

NHỮNG CÂU HỎI THƯỜNG GẶP

SẢN PHẨM VBI CARE_BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN

1. Các bệnh truyền nhiễm như sốt xuất huyết, sốt siêu vi trùng,... có được tính là bệnh có sẵn không?

Các bệnh sốt cấp tính khi điều trị dứt điểm sẽ không được tính là bệnh có sẵn.

2. Khách hàng bị viêm tai giữa và đã khỏi bệnh ra viện, sau đó mới tham gia VBI Care, thì bệnh viêm tai giữa tính thời gian chờ là bao lâu?

Viêm tai giữa, biến chứng từ viêm VA là bệnh đặc biệt. Viêm tai giữa đã khỏi thì không tính là bệnh có sẵn vì bệnh này có thể chữa dứt điểm.

3. Nếu khách hàng chưa từng khám và không biết vấn đề bệnh lý có sẵn nghiêm trọng trước đó, nhưng lại xảy ra bệnh trước thời gian chờ 365 ngày thì giải quyết như thế nào?

Bệnh có sẵn là bệnh khách hàng có trước khi tham gia hợp đồng và không bao gồm việc khách hàng có khám/có biết trước hay không.

4. Khách hàng sử dụng cùng lúc hai thẻ sức khỏe của hai công ty khác nhau được không?

Trường hợp khách hàng có các loại thẻ BHSK khác nhau thì khách hàng sẽ chủ động sử dụng các loại thẻ chăm sóc sức khỏe phù hợp với mục đích và điều kiện của các bên tham gia.

5. Sau khi tham gia sản phẩm VBI Care (mới), khách hàng có được cấp thẻ bảo lãnh viện phí không?

Hiện nay VBI không sử dụng thẻ bảo lãnh viện phí mà thay vào đó là Giấy chứng nhận điện tử. Tại các cơ sở bảo lãnh viện phí, khách hàng chỉ cần xuất trình CMND/CCCD để thực hiện khai báo và xác nhận. Trường hợp khách hàng tham gia sản phẩm VBICare (mới) có áp dụng phạm vi bảo lãnh sẽ được bảo lãnh tại các cơ sở bảo lãnh của VBI.

6. Thời điểm tính lần khám thứ ba là từ thời điểm 01/9/2022 hay thời điểm nào?

VBI sẽ quét lịch sử bồi thường từ khi khách hàng bắt đầu tham gia bảo hiểm tại VBI đến nay.

7. Đồng chi trả 50:50 áp dụng cho cả điều trị ngoại trú và điều trị nội trú phải không?

Quyền lợi điều trị nội trú hoặc ngoại trú: áp dụng đồng chi trả 50:50 (VBI chi trả 50%) đối với chi phí thuộc phạm vi bảo hiểm của các lần khám hoặc đợt điều trị từ lần thứ 3 trở đi (các lần khám hoặc đợt điều trị này sẽ được tính trên tất cả các GCNBH mà NĐBH đã tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe VBICare tại VBI) và chỉ áp dụng đồng chi trả đối với các bệnh lý hoặc tình trạng sau: Viêm xoang mãn tính/Viêm họng mãn tính/Viêm phế quản mãn tính, Hen, Phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), Suy thận/Sỏi thận, Đái tháo đường, Bệnh lý về huyết áp, Bệnh về khớp, Ung thư, U/Bướu/Nang/Polyp các loại, Viêm dạ dày/đại tràng/trực tràng, Viêm gan virus, Rối loạn tiền đình, Rối loạn tuyến giáp, Bệnh tim, Bệnh/tình trạng có sẵn khác.

Quy định đồng chi trả trên đây sẽ được áp dụng khi các sự kiện bảo hiểm đáp ứng đủ điều kiện về thời gian chờ theo quy định của chương trình.

Quy định này cũng áp dụng đối với GCNBH tái tục liên tục/không liên tục và có thời hạn bảo hiểm bắt đầu từ 01/09/2022.

8. Khách hàng tham gia sản phẩm lần đầu vào tháng 11/2021. Tháng 8/2022 nằm viện do viêm tụy cấp tính thì khách hàng có được chi trả không?

Khách hàng đã chờ đủ thời gian dành cho bệnh viêm tụy cấp tính nên sẽ được chi trả theo quyền lợi gói sản phẩm khách hàng tham gia.

9. Trường hợp khách hàng tham gia gói Bạc, có tiền giường, chi phí y tế là 1 triệu 250 nghìn đồng/ngày. Vậy tiền giường này được tính cho mỗi đợt đi viện đúng không? Và phần chi phí này có giới hạn bao nhiêu ngày/năm không?

Gói Bạc được chi trả điều trị nội trú nằm viện/ngày với chi phí 1,250,000 VND/ngày, tối đa 60 ngày/năm.

NHỮNG CÂU HỎI THƯỜNG GẶP

SẢN PHẨM VBI CARE_BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN

10. Trường hợp khách hàng tham gia gói Vàng từ trước, hiện tại đi khám thì khách hàng chỉ được thanh toán 600,000 đồng cho một lần khám đúng không?

Trường hợp khách hàng tham gia gói Vàng có hiệu lực trước ngày 01/9/2022 thì khách hàng sẽ được chi trả ngoại trú và nội trú theo các hạn mức của sản phẩm trước khi điều chỉnh. Trường hợp hiệu lực sau 01/9/2022 sẽ theo gói điều chỉnh đã thông báo.

11. Khi khách hàng yêu cầu giường riêng hoặc yêu cầu mổ đẻ thì quyền lợi thẻ Titan VBI có chi trả không?

Quy định về chi phí tiền phòng và giường điều trị tại cơ sở y tế tư nhân/quốc tế, khoa điều trị theo yêu cầu/khoa dịch vụ/khoa quốc tế của cơ sở y tế công lập:

- a) Trường hợp NĐBH nằm điều trị tại phòng từ hai giường trở lên (bao gồm phòng bao): VBI chi trả chi phí một giường cho NĐBH nằm điều trị;
- b) Trường hợp NĐBH nằm điều trị tại phòng chỉ có một giường: VBI chi trả tiền giường theo đơn giá phòng một giường thấp nhất tại cơ sở y tế đó.

Đối với trường hợp tại cơ sở y tế công lập thì sẽ chi trả theo hạn mức chi phí tối đa/ngày.

Trường hợp mổ đẻ thì NĐBH phải có ý kiến chuyên môn từ đội ngũ bác sỹ trực tiếp thì sẽ được tính sinh mổ. Tuy nhiên trường hợp mổ đẻ chủ động theo ý kiến khách quan của NĐBH thì VBI có quyền từ chối chi trả.

12. Trường hợp khách hàng tham gia gói Vàng ngoại trú được 10 triệu đồng. Vậy nếu chi phí khám một lần là 10 triệu đồng thì khách hàng được thanh toán là 10 triệu đồng hay 1 triệu 200 nghìn đồng?

VBI chi trả là 1,200,000 VND.

13. VBI có gói sản phẩm không giới hạn theo từng lần khám mà được chi trả số tiền tối đa không (Ví dụ ngoại trú Vàng là 10 triệu đồng, thì được chi trả hết 10 triệu đồng và những lần sau sẽ không chi trả nữa)?

Hiện nay VBI chưa triển khai sản phẩm có quyền lợi như vậy.

14. Trường hợp khách hàng đang tham gia gói sản phẩm cũ thì có được tái tục gói sản phẩm mới này không?

Khách hàng tham gia sản phẩm cũ sẽ được áp dụng tái tục sang sản phẩm này – sản phẩm chỉ là bản điều chỉnh của sản phẩm cũ không thay đổi quy tắc sản phẩm.

15. Đối với quy trình tái tục hiện nay thì chỉ cần tái tục đúng ngày thôi đúng không?

Với cùng một chương trình bảo hiểm, tái tục liên tục là Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm được ký liên tục kể từ thời điểm kết thúc thời hạn bảo hiểm của Hợp đồng/Giấy chứng nhận bảo hiểm liền trước mà Người được bảo hiểm đã tham gia tại VBI.

Lưu ý:

- Nếu “giờ hiệu lực tái tục sớm hơn” giờ hiệu lực trên GCN cũ, cấp cùng ngày đến hạn tái tục: tái tục liên tục.
- Nếu “giờ hiệu lực tái tục muộn hơn” giờ hiệu lực trên GCN cũ, cấp cùng ngày đến hạn tái tục: tái tục không liên tục và bị áp dụng thời gian chờ.