

GIẤY CHỨNG NHẬN

BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE AFFINA CARE

Số GCN: Người yêu cầu bảo hiểm: Họ và tên: Địa chỉ: Mối quan hệ với NĐBH: Số hợp đồng tái tục (nếu có):	Thời hạn bảo hiểm: Từ 00:00 .../.../... đến 00:00 .../.../... Điều kiện bảo hiểm: Theo quy tắc Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe cá nhân ban hành theo quyết định số 106/QĐ–TCGIns ngày 08 tháng 04 năm 2025 của Tổng giám đốc Công ty cổ phần Bảo hiểm Phi nhân thọ Techcom								
Người được bảo hiểm: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><u>Họ và tên</u></td> <td style="width: 15%;"><u>Giới tính</u></td> <td style="width: 15%;"><u>Ngày sinh</u></td> <td style="width: 40%;"><u>Số CMND/CCCD/Đinh danh</u></td> </tr> <tr> <td>Nguyễn Văn A</td> <td>Nam</td> <td>01/01/1900</td> <td>0123456789x</td> </tr> </table> Địa chỉ: 01 Lý Chính Thắng, P7, Q.3, Tp.HCM		<u>Họ và tên</u>	<u>Giới tính</u>	<u>Ngày sinh</u>	<u>Số CMND/CCCD/Đinh danh</u>	Nguyễn Văn A	Nam	01/01/1900	0123456789x
<u>Họ và tên</u>	<u>Giới tính</u>	<u>Ngày sinh</u>	<u>Số CMND/CCCD/Đinh danh</u>						
Nguyễn Văn A	Nam	01/01/1900	0123456789x						
I	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	Hạng B3 (VND)							
A	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH								
	Phạm vi địa lý quyền lợi #1,2,3	Toàn Cầu							
1	Tử vong/ tàn tật, thương tật toàn bộ hoặc bộ phận vĩnh viễn do tai nạn	80.000.000							
	Tử vong/ thương tật toàn bộ vĩnh viễn	100% số tiền bảo hiểm							
	Thương tật bộ phận vĩnh viễn	% số tiền bảo hiểm như bảng tỉ lệ cho thương tật vĩnh viễn							
2	Chi phí y tế điều trị thương tật do tai nạn/năm	20.000.000							
	Chi phí y tế thực tế phát sinh do tai nạn bao gồm cả chi phí vận chuyển khẩn cấp (loại trừ vận chuyển bằng hàng không và dịch vụ SOS/ IPA)	20.000.000/năm							
3	Tử vong/tàn tật, thương tật toàn bộ do ốm đau, bệnh tật, thai sản	40.000.000 VND							
	Hợp đồng bảo hiểm này chỉ trả cho tử vong, thương tật vĩnh viễn do các nguyên nhân ốm đau, bệnh tật hoặc thai sản xảy ra trong thời hạn bảo hiểm								
	Phạm vi địa lý quyền lợi #4	Việt Nam							
4	Quyền lợi nội trú và trong ngày do ốm bệnh (bao gồm điều trị nội trú và điều trị trong ngày)	40.000.000							
4.1	Chi phí viện phí/ ngày phát sinh trong quá trình nằm viện, bao gồm nhưng không giới hạn bởi: - Chi phí tiền giường: Giới hạn chi trả tối đa đến phòng đơn tiêu chuẩn; là phòng 01 giường có giá thấp nhất tại Bệnh viện/khoa/điều trị. Suất ăn theo tiêu chuẩn của Bệnh viện - Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt (phòng điều trị tích cực ICU) - Chi phí hành chính, chi phí máu, huyết tương - Thuốc và dược phẩm trong thời gian nằm viện - Chi phí băng, nẹp và bó bột - Vật lý trị liệu (nếu cần thiết trong quá trình nằm viện và theo chỉ định bác sỹ) - Tiêm tĩnh mạch - Chụp X-quang, MRI, CT và PET, các xét nghiệm chẩn đoán khác theo chỉ định của bác sỹ - Chi phí y tế khác theo chỉ định bác sỹ Tối đa 60 ngày/ năm	2.000.000							
4.2	Chi phí phẫu thuật/năm bao gồm nhưng không giới hạn: - Chi phí phẫu thuật, thủ thuật (Bao gồm nội trú, ngoại trú, trong ngày) - Chi phí thuốc điều trị, thuốc dùng trong phẫu thuật	40.000.000							

	- Những bộ phận giả thiết yếu cần được cấy ghép vào cơ thể để duy trì sự sống - Vật tư tiêu hao, thiết bị cần thiết - Chi phí phòng mổ - Chi phí gây mê - Chi phí chẩn đoán trước phẫu thuật - Chi phí hồi sức sau phẫu thuật - Chi phí cấy ghép nội tạng (không bao gồm chi phí mua tạng và chi phí cho người hiến tạng) - Chi phí phẫu thuật lại	
4.3	Chi phí vận chuyển và điều trị cấp cứu / năm (loại trừ đường hàng không/ SOS/ IPA) áp dụng cho tất cả người được bảo hiểm có tên trong danh sách Điều trị cấp cứu (bao gồm nội trú, trong ngày và ngoại trú): Là điều trị cấp cứu được thực hiện tại phòng cấp cứu của một bệnh viện hoặc phòng khám cho một tình trạng nguy kịch	Chi trả theo chi phí thực tế, không vượt quá giới hạn quyền lợi năm tối đa
4.4	Trợ cấp nằm viện tại bệnh viện tối đa 60 đêm/ năm. Giới hạn/ đêm	40.000
4.5	Chi phí trước nhập viện/năm (trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện) Công ty bảo hiểm (CTBH) chi trả các chi phí khám, chẩn đoán, xét nghiệm và các chi phí y tế khác cho lần khám cuối cùng cần điều trị nội trú ngay sau đó theo chỉ định của bác sỹ điều trị và liên quan trực tiếp đến ốm đau, bệnh tật của Người được bảo hiểm và những chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để bác sỹ điều trị kết luận việc điều trị nằm viện là cần thiết. Chi phí này được chi trả trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện.	2.000.000
4.6	Điều trị sau khi xuất viện (trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện, không giới hạn số lần tái khám) Công ty bảo hiểm chi trả cho các chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sỹ điều trị cho ốm đau, bệnh tật của Người được bảo hiểm đã phải điều trị nằm viện, bao gồm: chi phí tái khám, chi phí xét nghiệm, tiền thuốc ngay sau khi xuất viện. Chi phí này được chi trả tối đa trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện	2.000.000
4.7	Y tá chăm sóc tại nhà/năm (trong vòng 15 ngày sau khi xuất viện, phải được chỉ định của bác sỹ và là dịch vụ cung cấp bởi y tá có giấy phép hành nghề) Công ty bảo hiểm chi trả chi phí cho người được bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được hưởng ngay sau khi rời bệnh viện, tại nơi ở của Người được bảo hiểm, thực hiện theo chỉ định của bác sỹ điều trị trong vòng 15 ngày sau khi xuất viện.	2.000.000
4.8	Trợ cấp mai táng Trường hợp người được bảo hiểm tử vong thuộc phạm vi bảo hiểm, không kể nằm viện hay ngoại trú, Công ty bảo hiểm trả tiền trợ cấp mai táng phí ghi trên Hợp đồng bảo hiểm.	2.000.000
B	QUYỀN LỢI LỰA CHỌN	
	Phạm vi địa lý	Việt Nam
5	Điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật/năm	4.000.000
	- Chi phí khám bệnh - Chi phí thuốc men theo kê toa của Bác sỹ - Chi phí chụp X – Quang, xét nghiệm, trị liệu học bức xạ, các liệu pháp ánh sáng do bác sỹ chỉ định và cần thiết cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh - Vật tư y tế sử dụng tại cơ sở y tế - Chi phí khám Vật lý trị liệu lần đầu tiên đối với mỗi đợt (lộ trình) điều trị	
5.1	Giới hạn/ một lần khám	800.000
5.2	Vật lý trị liệu hợp lý và cần thiết được bác sỹ chỉ định thực hiện tại Bệnh viện/ngày (tối đa 60 ngày/ năm)	200.000
6	Điều trị Nha khoa/năm	2.000.000
6.1	Điều trị răng cơ bản: (Giới hạn/lần khám) - Khám và chẩn đoán - Chụp X-quang	500.000

	- Viêm lợi (nướu), viêm nha chu - Hàn răng bằng chất liệu thông thường (amalgam, composite, gic, fuji hoặc các vật liệu có giá tương tự) - Điều trị tủy - Nhổ răng bệnh lý (bao gồm phẫu thuật) - Nhổ răng khôn	
6.2	Cạo vôi răng và đánh bóng răng/năm	200.000
7	Chăm sóc thai sản	10.000.000
	Quyền lợi độc lập chi trả theo chi phí thực tế áp dụng theo quyền lợi thai sản, không áp dụng theo giới hạn năm hoặc giới hạn phụ của quyền lợi Nội trú. - Biến chứng thai sản không kèm phẫu thuật và Sinh thường - Biến chứng thai sản kèm phẫu thuật và sinh mổ	10.000.000
8	Quyền lợi bảo hiểm Top-up – bảo hiểm bệnh hiểm nghèo/năm (*):	40.000.000
	Chi trả khi người được bảo hiểm đã sử dụng hết hạn mức Nội trú. Cách thức chi trả: theo các giới hạn phụ của quyền lợi nội trú tới giới hạn của quyền lợi bảo hiểm top-up này	40.000.000
	(*) Định nghĩa bệnh hiểm nghèo: là các bệnh ung thư và bệnh hiểm nghèo quy định trong Thông tư 01/2025/TT-BYT (không bao gồm các bệnh liệt kê trong điểm loại trừ của Quy tắc bảo hiểm) (theo danh sách đính kèm).	
II. PHÍ BẢO HIỂM		
Phí bảo hiểm : VND (Bằng chữ: đồng.) Thời hạn thanh toán phí : Phí bảo hiểm phải được thanh toán trước ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm (trừ trường hợp có thỏa thuận khác của CTBH) CTBH chỉ có trách nhiệm bảo hiểm và trách nhiệm bồi thường bắt đầu kể từ ngày NDBH thanh toán phí bảo hiểm đầy đủ và đúng hạn đã thỏa thuận.		
III. ĐIỀU KHOẢN LÀM RÕ MỘT SỐ QUYỀN LỢI VÀ CHI TRẢ TIỀN BẢO HIỂM:		
- Chi phí phẫu thuật không bao gồm chi phí yêu cầu bác sĩ, chọn giờ mổ. - Quyền lợi Nha khoa chỉ áp dụng tại các cơ sở theo danh sách cơ sở y tế liên kết đính kèm và các bệnh viện/trung tâm y tế nhà nước - Quyền lợi Trợ cấp nằm viện: Chỉ chi trả cho mỗi ngày nằm viện điều trị nội trú qua đêm - Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú thuộc phạm vi bảo hiểm nhưng không mua thuốc: Công ty bảo hiểm không yêu cầu người được bảo hiểm cung cấp hóa đơn tiền thuốc nếu người được bảo hiểm không yêu cầu bồi thường chi phí này, nhưng vẫn phải cung cấp toa thuốc - Đối với bệnh Ung Thư: Công ty bảo hiểm đồng ý bảo hiểm cho bệnh Ung thư, áp dụng thời gian chờ 365 ngày (Thời gian chờ 365 ngày: là khoảng thời gian mà 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)		
IV. ĐIỀU KIỆN THAM GIA BẢO HIỂM		
1) Đối tượng bảo hiểm		
- Người được bảo hiểm là công dân Việt Nam, Người nước ngoài đang cư trú hợp pháp tại Việt Nam và không rời Việt nam quá 180 ngày liên tục - Độ tuổi từ đủ 30 ngày tuổi đến đủ 69 tuổi tại thời điểm bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm và được tái tục liên tục đến 75 tuổi. - Đối với trẻ em từ đủ 30 ngày tuổi đến đủ 18 tuổi có thể tham gia độc lập mà không cần cùng cha và/hoặc mẹ. - Không nhận bảo hiểm đối với các đối tượng sau: a. Người đang bị bệnh tâm thần, động kinh, bệnh phong; b. Người đã từng được chuẩn đoán hoặc đã từng điều trị bệnh ung thư (chỉ áp dụng với tham gia mới bảo hiểm, không áp dụng cho NDBH tái tục) c. Người bị thương tật/tàn tật vĩnh viễn quá 80%; d. Người đang nằm viện điều trị bệnh hoặc thương tật (chỉ áp dụng với người tham gia bảo hiểm lần đầu hoặc không phải hợp đồng tái tục) - Độ tuổi từ đủ 30 ngày tuổi đến đủ 03 tuổi: Tham gia độc lập tăng phí 30% so với biểu phí - Độ tuổi từ đủ 66 tuổi đến đủ 69 tuổi (chỉ áp dụng cho chương trình/gói bảo hiểm từ B1-B5): mỗi người phải tham gia trong cùng Hợp đồng bảo hiểm (được cấp trên cùng Giấy chứng nhận bảo hiểm) và cùng chương trình/gói bảo hiểm với ít nhất 01 người trong độ tuổi từ 07 tuổi đến 50 tuổi.		

- Độ tuổi từ 70 tuổi đến 75 tuổi: không bảo hiểm quyền lợi tử vong và toàn bộ NĐBH trong cùng Hợp đồng bảo hiểm phải cùng tham gia tái tục cùng chương trình liên tục không gián đoạn (trừ khi người trong nhóm tử vong hoặc thương tật/tàn tật vĩnh viễn từ 80% trở lên hoặc không thường trú tại Việt Nam).

2) Bên mua bảo hiểm

Là người đại diện của Người được bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm chỉ được mua bảo hiểm cho các cá nhân sau:

- Bản thân BMBH;
- Vợ/chồng, con hợp pháp, cha/mẹ đẻ, cha/mẹ vợ/chồng của BMBH;
- Anh ruột, chị ruột, em ruột;
- Người có quyền lợi về tài chính hoặc quan hệ lao động với BMBH.

V. THỜI GIAN CHỜ

- Đối với tai nạn: Không áp dụng
- Đối với điều trị và tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật thông thường, chăm sóc nha khoa: 30 ngày
- Đối với biến chứng thai sản và tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do biến chứng thai sản, sẩy thai, nạo phá thai theo chỉ định của bác sĩ: 90 ngày
- Đối với sinh con và tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do sinh con: 270 ngày
- Đối với bệnh viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi (trẻ em dưới 6 tuổi): 60 ngày
- Đối với điều trị và tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh mãn tính, bệnh đặc biệt, ung thư, bệnh có sẵn, bệnh hiểm nghèo: 365 ngày

Thời gian chờ trong trường hợp NĐBH tham gia tái tục liên tục tại Bảo hiểm TCGIns hoặc chương trình được Bảo hiểm TCGIns đồng ý cho phép tái tục tại Affina: Thời gian chờ của hợp đồng này sẽ được tính kể từ ngày đầu tiên tham gia bảo hiểm của hợp đồng cũ, và thời gian chờ sẽ được tính liên tục theo Chương trình/Gói bảo hiểm có quyền lợi bảo hiểm không được cao hơn/nhiều hơn Chương trình/Gói bảo hiểm trong Hợp đồng cũ, áp dụng cho tất cả các quyền lợi được bảo hiểm. Trường hợp thay đổi quyền lợi bảo hiểm sẽ được quy định ở nội dung thay đổi quyền lợi bảo hiểm

VI. ĐỒNG CHI TRẢ

Định nghĩa: Là số tiền tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc giới hạn quy định trên Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm (tùy theo số nào nhỏ hơn) mà Người được bảo hiểm cùng chi trả.

- Đồng chi trả 20% tại cơ sở y tế tư nhân, quốc tế đối với các chi phí phát sinh

- Đối với trẻ em dưới 6 tuổi,
- Thai sản (sinh thường, sinh mổ, biến chứng thai sản)
- Điều trị nha khoa

- Đồng chi trả 50% với chi phí các dụng cụ/ thiết bị y tế dùng để hỗ trợ cho việc điều trị hoặc dùng trong phẫu thuật, bao gồm:

- Bảo hiểm cho dụng cụ phẫu thuật trĩ longo, dao gamma hoặc các phương pháp tương tự.
- Bảo hiểm máy cắt Hummer, dao mổ plasma, dao mổ colabtor, các loại lưỡi dao bào Shaver, các loại dao đốt trong phẫu thuật nội soi dây chằng, rọ tán sỏi, dao cắt gan siêu âm và các loại dao siêu âm khác.
- Bảo hiểm cho stent động mạch vành, van tim, catheter trong phẫu thuật tim.
- Bảo hiểm cho lưới trong phẫu thuật thoát vị bẹn, rọ tán sỏi, vớ tĩnh mạch.
- Đinh, nẹp, vis, đĩa đệm, chốt treo vào cơ thể được bảo hiểm đến giới hạn tối đa của quyền lợi "Chi phí y tế" nếu do tai nạn, hoặc quyền lợi "Phẫu thuật" nếu do ốm đau, bệnh tật, thai sản và sinh con

VII. LOẠI TRỪ BẢO HIỂM

- Hành động cố ý của Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp;
- Điều trị ngoài phạm vi địa lý được quy định tại Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Người được bảo hiểm từ 14 tuổi trở lên vi phạm các quy định của pháp luật, vi phạm luật an toàn giao thông, vi phạm quy định an toàn lao động tại nơi làm việc;
- Hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của việc Người được bảo hiểm bị ảnh hưởng do sử dụng rượu, bia, ma túy hoặc các chất kích thích tương tự khác;
- Và các điều khoản loại trừ bảo hiểm khác được quy định trong Quy tắc bảo hiểm

VIII. ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG

- 1) **Điều khoản các trường hợp ngộ độc:** chi trả theo các giới hạn của quyền lợi tai nạn cá nhân. (Bảo hiểm theo các quyền lợi dưới phạm vi bảo hiểm của quyền lợi Tử vong/ thương tật do tai nạn và chi phí y tế do tai nạn).
- 2) **Bảo hiểm chi phí điều trị ngoại trú liên quan tới các thiết bị/ vật tư y tế:** nước muối sinh lý và nước biển sâu (natriclorid, humer, sterimar, xisat,...), vớ y khoa, nước mắt nhân tạo, các chế phẩm men vi sinh. Giới hạn tối đa áp dụng cho gói B1-B3 là VND 100.000/người/năm, B4 -B10 là VND 300.000/người/năm
- 3) **Bảo hiểm cho chẩn đoán, điều trị và phẫu thuật tái tạo gân/dây chằng** do hậu quả của tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm. (loại trừ chi phí dây chằng thay thế).

4) Bảo hiểm cho Vitamin, thuốc bổ, hỗ trợ điều trị bệnh và tai nạn theo đơn thuốc của bác sĩ:

- Ngoại trú và đơn thuốc kê khi xuất viện: trong mọi trường hợp, được thanh toán theo chi phí thực tế nhưng không vượt quá quy định sau: B1 - B3 là VND 100.000/người/năm và B4-B10 là VND 300,000/người/ năm.
- Nội trú: nếu do bác sĩ chỉ định trong thời gian nằm viện, được bồi thường theo giới hạn ngày nằm viện.
- Vitamin được sử dụng trực tiếp để điều trị bệnh (tình trạng thiếu hụt vitamin điển hình, ví dụ: thiếu máu cần bổ sung sắt) được thanh toán theo chi phí thực tế của từng quyền lợi tương ứng.

5) Bảo hiểm cho điều trị các bất thường về sinh hóa, chuyển hóa của cơ thể như tăng lipid máu, men gan cao, nồng độ calci thấp hay các tình trạng tương tự: Áp dụng thời gian chờ 365 ngày

6) Bảo hiểm cho bệnh cúm gia cầm/ cúm gà/ cúm lợn/ Covid 19

- Quyền lợi bảo hiểm liên quan đến Covid 19 chỉ có hiệu lực đối với NĐBH đã tiêm ít nhất 02 liều Vaccine ngừa Covid 19 trước 14 ngày kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm và đã thực hiện tiêm các mũi bổ sung/nhắc lại theo hướng dẫn của Bộ Y Tế trước ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- Trẻ em dưới 12 tuổi chưa tiêm Vaccine được bảo hiểm khi bố/mẹ/người giám hộ đang cùng chung sống trong hộ gia đình đã thực hiện tiêm theo quy định như trên.

7) Bảo hiểm cho biến chứng do các loại Vaccine xảy ra trong thời hạn bảo hiểm theo các quyền lợi bảo hiểm do ốm bệnh.

8) Trường hợp tái khám sau khi điều trị theo chỉ định của bác sĩ và bệnh ổn, không cần điều trị tiếp: Công ty bảo hiểm sẽ thanh toán đầy đủ chi phí khám và các xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh cần thiết trong lần tái khám đó

9) Hỗ trợ sinh sản bằng phương pháp thụ tinh nhân tạo (IUI) và thu tinh ống nghiệm (IVF)

Quyền lợi liên quan đến hỗ trợ thai sản bằng phương pháp thụ tinh nhân tạo (IUI) và thu tinh ống nghiệm (IVF) được áp dụng bắt đầu từ tuổi thai trên 12 tuần (không bảo hiểm trong thời gian thực hiện các biện pháp hỗ trợ sinh sản đến tuổi thai đủ 12 tuần và các bất thường xảy ra trong quá trình này)

IX. ĐIỀU KHOẢN TÁI TỤC LIÊN TỤC

Định nghĩa tái tục liên tục: là Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm được ký liên tục kể từ ngày hết hạn của Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm trước đó mà Người được bảo hiểm đã tham gia.

Khi hợp đồng bảo hiểm này thay thế cho một hợp đồng bảo hiểm đã hết hạn được thu xếp trước đó, TCGIns đồng ý rằng:

- Hợp đồng này sẽ tiếp tục bảo hiểm cho các quyền lợi sức khỏe đã bảo hiểm, bao gồm tất cả các điều trị ốm đau, bệnh tật và thai sản mà nguyên nhân không bị loại trừ, tối đa đến mức giới hạn của số tiền bảo hiểm đã được ghi nhận theo Hợp đồng, kể từ ngày Hợp đồng này có hiệu lực.
- Hợp đồng bảo hiểm này cũng sẽ tiếp tục bảo hiểm cho những chi phí y tế phát sinh do tai nạn xảy ra trong những năm hợp đồng liên tục theo giới hạn của hợp đồng năm nay. Trường hợp tái tục với quyền lợi cao hơn sẽ áp dụng theo hạn mức trách nhiệm của hợp đồng cũ.
- Hợp đồng trước đó bao gồm danh sách những người được bảo hiểm tham gia và các sửa đổi bổ sung phải được cung cấp cho TCGIns để làm căn cứ áp dụng điều khoản này
- Thời gian chờ của hợp đồng này sẽ được tính kể từ ngày đầu tiên tham gia bảo hiểm của hợp đồng cũ, và thời gian chờ sẽ được tính liên tục theo Chương trình/Gói bảo hiểm có quyền lợi bảo hiểm không được cao hơn/nhiều hơn Chương trình/Gói bảo hiểm trong Hợp đồng cũ, áp dụng cho tất cả các quyền lợi được bảo hiểm. Trường hợp thay đổi quyền lợi bảo hiểm sẽ được quy định ở nội dung thay đổi quyền lợi bảo hiểm.
- Người đã tham gia liên tục và bị ung thư từ hợp đồng trước đó (bao gồm cả hợp đồng cấp từ công ty bảo hiểm khác & TCGIns): Công ty bảo hiểm sẽ đồng ý tiếp tục bảo hiểm theo quyền lợi của hợp đồng này, loại trừ điều trị và tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ung thư và biến chứng hậu quả liên quan tới ung thư.

Theo đó, TCGIns đồng ý tái tục liên tục bảo hiểm cho khách hàng đã tham gia chương trình này tại TCGIns hoặc tham gia tái tục bảo hiểm tại TCGIns từ hợp đồng bảo hiểm của Doanh nghiệp bảo hiểm khác với các điều kiện sau:

- Hợp đồng bảo hiểm mới của TCGIns được tái tục liên tục không ngắt quãng từ Hợp đồng bảo hiểm cũ. Tuy nhiên TCGIns chỉ chi trả chi phí phát sinh từ ngày NĐBH đóng đủ phí + 1 Ngày (trừ trường hợp có thỏa thuận khác của Công ty Bảo Hiểm).
- Hợp đồng bảo hiểm cũ phải đúng là sản phẩm đã được TCGIns và AFFINA ký kết thỏa thuận chấp nhận tái tục;
- Cung cấp Hợp đồng bảo hiểm cũ ngay từ khi cấp Hợp đồng bảo hiểm mới;
- Chương trình/Gói bảo hiểm trong Hợp đồng tái tục có quyền lợi bảo hiểm không được cao hơn/nhiều hơn Chương trình/Gói bảo hiểm trong Hợp đồng cũ (Số tiền bảo hiểm nội trú sẽ là căn cứ để so sánh quyền lợi chênh lệch); Trường hợp tái tục bảo hiểm với Số tiền bảo hiểm/Quyền lợi bảo hiểm cao hơn hoặc thêm mới so với Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm năm trước, phần chênh lệch về số tiền bảo hiểm cũng như quyền lợi chính và giới hạn phụ khi tham gia thêm mới sẽ không được coi là tái tục liên tục và được áp dụng thời gian chờ theo quy định (trừ trường hợp có thỏa thuận khác của Công ty Bảo Hiểm).
- Với hợp đồng nhóm tái tục, tái tục từ Hợp đồng cũ phải tái tục tất cả danh sách NĐBH trong mỗi Hợp đồng (trừ trường hợp NĐBH đã tử vong hoặc thương tật/tàn tật vĩnh viễn từ 80% trở lên hoặc không thường trú tại Việt Nam);
- Không bổ sung NĐBH mới vào cùng Hợp đồng cũ để áp dụng điều kiện giảm phí;

X. THAY ĐỔI QUYỀN LỢI BẢO HIỂM:

Trường hợp tái tục bảo hiểm với Số tiền bảo hiểm cao hơn hoặc tham gia thêm quyền lợi bổ sung so với Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm năm trước, phần chênh lệch về số tiền bảo hiểm cũng như quyền lợi chính và giới hạn phụ khi tham gia thêm mới sẽ không được coi là tái tục liên tục và được áp dụng thời gian chờ theo quy định (trừ trường hợp có thỏa thuận khác của TCGIns).

Đối với phạm vi địa lý điều chỉnh trong chương trình B9 & B10: thời gian chờ chênh lệch đối với phạm vi địa lý ngoài Việt Nam là 365 ngày

XI. KẾT THÚC QUYỀN LỢI BẢO HIỂM:

Trường hợp Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm không được tái tục liên tục, tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực vào ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm hoặc vào ngày chấm dứt hiệu lực bảo hiểm do Bên mua bảo hiểm yêu cầu tùy theo thời điểm nào đến trước bao gồm cả những rủi ro phát sinh trong thời hạn bảo hiểm nhưng hậu quả xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm.

XII. MỞ RỘNG ĐỐI VỚI HỒ SƠ BỒI THƯỜNG:

- Hồ sơ dưới VND 20.000.000: Đồng ý giải quyết bồi thường trên bản ảnh/bản scan qua APP/Webapp không yêu cầu nộp hồ sơ bồi thường bản gốc với điều kiện phải có hóa đơn điện tử.
- Hồ sơ trên VND 20.000.000: Đồng ý giải quyết bồi thường trên hồ sơ bản ảnh/bản scan trước, sau khi nhận được đầy đủ hồ sơ gốc CTBH sẽ gửi thông báo bồi thường và chuyển tiền bồi thường cho NĐBH.
- Điều khoản này áp dụng trong suốt thời gian hiệu lực hợp đồng.

Thời hạn nộp hồ sơ bồi thường: 365 ngày kể từ ngày điều trị cuối cùng.

- Đối với điều trị ngoại trú: ngày điều trị cuối cùng là ngày bác sĩ kê đơn thuốc điều trị
- Đối với điều trị nội trú: ngày điều trị cuối cùng là ngày xuất viện của lần nhập viện đó

XIII. ĐƠN VỊ GIẢI QUYẾT BỒI THƯỜNG

Đơn vị hỗ trợ giải quyết bồi thường: Công ty TNHH FPT IS (Azinsu)

Địa chỉ: Trung tâm bảo hiểm số - Tầng 11, tòa nhà Keangnam Landmark72, E6 Phạm Hùng, Phường Mỹ Trì, Quận Nam Từ Liêm, Hà Nội, Việt Nam

Email: hosoboithuong@azinsu.com

Hottline (24/7): 1900 636 190

Lưu ý: hồ sơ bồi thường của khách hàng sẽ được thực hiện trực tiếp thông qua ứng dụng của Affina và gửi đến TCGIns/Azinsu

LƯU Ý

- Giấy chứng nhận này chỉ có hiệu lực khi đã đóng phí đầy đủ.
- Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm đã phát hành sẽ không được phép hoàn/hủy.
- Trong trường hợp có sự mâu thuẫn, ghi nhận khác nhau về cùng một nội dung giữa Giấy chứng nhận bảo hiểm, Quy tắc bảo hiểm và các Sửa đổi bổ sung (SĐBS)/Phụ lục về việc SĐBS Giấy chứng nhận bảo hiểm, 02 Bên thống nhất áp dụng theo thứ tự ưu tiên sau (từ trên xuống) để giải quyết các tranh chấp hoặc bồi thường phát sinh trong thời hạn bảo hiểm:

- ✓ Các SĐBS/Phụ lục về việc SĐBS Giấy chứng nhận bảo hiểm tại thời điểm gần nhất;
- ✓ Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- ✓ Quy tắc bảo hiểm.
- ✓ Trường hợp Giấy chứng nhận cấp theo Hợp đồng bảo hiểm, "Thứ tự ưu tiên" áp dụng theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm

- Khi xảy ra tai nạn/sự kiện bảo hiểm Người được bảo hiểm hoặc thân nhân phải áp dụng các biện pháp cần thiết và có thể thực hiện được để cứu chữa nạn nhân đồng thời báo ngay cho Bảo hiểm TCGINS để được hướng dẫn, hỗ trợ thu thập các tài liệu, chứng từ cần thiết

Cấp tại:

Ngày cấp:

CÔNG TY BẢO HIỂM PHI NHÂN THỌ TECHCOM

