



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

QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE NEW FLEXI

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 hoặc Người được 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

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 hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm và xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm.

10. 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.

11. 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.

12. 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.

13. 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.

14. Mạn tính

Tình trạng bệnh lý, theo ý kiến của bác sỹ, 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.

15. 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.

16. Mức miễn bồi thường

Là số tiền cố định mà Người được bảo hiểm phải tự chịu trách nhiệm chi trả trước khi bắt cứ quyền lợi bảo hiểm nào được thanh toán, được quy định chi tiết trong Hợp đồng bảo hiểm.

17. Di tật bẩm sinh

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

18. Điều trị trong ngày

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

19. Người phụ thuộc

Chồng/vợ (ngoại trừ những người đã li dị) và/hoặc con, bao gồm con ngoài giá thú, con riêng, 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 15 ngày 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.

20. 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.

21. 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 sỏi khoáng 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 bác sĩ theo dõi liên tục.

22. 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 dừng 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.

23. 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 viện, ra viện vẫn sẽ được chấp nhận. Đơn vị ngày nằm viện được tính bằng ngày ra viện – ngày nhập viện hoặc theo đơn vị giường nằm tùy theo số nào thấp hơn.

24. 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, có chẩn đoán của bác sĩ và cần thiết phải điều trị y tế.

25. Điều trị nội trú

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

26. 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 hoặc nước sở tại. 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.
- n. Phẫu thuật trong ngày: là trường hợp phẫu thuật mà Người được bảo hiểm lưu trú tại bệnh viện dưới 24 giờ.

27. 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.

28. 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.

29. 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.

30. 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.

31. Bệnh có sẵn

Bất kỳ tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được bác sĩ 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.

32. 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, thuốc hỗ trợ điều trị với chi phí không lớn hơn chi phí thuốc điều trị, khi thỏa mãn các điều kiện sau:

- Các loại vitamin, thuốc hỗ trợ điều trị này theo 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.

33. 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.

34. Tình trạng nguy kịch (khẩn cấp)

Là tình trạng mà theo ý kiến của bác sĩ 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.

35. 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

Chi tiết về bệnh đặc biệt sẽ được nêu rõ tại Phụ lục về bệnh đặc biệt (nếu có).

36. Giới hạn chi tiết (Giới hạn phụ)

Là giới hạn bồi thường tối đa cho mỗi hạng mục được quy 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.

37. 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.

38. Phạm vi lãnh thổ

Là phạm vi lãnh thổ như quy 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.

39. Hợp đồng Bảo hiểm

Là thoả 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 (hoặc 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.

40. 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.

41. 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.

42. 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.

43. Lần khám

Là một lần người bệnh được bác sĩ thăm khám lâm sàng, thực hiện các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh hay các thủ thuật thăm dò khác và/hoặc sử dụng thuốc điều trị theo chỉ định của bác sĩ tại cơ sở y tế hợp pháp nhằm mục đích chẩn đoán bệnh hoặc thương tật và điều trị, không phụ thuộc lần khám kết thúc trong một hay nhiều ngày.

Giới hạn chi tiết cho lần khám (nếu có áp dụng) sẽ được quy định chi tiết trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

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 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 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 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. 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 tối đa theo chi phí phòng tiêu chuẩn 1 giường đơn (không chi trả chi phí phòng bao, phòng VIP và các loại phòng tương đương) trong quá trình điều trị nội trú và điều trị trong ngày của Người được bảo hiểm, bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn điều trị (tức là do bệnh viện cung cấp theo tiêu chuẩn phòng nằm của bệnh viện).

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), 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 150 ngày/năm.

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 kê theo đơn 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) Tiêm truyền tĩnh mạch;
- g) 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 1 lần cho 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 đơn thuốc ra viện và 1 lần điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sĩ cho bệnh hay thương tật Người được bảo hiểm đã phải điều trị nằm viện, bao gồm: chi phí tái khám, xét nghiệm, chi phí thuốc và được thực hiện hoặc sử dụng 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.

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.

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 quy 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 quy 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 tử vong, 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.

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 150 ngày/năm.

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 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.

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:

- Khám và chẩn đoán bệnh.
- Lấy cao răng.
- Trám răng bằng các chất liệu thông thường (amalgam hoặc composite; hoặc các phương pháp với chi phí tương đương amalgam hoặc composite).
- Nhổ răng sâu.
- Nhổ những răng bị ảnh hưởng, răng bị phù nướu hoặc không thể mọc được.

- Nhổ chân răng.
- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nước).
- Phẫu thuật cắt chóp răng.
- Chữa tủy răng.
- Viêm nướu, viêm nha chu.

3. Thai sản

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

Quyền lợi này chỉ được chi trả sau thời gian chờ là 270 ngày 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 tử vong 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, 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.

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.

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: 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 và vĩnh viễn cả hai tai - Mất chức năng nhai - Mù hoàn toàn	100%
Thương tật bộ phận vĩnh viễn: - Điếc hoàn toàn và vĩnh viễn một tai - Mất tiếng hoàn toàn (câm) - Mất hoàn toàn và vĩnh viễn thị lực của một mắt	20% 50% 50%
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	50% 50% 10% 03% 02% 25% 10% 15% 10% 08% 25%
Trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn của chi không được ghi trong bảng này	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.



- 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.
- 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.

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 sẽ 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 (hoặc khoảng thời gian khác nếu Điều khoản Hủy bỏ/Điều chỉnh thời gian chờ được áp dụng).
2. Những bệnh đặc biệt như định nghĩa sẽ bị loại trừ trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm (hoặc trong khoảng thời gian khác nếu Điều khoản Hủy bỏ/Điều chỉnh thời gian chờ được áp dụng) dù điều khoản loại trừ bệnh có sẵn có áp dụng hay không. Loại trừ này sẽ không áp dụng đối với:
 - 2.1. Bệnh đặc biệt đã được khai báo và được MSIG chấp nhận bằng văn bản.
 - 2.2. Những trường hợp đã tham gia theo chương trình bảo hiểm này được 12 tháng liên tục (hoặc khoảng thời gian khác nếu Điều khoản Hủy bỏ/Giảm thời gian chờ được áp dụng).
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, việc tiêm chủng, vắc xin và thuốc chủng ngừa (ngoại trừ tiêm vắc xin sau tai nạn), kiểm tra mắt thông thường, kiểm tra thính giác thông thường, tất cả các tật khúc xạ tự nhiên của mắt (bao gồm nhưng không giới hạn cận thị, viễn thị, loạn thị, v.v.), bất kỳ điều trị hoặc/và 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 tùy chọn “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 Thai sản, ngoại trừ những biến chứng về thai sản do nguyên nhân tai nạn. Điểm loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi tùy chọn “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 chỉ trả các chi phí y tế cho lần khám ban đầu nếu Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi tùy chọn “Điều trị ngoại trú” và cho các trường hợp điều trị Cấp tính nội trú.
13. Điều trị suy thận mạn 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.
17. Người được bảo hiểm thực hiện một trong những việc sau:
 - Người được bảo hiểm không đủ điều kiện điều khiển phương tiện, bao gồm việc điều khiển phương tiện giao thông không có giấy phép lái xe hợp lệ (đối với loại xe bắt buộc phải có giấy phép lái xe).
 - Đua xe (hợp pháp hoặc bất hợp pháp).
 - Xe đi vào đường cấm, khu vực cấm hoặc vượt xe trong đường cấm vượt.
 - Đi ngược chiều của đường một chiều hoặc của đường hai chiều có dây phân cách cứng.
 - Vượt đèn đỏ hoặc không chấp hành theo hiệu lệnh của người điều khiển giao thông.
 - Xe đi đêm không có đèn chiếu sáng theo quy định; xe vượt quá tốc độ quy định.
 - Không đội mũ bảo hiểm (đối với người điều khiển xe máy); không thắt dây an toàn (đối với người điều khiển xe ô tô); sử dụng điện thoại khi đang điều khiển phương tiện giao thông.
 - Có nồng độ cồn (vượt quá trị số bình thường của Bộ Y Tế), ma túy, hoặc chất kích thích khi điều khiển phương tiện giao thông.
 - Vi phạm luật hình sự.

() Lưu ý:*

Công ty không loại trừ các tai nạn xảy ra do lỗi thiếu chú ý quan sát hoặc không giữ khoảng cách an toàn với phương tiện phía trước, trừ khi có bằng chứng cho thấy hành vi đó là cố ý hoặc cấu thành lỗi nghiêm trọng theo kết luận của cơ quan chức năng.

18. 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.
19. 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.
20. Chấn thương tự gây ra, tự tử cho dù trong tình trạng tinh táo hoặc bị tâm thần.
21. Những rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ.
22. 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.

23. 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 thể 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.
24. 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.
25. 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.
26. Các dịch vụ điều trị ngoại trú trừ những điều trị ngoại trú khẩn cấp phát sinh do tai nạn. Điểm loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi tùy chọn "Điều trị Ngoại trú".
27. Điều trị ngoài phạm vi lãnh thổ của chương trình bảo hiểm đã được lựa chọn và kê khai trên Hợp đồng bảo hiểm.
28. MSIG không chịu trách nhiệm trả tiền bảo hiểm cho tai nạn do hậu quả của việc 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
 - Môn nhào lặn trên không

PHẦN 4 – CÁC ĐIỀU KHOẢN CHUNG

1. Điều kiện tham gia bảo hiểm

Tùy theo sự chấp thuận bằng văn bản của MSIG, 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, 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.

Trẻ em có thể đăng ký bảo hiểm từ 15 ngày tuổi tính từ ngày sinh hoặc ngày xuất viện, tùy theo ngày muộn hơn.

2. Hiệu lực và Tái tục hợp đồng

2.1. Thời gian chờ

Trừ khi có thỏa thuận khác được quy định trên 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 được quy định trên Giấy chứng nhận bảo hiểm:

- 30 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường, bệnh Cấp tính.
- 60 ngày đối với trường hợp sảy thai, nạo thai theo chỉ định của bác sĩ, điều trị biến chứng thai sản được quy định tại mục a) - Quyền lợi Thai sản.
- 90 ngày đối với bệnh mạn tính, bệnh đặc biệt.
- 270 ngày đối với sinh đẻ.
- 365 ngày đối với bệnh có sẵn.

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

- 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 Người được bảo hiểm trở lên không áp dụng thời gian chờ nói trên nếu được MSIG chấp nhận bằng văn bản. Theo đó, nếu Người được bảo hiểm phải điều trị biến chứng thai sản trước 60 ngày hoặc sinh đẻ trước 270 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 270 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 thỏa 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 vào hoặc trước ngày hiệu lực bảo hiểm (hoặc thời hạn thỏa thuận thanh toán phí bảo hiểm theo quy định của pháp luật).

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 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.

+ 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 yêu cầu bồi thường nào phát sinh trong thời gian bảo hiểm và MSIG sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại.

+ Nếu MSIG yêu cầu huỷ bỏ Hợp đồng, MSIG sẽ hoàn trả toàn bộ phí bảo hiểm của thời gian còn lại cho dù có yêu cầu bồi thường phát sinh 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 kỳ 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.

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 thỏa thuận trong hợp đồng.
- b) Giảm số tiền bảo hiểm đã thỏa 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, trừ khi có thỏa thuận khác bằng văn bản.

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 tử vong 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, thế 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 Bên mua 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.

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

Trường hợp những Người được bảo hiểm đi cùng trên một máy bay hoặc một phương tiện vận tải đường bộ hoặc tàu thủy hoặc bất kỳ một phương tiện vận tải nào khác, 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.

PHẦN 5 – QUY TRÌNH BỒI THƯỜNG

I. NGUYÊN TẮC CHUNG

1. Bằng 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 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.

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 căn cước công 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 Tồn 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:

Từ vong, thương tật, tồn thất, thiệt hại, tình trạng phá hoại, bất kỳ trách nhiệm pháp lý nào, chi phí hoặc khoản chi bao gồm tồn 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 tồn 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 phân 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.



PHẦN 7 – 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.