

**QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ TRỢ
BẢO HIỂM SỨC KHỎE CÁ NHÂN - PHIÊN BẢN 3**

(Được phê chuẩn theo Công văn số 13.13.6./BTC - QUB ngày 12/12/2022 của Bộ Tài chính)

Bảo hiểm bổ trợ **Bảo hiểm sức khỏe cá nhân - Phiên bản 3**^[1] này (“Bảo hiểm sức khỏe cá nhân”) được đính kèm sản phẩm bảo hiểm chính (bảo hiểm Liên kết đơn vị hoặc Liên kết chung) để bảo hiểm cho (những) người có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm, trong trường hợp Bên mua bảo hiểm có yêu cầu và được Generali chấp thuận. Việc lựa chọn tham gia Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này không phải là yếu tố quyết định đến việc chấp thuận bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm chính.

Quy tắc và điều khoản này (“Điều khoản bổ trợ”) là thỏa thuận giữa **Generali** và **Bên mua bảo hiểm** về Bảo hiểm bổ trợ và là một phần của Hợp đồng.

Trong Điều khoản bổ trợ này:

- Các thuật ngữ được viết hoa nhưng không được định nghĩa sẽ được hiểu theo quy định của Quy tắc và Điều khoản sản phẩm chính (“Điều khoản chính”).
- Các quy định của Điều khoản chính sẽ được áp dụng cho Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này, trừ khi Điều khoản bổ trợ có quy định cụ thể khác đi.
- 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.

^[1] Bảo hiểm bổ trợ này khi được đính kèm theo sản phẩm Bảo hiểm Liên kết chung - Phiên bản 2017 sẽ được hiểu và gọi là "Quyền lợi bảo hiểm mở rộng".

MỤC LỤC

I. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	3
1. Quyền lợi bảo hiểm và chương trình bảo hiểm.....	3
2. Tham gia bảo hiểm.....	4
3. Nguyên tắc chi trả quyền lợi bảo hiểm	4
4. Quyền lợi nội trú.....	5
5. Quyền lợi ngoại trú	8
6. Quyền lợi nha khoa.....	9
7. Quyền lợi thai sản	9
8. Quyền lợi kiểm tra sức khỏe	10
9. Thời gian chờ	11
10. Các trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm	12
II. GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	14
11. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi.....	14
12. Thời hạn nộp hồ sơ và giải quyết quyền lợi.....	15
III. CÁC QUY ĐỊNH KHÁC	16
13. Phí bảo hiểm và các loại Phí khác.....	16
14. Thay đổi liên quan đến quyền lợi bảo hiểm.....	16
15. Thời hạn bảo hiểm	17
16. Các trường hợp vi phạm và cách xử lý	17
17. Chấm dứt hiệu lực.....	18
PHỤ LỤC 1: BẢNG CHI TIẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	19
PHỤ LỤC 2: GIẢI THÍCH TỪ NGỮ	23

I. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

1. Quyền lợi bảo hiểm và chương trình bảo hiểm

Khi tham gia Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này, Bên mua bảo hiểm cần lựa chọn quyền lợi bảo hiểm và chương trình bảo hiểm của mỗi quyền lợi dành cho Người được bảo hiểm. Trong đó:

- Tham gia quyền lợi nội trú là bắt buộc.
- Các quyền lợi ngoại trú, nha khoa, thai sản cần chọn chương trình bảo hiểm thấp hơn hoặc bằng với chương trình bảo hiểm của quyền lợi nội trú mà Người được bảo hiểm tham gia. Thứ tự của chương trình bảo hiểm từ thấp đến cao lần lượt là: Tiết Kiệm, Tiêu Chuẩn, Cao Cấp, V.I.P, Kim Cương.

Quyền lợi bảo hiểm và chương trình bảo hiểm được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc văn bản xác nhận của Generali (nếu có).

1.1. Hạn mức hàng năm của quyền lợi bảo hiểm theo từng chương trình bảo hiểm

Đơn vị: đồng

	Chương trình bảo hiểm				
	Tiết Kiệm	Tiêu Chuẩn	Cao Cấp	V.I.P	Kim Cương
Quyền lợi nội trú	100 triệu	300 triệu	650 triệu	1,2 tỷ	5 tỷ
Quyền lợi ngoại trú	-	15 triệu	25 triệu	50 triệu	100 triệu
Quyền lợi nha khoa		5 triệu	10 triệu	20 triệu	40 triệu
Quyền lợi thai sản		20 triệu	30 triệu	50 triệu	100 triệu
Quyền lợi nhân đôi hạn mức (để điều trị nội trú các bệnh Ung thư, Đột quy, Nhồi máu cơ tim)	100 triệu	300 triệu	650 triệu	1,2 tỷ	5 tỷ

1.2. Tóm tắt các quyền lợi bảo hiểm

Chi phí y tế thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm của mỗi quyền lợi như sau:

QUYỀN LỢI NỘI TRÚ (Quy định tại Điều 4)		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viện phí và các chi phí y tế ▪ Cấy ghép nội tạng ▪ Điều trị Ung thư, Đột quy, Nhồi máu cơ tim ▪ Điều trị trong ngày ▪ Điều trị cấp cứu do Tai nạn 		
<p>+ Quyền lợi nhân đôi hạn mức (để điều trị nội trú cho các bệnh Ung thư, Đột quy, Nhồi máu cơ tim)</p>		
QUYỀN LỢI NGOẠI TRÚ (Quy định tại Điều 5)	QUYỀN LỢI NHA KHOA (Quy định tại Điều 6)	QUYỀN LỢI THAI SẢN (Quy định tại Điều 7)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Điều trị ngoại trú theo Tây y ▪ Điều trị ngoại trú theo Đông y ▪ Tiêm chủng 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chi phí kiểm tra, cạo vôi răng ▪ Các chi phí khám và điều trị răng khác 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chi phí khám thai ▪ Viện phí sinh con hoặc điều trị biến chứng thai sản
QUYỀN LỢI KIỂM TRA SỨC KHỎE (Quy định tại Điều 8)		

1.3. Phạm vi địa lý được bảo hiểm

	Chương trình bảo hiểm				
	Tiết Kiệm	Tiêu Chuẩn	Cao Cấp	V.I.P	Kim Cương
Quyền lợi nội trú	Việt Nam	Việt Nam	Toàn cầu (Ngoại trừ Hoa Kỳ)	Toàn cầu (Ngoại trừ Hoa Kỳ)	Toàn cầu
Quyền lợi ngoại trú	-				
Quyền lợi nha khoa	-				
Quyền lợi thai sản	-		Việt Nam	Việt Nam	

2. Tham gia bảo hiểm

Người được bảo hiểm là cá nhân đang cư trú tại Việt Nam, được Generali chấp thuận bảo hiểm và đáp ứng quy định về Tuổi như sau:

	Quyền lợi nội trú, ngoại trú, nha khoa	Quyền lợi thai sản (chỉ dành cho nữ)
Tuổi tại ngày bắt đầu có hiệu lực của từng quyền lợi bảo hiểm có tham gia	Từ 15 ngày Tuổi đến 70 Tuổi	Từ 18 Tuổi đến 44 Tuổi

Ngày bắt đầu có hiệu lực của (các) quyền lợi bảo hiểm được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc văn bản xác nhận của Generali (nếu có).

3. Nguyên tắc chi trả quyền lợi bảo hiểm

3.1. Các chi phí điều trị thuộc quyền lợi bảo hiểm mà Người được bảo hiểm có tham gia sẽ được Generali chi trả khi thỏa các điều kiện sau:

- a. Là Chi phí y tế thực tế, Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa, thuộc phạm vi bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm tham gia;
- b. Phát sinh i) trong phạm vi địa lý được bảo hiểm, ii) trong thời gian quyền lợi bảo hiểm đó có hiệu lực, và iii) phát sinh sau Thời gian chờ;
- c. Trong phạm vi các giới hạn chi trả (Giới hạn phụ, giới hạn cho mỗi Đợt điều trị), Hạn mức hàng năm của quyền lợi bảo hiểm đó;
- d. Không thuộc các trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm quy định tại Điều 10;
- e. Có đầy đủ các chứng từ được nộp trong thời hạn quy định tại Điều 11 và Điều 12 của Điều khoản bổ trợ này.

3.2. Trước khi chi trả, Generali sẽ áp dụng Tỷ lệ đồng chi trả là 20% nếu Chi phí y tế thực tế được chi trả thuộc:

- a. Quyền lợi nội trú - chương trình bảo hiểm Tiết Kiệm (nếu lựa chọn Tỷ lệ đồng chi trả 20%).
- b. Quyền lợi ngoại trú - chương trình bảo hiểm Tiêu Chuẩn hoặc chương trình bảo hiểm Cao Cấp nếu Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú tại Phòng khám tư nhân hoặc Cơ sở y tế tư nhân.
- c. Quyền lợi thai sản - chương trình bảo hiểm Tiêu Chuẩn hoặc chương trình bảo hiểm Cao Cấp.

3.3. Trong mọi trường hợp, mỗi Chi phí y tế thực tế phát sinh sẽ được chi trả theo một loại quyền lợi bảo hiểm mà Người được bảo hiểm có tham gia.

4. Quyền lợi nội trú

Các chi phí được Generali chi trả theo quyền lợi này gồm:

4.1. Viện phí và các chi phí y tế

Là các khoản tiền được chi trả khi Người được bảo hiểm Nằm viện để điều trị nội trú, theo giới hạn từng Đợt điều trị như sau:

Đơn vị: đồng

	Chương trình bảo hiểm				
	Tiết Kiệm	Tiêu Chuẩn	Cao Cấp	V.I.P	Kim Cương
Giới hạn cho mỗi Đợt điều trị có Phẫu thuật	60 triệu	180 triệu	390 triệu	720 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế
Giới hạn cho mỗi Đợt điều trị không có Phẫu thuật	30 triệu	90 triệu	195 triệu	360 triệu	

4.1.1. Tiền giường và phòng	Chi phí y tế thực tế cho tiền giường và phòng cho mỗi Ngày nằm viện, bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn của phòng tại Cơ sở y tế (nếu có). Nếu 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.
4.1.2. 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.
4.1.3. Chi phí Phẫu thuật	Chi phí y tế thực tế phát sinh từ việc Người được bảo hiểm được Phẫu thuật.
4.1.4. Chi phí điều trị nội trú khác	Các Chi phí y tế thực tế khác phát sinh khi Người được bảo hiểm điều trị Bệnh, Thương tích do Bác sĩ chỉ định.
4.1.5. Chi phí điều trị trước khi Nằm viện	Chi phí y tế thực tế phát sinh khi Người được bảo hiểm điều trị Bệnh, Thương tích trong vòng 30 ngày trước khi Nằm viện. Việc điều trị này là: i) theo chỉ định của Bác sĩ; và ii) có liên quan trực tiếp đến Bệnh, Thương tích khiến cho Người được bảo hiểm phải Nằm viện.
4.1.6. Chi phí điều trị sau khi xuất viện	Chi phí y tế thực tế phát sinh khi Người được bảo hiểm điều trị Bệnh, Thương tích trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện. Việc điều trị này là: i) theo chỉ định của Bác sĩ tại Cơ sở y tế nơi Người được bảo hiểm Nằm viện; và ii) có liên quan trực tiếp đến Bệnh, Thương tích khiến cho Người được bảo hiểm phải Nằm viện.

4.1.7. Chi phí hỗ trợ người nuôi bệnh nhân	Chi phí y tế thực tế cho tiền giường mỗi ngày của 01 người lưu lại Cơ sở y tế để chăm sóc Người được bảo hiểm.
4.1.8. Chi phí Chăm sóc y tế tại nhà	Chi phí y tế thực tế phát sinh khi Người được bảo hiểm có sử dụng dịch vụ Chăm sóc y tế tại nhà trong vòng 15 ngày sau khi xuất viện. Chăm sóc y tế tại nhà chỉ áp dụng khi Người được bảo hiểm có thực hiện Phẫu thuật hoặc điều trị tại Phòng chăm sóc đặc biệt khi Nằm viện.
4.1.9. Trợ cấp nằm viện tại Bệnh viện công lập	Khoản tiền cố định mà Generali chi trả cho mỗi Ngày nằm viện tại Bệnh viện công lập. (Chương trình bảo hiểm Tiết Kiệm không có khoản trợ cấp này)
4.1.10. Chi phí Vật lý trị liệu	Chi phí y tế thực tế khi Người được bảo hiểm thực hiện Vật lý trị liệu. Nếu Người được bảo hiểm Nằm viện với mục đích thực hiện vật lý trị liệu, phục hồi chức năng và/hoặc xét nghiệm chẩn đoán mà 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.
4.1.11. Chi phí vận chuyển cấp cứu	Chi phí y tế thực tế khi Người được bảo hiểm được vận chuyển cấp cứu đến Cơ sở y tế/Phòng khám hoặc giữa các Cơ sở y tế/Phòng khám theo chỉ định của Bác sĩ. Việc vận chuyển cấp cứu cần được thực hiện bằng phương tiện vận chuyển cấp cứu thuộc Cơ sở y tế/Phòng khám hoặc các tổ chức có chức năng cung cấp dịch vụ vận chuyển cấp cứu. Generali không chi trả các chi phí cho việc vận chuyển cấp cứu bằng đường hàng không.

4.2. Cấy ghép nội tạng

Chi phí y tế thực tế cho việc Phẫu thuật cấy ghép nội tạng (gồm thận, tim, gan, phổi, tụy, tủy xương) cho Người được bảo hiểm (là người nhận tạng) và người hiến tạng theo chỉ định của Bác sĩ.

Chi phí này bao gồm:

- a. Tiền giường, phòng và tiền ăn theo tiêu chuẩn của phòng (không bao gồm phòng bao);
- b. Chi phí hỗ trợ người nuôi bệnh nhân;
- c. Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt;
- d. Chi phí Phẫu thuật;
- e. Chi phí điều trị trước khi Nằm viện (trong vòng 30 ngày trước khi Nằm viện), chi phí điều trị sau khi xuất viện (trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện);
- f. Chi phí Chăm sóc y tế tại nhà (trong vòng 15 ngày sau xuất viện);
- g. Các Chi phí y tế thực tế khác.

4.3. Điều trị Ung thư, Đột quy, Nhồi máu cơ tim

Chi phí y tế thực tế trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị cho bệnh Ung thư, Đột quy, Nhồi máu cơ tim.

Định nghĩa Ung thư, Đột quy, Nhồi máu cơ tim được quy định tại Phụ lục 2.

4.4. Điều trị trong ngày

Khi Người được bảo hiểm thực hiện điều trị trong ngày tại Cơ sở y tế, Generali sẽ chi trả các chi phí sau:

<p>4.4.1. Phẫu thuật trong ngày</p>	<p>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 Bác sĩ phẫu thuật, chi phí gây mê/gây tê và chi phí cho các thiết bị, dụng cụ sử dụng trong Phẫu thuật.</p>
<p>4.4.2. Điều trị thận nhân tạo</p>	<p>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 mạn tính do Bệnh.</p> <p>Nếu Người được bảo hiểm Nằm viện để lọc máu thận thì Chi phí y tế thực tế phát sinh sẽ được chi trả theo các chi phí được quy định tại Điều 4.1.</p>
<p>4.5. Điều trị cấp cứu do Tai nạn</p>	<p>Chi phí y tế thực tế trong trường hợp Người được bảo hiểm</p> <ul style="list-style-type: none"> i) bị Tai nạn dẫn đến Thương tích của răng lành lặn, tự nhiên; và ii) cần phải điều trị răng tại Phòng khám/Cơ sở y tế trong vòng 07 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn. <p>Chi phí này bao gồm chi phí khám, chẩn đoán nha khoa, chi phí cầm máu, nhổ răng, lấy tủy răng, chụp X-quang.</p> <p>Generali không chi trả các chi phí điều trị tổn thương răng phát sinh do ăn uống, vệ sinh răng miệng hoặc răng bào mòn tự nhiên.</p>
<p>4.5.2. Điều trị các Thương tích khác do Tai nạn</p>	<p>Chi phí y tế thực tế khi điều trị cấp cứu các Thương tích do Tai nạn tại</p> <ul style="list-style-type: none"> i) khoa/phòng cấp cứu của Cơ sở y tế; hoặc ii) khoa điều trị ngoại trú của Cơ sở y tế/Phòng khám trong vòng 24 giờ kể từ khi xảy ra Tai nạn.

4.6. Quyền lợi nhân đôi hạn mức

<ul style="list-style-type: none"> Chi tiết quyền lợi 	<p>Generali sẽ tăng thêm hạn mức điều trị nội trú bằng 100% Hạn mức hàng năm của quyền lợi nội trú mà Người được bảo hiểm đang tham gia, để chi trả Chi phí y tế thực tế cho việc điều trị Ung thư, Đột quy, Nhồi máu cơ tim của Người được bảo hiểm khi Hạn mức hàng năm của quyền lợi nội trú đã được chi trả hết.</p> <p>Việc chi trả vẫn sẽ theo nguyên tắc chi trả quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 3, quy định về quyền lợi điều trị Ung thư, Đột quy, Nhồi máu cơ tim tại Điều 4.3.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Số lần áp dụng 	<p>Quyền lợi nhân đôi hạn mức chỉ được áp dụng 01 lần trong suốt Thời hạn bảo hiểm của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Thời hạn áp dụng 	<p>Ngày bắt đầu áp dụng quyền lợi nhân đôi hạn mức là ngày điều trị/ngày nhập viện của Đợt điều trị Ung thư, Đột quy, Nhồi máu cơ tim mà:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) có Chi phí y tế thực tế thuộc phạm vi được bảo hiểm vượt quá Hạn mức hàng năm của quyền lợi nội trú; hoặc ii) là Đợt điều trị đầu tiên trong Năm hợp đồng sau khi Hạn mức hàng năm của quyền lợi nội trú của Năm hợp đồng đó đã được chi trả hết. <p>Kể từ ngày bắt đầu áp dụng, quyền lợi nhân đôi hạn mức sẽ có hiệu lực trong vòng 36 tháng hoặc đến khi hạn mức tăng thêm được sử dụng hết, tùy thời điểm nào đến trước.</p>

Minh họa cách hoạt động của quyền lợi nhân đôi hạn mức:

- Người được bảo hiểm tham gia Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này với quyền lợi nội trú, chương trình bảo hiểm Tiêu Chuẩn.
- Chi phí điều trị thực tế và chi phí được chi trả theo Năm hợp đồng của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân (“Năm”), như sau:

Năm	Hạng mục chi phí	Chi phí y tế thực tế	Quyền lợi bảo hiểm được chi trả
1	Điều trị bệnh Ung thư Điều trị các bệnh khác	200 triệu đồng <u>50 triệu đồng</u> Tổng chi phí: 250 triệu đồng	Tổng quyền lợi bảo hiểm được chi trả = 250 triệu đồng , được chi trả từ Hạn mức hàng năm của quyền lợi nội trú.
2	Ung thư tái phát – điều trị đợt 1 Ung thư tái phát – điều trị đợt 2 Ung thư tái phát – điều trị đợt 3	200 triệu đồng 200 triệu đồng <u>200 triệu đồng</u> Tổng chi phí: 600 triệu đồng	Tổng quyền lợi bảo hiểm được chi trả = 600 triệu đồng, trong đó: <ul style="list-style-type: none"> 300 triệu đồng, chi trả từ Hạn mức hàng năm của quyền lợi nội trú. 300 triệu đồng, chi trả từ hạn mức tăng thêm của quyền lợi nhân đôi hạn mức.

5. Quyền lợi ngoại trú

(Áp dụng khi Người được bảo hiểm có tham gia quyền lợi ngoại trú)

Các chi phí được Generali chi trả theo quyền lợi này bao gồm:

5.1. 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 tại các Phòng khám/Cơ sở y tế, 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).

5.2. 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 tại các Phòng khám/Cơ sở y tế, 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.

5.3. Tiêm chủng

(Chỉ áp dụng cho chương trình bảo hiểm Kim Cương)

Chi phí y tế thực tế khi Người được bảo hiểm thực hiện tiêm vắc xin phòng bệnh tại các Phòng khám/Cơ sở y tế.

6. Quyền lợi nha khoa

(Áp dụng khi Người được bảo hiểm có tham gia quyền lợi nha khoa)

Các chi phí được Generali chi trả theo quyền lợi này bao gồm:

6.1. Chi phí kiểm tra, cạo vôi răng, tối đa 02 lần cho mỗi Năm hợp đồng

6.2. Các chi phí khám và điều trị răng khác

- 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, nhổ răng khôn do biến chứng;
- c. Chi phí khảm răng, trám răng bằng chất liệu amalgam, composite, GIC, sứ, kim loại thông thường (loại trừ các chất liệu quý hiếm như vàng, bạc, bạch kim, platin, palladium);
- d. Chi phí cắt u mô cứng của răng, cắt cuống răng.

7. Quyền lợi thai sản

(Áp dụng khi Người được bảo hiểm có tham gia quyền lợi thai sản)

Các chi phí được Generali chi trả theo quyền lợi này bao gồm:

7.1. Chi phí khám thai

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

7.2. Viện phí sinh con hoặc điều trị biến chứng thai sản

Chi phí y tế thực tế được Generali chi trả khi Người được bảo hiểm sinh con hoặc điều trị biến chứng thai sản bao gồm:

7.2.1. Tiền giường và phòng	Chi phí y tế thực tế cho giường và phòng cho mỗi Ngày nằm viện, bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn của phòng tại Cơ sở y tế (nếu có). Nếu 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.
7.2.2. 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.
7.2.3. Các chi phí chăm sóc thai sản khác	Các Chi phí y tế thực tế cho việc: i) Sinh thường, bao gồm chi phí đỡ đẻ, chi phí chi trả cho Bác sĩ chuyên khoa; và các chi phí Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa. ii) Điều trị biến chứng thai sản, sinh mổ của Người được bảo hiểm. iii) Phá thai theo chỉ định của Bác sĩ. Generali không chi trả cho chi phí phá thai theo yêu cầu của Người được bảo hiểm. iv) Tái khám sau sinh và thuốc theo chỉ định của Bác sĩ: 01 lần tái khám trong vòng 45 ngày kể từ ngày sinh hoặc ngày bị biến chứng thai sản. v) Chăm sóc dưỡng nhi: chi phí điều trị nội trú do Bệnh của con của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ trong vòng 14 ngày kể từ ngày sinh (không yêu cầu Người được bảo hiểm phải Nằm viện). Generali không chi trả các chi phí điều trị liên quan đến dị tật bẩm sinh của trẻ sơ sinh và các chi phí khác bao gồm: thuốc dưỡng nhi, xét nghiệm sàng lọc sơ sinh, tiêm chủng, vệ sinh trẻ sơ sinh.

8. Quyền lợi kiểm tra sức khỏe

Generali sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế cho 01 lần kiểm tra sức khỏe của Người được bảo hiểm trong Năm hợp đồng thứ 02 của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này, nếu không có bất kỳ Sự kiện bảo hiểm nào của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này phát sinh trong Năm hợp đồng thứ 01 của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này được Generali chấp thuận chi trả. Số tiền tối đa được chi trả như sau:

Chương trình bảo hiểm của quyền lợi nội trú					
	Tiết Kiệm	Tiêu Chuẩn	Cao Cấp	V.I.P	Kim Cương
Số tiền tối đa được chi trả	(*)	1,5 triệu	2,5 triệu	3,5 triệu	7 triệu

(*) Chương trình bảo hiểm Tiết Kiệm không có quyền lợi này.

Quyền lợi kiểm tra sức khỏe được chi trả độc lập và không ảnh hưởng đến việc chi trả các quyền lợi khác của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này.

Nếu Generali đã chi trả quyền lợi kiểm tra sức khỏe nhưng sau đó có Sự kiện bảo hiểm phát sinh trong Năm hợp đồng thứ 01 của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này được Generali chấp thuận chi trả thì:

- i) Bên mua bảo hiểm phải hoàn lại cho Generali số tiền đã chi trả cho quyền lợi kiểm tra sức khỏe; hoặc
- ii) Generali sẽ khấu trừ số tiền này vào bất kỳ quyền lợi nào sẽ được chi trả của Hợp đồng.

Nếu Người được bảo hiểm không thực hiện kiểm tra sức khỏe trong Năm hợp đồng thứ 02 của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này thì quyền lợi này sẽ chấm dứt hiệu lực vào ngày kết thúc Năm hợp đồng thứ 02 của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này.

9. Thời gian chờ

Là khoảng thời gian mà Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong khoảng thời gian này sẽ không được Generali chi trả quyền lợi bảo hiểm.

Thời gian chờ được tính từ i) ngày bắt đầu có hiệu lực của từng quyền lợi bảo hiểm; hoặc ii) Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau.

9.1. Thời gian chờ áp dụng cho từng quyền lợi bảo hiểm

Quyền lợi bảo hiểm	Thời gian chờ
Quyền lợi nội trú; Quyền lợi ngoại trú	Điều trị do Tai nạn: không áp dụng
	Điều trị do Bệnh: 30 ngày
	Điều trị do Bệnh thuộc Danh sách 1: 90 ngày
Quyền lợi nha khoa	30 ngày
Quyền lợi thai sản	270 ngày

Danh sách 1: Các Bệnh có Thời gian chờ 90 ngày

1. Cao huyết áp, bệnh tim mạch;	6. Đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp;
2. Tiểu đường, cường giáp, suy giáp, hội chứng Cushing;	7. Đau đầu Migraine, Parkinson;
3. Bệnh lao, bệnh phổi/phế quản mạn tính, hen suyễn;	8. Bệnh lý khớp, cột sống, đĩa đệm;
4. Bệnh tai mũi họng đòi hỏi phải phẫu thuật, bệnh xoang mạn tính, các bất thường khoang mũi, vách ngăn, xoắn mũi;	9. Thoát vị các loại;
5. Ung thư, khối u, bướu, polyp, u nang, u xơ các loại;	10. Sỏi gan và đường mật, xơ gan, viêm gan, viêm túi mật, viêm tụy mạn, viêm hoặc loét dạ dày/tá tràng/đại tràng, rò hậu môn, trĩ;
	11. Bệnh lý thận mạn tính, sỏi tiết niệu;
	12. Lạc nội mạc tử cung, bệnh hệ sinh dục.

9.2. Thời gian chờ áp dụng cho trường hợp thay đổi chương trình bảo hiểm với Hạn mức hàng năm từ thấp lên cao:

- a. Sự kiện bảo hiểm phát sinh trong Thời gian chờ: xem xét chi trả theo Hạn mức hàng năm trước khi thay đổi.
- b. Sự kiện bảo hiểm phát sinh sau khi kết thúc Thời gian chờ: xem xét chi trả theo Hạn mức hàng năm mới.

10. Các trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm

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

- a. 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;
- b. Sử dụng thuốc quá liều, chất độc, sử dụng thuốc mà không theo chỉ định của Bác sĩ, sử dụng trái phép chất ma túy;
- c. Bất kỳ bệnh hoặc rối loạn tâm thần, tâm lý, 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);
- d. Các chi phí khám và điều trị liên quan đến thai sản (ngoại trừ trường hợp có tham gia quyền lợi thai sản quy định tại Điều 7);
- e. Các chi phí 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;
- f. Chi phí cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng phục vụ cho việc cấy ghép nội tạng;
- g. 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, thị giác, trừ các Phẫu thuật do Tai nạn;
- h. Thiết bị chỉnh hình, hỗ trợ chức năng, thiết bị nhân tạo, máy trợ thính hoặc các thiết bị có tính chất tương tự, ngoại trừ các thiết bị, dụng cụ cần phải cấy ghép vào cơ thể để duy trì sự sống;

- i. Chẩn đoán, chăm sóc hoặc điều trị nha khoa (ngoại trừ điều trị tổn thương răng do Tai nạn quy định tại Điều 4.5.1 và trường hợp có tham gia quyền lợi nha khoa quy định tại Điều 6);
- j. 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;
- k. Điều khiển phương tiện giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn thuộc trường hợp bị nghiêm cấm theo quy định của pháp luật;
- l. Bất kỳ bệnh hoặc rối loạn do bẩm sinh, di truyền;
- m. 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;
- n. 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);
- o. 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;
- p. 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;
- q. 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);
- r. Tham gia hoạt động đóng thế mạo hiểm, hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoạt động thám hiểm mạo hiểm, hoạt động nguy hiểm như: đua ngựa, đua xe, trượt tuyết, trượt băng, leo núi, lặn, nhảy bungee (là hoạt động nhảy từ một điểm cố định trên cao, chân người nhảy được giữ bằng một sợi dây co giãn), tham gia các chuyến bay trên không (như dù lượn, khinh khí cầu, nhảy dù,...) ngoại trừ trường hợp là hành khách trên chuyến bay thường lệ (dân dụng);
- s. Hành vi cố ý phạm tội của Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc Bên mua bảo hiểm. Trường hợp có nhiều Người thụ hưởng, nếu chỉ có một hoặc một số Người thụ hưởng thực hiện hành vi phạm tội, Generali vẫn chi trả cho (những) Người thụ hưởng còn lại phần quyền lợi theo tỷ lệ thụ hưởng đã được chỉ định.

II. GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

11. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi

Để yêu cầu giải quyết quyền lợi, người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm cần cung cấp cho Generali các chứng từ sau:

(1) Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (theo mẫu của Generali) được kê khai đầy đủ, chính xác	
(2) Chứng minh nhân dân/Căn cước công dân/Hộ chiếu còn giá trị sử dụng của người có quyền nhận quyền lợi	
(3) Bảng chứng về Sự kiện bảo hiểm	<ul style="list-style-type: none">▪ Hồ sơ khám, gồm: phiếu khám bệnh, sổ khám bệnh, chỉ định xét nghiệm, kết quả xét nghiệm, chỉ định điều trị, đơn thuốc (có đầy đủ chẩn đoán, họ tên đầy đủ và chữ ký của Bác sĩ và con dấu của Cơ sở y tế/Phòng khám nơi Người được bảo hiểm đã đến khám và điều trị); và▪ Các chứng từ sau đây, tùy từng trường hợp: Nếu điều trị nội trú: Giấy ra viện, tóm tắt bệnh án (có đầy đủ thông tin chẩn đoán và chỉ định điều trị); Nếu có Phẫu thuật: Giấy chứng nhận phẫu thuật; Nếu sự kiện xảy ra do Tai nạn: Biên bản tai nạn, biên bản khám nghiệm hiện trường, kết luận điều tra của cơ quan có thẩm quyền (nếu có), biên bản tai nạn hoặc tường trình tai nạn; Nếu có chăm sóc y tế tại nhà: Chỉ định Chăm sóc y tế tại nhà của Bác sĩ điều trị.
(4) Chứng từ thanh toán viện phí	<ul style="list-style-type: none">▪ Hóa đơn/hóa đơn điện tử;▪ Biên lai/phiếu thu tiền khám và điều trị;▪ Bảng kê chi tiết các chi phí phát sinh. <p>Các chứng từ này cần hợp lệ theo quy định của pháp luật, và nêu rõ thông tin của Người được bảo hiểm, thông tin Cơ sở y tế/Phòng khám nơi Người được bảo hiểm điều trị.</p>
(5) Bảng chứng về quyền nhận quyền lợi	Bản gốc giấy tờ chứng minh mối quan hệ với Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm, văn bản thỏa thuận phân chia/khai nhận di sản thừa kế, di chúc, văn bản cử người đại diện nhận quyền lợi.

Lưu ý:

- Generali giữ quyền yêu cầu và lưu trữ bản gốc các chứng từ nhóm (3) và (4).
- Trường hợp Người được bảo hiểm được điều trị ngoài lãnh thổ Việt Nam và các chứng từ bằng tiếng nước ngoài, Generali có quyền yêu cầu người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm thực hiện:
 - Chứng thực các chứng từ nhóm (3) và (4) sang tiếng Anh hoặc tiếng Việt;

- Chứng thực, hợp pháp hóa lãnh sự các chứng từ nhóm (5) sang tiếng Anh hoặc tiếng Việt.

Chi phí cho việc cung cấp các giấy tờ này sẽ do người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm.

- Trường hợp Người được bảo hiểm có tham gia chương trình bảo hiểm khác (bao gồm bảo hiểm y tế nhà nước) và đã được chi trả một phần quyền lợi bảo hiểm, sau đó yêu cầu Generali chi trả phần còn lại: người nhận quyền lợi bảo hiểm có thể nộp cho Generali bản sao các chứng từ y tế và hóa đơn có xác nhận từ công ty bảo hiểm về thông tin chi trả quyền lợi bảo hiểm liên quan đến quyền lợi và số tiền bảo hiểm đã được chi trả một phần.
- Nếu có tranh chấp xảy ra, Generali giữ quyền yêu cầu giám định/kiểm tra y khoa 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/kiểm tra y khoa do Generali chi trả. Kết quả giám định y khoa (bằng tiếng Việt) là cơ sở để Generali xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

12. Thời hạn nộp hồ sơ và giải quyết quyền lợi

Thời hạn nộp hồ sơ	Thời hạn Generali xử lý hồ sơ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Là 12 tháng tính từ i) ngày Người được bảo hiểm xuất viện sau khi điều trị nội trú, hoặc ii) ngày khám/điều trị theo từng quyền lợi bảo hiểm tương ứng. ▪ Thời hạn trên không bao gồm thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan theo quy định của pháp luật. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Là 30 ngày tính từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ, để giải quyết quyền lợi. ▪ Nếu Generali chi trả quá thời hạn nêu trên, Generali sẽ thanh toán thêm tiền lãi tính trên số tiền chậm trả tương ứng với thời gian quá hạn.

Lưu ý:

- Lãi suất được tính theo mức lãi suất Generali đang áp dụng đối với các khoản tạm ứng từ hợp đồng bảo hiểm (được cập nhật trên cổng thông tin điện tử của Generali tại từng thời điểm).
- Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có thể sử dụng dịch vụ Bảo lãnh viện phí. Các thông tin về i) quyền lợi bảo hiểm có thể được Bảo lãnh viện phí, ii) danh sách các Cơ sở y tế, Phòng khám thuộc hệ thống Bảo lãnh viện phí của Generali và iii) thủ tục Bảo lãnh viện phí sẽ được cập nhật trên cổng thông tin điện tử của Generali tại từng thời điểm (Tham khảo đường dẫn: <https://generalivn.com/bao-hiem-ca-nhan/lien-he/ho-tro/danh-sach-dia-diem>).

III. CÁC QUY ĐỊNH KHÁC

13. Phí bảo hiểm và các loại Phí khác

13.1. Phí bảo hiểm

- Phí bảo hiểm của Năm hợp đồng thứ 01 của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc văn bản xác nhận của Generali (nếu có).
- Phí bảo hiểm của các Năm hợp đồng tiếp theo của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này có thể thay đổi tùy theo Tuổi của Người được bảo hiểm tại Ngày kỷ niệm hợp đồng.
- Generali có thể thay đổi biểu phí, quyền lợi bảo hiểm, phạm vi bảo hiểm, điều kiện bảo hiểm của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này nếu được sự chấp thuận của Bộ Tài chính. Generali sẽ thông báo bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 90 ngày trước khi áp dụng việc thay đổi này.

Việc thay đổi này sẽ tự động có hiệu lực vào Ngày kỷ niệm hợp đồng sau khi Generali thông báo, trừ trường hợp Bên mua bảo hiểm gửi thông báo bằng văn bản cho Generali về việc không chấp nhận việc thay đổi trước ngày này.

13.2. Phí ban đầu

Phí ban đầu được tính theo tỷ lệ % của Phí bảo hiểm của từng quyền lợi bảo hiểm có tham gia theo từng Năm đóng phí. Chi tiết như sau:

Năm đóng phí	1	2	3	4	5+
Phí ban đầu	60%	45%	15%	5%	0%

13.3. Phí rủi ro (“Phí bảo hiểm rủi ro”)

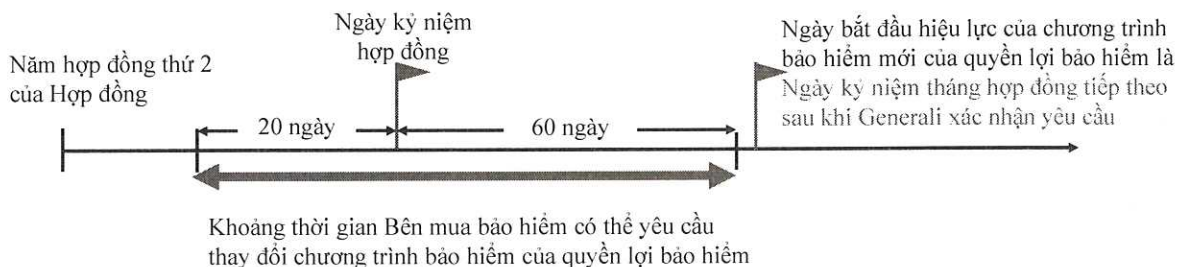
Phí rủi ro là khoản phí liên quan đến việc đảm bảo chi trả quyền lợi bảo vệ theo cam kết tại Quy tắc và điều khoản này.

Tỷ lệ Phí rủi ro dùng để tính Phí rủi ro thay đổi theo Tuổi, giới tính, tình trạng sức khỏe và nghề nghiệp của Người được bảo hiểm.

14. Thay đổi liên quan đến quyền lợi bảo hiểm

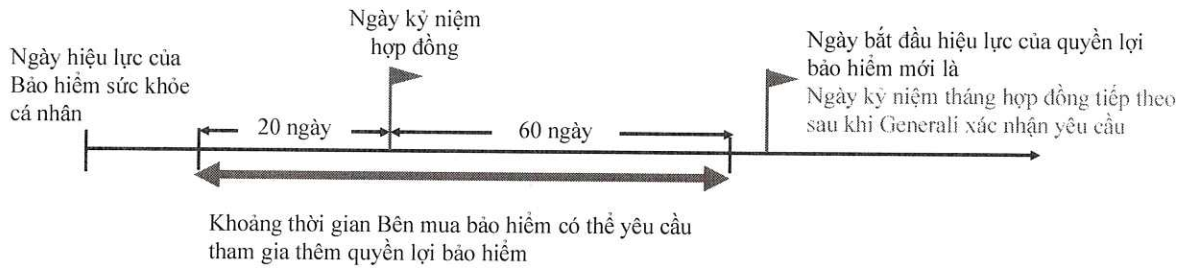
14.1. Thay đổi chương trình bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm

Trong thời gian Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này có hiệu lực, kể từ Năm hợp đồng thứ 02 của Hợp đồng mà Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này đính kèm, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu thay đổi chương trình bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm đang tham gia bằng cách gửi văn bản (theo mẫu) đến Generali trong khoảng thời gian sau:



14.2. Tham gia thêm quyền lợi bảo hiểm

Trong thời gian Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tham gia thêm quyền lợi bảo hiểm bằng cách gửi văn bản (theo mẫu) đến Generali trong khoảng thời gian sau:



14.3. Các yêu cầu thay đổi nêu trên sẽ được xem xét khi đáp ứng các điều kiện sau

- a. Bên mua bảo hiểm đã đóng đủ tất cả các khoản Phí bảo hiểm định kỳ của Hợp đồng đến thời điểm yêu cầu; và
- b. Phù hợp với nguyên tắc tham gia quyền lợi ngoại trú, nha khoa, thai sản được quy định tại Điều 1; và
- c. Người được bảo hiểm vẫn đáp ứng các điều kiện về Tuổi và điều kiện thâm định của Generali.

Theo đó, Generali có quyền:

- chấp thuận; hoặc
- chấp thuận và áp dụng điều kiện bảo hiểm bổ sung như tăng Phí bảo hiểm, tăng Phí rủi ro, loại trừ trách nhiệm bảo hiểm; hoặc
- từ chối.

Khi có các thay đổi liên quan đến quyền lợi bảo hiểm tại Điều 14 thì Phí bảo hiểm và Phí rủi ro sẽ thay đổi tương ứng. Thời gian chờ sẽ được áp dụng theo quy định tại Điều 9.

15. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm sẽ bằng 85 trừ đi Tuổi của Người được bảo hiểm tại thời điểm tham gia Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này.

Đối với quyền lợi thai sản, thời hạn bảo hiểm sẽ không vượt quá Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 50 Tuổi.

Trong mọi trường hợp, thời hạn bảo hiểm của tất cả các quyền lợi sẽ không vượt quá Thời hạn của Hợp đồng.

Thời hạn bảo hiểm cụ thể được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc văn bản xác nhận của Generali (nếu có).

16. Các trường hợp vi phạm và cách xử lý

Trường hợp 1: Generali có bằng chứng về Hành vi gian lận bảo hiểm từ Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm đối với Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này, Generali sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm. Nếu quyền lợi bảo hiểm đã được chi trả trước khi Generali có bằng chứng về Hành vi gian lận bảo hiểm, Generali sẽ khấu trừ quyền lợi bảo hiểm đã chi trả của

Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này trước khi chi trả các quyền lợi khác của Hợp đồng mà Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này đính kèm.

Trường hợp 2: 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:

	Cách xử lý	Khoản tiền Generali hoàn trả
Không chấp thuận bảo hiểm	Generali sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm và chấm dứt hiệu lực của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này.	Phí ban đầu và Phí rủi ro đã khấu trừ của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này, sau khi khấu trừ quyền lợi đã chi trả trước đó của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này (nếu có).
Chấp thuận bảo hiểm với mức phí tăng thêm	Generali vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này. Nếu Sự kiện được chi trả đã xảy ra, Generali vẫn chi trả quyền lợi bảo vệ theo quy định, sau khi trừ đi Phí bảo hiểm phải thu thêm.	Không có
Áp dụng thêm loại trừ	Generali vẫn tiếp tục duy trì hiệu lực của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này. Nếu Sự kiện được chi trả đã xảy ra thuộc trường hợp loại trừ này, Generali sẽ không chi trả quyền lợi.	Không có

17. Chấm dứt hiệu lực

Các quyền lợi bảo hiểm của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân sẽ chấm dứt theo một trong các trường hợp sau, tùy trường hợp nào xảy ra trước:

- i) Kết thúc thời hạn bảo hiểm;
- ii) Người được bảo hiểm tử vong;
- iii) Hợp đồng chấm dứt hiệu lực theo quy định của Điều khoản chính;
- iv) Bên mua bảo hiểm gửi yêu cầu bằng văn bản chấm dứt Bảo hiểm sức khỏe cá nhân hoặc chấm dứt quyền lợi bảo hiểm. Bảo hiểm sức khỏe cá nhân hoặc quyền lợi bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực vào Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng ngay sau ngày Generali phát hành văn bản xác nhận.
Yêu cầu chấm dứt quyền lợi nội trú sẽ được xem là yêu cầu chấm dứt Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này;
- v) Generali quyết định chấm dứt Bảo hiểm sức khỏe cá nhân trong trường hợp không chấp thuận bảo hiểm quy định tại Điều 16.

PHỤ LỤC 1: BẢNG CHI TIẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

1. QUYỀN LỢI NỘI TRÚ

Đơn vị: đồng

	Chương trình bảo hiểm				
	Tiết Kiệm	Tiêu Chuẩn	Cao Cấp	V.I.P	Kim Cương
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Việt Nam	Việt Nam	Toàn cầu (ngoại trừ Hoa Kỳ)	Toàn cầu (ngoại trừ Hoa Kỳ)	Toàn cầu
Hạn mức hàng năm của quyền lợi nội trú	100 triệu	300 triệu	650 triệu	1,2 tỷ	5 tỷ
Quyền lợi nhân đôi hạn mức (để điều trị nội trú các bệnh Ung thư, Đột quỵ, Nhồi máu cơ tim)	100 triệu	300 triệu	650 triệu	1,2 tỷ	5 tỷ
Tỷ lệ đồng chi trả	0% hoặc 20%	0%	0%	0%	0%
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ				
Viện phí và các chi phí y tế					
Giới hạn cho mỗi Đợt điều trị có Phẫu thuật	60 triệu	180 triệu	390 triệu	720 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế
Giới hạn cho mỗi Đợt điều trị không có Phẫu thuật	30 triệu	90 triệu	195 triệu	360 triệu	
1. Tiền giường và phòng/Ngày nằm viện – Điều trị trong nước	500 nghìn	1,5 triệu	3 triệu	6 triệu	12 triệu
Tiền giường và phòng/Ngày nằm viện – Điều trị tại nước ngoài			3 triệu	6 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế (tối đa 100 Ngày nằm viện/Năm hợp đồng)
2. Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt (tối đa 100 Ngày nằm viện/Năm hợp đồng)	Theo Chi phí y tế thực tế				
3. Chi phí Phẫu thuật					
4. Các chi phí điều trị nội trú khác					
5. Chi phí điều trị trước khi Nằm viện (trong vòng 30 ngày trước khi Nằm viện)					
6. Chi phí điều trị sau khi xuất viện (trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện)					
7. Chi phí hỗ trợ người nuôi bệnh nhân/ngày (tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)	500 nghìn	1,5 triệu	3 triệu	6 triệu	12 triệu

Quy tắc và Điều khoản
Bảo hiểm sức khỏe cá nhân - Phiên bản 3

	Chương trình bảo hiểm				
	Tiết Kiệm	Tiêu Chuẩn	Cao Cấp	V.I.P	Kim Cương
8. Chăm sóc y tế tại nhà/ngày (tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)	100 nghìn	250 nghìn	500 nghìn	1 triệu	2 triệu
9. Trợ cấp nằm viện tại Bệnh viện công lập/Ngày nằm viện (tối đa 30 Ngày nằm viện/Năm hợp đồng)	-	150 nghìn	500 nghìn	1 triệu	2 triệu
10. Chi phí Vật lý trị liệu/Năm hợp đồng	1 triệu	3 triệu	5 triệu	10 triệu	20 triệu
11. Vận chuyển cấp cứu/Năm hợp đồng	1 triệu	2,5 triệu	5 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế	Theo Chi phí y tế thực tế
Cấy ghép nội tạng (thận, tim, gan, phổi, tụy, tử cung)					
1. Chi phí cho Người được bảo hiểm (là người nhận tạng)	Theo Chi phí y tế thực tế				
2. Chi phí cho người hiến tạng/Năm hợp đồng	50 triệu	150 triệu	325 triệu	600 triệu	2,5 tỷ
Điều trị Ung thư, Đột quỵ, Nhồi máu cơ tim	Theo Chi phí y tế thực tế				
Điều trị trong ngày					
1. Phẫu thuật trong ngày	Theo Chi phí y tế thực tế				
2. Điều trị thận nhân tạo/Năm hợp đồng	15 triệu	30 triệu	45 triệu	60 triệu	150 triệu
Điều trị cấp cứu do Tai nạn/ Tai nạn	1,5 triệu	5 triệu	7,5 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế	Theo Chi phí y tế thực tế

2. QUYỀN LỢI NGOẠI TRÚ

Đơn vị: đồng

	Chương trình bảo hiểm				
	Tiết Kiệm	Tiêu Chuẩn	Cao Cấp	V.I.P	Kim Cương
Phạm vi địa lý được bảo hiểm		Việt Nam	Toàn cầu (ngoại trừ Hoa Kỳ)	Toàn cầu (ngoại trừ Hoa Kỳ)	Toàn cầu
Hạn mức hàng năm của quyền lợi ngoại trú	-	15 triệu	25 triệu	50 triệu	100 triệu
Tỷ lệ đồng chi trả trong trường hợp khám, điều trị tại các Cơ sở y tế/Phòng khám tư nhân		20%	20%	0%	0%
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ				
1. Chi phí điều trị ngoại trú theo Tây y/lần khám		1,5 triệu	3 triệu	6 triệu	12 triệu
2. Chi phí điều trị ngoại trú theo Đông y/lần khám		750 nghìn	1,5 triệu	3 triệu	6 triệu

	Chương trình bảo hiểm				
	Tiết Kiệm	Tiêu Chuẩn	Cao Cấp	V.I.P	Kim Cương
3. Chi phí tiêm chủng/Năm hợp đồng			-		2 triệu

3. QUYỀN LỢI NHA KHOA

Đơn vị: đồng

	Chương trình bảo hiểm				
	Tiết Kiệm	Tiêu Chuẩn	Cao Cấp	V.I.P	Kim Cương
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	-	Việt Nam	Toàn cầu (ngoại trừ Hoa Kỳ)	Toàn cầu (ngoại trừ Hoa Kỳ)	Toàn cầu
Hạn mức hàng năm của quyền lợi nha khoa		5 triệu	10 triệu	20 triệu	40 triệu
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ				
1. Chi phí kiểm tra, cạo vôi răng/lần (tối đa 02 lần/Năm hợp đồng)	-	500 nghìn	1 triệu	2 triệu	4 triệu
2. Các chi phí khám và điều trị răng khác		Theo Chi phí y tế thực tế			

4. QUYỀN LỢI THAI SẢN

Đơn vị: đồng

	Chương trình bảo hiểm				
	Tiết Kiệm	Tiêu Chuẩn	Cao Cấp	V.I.P	Kim Cương
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	-	Việt Nam	Việt Nam	Việt Nam	Toàn cầu
Hạn mức hàng năm của quyền lợi thai sản		20 triệu	30 triệu	50 triệu	100 triệu
Tỷ lệ đồng chi trả		20%	20%	0%	0%
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ				
Chi phí khám thai/Năm hợp đồng	-	1,5 triệu	1,5 triệu	2,5 triệu	5 triệu
Viện phí sinh con hoặc điều trị biến chứng thai sản					
1. Tiền giường và phòng/Ngày nằm viện – Điều trị trong nước		1,5 triệu	3 triệu	6 triệu	12 triệu
Tiền giường và phòng – Điều trị tại nước ngoài		Theo Chi phí y tế thực tế (tối đa 100 Ngày nằm viện/Năm hợp đồng)			

	Chương trình bảo hiểm				
	Tiết Kiệm	Tiêu Chuẩn	Cao Cấp	V.I.P	Kim Cương
2. Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt (tối đa 100 Ngày nằm viện/Năm hợp đồng)		Theo Chi phí y tế thực tế			
3. Các chi phí chăm sóc thai sản khác					

PHỤ LỤC 2: GIẢI THÍCH TỪ NGỮ

Bác sĩ	<p>Là người có bằng bác sĩ và 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 pháp luật của quốc gia/vùng lãnh thổ nơi người đó hành nghề. Bác sĩ không được đồng thời là:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc ▪ 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, Người thụ hưởng.
Bảo lãnh viện phí	<p>Là việc Generali chi trả trực tiếp một phần hoặc toàn bộ Chi phí y tế thực tế cho Cơ sở y tế/Phòng khám theo quy định tại Điều khoản bổ trợ này trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị do Bệnh tại các Cơ sở y tế/Phòng khám thuộc hệ thống bảo lãnh viện phí của Generali.</p>
Bệnh	<p>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.</p> <p>Bệnh phải xảy ra trong thời gian Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này có hiệu lực.</p>
Bệnh viện công lập	<p>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.</p>
Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa	<p>Là dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và chăm sóc y tế (không bao gồm kiểm tra sức khỏe hoặc tầm soát bệnh) và đáp ứng được các yêu cầu sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ được thực hiện tại Cơ sở y tế/Phòng khám; và ▪ phù hợp với chẩn đoán và điều trị y tế thông thường đối với Bệnh hoặc Thương tích đó cho mỗi lần khám/Đợt điều trị; và ▪ 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.
Cơ sở y tế	<p>Là tổ chức được thành lập hợp pháp và hoạt động theo pháp luật của quốc gia/vùng lãnh thổ nơi tổ chức này đặt cơ sở và có giấy phép hoạt động (nếu việc cấp giấy phép này theo yêu cầu pháp luật của quốc gia/vùng lãnh thổ đó), không phải là một nơi điều dưỡng, dưỡng bệnh, nơi dành cho người già an dưỡng, nơi dành cho người nghiện rượu và nghiện ma túy hay một tổ chức tương tự và đáp ứng được các yêu cầu sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ được thành lập nhằm tiếp cận, chăm sóc, khám và điều trị y tế cho người bị ốm đau, bệnh tật, thương tích; ▪ có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca phẫu thuật y khoa; ▪ có đầy đủ điều kiện cho hoạt động nội trú và theo dõi bệnh nhân.

Chăm sóc y tế tại nhà	<p>Là dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà cho Người được bảo hiểm được cung cấp bởi Cơ sở y tế/Phòng khám.</p> <p>Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà theo định nghĩa này phải được thực hiện theo chỉ định của Bác sĩ điều trị cho Người được bảo hiểm khi Nằm viện trước đó.</p> <p>Chỉ định này của Bác sĩ phải Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa.</p>
Chi phí y tế thực tế	<p>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 đối với Bệnh, Thương tích của Người được bảo hiểm.</p> <p>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.</p>
Đột quỵ	<p>Là tình trạng tổn thương mạch máu não xảy ra đột ngột (bao gồm nhồi máu não, xuất huyết mạch máu nội sọ, thuyên tắc mạch não), và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tổn thương mạch máu não được xác định bằng kết quả chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính (CT scan) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI); ▪ Triệu chứng kéo dài liên tục trên 24 giờ; ▪ Ảnh hưởng chức năng vận động, hoặc cảm giác, hoặc khả năng nói. <p>Các trường hợp sau không được bảo hiểm:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con thiếu máu não cục bộ thoáng qua; ▪ Triệu chứng não do chứng đau nửa đầu migraine; ▪ Tổn thương não do chấn thương hoặc do thiếu oxy não; ▪ Bệnh thiếu máu cục bộ gây tổn thương mắt, thần kinh thị giác hoặc hệ thống tiền đình.
Đợt điều trị	<p>Là khoảng thời gian từ khi Người được bảo hiểm nhập viện đến khi xuất viện để được điều trị y tế tại Cơ sở y tế. Giấy ra viện là bằng chứng cho việc kết thúc một Đợt điều trị.</p>
Giới hạn phụ	<p>Là hạn mức tối đa mà Generali chi trả đối với mỗi loại chi phí được liệt kê trong Phụ lục 1 - Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm. Giới hạn phụ cũng được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc văn bản xác nhận của Generali (nếu có).</p>
Hạn mức hàng năm	<p>Là tổng số tiền tối đa mà Generali chi trả cho mỗi quyền lợi bảo hiểm trong Năm hợp đồng của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này.</p> <p>Hạn mức hàng năm của các quyền lợi nội trú, ngoại trú, nha khoa, thai sản được quy định tại Phụ lục 1 - Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc văn bản xác nhận của Generali (nếu có).</p>

Hành vi gian lận bảo hiểm	<p>Là hành vi Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm</p> <p>a) giả mạo tài liệu, cố ý làm sai lệch thông tin trong hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi; hoặc</p> <p>b) gây thiệt hại về sức khỏe, tính mạng của Người được bảo hiểm để hưởng quyền lợi bảo hiểm.</p>
Năm đóng phí	<p>Là 12 tháng liên tục Bên mua bảo hiểm đóng đủ phí bảo hiểm cho từng quyền lợi bảo hiểm của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân.</p>
Nằm viện	<p>Là khi Người được bảo hiểm nhập viện điều trị nội trú liên tục ít nhất 12 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.</p>
Ngày nằm viện	<p>Để được tính là 01 Ngày nằm viện, Người được bảo hiểm phải Nằm viện hoặc điều trị nội trú qua đêm và có phát sinh tiền giường và phòng theo quy định của Cơ sở y tế.</p>
Người được bảo hiểm	<p>Là cá nhân đang cư trú tại Việt Nam, được Generali chấp thuận bảo hiểm và đáp ứng quy định về Tuổi theo quy định tại Điều 2 của Điều khoản bổ trợ này.</p>
Nhồi máu cơ tim	<p>Là tình trạng hoại tử một phần cơ tim do gián đoạn nguồn cung cấp máu.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tình trạng này được xác định bởi con nhồi máu cơ tim cấp, được chẩn đoán bởi Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch, và có sự hiện diện của các tiêu chí sau: <ul style="list-style-type: none"> - Điện tâm đồ xác nhận hoại tử cơ tim mới xảy ra; hoặc - Tăng men tim hoặc tăng Troponins: Troponin T > 1,0 ng/ml, hoặc tương đương với phương pháp xác định Troponin khác. <p>Các trường hợp sau không được bảo hiểm:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con đau thắt ngực; ▪ Hội chứng mạch vành cấp tính khác.
Phẫu thuật	<p>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.</p>
Phòng chăm sóc đặc biệt	<p>Là một khoa của Cơ sở y tế và đáp ứng được các yêu cầu sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ được thành lập để thực hiện chương trình chăm sóc và điều trị đặc biệt; và ▪ 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

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ được trang bị các thiết bị, thuốc, phương tiện khác cần thiết cho việc cứu sống bệnh nhân; và ▪ 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.
Phòng khám	Là một khoa của Cơ sở y tế hoặc một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo pháp luật của quốc gia/vùng lãnh thổ nơi tổ chức này đặt cơ sở; hoạt động với mục đích chủ yếu là tư vấn, khám và điều trị ngoại trú.
Tai nạn	Là một sự kiện hoặc một chuỗi sự kiện liên tục, khách quan, xảy ra do tác động của một lực, một vật bất ngờ từ bên ngoài, không chủ động và ngoài ý muốn lên cơ thể Người được bảo hiểm trong thời gian quyền lợi bảo hiểm có hiệu lực. Sự kiện hoặc chuỗi sự kiện nêu trên là nguyên nhân trực tiếp, duy nhất và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác, gây ra thương tật nhìn thấy được và/hoặc tử vong cho Người được bảo hiểm trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện hoặc chuỗi sự kiện đó.
Tình trạng nguy kịch	<p>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.</p> <p>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.</p>
Tình trạng y tế có trước	<p>Là:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Triệu chứng, dấu hiệu bất thường về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm khởi phát trong vòng 12 tháng trước ngày bắt đầu có hiệu lực của quyền lợi bảo hiểm hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau, mà nếu biết được các triệu chứng, dấu hiệu bất thường này Generali: i) không chấp thuận bảo hiểm hoặc ii) chấp thuận bảo hiểm với mức phí tăng thêm, hoặc iii) áp dụng loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, hoặc iv) không chấp thuận khôi phục hiệu lực của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này; hoặc ▪ Tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được khám, xét nghiệm, tư vấn y khoa, chẩn đoán hay điều trị trước ngày bắt đầu có hiệu lực của quyền lợi bảo hiểm hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng, tùy vào ngày nào đến sau. <p>Triệu chứng, dấu hiệu bất thường về tình trạng sức khỏe hoặc Tình trạng bệnh tật hoặc thương tật được lưu giữ tại cơ sở y tế, hồ sơ y tế hoặc lời khai của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Tình trạng y tế có trước.</p>
Tỷ lệ đồng chi trả	Là tỷ lệ phần trăm tính trên Chi phí y tế thực tế mà Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm phải tự chi trả theo quy định tại Điều khoản bồi trợ này.

	<p>Tỷ lệ đồng chi trả được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc văn bản xác nhận của Generali (nếu có).</p>
Thương tích	<p>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 tổn thương này xảy ra trong thời gian quyền lợi bảo hiểm có hiệu lực và cần phải được điều trị theo chỉ định của Bác sĩ.</p>
Ung thư	<p>Là sự phát triển lan tràn và không thể kiểm soát của các tế bào ác tính, có sự xâm lấn và phá hủy các mô bình thường, và cần phải điều trị bằng các biện pháp Phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, liệu pháp miễn dịch, liệu pháp nội tiết tố, liệu pháp trúng đích, hoặc liệu pháp tế bào gốc hoặc các phương pháp điều trị Ung thư khác được chỉ định bởi Bác sĩ chuyên khoa. Chẩn đoán ung thư phải được xác định bằng kết quả xét nghiệm mô bệnh học được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa Ung bướu hoặc Bác sĩ chuyên khoa Giải phẫu bệnh.</p>
Vật lý trị liệu	<p>Là việc sử dụng các biện pháp vật lý theo bảng danh mục của Bộ Y tế để điều trị giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp hay các hoạt động bình thường hàng ngày của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ.</p> <p>Vật lý trị liệu không phải là các phương pháp làm đẹp, thư giãn, tập sửa dáng đi hoặc các phương pháp tương tự.</p>