

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN

BẢO HIỂM LIÊN KẾT CHUNG

(PHIÊN BẢN 2017)

(Được phê chuẩn theo Công văn số 14286/BTC-QLBH ngày 24/10/2017 và sửa đổi, bổ sung theo Công văn số 2023/BTC-QLBH ngày 20/02/2019 của Bộ Tài chính)



Mục lục

CHƯƠNG	QUYỀN LỢI CỦA SẢN PHẨM	05
1	Điều 1. Quyền lợi bảo hiểm	06
	1. Lãi đầu tư	06
	2. Thưởng hàng năm	06
	3. Thưởng đặc biệt	07
	4. Đáo hạn hợp đồng	07
	5. Đảm bảo duy trì hiệu lực hợp đồng trong 02 Năm hợp đồng đầu tiên	07
	6. Tử vong	08
	7. Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn	08
	8. Tai nạn	09
	9. Giới hạn chi trả (áp dụng cho Điều 1, mục 6, mục 7, mục 8, và Điều 2)	09
	Điều 2. Quyền lợi bảo hiểm đặc biệt	10
	Điều 3. Quyền lợi bảo hiểm mở rộng	10
	Điều 4. Các trường hợp ngoài phạm vi bảo hiểm	11
	1. Tử vong hoặc Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn	11
	2. Tử vong do Tai nạn hoặc Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn do Tai nạn	11
	3. Quyền lợi bảo hiểm mở rộng	11
	Điều 5. Bảo hiểm tạm thời	12
	1. Quyền lợi	12
	2. Các trường hợp không chi trả quyền lợi	12
	3. Bảo hiểm tạm thời chấm dứt	12

CHƯƠNG

2

GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

13

Điều 6. Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm

14

1. Quyền lợi khi Người được bảo hiểm chính tử vong
2. Quyền lợi khác

14

14

Điều 7. Thủ tục giải quyết quyền lợi

14

1. Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi
2. Các chứng từ yêu cầu giải quyết quyền lợi
3. Quyền lợi bảo hiểm mở rộng
4. Thời hạn giải quyết Quyền lợi bảo hiểm

14

15

16

16

CHƯƠNG

3

THAM GIA BẢO HIỂM, HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG VÀ NHỮNG THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN HỢP ĐỒNG

17

Điều 8. Tham gia bảo hiểm

18

1. Tham gia bảo hiểm
2. Cung cấp thông tin
3. Thời gian cân nhắc
4. Miễn truy xét
5. Trách nhiệm bảo mật thông tin của khách hàng

18

18

19

20

20

Điều 9. Hiệu lực hợp đồng bảo hiểm

20

1. Hiệu lực hợp đồng bảo hiểm
2. Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm trước hạn
3. Chấm dứt hiệu lực hợp đồng
4. Khôi phục hiệu lực hợp đồng

20

21

21

21

Điều 10. Các thay đổi liên quan đến hợp đồng

22

1. Thay đổi nơi cư trú, giấy tờ tùy thân, nghề nghiệp, Người thụ hưởng
2. Chuyển nhượng hợp đồng bảo hiểm
3. Thay đổi khi Bên mua bảo hiểm tử vong
4. Thay đổi khi Bên mua bảo hiểm giải thể, phá sản hoặc chấm dứt hoạt động

22

23

23

23

23

Điều 11. Thay đổi liên quan đến quyền lợi hợp đồng

23

1. Thay đổi Số tiền bảo hiểm
2. Rút tiền từ Tài khoản cơ bản
3. Rút tiền từ Tài khoản đóng thêm (nếu có)
4. Bổ sung hoặc chấm dứt Quyền lợi bảo hiểm mở rộng
5. Nhầm lẫn khi kê khai Tuổi, giới tính

23

24

24

24

25

Điều 12. Các quy định khác

25

1. Giải quyết tranh chấp
2. Tính tách biệt của các điều khoản

25

25

CHƯƠNG

4

PHÍ BẢO HIỂM, CÁC KHOẢN PHÍ CỦA HỢP ĐỒNG VÀ GIÁ TRỊ TÀI KHOẢN HỢP ĐỒNG 26

Điều 13. Phí bảo hiểm 27

1. Kế hoạch đóng phí và định kỳ đóng phí 27
2. Đóng phí và gia hạn đóng phí 27
3. Đóng thêm phí bảo hiểm 28
4. Ủy quyền đóng phí 28

Điều 14. Các khoản phí của hợp đồng và giá trị Tài khoản hợp đồng 29

1. Phí ban đầu 29
2. Phí bảo hiểm rủi ro 29
3. Phí quản lý hợp đồng 30
4. Phí rút tiền từ Tài khoản hợp đồng 30
5. Phí chấm dứt hợp đồng trước hạn 30
6. Phí quản lý quỹ 31
7. Tài khoản hợp đồng 31

PHỤ LỤC - ĐỊNH NGHĨA 32 - 41

CHƯƠNG 1

QUYỀN LỢI CỦA SẢN PHẨM





CHƯƠNG 1

Quyền lợi của sản phẩm

Điều 1. Quyền lợi bảo hiểm

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Generali chi trả những quyền lợi sau:

1. Lãi đầu tư

Giá trị Tài khoản hợp đồng sẽ được tăng lên với khoản lãi hàng tháng theo Lãi suất đầu tư. Lãi suất đầu tư này không thấp hơn mức cam kết sau:

Năm hợp đồng	Từ 01 đến 05	Từ 06 đến 10	Từ 11 đến 15	Từ 16 trở đi
Lãi suất đầu tư cam kết (%/năm)	4%	3%	2%	1,5%

2. Thưởng hàng năm

- a. Bắt đầu từ Năm hợp đồng thứ 06 đến Năm hợp đồng thứ 20, một khoản thưởng hàng năm được phân bổ thêm vào Tài khoản cơ bản vào mỗi kỳ đóng phí theo tỷ lệ % Phí bảo hiểm như sau:

Năm hợp đồng	Từ 06 đến 10	Từ 11 đến 15	Từ 16 đến 20
Thưởng hàng năm (% phí bảo hiểm)	5%	10%	15%

- b. Để nhận quyền lợi này, Bên mua bảo hiểm cần đóng đủ:
- Phí bảo hiểm định kỳ của năm nhận quyền lợi trong vòng 60 ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí; và
 - Phí bảo hiểm của các Năm hợp đồng trước đó.
- c. Bên mua bảo hiểm có thể rút khoản thưởng hàng năm này từ cuối Năm hợp đồng thứ 20. Trường hợp Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt hợp đồng trong năm nhận thưởng, Generali sẽ khấu trừ khoản thưởng của năm này trước khi chi trả Giá trị hoàn lại.

3. Thưởng đặc biệt

- a. Vào cuối Năm hợp đồng thứ 10 và mỗi 05 Năm hợp đồng sau đó cho đến Năm hợp đồng thứ 20, một khoản thưởng đặc biệt được phân bổ vào Tài khoản cơ bản theo tỷ lệ % Phí bảo hiểm Năm hợp đồng đầu tiên tại thời điểm phát hành Hợp đồng bảo hiểm như sau:

Cuối năm hợp đồng	10	15	20
Thưởng đặc biệt (% Phí bảo hiểm Năm hợp đồng đầu tiên tại thời điểm phát hành Hợp đồng bảo hiểm)	25%	100%	225%

- b. Phí bảo hiểm Năm hợp đồng đầu tiên tại thời điểm phát hành Hợp đồng bảo hiểm bao gồm Phí bảo hiểm cơ bản Năm hợp đồng đầu tiên và Phí bảo hiểm mở rộng Năm hợp đồng đầu tiên (nếu có). Khi có bất kỳ yêu cầu chấm dứt hiệu lực trước hạn của Bên mua bảo hiểm đối với (các) Quyền lợi bảo hiểm mở rộng đã tham gia tại thời điểm phát hành hợp đồng thì Phí bảo hiểm mở rộng Năm hợp đồng đầu tiên của (các) Quyền lợi bảo hiểm mở rộng này sẽ không được dùng để tính quyền lợi Thưởng đặc biệt.
- c. Để nhận quyền lợi này, trong khoảng thời gian 05 năm ngay trước thời điểm nhận quyền lợi, Bên mua bảo hiểm cần thực hiện đầy đủ các yêu cầu sau:
- Đóng đủ Phí bảo hiểm định kỳ trong vòng 60 ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí; và
 - Không thực hiện rút tiền từ Tài khoản cơ bản; và
 - Không thực hiện giảm Số tiền bảo hiểm.

4. Đáo hạn hợp đồng

Bên mua bảo hiểm được nhận toàn bộ giá trị Tài khoản hợp đồng sau khi trừ đi Khoản nợ (nếu có) tại Ngày kết thúc hợp đồng.

5. Đảm bảo duy trì hiệu lực hợp đồng trong 02 Năm hợp đồng đầu tiên

Áp dụng nếu Bên mua bảo hiểm đóng đủ và đúng hạn Phí bảo hiểm (kể cả trong thời gian gia hạn đóng phí) trong 02 Năm hợp đồng đầu tiên, ngay cả khi giá trị Tài khoản hợp đồng không đủ để trừ Khoản khấu trừ hàng tháng. Khoản khấu trừ hàng tháng còn thiếu (nếu có) sẽ được khấu trừ vào (những) Năm hợp đồng tiếp theo.

6. Tử vong

Generali sẽ chi trả nếu Người được bảo hiểm tử vong:

	Lựa chọn Quyền lợi cơ bản	Lựa chọn Quyền lợi nâng cao
trước Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 70 Tuổi	<p>Số tiền lớn hơn giữa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Số tiền bảo hiểm; và Giá trị Tài khoản cơ bản tại thời điểm Người được bảo hiểm tử vong; <p>Cộng với giá trị Tài khoản đóng thêm (nếu có) tại thời điểm Người được bảo hiểm tử vong.</p>	<p>Tổng số tiền của:</p> <ul style="list-style-type: none"> Số tiền bảo hiểm; và Giá trị Tài khoản hợp đồng tại thời điểm Người được bảo hiểm tử vong.
từ Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 70 Tuổi	<p>Số tiền lớn hơn giữa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Số tiền bảo hiểm; và Giá trị Tài khoản cơ bản tại thời điểm Người được bảo hiểm tử vong; <p>Cộng với giá trị Tài khoản đóng thêm (nếu có) tại thời điểm Người được bảo hiểm tử vong.</p>	

7. Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn

Generali sẽ chi trả nếu Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn:

	Lựa chọn Quyền lợi cơ bản	Lựa chọn Quyền lợi nâng cao
trước Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 70 Tuổi	<p>Số tiền lớn hơn giữa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Số tiền bảo hiểm; và Giá trị Tài khoản cơ bản tại thời điểm Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn; <p>Cộng với giá trị Tài khoản đóng thêm (nếu có) tại thời điểm Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn.</p>	<p>Tổng số tiền của:</p> <ul style="list-style-type: none"> Số tiền bảo hiểm; và Giá trị Tài khoản hợp đồng tại thời điểm Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn.

8. Tai nạn

Generali sẽ chi trả thêm 100% Số tiền bảo hiểm nếu Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn hoặc bị Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn do Tai nạn trước Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 70 Tuổi.

9. Giới hạn chi trả (áp dụng cho Điều 1, mục 6, mục 7, mục 8, và Điều 2)

- a. Số tiền bảo hiểm dùng để xác định quyền lợi chi trả sẽ được điều chỉnh theo tỷ lệ tương ứng với Tuổi của Người được bảo hiểm tại thời điểm xảy ra Sự kiện bảo hiểm như sau:

Tuổi tại thời điểm xảy ra Sự kiện bảo hiểm	Dưới 01 Tuổi	Từ 01 đến dưới 02 Tuổi	Từ 02 đến dưới 03 Tuổi	Từ 03 đến dưới 04 Tuổi	Từ 04 Tuổi trở lên
Tỷ lệ điều chỉnh (% Số tiền bảo hiểm)	20%	40%	60%	80%	100%

- b. Generali sẽ trừ đi Khoản nợ (nếu có) và tất cả các quyền lợi bảo hiểm sau thời điểm tử vong hoặc Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn đã được chi trả trước đó (nếu có).

Điều 2. Quyền lợi bảo hiểm đặc biệt

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực theo Điều 13, mục 2, điểm (d), Generali vẫn bảo hiểm cho sự kiện tử vong hoặc Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn của Người được bảo hiểm chính như sau:

- Quyền lợi tử vong: được chi trả theo Điều 1, mục 6; hoặc
- Quyền lợi Thương tật toàn bộ vĩnh viễn: được chi trả theo Điều 1, mục 7.

Quyền lợi bảo hiểm đặc biệt được áp dụng từ Năm hợp đồng thứ 03 (sau khi Phí bảo hiểm của 02 Năm hợp đồng đầu tiên đã được đóng đủ) cho đến cuối Năm hợp đồng thứ 20 hoặc đến khi Người được bảo hiểm chính đạt 70 Tuổi, tùy thời điểm nào đến trước. Với mỗi lần Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực, thời hạn bảo hiểm tối đa của Quyền lợi bảo hiểm đặc biệt là 24 tháng hoặc đến khi Hợp đồng bảo hiểm được chấp thuận khôi phục hiệu lực theo quy định tại Điều 9, mục 4, tùy thời điểm nào đến trước.

Quyền lợi bảo hiểm đặc biệt được chi trả sau khi trừ đi khoản Phí bảo hiểm cơ bản đến hạn nhưng chưa được đóng và/hoặc Phí bảo hiểm rủi ro chưa được khấu trừ từ ngày Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực đến ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm.

Điều 3. Quyền lợi bảo hiểm mở rộng

Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu cung cấp Quyền lợi bảo hiểm mở rộng cho Người được bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của từng Quyền lợi bảo hiểm mở rộng, phù hợp với Quy tắc và Điều khoản này.

Quyền lợi bảo hiểm mở rộng của từng Người được bảo hiểm được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các bản phụ lục, các xác nhận sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có) và theo Quy tắc và Điều khoản cụ thể của từng Quyền lợi bảo hiểm mở rộng.

Điều 4. Các trường hợp ngoài phạm vi bảo hiểm

1. Tử vong hoặc Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn

Generali sẽ không chi trả quyền lợi tại Điều 1, mục 6, mục 7, và Điều 2 mà chỉ chi trả Giá trị hoàn lại (nếu có) nếu Người được bảo hiểm tử vong hoặc bị Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn vì một trong những nguyên nhân sau:

- a. Tự tử, mưu toan tự tử hoặc tự gây ra thương tích trong tình trạng tỉnh táo hoặc mất trí, trong vòng 02 năm kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng, hoặc ngày Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực (áp dụng cho Quyền lợi bảo hiểm đặc biệt), hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau; hoặc
- b. Do hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc Bên mua bảo hiểm; hoặc
- c. 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.

Trong trường hợp Người được bảo hiểm bị Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn ngoài phạm vi bảo hiểm trên, nếu Bên mua bảo hiểm không nhận Giá trị hoàn lại và vẫn tiếp tục đóng phí bảo hiểm để duy trì Hợp đồng bảo hiểm thì Người được bảo hiểm vẫn tiếp tục được bảo hiểm với các quyền lợi khác thuộc phạm vi bảo hiểm.

2. Tử vong do Tai nạn hoặc Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn do Tai nạn

Generali sẽ không chi trả quyền lợi tại Điều 1, mục 8 nếu Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn hoặc bị Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn do Tai nạn vì một trong những nguyên nhân sau:

- a. Do hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc Bên mua bảo hiểm; hoặc
- b. Sử dụng bất kỳ loại chất gây nghiện, ma túy, chất có cồn, chất độc, thuốc kích thích, thuốc mà không theo chỉ định của bác sĩ. Thuật ngữ “sử dụng chất có cồn” là trong trường hợp xét nghiệm có nồng độ cồn vượt mức cho phép theo quy định pháp luật; hoặc
- c. Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật.

3. Quyền lợi bảo hiểm mở rộng

Các trường hợp ngoài phạm vi bảo hiểm được áp dụng theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản của từng Quyền lợi bảo hiểm mở rộng.

Điều 5. Bảo hiểm tạm thời

1. Quyền lợi

Nếu Người được bảo hiểm chính tử vong do Tai nạn sau khi Bên mua bảo hiểm nộp hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và nộp đủ khoản Phí bảo hiểm ban đầu, Generali sẽ chi trả quyền lợi bảo hiểm tạm thời như sau:

- a. Chi trả số tiền thấp hơn giữa 200 triệu đồng và (tổng) Số tiền bảo hiểm yêu cầu trong (các) hồ sơ yêu cầu bảo hiểm cho Người được bảo hiểm chính đang được Generali xem xét; hoặc
- b. Hoàn trả (tổng) Phí bảo hiểm ban đầu của (các) hồ sơ yêu cầu bảo hiểm cho Người được bảo hiểm chính đang được Generali xem xét, nếu (tổng) Phí bảo hiểm ban đầu bằng hoặc lớn hơn 200 triệu đồng.

Bảo hiểm tạm thời không áp dụng đối với (các) Quyền lợi bảo hiểm mở rộng (nếu có) theo Hợp đồng bảo hiểm này.

2. Các trường hợp không chi trả quyền lợi

Generali hoàn lại toàn bộ phí bảo hiểm đã đóng sau khi trừ đi chi phí xét nghiệm y khoa (nếu có), nếu Người được bảo hiểm chính tử vong vì một trong những nguyên nhân sau:

- a. Do hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc Bên mua bảo hiểm; hoặc
- b. Sử dụng bất kỳ loại chất gây nghiện, ma túy, chất có cồn, chất độc, thuốc kích thích, thuốc mà không theo chỉ định của bác sĩ. Thuật ngữ “sử dụng chất có cồn” là trong trường hợp xét nghiệm có nồng độ cồn vượt mức cho phép theo quy định pháp luật; hoặc
- c. Người được bảo hiểm vi phạm pháp luật.

3. Bảo hiểm tạm thời chấm dứt

Bảo hiểm tạm thời sẽ chấm dứt vào một trong những thời điểm sau, tùy thời điểm nào đến trước:

- a. Generali phát hành Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- b. Generali từ chối yêu cầu bảo hiểm;
- c. Generali phát hành thư thông báo điều kiện bảo hiểm bổ sung;
- d. Bên mua bảo hiểm hủy bỏ yêu cầu bảo hiểm.

CHƯƠNG 2

GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM





CHƯƠNG 2

Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Điều 6. Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm

1. Quyền lợi khi Người được bảo hiểm chính tử vong

- a. Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm là Người thụ hưởng do Bên mua bảo hiểm chỉ định.
- b. Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm là Bên mua bảo hiểm trong các trường hợp sau:
 - Không có hoặc không xác định được Người thụ hưởng; hoặc
 - Không có Người thụ hưởng khác khi Người thụ hưởng là cá nhân đã tử vong hoặc tổ chức bị giải thể, phá sản hoặc chấm dứt hoạt động cùng lúc hoặc trước khi Người được bảo hiểm tử vong; hoặc
 - Nếu có nhiều Người thụ hưởng, mà Người thụ hưởng là cá nhân đã tử vong hoặc tổ chức bị giải thể, phá sản hoặc chấm dứt hoạt động cùng lúc hoặc trước khi Người được bảo hiểm tử vong, phần quyền lợi bảo hiểm tương ứng của Người thụ hưởng đó được chi trả cho Bên mua bảo hiểm.

Trong các trường hợp trên, nếu Bên mua bảo hiểm đã tử vong, Generali sẽ chi trả cho (những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.

2. Quyền lợi khác

Người có quyền nhận quyền lợi là Bên mua bảo hiểm. Nếu Bên mua bảo hiểm tử vong, Generali sẽ chi trả cho (những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm.

Điều 7. Thủ tục giải quyết quyền lợi

1. Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi

Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm gửi thông báo về Sự kiện bảo hiểm và các chứng từ liên quan cho Generali trong vòng 12 tháng kể từ ngày xảy ra Sự kiện bảo hiểm. Thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng hoặc trở ngại khách quan theo quy định của pháp luật sẽ không tính vào thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

2. Các chứng từ yêu cầu 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:
 - Tử vong: Giấy chứng tử/trích lục khai tử.
 - Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn: Kết quả giám định tình trạng thương tật do hội đồng giám định y khoa cấp theo quy định của pháp luật.
- 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;
 - Giấy ra viện và tóm tắt bệnh án (nếu có nằm viện), giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có phẫu thuật), hồ sơ khám, kết quả xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị từ bất kỳ Bác sĩ và/hoặc cơ sở y tế nào mà Người được bảo hiểm đã đến khám và điều trị;
 - Biên bản khám nghiệm tử thi (nếu có).

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 do 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. Đối với những trường hợp khác, Generali có thể yêu cầu cung cấp các văn bản/xác nhận của cơ quan nhà nước có thẩm quyền để phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Các chi phí phát sinh đối với những yêu cầu này do Generali chịu trách nhiệm.

3. Quyền lợi bảo hiểm mở rộng

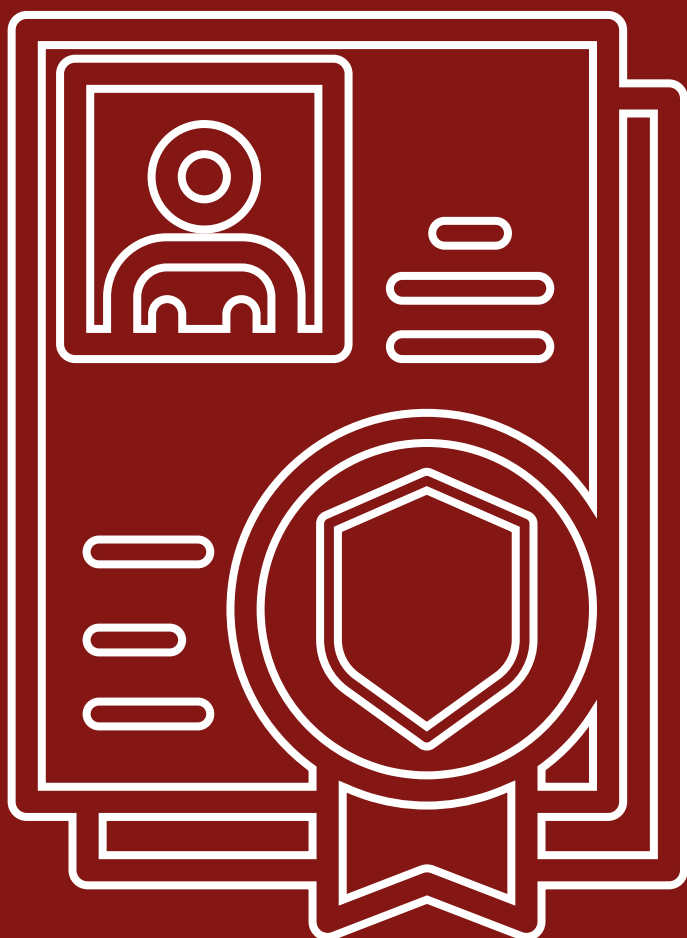
Áp dụng theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản của từng Quyền lợi bảo hiểm mở rộng.

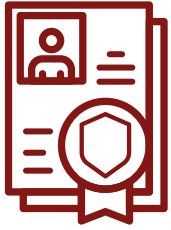
4. Thời hạn giải quyết Quyền lợi bảo hiểm

- a. Trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày nhận được tài liệu đầy đủ và hợp lệ theo yêu cầu.
- b. Nếu quá thời hạn này, Generali trả thêm lãi trên số tiền chậm trả tương ứng với thời gian quá hạn và theo lãi suất Generali đang áp dụng đối với các khoản tạm ứng từ hợp đồng bảo hiểm tại từng thời điểm. Lãi suất này được công bố trên cổng thông tin điện tử của Generali tại địa chỉ: <https://www.generalilife.com.vn/>

CHƯƠNG 3

**THAM GIA BẢO HIỂM,
HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG
VÀ NHỮNG THAY ĐỔI
LIÊN QUAN ĐẾN HỢP ĐỒNG**





CHƯƠNG 3

Tham gia bảo hiểm, hiệu lực hợp đồng và những thay đổi liên quan đến hợp đồng

Điều 8. Tham gia bảo hiểm

1. Tham gia bảo hiểm

- a. Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm yêu cầu tham gia bảo hiểm bằng việc điền đầy đủ, chính xác thông tin và ký tên vào Giấy yêu cầu bảo hiểm, cung cấp thông tin và tài liệu làm cơ sở thẩm định theo yêu cầu của Generali theo Điều 8, mục 2 và đóng đủ Phí bảo hiểm ban đầu.
- b. Để được bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm phải có quan hệ được bảo hiểm theo quy định tại Phụ lục, mục 1 của Quy tắc và Điều khoản này và đáp ứng các điều kiện về thẩm định của Generali.
- c. Người được bảo hiểm đồng ý đối với việc bảo hiểm trên sinh mạng của mình bằng việc ký tên trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm. Nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi, Bên mua bảo hiểm cần được sự chấp thuận của cha, mẹ, người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm.

2. Cung cấp thông tin

- a. Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm cung cấp, kê khai đầy đủ và chính xác các thông tin mà Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm biết được hoặc có thể biết, vào Giấy yêu cầu bảo hiểm để phục vụ cho việc thẩm định và xem xét bảo hiểm. Việc kiểm tra sức khỏe (nếu có) không thay thế việc kê khai đầy đủ và chính xác của Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm.
- b. Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cố tình vi phạm việc cung cấp thông tin tại điểm (a), mà nếu biết được thông tin này đầy đủ, chính xác:
 - Generali đã từ chối yêu cầu bảo hiểm, yêu cầu điều chỉnh hợp đồng hoặc yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng thì:
 - Quyền lợi sẽ không được chi trả, và

- Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực. Generali hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau khi trừ đi chi phí khám, xét nghiệm y khoa, các quyền lợi đã được chi trả trước đó và Khoản nợ (nếu có).
 - Generali đã chỉ từ chối yêu cầu tham gia, yêu cầu điều chỉnh của (các) Quyền lợi bảo hiểm mở rộng thì quyền lợi sẽ không được chi trả và (các) Quyền lợi bảo hiểm mở rộng này sẽ chấm dứt hiệu lực. Khi đó, Generali sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm các khoản sau:
 - Phí ban đầu và Phí bảo hiểm rủi ro đã khấu trừ của (các) Quyền lợi bảo hiểm mở rộng; trừ đi
 - Các quyền lợi bảo hiểm đã chi trả của (các) Quyền lợi bảo hiểm mở rộng này; trừ đi
 - Các khoản nợ (nếu có).
 - Generali đã chấp thuận bảo hiểm với điều kiện bổ sung thì Generali sẽ thỏa thuận với Bên mua bảo hiểm về việc điều chỉnh Phí bảo hiểm rủi ro, thu thêm khoản Phí bảo hiểm, hoặc áp dụng loại trừ bảo hiểm hoặc điều chỉnh giảm Số tiền bảo hiểm tương ứng với mức rủi ro. Nếu Bên mua bảo hiểm không đồng ý với điều kiện thỏa thuận, Generali hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau khi trừ đi chi phí khám, xét nghiệm y khoa, các quyền lợi đã được chi trả trước đó và Khoản nợ (nếu có), và Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực.
 - Generali không thay đổi quyết định chấp thuận bảo hiểm, yêu cầu điều chỉnh hợp đồng hoặc yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng, Generali vẫn chi trả quyền lợi của Hợp đồng bảo hiểm này.
- c. Generali có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện, điều khoản bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm.

Trường hợp Generali cố ý cung cấp thông tin sai sự thật nhằm giao kết hợp đồng thì Bên mua bảo hiểm có quyền đơn phương đình chỉ thực hiện Hợp đồng bảo hiểm, Generali sẽ bồi thường thiệt hại phát sinh cho Bên mua bảo hiểm do việc cung cấp thông tin sai sự thật.

3. Thời gian cân nhắc

Bên mua bảo hiểm có thể từ chối tham gia bảo hiểm bằng việc gửi văn bản đến Generali trong vòng 21 ngày kể từ ngày nhận được Hợp đồng bảo hiểm. Khi đó, Hợp đồng bảo hiểm bị hủy bỏ, Generali hoàn trả toàn bộ Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), sau khi trừ đi các chi phí khám, xét nghiệm y khoa (nếu có).

4. Miễn truy xét

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, các thông tin kê khai không chính xác hoặc bị bỏ sót trong hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và các giấy tờ có liên quan sẽ được miễn truy xét sau 24 tháng kể từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau.

Quy định này không áp dụng đối với trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm việc kê khai thông tin theo Điều 8, mục 2, làm ảnh hưởng tới quyết định chấp thuận bảo hiểm, yêu cầu điều chỉnh hợp đồng hoặc yêu cầu khôi phục hiệu lực hợp đồng của Generali.

5. Trách nhiệm bảo mật thông tin khách hàng

Generali không được chuyển giao thông tin cá nhân do Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cung cấp tại Hợp đồng bảo hiểm cho bất kỳ bên thứ ba nào khác, trừ các trường hợp sau đây:

- a. Thu thập, sử dụng, chuyển giao theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền, theo quy định của pháp luật hoặc cho mục đích thẩm định, định phí bảo hiểm, phát hành/thực hiện hợp đồng bảo hiểm, tái bảo hiểm, trích lập dự phòng nghiệp vụ, giải quyết quyền lợi bảo hiểm, nghiên cứu thiết kế sản phẩm, phòng chống trục lợi bảo hiểm, phòng chống khủng bố/rửa tiền, nghiên cứu đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn và quản trị cơ sở dữ liệu.
- b. Các trường hợp khác được Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm đồng ý bằng văn bản, với điều kiện:
 - Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm phải được thông báo về mục đích chuyển giao thông tin và được quyền lựa chọn giữa đồng ý hoặc không đồng ý với việc chuyển giao đó; và
 - Việc Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm từ chối cho phép chuyển giao thông tin cho bên thứ ba ngoài Điều 8, mục 5, điểm (a) không được sử dụng làm lý do để từ chối giao kết hợp đồng.

Điều 9. Hiệu lực hợp đồng bảo hiểm

1. Hiệu lực hợp đồng bảo hiểm

Nếu yêu cầu bảo hiểm được Generali chấp nhận, Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực từ ngày Bên mua bảo hiểm ký Giấy yêu cầu bảo hiểm và nộp đủ Phí bảo hiểm ban đầu, đồng thời Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống vào thời điểm Generali phát hành Giấy chứng nhận bảo hiểm.

2. Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm trước hạn

Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước hạn và nhận Giá trị hoàn lại (nếu có), khi đó, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực.

3. Chấm dứt hiệu lực hợp đồng

Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực theo một trong những trường hợp sau:

- a. Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 99 Tuổi;
- b. Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực trên 24 tháng liên tục;
- c. Người được bảo hiểm tử vong;
- d. Quyền lợi Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn theo quy định tại Điều 1, mục 7 được chấp thuận chi trả;
- e. Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực theo Điều 8, mục 2, điểm (b) hoặc mục 3; Điều 10, mục 1, điểm (c) hoặc mục 4; Điều 11, mục 5, điểm (b) của Quy tắc và Điều khoản này;
- f. Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật và của Quy tắc và Điều khoản này.

4. Khôi phục hiệu lực hợp đồng

Trong vòng 24 tháng kể từ ngày Hợp đồng bảo hiểm mất hiệu lực và không muộn hơn Ngày kết thúc hợp đồng, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm khi đáp ứng các yêu cầu sau:

- Các khoản tiền để khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm theo quy định của Generali được đóng đủ; và
- Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đáp ứng các điều kiện tham gia bảo hiểm và cung cấp thông tin theo quy định của Generali.

Việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực ngay sau khi được Generali chấp thuận bằng văn bản và khi Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống vào thời điểm phát hành văn bản chấp thuận.

Điều 10. Các thay đổi liên quan đến hợp đồng

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, nếu có các yêu cầu thay đổi sau đây liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm cần thông báo cho Generali bằng văn bản các thay đổi trong vòng 30 ngày. Các thay đổi này có hiệu lực khi Generali chấp thuận bằng văn bản và các văn bản chấp thuận này là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

1. Thay đổi nơi cư trú, giấy tờ tùy thân, nghề nghiệp, Người thụ hưởng

- a. Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm thay đổi nơi cư trú và/hoặc thông tin liên lạc (địa chỉ liên lạc, số điện thoại liên lạc, thư điện tử (email));
- b. Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng thay đổi thông tin của giấy tờ tùy thân đã đăng ký với Generali như: chứng minh nhân dân, căn cước công dân, hộ chiếu, giấy khai sinh,...;
- c. Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam liên tục trên 03 tháng hoặc thay đổi nghề nghiệp. Trong trường hợp này, Hợp đồng bảo hiểm có thể được (i) tiếp tục hiệu lực với mức Phí bảo hiểm rủi ro không đổi, (ii) tăng mức Phí bảo hiểm rủi ro, (iii) loại trừ bảo hiểm (không chi trả quyền lợi thuộc phạm vi bị loại trừ), (iv) chấm dứt (các) Quyền lợi bảo hiểm mở rộng (không chi trả quyền lợi bảo hiểm liên quan), hoặc (v) chấm dứt hiệu lực và Generali chi trả cho Bên mua bảo hiểm Giá trị hoàn lại (nếu có). Các quyết định này sẽ có hiệu lực kể từ thời điểm Người được bảo hiểm ra khỏi lãnh thổ Việt Nam hoặc thay đổi nghề nghiệp;
- d. Bên mua bảo hiểm thay đổi Người thụ hưởng và việc thay đổi này không cần sự đồng ý của bất kỳ Người thụ hưởng nào đã được chỉ định trước đó.

2. Chuyển nhượng hợp đồng bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có thể gửi văn bản yêu cầu chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm. Bên nhận chuyển nhượng cần hội đủ điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm theo quy định của Quy tắc và Điều khoản này đồng thời Người được bảo hiểm không thay đổi.

Việc chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực khi Generali chấp thuận bằng văn bản. Generali sẽ không chịu trách nhiệm về tính hợp pháp của

việc chuyển nhượng giữa Bên mua bảo hiểm và bên nhận chuyển nhượng. Sau khi việc chuyển nhượng có hiệu lực, bên nhận chuyển nhượng sẽ tiếp nhận quyền và nghĩa vụ của Bên mua bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

3. Thay đổi khi Bên mua bảo hiểm tử vong

Nếu Bên mua bảo hiểm là cá nhân tử vong thì (những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua bảo hiểm sẽ tiếp nhận tất cả các quyền và nghĩa vụ phát sinh từ Hợp đồng bảo hiểm.

4. Thay đổi khi Bên mua bảo hiểm giải thể, phá sản hoặc chấm dứt hoạt động

Nếu Bên mua bảo hiểm là tổ chức chấm dứt hoạt động (giải thể, phá sản và các trường hợp chấm dứt hoạt động khác theo quy định của pháp luật) mà Hợp đồng bảo hiểm chưa được chuyển nhượng, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực và Generali chi trả Giá trị hoàn lại (nếu có) tại thời điểm chấm dứt hoạt động cho người có quyền nhận quyền lợi theo quy định của pháp luật hiện hành.

Điều 11. Thay đổi liên quan đến quyền lợi hợp đồng

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể gửi văn bản đến Generali để thực hiện các yêu cầu sau:

1. Thay đổi Số tiền bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có thể gửi văn bản yêu cầu tăng hoặc giảm Số tiền bảo hiểm. Trường hợp tăng Số tiền bảo hiểm, Người được bảo hiểm không được vượt quá 65 Tuổi tại thời điểm yêu cầu tăng Số tiền bảo hiểm và đáp ứng các điều kiện về thẩm định của Generali.

Số tiền bảo hiểm sau khi thay đổi phải theo quy định về Số tiền bảo hiểm tối thiểu và tối đa của Generali tại từng thời điểm. Generali có thể điều chỉnh Phí bảo hiểm, Phí bảo hiểm rủi ro và các điều kiện khác liên quan tương ứng với Số tiền bảo hiểm sau khi thay đổi.

Việc thay đổi Số tiền bảo hiểm có hiệu lực từ Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng tiếp theo ngay sau khi Generali chấp thuận bằng văn bản.

2. Rút tiền từ Tài khoản cơ bản

Nếu Hợp đồng bảo hiểm đã có Giá trị hoàn lại, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu rút tiền từ Tài khoản cơ bản và chịu Phí rút tiền được áp dụng theo Điều 14, mục 4 của Quy tắc và Điều khoản này.

- a. Số tiền yêu cầu rút mỗi lần theo quy định về số tiền rút tối thiểu và tối đa của Generali tại từng thời điểm và với điều kiện sau khi rút tiền: Giá trị hoàn lại không thấp hơn mức tối thiểu theo quy định của Generali tại từng thời điểm.
- b. Sau khi rút tiền, Số tiền bảo hiểm sẽ được điều chỉnh giảm tương ứng nhưng không thấp hơn mức tối thiểu theo quy định của Generali.

Việc điều chỉnh giảm Số tiền bảo hiểm:

- được áp dụng đối với lựa chọn Quyền lợi cơ bản;
- đối với lựa chọn Quyền lợi nâng cao, được áp dụng khi việc rút tiền được thực hiện sau Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm đạt 70 Tuổi.

3. Rút tiền từ Tài khoản đóng thêm (nếu có)

Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu rút tiền từ Tài khoản đóng thêm (nếu có) vào bất kỳ lúc nào, và số tiền yêu cầu rút mỗi lần tuân theo quy định về mức tối thiểu và tối đa của Generali tại từng thời điểm.

Phí rút tiền từ được áp dụng theo Điều 14, mục 4 của Quy tắc và Điều khoản này.

4. Bổ sung hoặc chấm dứt Quyền lợi bảo hiểm mở rộng

- a. Bên mua bảo hiểm có thể tham gia thêm (các) Quyền lợi bảo hiểm mở rộng cho Người được bảo hiểm khi:
 - Generali có cung cấp (các) Quyền lợi bảo hiểm mở rộng này;
 - bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm đủ điều kiện tham gia và đáp ứng yêu cầu thẩm định của Generali;
 - phí bảo hiểm mở rộng được đóng đủ.
- b. Quyền lợi bảo hiểm mở rộng có hiệu lực từ Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng tiếp theo ngay sau khi được Generali chấp thuận bằng văn bản. Bên mua bảo hiểm có thể gửi văn bản yêu cầu chấm dứt (các) Quyền lợi bảo hiểm mở rộng. (Các) Quyền lợi bảo hiểm mở rộng sẽ chấm dứt hiệu lực vào Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng tiếp theo ngay sau khi được Generali chấp thuận.

5. Nhầm lẫn khi kê khai Tuổi, giới tính

- a. Trường hợp kê khai sai Tuổi và/hoặc giới tính của Người được bảo hiểm mà Tuổi đúng vẫn thuộc nhóm tuổi được bảo hiểm, Generali điều chỉnh Phí bảo hiểm rủi ro, Phí bảo hiểm cơ bản, Phí bảo hiểm mở rộng và/hoặc các khoản chi phí khác theo Tuổi đúng phù hợp với quy định của Generali tại từng thời điểm. Giá trị Tài khoản cơ bản sẽ được Generali điều chỉnh tương ứng.
- b. Trường hợp kê khai sai Tuổi và Tuổi đúng của Người được bảo hiểm không thuộc nhóm tuổi được bảo hiểm, Hợp đồng bảo hiểm hoặc (các) Quyền lợi bảo hiểm mở rộng (nếu có) bị hủy bỏ. Trường hợp Hợp đồng bảo hiểm bị hủy bỏ, Generali hoàn trả cho Bên mua bảo hiểm tổng Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) sau khi trừ đi các khoản sau:
 - Rút tiền từ Tài khoản hợp đồng (nếu có);
 - Quyền lợi bảo hiểm đã được chi trả trước đó;
 - Khoản nợ (nếu có);
 - Chi phí khám, xét nghiệm y khoa;
 - Chi phí phát sinh hợp lý trong việc đánh giá rủi ro bảo hiểm của Người được bảo hiểm.

Điều 12. Các quy định khác

1. Giải quyết tranh chấp

Tranh chấp phát sinh từ Hợp đồng bảo hiểm, nếu không thể giải quyết thông qua thương lượng, tranh chấp sẽ được giải quyết tại tòa án nơi có trụ sở chính của Generali hoặc tại nơi thường trú của Bên mua bảo hiểm. Thời hiệu khởi kiện trong vòng 03 năm từ ngày xảy ra tranh chấp.

2. Tính tách biệt của các điều khoản

Nếu bất kỳ điều khoản nào trong Hợp đồng bảo hiểm bị tuyên bố là bất hợp pháp, vô hiệu hoặc không thể thực thi vì bất kỳ lý do gì thì sự bất hợp pháp, vô hiệu hoặc không có khả năng thực thi này sẽ không ảnh hưởng đến những điều khoản còn lại của Hợp đồng bảo hiểm. Các điều khoản còn lại sẽ tiếp tục hiệu lực và được thực thi theo pháp luật hiện hành.

CHƯƠNG 4

PHÍ BẢO HIỂM, CÁC KHOẢN PHÍ CỦA HỢP ĐỒNG VÀ GIÁ TRỊ TÀI KHOẢN HỢP ĐỒNG





CHƯƠNG 4

Phí bảo hiểm, các khoản phí của hợp đồng và giá trị Tài khoản hợp đồng

Điều 13. Phí bảo hiểm

1. Kế hoạch đóng phí và định kỳ đóng phí

- a. Kế hoạch đóng phí cho 04 Năm hợp đồng đầu tiên được chọn tại thời điểm tham gia bảo hiểm như sau:
 - Đóng phí trước: Phí bảo hiểm trong 04 Năm hợp đồng đầu tiên được đóng một lần tại lúc tham gia bảo hiểm.
 - Đóng phí định kỳ: Phí bảo hiểm được đóng theo định kỳ đóng phí đã chọn.
- b. Định kỳ đóng phí có thể là năm, nửa năm, quý hoặc tháng, tùy theo quy định nội bộ về triển khai sản phẩm của Generali được ban hành tại từng thời điểm.
- c. Phí bảo hiểm, kế hoạch đóng phí và định kỳ đóng phí được thể hiện trong Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các bản phụ lục, các xác nhận sửa đổi bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có). Bên mua bảo hiểm có thể gửi văn bản yêu cầu thay đổi định kỳ đóng phí bảo hiểm đến Generali. Việc thay đổi chỉ có hiệu lực kể từ khi có văn bản chấp thuận của Generali.

2. Đóng phí và gia hạn đóng phí

- a. Trong 04 Năm hợp đồng đầu tiên:
 - Phí bảo hiểm định kỳ cần được đóng đủ và đúng hạn để duy trì hiệu lực hợp đồng.
 - Thời gian gia hạn đóng phí là 60 ngày kể từ Ngày đến hạn đóng phí. Sau khi kết thúc thời gian gia hạn đóng phí mà Phí bảo hiểm định kỳ chưa được đóng và giá trị Tài khoản hợp đồng đủ cho khoản Phí bảo hiểm này, Generali sẽ tự động trích từ giá trị Tài khoản hợp đồng để đóng khoản Phí bảo hiểm này.

- Ngoài ra trong Năm hợp đồng thứ 03 và thứ 04, trường hợp Phí bảo hiểm định kỳ đã đóng đủ nhưng giá trị Tài khoản hợp đồng không đủ cho Khoản khấu trừ hàng tháng thì Bên mua bảo hiểm có thể đóng thêm phí bảo hiểm để đảm bảo giá trị Tài khoản hợp đồng đủ thanh toán cho Khoản khấu trừ hàng tháng này. Thời gian gia hạn đóng thêm Phí bảo hiểm là 60 ngày kể từ ngày giá trị Tài khoản hợp đồng không đủ cho Khoản khấu trừ hàng tháng.
- b. Từ Năm hợp đồng thứ 05:
- Phí bảo hiểm định kỳ được đóng theo định kỳ đóng phí đã chọn hoặc đóng vào bất kỳ lúc nào.
 - Khi giá trị Tài khoản hợp đồng không đủ cho Khoản khấu trừ hàng tháng thì Bên mua bảo hiểm có thể đóng thêm phí bảo hiểm trong thời gian 60 ngày kể từ ngày giá trị Tài khoản hợp đồng không đủ cho Khoản khấu trừ hàng tháng này.
- c. Trong thời gian 60 ngày gia hạn đóng phí, Hợp đồng bảo hiểm vẫn có hiệu lực và Khoản khấu trừ hàng tháng vẫn được trừ từ giá trị Tài khoản hợp đồng. Nếu giá trị Tài khoản hợp đồng không đủ, Khoản khấu trừ hàng tháng trong khoảng thời gian gia hạn này sẽ được xem là khoản nợ và được khấu trừ ngay khi có Phí bảo hiểm phân bổ vào Tài khoản hợp đồng hoặc được trừ trước khi chi trả quyền lợi bảo hiểm (nếu có).
- d. Nếu Bên mua bảo hiểm không đóng Phí bảo hiểm theo điểm (a) và (b) nêu trên, Hợp đồng bảo hiểm sẽ mất hiệu lực từ Ngày đến hạn đóng phí hoặc từ Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng nếu giá trị Tài khoản hợp đồng không đủ cho Khoản khấu trừ hàng tháng.

3. Đóng thêm phí bảo hiểm

Vào bất kỳ thời điểm nào, Bên mua bảo hiểm có thể đóng thêm phí bảo hiểm sau khi đóng đủ Phí bảo hiểm của Năm hợp đồng hiện tại và các Năm hợp đồng trước đó. Mức Phí bảo hiểm đóng thêm tối đa sẽ theo quy định của Generali tại từng thời điểm.

4. Ủy quyền đóng phí

Bên mua bảo hiểm có thể ủy quyền cho người khác đóng Phí bảo hiểm.

Điều 14. Các khoản phí của hợp đồng và giá trị Tài khoản hợp đồng

1. Phí ban đầu

Phí ban đầu được tính theo tỷ lệ % của Phí bảo hiểm cơ bản, Phí bảo hiểm mở rộng và Phí bảo hiểm đóng thêm như sau:

a. Kế hoạch đóng phí định kỳ

Năm đóng phí	1	2	3	4	5	6+
% Phí bảo hiểm cơ bản	60%	40%	30%	15%	5%	0%
% Phí bảo hiểm mở rộng	60%	40%	30%	15%	5%	0%
% Phí bảo hiểm đóng thêm	0%					

b. Kế hoạch đóng phí trước

Năm đóng phí	1	2+
% Phí bảo hiểm cơ bản Năm hợp đồng đầu tiên	100%	0%
% Phí bảo hiểm mở rộng Năm hợp đồng đầu tiên	100%	0%
% Phí bảo hiểm đóng thêm	0%	

c. Trong trường hợp Bên mua bảo hiểm đóng Phí bảo hiểm đóng thêm bằng phương thức không phải là tiền mặt, Bên mua bảo hiểm có thể chịu thêm khoản Phí ban đầu theo quy định của Generali tại từng thời điểm nhưng tối đa không vượt quá 2% Phí bảo hiểm đóng thêm.

2. Phí bảo hiểm rủi ro

- Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Phí bảo hiểm rủi ro được trừ từ giá trị Tài khoản hợp đồng vào mỗi Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng.
- Tỷ lệ phí bảo hiểm rủi ro dùng để tính Phí bảo hiểm rủi ro thay đổi theo Tuổi, giới tính, tình trạng sức khỏe và nghề nghiệp của Người được bảo hiểm, và có thể được điều chỉnh sau khi được Bộ Tài chính chấp thuận. Việc điều chỉnh tỷ lệ phí bảo hiểm rủi ro sẽ được thông báo bằng văn bản đến Bên mua bảo hiểm chậm nhất 03 tháng trước khi áp dụng.

3. Phí quản lý hợp đồng

- a. Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm còn hiệu lực, Phí quản lý hợp đồng được trừ từ giá trị Tài khoản hợp đồng vào mỗi Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng.
- b. Trong năm 2017, Phí quản lý hợp đồng là 29.000 đồng mỗi tháng và tự động tăng 2.000 đồng mỗi năm dương lịch sau đó. Trong mọi trường hợp, Phí quản lý hợp đồng không vượt quá 60.000 đồng mỗi tháng.
- c. Phí quản lý hợp đồng có thể được điều chỉnh sau khi được Bộ Tài chính chấp thuận. Việc điều chỉnh này được thông báo bằng văn bản đến Bên mua bảo hiểm chậm nhất 03 tháng trước khi áp dụng.

4. Phí rút tiền từ Tài khoản hợp đồng

- a. Phí rút tiền từ Tài khoản cơ bản: 2% số tiền rút và áp dụng đến Năm hợp đồng thứ 20.
- b. Phí rút tiền từ Tài khoản đóng thêm: 2% số tiền rút và áp dụng trong suốt thời hạn hợp đồng.

5. Phí chấm dứt hợp đồng trước hạn

- a. Đối với Tài khoản cơ bản

Năm hợp đồng	Kế hoạch đóng phí định kỳ	Kế hoạch đóng phí trước
	% Phí bảo hiểm Năm hợp đồng đầu tiên tại thời điểm phát hành Hợp đồng bảo hiểm	
1	100%	120%
2	100%	110%
3	90%	95%
4	80%	80%
5	70%	70%
6	50%	50%
7	40%	40%
8	30%	30%
9	20%	20%
10	10%	10%
11 - 20	5%	5%
21+	0%	0%

Nếu giá trị Tài khoản cơ bản nhỏ hơn Phí chấm dứt hợp đồng trước hạn, Phí chấm dứt hợp đồng trước hạn bằng giá trị Tài khoản cơ bản tại thời điểm chấm dứt hợp đồng trước thời hạn.

- b. Đối với Tài khoản đóng thêm: 2% giá trị Tài khoản đóng thêm tại thời điểm chấm dứt hợp đồng trước hạn.

6. Phí quản lý quỹ

Phí quản lý quỹ được khấu trừ trước khi Generali công bố Lãi suất đầu tư. Phí quản lý quỹ là 2% mỗi năm tính trên giá trị Tài khoản hợp đồng và có thể thay đổi nhưng không vượt quá 2,5% mỗi năm.

7. Tài khoản hợp đồng

Bao gồm Tài khoản cơ bản và Tài khoản đóng thêm (nếu có).

Giá trị Tài khoản cơ bản và giá trị Tài khoản đóng thêm (nếu có) thay đổi trong những trường hợp sau:

- Tăng khi đóng Phí bảo hiểm định kỳ và/hoặc Phí bảo hiểm đóng thêm được phân bổ;
- Tăng do được cộng khoản lãi đầu tư;
- Tăng do phát sinh khoản Thưởng hàng năm và khoản Thưởng đặc biệt;
- Giảm do trừ Phí ban đầu;
- Giảm do trừ Khoản khấu trừ hàng tháng;
- Giảm do trích đóng Phí bảo hiểm định kỳ;
- Giảm do rút tiền.

PHỤ LỤC ĐỊNH NGHĨA





Phụ lục - Định nghĩa

1. Bên mua bảo hiểm

Là cá nhân hoặc tổ chức kê khai, ký tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

- a. Cá nhân đang cư trú tại Việt Nam, đủ 18 tuổi trở lên và có năng lực hành vi dân sự theo quy định của pháp luật tại thời điểm kê khai và ký tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm; hoặc
- b. Tổ chức được thành lập và đang hoạt động hợp pháp tại Việt Nam tại thời điểm kê khai và ký tên trên Giấy yêu cầu bảo hiểm.

Bên mua bảo hiểm có thể tham gia hợp đồng bảo hiểm cho Người được bảo hiểm là:

- Bản thân;
- Vợ, chồng, con, cha, mẹ của Bên mua bảo hiểm;
- Anh, chị, em ruột của Bên mua bảo hiểm;
- Người có quan hệ nuôi dưỡng, cấp dưỡng của Bên mua bảo hiểm;
- Người khác nếu Bên mua bảo hiểm có quan hệ bảo hiểm theo quy định của pháp luật hiện hành.

2. Generali

Là Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Generali Việt Nam hoạt động theo Giấy phép thành lập và hoạt động số 61GP/KDBH do Bộ Tài chính cấp ngày 20 tháng 04 năm 2011.

3. Giá trị hoàn lại

- a. Là số tiền Bên mua bảo hiểm sẽ nhận được khi yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước hạn. Giá trị hoàn lại bằng giá trị Tài khoản hợp đồng trừ đi Phí chấm dứt hợp đồng trước hạn và các Khoản nợ (nếu có).
- b. Được Generali tính toán phù hợp cơ sở kỹ thuật đã đăng ký với Bộ Tài chính.
- c. Trong tài liệu minh họa bán hàng, Giá trị hoàn lại được ước tính vào cuối mỗi Năm hợp đồng.

4. Giấy chứng nhận bảo hiểm

Là văn bản thể hiện Generali chấp nhận bảo hiểm theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm. Giấy chứng nhận bảo hiểm được Generali cấp cho Bên mua bảo hiểm và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

5. Giấy yêu cầu bảo hiểm

Là văn bản yêu cầu bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm và là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm.

6. Hợp đồng bảo hiểm

Là sự thỏa thuận bằng văn bản giữa Generali và Bên mua bảo hiểm, theo đó Bên mua bảo hiểm và Generali cam kết tuân thủ các điều kiện của Quy tắc và Điều khoản đã thỏa thuận theo Hợp đồng bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm bao gồm:

- Giấy yêu cầu bảo hiểm;
- Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm này;
- Quy tắc và Điều khoản của Quyền lợi bảo hiểm mở rộng (nếu có);
- Các bản phụ lục, các xác nhận sửa đổi bổ sung và các thỏa thuận khác của hai bên trong quá trình giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm, bao gồm tất cả các bản kê khai, bản trả lời hay bất cứ chứng từ nào làm căn cứ giao kết và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.

7. Khoản khấu trừ hàng tháng

Bao gồm Phí bảo hiểm rủi ro và Phí quản lý hợp đồng. Khoản khấu trừ hàng tháng được ưu tiên khấu trừ từ Tài khoản cơ bản trước, nếu Tài khoản cơ bản không đủ, Khoản khấu trừ hàng tháng hoặc phần còn lại của Khoản khấu trừ hàng tháng sẽ được tự động khấu trừ từ Tài khoản đóng thêm (nếu có).

8. Khoản nợ

Bao gồm các khoản phí bảo hiểm đến hạn nhưng chưa được đóng, lãi phát sinh từ các khoản phí bảo hiểm này, các Khoản khấu trừ hàng tháng chưa được khấu trừ, các khoản thuế cần nộp theo quy định của pháp luật.

9. Lãi suất đầu tư

Là mức lãi suất được áp dụng để xác định số tiền lãi được cộng và tích lũy vào giá trị Tài khoản hợp đồng. Lãi suất đầu tư là mức Lãi suất cao hơn giữa lãi suất công bố và lãi suất cam kết theo Điều 1, mục 1. Lãi suất công bố tại từng thời điểm được dựa trên lãi suất đầu tư thực tế từ Quỹ liên kết chung sau khi trừ đi Phí quản lý quỹ.

10. Năm hợp đồng

Là khoảng thời gian 12 Tháng hợp đồng tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày kỷ niệm hợp đồng.

11. Ngày đến hạn đóng phí

Là ngày Bên mua bảo hiểm đóng Phí bảo hiểm định kỳ, được xác định theo định kỳ đóng phí bảo hiểm và Ngày hiệu lực hợp đồng.

12. Ngày hiệu lực hợp đồng

Là ngày mà Hợp đồng bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

13. Ngày kết thúc hợp đồng

Là Ngày kỷ niệm hợp đồng ngay sau khi Người được bảo hiểm chính đạt 99 Tuổi, như được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

14. Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng

Là ngày Generali chấp thuận bằng văn bản việc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm bị mất hiệu lực. Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng được quy định tại Điều 9, mục 4.

15. Ngày kỷ niệm hợp đồng

Là ngày lặp lại hàng năm của Ngày hiệu lực hợp đồng trong suốt thời hạn hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp năm không có ngày tương ứng, ngày liền trước đó sẽ được áp dụng.

16. Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng

Là ngày lặp lại hàng tháng của Ngày hiệu lực hợp đồng trong suốt thời hạn hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp tháng không có ngày tương ứng, ngày liền trước đó sẽ được áp dụng.

17. Ngày phát hành hợp đồng

Là ngày mà Generali phát hành Giấy chứng nhận bảo hiểm và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.

18. Người được bảo hiểm

Người được bảo hiểm chính: là cá nhân đang cư trú tại Việt Nam, từ 30 ngày Tuổi đến 65 Tuổi tại Ngày hiệu lực hợp đồng, và được Generali chấp thuận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của Hợp đồng bảo hiểm này.

Người được bảo hiểm bổ sung: là cá nhân không phải Người được bảo hiểm chính theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản này có tham gia bảo hiểm với Quyền lợi bảo hiểm mở rộng theo Quy tắc và Điều khoản của Quyền lợi bảo hiểm mở rộng.

19. Phí bảo hiểm

Bao gồm Phí bảo hiểm cơ bản và Phí bảo hiểm mở rộng (nếu có).

20. Phí bảo hiểm cơ bản

Là phí bảo hiểm của Quyền lợi bảo hiểm theo Điều 1 của Quy tắc và Điều khoản này. Phí bảo hiểm cơ bản được xác định dựa trên Số tiền bảo hiểm, Tuổi và giới tính của Người được bảo hiểm vào ngày ký Giấy yêu cầu bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm phải đóng đủ Phí bảo hiểm cơ bản trong 04 Năm hợp đồng đầu tiên. Phí bảo hiểm cơ bản được phân bổ vào Tài khoản cơ bản sau khi trừ đi Phí ban đầu.

21. Phí bảo hiểm mở rộng

Là phí bảo hiểm của (các) Quyền lợi bảo hiểm mở rộng (nếu có). Phí bảo hiểm mở rộng được phân bổ vào Tài khoản cơ bản sau khi trừ đi Phí ban đầu.

22. Phí bảo hiểm ban đầu

Là Phí bảo hiểm được Bên mua bảo hiểm đóng lần đầu tiên khi nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm.

23. Phí bảo hiểm định kỳ

Là Phí bảo hiểm theo định kỳ đóng phí đã chọn.

24. Phí bảo hiểm đóng thêm

Là số tiền mà Bên mua bảo hiểm đóng thêm sau khi đã đóng đủ tổng Phí bảo hiểm định kỳ của Năm hợp đồng hiện tại và các Năm hợp đồng trước đó. Phí bảo hiểm đóng thêm được phân bổ vào Tài khoản đóng thêm sau khi trừ đi Phí ban đầu.

Phí bảo hiểm đóng thêm cần tuân thủ theo mức tối thiểu và tối đa do Generali quy định tại từng thời điểm, nhưng tổng Phí bảo hiểm đóng thêm trong mỗi Năm hợp đồng không vượt quá 05 lần mức phí bảo hiểm trong Năm hợp đồng đầu tiên, bao gồm Phí bảo hiểm cơ bản, Phí bảo hiểm mở rộng và Phí bảo hiểm đóng thêm. Generali có thể thay đổi quy định về mức Phí bảo hiểm đóng thêm và có thể ngưng nhận Phí bảo hiểm đóng thêm vào bất kỳ lúc nào trong suốt thời hạn Hợp đồng bảo hiểm.

25. Phí ban đầu

Là khoản phí được khấu trừ từ Phí bảo hiểm cơ bản, Phí bảo hiểm mở rộng và Phí bảo hiểm đóng thêm trước khi các khoản phí bảo hiểm này được phân bổ vào giá trị Tài khoản hợp đồng.

26. Phí bảo hiểm rủi ro

Là khoản phí để đảm bảo quyền lợi bảo hiểm rủi ro theo cam kết tại Hợp đồng bảo hiểm, được khấu trừ hàng tháng từ giá trị Tài khoản hợp đồng vào Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng. Phí bảo hiểm rủi ro bao gồm Phí bảo hiểm rủi ro của các Quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản này và (các) Quyền lợi bảo hiểm mở rộng (nếu có).

27. Phí chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước hạn

Là khoản phí tính cho Bên mua bảo hiểm khi yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước thời hạn.

28. Phí quản lý hợp đồng

Là khoản phí dùng để bù đắp chi phí liên quan đến việc duy trì Hợp đồng bảo hiểm và cung cấp các thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm cho Bên mua bảo hiểm, được khấu trừ hàng tháng từ giá trị Tài khoản hợp đồng vào Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng.

29. Phí quản lý quỹ

Là khoản phí dùng để chi trả cho các hoạt động đầu tư và quản lý Quỹ liên kết chung.

30. Quyền lợi bảo hiểm mở rộng

Là (các) quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản của từng Quyền lợi bảo hiểm mở rộng, được quy định tại Điều 3 và được Generali cung cấp theo yêu cầu của Bên mua bảo hiểm và theo các quy định của Generali.

31. Quỹ liên kết chung

- a. Là quỹ được hình thành từ nguồn Phí bảo hiểm cơ bản, Phí bảo hiểm mở rộng và Phí bảo hiểm đóng thêm của các Hợp đồng bảo hiểm liên kết chung và thuộc quỹ chủ hợp đồng bảo hiểm.
- b. Generali quản lý và đầu tư Quỹ liên kết chung vào lĩnh vực đầu tư mà Generali được phép và thấy thích hợp. Tuy nhiên, Generali có thể ủy thác việc quản lý và đầu tư Quỹ liên kết chung cho một bên thứ ba.
- c. Generali thực hiện chính sách đầu tư thận trọng bằng việc tập trung chủ yếu vào các tài sản có thu nhập ổn định như trái phiếu Chính phủ, trái phiếu doanh nghiệp và tiền gửi ngân hàng.

32. Số tiền bảo hiểm

Là số tiền do Bên mua bảo hiểm yêu cầu bảo hiểm và được Generali chấp thuận bảo hiểm theo Quy tắc và Điều khoản này. Số tiền bảo hiểm được thể hiện tại Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các bản phụ lục, các xác nhận sửa đổi bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có).

33. Sự kiện bảo hiểm

Là sự kiện làm phát sinh trách nhiệm chi trả quyền lợi bảo hiểm của Generali theo Quy tắc và Điều khoản này và Quy tắc và Điều khoản của Quyền lợi bảo hiểm mở rộng đính kèm tương ứng (nếu có).

34. 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.

34. Tài khoản cơ bản

- a. Là tài khoản ghi nhận các giá trị từ nguồn Phí bảo hiểm cơ bản, Phí bảo hiểm mở rộng (nếu có) sau khi trừ đi Phí ban đầu và Khoản khấu trừ hàng tháng.
- b. Các khoản lãi đầu tư, khoản Thưởng hàng năm, khoản Thưởng đặc biệt được cộng vào giá trị Tài khoản cơ bản theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản này.

36. Tài khoản đóng thêm

Là tài khoản ghi nhận các giá trị tích lũy từ Phí bảo hiểm đóng thêm sau khi trừ đi Phí ban đầu (nếu có), cộng với các khoản lãi đầu tư.

37. Tài khoản hợp đồng

Là tài khoản ghi nhận tổng giá trị của của Tài khoản cơ bản và Tài khoản đóng thêm (nếu có).

38. Tháng hợp đồng

Là khoảng thời gian 01 tháng dương lịch tính từ Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng.

39. Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn

Là trường hợp:

- a. Người được bảo hiểm bị mất, hoặc bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của các bộ phận sau:
 - Hai tay; hoặc

- Hai chân; hoặc
- Một tay và một chân; hoặc
- Hai mắt; hoặc
- Một tay và một mắt; hoặc
- Một chân và một mắt.

Trong trường hợp này, mất hoặc bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi được chức năng của (i) tay được tính từ cổ tay trở lên, (ii) chân được tính từ mắt cá chân trở lên, (iii) mắt được hiểu là mất hẳn mắt hoặc mù hoàn toàn.

Hoặc:

b. Người được bảo hiểm bị thương tật với tỷ lệ thương tật từ 81% trở lên.

Việc chứng nhận Người được bảo hiểm bị:

- mất hoàn toàn bộ phận cơ thể (tay, chân hoặc mắt) có thể được thực hiện ngay sau khi sự kiện xảy ra.
- liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của các bộ phận cơ thể (tay, chân hoặc mắt) hoặc thương tật với tỷ lệ từ 81% trở lên được thực hiện không sớm hơn 180 ngày kể từ ngày sự kiện xảy ra hoặc từ ngày bệnh lý được chẩn đoán xác định và được chứng nhận bởi Hội đồng Giám định Y khoa hoặc cơ quan có thẩm quyền từ cấp tỉnh trở lên hoặc cơ quan y tế được Generali chấp thuận.

40. Tình trạng y tế có trước

Được hiểu là:

- Tình trạng bệnh, thương tích của Người được bảo hiểm đã được khám, hoặc xét nghiệm, hoặc tư vấn y khoa, hoặc chẩn đoán, hoặc điều trị; hoặc
- Triệu chứng, dấu hiệu bất thường về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm mà nếu biết được các triệu chứng, dấu hiệu bất thường này Generali không chấp thuận bảo hiểm hoặc chấp thuận bảo hiểm với mức phí tăng thêm, hoặc áp dụng loại trừ bảo hiểm, hoặc không chấp thuận khôi phục hiệu lực hợp đồng bảo hiểm

phát sinh trước Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy theo ngày nào đến sau.

Tiền sử 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.

41. Tuổi

Là tuổi theo sinh nhật vừa qua của Người được bảo hiểm vào Ngày hiệu lực hợp đồng hoặc Ngày kỷ niệm tháng hợp đồng. Tuổi của Người được bảo hiểm là tuổi được dùng làm cơ sở để xác định Số tiền bảo hiểm, Phí bảo hiểm rủi ro và quyền lợi bảo hiểm.

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ TRỢ

BẢO HIỂM SỨC KHOẺ CÁ NHÂN

- PHIÊN BẢN 3

(Được phê chuẩn theo Công văn số 13136/BTC-QLBH ngày 12/12/2022 của Bộ Tài chính)



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

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

Trong điều khoản bổ trợ này:

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

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

Mục lục

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

05

1. Quyền lợi bảo hiểm và chương trình bảo hiểm 06
2. Tham gia bảo hiểm 07
3. Nguyên tắc chi trả quyền lợi bảo hiểm 08
4. Quyền lợi nội trú 09
5. Quyền lợi ngoại trú 14
6. Quyền lợi nha khoa 15
7. Quyền lợi thai sản 16
8. Quyền lợi kiểm tra sức khoẻ 17
9. Thời gian chờ 18
10. Các trường hợp loại trừ trách nhiệm bảo hiểm 19

GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

22

11. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi 23
12. Thời hạn nộp hồ sơ và giải quyết quyền lợi 24



CÁC QUY ĐỊNH KHÁC

26

- 13. Phí bảo hiểm và các loại Phí khác 27
- 14. Thay đổi liên quan đến quyền lợi bảo hiểm 28
- 15. Thời hạn bảo hiểm 29
- 16. Các trường hợp vi phạm và cách xử lý 30
- 17. Chấm dứt hiệu lực 30

PHỤ LỤC 1 |

BẢNG CHI TIẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

33

PHỤ LỤC 2 |

GIẢI THÍCH TỪ NGỮ

39

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM





I. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

1. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM VÀ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM

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

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

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

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

Đơn vị: đồng

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

1.2. Tóm tắt các quyền lợi bảo hiểm

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

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

1.3. Phạm vi địa lý được bảo hiểm

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

2. THAM GIA BẢO HIỂM

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

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

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

3. NGUYÊN TẮC CHI TRẢ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

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

- Là Chi phí y tế thực tế, Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa, thuộc phạm vi bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm tham gia;
- Phát sinh i) trong phạm vi địa lý được bảo hiểm, ii) trong thời gian quyền lợi bảo hiểm đó có hiệu lực, và iii) phát sinh sau Thời gian chờ;
- 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 10;
- Có đầy đủ các chứng từ được nộp trong thời hạn quy định tại Điều 11 và Điều 12 của Điều khoản bổ trợ này.

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

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

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

4. QUYỀN LỢI NỘI TRÚ

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

4.1. Viện phí và các chi phí y tế

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

Đơn vị: đồng

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

4.1.1 Tiền giường và phòng	Chi phí y tế thực tế cho tiền giường và phòng cho mỗi Ngày nằm viện, bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn của phòng tại Cơ sở y tế (nếu có). Nếu Người được bảo hiểm Nằm viện tại phòng bao (là phòng có hai hay nhiều giường được đăng ký sử dụng cho một bệnh nhân), Generali sẽ chi trả theo mức chi phí tiền giường và phòng của một giường đơn.
4.1.2 Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt	Chi phí y tế thực tế cho mỗi Ngày nằm viện tại Phòng chăm sóc đặc biệt của Cơ sở y tế theo chỉ định của Bác sĩ.
4.1.3 Chi phí Phẫu thuật	Chi phí y tế thực tế phát sinh từ việc Người được bảo hiểm được Phẫu thuật.

4.1.4 Chi phí điều trị nội trú khác	Các Chi phí y tế thực tế khác phát sinh khi Người được bảo hiểm điều trị Bệnh, Thương tích do Bác sĩ chỉ định.
4.1.5 Chi phí điều trị trước khi Nằm viện	Chi phí y tế thực tế phát sinh khi Người được bảo hiểm điều trị Bệnh, Thương tích trong vòng 30 ngày trước khi Nằm viện. Việc điều trị này là: i) theo chỉ định của Bác sĩ; và ii) có liên quan trực tiếp đến Bệnh, Thương tích khiến cho Người được bảo hiểm phải Nằm viện.
4.1.6 Chi phí điều trị sau khi xuất viện	Chi phí y tế thực tế phát sinh khi Người được bảo hiểm điều trị Bệnh, Thương tích trong vòng 60 ngày sau khi xuất viện. Việc điều trị này là: i) theo chỉ định của Bác sĩ tại Cơ sở y tế nơi Người được bảo hiểm Nằm viện; và ii) có liên quan trực tiếp đến Bệnh, Thương tích khiến cho Người được bảo hiểm phải Nằm viện.
4.1.7 Chi phí hỗ trợ người nuôi bệnh nhân	Chi phí y tế thực tế cho tiền giường mỗi ngày của 01 người lưu lại Cơ sở y tế để chăm sóc Người được bảo hiểm.
4.1.8 Chi phí Chăm sóc y tế tại nhà	Chi phí y tế thực tế phát sinh khi Người được bảo hiểm có sử dụng dịch vụ Chăm sóc y tế tại nhà trong vòng 15 ngày sau khi xuất viện. Chăm sóc y tế tại nhà chỉ áp dụng khi Người được bảo hiểm có thực hiện Phẫu thuật hoặc điều trị tại Phòng chăm sóc đặc biệt khi Nằm viện.
4.1.9 Trợ cấp nằm viện tại Bệnh viện công lập	Khoản tiền cố định mà Generali chi trả cho mỗi Ngày nằm viện tại Bệnh viện công lập. (Chương trình bảo hiểm Tiết Kiệm không có khoản trợ cấp này)
4.1.10 Chi phí Vật lý trị liệu	Chi phí y tế thực tế khi Người được bảo hiểm thực hiện Vật lý trị liệu. Nếu Người được bảo hiểm Nằm viện với mục đích thực hiện vật lý trị liệu, phục hồi chức năng và/hoặc xét nghiệm chẩn đoán mà không đáp ứng các điều kiện về Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa, Generali sẽ không chi trả các chi phí này.

<p>4.1.11 Chi phí vận chuyển cấp cứu</p>	<p>Chi phí y tế thực tế khi Người được bảo hiểm được vận chuyển cấp cứu đến Cơ sở y tế/Phòng khám hoặc giữa các Cơ sở y tế/Phòng khám theo chỉ định của Bác sĩ.</p> <p>Việc vận chuyển cấp cứu cần được thực hiện bằng phương tiện vận chuyển cấp cứu thuộc Cơ sở y tế/Phòng khám hoặc các tổ chức có chức năng cung cấp dịch vụ vận chuyển cấp cứu. Generali không chi trả các chi phí cho việc vận chuyển cấp cứu bằng đường hàng không.</p>
-------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.2. Cây ghép nội tạng

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

Chi phí này bao gồm:

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

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

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

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

4.4. Điều trị trong ngày

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

4.4.1 Phẫu thuật trong ngày	Chi phí y tế thực tế cho Phẫu thuật trong ngày theo chỉ định của Bác sĩ, bao gồm: chi phí khám, thuốc theo toa, chi phí Bác sĩ phẫu thuật, chi phí gây mê/gây tê và chi phí cho các thiết bị, dụng cụ sử dụng trong Phẫu thuật.
4.4.2 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. Nếu Người được bảo hiểm Nằm viện để lọc máu thận thì Chi phí y tế thực tế phát sinh sẽ được chi trả theo các chi phí được quy định tại Điều 4.1.

4.5. Điều trị cấp cứu do Tai nạn

4.5.1 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 Phòng khám/Cơ sở y tế trong vòng 07 ngày kể từ ngày xảy ra Tai nạn. Chi phí này bao gồm chi phí khám, chẩn đoán nha khoa, chi phí cầm máu, nhổ răng, lấy tủy răng, chụp X-quang. Generali không chi trả các chi phí điều trị tổn thương răng phát sinh do ăn uống, vệ sinh răng miệng hoặc răng bào mòn tự nhiên.
4.5.2 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/Phòng khám trong vòng 24 giờ kể từ khi xảy ra Tai nạn.

4.6. Quyền lợi nhân đôi hạn mức

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

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

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

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

5. QUYỀN LỢI NGOẠI TRÚ

(Áp dụng khi Người được bảo hiểm có tham gia quyền lợi ngoại trú)
Các chi phí được Generali chi trả theo quyền lợi này bao gồm:

5.1. Điều trị ngoại trú theo Tây y

Chi phí y tế thực tế khi Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú theo Tây y tại các Phòng khám/Cơ sở y tế, bao gồm:

- Chi phí khám, xét nghiệm theo chỉ định của Bác sĩ nhằm mục đích chẩn đoán Bệnh, Thương tích;
- Chi phí thuốc Tây y theo toa;
- Chi phí Vật lý trị liệu;
- Chi phí hỗ trợ y tế như băng, nẹp thạch cao, bó bột để điều trị gãy tay, gãy chân hay Thương tích khác (loại trừ các loại nẹp khác, chân, tay giả, dụng cụ giả, thiết bị hỗ trợ như gậy, xe lăn).

5.2. Điều trị ngoại trú theo Đông y

Chi phí y tế thực tế khi Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú theo Đông y tại các Phòng khám/Cơ sở y tế, bao gồm:

- a. Chi phí khám, xét nghiệm theo chỉ định của Bác sĩ nhằm mục đích chẩn đoán Bệnh, Thương tích;
- b. Chi phí thuốc Đông y theo toa.

5.3. Tiêm chủng

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

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

6. QUYỀN LỢI NHA KHOA

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

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

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

6.2. Các chi phí khám và điều trị răng khác

- a. Chi phí khám, xét nghiệm theo chỉ định của Bác sĩ nha khoa nhằm mục đích chẩn đoán Bệnh, Thương tích;
- b. Chi phí điều trị viêm nướu, viêm nha chu, lấy tủy răng, nhổ răng sâu, nhổ răng khôn do biến chứng;
- c. Chi phí khám răng, trám răng bằng chất liệu amalgam, composite, GIC, sứ, kim loại thông thường (loại trừ các chất liệu quý hiếm như vàng, bạc, bạch kim, platin, palladium);
- d. Chi phí cắt u mô cứng của răng, cắt cuống răng.

7. QUYỀN LỢI THAI SẢN

(Áp dụng khi Người được bảo hiểm có tham gia quyền lợi thai sản)
Các chi phí được Generali chi trả theo quyền lợi này bao gồm:

7.1. Chi phí khám thai

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

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

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

7.2.1 Tiền giường và phòng	Chi phí y tế thực tế cho giường và phòng cho mỗi Ngày nằm viện, bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn của phòng tại Cơ sở y tế (nếu có). Nếu Người được bảo hiểm Nằm viện tại phòng bao (là phòng có hai hay nhiều giường được đăng ký sử dụng cho một bệnh nhân), Generali sẽ chi trả theo mức chi phí tiền giường và phòng của một giường đơn
7.2.2 Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt	Chi phí y tế thực tế cho mỗi Ngày nằm viện tại Phòng chăm sóc đặc biệt của Cơ sở y tế theo chỉ định của Bác sĩ.
7.2.3 Các chi phí chăm sóc thai sản khác	Các Chi phí y tế thực tế cho việc: <ul style="list-style-type: none">(i) Sinh thường, bao gồm chi phí đỡ đẻ, chi phí chi trả cho Bác sĩ chuyên khoa; và các chi phí Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa.(ii) Điều trị biến chứng thai sản, sinh mổ của Người được bảo hiểm.(iii) Phá thai theo chỉ định của Bác sĩ. Generali không chi trả cho chi phí phá thai theo yêu cầu của Người được bảo hiểm.(iv) Tái khám sau sinh và thuốc theo chỉ định của Bác sĩ: 01 lần tái khám trong vòng 45 ngày kể từ ngày sinh hoặc ngày bị biến chứng thai sản.

	(v) Chăm sóc dưỡng nhi: chi phí điều trị nội trú do Bệnh của con của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ trong vòng 14 ngày kể từ ngày sinh (không yêu cầu Người được bảo hiểm phải Nằm viện). Generali không chi trả các chi phí điều trị liên quan đến dị tật bẩm sinh của trẻ sơ sinh và các chi phí khác bao gồm: thuốc dưỡng nhi, xét nghiệm sàng lọc sơ sinh, tiêm chủng, vệ sinh trẻ sơ sinh.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8. QUYỀN LỢI KIỂM TRA SỨC KHỎE

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

Đơn vị: đồng

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

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

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

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

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

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

9. THỜI GIAN CHỜ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. CÁC TRƯỜNG HỢP LOẠI TRỪ TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM

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

- a. Người được bảo hiểm tự tử, mưu toan tự tử, hoặc tự gây ra thương tích cho bản thân trong tình trạng tinh táo hoặc mất trí;
- b. Sử dụng thuốc quá liều, chất độc, sử dụng thuốc mà không theo chỉ định của Bác sĩ, sử dụng trái phép chất ma túy;
- c. Bất kỳ bệnh hoặc rối loạn tâm thần, tâm lý, suy nhược cơ thể, suy nhược thần kinh, tình trạng căng thẳng (stress), mất ngủ, điều trị liên quan đến chứng khó thở trong khi ngủ (bao gồm ngủ ngáy);
- d. Các chi phí khám và điều trị liên quan đến thai sản (ngoại trừ trường hợp có tham gia quyền lợi thai sản quy định tại Điều 7);
- e. Các chi phí khám và điều trị liên quan đến sức khỏe sinh sản như hiếm muộn, vô sinh, ngừa thai, triệt sản và các biến chứng liên quan;
- f. Chi phí cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng phục vụ cho việc cấy ghép nội tạng;
- g. Kiểm tra thị lực; kiểm tra thính lực; kiểm tra tật khúc xạ mắt bao gồm cận thị, viễn thị, loạn thị; bất kỳ phẫu thuật và/hoặc liệu pháp điều chỉnh các khuyết tật thính giác, thị giác, trừ các Phẫu thuật do Tai nạn;
- h. Thiết bị chỉnh hình, hỗ trợ chức năng, thiết bị nhân tạo, máy trợ thính hoặc các thiết bị có tính chất tương tự, ngoại trừ các thiết bị, dụng cụ cần phải cấy ghép vào cơ thể để duy trì sự sống;

- i. Chẩn đoán, chăm sóc hoặc điều trị nha khoa (ngoại trừ điều trị tổn thương răng do Tai nạn quy định tại Điều 4.5.1 và trường hợp có tham gia quyền lợi nha khoa quy định tại Điều 6);
- j. Điều trị do Tình trạng y tế có trước, ngoại trừ Tình trạng y tế có trước được kê khai đầy đủ, chính xác trên Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và được Generali chấp nhận;
- k. Điều khiển phương tiện giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn thuộc trường hợp bị nghiêm cấm theo quy định của pháp luật;
- l. Bất kỳ bệnh hoặc rối loạn do bẩm sinh, di truyền;
- m. Nhiễm HIV, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) (ngoại trừ trường hợp nhiễm HIV trong khi đang thực hiện nhiệm vụ tại nơi làm việc như là một nhân viên y tế hoặc công an, cảnh sát), các bệnh lây truyền qua đường tình dục;
- n. Phẫu thuật thẩm mỹ, phẫu thuật chỉnh hình, phẫu thuật chuyển đổi giới tính, các hình thức điều trị thẩm mỹ và các biến chứng liên quan (ngoại trừ trường hợp Phẫu thuật chỉnh hình khi bị Thương tích do Tai nạn nhằm tái tạo lại chức năng vận động của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ);
- o. Chi phí cho các sản phẩm mỹ phẩm, thực phẩm chức năng, thuốc bổ, vitamin, khoáng chất, các chất bổ sung cho chế độ dinh dưỡng hoặc phục vụ cho chế độ ăn kiêng;
- p. Điều trị những bất thường trong quá trình phát triển như: khó khăn trong việc học, rối loạn tăng động giảm chú ý, tự kỷ, những vấn đề về cách cư xử, những vấn đề liên quan đến sự phát triển thể chất, hành vi, ngôn ngữ, và các liệu pháp ngôn ngữ;
- q. Điều trị do phơi nhiễm năng lượng hạt nhân, phóng xạ ion hóa hay nhiễm phóng xạ thuộc bất kỳ loại nào (ngoại trừ trường hợp Người được bảo hiểm bị phơi nhiễm phóng xạ do sử dụng phương pháp xạ trị trong điều trị Ung thư);
- r. Tham gia hoạt động đóng thế mạo hiểm, hoạt động thể thao chuyên nghiệp, hoạt động thám hiểm mạo hiểm, hoạt động nguy hiểm như: đua ngựa, đua xe, trượt tuyết, trượt băng, leo núi, lặn, nhảy bungee (là hoạt động nhảy từ một điểm cố định trên cao, chân người nhảy được giữ bằng một sợi dây co giãn), tham gia các chuyến bay trên không (như dù lượn, khinh khí cầu, nhảy dù,...) ngoại trừ trường hợp là hành khách trên chuyến bay thường lệ (dân dụng);

- s. Hành vi cố ý phạm tội của Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc Bên mua bảo hiểm. Trường hợp có nhiều Người thụ hưởng, nếu chỉ có một hoặc một số Người thụ hưởng thực hiện hành vi phạm tội, Generali vẫn chi trả cho (những) Người thụ hưởng còn lại phần quyền lợi theo tỷ lệ thụ hưởng đã được chỉ định.

GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM





II. GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

11. HỒ SƠ YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI

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

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

Lưu ý:

- Generali giữ quyền yêu cầu và lưu trữ bản gốc các chứng từ nhóm (3) và (4).
- Trường hợp Người được bảo hiểm được điều trị ngoài lãnh thổ Việt Nam và các chứng từ bằng tiếng nước ngoài, Generali có quyền yêu cầu người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm thực hiện:
 - Chứng thực các chứng từ nhóm (3) và (4) sang tiếng Anh hoặc tiếng Việt;
 - Chứng thực, hợp pháp hóa lãnh sự các chứng từ nhóm (5) sang tiếng Anh hoặc tiếng Việt.

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

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

12. THỜI HẠN NỘP HỒ SƠ VÀ GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI

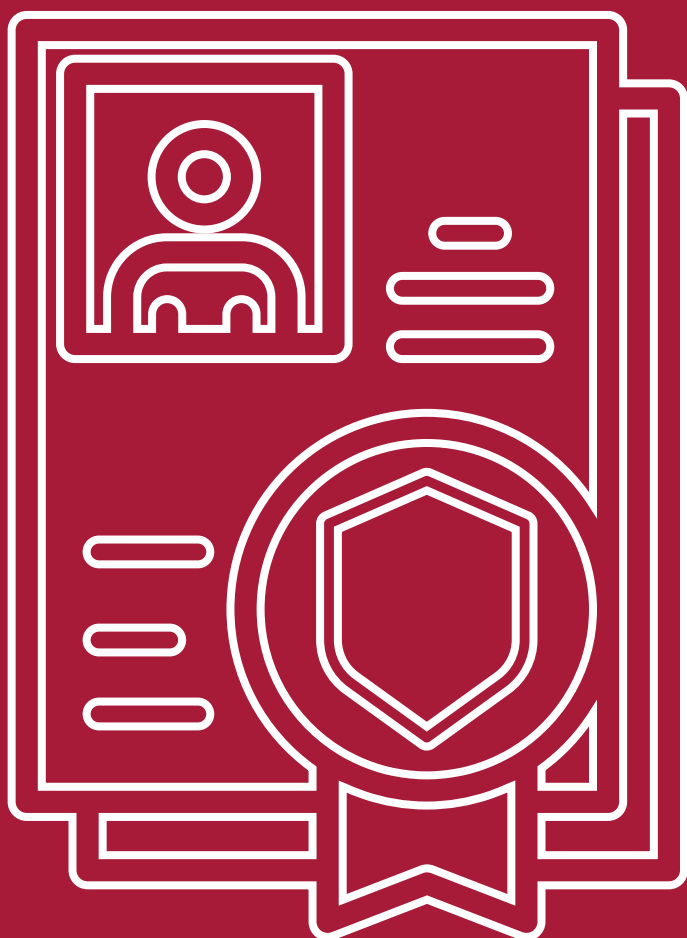
Thời hạn nộp hồ sơ	Thời hạn Generali xử lý hồ sơ
<ul style="list-style-type: none">• Là 12 tháng tính từ i) ngày Người được bảo hiểm xuất viện sau khi điều trị nội trú, hoặc ii) ngày khám/điều trị theo từng quyền lợi bảo hiểm tương ứng.• Thời hạn trên không bao gồm thời gian xảy ra sự kiện bất khả kháng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

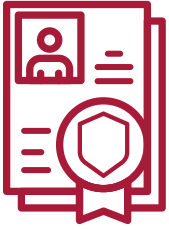
Lưu ý:

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



CÁC QUY ĐỊNH KHÁC





III. CÁC QUY ĐỊNH KHÁC

13. PHÍ BẢO HIỂM VÀ CÁC LOẠI PHÍ KHÁC

13.1. Phí bảo hiểm

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

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

13.2. Phí ban đầu

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

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

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

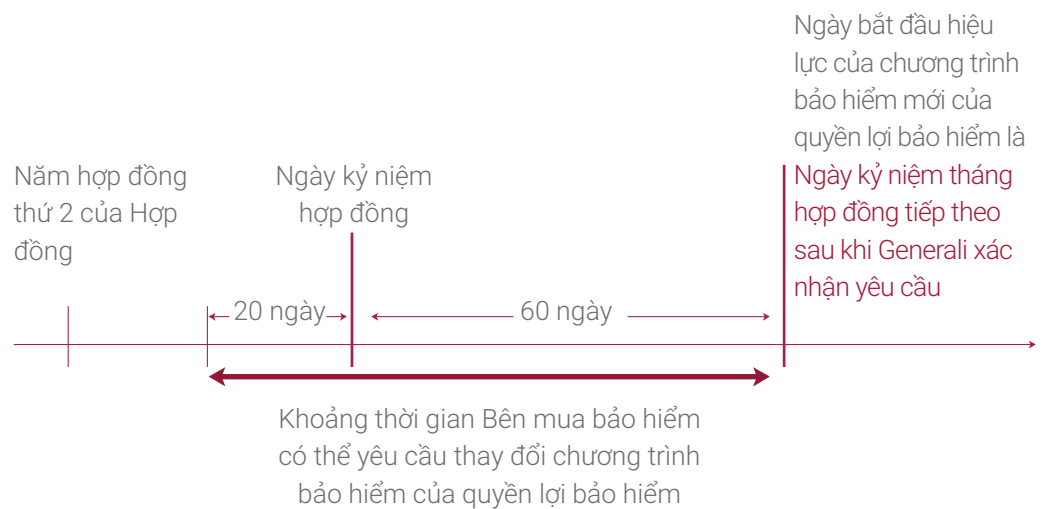
Phí rủi ro là khoản phí liên quan đến việc đảm bảo chi trả quyền lợi bảo vệ theo cam kết tại Quy tắc và điều khoản này.

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

14. THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

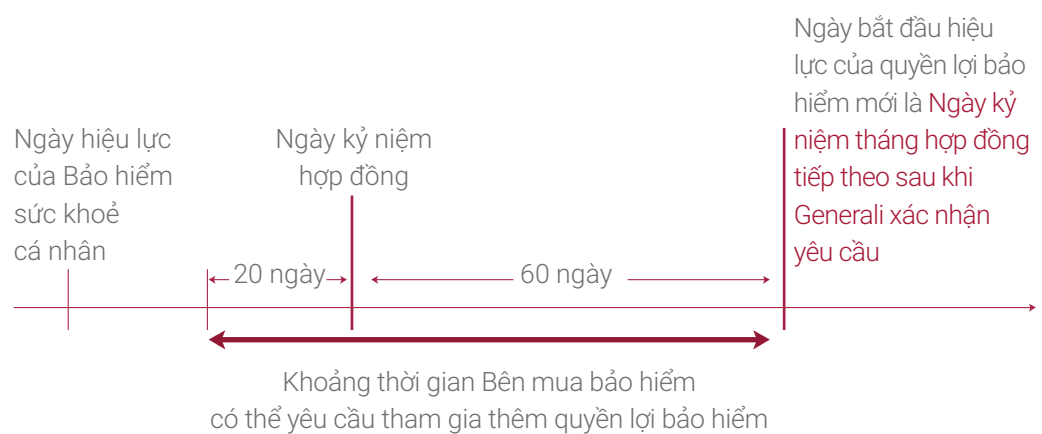
14.1. Thay đổi chương trình bảo hiểm của quyền lợi bảo hiểm

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



14.2. Tham gia thêm quyền lợi bảo hiểm

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



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

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

Theo đó, Generali có quyền:

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

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

15. THỜI HẠN BẢO HIỂM

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

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

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

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

16. CÁC TRƯỜNG HỢP VI PHẠM VÀ CÁCH XỬ LÝ

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

Trường hợp 2: Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm không kê khai đầy đủ và chính xác các thông tin về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm mà nếu biết được các thông tin này Generali đã:

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

17. CHẤM DỨT HIỆU LỰC

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

- (i) Kết thúc thời hạn bảo hiểm;

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

CÁC PHỤ LỤC





PHỤ LỤC 1: BẢNG CHI TIẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

1. QUYỀN LỢI NỘI TRÚ

Đơn vị: đồng

	Chương trình bảo hiểm				
	Tiết Kiệm	Tiêu Chuẩn	Cao Cấp	V.I.P	Kim Cương
Phạm vi địa lý được bảo hiểm	Việt Nam	Việt Nam	Toàn cầu (ngoại trừ Hoa Kỳ)	Toàn cầu (ngoại trừ Hoa Kỳ)	Toàn cầu
Hạn mức hàng năm của quyền lợi nội trú	100 triệu	300 triệu	650 triệu	1,2 tỷ	5 tỷ
Quyền lợi nhân đôi hạn mức (để điều trị nội trú các bệnh Ung thư, Đột quy, Nhồi máu cơ tim)	100 triệu	300 triệu	650 triệu	1,2 tỷ	5 tỷ
Tỷ lệ đồng chi trả	0% hoặc 20%	0%	0%	0%	0%
Phạm vi bảo hiểm	Giới hạn phụ				
Viện phí và các chi phí y tế					
Giới hạn cho mỗi Đợt điều trị có Phẫu thuật	60 triệu	180 triệu	390 triệu	720 triệu	Theo Chi phí y tế thực tế
Giới hạn cho mỗi Đợt điều trị không có Phẫu thuật	30 triệu	90 triệu	195 triệu	360 triệu	
1. Tiền giường và phòng/Ngày nằm viện - Điều trị trong nước	500 nghìn	1,5 triệu	3 triệu	6 triệu	12 triệu

Đơn vị: đồng

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

Đơn vị: đồng

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

2. QUYỀN LỢI NGOẠI TRÚ

Đơn vị: đồng

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

3. QUYỀN LỢI NHA KHOA

Đơn vị: đồng

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

4. QUYỀN LỢI THAI SẢN

Đơn vị: đồng

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



PHỤ LỤC 2: GIẢI THÍCH TỪ NGỮ

Bác sĩ	<p>Là người có bằng bác sĩ và được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề y hợp pháp trong phạm vi đào tạo chuyên ngành và phạm vi giấy phép theo pháp luật của quốc gia/vùng lãnh thổ nơi người đó hành nghề. Bác sĩ không được đồng thời là:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc• Vợ/chồng, con, anh/chị/em ruột, cha/mẹ, ông/bà, cháu, cha dượng, mẹ kế của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng.
Bảo lãnh viện phí	<p>Là việc Generali chi trả trực tiếp một phần hoặc toàn bộ Chi phí y tế thực tế cho Cơ sở y tế/Phòng khám theo quy định tại Điều khoản bồi trợ này trong trường hợp Người được bảo hiểm điều trị do Bệnh tại các Cơ sở y tế/Phòng khám thuộc hệ thống bảo lãnh viện phí của Generali.</p>
Bệnh	<p>Bệnh phải được Bác sĩ chẩn đoán, chỉ định điều trị, và là nguyên nhân trực tiếp, độc lập với các nguyên nhân khác gây ảnh hưởng đến sức khỏe và dẫn đến việc điều trị của Người được bảo hiểm.</p> <p>Bệnh phải xảy ra trong thời gian Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này có hiệu lực.</p>
Bệnh viện công lập	<p>Là Cơ sở y tế được thành lập và sở hữu duy nhất bởi Nhà nước Việt Nam và được quản lý bởi cơ quan Nhà nước có thẩm quyền theo quy định của pháp luật Việt Nam.</p>
Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa	<p>Là dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và chăm sóc y tế (không bao gồm kiểm tra sức khỏe hoặc tầm soát bệnh) và đáp ứng được các yêu cầu sau:</p> <ul style="list-style-type: none">• được thực hiện tại Cơ sở y tế/Phòng khám; và• phù hợp với chẩn đoán và điều trị y tế thông thường đối với Bệnh hoặc Thương tích đó cho mỗi lần khám/Đợt điều trị; và• có số Ngày nằm viện và chi phí hợp lý, phù hợp với việc điều trị y tế thông thường đối với Bệnh, Thương tích đó.

<p>Cơ sở y tế</p>	<p>Là tổ chức được thành lập hợp pháp và hoạt động theo pháp luật của quốc gia/vùng lãnh thổ nơi tổ chức này đặt cơ sở và có giấy phép hoạt động (nếu việc cấp giấy phép này theo yêu cầu pháp luật của quốc gia/vùng lãnh thổ đó), không phải là một nơi điều dưỡng, dưỡng bệnh, nơi dành cho người già an dưỡng, nơi dành cho người nghiện rượu và nghiện ma túy hay một tổ chức tương tự và đáp ứng được các yêu cầu sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • được thành lập nhằm tiếp cận, chăm sóc, khám và điều trị y tế cho người bị ốm đau, bệnh tật, thương tích; • có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca phẫu thuật y khoa; • có đầy đủ điều kiện cho hoạt động nội trú và theo dõi bệnh nhân.
<p>Chăm sóc y tế tại nhà</p>	<p>Là dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà cho Người được bảo hiểm được cung cấp bởi Cơ sở y tế/Phòng khám.</p> <p>Dịch vụ chăm sóc y tế tại nhà theo định nghĩa này phải được thực hiện theo chỉ định của Bác sĩ điều trị cho Người được bảo hiểm khi Nằm viện trước đó.</p> <p>Chỉ định này của Bác sĩ phải Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa.</p>
<p>Chi phí y tế thực tế</p>	<p>Là chi phí y tế thông lệ và hợp lý phát sinh từ việc điều trị y tế là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa đối với Bệnh, Thương tích của Người được bảo hiểm.</p> <p>Chi phí này không bao gồm các chi phí, dịch vụ y tế nhằm phục vụ cho sự tiện nghi của Người được bảo hiểm và Bác sĩ.</p>
<p>Đột quy</p>	<p>Là tình trạng tổn thương mạch máu não xảy ra đột ngột (bao gồm nhồi máu não, xuất huyết mạch máu nội sọ, thuyên tắc mạch não), và phải đáp ứng tất cả các điều kiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tổn thương mạch máu não được xác định bằng kết quả chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính (CT scan) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI); • Triệu chứng kéo dài liên tục trên 24 giờ; • Ảnh hưởng chức năng vận động, hoặc cảm giác, hoặc khả năng nói. <p>Các trường hợp sau không được bảo hiểm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 trong Phụ lục 1 - Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm. Giới hạn phụ cũng được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc văn bản xác nhận của Generali (nếu có).
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 Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này. Hạn mức hàng năm của các quyền lợi nội trú, ngoại trú, nha khoa, thai sản được quy định tại Phụ lục 1 - Bảng chi tiết quyền lợi bảo hiểm và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc văn bản xác nhận của Generali (nếu có).
Hành vi gian lận bảo hiểm	Là hành vi Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm a) giả mạo tài liệu, cố ý làm sai lệch thông tin trong hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi; hoặc b) gây thiệt hại về sức khỏe, tính mạng của Người được bảo hiểm để hưởng quyền lợi bảo hiểm.
Năm đóng phí	Là 12 tháng liên tục Bên mua bảo hiểm đóng đủ phí bảo hiểm cho từng quyền lợi bảo hiểm của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân.
Năm viện	Là khi Người được bảo hiểm nhập viện điều trị nội trú liên tục ít nhất 12 giờ cho Bệnh hoặc Thương tích tại Cơ sở y tế do Bác sĩ chỉ định là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa.
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 tại Việt Nam, được Generali chấp thuận bảo hiểm và đáp ứng quy định về Tuổi theo quy định tại Điều 2 của Điều khoản bổ trợ này.
Nhồi máu cơ tim	Là tình trạng hoại tử một phần cơ tim do gián đoạn nguồn cung cấp máu. <ul style="list-style-type: none"> 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: <ul style="list-style-type: none"> Điện tâm đồ xác nhận hoại tử cơ tim mới xảy ra; hoặc Tăng men tim hoặc tăng Troponins: Troponin T > 1,0 ng/ml, hoặc tương đương với phương pháp xác định Troponin khác.

	<p>Các trường hợp sau không được bảo hiểm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cơ đau thắt ngực; • Hội chứng mạch vành cấp tính khác.
Phẫu thuật	<p>Là quá trình giải phẫu do Bác sĩ thực hiện trong phòng phẫu thuật của Cơ sở y tế để điều trị Bệnh/Thương tích, không bao gồm phẫu thuật được thực hiện trong phòng cấp cứu, phòng tiểu phẫu, hoặc với phương pháp vô cảm gây tê tại chỗ.</p>
Phòng chăm sóc đặc biệt	<p>Là một khoa của Cơ sở y tế và đáp ứng được các yêu cầu sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • được thành lập để thực hiện chương trình chăm sóc và điều trị đặc biệt; và • dành riêng cho các bệnh nhân trong tình trạng nguy kịch chức năng sống và cần sự theo dõi và kiểm tra y tế liên tục của Bác sĩ; và • được trang bị các thiết bị, thuốc, phương tiện khác cần thiết cho việc cứu sống bệnh nhân; và • không phải là phòng hậu phẫu, phòng hồi sức cấp cứu, phòng chăm sóc đặc biệt thuộc các khoa khám chữa bệnh hoặc phòng cấp cứu.
Phòng khám	<p>Là một khoa của Cơ sở y tế hoặc một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo pháp luật của quốc gia/vùng lãnh thổ nơi tổ chức này đặt cơ sở; hoạt động với mục đích chủ yếu là tư vấn, khám và điều trị ngoại trú.</p>
Tai nạn	<p>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.</p>
Tình trạng nguy kịch	<p>Là sự thay đổi đột ngột về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm mà theo nhận định của Bác sĩ là cần phải điều trị y tế hoặc phẫu thuật khẩn cấp để tránh tử vong hoặc để tránh ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khỏe hiện tại và lâu dài.</p> <p>Ngoài ra, Tình trạng nguy kịch sẽ được đánh giá dựa theo hoàn cảnh tại nơi Sự kiện bảo hiểm xảy ra, bản chất của việc điều trị y tế khẩn cấp và khả năng cung cấp dịch vụ cấp cứu tại nơi xảy ra Sự kiện bảo hiểm này.</p>

<p>Tình trạng y tế có trước</p>	<p>Là:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Triệu chứng, dấu hiệu bất thường về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm khởi phát trong vòng 12 tháng trước ngày bắt đầu có hiệu lực của quyền lợi bảo hiểm hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng gần nhất, tùy vào ngày nào đến sau, mà nếu biết được các triệu chứng, dấu hiệu bất thường này Generali: i) không chấp thuận bảo hiểm hoặc ii) chấp thuận bảo hiểm với mức phí tăng thêm, hoặc iii) áp dụng loại trừ trách nhiệm bảo hiểm, hoặc iv) không chấp thuận khôi phục hiệu lực của Bảo hiểm sức khỏe cá nhân này; hoặc • Tình trạng bệnh tật hoặc thương tật của Người được bảo hiểm đã được khám, xét nghiệm, tư vấn y khoa, chẩn đoán hay điều trị trước ngày bắt đầu có hiệu lực của quyền lợi bảo hiểm hoặc Ngày khôi phục hiệu lực hợp đồng, tùy vào ngày nào đến sau. <p>Triệu chứng, dấu hiệu bất thường về tình trạng sức khỏe hoặc Tình trạng bệnh tật hoặc thương tật được lưu giữ tại cơ sở y tế, hồ sơ y tế hoặc lời khai của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Tình trạng y tế có trước.</p>
<p>Tỷ lệ đồng chi trả</p>	<p>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 bổ trợ này.</p> <p>Tỷ lệ đồng chi trả được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc văn bản xác nhận của Generali (nếu có).</p>
<p>Thương tích</p>	<p>Là tổn thương cơ thể của Người được bảo hiểm gây ra bởi nguyên nhân duy nhất và trực tiếp do Tai nạn và không liên quan đến bất kỳ nguyên nhân nào khác. Các tổn thương này xảy ra trong thời gian quyền lợi bảo hiểm có hiệu lực và cần phải được điều trị theo chỉ định của Bác sĩ.</p>
<p>Ung thư</p>	<p>Là sự phát triển lan tràn và không thể kiểm soát của các tế bào ác tính, có sự xâm lấn và phá hủy các mô bình thường, và cần phải điều trị bằng các biện pháp Phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, liệu pháp miễn dịch, liệu pháp nội tiết tố, liệu pháp trúng đích, hoặc liệu pháp tế bào gốc hoặc các phương pháp điều trị Ung thư khác được chỉ định bởi Bác sĩ chuyên khoa. Chẩn đoán ung thư phải được xác định bằng kết quả xét nghiệm mô bệnh học được thực hiện bởi Bác sĩ chuyên khoa Ung bướu hoặc Bác sĩ chuyên khoa Giải phẫu bệnh.</p>
<p>Vật lý trị liệu</p>	<p>Là việc sử dụng các biện pháp vật lý theo bảng danh mục của Bộ Y tế để điều trị giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp hay các hoạt động bình thường hàng ngày của Người được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ.</p> <p>Vật lý trị liệu không phải là các phương pháp làm đẹp, thư giãn, tập sửa dáng đi hoặc các phương pháp tương tự.</p>

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ TRỢ
**BẢO HIỂM TỬ VONG
VÀ THƯƠNG TẬT DO TAI NẠN**
(PHIÊN BẢN MỞ RỘNG)

(Được phê chuẩn theo Công văn số 14598/BTC-QLBH ngày 23/12/2021 của Bộ Tài chính)



Bảo hiểm bổ trợ **Bảo hiểm tử vong và thương tật do Tai nạn – Phiên bản mở rộng**^[1] ("Bảo hiểm bổ trợ") được đính kèm theo sản phẩm bảo hiểm Liên kết chung và Liên kết đơn vị để bảo hiểm cho (những) người có quyền lợi có thể được bảo hiểm với Bên mua bảo hiểm, trong trường hợp Bên mua bảo hiểm có yêu cầu và được Generali chấp thuận.

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

Trong Điều khoản bổ trợ này, các thuật ngữ 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 ("Điều khoản chính"). Quy định của Điều khoản chính được áp dụng đối với 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.

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

Điều 1. Quyền lợi bảo hiểm

Trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ có hiệu lực, nếu Người được bảo hiểm bị Tổn thương hoặc tử vong do Tai nạn, Generali sẽ chi trả các quyền lợi bảo hiểm như sau:

1.1 Quyền lợi Thương tật vĩnh viễn do Tai nạn

Thương tật	Số tiền chi trả (% Số tiền bảo hiểm)
1. Chấn thương sọ não nghiêm trọng	100%
2. Thương tật dẫn đến mất khả năng lao động với tỷ lệ phần trăm tổn thương cơ thể từ 81% trở lên	100%
3. Mất vĩnh viễn thị lực hai mắt	100%
4. Mất vĩnh viễn thính lực hai tai	100%
5. Mất hoặc liệt vĩnh viễn hai bàn tay	100%
6. Mất hoặc liệt vĩnh viễn hai bàn chân	100%
7. Mất hoặc liệt vĩnh viễn một tay và một chân	100%
8. Mất hoặc liệt vĩnh viễn một tay và mất vĩnh viễn thị lực một mắt	100%
9. Mất hoặc liệt vĩnh viễn một chân và mất vĩnh viễn thị lực một mắt	100%
10. Mất vĩnh viễn thị lực một mắt	50%
11. Mất vĩnh viễn thính lực một tai	50%
12. Mất hoặc liệt vĩnh viễn một bàn tay hoặc một bàn chân	50%
13. Mất (cụt) đốt ở ngón tay cái	
- Một đốt	10% (Tối đa 30 triệu đồng/Tai nạn)
- Hai đốt trên cùng một ngón tay (trong cùng một Tai nạn)	15%
14. Mất (cụt) đốt ở ngón tay trỏ hoặc ngón tay giữa hoặc ngón tay áp út hoặc ngón tay út	
- Một đốt	4% (Tối đa 15 triệu đồng/Tai nạn)
- Hai đốt hoặc ba đốt trên cùng một ngón tay (trong cùng một Tai nạn)	8%

Thương tật	Số tiền chi trả (% Số tiền bảo hiểm)
15. Mất (cụt) đốt ở ngón chân cái	
- Một đốt	2% (Tối đa 15 triệu đồng/Tai nạn)
- Hai đốt trên cùng một ngón chân (trong cùng một Tai nạn)	5%
16. Mất (cụt) đốt ở ngón chân trở hoặc ngón chân giữa hoặc ngón chân áp út hoặc ngón chân út	
- Một đốt	2% (Tối đa 15 triệu đồng/Tai nạn)
- Hai đốt trên cùng một ngón chân (trong cùng một Tai nạn)	2%
- Ba đốt trên cùng một ngón chân (trong cùng một Tai nạn)	3%

1.2 Quyền lợi Chấn thương cơ quan nội tạng do Tai nạn

Bộ phận	Chấn thương	Số tiền chi trả (% Số tiền bảo hiểm)
Ngực	Tràn khí màng phổi	5%
	Tràn máu màng phổi	5%
Bụng	Vỡ lá lách (vết thương lách hoặc vỡ lách)	5%
	Vỡ gan (vết thương gan hoặc vỡ gan)	10%
	Thủng dạ dày hoặc ruột non/ruột già	10%
	Vỡ tụy	10%
Hệ tiết niệu	Chấn thương một/hai thận chỉ phải điều trị bảo tồn	5%
	Chấn thương một/hai thận phải phẫu thuật	10%
	Rách thành niệu quản hoặc đứt niệu quản	5%
	Rách thành bàng quang	5%
	Rách thành niệu đạo hoặc đứt niệu đạo	5%
Mô liên kết	Đứt hoàn toàn một hoặc nhiều các dây chằng đầu gối sau: <ul style="list-style-type: none"> - Dây chằng giữa hoặc bên - Dây chằng chéo trước hoặc sau 	3% (Tối đa 50 triệu đồng/Tai nạn)

1.3 Quyền lợi Gãy xương do Tai nạn

Bộ xương	Gãy xương	Số tiền chi trả (% Số tiền bảo hiểm)
Xương sọ	Vỡ một hoặc nhiều phần xương sọ (bao gồm nút xương sọ, vỡ lún sọ, vỡ sàn sọ, chấn thương xuyên hộp sọ) trừ các xương mặt hay việc khuyết xương sọ do phẫu thuật mở hộp sọ trong chấn thương sọ não	10%
Xương mặt	Gãy xương hàm dưới hoặc xương hàm trên	5%
	Gãy một trong các xương mặt khác	2%
Xương thân mình	Gãy một hoặc nhiều thân xương đốt sống, trừ xương cùng và xương cụt	10%
	Gãy từ ba xương sườn trở lên	5%
Xương chi trên	Gãy một hoặc hai xương đòn	2%
	Gãy một hoặc hai bên xương bả vai	2%
	Gãy một hoặc nhiều xương cổ tay, xương bàn tay hoặc xương đốt ngón tay	1%
	Gãy một hoặc nhiều các xương dưới đây: - Xương cánh tay - Xương trụ - Xương quay	5% (Tối đa 50 triệu đồng/Tai nạn)
Xương chi dưới	Gãy xương chậu	10%
	Gãy xương đùi của một chân	10%
	Vỡ sụn chêm giữa hai bên khớp gối, cần phẫu thuật	2%
	Gãy một hoặc hai xương bánh chè	2%
	Gãy một hoặc nhiều xương cổ chân, xương gót chân, xương bàn chân hoặc xương đốt ngón chân	1%
	Gãy xương mác và/hoặc xương chày của cùng một chân	5% (Tối đa 50 triệu đồng/Tai nạn)

1.4 Quyền lợi Bông do Tai nạn

Bộ phận	Tỷ lệ (%) diện tích da cơ thể bị Bông	Số tiền chi trả (% Số tiền bảo hiểm)
Đầu	Từ 2% đến dưới 5%	50%
	Từ 5% đến dưới 8%	75%
	Từ 8% trở lên	100%
Thân mình và tay, chân	Từ 10% đến dưới 15%	50%
	Từ 15% đến dưới 20%	75%
	Từ 20% trở lên	100%

1.5 Quyền lợi Vận chuyển cấp cứu do Tai nạn

Nếu Người được bảo hiểm bị Tai nạn và được vận chuyển cấp cứu đến Cơ sở y tế/Phòng khám hoặc giữa các Cơ sở y tế/Phòng khám theo chỉ định của Bác sĩ, Generali Việt Nam sẽ chi trả số tiền hỗ trợ vận chuyển là 2.500.000 đồng cho mỗi lần Tai nạn của Người được bảo hiểm.

Việc vận chuyển cấp cứu của Người được bảo hiểm phải được thực hiện bằng phương tiện vận chuyển cấp cứu thuộc Cơ sở y tế/Phòng khám hoặc tổ chức có chức năng cung cấp dịch vụ vận chuyển cấp cứu.

Quyền lợi này được chi trả tối đa là 5.000.000 đồng/Năm hợp đồng.

Generali không chi trả các chi phí chuyển viện theo yêu cầu của Người được bảo hiểm.

1.6 Quyền lợi Tử vong do Tai nạn

Nếu Người được bảo hiểm tử vong do Tai nạn, Generali sẽ chi trả quyền lợi tử vong do Tai nạn trong những trường hợp theo bảng sau:

Tử vong do tai nạn	Số tiền chi trả (% Số tiền bảo hiểm)
a. Nếu Tai nạn làm Người được bảo hiểm tử vong là tai nạn máy bay xảy ra khi Người được bảo hiểm đang là hành khách trên chuyến bay thường lệ (dân dụng)	300%
b. Nếu Tai nạn làm Người được bảo hiểm tử vong là: <ul style="list-style-type: none"> Tai nạn giao thông và tại thời điểm xảy ra Tai nạn, Người được bảo hiểm đang là hành khách có mua vé trên phương tiện giao thông công cộng, gồm: xe buýt, ô tô chở khách tuyến cố định, tàu hỏa chở khách 	

Tử vong do tai nạn	Số tiền chi trả (% Số tiền bảo hiểm)
(gồm cả phương tiện đường sắt đô thị), tàu thủy chở khách, phà chở khách, buýt đường thủy, tàu điện; hoặc <ul style="list-style-type: none"> Tai nạn thang máy và tại thời điểm xảy ra Tai nạn, Người được bảo hiểm đang ở trong thang máy (không bao gồm thang máy hoạt động trong hầm mỏ, tại các công trình xây dựng hoặc nhà ở riêng lẻ); hoặc Do hậu quả trực tiếp của hỏa hoạn tại tòa nhà công cộng, gồm: nhà hát, rạp chiếu phim, hội trường công cộng, trung tâm thương mại, siêu thị, trường học, bệnh viện và các trung tâm thể thao 	200%
c. Nếu Tai nạn làm Người được bảo hiểm tử vong là các trường hợp tai nạn khác	100%

Trước khi chi trả quyền lợi này, Generali sẽ trừ đi số tiền đã chấp thuận chi trả cho các quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 1.1, Điều 1.2, Điều 1.3, Điều 1.4 và Điều 1.5 (nếu có).

1.7 Tỷ lệ điều chỉnh trong trường hợp Người được bảo hiểm là trẻ em

Nếu Người được bảo hiểm là trẻ em, quyền lợi bảo hiểm tại Điều 1 (ngoại trừ Điều 1.5) được xác định bằng số tiền chi trả nhân với Tỷ lệ điều chỉnh tương ứng với tuổi của Người được bảo hiểm tại thời điểm xảy ra Sự kiện bảo hiểm.

Chi tiết Tỷ lệ điều chỉnh như sau:

Tuổi tại thời điểm xảy ra Sự kiện bảo hiểm	Dưới 01 Tuổi	Từ 01 đến dưới 02 Tuổi	Từ 02 đến dưới 03 Tuổi	Từ 03 đến dưới 04 Tuổi	Từ 04 Tuổi trở lên
Tỷ lệ điều chỉnh	20%	40%	60%	80%	100%

Điều 2. Giới hạn chi trả quyền lợi bảo hiểm

Tổng số tiền chi trả cho tất cả Tổn thương và quyền lợi Vận chuyển cấp cứu do Tai nạn cộng lại sẽ không vượt quá 100% Số tiền bảo hiểm.

Khi đã chấp thuận chi trả Quyền lợi Tử vong do Tai nạn, Generali sẽ không phải chi trả bất kỳ quyền lợi nào khác.

Điều 3. Phí ban đầu

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

Năm đóng phí	1	2	3	4	5+
Phí ban đầu (% Phí bảo hiểm bổ trợ)	60%	45%	15%	5%	0%

Điều 4. Các trường hợp loại trừ

Generali không chi trả quyền lợi bảo hiểm quy định tại Điều 1, nếu Người được bảo hiểm bị Tổn thương hoặc tử vong do Tai nạn trong trường hợp sau và/hoặc do nguyên nhân sau:

- Hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc Bên mua bảo hiểm. Trong trường hợp do hành vi phạm tội của Người thụ hưởng, Generali sẽ không chi trả phần quyền lợi bảo hiểm cho Người thụ hưởng tham gia vào hành vi đó;
- 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;
- Điều khiển phương tiện giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn thuộc trường hợp bị nghiêm cấm theo quy định của pháp luật hoặc trong cơ thể có chất ma túy.

Điều 5. 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:

- Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi được khai đầy đủ, chính xác;
- Bản sao Chứng minh nhân dân/Căn cước công dân/Hộ chiếu của người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm;
- 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 di sản thừa kế, di chúc, văn bản cử người đại diện nhận quyền lợi;

- d. Bảng chứng về Sự kiện bảo hiểm:
- Tử vong: Giấy chứng tử/Trích lục khai tử.
 - Các trường hợp Tổn thương do Tai nạn: kết quả giám định tình trạng thương tật, Bông do Hội đồng Giám định y khoa cấp tỉnh trở lên hoặc cơ quan có thẩm quyền, hoặc cơ quan y tế được Generali chấp thuận, cấp theo quy định của pháp luật (ngoại trừ trường hợp Người được bảo hiểm bị mất chi).
 - Chứng từ y tế: Bản sao Giấy ra viện và tóm tắt bệnh án (nếu có nằm viện), giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có phẫu thuật), hồ sơ khám, kết quả xét nghiệm, phim X-quang, kết quả siêu âm, MRI, CT, 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.
 - Hóa đơn/ hóa đơn điện tử cho chi phí Vận chuyển cấp cứu do Tai nạn.
- e. Bảng chứng về nguyên nhân của Sự kiện bảo hiểm như:
- 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 Sự kiện bảo hiểm xảy ra do Tai nạn;
 - Biên bản khám nghiệm tử thi (nếu có);

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, bảng 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 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 y khoa do Generali chi trả. Kết quả giám định y khoa là cơ sở để Generali xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Điều 6. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn của Bảo hiểm bổ trợ từ 05 năm đến 75 năm (tùy theo lựa chọn của Bên mua bảo hiểm và Tuổi của Người được bảo hiểm), nhưng không vượt quá thời hạn của Hợp đồng. Thời hạn của Bảo hiểm bổ trợ 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).

Bảo hiểm bổ trợ bắt đầu có hiệu lực kể từ ngày Bên mua bảo hiểm hoàn tất yêu cầu bảo hiểm và đóng đủ khoản phí bảo hiểm của Bảo hiểm bổ trợ và được Generali chấp thuận bằng văn bản, với điều kiện Người được bảo hiểm phải còn sống vào thời điểm yêu cầu bảo hiểm được Generali chấp thuận.

Điều 7. Chấm dứt Bảo hiểm bổ trợ

Bảo hiểm bổ trợ chấm dứt hiệu lực trong những trường hợp sau, tùy trường hợp nào xảy ra trước:

- Kết thúc thời hạn của Bảo hiểm bổ trợ;
- Tổng số tiền Generali chấp thuận chi trả cho các quyền lợi quy định tại Điều 1.1, Điều 1.2, Điều 1.3, Điều 1.4 và Điều 1.5 đã đủ 100% Số tiền bảo hiểm;
- Người được bảo hiểm tử vong;
- Hợp đồng chấm dứt;
- Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Bảo hiểm bổ trợ;
- Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

Điều 8. Định nghĩa

8.1 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 của Người được bảo hiểm lên cơ thể Người được bảo hiểm trong thời gian Bảo hiểm bổ trợ 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 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.

8.2 Tổn thương

Bao gồm một hoặc nhiều thương tật do Tai nạn gây ra được nêu tại các quyền lợi Thương tật vĩnh viễn do Tai nạn, Chấn thương cơ quan nội tạng do Tai nạn, Gãy xương do Tai nạn và Bỏng do Tai nạn theo quy định tại Điều 1 của Điều khoản bổ trợ này.

8.3 Chấn thương

Là sự tổn thương thân thể của Người được bảo hiểm do Tai nạn gây ra, có bằng chứng của sự va đập, vết cắt, hoặc vết thương ở phần bên ngoài cơ thể.

Chấn thương không bao gồm những tổn thương thân thể do đau ốm, bệnh tật, nhiễm các loại vi khuẩn hoặc vi-rút.

8.4 Bỏng

Là bỏng độ III trở lên của mô mềm của các cơ quan trong cơ thể Người được bảo hiểm do Tai nạn gây ra. Tiêu chuẩn của bỏng độ III là tổn thương toàn bộ lớp da (thượng bì và mô dưới da) và có chỉ định cấy ghép da. Tỷ lệ bỏng trên diện tích da cơ thể (mức độ bỏng) được xác định theo Biểu đồ bề mặt cơ thể Lund và Browder.

8.5 Chấn thương sọ não nghiêm trọng

Là chấn thương đầu do Tai nạn dẫn đến di chứng thần kinh vĩnh viễn và không thể phục hồi, được đánh giá sau ngày xảy ra Tai nạn ít nhất 03 tháng. Chẩn đoán được xác định bởi Bác sĩ chuyên khoa thần kinh, dựa trên cơ sở hình ảnh tổn thương não trên hình ảnh Cộng hưởng từ nhân não (MRI) hoặc trên phim Chụp cắt lớp não (CT), hoặc các kết quả xét nghiệm hình ảnh học đáng tin cậy khác.

Loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong những trường hợp chấn thương tử sống.

8.6 Liệt vĩnh viễn

Là bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng. Tình trạng này phải kéo dài trong thời gian ít nhất 03 tháng kể từ ngày xảy ra Tai nạn và phải được xác nhận bởi Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh.

8.7 Mất hoặc liệt vĩnh viễn tay

Là tình trạng mất (cụt) hoặc bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của tay được tính từ cổ tay trở lên.

8.8 Mất hoặc liệt vĩnh viễn chân

Là tình trạng mất (cụt) hoặc bị liệt hoàn toàn và không thể phục hồi chức năng của chân được tính từ mắt cá chân trở lên.

8.9 Mất bàn tay

Là tình trạng bàn tay bị mất (cụt) hoàn toàn tất cả xương đốt bàn tay.

8.10 Mất bàn chân

Là tình trạng bàn chân bị mất (cụt) hoàn toàn tất cả xương đốt bàn chân.

8.11 Mất vĩnh viễn thính lực

Là tình trạng mất thính lực trên 90 dB với các tần số âm thanh là 500 Hz, 1000 Hz và 2000 Hz. Chẩn đoán phải được xác định dựa trên cơ sở kết quả đo thính lực đồ và các thử nghiệm ngưỡng âm thanh được thực hiện và xác định bởi bác sĩ chuyên khoa tai mũi họng.

8.12 Gãy xương

Là tình trạng gãy hoàn toàn hoặc vỡ của xương hoặc gãy lia toàn bộ mặt cắt của xương, nhưng không bao gồm các trường hợp Nứt xương hay Gãy cành tươi. Chẩn đoán Gãy xương phải được Bác sĩ xác nhận căn cứ vào kết quả chụp X-quang, hoặc chụp CT hoặc MRI.

8.13 Nứt xương

Là một đường gãy mảnh (trên phim X-quang hoặc hình ảnh chụp CT hoặc MRI) giữa 2 mảnh của 1 xương nhưng các mảnh xương vẫn dính liền với nhau và đường gãy này không kéo dài hết chiều ngang của xương.

8.14 Gãy cành tươi

Là tình trạng xương bị gãy ngang phần vỏ, kéo dài vào phần giữa và hướng xuống trục dọc của xương mà không gãy lia sang phần vỏ xương đối diện.

8.15 Cơ sở y tế

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

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

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

8.16 Phòng khám

Là một khoa của Cơ sở y tế hoặc một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo luật của nước sở tại nơi tổ chức này đặt cơ sở; hoạt động với mục đích chủ yếu là khám và điều trị ngoại trú.

8.17 Bác sĩ

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

- a. Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- b. Vợ/chồng, con, anh chị em ruột, cha mẹ, ông bà, cháu, cha dượng, mẹ kế của Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng.

8.18 Người được bảo hiểm

Là cá nhân đang cư trú tại Việt Nam, từ 30 ngày Tuổi đến 65 Tuổi tại ngày Bảo hiểm bổ trợ bắt đầu có hiệu lực 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 của Bảo hiểm bổ trợ là 75 Tuổi.

8.19 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 tại 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).



CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM NHÂN THỌ GENERALI VIỆT NAM

TOÀ NHÀ GENERALI PLAZA
43-45 Tú Xương, P. Võ Thị Sáu,
Quận 3, TP.HCM

TOÀ NHÀ GENTOWER HÀ NỘI
14 Lê Đại Hành, P. Lê Đại Hành,
Quận Hai Bà Trưng, Hà Nội

TOÀ NHÀ GENTOWER ĐÀ NẴNG
386 Hoàng Diệu, P. Bình Thuận,
Quận Hải Châu, Tp. Đà Nẵng

 1900 96 96 75

 www.generali.vn

 info@generali-life.com.vn