



TÓM TẮT QUYỀN LỢI, ĐIỀU KIỆN ĐIỀU KHOẢN SẢN PHẨM BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN

Quy tắc Bảo hiểm Sức khỏe Flexi (QTBH) quy định các điều khoản, điều kiện 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. Trường hợp có sự khác nhau giữa Hợp đồng bảo hiểm/ Quy tắc/ GCNBH, thứ tự ưu tiên áp dụng lần lượt theo nguyên tắc: Các sửa đổi bổ sung được ký kết tại thời điểm mới nhất - Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH, các phụ lục đính kèm hợp đồng - Quy tắc bảo hiểm.

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

- Là công dân Việt Nam và người nước ngoài đang sinh sống hợp pháp tại Việt Nam, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ;
- Các bên hiểu và đồng ý rằng điều kiện tham gia là điều kiện đầu tiên để Người được bảo hiểm được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này và phải tuân theo tất cả các điều kiện, loại trừ và mở rộng và/hoặc sửa đổi bổ sung nếu có;
- Độ tuổi từ 1 đến 60 tuổi, tái tục liên tục tới 65 tuổi.
- Trẻ em từ 01 đến 06 tuổi áp dụng đồng bảo hiểm theo tỷ lệ 80/20.
- Không đang trong thời gian điều trị nội trú do bất kỳ bệnh tật hoặc chấn thương nào (trừ trường hợp NDBH tái tục).
- Không có bị thương tật vĩnh viễn trên 50%
- Không hoặc chưa từng được chuẩn đoán bị bệnh tâm thần, phong, ung thư
- Không bị mất năng lực hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự.
- Không bị các bệnh lý nghiêm trọng:
 - ✓ Bệnh hệ thần kinh: Viêm hệ thần kinh trung ương (não), tủy sống; Parkinson; Thoái hóa khác của hệ thần kinh; Mất trí nhớ, hôn mê, bại não, liệt.
 - ✓ Bệnh hệ hô hấp: Suy phổi, tràn khí phổi, suy hô hấp mãn tính; Viêm phổi tắc nghẽn mãn tính.
 - ✓ Bệnh hệ tim mạch: Mạch máu não/ đột quỵ (xuất huyết não, xơ cứng động mạch); Nhồi máu cơ tim.
 - ✓ Bệnh lây nhiễm qua đường tình dục: giang mai, lậu, HIV/AIDS.
 - ✓ Bệnh lý nghiêm trọng khác: Xơ gan; Suy thận, teo thận, sỏi thận cả 2 bên; Chạy thận nhân tạo; Bạch cầu; Ghép tủy; Lupus ban đỏ; Bệnh hệ thống tạo keo (Collageno); Lao; Suy tủy.
- Trong trường hợp gia hạn, Công ty bảo hiểm không đồng ý bảo hiểm hoặc chịu trách nhiệm đối với thương tật vĩnh viễn của người tham gia từ 50% trở lên.
- Trường hợp người tham gia không tuân thủ đúng đối tượng và điều kiện đã nêu. Công ty bảo hiểm có quyền chấm dứt hợp đồng bảo hiểm và không chịu trách nhiệm về quyền lợi bảo hiểm đã đăng ký

2. 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:

- 30 ngày đối với điều trị ốm đau bệnh tật thông thường và một số bệnh lý hô hấp sau: Viêm phổi, Viêm phế quản, Viêm tiểu phế quản, Viêm tai giữa;
- 60 ngày đối với biến chứng thai sản;
- 90 ngày đối với điều trị bệnh đặc biệt (theo danh sách tại Phụ lục 1 - Bệnh đặc biệt, Quy tắc bảo hiểm), bệnh mạn tính;
- 365 ngày đối với điều trị bệnh có sẵn và thai sản.

***Bệnh có sẵn:** Bất kỳ 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 hoặc ngày khôi phục hiệu lực (gần nhất) của hợp đồng bảo hiểm; hoặc có dấu hiệu/triệu chứng đặc thù khởi phát trong vòng 36 tháng trước ngày hiệu lực hoặc ngày khôi phục hiệu lực (gần nhất) của hợp đồng bảo hiểm mà NDBH đã biết hoặc ý thức được cho dù NDBH có thực sự khám, điều trị hay không.

3. Quyền lợi bảo hiểm

3.1. Quyền lợi bảo hiểm chính

- Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau bệnh tật và tai nạn;
- Điều trị nội trú do ốm đau bệnh tật và tai nạn, bao gồm:
 - + **Chi phí chăm sóc đặc biệt:** Các chi phí liên quan đến việc chăm sóc bệnh nhân tại các loại phòng chăm sóc đặc biệt ICU (Intensive Care Unit), HDU (High Dependency Unit), CCU (Coronary Care Unit) trong quá trình nằm viện;
 - + **Chi phí nằm viện tổng hợp:** Nếu Người được bảo hiểm phải nằm viện, Công ty bảo hiểm sẽ thanh toán cho Người được bảo hiểm những chi phí y tế do bác sĩ yêu cầu hoặc các cơ sở y tế hợp pháp cung cấp như:
 - a) Thuốc và dược phẩm sử dụng trong khi nằm viện;
 - b) Băng, nẹp thông thường và bột;
 - c) Xét nghiệm;
 - d) Điện tâm đồ
 - e) Liệu pháp X-quang, liệu pháp radi; radi và đồng vị;
 - f) X-quang;
 - g) Tiêm truyền tĩnh mạch;
 - h) Giường bệnh điều trị: chi trả phòng tiêu chuẩn của Cơ sở y tế - căn cứ theo bảng giá niêm yết và xác nhận của Cơ sở y tế. Không chi trả chi phí bao phòng, phòng VIP, giường cho người thân;
 - i) Các chi phí điều trị hợp lý và cần thiết khác theo chỉ định của Bác sĩ.

Ghi chú: Trường hợp Người được bảo hiểm không có quyền lợi Chi phí chăm sóc đặc biệt, nhưng trong quá trình điều trị, Người được bảo hiểm phát sinh chi phí phòng chăm sóc đặc biệt ICU (Intensive Care Unit), HDU (High Dependency Unit), CCU (Coronary Care Unit) thì các chi phí này sẽ được thanh toán vào Chi phí nằm viện tổng hợp.

+ Chi phí trước khi nhập viện:

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả 1 lần cho các dịch vụ thăm khám, chẩn đoán, xét nghiệm cần thiết và liên quan trực tiếp đến bệnh hoặc thương tật của Người được bảo hiểm cần được thực hiện điều trị nằm viện ngay sau đó, và những chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để bác sĩ kết luận việc điều trị nằm viện là cần thiết.

Việc thăm khám, chẩn đoán không giới hạn thời gian cần thực hiện trước khi Người được bảo hiểm nhập viện điều trị. Việc xác định chi phí khám trước nhập viện sẽ được căn cứ theo hồ sơ y tế thực tế của Khách hàng, cần có kết luận/chỉ định nhập viện điều trị để được thanh toán chi phí khám theo hạn mức Chi phí trước khi nhập viện.

+ Chi phí điều trị sau khi xuất viện:

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả cho đơn thuốc ra viện và 1 lần điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sĩ cho bệnh hay thương tật Người được bảo hiểm đã phải điều trị nằm viện, bao gồm: chi phí tái khám, xét nghiệm, chi phí thuốc và được thực hiện hoặc sử dụng trong vòng 90 ngày kể từ ngày xuất viện.

+ Chi phí phẫu thuật

Các chi phí y tế liên quan đến một ca phẫu thuật nội trú hoặc phẫu thuật trong ngày như định nghĩa, bao gồm chi phí cho các thủ thuật phẫu thuật, phòng mổ, phẫu thuật viên, các chi phí gây mê và các chi phí thông thường cho các chẩn đoán trước khi mổ và hồi sức sau khi mổ. Phẫu thuật bao gồm 02 loại:

- a) Phẫu thuật nội trú: là hình thức bệnh nhân sau phẫu thuật cần phải lưu trú tại bệnh viện ít nhất 24h và được chi trả theo quyền lợi Phẫu thuật/ năm.
- b) Phẫu thuật trong ngày: là hình thức bệnh nhân sau phẫu thuật chỉ lưu trú tại bệnh viện dưới 24h và được chi trả theo quyền lợi Phẫu thuật/ ngày. Tổng số tiền chi trả tối đa bằng quyền lợi Phẫu thuật/năm.

+ Chi phí cấy ghép bộ phận cơ thể:

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả các chi phí phẫu thuật để cấy ghép tim, phổi, gan, tuyến tụy, thận hoặc tuỷ xương cho Người được bảo hiểm được tiến hành tại Bệnh viện.

Hạn mức cấy ghép bộ phận cơ thể nêu trên được tính theo hạn mức trọn đời. Ví dụ: Trong năm đầu tham gia bảo hiểm nếu Khách hàng đã được chi trả chi phí quyền lợi này và sử dụng hết hạn mức thì những năm tiếp theo tái tục bảo hiểm sẽ không được chi trả quyền lợi bảo hiểm này.

Các chi phí để có cơ quan cấy ghép và toàn bộ các chi phí phát sinh cho người hiến bộ phận cơ thể không được chi trả bảo hiểm.

+ Chi phí cấp cứu khẩn cấp:

Trong trường hợp Người được bảo hiểm rơi vào tình trạng nguy kịch cần phải điều trị khẩn cấp để tránh tử vong hay ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khoẻ lâu dài hoặc hiện tại, Công ty bảo hiểm sẽ chi trả chi phí cho dịch vụ được thực hiện tại phòng khám hoặc phòng cấp cứu của một bệnh viện hay các cơ sở y tế hợp pháp ngay sau khi tai nạn hoặc bệnh Cấp tính xảy ra.

+ Điều trị nha khoa cấp cứu do tai nạn

Nếu Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến thương tổn đối với răng tự nhiên chắc khoẻ cần phải điều trị răng khẩn cấp tại bệnh viện trong vòng hai tư (24) tiếng kể từ khi tai nạn xảy ra, thì Công ty bảo hiểm sẽ thanh toán những chi phí hợp lý cần thiết cho những điều trị đó nhưng tối đa không vượt quá mức giới hạn phụ quy định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm.

Răng tự nhiên chắc khoẻ tức là răng không phải răng giả, không bị sâu, không bị trám nhiều hơn 2 mặt răng, không bị yếu, lung lay do các bệnh về nướu, không bị mất chân răng hoặc đang phải chữa tủy.

Điều trị tai nạn về răng không bao gồm việc trồng răng hoặc thay răng giả.

+ Điều trị thai sản cấp cứu do tai nạn

Nếu Người được bảo hiểm bị tai nạn dẫn đến những biến chứng liên quan đến việc mang thai (bao gồm cả sảy thai) và cần phải điều trị cấp cứu thì Công ty bảo hiểm sẽ thanh toán những chi phí thực tế phát sinh, hợp lý và cần thiết cho những điều trị đó nhưng tối đa không vượt quá mức giới hạn phụ quy định trong Bảng Quyền lợi bảo hiểm. Tuy nhiên, quyền lợi này loại trừ mọi chi phí liên quan đến việc sinh nở.

+ Chi phí mai táng

Trong trường hợp Người được bảo hiểm bị tử vong, nếu được yêu cầu bởi gia đình của Người được bảo hiểm, Công ty bảo hiểm sẽ thu xếp an táng tại nơi mất khi có yêu cầu. Chi phí mai táng sẽ chỉ bao gồm chi phí cho nghi lễ và các dịch vụ liên quan khác nhưng tối đa không vượt quá số tiền được ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và/hoặc Hợp đồng bảo hiểm.

Trong trường hợp gia đình Người được bảo hiểm tự thu xếp dịch vụ mai táng, gia đình Người được có thể thực hiện yêu cầu chi trả bồi thường với các chi phí nêu trên, hồ sơ yêu cầu chi trả cần cung cấp: hóa đơn chi phí dịch vụ; hợp đồng dịch vụ...

+ Trợ cấp nằm viện

Công ty bảo hiểm sẽ chi trả số tiền ghi trên Bảng Quyền lợi bảo hiểm cho mỗi đêm nằm viện điều trị nội trú qua đêm, số đêm tối đa như đề cập trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

3.2. Quyền lợi bảo hiểm tùy chọn

- **Điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật và tai nạn:** sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm các chi phí điều trị ngoại trú phát sinh do ốm đau, bệnh tật, tai nạn, bao gồm:
 - + Chi phí khám bệnh.
 - + Tiền thuốc kê đơn của bác sĩ.
 - + Chi phí xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị bệnh do bác sĩ chỉ định.
 - + Dụng cụ y tế cần thiết cho việc điều trị gãy chi, thương tật (như băng, nẹp) do bác sĩ chỉ định
 - + Chi phí vật lý trị liệu: chi phí điều trị bằng các phương pháp trị liệu học bức xạ, nhiệt, liệu pháp ánh sáng do bác sĩ chỉ định (Không chi trả cho các hình thức vật lý trị liệu khác).
- **Chăm sóc nha khoa** (chỉ áp dụng nếu như hạng mục điều trị Ngoại trú được lựa chọn): chi trả cho Người được bảo hiểm các chi phí y tế liên quan đến việc chăm sóc và điều trị răng trong các trường hợp dưới đây:
 - + Các chi phí khám - chữa răng;

- + Khám và chẩn đoán bệnh;
- + Lấy cao răng;
- + Trám răng bằng các chất liệu thông thường (bao gồm nhưng không giới hạn: amalgam; composite; fuji; GIC). Trong trường hợp Người được bảo hiểm thực hiện trám răng bằng các chất liệu cao cấp như: vàng, titan, sứ... Người được bảo hiểm sẽ được chi trả chi phí trám răng theo mức giá chi phí điều trị chất liệu thông thường của cơ sở y tế (căn cứ theo bảng giá của Cơ sở y tế);
- + Nhổ răng sâu;
- + Nhổ những răng bị ảnh hưởng, răng bị phủ nướu hoặc không thể mọc được;
- + Nhổ chân răng;
- + Lấy u vôi răng (lấy vôi răng sâu dưới nướu);
- + Phẫu thuật cắt chóp răng;
- + Chữa tủy răng;
- + Viêm nướu, viêm nha chu.
- **Điều trị thai sản:** sẽ chi trả cho Người được bảo hiểm các chi phí điều trị thai sản:
 - + Biến chứng thai sản và sinh khó: Chi trả các chi phí y tế sinh do các biến chứng trong quá trình mang thai; hoặc trong quá trình sinh nở cần đến các thủ thuật sản khoa
 - + Mang thai và sinh thường: Chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc sinh thường bao gồm các chi phí: khám thai, đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, bác sĩ chuyên khoa, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện, chi phí khâu thẩm mỹ đường rạch.
 - + Chăm sóc trẻ sơ sinh: Chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc chăm sóc trẻ mới sinh dưới 3 tháng tuổi trong trường hợp xuất hiện triệu chứng bệnh lý thuộc phạm vi bảo hiểm với hạn mức quy định trên Bảng Quyền lợi bảo hiểm

4. Thời hạn hợp đồng và thời hạn đóng phí bảo hiểm

- Thời hạn hợp đồng: 1 năm
- Thời hạn đóng phí: Trước thời hạn bảo hiểm

5. Chấm dứt hợp đồng và hoàn phí

- ❖ Trường hợp một trong hai bên muốn hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày định hủy bỏ.
- Đối với HĐBH nhóm: nếu NĐBH không còn tham gia bảo hiểm này thông qua Công ty/tổ chức đứng tên HĐBH và người đại diện có yêu cầu chấm dứt bảo hiểm cho NĐBH đó thì công ty bảo hiểm sẽ hoàn lại phí bảo hiểm theo tỷ lệ giữa số ngày còn lại của Hợp đồng và số ngày của HĐBH với điều kiện NĐBH đó chưa có yêu cầu bồi thường nào phát sinh trong thời gian hiệu lực của hợp đồng.
- Đối với Hợp đồng bảo hiểm cá nhân, gia đình: trong trường hợp NĐBH có yêu cầu, công ty bảo hiểm sẽ đồng ý hủy HĐBH với điều kiện NĐBH chưa có yêu cầu bồi thường nào phát sinh trong thời gian bảo hiểm, được hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại.
- Nếu công ty bảo hiểm yêu cầu hủy bỏ Hợp đồng, công ty bảo hiểm sẽ hoàn trả toàn bộ phí bảo hiểm của thời gian còn lại cho dù có yêu cầu bồi thường phát sinh hay chưa.

- ❖ Trường hợp hủy hợp đồng trong vòng 7 ngày cân nhắc, với điều kiện:
 - Chỉ áp dụng với Hợp đồng bảo hiểm cá nhân/gia đình, không áp dụng cho hợp đồng bảo hiểm của công ty, nhóm.
 - Chỉ áp dụng với các trường hợp khách hàng có hợp đồng bảo hiểm thay thế với quyền lợi cao hơn hợp đồng bảo hiểm bị hủy.
- Lưu ý: Nhằm đảm bảo điều kiện hưởng các ưu đãi/quà tặng từ Techcombank/TCGIns, các HĐBH liên quan sẽ không được phép hủy bỏ hoặc đơn phương chấm dứt trong suốt thời hạn hiệu lực đã thỏa thuận.

6. Nghĩa vụ kê khai thông tin trung thực của bên mua bảo hiểm

- Hợp đồng bảo hiểm vô hiệu trong các trường hợp Bên mua bảo hiểm hoặc công ty bảo hiểm có hành vi lừa dối khi giao kết hợp đồng bảo hiểm.
- Nếu NĐBH hoặc đại diện NĐBH có bất kỳ khiếu nại nào thể hiện gian lận hay không trung thực hoặc nếu có hành vi gian dối hoặc có mưu kế trục lợi bảo hiểm về bất kỳ phương diện nào nhằm lấy tiền bảo hiểm thì HĐBH sẽ tuân thủ theo quy định của pháp luật hiện hành.

7. Các điểm cần lưu ý của Chương trình bảo hiểm

7.1. Quy định về định nghĩa Tai nạn - mục 9, phần 1 - Định nghĩa tại Quy tắc bảo hiểm sức khỏe Flexi:

Bất kỳ sự kiện bất ngờ, không lường trước gây ra bởi một lực từ bên ngoài, mạnh và có thể nhìn thấy được trong thời gian Hợp đồng Bảo hiểm có hiệu lực là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến thương tật thân thể cho Người được bảo hiểm và xảy ra ngoài ý muốn chủ quan của Người được bảo hiểm.

Các rủi ro Đuối nước, Hít phải khí gas/khí độc; Ngạt khói sẽ không thuộc phạm vi được bảo hiểm.

7.2. Quy định về định nghĩa Bệnh mạn tính - mục 13, phần 1 - Định nghĩa tại Quy tắc bảo hiểm sức khỏe Flexi:

- Tình trạng bệnh lý, theo ý kiến của bác sĩ đa khoa/chuyên khoa/bác sĩ tư vấn, được đặc trưng bởi một trong các yếu tố sau:
 - + Kéo dài hơn 3 tháng
 - + Có khả năng để lại di chứng
 - + Đòi hỏi phương pháp điều trị và chăm sóc lâu dài.
- Căn cứ xác định bệnh lý mạn tính: theo kết luận/ chẩn đoán bệnh của bác sĩ hoặc thông tin bệnh sử thể hiện trên hồ sơ y tế của Người được bảo hiểm.

7.3. Quy định về định nghĩa Bệnh có sẵn - mục 32, phần 1 - Định nghĩa tại Quy tắc bảo hiểm sức khỏe Flexi:

Bất kỳ một tình trạng sức khỏe nào của Người được bảo hiểm đã được chẩn đoán; hoặc đã xuất hiện triệu chứng khiến cho một người bình thường phải đi khám, điều trị; hoặc do có tình trạng đó mà chuyên gia y tế đã kết luận Người được bảo hiểm cần phải điều trị bất kể là Người được bảo hiểm đã thực sự được điều trị hay chưa.

7.4. Quy định mở rộng điểm loại trừ số 1, phần 3 - Các loại trừ chung tại Quy tắc bảo hiểm sức khỏe Flexi:

Không áp dụng loại trừ Bệnh có sẵn thay vào đó Công ty áp dụng thời gian chờ tại mục 2 nêu trên khi chi trả quyền lợi bảo hiểm.

7.5. Quy định mở rộng điểm 3, Mục II, phần 5 - Quy trình bồi thường tại Quy tắc bảo hiểm sức khỏe Flexi:

Không áp dụng quy định Nhập viện trước khi có thông báo đến Công ty bảo hiểm.

8. Danh sách bệnh đặc biệt

Bệnh đặc biệt trong quy tắc có thể hiểu bao gồm các bệnh 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 ngoại tháp (Parkinson, rối loạn trương lực cơ, rối loạn vận động và ngoại tháp khác), Alzheimer, hội chứng Apallic/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 Amidan phải cắt, viêm V.A cần phải nạo, viêm xoang, vẹo vách ngăn, bệnh hen/suyễn; viêm tai giữa cần phải phẫu thuật, sùi vòm họng, cắt bỏ xương xoăn.
- 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 túi 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 các loại.
- h) Bệnh của máu: Thiếu máu bất sản, rối loạn đông máu, rối loạn chức năng của bạch cầu đa trung tính, bệnh liên quan đến 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 tiểu bì tiến triển/cột bên teo cơ, loạn dưỡng cơ và biến chứng của các bệnh này, Penphigus, vẩy nến, mề đay dị ứng mãn (có điều trị bằng kháng nguyên của nước ngoài).
- j) Bệnh hệ cơ, xương, khớp: Viêm khớp/đa khớp, bệnh thoái hóa cột sống, thân đốt sống, thoát vị đĩa đệm, rối loạn mật độ và cấu trúc xương, bệnh gout.
- k) Thiếu hụt hormone tăng trưởng
- l) Bệnh khác: Sỏi, polip, nang, mụn cơm, nốt ruồi các loại, rối loạn tiền đình.

9. Các điểm loại trừ chính

- a) Điều trị răng trừ việc điều trị khẩn cấp sau một tai nạn đối với răng tự nhiên. Răng giả các loại. Điểm loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia quyền lợi bổ sung “Chăm sóc nha khoa”.
- b) Các hình thức điều trị thẩm mỹ, điều trị cân nặng, giải phẫu thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình và các hậu quả liên quan trừ khi việc giải phẫu này nhằm tái tạo lại cơ quan bị thương tật do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm ghi trong Hợp đồng bảo hiểm;
- c) Các điều trị liên quan đến chứng khó thở trong khi ngủ (bao gồm ngủ ngáy), suy nhược cơ thể, stress;
- d) Xét nghiệm hoặc điều trị liên quan đến việc kế hoạch hóa sinh đẻ, phá thai do nguyên nhân tâm lý hay xã hội, tránh thai, rối loạn chức năng sinh dục, điều trị vô sinh, triệt sản, thụ tinh nhân tạo, điều trị bất lực hoặc thay đổi giới tính hay bất cứ hậu quả hay biến chứng nào của những điều trị trên.
- e) Khuyết tật bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, các bệnh hoặc dị dạng thuộc về gen, tình trạng sức khỏe di truyền với các dấu hiệu từ lúc sinh.
- f) Các điều trị liên quan đến tái tạo dây chằng, rách sụn chêm bị loại trừ trong năm bảo hiểm đầu tiên và sẽ được bảo hiểm từ năm thứ 2 trở đi với điều kiện đồng chi trả 30/70. Người được bảo hiểm chịu 30% chi phí theo định nghĩa đồng chi trả.
- g) Các chi phí liên quan đến chăm sóc thai sản, ngoại trừ những biến chứng về thai sản do nguyên nhân tai nạn. Điểm loại trừ này sẽ không được áp dụng nếu Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi chăm sóc thai sản.
- h) Điều trị hoặc kiểm tra các bệnh liên quan đến bệnh hội chứng suy giảm miễn dịch, các hội chứng phức tạp liên quan đến AIDS, các bệnh hoa liễu, bệnh truyền qua đường tình dục và các bệnh liên quan khác.
- i) Điều trị bệnh tâm thần và rối loạn tâm thần. Tuy nhiên MSIG sẽ chi trả các chi phí y tế cho lần khám ban đầu nếu Người được bảo hiểm tham gia Quyền lợi “Điều trị ngoại trú” và cho các trường hợp điều trị cấp tính nội trú.
- j) Điều trị các dịch bệnh theo công bố của cơ quan có thẩm quyền, bệnh lao, sốt rét, bệnh phong.
- k) Điều trị hoặc sử dụng thuốc không theo chỉ dẫn của Bác sĩ, điều trị không được khoa học công nhận, điều trị thử nghiệm.
- l) Điều trị ngoài phạm vi lãnh thổ của chương trình bảo hiểm đã được lựa chọn và kê khai trên Hợp đồng bảo hiểm.
- m) Và các điểm trừ khác theo Phần 3 - Các loại trừ chung của Quy tắc bảo hiểm.

BẢNG QUYỀN LỢI VÀ PHÍ BẢO HIỂM

STT	NHÓM CHƯƠNG TRÌNH	AN TÂM	AN KHANG	AN THỊNH	AN PHÚC	AN VƯỢNG
QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH						
1	Tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn hoặc ốm đau, bệnh tật	60,000,000	100,000,000	200,000,000	300,000,000	500,000,000
2	Điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật và tai nạn	60,000,000	100,000,000	200,000,000	300,000,000	500,000,000
2.1	Chi phí chăm sóc đặc biệt (chi phí điều trị tại phòng chăm sóc đặc biệt ICU, HDU, HDU, CCU)	Không áp dụng	3.750.000	15.000.000	21.000.000	25.000.000
2.2	Chi phí nằm viện/ ngày (tối đa 100 ngày/năm) (chi phí y tế do bác sỹ chỉ định – bao gồm chi phí giường phòng)	3.000.000	5.000.000	10.000.000	13.500.000	17.500.000
2.3	Chi phí điều trị trước khi nhập viện (năm)	2.200.000	2.500.000	4.000.000	5.500.000	7.500.000
2.4	Chi phí điều trị sau khi xuất viện (năm)	2.200.000	2.500.000	4.000.000	5.500.000	7.500.000
2.3	Chi phí phẫu thuật/ năm (Bao gồm hạn mức chi phí phẫu thuật trong ngày)	60,000,000	100,000,000	200,000,000	300,000,000	500,000,000
2.4	Chi phí phẫu thuật trong ngày	5.500.000	6.875.000	12.000.000	17.000.000	25.000.000
2.5	Phẫu thuật cấy ghép bộ phận cơ thể (giới hạn trọn đời)	Không áp dụng	12.500.000	55.000.000	85.000.000	125.000.000
2.6	Điều trị cấp cứu (khẩn cấp)	8.200.000	11.000.000	16.800.000	22.000.000	30.000.000
2.7	Điều trị nha khoa cấp cứu do tai nạn	8.200.000	11.000.000	16.800.000	22.000.000	30.000.000
2.8	Điều trị thai sản cấp cứu do tai nạn	8.200.000	11.000.000	16.800.000	22.000.000	30.000.000
2.9	Chi phí mai táng	2.500.000	3.125.000	4.500.000	5.500.000	7.500.000
2.10	Trợ cấp nằm viện theo đêm – tối đa 100 đêm/năm	93.000	135.000	180.000	210.000	250.000
2.11	Bảo lãnh viện phí - Nội trú	√	√	√	√	√
Phí bảo hiểm – Quyền lợi chính		1.480.000	2.250.000	3.460.000	4.800.000	6.260.000

BẢNG QUYỀN LỢI VÀ PHÍ BẢO HIỂM

STT	NHÓM CHƯƠNG TRÌNH	AN TÂM	AN KHANG	AN THỊNH	AN PHÚC	AN VƯỢNG
QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TỰY CHỌN						
3	Quyền lợi điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật và tai nạn (năm)	10,000,000	12,500,000	15,000,000	20,000,000	25,000,000
3.1	Giới hạn tối đa mỗi lần thăm khám ngoại trú	1.200.000	1.500.000	1.800.000	2.400.000	3.000.000
3.2	Bảo lãnh viện phí – ngoại trú			√	√	√
	Phí bảo hiểm – Ngoại trú	1.040.000	1.215.000	1.620.000	2.290.000	3.040.000
4	Chăm sóc nha khoa (năm)	1.400.000	2.500.000	2.750.000	5.000.000	6.250.000
4.1	Bảo lãnh viện phí – Nha khoa			√	√	√
	Phí bảo hiểm – Nha khoa	540.000	760.000	850.000	1.265.000	1.585.000
5	Thai sản (năm) Không áp dụng hạn mức phụ với quyền lợi thai sản	Không áp dụng	10.000.000	20.000.000	30.000.000	40.000.000
5.1	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				
5.2	Mang thai và sinh thường	Chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc sinh thường bao gồm các chi phí: Khám thai, đỡ đẻ, viện phí tổng hợp, bác sĩ chuyên khoa, chăm sóc mẹ trước và sau khi sinh tại bệnh viện, chi phí khâu thẩm mỹ đường rạch				
5.3	Chăm sóc trẻ sơ sinh	Chi trả các chi phí y tế phát sinh cho việc chăm sóc trẻ mới sinh dưới 3 tháng tuổi trong trường hợp xuất hiện triệu chứng bệnh lý thuộc phạm vi bảo hiểm				
5.4	Bảo lãnh viện phí – Thai sản	Không áp dụng	√	√	√	√
	Phí bảo hiểm – Thai sản		1.755.000	3.290.000	5.590.000	6.410.000