

QUY TẮC ÁP DỤNG

Quy tắc bảo hiểm sức khỏe ban hành kèm theo quyết định số 1659/2025/QĐ-BSH-BHCN ngày 01/07/2025 của Tổng giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Sài Gòn – Hà Nội.

Trong trường hợp có sự khác biệt giữa nội dung trên Bảng quyền lợi bảo hiểm và Giấy chứng nhận bảo hiểm với Quy tắc bảo hiểm thì áp dụng nội dung trên Bảng quyền lợi và Giấy chứng nhận bảo hiểm.

1. Bên mua bảo hiểm

- Là tổ chức, cá nhân có quyền lợi có thể được bảo hiểm theo quy định pháp luật, giao kết Hợp đồng bảo hiểm với Bảo hiểm BSH và đóng phí bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể đồng thời là Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng;
- Bên mua bảo hiểm/Chủ hợp đồng là Tổ chức/Doanh nghiệp/Công ty phải có đăng ký hoạt động kinh doanh hợp pháp tại Việt Nam.

2. Đối tượng tham gia bảo hiểm

2.1. Người được bảo hiểm

Là công dân Việt Nam, Người nước ngoài đang cư trú hợp pháp tại Việt Nam có độ tuổi từ đủ 60 ngày tuổi đến 65 tuổi tại thời điểm bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm.

Không nhận bảo hiểm đối với các đối tượng sau:

- a. Người đang bị bệnh tâm thần, thần kinh, bệnh phong, ung thư;
- b. Người bị thương tật vĩnh viễn quá 50%;
- c. Người đang trong thời gian điều trị bệnh hoặc thương tật (chỉ áp dụng với người tham gia bảo hiểm lần đầu hoặc tái tục không liên tục).

Lưu ý: Trẻ em dưới 6 tuổi phải tham gia kèm bố/mẹ, chương trình của con giống chương trình của bố/mẹ và phải trên cùng một số Giấy chứng nhận bảo hiểm.

2.2 Đối với trường hợp tham gia theo Tổ chức/Doanh nghiệp/Công ty

Hợp đồng/ Giấy chứng nhận bảo hiểm của Tổ chức/Doanh nghiệp/Công ty tham gia theo các quyền lợi bảo hiểm sẽ được cấp cùng thời điểm trong cùng thời hạn bảo hiểm và áp dụng cho các đối tượng tham gia như sau:

- Nhân viên:
 - + Là công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài đang cư trú hợp pháp tại Việt Nam;
 - + Từ đủ 18 tuổi đến 65 tuổi được Chủ hợp đồng đăng ký tham gia bảo hiểm trong thời hạn bảo hiểm;
 - + Có hợp đồng lao động/ hợp đồng thuê việc với Chủ hợp đồng hoặc người lao động theo hợp đồng cho thuê lại lao động của Chủ hợp đồng tại thời điểm tham gia bảo hiểm theo quy định của Luật lao động Việt Nam.
- Người phụ thuộc/Người thân của Nhân viên:

Người phụ thuộc/Người thân được định nghĩa trong hợp đồng bảo hiểm là bố/mẹ đẻ, bố/mẹ chồng/vợ, vợ/ chồng và con cái hợp pháp:

 - + Người lớn: là công dân Việt Nam hoặc người nước ngoài đang cư trú hợp pháp tại Việt Nam, có tuổi từ đủ 18 đến 65 tuổi tại Ngày hiệu lực bảo hiểm.

- + Trẻ em: từ đủ 60 ngày tuổi đến 18 tuổi và mở rộng đến 23 tuổi tại Ngày hiệu lực bảo hiểm nếu đang đi học toàn thời gian tại Việt Nam hoặc nước ngoài, không có thu nhập và chưa kết hôn.
- Đối với Người phụ thuộc/Người thân của Nhân viên: chỉ được phép đăng ký tham gia một lần tại thời điểm bắt đầu của hợp đồng và cùng hợp đồng với cán bộ/nhân viên.

3 Thời gian chờ

Là thời gian mà các quyền lợi bảo hiểm có liên quan không được chi trả bảo hiểm, khi thời điểm phát sinh Sự kiện bảo hiểm nằm trong thời gian chờ.

Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ theo quy định dưới đây kể từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm:

- 0 ngày đối với tai nạn;
- 30 ngày đối với ốm đau, bệnh tật thông thường;
- 12 tháng đối với bệnh đặc biệt và tình trạng có sẵn;
- 07 ngày đối với điều trị/từ vong do dịch bệnh.

Đối với hợp đồng/GCNBH có thời hạn bảo hiểm dưới 12 tháng nhưng tham gia nhiều giấy chứng nhận: Thời gian chờ được tính từ ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm của Giấy chứng nhận bảo hiểm (GCNBH) đầu tiên và tất cả các GCNBH phải được tái tục liên tục.

4 Một số định nghĩa

- Dịch bệnh: là sự lây lan nhanh chóng của một bệnh truyền nhiễm với số lượng lớn những người bị nhiễm trong một cộng đồng hoặc một khu vực trong vòng một thời gian ngắn, thường là hai tuần hoặc ít hơn, được công bố bởi cơ quan thẩm quyền nước sở tại, Tổ chức y tế thế giới.
- Đột tử: là trường hợp tử vong không được dự báo trước, xảy ra trong vòng một giờ khi khởi phát những triệu chứng nguy hiểm cho tính mạng con người.

5 Phạm vi lãnh thổ được bảo hiểm

Lãnh thổ Việt Nam.

6 Loại trừ bảo hiểm

Theo quy tắc bảo hiểm sức khỏe ban hành theo Quyết định số 1659/2025/QĐ-BSH-BHCN ngày 01/07/2025 của Tổng giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Sài Gòn – Hà Nội và loại trừ bảo hiểm đối với các trường hợp sau:

- Đối với tử vong (không rõ nguyên nhân), đột tử;
- Điều trị đứt dây chằng, rách sụn chêm; điều trị viêm VA cần nạo/ viêm Amydal cần cắt: loại trừ trong năm đầu tiên tham gia bảo hiểm;
- Tử vong do bệnh đặc biệt, bệnh mãn tính, tình trạng có sẵn;
- Điều trị/ Tử vong liên quan đến thai sản và nha khoa;
- Điều trị/Tử vong do nguyên nhân liên quan đến dịch bệnh có từ trước ngày tham gia bảo hiểm;
- Tất cả các hình thức tiêm chủng, vắc-xin và thuốc phòng ngừa do dịch bệnh và hậu quả của việc tiêm chủng (trừ trường hợp tiêm vắc-xin sau khi bị tai nạn hay súc vật, côn trùng cắn);
- Chi phí khám, xét nghiệm, chỉ định và chẩn đoán của bác sỹ có bệnh nhưng không điều trị (không được kê đơn thuốc hoặc không mua thuốc) hoặc không liên quan đến việc điều trị bệnh hoặc không tìm ra bệnh.

7 Quy định về bồi thường

7.1 Thủ tục yêu cầu bồi thường

- Áp dụng theo quy định về Hồ sơ yêu cầu bồi thường/tra tiền bảo hiểm trong Quy tắc bảo hiểm sức khỏe số 1659/2025/QĐ-BSH-BHCN ngày 01/07/2025 của Tổng giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Sài Gòn – Hà Nội.

7.2. Thời hạn thông báo sự kiện bảo hiểm và giải quyết bồi thường

- Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/người thụ hưởng hoặc người thừa kế hợp pháp phải thông báo bằng mọi hình thức cho BSH về sự kiện bảo hiểm trong vòng 45 ngày kể từ khi xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- BMBH hoặc NĐBH hoặc Người thụ hưởng phải nộp đầy đủ hồ sơ yêu cầu bồi thường/trả tiền bảo hiểm ngay khi có thể và không muộn hơn ba trăm sáu lăm (365) ngày kể từ khi kết thúc điều trị hoặc tử vong.
- Quá thời hạn trên, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/người thụ hưởng hoặc người thừa kế hợp pháp sẽ mất quyền yêu cầu trả tiền trừ trường hợp bất khả kháng.

7.3. Thời hạn trả tiền bảo hiểm

- BSH sẽ trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường trong thời hạn 15 ngày, kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ về yêu cầu trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường.

7.4. Quy định liên quan khác

- Theo định nghĩa tại Quy tắc (không bao gồm chi phí ngày giường nằm điều trị tại phòng VIP, phòng bao, phòng đặc biệt).
- Trường hợp nằm điều trị tại Phòng VIP, phòng đặc biệt: thanh toán theo giường đơn tiêu chuẩn giá thấp nhất tại Cơ sở y tế.
- NĐBH phải tuân thủ theo các quy định hiện hành của Bộ y tế, các bộ ngành có liên quan và Chính phủ trong việc quản lý các trang thiết bị y tế, bệnh điều trị dài ngày, quy chế kê đơn thuốc, chi phí tiền giường bệnh...
- Không chi trả bồi thường cho các trường hợp khám, điều trị tại các điểm khám bác sỹ tư mà không cung cấp được giấy tờ y tế và hóa đơn tài chính hợp lệ.

8 Tái tục liên tục

- Hợp đồng bảo hiểm tái tục là Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH được thiết lập lại trên cơ sở Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH liền kề trước đó với nội dung thỏa mãn toàn bộ các điều kiện sau:
 - + NĐBH và quyền lợi bảo hiểm không thay đổi;
 - + Số tiền bảo hiểm nhỏ hơn hoặc bằng số tiền bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH liền kề trước;
 - + Thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH liền kề trước tối thiểu đủ 12 tháng;
 - + Không có thời gian ngắt quãng giữa các Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH.
- 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 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 BSH).

9 Chấm dứt hiệu lực

- Tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này sẽ chấm dứt hiệu lực vào 11h:59 giờ đêm của ngày cuối cùng của thời hạn bảo hiểm hoặc vào ngày chấm dứt hiệu lực bảo hiểm do Chủ hợp đồng 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.

10 Quy định khác

- Giấy chứng nhận bảo hiểm chỉ có hiệu lực khi phí bảo hiểm được thanh toán đầy đủ cho BSH;
- Mỗi Người được bảo hiểm chỉ được bảo hiểm bởi 01 hợp đồng/GCNBH của chương trình này. Trường hợp NĐBH tham gia nhiều hơn 01 hợp đồng/GCNBH của chương trình bảo hiểm này, BSH sẽ chỉ trả

theo 01 hợp đồng/GCNBH có quyền lợi bảo hiểm cao nhất có hiệu lực tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm.

11 Điều khoản khác

Các nội dung khác áp dụng theo Quy tắc bảo hiểm chăm sóc sức khỏe ban hành kèm theo quyết định số 1659/2025/QĐ-BSH-BHCN ngày 01/07/2025 của Tổng giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Sài Gòn – Hà Nội.

BẢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM SỨC KHỎE NCB HEALTH PLUS

Đơn vị: VND

STT	Chương trình bảo hiểm	VIP 1	VIP 2	VIP 3	VIP 4	VIP 5	VIP 6	VIP 7	VIP 8	VIP 9	VIP 10
	Số tiền bảo hiểm/năm	30,000,000	50,000,000	100,000,000	200,000,000	500,000,000	600,000,000	700,000,000	800,000,000	900,000,000	1,000,000,000
1	Tử vong do tai nạn	30,000,000	50,000,000	100,000,000	200,000,000	500,000,000	600,000,000	700,000,000	800,000,000	900,000,000	1,000,000,000
2	Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn	30,000,000	50,000,000	100,000,000	200,000,000	500,000,000	600,000,000	700,000,000	800,000,000	900,000,000	1,000,000,000
3	Chi phí nằm viện/năm do tai nạn, ốm đau, bệnh tật và dịch bệnh (tối đa 90 ngày/năm)	10,000,000	20,000,000	30,000,000	60,000,000	150,000,000	160,000,000	170,000,000	180,000,000	190,000,000	200,000,000
	Số tiền bảo hiểm / ngày nằm viện: Chi trả chi phí y tế thực tế (VND/ngày)	200,000	300,000	600,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000	3,500,000	4,000,000	4,500,000	5,000,000
4	Chi phí phẫu thuật/năm do tai nạn, ốm đau, bệnh tật và dịch bệnh	10,000,000	20,000,000	30,000,000	60,000,000	150,000,000	160,000,000	170,000,000	180,000,000	190,000,000	200,000,000
5	Mai táng phí	3,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000
6	Tử vong do ốm đau, bệnh tật tại cơ sở y tế	15,000,000	25,000,000	50,000,000	100,000,000	250,000,000	300,000,000	350,000,000	400,000,000	450,000,000	500,000,000

(Tổng số tiền bảo hiểm chi trả cho tất cả các quyền lợi không vượt quá Số tiền bảo hiểm quy định trong suốt thời hạn bảo hiểm)