



QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN

BẢO HIỂM SỨC KHỎE CÁ NHÂN 2025

(Sản phẩm được Bộ Tài chính phê chuẩn phương pháp, cơ sở tính phí bảo hiểm và phương pháp, cơ sở trích lập dự phòng nghiệp vụ theo Công văn số 7668/BTC-QLBH ngày 03 tháng 06 năm 2025.

Quy tắc và Điều khoản được ban hành theo Quyết định ngày 16 tháng 06 năm 2025 của Tổng Giám đốc Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Generali Việt Nam)

Bảo hiểm Sức khỏe cá nhân 2025 là Sản phẩm bán kèm với Sản phẩm bảo hiểm chính, cung cấp quyền lợi bảo vệ sức khỏe. Bên mua bảo hiểm được lựa chọn tham gia Sản phẩm bán kèm này theo quy định của Generali tại từng thời điểm.

Quy tắc và Điều khoản sản phẩm **Bảo hiểm Sức khỏe cá nhân 2025** (“**Điều khoản**”) là một phần không thể tách rời của Hợp đồng.

Trong Điều khoản này:

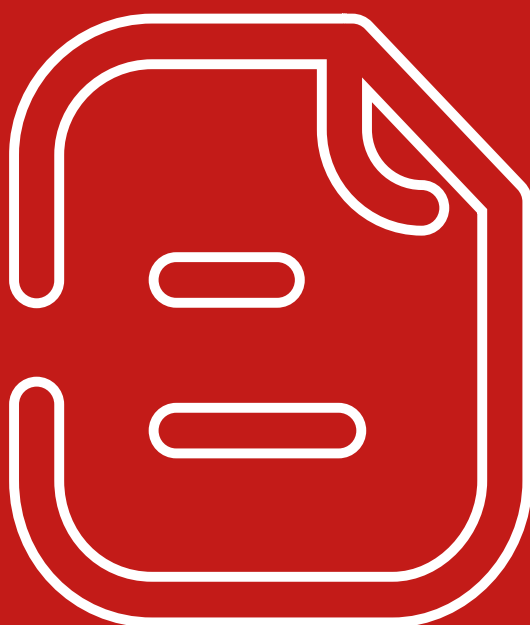
- ❖ Các thuật ngữ được viết hoa nhưng không được định nghĩa sẽ được hiểu theo quy định của Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm chính.
- ❖ Các quy định của Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm chính sẽ được áp dụng cho sản phẩm này, trừ khi Điều khoản này có quy định cụ thể khác.
- ❖ Nếu có mâu thuẫn giữa Điều khoản này với Quy tắc và Điều khoản của Sản phẩm bảo hiểm chính, quy định của Điều khoản này sẽ được ưu tiên áp dụng.

MỤC LỤC

I. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	5
1. Tham gia bảo hiểm	5
2. Lựa chọn quyền lợi bảo hiểm và chương trình bảo hiểm	5
3. Bảng giới hạn quyền lợi	5
4. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm.....	11
5. Nguyên tắc chi trả quyền lợi bảo hiểm	18
6. Các trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm	19
7. Thời gian chờ	21
II. THAM GIA SẢN PHẨM	24
8. Thủ tục và điều kiện tham gia sản phẩm.....	24
9. Nghĩa vụ cung cấp thông tin	24
10. Nhằm lần khi kê khai tuổi, giới tính	27
III. PHÍ BẢO HIỂM VÀ HIỆU LỰC BẢO HIỂM	30
11. Phí bảo hiểm và định kỳ đóng phí bảo hiểm	30
12. Thời gian gia hạn đóng phí	30
13. Khôi phục hiệu lực sản phẩm.....	31
14. Thời hạn bảo hiểm, thời hạn đóng phí	31
15. Các trường hợp chấm dứt hiệu lực bảo hiểm	32
IV. CÁC QUY ĐỊNH KHÁC.....	34
16. Thay đổi định kỳ đóng phí	34
17. Thay đổi liên quan đến quyền lợi bảo hiểm.....	34
18. Thay đổi nghề nghiệp hoặc ra nước ngoài	35
19. Người được nhận quyền lợi bảo hiểm	36
20. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi.....	36
21. Thời hạn nộp hồ sơ và giải quyết quyền lợi	38
PHỤ LỤC 1: GIẢI THÍCH TỪ NGỮ	40

I.

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM



I. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

1. Tham gia bảo hiểm

Người được bảo hiểm là cá nhân đang cư trú hoặc sinh sống tại Việt Nam, có sức khỏe được bảo hiểm theo sản phẩm này. Tuổi tham gia và tuổi tối đa khi kết thúc thời hạn bảo hiểm tương ứng như sau:

	Quyền lợi nội trú, ngoại trú, nha khoa	Quyền lợi thai sản (chỉ dành cho nữ)
Tuổi tham gia	Từ 15 ngày Tuổi đến 65 Tuổi	Từ 18 Tuổi đến 44 Tuổi
Tuổi tối đa khi kết thúc thời hạn bảo hiểm	75 Tuổi	50 Tuổi

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

2. Lựa chọn quyền lợi bảo hiểm và chương trình bảo hiểm

Khi tham gia sản phẩm Bảo hiểm Sức khỏe cá nhân 2025, Bên mua bảo hiểm cần lựa chọn quyền lợi bảo hiểm và chương trình bảo hiểm 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 là tùy chọn. Tuy nhiên, Bên mua bảo hiểm 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.

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

3. Bảng giới hạn quyền lợi

Generali sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh trong thời gian sản phẩm này có hiệu lực, nhưng không vượt quá các giới hạn chi trả (giới hạn cho mỗi Đợt điều trị và/hoặc Giới hạn phụ (nếu có)) và Hạn mức hàng năm của quyền lợi bảo hiểm được quy định tại Điều 3 theo chương trình bảo hiểm mà Bên mua bảo hiểm đã lựa chọn tham gia và tuân theo Nguyên tắc chi trả được quy định tại Điều 5.

3.1. 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 (Tổng quyền lợi bảo hiểm chi trả cho các mục A,B,C,D,E)	120 triệu	350 triệu	750 triệu	1,4 tỷ	5 tỷ
Quyền lợi nhân đôi hạn mức (để điều trị nội trú Ung thư, Đột quỵ, Nhồi máu cơ tim)	120 triệu	350 triệu	750 triệu	1,4 tỷ	5 tỷ
Tỷ lệ đồng chi trả	0% hoặc 20%	0%	0%	0%	0%
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ (Áp dụng cho các mục A,B,C,D,E)				
A. Viện phí và các chi phí y tế					
I. Mỗi Đợt điều trị có Phẫu thuật	70 triệu	210 triệu	450 triệu	840 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế
II.Mỗi Đợt điều trị không có Phẫu thuật	35 triệu	105 triệu	225 triệu	420 triệu	
Các Giới hạn phụ từ 1 đến 12 dưới đây áp dụng cho quyền lợi phát sinh thuộc phạm vi của Mục A.I hoặc A.II nêu trên (nếu có)					
1. Tiền giường và phòng/Ngày nằm viện – Điều trị trong nước	500 nghìn	1,5 triệu	3 triệu	6 triệu	12 triệu

	Chương trình bảo hiểm				
	Tiết kiệm	Tiêu chuẩn	Cao cấp	V.I.P	Kim cương
2. Tiền giường và phòng/Ngày nằm viện – Điều trị tại nước ngoài	Không áp dụng		3 triệu	6 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế (tối đa 100 Ngày nằm viện/Năm hợp đồng)
3. Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt (tối đa 100 Ngày nằm viện/Năm hợp đồng)	Theo Chi phí y tế thực tế				
4. Chi phí Phẫu thuật					
5. Các chi phí điều trị nội trú khác					
6. Chi phí điều trị trước khi Nằm viện (trong vòng 30 ngày trước khi Nằm viện)					
7. Chi phí điều trị sau khi xuất viện (trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện)	Theo Chi phí y tế thực tế				
8. Chi phí giường cho người nuôi bệnh nhân/ngày (tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)	500 nghìn	1,5 triệu	3 triệu	6 triệu	12 triệu
9. Chăm sóc y tế tại nhà/ngày (tối đa 30 ngày/Năm hợp đồng)	100 nghìn	250 nghìn	500 nghìn	1 triệu	2 triệu

	Chương trình bảo hiểm				
	Tiết kiệm	Tiêu chuẩn	Cao cấp	V.I.P	Kim cương
10. Khoản trợ cấp khi nằm viện tại Bệnh viện công lập/Ngày nằm viện (tối đa 30 Ngày nằm viện/Năm hợp đồng) <i>(Quyền lợi này không áp dụng Giới hạn phụ và được chi trả bằng khoản tiền cố định)</i>	Không áp dụng	150 nghìn	500 nghìn	1 triệu	2 triệu
11. Chi phí Vật lý trị liệu/Năm hợp đồng	1 triệu	3 triệu	5 triệu	10 triệu	20 triệu
12. 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
B. 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
C. Điều trị Ung thư, Đột quỵ, Nhồi máu cơ tim					
Theo Chi phí y tế thực tế					
D. 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

	Chương trình bảo hiểm				
	Tiết kiệm	Tiêu chuẩn	Cao cấp	V.I.P	Kim cương
E. Điều trị cấp cứu do Tai nạn/một Tai nạn	1,5 triệu	5 triệu	7,5 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế	Theo Chi phí y tế thực tế

3.2.
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	Không áp dụng	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 (Tổng quyền lợi bảo hiểm chi trả cho các mục A,B,C)		20 triệu	30 triệu	60 triệu	120 triệu
Tỷ lệ đồng chi trả trong trường hợp khám, điều trị tại các Cơ sở y tế tư nhân		20%	20%	0%	0%
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ (Áp dụng cho các mục A,B,C)				
A. Chi phí điều trị ngoại trú theo Tây y/lần khám	Không áp dụng	1,5 triệu	3 triệu	6 triệu	12 triệu
B. Chi phí điều trị ngoại trú theo Đông y/lần khám		750 nghìn	1,5 triệu	3 triệu	6 triệu
C. Chi phí tiêm chủng/Năm hợp đồng		Không áp dụng			2 triệu

3.3. 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	Không áp dụng	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 (Tổng quyền lợi bảo hiểm chi trả cho các mục A,B)		10 triệu	20 triệu	30 triệu	60 triệu
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ (Áp dụng cho các mục A,B)				
A. Chi phí kiểm tra, cạo vôi răng/lần (tối đa 02 lần/Năm hợp đồng)	Không áp dụng	500 nghìn	1 triệu	2 triệu	4 triệu
B. Các chi phí khám và điều trị răng khác		Theo Chi phí y tế thực tế			

3.4. 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	Không áp dụng	Việt Nam	Việt Nam	Việt Nam	Toàn cầu
Hạn mức hàng năm của quyền lợi thai sản (Tổng quyền lợi bảo hiểm chi trả cho các mục A,B)		25 triệu	35 triệu	60 triệu	120 triệu
Tỷ lệ đồng chi trả		20%	20%	0%	0%

	Chương trình bảo hiểm				
	Tiết kiệm	Tiêu chuẩn	Cao cấp	V.I.P	Kim cương
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ (Áp dụng cho các mục A,B)				
A. Chi phí khám thai/Năm hợp đồng	Không áp dụng	1,5 triệu	1,5 triệu	2,5 triệu	5 triệu
B. 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
2. Tiền giường và phòng – Điều trị tại nước ngoài		Không áp dụng			
3. Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt (tối đa 100 Ngày nằm viện/Năm hợp đồng)		Theo Chi phí y tế thực tế			
4. Các chi phí chăm sóc thai sản khác					

4. Chi tiết quyền lợi bảo hiểm

4.1. Quyền lợi nội trú

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

4.1.1. 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 cho từng Đợt điều trị như sau:

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.
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.
Chi phí Phẫu thuật	Chi phí y tế thực tế phát sinh từ việc Người được bảo hiểm được Phẫu thuật.
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.
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.
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.
Chi phí giường cho 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.
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.
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)
Chi phí Vật lý trị liệu	Chi phí y tế thực tế khi Người được bảo hiểm thực hiện Vật lý trị liệu.

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 hoặc giữa các Cơ sở y tế 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 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.
----------------------------	--

4.1.2. 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:

- Tiền giường, phòng và tiền ăn theo tiêu chuẩn của phòng (không bao gồm phòng bao);
- Chi phí giường cho người nuôi bệnh nhân;
- Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt;
- Chi phí Phẫu thuật;
- 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);
- Chi phí Chăm sóc y tế tại nhà (trong vòng 15 ngày sau xuất viện);
- Các Chi phí y tế thực tế khác.

4.1.3. 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 Ung thư, Đột quy, Nhồi máu cơ tim.

Định nghĩa Ung thư, Đột quy, Nhồi máu cơ tim được quy định tại Phụ lục 1.

4.1.4. Điều trị trong ngày

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

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, xét nghiệm, 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.
Điều trị thận nhân tạo	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.

4.1.5. Điều trị cấp cứu do Tai nạn

Điều trị tổn thương răng do Tai nạn	Chi phí y tế thực tế trong trường hợp Người được bảo hiểm i) bị Tai nạn dẫn đến Thương tích của răng lành lặn, tự nhiên; và ii) cần phải điều trị răng tại Cơ sở y tế trong vòng 07 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn. Chi phí này bao gồm chi phí khám, xét nghiệm, chẩn đoán nha khoa, chi phí cầm máu, nhổ răng, lấy tủy răng, chụp X-quang. 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.
Điều trị các Thương tích khác do Tai nạn	Chi phí y tế thực tế khi điều trị cấp cứu các Thương tích do Tai nạn tại i) khoa/phòng cấp cứu của Cơ sở y tế; hoặc ii) khoa điều trị ngoại trú của Cơ sở y tế trong vòng 24 giờ kể từ khi xảy ra Tai nạn.

4.1.6. Nhân đôi hạn mức khi điều trị Ung thư, Đột quy, Nhồi máu cơ tim

Chi tiết quyền lợi	Generali sẽ tăng thêm hạn mức điều trị nội trú bằng 100% Hạn mức hàng năm của quyền lợi nội trú thuộc chương trình bảo hiểm 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. Việc chi trả vẫn sẽ theo Nguyên tắc chi trả quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 5 và quy định về quyền lợi điều trị Ung thư, Đột quy, Nhồi máu cơ tim tại Điều 4.1.3.
Số lần áp dụng	Quyền lợi nhân đôi hạn mức chỉ được áp dụng 01 lần duy nhất bất kể sản phẩm được chấp thuận tái tục nhiều lần.
Thời hạn áp dụng	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: 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. 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 của quyền lợi nhân đôi hạn mức được sử dụng hết, tùy thời điểm nào đến trước.

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

- Người được bảo hiểm tham gia sản phẩm với quyền lợi nội trú, chương trình bảo hiểm Tiêu chuẩn, Hạn mức hàng năm của quyền lợi nội trú là 350 triệu đồng.
- Minh họa Chi phí y tế thực tế và chi phí được chi trả theo Năm hợp đồng (“Năm”) như sau:

Năm	Hạng mục chi phí	Chi phí y tế thực tế	Quyền lợi bảo hiểm được chi trả
01	Đợt 1: Điều trị bệnh Ung thư Đợt 2: Điều trị các bệnh khác	300 triệu đồng 100 triệu đồng Tổng chi phí: 400 triệu đồng	Khách hàng được chi trả quyền lợi bảo hiểm với tổng số tiền chi trả là 350 triệu đồng, trong đó: ▪ Đợt 1: Điều trị bệnh Ung thư: chi trả 300 triệu đồng ▪ Đợt 2: Điều trị các bệnh khác: chi trả 50 triệu đồng. Tổng số tiền chi trả cho quyền lợi nội trú hàng năm không vượt quá Hạn mức hàng năm của quyền lợi nội trú.
02	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 350 triệu đồng Tổng chi phí: 750 triệu đồng	Khách hàng được chi trả quyền lợi bảo hiểm với tổng số tiền chi trả là 700 triệu đồng, trong đó: ▪ Quyền lợi nội trú: 350 triệu đồng; và ▪ Quyền lợi nhân đôi hạn mức: 350 triệu đồng. Số tiền chi trả cho quyền lợi nhân đôi hạn mức không vượt quá Hạn mức hàng năm của quyền lợi nội trú.

4.2. Quyền lợi ngoại trú

4.2.1. 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 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).

4.2.2. 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 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.

4.2.3. 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 Cơ sở y tế.

4.3. 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:

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

4.3.2. 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.

4.4. 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:

4.4.1. Chi phí khám thai

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

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

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

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, Generali sẽ chi trả theo mức chi phí tiền giường và phòng của một giường đơn.
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.
Các chi phí chăm sóc thai sản khác	Các Chi phí y tế thực tế cho việc: ▪ Sinh thường, bao gồm chi phí đỡ đẻ, chi phí chi trả cho Bác sĩ chuyên khoa; và các chi phí khác liên quan việc sinh con. ▪ Điều trị biến chứng thai sản, sinh mổ của Người được bảo hiểm. ▪ 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. ▪ 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. ▪ Chăm sóc dưỡng nhi: chi phí điều trị nội trú do Bệnh của con của Người được bảo hiểm trong vòng 14 ngày kể từ ngày sinh theo chỉ định của Bác sĩ (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.

4.5. Quyền lợi kiểm tra sức khỏe

Quyền lợi	Khi Bên mua bảo hiểm tham gia quyền lợi nội trú (trừ chương trình Tiết kiệm) và thời gian tham gia đã đủ 01 năm (bao gồm Ngày hiệu lực của sản phẩm) (“Thời gian tham gia bảo hiểm”) thì Generali sẽ cung cấp miễn phí 01 lần quyền lợi kiểm tra sức khỏe cho Người được bảo hiểm nếu đáp ứng các điều kiện nhận quyền lợi quy định bên dưới.
-----------	---

Số tiền kiểm tra sức khỏe được chi trả tối đa	Đơn vị: đồng			
	Quyền lợi nội trú			
	Tiêu chuẩn	Cao cấp	V.I.P	Kim cương
	1,5 triệu	2,5 triệu	3,5 triệu	7 triệu
Điều kiện nhận quyền lợi	- Không có bất kỳ Sự kiện bảo hiểm nào phát sinh trong Thời gian tham gia bảo hiểm được Generali chấp thuận chi trả. - Nếu Generali đã chi trả quyền lợi kiểm tra sức khỏe nhưng sau đó có Sự kiện bảo hiểm phát sinh trong Thời gian tham gia bảo hiểm được Generali chấp thuận chi trả thì: - Bên mua bảo hiểm phải hoàn lại cho Generali số tiền đã nhận đối với quyền lợi kiểm tra sức khỏe; hoặc - Generali sẽ khấu trừ số tiền này vào bất kỳ quyền lợi nào sẽ được chi trả của Hợp đồng. - Việc kiểm tra sức khỏe phải được thực hiện trong vòng 365 ngày kể từ ngày cuối cùng của Thời gian tham gia bảo hiểm. - Nếu Người được bảo hiểm không thực hiện kiểm tra sức khỏe trong thời gian yêu cầu của sản phẩm thì quyền lợi này sẽ chấm dứt hiệu lực. - Quyền lợi này sẽ chấm dứt hiệu lực khi sản phẩm chấm dứt hiệu lực, bất kể thời gian kiểm tra sức khỏe vẫn còn.			

5. Nguyên tắc chi trả quyền lợi bảo hiểm

5.1. Là Chi phí y tế thực tế thuộc quyền lợi bảo hiểm mà Người được bảo hiểm có tham gia và thỏa mãn đồng thời các điều kiện sau:

- Thuộc phạm vi bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm tham gia;
- Phát sinh i) trong Phạm vi địa lý được bảo hiểm, ii) trong thời gian quyền lợi bảo hiểm đó và sản phẩm có hiệu lực, và iii) phát sinh sau Thời gian chờ;
- 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;
- Không thuộc các trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm quy định tại Điều 6;
- Có đầy đủ các chứng từ được nộp trong thời hạn quy định tại Điều 20 và Điều 21.

5.2. 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:

- 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 Cơ sở y tế tư nhân.
- c. Quyền lợi thai sản - chương trình bảo hiểm Tiêu chuẩn hoặc chương trình bảo hiểm Cao cấp.

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

6. 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. Tự tử, mưu toan tự tử hoặc tự mình gây thương tích (bất kể mất trí hay không);
- b. Sử dụng thuốc, bất kỳ loại chất gây nghiện, ma túy, chất độc, thuốc kích thích trái pháp luật và/hoặc không theo chỉ định của Bác sĩ;
- 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 4.4);
- 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 (bao gồm tật khúc xạ), 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 4.1 và/hoặc trường hợp có tham gia quyền lợi nha khoa quy định tại Điều 4.3);
- j. Bệnh có sẵn (ngoại trừ Bệnh có sẵn đã được kê khai trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng, hồ sơ yêu cầu khôi phục hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm và được Generali chấp nhận);
- k. Do hành vi điều khiển phương tiện giao thông (i) vượt quá tốc độ quy định; hoặc (ii) trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn vượt quá trị số 10.9mmol/l

theo Quyết định 320/QĐ-BYT ngày 23/1/2014 của Bộ Y tế và/hoặc các văn bản sửa đổi, bổ sung sau này tại từng thời điểm;

- l. Bất kỳ bệnh, rối loạn hoặc dị tật 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. Chiến tranh hoặc các hành động gây chiến, bao gồm hành động xâm lược, các hành động thù địch (cho dù có tuyên chiến hay không), nội chiến, khởi nghĩa, cách mạng, nổi loạn, đảo chính quân sự hoặc tiếm quyền;
- s. Tham gia hoạt động đóng thế mạo hiểm, hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoạt động nguy hiểm như: đua ngựa, đua xe, trượt tuyết, trượt băng, leo núi, lặn, nhảy bungee (là hoạt động mạo hiểm nhảy từ một điểm cố định trên cao, chân người nhảy được giữ bằng một sợi dây co giãn), các chuyến bay trên không 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;
- t. Các điều kiện loại trừ bảo hiểm bổ sung trong trường hợp Người được bảo hiểm có tình trạng sức khỏe dưới chuẩn và/hoặc các yếu tố rủi ro dưới chuẩn khác như quốc gia cư trú theo quyết định thẩm định của Generali. Các điều kiện loại trừ bảo hiểm bổ sung này đã được Generali thông báo và nhận được đồng thuận từ Bên mua bảo hiểm;
- u. Hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc Bên mua bảo hiểm.

Trong trường hợp Sự kiện bảo hiểm xảy ra do lỗi cố ý hoặc do hành vi phạm tội của một hoặc một số Người thụ hưởng đối với Người được bảo hiểm, Generali chỉ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho (những) Người thụ hưởng còn lại theo tỷ lệ thụ hưởng mà Bên mua bảo hiểm đã chỉ định cho (những) Người thụ hưởng này trước khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm. Generali sẽ không chi trả phần quyền lợi bảo hiểm của (những) Người thụ hưởng thực hiện hành vi phạm tội hoặc cố ý dẫn đến Sự kiện bảo hiểm cho Người được bảo hiểm.

7. Thời gian chờ

Generali sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào phát sinh trong Thời gian chờ của quyền lợi bảo hiểm đó.

7.1. 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 không thuộc Danh sách 1: 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 áp dụng 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.

7.2. Thời gian chờ được tính từ:

- Ngày bắt đầu hiệu lực của từng quyền lợi bảo hiểm; hoặc
 - Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực sản phẩm gần nhất (nếu có);
- tùy ngày nào đến sau.

7.3. Thời gian chờ áp dụng cho trường hợp thay đổi chương trình bảo hiểm từ thấp lên cao: được tính từ ngày Generali chấp thuận thay đổi chương trình bảo hiểm từ thấp lên cao, theo đó:

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

7.4. Thời gian chờ không áp dụng đối với trường hợp:

- a. Tái tục sản phẩm này;
- b. Thay đổi chương trình bảo hiểm từ cao xuống thấp.

II.

**THAM GIA
SẢN PHẨM**



II. THAM GIA SẢN PHẨM

8. Thủ tục và điều kiện tham gia sản phẩm

Trong thời gian Hợp đồng có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tham gia sản phẩm này bằng cách gửi yêu cầu đến Generali.

Điều kiện để tham gia:

- Hợp đồng chưa có quyền lợi miễn đóng phí nào được chấp thuận chi trả; và
- Bên mua bảo hiểm đã đóng đủ tất cả các khoản phí bảo hiểm định kỳ của Hợp đồng đến thời điểm yêu cầu theo quy định của Generali; và
- Bên mua bảo hiểm đóng đủ phí bảo hiểm của sản phẩm yêu cầu tham gia; và
- Người được bảo hiểm của sản phẩm phải đáp ứng các điều kiện thẩm định của Generali; và
- Tại thời điểm tham gia sản phẩm, Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm và phải là:
 - Cá nhân cư trú hoặc sinh sống tại Việt Nam từ đủ 18 tuổi trở lên, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ; hoặc
 - Tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam.

9. Nghĩa vụ cung cấp thông tin

9.1. Hợp đồng bảo hiểm được giao kết và thực hiện trên nguyên tắc trung thực tuyệt đối. Do đó, Generali, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ:

Generali	Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm
▪ Cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, yêu cầu điều chỉnh Hợp đồng bảo hiểm, đối tượng bảo hiểm, Điều khoản này. ▪ Giải thích rõ ràng, đầy đủ cho Bên mua bảo hiểm về quyền lợi bảo hiểm, điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm.	▪ Cung cấp, kê khai đầy đủ, trung thực và chính xác tất cả các thông tin cần thiết theo yêu cầu của Generali cho mục đích xem xét: ○ Yêu cầu bảo hiểm, yêu cầu tham gia thêm quyền lợi bảo hiểm; ○ Yêu cầu điều chỉnh sản phẩm (như: thay đổi chương trình bảo hiểm,...); ○ Yêu cầu khôi phục hiệu lực của Hợp đồng hoặc sản phẩm. ▪ Việc kiểm tra sức khỏe (nếu có) không thay thế nghĩa vụ cung cấp, kê khai thông tin đầy đủ, trung thực

Generali	Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm
	và chính xác của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm.

Nếu Generali cố ý không thực hiện nghĩa vụ cung cấp thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật để cung cấp sản phẩm thì Bên mua bảo hiểm có quyền hủy bỏ sản phẩm, được hoàn lại phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi). Generali sẽ bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm (nếu có) theo quy định của pháp luật.

Nếu việc vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin của Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm (“Vi phạm”) không làm ảnh hưởng đến các quyết định của Generali, Generali vẫn xem xét chi trả quyền lợi theo quy định.

9.2. Xử lý khi có Vi phạm làm ảnh hưởng đến quyết định của Generali

9.2.1. Nếu Vi phạm làm ảnh hưởng đến quyết định của Generali về việc chấp thuận bảo hiểm thì:

- (i) Quyền lợi sẽ không được chi trả; và
- (ii) Generali có quyền hủy bỏ sản phẩm này.

Trường hợp sản phẩm bị hủy bỏ, Generali sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm tổng phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau khi trừ đi các khoản sau:

- (1) Các khoản tiền phát sinh từ Ngày hiệu lực của sản phẩm đến ngày Generali có quyết định hủy bỏ sản phẩm, bao gồm:
 - Các quyền lợi của sản phẩm này đã được chi trả;
 - Chi phí kiểm tra sức khỏe;
 - Các Khoản nợ (nếu có).

và

- (2) Chi phí phát hành và quản lý sản phẩm: được cộng dồn từ Năm hợp đồng sản phẩm này có hiệu lực cho đến Năm hợp đồng mà Generali có quyết định hủy bỏ sản phẩm và được tính trên phí bảo hiểm đã đóng theo tỷ lệ như sau:

Năm hợp đồng	% phí bảo hiểm/Năm hợp đồng
Năm hợp đồng sản phẩm này có hiệu lực (“Năm 1”)	40%
Năm hợp đồng liền kề sau Năm 1 (“Năm 2”)	10%
Năm hợp đồng liền kề sau Năm 2 và 07 Năm hợp đồng tiếp theo (“Năm 3 – Năm 10”)	5%
Từ Năm hợp đồng liền kề sau Năm 10 trở đi	0%

Bên mua bảo hiểm phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Generali (nếu có) theo quy định của pháp luật.

9.2.2. Nếu Vi phạm làm ảnh hưởng đến quyết định chấp thuận của Generali đối với yêu cầu điều chỉnh sản phẩm thì:

- (i) Quyết định chấp thuận điều chỉnh sản phẩm sẽ bị hủy bỏ; và
- (ii) Các quyền lợi bảo hiểm liên quan đến quyết định chấp thuận điều chỉnh sản phẩm sẽ không được chi trả; và
- (iii) Generali sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm các khoản phí bảo hiểm đã đóng (nếu có) (không có lãi) liên quan đến yêu cầu điều chỉnh sản phẩm bị hủy bỏ sau khi trừ đi các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả liên quan.

9.2.3. Nếu Vi phạm làm ảnh hưởng đến quyết định của Generali về việc chấp thuận khôi phục hiệu lực sản phẩm thì:

- (i) Quyết định chấp thuận khôi phục hiệu lực sản phẩm sẽ bị hủy bỏ; và
- (ii) Generali sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm cho các sự kiện bảo hiểm phát sinh từ Ngày khôi phục hiệu lực sản phẩm; và
- (iii) Generali sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) kể từ Ngày khôi phục hiệu lực sản phẩm, sau khi trừ đi các khoản sau:
 - (1) Các khoản tiền phát sinh từ Ngày khôi phục hiệu lực sản phẩm, bao gồm:
 - Tất cả các quyền lợi đã được chi trả, ngoại trừ các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả cho các Sự kiện bảo hiểm phát sinh trước thời điểm sản phẩm mất hiệu lực; và
 - Các Khoản nợ (nếu có).
 - (2) Chi phí khôi phục hiệu lực và quản lý sản phẩm: được cộng dồn từ Năm hợp đồng sản phẩm này được khôi phục hiệu lực cho đến Năm hợp đồng mà quyết định chấp thuận khôi phục hiệu lực sản phẩm bị hủy bỏ và được tính trên phí bảo hiểm đã đóng theo tỷ lệ như sau:

Năm hợp đồng	% phí bảo hiểm/Năm hợp đồng
Năm hợp đồng sản phẩm này được khôi phục hiệu lực ("Năm 1")	40%
Năm hợp đồng liền kề sau Năm 1 ("Năm 2")	10%
Năm hợp đồng liền kề sau Năm 2 và 07 Năm hợp đồng tiếp theo ("Năm 3 – Năm 10")	5%
Từ Năm hợp đồng liền kề sau Năm 10 trở đi	0%

Bên mua bảo hiểm phải bồi thường thiệt hại phát sinh cho Generali (nếu có) theo quy định của pháp luật.

9.2.4. Nếu Vi phạm làm ảnh hưởng đến quyết định của Generali về việc chấp thuận bảo hiểm có điều kiện thì Generali sẽ:

- a. Áp dụng thêm trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm. Quyền lợi bảo hiểm sẽ không được chi trả nếu sự kiện bảo hiểm thuộc trường hợp loại trừ này; và/hoặc
- b. Điều chỉnh giảm Số tiền bảo hiểm tương ứng với mức rủi ro; và/hoặc
- c. Điều chỉnh phí bảo hiểm; và/hoặc
- d. Nếu Sự kiện bảo hiểm đã xảy ra và không thuộc trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, Generali vẫn chi trả quyền lợi theo quy định, sau khi trừ đi phí bảo hiểm phải thu thêm (nếu có).

Nếu Bên mua bảo hiểm không đồng ý với các điều kiện bổ sung, quyết định chấp thuận bảo hiểm hoặc quyết định chấp thuận khôi phục hiệu lực sản phẩm bị hủy bỏ và xử lý hậu quả tương ứng theo quy định tại Điều 9.2.1 và 9.2.3.

9.3. Xử lý Hành vi gian lận bảo hiểm

Nếu Generali có bằng chứng về việc Hành vi gian lận bảo hiểm đã được thực hiện thì Generali có quyền áp dụng một hoặc tất cả các biện pháp dưới đây:

- a. Không chi trả quyền lợi bảo hiểm cho các sự kiện bảo hiểm có liên quan đến Hành vi gian lận. Trong trường hợp Generali đã chi trả, Generali sẽ thu hồi quyền lợi bảo hiểm đã chi trả, bao gồm cả việc khấu trừ vào các quyền lợi bảo hiểm khác được chi trả liên quan đến Hợp đồng;
- b. Chấm dứt hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm này. Khi đó, Generali sẽ không hoàn lại phí bảo hiểm đã đóng.

Generali sẽ gửi thông báo cho Bên mua bảo hiểm về quyết định xử lý của Generali.

10. Nhầm lẫn khi kê khai tuổi, giới tính

Nếu Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm nhầm lẫn khi kê khai Tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm mà:

10.1. Tuổi, giới tính đúng vẫn thuộc trường hợp được bảo hiểm

Generali sẽ điều chỉnh (các) khoản sau đây theo Tuổi và/hoặc giới tính đúng của Người được bảo hiểm (nếu có) từ thời điểm tham gia sản phẩm:

- Phí bảo hiểm;
- Số tiền bảo hiểm.

Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đồng ý với quyết định điều chỉnh của Generali, sản phẩm sẽ không có hiệu lực từ thời điểm tham gia và Generali sẽ chi trả cho Bên mua bảo hiểm khoản tiền theo quy định tại Điều 10.2.

10.2. Tuổi đúng không thuộc trường hợp được bảo hiểm

Nếu Tuổi đúng của Người được bảo hiểm không thuộc trường hợp được bảo hiểm theo Điều khoản này, sản phẩm sẽ không có hiệu lực từ thời điểm tham gia và Generali sẽ hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm

Tổng phí bảo hiểm đã đóng
(không có lãi)

trừ

- Các quyền lợi đã chi trả trước đó;
- Chi phí kiểm tra sức khỏe;
- Các Khoản nợ (nếu có).

III.

PHÍ BẢO HIỂM VÀ HIỆU LỰC BẢO HIỂM



III. PHÍ BẢO HIỂM VÀ HIỆU LỰC BẢO HIỂM

11. Phí bảo hiểm và định kỳ đóng phí bảo hiểm

11.1. Phí bảo hiểm

- a. Phí bảo hiểm của Năm hợp đồng thứ 01 của sản phẩm này được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc xác nhận của Generali (nếu có).
- b. Phí bảo hiểm của các Năm hợp đồng tiếp theo của sản phẩm có thể thay đổi theo quyền lợi bảo hiểm, Tuổi, tình trạng sức khỏe thực tế, nghề nghiệp, quốc gia cư trú của Người được bảo hiểm tại Ngày kỷ niệm năm hợp đồng. Bằng việc đóng phí bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm đã chấp thuận tái tục sản phẩm bảo hiểm này.
- c. Generali có thể thay đổi biểu phí bảo hiểm của sản phẩm này vào bất kỳ Ngày kỷ niệm năm hợp đồng nào trong tương lai với sự chấp thuận của Bộ Tài chính. Generali sẽ thông báo cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 90 ngày trước khi áp dụng việc thay đổi này.

Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm không chấp nhận việc thay đổi, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt hiệu lực sản phẩm.

11.2. Định kỳ đóng phí bảo hiểm

- a. Trường hợp sản phẩm này được bán kèm với Sản phẩm bảo hiểm chính có phương thức đóng phí định kỳ: sản phẩm sẽ có cùng định kỳ đóng phí với Sản phẩm bảo hiểm chính theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm, có thể là: năm, nửa năm, quý hoặc tháng, tùy theo quy định của Generali tại từng thời điểm.
- b. Trường hợp sản phẩm này được bán kèm với Sản phẩm bảo hiểm chính có phương thức đóng phí một lần: Bên mua bảo hiểm có quyền lựa chọn định kỳ đóng phí của sản phẩm này là: năm, nửa năm, quý hoặc tháng, tùy theo quy định của Generali tại từng thời điểm.

Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ đóng đầy đủ và đúng hạn phí bảo hiểm theo định kỳ đóng phí và thời hạn đóng phí đã chọn.

12. Thời gian gia hạn đóng phí

Thời gian gia hạn đóng phí của sản phẩm là 60 ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí.

Trong thời gian gia hạn đóng phí, các quyền lợi bảo hiểm vẫn có hiệu lực. Nếu Sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời gian gia hạn đóng phí và được Generali chấp thuận chi trả, Generali sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Mục I sau khi trừ đi phí bảo hiểm đến hạn chưa đóng đủ tính đến thời điểm xảy ra (các) Sự kiện bảo hiểm và các Khoản nợ (nếu có).

Kết thúc 60 ngày gia hạn mà phí bảo hiểm vẫn chưa được đóng đủ, sản phẩm này sẽ bị mất hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí. Generali sẽ không chi trả quyền

lợi bảo hiểm cho những sự kiện xảy ra trong thời gian sản phẩm bị mất hiệu lực. Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm theo quy định tại Điều 13.

13. Khôi phục hiệu lực sản phẩm

Trong vòng 02 năm kể từ ngày sản phẩm này mất hiệu lực nhưng không muộn hơn Ngày kết thúc hợp đồng, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực của sản phẩm bằng cách gửi yêu cầu cho Generali.

Điều kiện để khôi phục hiệu lực của sản phẩm này:

- a. Bên mua bảo hiểm cung cấp thông tin đầy đủ, trung thực và chính xác cho Generali và đáp ứng yêu cầu về quyền lợi có thể được bảo hiểm;
- b. Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm vẫn còn đáp ứng các điều kiện thẩm định của Generali;
- c. Tại thời điểm khôi phục hiệu lực, Tuổi của Người được bảo hiểm không vượt quá Tuổi tối đa khi kết thúc thời hạn bảo hiểm theo quy định tại Điều 1;
- d. Bên mua bảo hiểm đóng đủ khoản phí bảo hiểm của sản phẩm tương ứng với tuổi theo sinh nhật vừa qua của Người được bảo hiểm và định kỳ đóng phí tại thời điểm khôi phục hiệu lực sản phẩm;

Tại thời điểm khôi phục hiệu lực, nếu phí bảo hiểm của sản phẩm có thay đổi do (i) quyết định thẩm định của Generali hoặc (ii) do bất kỳ yêu cầu thay đổi về quyền lợi sản phẩm thì Bên mua bảo hiểm cần đóng thêm khoản phí bảo hiểm bổ sung tương ứng theo thông báo từ Generali;

- e. Hợp đồng đang còn hiệu lực và chưa có quyền lợi miễn đóng phí nào được chấp thuận chi trả;
- f. Sản phẩm này vẫn đang được triển khai, trừ khi Generali có quyết định khác;
- g. Người được bảo hiểm vẫn còn sống tại thời điểm Generali chấp thuận khôi phục hiệu lực sản phẩm.

Sản phẩm sẽ được khôi phục hiệu lực kể từ ngày Generali chấp thuận.

14. Thời hạn bảo hiểm, thời hạn đóng phí

- a. Đối với quyền lợi nội trú, ngoại trú, nha khoa: thời hạn bảo hiểm và thời hạn đóng phí là 01 năm và tái tục hàng năm, tối đa đến khi Người được bảo hiểm đạt 75 Tuổi.
- b. Đối với quyền lợi thai sản: thời hạn bảo hiểm và thời hạn đóng phí là 01 năm và tái tục hàng năm, tối đa đến khi Người được bảo hiểm đạt 50 Tuổi.
- c. Trong mọi trường hợp, thời hạn bảo hiểm của sản phẩm này sẽ không vượt quá thời hạn bảo hiểm của Sản phẩm bảo hiểm chính.
- d. Thời hạn đóng phí bằng thời hạn bảo hiểm của sản phẩm này.

- e. Trường hợp (i) Generali có bằng chứng về Hành vi gian lận bảo hiểm đã được thực hiện hoặc (ii) Generali ngừng triển khai sản phẩm này, Generali có quyền không tái tục sản phẩm và sẽ thông báo trước cho Bên mua bảo hiểm ít nhất 30 ngày trước ngày kết thúc thời hạn bảo hiểm hàng năm.

15. Các trường hợp chấm dứt hiệu lực bảo hiểm

Sản phẩm này sẽ chấm dứt hiệu lực trong những trường hợp sau:

- a. Thời hạn bảo hiểm của sản phẩm kết thúc và không được tái tục;
- b. Sản phẩm này bị mất hiệu lực và không được khôi phục hiệu lực theo quy định tại Điều 13;
- c. Người được bảo hiểm tử vong;
- d. Bên mua bảo hiểm là tổ chức chấm dứt hoạt động;
- e. Hợp đồng chấm dứt hoặc sản phẩm bảo hiểm chính chuyển sang tình trạng duy trì hiệu lực với số tiền bảo hiểm giảm;
- f. Generali quyết định hủy bỏ sản phẩm do Vi phạm;
- g. Generali có bằng chứng về việc Hành vi gian lận bảo hiểm đã được thực hiện theo quy định tại Điều 9.3;
- h. Bên mua bảo hiểm kê khai sai Tuổi mà Tuổi đúng của Người được bảo hiểm (i) không thuộc nhóm tuổi được bảo hiểm; hoặc (ii) thuộc nhóm tuổi được bảo hiểm nhưng Bên mua bảo hiểm không đồng ý với quyết định của Generali về việc điều chỉnh theo quy định tại Điều 10;
- i. Generali quyết định chấm dứt hiệu lực sản phẩm dựa trên kết quả thẩm định khi Người được bảo hiểm ra nước ngoài 90 ngày liên tục trở lên hoặc thay đổi nghề nghiệp theo quy định tại Điều 18;
- j. Bên mua bảo hiểm gửi yêu cầu chấm dứt hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm. Sản phẩm sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí tiếp theo sau ngày Generali nhận được yêu cầu;
- k. Trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

IV.

CÁC QUY ĐỊNH KHÁC



IV. CÁC QUY ĐỊNH KHÁC

16. Thay đổi định kỳ đóng phí

Bên mua bảo hiểm có quyền yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí của sản phẩm với điều kiện Hợp đồng chưa có quyền lợi miễn đóng phí nào được chấp thuận chi trả.

Trong mọi trường hợp, định kỳ đóng phí của sản phẩm này sau khi thay đổi sẽ:

- có cùng định kỳ đóng phí với Sản phẩm bảo hiểm chính, nếu Sản phẩm bảo hiểm chính có phương thức đóng phí định kỳ; hoặc
- có cùng định kỳ đóng phí với các Sản phẩm bán kèm khác trong Hợp đồng theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm, nếu Sản phẩm bảo hiểm chính có phương thức đóng phí một lần.

Định kỳ đóng phí mới sẽ được áp dụng kể từ Ngày đến hạn đóng phí theo chấp thuận của Generali.

17. Thay đổi liên quan đến quyền lợi bảo hiểm

17.1. Thay đổi chương trình bảo hiểm

Bắt đầu từ Năm hợp đồng thứ 2, 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 yêu cầu đến Generali.

- Số lần yêu cầu: 01 lần/Năm hợp đồng.
- Ngày hiệu lực của chương trình bảo hiểm mới theo quyết định của Generali.

17.2. Tham gia thêm quyền lợi bảo hiểm

Trong thời gian sản phẩm có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu tham gia thêm quyền lợi bảo hiểm bằng cách gửi yêu cầu đến Generali.

Ngày hiệu lực của quyền lợi mới theo quyết định của Generali.

17.3. Các yêu cầu thay đổi liên quan đến quyền lợi tại Điều 17.1 và Điều 17.2 sẽ được xem xét khi đáp ứng đồng thời 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 theo quy định của Generali;
- b. Hợp đồng đang còn hiệu lực và chưa có quyền lợi miễn đóng phí nào được chấp thuận chi trả;
- c. Phù hợp với nguyên tắc tham gia quyền lợi được quy định tại Điều 1;
- d. Người được bảo hiểm đáp ứng các điều kiện về Tuổi và điều kiện thẩm định của Generali;
- e. Sản phẩm này vẫn đang được triển khai, trừ khi Generali có quyết định khác.

Theo đó, Generali có quyền:

- chấp thuận; hoặc

- chấp thuận và áp dụng điều kiện bảo hiểm bổ sung như tăng phí bảo hiểm, thêm trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm dựa trên kết quả thẩm định của Generali; hoặc
- từ chối.

Khi có các thay đổi liên quan đến quyền lợi bảo hiểm tại Điều 17.1 và Điều 17.2 thì phí bảo hiểm sẽ thay đổi tương ứng. Thời gian chờ sẽ được áp dụng theo quy định tại Điều 7.

17.4. Chấm dứt quyền lợi bảo hiểm

- Trong thời gian sản phẩm có hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt quyền lợi bảo hiểm bằng cách gửi yêu cầu đến Generali. Quyền lợi bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực kể từ Ngày đến hạn đóng phí tiếp theo sau ngày Generali nhận được yêu cầu.
- Yêu cầu chấm dứt hiệu lực bảo hiểm của quyền lợi nội trú sẽ được xem là yêu cầu chấm dứt toàn bộ hiệu lực bảo hiểm của sản phẩm này.

18. Thay đổi nghề nghiệp hoặc ra nước ngoài

Khi Người được bảo hiểm ra nước ngoài từ 90 ngày liên tục trở lên hoặc thay đổi nghề nghiệp, Bên mua bảo hiểm cần thông báo cho Generali:

- trong vòng 15 ngày kể từ ngày Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp;
- ít nhất 15 ngày trước ngày Người được bảo hiểm ra nước ngoài.

Generali sẽ tái thẩm định mức độ rủi ro dựa trên việc thay đổi này và có thể đưa ra một trong các quyết định sau đây:

- a. Generali chấp thuận tiếp tục bảo hiểm với mức phí bảo hiểm không đổi, hoặc áp dụng bảo hiểm có điều kiện (như: tăng phí bảo hiểm hoặc áp dụng thêm trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, thay đổi chương trình bảo hiểm,...). Trường hợp Bên mua bảo hiểm không đồng ý, Generali có quyền quyết định chấm dứt hiệu lực sản phẩm từ thời điểm Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp hoặc ra khỏi lãnh thổ Việt Nam;
- b. Generali quyết định chấm dứt hiệu lực sản phẩm từ thời điểm Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp hoặc ra khỏi lãnh thổ Việt Nam.

Trường hợp Generali quyết định chấm dứt hiệu lực sản phẩm, Generali sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm phí bảo hiểm đã đóng cho thời gian còn lại của sản phẩm (không có lãi), sau khi trừ đi các khoản phát sinh từ ngày Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp hoặc rời khỏi lãnh thổ Việt Nam (nếu có) như sau:

- Tất cả các quyền lợi đã được chi trả, ngoại trừ các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả cho các Sự kiện bảo hiểm phát sinh trước thời điểm Người được bảo hiểm thay đổi nghề nghiệp hoặc ra khỏi lãnh thổ Việt Nam;
- Các Khoản nợ (nếu có).

Quyết định của Generali sẽ có hiệu lực kể từ thời điểm phát sinh sự thay đổi (cho dù Bên mua bảo hiểm có thông báo cho Generali theo đúng quy định hay không).

19. Người được nhận quyền lợi bảo hiểm

Người được nhận quyền lợi bảo hiểm được xác định theo thứ tự ưu tiên tương ứng với từng trường hợp như sau:

Thứ tự ưu tiên	Bên mua bảo hiểm là cá nhân	Bên mua bảo hiểm là tổ chức
1	Bên mua bảo hiểm	Người được bảo hiểm
2	Người thụ hưởng	Người thụ hưởng
3	Người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm	Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm
4		Bên mua bảo hiểm

Thứ tự ưu tiên được áp dụng lần lượt khi đối tượng ưu tiên trước đó:

- không có; hoặc
- đã tử vong trước hoặc tại thời điểm phát sinh quyền lợi.

20. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi

Để yêu cầu giải quyết quyền lợi, người được 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) Thẻ căn cước/Căn cước công dân/Hộ chiếu/Các giấy tờ khác có giá trị tương đương còn thời hạn sử dụng của người được nhận quyền lợi	
(3) Bảng chứng về Sự kiện bảo hiểm	▪ 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 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 khám nghiệm hiện trường (nếu có), kết luận điều tra của cơ quan có thẩm quyền (nếu có), biên bản tai nạn của cơ quan công an có thẩm quyền, tường trình

	tai nạn có xác nhận của cơ quan công an có thẩm quyền; – Nếu có chăm sóc y tế tại nhà: Chỉ định Chăm sóc y tế tại nhà của Bác sĩ điều trị. ▪ Các chứng từ khác theo sự kiện thực tế giúp xác định sự kiện bảo hiểm và phạm vi bảo hiểm.
(4) Chứng từ thanh toán viện phí	▪ Hóa đơn hợp pháp; ▪ Biên lai/phiếu thu tiền khám và điều trị; ▪ Bảng kê chi tiết các chi phí phát sinh. 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 nơi Người được bảo hiểm khám và điều trị.
(5) Bảng chứng về quyền nhận quyền lợi	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 có quyền yêu cầu và lưu trữ bản gốc các chứng từ nêu trên.
- Trường hợp các chứng từ bằng tiếng nước ngoài, Generali có quyền yêu cầu người được nhận quyền lợi bảo hiểm thực hiện:
 - Chứng thực, dịch 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) bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt.

Chi phí cho việc cung cấp các chứng từ này sẽ do người được nhận quyền lợi bảo hiểm chịu trách nhiệm.

- Nếu Người được bảo hiểm cùng lúc được bảo hiểm theo sản phẩm này và các chương trình bảo hiểm sức khỏe khác tại Generali và/hoặc tại bên thứ ba (được hiểu là chương trình bảo hiểm sức khỏe tại công ty bảo hiểm khác, bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế của Việt Nam hoặc của nước sở tại nơi Người được bảo hiểm sử dụng các dịch vụ y tế theo sản phẩm này), Generali sẽ chỉ thanh toán phần Chi phí y tế thực tế còn lại không được chi trả theo chương trình bảo hiểm của bên thứ ba, nếu Chi phí y tế thực tế được yêu cầu chi trả đáp ứng các Nguyên tắc chi trả được quy định tại Điều 5.

Trường hợp bản gốc của chứng từ y tế và hóa đơn đã được nộp theo chương trình bảo hiểm của bên thứ ba trước khi người được nhận quyền lợi bảo hiểm yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tại Generali, người được nhận quyền lợi bảo hiểm có thể nộp cho Generali bản sao các chứng từ y tế và hóa đơn có xác nhận từ đơn vị bảo hiểm về thông tin liên quan đến quyền lợi đã được chi

trả.

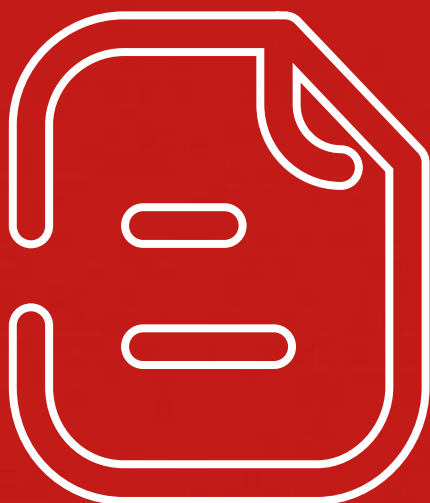
- Generali có quyền yêu cầu giám định/kiểm tra y khoa đối với Người được bảo hiểm tại các cơ quan giám định/chuyên viên giám định được Generali chỉ định hoặc chấp thuận. Chi phí cho việc giám định/kiểm tra y khoa do Generali chi trả. Kết quả giám định y khoa (bằng tiếng Việt) là cơ sở để Generali xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

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

Thời hạn người được nhận quyền lợi nộp hồ sơ	Thời hạn Generali giải quyết quyền lợi
▪ 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.	▪ Là 30 ngày tính từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ. ▪ 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. Lãi suất chậm trả sẽ theo mức lãi suất Generali đang áp dụng đối với các khoản tạm ứng từ hợp đồng bảo hiểm. Mức lãi suất này được công bố trên website của Generali tại từng thời điểm.

Lưu ý: 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 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.

PHỤ LỤC



PHỤ LỤC 1: GIẢI THÍCH TỪ NGỮ

Thuật ngữ	Giải thích
Bác sĩ	Là người có giấy phép hành nghề bác sĩ 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: a. Bên mua bảo hiểm, (những) 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, (những) người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng.
Bảo lãnh viện phí	Là việc Generali chi trả trực tiếp một phần hoặc toàn bộ Chi phí y tế thực tế cho Cơ sở y tế theo quy định tại Điều khoản này trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị do Bệnh tại các Cơ sở y tế thuộc hệ thống Bảo lãnh viện phí của Generali.
Bên mua bảo hiểm	Là cá nhân cư trú hoặc sinh sống tại Việt Nam, từ đủ 18 tuổi trở lên, có năng lực hành vi dân sự đầy đủ tại thời điểm tham gia sản phẩm này hoặc là tổ chức được thành lập và hoạt động hợp pháp tại Việt Nam. Tại thời điểm yêu cầu tham gia sản phẩm này, Bên mua bảo hiểm phải có quyền lợi có thể được bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu bảo hiểm cho người được bảo hiểm là: ▪ Bản thân Bên mua bảo hiểm; ▪ Vợ, chồng, cha, mẹ, con của Bên mua bảo hiểm; ▪ Anh ruột, chị ruột, em ruột hoặc người khác có quan hệ nuôi dưỡng, cấp dưỡng với Bên mua bảo hiểm; ▪ Người có quyền lợi về tài chính hoặc quan hệ lao động với Bên mua bảo hiểm; ▪ Người được bảo hiểm đồng ý bằng văn bản cho Bên mua bảo hiểm mua bảo hiểm sức khỏe cho mình.
Bệnh	Là tình trạng bất thường 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 hạn bảo hiểm của sản phẩm này.
Bệnh có sẵn	Là: ▪ Triệu chứng, dấu hiệu về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm khởi phát trong vòng 36 tháng trước Ngày hiệu lực của sản phẩm hoặc ngày bắt đầu hiệu lực của

Thuật ngữ	Giải thích
	quyền lợi bảo hiểm, hoặc Ngày khôi phục hiệu lực sản phẩm gần nhất 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 này Generali đã không chấp thuận bảo hiểm, không chấp thuận khôi phục hiệu lực sản phẩm hoặc chấp thuận bảo hiểm có điều kiện, chấp thuận khôi phục hiệu lực của sản phẩm có điều kiện; - Tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được chẩn đoán hoặc điều trị trước Ngày hiệu lực của sản phẩm hoặc ngày bắt đầu có hiệu lực của quyền lợi bảo hiểm hoặc Ngày khôi phục hiệu lực sản phẩm gần nhất hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau. Căn cứ để xác định Bệnh có sẵn bao gồm: - Hồ sơ y tế được lưu trữ tại bệnh viện hoặc cơ sở y tế được thành lập hợp pháp, các tài liệu y khoa được Bộ Y tế và các cơ quan có thẩm quyền ban hành; hoặc - Các thông tin do Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm tự kê khai trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm hoặc phiếu bổ sung thông tin.
Bệnh viện công lập	Là Cơ sở y tế do cơ quan Nhà nước có thẩm quyền thành lập và quản lý theo quy định của pháp luật Việt Nam.
Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa	Là dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và chăm sóc y tế (không bao gồm kiểm tra sức khỏe hoặc tầm soát bệnh) đáp ứng các yêu cầu sau: - được thực hiện tại Cơ sở y tế; 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	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) và đáp ứng được các yêu cầu sau: không phải là một nơi điều dưỡng, dưỡng bệnh, nơi dành cho người già an dưỡng, nơi dành cho người nghiện rượu, nghiện ma túy hoặc các chất kích thích, chất gây nghiện khác hay một tổ chức tương tự;

Thuật ngữ	Giải thích
	- được thành lập nhằm tiếp cận, chăm sóc, khám và điều trị y tế cho người bị ốm đau, bệnh, thương tích; - có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca phẫu thuật y khoa; - có lưu giữ đầy đủ bệnh án và hồ sơ của bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của cơ quan có thẩm quyền.
Chăm sóc y tế tại nhà	Là dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà cho Người được bảo hiểm được cung cấp bởi Cơ sở y tế. Dịch vụ này phải Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa và được thực hiện theo chỉ định của Bác sĩ điều trị cho Người được bảo hiểm khi Nằm viện trước đó.
Chi phí y tế thực tế	Là chi phí y tế thông lệ và hợp lý mà Người được bảo hiểm thực tế đã thanh toán, 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. Chi phí này không bao gồm các chi phí cho các dịch vụ y tế nhằm phục vụ cho sự tiện nghi của Người được bảo hiểm và Bác sĩ.
Đột quy	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: - 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. Các trường hợp sau không được bảo hiểm: - Cơ 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	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.
Giới hạn phụ	Là hạn mức tối đa mà Generali chi trả đối với mỗi loại chi phí được liệt kê tại Điều 3. Giới hạn phụ cũng được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc xác nhận của Generali (nếu có).

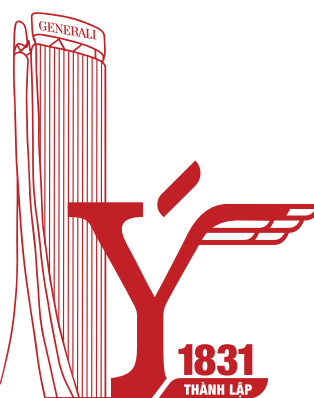
Thuật ngữ	Giải thích
Hạn mức hàng năm	Là tổng số tiền tối đa mà Generali chi trả cho mỗi quyền lợi bảo hiểm trong Năm hợp đồng của sản phẩm. Hạn mức hàng năm của các quyền lợi nội trú, ngoại trú, nha khoa, thai sản được quy định tại Điều 3 và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc xác nhận của Generali (nếu có).
Hành vi gian lận bảo hiểm	Là hành vi: a. giả mạo tài liệu, cố ý làm sai lệch thông tin trong hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi; hoặc b. Người được bảo hiểm tự gây thiệt hại về sức khỏe, tính mạng của mình để hưởng quyền lợi bảo hiểm; hoặc c. các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.
Nằm viện	Là khi Người được bảo hiểm nhập viện điều trị nội trú qua đêm và 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.
Ngày đến hạn đóng phí	Là ngày Bên mua bảo hiểm cần đóng phí bảo hiểm định kỳ của sản phẩm này, được xác định theo định kỳ đóng phí bảo hiểm và Ngày hiệu lực của sản phẩm.
Ngày hiệu lực của sản phẩm	Là ngày Sản phẩm bán kèm này bắt đầu có hiệu lực và được ghi nhận tại Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc xác nhận của Generali hoặc thỏa thuận giữa Generali và Bên mua bảo hiểm (nếu có).
Ngày khôi phục hiệu lực sản phẩm	Là ngày Generali chấp thuận yêu cầu khôi phục hiệu lực của sản phẩm này khi sản phẩm bị mất hiệu lực.
Ngày nằm viện	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.
Người được bảo hiểm	Là cá nhân đang cư trú hoặc sinh sống tại Việt Nam, được Generali chấp thuận bảo hiểm và đáp ứng quy định về Tuổi theo quy định tại Điều 1 của Điều khoản này.
Nhồi máu cơ tim	Là tình trạng hoại tử một phần cơ tim do gián đoạn nguồn cung cấp máu. - Tình trạng này được xác định bởi cơn 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: - Điện tâm đồ xác nhận hoại tử cơ tim mới xảy ra; hoặc

Thuật ngữ	Giải thích
	- Tăng men tim hoặc tăng Troponins: Troponin T > 1,0 ng/ml, hoặc tương đương với phương pháp xác định Troponin khác. Các trường hợp sau không được bảo hiểm: - Cơn đau thắt ngực; - Hội chứng mạch vành cấp tính khác.
Phẫu thuật	Là quá trình giải phẫu để điều trị Bệnh/Thương tích: i) được thực hiện bởi Bác sĩ có chuyên môn phù hợp, và ii) được thực hiện trong phòng phẫu thuật của Cơ sở y tế. Đối với sản phẩm, Phẫu thuật 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.
Phòng chăm sóc đặc biệt	Là một khoa của Cơ sở y tế và đáp ứng được các yêu cầu sau: - 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 - 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.
Sự kiện bảo hiểm	Là sự kiện làm phát sinh trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm của Generali theo Điều khoản này.
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.
Thương tích	Là tổn thương cơ thể của Người được bảo hiểm gây ra bởi Tai nạn (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.

Thuật ngữ	Giải thích
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.
Tuổi	Là tuổi của Người được bảo hiểm tính theo: i) ngày sinh nhật gần nhất vào Ngày hiệu lực của sản phẩm; hoặc ii) Ngày kỷ niệm năm hợp đồng liền sau ngày sinh nhật vừa qua. tùy ngày nào đến sau.
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 này. Tỷ lệ đồng chi trả được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc xác nhận của Generali (nếu có).
Ung thư	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.
Vật lý trị liệu	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. Vật lý trị liệu không phải là các phương pháp làm đẹp, thư giãn, tập sửa dáng đi hoặc các phương pháp tương tự. Vật lý trị liệu phải Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa.



**BẢO HIỂM
NHÂN THỌ**



CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM NHÂN THỌ GENERALI VIỆT NAM

TRỤ SỞ CHÍNH

GENERALI PLAZA HỒ CHÍ MINH
43-45 Tú Xương, Phường Võ Thị Sáu, Quận 3, TP. Hồ Chí Minh

**CHI NHÁNH &
VĂN PHÒNG KINH DOANH**

HÀ NỘI
Tòa nhà Pacific Place, số 83B Lý Thường Kiệt,
Quận Hoàn Kiếm, TP. Hà Nội

ĐÀ NẴNG
386 Hoàng Diệu, Phường Bình Thuận,
Quận Hải Châu, TP. Đà Nẵng

CẦN THƠ
Tầng Trệt, số 42 - 48 Phạm Ngọc Thạch, Phường Cái Khế,
Quận Ninh Kiều, TP. Cần Thơ

 1900 969675

 www.generalivn.com

 info@generalivn.com

Công ty TNHH bảo hiểm nhân thọ Generali Việt Nam được Bộ Tài chính cấp Giấy phép thành lập và hoạt động số 61/GP-KDBH ngày 20/04/2011. Mã số thuế: 0310879824