



CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Số: 1769 /2025/QĐ-MIC

Hà Nội, ngày 27 tháng 6 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Quy tắc bảo hiểm Sức khỏe nhóm và tai nạn nhóm

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;

Căn cứ Tờ trình số 30/2025/TTr-PPTSP ngày 26/06/2025 của Phòng Phát triển sản phẩm – Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Quân Đội;

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 nhóm và tai nạn nhóm”.

Điều 2: Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày 01/7/2025 và thay thế cho “Quy tắc bảo hiểm Sức khỏe nhóm” ban hành theo Quyết định số 67/2016/QĐ-MIC ngày 01/01/2016 và cho “Quy tắc bảo hiểm Tai nạn nhóm” ban hành theo Quyết định số 65/2016/QĐ-MIC ngày 01/01/2016.

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);
- Lưu: VT, PTSP.

TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM QUÂN ĐỘI



TỔNG GIÁM ĐỐC
Đinh Như Tuyền

TỔNG CÔNG TY CP BẢO HIỂM QUÂN ĐỘI / MILITARY INSURANCE CORPORATION

Tầng 5, 6 - Số 21 Cát Linh, Q. Đống Đa, TP. Hà Nội / Floor 5,6 - No. 21, Cat Linh, Dong Da District, Hanoi City

Hotline: 1900 55 88 91 Fax: (024) 6285 3366

Email: info@mic.vn Web: www.mic.vn - www.emic.vn



QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE NHÓM VÀ TAI NẠN NHÓM
(Ban hành kèm theo Quyết định số 1769/2025/QĐ-MIC ngày 27 tháng 6 năm 2025
của Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Quân Đội)

MỤC LỤC

PHẦN I. QUY ĐỊNH CHUNG	3
Điều 1. Thuật ngữ liên quan đến Người được bảo hiểm	3
Điều 2. Thuật ngữ về phạm vi bảo hiểm	4
Điều 3. Thuật ngữ về bệnh/tình trạng y tế	5
Điều 4. Thuật ngữ về dịch vụ y tế	8
Điều 5. Quy định liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm	11
PHẦN II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	14
Điều 6. Các quyền lợi bảo hiểm do tai nạn	14
1. Các quyền lợi bảo hiểm	14
1.1. Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn	14
1.2. Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn	14
1.3. Trợ cấp trong thời gian điều trị thương tật tạm thời	14
1.4. Chi phí y tế do tai nạn	15
1.5. Trợ cấp sau tử vong	17
1.6. Vận chuyển y tế cấp cứu	17
2. Nguyên tắc chi trả các quyền lợi bảo hiểm liên quan đến tử vong/thương tật vĩnh viễn	17
Điều 7. Điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật và thai sản	18
1. Chi phí viện phí tổng hợp	18
2. Chi phí giường cho người thân	19
3. Phẫu thuật	19
4. Trợ cấp nằm viện	19
5. Điều trị trước khi nhập viện	19
6. Điều trị sau khi xuất viện	19
7. Y tá chăm sóc tại nhà	19
8. Trợ cấp mai táng	19
9. Vận chuyển cấp cứu	19
10. Quyền lợi thai sản	20
10.1. Sinh thường	20
10.2. Sinh mổ	20
10.3. Biến chứng thai sản	20
11. Trợ cấp sinh con	20
12. Chăm sóc em bé	20
13. Bệnh cấp tính sau sinh	20
Điều 8. Điều trị ngoại trú	21

1. Chi phí y tế điều trị ngoại trú	21
2. Điều trị nha khoa đặc biệt.....	21
Điều 9. Các quyền lợi bảo hiểm khác.....	22
1. Tử vong, thương tật vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản.....	22
2. Trợ cấp trong thời gian điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật	23
PHẦN III. LOẠI TRỪ BẢO HIỂM.....	23
Điều 10. Loại trừ bảo hiểm	23
PHẦN IV. QUY ĐỊNH VỀ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM.....	26
Điều 11. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm.....	26
Điều 12. Thời hạn chi trả tiền bảo hiểm	26
Điều 13. Xác minh.....	26
Điều 14. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm	26
PHẦN V. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN	27
Điều 15. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm.....	27
Điều 16. Quyền và nghĩa vụ của MIC	28
PHẦN VI. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP.....	29
Điều 17. Giải quyết tranh chấp.....	29
Điều 18. Luật áp dụng	29
Điều 19. Thời hiệu khởi kiện.....	29

PHẦN I. QUY ĐỊNH CHUNG

Các thuật ngữ được in đậm tại Điều 1, Điều 2, Điều 3 và Điều 4 dù xuất hiện ở bất cứ đâu trong Quy tắc này cũng sẽ được hiểu và diễn giải như dưới đây.

Điều 1. Thuật ngữ liên quan đến Người được bảo hiểm

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 quy định của pháp luật, sau đây được gọi là **MIC**.

2. Bên mua bảo hiểm: là tổ chức, cá nhân đáp ứng theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm tại Việt Nam, giao kết Hợp đồng bảo hiểm với **MIC** và đóng phí bảo hiểm.

3. Người được bảo hiểm: là cá nhân có tính mạng, sức khỏe được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

4. Người thụ hưởng: là tổ chức, cá nhân được **Bên mua bảo hiểm** hoặc **Người được bảo hiểm** chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/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.

5. Người phụ thuộc: là vợ/chồng hợp pháp và con cái chưa kết hôn đang phụ thuộc tài chính (bao gồm con đẻ, con riêng, con nuôi hợp pháp) của **Người được bảo hiểm**, bố mẹ đẻ hoặc bố mẹ vợ/chồng của **Người được bảo hiểm** sống chung với **Người được bảo hiểm** hoặc đối tác hôn nhân của **Người được bảo hiểm** khi tham gia hợp đồng bảo hiểm hoặc khi tái tục bảo hiểm.

Vợ hoặc chồng là người kết hôn hợp pháp cùng **Người được bảo hiểm** và trong độ tuổi từ mười tám (18) tuổi đến tròn bảy mươi (70) tuổi.

Người phụ thuộc là bố mẹ đẻ hoặc bố mẹ vợ/chồng của **Người được bảo hiểm** phải không vượt quá bảy mươi (70) tuổi.

Con cái chưa kết hôn từ ít nhất mười lăm (15) ngày tuổi đến tròn hai mươi hai (22) tuổi. Con cái trên hai mươi hai (22) tuổi sẽ không được coi là **người phụ thuộc**. Tuy nhiên, trong trường hợp tái tục, con cái chưa kết hôn và đang theo học toàn thời gian tại một cơ sở giáo dục và chưa đi làm vẫn được coi là **người phụ thuộc** đến năm hai mươi lăm (25) tuổi.

Đối tác hôn nhân được xem xét bổ sung vào chương trình bảo hiểm như **người phụ thuộc** nếu thỏa mãn đồng thời các tiêu chí sau:

- Trong một mối quan hệ đồng giới, đối tác hôn nhân và **Người được bảo hiểm** đã kết hôn hoặc có mối quan hệ gắn bó lâu dài với nhau và không có đối tác hôn nhân nào khác;
- Được **Bên mua bảo hiểm** xác nhận đối tượng đó là đối tác hôn nhân của **nhân viên**;
- Đối tác hôn nhân có đủ năng lực hành vi, năng lực pháp luật dân sự và trong độ tuổi từ mười tám (18) tuổi đến bảy mươi (70) tuổi;
- Đối tác hôn nhân và **Người được bảo hiểm** không có quan hệ huyết thống;
- Mỗi một **nhân viên** chỉ được mua cho một (01) đối tác hôn nhân trong năm tham gia bảo hiểm.

6. **Tuổi được bảo hiểm:** là tuổi của **Người được bảo hiểm** vào ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm tính theo lần sinh nhật liền trước ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Nếu năm nào không có ngày sinh nhật thì ngày cuối cùng của tháng sinh nhật sẽ được coi là ngày sinh nhật của **Người được bảo hiểm** trong năm đó.

7. **Nhân viên:** là nhân viên của **Bên mua bảo hiểm**, có hợp đồng lao động/hợp đồng thử việc/các thỏa thuận lao động được pháp luật công nhận với **Bên mua bảo hiểm**.

8. **Nhóm:** là một tổ chức hoặc doanh nghiệp tham gia chương trình bảo hiểm cho **nhân viên** (người lao động) và **người phụ thuộc** theo Quy tắc này. Một **nhóm** được hình thành không phải với mục đích duy nhất là để tham gia bảo hiểm.

Điều 2. Thuật ngữ về phạm vi bảo hiểm

1. **Phạm vi địa lý:** là giới hạn lãnh thổ được áp dụng trong trường hợp **tai nạn**, tử vong và **điều trị y tế** được **MIC** xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc này. **Phạm vi địa lý** theo Quy tắc này là lãnh thổ nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam, trừ trường hợp được quy định khác tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Trong trường hợp **Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm** yêu cầu và được **MIC** chấp thuận có thu thêm phí bảo hiểm, **MIC** đồng ý mở rộng **phạm vi địa lý** được bảo hiểm như sau:

- Khu vực Châu Á; hoặc
- Toàn thế giới.

2. **Thời gian chờ:** là khoảng thời gian mà các sự kiện bảo hiểm xảy ra sẽ không được **MIC** chi trả quyền lợi bảo hiểm. **Thời gian chờ** tính từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm.

3. **Ngày kết thúc điều trị y tế:** là ngày ra viện được ghi trên giấy ra viện đối với **điều trị nội trú** và **điều trị trong ngày** hoặc là ngày **bác sỹ** đưa ra được chẩn đoán bệnh, phương pháp điều trị/đơn thuốc đối với **điều trị ngoại trú**.

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

5. **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, lặn biển, hockey trên băng, nhảy dù, đấu vật, môn bóng ngựa, môn lướt ván, bơi thuyền buồm cách xa bờ năm (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).

6. **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 bên vận chuyển.

7. **Phương tiện giao thông công cộng:** là phương thức vận tải được thực hiện theo lịch trình đều đặn do một tổ chức được phép hoạt động hợp pháp quản lý và vận hành phục vụ lợi ích công cộng và được các nước thừa nhận (chẳng hạn xe buýt, phà, tàu cao tốc cánh ngầm, tàu chạy trên đệm không khí, tàu thủy, tàu hỏa, tàu điện hay tàu điện ngầm). **Phương tiện giao thông công cộng** không bao gồm các phương tiện vận tải được thuê chuyển hay được thu xếp trong khuôn khổ chuyến du lịch, ngay cả khi phương tiện giao thông công cộng đó được thực hiện theo một lịch trình đều đặn. Trong Quy tắc này, **chuyến bay thường lệ** được coi là **phương tiện giao thông công cộng**.

8. **Giới hạn phụ:** là giới hạn chi trả tối đa cho các quyền lợi hoặc chi phí điều trị hoặc phương pháp điều trị hoặc **ôm đau, bệnh tật, thương tật, thai sản, nha khoa** cụ thể được quy định chi tiết trong **bảng quyền lợi bảo hiểm**.

9. **Bảng quyền lợi bảo hiểm:** là bảng 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**.

10. **Đồng chi trả:** là tỷ lệ **chi phí y tế** mà MIC, **Người được bảo hiểm** cùng chi trả khi phát sinh chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Số tiền 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.

11. **Ngày tham gia bảo hiểm:** là ngày **Người được bảo hiểm** bắt đầu tham gia vào Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

12. **Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật của MIC:** là bảng tỷ lệ trả tiền thương tật do MIC ban hành và có hiệu lực tại thời điểm bắt đầu thời hạn bảo hiểm.

Điều 3. Thuật ngữ về bệnh/tình trạng y tế

1. **Ôm 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.

Trong Quy tắc này, **ôm đau, bệnh tật** bao gồm sự kiện ngộ độc thức ăn, đồ uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc, khí gas với điều kiện các sự kiện này xảy ra bất ngờ và không lường trước được và không phát sinh do sự cố ý của **Người được bảo hiểm**.

2. **Tai nạn:** là sự kiện hoặc chuỗi sự kiện liên tục, bất ngờ hay không lường trước được, do 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**.

3. **Thương tật:** là các thương tật thân thể có nguyên nhân trực tiếp và duy nhất do **tai nạn** và độc lập với các nguyên nhân khác và không phải do **ôm đau, bệnh tật** gây nên.

4. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

- **Thương tật toàn bộ vĩnh viễn** là tình trạng:

a) **Người được bảo hiểm** bị mất, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của: hai tay; hoặc hai chân; hoặc một tay và một chân; hoặc hai mắt; hoặc một tay và một mắt; hoặc một chân và một mắt. Trong trường hợp này, mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của tay được tính từ cổ tay trở lên; mất hoàn toàn, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của chân được tính từ mắt cá chân trở lên; mất hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của mắt được hiểu là mất hoàn toàn hoặc mù hoàn toàn; hoặc

b) **Người được bảo hiểm** bị tổn thương cơ thể từ tám mươi một phần trăm (81%) trở lên theo xác nhận của cơ quan y tế/Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương trở lên giám định.

- Việc chứng nhận **Người được bảo hiểm** bị mất hoàn toàn bộ phận cơ thể (tay,

chân hoặc mắt) được thực hiện sau khi kết thúc việc điều trị.

Việc chứng nhận bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể hoặc mù hoàn toàn hoặc bị tổn thương cơ thể từ tám mươi một phần trăm (81%) trở lên được thực hiện sau năm mươi hai (52) tuần kể từ ngày bệnh lý được chẩn đoán.

5. Thương tật bộ phận vĩnh viễn: là thương tật của Người được bảo hiểm do tai nạn, ốm đau, bệnh tật, thai sản 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 (mắt) hoặc liệt hoàn toàn và vĩnh viễn bộ phận đó. MIC chỉ chi trả cho các thương tật bộ phận vĩnh viễn được liệt kê tại Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật của MIC.

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 năm mươi hai (52) tuần liên tục tính từ ngày kết thúc điều trị tai nạn gây nên thương tật đó.

6. Thương tật tạm thời: là tình trạng mà Người được bảo hiểm bị thương tật không thể thực hiện được nhiệm vụ liên quan đến công việc hàng ngày của mình trong một thời gian nhất định.

7. Bệnh có sẵn: là tình trạng ốm đau, bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm, trong đó:

- Người được bảo hiểm đã được bác sỹ chẩn đoán hoặc điều trị trước ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm; hoặc

- Đã xuất hiện dấu hiệu, triệu chứng khởi phát trong vòng ba mươi sáu (36) tháng trước ngày hiệu lực hoặc ngày khôi phục hiệu lực (gần nhất) của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Việc xác định bệnh có sẵn sẽ căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ tại bệnh viện hoặc cơ sở y tế được thành lập hợp pháp, các tài liệu y khoa được Bộ y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban hành hoặc các thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm tự kê khai trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc phiếu bổ sung thông tin.

8. 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; các bệnh rối loạn vận động ngoại tháp bao gồm bệnh Parkinson, rối loạn trương lực cơ, rối loạn vận động ngoại tháp khác; bệnh thoái hóa khác của hệ thần kinh bao gồm bệnh Alzheimer; hội chứng ống cổ tay; bệnh động kinh; bại não do nguyên nhân mắc phải không phải là bệnh di truyền hay bệnh bẩm sinh;

- Bệnh hệ hô hấp: hội chứng suy hô hấp mãn tính, phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi;

- Bệnh hệ tuần hoàn: các bệnh tim mạch do xơ vữa mạch bao gồm bệnh động mạch vành, suy vành, thiếu năng vành, bệnh cơ tim, hẹp mạch vành, nhồi máu cơ tim, các bệnh có liên quan mạch máu não; tăng/cao huyết áp; tăng áp động mạch phổi; đột quỵ và các hậu quả/di chứng của bệnh này;

- Bệnh hệ tiêu hóa: viêm gan do virus A, B, C; xơ gan; suy gan; sỏi mật bao gồm

sỏi túi mật; sỏi đường mật trong gan; bệnh loét dạ dày; bệnh viêm dạ dày; viêm tá tràng; loét tá tràng; thoát vị bẹn;

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

- Bệnh hệ nội tiết: rối loạn tuyến giáp, đái tháo đường, nội tiết tuyến tụy, tuyến thượng thận, rối loạn 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, Pemphigus, vẩy nến, mề đay;

- Bệnh hệ mạch: gồm viêm/viêm tắc/giãn/suy van các tĩnh mạch, bệnh trĩ gồm các bệnh trĩ nội, trĩ ngoại; bệnh của hạch bạch huyết;

- Bệnh hệ cơ, xương, khớp: viêm khớp/đa khớp mãn tính/viêm đa khớp dạng thấp, bệnh thoái hóa cột sống (bao gồm thoát vị đĩa đệm, phồng/phình đĩa đệm, gai cột sống/đốt sống, thoái hóa thân đốt sống, sụn khớp), bệnh thoái hóa khớp/các khớp khác, bệnh loãng xương, rối loạn mật độ và cấu trúc xương, bệnh gout (gút);

- Bệnh hệ tai – mũi – họng: vẹo vách ngăn do nguyên nhân mắc phải không phải do **dị tật bẩm sinh**, viêm tai giữa cần phải phẫu thuật, sùi vòm họng, cắt bỏ xương xoăn, viêm Amidan cần phải cắt/phẫu thuật, viêm VA cần phải phẫu thuật (nạo), viêm VA quá phát/phi đại có chỉ định phẫu thuật (nạo), viêm Amidan quá phát/phi đại có chỉ định phẫu thuật, bệnh mạn tính của VA, Amidal, sùi dạng tuyến;

- Bệnh hệ sinh sản: viêm lộ tuyến cổ tử cung, viêm tử cung/vòi trứng, thay đổi sợi bọc tuyến vú/xơ nang tuyến vú gồm dạng nang, dạng u sợi, dạng u tăng sản biểu mô, tràn dịch màng tinh hoàn, giãn tĩnh mạch thừng tinh;

- Bệnh khác: nang, mụn cơm, nốt ruồi các loại, rối loạn tiền đình, các **bệnh mãn tính/mạn tính**, các bệnh rối loạn chuyển hóa.

9. Bệnh mãn tính/mạn tính: là tình trạng bệnh xảy ra từ từ, kéo dài, tiến triển chậm, thời gian điều trị lâu nhưng khó hoặc không có khả năng khỏi bệnh và được xác định theo kết luận cuối cùng của **bác sĩ** tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế hoặc theo ý kiến của cơ quan chuyên môn liên quan.

10. Biến chứng thai sản: là các vấn đề sức khỏe xảy ra trong quá trình mang thai, có thể ảnh hưởng đến sức khỏe của người mẹ hoặc thai nhi. Những biến chứng này có thể xuất hiện ở bất kỳ giai đoạn nào của thai kỳ và thường cần được theo dõi và điều trị kịp thời để tránh gây ra những nguy cơ nghiêm trọng.

Biến chứng thai sản bao gồm nhưng không giới hạn các trường hợp sau:

a) Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung;

b) Mang thai trứng nước;

c) Thai ngoài tử cung;

d) Băng huyết sau sinh, nhiễm trùng hậu sản, sản giật;

e) Sốt nhau thai trong tử cung sau sinh;

f) 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;

g) Dọa sinh non từ tuần thứ hai mươi hai (22) đến trước tuần thứ ba mươi bảy (37) của thai kỳ;

h) Biến chứng của các nguyên nhân trên.

11. 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 phương pháp bơm tinh trùng vào buồng 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.

12. Bệnh bẩm sinh/Dị tật bẩm sinh: là những bất thường sai lệch chức năng, vị trí của tế bào mầm, bệnh bẩm sinh có thể được phát hiện trong thời kỳ bào thai, khi trẻ sinh ra hoặc xuất hiện muộn hơn trong các giai đoạn phát triển của cơ thể, 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 sĩ**.

13. 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 sĩ**.

14. Mất tích: khi **Người được bảo hiểm** biệt tích hai (02) năm liền trở lên, có bằng chứng đầy đủ về việc mất tích là do **tai nạn**, mặc dù đã áp dụng đầy đủ các biện pháp thông báo, tìm kiếm theo quy định của pháp luật tố tụng dân sự nhưng vẫn không có tin tức xác thực về việc **Người được bảo hiểm** còn sống hay đã tử vong và được cơ quan có thẩm quyền tuyên bố mất tích.

Điều 4. Thuật ngữ về dịch vụ y tế

1. Bác sĩ: là người được cấp phép hành nghề hợp pháp và được pháp luật của quốc gia sở tại công nhận. **Bác sĩ** đang điều trị hoặc hành nghề trong phạm vi giấy phép được cấp và trong chuyên ngành mà họ được đào tạo. Loại trừ những trường hợp **bác sĩ** chính là **Người được bảo hiểm** hoặc **Bên mua bảo hiểm**; vợ hoặc chồng; bố mẹ đẻ hoặc bố mẹ của vợ/chồng; con cái; anh, chị, em ruột; chị/em dâu hoặc anh/em rể của **Người được bảo hiểm** hay **Bên mua bảo hiểm**.

2. Cơ sở y tế: là tổ chức được cấp phép hoạt động bởi cơ quan có thẩm quyền, cung cấp các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và tuân thủ theo quy định pháp luật về y tế. Các cơ sở này bao gồm **bệnh viện**, phòng khám, trung tâm y tế và các đơn vị tương tự có chức năng khám, chữa bệnh. **Cơ sở y tế** không bao gồm các cơ sở chỉ phục vụ mục đích nghỉ dưỡng, điều dưỡng hoặc các cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già, cai nghiện ma túy, rượu và các chất kích thích.

3. Bệnh viện: là một **cơ sở y tế** được cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp phép hoạt động, đáp ứng điều kiện về trang thiết bị, nhân sự và phạm vi dịch vụ. **Bệnh viện** thỏa mãn các điều kiện sau:

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

và

- Đáp ứng điều kiện tiếp nhận và **điều trị nội trú, điều trị ngoại trú**, bao gồm hệ thống theo dõi sức khỏe hàng ngày cho các bệnh nhân.

Theo định nghĩa này, **bệnh viện** không bao gồm các loại hình cơ sở y tế khác như: bệnh xá, trạm y tế, nhà hộ sinh, trạm xá, nhà điều dưỡng, phòng khám, trung tâm y tế hoặc các cơ sở y tế không đủ tiêu chuẩn trở thành **bệnh viện**.

Bệnh viện cũng không bao gồm các cơ sở chuyên về an dưỡng, phục hồi sức khỏe, các cơ sở điều trị cho người già, dưỡng lão hoặc các cơ sở phục vụ cai nghiện rượu, ma túy, thuốc phiện, điều trị bệnh phong, điều trị rối loạn tâm thần hoặc các cơ sở phục vụ xông hơi, suối khoáng, massage.

4. Bệnh viện công lập: là **bệnh viện** 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.

5. 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. Khi **Người được bảo hiểm** khám và điều trị tại những cơ sở y tế thuộc hệ thống này, MIC sẽ bảo lãnh và 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** có trách nhiệm tự thanh toán các chi phí vượt quá mức bảo hiểm đã cam kết tại thời điểm điều trị, theo quy định trong Quy tắc này.

Danh sách các cơ sở y tế trong hệ thống bảo lãnh viện phí của MIC sẽ được thay đổi và cập nhật theo từng thời kỳ tại trang web của MIC.

6. Điều trị y tế: là quá trình **phẫu thuật** hoặc áp dụng các phương pháp điều trị hoặc chữa trị theo chỉ định của **bác sỹ** nhằm mục đích chữa bệnh hoặc làm giảm nhẹ tình trạng **ôm đau, bệnh tật** hay **thương tật** của **Người được bảo hiểm**.

7. Chi phí y tế: là những chi phí hợp lý và cần thiết về mặt y tế, phát sinh thực tế khi **Người được bảo hiểm** phải thực hiện việc **điều trị y tế** với điều kiện sau.

- Là các chi phí cho các **điều trị y tế** theo chỉ định của **bác sỹ** bao gồm: chi phí khám bệnh, **phẫu thuật**, xét nghiệm chẩn đoán, **vật lý trị liệu** và các dịch vụ **điều trị y tế** khác. Đồng thời, việc điều trị này phải thuộc phạm vi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;

- Chi phí phát sinh không được vượt quá mức chi phí chung của các cơ sở y tế có cùng mức độ dịch vụ tại quốc gia nơi thực hiện điều trị. Chi phí phải tương ứng với cùng phương pháp điều trị, mức độ điều trị và vật tư y tế cung cấp, cho đối tượng có cùng giới tính, độ tuổi, tình trạng sức khỏe, bệnh tật, **thương tật** hoặc **thai sản**.

8. Điều trị nội trú (nằm viện): là việc **Người được bảo hiểm** cần lưu trú liên tục ít nhất hai mươi tư (24) giờ tại **bệnh viện** để điều trị **thương tật, ôm đau, bệnh tật, thai sản** xảy ra trong thời hạn bảo hiểm.

Cách tính ngày nằm viện:

- Đối với các **bệnh viện** không ghi giờ trên hồ sơ bệnh án: căn cứ theo đơn vị giường nằm trong giấy ra (xuất) viện hoặc bảng kê chi tiết viện phí. Nếu các tài liệu này không thể hiện đơn vị giường nằm, số ngày nằm viện được tính bằng (=) ngày xuất viện trừ (-) ngày nhập viện.

- Đối với các **bệnh viện** có ghi giờ trên hồ sơ bệnh án (căn cứ trên giấy ra viện trường hợp không có giấy ra viện sẽ căn cứ trên bảng kê chi tiết): 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.

9. Điều trị trong ngày: là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải làm thủ tục nhập viện, đã được chẩn đoán xác định, có phác đồ điều trị và có phát sinh chi phí giường bệnh và thời gian lưu trú tại **bệnh viện** dưới hai mươi tư (24) giờ.

10. 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.

11. Điều trị cấp cứu: là việc điều trị khẩn cấp tại cơ sở y tế trong vòng hai mươi tư (24) giờ sau khi có **tai nạn** hoặc triệu chứng **ốm đau, bệnh tật** hoặc **thai sản** có thể nguy hiểm đến tính mạng và sức khỏe, cần thiết phải can thiệp y tế ngay lập tức tại phòng cấp cứu. Quá trình điều trị này phải có hồ sơ y tế và dấu xác nhận của cơ sở y tế về tình trạng cấp cứu. Trường hợp điều trị tại phòng cấp cứu chỉ vì lý do ngoài giờ phục vụ của cơ sở y tế thì được coi là **điều trị ngoại trú**.

12. Điều trị phục hồi chức năng: là phương pháp điều trị nhằm khôi phục hoặc cải thiện chức năng vận động, ngôn ngữ hoặc các khả năng khác bị suy giảm do Người được bảo hiểm bị **thương tật, ốm đau, bệnh tật**. Điều trị phục hồi chức năng phải theo chỉ định của bác sĩ, được thực hiện tại cơ sở y tế được cấp phép.

13. Một lần khám: là giới hạn mọi chi phí y tế theo chẩn đoán bệnh của bác sĩ 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 cùng một 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**.

14. Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU, CCU, HDU): là phòng điều trị theo chỉ định của bác sĩ tại **bệnh viện** nhằm mục đích chăm sóc y khoa đặc biệt như: phòng chăm sóc đặc biệt ICU, phòng điều trị cách ly, phòng điều trị tích cực sau **phẫu thuật** không bao gồm phòng theo yêu cầu, phòng bao, phòng VIP.

15. Thuốc: là những thuốc, dược phẩm được bán và sử dụng theo đơn của bác sĩ, thuốc phải có số đăng ký là thuốc, được cấp phép sử dụng bởi Bộ Y tế Việt Nam 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 chi trả thuốc, thuốc bổ, vitamin tối đa không lớn hơn tổng chi phí của **thuốc** điều trị khi thỏa mãn đồng thời các điều kiện sau:

- Các loại thuốc, thuốc bổ và vitamin này được sự chỉ định của **bác sĩ** điều trị.
- Hỗ trợ cho việc điều trị **ốm đau, bệnh tật, tai nạn**.
- Trong đơn thuốc phải có **thuốc** điều trị đi kèm (trừ trường hợp thiếu hụt vitamin).

16. 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: máy tạo nhịp tim và phá rung, ống thông, lưới thoát vị, lưới titanium 3D, xi-măng cột sống/đốt sống, miếng ghép cột sống/đốt sống, màng tái tạo mô, màng sinh học, stent, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp, vít, chốt treo, máy tạo nhịp tim, và các bộ phận/thiết bị tương tự; 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 plasma, tay dao coblator, 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, hệ thống robot, bóng nong, rọ tán sỏi, lưỡi shaver, trocar, đầu đổi, và các bộ phận/thiết bị tương tự; hoặc,

- Bên ngoài cơ thể có tác dụng hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể bao gồm nhưng không giới hạn nạng, nẹp, xe lăn, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim, và các bộ phận/thiết bị tương tự; hoặc,

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

17. 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 nhưng không giới hạn răng giả, chân tay giả, thủy tinh thể giả hoặc các bộ phận/thiết bị/dụng cụ tương tự.

18. 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.

19. Phẫu thuật: là một phương pháp khoa học dùng để điều trị **thương tật** hoặc **ôm đau, bệnh tật, thai sản** được thực hiện bởi những **bác sỹ** thông qua những ca mổ có sử dụng biện pháp gây tê hoặc gây mê tại **cơ sở y tế** bao gồm cả hình thức mổ bằng tia laser, mổ nội soi, tiểu phẫu hoặc các phương pháp mang lại kết quả tương đương **phẫu thuật** (tán sỏi, chiếu tia laser mổ cườm...). Các loại **phẫu thuật** phải thuộc danh mục do Bộ Y tế Việt Nam ban hành.

20. Vật lý trị liệu: là phương pháp phòng và chữa bệnh bằng cách sử dụng các tác nhân vật lý 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 này không bao hiểm các chi phí nhằm mục đích thư giãn, massage, spa, sửa dáng đi.

21. 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 này.

22. Thai sản: là quá trình thai nghén từ khi hình thành thai nhi đến khi sinh đẻ. Trong phạm vi Quy tắc này, **thai sản** bao gồm cả việc sinh con và **biến chứng thai sản**.

Điều 5. Quy định liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm

1. Đối tượng tham gia bảo hiểm



a) Người được bảo hiểm

Người được bảo hiểm là công dân Việt Nam, người nước ngoài đang cư trú hợp pháp tại Việt Nam tại ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

b) MIC không nhận bảo hiểm đối với:

- (i) Những người bị bệnh tâm thần, bệnh phong, bệnh/hội chứng down, tự kỷ;
- (ii) Người bị thương tật vĩnh viễn từ năm mươi phần trăm (50%) trở lên;
- (iii) Người đang trong tình trạng hôn mê, sống thực vật;
- (iv) Người bị ung thư; người đang trong quá trình điều trị **ốm đau, bệnh tật, thương tật**. Điều kiện này chỉ áp dụng với năm đầu tiên tham gia bảo hiểm và không áp dụng trong trường hợp **Người được bảo hiểm** tái tục liên tục các năm tiếp theo.

2. Độ tuổi tham gia

Độ tuổi để tham gia bảo hiểm là từ mười lăm (15) ngày tuổi tới bảy mươi (70) tuổi vào ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm.

3. Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm bao gồm những nội dung sau: **Người được bảo hiểm**, quyền lợi bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm, số tiền bảo hiểm và các nội dung khác theo quy định.

Bằng chứng giao kết hợp đồng bảo hiểm là: Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm hoặc các hình thức khác do pháp luật quy định.

MIC chỉ cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm khi **Bên mua bảo hiểm** đã đóng đầy đủ, đúng hạn phí bảo hiểm trừ khi có thỏa thuận khác bằng văn bản.

Đối với **người phụ thuộc**, MIC chỉ nhận bảo hiểm vào ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm, không chấp nhận trường hợp tham gia bảo hiểm vào giữa thời hạn hợp đồng, ngoại trừ:

- **Người phụ thuộc** của **nhân viên** mới làm việc cho **Bên mua bảo hiểm**;
- Vợ/chồng mới cưới trong thời hạn bảo hiểm;
- Con đủ tuổi tham gia bảo hiểm trong thời hạn bảo hiểm.

4. Thời gian chờ

- Trường hợp **tai nạn**: không áp dụng;
- Trường hợp **ốm đau, bệnh tật** thông thường: ba mươi (30) ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm;
- Trường hợp **bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn**: ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm;
- Trường hợp **thai sản** (trừ trường hợp xảy ra do nguyên nhân **tai nạn**):
 - (i) **Biến chứng thai sản**: (sáu mươi) 60 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm;
 - (ii) **Sinh con**: (hai trăm bảy mươi) 270 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm.

5. Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm

Số tiền bảo hiểm là số tiền tối đa mà MIC phải chi trả cho **Người được bảo hiểm** hoặc **Người thụ hưởng** khi xảy ra sự kiện bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm được quy định cụ



thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Phí bảo hiểm được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm theo biểu phí Sức khỏe nhóm và tai nạn nhóm.

Thời hạn thanh toán phí bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và phù hợp với quy định của pháp luật.

6. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm được tính từ thời điểm **MIC** nhận bảo hiểm đến khi kết thúc bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Thời hạn bảo hiểm tối đa là một (01) năm.

7. Thời điểm có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm

Thời điểm có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm là thời điểm Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm được giao kết giữa **MIC** và **Bên mua bảo hiểm**.

8. 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:

+ Vào ngày hết hạn bảo hiểm được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm; hoặc

+ **Người được bảo hiểm** tử vong; hoặc

+ Số tiền bảo hiểm cho tất cả các quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm đã được chi trả toàn bộ; hoặc

- Nếu một trong hai bên muốn chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm trước ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho bên kia trước ngày dự kiến chấm dứt:

+ 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 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 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 của thời hạn bảo hiểm còn lại của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

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

9. Kết thúc quyền lợi bảo hiểm

Tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực vào thời điểm kết thúc thời hạn bảo hiểm được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc vào thời điểm chấm dứt hiệu lực bảo hiểm do **Bên mua bảo hiểm** yêu cầu tùy thời gian nào đến trước bao gồm cả những rủi ro phát sinh trong thời hạn bảo hiểm nhưng hậu quả xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm.

Với trường hợp những rủi ro phát sinh trong thời hạn bảo hiểm nhưng hậu quả xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm, các quyền lợi bảo hiểm sẽ kết thúc như quy định dưới

dây:

- **Điều trị nội trú:** các chi phí phát sinh sẽ tính đến thời điểm kết thúc thời hạn bảo hiểm. Nếu không ghi giờ nhập viện trên hồ sơ bệnh án và thời điểm kết thúc thời hạn bảo hiểm trước mười hai (12) giờ, **MIC** sẽ tính không phẩy năm (0,5) ngày nằm viện, nếu thời điểm kết thúc thời hạn bảo hiểm sau mười hai (12) giờ **MIC** sẽ tính một (01) ngày nằm viện.

- **Điều trị ngoại trú:** Người được bảo hiểm đi khám trước thời điểm kết thúc thời hạn bảo hiểm và có chẩn đoán trong ngày đó (bao gồm cả trường hợp có chẩn đoán trước hoặc sau thời điểm kết thúc quyền lợi bảo hiểm) thì sẽ được tính là **một lần khám** với điều kiện các chi phí này thuộc phạm vi bảo hiểm.

10. Trường hợp Người được bảo hiểm tham gia nhiều Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm

Đối với các **chi phí y tế điều trị ốm đau, bệnh tật, thai sản hoặc tai nạn**, nếu Người được bảo hiểm có hợp đồng bảo hiểm khác chi trả cho **chi phí y tế điều trị** cho cùng **ốm đau, bệnh tật, thai sản hoặc tai nạn** được bảo hiểm theo Quy tắc này, **MIC** sẽ chỉ chịu trách nhiệm chi trả hoặc đóng góp chi trả tối đa không vượt quá tỷ lệ trách nhiệm của mình đối với các chi phí đó hoặc chi trả chênh lệch giữa số tiền chi trả thuộc trách nhiệm của **MIC** và số tiền Người được bảo hiểm đã được chi trả từ hợp đồng bảo hiểm khác. Trong mọi trường hợp không vượt quá số tiền bảo hiểm của quyền lợi được chi trả quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

PHẦN II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 6. Các quyền lợi bảo hiểm do tai nạn

Với điều kiện các quyền lợi được liệt kê dưới đây thuộc chương trình bảo hiểm của Người được bảo hiểm và trong phạm vi số tiền bảo hiểm hoặc các **giới hạn phụ** được quy định tại **bảng quyền lợi bảo hiểm**, **MIC** sẽ chi trả các quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong, **thương tật, điều trị y tế do tai nạn**.

Khi áp dụng mức khấu trừ (nếu có) và **đồng chi trả** (nếu có), **MIC** sẽ thực hiện mức khấu trừ trước, sau đó áp dụng **đồng chi trả** đối với phần còn lại của quyền lợi bảo hiểm.

1. Các quyền lợi bảo hiểm

1.1. 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** xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, **MIC** sẽ chi trả một trăm phần trăm (100%) số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.2. Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn

Trường hợp Người được bảo hiểm bị **thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn** xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, **MIC** sẽ chi trả theo **Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật của MIC** nhân với số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.3. Trợ cấp trong thời gian điều trị thương tật tạm thời

Trường hợp Người được bảo hiểm phải điều trị **thương tật tạm thời do tai nạn** xảy ra trong thời hạn bảo hiểm **MIC** sẽ trả trợ cấp mỗi ngày của quyền lợi này và không vượt quá số ngày trợ cấp được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận 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 trợ cấp sẽ được căn cứ vào số tiền trợ cấp/ngày **điều trị y tế** hoặc số tiền lương mỗi ngày căn cứ vào mức lương tháng của **Người được bảo hiểm**.

Lương tháng là lương theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

$$\text{Trợ cấp một ngày} = \frac{\text{Lương tháng}}{30 \text{ Ngày}}$$

Trường hợp **điều trị nội trú**: MIC chi trả trợ cấp/ngày nằm viện theo quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Trường hợp **điều trị ngoại trú**: MIC chi trả trợ cấp/ngày điều trị theo chỉ định của **bác sỹ điều trị** và không vượt quá số ngày quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.4. Chi phí y tế do tai nạn

Trường hợp **Người được bảo hiểm** bị **thương tật do tai nạn** xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, MIC sẽ chi trả **chi phí y tế** thực tế nhưng tối đa không vượt quá số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

MIC đồng ý mở rộng bảo hiểm các **chi phí y tế** điều trị Bệnh nghề nghiệp được Bộ y tế quy định như sau (danh sách bệnh nghề nghiệp sẽ được thay đổi theo các văn bản của cơ quan nhà nước có thẩm quyền theo từng thời kỳ).

STT	TÊN BỆNH NGHỀ NGHIỆP
1	Bệnh bụi phổi silic nghề nghiệp.
2	Bệnh bụi phổi amiăng nghề nghiệp.
3	Bệnh bụi phổi bông nghề nghiệp.
4	Bệnh bụi phổi talc nghề nghiệp.
5	Bệnh bụi phổi than nghề nghiệp.
6	Bệnh viêm phế quản mạn tính nghề nghiệp.
7	Bệnh hen nghề nghiệp.
8	Bệnh nhiễm độc chì nghề nghiệp.
9	Bệnh nhiễm độc nghề nghiệp do benzen và đồng đẳng.
10	Bệnh nhiễm độc thủy ngân nghề nghiệp.
11	Bệnh nhiễm độc mangan nghề nghiệp.

12	Bệnh nhiễm độc trinitrotoluen nghề nghiệp.
13	Bệnh nhiễm độc asen nghề nghiệp.
14	Bệnh nhiễm độc hóa chất bảo vệ thực vật nghề nghiệp.
15	Bệnh nhiễm độc nicotin nghề nghiệp.
16	Bệnh nhiễm độc cacbon monoxit nghề nghiệp.
17	Bệnh nhiễm độc cadimi nghề nghiệp.
18	Bệnh điếc nghề nghiệp do tiếng ồn.
19	Bệnh giảm áp nghề nghiệp.
20	Bệnh nghề nghiệp do rung toàn thân.
21	Bệnh nghề nghiệp do rung cục bộ.
22	Bệnh phóng xạ nghề nghiệp.
23	Bệnh đục thể thủy tinh nghề nghiệp.
24	Bệnh nốt dầu nghề nghiệp.
25	Bệnh sạm da nghề nghiệp.
26	Bệnh viêm da tiếp xúc nghề nghiệp do crôm.
27	Bệnh da nghề nghiệp do tiếp xúc môi trường ẩm ướt và lạnh kéo dài.
28	Bệnh da nghề nghiệp do tiếp xúc với cao su tự nhiên, hóa chất phụ gia cao su.
29	Bệnh Leptospira nghề nghiệp.
30	Bệnh viêm gan vi rút B nghề nghiệp.
31	Bệnh lao nghề nghiệp.
32	Nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp.
33	Bệnh viêm gan vi rút C nghề nghiệp.
34	Bệnh ung thư trung biểu mô nghề nghiệp.
35	Bệnh COVID - 19 nghề nghiệp

1.5. Trợ cấp sau tử vong

Trường hợp **Người được bảo hiểm** tử vong do **tai nạn**, **MIC** sẽ chi trả cho **Người thụ hưởng** khoản trợ cấp để hỗ trợ 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.

1.6. Vận chuyển y tế cấp cứu

Trường hợp **Người được bảo hiểm** điều trị cấp cứu do **tai nạn**, **MIC** chi trả chi phí cho việc vận chuyển khẩn cấp và sơ cấp cứu để đưa **Người được bảo hiểm** đến điều trị tại phòng cấp cứu của cơ sở y tế hoặc phòng khám gần nhất với điều kiện chăm sóc y tế thích hợp, tối đa không vượt quá số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

2. Nguyên tắc chi trả các quyền lợi bảo hiểm liên quan đến tử vong/thương tật vĩnh viễn

2.1. Nếu trong thời hạn bảo hiểm, **Người được bảo hiểm** bị **thương tật** gây ra bởi một (01) nguyên nhân duy nhất là **tai nạn** và hoàn toàn độc lập với bất kỳ nguyên nhân nào khác, dẫn đến tử vong hoặc **thương tật toàn bộ vĩnh viễn** hoặc **thương tật bộ phận vĩnh viễn** trong vòng hai (02) năm kể từ ngày xảy ra **tai nạn** **MIC** sẽ trả tiền bảo hiểm còn lại (nếu có) cho **Người được bảo hiểm** hoặc **Người thụ hưởng** các quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

2.2. Tử vong, thương tật vĩnh viễn

Nếu **Người được bảo hiểm** bị **thương tật** như được liệt kê trong **Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật của MIC**, **MIC** sẽ căn cứ vào **Bảng tỷ lệ** này để trả tiền bảo hiểm cho **Người được bảo hiểm** theo các điều kiện áp dụng sau:

a) Trường hợp **Người được bảo hiểm** bị cứng khớp các ngón tay (ngoại trừ ngón cái và ngón trỏ) và các ngón chân (ngoại trừ ngón chân cái), **MIC** chi trả bằng năm mươi phần trăm (50%) các **thương tật** bị đứt lìa theo quy định trong **Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật của MIC**.

b) Trường hợp có nhiều **thương tật** ở cùng một (01) bộ phận cơ thể, tổng số tiền trả cho các **thương tật** không được vượt quá tỷ lệ mất bộ phận cơ thể đó.

c) Trường hợp **Người được bảo hiểm** bị **thương tật** đã được **MIC** giải quyết quyền lợi bảo hiểm, trong vòng hai (02) năm kể từ ngày xảy ra **tai nạn** dẫn đến **thương tật** đó **Người được bảo hiểm** tử vong do **tai nạn** đó, **MIC** sẽ chi trả thêm phần chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm phải trả với số tiền đã trả trước đó.

d) Những trường hợp tổn thương bị mất khả năng sử dụng ở các chi hoặc những bộ phận của chi sẽ được đánh giá tương tự những thương tổn do bị đứt lìa.

e) Trong trường hợp **Người được bảo hiểm** là người chỉ có một (01) mắt trước khi có **tai nạn** xảy ra, sau khi bị **tai nạn** bị mất thị lực hoàn toàn con mắt duy nhất, thì tiền bồi thường sẽ tăng lên tám mươi phần trăm (80%) thay vì bốn mươi phần trăm (40%).

f) Trường hợp **thương tật** bị trầm trọng hơn do **ốm đau, bệnh tật** hoặc **thương tật** có sẵn của **Người được bảo hiểm**; điều trị vết thương không kịp thời và không theo chỉ dẫn của cơ sở y tế thì **MIC** chỉ trả tiền bảo hiểm như đối với loại **thương tật** tương tự ở người có sức khỏe bình thường được điều trị một cách hợp lý.

g) Trường hợp **tai nạn** xảy ra đối với **Người được bảo hiểm** đang mang thai, **MIC** chỉ trả tiền bảo hiểm như đối với loại **thương tật** tương tự ở người có sức khỏe

bình thường không mang thai. Các tổn thương có thể có cho thai nhi và/hoặc cho người mẹ từ các biến chứng thai sản phát sinh trong vụ tai nạn không thuộc phạm vi bảo hiểm.

Điều 7. Điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật và thai sản

Với điều kiện các quyền lợi được liệt kê dưới đây thuộc chương trình bảo hiểm của **Người được bảo hiểm** và trong phạm vi số tiền bảo hiểm hoặc các **giới hạn phụ** được quy định tại **bảng quyền lợi bảo hiểm**, **MIC** sẽ chi trả các quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp **Người được bảo hiểm** phải **điều trị nội trú, điều trị trong ngày, điều trị cấp cứu tại bệnh viện do ốm đau, bệnh tật, biến chứng thai sản**, sinh con, vận chuyển cấp cứu;

Các **điều trị y tế** này phải thuộc phạm vi bảo hiểm theo quy định tại Quy tắc này và diễn ra trong thời hạn bảo hiểm;

Quyền lợi sinh con (gồm sinh thường và sinh mổ) chi trả theo giới hạn của quyền lợi thai sản theo quy định tại Khoản 10, Điều 7, Quy tắc này;

Khi áp dụng mức khấu trừ (nếu có) và **đồng chi trả** (nếu có), **MIC** sẽ thực hiện mức khấu trừ trước, sau đó áp dụng **đồng chi trả** đối với phần còn lại của quyền lợi bảo hiểm.

1. Chi phí viện phí tổng hợp

Trường hợp **Người được bảo hiểm** phải **điều trị nội trú, điều trị trong ngày, điều trị cấp cứu do ốm đau, bệnh tật hoặc biến chứng thai sản**, **MIC** sẽ chi trả các **chi phí y tế** thực tế nhưng tối đa không vượt quá số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định tại 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 khám, chẩn đoán, điều trị theo chỉ định của **bác sỹ**; 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 nội trú**), **thuốc** theo kê đơn của **bác sỹ**, truyền máu, ô xy, huyết thanh, quần áo bệnh viện, chi phí hành chính, vật lý trị liệu và các **chi phí y tế** liên quan khác;

- Chi phí phòng/giường bệnh: **MIC** chi trả chi phí tiền phòng/giường bệnh theo **chi phí y tế** của **Người được bảo hiểm**, tiền ăn theo tiêu chuẩn **điều trị nội trú** của **bệnh viện** (nếu có) 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, phòng yêu cầu, phòng dịch vụ, phòng tự nguyện hoặc 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, trừ trường hợp có quy định khác tại **bảng quyền lợi bảo hiểm** của **Người được bảo hiểm**. Trong đó, phòng đơn tiêu chuẩn là phòng có một (01) giường bệnh, một (01) nhà vệ sinh có giá thấp nhất và đáp ứng tiêu chuẩn của **cơ sở y tế**.

- Khi **Người được bảo hiểm** điều trị đồng thời nhiều bệnh trong cùng một (01) đợt điều trị, bao gồm cả các bệnh nằm trong và ngoài phạm vi bảo hiểm, **MIC** sẽ chỉ chi trả cho các bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm. Trong trường hợp không thể tách riêng **chi phí y tế** cho từng bệnh, **MIC** sẽ áp dụng cách tính như sau:

Chi phí nằm viện được chi trả = (Tổng chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm) x (Số bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm / Tổng số bệnh điều trị trong đợt điều trị).



Trong đó, *Tổng chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm* là các **chi phí y tế** thực tế, không vượt quá **giới hạn phụ** quy định trong **bảng quyền lợi bảo hiểm**.

2. Chi phí giường cho người thân

Trường hợp **Người được bảo hiểm** phải **điều trị nội trú** do **ốm đau, bệnh tật** hoặc **biến chứng thai sản**, MIC sẽ chi trả chi phí giường cho người thân cho mỗi ngày nằm viện tối đa không vượt quá số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định tại **Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm**.

3. Phẫu thuật

MIC sẽ chi trả các **chi phí y tế** liên quan đến một (01) ca **phẫu thuật nội trú** hoặc **phẫu thuật** trong ngày nhưng tối đa không vượt quá số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định tại **Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm**. Các chi phí được chi trả bao gồm: chi phí cho **bác sỹ phẫu thuật**, **phẫu thuật viên**; chi phí phòng mổ; các chi phí gây mê; các dụng cụ, thiết bị phẫu thuật, thuốc men, **vật tư tiêu hao** dùng trong phẫu thuật; chi phí hồi sức sau mổ, chi phí cấy ghép nội tạng (không bao gồm chi phí mua, vận chuyển cơ quan nội tạng cần cấy ghép và các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể), chi phí tái mổ.

Chi phí phẫu thuật không bao gồm các xét nghiệm, thủ thuật chẩn đoán bệnh.

4. Trợ cấp nằm viện

Trường hợp **Người được bảo hiểm** phải nhập viện **điều trị nội trú** hoặc **điều trị trong ngày** do **ốm đau, bệnh tật** hoặc **biến chứng thai sản**, MIC sẽ chi trả khoản trợ cấp ngày cho mỗi ngày nằm viện và số ngày trợ cấp tối đa được quy định tại **bảng quyền lợi bảo hiểm** trong **Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm**.

5. Điều trị trước khi nhập viện

Trường hợp **Người được bảo hiểm** **ốm đau, bệnh tật** và **thai sản**, MIC sẽ chi trả cho một (01) lần khám ngoại trú bao gồm chi phí khám, xét nghiệm và **thuốc** theo chỉ định của **bác sỹ** trong vòng ba mươi (30) ngày trước khi nhập viện, với điều kiện lần khám này là cơ sở trực tiếp để **bác sỹ** chỉ định việc **điều trị nội trú** là cần thiết.

6. Điều trị sau khi xuất viện

Trường hợp **Người được bảo hiểm** **ốm đau, bệnh tật** và **thai sản**, MIC sẽ chi trả cho tiền **thuốc** ra viện và một (01) lần khám ngoại trú bao gồm chi phí khám, xét nghiệm chẩn đoán, **thuốc** theo chỉ định của **bác sỹ** trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ khi xuất viện, với điều kiện lần khám này có liên quan trực tiếp đến đợt **điều trị nội trú** trước đó.

7. Y tá chăm sóc tại nhà

MIC sẽ chi trả chi phí cho các dịch vụ chăm sóc y tế của một (01) 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 sỹ** điều trị trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày xuất viện và tối đa không quá số ngày được quy định trong **Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm**.

8. Trợ cấp mai táng

Trường hợp **Người được bảo hiểm** tử vong do **ốm đau, bệnh tật** hoặc **thai sản**, MIC sẽ chi trả khoản trợ cấp theo số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định tại **Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm**.

9. Vận chuyển cấp cứu



Trường hợp **Người được bảo hiểm** điều trị cấp cứu do ốm đau, bệnh tật, **MIC** chi trả chi phí cho việc vận chuyển khẩn cấp và sơ cấp cứu để đưa **Người được bảo hiểm** đến cơ sở y tế gần nhất với điều kiện chăm sóc y tế thích hợp, tối đa không vượt quá số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Đối với Quyền lợi thai sản quy định tại Khoản 10, Điều 7, Quy tắc này, **MIC** chi trả dịch vụ xe cấp cứu để đưa **Người được bảo hiểm** từ cơ sở y tế này đến cơ sở y tế khác, tối đa không vượt quá số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

10. Quyền lợi thai sản

Quyền lợi thai sản được **MIC** chi trả bao gồm các chi phí cho việc sinh con (sinh thường hoặc sinh mổ) và biến chứng thai sản (nếu có). Giới hạn chi trả được quy định chi tiết tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Trong đó:

10.1. Sinh thường

MIC sẽ chi trả các **chi phí y tế** phát sinh cho việc sinh thường bao gồm và không giới hạn trong các chi phí: đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, **bác sỹ** chuyên khoa, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại **bệnh viện**, chi phí may thâm mỹ đường rạch.

10.2. Sinh mổ

MIC sẽ chi trả các **chi phí y tế** phát sinh trong quá trình sinh nở cần đến các thủ thuật sản khoa. 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).

10.3. Biến chứng thai sản

MIC sẽ chi trả các **chi phí y tế** phát sinh do **biến chứng thai sản** trong quá trình mang thai. Trường hợp **Người được bảo hiểm** thực hiện các **phương pháp hỗ trợ thụ thai** và tham gia quyền lợi bảo hiểm thai sản **MIC** sẽ chi trả **biến chứng thai sản**, từ tuần thứ mười ba (13) của thai kỳ.

11. Trợ cấp sinh con

Trường hợp **Người được bảo hiểm** sinh con đã được chi trả theo quyền lợi bảo hiểm sinh thường hoặc sinh mổ, **MIC** chi trả khoản trợ cấp được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

12. Chăm sóc em bé

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

Trường hợp **Người được bảo hiểm** sinh con, **MIC** sẽ chi trả cho chi phí chăm sóc em bé nhưng tối đa không vượt quá số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

13. Bệnh cấp tính sau sinh

MIC sẽ thanh toán cho việc điều trị các tình trạng y tế cấp tính thường gặp ở trẻ sơ sinh bao gồm: vàng da bệnh lý, suy hô hấp, nhiễm trùng hô hấp, sặc sữa, dị ứng sữa non và nhiễm trùng tai. Với điều kiện:

- Trẻ không đẻ non (tức là trẻ được sinh ra sau tuổi thai ba mươi bảy (37) tuần);
- **Điều trị nội trú** đối với tình trạng y tế cấp tính biểu hiện trong vòng mười lăm

(15) ngày kể từ ngày trẻ sinh ra;

- Trẻ đang nằm viện cùng với mẹ sau sinh.

Điều 8. Điều trị ngoại trú

Với điều kiện các quyền lợi bảo hiểm được liệt kê dưới đây thuộc chương trình bảo hiểm của **Người được bảo hiểm** và trong phạm vi số tiền bảo hiểm hoặc các **giới hạn phụ** được quy định tại **bảng quyền lợi bảo hiểm**, **MIC** sẽ chi trả các quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp **Người được bảo hiểm** phải **điều trị ngoại trú**, tại **cơ sở y tế do ốm đau, bệnh tật, nha khoa hoặc thai sản**;

Các **điều trị y tế** phải thuộc phạm vi bảo hiểm theo quy định tại Quy tắc này và diễn ra trong thời hạn bảo hiểm;

Khi áp dụng mức khấu trừ (nếu có) và **đồng chi trả** (nếu có), **MIC** sẽ thực hiện mức khấu trừ trước, sau đó áp dụng **đồng chi trả** đối với phần còn lại của quyền lợi bảo hiểm.

1. Chi phí y tế điều trị ngoại trú

1.1. Chi phí y tế điều trị ngoại trú

Trường hợp **Người được bảo hiểm** phải **điều trị ngoại trú** do **ốm đau, bệnh tật** hoặc **biến chứng thai sản**, **MIC** sẽ chi trả các **chi phí y tế** liên quan đến **điều trị ngoại trú** đó nhưng tối đa không vượt quá số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.2. Vật lý trị liệu

Trường hợp **Người được bảo hiểm** phải điều trị **vật lý trị liệu** do **bác sỹ** chỉ định, **MIC** sẽ chi trả tối đa không vượt quá số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1.3. Khám thai định kỳ

Trường hợp **Người được bảo hiểm** khám thai định kỳ, **MIC** sẽ chi trả tối đa không vượt quá số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Khám thai định kỳ bao gồm các chi phí khám thai trong quá trình mang thai, phát sinh tại các **cơ sở y tế**: chi phí khám thai, siêu âm, chi phí xét nghiệm nước tiểu và xét nghiệm công thức máu.

1.4. Điều trị nha khoa cơ bản

Trường hợp **Người được bảo hiểm** phải điều trị nha khoa cơ bản, **MIC** sẽ chi trả tối đa không vượt quá số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Các chi phí được chi trả bao gồm:

- Khám và chẩn đoán bệnh;
- Chụp X-quang;
- Điều trị viêm nướu (thôi nướu răng);
- Trám răng (amalgam hoặc composite hoặc các chất liệu khác tương đương);
- Điều trị tủy răng;
- Nhổ răng bệnh lý.

2. Điều trị nha khoa đặc biệt

Trường hợp **Người được bảo hiểm** phải điều trị nha khoa cơ bản, **MIC** sẽ chi trả tối



đa không vượt quá số tiền bảo hiểm của quyền lợi này được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Các chi phí được chi trả bao gồm các chi phí điều trị nha khoa cơ bản và các chi phí sau:

- Lấy vôi răng (2 lần/1 năm);
- Nhổ răng bệnh lý cần **phẫu thuật**;
- Lấy chân răng;
- Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu);
- **Phẫu thuật** cắt chóp (**phẫu thuật** lấy đỉnh chân răng).

Các chi phí điều trị răng sau đây không được bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm này:

- Răng giả (sửa, làm mới, chữa hay thay răng giả);
- Chỉnh hình răng hàm mặt thẩm mỹ;
- Tồn thương răng do **tai nạn**.

Điều 9. Các quyền lợi bảo hiểm khác

1. Tử vong, thương tật vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản

1.1. Phạm vi bảo hiểm

Với điều kiện quyền lợi này thuộc chương trình bảo hiểm của **Người được bảo hiểm**, **MIC** sẽ chi trả các quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp **Người được bảo hiểm** tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn do **ốm đau, bệnh tật** hoặc **thai sản** theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Loại trừ áp dụng riêng cho quyền lợi này theo quy định dưới đây và không áp dụng theo các loại trừ chung quy định tại Điều 10, Quy tắc này.

1.2. Loại trừ bảo hiểm

MIC không có trách nhiệm bồi thường trong trường hợp **Người được bảo hiểm** tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn do nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp sau đây:

a) Do các nguyên nhân **tai nạn**;

b) 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, lỗi cố ý của **Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm** và/hoặc **Người thụ hưởng**;

c) **Người được bảo hiểm** sử dụng rượu, bia, ma túy và các chất kích thích tương tự khác. Các chất kích thích được hiểu theo Quy tắc này là các chất mà **Người được bảo hiểm** sử dụng để gây nghiện, gây tê liệt thần kinh không kiểm soát được hành động của bản thân mà pháp luật nghiêm cấm. Sử dụng rượu bia nghĩa là trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá mức trị số bình thường theo hướng dẫn của Bộ Y tế;

d) **Bệnh có sẵn**, trừ khi **Người được bảo hiểm** đã tham gia bảo hiểm này trong suốt ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày liên tục;

e) **Bệnh đặc biệt**, trừ khi **Người được bảo hiểm** đã tham gia bảo hiểm này trong suốt ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày liên tục;

f) **Điều trị y tế** 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 thời hạn 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;

g) 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;

h) Điều trị y tế và/hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ định của **cơ sở y tế/bác sĩ**;

i) Việc điều trị thử nghiệm, điều trị không được khoa học công nhận và các dịch vụ điều trị miễn phí tại bất kỳ **cơ sở y tế** nào;

j) **Người được bảo hiểm** từ mười bốn (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 theo kết luận của cơ quan có thẩm quyền;

k) **Thai sản**, trừ khi **Người được bảo hiểm** đã tham gia bảo hiểm trong suốt ba trăm sáu mươi lăm (365) ngày trở lên;

l) 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;

m) Những rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ, hạt nhân hoặc các hóa chất chứa độc tố hay ảnh hưởng của các vụ nổ do vũ khí;

n) Điều trị các bệnh lây lan qua đường tình dục như bệnh giang mai, bệnh lậu, rối loạn/suy giảm chức năng sinh dục hay điều trị sinh lý, ốm đau, bệnh tật 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;

o) Tử vong không rõ nguyên nhân (trừ các trường hợp khác được **MIC** chấp nhận bảo hiểm và quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm).

p) Việc xác định tỷ lệ thương tật vĩnh viễn được dựa trên **Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật của MIC**.

2. Trợ cấp trong thời gian điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật

Trường hợp **Người được bảo hiểm** phải **điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật** xảy ra trong thời hạn bảo hiểm **MIC** sẽ trả trợ cấp mỗi ngày nằm viện của quyền lợi này và không vượt quá số ngày trợ cấp được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Tính từ ngày bắt đầu **điều trị nội trú**, số tiền trợ cấp sẽ được căn cứ vào số tiền trợ cấp/ngày nằm viện hoặc số tiền lương mỗi ngày căn cứ vào mức lương tháng của **Người được bảo hiểm**.

Lương tháng là lương theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

$$\text{Trợ cấp một ngày} = \frac{\text{Lương tháng}}{30 \text{ Ngày}}$$

PHẦN III. LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

Điều 10. Loại trừ bảo hiểm

MIC sẽ không chi trả tiền bảo hiểm đối với các khiếu nại phát sinh trực tiếp hoặc gián tiếp phát sinh từ, đối với hoặc do các rủi ro, các bệnh, các hạng mục sau:

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, lỗi cố ý của **Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm** và/hoặc **Người thụ hưởng**;
2. **Người được bảo hiểm** từ mười bốn (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 theo kết luận của cơ quan có thẩm quyền;
3. **Người được bảo hiểm** sử dụng hoặc bị ảnh hưởng của rượu, bia, ma túy và các chất kích thích tương tự khác. Các chất kích thích được hiểu theo Quy tắc này là các chất mà **Người được bảo hiểm** sử dụng để gây nghiện, gây tê liệt thần kinh không kiểm soát được hành động của bản thân mà pháp luật nghiêm cấm. Sử dụng rượu bia nghĩa là trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá mức trị số bình thường theo hướng dẫn của Bộ Y tế;
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 phòng vệ chính đáng;
5. **Người được bảo hiểm** tham gia các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách trên các **chuyến bay thương lệ**); tham gia các cuộc diễn tập, huấn luyện, chiến đấu của các lực lượng vũ trang;
6. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu **các hoạt động thể thao chuyên nghiệp, các hoạt động thể thao nguy hiểm**, 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 bao gồm cả hoạt động đua điện tử (trừ trường hợp khác được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm);
7. 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;
8. Những rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ hạt nhân hoặc các hóa chất chứa độc tố hay ảnh hưởng của các vụ nổ do vũ khí;
9. Điều trị y tế và/hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ định của **cơ sở y tế/bác sỹ**;
10. Việc điều trị thử nghiệm, điều trị không được khoa học công nhận và các dịch vụ điều trị miễn phí tại bất kỳ **cơ sở y tế** nào;
11. Điều trị y tế hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của **Người được bảo hiểm** mà không phải điều trị theo cách thông thường (trừ trường hợp khác được quy định cụ thể tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm);
12. Các chi phí và điều trị cho các đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm;
13. Các **chi phí y tế điều trị ngoại trú** trừ trường hợp tham gia quyền lợi: Chi phí y tế điều trị ngoại trú tại Mục 1.1, Khoản 1, Điều 8, Quy tắc này;
14. Dịch vụ điều trị tại nhà (không bao gồm chi phí y tá chăm sóc tại nhà) hoặc tại viện điều trị bằng thủy lực hay các phương pháp thiên nhiên, spa, viện điều dưỡng, an dưỡng hoặc tại những nơi không phải là **cơ sở y tế**;
15. 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 tại Khoản 6, Điều 7, Quy tắc này;

16. Kiểm tra sức khỏe định kỳ (nội trú hay ngoại trú), kiểm tra sức khỏe tổng quát, tầm soát ung thư, giám định y khoa hoặc tư vấn y tế không liên quan đến điều trị **ốm đau, bệnh tật hoặc thương tật**, bao gồm cả kiểm tra phụ khoa/nam khoa; xét nghiệm định kỳ, khám định kỳ cho trẻ mới sinh sau khi xuất viện, 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 sức vật, côn trùng cắn);

17. 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 theo danh mục được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;

18. **Điều trị y tế** 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 thời hạn bảo hiểm;

19. Các chi phí **điều trị ngoại trú** liên quan đến răng trừ trường hợp có tham gia quyền lợi: Điều trị nha khoa cơ bản tại Mục 1.4, Khoản 1, Điều 8 và quyền lợi: Điều trị nha khoa đặc biệt tại Khoản 2, Điều 8, Quy tắc này;

20. Các hình thức thẩm mỹ, phẫu thuật thẩm mỹ, chỉnh hình (trừ trường hợp việc chỉnh hình này là nhằm tái tạo lại cơ quan bị **thương tật** trong thời hạn bảo hiểm) và bất kỳ tình trạng, hậu quả nào liên quan;

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

22. 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, rối loạn/suy giảm chức năng sinh dục, điều trị bất lực/liệt dương hoặc thay đổi giới tính và bất kỳ hậu quả hay biến chứng nào từ những điều trị này;

23. **Chi phí y tế** thực hiện **phương pháp hỗ trợ thụ thai**, bất kỳ hậu quả hay biến chứng nào từ phương pháp này;

24. 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;

25. Điều trị các bệnh lây lan qua đường tình dục như bệnh giang mai, bệnh lậu, rối loạn/suy giảm chức năng sinh dục hay điều trị sinh lý, ốm đau, bệnh tật 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;

26. Bệnh lao, bệnh sốt rét, bệnh Phong, mủ mắt điều tiết;

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

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

29. Các chi phí liên quan đến **phẫu thuật**, điều trị **ốm đau, bệnh tật hoặc 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 theo danh mục được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

PHẦN IV. QUY ĐỊNH VỀ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 11. 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 cho MIC trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm bao gồm nhưng không giới hạn các thông tin như sự kiện bảo hiểm, hậu quả, diễn biến rủi ro và nơi điều trị của **Người được bảo hiểm**.

Thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm là một (01) năm kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan không tính vào thời hạn nộp hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

Điều 12. Thời hạn chi trả tiền bảo hiểm

Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, MIC phải chi trả tiền trong thời hạn mười lăm (15) ngày kể từ khi nhận được hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm đầy đủ, hợp lý và hợp lệ.

Điều 13. Xác minh

MIC có quyền chỉ định chuyên gia y khoa và/hoặc chuyên gia giám định tôn 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 chi trả tiền bảo hiểm.

Trong trường hợp MIC yêu cầu xác minh, mọi chi phí phát sinh liên quan đến việc giám định/xác minh sẽ do MIC chi trả.

Điều 14. Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Khi yêu cầu MIC trả tiền bảo hiểm, **Người được bảo hiểm** hoặc **Người thụ hưởng** phải gửi cho MIC các chứng từ sau:

- 1. Bản gốc Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (đã được kê khai đầy đủ);**
- 2. Bản sao Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm;**
- 3. Đối với các trường hợp tai nạn cần bổ sung các chứng từ sau (bản gốc hoặc bản sao có chứng thực):**

a) 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**;

b) 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**;

c) Tai nạn giao thông:

(i) 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; hoặc

(ii) 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;

(iii) Giấy phép lái xe, Giấy đăng ký xe trong trường hợp khi đang điều khiển phương tiện giao thông và 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 của Hội đồng giám định y khoa trong trường hợp thương tật vĩnh viễn (bản gốc hoặc bản sao có chứng thực);

5. Giấy chỉ định nghỉ của bác sỹ điều trị (trường hợp Người được bảo hiểm phải nghỉ việc để điều trị ốm đau, bệnh tật) (bản gốc hoặc bản sao có chứng thực);

6. Giấy chỉ định nghỉ của bác sỹ điều trị (trường hợp Người được bảo hiểm phải nghỉ việc để điều trị sau tai nạn) (bản gốc hoặc bản sao có chứng thực);

7. Bảng chấm công, hợp đồng lao động/thỏa thuận lao động, bảng lương có xác nhận của chủ hợp đồng lao động hoặc sao kê tài khoản lương. Đối với nhân viên thử việc, cung cấp thư mời thử việc hợp lệ;

8. Dịch vụ y tá chăm sóc tại nhà (bản gốc hoặc bản sao có chứng thực):

- Nếu y tá do cơ sở y tế cử đến: Người được bảo hiểm cung cấp hóa đơn, phiếu thu, giấy giới thiệu của cơ sở y tế đó.

- Nếu y tá hành nghề tự do: Người được bảo hiểm cung cấp bản sao bằng cấp của y tá và phiếu thu của y tá.

9. Các chứng từ y tế hợp lệ 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 gốc, có thể cung cấp bản sao có chứng thực. Trong mọi trường hợp, MIC có quyền yêu cầu cung cấp bản gốc để kiểm tra.

10. 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 hoặc bản sao có xác nhận của công ty bảo hiểm hiện đang lưu giữ chứng từ thanh toán bản gốc và sẽ thuộc sở hữu của MIC sau khi khiếu nại đã được giải quyết. MIC chỉ chấp nhận hóa đơn mua thuốc/điều trị phải được xuất trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày kê đơn thuốc/điều trị và thể hiện số lượng thuốc đúng theo đơn thuốc của bác sỹ điều trị.

11. 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.

Các chứng từ trên phải là bản gốc hoặc bản sao có chứng thực.

12. 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 này và của pháp luật.

13. Trường hợp Người được bảo hiểm khám và điều trị ở nước ngoài và ngôn ngữ trên các chứng từ y tế, chứng từ thanh toán không phải là tiếng Việt, Người được bảo hiểm có trách nhiệm dịch thuật có công chứng các tài liệu đó ra tiếng Việt gửi kèm hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm về MIC. Chi phí dịch thuật công chứng thuộc trách nhiệm của Người được bảo hiểm.

PHẦN V. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

Điều 15. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm

1. Quyền của Bên mua bảo hiểm



- Yêu cầu **MIC** giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm.
- Yêu cầu **MIC** cung cấp Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Yêu cầu **MIC** cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan.
- Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm quy định tại khoản 3 Điều 22 hoặc đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm quy định tại Điều 26 của Luật Kinh doanh bảo hiểm.
- Yêu cầu **MIC** trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- Quyền khác theo quy định của pháp luật.

2. Nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm

- Khai khai đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của **MIC**.
- Đọc và hiểu rõ điều kiện, điều khoản bảo hiểm, quyền, nghĩa vụ của **Bên mua bảo hiểm** khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm và nội dung khác của Hợp đồng bảo hiểm.
- Đóng phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
- Thông báo cho **MIC** những trường hợp có thể làm tăng rủi ro hoặc giảm rủi ro hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của **MIC** trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
- Thông báo cho **MIC** về việc xảy ra sự kiện bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
- Áp dụng các biện pháp để phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm và quy định khác của pháp luật có liên quan.
- Nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

Điều 16. Quyền và nghĩa vụ của MIC

1. Quyền của MIC

- Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
- Yêu cầu **Bên mua bảo hiểm** cung cấp đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến việc giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.
- Hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm quy định tại khoản 2 Điều 22 hoặc đơn phương chấm dứt thực hiện Hợp đồng bảo hiểm quy định tại Điều 26 của Luật Kinh doanh bảo hiểm.
- Từ chối trả tiền bảo hiểm trong trường hợp không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm hoặc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm.
- Yêu cầu **Bên mua bảo hiểm** áp dụng các biện pháp để phòng, hạn chế tổn thất theo quy định của Luật Kinh doanh bảo hiểm và quy định khác của pháp luật có liên quan.
- Quyền khác theo quy định của pháp luật.

2. Nghĩa vụ của MIC

- Giải thích rõ ràng, đầy đủ cho **Bên mua bảo hiểm** về quyền lợi bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của **Bên mua bảo hiểm** khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm.



- Cung cấp cho **Bên mua bảo hiểm** Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm sau khi giao kết Hợp đồng bảo hiểm.
- Cấp hóa đơn thu phí bảo hiểm cho **Bên mua bảo hiểm** theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm và quy định của pháp luật có liên quan.
- Trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- Giải thích bằng văn bản lý do từ chối trả tiền bảo hiểm.
- Lưu trữ hồ sơ Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của pháp luật.
- Bảo mật thông tin do **Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm** cung cấp, trừ trường hợp theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền hoặc được sự đồng ý của **Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm**.
- Nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

PHẦN VI. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Điều 17. Giải quyết tranh chấp

Bất cứ tranh chấp nào phát sinh từ hoặc liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm sẽ được các bên thương lượng giải quyết. Nếu hai bên không đạt được thỏa thuận thông qua thương lượng trong vòng ba mươi (30) ngày kể từ ngày xảy ra tranh chấp, tranh chấp sẽ được giải quyết thông qua tòa án có thẩm quyền tại Việt Nam.

Điều 18. Luật áp dụng

Luật của nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam.

Điều 19. Thời hiệu khởi kiện

Thời hiệu khởi kiện về Hợp đồng bảo hiểm là ba (03) năm, kể từ thời điểm phát sinh tranh chấp.