IC – 38

ఇన్స్యూరెన్స్ ఏజెంట్లు

విభాగం-ఆరోగ్య భీమా

అంగీకారము

ఈ కోర్సు ఇన్స్యూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అండ్ డెవలప్‌మెంట్ అథారిటీ ఆఫ్ ఇండియా (ఐ.ఆర్.డి.ఎ.ఐ.) సూచించిన సవరించిన సిలబస్‌పై ఆధారపడి ఉంటుంది మరియు ఇన్స్యూరెన్స్ ఇన్స్టిట్యూట్ ఆఫ్ ఇండియా, ముంబై ద్వారా తయారు చేయబడింది.

రచయితలు/ రివ్యూయర్స్ (అక్షర క్రమంలో)

డా. ఆర్. కె. దుగ్గల్

డా. శశిధరన్ కె. కుట్టి

సి ఎ పి.కోటేశ్వరరావు

డా. ప్రదీప్ సర్కార్

ప్రొ.మాధురీ శర్మ

డా. జార్జ్ ఇ. థామస్

ప్రొ. అర్చన విజె

ఈ కోర్సు వీరి సహాయంతో తెలుగులోకి అనువదించబడినది మరియు సమీక్షించబడినది

C-DAC, పూణే.

శ్రీమతి ఉషా కళ్యాణి మల్లాది

శ్రీ పి. నాగేశ్వరరావు

भारतीय बीमा संस्थान
INSURANCE INSTITUTE OF INDIA

G- బ్లాక్, ప్లాట్ C-46, బాంద్రా కుర్లా కాంప్లెక్స్, బాంద్రా (E) ముంబై - 400 051

ఇన్సూరెన్స్ ఏజెంట్లు

విభాగం-ఆరోగ్య భీమా

IC – 38

ప్రచురణ సంవత్సరం – 2023

అన్ని హక్కులు రిజర్వ్ చేయబడ్డాయి

ఈ కోర్సు మెటీరియల్ ఇన్సూరెన్స్ ఇన్‌స్టిట్యూట్ ఆఫ్ ఇండియా (III) యొక్క కాపీరైట్. ఈ కోర్సు ఇన్సూరెన్స్ ఇన్‌స్టిట్యూట్ ఆఫ్ ఇండియా పరీక్షలకు హాజరయ్యే విద్యార్థులకు అకడమిక్ ఇన్‌పుట్‌లను అందించడానికి రూపొందించబడింది. ఈ కోర్సు మెటీరియల్‌ని ఇన్‌స్టిట్యూట్ యొక్క ముందస్తు సమ్మతి మరియు వ్రాతపూర్వక అనుమతి లేకుండా, పాక్షికంగా లేదా మొత్తంగా వాణిజ్య ప్రయోజనం కోసం ఉపయోగించకూడదు.

కంటెంట్‌లు అమలులోఉన్న ఉత్తమమైన పద్ధతులపై ఆధారపడి ఉంటాయి. ఇవి చట్టపరమైన లేదా ఇతర వివాదాల విషయంలో వివరణలు లేదా పరిష్కారాలను ఇవ్వడానికి ఉద్దేశించబడలేదు.

ఇది సూచనాత్మక స్టడీ మెటీరియల్ మాత్రమే. పరీక్షలోని ప్రశ్నలు కేవలం ఈ స్టడీ మెటీరియల్ నుండి మాత్రమే వస్తాయని అనుకోవద్దు.

ఈ స్టడీ మెటీరియల్‌కు సంబంధించినది ఏదైనా కమ్యూనికేషన్ కవర్ పేజీలో పేర్కొన్న సబ్జెక్ట్ టైటిల్ మరియు ఏకైక ప్రచురణ సంఖ్యను ప్రస్తావిస్తూ ctd@iii.org.in చిరునామాకు పంపవచ్చు.

ప్రచురించినది: సెక్రటరీ జనరల్, ఇన్సూరెన్స్ ఇన్‌స్టిట్యూట్ ఆఫ్ ఇండియా, G- బ్లాక్, ప్లాట్ C-46, బాంద్రా కుర్లా కాంప్లెక్స్, బాంద్రా (E) ముంబై – 400 051

ముందుమాట

ఇన్సూరెన్స్ ఇన్స్టిట్యూట్ ఆఫ్ ఇండియా, (ఇన్స్టిట్యూట్) ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అండ్ డెవలప్‌మెంట్ అథారిటీ ఆఫ్ ఇండియా **(ఐ.ఆర్.డి.ఎ.ఐ.)** సూచించిన సిలబస్ ఆధారంగా బీమా ఏజెంట్ల కోసం ఈ కోర్సు మెటీరియల్‌ని అభివృద్ధి చేసింది. కోర్సు మెటీరియల్‌ను తయారు చేయడంలో ఇండస్ట్రీ నిపుణులు పాల్గొన్నారు.

ఈ కోర్సు లైఫ్, జనరల్ మరియు హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్‌కు సంబంధించిన ప్రాథమిక పరిజ్ఞానాన్ని అందిస్తుంది, సంబంధిత వ్యాపార రంగంలోని ఏజెంట్‌లు వారి వృత్తిని సరైన కోణంలో అర్థం చేసుకోవడానికి వీలు కల్పిస్తుంది.

కోర్సు నాలుగు విభాగాలుగా నిర్మితమైంది. ఏజెంట్లు కావాలని కోరుకునే వారికి ప్రత్యేక విభాగాలు అందించబడ్డాయి. (1) అవలోకనం - బీమా ఏజెంట్లు తెలుసుకోవలసిన బీమా సూత్రాలు, చట్టపరమైన సూత్రాలు మరియు రెగ్యులేటరీ విషయాలను కవర్ చేసే ఒక సాధారణ విభాగం. (2) లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ ఏజెంట్లు, (3) జనరల్ ఇన్సూరెన్స్ ఏజెంట్లు మరియు (4) హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ ఏజెంట్లు కావాలని ఆకాక్షించేవారికి అందించారు.

విద్యార్థులకు పరీక్షపత్రం ఆకృతి మరియు అడిగే ఆబ్జెక్టివ్ ప్రశ్నల రకాల గురించి ఒక అవగాహన ఇవ్వడానికి కోర్సులో మోడల్ ప్రశ్నల ఉదాహరణ చేర్చబడింది. మోడల్ ప్రశ్నలు వారు నేర్చుకున్న వాటిని మెరుగుపరచడంలో కూడా సహాయపడతాయి.

భీమా గతిశీల వాతావరణంలో పనిచేస్తుంది. మార్కెట్‌లో జరిగే మార్పుల విషయంలో ఏజెంట్లు అప్‌డేట్‌గా ఉండాలి. వారు వ్యక్తిగత అధ్యయనం మరియు సంబంధిత బీమా సంస్థలు ఏర్పాటు చేసిన అంతర్గత శిక్షణా కార్యక్రమాలలో పాల్గొనడం ద్వారా జ్ఞానాన్ని పెంపొందించుకోవాలి.

ఈ పనిని ఇన్‌స్టిట్యూట్‌కి అందించినందుకు **ఐ.ఆర్.డి.ఎ.ఐ.**కి ధన్యవాదాలు. మెటీరియల్‌ని అధ్యయనం చేయడానికి ఆసక్తి ఉన్న వారందరికీ బీమా మార్కెటింగ్‌లో విజయం చేకూరాలని ఇన్స్టిట్యూట్ కోరుకుంటోంది.

విషయ పట్టిక

అధ్యాయం సం.	పేరు	పేజీ సం.
విభాగం	**ఆరోగ్య భీమా**	
H-01	హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ పరిచయం	2
H-02	హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ డాక్యుమెంటేషన్	12
H-03	ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తులు	23
H-04	హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ అండర్ రైటింగ్	62
H-05	ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌లు	84

విభాగం

ఆరోగ్య విభాగం

అధ్యాయం H-01

హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ పరిచయం

అధ్యాయ పరిచయం

కాలక్రమేణా బీమా ఎలా అభివృద్ధి చెందిందనే దాని గురించి ఈ అధ్యాయం మీకు తెలియజేస్తుంది. ఇది ఆరోగ్య సంరక్షణ అంటే ఏమిటి, ఆరోగ్య సంరక్షణ స్థాయిలు మరియు ఆరోగ్య సంరక్షణ రకాలను కూడా వివరిస్తుంది. మీరు భారతదేశంలోని ఆరోగ్య సంరక్షణ వ్యవస్థ మరియు దానిని ప్రభావితం చేసే కారకాల గురించి కూడా నేర్చుకుంటారు. చివరగా, భారతదేశంలో ఆరోగ్య బీమా ఎలా అభివృద్ధి చెందిందో మరియు భారతదేశంలోని ఆరోగ్య బీమా మార్కెట్‌లోని వివిధ ఆటగాళ్లను కూడా ఇది వివరిస్తుంది

మీరు ఇవి నేర్చుకుంటారు

A. ఆరోగ్య సంరక్షణను అర్థం చేసుకోవడం (Understanding Healthcare)

B. ఆరోగ్య సంరక్షణ స్థాయిలు (Levels of Healthcare)

C. ఆరోగ్య సంరక్షణ రకాలు (Types of Healthcare)

D. భారతదేశంలో ఆరోగ్య బీమా పరిణామం

E. ఆరోగ్య బీమా మార్కెట్

ఈ అధ్యాయాన్ని అధ్యయనం చేసిన తర్వాత, మీరు వీటిని చేయగలరు:

a) బీమా ఎలా అభివృద్ధి చెందిందో అర్థం చేసుకోవడం.

b) ఆరోగ్య సంరక్షణ భావన మరియు ఆరోగ్య సంరక్షణ రకాలు మరియు స్థాయిలను వివరించడం.

c) భారతదేశంలో ఆరోగ్య సంరక్షణను ప్రభావితం చేసే కారకాలు మరియు స్వాతంత్ర్యం తర్వాత సాధించిన పురోగతిని అభినందించడం.

d) భారతదేశంలో ఆరోగ్య బీమా పరిణామం గురించి చర్చించడం.

e) భారతదేశంలో ఆరోగ్య బీమా మార్కెట్ గురించి తెలుసుకోవడం.

A. ఆరోగ్య సంరక్షణను అర్థం చేసుకోవడం

'ఆరోగ్యం' (Health) అనే పదం 'హోల్త్' (hoelth) అనే పదం నుండి ఉద్భవించింది, అంటే 'శరీర ఆరోగ్యం'.

ప్రాచీన కాలంలో, ఆరోగ్యం అనేది 'దైవమిచ్చిన బహుమతి'గా పరిగణించబడేది. ఆరోగ్యం పాడైతే ఆ వ్యక్తి చేసిన పాపాల వల్లనే ఆ అనారోగ్యం సంభవించిందని నమ్మేవారు. హిప్పోక్రేట్స్ (460 నుండి 370 BC) అనారోగ్యం వెనుక ఉన్న కారణాలను కనుగొన్నాడు. అతని సిద్ధాంతం ప్రకారం, పర్యావరణం, పారిశుధ్యం, వ్యక్తిగత పరిశుభ్రత, ఆహారాలకు సంబంధించిన వివిధ కారణాల వల్ల అనారోగ్యం సంభవిస్తుంది. ప్రాచీన భారతదేశంలోని వేద గ్రంథాలు *'ఆరోగ్యమే మహాభాగ్యం'* అంటే 'ఆరోగ్యమే గొప్ప అదృష్టం' అన్నాయి. మరో మాటలో చెప్పాలంటే, 'ఆరోగ్యమే సంపద' గురించి మాట్లాడుతున్నాయి. *అథర్వవేదం, చరక సంహిత, సుశ్రుత సంహిత, అష్టాంగహృదయం, అష్టాంగసంగ్రహం, భేల సంహిత , కశ్యప సంహిత* వంటి అనేక ప్రాచీన భారతదేశ గ్రంథాలు ప్రాచీన కాలంలో భారతదేశంలో పాటించిన వైద్య సంప్రదాయాలను చర్చిస్తాయి.

నిర్వచనం

ఆరోగ్యానికి విస్తృతంగా ఆమోదించబడిన నిర్వచనం ప్రపంచ ఆరోగ్య సంస్థ (WHO) ద్వారా అందించబడింది - 'ఆరోగ్యం అనేది పూర్తి శారీరక, మానసిక సామాజిక శ్రేయస్సుకి సంబంధించిన స్థితి. అంతే తప్ప కేవలం వ్యాధి లేదా బలహీనత (infirmity) లేకపోవడం కాదు.'

ఆరోగ్యాన్ని నిర్ణయించే అంశాలు (Determinants of health)

సాధారణంగా ఈ క్రింది కారకాలు ఒక వ్యక్తి ఆరోగ్యాన్ని నిర్ణయిస్తాయని విశ్వసించబడుతోంది:

a) జీవనశైలి కారకాలు (Lifestyle factors)

జీవనశైలి కారకాలు ఎక్కువగా సంబంధిత వ్యక్తి నియంత్రణలో ఉంటాయి ఉదా. వ్యాయామం పరిమితులలో తినడం, ఆందోళన లేకుండా చూసుకోవడం వంటి అలవాట్లు ఆరోగ్యాన్ని కాపాడతాయి; ఇలాంటి అలవాట్లు కేన్సర్, ఎయిడ్స్, హైపర్ టెన్షన్, డయాబెటిస్ వంటి వ్యాధులకు దారి తీస్తుంది.

b) పర్యావరణ కారకాలు (Environmental factors)

ఇన్ఫ్లూయంజా, చికెన్ పాక్స్ వంటి అంటువ్యాధులు చెడు పరిశుభ్రత కారణంగా వ్యాపిస్తాయి, మలేరియా, డెంగ్యూ వంటి వ్యాధులు చెడు పర్యావరణ పరిశుభ్రత కారణంగా వ్యాపిస్తాయి, అయితే కొన్ని వ్యాధులు పర్యావరణ కారకాల వల్ల కూడా వ్యాపిస్తాయి.

c) జన్యుపరమైన కారకాలు (Genetic factors)

జన్యువుల ద్వారా తల్లిదండ్రుల నుండి పిల్లలకు వ్యాధులు సంక్రమించవచ్చు. ఇటువంటి జన్యుపరమైన కారకాలు జాతి, భౌగోళిక ప్రదేశం, కమ్యూనిటీల ఆధారంగా ప్రపంచవ్యాప్తంగా విస్తరించిన జనాభాలో భిన్నమైన ఆరోగ్య ధోరణులకు కారణమవుతాయి.

ఒక దేశం సామాజిక ఆర్థిక పురోగతి దాని ప్రజల ఆరోగ్యంపై ఆధారపడి ఉంటుందని అందరికీ తెలిసిన విషయమే. అయితే ఇక్కడ విభిన్న పరిస్థితులకు వివిధ రకాల ఆరోగ్య సంరక్షణ అవసరమా అనే ప్రశ్న వస్తుంది.

మీరేం నేర్చుకున్నారు 1

జీవనశైలి కారకాలు (Lifestyle factors) కి ఆపాదించబడని అంటే వ్యక్తి నియంత్రణలో లేని వ్యాధి ఏది?

I. కేన్సర్

II. ఎయిడ్స్

III. మలేరియా

IV. హైపర్ టెన్షన్

B. ఆరోగ్య సంరక్షణ స్థాయిలు (Levels of Healthcare)

ఆరోగ్య సంరక్షణ అనేది ప్రజల ఆరోగ్యాన్ని ప్రోత్సహించడానికి, నిర్వహించడానికి, పర్యవేక్షించడానికి లేదా పునరుద్ధరించడానికి ప్రభుత్వంతో సహా వివిధ ఏజెన్సీలు ప్రొవైడర్లు అందించే కొన్ని రకాల సేవలు తప్ప మరొకటి కాదు. ఆరోగ్య సంరక్షణ ప్రభావవంతంగా ఉండాలి:

- ప్రజల అవసరాలకు తగినది
- సమగ్రమైనది
- తగినది
- సులభంగా అందుబాటులో ఉండాలి
- అందుబాటు ధరల్లో ఉండాలి

ఆరోగ్య సంరక్షణ సౌకర్యాలు జనాభాకు వ్యాధి వచ్చే సంభావ్యత(probability) పై ఆధారపడి ఉండాలి. ఉదాహరణకు, ఒక వ్యక్తికి ఏడాదికి చాలాసార్లు జ్వరం, జలుబు, దగ్గు, చర్మ అలెర్జీలు మొదలైనవి రావచ్చు,

అయితే అతను/ఆమె జలుబు, దగ్గు వంటి చిన్న చిన్న రోగాలతో పోలిస్తే హెపటైటిస్-బితో బాధపడే అవకాశం తక్కువ.

అందువల్ల, గ్రామం లేదా జిల్లా లేదా రాష్ట్రం ఏదైనా ప్రాంతంలో ఆరోగ్య సంరక్షణ సౌకర్యాలను ఏర్పాటు చేయవలసిన అవసరం ఆ ప్రాంతం సూచికలు (indicators) గా పిలువబడే వివిధ ఆరోగ్య సంరక్షణ కారకాలపై ఆధారపడి ఉంటుంది:

- ✓ జనాభా పరిమాణం
- ✓ మరణాల రేటు
- ✓ అనారోగ్యం రేటు
- ✓ వైకల్యం (Disability) రేటు
- ✓ ప్రజల సామాజిక, మానసిక ఆరోగ్యం
- ✓ ప్రజల సాధారణ పోషకాహార స్థితి
- ✓ మైనింగ్ ప్రాంతం లేదా పారిశ్రామిక ప్రాంతం వంటి పర్యావరణ కారకాలు
- ✓ సాధ్యమయ్యే ఆరోగ్య సంరక్షణ ప్రదాత వ్యవస్థ (health care provider system)ఉదా. గుండె వైద్యులు ఒక గ్రామంలో తక్షణమే అందుబాటులో ఉండకపోవచ్చు, కానీ జిల్లా పట్టణంలో ఉండవచ్చు
- ✓ ఆరోగ్య సంరక్షణ వ్యవస్థను ఎంత వరకు ఉపయోగించుకునే అవకాశం ఉంది
- ✓ ఆర్థిక స్థోమత వంటి సామాజిక-ఆర్థిక అంశాలు

పై అంశాల ఆధారంగా, ప్రాథమిక, ద్వితీయ, తృతీయ (tertiary) ఆరోగ్య సంరక్షణ కోసం కేంద్రాలను ఏర్పాటు చేయడంపై ప్రభుత్వం నిర్ణయం తీసుకుంటుంది. సముచితమైన ఆరోగ్య సంరక్షణను అందుబాటులోకి తీసుకురావడానికి జనాభాకు అందుబాటులో ఉండేలా చేయడానికి ఇతర చర్యలు తీసుకుంటుంది.

C. ఆరోగ్య సంరక్షణ రకాలు (Types of Healthcare)

ఆరోగ్య సంరక్షణ విస్తృతంగా ఈ క్రింది విధంగా వర్గీకరించబడింది :

1. ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ (Primary healthcare)

ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ అనేది వైద్యులు, నర్సులు ఇతర చిన్న క్లినిక్‌లు అందించే సేవలను సూచిస్తుంది, రోగి ఏదైనా జబ్బు కోసం ముందుగా సంప్రదిస్తారు, అంటే ఆరోగ్య వ్యవస్థలోని రోగులందరికీ ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ ప్రదాత (primary healthcare provider) మొదటి సంప్రదింపు పాయింట్ అని చెప్పవచ్చు.

ఉదాహరణకు, ఒక వ్యక్తి జ్వరం కోసం వైద్యుడిని సందర్శిస్తే మొదటి రోగ నిర్ధారణ డెంగ్యూ జ్వరాన్ని సూచిస్తే, ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ ప్రదాత కొన్ని మందులను సూచిస్తారు, కానీ ప్రత్యేక చికిత్స కోసం ఆసుపత్రిలో చేరమని రోగిని నిర్దేశిస్తారు.

దేశ స్థాయిలో, ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ కేంద్రాలు ప్రభుత్వ మరియు ప్రైవేట్ సంస్థలచే ఏర్పాటు చేయబడ్డాయి. ప్రభుత్వ ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ కేంద్రాలు జనాభా పరిమాణంపై ఆధారపడి ఏర్పాటు చేయబడి, గ్రామ స్థాయి వరకు ఏదో ఒక రూపంలో ఉంటాయి.

2. ద్వితీయ ఆరోగ్య సంరక్షణ (Secondary healthcare)

సెకండరీ హెల్త్ కేర్ అనేది సాధారణంగా రోగితో మొదటి పరిచయం లేని వైద్య నిపుణులు ఇతర ఆరోగ్య నిపుణులు అందించే ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవలను సూచిస్తుంది. తరచుగా లేదా అరుదుగా ఇంటెన్సివ్ కేర్ సేవలు, అంబులెన్స్ సౌకర్యాలు, పాథాలజీ, రోగనిర్ధారణ ఇతర సంబంధిత వైద్య సేవలతో సహా తీవ్రమైన అనారోగ్యానికి తక్కువ పిరియడ్‌లో చికిత్స అవసరమయ్యే తీవ్రమైన సంరక్షణను ఇది కలిగి ఉంటుంది.

3. తృతీయ ఆరోగ్య సంరక్షణ (Tertiary healthcare)

తృతీయ ఆరోగ్య సంరక్షణ అంటే ప్రత్యేక సంప్రదింపుల(specialized consultative) ఆరోగ్య సంరక్షణ. సాధారణంగా ఇన్-పేషెంట్లకు ప్రాథమిక/సెకండరీ కేర్ ప్రొవైడర్ల నుండి రిఫరల్ అయి ఉంటుంది.

తృతీయ ఆరోగ్య సంరక్షణ ప్రదాతలకు ఉదాహరణలు సెకండరీ హెల్త్ కేర్ ప్రొవైడర్ల పరిధిని దాటి అధునాతన వైద్య సదుపాయాలు, వైద్య నిపుణులను కలిగి ఉన్నవారు. ఉదా. ఆంకాలజీ (కేన్సర్ చికిత్స), అవయవ మార్పిడి సౌకర్యాలు, హై రిస్క్ ప్రెగ్నెన్సీ నిపుణులు మొదలైనవి.

సంరక్షణ స్థాయి పెరుగుతున్న కొద్దీ, సంరక్షణకు సంబంధించిన ఖర్చులు కూడా పెరుగుతాయని గమనించాలి. వివిధ స్థాయిల సంరక్షణ కోసం మౌలిక సదుపాయాలు దేశం నుండి దేశం, గ్రామీణ-పట్టణ ప్రాంతాలకు మారుతూ ఉంటాయి, అయితే సామాజిక-ఆర్థిక కారకాలు కూడా అదే విధంగా ప్రభావితం చేస్తాయి.

మీరేం నేర్చుకున్నారు 2

ఈ క్రింది వాటిలో ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణలో భాగం ఏది?

I. జ్వరం

II. కేన్సర్

III. అవయవ మార్పిడి (Organ Transplant)

IV. అధిక ప్రమాదంతో కూడిన గర్భం

D. భారతదేశంలో ఆరోగ్య బీమా పరిణామం

ప్రభుత్వం ఆరోగ్య సంరక్షణకి సంబంధించిన విధాన (policy) నిర్ణయాలతో బిజీగా ఉంటూనే, ఆరోగ్య బీమా పథకాలను కూడా అమలులోకి తెచ్చింది. ఆ తర్వాతే బీమా కంపెనీలు తమ ఆరోగ్య బీమా పాలసీలతో వచ్చాయి. భారతదేశంలో ఆరోగ్య బీమా ఈ క్రింది విధంగా అభివృద్ధి చెందింది:

1. **ఉద్యోగుల రాష్ట్ర బీమా పథకం (Employees' State Insurance Scheme)**

   1947లో దేశానికి స్వాతంత్ర్యం వచ్చిన కొద్దికాలానికే ESI చట్టం, 1948 ప్రకారం ప్రవేశపెట్టబడిన ఉద్యోగుల రాష్ట్ర బీమా పథకం ప్రారంభంతో భారతదేశంలో ఆరోగ్య బీమా అధికారికంగా ప్రారంభమైంది. ఈ పథకం అధికారిక ప్రైవేట్ రంగంలో పనిచేస్తున్న బ్లూ-కాలర్డ్ కార్మికుల కోసం ప్రవేశపెట్టబడింది, అది తన స్వంత డిస్పెన్సరీలు, ఆసుపత్రుల నెట్వర్క్ ద్వారా సమగ్ర ఆరోగ్య సేవలు అందిస్తుంది.

   ESIC (ఎంప్లాయీస్ స్టేట్ ఇన్సూరెన్స్ కార్పొరేషన్) అనేది తన స్వంత ఆసుపత్రులు, డిస్పెన్సరీలను నడుపుతున్న ఏజెన్సీ. అది తన స్వంత సౌకర్యాలు సరిపోని చోట పబ్లిక్/ప్రైవేట్ ప్రొవైడర్లతో ఒప్పందం చేసుకుంటుంది.

2. **కేంద్ర ప్రభుత్వ ఆరోగ్య పథకం (Central Government Health Scheme)**

   ESIS ని త్వరలోనే కేంద్ర ప్రభుత్వ ఆరోగ్య పథకం (CGHS) అనుసరించింది, ఇది 1954లో పెన్షనర్లు, పౌర ఉద్యోగాలలో పనిచేస్తున్న వారి కుటుంబ సభ్యులతో సహా కేంద్ర ప్రభుత్వ ఉద్యోగుల కోసం ప్రవేశపెట్టబడింది. ఇది ఉద్యోగులు వారి కుటుంబాలకు సమగ్ర వైద్య సంరక్షణను అందించడం లక్ష్యంగా పెట్టుకుంది, పాక్షికంగా ఉద్యోగులూ, ఎక్కువగా యజమానీ (కేంద్ర ప్రభుత్వం) ద్వారా దీనికి నిధులు సమకూర్చబడతాయి.

3. వాణిజ్య ఆరోగ్య బీమా (Commercial Health insurance)

కమర్షియల్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్సుని కొన్ని సాధారణ బీమా సంస్థలు (non-life insurers) బీమా పరిశ్రమ జాతీయీకరణకు ముందూ తర్వాతా కూడా అందించాయి.

1986లో, వ్యక్తులకూ, వారి కుటుంబాలకూ మొదటిసారిగా ప్రామాణిక ఆరోగ్య బీమా పాలసీని నాలుగు నేషనలైజ్డ్ సాధారణ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీలు (అప్పట్లో ఇవి జనరల్ ఇన్సూరెన్స్ కార్పొరేషన్ ఆఫ్ ఇండియా, దాని అనుబంధ సంస్థలు) భారత మార్కెట్లో ప్రారంభించాయి. ఈ పాలసీ, **మెడిక్లెయిమ్** మెటర్నిటీ (maternity), ముందుగా ఉన్న వ్యాధులు (pre-existing diseases) మొదలైన కొన్ని రకాల కేసుల మినహాయింపులతో నిర్దిష్ట వార్షిక నష్టపరిహార పరిమితి (annual limit of indemnity)వరకు ఆసుపత్రిలో చేరే ఖర్చులకు కవరేజీని అందించడానికి రూపొందించబడింది.

హాస్పిటలైజేషన్‌కి నష్టపరిహారం అందించే (indemnity-based) ఈ వార్షిక పాలసీ భారతదేశంలో ఈరోజు అత్యంత ప్రజాదరణ పొందిన ప్రైవేట్ ఆరోగ్య బీమాగా కొనసాగుతోంది. 2001లో ఇన్సూరెన్స్ రంగంలోకి ప్రైవేట్ కంపెనీలు రావడంతో ఆరోగ్య బీమా బాగా పెరిగింది. అయినప్పటికీ, నేటికీ పెద్దగా ఉపయోగించని మార్కెట్ ఉంది.

ఆరోగ్య బీమా పాలసీలను కొనుగోలు చేసేందుకు ప్రభుత్వం ప్రజలను ప్రోత్సహించింది. తన కోసం, తన జీవిత భాగస్వామి మరియు కుటుంబ సభ్యుల ఆరోగ్య బీమా కోసం వ్యక్తులు చెల్లించే ప్రీమియంలను ఆదాయపు పన్ను చట్టంలోని సెక్షన్ 80 డి కింద పన్ను పరిధిలోకి వచ్చే ఆదాయం నుండి తీసివేయడానికి అనుమతించబడుతుంది. 60 సంవత్సరాల కంటే ఎక్కువ వయస్సు ఉన్న తల్లిదండ్రులు/చట్టబద్ధత కలిగిన తల్లిదండ్రుల ప్రీమియంలను చెల్లించడానికి అధిక పరిమితులను ఈ విభాగం అనుమతిస్తుంది.

కవర్లు, మినహాయింపులు, సరికొత్త యాడ్-ఆన్ కవర్ల (add-on covers)లో గణనీయమైన వైవిధ్యాలు ప్రవేశపెట్టబడ్డాయి, ఇవి తరువాతి అధ్యాయాలలో చర్చించబడతాయి.

వ్యక్తులు, వారి కుటుంబాల కోసం మొట్టమొదటి ప్రామాణిక ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తిని ______ సంవత్సరంలో మొత్తం నాలుగు నేషనలైజ్డ్ సాధారణ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీలూ భారత మార్కెట్‌లో ప్రారంభించాయి.

I. 1948

II. 1954

III. 1986

IV. 2001

E. ఆరోగ్య బీమా మార్కెట్

ఆరోగ్య బీమా మార్కెట్‌లో నేడు అనేక మంది ప్లేయర్లు ఉన్నారు. ప్రొవైడర్లుగా పిలువబడే కొన్ని కంపెనీలు ఆరోగ్య సంరక్షణ సౌకర్యాలనూ అందిస్తుంటే, మరికొన్ని బీమా సేవలు అందిస్తున్నాయి. మరియు వివిధ మధ్యవర్తి సంస్థలు కూడా ఉన్నాయి. కొన్ని ప్రాథమిక మౌలిక సదుపాయాలను ఏర్పరుస్తాయి, మరికొన్ని సహాయక సౌకర్యాలను అందిస్తాయి. వీటిలో కొన్ని ప్రభుత్వ రంగంలో ఉంటే మరికొన్ని ప్రైవేట్ రంగంలో ఉన్నాయి.

1. ప్రైవేట్ రంగ ఆరోగ్య సంరక్షణ ప్రదాతలు (Private sector Health Care providers)

భారతదేశం ప్రాథమిక, ద్వితీయ తృతీయ - ఇలా మూడు రకాల ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవలను అందించే అతి పెద్ద ప్రైవేట్ ఆరోగ్య రంగాన్ని కలిగి ఉంది. స్వచ్ఛంద (voluntary), లాభాపేక్షలేని (not-for-profit) సంస్థలు వ్యక్తులతో బాటు లాభాపేక్షతో కూడిన కార్పొరేట్, ట్రస్టు, సోలో ప్రాక్టీషనర్లు, స్టాండ్-అలోన్ స్పెషలిస్ట్ సర్వీసులు, డయాగ్నస్టిక్ లాబొరేటరీలు, ఫార్మసీ షాపులు అర్హత లేని ప్రొవైడర్లు (క్వాక్స్) వరకు ఇవి రకరకాలుగా ఉంటాయి.

భారతదేశంలో ఆయుర్వేదం/ సిద్ధ/ యునాని/ హోమియోపతి వంటి ఇతర వైద్య విధానాలలో అత్యధిక సంఖ్యలో అర్హత కలిగిన 7 లక్షల మంది ప్రాక్టీషనర్లు ఉన్నారు. వీరు పబ్లిక్, ప్రైవేట్ రెండు రంగాల్లోనూ ఉన్నారు. ఆరోగ్య సంరక్షణలో లాభాపేక్షతో కూడిన ప్రైవేట్ ప్రొవైడర్లతో పాటు, NGOలు, స్వచ్ఛంద రంగం (voluntary sector) కూడా సమాజానికి ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవలను అందించడంలో నిమగ్నమై ఉన్నాయి.

సాధారణ బీమా రంగంలోని **బీమా కంపెనీలు** చాలా వరకు ఆరోగ్య బీమా సేవలను అందిస్తాయి. స్టాండ్ అలోన్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ (SAHI) కంపెనీలు అన్ని రకాల ఆరోగ్య బీమా లావాదేవీ (transact)లు చేయడానికి అనుమతించబడతాయి. అయితే లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీలు కూడా కొన్ని రకాల ఆరోగ్య బీమాలను లావాదేవీలు చేయడానికి అనుమతించబడతాయి.

2. మధ్యవర్తులు (Intermediaries):

బీమా పరిశ్రమలో భాగంగా సేవలను అందించే అనేక మంది వ్యక్తులు సంస్థలు కూడా ఆరోగ్య బీమా మార్కెట్లో భాగంగా ఉన్నాయి. IRDA చట్టం, 1999లోని సెక్షన్ 2 ప్రకారం బీమా మధ్యవర్తులు ఎవరో నిర్వచించబడ్డారు. వీరిలో బీమా బ్రోకర్లు, రీఇన్సూరెన్స్ బ్రోకర్లు, బీమా కన్సల్టెంట్లు, సర్వేయర్లు, లాస్ అసెస్సర్లు, మరియు థర్డ్ పార్టీ అడ్మినిస్ట్రేటర్లు ఉన్నారు.

థర్డ్ పార్టీ అడ్మినిస్ట్రేటర్ (TPA) అనేది IRDAIలో రిజిస్టర్ చేయబడి, ఆరోగ్య సేవలను అందించడం కోసం, బీమా సంస్థ నుంచి ఫీజు తీసుకుని పని చేసే సంస్థ. ఆరోగ్య బీమా వ్యాపారానికి సంబంధించి ఒక ఒప్పందం ప్రకారం ఒక TPA ఈ క్రింది సేవలను బీమా సంస్థకు అందించవచ్చు:

a. సంబంధిత పాలసీ అంతర్గత నిబంధనలు, షరతులకు లోబడి, క్లయిమ్‌ల సెటిల్మెంట్ కోసం బీమా సంస్థలు జారీ చేసిన మార్గదర్శకాల పరిధిలో, నగదు రహిత (cashless) చికిత్స కోసం ముందస్తు అనుమతులు ఇవ్వడం, క్యాష్‌లెస్ కాని క్లెయిమ్‌లను లేదా రెండింటి క్లెయిమ్‌ల సెటిల్మెంట్ ద్వారా ఆరోగ్య బీమా పాలసీలకు క్లెయిమ్ సేవలందించడం (సర్వీసింగ్).

b. వ్యక్తిగత ప్రమాద పాలసీ, డొమెస్టిక్ ట్రావెల్ పాలసీ క్రింద వచ్చిన, హాస్పిటలైజేషన్ కవర్ కోసం క్లెయిమ్‌ల సేవలు అందించడం.

c. ఆరోగ్య బీమా పాలసీల పూచీకత్తు (underwriting)కు సంబంధించి ప్రీ-ఇన్సూరెన్స్ వైద్య పరీక్షలను చేయించడంలో తోడ్పడటం.

సారాంశం

a) బీమా ఏదో ఒక రూపంలో కొన్ని శతాబ్దాల క్రితమే వాడుకలో ఉంది. కానీ దాని ఆధునిక రూపం కొన్ని శతాబ్దాల క్రితం నుంచే ప్రాచుర్యంలోకి వచ్చింది. ప్రభుత్వ నియంత్రణతో భారతదేశంలో బీమా అనేక దశలను దాటింది.

b) పౌరుల ఆరోగ్యం చాలా ముఖ్యమైనది, తగిన ఆరోగ్య సంరక్షణ వ్యవస్థను రూపొందించడంలో ప్రభుత్వాలు ప్రధాన పాత్ర పోషిస్తాయి.

c) అందించబడే ఆరోగ్య సంరక్షణ స్థాయి దేశ జనాభాకు సంబంధించిన అనేక అంశాలపై ఆధారపడి ఉంటుంది.

d) అవసరమైన వైద్య సంరక్షణ స్థాయిని బట్టి ప్రాథమిక, ద్వితీయ, తృతీయ అనే మూడు రకాల స్థాయిల్లో ఆరోగ్య సంరక్షణ ఉంది. ప్రతి స్థాయితో ఆరోగ్య సంరక్షణ ఖర్చు పెరుగుతుంది. తృతీయ సంరక్షణ బాగా ఖర్చుతో కూడుకున్న స్థాయి.

e) భారతదేశం జనాభా, పెరుగుదల, సరైన ఆరోగ్య సంరక్షణ అవసరమయ్యే పట్టణీకరణ (urbanization) వంటి తనదైన ప్రత్యేక సవాళ్లను కలిగి ఉంది.

f) ప్రభుత్వ రంగ బీమా కంపెనీలే మొట్టమొదటగా ఆరోగ్య బీమా కోసం పథకాలను రూపొందించాయి, తరువాత ప్రైవేట్ బీమా కంపెనీలు వాణిజ్య బీమాను రూపొందించాయి.

g) ఆరోగ్య బీమా మార్కెట్ అనేక మంది ప్లేయర్స్‌తో రూపొందించబడింది, కొంతమంది మౌలిక సదుపాయాలను అందిస్తారు, మరికొందరు బీమా సేవలను అందిస్తారు, బ్రోకర్లు, ఏజెంట్లు మూడవ పార్టీ నిర్వాహకులు (TPA) ఆరోగ్య బీమా వ్యాపారానికి సేవలు అందిస్తున్నారు, ఇతర నియంత్రణ, విద్యా చట్టపరమైన సంస్థలు తమ పాత్రను పోషిస్తున్నారు.

మీరేం నేర్చుకున్నారు- జవాబు

జవాబు **1** సరైన ఎంపిక III.

జవాబు **2** సరైన ఎంపిక I.

జవాబు **3** సరైన ఎంపిక III.

కీలక పదాలు

a) ఆరోగ్య సంరక్షణ (Healthcare)

b) వాణిజ్య బీమా (Commercial insurance)

c) ప్రభుత్వీకరణము (Nationalization)

d) ప్రాథమిక, ద్వితీయ, తృతీయ ఆరోగ్య సంరక్షణ (Primary, Secondary and Tertiary Healthcare)

e) థర్డ్ పార్టీ అడ్మినిస్ట్రేటర్ (Third Party Administrator)

అధ్యాయం H-02

హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ డాక్యుమెంటేషన్

అధ్యాయ పరిచయం

బీమా పరిశ్రమలో, మనం ఎన్నో ఫారమ్స్, డాక్యుమెంట్లు మొదలైన వాటితో డీల్ చేయాల్సి ఉంటుంది. ఈ అధ్యాయం ఆరోగ్య బీమా ఒప్పందం (contract)లో డాక్యుమెంట్లు, వాటి ప్రాముఖ్యతను తెలియజేస్తుంది.

మీరు ఇవి నేర్చుకుంటారు

A. *ప్రపోజల్ ఫారాలు* (Proposal forms)

B. *ప్రపోజల్ అంగీకారం* (*అండర్ రైటింగ్*)

C. *ప్రాస్పెక్టస్*

D. *పాలసీ డాక్యుమెంట్*

E. *షరతులువారంటీలు ,*

ఈ అధ్యాయాన్ని అధ్యయనం చేసిన తర్వాత, మీరు వీటిని చేయగలరు:

a) ప్రపోజల్ ఫారాలలో ఉండే విషయాలను (contents) వివరించడం.

b) ప్రాస్పెక్టస్ ప్రాముఖ్యతను వివరించడం

c) బీమా పాలసీ డాక్యుమెంట్‌లోని నిబంధనలు, పదాలను (wordings) వివరించడం.

d) పాలసీ షరతులు, వారెంటీలను చర్చించడం.

e) ఎండార్స్‌మెంట్లు ఎందుకు జారీ చేయబడతాయో వివరించడం.

f) ప్రీమియం రసీదుని అర్థం చేసుకోవడం.

g) రెన్యువల్ నోటీసులు ఎందుకు జారీ చేయబడతాయో వివరించడం.

A. ప్రపోజల్ ఫారాలు (Proposal forms)

1. ఆరోగ్య బీమా ప్రపోజల్ ఫారాలు

సాధారణ అధ్యాయాలలో చర్చించినట్లుగా, ప్రపోజల్ ఫారమ్ బీమా కోసం అందించే రిస్కుని అంగీకరించడానికి బీమా కంపెనీకి ఉపయోగపడే సమాచారాన్ని కలిగి ఉంటుంది. ఆరోగ్య బీమా పాలసీ కోసం ప్రపోజల్ ఫారాలకి సంబంధించి కొన్ని వివరాలు క్రింద ఇవ్వబడ్డాయి:

1. ప్రపోజల్ ఫారమ్‌లో కవరేజ్, మినహాయింపులు (exclusions), నిబంధనలు (provisions) మొదలైన వాటి వివరాలను అందించే ప్రాస్పెక్టస్‌ని పొందుపరిచారు. ఈ ప్రాస్పెక్టస్ ప్రపోజల్ ఫారమ్‌లో భాగంగా ఉంటుంది. ప్రపోజర్ (బీమా చేసే వ్యక్తి) దానిలోని విషయాలను గుర్తించినట్లు సంతకం చేయాలి.
2. ప్రపోజల్ ఫారమ్, పేరు, చిరునామా, వృత్తి, పుట్టిన తేదీ, లింగం ప్రతి బీమా చేసిన వ్యక్తికి ప్రపోజర్ తో ఉన్న సంబంధం, సగటు నెలవారీ ఆదాయం, ఆదాయపు పన్ను PAN నెంబర్, మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ పేరు, చిరునామా, అతని అర్హతలు, రిజిస్ట్రేషన్ నెంబర్‌కి సంబంధించిన సమాచారాన్ని సేకరిస్తుంది. బ్యాంకు ట్రాన్స్‌ఫర్ ద్వారా నేరుగా సెటిల్ చేయబడిన క్లెయిమ్ డబ్బుని చెల్లించడానికి, ఇటీవలి కాలంలో, బీమా చేసిన వారి బ్యాంక్ వివరాలు కూడా సేకరించబడుతున్నాయి.
3. అదనంగా, బీమా చేయబడిన వ్యక్తి వైద్య పరిస్థితికి సంబంధించిన ప్రశ్నలు ఉంటాయి. ఫారమ్‌లో ఉండే ఈ వివరణాత్మక ప్రశ్నలు గత క్లెయిమ్‌ల అనుభవంపైనా, రిస్క్ ని అంగీకరించేందుకు (underwriting) కావలసిన పూర్తి అవగాహన పైనా ఆధారపడి ఉంటాయి.
4. బీమా చేయబడిన వ్యక్తి ఫారమ్‌లో పేర్కొన్న ఏవైనా వ్యాధులతో బాధపడినట్లయితే పూర్తి వివరాలను తెలియజేయాలి.
5. ఇంకా, ఏదైనా ఇతర అనారోగ్యం లేదా వ్యాధికి గురైన లేదా సంభవించిన ప్రమాదం వివరాలు క్రింది విధంగా కోరబడతాయి:
    a. అనారోగ్యం/గాయం, చికిత్స స్వభావం
    b. మొదటి చికిత్స తేదీ
    c. హాజరైన డాక్టర్ పేరు, చిరునామా
    d. పూర్తిగా కోలుకున్నారా, లేదా?

6. బీమా కంపెనీకి వెల్లడి చేయవలసిన ఏవైనా అదనపు వాస్తవాలను తెలియజేయడానికి ప్రపోజర్ తనకి గల ఏదైనా వ్యాధి గురించి గానీ లేదా వైద్య సహాయం అవసరమయ్యే ఏదైనా అనారోగ్యం లేదా గాయం గానీ ఉన్నట్టు తెలిసి ఉంటే వాటిని తెలియజేయాలి.

7. ఫారమ్‌లో గత బీమా క్లెయిమ్‌ల చరిత్ర, అదనంగా ఏదైనా ఇతర బీమా సంస్థతో ప్రస్తుతం నడుస్తున్న బీమాకు సంబంధించిన ప్రశ్నలు కూడా ఉంటాయి.

8. ప్రపోజర్ సంతకం చేయాల్సిన డిక్లరేషన్‌లోని ప్రత్యేక విషయాలను తప్పనిసరిగా గమనించాలి.

9. బీమా చేయబడిన వ్యక్తి తన శారీరక లేదా మానసిక ఆరోగ్యాన్ని ప్రభావితం చేసే ఏదైనా అనారోగ్యానికి సంబంధించి ఎప్పుడైనా హాజరైన లేదా హాజరుకాగల ఏదైనా ఆసుపత్రి/మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ల నుండి వైద్య సమాచారాన్ని పొందేందుకు బీమా కంపెనీకి, అనుమతిస్తాడు, అధికారం ఇస్తాడు.

10. బీమా చేయబడిన వ్యక్తి తాను ఫారమ్‌లో భాగమైన ప్రాస్పెక్టస్‌ని చదివాననీ, నిబంధనలు, షరతులను అంగీకరించడానికి సిద్ధంగా ఉన్నాననీ నిర్ధారిస్తాడు.

11. ఈ డిక్లరేషన్, తెలియబరచిన విషయాలలోని నిజానిజాల గురించిన మామూలు వారంటీ మరియు ప్రపోజల్ ఫారమ్, ఈ కాంట్రాక్ట్‌కి ఆలంబనగా ఉంటుంది.

2. వైద్యపరమైన ప్రశ్నాపత్రం (Medical Questionnaire)

ప్రపోజల్ ఫారమ్‌లో ప్రతికూల (adverse) వైద్య చరిత్ర ఉన్నట్లయితే, బీమా చేయబడిన వ్యక్తి మధుమేహం, హైపర్ టెన్షన్, ఛాతీ నొప్పి (Chest pain) లేదా కరోనరీ ఇన్‌సఫిషియెన్సీ (Coronary Insufficiency)లేదా మయోకార్డియల్ ఇన్ఫార్‌క్షన్(Myocardial Infarction) వంటి వ్యాధులకు సంబంధించిన వివరణాత్మక ప్రశ్నావళిని పూర్తి చేయాల్సి ఉంటుంది.

కన్సల్టింగ్ ఫిజిషియన్ పూర్తి చేసిన ఫారమ్ ద్వారా వీటిని బలపరచాలి. ఈ ఫారమ్‌ని కంపెనీ ప్యానెల్ డాక్టర్ పరిశీలించి వారి అభిప్రాయం, అంగీకారం ఆధారంగా, మినహాయింపు (exclusion)మొదలైనవి నిర్ణయించబడతాయి.

డిక్లరేషన్ **(ధృవీకరణ పత్రం)** ప్రామాణిక రూపం **(Standard form of Declaration)**

IRDAI ఆరోగ్య బీమా ప్రపోజల్‌లో స్టాండర్డ్ డిక్లరేషన్ ఫార్మాట్‌ని ఈ క్రింది విధంగా పేర్కొంది:

1. నేను/ నా తరఫున బీమా చేయాలని ప్రతిపాదించబడిన వ్యక్తులందరి తరఫున, నేను ఇచ్చిన పై స్టేట్మెంట్లు, సమాధానాలు /లేదా వివరాలు నాకు తెలిసినంత వరకు అన్ని విధాలుగా వాస్తవమైనవి, సంపూర్ణమైనవి మరియు నాకు/మాకు ఈ ఇతర వ్యక్తుల తరపున ప్రతిపాదించడానికి అధికారం ఉంది.

2. నేను అందించిన సమాచారం బీమా పాలసీకి ఆధారం అవుతుందనీ, బీమా కంపెనీ బోర్డు ఆమోదించిన అండర్‌రైటింగ్ పాలసీకి లోబడి ఉంటుందనీ, చెల్లించవలసిన ప్రీమియం పూర్తిగా అందిన తర్వాత మాత్రమే పాలసీ అమల్లోకి వస్తుందని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

3. ప్రపోజల్‌ను సమర్పించిన తర్వాత కానీ కంపెనీ రిస్క్ అంగీకారాన్ని తెలియజేయడానికి ముందు, బీమా చేయదలచిన వ్యక్తి/ప్రపోజర్ వృత్తి (occupation)లేదా సాధారణ ఆరోగ్యంలో ఏదైనా మార్పు సంభవించినట్లయితే నేను/మేము వ్రాతపూర్వకంగా తెలియజేస్తామని కూడా నేను/ మేము ప్రకటిస్తున్నాము.

4. నేను/మేము బీమా చేయవలసిన వ్యక్తికి/ప్రపోజర్ కి సంబంధించి ఆరోగ్య విషయంగా ఏ సమయంలోనైనా సంప్రదించబడిన ఏ వైద్యుడు/ఆసుపత్రి నుంచైనా బీమా చేయవలసిన వ్యక్తికి సంబంధించిన శారీరిక/మానసిక ఆరోగ్యాన్ని ప్రభావితం చేసే వైద్య సమాచారాన్ని, బీమా చేయవలసిన వ్యక్తి జీవితానికి సంబంధించి గతంలో గానీ లేదా ప్రస్తుతం ఆ వ్యక్తి పని చేస్తున్న కంపెనీ ద్వారా సేకరించేందుకు సమ్మతిస్తున్నాను/ము. మరియు ప్రపోజల్ అండర్‌రైటింగ్ మరియు/లేదా క్లెయిమ్ సెటిల్మెంట్ కోసం ఏదైనా బీమా కంపెనీ నుంచి బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకున్న బీమా చేయవలసిన వ్యక్తికి/ప్రపోజర్‌కి సంబంధించిన సమాచారాన్ని సేకరించేందుకు అనుమతిస్తున్నాను/ము.

5. ప్రపోజల్ అండర్‌రైటింగ్ మరియు/లేదా క్లెయిమ్‌ల పరిష్కారం కోసం మరియు ఏదైనా ప్రభుత్వ మరియు/లేదా రెగ్యులేటరీ అథారిటీతో, వైద్య రికార్డులతో సహా నా ప్రతిపాదన (ప్రపోజల్)కు సంబంధించిన సమాచారాన్ని పంచుకోవడానికి నేను/మేము కంపెనీకి అధికారం ఇస్తున్నాము.

3. ప్రపోజల్ రూపంలో ప్రశ్నల స్వభావం (Nature of questions in a proposal form

సంబంధిత బీమా రకాన్ని బట్టి ప్రపోజల్ ఫారమ్‌లో ప్రశ్నల సంఖ్య, స్వభావం మారుతూ ఉంటాయి. సమ్ అష్యూర్డ్ పాలసీ క్రింద బీమాదారు బాధ్యత పరిమితిని (limit of liability)సూచిస్తుంది, మరియు అన్ని ప్రపోజల్ ఫారమ్‌లలోనూ సూచించబడాలి.

ఆరోగ్యం, వ్యక్తిగత ప్రమాదం, ప్రయాణ బీమా వంటి **వ్యక్తిగత** బీమా పాలసీలకు, ప్రపోజల్ ఫారాలు రిస్క్ అంచనా వేయగల వాస్తవాలలో ముఖ్యమైన ప్రపోజర్ వృత్తి (profession), జీవనోపాధి (occupation) లేదా వ్యాపారం

సహా ప్రపోజర్ ఆరోగ్యం, జీవన విధానం, అలవాట్లు, ఇప్పటిదాకా ఉన్న ఆరోగ్య పరిస్థితులు, వైద్య చరిత్ర, అనువంశిక లక్షణాలు, గత ఆరోగ్య-బీమా అనుభవం మొదలైన వాటి గురించిన సమాచారాన్ని తీసుకోవడానికి రూపొందించబడ్డాయి.

ఉదాహరణ 1

- ✓ ఫాస్ట్‌ఫుడ్ రెస్టారెంట్‌కి చెందిన డెలివరీ మాన్, తన కస్టమర్లకు ఆహారాన్ని డెలివరీ చేయడానికి తరచుగా మోటారు బైక్స్‌పై అధిక వేగంతో ప్రయాణించవలసి ఉంటుంది, అదే రెస్టారెంట్లో పనిచేసే అకౌంటెంట్ కంటే అతడు ప్రమాదాలకు ఎక్కువగా గురయ్యే అవకాశం ఉంది .
- ✓ బొగ్గు గని లేదా సిమెంట్ ప్లాంట్లలో పనిచేసే వ్యక్తి ధూళికణాలకు గురికావడం వల్ల అది ఊపిరితిత్తుల వ్యాధులకు దారితీయవచ్చు.

ఉదాహరణ 2

- ✓ విదేశీ ప్రయాణ బీమా బెనిఫిట్ కోసం, ప్రపోజర్ఎప్పుడు ,ఆ ప్రయాణం ఎవరు ,, ఏ దేశానికి, దేని కోసం చేస్తున్నారనే విషయం పేర్కొనవలసి ఉంటుంది లేదా
- ✓ ఆరోగ్య బీమా బెనిఫిట్ కోసం, ఆ కేసుని బట్టి ప్రపోజర్ అతని/ఆమె ఆరోగ్యం గురించిన (వ్యక్తి పేరు, చిరునామా గుర్తింపుతో) ప్రశ్నలుంటాయి .

ఉదాహరణ 3

- ✓ ఆరోగ్య బీమా విషయంలో, అది ఆసుపత్రి చికిత్స ఖర్చు కావచ్చు. అయితే వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమాలో ఇది ప్రాణనష్టం, అవయవం కోల్పోవడం లేదా ప్రమాదం కారణంగా చూపు కోల్పోవడం వంటి వాటికి నిర్ణీత మొత్తం కావచ్చు.

a) మునుపటి & ప్రస్తుత బీమా (Previous and Present insurance)

ప్రపోజర్ తన మునుపటి బీమాల గురించిన వివరాలను బీమా సంస్థకు తెలియజేయాలి. ఇది అతని బీమా చరిత్రను అర్థం చేసుకోవడానికి. కొన్ని మార్కెట్లలో బీమాదారులు బీమా చేసిన వ్యక్తికి సంబంధించిన డేటాను గోప్యంగా పంచుకునే వ్యవస్థలు ఉన్నాయి.

ఏదైనా బీమా సంస్థ తన ప్రపోజల్‌ను తిరస్కరించిందా, ప్రత్యేక షరతులు విధించిందా, రెన్యువల్ సమయంలో ప్రీమియం ఎక్కువ చేసిందా లేదా పాలసీని పునరుద్ధరించడానికి నిరాకరించిందా లేదా రద్దు చేసిందా అనే విషయాన్ని కూడా ప్రపోజర్ పేర్కొనవలసి ఉంటుంది. బీమా సంస్థల పేర్లతో సహా ఏదైనా ఇతర బీమా సంస్థతో ప్రస్తుత బీమా వివరాలను కూడా వెల్లడిచేయాల్సి ఉంటుంది. ఇంకా, వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా (personal accident insurance)లో, బీమాదారు అదే బీమా చేసిన వ్యక్తి తీసుకున్న ఇతర PA పాలసీల క్రింద బీమా చేయబడిన మొత్తాన్ని బట్టి కవరేజీ మొత్తాన్ని (బీమా మొత్తం) పరిమితం చేయాలనుకుంటారు.

b) గతంలో చేసిన క్లెయిమ్ వివరాలు **(Claim Experience)**

ప్రపోజర్ బీమా చేయబడినా, చేయబడకపోయినా, అతను/ఆమె అనుభవించిన అన్ని నష్టాల గురించిన పూర్తి వివరాలను ప్రకటించవలసి ఉంటుంది. ఇది, బీమా విషయం గురించి, బీమా చేసిన వ్యక్తి గతంలో రిస్కుని ఎలా నిర్వహించాడు అనే దాని గురించి బీమా సంస్థకు సమాచారాన్ని అందిస్తుంది. అంటే, బీమా కంపెనీకి అందిన మొత్తం సమాచారాన్ని, మౌఖికంగా తెలిసినా కూడా, రికార్డ్ చేయాల్సిన బాధ్యత ఉంది, అన్న విషయం ఫాలో అప్ ద్వారా ఏజెంట్ గుర్తుంచుకోవాలి.

B. ప్రపోజల్ అంగీకారం (అండర్ రైటింగ్) (Acceptance of the proposal (underwriting)

పూర్తి చేసిన ప్రపోజల్ ఫారమ్ విస్తృతంగా క్రింది సమాచారాన్ని అందిస్తుంది:

- ✓ బీమా చేసిన వారి వివరాలు
- ✓ బీమా గురించిన వివరాలు
- ✓ ఏ రకం కవర్ అవసరం
- ✓ సానుకూల (positive), ప్రతికూల (negative) భౌతిక లక్షణాల వివరాలు
- ✓ బీమా మునుపటి చరిత్ర, క్లెయిమ్ అనుభవం

ఆరోగ్య బీమా ప్రపోజల్ విషయంలో, బీమా కంపెనీ, కాబోయే (prospective) కస్టమర్‌ని ఉదా. 45 ఏళ్ల కంటే ఎక్కువ వయస్సు ఉన్నవారిని, వైద్యుడికి /లేదా వైద్య పరీక్షల కోసం సూచించవచ్చు. ప్రపోజల్‌లో అందుబాటులో ఉన్న సమాచారం ఆధారంగా మెడికల్ చెకప్ సూచించబడిన చోట, మెడికల్ రిపోర్టు, డాక్టర్ సిఫార్సు ఆధారంగా, బీమా సంస్థ నిర్ణయం తీసుకుంటుంది. కొన్నిసార్లు, వైద్య చరిత్ర సంతృప్తికరంగా లేనప్పుడు, మరింత సమాచారాన్ని పొందడానికి అదనపు ప్రశ్నావళిని కూడా కాబోయే క్లయింట్ నుండి

పొందవలసి ఉంటుంది. బీమా కంపెనీ అప్పుడు రిస్క్ ఫ్యాక్టర్ వర్తించే రేటు నిర్ణయించి వివిధ ఇతర అంశాల ఆధారంగా ప్రీమియంను లెక్కవేసి, దాన్ని బీమా చేసిన వ్యక్తికి తెలియజేయడం జరుగుతుంది.

C. ప్రాస్పెక్టస్ (Prospectus)

ప్రాస్పెక్టస్ అనేది బీమాదారు ద్వారా లేదా వారి తరపున బీమా కొనుగోలుదారుల(buyers)కు జారీ చేయబడిన డాక్యుమెంట్. ఇది సాధారణంగా బ్రోచర్ లేదా లీఫ్‌లెట్ రూపంలో ఉంటుంది లేదా ఎలక్ట్రానిక్ రూపంలో కూడా ఉంటుంది. అటువంటి కాబోయే కొనుగోలుదారులకు ఉత్పత్తి (product)ని పరిచయం చేసేందుకు ఇది ఉపయోగపడుతుంది. ప్రాస్పెక్టస్ జారీ (Issue) చేయడం అనేది ఇన్సూరెన్స్ యాక్ట్, 1938, ప్రొటెక్షన్ ఆఫ్ పాలసీ హోల్డర్స్ ఇంట్రెస్ట్ రెగ్యులేషన్స్ 2017 మరియు IRDAI హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేషన్స్ 2016 ద్వారా నిర్వహించబడుతుంది. ఆరోగ్య పాలసీల బీమా సంస్థలు సాధారణంగా వారి ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తుల గురించి ప్రాస్పెక్టస్‌లను ప్రచురిస్తాయి. అటువంటి సందర్భాలలో ప్రపోజల్ ఫారమ్‌లో, కస్టమర్ ప్రాస్పెక్టస్‌ని చదివి దానికి అంగీకరిస్తున్నట్లు డిక్లరేషన్ ఉంటుంది.

అధ్యాయం 4లో చర్చించినట్లుగా, బీమా చట్టం 1938లోని సెక్షన్ 64 VB ప్రీమియంలను ముందుగానే వసూలు చేయాలని నిర్దేశిస్తుంది. అయితే, COVID-19 వ్యాప్తి కారణంగా ఉన్న పరిస్థితుల దృష్ట్యా ఆరోగ్య బీమా ప్రీమియంల చెల్లింపును సులభతరం చేయవలసిన అవసరాన్ని పరిగణనలోకి తీసుకుని, IRDAI బీమా సంస్థలను వ్యక్తిగత ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తుల ప్రీమియంలను వాయిదాలలో వసూలు చేయడానికి అనుమతించింది. ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీలు వాయిదాలలో ప్రీమియంలు చెల్లించే సదుపాయం, వాటికి సంబంధించిన షరతులను తమ వెబ్సైట్లలో ప్రకటించాలని కూడా ఆదేశించబడింది. ఎలాంటి వివక్ష లేకుండా పాలసీదారులందరికీ ఈ సౌకర్యం అందించబడుతుంది.

D. పాలసీ డాక్యుమెంట్ (Policy Document)

ప్రొటెక్షన్ ఆఫ్ పాలసీ హోల్డర్స్ ఇంట్రెస్ట్ యాక్ట్ 2017 లోని IRDAI రెగ్యులేషన్స్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ పాలసీ డాక్యుమెంట్‌లో ఈ క్రింది వివరాలు ఉండాలి :

a) బీమా చేసిన వారు (పేరు(లు) చిరునామా(లు) మరియు ఈ బీమా విషయంలో ప్రమేయం ఉన్న ఇతర వ్యక్తుల పేరు(లు) చిరునామా(లు)

b) బీమా చేయబడిన వ్యక్తులు లేదా బీమా చేయడం పట్ల ఆసక్తి కలిగినవారి పూర్తి వివరాలు

c) బీమా వ్యక్తి చేసిన సమ్ అష్యూర్డ్ మరియు/లేదా రిస్కుల వారీగా సమ్ అష్యూర్డ్

d) ప్రొడక్ట్ UIN, పేరు, కోడ్ నెంబర్, సేల్స్ ప్రోసెస్‌లో పాల్గొన్న వ్యక్తి సంప్రదింపు వివరాలు;

e) బీమా చేసిన వ్యక్తి పుట్టిన తేదీ, దానికి తగ్గట్టు పూర్తయిన సంవత్సరాలలో వయస్సు;

f) బీమా కాల అవధి (period), పాలసీహోల్డర్ భారతదేశంలో ఏ బీమా సంస్థ నుండి అయినా ఎలాంటి అంతరాయమూ లేకుండా ఆరోగ్య బీమా రక్షణను పొందుతున్న మొదటి తేదీ

g) సంబంధిత పాలసీ సెక్షన్‌కి క్రాస్ రిఫరెన్స్‌తో సబ్-లిమిట్స్, దామాషా తగ్గింపులు (Proportionate Deductions) ప్యాకేజీ రేట్లు ఏవైనా ఉంటే; అవి

h) సహ-చెల్లింపు పరిమితులు (Co-pay limits) ఏవైనా ఉంటే; అవి

i) ముందు నుంచీ ఉన్న వ్యాధి (pre-existing disease (PED) మూలంగా వేచి ఉండవలసిన కాలం, వర్తిస్తే; అది

j) వర్తించే నిర్దిష్ట నిరీక్షణ కాలాలు (Specific waiting periods) ;

k) వర్తించే మినహాయింపులు (Deductible) - సాధారణ (general) మరియు నిర్దిష్టమైనవి (specific), ఏవైనా ఇతర రిస్కులు కవర్ చేయబడి మరియు మినహాయింపులు

l) చెల్లించాల్సిన ప్రీమియం, అది తాత్కాలికంగా సర్దుబాటుకు లోబడి ఉంటే, దాని వివరాలు, వాయిదాల పద్ధతి ఉంటే, వాటి కాలావధి (periodicity).

m) పాలసీ నిబంధనలు, షరతులు మరియు వారెంటీలు

n) పాలసీ క్రింద క్లెయిమ్‌కి దారితీసే అవకాశం ఉన్న ఆకస్మిక సంఘటన జరిగినప్పుడు బీమా చేసిన వ్యక్తి తీసుకోవలసిన చర్య

o) క్లెయిమ్‌కి దారితీసే సంఘటన జరిగినప్పుడు బీమా విషయానికి సంబంధించి బీమా చేసిన వ్యక్తి బాధ్యతలు (obligations) మరియు ఆ పరిస్థితులలో బీమాదారు హక్కులు

p) ఏవైనా ప్రత్యేక పరిస్థితులు

q) తప్పుడు ప్రాతినిధ్యం (misrepresentation), మోసం, వాస్తవాలను బహిర్గతం చేయకపోవడం లేదా బీమా చేసిన వ్యక్తి సహకరించకపోవడం వంటి కారణాలతో పాలసీని రద్దు చేసే నిబంధన

r) యాడ్-ఆన్ కవర్ల (Add-on covers) వివరాలు, ఏవైనా ఉంటే; అవి

s) ఫిర్యాదుల పరిష్కార యంత్రాంగం (Grievance Redressal mechanism), ఓంబడ్స్‌మెన్ చిరునామా వివరాలు

t) బీమాదారు ఫిర్యాదుల పరిష్కార విధానం వివరాలు;

u) ఫ్రీ-లుక్ పీరియడ్ సౌకర్యం, పోర్టబిలిటీ పరిస్థితులు;

v) పాలసీ మైగ్రేషన్ సౌకర్యం వర్తించే పరిస్థితులు

E. షరతులు మరియు వారెంటీలు (Conditions and Warranties)

ఇక్కడ, పాలసీ వర్డింగ్స్ ఉపయోగించే రెండు ముఖ్యమైన పదాలను వివరించడం ముఖ్యం. వీటిని షరతులు, వారెంటీలు అంటారు.

1. **షరతులు:** షరతు అనేది బీమా ఒప్పందంలోని భాగం, ఇది ఒప్పందానికి (అగ్రిమెంట్) ఆధారం.

ఉదాహరణలు:

a. అనేక బీమా పాలసీలలోని ప్రామాణిక షరతుల్లో ఒకటి ఇలా అంటోంది:

క్లెయిమ్ ఏ విధంగానైనా మోసపూరితమైనదైతే, లేదా ఏదైనా తప్పుడు ప్రకటన చేసినట్లయితే లేదా దానికి మద్దతుగా ఉపయోగించినట్లయితే లేదా ఏవైనా మోసపూరిత సాధనాలు లేదా పరికరాలను బీమా చేసిన వ్యక్తి లేదా అతని తరపున పనిచేసే ఎవరైనా, పాలసీ క్రింద ఏదైనా బెనిఫిట్ పొందేందుకు ఉపయోగించినట్లయితే లేదా ఉద్దేశపూర్వక చర్య ద్వారా లేదా బీమా చేసిన వ్యక్తి సహకారంతో చేసిన పని వల్ల నష్టం (loss) లేదా అపకారం సంభవిస్తే ఈ పాలసీ క్రింద ఉన్న అన్ని బెనిఫిట్స్‌ని కోల్పోతారు.

b. ఆరోగ్య పాలసీలో క్లెయిమ్ ఇంటిమేషన్ పరిస్థితి ఇలా ఉండవచ్చు:

ఆసుపత్రి నుండి డిశ్చార్జ్ అయిన తేదీ నుండి నిర్దిష్ట రోజులలోపు క్లెయిమ్ దాఖలు చేయాలి. అయితే, ఈ షరతుని కష్టతరమైన సందర్భాల్లో (cases of hardship) మాఫీ చేయవచ్చు.

షరతును ఉల్లంఘించడం వలన బీమాసంస్థ తమ ఇష్టానుసారంగా పాలసీ రద్దు చేసే అవకాశం ఉంది.

2. **వారంటీలు:** వారంటీ అనేది బీమాసంస్థకీ, బీమా చేసిన వ్యక్తికీ మధ్య జరిగిన ఒక ఒప్పందం, ఇది పూర్తిగా అమలు చేయబడాలి. ఇది పాలసీ డాక్యుమెంట్‌లో ఒక భాగం. ఉదాహరణకు, బీమా చేసిన వ్యక్తి ఒక నిపుణుడితో ఓ మూడు నెలలపాటు సంప్రదింపులు జరపాలనే షరతుపై బీమాదారు నిర్దిష్ట వ్యాధి పరిస్థితిని కవర్ చేయవచ్చు. పై ఉదాహరణలో, బీమా చేసిన వ్యక్తి ఒప్పందంలోని తన బాధ్యత నెరవేర్చడంలో

విఫలమైతే నిర్దిష్ట విభాగం/వారంటీకి సంబంధించి క్లెయిమ్‌ని తిరస్కరించడం లేదా తగ్గించడం జరుగుతుంది.

వారెంటీలు తప్పనిసరిగా పాటించాలి, మరియు, అవి ప్రమాదానికి సంబంధించినది అయినా కాకపోయినా వాటికి ఖచ్చితంగా అక్షరాలా కట్టుబడి ఉండాలి.

మీరేం నేర్చుకున్నారు 1

వారంటీకి సంబంధించి ఈ క్రింది స్టేట్మెంట్లలో ఏది సరైనది?

I. వారంటీ అనేది పాలసీలో పేర్కొనకుండా సూచించబడే షరతు

II. పాలసీ డాక్యుమెంట్లో వారంటీ ఒక భాగం

III. ఒక వారంటీ ఎల్లప్పుడూ బీమా చేసిన వ్యక్తికి విడిగా తెలియజేయబడుతుంది, అది పాలసీ డాక్యుమెంట్‌లో భాగం కాకూడదు

IV. వారంటీని ఉల్లంఘించినప్పటికీ క్లెయిమ్‌లు చెల్లించబడతాయి.

ఆరోగ్య బీమాలో ఎండార్స్‌మెంట్లు (Endorsements in Health Insurance)

పాలసీలను ప్రామాణిక రూపంలో జారీ చేయడం బీమా సంస్థల సంప్రదాయం; కొన్ని రిస్కులను కవర్ చేయడం మరికొన్నింటిని మినహాయించడం.

నిర్వచనం

జారీ చేసే సమయంలో పాలసీ నిర్దిష్ట నిబంధనలు షరతులను మార్చవలసి వస్తే, అది ఎండార్స్‌మెంట్ అనే డాక్యుమెంట్ ద్వారా సవరణలు/మార్పులను పొందుపరచడం ద్వారా జరుగుతుంది.

ఇది పాలసీకీ, ఫారమ్‌లకీ దానిలో భాగంగా చేర్చబడుతుంది. పాలసీ మరియు ఎండార్స్‌మెంట్ కలిసి ఒప్పందంగా ఉంటాయి. మార్పులు/సవరణలను రికార్డ్ చేయడానికి పాలసీ అమలు సమయంలో కూడా ఎండార్స్‌మెంట్లు జారీ చేయబడతాయి.

సంబంధిత సమాచారం మారినప్పుడల్లా, బీమా చేసిన వ్యక్తి దీనిని గమనించి, ఎండార్స్‌మెంట్ ద్వారా బీమా ఒప్పందంలో భాగంగా పొందుపరచమని బీమా కంపెనీకి తెలియజేయాలి.

సాధారణంగా పాలసీ క్రింద వీటికి సంబంధించిన ఎండార్స్‌మెంట్లు అవసరం:

a) సమ్ అష్యూర్డ్ లో వ్యత్యాసాలు/ మార్పులు

b) బీమా చేయబడిన కుటుంబ సభ్యులను చేర్చడం తొలగించడం

c) రుణం తీసుకోవడం, మరియు పాలసీని బ్యాంకుకు తనఖా పెట్టడం (mortgaging) ద్వారా బీమా సంస్థ ప్రమేయంలో మార్పు రావడం.

d) అదనపు రిస్కులను కవర్ చేయడానికి బీమా పొడిగింపు/ పాలసీ పిరియడ్ పొడిగింపు

e) రిస్కులో మార్పు, ఉదా. విదేశీ ట్రావెల్ పాలసీ (overseas travel policy) విషయంలో గమ్యస్థానాల మార్పు

f) బీమా రద్దు

g) పేరు లేదా చిరునామాలో మార్పు మొదలైనవి.

మీరేం నేర్చుకున్నారు 2

జారీ చేసే సమయంలో పాలసీ నిర్దిష్ట నిబంధనలు షరతులను సవరించాల్సిన అవసరం ఉన్నట్లయితే, అది ___________ ద్వారా సవరణలను సెట్ చేయడం ద్వారా చేయబడుతుంది.

I. వారంటీ

II. ఎండార్స్‌మెంట్

III. మార్పుచేర్పులు

IV. సవరణలు సాధ్యం కాదు

మీరేం నేర్చుకున్నారు- జవాబులు

జవాబు 1 -సరైన ఎంపిక II.

జవాబు 2 - సరైన ఎంపిక II.

అధ్యాయం H-03

ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తులు

అధ్యాయ పరిచయం

ఈ అధ్యాయం భారతదేశంలోని బీమా కంపెనీలు అందించే వివిధ ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తులపై సమగ్ర వివరాలను మీకు అందిస్తుంది. కేవలం మెడిక్లెయిమ్ అనే ఒక ఉత్పత్తి నుండి వివిధ రకాలైన వందలకొద్దీ ఉత్పత్తుల వరకు, కస్టమర్ తగిన కవర్‌ని ఎంచుకోవడానికి విస్తృత శ్రేణి (wide range) ఉంది. వ్యక్తులు, కుటుంబం సమూహాన్ని కవర్ చేయగల వివిధ ఆరోగ్య ఉత్పత్తుల లక్షణాలను ఈ అధ్యాయం వివరిస్తుంది.

మీరు ఇవి నేర్చుకుంటారు

A. ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తుల వర్గీకరణ

B. ఆరోగ్య బీమాలో ప్రమాణీకరణపై IRDA మార్గదర్శకాలు (Guidelines)

C. హాస్పిటలైజేషన్ నష్టపరిహారం ఉత్పత్తి (indemnity product)

D. టాప్-అప్ కవర్లు లేదా అధిక మినహాయింపుల (high deductible) బీమా ప్లాన్లు

E. సీనియర్ సిటిజన్ పాలసీ

F. ఫిక్స్‌డ్ బెనిఫిట్ కవర్లు - హాస్పిటల్ క్యాష్, తీవ్ర అనారోగ్యం (critical illness)

G. కాంబో-ప్రొడక్ట్స్

H. పేద వర్గాలకు సూక్ష్మ బీమా మరియు ఆరోగ్య బీమా

I. రాష్ట్రీయ స్వాస్థ్య బీమా యోజన

J. ప్రధాన మంత్రి జన్ ఆరోగ్య యోజన

K. ప్రధాన మంత్రి సురక్ష బీమా యోజన

L. వ్యక్తిగత ప్రమాదం మరియు వైకల్యం (disability) కవర్

M. విదేశీ ప్రయాణ బీమా (Overseas travel insurance)

N. గ్రూప్ హెల్త్ కవర్

O. ప్రత్యేక (Special) ప్రొడక్ట్స్

P. ఆరోగ్య పాలసీలలో కీలక పదాలు

ఈ అధ్యాయాన్ని అధ్యయనం చేసిన తర్వాత, మీరు వీటిని చేయగలరు:

a) ఆరోగ్య బీమా వివిధ వర్గాలను వివరించడం

b) ఆరోగ్య బీమాలో ప్రామాణీకరణపై IRDAI మార్గదర్శకాలను వివరించడం

c) ఈ రోజు భారతీయ మార్కెట్లో అందుబాటులో ఉన్న వివిధ రకాల ఆరోగ్య ఉత్పత్తుల గురించి చర్చించడం

d) వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా గురించి వివరించడం

e) విదేశీ ప్రయాణ బీమా గురించి చర్చించడం

f) ఆరోగ్య పాలసీలలో కీలకమైన నిబంధనలు, క్లాజులను అర్థం చేసుకోవడం

A. ఆరోగ్య బీమా ప్రొడక్ట్స్ వర్గీకరణ (Classification of health insurance products)

1. *ఆరోగ్య బీమా ప్రొడక్ట్స్ పరిచయం* (Introduction to health insurance products)

నిర్వచనం

"ఆరోగ్య బీమా వ్యాపారం" అనేది బీమా చట్టం, 1938లోని సెక్షన్ 2(6C) ప్రకారం *"ఇన్-పేషెంట్ లేదా అవుట్-పేషెంట్ అనారోగ్య బెనిఫిట్స్ లేదా వైద్య, శస్త్రచికిత్స లేదా ఆసుపత్రి ఖర్చుల బెనిఫిట్స్ ప్రభావం, ట్రావెల్ కవర్ మరియు వ్యక్తిగత ప్రమాద కవర్ ఒప్పందాలను సమకూర్చడం"* అని నిర్వచించింది .IRDAI ఆరోగ్య బీమా వ్యాపారం ఈ నిర్వచనాన్ని అనుసరిస్తుంది.

భారతీయ మార్కెట్లో లభించే ఆరోగ్య బీమా ప్రొడక్ట్స్ఎక్కువగా **హాస్పిటలైజేషన్ ప్రొడక్ట్స్** స్వభావాన్ని కలిగి ఉంటాయి. ఈ ప్రొడక్ట్స్ఒక వ్యక్తి ఆసుపత్రిలో చేరిన సమయంలో అయ్యే ఖర్చులను కవర్ చేస్తాయి.

అందువల్ల, ఆరోగ్య బీమా ప్రధానంగా రెండు కారణాల వల్ల ముఖ్యమైనది:

- ✓ ఏదైనా అనారోగ్యం సంభవించినప్పుడు **వైద్య సదుపాయాల కోసం చెల్లించడానికి ఆర్థిక సహాయం అందించడం.**
- ✓ అనారోగ్యం కారణంగా తుడిచిపెట్టుకుపోయే **వ్యక్తి పొదుపు** మొత్తాన్ని **భద్రపరచడం.**

ప్రస్తుతం దాదాపు అన్ని సాధారణ బీమా కంపెనీలు, స్టాండ్ఎలోన్ ఆరోగ్య బీమా సంస్థలు జీవిత బీమా సంస్థలు అందించే వందలాది ప్రొడక్ట్స్తో ఆరోగ్య బీమా విభాగం చాలా వరకు అభివృద్ధి చెందింది. ఏది ఏమైనప్పటికీ, మెడిక్లెయిమ్ పాలసీ బేసిక్ బెనిఫిట్ స్ట్రక్చర్ అయిన ఆసుపత్రిలో చేరే ఖర్చులను కవర్ చేయడం ఇప్పటికీ అత్యంత ప్రజాదరణ పొందిన బీమా రూపంగా ఉంది.

2. *ఆరోగ్య బీమా ప్రొడక్ట్స్ విస్తృత వర్గీకరణ* (Broad classification of health insurance products)

ప్రొడక్ట్ డిజైన్ ఏమైనప్పటికీ, ఆరోగ్య బీమా ప్రొడక్ట్స్ని స్థూలంగా రెండు వర్గాలుగా వర్గీకరించవచ్చు:

a) నష్టపరిహారం కవర్లు (Indemnity covers)

ఈ ప్రొడక్ట్స్ఆరోగ్య బీమా మార్కెట్లో ఎక్కువ భాగం ఆసుపత్రిలో చేరడం వల్ల అయ్యే వాస్తవ వైద్య ఖర్చులను చెల్లిస్తాయి.

b) ఫిక్స్డ్ బెనిఫిట్ కవర్లు (Fixed benefit covers)

దీన్ని 'హాస్పిటల్ క్యాష్' అని కూడా పిలుస్తారు, ఈ ప్రొడక్ట్స్ఆసుపత్రిలో చేరిన కాలానికి రోజుకు నిర్ణీత మొత్తాన్ని చెల్లిస్తాయి. కొన్ని ప్రొడక్ట్స్వివిధ శస్త్రచికిత్సల కోసం ముందుగా నిర్ణయించిన మొత్తాన్ని కూడా అందిస్తాయి.

3. *కస్టమర్ సెగ్మెంట్ ఆధారంగా వర్గీకరణ* (Classification based on customer segment)

టార్గెట్ కస్టమర్ సెగ్మెంట్ ఆధారంగా కూడా ప్రొడక్ట్స్ని వర్గీకరించవచ్చు. కస్టమర్ విభాగాల ఆధారంగా వర్గీకరించబడిన ప్రొడక్ట్స్:

a) రిటైల్ కస్టమర్లు, వారి కుటుంబ సభ్యులకు అందించబడే **వ్యక్తిగత కవర్ (Individual cover).**

b) **గ్రూప్ కవర్** కార్పొరేట్ క్లయింట్లకు అందించబడుతుంది, ఉద్యోగులు, గ్రూపు సభ్యులను కవర్ చేస్తుంది.

c) **మాస్ పాలసీలు**/ జనాభాలోని చాలా పేద వర్గాలను కవర్ చేసే ప్రధాన మంత్రి జన్ ఆరోగ్య యోజన/ వివిధ రాష్ట్ర ఆరోగ్య బీమా పథకాలు, మొదలైనవి.

ప్రతి విభాగానికి బెనిఫిట్ నిర్మాణాలు, ధర, అండర్రైటింగ్, మార్కెటింగ్ చాలా భిన్నంగా ఉంటాయి.

ఆరోగ్య బీమా కోసం నిబంధనలు (Regulations for Health Insurance) : ఆరోగ్య బీమా పాలసీలకి సంబంధించిన ఆరోగ్య నిబంధనలు, 2016లో కొన్ని ముఖ్యమైన మార్పులు తీసుకురాబడ్డాయి, వాటిలో కొన్ని క్రింద ఇవ్వబడ్డాయి:

1. లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీలు దీర్ఘకాలిక ఆరోగ్య ప్రొడక్ట్స్అందించగలవు, అయితే అటువంటి ప్రొడక్ట్స్ప్రీమియం కనీసం ప్రతి మూడు సంవత్సరాల వ్యవధిలో మారకుండా ఉండాలి, ఆ తర్వాత ప్రీమియం సమీక్షించబడి, అవసరమైన విధంగా సవరించబడుతుంది.

2. సాధారణ మరియు స్టాండ్ఎలోన్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీలు వ్యక్తిగత ఆరోగ్య ప్రొడక్ట్స్ని కనిష్టంగా ఒక సంవత్సరం, గరిష్టంగా మూడు సంవత్సరాల కాల వ్యవధితో అందించగలవు, ఆ కాల వ్యవధిలో ప్రీమియం మారదు.

3. బీమా కంపెనీలు వినూత్నమైన 'పైలట్-ప్రొడక్ట్స్' అందించవచ్చు. సాధారణ-బీమా సంస్థలు ఆరోగ్య-బీమా సంస్థలు, ఈ ప్రొడక్ట్స్ని 1 సంవత్సరం పాలసీ కాల వ్యవధికి అందించవచ్చు, కానీ 5 సంవత్సరాలకు మించకూడదు. క్రెడిట్ లింక్డ్ ప్రొడక్ట్స్తప్ప, గ్రూప్ హెల్త్ పాలసీలను ఏ బీమా సంస్థ

అయినా ఒక సంవత్సర కాల వ్యవధిలో అందించవచ్చు, ఈ కాలాన్ని ఐదు సంవత్సరాలకు మించని లోన్ వ్యవధి వరకు పొడిగించవచ్చు.

4. బీమా సదుపాయం పొందాలనే ముఖ్య ఉద్దేశ్యంతో గ్రూప్ ఏర్పడినప్పుడు గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ పాలసీ జారీ చేయబడదు. గ్రూప్ పరిమాణం బీమా సంస్థ నిర్ణయించిన విధంగా ఉంటుంది, ఇది కనీసం 7 గా నిర్ణయించబడి, దాని గ్రూప్ పాలసీలన్నింటికీ వర్తిస్తుంది.

5. సాధారణ బీమా సంస్థలూ, ఆరోగ్య బీమా సంస్థలూ కూడా క్రెడిట్ లింక్డ్ గ్రూప్ పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ పాలసీలను ఐదు సంవత్సరాలకు మించని లోన్ పిరియడ్ వరకు పొడిగించవచ్చు.

6. **మల్టిపుల్ పాలసీలు**-ఒకవేళ బీమా చేయబడినవారు ఫిక్స్డ్ బెనిఫిట్స్ అందించే ఒకటి కంటే ఎక్కువ బీమా కంపెనీల నుండి ఆరోగ్య పాలసీలను తీసుకున్నట్లయితే, బీమా చేయబడిన వ్యక్తికి క్లెయిమ్ చేయదగ్గ సంఘటన సంభవించినప్పుడు, ఇతర సారూప్య (similar) పాలసీల నుండి పొందిన మొత్తాలతో నిమిత్తం లేకుండా ప్రతి బీమా సంస్థా నిబంధనలకీ, పాలసీ కండిషన్స్ కీ అనుగుణంగా విడివిడిగా క్లెయిమ్ చెల్లించవలసి వుంటుంది.

   చికిత్స ఖర్చులను భర్తీ చేయడానికి ఒకటి లేదా అంతకంటే ఎక్కువ బీమా సంస్థల నుండి రెండు లేదా అంతకంటే ఎక్కువ పాలసీలను బీమా చేసిన వ్యక్తి తీసుకున్నట్లయితే, పాలసీహోల్డర్ తన పాలసీలలో ఏదైనా ఒకటి ఎంచుకుని క్లెయిమ్‌ని సెటిల్మెంట్ చేయమని అడిగే హక్కును కలిగి ఉంటారు. క్లెయిమ్ చెల్లించాల్సిన సంస్థ క్లెయిమ్ చెల్లింపు చేస్తుంది, మరియు ముందుగా ఎంచుకున్న పాలసీ/పాలసీలలో సమ్ అష్యూర్డ్ అయిపోనప్పటికీ, ముందుగా ఎంచుకున్న పాలసీ/పాలసీల క్రింద అనుమతించబడక మిగిలిన మొత్తాన్ని ఇతర పాలసీ/పాలసీల నుండి చెల్లించవచ్చు.

B. *ఆరోగ్య బీమాలో ప్రమాణీకరణపై* IRDA *మార్గదర్శకాలు* **(IRDA Guidelines on Standardization in health insurance)**

ఎన్నో బీమా సంస్థలు అనేక రకాల ప్రొడక్ట్స్‌ని అందించడంతో, వివిధ రకాల నిబంధనలు, మినహాయింపులూ, విభిన్న నిర్వచనాలతో, మార్కెట్‌లో గందరగోళం ఏర్పడింది. ప్రొడక్ట్స్‌ని సరిపోల్చడం, సరైన నిర్ణయం తీసుకోవడం కస్టమర్‌కి కష్టంగా మారింది. అంతేకాకుండా, తీవ్ర అనారోగ్యాన్ని (క్రిటికల్ ఇల్నెస్) కవర్ చేసే పాలసీలలో, క్రిటికల్ ఇల్నెస్ అంటే ఏమిటో, ఏది క్రిటికల్ ఇల్నెస్ కాదో అనే దానిపై స్పష్టమైన అవగాహన ఉండదు.

బీమా సంస్థలు, సర్వీస్ ప్రొవైడర్లు, TPAలు ఆసుపత్రుల మధ్య గందరగోళాన్ని తొలగించడానికి బీమా చేసే వ్యక్తుల ఇబ్బందులను తొలగించడానికి, రెగ్యులేటర్చే ఆరోగ్య బీమాలో ఒక రకమైన ప్రామాణికతను అందించడానికి ప్రయత్నించడం జరిగింది. సాధారణ అవగాహన ఆధారంగా, IRDA 2016 లో ఆరోగ్య బీమాలో ప్రామాణీకరణపై మార్గదర్శకాలను జారీ చేసింది, ఇది 2020లో మరింత సవరించబడింది. ఇవి ఇండెమ్నిటీ (నష్టపరిహార) ఆధారిత ఆరోగ్య బీమా (PA, దేశీయ/విదేశీ ప్రయాణం మినహా) ప్రొడక్ట్స్ని (వ్యక్తిగతంగానూ, గ్రూప్గానూ) అందజేసే సాధారణ ఆరోగ్య బీమా సంస్థలన్నింటికీ వర్తిస్తాయి.

మార్గదర్శకాలు (guidelines) ఇప్పుడు ఈ క్రింది విషయాలలో ప్రమాణీకరణ కోసం అందిస్తాయి:

1. సాధారణంగా ఉపయోగించే బీమా నిబంధనల నిర్వచనాలు
2. తీవ్ర అనారోగ్యాల (critical illnesses)నిర్వచనాలు
3. హాస్పిటలైజేషన్ నష్టపరిహారం (indemnity) పాలసీలలో ఖర్చుల ఐచ్ఛిక (optional)అంశాల లిస్ట్
4. క్లెయిమ్ ఫారాల ముందస్తు అనుమతి (pre-authorization) ఫారాలు
5. బిల్లింగ్ ఫార్మాట్లు
6. ఆసుపత్రుల డిశ్చార్జ్ సారాంశం
7. TPAలు, బీమా సంస్థలు, ఆసుపత్రుల మధ్య ప్రామాణిక ఒప్పందాలు (standard contracts)
8. కొత్త పాలసీల కోసం IRDAI అనుమతి పొందడానికి ప్రామాణిక ఫైల్ అండ్ యూజ్ ఫార్మాట్
9. మినహాయింపుల ప్రమాణీకరణ (Standardisation of exclusions)
10. అనుమతించబడని మినహాయింపులు (Exclusions)

C. హాస్పిటలైజేషన్ నష్టపరిహారం ప్రొడక్ట్)Hospitalization indemnity product)

హాస్పిటలైజేషన్ నష్టపరిహార ప్రొడక్ట్స్వ్యక్తులను ఆసుపత్రిలో చేరిన సందర్భంలో వారు పెట్టవలసిన ఖర్చుల నుండి రక్షణ కల్పిస్తాయి. చాలా సందర్భాలలో, వారు ఆసుపత్రిలో చేరడానికి ముందూ, తర్వాతా కూడా నిర్దిష్ట సంఖ్యలో కొన్ని రోజుల వరకూ పెట్టిన ఖర్చులను కూడా కవర్ చేస్తారు, కానీ ఆసుపత్రిలో చేరకుండానే చేసిన ఖర్చులను మినహాయిస్తారు.

మెడిక్లెయిమ్ అని పిలవబడే హాస్పిటలైజేషన్ నష్టపరిహార విధానం **'ఇండెమ్నిటీ' ప్రాతిపదికన పనిచేస్తుంది.** ఆసుపత్రిలో చేరే సమయంలో **అయ్యే ఖర్చులను కవర్ చేయడం ద్వారా ఇది పాలసీదారుకు నష్టపరిహారం ఇస్తుంది. కవర్ చేయని కొన్ని ఖర్చులు పాలసీ డాక్యుమెంట్లో పేర్కొనబడ్డాయి.**

ఉదాహరణ

రఘుకి అతని భార్య, 14 సంవత్సరాల కొడుకుతో కూడిన చిన్న కుటుంబం ఉంది. అతను ఒక ఆరోగ్య బీమా కంపెనీ నుండి అతని కుటుంబంలోని ప్రతి సభ్యునికి వ్యక్తిగతంగా ఒక్కొక్కరికి రు. 1 లక్ష కవర్ చేసే మెడిక్లెయిమ్ పాలసీని తీసుకున్నాడు. వారు ఆసుపత్రిలో చేరినట్లయితే వారిలో ప్రతి ఒక్కరికీ వైద్య ఖర్చుల నిమిత్తం 1 లక్ష రు. వరకూ వస్తుంది.

రఘు గుండెపోటు కారణంగా ఆసుపత్రిలో చేరాడు, అతడికి శస్త్రచికిత్స అవసరం. మెడికల్ బిల్లు రు. 1.25 లక్షలకు చేరింది. బీమా కంపెనీ ప్లాన్ కవరేజీ ప్రకారం రు.లక్ష చెల్లించగా, రఘు మిగిలిన రు. 25,000 తన సొంత జేబులోంచి ఇవ్వాల్సి ఉంటుంది.

నష్టపరిహారం ఆధారిత మెడిక్లెయిమ్ పాలసీ ప్రధాన లక్షణాలు క్రింద వివరించబడ్డాయి, **అయితే ప్రతి బీమా సంస్థ విక్రయించే** వివిధ **ప్రొడక్ట్స్‌కి కవర్ పరిమితులు, అదనపు మినహాయింపులు లేదా బెనిఫిట్స్ లేదా కొన్ని యాడ్-ఆన్స్ వర్తించవచ్చు.**

1. **ఇన్ పేషెంట్** గా అయ్యే **ఆసుపత్రి ఖర్చులు (Inpatient hospitalization expenses)**

   అనారోగ్యం/ప్రమాదం కారణంగా అయ్యే ఆసుపత్రి ఖర్చులను ఈ పాలసీ, బీమా చేసిన వ్యక్తికి చెల్లిస్తుంది. పాలసీకి ఆసుపత్రిలో ఉండవలసిన కనీస నిర్దేశిత పిరియడ్ (minimum prescribed period)ఉంటుంది (సాధారణంగా 24 గంటలు). ఆ తర్వాత పాలసీ నిబంధనలు అమల్లోకి వస్తాయి. అయితే ఈ పిరియడ్‌ని చేరుకున్న తర్వాత ఆసుపత్రిలో ఉన్న మొత్తం పిరియడ్‌కి సంబంధించిన ఖర్చులు చెల్లించబడతాయి.

ఈ క్రింద సూచించబడిన చికిత్సకు సంబంధించిన చాలా ఖర్చులు చెల్లించబడతాయి, అయితే వ్యక్తిగత సౌకర్యాలు, కాస్మెటిక్ సర్జరీలు వంటి కొన్ని ఖర్చులు చెల్లించబడవు. అందువల్ల పాలసీ పరిధిలోకి రాకుండా మినహాయించబడిన ఖర్చుల వంటి అంశాల గురించి కస్టమర్‌కి అవగాహన కల్పించడం చాలా ముఖ్యం.

i. ఆసుపత్రి/ నర్సింగ్ హోమ్ అందించే గది, బోర్డింగ్, నర్సింగ్ ఖర్చులు. ఇందులో నర్సింగ్ కేర్, RMO ఛార్జీలు, IV ఫ్లూయిడ్స్/ బ్లడ్ ట్రాన్స్ఫ్యూజన్ / ఇంజెక్షన్ అడ్మినిస్ట్రేషన్ ఛార్జీలు, ఇలాంటి ఖర్చులు ఉంటాయి.

ii. ఇంటెన్సివ్ కేర్ యూనిట్ (ICU) ఖర్చులు

iii. సర్జన్, అనస్థటిస్ట్, మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్, కన్సల్టెంట్స్, స్పెషలిస్ట్ ఫీజు

iv. అనస్థటిక్, రక్తం, ఆక్సిజన్ , ఆపరేషన్ థియేటర్ ఛార్జీలు, శస్త్రచికిత్స ఉపకరణాలు,

v. మెడిసన్స్, డ్రగ్స్,

vi. డయాలసిస్, కీమోథెరపీ, రేడియోథెరపీ

vii. పేస్‌మేకర్, ఆర్థోపెడిక్ ఇంప్లాంట్లు, ఇన్‌ఫ్రా కార్డియాక్ వాల్వ్ రీప్లేస్మెంట్స్, వాస్కులర్ స్టెంట్లు వంటి శస్త్రచికిత్సా ప్రక్రియలో అమర్చే ప్రొస్తెటిక్ పరికరాల ధర

viii. సంబంధిత ప్రయోగశాల/రోగనిర్ధారణ పరీక్షలు చికిత్సకు సంబంధించిన ఇతర వైద్య ఖర్చులు

ix. బీమా చేసిన వ్యక్తికి అవయవ మార్పిడికి సంబంధించి దాత(donor) తో సహా ఆసుపత్రి ఖర్చులు (అవయవ ఖర్చు మినహాయించి).

2. డే కేర్ విధానాలు (Day Care Procedures)

ప్రత్యేక ఆసుపత్రులలో, చేరవలసిన అవసరం లేకుండానే చేయగలిగిన అనేక శస్త్రచికిత్సలు ఉన్నాయి. కంటి శస్త్రచికిత్సలు, కీమోథెరపీ వంటి చికిత్సలు; డయాలసిస్ మొదలైన వాటిని డే-కేర్ సర్జరీల క్రింద వర్గీకరించవచ్చు, ఈ లిస్ట్ నానాటికీ పెరుగుతూనే ఉంది. ఇవి కూడా పాలసీ పరిధిలోకి వస్తాయి.

3. ఔట్ పేషెంట్ కవర్ (OPD cover)

OPD కవర్స్ ని అందిస్తున్న అతి తక్కువ కొన్ని ప్రొడక్ట్స్‌తో, భారతదేశంలో ఔట్ పేషెంట్ ఖర్చుల కవరేజీ ఇప్పటికీ చాలా పరిమితంగానే ఉంది. అయితే డాక్టర్ విజిట్స్, రెగ్యులర్ వైద్య పరీక్షలు, డెంటల్ మరియు ఫార్మసీ ఖర్చులతో కూడుకున్న ఔట్ పేషెంట్ సంబంధిత హెల్త్ కేర్ ఖర్చులను అందించే కొన్ని ప్లాన్లు ఉన్నాయి.

4. ఆసుపత్రిలో చేరడానికి ముందూ, తర్వాతా ఖర్చులు (Pre and post hospitalization) expenses)

i. ఆసుపత్రిలో చేరే ముందు ఖర్చులు (Pre hospitalization expenses)

ఆసుపత్రిలో చేరడం అనేది అత్యవసరంగా ఆసుపత్రిలో చేరడం లేదా ప్లాన్ ప్రకారం కూడా కావచ్చు. ఒక రోగి ఒక ప్లాన్ చేయబడిన సర్జరీ కోసం వెళితే, ఆసుపత్రిలో చేరడానికి ముందు అతనికి అయ్యే ఖర్చులు ఉంటాయి. అలాంటి ఖర్చులను ప్రీ హాస్పిటలైజేషన్ ఖర్చులు అంటారు

నిర్వచనం

ఈ ఖర్చులు బీమా చేయబడిన వ్యక్తి ఆసుపత్రిలో చేరడానికి ముందు వెచ్చించబడి, బీమా చేయబడిన వ్యక్తి ఆసుపత్రిలో చేరడానికి ముందు, పూర్వనిర్ధారిత (predefined) రోజులలో చేసిన వైద్య ఖర్చులు అని అర్థం, మరియు

a) బీమా చేయబడిన వ్యక్తి ఆసుపత్రిలో ఏ పరిస్థితిలో చేరవలసి వచ్చిందో అదే పరిస్థితికి చేయబడే వైద్య ఖర్చులు, మరియు

b) అలాంటి హాస్పిటలైజేషన్ ఖర్చులు చెల్లించాలంటే, ఇన్-పేషెంట్ హాస్పిటలైజేషన్ క్లెయిమ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీచే ఆమోదయోగ్యమై ఉండాలి.

ఆసుపత్రిలో చేరే ముందు ఖర్చులు పరీక్షలు, మందులు, వైద్యుల ఫీజులు మొదలైన వాటి రూపంలో ఉండవచ్చు. ఆసుపత్రిలో చేరడానికి సంబంధించిన ఖర్చులన్నీ ఇటువంటి ఆరోగ్య పాలసీల క్రింద కవర్ చేయబడతాయి.

ii. ఆసుపత్రి నుండి వచ్చిన తర్వాత అయ్యే ఖర్చులు (Post hospitalization expenses)

చాలా సందర్భాలలో బీమా చేయబడిన వ్యక్తి ఆసుపత్రి నుండి డిశ్చార్జ్ అయిన వెంటనే రికవరీ మరియు ఫాలో-అప్ కి సంబంధించిన అనేక ఖర్చులు ఉంటాయి.

ఈ రెండు రకాల ఖర్చులూ ఈ క్రింది సందర్భాల్లో ఆమోదయోగ్యమైనవి (admissible)-

a) బీమా చేయబడిన వ్యక్తి ఆసుపత్రిలో ఎందుకు చేరవలసి వచ్చిందో దానికి సంబంధించిన ఖర్చు ఉండాలి, మరియు

b) అలాంటి హాస్పిటలైజేషన్ కోసం ఇన్-పేషెంట్ హాస్పిటలైజేషన్ క్లెయిమ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీకి ఆమోదయోగ్యమై ఉండాలి.

ఆసుపత్రి నుంచి వచ్చిన తర్వాత నిర్వచించబడిన (defined) రోజుల వరకు, అదే ఆరోగ్య పరిస్థితికి సంబంధిత ఈ వైద్య ఖర్చులు క్లెయిమ్ లో భాగంగా పరిగణించబడతాయి.

ఆసుపత్రి నుండి డిశ్చార్జ్ అయిన తర్వాత అయ్యే ఖర్చులు, ఔషధాలు, మందులు, వైద్యుల సమీక్ష మొదలైన వాటి రూపంలో ఉండవచ్చు. అలాంటి ఖర్చులు ఆసుపత్రిలో తీసుకున్న చికిత్సకు సంబంధించినవి అయి ఉంటేనే ఆరోగ్య పాలసీల క్రింద కవర్ చేయబడతాయి.

హాస్పిటలైజేషన్‌కి ముందూ, తర్వాతా కూడా చేసే ఖర్చులను భరించే కవర్ పీరియడ్ (duration) బీమా సంస్థ నుండి బీమా సంస్థకు మారుతూ ఉంటుంది. పాలసీలో నిర్వచించబడినప్పటికీ, చాలా ఎక్కువగా ప్రాచుర్యంలో ఉన్న కవర్ **ఆసుపత్రిలో చేర**క **ముందు** మరియు తరువాత **ముప్పై రోజులు** మరియు **అరవై రోజులదే**.

పాలసీ క్రింద గల బీమా మొత్తంలో ప్రీ భాగమై పోస్ట్-హాస్పిటలైజేషన్ ఖర్చులు భాగంగా ఉంటాయి.

iii. డొమిసిలియరీ హాస్పిటలైజేషన్ (Domiciliary Hospitalization)

iv. అనారోగ్యంతో ఆసుపత్రిలో చేరాల్సిన అవసరం ఉన్న రోగులకు, ఆసుపత్రులలో వసతి లేకపోవడం వల్ల గానీ లేదా ఆసుపత్రికి తరలించలేని స్థితిలో ఇంట్లోనే ఉండడం గానీ జరిగితే చికిత్స పొందడానికి కూడా దీనివల్ల అవకాశం ఉంది.

నిబంధన దుర్వినియోగం కాకుండా నిరోధించడానికి, ఈ కవర్ సాధారణంగా **మూడు నుండి ఐదు రోజుల అదనపు** సమయ మినహాయింపు **(excess clause) ను కలిగి ఉంటుంది,** అంటే మొదటి మూడు నుండి ఐదు రోజుల చికిత్స ఖర్చులను బీమా చేసిన వ్యక్తి భరించాలి. ఆస్తమా, బ్రోంకైటిస్, డయాబెటిస్ మెల్లిటస్, హైపర్ టెన్షన్, ఇన్ఫ్లూయంజా దగ్గు, జలుబు, జ్వరాలు మొదలైన కొన్ని దీర్ఘకాలిక లేదా సాధారణ వ్యాధులకు నివాస చికిత్సలను కవర్ మినహాయించింది.

ఉదాహరణ

మీరా ఆసుపత్రిలో చేరితే ఖర్చుల కవరేజీ ఉండే ఆరోగ్య బీమా పాలసీని తీసుకుంది. పాలసీలో 30 రోజుల ప్రారంభ (initial) వెయిటింగ్ పిరియడ్‌నిబంధన ఉంది. దురదృష్టవశాత్తు, ఆమె పాలసీ తీసుకున్న 20 రోజుల తర్వాత, మీరా మలేరియా బారిన పడింది, 5 రోజులు ఆసుపత్రిలో ఉంది. ఆమె భారీగా ఆసుపత్రి బిల్లులు చెల్లించాల్సి వచ్చింది.

ఆమె బీమా కంపెనీ నుండి రీయింబర్స్‌మెంట్ అడిగినప్పుడు, పాలసీ తీసుకున్న 30 రోజుల వెయిటింగ్ పీరియడ్ లో ఆసుపత్రిలో చేరిన సంఘటన జరిగినందున వారు క్లెయిమ్ చెల్లింపును తిరస్కరించారు.

a) అందుబాటులో ఉన్న కవరేజ్ ఎంపికలు (COVERAGE OPTIONS AVAILABLE)

i. **వ్యక్తిగత *కవరేజ్* (Individual coverage):** బీమా చేయబడిన వ్యక్తి తనను తాను కవర్ చేసుకోవడంతో బాటు జీవిత భాగస్వామి, తనపై ఆధారపడిన పిల్లలు, ఆధారపడిన తల్లిదండ్రులు, అత్తమామలు, ఆధారపడిన తోబుట్టువులు మొదలైన కుటుంబ సభ్యులను కూడా కవర్ చేసుకోవచ్చు. కొన్ని బీమా సంస్థలు కవర్ చేయగల డిపెండెంట్ల (ఆధారపడినవారు)పై అవకాశాలు పెట్టవు. బీమా చేయబడిన ప్రతి

వ్యక్తికి ఎంపిక చేయబడిన ప్రత్యేక బీమా మొత్తం (సమ్ అష్యూర్డ్)తో ఒకే పాలసీ క్రింద అలా ఆధారపడిన ప్రతి ఒక్కరినీ బీమాతో కవర్ చేయడం సాధ్యమవుతుంది. అటువంటి కవర్లలో, పాలసీ క్రింద బీమా చేయబడిన ప్రతి వ్యక్తి పాలసీ అమలులో వున్న సమయంలో తన సమ్ అష్యూర్డ్ లో గరిష్ట మొత్తాన్ని క్లెయిమ్ చేయవచ్చు. బీమా చేయబడిన ప్రతి వ్యక్తికి అతని వయస్సు ఎంచుకున్న సమ్ అష్యూర్డ్ మరియు ఇతర రేటింగ్ కారకాల (factors) ఆధారంతో ప్రీమియం నిర్ధారణ చేయబడుతుంది.

ii. **ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ (Family floater)**: ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ అని పిలువబడే మరొక తరహాలో పాలసీలో, జీవిత భాగస్వామి, ఆధారపడిన పిల్లలు ఆధారపడిన తల్లిదండ్రులతో కూడిన కుటుంబానికి ఒకే సమ్ అష్యూర్డ్ అందించబడుతుంది, ఇది మొత్తం కుటుంబానికి వర్తిస్తుంది.

ఉదాహరణ

ఫ్లోటర్ పాలసీ నలుగురితో కూడిన కుటుంబానికి రు. 5 లక్షలు తీసుకుంటారు, అంటే పాలసీ పిరియడ్‌లో, ఇది ఒకరి కంటే ఎక్కువ కుటుంబ సభ్యులకు సంబంధించిన క్లెయిమ్‌లను లేదా కుటుంబంలోని ఒకే సభ్యుని మల్టిపుల్ క్లెయిమ్‌లను చెల్లిస్తుంది. ఇవన్నీ కలిపి మొత్తం కవరేజీ రు. 5 లక్షలకి మించకూడదు. బీమా కోసం సాధారణంగా ప్రతిపాదించిన కుటుంబంలో అందరి కంటే పెద్ద సభ్యుని వయస్సు ఆధారంగా ప్రీమియం ఛార్జ్ చేయబడుతుంది.

ఈ రెండు పాలసీల క్రింద కవర్లు, మినహాయింపులు ఒకేలా ఉంటాయి. ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ పాలసీలు మార్కెట్లో జనాదరణ పొందుతున్నాయి, ఎందుకంటే మొత్తం కుటుంబానికి బీమా చేయబడిన తగిన ఎక్కువ మొత్తపు కవరేజీ లభిస్తుంది, దీనిని ప్రీమియంతో ఎక్కువ స్థాయిలో కూడా ఎంచుకోవచ్చు.

ముందుగా ఉన్న వ్యాధులు (Pre-Existing diseases)

ఊహించని విధంగా జరిగే ప్రమాదాలు/వ్యాధులు మొదలైన వాటిని కవర్ చేయడానికి బీమా రూపొందించబడింది. ఇప్పటికే ఉన్న వైద్య సమస్యల చికిత్సకు అయ్యే ఖర్చులను కవర్ చేయడం బీమాలో భాగం కాదు, ఎందుకంటే ఇది, కొంతమందికి ఇప్పటికే ఉన్న అనారోగ్యాల చికిత్సల ఖర్చులు చెల్లించడం, ఆరోగ్యవంతమైన వ్యక్తులకు అన్యాయం చేసినట్టు అవుతుంది. రిస్క్ పూల్స్‌ని తయారుచేసి, సారూప్యమైన రిస్కులను కవర్ చేయాలన్న సూత్రానికి ఇది విరుద్ధంగా ఉంటుంది. కాబట్టి, ఆరోగ్య పాలసీని జారీ చేసే ముందు బీమా చేయబడిన ప్రతి వ్యక్తికి ఇప్పటికే ఉన్న అనారోగ్యాలు/ గాయాల వివరాలను సేకరించడం చాలా ముఖ్యం. ఇది బీమా కోసం చేసే ప్రపోజల్‌ను ఆమోదించడం, సరైన ప్రీమియంలు వసూలు చేయడం/లేదా క్లెయిమ్‌లు చేయడానికి ఎక్కువ అవకాశం ఉన్న వారికి అదనపు షరతులను అందించడంపై బీమా సంస్థ నిర్ణయం తీసుకునేందుకు సహకరిస్తుంది.

ముందుగా ఉన్న వ్యాధి అంటే ఏమిటి (What is a pre-existing disease)?

పాలసీని ప్రారంభించే ముందు 48 నెలలలోపు బీమా పొందిన వ్యక్తికి వచ్చిన వ్యాధులు ముందుగా ఉన్న వ్యాధులుగా పరిగణించబడతాయి. అదే తర్కం ఆధారంగా, ఒక వ్యక్తి 48 నెలల పాటు నిరంతరంగా బీమా కవర్ చేయబడిన తర్వాత, ముందుగా ఉన్న వ్యాధులను మినహాయించడానికి బీమా సంస్థలు అనుమతించబడవు.

నూతనీకరణ (Renewability): హెల్త్ కేర్ పాలసీలు ఒక సంవత్సరం కాలావధి కలిగి ఉన్నప్పటికీ, ప్రతి సంవత్సరం తాజా పాలసీని జారీ చేయవలసి ఉన్నప్పటికీ, IRDAI అన్ని పాలసీలకు జీవితకాల రెన్యువల్‌ను తప్పనిసరి చేసింది.

ప్రత్యేక ఫీచర్లు (SPECIAL FEATURES)

ప్రొడక్ట్ లో కొత్త ఫీచర్లు అందించడానికీ, ధరలను అదుపు చేయడానికీ బీమా కంపెనీలు ప్రొడక్ట్స్‌లో వినూత్నమైన మార్పులను తీసుకువచ్చాయి. ఉదాహరణకు, 2000కి ముందు అత్యంత ప్రజాదరణ పొందిన మెడిక్లెయిమ్ పాలసీ అనేక మార్పులకు గురైంది. కవరేజీకి కొత్త ప్రత్యేక ఫీచర్లు జోడించబడ్డాయి. ప్రాథమిక నష్టపరిహారం (basic indemnity) కవర్‌కి కొన్ని ఫీచర్లు జోడించబడ్డాయి. ఈ ఫీచర్ల విషయంలో ఒక బీమా సంస్థకీ, మరో బీమా సంస్థకీ మధ్యనా, ఒక ప్రొడక్ట్‌కీ, మరో ప్రొడక్ట్‌కీ మధ్యనా మార్పులు ఉండవచ్చు. ఫీచర్లు అన్ని ప్రొడక్ట్స్‌కీ ఒకే విధంగా అందుబాటులో ఉండకపోవచ్చు.

i. సబ్-లిమిట్స్ మరియు వ్యాధి నిర్దిష్ట పరిమితి (Sub limits and Disease specific capping)

కొన్ని ప్రొడక్ట్స్‌కి వ్యాధి నిర్దిష్ట క్యాపింగ్ ఉంటుంది. ఉదా. కంటిశుక్లం (Cataract).

కొన్నింటిలో గది అద్దెపై సబ్ లిమిట్స్ కూడా ఉన్నాయి, ఉదా. రోజుకు గది అద్దె సమ్ అష్యూర్డ్ లో 1%కి, మరియు ICU ఛార్జీలు సమ్ అష్యూర్డ్ లో 2%కి పరిమితం చేయబడ్డాయి. ICU ఛార్జీలు, OT ఛార్జీలు, సర్జన్ ఫీజులు వంటి ఇతర హెడ్స్ క్రింద ఖర్చులు కూడా ఎంచుకున్న గది అద్దెకి అనుసంధానించబడినందున, గది అద్దె క్యాపింగ్, ఇతర హెడ్స్ క్రింద ఖర్చులనూ, మరియు అందువల్ల మొత్తం ఆసుపత్రి ఖర్చులనూ పరిమితం చేయడంలో సహాయపడుతుంది.

ii. కో-పేమెంట్ (సహ-చెల్లింపు, సాధారణంగా కో-పే అని పిలుస్తారు)

సహ-చెల్లింపు (కో-పేమెంట్) అనేది ఆరోగ్య బీమా పాలసీ క్రింద ఖర్చు భాగస్వామ్య పద్ధతిగా IRDAI చే నిర్వచించబడింది, దీనికి అనుగుణంగా, ఆమోదించదగిన క్లెయిమ్‌ల మొత్తంలో నిర్దిష్ట శాతాన్ని పాలసీహోల్డర్/బీమా చేసిన వ్యక్తి భరించవలసి ఉంటుంది. సహ-చెల్లింపు, బీమా మొత్తాన్ని తగ్గించదు.

కో-పేమెంట్ అనేది ఆరోగ్య పాలసీ క్రింద ప్రతి క్లెయిమ్‌ల కొంత భాగాన్ని బీమా చేసిన వ్యక్తి భరించే భావన. ప్రొడక్ట్‌ని బట్టి ఇవి తప్పనిసరి లేదా స్వచ్ఛందంగా ఉండవచ్చు. కో-పేమెంట్ అనవసరమైన ఆసుపత్రిలో చేరకుండా చేసి, బీమా చేసినవారిలో ఒక నిర్దిష్ట క్రమశిక్షణను తీసుకువస్తుంది. బీమా చేయబడిన వ్యక్తి తన ఆరోగ్య సంరక్షణ ఎంపికలను ఎంచుకోవడంలో జాగ్రత్త వహించి, విలాసవంతమైన వాటిని నివారించేలా ఇది నిర్ధారిస్తుంది.

బీమా చేయబడిన సంఘటన సంభవించినప్పుడు, అనేక ఆరోగ్య పాలసీలలో బీమా చేయబడిన నష్టంలో కొంత భాగాన్ని పంచుకోవాల్సిన అవసరం ఉంటుంది. ఉదా బీమా చేయబడిన నష్టం రు. 20000 అయితే, పాలసీలో కో-పేమెంట్ మొత్తం 10% అయితే, బీమా చేసిన వ్యక్తి రు. 2000 భరించాలి.

iii. మినహాయింపు/అదనం (Deductible/ Excess)

అధ్యాయం 5లో వివరించినట్లుగా, 'మినహాయింపు' (Deductible), 'ఎక్సెస్' అని కూడా పిలుస్తారు, ఇది ఖర్చు-భాగస్వామ్య (cost-sharing) నిబంధన. హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ పాలసీ క్రింద, ఏదైనా బెనిఫిట్స్‌ని చెల్లించే ముందు నష్టపరిహారం పాలసీల విషయంలో, నిర్దిష్ట మొత్తానికి బీమా కంపెనీ బాధ్యత వహించదని, ఆసుపత్రి క్యాష్ పాలసీల విషయంలో నిర్దిష్ట సంఖ్యలో రోజులు/గంటల పాటు వర్తించదని తెలియజేస్తుంది. ఆరోగ్య పాలసీలలో, ఇది బీమా కంపెనీ ద్వారా క్లెయిమ్‌ని చెల్లించడానికి ముందుగా చెల్లించాల్సిన నిర్ధారిత మొత్తం. ఉదాహరణకు, పాలసీలో మినహాయింపు రు. 10,000 అయితే క్లెయిమ్ చేయబడిన ప్రతి బీమా నష్టం (ఇన్స్యూర్డ్ లాస్)లోనూ బీమా చేసిన వ్యక్తి మొదట రు. 10,000 చెల్లించాలి. మరింత వివరంగా చెప్పాలంటే, క్లెయిమ్ రు. 80,000 అయితే, బీమా చేసిన వ్యక్తి మొదటగా రు.10,000 చెల్లిస్తాడు, బీమా కంపెనీ రు. 70,000 చెల్లిస్తుంది. మినహాయించదగినది బీమా మొత్తాన్ని (సమ్ అష్యూర్డ్) తగ్గించదు.

ఆసుపత్రి క్యాష్ పాలసీల విషయంలో నిర్దిష్ట రోజులు/గంటలు కూడా మినహాయించబడవచ్చు, ఇది బీమా సంస్థ ద్వారా ఏదైనా బెనిఫిట్స్ ని చెల్లించే ముందు విధించబడుతుంది.

ఒక ఏజెంట్, బీమా చేసిన వ్యక్తికి మినహాయించదగినది సంవత్సరానికా, జీవితానికా లేదా ఒక్కో సంఘటనకు వర్తిస్తుందా అని తప్పనిసరిగా పరిశీలించి, నిర్దిష్ట మినహాయింపును తెలియజేయాలి.

iv. వెయిటింగ్ పీరియడ్

పాలసీ ప్రారంభించినప్పటి నుండి 30 రోజుల వెయిటింగ్ పీరియడ్ సాధారణంగా ఏదైనా క్లెయిమ్ చేయడానికి చాలా పాలసీలలో వర్తిస్తుంది. అయితే ప్రమాదం కారణంగా ఆసుపత్రిలో చేరేందుకు ఇది వర్తించదు.

v. నిర్దిష్ట వ్యాధుల కోసం వేచి ఉండవలసిన కాలం (Waiting periods for specific diseases)

చికిత్స ఆలస్యం చేయగల, ప్లాన్ చేయగల వ్యాధులకు ఇది వర్తిస్తుంది. ప్రొడక్ట్‌ని బట్టి ఒకటి/రెండు/నాలుగు సంవత్సరాల వెయిటింగ్ పిరియడ్స్ని బీమా కంపెనీలు విధిస్తాయి. ఈ పిరియడ్‌ముగిసిన తర్వాత మాత్రమే ఈ రుగ్మతల చికిత్సకు క్లెయిమ్‌లలు చెల్లించబడతాయి. కంటిశుక్లం, నిరపాయమైన ప్రోస్టాటిక్ హైపర్ట్రోఫీ, మెనోరాగియా లేదా ఫైబ్రోమయోమా కోసం హిస్టెరెక్టమీ, హెర్నియా, హైడ్రోసెల్, కంజినిటల్ ఇంటర్నల్ డిసీజ్, మలద్వారంలో ఫిస్టులా, పైల్స్, సైనసిటిస్ సంబంధిత రుగ్మతలు మొదలైనవి, ఈ కోవకి చెందినవి.

vi. డే కేర్ ప్రక్రియ కోసం కవరేజ్ (Coverage for Day care procedure)

మెడికల్ సైన్స్ పురోగతి, ఇంతకు ముందే చర్చించినట్లుగా, డే కేర్ విభాగంలో పెద్ద సంఖ్యలో ప్రొసీజర్స్ ని చేర్చడం చూసింది.

vii. ప్రీ పాలసీ చెక్ అప్ ఖర్చు (Cost of pre policy check up)

గతంలో వైద్య పరీక్షల ఖర్చు పూర్తిగా, పాలసీ తీసుకోబోయే వారే భరించేవారు కానీ ఇప్పుడు బీమా సంస్థ ప్రపోజల్‌ను ఆమోదించినట్లయితే, 50% నుండి 100% వరకు ఈ ఖర్చును రీయింబర్స్ చేస్తుంది. ఇప్పుడు IRDAI హెల్త్ చెక్-అప్ ఖర్చులలో కనీసం 50% బీమా సంస్థ భరించాలని ఆదేశించింది.

viii. యాడ్-ఆన్ కవర్స్ (Add on covers)

యాడ్-ఆన్ కవర్స్ అని పిలవబడే వివిధ కొత్త అదనపు కవర్లను కొన్ని బీమా సంస్థలు ప్రవేశపెట్టాయి. వాటిలో కొన్ని:

- ✓ **మెటర్నిటీ కవర్:** రిటైల్ పాలసీల క్రింద ఇంతకుముందు మెటర్నిటీ అందించబడలేదు కానీ ఇప్పుడు చాలా మంది బీమా సంస్థలు వివిధ వెయిటింగ్ పీరియడ్లతో అందిస్తున్నాయి.
- ✓ **క్రిటికల్ ఇల్నెస్ కవర్:** ప్రాణాపాయకరమైన ఖరీదైన చికిత్స అవసరమున్న కొన్ని వ్యాధుల కోసం పై చివరకి చెందిన (High-end version) ప్రొడక్ట్స్‌క్రింద ఒక ఎంపికగా అందుబాటులో ఉంటుంది.
- ✓ **సమ్ అష్యూర్డ్ రీఇన్‌స్టేట్‌మెంట్**: క్లెయిమ్ చెల్లింపు తర్వాత, అదనపు ప్రీమియం చెల్లించడం ద్వారా సమ్ అష్యూర్డ్ (క్లెయిమ్ చెల్లించిన తర్వాత తగ్గుతుంది, కాబట్టి) అసలు పరిమితికి పునరుద్ధరించబడుతుంది.
- ✓ **ఆయుష్ - ఆయుర్వేదం - యోగా - యునాని - సిద్ధ - హోమియోపతికి కవరేజ్:** ఆసుపత్రిలో చేరే ఖర్చులలో కొంత శాతం వరకు ఆయుష్ చికిత్సకు సంబంధించిన ఖర్చులను పాలసీలు కవర్ చేస్తాయి.

ix. **వేల్యూ యాడెడ్ కవర్లు (Value added covers)**

కొన్ని నష్టపరిహారం ప్రొడక్ట్స్‌క్రింద పేర్కొన్న వేల్యూ యాడెడ్ కవర్లను కలిగి ఉంటాయి. పాలసీ షెడ్యూల్ లోని ప్రతి కవర్ లోనూ మొత్తం సమ్ అష్యూర్డ్ ని మించకుండా, పేర్కొన్న సమ్ అష్యూర్డ్ పరిమితి వరకు బెనిఫిట్స్ చెల్లించబడతాయి.

- ✓ **ఔట్ పేషెంట్ కవర్:** భారతదేశంలోని ఆరోగ్య బీమా ప్రొడక్ట్స్‌ఎక్కువగా ఇన్-పేషెంట్ ఆసుపత్రి ఖర్చులను మాత్రమే కవర్ చేస్తాయి. కొన్ని కంపెనీలు ఇప్పుడు కొన్ని హై-ఎండ్ ప్లాన్ల క్రింద ఔట్-పేషెంట్ ఖర్చులకు పరిమిత కవర్ ని అందిస్తున్నాయి.

- ✓ **హాస్పిటల్ క్యాష్:** ఇది నిర్ణీత పిరియడ్‌లో ఆసుపత్రిలో చేరిన ప్రతి రోజుకు నిర్ణీత మొత్తం చెల్లిస్తుంది. సాధారణంగా పాలసీలోని 2/3 రోజుల డిడక్టబుల్ మినహాయించి 7 రోజుల వరకూ మంజూరు చేయబడుతుంది. అందువల్ల, ఆసుపత్రిలో ఉన్న కాలం మినహాయింపు కాలానికి మించి ఉంటే మాత్రమే ఈ బెనిఫిట్ అమలు అవుతుంది. ఇది హాస్పిటలైజేషన్ క్లెయిమ్‌కి అదనమే కానీ పాలసీ ఓవరాల్ సమ్ అష్యూర్డ్ లేదా ప్రత్యేక ఉప-పరిమితి (separate sub-limit) తో ఉండవచ్చు.

- ✓ **రికవరీ బెనిఫిట్:** అనారోగ్యం /లేదా ప్రమాదం కారణంగా ఆసుపత్రిలో ఉన్న మొత్తం పిరియడ్ 10 రోజుల కంటే తక్కువ ఉండకపోతే ఏకమొత్తంగా బెనిఫిట్ చెల్లించబడుతుంది

- ✓ **దాత ఖర్చులు (Donor's expenses):** పాలసీలో నిర్వచించిన నిబంధనలు షరతుల ప్రకారం ప్రధాన అవయవ మార్పిడి విషయంలో దాతకి ఖర్చులను రీయింబర్స్‌మెంట్ చేస్తుంది.

- ✓ **అంబులెన్స్ రీయింబర్స్‌మెంట్:** పాలసీ షెడ్యూల్లో పేర్కొన్న నిర్దిష్ట పరిమితి వరకు బీమా చేయబడిన/బీమా చేసిన వ్యక్తి అంబులెన్సుకి అయ్యే ఖర్చులు తిరిగి చెల్లించబడతాయి.

- ✓ **తోడుగా ఉన్న వ్యక్తికి అయ్యే ఖర్చులు:** ఆసుపత్రిలో చేరిన సమయంలో బీమా చేయబడిన రోగికి తోడుగా ఉండే సమయంలో ఆహారం, రవాణా కోసం వారితో పాటు వచ్చే వ్యక్తికి అయ్యే ఖర్చులను కవర్ చేయడానికి ఇది ఉద్దేశించబడింది. పాలసీ నిబంధనల ప్రకారం ఒకేసారి ఏక మొత్తం చెల్లింపు లేదా రీయింబర్స్‌మెంట్ చెల్లింపు పద్ధతిలో, పాలసీ షెడ్యూల్లో పేర్కొన్న పరిమితి వరకు చెల్లించబడుతుంది.

- ✓ **కుటుంబ (Family) నిర్వచనం:** కుటుంబ నిర్వచనం కొన్ని ఆరోగ్య ప్రొడక్ట్ లలో మార్పులకు గురైంది. అంతకుముందు, ప్రాథమిక (primary) బీమా చేసినవారు, జీవిత భాగస్వామి, ఆధారపడిన పిల్లలకు కవర్ మంజూరు చేయబడింది. ఇప్పుడు అదే పాలసీ క్రింద తల్లిదండ్రులు, అత్తమామలకు కూడా రక్షణ కల్పించే పాలసీలు ఉన్నాయి.

x. **వైద్య సలహాను పొందడంలో లేదా అనుసరించడంలో వైఫల్యం లేదా చికిత్సను అనుసరించడంలో వైఫల్యం (Failure)**

ముందుగా ఉన్న వ్యాధులతో (pre-existing diseases)బాధపడుతున్న వ్యక్తులకు మొదట్లో ఆరోగ్య బీమా రక్షణ నిరాకరించబడింది. అటువంటి వారికి ఇప్పుడు అటువంటి వ్యాధులను మినహాయించి కవర్ అందిస్తున్నారు.

స్టాండర్డ్ హెల్త్ ప్రొడక్ట్ – ఆరోగ్య సంజీవని : కోవిడ్-19 మహమ్మారి నేపథ్యంలో, IRDAI అన్ని బీమా కంపెనీలను, సులభంగా అర్థం చేసుకునేలా, నిబంధనలు, షరతులలో ఎటువంటి వైవిధ్యాలూ లేకుండా ఆరోగ్య సంజీవని అనే ప్రామాణిక ఆరోగ్య ప్రొడక్ట్ ని తీసుకురావాలని కోరింది. అయితే ప్రతి కంపెనీ వెలకట్టే విధానాన్ని బట్టి ప్రీమియం మారవచ్చు. మార్కెట్లో హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ నీ మెరుగ్గా చొచ్చుకుపోయేలా చేయడానికే ఇలా చేయడం జరిగింది. ఆరోగ్య సంజీవని అనే ఈ ప్రొడక్ట్‌ని అన్ని బీమా సంస్థలూ అందించాలి. [ఇలా చేయడానికి కారణం ఏమిటంటే, మార్కెట్లో వివిధ ఆరోగ్య బీమాలు అందుబాటులో ఉన్నాయి. కస్టమర్లు వాటిని పోల్చుకోలేక గందరగోళానికి గురవుతున్నారు.]

ఆరోగ్య సంజీవని బీమా పాలసీ క్రింద ఈ క్రింది రెండు రకాల ప్లాన్లు అందుబాటులో ఉన్నాయి:

- **వ్యక్తిగత ప్లాన్ (Individual Plan)**: ఒకే ఒక వ్యక్తి ఆరోగ్య సంజీవని పాలసీకి లబ్ధిదారుడు.
- **ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ ప్లాన్**: పాలసీహోల్డర్ కుటుంబ సభ్యుల్లో ఒకరి కంటే ఎక్కువ మంది ఆరోగ్య సంజీవని ప్లాన్ లబ్ధిదారులు కావచ్చు.

ఈ ప్రొడక్ట్ గది అద్దె ICU ఛార్జీలపై క్యాపింగ్ తో వస్తుంది, అయితే ఇది 50% పరిమితితో ఆధునిక చికిత్స మరియు స్టెమ్ సెల్ థెరపీని కూడా కవర్ చేస్తుంది.

D. టాప్-అప్ కవర్లు లేదా అధిక మినహాయింపు)high deductibleబీమా ప్లాన్లు (

టాప్-అప్ కవర్ ని హై డిడక్టబుల్ పాలసీ అని కూడా అంటారు. బీమా కంపెనీ ద్వారా ఆఫర్ చేయబడే టాప్-అప్ పాలసీలు, హై సమ్స్ (అధిక మొత్తాలు) కవర్ ని అందిస్తాయి. అవి నిర్దేశిత (specified) మొత్తం కంటే చాలా ఎక్కువ (థ్రెషోల్డ్ అని పిలుస్తారు)గా ఉంటాయి. ఈ పాలసీ తక్కువ సమ్ అష్యూర్డ్ ప్రాథమిక ఆరోగ్య కవర్ తో పాటే ఉండి తులనాత్మకంగా సరసమైన ప్రీమియంతో వస్తుంది. ఉదాహరణకు, వారి యజమానులచే కవర్ చేయబడిన వ్యక్తులు అదనపు రక్షణ కోసం టాప్-అప్ కవర్‌ని కూడా ఎంచుకోవచ్చు (మొదటి పాలసీ బీమా మొత్తాన్ని థ్రెషోల్డ్ గా ఉంచడం).

టాప్-అప్ పాలసీ క్రింద క్లెయిమ్‌ని స్వీకరించడానికి అర్హత పొందాలంటే, ప్లాన్ క్రింద ఎంచుకున్న మినహాయించదగిన (లేదా థ్రెషోల్డ్) స్థాయి కంటే వైద్య ఖర్చులు ఎక్కువగా ఉండాలి. మరియు హై డిడక్టబుల్ ప్లాన్ క్రింద డిడక్టబుల్ కంటే ఎక్కువైన, వైద్య చికిత్సకి ఖర్చయిన మొత్తం చెల్లించబడుతుంది.

ఉదాహరణ

ఒక వ్యక్తి అతని యజమాని ద్వారా రు. 3 లక్షలు సమ్ అష్యూర్డ్‌కి కవర్ చేయబడ్డాడు. అతను ఆ మూడు లక్షలకి పైన రు. 10 లక్షల టాప్-అప్ పాలసీని ఎంచుకోవచ్చు. ఒకసారి ఆసుపత్రికి అయ్యే ఖర్చు రు. 5 లక్షలు అయితే, బేసిక్ పాలసీ రు. మూడు లక్షల వరకు మాత్రమే కవర్ చేస్తుంది. టాప్-అప్ కవర్ తో మిగిలిన మొత్తం రు. రెండు లక్షలు టాప్-అప్ పాలసీ ద్వారా చెల్లించబడతాయి.

టాప్-అప్ పాలసీలు చౌకగా వస్తాయి. సింగిల్ రు. 10 లక్షల పాలసీ ప్రీమియం, రు. మూడు లక్షల పైన మరో రు. 10 లక్షల టాప్-అప్ పాలసీ కంటే చాలా ఎక్కువ.

ఈ కవర్లు వ్యక్తిగత ప్రాతిపదిక (basis) మీద, కుటుంబ ప్రాతిపదికన అందుబాటులో ఉంటాయి, టాప్-అప్ ప్లాన్‌లో ఆసుపత్రిలో చేరిన ప్రతిసారీ డిడక్టబుల్ అమౌంట్‌ని దాటవలసి ఉంటుంది. అయితే పాలసీ పిరియడ్‌లో ఆసుపత్రిలో వరసగా చేరుతూనే ఉండాల్సి వచ్చిన సందర్భాల్లో ఆదుకునే కొన్ని డిడక్టబుల్ టాప్-అప్ ప్లాన్లను ఇండియన్ మార్కెట్లో అగ్రిగేట్ బేస్డ్ హై డిడక్టబుల్ ప్లాన్లు లేదా సూపర్ టాప్-అప్ కవర్ అని పిలుస్తారు. ఒక సూపర్ టాప్-అప్ ప్లాన్ డిడక్టబుల్ అమౌంట్ కి పైన ఉన్న అన్ని హాస్పిటలైజేషన్ ఖర్చులను కలిపి (సూపర్ టాప్-అప్ ప్లాన్ పరిమితి వరకు) కవర్ చేస్తుంది, అంటే, డిడక్టబుల్ ఒక సంవత్సరంలోని అన్ని క్లయిమ్స్‌కీ కలిపి వర్తింపజేయబడుతుంది. కాబట్టి, ఒకసారి డిడక్టబుల్ చెల్లిస్తే, తదుపరి క్లెయిమ్‌ల కోసం ప్లాన్ పని చేయడం మొదలవుతుంది.

E. సీనియర్ సిటిజన్ పాలసీ (Senior Citizen's Policy)

నిర్దిష్ట వయస్సు తర్వాత తరచుగా కవరేజీ తిరస్కరింపబడే వృద్ధులకు (ఉదా. 60 ఏళ్లు పైబడిన వ్యక్తులు) కవర్ అందించేలా ఈ ప్లాన్లు రూపొందించబడ్డాయి. కవరేజ్ మరియు మినహాయింపుల (exclusions) నిర్మాణం, హాస్పిటలైజేషన్ పాలసీ లాగానే ఉంటుంది.

కవరేజ్, మరియు వెయిటింగ్ పీరియడ్ సెట్ చేయడంలో వృద్ధుల వ్యాధులపై ప్రత్యేక శ్రద్ధ పెట్టబడుతుంది. ప్రవేశ వయస్సు ఎక్కువగా 60 సంవత్సరాల పైబడి ఉండి అది జీవితాంతం రెన్యూవబుల్ గా ఉంటుంది. సమ్ అష్యూర్డ్ రు.50,000 నుండి రు.5,00,000 వరకూ ఉంటుంది. కొన్ని అనారోగ్యాలకు వర్తించే వెయిటింగ్ పీరియడ్‌లో తేడా ఉంటుంది.

ఉదాహరణ: కేటరాక్ట్ కి ఒక బీమా సంస్థ 1 సంవత్సరం వెయిటింగ్ పెట్టుకుంటే, మరొక బీమా సంస్థ ఆ వెయిటింగ్ పిరియడ్‌ని 2 సంవత్సరాలకి పెట్టుకుని ఉండవచ్చు.

ఉదాహరణ: సైనసైటిస్ అనేది కొంతమంది బీమా సంస్థల వెయిటింగ్ పీరియడ్ క్లాజ్ లో ఉండదు కానీ మరికొంత మంది దీనిని తమ వెయిటింగ్ పీరియడ్ క్లాజ్ లో చేర్చారు.

కొన్ని పాలసీలు ముందు నుంచీ ఉన్న వ్యాధులకు సంబంధించి వెయిటింగ్ పీరియడ్ లేదా క్యాపింగ్ కలిగి ఉంటాయి. ప్రీ-పోస్ట్ హాస్పిటల్ ఖర్చులు హాస్పిటల్ క్లెయిమ్‌లలో కొంత శాతంగా గానీ లేదా సబ్ లిమిట్ గా గానీ, ఏది ఎక్కువ అయితే అది చెల్లించబడుతుంది. కొన్ని పాలసీలలో అవి 30/60 రోజులు, మరి కొన్నింటిలో 60/90 రోజుల నిర్దిష్ట పిరియడ్‌లోపు ఖర్చులు వంటి విలక్షణ నష్టపరిహార ప్లాన్ (typical indemnity)లను అనుసరిస్తాయి.

అన్ని ఆరోగ్య బీమా సంస్థలు మరియు TPAలు సీనియర్ సిటిజన్ల ఆరోగ్య బీమా సంబంధిత క్లెయిమ్‌ల ఫిర్యాదులను పరిష్కరించడానికి ప్రత్యేక ఛానెల్ ని ఏర్పాటు చేయాలని IRDAI ఆదేశించింది.

F. ఫిక్స్డ్ బెనిఫిట్ కవర్లు హాస్పిటల్ –క్యాష్, క్రిటికల్ ఇల్నెస్ (Fixed benefit covers – Hospital Cash, Critical Illness)

ఈ కవర్ క్రింద, బీమా చేసిన వ్యక్తి, ఏదైనా ఒక చికిత్స కోసం అతను ఖర్చు చేసిన మొత్తంతో సంబంధం లేకుండా క్లెయిమ్ అమౌంట్ గా ఒక నిర్ణీత మొత్తాన్ని పొందుతాడు. ఈ ప్రొడక్ట్ లో, ENT, ఆప్తాల్మాలజీ, అబ్స్టెట్రిక్స్, గైనకాలజీ మొదలైన విభాగాల క్రింద సాధారణంగా జరిగే చికిత్సలు పేర్కొనబడ్డాయి, వీటిలో ప్రతిదానికి గరిష్ట చెల్లింపు పాలసీలో పేర్కొనబడింది.

క్లెయిమ్‌ని ప్రాసెస్ చేయడానికి పాలసీ క్రింద వ్యాధి కవరేజీ మరియు ఆసుపత్రిలో చేరినట్లు రుజువూ సరిపోతాయి కాబట్టి ఈ పాలసీలు చాలా సులభం. కొన్ని ప్రొడక్ట్స్ ఫిక్స్డ్ బెనిఫిట్ కవర్‌తో పాటు డైలీ క్యాష్ బెనిఫిట్ ప్యాకేజీ చేస్తాయి.

పాలసీలో పేర్కొన్న లిస్ట్ లో చోటు చేసుకోని శస్త్రచికిత్సలు/చికిత్స కోసం నిర్ణీత మొత్తాన్ని చెల్లించేందుకు అనువుగా ఒక నిబంధన చేయబడింది. పాలసీ పిరియడ్‌లో వివిధ చికిత్సల కోసం మల్టిపుల్ క్లెయిమ్‌లు సాధ్యమవుతాయి. అయితే క్లెయిమ్‌ల మొత్తాలు చివరకు పాలసీ క్రింద ఎంచుకున్న సమ్ అష్యూర్డ్ కి పరిమితం చేయబడతాయి.

ఫిక్స్‌డ్ బెనిఫిట్ బీమా పథకాలలో కొన్ని :

- ✓ **హాస్పిటల్** డైలీ క్యాష్ బీమా పథకాలు

✓ తీవ్ర (Critical) అనారోగ్య బీమా పథకాలు

1. హాస్పిటల్ డైలీ క్యాష్ పాలసీ (HOSPITAL DAILY CASH POLICY)

a) రోజుకు మొత్తం పరిమితి (Per day amount limit)

ఆసుపత్రిలో చేరిన ప్రతి రోజుకీ బీమా చేయబడిన వ్యక్తికి ఆసుపత్రి క్యాష్ కవరేజీ నిర్ణీత మొత్తాన్ని అందిస్తుంది. రోజుకు క్యాష్ కవరేజీ మారవచ్చు (ఉదాహరణకు) రోజుకు రు. 1,500 నుండి రోజుకు రు. 5,000 లేదా అంతకంటే ఎక్కువ. డైలీ క్యాష్ చెల్లింపుపై ఒక అనారోగ్యానికి మరియు పాలసీ పిరియడ్‌కి గరిష్ట పరిమితి నిర్ధారించబడుతుంది, ఇది సాధారణంగా వార్షిక పాలసీ.

b) చెల్లింపు రోజుల సంఖ్య (Number of payment days)

ఈ పాలసీ కొన్ని వేరియంట్స్ లో, అనుమతించబడిన డైలీ క్యాష్ రోజుల సంఖ్య, చికిత్స తీసుకుంటున్న వ్యాధితో ముడిపడి ఉంటుంది. చికిత్సల వివరాలతో ఉన్న లిస్ట్, మరియు ప్రతి ఒక్క చికిత్సకీ స్టే డ్యూరేషన్ నిర్దేశించబడింది, ఇది ప్రతి ఒక్క రకానికీ చెందిన ప్రొసీజర్/అనారోగ్యానికి అనుమతించబడే డైలీ క్యాష్ బెనిఫిట్ ని పరిమితం చేస్తుంది.

c) స్టాండ్‌ఎలోన్ కవర్ లేదా యాడ్-ఆన్ కవర్

ఆసుపత్రి డైలీ క్యాష్ పాలసీ కొన్ని బీమా సంస్థలు స్టాండ్‌ఎలోన్ పాలసీగా అందిస్తే, ఇతర సందర్భాల్లో, ఇది సాధారణ నష్టపరిహార పాలసీకి యాడ్-ఆన్ కవర్‌గా లభిస్తోంది. ఒక నిర్ణీత మొత్తం చెల్లింపు రూపంలో చికిత్స మరియు వాస్తవ ఖర్చుతో సంబంధం లేకుండా తాత్కాలిక ఖర్చులను కవర్ చేయడానికి ఈ పాలసీలు బీమా చేసిన వ్యక్తికి సహాయపడతాయి. ఇది ఈ పాలసీతో పాటు నష్టపరిహార ఆధారిత ఆరోగ్య బీమా పథకం క్రింద తీసుకోబడిన ఏదైనా పాలసీ క్రింద కూడా చెల్లింపును అందిస్తుంది.

d) సప్లిమెంటరీ కవర్

తక్కువ ప్రీమియం గల ఈ పాలసీలు సాధారణ ఆసుపత్రి ఖర్చుల పాలసీని భర్తీ చేయగలవు, ఎందుకంటే ఇవి తాత్కాలిక ఖర్చులకు పరిహారం అందిస్తాయి, మరియు మినహాయింపులు, కో-పేమెంట్ మొదలైన నష్టపరిహారం పాలసీ క్రింద చెల్లించలేని ఖర్చులను కూడా భరిస్తాయి.

e) కవర్ కి గల ఇతర బెనిఫిట్స్

బీమా సంస్థ దృష్టికోణంలో, ఈ ప్లాన్ కి అనేక బెనిఫిట్స్ ఉన్నాయి, ఎందుకంటే ఇది కస్టమర్ కి వివరించడం సులభం, అందువల్ల మరింత సులభంగా విక్రయించవచ్చు. ఇది వైద్య ద్రవ్యోల్బణాన్ని (inflation)

అధిగమించింది, ఎందుకంటే ఆసుపత్రి ఖర్చులతో నిమిత్తం లేకుండా చేరే కాలావధికి రోజుకు ఒక నిర్ణీత మొత్తం చెల్లించబడుతుంది. మరియు, అటువంటి బీమా కవర్లు మరియు క్లెయిమ్‌ల సెటిల్మెంట్ల ఆమోదం ఎంతో సరళీకృతం చేయబడింది.

2. తీవ్ర అనారోగ్య **పాలసీ (CRITICAL ILLNESS POLICY)**

వైద్య శాస్త్రంలో పురోగతితో, ప్రజలు కేన్సర్, స్ట్రోక్స్, గుండెపోటు వంటి కొన్ని ప్రధాన వ్యాధుల నుండి బయటపడుతున్నారు. పూర్వ కాలంలో అయితే ఇలాంటి వ్యాధులు మరణానికి దారితీసేవి. అయినప్పటికీ, ఒక పెద్ద అనారోగ్యం నుండి బయటపడటం వలన చికిత్స కోసం, మరియు చికిత్స తర్వాత జీవన వ్యయాల కోసం భారీగా ఖర్చువుతుంది. తీవ్రమైన అనారోగ్యం ఒక వ్యక్తి ఆర్థిక భద్రతకు ముప్పు కలిగిస్తుంది. అటువంటి సందర్భాలలో అన్ని వైద్య ఖర్చులను కవర్ చేయడానికి ప్రాథమిక ఆరోగ్య బీమా పాలసీ సరిపోకపోవచ్చు.

క్రిటికల్ ఇల్నెస్ పాలసీలో, నిర్దిష్టంగా పేర్కొన్న తీవ్ర అనారోగ్యం నిర్ధారణ జరిగితే ఒకేసారి పెద్ద మొత్తం చెల్లించే సదుపాయం ఉంది. భారీ ఖర్చులను చూసుకోవడానికి సమ్ అష్యూర్డ్ ఎక్కువగా ఉంటుంది.

భారతదేశంలో, క్రిటికల్ ఇల్నెస్ (CI) బెనిఫిట్స్ ని సాధారణంగా జీవిత బీమా సంస్థలు లైఫ్ పాలసీలకు రైడర్లుగా విక్రయిస్తారు వారు అందించే రెండు రకాల కవర్లు - యాక్సిలరేటెడ్ CI బెనిఫిట్ ప్లాన్ , స్టాండ్ఎలోన్ CI బెనిఫిట్ ప్లాన్ . ఇందులో ఏది ఏమిటోనని అయోమయంలో పడకుండా చూడడానికి, IRDA హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ ప్రమాణీకరణ మార్గదర్శకాల క్రింద 22 అత్యంత సాధారణ తీవ్ర అనారోగ్యాల నిర్వచనాలు ప్రామాణికం చేయబడ్డాయి.

బీమా సంస్థలు ప్రొడక్ట్స్‌లో కవర్ చేసే తీవ్ర (critical) అనారోగ్యాలు మారుతూ ఉంటాయి. సాధారణంగా 100% సమ్ అష్యూర్డ్ తీవ్ర అనారోగ్యం నిర్ధారణపై చెల్లించబడుతుంది. కొన్ని సందర్భాల్లో పాలసీ నిబంధనలు, షరతులూ అనారోగ్య తీవ్రత ఆధారంగా పరిహారం సమ్ అష్యూర్డ్ లో 25% నుండి 100% వరకు మారుతుండవచ్చు.

పాలసీ క్రింద చెల్లించాల్సిన బెనిఫిట్ కోసం పాలసీ ప్రారంభించినప్పటి నుండి 90 రోజుల వెయిటింగ్ పీరియడ్, మరియు అనారోగ్య నిర్ధారణ తర్వాత 30 రోజుల సర్వైవల్ నిబంధన ఉంది. ముఖ్యంగా 45 ఏళ్లు పైబడిన వారికి నిశితమైన వైద్య పరీక్షలు నిర్వహించాలి.

బీమా చేసిన వ్యక్తికి సంబంధించి పాలసీ క్రింద పరిహారం (compensation) చెల్లించిన తర్వాత, పాలసీ ముగుస్తుంది. ఈ పాలసీ గ్రూప్‌లకు ప్రత్యేకించి తమ ఉద్యోగుల కోసం పాలసీలు తీసుకునే కార్పొరేట్లకు కూడా అందించబడుతుంది.

వ్యాధి నిర్దిష్ట (Specific) ప్రొడక్ట్స్- కరోనా కవచ్

జూన్ 2020లో, దేశం అనేక కరోనా వైరస్ ఇన్ఫెక్షన్ (కోవిడ్-19) కేసులను ఎదుర్కొంటున్నప్పుడు, కోవిడ్-19 పాజిటివ్ నిర్ధారణపై ఒకేసారి చెల్లింపును అందించే అనేక బెనిఫిట్స్ ఆధారిత ప్రొడక్ట్స్‌ను మార్కెట్ లో ప్రవేశపెట్టారు. తర్వాత కొన్ని కంపెనీలు నష్టపరిహార ఆధారిత ప్రొడక్ట్స్‌ను కూడా ప్రవేశపెట్టాయి. అయినప్పటికీ, PPE కిట్లు, ఆక్సిమీటర్ మొదలైన అనేక వినియోగ వస్తువులు క్వారంటైన్ ఖర్చుల వంటివి ఈ ప్రొడక్ట్స్‌లో చోటుచేసుకోలేదు.

IRDAI *కరోనా కవచ్, కరోనా రక్షక్ (లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ సెక్షన్ క్రింద విడిగా చర్చించబడింది)* అనే రెండు ప్రామాణిక ఆరోగ్య బీమా పాలసీలతో ముందుకు వచ్చింది. సాధారణ ఆరోగ్య బీమా సంస్థలు *కరోనా కవచ్* కి నష్టపరిహార (indemnity) ఆధారిత ప్రామాణిక కోవిడ్-19 ప్రొడక్ట్ గా అందించడం తప్పనిసరి అయితే, బెనిఫిట్-బేస్డ్ ప్రొడక్ట్ గా అందజేస్తున్న *కరోనా రక్షక్* బీమా సంస్థలకు ఐచ్ఛికం. రెండు ప్రొడక్ట్స్‌కీ 15 రోజుల వెయిటింగ్ పీరియడ్ ఉంటుంది.

కరోనా రక్షక్ అనేది కోవిడ్-19 ద్వారా ప్రభావితమైన బీమా చేయబడిన వ్యక్తులకు ఏకమొత్తంలో బెనిఫిట్ అందించడానికి రూపొందించబడిన ప్రామాణిక బెనిఫిట్ ఆధారిత ఆరోగ్య బీమా. ఇందులో కనీసం 72 గంటల పాటు ఆసుపత్రిలో చేరి ఉండాల్సి ఉంటుంది. ఈ ప్లాన్ 18 నుండి 65 సంవత్సరాల మధ్య వయస్సు గల వ్యక్తులకు వ్యక్తిగత ప్రాతిపదికన కవరేజీని అందిస్తుంది, 3.5 నెలలు, 6.5 నెలలు 9.5 నెలల విభిన్న పాలసీ నిబంధనలతో వన్ -టైమ్ బెనిఫిట్ పాలసీగా బెనిఫిట్ చెల్లింపుతో ముగుస్తుంది. *కరోనా రక్షక్* రు. 50,000 గుణకాలలో రు. 50,000 నుండి రు. 2.5 లక్షల మొత్తంతో కూడిన బీమా ఎంపికలను అందిస్తుంది. ఈ పాలసీ ప్రత్యేకతలు (i) పూర్తి బీమా బెనిఫిట్, (ii) ఎకనామికల్ ప్రీమియం, (iii) ఒకే మొత్తంలో క్లెయిమ్, (iv) 15 రోజుల స్వల్ప వెయిటింగ్ పిరియడ్ (v) టాక్స్ బెనిఫిట్స్.

జూన్ 2020లో IRDAI జారీ చేసిన మార్గదర్శకాల ప్రకారం ***కరోనా కవచ్*** క్రింది కవరేజీని అందిస్తుంది:

1. ప్రభుత్వ అధీకృత డయాగ్నస్టిక్ సెంటర్ లో కోవిడ్-19 పాజిటివ్ నిర్ధారణ అయితే కోవిడ్-19 చికిత్స కోసం అయ్యే ఆసుపత్రి ఖర్చులు ఈ క్రింది వాటిని కవర్ చేస్తాయి: (కనీసం 24 గంటలైనా ఆసుపత్రిలో ఉంటే ఈ ఖర్చులు అనుమతించబడతాయి.)

   a. హాస్పిటల్ / నర్సింగ్ హోమ్ అందించే గది, బోర్డింగ్, నర్సింగ్ ఖర్చులు.

   b. సర్జన్ , అనస్థటిస్ట్, మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్, కన్సల్టెంట్స్, స్పెషలిస్ట్ ఫీజు

c. అనస్థీషియా, రక్తం, ఆక్సిజన్ , ఆపరేషన్ థియేటర్ ఛార్జీలు, సర్జికల్ ఉపకరణాలు, వెంటిలేటర్ ఛార్జీలు, మెడిసన్స్, డ్రగ్స్, డయాగ్నస్టిక్స్ కోసం ఖర్చులు, డయాగ్నొస్టిక్ ఇమేజింగ్ పద్ధతులు, PPE కిట్, గ్లోవ్స్, మాస్క్, ఇంకా ఇలాంటి ఇతర ఖర్చులు

d. ఇంటెన్సివ్ కేర్ యూనిట్ (ICU) / ఇంటెన్సివ్ కార్డియాక్ కేర్ యూనిట్ (ICCU) ఖర్చులు.

e. ఆసుపత్రిలో చేరిన ప్రతి సారీ రోడ్ అంబులెన్స్ కి అయ్యే ఖర్చులు గరిష్టంగా రు.2000/-.

2. హోమ్ కేర్ ట్రీట్మెంట్ క్రింద పేర్కొన్న షరతులకు లోబడి (ఇవే సంపూర్ణమైనవి కావు) ఒక్కో సంఘటనకు గరిష్టంగా 14 రోజుల వరకు ఇంట్లో చికిత్స పొందేందుకు అయ్యే ఖర్చులు:

a. వైద్య నిపుణుడు బీమా చేయబడిన వ్యక్తికి ఇంట్లోనే చికిత్స చేయించుకోవాలని సలహా ఇస్తారు.

b. చికిత్స రికార్డులను నిర్వహించడంతో సహా ప్రతి రోజు ఒక వైద్యుడు ఆరోగ్య స్థితిని నిరంతరం పర్యవేక్షిస్తూ ఉంటాడు.

3. చికిత్స చేసే వైద్యుడు సూచించిన COVID చికిత్సకు సంబంధించిన ఇతర ఖర్చులు,

a. ఇంట్లో లేదా డయాగ్నస్టిక్స్ సెంటర్లో నిర్వహించబడే రోగనిర్ధారణ పరీక్షలు

b. వ్రాతపూర్వకంగా సూచించిన మందులు

c. మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్ కన్సల్టేషన్ ఛార్జీలు

d. వైద్య సిబ్బందికి సంబంధించిన నర్సింగ్ ఛార్జీలు

e. ఔషధాల పేరెంటరల్ అడ్మినిస్ట్రేషన్ కి పరిమితమైన వైద్య విధానాలు

f. పల్స్ ఆక్సిమీటర్, ఆక్సిజన్ సిలిండర్ నెబ్యులైజర్ ధరలు

అదనపు (Additional) కవర్ - హాస్పిటల్ డైలీ క్యాష్: ఈ పాలసీ క్రింద హాస్పిటలైజేషన్ క్లెయిమ్ ఆమోద యోగ్యమైతే కోవిడ్ చికిత్స కోసం ఆసుపత్రిలో గడిపిన ప్రతి 24 గంటలకూ రోజుకు సమ్ అష్యూర్డ్ లో 0.5% బీమా సంస్థ చెల్లిస్తుంది.

స్టాండర్డ్ వెక్టర్ బార్న్ డిసీజ్ హెల్త్ పాలసీ (Standard Vector Borne Disease Health Policy):

IRDAI ఫిబ్రవరి 3, 2021 నాటి మార్గదర్శకాల ప్రకారం వెక్టర్ బోర్న్ వ్యాధుల కోసం ప్రామాణిక ప్రొడక్ట్స్ క్రింది కవరేజీని అందించాలని నిర్ణయించాయి:

1. **హాస్పిటలైజేషన్ బెనిఫిట్ (Hospitalization Benefit):** కనిష్టంగా 72 గంటల పాటు ఆసుపత్రిలో చేరాల్సిన అవసరం ఉండే ఈ క్రింది వెక్టర్ బోర్న్ వ్యాధి (ల)లో ఏదైనా ఉన్నట్లు నిర్ధారణ జరిగితే బీమా చేసిన మొత్తంలో 100%కి సమానమైన మొత్తం బెనిఫిట్‌గా చెల్లించబడుతుంది.

    a) డెంగ్యూ జ్వరం

    b) మలేరియా

    c) ఫైలేరియా (లింఫాటిక్ ఫైలేరియాసిస్)

    d) కాలా-అజర్

    e) చికెన్ గున్యా

    f) జపనీస్ ఎన్సెఫాలిటిస్

    g) జికా వైరస్

2. **రోగనిర్ధారణ కవర్ (Diagnosis Cover):** పాలసీ నిబంధనలు షరతులకు లోబడి, కవర్ పిరియడ్‌లో మొదటి రోగనిర్ధారణలో పేర్కొన్న ప్రతి వెక్టర్ ద్వారా సంక్రమించే వ్యాధికి సంబంధించిన పాజిటివ్ డయాగ్నసిస్ (లేబొరేటరీ పరీక్ష ద్వారా వైద్యులచే నిర్ధారించబడిన)పై సమ్ అష్యూర్డ్ లో 2% చెల్లించబడుతుంది. పాలసీదారుడు పాలసీ సంవత్సరంలో ప్రతి వ్యాధికి ఒక్కసారి మాత్రమే "రోగ నిర్ధారణ కవర్" క్రింద చెల్లింపులకు అర్హులు.

G. కాంబో-ప్రొడక్ట్స్(Combo-products)

హెల్త్ ప్లస్ లైఫ్ కాంబో ప్రొడక్ట్స్, లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీకి చెందిన లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కవర్ నీ, మరియు సాధారణ /లేదా స్టాండలోన్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ అందించే ఆరోగ్య బీమా కవర్ కాంబినేషన్ నీ కూడా కలిపి అందిస్తాయి.

ప్రొడక్ట్ వ్యక్తిగత బీమా పాలసీగా లేక గ్రూప్ ఇన్సూరెన్స్ ప్రాతిపదికన అందించబడవచ్చు. అయితే ఆరోగ్య బీమా ఫ్లోటర్ పాలసీలకు సంబంధించి, ఆరోగ్య బీమా పాలసీపై ప్రపోజర్ అయి ఉండి, కుటుంబంలోని సంపాదనపరులైన సభ్యులలో ఒకరైనవారి జీవితంపై ప్యూర్ టెర్మ్ లైఫ్ బీమా కవరేజీ అనుమతించబడుతుంది. ఇది కూడా బీమా చేయగల సంబంధం (Inmovable Interest) మరియు సంబంధిత బీమా సంస్థల అండర్‌రైటింగ్ నిబంధనలపై ఆధారపడుతుంది.

ప్యాకేజీ పాలసీలు (Package policies)

ప్యాకేజీ లేదా అంబ్రెల్లా (గొడుగు) కవర్లు, ఒక సింగిల్ డాక్యుమెంట్ క్రింద, కవర్ల కాంబినేషన్ ని అందిస్తాయి.

ఆరోగ్య బీమాలోని ప్యాకేజీ పాలసీకి ఉదాహరణలు- నష్టపరిహార పాలసీలతో క్రిటికల్ ఇల్నెస్ కవర్ బెనిఫిట్స్, ఇంకా జీవిత బీమా పాలసీలు, మరియు నష్టపరిహార పాలసీలతో హాస్పిటల్ డైలీ క్యాష్ బెనిఫిట్స్.

ట్రావెల్ ఇన్సూరెన్స్:

ట్రావెల్ ఇన్సూరెన్స్ పాలసీ కేవలం ఆరోగ్య బీమా మాత్రమే కాకుండా అనారోగ్యం/ప్రమాదం కారణంగా వైద్య ఖర్చులతో పాటు ప్రమాదవశాత్తు మరణం/వైకల్య బెనిఫిట్స్ ని కూడా కవర్ చేసే ప్యాకేజీ పాలసీగా కూడా అందించబడుతుంది. వీటితో పాటు చెక్ చేసిన బ్యాగేజీని కోల్పోవడం లేదా ఆలస్యం కావడం, పాస్‌పోర్ట్ సంబంధిత పత్రాలు కోల్పోవడం, ఆస్తి/వ్యక్తిగత నష్టాలకు థర్డ్ పార్టీ బాధ్యత, ప్రయాణాల రద్దు, మరియు ప్రయాణ పాలసీల క్రింద సాంప్రదాయకంగా అందించబడిన హైజాక్ కవర్ కూడా (ట్రావెల్ ఇన్సూరెన్స్ వివరాలు తరువాత అందించబడతాయి) లభిస్తాయి.

H. పేద వర్గాలకు సూక్ష్మ బీమా ఆరోగ్య బీమా (Micro insurance and health insurance for poorer sections)

మైక్రో-ఇన్సూరెన్స్ ప్రొడక్ట్స్ ప్రత్యేకంగా గ్రామీణ అనధికారిక రంగాల నుండి వచ్చే తక్కువ ఆదాయ ప్రజలను రక్షించే లక్ష్యంతో రూపొందించబడ్డాయి. ఇవి అందుబాటులో ఉండే ప్రీమియం మరియు బెనిఫిట్ ప్యాకేజీతో కూడిన తక్కువ విలువ కలిగిన ప్రొడక్ట్. మైక్రో ఇన్సూరెన్స్ IRDA మైక్రో ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేషన్స్, 2005 ద్వారా నిర్వహించబడుతుంది.

ఇటువంటి కవర్లు ఎక్కువగా వివిధ కమ్యూనిటీ సంస్థలు లేదా ప్రభుత్వేతర సంస్థలు (NGOలు) వారి గ్రూప్ కోసం సామూహికంగా తీసుకుంటారు.

ముఖ్యంగా PSUలు సమాజంలోని పేద వర్గాల సమస్యలు తీర్చడానికి రూపొందించిన రెండు పథకాలు జన్ ఆరోగ్య బీమా పాలసీ, యూనివర్సల్ హెల్త్ స్కీమ్. ప్రైవేట్ రంగ బీమా కంపెనీలు బీమా కవచ్ యోజన, గ్రామీణ జీవన్ రక్షా ప్లాన్ , భాగ్య లక్ష్మి వంటి అనేక వినూత్న సూక్ష్మ బీమా ఆరోగ్య ప్రొడక్ట్స్‌ను ఈ సామాజిక వర్గం అవసరార్థం కూడా విడుదల చేశాయి – ఈ మొత్తం లిస్ట్ ను IRDAI వెబ్సైట్లో చూడవచ్చు.

I. రాష్ట్రీయ స్వాస్థ్య బీమా యోజన (Rashtriya Swasthya Bima Yojana)

ప్రభుత్వం కూడా వివిధ ఆరోగ్య పథకాలను ప్రారంభించింది, వాటిలో కొన్ని నిర్దిష్ట రాష్ట్రాలకు వర్తిస్తాయి. దారిద్ర్యరేఖకు దిగువన ఉన్న (BPL) కుటుంబాలకు ఆరోగ్య బీమా కవరేజీని అందించడానికి బీమా కంపెనీలతో కలిసి రాష్ట్రీయ స్వాస్థ్య బీమా యోజన (RSBY)ని అమలు చేసింది. అయితే RSBY కేవలం రు. 30,000 బీమా మొత్తాన్ని అందించింది, ఇది పెద్ద శస్త్రచికిత్సలు/ఆసుపత్రుల ఖర్చులకు సరిపోయేలా రూపుదిద్దుకోలేదు.

J. ప్రధాన మంత్రి జన్ ఆరోగ్య యోజన (Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana)

RSBY లోపాలను పరిష్కరించడానికి, జాతీయ ఆరోగ్య విధానం 2017 ద్వారా సిఫార్సు చేయబడినట్లుగా, భారత ప్రభుత్వం 2017లో 'ఆయుష్మాన్ భారత్ పథకాన్ని' ప్రారంభించింది, ఇది యూనివర్సల్ హెల్త్ కవరేజ్ (UHC) లక్ష్యాన్ని సాధించడానికి ప్రధాన పథకం (flagship scheme). ప్రధాన్ మంత్రి జన్ ఆరోగ్య యోజన (PMJAY) అని కూడా పిలువబడే ఆయుష్మాన్ భారత్ రు. 5,00,000 సమ్ అష్యూర్డ్‌తో వచ్చింది.

ఇది అప్పటి వరకు ఉన్న రాష్ట్రీయ స్వాస్థ్య బీమా యోజన (RSBY)ని మరుగుపరిచింది. PM-JAYకి నిధులు పూర్తిగా ప్రభుత్వం సమకూరుస్తుంది. అమలు ఖర్చు కేంద్ర, రాష్ట్ర ప్రభుత్వాల మధ్య పంచుకోబడుతుంది.

K. ప్రధాన మంత్రి సురక్ష బీమా యోజన (Pradhan Mantri Suraksha Bima Yojana)

ఇటీవల ప్రకటించిన PMSBY వ్యక్తిగత ప్రమాద మరణం మరియు వైకల్యం కవర్‌ని కవర్ పథకంలోని చేసే ఫీచర్లు క్రింది విధంగా ఉన్నాయి:

కవరేజీ పరిధి (Scope of coverage): భాగస్వామ్య బ్యాంకుల్లో 18 నుండి 70 సంవత్సరాల వయస్సు గల బ్యాంకు ఖాతాదారులందరూ ఒక సేవింగ్స్ బ్యాంక్ ఖాతా ద్వారా మాత్రమే చేరడానికి అర్హులు. వారు ఒకటి కంటే ఎక్కువ బ్యాంకుల్లో నమోదు చేసుకున్నా, వారికి అదనపు బెనిఫిట్ ఉండదు, చెల్లించిన అదనపు ప్రీమియం జప్తు చేయబడుతుంది. బ్యాంక్ ఖాతాకు ఆధార్ ప్రాథమిక KYC అవుతుంది.

నమోదు విధానం/ పీరియడ్ (Enrolment Modality/ Period): కవర్ జూన్ 1 నుండి మే 31 వరకు ఒక సంవత్సర కాలానికి ఉంటుంది, దీని కోసం సూచించిన ఫారమ్‌లలో ఎంచుకున్న (prescribed) సేవింగ్స్ బ్యాంక్ ఖాతా నుండి ఆటో-డెబిట్ ద్వారా చేరడానికి/చెల్లించడానికి ప్రతి సంవత్సరం మే 31 తేదీ లోగా అనుమతిని తెలియజేయాలి.

పూర్తి వార్షిక ప్రీమియం చెల్లింపు మరియు ఆ తర్వాత చేరడం నిర్దిష్ట నిబంధనలతో సాధ్యమవుతుంది. ఏ సమయంలోనైనా స్కీమ్ నుండి నిష్క్రమించిన వ్యక్తులు పైన పేర్కొన్న విధానం ద్వారా రాగల సంవత్సరాల్లో మళ్లీ స్కీమ్‌లో చేరవచ్చు.

బీమా క్రింద బెనిఫిట్స్ క్రింది విధంగా ఉన్నాయి:

బెనిఫిట్స్ టేబుల్	**బీమా చేసిన మొత్తము**
మరణం	రు. 2 లక్షలు
రెండు కళ్ళు పూర్తిగా మరియు కోలుకోలేని విధంగా నష్టం / రెండు చేతులు లేదా పాదాల ఉపయోగం కోల్పోవడం / ఒక కన్ను చూపు కోల్పోవడంతో పాటు చేయి/పాదం ఉపయోగం కోల్పోవడం	రు. 2 లక్షలు
ఒక కంటి చూపు పూర్తిగానూ మరియు కోలుకోలేని విధంగా నష్టం లేదా ఒక చేతి లేదా పాదం ఉపయోగం కోల్పోవడం	రు. 1 లక్షలు

SMS, ఇమెయిల్ లేదా వ్యక్తిగత సందర్శన ద్వారా నమోదు చేసుకోవడం, నామినేషన్ సౌకర్యం పొందడం చేయవచ్చు.

ప్రీమియం : సభ్యునికి సంవత్సరానికి రు.12/- ఈ ప్రీమియం 'ఆటో డెబిట్' సౌకర్యం ద్వారా ఖాతాదారు సేవింగ్స్ బ్యాంక్ ఖాతా నుండి తగ్గించబడుతుంది.

కవర్ రద్దు (**Termination of cover**): ఈ క్రింది సందర్భాలలో సభ్యునికి ప్రమాద కవర్ ముగుస్తుంది:

1. సభ్యునికి 70 సంవత్సరాల వయస్సు నిండటం (వయస్సు సమీప పుట్టిన రోజు) లేదా
2. బ్యాంక్ లో ఖాతా మూసివేయడం లేదా బీమాను అమలులో ఉంచడానికి బ్యాలెన్స్ తక్కువగా ఉండడం

గడువు తేదీలో తగినంత బ్యాలెన్స్ లేకపోవడం లేదా ఏదైనా పరిపాలనాపరమైన సమస్యల కారణంగా లేదా సాంకేతిక కారణాల వల్ల బీమా రక్షణ ఆగిపోయినట్లయితే, నిర్దేశించబడిన షరతులకు లోబడి, పూర్తి వార్షిక ప్రీమియం చెల్లించడం ద్వారా కవర్ తిరిగి పునరుద్ధరించబడుతుంది.

L. వ్యక్తిగత ప్రమాదం వైకల్యం కవర్ & (Personal Accident & Disability cover)

A **వ్యక్తిగత ప్రమాదం (PA) కవర్** ఆకస్మిక ప్రమాదంలో మరణం & వైకల్యం (disability) సంభవించినప్పుడు పరిహారం అందిస్తుంది.

PA పాలసీలో,

a) డెత్ బెనిఫిట్ అనేది సమ్ అష్యూర్డ్ లో 100% చెల్లింపు,

b) వైకల్యం సంభవించినప్పుడు, శాశ్వత వైకల్యం విషయంలో సమ్ అష్యూర్డ్ లో ఒక నిర్ణీత శాతం నుండి పరిహారంగా లభిస్తుంది.

c) తాత్కాలిక వైకల్యం కోసం వారానికోసారి పరిహారం.

వీక్లీ పరిహారం అంటే ప్రమాదగ్రస్తులకు ప్రతి వారానికి నిర్ణీత మొత్తాన్ని చెల్లించడం, ఇది పరిహారం చెల్లించాల్సిన వారాల సంఖ్య పరంగా గరిష్ట పరిమితికి లోబడి ఉంటుంది.

1. కవర్ చేయబడ్డ వైకల్యం రకాలు (Types of disability**)**

పాలసీ క్రింద సాధారణంగా కవర్ చేయబడిన వైకల్యాల రకాలు:

i. **శాశ్వత సంపూర్ణ వైకల్యం (PTD):** అంటే జీవితకాలం పాటు పూర్తిగా అంగవైకల్యం చెందడం. నాలుగు కాళ్లు, చేతుల పక్షవాతం, కోమాటోస్ (comatose) స్థితి, రెండు కళ్ళు/రెండు చేతులు/రెండు కాళ్లూ కోల్పోవడం లేదా ఒక చేయి మరియు ఒక కన్ను లేదా ఒక కన్ను మరియు ఒక కాలు లేదా ఒక చేయి మరియు ఒక కాలు కోల్పోవడం.

ii. **శాశ్వత పాక్షిక వైకల్యం (PPD):** అంటే జీవితకాలం పాటు పాక్షికంగా అంగవైకల్యం చెందడం. చేతి వేళ్లు, కాలి బొటనవ్రేళ్లు, ఫాలెంజెస్ మొదలైనవి కోల్పోవడం.

iii. **తాత్కాలిక సంపూర్ణ వైకల్యం (TTD):** అంటే తాత్కాలిక కాలానికి పూర్తిగా వైకల్యం పొందడం. కవర్‌లోని **ఈ విభాగం** వైకల్యం సమయంలో ఆదాయ నష్టాన్ని భర్తీ చేయడానికి ఉద్దేశించబడింది.

కేవలం క్లయింట్ మరణం కవర్ లేదా మరణం మరియు శాశ్వత అంగవైకల్యం లేదా మరణం, శాశ్వత అంగ వైకల్యంతో పాటు తాత్కాలిక సంపూర్ణ వైకల్యం అని మూడు రకాలుగా ఎంచుకోవడానికి అవకాశం ఉంటుంది.

2. బీమా చేసిన మొత్తము (Sum insured)

PA పాలసీల కోసం బీమా చేయబడిన మొత్తాలు సాధారణంగా స్థూల (gross) నెలవారీ ఆదాయం ఆధారంగా నిర్ణయించబడతాయి. సాధారణంగా, ఇది స్థూల నెలవారీ ఆదాయానికి 60 రెట్లు. అయితే, కొంతమంది బీమా సంస్థలు ఆదాయ స్థాయిని పరిగణనలోకి తీసుకోకుండా ఫిక్స్డ్ ప్లాన్ ఆధారంగా కూడా ఆఫర్ చేస్తాయి. అటువంటి పాలసీలలో, ఎంచుకున్న ప్లాన్ ప్రకారం కవర్ యొక్క ప్రతి విభాగానికి సమ్ అష్యూర్డ్ మారుతుంది.

3. వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా - ఒక బెనిఫిట్ ప్లాన్

బెనిఫిట్ ప్లాన్ అయినందున, PA పాలసీలు క్లెయిమ్ సమయంలో 'కంట్రిబ్యూషన్ ' సూత్రానికి లోబడి ఉండవు. అందువల్ల, ఒక వ్యక్తి వేర్వేరు బీమా సంస్థలతో ఒకటి కంటే ఎక్కువ పాలసీలను కలిగి ఉంటే, అన్ని పాలసీల క్రింద క్లెయిమ్‌ల చెల్లించబడతాయి.

4. కవర్ పరిధి (Scope of cover)

ఈ పాలసీలలో తరచుగా అదనంగా వైద్య ఖర్చులను కవర్ చేసే వీలుంటుంది, అనగా ప్రమాదం తర్వాత జరిగిన ఆసుపత్రి/ వైద్య ఖర్చుల రీయింబర్స్‌మెంట్.

5. వేల్యూ యాడెడ్ బెనిఫిట్స్ (Value added benefits)

వ్యక్తిగత ప్రమాదంతో పాటు, చాలా బీమా సంస్థలు ప్రమాదం కారణంగా ఆసుపత్రిలో చేరిన కాలానికి ఆసుపత్రి క్యాష్, మృత దేహాలను రవాణా చేసే ఖర్చు, నిర్ణీత మొత్తానికి ఎడ్యుకేషన్ బెనిఫిట్, వాస్తవ లేదా నిర్ణీత పరిమితికి ఏది తక్కువగా ఉంటే ఆ అంబులెన్స్ ఛార్జీలు వంటి విలువని అధికం చేసే (**Value added**) ఆధారిత బెనిఫిట్స్ ని కూడా అందిస్తాయి.

6. మినహాయింపులు (Exclusions):

వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా క్రింద సాధారణ మినహాయింపులు పాలసీని ప్రారంభించే ముందు ఉన్న వైకల్యం కారణంగా సంభవించే ప్రమాదాలు, మానసిక రుగ్మతల లేదా ఏదైనా అనారోగ్యం కారణంగా మరణం లేదా వైకల్యం యుద్ధం, దండయాత్ర (invasion), శిక్షార్హమైన నరహత్య లేదా హత్య, ఉద్దేశపూర్వక స్వీయ గాయం, ఆత్మహత్య, డ్రగ్స్/ఆల్కహాల్ తీసుకోవడం, ఏవియేషన్ లేదా బెలూనింగ్ వంటి అదనపు ప్రమాదకర చర్యగా నిర్వచించబడిన కార్యకలాపాల్లో నిమగ్నమైనప్పుడు కలిగే గాయాలు. ఇలాంటి కార్యాల్ని సూచించే జాబితాలు ఒక కంపెనీకీ మరో కంపెనీకి తేడా ఉండవచ్చు.

PA పాలసీలు వ్యక్తులు, కుటుంబం మరియు గ్రూపులకు కూడా అందించబడతాయి.

గ్రూప్ పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ పాలసీలు

గ్రూప్ పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ పాలసీలు సాధారణంగా వార్షిక పాలసీలు, సంవత్సరాంతంలో వీటి రెన్యువల్‌లు అనుమతించబడతాయి. అయినప్పటికీ, నిర్దిష్ట ఈవెంట్లకు కవరేజీని అందించడానికి నాన్-లైఫ్ మరియు స్టాండ్‌ఎలోన్ ఆరోగ్య బీమా సంస్థలు గ్రూప్ పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ ప్రొడక్ట్స్‌ను ఒక సంవత్సరం కంటే తక్కువ కాలానికి కూడా అందించవచ్చు.

విరిగిన ఎముక పాలసీ (Broken bone policy) రోజువారీ కార్యకలాపాల అవరోధానికి పరిహారం

ఇది ప్రత్యేకమైన PA పాలసీ. ఈ పాలసీ లిస్టెడ్ ఫ్రాక్చర్లకు రక్షణ లకల్పించేలా రూపొందించబడింది. క్లెయిమ్ సమయంలో ప్రతి ఫ్రాక్చర్ పైనా పేర్కొన్న ఫిక్స్డ్ బెనిఫిట్ లేదా సమ్ అష్యూర్డ్‌లో శాతం చెల్లించబడుతుంది. బెనిఫిట్ పరిమాణం కవర్ చేయబడిన ఎముక రకం మరియు పగులు స్వభావంపై ఆధారపడి ఉంటుంది.

M. విదేశీ ప్రయాణ బీమా (Overseas Travel insurance)

పాలసీ అవసరం: ఈ పాలసీ వ్యాపారం, సెలవులు లేదా చదువుల కోసం భారతదేశం వెలుపల ప్రయాణిస్తున్నప్పుడు ప్రమాదవశాత్తు గాయం లేదా అనారోగ్య కారణంగా వచ్చే ఆసుపత్రిలో చేరిన ఖర్చులను కవర్ చేయడానికి ఉద్దేశించబడింది. వైద్య సంరక్షణ ఖర్చు, విదేశాల్లో, ముఖ్యంగా USA, కెనడా వంటి దేశాల్లో, చాలా ఎక్కువగా ఉంటుంది మరియు ఇది పెద్ద ఆర్థిక సమస్యలను కలిగిస్తుంది.

కవరేజ్ పరిధి (Scope of coverage)

ఇటువంటి పాలసీలు ప్రధానంగా ప్రమాదం, అనారోగ్య ప్రయోజనాల కోసం ఉద్దేశించబడ్డాయి, అయితే మార్కెట్ ప్యాకేజీలో లభించే చాలా ప్రొడక్ట్స్, ఒక ప్రొడక్ట్ లోనే అనేక కవర్స్‌ని కలిపి ఒక ప్యాకేజ్ అందిస్తాయి.

లభ్యమయ్యే సాధారణ కవర్లు

a) **వైద్య మరియు అనారోగ్య విభాగం:**

   i. ప్రమాదవశాత్తు మరణం/వైకల్యం

   ii. అనారోగ్యం/ప్రమాదం కారణంగా వైద్య ఖర్చులు

b) **స్వదేశానికి తిరుగు ప్రయాణం (Repatriation) మరియు తరలింపు (evacuation)**

c) **వ్యక్తిగత ప్రమాద కవర్**

d) **వ్యక్తిగత న్యాయబద్ధమైన బాధ్యత (liability)**

e) **ఇతర వైద్యేతర (non-medical) కవర్లు:**

   i. ట్రిప్ రద్దు

   ii. ప్రయాణం ఆలస్యం

   iii. ప్రయాణానికి అంతరాయం

iv. కనెక్షన్ తప్పిపోవడం

v. చెక్డ్ బ్యాగేజీ ఆలస్యంగా రావడం

vi. చెక్ చేసిన బ్యాగేజీని కోల్పోవడం

vii. పాస్‌పోర్టు కోల్పోవడం

viii. ఎమర్జన్సీ క్యాష్ అడ్వాన్స్

ix. హైజాక్ అలవెన్స్

x. బెయిల్ బాండ్ బీమా

xi. xi హైజాక్ కవర్

xii. స్పాన్సర్ రక్షణ

xiii. పరామర్శకై వెళ్లి రావడం

xiv. చదువుకి అంతరాయం

xv. ఇంట్లో చోరీ

1. ప్లాన్ల రకాలు

వ్యాపార మరియు సెలవు ప్లాన్లు, స్టడీ ప్లాన్లు, ఎంప్లాయిమెంటు ప్లాన్లు బాగా ప్రాచుర్యం పొందిన పాలసీలు.

2. పాలసీని ఎవరు తీసుకోవచ్చు

వ్యాపారం, సెలవులు లేదా చదువుల కోసం విదేశాలకు వెళ్లే భారతీయ పౌరుడు ఈ పాలసీని పొందవచ్చు. విదేశాల్లో ఒప్పందాలపై పంపిన భారతీయ యజమానుల ఉద్యోగులు కూడా కవర్ చేయవచ్చు.

3. సమ్ అష్యూర్డ్ మరియు ప్రీమియంలు

కవర్ US డాలర్లలో మంజూరు చేయబడుతుంది మరియు సాధారణంగా వైద్య ఖర్చులు, తరలింపు (evacuation) స్వదేశానికి వెళ్లే (repatriation) విభాగం కోసం USD 100,000 నుండి USD 500,000 మధ్యలో ఉంటుంది. ఇతర విభాగాలకు లయబిలిటీ కవర్ మినహా, సమ్ అష్యూర్డ్ తక్కువగా ఉంటుంది. ఎంప్లాయిమెంట్ ప్లాన్‌లో ప్రీమియం డాలర్లలో చెల్లించాల్సిన సందర్భంలో మినహా, భారతీయ రూపాయలలో ప్రీమియం చెల్లించవచ్చు. ప్లాన్స్ సాధారణంగా రెండు రకాలుగా ఉంటాయి:

- ✓ USA/ కెనడా మినహా ప్రపంచ వ్యాప్తంగా
- ✓ USA/ కెనడాతో సహా ప్రపంచ వ్యాప్తంగా

కొన్ని ప్రొడక్ట్స్ఒక గ్రూప్‌గా ఉన్న దేశాల కోసం కవర్ అందిస్తాయి. ఉదాహరణలు ఆసియా దేశాలకు మాత్రమే ప్రయాణించడం, యూరోపియన్ దేశాలకు మాత్రమే లేదా నిర్దిష్ట దేశానికి మాత్రమే ప్రయాణించడం.

కార్పొరేట్ ఫ్రీక్వెంట్ ఫ్లైయర్ ప్లాన్లు

ఇది వార్షిక పాలసీ. దీని ద్వారా ఒక కార్పొరేట్/యజమాని భారతదేశం బయట తరచుగా పర్యటనలు చేసే తన ఎగ్జిక్యూటివ్‌ల కోసం వ్యక్తిగత పాలసీలను తీసుకుంటారు. ఈ కవర్‌ని సంవత్సరంలో అనేక సార్లు విదేశాలకు ప్రయాణించే వ్యక్తులు కూడా తీసుకోవచ్చు. ఒక సంస్థ ఉద్యోగులు ఒక సంవత్సరంలో ప్రయాణించే మనిషి రోజుల (Mondays) అంచనా ఆధారంగా ముందస్తు ప్రీమియం చెల్లించబడుతుంది. పైన పేర్కొన్న పాలసీలు వ్యాపార మరియు హాలిడే ట్రావెల్స్ కి మాత్రమే మంజూరు చేయబడితే ముందుగా ఉన్న వ్యాధులు సాధారణంగా ఓవర్సీస్ మెడికల్/ట్రావెల్ ఇన్సూరెన్సులలో మినహాయించబడతాయి.

N. గ్రూప్ హెల్త్ కవర్) Group Health cover)

1. గ్రూప్ పాలసీలు

ఈ అధ్యాయంలో ఇంతకు ముందు వివరించినట్లుగా, గ్రూప్ పాలసీని గ్రూప్ యాజమాన్యం తీసుకుంటుంది. అది ఒక ఎంప్లాయర్, అసోసియేషన్, లేదా ఒక బ్యాంక్ క్రెడిట్ కార్డ్ విభాగం కావచ్చు. ఇందులో ఒక పాలసీ మొత్తం వ్యక్తుల గ్రూప్‌ని కవర్ చేస్తుంది. ఈ పాలసీలు సాధారణంగా ఒక సంవత్సరం తర్వాత రెన్యూ చేయాల్సిన కాంట్రాక్ట్‌లు.

గ్రూప్ పాలసీల ఫీచర్లు - హాస్పిటలైజేషన్ బెనిఫిట్ కవర్లు.

1. **కవరేజ్ పరిధి (Scope)**

   ఎంప్లాయర్స్ తీసుకునే గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ పాలసీ అత్యంత సాధారణ రూపం ఉద్యోగులు మరియు తమ కుటుంబాలు, అనగా ఆధారపడిన జీవిత భాగస్వామి, పిల్లలు, తల్లిదండ్రులు/ చట్టబద్ధమైన తల్లిదండ్రులను కవర్ చేస్తూ తీసుకునే పాలసీయే.

2. **టైలర్ మేడ్ కవర్**

గ్రూప్ పాలసీలు తరచుగా గ్రూప్ అవసరాలకు అనుగుణంగా రూపొందించబడిన కవర్లు. అందువల్ల, గ్రూప్ పాలసీలలో, సాధారణంగా, వ్యక్తిగత పాలసీలో ఉండే అనేక ప్రామాణిక మినహాయింపులు (standard exclusions) లేకపోవడం మనం గమనించవచ్చు.

3. మెటర్నిటీ కవర్

గ్రూప్ పాలసీలో అత్యంత సాధారణ పొడిగింపుల (common extensions) లో ఒకటి మెటర్నిటీ కవర్ (ప్రసూతి సంరక్షణ). పిల్లల డెలివరీ కోసం ఆసుపత్రిలో అయ్యే ఖర్చులను మెటర్నిటీ కవర్ భరిస్తుంది. సి-సెక్షన్ డెలివరీ కూడా ఉంటుంది. ఈ కవర్ సాధారణంగా కుటుంబపు మొత్తం సమ్ అష్యూర్డ్ లో కొంత మొత్తానికి పరిమితం చేయబడుతుంది.

4. **చైల్డ్ కవర్**

ఈ కవరేజ్ పుట్టిన మొదటి రోజు నుండి శిశువులకు ఇవ్వబడుతుంది, కొన్నిసార్లు ఈ ఖర్చు మెటర్నిటీ కవర్ మొత్తానికి పరిమితం చేయబడుతుంది, మరియు కొన్నిసార్లు కుటుంబపు పూర్తి బీమా మొత్తంలో భాగంగా (include) పొడిగించబడుతుంది.

5. **ముందుగా ఉన్న వ్యాధులు కవర్ చేయబడి, వెయిటింగ్ పిరియడ్‌మినహాయించబడడం**

ముందు నుంచీ ఉన్న వ్యాధి మినహాయింపు, ముప్పై రోజుల వెయిటింగ్ పిరియడ్, రెండు సంవత్సరాల వెయిటింగ్ పిరియడ్, పుట్టుక (congenital)తో వచ్చే వ్యాధుల వంటి అనేక సాధారణ మినహాయింపులు టైలర్-మేడ్ గ్రూప్ పాలసీలలో మాఫీ చేయబడవచ్చు.

6. **ప్రీమియం లెక్కింపు**

గ్రూప్ పాలసీకి వసూలు చేయబడే ప్రీమియం, గ్రూప్ సభ్యుల వయస్సు వివరాలు, గ్రూప్ పరిమాణం, ముఖ్యంగా గ్రూప్ క్లెయిమ్‌ల గత చరిత్రపై ఆధారపడి ఉంటుంది.

7. **నాన్ -ఎంప్లాయర్ ఎంప్లాయీ గ్రూప్‌లు**

భారతదేశంలో, రెగ్యులేటరీ నిబంధనలు ప్రాథమికంగా గ్రూప్ ఇన్సూరెన్స్ కవర్ సౌలభ్యం పొందే ఉద్దేశ్యంతో చేసే సమూహాల ఏర్పాటును ఖచ్చితంగా నిషేధిస్తాయి. గ్రూప్ పాలసీలు యజమానులకు కాకుండా ఇతరులకు ఇచ్చినప్పుడు, గ్రూప్ యజమానికీ, దాని సభ్యులకు గల సంబంధాన్ని గుర్తించడం చాలా ముఖ్యం.

ఉదాహరణ

ఒక బ్యాంకు తన సేవింగ్ బ్యాంక్ ఖాతాదారులు లేదా క్రెడిట్ కార్డ్ హోల్డర్ల కోసం పాలసీని తీసుకుంటే ఒక సజాతీయ) homogenous(గ్రూప్‌ని ఏర్పరుస్తుంది, దీని ద్వారా పెద్ద గ్రూప్ తమ అవసరాలకు అనుగుణంగా రూపొందించబడిన టైలర్-మేడ్ పాలసీ ద్వారా బెనిఫిట్ పొందగలదు.

8. ధర నిర్ణయించడం (Pricing)

గ్రూప్ పాలసీలలో, గ్రూప్ పరిమాణం, మరియు గ్రూప్ క్లెయిమ్‌ల గత చరిత్ర ఆధారంగా ప్రీమియంపై డిస్కౌంట్ లభించే అవకాశం ఉంది.

2. కార్పొరేట్ బఫర్ లేదా ఫ్లోటర్ కవర్*:*

చాలా గ్రూప్ పాలసీలలో*,* ప్రతి కుటుంబానికి నిర్ణీత సమ్ అష్యూర్డ్ కవర్ చేయబడుతుంది. ఇది రు. ఒక లక్ష నుండి ఐదు లక్షల వరకూ, కొన్నిసార్లు ఇంకా ఎక్కువ ఉంటుంది*.* ఇంకా కుటుంబ సభ్యుడికి తీవ్ర అనారోగ్యం చేసిన సందర్భంలో కొన్నిసార్లు కుటుంబ సమ్ అష్యూర్డ్ అయిపోయిన పరిస్థితులు తలెత్తుతాయి*.* అటువంటి పరిస్థితులలో*,* బఫర్ కవర్ ని ఎంచుకుంటే ఉపశమనం లభిస్తుంది. తద్వారా కుటుంబ సమ్ అష్యూర్డ్ కంటే ఎక్కువ అయిన ఖర్చులు ఈ బఫర్ మొత్తం నుండి పూరించబడతాయి*.*

ఫ్యామిలీ సమ్ అష్యూర్డ్ అయిపోయిన తర్వాత, బఫర్ నుండి మొత్తాలు డ్రా చేయబడతాయి. అయితే, ఈ వినియోగం సాధారణంగా పెద్ద అనారోగ్యం/క్లిష్ట అనారోగ్య ఖర్చులకు పరిమితం చేయబడి ఒకే హాస్పిటలైజేషన్ వలన సమ్ అష్యూర్డ్ పూర్తయిన సందర్భాల్లో లభిస్తుంది.

O. ప్రత్యేక ప్రొడక్ట్స్)Special Products)

1. వ్యాధి కవర్లు (Disease covers)

ఇటీవలి సంవత్సరాలలో, కేన్సర్, మధుమేహం, కోవిడ్-19 కోసం వ్యాధి నిర్దిష్ట కవర్లు భారత మార్కెట్లో ప్రవేశపెట్టబడ్డాయి. ఈ కవర్ స్వల్పకాలిక లేదా దీర్ఘకాలికంగా ఉంటుంది - 5 సంవత్సరాల నుండి 20 సంవత్సరాల వరకు మరియు వెల్నెస్ బెనిఫిట్ కూడా చేర్చబడుతుంది - బీమా సంస్థ ద్వారా రెగ్యులర్ హెల్త్ చెకప్ ఖర్చు చెల్లించబడుతుంది. పాలసీ రెండవ సంవత్సరం నుండి రక్తంలో గ్లూకోజ్, రక్తపోటు మొదలైన కారకాలపై మెరుగైన నియంత్రణ కోసం ప్రీమియం తగ్గింపు రూపంలో ఇన్సెంటివ్ ఉంది. మరోవైపు, సరిగా నియంత్రణ లేకపోతే అధిక ప్రీమియం వసూలు చేయబడుతుంది.

2. డయాబెటిక్ వ్యక్తులను కవర్ చేయడానికి రూపొందించిన ప్రొడక్ట్

ఈ పాలసీని 26 మరియు 65 సంవత్సరాల మధ్య ఉన్న వ్యక్తులు తీసుకోవచ్చు. 70 సంవత్సరాల వరకు రెన్యువల్ చేయబడుతుంది. సమ్ అష్యూర్డ్ రేంజి రు. 50,000 నుండి రు. 5,00,000. గది అద్దెపై పరిమితి వర్తిస్తుంది. ఈ ప్రొడక్ట్ డయాబెటిక్ రెటినోపతి (కంటి), కిడ్నీ, డయాబెటిక్ ఫుట్, కిడ్నీ మార్పిడి వంటి మధుమేహం సంబంధిత సమస్యలతో ఆసుపత్రిలో చేరేవారికి దాత (డోనర్) ఖర్చులతో సహా కవర్ చేయడానికి ఉద్దేశించబడింది.

మీరేం నేర్చుకున్నారు 1

ప్రీ-హాస్పిటలైజేషన్ ఖర్చుల కోసం కవర్ పిరియడ్ (duration) ఒక బీమా సంస్థకీ మరో బీమా సంస్థకీ మధ్య మారుతూ ఉంటుంది, అయినా పాలసీలో నిర్వచించబడిన ప్రకారం ప్రీ-హాస్పిటలైజేషన్ కోసం అత్యంత సాధారణమైన కవర్ ________.

I. పదిహేను రోజులు

II. ముప్పై రోజులు

III. నలభై ఐదు రోజులు

IV. అరవై రోజులు

ఆరోగ్య పాలసీలలో కీలక నిబంధనలు **(అన్ని నిబంధనలు 22.07.2020 నాటి ఆరోగ్య బీమా ప్రొడక్ట్స్ప్రమాణీకరణపై IRDAI మాస్టర్ సర్క్యులర్ లో నిర్వచించబడిన విధంగా ఉన్నాయి.)**

1. నెట్వర్క్ ప్రొవైడర్

నెట్వర్క్ ప్రొవైడర్, బీమా చేయబడిన రోగులకు నగదురహిత (cashless) చికిత్సను అందించడానికి బీమా సంస్థ/ TPAతో టై-అప్‌లో ఉన్న ఆసుపత్రి/ నర్సింగ్ హోమ్/ డే కేర్ సెంటర్‌ని సూచిస్తుంది. రోగులు నెట్వర్క్ వెలుపల ఉన్న ప్రొవైడర్ల వద్దకు వెళ్లే స్వతంత్రం ఉంది కానీ అక్కడ సాధారణంగా చాలా ఎక్కువ ఫీజులు వసూలు చేస్తారు.

2. ప్రిఫర్డ్ ప్రొవైడర్ నెట్వర్క్

నాణ్యమైన చికిత్సను ఉత్తమ ధరలకు నిర్ధారించడానికి బీమా సంస్థ ప్రాధాన్యతగల ఆసుపత్రుల నెట్వర్క్ని నిర్మించే అవకాశం ఉంది. అనుభవం, వినియోగం సంరక్షణను అందించడానికి అయ్యే ఖర్చు ఆధారంగా ఈ

గ్రూప్‌ని బీమా సంస్థ ఎంపిక చేసిన కొందరికి మాత్రమే పరిమితం చేసినప్పుడు, ప్రిఫర్డ్ ప్రొవైడర్ నెట్వర్కులు ఏర్పడతాయి.

3. క్యాష్‌లెస్ సర్వీసు

క్యాష్‌లెస్ సేవ ఆసుపత్రులకు ఎటువంటి చెల్లింపు లేకుండా బీమా పరిమితి వరకు చికిత్సను పొందేందుకు వీలు కల్పిస్తుంది. బీమా చేసిన వ్యక్తి చేయాల్సిందల్లా నెట్వర్క్ ఆసుపత్రిని సంప్రదించి, బీమా ఉన్నట్లు రుజువుగా అతని మెడికల్ కార్డుని సమర్పించడం. బీమా సంస్థ ఆరోగ్య సేవకు క్యాష్‌లెస్ యాక్సెస్ ని సులభతరం చేస్తుంది, అనుమతించదగిన మొత్తానికి నేరుగా నెట్వర్క్ ప్రొవైడర్ కి చెల్లింపు చేస్తుంది. అయితే, బీమా చేసిన వ్యక్తి పాలసీ పరిమితులకు మించిన మొత్తాలను మరియు పాలసీ షరతుల ప్రకారం చెల్లించలేని ఖర్చులను స్వయంగా భరించాలి.

4. థర్డ్ పార్టీ అడ్మినిస్ట్రేటర్ (TPA)

ఆరోగ్య బీమా రంగంలో థర్డ్ పార్టీ అడ్మినిస్ట్రేటర్ లేదా TPAని ప్రవేశపెట్టడం అనేది ఒక గొప్ప ప్రగతి. ప్రపంచవ్యాప్తంగా అనేక బీమా సంస్థలు ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌లను నిర్వహించడానికి స్టాండ్‌ఎలోన్ సంస్థల సేవలను ఉపయోగించుకుంటున్నాయి. ఈ ఏజెన్సీలను TPAలు అంటారు. భారతదేశంలో, బీమా సంస్థ ద్వారా TPA ఇతర విషయాలతోపాటు ఈ క్రింది ఆరోగ్య సేవలను అందించడంలో నిమగ్నమై ఉంటుంది:

i. పాలసీదారుకు గుర్తింపు కార్డును అందించడం, ఇది అతని బీమా పాలసీకి రుజువుదీన్ని ఆసుపత్రిలో , చేరడానికి ఉపయోగించవచ్చు

ii. నెట్వర్క్ ఆసుపత్రులలో క్యాష్‌లెస్ సేవను అందించడం

iii. క్లెయిమ్‌ల పరిశీలన

TPAలు ఆరోగ్య పాలసీ హోల్డర్లకు హాస్పిటల్ అడ్మిషన్ల కోసం ప్రత్యేకమైన గుర్తింపు కార్డుల జారీ నుండి ప్రారంభించి క్యాష్‌లెస్ ప్రాతిపదికన లేదా రీయింబర్స్‌మెంట్ ప్రాతిపదికన క్లెయిమ్‌ల పరిష్కారం వరకు సేవలు అందిస్తాయి. థర్డ్ పార్టీ అడ్మినిస్ట్రేటర్లు హాస్పిటల్స్ లేదా హెల్త్ సర్వీస్ ప్రొవైడర్లతో MOU (ఒప్పందం) కుదుర్చుకుని నెట్వర్క్ హాస్పిటల్స్ లో చికిత్స పొందుతున్న ఏ వ్యక్తికైనా క్యాష్‌లెస్ సేవ అందేలా చూస్తారు. వారు బీమాకంపెనీ(లు), బీమా చేసినవారి మధ్య మధ్యవర్తులుగా ఉంటూ ఆసుపత్రులతో సమన్వయం జరుపుతూ, ఆరోగ్య క్లెయిమ్‌లను ఖరారు చేస్తారు.

5. ఆసుపత్రి

ఆసుపత్రి అంటే అనారోగ్యం /లేదా గాయాలకు ఇన్ -పేషెంట్ కేర్, డే కేర్ ట్రీట్మెంట్ కోసం స్థాపించబడిన సంస్థ, ఇది అవసరమున్న చోట స్థానిక అధికారుల వద్ద, ఆసుపత్రిగా రిజిస్టర్ చేయబడుతుంది, ఇక్కడ అర్హత కలిగిన రిజిస్టర్డ్ వైద్య నిపుణుడి పర్యవేక్షణ ఉండాలి. ఈ క్రింది అన్ని కనీస ప్రమాణాలకు అనుగుణంగా ఉండాలి:

a) 10,00,000 కంటే తక్కువ జనాభా ఉన్న పట్టణాల్లో కనీసం 10 ఇన్ -పేషెంట్ బెడ్లు, అన్ని ఇతర ప్రదేశాలలో 15 ఇన్ -పేషెంట్ బెడ్స్ కలిగి ఉండాలి;

b) ఆసుపత్రిలో క్వాలిఫైడ్ నర్సింగ్ సిబ్బంది ఉద్యోగాల్లో పగలూ రాత్రీ ఉండాలి;

c) క్వాలిఫైడ్ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్(లు) పగలూ రాత్రీ ఇన్ ఛార్జిగా ఉండాలి;

d) దానికి స్వంతంగా శస్త్రచికిత్సలు జరిపేందుకు వీలుగా పూర్తి పరికరాలతో ఆపరేషన్ థియేటర్ ఉండాలి;

e) రోగుల డైలీ రికార్డులను నిర్వహించాలి, బీమా కంపెనీ అధీకృత సిబ్బందికి వీటిని అందుబాటులో ఉంచాలి.

6. మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్

ఒక మెడికల్ లేదా హోమియోపతి ప్రాక్టీషనర్ అంటే భారతదేశంలోని ఏదైనా రాష్ట్ర వైద్య మండలి నుండి అర్హత కలిగిన రిజిస్ట్రేషన్ కలిగి ఉండి మరియు దాని అధికార పరిధిలో మెడిసిన్ ప్రాక్టీస్ చేయడానికి అర్హత కలగిన వ్యక్తి; తన లైసెన్స్ మరియు అధికార పరిధిలో పనిచేస్తూ ఉండాలి. ఏదేమైనప్పటికీ, ఆ రిజిస్టర్డ్ ప్రాక్టీషనర్, బీమా చేయబడిన వ్యక్తి లేదా కుటుంబానికి దగ్గరి సభ్యుడు కాకూడదనే పరిమితిని బీమా కంపెనీలు విధించడానికి వీలు కల్పించబడింది. బంధువుల నుండి చికిత్స తీసుకోవడం ద్వారా లేదా స్వయంగా లేదా ఆసుపత్రుల యాజమాన్యం ద్వారా మోసపూరిత క్లెయిమ్‌ల నమోదు చేయబడకుండా చూసేందుకు ఇది ఉద్దేశించబడింది.

క్వాలిఫైడ్ నర్సు: క్వాలిఫైడ్ నర్సు అంటే నర్సింగ్ కౌన్సిల్ ఆఫ్ ఇండియా లేదా భారతదేశంలోని ఏదైనా రాష్ట్రంలోని నర్సింగ్ కౌన్సిల్ నుండి చెల్లుబాటు అయ్యే రిజిస్ట్రేషన్ కలిగి ఉన్న వ్యక్తి.

7. సహేతుకమైన అవసరమైన ఖర్చులు (Reasonable and necessary expenses)

ఆరోగ్య బీమా పాలసీ ఎల్లప్పుడూ ఈ నిబంధనను కలిగి ఉంటుంది. ఎందుకంటే పాలసీ ఒక నిర్దిష్ట వ్యాధికి నిర్దిష్ట భౌగోళిక ప్రాంతంలో చికిత్స చేయడానికి సహేతుకమైనదిగా భావించబడే ఖర్చుల పరిహారం కోసం అందించడం కోసం ఉద్దేశించబడింది.

8. క్లెయిమ్ నోటీస్

ప్రతి బీమా పాలసీ క్లెయిమ్‌ను తక్షణమే తెలియజేయడానికి మరియు డాక్యుమెంట్ సమర్పించడానికీ సమయ పరిమితులను నిర్దేశిస్తుందిఆరోగ్య బీమా పాలసీలలో ., ఖాతాదారుడు క్యాష్‌లెస్ సదుపాయాన్ని కోరుకున్న చోట, ఆసుపత్రిలో చేరడానికి ముందే సమాచారం ఇవ్వవలసి ఉంటుందిక్లెయిమ్‌ల అయితే రీయింబర్స్‌మెంట్. పత్రాల సమర్పణకు కాల పరిమితి విషయంలో క్లెయిమ్‌సాధారణంగా డిశ్చార్జ్ అయిన తేదీ నుండి రోజులుగా 15 .నిర్ణయించబడుతుంది

9. ఉచిత హెల్త్ చెక్

వ్యక్తిగత ఆరోగ్య పాలసీలలో, క్లెయిమ్ చెయ్యని పాలసీదారునికి ఏదో ఒక రకమైన ప్రోత్సాహకాన్ని అందించడానికి ఒక నిబంధన సాధారణంగా అందుబాటులో ఉంటుంది. అనేక పాలసీలు నాలుగు నిరంతర, క్లెయిమ్ రహిత పాలసీ పీరియడ్‌ల తర్వాత ఆరోగ్య పరీక్షల ఖర్చును రీయింబర్స్‌మెంట్ చేస్తాయి.

10. క్యుములేటివ్ బోనస్

ప్రతి క్లెయిమ్ రహిత సంవత్సరానికి సమ్ అష్యూర్డ్ పై క్యుములేటివ్ బోనస్ ఇవ్వబడుతుంది. దీనర్థం, బీమా చేయబడిన మొత్తం రెన్యువల్‌పై వార్షికంగా నిర్ణీత 5% శాతంతో పెరుగుతుంది పది క్లెయిమ్-రహిత రెన్యువల్‌లకు గరిష్టంగా 50% వరకు అనుమతించబడుతుంది. అంతేకాకుండా, ఏదైనా ఒక సంవత్సరంలో క్లెయిమ్ చేసినట్లయితే, క్యుములేటివ్ బోనస్ ఇవ్వబడిన రేటుతో మాత్రమే తగ్గించబడుతుంది.

ఉదాహరణ

ఒక వ్యక్తి రు.3 లక్షల పాలసీని రు.5,000 ప్రీమియంతో తీసుకున్నాడు. మొదటి సంవత్సరంలో ఎటువంటి క్లెయిమ్‌లూ లేని పక్షంలో రెండవ సంవత్సరంలో అతడు అదే రు. 5,000 ప్రీమియంతో రు. 3.15 లక్షలు (గత సంవత్సరం కంటే 5% ఎక్కువ) బీమా మొత్తాన్ని పొందుతాడు. ఇది పదేళ్లకి పైగా సమయానికి క్లెయిమ్ రహితంగా ఉంటే రు. 4.5 లక్షల వరకు చేరవచ్చు.

11. మాలస్/బోనస్ (Malus/ Bonus)

ఆరోగ్య పాలసీని క్లెయిమ్‌లు లేకుండా ఉంచడానికి ప్రోత్సాహకం ఉన్నట్లే, దానికి విరుద్ధంగా ఉండే స్థితిని మాలస్ అంటారు. ఇక్కడ, పాలసీ క్రింద క్లెయిమ్‌లు చాలా ఎక్కువగా ఉంటే, రెన్యువల్ సమయంలో మాలస్ లేదా ప్రీమియం లోడింగ్ వసూలు చేయబడుతుంది. గ్రూప్ పాలసీల విషయంలో మాత్రం, క్లెయిమ్ నిష్పత్తిని సహేతుకమైన పరిమితుల్లో ఉంచడానికి ఓవరాల్ ప్రీమియంని తగిన విధంగా లోడ్ చేయడం ద్వారా మాలస్ ఛార్జ్ చేయబడుతుంది.

12. క్లెయిమ్ లేనందుకు తగ్గింపు (No claim discount)

కొన్ని ఉత్పత్తులు బీమా చేసిన మొత్తంపై బోనస్‌కు బదులుగా ప్రతి క్లెయిమ్ లేని ఫ్రీ సంవత్సరానికి ప్రీమియంపై డిస్కౌంట్ ని ఇస్తాయి.

13. రూమ్ రెంట్ ఆంక్షలు (Room rent restrictions)

కొన్ని ఆరోగ్య ప్లాన్లు బీమా చేసిన వ్యక్తి ఎంచుకునే గది వర్గాన్ని బీమా చేసిన మొత్తానికి లింక్ చేయడం ద్వారా పరిమితిని విధించాయి. అందువల్ల పాలసీలో రోజుకు సమ్ అష్యూర్డ్‌లో 1% గది అద్దె పరిమితి ఉంటే, ఒక లక్ష సమ్ అష్యూర్డ్ ఉన్న వ్యక్తికి రోజుకు రు. 1,000 గదికి అర్హత ఉంటుంది.

14. రెన్యువబిలిటీ క్లాజ్

ఆరోగ్య బీమా పాలసీల నూతనీకరణ (**renewability**) పై IRDA మార్గదర్శకాలు, మోసం (**fraud**) మరియు తప్పుడు సమాచారం (**misrepresentation**) కారణాల మినహా, ఆరోగ్య పాలసీల జీవితకాల హామీ నూతనీకరణను తప్పనిసరి చేశాయి. IRDAI హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేషన్ 2016 నిబంధనల ప్రకారం, ఆరోగ్య బీమా పాలసీకి సంబంధించి (వ్యక్తిగత ప్రమాదాలు మరియు ప్రయాణ పాలసీలు మినహా) ప్రతిపాదనను ఆమోదించిన తర్వాత, పాలసీ జారీ చేయబడితే, ఆ తర్వాత ఎటువంటి విరామం లేకుండా కాలానుగుణంగా నూతనీకరించబడుతుంటే, జరగదు. బీమా చేసిన వ్యక్తి వయస్సు ఆధారంగా తదుపరి పునరుద్ధరణ తిరస్కరించడానికి వీలులేదు. అందువల్ల, ఆరోగ్య బీమా పాలసీలు జీవితాంతం పునరుద్ధరించబడతాయి.

15. రద్దు నిబంధన (Cancellation clause)

తప్పుడు ప్రాతినిధ్యం, మోసం, వాస్తవాల్ని వెల్లడించకపోవడం లేదా బీమా చేసిన వ్యక్తి సహకరించకపోవడం వంటి కారణాలతో మాత్రమే బీమా కంపెనీ ఎప్పుడైనా పాలసీని రద్దు చేయవచ్చు.

బీమా సంస్థ పాలసీలను రద్దు చేసినప్పుడు, పాలసీ క్రింద ఎటువంటి క్లెయిమ్ చెల్లించనట్లయితే, బీమా గడువు ముగియని కాలానికి సంబంధించిన ప్రీమియంలో కొంత భాగం బీమా చేయబడిన వ్యక్తికి తిరిగి ఇవ్వబడుతుంది. ఇది సాధారణంగా ప్రో-రేటా ప్రాతిపదికన ఉంటుంది.

వార్షిక పాలసీలను బీమా చేసిన వ్యక్తి రద్దు చేసినప్పుడు, బీమా సంస్థలు సాధారణంగా ప్రో-రేటా ప్రీమియంలకు బదులుగా షార్ట్ పిరియడ్‌స్కేల్ లో ప్రీమియంలను వసూలు చేస్తాయి. ఇది బీమా సంస్థలపై యాంటీ సెలక్షన్ ఎంపికను నిరోధించి, బీమా సంస్థ ప్రారంభ ఖర్చులకు సరిపోతుంది.

16. రెన్యువల్‌కు గ్రేస్ పీరియడ్ (Grace period for renewal)

అధ్యాయం 4లో పేర్కొన్నట్లుగా, గ్రేస్ పీరియడ్ నిబంధన, ప్రీమియం చెల్లించనందుకు ముగిసిపోయే పాలసీని గ్రేస్ పీరియడ్ లో అమలులో కొనసాగేలా చేస్తుంది.

గ్రేస్ పీరియడ్‌కి సంబంధించి పైన పేర్కొన్న చాలా కీలక నిబంధనలు, నిర్వచనాలు, మినహాయింపులు IRDAI ద్వారా జారీ చేయబడిన ఆరోగ్య నిబంధనలు ఆరోగ్య బీమా ప్రమాణీకరణ (Standardization) మార్గదర్శకాల క్రింద ప్రామాణికం చేయబడి, అప్పుడప్పుడూ నవీకరించబడ్డాయి.

మీరేం నేర్చుకున్నారు 2

IRDA మార్గదర్శకాల ప్రకారం, వ్యక్తిగత ఆరోగ్య పాలసీల రెన్యువల్ కోసం _________ గ్రేస్ పీరియడ్ అనుమతించబడుతుంది.

I. పదిహేను రోజులు

II. ముప్పై రోజులు

III. నలభై ఐదు రోజులు

IV. అరవై రోజులు

మీరేం నేర్చుకున్నారు- జవాబులు

జవాబు 1 - సరైన ఎంపిక II.

జవాబు 2 - సరైన ఎంపిక II.

అధ్యాయం H-04

హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ అండర్ రైటింగ్

అధ్యాయ పరిచయం

ఈ అధ్యాయం మీకు ఆరోగ్య బీమాలో అండర్‌రైటింగ్ గురించిన విషయాల్ని వివరంగా అందించడం లక్ష్యంగా పెట్టుకుంది. అండర్ రైటింగ్ అనేది ఏ రకమైన బీమాలో అయినా చాలా ముఖ్యమైన అంశం. ఇది బీమా పాలసీని జారీ చేయడంలో కీలక పాత్ర పోషిస్తుంది. ఈ అధ్యాయంలో, మీరు ప్రాథమిక సూత్రాలు (basic principles), సాధనాలు, పద్ధతులు, అండర్‌రైటింగ్ ప్రక్రియ గురించి అవగాహన పొందుతారు. ఇది మీకు గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ అండర్ రైటింగ్ గురించిన జ్ఞానాన్ని కూడా అందిస్తుంది.

మీరు ఇవి నేర్చుకుంటారు

A. *అండర్‌రైటింగ్ అంటే ఏమిటి?*

B. *అండర్‌రైటింగ్ - ప్రాథమిక అంశాలు*

C. IRDAI *యొక్క ఇతర ఆరోగ్య బీమా నిబంధనలు*

D. *ఆరోగ్య బీమా పోర్టబిలిటీ*

E. *అండర్‌రైటింగ్ కోసం ప్రాథమిక సూత్రాలు)*Basic principles*) మరియు సాధనాలు (*tools*(*

F. *అండర్‌రైటింగ్ ప్రక్రియ)*process *(*

G. *గ్రూప్ స్థాయిలో ఆరోగ్య బీమా*

H. *ఓవర్సీస్ ట్రావెల్ ఇన్సూరెన్స్ అండర్ రైటింగ్*

I. *వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా అండర్‌రైటింగ్*

ఈ అధ్యాయాన్ని అధ్యయనం చేసిన తర్వాత, మీరు వీటిని చేయగలరు:

a) అండర్‌రైటింగ్ అంటే ఏమిటో వివరించడం

b) అండర్‌రైటింగ్ ప్రాథమిక భావనలను వివరించడం

c) అండర్‌రైటర్లు అనుసరించే సూత్రాలు మరియు వివిధ సాధనాలను వివరించడం

d) వ్యక్తిగత ఆరోగ్య పాలసీలను అండర్‌రైటింగ్ చేసే పూర్తి ప్రక్రియను అర్థం చేసుకోవడం.

e) గ్రూప్ హెల్త్ పాలసీలు ఎలా అండర్‌రైట్ చేయబడతాయో చర్చించడం

ఈ దృశ్యాన్ని చూడండి)Look at this Scenario)

సాఫ్ట్‌వేర్ ఇంజనీర్‌గా పనిచేస్తున్న 48 ఏళ్ల మనీష్ తన కోసం ఆరోగ్య బీమా పాలసీ తీసుకోవాలని నిర్ణయించుకున్నాడు. అతను ఒక బీమా కంపెనీకి వెళ్లాడు, అక్కడ వారు అతని శారీరక ఆకృతి, ఆరోగ్యం, మానసిక ఆరోగ్యం, ముందు నుంచీ ఉన్న అనారోగ్యాలు, అతని కుటుంబ ఆరోగ్య చరిత్ర, అలవాట్లు మొదలైన వాటికి సంబంధించిన అనేక ప్రశ్నలకు సమాధానమివ్వాల్సిన ప్రపోజల్ ఫారమ్‌ని అందించారు.

అతని ప్రపోజల్ ఫారమ్ అందిన తర్వాత, అతను గుర్తింపు, వయస్సు రుజువు, చిరునామా రుజువు మునుపటి వైద్య రికార్డులు వంటి అనేక పత్రాలను కూడా సమర్పించవలసి ఉంటుంది. అప్పుడు వారు అతనికి ఆరోగ్య పరీక్షలు మరియు కొన్ని వైద్య పరీక్షలు చేయించుకోవాలని చెప్పడం అతనికి నిరాశ కలిగించింది.

తనను తాను ఆరోగ్యవంతుడిగానూ మంచి ఆదాయ స్థాయి ఉన్న వ్యక్తిగానూ భావింపబడే మనీష్, తన విషయంలో ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ ఇంత సుదీర్ఘమైన ప్రక్రియను ఎందుకు అనుసరిస్తుందో ఆలోచించడం ప్రారంభించాడు. ఇదంతా అయిన తర్వాత కూడా ఇన్సూరెన్ కంపెనీ వారు వైద్య పరీక్షల్లో కొలెస్ట్రాల్, బీపీ ఎక్కువగా ఉన్నట్లు తేలిందని, ఆ తర్వాత గుండె జబ్బులు వచ్చే అవకాశాలు ఎక్కువగా ఉన్నాయని చెప్పారు. వారు అతనికి పాలసీని ఆఫర్ చేసినప్పటికీ, అతని స్నేహితుడు చెల్లించిన దాని కంటే ప్రీమియం చాలా ఎక్కువగా ఉందని చెప్పి అతను పాలసీని తీసుకోవడానికి నిరాకరించాడు.

ఇక్కడ, బీమా కంపెనీ, వారి అండర్‌రైటింగ్ ప్రక్రియలో భాగంగా ఈ స్టెప్స్ అన్నింటినీ అనుసరిస్తోంది. రిస్క్ కవరేజీని అందజేస్తున్నప్పుడు, బీమా సంస్థ నష్టాలను సరిగ్గా అంచనా వేయాలి, తగిన లాభాన్ని పొందాలి. రిస్కుని సరిగ్గా అంచనా వేయక, అది క్లెయిమ్ కి వస్తే అది నష్టానికి దారి తీస్తుంది. అంతేకాకుండా, బీమా సంస్థలు అన్నీ బీమా చేసుకున్న వ్యక్తులందరి తరపున ప్రీమియంలను సేకరిస్తాయి, ఈ డబ్బును ట్రస్ట్ లాగా నిర్వహించాలి.

A. అండర్‌రైటింగ్ అంటే ఏమిటి?

1. అండర్‌రైటింగ్

ఇన్సూరెన్స్ పూల్‌కి వారు తీసుకువచ్చే రిస్కులో తమ భాగానికి పూడ్చడానికి తగిన ప్రీమియం చెల్లించాలని భావిస్తున్న వ్యక్తులతో బీమా చేయించడానికి బీమా కంపెనీలు ప్రయత్నిస్తాయి. ప్రపోజర్ నుండి సమాచారాన్ని సేకరించి, విశ్లేషించే ప్రక్రియను అండర్‌రైటింగ్ అంటారు. ఈ ప్రక్రియ ద్వారా సేకరించిన సమాచారం ఆధారంగా, వారు ప్రపోజర్‌కి బీమా చేయాలా వద్దా అని నిర్ణయిస్తారు. వారు అలా చేయాలని నిర్ణయించుకుంటే, అటువంటి రిస్క్ తీసుకోవడం వల్ల తగిన లాభం పొందడానికి ఏ ప్రీమియం, ఏ నిబంధనలు, షరతులు విధించాలో నిర్ణయిస్తాయి.

నిర్వచనం

అండర్‌రైటింగ్ అనేది రిస్కుని సముచితంగా అంచనా వేసిబీమా రక్షణను మంజూరు చేసే నిబంధనలను , నిర్ణయించే ప్రక్రియ. అందువల్ల, ఇది రిస్క్ అసెస్మెంట్‌రిస్ ,క్ ప్రైసింగ్ ప్రక్రియ.

---

2. అండర్‌రైటింగ్ అవసరం

అండర్‌రైటింగ్ అనేది బీమా సంస్థ వెన్నెముక, ఎందుకంటే ప్రమాదాన్ని నిర్లక్ష్యంగా అంగీకరించడం లేదా తగినంత ప్రీమియం లేకపోవడం బీమా సంస్థ దివాలా తీయడానికి దారి తీస్తుంది. మరోవైపు, అతిగా ఎంపిక చేసుకోవడం లేదా జాగ్రత్తగా ఉండడం వల్ల బీమా కంపెనీ ఒక పెద్ద పూల్ ని సృష్టించకుండా నిరోధించి, తద్వారా ప్రమాదాన్ని యూనిఫాంగా వ్యాప్తి చేసే వీలు లేకుండా చేస్తుంది. అందువల్ల రిస్క్ మరియు వ్యాపారం మధ్య సరైన సమతుల్యతను సాధించడం చాలా కీలకం. దానివల్ల సంస్థ పోటీపడడానికి సమర్థంగానూ సంస్థకి లాభదాయకంగానూ ఉంటుంది.

సంబంధిత బీమా కంపెనీ దార్శనికత, పాలసీలు, రిస్క్ తీసుకోగల సమర్థత కి అనుగుణంగా ఈ సమతూలన (బ్యాలెన్సింగ్) ప్రక్రియ అండర్‌రైటర్ ద్వారా చేయబడుతుంది. వయస్సు ప్రభావం వల్ల అనారోగ్యం, మరణం సంభవించే అవకాశాలు సహజమే అయినా, అనారోగ్యం సాధారణంగా మరణానికి చాలా ముందు మరియు తరచుగా వస్తుందని గుర్తుంచుకోవాలి. అందువల్ల, డెత్ కవరేజ్ కంటే ఆరోగ్య కవరేజీకి అండర్‌రైటింగ్ నిబంధనలు, మార్గదర్శకాలు చాలా కఠినంగా ఉండటం ఎంతో తర్కసమ్మతమైనది.

3. అండర్‌రైటింగ్ - రిస్క్ అసెస్మెంట్

ఆరోగ్య బీమాలో, ఫైనాన్షియల్ లేదా ఆదాయ ఆధారిత అండర్‌రైటింగ్ కంటే వైద్య లేదా ఆరోగ్య ఫలితాలపై ఎక్కువ దృష్టి ఉంటుంది. ఏది ఏమైనప్పటికీ, ఏదైనా ప్రతికూల ఎంపిక (adverse selection) ను ప్రతిఘటించడానికి ఆరోగ్య బీమాలో కొనసాగింపును నిర్ధారించడానికి బీమా చేయదగిన ఆసక్తి, ఫైనాన్షియల్ అండర్‌రైటింగ్ చాలా ముఖ్యం కాబట్టి మొదటిది విస్మరించబడదు.

ఉదాహరణ

మధుమేహం ఉన్న వ్యక్తికి మరణం కంటే గుండె లేదా మూత్రపిండ సంక్లిష్టత ఏర్పడి ఆసుపత్రిలో చేరాల్సిన అవకాశం చాలా ఎక్కువగా ఉంటుంది. బీమా కవరేజీ సమయంలో అనేక సార్లు అనారోగ్యం సంభవించవచ్చు. జీవిత బీమా అండర్‌రైటింగ్ మార్గదర్శకాలు ఈ వ్యక్తిని సగటు ప్రమాదంగా రేట్ చేయవచ్చు. అయినప్పటికీ, మెడికల్ అండర్‌రైటింగ్ కోసం, అతను ఎక్కువ రిస్క్‌గా పరిగణించబడతాడు.

4. అనారోగ్య సంభావ్యతను ప్రభావితం చేసే అంశాలు

అనారోగ్యానికి గురయ్యే రిస్కుని అంచనా వేసేటప్పుడు వ్యాధిగ్రస్తులను ప్రభావితం చేసే జాగ్రత్తగా పరిశీలించవలసిన కారకాలు క్రింది విధంగా ఉన్నాయి:

a) **వయస్సు:** వయస్సు, రిస్క్ స్థాయికి అనుగుణంగా ప్రీమియంలు వసూలు చేయబడతాయి. ఉదా. ఇన్ఫెక్షన్లు, ప్రమాదాల రిస్క్ పెరగడం వల్ల శిశువులకీ, పిల్లలకీ కట్టాల్సిన ప్రీమియంలు యువకుల కంటే ఎక్కువగా ఉంటాయి. అదే విధంగా, 45 సంవత్సరాల కంటే ఎక్కువ వయస్సు ఉన్న పెద్దలకు ప్రీమియంలు ఎక్కువగా ఉంటాయి, ఎందుకంటే మధుమేహం, ఆకస్మిక గుండె జబ్బులు లేదా అటువంటి ఇతర అనారోగ్యాల వంటి దీర్ఘకాలిక వ్యాధితో బాధపడుతున్న వ్యక్తికి అనారోగ్య సంభావ్యత చాలా ఎక్కువగా ఉంటుంది.

b) **లింగం:** పిల్లలను కనే సమయంలో మహిళలు అదనపు అనారోగ్యానికి గురవుతారు. అయినప్పటికీ, స్త్రీల కంటే పురుషులు గుండెపోటుకు గురయ్యే అవకాశం ఎక్కువగా ఉంది లేదా మహిళల కంటే ఉద్యోగ సంబంధిత రిస్కులకు ఎక్కువగా గురవుతారు, ఎందుకంటే వారు ఎక్కువగా ప్రమాదకరమైన ఉద్యోగాల్లో ఎక్కువగా ఉంటారు.

c) **అలవాట్లు:** పొగాకు, మద్యం లేదా మాదకద్రవ్యాలను ఏ రూపంలోనైనా తీసుకోవడం, అనారోగ్య రిస్కుని ప్రత్యక్షంగా ప్రభావితం చేసే అలవాట్లు.

d) **వృత్తి:** కొన్ని వృత్తులలో రిస్కు అధికంగా ఉండే అవకాశం ఉంటుంది, ఉదా. డ్రైవర్, బ్లాస్టర్, ఏవియేటర్ మొదలైనవి. మరియు, ఎక్స్-రే మెషీన్ ఆపరేటర్, అస్బెస్టాస్ పరిశ్రమ కార్మికులు, గని కార్మికులు మొదలైన కొన్ని వృత్తులు చేసేవారు అధిక ఆరోగ్య రిస్కులను కలిగి ఉండవచ్చు.

e) **కుటుంబ చరిత్ర:** జన్యుపరమైన కారకాలు ఉబ్బసం, మధుమేహం, కొన్ని కేన్సర్ వంటి వ్యాధులను ప్రభావితం చేస్తాయి కాబట్టి దీనికి ఎక్కువ ప్రాముఖ్యత ఉంది. ఇది అనారోగ్యాన్ని ప్రభావితం చేస్తుంది కాబట్టి ప్రమాదాన్ని అంగీకరించేటప్పుడు ఈ విషయం పరిగణనలోకి తీసుకోవాలి.

f) **ఆకృతి:** బలిష్టమైన, సన్నగా లేదా సగటు ఆకృతి కూడా నిర్దిష్ట గ్రూప్‌లలో వ్యాధిగ్రస్తత (morbidity) కి ముడిపడి ఉండవచ్చు.

g) **గత అనారోగ్యం లేదా శస్త్రచికిత్స:** గత అనారోగ్యం శారీరక బలహీనతను పెంచే అవకాశం ఉందా లేదా పునరావృతమయ్యే అవకాశం ఉందా అని నిర్ధారించుకోవాలి తదనుగుణంగా పాలసీ నిబంధనలను నిర్ణయించాలి. ఉదా. కిడ్నీలో రాళ్లు పునరావృతమవుతాయి. అదే విధంగా, ఒక కంటిలో కంటిశుక్లం (కేటరాక్ట్) మరొక కంటిలో కంటిశుక్లం వచ్చే అవకాశాన్ని పెంచుతుంది.

h) **ప్రస్తుత ఆరోగ్య స్థితి ఇతర కారకాలు లేదా సమస్యలు:** ప్రమాదం మరియు బీమా స్థాయిని నిర్ధారించడానికి ఇది చాలా ముఖ్యం. సరిగా వాస్తవాలు వెల్లడించడం, వైద్య పరీక్ష ద్వారా వీటిని నిర్ధారించవచ్చు.

i) **పర్యావరణం మరియు నివాసం:** ఇవి కూడా వ్యాధిగ్రస్తత రేట్లపై ప్రభావం చూపుతాయి.

ఆరోగ్య బీమాలో నైతిక ప్రమాదాన్ని (Moral Hazard) అర్థం చేసుకోవడం

వయస్సు, లింగం, అలవాట్లు మొదలైన అంశాలు ఆరోగ్య ప్రమాదానికి సంబంధించిన భౌతిక ప్రమాదాన్ని సూచిస్తున్నప్పటికీ, నిశితంగా పరిశీలించాల్సిన అవసరం మరొకటి ఉంది. ఇది క్లయింట్ నైతిక ప్రమాదం, ఇది బీమా కంపెనీకి చాలా హానికరం కావచ్చు.

అనైతికతకు (bad moral hazard)కి ఒక విపరీతమైన ఉదాహరణ ఏమిటంటే, బీమా చేసిన వ్యక్తి తాను త్వరలోనే శస్త్రచికిత్స చేయించుకుంటానని తెలిసినా, బీమా సంస్థకు వెల్లడించకపోవడమే. క్లెయిమ్ చేసుకునేందుకు బీమా తీసుకోవాలనే దురుద్దేశపూర్వకమైన స్వార్థప్రయోజనమే ఇందులో ఉంది.

మీరేం నేర్చుకున్నారు1

అండర్‌రైటింగ్ **అనేది _____________ ప్రక్రియ.**

I. మార్కెటింగ్ బీమా ప్రొడక్ట్స్

II. కష్టమర్ల నుంచి ప్రీమియం వసూలు చేయడం

III. రిస్క్ అసెస్మెంట్ మరియు రిస్క్ ప్రైసింగ్

IV. వివిధ బీమా ప్రొడక్ట్స్‌ను విక్రయించడం

B. అండర్‌రైటింగ్ - ప్రాథమిక అంశాలు

1. అండర్‌రైటింగ్ ఉద్దేశాలు (Purposes)

అండర్‌రైటింగ్ కోసం రెండు ప్రధాన ఉద్దేశాలు ఉన్నాయి.

i. వ్యతిరేక ఎంపిక (anti-selection) ను నిరోధించడం, ఇది బీమా సంస్థ ప్రయోజనాలకు విరుద్ధమైన ఎంపిక

ii. నష్టాలను వర్గీకరించడం మరియు నష్టాల మధ్య సమానత్వాన్ని నిర్ధారించడం

నిర్వచనం

రిస్కుల అంచనా అనే పదం ఆరోగ్య బీమా కోసం ప్రతి ప్రపోజల్‌ను అది సూచించే రిస్క్ స్థాయికి అనుగుణంగా మూల్యాంకనం చేసే ప్రక్రియను సూచిస్తుంది మరియు ఆపై బీమాను మంజూరు చేయాలా వద్దా, చేయాల్సి వస్తే ఏ నిబంధనలపై చేయాలనే నిర్ణయం తీసుకునేందుకు తోడ్పడుతుంది.

యాంటీ-సెలెక్షన్ (లేదా **adverse selection**) అనేది తమకు నష్టం జరిగే అవకాశం ఎక్కువగా ఉందని అనుమానించే లేదా తెలిసిన వ్యక్తులు, బీమా కోసం ఆసక్తిగా వెతకడంఆ ప్రక్రియలో లాభపడడం ,.ఉదాహరణ

బీమా సంస్థలు ఎవరికి ఎలా బీమాను అందించాలో జాగ్రత్తగా ఎంపిక చేసుకోకపోతే, మధుమేహం, అధిక బీపీ, గుండె సమస్యలు లేదా కేన్సర్ వంటి తీవ్రమైన అనారోగ్యాలు ఉన్నవారు త్వరలో ఆసుపత్రిలో చేరవలసి ఉంటుందని తెలిసిన వారు ఆరోగ్య బీమాను దుర్వినియోగం చేసే అవకాశం ఉంది. ఇది బీమా సంస్థకు నష్టాల్ని తెస్తుంది. మరో మాటలో చెప్పాలంటే, బీమా సంస్థ ప్రమాదాన్ని సరిగ్గా అంచనా వేయకపోతే, అది వ్యతిరేకంగా ఎంపిక చేయబడుతుందిఆ ప్రక్రియలో నష్టాలను చవిచూస్తుంది ,.

---

2. నష్టాల మధ్య సమానత (Equity among risks)

రిస్కుల్లో ఈక్విటీని ఇప్పుడు పరిశీలిద్దాం. “ఈక్విటీ” అంటే ఒకేరకం (సారూప్య) రిస్కు స్థాయిలకు గురయ్యే దరఖాస్తుదారులందరినీ అదే ప్రీమియం క్లాస్ (వర్గం) లో పెడతారు. బీమా కంపెనీలు వసూలు చేయవలసిన

ప్రీమియంలను నిర్ణయించడానికి ఒక రకమైన స్టాండర్డైజేషన్ ని కలిగి ఉండాలని కోరుకుంటాయి. అండర్‌రైటర్ కి వచ్చే ప్రపోజల్‌లు ఈ క్రింది ప్రమాద రకాలుగా వర్గీకరించబడ్డాయి:

i. **స్టాండర్డ్ రిస్కులు**

వీరు ఆశించిన మోర్బిడిటీ (వ్యాధిగ్రస్తత) సగటుగా ఉన్న వ్యక్తులు.

ii. ఇష్టపడే రిస్కులు (Preferred risks)

కొన్ని సందర్భాల్లో, ఆశించిన వ్యాధిగ్రస్తత సగటు కంటే గణనీయంగా తక్కువగా ఉంటుంది. అందువల్ల ఆ రిస్కులకు ప్రాధాన్యత ఇవ్వబడుతుంది. వీటికి తక్కువ ప్రీమియం వసూలు చేయవచ్చు.

iii. నాణ్యత లేని రిస్కులు (Substandard risks)

కొన్ని ఇతర సందర్భాల్లో, ఆశించిన వ్యాధిగ్రస్తత సగటు కంటే ఎక్కువగా ఉండవచ్చు. ఇవి కూడా బీమా చేయదగినవి అయినప్పటికీ, బీమా సంస్థలు అధిక ప్రీమియంలను వసూలు చేయవచ్చు /లేదా కొన్ని షరతులు పరిమితులు విధించి వాటిని అంగీకరించవచ్చు.

iv. తిరస్కరింపబడిన రిస్కులు

కొంతమంది వ్యక్తులు కొన్ని వైద్య లేదా ఇతర పరిస్థితులను కలిగి ఉంటారు. అవి వారిని అనారోగ్యాలకు ఎక్కువగా గురి చేసి, క్లెయిమ్‌లు చేసేలా చేస్తాయి. అటువంటి వ్యక్తులు అనారోగ్యానికి గురవడం వల్ల సాధారణ పూల్‌కి ఇది అసమానమైన భారాన్ని కలిగిస్తుంది. మరో మాటలో చెప్పాలంటే, పూల్‌లోని ఇతరులు అనారోగ్యం బారిన పడే అవకాశం ఎక్కువ లేదా తక్కువ ఉండగా, ఈ వ్యక్తులు అనారోగ్యానికి గురయ్యే అవకాశం చాలా ఎక్కువగా ఉంటుంది, దీని వలన ఎక్కువ ప్రీమియం ధరలకు కూడా వారికి బీమా చేయడం కష్టమవుతుంది. [కొన్నిసార్లు, అటువంటి వ్యక్తులు అనారోగ్యానికి గురయ్యే వారి అధిక సంభావ్యతను వెల్లడి చేయనప్పుడూ, ఇతర సాధారణ వ్యక్తుల వలె వారు బీమా పొందేందుకు ప్రయత్నించినప్పుడు బీమా సంస్థలకు నైతిక ప్రమాదం ఎదురవుతుంది.] చాలా బీమా సంస్థలు అటువంటి రిస్కులను తిరస్కరించి, భవిష్యత్ ఉపయోగం కోసం అటువంటి వ్యక్తుల డేటాబేస్ ని రూపొందించారు.

'డిక్లైన్డ్ రిస్క్'గా ఉండటం అంటే, నిర్దిష్ట బీమా సంస్థ నిర్దిష్ట సమయంలో ఆ రకమైన బీమా ప్రొడక్ట్ ని ఆ వ్యక్తికి లభ్యం చేయకూడదని మాత్రమే అర్థం. అయితే, మరొక బీమా సంస్థ అతనికి/ఆమెకు వేరే ప్రీమియం /లేదా విభిన్న షరతులతో బీమా చేసే అవకాశం ఉంది. తర్వాతి కాలంలో పరిస్థితులు మారినప్పుడు, అదే బీమాదారు అతని/ఆమెను మరొక రకమైన పాలసీ కోసం లేదా అదే పాలసీ కోసం కూడా పరిగణించవచ్చు.

3. అండర్‌రైటింగ్ ప్రక్రియ

అండర్‌రైటింగ్ ప్రక్రియ రెండు స్థాయిలలో జరుగుతుంది:

- ✓ ప్రాథమిక లేదా క్షేత్ర స్థాయిలో లేదా
- ✓ అండర్‌రైటింగ్ శాఖ స్థాయిలో

a) ప్రాథమిక (Primary) అండర్‌రైటింగ్

ప్రాథమిక (ప్రైమరీ) అండర్‌రైటింగ్ (లేదా ఫీల్డ్ లెవల్ అండర్‌రైటింగ్) అనేది బీమా కవరేజీని మంజూరు చేయడానికి దరఖాస్తుదారు అనుకూలంగా ఉన్నారో లేదో నిర్ణయించడానికి ఏజెంట్ లేదా కంపెనీ ప్రతినిధి ద్వారా సమాచారాన్ని సేకరించడం. ఏజెంట్ ఈ **ప్రాథమిక అండర్‌రైటింగ్** అనే కీలక పాత్రను పోషిస్తాడు. కాబోయే క్లయింట్ బీమా చేయదగినవాడా కాదా అని తెలుసుకోవడానికి అతను సరైన స్థానంలో ఉంటాడు.

కొన్ని బీమా కంపెనీల ఏజెంట్లు, ప్రపోజర్ కి సంబంధించి నిర్దిష్ట సమాచారం, అభిప్రాయం సిఫార్సులతో ఒక స్టేట్మెంట్ లేదా రహస్య నివేదికను అందించాల్సి ఉంటుంది.

మోరల్ హజార్డ్ రిపోర్ట్ అని పిలవబడే ఇలాంటి రకమైన నివేదికను బీమా కంపెనీ అధికారి నుండి కూడా కోరవచ్చు. ఈ నివేదికలు సాధారణంగా ఆరోగ్య బీమా కోసం ప్రతిపాదించబడిన వ్యక్తి వృత్తి, ఆదాయం ఆర్థిక స్థితి, పరపతిని గురించి తెలియజేస్తాయి.

4. ఏజెంట్ యొక్క మోస నియంత్రీకరణ (Fraud monitoring role of Agent)

బీమా కోసం రిస్కుని ఎంచుకోవడానికి సంబంధించిన నిర్ణయాలు ప్రపోజల్ ఫారమ్‌లో ప్రపోజర్ వెల్లడించిన వాస్తవాలపై ఆధారపడి ఉంటాయి. ఆఫీస్ లో కూర్చున్న అండర్‌రైటర్ కి ఈ వాస్తవాలు నిజమా లేదా బీమా సంస్థను మోసం చేయాలనే ఉద్దేశ్యంతో మోసపూరితంగానూ, తప్పుగానూ వివరించబడిందా అని తెలుసుకోవడం కష్టం.

ఏజెంట్, **ప్రాథమిక అండర్‌రైటర్ గా** ఇక్కడ ముఖ్యమైన పాత్ర పోషిస్తారు. ఏజెంట్ కి ప్రపోజర్ తో ప్రత్యక్ష వ్యక్తిగత పరిచయాలు ఉన్నందున, సమర్పించిన సమాచారం నిజమా కాదా, ఉద్దేశపూర్వకంగా ఏదైనా వెల్లడి చేయకపోవడం లేదా తప్పుగా సూచించడం జరిగిందా అని తెలుసుకోవడానికి అతను లేదా ఆమె కీలకమైన స్థానంలో ఉంటారు.

a) **అండర్‌రైటింగ్ విభాగం పాత్ర (Role of the Underwriting department)**

బీమా సంస్థ కార్యాలయంలోని అండర్‌రైటింగ్ విభాగం అండర్‌రైటింగ్ లో ప్రధాన భాగంగా ఉంటుంది. ఇక్కడ, అటువంటి పనిలో ప్రావీణ్యం ఉన్న నిపుణులు, నిర్దిష్ట ప్రమాదానికి సంబంధించిన పూర్తి డేటానీ, కొంత జనాభా సంబంధించిన డేటాను కూడా పరిగణనలోకి తీసుకుని విశ్లేషిస్తారు. వారు చివరకు బీమా ప్రపోజల్‌ను ఆమోదించాలా లేదా నిర్ణయించి, నిబంధనలను తగిన ప్రీమియంలను నిర్ణయిస్తారు.

C. IRDAI **యొక్క** ఇతర ఆరోగ్య బీమా నిబంధనలు **)regulations)**

రెగ్యులేటర్ క్రింద ఇవ్వబడిన విధంగా బీమా చేసిన వారి సహాయం కోసం కొన్ని మార్పులను కూడా తీసుకువచ్చారు.

a. బీమా చేసిన వ్యక్తికి ప్రీమియం కంటే ఎక్కువగా వసూలు చేయబడిన ఏదైనా అండర్‌రైటింగ్ లోడింగ్ ఉంటే దాని గురించి తెలియజేయాలి. అటువంటి లోడింగ్ ల కోసం పాలసీని జారీ చేయడానికి ముందే పాలసీహోల్డర్ నిర్దిష్ట సమ్మతిని పొందాలి.
b. ఒక పాలసీ ఏదైనా తదుపరి దశలో గానీ లేదా దాని రెన్యువల్ సమయంలో గానీ, వృత్తి మార్పు వంటి ఏదైనా అధిక సమాచారం బీమా కంపెనీకి అవసరమైతే, బీమా చేసిన వ్యక్తి పూరించడానికి ప్రామాణిక ఫారమ్‌లను పాలసీ డాక్యుమెంట్‌లో భాగంగా చేసింది..
c. అదే బీమా సంస్థతో సత్వర ప్రవేశం, కొనసాగిస్తున్న రెన్యువల్స్, అనుకూలమైన క్లెయిమ్‌ల అనుభవం మొదలైన మంచి చరిత్ర గల పాలసీదారులకు ప్రతిఫలం ఇవ్వడానికి బీమా సంస్థలు వివిధ పథకాలతో ముందుకు వచ్చాయి, ప్రాస్పెక్టస్, పాలసీ డాక్యుమెంట్‌లో అలాంటి మెకానిజం లేదా ప్రోత్సాహకాలను నేరుగా వెల్లడి చేస్తాయి.

D. ఆరోగ్య బీమా పోర్టబిలిటీ **)Portability of Health Insurance)**

పోర్టబిలిటీ అంటే, వ్యక్తిగత ఆరోగ్య బీమా పాలసీదారులకు (కుటుంబ కవర్ క్రింద ఉన్న సభ్యులందరితో సహా), ముందుగా ఉన్న షరతులు కాలపరిమితి మినహాయింపుల కోసం పొందిన క్రెడిట్ ని **ఒక బీమా సంస్థ నుండి మరొక బీమా సంస్థకు లేదా ఒక ప్లాన్ నుండి మరొకదానికి బదిలీ చేసే హక్కుగా** IRDAI నిర్వచించింది. అయితే **అది,** మునుపటి పాలసీని ఒకే **బీమా సంస్థతో** ఎటువంటి విరామం లేకుండా కొనసాగిస్తూ ఉండి ఉండాలి.

పోర్టబిలిటీ అనేది ఒక బీమా చేసిన వ్యక్తి ఒక బీమా సంస్థ నుండి మరొకదానికి అతని/ఆమెతో పాటు కొంత కాలా వ్యవధిలో ఆర్జించిన అన్ని బెనిఫిట్స్‌నీ తీసికెళ్లే సదుపాయం. విద్యార్థులు దయచేసి 22 జులై 2020 నాటి హెల్త్

ఇన్సూరెన్స్ బిజినెస్‌లో ప్రొడక్ట్ ఫైలింగ్ పై IRDAI సమగ్ర మార్గదర్శకాలు చదవవచ్చు. ఇందులో పోర్టబిలిటీతో సహా అనేక ఆచరణలను ప్రామాణీకరించడానికి నిబంధనలు నిర్దేశించబడ్డాయి.

కుటుంబ ఫ్లోటర్ పాలసీలతో సహా సాధారణ బీమా సంస్థలు, ఆరోగ్య బీమా సంస్థలు జారీ చేసే అన్ని వ్యక్తిగత నష్టపరిహార ఆరోగ్య బీమా పాలసీల క్రింద పోర్టబిలిటీ అనుమతించబడాలని IRDAI ఆదేశించింది.

అయితే, రెన్యువల్ సమయంలో మాత్రమే పోర్టింగ్ చేయవచ్చు. వెయిటింగ్ పీరియడ్ క్రెడిట్‌తో బాటు మరియు ప్రీమియం కొత్త పాలసీకి గల ఇతర నిబంధనలను కొత్త బీమా కంపెనీ నిర్ణయిస్తుంది. విధానపరంగా, పాలసీని పోర్ట్ చేయాల్సిన కంపెనీని పేర్కొంటూ, రెన్యువల్‌కు కనీసం 45 రోజుల ముందు బీమా చేసిన వ్యక్తి పాత బీమా సంస్థకు పోర్టింగ్ కోసం అభ్యర్థనను అందించాలి. పాలసీ విరామం లేకుండా రెన్యువల్ చేయబడుతూ ఉండాలి (పోర్టింగ్ ప్రక్రియలో ఉంటే 30 రోజుల గ్రేస్ పీరియడ్ ఉంటుంది). IRDA ఒక వెబ్ ఆధారిత సదుపాయాన్ని సృష్టించింది, ఇది వ్యక్తులకు బీమా కంపెనీలు జారీ చేసే అన్ని ఆరోగ్య బీమా పాలసీల డేటాను నిర్వహించడంతోపాటు, కొత్త బీమా సంస్థ పోర్టింగ్ పాలసీహోల్డర్ ఆరోగ్య బీమా చరిత్రపై డేటాను సజావుగా యాక్సెస్ చేసి వివరాలు పొందేందుకు వీలు కల్పిస్తుంది.

E. ఆరోగ్య బీమా వలస) Migration of Health Insurance)

మైగ్రేషన్ అనేది ఆరోగ్య బీమా పాలసీహోల్డర్లకి (కుటుంబ కవర్ క్రింద ఉన్న సభ్యులందరూ మరియు గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ పాలసీ సభ్యులతో సహా), ముందుగా ఉన్న పరిస్థితులు, కాలపరిమితి మినహాయింపుల (time bound exclusions) విషయంగా పొందిన క్రెడిట్ కి **అదే బీమా సంస్థతో బదిలీ చేయడానికి హక్కుగా IRDAI నిర్వచించింది.**

22 జులై 2020 నాటి ఆరోగ్య బీమా వ్యాపారంలో ప్రొడక్ట్ ఫైలింగ్‌పై IRDAI సమగ్ర మార్గదర్శకాలు ఆరోగ్య బీమా పాలసీల మైగ్రేషన్‌పై మార్గదర్శకాలను సవరించాయి. నష్టపరిహారం ఆధారిత వ్యక్తిగత ఆరోగ్య బీమా పాలసీ క్రింద కవర్ చేయబడిన ప్రతి వ్యక్తిగత పాలసీదారుడికీ (ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ పాలసీలోని సభ్యులతో సహా) పాలసీదారు ఉపయోగించే స్పష్టమైన ఎంపిక ఆధారంగా మైగ్రేషన్ ఎంపికను సమకూర్చే హక్కుని ఇది అందిస్తుంది. గ్రూప్ పాలసీల నుండి వ్యక్తిగత పాలసీకి మైగ్రేషన్ అండర్‌రైటింగ్ కి లోబడి ఉంటుంది.

ఒక పాలసీహోల్డర్ అతడు/ ఆమెకి గల ప్రస్తుత పాలసీని మైగ్రేట్ చేయాలని కోరుకుంటే రెన్యువల్ తేదీకి కనీసం 30 రోజుల ముందు, కుటుంబ సభ్యులందరితో పాటు బీమా కంపెనీకి దరఖాస్తు చేసుకోవడానికి అనుమతించబడతారు. అయితే, బీమా సంస్థ 30 రోజుల కంటే తక్కువ పిరియడ్‌ని పరిగణనలోకి తీసుకోవడానికి సిద్ధంగా ఉంటే, బీమా కంపెనీ అలా చేయవచ్చు. బీమా కంపెనీలు మైగ్రేషన్ కోసం ప్రత్యేకంగా ఎటువంటి ఛార్జీలు విధించవు.

F. బీమా ప్రాథమిక సూత్రాలు)**Basic principles (మరియు** అండర్‌రైటింగ్ కోసం సాధనాలు)**tools)**

1. అండర్‌రైటింగ్‌కు సంబంధించిన ప్రాథమిక సూత్రాలు (Basic principles relevant to underwriting)

ఏ రకమైన బీమాలోనైనా, అది జీవిత బీమా అయినా లేదా సాధారణ బీమా అయినా, రిస్కుల అంగీకారంతో పాటు పనిచేసే కొన్ని చట్టపరమైన సూత్రాలు ఉన్నాయి. ఆరోగ్య బీమా కూడా ఈ సూత్రాలచే నిర్వహించబడుతుంది, ఏవైనా సూత్రాలను ఉల్లంఘిస్తే బీమా సంస్థ తమ బాధ్యత నుండి తప్పించుకోవాలని నిర్ణయించుకోవచ్చు. (ఈ సూత్రాలు సాధారణ అధ్యాయాలలో చర్చించబడ్డాయి.)

2. *అండర్‌రైటింగ్ కోసం సాధనాలు* (Tools for underwriting)

ఇవి అండర్‌రైటర్‌కు సంబంధించిన సమాచార మూలాలు. వీటి ఆధారంగా అంతిమంగా రిస్క్ వర్గీకరణ చేయబడి, ప్రీమియంలు నిర్ణయించబడతాయి. అండర్‌రైటింగ్ కోసం ఈ క్రింది కీలక సాధనాలు ఉన్నాయి:

a) ప్రపోజల్ ఫారం

ఈ డాక్యుమెంట్ కాంట్రాక్ట్‌కి ఆధారం, ఇక్కడ ప్రపోజర్ ఆరోగ్యం, వ్యక్తిగత వివరాలకు (అంటే వయస్సు, వృత్తి, ఆకృతి, అలవాట్లు, ఆరోగ్య స్థితి, ఆదాయం, ప్రీమియం చెల్లింపు వివరాలు మొదలైనవి) సంబంధించిన కీలక సమాచారం సేకరించబడుతుంది. బీమా చేసిన వ్యక్తి ఏదైనా ఉల్లంఘన లేదా సమాచారాన్ని దాచడం చేస్తే పాలసీ చెల్లుబాటు నశిస్తుంది. (ఇది సాధారణ అధ్యాయాలలో చర్చించబడింది.)

b) వయస్సు రుజువు (Age proof)

బీమా చేసిన వ్యక్తి వయస్సు ఆధారంగా ప్రీమియంలు నిర్ణయించబడతాయి. అందువల్ల నమోదు (ఎన్రోల్మెంట్) సమయంలో వెల్లడించిన వయస్సు, సమర్పించబడిన వయస్సు రుజువు ద్వారా ధృవీకరించబడడం అత్యవసరం.

ఉదాహరణ

భారతదేశంలో, వయస్సు రుజువుగా పరిగణించబడే అనేక పత్రాలు ఉన్నాయి కానీ అవన్నీ చట్టబద్ధంగా ఆమోదయోగ్యం కాదు. చాలా వరకు చెల్లుబాటు అయ్యే పత్రాలు రెండు విస్తృత వర్గాలుగా విభజించబడ్డాయి. అవి క్రింది విధంగా ఉన్నాయి:

a) ప్రామాణిక వయస్సు రుజువు: వీటిలో కొన్ని పాఠశాల సర్టిఫికేట్, పాస్‌పోర్ట్, నివాస ధృవీకరణ డాక్యుమెంట్, PAN కార్డ్ మొదలైనవి ఉన్నాయి.

b) ప్రామాణికం కాని (Non-standard) వయస్సు రుజువు: వీటిలో రేషన్ కార్డు, ఓటరు ID, పెద్దల డిక్లరేషన్, గ్రామ పంచాయతీ సర్టిఫికేట్ మొదలైనవి ఉన్నాయి.

ఆర్థిక పత్రాలు (Financial documents)

ప్రపోజర్ ఆర్థిక స్థితిని తెలుసుకోవడం, ముఖ్యంగా బెనిఫిట్ ప్రొడక్ట్స్‌కు నైతిక ప్రమాదాన్ని తగ్గించడం కోసం అవసరం. అయితే, సాధారణంగా ఆర్థిక పత్రాలు ఈ క్రింది సందర్భాలలో మాత్రమే అడగబడతాయి:

a) వ్యక్తిగత ప్రమాద కవర్లు లేదా

b) అధిక మొత్తం (High sum) అష్యూర్డ్ కవరేజ్ లేదా

c) పేర్కొన్న ఆదాయాన్నీ, వృత్తినీ, కోరిన కవరేజీతో పోలిస్తే, సరిపోకపోతే

c) వైద్య నివేదికలు (Medical reports)

వైద్య నివేదికల ఆవశ్యకత బీమా కంపెనీ నిబంధనలపై ఆధారపడి ఉంటుంది, సాధారణంగా బీమా చేసిన వ్యక్తి వయస్సుపై ఆధారపడి ఉంటుంది. కొన్నిసార్లు ఎంచుకున్న కవర్ మొత్తంపై ఆధారపడి ఉంటుంది. ప్రపోజల్ ఫారమ్‌లోని కొన్ని ప్రత్యుత్తరాలు మెడికల్ రిపోర్టులను అడగడానికి దారితీసే కొంత సమాచారాన్ని కూడా కలిగి ఉండవచ్చు.

d) విక్రయ సిబ్బంది నివేదికలు (Reports of sales personnel)

సేల్స్ సిబ్బందిని కంపెనీకి అట్టడుగు (grassroots) స్థాయి అండర్‌రైటర్లుగా కూడా చూడవచ్చు, వారి నివేదికలో వారు ఇచ్చిన సమాచారం ఒక ముఖ్యమైన అంశంగా పరిగణించబడుతుంది. అయినప్పటికీ, సేల్స్ సిబ్బందికి వ్యాపారాన్ని మరింత వృద్ధి చేయడానికి తగిన ఇన్సెంటివ్ ఉన్నందున, ఆసక్తి వైరుధ్యాన్ని (conflict of interest) గమనించవలసి ఉంటుంది.

మీరేం నేర్చుకున్నారు 2

అండర్‌రైటింగ్‌లో అత్యంత చిత్తశుద్ధి సూత్రాన్ని (principle of utmost good faith) ____________ ద్వారా అనుసరించాల్సిన అవసరం ఉంది.

I. **బీమా కంపెనీ**

II. **బీమా చేసినవారు**

III. **బీమా కంపెనీ, బీమా చేసినవారూ, ఇద్దరూ**

IV. **వైద్య పరీక్షకులు**

మీరేం నేర్చుకున్నారు3

బీమా చేయదగిన ఆసక్తి (Insurable interest) ____________ని సూచిస్తుంది.

I. బీమా చేయవలసిన ఆస్తిపై ఆ వ్యక్తికి ఆసక్తి

II. ఇప్పటికే బీమా చేయబడిన ఆస్తి

III. ఒకటి కంటే ఎక్కువ కంపెనీలు ఒకే నష్టాన్ని పూడ్చినప్పుడు ప్రతి బీమా సంస్థకీ వచ్చే నష్టం వాటా

IV. బీమా కంపెనీ నుండి తిరిగి రాబట్టగలిగిన నష్టం మొత్తం

G. అండర్‌రైటింగ్ ప్రక్రియ (Underwriting process)

అవసరమైన సమాచారం అందుకున్న తర్వాత, అండర్‌రైటర్ పాలసీ నిబంధనలను నిర్ణయిస్తారు. ఆరోగ్య బీమా వ్యాపారాన్ని అండర్‌రైటింగ్ చేయడం కోసం ఉపయోగించే సాధారణ రూపాలు క్రింది విధంగా ఉన్నాయి:

1. మెడికల్ అండర్‌రైటింగ్

మెడికల్ అండర్‌రైటింగ్ అనేది ఆరోగ్య బీమా పాలసీకి దరఖాస్తు చేసే వ్యక్తి ఆరోగ్య స్థితిని గుర్తించేందుకు ప్రపోజర్ నుండి మెడికల్ రిపోర్టులను కోరే ప్రక్రియ. సేకరించిన ఆరోగ్య సమాచారాన్ని బీమా కంపెనీలు కవరేజీని అందించాలో లేదో, ఇస్తే ఏ పరిమితి వరకు, ఏ షరతులు, మినహాయింపులపై అనేది నిర్ధారించడానికి మూల్యాంకనం చేస్తారు. అందువల్ల రిస్క్‌ని అంగీకరించడం లేదా తిరస్కరించడం, మరియు కవర్ నిబంధనలను కూడా నిర్ణయిస్తుంది

ఉదాహరణ

రక్తపోటు, అధిక బరువు/ ఊబకాయం పెరిగిన చక్కెర స్థాయిలు వంటి వైద్య పరిస్థితులు గుండె, మూత్రపిండాలు నాడీ వ్యవస్థకు సంబంధించిన వ్యాధులకు భవిష్యత్తులో ఆసుపత్రిలో చేరే అవకాశం ఎక్కువగా ఉంటుంది. కాబట్టి, రిస్క్ అంచనా వేసేటప్పుడు మెడికల్ అండర్‌రైటింగ్ ఈ పరిస్థితులను జాగ్రత్తగా పరిశీలించాలి.

మెడికల్ అండర్‌రైటింగ్ మార్గదర్శకాలకు అనుగుణంగా అతని/ఆమె కుటుంబ వైద్యుడు ప్రపోజర్ ఆరోగ్య స్థితిపై సంతకం చేసిన ప్రకటన కూడా అవసరం కావచ్చు.

45-50 సంవత్సరాల కంటే ఎక్కువ వయస్సు ఉండి, మొదటిసారి నమోదు చేసుకున్న వ్యక్తుల ఆరోగ్య ప్రమాద ప్రొఫైల్ ని అంచనా వేయడానికీ, వారి ప్రస్తుత ఆరోగ్య స్థితిపై సమాచారాన్ని పొందేందుకూ సాధారణంగా నిర్దిష్ట రోగనిర్ధారణ పరిశోధనలు చేయవలసి ఉంటుంది. ఇటువంటి పరిశోధనలు ముందుగా ఉన్న ఏవైనా వైద్య పరిస్థితులు లేదా వ్యాధుల గురించిన సూచనను కూడా అందిస్తాయి.

2. నాన్-మెడికల్ అండర్‌రైటింగ్

ఆరోగ్య బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసుకునే చాలా మంది ప్రపోజర్లకు వైద్య పరీక్ష అవసరం లేదు.

ఒకవేళ, ప్రపోజర్ అన్ని ప్రత్యక్ష వాస్తవాలను పూర్తిగానూ నిజాయితీగానూ వెల్లడి చేసి, వాటిని ఏజెంట్ జాగ్రత్తగా చెక్ చేసినట్లయితే, వైద్య పరీక్షల అవసరం కూడా చాలా తక్కువగా ఉంటుంది.

ఉదాహరణ

ఒక వ్యక్తి వైద్య పరీక్షలు, వెయిటింగ్ పీరియడ్లు, ప్రాసెసింగ్ జాప్యాల వంటి సుదీర్ఘ ప్రక్రియ లేకుండా త్వరగా ఆరోగ్య బీమా కవరేజీని తీసుకోవలసి వస్తే, అతను నాన్-మెడికల్ అండర్‌రైటింగ్ పాలసీని ఎంచుకోవచ్చు. నాన్-మెడికల్ అండర్‌రైటింగ్ పాలసీలో, ప్రీమియం రేట్లు, సమ్ అష్యూర్డ్ సాధారణంగా వయస్సు, లింగం, స్మోకింగ్ క్లాస్, ఆకృతి మొదలైన వాటి ఆధారంగా కొన్ని ఆరోగ్య ప్రశ్నలకు సమాధానాల ఆధారంగా నిర్ణయించబడతాయి. ప్రక్రియ వేగంగా ఉంటుంది కానీ ప్రీమియంలు సాపేక్షంగా ఎక్కువగా ఉండవచ్చు.

3. న్యూమరికల్ రేటింగ్ పద్ధతి) Numerical rating method)

ఇది అండర్‌రైటింగ్‌లో వాడబడే ప్రక్రియ. ఇందులో రిస్క్‌లో ప్రతి అంశంపై సంఖ్యాపరమైన లేదా శాతపరమైన అంచనాలు చేయబడతాయి.

వయస్సు, లింగం, జాతి, వృత్తి, నివాసం, పర్యావరణం, ఆకృతి, అలవాట్లు, కుటుంబం వ్యక్తిగత చరిత్ర వంటి అంశాలు పరిశీలించబడతాయి, ముందుగా నిర్ణయించిన ప్రమాణాల ఆధారంగా సంఖ్యాపరంగా స్కోర్ చేయబడతాయి.

4. అండర్‌రైటింగ్ నిర్ణయాలు

స్వీకరించిన సమాచారాన్ని జాగ్రత్తగా అంచనా వేసి, తగిన రిస్క్ కేటగిరీలుగా వర్గీకరించినప్పుడు అండర్‌రైటింగ్ ప్రక్రియ పూర్తవుతుంది. పై సాధనాలు మరియు తన తీర్పు ఆధారంగా, అండర్‌రైటర్ రిస్కుని క్రింది వర్గాలుగా వర్గీకరిస్తాడు:

a) ప్రామాణిక ధరల వద్ద రిస్కుని అంగీకరించడం

b) అదనపు ప్రీమియం (లోడింగ్) వద్ద రిస్కుని అంగీకరించడం, అది కొన్నిసార్లు అన్ని కంపెనీలలోనూ ఆచరణయోగ్యంగా ఉండకపోవచ్చు

c) కవర్ ని నిర్ణీత పిరియడ్/టర్మ్ కి వాయిదా వేయడం

d) కవర్ ని తిరస్కరించడం

e) కౌంటర్ ఆఫర్ (కవర్ లో కొంత భాగాన్ని పరిమితం చేయడం లేదా తిరస్కరించడం)

f) అధిక మినహాయింపు లేదా కో-పేమెంట్ విధించడం

g) పాలసీ క్రింద శాశ్వత మినహాయింపు (లు) (permanent exclusion) విధించడం

ఏదైనా అనారోగ్యం శాశ్వతంగా మినహాయించబడినట్లయితే, అది పాలసీ సర్టిఫికెట్ లో ఎండార్స్ చేయబడుతుంది. ఇది ప్రామాణిక పాలసీ మినహాయింపు కాకుండా అదనపు మినహాయింపు అవుతుంది, ఒప్పందంలో భాగంగా ఉంటుంది.

5. సాధారణ లేదా ప్రామాణిక మినహాయింపుల ఉపయోగం*)* Use of general or standard exclusions)

మెజారిటీ పాలసీలు తమ సభ్యులందరికీ వర్తించే మినహాయింపులను విధిస్తాయి. వీటిని ప్రామాణిక మినహాయింపులు (standard exclusions) గా పిలుస్తారు లేదా కొన్నిసార్లు సాధారణ మినహాయింపులుగా సూచిస్తారు. ప్రామాణిక మినహాయింపుల అమలు ద్వారా బీమా సంస్థలు తమ ఎక్స్పోజర్ ని పరిమితం చేస్తాయి. ఇవి మునుపటి అధ్యాయంలో చర్చించబడ్డాయి.

6. జోన్ వారీగా ప్రీమియం

సాధారణంగా, ప్రీమియం బీమా చేయబడిన వ్యక్తి వయస్సు, ఎంచుకున్న సమ్ అష్యూర్డ్‌పై ఆధారపడి ఉంటుంది. క్లెయిమ్‌ల ఖర్చు అధికంగా ఉన్న నిర్దిష్ట జోన్లలో ప్రీమియం డిఫరెన్షియల్ ప్రవేశపెట్టబడింది ఉదా. ఢిల్లీ, ముంబైలు. కొన్ని బీమా సంస్థల కొన్ని ప్రొడక్ట్స్‌కు అత్యధిక ప్రీమియం జోన్‌లో భాగంగా ఉన్నాయి. ఉదాహరణకు, 55-65 సంవత్సరాల వయస్సు గల వ్యక్తుల వ్యక్తిగత పాలసీ, అదే వయస్సు బ్రాకెట్లో ఉన్న ఒకే రకమైన పాలసీ ఇండోర్ లేదా జమ్మూ వంటి నగరంలో కంటే మెట్రోలలోనూ, 'ఎ క్లాస్' నగరాల్లోనూ ఎక్కువగా రేట్ చేయబడుతుంది.

మీరేం నేర్చుకున్నారు 4

మెడికల్ అండర్‌రైటింగ్ గురించిన ఈ క్రింది స్టేట్మెంట్లలో ఏది తప్పు?

I. మెడికల్ రిపోర్టుల్ని సేకరించడం, వాటిని అంచనా వేయవలసి రావడం అధిక ధర (high cost) కు దారితీస్తుంది.

II. ఆరోగ్య బీమా కోసం మెడికల్ అండర్‌రైటింగ్‌లో ప్రస్తుత ఆరోగ్య స్థితి, వయస్సు ప్రధాన అంశాలు.

III. ప్రపోజర్లు వారి ఆరోగ్య ప్రమాద ప్రొఫైల్ ని అంచనా వేయడానికి వైద్య రోగలక్షణ పరిశోధనలు చేయించుకోవాలి.

IV. ప్రమాదం ప్రతి అంశం శాతపరంగా అంచనా వేయబడుతుంది.

H. గ్రూప్ స్థాయిలో ఆరోగ్య బీమా) Health Insurance at Group Level)

ఆరోగ్య బీమా కోసం ఒక గ్రూప్‌ని అంగీకరించేటప్పుడు, బీమా కంపెనీలు గ్రూప్‌లో తరచుగా తీవ్రమైన ఆరోగ్య సమస్యలను కలిగి ఉండే కొంతమంది సభ్యుల ఉనికిని పరిగణనలోకి తీసుకుంటాయి.

1. గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్

గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ అండర్‌రైటింగ్ అనేది, బీమా సంస్థ అండర్‌రైటింగ్ మార్గదర్శకాల పరిధిలోకి వస్తుందో లేదో అంచనా వేయడానికీ, మరియు బీమా రెగ్యులేటర్ల గ్రూప్ ఇన్సూరెన్స్ కోసం నిర్దేశింపబడిన మార్గదర్శకాల పరిధిలోకి వస్తుందా అనే విషయంగా గ్రూప్ లక్షణాలను విశ్లేషించడం అవసరం.

గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ కోసం స్టాండర్డ్ అండర్‌రైటింగ్ ప్రక్రియకు, ప్రతిపాదిత గ్రూప్‌ని ఈ క్రింది అంశాలపై మూల్యాంకనం చేయడం అవసరం:

a) గ్రూప్ రకం

b) గ్రూప్ పరిమాణం

c) పరిశ్రమ రకం

d) కవరేజ్ కోసం అర్హులైన వ్యక్తులు

e) మొత్తం గ్రూప్ కవర్ చేయబడిందా లేదా సభ్యులు కొందరు చేరకుండా ఉండేందుకు (opt out) ఎంపిక ఉందా?

f) కవరేజ్ స్థాయి - అందరికీ ఏకరీతిగా ఉండాలా లేదా భిన్నంగా ఉండాలా

g) లింగం, వయస్సు, ఒకే చోట లేదా వేర్వేరు ప్రదేశాల్లో ఉండడం, వంటి సమూహ లక్షణాలు గ్రూప్ సభ్యుల ఆదాయ స్థాయిలు, ఉద్యోగి టర్నోవర్ రేటు, గ్రూప్ హోల్డర్ ప్రీమియం చెల్లిస్తున్నాడా లేదా సభ్యుల ద్వారా ప్రీమియం చెల్లింపులో పాల్గొనాల్సిన అవసరం ఉన్నదా?

h) వేర్వేరు ప్రదేశాల్లో విస్తరించి ఉన్నట్లయితే, భౌగోళిక ప్రాంతాల వారీగా ఆరోగ్య సంరక్షణ ఖర్చులలో వ్యత్యాసం

i) గ్రూప్ ఇన్సూరెన్స్ నిర్వహణ కోసం గ్రూప్ హోల్డర్ ప్రాధాన్యత థర్డ్ పార్టీ అడ్మినిస్ట్రేటర్ (అతని ఎంపిక లేదా బీమా సంస్థ ద్వారా ఎంపిక చేయబడినది)

j) ప్రతిపాదిత గ్రూప్ గత క్లెయిమ్‌ల చరిత్ర

ఉదాహరణ

గనులు లేదా కర్మాగారాల్లో పనిచేసే సభ్యుల గ్రూప్, ఎయిర్ కండిషన్డ్ కార్యాలయాల్లో పనిచేసే సభ్యుల గ్రూప్ కంటే ఎక్కువ ఆరోగ్య ప్రమాదంలో ఉంటుంది. మరియు వ్యాధుల స్వభావం (తద్వారా క్లెయిమ్‌లు) కూడా రెండు గ్రూపులకు చాలా భిన్నంగా ఉండే అవకాశం ఉంది. అందువల్ల, బీమా సంస్థ రెండు సందర్భాల్లోనూ గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ పాలసీకి తగిన ధరను భిన్నంగా నిర్ణయిస్తుంది.

అదేవిధంగా ఐటీ కంపెనీల వంటి అధిక టర్నోవర్ ఉన్న గ్రూపుల విషయంలో ప్రతికూల (adverse) ఎంపికను నివారించడానికి, బీమాకు అర్హత పొందే ముందు ఉద్యోగులు తమ ప్రొబేషనరీ పీరియడ్ ని పూర్తి చేయాలని బీమా సంస్థలు ముందు జాగ్రత్త ప్రమాణాల్ని (precautionary criteria) ప్రవేశపెట్టవచ్చు.

2. ***యజమాని-ఉద్యోగి గ్రూప్‌లు కాకుండా అండర్‌రైటింగ్)*** Underwriting other than employer- employee groups)

యజమాని-ఉద్యోగి (Employer-employee) గ్రూప్‌లు సాంప్రదాయకంగా గ్రూప్ ఆరోగ్య బీమాను తీసుకునే అత్యంత సాధారణ గ్రూప్‌లు. గ్రూప్‌ని అండర్‌రైటింగ్ చేసే సమయంలో గ్రూప్ కంపోజిషన్ లక్షణం ముఖ్యమైనది.

ఉద్యోగేతర ఉద్యోగుల సమూహాలకు కూడా ఆరోగ్య బీమా అందించబడుతుంది. IRDAI వివిధ గ్రూప్‌లతో వ్యవహరించడంలో బీమా కంపెనీలు అనుసరించాల్సిన విధానాన్ని నియంత్రించే ఉద్దేశ్యంతో గ్రూప్ ఇన్సూరెన్స్ మార్గదర్శకాలను జారీ చేసింది. అటువంటి నాన్-ఎంప్లాయర్ గ్రూప్‌లలో ఇవి ఉన్నాయి:

a) యజమానుల సంక్షేమ సంఘాలు (Employer welfare associations)

b) నిర్దిష్ట కంపెనీ జారీ చేసిన క్రెడిట్ కార్డులను కలిగి ఉన్న వారు

c) ఒక నిర్దిష్ట వ్యాపారంలో బీమాని యాడ్-ఆన్ బెనిఫిట్‌గా పొందే కస్టమర్లు

d) బ్యాంక్ రుణగ్రహీతలు ప్రొఫెషనల్ అసోసియేషన్లు లేదా సొసైటీలు

I. ఓవర్సీస్ ట్రావెల్ ఇన్సూరెన్స్ అండర్‌రైటింగ్

ఓవర్సీస్ ట్రావెల్ ఇన్సూరెన్స్ పాలసీల క్రింద ప్రధాన కవర్ హెల్త్ కవర్ అయినందున, అండర్‌రైటింగ్ సాధారణంగా ఆరోగ్య బీమా పద్ధతిని అనుసరిస్తుంది.

తమ తమ కంపెనీ మార్గదర్శకాల ప్రకారం ప్రీమియం రేటింగ్ మరియు అంగీకారం ఉంటుంది కానీ కొన్ని ముఖ్యమైన పరిగణనలు (considerations)క్రింద ఇవ్వబడ్డాయి:

1. ప్రీమియం రేటు ప్రపోజర్ వయస్సు మరియు విదేశీ ప్రయాణ పిరియడ్‌పై ఆధారపడి ఉంటుంది.
2. విదేశాల్లో వైద్య చికిత్స ఖరీదైనది కాబట్టి, దేశీయ ఆరోగ్య బీమా పాలసీలతో పోలిస్తే ప్రీమియం రేట్లు సాధారణంగా చాలా ఎక్కువగా ఉంటాయి.
3. విదేశాలలో కూడా, USA మరియు కెనడాలకు ప్రీమియం అత్యధికం.
4. విదేశాల్లో వైద్య చికిత్స తీసుకోవడానికి ప్రపోజర్ పాలసీని దుర్వినియోగం అవకాశాన్ని నియంత్రించే జాగ్రత్త తీసుకోవాలి, అందువల్ల ముందుగా ఉన్న ఏదైనా వ్యాధి ఉనికిని ప్రపోజల్ స్టేజిలో జాగ్రత్తగా పరిశీలించాలి.

J. వ్యక్తిగత ప్రమాద)Personal Accidentబీమా అండర్‌రైటింగ (్

వ్యక్తిగత ప్రమాద పాలసీల కోసం అండర్‌రైటింగ్ పరిశీలనలు క్రింద చర్చించబడ్డాయి:

రేటింగ్

వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమాలో, బీమా చేసిన వ్యక్తి చేసే వృత్తి పరిగణించబడే ప్రధాన అంశం. వృత్తి లేదా వృత్తికి సంబంధించిన నష్టాలు చేసే పని స్వభావానికి అనుగుణంగా మారుతూ ఉంటాయి. ఉదాహరణకు, భవనం నిర్మించబడుతున్న స్థలంలో పనిచేసే సివిల్ ఇంజనీర్ కంటే ఆఫీసులో పని చేసే మేనేజర్ తన పనిలో తక్కువ ప్రమాదానికి గురవుతాడు. రేటును నిర్ణయించడానికి, వృత్తులు గ్రూప్‌లుగా వర్గీకరించబడతాయి, ప్రతి గ్రూప్ కొంచెం ఎక్కువ లేదా తక్కువతో ఒకే విధమైన రిస్క్ ఎక్స్‌పోజర్‌ని ప్రతిబింబిస్తుంది.

రిస్కు వర్గీకరణ

వృత్తి ఆధారంగా, బీమా చేయబడిన వ్యక్తికి సంబంధించిన నష్టాలను మూడు గ్రూపులుగా వర్గీకరించవచ్చు:

- **రిస్క్ గ్రూప్ I**

అకౌంటెంట్లు, వైద్యులు, న్యాయవాదులు, ఆర్కిటెక్టులు, పరిపాలనా విధుల్లో నిమగ్నమైన వ్యక్తులు, ప్రధానంగా ఇలాంటి వృత్తులలో నిమగ్నమై ఉన్న వ్యక్తులు.

- **రిస్క్ గ్రూప్ II**

బిల్డర్లు, కాంట్రాక్టర్లు, ఇంజనీర్లు, ఇలాంటి రిస్కులు వృత్తిలో సూపరింటెండింగ్ విధుల్లో పనిచేసే వ్యక్తులు. (గ్రూప్ III క్రిందకు వచ్చేవారు తప్ప) మాన్యువల్ లేబర్, శారీరిక శ్రమ చేసే వ్యక్తులందరూ

- **రిస్క్ గ్రూప్ III**

భూగర్భ గనులలో పనిచేసే వ్యక్తులు లేదా చక్రాలపై రేసింగ్ వంటి కార్యకలాపాలలో నిమగ్నమై ఉన్న వ్యక్తులు మరియు ఇలాంటి ఇతర ప్రమాదకర వృత్తులు/ కార్యకలాపాలలో నిమగ్నమై ఉన్న వ్యక్తులు.

ఈ రిస్కు గ్రూప్ లను వరుసగా 'నార్మల్', 'మీడియం', 'హై' అని కూడా పిలుస్తారు.

వయో పరిమితులు (Age Limits)

పని చేసే జనాభాకు (యజమాని, ఉద్యోగి) సాధారణ వయో పరిమితులు 18-70. అయితే విద్యార్థులకు కనీస వయస్సు 5 సంవత్సరాలు కూడా ఉండవచ్చు.

కవర్ చేయడానికి రెన్యువల్ చేయడానికి కనీస గరిష్ట వయస్సు ఒక కంపెనీ నుంచి మరో కంపెనీకి మారుతూ ఉంటుంది.

ఫ్యామిలీ ప్యాకేజీ కవర్

వ్యక్తిగత ప్రమాద పాలసీలో కుటుంబ ప్యాకేజీ కవర్ కూడా ఉంది, ఇందులో పిల్లలు, సంపాదనలేని జీవిత భాగస్వామి మాత్రం మరణం, శాశ్వత వైకల్యం (మొత్తం లేదా పాక్షిక) కోసం మాత్రమే కవర్ చేయబడతారు.

గ్రూప్ పాలసీలలో ప్రీమియం తగ్గింపు

బీమా చేయబడిన సమూహం నిర్దిష్ట సంఖ్య ఉదా.100 కి మించి ఉంటే, ప్రీమియంలో గ్రూప్ డిస్కౌంట్ అనుమతించబడుతుంది, అయితే సంఖ్య తక్కువగా ఉన్నప్పుడు, ఉదా.25 మంది ఉంటే ఎటువంటి తగ్గింపు లేకుండా గ్రూప్ పాలసీ జారీ చేయబడుతుంది.

గ్రూప్ డిస్కౌంట్ ప్రమాణాలు (Group discount criteria)

పేరున్న గ్రూపులకు సంబంధించి మాత్రమే గ్రూప్ పాలసీలు జారీ చేయాలి. గ్రూప్ డిస్కౌంట్, ఇతర బెనిఫిట్స్ ని పొందాలంటే, ప్రతిపాదిత “గ్రూప్” స్పష్టంగా క్రింద ఇవ్వబడిన క్రింది కేటగిరీలలో ఒకదాని క్రిందకు రావాలి:

- ఉద్యోగిపై ఆధారపడిన వారితో సహా యజమాని - ఉద్యోగి సంబంధంగల సమూహం
- రిజిస్టర్డ్ సహకార సంఘం సభ్యులు
- రిజిస్టర్డ్ సర్వీస్ క్లబ్ ల సభ్యులు
- బ్యాంకులు/ డైనర్లు/ మాస్టర్/ వీసా క్రెడిట్ కార్డ్ హోల్డర్లు

పైన పేర్కొన్న వర్గాలకు భిన్నంగా ఏదైనా ఇతర వర్గానికి సంబంధించిన ప్రపోజల్‌ల విషయంలో, వాటిని సంబంధిత బీమా సంస్థల సాంకేతిక విభాగం చర్చించి నిర్ణయం తీసుకోవచ్చు.

ప్రీమియం

రిస్కుల వర్గీకరణ మరియు ఎంచుకున్న బెనిఫిట్స్ ప్రకారం పేర్కొనబడిన ఉద్యోగులకు వివిధ ప్రీమియం రేట్లు వర్తిస్తాయి.

ఆన్-డ్యూటీ కవర్

PA పాలసీలు ఆన్-డ్యూటీ, ఆఫ్-డ్యూటీ పిరియడ్‌రెండింటికీ లేదా రెండింటికీ విడివిడిగా కవర్ కలిగి ఉండవచ్చు. ప్రీమియం, సమ్ అష్యూర్డ్, డ్యూటీ గంటల సంఖ్య మొదలైన వాటిపై ఆధారపడి ఉంటుంది. కొంతమంది యజమానులు (ఎంప్లాయర్స్) డ్యూటీ పిరియడ్‌ని మాత్రమే కవర్ చేయడానికి తమను తాము పరిమితం చేసుకోవచ్చు.

డెత్ కవర్ మినహాయింపు (Exclusion)

తమ తమ కంపెనీ మార్గదర్శకాలను అనుసరించి డెత్ బెనిఫిట్ ని మినహాయించి గ్రూప్ PA పాలసీలను జారీ చేయడం సాధ్యపడుతుంది.

గ్రూప్ డిస్కౌంట్ బోనస్/ మాలస్

గ్రూప్ పాలసీల రెన్యువల్ క్రింది రేటింగ్ క్లెయిమ్‌ల గత చరిత్రను బట్టి నిర్ణయించబడుతుంది.

- అనుకూలమైన అనుభవం (Favourable experience) రెన్యువల్ ప్రీమియంలో తగ్గింపు (డిస్కౌంట్)తో ప్రతిఫలాన్నిస్తుంది (బోనస్).
- ఒక పట్టిక ప్రకారం, రెన్యువల్ ప్రీమియం (మాలస్) లోడ్ చేయడం ద్వారా ప్రతికూల అనుభవం జరిమానా విధించబడుతుంది
- క్లెయిమ్‌ల అనుభవం 70 శాతం ఉంటే, రెన్యువల్‌కు సాధారణ రేట్లు వర్తిస్తాయి

మీరేం నేర్చుకున్నారు 5

1) గ్రూప్ ఆరోగ్య బీమాలో, గ్రూప్‌ని ఏర్పాటు చేసే వ్యక్తి ఎవరైనా బీమా, సంస్థకు ప్రతిగా యాంటీ-సెలెక్ట్ గా ఎంపిక చేసుకోవచ్చు.
2) గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ యజమాని-ఉద్యోగి గ్రూప్‌లకు మాత్రమే కవరేజీని అందిస్తుంది.

I. స్టేట్మెంట్ 1 నిజం, స్టేట్మెంట్ 2 తప్పు

II. స్టేట్మెంట్ 2 నిజం, స్టేట్మెంట్ 1 తప్పు

III. స్టేట్మెంట్ 1 మరియు స్టేట్మెంట్ 2 నిజం

IV. స్టేట్మెంట్ 1 మరియు స్టేట్మెంట్ 2 తప్పు

మీరేం నేర్చుకున్నారు- జవాబు

జవాబు 1 - సరైన ఎంపిక III.

జవాబు 2 - సరైన ఎంపిక III.

జవాబు 3 - సరైన ఎంపిక I.

జవాబు 4 - సరైన ఎంపిక IV.

జవాబు 5 - సరైన ఎంపిక IV.

అధ్యాయం H-05

ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌లు

అధ్యాయ పరిచయం

ఈ అధ్యాయంలో మనం ఆరోగ్య బీమాలో క్లెయిమ్ నిర్వహణ ప్రక్రియ, క్లెయిమ్‌లకు సంబంధించిన పాలసీలు డాక్యుమెంటేషన్ గురించి చర్చిస్తాము. ఇది కాకుండా, మనం వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా క్రింద క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణను కూడా పరిశీలిస్తాము, మరియు TPAల పాత్రను అర్థం చేసుకుంటాము.

మీరు ఇవి నేర్చుకుంటారు

A. *బీమాలో క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ*

B. *ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ* (Management)

C. *ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌లలో డాక్యుమెంటేషన్*

D. *థర్డ్ పార్టీ అడ్మినిస్ట్రేటర్స్ పాత్ర* (TPA)

E. *క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ వ్యక్తిగత ప్రమాదం* –

F. *క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ- విదేశీ ప్రయాణ బీమా* (Overseas Travel Insurance)

ఈ అధ్యాయాన్ని అధ్యయనం చేసిన తర్వాత, మీరు వీటిని చేయగలరు:

a) బీమా క్లెయిమ్‌లలోని వివిధ వాటాదారులను (stakeholders)వివరించడం

b) ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌లు ఎలా నిర్వహించబడతాయో వివరించడం

c) ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌ల పరిష్కారానికి అవసరమైన వివిధ పత్రాలను చర్చించడం

d) బీమా సంస్థల ద్వారా క్లెయిమ్‌ల కోసం నిల్వలు ఎలా సమకూర్చబడతాయో వివరించడం.

e) వ్యక్తిగత ప్రమాద క్లెయిమ్‌లను చర్చించడం

f) TPAల భావన పాత్రను అర్థం చేసుకోవడం

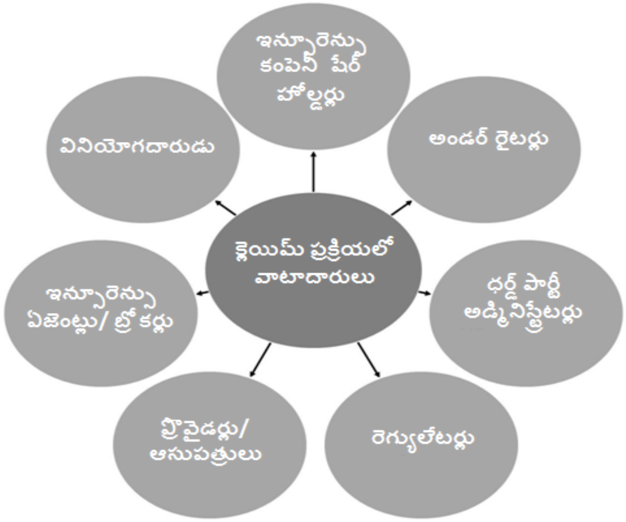
A. బీమాలో క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ (Claims Management in Insurance)

బీమా అనేది ఒక '**వాగ్దానం**' (promise) అని పాలసీ ఆ వాగ్దానానికి ' **సాక్షి**' (witness) అనీ బాగా అర్థం చేసుకోవాలి. పాలసీ క్రింద క్లెయిమ్‌కి దారితీసే బీమా చేయబడిన సంఘటన ఆ వాగ్దానానికి నిజమైన పరీక్ష. ఒక బీమా సంస్థ తన క్లెయిమ్‌ల వాగ్దానాలను ఎంత బాగా నిలుపుకుంటుంది అనే దాని ద్వారా ఎంత బాగా పని చేస్తుందో అంచనా వేయబడుతుంది. బీమాలో కీలకమైన రేటింగ్ కారకాల్లో ఒకటి బీమా కంపెనీ క్లెయిమ్‌లు చెల్లించే సామర్థ్యం.

1. క్లెయిమ్ ప్రక్రియలో వాటాదారులు (Stakeholders in claim process)

క్లెయిమ్‌లు ఎలా నిర్వహించబడుతున్నాయో చూసే ముందు క్లెయిమ్‌ల ప్రక్రియపై ఆసక్తి ఉన్న పార్టీలను అర్థం చేసుకోవాలి.

చిత్రం 1: క్లెయిమ్ ప్రక్రియలో వాటాదారులు (Stakeholders in claim process)



కస్టమర్	బీమాను కొనుగోలు చేసిన వ్యక్తి మొదటి వాటాదారు మరియు 'క్లెయిమ్ ని అందుకునే వ్యక్తి'.
యజమానులు	బీమా కంపెనీ యజమానులు 'క్లెయిమ్‌ల చెల్లింపుదారులు'గా పెద్ద వాటాను కలిగి ఉన్నారు. పాలసీదారుల నిధుల నుండి క్లెయిమ్‌లు చెల్లించినప్పటికీ, చాలా సందర్భాలలో, వాగ్దానాన్ని నిలబెట్టుకోవాల్సిన బాధ్యత వారిదే.

అండర్‌రైటర్స్	ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీలోనూ అన్ని బీమా సంస్థలలోనూ అండర్‌రైటర్లకి క్లెయిమ్‌లను అర్థం చేసుకోవడం, ప్రొడక్ట్స్‌ను రూపొందించడం, పాలసీ నిబంధనలు, షరతులు, ధర మొదలైన వాటిని నిర్ణయించే బాధ్యత ఉంటుంది.
రెగ్యులేటర్	రెగ్యులేటర్ (ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అండ్ డెవలప్మెంట్ అథారిటీ ఆఫ్ ఇండియా) తన క్రింది లక్ష్యంలో కీలకమైన వాటాదారు: ✓ బీమా వాతావరణంలో స్పష్టతని నిర్వహించడం ✓ పాలసీదారుల మేలుని పరిరక్షించడం ✓ బీమాదారుల దీర్ఘకాలిక ఆర్థిక ఆరోగ్యాన్ని నిర్ధారించడం
మూడవ పార్టీ నిర్వాహకులు	ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌లను ప్రాసెస్ చేసే సేవా మధ్యవర్తులను (Service intermediaries) థర్డ్ పార్టీ అడ్మినిస్ట్రేటర్లుగా పిలుస్తారు.
బీమా ఏజెంట్లు/బ్రోకర్లు	బీమా ఏజెంట్లు/బ్రోకర్లు పాలసీలను విక్రయించడమే కాకుండా క్లెయిమ్ సందర్భంలో కస్టమర్లకు సేవలందించాలని కూడా ఆశింపబడతారు.
ప్రొవైడర్లు/ఆసుపత్రులు	వారు కస్టమర్ క్లెయిమ్‌ని పొందడంలో ఎలాంటి ఇబ్బందులూ లేకుండా సున్నితమైన అనుభవం పొందేలా చూస్తారు, ప్రత్యేకించి ఆసుపత్రి TPA ప్యానెల్లో ఉన్నప్పుడు. క్యాష్‌లెస్ హాస్పిటలైజేషన్ అందించడానికి బీమా సంస్థతో కలిసి పనిచేస్తారు.

అందువల్ల క్లెయిమ్‌లను చక్కగా నిర్వహించడం అంటే క్లెయిమ్‌లకు సంబంధించిన ఈ వాటాదారులలో ప్రతి ఒక్కరి లక్ష్యాలను నిర్వహించడం. వాస్తవానికి, ఈ లక్ష్యాలలో కొన్ని ఒకదానికొకటి విరుద్ధంగా ఉండవచ్చు.

రిజర్వింగ్ : అనేక సందర్భాల్లో, ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీలు తక్షణమే క్లెయిమ్‌లను పరిష్కరించలేకపోవచ్చు సమాచారం కోసం లేదా వివాదాలు, వ్యాజ్యం మొదలైన వాటి ఫలితాల కోసం వేచి ఉండాల్సి రావచ్చు. కాబట్టి, చెల్లింపులు ముగిసే వరకు వారు క్లెయిమ్ మొత్తాలను రిజర్వ్ లో ఉంచుకోవాలి. రిజర్వులు అంటే సాధారణంగా బాకీ ఉన్న క్లెయిమ్‌లపై చెల్లించే మొత్తపు వాస్తవ అంచనాలు (actuarial estimates).

రిజర్వింగ్ అనేది క్లెయిమ్‌ల స్థితి ఆధారంగా బీమా సంస్థ పుస్తకాలలో అన్ని క్లెయిమ్‌ల కోసం చేసిన కేటాయింపు మొత్తాన్ని సూచిస్తుంది.

మీరేం నేర్చుకున్నారు 1

ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్ ప్రక్రియలో ఈ క్రింది వారిలో ఎవరు వాటాదారులు కాదు?

I. వినియోగదారులు

II. పోలీసు శాఖ

III. రెగ్యులేటర్

IV. TPA

B. ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ (Management)

1. ఆరోగ్య బీమాలో క్లెయిమ్ ప్రక్రియ (Claim process)

క్లెయిమ్ బీమా కంపెనీ ద్వారా లేదా బీమా కంపెనీ ద్వారా అధికారం పొందిన థర్డ్ పార్టీ అడ్మినిస్ట్రేటర్ (TPA) సేవల ద్వారా అందించబడుతుంది.

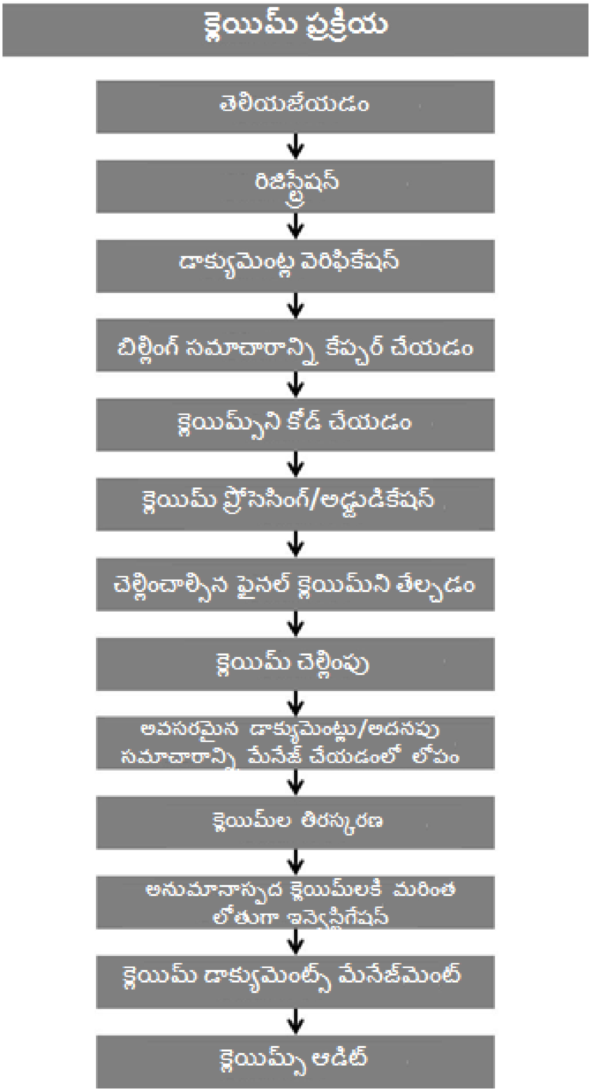
బీమాదారు/ TPAకి క్లెయిమ్ తెలిసినప్పటి నుండి పాలసీ నిబంధనల ప్రకారం చెల్లింపు జరిగే వరకు, ఆరోగ్య క్లెయిమ్ బాగా నిర్వచించబడిన కొన్ని దశల ద్వారా వెళుతుంది, ప్రతి దానికీ దాని స్వంత ఔచిత్యం ఉంటుంది.

క్రింద వివరించిన ప్రక్రియలు ఆరోగ్య బీమా వ్యాపారంలో ప్రధాన భాగమైన ఆరోగ్య బీమా (హాస్పిటలైజేషన్) నష్టపరిహార (indemnity) ప్రొడక్ట్స్‌కు ప్రత్యేకంగా వర్తిస్తాయి.

ఫిక్స్డ్ బెనిఫిట్ ప్రోడక్ట్ లేదా క్రిటికల్ ఇల్నెస్ లేదా డైలీ క్యాష్ ప్రోడక్ట్ మొదలైన వాటి క్రింద క్లెయిమ్ కోసం సాధారణ ప్రక్రియ, మరియు సపోర్టింగ్ డాక్యుమెంట్లు చాలా ఒకే విధంగా ఉంటాయి, కానీ అలాంటి ప్రొడక్ట్స్‌క్యాష్‌లెస్ సదుపాయంతో రాకపోవచ్చు.

నష్టపరిహారం మరియు రీయింబర్స్‌మెంట్ రకం క్లెయిమ్‌లు రెండింటిలో, ప్రాథమిక దశలు ఒకలాగే ఉంటాయి.

చిత్రం 2: క్లెయిమ్ ప్రక్రియ విస్తృతంగా క్రింది దశలను కలిగి ఉంటుంది (అదే క్రమంలో ఉండకపోవచ్చు)



a) తెలియబరచడం (ఇంటిమేషన్)

క్లెయిమ్ సమాచారం అనేది కస్టమర్‌కీ, క్లెయిమ్‌ల టీమ్‌కీ మధ్య జరిగే మొదటిసారి పరిచయం. కస్టమర్ తాను ఆసుపత్రిలో చేరాలనుకుంటున్నట్లు కంపెనీకి తెలియజేయవచ్చు లేదా ఆసుపత్రిలో చేరిన తర్వాత సమాచారం ఇవ్వవచ్చు, ముఖ్యంగా ఆసుపత్రిలో అత్యవసరంగా చేరిన సందర్భంలో.

ఇటీవలి వరకు, క్లెయిమ్ ఈవెంట్ ని తెలియజేయడం అనేది లాంఛనప్రాయమైనది. అయితే, ఇటీవల బీమా సంస్థలు వీలైనంత వెంటనే క్లెయిమ్‌ని తెలియజేయాలని పట్టుబట్టడం ప్రారంభించాయి. సాధారణంగా, ప్లాన్ చేసిన అడ్మిషన్ విషయంలో ఆసుపత్రిలో చేరడానికి ముందు అత్యవసర పరిస్థితుల్లో ఆసుపత్రిలో చేరిన 24 గంటలలోపు ఇది అవసరం. మొబైల్ ఆప్స్/ బీమా సంస్థలు / TPAలు నిర్వహించే కాల్ సెంటర్లు 24 గంటల పాటు తెరిచి ఉంటున్నాయి కాబట్టి, వాటి ద్వారానూ, మరియు ఇంటర్నెట్ ఇ-మెయిల్ ద్వారా సమాచారం అందించడం ఇప్పుడు సాధ్యమవుతుంది.

b) రిజిస్ట్రేషన్

కంపెనీకి నేరుగా లేదా TPA ద్వారా సమాచారం అందిన తర్వాత, దాని వివరాల ఖచ్చితత్వానికి సరిపోల్చుకుని, రిఫరెన్స్ నెంబర్ లేదా క్లెయిమ్ కంట్రోల్ నెంబర్ జెనరేట్ చేయబడి, క్లెయిమెంట్ కి తెలియజేయబడుతుంది. అప్పుడు పత్రాలు ప్రాథమిక కవరేజీ కోసం పరిశీలించబడతాయి, క్యాష్‌లెస్ పథకం (తరువాతి విభాగంలో వివరంగా) క్రింద ప్రణాళికాబద్ధమైన శస్త్రచికిత్సకు సంబంధించిన సమాచారం ఉన్నట్లయితే, ఆసుపత్రికి సంభావ్య (ఊహించబడిన)వ్యయం ముందస్తు అనుమతి (pre-authorisation) ఇవ్వబడుతుంది.

రీయింబర్స్‌మెంట్ ప్రాతిపదికన తుది సెటిల్మెంట్ కోసం వచ్చే క్లెయిమ్‌ల ఆమోదయోగ్యత, సమ్ అష్యూర్డ్, డిడక్టబుల్స్, సబ్-లిమిట్లు మొదలైన వాటి గురించి వివరంగా పరిశీలించబడతాయి. డాక్యుమెంట్లలో లోపం ఉన్నట్లయితే వాటిని విడివిడిగా కాకుండా అన్నింటినీ ఒకేసారి తెలియజేయాలి. క్లెయిమ్ ప్రాసెసింగ్ లో కాంట్రాక్ట్ నిబంధనలను నెరవేర్చడం మాత్రమే కాకుండా, ఆసుపత్రులు అధిక ఛార్జీలు విధించడం, డబుల్ ఛార్జింగ్ చేయడం మొదలైన వాటికి పాల్పడకుండా చూసుకోవడం కూడా ఇమిడి ఉందని తెలుసుకోవాల్సి ఉంటుంది.

ఉదాహరణ

హాస్పిటలైజేషన్ అనేది సాధారణంగా అల్లోపతి చికిత్స పద్ధతితో ముడిపడి ఉంటుంది. అయినప్పటికీ, రోగి ఇతర చికిత్సా విధానాలను తీసుకోవచ్చు:

- ✓ యునాని
- ✓ సిద్ధ
- ✓ హోమియోపతి
- ✓ ఆయుర్వేదం

✓ ప్రకృతి వైద్యం మొదలైనవి.

ఇప్పుడు చాలా పాలసీలలో ఈ చికిత్సలు ఉన్నాయి, అయితే సబ్-లిమిట్స్ ఉండవచ్చు.

టెలిమెడిసిస్: మెడికల్ ఇన్సూరెన్స్ పాలసీల నిబంధనలు షరతులలో, రెగ్యులర్ మెడికల్ కన్సల్టేషన్ని అనుమతించే చోట టెలిమెడిసిన్ని అనుమతించమని IRDAI బీమా సంస్థలను కోరింది.

ఆన్లైన్లోనూ లేదా టెలిఫోన్లోనూ మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్లను సంప్రదించడానికి ఇష్టపడే పాలసీ హోల్డర్లు తమ ఇళ్ల నుండి బయటకు వెళ్లకుండా లేదా కరోనావైరస్ ఇన్ఫెక్షన్ కారణంగా తమకు తాము నిర్బంధంలో ఉన్నట్లయితే ఇది సహాయపడుతుంది.

చెల్లించాల్సిన చివరి క్లెయిమ్ మొత్తానికి **చేరుకోవడం:** చెల్లించాల్సిన క్లెయిమ్ మొత్తాన్ని నిర్ణయించే అంశాలు:

a) పాలసీ క్రింద సభ్యునికి అందుబాటులో ఉన్న సమ్ అష్యూర్డ్

b) ఇప్పటికే చేసిన ఏదైనా క్లెయిమ్ని పరిగణనలోకి తీసుకున్న తర్వాత సభ్యునికి పాలసీ క్రింద అందుబాటులో ఉన్న బ్యాలెన్స్ సమ్ అష్యూర్డ్ :

c) సబ్-లిమిట్స్

d) అనారోగ్యానికి సంబంధించిన ఏవైనా పరిమితుల కోసం చెక్ చేయడం

e) క్యుములేటివ్ బోనస్కి అర్హత ఉందా లేదా అని చెక్ చేయడం

f) పరిమితితో కూడిన ఇతర ఖర్చులు:

సంబంధిత అనారోగ్యం/గాయం స్వభావాన్ని పరిగణనలోకి తీసుకున్న తర్వాత చివరకు చెల్లించబడేవి సహేతుకమైన మరియు అనుకూలమైన (Customary)ఛార్జీలు అంటే సేవలు లేదా సరఫరాల కోసం ఛార్జీలు, ఇవి నిర్దిష్ట ప్రొవైడర్ ప్రామాణిక ఛార్జీలు మరియు ఒకే విధమైన లేదా సారూప్య (similar)సేవల కోసం ఆ భౌగోళిక ప్రాంతంలో ఉన్న ఛార్జీలకు అనుగుణంగా ఉంటాయి,

ఇంతకుముందు ప్రతి TPA/బీమా సంస్థా తమ తమ చెల్లించలేని వస్తువుల (non-payable items) లిస్ట్ని కలిగి ఉంది, ఇప్పుడు IRDAI ఆరోగ్య బీమా ప్రమాణీకరణ మార్గదర్శకాల ప్రకారం అది ప్రామాణికం చేయబడింది.

c) క్లెయిమ్ చెల్లింపు (Payment)

చెల్లించవలసిన క్లెయిమ్ అమౌంట్ తేల్చిన తర్వాత, కస్టమర్ కి లేదా ఆసుపత్రికి తదనుసారంగా చెల్లింపు చేయబడుతుంది. చెక్కు ద్వారా లేదా క్లెయిమ్ డబ్బును కస్టమర్ బ్యాంక్ ఖాతాకు బదిలీ చేయడం ద్వారా చెల్లింపు చేయవచ్చు.

d) క్లెయిమ్‌ల తిరస్కరణ (Denial of claims)

సమర్పించిన క్లెయిమ్‌లలో 10% నుండి 15% వరకు పాలసీ నిబంధనల పరిధిలోకి రావని ఆరోగ్య క్లెయిమ్‌లలోని అనుభవం చూపిస్తుంది. ఇది వివిధ కారణాల వల్ల కావచ్చు, వాటిలో కొన్ని:

i. అడ్మిషన్ తేదీ బీమా పిరియడ్‌లో ఉండదు.

ii. క్లెయిమ్ చేసిన సభ్యుడు కవర్ చేయబడలేదు.

iii. ఇప్పటికే ఉన్న అనారోగ్యం కారణంగా (పాలసీ అటువంటి పరిస్థితిని మినహాయించినపుడు).

iv. సరైన కారణం లేకుండా పత్రాల సమర్పణలో అనవసర జాప్యం.

v. యాక్టివ్ ట్రీట్మెంట్ లేదు; అడ్మిషన్ కేవలం ఇన్వెస్టిగేషన్ కోసం మాత్రమే.

vi. పాలసీ క్రింద చికిత్స పొందిన అనారోగ్యం మినహాయించబడుతుంది.

vii. అనారోగ్యానికి కారణం మద్యం లేదా మాదకద్రవ్యాల దుర్వినియోగం

viii. ఆసుపత్రిలో చేరి 24 గంటల కంటే తక్కువ ఉండడం.

క్లెయిమ్‌ని ఆమోదించకపోవడం లేదా తిరస్కరించడం (ఏదైనా కారణం వల్ల) బీమా కంపెనీ ద్వారా కస్టమర్ కి వ్రాతపూర్వకంగా తెలియజేయాలి. సాధారణంగా, అటువంటి తిరస్కరణ లేఖ తిరస్కరణకు కారణాన్ని స్పష్టంగా తెలియజేయాలి, క్లెయిమ్ తిరస్కరించబడిన పాలసీ టర్మ్/షరతును వివరించాలి.

బీమా సంస్థకు అర్జీ చేయడమే కాకుండా, క్లెయిమ్ తిరస్కరణ విషయంలో కస్టమర్ ఈ క్రింది వాటిని సంప్రదించే అవకాశం ఉంది:

- ✓ బీమా అంబుడ్స్‌మన్ లేదా
- ✓ కన్జ్యూమర్ కమీషన్లు లేదా
- ✓ IRDAI లేదా
- ✓ న్యాయస్థానాలు.

e) అనుమానిత క్లెయిమ్‌లకు కంపెనీలు/TPAల ద్వారా మరింత వివరణాత్మక విచారణ అవసరం

ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ ఎక్కడ అక్రమ చర్యను అనుమానించినా అది క్లెయిమ్‌లను పరిశోధించవచ్చు. ఆరోగ్య బీమాలో జరిగిన మోసాలకు కొన్ని ఉదాహరణలు:

i. నకిలీ వ్యక్తి (ఇంపర్సనేషన్), బీమా చేయబడిన వ్యక్తి చికిత్స పొందిన వ్యక్తికి భిన్నంగా ఉంటాడు.

ii. ఆసుపత్రిలో చేరకుండానే క్లెయిమ్ చేయడానికి డాక్యుమెంట్ల ఫాబ్రికేషన్.

iii. ఖర్చులు ఎక్కువగా పెట్టినట్టు చూపడం (Inflation), ఆసుపత్రి సహాయంతో గానీ లేదా మోసపూరితంగా సృష్టించబడిన బయటి బిల్లులు పెట్టి గానీ.

iv. రోగనిర్ధారణ ఖర్చును కవర్ చేయడానికి అవుట్ పేషెంట్ చికిత్స ఇన్-పేషెంట్/హాస్పిటలైజేషన్‌గా మార్చబడడం, అది కొన్ని పరిస్థితులలో ఎక్కువగా ఉంటుంది.

దర్యాప్తు చేయాల్సిన క్లెయిమ్‌లకు సంబంధించి, ఎట్టి పరిస్థితిలోనూ దర్యాప్తును వీలైనంత త్వరగా క్లెయిమ్ సమాచారం అందిన తేదీ నుండి 90 రోజుల పైబడకుండా ప్రారంభించి, పూర్తి చేయాలని గమనించాలి. విచారణ పూర్తయిన 30 రోజులలోపు క్లెయిమ్‌ని పరిష్కరించాలి. (IRDAI (పాలసీదారుల రక్షణ), 2017 నిబంధనలు మరియు తదనుగుణంగా నవీకరించబడిన వాటిని చదవండి)

f) TPA ద్వారా క్యాష్‌లెస్ పరిష్కార ప్రక్రియ (Cashless settlement process by TPA)

క్యాష్‌లెస్ సౌకర్యం ఎలా పని చేస్తుంది? TPA బీమా సంస్థ, ఆసుపత్రితో కుదుర్చుకునే ఒప్పందం దీని ముఖ్యాంశం. ఇతర వైద్య సేవల ప్రదాతలతో కూడా ఒప్పందాలు సాధ్యమే. క్యాష్‌లెస్ సౌకర్యాన్ని అందించడానికి ఉపయోగించే ప్రక్రియ ఈ విభాగంలో చర్చించబడింది:

Table 3.1

స్టెప్ 1	• ఆరోగ్య బీమా కింద కవర్ చేయబడిన ఒక కస్టమర్ అనారోగ్యంతో బాధపడుతుంటే లేదా గాయపడితే మరియు ఆసుపత్రిలో చేరడం మంచిదని సలహా ఇవ్వబడితే, అతను/ఆమె (లేదా అతని/ఆమె తరపున ఎవరైనా) ఈ క్రింది బీమా వివరాలతో ఆసుపత్రి బీమా డెస్క్ ని సంప్రదిస్తారు: i. TPA పేరు, ii. కస్టమర్ సభ్యత్వ సంఖ్య, iii. బీమా సంస్థ పేరు మొదలైనవి

స్టెప్ 2	□ ఆసుపత్రి అవసరమైన ఈ క్రింది సమాచారాన్ని సంకలనం చేస్తుంది: i. అనారోగ్యం నిర్ధారణ ii. చికిత్స, iii. చికిత్స చేసే వైద్యుని పేరు, iv. సుమారుగా హాస్పిటలైజేషన్ రోజుల సంఖ్య v. అంచనా వ్యయం • ఇది క్యాష్‌లెస్ ఆథరైజేషన్ ఫారమ్‌గా పిలువబడే ఫార్మాట్‌లో అందించబడుతుంది.
స్టెప్ 3	• TPA ***క్యాష్‌లెస్ ఆథరైజేషన్*** ఫారమ్‌లో అందించిన సమాచారాన్ని స్టడీ చేస్తుంది. క్యాష్‌లెస్ ఆథరైజేషన్‌ని అందించవచ్చా లేదా అనే దానిపైనా, అలా ఇవ్వాలంటే అది ఎంత మొత్తానికి అధికారం ఇవ్వాలో నిర్ణయం తీసుకుంటుంది. ఆ విషయం ఆలస్యం చేయకుండా ఆసుపత్రికి తెలియజేయబడుతుంది.
స్టెప్ 4	• రోగి ఖాతాలో క్రెడిట్ గా TPA ద్వారా ఆథరైజ్ చేయబడిన మొత్తాన్ని పెట్టి రోగి ఆసుపత్రి ద్వారా చికిత్స పొందుతాడు. సభ్యుడిని నాన్-ట్రీట్మెంట్ ఖర్చులు, మరియు పాలసీ క్రింద అవసరమైన ఏదైనా కో-పేమెంట్ కోసం డిపాజిట్ చెల్లించమని అడగవచ్చు.
స్టెప్ 5	• రోగి డిశ్చార్జికి సిద్ధంగా ఉన్నప్పుడు, ఆసుపత్రి TPA ద్వారా ఆమోదించబడిన రోగి ఖాతాలోని క్రెడిట్ మొత్తం బీమా పరిధిలోకి వచ్చే వాస్తవ చికిత్స ఛార్జీలకు సరిపడా ఉందా లేదా అని చెక్ చేస్తుంది. • క్రెడిట్ తక్కువగా ఉంటే, క్యాష్‌లెస్ చికిత్స కోసం అదనపు క్రెడిట్ ఆమోదం కోసం ఆసుపత్రి అభ్యర్థిస్తుంది. • TPA ను అది విశ్లేషణ చేసి, అదనపు మొత్తాన్ని ఆమోదిస్తుంది.
స్టెప్ 6	• రోగి ఆమోదయోగ్యం కాని ఛార్జీలను చెల్లించి డిశ్చార్జ్ అవుతాడు. డాక్యుమెంటేషన్ పూర్తి చేయడానికి క్లెయిమ్ ఫారమ్ మరియు బిల్లుపై సంతకం చేయమని అడుగుతారు.
స్టెప్ 7	• హాస్పిటల్ అన్ని పత్రాలను ఏకీకృతం చేస్తుంది బిల్లును ప్రాసెస్ చేయడానికి పత్రాలను TPAకి అందజేస్తుంది
స్టెప్ 8	• TPA క్లెయిమ్‌ని ప్రాసెస్ చేస్తుంది, వివరాలను ధృవీకరించిన తర్వాత ఆసుపత్రికి చెల్లింపు కోసం బీమా సంస్థకు సిఫార్సు చేస్తుంది.

g) కస్టమర్ తప్పనిసరిగా తన వద్ద బీమా వివరాలు ఉన్నాయని నిర్ధారించుకోవాలి.

ఇందులో అతని TPA కార్డ్, పాలసీ కాపీ, నిబంధనలు షరతులు మొదలైనవి ఉంటాయి.

ఇవి అందుబాటులో లేనప్పుడు, అతను TPAని (24 గంటల హెల్ప్ లైన్ ద్వారా) సంప్రదించి వివరాలను పొందవచ్చు.

i. అతని/ఆమె కన్సల్టింగ్ డాక్టర్ సూచించిన ఆసుపత్రి TPA నెట్వర్క్ లో ఉందో లేదో వినియోగదారు తప్పనిసరిగా చెక్ చేయాలి. కాకపోతే, అటువంటి చికిత్స కోసం క్యాష్‌లెస్ సౌకర్యం అందుబాటులో ఉన్న ఆసుపత్రుల ఎంపికలను అతను TPAతో చెక్ చేయాలి.

ii. అతను/ఆమె సరైన వివరాలను ప్రీ-అథరైజేషన్ ఫారమ్‌లో నమోదు చేసినట్లు నిర్ధారించుకోవాలి. ఈ ఫారమ్ 2013లో జారీ చేయబడిన ఆరోగ్య బీమాలో స్టాండర్డైజేషన్‌పై మార్గదర్శకాల ప్రకారం IRDAI ద్వారా ప్రామాణికం చేయబడింది. ఒకవేళ కేసు స్పష్టంగా లేకుంటే, TPA క్యాష్‌లెస్ సౌకర్యాన్ని తిరస్కరించవచ్చు లేదా ప్రశ్నను లేవనెత్తవచ్చు.

iii. అతను/ఆమె ఆసుపత్రి ఛార్జీలు, గది అద్దె లేదా కేటరాక్ట్ (కంటిశుక్లం) వంటి నిర్దేశిత చికిత్సలపై విధించబడిన పరిమితులకు అనుగుణంగా ఉండేలా చూసుకోవాలి.

iv. కస్టమర్ తప్పనిసరిగా డిశ్చార్జ్ గురించి TPAకి ముందుగా తెలియజేయాలి, డిశ్చార్జ్ చేయడానికి ముందు అవసరమయ్యే ఏదైనా అదనపు ఆమోదాన్ని TPAకి పంపమని ఆసుపత్రిని అభ్యర్థించాలి. ఇది రోగికి ఆసుపత్రిలో అనవసరంగా వేచి ఉండకుండా చేస్తుంది.

ఆసుపత్రిలో క్యాష్‌లెస్ చికిత్స కోసం కస్టమర్ అభ్యర్థించి, ఆమోదం తీసుకుని తర్వాత రోగిని వేరే చోట చేర్చే అవకాశం ఉంది. అటువంటి సందర్భాలలో, క్యాష్‌లెస్ ఆమోదం ఉపయోగించబడటం లేదని TPAకి కమ్యూనికేట్ చేయమని కస్టమర్ ఆసుపత్రిని తప్పనిసరిగా అడగాలి.

ఇది చేయకుంటే, ఆమోదించబడిన మొత్తం కస్టమర్ పాలసీలో బ్లాక్ చేయబడవచ్చు మరియు తదుపరి అభ్యర్థన ఆమోదం పట్ల పక్షపాతం (prejudice) గా వహించేలా చేయవచ్చు.

C. ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌లలో డాక్యుమెంటేషన్

కస్టమర్లు సమర్పించాల్సిన అన్ని రకాల పత్రాల ఆవశ్యకత మరియు వాటిలోని విషయాన్ని ఈ విభాగం వివరిస్తుంది:

1. **డిశ్చార్జి సమ్మరీ**

డిశ్చార్జి సమ్మరీ ని ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌ని ప్రాసెస్ చేయడానికి అవసరమైన అత్యంత ముఖ్యమైన డాక్యుమెంట్‌గా పేర్కొనవచ్చు. ఇది రోగి పరిస్థితి చికిత్స క్రమం గురించి పూర్తి సమాచారాన్ని వివరిస్తుంది క్లెయిమ్ ప్రాసెసింగ్ వ్యక్తికి అనారోగ్యం/గాయం మరియు లైన్ ఆఫ్ ట్రీట్మెంట్ ని బాగా అర్థం చేసుకోవడానికి సహాయపడుతుంది. రోగి దురదృష్టవశాత్తూ బ్రతకనప్పుడు, డిశ్చార్జ్ సారాంశాన్ని చాలా ఆసుపత్రులలో **డెత్ సమ్మరీ అంటారు.** డిశ్చార్జి సారాంశం ఎల్లప్పుడూ అసలైనదే ఇవ్వవలసి ఉంటుంది.

2. **దర్యాప్తు నివేదికలు (Investigation reports)**

ఇన్వెస్టిగేషన్ రిపోర్టులు రోగనిర్ధారణ మరియు చికిత్సను సరిపోల్చడంలో సహాయపడతాయి, రక్త పరీక్ష నివేదికలు, ఎక్స్-రే నివేదికలు, బయాప్సీ నివేదికలు ఆసుపత్రిలో చేరిన సమయంలో సాధించిన పురోగతి, చికిత్సను ప్రేరేపించిన ఖచ్చితమైన పరిస్థితిని అర్థం చేసుకోవడానికి అవసరమైన సమాచారాన్ని అందిస్తాయి. బీమాదారు నిర్దిష్ట అభ్యర్థనపై కస్టమర్ కి ఎక్స్-రే ఇంకా ఇతర ఫిల్మ్ లను తిరిగి ఇవ్వవచ్చు.

3. సమగ్ర **మరియు వివరణాత్మక బిల్లులు (Consolidated and detailed bills):**

బీమా పాలసీ క్రింద ఏమి చెల్లించాలో నిర్ణయించే డాక్యుమెంట్ ఇది. కన్సాలిడేటెడ్ బిల్లు ఓవరాల్ పిక్చర్ ని చూపిస్తుంది, వివరణాత్మక బిల్లు రిఫరెన్స్ కోడ్స్ తో బ్రేకప్‌ని చూపిస్తుంది. బిల్లులు ఒరిజినల్ రూపంలో స్వీకరించాలి.

4. **చెల్లింపు కోసం రసీదు (Receipt for payment)**

హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ క్లెయిమ్ రీయింబర్స్‌మెంట్ కోసం ఆసుపత్రి నుండి చెల్లించిన మొత్తానికి సంబంధించిన అధికారిక రసీదు కూడా అవసరం అవుతుంది. అది బిల్లు మొత్తానికి అనుగుణంగా ఉండాలి.

రసీదు క్రమసంఖ్య కలిగి లేదా స్టాంప్ చేయబడి, ఒరిజినల్ రూపంలో సమర్పించబడాలి.

5. **క్లయిమ్ ఫారమ్**

క్లెయిమ్ ఫారమ్ అనేది క్లెయిమ్‌ని ప్రాసెస్ చేయడానికి అధికారిక మరియు చట్టపరమైన అభ్యర్థన. ఇది కస్టమర్ సంతకం చేసిన తర్వాత ఒరిజినల్ రూపంలో సమర్పించబడుతుంది. క్లెయిమ్ ఫారమ్ ఇప్పుడు IRDAI ద్వారా ప్రమాణీకరించబడింది.

వ్యాధి, చికిత్స మొదలైన వాటిపై సమాచారంతో పాటు, క్లెయిమ్ ఫారమ్‌లో బీమా చేసిన వ్యక్తి చేసే డిక్లరేషన్ చట్టపరమైన కోణంలో అత్యంత ముఖ్యమైన డాక్యుమెంట్.

6. ఐడెంటిటీ ప్రూఫ్

మన జీవితంలో వివిధ కార్యకలాపాలలో గుర్తింపు రుజువుకి పెరుగుతున్న అవసరంతో, సాధారణ గుర్తింపు రుజువు కవర్ చేయబడిన వ్యక్తి, చికిత్స పొందిన వ్యక్తి ఒకరేనని ధృవీకరించడంలో సహాయపడుతుంది. సాధారణంగా కోరే గుర్తింపు డాక్యుమెంట్ ఓటర్ల గుర్తింపు కార్డు, డ్రైవింగ్ లైసెన్స్, PAN కార్డ్, ఆధార్ కార్డ్ మొదలైనవి కావచ్చు.

7. నిర్దిష్ట క్లెయిమ్‌లకు సంబంధించిన పత్రాలు (Documents contingent to specific claims)

పైన పేర్కొన్నదానితో పాటు అదనపు పత్రాలు అవసరమయ్యే కొన్ని రకాల క్లెయిమ్‌లు ఉన్నాయి. ఇవి:

a) యాక్సిడెంట్ క్లెయిమ్‌ల కొరకు, రిజిస్టర్డ్ పోలీస్ స్టేషన్‌కి హాస్పిటల్ జారీ చేసిన FIR లేదా మెడికో-లీగల్ సర్టిఫికేట్ అవసరం కావచ్చు.

b) సంక్లిష్టమైన లేదా హై వేల్యూ క్లెయిమ్‌ల విషయంలో ఇండోర్ కేస్ పేపర్లు కూడా అవసరం.

c) వర్తించే చోట డయాలసిస్/ కెమోథెరపీ/ ఫిజియోథెరపీ వివరాలు.

d) హాస్పిటల్ రిజిస్ట్రేషన్ సర్టిఫికెట్, ద్వారా ఆసుపత్రి నిర్వచనానికి అనుగుణంగా ఉందా, లేదా చెక్ చేయాలి

మీరేం నేర్చుకున్నారు 2

ఆసుపత్రిలో ఇన్ పేషెంట్ కి చేసిన అన్ని చికిత్సలను వివరించే ఈ క్రింది వాటిలో ఏ డాక్యుమెంట్ అమలు చేయబడుతుంది?

I. దర్యాప్తు నివేదిక (Investigation report)

II. డిశ్చార్జి సమ్మరీ

III. కేస్ పేపర్

IV. హాస్పిటల్ రిజిస్ట్రేషన్ సర్టిఫికేట్

మీరేం నేర్చుకున్నారు 3

క్లెయిమ్‌ల స్థితి ఆధారంగా బీమా కంపెనీ పుస్తకాలలో అన్ని క్లెయిమ్‌ల కోసం చేసిన కేటాయింపు మొత్తాన్ని _________ అంటారు.

I. పూలింగ్

II. అకౌంటింగ్

III. రిజర్వింగ్

IV. ఇన్వెస్టింగ్

D. థర్డ్ పార్టీ అడ్మినిస్ట్రేటర్స్ పాత్ర (TPA)

TPA పాత్ర మునుపటి అధ్యాయాలలో కూడా చర్చించబడింది. TPA అందించే సేవలను తెలుసుకోవడం చాలా ముఖ్యం, తద్వారా కస్టమర్ కి సేల్స్ పర్సన్ తగిన సేవలను అందించగలడు.

TPA సేవల పరిధి (స్కోప్)బీమా పాలసీ అమ్మకం జరిగి, పాలసీ జారీ చేసిన తర్వాత ప్రారంభమవుతుంది. బీమా సంస్థలు TPAలను ఉపయోగించని పక్షంలో, సేవలను అంతర్గత (in-house)బృందం నిర్వహిస్తుంది.

1. ఆరోగ్య బీమా విక్రయానంతర సేవ (Post sale service of health insurance)

a) ప్రపోజల్ (మరియు ప్రీమియం) ఆమోదించబడిన తర్వాత, కవరేజ్ ప్రారంభమవుతుంది.

b) పాలసీని సర్వీసింగ్ చేయడానికి TPAని ఉపయోగించాలనుకుంటే, బీమాదారు కస్టమర్ పాలసీకి సంబంధించిన సమాచారాన్ని TPAకి అందజేస్తారు.

c) TPA సభ్యులను నమోదు చేసి (ప్రపోజర్ పాలసీని తీసుకునే వ్యక్తి అయితే, సభ్యులు పాలసీ పరిధిలోకి వచ్చేవారు) భౌతిక లేదా ఎలక్ట్రానిక్ కార్డు రూపంలో సభ్యత్వ గుర్తింపును జారీ చేయవచ్చు.

d) TPAతో సభ్యత్వం క్యాష్‌లెస్ సదుపాయాన్ని అందించడంతోపాటు క్లెయిమ్‌ల ప్రాసెసింగ్ కోసం సభ్యునికి ఆసుపత్రిలో చేరడం లేదా కవర్ చేయబడిన చికిత్స కోసం పాలసీ మద్దతు అవసరమైనప్పుడు ఉపయోగించబడుతుంది.

e) TPA క్లెయిమ్ లేదా క్యాష్‌లెస్ అభ్యర్థనను ప్రాసెస్ చేస్తుంది, బీమా సంస్థతో అంగీకరించిన సమయ పాలన చేస్తూ సేవలను అందిస్తుంది.

f) బీమా చేయబడిన వ్యక్తులు తప్పనిసరిగా పాలసీ మరియు TPAకి సంబంధించిన గుర్తింపు కార్డును కలిగి ఉండాలి.

g) క్యాష్‌లెస్ సౌకర్యాన్ని అభ్యర్థించడం కోసం అందించిన సమాచారం ఆధారంగా TPA ఆసుపత్రికి ముందస్తు అనుమతి లేదా హామీ లేఖను జారీ చేస్తుంది.

h) సమాచారం స్పష్టంగా లేనప్పుడు లేదా అందుబాటులో లేనప్పుడు, TPA క్యాష్‌లెస్ అభ్యర్థనను తిరస్కరించవచ్చు. అటువంటి సందర్భాలలో రీయింబర్స్‌మెంట్ ఆధారంగా క్లెయిమ్ని పరిశీలించవచ్చు.

2. కస్టమర్ సంబంధాలు & సంప్రదింపు నిర్వహణ (contact management)

TPAలు క్లెయిమ్‌ల సర్వీసింగ్ లో పాల్గొంటాయి కాబట్టి, వారు సాధారణంగా ఫిర్యాదుల పరిష్కార యంత్రాంగాన్ని (grievance redressal mechanism) నెలకొల్పుతారు.

E. క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ వ్యక్తిగత ప్రమాదం –

క్లెయిమ్ నోటిఫికేషన్ అందిన తర్వాత ఈ క్రింది అంశాలను పరిశీలించాలి:

a) క్లెయిమ్ చేసిన వ్యక్తి పాలసీ పరిధిలోకి వస్తున్నారు

b) ప్రమాదం జరిగిన తేదీ నాటికి పాలసీ చెల్లుబాటు అవుతుంది, ప్రీమియం స్వీకరించబడింది

c) నష్టం పాలసీ పిరియడ్‌లో జరిగింది.

d) నష్టం "ప్రమాదం" నుండి సంభవించింది, అనారోగ్యం వల్ల కాదు

e) ఏదైనా మోసం జరిగిందేమో అన్వేషించి, అవసరమైతే విచారణను అసైన్ చేయండి

f) క్లెయిమ్ ని రిజిస్టర్ చేయండి, దాని కోసం రిజర్వ్ క్రియేట్ చేయండి

g) టర్న్ అరౌండ్ సమయాన్ని (క్లెయిమ్ సర్వీసింగ్ టైమ్) అనుసరిస్తూ, క్లెయిమ్ ప్రగతి గురించి కస్టమర్ కి తెలియజేయండి.

1. క్లయిమ్‌ల పరిశోధన (Claims Investigation)

క్లెయిమ్‌ల పరిశోధన అనేది క్లెయిమ్ చెల్లుబాటును నిర్ణయించడం, మరియు నష్టానికి నిజమైన కారణమూ, అది ఎంతమేరకు జరిగిందో కనుగొనడం. క్లెయిమ్ పత్రాలను స్వీకరించిన తర్వాత, క్లెయిమ్ అనుమానాస్పదంగా కనిపిస్తే, ధృవీకరణ కోసం క్లెయిమ్ అంతర్గత (internal)/వృత్తి పరిశోధకుడికి కేటాయించబడవచ్చు.

ఉదాహరణ

కేసు మార్గదర్శకానికి ఉదాహరణ:

రోడ్డు ట్రాఫిక్ ప్రమాదం

i. సంఘటన ఎప్పుడు జరిగింది - ఖచ్చితమైన తేదీ, సమయం మరియు స్థలం?

ii. బీమా చేయబడిన వ్యక్తి పాదచారియా, ప్రయాణీకుడా/పిలియన్ రైడర్‌గా ప్రయాణిస్తున్నారా లేదా వాహనం నడుపుతున్నారా?

వ్యక్తిగత ప్రమాద క్లెయిమ్‌లలో సాధ్యమయ్యే మోసం మరియు లీకేజీకి కొన్ని ఉదాహరణలు:

i. TTD పిరియడ్‌లో ఎక్కువచేసి చెప్పడం (ఎగ్జాగరేషన్).

ii. ప్రమాదంగా చూపించబడిన అనారోగ్యం ఉదా. రోగలక్షణ కారణాల వల్ల వచ్చే వెన్నునొప్పి మరియు ఇంట్లో 'పడిపోవడం/జారిపోవడం' తర్వాత PA క్లెయిమ్ గా మార్చబడడం.

డిశ్చార్జ్ వోచర్ అనేది వ్యక్తిగత ప్రమాద క్లెయిమ్ సెటిల్మెంట్ కోసం ఒక ముఖ్యమైన డాక్యుమెంట్. ముఖ్యంగా ఇది డెత్ క్లెయిమ్‌లతో కూడిన వాటికి అత్యవసరం. ప్రపోజల్ సమయంలో నామినీ వివరాలను పొందడం కూడా ముఖ్యం మరియు అవి పాలసీ డాక్యుమెంట్ లో భాగంగా ఉండాలి.

2. **క్లెయిమ్ డాక్యుమెంటేషన్- ప్రతి కంపెనీ ఒక లిస్ట్‌ను ఇస్తుంది Claim documentation- Each company gives a list**

a) క్లెయిమెంట్ యొక్క నామినీ/కుటుంబ సభ్యుడు సక్రమంగా పూర్తి చేసి సంతకం చేసిన వ్యక్తిగత ప్రమాద క్లెయిమ్ ఫారమ్

b) ప్రథమ సమాచార నివేదిక (First Information Report) ఒరిజినల్ లేదా ధృవీకరించబడిన కాపీ.

c) మరణ ధృవీకరణ డాక్యుమెంట్ ఒరిజినల్ లేదా ధృవీకరించబడిన కాపీ.

d) పోస్ట్ మార్టం రిపోర్ట్ నిర్వహించబడితే ధృవీకరించబడిన కాపీ.

e) పేరు ధృవీకరణ కోసం AML డాక్యుమెంట్ల ధృవీకరించబడిన కాపీలు (యాంటీ-మనీ లాండరింగ్) (టెలిఫోన్ బిల్లు/ బ్యాంక్ ఖాతా స్టేట్మెంట్, విద్యుత్ బిల్లు/ రేషన్ కార్డ్) చిరునామా ధృవీకరణ కోసం, (పాస్‌పోర్ట్/ పాన్ కార్డ్/ ఓటరు ID/ డ్రైవింగ్ లైసెన్స్)

f) అఫిడవిట్ మరియు నష్టపరిహారం బాండ్ తో కూడిన చట్టపరమైన వారసుల ధృవీకరణ డాక్యుమెంట్లు రెండూ చట్టపరమైన వారసులందరిచే సంతకం చేయబడి, నోటరీ చేయబడినవి

g) బీమా చేసిన వ్యక్తి వైకల్యాన్ని ధృవీకరించే సివిల్ సర్జన్ లేదా సమానమైన సమర్ధులైన వైద్యుల నుండి శాశ్వత వైకల్య ధృవీకరణ డాక్యుమెంట్.

h) వైకల్య రకం, వైకల్యం కాలం గురించి ప్రస్తావిస్తూ వైద్యుని నుండి వైద్య ధృవీకరణ డాక్యుమెంట్. యజమాని ద్వారా సక్రమంగా సంతకం చేసి, సీల్ చేయబడిన ఖచ్చితమైన సెలవు పిరియడ్ వివరాలను తెలియజేసే లీవ్ సర్టిఫికేట్.

ఎగువ లిస్ట్ కేవలం సూచనాత్మకం (indicative) మాత్రమే, కేసుకు సంబంధించిన నిర్దిష్ట వాస్తవాలను బట్టి, ప్రత్యేకించి దర్యాప్తు చేయాల్సిన అనుమానిత మోసం కోణం ఉన్న కేసులను బట్టి తదుపరి పత్రాలు (మచ్చ గుర్తుల ఫోటోగ్రాఫ్లు, ప్రమాదం జరిగిన ప్రదేశం మొదలైనవి) అవసరం కావచ్చు.

మీరేం నేర్చుకున్నారు 4

పర్మనెంట్ టోటల్ డిసేబిలిటీ క్లెయిమ్ కోసం ఈ క్రింది వాటిలో ఏ పత్రాలు సమర్పించాల్సిన అవసరం లేదు?

I. సక్రమంగా పూర్తి చేయబడి క్లెయిమెంట్ (హక్కుదారు) సంతకం చేయబడిన వ్యక్తిగత ప్రమాద క్లెయిమ్ ఫారమ్.

II. బీమా పాలసీ కాపీ.

III. బీమా చేసిన వ్యక్తికి సివిల్ సర్జన్ నుండి శాశ్వత వైకల్య ధృవీకరణ డాక్యుమెంట్ లేదా అందుకు సమాన సామర్థ్య హోదాలో ఉన్న వైద్యులు వైకల్యాన్ని ధృవీకరించే డాక్యుమెంట్

IV. బీమా చేయించుకున్న వ్యక్తి తన సాధారణ విధులను నిర్వర్తించడానికి పనికి వస్తాడని ధృవీకరిస్తూ చికిత్స చేస్తున్న వైద్యుని నుండి ఫిట్నెస్ సర్టిఫికేట్.

F. క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ- విదేశీ ప్రయాణ బీమా **(Claims Management- Overseas Travel Insurance)**

ఈ పాలసీ క్రింద ఉన్న కవరేజ్ ఇప్పటికే ప్రొడక్ట్ అధ్యాయం క్రింద చర్చించబడింది. ఈ విభాగం విదేశీ ప్రయాణాల సమయంలో తలెత్తే క్లెయిమ్‌లను ఎలా నిర్వహించాలో వివరించడానికి ప్రయత్నిస్తుంది.

క్లెయిమ్ సేవలు తప్పనిసరిగా వీటిని కలిగి ఉంటాయి:

a) క్లెయిమ్ నోటిఫికేషన్‌ని 24*7 ఆధారంగా తీసుకోవడం;

b) క్లెయిమ్ ఫారమ్ మరియు ప్రక్రియని పంపడం;

c) నష్టం జరిగిన వెంటనే ఏమి చేయాలో కస్టమర్ కి మార్గనిర్దేశం చేయడం;

d) వైద్య మరియు అనారోగ్య క్లెయిమ్‌ల కోసం క్యాష్‌లెస్ సేవలను విస్తరించడం;

e) స్వదేశానికి తరలించడం (repatriation), ఖాళీ చేయించడం (evacuation), ఎమర్జన్సీ క్యాష్ అడ్వాన్స్ కోసం ఏర్పాట్లు చేయడం.

అసిస్టెన్స్ **కంపెనీలు - విదేశీ క్లెయిమ్‌లలో పాత్ర (Assistance companies – Role in overseas claims)**

అసిస్టెన్స్ కంపెనీలు తమ స్వంత కార్యాలయాలను కలిగి ఉంటాయి. ప్రపంచవ్యాప్తంగా ఉన్న ఇతర అదే రకం సేవా ప్రదాతలతో ఏర్పాట్లను కలిగి ఉంటాయి. పాలసీ పరిధిలోకి వచ్చే ఆకస్మిక (contingencies)పరిస్థితుల్లో బీమా కంపెనీల కస్టమర్లకు ఈ కంపెనీలు సహాయాన్ని అందిస్తాయి.

ఈ కంపెనీలు క్లెయిమ్ నమోదు సమాచారం కోసం అంతర్జాతీయ టోల్ ఫ్రీ నెంబర్ తో సహా 24*7 కాల్ సెంటర్ ని నిర్వహిస్తాయి. వారు ఈ క్రింది సేవలను కూడా అందిస్తారు. సేవలకు ఛార్జీలు నిర్దిష్ట బీమా కంపెనీతో ఒప్పందం, కవర్ చేయబడే బెనిఫిట్స్ మొదలైన వాటిపై ఆధారపడి మారుతూ ఉంటాయి.

a) వైద్య సహాయ సేవలు:

   i. మెడికల్ సర్వీస్ ప్రొవైడర్ రిఫరల్స్
   ii. ఆసుపత్రిలో చేర్పించే ఏర్పాటు
   iii. అత్యవసర వైద్య తరలింపు (Evacuation)ఏర్పాటు
   iv. ఎమర్జెన్సీ మెడికల్ రీపాట్రియేషన్ ఏర్పాటు
   v. మోర్టల్ (భౌతిక) అవశేషాలు స్వదేశానికి పంపడం.
   vi. కారుణ్య సందర్శన ఏర్పాట్లు
   vii. మైనర్ పిల్లలకు సహాయం / తోడు

b) ఆసుపత్రిలో చేరిన సమయంలో తర్వాత వైద్య పరిస్థితిని పర్యవేక్షించడం

c) ఎసెన్షియల్ మెడిసిన్స్ డెలివరీ

d) పాలసీ నిబంధనలు మరియు షరతులు, బీమా కంపెనీ ఆమోదానికి లోబడి ఆసుపత్రిలో చేరే సమయంలో చేసే వైద్య ఖర్చులకు హామీ

e) ప్రయాణ పూర్వ సమాచార సేవలు మరియు ఇతర సేవలు:

   i. వీసాలు మరియు టీకాల అవసరాలు

   ii. ఎంబసీ రెఫరల్ సేవలు

   iii. పాస్‌పోర్ట్ పోవడం, లగేజ్ జరిగినప్పుడు సేవలు పోవడం

   iv. ఎమర్జన్సీ మెసేజి ట్రాన్స్‌మిషన్ (పంపే) సర్వీసులు

   v. బెయిల్ బాండ్ ఏర్పాటు

   vi. ఆర్థిక అత్యవసర సహాయం

f) ఇంటర్‌ప్రెటర్ (భాషని తర్జుమా చేసే వ్యక్తి) రెఫరల్

g) లీగల్ రెఫరల్

h) న్యాయవాదితో అపాయింట్మెంట్

a) హాస్పిటలైజేషన్ ప్రొసీజర్లు (Hospitalization Procedures)

i. బీమా చేసిన వ్యక్తి వారికి చెల్లుబాటు అయ్యే ఆరోగ్య లేదా విదేశీ ప్రయాణ బీమా పాలసీని అందించిన తర్వాత చాలా ఆసుపత్రులు అన్ని అంతర్జాతీయ బీమా కంపెనీల నుండి చెల్లింపుల హామీని అంగీకరిస్తాయి.

ii. ఆసుపత్రులు వెంటనే చికిత్స ప్రారంభిస్తాయి. బీమా రక్షణ ఉంటే బీమా పాలసీ చెల్లిస్తుంది లేదా రోగి చెల్లించాల్సి ఉంటుంది. చెల్లింపులు ఆలస్యమవుతున్నందున ఆసుపత్రులు ఛార్జీలను పెంచుతున్నాయి.

iii. నెట్వర్క్ మరియు ఆసుపత్రులు విధానాలకు సంబంధించిన సమాచారం, సహాయ సంస్థలు అందించే టోల్ ఫ్రీ నెంబర్‌లో బీమా చేసిన వారికి అందుబాటులో ఉంటుంది.

iv. ఆసుపత్రిలో చేరాల్సిన అవసరం ఉన్నట్లయితే, బీమా చేసిన వ్యక్తి కాల్ సెంటర్ లో దానిని తెలియజేయాలి, చెల్లుబాటు అయ్యే ప్రయాణ బీమా పాలసీతో పేర్కొన్న ఆసుపత్రికి వెళ్లాలి.

v. పాలసీ చెల్లుబాటు (validity) ని చెక్ చేయడానికీ, కవరేజీలను ధృవీకరించడానికి ఆసుపత్రులు సాధారణంగా కాల్ సెంటర్ నెంబర్‌లో సహాయ కంపెనీలు/బీమా సంస్థలను సంప్రదిస్తాయి.

vi. పాలసీని ఆసుపత్రి ఆమోదించిన తర్వాత బీమా పొందిన వ్యక్తి క్యాష్‌లెస్ ప్రాతిపదికన ఆసుపత్రిలో చికిత్స పొందుతాడు.

vii. ఆమోదయోగ్యతను నిర్ణయించడానికి బీమాదారు/సహాయ ప్రదాతకు అవసరమైన కొంత ప్రాథమిక సమాచారం:

1. అనారోగ్యం వివరాలు
2. ఏదైనా మునుపటి చరిత్ర ఉన్నట్లయితే, ఆసుపత్రి వివరాలు, భారతదేశంలోని స్థానిక వైద్యాధికారి:

- ✓ గత చరిత్ర, ప్రస్తుత చికిత్స ఆసుపత్రిలో చేయదలచిన చికిత్సా క్రమం, మరియు తక్షణమే ఈ క్రింది పత్రాలు పంపమని అభ్యర్థన
- ✓ హాజరైన వైద్యుల ప్రకటనతో పాటు క్లెయిమ్ ఫారమ్
- ✓ పాస్‌పోర్ట్ కాపీ
- ✓ వైద్య సమాచార ఫారమ్ విడుదల

b) వైద్య ఖర్చులు మరియు ఇతర వైద్యేతర క్లెయిమ్‌ల రీయింబర్స్‌మెంట్:

రీయింబర్స్‌మెంట్ క్లెయిమ్‌లు సాధారణంగా బీమా చేసిన వారు భారతదేశానికి తిరిగి వచ్చిన తర్వాత దాఖలు చేస్తారు. క్లెయిమ్ పేపర్లు అందిన తర్వాత, క్లెయిమ్ సాధారణ ప్రక్రియ ప్రకారం ప్రాసెస్ చేయబడుతుంది. విదేశీ కరెన్సీలో చెల్లింపు చేసే క్యాష్‌లెస్ క్లెయిమ్‌ల మాదిరిగా కాకుండా, అనుమతించదగిన అన్ని క్లెయిమ్‌ల చెల్లింపులు భారత రూపాయిల (INR)లో చేయబడతాయి.

రీయింబర్స్‌మెంట్ క్లెయిమ్‌లను ప్రాసెస్ చేస్తున్నప్పుడు, రూపాయిలలో నష్టం మొత్తాన్ని (quantum) లెక్కవేయడానికి నష్టం జరిగిన తేదీ నాటికి కరెన్సీ మార్పిడి రేటు వాడబడుతుంది. అప్పుడు చెల్లింపు చెక్కు లేదా ఎలక్ట్రానిక్ బదిలీ ద్వారా చేయబడుతుంది.

c) వైద్య ప్రమాదం & అనారోగ్య ఖర్చుల కోసం క్లెయిమ్ డాక్యుమెంటేషన్

i. క్లెయిమ్ ఫారమ్

ii. డాక్టర్ రిపోర్టు

iii. ఒరిజినల్ అడ్మిషన్ / డిశ్చార్జ్ కార్డ్

iv. ఒరిజినల్ బిల్లులు/ రసీదులు/ ప్రిస్క్రిప్షన్

v. ఒరిజినల్ ఎక్స్-రే నివేదికలు/ పాథలాజికల్/ ఇన్వెస్టిగేటివ్ రిపోర్టులు

vi. ఎంట్రీ & ఎగ్జిట్ స్టాంపుతో పాస్‌పోర్ట్/వీసా కాపీ

పై లిస్ట్ కేవలం ఒక సూచన మాత్రమే. నిర్దిష్ట కేసు వివరాలను బట్టి లేదా నిర్దిష్ట బీమా కంపెనీ అనుసరించే క్లెయిమ్ సెటిల్మెంట్ పాలసీ/ విధానాన్ని బట్టి అదనపు సమాచారం/పత్రాలు అవసరం కావచ్చు.

మీరేం నేర్చుకున్నారు 5

బీమా చేసిన వ్యక్తి చెల్లుబాటు అయ్యే ___________ బీమా పాలసీని అందించిన తర్వాత చాలా ఆసుపత్రులు అన్ని అంతర్జాతీయ బీమా కంపెనీల నుండి చెల్లింపుల హామీని అంగీకరిస్తాయి.

I. చట్టపరమైన బాధ్యత (receiver)

II. కరోనా రక్షక్

III. విదేశీ ప్రయాణం (Overseas Travel)

IV. ఎండోమెంట్

మీరేం నేర్చుకున్నారు- జవాబు

జవాబు 1 - **సరైన ఎంపిక** II.

జవాబు 2 - **సరైన ఎంపిక** II.

జవాబు 3 - **సరైన ఎంపిక** III.

జవాబు 4 - **సరైన ఎంపిక** IV.

జవాబు 5 - **సరైన ఎంపిక** III.

సారాంశం

a) బీమా అనేది ఒక 'వాగ్దానం', పాలసీ ఆ వాగ్దానానికి 'సాక్షి'. పాలసీ క్రింద క్లెయిమ్‌కి దారితీసే బీమా చేయబడిన సంఘటన ఆ వాగ్దానానికి నిజమైన పరీక్ష.

b) బీమాలో కీలకమైన రేటింగ్ పారామీటర్లలో ఒకటి బీమా కంపెనీ క్లెయిమ్‌లు చెల్లించే సామర్థ్యం

c) బీమాను కొనుగోలు చేసే కస్టమర్లు ప్రాథమిక వాటాదారు (primary stakeholder) మరియు క్లెయిమ్ స్వీకర్త (receiver), కూడా.

d) ఒక నెట్వర్క్ ఆసుపత్రి క్యాష్‌లెస్ క్లెయిమ్‌లు బీమా సంస్థ/TPA నుండి ముందస్తుగా పొందిన ఆమోదం (pre-approval)ఆధారంగా వైద్య సేవలను అందిస్తుంది, ఆ తర్వాత క్లెయిమ్ సెటిల్మెంట్ కోసం పత్రాలను సమర్పిస్తుంది.

e) రీయింబర్స్‌మెంట్ క్లెయిమ్‌ల విషయంలో, కస్టమర్ తన స్వంత వనరుల నుండి ఆసుపత్రికి చెల్లించి, ఆపై చెల్లింపు కోసం బీమాదారు/ TPAతో క్లెయిమ్‌ని ఫైల్ చేస్తాడు.

f) క్లెయిమ్ సమాచారం అనేది కస్టమర్ కీ, క్లెయిమ్‌ల టీమ్ కీ మధ్య పరిచయానికి మొదటి ఉదాహరణ.

g) బీమా క్లెయిమ్ విషయంలో బీమా కంపెనీ మోసం చేసినట్లు అనుమానించినట్లయితే, అది విచారణ కోసం పంపబడుతుంది. క్లెయిమ్‌పై విచారణ అంతర్గతంగా ఇన్సూరర్ చేత/టీపీఏ ద్వారా నిర్వహించబడుతుంది లేదా ప్రొఫెషనల్ ఇన్వెస్టిగేషన్ ఏజెన్సీకి అప్పగించబడుతుంది.

h) రిజర్వ్ చేయడం అనేది క్లెయిమ్‌ల స్థితి ఆధారంగా బీమా సంస్థ పుస్తకాలలో అన్ని క్లెయిమ్‌ల కోసం చేసిన కేటాయింపు మొత్తాన్ని సూచిస్తుంది.

i) తిరస్కరణ (denial) విషయంలో, బీమా సంస్థకు ప్రాతినిధ్యంతో పాటు, బీమా అంబుడ్స్మన్ లేదా వినియోగదారు (consumer) కమిషన్స్ లేదా చట్టపరమైన అధికారులను కూడా సంప్రదించే అవకాశం కస్టమర్ కి ఉంటుంది.

j) మోసాలు ఎక్కువగా హాస్పిటలైజేషన్ నష్టపరిహారం పాలసీలలో జరుగుతాయి కానీ వ్యక్తిగత ప్రమాద పాలసీలు కూడా మోసపూరిత క్లెయిమ్ చేయడానికి ఉపయోగించబడతాయి.

k) TPA బీమా సంస్థకు అనేక ముఖ్యమైన సేవలను అందిస్తుంది మరియు ఫీజు రూపంలో ప్రతిఫలం పొందుతుంది.