QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ TRỢ BẢO HIỂM SỨC KHỎE CÁ NHÂN (PHIÊN BẢN 2019) ĐÍNH KÈM SẢN PHẨM BẢO HIỂM LIÊN KẾT ĐƠN VỊ

(Được phê chuẩn theo Công văn số 1235/BTC-QLBH ngày 10/02/2020 của Bộ Tài chính)

Quy tắc và Điều khoản của Bảo hiểm bổ trợ này (sau đây gọi tắt là "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 và Quyền lợi bảo hiểm, khi **Bên mua bảo hiểm** tham gia thêm Bảo hiểm bổ trợ "Bảo hiểm sức khỏe cá nhân (Phiên bản 2019) - đính kèm sản phẩm Bảo hiểm liên kết đơn vị" (sau đây gọi tắt là "**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 (sau đây gọi tắt là "Điều khoản chính").

Các quy định của Điều khoản chính sẽ được áp dụng cho **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 được bảo hiểm, Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm

Tại thời điểm tham gia Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này, Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn Chương trình bảo hiểm và Quyền lợi bảo hiểm như sau để bảo hiểm cho Người được bảo hiểm:

1.1 Chương trình bảo hiểm và Phạm vi địa lý được bảo hiểm

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 được bảo hiểm
Tiêu chuẩn	Việt Nam
Cao cấp	Châu Á
V.I.P	Toàn cầu (ngoại trừ nước Mỹ)

1.2 Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có thể tham gia 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):

a. Quyền lợi điều trị nội trú; hoặc

b. Quyền lợi điều trị nội trú và điều trị ngoại trú; hoặc

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

d. Quyền lợi điều trị nội trú, điều trị ngoại trú, chăm sóc nha khoa và chăm sóc thai sản; hoặc

e. Quyền lợi điều trị nội trú, điều trị ngoại trú và chăm sóc thai sản; hoặc

f. Quyền lợi điều trị nội trú và chăm sóc thai sản.

Điều 2. Quyền lợi bảo hiểm

2.1 Quyền lợi bảo hiểm

a. Tùy theo Chương trình bảo hiểm và Quyền lợi bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã chọn để tham gia cho Người được 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.

b. Đối với Chương trình bảo hiểm Tiêu chuẩn và Chương trình bảo hiểm Cao cấp, trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú tại Phòng khám tư nhân hoặc khoa khám ngoại trú của Cơ sở y tế tư nhân, Generali sẽ áp dụng Tỷ lệ Đồng chi trả là 20%. Theo đó, Generali sẽ chi trả 80% Chi phí y tế thực tế phát sinh từ việc điều trị ngoại trú này nhưng không vượt quá Giới hạn phụ quy định trong Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm.

c. Đối với Chương trình bảo hiểm Tiêu chuẩn và Chương trình bảo hiểm Cao cấp, trong trường hợp chi trả Quyền lợi bảo hiểm chăm sóc thai sản quy định tại Điều 6, Generali sẽ áp dụng Tỷ lệ Đồng chi trả là 20%. Theo đó, Generali sẽ chi trả 80% Chi phí y tế thực tế phát sinh nhưng không vượt quá Giới hạn phụ quy định trong Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm.

d. 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, Điều 5 và Điều 6 của Điều khoản bổ trợ này.

2.2 Quyền lợi kiểm tra sức khỏe

Trong thời gian Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này có hiệu lực, nếu không có bất kỳ Sự kiện bảo hiểm nào phát sinh trong Năm hợp đồng thứ nhất của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này được chấp thuận chi trả, Generali sẽ chi trả chi phí cho 01 lần kiểm tra sức khỏe khi Người được bảo hiểm thực hiện kiểm tra sức khỏe trong Năm hợp đồng thứ hai của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này, với mức chi trả tối đa như sau:

Chương trình bảo hiểm	Tiêu chuẩn	Cao cấp	V.I.P
Quyền lợi kiểm tra sức khỏe	1.500.000 đồng/lần khám	2.500.000 đồng/lần khám	3.500.000 đồng/lần khám

Trường hợp có bất kỳ Sự kiện bảo hiểm nào phát sinh trong Năm hợp đồng thứ nhất của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này và hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho sự kiện đó được Generali chấp nhận chi trả sau khi đã chi trả Quyền lợi kiểm tra sức khỏe này, Bên mua bảo hiểm phải hoàn lại cho Generali khoản tiền đã chi trả hoặc Generali sẽ khấu trừ khoản tiền này từ bất kỳ quyền lợi nào của Hợp đồng 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 nhận quyền lợi nhưng không thực hiện việc kiểm tra sức khỏe theo quy định tại Điều 2.2 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 sức khỏe cá nhân này.

2.3 Thời gian chờ

Là khoảng thời gian mà (các) Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong khoảng thời gian này sẽ không được Generali chi trả. Thời gian chờ được tính từ ngày bắt đầu hiệu lực của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này hoặc ngày bắt đầu hiệu lực của (các) Quyền lợi bảo hiểm 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 đầu Migraine;
- 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.

e. Thời gian chờ là 365 ngày đối với trường hợp chăm sóc thai sản.

Điều 3. Quyền lợi điều trị nội trú

Trong thời gian Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này có hiệu lực, Generali sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế khi Người được bảo hiểm Nằm viện để điều trị nội trú là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa tại Cơ sở y tế/Phòng khám trong Phạm vi địa lý được bảo hiểm, thuộc phạm vi bảo hiểm sau đây và không vượt quá Giới hạn phụ và số ngày tối đa được 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

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

3.1.1 Tiền giường và phòng

Chi phí thực tế cho giường và phòng cho mỗi Ngày nằm viện của Người được bảo hiểm, bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn của phòng tại Cơ sở y tế (nếu có).

Trường hợp Người được bảo hiểm Nằm viện tại phòng bao (là phòng có hai hay nhiều giường được đăng ký sử dụng cho một bệnh nhân), Generali sẽ chi trả theo mức chi phí tiền giường và phòng của một giường đơn.

Trong mọi trường hợp, Tiền giường và phòng được chi trả không vượt quá Giới hạn phụ quy định tại Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm.

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 Chi phí hỗ trợ người nuôi bệnh nhân

Chi phí thực tế cho tiền giường mỗi ngày và các chi phí khác được Generali chấp thuận cho 01 người lưu lại Cơ sở y tế để chăm sóc Người được bảo hiểm khi điều trị nội trú.

3.1.4 Chi phí phẫu thuật

Chi phí y tế thực tế từ việc Phẫu thuật cho mỗi Lần nằm viện 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/gây tê 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 hồi sức sau khi Phẫu thuật;

f. Chi phí vật tư tiêu hao;

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

h. Các Chi phí y tế thực tế khác Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được Generali chấp thuận.

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 khám;

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, 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 tư tiêu hao;

j. Chi phí vật lý trị liệu;

k. Các Chi phí y tế thực tế khác Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được Generali chấp thuận.

Trường hợp Người được bảo hiểm Nằm viện chỉ với mục đích thực hiện vật lý trị liệu, phục hồi chức năng và/hoặc xét nghiệm chẩn đoán không đáp ứng các điều kiện về Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa, Generali sẽ không chi trả các chi phí này theo Quyền lợi điều trị nội trú.

3.1.6 Chi phí điều trị trước khi nhập viện

Bao gồm chi phí khám, 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 chi phí khám, thuốc, xét nghiệm do Bác sĩ chỉ định và 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 trong vòng 60 ngày sau lần xuất viện gần nhất 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.

c. Chi phí điều trị sau khi xuất viện không áp dụng đối với Quyền lợi chăm sóc thai sản.

3.1.8 Chi phí Chăm sóc y tế tại nhà

a. Chi phí y tế thực tế cho mỗi ngày Chăm sóc y tế tại nhà do Điều dưỡng viên thực hiện trong vòng 15 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm xuất viện sau khi Phẫu thuật hoặc điều trị tại Phòng chăm sóc đặc biệt do Bệnh, Thương tích. Chăm sóc y tế tại nhà phải do 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 Điều dưỡng viên cho mỗi lần chăm sóc.

c. Chi phí Chăm sóc y tế tại nhà không áp dụng đối với Quyền lợi chăm sóc thai sản.

3.1.9 Trợ cấp nằm viện tại Bệnh viện công lập

Generali chi trả 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.

3.1.10 Vận chuyển cấp cứu

Chi phí chuyên chở bằng phương tiện vận chuyển cấp cứu để đưa Người được bảo hiểm trong Tình trạng nguy kịch do Bệnh và/hoặc Thương tích đến phòng cấp cứu của Cơ sở y tế/Phòng khám hoặc chi phí cho việc vận chuyển cấp cứu giữa các Cơ sở y tế/Phòng khám trong trường hợp có chỉ định của Bác sĩ.

Việc vận chuyển cấp cứu của Người được bảo hiểm cần được thực hiện bởi Cơ sở y tế/Phòng khám hoặc các tổ chức có chức năng cung cấp dịch vụ vận chuyển cấp cứu.

Chi phí Vận chuyển cấp cứu do Bệnh và/hoặc Thương tích được Generali chi trả khi Người được bảo hiểm cần Nằm viện để điều trị Bệnh và/hoặc Thương tích liên quan đến việc Vận chuyển cấp cứu này.

Generali không chi trả các chi phí cho việc vận chuyển cấp cứu bằng đường hàng không và/hoặc các chi phí chuyển viện theo yêu cầu của Người được bảo hiểm. Chi phí Vận chuyển cấp cứu không áp dụng đối với Quyền lợi chăm sóc thai sản.

3.2 Cấy ghép nội tạng

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

a. Tiền giường, phòng và tiền ăn theo tiêu chuẩn của phòng;

b. Chi phí cho Người nhà;

c. Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt;

d. Chi phí Phẫu thuật;

e. Chi phí điều trị nội trú khác;

f. Chi phí điều trị trước khi nhập viện và sau khi xuất viện;

g. Chi phí Chăm sóc y tế tại nhà;

h. Các Chi phí y tế thực tế khác Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được Generali chấp thuận.

Chi phí y tế thực tế cho người hiến tặng tạng tối đa bằng 50% Giới hạn phụ của phạm vi bảo hiểm 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 và/hoặc điều trị trong ngày cho bệnh ung thư bằng phương pháp hóa trị và/hoặc xạ trị theo chỉ định của Bác sĩ.

3.4 Điều trị trong ngày

a. Phẫu thuật trong ngày:

Chi phí y tế thực tế cho Phẫu thuật trong ngày theo chỉ định của Bác sĩ bao gồm chi phí khám, thuốc theo toa, chi phí chi trả cho Bác sĩ phẫu thuật, chi phí gây mê/gây tê 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 trong ngày theo chỉ định của Bác sĩ để điều trị suy thận mãn tính do Bệnh.

Trường hợp Người được bảo hiểm được lọc máu thận trong khi điều trị nội trú, Chi phí y tế thực tế phát sinh sẽ được chi trả theo Chi phí điều trị nội trú tại Điều 3.1.5.

3.5 Điều trị cấp cứu do Tai nạn

3.5.1 Điều trị cấp cứu Thương tích do Tai nạn

Chi phí y tế thực tế từ việc điều trị cấp cứu Thương tích 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/Phòng khám.

3.5.2 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 của răng lành lặn, tự nhiên và cần phải điều trị răng tại Phòng khám/Cơ sở y tế trong vòng 07 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn. Chi phí này bao gồm chi phí khám, chẩn đoán nha khoa, chi phí cầm máu, nhổ răng, lấy tủy răng, chụp X-quang.

Generali không chi trả các chi phí liên quan đến việc điều trị 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 các phương pháp vệ sinh răng miệng khác.

Điều 4. Quyền lợi điều trị ngoại trú

(Áp dụng khi Bên mua bảo hiểm có tham gia Quyền lợi điều trị ngoại trú cho Người được bảo hiểm)

Trong thời gian Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này có hiệu lực, Generali sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế khi Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa tại Cơ sở y tế/Phòng khám trong Phạm vi địa lý được bảo hiểm, thuộc phạm vi bảo hiểm sau đây và không vượt quá Giới hạn phụ và số lần khám tối đa được quy định tại Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm. Quyền lợi điều trị ngoại trú sẽ được thanh toán sau khi trừ đi Tỷ lệ Đồng chi trả. 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 khi Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú theo Tây y bao gồm:

a. Chi phí khám, xét nghiệm theo chỉ định của Bác sĩ nhằm mục đích chẩn đoán Bệnh, Thương tích;

b. Chi phí thuốc Tây y theo toa;

c. Chi phí vật lý trị liệu;

d. Chi phí hỗ trợ y tế như băng, nẹp thạch cao, bó bột 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…);

4.2 Điều trị ngoại trú theo Đông y

Chi phí y tế thực tế khi Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú theo Đông y bao gồm:

a. Chi phí khám, xét nghiệm theo chỉ định của Bác sĩ nhằm mục đích chẩn đoán Bệnh, Thương tích;

b. Chi phí thuốc Đông y theo toa.

Điều 5. Quyền lợi chăm sóc nha khoa

(Áp dụng khi Bên mua bảo hiểm có tham gia Quyền lợi điều trị ngoại trú và Quyền lợi chăm sóc nha khoa cho Người được bảo hiểm)

Trong thời gian Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này có hiệu lực, Generali sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế khi Người được bảo hiểm được chăm sóc nha khoa là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa tại Cơ sở y tế/Phòng khám trong Phạm vi địa lý được bảo hiểm, 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/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, bao gồm:
   a. Chi phí khám, xét nghiệm theo chỉ định của Bác sĩ nha khoa nhằm mục đích chẩn đoán Bệnh, Thương tích;
   b. Chi phí điều trị viêm nướu, viêm nha chu, lấy tủy răng, nhổ răng sâu;
   c. Chi phí khảm răng, trám răng bằng chất liệu amalgam, composite, GIC, sứ, kim loại thông thường (loại trừ chất liệu vàng, và các chất liệu quý hiếm tương đương);
   d. Chi phí cắt u mô cứng của răng, cắt cuống răng.

Điều 6. Quyền lợi chăm sóc thai sản

(Áp dụng khi Bên mua bảo hiểm có tham gia Quyền lợi chăm sóc thai sản cho Người được bảo hiểm)

Trong thời gian Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này có hiệu lực, Generali sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế khi Người được bảo hiểm được chăm sóc thai sản là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa tại Cơ sở y tế/Phòng khám trong Phạm vi địa lý được bảo hiểm, 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.

6.1 Chi phí khám thai

Chi phí y tế thực tế cho việc khám thai định kỳ bao gồm tiền khám, xét nghiệm nước tiểu thông thường, xét nghiệm máu cơ bản, chích ngừa, siêu âm thai theo chỉ định của Bác sĩ.

6.2 Chi phí sinh thường

Chi phí y tế thực tế cho việc sinh thường, bao gồm:

a. Tiền giường và phòng được quy định tại Điều 6.6;

b. Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt được quy định tại Điều 6.7;

c. Chi phí đỡ đẻ, chi phí chi trả cho Bác sĩ chuyên khoa;

d. Các Chi phí y tế thực tế khác Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được Generali chấp thuận.

6.3 Chi phí điều trị biến chứng thai sản và/hoặc sinh mổ

Chi phí y tế thực tế do việc điều trị các biến chứng thai sản và/hoặc sinh mổ của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ.

Biến chứng thai sản bao gồm:

a. Sẩy thai hoặc thai lưu;

b. Thai trứng;

c. Thai ngoài tử cung;

d. Băng huyết sau khi sinh;

e. Sót nhau thai sau khi sinh;

f. Phá thai điều trị theo chỉ định của Bác sĩ là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa, bao gồm phá thai do các bệnh lý di truyền, dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải chấm dứt thai kỳ để bảo vệ sức khỏe của người mẹ;

g. Dọa sinh non;

h. Thiếu ối nặng, đa ối, vô ối, suy thai, ối vỡ sớm, thuyên tắc ối, bất xứng đầu - chậu, mẹ tiền sản giật hoặc sản giật;

i. Hẹp xương chậu;

j. Ngôi thai ngược;

k. Nhau tiền đạo;

l. Dây rốn quấn cổ;

m. Biến chứng của các nguyên nhân trên;

n. Các trường hợp khác được Generali chấp thuận.

Chi phí sinh mổ được Generali chi trả trong trường hợp Bác sĩ chỉ định là cần thiết. Generali không chi trả cho chi phí sinh mổ theo yêu cầu của Người được bảo hiểm.

Chi phí điều trị biến chứng thai sản và/hoặc sinh mổ bao gồm chi phí Tiền giường và phòng được quy định tại Điều 6.6 và Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt được quy định tại Điều 6.7.

6.4 Chi phí sau khi sinh hoặc sau khi biến chứng thai sản

Chi phí y tế thực tế cho 01 lần tái khám của Người được bảo hiểm (bao gồm chi phí thuốc theo chỉ định của Bác sĩ) trong vòng 45 ngày kể từ ngày sinh hoặc ngày bị biến chứng thai sản.

6.5 Chi phí chăm sóc dưỡng nhi

Chi phí y tế thực tế cho việc chăm sóc dưỡng nhi bao gồm: chi phí điều trị nội trú do Bệnh của bé theo chỉ định của Bác sĩ trong vòng 14 ngày kể từ ngày sinh (không yêu cầu người mẹ là Người được bảo hiểm phải Nằm viện).

Generali không chi trả các chi phí điều trị liên quan đến dị tật bẩm sinh của bé và các chi phí khác bao gồm: thuốc dưỡng nhi, xét nghiệm sàng lọc sơ sinh, chích ngừa, vệ sinh bé.

6.6 Tiền giường và phòng của Quyền lợi chăm sóc thai sản

Chi phí thực tế cho giường và phòng của Quyền lợi chăm sóc thai sản cho mỗi Ngày nằm viện của Người được bảo hiểm, bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn của phòng tại Cơ sở y tế (nếu có).

Trường hợp Người được bảo hiểm Nằm viện tại phòng bao (là phòng có hai hay nhiều giường được đăng ký sử dụng cho một bệnh nhân), Generali sẽ chi trả theo mức chi phí tiền giường và phòng của một giường đơn.

Trong mọi trường hợp, Tiền giường và phòng của Quyền lợi chăm sóc thai sản được chi trả không vượt quá Giới hạn phụ quy định tại Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm.

6.7 Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt của Quyền lợi chăm sóc thai sản

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.

Điều 7. Các trường hợp ngoài phạm vi bảo hiểm

Generali sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp sau và/hoặc do nguyên nhân sau:

a. Điều trị do Tình trạng y tế có trước, ngoại trừ Tình trạng y tế có trước được kê khai đầy đủ, chính xác 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 tỉnh 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 độc, thuốc kích thích;

e. Điều khiển phương tiện giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn;

f. Bất kỳ bệnh hoặc rối loạn tâm thần, tâm lý, thần kinh, suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh, tình trạng căng thẳng (stress), mất ngủ, điều trị liên quan đến chứng khó thở trong khi ngủ (bao gồm ngủ ngáy);

g. Kiểm tra sức khỏe (ngoại trừ Quyền lợi kiểm tra sức khỏe quy định tại Điều 2.2 của Điều khoản bổ trợ này), điều trị phòng ngừa (chủng ngừa và thuốc chủng ngừa), nhập viện chỉ nhằm mục đích chẩn đoán;

h. Bất kỳ bệnh hoặc rối loạn do bẩm sinh, di truyền;

i. Khám và điều trị liên quan đến sức khỏe sinh sản như hiếm muộn, vô sinh, ngừa thai, triệt sản và các biến chứng liên quan;

j. Nhiễm HIV, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV trong khi đang thực hiện nhiệm vụ tại nơi làm việc như là một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát; các bệnh lây truyền qua đường tình dục;

k. 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, ngoại trừ trường hợp phẫu thuật chỉnh hình khi bị Thương tích do Tai nạn nhằm tái tạo lại chức năng vận động của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ;

l. Chi phí cho 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;

m. Điều trị cho tình trạng thực vật;

n. Điều trị tổn thương hệ thần kinh sau ngày thứ 90 kể từ ngày điều trị đầu tiên;

o. 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;

p. Chi phí cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng phục vụ cho việc Cấy ghép nội tạng; ngoại trừ các Chi phí y tế thực tế cho việc cấy ghép nội tạng được quy định tại Điều 3.2 của Điều khoản bổ trợ này;

q. Điều trị y tế thử nghiệm;

r. 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;

s. Thiết bị chỉnh hình, hỗ trợ chức năng, thiết bị nhân tạo, máy trợ thính hoặc các thiết bị có tính chất tương tự;

t. Điều trị do phơi nhiễm năng lượng hạt nhân, phóng xạ ion hóa hay nhiễm phóng xạ thuộc bất kỳ loại nào; ngoại trừ trường hợp Người được bảo hiểm bị phơi nhiễm phóng xạ do sử dụng phương pháp xạ trị trong điều trị ung thư;

u. 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 mà không phải với tư cách là hành khách trên chuyến bay chở khách thương mại thường

xuyên theo lịch trình (như dù lượn, khinh khí cầu và nhảy dù), hoặc các hoạt động thám hiểm mạo hiểm;

v. Hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc Bên mua bảo hiểm;

Điều 8. Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm

8.1 Các chứng từ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm cung cấp cho Generali các chứng từ bằng tiếng Việt như sau:

a. Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã được điền đầy đủ, chính xác;

b. Giấy tờ tùy thân của người nhận quyền lợi bảo hiểm: chứng minh nhân dân/căn cước công dân/hộ chiếu;

c. Bằng chứng về quyền nhận quyền lợi bảo hiểm: 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 bảo hiểm;

d. Bằng chứng về Sự kiện bảo hiểm:

- Hồ sơ khám bao gồm phiếu khám bệnh, chỉ định xét nghiệm và kết quả xét nghiệm, kết luận chẩn đoán và chỉ định điều trị của Bác sĩ và/hoặc Cơ sở y tế/Phòng khám mà Người được bảo hiểm đã đến khám và điều trị;
- Sổ kiểm tra sức khỏe, toa thuốc/đơn 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 khám và điều trị theo mẫu quy định của Nhà nước);
- Giấy ra viện (trong trường hợp Điều trị nội trú và/hoặc điều trị trong ngày);
- Trích sao bệnh án (trong trường hợp Điều trị nội trú);
- Chỉ định Chăm sóc y tế tại nhà của Bác sĩ điều trị;
- 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 chỉ định 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 tai nạn, biên bản khám nghiệm hiện trường, kết luận điều tra của cơ quan có thẩm quyền, nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra do Tai nạn;

e. Bản gốc của:

- hóa đơn/hóa đơn điện tử (kèm theo bản chuyển đổi);
- biên lai/phiếu thu tiền khám và điều trị;
- Bảng kê chi tiết các chi phí phát sinh.

Các chứng từ này phải hợp lệ, có đầy đủ thông tin theo quy định của pháp luật và có đầy đủ các thông tin sau:

- Thông tin của Người được bảo hiểm;
- Cơ sở y tế/Phòng khám

Trường hợp Người được bảo hiểm cùng lúc được bảo hiểm theo các hợp đồng bảo hiểm sức khỏe khác, Generali bảo lưu quyền yêu cầu và giữ bản gốc hóa đơn/bản gốc bản chuyển đổi của hóa đơn điện tử, biên lai/phiếu thu, bảng kê nếu tổng số tiền Generali chi trả cho sự kiện bảo hiểm cao hơn mức chi trả của các hợp đồng bảo hiểm khác mà Người được bảo hiểm tham gia.

f. Trong trường hợp Người được bảo hiểm được điều trị ngoài lãnh thổ Việt Nam thì các chứng từ quy định tại Điều 8.1.d và Điều 8.1.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 (bằng tiếng Việt) là cơ sở để Generali xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

8.2 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 đầy đủ theo quy định tại Điều 8.1 trong vòng 12 tháng kể từ ngày xuất viện điều trị nội trú, hoặc ngày kết thúc điều trị theo các quyền lợi tương ứng. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan theo quy định của pháp luật sẽ không tính vào thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Điều 9. Bảo lãnh viện phí

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

Trường hợp Người được bảo hiểm khám và điều trị tại Cơ sở y tế/Phòng khám không thuộc hệ thống bảo lãnh viện phí của Generali hoặc các trường hợp không áp dụng

bảo lãnh viện phí, Người được bảo hiểm cần thanh toán mọi chi phí phát sinh cho Cơ sở y tế/Phòng khám, sau đó gửi hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho Generali theo quy định tại Điều 8.1 để được xem xét chi trả phần Chi phí y tế thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm.

Các quyền lợi bảo hiểm có thể được bảo lãnh viện phí, danh sách các Cơ sở y tế thuộc hệ thống bảo lãnh viện phí của Generali và thủ tục bảo lãnh viện phí sẽ được cập nhật trên trang thông tin điện tử chính thức của Generali theo từng thời điểm.

Điều 10. Phí ban đầu

Phí ban đầu áp dụng cho Bảo hiểm sức khỏe cá nhân 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 11. Thời hạn bảo hiểm - Phí bảo hiểm

11.1 Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm tính từ Ngày hiệu lực của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này nhưng không vượt quá Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau sinh nhật lần thứ 70 của Người được bảo hiểm, 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). Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này được tự động gia hạn hàng năm tại mỗi Ngày gia hạn năm hợp đồng nếu chưa chấm dứt hiệu lực.

11.2 Phí bảo hiểm

a. Phí bảo hiểm của Năm hợp đồng đầu tiên của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân 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 bảo hiểm, điều kiện bảo hiểm của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân 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 11.2.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 sức khỏe cá nhân 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 12. Chấm dứt hiệu lực

12.1 Generali sẽ chấm dứt hiệu lực của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này hoặc điều chỉnh giới hạn quyền lợi và phạm vi bảo hiểm trong trường hợp có bằng chứng về việc gian lận từ Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm đối với Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này. Generali sẽ thông báo bằng văn bản ít nhất 30 ngày trước khi chấm dứt hiệu lực Bảo hiểm sức khỏe cá nhân hoặc điều chỉnh giới hạn quyền lợi và phạm vi bảo hiểm.

12.2 Generali sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm, chấm dứt hiệu lực của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân 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 đã không chấp thuận bảo hiểm hoặc chấp thuận bảo hiểm với mức phí tăng thêm hoặc áp dụng loại trừ bảo hiểm.

12.3 Trong trường hợp chấm dứt hiệu lực Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này theo Điều 12.1 và/hoặc Điều 12.2, Generali sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng cho Năm hợp đồng hiện hành (không có lãi) của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này, sau khi khấu trừ tổng quyền lợi bảo hiểm đã chi trả cho các sự kiện bảo hiểm phát sinh trong Năm hợp đồng hiện hành.

12.4 Ngoài hai trường hợp quy định tại Điều 12.1 và Điều 12.2, Bảo hiểm sức khỏe cá nhân chấm dứt hiệu lực theo một trong những trường hợp sau:

a. Vào Ngày gia hạn năm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 70 Tuổi; hoặc

b. Người được bảo hiểm tử vong;

c. Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực theo quy định của Điều khoản chính;

d. Bên mua bảo hiểm yêu cầu bằng văn bản chấm dứt Bảo hiểm sức khỏe cá nhân;

e. Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

Điều 13. Thay đổi Chương trình bảo hiểm và/hoặc Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm

13.1 Trong vòng 30 ngày ngay trước Ngày gia hạn năm hợp đồng, Bên mua bảo hiểm có thể gửi văn bản yêu cầu điều chỉnh Chương trình bảo hiểm và/hoặc Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm đến Generali.

13.2 Trường hợp Bên mua bảo hiểm yêu cầu nâng cấp từ Chương trình bảo hiểm hiện tại lên Chương trình bảo hiểm cao hơn hoặc yêu cầu mở rộng Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm, Generali có quyền:

- Chấp thuận; hoặc
- Chấp thuận và áp dụng điều kiện bổ sung như tăng Phí bảo hiểm, tăng Phí bảo hiểm rủi ro hoặc loại trừ bảo hiểm; hoặc

- Từ chối.

13.3 Các yêu cầu điều chỉnh Chương trình bảo hiểm và/hoặc Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm sẽ có hiệu lực từ Ngày gia hạn năm hợp đồng tiếp theo ngay sau khi được Generali chấp thuận bằng văn bản. Trong trường hợp này, Phí bảo hiểm và Phí bảo hiểm rủi ro sẽ thay đổi tương ứng. Thời gian chờ theo quy định tại Điều 2.3 sẽ được áp dụng tương ứng với các điều chỉnh Chương trình bảo hiểm và/hoặc Lựa chọn Quyền lợi bảo hiểm.

Điều 14. Định nghĩa

14.1 Bác sĩ

Là người có bằng bác sĩ trong lĩnh vực Tây y hoặc Đông y được cơ quan có thẩm quyền cấp phép 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 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. Vợ/chồng, con, anh chị em ruột, cha mẹ, ông bà, cháu, cha dượng, mẹ kế của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng.

14.2 Bác sĩ nha khoa

Là Bác sĩ có bằng cấp chuyên môn y khoa trong lĩnh vực răng hàm mặt, nha khoa.

14.3 Bác sĩ phẫu thuật

Là Bác sĩ có bằng cấp chuyên môn y khoa trong lĩnh vực ngoại khoa.

14.4 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.

14.5 Bệnh

Bệnh phải được Bác sĩ chẩn đoán, chỉ định điều trị, và là nguyên nhân trực tiếp, độc lập với các nguyên nhân khác gây ảnh hưởng đến sức khỏe và dẫn đến việc điều trị của Người được bảo hiểm.

Bệnh phải xảy ra trong thời gian Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này có hiệu lực.

14.6 Bệnh viện công lập

Là Cơ sở y tế được thành lập và sở hữu duy nhất bởi Nhà nước Việt Nam và được quản lý bởi cơ quan Nhà nước có thẩm quyền theo quy định của pháp luật Việt Nam.

14.7 Cơ sở y tế

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

a. hoạt động liên tục 24 giờ trong ngày nhằm cung cấp dịch vụ khám, chẩn đoán và điều trị cho người bị bệnh, thương tích;

b. có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca phẫu thuật y khoa và hoạt động điều trị nội trú;

c. có lưu giữ đầy đủ bệnh án và hồ sơ của bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của cơ quan có thẩm quyền.

14.8 Chi phí y tế thực tế

Là chi phí y tế thông lệ và hợp lý phát sinh từ việc điều trị y tế là 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.

Chi phí này không bao gồm các chi phí, dịch vụ y tế nhằm phục vụ cho sự tiện nghi của Người được bảo hiểm và Bác sĩ.

14.9 Chăm sóc y tế tại nhà

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

14.10 Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa

Là dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và chăm sóc y tế:

- được thực hiện tại Cơ sở y tế/Phòng khám;
- phù hợp với chẩn đoán và điều trị y tế thông thường đối với Bệnh hoặc Thương tích đó cho mỗi lần khám/Lần nằm viện;
- có số Ngày nằm viện và chi phí hợp lý, phù hợp với việc điều trị y tế thông thường đối với Bệnh,Thương tích đó.

14.11 Giới hạn phụ

Là mức quyền lợi bảo hiểm tối đa mà Generali chi trả đối 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).

14.12 Lần nằm viện

Là khoảng thời gian mà Người được bảo hiểm Nằm viện (được tính từ khi Người được bảo hiểm nhập viện đến khi xuất viện). Giấy ra viện là chứng từ cần thiết để chứng minh một Lần nằm viện.

Theo định nghĩa này, trong mỗi Năm hợp đồng, Người được bảo hiểm sẽ được tính quyền lợi bảo hiểm theo Giới hạn phụ của một Lần nằm viện nếu việc Nằm viện để điều trị liên quan đến Bệnh và/hoặc Thương tích mà Người được bảo hiểm đã Nằm viện để điều trị trước đó.

14.13 Nằm viện

Là khi Người được bảo hiểm nhập viện điều trị nội trú liên tục ít nhất 18 giờ cho Bệnh hoặc Thương tích tại Cơ sở y tế do Bác sĩ chỉ định là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa. Giấy ra viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm này.

14.14 Ngày nằm viện

Để được tính là 01 Ngày nằm viện, Người được bảo hiểm phải Nằm viện liên tục ít nhất 18 giờ hoặc điều trị nội trú qua đêm và có phát sinh tiền giường và phòng theo quy định của Cơ sở y tế.

14.15 Ngày gia hạn năm hợp đồng

Là ngày lặp lại hàng năm của ngày hiệu lực của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này. Trong trường hợp năm không có ngày tương ứng, ngày liền kề trước đó sẽ là Ngày gia hạn năm hợp đồng.

14.16 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 sức khỏe cá nhân này, và được Generali chấp thuận bảo hiểm theo Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm khi kết thúc Thời hạn bảo hiểm của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này là 70 Tuổi.

Đối với Quyền lợi chăm sóc thai sản, Người được bảo hiểm là nữ từ 18 Tuổi đến 44 Tuổi tại ngày hiệu lực của quyền lợi này và được Generali chấp thuận bảo hiểm theo quyền lợi này. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm khi kết thúc thời hạn bảo vệ của Quyền lợi chăm sóc thai sản là 46 Tuổi.

14.17 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 nơi tổ chức này đặt cơ sở; hoạt động với mục đích chủ yếu là tư vấn, khám và điều trị ngoại trú.

14.18 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; 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.

14.19 Phẫu thuật

Là quá trình giải phẫu do Bác sĩ thực hiện trong phòng phẫu thuật của Cơ sở y tế để điều trị bệnh/thương tích, không bao gồm phẫu thuật được thực hiện trong phòng cấp cứu, phòng tiểu phẫu, hoặc với phương pháp vô cảm gây tê tại chỗ.

14.20 Quyền lợi bảo hiểm tối đa hàng năm

Là tổng số tiền tối đa mà Generali chi trả cho các quyền lợi điều trị nội trú, điều trị ngoại trú, chăm sóc nha khoa, chăm sóc thai sản cho mỗi Năm hợp đồng.

Quyền lợi bảo hiểm tối đa hàng năm 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).

14.21 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 sức khỏe cá nhân này có hiệu lực và cần phải được điều trị theo chỉ định của Bác sĩ.

14.22 Tình trạng nguy kịch

Là sự thay đổi đột ngột về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm mà theo nhận định của Bác sĩ là cần phải điều trị y tế hoặc phẫu thuật khẩn cấp để tránh tử vong hoặc để tránh ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khỏe hiện tại và lâu dài. Ngoài ra, Tình trạng nguy kịch sẽ được đánh giá dựa theo hoàn cảnh tại nơi sự kiện bảo hiểm xảy ra, bản chất của việc điều trị y tế khẩn cấp và khả năng cung cấp dịch vụ cấp cứu tại nơi xảy ra sự kiện bảo hiểm này.

14.23 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 các sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có).

14.24 Điều dưỡng viên

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

a. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc

b. Vợ/chồng, con, anh chị em ruột, cha mẹ, ông bà, cháu, cha dượng, mẹ kế của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc 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 được bảo hiểm	**Việt Nam**	**Châu Á**	**Toàn cầu (ngoại trừ nước Mỹ)**
Quyền lợi bảo hiểm tối đa hàng năm (bao gồm Quyền lợi điều trị nội trú, Quyền lợi điều trị ngoại trú, Quyền lợi chăm sóc nha khoa)	**250.000.000**	**500.000.000**	**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 hợp đồng)	2.500.000/ngày	3.500.000/ngày	6.000.000/ngày
3. Chi phí hỗ trợ người nuôi bệnh nhân (tối đa 10 ngày/Năm hợp đồng)	750.000/ngày	1.000.000/ngày	1.500.000/ngày
4. Chi phí Phẫu thuật	25.000.000 /Lần nằm viện	50.000.000 /Lần nằm viện	100.000.000 /Lần nằm viện
5. Các chi phí điều trị nội trú khác 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)	12.500.000 /Lần nằm viện	25.000.000 /Lần nằm viện	50.000.000 /Lần nằm viện
8. Chăm sóc y tế tại nhà (tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)	150.000/ngày	300.000/ngày	600.000/ngày
9. Trợ cấp nằm viện tại Bệnh viện công lập (tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)	150.000/ngày	300.000/ngày	300.000/ngày
10. Vận chuyển cấp cứu	2.500.000/Năm hợp đồng	5.000.000/Năm hợp đồng	Theo Chi phí y tế thực tế
Cấy ghép nội tạng (thận, tim, gan, phổi, tủy xương)	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

Đơn vị: đồng

Chương trình bảo hiểm	Tiêu chuẩn	Cao cấp	V.I.P
Điều trị trong ngày (Phẫu thuật trong ngày, chạy thận nhân tạo, thẩm phân phúc mạc)	10.000.000/ Năm hợp đồng	15.000.000/ Năm hợp đồng	30.000.000/ Năm hợp đồng
Điều trị cấp cứu do Tai nạn			
1. Điều trị cấp cứu Thương tích do Tai nạn	5.000.000 /Tai nạn	7.500.000 /Tai nạn	15.000.000 /Tai nạn
2. Điều trị tổn thương răng do Tai nạn			
LỰA CHỌN THÊM – QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ			
Chương trình bảo hiểm	**Tiêu chuẩn**	**Cao cấp**	**V.I.P**
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	**Việt Nam**	**Châu Á**	**Toàn cầu (ngoại trừ nước Mỹ)**
Quyền lợi bảo hiểm tối đa hàng năm (thuộc giới hạn của Quyền lợi điều trị nội trú)	**5.000.000**	**10.000.000**	**20.000.000**
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	20%	20%	0%
1. Chi phí điều trị ngoại trú theo Tây y	1.000.000 /lần khám	2.000.000 /lần khám	4.000.000 /lần khám
2. Chi phí điều trị ngoại trú theo Đông y	500.000/lần khám (05 lần khám/Năm hợp đồng)	1.000.000/lần khám (10 lần khám/Năm hợp đồng)	2.000.000/lần khám (15 lần khám/Năm hợp đồng)
LỰA CHỌN THÊM – QUYỀN LỢI CHĂM SÓC NHA KHOA			
Chương trình bảo hiểm	**Tiêu chuẩn**	**Cao cấp**	**V.I.P**
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	**Việt Nam**	**Châu Á**	**Toàn cầu (ngoại trừ nước Mỹ)**
Quyền lợi bảo hiểm tối đa hàng năm (thuộc giới hạn của Quyền lợi điều trị ngoại trú)	**2.500.000**	**5.000.000**	**10.000.000**
1. Chi phí kiểm tra, cạo vôi răng (tối đa 02 lần/Năm hợp đồng)	500.000/lần	1.000.000/lần	2.000.000/lần

Đơn vị: đồng

Chương trình bảo hiểm	Tiêu chuẩn	Cao cấp	V.I.P
2. Các chi phí khám và điều trị răng khác	Theo Chi phí y tế thực tế	Theo Chi phí y tế thực tế	Theo Chi phí y tế thực tế

LỰA CHỌN QUYỀN LỢI GIA TĂNG – QUYỀN LỢI CHĂM SÓC THAI SẢN:

Đơn vị: đồng

QUYỀN LỢI CHĂM SÓC THAI SẢN			
Chương trình bảo hiểm	**Tiêu chuẩn**	**Cao cấp**	**V.I.P**
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	**Việt Nam**	**Việt Nam**	**Việt Nam**
Quyền lợi bảo hiểm tối đa hàng năm	**25.000.000**	**25.000.000**	**40.000.000**
Tỷ lệ Đồng chi trả	20%	20%	0%
1. Tiền giường và phòng	1.650.000/ngày	1.650.000/ngày	3.000.000/ngày
2. Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt (tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)	5.000.000/ngày	5.000.000/ngày	10.000.000/ngày
3. Chi phí khám thai	1.500.000/ Năm hợp đồng	1.500.000/ Năm hợp đồng	2.500.000/ Năm hợp đồng
4. Các chi phí chăm sóc thai sản khác	Theo Chi phí y tế thực tế	Theo Chi phí y tế thực tế	Theo Chi phí y tế thực tế

==//==