



Quy tắc và Điều khoản Bảo hiểm bồi trợ
Bảo hiểm hỗ trợ viện phí

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỒI TRỢ BẢO HIỂM HỖ TRỢ VIỆN PHÍ ĐÍNH KÈM SẢN PHẨM BẢO HIỂM LIÊN KẾT ĐƠN VỊ

(Được phê chuẩn theo Công văn số 9089/BTC-QLBH ngày 08/8/2019... của Bộ Tài chính)

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

Trừ những thuật ngữ được định nghĩa tại Điều khoản bồi trợ này, các thuật ngữ khác được sử dụng trong Điều khoản bồi 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 bồi trợ “**Bảo hiểm hỗ trợ viện phí**”. Theo đó:

- Nếu có mâu thuẫn giữa Điều khoản bồi trợ với Điều khoản chính, quy định của Điều khoản bồi trợ sẽ được ưu tiên áp dụng.
- Nếu Điều khoản bồi 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 hỗ trợ có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm phải Nằm viện tại Bệnh viện để nhận điều trị y tế Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa, Generali sẽ chi trả các quyền lợi sau:

1.1 Hỗ trợ nằm viện

Generali sẽ chi trả 100% Số tiền bảo hiểm cho mỗi Ngày nằm viện nếu Người được bảo hiểm 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 mỗi ngày khi Người được bảo hiểm cần 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 được Generali chi trả tối đa cho mỗi Năm hợp đồng sẽ không vượt quá 100 lần Số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm hỗ trợ này.
- 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 hỗ trợ này.

1.6 Thời gian chờ

- a. Là khoảng thời gian mà các Sự kiện bảo hiểm xảy ra không được Generali chi trả. Thời gian chờ được tính kể từ ngày hiệu lực của Bảo hiểm hỗ trợ hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy theo ngày nào đến sau.
- b. Không áp dụng thời gian chờ đối với trường hợp Nằm viện do Tai nạn;

- c. Thời gian chờ là 30 ngày đối với trường hợp Nằm viện để điều trị Bệnh, ngoại trừ các bệnh được liệt kê tại mục (c) dưới đây;
- d. Thời gian chờ là 90 ngày đối với trường hợp Nằm viện để điều trị các bệnh sau:
 - Cao huyết áp, bệnh tim mạch;
 - Tiểu đường, cường giáp, suy giáp;
 - Bệnh lao, bệnh phổi/phế quản mẫn tính, hen suyễn;
 - Bệnh lý xoang mẫn 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 mẫn tính, sỏi tiết niệu, lạc nội mạc tử cung.

Điều 2. Các trường hợp ngoài phạm vi bảo hiểm

Generali sẽ không chi trả quyền lợi trong các trường hợp 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 hỗ trợ này;
- c. Người được bảo hiểm tự tử, mưu toan tự tử hoặc tự gây ra thương tích trong tình trạng tinh thần 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, vắc xin 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, chữa 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.
- t. Các điều khoản loại trừ khác (nếu có) theo thỏa thuận với Bên mua bảo hiểm và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung (nếu có).

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

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

Điều 4. Phí ban đầu

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

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

Điều 5. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm là 01 năm tính từ ngày hiệu lực của Bảo hiểm hỗ trợ này và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các bản phụ lục, các xác nhận sửa đổi bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có). Bảo hiểm hỗ trợ này được Generali xem xét gia hạn hàng năm tại mỗi Ngày gia hạn năm hợp đồng cho đến khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hoặc Người được bảo hiểm không còn đáp ứng các điều kiện bảo hiểm theo Điều khoản hỗ trợ này.

Generali có thể từ chối gia hạn Bảo hiểm hỗ trợ này và thông báo cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 30 ngày trước Ngày gia hạn năm hợp đồng.

Điều 6. Chấm dứt hiệu lực

Bảo hiểm hỗ trợ chấm dứt hiệu lực theo một trong những trường hợp sau:

- Ngày gia hạn năm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 70 Tuổi;
- Người được bảo hiểm từ vong;
- Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực theo quy định của Điều khoản chính;
- Khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Bảo hiểm hỗ trợ bằng văn bản đối với từng Người được bảo hiểm;
- Generali từ chối gia hạn Bảo hiểm hỗ trợ này theo Điều 5;
- Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

Điều 7. Định nghĩa

7.1 Bác sĩ

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

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

7.2 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 hỗ 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.

7.3 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 sau đây:

- a. Bệnh viện, viện tâm thần;
- b. Bệnh viện, viện phong;
- c. Nhà điều dưỡng, nhà lưu bệnh;
- d. Nhà bảo sanh, nhà an dưỡng hay các cơ sở khác chủ yếu dành cho việc chữa trị cho người già, người nghiện rượu, nghiện ma túy;
- e. Bệnh viện, viện, khoa hoặc bất cứ cơ sở y học cổ truyền, y học dân tộc;
- f. Bệnh viện, viện phục hồi chức năng.

7.4 Cơ sở y tế

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

- a. được thành lập và hoạt động liên tục 24 giờ trong ngày nhằm cung cấp dịch vụ khám, chẩn đoán và điều trị cho người bị bệnh tật, thương tích;
- b. có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca phẫu thuật y khoa;
- c. có đầy đủ điều kiện cho hoạt động điều trị nội trú và theo dõi bệnh nhân;

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

7.5 Chăm sóc y tế

Là dịch vụ do Bác sĩ hoặc Y tá 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.

7.6 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 được; 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.

7.7 Nằm viện

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

7.8 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.

7.9 Ngày gia hạn năm hợp đồng

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

7.10 Người được bảo hiểm

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

7.11 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 hỗ trợ này, Phẫu thuật không bao gồm các phẫu thuật được thực hiện trong phòng cấp cứu, các thủ thuật, tiểu phẫu, phẫu thuật loại III (theo quy định hiện hành của pháp luật về phân loại Phẫu thuật và Thủ thuật) và các hình thức phẫu thuật được thực hiện với phương thức vô cảm gây tê tại chỗ.

7.12 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 bệnh nhân một cách nhanh chóng; và
- d. không phải là phòng hậu phẫu, phòng hồi sức cấp cứu, phòng chăm sóc đặc biệt thuộc các khoa khám chữa bệnh hoặc phòng cấp cứu.

7.13 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 hỗ trợ này. Số tiền 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).

7.14 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 hỗ trợ này có hiệu lực và cần phải được điều trị theo chỉ định của Bác sĩ.

7.15 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 Hợp đồng bảo hiểm còn 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.

7.16 Y tá

Là nhân viên y tế được cấp phép hành nghề hợp pháp theo pháp luật của nước sở tại tại nơi người đó hành nghề.

Y tá 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 NÀM 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 abscess 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, thiếu 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).