

QUY TẮC BẢO HIỂM SỨC KHỎE NHÓM (TECHCOM CARE)

Quy tắc bảo hiểm này là thoả thuận giữa Công ty cổ phần Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom (dưới đây được gọi là “Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom”) với Bên mua bảo hiểm có tên trên Hợp đồng / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

CHƯƠNG I CÁC ĐỊNH NGHĨA

- Người được bảo hiểm:** Là cá nhân đã hoàn thành việc kê khai, hoặc tên của họ được kê khai trong tài liệu Yêu cầu tham gia bảo hiểm và hiệu lực bảo hiểm đã được xác nhận, hoặc là người có tên trong Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Bên mua bảo hiểm:** Là Công ty/ doanh nghiệp/ một đoàn thể/ một hiệp hội hay bất kỳ tổ chức tương tự nào khác giao kết hợp đồng bảo hiểm với doanh nghiệp Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom và đóng phí bảo hiểm để bảo hiểm cho Thành viên của Công ty/ doanh nghiệp/tổ chức đó và/ hoặc Người phụ thuộc hợp pháp của Thành viên đó.
- Hợp đồng bảo hiểm:** Là sự thỏa thuận giữa Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom với Bên mua bảo hiểm, theo đó Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom cung cấp dịch vụ bảo hiểm và có trách nhiệm chi trả Bồi thường theo phạm vi hợp đồng và quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe TCGI (TECH Care). Bộ Hợp đồng bảo hiểm bao gồm tài liệu Yêu cầu tham gia bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, Quy tắc Bảo hiểm sức khỏe TCGI, Bảng quyền lợi bảo hiểm và những giấy tờ liên quan khác theo quy định của pháp luật.
- Tái tục liên tục:** Là việc Hợp đồng bảo hiểm được gia hạn hợp đồng ngay sau khi Hợp đồng bảo hiểm trước đó hết hạn mà không có bất kỳ gián đoạn nào trong quá trình bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm tái tục sẽ có ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm vào ngày kế tiếp sau ngày hết hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm đã tham gia trước đó tại Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom .
- Nhân viên/ Người được bảo hiểm:** Là nhân viên của một Công ty/ một doanh nghiệp/ một đoàn thể/ một hiệp hội hay bất kỳ tổ chức tương tự nào khác, có hợp đồng lao động hoặc hợp đồng thử việc hoặc các thỏa thuận lao động được pháp luật công nhận với công ty/ doanh nghiệp/ tổ chức đó và có tên trong Hợp đồng bảo hiểm, được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Người phụ thuộc hợp pháp:** Là người thân của Người được bảo hiểm và có mối quan hệ là vợ/ chồng (loại trừ những người đã ly hôn theo pháp luật), bố mẹ đẻ, bố mẹ vợ/ chồng, con đẻ, con nuôi hợp pháp, con ngoài giá thú, con riêng của vợ hoặc chồng, người được nuôi dưỡng.

Điều kiện tham gia của người con phụ thuộc:

- Có tình trạng sức khỏe bình thường và ít nhất phải được 15 ngày tuổi (hoặc ngày ra viện sau khi sinh) tùy theo ngày nào đến sau;
- Không vượt quá 18 tuổi (hoặc đến 25 tuổi với điều kiện người phụ thuộc này đang theo học các khóa học dài hạn toàn thời gian);
- Chưa kết hôn.
- Người phụ thuộc phải được bảo hiểm theo chương trình thấp hơn hoặc bằng mức quyền lợi bao gồm cả quyền lợi chính và các sửa đổi bổ sung với Người được bảo hiểm chính và phải được Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom chấp thuận

Tất cả những người phụ thuộc phải có tên trong Danh sách người được bảo hiểm.

7. Người thụ hưởng: Người thụ hưởng là tổ chức, cá nhân được bên mua bảo hiểm /Người được bảo hiểm chỉ định để nhận tiền bảo hiểm khi có sự kiện bảo hiểm xảy ra theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

8. Thời gian chờ: Là khoảng thời gian mà Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm không được thanh toán cho một quyền lợi bảo hiểm cụ thể, bao gồm cả những Sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời gian chờ nhưng hậu quả xảy ra/điều trị kéo dài ngoài thời gian chờ và trong thời hạn bảo hiểm.

Thời gian chờ được tính từ ngày mà Người được bảo hiểm được bắt đầu tham gia và được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm, quy định về thời gian chờ cụ thể như sau:

- 30 ngày đối với trường hợp **Ốm đau bệnh tật, điều trị răng** hoặc Tử vong/Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do Ốm đau bệnh tật (bao gồm cả thời gian phát bệnh cho đến khi kết thúc đợt điều trị/tính theo thời điểm có bệnh, không tính theo thời điểm điều trị)
- 60 ngày đối với trường hợp sảy thai, nạo phá thai theo chỉ định của bác sĩ, điều trị Biến chứng thai sản hoặc Tử vong/Thương tật toàn bộ vĩnh viễn đối với trường hợp sảy thai, nạo phá thai theo chỉ định của bác sĩ, điều trị Biến chứng thai sản.
- 180 ngày đối với trẻ em đến 6 tuổi: bệnh viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại.
- 270 ngày đối với trường hợp Sinh con hoặc Tử vong/Thương tật toàn bộ vĩnh viễn phát sinh đối với trường hợp Sinh con.
- 365 ngày đối với Bệnh đặc biệt, Bệnh mãn tính và Bệnh có sẵn hoặc Tử vong/Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do Bệnh đặc biệt, Bệnh mãn tính và Bệnh có sẵn.

Thời gian chờ không áp dụng đối với trường hợp **Tai nạn**

9. Tai nạn: Là sự kiện bất ngờ hay không lường trước, ngoài ý muốn của Người được bảo hiểm gây ra bởi một lực tác động từ bên ngoài lên thân thể Người được bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến tử vong hoặc thương tật thân thể cho Người được bảo hiểm và ngoài sự kiểm soát và ý định của Người được bảo hiểm. Người được bảo hiểm có hành động tự vệ chính đáng, hành động cứu người, cứu tài sản của Nhà nước, của nhân dân và tham gia chống các

hành động phạm pháp cũng được coi là tai nạn.

10. **Thương tật thân thể:** là tổn thương thân thể gây ra bởi Tai nạn, là hậu quả đầu tiên của tai nạn và không phải là hậu quả của tai nạn hoặc chấn thương trước đó và không phải là hậu quả của sự suy yếu thể lực, khuyết tật, quá trình thoái hóa hoặc Bệnh có sẵn theo Quy tắc bảo hiểm này.
11. **Thương tật toàn bộ vĩnh viễn:** Là thương tật thân thể do Tai nạn gây ra làm cho Người được bảo hiểm bị huỷ hoại trầm trọng và kéo dài về giải phẫu - chức năng làm mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng lao động, hoặc có tiên lượng xấu đe dọa đến sinh mạng và được giám định là bị mất từ 81% đến 100% sức khoẻ lao động do thương tật. Việc giám định phải được Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp và thực hiện không sớm hơn 180 ngày kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm.
12. **Thương tật bộ phận vĩnh viễn:** Là thương tật thân thể do Tai nạn gây ra làm cho Người được bảo hiểm bị huỷ hoại trầm trọng và kéo dài về giải phẫu - chức năng hoặc làm mất hoàn toàn và vĩnh viễn một hay nhiều bộ phận của cơ thể. Việc xác định thương tật bộ phận vĩnh viễn theo kết luận của bác sĩ hoặc hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp.

Theo quy định của Quy tắc bảo hiểm này, Thương tật bộ phận vĩnh viễn được liệt kê trong Phụ lục “Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật” đính kèm Quy tắc này.
13. **Thương tật tạm thời:** Là tình trạng mà Người được bảo hiểm bị Thương tật không thể thực hiện một phần hoặc toàn bộ công việc hàng ngày của mình trong một khoảng thời gian nhất định.
14. **Óm đau, bệnh tật:** Là tình trạng cơ thể có dấu hiệu của một bệnh lý khác với tình trạng sức khỏe bình thường cần thiết phải điều trị y tế theo chẩn đoán của Bác sĩ.
15. **Tàn tật toàn bộ vĩnh viễn :** Là tình trạng Óm đau bệnh tật làm cho Người được bảo hiểm bị huỷ hoại trầm trọng và kéo dài về giải phẫu - chức năng làm mất hoàn toàn và vĩnh viễn khả năng lao động, hoặc có tiên lượng xấu đe dọa đến sinh mạng và được giám định là bị mất từ 81% đến 100% sức khoẻ lao động do thương tật. Việc giám định phải được Hội đồng giám định Y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp, thực hiện không sớm hơn 180 ngày kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm.
16. **Mất tích do tai nạn:** Người được bảo hiểm được xem như đã tử vong do tai nạn nếu mất tích trong 12 tháng liền và có quyết định của Tòa án có thẩm quyền về việc tuyên bố Người được bảo hiểm mất tích do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm.
17. **Đột tử:** là trường hợp tử vong không được dự báo trước, xảy ra trong vòng một giờ từ khi khởi phát những triệu chứng nguy hiểm cho tính mạng của con người.
18. **Bệnh mãn tính:** Là tình trạng Óm đau bệnh tật mà theo ý kiến của Bác sĩ đa khoa, chuyên khoa hay cố vấn y tế hành nghề hợp pháp là bệnh tiến triển kéo dài và không có khả năng chữa khỏi hoàn toàn.
19. **Bệnh có sẵn:** 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 của Hợp đồng bảo hiểm, hoặc các dấu hiệu, triệu chứng đặc thù khởi phát trong vòng 36 tháng trước ngày hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm. Việc xác định bệnh có sẵn 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.

20. Bệnh đặc biệt: là các bệnh bao gồm và được liệt kê chi tiết như dưới đây:

- a) Bệnh hệ thần kinh: Các bệnh viêm hệ thần kinh trung ương (não), teo hệ thống ảnh hưởng lên hệ thần kinh trung ương (bệnh Huntington, mất điều vận động di truyền, teo cơ cột sống và hội chứng liên quan), rối loạn vận động ngoài tháp (Parkinson, rối loạn trương lực cơ, rối loạn vận động và ngoại tháp khác), Alzheimer, hội chứng Apalic/mất trí nhớ, động kinh, hôn mê, các bệnh bại não và hội chứng liệt khác.
- b) Bệnh hệ hô hấp: Bệnh suy phổi, tràn khí phổi. Viêm V.A cần phải nạo, viêm xoang, vẹo vách ngăn, bệnh hen/suyễn.
- c) Bệnh hệ tuần hoàn: Bệnh tim, tăng/cao huyết áp, tăng áp lực động mạch vô căn, các bệnh mạch máu não/đột quỵ và các hậu quả/di chứng của bệnh này, viêm tĩnh mạch và viêm tắc/ngẽn tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch chi dưới, hội chứng ống cổ tay, mạch/hạch bạch huyết, trĩ.
- d) Bệnh hệ tiêu hóa: Viêm gan A,B,C, xơ gan, suy gan, sỏi mật, bệnh loét dạ dày, tá tràng.
- e) Bệnh hệ tiết niệu: Bệnh của cầu thận, ống thận, sỏi thận và niệu quản, sỏi đường tiết niệu dưới, suy thận
- f) Bệnh hệ nội tiết: Rối loạn tuyến giáp, đái tháo đường và nội tiết tuyến tụy, tuyến thượng thận, hôn mê, rối loạn các tuyến nội tiết khác.
- g) Bệnh khối U: Khối U/bướu lành tính các loại.
- h) Bệnh của máu: Rối loạn đông máu, rối loạn chức năng của bạch cầu đa trung tính, bệnh liên quan mô lưới bạch huyết và hệ thống lưới mô bào, ghép tủy.
- i) Bệnh của da và mô liên kết: Bệnh Lupus ban đỏ, xơ cứng bì toàn thân, xơ cứng rải rác, xơ cứng bì tiến triển/cột bên teo cơ, loạn dưỡng cơ và biến chứng của các bệnh này, Penphygus, vẩy nến, mề đay dị ứng mãn (có điều trị bằng kháng nguyên của nước ngoài).
- j) Bệnh hệ tai: Viêm tai giữa cần phải phẫu thuật, sùi vòm họng, cắt bỏ xương xoắn.
- k) Bệnh rối loạn chuyển hóa các loại
- l) Bệnh hệ cơ, xương, khớp: Viêm khớp/đa khớp mãn tính, bệnh thoái hóa cột sống, thân đốt sống, thoát vị đĩa đệm, rối loạn mật độ và cấu trúc xương, bệnh gout.
- m) Bệnh khác: Sỏi, nang, mụn cơm, nốt ruồi các loại, rối loạn tiền đình.

21. Bệnh bẩm sinh/ Dị tật bẩm sinh/ khuyết tật bẩm sinh: Là sự phát triển không bình thường của một bộ phận hoặc cấu trúc về mặt hình dạng, cấu tạo hoặc vị trí ngay từ khi sinh ra hoặc hình thành trong tử cung, thường do các yếu tố di truyền hoặc các yếu tố ảnh hưởng đến sự phát triển của thai nhi trong quá trình mang thai. Bệnh bẩm sinh/ Dị tật bẩm sinh/ khuyết tật bẩm sinh được xác định theo các chẩn đoán theo kết luận của Bác sỹ.

22. Thai sản: Là quá trình kể từ ngày đầu tiên thụ thai, mang thai cho đến khi sinh con, bao gồm cả Biến chứng thai sản được xác định theo các hồ sơ y tế và chẩn đoán của Bác sỹ.

- 23. Biến chứng thai sản:** Là những vấn đề sức khỏe liên quan đến Thai sản, xảy ra trong quá trình mang thai, sinh con, hậu sản của Người được bảo hiểm, được chẩn đoán bởi Bác sỹ (không bao gồm trường hợp sinh non, sinh mổ theo yêu cầu), cần điều trị theo chỉ định của Bác sỹ.
- 24. Bệnh viện/ Cơ sở y tế:** Là cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo luật pháp Việt Nam và 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 hoặc để điều trị các căn bệnh rối loạn tâm thần, phong.
- 25. Bác sỹ:** Là một người làm việc tại Bệnh viện có giấy phép hành nghề hợp pháp, và bác sỹ đó đang điều trị, hành nghề trong phạm vi chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh được cấp, nhưng loại trừ bác sỹ chính là Người được bảo hiểm/ Người mua bảo hiểm hay vợ hoặc chồng, bố, mẹ, con, anh, chị em ruột của Người được bảo hiểm/ Người mua bảo hiểm. Bác sỹ có thể là một cố vấn y tế hay bác sỹ chuyên khoa.
- 26. Chi phí y tế:** Là những chi phí thực tế phát sinh cho việc chẩn đoán và điều trị y tế cho Người được bảo hiểm và do bác sỹ chỉ định. Các chi phí này phải là Chi phí cần thiết và hợp lý tại cơ sở y tế cung cấp dịch vụ điều trị, được cấp hóa đơn theo đúng quy định pháp luật.
- 27. Chi phí cần thiết và hợp lý:** là những Chi phí y tế cần thiết về mặt y khoa nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị Ốm đau, bệnh tật và không vượt quá mức chi phí chung của các nhà cung cấp dịch vụ y tế có cùng mức độ trong phạm vi địa lý của quy tắc, nơi phát sinh những chi phí đó, khi cung cấp các dịch vụ điều trị tương đương hoặc mức độ điều trị, dịch vụ, hay việc cung cấp dịch vụ đối với bệnh tật hoặc thương tật tương tự. Việc đánh giá tính "cần thiết về mặt y khoa" dựa trên các tiêu chuẩn y học, hướng dẫn điều trị, hướng dẫn sử dụng thuốc và điều kiện cụ thể của bệnh nhân, và không phải là các dịch vụ y tế phát sinh theo yêu cầu của bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân
- 28. Điều trị nội trú:** Là điều trị y tế khi Người được bảo hiểm có làm thủ tục nhập viện tại Bệnh viện/ Cơ sở y tế hợp pháp và có phát sinh chi phí tiền giường , và phải nằm viện qua đêm. Giấy xuất (ra) viện là một trong những chứng từ cần thiết để yêu cầu Bồi thường cho quyền lợi này.
- 29. Điều trị ngoại trú:** Là điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải điều trị Ốm đau, bệnh tật, Tai nạn hoặc Biến chứng thai sản tại Bệnh viện/ Cơ sở y tế hợp pháp mà không phải là điều trị nội trú. Người được bảo hiểm có làm thủ tục nhập viện và có phát sinh chi phí tiền giường nhưng không nằm viện qua đêm cũng được coi là Điều trị ngoại trú
- 30. Phẫu thuật:** Là một phương pháp khoa học để điều trị hoặc để chẩn đoán kết hợp với điều trị, được thực hiện bởi Bác sỹ có bằng cấp và được cấp phép, được thực hiện tại Bệnh viện/ Cơ sở y tế đủ tiêu chuẩn để thực hiện phẫu thuật. Các loại phẫu thuật phải thuộc danh mục phân loại phẫu thuật thủ thuật do Bộ y tế Việt Nam ban hành và được phân loại là phẫu thuật.
- 31. Chi phí phòng, giường bệnh:** Là Chi phí y tế cho giường nằm điều trị, trong một Phòng tiêu chuẩn và/hoặc phòng chăm sóc đặc biệt (ICU) và các khoản Chi phí y tế liên quan trực tiếp đến việc điều trị của Người được bảo hiểm bao gồm chi phí chăm sóc y tế cần thiết do một y tá có bằng cấp chăm sóc. Bảo hiểm Phi nhân thọ

Techcom không thanh toán các chi phí không phải là chi phí y tế như điện thoại, báo chí, tiếp khách, mỹ phẩm.

32. **Phòng tiêu chuẩn:** Là phòng tiêu chuẩn được giới hạn tới loại phòng đơn có giá thấp nhất tại cơ sở y tế điều trị, không bao gồm chi phí phòng theo yêu cầu, chi phí nâng hạng phòng, chi phí dịch vụ và bao phòng.
33. **Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU):** là phòng điều trị theo chỉ định của Bác sĩ điều trị tại cơ sở y tế nhằm mục đích chăm sóc y khoa đặc biệt như: phòng chăm sóc đặc biệt, phòng điều trị cách ly, phòng điều trị tích cực sau phẫu thuật (không bao gồm phòng theo yêu cầu của Người được bảo hiểm, bao phòng, phòng VIP,...)
34. **Chi phí trước khi nhập viện:** Là các chi phí khám và sử dụng các xét nghiệm chẩn đoán theo chỉ định của bác sĩ, liên quan trực tiếp đến bệnh cần phải nhập viện và cần theo dõi, chỉ được chấp nhận một lần gần nhất trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện. Các chi phí này có thể bao gồm phí khám, kiểm tra, siêu âm, chụp, chiếu, xét nghiệm cơ bản và Thuốc
35. **Chi phí điều trị sau khi xuất viện:** Là các chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sĩ của cơ sở điều trị nhưng tối đa không vượt quá 30 ngày và liên quan trực tiếp đến việc điều trị nội trú trước đó. Các chi phí này bao gồm phí khám, kiểm tra, siêu âm, chụp, chiếu, xét nghiệm cơ bản và Thuốc.
36. **Chăm sóc y tế tại nhà:** Là các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp được thực hiện tại nhà của Người được bảo hiểm và ngay sau khi ra viện (thời gian nằm viện tối thiểu là 7 ngày). Dịch vụ này phải được thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị vì những lý do đặc thù của ngành y.
37. **Chi phí khám thai định kỳ:** Là các chi phí khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh trong quá trình mang thai, bao gồm nhưng không giới hạn ở: xét nghiệm nước tiểu thông thường, xét nghiệm máu cơ bản, siêu âm (không bao gồm siêu âm 4D).
38. **Bộ phận giả:** Là bất kỳ một thành phần nhân tạo nào được lắp đặt, cấy ghép vào cơ thể, để thay thế cho các bộ phận của cơ thể.
39. **Dụng cụ/thiết bị y tế hỗ trợ điều trị:** Là các dụng cụ / thiết bị y tế:
 - Được đặt / cấy / trồng vào bất cứ một bộ phận nào của cơ thể để hỗ trợ cho chức năng hoạt động của bộ phận đó và/hoặc hỗ trợ cho việc điều trị và phẫu thuật (trừ trường hợp điều trị thương tật do tai nạn), bao gồm nhưng không giới hạn: stent, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp, vis, chốt treo, máy tạo nhịp tim.
 - Có tính chất đặc thù, chỉ sử dụng riêng cho từng loại hình điều trị hoặc phẫu thuật, sử dụng một lần và không khấu hao, bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây như dao cắt sụn, lưới bào, dao cắt gan siêu âm, dao cắt trĩ theo phương pháp Longo, rọ tán sỏi trong phẫu thuật lấy sỏi.
 - Được sử dụng bên ngoài cơ thể nhằm hỗ trợ chức năng vận động hoặc các chức năng khác của cơ thể bao gồm nhưng không giới hạn: nạng, nẹp, xe lăn, xe đẩy, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy hỗ trợ tim.
 - Các dụng cụ chỉnh hình mang tính chất thẩm mỹ khác.
40. **Vật lý trị liệu:** Là phương pháp điều trị bằng cách sử dụng các tác nhân vật lý tự nhiên hay nhân tạo như nước, không khí, nhiệt độ, điện, tia X, tia cực tím, tia hồng ngoại, siêu âm, các chất đồng vị phóng xạ, xoa bóp..., không bao gồm massage, spa,

chính hình thẩm mỹ.

41. **Số tiền bảo hiểm:** Là số tiền Bồi thường tối đa được ghi trong Bảng quyền lợi bảo hiểm mà Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom có thể sẽ chi trả trong Thời hạn bảo hiểm cho mỗi Người được bảo hiểm khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm.
42. **Giới hạn trách nhiệm chi tiết/ Giới hạn phụ:** Là giới hạn Bồi thường tối đa có thể trả cho từng quyền lợi bảo hiểm được quy định chi tiết trong Bảng quyền lợi bảo hiểm. Tuy nhiên tổng các giới hạn chi tiết không vượt quá Số tiền bảo hiểm của mỗi chương trình.
43. **Đồng chi trả:** Đồng chi trả là tỷ lệ Chi phí y tế mà Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom và Người được bảo hiểm cùng chi trả khi phát sinh chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm. Đồng chi trả được tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng số tiền chi phí phát sinh thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc trên các mức Giới hạn phụ của quyền lợi bảo hiểm tùy theo mức nào thấp hơn thì được áp dụng. Giới hạn chi phí được bảo hiểm sau khi đồng chi trả tối đa bằng giới hạn quyền lợi quy định trong Bảng quyền lợi bảo hiểm. Tỷ lệ đồng chi trả được quy định cụ thể tại bảng quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm
44. **Sự kiện bảo hiểm:** Là sự kiện được quy định trong mục Phạm vi bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này mà khi sự kiện đó xảy ra thì Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom phải trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng.
45. **Dịch bệnh:** là hiện tượng khi một bệnh truyền nhiễm lây lan nhanh chóng và ảnh hưởng đến một số lượng lớn người trong một cộng đồng, khu vực hoặc cả quốc gia trong một khoảng thời gian ngắn, dịch bệnh thường phải được cơ quan chức năng, chẳng hạn như Bộ Y tế hoặc các tổ chức y tế quốc tế như Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) công bố chính thức.
46. **Điều trị tại phòng/khoa cấp cứu:** Là việc điều trị khẩn cấp tại cơ sở y tế trong vòng 24h sau khi có tai nạn hoặc triệu chứng ốm đau/bệnh tật có thể nguy hiểm đến tính mạng, sức khỏe cần thiết phải điều trị khẩn cấp tại phòng cấp cứu và hồ sơ có dấu xác nhận cấp cứu của cơ sở y tế. Trường hợp điều trị tại phòng cấp cứu chỉ vì lý do ngoài giờ phục vụ của phòng khám/bệnh viện thì được coi là điều trị ngoại trú.
47. **Bệnh di truyền:** Là bất kỳ bệnh nào xuất hiện ở những người có cùng huyết thống hay sự chuyển những bệnh lý của bố, mẹ cho con cái thông qua gen của bố, mẹ và/hoặc được truyền từ đời này sang đời khác, từ thế hệ này sang thế hệ khác trong những người có cùng huyết thống. Việc xác định bệnh di truyền phải do bác sỹ thực hiện.

48. Điều trị trong ngày: Là việc điều trị y tế khi Người được bảo hiểm cần thiết phải nhập viện để điều trị/phẫu thuật có phát sinh chi phí giường bệnh nhưng không lưu lại bệnh viện qua đêm. Giấy ra viện hoặc giấy phát sinh tiền phòng, tiền giường làm cơ sở chi trả.

49. Lần khám/Điều trị: Là một lần người bệnh được bác sĩ thăm khám lâm sàng, thực hiện các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh hay các thủ thuật thăm dò khác và /hoặc sử dụng thuốc điều trị theo chỉ định của bác sĩ tại cùng một cơ sở y tế hợp pháp nhằm mục đích chẩn đoán bệnh/thương tật và điều trị.

Trường hợp nhiều bác sĩ chuyên khoa cùng hội chẩn trước một người bệnh theo quy chế bệnh viện thì chỉ được tính là một lần khám /điều trị.

Trường hợp người bệnh khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày thì chỉ tính là một lần khám/điều trị.

Trường hợp người bệnh phải khám nhiều chuyên khoa khác dù có chỉ định của bác sĩ trong cùng một cơ sở y tế, trong một ngày thì vẫn chỉ tính là một lần khám/điều trị.

50. Kiểm tra sức khỏe định kỳ: Là những xét nghiệm/ tầm soát được làm khi không có bất cứ triệu chứng lâm sàng nào. Những xét nghiệm này bao gồm cả các hình thức kiểm tra dưới đây, ở một độ tuổi thích hợp để sớm phát hiện các ốm đau/ bệnh tật:

- Dấu hiệu sống (huyết áp, mỡ máu, mạch, hô hấp, nhiệt độ...)
- Kiểm tra tim mạch
- Kiểm tra hệ thần kinh
- Tầm soát bệnh ung thư
- Kiểm tra phản xạ của trẻ em (đối với các trẻ em từ 0- 6 tuổi)
- Quyền lợi này cũng áp dụng cho Tiêm vacxin

51. Bệnh lây qua đường tình dục: Theo quy tắc bảo hiểm này, bệnh lây qua đường tình dục gồm các bệnh sau:

- Bệnh lậu
- Bệnh giang mai
- Bệnh sùi mào gà
- Bệnh hạ cam
- U hạt bẹn
- Herpes sinh dục
- Nhiễm Chlamydia đường sinh dục
- Bệnh rận mu

52. Cấy ghép nội tạng: Là việc phẫu thuật để cấy ghép các cơ quan như tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận, bao gồm cả tủy xương cho Người được bảo hiểm tiến hành tại một bệnh viện bởi một bác sĩ có bằng cấp được phép thực hiện loại phẫu thuật này. Các chi phí mua cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể không được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này.

53. Các hoạt động thể thao nguy hiểm là các hoạt động trên không (trừ khi đi lại bằng đường hàng không), môn thể thao bay lượn, nhảy dù, các môn thể thao mùa đông, trượt tuyết, khúc côn cầu (hockey) trên băng, săn bắn, đấu vật, môn bóng ngựa, môn lướt ván, bơi thuyền buồm cách xa bờ 5 km, các hoạt động dưới nước có sử dụng mặt nạ thở, leo

bộ lên độ cao trên 5000m so với mặt nước biển, các cuộc đua (không bao gồm các cuộc đua mang tính chất từ thiện, các cuộc đua mang tính chất nội bộ do công ty tổ chức).

- 54. Thể thao chuyên nghiệp:** Là hoạt động thể thao, trong đó huấn luyện viên, vận động viên được trả thù lao cho việc huấn luyện, biểu diễn, thi đấu thể thao.

CHƯƠNG II QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1: Phạm vi địa lý

Người được bảo hiểm được chi trả bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này trong trường hợp bị tai nạn, ốm đau bệnh tật và những chi phí y tế liên quan phát sinh trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam và/hoặc ở ngoài lãnh thổ Việt Nam (được quy định cụ thể trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm).

Điều 2: Đối tượng bảo hiểm

2.1. Đối tượng bảo hiểm:

- **Nhân viên;** và/hoặc
- **Người phụ thuộc hợp pháp** (theo Chương I - Định nghĩa) của các nhân viên được bảo hiểm

đang sinh sống tại Việt Nam, có độ tuổi từ 15 ngày tuổi tới tròn 65 tuổi tại thời điểm hiệu lực bảo hiểm.

2.2. Không nhận bảo hiểm cho các đối tượng sau:

- Những người bị bệnh tâm thần, phong, ung thư
- Những người bị tàn tật hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên
- Những người đang trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật
- Người mất năng lực hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự

Điều 3: Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Theo Quy tắc bảo hiểm này, Hợp đồng bảo hiểm nhóm được cấp cho một nhóm người với số lượng từ 50 thành viên trở lên đang làm việc tại cùng một Công ty, một doanh nghiệp, một đoàn thể, một hiệp hội hay bất kỳ tổ chức tương tự nào khác và do các công ty/ doanh nghiệp/tổ chức đó đứng tên là **Bên mua bảo hiểm**.

Điều 4: Phí bảo hiểm

- Phí bảo hiểm, Số tiền bảo hiểm được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm / Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Phí bảo hiểm phải được thanh toán theo thời hạn thanh toán được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm / Giấy chứng nhận bảo hiểm và theo quy định của pháp luật. Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom sẽ không chịu trách nhiệm Bồi thường nếu phí bảo hiểm không được thanh toán đúng hạn.

- Phí bảo hiểm sẽ được tính toán lại vào thời điểm tái tục bảo hiểm.

Điều 5: Thời hạn bảo hiểm:

Thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm là 12 (mười hai) tháng hoặc ngắn hơn theo thỏa thuận của các bên và được quy định trong Hợp đồng bảo hiểm / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 6: Hiệu lực bảo hiểm:

Phạm vi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm ký kết có hiệu lực bảo hiểm sau Thời gian chờ (được nêu tại Chương I - Định nghĩa) kể từ ngày bắt đầu Thời hạn bảo hiểm quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, áp dụng cho các Quyền lợi trong Quy tắc Bảo hiểm này và bao gồm cả các Điều khoản mở rộng.

- + Đối với trường hợp tai nạn: Bảo hiểm có hiệu lực ngay kể từ ngày bắt đầu **hiệu lực bảo hiểm** ghi trên Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm, và bắt đầu từ ngày Người được bảo hiểm được bắt đầu tham gia và được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- + Đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật, thai sản: Bảo hiểm có hiệu lực sau **Thời gian chờ** kể từ ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm ghi trên Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm có từ 50 nhân viên là Người được bảo hiểm trở lên không áp dụng **Thời gian chờ**. Nếu Người được bảo hiểm phải điều trị thai sản trong thời gian chờ 60 ngày hoặc sinh con trong thời gian chờ 270 ngày, Số tiền bảo hiểm sẽ tính theo tỷ lệ giữa số ngày kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm đến ngày sự kiện được bảo hiểm xảy ra với 60 ngày cho chi phí điều trị thai sản hoặc 270 ngày cho chi phí sinh nở.

Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm được tái tục liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay với những Người được bảo hiểm đã tham gia liên tục đủ 01 năm trong Hợp đồng bảo hiểm năm liền trước, sau khi Bên mua bảo hiểm đóng phí cho kỳ tiếp theo, mà không bị áp dụng thời gian chờ, trừ khi có quy định khác được thể hiện bằng văn bản do Bên mua Bảo hiểm và Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom ký kết.

Điều 7: Phí bảo hiểm ngắn hạn

- Thời hạn bảo hiểm đến 1 tháng: 1/4 phí bảo hiểm năm
- Thời hạn bảo hiểm đến 2 tháng: 3/8 phí bảo hiểm năm
- Thời hạn bảo hiểm đến 3 tháng: 1/2 phí bảo hiểm năm
- Thời hạn bảo hiểm đến 4 tháng: 5/8 phí bảo hiểm năm
- Thời hạn bảo hiểm đến 6 tháng: 3/4 phí bảo hiểm năm
- Thời hạn bảo hiểm đến 8 tháng: 7/8 phí bảo hiểm năm
- Thời hạn bảo hiểm trên 8 tháng: Phí bảo hiểm năm

Người được bảo hiểm thực hiện nghĩa vụ thanh toán phí bảo hiểm theo biểu phí ngắn hạn quy định tại Điều này, quyền lợi bảo hiểm sẽ được giải quyết theo giới hạn năm quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 8: Bảo hiểm khác

Nếu tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Người được bảo hiểm được một chương trình bảo hiểm khác có hiệu lực chi trả cho cùng những chi phí y tế được bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm này thì Người được bảo hiểm có quyền yêu cầu bồi thường ở bất kỳ chương trình bảo hiểm nào có hiệu lực. Trong trường hợp bồi thường đã được thanh toán bởi chương trình bảo hiểm khác thì Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom sẽ chỉ chi trả cho Người được bảo hiểm các khoản không được thanh toán theo chương trình bảo hiểm khác đó. Điều kiện này sẽ không áp dụng đối với quyền lợi bảo hiểm Tử vong/ Thương tật vĩnh viễn/Tàn tật vĩnh viễn và Trợ cấp.

Điều 9: Đồng bảo hiểm/Đồng chi trả

Tỉ lệ đồng bảo hiểm/đồng chi trả được áp dụng theo thỏa thuận của Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom và Chủ hợp đồng bảo hiểm và được quy định cụ thể trên Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Trong mọi trường hợp, tỉ lệ đồng chi trả của Người được bảo hiểm không vượt quá 50%.

Căn cứ quy định đồng chi trả cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm, Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom sẽ áp dụng tỉ lệ giảm phí bảo hiểm bổ sung so với trường hợp không áp dụng đồng chi trả tương đương tỉ lệ đồng chi trả của Người được bảo hiểm đối với từng quyền lợi áp dụng đồng chi trả.

Đồng chi trả chỉ áp dụng cho quyền lợi chi phí y tế điều trị và không áp dụng đối với quyền lợi tử vong/ thương tật vĩnh viễn/ trợ cấp trong thời gian điều trị.

Điều 10: Thay đổi quyền lợi

Trong thời hạn bảo hiểm, Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom không đồng ý việc thay đổi các quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết. Quyền lợi bảo hiểm chỉ có thể được thay đổi khi tái tục Hợp đồng bảo hiểm, trừ khi có thỏa thuận khác với Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom và được Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom đồng ý bằng văn bản.

Điều 11: Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt ngay khi xảy ra một trong các sự kiện dưới đây, tùy theo sự kiện nào xảy ra trước:

- Trường hợp một trong hai bên đề nghị chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày định chấm dứt.

Nếu Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm trước thời hạn kết thúc thời hạn bảo hiểm, Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom sẽ chỉ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại với điều kiện trong thời gian hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm / Giấy chứng nhận bảo hiểm chưa phát sinh bất kỳ yêu cầu Bồi thường nào (trừ trường hợp yêu cầu Bồi thường đã bị từ chối trả tiền bảo hiểm).

Nếu Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm / Giấy chứng nhận bảo hiểm trước thời hạn kết thúc thời hạn bảo hiểm, Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian còn lại.

- Vào 23 giờ 59 phút của ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm theo quy định trong Hợp đồng bảo hiểm / Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật hiện hành.

Trách nhiệm của Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom sẽ chấm dứt ngay lập tức cùng với thời điểm chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm / Giấy chứng nhận bảo hiểm, trừ trường hợp khiếu nại cho sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời hạn hiệu lực bảo hiểm và/hoặc đang được Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom giải quyết

Điều 12: Tái tục Hợp đồng bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có quyền lựa chọn việc tiếp tục tái tục Hợp đồng bảo hiểm.

Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom có thể từ chối tái tục Hợp đồng bảo hiểm hoặc điều chỉnh các điều kiện, điều khoản, quyền lợi, phí bảo hiểm vào ngày đáo hạn Hợp đồng bảo hiểm.

Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm bằng văn bản trước ngày đáo hạn Hợp đồng bảo hiểm về chương trình bảo hiểm và phí bảo hiểm phải đóng cho thời hạn bảo hiểm tiếp theo. Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom

Điều 13: Kiểm tra y tế/ Giám định y tế

Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom có quyền thông qua các chuyên viên y tế giám định y khoa tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm vào bất kỳ lúc nào nếu cần thiết, bao gồm cả trước khi nhận bảo hiểm và trong suốt thời gian phát sinh yêu cầu Bồi thường.

Đối với trường hợp tử vong, Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom có quyền yêu cầu khám nghiệm tử thi (nếu thấy cần thiết), nếu việc này không vi phạm quy định của pháp luật hiện hành hoặc không ảnh hưởng đến tín ngưỡng, thuần phong mỹ tục.

Chi phí Kiểm tra y tế/ Giám định y tế sẽ được Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom chi trả.

Điều 14: Trách nhiệm và Nghĩa vụ của Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm

- kê khai trung thực, đầy đủ các khoản mục quy định tại tài liệu Yêu cầu bảo hiểm
- Hoàn thành nghĩa vụ phí bảo hiểm theo thời hạn thanh toán được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm / Giấy chứng nhận bảo hiểm và theo quy định của pháp luật.
- Thông báo những thay đổi có thể làm tăng rủi ro (thay đổi tính chất công việc của người được bảo hiểm) hoặc làm phát sinh thêm trách nhiệm của Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom trong quá trình thực hiện hợp đồng.
- Áp dụng các biện pháp đề phòng, hạn chế rủi ro có thể phát sinh hoặc thực hiện các hành động có thể thực hiện được để giảm thiểu hậu quả phát sinh.
- Trung thực trong việc khai báo và cung cấp các chứng từ chính xác về sự kiện được bảo hiểm.

Điều 15: Nghĩa vụ kê khai trung thực

Người được bảo hiểm (hoặc đại diện của Người được bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi) có trách nhiệm kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin liên quan đến Người được bảo hiểm và Hợp đồng bảo hiểm và chịu trách nhiệm về tất cả các thông tin đã cung cấp cho Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom.

Khi yêu cầu chi trả bảo hiểm, Người được bảo hiểm (hoặc đại diện của Người được bảo hiểm) có nghĩa vụ thu thập và cung cấp thông tin, chứng từ, tài liệu làm cơ sở giải quyết bồi thường một cách trung thực, chính xác, kịp thời và đầy đủ cho Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom, đồng thời tạo mọi điều kiện thuận lợi cho Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom kiểm tra, xác minh rủi ro khi có sự kiện bảo hiểm xảy ra (nếu được yêu cầu).

Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom có quyền đình chỉ Hợp đồng bảo hiểm và thu phí bảo hiểm đến thời điểm đình chỉ Hợp đồng bảo hiểm và/hoặc từ chối chi trả bảo hiểm tùy theo mức độ vi phạm khi Người được bảo hiểm cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết Hợp đồng bảo hiểm hoặc để được chi trả tiền bồi thường bảo hiểm.

Điều 16: Luật áp dụng: theo Luật pháp nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam



CHƯƠNG III PHẠM VI & QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 17: Phạm vi bảo hiểm:

Quy tắc Bảo hiểm này Bồi thường cho Người được bảo hiểm trong trường hợp bị Tai nạn, Ốm đau, bệnh tật, Thai sản phải Điều trị nội trú, và/hoặc phẫu thuật, và/hoặc dẫn đến thương tật/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn, Thương tật thân thể hoặc Tử vong.

Điều 18: Điều kiện bảo hiểm:

Điều kiện tiên quyết của Bảo hiểm này là Người được bảo hiểm bắt buộc phải tham gia đầy đủ các Quyền lợi bảo hiểm của Mục A. Phần I – Quyền lợi bảo hiểm chính và được lựa chọn tham gia (các) Quyền lợi bảo hiểm bổ sung quy định tại Mục B. Phần II – Quyền lợi bảo hiểm bổ sung của Chương III – Phạm vi & Quyền lợi bảo hiểm.

Trong mọi trường hợp Số tiền tham gia bảo hiểm của từng Quyền lợi bổ sung không lớn hơn Số tiền tham gia bảo hiểm của bất kỳ Quyền lợi bảo hiểm chính.

Giới hạn trách nhiệm theo các Quyền lợi Bảo hiểm chính, Quyền lợi bảo hiểm bổ sung hoặc Quyền lợi phụ được quy định cụ thể trong **Bảng Quyền lợi** đính kèm hoặc được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

A. PHẦN I – QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH

Điều 19: Quyền lợi Bảo hiểm chính - Bảo hiểm Tai nạn

1. Quyền lợi bảo hiểm số 1 – Bảo hiểm tử vong do tai nạn.

Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom chi trả 100% Số tiền bảo hiểm được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

2. Quyền lợi bảo hiểm số 2 – Bảo hiểm thương tật vĩnh viễn, mất tích do tai nạn.

Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom chi trả tiền bảo hiểm theo tỷ lệ % nêu tại Bảng quy định trả tiền bồi thường thiệt hại về sức khỏe, tính mạng (đính kèm) nhân với số tiền bảo hiểm quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Điều 20: Quyền lợi bảo hiểm chính - Bảo hiểm ốm đau bệnh tật

3. Quyền lợi bảo hiểm số 3 – Bảo hiểm tử vong do ốm đau, bệnh tật.

Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom chi trả 100% Số tiền bảo hiểm được quy định tại Hợp đồng bảo hiểm / Giấy chứng nhận bảo hiểm.

4. Quyền lợi bảo hiểm số 4 – Bảo hiểm thương tật / tàn tật vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật

Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom chi trả tiền bảo hiểm theo tỷ lệ % nêu tại Phụ lục 1- Bảng trả tiền tỷ lệ thương tật (đính kèm Quy tắc Bảo hiểm này) nhân với số tiền bảo hiểm quy định tại Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

B. PHẦN II - QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG:

Điều 21: Quyền lợi bảo hiểm bổ sung đối với Tai nạn cá nhân

5. Quyền lợi bảo hiểm số 5 – Trợ cấp hàng ngày trong thời gian điều trị thương tật tạm thời do tai nạn.

Trường hợp Người được bảo hiểm bị Thương tật thân thể thuộc phạm vi bảo hiểm, xảy ra trong thời hạn Hiệu lực bảo hiểm, độc lập với mọi nguyên nhân khác và chịu hậu quả là Thương tật tạm thời, Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom chi trả tiền bảo hiểm theo quyền lợi trợ cấp hàng ngày trong quá trình Điều trị thương tật như được quy định chi tiết trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Số tiền bồi thường chi trả cho thời gian nghỉ điều trị thương tật này không quá số tiền, thời hạn được quy định trong Bảng quyền lợi hoặc nêu trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Tính từ ngày thương tật xảy ra, số tiền chi trả bồi thường sẽ được căn cứ vào Giới hạn phụ cho điều khoản bổ sung này hoặc căn cứ vào mức lương tháng của Người được bảo hiểm như được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm. Số tiền lương mỗi ngày được tính trên cơ sở mức lương tháng trên hợp đồng lao động hoặc theo khai báo mới nhất của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm (đã được Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom xác nhận) tại thời điểm xảy ra tai nạn (không bao gồm tiền thưởng, tiền thêm giờ hay các khoản thu nhập không cố định khác) theo công thức sau:

Lương tháng (như thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm)

30 ngày

6. Quyền lợi bảo hiểm số 6 – Bảo hiểm Chi phí y tế do tai nạn:

Trường hợp Người được bảo hiểm bị thương tật thân thể do tai nạn, phát sinh các Chi phí y tế (bao gồm cả Điều trị nội trú, Điều trị ngoại trú tại Bệnh viện/ Cơ sở y tế) thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom sẽ trả toàn bộ Chi phí y tế cần thiết và hợp lý theo Giới hạn trách nhiệm chi tiết được ghi trong Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm.

Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom chỉ nhận bảo hiểm cho Quyền lợi bổ sung này khi Người được bảo hiểm tham gia bảo hiểm cho **Quyền lợi bảo hiểm số 1 – Bảo hiểm tử vong do tai nạn** và **Quyền lợi bảo hiểm số 2 – Bảo hiểm thương tật vĩnh viễn, mất tích do tai nạn**.

Điều 22: Quyền lợi bảo hiểm bổ sung - Bảo hiểm các chi phí y tế do ốm đau, bệnh tật, thai sản.

Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom chi trả cho các chi phí y tế phát sinh trong trường hợp Người được bảo hiểm bị Ốm đau, bệnh tật, Thai sản phải Điều trị nội trú, ngoại trú và không bao gồm những trường hợp bị loại trừ được quy định tại Điều 24: Loại trừ chung thuộc Chương IV – Loại trừ bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm này.

7. Quyền lợi bảo hiểm số 7 - Bảo hiểm các chi phí y tế điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật, thai sản.

Bảo hiểm cho trường hợp ốm đau, bệnh tật (không bao gồm thai sản/sinh nở) xảy ra trong thời hạn bảo hiểm khiến Người được bảo hiểm phải nằm viện điều trị nội trú và hoặc phẫu thuật nội trú tại bệnh viện. Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom chi trả các Chi phí y tế cần thiết và hợp lý theo Giới hạn trách nhiệm chi tiết quy định tại **Bảng quyền lợi** bảo hiểm dưới đây.

Trường hợp nằm viện:

Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom sẽ thanh toán các chi phí sau:

7.1. Chi phí nằm viện bao gồm:

- Chi phí phòng, giường bệnh.
- Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt.
- Các chi phí bệnh viện tổng hợp.

7.2. Điều trị trong ngày (bao gồm trong số ngày nằm viện tại Mục 25.1.1. nêu trên)

7.3. Phẫu thuật (bao gồm cấy ghép nội tạng, không áp dụng đối với chi phí mua các bộ phận nội tạng, chi phí hiến nội tạng)

7.4. Chi phí điều trị tại phòng cấp cứu và/hoặc phòng chăm sóc đặc biệt.

7.5. Phục hồi chức năng theo chỉ định của bác sĩ

7.6. Chi phí khám, thuốc và điều trị trước khi nhập viện (30 ngày trước khi nhập viện).

7.7. Chi phí khám, thuốc và điều trị sau khi xuất viện (30 ngày kể từ ngày xuất viện).

7.8. Chi phí Y tá chăm sóc tại nhà trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sĩ.

7.9. Chi phí vận chuyển cấp cứu (không áp dụng vận chuyển bằng đường hàng không)

và các chi phí:

7.10. điều trị, tiền phòng và giường, tiền ăn theo tiêu chuẩn điều trị nội trú của bệnh viện (nếu có)

- 7.11. chi phí xét nghiệm, hoặc các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như X-quang, MRI, CT, PET, siêu âm, nội soi (các xét nghiệm này phải do bác sỹ chỉ định là biện pháp cần thiết để đánh giá tình trạng bệnh và phải là một phần của chi phí điều trị nằm viện)
- 7.12. thuốc điều trị, truyền máu, ôxy, huyết thanh, quần áo bệnh viện và các chi phí y tế liên quan khác nhưng tối đa không quá giới hạn phụ cho mỗi ngày điều trị quy định trong **Bảng quyền lợi** hoặc Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

8. Quyền lợi bảo hiểm số 8 – Bảo hiểm các chi phí y tế điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, thai sản.

Quyền lợi bảo hiểm

Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm tham gia Điều khoản bổ sung này các **chi phí y tế phát sinh điều trị ngoại trú** do ốm đau, bệnh tật, thai sản bao gồm cả biến chứng thai sản trong thời hạn bảo hiểm bao gồm:

- Chi phí khám, các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, thủ thuật thăm dò, vật tư y tế tiêu hao thông thường theo chỉ định của bác sĩ.
- Chi phí thuốc theo kê đơn của bác sĩ.
- Chi phí điều trị ngoại trú khác theo chỉ định của bác sĩ.
- Vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, liệu pháp ánh sáng do bác sỹ chỉ định.

9. Quyền lợi bảo hiểm số 09 - Bảo hiểm nha khoa/điều trị răng

Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm chi phí y tế điều trị răng bệnh lý phát sinh tại các cơ sở y tế, bao gồm các chi phí sau đây:

- Các bệnh nha chu
- Viêm nướu
- Hàn răng do bệnh lý (amalgam, composite, fujii hoặc các chất liệu tương đương về mức chi phí)
- Điều trị tủy răng
- Nhổ răng bệnh lý và răng khôn, răng mọc lệch (bao gồm phẫu thuật hay thủ thuật)
- Nhổ chân răng
- Lấy cao răng và đánh bóng (02 lần / năm)

10. Quyền lợi bảo hiểm số 10 - Bảo hiểm Thai sản

Điều kiện tham gia bảo hiểm

- Độ tuổi được bảo hiểm: Từ 18 tuổi đến hết 45 tuổi.
- Người được bảo hiểm phải tham gia đầy đủ các Quyền lợi của **Phần I - Quyền lợi Bảo hiểm chính** và phải tham gia **Quyền lợi bảo hiểm số 7**.
- Đối với biến chứng thai sản: Ngoài việc được hưởng theo quyền lợi bảo hiểm bổ sung này, Người được bảo hiểm sẽ được hưởng thêm quyền lợi tối đa thuộc phạm vi bảo hiểm theo **Phần I – Quyền lợi bảo hiểm chính** và **Điều khoản bảo hiểm số 8 - Bảo hiểm các chi phí y tế điều trị ngoại trú** với điều kiện cung cấp đầy đủ hồ sơ chứng từ về y tế và hóa đơn theo qui định.

Hiệu lực bảo hiểm:

- Đối với sinh nở: Quyền lợi bảo hiểm này được chi trả với điều kiện sau 270 ngày kể từ ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực.
- Đối với biến chứng thai sản: Sau 60 ngày kể từ ngày hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực.

Quyền lợi bảo hiểm

Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh (bao gồm chi phí trước khi nhập viện, chi phí trong quá trình sinh và chi phí chăm sóc mẹ trước và/hoặc sau khi sinh tại bệnh viện) bao gồm các quyền lợi sau:

a) Biến chứng thai sản và sinh khó:

Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh do các biến chứng trong quá trình mang thai, hoặc trong quá trình sinh nở cần đến các thủ thuật sản khoa, chi phí chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện. Thủ thuật sinh mổ chỉ được bảo hiểm nếu do bác sĩ chỉ định là cần thiết cho ca sinh đó, không bao gồm việc sinh mổ theo yêu cầu (hoặc phải mổ lại do việc yêu cầu mổ trước đó). Biến chứng thai sản và sinh khó bao gồm và không giới hạn trong các trường hợp sau:

- Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung.
- Mang thai trứng nước
- Thai ngoài tử cung
- Băng huyết sau khi sinh
- Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh
- Phá thai do điều trị bao gồm các trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền/dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải phá thai để bảo vệ tính mạng của người mẹ
- Dọa sinh non
- Sinh khó
- Biến chứng của các nguyên nhân trên.

b) Sinh thường/Sinh thường có dụng cụ hỗ trợ.

Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom sẽ chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc Sinh thường bao gồm và không giới hạn trong các chi phí: đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, bác sĩ chuyên khoa, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện, chi phí may thảm mỹ đường rạch.

c) Sinh mổ (theo chỉ định của bác sĩ).

d) Sinh mổ không theo chỉ định của bác sĩ.

Trợ cấp sinh nếu kết hợp sử dụng thẻ Bảo hiểm Y tế (Bảo hiểm Y tế chi trả từ 40% trở lên)

11. Quyền lợi bảo hiểm số 11 – Trợ cấp hàng ngày trong thời gian điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.

Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom chi trả tiền bảo hiểm cho Người được bảo hiểm theo quyền lợi **trợ cấp hàng ngày** trong quá trình Điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật như được quy định Giới hạn trách nhiệm chi tiết trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.

12. Quyền lợi bảo hiểm số 12 - Bảo hiểm Trợ cấp mai táng (trong trường hợp bị chết tại bệnh viện sau khi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật).

CHƯƠNG IV LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

Điều 23: Các Điểm Loại trừ chung áp dụng cho Quyền lợi Bảo hiểm chính – Bảo hiểm tai nạn (bao gồm Quyền lợi Bảo hiểm số 1 và Quyền lợi bảo hiểm số 2), cụ thể:

- a) 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.
- b) Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách), tham gia các cuộc diễn tập huấn luyện quân sự, tham gia chiến đấu của lực lượng vũ trang.
- c) Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp, bất kỳ hoạt động đua nào.
- d) 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 điều khiển phương tiện giao thông và có nồng độ cồn trong máu vượt quá mức 50 miligram / 100 mililit máu hoặc 0,25 miligram / 01 lít khí thở (tương đương 10,9 mmol/L); vi phạm nội quy của cơ quan theo Luật lao động.
- e) Hậu quả của tai nạn xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm.

Điều 24: Loại trừ chung (áp dụng cho tất cả các quyền lợi)

Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom không chịu trách nhiệm chi trả tiền bảo hiểm đối với các rủi ro xảy ra do các nguyên nhân sau:

- a) Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp, trừ trường hợp trường hợp tai nạn xảy ra do Người được bảo hiểm có hành động cứu người, cứu tài sản của Nhà nước, của nhân dân và/hoặc tham gia chống các hành động phạm pháp.
- b) Người được bảo hiểm điều khiển phương tiện giao thông khi có nồng độ cồn trong máu vượt quá mức 50 miligram / 100 mililit máu hoặc 0,25 miligram / 01 lít khí thở (tương đương 10,9 mmol/L) và Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng bởi rượu, bia hoặc các chất kích thích, các chất gây nghiện khác là nguyên nhân dẫn đến tai nạn hoặc ốm bệnh.
- c) Điều trị y tế hoặc sử dụng thuốc không có đơn thuốc và sự chỉ dẫn của bác sỹ; các loại thuốc đông y không rõ nguồn gốc, các phòng khám, chẩn trị đông y tư nhân.
- d) Những rủi ro mang tính chất thảm họa như động đất, núi lửa, sóng thần, nhiễm phóng xạ, dịch bệnh theo công bố của cơ quan có thẩm quyền (bao gồm SARS, H5N1, Ebola).
- e) Chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động, dân biến, phiến loạn, các hoạt động dân sự hoặc hành động của bất kỳ người cầm đầu của tổ chức nào nhằm lật đổ, đe dọa chính quyền, kiểm soát bằng vũ lực.
- f) Bệnh lao các loại, bệnh sốt rét, bệnh nghề nghiệp, bệnh phong.
- g) Bệnh ung thư.
- h) Những người đang điều trị thương tật hoặc bệnh tật, người bị thương tật/tàn tật vĩnh viễn trên 50% tại thời điểm tham gia hoặc thời điểm hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực.
- i) Các bệnh suy tủy, bạch cầu, điều trị lọc máu, chạy thận nhân tạo và hậu quả hay biến chứng của các bệnh này.

- j) Liệu pháp thay thế hooc-môn trong thời kỳ sinh trưởng hoặc tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ.
- k) Điều trị các bệnh lây lan qua đường tình dục như bệnh giang mai, bệnh lậu, rối loạn chức năng sinh dục hay điều trị sinh lý, ốm đau liên quan đến các bệnh thuộc hội chứng suy giảm miễn dịch (HIV) bao gồm các hội chứng liên quan đến AIDS và/hoặc bất cứ biến chứng hoặc biến đổi nào, hoặc bệnh lây truyền qua đường tình dục hay bất cứ hội chứng liên quan đến AIDS hoặc các bệnh liên quan đến AIDS khác.
- l) Điều trị và/hoặc phẫu thuật cho các bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền/dị tật/khuyết tật bẩm sinh, 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; bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm như 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.
- m) Kiểm tra sức khỏe định kỳ (nội trú hay ngoại trú); kiểm tra sức khỏe tổng quát, tầm soát ung thư kết quả bình thường, giám định y khoa hoặc tư vấn y tế không liên quan đến điều trị ốm đau hoặc thương tật, bao gồm cả kiểm tra phụ khoa/nam khoa; Xét nghiệm định kỳ, khám định kỳ cho trẻ mới sinh, tất cả các hình thức tiêm chủng, vắc- xin và thuốc phòng ngừa (trừ trường hợp tiêm vắc-xin sau khi bị tai nạn hay súc vật, côn trùng cắn).
- n) Kiểm tra thị lực, đục thủy tinh thể, thính giác thông thường, lão hóa, thoái hóa điều trị suy biến tự nhiên/không phải vì lý do bệnh lý của cho việc suy giảm thính thị lực, bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục khác được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm như các tật khúc xạ như cận thị, viễn thị và loạn thị và bất kỳ phẫu thuật để phục hồi hiệu chỉnh nào đối với các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác.
Bệnh khô mắt, mỏi mắt điều tiết được bảo hiểm với giới hạn 5% STBH điều khoản ngoại trú/lần khám và không vượt quá STBH điều khoản điều trị ngoại trú.
- o) Sinh đẻ (bao gồm cả các trường hợp biến chứng hậu quả phải sinh đẻ, sinh non), trừ trường hợp có tham gia điều khoản bổ sung Bảo hiểm Thai sản.
- p) Các chi phí điều trị liên quan đến răng bao gồm cả điều trị nội trú và ngoại trú trừ trường hợp có tham gia điều khoản bổ sung Bảo hiểm Nha khoa.
- q) Điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không phải điều trị theo cách thông thường; Khám và xét nghiệm không có kết luận chẩn đoán bệnh hoặc kết luận không có bệnh cần điều trị của bác sĩ.
Riêng Điều khoản loại trừ điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu này sẽ không áp dụng đối với các chi phí phát sinh tại phòng khám dịch vụ, điều trị tự nguyện/theo yêu cầu thuộc bệnh viện công.
- r) Các hình thức thẩm mỹ, phẫu thuật thẩm mỹ, chỉnh hình.
- s) Các điều trị tăng sắc tố (nám da), điều trị mụn trứng cá, điều trị chứng rụng tóc bị loại trừ riêng đối với điều kiện ngoại trú. Trường hợp Người được bảo hiểm bị những bệnh này phải điều trị nội trú thì vẫn được giải quyết theo quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.
- t) Chi phí cung cấp, bảo dưỡng, sửa chữa hay thay thế/bộ phận thiết bị hỗ trợ điều trị hay bộ phận giả (là bất kỳ một thành phần nhân tạo nào được lắp đặt, cấy ghép vào cơ thể, để thay thế cho các bộ phận của cơ thể).

- u) Các chi phí liên quan đến phẫu thuật, điều trị bệnh/thương tật bằng phương pháp cấy tế bào gốc bao gồm những danh mục liệt kê dưới đây và/hoặc các danh mục khác được liệt kê trong Sửa đổi bổ sung như là một bộ phận đính kèm của Quy tắc/Hợp đồng bảo hiểm như chi phí chiết xuất, xử lý, cấy tế bào gốc, điều trị duy trì sau khi cấy tế bào và hậu quả của phương pháp điều trị này. Riêng trường hợp này chỉ bảo hiểm chi phí nằm viện nội trú tại các bệnh viện công.
- v) Các chất bổ sung hoặc thay thế phục vụ cho việc ăn kiêng có sẵn trong tự nhiên và có thể được mua mà không cần chỉ định, bao gồm những danh mục liệt kê tại đây và/hoặc các danh mục khác tương tự như vậy như các loại vitamin, thuốc bổ, khoáng chất và các chất hữu cơ thực phẩm chức năng), thuốc tăng cường miễn dịch cơ thể, các loại chế phẩm y tế.
- w) Thực hiện các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, hậu quả của phá thai do nguyên nhân tâm lý hay xã hội, điều trị vô sinh nam/nữ, thụ tinh nhân tạo, điều trị bất lực/liệt dương, hoặc thay đổi giới tính và bất kỳ hậu quả hay biến chứng nào từ những điều trị trên.
- x) Điều trị kiểm soát trọng lượng cơ thể (tăng hoặc giảm cân); suy dinh dưỡng, còi xương, béo phì.
- y) Điều trị bệnh rối loạn tâm thần và hành vi, bệnh tâm thần/loạn thần kinh hoặc bệnh chậm phát triển, bệnh rối loạn thiếu tập trung, bệnh tự kỉ. Điều trị rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, ngủ ngáy không rõ nguyên nhân, suy nhược và hội chứng căng thẳng (stress) hoặc các bệnh có liên quan từ hội chứng đó.
- z) Điều trị tại phòng khám/bệnh viện/cơ sở khám chữa bệnh không hợp pháp theo quy định của Luật pháp Việt Nam hoặc luật pháp nước sở tại (trong trường hợp mở rộng ra ngoài Việt Nam) và bao gồm cả việc chỉ định của bác sĩ phòng khám/bệnh viện/cơ sở khám chữa bệnh này đối với mua thuốc hay xét nghiệm, điều trị tại phòng khám, bệnh viện, nhà thuốc hợp pháp.
- aa) Khám và điều trị không theo quy trình của bệnh viện, phòng khám và cơ sở y tế.
- bb) Những Bệnh có sẵn như định nghĩa quy định tại Chương I – Định nghĩa của Bảo hiểm này chỉ được bảo hiểm từ năm thứ hai tham gia liên tục.
- cc) Bệnh đặc biệt như định nghĩa quy định tại Chương I - Định nghĩa chỉ được bảo hiểm từ năm thứ hai tham gia bảo hiểm liên tục.
- dd) Các chi phí và điều trị cho đối tượng không đủ điều kiện tham gia bảo hiểm.
- bb) Việc điều trị thử nghiệm, điều trị không được khoa học công nhận và các dịch vụ điều trị miễn phí tại bất kỳ bệnh viện nào.

CHƯƠNG V THỦ TỤC BỒI THƯỜNG

Điều 25: Thời hạn yêu cầu Bồi thường

- a) Khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm Người được bảo hiểm hoặc Người đại diện của Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp hoặc Người thụ hưởng phải nộp hồ sơ yêu cầu Bồi thường tới Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom trong vòng 60 ngày kể từ ngày điều trị cuối cùng hoặc kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm là tử vong, hoặc 180 ngày đối với Thai sản, (nhưng không quá 01 năm kể từ ngày xảy ra Sự kiện được bảo hiểm)
- b) Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan khác không tính vào thời hạn yêu cầu trả tiền bảo hiểm.

Điều 26: Hồ sơ yêu cầu Bồi thường

Khi yêu cầu Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom trả tiền bảo hiểm, Người được bảo hiểm và/hoặc Người thừa kế hợp pháp phải thông báo/gửi các chứng từ sau đây cho Bảo hiểm Phi nhân thọ các chứng từ sau đây:

- Đơn yêu cầu Bồi thường/ giấy yêu cầu Bồi thường (bản gốc)
- Trường hợp tai nạn: cung cấp toàn bộ chứng từ liên quan đến vụ việc Tai nạn (bản gốc hoặc bản sao pháp lý), bao gồm:
 - + Tai nạn sinh hoạt: Biên bản tai nạn tóm tắt quá trình tai nạn có xác nhận thông tin của người chứng kiến, cơ quan/chính quyền địa phương/công an nơi xảy ra tai nạn. Đối với tai nạn đơn giản (ví dụ: côn trùng cắn, bụi bay vào mắt...) cần ghi rõ trên Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm và không cần lập biên bản tai nạn.
 - + Tai nạn lao động: Biên bản tai nạn theo mẫu của Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom/Biên bản tai nạn lao động có xác nhận của cơ quan nơi Người được bảo hiểm công tác
 - + Tai nạn giao thông:
 - ✓ Biên bản tai nạn/ kết luận điều tra có xác nhận của chính quyền địa phương hoặc Công an có thẩm quyền điều tra nơi Người được bảo hiểm bị tai nạn.
 - ✓ Giấy tờ xe gồm: giấy phép lái xe, giấy đăng ký xe trong trường hợp bị tai nạn khi đang điều khiển phương tiện giao thông (bản chính hoặc bản sao có xác nhận của Công chứng hoặc xác nhận đã đối chiếu bản gốc của Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom)
- Các chứng từ y tế nếu Người được bảo hiểm phải điều trị: toàn bộ các giấy tờ y tế liên quan đến đợt điều trị của Người được bảo hiểm (bản gốc bản sao pháp lý)
Điều trị nội trú: Giấy ra viện, phiếu mổ (trường hợp phẫu thuật), đơn thuốc theo quy chế kê toa, hồ sơ tái khám (nếu có), hồ sơ trước vào viện (nếu có), ngoài ra Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom có thể yêu cầu thêm tóm tắt bệnh án, kết quả xét nghiệm chụp chiếu nếu cần thêm thông tin để xác minh mức độ cần thiết về mặt y khoa của đợt điều trị...
Điều trị ngoại trú: Sổ khám bệnh/ phiếu khám bệnh, đơn thuốc, hồ sơ tái khám (nếu có)....
- Các chứng từ thanh toán (bản gốc, theo quy định của Bộ Tài chính và Tổng cục Thuế): hoá đơn (trừ trường hợp là hóa đơn điện tử), biên lai thu tiền, phiếu thu, bảng kê chi tiết, chứng từ hợp lệ khác. Hoá đơn, chứng từ thanh toán sẽ thuộc sở hữu của Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom.
- Trường hợp tử vong: Giấy chứng tử (bản chính hoặc bản sao có xác nhận của Công chứng) và văn bản phân chia di sản thừa kế/ giấy ủy quyền nhận tiền của người thụ hưởng (nếu chưa chỉ định Người thụ hưởng cho quyền lợi tử vong)
- Trường hợp Thương tật toàn bộ vĩnh viễn, Tàn tật toàn bộ vĩnh viễn: Kết quả giám định thương tật được cấp bởi Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương hoặc tổ chức giám định y tế hợp pháp, thực hiện không sớm hơn 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm

Điều 27: Người thụ hưởng nhận tiền Bồi thường

- Người thụ hưởng được chỉ định để nhận tiền bảo hiểm theo thỏa thuận trong Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- Trường hợp tử vong và không có chỉ định Người thụ hưởng, tiền Bồi thường được trả cho người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm hoặc người được uỷ quyền hợp pháp.
- Trường hợp quyền lợi khác và không có chỉ định Người thụ hưởng, tiền Bồi thường được trả cho Người được bảo hiểm hoặc người được uỷ quyền hợp pháp.
- Trường hợp có nhiều người thụ hưởng, nếu một hoặc một số người thụ hưởng cố ý gây ra cái chết hay thương tật vĩnh viễn cho Người được bảo hiểm, Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom vẫn phải bồi thường, trả tiền bảo hiểm cho những người thụ hưởng khác theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

Điều 28: Thời hạn giải quyết, khiếu nại và khởi kiện

- Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom có trách nhiệm xem xét, giải quyết và thanh toán tiền bảo hiểm trong vòng 15 ngày làm việc kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ.
- Thời hạn khiếu nại Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom về việc giải quyết trả tiền bảo hiểm là 12 tháng kể từ ngày nhận được thông báo kết quả giải quyết của Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom. Quá thời hạn trên mọi khiếu nại đều không có giá trị.

CHƯƠNG VI

GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP

Khi phát sinh tranh chấp có liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm, nếu các bên không giải quyết được bằng thương lượng thì một trong hai bên có quyền đưa ra giải quyết tại Toà án có thẩm quyền tại Việt Nam theo quy định của Pháp luật./.

TỔNG GIÁM ĐỐC

PHỤ LỤC 1 - BẢNG TỶ LỆ TRẢ TIỀN BẢO HIỂM THƯƠNG TẬT

(Đính kèm và một phần không tách rời của Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe TCGIns (TCGIns Care) ban hành kèm theo Quyết định số/QĐ-TCBI ngày tháng năm 2025 của Tổng giám đốc Công ty cổ phần Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom)

TỬ VONG 100%

THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ

1. Mù hoặc mất hoàn toàn hai mắt 100%
2. Rối loạn tâm thần hoàn toàn không thể chữa được 100%
3. Mất toàn bộ chức năng nhai và nói 100%
4. Mất hoặc liệt hoàn toàn 2 tay (từ vai hoặc khuỷu xuống) hoặc 2 chân (từ háng hoặc đầu gối xuống) 100%
5. Mất cả 2 bàn tay hoặc 2 bàn chân, hoặc mất 1 cánh tay và 1 bàn chân, hoặc mất 1 cánh tay và 1 cẳng chân, hoặc 1 bàn tay và 1 cẳng chân, hoặc 1 bàn tay và 1 bàn chân 100%
6. Cắt toàn bộ 1 bên phổi và 1 phần phổi bên kia 100%

THƯƠNG TẬT BỘ PHẬN

CHI TRÊN

7. Mất 1 cánh tay từ vai xuống (tháo khớp vai) 80%
8. Cắt cụt cánh tay từ dưới vai xuống 75%
9. Cắt cụt 1 cánh tay từ khuỷu xuống (tháo khớp khuỷu) 70%
10. Mất toàn bộ các đốt xương của 1 bàn tay hoặc đồng thời, toàn bộ cả 5 ngón tay 65%
11. Mất đồng thời, toàn bộ cả 4 ngón tay (trừ ngón cái) 45%
12. Mất đồng thời, toàn bộ cả ngón cái và ngón trỏ 40%
13. Mất đồng thời, toàn bộ 3 ngón 3 - 4 - 5 32%
14. Mất đồng thời, toàn bộ ngón cái và 2 ngón khác 37%
15. Mất đồng thời, toàn bộ ngón cái và 1 ngón khác 32%
16. Mất đồng thời, toàn bộ ngón trỏ và 2 ngón khác 37%
17. Mất đồng thời, toàn bộ ngón trỏ và 1 ngón giữa 32%
18. Mất đồng thời, toàn bộ ngón cái và đốt bàn 27%
 - Mất toàn bộ ngón cái 22%
 - Mất cả đốt xa 12%
 - Mất ½ đốt xa 8%
19. Mất ngón trỏ và đốt bàn 22%
 - Mất ngón trỏ 20%
 - Mất 2 đốt 2 và 3 10%
 - Mất đốt 3 9%
20. Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn (cả đốt bàn) 20%
 - Mất trọn ngón giữa hoặc ngón nhẫn 17%
 - Mất 2 đốt 2 và 3 10%

- Mất đốt 3.....	5%
21. Mất cả ngón út và đốt bàn.....	17%
- Mất cả ngón út.....	12%
- Mất 2 đốt 2 và 3.....	9%
- Mất đốt 3.....	5%

CHI DƯỚI

22. Mất 1 chân từ háng xuống (tháo khớp háng 1 đùi).....	80%
23. Cắt cụt 1 đùi	
- 1/3 trên.....	75%
- 1/3 giữa hoặc dưới.....	65%
24. Cắt cụt 1 chân từ gối xuống (tháo khớp gối).....	65%
25. Tháo khớp cổ chân hoặc mất 1 bàn chân.....	60%
26. Mất xương sên.....	37%
27. Mất xương gót.....	40%
28. Mất đoạn xương chày, mác gây khớp giả cẳng chân.....	40%
29. Mất đoạn xương mác.....	25%
30. Mất mắt cá chân	
- Mất cá ngoài.....	12%
- Mất cá trong.....	17%
31. Mất cả 5 ngón chân.....	50%
32. Mất 4 ngón cả ngón cái.....	42%
33. Mất 4 ngón trừ ngón cái.....	40%
34. Mất 3 ngón 3 - 4 - 5.....	27%
35. Mất 3 ngón 1 - 2 - 3.....	32%
36. Mất 1 ngón cái và ngón 2.....	22%
37. Mất 1 ngón cái.....	17%
38. Mất 1 ngón ngoài ngón cái.....	12%
39. Mất 1 đốt ngón cái.....	10%
40. Cứng khớp háng không phục hồi.....	25%
41. Cứng khớp gối không phục hồi.....	35%
42. Gãy chân làm ngắn chi	
- ít nhất 5 cm.....	42%
- từ 3 - 5 cm.....	37%
43. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo ngoài.....	40%
44. Liệt hoàn toàn dây thần kinh hông khoeo trong.....	30%

CỘT SỐNG

45. Cắt bỏ cung sau của 1 đốt sống.....	35%
46. Cắt bỏ cung sau của 2 - 3 đốt sống trở lên.....	50%

SỌ NÃO

47. Khuyết xương sọ, chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần, đường kính dưới 6 cm	30%
48. Khuyết xương sọ, chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần, đường kính từ 6 đến 10 cm.....	50%
49. Khuyết xương sọ, chưa có biểu hiện thần kinh, tâm thần, đường kính trên 10 cm	60%
50. Rối loạn ngôn ngữ do ảnh hưởng của vết thương đại não:	
- nói ngọng , nói lắp, nói khó khăn ảnh hưởng đến giao tiếp.....	35%
- không nói được (câm) do tổn hại vùng Broca	65%
- mất khả năng giao dịch bằng chữ viết, mất nhận biết về ngôn ngữ do tổn hại vùng Werricke	60%

LÔNG NGỰC

51. Cắt bỏ hoàn toàn 1 - 2 xương sườn.....	17%
52. Cắt bỏ hoàn toàn 3 xương sườn (mỗi xương sườn cắt bỏ trên 03 xương sườn tăng thêm 5%).....	25%
53. Cắt bỏ đoạn mỗi xương sườn (mỗi đoạn xương sườn cắt bỏ thêm tăng 3%)	8%
54. Cắt toàn bộ 1 bên phổi	75%
55. Cắt nhiều thùy phổi ở 2 bên, dung tích sống giảm trên 50%.....	70%
56. Cắt nhiều thùy phổi ở 1 bên.....	55%
57. Cắt 1 thùy phổi.....	40%

BỤNG

58. Cắt toàn bộ dạ dày.....	80%
59. Cắt đoạn dạ dày.....	55%
60. Cắt gần hết ruột non (còn lại dưới 1 m).....	80%
61. Cắt đoạn ruột non.....	45%
62. Cắt toàn bộ đại tràng	80%
63. Cắt đoạn đại tràng	55%
64. Cắt bỏ gan phải	75%
65. Cắt bỏ gan trái.....	65%
66. Cắt ½ của một thùy gan	60%
67. Cắt 1/3 của một thùy gan	40%
68. Cắt dưới 1/3 của một thùy gan.....	30%
69. Cắt bỏ túi mật.....	50%
70. Cắt bỏ lá lách	45%
71. Cắt bỏ đuôi tụy và lá lách	65%

CƠ QUAN TIẾT NIỆU, SINH DỤC

72. Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bình thường.....	55%
73. Cắt bỏ 1 thận, thận còn lại bị tổn thương hoặc bệnh lý	75%
74. Cắt 1 phần thận trái hoặc phải.....	35%
75. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người dưới 55 tuổi chưa con.....	75%
76. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người dưới 55 tuổi đã có con rồi	60%

77. Mất dương vật và 2 tinh hoàn ở người trên 55 tuổi	40%
78. Cắt bỏ tử cung và buồng trứng 1 bên ở người dưới 45 tuổi chưa con	65%
79. Cắt bỏ tử cung và buồng trứng 1 bên ở người dưới 45 tuổi đã có con	35%
80. Cắt bỏ tử cung và buồng trứng 1 bên ở người trên 45 tuổi.....	27%
81. Cắt vú ở nữ dưới 45 tuổi 1 bên	25%
82. Cắt vú ở nữ dưới 45 tuổi 2 bên	50%
83. Cắt vú ở nữ trên 45 tuổi 1 bên	17%
84. Cắt vú ở nữ trên 45 tuổi 2 bên	35%
85. Cắt 1 phần bàng quang.....	30%

MẮT

86. Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt, không lắp được mắt giả.....	60%
87. Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt, lắp được mắt giả.....	55%
88. Một mắt thị lực còn đến 1/10.....	37%
89. Một mắt thị lực còn từ 2/10 đến 4/10.....	15%
90. Một mắt thị lực còn từ 5/10 đến 7/10.....	10%
91. Mất hoặc mù hoàn toàn 1 mắt nhưng trước khi xảy ra tai nạn này đã mất hoặc mù 1 mắt.....	90%

TAI – MŨI – HỌNG

92. Điếc sâu 2 tai hoàn toàn không phục hồi được (nghe được âm thanh trên 91 dB hoặc không nghe được gì).....	80%
93. Điếc 2 tai nặng (nghe được âm thanh từ 71-90 dB)	65%
94. Điếc 2 tai trung bình nặng (nghe được âm thanh từ 56-70 dB).....	40%
95. Điếc 2 tai trung bình (nghe được âm thanh từ 41-55 dB).....	20%
96. Điếc sâu 1 tai hoàn toàn không phục hồi được (nghe được âm thanh trên 91 dB hoặc không nghe được gì).....	35%
97. Điếc 1 tai mức độ nặng (nghe được âm thanh từ 71-90 dB)	15%
98. Điếc 1 tai mức độ trung bình nặng (nghe được âm thanh từ 56-70 dB)	8%
99. Mất toàn bộ vành tai 2 bên (loại trừ trường hợp lấy vành tai tạo hình cho tổn thương vị trí khác).....	30%
100. Mất toàn bộ vành tai 1 bên (loại trừ trường hợp lấy vành tai tạo hình cho tổn thương vị trí khác).....	15%
101. Mất mũi hoàn toàn	40%

MẮT

102. Mất toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cảnh cao trở xuống khác bên.....	85%
103. Mất toàn bộ xương hàm trên và một phần xương hàm dưới từ cảnh cao trở xuống cùng bên	75%
104. Mất toàn bộ xương hàm trên hoặc dưới.....	75%
105. Mất 1 phần xương hàm trên hoặc 1 phần xương hàm dưới từ 1/3 đến 1/2 bị mất từ cảnh cao trở xuống	40%
106. Mất răng trên 8 cái không lắp được răng giả	35%

107. Mất từ 5 đến 7 răng không lắp được răng giả	20%
108. Mất 3/4 lưỡi còn gốc lưỡi (từ đường gai V trở ra).....	80%
109. Mất 2/3 lưỡi từ đầu lưỡi.....	55%
110. Mất 1/3 lưỡi ảnh hưởng đến phát âm.....	20%
111. Mất 1 phần nhỏ lưỡi (dưới 1/3) ảnh hưởng đến phát âm	10%

Việc trả tiền bảo hiểm theo bảng này sẽ căn cứ trên các chứng từ điều trị của khách hàng cung cấp và tuân theo những nguyên tắc sau đây:

- Mất hẳn chức năng của từng bộ phận hoặc liệt hoàn toàn chi được coi như mất từng bộ phận đó hoặc mất chi.
- Trường hợp có nhiều thương tật, tiền bảo hiểm được trả cho từng thương tật tương ứng nhưng tổng số tiền trả cho Người được bảo hiểm không vượt quá Số tiền bảo hiểm. Trường hợp có nhiều thương tật ở cùng cùng một chi, tổng số tiền trả cho các thương tật không được vượt quá tỷ lệ mất chi đó.

