

QUY TẮC BẢO HIỂM TAI NẠN CON NGƯỜI (MỚI)

Đây là Quy tắc bảo Hiểm của Quý khách hàng, đề nghị Quý khách hàng kiểm tra xem xét Quy tắc bảo Hiểm này cùng với Bản tóm tắt điều kiện bảo hiểm hoặc Giấy chứng nhận bảo hiểm để xác nhận rằng mình có được sự bảo vệ cần thiết.

Quy tắc Bảo Hiểm, Bản tóm tắt điều kiện bảo hiểm và tất cả những sửa đổi bổ sung (nếu có) đều phải được xem xét đồng bộ để tránh bất kỳ hiểu lầm nào.

Nếu có bất kỳ thay đổi nào có thể ảnh hưởng tới Hợp đồng bảo hiểm được cung cấp tới Quý khách hàng, xin hãy thông báo tới chúng tôi ngay lập tức.

Cách Vận Hành Của Bảo Hiểm Đây

Quy tắc bảo hiểm này là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm giữa Công ty bảo hiểm và Quý khách hàng, Bên mua bảo hiểm được ghi rõ tên trong Bản Chi tiết điều kiện Bảo Hiểm. Giấy yêu cầu bảo hiểm, bản kê khai và mọi thông tin cung cấp cho Công ty bảo hiểm là cơ sở của Hợp đồng này.

Trên cơ sở Quý khách hàng thanh toán cho chúng tôi Phí Bảo Hiểm theo yêu cầu, chúng tôi đồng ý trả tiền bảo hiểm cho Thương Tật xảy ra cho Người được bảo hiểm trong suốt Thời hạn bảo hiểm theo quy định của Hợp đồng này.

PHẦN 1 - ĐỊNH NGHĨA

Dưới đây là định nghĩa của một số từ ngữ. Những từ ngữ này chỉ mang một ý nghĩa duy nhất dù chúng xuất hiện ở bất cứ phần nào trong Quy tắc bảo hiểm hoặc Bản tóm tắt điều kiện bảo hiểm.

Tôi/Chúng tôi/Công ty bảo hiểm có nghĩa là:
Công ty TNHH Bảo hiểm Phi nhân thọ MSIG Việt Nam (MSIG).

Quý khách/Quý khách hàng/Bên mua bảo hiểm có nghĩa là:
Chủ hợp đồng bảo hiểm được nêu tên trong Hợp đồng bảo hiểm, và là tổ chức, cá nhân tại Việt Nam có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo quy định của pháp luật, giao kết Hợp đồng bảo hiểm với doanh nghiệp bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm. Chủ hợp đồng bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng,

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

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.

Thương tật có nghĩa là:
Sự tổn thương thân thể có nguyên nhân duy nhất là do tai nạn chứ không phải là do ốm đau, bệnh tật hay do sự suy kiệt về tinh thần hay thể chất theo thời gian và tuổi tác.

Tai nạn có nghĩa là:
Bất kì sự kiện bất ngờ, không lường trước gây ra bởi một lực từ bên ngoài, mạnh và có thể nhìn thấy được, là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến tử vong, thương tật thân thể cho Người được bảo hiểm và xảy ra ngoài ý muốn chủ quan của Người được bảo hiểm.
Trường hợp đuối nước sẽ được xem là tai nạn nếu xảy ra do các yếu tố khách quan như trượt ngã, bị cuốn vào dòng nước mạnh, tai nạn khi tham gia giao thông đường thủy, hoặc các tình huống bất khả kháng khác. Những trường hợp đuối nước do hành vi tự gây nguy hiểm, vi phạm quy định an toàn, hoặc có dấu hiệu cố ý sẽ không được xem là tai nạn theo định nghĩa này.

Thương tật toàn bộ vĩnh viễn có nghĩa là:
Tình trạng thương tật phát sinh trực tiếp từ một tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, khiến Người được bảo hiểm mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng thực hiện bất kỳ công việc, nghề nghiệp nào phù hợp với trình độ, kinh nghiệm và kiến thức của họ, kéo dài 52 tuần liên tục và không hy vọng vào sự tiến triển của thương tật đó. Tình trạng này phải được xác nhận bằng văn bản bởi cơ sở y tế có thẩm quyền và được Công ty bảo hiểm chấp thuận.

Thương tật bộ phận vĩnh viễn có nghĩa là:
Tình trạng thương tật phát sinh trực tiếp từ một tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, dẫn đến việc Người được bảo hiểm mất vĩnh viễn một phần chức năng của cơ thể hoặc mất một bộ phận cơ thể, nhưng không đến mức được coi là thương tật toàn bộ vĩnh viễn. Tỷ lệ chi trả bảo hiểm sẽ được xác định theo Bảng tỷ lệ thương tật đính kèm trong Hợp đồng bảo hiểm.

Thương tật tạm thời có nghĩa là:

Tình trạng thương tật phát sinh trực tiếp từ một tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, khiến Người được bảo hiểm tạm thời không thể thực hiện công việc hoặc làm các nghề nghiệp thông thường trong một khoảng thời gian nhất định, nhưng có khả năng hồi phục hoàn toàn. Việc xác định thời gian mất khả năng lao động sẽ căn cứ vào hồ sơ y tế và xác nhận của bác sĩ điều trị.

Thời hạn bảo hiểm có nghĩa là:

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

Trợ cấp trọn gói có nghĩa là:

Tổng số tiền bồi thường bảo hiểm cho trường hợp tử vong hoặc bị thương tật, nhưng loại trừ mọi khoản Trợ cấp theo ngày.

Trợ cấp theo ngày có nghĩa là:

Bất cứ khoản trợ cấp nào phải trả theo một mức nhất định cho mỗi ngày đủ 24 giờ.

Chi phí y tế có nghĩa là:

Là những chi phí y tế phát sinh cần thiết và hợp lý theo chỉ định của bác sĩ, phát sinh khi Người được bảo hiểm phải điều trị thương tật do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm.

Cơ sở y tế có nghĩa là:

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

Bác sĩ có nghĩa là:

Cá nhân được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được Pháp luật của đất nước mà nơi điều trị được tiến hành công nhận và bác sĩ đó đang thực hành việc điều trị, hành nghề trong phạm vi giấy phép được cấp và trong phạm vi đào tạo chuyên ngành của mình nhưng loại trừ các trường hợp bác sĩ chính là Người được bảo hiểm, hay vợ (chồng) hoặc con của Người được bảo hiểm.

Thể Thao Chuyên Nghiệp có nghĩa là:

Thể thao chuyên nghiệp được hiểu là việc Người được bảo hiểm tham gia vào các hoạt động thể thao dưới hình thức thi đấu, huấn luyện, hoặc biểu diễn có tổ chức, với mục đích sinh lợi hoặc nhận thù lao, tiền thưởng, tài trợ hoặc bất kỳ hình thức lợi ích tài chính nào, bao gồm nhưng không giới hạn ở:

- Việc thi đấu trong các giải thể thao chuyên nghiệp hoặc bán chuyên nghiệp do các tổ chức thể thao, liên đoàn hoặc câu lạc bộ tổ chức.
- Việc tham gia huấn luyện hoặc biểu diễn thể thao có trả thù lao.
- Việc ký hợp đồng với tổ chức thể thao chuyên nghiệp hoặc nhận tài trợ để thi đấu.

PHẦN 2 - CÁC ĐIỀU KHOẢN ĐẶC BIỆT

a) Mất tích

Người được bảo hiểm được xem như đã tử vong nếu anh ấy/cô ấy mất tích trong 24 tháng liên tiếp, và có đủ bằng chứng để dẫn đến kết luận rằng cái chết của anh ấy/cô ấy là do Thương tật gây ra.

Tuy nhiên, nếu vào bất cứ thời điểm nào sau khi tiền bảo hiểm đã được trả cho cái chết đó mà Người được bảo hiểm được phát hiện là vẫn còn sống thì số tiền này phải được hoàn lại cho Công ty bảo hiểm.

b) Sự bộc lộ hậu quả

Nếu sau khi bị Tai nạn, Người được bảo hiểm tử vong hoặc bị thương tật mà được xem như là hậu quả từ các yếu tố liên quan đến Tai nạn, Công ty bảo hiểm sẽ coi sự tử vong hoặc thương tật đó là do Tai nạn gây ra.

PHẦN 3 - CÁC ĐIỀU KIỆN CHUNG

Những điều kiện trong Quy tắc bảo hiểm này hoặc trong bất kỳ Điều Khoản Bổ Sung nào là một phần của hợp đồng này và phải được tuân thủ đầy đủ. Chúng là những điều kiện tiên quyết đối với quyền lợi nhận bồi thường từ công ty bảo hiểm.

1. Quý khách phải thông báo bằng văn bản cho Công ty bảo hiểm ngay khi Quý khách biết được về bất kỳ sự thay đổi nào về tính chất công việc, nghề nghiệp, nhiệm vụ hay hành động của bất kỳ Người được bảo hiểm nào, cũng như bất kỳ một sự thay đổi nào khác mà có thể làm tăng/giảm rủi ro bảo hiểm, khả năng khiếu nại theo Quy tắc bảo hiểm này. Quý khách có thể sẽ phải trả thêm hoặc được hoàn lại một khoản phụ phí bảo hiểm cho những sự thay đổi như vậy.
2. MSIG sẽ không bị ràng buộc phải chấp nhận hoặc bị ảnh hưởng bởi bất kỳ thông báo chuyển nhượng, thế chấp nào liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm này
3. Mặc dù Hợp đồng bảo hiểm này có thể được tái tục từ năm này sang năm khác trên cơ sở thỏa thuận giữa Quý khách và chúng tôi, Hợp đồng vẫn sẽ chấm dứt vào cuối Thời hạn bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đạt 70 tuổi. Bất kỳ sự thay đổi nào về Điều khoản này sẽ cần có yêu cầu từ trước của Quý khách và được chúng tôi xem xét và chấp nhận bằng văn bản.
4. Trường hợp một trong hai bên đề nghị chấm dứt hợp đồng bảo hiểm, bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày định hủy bỏ. Việc chấm dứt hợp đồng phải phù hợp với pháp luật Việt Nam và tuân thủ theo hai trường hợp sau:
 - + Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại, với điều kiện đến thời điểm đó hợp đồng bảo hiểm có tỷ lệ bồi thường/phí bảo hiểm dưới 40%.
 - + Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm của Công ty bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của

thời gian hiệu lực còn lại.

5. Trừ khi có thỏa thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm, giới hạn lãnh thổ của hợp đồng này là Việt Nam.

PHẦN 4 - QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Công Ty Bảo Hiểm sẽ trả tiền bảo hiểm cho Quý khách hàng đối với Thương Tật như sau:

Số tiền bảo hiểm trả cho Tử vong hay Thương tật (được gọi là Hậu Quả) được mô tả theo bảng dưới đây nếu Người Được Bảo Hiểm bị thương tật và trong vòng hai năm kể từ khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, Thương Tật này là nguyên nhân duy nhất gây ra tử vong hay Hậu quả đó.

	Hậu Quả	Số Tiền Bảo Hiểm
A.	Tử vong	Tối đa tới số tiền bảo hiểm ghi trong Giấy chứng nhận/Hợp đồng bảo hiểm
B.	Thương tật vĩnh viễn theo mô tả dưới đây:	Tỷ lệ phần trăm của Trợ cấp trọn gói đối với mỗi Hậu quả như sau:
1	Thương tật toàn bộ vĩnh viễn: Người được bảo hiểm bị mất, liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của: • Hai tay (tính từ cổ tay trở lên) • Hai chân (tính từ mắt cá chân trở lên) • Một tay (tính từ cổ tay trở lên) và một chân (tính từ mắt cá chân trở lên) • Hai mắt • Một tay (tính từ cổ tay trở lên) và một mắt • Một chân (tính từ mắt cá chân trở lên) và một mắt - Rối loạn tâm thần hoàn toàn và không thể chữa được - Điếc hoàn toàn và vĩnh viễn cả hai tai - Mất chức năng nhai - Mù hoàn toàn - Tổn thương cơ thể từ 81% trở lên	100%
2	Thương tật bộ phận vĩnh viễn: a) mất thị lực của một mắt trừ khi còn cảm nhận được ánh sáng b) hông hoàn toàn thủy tinh thể của 1 mắt	50%
3	Thương tật toàn bộ do phải cắt cụt hoặc mất vĩnh viễn khả năng sử dụng của:	
	a) ngón cái và 4 ngón tay của một bàn tay	70%
	b) 4 ngón tay của một bàn tay	45%
	c) ngón tay cái (2 đốt)	25%
	d) ngón tay cái (1 đốt)	10%
	e) ngón tay trỏ (3 đốt)	15%
	f) ngón tay trỏ (2 đốt)	8%
	g) ngón tay trỏ (1 đốt)	4%

	h) ngón tay giữa (3 đốt)	10%
	i) ngón tay giữa (2 đốt)	4%
	j) ngón tay giữa (1 đốt)	2%
	k) ngón tay áp út (3 đốt)	8%
	l) ngón tay áp út (2 đốt)	4%
	m) ngón tay áp út (1 đốt)	2%
	n) ngón tay út (3 đốt)	6%
	o) ngón tay út (2 đốt)	3%
	p) ngón tay út (1 đốt)	2%
	q) tất cả các ngón chân của một bàn chân	17%
	r) ngón chân cái (2 đốt)	5%
	s) ngón chân cái (1 đốt)	2%
	t) bất kỳ ngón chân nào khác	3%
4	Mất vĩnh viễn toàn bộ khả năng:	
	a) nghe của 1 tai	25%
	b) nói	60%
5	Thương tật bộ phận vĩnh viễn mà không được nêu trên đây trừ mất khả năng vị giác và khứu giác	Tỷ lệ phần trăm được xác định dựa trên xác nhận của cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được doanh nghiệp bảo hiểm, chi nhánh doanh nghiệp bảo hiểm phi nhân thọ nước ngoài chấp thuận.
C.	Thương tật tạm thời không thể tham gia làm việc hoặc làm các nghề nghiệp thông thường.	Trợ cấp hàng ngày trong thời hạn không quá 728 ngày kể từ ngày xảy ra Hậu quả đầu tiên.
D.	Các Chi phí y tế, phẫu thuật, nằm viện, chăm sóc tại cơ sở y tế hoặc các chi phí phát sinh trong vòng 728 ngày kể từ lúc bị Thương tật, với điều kiện là mọi chi phí phát sinh này là hợp lý và cần thiết phải trả cho các dịch vụ chuyên nghiệp cung cấp bởi các chuyên gia y khoa, bác sĩ được phép hành nghề và/hoặc cho bệnh viện điều trị theo chỉ thị của các nhà chuyên môn, bác sĩ, chuyên gia y khoa.	Số tiền chi trả cho các chi phí này không quá số tiền tối đa cho Chi phí y tế ghi trong Giấy chứng nhận/Hợp đồng Bảo hiểm đối với mỗi một Thương tật. Mức tối đa này là giới hạn đối với mỗi thời hạn bảo hiểm.

- Quyền lợi bảo hiểm sẽ được thanh toán trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật vĩnh viễn do tai nạn xảy ra trong vòng 24 tháng kể từ ngày tai nạn với điều kiện là nguyên nhân gây ra chết hoặc thương tật đó phải phát sinh trong thời hạn bảo hiểm. Quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả theo Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực tại

thời điểm xảy ra tai nạn.

- Trường hợp một thương tật vĩnh viễn không được xác định được tỷ lệ bồi thường trong bảng trên thì MSIG sẽ tự xác định tỷ lệ bồi thường trên cơ sở tham khảo ý kiến của chuyên gia y tế.
- Trường hợp Người được bảo hiểm bị một thương tật vĩnh viễn, mà thương tật vĩnh viễn này được liệt kê vào trong nhiều quyền lợi được chi trả khác nhau, thì mức chi trả cho phần thương tật nằm trong hạng mục nào cao hơn (hoặc cao nhất) sẽ được áp dụng. Đặc biệt, nếu quyền lợi bảo hiểm đã được chi trả cho việc mất toàn bộ một bộ phận cơ thể, thì sẽ không còn quyền lợi chi trả cho việc mất một phần của bộ phận cơ thể đó nữa.
- Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể từ 81% trở lên được xác định dựa trên xác nhận của cơ quan y tế hoặc Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp được doanh nghiệp bảo hiểm, chi nhánh doanh nghiệp bảo hiểm phi nhân thọ nước ngoài chấp thuận.
- Việc chứng nhận người được bảo hiểm bị mất hoàn toàn bộ phận cơ thể (tay, chân hoặc mắt) có thể được thực hiện ngay sau khi sự kiện bảo hiểm xảy ra hoặc sau khi kết thúc việc điều trị.

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

PHẦN 5 - NHỮNG ĐIỀU KIỆN BỒI THƯỜNG

Việc chi trả tiền bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm phụ thuộc vào việc tuân thủ các điều kiện và điều khoản theo Quy tắc bảo hiểm của Người được bảo hiểm hoặc bất kỳ bên khiếu nại nào.

1. Quý khách phải thông báo bằng văn bản cho Công ty bảo hiểm càng sớm càng tốt và đầy đủ chi tiết về bất kỳ Thương Tật nào có thể dẫn đến khiếu nại theo Quy tắc Bảo Hiểm này.
2. Người được bảo hiểm phải được tiến hành điều trị bởi bác sĩ và cần thiết phải thực hiện bất cứ sự điều trị nào mà bác sĩ cho là cần thiết.
3. Tất cả chứng từ, tài liệu và thông tin phải được cung cấp cho Công ty bảo hiểm theo hình thức được yêu cầu. Các chi phí thu thập tài liệu trên do Quý khách hoặc Người được bảo hiểm chi trả và chịu trách nhiệm về tính pháp lý.
4. Trong trường hợp Công ty bảo hiểm yêu cầu, Người được bảo hiểm có thể phải tiến hành kiểm tra y tế chi tiết. Các chi phí này do Công ty bảo hiểm chi trả.
5. Trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong, Công ty bảo hiểm sẽ yêu cầu cung cấp giấy chứng tử, các tài liệu có liên quan (nếu cần thiết) và có quyền khám nghiệm tử thi nếu việc khám nghiệm này không trái với Pháp luật và phong tục tập quán, và với chi phí do Công ty bảo hiểm chi trả.
6. Trong trường hợp Người được bảo hiểm hoặc người thụ hưởng hợp pháp có hành vi gian lận, trục lợi trong việc thực hiện các điều kiện và điều khoản của Quy tắc bảo hiểm này, quyền lợi bảo hiểm của Người được bảo hiểm đó sẽ bị hủy bỏ và Công ty bảo hiểm sẽ xử lý, tuân thủ theo quy định của pháp luật hiện hành.
7. Khi có bất kỳ bất đồng hoặc tranh chấp nào phát sinh trong quá trình thực hiện Hợp đồng này, các bên thống nhất sẽ nỗ lực tối đa để giải quyết bất đồng hoặc tranh chấp thông qua thương lượng. Trừ trường hợp quy tắc bảo hiểm có quy định khác, nếu tranh chấp không thể giải quyết bằng thương lượng trong vòng 30 (ba mươi) ngày thì tranh chấp sẽ được giải quyết bởi Trung tâm Trọng tài Quốc tế Việt Nam (“VIAC”) theo Quy tắc tố tụng trọng tài của VIAC, địa điểm trọng tài sẽ diễn ra tại Hà Nội, Việt Nam và ngôn ngữ trọng tài sẽ là tiếng Việt.
8. Nếu Công Ty Bảo Hiểm đề nghị một khoản chi trả hoặc từ chối trách nhiệm đối với Quý khách về bất kỳ khiếu nại bồi thường nào, và trong vòng 12 tháng kể từ ngày đề nghị chi trả hoặc từ chối bồi thường đó, những khiếu nại này không được đưa ra trọng tài giải quyết theo điều kiện số 7 của Quy tắc Bảo Hiểm hoặc không trở thành một vấn đề đang chờ tòa án giải quyết, thì khiếu nại này được coi là đã bị từ bỏ và công ty sẽ không còn trách nhiệm đối với nó.

PHẦN 6 - QUY TRÌNH BỒI THƯỜNG

1. **Bảng chứng khiếu nại bồi thường**

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

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

2. **Thời hạn bồi thường/trả tiền bảo hiểm**

MSIG có trách nhiệm thông báo kết quả giải quyết bồi thường cho Người được bảo hiểm, người thừa kế, hoặc người đại diện hợp pháp trong thời hạn 15 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ về yêu cầu bồi thường.

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

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

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

4. **Bảo hiểm khác**

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

PHẦN 7 - NHỮNG ĐIỂM LOẠI TRỪ CHUNG

Công Ty Bảo Hiểm sẽ không có trách nhiệm bảo hiểm và không có bất kỳ bồi thường nào được chi trả đối với:

1. Thương tật gây ra bởi:
 - (a) sự ion hóa, bức xạ hoặc nhiễm phóng xạ bởi phóng xạ từ bất cứ nhiên liệu hạt nhân hoặc từ bất cứ chất thải hạt nhân nào do bốc cháy của nhiên liệu hạt nhân.
 - (b) đặc tính nhiễm phóng xạ, độc hại, dễ nổ hoặc những đặc tính nguy hiểm khác của bất cứ tổ hợp hạt nhân dễ nổ hoặc thành phần hạt nhân nào của nó.
2. Thương tật gây ra bởi:
 - (a) chiến tranh, xâm lược, hành động của kẻ thù nước ngoài, các hành động thù địch hoặc hoạt động có tính chất chiến tranh (cho dù có tuyên bố chiến tranh hay không), hoặc nội chiến, nổi loạn, bạo động dân sự có quy mô hoặc tương đương với một cuộc nổi dậy quần chúng, nổi dậy quân sự.
 - (b) khởi nghĩa, nổi loạn, cách mạng, hành động quân sự hoặc cướp quyền, thiết quân luật hoặc tình trạng bao vây hoặc bất kỳ sự kiện hay nguyên nhân mà dẫn đến sự tuyên bố hoặc duy trì thiết quân luật hoặc tình trạng vây hãm.
3. Thương tật gây ra bởi Người được bảo hiểm tham gia vào:
 - (a) du lịch bằng đường hàng không ngoại trừ khi là hành khách trên phương tiện hàng không được cấp phép chở hành khách đầy đủ.
 - (b) bất kỳ hoạt động thương mại, kỹ thuật hay thể thao nào hoặc là thành viên phi hành đoàn liên quan đến phương tiện hàng không.
4. Thương tật gây ra bởi Người được bảo hiểm tham gia, thực hiện, hoặc luyện tập:
 - (a) nhảy dù.
 - (b) dù lượn.
 - (c) bất kỳ loại đua nào (ngoại trừ chạy bộ hoặc bơi lội) hoặc bất cứ một cuộc thử nghiệm nào nhằm kiểm tra tốc độ hay độ bền.
 - (d) khám phá hang động, leo núi, leo vách đá cần sử dụng người dẫn đường hoặc dây.
 - (e) các hoạt động dưới nước cần sử dụng khí nén hoặc khí gas.

- (f) bất kỳ loại thể thao nào với tư cách chuyên nghiệp.

5. Thương tật gây ra bởi:

- (a) tự tử, tự gây thương tích cho bản thân hoặc cố ý đặt bản thân vào tình thế dễ bị tai nạn (trừ nỗ lực cứu người)
- (b) mang thai, sinh nở
- (c) tình trạng mất trí
- (d) các chứng bệnh về thể thất hoặc tinh thần hoặc suy nhược cơ thể có sẵn từ trước
- (e) Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng bởi chất kích thích (ngoại trừ việc được phép sử dụng các loại được kê đơn bởi bác sĩ có thẩm quyền mà không phải là để trị bệnh nghiện chất kích thích).
- (f) Người được bảo hiểm có nồng độ cồn, trừ khi có thể chứng minh một cách hợp lý và được Công ty chấp nhận rằng cồn không phải là yếu tố góp phần gây nên thương tật.

6. Người được bảo hiểm thực hiện một trong những việc sau:

- Người được bảo hiểm không đủ điều kiện điều khiển phương tiện, bao gồm việc điều khiển phương tiện giao thông không có giấy phép lái xe hợp lệ (đối với loại xe bắt buộc phải có giấy phép lái xe).
- Việc điều khiển phương tiện giao thông không có giấy phép lái xe hợp lệ (đối với loại xe bắt buộc phải có giấy phép lái xe).
- Đua xe (hợp pháp hoặc bất hợp pháp).
- Xe đi vào đường cấm, khu vực cấm hoặc vượt xe trong đường cấm vượt.
- Đi ngược chiều của đường một chiều hoặc của đường hai chiều có dây phân cách cứng.
- Vượt đèn đỏ hoặc không chấp hành theo hiệu lệnh của người điều khiển giao thông.
- Xe đi đêm không có đèn chiếu sáng theo quy định; xe vượt quá tốc độ quy định.
- Không đội mũ bảo hiểm (đối với người điều khiển xe máy); không thắt dây an toàn (đối với người điều khiển xe ô tô); sử dụng điện thoại khi đang điều khiển phương tiện giao thông.
- Có nồng độ cồn (vượt quá trị số bình thường của Bộ Y Tế), ma túy, hoặc chất kích thích khi điều khiển phương tiện giao thông.
- Vi phạm luật hình sự.

() Lưu ý:*

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

7. Chi phí khám chứng nhận thương tích, giám định y khoa, tóm tắt bệnh án, sao y bệnh án, sổ khám bệnh và các chi phí hành chính khác.
8. Điều trị thẩm mỹ, giải phẫu thẩm mỹ và các hậu quả liên quan.
9. Cấy ghép, lắp ráp, sửa chữa, cung cấp hoặc bảo dưỡng các thiết bị hoặc bộ phận giả, dụng cụ chỉnh hình, các thiết bị trợ thính hoặc thị lực, nạng hoặc xe lăn hoặc các công cụ khác.
10. Chi phí phát sinh từ các yêu cầu cá nhân của Người được Bảo hiểm (nâng cấp phòng, bữa ăn đặc biệt, các thủ tục y tế không cần thiết, dịch vụ giải trí, vật dụng chăm sóc cá nhân, dịch vụ internet hoặc điện thoại, dịch vụ giặt là, v.v.).
11. Chi phí cho người thân và/hoặc người chăm sóc (giường phụ, bữa ăn phụ, thẻ ra vào, v.v.).
12. Người được bảo hiểm tham gia đấu đá, đánh nhau, trừ khi vì mục đích tự vệ.
13. Điều trị liên quan đến chấn thương và/hoặc hậu quả liên quan đến Tai nạn xảy ra trước khi hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, trừ khi có thỏa thuận khác trong Hợp đồng bảo hiểm.

Nếu Công ty bảo hiểm cho rằng do Những Điểm Loại Trừ Chung này mà bất kỳ yêu cầu bồi thường nào không được bảo hiểm bởi hợp đồng này, thì trách nhiệm chứng minh rằng yêu cầu bồi thường đó thuộc phạm vi được bảo hiểm sẽ thuộc về Người được bảo hiểm.

PHẦN 8 - HẠN MỨC SỐ TIỀN CHI TRẢ ĐỐI VỚI MỖI NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

1. Trợ cấp trọn gói sẽ không được chi trả đối với:
 - a) Hậu quả A (Tử vong) cộng thêm vào bất cứ Hậu quả B nào (Thương tật vĩnh viễn) nếu cả hai hậu quả đều do cùng một Tai nạn gây ra. Đối với trường hợp tiền bồi thường đã được trả theo hạng mục nào đó của Hậu quả B, và tử vong xảy ra sau đó là hậu quả gây ra bởi Tai nạn này và trong vòng 728 ngày kể từ khi xảy ra Tai nạn, thì Công ty bảo hiểm sẽ chỉ trả bất kỳ khoản chênh lệch nào nếu số tiền bồi thường cho Hậu quả A lớn hơn Số tiền bồi thường đã trả cho Hậu quả B.
 - b) nhiều hơn 100% tổng số tiền bảo hiểm đối với một hay toàn bộ các hạng mục của Hậu quả A và Hậu quả B (tùy thuộc vào cái nào có giá trị cao hơn) trong một thời hạn bảo hiểm của mỗi Người được bảo hiểm.
2. Trợ cấp theo ngày sẽ không được chi trả đối với bất kỳ khoảng thời gian nào sau khi Người được bảo hiểm tử vong hoặc sau khi số tiền bảo hiểm đã được trả theo bất cứ hạng mục nào của Hậu quả B.
3. Trợ cấp theo ngày đối với Hậu quả C sẽ được trả khi tổng số tiền đã được nhất trí, hoặc theo yêu cầu của Quý khách sẽ được trả theo nhiều đợt, mỗi đợt cách nhau từ 28 ngày trở lên (nhưng không được nhận tạm ứng trước) và việc trả tiền trợ cấp theo cách này sẽ được bắt đầu sau 28 ngày kể từ khi Công ty bảo hiểm nhận được thông báo bằng văn bản về Thương tật.
4. Không một khoản tiền bồi thường nào sẽ được chi trả đối với Hậu quả D nếu hậu quả này cũng được bảo hiểm theo bất kỳ Hợp đồng bảo hiểm nào khác trong cùng thời điểm đó, hoặc nếu Quý khách hàng hay Người được bảo hiểm được bù đắp từ bất cứ nguồn nào khác, với điều kiện là Công ty bảo hiểm sẽ không được miễn trách nhiệm trả tiền bảo hiểm theo Hậu quả này đối với các khoản vượt quá số tiền được trả theo Hợp đồng bảo hiểm khác hay các nguồn khác.

PHẦN 9 - HẠN MỨC CHUNG SỐ TIỀN CHI TRẢ

Nếu có nhiều hơn một Người được bảo hiểm theo Hợp đồng Bảo Hiểm này thì tổng mức trách nhiệm tính gộp tối đa của Công ty bảo hiểm đối với tất cả những Người được bảo hiểm đi trên cùng một chuyến bay, phương tiện vận tải trên mặt đất hoặc chuyến tàu sẽ không vượt quá 125,000,000,000 VND hoặc tổng Số tiền bảo hiểm phải trả cho những Người được bảo hiểm đó, tùy thuộc vào số nào nhỏ hơn.

Nếu số tiền tổng cộng của tất cả khiếu nại cho Thương tật đối với những Người được bảo hiểm trong cùng một chuyến vượt quá Hạn mức chung này, trách nhiệm của Công ty đối với những Người được bảo hiểm sẽ là phần tỷ lệ của quyền lợi bảo hiểm đối với người đó.