



TÓM TẮT QUYỀN LỢI, ĐIỀU KIỆN ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM SỨC KHỎE NHÓM

Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe nhóm (QTBH) quy định các điều kiện, điều khoản bảo hiểm chăm sóc sức khỏe, là căn cứ pháp lý để giải quyết quyền lợi bảo hiểm của Công ty cổ phần bảo hiểm phi nhân thọ Techcom (TCGIns). Trường hợp có sự khác nhau giữa Hợp đồng bảo hiểm (HĐBH)/ Quy tắc/ Giấy chứng nhận bảo hiểm (GCNBH), thứ tự ưu tiên áp dụng lần lượt theo nguyên tắc: Các Phụ lục Sửa đổi bổ sung được ký kết tại thời điểm mới nhất – HĐBH / GCNBH, các Phụ lục đính kèm Hợp đồng - Quy tắc bảo hiểm.

1. Quy định về Người được bảo hiểm (NDBH)

- Cán bộ nhân viên của Doanh nghiệp/ Tổ chức/ Hộ kinh doanh tiểu thương có ký Hợp đồng lao động và/hoặc Người phụ thuộc hợp pháp của nhân viên được bảo hiểm, đang sinh sống tại Việt Nam.
- Độ tuổi từ 01 tuổi tới 65 tuổi tại thời điểm hiệu lực bảo hiểm.
- **Người phụ thuộc hợp pháp:** Là người thân của NDBH 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.
 - + Áp dụng đồng chi trả 80/20 đối với chi phí tại Cơ sở y tế tư nhân, quốc tế và khoa dịch vụ Bệnh viện công.
 - + Được bảo hiểm theo chương trình bằng hoặc thấp hơn chương trình của CBNV.
 - + Điều kiện tham gia của Người phụ thuộc:
 - Có tình trạng sức khỏe bình thường và 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.
- Có nhận bảo hiểm cho người đang trong thời gian điều trị nội trú, chỉ ngoại trừ các trường hợp đang điều trị nội trú các bệnh đặc biệt theo QTBH của TCGIns.
- Không nhận bảo hiểm cho các đối tượng sau:
 - + Người bị bệnh tâm thần, phong, ung thư tại thời điểm tham gia bảo hiểm lần đầu;
 - + Người bị tàn tật hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên;
 - + Người mất năng lực hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự.

2. Quyền lợi bảo hiểm

2.1. Quyền lợi bảo hiểm chính

2.1.1. Tử vong do tai nạn.

2.1.2. Thương tật vĩnh viễn, mất tích do tai nạn.

2.1.3. Trợ cấp hàng ngày trong thời gian điều trị nội trú do tai nạn.

- Mức chi trả căn cứ vào Giới hạn phụ cho điều khoản bổ sung này, hoặc mức lương tháng của NDBH khai báo (không bao gồm tiền thưởng, làm thêm giờ, thu nhập không cố định).
- Công thức tính trợ cấp: Lương tháng/30 ngày.

- Chi trả tối đa theo thời hạn và hạn mức ghi quy định.

2.1.4. Tử vong do ốm đau, bệnh tật, thai sản.

2.1.5. Thương tật/ tàn tật vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản.

2.1.6. Bảo hiểm các chi phí y tế do ốm đau, bệnh tật, tai nạn.

- **Chi phí y tế điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật, tai nạn:** Trường hợp NDBH phải nằm viện thuộc phạm vi bảo hiểm, TCGIns sẽ thanh toán các chi phí y tế cần thiết và hợp lý theo giới hạn trách nhiệm như sau:

- + Chi phí nằm viện, gồm: phòng, giường bệnh; phòng chăm sóc đặc biệt; chi phí bệnh viện tổng hợp (bao gồm cả điều trị trong ngày và điều trị cấp cứu ngoại trú có phát sinh chi phí giường được áp dụng như điều trị trong ngày);
- + Chi phí phẫu thuật: phẫu thuật nội trú, phẫu thuật trong ngày, phẫu thuật ngoại trú, phẫu thuật liên quan đến cấy ghép nội tạng (không áp dụng với chi phí mua nội tạng, hiến nội tạng);
- + Chi phí điều trị tại phòng cấp cứu và/hoặc phòng chăm sóc đặc biệt;
- + Phục hồi chức năng theo chỉ định của bác sỹ;
- + Chi phí khám, thuốc và điều trị trước khi nhập viện (30 ngày trước khi nhập viện);
- + Chi phí khám, thuốc và điều trị sau khi xuất viện (30 ngày kể từ ngày xuất viện);
- + Chi phí Y tá chăm sóc tại nhà theo chỉ định của bác sỹ trong vòng 30 ngày kể khi xuất viện theo với điều kiện NDBH nằm viện tối thiểu 7 ngày;
- + Chi phí vận chuyển cấp cứu (không áp dụng vận chuyển bằng đường hàng không);

và các chi phí:

- + Điều trị, tiền phòng và giường, tiền ăn theo tiêu chuẩn điều trị nội trú của bệnh viện (nếu có);
- + 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);
- + 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;
- + Chi trả cho NDBH quyền lợi trợ cấp hàng ngày trong quá trình Điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật quy định theo giới hạn trách nhiệm;
- + Chi trả trong trường hợp tử vong tại bệnh viện hoặc ngoài bệnh viện do ốm đau, bệnh tật.

2.2. Quyền lợi bảo hiểm lựa chọn

2.2.1. Điều trị thai sản: sẽ chi trả cho NDBH các chi phí y tế điều trị thai sản gồm:

- **Biến chứng thai sản và sinh khó:** 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. 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;
- + Biểu chứng của các nguyên nhân trên.
- Sinh thường/Sinh thường có dụng cụ hỗ trợ: chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc Sinh thường bao gồm và không giới hạn trong các chi phí: đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, bác sỹ chuyên khoa, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện, chi phí may thăm mỹ đường rạch.
- Sinh mổ (theo chỉ định của bác sỹ).
- Sinh mổ không theo chỉ định của bác sỹ.
- Trợ cấp sinh nếu kết hợp sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế với tỷ lệ chi trả của Thẻ bảo hiểm y tế từ 40% trở lên.

2.2.2. Chi phí y tế điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, tai nạn: sẽ chi trả cho NDBH các chi phí y tế phát sinh điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, tai nạn 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 sỹ;
- Chi phí thuốc theo kê đơn của bác sỹ;
- Chi phí điều trị ngoại trú khác theo chỉ định của bác sỹ;
- Vật lý trị liệu, trị liệu học bức xạ, liệu pháp ánh sáng và các phương pháp điều trị tương tự (bao gồm cả điều trị cấp cứu ngoại trú) do bác sỹ chỉ định.

2.2.3. Chăm sóc nha khoa: chi trả cho NDBH chi phí y tế điều trị răng bệnh lý phát sinh tại các cơ sở y tế, bao gồm:

- Các bệnh nha chu;
- Viêm lợi (nướu);
- Hàn răng do bệnh lý (amalgam, composite, fuji 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).

3. Thời gian chờ

- Quyền lợi bảo hiểm sẽ bắt đầu được chi trả sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm:

Quyền lợi	Áp dụng với nhóm dưới 50 cán bộ nhân viên	Áp dụng với nhóm từ 50 cán bộ nhân viên trở lên
Điều trị ốm bệnh thông thường, nha khoa	30 ngày	0 ngày
Điều trị bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn	365 ngày	0 ngày

Sinh đẻ	270 ngày	270 ngày, áp dụng theo tỷ lệ
Biến chứng thai sản	60 ngày	60 ngày, áp dụng theo tỷ lệ
Tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn	365 ngày	365 ngày

- Lưu ý: Thời gian chờ của Người phụ thuộc áp dụng theo khung thời gian chờ của nhóm dưới 50 cán bộ nhân viên.

4. Điều khoản mở rộng

- **Mở rộng điều kiện tham gia bảo hiểm:** TCGIns nhận bảo hiểm cho người đang trong thời gian điều trị nội trú, chỉ ngoại trừ các trường hợp đang điều trị nội trú các bệnh đặc biệt theo Quy tắc của TCGIns.
- **Mở rộng định nghĩa tai nạn:** Là sự kiện/chuỗi sự kiện bất ngờ, không lường trước, xảy ra ngoài sự kiểm soát của Người được bảo hiểm, gây ra do tác động của bất kỳ vật chất hoặc một lực hoặc một tác nhân từ bên ngoài tác động lên cơ thể Người được bảo hiểm phát sinh trong thời hạn bảo hiểm và là nguyên nhân duy nhất làm cho Người được bảo hiểm bị tử vong hoặc tổn thương cơ thể, bao gồm nhưng không giới hạn các trường hợp Chấn thương cơ học; Tai nạn ngạt khí (bao gồm đuối nước); Tai nạn bỏng.
- **Mở rộng định nghĩa chi phí phòng, giường bệnh:** Là chi phí cho giường nằm điều trị, trong một Phòng tiêu chuẩn và/hoặc phòng chăm sóc đặc biệt ICU (Intensive Care Unit), HDU (High Dependency Unit), CCU (Coronary Care Unit), phòng mang tính chất tương tự, điều trị cấp cứu 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. TCGIns không thanh toán các chi phí không phải là chi phí y tế như điện thoại, báo chí, tiếp khách, mỹ phẩm.
- **Mở rộng định nghĩa “Lần khám/Điều trị”**
 - + Là một lần người bệnh được bác sỹ 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 sỹ tại cùng một cơ sở y tế hợp pháp nhằm mục đích chẩn đoán bệnh/ thương tật và điều trị.
 - + Trường hợp nhiều bác sỹ chuyên khoa cùng hội chẩn trước một người bệnh theo quy chế bệnh viện được tính là 1 lần khám.
 - + Trường hợp người bệnh khám một chuyên khoa nhiều lần trong ngày được tính là 1 lần khám.
 - + Trường hợp người bệnh khám nhiều chuyên khoa khác nhau trong ngày được tính là các lần khám khác nhau.
- **Mở rộng điều khoản chi phí y tế do tai nạn:** Bảo hiểm cho tai nạn xảy ra trong thời hạn bảo hiểm bao gồm các hậu quả của tai nạn xảy ra trong vòng 52 tuần kể từ ngày xảy ra tai nạn với điều kiện NDBH cung cấp thông báo bồi thường của Công ty bảo hiểm liền trước.
- **Mở rộng điều khoản Trợ cấp mai táng:** Chi trả trợ cấp mai táng trong trường hợp tử vong tại bệnh viện hoặc ngoài bệnh viện do ốm đau, bệnh tật.
- **Điều chỉnh định nghĩa bệnh lây nhiễm qua đường tình dục** chỉ bao gồm: Lậu, giang mai, sùi mào gà, bệnh hạ cam, u hạt bẹn, nhiễm chlamydia sinh dục, rận mu.

- Mở rộng bảo hiểm cho dao cắt sụn, lưỡi bào, dao cắt gan siêu âm, dao longo hoặc các loại dao dùng trong phẫu thuật trĩ có chi phí tương tự, rọ tán sỏi, stent, van tim. Hạn mức chi trả được quy định cụ thể trên Hợp đồng bảo hiểm.
- Mở rộng bảo hiểm cho chi phí điều trị bác sỹ đông y có giấy phép hành nghề/chi phí nắn xương khớp cần thiết và hợp lý phát sinh.
- Mở rộng bảo hiểm cho bệnh lao, bệnh sốt rét, bệnh phong, bệnh ung thư, các bệnh suy tủy, bạch cầu, điều trị lọc máu, chạy thận nhân tạo và hậu quả hay biến chứng của các bệnh này.
- Mở rộng bảo hiểm bệnh nghề nghiệp: Áp dụng đối với các bệnh thuộc danh mục bệnh nghề nghiệp do Bộ Y tế quy định.
- Mở rộng thanh toán thuốc bổ, vitamin và vitamin tổng hợp cần thiết được bác sỹ chỉ định để điều trị các bệnh/triệu chứng được xác định do thiếu hụt vitamin hoặc hỗ trợ điều trị bệnh với điều kiện chi phí cho vitamin không lớn hơn chi phí thuốc điều trị.
- Khám và điều trị tại bệnh viện công:
 - + Nằm viện, phẫu thuật: Không yêu cầu cung cấp bảng kê viện phí đối với các điều trị có tổng chi phí dưới 2,000,000 VNĐ.
 - + Điều trị ngoại trú: Không yêu cầu cung cấp bảng kê viện phí đối với các điều trị có tổng chi phí dưới 300,000 VNĐ.
 - + Không yêu cầu bảng kê chi tiết viện phí đối với gói sinh/gói theo dõi đỡ đẻ tại bệnh viện/ tại cơ sở y tế nhà nước không cung cấp bảng kê chi tiết theo chủ trương chung của bệnh viện (không bao gồm khoa quốc tế, khoa tự nguyện) như bệnh viện phụ sản Hà Nội và Phụ sản TW: Thanh toán theo giới hạn ngày nằm viện với gói sinh thường, theo giới hạn phẫu thuật với gói sinh mổ.
 - + Đồng ý bỏ yêu cầu đóng dấu trên đơn thuốc nếu đơn thuốc có mã vạch, mã bệnh nhân, mã khám bệnh trùng với các chứng từ điều trị khác và các chứng từ y tế khác này có đầy đủ dấu mộc của bệnh viện (đơn thuốc phải in từ máy tính).
- Cách tính số ngày nằm viện:
 - + Trường hợp có bảng kê viện phí: Thanh toán theo số ngày nằm viện được ghi trên bảng kê.
 - + Trường hợp không có bảng kê viện phí và Giấy ra viện có ghi rõ giờ ra vào viện: Số ngày nằm viện = Ngày ra viện - Ngày vào viện. Đối với thời gian không tròn ngày, nếu dưới 12 giờ được thanh toán 50% giới hạn 01 ngày nằm viện, nếu bằng hoặc trên 12 giờ được thanh toán 100% giới hạn 01 ngày nằm viện.
 - + Trường hợp không có bảng kê viện phí và Giấy ra vào viện không ghi giờ vào, giờ ra, viện phí được thanh toán trên cơ sở số ngày nằm viện như sau:
 - Bệnh viện công (không bao gồm khoa tự nguyện, khoa quốc tế, khoa dịch vụ theo yêu cầu): Số ngày nằm viện = Ngày ra viện - Ngày vào viện + 1.
 - Bệnh viện khác: Số ngày nằm viện = Ngày ra viện - Ngày vào viện.
- Không yêu cầu Giấy chứng nhận phẫu thuật, bảng kê chi tiết viện phí nếu đó là chính sách chung của bệnh viện.
- Không yêu cầu dấu công ty/ tổ chức và chữ ký quản lý trên Giấy yêu cầu bồi thường bảo hiểm
- Điều khoản miễn yêu cầu cung cấp hóa đơn tiền khám trong trường hợp NDBH không yêu cầu bồi thường tiền khám.

5. Các điểm loại trừ

5.1. Loại trừ áp dụng cho Quyền lợi Bảo hiểm chính

- Các hành động đánh nhau của NĐBH, trừ khi chứng minh được hành động đánh nhau đó chỉ với mục đích tự vệ;
- Tham gia vào các hoạt động hàng không (trừ khi với tư cách là hành khách), tham gia các hoạt động quân sự;
- Tham gia tập luyện hoặc tham gia thi đấu các môn thể thao chuyên nghiệp, bất kỳ hoạt động đua nào;
- Các hành động vi phạm pháp luật phải thụ án hình sự, vi phạm Luật an toàn giao thông điều khiển phương tiện giao thông khi có nồng độ cồn trong máu vượt mức quy định, vi phạm nội quy của cơ quan theo Luật lao động;
- Hậu quả của tai nạn xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm.

5.2. Loại trừ chung (áp dụng cho tất cả các quyền lợi)

- Hành động cố ý trừ trường hợp tai nạn xảy ra do hành động cứu người, cứu tài sản của Nhà nước, của nhân dân và/hoặc tham gia chống các hành động phạm pháp;
- 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 bị ảnh hưởng bởi rượu, bia, chất kích thích, chất gây nghiện khác là nguyên nhân dẫn đến tai nạn hoặc ốm bệnh;
- 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/ phòng chẩn trị đông y tư nhân;
- 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;
- Chiến tranh, nội chiến, đình công, khủng bố, bạo động;
- 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;
- Các bệnh suy tủy, bạch cầu, điều trị lọc máu, chạy thận nhân tạo và hậu quả hay biến chứng của các bệnh này;
- Liệu pháp thay thế hooc-môn trong thời kỳ sinh trưởng hoặc tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ;
- Và các điểm trừ khác theo Chương IV - Loại trừ bảo hiểm của Quy tắc bảo hiểm sức khỏe nhóm của TCGIns.

6. Chuyển đổi Bảo hiểm sức khỏe cá nhân

6.1. Điều kiện chuyển đổi

- Cán bộ nhân viên nghỉ việc trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm nhóm còn hiệu lực.
- Cán bộ nhân viên gửi yêu cầu chuyển đổi trong vòng 20 ngày trước ngày chấm dứt Hợp Đồng Lao Động (bao gồm cả Người phụ thuộc đang tham gia BHSK nhóm).
- Không có gián đoạn thời gian bảo hiểm (bảo hiểm cá nhân phải bắt đầu ngay sau khi bảo hiểm nhóm của NĐBH đó kết thúc).
- NĐBH đã nộp toàn bộ hồ sơ bảo hiểm phát sinh tính đến thời điểm gửi yêu cầu chuyển đổi.

- TLBT của NĐBH yêu cầu chuyển đổi tại thời điểm TCGIns nhận yêu cầu chuyển đổi <55%, trong đó:

$$\text{Tỷ lệ bồi thường} = \frac{\frac{\text{Bồi thường đã trả} + \text{Bồi thường chờ trả}}{\text{Số ngày đã tham gia}} * 426}{\text{Phí bảo hiểm đã đóng cho NĐBH yêu cầu chuyển đổi}}$$



6.2. Thủ tục chuyển đổi

- Liên hệ trực tiếp theo thông tin liên lạc sau:
 - + Email: qlnv.tcgithanglong@tcgi.com.vn
 - + Số điện thoại/ Hotline: 1900 996696
- Cung cấp thông tin cá nhân, hợp đồng bảo hiểm nhóm cũ và yêu cầu chuyển đổi.

6.3. Chương trình chuyển đổi

- Theo chương trình bảo hiểm cá nhân của TCGIns về phạm vi bảo hiểm và phí bảo hiểm tại từng thời kỳ.
- Thời gian chờ cho các quyền lợi như bệnh có sẵn, thai sản, bệnh đặc biệt sẽ được nối tiếp nếu tham gia liên tục.
- TCGIns sẽ tiếp tục bồi thường cho các quyền lợi đã được bảo hiểm bao gồm cả các điều trị đang tiếp tục diễn ra của NĐBH, tối đa đến mức giới hạn của Số tiền bảo hiểm đã được ghi nhận theo Hợp đồng chuyển đổi kể từ ngày hiệu lực.

BẢNG QUYỀN LỢI VÀ PHÍ BẢO HIỂM

Đơn vị: Việt Nam Đồng

STT	NHÓM CHƯƠNG TRÌNH	ĐỒNG	BẠC	TITAN	VÀNG	BẠCH KIM	KIM CƯƠNG
QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH							
I	Tử vong do tai nạn	50,000,000	60,000,000	100,000,000	200,000,000	300,000,000	500,000,000
II	Thương tật vĩnh viễn, mất tích do tai nạn	50,000,000	60,000,000	100,000,000	200,000,000	300,000,000	500,000,000
III	Trợ cấp hàng ngày trong thời gian điều trị nội trú do tai nạn/năm	5,000,000	5,000,000	12,000,000	15,000,000	20,000,000	25,000,000
	Trợ cấp/ngày (50 ngày/năm)	100,000	100,000	240,000	300,000	400,000	500,000
IV	Tử vong do ốm đau, bệnh tật, thai sản	50,000,000	60,000,000	100,000,000	200,000,000	300,000,000	500,000,000
V	Thương tật/tàn tật vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản	50,000,000	60,000,000	100,000,000	200,000,000	300,000,000	500,000,000
VI	Bảo hiểm điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật và tai nạn	50,000,000	60,000,000	100,000,000	200,000,000	300,000,000	500,000,000
1	Chi phí nằm viện						
	- Chi phí phòng, giường bệnh - Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt - Các chi phí bệnh viện tổng hợp (Bao gồm cả điều trị trong ngày và điều trị cấp cứu ngoại trú có phát sinh chi phí giường được áp dụng như điều trị trong ngày)	Chi phí thực tế, tối đa 2,500,000 /ngày	Chi phí thực tế, tối đa 3,000,000 /ngày	Chi phí thực tế, tối đa 5,000,000 /ngày	Chi phí thực tế, tối đa 10,000,000 /ngày	Chi phí thực tế, tối đa 13,500,000 /ngày	Chi phí thực tế, tối đa 17,500,000 /ngày
2	Chi phí phẫu thuật	50,000,000	60,000,000	100,000,000	200,000,000	300,000,000	500,000,000
	- Phẫu thuật nội trú, Phẫu thuật trong ngày, Phẫu thuật ngoại trú - Phẫu thuật liên quan đến cấy ghép nội tạng (không bao gồm chi phí mua bộ phận)	Theo thực tế, tối đa không quá số tiền bảo hiểm quyền lợi chi phí phẫu thuật					
3	Các quyền lợi khác						
3.1	Chi phí điều trị trước khi nhập viện (tối đa 30 ngày trước khi nhập viện/năm)	2,000,000	2,200,000	2,500,000	4,000,000	5,500,000	7,500,000
3.2	Chi phí điều trị sau khi xuất viện (tối đa 30 ngày kể từ ngày xuất viện/năm)	2,000,000	2,200,000	2,500,000	4,000,000	5,500,000	7,500,000
3.3	Chi phí y tá chăm sóc tại nhà ngay sau khi xuất viện (tối đa 15 ngày/năm)	2,000,000	2,200,000	2,500,000	4,000,000	5,500,000	7,500,000
3.4	Phục hồi chức năng theo chỉ định của bác sỹ	2,000,000	2,200,000	5,000,000	10,000,000	13,500,000	17,500,000
	Vận chuyển cấp cứu.						
3.5	(Trong trường hợp không có dịch vụ cứu thương của địa phương, NDBH có thể dùng taxi với giới hạn trách nhiệm tới 200,000 VNĐ/lần)	5,000,000	9,000,000	12,500,000	15,000,000	15,000,000	25,000,000
	Trợ cấp nằm viện/ngày	50,000	93,000	150,000	180,000	210,000	250,000
3.6	Tổng số tiền trợ cấp nằm viện tối đa 100 ngày/năm	5,000,000	9,300,000	15,000,000	18,000,000	21,000,000	25,000,000
3.7	Trợ cấp mai táng phí (từ vong do ốm đau, bệnh tật trong và ngoài bệnh viện)	2,000,000	2,500,000	3,750,000	4,500,000	5,500,000	7,500,000
3.8	Bảo hiểm cho dao cắt sụn, lưới bào, dao cắt gan siêu âm, dao longo hoặc các loại dao dùng trong phẫu thuật trĩ có chi phí tương tự, rọ tán sỏi, stent, van tim (/năm)	2,500,000	3,000,000	5,000,000	10,000,000	10,000,000	10,000,000

BẢNG QUYỀN LỢI VÀ PHÍ BẢO HIỂM

STT	NHÓM CHƯƠNG TRÌNH	ĐỒNG	BẠC	TITAN	VÀNG	BẠCH KIM	KIM CƯƠNG
QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỔ SUNG							
I	Thai sản	6,000,000	8,000,000	12,000,000	15,000,000	20,000,000	30,000,000
1.1	Sinh thường	Theo thực tế, tối đa không quá số tiền bảo hiểm quyền lợi thai sản					
1.2	Sinh mổ						
1.3	Biến chứng thai sản và sinh khó						
1.4	Chi phí khám trước khi nhập viện (lần khám cuối cùng trong vòng 30 ngày trước khi đẻ)						
1.5	Chi phí trong quá trình sinh và chi phí chăm sóc mẹ trước và/hoặc sau khi sinh tại bệnh viện						
1.6	Trợ cấp thêm nếu kết hợp sử dụng thẻ bảo hiểm y tế	Sinh thường: 500,000 /người	Sinh thường: 1,000,000 /người	Sinh thường: 1,500,000 /người	Sinh thường: 1,500,000 /người	Sinh thường: 1,500,000 /người	Sinh thường: 1,500,000 /người
		Sinh mổ: 600,000 /người	Sinh mổ: 1,500,000 /người	Sinh mổ: 2,000,000 /người	Sinh mổ: 2,000,000 /người	Sinh mổ: 2,000,000 /người	Sinh mổ: 2,000,000 /người
II	Bảo hiểm điều trị ngoại trú do ốm bệnh, tai nạn	5,000,000	10,000,000	12,500,000	15,000,000	20,000,000	25,000,000
1	Chi phí điều trị ngoại trú:	1,000,000 /lần	2,000,000 /lần	2,500,000 /lần	3,000,000 /lần	4,000,000 /lần	5,000,000 /lần
	Chi phí khám bệnh, tiền thuốc theo kê đơn, tiền chụp Xquang và làm các xét nghiệm theo chỉ định của bác sỹ	Không giới hạn số lần khám					
2	Vật lý trị liệu:	50,000 /ngày	100,000 /ngày	150,000 /ngày	300,000 /ngày	300,000 /ngày	300,000 /ngày
	Trị liệu bức xạ, liệu pháp ánh sáng, vật lý trị liệu và các phương pháp điều trị tương tự (bao gồm cấp cứu ngoại trú)	Tối đa 60 ngày/năm					
III	Nha khoa	900,000	1,875,000	2,500,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000
	Chi phí chăm sóc răng ngoại trú:	Theo thực tế, tối đa không quá số tiền bảo hiểm quyền lợi nha khoa Không giới hạn số lần khám					
	+ Viêm lợi (nướu)/ viêm nha chu						
	+ Hàn răng bằng chất liệu thông thường (amalgam, composite, fujii, ...)						
	+ Nhổ răng bệnh lý (bao gồm tiểu phẫu), phẫu thuật cắt chóp răng, lấy u với răng						
	+ Lấy cao răng (cạo vôi răng), tối đa 02 lần/năm						
IV	Dịch vụ bảo lãnh viện phí	Nội trú	Nội trú, ngoại trú, nha khoa và thai sản				
PHÍ BẢO HIỂM							
Quyền lợi bảo hiểm chính:		665,000	755,000	1,205,000	2,180,000	2,840,000	4,645,000
Quyền lợi bảo hiểm bổ sung:							
- Quyền lợi thai sản:		1,055,000	1,405,000	1,950,000	2,245,000	2,680,000	4,020,000
- Quyền lợi Điều trị ngoại trú:		1,140,000	2,280,000	2,850,000	3,415,000	4,550,000	5,690,000
- Quyền lợi Nha khoa:		205,000	430,000	570,000	685,000	910,000	1,140,000
Tổng phí bảo hiểm:		3,065,000	4,870,000	6,575,000	8,525,000	10,980,000	15,495,000