

QUY TẮC ÁP DỤNG

Quy tắc bảo hiểm chăm sóc sức khỏe ban hành kèm theo quyết định số 2828/2018/QĐ-BSH ngày 27/12/2018 của Tổng giám đốc Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Sài Gòn-Hà Nội được phê chuẩn theo Công văn số 15599/BTC-QLBH ngày 14/12/2018 của Bộ tài Chính.

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 Công ty bảo hiểm (CTBH) 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 bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm (HĐBH/GCNBH) 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/tử vong do dịch bệnh.

Đối với HĐBH/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 HĐBH/GCNBH đầu tiên và tất cả các HĐBH/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 chăm sóc sức khỏe ban hành theo Quyết định số 2828/2018/QĐ-BSH ngày 27/12/2018 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

a. Chứng từ chung

- Bản gốc Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm có đầy đủ thông tin cần thiết theo hướng dẫn hoặc mẫu của CTBH;
- Bản sao/chụp bản gốc CMND/CCCD/ Hộ chiếu, giấy khai sinh (nếu dưới 18 tuổi);
- Biên bản tường trình tai nạn có xác nhận của cơ quan có thẩm quyền (xác nhận của cơ quan công an đối với tai nạn giao thông);

- Bản sao/ảnh chụp bản gốc Giấy tờ xe, bằng lái xe (trường hợp tai nạn giao thông).
- 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 (trường hợp tham gia theo Tổ chức/Doanh nghiệp/Công ty)

b. Chứng từ riêng

Ngoài các chứng từ chung theo mục a như trên, tùy theo yêu cầu trả bảo hiểm đối với từng quyền lợi riêng biệt, CTBH yêu cầu cung cấp thêm các chứng từ sau:

- Trường hợp tử vong:
 - + Giấy chứng tử;
 - + Hồ sơ bệnh án trước khi tử vong;
 - + Văn bản phân chia quyền thừa kế hợp pháp, di chúc...
 - + Biên bản tai nạn có kết luận nguyên nhân tử vong của cơ quan có thẩm quyền (trường hợp tử vong do tai nạn)
 - + Hồ sơ y tế và xác nhận của cơ sở y tế hoặc cơ quan có thẩm quyền về việc điều trị và kết thúc điều trị.
- Thương tật vĩnh viễn do tai nạn: Giấy chứng thương (có kết luận mức độ thương tật) do cơ quan y tế có thẩm quyền cấp
- Điều trị nội trú (nằm viện, phẫu thuật):
 - + Bản gốc hóa đơn (tiền khám, viện phí, thuốc,...)
 - + Bản sao/chụp bản gốc Bảng kê chi tiết viện phí
 - + Bản sao/chụp chỉ định phẫu thuật, Giấy chứng nhận phẫu thuật
 - + Trường hợp điều trị tại cơ sở y tế theo yêu cầu các cơ quan có thẩm quyền cần bổ sung: Hồ sơ y tế và xác nhận của cơ sở y tế hoặc cơ quan có thẩm quyền về việc điều trị và kết thúc điều trị.

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 CTBH trong vòng 45 ngày kể từ thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm;
- Trong vòng 120 ngày kể từ thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/người thụ hưởng hoặc người thừa kế hợp pháp phải gửi hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm đến CTBH;
- 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

- CTBH 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 có giá thấp nhất tại Cơ sở y tế.
- Người được bảo hiểm 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.

- Ngoài các chứng từ chung theo mục 7.1 như trên, tùy theo yêu cầu trả bảo hiểm đối với từng quyền lợi riêng biệt, BSH yêu cầu cung cấp thêm các chứng từ sau:
 - + Hóa đơn thuốc phải phù hợp với chỉ định của bác sỹ điều trị về chủng loại và số lượng thuốc. Không sử dụng 01 toa thuốc nhiều lần cho các hóa đơn thuốc kèm theo;
 - + Đơn thuốc phải đúng theo quy định của Bộ Y tế và chỉ có giá trị trong vòng 5 ngày kể từ ngày kê đơn thuốc;
 - + Hóa đơn có số tiền từ 200.000VND trở lên phải là hóa đơn giá trị gia tăng (hóa đơn VAT). Việc tách số tiền từ 200.000VND trở lên thành các hóa đơn bán lẻ không được CTBH chấp nhận.

8. Tái tục liên tục

- Tái tục liên tục là HĐBH/GCNBH được ký liên tục kể từ thời điểm hết hạn của HĐBH/GCNBH trước đó mà Người được bảo hiểm đã tham gia tại CTBH (trừ trường hợp có thỏa thuận khác của CTBH).
- Trường hợp tái tục bảo hiểm với Số tiền bảo hiểm cao hơn hoặc tham gia thêm quyền lợi bổ sung so với HĐBH/GCNBH 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 CTBH).

9. Chấm dứt hiệu lực

- Tất cả các quyền lợi bảo hiểm theo HĐBH/GCNBH 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.
- Hiệu lực bảo hiểm mặc nhiên chấm dứt vào ngày sinh nhật của Người được bảo hiểm bắt đầu độ tuổi 66 tuổi và tất cả các sự kiện bảo hiểm xảy ra từ thời điểm Người được bảo hiểm bắt đầu độ tuổi này sẽ không thuộc phạm vi 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 HĐBH/GCNBH của chương trình này. Trường hợp NĐBH tham gia nhiều hơn 01 HĐBH/GCNBH của chương trình bảo hiểm này, BSH sẽ chỉ trả theo 01 HĐBH/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 2828 /2018/QĐ-BSH ngày 27/12/2018 của Tổng giám đốc Tổng Công Ty Cổ Phần Bảo hiểm Sài Gòn-Hà Nội được phê chuẩn theo Công văn số 15599/BTC-QLBH ngày 14/12/2018 của Bộ tài Chính./.

BẢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM SỨC KHỎE BEST CARE

Đơn vị: VND

TT	Chương trình bảo hiểm	VIP 1	VIP 2	VIP 3	VIP 4	VIP 4A	VIP 5	VIP 5A	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	300,000,000	500,000,000	550,000,000	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	300,000,000	500,000,000	550,000,000	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	300,000,000	500,000,000	550,000,000	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	90,000,000	150,000,000	160,000,000	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	200,000	300,000	600,000	1,000,000	1,300,000	2,000,000	2,300,000	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	90,000,000	150,000,000	160,000,000	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	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	150,000,000	250,000,000	280,000,000	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).