PHỤ LỤC – BẢNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

(*Phụ lục này là một bộ phận không thể tách rời*

của Hợp đồng bảo hiểm số 26CN.SK.01.01V00104465 ngày 21/05/2026)

	QUYỀN LỢI CHI TIẾT	SỐ TIỀN BẢO HIỂM TỐI ĐA/ NGƯỜI/NĂM
		Chương trình bảo hiểm
	Phạm vi bảo hiểm: Bồi thường trong trường hợp Tử vong/ Thương tật vĩnh viễn và hậu quả khi Chi phí y tế phát sinh do tai nạn trong thời hạn bảo hiểm. Đối với hậu quả tai nạn hoặc chi phí y tế tai nạn xảy ra ngoài thời hạn bảo hiểm thì không thuộc phạm vi bảo hiểm.	
A	**BẢO HIỂM TAI NẠN NHÓM**	
	Phạm vi địa lý:	Việt Nam
	Số tiền	105.000.000 VND
1	**Tử vong / Thương tật toàn bộ vĩnh viễn**	**105.000.000 VND**
	- Quyền lợi tử vong do tai nạn	
	- Quyền lợi vong do tai nạn khi đang là hành khách tham gia trên các phương tiện công cộng	
2	**Thương tật bộ phận vĩnh viễn**	Bồi thường theo tỷ lệ % trên STBH theo Bảng tỷ lệ trả tiền bảo hiểm thương tật
3	**Chi phí y tế phát sinh do điều trị thương tật thân thể theo chỉ định của bác sĩ điều trị** **Bao gồm các giới hạn phụ như sau:**	**50.000.000 VND**
	Phạm vi địa lý: Việt Nam	
B	**NẰM VIỆN / PHẪU THUẬT DO ỐM ĐAU, BỆNH TẬT, THAI SẢN**	
	Phạm vi địa lý:	Việt Nam
	Số tiền bảo hiểm tối đa của bảo hiểm điều trị nội trú do Bệnh	**150.000.000 VND/ năm**
	Bao gồm các giới hạn phụ như sau:	
1	**Viện phí:**	3.000.000 VND/ngày
	- Tiền giường và phòng mỗi ngày nằm viện:	
	+ Tại Bệnh viện công lập: loại trừ phòng bao.	
	+ Ngoài Bệnh viện công lập: Phòng tiêu chuẩn (không bao gồm phòng bao, phòng VIP, phòng Deluxe...);	
	+ Không giới hạn số ngày trong thời gian hợp đồng có hiệu lực	
	- Chi phí Phòng chăm sóc đặc biệt (Tối đa 30 ngày nằm viện/Năm hợp đồng):	150.000.000 VND/năm
	- Chi phí điều trị nội trú do Bệnh:	
	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 hỗ 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. Chi phí điều trị trong phòng cấp cứu có liên quan trực tiếp đến Bệnh mà Thành viên được bảo hiểm Nằm viện để điều trị ngay sau đó.	
	Chi phí vitamin, thuốc hỗ trợ được kê đơn kèm theo thuốc điều trị (không vượt quá chi phí thuốc điều trị)	**3.000.000 VND/năm**
2	**Chi phí phẫu thuật:**	150.000.000 VND/năm
	- Chi phí điều trị trong ngày Là Chi phí y tế phát sinh cho việc Điều trị trong ngày của Thành viên được bảo hiểm 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. Chạy thận nhân tạo, lọc máu thận	
	d. Phẫu thuật và xuất viện trong ngày (trong đó Phẫu thuật không bao gồm chi phí liên quan đến thủ thuật chẩn đoán Bệnh)	
	- Chi phí Phẫu thuật do Bệnh, bao gồm:	
	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;	
	- Chi phí Cấy ghép nội tạng, Các 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...	
	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;	
	Chi phí cho, nhận, mua, vận chuyển, bảo quản nội tạng và các chi phí mà người hiến tạng phải chịu sẽ không thuộc phạm vi bảo hiểm của quyền lợi này.	
4	**Vận chuyển cấp cứu:**	150.000.000 VND/ năm

	Chi phí Vận chuyển cấp cứu do Bệnh - phạm vi trong lãnh thổ Việt Nam (Không áp dụng đối với Chăm sóc thai sản)	
5	**Trợ cấp mỗi Ngày nằm viện** (Tối đa 60 ngày nằm viện/Năm hợp đồng)	150.000 VND/ngày
	Không áp dụng cho điều trị trong ngày	
6	**Chi phí điều trị trước khi nhập viện:**	7.500.000 VND/năm
	- Các 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 như xét nghiệm thăm dò chức năng, và các chẩn đoán bằng hình ảnh 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. (Trong vòng 30 ngày trước khi nhập viện)	
7	**Chi phí điều trị sau khi xuất viện:** (trong vòng 45 ngày sau khi xuất viện)	7.500.000 VND/năm
	- Nhà thầu chi trả cho các chi phí điều trị ngay sau khi xuất viện theo chỉ định của bác sĩ điều trị cho ốm đau, bệnh tật, thai sản của Người được bảo hiểm đã phải điều trị nằm viện, bao gồm: chi phí tái khám, chi phí xét nghiệm, tiền thuốc ngay sau khi xuất viện. Chi phí này được chi trả tối đa trong vòng 45 ngày sau khi xuất viện	
8	**Chăm sóc y tế tại nhà** (trong vòng 30 ngày kể từ ngày xuất viện)	6.000.000 VND/năm
	Nhà thầu chi trả chi phí cho người được bảo hiểm các dịch vụ chăm sóc y tế của một y tá được cấp giấy phép hành nghề hợp pháp, được hưởng ngay sau khi rời bệnh viện, tại nơi ở của Người được bảo hiểm, thực hiện theo chỉ định của bác sĩ điều trị trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện.	
9	**Trợ cấp mai táng**	50.000.000 VND
	Trường hợp người được bảo hiểm tử vong do mọi nguyên nhân (bệnh, tai nạn) thuộc phạm vi bảo hiểm, không kể nằm viện hay ngoại trú, Nhà thầu trả tiền trợ cấp mai táng phí ghi trên Hợp đồng bảo hiểm.	
C	**BẢO HIỂM ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ DO BỆNH**	**15.000.000 VND**
	Số tiền bảo hiểm tối đa Bao gồm các giới hạn phụ như sau:	
	Chi phí điều trị ngoại trú do Bệnh (Tính cho Một lần khám và điều trị)	4.500.000 VND/ lần khám và điều trị
	- Chi phí khám; - Chi phí Thuốc theo toa; - Chi phí vitamin trong trường hợp vitamin là thuốc điều trị chính cho bệnh lý thiếu hụt vitamin; - Chi phí xét nghiệm hoặc chẩn đoán bằng 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;	

	- Chi phí nội soi gây mê tại Bệnh viện công lập. (áp dụng tỷ lệ Đồng chi trả là 5% trong trường hợp Thành viên được bảo hiểm nội soi gây mê tại Bệnh viện/Phòng khám tư nhân/quốc tế); **- Điều trị cấp cứu do bệnh trong trường hợp thành viên điều trị trong ngày, ngoại trú (không lưu viện để điều trị nội trú)** - Chi phí khám chữa bệnh từ xa/tại nhà sẽ được chi trả khi Cơ sở y tế có triển khai hình thức khám chữa bệnh từ xa và/hoặc tại nhà theo quy định của Bộ y tế. - **Không giới hạn số lần khám, điều trị trong hợp đồng hiệu lực**	
	Chi phí vitamin, thuốc hỗ trợ được kê đơn kèm theo thuốc điều trị (không vượt quá chi phí thuốc điều trị)	750.000 VND/năm
	Điều trị bằng các phương pháp vật lý trị liệu hợp lý và cần thiết do bác sỹ chỉ định thực hiện tại Bệnh viện và phòng khám hợp lệ (Tối đa 60 lần/năm)	300.000 VND/lần điều trị
	Điều trị răng cơ bản:	**3.750.000 VND/năm**
	- Chi phí cạo vôi răng và đánh bóng răng (Tối đa 02 lần/Năm hợp đồng) - Chi phí kiểm tra, tư vấn, chẩn đoán nha khoa - Chi phí 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.	
D	**QUYỀN LỢI Y TẾ DỰ PHÒNG thuộc ngoại trú do bệnh**	**500.000/năm**
	Chi trả theo chi phí y tế thực tế theo chỉ định của bác sĩ để hỗ trợ điều trị bệnh, **tầm soát**	
	Trang thiết bị y tế, vitamin, thuốc bổ (Tính cho Một lần khám và điều trị ngoại trú)	
	Điều trị phòng ngừa vaccine	
E	**ĐIỀU KIỆN/ ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM**	
1	**Thời gian chờ:**	
+	Không áp dụng thời gian chờ đối với nhân viên và người thân (kể cả những người mới thuộc danh sách bổ sung sau khi ký hợp đồng) trong mọi trường hợp yêu cầu bảo hiểm như sau:	
	- Điều trị bệnh thông thường và điều trị răng.	
	- Điều trị bệnh đặc biệt và bệnh có sẵn.	
	-Tử vong và Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do bệnh có sẵn, thai sản, bệnh đặc biệt	
	- Chỉ loại trừ những bệnh liên quan ung thư đã có sẵn. Đối với các bệnh không liên quan đến ung thư vẫn bồi thường bình thường	
	Trường hợp phát hiện ung thư trong thời gian bảo hiểm thì vẫn được bồi thường.	
+	Đối với các nhân viên mới được bổ sung sau thời điểm ký hợp đồng: Miễn thời gian chờ đối với bệnh thông thường, bệnh có sẵn, thai sản, và đối với trường hợp thai sản: hưởng mức bồi thường theo tỷ lệ thời gian bắt đầu bảo hiểm so với tổng thời gian chờ.	
2	**Thêm/hủy người trong danh sách tham gia bảo hiểm:**	

	- UEH được báo thêm/ hủy người tham gia bảo hiểm trong suốt thời gian hiệu lực bảo hiểm của hợp đồng.
	- Tất cả người tham gia mới trong suốt thời gian hiệu lực bảo hiểm của hợp đồng được hưởng toàn bộ quyền lợi như những người tham gia ngay từ đầu hợp đồng.
3	**Mức phí bảo hiểm ngắn hạn đối với người tham gia mới và mức hoàn phí đối với người được báo hủy:**
	Được chia theo số ngày mà người tham gia bảo hiểm bắt đầu sử dụng so với 365 ngày bảo hiểm.
	- Mức hoàn phí đối với người được báo hủy:
	+ Nếu nhân viên chưa phát sinh chi phí bồi thường: Theo tỷ lệ thời gian tương ứng với thời gian đã tham gia.
	+ Gói bảo hiểm áp dụng cho người thân: Có cung cấp với các quyền lợi và mức phí bảo hiểm tương tự như gói áp dụng cho nhân viên UEH.
F	**ĐIỀU KHOẢN MỞ RỘNG**
1.	Điều khoản bảo hiểm tự động khi có điều chỉnh nhân sự (Trong vòng 30 ngày kể từ ngày có điều chỉnh, nhưng không muộn hơn ngày kết thúc hiệu lực hợp đồng).
2.	Điều khoản bảo hiểm bệnh nghề nghiệp được qui định bởi Bộ Luật Lao động (bảo hiểm cho tất cả các quyền lợi dưới phạm vi bảo hiểm của phần 1 - Bảo hiểm tai nạn, chỉ áp dụng cho nhân viên).
3.	Điều khoản thông báo hủy đơn (30 ngày)
	a. Nếu Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp không trung thực trong việc thực hiện các quy định trong quy tắc này, hợp đồng bảo hiểm sẽ không còn hiệu lực và Người được bảo hiểm sẽ không được hưởng bất cứ quyền lợi nào thuộc Hợp đồng bảo hiểm. Khoản phí bảo hiểm đã đóng không được hoàn lại.
	b. Trường hợp một trong hai bên đề nghị chấm dứt hợp đồng bảo hiểm, bên yêu cầu chấm dứt phải thông báo bằng văn bản cho bên kia biết trước 30 ngày kể từ ngày có ý định chấm dứt; Việc chấm dứt hợp đồng phải phù hợp với quy định của Luật kinh doanh bảo hiểm và Bộ luật dân sự và tuân thủ theo hai trường hợp sau:
	- Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm của người được bảo hiểm, Nhà thầu sẽ hoàn trả 80% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại, với điều kiện đến thời điểm đó hợp đồng bảo hiểm có tỷ lệ bồi thường/phí bảo hiểm dưới 40%.
	- Nếu hợp đồng được hai bên thỏa thuận chấm dứt theo yêu cầu chấm dứt hợp đồng bảo hiểm của Nhà thầu, Nhà thầu sẽ hoàn trả 100% phí bảo hiểm của thời gian hiệu lực còn lại.
4.	Điều khoản mất tích
	Khi một người biệt tích hai năm liền trở lên, mặc dù đã áp dụng đầy đủ các biện pháp thông báo, tìm kiếm theo quy định của pháp luật tố tụng dân sự nhưng vẫn không có tin tức xác thực về việc người đó còn sống hay đã chết thì theo yêu cầu của người có quyền, lợi ích liên quan, Toà án có thể tuyên bố người đó mất tích. Thời hạn hai năm được tính từ ngày biết được tin tức cuối cùng về người đó; nếu không xác định được ngày có tin tức cuối cùng thì thời hạn này được tính từ ngày đầu tiên của tháng tiếp theo tháng có tin tức cuối cùng; nếu không xác định được ngày, tháng có tin tức cuối cùng thì thời hạn này được tính từ ngày đầu tiên của năm tiếp theo năm có tin tức cuối cùng. Các bên cũng đồng ý và thỏa thuận rằng nếu một người được bảo hiểm mất tích do nguyên nhân tai nạn thì Nhà thầu cho là người đó đã tử vong và sẽ có trách nhiệm thanh toán tiền bảo hiểm trong trường hợp tử vong quy định trong Hợp đồng bảo hiểm. Tuy nhiên nếu sau đó người mất tích được biết là vẫn còn sống, thì người được hưởng lợi số tiền bảo hiểm trên trả lại ngay cho Nhà thầu số tiền Nhà thầu đã bồi thường cho họ.

5.	Điều khoản về đình công, nổi loạn và bạo động dân sự (Giới hạn 2.100.000.000 VNĐ/ năm và tất cả các vụ).
	Các bên thống nhất và đồng ý rằng dù có bất kể điều gì trái ngược được viết trong trong hợp đồng bảo hiểm thì hợp đồng này vẫn mở rộng bảo hiểm cho trường hợp Tử vong, thương tật hoặc các chi phí y tế xảy ra do hậu quả của đình công, nổi loạn và bạo động dân sự mà theo điều khoản này thương tật là nguyên nhân trực tiếp của:
	- Hành động của bất kỳ người nào cùng tham gia với các người khác làm náo động sự yên bình của cộng đồng (dù có liên quan tới cuộc đình công hoặc nổi loạn dẫn đến gây áp lực đóng cửa nhà máy hay không);
	- Hành động của người có thẩm quyền pháp lý trong việc đàn áp hoặc cố gắng ngăn chặn bất cứ sự nổi loạn hoặc giảm thiểu hậu quả của sự nổi loạn đó;
	- Hành động cố ý của người tham gia đình công hoặc công nhân nổi loạn để kích động đình công hoặc chống lại việc đóng cửa nhà máy;
	- Hành động của người có thẩm quyền trong việc ngăn chặn hoặc cố gắng ngăn chặn hành động hoặc giảm thiểu hậu quả của những hành động đó.
6.	Bảo hiểm cho các loại cúm H1N1/cúm lợn, H5N1/cúm gia cầm, covid-19SARS (Tối đa 2.100.000.000 VND/ hợp đồng)
7.	Hệ thống bảo lãnh viện phí mở rộng cho điều trị nội trú, ngoại trú, răng. Danh sách bệnh viện/ phòng khám có thể thay đổi (tăng hoặc giảm) trong thời hạn bảo hiểm.
8.	Bảo hiểm cho điều trị các bất thường về sinh hóa, chuyển hóa của cơ thể như tăng lipit máu, men gan cao, nồng độ canxi thấp hay các tình trạng tương tự với điều kiện sự kiện bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm.
9.	Bảo hiểm chi phí liên quan tới các thiết bị y tế như: Nước muối sinh lý và nước biển sau (Natricloric, Humer, Sterimar, Xisat…), vớ y khoa,… trong quyền lợi điều trị ngoại trú đối với sự kiện bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm. Tối đa 300.000 VND/người/năm.
10.	Đĩa đệm, nẹp, vis cố định vào cơ thể, do tai nạn được bảo hiểm đến giới hạn tối đa của quyền lợi "Chi phí y tế do tai nạn" với sự kiện thuộc phạm vi bảo hiểm. Tối đa 300.000 VND/người/năm
11.	Bảo hiểm cho tái tạo gân và dây chằng với sự kiện thuộc phạm vi bảo hiểm, áp dụng bảo hiểm 100% chi phí phẫu thuật theo hạn mức tối đa của hợp đồng lên tới 50 triệu/năm. Không bảo hiểm cho dây chằng nhân tạo
12.	Bảo hiểm cho lưới phẫu thuật, thoát vị bẹn, rọ tán sỏi với sự kiện thuộc phạm vi bảo hiểm.
13.	Bảo hiểm cho sten động mạch vành, van tim, cathenter trong phẫu thuật tim với sự kiện thuộc phạm vi bảo hiểm (Chi trả toàn bộ phí tối đa đến 50.000.000 VND. Đồng chi trả 30%.)
14.	Dao mổ trĩ theo phương pháp longo. Không áp dụng đồng bảo hiểm. Tối đa 150.000.000 VND
15.	Điều khoản ngộ độc thức ăn, đồ uống và khí độc. Theo điều khoản này, NHÀ THẦU đồng ý coi sự kiện ngộ độc như sự kiện tai nạn và sẽ được bảo hiểm dưới quyền lợi Bảo hiểm tai nạn tuân theo quy định của bộ Hợp đồng bảo hiểm. Tổng mức trách nhiệm tích tụ không vượt quá VND 2,100,000,000/hợp đồng.
16.	Trường hợp người được bảo hiểm đi khám và có kết luận bệnh theo chỉ định của bác sỹ nhưng không có chỉ định điều trị, Nhà thầu phải thanh toán chi phí tiền khám, chụp chiếu, xét nhiệm. Tối đa VND 500,000/ người/năm.
17.	Giấy yêu cầu bồi thường được miễn chữ ký xác nhận của Nhân sự và dấu công ty.
18.	DBV không cần bảng kê chi tiết viện phí cho các điều trị tại bệnh viện công lập (không bao gồm khoa tự nguyện và khoa quốc tế tại cơ sở y tế nhà nước):
	- Đối với điều trị nội trú: viện phí cho hóa đơn dưới 3.000.000 VND/lần nằm viện. Điều kiện này không tính tới các biên lai viện phí đã có bảng kê viện phí.
	- Đối với điều trị ngoại trú: 500.000 VND/lần khám ngoại trú (Không áp dụng với chi phí mua thuốc).

19.	**Điều khoản liên tục:**
	Khi Hợp đồng bảo hiểm này thay thế cho một hợp đồng bảo hiểm đã hết hạn được thu xếp trước đó bởi Chủ hợp đồng bảo hiểm hoặc bất kỳ Công ty có nghĩa vụ và quyền lợi liên quan, DBV đồng ý rằng:
	- Hợp đồng này sẽ tiếp tục bảo hiểm cho các quyền lợi sức khỏe đã bảo hiểm, bao gồm tất cả các điều trị ốm đau, bệnh tật và thai sản mà nguyên nhân không bị loại trừ, tối đa đến mức giới hạn của số tiền bảo hiểm đã được ghi nhận theo Hợp đồng, kể từ ngày Hợp đồng này có hiệu lực. - Hợp đồng bảo hiểm này cũng sẽ tiếp tục bảo hiểm cho những chi phí y tế phát sinh do tai nạn được bảo hiểm trong năm hợp đồng liền trước tối đa tới số tiền được bảo hiểm cho quyền lợi "Chi phí y tế do tai nạn" của hợp đồng bảo hiểm này với điều kiện bên mua bảo hiểm phải cung cấp danh sách chi tiết bồi thường tai nạn đã phát sinh của hợp đồng liền trước. Nhà thầu đánh giá rủi ro và xác nhận các đối tượng đủ điều kiện được bảo hiểm. - Thời gian chờ của hợp đồng này sẽ được tính từ ngày đầu tiên và tham gia bảo hiểm liên tục của nhân viên vào chương trình bảo hiểm, áp dụng cho tất cả các quyền lợi được bảo hiểm. - Hợp đồng trước đó bao gồm danh sách những người được bảo hiểm tham gia và các sửa đổi bổ sung phải được cung cấp cho DBV để làm căn cứ áp dụng điều khoản này.
20.	Trường hợp bệnh viện/ phòng khám sử dụng hóa đơn điện tử, Hợp đồng này chấp nhận như sau: Chấp nhận hóa đơn điện tử có đường link và mã tra cứu.
21.	Thuốc kê đơn theo chỉ định của bác sĩ có số ngày sử dụng hơn 01 tháng: đồng ý chi trả số ngày sử dụng thuốc vượt 01 tháng, tối đa không quá 03 tháng trong trường hợp NĐBH điều trị bệnh mãn tính - theo danh mục bệnh điều trị dài ngày của BYT (không áp dụng vitamin, thuốc bổ) theo thông tư số 46/2016/TT-BYT.
22.	Thời hạn hóa đơn tiền thuốc: Trường hợp có phiếu thu tiền mua thuốc trong vòng 05 ngày từ ngày kê toa: Đồng ý bồi thường cho hóa đơn xuất trong vòng 30 ngày kể từ ngày kê toa.
23.	Nội trú: Thanh toán theo giới hạn điều trị nội trú
	Ngoại trú: chi trả theo chi phí y tế thực tế theo chỉ định của bác sỹ để hỗ trợ điều trị bệnh và số ngày sử dụng của vitamin và thuốc bổ không quá số ngày sử dụng của thuốc chính. Tối đa không quá VND 500,000/người/năm.
24.	Trường hợp có chẩn đoán/ kết luận bệnh nhưng không có thuốc: Đơn bảo hiểm này đồng ý chi trả cho các trường hợp có chẩn đoán/ kết luận bệnh nhưng không có thuốc điều trị, DBV xem xét chi trả cho các trường hợp:
	- Không có chỉ định dùng thuốc do đang trong quá trình mang thai, nuôi con bằng sữa mẹ và trẻ em dưới 6 tuổi. -> Áp dụng - Không có thuốc điều trị tuy nhiên có hẹn tái khám (có thời gian cụ thể) -> chỉ áp dụng 1 lần trong năm hợp đồng theo hạn mức 1 lần khám, tối đa 4.200.000 VND/năm/lần
25.	Người được bảo hiểm điều trị ngoại trú thuộc phạm vi bảo hiểm nhưng không mua thuốc hoặc không cung cấp hóa đơn mua thuốc: nhà thầu không yêu cầu Người được bảo hiểm cung cấp hóa đơn tiền thuốc nếu Người được bảo hiểm không yêu cầu bồi thường chi phí này.
26.	Chi trả các xét nghiệm lâm sàng, các xét nghiệm chẩn đoán theo chỉ định của bác sĩ điều trị và liên quan đến chẩn đoán cuối cùng, mặc dù các xét nghệm này cho kết quả âm tính hoặc bình thường 500.000 VND/người/năm. Chi phí phẫu thuật tại bệnh viện công (không áp dụng cho thai sản) Mở rộng bảo hiểm "chi phí phẫu thuật theo yêu cầu" (bao gồm nhưng không giới hạn phẫu thuật ngoài giờ làm việc, phẫu thuật sớm) tại các bệnh viện công (trừ khoa quốc tế, khoa tự nguyện, dịch vụ) và chi phí phẫu thuật không có bảng kê dưới quyền lợi phẫu thuật, tối đa VND 5,000,000/người/năm.
27.	Điều khoản về danh mục các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục: theo danh sách thống kê của bộ y tế
28.	Bản sao chứng từ y tế

	Chứng từ y tế (không bao gồm chứng từ thanh toán) bản sao được chấp nhận, nhà thầu có thể yêu cầu Người được bảo hiểm nộp bản gốc khi cần thiết.
29.	**Thời hạn thông báo tổn thất**
	Trường hợp Người được bảo hiểm bị tai nạn thì Người được bảo hiểm / người thụ hưởng/ người thừa kế hợp pháp phải thông báo cho DBV bằng văn bản (theo mẫu thông báo tổn thất của nhà thầu đính kèm quy tắc này) trong vòng 120 ngày kể từ ngày bị tai nạn. Nếu Người được bảo hiểm / người thụ hưởng/ người thừa kế hợp pháp không thông báo đúng thời hạn quy định thì nhà thầu sẽ từ chối thanh toán yêu cầu trả tiền bảo hiểm.
30.	**Thời hạn nộp hồ sơ bồi thường**
	Khi yêu cầu nhà thầu bồi thường, người được bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp hoặc người được ủy quyền phải gửi các chứng từ yêu cầu bồi thường trong vòng 12 tháng kể từ ngày tai nạn hoặc tử vong. Quá thời hạn trên, hồ sơ bồi thường sẽ bị từ chối một phần hoặc toàn bộ số tiền bồi thường, trừ trường hợp bất khả kháng.
31	**Thời gian cam kết giải quyết bồi thường:**
	- Với số tiền yêu cầu bồi thường dưới 50,000,000 VND: trong vòng 6 ngày làm việc kể từ ngày nhận hồ sơ bồi thường đầy đủ và hợp lệ nếu qua app), 10 ngày nếu nộp đường bưu điện.
	- Với số tiền yêu cầu bồi thường trên 50,000,000 VND : trong vòng 10 ngày làm việc kể từ ngày nhận hồ sơ bồi thường đầy đủ và hợp lệ.
	- Thời gian chuyển tiền bồi thường: trong vòng 03 ngày làm việc kể từ ngày ra thông báo bồi thường
32	**Điều khoản sử dụng dịch vụ qua App bồi thường**
	Nhà thầu có áp dụng chức năng dịch vụ qua App bồi thường trên ứng dụng bồi thường. Chức năng này chỉ nhằm mục đích thăm khám ban đầu, sau khi được tư vấn từ bác sỹ. Người được bảo hiểm có nhu cầu điều trị sẽ phải tới Cơ sở y tế hoạt động hợp pháp để thực hiện khám chữa bệnh theo quy trình thông thường. (Đính kèm Phụ lục 05 - Hướng dẫn sử dụng cài đặt sử dụng Mobile App)
33	**Định nghĩa Một lần khám**
	Là một lần Thành viên được bảo hiểm đến Cơ sở y tế để được Bác sĩ khám bệnh, thực hiện các chỉ định cận lâm sàng (nếu có), chẩn đoán và kê toa điều trị.
	Quy định cụ thể như sau: ▪Trong cùng một ngày, nếu khám tại một Cơ sở y tế, dù qua nhiều khoa nhưng có cùng chẩn đoán, sẽ được tính là 01 lần khám. ▪Trong cùng một ngày, nếu khám tại một Cơ sở y tế, qua nhiều khoa và có chẩn đoán khác nhau, mỗi khoa sẽ được tính là 01 lần khám riêng biệt. ▪Trong cùng một ngày, nếu khám tại nhiều Cơ sở y tế khác nhau nhưng có cùng chẩn đoán, sẽ được tính là 01 lần khám. ▪Trường hợp việc khám và điều trị cho cùng một chẩn đoán được thực hiện liên tục trong nhiều ngày, bao gồm việc khám, thực hiện cận lâm sàng và quay lại nhận kết quả, thì toàn bộ quá trình này sẽ được tính là 01 lần khám.
G	**Bảo lãnh viện phí và thời gian xử lý yêu cầu bảo lãnh, giải quyết hồ sơ yêu cầu bồi thường; chất lượng phục vụ của chuyên viên**
1	**Danh sách đơn vị nhận bảo lãnh** (Chi tiết theo Phụ lục 4 - Danh sách bảo lãnh viện phí đính kèm E-HSDT), trong đó tối thiểu gồm:
	Tại địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh:
	• Bảo lãnh nội trú: có từ hai bệnh viện trong danh sách đề xuất.
	• Bảo lãnh ngoại trú: có từ hai bệnh viện; một phòng khám, trong danh sách đề xuất.
	• Bảo lãnh khám, chữa trị răng: có từ một bệnh viện/phòng khám/trung tâm nha khoa trong danh sách đề xuất

	• Bảo lãnh nội trú: có từ 2 bệnh viện ở khu vực trung tâm TP.HCM (các phường Sài Gòn, Tân Định, Bến Thành, Cầu Ông Lãnh, Bàn Cờ, Xuân Hòa, Nhiêu Lộc, Chợ Quán, An Đông và Chợ Lớn), và có từ thêm 5 bệnh viện khác ở trong địa bàn TP.HCM, có trong danh sách đề xuất
	• Bảo lãnh ngoại trú: có từ 2 bệnh viện hoặc 5 phòng khám ở khu vực trung tâm TP.HCM (các phường Sài Gòn, Tân Định, Bến Thành, Cầu Ông Lãnh, Bàn Cờ, Xuân Hòa, Nhiêu Lộc, Chợ Quán, An Đông và Chợ Lớn), và có từ thêm 3 bệnh viện/ phòng khám khác ở trong địa bàn TP.HCM, có trong danh sách đề xuất.
	• Bảo lãnh khám, chữa trị răng: có từ 2 bệnh viện và 2 phòng khám/trung tâm nha khoa ở khu vực trung tâm TP.HCM (các phường Sài Gòn, Tân Định, Bến Thành, Cầu Ông Lãnh, Bàn Cờ, Xuân Hòa, Nhiêu Lộc, Chợ Quán, An Đông và Chợ Lớn), có trong danh sách đề xuất.
2	**Thời gian xử lý yêu cầu bảo lãnh, giải quyết bồi thường**
	- Thời gian nhận yêu cầu bảo lãnh: 24/7 hoặc theo thời gian hoạt động của Cơ sở y tế
	- Thời gian xử lý yêu cầu bảo lãnh: Trong vòng 2h kể từ thời điểm nhận yêu cầu bảo lãnh.
	- Thời gian giải quyết bồi thường đối với các hồ sơ yêu cầu bồi thường nếu người tham gia bảo hiểm không sử dụng dịch vụ bảo lãnh (cả nội trú và ngoại trú): trong vòng 10 ngày làm việc kể từ ngày đơn vị bảo hiểm nhận hồ sơ chứng từ đầy đủ.
	- Nhà thầu có quy trình hướng dẫn thực hiện bảo lãnh đầy đủ rõ ràng thể hiện trong Phương pháp luận đính kèm E-HSDT
3	**Thời gian cấp thẻ bảo lãnh viện phí:**
	Trong vòng 10 ngày kể từ ngày tham gia bảo hiểm. Trong thời gian chờ được cấp thẻ, người tham gia bảo hiểm vẫn được hưởng đầy đủ quyền lợi của gói bảo hiểm.
4	**Thực hiện Yêu cầu về chất lượng phục vụ của chuyên viên**
	- Nhà thầu cam kết chịu trách nhiệm phân công nhiệm vụ chuyên viên chăm sóc khách hàng theo đúng đề xuất E-HSDT, trường hợp có sự thay đổi về chuyên viên chăm sóc khách hàng phải báo trước UEH tối thiểu trước 5 ngày làm việc và phải được sự chấp thuận của UEH về nhân viên thay thế. Trình độ của nhân viên đề xuất thay thế phải tương đương với nhân viên được thay thế. - Nhà thầu lập bảng sơ đồ phân công nhiệm vụ chăm sóc khách hàng cho từng chuyên viên cụ thể, mỗi chuyên viên được nhận phục vụ chăm sóc cho một nhóm đối tượng được bảo hiểm, số lượng đối tượng chăm sóc, có phân công cụ thể. Phân nhóm đối tượng được bảo hiểm được chia như sau (Nhóm I: Các cán bộ cấp quản lý lãnh đạo của trường; Các nhóm còn lại: Các giảm cán bộ, viên chức còn lại của nhà trường) (Được nêu tại Giải pháp phương pháp luận của E-HSDT) - Nhà thầu cam kết chuyên viên chăm sóc khách hàng có trách nhiệm trong việc tư vấn, hoàn thiện hồ sơ đầy đủ cho các đối tượng bảo hiểm để được hưởng quyền lợi bảo hiểm theo quy định. Khi kết thúc 1 hồ sơ bảo hiểm đều có phiếu đánh giá phản hồi chất lượng chăm sóc dịch vụ khách hàng từ người được bảo hiểm có ký xác nhận của người được bảo hiểm.