

QUY TẮC VÀ ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM HỖ TRỢ NHÓM

BẢO HIỂM SỨC KHỎE GIA HẠN HÀNG NĂM (PHIÊN BẢN 2019)

(Được phê chuẩn theo Công văn số 13774/BTC-QLBH ngày 13/11/2019 của Bộ Tài chính)

Quy tắc và Điều khoản của Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này (“Điều khoản hỗ trợ nhóm”) là những nội dung thỏa thuận giữa **Generali** và **Bên mua bảo hiểm** nhằm bảo hiểm cho Thành viên được bảo hiểm theo sản phẩm Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này, khi **Bên mua bảo hiểm** tham gia thêm sản phẩm Bảo hiểm hỗ trợ nhóm “**Bảo hiểm sức khỏe gia hạn hàng năm (Phiên bản 2019)**” và đóng thêm khoản phí bảo hiểm tương ứng.

Trừ những thuật ngữ được định nghĩa tại Điều khoản hỗ trợ nhóm này, các thuật ngữ khác được sử dụng trong Điều khoản hỗ trợ nhóm sẽ được hiểu theo định nghĩa tại Quy tắc và Điều khoản của sản phẩm bảo hiểm chính (“Điều khoản chính”).

Các quy định của Điều khoản chính sẽ được áp dụng cho sản phẩm bảo hiểm hỗ trợ nhóm “**Bảo hiểm sức khỏe gia hạn hàng năm (Phiên bản 2019)**” này. Theo đó:

- Nếu có mâu thuẫn giữa Điều khoản hỗ trợ nhóm với Điều khoản chính, quy định của Điều khoản hỗ trợ nhóm sẽ được ưu tiên áp dụng.
- Nếu Điều khoản hỗ trợ nhóm không có quy định về một vấn đề mà vấn đề đó đã được quy định tại Điều khoản chính thì quy định của Điều khoản chính sẽ được áp dụng.

Điều 1. Quyền lợi bảo hiểm

Generali chi trả các quyền lợi bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm quy định tại Quy tắc và điều khoản này và theo thỏa thuận bảo hiểm được nêu trong Giấy chứng nhận bảo hiểm và Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.1 Quyền lợi bảo hiểm Chi phí y tế do Tai nạn

Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn Số tiền bảo hiểm tối đa theo Thời hạn hợp đồng hoặc theo Thương tật.

Trong trường hợp Generali chấp thuận bảo hiểm cho quyền lợi bảo hiểm Chi phí y tế do Tai nạn, Generali sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh trong Phạm vi lãnh thổ, lên đến Giới hạn phụ của từng nội dung bảo hiểm nhưng không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa được nêu trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm đối với Thương tích do Thành viên được bảo hiểm mắc phải trong thời gian Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này có hiệu lực. Chi phí y tế thực tế phát sinh phải phù hợp với phạm vi bảo hiểm của từng nội dung bảo hiểm được liệt kê dưới đây:

1.1.1 Tiền giường và phòng mỗi ngày

Generali chi trả Tiền giường và phòng thực tế phát sinh cho mỗi Ngày nằm viện của Thành viên được bảo hiểm bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn của phòng nằm tại Bệnh viện (nếu có).

Đối với trường hợp Nằm viện tại Bệnh viện công lập, Tiền giường và phòng thuộc phạm vi bảo hiểm không bao gồm phòng bao (là phòng có hai hay nhiều giường được đăng ký ký sử dụng cho một bệnh nhân). Đối với trường hợp Nằm viện tại Bệnh viện không phải là Bệnh viện công lập, Tiền giường và phòng thuộc phạm vi bảo hiểm là chi phí tiền giường nằm điều trị tại phòng tiêu chuẩn của Bệnh viện. Phòng tiêu chuẩn thuộc phạm vi bảo hiểm được giới hạn theo loại phòng đơn có giá thấp nhất tại Bệnh viện nơi Thành viên được bảo hiểm Nằm viện.

Giới hạn phụ của Tiền giường và phòng mỗi ngày được quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.1.2 Chi phí điều trị nội trú do Tai nạn

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh do Thành viên được bảo hiểm phải Nằm viện để điều trị Thương tích, không bao gồm Tiền giường và phòng mỗi ngày. Chi phí điều trị nội trú do Tai nạn bao gồm các chi phí sau:

- a. Chi phí khám;
- b. Chi phí thuốc và dược phẩm sử dụng trong khi Nằm viện (không bao gồm thực phẩm chức năng, khoáng chất, các chất hữu cơ bổ sung cho chế độ dinh dưỡng hoặc phục vụ cho chế độ ăn kiêng, các sản phẩm dược mỹ phẩm, các loại vitamin);
- c. Chi phí vitamin, thuốc bổ trợ được Bác sĩ kê đơn kèm theo thuốc điều trị nhằm hỗ trợ cho việc điều trị Thương tích được chẩn đoán;
- d. Chi phí tiêm truyền tĩnh mạch;

- e. Chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh do Bác sĩ chỉ định và có liên quan trực tiếp đến chẩn đoán xác định Thương tích;
- f. Chi phí thở o-xy và các thiết bị liên quan;
- g. Chi phí đồng vị phóng xạ và các xét nghiệm liên quan;
- h. Chi phí truyền máu;
- i. Chi phí Vật tư tiêu hao;
- j. Chi phí Vật lý trị liệu;
- k. Các Chi phí y tế thực tế khác phù hợp với chẩn đoán và điều trị được Generali chấp thuận.

Trường hợp Thành viên được bảo hiểm Nằm viện chỉ với mục đích theo dõi tình trạng Thương tích hoặc để thực hiện vật lý trị liệu hoặc chẩn đoán hình ảnh theo phương pháp hiện đại như X-quang, MRI, CT, PET, nội soi và các phương pháp tương tự khác, các chi phí này sẽ không được Generali chi trả theo quyền lợi Chi phí điều trị nội trú do Tai nạn ngay cả khi Thành viên được bảo hiểm Nằm viện như là bệnh nhân nội trú.

Đối với chi phí quy định tại Điều 1.1.2.c, số tiền chi trả tối đa không vượt quá chi phí thuốc điều trị và không vượt quá giới hạn phụ quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

Giới hạn phụ của Chi phí điều trị nội trú do Tai nạn được quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.1.3 Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh cho mỗi Ngày nằm viện của Thành viên được bảo hiểm tại Phòng chăm sóc đặc biệt của Bệnh viện theo chỉ định của Bác sĩ.

Giới hạn tối đa Generali chi trả cho Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt là 30 Ngày nằm viện.

Giới hạn phụ của Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt được quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.1.4 Tiền giường cho Người nhà

Generali chi trả chi phí tiền giường mỗi ngày thực tế phát sinh cho 01 Người nhà lưu lại Bệnh viện để chăm sóc Thành viên được bảo hiểm khi Nằm viện để điều trị Thương tích.

Giới hạn tối đa Generali chi trả cho Tiền giường cho Người nhà là 10 ngày.

Giới hạn phụ của Tiền giường cho Người nhà được quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.1.5 Trợ cấp mỗi Ngày nằm viện

Generali sẽ chi trả thêm khoản trợ cấp cho mỗi Ngày nằm viện theo quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Thành viên được bảo hiểm Nằm viện để điều trị nội trú do Tai nạn.

Giới hạn tối đa Generali chi trả cho quyền lợi Trợ cấp mỗi Ngày nằm viện là 60 Ngày nằm viện.

1.1.6 Chi phí Phẫu thuật do Tai nạn

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh liên quan đến Phẫu thuật của Thành viên được bảo hiểm, bao gồm các chi phí sau:

- a. Chi phí phòng gồm Phòng phẫu thuật, phòng hồi sức;
- b. Chi phí chi trả cho Bác sĩ phẫu thuật;
- c. Chi phí gây mê/gây tê và chi phí chi trả cho Bác sĩ gây mê;
- d. Chi phí cho các thiết bị, dụng cụ được sử dụng trong Phẫu thuật;
- e. Chi phí chẩn đoán, xét nghiệm phát sinh trước khi Phẫu thuật, chi phí hồi sức sau khi Phẫu thuật;
- f. Chi phí Vật tư tiêu hao;
- g. Chi phí Vật tư thay thế;
- h. Các Chi phí y tế thực tế khác phù hợp với chẩn đoán và điều trị được Generali chấp thuận.

Giới hạn phụ của Chi phí Phẫu thuật do Tai nạn được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.1.7 Chi phí Vận chuyển cấp cứu do Tai nạn

Là chi phí chuyên chở bằng phương tiện vận chuyển cấp cứu để đưa Thành viên được bảo hiểm trong Tình trạng nguy kịch do Tai nạn đến Bệnh viện/Phòng khám hoặc chi phí cho việc vận chuyển cấp cứu giữa các Bệnh viện/Phòng khám trong trường hợp có chỉ định của Bác sĩ.

Việc vận chuyển cấp cứu của Thành viên được bảo hiểm cần được thực hiện bởi Bệnh viện/Phòng khám hoặc các tổ chức có chức năng cung cấp dịch vụ vận chuyển cấp cứu. Generali sẽ chi trả chi phí vận chuyển cấp cứu bằng các phương tiện khác như xe taxi, xe hợp đồng điện tử trong trường hợp có thỏa thuận giữa Generali và Bên mua bảo hiểm về phạm vi bảo hiểm này tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

Chi phí Vận chuyển cấp cứu do Tai nạn được Generali chi trả khi Thành viên được bảo hiểm cần Nằm viện để điều trị Thương tích liên quan đến việc Vận chuyển cấp cứu này. Generali không chi trả các chi phí cho việc vận chuyển cấp cứu bằng đường hàng không và/hoặc các chi phí chuyển viện theo yêu cầu của Thành viên được bảo hiểm.

Chi phí Vận chuyển cấp cứu do Tai nạn được áp dụng trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

Giới hạn phụ của Chi phí Vận chuyển cấp cứu do Tai nạn được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.1.8 Chi phí điều trị ngoại trú do Tai nạn

Generali chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh từ việc điều trị ngoại trú do Tai nạn của Thành viên được bảo hiểm được Bác sĩ chỉ định, kê đơn, bao gồm các chi phí sau:

- a. Chi phí phát sinh cho việc điều trị Thương tích được thực hiện tại phòng cấp cứu của

- Bệnh viện hoặc Phòng khám;
- b. Chi phí khám;
 - c. Chi phí Thuốc theo toa;
 - d. Chi phí vitamin, thuốc bổ trợ được Bác sĩ kê đơn kèm theo thuốc điều trị nhằm hỗ trợ cho việc điều trị Thương tích được chẩn đoán;
 - e. Chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh do Bác sĩ chỉ định với kết quả bất thường và có liên quan trực tiếp đến chẩn đoán xác định Thương tích của Thành viên được bảo hiểm;
 - f. Chi phí Vật lý trị liệu;
 - g. Chi phí y tế cho những trường hợp Phẫu thuật và xuất viện trong ngày;
 - h. Các Chi phí y tế thực tế khác phù hợp với chẩn đoán và điều trị được Generali chấp thuận.

Đối với chi phí Thuốc theo toa theo Điều 1.1.8.c trên đây, Generali sẽ chi trả cho những thuốc được mua trong thời hạn 05 ngày kể từ ngày kê toa/đơn thuốc và chi phí Thuốc theo toa liên quan đến việc điều trị được chi trả tối đa 30 ngày cho Một lần khám và điều trị, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

Đối với chi phí quy định tại Điều 1.1.8.d, số tiền chi trả tối đa không vượt quá chi phí thuốc điều trị và không vượt quá giới hạn phụ quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

Giới hạn phụ của Chi phí điều trị ngoại trú do Tai nạn được quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.1.9 Chi phí điều trị cấp cứu nha khoa do Tai nạn

Là Chi phí y tế thực tế phát sinh từ việc điều trị nha khoa do Tai nạn của Thành viên được bảo hiểm tại phòng cấp cứu của Bệnh viện/Phòng khám được thực hiện trong vòng 24 giờ kể từ khi xảy ra Tai nạn, bao gồm chi phí tư vấn nha khoa, chi phí cảm máu đối với Thương tích của các răng lành lặn, tự nhiên.

Giới hạn phụ của Chi phí điều trị cấp cứu nha khoa do Tai nạn được quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.1.10 Chi phí điều trị cấp cứu thai sản do Tai nạn

Là Chi phí y tế thực tế phát sinh từ việc điều trị những tổn thương do Tai nạn của Thành viên được bảo hiểm hoặc thai nhi tại phòng cấp cứu của Bệnh viện/Phòng khám được thực hiện trong vòng 24 giờ kể từ khi xảy ra Tai nạn. Chi phí liên quan đến việc sinh nở và/hoặc chi phí dưỡng thai là hậu quả của Tai nạn sẽ không thuộc phạm vi bảo hiểm của quyền lợi này, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

Giới hạn phụ của Chi phí điều trị cấp cứu thai sản do Tai nạn được quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.2 Quyền lợi bảo hiểm điều trị nội trú do Bệnh

Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn Số tiền bảo hiểm tối đa theo Thời hạn hợp đồng hoặc theo Thương tật.

Trong trường hợp Generali chấp thuận bảo hiểm đối với Quyền lợi bảo hiểm điều trị nội trú do Bệnh, Generali sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh trong Phạm vi lãnh thổ, lên đến Giới hạn phụ của từng nội dung bảo hiểm nhưng không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa được nêu trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm đối với Bệnh do Thành viên được bảo hiểm mắc phải trong thời gian Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này có hiệu lực. Chi phí y tế thực tế phát sinh phải phù hợp với phạm vi bảo hiểm của từng nội dung bảo hiểm được liệt kê dưới đây:

1.2.1 Tiền giường và phòng mỗi ngày

Generali chi trả Tiền giường và phòng thực tế phát sinh cho mỗi Ngày nằm viện của Thành viên được bảo hiểm bao gồm tiền ăn theo tiêu chuẩn của phòng nằm tại Bệnh viện (nếu có).

Đối với trường hợp Nằm viện tại Bệnh viện công lập, Tiền giường và phòng thuộc phạm vi bảo hiểm không bao gồm phòng bao (là phòng có hai hay nhiều giường được đăng ký ký sử dụng cho một bệnh nhân). Đối với trường hợp Nằm viện tại Bệnh viện không phải là Bệnh viện công lập, Tiền giường và phòng thuộc phạm vi bảo hiểm là chi phí tiền giường nằm điều trị tại phòng tiêu chuẩn của Bệnh viện. Phòng tiêu chuẩn thuộc phạm vi bảo hiểm được giới hạn theo loại phòng đơn có giá thấp nhất tại Bệnh viện nơi Thành viên được bảo hiểm Nằm viện.

Giới hạn phụ của Tiền giường và phòng mỗi ngày được quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.2.2 Chi phí điều trị nội trú do Bệnh

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh do Thành viên được bảo hiểm phải Nằm viện để điều trị Bệnh, không bao gồm Tiền giường và phòng mỗi ngày. Chi phí điều trị nội trú do Bệnh bao gồm các chi phí sau:

- a. Chi phí khám;
- b. Chi phí thuốc và dược phẩm sử dụng trong khi Nằm viện (không bao gồm thực phẩm chức năng, khoáng chất, các chất hữu cơ bổ sung cho chế độ dinh dưỡng hoặc phục vụ cho chế độ ăn kiêng, các sản phẩm dược mỹ phẩm, các loại vitamin);
- c. Chi phí vitamin, thuốc bổ trợ được Bác sĩ kê đơn kèm theo thuốc điều trị nhằm hỗ trợ cho việc điều trị Bệnh được chẩn đoán;
- d. Chi phí tiêm truyền tĩnh mạch;
- e. Chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh do Bác sĩ chỉ định và có liên quan trực tiếp đến chẩn đoán xác định Bệnh của Thành viên được bảo hiểm;
- f. Chi phí thở o-xy và các thiết bị liên quan;
- g. Chi phí đồng vị phóng xạ và các xét nghiệm liên quan;
- h. Chi phí truyền máu;

- i. Chi phí Vật tư tiêu hao;
- j. Chi phí Vật lý trị liệu;
- k. Các Chi phí y tế thực tế khác phù hợp với chẩn đoán và điều trị được Generali chấp thuận.

Trường hợp Thành viên được bảo hiểm Nằm viện chỉ với mục đích để thực hiện vật lý trị liệu hoặc chẩn đoán hình ảnh theo phương pháp hiện đại như X-quang, MRI, CT, PET, nội soi và các phương pháp tương tự khác, các chi phí này sẽ không được Generali chi trả theo quyền lợi Chi phí điều trị nội trú do Bệnh ngay cả khi Thành viên được bảo hiểm Nằm viện như là bệnh nhân nội trú.

Đối với chi phí quy định tại Điều 1.2.2.c, số tiền chi trả tối đa không vượt quá chi phí thuốc điều trị và không vượt quá giới hạn phụ quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

Giới hạn phụ của Chi phí điều trị nội trú do Bệnh được quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.2.3 Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh cho mỗi Ngày nằm viện của Thành viên được bảo hiểm tại Phòng chăm sóc đặc biệt của Bệnh viện theo chỉ định của Bác sĩ.

Giới hạn tối đa Generali chi trả cho Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt là 30 Ngày nằm viện.

Giới hạn phụ của Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt được quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.2.4 Tiền giường cho Người nhà

Generali chi trả chi phí tiền giường mỗi ngày thực tế phát sinh cho 01 Người nhà lưu lại Bệnh viện để chăm sóc Thành viên được bảo hiểm khi Nằm viện để điều trị Bệnh.

Giới hạn tối đa Generali chi trả cho Tiền giường cho Người nhà là 10 ngày.

Giới hạn phụ của Tiền giường cho Người nhà được quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.2.5 Trợ cấp mỗi Ngày nằm viện

Generali sẽ chi trả thêm khoản trợ cấp cho mỗi Ngày nằm viện theo quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Thành viên được bảo hiểm Nằm viện để Điều trị nội trú do Bệnh.

Giới hạn tối đa Generali chi trả cho quyền lợi Trợ cấp mỗi Ngày nằm viện là 60 Ngày nằm viện.

1.2.6 Chi phí điều trị trong ngày

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh cho việc Điều trị trong ngày của Thành viên được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ đối với các trường hợp sau:

- a. Hóa trị, xạ trị để điều trị ung thư;
- b. Phẫu thuật u não bằng dao gamma;

- c. Lọc máu thận, bao gồm chạy thận nhân tạo và thẩm phân phúc mạc;
- d. Phẫu thuật trong ngày, bao gồm các chi phí sau:
 - Chi phí khám, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh phát sinh trước khi Phẫu thuật, chi phí hồi sức sau khi Phẫu thuật;
 - Tiền giường và phòng phát sinh trong ngày. Tiền giường và phòng thuộc phạm vi bảo hiểm theo quy định tại Điều 1.2.1;
 - Chi phí thuốc, dược phẩm phát sinh cho Phẫu thuật trong ngày;
 - Chi phí chi trả cho Bác sĩ phẫu thuật, chi phí gây mê/gây tê và chi phí chi trả cho Bác sĩ gây mê;
 - Chi phí Vật tư tiêu hao;
 - Chi phí Vật tư thay thế.
 - Các Chi phí y tế thực tế khác phù hợp với chẩn đoán và điều trị được Generali chấp thuận.

Generali không chi trả cho các chi phí liên quan đến thủ thuật chẩn đoán Bệnh, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

Giới hạn phụ của Chi phí điều trị trong ngày được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.2.7 Chi phí điều trị HIV/AIDS

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh từ việc điều trị vi rút HIV và các Bệnh có liên quan bao gồm Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), các biến chứng của Bệnh và tất cả các Bệnh do HIV gây ra và/hoặc có liên quan đến HIV. Chi phí này được chi trả cho trường hợp điều trị phát sinh trong thời gian hiệu lực của Bảo hiểm hỗ trợ nhóm, bao gồm các năm tái tục, nếu Thành viên được bảo hiểm đã tham gia chương trình bảo hiểm có quyền lợi Chi phí điều trị HIV/AIDS tại Điều 1.2.7 này với Generali đủ 60 tháng liên tục, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

Giới hạn phụ của Chi phí điều trị HIV/AIDS được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.2.8 Chi phí Phẫu thuật do Bệnh

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh liên quan đến Phẫu thuật của Thành viên được bảo hiểm, bao gồm các chi phí sau:

- a. Chi phí phòng gồm Phòng phẫu thuật, phòng hồi sức;
- b. Chi phí chi trả cho Bác sĩ phẫu thuật;
- c. Chi phí gây mê/gây tê và chi phí chi trả cho Bác sĩ gây mê;
- d. Chi phí cho các thiết bị, dụng cụ được sử dụng trong Phẫu thuật;
- e. Chi phí chẩn đoán, xét nghiệm phát sinh trước khi Phẫu thuật, chi phí hồi sức sau khi Phẫu thuật;

- f. Chi phí Vật tư tiêu hao;
- g. Chi phí Vật tư thay thế;
- h. Các Chi phí y tế thực tế khác phù hợp với chẩn đoán và điều trị được Generali chấp thuận.

Giới hạn phụ của Chi phí Phẫu thuật do Bệnh được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.2.9 Chi phí cấy ghép nội tạng

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh trong trường hợp Thành viên được bảo hiểm phải Nằm viện để thực hiện Phẫu thuật cấy ghép các bộ phận sau: thận, tim, gan, phổi và tủy xương, bao gồm các chi phí sau:

- a. Chi phí Phòng phẫu thuật, phòng hồi sức;
- b. Chi phí chi trả cho Bác sĩ phẫu thuật;
- c. Chi phí gây mê/gây tê và chi phí chi trả cho Bác sĩ gây mê;
- d. Chi phí cho các thiết bị, dụng cụ được sử dụng trong Phẫu thuật;
- e. Chi phí chẩn đoán, xét nghiệm phát sinh trước khi Phẫu thuật, chi phí hồi sức sau khi Phẫu thuật;
- f. Các Chi phí y tế thực tế khác phù hợp với chẩn đoán và điều trị được Generali chấp thuận.

Generali không chi trả cho các chi phí nhận bộ phận cấy ghép và các chi phí mà thông thường người hiến tặng tạng phải chịu.

Giới hạn phụ của Chi phí cấy ghép nội tạng được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.2.10 Chi phí điều trị trước khi nhập viện

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh cho lần khám cuối cùng trước khi Thành viên được bảo hiểm nhập viện để điều trị nội trú/Phẫu thuật, bao gồm tiền khám, tiền thuốc, xét nghiệm do Bác sĩ chỉ định và được thực hiện trong vòng 30 ngày trước khi Nằm viện. Các chỉ định này phải liên quan trực tiếp đến chẩn đoán xác định Bệnh cần phải Nằm viện.

Các chi phí điều trị trước khi nhập viện liên quan đến chăm sóc thai sản, Điều trị trong ngày không thuộc phạm vi bảo hiểm của Chi phí điều trị trước khi nhập viện này.

Giới hạn phụ của Chi phí điều trị trước khi nhập viện được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.2.11 Chi phí điều trị sau khi xuất viện

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh sau khi xuất viện, bao gồm tiền khám, tiền thuốc, xét nghiệm do Bác sĩ chỉ định và được thực hiện trong vòng 45 ngày sau khi xuất viện. Các chỉ định này phải liên quan trực tiếp đến Bệnh đã được điều trị nội trú trước đó.

Các chi phí điều trị sau khi xuất viện trong trường hợp xuất viện sau khi sinh con hoặc sau

khi biến chứng thai sản không thuộc phạm vi bảo hiểm của Chi phí điều trị sau khi xuất viện này.

Giới hạn phụ của Chi phí điều trị sau khi xuất viện được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.2.12 Chi phí dịch vụ Chăm sóc y tế tại nhà

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh cho dịch vụ Chăm sóc y tế tại nhà do Điều dưỡng viên thực hiện trong vòng 30 ngày sau khi Thành viên được bảo hiểm xuất viện. Việc chăm sóc y tế tại nhà phải được sự chỉ định của Bác sĩ tại Bệnh viện nơi Thành viên được bảo hiểm Nằm viện.

Dịch vụ Chăm sóc y tế tại nhà không áp dụng đối với quyền lợi chăm sóc thai sản và không bao gồm lấy máu tại nhà, hút đàm, xông mũi họng và bất kỳ dịch vụ vệ sinh tương tự nào khác.

Giới hạn tối đa Generali chi trả cho dịch vụ Chăm sóc y tế tại nhà là 60 ngày.

Giới hạn phụ của Chi phí dịch vụ Chăm sóc y tế tại nhà được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.2.13 Chi phí Vận chuyển cấp cứu do Bệnh

Là chi phí chuyên chở bằng phương tiện vận chuyển cấp cứu để đưa Thành viên được bảo hiểm trong Tình trạng nguy kịch do Bệnh đến phòng cấp cứu của Bệnh viện/Phòng khám hoặc chi phí cho việc vận chuyển cấp cứu giữa các Bệnh viện/Phòng khám trong trường hợp có chỉ định của Bác sĩ.

Việc vận chuyển cấp cứu của Thành viên được bảo hiểm cần được thực hiện bởi Bệnh viện/Phòng khám hoặc các tổ chức có chức năng cung cấp dịch vụ vận chuyển cấp cứu. Generali sẽ chi trả chi phí vận chuyển cấp cứu bằng các phương tiện khác như xe taxi, xe hợp đồng điện tử trong trường hợp có thỏa thuận giữa Generali và Bên mua bảo hiểm về phạm vi bảo hiểm này tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

Chi phí Vận chuyển cấp cứu do Bệnh được Generali chi trả khi Thành viên được bảo hiểm cần Nằm viện để điều trị Bệnh liên quan đến việc Vận chuyển cấp cứu này. Generali không chi trả các chi phí cho việc vận chuyển cấp cứu bằng đường hàng không và/hoặc các chi phí chuyển viện theo yêu cầu của Thành viên được bảo hiểm.

Chi phí vận chuyển cấp cứu do Bệnh được áp dụng trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam và không áp dụng đối với Quyền lợi bảo hiểm chăm sóc thai sản, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

Giới hạn phụ của Chi phí Vận chuyển cấp cứu do Bệnh được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.3 Quyền lợi bảo hiểm chăm sóc thai sản

(áp dụng khi có tham gia Bảo hiểm điều trị nội trú do Bệnh quy định tại Điều 1.2)

Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn tham gia Quyền lợi bảo hiểm chăm sóc thai sản thuộc giới hạn Số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm điều trị nội trú do Bệnh hoặc chi trả thêm ngoài giới hạn Số tiền bảo hiểm của Bảo hiểm điều trị nội trú do Bệnh quy định tại Điều 1.2.

Trong trường hợp Generali chấp thuận bảo hiểm đối với Quyền lợi bảo hiểm chăm sóc thai sản, Generali sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh trong Phạm vi lãnh thổ, lên đến Giới hạn phụ của từng nội dung bảo hiểm nhưng không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa được nêu trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm trong thời gian Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này có hiệu lực. Chi phí y tế thực tế phát sinh phải phù hợp với phạm vi bảo hiểm của từng nội dung bảo hiểm được liệt kê dưới đây:

1.3.1 Chi phí khám thai

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh cho việc khám thai định kỳ bao gồm các chi phí khám, xét nghiệm nước tiểu thông thường, xét nghiệm máu cơ bản, chi phí chích ngừa, siêu âm thai theo chỉ định của Bác sĩ, tối đa 05 lần, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

Generali không chi trả cho các chi phí xét nghiệm tầm soát trước khi sinh để phát hiện sớm các dị tật thai nhi, bệnh lý gen hoặc giảm thiểu trí tuệ như xét nghiệm Triple test, Double test..., đo độ mờ da gáy, chọc ối, xét nghiệm nhiễm sắc thể, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

Giới hạn phụ của Chi phí khám thai được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.3.2 Chi phí sinh thường

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh cho việc sinh thường, bao gồm các chi phí sau: tiền giường và phòng, chi phí đỡ đẻ, chi phí chi trả cho Bác sĩ chuyên khoa và các Chi phí y tế thực tế khác được Generali chấp thuận.

Chi phí tiền giường và phòng được Generali chi trả tối đa bằng Giới hạn phụ của Tiền giường và phòng mỗi ngày của Quyền lợi bảo hiểm điều trị nội trú do Bệnh quy định tại Điều 1.2.1, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

1.3.3 Chi phí điều trị biến chứng thai sản và/hoặc sinh khó

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh do việc điều trị các biến chứng trong quá trình mang thai hoặc quá trình sinh nở của Thành viên được bảo hiểm và cần đến các thủ thuật sản khoa theo chỉ định của Bác sĩ, bao gồm cả chi phí tiền giường và phòng.

Chi phí sinh mổ được Generali chi trả trong trường hợp Bác sĩ chỉ định là cần thiết. Generali không chi trả cho chi phí sinh mổ theo yêu cầu của Thành viên được bảo hiểm.

Biến chứng thai sản và/hoặc sinh khó bao gồm các trường hợp sau:

- a. Sảy thai hoặc thai nhi chết trong tử cung;
- b. Thai trứng;
- c. Thai ngoài tử cung;
- d. Băng huyết sau khi sinh;
- e. Sốt nhau thai trong tử cung sau khi sinh;

- f. Phá thai điều trị bao gồm các trường hợp phá thai do các bệnh lý di truyền, dị tật bẩm sinh của thai nhi hoặc phải chấm dứt thai kỳ để bảo vệ sức khỏe của người mẹ;
- g. Dọa sinh non;
- h. Thiếu ối nặng, đa ối, vô ối, suy thai, ối vỡ sớm, truyền tắc ối, bất xứng đầu - chậu, mẹ tiền sản giật hoặc sản giật;
- i. Hẹp xương chậu;
- j. Ngôi thai ngược;
- k. Nhau tiền đạo;
- l. Dây rốn quấn cổ;
- m. Biến chứng của các nguyên nhân trên;
- n. Các trường hợp khác được Generali chấp thuận.

Chi phí tiền giường và phòng được Generali chi trả tối đa bằng Giới hạn phụ của Tiền giường và phòng mỗi ngày của quyền lợi Bảo hiểm điều trị nội trú do Bệnh quy định tại Điều 1.2.1, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

Giới hạn phụ của Chi phí điều trị biến chứng thai sản và/hoặc sinh khó được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.3.4 Chi phí sau khi sinh hoặc sau khi biến chứng thai sản

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh cho 01 lần tái khám (bao gồm chi phí Thuốc theo toa) của Thành viên được bảo hiểm trong vòng 45 ngày kể từ ngày sinh hoặc ngày bị biến chứng thai sản.

Giới hạn phụ của Chi phí sau khi sinh hoặc sau khi biến chứng thai sản được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.3.5 Chi phí chăm sóc dưỡng nhi

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh cho việc chăm sóc dưỡng nhi bao gồm: chi phí điều trị nội trú do Bệnh của bé theo chỉ định của Bác sĩ trong vòng 14 ngày kể từ ngày sinh (không yêu cầu người mẹ là Thành viên được bảo hiểm phải Nằm viện).

Generali không chi trả cho các chi phí điều trị liên quan đến Bệnh bẩm sinh/Bất thường bẩm sinh của bé, trừ trường hợp Thành viên được bảo hiểm tham gia Quyền lợi điều trị Bệnh bẩm sinh/Bất thường bẩm sinh quy định tại Điều 1.7.3.

Generali không chi trả các chi phí liên quan đến việc chăm sóc dưỡng nhi bao gồm: chi phí thuốc dưỡng nhi, xét nghiệm dưỡng nhi, chích ngừa, chi phí vệ sinh bé, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

Giới hạn phụ của Chi phí chăm sóc dưỡng nhi được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.3.6 Trợ cấp mỗi Ngày nằm viện

Generali sẽ chi trả thêm khoản trợ cấp cho mỗi Ngày nằm viện theo quy định trong Bản

mô tả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Thành viên được bảo hiểm Nằm viện sau khi sinh hoặc Nằm viện để điều trị biến chứng thai sản.

Giới hạn tối đa Generali chi trả cho quyền lợi trợ cấp mỗi Ngày nằm viện là 60 ngày.

1.4 Quyền lợi bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh

(áp dụng khi có tham gia Bảo hiểm điều trị nội trú do Bệnh quy định tại Điều 1.2)

Trong trường hợp Generali chấp thuận bảo hiểm đối với Quyền lợi bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh, Generali sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh trong Phạm vi lãnh thổ, lên đến Giới hạn phụ của từng nội dung bảo hiểm nhưng không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa được nêu trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm đối với Bệnh do Thành viên được bảo hiểm mắc phải trong thời gian Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này có hiệu lực. Chi phí y tế thực tế phát sinh phải phù hợp với phạm vi bảo hiểm của từng nội dung bảo hiểm được liệt kê dưới đây:

1.4.1 Chi phí điều trị ngoại trú do Bệnh

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh cho Một lần khám và điều trị ngoại trú do Bệnh bao gồm:

- a. Chi phí khám;
- b. Chi phí Thuốc theo toa;
- c. Chi phí vitamin trong trường hợp vitamin là thuốc điều trị chính cho bệnh lý thiếu hụt vitamin;
- d. Chi phí vitamin, thuốc bổ trợ được Bác sĩ kê đơn kèm theo thuốc điều trị;
- e. Chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán hình ảnh do Bác sĩ chỉ định và có liên quan trực tiếp đến chẩn đoán xác định Bệnh;
- f. Chi phí nội soi gây mê tại Bệnh viện công lập. Generali sẽ áp dụng Đồng chi trả/Mức miễn thường trong trường hợp Thành viên được bảo hiểm nội soi gây mê tại Bệnh viện/Phòng khám tư nhân/quốc tế.
- g. Các Chi phí y tế thực tế khác phù hợp với chẩn đoán và điều trị được Generali chấp thuận.

Đối với các chi phí quy định tại Điều 1.4.1.b, 1.4.1.c, 1.4.1.d trên đây, Generali sẽ chi trả cho những thuốc được mua trong thời hạn 05 ngày kể từ ngày kê toa/đơn thuốc và chi phí Thuốc theo toa liên quan đến việc điều trị được chi trả tối đa 30 ngày cho Một lần khám và điều trị, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

Đối với chi phí quy định tại Điều 1.4.1.d, số tiền chi trả tối đa không vượt quá chi phí thuốc điều trị và không vượt quá giới hạn phụ quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

Giới hạn phụ của Chi phí điều trị ngoại trú do Bệnh-được quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.4.2 Chi phí Vật lý trị liệu

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh liên quan đến Vật lý trị liệu theo chỉ định của

Bác sĩ.

Giới hạn tối đa Generali chi trả cho các điều trị liên quan đến Vật lý trị liệu là 60 lần. Mỗi khi Thành viên được bảo hiểm đến Cơ sở y tế nhận điều trị bằng phương pháp Vật lý trị liệu sẽ được tính là một lần.

Giới hạn phụ của Chi phí Vật lý trị liệu được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.5 Quyền lợi bảo hiểm chăm sóc nha khoa cơ bản

(áp dụng khi có tham gia Bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh quy định tại Điều 1.4)

Trong trường hợp Generali chấp thuận bảo hiểm đối với Quyền lợi bảo hiểm chăm sóc nha khoa cơ bản, Generali sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh trong Phạm vi lãnh thổ, lên đến Giới hạn phụ của từng nội dung bảo hiểm nhưng không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa được nêu trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm trong thời gian Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này có hiệu lực. Chi phí y tế thực tế phát sinh phải phù hợp với phạm vi bảo hiểm của từng nội dung bảo hiểm được liệt kê dưới đây:

- Chi phí y tế thực tế phát sinh cho việc cạo vôi và đánh bóng răng, tối đa 02 lần, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.
- Chi phí y tế thực tế phát sinh do việc khám răng tổng quát và/hoặc khám răng chuyên khoa và các chi phí tư vấn, chẩn đoán nha khoa.
- Chi phí y tế thực tế phát sinh cho việc điều trị răng chuyên khoa bao gồm chi phí chẩn đoán hình ảnh theo chỉ định của Bác sĩ; chi phí điều trị viêm nướu, nha chu; chi phí trám răng bằng chất liệu Amalgam, Composite, Gic hoặc các chất liệu có giá tương đương (loại trừ chất liệu vàng, chất liệu quý hiếm); chi phí điều trị tủy răng, cắt u mô cứng của răng, cắt cuống răng, nhổ răng bệnh lý.

Giới hạn phụ của từng nội dung bảo hiểm trên đây được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.6 Quyền lợi bảo hiểm chăm sóc nha khoa đặc biệt

(áp dụng khi có tham gia Quyền lợi bảo hiểm chăm sóc nha khoa cơ bản quy định tại Điều 1.5)

Trong trường hợp Generali chấp thuận bảo hiểm đối với Quyền lợi bảo hiểm chăm sóc nha khoa đặc biệt, Generali sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh trong Phạm vi lãnh thổ, lên đến Giới hạn phụ của từng nội dung bảo hiểm nhưng không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa được nêu trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm trong thời gian Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này có hiệu lực. Chi phí y tế thực tế phát sinh phải phù hợp với phạm vi bảo hiểm của từng nội dung bảo hiểm được liệt kê dưới đây:

- Chi phí mào răng;
- Chi phí cầu răng;
- Chi phí trồng răng giả;
- Chi phí làm hàm răng giả.

Chi phí điều trị bằng các chất liệu quý hiếm ví dụ như dòng răng sứ thẩm mỹ cao cấp có

phần lõi (khung sườn) bên trong làm từ kim loại quý như vàng, bạc, bạch kim, palladium, hoặc Cercon, Emax, Veneer, Zirconia) không thuộc phạm vi bảo hiểm của quyền lợi này.

1.7 Các quyền lợi mở rộng

(áp dụng khi có tham gia Quyền lợi bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh quy định tại Điều 1.4)

Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn tham gia quyền lợi mở rộng thuộc giới hạn Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi Bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh hoặc chi trả thêm ngoài giới hạn Số tiền bảo hiểm của Quyền lợi bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh quy định tại Điều 1.4.

1.7.1 Quyền lợi y tế dự phòng

Trong trường hợp Generali chấp thuận bảo hiểm đối với Quyền lợi y tế dự phòng, Generali sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh trong Phạm vi lãnh thổ, lên đến Giới hạn phụ của từng nội dung bảo hiểm nhưng không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa được nêu trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm trong thời gian Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này có hiệu lực. Chi phí y tế thực tế phát sinh phải phù hợp với phạm vi bảo hiểm của từng nội dung bảo hiểm được liệt kê dưới đây:

a. Kiểm tra, tầm soát sức khỏe định kỳ

Generali sẽ chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh liên quan đến việc:

- Kiểm tra sức khỏe định kỳ, khám sức khỏe tổng quát, khám sức khỏe xin việc làm hoặc trước khi đi du lịch, khám phụ khoa, khám nam khoa;
- Kiểm tra tầm soát Bệnh, Thương tích: gồm chi phí khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh;
- Các chi phí khác được Generali chấp thuận theo thỏa thuận giữa Generali và Bên mua bảo hiểm quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

Giới hạn phụ của quyền lợi kiểm tra, tầm soát sức khỏe định kỳ được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

b. Điều trị phòng ngừa

Generali chi trả Chi phí y tế thực tế phát sinh cho việc điều trị phòng ngừa như tiêm chủng, thuốc chủng ngừa và các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh mang tính chất phòng ngừa, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

Giới hạn phụ của quyền lợi điều trị phòng ngừa được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

c. Trang thiết bị y tế, vitamin, thuốc bổ

Generali chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh cho các trang thiết bị y tế đã được đăng ký với Bộ Y tế, thực phẩm chức năng, thuốc bổ, vitamin, khoáng chất, các chất bổ sung cho chế độ dinh dưỡng theo chỉ định của Bác sĩ phát sinh cho Một lần khám và điều trị ngoại trú hoặc điều trị nội trú.

Các trang thiết bị y tế thuộc phạm vi bảo hiểm sẽ theo thỏa thuận giữa Generali và Bên mua bảo hiểm và được quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

Giới hạn phụ của chi phí trang thiết bị y tế, vitamin, thuốc bổ được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.7.2 Quyền lợi điều trị tâm thần, tâm lý

Trong trường hợp Generali chấp thuận bảo hiểm đối với Quyền lợi điều trị tâm thần và tâm lý, Generali sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh liên quan đến việc điều trị rối loạn tâm lý, rối loạn tâm thần, rối loạn hành vi do tâm thần ví dụ như rối loạn giấc ngủ, rối loạn lo âu, trầm cảm, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn phân ly (Hysteria) do Bác sĩ chỉ định, bao gồm chi phí khám, Thuốc theo toa (nếu có) và các chi phí khác được Generali chấp thuận theo thỏa thuận giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

Generali chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh theo giới hạn cho Một lần khám và điều trị tâm lý, tâm thần xảy ra trong thời gian hiệu lực của Bảo hiểm hỗ trợ nhóm, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

Giới hạn phụ của Quyền lợi điều trị tâm thần, tâm lý được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.7.3 Quyền lợi điều trị Bệnh bẩm sinh/Bất thường bẩm sinh

Trong trường hợp Generali chấp thuận bảo hiểm đối với Quyền lợi điều trị Bệnh bẩm sinh/Bất thường bẩm sinh, Generali sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh từ việc điều trị các Bệnh bẩm sinh/Bất thường bẩm sinh, bao gồm chi phí khám, Thuốc theo toa và các chi phí khác được Generali chấp thuận theo thỏa thuận giữa Generali và Bên mua bảo hiểm (nếu có).

Generali chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh theo giới hạn cho Một lần khám và điều trị Bệnh bẩm sinh/Bất thường bẩm sinh xảy ra trong thời gian hiệu lực của Bảo hiểm hỗ trợ nhóm, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

Giới hạn phụ của Quyền lợi điều trị Bệnh bẩm sinh/Bất thường bẩm sinh được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

1.7.4 Quyền lợi điều trị vô sinh

Trong trường hợp Generali chấp thuận bảo hiểm đối với Quyền lợi điều trị vô sinh, Generali sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh từ việc điều trị vô sinh bao gồm các xét nghiệm, điều trị, thuốc và/hoặc các thủ thuật như thụ tinh trong ống nghiệm.

Generali chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh theo giới hạn Một lần khám và điều trị đối với điều trị vô sinh xảy ra trong thời gian hiệu lực của Bảo hiểm hỗ trợ nhóm, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

Giới hạn phụ của Quyền lợi điều trị vô sinh được quy định trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm.

Điều 2. Các trường hợp ngoài phạm vi bảo hiểm

Generali sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp sau và/hoặc do các nguyên nhân sau, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm:

2.1 Tình trạng y tế có trước, ngoại trừ Tình trạng y tế có trước được Generali chấp nhận;

- 2.2 Khám và điều trị tại các cơ sở khám, chữa bệnh không có giấy phép hoạt động, không có giấy phép hành nghề;
- 2.3 Khám và điều trị tại phòng khám ngoài giờ của Bác sĩ tư mà không cung cấp được chứng từ hóa đơn tài chính hợp lệ theo quy định của pháp luật;
- 2.4 Bất kỳ bệnh hoặc rối loạn tâm lý, rối loạn tâm thần, rối loạn hành vi do tâm thần ví dụ như rối loạn giấc ngủ, rối loạn lo âu, trầm cảm, rối loạn dạng cơ thể, rối loạn phân ly (Hysteria). Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Thành viên được bảo hiểm tham gia quyền lợi Quyền lợi điều trị tâm thần, tâm lý theo quy định tại Điều 1.7.2;
- 2.5 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;
- 2.6 Điều trị bệnh lý liên quan đến thần kinh như rối loạn thần kinh thực vật, rối loạn thần kinh tim, suy nhược thần kinh;
- 2.7 Điều trị liên quan đến chứng khó thở trong khi ngủ (bao gồm ngủ ngáy), suy nhược cơ thể, tình trạng căng thẳng (stress);
- 2.8 Sử dụng thuốc mà không theo chỉ định của bác sĩ, sử dụng bất kỳ loại chất gây nghiện, ma túy, chất có cồn, chất độc, thuốc kích thích. Thuật ngữ “sử dụng chất có cồn” là trong trường hợp xét nghiệm có nồng độ cồn vượt mức cho phép cho dù Thành viên được bảo hiểm có tham gia điều khiển phương tiện giao thông hay không, và chỉ số nồng độ cồn này được tham chiếu theo chỉ số nồng độ cồn cho phép theo quy định pháp luật;
- 2.9 Điều trị theo yêu cầu của Thành viên được bảo hiểm mà không liên quan tới điều kiện điều trị và phẫu thuật thông thường do ngành y tế quy định, ví dụ như khám/điều trị theo yêu cầu, khám dịch vụ, khám VIP hoặc yêu cầu phẫu thuật nhanh (trừ trường hợp các yêu cầu điều trị này được thực hiện tại Bệnh viện công lập);
- 2.10 Khám và xét nghiệm không có kết luận Bệnh của Bác sĩ. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Thành viên được bảo hiểm tham gia quyền lợi Quyền lợi y tế dự phòng - Kiểm tra, tầm soát sức khỏe định kỳ theo quy định tại Điều 1.7.1.a;
- 2.11 Khám có chẩn đoán xác định Bệnh nhưng chưa điều trị hoặc không điều trị và Bác sĩ chỉ tư vấn theo dõi, tái khám định kỳ, ngoại trừ chi phí thăm khám này phát sinh trong các trường hợp sau:
 - Thành viên được bảo hiểm là trẻ em, phụ nữ đang mang thai hoặc đang cho con bú;
 - Lần thăm khám đầu tiên của Thành viên được bảo hiểm trong Thời hạn bảo hiểm, có chẩn đoán xác định Bệnh nhưng chưa điều trị hoặc không điều trị;
 - Thành viên được bảo hiểm tham gia Quyền lợi y tế dự phòng - Kiểm tra, tầm soát sức khỏe định kỳ theo quy định tại Điều 1.7.1.a.
- 2.12 Dịch vụ khám và điều trị tại nhà (trừ Chi phí dịch vụ Chăm sóc y tế tại nhà quy định tại Điều 1.2.12);
- 2.13 Kiểm tra tầm soát, khám sức khỏe định kỳ, khám sức khỏe tổng quát, khám sức khỏe xin việc làm hoặc trước khi đi du lịch; khám phụ khoa, khám nam khoa; tiêm chủng và thuốc

- chủng ngừa; kiểm tra mắt thông thường, kiểm tra thính giác thông thường, các khuyết tật thoái hóa tự nhiên của mắt, các tật khúc xạ của mắt (ví dụ như cận thị, viễn thị, loạn thị, lão thị), rối loạn điều tiết, mỏi mắt điều tiết, khô mắt, đục thủy tinh thể không do bệnh lý, bất kỳ phẫu thuật nào để hiệu chỉnh các khuyết tật thoái hóa thính giác và thị giác. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Thành viên được bảo hiểm tham gia Quyền lợi y tế dự phòng - Kiểm tra, tầm soát sức khỏe định kỳ quy định theo quy định tại Điều 1.7.1.a;
- 2.14 Bất kỳ Bệnh bẩm sinh/Bất thường bẩm sinh, di truyền. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Thành viên được bảo hiểm tham gia Quyền lợi điều trị Bệnh bẩm sinh/Bất thường bẩm sinh quy định tại Điều 1.7.3;
- 2.15 Kế hoạch hóa gia đình, điều trị vô sinh, điều trị bất lực, rối loạn/suy giảm chức năng sinh dục, thụ tinh nhân tạo, liệu pháp thay thế hormone trong thời kỳ tiền mãn kinh hay mãn kinh ở phụ nữ, chuyển đổi giới tính, hay bất cứ hậu quả hoặc biến chứng nào của điều trị trên, trừ trường hợp điều trị vô sinh được chấp thuận bảo hiểm theo phạm vi bảo hiểm của Quyền lợi điều trị vô sinh theo quy định tại Điều 1.7.4;
- 2.16 Chi phí cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng phục vụ cho việc cấy ghép nội tạng; trừ các Chi phí y tế thực tế phát sinh cho việc cấy ghép nội tạng theo quy định tại Điều 1.2.9;
- 2.17 Điều trị y tế thử nghiệm, chưa được y học công nhận;
- 2.18 Phẫu thuật thẩm mỹ, các hình thức điều trị thẩm mỹ và các biến chứng liên quan, phẫu thuật chỉnh hình; trừ trường hợp phẫu thuật chỉnh hình khi bị Thương tích được Bác sĩ chỉ định là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa nhằm tái tạo lại chức năng của Thành viên được bảo hiểm;
- 2.19 Điều trị các vấn đề về cân nặng, còi xương, suy dinh dưỡng/béo phì, biếng ăn, chậm tăng trưởng, thiếu canxi;
- 2.20 Nhiễm HIV, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS); các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Điểm loại trừ HIV/AIDS sẽ không áp dụng nếu:
- Thành viên được bảo hiểm có tham gia Quyền lợi điều trị nội trú do Bệnh với quyền lợi Chi phí điều trị HIV/AIDS theo quy định tại Điều 1.2.7.
 - Thành viên được bảo hiểm 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.
- 2.21 Các chi phí liên quan đến điều trị và chăm sóc nha khoa. Điểm loại trừ này sẽ không áp dụng nếu Thành viên được bảo hiểm điều trị cấp cứu nha khoa do Tai nạn đối với răng không có bệnh lý và/hoặc tham gia Quyền lợi Bảo hiểm chăm sóc nha khoa cơ bản theo quy định tại Điều 1.5 và/hoặc Quyền lợi bảo hiểm chăm sóc nha khoa đặc biệt theo quy định tại Điều 1.6;
- 2.22 Các chi phí y tế phát sinh để điều trị Bệnh/Thương tích do hậu quả trực tiếp hoặc gián tiếp của chiến tranh hoặc các hành động gây chiến, bao gồm hành động xâm lược, hành động của nước thù địch (cho dù có tuyên chiến hay không), nội chiến, khởi nghĩa, cách mạng, nổi loạn, biểu tình, đảo chính quân sự hoặc tiềm quyền;

- 2.23 Các chi phí y tế phát sinh do hậu quả của vũ khí hạt nhân, tia phóng xạ hoặc chất phóng xạ từ bất kỳ nguồn nhiên liệu hạt nhân hoặc chất thải hạt nhân phát sinh từ quy trình đốt trong năng lượng hạt nhân hoặc quy trình tự duy trì sự phân hạch/tổng hợp hạt nhân;
- 2.24 Thành viên được bảo hiểm tự tử, mưu toan tự tử, hoặc cố ý gây ra thương tích cho bản thân dù trong tình trạng tỉnh táo hoặc mất trí;
- 2.25 Đánh nhau, ẩu đả, hoặc chống cự việc bắt giữ (trừ khi chứng minh được đó là hành vi phòng vệ chính đáng);
- 2.26 Tham gia hoạt động thể thao chuyên nghiệp; hoạt động đóng thế mạo hiểm các chương trình/hoạt động thể thao mạo hiểm, nguy hiểm, ví dụ như: đua thuyền, trượt tuyết, trượt băng, đua trượt ván tốc độ, leo núi, săn bắn, đua xe, đua ngựa, lặn có bình khí nén, lái tàu lượn, nhảy bungee (là hoạt động mạo hiểm nhảy từ một điểm cố định trên cao, chân người nhảy được giữ bằng một sợi dây co giãn); các chuyến bay trên không với tư cách không phải là hành khách trên chuyến bay chở khách thương mại thường xuyên theo lịch trình (như dù lượn, khinh khí cầu và nhảy dù) hoặc các hoạt động thám hiểm mạo hiểm, vượt chướng ngại vật, các chương trình trò chơi mạo hiểm hoặc các hoạt động có tính chất nguy hiểm tương tự;
- 2.27 Điều trị Thương tích do hành động khủng bố của Thành viên được bảo hiểm;
- 2.28 Điều trị ngoài Phạm vi lãnh thổ của chương trình bảo hiểm đã được thỏa thuận tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm;
- 2.29 Chi phí y tế vượt mức Chi phí y tế thông lệ và hợp lý;
- 2.30 Trong khi Thành viên được bảo hiểm lên khoang hoặc di chuyển với tư cách là hành khách trên máy bay không có giấy phép chuyên chở hành khách hoặc không đăng ký hoạt động dân dụng;
- 2.31 Trong khi Thành viên được bảo hiểm điều khiển hoặc làm việc với tư cách thành viên phi hành đoàn trên máy bay hay trên tàu thủy;
- 2.32 Trong khi Thành viên được bảo hiểm phục vụ với tư cách quân nhân, hải quân, lục quân, không quân, cảnh sát, bất kỳ lực lượng an ninh nào hoặc hoạt động trong lực lượng vũ trang hoặc làm tình nguyện viên và tham gia chiến đấu hoặc chiến dịch trấn áp tội phạm;
- 2.33 Do hành vi phạm tội của Thành viên được bảo hiểm và/hoặc Người thụ hưởng và/hoặc Bên mua bảo hiểm;

Điều 3. Thời gian chờ

Generali chỉ chi trả các Chi phí y tế thực tế liên quan đến điều trị Thương tật và/hoặc Bệnh của Thành viên được bảo hiểm phát sinh sau Thời gian chờ theo quy định dưới đây, trừ trường hợp có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

3.1 Đối với Tình trạng y tế có trước

Thời gian chờ là:

- a. 365 ngày kể từ Ngày bắt đầu được bảo hiểm nếu tổng số lượng Thành viên được bảo hiểm theo Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này dưới 10 người;

- b. 30 ngày kể từ Ngày bắt đầu được bảo hiểm nếu tổng số lượng Thành viên được bảo hiểm theo Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này từ 10 người trở lên;

3.2 Đối với Quyền lợi Bảo hiểm chăm sóc thai sản

- a. Thời gian chờ là 270 ngày kể từ Ngày bắt đầu được bảo hiểm. Đối với trường hợp sảy thai, phá thai thuộc phạm vi bảo hiểm, Thời gian chờ là 90 ngày kể từ Ngày bắt đầu được bảo hiểm.
- b. Trường hợp không áp dụng Thời gian chờ, Quyền lợi bảo hiểm chăm sóc thai sản được thanh toán theo tỷ lệ giữa số ngày đã tham gia bảo hiểm thực tế (tính từ Ngày bắt đầu được bảo hiểm của Thành viên được bảo hiểm đến ngày đầu tiên của đợt điều trị thể hiện trên chứng từ y tế) với 270 ngày, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm. Đối với trường hợp sảy thai, phá thai thuộc phạm vi bảo hiểm, Quyền lợi bảo hiểm chăm sóc thai sản được thanh toán theo tỷ lệ giữa số ngày đã tham gia bảo hiểm thực tế (tính từ Ngày bắt đầu được bảo hiểm của Thành viên được bảo hiểm đến ngày đầu tiên của đợt điều trị thể hiện trên chứng từ y tế) với 90 ngày, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

3.3 Đối với Quyền lợi bảo hiểm chăm sóc nha khoa đặc biệt

Thời gian chờ là 365 ngày kể từ Ngày bắt đầu được bảo hiểm.

3.4 Đối với Bệnh đặc biệt và Quyền lợi mở rộng

Thời gian chờ là 180 ngày kể từ Ngày bắt đầu được bảo hiểm.

- 3.5 Thời gian chờ quy định tại Điều 3 áp dụng cho các Thành viên được bảo hiểm tham gia Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này lần đầu tiên. Trường hợp Thành viên được bảo hiểm đã tham gia các chương trình bảo hiểm sức khỏe với quyền lợi tương tự từ 365 ngày liên tục trở lên, Generali sẽ không áp dụng Thời gian chờ quy định tại Điều 3 này, trừ trường hợp có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm.

Điều 4. Thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm

4.1 Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm là:

- a. Thành viên được bảo hiểm hoặc người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm là nhân viên trong trường hợp yêu cầu giải quyết quyền lợi thay cho người phụ thuộc; hoặc
- b. Bên mua bảo hiểm theo thỏa thuận giữa Bên mua bảo hiểm và Thành viên được bảo hiểm.

4.2 Các chứng từ yêu cầu giải quyết quyền lợi:

Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm nộp cho Generali các chứng từ bằng tiếng Việt như sau:

- a. Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm được điền đầy đủ, chính xác;
- b. Giấy tờ tùy thân của người nhận quyền lợi: chứng minh nhân dân/căn cước công dân/hộ chiếu;
- c. Bảng chứng về sự kiện bảo hiểm:

- Hồ sơ khám bao gồm phiếu khám bệnh, chỉ định thực hiện xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, kết quả xét nghiệm, kết luận chẩn đoán và điều trị của Bác sĩ và/hoặc Bệnh viện/Phòng khám mà Thành viên được bảo hiểm đã đến khám và điều trị;
 - Sổ kiểm tra sức khỏe, toa/đơn thuốc (có đầy đủ chẩn đoán, họ tên đầy đủ và chữ ký của Bác sĩ, con dấu của Bệnh viện/Phòng khám nơi thực hiện việc khám và điều trị theo mẫu quy định của Nhà nước);
 - Giấy ra viện (trong trường hợp điều trị nội trú và Điều trị trong ngày);
 - Giấy chứng nhận phẫu thuật (trong trường hợp Phẫu thuật theo chỉ định của Bác sĩ bao gồm cả trường hợp Phẫu thuật trong ngày);
 - Giấy chỉ định Chăm sóc y tế tại nhà của Bác sĩ điều trị;
 - Trích sao bệnh án trong trường hợp Generali có yêu cầu;
 - Chứng từ liên quan đến điều trị nha khoa, trong đó ghi rõ kết quả xét nghiệm, chẩn đoán và chi tiết phương pháp điều trị (trong trường hợp yêu cầu giải quyết Quyền lợi Bảo hiểm chăm sóc nha khoa cơ bản và Quyền lợi Bảo hiểm chăm sóc nha khoa đặc biệt).
 - Chỉ định và phiếu theo dõi tập vật lý trị liệu (trong trường hợp yêu cầu chi trả quyền lợi Chi phí vật lý trị liệu);
 - Đối với trường hợp tai nạn, cần cung cấp thêm các bằng chứng sau:
 - Biên bản tai nạn có kết luận của cơ quan công an (trong trường hợp có báo cáo cơ quan công an) và/hoặc tường trình tai nạn có chữ ký của Thành viên được bảo hiểm và người làm chứng;
 - Giấy phép lái xe, giấy chứng nhận đăng ký xe (trong trường hợp bị tai nạn khi Thành viên được bảo hiểm đang điều khiển phương tiện giao thông);
 - Biên bản tai nạn lao động có xác nhận của cơ quan có thẩm quyền (đối với tai nạn lao động).
 - Các chứng từ khác theo sự kiện thực tế giúp xác định sự kiện bảo hiểm và phạm vi bảo hiểm.
- d. Bản gốc hóa đơn tài chính/hóa đơn chuyển đổi từ hóa đơn điện tử, các biên lai/phiếu thu tiền khám và điều trị theo quy định của Nhà nước trong đó ghi rõ:
- Thông tin của Thành viên được bảo hiểm;
 - Bệnh viện/Phòng khám;
 - Ngày phát hành hóa đơn, số hóa đơn, chữ ký, họ tên của người viết hóa đơn và con dấu của đơn vị phát hành hóa đơn;
 - Bảng kê chi tiết các chi phí phát sinh.

Trường hợp Thành viên được bảo hiểm cùng lúc được bảo hiểm theo các hợp đồng bảo hiểm sức khỏe khác, Generali bảo lưu quyền yêu cầu và giữ bản gốc các hóa đơn tài chính/hóa đơn chuyển đổi từ hóa đơn điện tử, các biên lai/phiếu thu nếu tổng số tiền Generali chi trả cho sự kiện bảo hiểm cao hơn mức chi trả của các hợp đồng bảo hiểm

khác mà Thành viên được bảo hiểm tham gia.

- e. Trong trường hợp Thành viên được bảo hiểm điều trị ngoài lãnh thổ Việt Nam thì các chứng từ quy định tại Điều 4.2.c và Điều 4.2.d có thể bằng tiếng Anh. Nếu có sự khác biệt về chứng từ thì các giấy tờ này phải thỏa điều kiện theo quy định tại nơi Thành viên được bảo hiểm điều trị.

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

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

4.3 Thời hạn yêu cầu giải quyết quyền lợi

Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho Generali và nộp các giấy tờ quy định tại Điều 4.2 trong vòng 90 ngày kể từ ngày xuất viện điều trị nội trú hoặc ngày điều trị theo các quyền lợi tương ứng.

Nếu vì lý do khách quan hợp lý mà người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm không thể nộp hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi đầy đủ hoặc bằng chứng về sự kiện bảo hiểm trong thời gian quy định nêu trên, hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm và bằng chứng về sự kiện bảo hiểm phải được nộp đầy đủ trong vòng 365 ngày kể từ ngày xuất viện điều trị nội trú hoặc ngày điều trị theo các quyền lợi tương ứng.

4.4 Thời hạn giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Generali có trách nhiệm giải quyết quyền lợi bảo hiểm trong vòng 30 ngày làm việc 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 cá nhân được công bố trên cổng thông tin điện tử của Generali tại từng thời điểm.

Điều 5. Các quy định chung

5.1 Bảo lãnh viện phí

Bảo lãnh viện phí là việc Generali chấp nhận chi trả trực tiếp một phần hoặc toàn bộ Chi phí y tế thực tế cho Bệnh viện/Phòng khám theo Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này trong trường hợp Thành viên được bảo hiểm điều trị do Bệnh tại các Bệnh viện/Phòng khám trong hệ thống bảo lãnh viện phí của Generali.

5.1.1 Nếu Thành viên được bảo hiểm điều trị trong hệ thống bảo lãnh viện phí của Generali tại Việt Nam, Thành viên được bảo hiểm cần thực hiện những bước sau:

- Xuất trình thẻ bảo hiểm của Generali và chứng minh nhân dân/căn cước công dân/hộ chiếu/giấy khai sinh (nếu là trẻ em) cho Bệnh viện/Phòng khám. Nếu Thành viên được

bảo hiểm là trẻ em, cần xuất trình thêm giấy tờ nhân thân của bố/mẹ, hoặc giấy ủy quyền của bố/mẹ nếu người đưa trẻ đi khám/điều trị không phải là bố/mẹ của Thành viên được bảo hiểm.

- Thực hiện tạm ứng viện phí theo yêu cầu của Bệnh viện/Phòng khám (nếu có);
- Kiểm tra Phiếu yêu cầu thanh toán quyền lợi mà Bệnh viện/Phòng khám cung cấp sau khi điều trị và ký tên để xác nhận việc điều trị của Thành viên được bảo hiểm;
- Tự thanh toán cho Bệnh viện/Phòng khám các chi phí không thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc vượt quá Giới hạn phụ và/hoặc Số tiền bảo hiểm tối đa.

5.1.2 Bảo lãnh viện phí không áp dụng trong các trường hợp sau:

- Khám và điều trị Tai nạn, cấp cứu, Đồng chi trả, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm;
- Khám và điều trị vào các ngày nghỉ Lễ, Tết hoặc ngoài giờ làm việc;
- Bệnh viện/Phòng khám không cung cấp đủ thông tin về y khoa để Generali có thể xem xét bảo lãnh viện phí;
- Thành viên được bảo hiểm không cung cấp đúng giấy tờ tùy thân, thẻ bảo hiểm...

5.1.3 Trường hợp Thành viên được bảo hiểm khám và điều trị tại Bệnh viện/Phòng khám không thuộc hệ thống bảo lãnh viện phí của Generali hoặc các trường hợp không áp dụng bảo lãnh viện phí, Thành viên được bảo hiểm cần thanh toán mọi chi phí điều trị cho Bệnh viện/Phòng khám, sau đó gửi hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho Generali theo quy định tại Điều 4.2 để được chi trả phần Chi phí y tế thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm.

5.2 Quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp Thành viên được bảo hiểm có nhiều hợp đồng bảo hiểm

Nếu Thành viên được bảo hiểm cùng lúc được bảo hiểm theo nhiều hợp đồng bảo hiểm, nhiều chương trình bảo hiểm (bao gồm bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế của Việt Nam hoặc của nước sở tại tại nơi Thành viên được bảo hiểm sử dụng các dịch vụ y tế theo Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này), Thành viên được bảo hiểm có quyền yêu cầu giải quyết quyền lợi ở bất kỳ hợp đồng bảo hiểm hay chương trình bảo hiểm nào đang có hiệu lực. Trong trường hợp yêu cầu giải quyết quyền lợi đã được chi trả theo hợp đồng bảo hiểm hay chương trình bảo hiểm khác thì Generali sẽ chỉ trả phần còn lại của Chi phí y tế thực tế không được chi trả theo hợp đồng bảo hiểm hay chương trình bảo hiểm khác đó nếu Chi phí y tế thực tế còn lại này thuộc phạm vi bảo hiểm và không vượt quá Số tiền bảo hiểm tối đa của Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này.

Điều 6. Thời hạn bảo hiểm

6.1 Thời hạn bảo hiểm là 01 năm tính từ ngày hiệu lực của Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này. Ngày hiệu lực của Bảo hiểm hỗ trợ nhóm là ngày được Generali chấp thuận và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các bản phụ lục, các xác nhận sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có).

- 6.2 Gia hạn: trong thời gian Bảo hiểm hỗ trợ nhóm còn hiệu lực, Bên mua bảo hiểm có thể yêu cầu gia hạn thời hạn bảo hiểm của Bảo hiểm hỗ trợ nhóm vào Ngày đáo hạn hợp đồng với điều kiện đóng đủ phí bảo hiểm cho thời gian gia hạn trước Ngày đáo hạn hợp đồng hoặc trong vòng 31 ngày kể từ Ngày đáo hạn hợp đồng.
- Nếu việc gia hạn được chấp thuận, Generali sẽ cấp văn bản xác nhận cho Bên mua bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm của mỗi lần gia hạn tối đa là 01 năm.
 - Nếu việc gia hạn không được chấp thuận, Generali sẽ hoàn lại cho Bên mua bảo hiểm khoản phí bảo hiểm đã nhận cho việc gia hạn này (nếu có) và thu hồi quyền lợi bảo hiểm đã chi trả (nếu có).
- 6.3 Trong mọi trường hợp, thời hạn bảo hiểm của Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này không được vượt quá thời hạn Hợp đồng bảo hiểm của sản phẩm chính.
- 6.4 Vào bất kỳ Ngày đáo hạn hợp đồng nào, Bên mua bảo hiểm có quyền không gia hạn Bảo hiểm hỗ trợ nhóm và Generali cũng có quyền không chấp nhận yêu cầu gia hạn.

Điều 7. Chấm dứt hiệu lực

Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này chấm dứt hiệu lực đối với:

7.1 Tất cả Thành viên được bảo hiểm khi:

- a. Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực theo quy định của Điều khoản chính;
- b. Thời hạn bảo hiểm của Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này kết thúc mà không được gia hạn;
- c. Khi Bên mua bảo hiểm yêu cầu chấm dứt Bảo hiểm hỗ trợ nhóm bằng văn bản;
- d. Các trường hợp khác theo quy định pháp luật.

7.2 Một Thành viên được bảo hiểm khi:

- a. Thành viên được bảo hiểm là Người lao động không còn đáp ứng các điều kiện để trở thành Thành viên được bảo hiểm theo quy định tại Điều khoản chính. Trong trường hợp này, bảo hiểm cho Thành viên được bảo hiểm là Người phụ thuộc cũng sẽ chấm dứt;
- b. Thành viên được bảo hiểm là Người phụ thuộc không còn đáp ứng các điều kiện để trở thành Thành viên được bảo hiểm theo quy định tại Điều khoản chính;
- c. Các trường hợp khác theo quy định pháp luật.

7.3 Generali sẽ chấm dứt một phần (đối với một hoặc một số Thành viên được bảo hiểm) hoặc toàn bộ hiệu lực của Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này và không chi trả quyền lợi bảo hiểm hoặc không hoàn lại phí bảo hiểm trong trường hợp có bằng chứng về việc gian lận hoặc trục lợi từ Thành viên được bảo hiểm và/hoặc Bên mua bảo hiểm đối với Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này. Generali sẽ thông báo bằng văn bản ít nhất 30 ngày trước khi chấm dứt một phần hoặc toàn bộ hiệu lực của Bảo hiểm hỗ trợ nhóm. Trong trường hợp Generali đã chi trả quyền lợi bảo hiểm và phát hiện có hành vi gian dối, cung cấp thông tin sai sự thật hoặc hành vi trục lợi bảo hiểm, Bên mua bảo hiểm phải hoàn trả lại cho Generali số tiền Generali đã chi trả.

- 7.4** Generali không chấp nhận yêu cầu chấm dứt toàn bộ Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này của Bên mua bảo hiểm sau khi Giấy chứng nhận bảo hiểm và thẻ bảo hiểm đã được cấp; trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm hoặc pháp luật có quy định khác.
- 7.5** Trong trường hợp chấm dứt nêu tại Điều 7.2, Generali sẽ hoàn trả phần phí bảo hiểm chưa sử dụng mà Bên mua bảo hiểm đã nộp trên cơ sở tỷ lệ tương ứng. Tuy nhiên:
- a. nếu có bất cứ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm nào liên quan đến Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này của Thành viên được bảo hiểm đã được thông báo cho Generali, Phí bảo hiểm của Thành viên được bảo hiểm này xem như đã được sử dụng hết và sẽ không được hoàn trả lại cho Bên mua bảo hiểm, trừ khi có thỏa thuận khác giữa Generali và Bên mua bảo hiểm; hoặc
 - b. trường hợp sự kiện bảo hiểm của Thành viên được bảo hiểm đã xảy ra trước ngày chấm dứt nêu tại Điều 7.2 nhưng yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm được gửi đến Generali sau ngày chấm dứt, nếu Generali đã hoàn trả phí bảo hiểm chưa sử dụng cho Bên mua bảo hiểm thì Bên mua bảo hiểm phải hoàn lại cho Generali khoản phí này.
- 7.6** Trong trường hợp sự kiện bảo hiểm của Thành viên được bảo hiểm đã xảy ra sau ngày chấm dứt nêu tại Điều 7.2 và Generali đã giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho Thành viên được bảo hiểm này, Bên mua bảo hiểm phải hoàn lại cho Generali quyền lợi đã được chi trả.

Điều 8. Định nghĩa

8.1 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, Thành viên được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- b. Người nhà của Bên mua bảo hiểm, Thành viên được bảo hiểm, Người thụ hưởng.

8.2 Bác sĩ phẫu thuật

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

- a. Bên mua bảo hiểm, Thành viên được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- b. Người nhà của Bên mua bảo hiểm, Thành viên được bảo hiểm, Người thụ hưởng.

8.3 Bác sĩ gây mê

Là người có bằng cấp chuyên môn y khoa trong lĩnh vực gây mê được cơ quan có thẩm quyền cấp phép hoặc thừa nhận được hành nghề hợp pháp trong phạm vi đào tạo chuyên ngành và phạm vi giấy phép theo Luật pháp của nước sở tại tại nơi người đó hành nghề.

Bác sĩ gây mê không phải là Bác sĩ thực hiện phẫu thuật cho Thành viên được bảo hiểm và không được đồng thời là:

- a. Bên mua bảo hiểm, Thành viên được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- b. Người nhà của Bên mua bảo hiểm, Thành viên được bảo hiểm, Người thụ hưởng.

8.4 Bệnh

Là tình trạng bất thường về hình thái, cấu trúc, chức năng của một hay nhiều cơ quan phát sinh do nguyên nhân bên trong hay bên ngoài cơ thể biểu hiện bằng các dấu hiệu, triệu chứng và hội chứng.

Bệnh phải 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 Thành viên được bảo hiểm.

8.5 Bệnh đặc biệt

Là một trong các bệnh sau: ung thư, u bướu các loại, huyết áp, các bệnh về tim, loét dạ dày, viêm khớp mãn tính, viêm gan (A, B, C), sỏi các loại trong hệ thống tiết niệu và đường mật, viêm xoang mãn tính, đái tháo đường, hen phế quản, Parkinson, viêm thận, các bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu (bao gồm bệnh suy tủy, bạch cầu cấp, bạch cầu mãn tính), bệnh viêm amyđan cần phải cắt, VA quá phát cần phải nạo, trĩ, thoái hóa khớp, thoát vị đĩa đệm, rối loạn tiền đình, viêm tai giữa.

8.6 Bệnh viện công lập

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.

8.7 Bệnh viện

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

- a. Được thành lập và hoạt động liên tục 24 giờ trong ngày nhằm cung cấp dịch vụ khám, chẩn đoán và điều trị cho người bị bệnh tật, thương tích;
- b. Có đầy đủ năng lực và phương tiện để thực hiện các ca phẫu thuật y khoa;
- c. Có đầy đủ điều kiện cho hoạt động điều trị nội trú và theo dõi bệnh nhân;
- d. Có lưu giữ đầy đủ bệnh án và hồ sơ của bệnh nhân theo tiêu chuẩn quy định của cơ quan có thẩm quyền.

8.8 Chi phí y tế thực tế

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 tại Bệnh viện, Phòng khám đối với Bệnh, Thương tích của Thành viên được bảo hiểm.

8.9 Chi phí y tế thông lệ và hợp lý

- a. Là mức giá dịch vụ thông thường mà Bệnh viện/Phòng khám áp dụng chung cho tất cả bệnh nhân của mình theo mức dịch vụ cơ bản tại Bệnh viện/Phòng khám đó mà không

phải là dịch vụ theo yêu cầu của bệnh nhân hay dịch vụ nâng cao; hoặc

- b. Là mức giá dịch vụ do Generali xác định dựa trên thông kê từ các Bệnh viện/Phòng khám có cùng xếp hạng, xếp loại và trong cùng một khu vực địa lý; hoặc
- c. Đối với các trường hợp y khoa hiếm gặp, là mức giá dịch vụ do Generali xác định dựa trên chi phí thực tế cho các thiết bị, dịch vụ tương tự và mức độ phức tạp của dịch vụ y tế; hoặc
- d. Phát sinh phù hợp với phạm vi giấy phép hoạt động của Bệnh viện/Phòng khám; hoặc
- e. Không phải là các chi phí, dịch vụ y tế nhằm phục vụ cho sự tiện nghi của Thành viên được bảo hiểm và Bác sĩ.
- f. Đối với trường hợp điều trị nội trú, chi phí phát sinh từ việc Nằm viện để điều trị Bệnh, Thương tích phải được xem là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa. Các trường hợp Nằm viện để điều trị Bệnh, Thương tích không được xem là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa như:
 - Nằm viện để điều trị Bệnh dài ngày mà Bệnh này không có triệu chứng, biến chứng bất thường dẫn đến bắt buộc nằm viện điều trị dài ngày;
 - Nằm viện chỉ nhằm theo dõi, uống thuốc, tập vật lý trị liệu...;
 - Các bệnh/thương tích thông thường chỉ cần điều trị ngoại trú.

8.10 Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa

Là dịch vụ y tế hoặc điều trị y tế phù hợp với các thông lệ về chẩn đoán và điều trị đối với Bệnh, Thương tích, và đáp ứng các yêu cầu sau:

- a. phù hợp với tiêu chuẩn hành nghề y được;
- b. là yêu cầu bắt buộc và phải thực hiện tại Bệnh viện, Phòng khám;
- c. không nhằm mục đích thử nghiệm, hoặc nghiên cứu, hoặc phòng ngừa, hoặc tầm soát;
- d. có số Ngày nằm viện hợp lý và phù hợp với thông lệ điều trị Bệnh, Thương tích.

8.11 Chuyên viên vật lý trị liệu

Là chuyên viên điều trị những rối loạn vật lý được cơ quan có thẩm quyền cấp phép được hành nghề hợp pháp trong lĩnh vực vật lý trị liệu theo Luật pháp của nước sở tại tại nơi người đó hành nghề. Chuyên viên vật lý trị liệu không được đồng thời là:

- a. Bên mua bảo hiểm, Thành viên được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- b. Người nhà của Bên mua bảo hiểm, Thành viên được bảo hiểm, Người thụ hưởng.

8.12 Chăm sóc y tế tại nhà

Là dịch vụ chăm sóc tại nhà cho Thành viên được bảo hiểm do Điều dưỡng viên thực hiện theo chỉ định của Bác sĩ là Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa.

8.13 Điều trị trong ngày

Là việc điều trị y tế khi Thành viên được bảo hiểm cần thiết phải làm thủ tục nhập viện và điều trị tại Bệnh viện, thời gian điều trị trên giường bệnh ít nhất là 06 giờ liên tục kể từ lúc

nhập viện. Thời gian điều trị tối thiểu này không bắt buộc trong trường hợp xạ trị, hóa trị, lọc máu thận (bao gồm chạy thận nhân tạo và thẩm phân phúc mạc).

8.14 Bệnh bẩm sinh/Bất thường bẩm sinh

Là tình trạng bệnh/bất thường có sẵn khi sinh ra theo phương diện y khoa, bệnh/bất thường có thể được chẩn đoán trước khi sinh hay khi vừa sinh ra hoặc biểu hiện nhiều năm sau khi sinh mà Thành viên được bảo hiểm có thể biết hoặc không biết.

8.15 Đồng chi trả/Mức miễn thường

- a. Đồng chi trả là số tiền được tính theo tỷ lệ đồng chi trả theo thỏa thuận cho từng quyền lợi trên Chi phí y tế thực tế phát sinh thuộc phạm vi được bảo hiểm hoặc trên Giới hạn phụ của từng quyền lợi này, tùy theo mức nào thấp hơn.
- b. Mức miễn thường là mức cố định mà Thành viên được bảo hiểm phải tự chi trả nếu Chi phí y tế thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm dưới mức quy định này. Trường hợp Chi phí y tế thực tế thuộc phạm vi bảo hiểm cao hơn mức quy định này, tùy theo thỏa thuận giữa Generali và Bên mua bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả như sau:
 - Generali sẽ chi trả toàn bộ các Chi phí y tế thực tế phát sinh liên quan đến việc điều trị của Thành viên được bảo hiểm; hoặc
 - Generali sẽ chi trả các Chi phí y tế thực tế phát sinh liên quan đến việc điều trị của Thành viên được bảo hiểm sau khi trừ đi mức miễn thường.

Mức miễn thường/Tỷ lệ đồng chi trả được ghi trên Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có).

8.16 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.

8.17 Giới hạn phụ

Là mức quyền lợi bảo hiểm tối đa mà Generali chi trả với mỗi nội dung bảo hiểm được liệt kê trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm và được thể hiện trên Giấy chứng nhận bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có).

8.18 Một lần khám và điều trị

Là một lần Thành viên được bảo hiểm đến Bệnh viện/Phòng khám để được Bác sĩ khám, chẩn đoán và kê đơn điều trị.

8.19 Người nhà

Được hiểu là vợ/chồng hợp pháp, con ruột, con nuôi, con riêng của vợ/chồng, anh chị em ruột, anh chị em ruột của vợ/chồng, cha mẹ ruột, cha mẹ nuôi, cha mẹ của vợ/chồng, ông bà, cháu, bố dượng, mẹ kế của Bên mua bảo hiểm, Thành viên được bảo hiểm, Người thụ hưởng.

8.20 Nằm viện

Là việc Thành viên được bảo hiểm phải nhập viện như là một bệnh nhân nội trú qua đêm

để nhận điều trị y tế cho Bệnh hoặc Thương tích tại Bệnh viện do Bác sĩ chỉ định theo các điều kiện Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa. Giấy xuất viện là chứng từ cần thiết để yêu cầu giải quyết cho quyền lợi này.

8.21 Ngày nằm viện

Để được tính là 01 Ngày nằm viện, Thành viên được bảo hiểm Nằm viện liên tục ít nhất 18 giờ và phát sinh tiền giường, tiền phòng theo quy định của Bệnh viện.

8.22 Phạm vi lãnh thổ

Là phạm vi địa lý được bảo hiểm tương ứng và được thể hiện trong Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có).

8.23 Phòng khám

Là một khoa của Bệnh viện hoặc một cơ sở khám chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo luật pháp của nước sở tại tại nơi tổ chức này đặt cơ sở; hoạt động với mục đích là tư vấn, khám và điều trị ngoại trú.

8.24 Phẫu thuật

Là một quá trình giải phẫu để điều trị Bệnh hoặc Thương tích do những yêu cầu Cần thiết và hợp lý về mặt y khoa được thực hiện bởi Bác sĩ phẫu thuật của Bệnh viện và được thực hiện trong Phòng phẫu thuật của Bệnh viện. Phẫu thuật không bao gồm các phẫu thuật được thực hiện trong phòng cấp cứu, các thủ thuật, tiểu phẫu, phẫu thuật loại III (theo quy định hiện hành của cơ quan có thẩm quyền về phân loại phẫu thuật và thủ thuật) và các hình thức phẫu thuật được thực hiện với phương thức vô cảm gây tê tại chỗ.

8.25 Phòng phẫu thuật

Là một khoa của Bệnh viện, có biên chế Bác sĩ phẫu thuật, Bác sĩ gây mê, Bác sĩ chuyên khoa hồi sức và được trang bị các thiết bị y tế phù hợp và cần thiết để phục vụ cho việc Phẫu thuật.

8.26 Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)

Là một khoa của Bệnh viện và đáp ứng được các yêu cầu sau:

- a. Được thành lập để thực hiện chương trình chăm sóc và điều trị đặc biệt; và
- b. Dành riêng cho các bệnh nhân trong tình trạng nguy kịch chức năng sống và cần sự theo dõi và kiểm tra y tế liên tục của Bác sĩ; và
- c. Được trang bị các thiết bị, thuốc, phương tiện khác cần thiết cho việc cứu sống bệnh nhân một cách nhanh chóng; và
- d. Không phải là phòng hậu phẫu, phòng hồi sức cấp cứu, phòng chăm sóc đặc biệt thuộc các khoa khám chữa bệnh hoặc phòng cấp cứu.

8.27 Số tiền bảo hiểm tối đa

Là quyền lợi bảo hiểm tối đa được ghi trên Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm mà Generali sẽ chi trả cho Thành viên được bảo hiểm theo quy định tại Bản mô tả quyền lợi bảo hiểm hoặc các sửa đổi, bổ sung và các thỏa thuận khác (nếu có).

Số tiền bảo hiểm tối đa có thể được tính theo Thời hạn hợp đồng hoặc theo Thương tật.

- Số tiền bảo hiểm tối đa được tính theo Thời hạn hợp đồng là số tiền chi trả tối đa cho quyền lợi bảo hiểm áp dụng cho toàn bộ Thời hạn hợp đồng.
- Số tiền bảo hiểm tối đa được tính theo Thương tật là số tiền chi trả tối đa cho mỗi Thương tật tính đến hết Thời hạn hợp đồng và không giới hạn số Thương tật.

8.28 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 định và ngoài ý muốn lên cơ thể Thành viên được bảo hiểm trong thời gian Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này 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 Thành viên được bảo hiểm.

8.29 Thương tích

Là các tổn thương cơ thể của Thành viên 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.

8.30 Thương tật

Là Bệnh hoặc Thương tích xảy ra trong khi Thành viên được bảo hiểm được bảo hiểm theo Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này, bao gồm các biến chứng, ốm đau, Bệnh hoặc Thương tích kết hợp.

Vì mục đích của Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này, một Thương tật sẽ được xem là chấm dứt nếu Thành viên được bảo hiểm đó không nhận được sự điều trị, khám hoặc không nhận được chỉ định điều trị bổ sung nào trong thời gian 90 ngày liên tục. Sau thời hạn 90 ngày liên tục này, nếu Thành viên được bảo hiểm đó nhận được sự điều trị, khám hoặc chỉ định điều trị bổ sung liên quan đến Thương tật cũ mắc phải trước đó, việc điều trị, khám, hoặc chỉ định điều trị bổ sung này sẽ được xem là thuộc về Thương tật mới.

8.31 Thời gian chờ

Là khoảng thời gian mà các sự kiện bảo hiểm phát sinh trong thời gian này không được Generali chi trả, bao gồm các chi phí khám và điều trị phát sinh trong thời gian chờ và việc điều trị này kéo dài liên tục qua thời gian chờ và trong thời hạn bảo hiểm.

8.32 Tình trạng y tế có trước

Được hiểu là:

- a. Tình trạng bệnh, thương tích của Thành viên được bảo hiểm đã được khám hoặc xét nghiệm, hoặc tư vấn y khoa, hoặc chẩn đoán hoặc điều trị, hoặc
- b. Triệu chứng, dấu hiệu về tình trạng sức khỏe của Thành viên được bảo hiểm

phát sinh trước Ngày bắt đầu được bảo hiểm, mà nếu biết được các bệnh, thương tích, triệu chứng, dấu hiệu này Generali đã không chấp thuận bảo hiểm, hoặc chấp thuận bảo hiểm với mức phí tăng thêm, hoặc áp dụng loại trừ bảo hiểm.

Tiền sử sức khỏe được lưu giữ tại cơ sở y tế, hồ sơ y tế, hoặc lời khai của Thành viên được

bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm được xem là bằng chứng đầy đủ và hợp pháp về Tình trạng y tế có trước.

8.33 Tình trạng nguy kịch

Là sự thay đổi đột ngột về tình trạng sức khỏe của Thành viên được bảo hiểm mà theo nhận định của Bác sĩ là cần phải điều trị y tế khẩn cấp/phẫu thuật để tránh tử vong hoặc để tránh ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình trạng sức khỏe hiện tại và lâu dài. Ngoài ra, Tình trạng nguy kịch sẽ được đánh giá dựa theo hoàn cảnh tại nơi sự kiện bảo hiểm xảy ra, bản chất của việc điều trị y tế khẩn cấp và khả năng cung cấp dịch vụ cấp cứu tại nơi xảy ra sự kiện bảo hiểm này.

8.34 Thuốc theo toa

Là những loại thuốc/độc phẩm theo đơn thuốc của Bác sĩ có liên quan trực tiếp đến Bệnh/Thương tích được chẩn đoán của Thành viên được bảo hiểm (không bao gồm thực phẩm chức năng, khoáng chất, các chất hữu cơ bổ sung cho chế độ dinh dưỡng hoặc phục vụ cho chế độ ăn kiêng, các sản phẩm dược mỹ phẩm, các loại vitamin, thuốc bổ). Thuốc theo toa này phải được đăng ký lưu hành theo quy định của Bộ Y tế Việt Nam hoặc được lưu hành theo quy định của pháp luật tại nơi khám và điều trị (nếu việc khám và điều trị được thực hiện ngoài lãnh thổ Việt Nam).

8.35 Tuổi của Thành viên được bảo hiểm

Là tuổi theo sinh nhật vừa qua của Thành viên được bảo hiểm vào Ngày bắt đầu được bảo hiểm theo Bảo hiểm hỗ trợ nhóm này. Theo đó, tuổi tham gia của Thành viên được bảo hiểm được quy sau:

- Thành viên được bảo hiểm là Người lao động của Bên mua bảo hiểm: 18 đến 70 tuổi;
- Thành viên được bảo hiểm là Người phụ thuộc:
 - ✓ Đối với Người phụ thuộc có quan hệ hôn nhân: không vượt quá 70 tuổi vào Ngày bắt đầu được bảo hiểm;
 - ✓ Đối với Người phụ thuộc có quan hệ huyết thống/nuôi dưỡng:
 - cha/mẹ ruột, cha/mẹ ruột của vợ/chồng hợp pháp của Người lao động: không vượt quá 70 tuổi vào Ngày bắt đầu được bảo hiểm;
 - con ruột, con nuôi hợp pháp của Người lao động, con riêng của vợ/chồng của Người lao động: từ đủ 15 ngày tuổi đến dưới 18 tuổi vào Ngày bắt đầu được bảo hiểm và không tham gia quan hệ lao động toàn thời gian theo quy định pháp luật lao động; hoặc chưa kết hôn, từ đủ 18 tuổi đến dưới 23 tuổi vào Ngày bắt đầu được bảo hiểm, đang theo học tại Việt Nam hoặc nước ngoài bậc phổ thông, đại học, cao đẳng, trung học chuyên nghiệp, dạy nghề và không có thu nhập;
 - là anh, chị em ruột, người có quan hệ nuôi dưỡng và cấp dưỡng của Người lao động: không vượt quá 70 tuổi vào Ngày bắt đầu được bảo hiểm
- Thành viên được bảo hiểm là cá nhân có Quyền lợi có thể được bảo hiểm của Bên mua bảo hiểm: không vượt quá 70 tuổi vào Ngày bắt đầu được bảo hiểm.

Đối với Quyền lợi chăm sóc thai sản, Thành viên được bảo hiểm là nữ từ 18 tuổi đến 44 tuổi tại ngày hiệu lực của quyền lợi này và được Generali chấp thuận bảo hiểm theo quyền lợi này.

8.36 Vật lý trị liệu

Là phương pháp chữa trị bằng cách sử dụng các biện pháp vật lý tự nhiên hoặc nhân tạo như nước, khí, nhiệt độ, điện, tia X, tia cực tím, tia hồng ngoại, siêu âm, các chất đồng vị phóng xạ, xoa bóp, nắn xương, cấy chỉ, châm cứu, các phương pháp chữa trị theo bảng danh mục của Bộ Y tế để giảm đau, phục hồi chức năng của cơ bắp hay các hoạt động bình thường hàng ngày của Thành viên được bảo hiểm theo chỉ định của Bác sĩ, không bao gồm phương pháp massage các loại, spa, tập sửa dáng đi, chỉnh hình thẩm mỹ.

8.37 Vật tư tiêu hao

Là vật tư được sử dụng một lần hoặc nhiều lần nhằm mục đích hỗ trợ cho điều trị và khám chữa bệnh, không lắp đặt vĩnh viễn trong cơ thể, ngoại trừ trường hợp các vật tư này tự tiêu trong cơ thể hoặc lẽ ra có thể lấy ra khỏi cơ thể mà không ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của cơ thể nhưng do cơ thể không đào thải nên không cần thiết phải lấy ra.

8.38 Vật tư thay thế

Là vật tư sử dụng trong y tế nhằm thay thế hoặc hỗ trợ chức năng hoạt động của bất kỳ phần nào đó trong cơ thể sống.

Vật tư thay thế bao gồm dụng cụ/thiết bị y tế được đặt/cấy/trồng vào bất kỳ bộ phận nào bên trong của cơ thể (ngoại trừ thủy tinh thể nhân tạo) với mục đích duy trì sự sống và/hoặc dụng cụ/thiết bị y tế sử dụng trong phẫu thuật, bao gồm các thiết bị như: Stent, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp, đinh vis, chốt treo, máy tạo nhịp tim.

Chi phí cho các dụng cụ/thiết bị y tế được sử dụng bên ngoài cơ thể như: nạng, nẹp, xe lăn, xe đẩy, thiết bị trợ thính, kính thuốc, máy trợ tim, chân tay giả; máy khí dung và các dụng cụ tương tự khác không thuộc phạm vi bảo hiểm của quyền lợi này.

8.39 Điều dưỡng viên

Là nhân viên y tế được cấp phép hành nghề hợp pháp theo Luật pháp của nước sở tại nơi người đó tiến hành việc chăm sóc y tế. Điều dưỡng viên không được đồng thời là:

- a. Bên mua bảo hiểm, Thành viên được bảo hiểm, Người thụ hưởng; hoặc
- b. Người nhà của Bên mua bảo hiểm, Thành viên được bảo hiểm, Người thụ hưởng.

PHỤ LỤC I: BẢNG TÓM TẮT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

(Đơn vị: Việt Nam đồng)

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM			
GIỚI HẠN HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM	CƠ BẢN	MỞ RỘNG	NÂNG CAO
Tuổi Người được bảo hiểm	Nhân viên: 18 – 70 tuổi; Người phụ thuộc là vợ chồng/cha mẹ: 18 – 70 tuổi; Trẻ em: 15 ngày tuổi - 18/23 tuổi (Đối với Bảo hiểm Chăm sóc thai sản: 18 – 44 tuổi)		
Phạm vi lãnh thổ	Toàn cầu		
Số thành viên tối thiểu	02 người		
Đồng bảo hiểm	5% - 50% (Tùy theo thỏa thuận cho từng quyền lợi)		
Mức miễn thường	Tùy theo thỏa thuận cho từng quyền lợi		
QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	CƠ BẢN	MỞ RỘNG	NÂNG CAO
BẢO HIỂM CHI PHÍ Y TẾ DO TAI NẠN			
Số tiền bảo hiểm tối đa (STBH) (Được tính theo Thời hạn hợp đồng hoặc theo Thương tật)	Dưới 500.000.000	Từ 500.000.000 – dưới 1.250.000.000	Từ 1.250.000.000 trở lên
Tiền giường và phòng mỗi ngày	Chi phí thực tế lên đến 5% STBH nhưng không thấp hơn 500.000/ngày (Tùy theo thỏa thuận)	Chi phí thực tế lên đến 5% STBH (Tùy theo thỏa thuận)	Chi phí thực tế lên đến 5% STBH (Tùy theo thỏa thuận)
Chi phí điều trị nội trú do Tai nạn	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa
Chi phí vitamin, thuốc bổ trợ được kê đơn kèm theo thuốc điều trị (không vượt quá chi phí thuốc điều trị)	Tối đa 2% STBH (Tùy theo thỏa thuận)	Tối đa 2% STBH (Tùy theo thỏa thuận)	Tối đa 2% STBH (Tùy theo thỏa thuận)
Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt (Tối đa 30 ngày)	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa
Tiền giường cho Người nhà (Tối đa 10 ngày)	Không áp dụng	Chi phí thực tế nhưng không vượt quá 1.250.000/ngày (Tùy theo thỏa thuận)	Chi phí thực tế lên đến 5% STBH (Tùy theo thỏa thuận)

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	CƠ BẢN	MỞ RỘNG	NÂNG CAO
Trợ cấp mỗi Ngày nằm viện (Tối đa 60 ngày)	✓ Nếu sử dụng BHYT: 0,5% STBH/ngày nhưng không thấp hơn 100.000/ngày và không vượt quá 1.500.000/ngày ✓ Nếu không sử dụng BHYT: 0,1%/ngày nhưng không thấp hơn 50.000/ngày và không vượt quá 500.000/ngày	✓ Nếu sử dụng BHYT: 0,5% STBH/ngày nhưng không thấp hơn 100.000/ngày và không vượt quá 1.500.000/ngày ✓ Nếu không sử dụng BHYT: 0,1%/ngày nhưng không thấp hơn 50.000/ngày và không vượt quá 1.000.000/ngày	✓ Nếu sử dụng BHYT: 0,5% STBH/ngày nhưng không thấp hơn 100.000/ngày và không vượt quá 1.500.000/ngày ✓ Nếu không sử dụng BHYT: 0,1%/ngày nhưng không thấp hơn 50.000/ngày và không vượt quá 1.000.000/ngày
Chi phí Phẫu thuật do Tai nạn	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa
Chi phí Vận chuyển cấp cứu do Tai nạn	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa
Chi phí điều trị ngoại trú do Tai nạn	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa
Chi phí điều trị cấp cứu nha khoa do Tai nạn (Trong vòng 24 giờ từ khi xảy ra Tai nạn)	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa
Chi phí điều trị cấp cứu thai sản do Tai nạn (Trong vòng 24 giờ từ khi xảy ra Tai nạn)	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa
BẢO HIỂM ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ DO BỆNH			
STBH tối đa (Được tính theo Thời hạn hợp đồng hoặc theo Thương tật)	Dưới 500.000.000	Từ 500.000.000 – 1.250.000.000	Từ 1.250.000.000 trở lên
Tiền giường và phòng mỗi ngày	Chi phí thực tế lên đến 5% STBH nhưng không thấp hơn 500.000/ngày (Tùy theo thỏa thuận)	Chi phí thực tế lên đến 5% STBH (Tùy theo thỏa thuận)	Chi phí thực tế lên đến 5% STBH (Tùy theo thỏa thuận)
Chi phí điều trị nội trú do Bệnh	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa
• Chi phí vitamin, thuốc bổ trợ được kê đơn kèm theo	Tối đa 2% STBH (Tùy theo thỏa thuận)	Tối đa 2% STBH (Tùy theo thỏa thuận)	Tối đa 2% STBH (Tùy theo thỏa thuận)

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	CƠ BẢN	MỞ RỘNG	NÂNG CAO
thuốc điều trị (không vượt quá chi phí thuốc điều trị)			
Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt (Tối đa 30 ngày)	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa
Tiền giường cho Người nhà (Tối đa 10 ngày)	Không áp dụng	Chi phí thực tế nhưng không vượt quá 1.250.000/ngày (Tùy theo thỏa thuận)	Chi phí thực tế lên đến 5% STBH (Tùy theo thỏa thuận)
Trợ cấp mỗi Ngày nằm viện (Tối đa 60 ngày)	✓ Nếu sử dụng BHYT: 0,5% STBH/ngày nhưng không thấp hơn 100.000/ngày và không vượt quá 1.500.000/ngày ✓ Nếu không sử dụng BHYT: 0,1%/ngày nhưng không thấp hơn 50.000/ngày và không vượt quá 500.000/ngày	✓ Nếu sử dụng BHYT: 0,5% STBH/ngày nhưng không thấp hơn 100.000/ngày và không vượt quá 1.500.000/ngày ✓ Nếu không sử dụng BHYT: 0,1%/ngày nhưng không thấp hơn 50.000/ngày và không vượt quá 1.000.000/ngày	✓ Nếu sử dụng BHYT: 0,5% STBH/ngày nhưng không thấp hơn 100.000/ngày và không vượt quá 1.500.000/ngày ✓ Nếu không sử dụng BHYT: 0,1%/ngày nhưng không thấp hơn 50.000/ngày và không vượt quá 1.000.000/ngày
Chi phí điều trị trong ngày	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa
Chi phí điều trị HIV/AIDS	Không áp dụng	10% STBH trong suốt quãng đời	10% - 20% STBH trong suốt quãng đời (Tùy theo thỏa thuận)
Chi phí Phẫu thuật do Bệnh	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa
Chi phí cấy ghép nội tạng (Các bộ phận: thận, tim, gan, phổi và tủy xương)	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa
Chi phí điều trị trước khi nhập viện (Trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện)	Chi phí y tế thực tế lên đến 5% STBH (Tùy theo thỏa thuận) nhưng không thấp hơn 4.000.000	Chi phí y tế thực tế lên đến 5% STBH (Tùy theo thỏa thuận)	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa
Chi phí điều trị sau khi xuất viện (Trong vòng 45 ngày sau khi xuất viện)	Chi phí y tế thực tế lên đến 5% STBH (Tùy theo thỏa thuận) nhưng không thấp hơn 4.000.000	Chi phí y tế thực tế lên đến 5% STBH (Tùy theo thỏa thuận)	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	CƠ BẢN	MỞ RỘNG	NÂNG CAO
Chi phí dịch vụ Chăm sóc y tế tại nhà (Tối đa 60 ngày)	6.000.000	10.000.000	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa
Chi phí Vận chuyển cấp cứu do Bệnh (Không áp dụng đối với Chăm sóc thai sản)	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa
QUYỀN LỢI BẢO HIỂM THAM GIA THÊM	CƠ BẢN	MỞ RỘNG	NÂNG CAO
BẢO HIỂM CHĂM SÓC THAI SẢN (Chỉ áp dụng khi có tham gia Bảo hiểm điều trị nội trú do Bệnh) Lựa chọn quyền lợi thuộc giới hạn STBH của Bảo hiểm điều trị nội trú do Bệnh hoặc ngoài giới hạn STBH của Bảo hiểm điều trị nội trú do Bệnh			
STBH tối đa (Được tính theo Thời hạn hợp đồng hoặc theo Thương tật)	<= 125.000.000 nhưng không vượt quá STBH tối đa của Bảo hiểm Điều trị nội trú do Bệnh		
Chi phí khám thai (Tối đa 05 lần)	Toàn bộ chi phí y tế thực tế nhưng không vượt quá mức tối đa tùy theo thỏa thuận		
Chi phí sinh thường ⁽¹⁾	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa		
Chi phí điều trị biến chứng thai sản và/hoặc sinh khó ⁽¹⁾			
Chi phí sau khi sinh hoặc sau khi biến chứng thai sản cho 01 lần tái khám trong vòng 45 ngày kể từ ngày sinh hoặc ngày bị biến chứng thai sản			
Chi phí chăm sóc dưỡng nhi (Trong vòng 14 ngày kể từ ngày sinh)			
Trợ cấp mỗi Ngày nằm viện (Tối đa 60 ngày)	✓ Nếu sử dụng BHYT: 0,5% STBH/ngày nhưng không thấp hơn 100.000/ngày và không vượt quá 1.500.000/ngày ✓ Nếu không sử dụng BHYT: 0,1%/ngày nhưng không thấp hơn 50.000/ngày và không vượt quá 500.000/ngày		

¹ Tiền giường và phòng mỗi ngày phụ thuộc vào giới hạn Tiền giường và phòng của Bảo hiểm điều trị nội trú do Bệnh

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	CƠ BẢN	MỞ RỘNG	NÂNG CAO
BẢO HIỂM ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ DO BỆNH (Chỉ áp dụng khi có tham gia Bảo hiểm điều trị nội trú do Bệnh)			
STBH tối đa theo Thời hạn hợp đồng	Dưới 30.000.000	Từ 30.000.000 – 75.000.000	Từ 75.000.000 – 150.000.000
Chi phí điều trị ngoại trú do Bệnh (Tính cho Một lần khám và điều trị) bao gồm tiền khám, Thuốc theo toa, xét nghiệm...	Chi phí y tế thực tế lên đến 100% STBH (Tùy theo thỏa thuận)	Chi phí y tế thực tế lên đến 100% STBH (Tùy theo thỏa thuận)	Chi phí y tế thực tế lên đến 100% STBH (Tùy theo thỏa thuận)
Chi phí vitamin, thuốc bổ trợ được kê đơn kèm theo thuốc điều trị (không vượt quá chi phí thuốc điều trị)	Tối đa 5% STBH (Tùy theo thỏa thuận)	Tối đa 5% STBH (Tùy theo thỏa thuận)	Tối đa 5% STBH (Tùy theo thỏa thuận)
Vật lý trị liệu (Tối đa 60 lần)	Chi phí y tế thực tế lên đến 2% STBH (Tùy theo thỏa thuận)	Chi phí y tế thực tế lên đến 2% STBH (Tùy theo thỏa thuận)	Chi phí y tế thực tế lên đến 2% STBH (Tùy theo thỏa thuận)
BẢO HIỂM CHĂM SÓC NHA KHOA			
STBH tối đa theo Thời hạn hợp đồng	Đến 100% STBH của Bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh (Tùy theo thỏa thuận) nhưng không vượt quá 37.500.000		
NHA KHOA CƠ BẢN (Chỉ áp dụng khi có tham gia Bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh)			
Chi phí cạo vôi răng và đánh bóng răng (Tối đa 02 lần)	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa		
Chi phí kiểm tra, tư vấn, chẩn đoán nha khoa			
Chi phí điều trị răng chuyên khoa			
BẢO HIỂM CHĂM SÓC NHA KHOA ĐẶC BIỆT (Chỉ áp dụng khi có tham gia Bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh với Số tiền bảo hiểm từ 15.000.000 và Bảo hiểm Chăm sóc nha khoa cơ bản)			
Chi phí mào răng, cầu răng, trồng răng giả, làm hàm răng giả	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa		

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM		CƠ BẢN	MỞ RỘNG	NÂNG CAO
QUYỀN LỢI BẢO HIỂM MỞ RỘNG (Chỉ áp dụng khi có tham gia Bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh)				
QUYỀN LỢI Y TẾ DỰ PHÒNG				
Lựa chọn quyền lợi thuộc giới hạn STBH của Bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh hoặc ngoài giới hạn STBH của Bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh				
STBH tối đa theo Thời hạn hợp đồng	<=10.000.000 nhưng không vượt quá STBH của Bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh			
Kiểm tra, tầm soát sức khỏe định kỳ	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa			
Điều trị phòng ngừa				
Dụng cụ y tế, vitamin, thuốc bổ (Tính cho Một lần khám và điều trị ngoại trú hoặc nội trú)				
Các chi phí khác tùy theo thỏa thuận giữa Generali và Bên mua bảo hiểm				
QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ TÂM THẦN, TÂM LÝ				
Lựa chọn quyền lợi thuộc giới hạn STBH của Bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh hoặc ngoài giới hạn STBH của Bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh				
STBH tối đa theo Thời hạn hợp đồng	Lên đến 100% STBH của Bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh			
Chi phí tính cho Một lần khám và điều trị gồm tiền khám, Thuốc theo toa, xét nghiệm,..	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa			
QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ BỆNH BẨM SINH/BẤT THƯỜNG BẨM SINH				
Lựa chọn quyền lợi thuộc giới hạn STBH của Bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh hoặc ngoài giới hạn STBH của Bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh				
STBH tối đa theo Thời hạn hợp đồng	Lên đến 100% STBH của Bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh			
Chi phí tính cho Một lần khám và điều trị gồm tiền khám, Thuốc theo toa, xét nghiệm,..	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa			
QUYỀN LỢI ĐIỀU TRỊ VÔ SINH				
Lựa chọn quyền lợi thuộc giới hạn STBH của Bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh hoặc ngoài giới hạn STBH của Bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh				
STBH tối đa theo Thời hạn hợp đồng	Lên đến 100% STBH của Bảo hiểm điều trị ngoại trú do Bệnh			
Chi phí tính cho Một lần khám và điều trị gồm tiền khám, Thuốc theo toa, xét nghiệm,..	Chi phí y tế thực tế lên đến STBH tối đa			

=//=