

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ TRỢ BẢO HIỂM SỨC KHỎE CÁ NHÂN

ĐÍNH KÈM BẢO HIỂM LIÊN KẾT CHUNG (PHIÊN BẢN 2018)

(Được phê chuẩn theo Công văn số ngày của Bộ Tài chính)

Quy tắc và Điều khoản của Bảo hiểm bổ trợ này (“Điều khoản bổ trợ”) là những nội dung thỏa thuận giữa **Generali** và **Bên mua bảo hiểm** nhằm bảo hiểm cho Người được bảo hiểm theo Chương trình bảo hiểm, khi **Bên mua bảo hiểm** tham gia thêm Bảo hiểm bổ trợ “**Bảo hiểm sức khỏe cá nhân**” và đóng thêm khoản phí bảo hiểm tương ứng.

Trừ những thuật ngữ được định nghĩa tại Điều khoản bổ trợ này, các thuật ngữ khác được sử dụng trong Điều khoản bổ trợ sẽ được hiểu theo định nghĩa tại Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính (“Điều khoản chính”).

Các quy định của Điều khoản chính sẽ được áp dụng cho Bảo hiểm bổ trợ “**Bảo hiểm sức khỏe cá nhân**” này. Theo đó:

- Nếu có mâu thuẫn giữa Điều khoản bổ trợ với Điều khoản chính, quy định của Điều khoản bổ trợ sẽ được ưu tiên áp dụng.
- Nếu Điều khoản bổ trợ không có quy định về một vấn đề mà vấn đề đó đã được quy định tại Điều khoản chính, quy định của Điều khoản chính sẽ được áp dụng.

Điều 1 Chương trình bảo hiểm, Phạm vi địa lý, Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm

Tại thời điểm tham gia Bảo hiểm bổ trợ này, Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn Chương trình bảo hiểm và Quyền lợi bảo hiểm như sau:

1.1 Chương trình bảo hiểm và Phạm vi địa lý

Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn một trong các chương trình bảo hiểm sau với Phạm vi địa lý được bảo hiểm tương ứng và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có):

Chương trình bảo hiểm	Phạm vi địa lý
Tiêu chuẩn	Việt Nam
Cao cấp	Việt Nam
V.I.P	Khu vực Châu Á

1.2 Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn một trong các quyền lợi bảo hiểm sau và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có):

- Quyền lợi điều trị nội trú;
- Quyền lợi điều trị nội trú và điều trị ngoại trú;
- Quyền lợi điều trị nội trú, điều trị ngoại trú và chăm sóc nha khoa.

Quyền lợi chăm sóc nha khoa chỉ áp dụng cho Chương trình bảo hiểm V.I.P.

Điều 2 Quyền lợi bảo hiểm

2.1 Quyền lợi bảo hiểm

- Tùy theo lựa chọn Chương trình bảo hiểm và Quyền lợi bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm theo Điều 1, Generali sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh trong Phạm vi địa lý được bảo hiểm, tối đa bằng Giới hạn phụ của từng quyền lợi quy định trong Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm.
- Đối với Chương trình bảo hiểm Tiêu chuẩn và Cao cấp, trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú tại Phòng khám tư nhân/quốc tế hoặc khoa khám ngoại trú của Cơ sở y tế tư nhân/quốc tế, Generali sẽ áp dụng Tỷ lệ Đồng chi trả là 20%. Theo đó, Generali sẽ chi trả phần chi phí tương ứng với 80% Chi phí y tế thực tế phát sinh từ việc điều trị ngoại trú này.
- Tổng quyền lợi bảo hiểm được chi trả sẽ không vượt quá Quyền lợi bảo hiểm tối đa hàng năm và Chi phí y tế thực tế phải phù hợp với phạm vi bảo hiểm của từng quyền lợi quy định tại Điều 3, Điều 4 và Điều 5 của Điều khoản bổ trợ này.

2.2 Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm

Là bảng liệt kê chi tiết quyền lợi bảo hiểm theo Chương trình bảo hiểm được quy định tại Phụ lục của Điều khoản bổ trợ này.

2.3 Quyền lợi kiểm tra sức khỏe

Trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ này có hiệu lực, nếu không có bất kỳ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nào trong Năm hợp đồng thứ nhất của Bảo hiểm bổ trợ này, Generali sẽ chi trả chi phí cho 01 lần kiểm tra sức khỏe tổng quát khi Người được bảo hiểm thực hiện kiểm tra sức khỏe tổng quát trong Năm hợp đồng thứ 02, với mức chi trả tối đa như sau:

Chương trình bảo hiểm	Tiêu chuẩn	Cao cấp	V.I.P
Chi phí kiểm tra sức khỏe tổng quát	1.000.000 đồng/lần khám	1.500.000 đồng/lần khám	2.000.000 đồng/lần khám

Trường hợp có bất kỳ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phát sinh trong Năm hợp đồng thứ nhất và nộp về Generali sau khi Người được bảo hiểm đã được chi trả Quyền lợi kiểm tra sức khỏe này, Bên mua bảo hiểm phải hoàn lại cho Generali khoản tiền đã được nhận hoặc Generali sẽ khấu trừ khoản tiền này vào bất kỳ quyền lợi bảo hiểm trước khi chi trả cho người nhận quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Điều khoản chính và Điều khoản bổ trợ này.

Trường hợp Người được bảo hiểm thỏa điều kiện để được hưởng quyền lợi nhưng không thực hiện việc kiểm tra sức khỏe tổng quát theo Điều 2.3 này, Quyền lợi kiểm tra sức khỏe sẽ tự động chấm dứt hiệu lực vào Ngày gia hạn năm hợp đồng kế tiếp của Bảo hiểm bổ trợ này.

2.4 Thời gian chờ

Là khoảng thời gian mà các Sự kiện bảo hiểm xảy ra không được Generali chi trả. Thời gian chờ được tính kể từ ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy theo ngày nào đến sau, cụ thể cho từng quyền lợi như sau:

- a. Không áp dụng thời gian chờ đối với trường hợp điều trị do Tai nạn;
- b. Thời gian chờ là 30 ngày đối với trường hợp điều trị do Bệnh, ngoại trừ các bệnh được liệt kê tại mục (c) dưới đây;
- c. Thời gian chờ là 365 ngày đối với trường hợp điều trị các bệnh sau:
 - Cao huyết áp, bệnh tim mạch;
 - Tiểu đường, cường giáp, suy giáp;
 - Bệnh lao, bệnh phổi/ phế quản mãn tính, hen suyễn;
 - Bệnh tai mũi họng đòi hỏi phải phẫu thuật, bệnh xoang mãn tính, các bất thường khoang mũi, vách ngăn, xoắn mũi;
 - Ung thư, khối u, bướu, polyp, u nang, u xơ các loại;
 - Đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp;
 - Đau nửa đầu;
 - Parkinson;
 - Hội chứng Cushing;
 - Bệnh lý khớp, cột sống, đĩa đệm;

- Thoát vị các loại;
- Sỏi gan và đường mật, xơ gan, viêm gan, viêm túi mật, viêm tụy mãn, viêm hoặc loét dạ dày/tá tràng/đại tràng, rò hậu môn, trĩ;
- Bệnh lý thận mãn tính, sỏi tiết niệu, lạc nội mạc tử cung, bệnh hệ sinh dục.

d. Thời gian chờ là 90 ngày đối với trường hợp chăm sóc nha khoa.

Điều 3 Phạm vi bảo hiểm – Quyền lợi điều trị nội trú

Trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ này có hiệu lực, Generali sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh khi Người được bảo hiểm điều trị nội trú theo yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa, thuộc phạm vi bảo hiểm sau đây và không vượt quá Giới hạn phụ và số ngày tối đa quy định tại Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm. Tổng quyền lợi chi trả không vượt quá Quyền lợi bảo hiểm tối đa hàng năm.

3.1 Viện phí và các chi phí y tế

3.1.1 Tiền giường và phòng

Là các khoản Chi phí y tế thực tế phát sinh khi Người được bảo hiểm Nằm viện để điều trị nội trú, bao gồm các chi phí sau:

- a. Tiền giường và phòng cho mỗi Ngày nằm viện, bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn của bệnh nhân trong trường hợp Cơ sở y tế có cung cấp và các chi phí chăm sóc, dưỡng bệnh đối với Người được bảo hiểm.
- b. Phòng và giường thuộc phạm vi bảo hiểm của quyền lợi này là phòng và giường theo hạng bình thường/tiêu chuẩn của Cơ sở y tế, không phải là phòng dịch vụ, phòng tự nguyện, phòng theo yêu cầu, phòng cao cấp (VIP) hoặc phòng bao (là phòng có hai hay nhiều giường được đăng ký sử dụng cho một bệnh nhân).
- c. Trường hợp Người được bảo hiểm Nằm viện không phải tại phòng và giường theo hạng bình thường/tiêu chuẩn như nêu trên, Generali sẽ chi trả theo mức chi phí của phòng và giường hạng bình thường/tiêu chuẩn tại Cơ sở y tế đó.

3.1.2 Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt

Chi phí y tế thực tế cho mỗi Ngày nằm viện tại Phòng chăm sóc đặc biệt của Cơ sở y tế theo chỉ định của Bác sĩ.

3.1.3 Tiền giường cho Người nhà

Chi phí thực tế tiền giường mỗi ngày cho 01 Người nhà lưu lại Cơ sở y tế để chăm sóc Người được bảo hiểm dưới 18 Tuổi khi điều trị nội trú.

3.1.4 Chi phí phẫu thuật

Chi phí y tế thực tế từ việc điều trị nội trú và được Phẫu thuật bao gồm:

- a. Chi phí phòng gồm Phòng phẫu thuật, phòng hồi sức;
- b. Chi phí chi trả cho Bác sĩ phẫu thuật;
- c. Chi phí gây mê và chi phí chi trả cho Bác sĩ gây mê;
- d. Chi phí cho các thiết bị dụng cụ được sử dụng trong Phẫu thuật;
- e. Chi phí thông thường cho các chẩn đoán trước khi Phẫu thuật và hồi sức sau khi Phẫu thuật;

- f. Chi phí cho các thiết bị, dụng cụ cần phải cấy ghép vào cơ thể để duy trì sự sống.

3.1.5 Chi phí điều trị nội trú khác

Chi phí y tế thực tế từ việc điều trị nội trú cho mỗi lần Nằm viện, bao gồm:

- a. Chi phí tư vấn Bác sĩ;
- b. Chi phí thuốc theo toa do Bác sĩ chỉ định sử dụng trong thời gian Nằm viện;
- c. Chi phí quần áo, băng, nẹp thạch cao (loại trừ các loại nẹp khác, chân, tay giả, dụng cụ giả, thiết bị hỗ trợ như gậy, xe lăn...);
- d. Chi phí tiêm truyền tĩnh mạch;
- e. Chi phí các xét nghiệm do Bác sĩ chỉ định và có liên quan trực tiếp đến chẩn đoán Bệnh hoặc Thương tích của Người được bảo hiểm;
- f. Chi phí thở o-xy và các thiết bị liên quan;
- g. Chi phí đồng vị phóng xạ và các xét nghiệm liên quan;
- h. Chi phí truyền máu;
- i. Chi phí vật liệu tiêu hao;
- j. Chi phí vật lý trị liệu;
- k. Các chi phí khác được Generali chấp thuận.

Trường hợp việc Nằm viện để thực hiện vật lý trị liệu và/hoặc các xét nghiệm chẩn đoán không đáp ứng các điều kiện về Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa, các chi phí này sẽ không được Generali chi trả theo Quyền lợi điều trị nội trú ngay cả khi Người được bảo hiểm Nằm viện.

3.1.6 Chi phí điều trị trước khi nhập viện

Bao gồm tiền khám, tiền thuốc, xét nghiệm, do Bác sĩ chỉ định và được thực hiện trong vòng 30 ngày trước khi Nằm viện. Chỉ định khám, thuốc và xét nghiệm này phải liên quan trực tiếp đến Bệnh, Thương tích phải Nằm viện.

3.1.7 Chi phí điều trị sau khi xuất viện

- a. Bao gồm tiền khám, tiền thuốc, xét nghiệm do Bác sĩ chỉ định được thực hiện trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện. Chỉ định khám, thuốc và xét nghiệm này phải liên quan trực tiếp đến Bệnh, Thương tích phải Nằm viện.
- b. Trong trường hợp Người được bảo hiểm cần phải nhập viện lại để điều trị cho cùng một Bệnh, Thương tích, quyền lợi này sẽ không được chi trả nếu Chi phí điều trị trước khi nhập viện tại Điều 3.1.6 đã được chi trả.

3.1.8 Chi phí chăm sóc y tế tại nhà

- a. Chi phí y tế thực tế phát sinh cho mỗi ngày Chăm sóc y tế tại nhà do Y tá thực hiện trong vòng 15 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện sau khi được Phẫu thuật hoặc điều trị tại Phòng chăm sóc đặc biệt do Bệnh hoặc Thương tích. Việc chăm sóc y tế tại nhà phải được sự chỉ định của Bác sĩ tại Cơ sở y tế nơi Người được bảo hiểm Nằm viện.
- b. Chi phí Chăm sóc y tế tại nhà được chi trả tối đa cho 01 Y tá cho mỗi lần chăm sóc.

3.1.9 Trợ cấp nằm viện tại Bệnh viện công lập

Generali chi trả thêm khoản trợ cấp cho mỗi Ngày nằm viện theo quy định trong Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị nội trú tại Bệnh viện công lập.

3.2 Cấy ghép nội tạng

Chi phí y tế thực tế trong trường hợp Người được bảo hiểm phải Nằm viện để thực hiện Phẫu thuật cấy ghép nội tạng gồm thận, tim, gan, phổi hoặc tủy xương theo chỉ định của Bác sĩ, bao gồm:

- a. Tiền giường, phòng và ăn uống theo tiêu chuẩn của phòng;
- b. Tiền giường cho Người nhà; Chi phí tại Phòng chăm sóc đặc biệt;
- c. Chi phí Phẫu thuật: chi phí phòng gồm Phòng phẫu thuật, phòng hồi sức; chi phí chi trả cho Bác sĩ phẫu thuật; chi phí gây mê và chi phí chi trả cho Bác sĩ gây mê; chi phí cho các thiết bị, dụng cụ được sử dụng trong Phẫu thuật; chi phí thông thường cho các chẩn đoán trước khi Phẫu thuật và hồi sức sau khi Phẫu thuật;
- d. Chi phí điều trị nội trú khác;
- e. Chi phí điều trị trước khi nhập viện và sau khi xuất viện;
- f. Chi phí Chăm sóc y tế tại nhà;
- g. Chi phí y tế cho người hiến tặng tạng tối đa 50% Giới hạn phụ của phạm vi bảo hiểm này;
- h. Các chi phí khác được Generali chấp thuận.

Không có bất kỳ quyền lợi nào khác được chi trả liên quan đến việc cấy ghép nội tạng này.

3.3 Điều trị ung thư

Chi phí y tế thực tế trong trường hợp Người được bảo hiểm Nằm viện, điều trị ngoại trú hoặc/và điều trị trong ngày cho bệnh ung thư bằng phương pháp hóa trị và/hoặc xạ trị theo chỉ định của Bác sĩ.

Không có bất kỳ quyền lợi nào khác được chi trả liên quan đến việc điều trị ung thư này.

3.4 Điều trị trong ngày

- a. Phẫu thuật trong ngày:

Chi phí y tế thực tế cho Phẫu thuật trong ngày của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ bao gồm chi phí khám, thuốc theo toa, chi phí trả cho Bác sĩ phẫu thuật, chi phí gây mê và chi phí cho các thiết bị, dụng cụ sử dụng trong Phẫu thuật.

- b. Lọc máu thận:

Chi phí y tế thực tế cho chạy thận nhân tạo và thẩm phân phúc mạc theo chỉ định của Bác sĩ trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị suy thận mãn tính do Bệnh. Các Chi phí y tế thực tế phát sinh liên quan đến lọc máu thận trong khi điều trị nội trú sẽ không được chi trả theo quyền lợi này.

3.5 Điều trị cấp cứu do Tai nạn

Chi phí y tế thực tế điều trị cấp cứu Thương tích do Tai nạn (ngoại trừ tổn thương răng do Tai nạn) trong vòng 24 giờ kể từ khi xảy ra Tai nạn tại khoa/phòng cấp cứu của Cơ sở y tế, khoa điều trị ngoại trú của Cơ sở y tế hoặc Phòng khám.

3.6 Điều trị tổn thương răng do Tai nạn

Chi phí y tế thực tế trong trường hợp Người được bảo hiểm bị Tai nạn dẫn đến Thương tích đối với răng lành lặn, tự nhiên và cần phải điều trị răng trong vòng 07 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn tại Phòng khám hoặc Cơ sở y tế. Chi phí này bao gồm chi phí tư vấn nha khoa, chi phí cầm máu, nhổ răng, lấy tủy răng, chụp X-quang.

Generali không chi trả các Chi phí y tế thực tế liên quan đến:

- a. Điều chỉnh hoặc phục hồi răng, sử dụng các chất liệu kim loại quý hiếm, điều trị chỉnh nha bằng mọi hình thức, phẫu thuật nha khoa thực hiện trong Phòng khám hoặc Cơ sở y tế.
- b. Điều trị tổn thương răng do các nguyên nhân sau:
 - Thương tích trong quá trình ăn uống;
 - Thương tích trong quá trình bào mòn tự nhiên của răng;
 - Thương tích trong khi đánh răng hoặc bất kỳ các phương pháp vệ sinh răng miệng nào khác.

3.7 Vận chuyển cấp cứu trong nước

Chi phí y tế thực tế liên quan đến Vận chuyển cấp cứu tại Việt Nam được chi trả trong trường hợp Người được bảo hiểm đang trong Tình trạng khẩn cấp và cần Vận chuyển cấp cứu.

Điều 4 Phạm vi bảo hiểm – Quyền lợi điều trị ngoại trú

(Áp dụng khi Bên mua bảo hiểm có lựa chọn tham gia thêm)

Trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ này có hiệu lực, Generali sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh khi Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú theo yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa tại Cơ sở y tế hoặc Phòng khám, thuộc phạm vi bảo hiểm sau đây và không vượt quá Giới hạn phụ và số ngày tối đa quy định tại Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm. Tổng quyền lợi chi trả không vượt quá Quyền lợi bảo hiểm tối đa hàng năm.

4.1 Điều trị ngoại trú theo Tây y

Chi phí y tế thực tế điều trị ngoại trú theo Tây y bao gồm:

- a. Chi phí y tế phát sinh từ việc khám, điều trị ngoại trú được thực hiện bởi Bác sĩ;
- b. Chi phí thuốc Tây y theo toa;
- c. Chi phí hỗ trợ y tế như băng, nẹp thạch cao được xem là cần thiết để điều trị gãy tay, gãy chân hay Thương tích khác (loại trừ các loại nẹp khác, chân, tay giả, dụng cụ giả, thiết bị hỗ trợ như gậy, xe lăn...);
- d. Chi phí xét nghiệm theo chỉ định của Bác sĩ được thực hiện nhằm mục đích chẩn đoán Bệnh, Thương tích.

4.2 Điều trị ngoại trú theo Đông y

Chi phí y tế thực tế điều trị ngoại trú theo Đông y bao gồm:

- a. Chi phí y tế phát sinh từ việc khám, điều trị ngoại trú được thực hiện bởi Bác sĩ Đông y;
- b. Chi phí thuốc Đông y theo toa;
- c. Chi phí xét nghiệm theo chỉ định của Bác sĩ Đông y được thực hiện nhằm mục đích chẩn đoán Bệnh, Thương tích.

Điều 5 Phạm vi bảo hiểm – Quyền lợi chăm sóc nha khoa

(Áp dụng khi Bên mua bảo hiểm có lựa chọn tham gia thêm)

Trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ này có hiệu lực, Generali sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh khi Người được bảo hiểm được chăm sóc nha khoa theo yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa tại Cơ sở y tế hoặc Phòng khám, thuộc phạm vi bảo hiểm sau đây và không vượt quá Giới hạn phụ quy định tại Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm. Tổng quyền lợi chi trả không vượt quá Quyền lợi bảo hiểm tối đa hàng năm.

Chi phí chăm sóc nha khoa tại Phòng khám hoặc Cơ sở y tế

1. Chi phí kiểm tra, cạo vôi răng, tối đa 02 lần cho mỗi Năm hợp đồng;
2. Chi phí điều trị nha khoa khác:
 - a. Chi phí khám, chẩn đoán nha khoa;
 - b. Chi phí điều trị viêm nướu, viêm nha chu, chi phí lấy tủy răng, nhổ răng sâu;
 - c. Chi phí trám răng bằng chất liệu amalgam, composite, GIC hoặc các chất liệu tương đương;
 - d. Chi phí cắt u mô cứng của răng, cắt cuống răng;
 - e. Chi phí khảm răng, trám phủ răng bằng chất liệu kim loại thông thường hoặc sứ (loại trừ chất liệu vàng, chất liệu quý hiếm) trong trường hợp không thể sử dụng các phương pháp phục hồi răng trực tiếp khác bằng chất liệu composite, amalgam;
 - f. Chi phí xét nghiệm theo chỉ định của Bác sĩ nha khoa được thực hiện nhằm mục đích chẩn đoán Bệnh, Thương tích.

Điều 6 Các trường hợp ngoài phạm vi bảo hiểm

Generali sẽ không chi trả quyền lợi nếu Người được bảo hiểm điều trị nội trú, điều trị ngoại trú, chăm sóc nha khoa trong các trường hợp sau hoặc do các nguyên nhân sau:

- a. Điều trị do Tình trạng y tế có trước; ngoại trừ Tình trạng y tế có trước được kê khai trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và được Generali chấp nhận;
- b. Người được bảo hiểm tự tử, mưu toan tự tử, hoặc tự gây ra thương tích cho bản thân trong tình trạng tinh táo hoặc mất trí;
- c. Sử dụng thuốc quá liều;
- d. Sử dụng thuốc mà không theo chỉ định của bác sĩ, sử dụng bất kỳ loại chất gây nghiện, ma túy, chất có cồn, chất độc, thuốc kích thích. Thuật ngữ “sử dụng chất

- có cồn” là trong trường hợp xét nghiệm có nồng độ cồn vượt mức cho phép theo quy định pháp luật;
- e. Bất kỳ bệnh hoặc rối loạn tâm thần, tâm lý, thần kinh, suy nhược cơ thể, tình trạng căng thẳng (stress), mất ngủ, điều trị liên quan đến chứng khó thở trong khi ngủ (bao gồm ngủ ngáy);
 - f. Kiểm tra sức khỏe định kỳ, kiểm tra sức khỏe tổng quát (trừ Quyền lợi kiểm tra sức khỏe quy định theo Điều khoản bổ trợ này), điều trị phòng ngừa (tiêm chủng, vaccin và thuốc chủng ngừa), nhập viện chỉ nhằm mục đích chẩn đoán;
 - g. Bất kỳ bệnh hoặc rối loạn do bẩm sinh, di truyền;
 - h. Khám và điều trị liên quan đến sức khỏe sinh sản như hiếm muộn, vô sinh, ngừa thai, triệt sản, phá thai, sảy thai, mang thai, sinh con, chữa trứng và các biến chứng liên quan;
 - i. Nhiễm HIV, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải AIDS và các bệnh lây truyền qua đường tình dục;
 - j. Phẫu thuật thẩm mỹ, phẫu thuật chỉnh hình, phẫu thuật chuyển đổi giới tính, các hình thức điều trị thẩm mỹ, và các biến chứng liên quan; trừ trường hợp phẫu thuật chỉnh hình khi bị Thương tích do Tai nạn là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa nhằm tái tạo lại chức năng của Người được bảo hiểm;
 - k. Sử dụng các sản phẩm mỹ phẩm, thực phẩm chức năng, thuốc bổ, vitamin, khoáng chất, các chất bổ sung cho chế độ dinh dưỡng hoặc phục vụ cho chế độ ăn kiêng;
 - l. Tất cả các điều trị cho Tình trạng thực vật hoặc tổn thương hệ thần kinh lâu dài sau ngày thứ 90 kể từ ngày điều trị;
 - m. Điều trị những bất thường trong quá trình phát triển như khó khăn trong việc học, rối loạn tăng động giảm chú ý, tự kỷ, những vấn đề về cách cư xử, những vấn đề liên quan đến sự phát triển thể chất, hành vi, ngôn ngữ, và các liệu pháp ngôn ngữ;
 - n. Điều trị y tế theo Đông y; trừ việc điều trị ngoại trú theo Đông y được chi trả theo Quyền lợi điều trị ngoại trú của Điều khoản bổ trợ này;
 - o. Chi phí cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng phục vụ cho việc Cấy ghép nội tạng; trừ các chi phí y tế thực tế cho việc Cấy ghép nội tạng được quy định theo Điều khoản bổ trợ này;
 - p. Điều trị y tế thử nghiệm;
 - q. Kiểm tra thị lực; kiểm tra thính lực; kiểm tra tật khúc xạ mắt bao gồm cận thị, viễn thị, loạn thị; bất kỳ phẫu thuật và/hoặc liệu pháp điều chỉnh các khuyết tật thính giác và thị giác; thiết bị chỉnh hình, hỗ trợ chức năng, thiết bị nhân tạo như chân, tay giả, máy trợ thính hoặc các thiết bị có tính chất tương tự;
 - r. Điều trị do phơi nhiễm năng lượng hạt nhân, phóng xạ ion hóa hay nhiễm phóng xạ thuộc bất kỳ loại nào; trừ trường hợp Người được bảo hiểm bị phơi nhiễm phóng xạ do sử dụng phương pháp xạ trị trong điều trị ung thư;
 - s. Tham gia hoạt động đóng thế mạo hiểm, hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoạt động nguy hiểm như: đua ngựa, đua xe, trượt tuyết, trượt băng, leo núi, lặn, nhảy bungee (là hoạt động mạo hiểm nhảy từ một điểm cố định trên cao, chân người nhảy được giữ bằng một sợi dây co giãn), các chuyến bay trên không (như dù lượn, khinh khí cầu và nhảy dù với tư cách không phải là hành khách trên chuyến

- bay chở khách thương mại thường xuyên theo lịch trình) hoặc các hoạt động thám hiểm mạo hiểm;
- t. Do hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc Bên mua bảo hiểm;
 - u. Các Chi phí y tế thực tế phát sinh ngoài Phạm vi bảo hiểm theo Điều 3, Điều 4 và Điều 5 của Điều khoản bổ trợ này;
 - v. Các điều khoản loại trừ khác (nếu có) theo thỏa thuận với Bên mua bảo hiểm và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung (nếu có).

Điều 7 Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm

7.1 Các chứng từ yêu cầu giải quyết quyền lợi

Bên mua bảo hiểm hoặc người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm nộp cho Generali các chứng từ bằng tiếng Việt như sau:

- a. Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi đã được khai đầy đủ, chính xác;
- b. Giấy tờ tùy thân của người nhận quyền lợi: chứng minh nhân dân/căn cước công dân/hộ chiếu;
- c. Bằng chứng về quyền nhận quyền lợi: giấy tờ chứng minh mối quan hệ với Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm, thỏa thuận phân chia di sản thừa kế, di chúc, văn bản cử người đại diện nhận quyền lợi...;
- d. Bằng chứng về Sự kiện bảo hiểm:
 - Chỉ định thực hiện và các kết quả xét nghiệm, kết luận chẩn đoán của Bác sĩ;
 - Chứng từ y tế liên quan đến chăm sóc y tế được Bác sĩ chỉ định, sổ kiểm tra sức khỏe, toa thuốc (có đầy đủ chẩn đoán, họ tên đầy đủ và chữ ký của Bác sĩ, con dấu của Cơ sở y tế/Phòng khám nơi thực hiện việc tư vấn, khám hoặc điều trị);
 - Giấy ra viện và trích sao bệnh án (trong trường hợp điều trị nội trú);
 - Giấy chỉ định Chăm sóc y tế tại nhà;
 - Giấy chứng nhận phẫu thuật (trong trường hợp phẫu thuật);
 - Chứng từ liên quan đến điều trị nha khoa, trong đó ghi rõ kết quả xét nghiệm, chẩn đoán và chi tiết phương pháp điều trị (trong trường hợp chăm sóc nha khoa);
 - Hồ sơ khám, kết quả xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị từ bất kỳ bác sĩ và/hoặc cơ sở y tế nào mà Người được bảo hiểm đã đến khám và điều trị;
 - Biên bản khám nghiệm hiện trường, kết luận điều tra của cơ quan có thẩm quyền, biên bản tai nạn, tường trình tai nạn, nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra do Tai nạn;
- e. Bản gốc hóa đơn tài chính viện phí, biên lai thu tiền viện phí, trong đó: ghi rõ thông tin của Người được bảo hiểm, Cơ sở y tế/Phòng khám, liệt kê chi tiết các chi phí y tế. Trong trường hợp có nhiều chi phí y tế trên cùng một hóa đơn, cần có bảng kê chi tiết các chi phí tương ứng với mỗi hạng mục chi phí y tế.

Trong trường hợp Người được bảo hiểm được điều trị ngoài lãnh thổ Việt Nam thì các chứng từ quy định tại Điều 7.1.d và Điều 7.1.e có thể bằng tiếng Anh.

Generali bảo lưu quyền yêu cầu Bên mua bảo hiểm hoặc người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm thực hiện công chứng, chứng thực hợp pháp hóa lãnh sự các giấy tờ, bằng chứng nêu trên (bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt). Chi phí cho việc cung cấp các giấy tờ này sẽ do Bên mua bảo hiểm hoặc người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm.

Trường hợp có tranh chấp xảy ra, Generali bảo lưu quyền yêu cầu giám định y tế đối với Người được bảo hiểm tại các cơ quan giám định/chuyên viên giám định được Generali chỉ định hoặc chấp thuận. Chi phí cho việc giám định y tế do Generali chi trả. Kết quả giám định y tế là cơ sở để Generali xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

7.2 Thời hạn thông báo yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm hoặc người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Generali và nộp các giấy tờ quy định tại Điều 7.1 trong vòng 90 ngày kể từ ngày xuất viện điều trị nội trú hoặc ngày điều trị ngoại trú hoặc ngày chăm sóc nha khoa.

Nếu vì lý do khách quan hợp lý mà Bên mua bảo hiểm hoặc người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm không thể nộp hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi đầy đủ hoặc bằng chứng về Sự kiện bảo hiểm trong thời gian quy định nêu trên, hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và bằng chứng về Sự kiện bảo hiểm phải được nộp trong vòng 12 tháng kể từ ngày xuất viện điều trị nội trú hoặc ngày điều trị ngoại trú hoặc ngày chăm sóc nha khoa.

7.3 Bảo lãnh viện phí

Bảo lãnh viện phí là việc Generali chấp nhận thanh toán trực tiếp một phần hoặc toàn bộ Chi phí y tế thực tế cho Cơ sở y tế theo Điều khoản bổ trợ này trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị do Bệnh tại các Cơ sở y tế trong hệ thống bảo lãnh viện phí của Generali.

- a. Nếu Người được bảo hiểm điều trị trong hệ thống bảo lãnh viện phí của Generali tại Việt Nam, Người được bảo hiểm cần thực hiện những bước sau:
 - Xuất trình thẻ bảo hiểm của Generali và chứng minh nhân dân/căn cước công dân/hộ chiếu/giấy khai sinh (nếu là trẻ em) cho Cơ sở y tế;
 - Thực hiện tạm ứng viện phí theo yêu cầu của Cơ sở y tế (nếu có);
 - Kiểm tra Phiếu yêu cầu thanh toán quyền lợi mà Cơ sở y tế cung cấp sau khi điều trị và ký tên để xác nhận việc điều trị của Người được bảo hiểm;
 - Tự thanh toán cho Cơ sở y tế các chi phí không thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc vượt quá Giới hạn phụ và/hoặc Quyền lợi bảo hiểm tối đa hàng năm.
- b. Nếu Người được bảo hiểm điều trị trong hệ thống bảo lãnh viện phí của Generali tại nước ngoài, Người được bảo hiểm cần thực hiện những bước sau:
 - Gửi thông báo bằng văn bản và cung cấp đầy đủ các thông tin sau đây ít nhất 07 ngày trước khi việc điều trị được tiến hành:
 - Biểu hiện và chẩn đoán của Bệnh, Thương tích;
 - Hồ sơ khám, kết quả xét nghiệm, quá trình điều trị Bệnh, Thương tích;

- Chi tiết về biện pháp điều trị và/hoặc phẫu thuật do Bác sĩ đề nghị;
- Thời điểm và Cơ sở y tế mà Người được bảo hiểm dự định sẽ thực hiện điều trị nội trú và/hoặc phẫu thuật.

Generali sẽ thẩm định và xác nhận các chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm trước khi việc điều trị nội trú và/hoặc phẫu thuật được thực hiện. Nếu Người được bảo hiểm không đáp ứng các yêu cầu trên, Generali có thể từ chối một phần hoặc toàn bộ số tiền yêu cầu bồi thường.

- Khi Generali chấp thuận bảo lãnh viện phí, Người được bảo hiểm cần thực hiện đầy đủ các bước theo Điều 7.3.a nêu trên khi việc điều trị được tiến hành.

Điều 8 Thời hạn bảo hiểm - Phí bảo hiểm

8.1 Thời hạn bảo hiểm

- a. Thời hạn bảo hiểm là 01 năm tính từ ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các bản phụ lục, các xác nhận sửa đổi bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có).
- b. Bảo hiểm bổ trợ này được Generali xem xét gia hạn hàng năm tại mỗi Ngày gia hạn năm hợp đồng cho đến khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hoặc Người được bảo hiểm không còn đáp ứng các điều kiện bảo hiểm theo Điều khoản bổ trợ này. Generali có thể từ chối gia hạn Bảo hiểm bổ trợ này và thông báo cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 30 ngày trước Ngày gia hạn năm hợp đồng.
- c. Trong trường hợp ngưng triển khai Bảo hiểm bổ trợ này, Generali sẽ chấm dứt hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này và gửi thông báo bằng văn bản đến Bên mua bảo hiểm trước ít nhất 30 ngày, với điều kiện là thời gian bảo hiểm tính từ ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ đến ngày chấm dứt Bảo hiểm bổ trợ kéo dài ít nhất 24 tháng liên tục. Quy định này không là cơ sở để Generali phải chấp thuận khôi phục hiệu lực Bảo hiểm bổ trợ và cũng không áp dụng trong trường hợp Bảo hiểm bổ trợ bị chấm dứt theo quy định tại Điều 10.

8.2 Phí bảo hiểm

- a. Phí bảo hiểm của Năm hợp đồng đầu tiên của Bảo hiểm bổ trợ này được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có).
- b. Phí bảo hiểm của các Năm hợp đồng tiếp theo có thể thay đổi tùy theo Tuổi của Người được bảo hiểm tại Ngày gia hạn năm hợp đồng.
- c. Vào bất kỳ Ngày gia hạn năm hợp đồng nào, với sự chấp thuận của Bộ Tài chính, Generali có thể thay đổi Phí bảo hiểm, Phí bảo hiểm rủi ro, quyền lợi bảo hiểm và/hoặc phạm vi, điều kiện bảo hiểm của Điều khoản bổ trợ này. Generali sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 90 ngày trước khi việc thay đổi này bắt đầu có hiệu lực.
- d. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không chấp thuận việc thay đổi theo quy định tại Điều 8.2.c của Điều khoản bổ trợ này, Bên mua bảo hiểm cần thông báo bằng văn bản cho Generali về việc không chấp thuận này trước khi việc thay đổi bắt đầu có hiệu lực, khi đó Bảo hiểm bổ trợ này sẽ chấm dứt hiệu lực vào Ngày gia hạn năm hợp đồng tiếp theo. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm chấp thuận hoặc Generali không nhận được phản hồi thì việc thay đổi này sẽ có hiệu lực.

Điều 9 Phí ban đầu

Phí ban đầu áp dụng cho Bảo hiểm bổ trợ này được tính theo tỷ lệ % của Phí bảo hiểm bổ trợ như sau:

Phí bảo hiểm của Năm hợp đồng	1	2	3	4	5	6+
% Phí bảo hiểm bổ trợ	50%	35%	30%	20%	5%	0%

Điều 10 Chấm dứt hiệu lực

- 10.1** Generali sẽ chấm dứt hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này hoặc điều chỉnh/giới hạn quyền lợi và phạm vi bảo hiểm trong trường hợp có bằng chứng về việc gian lận hoặc trục lợi từ Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm đối với Bảo hiểm bổ trợ này. Generali sẽ thông báo bằng văn bản ít nhất 30 ngày trước khi chấm dứt hiệu lực Bảo hiểm bổ trợ hoặc điều chỉnh/ giới hạn quyền lợi và phạm vi bảo hiểm.
- 10.2** Generali sẽ chấm dứt hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này trong trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm không kê khai đầy đủ và chính xác các thông tin về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm mà nếu biết được các thông tin này Generali không chấp thuận bảo hiểm hoặc chấp thuận bảo hiểm với mức phí tăng thêm hoặc áp dụng loại trừ bảo hiểm.
- 10.3** Trong trường hợp chấm dứt hiệu lực Bảo hiểm bổ trợ này theo Điều 10.1 và/hoặc Điều 10.2, Generali sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng cho Năm hợp đồng hiện tại (không có lãi), sau khi khấu trừ tổng quyền lợi bảo hiểm đã chi trả trong Năm hợp đồng hiện hành.
- 10.4** Bảo hiểm bổ trợ chấm dứt hiệu lực theo một trong những trường hợp sau:
- Vào Ngày gia hạn năm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 70 Tuổi; hoặc
 - Bảo hiểm bổ trợ này không được gia hạn theo quyết định của Generali như quy định tại Điều 8.1;
 - Người được bảo hiểm tử vong;
 - Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực theo quy định của Điều khoản chính;
 - Khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Bảo hiểm bổ trợ bằng văn bản đối với từng Người được bảo hiểm;
 - Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

Điều 11 Định nghĩa

11.1 Bác sĩ

Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa trong lĩnh vực Tây y được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi đào tạo chuyên ngành và phạm vi giấy phép theo Luật pháp của nước sở tại tại nơi người đó hành nghề. Bác sĩ không được đồng thời là:

- a. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- b. Người nhà của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng

11.2 Bác sĩ Đông y

Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa trong lĩnh vực Đông y (bao gồm châm cứu và bấm huyệt) được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề y hợp pháp trong phạm vi đào tạo chuyên ngành và phạm vi giấy phép theo Luật pháp của nước sở tại tại nơi người đó hành nghề. Bác sĩ Đông y không được đồng thời là:

- a. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- b. Người nhà của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng.

11.3 Bác sĩ nha khoa

Là người có bằng cấp chuyên môn nha khoa được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề nha khoa hợp pháp trong phạm vi đào tạo chuyên ngành và phạm vi giấy phép theo Luật pháp của nước sở tại tại nơi người đó hành nghề. Bác sĩ nha khoa không được đồng thời là:

- a. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- b. Người nhà của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng.

11.4 Bác sĩ phẫu thuật

Là Bác sĩ có bằng cấp chuyên môn y khoa trong lĩnh vực phẫu thuật được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề hợp pháp trong phạm vi đào tạo chuyên ngành và phạm vi giấy phép theo Luật pháp của nước sở tại tại nơi người đó hành nghề. Bác sĩ phẫu thuật không được đồng thời là:

- a. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- b. Người nhà của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng.

11.5 Bác sĩ gây mê

Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa trong lĩnh vực gây mê được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề hợp pháp trong phạm vi đào tạo chuyên ngành và phạm vi giấy phép theo Luật pháp của nước sở tại tại nơi người đó hành nghề. Bác sĩ gây mê không phải là Bác sĩ thực hiện phẫu thuật cho Người được bảo hiểm và không được đồng thời là:

- a. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- b. Người nhà của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng.

11.6 Bệnh

Là tình trạng bất thường về hình thái, cấu trúc, chức năng của một hay nhiều cơ quan phát sinh do nguyên nhân bên trong hay bên ngoài cơ thể biểu hiện bằng các dấu hiệu, triệu chứng và hội chứng. Bệnh phải xảy ra trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ này có hiệu lực.

Bệnh phải được Bác sĩ và/hoặc Bác sĩ Đông y chẩn đoán, chỉ định điều trị, và là nguyên nhân trực tiếp, độc lập với các nguyên nhân khác dẫn đến việc điều trị của Người được bảo hiểm.

11.7 Bệnh viện công lập

Là Cơ sở y tế có chữ “Bệnh viện” trên con dấu chính thức, được thành lập bởi 100% vốn Nhà nước Việt Nam, và được quản lý bởi cơ quan Nhà nước có thẩm quyền theo quy định của pháp luật Việt Nam.

11.8 Cơ sở y tế

Là tổ chức được thành lập hợp pháp và hoạt động theo luật của nước sở tại tại nơi tổ chức này đặt cơ sở, có giấy phép hoạt động và đáp ứng được các yêu cầu sau:

- a. được thành lập và hoạt động liên tục 24 giờ trong ngày nhằm cung cấp dịch vụ khám, chẩn đoán và điều trị cho người bị bệnh tật, thương tích;
- b. có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca phẫu thuật y khoa;
- c. có đầy đủ điều kiện cho hoạt động điều trị nội trú và theo dõi bệnh nhân;
- d. có lưu giữ đầy đủ bệnh án và hồ sơ của bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của cơ quan có thẩm quyền.

Cơ sở y tế tại Việt Nam thuộc phạm vi bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm này và các Bảo hiểm bổ trợ (nếu có) là Cơ sở y tế có tên trong Danh sách Cơ sở y tế được chấp thuận và được công bố trên cổng thông tin điện tử của Generali.

11.9 Chuyên viên vật lý trị liệu

Là chuyên viên điều trị những rối loạn vật lý được cơ quan có thẩm quyền cấp phép được hành nghề hợp pháp trong lĩnh vực vật lý trị liệu theo Luật pháp của nước sở tại tại nơi người đó hành nghề. Chuyên viên vật lý trị liệu không được đồng thời là:

- a. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- b. Người nhà của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng.

11.10 Chi phí y tế thực tế

Là Chi phí y tế thông lệ và hợp lý phát sinh từ việc điều trị y tế Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa tại Cơ sở y tế, Phòng khám đối với Bệnh, Thương tích của Người được bảo hiểm.

11.11 Chi phí y tế thông lệ và hợp lý

- a. Là mức phí thông thường mà Cơ sở y tế/Phòng khám áp dụng cho bệnh nhân của mình; hoặc
- b. Là mức phí do Generali xác định dựa trên thống kê từ các Cơ sở y tế/Phòng khám có cùng xếp hạng, xếp loại và trong cùng một khu vực địa lý; hoặc
- c. Đối với các trường hợp y khoa hiếm gặp, là mức phí do Generali xác định dựa

trên chi phí thực tế cho các thiết bị, dịch vụ, mức phí tại Cơ sở y tế/Phòng khám có cung cấp thiết bị, dịch vụ tương tự và mức độ phức tạp của dịch vụ y tế; hoặc

- d. Đối với trường hợp điều trị nội trú, việc Nằm viện để điều trị Bệnh, Thương tích phải được xem là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa. Ví dụ việc Nằm viện để điều trị Bệnh, Thương tích không được xem là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa nếu việc điều trị y tế này thông thường chỉ cần điều trị ngoại trú.

11.12 Chăm sóc y tế tại nhà

Là dịch vụ chăm sóc tại nhà cho Người được bảo hiểm do Y tá thực hiện theo chỉ định của Bác sĩ là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa.

11.13 Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa

Là dịch vụ y tế hoặc điều trị y tế:

- a. phù hợp với các chẩn đoán và thông lệ về chẩn trị y tế đối với Bệnh, Thương tích; và
- b. phù hợp với tiêu chuẩn hành nghề y dược; và
- c. là yêu cầu bắt buộc và phải thực hiện tại Cơ sở y tế; và
- d. không nhằm mục đích thử nghiệm, hoặc chẩn đoán, hoặc nghiên cứu, hoặc phòng ngừa, hoặc tầm soát; và
- e. có số Ngày nằm viện hợp lý và phù hợp với thông lệ điều trị Bệnh, Thương tích.

11.14 Giới hạn phụ

Là mức quyền lợi bảo hiểm tối đa mà Generali chi trả với mỗi phạm vi bảo hiểm được liệt kê trong Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có).

11.15 Khu vực Châu Á

Gồm các nước và vùng lãnh thổ: Afghanistan, Bangladesh, Bhutan, Brunei, Cambodia, Trung Quốc (gồm Hong Kong và Ma Cao), Ấn Độ, Indonesia, Nhật Bản, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Lào, Malaysia, Maldives, Mông Cổ, Myanmar, Nepal, Triều Tiên, Pakistan, Philippines, Singapore, Hàn Quốc, Sri Lanka, Đài Loan, Thái Lan, Timor-Leste, Turkmenistan, Uzbekistan và Việt Nam.

11.16 Lần nằm viện

Theo định nghĩa này, việc điều trị của Người được bảo hiểm sẽ được tính quyền lợi bảo hiểm cho cùng 01 lần Nằm viện nếu:

- a. Nằm viện để điều trị liên quan đến Bệnh hoặc Thương tích đã Nằm viện trước đó; hoặc
- b. Các lần Nằm viện tiếp theo để điều trị cho bất kỳ Bệnh hoặc Thương tích nào khác có ngày nhập viện xảy ra trong thời gian 90 ngày kể từ ngày xuất viện của lần Nằm viện gần nhất trước đó.

11.17 Nằm viện

Là việc Người được bảo hiểm phải nhập viện như là một bệnh nhân nội trú để nhận điều trị y tế cho Bệnh hoặc Thương tích tại Cơ sở y tế do Bác sĩ chỉ định theo các điều kiện Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa.

11.18 Ngày nằm viện

Đề được tính là 01 Ngày nằm viện, Người được bảo hiểm phải Nằm viện liên tục ít nhất 18 giờ và phát sinh tiền giường, tiền phòng theo quy định của Cơ sở y tế. Trường hợp Người được bảo hiểm tử vong dưới 18 giờ sau khi nhập viện sẽ được tính là một Ngày nằm viện.

11.19 Ngày gia hạn năm hợp đồng

Là ngày lặp lại hàng năm của ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này nếu không có bên nào thông báo về việc chấm dứt hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ này. Trong trường hợp năm không có ngày tương ứng, ngày liền kề trước đó sẽ là Ngày gia hạn năm hợp đồng.

11.20 Người được bảo hiểm

Là cá nhân hiện đang cư trú tại Việt Nam, từ 15 ngày Tuổi đến 65 Tuổi tại ngày hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ, và được Generali chấp thuận bảo hiểm theo Điều khoản bổ trợ này. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm khi kết thúc Thời hạn bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ là 70 Tuổi.

11.21 Người nhà

Được hiểu là vợ/chồng hợp pháp, con ruột, con nuôi, con riêng của vợ/chồng, anh chị em ruột, anh chị em ruột của vợ/chồng, cha mẹ ruột, cha mẹ nuôi, cha mẹ của vợ/chồng, ông bà, cháu, bố dượng, mẹ kế của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng.

11.22 Phòng khám

Là một khoa của Cơ sở y tế hoặc một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo luật của nước sở tại tại nơi tổ chức này đặt cơ sở; hoạt động với mục đích chủ yếu là tư vấn, khám và điều trị ngoại trú. Theo định nghĩa này, Phòng khám có thể được điều hành bởi một hoặc nhiều bác sĩ, bao gồm Bác sĩ, Bác sĩ Đông y, Chuyên viên vật lý trị liệu.

11.23 Phòng phẫu thuật

Là một khoa của Cơ sở y tế, có biên chế Bác sĩ phẫu thuật, Bác sĩ gây mê, Bác sĩ chuyên khoa hồi sức và được trang bị các thiết bị y tế phù hợp và cần thiết để phục vụ cho việc Phẫu thuật.

11.24 Phòng chăm sóc đặc biệt

Là một khoa của Cơ sở y tế và đáp ứng được các yêu cầu sau:

- a. Được thành lập để thực hiện chương trình chăm sóc và điều trị đặc biệt; và
- b. Dành riêng cho các bệnh nhân trong tình trạng nguy kịch chức năng sống và cần sự theo dõi và kiểm tra y tế liên tục của Bác sĩ; và
- c. Được trang bị các thiết bị, thuốc, phương tiện khác cần thiết cho việc cứu sống bệnh nhân một cách nhanh chóng; và
- d. Không phải là phòng hậu phẫu, phòng hồi sức cấp cứu, phòng chăm sóc đặc biệt thuộc các khoa khám chữa bệnh hoặc phòng cấp cứu.

11.25 Phẫu thuật

Là một quá trình giải phẫu để điều trị Bệnh hoặc Thương tích do những yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa của Cơ sở y tế có chuyên môn phù hợp và được thực hiện trong phòng phẫu thuật của Cơ sở y tế. Vì mục đích của Bảo hiểm bổ trợ này, Phẫu thuật không bao gồm các phẫu thuật được thực hiện trong phòng cấp cứu, các thủ thuật, tiểu phẫu, phẫu thuật loại III (theo quy định hiện hành của pháp luật về phân loại phẫu thuật và thủ thuật) và các hình thức phẫu thuật được thực hiện với phương thức vô cảm gây tê tại chỗ.

11.26 Phẫu thuật trong ngày

Là việc Người được bảo hiểm được Phẫu thuật, cần thiết phải điều trị trên giường bệnh nhưng không phải ở lại Cơ sở y tế qua đêm hoặc Nằm viện dưới 18 giờ.

11.27 Phẫu thuật thẩm mỹ

Là phẫu thuật để cải thiện hoặc nâng cao vẻ bề ngoài của Người được bảo hiểm.

11.28 Quyền lợi bảo hiểm tối đa hàng năm

Là tổng số tiền tối đa mà Generali sẽ chi trả cho các quyền lợi bảo hiểm điều trị nội trú, điều trị ngoại trú, chăm sóc nha khoa cho mỗi Năm hợp đồng, được quy định tại Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có).

11.29 Thương tích

Là tổn thương cơ thể của Người được bảo hiểm gây ra bởi nguyên nhân duy nhất và trực tiếp do Tai nạn và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác. Các Thương tích này xảy ra trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ này có hiệu lực và cần phải được điều trị theo chỉ định của Bác sĩ/Bác sĩ Đông y.

11.30 Tình trạng khẩn cấp

Là tình trạng thay đổi đột ngột về sức khỏe của Người được bảo hiểm mà theo nhận định của Bác sĩ là cần phải điều trị y tế khẩn cấp hoặc phẫu thuật để tránh tử vong.

11.31 Tình trạng thực vật

Được hiểu là:

- a. Tình trạng mất ý thức nghiêm trọng trong đó Người được bảo hiểm tồn tại trong tình trạng thức tỉnh một phần do tổn thương hệ thần kinh; và
- b. Tình trạng phải kéo dài ít nhất 04 tuần mà không có dấu hiệu cải thiện mặc dù đã thực hiện tất cả các liệu pháp điều trị cần thiết.

11.32 Tỷ lệ Đồng chi trả

Là tỷ lệ phần trăm tính trên Chi phí y tế thực tế được bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm phải tự chịu trách nhiệm chi trả và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có).

11.33 Vận chuyển cấp cứu

Là dịch vụ vận chuyển cấp cứu bằng đường bộ hoặc đường thủy do Cơ sở y tế/Phòng khám hoặc các tổ chức có chức năng cung cấp dịch vụ cấp cứu thực hiện trong trường hợp Người được bảo hiểm đang trong Tình trạng khẩn cấp cần vận chuyển tới Cơ sở y

tế gần nhất hoặc giữa các Cơ sở y tế theo chỉ định của Bác sĩ. Dịch vụ vận chuyển cấp cứu bằng đường hàng không không thuộc phạm vi bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này.

11.34 Y tá

Là nhân viên y tế được cấp phép hành nghề hợp pháp theo Luật pháp của nước sở tại tại nơi người đó tiến hành việc chăm sóc y tế. Y tá không được đồng thời là:

- a. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- b. Người nhà của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng.

PHỤ LỤC – BẢNG CHI TIẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Đơn vị: Đồng

Chương trình bảo hiểm	Tiêu chuẩn	Cao cấp	V.I.P
Phạm vi địa lý	Việt Nam	Việt Nam	Khu vực Châu Á
QLBH tối đa hàng năm	250.000.000	450.000.000	1.000.000.000
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ		
QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ			
Viện phí và các chi phí y tế			
1. Tiền giường và phòng	1.250.000/ngày	1.650.000/ngày	3.000.000/ngày
2. Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt (tối đa 30 ngày/năm)	2.500.000/ngày	3.300.000/ngày	6.000.000/ngày
3. Tiền giường cho Người nhà (tối đa 10 ngày/năm)	500.000/ngày	750.000/ngày	1.500.000/ngày
4. Chi phí Phẫu thuật	25.000.000/lần Năm viện	45.000.000/lần Năm viện	100.000.000/lần Năm viện
5. Các chi phí điều trị nội trú khác	12.500.000/lần Năm viện	22.000.000/lần Năm viện	50.000.000/lần Năm viện
6. Chi phí điều trị trước khi nhập viện (30 ngày trước nhập viện)			
7. Chi phí điều trị sau khi xuất viện (60 ngày sau xuất viện)			
8. Chăm sóc y tế tại nhà (tối đa 30 ngày/năm)	150.000/ngày	330.000/ngày	600.000/ngày
9. Trợ cấp nằm viện tại Bệnh viện công lập (tối đa 30 ngày/năm)	100.000/ngày	165.000/ngày	300.000/ngày
Cấy ghép nội tạng (thận, tim, gan, phổi, tủy xương) Chi phí y tế cho Người được bảo hiểm (người nhận tạng) Chi phí y tế cho người hiến tạng tạng tối đa 50% Giới hạn phụ của phạm vi bảo hiểm này	125.000.000/lần cấy ghép	220.000.000/lần cấy ghép	500.000.000/lần cấy ghép
Điều trị ung thư	Theo Chi phí y tế thực tế	Theo Chi phí y tế thực tế	Theo Chi phí y tế thực tế

Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bổ trợ
Bảo hiểm sức khỏe cá nhân

Đơn vị: Đồng

Chương trình bảo hiểm	Tiêu chuẩn	Cao cấp	V.I.P
Phạm vi địa lý	Việt Nam	Việt Nam	Khu vực Châu Á
QLBH tối đa hàng năm	250.000.000	450.000.000	1.000.000.000
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ		
Điều trị trong ngày (Phẫu thuật trong ngày, chạy thận nhân tạo, thẩm phân phúc mạc)	10.000.000/năm	15.000.000/năm	30.000.000/năm
Điều trị cấp cứu do Tai nạn (trong vòng 24 giờ từ khi xảy ra Tai nạn)			
1. Điều trị cấp cứu do Tai nạn	2.500.000/Tai nạn	5.500.000/Tai nạn	15.000.000/Tai nạn
2. Điều trị tổn thương răng do Tai nạn	2.500.000/Tai nạn	4.500.000/Tai nạn	10.000.000/Tai nạn
Vận chuyển cấp cứu trong nước	2.500.000/ năm	4.500.000/năm	Theo Chi phí y tế thực tế
QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ	2.500.000/năm	6.500.000/năm	10.500.000/năm
Tỷ lệ Đồng chi trả của Người được bảo hiểm trong trường hợp khám, điều trị tại các Cơ sở y tế/ Phòng khám tư nhân hoặc quốc tế	20%	20%	0%
1. Chi phí điều trị ngoại trú theo Tây y	550.000/lần khám	1.250.000/lần khám	2.500.000/lần khám
2. Chi phí điều trị ngoại trú theo Đông y	300.000/lần khám (05 lần khám/năm)	300.000/lần khám (10 lần khám/năm)	500.000/lần khám (15 lần khám/năm)
QUYỀN LỢI CHĂM SÓC NHA KHOA	-	-	10.500.000/năm
1. Chi phí kiểm tra, cạo vôi răng (tối đa 02 lần/năm)	-	-	1.000.000/lần
2. Các chi phí khám và điều trị răng khác	-	-	Theo Chi phí y tế thực tế

==//==