QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ TRỢ
BẢO HIỂM HỖ TRỢ VIỆN PHÍ
ĐÍNH KÈM SẢN PHẨM BẢO HIỂM LIÊN KẾT ĐƠN VỊ - PHIÊN BẢN 2

(Được phê chuẩn theo Công văn số 3407/BTC-QLBH ngày 02/4/2021 của Bộ Tài chính)

Bảo hiểm bổ trợ **Bảo hiểm Hỗ trợ viện phí** này được Bên mua bảo hiểm tham gia kèm theo sản phẩm bảo hiểm chính (Bảo hiểm Liên kết đơn vị - Phiên bản 2) để bảo hiểm cho (những) người có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm.

Quy tắc và điều khoản của bảo hiểm bổ trợ 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.

Trừ những thuật ngữ được định nghĩa tại Điều khoản bổ trợ, các thuật ngữ khác được sử dụng trong Điều khoản bổ trợ sẽ được hiểu theo định nghĩa tại Quy tắc và điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính ("Điều khoản chính"). Các quy định của Điều khoản chính sẽ được áp dụng cho Bảo hiểm bổ trợ theo nguyên tắc:

- 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 thì quy định của Điều khoản chính sẽ được áp dụng.

Điều 1. Quyền lợi bảo hiểm

Trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm Nằm viện, Generali sẽ chi trả các quyền lợi sau:

1.1 Hỗ trợ nằm viện

Generali sẽ chi trả Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện.

1.2 Hỗ trợ chăm sóc đặc biệt

Generali sẽ chi trả thêm 100% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện nếu Người được bảo hiểm Nằm viện và điều trị tại Phòng chăm sóc đặc biệt.

Quyền lợi hỗ trợ chăm sóc đặc biệt không được chi trả trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị tại Phòng chăm sóc đặc biệt dưới 24 giờ hoặc cho những trường hợp điều trị liên quan ngay sau khi Phẫu thuật.

Tổng số Ngày nằm viện tại Phòng chăm sóc đặc biệt được chi trả cho quyền lợi này không vượt quá 30 Ngày nằm viện cho mỗi Năm hợp đồng.

1.3 Hỗ trợ Phẫu thuật

Generali sẽ chi trả 500% Số tiền bảo hiểm cho một Phẫu thuật nếu Người được bảo hiểm Nằm viện và được Phẫu thuật tại Bệnh viện. Quyền lợi này chỉ được chi trả một lần cho cùng một Bệnh và/hoặc Thương tích, dù rằng việc điều trị Bệnh, Thương tích đó cần nhiều hơn một lần Phẫu thuật.

1.4 Hỗ trợ Chăm sóc y tế

Generali sẽ chi trả 50% Số tiền bảo hiểm cho mỗi ngày Người được bảo hiểm được Chăm sóc y tế.

Tổng số ngày Chăm sóc y tế được chi trả cho quyền lợi này không vượt quá 30 ngày cho mỗi Năm hợp đồng.

1.5 Giới hạn chi trả

a. Tổng quyền lợi bảo hiểm tại Điều 1 được Generali chi trả tối đa cho mỗi Năm hợp đồng sẽ không vượt quá 100 lần Số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ.

b. Số Ngày nằm viện tối đa được Generali chi trả cho mỗi lần Nằm viện được quy định theo Nhóm Bệnh và Thương tích tại Phụ lục I (Nhóm Bệnh/Thương tích và số Ngày nằm viện tối đa được chi trả) của Điều khoản bổ trợ.

1.6 Thời gian chờ

a. Thời gian chờ được tính kể từ ngày Bảo hiểm bổ trợ bắt đầu có hiệu lực hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy theo ngày nào đến sau. Các Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian chờ sẽ không được Generali chi trả quyền lợi bảo hiểm.

b. Thời gian chờ được áp dụng cho từng trường hợp như sau:

Nằm viện do Tai nạn	Không áp dụng

Nằm viện để điều trị Bệnh	- 90 ngày cho 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 lý 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; ▪ Parkinson; ▪ Hội chứng Cushing; ▪ Bệnh lý cột sống và đĩa đệm; ▪ Thoát vị các loại; ▪ Sỏi gan và đường mật, xơ gan, viêm tụy mãn, rò hậu môn, trĩ; ▪ Bệnh lý thận mãn tính, sỏi tiết niệu, lạc nội mạc tử cung. - 30 ngày cho các Bệnh không thuộc danh mục nêu trên.

Điều 2. Các trường hợp loại trừ

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

a. Tình trạng y tế có trước, ngoại trừ Tình trạng y tế có trước được kê khai trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và được Generali chấp nhận;

b. Nằm viện để điều trị Bệnh hoặc Thương tích trong danh sách Bệnh và Thương tích không thuộc phạm vi bảo hiểm theo quy định tại Phụ lục II của Điều khoản bổ trợ này;

c. Người được bảo hiểm tự tử, mưu toan tự tử hoặc tự gây ra thương tích trong tình trạng tỉnh táo hoặc mất trí;

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, tình trạng căng thẳng (stress), mất ngủ, điều trị liên quan đến chứng khó thở trong khi ngủ (bao gồm ngủ ngáy);

g. Điều trị phòng ngừa (tiêm chủng, vacxin và thuốc chủng ngừa), nhập viện chỉ nhằm mục đích chẩn đoán;

h. Điều trị phục hồi chức năng, vật lý trị liệu, điều trị bằng thuốc và/hoặc các biện pháp y học dân tộc, y học cổ truyền;

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

j. Điều trị liên quan đến sức khỏe sinh sản như hiếm muộn, vô sinh, ngừa thai, triệt sản, phá thai, sảy thai, mang thai, sinh con, chửa trứng và các biến chứng liên quan;

k. Nhiễm HIV, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải AIDS và các bệnh lây truyền qua

đường tình dục;

l. Phẫu thuật thẩm mỹ, phẫu thuật chỉnh hình, phẫu thuật chuyển đổi giới tính, các hình thức điều trị thẩm mỹ, và các biến chứng liên quan, trừ trường hợp phẫu thuật chỉnh hình khi bị Thương tích là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa nhằm tái tạo lại chức năng của Người được bảo hiểm;

m. Hiến/cho mô hay bộ phận cơ thể;

n. Điều trị y tế thử nghiệm;

o. Điều trị tật khúc xạ;

p. Điều trị nha khoa, bao gồm cả điều trị liên quan đến răng giả;

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

r. 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;

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

Các điều khoản loại trừ khác (nếu có) theo thỏa thuận với Bên mua bảo hiểm và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc văn bản xác nhận của Generali (nếu có).

Điều 3. Thủ tục giải quyết quyền lợi

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

a. Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi được khai đầy đủ, chính xác;

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

c. Bằng chứng về quyền nhận quyền lợi: giấy tờ chứng minh mối quan hệ với Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm, thỏa thuận phân chia di sản thừa kế, di chúc, văn bản cử người đại diện nhận quyền lợi;

d. Bằng chứng về Sự kiện bảo hiểm:

- Giấy ra viện;
- Giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có phẫu thuật);
- Hóa đơn thanh toán viện phí hợp lệ.

e. Bằng chứng về nguyên nhân của Sự kiện bảo hiểm:

- Biên bản khám nghiệm hiện trường, kết luận điều tra của cơ quan có thẩm quyền, biên bản tai nạn, tường trình tai nạn, nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra do Tai nạn;
- Tóm tắt bệnh án, 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.

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

Điều 4. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn của Bảo hiểm bổ trợ có thể từ 05 năm đến 30 năm (tùy theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm và Tuổi của Người được bảo hiểm) và được thể hiện tại Giấy chứng nhận bảo hiểm, văn bản xác nhận của Generali hoặc văn bản thỏa thuận giữa Generali và Bên mua bảo hiểm (nếu có).

Điều 5. Chấm dứt Bảo hiểm Bổ trợ

Bảo hiểm bổ trợ chấm dứt hiệu lực theo những trường hợp sau, áp dụng trường hợp nào xảy ra trước:

- Ngày gia hạn năm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 70 Tuổi;
- Người được bảo hiểm tử vong;
- Hợp đồng chấm dứt;
- Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Bảo hiểm bổ trợ bằng văn bản đối với từng Người được bảo hiểm;
- Generali từ chối gia hạn Bảo hiểm bổ trợ này theo Điều 4;
- Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

Điều 6. Định nghĩa

6.1 Bác sĩ

Là người có bằng bác sĩ trong lĩnh vực Tây y được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được thực hành nghề y hợp pháp trong phạm vi đào tạo chuyên ngành và phạm vi giấy phép theo Luật pháp của nước sở tại 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 hợp pháp, 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.

6.2 Bệnh

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

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

6.3 Bệnh viện

Là Cơ sở y tế và phải có chữ "Bệnh viện" trên con dấu chính thức.

Đối với Bệnh viện ngoài lãnh thổ Việt Nam, tư cách của Bệnh viện phải được thể hiện bằng ngôn ngữ của quốc gia/lãnh thổ đó mà được hiểu là "Bệnh viện" theo nghĩa tiếng Việt.

Vì mục đích của sản phẩm này, Bệnh viện không bao gồm các tổ chức/cơ sở sau đây:

a. Bệnh viện/viện chuyên trị bệnh tâm thần;

b. Bệnh viện/ viện phong;

c. Nhà điều dưỡng, nhà lưu bệnh;

d. Nhà bảo sanh/nhà hộ sinh, nhà an dưỡng hay các sơ sở khác chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, nghiện ma túy;

e. Bệnh viện, viện, khoa hoặc các cơ sở y học cổ truyền, y học dân tộc;

f. Bệnh viện/viện phục hồi chức năng.

6.4 Cơ sở y tế

Là tổ chức được thành lập hợp pháp và hoạt động theo Luật pháp 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. được thành lập và hoạt động liên tục 24 giờ trong ngày nhằm cung cấp dịch vụ khám, chẩn đoán và điều trị cho người bị bệnh tật, thương tích;

b. có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca phẫu thuật y khoa;

c. có đầy đủ điều kiện cho hoạt động điều trị nội trú và theo dõi bệnh nhân;

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

6.5 Chăm sóc y tế

Là dịch vụ do Bác sĩ hoặc Điều dưỡng viên chăm sóc cho Người được bảo hiểm liên tục ngay sau khi Người được bảo hiểm xuất viện theo chỉ định của Bác sĩ và được Generali chấp thuận là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa. Chăm sóc y tế phải được thực hiện trong ít nhất 06 giờ mỗi ngày.

6.6 Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa

Là dịch vụ y tế hoặc điều trị y tế:

a. phù hợp với chẩn đoán và thông lệ về chẩn trị y tế đối với Bệnh, Thương tích; và

b. phù hợp với tiêu chuẩn hành nghề y dược; và

c. là yêu cầu bắt buộc và phải thực hiện tại Bệnh viện; và

d. không nhằm mục đích thử nghiệm, hoặc chẩn đoán, hoặc nghiên cứu, hoặc phòng ngừa, hoặc tầm soát; và

e. có số Ngày nằm viện hợp lý và phù hợp với thông lệ điều trị Bệnh, Thương tích.

6.7 Nằm viện

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

6.8 Ngày nằm viện

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

6.9 Ngày gia hạn năm hợp đồng

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

6.10 Người được bảo hiểm

Là cá nhân đang cư trú tại Việt Nam, từ 01 Tuổi đến 60 Tuổi tại ngày Bảo hiểm bổ trợ bắt đầu có hiệu ực, và được Generali chấp thuận bảo hiểm theo Điều khoản bổ trợ này. Tuổi tối đa của Người được bảo hiểm khi kết thúc Thời hạn bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ này là 70 Tuổi.

6.11 Phẫu thuật

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

6.12 Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)

Là một khoa của Bệnh viện và đáp ứng 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 điều kiện 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 cho việc cứu sống một cách nhanh chóng; và

d. không phải là phòng hậu phẫu, phòng hồi sức cấp cứu, phòng chăm sóc đặc biệt thuộc các khoa khám chữa bệnh hoặc phòng cấp cứu.

6.13 Số tiền bảo hiểm

Là số tiền do Bên mua bảo hiểm yêu cầu bảo hiểm và được Generali chấp thuận bảo hiểm theo Điều khoản bổ trợ này. Số tiền bảo hiểm được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc văn bản xác nhận của Generali hoặc văn bản thỏa thuận giữa Generali và Bên mua bảo hiểm (nếu có).

6.14 Tình trạng y tế có trước

Là:

- 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 Bảo hiểm bổ trợ 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 bảo hiểm, hoặc iv) không chấp thuận khôi phục hiệu lực của Bảo hiểm bổ trợ; 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 Bảo hiểm bổ trợ hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau.

Thông tin sức khỏe 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.

6.15 Thương tích

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

6.16 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 hành nghề. Điều dưỡng viên không được đồng thời là:

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

b. Vợ/chồng hợp pháp, 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.

PHỤ LỤC I: NHÓM BỆNH/THƯƠNG TÍCH VÀ SỐ NGÀY NẰM VIỆN TỐI ĐA ĐƯỢC CHI TRẢ

STT	Nhóm Bệnh/Thương tích	Số Ngày nằm viện tối đa được chi trả (Ngày)
1.	Lao	30
2.	Viêm gan siêu vi có triệu chứng	15
3.	Nhóm Bệnh cơ – xương – khớp	14
4.	Nhóm Bệnh của mắt	13
5.	Nhóm Bệnh của hệ miễn nhiễm	13
6.	Nhóm Bệnh của hệ tim mạch	12
7.	Nhóm Bệnh u bướu	11
8.	Nhóm Bệnh nhiễm trùng khác	11
9.	Nhóm Bệnh/Thương tích do chấn thương/ngộ độc	10
10.	Nhóm Bệnh của tai	10
11.	Nhóm Bệnh của hệ thần kinh	10
12.	Nhóm Bệnh của hệ hô hấp	10
13.	Nhóm Bệnh của hệ tiết niệu – sinh dục	9
14.	Nhóm Bệnh của hệ chuyển hóa – nội tiết	9
15.	Nhóm Bệnh nhiễm ký sinh trùng	8
16.	Nhóm Bệnh của hệ tiêu hóa	8
17.	Nhóm Bệnh của hệ tạo máu	8
18.	Nhóm Bệnh của da	8
19.	Nhóm Bệnh nhiễm trùng của hệ tiêu hóa	7
20.	Nhóm Bệnh nhiễm siêu vi kèm sốt cao	6

PHỤ LỤC II: BỆNH VÀ THƯƠNG TÍCH KHÔNG THUỘC PHẠM VI BẢO HIỂM

(Áp dụng khi Người được bảo hiểm đạt 16 Tuổi trở lên tại thời điểm xảy ra Sự kiện bảo hiểm)

1. Các loại Thương tích: rách da hoặc chấn thương phần mềm, chấn thương các chi (không phẫu thuật), gãy kín hay trật khớp xương ngón tay, ngón chân (không phẫu thuật).
2. Thoái hóa cột sống (hư cột sống), thoái hóa khớp, viêm khớp, viêm cơ (không abcess hay viêm mô tế bào), hội chứng ống cổ tay (không phẫu thuật), đau thần kinh tọa (không phẫu thuật), hội chứng cổ vai gáy, loãng xương.
3. Rối loạn tiền đình, rối loạn tuần hoàn não, thiểu năng tuần hoàn não, đau nửa đầu, đau đầu, chóng mặt, suy nhược thần kinh, rối loạn thần kinh thực vật, bệnh Alzheimer.
4. Viêm kết mạc, viêm giác mạc, viêm bờ mi, quặm mắt, mộng thịt (không phẫu thuật), dị vật mắt (dị vật nông, dị vật giác mạc), rối loạn điều tiết.
5. Polyp mũi (không phẫu thuật), viêm mũi, viêm họng, viêm amidan, viêm thanh quản, viêm đường hô hấp trên, viêm tai ngoài, ù tai, hội chứng cúm, sốt siêu vi (không sốt cao trên 39 độ C và không có biến chứng), viêm tuyến mang tai.
6. Gan nhiễm mỡ, viêm gan siêu vi (không triệu chứng), rối loạn tiêu hóa, ngộ độc thức ăn, tiêu chảy, nhiễm trùng đường ruột (không mất nước nặng, không nhiễm trùng nặng), hội chứng dạ dày - tá tràng - đại tràng; trào ngược dạ dày thực quản, hội chứng ruột kích thích, viêm dạ dày, viêm tá tràng, viêm ruột, viêm đại tràng (không mất nước nặng, không xuất huyết tiêu hóa).
7. Tăng mỡ máu, rối loạn chuyển hóa can-xi, thiếu vitamin, thừa cân, suy dinh dưỡng.
8. Sỏi tiết niệu (không có cơn đau quặn thận, không phẫu thuật), viêm phần phụ, viêm cổ tử cung, viêm âm đạo, viêm đường tiết niệu (không sốt cao trên 39 độ C)
9. Viêm da tiếp xúc, viêm da cơ địa, viêm da dị ứng, chàm, mụn nhọt, mụn cóc, mày đay cấp, dị ứng thời tiết (không khó thở).