

Quy tắc và Điều khoản

BẢO HIỂM SỨC KHỎE

BẢO HIỂM CHI TRẢ CHI PHÍ Y TẾ THỰC TẾ

(Được phê chuẩn theo Công văn số ngày của Bộ Tài chính)

PHẦN I: QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 1. Gói bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm

Trong thời gian Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, Generali sẽ chi trả các chi phí y tế thực tế khi Người được bảo hiểm điều trị bệnh/thương tích là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa tại Cơ sở y tế/Phòng khám trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam với điều kiện là bệnh/thương tích được chẩn đoán và điều trị theo chỉ định của Bác sĩ, không thuộc Tình trạng y tế có trước và xảy ra sau Thời gian chờ.

Số tiền chi trả sẽ không vượt quá Số tiền bảo hiểm, giới hạn của từng loại chi phí tương ứng với Gói bảo hiểm và quyền lợi đã lựa chọn. Chi tiết mỗi Gói bảo hiểm như sau:

Đơn vị: triệu đồng

Gói bảo hiểm	VITA - Sống Như Ý 50	VITA - Sống Như Ý 100	VITA - Sống Như Ý 200	VITA - Sống Như Ý 300	VITA - Sống Như Ý 400	VITA - Sống Như Ý 500
A. Quyền lợi điều trị nội trú						
Số tiền bảo hiểm	50	100	200	300	400	500
1. Chi phí giường (tối đa cho mỗi ngày Nằm viện)	0,5	1	2	3	4	5
2. Chi phí điều trị nội trú (tối đa cho mỗi lần Nằm viện)	5	10	20	30	40	50
3. Chi phí Phẫu thuật (tối đa cho mỗi lần Phẫu thuật)	10	20	40	60	80	100
4. Chi phí điều trị trong ngày						
▪ Chi phí Phẫu thuật trong ngày (tối đa cho mỗi lần Phẫu thuật)	5	10	20	30	40	50
▪ Chi phí lọc máu thận và điều trị ung thư trong ngày (tối đa cho toàn bộ thời hạn hợp đồng)	5	10	20	30	40	50
B. Quyền lợi điều trị ngoại trú (áp dụng khi có tham gia thêm)						
Số tiền bảo hiểm	2,5	5	10	15	20	25
Chi phí điều trị ngoại trú (tối đa cho mỗi lần khám)	0,25	0,5	1	1,5	2	2,5

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.

Điều 2. Các trường hợp không thuộc phạm vi bảo hiểm

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

- Điều trị nha khoa, thẩm mỹ, tật khúc xạ, tâm thần;
- Bệnh và rối loạn bẩm sinh, di truyền;
- Điều trị liên quan đến sức khỏe sinh sản như triệt sản, điều trị vô sinh, sinh con, các biến chứng thai sản;
- 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;
- Sử dụng chất gây nghiện, chất kích thích; Điều khiển phương tiện giao thông mà trong máu hoặc hơi thở có nồng độ cồn;
- Hành vi phạm tội của Người được bảo hiểm.

PHẦN II: THỦ TỤC NHẬN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Điều 3. Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm là Người được bảo hiểm cần nộp các chứng từ bằng tiếng Việt như sau:

- a. Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đã được điền đầy đủ, chính xác;
- b. Chứng từ liên quan đến sự kiện bảo hiểm:
 - Phiếu khám, chỉ định và kết quả xét nghiệm, chẩn đoán và đơn thuốc điều trị;
 - Giấy ra viện; Trích sao bệnh án; Giấy chứng nhận phẫu thuật (trong trường hợp 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/phòng khám nào mà Người được bảo hiểm đã đến khám và điều trị;
 - Biên bản tai nạn và kết luận điều tra của cơ quan có thẩm quyền (trong trường hợp do tai nạn).
- c. Chứng từ liên quan đến chi phí y tế thực tế:
 - Bản gốc hóa đơn tài chính/hóa đơn chuyển đổi từ hóa đơn điện tử, biên lai/phiếu thu tiền khám và điều trị theo quy định của cơ quan Nhà nước có thẩm quyền;
 - Bảng kê chi tiết chi phí y tế.

Điều 4. Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Người được bảo hiểm cần nộp hồ sơ theo quy định tại Điều 3 trong vòng 12 tháng kể từ ngày xuất viện hoặc ngày kết thúc điều trị theo các quyền lợi tương ứng.

Điều 5. Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Generali sẽ giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đầy đủ và hợp lệ.

Nếu quá thời hạn này, trong trường hợp quyền lợi bảo hiểm được chấp thuận chi trả, Generali sẽ 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 được công bố trên cổng thông tin điện tử của Generali tại từng thời điểm.

PHẦN III: HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Điều 6. Hiệu lực hợp đồng bảo hiểm

- 6.1** Ngày hiệu lực hợp đồng là ngày Bên mua bảo hiểm cung cấp đầy đủ thông tin trên hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, nộp đủ Phí bảo hiểm với điều kiện được Generali chấp thuận yêu cầu bảo hiểm và Người được bảo hiểm còn sống vào ngày Generali phát hành Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 6.2** Thời hạn hợp đồng là 01 năm tính từ ngày hiệu lực hợp đồng và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- 6.3** Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực khi một trong những trường hợp sau xảy ra:
- Kết thúc thời hạn hợp đồng;
 - Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm trước hạn;
 - Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực theo quy định tại Điều 10.1, Điều 10.2, Điều 11.2 của Quy tắc và Điều khoản này;
 - Các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

Điều 7. Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm được tính theo Gói bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm và Tuổi của Người được bảo hiểm tại thời điểm tham gia Hợp đồng bảo hiểm.

PHẦN IV: THAY ĐỔI LIÊN QUAN ĐẾN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

Điều 8. Cập nhật thông tin

Trong trường hợp thay đổi thông tin đã đăng ký với Generali như: thông tin liên lạc (địa chỉ, số điện thoại, thư điện tử (email),...), chứng minh nhân dân, căn cước công dân, hộ chiếu, giấy khai sinh,... Bên mua bảo hiểm cần thông báo cho Generali bằng văn bản.

Điều 9. Chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu chuyển nhượng Hợp đồng bảo hiểm bằng văn bản. Bên nhận chuyển nhượng cần đủ điều kiện để trở thành Bên mua bảo hiểm theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm 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.

Điều 10. Nhầm lẫn khi kê khai Tuổi

- 10.1** Nếu kê khai lại Tuổi mà Tuổi đúng vẫn thuộc nhóm Tuổi được bảo hiểm, Generali sẽ:
- hoàn trả phần phí chênh lệch đã đóng (không có lãi) nếu Phí bảo hiểm đã đóng cao hơn Phí bảo hiểm phải đóng; hoặc

- thu thêm phần phí còn thiếu nếu Phí bảo hiểm đã đóng thấp hơn Phí bảo hiểm phải đóng. Nếu hết thời gian do Generali quy định, phí bảo hiểm còn thiếu chưa được đóng đủ, Hợp đồng bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực và Generali sẽ hoàn trả Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi), thu hồi quyền lợi bảo hiểm đã chi trả (nếu có).

10.2 Nếu kê khai lại Tuổi và Tuổi đúng không thuộc nhóm Tuổi được bảo hiểm thì Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ, Generali sẽ hoàn trả Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) và thu hồi toàn bộ quyền lợi bảo hiểm đã chi trả (nếu có).

PHẦN V: CÁC QUY ĐỊNH KHÁC

Điều 11. Trách nhiệm cung cấp thông tin

- 11.1** Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm có nghĩa vụ kê khai đầy đủ và chính xác các thông tin theo yêu cầu vào hồ sơ yêu cầu bảo hiểm.
- 11.2** Trường hợp Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin tại Điều 11.1, mà nếu Generali biết được thông tin đầy đủ, chính xác thì Generali đã từ chối yêu cầu bảo hiểm, Generali sẽ không chi trả bất kỳ quyền lợi bảo hiểm nào, chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm, hoàn trả Phí bảo hiểm đã đóng (không có lãi) và thu hồi quyền lợi bảo hiểm đã chi trả (nếu có).
- 11.3** Generali có trách nhiệm cung cấp đầy đủ thông tin liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm, giải thích các điều kiện và điều khoản bảo hiểm nếu Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm yêu cầu. 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.

Điều 12. Trách nhiệm bảo mật thông tin khách hàng

Generali không được chuyển giao thông tin cá nhân của Bên mua bảo hiểm/Người được 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, xử lý 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.

Điều 13. Giải quyết tranh chấp

Tranh chấp phát sinh từ Hợp đồng bảo hiểm, nếu không thể giải quyết thông qua thương lượng thì 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 là 03 năm từ thời điểm phát sinh tranh chấp.

PHẦN VI: ĐỊNH NGHĨA

1. Hợp đồng bảo hiểm

Là thỏa thuận bằng văn bản giữa Generali và Bên mua bảo hiểm, bao gồm: hồ sơ yêu cầu bảo hiểm, Giấy chứng nhận bảo hiểm, Quy tắc và Điều khoản này, các xác nhận sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có).

2. Bên mua bảo hiểm

- a. Là cá nhân đang cư trú tại Việt Nam, từ đủ 18 tuổi trở lên và có năng lực hành vi dân sự đầy đủ theo quy định của pháp luật tại thời điểm kê khai, lập hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm; hoặc
- b. Là tổ chức được thành lập và đang hoạt động hợp pháp tại Việt Nam tại thời điểm kê khai, lập hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và đóng phí bảo hiểm.

3. Người được bảo hiểm

Là cá nhân đang cư trú tại Việt Nam, từ 15 ngày Tuổi đến 59 Tuổi tại ngày hiệu lực hợp đồng này và được Generali chấp thuận bảo hiểm.

4. 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 pháp luật của Việt Nam. Bác sĩ không được đồng thời là Bên mua bảo hiểm hoặc Người được bảo hiểm.

5. Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa

Là dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh và chăm sóc y tế được thực hiện tại Cơ sở y tế/Phòng khám, phù hợp với chẩn đoán và điều trị y tế thông thường đối với bệnh/thương tích cho mỗi lần khám/lần Nằm viện, có số ngày nằm viện hợp lý và chi phí phù hợp với việc điều trị y tế thông thường đối với bệnh/thương tích.

6. Cơ sở y tế, Phòng khám

- a. **Cơ sở y tế:** Là tổ chức được thành lập và cấp phép hoạt động hợp pháp theo luật của Việt Nam nhằm cung cấp dịch vụ điều trị nội trú và điều trị ngoại trú.
- b. **Phòng khám:** Là một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và cấp phép hoạt động hợp pháp theo luật của Việt Nam nhằm cung cấp dịch vụ điều trị ngoại trú.

7. Chi phí giường

Là tiền giường cho mỗi ngày Nằm viện của Người được bảo hiểm.

8. Chi phí điều trị nội trú

Là chi phí khám, xét nghiệm, điều trị nội trú do Bác sĩ chỉ định liên quan trực tiếp đến bệnh/thương tích.

9. Chi phí điều trị ngoại trú

Là chi phí khám, xét nghiệm, điều trị ngoại trú do Bác sĩ chỉ định liên quan trực tiếp đến bệnh/thương tích.

10. Chi phí phẫu thuật

Là chi phí trong quá trình Phẫu thuật liên quan trực tiếp đến bệnh/thương tích.

11. Chi phí lọc máu thận trong ngày

Là chi phí chạy thận nhân tạo và thẩm phân phúc mạc trong ngày để điều trị suy thận mạn tính.

12. Chi phí điều trị ung thư trong ngày

Là chi phí hóa trị và xạ trị trong ngày để điều trị bệnh ung thư.

13. Nằm viện

Là khi Người được bảo hiểm nhập viện tại Cơ sở y tế để điều trị nội trú ít nhất 12 giờ liên tục cho bệnh/thương tích.

Các lần Nằm viện có ngày nhập viện trong vòng 30 ngày kể từ ngày xuất viện của lần Nằm viện gần nhất trước đó và để điều trị liên quan đến cùng bệnh/thương tích sẽ được tính là một lần Nằm viện.

14. Phẫu thuật

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.

15. Thời gian chờ

Thời gian chờ được tính từ ngày hiệu lực hợp đồng, cụ thể như sau:

- Thời gian chờ là 90 ngày đối với trường hợp điều trị các bệnh sau:
 - Cao huyết áp, tiểu đường, bệnh tim mạch;
 - Ung thư, u, nang, nhân, polyp, sỏi của đường mật và hệ tiết niệu;
 - Bệnh lý mạn tính hoặc bệnh đòi hỏi phải phẫu thuật của tai, mũi, họng, xoang;
 - Thoát vị, trĩ, lỗ rò, tràn dịch màng tinh hoàn, giãn tĩnh mạch thừng tinh;
 - Bệnh của cơ quan sinh sản, bao gồm lạc nội mạc tử cung;
 - Bệnh và rối loạn của cột sống, đốt sống (bao gồm đĩa đệm) và đầu gối.
- Thời gian chờ là 30 ngày đối với trường hợp điều trị do bệnh khác.
- Không áp dụng thời gian chờ đối với trường hợp điều trị do tai nạn.

16. Tình trạng y tế có trước

Là:

- tình trạng bệnh/thương tích của Người được bảo hiểm đã được khám, xét nghiệm, tư vấn y khoa, chẩn đoán, điều trị; hoặc
- triệu chứng, dấu hiệu bất thường về tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm phát sinh trước ngày hiệu lực hợp đồng.

Tiền sử sức khỏe lưu giữ tại cơ sở y tế, hồ sơ y tế, được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Tình trạng y tế có trước.

17. Tuổi

Là tuổi theo sinh nhật vừa qua của Người được bảo hiểm.