MIC

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Số: 2427 /2022/QĐ-MIC

Hà Nội, ngày 30 tháng 12 năm 2022

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Quy tắc Bảo hiểm sức khỏe toàn diện

TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM QUÂN ĐỘI

Căn cứ Giấy phép thành lập và hoạt động số 43 GP/KDBH ngày 08/10/2007 của Bộ Tài chính và các Giấy phép điều chỉnh của Bộ Tài chính ;

Căn cứ Điều lệ tổ chức và hoạt động của Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Quân đội (MIC) ;

Căn cứ theo Công văn số 13872/BTC-QLBH ngày 29 tháng 12 năm 2022 của Bộ Tài chính về việc phê chuẩn sản phẩm Bảo hiểm sức khỏe toàn diện ;

Theo đề nghị của Phòng Phát triển sản phẩm - Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Quân đội

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1: Ban hành kèm theo Quyết định này "Quy tắc Bảo hiểm sức khỏe toàn diện".

Điều 2: Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký.

Điều 3: Ban Tổng giám đốc, Giám đốc các Khối, Trưởng Phòng các phòng thuộc Hội sở MIC, Giám đốc các đơn vị thành viên và các tổ chức, cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:
- Như Điều 3;
- HĐQT, BKS (để b/c);
- Ban TGĐ ;
- Lưu: VPHĐQT, PTSP

TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM QUÂN ĐỘI

S.G.P: 43 - C.T.C.P - TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM QUÂN ĐỘI - Q. ĐỐNG ĐA - TP. HÀ NỘI

PHÓ TỔNG GIÁM ĐỐC THƯỜNG TRỰC
KIÊM CHỦ TỊCH ỦY BAN ĐIỀU HÀNH

Đinh Như Tuynh

MIC

QUY TẮC
BẢO HIỂM SỨC KHỎE TOÀN DIỆN

(Ban hành kèm theo Quyết Định số: 2427 2022/QĐ – MIC ngày .30.../ 12./2022 của Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Quân Đội)

MỤC LỤC

PHẦN I - QUY ĐỊNH CHUNG 2
Điều 1. Định nghĩa 2
Điều 2. Hợp đồng bảo hiểm, thời hạn và hiệu lực bảo hiểm và thời gian chờ 8
Điều 3. Phí bảo hiểm và số tiền bảo hiểm 9
Điều 4. Đối tượng và điều kiện được tham gia bảo hiểm 10
Điều 5. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm 10
PHẦN II. CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM 11
Điều 6. Quyền lợi bảo hiểm 11
PHẦN III. LOẠI TRỪ VÀ GIỚI HẠN BẢO HIỂM 14
Điều 7. Các điểm loại trừ và giới hạn bảo hiểm 14
PHẦN IV. QUY ĐỊNH VỀ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM 17
Điều 8. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm 17
Điều 9. Hồ sơ yêu cầu chi trả tiền bảo hiểm 17
Điều 10: Thủ tục trả tiền bảo hiểm và bảo lãnh 18
PHẦN V. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN 20
Điều 11. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm 20
Điều 12. Quyền và nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm 20
PHẦN VI. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP 21
Điều 14. Luật áp dụng 21
Điều 15. Giải quyết tranh chấp 21
Điều 16. Thời hiệu khởi kiện 21

PHẦN I - QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Định nghĩa

1. Doanh nghiệp bảo hiểm: là Tổng công ty Cổ phần Bảo hiểm Quân Đội và các Công ty thành viên được thành lập, tổ chức và hoạt động theo pháp luật Việt Nam, sau đây được gọi là MIC.

2. Người được bảo hiểm: là cá nhân có tính mạng, tình trạng sức khỏe được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đã hoàn thành việc kê khai Giấy yêu cầu bảo hiểm và hiệu lực bảo hiểm đã được xác nhận.

3. Bên mua bảo hiểm: là tổ chức, cá nhân giao kết hợp đồng bảo hiểm với MIC và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng. Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo quy định của pháp luật.

4. Người phụ thuộc: là vợ, chồng, con đẻ, con nuôi hợp pháp của Người được bảo hiểm. Con của Người được bảo hiểm có độ tuổi từ 15 ngày tuổi đến 18 tuổi hoặc đến 23 tuổi nếu đang theo học các khóa học dài hạn và chưa kết hôn, kể từ ngày có hiệu lực bảo hiểm hoặc ngày tái tục bảo hiểm tiếp theo. Tất cả những người phụ thuộc phải có tên trong danh sách yêu cầu được bảo hiểm.

5. Người thụ hưởng: là tổ chức, cá nhân được Bên mua bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Trường hợp Người thụ hưởng đồng thời là Người được bảo hiểm, khi xảy ra sự kiện bảo hiểm dẫn đến Người được bảo hiểm tử vong hoặc không có đủ năng lực hành vi dân sự, MIC sẽ giải quyết theo các quy định của Bộ luật dân sự về đại diện và thừa kế.

6. Tuổi được bảo hiểm: là tuổi của Người được bảo hiểm vào ngày có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm tính theo lần sinh nhật liền trước ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm. Nếu năm nào không có ngày sinh nhật thì ngày cuối cùng của tháng sẽ được coi là ngày sinh nhật của Người được bảo hiểm trong năm đó.

7. 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. Trong mọi trường hợp, tổng số tiền bồi thường các giới hạn phụ chi tiết không vượt quá số tiền bảo hiểm.

8. Bảng quyền lợi bảo hiểm: là bảng chương trình bảo hiểm được nêu trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm thể hiện giới hạn tối đa cho từng quyền lợi tương ứng mà MIC chi trả cho Người được bảo hiểm.

9. Phạm vi địa lý: phạm vi địa lý được bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này là lãnh thổ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam, và/hoặc các quốc gia, cùng lãnh thổ khác và được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Phạm vi địa lý được áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong, tai nạn, ốm đau, bệnh tật và những chi phí điều trị y tế liên quan phát sinh trong lãnh thổ Việt Nam trừ trường hợp khác được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

10. Ốm đau, bệnh tật: là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của một bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường được biểu hiện bằng các triệu chứng hay hội chứng có chẩn đoán của Bác sỹ.

11. Tai nạn: là sự kiện hoặc chuỗi sự kiện liên tục, bất ngờ hay không lường trước được, gây ra bởi một lực từ bên ngoài, xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm, được

diễn ra trong thời hạn bảo hiểm và là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất, không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác dẫn đến thương tật hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm.

12. Phương pháp hỗ trợ thụ thai: là việc sử dụng kỹ thuật y khoa để tăng số lượng trứng trong quá trình rụng trứng hoặc để hỗ trợ thụ tinh giữa tinh trùng và trứng, làm tăng khả năng thụ thai. Hình thức này bao gồm nhưng không giới hạn ở phương pháp bơm tinh trùng vào buồng trứng tử cung (IUI), thụ tinh trong ống nghiệm (IVF), tiêm tinh trùng trực tiếp vào noãn để tạo phôi (ICSI) hoặc sử dụng bất kỳ hình thức điều trị nào để thúc đẩy hoặc kích thích sự rụng trứng.

13. Thương tật bộ phận vĩnh viễn: là tình trạng của Người được bảo hiểm do nguyên nhân duy nhất là tai nạn làm cho Người được bảo hiểm vĩnh viễn mất đi chức năng hoạt động của một hay nhiều bộ phận cơ thể do hậu quả của việc bị cắt cụt (mất) hoặc liệt hoàn toàn và vĩnh viễn bộ phận đó. MIC chỉ bảo hiểm cho các Thương tật bộ phận vĩnh viễn được liệt kê trong Phụ lục 01 – Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật đính kèm.

Trừ trường hợp mất bộ phận cơ thể, tình trạng thương tật bộ phận vĩnh viễn nêu trên phải:

a) Được cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương trở lên giám định; và,

b) Việc giám định và xác nhận như quy định tại điểm a) khoản này chỉ được thực hiện sau 180 ngày liên tục tính từ ngày kết thúc điều trị tai nạn gây nên thương tật đó.

14. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn: là tình trạng:

a) Người được bảo hiểm bị mất toàn bộ hoặc liệt hoàn toàn mà không thể phục hồi được chức năng của các bộ phận được quy định tại Phụ lục 01 – Bảng tỉ lệ trả tiền thương tật đính kèm;

b) Người được bảo hiểm bị thương tật vĩnh viễn từ 81% trở lên.

Trừ trường hợp mất bộ phận cơ thể, tình trạng thương tật toàn bộ vĩnh viễn áp dụng tại điểm a) và điểm b) khoản này phải:

i) Được cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương trở lên giám định; và

ii) Việc giám định như quy định tại tiết i) điểm này chỉ được thực hiện sau 104 tuần liên tục tính từ ngày kết thúc điều trị tai nạn hoặc ốm đau, bệnh tật gây nên thương tật đó.

15. Bệnh đặc biệt: bao gồm các bệnh như liệt kê dưới đây:

- Bệnh hệ thần kinh: các bệnh viêm hệ thần kinh trung ương (não), teo hệ thống ảnh hưởng lên hệ thần kinh trung ương (bệnh Huntington, mất điều hòa (thất điều), teo cơ cột sống và hội chứng liên quan), rối loạn vận động ngoài tháp (Pakinson, rối loạn trương lực cơ, rối loạn vận động và ngoại tháp khác), Alzeimer, hội chứng Apalic/mất trí nhớ, động kinh, hôn mê, các bệnh bại não và hội chứng liệt khác;

- Bệnh hệ hô hấp: bệnh suy hô hấp mãn tính, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi;

- Bệnh hệ tuần hoàn: bệnh tim, tăng/cao huyết áp, tăng áp lực động mạch vô căn, các bệnh mạch máu não, đột quỵ và các hậu quả/di chứng của bệnh này;

- Bệnh hệ tiêu hóa: viên gan A, B, C, xơ gan, suy gan, sỏi mật;

- Bệnh hệ tiết niệu: bệnh của cầu thận, ống thận, sỏi thận và niệu quản, sỏi đường tiết niệu dưới, suy thận, hội chứng thận hư;

- Bệnh hệ nội tiết: rối loạn tuyến giáp, đái tháo đường và nội tiết tuyến tụy, tuyến thượng thận, rối loại các tuyến nội tiết khác;

- Bệnh khối U: khối U/bướu lành tính các loại, ung thư, polyp các loại;

- Bệnh của máu: rối loạn đông máu, rối loạn chức năng của bạch cầu đa trung tính, bệnh liên quan mô lưới bạch huyết và hệ thống lưới mô bào, ghép tủy;

- Bệnh của da và mô liên kết: bệnh Lupus ban đỏ, xơ cứng bì toàn thân, xơ cứng rải rác, xơ cứng biểu bì tiến triển/cột bên teo cơ, loạn dưỡng cơ và biến chứng của bệnh này, Penphygus, vẩy nến, mề day dị ứng mãn (có điều trị bằng kháng nguyên của nước ngoài);

- Bệnh hệ mạch: viêm tĩnh mạch và viêm tắc/nghẽn tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch chi dưới, hội chứng ống cổ tay, mạch/hạch bạch huyết, trĩ;

- Bệnh hệ cơ, xương, khớp: viêm khớp/đa khớp mãn tính, bệnh thoái hóa cột sống, thân đốt sống, thoát vị đĩa đệm, rối loạn mật độ và cấu trúc xương, bệnh gout, các bệnh thoái hóa khớp, loãng xương.

16. Bệnh/thương tật có sẵn: là bất kỳ một tình trạng bệnh/thương tật có từ trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm mà Người được bảo hiểm:

- Đã phải điều trị trong vòng ba (03) năm trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm; hoặc,

- Đã được chẩn đoán, đã xảy ra hoặc đã xuất hiện các triệu chứng mà Người được bảo hiểm đã khám hoặc điều trị triệu chứng đó.

17. Dị tật bẩm sinh: là bất kỳ bệnh nào được hình thành trên thai nhi trong quá trình mang thai của người mẹ dưới tác động của yếu tố môi trường lên sự phát triển của thai nhi và có thể được cơ quan y tế mô tả dưới nhiều tên gọi khác nhau như "bệnh bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, khuyết tật bẩm sinh và bất thường của nhiễm sắc thể". Việc xác định dị tật bẩm sinh phải theo kết luận của Bác sỹ.

18. Bệnh di truyền: là bất kỳ bệnh nào xuất hiện ở những người có cùng huyết thống hay sự chuyển những bệnh lý của bố, mẹ cho con cái thông qua gen của bố, mẹ và/hoặc được truyền từ đời này sang đời khác, từ thế hệ này sang thế hệ khác trong những người có cùng huyết thống. Việc xác định bệnh di truyền phải theo kết luận của Bác sỹ.

19. Bác sỹ: là người được cấp phép hành nghề hợp pháp, được pháp luật nước sở tại công nhận và Bác sỹ đó đang điều trị, hành nghề trong phạm vi giấy phép đó được cấp và trong phạm vi chuyên ngành đào tạo của mình. Loại trừ những Bác sỹ chính là Người được bảo hiểm, hay vợ/chồng, bố/mẹ đẻ hoặc bố/mẹ của vợ/chồng, con, anh/chị/em ruột, chị/em dâu hoặc anh/em rể của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm. Một Bác sỹ có thể là một Bác sỹ chuyên khoa hay cố vấn y tế.

20. Cơ sở y tế: là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được luật pháp công nhận, có giấy phép điều trị nội trú, ngoại trú, 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.

21. Bệnh viện: là một cơ sở y tế và điều trị bệnh hợp pháp được nhà nước công nhận và thỏa mãn các điều kiện sau:

- Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật; và,

- Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú, ngoại trú và có hệ thống theo dõi sức khỏe hàng ngày cho các bệnh nhân điều trị nội trú, ngoại trú.

Theo định nghĩa này, bệnh viện không bao gồm bệnh xá, trạm y tế, trạm xá, nhà hộ sinh, nhà điều dưỡng, phòng khám và các cơ sở y tế không thỏa mãn định nghĩa bệnh viện.

Bệnh viện cũng không phải là nơi để an dưỡng phục hồi sức khỏe hoặc là một nơi đặc biệt chỉ có mục đích duy nhất là phục vụ cho người già, dưỡng lão hoặc giúp đỡ cai nghiện rượu, thuốc phiện, ma túy hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị bệnh phong hoặc là nơi điều trị suối khoáng, xông hơi, massage.

22. Bệnh viện công lập: bệnh viện công lập là tổ chức do cơ quan nhà nước có thẩm quyền thành lập và quản lý theo quy định của pháp luật, có tư cách pháp nhân, con dấu, tài khoản và tổ chức bộ máy kế toán theo quy định của pháp luật về kế toán để thực hiện nhiệm vụ cung cấp dịch vụ công hoặc phục vụ quản lý nhà nước trong các lĩnh vực chuyên môn khám chữa bệnh.

23. Hệ thống bảo lãnh viện phí: là hệ thống các cơ sở y tế có ký kết thỏa thuận cung cấp dịch vụ bảo lãnh với MIC. Người được bảo hiểm khi khám và điều trị tại những cơ sở này sẽ được MIC bảo lãnh thanh toán các chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm và theo hạn mức quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Người được bảo hiểm phải tự chi trả cho những chi phí vượt quá mức trách nhiệm đã tham gia trong Quy tắc bảo hiểm tại thời điểm điều trị.

Danh sách các cơ sở y tế trong hệ thống bảo lãnh viện phí của MIC sẽ được cập nhập theo từng thời kỳ và được đính kèm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

24. Phẫu thuật: là một phương pháp khoa học dùng để điều trị thương tật hoặc bệnh tật, thai sản được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ, bao gồm nhưng không giới hạn: các phương pháp mang lại kết quả tương đương phẫu thuật (tán sỏi, chiếu tia lasez mổ cườm…), tiểu phẫu, thủ thuật với các dụng cụ y tế.

25. Cấy ghép nội tạng: là việc phẫu thuật để cấy ghép các cơ quan như tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, bao gồm cả tủy xương cho Người được bảo hiểm, tiến hành tại một bệnh viện bởi một Bác sỹ có bằng cấp được phép thực hiện loại phẫu thuật này. Các chi phí mua 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.

26. Vật lý trị liệu: là phương pháp phòng và chữa bệnh bằng cách sử dụng các tác nhân vật lí tự nhiên hay nhân tạo như: nước, không khí, nhiệt độ, khí hậu, độ cao, điện, tia X, tia cực tím, tia hồng ngoại, siêu âm, các chất đồng vị phóng xạ, xoa bóp, thể dục - thể thao, đi bộ, dưỡng sinh… Các phương pháp phải theo sự chỉ định của Bác sỹ điều trị. Quy tắc bảo hiểm này không bảo hiểm các chi phí nhằm mục đích thư giãn, massage, spa, sửa dáng đi.

27. Dịch vụ vận chuyển cấp cứu: là việc sử dụng xe cứu thương hoặc phương tiện vận chuyển khác (không phải là dịch vụ vận chuyển bằng đường hàng không) trong trường hợp Người được bảo hiểm trong tình trạng ốm đau, tai nạn buộc phải đưa đến cơ sở y tế gần nhất hoặc từ bệnh viện này đến bệnh viện khác để tránh tử vong hay ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khoẻ lâu dài hoặc hiện tại.

Dịch vụ vận chuyển cấp cứu đối với Quyền lợi thai sản chỉ được áp dụng để đưa Người được bảo hiểm từ viện này đến viện khác để điều trị cấp cứu.

28. Điều trị y tế: là việc phẫu thuật, quy trình điều trị hoặc chữa trị theo chỉ định của Bác sỹ với mục đích duy nhất là chữa trị hoặc làm giảm nhẹ tình trạng bệnh tật/thương tật.

29. Điều trị cấp cứu: là việc điều trị khẩn cấp tại cơ sở y tế trong vòng 24 giờ sau khi có tai nạn hoặc triệu chứng ốm đau, bệnh tật hoặc thai sản có thể nguy hiểm đến tính mạng, sức khỏe cần thiết phải điều trị khẩn cấp tại phòng cấp cứu và hồ sơ có dấu xác nhận cấp cứu

của cơ sở y tế. Trường hợp điều trị tại phòng cấp cứu chỉ vì lý do ngoài giờ phục vụ của phòng khám/bệnh viện thì được coi là điều trị ngoại trú.

30. Điều trị nội trú: là việc Người được bảo hiểm cần lưu trú liên tục ít nhất 24 giờ tại Bệnh viện như định nghĩa ở trên để điều trị thương tật, ốm đau, bệnh tật, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm.

Cách tính ngày nằm viện:

Đối với các bệnh viện không ghi giờ trên hồ sơ bệnh án: căn cứ vào giấy ra viện, số ngày nằm viện bằng (=) ngày xuất viện trừ (–) ngày nhập viện (+) 1.

Đối với các bệnh viện có ghi giờ trên hồ sơ bệnh án: ngày nằm viện được tính trên cơ sở qua đêm và số ngày nằm viện bằng (=) số giờ nằm viện chia (/) hai mươi tư (24) giờ.

Trường hợp có nghi ngờ MIC có quyền xác minh tại bệnh viện.

31. Điều trị trong ngày: là việc điều trị y tế khi người được bảo hiểm cần thiết phải làm thủ tục nhập viện, có phát sinh chi phí giường bệnh và thời gian lưu trú tại bệnh viện dưới 24 giờ. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu chi trả cho quyền lợi này.

32. Điều trị ngoại trú: là việc điều trị y tế tại một cơ sở y tế nhưng không nhập viện điều trị nội trú hoặc điều trị trong ngày.

33. Điều trị phục hồi chức năng: là phương pháp điều trị nhằm mục đích khôi phục lại tình trạng bình thường và/hoặc chức năng sau tổn thương hoặc do bệnh kể từ khi người bệnh được Bác sĩ chỉ định chuyển sang điều trị tại khoa phục hồi chức năng.

34. Chi phí y tế cần thiết: là những chi phí cần thiết về mặt y tế, theo chỉ định của Bác sĩ điều trị, phát sinh khi Người được bảo hiểm phải điều trị bệnh, tai nạn hoặc thai sản mà việc điều trị này được bảo hiểm.

35. Chi phí y tế hợp lý và hợp lệ: là những chi phí y tế cần thiết không vượt quá mức chi phí chung của các nhà cung cấp dịch vụ y tế có cùng mức độ trong phạm vi địa lý của hợp đồng, nơi phát sinh những chi phí đó, khi cung cấp các dịch vụ điều trị tương đương hoặc mức độ điều trị, dịch vụ, việc cung cấp dịch vụ đối với bệnh tật tương tự.

36. Khái niệm 1 lần khám: là giới hạn mọi chi phí y tế cần thiết và chi phí y tế hợp lý và hợp lệ theo chẩn đoán bệnh của Bác sỹ phát sinh khi:

- Trường hợp Người được bảo hiểm khám một hay nhiều chuyên khoa trong một ngày tại một hay nhiều cơ sở y tế khác nhau có chẩn đoán/kết luận bệnh được coi là một lần khám; hoặc

- Trường hợp Người được bảo hiểm khám một hay nhiều chuyên khoa khác nhau tại cơ sở y tế, thực hiện trong một hoặc nhiều ngày mà có cùng một chẩn đoán/kết luận bệnh được coi là một lần khám; hoặc

- Trường hợp Người được bảo hiểm đã khám bệnh và có chẩn đoán/kết luận bệnh được Bác sĩ chỉ định phương pháp điều trị trong nhiều ngày thì kể từ ngày khám bệnh đến ngày kết thúc điều trị được coi là một lần khám.

37. Tiền phòng/giường bệnh: MIC chi trả chi phí tiền phòng/giường bệnh theo chi phí y tế thực tế của Người được bảo hiểm và không vượt quá giới hạn phụ cho quyền lợi này tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Trường hợp Người được bảo hiểm điều trị tại phòng bao, phòng VIP, các loại phòng tương đương khác theo quy định của cơ sở y tế hoặc phòng chăm sóc đặc biệt MIC sẽ chi trả theo giá phòng đơn tiêu chuẩn (giường đơn với

bệnh viện chỉ có loại giường này) tại cơ sở y tế đó. Trong đó, phòng đơn tiêu chuẩn là phòng có một giường bệnh, một nhà vệ sinh có giá thấp nhất và đáp ứng tiêu chuẩn của cơ sở y tế.

38. Các hoạt động thể thao chuyên nghiệp: là các hoạt động thể thao mang lại nguồn thu nhập sống chính và thường xuyên cho người được bảo hiểm.

39. Các hoạt động thể thao nguy hiểm: là các hoạt động trên không (trừ khi đi lại bằng đường hàng không), các môn thể thao mùa đông, môn thể thao bay lượn, săn bắn, hockey trên băng, nhảy dù, đấu vật, môn bóng ngựa, môn lướt ván, bơi thuyền buồm cách xa bờ 5 km, các cuộc đua (không bao gồm các cuộc đua mang tính chất từ thiện, các cuộc đua mang tính chất nội bộ do công ty tổ chức).

40. Thời gian chờ: là thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm không được chi trả tính từ ngày bắt đầu hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm cả những trường hợp thời điểm bắt đầu điều trị phát sinh trong thời gian chờ nhưng thời điểm kết thúc của đợt điều trị này nằm ngoài thời gian chờ.

41. Thuốc kê theo đơn của Bác sỹ: là những thuốc, dược phẩm được bán và sử dụng theo đơn của Bác sỹ, theo quy định của pháp luật và không bao gồm thực phẩm chức năng, dược mỹ phẩm, mỹ phẩm, khoáng chất, thuốc bổ, vitamin, chế phẩm không nằm trong danh mục thuốc điều trị của Bộ Y tế. Tuy nhiên MIC sẽ xem xét bồi thường thuốc bổ, vitamin tối đa 20% tổng chi phí của cả toa thuốc khi thỏa mãn các điều kiện sau:

- Các loại thuốc bổ và vitamin này được sự chỉ định của Bác sỹ điều trị.
- Hỗ trợ cho việc điều trị bệnh/tai nạn.
- Trong đơn thuốc phải có thuốc điều trị đi kèm.

42. Thiết bị y tế hỗ trợ điều trị: là các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế:

- Được đặt/cấy/trồng vào bất cứ một bộ phận nào của cơ thể để hỗ trợ cho chức năng hoạt động của bộ phận đó, bao gồm stent, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp, vít, chốt treo, máy tạo nhịp tim và/hoặc các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm; hoặc,

- Có tính chất đặc thù, chỉ sử dụng riêng cho từng loại hình điều trị hoặc phẫu thuật, sử dụng một lần và không khấu hao, bao gồm dao cắt sụn, lưỡi bào, dao cắt gan siêu âm, dao cắt trĩ theo phương pháp Longo, rọ tán sỏi trong phẫu thuật lấy sỏi và/hoặc các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm; hoặc,

- Bên ngoài cơ thể có tác dụng hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể bao gồm nạng, nẹp, xe lăn, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim và/hoặc các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm; hoặc,

- Các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác.

43. Bộ phận giả: là các bộ phận/thiết bị/dụng cụ được làm giả để thay thế cho các bộ phận của cơ thể bao gồm răng giả, chân tay giả, thủy tinh thể giả hoặc các bộ phận/thiết bị/ dụng cụ được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Quy tắc bảo hiểm.

44. Vật tư tiêu hao, vật tư thay thế thông thường: là vật tư được sử dụng một lần hoặc nhiều lần nhằm mục đích hỗ trợ cho điều trị và khám chữa bệnh, không lắp đặt vĩnh viễn trong cơ thể, ngoại trừ các trường hợp các vật tư này tự tiêu trong cơ thể hoặc lẽ ra có thể lấy ra khỏi

cơ thể mà không ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của cơ thể nhưng do cơ thể không đào thải nên không cần thiết phải lấy ra.

45. Đồng chi trả: đồng chi trả là số tiền theo tỷ lệ mà MIC, Người được bảo hiểm cùng chi trả khi phát sinh chi phí thuộc phạm vi 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.

46. Chi phí chăm sóc em bé: chi phí chăm sóc em bé bao gồm thuốc, xét nghiệm dưỡng nhi (không bao gồm các xét nghiệm sàng lọc sau sinh), chi phí vệ sinh em bé ngay sau khi sinh tại bệnh viện đang điều trị.

47. Chuyến bay thường lệ: là chuyến bay vận chuyển thương mại được thực hiện đều đặn theo lịch bay được công bố trên hệ thống bán vé đặt chỗ của người vận chuyển.

48. Phương tiện giao thông công cộng: bao gồm xe buýt, ô tô chở khách tuyến cố định, tàu hỏa chở khách (gồm cả phương tiện đường sắt đô thị), tàu thủy chở khách, phà chở khách.

Điều 2. Hợp đồng bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm và thời gian chờ

1. Giấy yêu cầu bảo hiểm: là văn bản yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm theo mẫu của MIC. Bên mua bảo hiểm có trách nhiệm khai báo đầy đủ và trung thực, chịu trách nhiệm trước pháp luật về những nội dung được khai báo và cam kết trong Giấy yêu cầu bảo hiểm.

2. Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm: là sự thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và MIC, theo đó Bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, MIC phải chi trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc bồi thường cho Người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm cần có những nội dung sau: Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng bảo hiểm, phạm vi bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm, số tiền bảo hiểm và các nội dung khác theo quy định pháp luật.

Bằng chứng giao kết Hợp đồng bảo hiểm là: Giấy chứng nhận bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm, các sửa đổi bổ sung và các hình thức khác do pháp luật quy định.

3. Thời hạn Hợp đồng bảo hiểm: là khoảng thời gian tính từ ngày bắt đầu hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và kết thúc tại một trong các trường hợp được quy định tại Điều 5 dưới đây, tùy theo trường hợp nào xảy ra trước.

4. Thời hạn bảo hiểm: là khoảng thời gian xác định theo Hợp đồng bảo hiểm mà trong khoảng thời gian đó MIC có trách nhiệm chi trả tiền bồi thường cho Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng nếu xảy ra sự kiện bảo hiểm.

5. Thời gian chờ

Các quyền lợi bảo hiểm sẽ bắt đầu thời hạn bảo hiểm sau thời gian chờ như dưới đây:

- Trường hợp tai nạn: không áp dụng;

- Trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường: 30 (ba mươi) ngày;

- Bệnh hệ hô hấp bao gồm viêm V.A cần phải nạo, viêm xoang, vẹo vách ngăn, viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi, bệnh hen/suyễn áp dụng cho trẻ em dưới 4 tuổi: 90 (chín mươi) ngày;

- Trường hợp thai sản (trừ trường hợp xảy ra do nguyên nhân tai nạn):

(i) Biến chứng thai sản: 90 (chín mươi) ngày;

(ii) Sinh con: 270 (hai trăm bảy mươi) ngày và/hoặc áp dụng đồng bảo hiểm theo tỉ lệ được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm sinh con tại các bệnh viên ngoài công lập;

(iii) Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do thai sản: 365 (ba trăm sáu mươi lăm) ngày.

- Trường hợp bệnh đặc biệt, bệnh/thương tật có sẵn như định nghĩa tại **Điều 1**: 365 (ba trăm sáu mươi lăm) ngày;

- Trường hợp điều trị tái tạo dây chằng, rách sụn chêm: 365 (ba trăm sáu mươi lăm) ngày hoặc áp dụng đồng bảo hiểm theo tỉ lệ được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm nếu không áp dụng thời gian chờ cho quyền lợi này;

- Các bệnh như liệt kê dưới đây: 365 (ba trăm sáu mươi lăm) ngày.

Bệnh hệ tai:	Viêm tai giữa cần phải phẫu thuật, sùi vòm họng, cắt bỏ xương xoăn.
Bệnh hệ mạch:	Viêm tĩnh mạch và viêm tắc nghẽn tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch chi dưới, hội chứng ống cổ tay, mạch/hạch bạch huyết, trĩ.
Bệnh hệ cơ, xương, khớp:	Viêm khớp/ đa khớp mãn tính, bệnh thoái hóa cột sống, thân đốt sống, thoát vị đĩa đệm, rối loạn mật độ và cấu trúc xương, bệnh gout.
Bệnh hệ tiêu hóa:	Bệnh loét dạ dày, bệnh viêm dạ dày, tá tràng, thoát vị bẹn.
Bệnh hệ sinh sản:	Lộ tuyến cổ tử cung, viêm/tắc tử cung/vòi trứng, thay đổi sợi bọc tuyến vú, tràn dịch tinh hoàn; giãn thừng tinh.
Bệnh khác:	Sỏi, nang, mụn cơm, nốt ruồi các loại, rối loạn tiền đình, các bệnh mãn/mạn tính, các bệnh rối loạn chuyển hóa. Lưu ý, các bệnh mãn/mạn tính phải theo kết luận của Bác sỹ tại hồ sơ bệnh án/ chứng từ y tế hoặc theo ý kiến của cơ quan chuyên môn liên quan.

Các hợp đồng bảo hiểm tái tục liên tục với số ngày tham gia vượt quá thời gian chờ mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo.

Điều 3. Phí bảo hiểm và số tiền bảo hiểm

1. Phí bảo hiểm: phí bảo hiểm được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm theo biểu phí đính kèm quy tắc này.

2. Thanh toán phí bảo hiểm: thời hạn thanh toán phí bảo hiểm được thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và phù hợp với quy định của pháp luật.

3. Số tiền bảo hiểm: là số tiền bồi thường tối đa mà MIC có thể phải chi trả cho Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng khi xảy ra sự kiện bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm được ghi cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Số tiền bảo hiểm của các điều kiện không thay đổi trong suốt thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm chỉ có thể được thay đổi vào ngày tái tục của Hợp đồng bảo hiểm. Trường hợp tái tục với số tiền bảo hiểm cao hơn Hợp đồng bảo hiểm hiện tại phải được sự chấp thuận của MIC, phần chênh lệch về số tiền bảo hiểm sẽ không được coi là tái tục và sẽ được áp dụng thời gian chờ theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm mới.

Điều 4. Đối tượng và điều kiện được tham gia bảo hiểm

1. Độ tuổi tham gia bảo hiểm: từ 15 ngày tuổi đến 65 tuổi vào ngày bắt đầu thời hạn của hợp đồng bảo hiểm và không quá 70 tuổi đối với các trường hợp tham gia tái tục liên tục từ 65 tuổi hoặc từ trước đó.

2. Đối tượng được tham gia bảo hiểm: là công dân Việt Nam, người nước ngoài đang cư trú hợp pháp tại Việt Nam tại ngày bắt đầu thời hạn Hợp đồng bảo hiểm.

3. Điều kiện tham gia bảo hiểm

MIC không nhận bảo hiểm đối với:

- Những người bị bệnh tâm thần, bệnh phong, bệnh/hội chứng down, tự kỷ;
- Người bị thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên;
- Người bị ung thư; người đang trong quá trình điều trị bệnh tật, thương tật. Điều kiện này chỉ áp dụng với các trường hợp tham gia bảo hiểm năm đầu tiên theo Quy tắc bảo hiểm này.

Điều 5. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ chấm dứt ngay lập tức khi xảy ra các sự kiện sau, tùy sự kiện nào đến trước:

- Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm chấm dứt vào ngày hết hạn Hợp đồng bảo hiểm; hoặc,
- Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm đã được thanh toán toàn bộ; hoặc,
- Người được bảo hiểm tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn; hoặc,
- Trường hợp tham gia bảo hiểm không đúng đối tượng và điều kiện quy định tại khoản 3 Điều 4, MIC chấm dứt bảo hiểm, hoàn phí bảo hiểm cho thời gian còn lại kể từ thời điểm chấm dứt bảo hiểm và không chịu trách nhiệm với quyền lợi bảo hiểm đã đăng ký; hoặc
- Một trong hai bên muốn chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm trước ngày hết hạn phải thông báo bằng văn bản cho bên kia trước ít nhất ba mươi (30) ngày kể từ ngày dự kiến chấm dứt.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm đơn phương chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, MIC sẽ hoàn trả tám mươi phần trăm (80%) phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm chưa phát sinh bất kỳ khiếu nại yêu cầu trả tiền bảo hiểm nào xảy ra.

Trường hợp MIC yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, MIC sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm một trăm phần trăm (100%) phí bảo hiểm cho thời hạn bảo hiểm còn lại của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm với điều kiện chưa phát sinh bất kỳ khiếu nại yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật hiện hành.

PHẦN II. CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 6. Quyền lợi bảo hiểm

- MIC bảo hiểm trong trường hợp ốm đau, bệnh tật, tai nạn, biến chứng thai sản, sinh con xảy ra trong thời hạn bảo hiểm phải nằm viện điều trị nội trú, phẫu thuật nội trú hoặc điều trị ngoại trú tại các cơ sở y tế như định nghĩa.

- Trường hợp Người được bảo hiểm là trẻ em từ 15 (mười lăm) ngày tuổi đến 3 (ba) tuổi, áp dụng đồng chi trả 70:30 (MIC chi trả 70%) đối với các chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm tại các cơ sở y tế tư nhân, cơ sở y tế quốc tế và tại các khoa điều trị tự nguyện, khoa dịch vụ, khoa quốc tế tại các bệnh viện công lập.

- Các quyền lợi được liệt kê sau đây có thể được bán độc lập hoặc kết hợp theo biểu phí quy định.

1. Quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật hoặc biến chứng thai sản

Quyền lợi bảo hiểm này bảo hiểm cho trường hợp ốm đau, bệnh tật, hoặc biến chứng thai sản xảy ra trong thời hạn bảo hiểm khiến cho Người được bảo hiểm phải nằm viện để điều trị nội trú, điều trị trong ngày hoặc phẫu thuật tại bệnh viện.

Dưới đây là chi tiết những quyền lợi được bảo hiểm theo điều kiện này.

1.1 Chi phí y tế

Trường hợp Người được bảo hiểm phải điều trị nội trú, điều trị trong ngày, điều trị cấp cứu (với điều kiện có phát sinh chi phí giường bệnh) do ốm đau, bệnh tật hoặc biến chứng thai sản MIC sẽ chi trả các chi phí y tế cần thiết và chi phí y tế hợp lý và hợp lệ nhưng tối đa không quá giới hạn phụ cho mỗi ngày điều trị được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Các chi phí được chi trả bao gồm nhưng không giới hạn: chi phí điều trị, tiền phòng và giường, tiền ăn theo tiêu chuẩn điều trị nội trú của bệnh viện (nếu có), chi phí xét nghiệm, hoặc các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi (các xét nghiệm này phải do Bác sỹ chỉ định là biện pháp cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện), thuốc điều trị, truyền máu, ô xy, huyết thanh, quần áo bệnh viện và các chi phí y tế liên quan khác.

Tổng số ngày điều trị theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và tổng số tiền không vượt quá số tiền bảo hiểm quy định của quyền lợi nội trú.

1.2 Chi phí phẫu thuật

MIC 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 thuốc men, vật tư tiêu hao, các thiết bị cần thiết không nằm trong điểm loại trừ, 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, chi phí tái mổ. Chi phí phẫu thuật không bao gồm các thủ thuật chẩn đoán bệnh.

1.3 Khám trước khi nhập viện

MIC chi trả cho một lần khám bao gồm các chi phí khám, chẩn đoán, xét nghiệm cần thiết và liên quan trực tiếp đến bệnh hoặc thương tật của Người được bảo hiểm cần thực hiện để điều trị nằm viện ngay sau đó và những chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để Bác sỹ kết luận việc điều trị nằm viện là cần thiết. Việc khám, chẩn đoán như vậy không vượt quá 30 ngày trước khi nhập viện điều trị.

1.4 Điều trị sau khi xuất viện

MIC sẽ chi trả cho một lần khám, điều trị sau khi xuất viện theo chỉ định của Bác sĩ cho Người được bảo hiểm và lần khám, điều trị này có liên quan trực tiếp đến đợt điều trị nội trú trước đó. Các chi phí này bao gồm chi phí khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, vật tư y tế và thuốc phát sinh trong vòng 30 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện.

1.5 Y tá chăm sóc tại nhà

MIC sẽ chi trả chi phí cho các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp cho Người được bảo hiểm được hưởng ngay sau khi rời bệnh viện tại nơi ở của Người được bảo hiểm, thực hiện theo chỉ định của Bác sĩ điều trị trong vòng 30 ngày kể từ ngày xuất viện với điều kiện Người được bảo hiểm đã phải điều trị nội trú tối thiểu 07 (bảy) ngày và tối đa không quá số ngày quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.6 Trợ cấp bệnh viện công lập

MIC sẽ chi trả số tiền ghi trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm cho mỗi ngày nằm viện điều trị nội trú qua đêm tại các bệnh viện công lập, số ngày chi trả tối đa trong suốt thời hạn bảo hiểm theo quy định tại Quyền lợi Chi phí y tế tại điểm 1.1 khoản 1 Điều 6.

1.7 Dịch vụ xe cấp cứu

MIC sẽ chi trả chi phí cho dịch vụ vận chuyển cấp cứu trong lãnh thổ Việt Nam theo giới hạn được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.8 Phục hồi chức năng

MIC sẽ chi trả chi phí phục hồi chức năng tại chuyên khoa phục hồi chức năng tại các bệnh viện như định nghĩa theo số tiền bảo hiểm được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.9 Trợ cấp sau tử vong

Trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong do ốm đau, bệnh tật, biến chứng thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm, MIC sẽ chi trả khoản trợ cấp theo số tiền bảo hiểm cho con cái, bố mẹ, người thân của Người được bảo hiểm được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

2. Quyền lợi tai nạn

2.1 Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm và trong thời hạn bảo hiểm, MIC sẽ chi trả 100% số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Danh mục thương tật toàn bộ vĩnh viễn được liệt kê tại Phụ lục 01. Bảng tỉ lệ thương tật đính kèm Quy tắc bảo hiểm này.

2.2 Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn

Trường hợp Người được bảo hiểm thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn, MIC sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm căn cứ vào tỉ lệ trả tiền bảo hiểm quy định cho thương tật bộ phận vĩnh viễn được liệt kê tại Phụ lục 01. Bảng tỉ lệ thương tật đính kèm Quy tắc bảo hiểm này và số tiền bảo hiểm theo Quyền lợi tử vong, thương tật vĩnh viễn do tai nạn.

Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn đã được MIC giải quyết quyền lợi bảo hiểm, trong thời hạn bảo hiểm Người được bảo hiểm tử vong hoặc tỉ lệ thương tật tăng thêm do tai nạn đó, MIC sẽ chi trả thêm phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm phải trả cho từng trường hợp này với số tiền đã trả trước đó.

2.3 Quyền lợi tai nạn mở rộng

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong/thương tật vĩnh viễn do tai nạn xảy ra khi đang di chuyển trên các chuyến bay thường lệ, phương tiện giao thông công cộng với tư cách là hành khách có mua vé, MIC sẽ chi trả thêm số tiền bảo hiểm theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm cho quyền lợi bảo hiểm này với điều kiện Người được bảo hiểm phải đóng thêm phí bảo hiểm.

3. Quyền lợi chi phí y tế do tai nạn

Trường hợp Người được bảo hiểm phải điều trị do tai tạn MIC sẽ chi trả các chi phí y tế cần thiết và các chi phí y tế hợp lý và hợp lệ nhưng tối đa không quá số tiền bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

4. Quyền lợi điều trị ngoại trú

Quyền lợi bảo hiểm này chi trả cho các chi phí trong trường hợp Người được bảo hiểm phải điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật.

Dưới đây là chi tiết những quyền lợi được bảo hiểm theo điều kiện này.

4.1 Chi phí y tế điều trị ngoại trú

MIC sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm theo số tiền bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm các chi phí y tế cần thiết và chi phí y tế hợp lý và hợp lệ cho điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật trong thời hạn bảo hiểm.

4.2 Vật lý trị liệu

MIC sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm đến số tiền bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm chi phí điều trị bằng các phương pháp vật lý trị liệu do Bác sỹ chỉ định.

5. Quyền lợi thai sản

Người được bảo hiểm từ 18 tuổi trở lên.

Đối với biến chứng thai sản: ngoài việc được hưởng theo Quyền lợi bảo hiểm thai sản, Người được bảo hiểm sẽ được hưởng thêm quyền lợi tối đa thuộc phạm vi bảo hiểm theo Quyền lợi điều trị nội trú.

Người được bảo hiểm sinh con, biến chứng thai sản sau thời gian chờ áp dụng đồng chi trả 70:30 (MIC chi trả 70%) đối với các chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm tại các cơ sở y tế tư nhân, cơ sở y tế quốc tế và tại các khoa điều trị tự nguyện, khoa dịch vụ, khoa quốc tế tại các bệnh viện công lập.

5.1 Biến chứng thai sản và sinh khó

MIC sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng thai sản trong quá trình mang thai. Biến chứng thai sản bao gồm các trường hợp sau:

- Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung;
- Mang thai trứng nước;
- Thai ngoài tử cung;
- Băng huyết sau sinh, nhiễm trùng hậu sản, sản giật, băng huyết sau sinh;
- Sót nhau thai trong tử cung sau sinh;

- Bỏ thai do điều trị bao gồm các trường hợp phá thai do các bệnh di truyền, dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải bỏ thai để bảo vệ tính mạng người mẹ;

- Dọa sinh non từ tuần thứ 22 đến trước tuần thứ 37 của thai kỳ;

- Biến chứng của các nguyên nhân trên.

5.2 Sinh thường và sinh mổ

MIC sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc sinh thường hoặc sinh mổ bao gồm các chi phí: đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, Bác sỹ chuyên khoa, chăm sóc mẹ trước và sau sinh tại bệnh viện, chi phí may thẩm mỹ đường rạch. Thủ thuật sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do Bác sỹ 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).

6. Quyền lợi nha khoa

MIC sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm chi phí điều trị răng bệnh lý bao gồm:

- Khám và chẩn đoán bệnh;

- Trám răng bằng các chất liệu thông thường;

- Nhổ răng bệnh lý;

- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu);

- Phẫu thuật cắt chóp răng;

- Chữa tủy răng;

- Điều trị viêm nướu, viêm nha chu.

MIC chỉ bồi thường các chi phí khám, điều trị răng hợp lý, hợp lệ tại các phòng khám trong hệ thống bảo lãnh của MIC và tại các bệnh viện hoạt động hợp pháp trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam.

7. Quyền lợi tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn không do nguyên nhân tai nạn

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn không phải do nguyên nhân tai nạn và không thuộc các điểm loại trừ được quy định tại Phần III của Quy tắc bảo hiểm này, MIC chi trả 100% số tiền bảo hiểm thuộc quyền lợi bảo hiểm này được ghi trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

PHẦN III. LOẠI TRỪ VÀ GIỚI HẠN BẢO HIỂM

Điều 7. Các điểm loại trừ và giới hạn bảo hiểm

MIC không chịu trách nhiệm chi trả tiền bảo hiểm trong những trường hợp hoặc do hậu quả của các rủi ro, các bệnh, các hạng mục dưới đây:

1. Hành động tự tử hoặc tự gây thương tích cho bản thân của Người được bảo hiểm dù đang ở trong bất cứ trạng thái tinh thần nào bình thường hay mất trí, hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng;

2. Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm pháp luật phải thụ án hình sự và/hoặc vi phạm Luật an toàn giao thông, vi phạm quy định về an toàn lao động của cơ quan/đơn vị. Điểm loại trừ này không áp dụng trong trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật do vô ý;

3. Người được bảo hiểm sử dụng hoặc bị ảnh hưởng của rượu, bia, ma túy hoặc các chất có cồn, các chất kích thích, các chất gây nghiện;

4. Các hành động đánh nhau của Người được bảo hiểm, trừ khi chứng minh được hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích tự vệ;

5. Hậu quả của tai nạn xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm;

6. Điều trị y tế hoặc sử dụng thuốc không có đơn thuốc và sự chỉ dẫn của Bác sỹ, các loại thuốc đông y không rõ nguồn gốc, các phòng khám, chẩn trị đông y tư nhân;

7. Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách trên các chuyến bay thường lệ), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang;

8. Những rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ;

9. Chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động, dân biến, phiến loạn, các hoạt động dân 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;

10. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp, bất kỳ hoạt động đua xe (hợp pháp và trái phép). Điểm loại trừ này không áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động thể thao điện tử và hoạt động đua điện tử;

11. Bệnh lao, bệnh sốt rét, bệnh nghề nghiệp, bệnh phong;

12. Những người đang điều trị thương tật hoặc bệnh tật, người bị thương tật vĩnh viễn trên 50% tại thời điểm tham gia hoặc thời điểm Hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực;

13. Các bệnh suy tủy, bạch cầu, điều trị lọc máu, chạy thận nhân tạo và hậu quả hay biến chứng của các bệnh này;

14. Liệu pháp thay thế hooc-môn trong thời kỳ sinh trưởng hoặc tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ;

15. Điều trị các bệnh lây lan qua đường tình dục như bệnh giang mai, bệnh lậu, rối loạn chức năng sinh dục hay điều trị sinh lý, ốm đau liên quan đến các bệnh thuộc hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV) bao gồm các hội chứng liên quan đến AIDS và/hoặc bất cứ biến chứng hoặc biến đổi nào, hoặc bệnh lây truyền qua đường tình dục hay bất cứ hội chứng liên quan đến AIDS hoặc các bệnh liên quan đến AIDS khác;

16. Điều trị và/hoặc phẫu thuật cho các dị tật bẩm sinh, bệnh di truyền, bệnh dị dạng về gen và mọi biến chứng, hậu quả liên quan đến những bệnh này, những chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm, bệnh tim bẩm sinh, bệnh Down, hở môi, hở hàm ếch, tích nước trong não, hẹp hậu môn, hẹp bao quy đầu, vẹo vách ngăn bẩm sinh và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;

17. Kiểm tra sức khỏe định kỳ (nội trú hay ngoại trú), kiểm tra sức khỏe tổng quát, tầm soát ung thư kết quả bình thường, giám định y khoa hoặc tư vấn y tế không liên quan đến điều trị ốm đau hoặc thương tật, bao gồm cả kiểm tra phụ khoa/nam khoa; xét nghiệm định kỳ, khám định kỳ cho trẻ mới sinh, tất cả các hình thức tiêm chủng, vắc-xin và thuốc phòng ngừa (trừ trường hợp tiêm vắc-xin sau khi bị tai nạn hay súc vật, côn trùng cắn);

18. Kiểm tra thị lực, thính lực, thị giác, thính giác thông thường; điều trị đục thủy tinh thể; điều trị lão hóa, thoái hóa, suy giảm thính/thị lực do suy biến tự nhiên (không phải vì lý do bệnh lý), bao gồm như các tật khúc xạ và bất kỳ phẫu thuật để phục hồi hiệu chỉnh nào đối với các

khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác và/hoặc các danh mục khác được liệt kê trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;

19. Bệnh khô mắt, mỏi mắt điều tiết được bảo hiểm với giới hạn 5% số tiền bảo hiểm cho một lần khám ngoại trú và không vượt quá giới hạn phụ cho quyền lợi điều trị ngoại trú;

20. Sinh con (bao gồm cả các trường hợp phải sinh con là hậu quả của biến chứng thai sản), trừ trường hợp có tham gia theo Quyền lợi thai sản quy định tại khoản 5 Điều 6 hoặc Quyền lợi tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn không do tai nạn quy định tại khoản 7 Điều 6;

21. Các chi phí điều trị liên quan đến răng bao gồm cả điều trị nội trú và ngoại trú trừ trường hợp có tham gia Quyền lợi nha khoa quy định tại khoản 6 Điều 6;

22. Điều trị y tế hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không phải điều trị theo cách thông thường;

23. Khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh không có kết luận chẩn đoán bệnh hoặc kết luận chẩn đoán là bình thường. Điểm loại trừ này không áp dụng đối với Quyền lợi điều trị sau khi xuất viện;

24. Các hình thức thẩm mỹ, phẫu thuật thẩm mỹ, chỉnh hình;

25. Các điều trị tăng sắc tố (nám da), điều trị mụn trứng cá, điều trị chứng rụng tóc bị loại trừ riêng đối với điều kiện ngoại trú. Trường hợp Người được bảo hiểm bị những bệnh này phải điều trị nội trú thì vẫn được giải quyết theo Quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật;

26. Chi phí để cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế thiết bị y tế hỗ trợ điều trị, bộ phận giả như định nghĩa;

27. Các chi phí liên quan đến phẫu thuật, điều trị bệnh/thương tật bằng phương pháp cấy tế bào gốc bao gồm chi phí chiết xuất, xử lý, cấy tế bào gốc, điều trị duy trì sau khi cấy tế bào và hậu quả của phương pháp điều trị này và/hoặc các danh mục khác được liệt kê trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;

28. Các chất bổ sung hoặc thay thế phục vụ cho việc ăn kiêng có sẵn trong tự nhiên và có thể được mua mà không cần chỉ định như các loại vitamin, thuốc bổ, khoáng chất và các chất hữu cơ thực phẩm chức năng, thuốc tăng cường miễn dịch cơ thể, các loại chế phẩm y tế;

29. Thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, hậu quả của phá thai do nguyên nhân tâm lý hay xã hội, điều trị vô sinh nam/nữ, thụ tinh nhân tạo, điều trị bất lực/liệt dương, hoặc thay đổi giới tính và bất kỳ hậu quả hay biến chứng nào từ những điều trị trên;

30. Điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân) suy dinh dưỡng, còi xương, béo phì;

31. Điều trị bệnh rối loạn tâm thần và hành vi, bệnh tâm thần/loạn thần kinh hoặc bệnh chậm phát triển, bệnh rối loạn thiếu tập trung, bệnh tự kỉ. Điều trị rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, ngủ ngáy không rõ nguyên nhân, suy nhược và hội chứng căng thẳng (stress) hoặc các bệnh có liên quan từ hội chứng đó;

32. Điều trị tại cơ sở y tế không đúng theo định nghĩa và bao gồm cả việc chỉ định của Bác sỹ tại cơ sở y tế này này đối với mua thuốc hay xét nghiệm, điều trị tại cơ sở y tế, bệnh viện, nhà thuốc hợp pháp khác;

33. Khám và điều trị không theo quy trình, phác đồ của cơ sở y tế, bệnh viện, hoặc Bộ y tế;

34. Bệnh/thương tật có sẵn như định nghĩa trong Quy tắc này chỉ được bảo hiểm từ năm thứ hai tham gia liên tục;

35. Bệnh đặc biệt như định nghĩa trong Quy tắc này chỉ được bảo hiểm từ năm thứ hai tham gia liên tục;

36. Đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm;

37. Việc điều trị thử nghiệm, điều trị không được khoa học công nhận và các dịch vụ điều trị miễn phí tại bất kỳ bệnh viện nào.

38. Mất tích (trừ trường hợp mất tích do tai nạn), chết không rõ nguyên nhân.

PHẦN IV. QUY ĐỊNH VỀ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 8. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

1. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

- Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng hoặc người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải gửi thông báo bằng văn bản ngay cho MIC và trong vòng 30 (ba mươi) ngày về sự kiện bảo hiểm xảy ra, hậu quả, diễn biến rủi ro và nơi điều trị của Người được bảo hiểm.

- Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm là 01 (một) năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, trừ trường hợp chậm trễ do nguyên nhân khách quan và bất khả kháng theo quy định của pháp luật. Quá thời hạn quy định mọi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm không có giá trị.

- Sau khi nhận được thông báo về sự kiện bảo hiểm, MIC có quyền kiểm tra, xác minh, giám định để phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Các chi phí này sẽ do MIC chi trả.

2. Thời hạn trả tiền bảo hiểm

Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, MIC phải chi trả tiền trong thời hạn 15 (mười lăm) ngày kể từ khi nhận được hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ. Trường hợp phải xác minh hồ sơ hoặc từ chối trả tiền bảo hiểm, MIC phải thông báo bằng văn bản cho Người thụ hưởng biết về việc cần xác minh hoặc lý do từ chối.

3. Xác minh

MIC có quyền chỉ định chuyên gia y khoa và/hoặc chuyên gia giám định tổn thất để tiến hành kiểm tra sức khỏe của Người được bảo hiểm và các thông tin có liên quan đến việc giải quyết khiếu nại nếu thấy cần thiết để hỗ trợ cho việc giải quyết khiếu nại bồi thường. Chi phí xác minh do MIC chi trả.

Ngoài ra, MIC có thể yêu cầu tiến hành khám nghiệm tử thi trong trường hợp xảy ra tử vong nếu việc này không vi phạm pháp luật hiện hành.

Điều 9. Hồ sơ yêu cầu chi trả tiền bảo hiểm

Khi yêu cầu trả tiền bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng phải gửi cho MIC các giấy tờ sau đây:

1. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo mẫu của MIC;

2. Giấy chứng nhận bảo hiểm;

3. Trong trường hợp tai nạn cần bổ sung các chứng từ sau:

- Tai nạn sinh hoạt: Biên bản tai nạn tóm tắt quá trình tai nạn có xác nhận thông tin của người chứng kiến và/hoặc cơ quan và/hoặc chính quyền địa phương và/hoặc công an nơi xảy ra tai nạn (bản gốc hoặc bản sao có công chứng);

- Tai nạn lao động: Biên bản tai nạn lao động có xác nhận của cơ quan nơi Người được bảo hiểm đang công tác và/hoặc cơ quan và/hoặc chính quyền địa phương và/hoặc công an nơi xảy ra tai nạn (bản gốc);

- Tai nạn giao thông:

o Biên bản tường trình tai nạn có xác nhận của người làm chứng hoặc của công an nơi xảy ra tai nạn trong trường hợp có sự tham gia của công an;

o Biên bản kết luận của cơ quan điều tra và/hoặc cơ quan có thẩm quyền trong trường hợp thương tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc tử vong;

o Giấy phép lái xe, Giấy đăng ký xe trong trường hợp khi đang điều khiển phương tiện yêu cầu các chứng từ này theo quy định của Pháp luật.

4. Giấy chứng thương hoặc chứng từ xác nhận tỷ lệ thương tật vĩnh viễn của Hội đồng giám định y khoa trong trường hợp thương tật vĩnh viễn;

5. Các chứng từ liên quan đến việc điều trị

Đơn thuốc, sổ khám bệnh, giấy ra viện, phiếu điều trị, phiếu chỉ định xét nghiệm, kết quả xét nghiệm hoặc phiếu chụp liên quan, Giấy chứng nhận phẫu thuật/phiếu mổ (trong trường hợp phẫu thuật). Trường hợp không cung cấp được bản chính, có thể cung cấp bản photo có xác nhận sao y. Trong mọi trường hợp, MIC có quyền yêu cầu cung cấp bản chính để kiểm tra.

6. Chứng từ liên quan đến thanh toán y tế

Hóa đơn tài chính, biên lai, phiếu thu theo quy định của Bộ Tài chính, Tổng cục Thuế và bảng kê chi tiết kèm theo. Các giấy tờ trên phải là bản gốc và sẽ thuộc sở hữu của MIC sau khi khiếu nại đã được giải quyết. Hóa đơn mua thuốc/điều trị phải được xuất trong vòng 30 ngày kể từ ngày kê đơn thuốc/điều trị và thể hiện số lượng thuốc đúng theo đơn thuốc Bác sỹ điều trị. MIC không chấp nhận các phiếu thu/biên lai bán lẻ cộng gộp cho mỗi hồ sơ yêu cầu bồi thường.

7. Trường hợp tử vong cần bổ sung:

- Giấy chứng tử;

- Hồ sơ bệnh án trước khi tử vong (nếu có);

- Xác nhận quyền thừa kế hợp pháp, di chúc (nếu có);

Các chứng từ trên phải là bản gốc hoặc bản sao công chứng.

Giấy tờ, tài liệu khác có liên quan đến việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo yêu cầu của MIC phù hợp với quy định của Quy tắc bảo hiểm và của pháp luật.

Điều 10. Thủ tục trả tiền bảo hiểm và bảo lãnh

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 MIC để thanh toán phần chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm.

1. Thời hạn trả tiền bảo hiểm

MIC có trách nhiệm giải quyết và chi trả tiền bảo hiểm trong thời hạn tối đa 15 (mười lăm) ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu bồi thường đầy đủ và hợp lệ trừ trường hợp phải xác minh hồ sơ, cụ thể như sau:

- Thời gian gửi thông báo nhận hồ sơ trong vòng ba (03) ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu bồi thường.

- Thời gian gửi thông báo bổ sung hồ sơ trong vòng năm (05) ngày làm việc kể từ ngày nhận hồ sơ yêu cầu bồi thường.

- Thời gian để khách hàng bổ sung hồ sơ trong vòng ba mươi (30) ngày làm việc kể từ ngày nhận được thông báo yêu cầu bổ sung hồ sơ của MIC.

- Thời gian gửi thông báo bồi thường trong vòng mười (10) ngày làm việc kể từ ngày MIC nhận được hồ sơ yêu cầu bồi thường đầy đủ và hợp lệ.

- Trường hợp hồ sơ bồi thường thuộc phạm vi bảo hiểm: thời gian chi trả tiền bảo hiểm trong vòng năm (05) ngày làm việc kể từ ngày MIC nhận được xác nhận bồi thường từ Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng.

- Trường hợp hồ sơ bồi thường không thuộc phạm vi bảo hiểm: thời gian yêu cầu hoàn trả hồ sơ tối đa sáu mươi (60) ngày kể từ ngày MIC gửi thông báo bồi thường cho khách hàng.

- Trường hợp MIC cần xác minh hồ sơ: thời gian để MIC xác minh hồ sơ tối đa chín mươi (90) ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ.

2. Thông tin chung về chi trả bảo hiểm

Tất cả các chứng từ và tài liệu mà MIC yêu cầu hỗ trợ cho việc chi trả bảo hiểm sẽ được cung cấp miễn phí cho MIC trước khi bất kỳ việc chi trả bảo hiểm nào được hoàn tất.

Trường hợp thiếu thông tin y tế/chứng từ y tế, Người được bảo hiểm phải có trách nhiệm bổ sung các thông tin/chứng từ y tế cần thiết và hợp lý phục vụ công tác giải quyết bồi thường cho MIC và MIC không phải chịu chi phí cho việc có thêm thông tin đó.

Tiền bảo hiểm sẽ được trả cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng/Người được ủy quyền hợp pháp theo đúng quy định của Pháp luật.

3. Trường hợp bảo lãnh (áp dụng cho chương trình có dịch vụ bảo lãnh)

Trường hợp Người được bảo hiểm khám và điều trị tại các cơ sở y tế trong hệ thống bảo lãnh thanh toán của chương trình, Người được bảo hiểm cần thực hiện những bước sau:

- Xuất trình thẻ bảo hiểm sức khỏe của MIC và chứng minh nhân dân hoặc hộ chiếu, giấy khai sinh (nếu là trẻ em) cho bệnh viện, phòng khám.

- Kiểm tra giấy yêu cầu bồi thường mà bệnh viện, phòng khám cung cấp sau khi điều trị và ký tên để xác nhận việc điều trị của Người được bảo hiểm, đặt cọc theo quy định của bệnh viện/phòng khám (nếu có).

• Thanh toán các chi phí trong bệnh viện không thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc vượt quá mức trách nhiệm bảo hiểm.

PHẦN V. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

Điều 11. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm

1. Quyền của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm

- Yêu cầu MIC giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; cấp giấy Chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm;

- Đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật;

- Yêu cầu MIC chi trả tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng hoặc Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm;

- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

2. Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm

- Thanh toán phí bảo hiểm đầy đủ theo đúng thời hạn và phương thức đã thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;

- Kê khai đầy đủ, trung thực mọi chi tiết có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của MIC;

- Thông báo các trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của MIC trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;

- Thông báo cho MIC khi có sự kiện bảo hiểm xảy ra theo quy định;

- Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác của pháp luật liên quan;

- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

Điều 12. Quyền và nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm

1. Quyền của doanh nghiệp bảo hiểm

- Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm;

- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực các thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm;

- Đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật;

- Từ chối trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm đối với các trường hợp ngoài phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc các trường hợp loại trừ theo Quy tắc, thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;

- Yêu cầu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm thực hiện các biện pháp đề phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và các quy định khác liên quan;

- Các quyền khác theo quy định của pháp luật.

2. Nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm

- Giải thích cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm về các điều kiện, điều khoản bảo hiểm; quyền, nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm;

- Cấp cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm sau khi giao kết hợp đồng bảo hiểm;

- Chi trả quyền lợi bảo hiểm đúng hạn cho Người thụ hưởng hoặc Người được bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm;
- Các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

PHẦN VI. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 14. Luật áp dụng

Luật của Nước cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam.

Điều 15. Giải quyết tranh chấp

Mọi tranh chấp liên quan đến Quy tắc bảo hiểm này, được giải quyết thông qua thương lượng giữa các bên.

Nếu các bên không giải quyết được bằng thương lượng, một trong các bên có quyền đưa ra Tòa án có thẩm quyền tại Việt Nam để giải quyết tranh chấp theo quy định của pháp luật. Phán quyết của tòa án có giá trị cuối cùng bắt buộc các bên thực hiện. Bên thua kiện phải chịu mọi lệ phí và chi phí phát sinh theo phán quyết của Tòa án.

Điều 16. Thời hiệu khởi kiện

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

MIC

PHỤ LỤC: BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN THƯƠNG TẬT

(Đính kèm Quy tắc bảo hiểm sức khỏe toàn diện)

STT	QUYỀN LỢI	TỶ LỆ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM (%)
	I. THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VĨNH VIỄN	
1	Mù hoặc mất hoàn toàn hai mắt	100
	Rối loạn tâm thần hoàn toàn không thể chữa được	100
3	Hỏng hoàn toàn chức năng nhai và nói	100
4	Mất hoặc liệt hoàn toàn hai tay (từ vai hoặc khuỷu xuống) hoặc hai chân (từ háng hoặc đầu gối xuống)	100
5	Mất cả hai bàn tay hoặc hai bàn chân, hoặc mất một cánh tay và một bàn chân, hoặc một cánh tay và một cẳng chân, hoặc một bàn tay và một bàn chân	100
6	Mất hoàn toàn khả năng lao động và làm việc (toàn bộ bị tê liệt, bị thương dẫn đến tình trạng nằm liệt giường hoặc tàn phế vĩnh viễn	100
7	Cắt hoàn toàn một bên phổi và một phần phổi bên kia	100
	II. THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN VĨNH VIỄN	
	A. CHI TRÊN	
8	Mất một cánh tay từ vai xuống (tháo khớp vai)	75
9	Cắt cụt cánh tay từ dưới vai xuống	70
10	Cắt cụt một cánh tay từ khuỷu xuống (tháo khớp khuỷu)	65
11	Mất trọn một bàn tay hay năm ngón của một bàn	60
12	Mất 4 ngón tay trên một bàn	40
13	Mất 3 ngón tay không gồm ngón cái	30
14	Mất 1 ngón cái và 2 ngón khác	35
15	Mất 2 ngón tay	30
16	Mất một ngón cái	20
17	Mất một ngón trỏ	18
18	Mất một ngón giữa hoặc một ngón nhẫn	15
19	Mất cả ngón út	10
	B. CHI DƯỚI	
20	Mất 1 chân từ háng xuống (tháo khớp háng 1 đùi)	75
21	Cắt cụt một đùi	
	- Đường cắt từ 1/3 trên trở lên	70
	- Đường cắt từ 1/3 giữa trở xuống	55
22	Cắt cụt 1 chân từ gối xuống (tháo khớp gối)	60
23	Tháo khớp cổ chân hoặc mất 1 bàn chân	55

24	Mất xương sên	35
25	Mất xương gót	35
26	Mất đoạn xương chày, mác gây khớp giả cẳng chân	35
27	Mất đoạn xương mác	20
28	Mất mắt cá chân	
	- Mắt cá ngoài	10
	- Mắt cá trong	15
29	Mất cả 5 ngón chân	45
30	Mất 4 ngón cả ngón cái	38
31	Mất 4 ngón trừ ngón cái	35
32	Mất 3 ngón, 3-4-5	25
33	Mất 3 ngón, 1-2-3	30
34	Mất 1 ngón cái và ngón 2	20
35	Mất 1 ngón cái	15
36	Mất 1 ngón ngoài ngón cái	10
37	Cứng khớp háng	45
38	Cứng khớp gối	30
39	Mất phần lớn xương bánh chè và giới hạn nhiều khả năng duỗi cẳng chân trên đùi	45
40	Gãy chân can lệch hoặc mất xương làm ngắn chi	
	- ít nhất 5 cm	40
	- từ 3 – 5 cm	35
41	Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài	35
42	Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong	25
	C. CỘT SỐNG	
43	Cắt bỏ cung sau	
	- Của 1 đốt sống	35
	- Của 2 - 3 đốt sống trở lên	45
	D. SỌ NÃO	
44	Khuyết xương sọ (chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần)	
	Đường kính dưới 6 cm	25
	Đường kính từ 6 – 10 cm	40
	Đường kính trên 10 cm	50
45	Rối loạn ngôn ngữ do ảnh hưởng của vết thương đại não	
	Nói ngọng, nói lẫp khó khăn ảnh hưởng đến giao tiếp	30
	Không nói được (câm) do tổn hại vùng Broca	60
	Mất khả năng giao dịch bằng chữ viết (mất nhận biết về ngôn ngữ do tổn hại vùng Wernicke	55
	E. LỒNG NGỰC	

46	Cắt bỏ 1-2 xương sườn	15
47	Cắt bỏ từ 3 xương sườn trở lên (mỗi xương sườn cát bỏ trên 03 xương sườn tăng thêm 5%)	25
48	Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn (mỗi đoạn xương sườn cắt bỏ thêm tăng 3%)	8
49	Cắt toàn bộ 1 bên phổi	70
50	Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên, dung tích sống giảm trên 50%	65
51	Cắt nhiều thùy phổi ở 1 bên	50
52	Cắt 1 thùy phổi	35
	G. BỤNG	
53	Cắt toàn bộ dạ dày	75
54	Cắt đoạn dạ dày	50
55	Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1 m)	75
56	Cắt đoạn ruột non	40
57	Cắt toàn bộ đại tràng	75
58	Cắt đoạn đại tràng	50
59	Cắt bỏ gan phải đơn thuần	70
60	Cắt bỏ gan trái đơn thuần	60
61	Cắt 1/2 của một thùy gan	55
62	Cắt 1/3 của một thùy gan	35
63	Cắt dưới 1/3 của một thùy gan	25
64	Cắt bỏ túi mật	45
65	Cắt bỏ lá lách	40
66	Cắt bỏ đuôi tụy, lách	60
	H. CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC	
67	Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bình thường	50
68	Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bị tổn thương hoặc bệnh lý	70
69	Cắt 1 phần thận trái hoặc phải	30
70	Cắt 1 phần bàng quang	27
71	Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người	
	Dưới 55 tuổi chưa có con	70
	Dưới 55 tuổi có con rồi	55
	Trên 55 tuổi	35
72	Cắt bỏ dạ con và buồng trứng 1 bên ở người	
	Dưới 45 tuổi chưa có con	60
	Dưới 45 tuổi có con rồi	30
	Trên 45 tuổi	25
73	Cắt vú ở nữ	
	Dưới 45 tuổi	
	- 1 bên	20

	- 2 bên	45
	Trên 45 tuổi	
	- 1 bên	15
	- 2 bên	30
	I. MẮT	
74	Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt	
	- Không lắp được mắt giả	55
	- Lắp được mắt giả	50
75	Một mắt thị lực còn đến 1/10	30
76	Một mắt thị lực còn từ 2/10 đến 4/10	12
77	Một mắt thị lực còn từ 5/10 đến 7/10	7
78	Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt nhưng trước khi xảy ra tai nạn đã mất hoặc mù một mắt	80
	K. TAI , MŨI ,HỌNG	
79	Điếc 2 tai	
	- Hoàn toàn không phục hồi được	75
	- Nặng (Nói to hoặc thét vào tai còn nghe)	60
	- Vừa (Nói to 1 - 2 m còn nghe)	35
	- Nhẹ (Nói to 2 - 4 m còn nghe)	15
80	Điếc 1 tai	
	- Hoàn toàn không phục hồi được	30
	- Vừa	15
	- Nhẹ	8
81	Mất vành tai 2 bên	20
82	Mất vành tai 1 bên	10
83	Sẹo rúm vành tai, chít hẹp ống tai	20
84	Mất mũi hoàn toàn	30
85	Biến dạng mũi	15
86	Vết thương họng sẹo hẹp ảnh hưởng đến nuốt	20
	L. RĂNG , HÀM, MẶT	
87	Mất 1 phần xương hàm trên và 1 phần xương hàm dưới từ cành cao trở xuống:	
	- Khác bên	80
	- Cùng bên	75
88	Mất toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới	70
89	Mất 1 phần xương hàm trên hoặc 1 phần xương hàm Dưới (từ 1/3 đến 1/ 2 bị mất) từ cành cao trở xuống	35
90	Khớp hàm giả do không liền xương hay khuyết xương	20
91	Mất răng	

	- Trên 8 cái không lắp được răng giả	30
	- Trên 8 cái lắp được răng giả	15
	- Từ 5 – 8 răng	15
	- Từ 3 – 4 răng	8
	- Từ 1 – 2 răng	3
92	Mất 3/4 lưỡi, còn gốc lưỡi (từ đường gai V trở ra)	75
93	Mất 2/3 lưỡi từ đầu lưỡi	50
94	Mất 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm	15
95	Mất 1 phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm	10
	M. VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM (VTPM), BỎNG	
96	Vết thương phần mềm (VTPM) để lại di chứng đau rát, tê, co, kéo lâu dài sau khi liền vết thương, co kéo lâu dài sau khi điều trị	10
97	VTPM để lại di chứng đau rát, tê, co kéo ảnh hưởng đến gân, cơ, mạch máu lớn, thần kinh sau khi điều trị	15
98	VTPM ở ngực, bụng để lại di chứng ảnh hưởng đến hô hấp sau khi điều trị	25
99	VTPM để lại di chứng sẹo cơ cứng làm biến dạng mặt gây trở ngại đến ăn, nhai và cử động cổ	30
100	VTPM khuyết hổng lớn ở xung quanh hốc miệng, vết thương môi và má ảnh hưởng nhiều đến ăn uống	35
101	Mất một phần hàm ếch làm thông giữa mũi và miệng	40

Nguyên tắc xét trả tiền bảo hiểm

Việc chi trả quyền lợi bảo hiểm theo bảng này tuân theo các nguyên tắc sau đây:

1. Các trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn thuộc phạm vi bảo hiểm được quy định trong bảng này được chi trả theo tỷ lệ trả tiền bảo hiểm tương ứng và Số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm chính
2. Những trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn không liệt kê trong bảng này sẽ không được chi trả bảo hiểm
3. Mất hẳn chức năng của từng bộ phận hoặc hỏng vĩnh viễn chi được coi như mất từng bộ phận đó hoặc mất chi
4. Trường hợp đa thương tật bộ phận vĩnh viễn, số tiền chi trả cho Người được bảo hiểm sẽ không vượt quá số tiền bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm chính. Trường hợp đa thương tật bộ phận vĩnh viễn ở cùng một chi, tổng số tiền trả cho các thương tật không vượt quá tỷ lệ chi trả của việc mất chi đó.