

QUY TẮC BẢO HIỂM TRỢ CẤP NĂM VIỆN VÀ PHẪU THUẬT

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 709 /2013/QĐ-BSH-QLNV ngày 05/09/2013 của Tổng Giám đốc Tổng Công ty Cổ Phần Bảo Hiểm Sài Gòn - Hà Nội)

Trên cơ sở yêu cầu của các công dân Việt Nam, công dân nước ngoài từ 16 đến 65 tuổi và nộp phí bảo hiểm theo quy định, Tổng Công ty Cổ Phần Bảo Hiểm Sài Gòn - Hà Nội (BSH) nhận bảo hiểm trợ cấp năm viện và phẫu thuật theo các điều khoản quy định trong Quy tắc này.

I. NGUYÊN TẮC CHUNG

Điều 1. Đối tượng bảo hiểm

1. Đối tượng bảo hiểm bao gồm:

- a. Những người từ 16 tuổi đến 65 tuổi.
 - b. Những người trên 65 tuổi đã được bảo hiểm theo Quy tắc này liên tục ít nhất là từ năm 60 tuổi.
2. BSH không nhận bảo hiểm cho các đối tượng sau:
- a. Những người bị bệnh thần kinh, tâm thần, ung thư, phong.
 - b. Những người bị tàn phế hoặc thương tật vĩnh viễn từ 80% trở lên.
 - c. Những người đang trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật.

Điều 2. Quyền lợi khác

Những Người được bảo hiểm theo Quy tắc này vẫn được tham gia và hưởng quyền lợi của các loại hình bảo hiểm khác.

Điều 3. Những khái niệm được hiểu theo Quy tắc này

1. Người được bảo hiểm là người có tên trong giấy yêu cầu bảo hiểm, được BSH chấp nhận bảo hiểm bằng Giấy chứng nhận bảo hiểm và được hưởng quyền lợi khi rủi ro được bảo hiểm xảy ra cho người đó.
2. Người phụ thuộc: Bao gồm con cái, vợ hoặc chồng, cha, mẹ của người ký hợp đồng hoặc thành viên trong tập thể.
3. Tập thể: Là các đơn vị hành chính sự nghiệp, các tổ chức, đoàn thể xã hội được hưởng lương; các doanh nghiệp nhà nước, liên doanh và tư nhân; các đơn vị thuộc các đơn vị lực lượng vũ trang, các trường đại học, cao đẳng, trung học chuyên nghiệp và dạy nghề, bổ túc.
4. Thành viên trong tập thể: Bao gồm người phụ trách lao động, người sử dụng lao động, người làm công hưởng lương hoặc được hưởng sinh hoạt phí, học sinh, sinh viên trong tập thể nói trên.
5. Người ký hợp đồng là người có giấy yêu cầu bảo hiểm cho bản thân mình và/hoặc các thành viên trong tập thể và người phụ thuộc (nếu có yêu cầu) và được BSH chấp nhận bảo hiểm.
6. Bệnh viện: Là cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được nhà nước công nhận và;
- Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật;

QUY TẮC BẢO HIỂM TRỢ CẤP NĂM VIỆN VÀ PHẪU THUẬT

(Ban hành kèm theo Quyết định số: /2013/QĐ-BSH-QLNV ngày 05/09/2013 của
Tổng Giám đốc Tổng Công ty Cổ Phần Bảo Hiểm Sài Gòn - Hà Nội)

Trên cơ sở yêu cầu của các công dân Việt Nam, công dân nước ngoài từ 16 đến 65 tuổi và nộp phí bảo hiểm theo quy định, Tổng Công ty Cổ Phần Bảo Hiểm Sài Gòn - Hà Nội (BSH) nhận bảo hiểm trợ cấp năm viện và phẫu thuật theo các điều khoản quy định trong Quy tắc này.

I. NGUYÊN TẮC CHUNG

Điều 1. Đối tượng bảo hiểm

1. Đối tượng bảo hiểm bao gồm:

- a. Những người từ 16 tuổi đến 65 tuổi.
- b. Những người trên 65 tuổi đã được bảo hiểm theo Quy tắc này liên tục ít nhất là từ năm 60 tuổi.
2. BSH không nhận bảo hiểm cho các đối tượng sau:
 - a. Những người bị bệnh thần kinh, tâm thần, ung thư, phong.
 - b. Những người bị tàn phế hoặc thương tật vĩnh viễn từ 80% trở lên.
 - c. Những người đang trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật.

Điều 2. Quyền lợi khác

Những Người được bảo hiểm theo Quy tắc này vẫn được tham gia và hưởng quyền lợi của các loại hình bảo hiểm khác.

Điều 3. Những khái niệm được hiểu theo Quy tắc này

1. Người được bảo hiểm là người có tên trong giấy yêu cầu bảo hiểm, được BSH chấp nhận bảo hiểm bằng Giấy chứng nhận bảo hiểm và được hưởng quyền lợi khi rủi ro được bảo hiểm xảy ra cho người đó.
2. Người phụ thuộc: Bao gồm con cái, vợ hoặc chồng, cha, mẹ của người ký hợp đồng hoặc thành viên trong tập thể.
3. Tập thể: Là các đơn vị hành chính sự nghiệp, các tổ chức, đoàn thể xã hội được hưởng lương; các doanh nghiệp nhà nước, liên doanh và tư nhân; các đơn vị thuộc các đơn vị lực lượng vũ trang, các trường đại học, cao đẳng, trung học chuyên nghiệp và dạy nghề, bổ túc.
4. Thành viên trong tập thể: Bao gồm người phụ trách lao động, người sử dụng lao động, người làm công hưởng lương hoặc được hưởng sinh hoạt phí, học sinh, sinh viên trong tập thể nói trên.
5. Người ký hợp đồng là người có giấy yêu cầu bảo hiểm cho bản thân mình và/hoặc các thành viên trong tập thể và người phụ thuộc (nếu có yêu cầu) và được BSH chấp nhận bảo hiểm.
6. Bệnh viện: Là cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp được nhà nước công nhận và;
 - Có khả năng và phương tiện chẩn đoán bệnh, điều trị và phẫu thuật;

- Có điều kiện thuận lợi cho việc điều trị nội trú và có phiếu theo dõi sức khoẻ hàng ngày cho mỗi bệnh nhân của mình;
 - Không phải là một nơi dùng để nghỉ ngơi hoặc điều dưỡng hay một cơ sở đặc biệt dành riêng cho người già hoặc để cai nghiện rượu, ma túy, chất kích thích hoặc để điều trị các căn bệnh rối loạn tâm thần, phong.
7. Nằm viện: Là việc Người được bảo hiểm cần lưu trú ít nhất 24 giờ ở bệnh viện để điều trị khỏi bệnh lâm sàng, bao gồm cả việc sinh đẻ hoặc điều trị trong thời kỳ có thai.
 8. Phẫu thuật: Là một phương pháp khoa học để điều trị thương tật hoặc bệnh tật được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có bằng cấp thông qua những ca mổ bằng tay với các dụng cụ y tế trong bệnh viện.
 9. Tai nạn: Là bất kỳ thương tổn thân thể nào là hậu quả duy nhất và trực tiếp do một lực bất ngờ tác động từ bên ngoài lên thân thể Người được bảo hiểm, loại trừ ốm đau hoặc bệnh tật hoặc bất kỳ trạng thái nào xảy ra tự nhiên hoặc quá trình thoái hoá.
 10. Bệnh đặc biệt là những bệnh: Ung thư và u các loại, huyết áp, tim mạch, viêm loét dạ dày, viêm đa khớp mãn tính, viêm loét ruột, viêm gan, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi các loại trong hệ thống bài tiết, lao phổi, đục nhân mắt, viêm xoang.
 11. Bệnh có sẵn: Là những bệnh tật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm và do bệnh này, Người được bảo hiểm;
 - Được điều trị trong vòng ba năm trước.
 - Triệu chứng bệnh tật đã thấy xuất hiện hoặc nhận thấy bệnh tật này đã có.
 12. Ngày bắt đầu bảo hiểm: Là ngày cấp giấy chứng nhận và là ngày thời hạn bảo hiểm bắt đầu đi với hợp đồng bảo hiểm ký lần đầu tiên hoặc tái tục không liên tục.

II. PHẠM VI BẢO HIỂM

Điều 4. Phạm vi bảo hiểm

Phạm vi bảo hiểm bao gồm những rủi ro sau đây xảy ra đối với Người được bảo hiểm:

- Ốm đau, bệnh tật, thương tật thân thể do tai nạn, thai sản phải nằm viện hoặc phẫu thuật.
- Chết trong trường hợp đang nằm viện hoặc phẫu thuật.

III. KHÔNG THUỘC TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

Điều 5. BSH không chịu trách nhiệm trong những trường hợp sau:

1. Điều dưỡng, an dưỡng.
2. Nằm viện để kiểm tra sức khoẻ hoặc khám giám định y khoa mà không liên quan đến việc điều trị bệnh tật hoặc thương tật.
3. Điều trị hoặc phẫu thuật các bệnh tật bẩm sinh, những thương tật và chỉ định phẫu thuật có từ trước ngày bắt đầu bảo hiểm.
4. Điều trị hoặc phẫu thuật theo yêu cầu của Người được bảo hiểm mà không liên quan tới điều trị và phẫu thuật bình thường do ngành y tế quy định. Hoặc điều trị, sử dụng thuốc không theo hướng dẫn của các cơ sở y tế.

5. Tạo hình thẩm mỹ, chỉnh hình, phục hồi chức năng, làm chân, tay giả, mắt giả, răng giả.
6. Kế hoạch hóa gia đình.
7. Những bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn trong năm đầu tiên (12 tháng) được bảo hiểm kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm trừ trường hợp quy định tại **Điều 9.2b** dưới đây.
8. Người được bảo hiểm mắc các bệnh: Tâm thần, phong, giang mai, lậu, sida, sốt rét, lao và bệnh nghề nghiệp.
9. Rủi ro xảy ra do Người được bảo hiểm.
 - a. Cố ý: Vi phạm pháp luật, tự gây thương tích, tự tử.
 - b. Say rượu, sử dụng ma túy hoặc chất kích thích khác tương tự.
10. Chiến tranh, nội chiến, đình công.

IV. HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM, SỐ TIỀN BẢO HIỂM, PHÍ BẢO HIỂM

Điều 6. Hợp đồng bảo hiểm

- Người ký hợp đồng có giấy yêu cầu bảo hiểm bản thân mình và cho người phụ thuộc, BSH sẽ cấp giấy chứng nhận bảo hiểm cho người ký hợp đồng và kèm theo danh sách người phụ thuộc (nếu có).
- Trường hợp người ký hợp đồng có giấy yêu cầu bảo hiểm cho tập thể phải kèm theo danh sách các thành viên trong tập thể và những người phụ thuộc của các thành viên này (nếu có yêu cầu), BSH sẽ ký hợp đồng bảo hiểm cho cả tập thể và cấp giấy nhận bảo hiểm cho từng thành viên trong tập thể và người phụ thuộc (nếu có).

Điều 7. Biểu phí và số tiền bảo hiểm

Biểu phí và số tiền bảo hiểm được ban hành cùng với Quy tắc này.

- Phí bảo hiểm nộp bằng loại tiền nào, số tiền bảo hiểm được trả bằng loại tiền đó.
- Số tiền bảo hiểm được quy định trong biểu phí nói trên là giới hạn trách nhiệm tối đa của BSH trong một năm bảo hiểm.
- Số tiền bảo hiểm của người phụ thuộc không được chọn cao hơn người ký hợp đồng hoặc thành viên trong tập thể.

Điều 8. Thời hạn bảo hiểm

Thời gian bảo hiểm là một năm kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm, trừ trường hợp có thoả thuận khác với BSH.

Điều 9. Hiệu lực bảo hiểm

1. Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực sau thời gian chờ dưới đây kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm;
 - a. 31 ngày đối với trường hợp ốm đau, bệnh tật. Nếu Người được bảo hiểm bị chết do bệnh tật trong thời gian này, BSH sẽ hoàn lại 80% số phí bảo hiểm của người đó cho người ký hợp đồng hoặc người thừa kế hợp pháp.
 - b. Trường hợp thai sản;
 - 90 ngày đối với trường hợp: Sảy thai, cần thiết phải nạo thai theo chỉ định của Bác sĩ, lấy u nang buồng trứng, điều trị thai sản.
 - 270 ngày đối với trường hợp sinh đẻ.

c. Không áp dụng thời gian chờ đợi đối với trường hợp thương tật thân thể do tai nạn.

2. Thời gian chờ nói trên không áp dụng cho các trường hợp sau;

a. Hợp đồng bảo hiểm tập thể 50 đến 100 thành viên đối với điểm 1.a nói trên.

b. Hợp đồng bảo hiểm tập thể trên 100 thành viên đối với điểm 1.a và 1.b, nhưng được hưởng quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại điều 11.4 dưới đây.

Ngoài ra hợp đồng bảo hiểm này cũng không phải áp dụng điều loại trừ quy định tại **Điều 5.7** nói trên.

3. Các hợp đồng bảo hiểm tái tục, liên tục mặc nhiên có hiệu lực ngay sau khi người ký hợp đồng đóng phí cho thời gian tiếp theo.

Điều 10. Huỷ bỏ hợp đồng:

Trường hợp một trong hai bên đề nghị huỷ bỏ hợp đồng bảo hiểm, phải thông báo cho bên kia trước 30 ngày. Nếu hợp đồng bảo hiểm được hai bên thoả thuận huỷ bỏ, BSH sẽ trả 80% phí bảo hiểm của thời gian còn lại, với điều kiện đến thời điểm đó hợp đồng bảo hiểm này chưa có một lần nào được BSH chấp nhận trả tiền bảo hiểm.

V. QUYỀN LỢI CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Điều 11. Quyền lợi của người được bảo hiểm

1. Trường hợp Người được bảo hiểm phải nằm viện thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, BSH trả tiền trợ cấp hoặc thanh toán chi phí cho mỗi ngày nằm viện như sau, nhưng không quá 60 ngày trong một năm bảo hiểm;
 - Trường hợp được bảo hiểm với số tiền bảo hiểm phổ cập, trợ cấp mỗi ngày là 0,3% số tiền bảo hiểm ghi trên giấy chứng nhận bảo hiểm.
 - Trường hợp được bảo hiểm với số tiền bảo hiểm đặc biệt, sẽ thanh toán các chi phí: Điều trị, tiền phòng, tiền ăn, xét nghiệm, X- quang, thuốc điều trị, truyền máu, ôxy, huyết thanh, quần áo bệnh viện và trợ cấp giảm thu nhập nhưng tối đa mỗi ngày không quá 0,3% số tiền bảo hiểm ghi trên giấy chứng nhận bảo hiểm.
 - Trường hợp tham gia bảo hiểm dưới 12 tháng, số ngày nằm viện được trả trợ cấp hoặc thanh toán các chi phí nói trên theo tỷ lệ số tháng tham gia bảo hiểm và 12 tháng.
2. Trường hợp Người được bảo hiểm phải phẫu thuật thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, BSH sẽ trả tiền trợ cấp phẫu thuật hoặc thanh toán chi phí phẫu thuật như sau;
 - Trường hợp Người được bảo hiểm số tiền bảo hiểm phổ cập trợ cấp theo định mức trong bảng tỷ lệ trả tiền phẫu thuật kèm theo Quy tắc này với số tiền bảo hiểm ghi trên giấy chứng nhận bảo hiểm;
 - Trường hợp được bảo hiểm với số tiền bảo hiểm đặc biệt, sẽ thanh toán các chi phí: Hội chẩn, gây mê, hồi sức, mổ (kể cả phí phòng mổ) và trường hợp phải mổ lại trong vòng 90 ngày theo ca mổ này, nhưng tối đa không quá định mức trong bảng tỷ lệ trả tiền phẫu thuật kèm theo Quy tắc này với số tiền ghi trên giấy chứng nhận bảo hiểm.
3. Trường hợp Người được bảo hiểm chết thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, BSH trả tiền trợ cấp mai táng phí ghi trên giấy chứng nhận bảo hiểm.