

Chương III. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ E-HSDT
MỤC 3. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ VỀ KỸ THUẬT

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU	MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
		Đạt	Không đạt
I.	Tính hợp lệ của dịch vụ bảo hiểm: <i>Trong E-HSDT, nhà thầu phải cung cấp các tài liệu như sau:</i>		
1.	- Tài liệu về các điều khoản bảo hiểm sức khỏe hợp pháp, phù hợp với phạm vi công việc của gói thầu; - Bảng tỷ lệ trả tiền thương tật; - Danh sách cơ sở y tế trong hệ thống bảo lãnh viện phí của đơn vị bảo hiểm.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
2.	Nhà thầu có quy trình và sơ đồ tổ chức thực hiện công tác bảo hiểm, xử lý tổn thất và giải quyết bồi thường.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
II.	Phạm vi được bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm: <i>Trong E-HSDT, nhà thầu phải cung cấp tài liệu chứng minh nhà thầu có điều khoản hoặc nhà thầu phải có cam kết đáp ứng các yêu cầu tối thiểu sau:</i>		
1.	Phạm vi địa lý: - Phạm vi lãnh thổ Việt Nam.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
2.	Phạm vi được bảo hiểm và quyền lợi bảo hiểm: <i>Bảo hiểm cho các quyền lợi được liệt kê dưới đây gây ra bởi các nguyên nhân không bị loại trừ theo điều kiện, điều khoản của đơn bảo hiểm, các phụ lục, các sửa đổi bổ sung và hoặc các thỏa thuận khác đính kèm theo đơn bảo hiểm:</i>		
2.1.	Quyền lợi bảo hiểm sức khỏe cơ bản: - Bảo hiểm tai nạn; + Chết, thương tật vĩnh viễn do tai nạn; + Chi phí y tế do tai nạn. - Bảo hiểm ốm đau, sức khỏe, thai sản:	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU	MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
		Đạt	Không đạt
	<ul style="list-style-type: none"> + Khám chữa bệnh Nội trú; + Khám chữa bệnh Ngoại trú; + Chết, thương tật do ốm đau bệnh tật, thai sản. 		
2.2.	<p>Quyền lợi bảo hiểm mở rộng đối với một số người lao động khi thực hiện công việc có tính chất đặc thù (gọi tắt là Bảo hiểm quyền lợi mở rộng cấp cứu khẩn cấp):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cấp cứu bằng phương tiện tàu bay (trực thăng, thủy phi cơ...) khi người được bảo hiểm gặp sự cố, tai nạn, bệnh nguy cấp yêu cầu phải cấp cứu, điều trị khẩn cấp. 	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
2.3.	<p>Thời gian bảo hiểm sức khỏe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 tháng. 	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
2.4.	<p>Đối tượng bảo hiểm sức khỏe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cán bộ nhân viên: là toàn bộ người quản lý doanh nghiệp, kiểm soát viên và người lao động thuộc Công ty TNHH Kỹ thuật Quản lý bay, viết tắt là CBNV; - Thân nhân của CBNV: là bố/mẹ đẻ, bố/mẹ vợ/chồng, con, vợ/chồng của CBNV (con theo quy định từ 15 ngày tuổi đến 18 tuổi hoặc đến 23 tuổi nếu còn đang đi học, sống phụ thuộc và chưa kết hôn); - Người quản lý đã nghỉ hưu, Kiểm soát viên đã nghỉ hưu và thân nhân của những đối tượng này, viết tắt là NQL, KSV nghỉ hưu và thân nhân NQL, KSV nghỉ hưu. <p><i>(Được chia thành 04 nhóm đối tượng, bao gồm: đối tượng 1, đối tượng 2, đối tượng 3 và đối tượng 4).</i></p>	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
2.5.	<p>Đối tượng Bảo hiểm quyền lợi mở rộng cấp cứu khẩn cấp:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CBNV có tên trong Hợp đồng bảo hiểm sức khỏe và tham gia bay hiệu chuẩn hoặc đi làm việc/đi công tác tại Quân đảo Trường Sa; - Nhân sự của Tổng Công ty Quản lý bay Việt Nam hoặc Cục Hàng không Việt Nam tham gia thực hiện công việc bay hiệu chuẩn. 	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
2.6.	<p>Quyền lợi chính của bảo hiểm sức khỏe (Áp dụng cho CBNV; thân nhân của CBNV; NQL, KSV nghỉ hưu và thân nhân NQL, KSV nghỉ hưu):</p>		

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU				MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
					Đạt	Không đạt
	<p><i>Trong E-HSDT, nhà thầu phải cung cấp các tài liệu thể hiện các quyền lợi và mức quyền lợi bảo hiểm sức khỏe (phù hợp với 04 nhóm đối tượng quy định tại mục 2.4) đáp ứng tối thiểu các yêu cầu như sau:</i></p>					
2.6.1.	<p>Bảo hiểm tai nạn: <i>Mức bảo hiểm không thấp hơn:</i></p>					
	Nội dung quyền lợi		Mức quyền lợi bảo hiểm			
			Đối tượng 1	Đối tượng 2	Đối tượng 3	Đối tượng 4
a.	Số tiền bảo hiểm/năm:		300.000.000 đồng tối thiểu: 300.000.000 đồng	200.000.000 đồng tối thiểu: 200.000.000 đồng	150.000.000 đồng tối thiểu: 150.000.000 đồng	100.000.000 đồng tối thiểu: 100.000.000 đồng
b.	Số tiền bảo hiểm/người/năm khi chết/thương tật toàn bộ vĩnh viễn		Trả % của STBH theo bảng tỷ lệ thương tật	Trả % của STBH theo bảng tỷ lệ thương tật	Trả % của STBH theo bảng tỷ lệ thương tật	Trả % của STBH theo bảng tỷ lệ thương tật
c.	Thương tật bộ phận vĩnh viễn:		Trả % của STBH theo bảng tỷ lệ thương tật	Trả % của STBH theo bảng tỷ lệ thương tật	Trả % của STBH theo bảng tỷ lệ thương tật	Trả % của STBH theo bảng tỷ lệ thương tật
	Trợ cấp lương trong thời gian điều trị/ngày, mức tối đa không thấp hơn 60 ngày/năm (chỉ áp dụng với CBNV):		1.000.000 đồng/ngày	800.000 đồng/ngày	500.000 đồng/ngày	300.000 đồng/ngày
	- Trợ cấp lương trong thời gian nghỉ điều trị nội trú và/hoặc ngoại trú do tai nạn theo chỉ định của bác sỹ điều trị;					
					Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU				MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
					Đạt	Không đạt
	- Trợ cấp lương trong thời gian nghỉ điều trị nội trú do ốm bệnh (không áp dụng cho thai sản) theo chỉ định của bác sỹ điều trị.	Thanh toán trên chi phí thực tế, mức tối đa không thấp hơn 50.000.000 đồng	Thanh toán trên chi phí thực tế, mức tối đa không thấp hơn 50.000.000 đồng	Thanh toán trên chi phí thực tế, mức tối đa không thấp hơn 30.000.000 đồng	Thanh toán trên chi phí thực tế, mức tối đa không thấp hơn 22.000.000 đồng	
d.	Chi phí y tế điều trị do tai nạn (bao gồm nội trú & ngoại trú)					
2.6.2.	Bảo hiểm ốm đau, sức khỏe, thai sản:					
a.	Khám chữa bệnh Nội trú:					
	Nội dung quyền lợi	Mức quyền lợi bảo hiểm				
	Số tiền bảo hiểm/năm:	Đổi tương 1	Đổi tương 2	Đổi tương 3	Đổi tương 4	
		300.000.000 đồng	200.000.000 đồng	100.000.000 đồng	45.000.000 đồng	
a.1.	Chi phí y tế trong trường hợp nằm viện do ốm đau (Không áp dụng cho thai sản, trừ chi phí khám trước khi nhập viện phục vụ trực tiếp cho ca sinh được bảo hiểm theo mức giới hạn phụ của quyền lợi tại mục a.1.5 dưới đây):					Đáp ứng yêu cầu
						Không đáp ứng yêu cầu

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU	MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
		Đạt	Không đạt
a.1.1.	Chi phí phương tiện vận chuyển trong trường hợp khẩn cấp (loại trừ đường hàng không):	<p>- Dịch vụ xe cứu thương địa phương (không bao gồm dịch vụ SOS/ IPA/ Pacific cross): thanh toán theo chi phí thực tế;</p> <p>- Chi phí xe taxi: thanh toán tối đa không thấp hơn 500.000 đồng/năm</p>	<p>- Dịch vụ xe cứu thương địa phương (không bao gồm dịch vụ SOS/ IPA/ Pacific cross): thanh toán theo chi phí thực tế;</p> <p>- Chi phí xe taxi: thanh toán tối đa không thấp hơn 500.000 đồng/năm</p>
a.1.2.	Chi phí cho mỗi ngày nằm viện (Bao gồm tiền giường, tiền ăn, tiền thuốc, các dịch vụ y tế phát sinh trong thời gian nằm viện theo chỉ định của bác sĩ), mức tối đa không thấp hơn 60 ngày/năm:	<p>- Dịch vụ xe cứu thương địa phương (không bao gồm dịch vụ SOS/ IPA/ Pacific cross): thanh toán theo chi phí thực tế;</p> <p>- Chi phí xe taxi: thanh toán tối đa không thấp hơn 500.000 đồng/năm</p>	<p>- Dịch vụ xe cứu thương địa phương (không bao gồm dịch vụ SOS/ IPA/ Pacific cross): thanh toán theo chi phí thực tế;</p> <p>- Chi phí xe taxi: thanh toán tối đa không thấp hơn 500.000 đồng/năm</p>

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU					MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
		15.000.000 đồng/ngày	10.000.000 đồng/ngày	5.000.000 đồng/ngày	2.250.000 đồng/ngày	Đạt	Không đạt
a.1.3.	Trợ cấp ngày nằm viện, mức tối đa không thấp hơn 60 ngày/năm:	200.000 đồng/ngày	150.000 đồng/ngày	100.000 đồng/ngày	100.000 đồng/ngày		
a.1.4.	Chi phí cho ca phẫu thuật (Bao gồm chi phí hội chẩn, gây mê, hồi sức, chi phí phẫu thuật, chi phí thay, ghép các cơ quan nội tạng vào cơ thể, không bao gồm các chi phí mua các bộ phận nội tạng và chi phí hiến nội tạng) - Bao gồm phẫu thuật trong ngày, tiểu phẫu, thủ thuật:	Trả theo chi phí thực tế	Trả theo chi phí thực tế	Trả theo chi phí thực tế	Trả theo chi phí thực tế		
a.1.5.	Chi phí trước khi nhập viện (30 ngày trước khi nằm viện):	10.000.000 đồng	7.000.000 đồng	4.000.000 đồng	2.000.000 đồng		
a.1.6.	Chi phí điều trị sau khi xuất viện (30 ngày kể từ ngày xuất viện):	10.000.000 đồng	7.000.000 đồng	4.000.000 đồng	2.000.000 đồng		
a.1.7.	Chi phí chăm sóc tại nhà sau khi xuất viện (mức tối đa không thấp hơn 15 ngày/năm):	10.000.000 đồng	7.000.000 đồng	4.000.000 đồng	2.000.000 đồng		
a.1.8.	Phục hồi chức năng:	30.000.000 đồng	20.000.000 đồng	10.000.000 đồng	4.500.000 đồng		
a.2.	Thai sản:						
a.2.1.	Sinh thường:	Chi trả theo hạn giới năm	Chi trả theo hạn giới năm	Chi trả theo hạn giới năm	Chi trả theo hạn giới năm	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu

R

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU				MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
	viện/ngày, mức tối đa không thấp hơn	viện/ngày, mức tối đa không thấp hơn	viện/ngày, mức tối đa không thấp hơn	viện/ngày, mức tối đa không thấp hơn	Đạt	Không đạt
a.2.3.	Sinh mổ và biến chứng thai sản: Chi trả theo hạn viện phí/ngày và giới hạn phẫu thuật, mức tối đa không thấp hơn 30.000.000 đồng/năm	Chi trả theo hạn viện phí/ngày và giới hạn phẫu thuật, mức tối đa không thấp hơn 20.000.000 đồng/năm	Chi trả theo hạn viện phí/ngày và giới hạn phẫu thuật, mức tối đa không thấp hơn 10.000.000 đồng/năm	Chi trả theo giới hạn viện phí/ngày và mức tối đa không thấp hơn 4.000.000 đồng/năm		
a.2.4.	Chăm sóc trẻ sơ sinh khi nằm viện cùng mẹ sau sinh (mở rộng bảo hiểm cho khám sơ sinh & tiêm phòng): 600.000 đồng/năm	500.000 đồng/năm	400.000 đồng/năm	300.000 đồng/năm		
a.2.5.	Trợ cấp nằm viện khi sinh: 150.000 đồng/ngày	150.000 đồng/ngày	150.000 đồng/ngày	150.000 đồng/ngày		

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU					MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
	Khám chữa bệnh ngoại trú:					Đạt	Không đạt
b.	Khám chữa bệnh ngoại trú:					Đáp ứng	Không đạt
	Nội dung quyền lợi						
	Số tiền bảo hiểm/năm:	ĐỐI TƯỢNG 1	ĐỐI TƯỢNG 2	ĐỐI TƯỢNG 3	ĐỐI TƯỢNG 4		
b.1.	Chỉ phí khám bệnh, tiền thuốc theo kê đơn của bác sỹ, chi phí cho các xét nghiệm, chụp XQ, siêu âm, chẩn đoán hình ảnh trong việc điều trị bệnh thuộc phạm vi bảo hiểm:	15.000.000 đồng Thanh toán trên chi phí thực tế, mức tối đa không thấp hơn 3.000.000 đồng/lần khám. Không giới hạn số lần khám	10.000.000 đồng Thanh toán trên chi phí thực tế, mức tối đa không thấp hơn 2.400.000 đồng/lần khám. Không giới hạn số lần khám	8.000.000 đồng Thanh toán trên chi phí thực tế, mức tối đa không thấp hơn 2.200.000 đồng/lần khám. Không giới hạn số lần khám	6.000.000 đồng Thanh toán trên chi phí thực tế, mức tối đa không thấp hơn 2.000.000 đồng/lần khám. Không giới hạn số lần khám		
b.2.	Khám thai định kỳ/năm: - Thanh toán tiền khám, xét nghiệm, siêu âm. - Không thanh toán tiền tiêm phòng và sàng lọc trước sinh.	700.000 đồng	700.000 đồng	600.000 đồng	600.000 đồng		
b.3.	Điều trị bằng phương pháp vật lý trị liệu, trị liệu học xạ, nhiệt, liệu pháp ánh sáng và các	220.000 đồng/ngày và mức tối	200.000 đồng/ngày và mức tối	100.000 đồng/ngày và mức tối	100.000 đồng/ngày và mức tối		

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU					MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
	Đạt	Không đạt				Đạt	Không đạt
b.4.	<p>phương pháp điều trị khác tương tự do Bác sĩ chỉ định:</p> <p>Điều trị răng bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Khám chụp XQ. - Viêm nướu (lợi), nha chu; - Trám răng bằng chất liệu thông thường như amalgam, composite, fuji... - Điều trị tủy răng. - Cạo vôi răng, (Láy cao răng) và - Nhổ răng bệnh lý (bao gồm tiêu phẫu, phẫu thuật). 	<p>đa không thấp hơn 60 ngày/năm</p> <p>3.000.000 đồng/năm</p>	<p>đa không thấp hơn 60 ngày/năm</p> <p>2.400.000 đồng/năm</p>	<p>đa không thấp hơn 60 ngày/năm</p> <p>2.200.000 đồng/năm</p>	<p>đa không thấp hơn 60 ngày/năm</p> <p>2.000.000 đồng/năm</p>		
c.	Thương tật do ốm đau bệnh tật, thai sản:						
	Nội dung quyền lợi	Mức quyền lợi bảo hiểm					
	Số tiền bảo hiểm/năm:	Đổi tương 1	Đổi tương 2	Đổi tương 3	Đổi tương 4		
c.1.	Chết/Thương tật toàn bộ vĩnh viễn:	250.000.000 đồng	200.000.000 đồng	150.000.000 đồng	100.000.000 đồng		
c.2.	Thương tật bộ phận vĩnh viễn:	Trả % của STBH theo bảng tỷ lệ thương tật	Trả % của STBH theo bảng tỷ lệ thương tật	Trả % của STBH theo bảng tỷ lệ thương tật	Trả % của STBH theo bảng tỷ lệ thương tật		
						Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU	MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
		Đạt	Không đạt
2.7.	Quyền lợi bảo hiểm sức khỏe khác:		
2.7.1.	Quyền lợi chung (Áp dụng cho CBNV; thân nhân của CBNV; NQL, KSV nghỉ hưu và thân nhân NQL, KSV nghỉ hưu):		
a.	<p>Sử dụng thẻ bảo lãnh để bảo lãnh viện phí khi điều trị nội trú, ngoại trú và răng tối thiểu đối với các nhóm đối tượng bảo hiểm như sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đối tượng 1, 2 được cấp thẻ bảo lãnh để bảo lãnh viện phí cho điều trị nội trú, ngoại trú và răng tại các bệnh viện trong hệ thống bảo lãnh viên phí của nhà bảo hiểm; - Đối tượng 3, 4 được cấp thẻ bảo lãnh để bảo lãnh viện phí cho điều trị nội trú tại các bệnh viện trong hệ thống bảo lãnh viên phí của nhà bảo hiểm. 	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
b.	<p>Thời gian chờ:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Không áp dụng thời gian chờ hoặc * Thời gian chờ được áp dụng tiếp theo kể từ ngày tham gia bảo hiểm đầu tiên của người đó trong hợp đồng bảo hiểm trước đó: - Người được bảo hiểm tái tục đã vượt qua thời gian chờ: không áp dụng. - Người được bảo hiểm tái tục chưa vượt qua thời gian chờ, người mới và người mua tăng quyền lợi trong năm tái tục áp dụng như sau: <ul style="list-style-type: none"> + CBNV: <ul style="list-style-type: none"> ++ Sảy thai, nạo thai theo chỉ định của bác sĩ và biến chứng thai sản: không áp dụng thời gian chờ, bồi thường theo tỷ lệ giữa số ngày tham gia bảo hiểm và tối đa 60 ngày; ++ Sinh con: không áp dụng thời gian chờ, bồi thường theo tỷ lệ giữa số ngày tham gia bảo hiểm và tối đa 270 ngày; ++ Tử vong/thương tật vĩnh viễn do bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn: thời gian chờ tối đa 365 ngày. + Thân nhân CBNV; NQL, KSV nghỉ hưu và thân nhân NQL, KSV nghỉ hưu: 	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU	MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
		Đạt	Không đạt
	<p>++ Điều trị và tử vong/thương tật vĩnh viễn do bệnh thông thường: thời gian chờ tối đa 30 ngày;</p> <p>++ Điều trị bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn: thời gian chờ tối đa 365 ngày;</p> <p>++ Sảy thai, nạo thai theo chỉ định của bác sĩ và biến chứng thai sản: thời gian chờ tối đa 60 ngày;</p> <p>++ Sinh con: thời gian chờ tối đa 270 ngày;</p> <p>++ Tử vong/thương tật vĩnh viễn do bệnh đặc biệt, bệnh có sẵn: thời gian chờ tối đa 365 ngày.</p>		
c.	<p>Điều khoản liên tục:</p> <p>Khi hợp đồng bảo hiểm mới thay thế cho một hợp đồng bảo hiểm đã hết hạn được thu xếp trước đó bởi Chủ hợp đồng bảo hiểm (Bên mua bảo hiểm), nhà bảo hiểm đồng ý rằng:</p> <p>- Hợp đồng bảo hiểm (HĐBH) này tiếp tục bảo hiểm đối với bất kỳ ốm đau, bệnh tật, thai sản, sinh con và tai nạn (bao gồm tất cả quyền lợi -- bảo hiểm cho cả hậu quả của tai nạn xảy ra trong hiệu lực bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm trước đó) bao gồm cả việc đang điều trị liên tục mà không bị loại trừ và không vượt quá mức giới hạn được ghi trong hợp đồng bảo hiểm kể từ ngày hiệu lực đơn của HĐBH này.</p> <p>- Để yêu cầu bồi thường hậu quả của tai nạn xảy ra trước ngày hiệu lực đơn của HĐBH này, chủ HĐBH cần cung cấp thông báo bồi thường của người được bảo hiểm theo HĐBH trước đó và danh sách tham gia bảo hiểm (có đóng dấu giáp lai của nhà bảo hiểm trong HĐ năm trước) thể hiện thông tin của người được bảo hiểm.</p> <p>- Danh sách người được bảo hiểm (có đóng dấu giáp lai của Nhà bảo hiểm trong HĐBH năm trước) được cung cấp để làm cơ sở cho việc áp dụng điều khoản bảo hiểm liên tục.</p>	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
d.	<p>Bảo hiểm Ngộ độc thức ăn/đồ uống, hít phải khí độc/khí gas:</p> <p>Mở rộng bảo hiểm cho các tổn thương cơ thể do ngộ độc thức ăn/đồ uống, hít phải khí độc/khí gas một cách bất ngờ ngẫu nhiên và không lường trước được với điều kiện đó không phát sinh từ hành động định trước và có chủ ý của người được bảo hiểm (NĐBH): bảo hiểm theo quyền lợi bảo hiểm tại</p>	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu

2

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU	MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
		Đạt	Không đạt
e.	<p>nạn nếu có tham gia, tổng mức trách nhiệm bảo hiểm cao nhất của nhà bảo hiểm (tổng thất tích tụ) mức tối đa không thấp hơn 2.100.000.000 đồng/hợp đồng/năm.</p> <p>Các chi phí xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh nhằm tầm soát, kiểm tra bệnh:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhà bảo hiểm mở rộng chi trả cho các chi phí xét nghiệm, chiếu chụp theo chỉ định của bác sỹ và có kết quả bình thường, mang mục đích tầm soát, loại trừ ... để đưa ra chẩn đoán bệnh với điều kiện lần khám/điều trị này có chẩn đoán bệnh cuối cùng và phác đồ điều trị y tế, tối đa không thấp hơn 2.000.000 đồng/người/năm theo giới hạn quyền lợi ngoại trú, nội trú và quyền lợi trước khi nhập viện. Không chi trả nếu kết quả chẩn đoán bệnh cuối cùng là bình thường. 	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
g.	<p>Khám ra bệnh nhưng không có phác đồ điều trị y tế:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trong trường hợp Người được bảo hiểm đi khám bệnh, có chẩn đoán bệnh nhưng không có phác đồ điều trị y tế, Nhà bảo hiểm mở rộng chi trả các chi phí phát sinh tối đa không thấp hơn 2.000.000 đồng/người/năm. 	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
h.	<p>Vitamin, thuốc bổ (thành phần gồm các vitamin, chất khoáng, acid amin...) và thuốc hỗ trợ điều trị (men tiêu hóa, ...):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trường hợp Vitamin, thuốc bổ và thuốc hỗ trợ điều trị không phải thuốc điều trị chính, Nhà bảo hiểm chi trả theo chi phí y tế thực tế theo chỉ định của bác sỹ và số ngày sử dụng của vitamin và thuốc bổ không quá số ngày sử dụng của thuốc chính. - Trường hợp vitamin, thuốc bổ và thuốc hỗ trợ điều trị là thuốc điều trị chính, chi trả theo đúng số lượng bác sỹ chỉ định. 	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
i.	<p>Bảo hiểm cho các loại cúm gia cầm H1N1, H5N1, SARS, đại dịch khác đã công bố của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) hoặc cơ quan có thẩm quyền tại Việt Nam, theo các giới hạn của hợp đồng bảo hiểm này, nhưng tổng mức trách nhiệm bảo hiểm cao nhất của Nhà bảo hiểm không thấp hơn 2.100.000.000 đồng/hợp đồng/năm.</p>	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU	MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
		Đạt	Không đạt
k.	<p>Phẫu thuật tạo hình:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhà bảo hiểm bảo hiểm phẫu thuật tạo hình và các hậu quả liên quan nhằm tái tạo lại cơ quan bị thương tật nghiêm trọng do tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, nếu không phẫu thuật tạo hình lại sẽ dẫn đến biến dạng hoặc ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của Người được bảo hiểm theo chỉ định của bác sỹ và không vì mục đích thẩm mỹ. - Người được bảo hiểm được bảo hiểm theo quyền lợi “Chi phí y tế điều trị do tai nạn” và chi trả theo chi phí thực tế tối đa đến hạn mức của quyền lợi “Chi phí y tế điều trị do tai nạn” tại bảng Bảo hiểm cho quyền lợi chính. 	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
l.	<p>Bảo hiểm cho Stent (bao gồm tất cả các loại Stent), Van tim:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bảo hiểm cho các loại stent nhằm duy trì sự sống, van tim, catheter trong phẫu thuật tim, lưới trong phẫu thuật thoát vị bẹn đối với bện đối với sự kiện bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm; - Nhà bảo hiểm chi trả tối thiểu 50% chi phí điều trị. 	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
m.	<p>Mở rộng bảo hiểm cho trường hợp sinh tại Bệnh viện công:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chi phí theo yêu cầu: Nhà bảo hiểm đồng ý chi trả chi phí yêu cầu tối đa không thấp hơn 10.000.000 đồng/ca sinh (không bao gồm các chi phí để không đau, chiếu tia Plasma). - Chi phí điều trị không có bảng kê: Nhà bảo hiểm đồng ý chi trả chi phí y tế thực tế không thấp hơn giới hạn quyền lợi thai sản của từng nhóm đối tượng hoặc tối đa không thấp hơn 20.000.000 đồng/ca sinh phụ thuộc vào chi phí nào thấp hơn). - Nguyên tắc chi trả chi phí theo yêu cầu và chi phí điều trị không có bảng kê: + Sinh thường: Thanh toán theo giới hạn viện phí/ngày. + Sinh mổ: Thanh toán 50% theo giới hạn viện phí/ngày + 50% theo giới hạn phẫu thuật. 	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
n.	<p>Được bảo hiểm khi khám, điều trị răng tại các Bệnh viện hoạt động hợp pháp trong phạm vi lãnh thổ Việt Nam và các phòng khám răng theo quy định của Nhà bảo hiểm.</p>	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu

2

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU	MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
		Đạt	Không đạt
o.	Phẫu thuật trong ngày, tiểu phẫu, thủ thuật: Nhà bảo hiểm sẽ chi trả chi phí phẫu thuật trong ngày, tiểu phẫu, thủ thuật thực hiện tại bệnh viện để điều trị thương tật hoặc bệnh tật mà người được bảo hiểm lưu trú tại bệnh viện có phát sinh tiền giường, phòng nhưng không đủ 24 giờ. Chi phí Quyền lợi này sẽ được chi trả theo quyền lợi khám chữa bệnh nội trú do ốm đau, sức khỏe, thai sản.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
p.	Lấy cao răng (vôi răng): hạn mức chi trả bằng hạn mức của quyền lợi điều trị răng tại bảng Bảo hiểm cho quyền lợi chính.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
q.	Điều khoản bảo hiểm cho nước muối sinh lý và nước biển sâu (Natriclorid, humer, sterimar, xisxat và chất liệu tương tự) đối với sự kiện bảo hiểm tối đa không thấp hơn 300.000 đồng/người/năm.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
r.	Đối với các hồ sơ phải thực hiện sao y, nhà bảo hiểm sẽ hỗ trợ sao y khi nhận được ảnh chụp hồ sơ từ NĐBH.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
s.	Mở rộng điều khoản đình công, nổi loạn và bạo động dân sự: Trên cơ sở tuân thủ các điều kiện, điều khoản, loại trừ đã nêu trong Quy tắc bảo hiểm, Nhà bảo hiểm đồng ý mở rộng bảo hiểm cho thiệt hại hoặc tổn thất cho tai nạn con người được bảo hiểm do đình công, gây rối và bạo động dân sự.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
t.	Bệnh lây nhiễm qua đường tình dục: Bảo hiểm cho điều trị các bệnh nhiễm trùng roi âm đạo, nấm Candida, bệnh ghê, viêm gan B, viêm mào tinh hoàn, Herpes sinh dục, nhiễm Chlamydia. Bảo hiểm giới hạn không thấp hơn 500.000 đồng/người/năm.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
u.	Mở rộng bảo hiểm cho Bất thường về sinh hóa: Mở rộng 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 với điều kiện sự kiện bảo hiểm thuộc phạm vi bảo hiểm.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
v.	Quyền lợi bảo hiểm sức khỏe được áp dụng với Người được bảo hiểm tham gia các hoạt động hàng không (Loại trừ trường hợp người được bảo hiểm là phi công).	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU	MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
		Đạt	Không đạt
w.	Bảo hiểm cho đình, nẹp, vis, đĩa đệm, chốt treo vào cơ thể: được bảo hiểm trong quyền lợi "chi phí y tế do tai nạn" nếu do tai nạn; quyền lợi "chi phí y tế trong trường hợp nằm viện do ốm đau" nếu do ốm đau, bệnh tật. Nhà bảo hiểm chi trả tối thiểu 50% chi phí.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
x	Mở rộng bảo hiểm các loại mụn nhọt (bao gồm mụn com và mụn cóc), mụn trứng cá, rụng tóc, điều trị tăng sắc tố (nám da) nếu có điều trị kháng sinh/kháng viêm, chỉ áp dụng với các trường hợp có viêm nhiễm và chi định điều trị của bác sĩ. Loại trừ mỹ phẩm, được mỹ phẩm, điều trị mang tính chất thẩm mỹ giới hạn không thấp hơn 1.000.000 đồng/người/năm.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
y	Không yêu cầu đóng dấu trên toa thuốc (in từ máy tính) nếu có mã bệnh viện, mã bệnh nhân in trên các chứng từ điều trị khác mà các chứng từ này đã được đóng dấu.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
z	Bảo hiểm cho các chi phí dao mổ trĩ theo phương pháp longo: Chi trả 50% chi phí, tối đa không thấp hơn 30.000.000 đồng/người/năm.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
2.7.2.	Quyền lợi riêng cho các đối tượng:		
2.7.2.1.	Áp dụng cho CBNV:		
a.	Cán bộ nhân viên được điều chỉnh tăng quyền lợi bảo hiểm sức khỏe so với quyền lợi bảo hiểm Công ty mua cho theo các quyền lợi bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm nếu có nguyện vọng.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
b	Bảo hiểm bệnh nghề nghiệp theo quyền lợi chi phí y tế do tai nạn: Mở rộng bảo hiểm đối với các bệnh nghề nghiệp theo quy định hiện hành của Nhà nước.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
c.	Cán bộ nhân viên đang tham gia bảo hiểm sức khỏe của Hợp đồng bảo hiểm sức khỏe đến thời điểm nghỉ hưu thì sẽ tiếp tục được bảo hiểm sức khỏe với các quyền lợi đầy đủ và thời hạn bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
2.7.2.2.	Áp dụng cho thân nhân của CBNV; NQL, KSV nghỉ hưu và thân nhân NQL, KSV nghỉ hưu:		

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU	MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
		Đạt	Không đạt
a.	<p>Điều kiện tham gia bảo hiểm:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Không bị bệnh tâm thần, phong; - Không bị tàn phế hoặc thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên (chỉ áp dụng với người được bảo hiểm tham gia năm đầu tiên); - Không bị bệnh ung thư (trừ trường hợp tham gia tái tục từ hợp đồng bảo hiểm năm trước); - Không đang trong thời gian điều trị bệnh đặc biệt theo quy tắc của nhà bảo hiểm (chỉ áp dụng cho người được bảo hiểm tham gia năm đầu tiên). Trường hợp sau khi hai bên ký kết hợp đồng, người tham gia bảo hiểm mắc các bệnh phải điều trị trong thời gian hiệu lực của hợp đồng thì sẽ được bồi thường và được tái tục năm tiếp theo; - Từ 15 ngày tuổi đến tối thiểu 65 tuổi hoặc đến tối thiểu 70 tuổi trong trường hợp người được bảo hiểm tham gia tái tục từ hợp đồng bảo hiểm năm trước; - Thời hạn của bảo hiểm sẽ tính từ ngày kí phụ lục hợp đồng đến hết thời hạn của Hợp đồng này. Công ty gửi danh sách và tổng hợp phí bảo hiểm cho thân nhân, hai bên sẽ ký phụ lục bổ sung Hợp đồng; - Đăng ký sau ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm cho thân nhân của cán bộ nhân viên đối với các trường hợp sau: <ul style="list-style-type: none"> + Người thân của nhân viên mới vào làm việc; + Vợ hoặc chồng của nhân viên mới kết hôn; + Con mới sinh đủ tuổi và đủ điều kiện tham gia; + Thân nhân của nhân viên qua thời gian thử việc/tăng cấp giữa thời hạn bảo hiểm được phép mua cho thân nhân theo chính sách của Công ty. 	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
b.	<p>NQL, KSV nghỉ hưu và thân nhân NQL, KSV nghỉ hưu được mua bảo hiểm sức khỏe và áp dụng đồng bảo hiểm 70/30 (Nhà bảo hiểm chi trả tối thiểu 70% quyền lợi bảo hiểm, Người được bảo hiểm tự chi trả tối đa 30% quyền lợi bảo hiểm) đối với mọi quyền lợi.</p>	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu

2

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU	MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
		Đạt	Không đạt
c.	Thân nhân của CBNV; NQL, KSV nghỉ hưu và thân nhân NQL, KSV nghỉ hưu đang tham gia bảo hiểm sức khỏe của Hợp đồng bảo hiểm sức khỏe nhưng bước sang tuổi 70 +1 thì sẽ tiếp tục được bảo hiểm sức khỏe với các quyền lợi đầy đủ và thời hạn bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
2.8.	Bảo hiểm quyền lợi mở rộng cấp cứu khẩn cấp: Cấp cứu bằng phương tiện tàu bay (trực thăng, thủy phi cơ...) khi người được bảo hiểm gặp sự cố, tai nạn, bệnh nguy cấp yêu cầu phải cấp cứu, điều trị khẩn cấp: quyền lợi tối đa không thấp hơn 1.100.000.000 đồng/lượt/người/90 ngày.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
III.	Dịch vụ bảo lãnh, bồi thường bảo hiểm, web/ứng dụng (APP) sử dụng bảo hiểm và phương thức xử lý, giải quyết bồi thường		
1.	Dịch vụ bảo lãnh, bồi thường bảo hiểm: <i>Trong E-HSDT, nhà thầu phải cung cấp tài liệu chứng minh nhà thầu có điều khoản hoặc nhà thầu phải có cam kết đáp ứng các yêu cầu sau:</i>		
a.	Có đường dây hotline để hỗ trợ phục vụ giải đáp, tư vấn quyền lợi và thủ tục bồi thường.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
b.	Nhà bảo hiểm gửi email giải thích cụ thể các khoản chi phí được bảo hiểm bồi thường và các khoản không được bồi thường cho người yêu cầu bồi thường sau khi đã giải quyết bồi thường.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
c.	Thời gian khiếu nại về việc trả tiền bảo hiểm của Nhà bảo hiểm là tối thiểu trong vòng 6 tháng kể từ ngày nhận được thông báo của Nhà bảo hiểm và bất cứ khiếu nại nào cũng không được vượt quá 03 năm kể từ ngày xảy ra sự kiện dẫn đến khiếu nại.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
d.	Hồ sơ yêu cầu bồi thường nộp qua Web/APP của Nhà bảo hiểm (hồ sơ mềm) mà không cần phải gửi hồ sơ giấy. Điều kiện áp dụng: - Khoản tiền bồi thường không phải là di sản thừa kế hoặc Người thụ hưởng là người được bảo hiểm, khoản bồi thường tối đa không thấp hơn 10.000.000 đồng. - Là hóa đơn điện tử hoặc Hóa đơn chuyển đổi hóa đơn điện tử có thông tin về đường dẫn tra cứu.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU	MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
		Đạt	Không đạt
2.	Web/APP sử dụng bảo hiểm bao gồm các thông tin và dịch vụ: <i>Trong E-HSDT, nhà thầu phải cung cấp tài liệu chứng minh web/app của nhà thầu hoặc đơn vị giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho nhà thầu đáp ứng các yêu cầu sau:</i>		
a.	Thông tin về Hợp đồng bảo hiểm.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
b.	Thẻ bảo lãnh điện tử.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
c.	Tạo yêu cầu bồi thường online.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
d.	Tra cứu các Bệnh viện bảo lãnh và bệnh viện không bảo lãnh.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
3.	Phương thức xử lý và giải quyết bồi thường: <i>Trong E-HSDT, nhà thầu phải cung cấp tài liệu chứng minh nhà thầu có điều khoản hoặc nhà thầu phải có cam kết đáp ứng các yêu cầu sau:</i>		
3.1.	Giải quyết bồi thường bảo hiểm sức khỏe:		
a.	Thời hạn yêu cầu bồi thường: - Thông báo cho Nhà bảo hiểm bằng văn bản trong vòng tối thiểu 180 ngày kể từ ngày bị tai nạn, ngày ra viện hoặc ngày đi khám bệnh hoặc ngày tử vong; - 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 tối thiểu 12 tháng kể từ ngày bị tai nạn, ngày ra viện hoặc ngày đi khám bệnh hoặc ngày tử vong.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
b.	Hình thức nộp Hồ sơ yêu cầu bồi thường: - Nộp hồ sơ bản giấy trực tiếp hoặc gửi chuyển phát nhanh đến bộ phận bồi thường bảo hiểm;	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU	MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
		Đạt	Không đạt
c.	<ul style="list-style-type: none"> - Nộp hồ sơ qua Web/APP bảo hiểm mà không cần nộp bản giấy (Áp dụng với hồ sơ bồi thường không phải là đi sân thềm ké hoặc người thụ hưởng là người được bảo hiểm, khoản bồi thường tối đa không thấp hơn 10.000.000 đồng); - Thời gian chi trả tiền bảo hiểm đối với người yêu cầu bảo hiểm kể từ ngày nhận được hồ sơ yêu cầu bồi thường đầy đủ và hợp lệ như sau: <ul style="list-style-type: none"> - Số tiền yêu cầu bồi thường dưới 100.000.000 đồng: Tối đa 15 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ hồ sơ yêu cầu bồi thường; - Số tiền yêu cầu bồi thường từ 100.000.000 đồng trở lên: Tối đa 20 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ hồ sơ yêu cầu bồi thường; - Thời gian chuyển tiền bồi thường: 03-05 ngày làm việc sau khi có kết quả bồi thường. 	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
3.2.	<p>Sử dụng thẻ bảo lãnh để bảo lãnh viện phí khi điều trị nội trú, ngoại trú và rãng tại các bệnh viện trong hệ thống bảo lãnh viện phí của nhà bảo hiểm theo đúng quy định.</p>	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
3.3.	<p>Bảo hiểm quyền lợi mở rộng cấp cứu khẩn cấp:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Khi có phát sinh sự cố và được chỉ định cấp cứu khẩn cấp của Bác sỹ tại nơi người được bảo hiểm gặp sự cố, tai nạn, bệnh nguy cấp, người được bảo hiểm hoặc người đại diện sẽ thông báo cho nhà bảo hiểm và Công ty cứu trợ của nhà bảo hiểm (nếu cần); - Sau khi nhận được nội dung thông báo trong vòng 15 phút, nhà bảo hiểm hoặc Công ty cứu trợ của nhà bảo hiểm sẽ liên hệ lại với bác sỹ, bệnh viện/cơ sở y tế để trao đổi, xác nhận tình trạng khẩn cấp cần cứu trợ. Sau đó nhà bảo hiểm hoặc Công ty cứu trợ phải có mặt ngay tại nơi cần cấp cứu để thực hiện việc cứu trợ và nhà bảo hiểm phải cung cấp thông tin cứu trợ cho bên A. Nhà bảo hiểm sẽ tự chi trả các chi phí liên quan đến việc cứu trợ trong phạm vi quyền lợi bảo hiểm; - Trong trường hợp nhà bảo hiểm từ chối công nhận tình trạng khẩn cấp cần cứu trợ hoặc Công ty cứu trợ của nhà bảo hiểm không thể cung cấp dịch vụ cứu trợ vì một lý do nào đó thì người được bảo hiểm hoặc người đại diện tự liên hệ để thực hiện cứu trợ khẩn cấp đe dọa đến tính mạng và cung cấp đầy đủ 	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU	MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
		Đạt	Không đạt
	các chứng từ theo quy định về hồ sơ yêu cầu trả tiền bảo hiểm của Hợp đồng. Nhà bảo hiểm có trách nhiệm thanh toán toàn bộ chi phí liên quan đến việc cứu trợ trong phạm vi quyền lợi bảo hiểm.		
4.	Nội dung yêu cầu khác: Tăng/giảm Cán bộ nhân viên tham gia bảo hiểm: - Đối với trường hợp tăng Người được bảo hiểm: phí bảo hiểm được tính theo tỷ lệ theo số ngày được bảo hiểm với quyền lợi bảo hiểm là quyền lợi nguyên năm. Phí bảo hiểm đóng = phí nguyên năm / số ngày của thời hạn bảo hiểm năm * (ngày hết hạn hợp đồng – ngày Người được bảo hiểm bắt đầu tham gia + 1). - Đối với trường hợp giảm Người được bảo hiểm: phí bảo hiểm tính theo tỷ lệ theo số ngày còn lại với điều kiện Người được bảo hiểm chưa được chi trả bồi thường trước đó. Phí bảo hiểm hoàn lại = 100% phí nguyên năm / số ngày của thời hạn bảo hiểm năm * (ngày hết hạn hợp đồng – ngày Người được bảo hiểm bắt đầu giảm + 1). - Phí bảo hiểm cho các trường hợp tăng/giảm Người được bảo hiểm được thanh toán theo quy định tại Hợp đồng bảo hiểm.	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
4.2.	Thông báo điều chỉnh tăng/giảm Người tham gia bảo hiểm; Thông báo danh sách tham gia Bảo hiểm quyền lợi mở rộng cấp cứu khẩn cấp và các công việc khác liên quan đến việc thực hiện hợp đồng sẽ được thực hiện qua hình thức gửi thư điện tử, fax, ...	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
4.3.	Thông báo điều chỉnh tăng/giảm người tham gia bảo hiểm và các công việc khác liên quan đến việc thực hiện hợp đồng sẽ được thực hiện qua hình thức gửi thư điện tử, fax, ...	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
IV.	Thông tin về kết quả thực hiện hợp đồng của nhà thầu theo quy định tại Điều 19 và Điều 20 của Nghị định số 214/2025/NĐ-CP: <i>Trong E-HSDT, nhà thầu phải có cam kết đáp ứng yêu cầu sau:</i>		

STT	NỘI DUNG YÊU CẦU	MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG	
		Đạt	Không đạt
1.	<p>Nhà thầu không bị đăng tải trong “Danh sách nhà thầu bị chấm dứt hợp đồng do lỗi của nhà thầu” và “Danh sách tổ chức, cá nhân bị xử lý vi phạm khác” trên Hệ thống mạng đấu thầu quốc gia (website: muasamcong.mpi.gov.vn) trong vòng 12 tháng trước ngày có thời điểm đóng thầu.</p> <p><i>(Đối với nhà thầu liên danh sẽ đánh giá tiêu chí này đối với từng thành viên liên danh).</i></p> <p style="text-align: center;">Kết luận</p>	Đáp ứng yêu cầu	Không đáp ứng yêu cầu
		Đạt (tất cả các tiêu chuẩn được đánh giá Đáp ứng yêu cầu)	Không đạt (có tiêu chuẩn được đánh giá Không đáp ứng yêu cầu)