

ĐÀO TẠO NGHIỆP VỤ BẢO HIỂM MAX CARE 2

Sản phẩm
hợp tác bởi

DBV
Insurance

igloo

Phân phối chính
thức qua

ignite BY IGLOO



NỘI DUNG

1 NHU CẦU THỊ TRƯỜNG

2 QUYỀN LỢI SẢN PHẨM -
MAXCARE 2

3 CÁC BỆNH LOẠI TRỪ
BẢO HIỂM

4 QUY TRÌNH CẤP HỢP ĐỒNG
BẢO HIỂM

5 QUY TRÌNH GIẢI QUYẾT
BỒI THƯỜNG

6 GIẢI ĐÁP THẮC MẮC



1

NHU CẦU THỊ TRƯỜNG

Nhu cầu bảo vệ của khách hàng



TAI NẠN

Chỉ riêng TNGT, năm 2024 xảy ra **23.837 vụ** làm **17.705 người bị thương** và **10.996 người tử vong**.

Số người làm tài xế cho các ứng dụng Gojek, Grab, Be, xanh SM lên tới hơn **300.000 người**

BỆNH TẬT

Chỉ riêng Bệnh ung thư, năm 2022 tỷ lệ **bệnh nhân mắc mới** tăng thêm 9 bậc (90/185 quốc gia) - **182.563 ca**; tỷ lệ **tử vong** tăng thêm 6 bậc (50/185 quốc gia) - **122.690 ca**.



ỐM ĐAU

Năm 2022, tỷ lệ người có khám bệnh **ngoại trú là 26,4%** (chi phí trung bình **1,4 triệu đồng**); tỷ lệ người có chữa bệnh (chi phí trung bình).

THAI SẢN

Năm 2022, 96,3% phụ nữ 15 -49 tuổi sinh con tại cơ sở y tế - **88,5% sinh con tại cơ sở công lập** và **7,8% sinh con tại cơ sở tư nhân**.



Nhu cầu bảo vệ của khách hàng

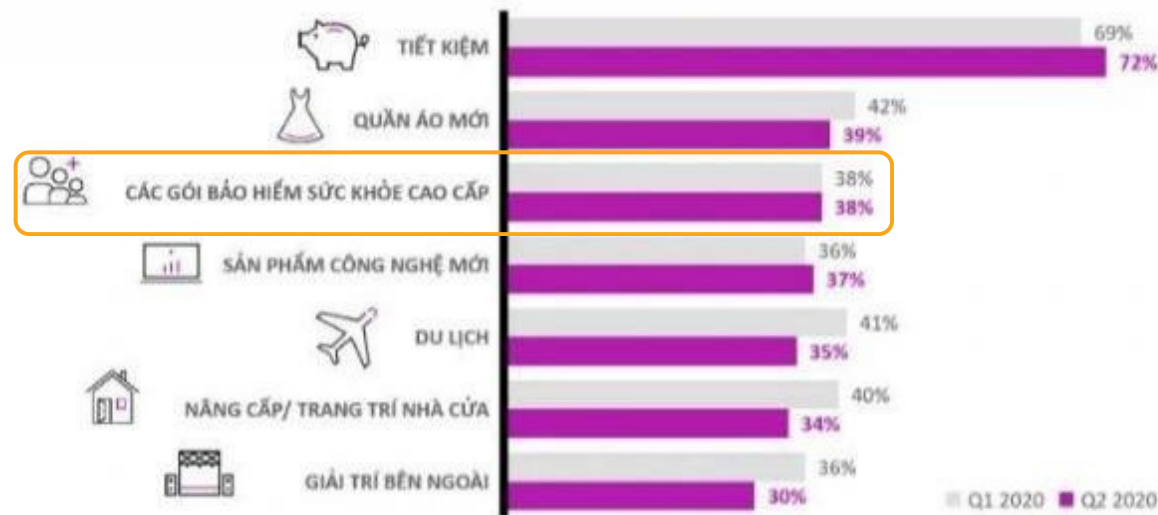
- Người tiêu dùng VN xem sức khỏe là mối quan tâm số 1 và là mức cao nhất toàn cầu.
- VN cũng là quốc gia có tỷ lệ cao nhất số người dùng chọn sử dụng tiền nhân rồi cho các gói bảo hiểm cao cấp trên toàn thế giới.

Các vấn đề được người VN quan tâm nhất



Nguồn: The Conference Board® Global Consumer Confidence™ Survey hợp tác cùng Nielsen

Xu hướng tiêu dùng của người VN



Nguồn: The Conference Board® Global Consumer Confidence™ Survey hợp tác cùng Nielsen

Tiềm năng từ quy mô thị trường

- Dân số VN: 100 triệu người, trong đó hơn 90% có thể tham gia các sản phẩm bảo hiểm.

- Chưa đến 30% dân số tham gia bảo hiểm sức khỏe (ước tính từ quy mô doanh thu BHNT và BHSK toàn thị trường PNT).





2

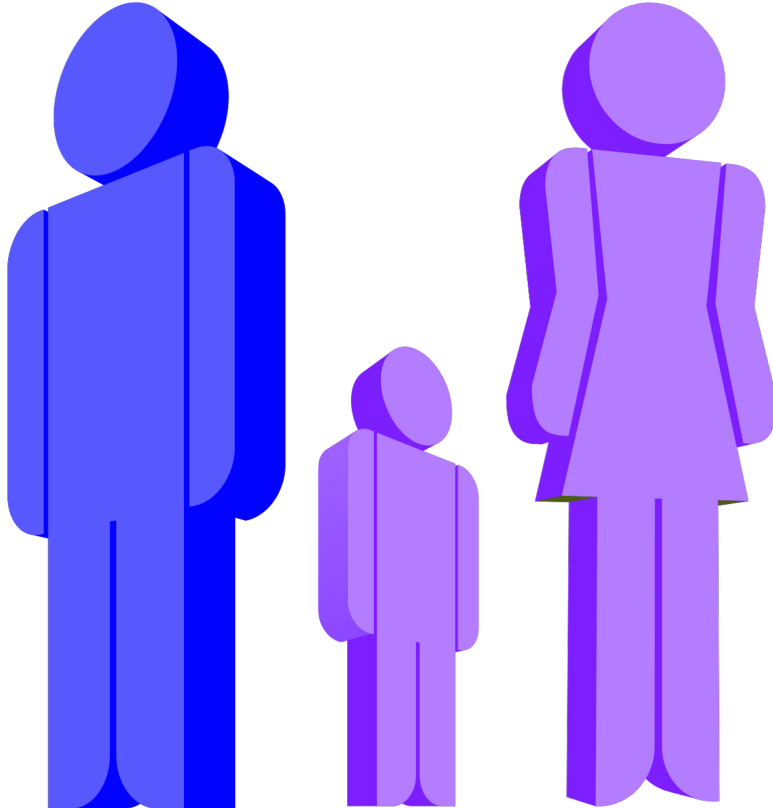
QUYỀN LỢI SẢN PHẨM MAX CARE 2

Đối tượng được bảo hiểm



NĐBH phải thỏa mãn các điều kiện sau:

- Là **cá nhân có sức khỏe, tính mạng được DBV chấp nhận bảo hiểm** như ghi trong danh sách NĐBH đính kèm HĐBH/sửa đổi bổ sung/Giấy chứng nhận bảo hiểm
- Có độ tuổi **từ đủ 30 ngày tuổi đến 60 tuổi tại thời điểm bắt đầu thời hạn bảo hiểm**. Người được bảo hiểm chỉ được tham gia đến 65 tuổi với điều kiện đã tham gia liên tục trước đó từ thời điểm đủ 58 tuổi



Không nhận bảo hiểm cho các đối tượng sau:

- Người bị tâm thần, thần động kinh, phong;
- Người đã hoặc đang điều trị ung thư (áp dụng với trường hợp tham gia năm đầu tiên hoặc tái tục không liên tục)
- Người bị thương tật vĩnh viễn quá 80%;
- Người đang trong thời gian điều trị bệnh hoặc thương tật (chỉ áp dụng với người tham gia bảo hiểm lần đầu hoặc tái tục không liên tục),



- Trẻ em dưới 06 tuổi phải mua kèm bố /mẹ với quyền lợi bằng hoặc thấp hơn
- Đối với quyền lợi thai sản: áp dụng cho Người được bảo hiểm có độ tuổi từ đủ 18 tuổi đến 50 tuổi

Bên mua bảo hiểm



CÁ NHÂN

- Từ đủ 18 tuổi trở lên có đầy đủ năng lực hành vi dân sự.
- Chỉ được mua bảo hiểm cho các đối tượng sau:
 - ✦ Bản thân;
 - ✦ Vợ/chồng, con hợp pháp, bố/mẹ đẻ, bố/mẹ vợ/chồng;
 - ✦ Anh, chị, em ruột.



TỔ CHỨC

Là pháp nhân theo quy định của pháp luật.

Chỉ được mua bảo hiểm cho nhân viên và người thân của nhân viên như sau:

- ✦ Nhân viên có ký HĐLĐ theo quy định của Bộ Luật lao động.
- ✦ Nhân viên cấp thấp hơn thì không được tham gia gói cao hơn nhân viên cấp cao hơn.
- ✦ Người thân của nhân viên chỉ bao gồm: vợ/chồng, con hợp pháp, bố/mẹ đẻ, bố/mẹ vợ/chồng.
- ✦ Tất cả người thân của nhân viên phải tham gia cùng 1 gói và không được cao hơn gói của nhân viên đó.

BẢNG KÊ KHAI TÌNH TRẠNG SỨC KHOẺ

STT	Danh sách bệnh	Tích chọn (✓)
1	Viêm hệ thần kinh trung ương (não), tủy sống	☐
2	Parkison	☐
3	Thoái hóa khác của hệ thần kinh	☐
4	Mất trí nhớ, hôn mê, bại não, liệt	☐
5	Suy phổi, tràn khí phổi, suy hô hấp mãn tính	☐
6	Viêm phổi tắc nghẽn, viêm phế quản mãn	☐
7	Mạch máu não/ đột quy (xuất huyết não, xơ cứng động mạch)	☐
8	Nhồi máu cơ tim	☐
9	Xơ gan	☐
10	Mắc bệnh tiểu đường đối với người trên 50 tuổi và/hoặc tiểu đường với chỉ số > 16 cho mọi lứa tuổi	☐
11	U ác, U xơ tiền liệt	☐
12	U thượng thận trái (cắt hoặc chưa cắt)	☐
13	Ghép tủy	☐
14	Lupus ban đỏ	☐
15	Bệnh hệ thống tạo keo (Collageno)	☐
16	Lao các loại	☐
17	Phong	☐
18	Ung thư các loại	☐
19	Các bệnh tự miễn	☐
20	Suy tủy	☐
21	Bạch cầu	☐
22	Các bệnh lây qua đường tình dục, giang mai, lậu, hội chứng suy giảm miễn dịch	☐
23	Bệnh bẩm sinh, di truyền, dị dạng về gen	☐
24	Down	☐

Kết cấu Quyền lợi bảo hiểm

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH



Tử vong do tai nạn, ốm đau, bệnh tật, thai sản



Tàn tật, thương tật vĩnh viễn do tai nạn, ốm đau, bệnh tật, thai sản



Chi phí y tế do tai nạn



Điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM LỰA CHỌN



Điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật



Thai sản

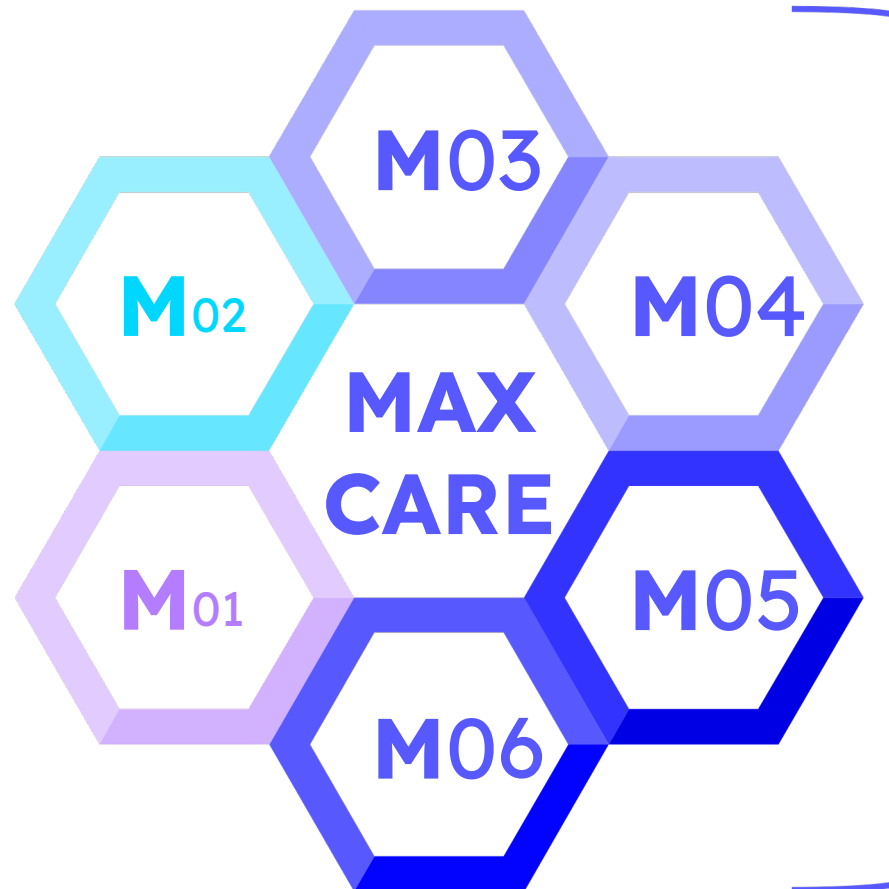


Nha khoa

Kết cấu các Gói bảo hiểm

- Quyền lợi bảo hiểm chính.
- **QLBH bổ sung ngoại trú.**
- Bảo lãnh nội trú

- Quyền lợi bảo hiểm chính.
- **Không có QLBH bổ sung.**
- Bảo lãnh nội trú



- Quyền lợi bảo hiểm chính.
- **Đầy đủ 03 QLBH bổ sung.**
- Bảo lãnh nội trú & ngoại trú.

Bảng Quyền lợi bảo hiểm

STT	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	M1	M2	M3	M4	M5	M6
A	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHÍNH						
1	Tử vong, thương tật vĩnh viễn do tai nạn	20.000.000	40.000.000	80.000.000	120.000.000	160.000.000	200.000.000
2	Chi phí y tế do tai nạn/ năm Chi phí y tế thực tế phát sinh do tai nạn bao gồm cả chi phí vận chuyển khẩn cấp (bao gồm nội trú và ngoại trú) (loại trừ vận chuyển bằng hàng không và dịch vụ SOS/ IPA/Pacific cross)	5.000.000	10.000.000	20.000.000	30.000.000	40.000.000	50.000.000
3	Tử vong/Thương tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật, thai sản	10.000.000	20.000.000	40.000.000	60.000.000	80.000.000	100.000.000
4	Bảo hiểm sức khỏe Năm viện điều trị và phẫu thuật do ốm đau bệnh tật thai sản (bao gồm điều trị nội trú và điều trị trong ngày)	10.000.000	20.000.000	40.000.000	60.000.000	80.000.000	100.000.000

Bảng Quyền lợi bảo hiểm

STT	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	M1	M2	M3	M4	M5	M6
4.1	Viện phí/ngày (Tối đa 60 ngày/năm) Chi phí viện phí phát sinh trong quá trình nằm viện, bao gồm nhưng không giới hạn bởi: - Chi phí tiền giường. Trong trường hợp điều trị tại bệnh viện quốc tế; bệnh viện tư; khoa quốc tế, khoa tự nguyện, theo yêu cầu, và các khoa có tính chất tương đương tại bệnh viện công thì tiền giường là chi phí tiền giường của phòng đơn tiêu chuẩn (loại trừ phòng VIP và/ hoặc phòng hạng sang và/hoặc các hạng phòng có tính chất tương đương). Phòng đơn tiêu chuẩn là phòng 01 giường có giá thấp nhất tại Bệnh viện/khoa/ điều trị. Trường hợp NĐBH sử dụng phòng VIP và/ hoặc phòng hạng sang và/hoặc các hạng phòng có tính chất tương đương BDV sẽ thanh toán chi phí tiền giường của phòng đơn tiêu chuẩn. - Suất ăn theo tiêu chuẩn của Bệnh viện - Chi phí phòng chăm sóc đặc biệt (phòng điều trị tích cực ICU) - Chi phí hành chính, chi phí máu, huyết tương - Thuốc và dược phẩm trong thời gian nằm viện - Chi phí băng, nẹp và bó bột - Vật lý trị liệu (nếu cần thiết trong quá trình nằm viện và theo chỉ định bác sỹ) - Tiêm tĩnh mạch - Chụp X-quang, MRI, CT và PET, các xét nghiệm chẩn đoán khác theo chỉ định của bác sỹ - Chi phí y tế khác theo chỉ định bác sỹ	500.000	1.000.000	2.000.000	3.000.000	4.000.000	5.000.000
4.2	Chi phí phẫu thuật và thủ thuật/ năm DBV thanh toán các chi phí: - Chi phí phẫu thuật (Bao gồm các ca nằm viện phẫu thuật, phẫu thuật trong ngày và phẫu thuật ngoại trú) - Chi phí thủ thuật điều trị (nội trú + trong ngày). Danh mục thủ thuật được quy định trong Bảng phân loại Thủ thuật, phẫu thuật hiện hành của Bộ Y Tế - Chi phí thuốc điều trị, thuốc dùng trong phẫu thuật - Những bộ phận giả thiết yếu cần được cấy ghép vào cơ thể để duy trì sự sống - Vật tư tiêu hao, thiết bị cần thiết - Chi phí phòng mổ - Chi phí gây mê - Chi phí chẩn đoán trước phẫu thuật - Chi phí hồi sức sau phẫu thuật - Chi phí cấy ghép nội tạng - Chi phí phẫu thuật lại	10.000.000	20.000.000	40.000.000	60.000.000	80.000.000	100.000.000

Bảng Quyền lợi bảo hiểm							
igniteBY IGLOO							
STT	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	M1	M2	M3	M4	M5	M6
4.3	Vận chuyển khẩn cấp/ năm Dịch vụ xe cứu thương địa phương (không bao gồm vận chuyển bằng đường Hàng không và dịch vụ SOS/ IPA/Pacific cross)	Theo chi phí thực tế tối đa không quá STBH					
4.4	Chi phí y tế trước khi nhập viện/ năm (trong vòng 15 ngày trước khi nhập viện) DBV chi trả các chi phí khám, chẩn đoán, xét nghiệm và các chi phí y tế khác cho lần khám cuối cùng cần điều trị nội trú ngay sau đó theo chỉ định của bác sỹ điều trị và liên quan trực tiếp đến ốm đau, bệnh tật của Người được bảo hiểm và những chẩn đoán này là cơ sở trực tiếp để bác sỹ điều trị kết luận việc điều trị nằm viện là cần thiết. Chi phí này được chi trả trong vòng 15 ngày trước khi nhập viện.	N/A	N/A	2.000.000	3.000.000	4.000.000	5.000.000
4.5	Điều trị ngay sau xuất viện/ năm (trong vòng 15 ngày sau khi xuất viện) DBV 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 15 ngày sau khi xuất viện. Quyền lợi này không áp dụng cho trường hợp xuất viện sau khi sinh con và biến chứng thai sản	N/A	N/A	2.000.000	3.000.000	4.000.000	5.000.000
4.6	Y tá chăm sóc tại nhà/ năm (trong vòng 15 ngày sau khi xuất viện)	N/A	N/A	2.000.000	3.000.000	4.000.000	5.000.000
4.7	Trợ cấp nằm viện/ngày (Tối đa 60ngày/năm)	N/A	N/A	40.000	60.000	80.000	100.000
4.8	Trợ cấp mai táng Trường hợp người được bảo hiểm tử vong thuộc phạm vi bảo hiểm, không kể nằm viện hay ngoại trú, DBV trả tiền trợ cấp mai táng phí ghi trên Hợp đồng bảo hiểm.	N/A	N/A	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000

Bảng Quyền lợi bảo hiểm

STT	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	M1	M2	M3	M4	M5	M6
B	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM LỰA CHỌN						
1	Điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, thai sản/năm	N/A	2.000.000	4.000.000	6.000.000	8.000.000	10.000.000
1.1	Chi phí điều trị ngoại trú/ một lần khám - Chi phí khám bệnh - Chi phí thuốc men theo kê toa của Bác sĩ - Chi phí chụp chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm, trị liệu học bức xạ, các liệu pháp ánh sáng do bác sỹ chỉ định và cần thiết cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh - Thủ thuật ngoại trú - Biến chứng thai sản ngoại trú - Vật tư y tế sử dụng tại cơ sở y tế - Chi phí khám Vật lý trị liệu lần đầu tiên đối với mỗi đợt (lộ trình) điều trị	N/A	400.000	800.000	1.200.000	1.600.000	2.000.000
1.2	Vật lý trị liệu/ ngày Vật lý trị liệu hợp lý, phục hồi chức năng cần thiết được bác sỹ chỉ định thực hiện tại Bệnh viện/ ngày (tối đa 60 ngày/ năm).	N/A	100.000	200.000	300.000	400.000	500.000

Bảng Quyền lợi bảo hiểm

STT	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM	M1	M2	M3	M4	M5	M6
B	QUYỀN LỢI BẢO HIỂM LỰA CHỌN						
2	Điều trị nha khoa/năm	N/A	N/A	2.000.000	3.000.000	4.000.000	5.000.000
2.1	Điều trị răng cơ bản: - Khám và chẩn đoán - Chụp X-quang - Viêm lợi (nướu), viêm nha chu - Hàn răng bằng chất liệu thông thường (amalgam, composite, gic, fuji hoặc các vật liệu có giá tương tự) - Điều trị tủy - Nhổ răng bệnh lý (bao gồm phẫu thuật) - Nhổ răng khôn (bệnh lý)	N/A	N/A	500.000	750.000	1.000.000	1.250.000
2.2	Cạo vôi răng và đánh bóng (theo giới hạn điều trị răng cơ bản)	N/A	N/A	200.000	300.000	400.000	500.000
3	Chăm sóc thai sản Quyền lợi chi trả độc lập theo chi phí thực tế tối đa đến số tiền bảo hiểm	N/A	N/A	10.000.000	15.000.000	20.000.000	25.000.000

Thời hạn bảo hiểm

**01 NĂM, TỪ 00H00 NGÀY BẮT ĐẦU ĐẾN 23H59
NGÀY KẾT THÚC THỜI HẠN BẢO HIỂM**

NGÀY CẤP ĐƠN

Tối thiểu 01 ngày và tối đa 30 ngày trước
ngày bắt đầu thời hạn bảo hiểm

2025

02
OCTOBER

2026

01
OCTOBER

Từ 0h00 ngày 2/10/2025 đến 23h59 ngày 1/10/2026

TÁI TỤC LIÊN TỤC: Là ngày bắt đầu Thời hạn bảo hiểm của HĐBH mới (tái tục) được cấp nối tiếp liên tục kể từ ngày kết thúc Thời hạn bảo hiểm của HĐBH cũ (đã hết hạn).

Phí bảo hiểm

GÓI	M1	M2	M3	M4	M5	M6
I. QUYỀN LỢI CHÍNH						
Từ 30 ngày tuổi đến 1 tuổi	2.768.246	4.301.440	6.047.600	7.651.800	10.202.400	12.753.000
Từ đủ 1 đến 7 tuổi	1.430.273	2.243.020	3.208.400	4.102.800	5.470.400	6.838.000
Từ đủ 7 đến 18 tuổi	952.426	1.507.870	2.194.400	2.835.300	3.780.400	4.725.500
Từ đủ 18 đến 30 tuổi	1.210.463	1.904.851	2.741.960	3.519.750	4.693.000	5.866.250
Từ đủ 30 đến 50 tuổi	990.653	1.566.682	2.275.520	2.936.700	3.915.600	4.894.500
Từ đủ 50 đến 60 tuổi	1.009.767	1.596.088	2.316.080	2.987.400	3.983.200	4.979.000
Từ đủ 60 đến 65 tuổi	1.392.045	2.184.208	3.127.280	4.001.400	5.335.200	6.669.000

GÓI	M1	M2	M3	M4	M5	M6
II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM LỰA CHỌN						
1. Điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, thai sản/năm						
Từ 30 ngày tuổi đến 1 tuổi	-	876.200	1.752.400	2.628.600	3.504.800	4.381.000
Từ đủ 1 đến 7 tuổi	-	546.000	1.092.000	1.638.000	2.184.000	2.730.000
Từ đủ 7 đến 18 tuổi	-	546.000	1.092.000	1.638.000	2.184.000	2.730.000
Từ đủ 18 đến 30 tuổi	-	520.000	1.040.000	1.560.000	2.080.000	2.600.000
Từ đủ 30 đến 50 tuổi	-	520.000	1.040.000	1.560.000	2.080.000	2.600.000
Từ đủ 50 đến 60 tuổi	-	559.000	1.118.000	1.677.000	2.236.000	2.795.000
Từ đủ 60 đến 65 tuổi	-	585.000	1.170.000	1.755.000	2.340.000	2.925.000

Phí bảo hiểm

GÓI	M1	M2	M3	M4	M5	M6
II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM LỰA CHỌN						
2. Điều trị nha khoa/năm						
Từ 30 ngày tuổi đến 1 tuổi	-	-	780.000	1.170.000	1.560.000	1.950.000
Từ đủ 1 đến 7 tuổi	-	-	780.000	1.170.000	1.560.000	1.950.000
Từ đủ 7 đến 18 tuổi	-	-	780.000	1.170.000	1.560.000	1.950.000
Từ đủ 18 đến 30 tuổi	-	-	637.000	955.500	1.274.000	1.592.500
Từ đủ 30 đến 50 tuổi	-	-	637.000	955.500	1.274.000	1.592.500
Từ đủ 50 đến 60 tuổi	-	-	637.000	1.051.050	1.274.000	1.592.500
Từ đủ 60 đến 65 tuổi	-	-	637.000	1.051.050	1.274.000	1.592.500
3. Chăm sóc thai sản						
Từ 18 đến 50 tuổi	-	-	2.875.000	4.312.500	5.750.000	7.187.500

Thời gian chờ

365 ngày

Bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn (bao gồm nha khoa), thai sản

90 ngày

Các bệnh hô hấp, bệnh viêm phế quản, tiểu phế quản, viêm phổi các loại áp dụng với trẻ dưới 06 tuổi, và biến chứng thai sản.

30 ngày

Ốm đau, bệnh tật thông thường, bao gồm cả nha khoa

0 ngày

Tai nạn

Các điều khoản mở rộng

STT	Điều khoản mở rộng	Quyền lợi
1	Bảo hiểm các trường hợp ngộ độc	Bảo hiểm các trường hợp ngộ độc bao gồm và không hạn chế ngộ độc thức ăn, thức uống hoặc hít phải hơi độc, khí độc, chất độc) theo quyền lợi tai nạn. Tổng mức trách nhiệm tích tụ không vượt quá VND 2,100,000,000/vụ. Khi sự kiện bảo hiểm xảy ra, quyền lợi bảo hiểm mở rộng này sẽ được áp dụng sau khi các quyền lợi bảo hiểm khác trong HĐBH đã được xem xét và chi trả tối đa (nếu có)
2	Bảo hiểm cho các Thiết bị hỗ trợ y tế	Bảo hiểm cho các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế. Áp dụng đồng chi trả 50%
3	Bảo hiểm chi phí điều trị ngoại trú liên quan tới các thiết bị vật tư y tế	Bảo hiểm cho nước muối sinh lý và nước biển sâu (natriclorid, humer, sterimar, xisat,...), nước mắt nhân tạo, các chế phẩm men vi sinh. Giới hạn tối đa: 300.000 đồng/người/năm.
4	Bảo hiểm điều trị và phẫu thuật tái tạo gân/dây chằng	Bảo hiểm cho điều trị và phẫu thuật tái tạo gân/dây chằng do hậu quả của tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm.
5	Bảo hiểm cho Vitamin, thuốc bổ, thuốc hỗ trợ điều trị	Bảo hiểm cho Vitamin, thuốc bổ, thuốc hỗ trợ điều trị ốm bệnh và tai nạn theo chỉ định của bác sĩ: Điều trị ngoại trú và điều trị sau khi xuất viện: Giới hạn tối đa 500.000 đồng/người/năm. Điều trị nội trú: theo giới hạn của quyền lợi chi phí viện phí.
6	Bảo hiểm cho điều trị các bất thường về sinh hóa, chuyển hóa của cơ thể	Bảo hiểm cho điều trị các bất thường về sinh hóa, chuyển hóa của cơ thể như tăng lipid máu, men gan cao, nồng độ calci thấp hay các tình trạng tương tự.

Các điều khoản mở rộng

STT	Điều khoản mở rộng	Quyền lợi
7	Bảo hiểm cho bệnh cúm gia cầm/ cúm gà/ cúm lợn/ Covid 19	Bảo hiểm cho các bệnh dịch bao gồm nhưng không giới hạn: cúm H1N1/ cúm lợn, H5N1/ cúm gà...: Giới hạn bảo hiểm tối đa là 40,000,000/hợp đồng . Công ty bảo hiểm sẽ chi trả theo nguyên tắc Lưu ý: HĐBH này loại trừ đại dịch/ các bệnh truyền nhiễm hoặc bệnh lây nhiễm mà sự bùng phát của bệnh đó được đã được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) công nhận là Cảnh Báo Khẩn Cấp Y Tế Công Cộng Quốc Tế (PHEIC).
8	Bảo hiểm cho chi phí điều trị đục thủy tinh thể, đục nhân mắt	Bảo hiểm cho chi phí điều trị đục thủy tinh thể, đục nhân mắt khi hồ sơ y tế xác định rõ được nguyên nhân là do bệnh lý (mà không phải là thoái hóa tự nhiên của mắt)
9	Bảo hiểm cho các gói sinh (sinh thường/sinh mổ)/gói phẫu thuật không cung cấp được Bảng kê chi tiết chi phí	DBV sẽ chi trả tối đa 80% theo quyền lợi thai sản/phẫu thuật, với điều kiện các chi phí liên quan khác đã có Bảng kê chi tiết viện phí và trong đó chưa có chi phí sinh thường/sinh mổ/phẫu thuật.
10	Bảo hiểm cho trường hợp điều trị vật lý trị liệu và nắn xương khớp	Chi trả theo giới hạn của quyền lợi bảo hiểm tương ứng
11	Bảo hiểm cho trường hợp nằm viện điều trị Đông y, nắn xương và châm cứu Đông y	Chi trả theo giới hạn của quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.

Các điều khoản mở rộng

STT	Điều khoản mở rộng	Quyền lợi
12	Bảo hiểm đồng thời chi phí tiền giường theo quy định của BHYT và chi phí tiền giường theo yêu cầu	Bảo hiểm đồng thời chi phí tiền giường theo quy định của BHYT và chi phí tiền giường theo yêu cầu (nếu có) tại các cơ sở y tế công lập theo giới hạn của quyền lợi điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật.
13	Bảo hiểm chăm sóc thai sản cho người có thai bằng hỗ trợ sinh sản	Các quyền lợi liên quan đến thai sản được bảo hiểm bắt đầu từ tuổi thai trên 12 tuần. DBV không bảo hiểm trong thời gian thực hiện các biện pháp hỗ trợ sinh sản cho đến tuổi thai đủ 12 tuần và các biến chứng xảy ra trong quá trình này
14	Điều khoản về Hóa đơn và Chứng từ	Hóa đơn điện tử: DBV chấp nhận hóa đơn chuyển đổi sang bản giấy từ hóa đơn điện tử được thực hiện bởi người mua/ NDBH hoặc Người bán không bắt buộc tiêu thức dấu. Tuy nhiên, về chứng từ y tế kèm theo HS yêu cầu trả tiền bảo hiểm sẽ cần áp dụng theo từng loại
15	Điều khoản về Người nhận tiền bảo hiểm	Có quy định rõ ràng theo từng trường hợp

Điều khoản về hóa đơn và chứng từ

Hóa đơn điện tử: DBV chấp nhận hóa đơn chuyển đổi sang bản giấy từ hóa đơn điện tử được thực hiện bởi người mua/ NDBH hoặc Người bán không bắt buộc tiêu thức dấu. Tuy nhiên, về chứng từ y tế kèm theo HS yêu cầu trả tiền bảo hiểm sẽ cần áp dụng theo từng loại như sau:

- Phương án 1:

- Bản gốc hóa đơn chuyển đổi từ hóa đơn điện tử (có chữ ký của người thực hiện chuyển đổi và dấu mộc tròn của cơ sở y tế, trừ trường hợp cơ sở y tế được miễn dấu trên hóa đơn điện tử theo công văn của cơ quan thuế), và;
- Tất cả chứng từ y tế: bản gốc hoặc bản copy

- Phương án 2:

- Bản gốc hóa đơn điện tử in ra giấy có chữ ký của người được bảo hiểm (không cần đóng dấu của cơ sở y tế), và;
- Đường link hóa đơn (đối với các hóa đơn có chi phí từ 20 triệu đồng trở lên)
- Tất cả chứng từ y tế: bản gốc

- Phương án 3:

- Bản gốc hóa đơn điện tử in ra giấy có chữ ký của người được bảo hiểm (không cần đóng dấu của cơ sở y tế) có các thông tin sau:
 - Tên người mua hàng: Tên người đi khám chữa bệnh
 - Tên đơn vị: Công ty Cổ phần Tập đoàn Bảo hiểm DBV
 - Địa chỉ: của người đi khám chữa bệnh
 - Mã số thuế: bỏ trống
- Đường link hóa đơn (đối với các hóa đơn có chi phí từ 20 triệu đồng trở lên)
- Tất cả chứng từ y tế: bản gốc hoặc bản copy

Điều khoản về Người nhận tiền bảo hiểm

Bên mua bảo hiểm và DBV đã thỏa thuận và thống nhất việc nhận tiền chi trả bảo hiểm và hoặc thu hưởng cụ thể như sau:

- Trường hợp NĐBH là Nhân viên

+ Đối với trường hợp NĐBH đã tử vong: DBV chi trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng theo quy định của Pháp luật. Người thụ hưởng hợp pháp phải hoàn thiện Hồ sơ và trực tiếp yêu cầu Công ty bảo hiểm chi trả tiền bảo hiểm theo quy định của Hợp đồng bảo hiểm.

+ Đối với trường hợp NĐBH yêu cầu trả tiền bảo hiểm và người nhận tiền là BMBH (giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm là căn cứ xác định): DBV sẽ chuyển tiền bảo hiểm trực tiếp cho BMBH và BMBH phải chuyển toàn bộ số tiền bảo hiểm đã nhận cho NĐBH.

+ Đối với trường hợp NĐBH yêu cầu trả tiền bảo hiểm và người nhận tiền bảo hiểm là NĐBH (Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm là căn cứ xác định): DBV sẽ chuyển tiền bảo hiểm trực tiếp cho NĐBH.

+ Đối với các trường hợp NĐBH chỉ định người nhận tiền khác ngoài BMBH và NĐBH thì NĐBH phải cung cấp cho DBV Giấy ủy quyền hợp pháp và hoặc Người thụ hưởng hợp pháp phải cung cấp văn bản chỉ định quyền thụ hưởng đảm bảo tuân thủ quy định của Pháp luật.

- Trường hợp NĐBH là Người thân của nhân viên:

+ Đối với NĐBH dưới 18 tuổi: Người thụ hưởng là Nhân viên.

+ Đối với NĐBH từ 18 tuổi trở lên: DBV sẽ chuyển tiền cho NĐBH hoặc Nhân viên theo chỉ định của NĐBH trên Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm. Nếu là Nhân viên nhận tiền thì Nhân viên đó phải có trách nhiệm chuyển lại cho NĐBH.

BMBH cam kết đã thông báo cho NĐBH được biết và được NĐBH đồng ý với điều khoản này. Công ty bảo hiểm không chịu mọi trách nhiệm nếu phát sinh tranh chấp, mâu thuẫn giữa NĐBH và BMBH về việc Công ty bảo hiểm đã chi trả tiền bảo hiểm cho BMBH.

Đồng chi trả

Là số tiền mà NĐBH cùng chi trả tính theo tỷ lệ phần trăm (%) trên tổng chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm hoặc giới hạn quy định trên HĐBH (tùy theo số nào nhỏ hơn).

30%

Điều trị tại cơ sở y tế Tư nhân, Quốc tế khoa quốc tế/tự nguyện/dịch vụ tại BV công

- Đối với nhóm dưới 6 tuổi
- Đối với thai sản và nha khoa

50%

Chi phí cho các Thiết bị hỗ trợ y tế

- Các bộ phận/thiết bị/dụng cụ y tế được đặt/cấy/trồng vào bất cứ một bộ phận nào của cơ thể để hỗ trợ cho chức năng hoạt động của bộ phận đó như **stent, van tim, bóng nong, đĩa đệm, nẹp, vis, chốt treo, máy tạo nhịp tim...**
- Các bộ phận/thiết bị/ dụng cụ y tế có tính chất đặc thù, chỉ sử dụng riêng cho từng loại hình điều trị hoặc phẫu thuật, sử dụng một lần và không khấu hao như **dao cắt sụn, lưới bào, dao cắt gan siêu âm, dao cắt trĩ theo Phương pháp Longo, rọ tán sỏi trong phẫu thuật lấy sỏi...**



3

**CÁC BỆNH LOẠI
TRỪ BẢO HIỂM**

Các bệnh loại trừ

1. Viêm hệ thần kinh trung ương(não), tuỷ sống
2. Parkinson
3. Thoái hoá khác của hệ thần kinh
4. Mất trí nhớ, hôn mê, bại não, liệt
5. Suy phổi, tràn khí phổi, suy hô hấp mãn tính
6. Viêm phổi tắc nghẽn, viêm phế quản mãn
7. Mạch máu não/đột quỵ (xuất huyết não, xơ cứng động mạch)
8. Nhồi máu cơ tim
9. Xơ gan
10. Mắc bệnh tiểu đường đối với người trên 50 tuổi và/hoặc tiểu đường với chỉ số > 16 cho mọi lứa tuổi
11. U ác, U xơ tiền liệt
12. U thượng thận trái (cắt hoặc chưa cắt)

13. Ghép tuỷ
14. Lupus ban đỏ
15. Bệnh hệ thống tạo keo (Collageno)
16. Lao các loại
17. Phong
18. Ung thư các loại
19. Các bệnh tự miễn
20. Suy tuỷ
21. Bạch cầu
22. Các bệnh lây qua đường tình dục, giang mai, lậu, hội chứng suy giảm miễn dịch
23. Bệnh bẩm sinh, di truyền, dị dạng về gen
24. Down

Các điểm loại trừ khác theo quy định của Quy tắc bảo hiểm.

Danh sách các bệnh đặc biệt

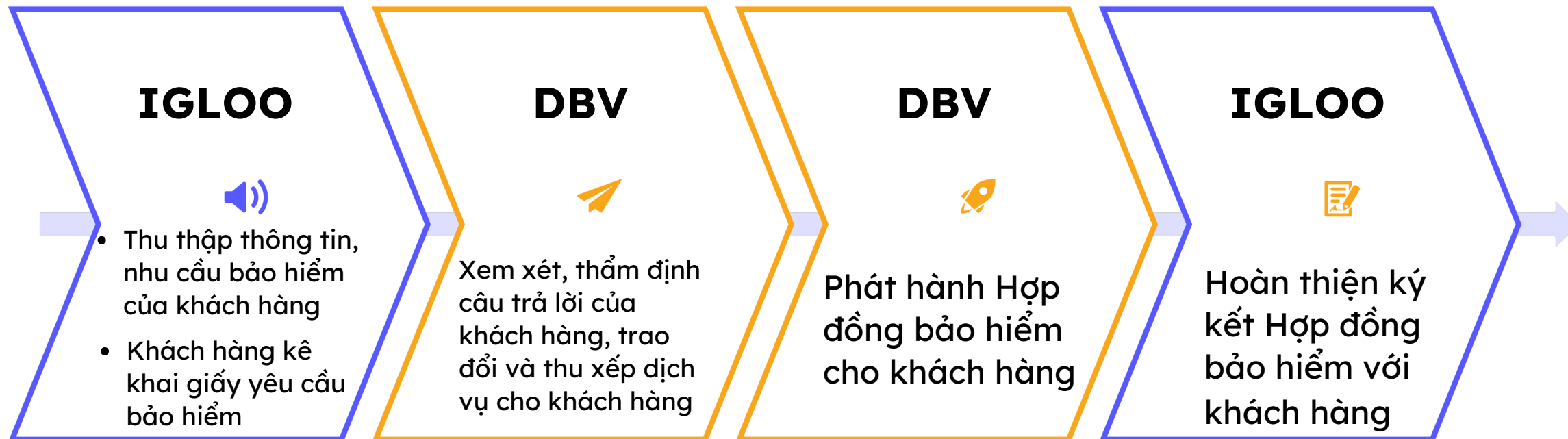
1. Các bệnh ung thư,
2. U bướu các loại,
3. Huyết áp
4. Các bệnh về tim
5. Loét dạ dày
6. Viêm khớp
7. Viêm đa khớp mãn tính
8. Loét ruột
9. Trĩ, viêm màng trong dạ con
10. Viêm gan (A, B, C)
11. Sỏi các loại trong hệ thống tiết niệu và đường mật
12. Suy thận
13. viêm xoang
14. vẹo vách ngăn
15. Bệnh tiểu đường
16. Suy phổi
17. Parkinson
18. Viêm thận
19. Các bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu (bao gồm nhưng không giới hạn bệnh suy tủy, bạch cầu cấp, bạch cầu mãn tính, lọc máu, thay máu, chạy thận nhân tạo)
20. Ghép tủy



4

QUY TRÌNH CẤP ĐƠN

QUY TRÌNH CẤP ĐƠN OFFLINE



Khách hàng sẽ nhận hợp đồng và thẻ điện tử thông qua email đăng ký mở hợp đồng

Các hình thức bồi thường

KH thu thập và gửi Hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm để DBV chi trả bồi thường

Gửi Hồ sơ về **Địa chỉ của DBV**

Trung tâm bồi thường
BHSK - Công ty cổ
phần tập đoàn bảo
hiểm DBV - Tầng 25,
Tòa nhà Vinacomin, Số
3 Dương Đình Nghệ,
P.Yên Hòa, Hà Nội

**Bảo lãnh
viện phí**

**Bồi
thường
trực tiếp**

KH xuất trình CCCD và Thẻ bảo hiểm với Cơ sở y tế khi khám chữa bệnh

- Thực hiện khám chữa bệnh theo chỉ định của bác sĩ.
(Cơ sở y tế có thể yêu cầu KH đặt cọc trước khi bảo lãnh).

Tự thanh toán chi phí không thuộc trách nhiệm của DBV:

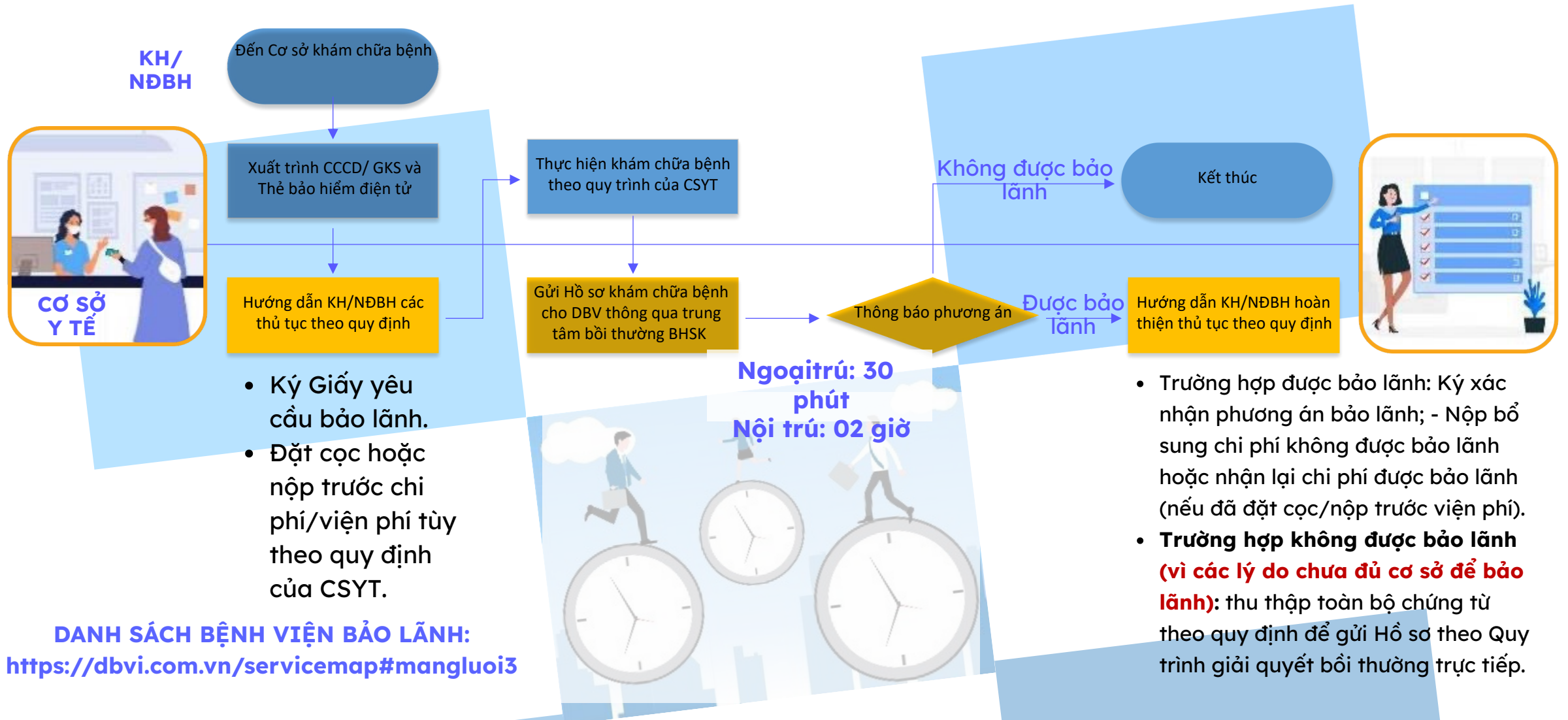
- Chi phí không thuộc phạm vi bảo hiểm;
- Chi phí vượt Hạn mức;
- **Phí bảo lãnh** - nếu có



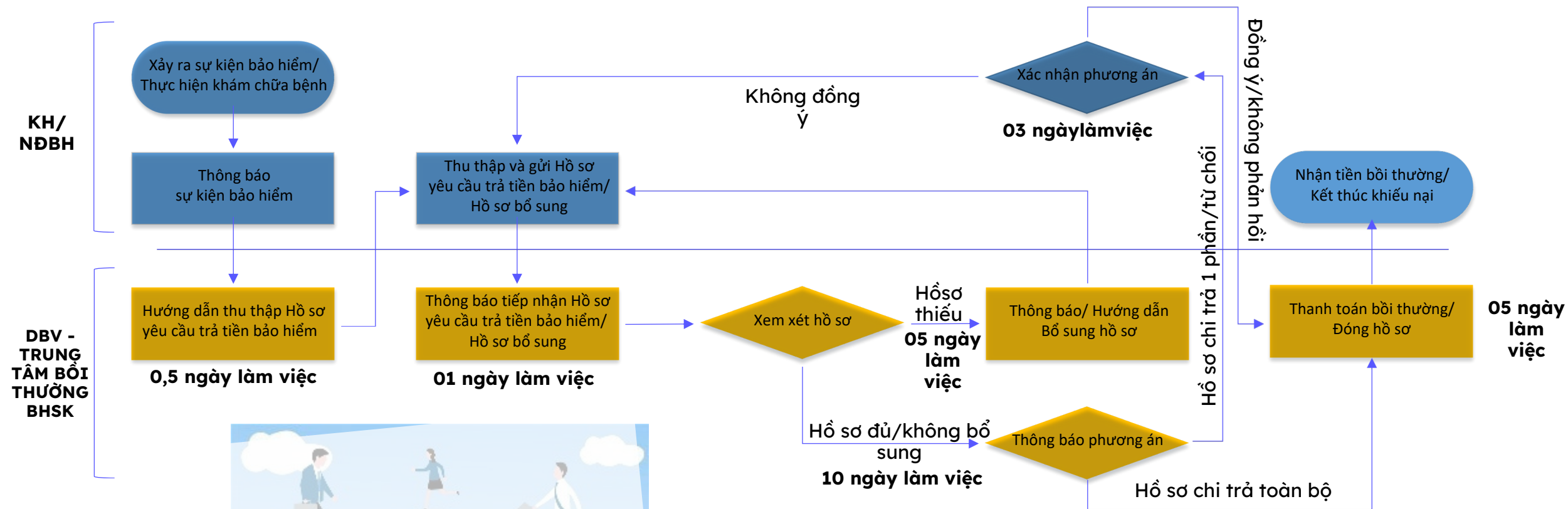
5

QUY TRÌNH BỒI THƯỞNG

Quy trình bảo lãnh viện phí



Quy trình giải quyết bồi thường



Thời gian giải quyết bồi
thường: **15 ngày làm việc kể
từ ngày Thông báo tiếp nhận
hồ sơ**

KH/NĐBH cần gửi Thông báo
sự kiện bảo hiểm trong vòng
**60 ngày kể từ ngày xảy ra
sự kiện bảo hiểm.**

KH/NĐBH cần gửi Hồ sơ yêu
cầu trả tiền bảo hiểm trong
vòng **01 năm kể từ ngày
xảy ra sự kiện bảo hiểm.**

Hướng dẫn thu thập hồ sơ bồi thường

Chứng từ y tế



Chứng từ tài chính



Hồ sơ Tử vong/TTVV



Hồ sơ tai nạn



GYC trả tiền bảo hiểm



Giấy tờ tùy thân/
GCNBH/ Thẻ bảo hiểm



Giấy tờ khác (nếu cần)



Hướng dẫn thu thập hồ sơ bồi thường

Các chứng từ y tế

Phải thể hiện thông tin của NĐBH, chi tiết nội dung, ngày thực hiện điều trị, có chữ ký của bác sỹ và đóng dấu của cơ sở y tế

- Giấy ra viện
- Bản sao hồ sơ bệnh án hoặc Sao trích hồ sơ bệnh án
- Giấy chứng nhận phẫu thuật/ Phiếu phẫu thuật/Phiếu mổ (nếu có)

Chứng từ thanh toán

- Hoá đơn điện tử để chứng minh có phát sinh chi phí y tế thực tế mà NĐBH phải chi trả
- **Lưu ý: phải thể hiện đầy đủ và chi tiết các mục chi phí y tế đã phát sinh hoặc có đính kèm Bảng kê chi tiết**

Trường hợp tai nạn

- Tai nạn giao thông: giấy phép lái xe, hồ sơ tai nạn giao thông

Lưu ý:

- Tai nạn nhỏ (số tiền bồi thường < 1 triệu) chấp nhận Bản tường trình tai nạn của NĐBH có chữ ký, thông tin liên hệ và kèm theo giấy tờ tùy thân của người làm chứng.
- Tai nạn (Số tiền bồi thường từ 1-5 triệu) chấp nhận Biên bản tai nạn do chính quyền địa phương nơi xảy ra tai nạn xác nhận
- Tai nạn lao động: cần có Biên bản tai nạn lao động do cơ quan chủ quản lập theo quy định
- Tai nạn sinh hoạt: cần có Bản tường trình tai nạn có chữ ký của người làm chứng và xác nhận của chính quyền địa phương nơi xảy ra tai nạn.

Trường hợp tử vong

- Giấy chứng tử/Trích lục khai tử.
- Giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (nếu Hợp đồng bảo hiểm không có chỉ định người thụ hưởng).
- Giấy ủy quyền của những người thừa kế hợp pháp (nếu có).



6

**GIẢI ĐÁP
THẮC MẮC**

**THANK
YOU**

