

 Bảo hiểm
**CHĂM SÓC
THAI SẢN**

QUY TẮC ĐIỀU KHOẢN

SẢN PHẨM BẢO HIỂM CHĂM SÓC THAI SẢN

QUY TẮC ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM CHĂM SÓC THAI SẢN

(Sản phẩm bảo hiểm chăm sóc thai sản có tên kỹ thuật là “Sản phẩm bảo hiểm chăm sóc thai sản” được phê chuẩn theo công văn số: 20083/BTC-QLBH của Bộ Tài chính ngày 25/12/2025, và theo quyết định số 003/2026/MAP-QĐ của Tổng Giám đốc Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Mirae Asset Prévoir ngày 25/03/2026)

Quy tắc điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm chăm sóc thai sản (sau đây gọi tắt là “**Quy tắc điều khoản**”) là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm giữa MAP Life và Bên mua bảo hiểm, bao gồm những quy tắc và điều khoản cụ thể của Sản phẩm này.

Những từ như “Công ty”, “MAP Life” được hiểu là Công ty TNHH Bảo hiểm nhân thọ Mirae Asset Prévoir; từ “Khách hàng” được hiểu là Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm.

MỤC LỤC

CHƯƠNG 1 – QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	4
Điều 1: Quyền lợi bảo hiểm	4
Điều 2: Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm	5
CHƯƠNG 2 – CÁC QUYỀN CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM	8
Điều 3: Chỉ định và thay đổi Người thụ hưởng	8
Điều 4: Chuyển giao hợp đồng	8
CHƯƠNG 3 – GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	9
Điều 5: Người nhận quyền lợi bảo hiểm	9
Điều 6: Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm	9
CHƯƠNG 4 – PHÍ BẢO HIỂM, ĐỊNH KỲ ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM	11
Điều 7: Phí bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm	11
CHƯƠNG 5 – QUY ĐỊNH VỀ TRÁCH NHIỆM KÊ KHAI, CUNG CẤP VÀ BẢO MẬT THÔNG TIN	12
Điều 8: Trách nhiệm cung cấp, giải thích đầy đủ, trung thực và chính xác thông tin cho Bên mua bảo hiểm của Công ty	12
Điều 9: Trách nhiệm bảo mật thông tin khách hàng của Công ty	12
Điều 10: Trách nhiệm kê khai thông tin trung thực, đầy đủ và chính xác của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm	13
CHƯƠNG 6 – CÁC ĐIỀU KHOẢN CHUNG	14
Điều 11: Cập nhật thông tin	14
Điều 12: Kê khai sai Tuổi	14
Điều 13: Chấm dứt Hợp đồng	14
Điều 14: Luật áp dụng và Phương thức giải quyết tranh chấp	15
Điều 15: Các định nghĩa	15
PHỤ LỤC: DANH SÁCH BỆNH LÝ DÀNH CHO QUYỀN LỢI HỖ TRỢ CHI PHÍ PHẪU THUẬT	18
PHỤ LỤC: DANH SÁCH BỆNH LÝ DÀNH CHO QUYỀN LỢI HỖ TRỢ VIỆN PHÍ	19

CHƯƠNG 1 – QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 1: Quyền lợi bảo hiểm

1.1. Bảng tóm tắt quyền lợi:

Quyền lợi bảo hiểm tương ứng với từng Kế hoạch bảo hiểm được mô tả tóm tắt theo bảng sau:

Quyền lợi bảo hiểm	Kế hoạch Cơ bản	Kế hoạch Nâng cao	Kế hoạch Ưu tiên
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Việt Nam	Việt Nam	Việt Nam
Quyền lợi tử vong ^(*)	100% Số tiền bảo hiểm	100% Số tiền bảo hiểm	100% Số tiền bảo hiểm
Quyền lợi chi trả Hội chứng Down (Đao)	100% Số tiền bảo hiểm	100% Số tiền bảo hiểm	100% Số tiền bảo hiểm
Quyền lợi hỗ trợ viện phí	Không áp dụng	0,2% Số tiền bảo hiểm x Số ngày chi trả	0,4% Số tiền bảo hiểm x Số ngày chi trả
Quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật	Không áp dụng	5% Số tiền bảo hiểm cho mỗi ca phẫu thuật	10% Số tiền bảo hiểm cho mỗi ca phẫu thuật
Quyền lợi chi trả dành cho trẻ sơ sinh nhẹ cân	Không áp dụng	Trẻ sơ sinh cân nặng nhỏ hơn hoặc bằng 1,5 kg : 10% Số tiền bảo hiểm Trẻ sơ sinh cân nặng lớn hơn 1,5 kg đến nhỏ hơn hoặc bằng 2 kg: 5% Số tiền bảo hiểm	Trẻ sơ sinh cân nặng nhỏ hơn hoặc bằng 1,5 kg : 20% Số tiền bảo hiểm Trẻ sơ sinh cân nặng lớn hơn 1,5 kg đến nhỏ hơn hoặc bằng 2 kg: 10% Số tiền bảo hiểm

^(*) Lưu ý: Công ty sẽ chi trả Quyền lợi tử vong do mọi nguyên nhân, không bao gồm các nguyên nhân thuộc Điều 2 của Quy tắc điều khoản sản phẩm này.

1.2. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm

1.2.1 Quyền lợi tử vong:

Trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng, nếu Người được bảo hiểm tử vong, Công ty sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực sau khi Công ty chi trả quyền lợi này.

1.2.2 Quyền lợi chi trả Hội chứng Down (Đao):

Trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng, nếu con của Người được bảo hiểm bị chẩn đoán mắc Hội chứng Down (Đao) sau khi chào đời ^(*), thì Công ty sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm.

Ghi chú:

- ^(*): Trong mọi trường hợp, Công ty chỉ chi trả quyền lợi này cho 01 trẻ sơ sinh bị chẩn đoán mắc Hội chứng Down (Đao), và chi trả 01 lần duy nhất trong suốt Thời hạn hợp đồng. Tổng mức chi trả cho quyền lợi này không vượt quá 100% Số tiền bảo hiểm.

1.2.3 Quyền lợi hỗ trợ viện phí:

Trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng, nếu Người được bảo hiểm nằm viện do các bệnh lý liên quan đến thai sản thuộc Danh sách bệnh lý dành cho Quyền lợi hỗ trợ viện phí (Phụ lục 2) sau Thời gian chờ thì Công ty sẽ chi trả:

Kế hoạch Nâng cao	Kế hoạch Ưu tiên
0,2% Số tiền bảo hiểm x Số ngày chi trả ^(**)	0,4% Số tiền bảo hiểm x Số ngày chi trả ^(**)

Ghi chú:

- (**): Số ngày chi trả được tính từ Ngày nằm viện thứ 04 trở đi (không tính 03 Ngày nằm viện đầu tiên).
- Công ty sẽ chi trả Quyền lợi hỗ trợ viện phí tối đa 100 ngày cho toàn bộ Thời hạn hợp đồng và không vượt quá 60 ngày cho một Đợt nằm viện.

1.2.4 Quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật:

Trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng, nếu Người được bảo hiểm trải qua phẫu thuật do các Biến chứng thai sản thuộc Danh sách bệnh lý dành cho Quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật (Phụ lục 1) sau Thời gian chờ, thì Công ty sẽ chi trả:

Kế hoạch Nâng cao	Kế hoạch Ưu tiên
5% Số tiền bảo hiểm cho mỗi ca phẫu thuật	10% Số tiền bảo hiểm cho mỗi ca phẫu thuật

Ghi chú:

- Công ty chi trả tối đa 100% Số tiền bảo hiểm cho các yêu cầu bồi thường đối với quyền lợi này.

1.2.5 Quyền lợi chi trả dành cho trẻ sơ sinh nhẹ cân

Trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng, nếu con của Người được bảo hiểm bị chẩn đoán nhẹ cân sau khi chào đời, thì Công ty sẽ chi trả:

Kế hoạch Nâng cao	Kế hoạch Ưu tiên
• Trẻ sơ sinh cân nặng nhỏ hơn hoặc bằng 1,5 kg : 10% Số tiền bảo hiểm. • Trẻ sơ sinh cân nặng lớn hơn 1,5 kg đến nhỏ hơn hoặc bằng 2kg : 5% Số tiền bảo hiểm.	• Trẻ sơ sinh cân nặng nhỏ hơn hoặc bằng 1,5 kg : 20% Số tiền bảo hiểm. • Trẻ sơ sinh cân nặng lớn hơn 1,5 kg đến nhỏ hơn hoặc bằng 2kg : 10% Số tiền bảo hiểm.

Ghi chú:

- Trong mọi trường hợp, Công ty chỉ chi trả quyền lợi này cho 01 trẻ sơ sinh nhẹ cân, và chi trả 01 lần duy nhất trong suốt Thời hạn hợp đồng.

Điều 2: Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

2.1 Công ty sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu sự kiện bảo hiểm thuộc bất kỳ một trong những trường hợp sau:

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm áp dụng cho tất cả các quyền lợi:

- Sự kiện bảo hiểm xảy ra ngoài lãnh thổ Việt Nam;
- Mang thai hộ dưới mọi mục đích;
- Các trường hợp loại trừ theo kết quả thẩm định của Công ty và được Bên mua bảo hiểm chấp nhận loại trừ.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm áp dụng cho Quyền lợi tử vong:

- Bệnh có sẵn (ngoại trừ Bệnh có sẵn có trước đã được kê khai trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và được Công ty chấp nhận bảo hiểm);
- Tự tử hay tự gây thương tích cho bản thân của Người được bảo hiểm dù trong tình trạng tỉnh táo hay không tỉnh táo;
- Hành vi phạm tội hoặc lỗi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc của Người thụ hưởng; trừ trường hợp quy định tại Điều 2.2;
- Chiến tranh (có tuyên bố hay không tuyên bố), nội chiến, bạo loạn các hoạt động khủng bố, nổi loạn.
- Thi hành án tử hình;

- f. Sử dụng thuốc, bất kỳ loại chất gây nghiện, ma túy, chất độc, thuốc kích thích trái pháp luật hoặc không theo chỉ định của Bác sĩ;
- g. Nhiễm HIV hoặc các bệnh liên quan đến HIV, trừ trường hợp nhiễm HIV trong khi làm việc tại nơi làm việc với tư cách là bác sĩ/ y tá hoặc cảnh sát;
- h. Tham gia hoạt động đóng thế mạo hiểm, hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoạt động nguy hiểm bao gồm: đua ngựa, đua xe, trượt tuyết, trượt băng, leo núi, lặn, nhảy bungee (là hoạt động mạo hiểm nhảy từ một điểm cố định trên cao, chân người nhảy được giữ bằng một sợi dây co giãn), các chuyến bay trên không mà không phải với tư cách là hành khách trên chuyến bay chở khách thương mại thường xuyên theo lịch trình cụ thể của hãng hàng không (ví dụ như dù lượn, khinh khí cầu và nhảy dù);
- i. Điều khiển xe vượt quá tốc độ quy định theo pháp luật về trật tự an toàn, giao thông đường bộ từ 5km/giờ (5 cây số trên 1 giờ) trở lên, hoặc nồng độ cồn trong máu vượt quá 10,9mmol/L máu hoặc nồng độ cồn trong hơi thở vượt quá 0,25 mg/L khí thở hoặc vượt quá mức trị số bình thường theo hướng dẫn của Bộ Y tế cập nhật tại thời điểm xảy ra hành vi.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm áp dụng cho Quyền lợi hỗ trợ viện phí:

- a. Bệnh có sẵn (ngoại trừ Bệnh có sẵn có trước đã được kê khai trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, và được Công ty chấp nhận bảo hiểm);
- b. Tự tử hay tự gây thương tích cho bản thân của Người được bảo hiểm dù trong tình trạng tỉnh táo hay không tỉnh táo;
- c. Hành vi phạm tội hoặc lỗi cố ý của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc của Người thụ hưởng; trừ trường hợp quy định tại Điều 2.2;
- d. Chiến tranh (có tuyên bố hay không tuyên bố), nội chiến, bạo loạn, các hoạt động khủng bố, nổi loạn, phóng xạ hoặc nhiễm phóng xạ (ngoại trừ việc phóng xạ/chiếu xạ theo chỉ định của Bác sĩ để điều trị);
- e. Sử dụng thuốc, bất kỳ loại chất gây nghiện, ma túy, chất độc, thuốc kích thích trái pháp luật hoặc không theo chỉ định của Bác sĩ;
- f. Nằm viện do các bệnh lý không thuộc Danh sách bệnh lý dành cho Quyền lợi hỗ trợ viện phí theo mã ICD (Phụ lục 2) thuộc hệ thống mã hóa chuẩn quốc tế của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO);
- g. Bất kỳ bệnh tật, triệu chứng, chẩn đoán hoặc điều trị nào xảy ra trong Thời gian chờ; trừ trường hợp tổn thương do tai nạn;
- h. Nằm viện tại (các) cơ sở y tế không thỏa định nghĩa Bệnh viện của quy tắc và điều khoản sản phẩm này;
- i. Nhiễm HIV hoặc các bệnh liên quan đến HIV, trừ trường hợp nhiễm HIV trong khi làm việc tại nơi làm việc với tư cách là bác sĩ/ y tá hoặc cảnh sát;
- j. Bất kỳ biện pháp điều trị y tế nào không đáp ứng các Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế; hoặc các điều trị không liên quan đến thương tích, bệnh tật thỏa danh sách bệnh lý dành cho Quyền lợi hỗ trợ viện phí theo mã ICD (Phụ lục 2) thuộc hệ thống mã hóa chuẩn quốc tế của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO);
- k. Các điều trị y tế đang trong giai đoạn thử nghiệm hoặc đang trong quá trình phát triển thử nghiệm nhưng chưa được công nhận ở Việt Nam và nước ngoài.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm áp dụng cho Quyền lợi hỗ trợ chi phí Phẫu thuật:

- a. Bất kỳ phẫu thuật nào không đáp ứng các Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế;
- b. Phẫu thuật không thuộc Danh sách bệnh lý dành cho Quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật theo mã ICD (Phụ lục 1) thuộc hệ thống mã hóa chuẩn quốc tế của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO).

- 2.2 Trường hợp có nhiều người thụ hưởng, nếu một hoặc một số người thụ hưởng cố ý gây ra cái chết cho người được bảo hiểm, Công ty vẫn phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm cho những người thụ hưởng khác theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm
- 2.3 Nếu Người được bảo hiểm tử vong thuộc điều khoản loại trừ, Hợp đồng sẽ chấm dứt hiệu lực và Công ty hoàn lại toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng, không tính lãi, cho Bên mua bảo hiểm sau khi trừ đi:
- Các chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có); và
 - Các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả trước đó (nếu có).
- 2.4 Trường hợp sự kiện bảo hiểm (không áp dụng cho Quyền lợi bảo hiểm tử vong) xảy ra thuộc điều khoản loại trừ, Công ty sẽ không chi trả các quyền lợi thuộc điều khoản loại trừ đó. Các quyền lợi tiếp tục duy trì hiệu lực và Hợp đồng bảo hiểm vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực cho đến hết Thời hạn bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng này.

CHƯƠNG 2 – CÁC QUYỀN CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM

Điều 3: Chỉ định và thay đổi Người thụ hưởng

- a) Trong thời gian Hợp đồng duy trì hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể thay đổi Người thụ hưởng nhưng phải được sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm và phải thông báo bằng văn bản cho Công ty.
- b) Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đồng thời là Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải có sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm khi chỉ định Người thụ hưởng.
- c) Trường hợp Người được bảo hiểm chưa thành niên hoặc mất năng lực hành vi dân sự hoặc có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự thì việc chỉ định Người thụ hưởng phải được người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm đồng ý.
- d) Việc chỉ định và thay đổi Người thụ hưởng sẽ có hiệu lực khi Công ty đồng ý bằng văn bản.
- e) Trường hợp có nhiều Người thụ hưởng, những người được quyền chỉ định Người thụ hưởng có thể xác định thứ tự hoặc tỷ lệ thụ hưởng của những Người thụ hưởng. Trường hợp thứ tự hoặc tỷ lệ thụ hưởng không được xác định thì tất cả những Người thụ hưởng được hưởng quyền lợi thụ hưởng theo tỷ lệ như nhau.
- f) Công ty sẽ không chịu bất kỳ trách nhiệm pháp lý nào liên quan đến việc chỉ định hay thay đổi Người thụ hưởng, trừ trường hợp do lỗi của Công ty.

Điều 4: Chuyển giao hợp đồng

- a) Bên mua bảo hiểm có quyền chuyển giao Hợp đồng bảo hiểm. Việc chuyển giao phải được sự đồng ý bằng văn bản của Người được bảo hiểm hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm.
- b) Bên nhận chuyển giao Hợp đồng bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm, được kế thừa quyền và nghĩa vụ của bên chuyển giao.
- c) Việc chuyển giao Hợp đồng bảo hiểm chỉ có hiệu lực khi Bên mua bảo hiểm thông báo bằng văn bản và được Công ty đồng ý bằng văn bản.
- d) Khi việc chuyển giao có hiệu lực, Bên nhận chuyển giao sẽ có toàn bộ quyền lợi và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm đối với Hợp đồng. Tuy nhiên, Người được bảo hiểm của Hợp đồng sẽ không thay đổi. Công ty không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp của việc chuyển giao Hợp đồng giữa Bên mua bảo hiểm và bên nhận chuyển giao Hợp đồng bảo hiểm.

CHƯƠNG 3 – GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 5: Người nhận quyền lợi bảo hiểm

Trong trường hợp xảy ra Sự kiện bảo hiểm, Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên lần lượt như sau:

Nếu Bên mua bảo hiểm là cá nhân:

1. Chi trả cho Người thụ hưởng theo tỷ lệ thụ hưởng được chỉ định trong Hợp đồng, trường hợp có nhiều Người thụ hưởng mà một trong những người này không còn sống tại thời điểm phát sinh Sự kiện bảo hiểm, phần quyền lợi bảo hiểm của người này sẽ được chi trả cho Bên mua bảo hiểm;
2. Bên mua bảo hiểm;
3. Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm, nếu Bên mua bảo hiểm tử vong.

Nếu Bên mua bảo hiểm là tổ chức: Công ty sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo thứ tự ưu tiên lần lượt như sau:

1. Người thụ hưởng theo tỷ lệ thụ hưởng được chỉ định trong Hợp đồng, trường hợp có nhiều Người thụ hưởng mà một trong những người này không còn sống tại thời điểm phát sinh sự kiện bảo hiểm, phần quyền lợi bảo hiểm của người này sẽ được chi trả cho Người được bảo hiểm;
2. Người được bảo hiểm;
3. Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm, nếu Người được bảo hiểm đã tử vong.

Nếu Hợp đồng không chỉ định Người thụ hưởng:

- Trường hợp Bên mua bảo hiểm là cá nhân thì chi trả cho Bên mua bảo hiểm hoặc Người thừa kế của Người được bảo hiểm (trong trường hợp Bên mua bảo hiểm tử vong).
- Trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức thì chi trả cho Người được bảo hiểm hoặc người thừa kế của Người được bảo hiểm (trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong).

Điều 6: Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm

6.1 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Người nhận quyền lợi bảo hiểm thông báo cho Công ty trong thời gian sớm nhất kể từ khi Sự kiện bảo hiểm xảy ra và cung cấp chứng từ theo quy định tại Điều 6.2 dưới đây.

Thời hạn nộp đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tối đa là 01 năm kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm. Thời hạn 01 năm này không bao gồm thời gian trì hoãn do các trở ngại khách quan và sự kiện bất khả kháng.

6.2 Các chứng từ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Người nhận quyền lợi bảo hiểm cần cung cấp, thu thập bằng chi phí của mình để yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp xảy ra sự kiện như sau:

a) Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm bao gồm:

- Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo mẫu của Công ty;
- **Bằng chứng về sự kiện tử vong:** người nhận quyền lợi bảo hiểm cung cấp trích lục khai tử/giấy báo tử.
 - Trường hợp tử vong do bệnh: người nhận quyền lợi bảo hiểm cung cấp thêm các chứng từ gồm: giấy ra viện, giấy chuyển viện (nếu có), giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có phẫu thuật), tóm tắt bệnh án, sổ khám bệnh, kết quả chẩn đoán bệnh, kết quả xét nghiệm (nếu có xét nghiệm).
 - Trường hợp tử vong do tai nạn: người nhận quyền lợi bảo hiểm cung cấp thêm các chứng từ gồm: biên bản kết luận điều tra, biên bản khám nghiệm tử thi hoặc biên bản giám định pháp y (nếu có), hoặc văn bản xác nhận của cơ quan công an về nguyên nhân tử vong.

- Trường hợp Người được bảo hiểm nhập viện sau tai nạn và chết tại cơ sở y tế thì cung cấp tóm tắt bệnh án thể hiện việc điều trị sau tai nạn.

- **Bảng chứng về sự kiện nằm viện và phẫu thuật:**

- Giấy ra viện, giấy chuyển viện (nếu có), giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có phẫu thuật), tóm tắt bệnh án, sổ khám bệnh, kết quả chẩn đoán bệnh, kết quả xét nghiệm (nếu có xét nghiệm);
- Kết quả khám thai định kỳ từ khi phát hiện có thai: Sổ khám, kết quả xét nghiệm, kết quả chẩn đoán hình ảnh, toa thuốc

- **Bảng chứng về sự kiện con của Người được bảo hiểm mắc Hội chứng Down (Đao) hoặc nhẹ cân sau sinh:** Giấy chứng sinh/giấy chứng nhận sức khỏe; các kết quả sàng lọc trước sinh; chẩn đoán y khoa tại thời điểm sinh; hồ sơ bệnh án...

- Bản sao giấy tờ tùy thân của người nhận quyền lợi bảo hiểm;

- Bảng chứng về quyền nhận quyền lợi: giấy tờ chứng minh mối quan hệ với Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm, văn bản thỏa thuận/phân chia di sản thừa kế, di chúc, văn bản của người đại diện nhận quyền lợi.

- b) Trường hợp Công ty cần thu thập thêm các tài liệu để phục vụ thẩm định giải quyết quyền lợi bảo hiểm ngoài các tài liệu tại mục a trên đây thì chi phí thu thập tài liệu do Công ty chịu.
- c) Sau khi nhận được đầy đủ hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, trường hợp Công ty từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm thì phải nêu rõ lý do từ chối bằng văn bản cho người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.
- d) Trường hợp Công ty không nhận được đầy đủ hồ sơ theo quy định tại Điều này, việc xác định và làm rõ về Sự kiện bảo hiểm sẽ bị kéo dài, dẫn đến Công ty không thể giải quyết cũng như chi trả quyền lợi bảo hiểm (nếu có) theo quy định tại Điều khoản này cho đến khi hồ sơ được bổ sung đầy đủ.

6.3 Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Công ty chi trả quyền lợi bảo hiểm chậm nhất là 30 ngày kể từ ngày nhận được đầy đủ các chứng từ theo yêu cầu. Trong trường hợp từ chối chi trả, Công ty sẽ có văn bản nêu rõ lý do từ chối.

Trong trường hợp quyền lợi bảo hiểm được chấp thuận nhưng không được chi trả trong thời gian quy định thì Công ty sẽ trả lãi cho thời gian trả chậm trên cơ sở lãi suất bằng với lãi suất tạm ứng được công bố trên website tại thời điểm chi trả.

CHƯƠNG 4 – PHÍ BẢO HIỂM, ĐỊNH KỲ ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM

Điều 7: Phí bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm đóng phí một lần tại thời điểm tham gia bảo hiểm và Ngày hiệu lực được ghi nhận trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Phí bảo hiểm phải đóng được xác định trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và các tài liệu sửa đổi, bổ sung (nếu có).

CHƯƠNG 5 – QUY ĐỊNH VỀ TRÁCH NHIỆM KÊ KHAI, CUNG CẤP VÀ BẢO MẬT THÔNG TIN

Điều 8: Trách nhiệm cung cấp, giải thích đầy đủ, trung thực và chính xác thông tin cho Bên mua bảo hiểm của Công ty

Khi giao kết hợp đồng bảo hiểm, Công ty có trách nhiệm cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích Quy tắc điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp Công ty cố ý không thực hiện nghĩa vụ cung cấp thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết hợp đồng thì Bên mua bảo hiểm có quyền hủy bỏ Hợp đồng.

Trong trường hợp này, Công ty sẽ hoàn lại toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng, không tính lãi, cho Bên mua bảo hiểm.

Ngoài ra, Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu Công ty bồi thường thiệt hại phát sinh (nếu có).

Điều 9: Trách nhiệm bảo mật thông tin khách hàng của Công ty

9.1 Công ty chịu trách nhiệm bảo mật và không được chuyển giao thông tin cá nhân, dữ liệu cá nhân do Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cung cấp tại Hợp đồng bảo hiểm cho bất kỳ bên thứ ba nào khác, ngoại trừ việc cung cấp thông tin cá nhân, dữ liệu cá nhân đến các đối tượng sau đây để nhằm mục đích thực hiện các mục đích xử lý dữ liệu cá nhân nêu tại khoản 2 Điều này:

- a) Nhân viên của Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Mirae Asset Prévoir;
- b) Cơ quan thuế vụ Hoa Kỳ;
- c) Hiệp hội Bảo hiểm Việt Nam;
- d) Cơ quan nhà nước có thẩm quyền;
- e) Cá nhân, tổ chức khác ký kết hợp đồng với Công ty về việc thu thập thông tin cá nhân và xử lý dữ liệu cá nhân.

9.2 Mục đích xử lý dữ liệu cá nhân.

- a) Để thẩm định và chấp nhận bảo hiểm đối với khách hàng.
- b) Để thực hiện quyền và nghĩa vụ được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm nhưng không giới hạn: tính toán phí bảo hiểm, phát hành Hợp đồng bảo hiểm, thu phí bảo hiểm, giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ.
- c) Để thực hiện các dịch vụ sau bán hàng như là chương trình khuyến mại, chăm sóc khách hàng, trả lời các câu hỏi và khiếu nại của khách hàng và để giải quyết tranh chấp nói chung, quản lý và ghi âm các cuộc gọi và các liên lạc thông qua kênh điện tử với khách hàng và các bên có liên quan khác.
- d) Để tiến hành nghiên cứu thiết kế sản phẩm: khảo sát và phân tích dữ liệu liên quan đến bất kỳ sản phẩm hoặc dịch vụ nào do Công ty cung cấp (cho dù được tiến hành bởi riêng Công ty hoặc cùng với các bên khác) mà có thể liên quan tới khách hàng.
- e) Để tạo dữ liệu, báo cáo và thống kê, phản hồi, cho Công ty hoặc cho các bên thứ ba khác có liên quan của Công ty hoặc trên cơ sở yêu cầu của Bộ Tài chính hoặc các cơ quan có thẩm quyền hoặc các bên thứ ba khác có liên quan.
- f) Để nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn.
- g) Để nhận biết khách hàng, phát hiện, báo cáo, ngăn chặn, phòng chống và điều tra tội phạm, tấn công, hoặc các vi phạm bao gồm gian lận, rửa tiền, tài trợ khủng bố, hối lộ, tham nhũng, trục lợi bảo hiểm, trốn thuế.
- h) Để thu thập, sử dụng, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền bao gồm việc cung cấp cho cơ quan thuế Hoa Kỳ (i) thông tin cá nhân của khách hàng như đã cung cấp trong Hợp đồng bảo hiểm hoặc được cung cấp sau đó cho Công ty, bao gồm cả thông tin về khai thuế và (ii) thông tin về Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm số Hợp đồng bảo hiểm, giá trị tài khoản hoặc thông tin về hợp đồng và/hoặc giá trị tiền mặt của Hợp đồng bảo hiểm, nếu có, tại bất kỳ thời điểm nào trong thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm này, khi khách hàng là người chịu thuế hoặc trở thành người chịu thuế tại Hoa Kỳ như được định nghĩa theo luật thuế Hoa Kỳ.

- i) Để tiến hành kiểm tra với cơ quan đăng ký chống tin nhắn rác, thư điện tử rác, cuộc gọi rác hoặc cơ quan đăng ký khác (nếu có).
- j) Để thực hiện và tuân thủ với các thoả thuận hợp đồng giữa Công ty với các nhà cung cấp/các bên cung cấp dịch vụ/các đối tác của Công ty.
- k) Cho mục đích kiểm toán, quản lý rủi ro và tuân thủ các chính sách nội bộ của Công ty.
- l) Cho bất kỳ mục đích nào khác được yêu cầu hoặc cho phép bởi bất kỳ luật, quy định, hướng dẫn và/hoặc các cơ quan quản lý có liên quan nào.
- m) Để thực hiện các hoạt động khác có liên quan đến việc cung cấp, vận hành, xử lý và quản lý của Công ty đối với các sản phẩm và dịch vụ cho khách hàng, và để phục vụ các mục đích khác mà Công ty cho là phù hợp tại từng thời điểm.

Điều 10: Trách nhiệm kê khai thông tin trung thực, đầy đủ và chính xác của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm

- 10.1 Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) có trách nhiệm kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin cần thiết để Công ty đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm này. Việc thẩm định sức khỏe, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai đầy đủ, trung thực của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm theo quy định tại điều này.
- 10.2 Trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) cố ý cung cấp không đầy đủ thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm để được bồi thường, trả tiền bảo hiểm thì Công ty có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp này, Công ty không phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm và sẽ hoàn lại toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng, không có lãi, cho Bên mua bảo hiểm sau khi trừ đi:
 - Các chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có); và
 - Các quyền lợi bảo hiểm đã thanh toán (nếu có).Ngoài ra, Công ty có quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm bồi thường thiệt hại phát sinh (nếu có).
- 10.3 Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) vi phạm nghĩa vụ kê khai thông tin tại Điều này nhưng việc vi phạm này không làm ảnh hưởng tới quyết định chấp nhận bảo hiểm theo quy định của Công ty tại từng thời điểm, Công ty vẫn sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu có Sự kiện bảo hiểm xảy ra theo Quy tắc điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.
- 10.4 Trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm tiếp tục duy trì hiệu lực, Công ty có thể tính toán lại Phí bảo hiểm hoặc Số tiền bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm tương ứng với mức rủi ro (nếu có) kể từ ngày Công ty chấp thuận.

CHƯƠNG 6 – CÁC ĐIỀU KHOẢN CHUNG

Điều 11: Cập nhật thông tin

- 11.1 Nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi địa chỉ liên hệ, số điện thoại liên hệ, địa chỉ thư điện tử, họ tên hoặc số hộ chiếu, Căn cước/căn cước công dân, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản hoặc phương thức khác do Công ty quy định trong vòng 30 ngày kể từ ngày thay đổi.
- 11.2 Nếu có sự thay đổi nghề nghiệp của Người được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải thông báo cho Công ty bằng văn bản trong vòng 30 ngày kể từ ngày có sự thay đổi.
- Khi đó, kể cả trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không thông báo theo quy định tại Điểm này, Công ty có quyền quyết định:
- Tiếp tục thực hiện Hợp đồng bảo hiểm với các điều kiện không thay đổi; hoặc
 - Thu hẹp phạm vi bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm; hoặc
 - Từ chối bảo hiểm và đơn phương chấm dứt hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm.
- 11.3 Trong trường hợp Công ty và/hoặc Bên mua bảo hiểm không đồng ý với quyết định theo điểm 11.2.ii) nêu trên, Hợp đồng bảo hiểm sẽ đơn phương chấm dứt hiệu lực. Công ty sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm và hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) chưa sử dụng tương ứng với thời gian còn lại của Hợp đồng Bảo hiểm này, sau khi đã trừ chi phí kiểm tra sức khỏe (nếu có).

Điều 12: Kê khai sai Tuổi

- 12.1 Trong trường hợp kê khai sai Tuổi của Người được bảo hiểm, mà Tuổi đúng vẫn thuộc nhóm tuổi được bảo hiểm, thì Công ty có thể tính toán lại Phí bảo hiểm hoặc Số tiền bảo hiểm cho thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm kể từ ngày Công ty chấp thuận.
- Nếu Bên mua bảo hiểm không đồng ý với quyết định nêu trên, thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ đơn phương chấm dứt hiệu lực kể từ ngày Bên mua bảo hiểm thông báo sai Tuổi của Người được bảo hiểm. Trong trường hợp này, Công ty sẽ hoàn trả lại phần Phí bảo hiểm đã đóng nhưng chưa sử dụng cho thời gian còn lại của Hợp đồng bảo hiểm.
- 12.2 Nếu Tuổi thực của Người được bảo hiểm không nằm trong nhóm Tuổi có thể được bảo hiểm theo quy định của Hợp đồng, Công ty có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp này, Công ty không phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm và sẽ hoàn lại toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) cho Bên mua bảo hiểm sau khi trừ đi:
- Các chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có); và
 - Các quyền lợi bảo hiểm đã thanh toán (nếu có).

Điều 13: Chấm dứt Hợp đồng

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực theo một trong các trường hợp sau:

- Hợp đồng được chấm dứt hiệu lực trước thời hạn theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp này, Công ty sẽ không hoàn lại các khoản phí bảo hiểm đã đóng cho thời gian còn lại của sản phẩm; hoặc
- Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
- Ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm này; hoặc
- Do những nguyên nhân khác được quy định cụ thể tại Quy tắc điều khoản; hoặc
- Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

Điều 14: Luật áp dụng và Phương thức giải quyết tranh chấp

Quy tắc điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm này được điều chỉnh theo pháp luật Việt Nam hiện hành.

Tranh chấp liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm được giải quyết thông qua thương lượng giữa các bên. Trường hợp các bên không thương lượng được thì tranh chấp sẽ được giải quyết thông qua hòa giải hoặc một trong các Bên có thể đưa tranh chấp giải quyết tại Tòa án. Quyết định hòa giải hoặc quyết định của Tòa án là quyết định cuối cùng và các bên có nghĩa vụ thực hiện.

Điều 15: Các định nghĩa

- 15.1 **Công ty:** Là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Mirae Asset Prévoir được Bộ Tài chính cấp phép thành lập và hoạt động.
- 15.2 **Hợp đồng bảo hiểm (“Hợp đồng”):** Là thỏa thuận bằng văn bản giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty, trong đó ghi nhận quyền và nghĩa vụ của các bên trong quá trình thực hiện Hợp đồng bảo hiểm. Hợp đồng bao gồm các tài liệu sau:
- Quy tắc điều khoản sản phẩm bảo hiểm này; và
 - Tóm tắt quy tắc điều khoản (“Tài liệu tóm tắt quy tắc điều khoản và các điểm cần lưu ý”); và
 - Bảng minh họa quyền lợi bảo hiểm; và
 - Giấy chứng nhận bảo hiểm; và
 - Giấy yêu cầu bảo hiểm; và
 - (Các) thỏa thuận sửa đổi, bổ sung (nếu có) của hai bên.
- 15.3 **Giấy yêu cầu bảo hiểm:** Là văn bản yêu cầu bảo hiểm theo mẫu của Công ty, trong đó ghi các nội dung đề nghị tham gia bảo hiểm và thông tin do Bên mua bảo hiểm tham gia bảo hiểm và Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm) cung cấp để Công ty đánh giá rủi ro, làm căn cứ chấp nhận bảo hiểm hoặc từ chối bảo hiểm. Giấy yêu cầu bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm (hoặc người đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm) kê khai, ký tên và cung cấp cho Công ty.
- 15.4 **Giấy chứng nhận bảo hiểm:** Là văn bản do Công ty cấp cho Bên mua bảo hiểm, trong đó thể hiện các thông tin cơ bản của Hợp đồng và là một phần không tách rời của Hợp đồng.
- 15.5 **Bên mua bảo hiểm:** Là cá nhân tại Việt Nam từ đủ 18 tuổi trở lên có năng lực hành vi dân sự đầy đủ tại thời điểm giao kết hợp đồng bảo hiểm hoặc là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam.
- Tại thời điểm giao kết hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Người được bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể là:
- Người được bảo hiểm;
 - Chồng, cha mẹ đẻ hoặc con đẻ của Người được bảo hiểm;
 - Anh, chị em ruột của Người được bảo hiểm;
 - Chủ sử dụng lao động của Người được bảo hiểm.
- 15.6 **Người được bảo hiểm:** Là cá nhân mà tính mạng và/hoặc sức khỏe của cá nhân đó là đối tượng được Công ty chấp nhận bảo hiểm, và được ghi nhận trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Vào thời điểm yêu cầu bảo hiểm, Người được bảo hiểm phải:
- Đang cư trú tại Việt Nam; và
 - Trong độ tuổi: từ 19 Tuổi đến 45 Tuổi; và
 - Giới tính: nữ; và
 - Mang thai từ 01 tuần đến tối đa 22 tuần.
- Trường hợp Người được bảo hiểm không đồng thời là Bên mua bảo hiểm thì khi Bên mua bảo hiểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm phải có sự chấp thuận bằng văn bản của Người được bảo hiểm.
- 15.7 **Người thụ hưởng:** Là cá nhân có một trong mối quan hệ sau đây với Người được bảo hiểm: cha đẻ, mẹ đẻ, chồng, con đẻ của Người được bảo hiểm.
- 15.8 **Tuổi:** là Tuổi được tính theo ngày sinh nhật gần nhất của Người được bảo hiểm trước Ngày hiệu lực.

- 15.9 **Số tiền bảo hiểm:** Là số tiền do Bên mua bảo hiểm lựa chọn và được Công ty chấp thuận bảo hiểm theo Quy tắc điều khoản của sản phẩm này và được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc tài liệu sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất.
- 15.10 **Thời hạn hợp đồng (Thời hạn bảo hiểm):** là 01 năm tính từ Ngày hiệu lực. Thời hạn hợp đồng được ghi trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các thỏa thuận, sửa đổi bổ sung bằng văn bản.
- 15.11 **Thời hạn đóng phí:** Đóng phí bảo hiểm 1 lần vào lúc tham gia bảo hiểm.
- 15.12 **Sự kiện bảo hiểm:** là sự kiện Người được bảo hiểm tử vong hoặc Người được bảo hiểm mắc phải các bệnh lý dẫn đến nằm viện hay phẫu thuật, hoặc con của Người được bảo hiểm mắc phải hội chứng Down (Đao) hay nhẹ cân sau sinh thuộc phạm vi bảo hiểm của Quy tắc điều khoản sản phẩm này.
- 15.13 **Bệnh có sẵn:**
- Là tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được bác sĩ chẩn đoán hoặc điều trị trước Ngày hiệu lực.
 - Việc xác định bệnh có sẵn phải căn cứ vào hồ sơ y tế được lưu trữ tại bệnh viện/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.
- 15.14 **Hội chứng Down (Đao):** Là sự sai lệch nhiễm sắc thể, xác định bởi sự thừa một nhiễm sắc thể số 21, đặc trưng bởi tình trạng giảm trương lực cơ, tật đầu nhỏ, đầu ngắn, đầu bẹt và chậm phát triển cả về tâm thần và thể chất. Chẩn đoán này phải dựa trên tiêu chuẩn hội chứng Down (Đao) hiện đang được chấp nhận và chứng nhận bởi Bác Sĩ chuyên khoa.
- 15.15 **Trẻ sơ sinh nhẹ cân:** trẻ sơ sinh nhẹ cân được xác định khi cân nặng nhỏ hơn hoặc bằng 2kg (2000 gram), kết quả cân nặng phải được thực hiện bởi chuyên gia y tế có thẩm quyền.
- 15.16 **Ngày nằm viện:** là 1 (một) ngày mà bệnh nhân phải (i) lưu trú trong Bệnh viện ít nhất 12 (mười hai) giờ để điều trị Bệnh tật/ Thương tật, và (ii) thanh toán đầy đủ viện phí, tiền phòng cho 1 (một) ngày theo quy định của Bệnh viện.
- 15.17 **Đợt nằm viện:** là khoảng thời gian Người được bảo hiểm nhập viện đến khi ra viện để điều trị bệnh hoặc tổn thương. Những lần nhập viện trở lại để điều trị cùng một loại bệnh hay tình trạng liên quan (bao gồm biến chứng), phát sinh trong vòng 30 ngày tính từ ngày xuất viện liền trước đó sẽ được xem là cùng 01 Đợt nằm viện.
- 15.18 **Thời gian chờ:** Là khoảng thời gian tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng cho đến hết tuần thai thứ 12 của thai kỳ của Người được bảo hiểm. Thời gian chờ áp dụng cho Quyền lợi hỗ trợ viện phí và Quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật.
- Công ty không áp dụng Thời gian chờ cho các trường hợp sau:
- Tại thời điểm tham gia bảo hiểm, Người được bảo hiểm đã qua tuần thai thứ 12 của thai kỳ; hoặc
 - Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến tử vong; hoặc
 - Quyền lợi tử vong, Quyền lợi chi trả Hội chứng Down (Đao), Quyền lợi chi trả dành cho trẻ sơ sinh nhẹ cân.
- 15.19 **Phẫu thuật:** Là một quá trình giải phẫu để điều trị bệnh hoặc tổn thương do những yêu cầu Điều trị cần thiết và hợp lý về mặt y tế:
- Được thực hiện bởi Bác sĩ phẫu thuật có chuyên môn phù hợp, được cấp giấy phép hành nghề tại Bệnh viện;
 - Sử dụng thiết bị y tế để thực hiện một ca phẫu thuật như cắt (cắt bỏ một bộ phận cụ thể) hoặc bóc tách (loại bỏ một phần cụ thể) trên cơ thể Người được bảo hiểm để điều trị các Biến chứng thai sản được liệt kê theo Danh sách bệnh lý dành cho Quyền lợi hỗ trợ chi phí phẫu thuật (bảng Phụ Lục 1);
 - Dưới sự giám sát của Bác sĩ, trong tình trạng gây mê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân, tại phòng phẫu thuật của Bệnh viện.
- Phẫu thuật theo định nghĩa này không bao gồm phẫu thuật được thực hiện:
- Mục đích thăm dò, thử nghiệm chẩn đoán bệnh; hoặc
 - Người được Bảo hiểm không phải là bệnh nhân nội trú.

15.20 Bác sĩ: là người có bằng cấp chuyên môn y khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y và/hoặc Phẫu thuật hợp pháp tại Việt Nam.

Trong định nghĩa này, Bác sĩ không bao gồm những người sau đây (trừ trường hợp được giao nhiệm vụ theo phân công của cấp có thẩm quyền):

- Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- Vợ, chồng, cha ruột, mẹ ruột, cha nuôi, mẹ nuôi, cha dượng, mẹ kế, con ruột, con nuôi, anh ruột, chị ruột, em ruột, ông nội, bà nội, ông ngoại, bà ngoại của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; con riêng của vợ hoặc chồng của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng.

15.21 Bệnh viện hoặc Cơ sở y tế là một cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được cơ quan nhà nước có thẩm quyền tại Việt Nam cấp phép hoạt động. Cơ sở y tế, Bệnh viện không bao gồm:

- Trung tâm y tế dự phòng;
- Trạm y tế xã, phường hoặc tương đương trạm xá, bệnh xá.
- Bệnh viện / viện tâm thần;
- Bệnh viện / viện phong;
- Nhà điều dưỡng, trung tâm phục hồi chức năng, nhà lưu bệnh;
- Nhà an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, chất ma túy, chất kích thích cho dù các cơ sở, trung tâm này hoạt động độc lập hay trực thuộc một Bệnh viện.

15.22 Điều trị hợp lý và cần thiết về mặt y tế: là điều trị

- Phù hợp với chẩn đoán và điều trị y tế của Bác sĩ đối với bệnh hoặc tổn thương cho Người được bảo hiểm;
- Phù hợp với các chẩn đoán và thông lệ về chẩn trị y tế đối với bệnh hoặc tổn thương;
- Không vì lợi ích hay mong muốn cá nhân của Người được bảo hiểm hoặc Bác sĩ;
- Có tính chất bắt buộc và phải thực hiện tại Cơ sở y tế;
- Không có tính chất thử nghiệm, tầm soát hoặc nghiên cứu, hoặc phòng ngừa, hoặc liên quan đến các biện pháp y tế chưa được chứng minh và chưa được sự chấp thuận, phê duyệt của cơ quan có thẩm quyền tại nơi Người được bảo hiểm điều trị.
- Có số ngày nằm viện là hợp lý và phù hợp với thông lệ điều trị cho bệnh hoặc tổn thương liên quan.

15.23 Hành vi phạm tội: là các hành vi của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng gây ra nguy hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc cho xã hội theo quy định tại Bộ luật hình sự của nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam và đã có phán quyết của tòa án có thẩm quyền về việc hành vi đó đã vi phạm pháp luật hình sự.

15.24 Ngày/tháng/năm

15.24.1 Ngày hiệu lực hợp đồng (“Ngày hiệu lực”): Là ngày Bên mua bảo hiểm nộp đầy đủ Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ Phí bảo hiểm tạm tính với điều kiện Người được bảo hiểm còn sống tại thời điểm Công ty chấp nhận bảo hiểm. Ngày hiệu lực được ghi nhận trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

15.24.2 Ngày phát hành hợp đồng bảo hiểm (“Ngày phát hành hợp đồng” hoặc “Ngày cấp hợp đồng”): Là ngày Hợp đồng được Công ty chấp thuận và phát hành theo Giấy yêu cầu bảo hiểm hợp lệ của Bên mua bảo hiểm. Ngày phát hành hợp đồng bảo hiểm được ghi nhận trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc sửa đổi bổ sung (nếu có).

15.25 Về phí bảo hiểm

1.25.1 Định kỳ đóng phí (“Định kỳ đóng phí bảo hiểm”): Đóng phí bảo hiểm 1 lần vào lúc tham gia bảo hiểm.

1.25.2 Phí bảo hiểm: là khoản tiền mà Bên mua bảo hiểm cần đóng cho Công ty theo thỏa thuận tại hợp đồng bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung liên quan gần nhất (nếu có).

15.26 Website: là website **map-life.com.vn**, trang thông tin chính thức của Công ty.

PHỤ LỤC I: DANH SÁCH BỆNH LÝ DÀNH CHO QUYỀN LỢI HỖ TRỢ CHI PHÍ PHẪU THUẬT

Mã ICD (*)	Biến chứng thai sản
O14.2	Hội chứng HELLP (Sự kết hợp của tan máu, tăng men gan và giảm tiểu cầu)
O40	Đa ối
O41.0	Thiếu ối
O43.2	Rau cài răng lược
O45.0 O45.8 O45.9	Rau bong non có thiếu hụt yếu tố đông máu Rau bong non Rau bong non sớm, không đặc hiệu
O70.3	Rách tầng sinh môn độ IV trong đẻ
O71.1	Vỡ tử cung trong chuyển dạ
O72.0 O72.1 O72.2 O72.3	Chảy máu thời kỳ sổ rau Chảy máu ngay sau đẻ Chảy máu muộn và thứ phát sau đẻ Thiếu hụt đông máu sau đẻ
O86.8	Nhiễm khuẩn sau đẻ xác định khác
O88.1	Thuyên tắc mạch ối

PHỤ LỤC II: DANH SÁCH BỆNH LÝ DÀNH CHO QUYỀN LỢI HỖ TRỢ VIỆN PHÍ

Nhóm bệnh		Mã ICD (*)	Bệnh lý liên quan đến thai sản
1	Phù, protein niệu và tăng huyết áp trong khi mang thai, trong lúc đẻ hoặc sau đẻ.	O10	Tăng huyết áp có sẵn gây biến chứng cho thai kỳ, cuộc đẻ và sau đẻ
		O11	Tiền sản giật kèm theo tăng huyết áp mạn tính
		O12	Phù thai kỳ (do thai nghén) và protein niệu thai kỳ không có tăng huyết áp
		O13	Tăng huyết áp thai kỳ (do thai nghén gây ra)
		O14	Tăng huyết áp thai kỳ (do thai nghén) kèm protein niệu (Tiền sản giật)
		O15	Sản giật
		O16	Tăng huyết áp bà mẹ không xác định
2	Các bệnh lý khác của bà mẹ chủ yếu liên quan đến thai kỳ	O20	Ra máu trong thời kỳ đầu thai kỳ
		O21	Nôn quá mức trong thai kỳ
		O22	Biến chứng tĩnh mạch khi mang thai
		O23	Nhiễm khuẩn đường tiết niệu- sinh dục trong khi có thai
		O24	Đái tháo đường thai kỳ
		O25	Thiếu dinh dưỡng trong thai kỳ
		O26	Chăm sóc bà mẹ vì những tình trạng khác chủ yếu liên quan đến thai kỳ
		O28	Các dấu hiệu bất thường của thai phụ phát hiện khi khám thai
		O29	Các biến chứng của gây mê trong thời gian thai kỳ
3	Chăm sóc bà mẹ liên quan đến thai, buồng ối và các vấn đề có thể gặp khi đẻ	O30	Đa thai
		O31	Biến chứng xác định của đa thai
		O32	Chăm sóc bà mẹ vì ngôi thai bất thường hay nghi ngờ bất thường
		O33	Chăm sóc bà mẹ vì bất tương xứng hay nghi ngờ có bất tương xứng
		O34	Chăm sóc bà mẹ do hoặc nghi do bất thường ở các tạng trong vùng chậu
		O35	Chăm sóc bà mẹ do hoặc nghi do bất thường, tổn thương của thai
		O36	Chăm sóc thai phụ vì có hay nghi ngờ có vấn đề của thai
		O40	Đa ối
		O41	Các rối loạn khác của nước ối và màng ối
		O42	Vỡ ối sớm
		O43	Bệnh lý bánh rau
		O44	Rau tiền đạo
		O45	Rau bong non
		O46	Chảy máu trước khi sanh, không phân loại nơi khác
		O47	Chuyển dạ giả
		O48	Thai quá ngày sinh

4	Biến chứng của chuyển dạ và đẻ	O60	Chuyển dạ sớm và dễ
		O61	Khởi phát chuyển dạ thất bại
		O62	Bất thường về động lực chuyển dạ (sinh khó)
		O63	Chuyển dạ kéo dài
		O64	Chuyển dạ đình trệ do bất thường của ngôi thai và tư thế của thai
		O65	Chuyển dạ đình trệ do khung chậu bất thường
		O66	Chuyển dạ đình trệ khác
		O67	Chuyển dạ và đẻ có biến chứng chảy máu trong đẻ, không phân loại nơi khác
		O68	Chuyển dạ và đẻ có biến chứng suy thai
		O69	Chuyển dạ và sinh có biến chứng về dây rốn
		O70	Rách tầng sinh môn trong đẻ
		O71	Chấn thương sản khoa khác
		O72	Chảy máu sau đẻ
		O73	Sốt rau và màng rau, không có chảy máu
		O74	Biến chứng của gây mê trong chuyển dạ và trong đẻ
		O75	Biến chứng khác của chuyển dạ, không phân loại nơi khác
5	Biến chứng thường gặp liên quan đến sau đẻ	O85	Nhiễm khuẩn huyết sau đẻ
		O86	Nhiễm trùng khác sau đẻ
		O87	Biến chứng tĩnh mạch và trĩ thời kỳ hậu sản (sau đẻ)
		O88	Tắc mạch sản khoa
		O89	Biến chứng của gây mê trong thời kỳ sau đẻ
		O90	Biến chứng sau đẻ, không phân loại nơi khác
		O91	Nhiễm trùng vú liên quan đến đẻ
		O92	Các rối loạn khác của vú và tiết sữa liên quan đến sinh đẻ

(*) Ghi chú:

Mã ICD (International Classification of Diseases – Phân loại Bệnh tật Quốc tế) dựa trên phân loại ICD- 10 thuộc hệ thống mã hóa chuẩn quốc tế do Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) phát triển, được sử dụng để phân loại và mã hóa các bệnh, chấn thương, nguyên nhân tử vong và các vấn đề sức khỏe.

Đường dẫn phân loại ICD-10: <https://icd.kcb.vn/icd-10/icd10-dual>.



CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM NHÂN THỌ MIRAE ASSET PRÉVOIR

Tầng 6A - 8, Tòa nhà Sài Gòn Giải Phóng,
436 - 438 Nguyễn Thị Minh Khai, Phường Bàn Cờ, TP. HCM

 1900 6603

 map-life.com.vn

