

1. ĐIỀU KIỆN THAM GIA BẢO HIỂM

- Người được bảo hiểm là cá nhân đang cư trú hợp pháp tại Việt Nam có độ tuổi từ đủ 06 tuổi đến 65 tuổi
- Đối tượng không nhận bảo hiểm:
 - a. Người bị tâm thần, bệnh phong,
 - b. Người đã hoặc đang điều trị bệnh ung thư (*chỉ áp dụng với người tham gia bảo hiểm lần đầu hoặc tái tục không liên tục*);
 - c. Người bị thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên;
 - d. Người đang trong thời gian nằm viện điều trị bệnh tật, thương tật (*chỉ áp dụng với người tham gia bảo hiểm lần đầu hoặc tái tục không liên tục*).

2. THỜI GIAN CHỜ

Bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ theo quy định dưới đây kể từ bắt đầu thời hạn bảo hiểm lần đầu hoặc tái tục không liên tục:

- Tai nạn: không áp dụng;
- Ốm đau, bệnh tật thông thường, nha khoa: 30 ngày;
- Biến chứng thai sản: 90 ngày;
- Sinh con: 270 ngày;
- Bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn: 365 ngày.

3. 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

4. CHI PHÍ CÙNG CHI TRẢ

Là số tiền mà Người được bảo hiểm phải trả tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng chi phí y tế thuộc phạm vi của BHYT theo quy định của cơ quan Bảo hiểm xã hội. Thông tin về chi phí cùng chi trả phải được thể hiện đầy đủ chi tiết trên Hóa đơn tài chính và/hoặc Bảng kê chi tiết viện phí.

5. CHI PHÍ THUỘC PHẠM VI CỦA BHYT

“Chi phí thuộc phạm vi của BHYT” hay “Chi phí trong phạm vi BHYT” là các chi phí trong phạm vi được Quỹ BHYT chi trả theo các mức hưởng cụ thể được quy định trong Luật BHYT hiện hành.

Mọi chi phí không cùng chi trả với BHYT đều không được xem xét là Chi phí thuộc phạm vi của BHYT. Một hạng mục chi phí cho thể bao gồm cả chi phí thuộc phạm vi của BHYT và chi phí không thuộc phạm vi của BHYT.

Chi phí thuộc phạm vi của BHYT vẫn phải thỏa mãn các quy định liên quan để được xem xét là chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm của Chương trình bảo hiểm này.

6. BỆNH ĐẶC BIỆT:

Là những bệnh ung thư, u bướu các loại, huyết áp, tim mạch, viêm/ loét dạ dày, viêm xương/khớp, viêm loét ruột, viêm gan các loại, xơ gan, suy gan, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi các loại trong hệ thống tiết niệu và đường mật, viêm xoang, bệnh đái tháo đường, Parkinson, bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu, lọc máu, chạy thận, bệnh suy phổi, tràn khí phổi, các bệnh mạch máu não, đột quỵ, hôn mê, động kinh, Alzheimer, hội chứng mất trí nhớ, các bệnh bại não và hội chứng liệt khác, rối loạn tuyến giáp và nội tiết tuyến tụy, tuyến thượng thận, rối loạn nội tiết, đục nhân mắt, Lupus ban đỏ.

7. BỆNH CÓ SẴN/ TÌNH TRẠNG CÓ SẴN:

Là ốm đau, bệnh tật hoặc thương tật có từ trước ngày được nhận bảo hiểm và là bệnh tật/ thương tật mà NĐBH:

- Đã phải điều trị trong vòng 12 tháng tính từ ngày bắt đầu tham gia bảo hiểm;
- Nhận biết triệu chứng bệnh tật/ thương tật đó hoặc nhận biết bệnh tật/ thương tật đó đã tồn tại trước ngày bắt đầu bảo hiểm cho dù NĐBH có thực sự khám, điều trị hay không.

8. HỖ TRỢ SINH SẢN:

Hỗ trợ sinh sản: Quyền lợi liên quan đến thai sản được bảo hiểm bắt đầu từ tuổi thai trên 12 tuần, BSH 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.

9. TÁI TỤC LIÊN LỤC

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 tại BSH.

10. 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 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).

11. 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.

12. QUY TẮC BẢO HIỂM

Các nội dung khác áp dụng 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 được phê chuẩn theo Công văn số 9327/BTC-QLBH ngày 26/06/2025 của Bộ tài Chính.