

Số: 5678 /QLB-TTH

Hà Nội, ngày 20 tháng 8 năm 2025

V/v đề nghị chào phí bảo hiểm sức khỏe cho Cán bộ công nhân viên và người thân của Cán bộ công nhân viên Tổng công ty Quản lý bay Việt Nam

Kính gửi: Tổng công ty Bảo hiểm

Tổng công ty Quản lý bay Việt Nam xin gửi tới Quý Tổng công ty lời chào trân trọng và hợp tác.

Để có cơ sở triển khai công tác mua bảo hiểm sức khỏe cho Cán bộ công nhân viên (CBCNV) và người thân của CBCNV (dự kiến số lượng CBCNV: 3.606 người), Tổng công ty Quản lý bay Việt Nam đề nghị Quý Tổng công ty chào phí bảo hiểm sức khỏe theo các nội dung như sau:

**I. Thời hạn bảo hiểm:** Quý Tổng công ty chào phí với 02 phương án thời hạn bảo hiểm như sau:

1. Thời hạn bảo hiểm 2 năm (năm 2026-2027).
2. Thời hạn bảo hiểm 3 năm (năm 2026-2028).

**II. Quyền lợi bảo hiểm và các điều kiện, điều khoản bảo hiểm:** Chi tiết tại phụ lục kèm theo.

**III. Bảo hiểm cho người thân của CBCNV:**

1. Quyền lợi bảo hiểm, các điều kiện, điều khoản bảo hiểm: Áp dụng như CBCNV.
2. Đề xuất có áp dụng thời gian chờ đối với người thân của CBCNV hay không.

**IV. Yêu cầu khác:**

1. Cung cấp Quy tắc bảo hiểm sức khỏe.
2. Đề xuất thời hạn thanh toán phí bảo hiểm.

**(Lưu ý: Công ty bảo hiểm nêu rõ thời hạn hiệu lực của bản chào phí)**

Đề nghị Quý Tổng công ty gửi chào phí trước 15h00 ngày 27 tháng 8 năm 2025. Địa chỉ nhận chào phí: Tổng công ty Quản lý bay Việt Nam - Số 6 ngõ 200 Nguyễn Sơn, phường Bồ Đề, TP Hà Nội. (Người nhận: Bà Bùi Thị Thu Huyền, chuyên viên Ban Kế hoạch Đầu tư. ĐT: 0982968086).

Trân trọng cảm ơn!

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Tổng giám đốc (để b/c);
- P.TGD Nguyễn Văn Tiến (để b/c);
- Lưu: VT, TTH (H.03b)

TUO TỔNG GIÁM ĐỐC  
TỔ TRƯỞNG TTH



Vy Trọng Anh

## Phụ lục :

# QUYỀN LỢI BẢO HIỂM VÀ ĐIỀU KIỆN, ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM

## 1. Quyền lợi bảo hiểm

- Cung cấp dịch vụ bảo hiểm sức khỏe cho CBCNV của Tổng công ty Quản lý bay Việt Nam, bao gồm các quyền lợi bảo hiểm chính sau:

+ Bảo hiểm cho tất cả các quyền lợi liên quan tới chi phí y tế phát sinh do ốm đau, bệnh tật, thai sản, nha khoa được bảo hiểm khi NĐBH đang trong quá trình điều trị từ trước ngày hiệu lực hợp đồng và lên tới giới hạn tối đa của từng quyền lợi.

+ Bảo hiểm cho các chi phí y tế phát sinh do hậu quả của tai nạn xảy ra trước ngày hiệu lực hợp đồng với điều kiện tai nạn đã được Công ty bảo hiểm chấp thuận bồi thường và NĐBH có trách nhiệm cung cấp mọi chứng từ liên quan theo quy định tại các Quy tắc bảo hiểm đính kèm hợp đồng.

+ Được bảo hiểm trong trường hợp chết/thương tật bộ phận hoặc toàn bộ vĩnh viễn do ốm bệnh hoặc do tai nạn.

+ Được thanh toán chi phí y tế do tai nạn.

+ Được thanh toán chi phí y tế do ốm đau, bệnh tật và thai sản.

+ Được thanh toán chi phí điều trị ngoại trú (có bao gồm điều trị răng toàn diện).

- Các điều kiện bảo hiểm bổ sung.

- Phạm vi địa lý được bảo hiểm:

+ Chết, thương tật vĩnh viễn do tai nạn và Chi phí y tế do tai nạn: Phạm vi toàn cầu.

+ Chết/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm, bệnh, thai sản; điều trị nội trú do ốm đau, bệnh tật, thai sản: Phạm vi Việt Nam.

- Hạn mức trách nhiệm bảo hiểm:

STT	Quyền lợi bảo hiểm	Mức trách nhiệm (đồng)/365 ngày
1	Chết/tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm, bệnh, thai sản	600.000.000
2	Chết/thương tật vĩnh viễn do tai nạn	600.000.000
3	Chi phí y tế do tai nạn	110.000.000
4	Trợ cấp trong thời gian điều trị thương tật tạm thời do tai nạn	20.000.000
5	Chi phí nằm viện & phẫu thuật	150.000.000
6	Điều trị ngoại trú (có bao gồm điều trị răng toàn diện)	22.000.000

## 2. Các điều kiện bảo hiểm bổ sung

- Quy định về thời gian chờ: Đối với CBCNV, không áp dụng thời gian chờ (kể cả các trường hợp bổ sung số người tham gia bảo hiểm phát sinh trong thời hạn hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực).

- Chi phí điều trị bác sỹ đông y/nắn xương khớp: Bảo hiểm cho chi phí điều trị bác sỹ đông y có giấy phép hành nghề/Chi phí nắn xương khớp cần thiết và hợp lý phát sinh không quá giới hạn trách nhiệm được quy định trong Hợp đồng/Giấy

chúng nhận bảo hiểm và tuân thủ các điều kiện, điều khoản loại trừ đã nêu trong Quy tắc bảo hiểm sức khỏe của Công ty Bảo hiểm.

- Ngộ độc thức ăn đồ uống: Bảo hiểm thương tật thân thể liên quan đến ngộ độc do thức ăn và đồ uống và tuân thủ các điều kiện, điều khoản loại trừ đã nêu trong Quy tắc bảo hiểm sức khỏe của Công ty Bảo hiểm.

- Bảo hiểm cho rủi ro chết và thương tật do ngộ độc/ngạt thở do khí và khói độc hoặc chết đuối: Bảo hiểm cho rủi ro chết và thương tật của người được bảo hiểm do ngạt thở bởi hít phải khói, hơi độc, khí hoặc chết đuối đều được xem như là thương tật được bảo hiểm miễn là những thương tật như vậy không phải do hành động cố ý hay ác ý của Người được bảo hiểm.

- Điều khoản trợ cấp trong trường hợp Người được bảo hiểm sinh con tại các Bệnh viện công lập: Trợ cấp với số tiền: 2.000.000 đồng/người/năm.

- Bảo hiểm bệnh nghề nghiệp: Bảo hiểm các chi phí y tế điều trị bệnh nghề nghiệp được quy định bởi Bộ Luật lao động và danh mục bệnh nghề nghiệp theo quy định của nhà nước tại thời điểm ký kết Hợp đồng.

- Điều khoản rủi ro và mất tích: Bảo hiểm do chết chìm (chết đuối) hoặc rủi ro như là một kết quả trực tiếp hay gián tiếp do bất hạnh xảy ra trong quá trình chuyên chở mà theo đó việc đi lại được cho phép, hoặc chết đuối hoặc rủi ro theo ngay sau đó và hậu quả của thương tật được bảo hiểm.

- Điều khoản bồi thường cho thương tật thân thể gây ra trong quá trình huấn luyện nghĩa vụ quân sự: Bảo hiểm cho thương tật thân thể gây ra trong quá trình huấn luyện nghĩa vụ quân sự.

- Bảo hiểm cho dụng cụ phẫu thuật trĩ longo: Được bảo hiểm 100%, tối đa đến số tiền bảo hiểm.

- Bảo hiểm cho lưới trong phẫu thuật thoát vị bẹn,...: Được bảo hiểm 100%, tối đa đến số tiền bảo hiểm.

- Bảo hiểm cho stent (bao gồm tất cả các loại stent): Giới hạn 20 triệu đồng/năm

- Bảo hiểm chi phí liên quan tới các thiết bị y tế như nước muối sinh lý và nước biển sâu (natriclorid, humer, sterimar, xisat, ...): bảo hiểm theo hạn mức tối đa 300.000 VNĐ/đơn thuốc.

- Bảo hiểm cho những chi phí hợp lý cho điều trị mụn, trứng cá, điều trị chứng rụng tóc, ... khi có tình trạng viêm nhiễm và cần điều trị bằng kháng sinh, trị nấm: chi trả theo phần ngoại trú, tối đa 2.000.000 đồng/người/năm.

- Chi trả chi phí Vitamin và thuốc bổ để phục vụ cho việc điều trị bệnh: chi trả theo chỉ định của bác sỹ với mục đích điều trị, không phải với mục đích dự phòng. Chi trả tối đa không quá tiền thuốc điều trị trong cùng đơn thuốc.

- Chi trả chi phí điều trị cho trường hợp Người được bảo hiểm bị rối loạn thần kinh tạm thời, phát sinh trong thời hạn bảo hiểm. Rối loạn thần kinh tạm thời ở đây được hiểu là trạng thái rối loạn chức năng hệ thần kinh trung ương do bị

mất thăng bằng, bị cú sốc, mất ngủ, stress... dẫn đến suy nhược cơ thể. Điều trị, nghỉ ngơi trong thời gian ngắn là ổn định.

- Chi trả chi phí liên quan đến các xét nghiệm/siêu âm/X-ray: có kết quả bình thường theo chỉ định của bác sĩ có liên quan đến chẩn đoán bệnh khi khám và điều trị bệnh.

- Chi trả chi phí điều trị răng, mức tối đa 30% chi phí điều trị ngoại trú, không giới hạn chi phí/lần điều trị:

+ Được thanh toán chi phí khám và điều trị răng ở tất cả các cơ sở y tế có đăng ký giấy phép kinh doanh.

+ Được thanh toán nhổ răng do mọi nguyên nhân.

+ Được thanh toán tổn thương răng do tai nạn.

- Chi trả chi phí khám chữa bệnh trong trường hợp Người được bảo hiểm có bệnh và cần theo dõi.

- Chi trả chi phí khám, chữa bệnh trong trường hợp Người được bảo hiểm đi khám sức khỏe tổng quát và phát hiện ra bệnh. Bảo hiểm sẽ chỉ chi trả cho các xét nghiệm và thuốc điều trị liên quan đến bệnh đó với điều kiện bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm.

- Đinh, nẹp, vis, đĩa đệm, chốt treo vào cơ thể: được bảo hiểm đến giới hạn tối đa của quyền lợi “Chi phí y tế do tai nạn” nếu do tai nạn; đối với quyền lợi “Chi phí nằm viện và Phẫu thuật” nếu do ốm đau, bệnh tật, thai sản và sinh con, tối đa 10.000.000 đồng/người/năm.

- Chi phí xét nghiệm HIV: Bảo hiểm chi trả các xét nghiệm HIV theo chỉ định của Bác sĩ trong quá trình người được bảo hiểm nằm viện và/hoặc phẫu thuật liên quan đến việc hỗ trợ điều trị bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm. Các chi phí điều trị HIV (nếu có) không được chi trả.

- Thanh toán chi phí mua thuốc: trong các trường hợp điều trị dự phòng có chỉ định của bác sĩ.

- Đối với các hồ sơ khám bệnh mà bác sĩ kết luận trong bệnh án là bệnh thuộc Dự tật bẩm sinh thì sẽ không được thanh toán chi phí y tế. Các trường hợp khác vẫn được thanh toán chi phí y tế như quy định của Hợp đồng bảo hiểm.

- Khi làm thủ tục bảo lãnh viện phí tại các cơ sở bảo lãnh viện phí, có thể sử dụng Hộ chiếu/Giấy phép lái xe/CCCD/CMND/Giấy khai sinh làm giấy tờ chứng minh thân nhân.

- Trợ cấp trong thời gian điều trị thương tật: 100.000 đồng/ngày.

- Trợ cấp nằm viện khi ốm đau bệnh tật: 200.000 đồng /ngày.

- Chi phí điều trị y tế tối đa/ngày: tối đa 7.000.000 đồng/ngày và 150 triệu đồng/năm.

- Chi phí y tế trước khi nhập viện theo chỉ định của bác sỹ: tối đa 7.000.000 đồng/năm (30 ngày trước khi nhập viện/năm).

- Chi phí y tế chăm sóc tại nhà sau khi xuất viện: tối đa 7.000.000 đồng/năm (tối đa 15 ngày/năm).

- Chi phí phục hồi chức năng: tối đa 7.000.000 đồng/năm.

- Dịch vụ vận chuyển cấp cứu: chi phí xe vận chuyển trong trường hợp khẩn cấp, giới hạn tối đa 2.000.000 đồng/người/năm. Trong trường hợp, người được bảo hiểm được chỉ định phải vận chuyển trên các phương tiện có các thiết bị đặc biệt, chi phí vận chuyển được thanh toán tối đa theo số tiền bảo hiểm.

- Chi phí điều trị bệnh cho em bé tại bệnh viện sau sinh: 1.000.000 đồng/năm.

- Khám thai định kỳ: tối đa 2.000.000 đồng/năm.

- Thanh toán chi phí xét nghiệm/điều trị khi bị covid.

- Bệnh u bì buồng trứng có nguyên nhân do bẩm sinh: được thanh toán tối đa 10.000.000 đồng/người/năm.

- Chi phí khám bệnh ngoại trú: tối đa 7.000.000 đồng/lần và 22 triệu đồng/năm.

- Hóa đơn: chấp nhận các hóa đơn trong một lần khám bệnh (hóa đơn tiền khám, hóa đơn tiền thuốc ở các nhà thuốc hợp pháp khác nhau).

- Không yêu cầu bảng kê chi tiết viện phí điều trị nội trú đối với tổng chi phí điều trị dưới 3.000.000 đồng và chi phí điều trị ngoại trú với tổng chi phí điều trị dưới 500.000 đồng tại Bệnh viện công.

- Trợ cấp 1.000.000 đồng /ca phẫu thuật nội trú cho trường hợp sử dụng thẻ BHYT bắt buộc tại bệnh viện công, đã được BHYT chi trả 80%.

- 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 5.000.000 đồng /người/năm.

- Điều trị tại bệnh viện công: Trường hợp Người được bảo hiểm sử dụng thẻ Bảo hiểm y tế, trợ cấp 30% phần chi phí đã được bảo hiểm y tế chi trả (không bao gồm các chi phí ngoài danh mục được Bảo hiểm Y tế chi trả) với điều kiện Người được bảo hiểm cung cấp bảng kê chi tiết quá trình điều trị và chi phí thuộc phạm vi chi trả.

- Hồ sơ khám chữa bệnh từ xa được thanh toán theo quy định của Quy tắc bảo hiểm sức khỏe, hợp đồng bảo hiểm và hướng dẫn thực hiện của Bộ Y tế.

- Trường hợp tai nạn sinh hoạt, chấp nhận Biên bản tai nạn có thông tin và chữ ký của người làm chứng, có xác nhận Người được bảo hiểm là CBCNV.

- Thông báo bồi thường: Người được bảo hiểm thông báo yêu cầu bồi thường trong vòng 1 năm kể từ xảy ra tai nạn, ngày ra viện hoặc ngày đi khám bệnh (trường hợp điều trị ngoại trú).

- Quy định với chứng từ y tế: nếu người được bảo hiểm cung cấp hóa đơn chuyển đổi từ hóa đơn điện tử bản gốc thì nhà thầu chấp nhận chứng từ y tế là bản sao công chứng. Nếu Người được bảo hiểm cung cấp hóa đơn điện tử thì nhà thầu chỉ chấp nhận chứng từ y tế là bản gốc.

- Đối với tai nạn sinh hoạt nhỏ, số tiền bồi thường dưới 10.000.000 đồng: nhà thầu phải chấp nhận bảo lãnh viện phí nếu người được bảo hiểm chuẩn bị sẵn biên bản tai nạn và cung cấp vào hồ sơ bảo lãnh viện phí.

- Đối với tai nạn đã được cung cấp biên bản tai nạn trong quá trình giải quyết bồi thường, trường hợp khám chữa bệnh lần 2 liên quan đến các tai nạn này thì cũng sẽ được bảo lãnh viện phí mà không cần bổ sung biên bản tai nạn.

- Đối với bệnh viện công lập:

+ Đơn thuốc có mã vạch và chữ ký bác sĩ thì không cần đóng dấu của bệnh viện.

+ Miễn phiếu chỉ định nếu có kết quả thực hiện các xét nghiệm/siêu âm trong phiếu thu.

+ Không yêu cầu phải có con dấu bệnh viện/khoa với điều kiện trên chứng từ y tế có mã vạch bệnh viện và chữ ký bác sĩ điều trị.

- Thanh toán các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục ngoại trừ lậu, giang mai, HIV, sùi mào gà, Bệnh Herpes sinh dục.

**3. Mức miễn thường:** Không áp dụng.

**4. Thẻ bảo hiểm:** Cấp cho từng CBCNV tham gia chương trình bảo hiểm thẻ cứng/thẻ điện tử bảo lãnh nội trú/ngoại trú tại bệnh viện/phòng khám trong hệ thống hợp tác với Nhà bảo hiểm.

**5. Điều khoản tự động tăng/giảm người:**

Tự động mở rộng bảo hiểm/hoặc chấm dứt bảo hiểm cho bất kỳ CBCNV khi có văn bản thông báo của Tổng công ty Quản lý bay Việt Nam.

**6. Yêu cầu đối với đơn vị cung cấp dịch vụ:**

- Tư vấn và hướng dẫn kịp thời, đầy đủ, cụ thể các yêu cầu về thủ tục liên quan đến việc yêu cầu trả tiền bảo hiểm đối với các chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm.

- Trong quá trình thực hiện giải quyết bồi thường: Nhà thầu phải có bộ phận/phòng/ban/trung tâm để xử lý nghiệp vụ bồi thường sức khỏe trực thuộc nhà thầu, thực hiện giải quyết bồi thường cho khách hàng (không sử dụng bên thứ ba).

- Giải quyết hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm, thông báo kết quả và chi trả tiền bồi thường cho người được bảo hiểm.



- Thông báo cho Người được bảo hiểm về việc đã tiếp nhận hồ sơ yêu cầu bảo hiểm trong vòng 02 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ bằng đường chuyển phát hoặc trong vòng 01 ngày kể từ ngày nhận được hồ sơ khai báo online.

+ Thông báo cho Người được bảo hiểm về các trường hợp cần bổ sung, xác minh hồ sơ trong vòng 3 ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu bảo hiểm.

+ Giải quyết hồ sơ yêu cầu bảo hiểm và thông báo kết quả trong vòng 10 ngày làm việc kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu bảo hiểm.

+ Thanh toán tiền bồi thường trong vòng 05 ngày kể từ ngày thông báo đồng ý chi trả bồi thường cho Người được bảo hiểm.

+ Thanh quyết toán phí bảo hiểm trong vòng 30 ngày sau khi Hợp đồng kết thúc.

+ Tiếp tục cung cấp dịch vụ bảo hiểm theo tất cả quyền lợi bảo hiểm của gói thầu này cho CBCNV đã tham gia bảo hiểm sức khỏe năm trước của Tổng công ty Quản lý bay Việt Nam và bị ung thư/bệnh đặc biệt/bệnh có sẵn...từ năm trước.

+ Thực hiện bảo lãnh viện phí tại các bệnh viện/phòng khám cho các trường hợp thuộc phạm vi bảo hiểm vào tất cả các ngày trong tuần trừ các ngày lễ, tết theo quy định của Nhà nước (bao gồm cả cuối tuần và ngoài giờ hành chính).

+ Thời gian xử lý hồ sơ bảo lãnh viện phí không quá 30 phút/trường hợp kể từ thời điểm bệnh viện/phòng khám gửi hồ sơ yêu cầu bảo lãnh.

+ Có bệnh viện/phòng khám bảo lãnh viện phí ở tất cả các thành phố lớn trong cả nước bao gồm: Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh, Đà Nẵng.

+ Nhà thầu chấp nhận thủ tục yêu cầu bồi thường cho tất cả các chương trình bảo hiểm qua các ứng dụng (app).