thu nhập	Quyền lợi này chi trả cho trường hợp người được bảo hiểm bị thương tật tạm thời theo 1 trong 2 cách sau, tùy theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận Bảo hiểm: - Trường hợp chọn STBH theo ngày: số tiền được bảo hiểm trong một ngày nhân với số ngày mất thu nhập thực tế. - Trường hợp chọn STBH theo tháng: Lương trong một ngày nhân với số ngày mất thu nhập thực tế. Việc thanh toán khoản bồi thường này trong mọi trường hợp đều không được vượt quá hạn mức quy định trong hợp đồng bảo hiểm.

- 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 liên quan đến việc mất một phần của bộ phận cơ thể đó nữa.

- Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên được xác định dựa trên xác nhận của cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được doanh nghiệp bảo hiểm, chi nhánh doanh nghiệp bảo hiểm phi nhân thọ nước ngoài chấp thuận.

- Việc chứng nhận người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn bộ phận cơ thể (tay, chân hoặc mắt) có thể được thực hiện ngay sau khi sự kiện bảo hiểm xảy ra hoặc sau khi kết thúc việc điều trị.

- Việc chứng nhận bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể hoặc mù hoàn toàn hoặc bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên được thực hiện không sớm hơn 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán.

PHẦN 3 – 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 hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

I. ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

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

- Chi phí khám bệnh.
- Tiền thuốc kê theo 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 (bao gồm nhưng không giới hạn là băng, nẹp) do bác sĩ chỉ định.
- Điều trị bằng các phương pháp trị liệu được công nhận.

II. ĐIỀU TRỊ 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 những chi phí y tế liên quan đến việc điều trị và chăm sóc răng miệng, lên tới hạn mức đã được đề cập trong Hợp đồng bảo hiểm:

a. **Điều trị và chăm sóc răng miệng** (20% đồng chi trả)
   - Kiểm tra tổng thể và chẩn đoán
   - Vệ sinh răng
   - Hàn răng (amalgam hoặc composite)
   - Nhổ răng sâu
   - Nhổ răng mọc lệch, răng chưa nhú
   - Nhổ chân răng
   - Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu)/ lấy cao răng
   - Cắt cuống răng
   - Điều trị ống chân răng
   - Viêm lợi, chảy mủ

b. **Làm răng giả** (50% đồng chi trả)
   - Làm mới hoặc sửa chữa cầu răng, chụp sứ, hàm răng giả

III. CHĂM SÓC THAI SẢN

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

Quyền lợi này chỉ được chi trả sau thời gian chờ 12 tháng kể từ ngày quyền lợi bảo hiểm này bắt đầu được áp dụng, hoặc theo thỏa thuận khác được ghi rõ trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Bản tóm tắt điều kiện bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

a. **Mang thai và biến chứng của thai sản**

   MSIG sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh từ giai đoạn trước khi sinh, hoặc trong khi sinh và cần thiết tới phương pháp sản khoa. Quyền lợi bảo hiểm này cũng dành cho việc phải đẻ mổ do cần thiết về mặt y tế và do sự chỉ định của bác sĩ, không bao gồm đẻ mổ tự nguyện hoặc đẻ mổ cần thiết về mặt y tế do lần sinh trước đó đã lựa chọn đẻ mổ tự nguyện. Những biến chứng của mang thai và sinh con bao gồm nhưng không giới hạn trong những điều sau đây:

   - Sẩy thai hoặc khi thai nhi đã tử vong và vẫn còn với nhau thai trong tử cung

- Sự phát triển những tế bào bất thường của thai tử vong trong tử cung
- Mang thai ngoài tử cung (thai lệch vị trí)
- Chảy máu nhiều trong nhiều giờ, nhiều ngày liền, ngay sau khi sinh con (xuất huyết sau khi sinh)
- Nhau vẫn còn trong tử cung sau khi sinh (nhau màng còn sót)
- Phá thai do điều trị
- Những biến chứng sau đó của bất cứ điều nào ở trên.

b. Mang thai và Sinh thường

MSIG sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc mang thai và 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.

IV. TỬ VONG, THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN DO ỐM ĐAU, BỆNH TẬT, THAI SẢN

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, bệnh tật, thai sản 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.

PHẦN 4 – 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 sẽ không chịu trách nhiệm đối với:

1. Bất kỳ chi phí nào vượt quá mức cần thiết về mặt y tế, hay vượt quá những chi phí thông thường và chi phí hợp lý.
2. Các bệnh có sẵn như đã được định nghĩa. Loại trừ này sẽ không áp dụng trong những trường hợp sau:
   2.1 Bệnh có sẵn đã được khai báo và được MSIG chấp nhận bằng văn bản.
   2.2 Người được bảo hiểm đã tham gia bảo hiểm này được 12 tháng liên tục hoặc theo thỏa thuận khác được ghi rõ trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Bản tóm tắt điều kiện bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.
3. Các bệnh đặc biệt như đã được định nghĩa. Loại trừ này sẽ không áp dụng trong những trường hợp sau:
   3.1 Bệnh đặc biệt đã được khai báo và được MSIG chấp nhận bằng văn bản.
   3.2 Người được bảo hiểm đã tham gia bảo hiểm này được 12 tháng liên tục hoặc theo thỏa thuận
   Trong mọi trường hợp, chi phí y tế cho những bệnh đặc biệt sẽ chỉ được chi trả tới 50% của hạn mức tối đa của hợp đồng.
4. Các dịch vụ hoặc chế độ điều trị tại nhà, spa, nhà an dưỡng, nhà điều dưỡng hoặc cơ sở chăm sóc sức khoẻ dài hạn mà không phải là Bệnh viện như đã được định nghĩa.
5. Điều trị ở những nước mà không thuộc trong giới hạn lãnh thổ được bảo hiểm.
6. Không khoản tiền bảo hiểm nào được trả cho những điều trị bệnh khác được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Bản tóm tắt điều kiện bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, hay dịch vụ y tế mà bệnh viện cung cấp miễn phí cho người được bảo hiểm.
7. Những xét nghiệm y tế hay kiểm tra sức khoẻ định kỳ, kiểm tra mắt và tai thông thường, tiêm chủng, giấy chứng nhận sức khoẻ, xét nghiệm để chứng minh đủ khả năng làm việc hoặc để đi du lịch, kính đeo mắt, kính áp tròng hay máy trợ thính.
8. Các bộ phận giả, các thiết bị chỉnh sửa và các dụng cụ y tế không cần thiết về mặt phẫu thuật.
9. Dịch vụ ngoại trú thông thường, ngoại trừ dịch vụ ngoại trú tai nạn khẩn cấp. Điểm loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi tùy chọn 'Điều trị ngoại trú'
10. Phẫu thuật thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình trừ khi là phẫu thuật tái tạo lại, cần thiết để chữa trị thương tật do tai nạn mà xảy ra trong thời gian bảo hiểm được quy định trong Chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm hoặc bất kỳ thời điểm nào sau đó mà hợp đồng bảo hiểm đã được gia hạn.
11. Tất cả những việc điều trị nha khoa. Điểm loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi tùy chọn "Điều trị nha khoa".
12. Việc mang thai hoặc những biến chứng của nó, việc sinh nở, sẩy thai, chăm sóc trước và sau khi sinh trừ khi được chấp nhận bởi Công ty bảo hiểm bằng văn bản (theo quyền lợi tùy chọn "Chăm sóc thai sản"), những khuyết tật khi sinh, bệnh bẩm sinh hay di truyền và việc kiểm soát sinh đẻ.
13. Bất kỳ việc điều trị hay xét nghiệm nào liên quan tới những bệnh lây truyền qua đường tình dục, Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), bất kỳ triệu chứng phức tạp nào liên quan đến AIDS (ARCS) và bất cứ bệnh tật nào liên quan đến virus HIV.
14. Việc điều trị tất cả những bệnh tâm lý và rối loạn tâm thần.
15. Chấn thương tự gây ra, tự tử cho dù trong tình trạng tỉnh táo hoặc bị tâm thần.
16. 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.
17. Tham gia các hoạt động hàng không ngoại trừ trường hợp đi máy bay với tư cách là một hành khách mua vé trả tiền trên một hãng máy bay hoặc dịch vụ hàng không đăng ký hợp pháp.

18. Chiến tranh (được hay không được tuyên bố), bạo động, xâm lược, hành động của các thế lực thù địch nước ngoài, các hoạt động chiến tranh và thù địch, nội chiến, khởi nghĩa, chấn động trong dân sự gây ra bạo loạn, bạo loạn quân sự, phiến loạn, tiếm quyền hay quân đội hoặc bất cứ hành động nào của bất cứ người nào làm hoặc nhân danh hoặc có liên quan tới bất cứ tổ chức nào được định hướng trực tiếp tới việc lật đổ chế độ hoặc gây ảnh hưởng tới bất cứ chính quyền hay tổ chức cầm quyền nào bằng vũ lực, khủng bố hay bạo lực.
19. Chấn thương gây ra do phân hạch hay nóng chảy hạt nhân, hoặc nhiễm phóng xạ.
20. Bất kỳ sự vi phạm luật pháp nào của người được bảo hiểm hoặc sự tấn công nào mà khơi nguồn từ người được bảo hiểm, trừ khi những hành động này nhằm mục đích cứu người và tài sản hoặc tự vệ.
21. 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.
22. Việc điều trị chứng nghiện bia rượu hoặc lạm dụng chất kích thích và bất cứ chấn thương hay việc ốm đau nào được gây ra trực tiếp hay gián tiếp bởi ảnh hưởng của bia rượu hay chất kích thích.
23. Liên quan đến quyền lợi Tai nạn con người, sẽ không có khoản tiền bảo hiểm nào được chi trả cho những trường hợp thương tật do ốm đau hoặc bệnh tật do ngộ độc hoặc hít phải khí độc.

PHẦN 5 – 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, đủ từ 12 tháng tuổi cho tới tối đa là 65 tuổi, tâm thần ổn định và không bị thương tật vĩnh viễn 50% hoặc cao hơn. Người được bảo hiểm cũng không được rời khỏi Việt Nam hơn một trăm tám mươi (180) ngày liên tiếp trong mỗi thời hạn bảo hiểm.

Điều kiện bảo hiểm cụ thể khác phải được sự chấp thuận bằng văn bản của MSIG, và phải được ghi rõ trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Bản tóm tắt điều kiện bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm.

2. Hiệu lực và tái tục hợp đồng

Hợp đồng bảo hiểm bao gồm Bản yêu cầu bảo hiểm (nếu có), Giấy chứng nhận sức khoẻ lúc tham gia bảo hiểm (nếu có), Bản tóm tắt điều kiện điều khoản bảo hiểm, hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm và Quy tắc bảo hiểm này, và các sửa đổi bổ sung (nếu có), tất cả đều được xem như là một tài liệu thống nhất.

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.

Trừ khi có thỏa thuận khác được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm/Bản tóm tắt quyền lợi bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm, 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, bệnh Cấp tính.
- 60 ngày đối với trường hợp sẩy thai, nạo thai theo chỉ định của bác sĩ, điều trị biến chứng thai sản được quy định tại quyền lợi Chăm sóc Thai sản.
- 1 năm đối với sinh đẻ.
- 1 năm đối với bệnh đặc biệt, bệnh mạn tính, bệnh có sẵn.

Đối với các sự kiện bảo hiểm phát sinh do nguyên nhân Tai nạn, thời gian chờ sẽ không áp dụng.

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.

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 15 ngày kể từ ngày định huỷ bỏ.

- Nếu Người được bảo hiểm không còn tham gia bảo hiểm này thông qua Công ty/ tổ chức đứng tên Hợp đồng bảo hiểm và người đại diện có yêu cầu chấm dứt bảo hiểm cho Người được bảo hiểm đó 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, Người được bảo hiểm đó chưa có yêu cầu bồi thường nào phát sinh.
- 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.
- 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.

3. Kiểm tra sức khỏe

Công ty bảo hiểm có quyền và cơ hội thông qua đại diện y tế của mình để kiểm tra người được bảo hiểm bất kỳ lúc nào và theo số lần hợp lý được yêu cầu trong thời gian giải quyết bất kỳ bồi thường bảo hiểm nào. Ngoài, công ty bảo hiểm có quyền yêu cầu khám nghiệm tử thi trong trường hợp qua đời, miễn là việc đó được sự cho phép của pháp luật và tập quán, tín ngưỡng.

4. Phí bảo hiểm ngắn hạn

Khoản phí bảo hiểm ngắn hạn sẽ được tính như sau:

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

5. Thông báo uỷ thác hoặc chuyển nhượng

Công ty bảo hiểm không bị ràng buộc phải chấp nhận bảo hiểm hoặc bị ảnh hưởng bởi bất kỳ thông báo uỷ thác, cầm cố, quyền lưu giữ, chuyển nhượng hoặc thông báo nào khác liên quan tới Hợp đồng này.

6. Quyền lợi bồi thường cho tai nạn con người

Tiền bồi thường sẽ không được chi trả cho nhiều hơn một trong các sự kiện được bảo hiểm từ quyền lợi 1 đến 3 đối với cùng một thương tật. Quyền lợi được bảo hiểm 4 được trả riêng biệt với những sự kiện được bảo hiểm đã được đề cập ở trên đối với cùng một thương tật.

Nếu như xảy ra một trong các sự kiện được bảo hiểm từ quyền lợi 2 đến 3, những hạng mục dành cho người được bảo hiểm trong mục Quyền lợi chi phí y tế sẽ bị chấm dứt.

Việc bảo hiểm tai nạn con người không được mua riêng, mà người được bảo hiểm phải mua thêm cả Quyền lợi Chi phí y tế.

7. 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 Công ty bảo hiểm sẽ không vượt quá Hạn mức bồi thường theo sự kiện của hợp đồng là 125 tỷ Việt Nam Đồng tổng mức tiền bồi thường phải trả cho những người được bảo hiểm, tuỳ thuộc khoản nào ít hơn;

a. Tất cả người được bảo hiểm đi cùng trên một máy bay hoặc một phương tiện vận tải đường bộ hoặc tàu thuỷ. Nếu như tổng số tiền của toàn bộ các yêu cầu bồi thường của tất cả những người được bảo hiểm đi trên cùng một phương tiện vận tải vượt quá Hạn mức bồi thường theo sự kiện của Hợp đồng, thì trách nhiệm thanh toán của Công ty bảo hiểm đối với mỗi

một người được bảo hiểm sẽ tính theo tỷ lệ phần trăm trên Quyền lợi bảo hiểm được thanh toán cho người được bảo hiểm đó.

b. Toàn bộ khiếu nại đòi bồi thường theo Hợp đồng phát sinh từ sự một sự cố bệnh dịch lây nhiễm. Một sự cố bệnh dịch lây nhiễm sẽ được định nghĩa là mọi tổn thất phát sinh từ dịch bệnh lây nhiễm tương tự hoặc các dịch bệnh lây nhiễm liên quan (trong đó bao gồm, không giới hạn, một dịch bệnh phát sinh từ một dịch bệnh khác do sự đột biến hay phân chia lại); với điều kiện là các bệnh dịch lây nhiễm được định nghĩa này phải được thông báo hoặc cách ly theo quy định của tổ chức y tế thế giới (WHO) hoặc các cơ quan Y tế của Việt Nam hay chính phủ Việt nam tại nơi các tổn thất trên đây được công bố.

8. 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.

9. Các tài liệu phục vụ giải quyết bồi thường

Khi yêu cầu bồi thường, Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm phải gửi cho MSIG 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 tử vong:

a. Giấy yêu cầu bồi thường (theo mẫu của MSIG).
b. 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).
c. 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.
d. Giấy chứng tử, Giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (trường hợp Người được bảo hiểm tử vong).
e. Nếu bác sĩ điều trị giới thiệu Người được bảo hiểm tới một bác sĩ chuyên khoa khác thì Người được bảo hiểm cần bổ sung 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.

10. Tăng/giảm Người được bảo hiểm

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).

11. Giải quyết bồi thường và các thủ tục pháp lý

Thời gian xử lý yêu cầu đòi bồi thường của Công ty bảo hiểm là 15 ngày kể từ ngày Công ty nhận được đầy đủ giấy tờ Chứng minh đòi bồi thường.

Bất cứ bất đồng nào về nhận định y khoa liên quan đến việc điều trị tai nạn hay ốm đau hay phần trăm thương tật mà chưa được quy định rõ sẽ được tham chiếu đến Hội đồng thẩm định y khoa.

Sau hai năm kể từ ngày xảy ra vụ việc thì Công ty bảo hiểm sẽ không phải chịu bất cứ ràng buộc pháp lý nào nữa liên quan đến vụ việc đó.
Các bên dưới đây thống nhất rằng Luật pháp nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam sẽ chi phối và áp dụng trong trường hợp có bất cứ bất đồng hay tranh cãi nào giữa hai bên liên quan đến Hợp đồng này, và các bên phải đệ trình lên hệ thống toà án chuyên trách của nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam để giải quyết những bất đồng hay tranh cãi đó.

12. Nghĩa vụ của người được bảo hiểm

Người được bảo hiểm phải thông báo tới Công ty bảo hiểm sớm nhất có thể trong vòng 30 ngày về:

a. Bất cứ thay đổi nào về địa chỉ, nghề nghiệp hay việc làm
b. Bất cứ chấn thương, bệnh tật, khuyết tật hay thể trạng yếu mà người được bảo hiểm mắc phải.
c. Bất cứ hợp đồng bảo hiểm nào khác mà Người được bảo hiểm mua bảo hiểm cho tai nạn hay thương tật.

Việc không thông báo của người được bảo hiểm sẽ là cơ sở để Công ty bảo hiểm, trong trường hợp có yêu cầu đòi bồi thường, từ chối yêu cầu đòi bồi thường đó hoặc, tuỳ ý mình điều chỉnh các khoản tiền bồi thường bảo hiểm nếu như những thay đổi đó làm ảnh hưởng tới việc có thể bảo hiểm được hay không.

13. 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.

PHẦN 6 – ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG

(Đính kèm và là một phần không thể tách rời của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm)

Các điều khoản bổ sung (nếu có) chỉ có hiệu lực nếu được nêu trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc Hợp đồng bảo hiểm.