

क्या आपकी बीमा कंपनी
सुन रही है आपकी बात?



यदि आपकी बीमा कंपनी ने
आपकी शिकायतों का समाधान नहीं किया है
तो संपर्क करें।

आईआरडीए ग्रीवेंस कॉल सेंटर :

टोल फ्री नं.: 155255

और अपनी शिकायतें दर्ज करवाएं तथा उनकी स्थिति का पता लगाएं
या आप लॉग ऑन करें www.igms.irda.gov.in



बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण
**INSURANCE REGULATORY AND
DEVELOPMENT AUTHORITY**



स्वास्थ्य बीमा पर

पुस्तिका

विषय-सूची

1. इस पुस्तिका के बारे में	1
2. स्वास्थ्य बीमा	2
3. अक्सर पूछे जानेवाले प्रश्न	6
4. पॉलिसीधारक को सेवा देने का टी.ए.टी.	10
5. यदि आपको कोई शिकायत है	11

1. इस पुस्तिका के बारे में

इस पुस्तिका को बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (आईआरडीए) द्वारा स्वास्थ्य बीमा पर एक मार्ग दर्शिका के रूप में दिया गया है और ये केवल सामान्य जानकारी देती है। यहाँ दी गई कोई भी जानकारी संबंधित कानूनों, नियमों या विनियमों के प्रावधानों का स्थान नहीं लेती या वर्चस्व नहीं रखती।

पॉलिसी के बारे में विशिष्ट जानकारी के लिए या किसी अन्य अतिरिक्त जानकारी के लिए कृपया किसी लाइसेंसधारी एजेंट या ब्रोकर या आईआरडीए के साथ पंजीकृत किसी बीमा कंपनी से संपर्क करें।

2. स्वास्थ्य बीमा

'स्वास्थ्य बीमा' का संबंध बीमा के उस प्रकार से है जो प्रमुख रूप से आपके चिकित्सीय खर्चों को कवर करता है। अन्य पॉलिसियों की तरह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी बीमाकर्ता और व्यक्ति/समूह के बीच एक अनुबंध है जिसमें बीमाकर्ता विशिष्ट "प्रीमियम" पर निर्धारित स्वास्थ्य बीमा कवर प्रदान करने की सहमति देता है जो पॉलिसी में वर्णित नियमों और शर्तों के अधीन है।

- **स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी सामान्यतः क्या कवर करती है।**

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी सामान्यतः हर बीमित व्यक्ति के संदर्भ में निम्नलिखित शीर्षकों के तहत किए गए उचित और आवश्यक खर्चों को कवर करती है जो बीमित राशि की कुल सीमा के अधीन है (एक पॉलिसी अवधि के दौरान सभी दावों के लिए)

ए) कमरा, निवास का खर्च

बी) नर्सिंग का खर्च

सी) सर्जन, एनेस्थेतिस्ट, फिजीशियन, कंसल्टेंट्स, स्पेशलिस्ट का शुल्क

डी) एनेस्थीशिया, रक्त, ऑक्सीजन, ऑपरेशन थिएटर प्रभार, सर्जिकल उपकरण, दवाएं (ड्रग्स), नैदानिक सामग्रियाँ, एक्स-रे, डायलिसिस, कीमोथेरेपी, रेडियो थेरेपी, पेसमेकर का खर्च, कृत्रिम अवयव, लागत या अवयव और तत्सम (समान) खर्च।

- **बीमित राशि**

प्रदत्त बीमित राशि किसी व्यक्ति पर या कुल मिलाकर परिवार के लिए फ्लोटर (प्लवन) आधार पर हो सकती है।

- **संचित बोनस (सीबी)**

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियाँ संचित बोनस प्रदान कर सकती हैं

जिसमें हर दावा रहित वर्ष के लिए नवीनीकरण के समय कुछ प्रतिशत से बीमित राशि बढ़ाई जाती है जो अधिकतम प्रतिशत के अधीन है (सामान्यतः 50%)। दावे के मामले में अगले नवीनीकरण पर सीबी को 10% से घटाया जाता है।

- **स्वास्थ्य जाँच की लागत**

स्वास्थ्य पॉलिसियों में स्वास्थ्य जाँच की लागत के प्रतिपूर्ति का प्रावधान भी हो सकता है। यह समझने के लिए अपनी पॉलिसी ध्यान से पढ़ें।

- **अस्पताल में भर्ती की न्यूनतम अवधि**

पॉलिसी से तहत दावा के लिए योग्य बनने की दृष्टि से अस्पताल में कुछ निश्चित घंटों तक न्यूनतम भर्ती होना आवश्यक है। सामान्यतया यह 24 घंटे होता है। यह समय सीमा दुर्घटनावश चोटों के उपचार के लिए और कुछ निर्दिष्ट उपचारों के लिए लागू नहीं होती। विवरणों को समझने के लिए पॉलिसी प्रावधान पढ़ें।

- **अस्पताल के लिए दाखिले से पूर्व और पश्चात के खर्च**

अस्पताल में दाखिले से पूर्व और पश्चात के कुछ दिनों में हुए खर्चों तथा डिस्चार्ज होने की तारीख से एक निश्चित अवधि के लिए हुए खर्चों को दावे का हिस्सा माना जा सकता है बशर्त खर्च रोग/अस्वस्थता से संबंधित हो। इस संबंध में विशिष्ट प्रावधानों को पढ़ लें।

- **नकद रहित सुविधा**

बीमा कंपनियों का देश में अस्पतालों के नेटवर्क के साथ गटजोड़ होता है। यदि पॉलिसीधारक किसी भी नेटवर्क अस्पताल में उपचार लेता है तो बीमित व्यक्ति को अस्पताल के बिलों का भुगतान नहीं करना पड़ता। बीमा कंपनी अपने तृतीय पक्ष प्रशासक (टीपीए) के ज़रिए अस्पताल को सीधे भुगतान करने

का प्रबंध करती है। पॉलिसी द्वारा निर्दिष्ट उप सीमाओं से परे हुए खर्चों या पॉलिसी के तहत कवर नहीं किए गए मदों का निपटारा बीमित को सीधे अस्पताल को करना होता है। बीमित व्यक्ति सूची से इतर अस्पताल में भी उपचार ले सकता है जिसमें उसे पहले बिलों का भुगतान करना होता है और बाद में वह बीमा कं. से प्रतिपूर्ति मांगता है। यहाँ पर कोई नकद रहित सुविधा उपलब्ध नहीं होती।

● अतिरिक्त लाभ और अन्य अकेली पॉलिसियाँ

बीमा कंपनियाँ 'ऐड-ऑन' या राइडर्स के रूप में अन्य विभिन्न लाभ प्रदान करती हैं। ऐसी भी अकेली पॉलिसियाँ होती हैं जो "हॉस्पिटल कैश" "क्रिटिकल इलनेस लाभ" "सर्जिकल एक्सपेंस लाभ" इत्यादि लाभ देने के लिए रची जाती हैं। ये पॉलिसियाँ या तो अलग से या फिर हॉस्पिटलाइजेशन पॉलिसी के साथ ली जा सकती हैं।

कुछ कंपनियाँ मूल स्वास्थ्य पॉलिसी में उपलब्ध सीमा के अलावा वास्तविक खर्चों को पूरा करने के लिए टॉप-अप पॉलिसियों के रूप में उत्पाद लाई हैं।

● अपवर्जन

सामान्यतः निम्नलिखित को स्वास्थ्य पॉलिसियों के अंतर्गत शामिल नहीं किया गया है।

ए) सभी पूर्व विद्यमान रोग (सभी गैर लाइफ और स्वास्थ्य बीमा कंपनियों द्वारा पूर्व विद्यमान रोग अपवर्जन को समान रूप से वर्णित किया गया है।)

बी) पहले वर्ष की पॉलिसी के तहत कवर के दिनांक से प्रथम 30 दिनों में अस्वस्थता/रोग के लिए कोई दावा। यह

दुर्घटनावश चोट के दावों के लिए लागू नहीं है।

सी) कवर के प्रथम वर्ष के दौरान मोतिया बिंदु, बेनाइन प्रोस्ट्रैटिक हायपरट्रोफी, हिस्टरेक्टॉमी मेनोरेजिया या फिब्रोमायोमा के लिए, हर्निया, हायड्रोसेल, कॉंजेनिटल इंटरनल डिस्कीजेस (जन्मगत आंतरिक रोग), गुदा में फिस्टुला, बवासीर, सायनसाइटिस और संबंधित विकार

डी) खतना जब तक रोग के उपचार हेतु न हो

ई) चश्मा, कॉन्टेक्ट लेंस, श्रवण यंत्रों की लागत

एफ) दाँत का उपचार/सर्जरी जब तक अस्पताल दाखिले की ज़रूरत न हो

जी) स्वास्थ्य लाभ, सामान्य अक्षमता, जन्मजात बाह्य विकार, वी. डी., जान बूझकर आत्म-घात, नशीली दवाओं/अलकोहल का उपयोग, एड्स निदान के लिए खर्च, एक्स-रे या लैब परीक्षण जो अस्पताल में दाखिले की आवश्यकता वाले रोग के अनुरूप न हों।

एच) गर्भावस्था या प्रसव के संबंधित उपचार जिसमें शामिल है सीज़ेरियन सेक्शन।

आई) प्राकृतिक चिकित्सा

वास्तविक अपवर्जन उत्पाद के अनुसार और कंपनी दर कंपनी भिन्न हो सकते हैं। गुप पॉलिसियों में अतिरिक्त प्रीमियम के भुगतान पर अपवर्जन को माफ/मिटाना संभव हो सकता है।

● कोई संक्षिप्त अवधि पॉलिसियाँ नहीं

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियाँ एक वर्ष से कम अवधि के लिए जारी नहीं की जाती।

3. स्वास्थ्य बीमा पर अक्सर पूछे जाने वाले प्रश्न

प्र. स्वास्थ्य बीमा क्या है?

उ. स्वास्थ्य बीमा एक प्रकार का बीमा है जो आपके चिकित्सीय खर्चों को कवर करता है। स्वास्थ्य बीमा एक बीमाकर्ता और व्यक्ति/समूह के बीच का अनुबंध है जिसमें बीमाकर्ता एक विशिष्ट प्रीमियम पर विशिष्ट स्वास्थ्य बीमा कवर प्रदान करने के लिए सहमति देता है।

प्र. स्वास्थ्य बीमा के कौन से स्वरूप उपलब्ध हैं?

उ. भारत में स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों का सबसे सामान्य स्वरूप अस्पताल में दाखिले का खर्च कवर करता है। जब कि अब तो अनेक किस्म के उत्पाद उपलब्ध हैं जो बीमित की जरूरत और पसंद के आधार पर स्वास्थ्य कवर्स की पूरी श्रेणी प्रदान करता है। स्वास्थ्य बीमाकर्ता सामान्यतः या तो अस्पताल को सीधे खर्च (नकद रहित सुविधा) प्रदान करता है या रोग के उभरने पर तयशुदा लाभ की प्रतिपूर्ति करता है। स्वास्थ्य प्लान द्वारा कवर किए जाने वाले स्वास्थ्य देखभाल का प्रकार और लागत पहले से निर्दिष्ट होते हैं।

प्र. स्वास्थ्य बीमा महत्वपूर्ण क्यों है?

उ. हम सभी को अपनी जरूरतों के अनुसार अपने परिवार के सभी सदस्यों के लिए स्वास्थ्य बीमा खरीदना चाहिए। स्वास्थ्य बीमा खरीदने से हम अस्पताल में भर्ती के अचानक अप्रत्याशित खर्चों से सुरक्षित रहते हैं (या कवर किए गए स्वास्थ्य घटनाओं, जैसे गंभीर रोग) जो अन्यथा घरेलू बचत में बड़ी गड़बड़ी कर सकता है या जिससे कर्ज भी लेना पड़ सकता है।

हममें से हर कोई विभिन्न स्वास्थ्य जोखिमों के प्रति संवेदनशील है और चिकित्सीय आपात् स्थिति बिना सावधान किए हममें से किसी पर भी आ सकती है। स्वास्थ्य देखभाल का खर्च महंगा होता जा रहा है। तकनीकी विकास नई प्रक्रियाओं और अधिक प्रभावी दवाओं ने भी स्वास्थ्य देखभाल की लागत बढ़ा दी है। उपचार का यह ऊँचा खर्च कइयों की पहुँच से बाहर हो सकता है। अतः स्वास्थ्य बीमा की सुरक्षा लेना कहीं ज्यादा किफायती है।

प्र. किस प्रकार के स्वास्थ्य बीमा प्लान उपलब्ध हैं?

उ. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियाँ, माइक्रो-इंश्योरेंस पॉलिसियों में रु 5000 की बीमित राशि से लेकर क्रिटिकल इलनेस प्लान्स में रु. 50 लाख या अधिक की बीमित तक भी उपलब्ध हैं। अधिकांश बीमाकर्ता 1 लाख से 5 लाख तक की बीमित राशि की पॉलिसियाँ प्रदान करते हैं। चूँकि बीमाकर्ता द्वारा देय कमरे के किराए और अन्य खर्च चुनी गई बीमित राशि से जुड़े होते हैं। इसीलिए शुरुआती समय से ही पर्याप्त कवर लेने की सलाह दी जाती है। खासकर क्योंकि दावा उभरने के बाद बीमित राशि का बढ़ाना शायद आसान न हो। साथ ही अधिकांश गैर-लाइफ इंश्योरेंस कंपनियाँ एक वर्ष की अवधि के लिए स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियाँ प्रदान करती हैं, लेकिन ऐसी पॉलिसियाँ भी हैं जो दो, तीन, चार और पाँच वर्षों के लिए भी दी जाती हैं। लाइफ इंश्योरेंस कंपनियों के पास और अधिक लम्बी अवधि के प्लान भी हो सकते हैं।

हॉस्पिटलाइजेशन पॉलिसी अस्पताल में दाखिले के लिए उपचार की वास्तविक लागत को पॉलिसी अवधि के दौरान

पूर्णतः या अंशतः कवर करती है। अस्पताल में दाखिले के विभिन्न खर्चों के लिए यह लागू कवरेज का व्यापक रूप है जिसमें कुछ निर्धारित अवधि के लिए अस्पताल में दाखिले से पूर्व और पश्चात के खर्च शामिल हैं। ऐसी पॉलिसियाँ वैयक्तिक बीमित राशि आधार पर या फैमिली प्लोटर आधार पर उपलब्ध हो सकती हैं जहाँ बीमित राशि परिवार के सदस्यों में साझा होती है।

एक अन्य प्रकार का उत्पाद **हॉस्पिटल डेली कैश बेनिफिट पॉलिसी** अस्पताल में दाखिले के हर दिन के लिए एक तयशुदा दैनिक बीमित राशि प्रदान करती है। आईसीयू में दाखिले के मामले में या विशिष्ट रोगों या चोटों के लिए उच्चतर दैनिक लाभ के हेतु भी कवरेज हो सकता है।

क्रिटिकल इलनेस बेनिफिट पॉलिसी किसी विशिष्ट रोग के निदान के मामले में या कोई निर्धारित प्रक्रिया करवाने पर बीमित को एक तयशुदा एकमुश्त राशि प्रदान करती है। यह राशि गंभीर रोग के विभिन्न प्रत्यक्ष और अप्रत्यक्ष आर्थिक परिणामों को रोकने में मदद करती है। सामान्यतः एक बार यह एकमुश्त राशि अदा करने पर प्लान समाप्त हो जाता है।

ऐसे अन्य प्रकार के उत्पाद भी हैं, जो निर्धारित सर्जरी (**सर्जिकल कैश बेनिफिट**) करवाने पर एकमुश्त लाभ देते हैं और अन्य उत्पाद वरिष्ठ नागरिकों जैसे विशिष्ट लक्ष्य समूहों की ज़रूरतें पूर्ण करते हैं।

प्र. नकद रहित सुविधा क्या है?

उ. बीमा कंपनियां अपने नेटवर्क के हिस्से के रूप में देश भर के विभिन्न अस्पतालों के साथ गठजोड़ करती हैं. नकद रहित

सुविधा प्रदान करनेवाली स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के तहत पॉलिसीधारक अस्पताल के बिलों का भुगतान किए बिना किसी भी नेटवर्क अस्पताल में उपचार ले सकता है क्योंकि बीमा कंपनी की ओर से तृतीय पक्ष प्रशासक द्वारा अस्पताल को सीधे भुगतान किया जाता है। तथापि बीमा पॉलिसी द्वारा अनुमत सीमाओं या उप सीमाओं से बाहर हुए खर्चों या पॉलिसी के तहत कवर नहीं किए गए खर्चों को आप द्वारा सीधे अस्पताल को चुकता किया जाता है।

तथापि यदि आप ऐसे अस्पताल में उपचार लेते हैं जो नेटवर्क में नहीं हैं तो नकद रहित सुविधा उपलब्ध नहीं होती।

प्र. यदि मैं स्वास्थ्य बीमा का चयन करता हूँ तो मुझे कौन से कर लाभ मिलेंगे?

उ. **स्वास्थ्य बीमा अतिरिक्त इंसेंटिव के रूप में आकर्षक कर लाभों के साथ मिलता है।** आयकर कानून की एक खास धारा है जो स्वास्थ्य बीमा के लिए कर लाभ प्रदान करती है, ये धारा 80 डी है और यह उस धारा 80 सी से हटकर है जो जीवन बीमा के लिए लागू है जिसमें निवेश/खर्च के अन्य स्वरूप भी कटौती के पात्र होते हैं।

वर्तमान में, नकद के अलावा किसी भी मोड द्वारा पॉलिसी खरीदने वाले स्वास्थ्य बीमा के खरीदार अपने लिए, जीवन साथी और आश्रित बच्चों के लिए स्वास्थ्य बीमा के भुगतान हेतु अपनी कर योग्य आय से 15,000 तक की वार्षिक कटौती की सुविधा ले सकता है। वरिष्ठ नागरिकों के लिए यह कटौती उच्चतर राशि रु. 20,000 है।

इसके अलावा वित्त वर्ष 2008-09 से अभिभावकों की ओर से स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम के भुगतान के लिए कटौती के रूप में अतिरिक्त रु. 15,000 उपलब्ध है, जो फिर से रु. 20,000 हो जाता है यदि अभिभावक वरिष्ठ नागरिक है।

प्र. स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम को प्रभावित करने वाले कारक क्या हैं?

उ. उम्र प्रीमियम को निर्धारित करनेवाला एक प्रमुख कारक है। आपकी उम्र जितनी अधिक होगी, प्रीमियम की लागत भी उतनी ही ऊँची होगी क्योंकि आप रोगों के प्रति अधिक संवेदनशील होंगे। पिछला चिकित्सीय इतिहास भी प्रीमियम निर्धारित करनेवाला एक अन्य प्रमुख कारक है। यदि कोई पूर्व चिकित्सीय इतिहास मौजूद नहीं है तो प्रीमियम अपने आप कम रहेगा। दावा रहित वर्ष भी प्रीमियम की लागत का निर्धारण करनेवाला एक कारक है क्योंकि ये कुछ प्रतिशत छूट के साथ आपको लाभ दे सकता है। इससे आपको अपना प्रीमियम घटाने में अपने आप मदद मिलेगी।

प्र. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी क्या कवर नहीं करती?

उ. आपको प्रॉस्पेक्टस/पॉलिसी अवश्य पढ़ना चाहिए और समझना चाहिए कि उसके अंतर्गत क्या कवर नहीं है, सामान्यतः पूर्व-विद्यमान रोग (यह समझने के लिए पॉलिसी पढ़ें कि पूर्व विद्यमान रोग की परिभाषा क्या है) स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में शामिल नहीं किया जाता है इसके अलावा पॉलिसी में पहले वर्ष के कवरेज में कुछ रोग शामिल नहीं होंगे और प्रतीक्षा अवधि भी होगी। कुछ मानक अपवर्जन भी होंगे जैसे कि चश्मे, कॉन्टैक्ट लेंस और श्रवण यंत्रों की लागत कवर नहीं होती, दाँत का

उपचार/सर्जरी (जब तक कि अस्पताल में भर्ती न हो) कवर नहीं होती। स्वास्थ्य लाभ, सामान्य अक्षमता, जन्मगत बाह्य विकार यौन संबंधी रोग, इरादतन आत्म घात, नशीली दवाओं/अलकोहॉल, एड्स, निदान एक्स-रे या प्रयोगशालेय जाँचों के लिए खर्च जो अस्पताल में दाखिले के लिए प्रवृत्त करने वाले रोग से सुसंगत नहीं है। गर्भावस्था या बच्चा पैदा होने से संबंधित उपचार जिसमें शामिल है सिजेरियन सेक्शन, नेचुरोपथी उपचार। (प्राकृतिक उपचार)

प्र. क्या पॉलिसी के तहत दावों के लिए कोई प्रतीक्षा अवधि है?

उ. जी हाँ, जब आपको कोई नई पॉलिसी मिलती है तब सामान्यतः पॉलिसी आरंभ की तारीख से 30 दिन की प्रतीक्षा अवधि होगी जिसके दौरान बीमा कंपनी द्वारा अस्पताल में दाखिले का खर्च अदा नहीं किया जाएगा। तथापि, आपात् स्थिति में किसी दुर्घटना के कारण अस्पताल में होनेवाले दाखिले के लिए यह लागू नहीं है। यह प्रतीक्षा अवधि नवीनीकरण के तहत आगामी पॉलिसी के लिए लागू नहीं होती।

प्र. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में पूर्व-विद्यमान स्थिति क्या है?

उ. ये वह चिकित्सीय स्थिति/रोग है जो आपके स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी लेने के पहले से मौजूद थी और ये अहम् है क्योंकि बीमा कंपनियाँ पहली पॉलिसी से पूर्व 48 माह भीतर ऐसी पूर्व विद्यमान स्थितियों को कवर नहीं करतीं। यानि पूर्व विद्यमान स्थितियों को निरंतर बीमा कवर के 48 माह की पूर्णता के बाद भुगतान के लिए विचार में लिया जा सकता है।

प्र. यदि मेरी पॉलिसी समापन तिथि से पूर्व समय पर नवीनीकृत नहीं कराई जाती है तो क्या मुझे नवीनीकरण के लिए नकारा

जाएगा?

- उ. पॉलिसी नवीनीकरण योग्य होगी बशर्ते आप समापन से 15 दिनों में (जिसे ग्रेस अवधि कहते हैं) प्रीमियम अदा करते हैं। तथापि उस अवधि के लिए कवरेज उपलब्ध नहीं होगा जिसके लिए बीमा कंपनी द्वारा कोई प्रीमियम प्राप्त नहीं किया गया है। यदि ग्रेस अवधि के भीतर प्रीमियम अदा नहीं किया जाता है तो पॉलिसी लैप्स हो जाएगी।
- प्र. क्या मैं अपनी पॉलिसी को नवीनीकरण के फायदों से वंचित हुए बिना एक बीमा कंपनी से दूसरी में स्थानांतरित कर सकता/सकती हूँ?
- उ. हाँ, बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (आईआरडीए) ने इसे जुलाई 2011 से प्रभावी बनाते हुए एक परिपत्रक जारी किया है, जो बीमा कंपनियों को पिछली पॉलिसी में प्राप्त पूर्व-विद्यमान स्थितियों के लिए नवीनीकरण के क्रेडिट्स को खोए बिना एक कम्पनी से दूसरी बीमा कंपनी और एक से दूसरे प्लान में स्थानांतरण की अनुमति देने का निर्देश देता है। तथापि यह क्रेडिट पिछली पॉलिसी के तहत बीमित राशि (बोनस सहित) तक सीमित रहेगी। विवरणों के लिए आप बीमा कंपनी को पूछ सकते हैं।
- प्र. दावा दायर करने के बाद पॉलिसी कवरेज का क्या होता है?
- उ. दावा दायर करने और निपटने के बाद पॉलिसी कवरेज को उस राशि से घटाया जाता है जो निपटाने पर अदा की गई है। उदाहरण के लिए : जनवरी में वर्ष भर के लिए रु. 5 लाख के कवरेज के साथ आप एक पॉलिसी शुरू करते हैं। अप्रैल में आप रु 2 लाख का दावा करते हैं। मई से दिसंबर तक आपके लिए

उपलब्ध कवरेज रहेगा रु. 3 लाख।

- प्र. 'कोई एक रोग' क्या है?
- उ. 'कोई एक रोग' यानि रोग की निरंतर अवधि होगी, जिसमें पॉलिसी में निर्दिष्ट कुछ विशिष्ट दिनों के भीतर फिर से उभरना शामिल है। सामान्यतः यह 45 दिन है।
- प्र. एक वर्ष के दौरान अधिकतम कितने दावों की अनुमति है?
- उ. पॉलिसी अवधि के दौरान दावों की कितनी भी संख्या की अनुमति होती है बशर्ते किसी पॉलिसी में कोई विशेष सीमा निर्धारित न की गई हो। तथापि बीमित राशि पॉलिसी के अंतर्गत अधिकतम सीमा होती है।
- प्र. "स्वास्थ्य जाँच" सुविधा क्या है?
- उ. कुछ स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियाँ साधारण स्वास्थ्य जाँच के प्रति कुछ वर्षों में एक बार विशिष्ट खर्चों के लिए भुगतान करती हैं। आमतौर पर चार वर्षों में यह एक बार उपलब्ध होती है।
- प्र. फैमिली फ्लोटर पॉलिसी का क्या अर्थ है?
- उ. फैमिली फ्लोटर एक एकल पॉलिसी है जो आपके पूरे परिवार के अस्पताल दाखिले के खर्चों का ख्याल रखती है। पॉलिसी में एक एकल बीमित राशि होती है जिसका उपयोग किसी/सभी बीमित व्यक्तियों द्वारा किसी भी अनुपात या राशि में किया जा सकता है जो बीमित पॉलिसी राशि की कुल अधिकतम सीमा के अधीन है। अक्सर फैमिली फ्लोटर प्लान खरीदना अलग व्यक्तिगत पॉलिसियाँ खरीदने से बेहतर होता है। फैमिली फ्लोटर प्लान्स अचानक रोग, सर्जरियों और दुर्घटना के दौरान सभी चिकित्सीय खर्चों का ख्याल रखता है।

4. आईआरडीए द्वारा निर्धारित

पॉलिसीधारक सर्विसिंग टर्न अराउंड टाइम (टीएटी)

सेवा	अधिकतम टर्न अराउंड टाइम (टीएटी)
साधारण	
प्रस्ताव की प्रक्रिया और फ़ैसलों की जानकारी देना जिसमें शामिल हैं पॉलिसी की आवश्यकताएँ/जारी करना/निरस्तीकरण	15 दिन
प्रस्ताव की प्रति प्राप्त करना	30 दिन
पॉलिसी जारी करने पश्चात की सेवा के निवेदन जो त्रुटियों/प्रस्ताव डिपॉजिट की वापसी और गैर-दावा संबंधी सेवा निवेदनों से संबंधित है।	10 दिन
जीवन बीमा	
समर्पण मूल्य/एन्ड्युइटी/पेंशन प्रक्रिया	10 दिन
परिपक्वता दावा/सर्वाइवल लाभ/दण्ड स्वरूप ब्याज का भुगतान	15 दिन
दावा दायर करने के बाद दावा की आवश्यकताओं को सूचित करना	15 दिन
जॉच की आवश्यकता के बिना मृत्यु दावा निपटारा	30 दिन
जॉच की आवश्यकता के साथ मृत्यु दावे का निपटारा/निरस्तीकरण	6 महिना
साधारण बीमा	
सर्वेक्षण रिपोर्ट जमा करना	30 दिन
बीमाकर्ता द्वारा पूरक रिपोर्ट मांगना	15 दिन
पहली/पूरक सर्वेक्षण रिपोर्ट मिलने के बाद दावे का निपटारा/अस्वीकृति	30 दिन
शिकायतें	
शिकायत की पावती देना	3 दिन
शिकायत का समाधान	15 दिन

5. यदि आपकी कोई शिकायत है

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (आईआरडीए) के उपभोक्ता मामले विभाग ने इंटीग्रेटेड ग्रीवेंस मैनेजमेंट सिस्टम (आईजीएमएस) शुरू किया है जो शिकायतों के पंजीयन और निगरानी के लिए एक ऑनलाइन सिस्टम है। आपको सर्वप्रथम अपनी बीमा कम्पनी में शिकायत दर्ज करानी चाहिए और यदि आप कंपनी द्वारा इसके निपटारे से संतुष्ट नहीं है तो आप www.igms.irda.gov.in पर जाकर आईजीएमएस के जरिए इसे आईआरडीए के पास भेज सकते हैं। यदि आप बीमाकर्ता की शिकायत प्रणाली तक सीधे नहीं पहुँच पाते हैं तो आईजीएमएस बीमाकर्ता के पास आपकी शिकायत दर्ज कराने के लिए आपको एक मार्ग भी प्रदान करता है।

आईजीएमएस (यानी वेब) के जरिए अपनी शिकायत को पंजीकृत करने के अलावा आपके पास शिकायत पंजीकरण के लिए अनेक माध्यम (चैनल्स) हैं ई-मेल (complaints@irda.gov.in) के जरिए, पत्र (अपना पत्र ग्राहक मामले विभाग, बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण, तीसरी मंजिल, परिश्रम भवन, बशीर बाग, हैदराबाद : को संबोधित करें) के जरिए, या आईआरडीए कॉल सेंटर को **टोल फ्री नं 155255** पर कॉल करें जिसके जरिए आईआरडीए बीमा कंपनियों के खिलाफ आपकी शिकायत निःशुल्क दर्ज करेगा और साथ ही उसकी स्थिति पर नजर रखने में मदद करेगा। कॉल के आधार पर शिकायत फॉर्म भर कर कॉल सेंटर आपकी सहायता करता है तथा जहाँ भी

आवश्यकता होती है ये सीधे बीमा कंपनी के पास शिकायतें दर्ज कराने में सहायक होता है। और बीमा कंपनी के पते, फोन नंबर, वेबसाइट विवरण, संपर्क क्रमांक, ईमेल आईडी इत्यादि से संबंधित जानकारी आपको देता है। आईआरडीए कॉल सेंटर भावी ग्राहकों और पॉलिसीधारकों के लिए व्यापक टेली-कार्यक्षमताओं के साथ एक असली वैकल्पिक माध्यम (चैनल) प्रदान करता है और सोमवार से शनिवार, सुबह 8 से रात 8 बजे तक 12 घंटे x 6 दिन तक हिन्दी, अंग्रेजी और विभिन्न भारतीय भाषाओं में कार्यरत रहता है।

जब आईआरडीए के पास कोई शिकायत दर्ज कराई जाती है तो वह उसे बीमा कंपनी में प्रेषित करके समाधान करवाता है। कंपनी को शिकायत का समाधान करने के लिए 15 दिन दिए जाते हैं। यदि आवश्यकता पड़ती है, आईआरडीए जाँच पड़ताल और पूछताछ करता है। इसके अलावा जहाँ कहीं भी लागू हो, आईआरडीए रिड्रेसल ऑफ पब्लिक ग्रीवेंसज रूल्स, 1998 की शर्तों के अनुसार इंश्योरेंस ऑम्बड्समैन को संपर्क करने की सलाह शिकायतकर्ता को देता है।

अस्वीकृति

यह पुस्तिका आपको केवल सामान्य जानकारी प्रदान करने के लिए है और परिपूर्ण नहीं है। यह एक शिक्षा उपक्रम है और आपको कोई कानूनी सलाह नहीं देता।

बीमा आग्रह की विषयवस्तु है