

QUY TẮC BẢO HIỂM BẢO AN TÀI CHÍNH TOÀN DIỆN

(Ban hành kèm theo Quyết định số: /2024/QĐ-MIC ngày / /2024 của Tổng
Công ty Cổ phần Bảo hiểm Quân Đội)

MỤC LỤC

PHẦN I - QUY ĐỊNH CHUNG.....	2
Điều 1. Định nghĩa.....	2
Điều 2. Hợp đồng bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm, thời điểm có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm và áp dụng thời gian chờ	6
Điều 3. Phí bảo hiểm và số tiền bảo hiểm	7
Điều 4. Đối tượng và điều kiện được tham gia bảo hiểm.....	8
Điều 5. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm	8
PHẦN II. CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM.....	8
Điều 6. Quyền lợi bảo hiểm	8
PHẦN III. LOẠI TRỪ VÀ GIỚI HẠN BẢO HIỂM.....	11
Điều 7. Các điểm loại trừ và giới hạn bảo hiểm	11
PHẦN IV. QUY ĐỊNH VỀ CHI TRẢ TIỀN BẢO HIỂM.....	12
Điều 8. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm	12
Điều 9. Hồ sơ yêu cầu chi trả tiền bảo hiểm	13
Điều 10. Thủ tục trả tiền bảo hiểm	13
PHẦN V. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN	14
Điều 11. Quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm	14
Điều 12. Quyền và nghĩa vụ của MIC	15
PHẦN VI. GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP	16
Điều 13. Luật áp dụng	16
Điều 14. Giải quyết tranh chấp	16
Điều 15. Thời hạn khiếu nại.....	16

PHẦN I - QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Định nghĩa

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

2. Bên mua bảo hiểm: là tổ chức, cá nhân giao kết Hợp đồng bảo hiểm với MIC và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo quy định của pháp luật.

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. Sự kiện bảo hiểm: là sự kiện khách quan thuộc phạm vi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm mà khi sự kiện đó xảy ra MIC phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận 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 sẽ được coi là ngày sinh nhật của Người được bảo hiểm trong năm đó.

7. Tổ chức tín dụng: là doanh nghiệp thực hiện một, một số hoặc tất cả các hoạt động ngân hàng. Tổ chức tín dụng bao gồm ngân hàng, tổ chức tín dụng phi ngân hàng, tổ chức tài chính vi mô và quỹ tín dụng nhân dân.

8. Cấp tín dụng: là việc tổ chức tín dụng cấp cho tổ chức hoặc cá nhân sử dụng một khoản tiền hoặc cam kết cho phép sử dụng một khoản tiền theo nguyên tắc có hoàn trả bằng nghiệp vụ cho vay, chiết khấu, cho thuê tài chính, bao thanh toán, bảo lãnh ngân hàng và các nghiệp vụ cấp tín dụng khác.

9. Hợp đồng tín dụng: là thỏa thuận chi tiết bằng văn bản về các điều khoản và điều kiện áp dụng cho giao dịch tín dụng được ký kết giữa Bên mua bảo hiểm và Tổ chức tín dụng.

10. Dư nợ tín dụng: là tổng dư nợ tín dụng gốc còn lại và khoản lãi, phí phát sinh cần thanh toán tại một thời điểm xác định, dư nợ tín dụng không bao gồm:

- Các khoản trả nợ vay hàng tháng và lãi cộng phải trả theo lịch trả nợ trước ngày phát sinh sự kiện bảo hiểm mà Người được bảo hiểm chưa trả;
- Các khoản phát sinh do việc không trả nợ đúng hạn của Người được bảo hiểm.

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

có thể nhìn thấy được diễn ra trong thời hạn bảo hiểm, là nguyên nhân trực tiếp và duy nhất dẫn đến thương tật thân thể hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm.

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

13. Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

- Thương tật toàn bộ vĩnh viễn là tình trạng:

(i) 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

(ii) Người được bảo hiểm bị tổn thương cơ thể từ 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 81% trở lên được thực hiện sau 52 tuần kể từ ngày bệnh lý được chẩn đoán.

14. Thương tật bộ phận vĩnh viễn: là tình trạng thân thể do nguyên nhân duy nhất là tai nạn gây ra làm cho Người được bảo hiểm vĩnh viễn mất đi chức năng hoạt động của một hay nhiều bộ phận cơ thể do hậu quả của việc bị cắt cụt (mất) hoặc liệt hoàn toàn và vĩnh viễn bộ phận đó.

Thương tật bộ phận vĩnh viễn chỉ được xác định sau khi điều trị tổn thương thân thể gây ra thương tật đó đã kết thúc. Trong trường hợp thương tật bộ phận vĩnh viễn chưa được xác định ngay sau khi kết thúc việc điều trị tổn thương thân thể, thương tật đó được coi là thương tật bộ phận vĩnh viễn nếu nó diễn biến kéo dài trong vòng 52 tuần liên tục kể từ ngày kết thúc điều trị. MIC chỉ bảo hiểm cho các Thương tật bộ phận vĩnh viễn được liệt kê trong Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật của MIC.

15. Bệnh đặc biệt:

Theo Quy tắc bảo hiểm này, những bệnh sau đây được hiểu là bệnh đặc biệt:

Bệnh hệ thần kinh:	Các bệnh viêm hệ thần kinh trung ương (não), teo hệ thống ảnh hưởng lên hệ thần kinh trung ương (bệnh Huntington, thất điều vận động di truyền, teo cơ cột sống và hội chứng liên quan), rối loạn vận động ngoại tháp (Parkinson, rối loạn trương lực cơ, rối loạn vận động và ngoại tháp khác), Alzheimer, hội chứng Apalic/hội chứng mất trí nhớ, động kinh, hôn mê, các bệnh bại não và hội chứng liệt khác.
Bệnh hệ hô hấp:	Bệnh suy hô hấp, tràn khí màng phổi.

Bệnh hệ tuần hoàn:	Bệnh tim, tăng huyết áp, các bệnh mạch máu não/đột quy và các hậu quả/di chứng của bệnh này.
Bệnh hệ tiêu hóa:	Viêm gan A, Viêm gan B, Viêm gan C, xơ gan, suy gan, sỏi mật.
Bệnh hệ tiết niệu:	Bệnh của cầu thận, ống thận, sỏi thận, sỏi niệu quản, sỏi đường tiết niệu dưới, suy thận, hội chứng thận hư.
Bệnh hệ nội tiết:	Rối loạn tuyến giáp, đái tháo đường và rối loạn nội tiết tuyến tụy, bệnh 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 hạt trung tính, bệnh liên quan mô bạch huyết và hệ thống mô bào, ghép tủy.
Bệnh của da và mô liên kết:	Bệnh Lupus ban đỏ, xơ cứng bì toàn thể, xơ cứng rải rác, xơ cứng bì toàn thể tiến triển/cột bên teo cơ, loạn dưỡng cơ và biến chứng của các bệnh này, Pemphigus, vẩy nến, mê đay dị ứng mãn (có điều trị bằng kháng nguyên của nước ngoài).
Các bệnh mãn/mạn tính:	Các bệnh mãn/mạn tính phải theo kết luận của bác sỹ tại hồ sơ bệnh án/chứng từ y tế hoặc theo ý kiến của cơ quan chuyên môn liên quan.

16. Bệnh có sẵn: là tình trạng bệnh tật/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 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.

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

18. Bệnh di truyền: là bất kỳ bệnh nào xuất hiện ở những người có cùng huyết thống hay sự chuyển những bệnh lý của bố, mẹ cho con cái thông qua gen của bố, mẹ và/hoặc được truyền từ đời này sang đời khác, từ thế hệ này sang thế hệ khác trong những người có cùng huyết thống bao gồm cả di truyền đột biến gen lặn. Việc xác định bệnh di truyền phải do bác sỹ thực hiện.

19. Mất tích: khi một người biệt tích 2 (hai) năm liên 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

kiểm theo quy định của pháp luật nhưng vẫn không có tin tức xác thực về việc người đó còn sống hay đã chết và được cơ quan có thẩm quyền tuyên bố mất tích.

20. Phạm vi địa lý: phạm vi địa lý được bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này là lãnh thổ nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam, và/hoặc các quốc gia, vùng lãnh thổ khác và được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Phạm vi địa lý được áp dụng đối với cả rủi ro phát sinh và quá trình điều trị.

21. Bệnh viện: là một cơ sở khám và điều trị bệnh hợp pháp được nhà nước công nhận và:

- Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật.
- Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú, ngoại trú và có hệ thống theo dõi sức khỏe hàng ngày cho các bệnh nhân điều trị nội trú, ngoại trú.
- Theo định nghĩa này, bệnh viện không bao gồm bệnh xá, trạm y tế, trạm xá, nhà hộ sinh, nhà điều dưỡng, phòng khám và các cơ sở y tế không thỏa mãn định nghĩa bệnh viện.
- Không phải là nơi để an dưỡng phục hồi sức khỏe hoặc là một nơi đặc biệt chỉ có mục đích duy nhất là phục vụ cho người già, dưỡng lão hoặc giúp đỡ cai nghiện rượu, thuốc phiện, ma túy hoặc để điều trị rối loạn tâm thần, điều trị bệnh phong hoặc là nơi điều trị sỏi khoáng, xông hơi, massage.

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

Cách tính ngày nằm viện:

- Đối với các bệnh viện không ghi giờ trên hồ sơ bệnh án: căn cứ vào Giấy ra viện, số ngày nằm viện bằng (=) ngày xuất viện trừ (-) ngày nhập viện.
- Đối với các bệnh viện có ghi giờ trên hồ sơ bệnh án: ngày nằm viện được tính trên cơ sở qua đêm và số ngày nằm viện bằng (=) số giờ nằm viện chia (/) 24 (hai mươi tư) giờ.

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

24. Thời gian chờ: là khoảng thời gian tính từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm mà Người được bảo hiểm không được trả tiền bảo hiểm cho các quyền lợi được bảo hiểm nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra trong khoảng thời gian này, bao gồm cả những trường hợp thời điểm bắt đầu sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời gian chờ nhưng thời điểm kết thúc của sự kiện bảo hiểm đó nằm ngoài thời gian chờ.

25. Tái tục liên tục: là các Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm tái tục thỏa mãn các điều kiện sau:

- Người được bảo hiểm không thay đổi; và

- Cùng phạm vi bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm, cùng Bên mua bảo hiểm và cùng tham gia bảo hiểm tại MIC; và

- Thời hạn bảo hiểm của các Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm thuộc một trong các trường hợp sau:

- (i) Người được bảo hiểm tiếp tục tham gia Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm tại MIC ngay sau khi kết thúc thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm liền kề trước đó; hoặc

- (ii) Khoảng thời gian ngắt quãng giữa thời hạn bảo hiểm của hai Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm liền kề không quá 60 (sáu mươi) ngày; hoặc

- (iii) Người được bảo hiểm tham gia nhiều Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm có khoảng thời gian trùng nhau không quá 60 (sáu mươi) ngày và/hoặc ngắt quãng không quá 60 (sáu mươi) ngày về thời hạn bảo hiểm giữa các Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

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

27. Thể thao nguy hiểm: là các hoạt động trên không (trừ đi lại bằng đường hàng không), các môn thể thao mùa đông, thể thao bay lượn, leo núi, săn bắn, hockey trên băng, nhảy dù, đấu vật, môn bóng ngựa, môn lướt ván, bơi thuyền buồm xa cách bờ 05 (năm) km, các cuộc đua (không bao gồm các cuộc đua mang tính chất từ thiện, hay nội bộ do công ty tổ chức).

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

Điều 2. Hợp đồng bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm, thời điểm có hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm và áp dụng thời gian chờ

1. Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm bao gồm những nội dung sau: Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng bảo hiểm, phạm vi bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm, số tiền bảo hiểm và các nội dung khác theo quy định.

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

MIC chỉ cấp Giấy chứng nhận bảo hiểm khi Bên mua bảo hiểm đã đóng đầy đủ, đúng hạn phí bảo hiểm trừ khi có thỏa thuận khác.

2. Thời hạn bảo hiểm: Thời hạn bảo hiểm là 01 (một) năm hoặc thời hạn cấp tín dụng nhưng tối đa không vượt quá 01 (một) năm.

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

4. Áp dụng thời gian chờ:

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

- Trường hợp tai nạn: không áp dụng;

- Trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường: 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm;

- Trường hợp bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn như định nghĩa tại **Điều 1: 365** (ba trăm sáu mươi lăm) ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm;

- Trường hợp thai sản:

- (i) Biến chứng thai sản: 90 (chín mươi) ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm;

- (ii) Sinh đẻ: 270 (hai trăm bảy mươi) ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm.

4.2 Không áp dụng thời gian chờ cho các Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm tái tục liên tục với số ngày tham gia vượt quá thời gian chờ và Số tiền bảo hiểm tái tục bằng hoặc thấp hơn số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm liền kề trước đó. Số tiền bảo hiểm chênh lệch cao hơn áp dụng thời gian chờ nêu trên.

4.3 Trường hợp tái tục liên tục

- Trường hợp các Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm có khoảng thời gian tham gia nối tiếp hoặc trùng nhau không quá 60 (sáu mươi) ngày: thời gian chờ sẽ được tính từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm đầu tiên;

- Trường hợp các Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm có khoảng thời gian ngắt quãng không quá 60 (sáu mươi) ngày: thời gian chờ sẽ được tính từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm đầu tiên và không bao gồm khoảng thời gian ngắt quãng giữa các Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 3. Phí bảo hiểm và số tiền bảo hiểm

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

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

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

Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có thể lựa chọn Số tiền bảo hiểm là:

- Dư nợ tín dụng theo Hợp đồng tín dụng được ký kết giữa Tổ chức tín dụng và Bên mua bảo hiểm vào thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm; hoặc

- Giá trị khoản tín dụng ban đầu theo Hợp đồng tín dụng được ký kết giữa Tổ chức tín dụng và Bên mua bảo hiểm tại thời điểm bắt đầu thời hạn bảo hiểm; hoặc

- Số tiền bảo hiểm cố định theo thỏa thuận của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm với MIC được ghi trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Số tiền bảo hiểm và phương thức xác định số tiền bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm và MIC thỏa thuận và quy định trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

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

1. Đối tượng được tham gia bảo hiểm: là công dân Việt Nam, người nước ngoài đang công tác, học tập tại Việt Nam được Tổ chức tín dụng chấp nhận cấp tín dụng và được MIC chấp nhận bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.

2. Độ tuổi tham gia bảo hiểm: từ 18 (mười tám) tuổi đến 65 (sáu mươi lăm) tuổi vào ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và không quá 70 (bảy mươi) tuổi đối với các trường hợp tham gia tái tục liên tục từ 65 (sáu mươi lăm) tuổi hoặc trước đó.

3. Điều kiện tham gia bảo hiểm

MIC không nhận bảo hiểm đối với:

- Những người bị bệnh tâm thần, bệnh phong, bệnh/hội chứng down, tự kỷ;
- Người bị thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên;
- Người bị ung thư, người đang trong quá trình điều trị bệnh tật, thương tật.

Điều kiện này chỉ áp dụng với 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.

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

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

- Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm chấm dứt vào ngày hết hạn Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm; hoặc
- Số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm đã được thanh toán toàn bộ; hoặc
- Người được bảo hiểm tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn; hoặc
- Một trong hai bên muốn chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm trước ngày hết hạn phải thông báo bằng văn bản cho bên kia trước 30 (ba mươi) ngày kể từ ngày định chấm dứt.

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

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

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

PHẦN II. CÁC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 6. Quyền lợi bảo hiểm

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

1. Quyền lợi bảo hiểm chính

1.1. Tử vong, Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn

MIC sẽ chi trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm và trong thời hạn bảo hiểm.

1.2. Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn

MIC sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm căn cứ vào tỷ lệ trả tiền bảo hiểm quy định cho Thương tật bộ phận vĩnh viễn tại Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật của MIC và Số tiền bảo hiểm theo quyền lợi Tử vong, Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn.

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

1.3. Tử vong, Thương tật toàn bộ vĩnh viễn không do tai nạn

MIC sẽ chi trả toàn bộ số tiền bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc Thương tật toàn bộ vĩnh viễn không phải do nguyên nhân tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm và trong thời hạn bảo hiểm.

1.4. Mất tích theo công bố của cơ quan có thẩm quyền

Nếu Người được bảo hiểm được cơ quan có thẩm quyền tuyên bố mất tích, MIC chi trả toàn bộ số tiền bảo hiểm cho Người thụ hưởng bảo hiểm.

Nếu sau khi MIC chi trả bảo hiểm cho trường hợp Người được bảo hiểm bị mất tích mà Người được bảo hiểm trở về có xác nhận của cơ quan có thẩm quyền thì Người thụ hưởng bảo hiểm phải hoàn trả lại cho MIC toàn bộ số tiền bảo hiểm đã được MIC chi trả.

2. Quyền lợi bảo hiểm bổ sung

Các quyền lợi bổ sung dưới đây chỉ được tham gia cùng với các quyền lợi bảo hiểm chính, nếu tham gia Người được bảo hiểm sẽ đóng thêm phí bảo hiểm riêng cho từng quyền lợi bổ sung.

2.1. Quyền lợi bổ sung BS01: Bảo hiểm lãi tiền vay

Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn hoặc mất tích thuộc phạm vi bảo hiểm, MIC hỗ trợ một khoản tiền để chi trả số tiền lãi tiền vay mà Người được bảo hiểm còn nợ của Hợp đồng tín dụng tại thời điểm phát sinh sự kiện bảo hiểm. Số tiền lãi vay này phải được quy định cụ thể trên Hợp đồng tín dụng.

Lãi tiền vay là số tiền lãi phát sinh trong thời hạn bảo hiểm, không bao gồm tiền lãi phát sinh trước khi cấp Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Trừ những phần đã được điều chỉnh bởi quyền lợi bổ sung này, những điều khoản khác của Quy tắc bảo hiểm vẫn phải được tuân thủ.

2.2. Quyền lợi bổ sung BS02: Trợ cấp nằm viện

Trường hợp Người được bảo hiểm phải điều trị nội trú do nguyên nhân tai nạn, ốm đau, bệnh tật, thai sản thuộc phạm vi bảo hiểm, MIC sẽ chi trả một khoản trợ cấp cho mỗi ngày nằm viện. Số tiền bảo hiểm và số ngày nằm viện hưởng trợ cấp tối đa cho quyền lợi này được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Trừ những điểm đã được điều chỉnh bởi quyền lợi bổ sung này, những điều khoản khác của Quy tắc bảo hiểm vẫn phải được tuân thủ.

2.3. Quyền lợi bổ sung BS03: Chuyến bay không thường lệ

Quyền lợi bổ sung này sẽ mở rộng bảo hiểm cho các Quyền lợi được bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tham gia di chuyển trên các chuyến bay không thường lệ. Trong đó:

Chuyến bay không thường lệ: là chuyến bay vận chuyển thương mại không phải là chuyến bay thường lệ như quy định tại khoản 28 Điều 1 của Quy tắc bảo hiểm này.

Trừ những điểm đã được điều chỉnh bởi quyền lợi bổ sung này những điều khoản khác của Quy tắc bảo hiểm vẫn phải được tuân thủ.

2.4. Quyền lợi bổ sung BS04: Bảo hiểm cho các trường hợp ngộ độc thức ăn, đồ uống, hít phải chất độc, khí độc

Quyền lợi bổ sung này sẽ mở rộng bảo hiểm cho các Quyền lợi được bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong do ngộ độc thức ăn, đồ uống, hít phải chất độc, khí ga hay hơi đốt.

Trừ những điểm đã được điều chỉnh bởi quyền lợi bổ sung này những điều khoản khác của Quy tắc bảo hiểm vẫn phải được tuân thủ.

2.5. Quyền lợi bổ sung BS05: Bảo hiểm đình công, nổi loạn và bạo động dân sự

Quyền lợi bổ sung này sẽ mở rộng bảo hiểm cho trường hợp Người được bảo hiểm tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn là hậu quả từ các hoạt động đình công, nổi loạn hoặc bạo động dân sự mà theo đó Người được bảo hiểm chỉ là nạn nhân, không phải là thành viên tham gia trực tiếp vào các hoạt động này.

Trừ những điểm đã được điều chỉnh bởi quyền lợi bổ sung này những điều khoản khác của Quy tắc bảo hiểm vẫn phải được tuân thủ.

2.6. Quyền lợi bổ sung BS06: Mở rộng phạm vi địa lý

Quyền lợi bổ sung này sẽ mở rộng bảo hiểm cho các Quyền lợi được bảo hiểm trong trường hợp các rủi ro xảy ra ngoài lãnh thổ Việt Nam, theo phạm vi địa lý quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Trừ những điểm đã được điều chỉnh bởi quyền lợi bổ sung này những điều khoản khác của Quy tắc bảo hiểm vẫn phải được tuân thủ.

2.7. Quyền lợi bổ sung BS07: Miễn thời gian chờ

Quyền lợi bổ sung này sẽ đồng ý miễn thời gian chờ cho từng quyền lợi bảo hiểm cụ thể và tính thêm phí bảo hiểm:

- Không áp dụng thời gian chờ 30 (ba mươi) ngày cho các trường hợp ốm đau, bệnh tật thông thường;
- Không áp dụng thời gian chờ 365 (ba trăm sáu mươi lăm) ngày cho trường hợp bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn;
- Trường hợp thai sản:
 - (i) Không áp dụng thời gian chờ 90 (chín mươi) ngày đối với biên chứng thai sản;

(ii) Không áp dụng thời gian chờ 270 (hai trăm bảy mươi) ngày đối với sinh đẻ.

PHẦN III. LOẠI TRỪ VÀ GIỚI HẠN BẢO HIỂM

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

MIC không chịu trách nhiệm chi trả tiền bảo hiểm đối với các trường hợp hoặc hậu quả của 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, hành vi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng;

2. Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm pháp luật phải thụ án hình sự và/hoặc vi phạm Luật an toàn giao thông, vi phạm quy định về an toàn lao động của cơ quan/đơn vị;

3. Người được bảo hiểm sử dụng hoặc bị ảnh hưởng 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 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;

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

5. Sử dụng các loại thuốc đông y không rõ nguồn gốc; điều trị tại các phòng khám, chẩn trị đông y tư nhân;

6. Tham gia vào các hoạt động hàng không trừ khi với tư cách là hành khách trên các chuyến bay thường lệ (trừ trường hợp được bảo hiểm theo Quyền lợi bổ sung BS03), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang;

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

8. Đình công, nổi loạn và bạo động dân sự (trừ trường hợp được bảo hiểm theo Quyền lợi bổ sung BS05);

9. Chiến tranh, nội chiến, khủng bố, dân biến, phiến loạn, các hoạt động dân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực;

10. Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp, 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 và hoạt động đua điện tử;

11. Bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn, thai sản trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm và/hoặc các sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời gian chờ (trừ trường hợp được bảo hiểm theo Quyền lợi bổ sung BS07);

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

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

14. Ngộ độc, nhiễm độc do ăn, uống hoặc hít phải chất độc, hơi độc (trừ các trường hợp được bảo hiểm theo Quyền lợi bổ sung BS04);

15. Người được bảo hiểm sử dụng thuốc hoặc thực hiện các điều trị không theo chỉ định điều trị của bác sỹ hoặc không được khoa học công nhận;

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

17. Tử vong không rõ nguyên nhân;

18. Sự kiện bảo hiểm phát sinh ngoài lãnh thổ bảo hiểm được quy định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm (trừ các trường hợp được bảo hiểm theo Quyền lợi bổ sung BS06).

PHẦN IV. QUY ĐỊNH VỀ CHI TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Điều 8. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

1. Thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm

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

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

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

2. Thời hạn chi trả tiền bảo hiểm

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

3. Xác minh

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

Mọi chi phí phát sinh liên quan đến việc giám định/xác minh sẽ do MIC chi trả.

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

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

- 1. Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm theo mẫu của MIC;**
- 2. Giấy chứng nhận bảo hiểm;**
- 3. Hợp đồng tín dụng và các tài liệu khác có liên quan theo yêu cầu của MIC để làm rõ hồ sơ (bản sao hợp lệ);**

- 4. Trong trường hợp tai nạn cần bổ sung các chứng từ sau:**

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

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

- Tai nạn giao thông:

- (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;

- (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 theo quy định của pháp luật.

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

- 6. 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 công chứng.

- 7. Các chứng từ y tế hoặc dịch vụ y tế (nếu phát sinh)**

- Sổ khám bệnh/sổ y bạ/phiếu khám có chẩn đoán của bác sỹ, chỉ định điều trị, chỉ định và kết quả xét nghiệm/chụp chiếu, phiếu mổ (trường hợp phải mổ) và các chứng từ liên quan đến điều trị y tế;

- Giấy ra viện.

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

Điều 10. Thủ tục trả tiền bảo hiểm

- 1. Thời hạn trả tiền bảo hiểm**

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

- Thời gian gửi thông báo nhận hồ sơ trong vòng 03 (ba) ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm;
 - Thời gian gửi thông báo bổ sung hồ sơ trong vòng 05 (năm) ngày làm việc kể từ ngày nhận hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm;
 - Thời gian để khách hàng bổ sung hồ sơ trong vòng 30 (ba mươi) ngày làm việc kể từ ngày nhận được thông báo yêu cầu bổ sung hồ sơ của MIC;
 - Thời gian gửi thông báo trả tiền bảo hiểm trong vòng 10 (mười) ngày làm việc kể từ ngày MIC nhận được hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ.
- (i) Trường hợp hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm: thời gian chi trả tiền bảo hiểm trong vòng 05 (năm) ngày làm việc kể từ ngày MIC nhận được xác nhận trả tiền bảo hiểm từ Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng.
- (ii) Trường hợp hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm không thuộc phạm vi bảo hiểm: thời gian yêu cầu hoàn trả hồ sơ tối đa 60 (sáu mươi) ngày kể từ ngày MIC gửi thông báo trả tiền bảo hiểm cho khách hàng.
- Trường hợp MIC cần xác minh hồ sơ: thời gian để MIC xác minh hồ sơ tối đa 90 (chín mươi) ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ.

2. Thông tin chung về chi trả bảo hiểm

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

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

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

PHẦN V. QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA CÁC BÊN

Điều 11. 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 sau khi giao kết Hợp đồng 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 và Điều 35 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 báo đầy đủ, trung thực mọi thông tin có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận 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 đề 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 12. Quyền và nghĩa vụ của MIC

1. Quyền của MIC

- Thu phí bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận 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 đề 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 13. Luật áp dụng

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

Điều 14. Giải quyết tranh chấp

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

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

Điều 15. Thời hạn khiếu nại

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