

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. Điều kiện tham gia bảo hiểm:

- 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. Quyền Lợi Bảo hiểm – Số tiền Bảo hiểm:

TT	Chương trình bảo hiểm	Gold	Plantium	Diamond
	Số tiền bảo hiểm	30,000,000 đồng	50,000,000 đồng	100,000,000 đồng
1	Tử vong do tai nạn	Chi trả 100% số tiền bảo hiểm		
2	Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do tai nạn	Chi trả 100% số tiền bảo hiểm		
3	Thương tật bộ phận vĩnh viễn do tai nạn (Chi trả theo tỷ lệ thương tật quy định tại bảng tỷ lệ thương tật với số tiền bảo hiểm)	Chi trả 100% STBH	Chi trả 100% STBH	Chi trả 50% STBH
4	Chi phí nằm viện do tai nạn và ốm đau bệnh tật (tối đa 90 ngày/năm)	Chi trả chi phí thực tế không quá 200,000đ/ngày tối đa 15,000,000đ/ thời hạn bảo hiểm	Chi trả chi phí thực tế không quá 300,000đ/ngày tối đa 25,000,000đ/ thời hạn bảo hiểm	Chi trả chi phí thực tế không quá 600,000đ/ngày tối đa 50,000,000đ/ thời hạn bảo hiểm
5	Chi phí phẫu thuật do tai nạn và ốm đau bệnh tật	15,000,000đ/ thời hạn bảo hiểm	25,000,000đ/ thời hạn bảo hiểm	50,000,000đ/ thời hạn bảo hiểm
6	Trợ cấp trong trường hợp tử vong liên quan đến ốm đau, bệnh tật tại cơ sở y tế theo yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền	15,000,000đ/ thời hạn bảo hiểm	25,000,000đ/ thời hạn bảo hiểm	50,000,000đ/ thời hạn bảo hiểm

(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)

3. Thời hạn bảo hiểm – Phí bảo hiểm:

Gói	Thời hạn bảo hiểm	Từ 60 ngày tuổi - 14 tuổi	Từ 15 tuổi - 44 tuổi	Từ 45 tuổi - 50 tuổi	Từ 51 tuổi - 60 tuổi	Từ 61 tuổi - 65 tuổi
Gold	3 tháng	120,000/người	104,000/người	180,000/người	392,000/người	520,000/người
	6 tháng	180,000/người	156,000/người	270,000/người	588,000/người	780,000/người
	12 tháng	300,000/người	260,000/người	450,000/người	980,000/người	1,300,000/người
Plantium	3 tháng	184,000/người	160,000/người	297,000/người	655,000/người	876,000/người
	6 tháng	276,000/người	240,000/người	445,000/người	983,000/người	1,314,000/người
	12 tháng	460,000/người	400,000/người	742,000/người	1,638,000/người	2,190,000/người
Diamond	3 tháng	404,000/người	350,000/người	592,000/người	1,440,000/người	1,760,000/người
	6 tháng	606,000/người	525,000/người	888,000/người	2,160,000/người	2,640,000/người
	12 tháng	1,010,000/người	875,000/người	1,480,000/người	3,600,000/người	4,400,000/người

4. 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 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;
- 24h đối với điều trị/ tử vong liên quan đến ốm đau, bệnh tật tại cơ sở y tế theo yêu cầu của cơ quan có thẩm quyền.

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.

5. 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.

6. Phạm vi lãnh thổ được bảo hiểm:

- Phạm vi xảy ra sự kiện bảo hiểm: Toàn cầu.
- Phạm vi phát sinh chi phí: Việt Nam.

7. Loại trừ bảo hiểm:

Theo quy tắc bảo hiểm chăm sóc sức khỏe ban hành theo Quyết định số 2828/2018/QĐ-BXH 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 .