

आईसी - 38

खंड-स्वास्थ्य

बीमा एजेंट

आभार

यह कोर्स भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई) द्वारा निर्धारित, एवं संशोधित पाठ्यक्रम पर आधारित है। इसे भारतीय बीमा संस्थान, मुंबई ने तैयार किया है।

लेखक/समीक्षक (वर्णानुक्रम में)

डॉ. आर.के. दुग्गल

डॉ. शशिधरण के. कुट्टी

सीए पी. कोटेश्वर राव

डॉ. प्रदीप सरकार

प्रो. माधुरी शर्मा

डॉ. जॉर्ज ई. थॉमस

प्रो. अर्चना वझे

इस पाठ्यक्रम का हिन्दी अनुवाद तथा समिक्षक निम्नलिखित सहयोगी से किया गया.

सीडैक, पुणे.

श्री आनंद मिश्रा

सुश्री कृष्णा वशिष्ठ



भारतीय बीमा संस्थान
INSURANCE INSTITUTE OF INDIA

जी-ब्लॉक, प्लॉट नंबर सी-४६, बांद्रा कुर्ला कॉम्प्लेक्स, बांद्रा (पूर्व) मुंबई — ४०० ०५१

बीमा एजेंट खंड-स्वास्थ्य आईसी - 38

संस्करण का वर्ष: 2023

सभी अधिकार सुरक्षित

यह पाठ्य सामग्री भारतीय बीमा संस्थान (III) की कॉपीराइट है। इस कोर्स को भारतीय बीमा संस्थान की परीक्षाओं में बैठने वाले छात्र/छात्राओं के लिए शैक्षणिक जानकारी उपलब्ध कराने के मकसद से डिजाइन किया गया है। इस पाठ्य सामग्री को संस्थान की पहले से ली गई, स्पष्ट लिखित सहमति के बिना, आंशिक या पूर्ण रूप से, व्यावसायिक प्रयोजन के लिए पुनः-प्रस्तुत नहीं किया जा सकता।

इस कोर्स की सामग्रियां प्रचलित सर्वोत्तम प्रथाओं पर आधारित हैं, इनका मकसद कानूनी या अन्य विवादों के मामले में व्याख्या या समाधान उपलब्ध कराना नहीं है।

यह सिर्फ एक सांकेतिक पाठ्य सामग्री है। कृपया ध्यान दें कि परीक्षा में पूछे जाने वाले सवाल सिर्फ इस पाठ्य सामग्री तक ही सीमित नहीं होंगे।

प्रकाशक: महासचिव, भारतीय बीमा संस्थान, जी-ब्लॉक, प्लॉट नं. सी-46, बांद्रा कुर्ला कॉम्प्लेक्स, बांद्रा (पू.) मुंबई - 400 051, मुद्रणालय -

इस पाठ्य सामग्री से जुड़ा कोई भी संवाद ctd@iii.org.in के साथ किया जा सकता है, जहां कवर पेज पर विषय का नाम और यूनीक प्रकाशन संख्या लिखना ज़रूरी होगा।

प्रस्तावना

भारतीय बीमा संस्थान (संस्थान) ने इस पाठ्य सामग्री को भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई) द्वारा निर्धारित पाठ्यक्रम के आधार पर, बीमा एजेंटों के लिए तैयार किया है। इस पाठ्य सामग्री को तैयार करने में उद्योग से जुड़े विशेषज्ञों का सहयोग भी लिया गया है।

यह कोर्स जीवन, साधारण और स्वास्थ्य बीमा के बारे में बुनियादी जानकारी प्रदान करता है। यह बीमा की संबंधित लाइनों में, एजेंटों को उनके पेशेवर कैरियर को सही परिप्रेक्ष्य में समझने और उनका मूल्यांकन करने में मदद करता है।

इस कोर्स को चार खंडों में बाँटा गया है। (1) संक्षिप्त विवरण (ओवरव्यू) – यह एक सामान्य खंड है जिसमें बीमा के सिद्धांतों, कानूनी सिद्धांतों और नियामक मामलों की चर्चा की गई है जिनकी जानकारी बीमा एजेंटों को होना ज़रूरी है। इसके अलावा, तीन अलग-अलग खंड (2) जीवन बीमा एजेंट, (3) साधारण बीमा एजेंट और (4) स्वास्थ्य बीमा एजेंट बनने के आकांक्षी व्यक्ति की मदद के लिए हैं।

इस कोर्स में मॉडल प्रश्नों का एक सेट भी दिया गया है जो छात्र/छात्राओं को परीक्षा के प्रारूप और परीक्षा में पूछे जाने वाले अलग-अलग तरह के वस्तुनिष्ठ प्रश्नों का एक अंदाज़ा देगा। मॉडल प्रश्नों की मदद से छात्र-छात्रा अपनी सीखी गई चीज़ों को जांच कर भी देख सकते हैं।

बीमा एक परिवर्तनशील वातावरण में काम करता है। एजेंटों को बाज़ार में हो रहे बदलावों के बारे में जानकारी रखना ज़रूरी है। उन्हें निजी अध्ययन के साथ-साथ संबंधित बीमा कंपनियों द्वारा संस्थान में आयोजित प्रशिक्षण कार्यक्रमों में हिस्सा लेकर अपनी जानकारी को तरोताज़ा रखना चाहिए।

यह संस्थान इस कोर्स को तैयार करने की ज़िम्मेदारी देने के लिए आईआरडीएआई को धन्यवाद करता है। संस्थान इस पाठ्य सामग्री का अध्ययन करने के इच्छुक सभी छात्र-छात्राओं के लिए बीमा मार्केटिंग में एक कामयाब कैरियर की कामना करता है।

विषय-वस्तु

अध्याय सं.	शीर्षक	पृष्ठ सं.
खंड	स्वास्थ्य बीमा	
H-01	स्वास्थ्य बीमा का परिचय	2
H-02	स्वास्थ्य बीमा संबंधी दस्तावेज़	10
H-03	स्वास्थ्य बीमा उत्पाद	19
H-04	स्वास्थ्य बीमा का बीमालेखन	52
H-05	स्वास्थ्य बीमा के दावे	71

खंड
स्वास्थ्य खंड

अध्याय H-01

स्वास्थ्य बीमा का परिचय

अध्याय का परिचय

यह अध्याय आपको यह बताएगा कि समय के साथ बीमा का विकास कैसे हुआ। यह आपको यह भी समझाएगा कि हेल्थकेयर क्या है, हेल्थकेयर के स्तर और हेल्थकेयर के प्रकार क्या हैं। इसके अलावा, आप भारत के हेल्थकेयर व्यवस्था और इसे प्रभावित करने वाले कारकों के बारे में भी जानेंगे। अंत में, यह आपको समझाएगा कि भारत में स्वास्थ्य बीमा का विकास कैसे हुआ और भारत के स्वास्थ्य बीमा बाज़ार में मौजूद विभिन्न कंपनियां कौन-कौन सी हैं।

अध्ययन के परिणाम

- A. हेल्थकेयर को समझना
- B. हेल्थकेयर के स्तर
- C. हेल्थकेयर के प्रकार
- D. भारत में स्वास्थ्य बीमा का विकास
- E. स्वास्थ्य बीमा बाज़ार

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप यह पाएंगे:

- a) यह समझना कि बीमा का विकास कैसे हुआ।
- b) हेल्थकेयर की अवधारणा, हेल्थकेयर के प्रकारों और स्तरों की व्याख्या।
- c) भारत में हेल्थकेयर को प्रभावित करने वाले कारकों का मूल्यांकन करना और आज़ादी के बाद से हेल्थकेयर में हुई प्रगति।
- d) भारत में स्वास्थ्य बीमा के विकास पर चर्चा करना।
- e) भारत के स्वास्थ्य बीमा बाज़ार के बारे में जानना।

A. हेल्थकेयर को समझना

‘हेल्थ’ शब्द ‘hoelth’ शब्द से निकला है, जिसका मतलब है ‘शरीर की मजबूती’।

पुराने ज़माने में, हेल्थ (स्वास्थ्य) को ‘दैविक उपहार’ माना जाता था और बीमारी होने का कारण संबंधित व्यक्ति द्वारा किये गए पापों को माना जाता था। हिप्पोक्रेटस (460 से 370 ईसा पूर्व) ने बीमारी के पीछे के कारणों को बताया। उनके अनुसार, बीमारी पर्यावरण, स्वच्छता, व्यक्तिगत स्वच्छता और आहार से संबंधित विभिन्न कारकों की वजह से होती है। प्राचीन भारत के वैदिक ग्रंथों में ‘आरोग्यमे महाभाग्यम्’ कहा गया है, जिसका अर्थ है ‘स्वास्थ्य सौभाग्य है’ या दूसरे शब्दों में, ‘स्वास्थ्य ही धन है’। प्राचीन भारत के कई ग्रंथ जैसे, *अथर्ववेद*, *चरक संहिता*, *सुश्रुत संहिता*, *अष्टांगहृदयम्*, *अष्टांगसंग्रह*, *भेला संहिता* और *कश्यप संहिता* पुराने ज़माने में भारत में प्रचलित चिकित्सा परंपराओं के बारे में बताते हैं।

परिभाषा

विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) ने स्वास्थ्य की परिभाषा बड़े पैमाने स्वीकार्य की – *‘स्वास्थ्य केवल बीमारी या दुर्बलता का होना नहीं, बल्कि पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की स्थिति है।’*

स्वास्थ्य के निर्धारक

आम तौर पर ऐसा माना जाता है कि नीचे दिए गए कारक किसी भी व्यक्ति के स्वास्थ्य को निर्धारित करते हैं:

a) जीवन शैली के कारक

जीवन शैली कारक वे हैं जो अधिकतर संबंधित व्यक्ति के नियंत्रण में होते हैं। जैसे कि व्यायाम करना और सीमा के भीतर खान-पान, चिंता से बचना और अच्छे स्वास्थ्य की ओर बढ़ना; कैंसर, एड्स, उच्च रक्तचाप और मधुमेह जैसी कई बीमारियों को बढ़ावा देना।

b) पर्यावरणीय कारक

संक्रामक रोग जैसे इन्फ्लुएंजा और चिकनपॉक्स आदि खराब स्वच्छता के कारण फैलते हैं; मलेरिया और डेंगू जैसी बीमारियां खराब पर्यावरणीय स्वच्छता के कारण फैलती हैं, जबकि कुछ बीमारियां पर्यावरणीय कारकों के कारण भी होती हैं।

c) आनुवंशिक कारक

माता-पिता से बच्चों में जीन के माध्यम से बीमारियां पहुंच सकती हैं। इस तरह के आनुवंशिक कारकों से नस्ल, भौगोलिक स्थिति और यहां तक कि समुदायों के आधार पर दुनिया भर में फैली आबादी के बीच स्वास्थ्य के अलग-अलग रुझान होते हैं।

यह बात बिल्कुल साफ है कि किसी देश की सामाजिक और आर्थिक प्रगति उसके लोगों के स्वास्थ्य पर निर्भर करती है। इससे यह सवाल उठता है कि क्या अलग-अलग परिस्थितियों के लिए अलग-अलग प्रकार की स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकता होती है।

स्वमूल्यांकन 1

इनमें से कौन सी बीमारी के लिए जीवनशैली के कारक जिम्मेदार नहीं हैं (यानि वे व्यक्ति के नियंत्रण में नहीं हैं)?

- I. कैंसर
- II. एड्स
- III. मलेरिया
- IV. उच्च रक्तचाप

B. हेल्थकेयर के स्तर

हेल्थकेयर (स्वास्थ्य सेवा) और कुछ नहीं बल्कि सरकार सहित विभिन्न एजेंसियों और प्रदाताओं द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं का एक समूह है। इसका मकसद लोगों के स्वास्थ्य को बढ़ावा देना, उसे बनाए रखना, उसकी निगरानी करना या बहाल करना है। स्वास्थ्य सेवा के प्रभावी होने के लिए ये बातें ज़रूरी हैं:

- लोगों की जरूरतों के हिसाब से सही
- व्यापक
- पर्याप्त
- आसानी से उपलब्ध
- किफायती

स्वास्थ्य देखभाल की सुविधाएं आबादी के लिए बीमारी होने की संभावना पर आधारित होनी चाहिए। उदाहरण के लिए, किसी व्यक्ति को वर्ष में कई बार बुखार, सर्दी, खांसी, त्वचा की एलर्जी आदि हो सकती है, लेकिन उसके हेपेटाइटिस बी से पीड़ित होने की संभावना, सर्दी-खांसी की तुलना में कम होती है।

इसलिए, चाहे गाँव हो या जिला या राज्य, किसी भी क्षेत्र में स्वास्थ्य सुविधाएं स्थापित करने की आवश्यकता स्वास्थ्य सेवा के विभिन्न कारकों पर आधारित होगी, जो उस क्षेत्र के संकेतक कहलाते हैं, जैसे कि:

- ✓ जनसंख्या का आकार
- ✓ मृत्यु दर
- ✓ बीमारी की दर
- ✓ अपंगता/अक्षमता दर

- ✓ लोगों का सामाजिक और मानसिक स्वास्थ्य
- ✓ लोगों की सामान्य पोषण स्थिति
- ✓ पर्यावरणीय कारक जैसे कि खनन क्षेत्र या औद्योगिक क्षेत्र है
- ✓ संभावित स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता प्रणाली, जैसे कि दिल की बीमारी के डॉक्टर गांव में आसानी से उपलब्ध नहीं हो सकते, लेकिन जिले के शहर में हो सकते हैं
- ✓ स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली का कितना इस्तेमाल होने की संभावना है
- ✓ सामाजिक-आर्थिक कारक, जैसे कि सेवा का किफायती होना

उपरोक्त कारकों के आधार पर, सरकार प्राथमिक, माध्यमिक और तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल केंद्र स्थापित करने का निर्णय लेती है; साथ ही, उचित स्वास्थ्य सेवा को किफायती और आबादी के लिए सुलभ बनाने के मकसद से अन्य उपाय करती है।

C. हेल्थकेयर के प्रकार

हेल्थकेयर को प्रमुखतः पर इस प्रकार वर्गीकृत किया जाता है:

1. प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा (प्राइमरी हेल्थकेयर)

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा का अर्थ डॉक्टरों, नर्सों और अन्य छोटे क्लिनिकों द्वारा दी जाने वाली सेवा है, जिनसे किसी भी बीमारी के लिए रोगी सबसे पहले संपर्क करते हैं; अर्थात् प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा किसी स्वास्थ्य प्रणाली में सभी रोगियों के लिए संपर्क का पहला बिंदु है।

उदाहरण के लिए, अगर कोई व्यक्ति बुखार के लिए डॉक्टर के पास जाता है और पहले उसे डेंगू बुखार होने का संकेत मिलता है, तो प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाता कुछ दवाएं लिखेंगे, लेकिन रोगी को विशेष उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती होने का निर्देश भी देंगे।

देश भर में, प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केंद्र सरकारी और निजी, दोनों तरह की कंपनियों द्वारा स्थापित किए जाते हैं। सरकारी प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केंद्र जनसंख्या के आकार के आधार पर स्थापित किए जाते हैं और किसी न किसी रूप में ग्राम स्तर तक मौजूद होते हैं।

2. माध्यमिक स्वास्थ्य सेवा (सेकंडरी हेल्थकेयर)

माध्यमिक स्वास्थ्य सेवा का अर्थ चिकित्सा विशेषज्ञों और अन्य स्वास्थ्य पेशेवरों द्वारा प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य सेवा है, जिनका आम तौर पर रोगी के साथ पहला संपर्क नहीं होता है। इसमें गहन देखभाल सेवाओं (इंटेंसिव केयर सर्विस), एम्बुलेंस सुविधाओं, पैथोलॉजी, डायग्नोसिस और अन्य प्रासंगिक चिकित्सा सेवाओं सहित, किसी गंभीर बीमारी के लिए कम अवधि की उपचार सेवाएं शामिल हैं, जिनके लिए अक्सर (लेकिन जरूरी नहीं) अंतः-रोगी के रूप में उपचार की आवश्यकता होती है।

3. तृतीयक स्वास्थ्य सेवा (टर्टियरी हेल्थकेयर)

तृतीयक स्वास्थ्य सेवा एक विशेष सलाहकार स्वास्थ्य सेवा है, जो आम तौर पर अंतः-रोगियों के लिए और प्राथमिक/माध्यमिक सेवा प्रदाताओं के रेफरल पर होती है।

तृतीयक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के उदाहरण वे हैं जिनके पास माध्यमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के दायरे से बाहर की उन्नत चिकित्सा सुविधाएं और पेशेवर चिकित्सक होते हैं। जैसे कि ऑन्कोलॉजी (कैंसर उपचार), अंग प्रत्यारोपण सुविधाएं, उच्च जोखिम वाली गर्भावस्था के विशेषज्ञ आदि।

यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि जैसे-जैसे सेवा का स्तर बढ़ता है, सेवा से जुड़े खर्च भी बढ़ते हैं। सेवा के विभिन्न स्तरों के लिए बुनियादी ढांचा भी अलग-अलग देशों, ग्रामीण-शहरी क्षेत्रों में भिन्न होता है, जबकि सामाजिक-आर्थिक कारक भी इसे प्रभावित करते हैं।

स्वमूल्यांकन 2

इनमें से क्या प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा का हिस्सा है?

- I. बुखार
- II. कैंसर
- III. अंग प्रत्यारोपण
- IV. उच्च जोखिम वाली गर्भावस्था

D. भारत में स्वास्थ्य बीमा का विकास

जहां सरकार स्वास्थ्य सेवा से जुड़े अपने नीतिगत फैसलों में व्यस्त रही, और स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को भी लागू किया। बीमा कंपनियां बाद में अपनी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां लेकर आईं। यहां बताया गया है कि भारत में स्वास्थ्य बीमा का विकास कैसे हुआ:

1. कर्मचारी राज्य बीमा योजना

भारत में औपचारिक रूप से स्वास्थ्य बीमा की शुरुआत कर्मचारी राज्य बीमा योजना लागू करने के साथ शुरू हुई, जो 1947 में देश की स्वतंत्रता के कुछ ही समय बाद, ईएसआई अधिनियम, 1948 के तहत लाई गई थी। यह योजना औपचारिक निजी क्षेत्र में कार्यरत मेहनतकश श्रमिकों के लिए शुरू की गई थी; इसके तहत ईएसआई अपने स्वयं के औषधालयों और अस्पतालों के नेटवर्क के माध्यम से व्यापक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान की करती है।

ईएसआईसी (कर्मचारी राज्य बीमा निगम) कार्यान्वयन एजेंसी है जो अपने स्वयं के अस्पतालों और औषधालयों को चलाती है; साथ ही, जहां इसकी अपनी सुविधाएं पर्याप्त नहीं हैं, वहां सार्वजनिक/निजी प्रदाताओं को भी अनुबंधित करती है।

2. केंद्र सरकार की स्वास्थ्य योजना

ईएसआईएस के बाद जल्दी ही केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना (सीजीएचएस) लाई गई, जिसे 1954 में पेंशनभोगियों और नागरिक सेवा में काम करने वाले उनके परिवार के सदस्यों सहित केंद्र सरकार के कर्मचारियों के लिए पेश किया गया था। इसका उद्देश्य कर्मचारियों और उनके

परिवारों को व्यापक चिकित्सा सेवा प्रदान करना है; इसे आंशिक रूप से कर्मचारियों द्वारा और बड़े पैमाने पर नियोक्ता (केंद्र सरकार) द्वारा वित्तपोषित किया जाता है।

3. व्यावसायिक स्वास्थ्य बीमा

बीमा उद्योग के राष्ट्रीयकरण से पहले और उसके बाद, कुछ गैर-जीवन बीमा कंपनियों ने व्यावसायिक स्वास्थ्य बीमा की शुरुआत की।

1986 में, सभी चार राष्ट्रीयकृत गैर-जीवन बीमा कंपनियों (ये तब भारतीय साधारण बीमा निगम की सहायक कंपनियां थीं) द्वारा व्यक्तियों और उनके परिवारों के लिए पहला मानकीकृत स्वास्थ्य बीमा उत्पाद भारतीय बाजार में लाया गया। **मेडिकलेम** नाम का यह उत्पाद, अस्पताल में भर्ती होने खर्चों के लिए भरपाई करने के लिए लाया गया, जिसमें क्षतिपूर्ति की एक निश्चित वार्षिक सीमा तक कवरेज प्रदान करने की व्यवस्था के साथ-साथ कुछ अपवर्जन भी शामिल हैं, जैसे कि मातृत्व (माँ बनना), पहले से मौजूद बीमारियां आदि।

अस्पताल में भर्ती होने के लिए क्षतिपूर्ति-आधारित वार्षिक अनुबंध आज भी भारत में निजी स्वास्थ्य बीमा का सबसे लोकप्रिय रूप है। 2001 में निजी कंपनियों के बीमा क्षेत्र में आने से स्वास्थ्य बीमा के क्षेत्र में जबरदस्त प्रगति हुई है। हालांकि, आज भी एक बड़ा बाजार इसकी पहुंच से बाहर है।

सरकार ने लोगों को स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां खरीदने के लिए प्रोत्साहित किया है। जहां व्यक्ति स्वयं, पत्नी/पत्नी और परिवार के सदस्यों के स्वास्थ्य बीमा के लिए प्रीमियम भुगतान करते हैं, ऐसे मामलों में आयकर अधिनियम की धारा 80डी के तहत कर योग्य आय से कटौती करने की अनुमति है। यह धारा 60 वर्ष से अधिक उम्र के माता-पिता/सास-ससुर के प्रीमियम का भुगतान करने के लिए छूट की उच्च सीमा की अनुमति देती है।

आवरण, अपवर्जन और नए ऐड-ऑन आवरण में काफी बदलाव किए गए हैं, जिनकी चर्चा बाद के अध्यायों में की जाएगी।

स्वमूल्यांकन 3

व्यक्तियों और उनके परिवारों के लिए पहला मानकीकृत स्वास्थ्य बीमा उत्पाद भारतीय बाजार में सभी चार राष्ट्रीयकृत गैर-जीवन बीमा कंपनियों द्वारा वर्ष _____ में लॉन्च किया गया था।

- I. 1948
- II. 1954
- III. 1986
- IV. 2001

E. स्वास्थ्य बीमा बाजार

स्वास्थ्य बीमा बाजार में आज कई कंपनियां शामिल हैं जिनमें से कुछ स्वास्थ्य सेवा सुविधाएं प्रदान करती हैं जिन्हें सेवा प्रदाता कहा जाता है; अन्य बीमा सेवाएं और विभिन्न मध्यस्थ भी मौजूद हैं।

कुछ बुनियादी ढांचे का काम करते हैं जबकि अन्य सहायता सुविधाएं प्रदान करती हैं। कुछ कंपनियां सरकारी क्षेत्र की हैं तो अन्य कंपनियां निजी क्षेत्र की हैं।

1. निजी क्षेत्र के स्वास्थ्य सेवा प्रदाता

भारत में एक बहुत बड़ा निजी स्वास्थ्य क्षेत्र है जो प्राथमिक, माध्यमिक और तृतीयक, तीनों प्रकार की स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करता है। इनमें स्वैच्छिक, गैर-लाभकारी संगठनों और व्यक्तियों से लेकर लाभकारी कॉर्पोरेट, ट्रस्ट, एकल व्यवसायी, स्टैंड-अलोन विशेषज्ञ सेवाएं, डायग्नोसिस लैबोरेटरी, दवाओं की दुकानें और अशिक्षित प्रदाता (झोला-छाप) भी शामिल हैं।

भारत में चिकित्सा की अन्य प्रणालियों (आयुर्वेद/सिद्ध/यूनानी/होम्योपैथी) में भी सुयोग्य चिकित्सकों की सबसे बड़ी संख्या है, जो 7 लाख से अधिक हैं। ये सार्वजनिक और निजी क्षेत्र, दोनों में काम करते हैं। स्वास्थ्य सेवा के लाभकारी निजी प्रदाताओं के अलावा, गैर सरकारी संगठन और स्वैच्छिक क्षेत्र भी समुदाय को स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने में लगे हुए हैं।

साधारण बीमा क्षेत्र की बीमा कंपनियां स्वास्थ्य बीमा सेवाओं के बड़े हिस्से में योगदान करती हैं। स्टैंड-अलोन हेल्थ इंश्योरर्स (एसएचआई) कंपनियों को सभी प्रकार का स्वास्थ्य बीमा करने की अनुमति है, जबकि जीवन बीमा कंपनियों को कुछ प्रकार का स्वास्थ्य बीमा करने की अनुमति है।

2. मध्यस्थ (बिचौलिये):

बीमा उद्योग के हिस्से के रूप में सेवाएं प्रदान करने वाले कई लोग और संगठन भी स्वास्थ्य बीमा बाजार का हिस्सा बनते हैं। बीमा मध्यस्थों को आईआरडीआई अधिनियम, 1999 की धारा 2 के तहत परिभाषित किया गया है। इनमें बीमा ब्रोकर, पुनर्बीमा ब्रोकर, बीमा सलाहकार, सर्वेयर और हानि निर्धारक के साथ-साथ तृतीय पक्ष प्रशासक (टीपीए) शामिल हैं।

तृतीय पक्ष प्रशासक (टीपीए), आईआरडीआई के साथ पंजीकृत और किसी बीमा कंपनी के साथ स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए कार्यरत एक कंपनी है जो शुल्क लेकर सेवाएं प्रदान करती है। टीपीए, स्वास्थ्य बीमा कारोबार से जुड़े अनुबंध के तहत किसी बीमा कंपनी को निम्नलिखित सेवाएं प्रदान कर सकता है:

- संबंधित पॉलिसी के अंतर्निहित नियमों और शर्तों के अनुसार और दावों के निपटान के लिए बीमा कंपनियों द्वारा जारी किए गए दिशानिर्देशों के ढांचे के भीतर, कैशलेस उपचार या कैशलेस दावों के अलावा अन्य दावों या दोनों के निपटान की पूर्व अनुमति के माध्यम से स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के तहत दावों की सेवा प्रदान करना।
- व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी और घरेलू यात्रा पॉलिसी के तहत अस्पताल में भर्ती होने के लिए दावों की सेवा प्रदान करना, अगर कोई हो।
- स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के जोखिम अंकन के संबंध में बीमा से पहले की चिकित्सा परीक्षाएं कराने की सुविधा।

सारांश

- a) बीमा किसी न किसी रूप में कई सदियों पहले अस्तित्व में था, लेकिन इसका आधुनिक रूप कुछ ही सदियों पुराना है। भारत में बीमा सरकारी विनियमन के साथ कई चरणों से होकर गुजरा है।
- b) अपने नागरिकों का स्वास्थ्य बहुत महत्वपूर्ण होने के कारण, सरकारें एक उपयुक्त स्वास्थ्य सेवा प्रणाली बनाने में प्रमुख भूमिका निभाती हैं।
- c) प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य सेवा का स्तर किसी देश की जनसंख्या से संबंधित कई कारकों पर निर्भर करता है।
- d) आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल के स्तर के आधार पर तीन प्रकार की स्वास्थ्य सेवाएं प्राथमिक, माध्यमिक और तृतीयक सेवाएं हैं। प्रत्येक स्तर के साथ स्वास्थ्य सेवा की लागत बढ़ जाती है जिसमें तृतीयक सेवा सबसे महंगी होती है।
- e) भारत की अपनी विशेष चुनौतियाँ हैं, जैसे कि जनसंख्या वृद्धि और शहरीकरण, जिसके लिए उचित स्वास्थ्य सेवा की आवश्यकता होती है।
- f) सार्वजनिक क्षेत्र की बीमा कंपनियां स्वास्थ्य बीमा के लिए सबसे पहले योजनाएं लेकर आईं, बाद में निजी बीमा कंपनियों ने व्यावसायिक बीमा की शुरुआत की।
- g) स्वास्थ्य बीमा बाजार कई कंपनियों से मिलकर बना है, जिनमें से कुछ कंपनियां बुनियादी ढांचा प्रदान करती हैं, अन्य बीमा सेवाएं प्रदान करती हैं, मध्यस्थ जैसे कि ब्रोकर, एजेंट और स्वास्थ्य बीमा कारोबार में सेवा प्रदान करने वाले तृतीय पक्ष प्रशासक और अन्य नियामक, शैक्षिक और कानूनी संस्थाएं भी इसमें अपनी भूमिका निभा रही हैं।

स्वमूल्यांकन के उत्तर

उत्तर 1 — सही विकल्प III है।

उत्तर 2 — सही विकल्प I है।

उत्तर 3 — सही विकल्प III है।

मुख्य शब्द

- a) स्वास्थ्य सेवा (हेल्थकेयर)
- b) व्यावसायिक बीमा
- c) राष्ट्रीयकरण
- d) प्राथमिक, माध्यमिक और तृतीयक स्वास्थ्य सेवा
- e) तृतीय पक्ष प्रशासक

अध्याय H-02

स्वास्थ्य बीमा संबंधी दस्तावेज़

अध्याय का परिचय

बीमा उद्योग में, हम बड़ी संख्या में फ़ॉर्मों, दस्तावेज़ों आदि के साथ काम करते हैं। इस अध्याय में स्वास्थ्य बीमा अनुबंध से जुड़े दस्तावेज़ों और उनके महत्व के बारे में समझाया गया है।

अध्ययन के परिणाम

- A. प्रस्ताव प्रपत्र
- B. प्रस्ताव की स्वीकृति (जोखिम अंकन)
- C. प्रॉस्पेक्टस
- D. पॉलिसी दस्तावेज़
- E. शर्तें और वारंटियां

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप ये काम कर पाएंगे:

- a) प्रस्ताव प्रपत्र में लिखी बातों को समझाना।
- b) प्रॉस्पेक्टस के महत्व को बताना।
- c) बीमा पॉलिसी दस्तावेज़ में मौजूद शर्तों और शब्दांकन को समझाना।
- d) पॉलिसी की शर्तों और वारंटियों की चर्चा करना।
- e) यह मूल्यांकन करना कि पृष्ठांकन क्यों जारी किए जाते हैं।
- f) प्रीमियम की रसीद को समझना।
- g) यह मूल्यांकन करना कि क्यों नवीनीकरण की सूचना जारी की जाती है।

A. प्रस्ताव प्रपत्र

1. स्वास्थ्य बीमा के प्रस्ताव प्रपत्र

जैसी कि सामान्य अध्यायों में चर्चा की गई, प्रस्ताव प्रपत्र में ऐसी जानकारी होती है जो बीमा के लिए प्रस्तावित जोखिम को स्वीकार करने के मकसद से बीमा कंपनी के लिए उपयोगी होती है। स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के प्रस्ताव प्रपत्र के बारे में कुछ जानकारी नीचे दी गई है:

1. प्रस्ताव प्रपत्र में एक प्रॉस्पेक्टस शामिल होता है जिसमें आवरण का ब्यौरा मौजूद होता है, जैसे कि आवरण, अपवर्जन, प्रावधान आदि। प्रॉस्पेक्टस, प्रस्ताव प्रपत्र का हिस्सा होता है; प्रस्तावक को यह बताते हुए इस पर हस्ताक्षर करना होता है कि उसने इसमें कही गई बातों को समझ लिया है।
2. प्रस्ताव प्रपत्र में प्रस्तावक के साथ प्रत्येक बीमित व्यक्ति का नाम, पता, पेशा, जन्मतिथि, लिंग और संबंध के अलावा, औसत मासिक आय और आयकर पैन नंबर, पेशेवर चिकित्सक का नाम और पता, उसकी योग्यता और पंजीकरण संख्या से संबंधित जानकारी इकट्ठा की जाती है। आजकल बीमाधारक के बैंक का विवरण भी इकट्ठा किया जाता है, ताकि सीधे बैंक ट्रांसफर के माध्यम से सीधे दावा राशि का भुगतान किया जा सके।
3. इसके अलावा, बीमित व्यक्ति की चिकित्सा स्थिति से संबंधित सवाल होते हैं। प्रपत्र में ये विस्तृत सवाल पिछले दावों के अनुभव पर आधारित होते हैं; ये सवाल इसलिए पूछे जाते हैं, ताकि सही तरीके से जोखिम अंकन किया जा सके।
4. प्रपत्र में निर्दिष्ट किसी भी बीमारी से पीड़ित होने पर, बीमित व्यक्ति को उसकी पूरी जानकारी देना ज़रूरी है।
5. इसके अलावा, किसी अन्य बीमारी या रोग से पीड़ित होने या दुर्घटना का सामना करने पर, नीचे दिए गए अनुसार जानकारी माँगी जाती है:
 - a. बीमारी/चोट की प्रकृति और इलाज
 - b. पहले उपचार की तारीख
 - c. इलाज करने वाले चिकित्सक का नाम और पता
 - d. क्या पूरी तरह से ठीक हो गया
6. प्रस्तावक को ऐसे किसी भी अतिरिक्त तथ्य का खुलासा करना होता है जिसके बारे में बीमा कंपनियों को बताया जाना ज़रूरी है; क्या उसे किसी बीमारी या चोट की सकारात्मक मौजूदगी या संभावना के बारे में कोई जानकारी है जिसके इलाज पर ध्यान देने की ज़रूरत हो सकती है।
7. प्रपत्र में पिछले बीमा और दावों के इतिहास के साथ-साथ किसी अन्य बीमा कंपनी के साथ मौजूद अतिरिक्त बीमा से संबंधित सवाल भी शामिल होते हैं।
8. जिस घोषणा पर प्रस्तावक का हस्ताक्षर किया जाएगा उसकी खास बातों पर ज़रूर ध्यान दिया जाना चाहिए।

9. बीमित व्यक्ति बीमा कंपनी को किसी ऐसे अस्पताल/चिकित्सक से चिकित्सा संबंधी जानकारी प्राप्त करने पर सहमति देता है और इसके लिए उसे अधिकृत करता है, जिसने किसी भी समय उसके शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाली किसी बीमारी के लिए उसका इलाज किया हो या करने की संभावना हो।
10. बीमित व्यक्ति इस बात की पुष्टि करता है कि उसने प्रपत्र का हिस्सा बनने वाले प्रॉस्पेक्टस को पढ़ लिया है और वह नियम एवं शर्तों को स्वीकार करने के लिए तैयार है।
11. घोषणा में बयानों की सच्चाई और अनुबंध का आधार बनने वाले प्रस्ताव प्रपत्र के संबंध में सामान्य वारंटी शामिल होती है।

2. चिकित्सा प्रश्नावली

प्रस्ताव प्रपत्र में प्रतिकूल चिकित्सा इतिहास होने के मामले में, बीमित व्यक्ति को मधुमेह, उच्च रक्तचाप, सीने में दर्द या कोरोनरी समस्या या रोधगलन (मेयोकार्डियल इनफार्क्शन) जैसी बीमारियों से संबंधित एक विस्तृत प्रश्नावली को पूरा करना होगा।

इनके समर्थन में किसी सलाहकार चिकित्सक द्वारा भरा गया फॉर्म प्रस्तुत करना ज़रूरी है। इस फॉर्म की जांच कंपनी के पैनल चिकित्सक द्वारा की जाती है, जिसकी राय के आधार पर प्रस्ताव की स्वीकृति, अपवर्जन आदि का निर्णय लिया जाता है।

घोषणा का मानक फॉर्म

आईआरडीएआई ने स्वास्थ्य बीमा प्रस्ताव में मानक घोषणा का प्रारूप इस प्रकार निर्धारित किया है:

1. मैं/हम इसके द्वारा, मेरी ओर से और बीमा के लिए प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से घोषणा करता हूँ/करते हैं कि मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त बयान, जवाब और/या विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सभी प्रकार से सही और पूर्ण हैं; और यह कि मैं/हम इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव करने के लिए अधिकृत हूँ/हैं।
2. मैं समझता हूँ कि मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी बीमा पॉलिसी का आधार बनेगी, यह बीमा कंपनी की बोर्ड द्वारा स्वीकृत जोखिम अंकन नीति के अधीन है और यह कि प्रीमियम की पूरी रकम प्राप्त होने के बाद ही पॉलिसी शुरू होगी।
3. मैं/हम आगे यह घोषणा करता हूँ/करते हैं कि मैं/हम प्रस्ताव प्रस्तुत करने के बाद लेकिन कंपनी द्वारा जोखिम की स्वीकृति की सूचना दिए जाने से पहले बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन/प्रस्तावक के पेशे या सामान्य स्वास्थ्य में होने वाले किसी भी बदलाव के बारे में लिखित रूप में सूचित करूंगा/करेंगे।
4. मैं/हम यह घोषणा करता हूँ/करते हैं और कंपनी को ऐसे किसी भी चिकित्सक या अस्पताल से चिकित्सा संबंधी जानकारी मांगने की सहमति देता हूँ/देते हैं जिसने किसी भी समय बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन/प्रस्तावक का इलाज किया है; यह जानकारी किसी पिछले या वर्तमान नियोक्ता से माँगी जा सकती है और इसमें बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन/प्रस्तावक

से जुड़ी ऐसी किसी भी चीज की जानकारी माँगी जाती है जो उसके शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती हो; साथ ही, ऐसी किसी भी बीमा कंपनी से जानकारी माँगी जाती है जिसके पास बीमाधारक/प्रस्तावक के जीवन पर प्रस्ताव के जोखिम अंकन और/या दावा निपटान के प्रयोजन से बीमा के लिए आवेदन किया गया है।

5. मैं/हम कंपनी को प्रस्ताव के जोखिम अंकन और/या दावों के निपटान के एकमात्र प्रयोजन से मेडिकल रिकॉर्ड सहित मेरे प्रस्ताव से संबंधित जानकारी साझा करने और किसी भी सरकारी और/या नियामक प्राधिकरण के साथ यह जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत करता हूँ/करते हैं।

3. प्रस्ताव प्रपत्र में शामिल सवालों की प्रकृति

किसी प्रस्ताव प्रपत्र में शामिल सवालों की संख्या और प्रकृति संबंधित बीमा के प्रकार के अनुसार बदलती रहती है। बीमा राशि पॉलिसी के तहत बीमा कंपनी की देयता की सीमा को दर्शाती है और इसे सभी प्रस्ताव प्रपत्रों में दिखाया जाना चाहिए।

स्वास्थ्य, व्यक्तिगत दुर्घटना और यात्रा बीमा जैसी **व्यक्तिगत लाइनों** में, प्रस्ताव प्रपत्रों को प्रस्तावक के पेशे, व्यवसाय या कारोबार के साथ-साथ प्रस्तावक के स्वास्थ्य, जीवन जीने के तरीके और आदतों, पहले से मौजूद स्वास्थ्य समस्याओं, चिकित्सा इतिहास, वंशानुगत लक्षणों, स्वास्थ्य बीमा के पिछले अनुभव आदि के बारे में जानकारी प्राप्त करने के लिए तैयार किया गया है जो इसलिए महत्वपूर्ण है क्योंकि वे तथ्यात्मक रूप से जोखिम पर असर डाल सकते हैं।

उदाहरण 1

- ✓ एक फास्ट-फूड रेस्तरां का डिलीवरी मैनुअल, जिसे अपने ग्राहकों तक खाना पहुंचाने के लिए मोटर बाइक पर अक्सर तेज रफ्तार से यात्रा करनी पड़ती है, उसके रेस्तरां में कार्यरत एकाउंटेंट के मुकाबले दुर्घटनाओं का शिकार होने की अधिक संभावना रहती है।
- ✓ कोयले की खान या सीमेंट प्लांट में काम करने वाला व्यक्ति धूल के कणों के संपर्क में आ सकता है जिससे फेफड़ों की बीमारियां हो सकती हैं।

उदाहरण 2

- ✓ विदेश यात्रा बीमा के प्रयोजन से, प्रस्तावक को यह बताना होगा कि कौन, कब, किस प्रयोजन से, किस देश की यात्रा कर रहा है) या
- ✓ स्वास्थ्य बीमा के प्रयोजन से प्रस्तावक से मामले के आधार पर उसके स्वास्थ्य (व्यक्ति के नाम, पते और पहचान के साथ) आदि के बारे में पूछा जाता है।

उदाहरण 3

- ✓ स्वास्थ्य बीमा के मामले में, यह अस्पताल के इलाज की लागत हो सकती है, जबकि व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के मामले में यह जीवन की हानि, किसी अंग (हाथ या पैर) के नुकसान या दुर्घटना के कारण दिखना बंद होने से जुड़ी एक निश्चित राशि हो सकती है।

a) पिछला और वर्तमान बीमा

प्रस्तावक को अपने पिछले बीमा के बारे में बीमा कंपनी को जानकारी देना आवश्यक होता है। यह उसके बीमा इतिहास को समझने के लिए जरूरी है। कुछ बाजारों में ऐसी प्रणालियां हैं जिनके द्वारा बीमा कंपनी बीमाधारक के बारे में गोपनीय रूप से डेटा साझा करती हैं।

प्रस्तावक को यह बताना भी आवश्यक है कि क्या किसी बीमा कंपनी ने उसके प्रस्ताव को अस्वीकार किया है, विशेष शर्तें लगाई हैं, नवीनीकरण पर बढ़े हुए प्रीमियम की मांग की है या पॉलिसी को नवीनीकृत करने से इनकार या उसे रद्द कर दिया है। बीमा कंपनियों के नाम के साथ-साथ किसी अन्य बीमा कंपनी के साथ वर्तमान बीमा का विवरण भी प्रस्तुत करना आवश्यक है। इसके अलावा, व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा में बीमा कंपनी उसी बीमाधारक द्वारा ली गई अन्य पीए पॉलिसियों के तहत बीमा राशि के आधार पर आवरण की राशि (बीमा राशि) को सीमित करना चाहेगी।

b) दावे का अनुभव

प्रस्तावक से उसके सभी नुकसानों की पूरी जानकारी देने के लिए कहा जाता है, चाहे उनका बीमा किया गया हो या नहीं। इससे बीमा कंपनी को बीमा की विषय-वस्तु के बारे में जानकारी मिलेगी और यह भी पता चलेगा कि बीमाधारक ने इससे पहले जोखिम का प्रबंधन कैसे किया है। इसका मतलब है कि बीमा कंपनी का कर्तव्य है कि वह मौखिक रूप से भी प्राप्त सभी सूचनाओं को रिकॉर्ड करे, जिसे एजेंट को फॉलोअप के रूप में ध्यान में रखना होता है।

B. प्रस्ताव की स्वीकृति (जोखिम अंकन या अंडरराइटिंग)

पूरी तरह भरे गए प्रस्ताव फॉर्म में मोटे तौर पर इस तरह की जानकारी शामिल होती है:

- ✓ बीमाधारक का विवरण
- ✓ विषय-वस्तु की जानकारी
- ✓ आवश्यक आवरण का प्रकार
- ✓ सकारात्मक और नकारात्मक, दोनों तरह की शारीरिक विशेषताओं की जानकारी
- ✓ बीमा और दावा अनुभव का पिछला इतिहास

स्वास्थ्य बीमा प्रस्ताव के मामले में, बीमा कंपनी संभावित ग्राहक को, जैसे कि 45 वर्ष से अधिक उम्र के व्यक्ति को चिकित्सक के पास और/या चिकित्सा जांच के लिए भी भेज सकती है। प्रस्ताव में उपलब्ध जानकारी के आधार पर और जहां चिकित्सा जांच की सलाह दी गई है, बीमा कंपनी

चिकित्सा रिपोर्ट और चिकित्सक की सिफारिश के आधार पर निर्णय लेता है। कभी-कभी, जहां चिकित्सा इतिहास संतोषजनक नहीं होता है, संभावित ग्राहक से अधिक जानकारी प्राप्त करने के लिए एक अतिरिक्त प्रश्नावली की भी आवश्यकता होती है। उसके बाद, बीमा कंपनी जोखिम कारक पर लागू होने वाली दर के बारे में निर्णय लेती है और विभिन्न कारकों के आधार पर प्रीमियम की गणना करती है, जिसे बाद में बीमाधारक को बता दिया जाता है।

C. प्रॉस्पेक्टस

प्रॉस्पेक्टस बीमा कंपनी द्वारा या उसकी ओर से बीमा के संभावित खरीदारों को जारी किया गया एक दस्तावेज़ है। यह आम तौर पर ब्रोशर या लीफलेट के रूप में होता है; यह इलेक्ट्रॉनिक रूप में भी हो सकता है और ऐसे संभावित खरीदारों को उत्पाद की जानकारी देने के प्रयोजन से काम करता है। प्रॉस्पेक्टस जारी करना बीमा अधिनियम, 1938 के साथ-साथ पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण विनियम, 2017 और आईआरडीएआई के स्वास्थ्य बीमा विनियम, 2016 द्वारा नियंत्रित होता है। स्वास्थ्य पॉलिसियों के बीमाकर्ता आम तौर पर अपने स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के बारे में प्रॉस्पेक्टस प्रकाशित करते हैं। ऐसे मामलों में, प्रस्ताव प्रपत्र में एक घोषणा मौजूद होती है कि ग्राहक ने प्रॉस्पेक्टस को पढ़ लिया है और वह इससे सहमत है।

जैसी कि अध्याय 4 में चर्चा की गई है, बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 64 वीबी में यह प्रावधान है कि प्रीमियम अग्रिम में लेना होगा। हालांकि, कोविड-19 के प्रकोप के कारण पैदा हुए हालात के मद्देनजर स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम के भुगतान को आसान बनाने की आवश्यकता पर विचार करते हुए, आईआरडीएआई ने बीमा कंपनियों को किश्तों में व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के प्रीमियम स्वीकार करने की अनुमति दी। यह भी अनिवार्य किया गया कि बीमा कंपनियां अपनी वेबसाइटों पर किश्तों में प्रीमियम भुगतान की सुविधा की उपलब्धता और उसकी शर्तों की घोषणा करेंगी। यह सुविधा सभी पॉलिसीधारकों को बिना किसी भेदभाव के प्रदान की जाएगी।

D. पॉलिसी दस्तावेज़

पॉलिसीधारक के हितों की रक्षा के अधिनियम, 2017 से जुड़े आईआरडीएआई के विनियम यह निर्धारित करते हैं कि किसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी दस्तावेज़ में ये बातें शामिल होनी चाहिए:

- बीमाधारक और विषय-वस्तु में बीमा योग्य हित रखने वाले किसी अन्य व्यक्ति का/के नाम और पता/पते;
- बीमित व्यक्ति या हित का पूरा विवरण;
- व्यक्ति और/या जोखिम के अनुसार, पॉलिसी के तहत बीमा राशि;
- उत्पाद का यूआईएन, नाम, कोड नंबर, बिक्री प्रक्रिया में शामिल व्यक्ति का संपर्क विवरण;
- बीमाधारक की जन्म तिथि और पूर्ण वर्षों में संबंधित उम्र;
- बीमा की अवधि और वह तारीख जब से पॉलिसीधारक लगातार भारत में किसी भी बीमा कंपनी से बिना किसी रुकावट के स्वास्थ्य बीमा आवरण प्राप्त कर रहा है;

- g) पॉलिसी के संबंधित खंड के प्रति संदर्भ के साथ उप-सीमाएं, आनुपातिक कटौतियां और पैकेज दरों की मौजूदगी, अगर कोई हो;
- h) सह-भुगतान की सीमाएं, अगर कोई हो;
- i) पहले से मौजूद बीमारी (पीईडी) की प्रतीक्षा अवधि, अगर लागू हो;
- j) लागू होने वाली विशेष प्रतीक्षा अवधि;
- k) लागू होने वाली कटौती - सामान्य और विशेष, अगर कोई हो, आवरण किए गए खतरे और अपवर्जन;
- l) देय प्रीमियम और जहां प्रीमियम समायोजन के अधीन अस्थायी है, किशतों की अवधि के साथ प्रीमियम के समायोजन का आधार, अगर कोई हो;
- m) पॉलिसी के नियम, शर्तें और वारंटियां;
- n) पॉलिसी के तहत दावे को जन्म देने की संभावना वाली आकस्मिक घटना होने पर बीमाधारक द्वारा की जाने वाली कार्रवाई;
- o) दावे को जन्म देने वाली घटना होने पर बीमा की विषय-वस्तु के संबंध में बीमाधारक के दायित्व और इन परिस्थितियों में बीमा कंपनी के अधिकार;
- p) कोई विशेष शर्त
- q) गलतबयानी, धोखाधड़ी, महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा न करने या बीमाधारक के असहयोग के आधार पर पॉलिसी को रद्द करने का प्रावधान;
- r) ऐड-ऑन आवरण का विवरण, अगर कोई हो;
- s) शिकायत निवारण प्रणाली का विवरण और बीमा लोकपाल का पता
- t) बीमा कंपनी की शिकायत निवारण प्रणाली का विवरण;
- u) फ्री-लुक अवधि की सुविधा और पोर्टेबिलिटी की शर्तें;
- v) पॉलिसी माइग्रेशन की सुविधा और शर्तें, जहां लागू हो।

E. शर्तें और वारंटियां

यहां, पॉलिसी की बातों में इस्तेमाल होने वाले दो महत्वपूर्ण शब्दों की व्याख्या करना जरूरी है। इन्हें शर्तें और वारंटी कहा जाता है।

1. **शर्तें:** शर्त किसी बीमा अनुबंध में एक प्रावधान है जो समझौते का आधार बनता है।

उदाहरण:

a. अधिकांश बीमा पॉलिसियों की मानक शर्तों में से एक यह है:

अगर दावा किसी भी तरह से कपटपूर्ण है या अगर कोई झूठी घोषणा की जाती है या उसके समर्थन में इसे इस्तेमाल किया जाता है या अगर बीमाधारक द्वारा या पॉलिसी के तहत कोई लाभ प्राप्त करने के लिए उसकी ओर से काम करने वाले किसी व्यक्ति द्वारा किसी कपटपूर्ण साधन या उपकरण का इस्तेमाल किया जाता है या अगर जानबूझकर नुकसान हानि या क्षति की जाती है या बीमित व्यक्ति की मिलीभगत से ऐसा किया जाता है, तो इस पॉलिसी के तहत सभी लाभ जब्त कर लिए जाएंगे।

b. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में दावे की सूचना देने की शर्त यह हो सकती है:

दावा अस्पताल से छुट्टी होने की तारीख से कुछ दिनों के भीतर दायर किया जाना चाहिए। हालांकि, बहुत अधिक परेशानी वाले मामलों में, इस शर्त में छूट देने पर विचार किया जा सकता है

इस शर्त का उल्लंघन होने पर पॉलिसी को रद्द किया जा सकता है, जो बीमा कंपनी के विकल्प पर निर्भर करता है।

2. **वारंटियां :** वारंटी बीमा कंपनी और बीमाधारक के बीच एक समझौता है जिसका पूरी तरह से पालन किया जाना चाहिए। यह पॉलिसी दस्तावेज़ का एक हिस्सा है। उदाहरण के लिए, बीमा कंपनी किसी विशेष बीमारी के जोखिम को इस शर्त पर आवरित कर सकती है कि बीमाधारक हर तीन महीने में किसी विशेषज्ञ चिकित्सक के साथ परामर्श करेगा। उपरोक्त उदाहरण में, अगर बीमाधारक समझौते के अपने हिस्से का पालन करने में विफल रहता है, तो बीमा कंपनी उस विशेष खंड/वारंटी के संबंध में देयता को नकार देगी या कम कर देगी।

वारंटियों को कड़ाई से और अक्षरशः माना और पालन किया जाना चाहिए, चाहे वह जोखिम के लिए महत्वपूर्ण हो या न हो।

स्वमूल्यांकन 1

वारंटी के संबंध में इनमें से कौन सा कथन सही है?

- I. वारंटी एक ऐसी शर्त है जो पॉलिसी में बताए बिना लागू होती है
- II. वारंटी पॉलिसी दस्तावेज़ का हिस्सा बनती है
- III. वारंटी के बारे में हमेशा अलग से बीमाधारक को बताया जाता है और यह पॉलिसी दस्तावेज़ का हिस्सा नहीं हो सकती
- IV. वारंटी का उल्लंघन होने पर भी दावा भुगतान किया जाएगा।

स्वास्थ्य बीमा में पृष्ठांकन (एंडोर्समेंट)

कुछ खतरों को आवरित करके और कुछ अन्य को छोड़कर, मानक रूप में पॉलिसी जारी करना बीमा कंपनियों की प्रथा है।

परिभाषा

अगर पॉलिसी जारी करने के समय उसके कुछ नियमों और शर्तों को बदलने की आवश्यकता होती है, तो यह एक दस्तावेज के माध्यम से संशोधन/परिवर्तन निर्धारित करके किया जाता है जिसे पृष्ठांकन (एंडोर्समेंट) कहा जाता है।

यह पॉलिसी से जुड़ जाता है और इसका हिस्सा बनता है। पॉलिसी और पृष्ठांकन एक साथ मिलकर अनुबंध बनाते हैं। पॉलिसी की अवधि के दौरान भी परिवर्तन/संशोधन को दर्ज करने के लिए पृष्ठांकन जारी किए जा सकते हैं।

जब भी तथ्यात्मक जानकारी में परिवर्तन होता है, तो बीमाधारक को इसके बारे में बीमा कंपनी को सूचित करना ज़रूरी होता है, जो इस पर ध्यान देगी और इसे पृष्ठांकन के माध्यम से बीमा अनुबंध के हिस्से के रूप में शामिल करेगी।

आम तौर पर इन बातों के लिए पॉलिसी के तहत पृष्ठांकन की आवश्यकता होती है:

- a) बीमा राशि में अंतर/बदलाव
- b) बीमाधारक के परिवार के सदस्यों को जोड़ना और हटाना
- c) ऋण लेने और बैंक के पास पॉलिसी गिरवी रखने के कारण बीमा योग्य हित में बदलाव।
- d) अतिरिक्त खतरों को आवरित करने के लिए बीमा को बढ़ाना/पॉलिसी अवधि बढ़ाना
- e) जोखिम में बदलाव, जैसे कि विदेश यात्रा पॉलिसी के मामले में गंतव्यों को बदलना
- f) बीमा रद्द करना
- g) नाम या पता आदि में बदलाव।

स्वमूल्यांकन 2

अगर पॉलिसी जारी करते समय उसके कुछ नियमों और शर्तों को संशोधित करने की आवश्यकता होती है, तो _____ के माध्यम से संशोधन निर्धारित करके ऐसा किया जाता है।

- I. वारंटी
- II. पृष्ठांकन
- III. संशोधन/बदलाव
- IV. संशोधन संभव नहीं हैं

स्वमूल्यांकन के उत्तर

उत्तर 1 - सही विकल्प II है।

उत्तर 2 — सही विकल्प II है।

अध्याय H-03

स्वास्थ्य बीमा उत्पाद

अध्याय का परिचय

यह अध्याय आपको भारत में बीमा कंपनियों द्वारा उपलब्ध कराए जाने वाले विभिन्न स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के बारे में गहरी समझ देगा। मेडिकलेम नामक सिर्फ एक उत्पाद से विभिन्न प्रकार के सैकड़ों उत्पादों तक, ग्राहक के पास सही आवरण चुनने के लिए उत्पाद की एक व्यापक श्रेणी मौजूद है। इस अध्याय में विभिन्न स्वास्थ्य बीमा उत्पादों की विशेषताएं बताई गई हैं, जो व्यक्तियों, परिवार और समूह को आवरण कर सकते हैं।

अध्ययन के परिणाम

- A. स्वास्थ्य बीमा उत्पादों का वर्गीकरण
- B. स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण पर आईआरडीए के दिशानिर्देश
- C. अस्पताल में भर्ती होने के लिए क्षतिपूर्ति उत्पाद
- D. टॉप-अप आवरण या उच्च कटौती वाले बीमा प्लान
- E. वरिष्ठ नागरिक पॉलिसी
- F. निश्चित लाभ आवरण – हॉस्पिटल कैश, गंभीर बीमारी
- G. कॉम्बो उत्पाद
- H. गरीब तबकों के लिए माइक्रो बीमा और स्वास्थ्य बीमा
- I. राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना
- J. प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना
- K. प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना
- L. व्यक्तिगत दुर्घटना और अक्षमता आवरण
- M. विदेश यात्रा बीमा
- N. समूह स्वास्थ्य आवरण
- O. विशेष उत्पाद
- P. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की मुख्य शर्तें

इस अध्याय को पढ़ने के बाद, आप ये काम कर पाएंगे:

- a) स्वास्थ्य बीमा की विभिन्न श्रेणियों के बारे में समझाना
- b) स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण पर आईआरडीएआई के दिशानिर्देशों का वर्णन करना
- c) आज भारतीय बाज़ार में उपलब्ध विभिन्न प्रकार के स्वास्थ्य बीमा उत्पादों की चर्चा करना
- d) व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा को समझाना
- e) विदेश यात्रा बीमा की चर्चा करना
- f) स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की मुख्य शर्तों और खंडों को समझाना

A. स्वास्थ्य बीमा उत्पादों का वर्गीकरण

1. स्वास्थ्य बीमा उत्पादों का परिचय

परिभाषा

बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 2(6सी) के तहत "स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय" को इस प्रकार परिभाषित किया गया है, "ऐसे अनुबंधों का प्रभावी होना जो बीमारी लाभ या चिकित्सा, शल्य चिकित्सा (सर्जरी) या अस्पताल के खर्चों के लिए लाभ का प्रावधान करता है, चाहे वह अंतः-रोगी हो या बाह्य-रोगी, यात्रा आवरण और व्यक्तिगत दुर्घटना आवरण।" आईआरडीएआई स्वास्थ्य बीमा कारोबार की इस परिभाषा को मानता है।

भारतीय बाजार में उपलब्ध स्वास्थ्य बीमा उत्पाद ज्यादातर अस्पताल में भर्ती होने के उत्पादों की प्रकृति के होते हैं। ये उत्पाद अस्पताल में भर्ती होने के दौरान किसी व्यक्ति द्वारा किए गए खर्चों को आवरित करते हैं।

इसलिए स्वास्थ्य बीमा मुख्य रूप से दो वजहों से महत्वपूर्ण है:

- ✓ किसी भी बीमारी के मामले में **चिकित्सा सुविधाओं के लिए भुगतान में वित्तीय सहायता प्रदान करना।**
- ✓ **किसी व्यक्ति की बचत को सुरक्षित करना** जो अन्यथा बीमारी के कारण खत्म हो सकती है।

आज, स्वास्थ्य बीमा खंड काफी हद तक विकसित हो गया है, जिसमें लगभग सभी साधारण बीमा कंपनियों, स्टैंड-अलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियों और जीवन बीमा कंपनियों द्वारा सैकड़ों उत्पाद उपलब्ध कराए जाते हैं। हालांकि, मेडिकलेम पॉलिसी की मूल लाभ संरचना यानी अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों के विरुद्ध आवरण अभी भी बीमा का सबसे लोकप्रिय रूप है।

2. स्वास्थ्य बीमा उत्पादों का व्यापक वर्गीकरण

उत्पाद का डिज़ाइन चाहे जैसा भी हो, स्वास्थ्य बीमा उत्पादों को मोटे तौर पर दो श्रेणियों में बाँटा जा सकता है:

a) क्षतिपूर्ति आवरण

ये उत्पाद स्वास्थ्य बीमा बाजार के बड़े हिस्से का गठन करते हैं; ये अस्पताल में भर्ती होने के कारण होने वाले वास्तविक चिकित्सा खर्चों के लिए भुगतान करते हैं।

b) निश्चित लाभ आवरण

ये उत्पाद 'हॉस्पिटल कैश' के रूप में भी जाने जाते हैं; ये अस्पताल में भर्ती होने की अवधि के लिए प्रति दिन एक निश्चित राशि का भुगतान करते हैं। कुछ उत्पाद विभिन्न प्रकार की सर्जरी के लिए पहले से तय की गई राशि भी प्रदान करते हैं।

3. ग्राहक खंड के आधार पर वर्गीकरण

उत्पादों को लक्षित ग्राहक खंड के आधार पर भी बाँटा जा सकता है। ग्राहक खंडों के आधार पर वर्गीकृत उत्पाद हैं:

- a) **व्यक्तिगत आवरण** जो खुदरा ग्राहकों और उनके परिवार के सदस्यों को दिया जाता है।
- b) **सामूहिक आवरण** जो कॉर्पोरेट ग्राहकों को दिया जाता है; यह कर्मचारियों और समूहों के साथ-साथ उनके सदस्यों को आवरित करता है।
- c) सरकारी योजनाओं जैसे कि प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना / विभिन्न राज्य स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के लिए **आम जनता की पॉलिसियां**, जो आबादी के बेहद गरीब तबके को आवरित करती हैं।

प्रत्येक खंड के लिए लाभ का ढांचा, मूल्य निर्धारण, जोखिम अंकन और बिक्री के तरीके काफी अलग होते हैं।

स्वास्थ्य बीमा के लिए विनियम: स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के संबंध में स्वास्थ्य विनियम, 2016 में कुछ महत्वपूर्ण बदलाव किए गए हैं, जिनमें से कुछ बदलाव इस प्रकार हैं:

1. जीवन बीमा कंपनियां लंबी अवधि के स्वास्थ्य बीमा उत्पादों की पेशकश कर सकती हैं, लेकिन ऐसे उत्पादों के लिए कम से कम तीन साल के प्रत्येक खंड की अवधि के लिए प्रीमियम में कोई बदलाव नहीं होगा, उसके बाद प्रीमियम की समीक्षा की जा सकती है और आवश्यकता के अनुसार उसे संशोधित किया जा सकता है।
2. गैर-जीवन और स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियां एक वर्ष की न्यूनतम अवधि और तीन वर्ष की अधिकतम अवधि के साथ व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा उत्पादों की पेशकश कर सकती हैं, बशर्ते कि पॉलिसी अवधि के दौरान प्रीमियम में कोई बदलाव न हो।
3. बीमा कंपनियां अभिनव 'पायलट-उत्पाद' की पेशकाश कर सकती हैं। साधारण बीमा कंपनियां और स्वास्थ्य बीमा कंपनियां इन उत्पादों की पेशकश 1 वर्ष की पॉलिसी अवधि के लिए कर सकती हैं, लेकिन 5 वर्ष से अधिक के लिए नहीं। कोई भी बीमा कंपनी एक वर्ष की अवधि के लिए समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां शुरू कर सकती हैं; हालांकि, इसमें क्रेडिट लिंक्ड उत्पाद शामिल नहीं हैं, जहां अवधि को पांच वर्ष तक की ऋण अवधि के लिए बढ़ाया जा सकता है।
4. ऐसे मामलों में कोई भी समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी जारी नहीं की जाएगी जहां सिर्फ बीमा का लाभ उठाने के मुख्य उद्देश्य से समूह का गठन किया गया है। समूह का आकार बीमा कंपनी तय करेगी, जो उसकी सभी समूह पॉलिसियों के लिए लागू होगा और इनकी अवधि कम से कम 7 वर्ष होगी।
5. साधारण बीमा कंपनियां और स्वास्थ्य बीमा कंपनियां क्रेडिट लिंक्ड ग्रुप व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियों की पेशकश भी कर सकती हैं, जिन्हें पांच वर्ष की ऋण अवधि तक बढ़ाया जा सकता है।

6. एकाधिक पॉलिसियां — अगर बीमाधारक ने एक से अधिक बीमा कंपनी से ऐसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां ली हैं जो निश्चित लाभ प्रदान करती हैं, तो प्रत्येक बीमा कंपनी कोई बीमित घटना होने पर, पॉलिसियों के नियमों और शर्तों के अनुसार अन्य समान पॉलिसियों से प्राप्त भुगतानों पर विचार किए बिना दावे का भुगतान करेगी।

अगर किसी बीमाधारक ने इलाज के खर्चों की क्षतिपूर्ति के लिए एक या अधिक बीमा कंपनियों से एक अवधि के दौरान दो या अधिक पॉलिसियां ली हैं, तो पॉलिसीधारक को अपनी किसी भी पॉलिसी के संदर्भ में अपने दावे के निपटान के लिए पूछने का अधिकार होगा। जिस बीमा कंपनी से दावा किया गया है, वह दावे का भुगतान करेगी और शेष दावा या पहले चुनी गई पॉलिसी/पॉलिसियों के तहत अस्वीकृत दावे अन्य पॉलिसी/पॉलिसियों से भी किए जा सकते हैं, अगर बीमा राशि पहले चुनी गई पॉलिसी/पॉलिसियों में समाप्त न हो गई हो।

B. स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण पर आईआरडीए के दिशानिर्देश

जहां इतनी सारी बीमा कंपनियां कई अलग-अलग प्रकार के उत्पाद प्रदान करती हैं; विभिन्न शर्तों और अपवर्जनों की परिभाषाएं अलग-अलग होती हैं, जिसके कारण बाजार में भ्रम पैदा हुआ। ग्राहक के लिए उत्पादों की तुलना करना और सोच-समझकर निर्णय लेना मुश्किल हो गया। इसके अलावा, गंभीर बीमारी पॉलिसियों में, गंभीर बीमारी का क्या अर्थ है और क्या नहीं, इसकी कोई स्पष्ट समझ नहीं है।

बीमा कंपनियों, सेवा प्रदाताओं, टीपीए और अस्पतालों के बीच भ्रम और बीमा करने वाली जनता की शिकायतों को दूर करने के लिए, नियामक ने स्वास्थ्य बीमा में किसी प्रकार का मानकीकरण करने का प्रयास किया। एक सामान्य समझ के आधार पर, आईआरडीए ने 2016 में स्वास्थ्य बीमा के मानकीकरण से जुड़े दिशानिर्देश जारी किए, जिसे 2020 में और संशोधित किया गया। ये उन सभी साधारण और स्वास्थ्य बीमा कंपनियों पर लागू होते हैं, जो क्षतिपूर्ति आधारित स्वास्थ्य बीमा (व्यक्तिगत दुर्घटना यानी और घरेलू/विदेशी यात्रा को छोड़कर) उत्पादों (व्यक्तिगत और समूह, दोनों) की पेशकश करती हैं।

दिशानिर्देश अब इन चीजों के मानकीकरण का प्रावधान करते हैं:

1. आम तौर पर इस्तेमाल की जाने वाली बीमा शब्दावली की परिभाषा
2. गंभीर बीमारियों की परिभाषा
3. अस्पताल में भर्ती होने की क्षतिपूर्ति पॉलिसियों में खर्च के वैकल्पिक मदों की सूची
4. दावा प्रपत्र और पूर्व-प्राधिकार प्रपत्र
5. बिलिंग का फॉर्मेट
6. अस्पतालों से डिस्चार्ज की जानकारी
7. टीपीए, बीमा कंपनियों और अस्पतालों के बीच मानक अनुबंध

8. नई पॉलिसियों के संबंध में आईआरडीएआई की मंजूरी पाने के लिए मानक फ़ाइल और उपयोग फ़ॉर्मेट
9. अपवर्जनों का मानकीकरण
10. अपवर्जन जिनकी अनुमति नहीं है

C. अस्पताल में भर्ती होने के लिए क्षतिपूर्ति उत्पाद

अस्पताल में भर्ती होने के लिए क्षतिपूर्ति उत्पाद लोगों को उस खर्च से बचाते हैं जिसकी उन्हें अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में खर्च करने की ज़रूरत हो सकती है। ज्यादातर मामलों में, वे अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के दिनों की एक विशेष संख्या को भी आवरित करते हैं, लेकिन अस्पताल में भर्ती नहीं होने से जुड़े किसी भी खर्च को शामिल नहीं करते हैं।

अस्पताल में भर्ती होने के लिए क्षतिपूर्ति पॉलिसी, जो मेडिकलेम के रूप में भी लोकप्रिय है, 'क्षतिपूर्ति' के आधार पर काम करती है। यह अस्पताल में भर्ती होने के दौरान होने वाले खर्चों को आवरित करके पॉलिसीधारक की क्षतिपूर्ति करती है। इसमें आवरित नहीं किए गए जाने वाले कुछ खर्चों के बारे में पॉलिसी दस्तावेज़ में बताया जाता है।

उदाहरण

रघु का एक छोटा सा परिवार है, जिसमें उनकी पत्नी और एक 14 साल का बेटा है। उसने एक स्वास्थ्य बीमा कंपनी से अपने परिवार के प्रत्येक सदस्य को आवरण करने वाली एक मेडिकलेम पॉलिसी ली है, जिसमें प्रत्येक के लिए 1 लाख रुपये का व्यक्तिगत आवरण शामिल है। अस्पताल में भर्ती होने के मामले में, उनमें से प्रत्येक को 1 लाख रुपये तक के चिकित्सा खर्च की क्षतिपूर्ति मिल सकती है।

रघु को दिल का दौरा पड़ने और सर्जरी की ज़रूरत होने के कारण अस्पताल में भर्ती कराया गया। इस पर 1.25 लाख रुपये का मेडिकल बिल बना। बीमा कंपनी ने प्लान के आवरण के अनुसार 1 लाख रुपये का भुगतान किया और शेष 25,000 रुपये की रकम का भुगतान रघु को अपनी जेब से करना पड़ा।

क्षतिपूर्ति आधारित मेडिकलेम पॉलिसी की मुख्य विशेषताएं नीचे दी गई हैं; हालांकि, आवरण की सीमा में बदलाव, अतिरिक्त अपवर्जन या लाभ या कुछ ऐड-ऑन प्रत्येक बीमा कंपनी द्वारा बेचे गए उत्पादों पर लागू हो सकते हैं।

1. अंतःरोगी के रूप में अस्पताल में भर्ती होने के खर्च

यह पॉलिसी बीमित व्यक्ति को बीमारी/दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती होने के खर्च का भुगतान करती है। पॉलिसी में अस्पताल में भर्ती होने की न्यूनतम निर्धारित अवधि (आम तौर पर 24 घंटे) होती है, जिसके बाद पॉलिसी के प्रावधान लागू होते हैं। हालांकि, यह अवधि पूरी हो जाने के बाद, पूरी अवधि के लिए खर्च देय हो जाते हैं।

उपचार से संबंधित अधिकांश खर्चों का भुगतान किया जाता है, फिर भी निजी आराम की चीजें, कॉस्मेटिक सर्जरी जैसे कुछ खर्च इसमें शामिल नहीं होते हैं। इसलिए, ग्राहक के लिए यह महत्वपूर्ण है कि उसे उन खर्चों के अपवर्जित मदों से अवगत कराया जाए जिन्हें पॉलिसी के तहत शामिल नहीं किया गया है।

- i. अस्पताल/नर्सिंग होम द्वारा उपलब्ध कराए जाने वाले कमरे, बोर्डिंग और नर्सिंग के खर्च। इसमें नर्सिंग केयर, आरएमओ शुल्क, आइवी फ्लूड/ब्लड ट्रांसफ्यूजन/इंजेक्शन लगाने के शुल्क और इसी तरह के खर्च शामिल हैं।
- ii. गहन देखभाल इकाई (आईसीयू) के खर्च।
- iii. सर्जन, एनेस्थेसिस्ट, चिकित्सक (मेडिकल प्रैक्टीशनर), सलाहकार, विशेषज्ञ के शुल्क।
- iv. एनेस्थेसिक, रक्त, ऑक्सीजन, ऑपरेशन थियेटर शुल्क, सर्जिकल उपकरण।
- v. दवाएं और औषधियां।
- vi. डायलिसिस, कीमोथेरेपी, रेडियोथेरेपी।
- vii. पेसमेकर, आर्थ्रोपेडिक प्रत्यारोपण, इन्फ्रा कार्डियक वाल्व रिप्लेसमेंट, वैस्कुलर स्टेंट जैसी सर्जिकल प्रक्रिया के दौरान लगाए गए कृत्रिम उपकरणों की लागत।
- viii. प्रासंगिक लैबोरेटरी/डायग्नोस्टिक परीक्षण और उपचार से संबंधित अन्य चिकित्सा खर्च।
- ix. बीमित व्यक्ति को अंग प्रत्यारोपण के संबंध में दाता को अस्पताल में भर्ती करने पर किए गए खर्च (अंग की लागत को छोड़कर)।

2. डे-केयर प्रक्रियाएं

ऐसी कई तरह की सर्जरी है जिनकी आवश्यकता नहीं होती है, वे विशेष अस्पतालों में की जा सकती हैं। आँखों की सर्जरी, कीमोथेरेपी, डायलिसिस आदि जैसे उपचारों को डे-केयर सर्जरी के तहत वर्गीकृत किया जा सकता है; यह सूची लगातार बढ़ रही है। इन्हें भी पॉलिसी के तहत आवरित किया जाता है।

3. ओपीडी आवरण

भारत में आउटपैशेंट (बाह्य-रोगी) खर्चों का आवरण अभी भी बहुत सीमित है; ऐसे कुछ उत्पाद ओपीडी आवरण उपलब्ध करते हैं। हालांकि, कुछ ऐसे प्लान हैं जो बाह्य-रोगी के रूप में आवरित उपचार का प्रावधान करते हैं; इनमें डॉक्टर के दौरे, नियमित चिकित्सा परीक्षण, दंत चिकित्सा और फार्मसी लागत से संबंधित स्वास्थ्य सेवा के खर्चों का भी प्रावधान होता है।

4. अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्च

i. अस्पताल में भर्ती होने से पहले के खर्च

अस्पताल में भर्ती होने की ज़रूरत या तो आपातकालीन स्थिति में हो सकती है या यह पूर्व नियोजित हो सकता है। अगर कोई मरीज पूर्व नियोजित सर्जरी के लिए जाता है, तो उसे

अस्पताल में भर्ती होने से पहले के खर्चे करने पड़ सकते हैं। इस तरह के खर्चों को अस्पताल में भर्ती होने से पहले के खर्चे कहते हैं।

परिभाषा

इसका मतलब है कि बीमित व्यक्ति के अस्पताल में भर्ती होने से पहले के दिनों की एक पूर्व-निर्धारित संख्या के दौरान किए गए चिकित्सा खर्चे, बशर्ते ये खर्चे बीमित व्यक्ति के अस्पताल में भर्ती होने से ठीक पहले किए गए हों और

- a) इस तरह के चिकित्सा खर्चे उसी बीमारी के लिए किए गए हों जिसके लिए बीमित व्यक्ति के अस्पताल में भर्ती होने की ज़रूरत थी, और
- b) अस्पताल में भर्ती होने के ऐसे मामलों के लिए, अंतःरोगी अस्पताल में भर्ती होने का दावा बीमा कंपनी स्वीकार करती है।

अस्पताल में भर्ती होने से पहले के खर्चे परीक्षण, दवाओं, डॉक्टरों की फीस आदि के रूप में हो सकते हैं। इस तरह के प्रासंगिक और अस्पताल में भर्ती होने से संबंधित खर्चों को स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के तहत आवरित किया जाता है।

ii. अस्पताल में भर्ती होने के बाद के खर्चे

अस्पताल में भर्ती रहने के बाद, ज्यादातर मामलों में, बीमित व्यक्ति के अस्पताल से छुट्टी मिलने के तुरंत बाद रिकवरी और फॉलो-अप से संबंधित खर्चे भी होंगे।

ये दोनों प्रकार के खर्चे स्वीकार किए जाते हैं अगर

- a) वे उसी बीमारी के लिए खर्च किए जाते हैं जिसके लिए बीमित व्यक्ति के अस्पताल में भर्ती होने की ज़रूरत थी, और
- b) अस्पताल में भर्ती होने के ऐसे मामलों के लिए अंतः-रोगी अस्पताल में भर्ती होने के दावों को बीमा कंपनी स्वीकार करती है।

अस्पताल में भर्ती होने के बाद के खर्चे, अस्पताल में भर्ती होने के बाद निर्धारित दिनों तक की अवधि के दौरान किए गए प्रासंगिक चिकित्सा खर्चे होंगे और उन्हें दावे का हिस्सा माना जाएगा।

अस्पताल में भर्ती होने के बाद के खर्चे, अस्पताल से छुट्टी मिलने के बाद दवाओं, औषधियों, डॉक्टरों की समीक्षा आदि के खर्चों के रूप में हो सकते हैं। इस तरह के खर्चे अस्पताल में किए गए इलाज से संबंधित होने चाहिए और इन्हें स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के तहत आवरित किया जाना चाहिए।

हालांकि, अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्चों के लिए आवरण की अवधि अलग-अलग बीमा कंपनी के मामले में अलग-अलग होगी; इन्हें पॉलिसी में परिभाषित किया जाता है। सबसे आम आवरण अस्पताल में भर्ती होने से तीस दिन पहले और अस्पताल में भर्ती होने के साठ दिन बाद के लिए होता है।

अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्चें समग्र बीमा राशि का हिस्सा होते हैं जिसके लिए पॉलिसी के तहत आवरण दिया जाता है।

iii. आवासीय अस्पताल में भर्ती होना

iv. उन रोगियों के लिए भी एक लाभ उपलब्ध है जिनकी बीमारी के लिए अन्यथा अस्पताल में भर्ती होने की ज़रूरत होती है, लेकिन वे अस्पताल में रहने की व्यवस्था न होने के कारण या अस्पताल ले जाने की स्थिति नहीं होने के कारण घर पर ही उपचार का लाभ उठाते हैं।

इस प्रावधान के दुरुपयोग को रोकने के लिए, इस आवरण में आम तौर पर तीन से पांच दिनों का एक अतिरिक्त खंड होता है, जिसका अर्थ है कि पहले तीन से पांच दिनों के लिए इलाज का खर्च बीमाधारक को उठाना होगा। आवरण में कुछ पुरानी या सामान्य बीमारियों जैसे अस्थमा, ब्रोंकाइटिस, डायबिटीज मेलिटस, उच्च रक्तचाप, इन्फ्लुएंजा, खांसी, सर्दी और बुखार आदि के लिए आवासीय उपचार को शामिल नहीं किया जाता है।

उदाहरण

मीरा ने अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में खर्चों के आवरण के लिए एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी ली थी। पॉलिसी में 30 दिनों की प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि का एक खंड था। दुर्भाग्य से, पॉलिसी लेने के 20 दिन बाद ही, मीरा को मलेरिया हो गया और वह 5 दिनों तक अस्पताल में भर्ती रही। उसे अस्पताल के भारी बिलों का भुगतान करना पड़ा।

जब उसने बीमा कंपनी से खर्चों की प्रतिपूर्ति के लिए कहा, तो कंपनी ने दावे के भुगतान से इनकार कर दिया, क्योंकि अस्पताल में भर्ती होने की घटना पॉलिसी लेने के 30 दिनों की प्रतीक्षा अवधि के भीतर हुई थी।

a) आवरण में उपलब्ध विकल्प

i. **व्यक्तिगत आवरण:** बीमित व्यक्ति अपने परिवार के सदस्यों, जैसे कि पत्नी या पति, आश्रित बच्चों, आश्रित माता-पिता, आश्रित सास-ससुर, आश्रित भाई-बहन आदि के साथ खुद को आवरित कर सकता है। कुछ बीमा कंपनियों के पास आवरित किए जा सकने वाले आश्रितों पर कोई पाबंदी नहीं होती है। एक ही पॉलिसी के तहत ऐसे प्रत्येक आश्रित बीमाधारक को आवरित करना संभव है, जहां प्रत्येक बीमित व्यक्ति के लिए एक अलग बीमा राशि चुनी जाती है। ऐसे आवरणों में, पॉलिसी के तहत बीमित प्रत्येक व्यक्ति पॉलिसी की अवधि के दौरान अपनी बीमा राशि की अधिकतम राशि का दावा कर सकता है। प्रत्येक बीमित व्यक्ति के लिए उसकी आयु और चुनी गई बीमा राशि और किसी अन्य दर-निर्धारण कारक के अनुसार प्रीमियम लिया जाएगा।

ii. **फैमिली फ्लोटर:** फैमिली फ्लोटर पॉलिसी के रूप में जाने जाने वाले वैरिएंट में, पति या पत्नी, आश्रित बच्चों और आश्रित माता-पिता के साथ परिवार को एक ही बीमा राशि की पेशकश की जाती है जो पूरे परिवार के साथ रहती है।

अगर चार लोगों के परिवार के लिए 5 लाख रुपये की एक फ्लोटर पॉलिसी ली जाती है, तो इसका अर्थ है कि पॉलिसी अवधि के दौरान, यह परिवार के एक से अधिक सदस्य या परिवार के एक सदस्य के कई दावों से संबंधित दावों के लिए भुगतान करेगी। ये सभी दावे एक साथ 5 लाख रुपये के कुल आवरण से अधिक नहीं हो सकते। बीमा के लिए प्रस्तावित परिवार के सबसे बड़े सदस्य की उम्र के आधार पर सामान्य प्रीमियम लिया जाएगा

इन दोनों पॉलिसियों के तहत आवरण और अपवर्जन एक समान होंगे। फैमिली फ्लोटर पॉलिसियां बाजार में लोकप्रिय हो रही हैं, क्योंकि पूरे परिवार को एक समग्र बीमा राशि के लिए आवरण मिलता है, जिसे उचित प्रीमियम पर उच्च स्तर पर चुना जा सकता है।

पहले से मौजूद बीमारियां

बीमा को अप्रत्याशित रूप से होने वाली दुर्घटनाओं/बीमारियों आदि को आवरित करने के लिए तैयार इन किया गया है। मौजूदा चिकित्सा समस्याओं के इलाज की लागत को आवरित करना बीमा का हिस्सा नहीं है, क्योंकि यह स्वस्थ लोगों के लिए अनुचित है, जिन्हें कुछ अन्य लोगों की मौजूदा बीमारियों के लिए भुगतान करना होगा। यह एक समान जोखिमों को आवरित करने वाले जोखिम पूल बनाने के सिद्धांत के खिलाफ जाता है। इसलिए, स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी जारी करने से पहले प्रत्येक बीमित व्यक्ति की मौजूदा बीमारियों/चोटों की जानकारी इकट्ठा करना बहुत महत्वपूर्ण है। इससे बीमा कंपनी को बीमा के प्रस्ताव को स्वीकार करने, उचित प्रीमियम वसूल करने और/या उन लोगों के लिए अतिरिक्त शर्तें लगाने में मदद मिलेगी जिनके दावे करने की संभावना अधिक रहती है।

पहले से मौजूद बीमारी क्या है?

पॉलिसी शुरू होने से 48 महीने के भीतर बीमित व्यक्ति को होने वाली बीमारियों को पहले से मौजूद बीमारियां माना जाता है। इसी तर्क के आधार पर, जब किसी व्यक्ति को लगातार 48 महीनों तक बीमा के लिए आवरित किया जाता है, तो उसके लिए बीमा कंपनियों को पहले से मौजूद बीमारियों को बाहर रखने की अनुमति नहीं होती है।

नवीकरणीयता: हालांकि हेल्थकेयर पॉलिसियों में एक वर्ष का अनुबंध जीवन होता है; और हर साल एक नई पॉलिसी जारी की जानी है, आईआरडीआई ने सभी पॉलिसियों के लिए आजीवन नवीनीकरण को अनिवार्य कर दिया है।

प्रमुख विशेषताएं

उत्पाद में नई सुविधाएं प्रदान करने के साथ-साथ मूल्य निर्धारण को बनाए रखने के लिए, बीमा कंपनियों ने उत्पादों में अभिनव संशोधन किए हैं। उदाहरण के लिए, मेडिक्लेम पॉलिसी, जो वर्ष 2000 से पहले सबसे लोकप्रिय पॉलिसी थी, उसमें कई बदलाव हुए हैं और आवरण में नई मुख्य विशेषताएं जोड़ी गई हैं। मूल क्षतिपूर्ति आवरण में कुछ विशेषताएं जोड़ी गई हैं। ये विशेषताएं

अलग-अलग बीमा कंपनी और अलग-अलग उत्पाद के मामले में भिन्न हो सकती हैं; हो सकता है कि ये सभी उत्पादों के लिए समान रूप से उपलब्ध न हों।

i. उप-सीमाएं और विशेष बीमारी की कैपिंग

कुछ उत्पादों में विशेष बीमारी की कैपिंग होती है, जैसे कि मोतियाबिंद। कुछ उत्पादों में बीमा राशि से जुड़े कमरे के किराये पर उप-सीमाएं होती हैं, जैसे कि प्रति दिन का कमरे का किराया बीमा राशि के 1% और आईसीयू शुल्क बीमा राशि के 2% तक सीमित है। चूंकि आईसीयू शुल्क, ओटी शुल्क और यहां तक कि सर्जन की फीस जैसे अन्य मदों के तहत खर्च, चुने गए कमरे के प्रकार से जुड़े होते हैं, कमरे के किराये की कैपिंग अन्य मदों के तहत खर्चों को और इस प्रकार अस्पताल में भर्ती होने के कुल खर्चों को सीमित करने में भी मदद करती है।

ii. सह-भुगतान या को-पेमेंट (जिसे को-पे भी कहा जाता है)

सह-भुगतान (को-पेमेंट) को आईआरडीएआई ने एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के तहत लागत साझा करने की आवश्यकता के रूप में परिभाषित किया है जिसमें यह प्रावधान है कि पॉलिसीधारक/बीमाधारक स्वीकार्य दावों की राशि के एक निर्दिष्ट प्रतिशत का खर्च खुद उठाएगा। सह-भुगतान, बीमा राशि को कम नहीं करता है।

सह-भुगतान किसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के तहत प्रत्येक दावे के एक हिस्से का खर्च बीमित व्यक्ति द्वारा उठाए जाने की अवधारणा है। ये उत्पाद के आधार पर, अनिवार्य या स्वैच्छिक हो सकते हैं। सह-भुगतान, बीमित व्यक्ति में अनावश्यक रूप से अस्पताल में भर्ती होने से बचने का एक निश्चित अनुशासन लाता है। यह पक्का करता है कि बीमाधारक अपने स्वास्थ्य देखभाल के विकल्पों का चयन करने में सावधानी बरतता है और विलासिता वाले खर्चों से बचता है।

जब कोई बीमित घटना होती है, तो कई स्वास्थ्य पॉलिसियों में बीमाधारक को बीमित नुकसान के एक हिस्से को साझा करने की आवश्यकता होती है। जैसे कि अगर बीमित नुकसान 20,000 रुपये का है और पॉलिसी में सह-भुगतान की राशि 10% है, तो बीमित व्यक्ति 2,000 रुपये का भुगतान करता है।

iii. कटौती/आधिक्य

जैसा कि अध्याय 5 में बताया गया है, 'कटौती', जिसे 'आधिक्य' भी कहा जाता है, यह खर्च साझा करने का एक प्रावधान है। स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के तहत, यह प्रावधान होता है कि बीमा कंपनी क्षतिपूर्ति पॉलिसियों के मामले में एक निर्धारित रकम के लिए और हॉस्पिटल कैश पॉलिसियों के मामले में निर्धारित दिनों/घंटे के लिए उत्तरदायी नहीं होगी, जो बीमा कंपनी द्वारा देय किसी भी लाभ के भुगतान से पहले लागू होगी। स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में, बीमा कंपनी द्वारा दावे का भुगतान करने से पहले बीमाधारक को शुरू में एक निश्चित धनराशि भुगतान करना आवश्यक होता है। जैसे कि अगर किसी पॉलिसी में कटौती 10,000 रुपये की है, तो बीमित व्यक्ति प्रत्येक बीमित नुकसान के दावे में पहले 10,000 रुपये का भुगतान करता है। उदाहरण के लिए, अगर दावा 80,000 रुपये के लिए है, तो बीमाधारक पहले 10,000 रुपये का खर्च उठाएगा और बीमा कंपनी 70,000 रुपये का भुगतान करेगी। कटौती, बीमा राशि को कम नहीं करती है।

हॉस्पिटल कैश पॉलिसियों के मामले में कटौती दिनों/घंटों की एक निर्धारित संख्या भी हो सकती है, जो बीमा कंपनी द्वारा देय किसी भी लाभ से पहले लागू होगी।

एजेंट को यह जांच करनी चाहिए और बीमाधारक को सूचित करना चाहिए कि क्या कटौती प्रति वर्ष, प्रति जीवन या प्रति घटना लागू होगी और विशेष कटौती क्या होगी।

iv. प्रतीक्षा अवधि

पॉलिसी की शुरुआत से 30 दिनों की प्रतीक्षा अवधि आम तौर पर कोई भी दावा करने के लिए अधिकांश पॉलिसियों पर लागू होती है। हालांकि यह दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती होने के मामले में लागू नहीं होगी।

v. विशेष बीमारियों के लिए प्रतीक्षा अवधि

यह उन बीमारियों के लिए लागू होती है जिनके उपचार में देरी की जा सकती है और योजना बनाई जा सकती है। उत्पाद के आधार पर बीमा कंपनियां एक/दो/चार साल की प्रतीक्षा अवधि लागू करती हैं; यह अवधि पूरी होने के बाद ही इन बीमारियों के लिए दावों का भुगतान किया जाता है। ऐसी कुछ बीमारियां हैं: मोतियाबिंद, मामूली प्रोस्टेटिक हाइपरट्रॉफी, मेनोरेजिया या फाइब्रोमायोमा के लिए हिस्टेरेक्टॉमी, हर्निया, हाइड्रोसील, जन्मजात आंतरिक रोग, गुदा में फिस्टुला, बवासीर, साइनसाइटिस और संबंधित समस्याएं आदि।

vi. डे-केयर प्रक्रिया के लिए आवरण

जैसी कि पहले चर्चा की जा चुकी है, चिकित्सा विज्ञान की प्रगति के साथ बड़ी संख्या में प्रक्रियाओं को डे-केयर श्रेणी के तहत शामिल किया गया है।

vii. पॉलिसी से पहले चेकअप की लागत

चिकित्सा जांच का खर्च पहले संभावित ग्राहकों को उठाना पड़ता था। अब बीमा कंपनी लागत की प्रतिपूर्ति करती है, बशर्ते प्रस्ताव को जोखिम अंकन के लिए स्वीकार किया गया हो; प्रतिपूर्ति 50% से 100% तक भिन्न होती है। अब आईआरडीएआई ने यह भी अनिवार्य कर दिया है कि बीमा कंपनी स्वास्थ्य जांच के खर्चों का कम से कम 50% खुद वहन करेगी।

viii. ऐड-ऑन आवरण

कुछ बीमा कंपनियों ने ऐड-ऑन आवरण नामक कई नए अतिरिक्त आवरण पेश किए हैं। उनमें से कुछ हैं:

- ✓ **मैटरनिटी आवरण:** पहले खुदरा या रिटेल पॉलिसियों के तहत मैटरनिटी (मातृत्व) आवरित करने की पेशकश नहीं की जाती थी, लेकिन अब ज्यादातर बीमा कंपनियां अलग-अलग प्रतीक्षा अवधि के साथ यह आवरण उपलब्ध कराती है।
- ✓ **गंभीर बीमारी आवरण:** कुछ ऐसी बीमारियों के लिए उच्च स्तरीय उत्पादों के तहत एक विकल्प के रूप में यह आवरण उपलब्ध है, जो जीवन के लिए खतरा बनती हैं और जहां महंगे उपचार की आवश्यकता होती है।

- ✓ **बीमा राशि का पुनर्स्थापन:** दावे के भुगतान के बाद, बीमा राशि (जो किसी दावे के भुगतान पर कम हो जाती है) को अतिरिक्त प्रीमियम का भुगतान करके मूल सीमा तक बहाल किया जा सकता है।
- ✓ **आयुष यानी आयुर्वेद - योग - यूनानी - सिद्ध – होम्योपैथ के लिए कवरेज:** कुछ पॉलिसियां अस्पताल में भर्ती होने के खर्च के एक निश्चित प्रतिशत तक आयुष उपचार के खर्च को आवरित करती हैं।

ix. मूल्य वर्धित आवरण

कुछ क्षतिपूर्ति उत्पादों में नीचे बताए गए अनुसार मूल्य वर्धित आवरण शामिल होते हैं। पॉलिसी की अनुसूची में प्रत्येक आवरण के लिए निर्दिष्ट बीमा राशि की सीमा तक लाभ देय होते हैं, जो कुल बीमा राशि से अधिक नहीं होता है।

- ✓ **आउटपेशेंट आवरण:** भारत में स्वास्थ्य बीमा उत्पाद ज्यादातर केवल रोगी के अस्पताल में भर्ती होने के खर्च को आवरित करते हैं। कुछ कंपनियां अब कुछ हाई-एंड प्लान के तहत आउटपेशेंट (बाह्य-रोगी) खर्चों के लिए सीमित आवरण की पेशकश करती हैं।
- ✓ **अस्पताल कैश:** यह एक निर्दिष्ट अवधि तक अस्पताल में भर्ती होने के प्रत्येक दिन के लिए निश्चित एकमुश्त भुगतान का प्रावधान करता है। आम तौर पर 2/3 दिनों की कटौती वाली पॉलिसियों को छोड़कर, यह अवधि 7 दिनों के लिए दी जाती है। इस प्रकार, लाभ तभी ट्रिगर होगा जब अस्पताल में भर्ती होने की अवधि कटौती की अवधि से अधिक हो। यह अस्पताल में भर्ती होने के दावे के अतिरिक्त है, लेकिन पॉलिसी की कुल बीमा राशि के भीतर या एक अलग उप-सीमा के साथ हो सकता है।
- ✓ **रिकवरी लाभ:** बीमारी और/या दुर्घटना के कारण अस्पताल में रहने की कुल अवधि 10 दिनों से कम नहीं होने पर एकमुश्त लाभ का भुगतान किया जाता है।
- ✓ **डोनर के खर्च:** पॉलिसी में परिभाषित नियमों और शर्तों के अनुसार, प्रमुख अंग प्रत्यारोपण के मामले में, पॉलिसी में डोनर के खर्चों की प्रतिपूर्ति का प्रावधान होता है।
- ✓ **एम्बुलेंस की प्रतिपूर्ति:** बीमाधारक/बीमित व्यक्ति द्वारा एम्बुलेंस पर किए गए खर्च की प्रतिपूर्ति पॉलिसी की अनुसूची में निर्दिष्ट एक निश्चित सीमा तक की जाती है।
- ✓ **अस्पताल में साथ जाने वाले व्यक्ति के लिए खर्च:** इसका उद्देश्य अस्पताल में भर्ती होने की अवधि के दौरान बीमित रोगी की देखभाल के लिए साथ रहने वाले व्यक्ति के भोजन, परिवहन आदि पर किए गए खर्चों को आवरित करना है। पॉलिसी की शर्तों के अनुसार एकमुश्त भुगतान या प्रतिपूर्ति भुगतान पॉलिसी की अनुसूची में निर्दिष्ट सीमा तक किया जाता है।
- ✓ **परिवार की परिभाषा:** कुछ स्वास्थ्य बीमा उत्पादों में परिवार की परिभाषा में बदलाव आया है। इससे पहले, प्राथमिक बीमाधारक, पति या पत्नी, आश्रित बच्चों को आवरण दिया जाता था। अब ऐसी पॉलिसियां हैं जहां माता-पिता और ससुराल वालों को भी एक ही पॉलिसी के तहत आवरण दिया जा सकता है।

x. चिकित्सा सलाह लेने या उसका पालन करने में विफल रहना या उपचार की व्यवस्था का पालन करने में विफल रहना

शुरुआत में, पहले से मौजूद बीमारियों से पीड़ित व्यक्तियों को स्वास्थ्य बीमा आवरण देने से इनकार किया जाता था। ऐसे मामलों में अब ऐसी बीमारियों को छोड़कर आवरण की पेशकश की जा रही है।

मानक स्वास्थ्य बीमा उत्पाद - आरोग्य संजीवनी: कोविड-19 महामारी की पृष्ठभूमि में, आईआरडीएआई ने सभी बीमा कंपनियों को आरोग्य संजीवनी नामक एक मानक स्वास्थ्य उत्पाद लाने के लिए कहा, जिसमें नियमों और शर्तों में कोई बदलाव न हो, ताकि इसे समझना आसान हो सके। हालांकि, प्रीमियम प्रत्येक कंपनी की मूल्य निर्धारण नीति के अनुसार भिन्न हो सकता है। यह बाजार में स्वास्थ्य बीमा की बेहतर पहुंच पक्की करने के लिए है। सभी बीमा कंपनियों को आरोग्य संजीवनी नामक इस उत्पाद की पेशकश करना आवश्यक है। [इस कदम का संदर्भ यह था कि बाजार में अलग-अलग स्वास्थ्य बीमा उत्पाद उपलब्ध थे और ग्राहक उनकी तुलना करने में सक्षम नहीं थे, जिससे भ्रम पैदा होता था।]

आरोग्य संजीवनी बीमा पॉलिसी के तहत ये दो प्रकार के प्लान उपलब्ध हैं:

- **व्यक्तिगत प्लान:** एक अकेला पॉलिसीधारक आरोग्य संजीवनी पॉलिसी का लाभार्थी होगा।
- **फैमिली फ्लोटर प्लान:** पॉलिसीधारक के परिवार के कई सदस्य आरोग्य संजीवनी योजना के लाभार्थी बन सकते हैं।

यह उत्पाद कमरे के किराये और आईसीयू शुल्क पर कैपिंग के साथ आता है, लेकिन इसमें 50% कैपिंग के साथ आधुनिक उपचार और स्टेम सेल थेरेपी भी शामिल है।

D. टॉप-अप आवरण या उच्च कटौती वाले बीमा प्लान

टॉप-अप आवरण को उच्च कटौती पॉलिसी के रूप में भी जाना जाता है। बीमा कंपनियों की टॉप-अप पॉलिसियां, एक निर्दिष्ट राशि (जिसे थ्रेशोल्ड कहा जाता है) से अधिक बीमा राशि के लिए आवरण प्रदान करती हैं। यह पॉलिसी कम बीमा राशि वाले मूल स्वास्थ्य आवरण के साथ काम करती है और तुलनात्मक रूप से उचित प्रीमियम पर आती है। उदाहरण के लिए, अपने नियोक्ताओं द्वारा आवरित लोग अतिरिक्त सुरक्षा के लिए टॉप-अप आवरण का विकल्प भी चुन सकते हैं (जहां पहली पॉलिसी की बीमा राशि को थ्रेशोल्ड के रूप में रखा जाता है)।

टॉप-अप पॉलिसी के तहत दावा प्राप्त करने के योग्य होने के लिए, चिकित्सा लागत प्लान के तहत चुनी गई कटौती (या थ्रेशोल्ड) के स्तर से अधिक होनी चाहिए; उच्च कटौती वाले प्लान के तहत प्रतिपूर्ति खर्च की गई राशि यानी कटौती से अधिक राशि होगी।

उदाहरण

एक व्यक्ति को उसके नियोक्ता द्वारा 3 लाख रुपये की बीमा राशि के लिए आवरित किया जाता है। वह तीन लाख रुपये के अतिरिक्त 10 लाख रुपये की टॉप-अप पॉलिसी का विकल्प चुन

सकता है। अगर एक बार अस्पताल में भर्ती होने का खर्च 5 लाख रुपये है, मूल पॉलिसी सिर्फ तीन लाख रुपये तक आवरित करेगी। टॉप-अप आवरण के साथ, टॉप-अप पॉलिसी द्वारा बाकी के दो लाख रुपये की रकम का भुगतान किया जाएगा।

टॉप-अप पॉलिसियां सस्ती होती हैं। 10 लाख रुपये की एक अकेली पॉलिसी की लागत तीन लाख रुपये के अतिरिक्त 10 लाख रुपये की टॉप-अप पॉलिसी के मुकाबले कहीं अधिक होगी।

ये आवरण व्यक्तिगत आधार पर और परिवार के आधार पर उपलब्ध होते हैं; टॉप-अप प्लान के लिए अस्पताल में भर्ती होने की हर एक घटना में कटौती की राशि को पार करना आवश्यक होता है। हालांकि, कुछ टॉप-अप प्लान जो पॉलिसी अवधि के दौरान लगातार कई बार अस्पताल में भर्ती होने के बाद कटौती को पार करने की अनुमति देते हैं, उन्हें भारतीय बाजार में समग्र आधारित उच्च कटौती प्लान या सुपर टॉप-अप आवरण के रूप में जाना जाता है। एक सुपर टॉप-अप प्लान कटौती की राशि से ऊपर अस्पताल में भर्ती होने के सभी बिलों (सुपर टॉप-अप प्लान की सीमा तक) को आवरित करता है, अर्थात् कटौती एक वर्ष में होने वाले कुल दावों पर लागू होती है। इस प्रकार, एक बार कटौती का भुगतान हो जाने के बाद, प्लान बाद के दावों के लिए चालू हो जाता है।

E. वरिष्ठ नागरिक पॉलिसी

यह प्लान उन बुजुर्ग लोगों को आवरण प्रदान करने के लिए तैयार किए गए हैं जिन्हें अक्सर निश्चित आयु के बाद आवरित से इनकार कर दिया गया था (उदाहरण के लिए, 60 वर्ष से अधिक आयु के लोग)। आवरण और अपवर्जनों का ढांचा अस्पताल में भर्ती होने की पॉलिसियों की तरह है।

आवरण और प्रतीक्षा अवधि निर्धारित करने में बुजुर्ग व्यक्ति की बीमारियों पर विशेष ध्यान दिया जाता है। प्रवेश की आयु ज्यादातर 60 वर्ष के बाद होती है और पॉलिसी को आजीवन नवीनीकृत किया जा सकता है। बीमा राशि 50,000 रुपये से लेकर 5,00,000 रुपये तक होती है। कुछ बीमारियों के लिए लागू प्रतीक्षा अवधि अलग-अलग होती है।

उदाहरण: मोतियाबिंद के मामले में एक बीमा कंपनी के लिए 1 वर्ष की प्रतीक्षा अवधि और किसी अन्य बीमा कंपनी के लिए 2 वर्ष की प्रतीक्षा अवधि हो सकती है।

उदाहरण: साइनसाइटिस कुछ बीमा कंपनियों के प्रतीक्षा अवधि खंड में नहीं आता है, लेकिन कुछ अन्य कंपनियां इसे अपने प्रतीक्षा अवधि खंड में शामिल करती हैं।

कुछ पॉलिसियों में पहले से मौजूद बीमारियों के संबंध में प्रतीक्षा अवधि या कैपिंग होती है। अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्चों का भुगतान अस्पताल के दावों के प्रतिशत के रूप में या एक उप-सीमा तक (जो भी अधिक हो) किया जाता है। कुछ पॉलिसियों में वे विशेष क्षतिपूर्ति प्लान के अनुसार चलते हैं, जैसे कि खर्च 30/60 दिनों या 60/90 दिनों की निर्दिष्ट अवधि के भीतर होने वाले खर्च।

आईआरडीएआई ने यह अनिवार्य किया है कि सभी स्वास्थ्य बीमा कंपनियां और टीपीए वरिष्ठ नागरिकों के स्वास्थ्य बीमा संबंधी दावों और शिकायतों को दूर करने के लिए एक अलग चैनल स्थापित करेंगे।

F. निश्चित लाभ आवरण – हॉस्पिटल आवरण, गंभीर बीमारी

इस आवरण के तहत, बीमित व्यक्ति को दावा राशि के रूप में एक निश्चित राशि मिलती है, भले ही उसके द्वारा नामित उपचार के लिए खर्च की गई राशि कुछ भी हो। इस उत्पाद में, आम तौर पर होने वाले उपचारों को ईएनटी, नेत्र विज्ञान, प्रसूति और स्त्री रोग आदि जैसे खंडों के तहत रखा गया है; इनमें से प्रत्येक के लिए अधिकतम भुगतान की रकम पॉलिसी में निर्धारित होती है।

ये पॉलिसियां सरल होती हैं, क्योंकि केवल अस्पताल में भर्ती होने का प्रमाण और पॉलिसी के तहत बीमारी का आवरण दावे पर कार्रवाई करने के लिए पर्याप्त होता है। कुछ उत्पाद निश्चित लाभ आवरण के साथ दैनिक नकद लाभ का पैकेज भी देते हैं।

ऐसी सर्जरी/उपचार के लिए एक निश्चित राशि का भुगतान करने का प्रावधान किया जाता है, जो पॉलिसी में नामित सूची में शामिल नहीं होते हैं। पॉलिसी अवधि के दौरान विभिन्न उपचारों के लिए कई दावे संभव होते हैं। हालांकि, दावे आखिरकार पॉलिसी के तहत चुनी गई बीमा राशि तक सीमित होते हैं।

निश्चित लाभ वाली कुछ बीमा योजनाएं हैं:

- ✓ अस्पताल दैनिक कैश बीमा प्लान
- ✓ गंभीर बीमारी बीमा प्लान

1. अस्पताल दैनिक कैश पॉलिसी

a) प्रति दिन की रकम की सीमा

अस्पताल कैश आवरण अस्पताल में भर्ती होने के प्रत्येक दिन के लिए बीमित व्यक्ति को एक निश्चित राशि प्रदान करता है। प्रति दिन का कैश आवरण (उदाहरण के लिए) 1,500 रुपये प्रति दिन से 5,000 रुपये प्रति दिन तक या उससे भी अधिक के लिए भिन्न हो सकता है। हर बीमारी और पॉलिसी की अवधि के लिए (जो आम तौर पर एक वार्षिक पॉलिसी होती है) दैनिक नकद भुगतान पर एक ऊपरी सीमा प्रदान की जाती है।

b) भुगतान के दिनों की संख्या

इस पॉलिसी के कुछ वैरिएंट में, डेली कैश के लिए अनुमत दिनों की संख्या उस बीमारी से जुड़ी होती है जिसका इलाज किया जा रहा है। उपचार की एक विस्तृत सूची और हर बार ठहरने की अवधि निर्धारित की गई है, जो प्रत्येक प्रकार की प्रक्रिया/बीमारी के लिए अनुमत दैनिक नकद लाभ को सीमित करती है।

c) स्टैंडअलोन आवरण या ऐड-ऑन आवरण

हॉस्पिटल डेली कैश पॉलिसी कुछ बीमा कंपनियों की स्टैंडअलोन पॉलिसी के रूप में उपलब्ध है, जबकि अन्य मामलों में यह नियमित क्षतिपूर्ति पॉलिसी पर एक ऐड-ऑन आवरण है। ये पॉलिसियां बीमाधारक को आकस्मिक खर्चों को आवरित करने में मदद करती हैं, क्योंकि इसमें एक निश्चित राशि भुगतान की जाती है और यह भुगतान उपचार की वास्तविक लागत से संबंधित नहीं होता है। यह क्षतिपूर्ति आधारित स्वास्थ्य बीमा योजना के तहत प्राप्त किसी भी आवरण के अतिरिक्त पॉलिसी के तहत भुगतान प्रदान करने की भी अनुमति देता है।

d) पूरक आवरण

ये पॉलिसियां एक समान्य अस्पताल के खर्चों वाली पॉलिसी का पूरक बन सकती हैं, क्योंकि यह किफायती होती है; ये आकस्मिक खर्चों के लिए और क्षतिपूर्ति पॉलिसी के तहत देय नहीं होने वाले खर्चों के लिए भी मुआवजा प्रदान करती है, जैसे कि अपवर्जन, सह-भुगतान आदि।

e) आवरण के अन्य फायदे

बीमा कंपनी के नज़रिए से, इस योजना के कई फायदे हैं, क्योंकि यह ग्राहक को समझाना आसान है और इसलिए इसे अधिक आसानी से बेचा जा सकता है। यह चिकित्सा संबंधी महंगाई को मात देती है, क्योंकि अस्पताल में भर्ती होने की अवधि के लिए प्रति दिन एक निश्चित राशि का भुगतान किया जाता है, चाहे वास्तविक खर्च जितना भी हो। साथ ही, ऐसे बीमा आवरणों की स्वीकृति और दावों का निपटान बहुत आसान होता है।

2. गंभीर बीमारी पॉलिसी

चिकित्सा विज्ञान में प्रगति के साथ, लोग कैंसर, स्ट्रोक और दिल का दौरा आदि जैसी कुछ प्रमुख बीमारियों से बच रहे हैं, जिनके कारण पहले के समय में मृत्यु हो जाती थी। हालांकि, एक बड़ी बीमारी से बचने के लिए इलाज के साथ-साथ इलाज के बाद रहने के लिए भी भारी खर्च करना पड़ता है। गंभीर बीमारी की शुरुआत से व्यक्ति की वित्तीय सुरक्षा को खतरा होता है। ऐसे मामलों में सभी चिकित्सा लागतों को आवरित करने के लिए एक बुनियादी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी पर्याप्त नहीं हो सकती।

गंभीर बीमारी पॉलिसी में कुछ नामित गंभीर बीमारी का पता चलने पर एकमुश्त राशि भुगतान करने का प्रावधान है। बड़े खर्चों का ध्यान रखने के हिसाब से बीमा राशि अधिक होती है।

भारत में, गंभीर बीमारी (सीआई) लाभ आम तौर पर जीवन बीमा कंपनियों द्वारा जीवन बीमा पॉलिसियों के राइडर के रूप में बेची जाती हैं; वे दो प्रकार के आवरण उपलब्ध कराती हैं - एक्सेलरेटेड सीआई लाभ प्लान और स्टैंडअलोन सीआई लाभ प्लान। भ्रम से बचने के लिए, आईआरडीए स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देशों के तहत 22 सबसे आम गंभीर बीमारियों की परिभाषाओं को मानकीकृत किया गया है।

बीमा कंपनियों और उत्पादों में आवरित की जाने वाली गंभीर बीमारियां अलग-अलग हैं। आम तौर पर, गंभीर बीमारी का पता चलने पर बीमा राशि का 100% भुगतान किया जाता है। कुछ मामलों

में पॉलिसी के नियमों एवं शर्तों और बीमारी की गंभीरता के आधार पर मुआवजा बीमा राशि के 25% से 100% तक भिन्न हो सकता है।

पॉलिसी के तहत किसी भी लाभ के देय होने के लिए, पॉलिसी की शुरुआत से 90 दिनों की प्रतीक्षा अवधि और बीमारी का पता चलने के बाद 30 दिनों का उत्तरजीविता खंड होता है। विशेष रूप से 45 वर्ष से अधिक आयु के लोगों के लिए कठोर चिकित्सा परीक्षण करवाना ज़रूरी होता है।

किसी भी बीमित व्यक्ति के संबंध में पॉलिसी के तहत मुआवजे का भुगतान करने के बाद, पॉलिसी समाप्त हो जाती है। यह पॉलिसी समूहों को भी प्रदान की जाती है, विशेष रूप से कॉरपोरेट जो अपने कर्मचारियों के लिए पॉलिसियां लेते हैं।

विशेष बीमारी से जुड़े उत्पाद- कोरोना कवच

जून 2020 में, जब देश कोरोना वायरस संक्रमण (कोविड-19) के कई मामलों का सामना कर रहा था, बाजार ने कई लाभ आधारित उत्पादों की शुरुआत की, जो कोविड-19 पॉजिटिव का पता चलने पर एकमुश्त भुगतान करते हैं। बाद में, कुछ कंपनियों ने क्षतिपूर्ति आधारित उत्पाद भी शुरू किए। हालांकि, पीपीई किट, ऑक्सीमीटर आदि जैसे कई उपभोक्ता सामान और क्वारंटीन करने के खर्चे भी थे, जिनका इन उत्पादों में ध्यान नहीं रखा गया था।

आईआरडीएआई दो मानक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां लेकर आया, जिन्हें *कोरोना कवच* और *कोरोना रक्षक* (जिनकी चर्चा जीवन बीमा खंड में अलग से की गई है) कहा जाता है। जहां साधारण और स्वास्थ्य बीमा कंपनियों के लिए क्षतिपूर्ति-आधारित मानक कोविड-19 उत्पाद के रूप में *कोरोना कवच* उपलब्ध कराना अनिवार्य है, वहीं लाभ-आधारित उत्पाद की पेशकश करने वाला *कोरोना रक्षक*, सभी बीमा कंपनियों के लिए वैकल्पिक है। दोनों उत्पादों की प्रतीक्षा अवधि 15 दिनों की है।

कोरोना रक्षक एक मानक लाभ आधारित स्वास्थ्य बीमा है जिसे कोविड-19 से प्रभावित बीमाधारकों को एकमुश्त लाभ देने के लिए तैयार किया गया है; इसके लिए कम से कम 72 घंटों की निरंतर अवधि के लिए अस्पताल में भर्ती होना आवश्यक है। यह प्लान 18 वर्ष से 65 वर्ष की आयु के लोगों के लिए व्यक्तिगत आधार पर एकमुश्त लाभ पॉलिसी के रूप में 3.5 महीने, 6.5 महीने और 9.5 महीने की विभिन्न पॉलिसी शर्तों के साथ आवरण प्रदान करता है; लाभ का भुगतान होने पर पॉलिसी समाप्त हो जाती है। *कोरोना रक्षक* 50,000 के गुणकों में, 50,000 रुपये से लेकर 2.5 लाख रुपये तक बीमा राशि के विकल्प प्रदान करता है। पॉलिसी इन चीजों का प्रावधान करती है: (i) पूर्ण बीमा राशि लाभ, (ii) किफायती प्रीमियम, (iii) दावे की एकमुश्त राशि, (iv) 15 दिनों की छोटी प्रतीक्षा अवधि और (v) कर लाभ।

कोरोना कवच जून 2020 में आईआरडीएआई द्वारा जारी दिशानिर्देशों के तहत ये आवरण प्रदान करता है:

1. सरकार द्वारा अधिकृत डायग्नोसिस सेंटर में कोविड-19 पॉजिटिव का पता चलने पर, कोविड-19 के उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों में इन चीजों को आवरित किया

जाता है: (कम से कम 24 घंटे की अवधि के लिए अस्पताल में भर्ती होने के खर्चे स्वीकार्य होते हैं।)

- a. अस्पताल/नर्सिंग होम द्वारा उपलब्ध कराए गए कमरे, बोर्डिंग, नर्सिंग के खर्चे।
 - b. सर्जन, एनेस्थेसिस्ट, चिकित्सक (मेडिकल प्रैक्टीशनर), परामर्शदाता, विशेषज्ञ की फीस।
 - c. एनेस्थेसिया, रक्त, ऑक्सीजन, ऑपरेशन थियेटर शुल्क, सर्जिकल उपकरण, वेंटिलेटर शुल्क, दवाएं और ड्रग्स, डायग्नोसिस की लागत, डायग्नोस्टिक इमेजिंग के तौर-तरीके, पीपीई किट, दस्ताने, मास्क और इसी तरह के अन्य खर्चे।
 - d. गंभीर देखभाल इकाई (आईसीयू) / गंभीर हृदय देखभाल इकाई (आईसीसीयू) के खर्चे।
 - e. हर बार अस्पताल में भर्ती होने पर सड़क एम्बुलेंस पर होने वाला अधिकतम 2000/- रुपये का खर्च।
2. होम केयर ट्रीटमेंट (घर में देखभाल वाला उपचार) के खर्चे, जहां हर घटना के लिए अधिकतम 14 दिनों तक घर पर उपचार कराने के लिए इन शर्तों (संपूर्ण नहीं) का पालन करना ज़रूरी है:
- a. चिकित्सक बीमित व्यक्ति को घर पर उपचार कराने की सलाह देता है।
 - b. चिकित्सक द्वारा हर दिन स्वास्थ्य की स्थिति की निरंतर निगरानी और दिए गए उपचार की जांच की जाती है।
3. इलाज करने वाले चिकित्सक द्वारा निर्धारित और कोविड के उपचार से संबंधित अन्य खर्चों को आवरित किया जाता है;
- a. घर पर या डायग्नोस्टिक सेंटर में किए गए डायग्नोस्टिक टेस्ट
 - b. लिखित रूप में निर्धारित दवाएं
 - c. चिकित्सक के परामर्श शुल्क
 - d. चिकित्सा कर्मी से संबंधित नर्सिंग शुल्क
 - e. दवाओं के पैरेंट्रल एडमिनिस्ट्रेशन तक सीमित चिकित्सा प्रक्रियाएं
 - f. पल्स ऑक्सीमीटर, ऑक्सीजन सिलेंडर और नेबुलाइजर की कीमत

अतिरिक्त आवरण — हॉस्पिटल डेली कैश: बीमा कंपनी इस पॉलिसी के तहत स्वीकार्य अस्पताल में भर्ती होने के दावे के बाद, कोविड के इलाज के लिए लगातार अस्पताल में भर्ती होने के प्रत्येक 24 घंटे के लिए प्रति दिन बीमा राशि का 0.5% भुगतान करेगी।

मानक वेक्टर जनित रोग स्वास्थ्य पॉलिसी:

आईआरडीएआई ने 3 फरवरी 2021 के दिशानिर्देशों के आधार पर निर्णय लिया कि वेक्टर जनित रोगों के लिए मानक उत्पाद ये आवरण प्रदान करेंगे:

1. **अस्पताल में भर्ती होने का लाभ:** बीमा राशि के 100% के बराबर एकमुश्त लाभ इनमें से किसी भी वेक्टर जनित रोग(रोगों) के लिए पॉजिटिव होने का पता चलने पर देय होगा, जहां कम से कम 72 घंटे की निरंतर अवधि के लिए अस्पताल में भर्ती होना आवश्यक है。
 - a) डेंगू बुखार
 - b) मलेरिया
 - c) फाइलेरिया (लिम्फैटिक फाइलेरिया)
 - d) कालाजार
 - e) चिकनगुनिया
 - f) जापानी इंसेफेलाइटिस
 - g) जीका वायरस
2. **डायग्नोसिस आवरण:** आवरण की अवधि के दौरान, आवरित किए गए प्रत्येक वेक्टर जनित रोग के लिए पहली बार पॉजिटिव होने का पता चलने पर (प्रयोगशाला जांच के माध्यम से और चिकित्सक से पुष्टि होने पर) पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अधीन बीमा राशि का 2% देय होगा। पॉलिसीधारक पॉलिसी वर्ष में केवल एक बार प्रत्येक बीमारी के लिए "डायग्नोसिस आवरण" भुगतान के तहत भुगतान पाने का हकदार है।

G. कॉम्बो-उत्पाद

हेल्थ प्लस लाइफ कॉम्बो उत्पाद जीवन बीमा कंपनी के जीवन बीमा आवरण और गैर-जीवन और/या स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनी द्वारा उपलब्ध कराए गए स्वास्थ्य बीमा आवरण के संयोजन की सुविधा देते करते हैं।

इस उत्पाद को व्यक्तिगत बीमा पॉलिसी और समूह बीमा, दोनों आधार पर उपलब्ध कराया जा सकता है। हालांकि, स्वास्थ्य बीमा फ्लोटर पॉलिसियों के संबंध में, परिवार के कमाऊ सदस्यों में से किसी एक के जीवन पर शुद्ध टर्म जीवन बीमा आवरण की अनुमति है; कमाऊ सदस्य स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी का प्रस्तावक भी होता है; यह उत्पाद बीमा योग्य हित और संबंधित बीमा कंपनियों के अन्य लागू जोखिम अंकन मानकों के अधीन दिया जाता है।

पैकेज पॉलिसियां

पैकेज या अम्ब्रेला आवरण, एक ही दस्तावेज़ में आवरणों का संयोजन प्रदान करते हैं।

स्वास्थ्य बीमा में पैकेज पॉलिसी के उदाहरणों में गंभीर बीमारी आवरण के लाभों को क्षतिपूर्ति पॉलिसियों और यहां तक कि जीवन बीमा पॉलिसियों और हॉस्पिटल डेली कैश लाभों को क्षतिपूर्ति पॉलिसियों के साथ जोड़ना शामिल है।

यात्रा बीमा:

यात्रा बीमा पॉलिसी को पैकेज पॉलिसी के रूप में भी उपलब्ध कराया जाता है, जिसमें न केवल स्वास्थ्य बीमा बल्कि दुर्घटना में मृत्यु/अक्षमता लाभ के साथ-साथ बीमारी/दुर्घटना के कारण होने वाले चिकित्सा खर्चों और चेक-इन बैगेज के नुकसान या आने में देरी, पासपोर्ट और दस्तावेजों के खोने, संपत्ति/व्यक्तिगत क्षति के लिए तीसरे पक्ष की देयता, यात्रा रद्द होने और यहां तक कि अपहरण आवरण भी पारंपरिक तौर पर यात्रा पॉलिसियों के तहत उपलब्ध कराया जाता है। (यात्रा बीमा की ज्यादा जानकारी आगे दी गई है।)

H. गरीब तबके के लिए माइक्रो बीमा और स्वास्थ्य बीमा

माइक्रो-बीमा उत्पादों को विशेष रूप से ग्रामीण और अनौपचारिक क्षेत्रों के कम आय वाले लोगों की सुरक्षा के उद्देश्य से तैयार किया गया है। यह किफायती प्रीमियम और लाभ पैकेज के साथ एक कम मूल्य वाला उत्पाद है। माइक्रो-बीमा आईआरडीए माइक्रो-बीमा विनियम, 2005 द्वारा नियंत्रित होता है।

इस तरह के आवरण ज्यादातर समूह के आधार पर, विभिन्न सामुदायिक संगठन या गैर-सरकारी संगठन (एनजीओ) अपने सदस्यों के लिए लेते हैं।

सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रमों (पीएसयू) द्वारा समाज के गरीब तबकों की ज़रूरतों को पूरा करने के लिए विशेष रूप से बनाई गई दो पॉलिसियां जन आरोग्य बीमा पॉलिसी और यूनिवर्सल हेल्थ स्कीम हैं। निजी क्षेत्र की बीमा कंपनियां भी इस लक्षित खंड की ज़रूरतों को पूरा करने के लिए बीमा कवच योजना, ग्रामीण जीवन रक्षा प्लान, भाग्य लक्ष्मी जैसे कई नए माइक्रो-बीमा स्वास्थ्य उत्पाद लेकर आई हैं - पूरी सूची आईआरडीएआई की वेबसाइट पर देखी जा सकती है।

I. राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना

सरकार ने विभिन्न स्वास्थ्य योजनाएं भी शुरू की हैं, जिनमें से कुछ विशेष राज्यों में लागू हैं। गरीबी रेखा से नीचे (बीपीएल) परिवारों के लिए स्वास्थ्य बीमा आवरण प्रदान करने के मकसद से बीमा कंपनियों के साथ मिलकर राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) लागू की गई थी। हालांकि, आरएसबीवाई ने केवल 30,000 रुपये की बीमा राशि का प्रावधान किया था, जिसे बड़ी सर्जरी/अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों को आवरित करने के लिए पर्याप्त नहीं माना गया।

J. प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 की सिफारिश के अनुसार, आरएसबीवाई की कमियों को दूर करने के लिए, भारत सरकार ने 2017 में 'आयुष्मान भारत योजना' शुरू की, जो यूनिवर्सल हेल्थ आवरण (यूएचसी) की दूरदृष्टि हासिल करने की एक प्रमुख योजना है। इसे प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (पीएमजेवाई) आयुष्मान भारत के रूप में भी जाना जाता है, जो 5,00,000 रुपये की बीमा राशि के साथ आई है।

इसमें तत्कालीन मौजूदा राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाय) को शामिल कर लिया गया। पीएम-जेएवाय पूरी तरह से सरकार द्वारा वित्तपोषित है; इसके कार्यान्वयन की लागत केंद्र और राज्य सरकारों के बीच साझा की जाती है।

K. प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना

व्यक्तिगत दुर्घटना मृत्यु और अक्षमता को आवरित करने वाली हाल ही में घोषित पीएमएसबीवाई की विशेषताएं इस प्रकार हैं:

आवरणों का दायरा: प्रतिभागी बैंकों में 18 से 70 वर्ष की आयु के सभी बचत बैंक खाताधारक केवल एक बचत बैंक खाते से जुड़ने के हकदार हैं; अगर वे एक से अधिक बैंकों में नामांकन करता है, तो उन्हें कोई अतिरिक्त लाभ नहीं मिलता है; अतिरिक्त प्रीमियम भुगतान को जब्त कर लिया जाएगा। आधार, बैंक खाते के लिए प्राथमिक केवाईसी होगा।

नामांकन मोड/अवधि: आवरण 1 जून से 31 मई तक एक वर्ष की अवधि के लिए होगा, जिसके लिए निर्धारित फॉर्म पर नामित बचत बैंक खाते से ऑटो-डेबिट में शामिल होने/भुगतान करने का विकल्प हर साल 31 मई तक देना आवश्यक होगा।

पूर्ण वार्षिक प्रीमियम के भुगतान पर बाद में शामिल होना निर्दिष्ट शर्तों पर संभव हो सकता है। किसी भी समय योजना से बाहर निकलने वाले व्यक्ति भविष्य के वर्षों में उपरोक्त तरीके से योजना में फिर से शामिल हो सकते हैं।

बीमा के तहत लाभ इस प्रकार हैं:

लाभों की तालिका	बीमा राशि
मृत्यु लाभ	2 लाख रुपये
दोनों आंखों की पूर्ण और अपूरणीय क्षति या दोनों हाथों या पैरों के इस्तेमाल की हानि या एक आंख की दृष्टि की हानि और हाथ या पैर के इस्तेमाल की हानि।	2 लाख रुपये
एक आंख की पूर्ण और अपूरणीय क्षति या एक हाथ या पैर के इस्तेमाल की हानि।	1 लाख रुपये

योजना में शामिल होने और नामांकन की सुविधा एसएमएस, ईमेल के माध्यम से या बैंक में खुद जाकर उपलब्ध है।

प्रीमियम: 12/- रुपये प्रति सदस्य प्रति वर्ष। प्रीमियम 'ऑटो डेबिट' सुविधा के माध्यम से खाताधारक के बचत बैंक खाते से काट लिया जाएगा

आवरण का समापन: सदस्य के लिए दुर्घटना आवरण इन स्थितियों में समाप्त हो जाएगा:

1. सदस्य के 70 वर्ष की आयु (निकटतम जन्मदिन पर उम्र) का होने पर या
2. बैंक में खाता बंद करने या बीमा को चालू रखने के लिए शेष राशि उपलब्ध न होने पर

अगर किसी तकनीकी कारण से बीमा आवरण समाप्त हो जाता है, जैसे कि नियत तारीख पर खाते में पर्याप्त बैलेंस उपलब्ध न होने या किसी प्रशासनिक समस्या के कारण, तो इसे पूर्ण वार्षिक प्रीमियम प्राप्त होने पर, निर्धारित शर्तों के अधीन बहाल किया जा सकता है।

L. व्यक्तिगत दुर्घटना और अक्षमता आवरण

व्यक्तिगत दुर्घटना (पीए) आवरण अप्रत्याशित दुर्घटना की स्थिति में मृत्यु और विकलांगता के कारण मुआवजा देता है।

पीए पॉलिसी में ये बातें शामिल होती हैं:

- a) बीमा राशि के 100% का मृत्यु लाभ भुगतान किया जाता है,
- b) अक्षमता/विकलांगता की स्थिति में, स्थायी विकलांगता के मामले में मुआवजा बीमा राशि के एक निश्चित प्रतिशत से भिन्न होता है
- c) अस्थायी विकलांगता के लिए साप्ताहिक मुआवजा दिया जाता है।

साप्ताहिक मुआवजे का अर्थ है हर सप्ताह की अक्षमता पर एक निश्चित राशि का भुगतान, जो उन सप्ताहों की संख्या के संदर्भ में अधिकतम सीमा के अधीन है जिसके लिए मुआवजा देय होगा।

1. आवरित की गई अक्षमता/विकलांगता के प्रकार

अक्षमता/विकलांगता के प्रकार, जो आम तौर पर पॉलिसी के तहत आवरित किए जाते हैं:

- i. **स्थायी पूर्ण विकलांगता (पीटीडी):** इसका अर्थ है जीवन भर के लिए पूरी तरह से विकलांग हो जाना। अर्थात् चारों अंगों (हाथ-पैर) का पक्षाघात, बेहोशी की स्थिति, दोनों आंखों/दोनों हाथों/दोनों अंगों या एक हाथ और एक आंख या एक आंख और एक पैर या एक हाथ और एक पैर का नुकसान,
- ii. **स्थायी आंशिक विकलांगता (पीपीडी):** इसका अर्थ है जीवन भर के लिए आंशिक रूप से अक्षम होना। अर्थात् हाथ की उंगलियों, पैर की उंगलियों, पंजे आदि का नुकसान।
- iii. **अस्थायी पूर्ण विकलांगता (टीटीडी):** इसका अर्थ है अस्थायी अवधि के लिए पूरी तरह से अक्षम हो जाना। आवरण के इस भाग का मकसद विकलांगता अवधि के दौरान आय के नुकसान को आवरित करना है।

ग्राहक/क्लाइंट के पास केवल मृत्यु आवरण या मृत्यु और स्थायी विकलांगता या मृत्यु और स्थायी विकलांगता के साथ-साथ अस्थायी पूर्ण विकलांगता में से चुनने का विकल्प होता है।

2. बीमा राशि

व्यक्तिगत दुर्घटना (पीए) पॉलिसियों के लिए बीमा राशि आम तौर पर सकल मासिक आय के आधार पर तय की जाती है। आम तौर पर, यह सकल मासिक आय का 60 गुना होती है। हालांकि, कुछ बीमा कंपनियां आय के स्तर पर विचार किए बिना, निश्चित योजना (फिक्स्ड प्लान) के

आधार पर भी पॉलिसी प्रदान करती हैं। ऐसी पॉलिसियों में आवरण के प्रत्येक खंड के लिए बीमा राशि चुनी गई योजना के अनुसार भिन्न होती है।

3. व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा - एक लाभ योजना

एक लाभ योजना होने के नाते, पीए पॉलिसियां दावे के समय 'योगदान' के सिद्धांत के अधीन नहीं होती हैं। इस प्रकार, अगर किसी व्यक्ति की विभिन्न बीमा कंपनियों के साथ एक से अधिक पॉलिसी है, तो सभी पॉलिसियों के तहत दावों का भुगतान किया जाएगा।

4. आवरण का दायरा

इन पॉलिसियों को अक्सर चिकित्सा खर्चों को आवरण करने, यानी दुर्घटना के बाद अस्पताल में भर्ती होने/चिकित्सा लागत की प्रतिपूर्ति करने के लिए बढ़ाया जाता है।

5. मूल्य वर्धित लाभ

व्यक्तिगत दुर्घटना के साथ, कई बीमा कंपनियां मूल्य वर्धित लाभ भी प्रदान करती हैं, जैसे कि दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती होने पर हॉस्पिटल कैश, मृत शरीर के अवशेषों के परिवहन की लागत, एक निश्चित राशि के लिए शिक्षा लाभ और वास्तविक या निश्चित सीमा के आधार पर एम्बुलेंस शुल्क, जो भी कम हो।

6. अपवर्जन

व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के तहत सामान्य अपवर्जन में पॉलिसी की शुरुआत से पहले मौजूद विकलांगता के कारण होने वाली दुर्घटनाएं, मानसिक विकार या किसी बीमारी के कारण मृत्यु या विकलांगता, युद्ध के कारण चोट, आक्रमण, गैर-इरादतन हत्या या हत्या, जानबूझकर खुद को चोट पहुंचाना, आत्महत्या, ड्रग्स/शराब का सेवन, विमानन या बैलूनिंग जैसी निर्धारित अतिरिक्त खतरनाक गतिविधि में संलग्न होने के दौरान चोट लगना शामिल है। यह एक सांकेतिक सूची है जो अलग-अलग कंपनी के मामले में भिन्न हो सकती है।

पीए पॉलिसियां व्यक्तियों, परिवार और समूहों को उपलब्ध कराई जाती हैं।

समूह व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियां

समूह व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियां आम तौर पर वार्षिक पॉलिसियां होती हैं, जिन्हें वर्षगांठ पर नवीनीकृत की अनुमति दी जाती है। हालांकि, गैर-जीवन और स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियां विशिष्ट घटनाओं के लिए आवरण प्रदान करने के मकसद से एक वर्ष से कम अवधि वाली समूह व्यक्तिगत दुर्घटना उत्पादों की पेशकश कर सकती हैं।

हड्डी टूटने की पॉलिसी और रोजमर्रा की गतिविधियों के नुकसान के लिए मुआवजा

यह एक विशेष पीए पॉलिसी है। इस पॉलिसी को सूची में वर्णित टूट-फूट (फ्रैक्चर) के विरुद्ध आवरण प्रदान करने के लिए डिज़ाइन किया गया है। प्रत्येक फ्रैक्चर के लिए दावे के समय, पॉलिसी में वर्णित निश्चित लाभ या बीमा राशि का प्रतिशत भुगतान किया जाता है। लाभ की मात्रा आवरित की गई हड्डी के प्रकार और फ्रैक्चर की प्रकृति पर निर्भर करती है।

M. विदेश यात्रा बीमा

पॉलिसी की आवश्यकता: कारोबार, छुट्टियों या पढ़ाई के लिए भारत से बाहर यात्रा करते समय दुर्घटना में चोट लगने या अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों को आवरण करने के लिए। चिकित्सा देखभाल की लागत, विशेष रूप से संयुक्त राज्य अमेरिका और कनाडा जैसे देशों में बहुत अधिक है और इससे बड़ी वित्तीय समस्याएं हो सकती हैं।

आवरण का दायरा

ऐसी पॉलिसियां मुख्य रूप से दुर्घटना और बीमारी के लाभों के लिए होती हैं, लेकिन बाजार में उपलब्ध अधिकांश उत्पाद एक उत्पाद के भीतर कई तरह के आवरण प्रदान करते हैं।

उपलब्ध कराए जाने वाले सामान्य आवरण हैं:

a) चिकित्सा और बीमारी का खंड:

- i. दुर्घटना में मृत्यु/विकलांगता
- ii. बीमारी/दुर्घटना के कारण होने वाले चिकित्सा खर्च

b) देश-प्रत्यावर्तन और निकासी

c) व्यक्तिगत दुर्घटना आवरण

d) व्यक्तिगत देयता

e) अन्य गैर-चिकित्सा आवरण में शामिल हैं:

- i. यात्रा रद्द होना
- ii. यात्रा में देरी
- iii. यात्रा में रुकावट
- iv. कनेक्शन छूट जाना
- v. चेक इन वाले बैगेज में देरी
- vi. चेक इन वाले बैगेज का खोना
- vii. पासपोर्ट खो जाना
- viii. इमरजेंसी कैश ऐडवांस
- ix. अपहरण भत्ता
- x. बेल बांड बीमा
- xi. अपहरण आवरण
- xii. प्रायोजक संरक्षण

xiii. सांत्वना यात्रा

xiv. पढ़ाई में रुकावट

xv. घर में चोरी/संघमारी

1. प्लान के प्रकार

लोकप्रिय पॉलिसियां बिजनेस और हॉलिडे प्लान, स्टडी प्लान और रोजगार प्लान हैं।

2. पॉलिसी कौन ले सकता है

कारोबार करने, छुट्टी मनाने या पढ़ाई के लिए विदेश यात्रा करने वाला भारतीय नागरिक इस पॉलिसी का लाभ उठा सकता है। विदेशों में अनुबंध पर भेजे गए भारतीय नियोक्ताओं के कर्मचारियों को भी आवरित किया जा सकता है।

3. बीमा राशि और प्रीमियम

आवरण अमेरिकी डॉलर में दिया जाता है; यह आम तौर पर चिकित्सा खर्चों, निकासी और प्रत्यावर्तन को आवरित करने वाले खंड के लिए, 1,00,000 अमेरिकी डॉलर से 5,00,000 अमेरिकी डॉलर तक भिन्न होता है। देयता आवरण को छोड़कर, अन्य खंडों के लिए बीमा राशि कम होती है। प्रीमियम का भुगतान भारतीय रुपये में किया जा सकता है, सिवाय रोजगार प्लान के, जहां प्रीमियम का भुगतान डॉलर में करना होता है। प्लान आम तौर पर दो प्रकार के होते हैं:

- ✓ अमेरिका/कनाडा को छोड़कर दुनिया भर में
- ✓ अमेरिका/कनाडा सहित दुनिया भर में

कुछ उत्पाद देशों के समूह के लिए आवरण प्रदान करते हैं। उदाहरणों में केवल एशियाई देशों की यात्रा, केवल यूरोपीय देशों की यात्रा या केवल किसी विशेष देश की यात्रा शामिल है।

कॉर्पोरेट फ्रीक्वेंट फ्लायर प्लान

यह एक वार्षिक पॉलिसी है जिसके तहत एक कॉर्पोरेट/नियोक्ता अपने उन अधिकारियों के लिए अलग-अलग पॉलिसियां लेते हैं, जो अक्सर भारत से बाहर यात्राएं करते हैं। यह आवरण उन व्यक्तियों द्वारा भी लिया जा सकता है जो एक वर्ष के दौरान कई बार विदेश यात्रा करते हैं। कंपनी के कर्मचारियों द्वारा एक वर्ष में यात्रा के अनुमानित दिनों के आधार पर एक अग्रिम प्रीमियम भुगतान किया जाता है। उपरोक्त पॉलिसियां केवल कारोबार और अवकाश यात्राओं के लिए दी जाती हैं। पहले से मौजूद बीमारियों को आम तौर पर विदेशी चिकित्सा/यात्रा बीमा से बाहर रखा जाता है।

N. समूह स्वास्थ्य आवरण

1. समूह पॉलिसियां

जैसा कि पहले के अध्याय में बताया गया है, समूह पॉलिसी किसी समूह के मालिक द्वारा ली जाती है जो कोई नियोक्ता, एसोसिएशन, बैंक का क्रेडिट कार्ड प्रभाग हो सकता है, जहां एक पॉलिसी

व्यक्तियों के पूरे समूह को आवरित करती है। ये पॉलिसियां आम तौर पर एक साल में नवीनीकृत किए जाने वाले अनुबंध हैं।

समूह पॉलिसियों की विशेषताएं - अस्पताल में भर्ती होने के लाभ आवरण।

1. आवरण का दायरा

समूह स्वास्थ्य बीमा का सबसे सामान्य रूप नियोक्ता द्वारा कर्मचारियों और उनके परिवारों को आवरित करने वाली पॉलिसी है, जिसमें आश्रित पति या पत्नी, बच्चे और माता-पिता/सास-ससुर शामिल हैं।

2. ज़रूरत के अनुसार आवरण

समूह पॉलिसियां अक्सर समूह की आवश्यकताओं के अनुरूप तैयार की जाती हैं। इस प्रकार, समूह पॉलिसियों में, समूह पॉलिसी के तहत आवरित की जा रही व्यक्तिगत पॉलिसी के कई मानक अपवर्जन देखने को मिलेंगे।

3. प्रसूति आवरण

समूह पॉलिसी में सबसे आम विस्तार में से एक प्रसूति आवरण है। प्रसूति आवरण बच्चे की डिलीवरी के लिए अस्पताल में भर्ती होने से जुड़े खर्चों के लिए प्रावधान करेगा; इसमें सी-सेक्शन डिलीवरी भी शामिल है। यह आवरण आम तौर पर परिवार की कुल बीमा राशि के भीतर एक निश्चित राशि तक सीमित होता है।

4. शिशु आवरण

शिशुओं को पहले दिन से ही आवरण दिया जाता है; कभी-कभी प्रसूति आवरण की सीमा तक सीमित होता है और कभी-कभी परिवार की पूरी बीमा राशि को शामिल करने के लिए बढ़ाया जाता है।

5. पहले से मौजूद बीमारियों का आवरण, प्रतीक्षा अवधि में छूट

कई सामान्य अपवर्जन, जैसे पहले से मौजूद बीमारी का अपवर्जन, तीस दिन की प्रतीक्षा अवधि, दो साल की प्रतीक्षा अवधि; जन्मजात बीमारियों को ज़रूरत के मुताबिक बनाई गई पॉलिसी में माफ किया जा सकता है।

6. प्रीमियम की गणना

समूह पॉलिसी के लिए लिया जाने वाला प्रीमियम, समूह के सदस्यों की उम्र प्रोफ़ाइल, समूह के आकार और सबसे महत्वपूर्ण, समूह के दावा अनुभव पर आधारित होता है।

7. गैर-नियोक्ता कर्मचारी समूह

भारत में, नियामक प्रावधान मुख्य रूप से समूह बीमा आवरण लेने के मकसद से समूह बनाने पर सख्ती से रोक लगाते हैं। जब समूह पॉलिसियां नियोक्ताओं के अलावा अन्य को

दी जाती हैं, तो समूह के मालिक का उसके सदस्यों के साथ संबंध निर्धारित करना महत्वपूर्ण है।

उदाहरण

एक बैंक जो अपने बचत बैंक खाताधारकों या क्रेडिट कार्ड धारकों के लिए कोई पॉलिसी लेता है, वह एक समरूप समूह बनाता है, जिससे एक बड़ा समूह अपनी आवश्यकताओं के अनुरूप तैयार की गई पॉलिसी का लाभ उठाने में सक्षम होता है।

8. मूल्य निर्धारण

समूह पॉलिसियों में, समूह के आकार के साथ-साथ समूह के दावा अनुभव के आधार पर प्रीमियम में छूट का प्रावधान होता है।

2. कॉर्पोरेट बफर या फ्लोटर आवरण

अधिकांश समूह पॉलिसियों में, प्रत्येक परिवार को एक निश्चित बीमा राशि के लिए आवरित किया जाता है, जो एक लाख रुपये से पांच लाख रुपये तक भिन्न होता है; कभी-कभी यह ज़्यादा भी होता है। ऐसी स्थितियां उत्पन्न होती हैं जहां परिवार की बीमा राशि समाप्त हो जाती है, खास तौर पर परिवार के किसी सदस्य की बड़ी बीमारी के मामले में। ऐसी परिस्थितियों में, अगर बफर आवरण को चुना जाता है, तो इससे राहत मिलती है; इस बफर राशि से परिवार की बीमा राशि से अधिक के अतिरिक्त खर्च को पूरा किया जाता है।

परिवार की बीमा राशि खत्म हो जाने के बाद, बफर से राशियां निकाली जाती हैं। हालांकि, यह उपयोग आम तौर पर बड़ी बीमारी/गंभीर बीमारी के खर्चों तक ही सीमित होता है, जहां एक बार अस्पताल में भर्ती होने पर बीमा राशि खत्म हो जाती है।

0. विशेष उत्पाद

1. बीमारियों का आवरण

हाल के वर्षों में, भारतीय बाजार में कैंसर, मधुमेह, कोविड-19 के लिए रोग विशेष आवरणों की शुरुआत की गई है। आवरण या तो अल्पकालिक या दीर्घकालिक यानी 5 वर्ष से 20 वर्ष तक का होता है और इसमें एक कल्याण लाभ भी शामिल होता है। बीमा कंपनी नियमित स्वास्थ्य जांच के लिए भुगतान करती है। रक्त शर्करा, रक्तचाप जैसे कारकों के बेहतर नियंत्रण के लिए पॉलिसी के दूसरे वर्ष के बाद से कम प्रीमियम के रूप में प्रोत्साहन दिया जाता है। दूसरी ओर, इन चीजों के खराब नियंत्रण के लिए उच्च प्रीमियम लिया जाता है।

2. मधुमेह से पीड़ित लोगों के लिए तैयार किए गए

यह पॉलिसी 26 से 65 वर्ष के बीच के लोगों द्वारा ली जा सकती है; इसे 70 वर्ष तक नवीनीकृत किया जा सकता है। बीमा राशि 50,000 रुपये से लेकर 5,00,000 रुपये तक होती है। कमरे के किराये पर कैपिंग लागू होता है। इस उत्पाद का उद्देश्य डायबेटिक रेटिनोपैथी (आंख), किडनी,

डायबेटिक फुट, किडनी ट्रांसप्लांट जैसे मधुमेह से जुड़ी समस्याओं के लिए, डोनर के खर्च सहित मरीज के अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों को आवरित करना है।

स्वमूल्यांकन 1

हालांकि, अस्पताल में भर्ती होने के पहले के खर्चों के लिए आवरण की अवधि अलग-अलग बीमा कंपनी के मामले में अलग-अलग होगी और इसे पॉलिसी में निर्धारित किया जाता है, अस्पताल में भर्ती होने से पहले के खर्चों के लिए सबसे आम आवरण _____ का है।

- I. पंद्रह दिन
- II. तेरह दिन
- III. पैंतालीस दिन
- IV. साठ दिन

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की मुख्य शर्तें (सभी शर्तें स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के मानकीकरण पर आईआरडीएआई के मास्टर परिपत्र, दिनांक 22.07.2020 में परिभाषित हैं)

1. नेटवर्क प्रदाता

नेटवर्क प्रदाता का अर्थ एक ऐसा अस्पताल/नर्सिंग होम/डे-केयर सेंटर है जो बीमित रोगियों को कैशलेस उपचार देने के लिए किसी बीमा कंपनी/टीपीए के साथ गठजोड़ करता है। मरीज नेटवर्क से बाहर के प्रदाताओं के पास जाने के लिए स्वतंत्र हैं, लेकिन वहां उनसे आम तौर पर बहुत अधिक शुल्क लिया जाता है।

2. पसंदीदा प्रदाता नेटवर्क (पीपीएन)

बीमा कंपनी के पास गुणवत्तापूर्ण उपचार और सर्वोत्तम दरें उपलब्ध कराने के लिए अस्पतालों का पसंदीदा नेटवर्क बनाने का विकल्प होता है। जब इस समूह को बीमा कंपनी द्वारा अनुभव, उपयोग और सेवा प्रदान करने की लागत के आधार पर केवल कुछ चुनिंदा लोगों तक सीमित कर दिया जाता है, तो पसंदीदा प्रदाता नेटवर्क बनता है।

3. कैशलेस सेवा

कैशलेस सेवा बीमाधारक को अस्पतालों से बिना किसी भुगतान के आवरण की सीमा तक उपचार का लाभ उठाने में सक्षम बनाती है। बीमाधारक को केवल एक नेटवर्क अस्पताल से संपर्क करना होता है और बीमा के प्रमाण के रूप में अपना मेडिकल कार्ड प्रस्तुत करना होता है। बीमा कंपनी स्वास्थ्य सेवा तक कैशलेस पहुंच की सुविधा देती है और स्वीकार्य राशि के लिए सीधे नेटवर्क प्रदाता को भुगतान करती है। हालांकि, बीमाधारक को पॉलिसी की सीमा से अधिक राशि और पॉलिसी शर्तों के अनुसार देय नहीं होने वाले खर्चों के लिए भुगतान करना होता है।

4. तृतीय पक्ष प्रशासक (टीपीए)

स्वास्थ्य बीमा के क्षेत्र में एक प्रमुख प्रगति तृतीय पक्ष प्रशासक या टीपीए की शुरुआत है। दुनिया भर में कई बीमा कंपनियां स्वास्थ्य बीमा दावों के प्रबंधन के लिए स्वतंत्र संगठनों की सेवाओं का इस्तेमाल करती हैं। इन एजेंसियों को टीपीए के रूप में जाना जाता है। भारत में, स्वास्थ्य सेवाओं के प्रावधान के लिए बीमा कंपनी द्वारा टीपीए की सेवा ली जाती है, जिसमें अन्य बातों के अलावा ये चीजें शामिल हैं:

- i. पॉलिसीधारक को एक पहचान पत्र देना जो उसकी बीमा पॉलिसी का प्रमाण है और इसे अस्पताल में प्रवेश के लिए इस्तेमाल किया जा सकता है
- ii. नेटवर्क अस्पतालों में कैशलेस सेवा प्रदान करना
- iii. दावों पर कार्रवाई करना

टीपीए स्वास्थ्य बीमा के पॉलिसीधारकों को अस्पताल में प्रवेश के लिए विशेष पहचान पत्र जारी करने से लेकर कैशलेस आधार पर या प्रतिपूर्ति आधार पर दावों के निपटान तक की सेवा प्रदान करते हैं। तृतीय पक्ष प्रशासक अस्पतालों या स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के साथ एक समझौता ज्ञापन (एमओयू) करते हैं और यह सुनिश्चित करते हैं कि नेटवर्क अस्पतालों में इलाज कराने वाले किसी भी व्यक्ति को कैशलेस सेवा दी जाए। वे बीमा कंपनी(कंपनियों) और बीमाधारक(बीमाधारकों) के बीच मध्यस्थ का काम करते हैं; वे अस्पतालों के साथ समन्वय करके स्वास्थ्य बीमा दावों को अंतिम रूप देते हैं।

5. अस्पताल

अस्पताल का अर्थ है बीमारी और/या चोटों के अंतः-रोगी देखभाल और दे-केयर उपचार के लिए स्थापित कोई संस्था, जिसे स्थानीय प्राधिकरण के साथ अस्पताल के रूप में पंजीकृत किया गया है, जहां कहीं भी लागू हो; साथ ही, उसका एक पंजीकृत और योग्य चिकित्सक की देखरेख में होना और इन सभी न्यूनतम मानदंडों का पालन करना ज़रूरी है:

- a) इसके पास 10,00,000 से कम आबादी वाले शहरों में कम से कम 10 अंतःरोगी बिस्तर (इनपेशेंट बेड) और अन्य सभी जगहों पर 15 इनपेशेंट बेड होते हैं;
- b) चौबीसों घंटे अपने नियोजन के तहत योग्य नर्सिंग स्टाफ होते हैं;
- c) चौबीसों घंटे कार्यरत प्रभारी चिकित्सक होते हैं;
- d) इसका अपना एक पूरी तरह से सुसज्जित ऑपरेशन थियेटर होता है जहां सर्जिकल प्रक्रियाएं की पूरी जाती हैं;
- e) यह रोगियों का दैनिक रिकॉर्ड रखता है और इसे बीमा कंपनी के अधिकृत कर्मियों के इस्तेमाल के लिए सुलभ बनाता है।

6. चिकित्सक (मेडिकल प्रैक्टिशनर)

चिकित्सक (मेडिकल प्रैक्टिशनर) वह व्यक्ति होता है जिसके पास भारत के किसी भी राज्य की मेडिकल काउंसिल से या होम्योपैथी के लिए वैध पंजीकरण होता है; इस तरह वह अपने अधिकार

क्षेत्र में दवाओं का अभ्यास करने का हकदार होता है; साथ ही, वह अपने लाइसेंस के दायरे और अधिकार क्षेत्र के भीतर कार्य कर रहा होता है। हालांकि, बीमा कंपनियां यह प्रतिबंध लगाने के लिए स्वतंत्र हैं कि पंजीकृत चिकित्सक बीमाधारक या उसके परिवार का कोई करीबी सदस्य नहीं होना चाहिए। इससे यह सुनिश्चित किया जाता है कि रिश्तेदारों से या स्वयं या उनमें से किसी के मालिकाना हक वाले अस्पतालों से इलाज करके धोखाधड़ी वाले दावे दर्ज नहीं किए जाते हैं।

सुयोग्य (क्वालिफाइड) नर्स: सुयोग्य नर्स का अर्थ है वह व्यक्ति जिसके पास भारतीय नर्सिंग काउंसिल या भारत के किसी भी राज्य की नर्सिंग काउंसिल का वैध पंजीकरण हो।

7. उचित और आवश्यक खर्चे

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में हमेशा यह खंड होता है, क्योंकि पॉलिसी उन खर्चों के लिए मुआवजे का प्रावधान करती है जिन्हें किसी विशेष बीमारी के इलाज के लिए और एक विशेष भौगोलिक क्षेत्र में उचित समझा जाएगा।

8. दावे की सूचना

प्रत्येक बीमा पॉलिसी दावे की तत्काल सूचना देने और दस्तावेज प्रस्तुत करने के लिए निर्दिष्ट समयसीमा का प्रावधान करती है। स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में, जहां ग्राहक द्वारा कैशलेस सुविधा माँगी जाती है, वहां अस्पताल में भर्ती होने से पहले बीमा कंपनी को सूचित करना होता है। हालांकि, प्रतिपूर्ति दावों के मामले में दावा दस्तावेज प्रस्तुत करने की समय सीमा आम तौर पर अस्पताल से छुट्टी मिलने की तारीख से 15 दिन निर्धारित होती है।

9. मुफ्त स्वास्थ्य जांच

व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में, दावा मुक्त पॉलिसीधारक को किसी प्रकार का प्रोत्साहन देने के लिए आम तौर पर एक प्रावधान उपलब्ध होता है। कई पॉलिसियां चार निरंतर, दावा मुक्त पॉलिसी अवधि के अंत में स्वास्थ्य जांच की लागत की प्रतिपूर्ति प्रदान करती हैं।

10. संचयी बोनस

प्रत्येक दावा मुक्त वर्ष के लिए बीमा राशि पर संचयी बोनस दिया जाता है। इसका अर्थ यह है कि नवीनीकरण पर बीमा राशि एक निश्चित प्रतिशत, जैसे कि सालाना 5% तक बढ़ जाती है; दस दावा मुक्त नवीनीकरण के लिए अधिकतम 50% तक बढ़त की अनुमति होती है। इसके अलावा, अगर किसी विशेष वर्ष में दावा किया जाता है, तो अर्जित संचयी बोनस केवल उसी दर पर कम किया जा सकता है जिस पर यह अर्जित किया गया है।

उदाहरण

कोई व्यक्ति 5,000 रुपये के प्रीमियम पर 3 लाख रुपये की एक पॉलिसी लेता है। पहले वर्ष में कोई दावा न करने की स्थिति में, दूसरे वर्ष में उसे 5,000 रुपये के उसी प्रीमियम पर 3.15 लाख रुपये

(पिछले वर्ष की तुलना में 5% अधिक) की बीमा राशि मिलती है। दस वर्ष के दावा मुक्त नवीनीकरण पर यह बीमा राशि 4.5 लाख रुपये तक जा सकती है।

11. मैलस/बोनस

जिस प्रकार स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी को दावों से मुक्त रखने के लिए प्रोत्साहन दिया जाता है, उसी प्रकार इसके विपरीत स्थिति को मैलस कहा जाता है। यहां, अगर किसी पॉलिसी के तहत दावे बहुत अधिक हैं, तो नवीनीकरण पर मैलस या प्रीमियम की लोडिंग से की जाती है। हालांकि, समूह पॉलिसियों के मामले में, दावा अनुपात को उचित सीमा के भीतर बनाए रखने के लिए समग्र प्रीमियम को उपयुक्त रूप से लोड करके मैलस वसूल किया जाता है।

12. दावा न होने पर छूट (नो क्लेम डिस्काउंट)

कुछ उत्पाद बीमा राशि पर बोनस के बजाय प्रत्येक दावा मुक्त वर्ष के लिए प्रीमियम पर छूट देते हैं।

13. कमरे के किराये पर पाबंदियां

कुछ स्वास्थ्य योजनाएं उस कमरे की श्रेणी पर पाबंदियां लगाती हैं जिसे बीमित व्यक्ति बीमा राशि से जोड़कर चुनता है। इसलिए, अगर पॉलिसी में प्रति दिन के हिसाब से बीमा राशि के 1% के कमरे के किराये पर पाबंदी लगाई गई है, तो एक लाख की बीमा राशि वाला व्यक्ति 1,000 रुपये प्रति दिन के कमरे का हकदार होगा।

14. नवीकरणीयता खंड

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के नवीनीकरण पर आईआरडीए के दिशानिर्देश, धोखाधड़ी और गलतबयानी के आधार को छोड़कर, स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के आजीवन गारंटीकृत नवीनीकरण को अनिवार्य बनाता है। आईआरडीएआई स्वास्थ्य बीमा विनियम 2016 के प्रावधानों के अनुसार, एक बार स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी (व्यक्तिगत दुर्घटना और यात्रा बीमा पॉलिसियों को छोड़कर) के संबंध में कोई प्रस्ताव स्वीकार कर लिया जाता है और पॉलिसी जारी कर दी जाती है, जिसे बाद में बिना किसी रुकावट के समय-समय पर नवीनीकृत किया जाता है, तो आगे बीमित व्यक्ति की आयु के आधार पॉलिसी के नवीनीकरण से इनकार नहीं किया जाएगा। इस प्रकार, स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों को आजीवन नवीनीकृत किया जा सकता है।

15. रद्द करने का खंड

बीमा कंपनी किसी भी समय केवल गलतबयानी, धोखाधड़ी, और महत्वपूर्ण तथ्य का खुलासा न करने या बीमित व्यक्ति द्वारा असहयोग के आधार पर पॉलिसी को रद्द कर सकती है।

जब बीमा कंपनी द्वारा पॉलिसियों को रद्द किया जाता है, तो बीमा की असमाप्त अवधि के अनुसार प्रीमियम का अनुपात बीमाधारक को वापस कर दिया जाता है, बशर्ते पॉलिसी के तहत किसी दावे का भुगतान नहीं किया गया हो। यह आम तौर पर यथानुपात आधार पर होता है।

जब बीमित व्यक्ति द्वारा वार्षिक पॉलिसियों को रद्द किया जाता है, तो बीमा कंपनी आम तौर पर यथानुपात (प्रो-राटा) प्रीमियम के बजाय छोटी अवधि के पैमाने पर प्रीमियम वसूल करती है। यह बीमा कंपनियों के खिलाफ प्रतिकूल चयन को रोकेगा और बीमा कंपनी के शुरुआती खर्चों का ध्यान रखेगा।

16. नवीनीकरण के लिए अनुग्रह अवधि

जैसा कि अध्याय 4 में बताया गया है, अनुग्रह अवधि (बढ़ी हुई अवधि) का प्रावधान एक ऐसी पॉलिसी को अनुग्रह अवधि के दौरान चालू रखना संभव बनाता है जो अन्यथा प्रीमियम का भुगतान न करने के कारण समाप्त हो जाती।

अनुग्रह अवधि से संबंधित उपरोक्त अधिकांश प्रमुख खंड, परिभाषाओं, अपवर्जनों को आईआरडीएआई द्वारा जारी स्वास्थ्य बीमा विनियमों और स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण के दिशानिर्देशों के तहत मानकीकृत किया गया है; इन्हें समय-समय पर अद्यतन किया जाता है।

स्वमूल्यांकन 2

आईआरडीए के दिशानिर्देशों के अनुसार, व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के नवीनीकरण के लिए _____ की अनुग्रह अवधि की अनुमति है।

- I. पंद्रह दिन
- II. तेरह दिन
- III. पैंतालीस दिन
- IV. साठ दिन

स्वमूल्यांकन के उत्तर

उत्तर 1 — सही विकल्प II है।

उत्तर 2 — सही विकल्प II है।

अध्याय H-04

स्वास्थ्य बीमा का बीमालेखन

अध्याय का परिचय

इस अध्याय का उद्देश्य आपको स्वास्थ्य बीमा में जोखिम अंकन के बारे में विस्तृत जानकारी देना है। जोखिम अंकन किसी भी प्रकार के बीमा का एक बहुत ही महत्वपूर्ण पहलू है; यह बीमा पॉलिसी जारी करने में अहम भूमिका निभाता है। इस अध्याय में, आप जोखिम अंकन के बुनियादी सिद्धांतों, साधनों, तरीकों और प्रक्रिया के बारे में समझेंगे। इसमें आपको समूह स्वास्थ्य बीमा के जोखिम अंकन के बारे में भी जानकारी दी जाएगी।

अध्ययन के परिणाम

- A. बीमालेखन क्या है?
- B. बीमालेखन – बुनियादी अवधारणाएं
- C. आईआरडीएआई के अन्य स्वास्थ्य बीमा विनियम
- D. स्वास्थ्य बीमा की पोर्टेबिलिटी
- E. बीमालेखन के बुनियादी सिद्धांत और साधन
- F. बीमालेखन प्रक्रिया
- G. समूह स्तर पर स्वास्थ्य बीमा
- H. विदेश यात्रा बीमा का बीमालेखन
- I. व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा का बीमालेखन

इस अध्याय को पढ़ने के बाद, आप ये काम कर पाएंगे:

- a) बीमालेखन के मतलब को समझना
- b) बीमालेखन की बुनियादी अवधारणाओं का वर्णन करना
- c) बीमालेखकों द्वारा अपनाए जाने वाले सिद्धांतों और साधनों के बारे में समझना
- d) व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के बीमालेखन की प्रक्रिया का मूल्यांकन करना
- e) समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के बीमालेखन के तरीके को समझना

इस परिदृश्य को देखें

एक सॉफ्टवेयर इंजीनियर के रूप में कार्यरत 48 वर्ष के मनीष ने अपने लिए एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी लेने का फैसला किया। वह एक बीमा कंपनी के पास गया, जहां उन्होंने उसे एक प्रस्ताव प्रपत्र दिया, जिसमें उसे अपनी शारीरिक कद-काठी और सेहत, मानसिक स्वास्थ्य, पहले से मौजूद बीमारियों, उसके परिवार के स्वास्थ्य संबंधी इतिहास, आदतों आदि से संबंधित कई सवालों के जवाब देने थे।

अपना प्रस्ताव प्रपत्र मिलने पर, उसे पहचान और आयु प्रमाण, पते का प्रमाण और पिछले मेडिकल रिकॉर्ड जैसे कई अन्य दस्तावेज भी जमा करने थे। फिर उन्होंने उसे एक स्वास्थ्य जांच और कुछ चिकित्सा परीक्षण कराने के लिए कहा, जिससे वह निराश हो गया।

मनीष जो खुद को एक स्वस्थ व्यक्ति और अच्छी आयु स्तर वाला इंसान मानता था, सोचने लगा कि उसके मामले में बीमा कंपनी इतनी लंबी प्रक्रिया क्यों अपना रही है। इन सब से गुजरने के बाद भी बीमा कंपनी ने उसे बताया कि उसकी चिकित्सा जांच में उच्च कोलेस्ट्रॉल और उच्च रक्तचाप का पता चला था, जिससे बाद में दिल की बीमारियों की संभावना बढ़ गई थी। हालांकि, उन्होंने उसे एक पॉलिसी की पेशकश की, लेकिन प्रीमियम उसके दोस्त द्वारा किए जाने वाले भुगतान से बहुत अधिक था; इसलिए उसने पॉलिसी लेने से इनकार कर दिया।

इधर, बीमा कंपनी अपनी बीमालेखन प्रक्रिया के तहत इन सभी चरणों का पालन कर रही थी। जोखिम आवरण प्रदान करते समय, बीमा कंपनी को जोखिमों का ठीक से मूल्यांकन करने और उचित लाभ कमाने की आवश्यकता होती है। अगर जोखिम का ठीक से आकलन नहीं किया जाता है और फिर कोई दावा किया जाता है, तो इसका परिणाम नुकसान ही होगा। इसके अलावा, बीमा कंपनियां सभी बीमित व्यक्तियों की ओर से प्रीमियम इकट्ठा करती हैं और उसे इन पैसों को एक ट्रस्ट की तरह संभालना होता है।

A. बीमालेखन क्या है?

1. बीमालेखन (अंडरराइटिंग)

बीमा कंपनियां उन लोगों का बीमा करने का प्रयास करती हैं जिनसे यह अपेक्षा की जाती है कि वे बीमा पूल में लाए गए जोखिम के अनुपात में पर्याप्त प्रीमियम का भुगतान करें। प्रस्तावक से जानकारी इकट्ठा करने और उसका विश्लेषण करने की इस प्रक्रिया को बीमालेखन (अंडरराइटिंग) के रूप में जाना जाता है। इस प्रक्रिया के माध्यम से इकट्ठा की गई जानकारी के आधार पर, कंपनियां यह तय करती हैं कि वे प्रस्तावक का बीमा करना चाहती हैं या नहीं। अगर वे ऐसा करने का फैसला करती हैं, तो किस प्रीमियम पर, नियम और शर्तें क्या होंगी, ताकि इस तरह के जोखिम से उचित लाभ प्राप्त किया जा सके।

परिभाषा

बीमालेखन जोखिम का उचित तरीके से आकलन करने और उन शर्तों को तय करने की प्रक्रिया है जिन पर बीमा आवरण दिया जाना है। इस प्रकार, यह जोखिम के मूल्यांकन और जोखिम के मूल्य निर्धारण की एक प्रक्रिया है।

2. बीमालेखन की आवश्यकता

बीमालेखन एक बीमा कंपनी की रीढ़ है, क्योंकि लापरवाही से या अपर्याप्त प्रीमियम के साथ जोखिम को स्वीकार करने से बीमा कंपनी का दिवाला हो जाएगा। दूसरी ओर, बहुत अधिक चयन करना या सावधान रहना बीमा कंपनी को एक बड़ा पूल बनाने से रोकेगा, ताकि जोखिम को समान रूप से फैलाया जा सके। इसलिए, जोखिम और कारोबार के बीच सही संतुलन बनाना अहम है, ताकि यह संगठन के लिए प्रतिस्पर्धी होने के साथ-साथ लाभदायक भी हो।

संतुलन बनाने की यह प्रक्रिया संबंधित बीमा कंपनी के सिद्धांत, नीतियों और जोखिम की उठाने की क्षमता के अनुसार बीमालेखक द्वारा पूरी की जाती है। हालांकि, उम्र बढ़ने से बीमारी के साथ-साथ मृत्यु की संभावना भी बढ़ जाती है, यह याद रखना चाहिए कि बीमारी आम तौर पर मृत्यु से बहुत पहले आती है और बार-बार हो सकती है। इसलिए, यह बात काफी तर्कपूर्ण है कि मृत्यु आवरण की तुलना में स्वास्थ्य आवरण के लिए जोखिम अंकन के मानदंड और दिशानिर्देश बहुत सख्त हैं।

3. बीमालेखन - जोखिम का मूल्यांकन

स्वास्थ्य बीमा में, वित्तीय या आय आधारित बीमालेखन की तुलना में चिकित्सा या स्वास्थ्य से जुड़े निष्कर्षों पर अधिक ध्यान दिया जाता है। हालांकि, आय को नजरअंदाज नहीं किया जा सकता, क्योंकि एक बीमा योग्य हित होना चाहिए और किसी भी प्रतिकूल चयन को रोकने और स्वास्थ्य बीमा में निरंतरता बनाए रखने के लिए वित्तीय बीमालेखन महत्वपूर्ण है।

मधुमेह (डायबिटीज) से पीड़ित व्यक्ति में मृत्यु की तुलना में हृदय या गुर्दे की समस्या पैदा होने की अधिक संभावना होती है, जिसके लिए अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता होती है; बीमा आवरण के दौरान कई बार स्वास्थ्य संबंधी समस्याएं भी हो सकती हैं। जीवन बीमा के जोखिम अंकन संबंधी दिशानिर्देश ऐसे व्यक्ति को औसत जोखिम के रूप में आंक सकते हैं। हालांकि, चिकित्सा जोखिम अंकन के लिए, उसे उच्च जोखिम की श्रेणी में रखा जाएगा।

4. बीमारी की संभावना को प्रभावित करने वाले कारक

जोखिम का आकलन करते समय रुग्णता (बीमार पड़ने के जोखिम) को प्रभावित करने वाले इन कारकों पर सावधानी से विचार किया जाना चाहिए:

- a) **आयु/उम्र:** प्रीमियम उम्र और जोखिम की डिग्री के अनुरूप लिया जाता है। उदाहरण के लिए, संक्रमण और दुर्घटनाओं के अधिक जोखिम के कारण, युवा वयस्कों की तुलना में शिशुओं और बच्चों के लिए अधिक प्रीमियम लिया जाता है। इसी तरह, 45 वर्ष से अधिक आयु के वयस्कों के लिए, प्रीमियम अधिक होता है, क्योंकि व्यक्ति की मधुमेह, अचानक होने वाले हृदय रोग जैसी पुरानी बीमारी या ऐसी अन्य रुग्णता से पीड़ित होने की संभावना बहुत अधिक होती है।
- b) **लिंग:** बच्चे पैदा करने की अवधि के दौरान महिलाओं को बीमारी के अतिरिक्त जोखिम का सामना करना पड़ता है। हालांकि, महिलाओं की तुलना में पुरुषों के दिल के दौरों से प्रभावित होने या महिलाओं की तुलना में नौकरी से संबंधित दुर्घटनाओं का शिकार होने की संभावना अधिक होती है, क्योंकि वे खतरनाक रोजगार में अधिक शामिल हो सकते हैं।
- c) **आदतें:** किसी भी रूप में तंबाकू, शराब या नशीले पदार्थों के सेवन का रुग्णता जोखिम पर सीधा असर पड़ता है।
- d) **व्यवसाय/पेशा:** कुछ व्यवसायों में दुर्घटनाओं के लिए अतिरिक्त जोखिम संभव है, जैसे कि ड्राइवर, ब्लेस्टर, एविएटर आदि। इसी तरह, कुछ व्यवसायों में उच्च स्वास्थ्य जोखिम होते हैं, जैसे कि एक्स-रे मशीन ऑपरेटर, एस्बेस्टस उद्योग के कर्मी, खनन मजदूर आदि।
- e) **पारिवारिक इतिहास:** इसकी प्रासंगिकता अधिक है, क्योंकि आनुवंशिक कारक अस्थमा, मधुमेह और कुछ प्रकार के कैंसर जैसी बीमारियों को प्रभावित करते हैं। यह रुग्णता को प्रभावित करता है और जोखिम को स्वीकार करते समय इसे ध्यान में रखा जाना चाहिए।
- f) **कद-काठी:** कुछ समूहों में मोटे, पतले या औसत कद-काठी को भी रुग्णता से जोड़ा जा सकता है।
- g) **पिछली बीमारी या सर्जरी:** यह पता लगाया जाना चाहिए कि क्या पिछली बीमारी से शारीरिक कमजोरी बढ़ने या फिर इसके दोबारा होने की कोई संभावना है; इसी के

अनुसार पॉलिसी की शर्तों पर फैसला लिया जाना चाहिए। उदाहरण के लिए, गुर्दे की पथरी बार-बार होने की संभावना रहती है; इसी तरह, एक आंख में मोतियाबिंद होने से दूसरी आंख में मोतियाबिंद होने की संभावना बढ़ जाती है।

h) **मौजूदा स्वास्थ्य स्थिति और अन्य कारक या शिकायतें:** जोखिम और बीमा योग्यता की डिग्री का पता लगाने के लिए यह महत्वपूर्ण है; उचित प्रकटीकरण और चिकित्सा परीक्षा से इसका पता लगाया जा सकता है।

i) **पर्यावरण और निवास स्थान:** इनका भी रुग्णता दरों पर असर पड़ता है।

स्वास्थ्य बीमा में नैतिक जोखिम को समझना

जहां उम्र, लिंग, आदतें आदि जैसे कारक स्वास्थ्य जोखिम के भौतिक खतरे को दर्शाते हैं, वहीं कुछ और कारक भी हैं जिन पर बारीकी से नजर रखने की ज़रूरत है। यह ग्राहक का नैतिक जोखिम है, जो बीमा कंपनी के लिए बहुत महंगा साबित हो सकता है।

खराब नैतिक खतरे का एक चरम उदाहरण यह जानते हुए भी स्वास्थ्य बीमा लेने वाले बीमाधारक का है कि उसे कुछ समय के भीतर सर्जिकल ऑपरेशन कराना होगा, लेकिन वह बीमा कंपनी को इसका खुलासा नहीं करता है। इस प्रकार, यहां जानबूझकर केवल दावा प्राप्त करने के लिए बीमा लेने का एक इरादा है।

स्वमूल्यांकन 1

जोखिम अंकन _____ की एक प्रक्रिया है।

- I. बीमा उत्पादों की बिक्री
- II. ग्राहकों से प्रीमियम इकट्ठा करने
- III. जोखिम का मूल्यांकन और जोखिम का मूल्य निर्धारण
- IV. विभिन्न बीमा उत्पादों की बिक्री

B. बीमालेखन – बुनियादी अवधारणाएं

1. जोखिम अंकन का उद्देश्य

जोखिम अंकन के दो मुख्य उद्देश्य हैं।

- i. प्रतिकूल चयन अर्थात् बीमा कंपनी के विरुद्ध चयन को रोकना
- ii. जोखिमों को वर्गीकृत करना और जोखिमों के बीच समानता पक्की करना

परिभाषा

जोखिम का मूल्यांकन शब्द स्वास्थ्य बीमा के प्रत्येक प्रस्ताव का मूल्यांकन करने की प्रक्रिया को दर्शाता है, जो जोखिम की डिग्री के संदर्भ में किया जाता है; फिर यह तय किया जाता है कि बीमा देना है या नहीं और किन शर्तों पर।

प्रतिकूल चयन (एंटी-सलेक्शन) उन लोगों की प्रवृत्ति है जो यह अपेक्षा करते या जानते हैं कि उनके नुकसान का सामना करने की संभावना अधिक है, वे उत्सुकता से बीमा की तलाश करते हैं और इस प्रक्रिया में लाभ प्राप्त करना चाहते हैं।

उदाहरण

अगर बीमा कंपनियां इस बारे में चुनकर फैसला न करें कि वे किसको और कैसे बीमा की पेशकश करती हैं, तो यह संभावना है कि मधुमेह, उच्च रक्तचाप, हृदय की समस्याओं या कैंसर जैसी गंभीर बीमारियों से पीड़ित लोग, जो जानते थे कि उन्हें जल्द ही अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता होगी, स्वास्थ्य बीमा खरीदने की कोशिश करेंगे। इससे बीमा कंपनी को नुकसान होगा। दूसरे शब्दों में, अगर कोई बीमा कंपनी जोखिम का ठीक से आकलन नहीं करती है, तो उसका प्रतिकूल चयन किया जाएगा और इस प्रक्रिया में उसे नुकसान उठाना पड़ेगा।

2. जोखिमों के बीच समानता

आइए, अब जोखिमों के बीच समानता (इक्विटी) पर विचार करें। "इक्विटी" का अर्थ है कि समान प्रकार और जोखिम की डिग्री के दायरे में आने वाले आवेदकों को समान प्रीमियम की श्रेणी में रखा जाएगा। प्रीमियम का निर्धारण करने के लिए बीमा कंपनी कुछ प्रकार का मानकीकरण करना चाहेगी। बीमालेखक के पास आने वाले प्रस्तावों को इन जोखिम प्रकारों में बाँटा जाता है:

i. मानक जोखिम

ये ऐसे लोग हैं जिनकी अपेक्षित रुग्णता (बीमार पड़ने की संभावना) औसत है।

ii. पसंदीदा जोखिम

कुछ मामलों में, अपेक्षित रुग्णता औसत से काफी कम होती है; इसलिए वे पसंदीदा जोखिम कहलाते हैं। इनसे कम प्रीमियम लिया जा सकता है।

iii. अवमानक जोखिम

कुछ अन्य मामलों में, अपेक्षित रुग्णता औसत से अधिक हो सकती है। हालांकि, ये जोखिम बीमा योग्य भी हो सकते हैं, बीमा कंपनियां कुछ शर्तों और पाबंदियों के साथ उच्च प्रीमियम वसूल कर सकती हैं और/या उन्हें स्वीकार कर सकती हैं।

iv. अस्वीकृत जोखिम

कुछ लोग ऐसे होते हैं जिनकी कुछ चिकित्सीय या अन्य समस्याएं होती हैं, जो उन्हें बीमारियों और दावे के लिए अत्यधिक संवेदनशील बनाती हैं। इस बात की बहुत अधिक संभावना रहती है कि ऐसे व्यक्ति बीमार पड़ जाते हैं और सामान्य पूल पर गैर-आनुपातिक स्तर की देयता का कारण बनते हैं। दूसरे शब्दों में, जहां पूल में अन्य लोगों के बीमार पड़ने की औसत या कम औसत संभावना होती है, इन व्यक्तियों के बीमार पड़ने की बहुत अधिक संभावना होती है, जिससे प्रीमियम की उच्च दरों पर भी उनका बीमा करना मुश्किल हो जाता है। [कभी-कभी, ऐसे व्यक्ति नैतिक जोखिम पैदा कर सकते हैं, जब वे बीमार पड़ने की अपनी उच्च संभावना

को प्रकट नहीं करते हैं और अन्य सामान्य लोगों की तरह बीमा कराने का प्रयास करते हैं।] अधिकांश बीमा कंपनियां ऐसे जोखिमों को अस्वीकार करती हैं और भविष्य में इस्तेमाल के लिए ऐसे लोगों का डेटाबेस बनाती हैं।

'अस्वीकृत जोखिम' होने का अर्थ सिर्फ यह है कि एक विशेष बीमा कंपनी उस विशेष समय पर उस प्रकार के बीमा उत्पाद के लिए व्यक्ति का बीमा नहीं करना चाहती है। हालांकि, यह संभव है कि कोई अन्य बीमा कंपनी अलग प्रीमियम पर और/या अलग शर्तों के साथ उसका बीमा कर सकती है। वही बीमा कंपनी उस पर किसी अन्य प्रकार की पॉलिसी के लिए या यहां तक कि उसी पॉलिसी के लिए बाद की तारीख में, शर्तें बदल जाने पर, उस पर विचार कर सकती हैं।

3. बीमालेखन प्रक्रिया

जोखिम अंकन प्रक्रिया दो स्तरों पर होती है:

- ✓ प्राथमिक या फील्ड स्तर पर या
- ✓ जोखिम अंकन विभाग स्तर पर

a) प्राथमिक बीमालेखन

प्राथमिक बीमालेखन (या फील्ड स्तर के जोखिम अंकन) में यह तय करने के लिए एजेंट या कंपनी के प्रतिनिधि द्वारा जानकारी इकट्ठा करना शामिल है कि क्या आवेदक बीमा आवरणों को देने के लिए उपयुक्त है। एजेंट प्राथमिक जोखिम अंकन की यह महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। वह इस बात को जानने की सबसे अच्छी स्थिति में होता है कि संभावित ग्राहक बीमा योग्य है या नहीं।

कुछ बीमा कंपनियों को प्रस्तावक के संबंध में विशेष जानकारी, राय और सिफारिशों के साथ एक स्टेटमेंट या गोपनीय रिपोर्ट देने के लिए एजेंटों की आवश्यकता होती है।

इसी प्रकार की रिपोर्ट, जिसे **नैतिक जोखिम रिपोर्ट** कहा जाता है, बीमा कंपनी के किसी अधिकारी से भी मांगी जा सकती है। ऐसी रिपोर्ट आम तौर पर स्वास्थ्य बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के पेशे, आय और वित्तीय स्थिति और प्रतिष्ठा को आवरित करती है।

4. एजेंट की धोखाधड़ी की निगरानी वाली भूमिका

बीमा के लिए जोखिम के चयन के संबंध में निर्णय प्रस्तावक द्वारा प्रस्ताव प्रपत्र में ज़ाहिर किए गए तथ्यों पर निर्भर करता है। कार्यालय में बैठे बीमालेखक के लिए यह जानना मुश्किल होगा कि क्या ये तथ्य सही हैं या बीमा कंपनी को धोखा देने के इरादे से कपटपूर्वक गलतबयानी से प्रस्तुत किए गए हैं।

प्राथमिक बीमालेखक के रूप में एजेंट यहां एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। चूंकि एजेंट का प्रस्तावक के साथ सीधा व्यक्तिगत संपर्क होता है, वह इस बात का पता लगाने के लिए सबसे

अच्छी स्थिति में होता है कि क्या प्रस्तुत की गई जानकारी सही है और क्या कोई जानबूझकर गैर-प्रकटीकरण या गलत बयानी तो नहीं की गई है।

a) बीमालेखन विभाग की भूमिका

बीमा कंपनी के कार्यालय में जोखिम अंकन विभाग बीमालेखन की प्रमुख भूमिका निभाता है। यहां, ऐसे विशेषज्ञ जो इस तरह के काम में कुशल हैं, विशेष जोखिम से जुड़े सभी प्रासंगिक डेटा पर और यहां तक कि कुछ जनसांख्यिकीय डेटा पर विचार और विश्लेषण करते हैं। अंत में, वे यह तय करते हैं कि बीमा के प्रस्ताव को स्वीकार करना है या नहीं, शर्तें क्या होंगी और उचित प्रीमियम कितना होगा।

C. आईआरडीएआई के अन्य स्वास्थ्य बीमा विनियम

बीमाधारक के लाभ के लिए नियामक ने नीचे दिए गए कुछ बदलाव भी किए हैं।

- a. बीमित व्यक्ति को प्रीमियम के अतिरिक्त ली गई जोखिम अंकन संबंधी किसी भी प्रभार के बारे में सूचित किया जाएगा और पॉलिसी जारी करने से पहले ऐसे लोडिंग के लिए पॉलिसीधारक की विशेष सहमति प्राप्त करनी होगी।
- b. अगर बीमा कंपनी को किसी और जानकारी की आवश्यकता होती है, जैसे कि किसी पॉलिसी के बाद के चरण में या उसके नवीनीकरण के समय पेशे में बदलाव, तो बीमाधारक को निर्धारित मानक प्रपत्र भरना होगा जो पॉलिसी दस्तावेज का हिस्सा बनेगा।
- c. बीमा कंपनियां एक ही बीमा कंपनी के साथ पॉलिसीधारकों को शीघ्र प्रवेश, निरंतर नवीनीकरण, अनुकूल दावों के अनुभव आदि के संबंध में इनाम देने के लिए विभिन्न प्रणालियां लेकर आई हैं; वे प्रॉस्पेक्टस और पॉलिसी दस्तावेज में इस तरह की प्रणाली या प्रोत्साहन का खुलासा करती हैं।

D. स्वास्थ्य बीमा की पोर्टेबिलिटी

पोर्टेबिलिटी को आईआरडीएआई ने व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा के पॉलिसीधारकों (पारिवारिक आवरण के तहत सभी सदस्यों सहित) के लिए, पहले से मौजूद बीमारियों और समयबद्ध अपवर्जनों के लिए प्राप्त क्रेडिट को एक बीमा कंपनी से दूसरी बीमा कंपनी को या एक ही बीमा कंपनी के एक प्लान से दूसरे प्लान में अंतरित करने के अधिकार के रूप में परिभाषित किया है, बशर्ते पिछली पॉलिसी को बिना किसी रुकावट के चालू रखा गया हो।

पोर्टेबिलिटी वह प्रावधान है जिसके द्वारा बीमाधारक एक समयावधि में अर्जित सभी लाभों को अपने साथ लेकर एक बीमा कंपनी से दूसरी बीमा कंपनी के पास जा सकता है। छात्र स्वास्थ्य बीमा कारोबार में उत्पाद की फाइलिंग पर आईआरडीएआई के समेकित दिशानिर्देश, दिनांक 22 जुलाई, 2020 को पढ़ सकते हैं, जिसमें पोर्टेबिलिटी सहित कई प्रथाओं के मानकीकरण के लिए मानदंड निर्धारित किए गए हैं।

आईआरडीएआई ने यह अनिवार्य किया है कि परिवार फ्लोटर पॉलिसियों सहित साधारण बीमा कंपनियों और स्वास्थ्य बीमा कंपनियों द्वारा जारी सभी व्यक्तिगत क्षतिपूर्ति स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के तहत पोर्टेबिलिटी की अनुमति दी जाएगी।

हालांकि, नवीनीकरण के समय ही पोर्टिंग की जा सकती है। प्रतीक्षा अवधि क्रेडिट के अलावा, प्रीमियम सहित नई पॉलिसी की अन्य शर्तें नई बीमा कंपनी द्वारा तय की जाएंगी। प्रक्रियात्मक रूप से, बीमाधारक को नवीनीकरण से कम से कम 45 दिन पहले पुरानी बीमा कंपनी के पास पोर्टिंग के लिए अनुरोध करना चाहिए, यह बताते हुए कि पॉलिसी को किस कंपनी में पोर्ट किया जाना है। पॉलिसी को बिना किसी रुकावट के नवीनीकृत किया जाएगा (अगर पोर्टिंग की प्रक्रिया जारी है, तो 30 दिन की अनुग्रह अवधि होती है)। आईआरडीए ने एक वेब-आधारित सुविधा बनाई है जहां पास बीमा कंपनियों द्वारा व्यक्तियों को जारी की गई सभी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों का डेटा रहता है, ताकि नई बीमा कंपनी को पोर्टिंग करने वाले पॉलिसीधारक के स्वास्थ्य बीमा इतिहास के बारे में एक सहज तरीके से डेटा एक्सेस करने और प्राप्त करने में सक्षम बनाया जा सके।

E. स्वास्थ्य बीमा का माइग्रेशन

माइग्रेशन को आईआरडीएआई द्वारा स्वास्थ्य बीमा के पॉलिसीधारकों (पारिवारिक आवरण के तहत सभी सदस्यों और समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के सदस्यों सहित) के लिए पहले से मौजूद बीमारियों और समयबद्ध अपवर्जन के लिए प्राप्त क्रेडिट को उसी बीमा कंपनी के पास अंतरित करने के अधिकार के रूप में परिभाषित किया गया है।

स्वास्थ्य बीमा कारोबार में उत्पाद फाइल करने से जुड़े आईआरडीएआई के समेकित दिशानिर्देश, दिनांक 22 जुलाई, 2020 में स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के माइग्रेशन संबंधी दिशानिर्देशों को संशोधित किया गया है। इसमें यह प्रावधान है कि क्षतिपूर्ति आधारित व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के तहत आवरित किए गए प्रत्येक व्यक्तिगत पॉलिसीधारक (फैमिली फ्लोटर पॉलिसी के तहत सदस्यों सहित) को पॉलिसीधारक द्वारा इस्तेमाल किए जाने वाले स्पष्ट विकल्प पर माइग्रेशन का एक विकल्प दिया जाएगा। समूह पॉलिसियों से व्यक्तिगत पॉलिसी में माइग्रेशन जोखिम अंकन के अधीन होगा।

अपनी पॉलिसी को अंतरित करने के इच्छुक पॉलिसीधारक को अपनी मौजूदा पॉलिसी की प्रीमियम नवीनीकरण तिथि से कम से कम 30 दिन पहले परिवार के सभी सदस्यों, यदि कोई हो, के साथ पॉलिसी माइग्रेट करने के लिए बीमा कंपनी के पास आवेदन करने की अनुमति दी जाएगी। हालांकि, अगर बीमा कंपनी 30 दिन से कम की अवधि पर भी विचार करने को तैयार है, तो बीमा कंपनी ऐसा कर सकती है। बीमा कंपनियां विशेष रूप से माइग्रेशन के लिए कोई शुल्क नहीं लेंगी।

F. बीमा के बुनियादी सिद्धांत और जोखिम अंकन के साधन

1. बीमालेखन के लिए प्रासंगिक बुनियादी सिद्धांत

बीमा के किसी भी रूप में, चाहे वह जीवन बीमा हो या साधारण बीमा, कुछ कानूनी सिद्धांत होते हैं जो जोखिमों की स्वीकृति के साथ काम करते हैं। स्वास्थ्य बीमा समान रूप से इन सिद्धांतों द्वारा नियंत्रित होता है; सिद्धांतों के किसी भी उल्लंघन के परिणाम स्वरूप बीमा कंपनी देयता से बचने का निर्णय ले सकती है। (इन सिद्धांतों पर सामान्य अध्यायों में चर्चा की गई है।)

2. बीमालेखन के लिए साधन

ये बीमालेखक (अंडरराइटर) के लिए सूचना के स्रोत हैं; इनके आधार पर ही जोखिम का वर्गीकरण किया जाता है और अंतिम रूप से प्रीमियम पर निर्णय लिया जाता है। जोखिम अंकन के लिए प्रमुख साधन इस प्रकार हैं:

a) प्रस्ताव प्रपत्र

यह दस्तावेज अनुबंध का आधार है, जहां प्रस्तावक के स्वास्थ्य और व्यक्तिगत जानकारी (यानी उम्र, पेशा, कद-काठी, आदतें, स्वास्थ्य स्थिति, आय, प्रीमियम भुगतान विवरण आदि) से संबंधित सभी महत्वपूर्ण जानकारी इकट्ठा की जाती है। बीमित व्यक्ति द्वारा किसी भी प्रकार की जानकारी का उल्लंघन या छुपाया जाना पॉलिसी को अमान्य कर देगा। (इस बारे में सामान्य अध्यायों में चर्चा की गई है।)

b) आयु प्रमाण

प्रीमियम का निर्धारण बीमित व्यक्ति की आयु के आधार पर किया जाता है। इसलिए, यह अनिवार्य है कि नामांकन के समय प्रकट की गई आयु का सत्यापन आयु प्रमाण प्रस्तुत करके किया जाए।

उदाहरण

भारत में, ऐसे कई दस्तावेज हैं जिन्हें आयु प्रमाण माना जा सकता है, लेकिन वे सभी कानूनी रूप से स्वीकार्य नहीं हैं। अधिकतर वैध दस्तावेजों को दो व्यापक श्रेणियों में बांटा गया है। वे इस प्रकार हैं:

- मानक आयु प्रमाण: इनमें से कुछ में स्कूल प्रमाणपत्र, पासपोर्ट, आवासीय प्रमाणपत्र, पैन कार्ड आदि शामिल हैं।
- अवमानक आयु प्रमाण: इनमें से कुछ में राशन कार्ड, मतदाता पहचान पत्र, बुजुर्ग की घोषणा, ग्राम पंचायत प्रमाणपत्र आदि शामिल हैं।

वित्तीय दस्तावेज

प्रस्तावक की वित्तीय स्थिति को जानना लाभ उत्पादों के लिए और नैतिक खतरे को कम करने के लिए विशेष रूप से प्रासंगिक है। हालांकि, आम तौर पर वित्तीय दस्तावेज केवल इन मामलों में मांगे जाते हैं:

- a) व्यक्तिगत दुर्घटना आवरण या
- b) उच्च बीमा राशि आवरण या
- c) जब मांगे गए आवरण की तुलना में बताई गई आय और पेशे में कोई तालमेल न हो।

c) चिकित्सा रिपोर्ट

चिकित्सा रिपोर्ट (मेडिकल रिपोर्ट) की आवश्यकता बीमा कंपनी के मानकों पर आधारित होती है; यह आम तौर पर बीमित व्यक्ति की आयु और कभी-कभी चुने गए आवरण की राशि पर निर्भर करती है। प्रस्ताव फॉर्म के कुछ जवाबों में कुछ ऐसी जानकारी भी हो सकती है जिसके कारण चिकित्सा रिपोर्ट मांगी जाती है।

d) बिक्री कर्मियों की रिपोर्ट

बिक्री कर्मियों (सेल्स पर्सन) को कंपनी के लिए जमीनी स्तर के बीमालेखक (अंडरराइटर) के रूप में भी देखा जा सकता है; उनके द्वारा अपनी रिपोर्ट में दी गई जानकारी एक महत्वपूर्ण विचार हो सकती है। हालांकि, बिक्री कर्मियों को अधिक कारोबार देने के लिए प्रोत्साहन मिलता है, इसलिए हितों का टकराव संभव है, जिस पर ध्यान दिया जाना चाहिए।

स्वमूल्यांकन 2

जोखिम अंकन में परम सद्भाव का सिद्धांत का पालन करना _____ के लिए जरूरी है।

- I. बीमा कंपनी
- II. बीमाधारक
- III. बीमा कंपनी और बीमाधारक, दोनों
- IV. चिकित्सा परीक्षक

स्वमूल्यांकन 3

बीमा योग्य हित का अर्थ है _____।

- I. बीमा के लिए प्रस्तावित संपत्ति में व्यक्ति का वित्तीय हित
- II. वह संपत्ति जो पहले से बीमित है
- III. नुकसान में प्रत्येक बीमा कंपनी का हिस्सा, जब एक से अधिक बीमा कंपनी एक ही नुकसान को आवरित करती हो
- IV. नुकसान की रकम जिसे बीमा कंपनी से वसूल किया जा सकता है

G. बीमालेखन प्रक्रिया

आवश्यक जानकारी प्राप्त होने के बाद, बीमालेखक पॉलिसी की शर्तें तय करता है। स्वास्थ्य बीमा कारोबार के जोखिम अंकन के लिए इस्तेमाल किए जाने वाले सामान्य प्रपत्र नीचे दिए गए हैं:

1. चिकित्सा बीमालेखन (मेडिकल अंडरराइटिंग)

चिकित्सा बीमालेखन (मेडिकल अंडरराइटिंग) एक ऐसी प्रक्रिया है जिसमें स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए आवेदन करने वाले व्यक्ति की स्वास्थ्य स्थिति का निर्धारण करने के लिए प्रस्तावक से मेडिकल रिपोर्ट मांगी जाती है। बीमा कंपनियां इकट्ठा की गई स्वास्थ्य संबंधी जानकारी का मूल्यांकन यह निर्धारित करने के लिए करती हैं कि क्या अवरणों की पेशकश की जानी चाहिए, अगर हाँ, तो किस सीमा तक और किन शर्तों एवं अपवर्जनों पर। इस प्रकार, मेडिकल बीमालेखन जोखिम की स्वीकृति या अस्वीकृति और आवरण की शर्तों को भी निर्धारित कर सकती है।

उदाहरण

उच्च रक्तचाप, अधिक वजन/मोटापा और बढ़ा हुआ शर्करा स्तर जैसी चिकित्सा समस्याओं में हृदय, गुर्दे और तंत्रिका तंत्र के रोगों के लिए भविष्य में अस्पताल में भर्ती होने की उच्च संभावना रहती है। इसलिए, चिकित्सा जोखिम अंकन के लिए जोखिम का आकलन करते समय इन शर्तों पर सावधानीपूर्वक विचार किया जाना चाहिए।

चिकित्सा जोखिम अंकन संबंधी दिशानिर्देशों के अनुसार, प्रस्तावक की स्वास्थ्य स्थिति के बारे में उसके पारिवारिक चिकित्सक की हस्ताक्षरित घोषणा भी माँगी जा सकती है।

पहली बार शामिल होने वाले, 45-50 वर्ष से अधिक आयु के व्यक्तियों को स्वास्थ्य जोखिम प्रोफाइल का आकलन करने और उनकी मौजूदा स्वास्थ्य स्थिति के बारे में जानकारी प्राप्त करने के लिए आम तौर पर निर्दिष्ट रोग संबंधी जांच से गुजरना पड़ता है। इस तरह की जांच पहले से मौजूद किसी भी चिकित्सा समस्याओं या बीमारियों के प्रसार का संकेत भी देती है।

2. गैर-चिकित्सा बीमालेखन

स्वास्थ्य बीमा के लिए आवेदन करने वाले अधिकांश प्रस्तावकों को चिकित्सा जांच की आवश्यकता नहीं होती है।

अगर प्रस्तावक ने सभी भौतिक तथ्यों को पूरी तरह से और सच्चाई से जाहिर किया था और एजेंट ने सावधानीपूर्वक जांच की थी, तब भी चिकित्सा जांच की आवश्यकता बहुत कम हो सकती है।

उदाहरण

अगर किसी व्यक्ति को चिकित्सा परीक्षाओं, प्रतीक्षा अवधि और प्रोसेसिंग में देरी की लंबी प्रक्रिया से गुजरे बिना जल्दी से स्वास्थ्य बीमा आवरण लेना है, तो वह एक गैर-चिकित्सा जोखिम अंकन पॉलिसी का विकल्प चुन सकता है। गैर-चिकित्सीय जोखिम अंकन पॉलिसी में, प्रीमियम दरों और बीमा राशि का निर्धारण आम तौर पर उम्र, लिंग, धूम्रपान की श्रेणी, कद-काठी आदि पर आधारित कुछ स्वास्थ्य संबंधी सवालों के जवाब के आधार पर किया जाता है। प्रक्रिया तेज होती है, लेकिन प्रीमियम अपेक्षाकृत अधिक हो सकता है।

3. संख्यात्मक दर निर्धारण विधि

यह जोखिम अंकन में अपनाई जाने वाली एक ऐसी प्रक्रिया है जिसमें जोखिम के प्रत्येक घटक पर संख्यात्मक या प्रतिशत मूल्यांकन किया जाता है।

आयु, लिंग, जाति, व्यवसाय, निवास, पर्यावरण, कद-काठी, आदतों, परिवार और व्यक्तिगत इतिहास जैसे कारकों की जांच की जाती है और पूर्व-निर्धारित मानदंड के आधार पर संख्यात्मक रूप से स्कोर दिया जाता है।

4. बीमालेखन संबंधी निर्णय

बीमालेखन प्रक्रिया तब पूरी होती है जब प्राप्त जानकारी का सावधानीपूर्वक मूल्यांकन किया जाता है और उपयुक्त जोखिम श्रेणियों में वर्गीकृत किया जाता है। उपरोक्त साधनों और उनके निर्णय के आधार पर, बीमालेखक जोखिम को इन श्रेणियों में वर्गीकृत करता है:

- a) मानक दरों पर जोखिम को स्वीकार करना
- b) एक अतिरिक्त प्रीमियम (लोडिंग) पर जोखिम स्वीकार करना, हालांकि हो सकता है सभी कंपनियों में यह तरीका न अपनाया जाए
- c) एक निर्धारित अवधि के लिए आवरण को स्थगित करना
- d) आवरण को अस्वीकार करना
- e) काउंटर ऑफ़र (आवरण के किसी हिस्से पर पाबंदी लगाना या अस्वीकार करना)
- f) उच्च कटौती या सह-भुगतान लागू करना
- g) पॉलिसी के तहत स्थायी अपवर्जन लागू करना

अगर किसी बीमारी को स्थायी रूप से बाहर रखा गया है, तो उसे पॉलिसी प्रमाणपत्र पर पृष्ठांकित किया जाता है। यह मानक पॉलिसी अपवर्जन के अलावा एक अतिरिक्त अपवर्जन बन जाता है और अनुबंध का हिस्सा बनेगा।

5. सामान्य या मानक अपवर्जनों का इस्तेमाल

अधिकांश पॉलिसियों में अपवर्जन लागू किया जाता है, जो उनके सभी सदस्यों पर लागू होती हैं। इन्हें मानक अपवर्जन के रूप में जाना जाता है या कभी-कभी सामान्य अपवर्जन भी कहा जाता है। बीमा कंपनियां मानक अपवर्जन लागू करके अपने जोखिम को सीमित करती हैं। इन बातों पर पहले के एक अध्याय में चर्चा की जा चुकी है।

6. क्षेत्रवार प्रीमियम

आम तौर पर, प्रीमियम बीमित व्यक्ति की उम्र और चुनी गई बीमा राशि पर निर्भर करेगा। प्रीमियम के अंतर को दिल्ली और मुंबई जैसे कुछ क्षेत्रों में उच्च दावा लागत के साथ पेश किया गया है, जो कुछ बीमा कंपनियों के कुछ उत्पादों के लिए उच्चतम प्रीमियम क्षेत्र का हिस्सा हैं। उदाहरण के लिए, इंदौर या जम्मू जैसे शहर में समान आयु वर्ग की समान पॉलिसी की तुलना में महानगरों और

‘ए श्रेणी’ के शहरों में 55-65 वर्ष के आयु वर्ग की व्यक्तिगत पॉलिसी का उच्च दर पर मूल्यांकन किया जाएगा।

स्वमूल्यांकन 4

चिकित्सकीय बीमालेखन के बारे में इनमें से कौन सा कथन गलत है?

- I. इसमें चिकित्सा रिपोर्ट प्राप्त करने और मूल्यांकन करने की उच्च लागत शामिल है।
- II. स्वास्थ्य बीमा के लिए चिकित्सकीय जोखिम अंकन में मौजूदा स्वास्थ्य स्थिति और आयु प्रमुख कारक हैं।
- III. प्रस्तावकों को अपने स्वास्थ्य जोखिम प्रोफाइल का आकलन करने के लिए चिकित्सा और रोग संबंधी (पैथोलोजिकल) जांच से गुजरना पड़ता है।
- IV. जोखिम के प्रत्येक घटक पर प्रतिशत मूल्यांकन किया जाता है।

H. समूह स्तर पर स्वास्थ्य बीमा

स्वास्थ्य बीमा के किसी समूह को स्वीकार करते समय, बीमा कंपनियां समूह में कुछ सदस्यों की मौजूदगी की संभावना को ध्यान में रखती हैं, जिन्हें गंभीर और लगातार स्वास्थ्य समस्याएं हो सकती हैं।

1. समूह स्वास्थ्य बीमा

समूह स्वास्थ्य बीमा के जोखिम अंकन के लिए समूह की विशेषताओं का विश्लेषण करने की आवश्यकता होती है, ताकि यह मूल्यांकन किया जा सके कि क्या यह बीमा कंपनी के जोखिम अंकन संबंधी दिशानिर्देशों के साथ-साथ बीमा नियामकों द्वारा समूह बीमा के लिए निर्धारित दिशानिर्देशों के तहत आता है।

समूह स्वास्थ्य बीमा के लिए मानक जोखिम अंकन प्रक्रिया में इन कारकों पर प्रस्तावित समूह के मूल्यांकन की आवश्यकता होती है:

- a) समूह का प्रकार
- b) समूह का आकार
- c) उद्योग का प्रकार
- d) आवरण लेने के लिए योग्य व्यक्ति
- e) क्या पूरे समूह को आवरित किया जा रहा है या सदस्यों के पास ऑप्ट आउट करने (शामिल नहीं होने) का विकल्प है
- f) आवरण का स्तर —सभी के लिए एक समान हो या अलग-अलग

- g) लिंग, आयु, एक या एकाधिक स्थानों, समूह के सदस्यों के आय के स्तर, कर्मचारी टर्नओवर दर के संदर्भ में समूह का ढांचा; क्या प्रीमियम समूह के मालिक ने पूरी तरह से प्रीमियम भुगतान किया है या प्रीमियम भुगतान में सदस्यों के भाग लेने की आवश्यकता है
- h) विभिन्न भौगोलिक स्थानों में फैले कई स्थानों के मामले में सभी क्षेत्रों की स्वास्थ्य सेवा लागत में अंतर
- i) किसी तृतीय पक्ष प्रशासक (उसकी पसंद के या बीमा कंपनी द्वारा चुने गए) या स्वयं बीमा कंपनी द्वारा समूह बीमा के प्रबंधन के लिए समूह के मालिक की पसंद
- j) प्रस्तावित समूह के पिछले दावों का अनुभव

उदाहरण

खानों या कारखानों में काम करने वाले सदस्यों के समूह को वातानुकूलित कार्यालयों में काम करने वाले सदस्यों के समूह की तुलना में अधिक स्वास्थ्य जोखिम होता है। साथ ही, रोगों की प्रकृति (जिससे दावा किया जाता है) भी दोनों समूहों के लिए काफी भिन्न होने की संभावना रहती है। इसलिए, बीमा कंपनी दोनों मामलों में समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी की कीमत तदनुसार तय करेगी।

इसी तरह, आईटी कंपनियों जैसे उच्च टर्नओवर वाले समूहों के मामले में प्रतिकूल चयन से बचने के लिए, बीमा कंपनियां एहतियाती मानदंड पेश कर सकती हैं, जिसमें कर्मचारियों को बीमा के योग्य बनने से पहले उनकी परिवीक्षा अवधि पूरी करने की आवश्यकता होती है।

2. नियोक्ता-कर्मचारी समूहों के अलावा अन्य का जोखिम अंकन

नियोक्ता-कर्मचारी समूह परंपरागत रूप से समूह स्वास्थ्य बीमा की पेशकश करने वाले सबसे आम समूह हैं, समूह की संरचना का चरित्र समूह का जोखिम अंकन करते समय महत्वपूर्ण विचारों में से एक होता है।

गैर-नियोक्ता कर्मचारी समूहों को भी स्वास्थ्य बीमा की पेशकश की जा सकती है। आईआरडीएआई ने विभिन्न समूहों के साथ काम करने में बीमा कंपनियों द्वारा अपनाए जाने वाले दृष्टिकोण को विनियमित करने के लिए समूह बीमा संबंधी दिशानिर्देश जारी किए हैं। ऐसे गैर-नियोक्ता समूहों में शामिल हैं:

- a) नियोक्ता कल्याण संघ
- b) विशेष कंपनी द्वारा जारी किए गए क्रेडिट कार्ड धारक
- c) किसी विशेष व्यवसाय के ग्राहक, जहां ऐड-ऑन लाभ के रूप में बीमा दिया जाता है
- d) किसी बैंक और पेशेवर संघों या सोसाइटियों के उधारकर्ता

I. विदेश यात्रा बीमा का जोखिम अंकन

चूंकि विदेश यात्रा बीमा पॉलिसियों के तहत प्रमुख आवरण स्वास्थ्य आवरण है, इनके जोखिम अंकन में आम तौर पर स्वास्थ्य बीमा के प्रतिरूपों को अपनाया जाएगा।

प्रीमियम दर निर्धारण और स्वीकृति अलग-अलग कंपनी के दिशानिर्देशों के अनुसार होगी, लेकिन कुछ महत्वपूर्ण विचार नीचे दिए गए हैं:

1. प्रीमियम दर प्रस्तावक की आयु और विदेश यात्रा की अवधि पर निर्भर करेगी।
2. चूंकि विदेशों में चिकित्सा उपचार महंगा है, घरेलू स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की तुलना में प्रीमियम दरें आम तौर पर बहुत अधिक होती हैं।
3. अमेरिका और कनाडा जैसे देशों में प्रीमियम सबसे ज्यादा है।
4. विदेश में चिकित्सा उपचार कराने के मकसद से प्रस्तावक द्वारा पॉलिसी का इस्तेमाल करने की संभावना को दूर करने के लिए सावधानी बरती जानी चाहिए; इसलिए पहले से मौजूद किसी भी बीमारी के होने पर प्रस्ताव स्तर पर सावधानी से विचार किया जाना चाहिए।

J. व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा का जोखिम अंकन

व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियों के लिए जोखिम अंकन संबंधी विचार नीचे दिए गए हैं:

दर निर्धारण

व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा में, बीमाधारक का पेशा मुख्य कारक माना जाता है। पेशे या व्यवसाय से जुड़े जोखिम, किए जाने वाले काम की प्रकृति के अनुसार भिन्न होते हैं। उदाहरण के लिए, एक कार्यालय प्रबंधक को उस स्थान पर काम करने वाले सिविल इंजीनियर की तुलना में काम पर जोखिम कम होता है जहां किसी इमारत का निर्माण किया जा रहा है। दर तय करने के लिए, पेशों को समूहों में वर्गीकृत किया जाता है, प्रत्येक समूह कमोवेश समान जोखिम को दर्शाता है।

जोखिम का वर्गीकरण

पेशे/व्यवसाय के आधार पर, बीमित व्यक्ति से जुड़े जोखिमों को तीन समूहों में वर्गीकृत किया जा सकता है:

• जोखिम समूह I

लेखाकार, डॉक्टर, वकील, वास्तुकार और प्रशासनिक कार्यों में लगे व्यक्ति, मुख्य रूप से समान खतरे वाले पेशों में लगे व्यक्ति।

• जोखिम समूह II

अधीक्षण कार्यों में लगे बिल्डर, ठेकेदार और इंजीनियर और समान खतरे वाले पेशे में लगे व्यक्ति। शारीरिक श्रम में लगे सभी व्यक्ति (समूह III के तहत आने वालों को छोड़कर)।

• जोखिम समूह III

भूमिगत खानों में काम करने वाले या पहियों पर दौड़ने जैसी गतिविधियों में लगे हुए व्यक्ति और समान जोखिम वाले पेशों/गतिविधियों में शामिल लोग।

जोखिम समूहों को क्रमशः 'सामान्य', 'मध्यम' और 'उच्च' जोखिम के रूप में भी जाना जाता है।

आयु सीमाएं

कामकाजी आबादी (नियोक्ता कर्मचारी) के लिए सामान्य आयु सीमा 18-70 वर्ष है। हालांकि, छात्रों के लिए न्यूनतम आयु 5 वर्ष भी हो सकती है।

आवरण और नवीनीकरण के लिए न्यूनतम और अधिकतम आयु अलग-अलग कंपनी के मामले में भिन्न होती है।

फैमिली पैकेज आवरण

व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी में एक पारिवारिक पैकेज आवरण भी होता है, जिसमें बच्चों और कमाई नहीं करने वाले पति या पत्नी को केवल मृत्यु और स्थायी विकलांगता (पूर्ण या आंशिक) के लिए आवरण किया जाता है।

समूह पॉलिसियों में प्रीमियम की छूट

अगर बीमित व्यक्तियों की संख्या एक निश्चित संख्या, जैसे 100 से अधिक होती है, तो प्रीमियम में समूह छूट की अनुमति है। हालांकि, समूह पॉलिसी तब जारी की जा सकती है जब संख्या कम हो, जैसे कि 25 - लेकिन बिना किसी छूट के।

समूह छूट (ग्रुप डिस्काउंट) का मानदंड

समूह पॉलिसियां केवल नामित समूहों के संबंध में ही जारी की जानी चाहिए। समूह छूट और अन्य लाभों का फायदा उठाने के मकसद से, प्रस्तावित "समूह" को नीचे दी गई श्रेणियों में से किसी एक के तहत स्पष्ट रूप से आना चाहिए:

- नियोक्ता-कर्मचारी संबंध, कर्मचारी के आश्रितों सहित
- पंजीकृत सहकारी समिति के सदस्य
- पंजीकृत सेवा क्लबों के सदस्य
- बैंकों/डाइनर्स/मास्टर/वीजा के क्रेडिट कार्ड धारक

उपरोक्त श्रेणियों से अलग किसी अन्य श्रेणी से संबंधित प्रस्तावों के मामले में, संबंधित बीमा कंपनियों के तकनीकी विभाग द्वारा उन पर विचार-विमर्श करके उन पर निर्णय लिया जा सकता है।

प्रीमियम

जोखिम के वर्गीकरण और चुने गए लाभों के अनुसार नामित कर्मचारियों पर प्रीमियम की भिन्न दरें लागू होती हैं।

ऑन-ड्यूटी आवरण

व्यक्तिगत दुर्घटना (पीए पॉलिसियों) में ऑन-ड्यूटी और ऑफ-ड्यूटी, दोनों अवधि के लिए या अलग-अलग आवरण हो सकते हैं। प्रीमियम बीमा राशि, ड्यूटी के घंटों की संख्या आदि पर निर्भर करता है। कुछ नियोक्ता केवल ड्यूटी अवधि को आवरित करने तक सीमित करना पसंद कर सकते हैं।

मृत्यु आवरण का अपवर्जन

मृत्यु लाभ को छोड़कर समूह पीए पॉलिसियां जारी करना संभव है। यह अलग-अलग कंपनी के दिशानिर्देशों के अधीन है।

समूह छूट और बोनस/मैलस

समूह पॉलिसियों के नवीनीकरण के तहत दर निर्धारण दावा अनुभव के संदर्भ में तय की जाती है।

- अनुकूल अनुभव को नवीनीकरण प्रीमियम में छूट (बोनस) का इनाम दिया जाता है
- प्रतिकूल अनुभव के मामले में एक पैमाने के अनुसार, नवीनीकरण प्रीमियम प्रभार (मैलस) लगाकर दंडित किया जाता है
- नवीनीकरण के लिए सामान्य दरें लागू होंगी, अगर दावा अनुभव, मान लीजिए कि 70 प्रतिशत है

स्वमूल्यांकन 5

- 1) समूह स्वास्थ्य बीमा में, समूह का हिस्सा बनने वाला कोई भी व्यक्ति बीमा कंपनी के खिलाफ़ प्रतिकूल चयन कर सकता है।
- 2) समूह स्वास्थ्य बीमा केवल नियोक्ता-कर्मचारी समूहों को आवरण प्रदान करता है।
 - I. कथन 1 सही है और कथन 2 गलत है
 - II. कथन 2 सही है और कथन 1 गलत है
 - III. कथन 1 और कथन 2 सही हैं
 - IV. कथन 1 और कथन 2 गलत हैं

स्वमूल्यांकन के उत्तर

उत्तर 1 — सही विकल्प III है।

उत्तर 2 — सही विकल्प III है।

उत्तर 3 – सही विकल्प I है।

उत्तर 4 – सही विकल्प IV है।

उत्तर 5 – सही विकल्प IV है।

अध्याय H-05

स्वास्थ्य बीमा के दावे

अध्याय का परिचय

इस अध्याय में हम स्वास्थ्य बीमा में दावा प्रबंधन प्रक्रिया, दावा संबंधी प्रक्रियाओं और दस्तावेजों के बारे में चर्चा करेंगे। इसे अलावा, हम व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के तहत दावा प्रबंधन के बारे में भी जानेंगे और टीपीए की भूमिका को समझेंगे।

अध्ययन के परिणाम

- A. बीमा में दावा प्रबंधन
- B. स्वास्थ्य बीमा दावों का प्रबंधन
- C. स्वास्थ्य बीमा दावों से जुड़े दस्तावेज
- D. तृतीय पक्ष प्रशासक (टीपीए) की भूमिका
- E. दावा प्रबंधन – व्यक्तिगत दुर्घटना
- F. दावा प्रबंधन – विदेशी यात्रा बीमा

इस अध्याय को पढ़ने के बाद, आप ये काम कर पाएंगे:

- a) बीमा दावों में विभिन्न हितधारकों के बारे में समझाना
- b) यह बताना कि स्वास्थ्य बीमा दावों का प्रबंधन कैसे किया जाता है
- c) स्वास्थ्य बीमा दावों के निपटान के लिए आवश्यक विभिन्न दस्तावेजों की चर्चा करना
- d) यह समझाना कि बीमा कंपनियों द्वारा दावों के लिए संचयी कैसे उपलब्ध कराया जाता है
- e) व्यक्तिगत दुर्घटना दावों की चर्चा करना
- f) टीपीए की अवधारणा और भूमिका को समझना

A. बीमा में दावा प्रबंधन

यह अच्छी तरह से समझा जाता है कि बीमा एक 'वादा' है और पॉलिसी उस वादे की 'गवाह' है। किसी बीमित घटना का होना, जिसके कारण पॉलिसी के तहत दावा किया जाता है, उस वादे की सच्ची परीक्षा होती है। कोई बीमा कंपनी कितना अच्छा प्रदर्शन करती है, इसका मूल्यांकन इस बात से किया जाता है कि वह दावों के वादों को कितनी अच्छी तरह पूरा करती है। बीमा में प्रमुख रेटिंग कारकों में से एक बीमा कंपनी की दावा भुगतान करने की क्षमता है।

1. दावा प्रक्रिया में हितधारक

दावों को कैसे प्रबंधित किया जाता है, यह देखने से पहले दावा प्रक्रिया में हित रखने वाले पक्षों को समझने की जरूरत है।

चित्र 1: दावा प्रक्रिया में हितधारक



ग्राहक	बीमा खरीदने वाला व्यक्ति पहला हितधारक और 'दावे का प्राप्तकर्ता' होता है।
मालिक	बीमा कंपनी के मालिकों के पास 'दावों के भुगतानकर्ता' के रूप में एक बड़ा हित होता है। भले ही दावे पॉलिसीधारकों की निधि से पूरे किए जाते हैं, ज्यादातर मामलों में, ये वादे को निभाने के लिए उत्तरदायी होते हैं।
बीमालेखक	किसी बीमा कंपनी में और सभी बीमा कंपनियों में बीमालेखक (अंडरराइटर) की जिम्मेदारी है कि वे दावों को समझें और उत्पाद तैयार करें, पॉलिसी के नियम, शर्तें और मूल्य निर्धारण आदि तय करें।
विनियामक	विनियामक (भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण) अपने इन उद्देश्यों में एक प्रमुख हितधारक है: ✓ बीमा के वातावरण में व्यवस्था बनाए रखना ✓ पॉलिसीधारक के हितों की रक्षा करना

	✓ बीमा कंपनियों की दीर्घकालिक वित्तीय सेहत सुनिश्चित करना।
तृतीय पक्ष प्रशासक	सेवा के मध्यस्थों को तृतीय पक्ष प्रशासक के रूप में जाना जाता है, जो स्वास्थ्य बीमा दावों पर कार्रवाई करते हैं।
बीमा एजेंट / ब्रोकर	बीमा एजेंट/ब्रोकर न केवल पॉलिसियां बेचते हैं, बल्कि उनसे दावे के मामले में ग्राहकों को सेवा प्रदान करने की अपेक्षा की जाती है।
प्रदाता/अस्पताल	ये यह सुनिश्चित करते हैं कि ग्राहक को आसान दावा अनुभव मिलता है, खास तौर पर जब अस्पताल टीपीए के पैनल में शामिल हो और बीमा कंपनी को अस्पताल में भर्ती होने के लिए कैशलेस सुविधा प्रदान करनी होती है।

इस प्रकार दावों के बेहतर प्रबंधन का मतलब है दावों से संबंधित इन हितधारकों में से प्रत्येक के उद्देश्यों का प्रबंधन करना। बेशक, ऐसा हो सकता है कि इनमें से कुछ उद्देश्य आपस में टकरा जाएं।

संचयी (रिजर्व/संचिती बनाना): कई मामलों में, बीमा कंपनियां तुरंत दावों का निपटान करने में सक्षम नहीं हो सकती हैं; उन्हें जानकारी या विवादों, मुकदमे आदि के नतीजों की प्रतीक्षा करनी पड़ सकती है। इसलिए, उन्हें भुगतान बकाया होने तक दावा राशि को रिजर्व में रखना होता है। रिजर्व आम तौर पर बकाया दावों पर भुगतान की जाने वाली राशियों के बीमांकिक अनुमान होते हैं।

संचयी बनाने का अर्थ है दावों की स्थिति के आधार पर बीमा कंपनी के बही-खातों में सभी दावों के लिए प्रावधान की गई राशि।

स्वमूल्यांकन 1

इनमें से कौन स्वास्थ्य बीमा दावा प्रक्रिया में हितधारक नहीं है?

- I. ग्राहक
- II. पुलिस विभाग
- III. विनियामक
- IV. टीपीए

B. स्वास्थ्य बीमा दावों का प्रबंधन

1. स्वास्थ्य बीमा में दावा प्रक्रिया

दावे की सेवा बीमा कंपनी द्वारा या बीमा कंपनी द्वारा अधिकृत किसी तृतीय पक्ष प्रशासक (टीपीए) की सेवाओं के माध्यम से प्रदान की जा सकती सकती है।

बीमा कंपनी/टीपीए को किसी दावे की जानकारी दिए जाने से लेकर पॉलिसी की शर्तों के अनुसार भुगतान किए जाने तक, स्वास्थ्य दावा सुपरिभाषित चरणों के एक सेट से होकर गुजरता है, जिनमें से प्रत्येक की अपनी प्रासंगिकता होती है।

नीचे बताई गई प्रक्रियाएं स्वास्थ्य बीमा (अस्पताल में भर्ती होने) के क्षतिपूर्ति उत्पादों के विशेष संदर्भ में हैं, जो स्वास्थ्य बीमा कारोबार का प्रमुख हिस्सा हैं।

निश्चित लाभ (फिक्स्ड बेनिफिट) उत्पाद या गंभीर बीमारी या दैनिक कैश उत्पाद आदि के तहत दावे के लिए सामान्य प्रक्रिया और सहायक दस्तावेज काफी समान होंगे, इस तथ्य को छोड़कर कि हो सकता है ऐसे उत्पाद कैशलेस सुविधा के साथ न आएँ।

क्षतिपूर्ति और प्रतिपूर्ति, दोनों प्रकार के दावे के मामलों में, बुनियादी चरण समान रहते हैं।

चित्र 2: दावा प्रक्रिया में मोटे तौर पर ये चरण शामिल होते हैं (हो सकता है ये उसी क्रम में न हों)



a) सूचना देना

दावे की सूचना ग्राहक और दावा टीम के बीच संपर्क का पहला उदाहरण है। ग्राहक कंपनी को सूचित कर सकता है कि वह अस्पताल में भर्ती होने की योजना बना रहा है या अस्पताल में भर्ती होने के बाद इसकी सूचना दी जाएगी, खासकर आपात स्थिति में अस्पताल में भर्ती होने के मामले में।

कुछ समय पहले तक, दावे की घटना की सूचना देने का कार्य एक औपचारिकता थी। हालांकि, हाल ही में बीमा कंपनियों ने दावे की सूचना जल्द से जल्द देने पर जोर देना शुरू कर दिया है। आम तौर पर, योजना बनाकर अस्पताल में भर्ती होने के मामले में, अस्पताल में भर्ती होने से पहले और आपात स्थिति में अस्पताल में भर्ती होने के 24 घंटों के भीतर इसकी आवश्यकता होती है। अब मोबाइल ऐप/बीमा कंपनियों द्वारा चलाए जा रहे और 24 घंटे खुले रहने वाले कॉल सेंटरों/टीपीए के माध्यम से और इंटरनेट या ई-मेल के माध्यम से भी सूचना दी जा सकती है।

b) पंजीकरण/रजिस्ट्रेशन

जब कंपनी को सीधे या टीपीए के माध्यम से सूचना प्राप्त हो जाती है, तो उसके विवरण का सटीकता के लिए मिलान किया जाता है और एक संदर्भ संख्या या दावा नियंत्रण संख्या जनरेट करके दावेदार को सूचित किया जाता है। फिर प्रथम दृष्टया आवरण के लिए दस्तावेजों की जांच की जाती है और कैशलेस योजना (जिसके बारे में बाद के खंड में बताया गया है) के तहत नियोजित सर्जरी की सूचना मिलने पर अस्पताल को संभावित खर्च का पूर्व-प्राधिकार दिया जाता है।

प्रतिपूर्ति के आधार पर अंतिम निपटान के लिए आने वाले दावों की स्वीकार्यता, बीमा राशि, कटौती, उप-सीमा आदि के बारे में विस्तार से जांच की जाती है। दस्तावेजों में कमी होने के मामले में एक साथ सूचित करना होता है, टुकड़ों में नहीं। यह जानना ज़रूरी है कि दावे की कार्रवाई में न केवल यह पक्का करना शामिल है कि अनुबंध की शर्तों को पूरा किया जाएगा, बल्कि यह भी पक्का करना होगा कि अस्पताल अधिक शुल्क लेने, दोहरा प्रभार आदि में संलग्न न हों।

उदाहरण

अस्पताल में भर्ती होना आम तौर पर उपचार की एलोपैथिक पद्धति से जुड़ा होता है। हालांकि, रोगी उपचार के अन्य तरीके भी अपना सकता है, जैसे:

- ✓ यूनानी
- ✓ सिद्ध
- ✓ होम्योपैथी
- ✓ आयुर्वेद
- ✓ नैचरोपैथी या प्राकृतिक चिकित्सा आदि।

अधिकांश पॉलिसियों में अब ये उपचार शामिल होते हैं, हालांकि उप-सीमाएं हो सकती हैं।

टेलीमेडिसिन : आईआरडीएआई ने बीमा कंपनियों से कहा है कि वे चिकित्सा बीमा पॉलिसियों के नियमों और शर्तों के तहत जहां कहीं भी नियमित चिकित्सा परामर्श की अनुमति है, वहां टेलीमेडिसिन की अनुमति दें।

इससे उन पॉलिसी धारकों को मदद मिलेगी जो अपने घरों से बाहर जाने से बचने के लिए ऑनलाइन या टेलीफोन पर चिकित्सकों से परामर्श करना पसंद कर सकते हैं या अगर वे कोरोना वायरस संक्रमण के कारण स्वयं क्वारंटीन में हैं।

देय अंतिम दावे पर पहुंचना: देय दावा राशि का निर्धारण करने वाले कारक हैं:

- a) पॉलिसी के तहत सदस्य के लिए उपलब्ध बीमा राशि
- b) पहले से किए गए किसी भी दावे को ध्यान में रखते हुए, सदस्य के लिए पॉलिसी के तहत उपलब्ध शेष बीमा राशि
- c) उप-सीमाएं
- d) बीमारी के लिए किसी भी विशेष सीमा की जाँच करना
- e) यह जांचना कि संचयी बोनस के हकदार हैं या नहीं
- f) सीमा के साथ आवरित अन्य खर्चे

अंतिम रूप से जो भुगतान किया जाएगा, वे उचित और प्रथागत शुल्क हैं, जिसका मतलब है सेवाओं या आपूर्ति के लिए शुल्क, जो विशेष प्रदाता के लिए मानक शुल्क हैं और समान या एक जैसी सेवाओं के लिए इसमें शामिल बीमारी/चोट की प्रकृति को ध्यान में रखते हुए, भौगोलिक क्षेत्र में प्रचलित शुल्कों के अनुरूप हैं।

पहले प्रत्येक टीपीए/बीमा कंपनी के पास गैर-देय मदों की अपनी सूची होती थी, अब इसे आईआरडीआई स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देशों के तहत मानकीकृत कर दिया गया है।

c) दावे का भुगतान

एक बार देय दावा राशि तय हो जाने के बाद, ग्राहक या अस्पताल को, जैसा भी मामला हो, दावा भुगतान किया जाता है। भुगतान चेक द्वारा या ग्राहक के बैंक खाते में दावा राशि ट्रांसफर करके किया जा सकता है।

d) दावों को अस्वीकार करना

स्वास्थ्य दावों के अनुभव से पता चलता है कि प्रस्तुत किए गए दावों में से 10% से 15% पॉलिसी की शर्तों के अधीन नहीं आते हैं। ऐसा कई कारणों से हो सकता है, जिनमें से कुछ इस प्रकार हैं:

- i. प्रवेश की तारीख बीमा की अवधि के भीतर नहीं है।
- ii. जिस सदस्य के लिए दावा किया गया है उसे आवरित नहीं किया गया है।
- iii. पहले से मौजूद बीमारी के कारण (जहां पॉलिसी में ऐसी स्थिति को बाहर रखा जाता है)।
- iv. बिना वैध कारण के प्रस्तुत करने में अनुचित देरी।

- v. कोई सक्रिय उपचार नहीं; प्रवेश केवल जांच के लिए है।
- vi. इलाज की गई बीमारी को पॉलिसी के तहत बाहर रखा गया है।
- vii. बीमारी का कारण शराब या नशीली दवाओं का दुरुपयोग है।
- viii. अस्पताल में 24 घंटे से कम भर्ती रहा।

किसी दावे को अस्वीकार या इनकार करने (किसी भी कारण से) पर ग्राहक को बीमा कंपनी द्वारा लिखित रूप में सूचित करना होगा। आम तौर पर, इस तरह के इनकार का पत्र स्पष्ट रूप से इनकार करने का कारण बताते हैं, जिसमें पॉलिसी के नियम/शर्तें बतायी जाती हैं जिसके आधार पर दावा अस्वीकार किया गया था।

बीमाकर्ता को अभ्यावेदन देने के अलावा, दावे के इनकार के मामले में ग्राहक के पास इन लोगों से संपर्क करने का विकल्प होता है:

- ✓ बीमा लोकपाल या
- ✓ उपभोक्ता आयोग या
- ✓ आईआरडीएआई या
- ✓ कानून की अदालतें।

e) संदिग्ध दावों के मामले में कंपनियों/टीपीए द्वारा अधिक विस्तृत जांच की आवश्यकता होती है

जहां कहीं भी बीमा कंपनी को गड़बड़ी का संदेह होता है, वह दावों की जांच करवा सकती है। स्वास्थ्य बीमा में की गई धोखाधड़ी के कुछ उदाहरण हैं:

- i. किसी की नकल करना, बीमित व्यक्ति उपचारित व्यक्ति से अलग होता है।
- ii. ऐसा दावा करने के लिए नकली दस्तावेज़ बनाना, जहां को अस्पताल में भर्ती नहीं हुआ।
- iii. अस्पताल की मदद से या धोखा देने के इरादे से बनाए गए अतिरिक्त बिलों को जोड़कर, खर्चों को बढ़ा-चढ़ाकर बताना।
- iv. बाह्य-रोगी उपचार को अंतः-रोगी उपचार बनाकर दिखाना, ताकि डायग्नोसिस की लागत की भरपाई की जा सके, जो कुछ स्थितियों में बहुत अधिक हो सकती है।

यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि जिन दावों की जांच की आवश्यकता है, जांच जल्द से जल्द शुरू की जानी चाहिए और पूरी की जानी चाहिए; यह किसी भी मामले में दावे की सूचना मिलने की तारीख से 90 दिनों के बाद नहीं होनी चाहिए। जांच पूरी होने के 30 दिनों के भीतर दावे का निपटारा किया जाना चाहिए। (कृपया आईआरडीएआई (पॉलिसीधारक की सुरक्षा), 2017 विनियम देखें और उसके अनुसार खुद को अद्यतन करें)

f) टीपीए द्वारा कैशलेस निपटान की प्रक्रिया

कैशलेस सुविधा कैसे काम करती है? इसके केंद्र में एक समझौता है जो बीमा कंपनी का टीपीए अस्पताल के साथ करता है। अन्य चिकित्सा सेवा प्रदाताओं के साथ भी समझौते संभव हैं। कैशलेस सुविधा प्रदान करने के लिए इस्तेमाल की जाने वाली प्रक्रिया की चर्चा इस खंड में की गई है:

तालिका 3.1

चरण 1	- स्वास्थ्य बीमा के तहत आवरित किया गया ग्राहक किसी बीमारी से पीड़ित है या उसे चोट लगी है और इसके लिए उसे अस्पताल में भर्ती होने की सलाह दी जाती है। वह (या उसकी ओर से कोई व्यक्ति) बीमा के विवरण के साथ अस्पताल के बीमा डेस्क से संपर्क करता है, जैसे कि: - टीपीए का नाम, - ग्राहक की सदस्यता संख्या, - बीमा कंपनी का नाम आदि
चरण 2	- अस्पताल आवश्यक जानकारी संकलित करता है, जैसे कि: - बीमारी का पता लगाना (डायग्नोसिस) - इलाज, - इलाज करने वाले डॉक्टर का नाम, - अस्पताल में भर्ती होने के लिए प्रस्तावित दिनों की संख्या और - अनुमानित लागत - यह जानकारी एक फॉर्मेट में प्रस्तुत की जाती है, जिसे कैशलेस प्राधिकार प्रपत्र कहा जाता है।
चरण 3	टीपीए कैशलेस प्राधिकार प्रपत्र में दी गई जानकारी का अध्ययन करता है और यह निर्णय लेता है कि क्या कैशलेस प्राधिकार दिया जा सकता है और अगर हां, तो इसे कितनी राशि के लिए अधिकृत किया जाना चाहिए; इसके बारे में बिना किसी देरी के अस्पताल को सूचित किया जाता है।
चरण 4	टीपीए द्वारा अधिकृत राशि को रोगी के खाते में क्रेडिट के रूप में रखते हुए, अस्पताल रोगी का इलाज करता है। सदस्य को गैर-उपचार के खर्चों और पॉलिसी के तहत आवश्यक किसी भी सह-भुगतान को आवरित करने के लिए पैसे जमा करने को कहा जा सकता है।
चरण 5	- जब मरीज अस्पताल से छुट्टी के लिए तैयार होता है, तो अस्पताल बीमा द्वारा आवरण किए गए वास्तविक उपचार शुल्क के विरुद्ध स्वीकृत रोगी के खाते में मौजूद टीपीए द्वारा क्रेडिट की राशि की जांच करता है। - अगर क्रेडिट कम है, तो अस्पताल कैशलेस उपचार के लिए क्रेडिट की अतिरिक्त स्वीकृति के लिए अनुरोध करता है। - टीपीए इसका विश्लेषण करता है और अतिरिक्त राशि को मंजूरी देता है।

चरण 6	रोगी गैर-स्वीकार्य शुल्क का भुगतान करता है और उसे अस्पताल से छुट्टी मिल जाती है। दस्तावेज की प्रक्रिया पूरी करने के लिए उसे दावा प्रपत्र और बिल पर हस्ताक्षर करने के लिए कहा जाएगा।
चरण 7	अस्पताल सभी दस्तावेजों को समेकित करता है और बिल की प्रोसेसिंग के लिए टीपीए को दस्तावेज प्रस्तुत करता है।
चरण 8	टीपीए दावे पर कार्रवाई करेगा और विवरणों की पुष्टि के बाद अस्पताल को भुगतान की सिफारिश करेगा।

g) ग्राहक को यह पक्का करना होगा कि उसका बीमा विवरण उसके पास है।

इसमें उसका टीपीए कार्ड, पॉलिसी की कॉपी, आवरण के नियम और शर्तें आदि शामिल हैं।

जब ये उपलब्ध नहीं होते हैं, तो वह टीपीए (24 घंटे की हेल्पलाइन के माध्यम से) से संपर्क करके जानकारी मांग सकता है।

- i. ग्राहक को यह जांचना होगा कि उसके परामर्शदाता चिकित्सक का सुझाया गया अस्पताल टीपीए के नेटवर्क में शामिल है या नहीं। अगर नहीं, तो उसे टीपीए के साथ उपलब्ध विकल्पों की खोज करनी होगी, जहां इस तरह के उपचार के लिए कैशलेस सुविधा उपलब्ध है।
- ii. उसे यह सुनिश्चित करना होगा कि पूर्व-प्राधिकार प्रपत्र में सही विवरण दर्ज किया गया है। इस प्रपत्र को आईआरडीएआई के 2013 में जारी स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण संबंधी दिशानिर्देशों के अनुसार मानकीकृत किया गया है। अगर मामला स्पष्ट नहीं है, तो टीपीए कैशलेस सुविधा देने से इनकार कर सकता है या उस पर सवाल उठा सकता है।
- iii. उसे सुनिश्चित करना होगा कि अस्पताल के शुल्क, कमरे के किराये या मोतियाबिंद जैसे निर्दिष्ट उपचारों पर कैप जैसी सीमाओं के अनुरूप हैं।
- iv. ग्राहक को अस्पताल से छुट्टी मिलने से पहले टीपीए को सूचित करना होगा और अस्पताल से टीपीए को कोई अतिरिक्त स्वीकृति भेजने का अनुरोध करना होगा जो छुट्टी से पहले ज़रूरी हो सकता है। इससे यह सुनिश्चित होगा कि मरीज अस्पताल में बेवजह इंतजार न करे।

यह भी संभव है कि ग्राहक अस्पताल में कैशलेस उपचार के लिए अनुरोध करके इसकी स्वीकृति लेता है, लेकिन रोगी को कहीं और भर्ती करने का निर्णय लेता है। ऐसे मामलों में, ग्राहक को सूचित करना चाहिए और अस्पताल से टीपीए को सूचित करने के लिए कहना चाहिए कि कैशलेस सुविधा का इस्तेमाल नहीं किया जा रहा है।

अगर ऐसा नहीं किया जाता है, तो स्वीकृत राशि ग्राहक की पॉलिसी में रोककर रखी जा सकती है और यह बाद के अनुरोध की स्वीकृति पर प्रतिकूल असर डाल सकती है।

C. स्वास्थ्य बीमा दावों से जुड़े दस्तावेज

यह खंड ग्राहकों द्वारा प्रस्तुत किए जाने वाले आवश्यक दस्तावेजों में से प्रत्येक की आवश्यकता और सामग्री के बारे में समझाता है:

1. अस्पताल से छुट्टी मिलने (डिस्चार्ज) का ब्यौरा

अस्पताल से छुट्टी मिलने के ब्यौरे को सबसे महत्वपूर्ण दस्तावेज कहा जा सकता है, जो स्वास्थ्य बीमा दावे पर कार्रवाई करने के लिए आवश्यक है। इसमें रोगी की स्थिति और उपचार की लाइन के बारे में पूरी जानकारी दी जाती है; यह दावे पर कार्रवाई करने वाले व्यक्ति को बीमारी/चोट और उपचार की लाइन को समझने में बहुत मदद करता है। जहां रोगी बदकिस्मती से जीवित नहीं रहता है, वहां कई अस्पतालों में डिस्चार्ज के ब्यौरे को “**डेथ समरी**” कहा जाता है। डिस्चार्ज का ब्यौरा हमेशा मूल रूप में मांगा जाता है।

2. जांच रिपोर्ट

जांच रिपोर्ट डायग्नोसिस और उपचार की तुलना करने में मदद करती है, जिसमें रोगी की सटीक स्थिति को समझने के लिए आवश्यक जानकारी प्रदान की जाती है, जिसके कारण उपचार और अस्पताल में भर्ती होने के दौरान विभिन्न प्रक्रियाएं पूरी की गईं; उदाहरण के लिए, रक्त परीक्षण रिपोर्ट, एक्स-रे रिपोर्ट और बायोप्सी रिपोर्ट। बीमा कंपनी विशेष अनुरोध पर ग्राहक को एक्स-रे और अन्य फिल्में लौटा सकती है।

3. समेकित और विस्तृत बिल:

यही वह दस्तावेज है जो तय करता है कि बीमा पॉलिसी के तहत कितना भुगतान करना है। जहां समेकित बिल समग्र तस्वीर प्रस्तुत करता है, विस्तृत बिल में संदर्भ कोड के साथ पूरा ब्यौरा दिया जाएगा। बिल मूल रूप में लेने होंगे।

4. भुगतान की रसीद

स्वास्थ्य बीमा दावे की प्रतिपूर्ति के लिए अस्पताल से भुगतान की गई राशि की औपचारिक रसीद भी लेनी होगी, जो बिल के कुल योग के हिसाब से होनी चाहिए।

रसीद पर नंबर और/या मुहर लगी होनी चाहिए और उसे मूल रूप में प्रस्तुत किया जाना चाहिए।

5. दावा प्रपत्र

दावा प्रपत्र दावे पर कार्रवाई करने के लिए औपचारिक और कानूनी अनुरोध है; इसे ग्राहक के हस्ताक्षर के साथ मूल रूप में प्रस्तुत किया जाता है। दावा प्रपत्र को अब आईआरडीआई ने मानकीकृत कर दिया है।

बीमारी, उपचार आदि की जानकारी के अलावा, बीमित व्यक्ति दावा प्रपत्र में जो घोषणा करता है, वह कानूनी मायनों में सबसे महत्वपूर्ण दस्तावेज होता है।

6. पहचान का प्रमाण

हमारे जीवन में विभिन्न गतिविधियों में पहचान के प्रमाण के बढ़ते इस्तेमाल के साथ, पहचान का सामान्य प्रमाण यह पुष्टि करने में मदद करता है कि क्या जिस व्यक्ति को आवरित किया गया है और जिस व्यक्ति का इलाज किया गया है, दोनों एक ही हैं। आम तौर पर मांगे जाने वाले पहचान के दस्तावेज मतदाता पहचान पत्र, ड्राइविंग लाइसेंस, पैन कार्ड, आधार कार्ड आदि हो सकते हैं।

7. विशेष दावों के लिए आकस्मिक दस्तावेज

कुछ ऐसे दावे होते हैं जिनके लिए ऊपर बताए गए दस्तावेजों के अलावा अतिरिक्त दस्तावेजों की आवश्यकता होती है। ये हैं:

- दुर्घटना के दावे, जहां पंजीकृत पुलिस स्टेशन को अस्पताल द्वारा जारी प्राथमिकी या (चिकित्सीय-विधिक प्रमाण पत्र) मेडिको-लीगल सर्टिफिकेट की आवश्यकता हो सकती है।
- पेचीदे या उच्च मूल्य के दावों के मामले में केस इनडोर पेपर।
- डायलिसिस/कीमोथेरेपी/फिजियोथेरेपी चार्ट, जहां लागू हो।
- अस्पताल पंजीकरण प्रमाणपत्र, जहां अस्पताल की परिभाषा के अनुपालन की जांच करना ज़रूरी है।

स्वमूल्यांकन 2

इनमें से कौन सा दस्तावेज अस्पतालों के पास होता है जिसमें किसी अंतः-रोगी पर किए गए सभी उपचारों की जानकारी होती है?

- जांच रिपोर्ट
- डिस्चार्ज की जानकारी
- केस पेपर
- अस्पताल पंजीकरण प्रमाणपत्र

स्वमूल्यांकन 3

दावे की स्थिति के आधार पर बीमा कंपनी के बही-खातों में सभी दावों के लिए किए गए प्रावधान की राशि को _____ के रूप में जाना जाता है।

- पूर्लिंग
- अकाउंटिंग
- रिजर्विंग
- निवेश

D. तृतीय पक्ष प्रशासक (टीपीए) की भूमिका

टीपीए की भूमिका के बारे में पहले के अध्यायों में भी चर्चा की जा चुकी है। टीपीए द्वारा दी जाने वाली सेवाओं को जानना महत्वपूर्ण है, ताकि ग्राहक को विक्रेता द्वारा उपयुक्त सेवाएं प्रदान की जा सकें।

टीपीए सेवाओं का दायरा बीमा पॉलिसी बेचने और पॉलिसी जारी होने के बाद शुरू होता है। टीपीए का इस्तेमाल नहीं करने वाली बीमा कंपनियों के मामले में, कंपनी की टीम इस तरह की सेवाएं प्रदान करती है।

1. स्वास्थ्य बीमा की बिक्री के बाद की सेवा

- a) प्रस्ताव (और प्रीमियम) स्वीकार कर लिए जाने के बाद, आवरण शुरू हो जाती है।
- b) अगर पॉलिसी की सेवा प्रदान करने के लिए टीपीए का इस्तेमाल किया जाना है, तो बीमा कंपनी ग्राहक और पॉलिसी के बारे में जानकारी टीपीए को देती है।
- c) टीपीए सदस्यों को नामांकित करता है (जहां प्रस्तावक पॉलिसी लेने वाला व्यक्ति है, सदस्य वे हैं जिन्हें पॉलिसी के तहत आवरित किया गया है) और प्रत्यक्ष या इलेक्ट्रॉनिक कार्ड के रूप में सदस्यता पहचान जारी कर सकता है।
- d) टीपीए के साथ सदस्यता का इस्तेमाल कैशलेस सुविधा प्राप्त करने के साथ-साथ दावों पर कार्रवाई के लिए किया जाता है, जब सदस्य को अस्पताल में भर्ती होने या आवरित किए गए इलाज के लिए पॉलिसी के समर्थन की आवश्यकता होती है।
- e) टीपीए दावे या कैशलेस अनुरोध पर कार्रवाई करता है और बीमा कंपनी के साथ सहमत समय के भीतर सेवाएं प्रदान करता है।
- f) बीमित व्यक्तियों के पास एक पहचान पत्र होना चाहिए, जो उनका संबंध पॉलिसी और टीपीए से जोड़ता हो।
- g) टीपीए, कैशलेस सुविधा का अनुरोध करने के लिए दी गई जानकारी के आधार पर अस्पताल को पूर्व-प्राधिकार या गारंटी पत्र जारी करता है।
- h) जहां जानकारी स्पष्ट नहीं है या उपलब्ध नहीं है, टीपीए कैशलेस अनुरोध को अस्वीकार कर सकता है। ऐसे मामलों में प्रतिपूर्ति के आधार पर दावे की जांच की जा सकती है।

2. ग्राहक संबंध और संपर्क प्रबंधन

चूंकि टीपीए दावे की सेवा प्रदान करने में शामिल होते हैं, उनके पास आम तौर पर एक शिकायत निवारण प्रणाली होती है।

E. दावा प्रबंधन – व्यक्तिगत दुर्घटना

दावे की सूचना मिलने पर, इन पहलुओं पर ध्यान दिया जाना चाहिए:

- a) जिस व्यक्ति के संबंध में दावा किया गया है उसे पॉलिसी के तहत आवरित किया गया है

- b) पॉलिसी दुर्घटना की तारीख को वैध है और प्रीमियम प्राप्त हो गया है
- c) नुकसान पॉलिसी अवधि के भीतर हुआ है
- d) नुकसान "दुर्घटना" से हुआ है न कि बीमारी से
- e) किसी भी धोखाधड़ी के कारण की जांच करना और आवश्यक होने पर, जांच कराना
- f) दावा पंजीकृत करना और उसके लिए रिजर्व बनाना
- g) टर्न अराउंड टाइम (दावे की सेवा देने का समय) का ध्यान रखना और ग्राहक को दावे की प्रगति के बारे में सूचित करते रहना।

1. दावों की जांच

दावे की जांच का मतलब है दावे की वैधता, नुकसान के वास्तविक कारण और नुकसान के दायरे का पता लगाना। दावा दस्तावेज प्राप्त होने पर, अगर कोई दावा संदिग्ध लगता है, तो दावे की पुष्टि के लिए उसे किसी आंतरिक/पेशेवर जांचकर्ता को सौंपा जा सकता है।

उदाहरण

मामले से जुड़े दिशानिर्देश का उदाहरण:

सड़क यातायात दुर्घटना

- i. घटना कब हुई - सही समय, तारीख और जगह क्या थी? तारीख और समय
- ii. क्या बीमित व्यक्ति पैदल यात्री चल रहा था, यात्री/पिछली सीट पर यात्रा कर रहा था या दुर्घटना में शामिल वाहन चला रहा था?

व्यक्तिगत दुर्घटना दावों में संभावित धोखाधड़ी और लीकेज के कुछ उदाहरण:

- i. टीटीडी अवधि को बढ़ा-चढ़ाकर बताना।
- ii. बीमारी को दुर्घटना के रूप में प्रस्तुत किया जाना, जैसे कि पैथोलॉजिकल कारणों से होने वाला पीठ दर्द, घर पर 'गिरने/फिसलने' होने की सूचना मिलने के बाद पीए दावे में बदल जाता है

डिस्चार्ज वाउचर व्यक्तिगत दुर्घटना दावे के निपटान के लिए एक महत्वपूर्ण दस्तावेज है, विशेष रूप से जिन मामलों में मृत्यु दावे शामिल होते हैं। प्रस्ताव के समय नामांकित व्यक्ति का विवरण प्राप्त करना भी महत्वपूर्ण है और यह पॉलिसी दस्तावेज का हिस्सा बनेगा।

2. दावे से जुड़े दस्तावेज- प्रत्येक कंपनी एक सूची देती है

- a) दावेदार के नामिती/परिवार के सदस्य के हस्ताक्षर वाला व्यक्तिगत दुर्घटना दावा प्रपत्र, जो विधिवत भरा हुआ होना चाहिए।
- b) प्रथम सूचना रिपोर्ट की मूल या सत्यापित प्रति।

- c) मृत्यु प्रमाण पत्र की मूल या सत्यापित प्रति।
- d) अगर पोस्ट मार्टम किया गया है, तो उसकी रिपोर्ट की सत्यापित प्रति।
- e) एएमएल (एंटी-मनी लॉन्ड्रिंग) दस्तावेजों की सत्यापित प्रति - नाम के सत्यापन के लिए (पासपोर्ट / पैन कार्ड / वोटर आईडी / ड्राइविंग लाइसेंस), पाते के सत्यापन के लिए (टेलीफोन बिल / बैंक खाता विवरण, बिजली बिल / राशन कार्ड)।
- f) कानूनी उत्तराधिकारी प्रमाणपत्र, जिसमें हलफनामा और क्षतिपूर्ति बांड, दोनों शामिल हैं, इन पर सभी कानूनी उत्तराधिकारियों का विधिवत हस्ताक्षर और नोटरी की मुहर होनी चाहिए।
- g) बीमित व्यक्ति की विकलांगता/अक्षमता को प्रमाणित करने वाले सिविल सर्जन या किसी समकक्ष सक्षम डॉक्टर से स्थायी विकलांगता/अक्षमता प्रमाणपत्र।
- h) इलाज करने वाले डॉक्टर का चिकित्सा प्रमाणपत्र, जिसमें विकलांगता/अक्षमता के प्रकार और विकलांगता/अक्षमता अवधि का उल्लेख हो। अवकाश की सटीक अवधि का विवरण देते हुए, नियोक्ता के विधिवत हस्ताक्षर के साथ और मुहरबंद, नियोक्ता से अवकाश प्रमाणपत्र।

उपरोक्त सूची केवल सांकेतिक है, मामले के विशेष तथ्यों, विशेष रूप से संदिग्ध धोखाधड़ी वाले मामलों की जांच के आधार पर आगे अन्य दस्तावेजों (जख्म के निशान, दुर्घटना स्थल आदि की तस्वीरों सहित) की आवश्यकता हो सकती है।

स्वमूल्यांकन 4

स्थायी पूर्ण विकलांगता दावे के लिए इनमें से कौन से दस्तावेज जमा करने की आवश्यकता नहीं है?

- I. विधिवत भरा हुआ व्यक्तिगत दुर्घटना दावा प्रपत्र, जिस पर दावेदार का हस्ताक्षर हो।
- II. बीमा पॉलिसी की प्रति।
- III. बीमित व्यक्ति की विकलांगता को प्रमाणित करने वाले सिविल सर्जन या किसी समकक्ष सक्षम चिकित्सक से स्थायी विकलांगता प्रमाणपत्र।
- IV. इलाज करने वाले डॉक्टर से फिटनेस प्रमाणपत्र, जो यह प्रमाणित करेगा कि बीमाधारक अपने सामान्य कामकाज करने के हिसाब से फिट (तंदुरुस्त) है।

F. दावा प्रबंधन – विदेश यात्रा बीमा

इस पॉलिसी के तहत आवणरणों के बारे में पहले ही उत्पाद वाले अध्याय में चर्चा की जा चुकी है। इस खंड में यह समझाने की कोशिश की गई है कि विदेश यात्रा के दौरान उत्पन्न होने वाले दावों को कैसे देखा जाता है।

दावा सेवाओं में अनिवार्य रूप से ये बातें शामिल होती हैं:

- a) दावे की सूचना 24*7 आधार पर लेना;
- b) दावा प्रपत्र और प्रक्रिया की जानकारी भेजना;
- c) नुकसान के तुरंत बाद क्या करना है, इस पर ग्राहक का मार्गदर्शन करना;
- d) चिकित्सा और बीमारी के दावों के लिए कैशलेस सेवाएं प्रदान करना;
- e) प्रत्यावर्तन और निकासी की व्यवस्था करना, अपातकालीन अग्रिम नकद।

सहायक कंपनियां - विदेशी दावों में भूमिका

सहायक कंपनियों के अपने कार्यालय होते हैं और वे दुनिया भर में इसी तरह के अन्य सेवा प्रदाताओं के साथ करार करती हैं। ये कंपनियां पॉलिसी के तहत आवरित की गई आकस्मिक घटनाओं के मामले में बीमा कंपनियों के ग्राहकों को सहायता प्रदान करती हैं।

ये कंपनियां दावे के पंजीकरण और जानकारी के लिए अंतरराष्ट्रीय टोल फ्री नंबरों सहित 24*7 कॉल सेंटर चलाती हैं। वे नीचे दी गई सेवाएं भी प्रदान करती हैं; सेवाओं के लिए शुल्क विशेष बीमा कंपनी के साथ समझौते, आवरित किए गए लाभों आदि के आधार पर भिन्न होते हैं।

a) चिकित्सा सहायता सेवाएं:

- i. चिकित्सा सेवा प्रदाता के रेफरल
 - ii. अस्पताल में भर्ती होने की व्यवस्था
 - iii. आपातकालीन चिकित्सा निकासी की व्यवस्था
 - iv. आपातकालीन चिकित्सा प्रत्यावर्तन की व्यवस्था
 - v. मृत शरीर के अवशेषों का प्रत्यावर्तन
 - vi. सांत्वना यात्रा की व्यवस्थाएं
 - vii. नाबालिग बच्चे की सहायता/मदद
- b) अस्पताल में भर्ती होने के दौरान और उसके बाद चिकित्सा स्थिति की निगरानी
- c) आवश्यक दवाओं की डिलीवरी
- d) अस्पताल में भर्ती होने के दौरान किए गए चिकित्सा खर्चों की गारंटी, जिसके लिए पॉलिसी के नियमों एवं शर्तों का पालन और बीमा कंपनी की मंजूरी ज़रूरी है।
- e) यात्रा से पहले की सूचना सेवाएं और अन्य सेवाएं:
- i. वीजा और टीकाकरण संबंधी आवश्यकताएं
 - ii. दूतावास रेफरल सेवाएं
 - iii. खोया पासपोर्ट और खोया सामान सहायता सेवाएं

- iv. आपातकालीन संदेश प्रसारण सेवाएं
 - v. जमानत बांड व्यवस्था
 - vi. वित्तीय संकट में सहायता
- f) दुभाषिया रेफरल
 - g) कानूनी रेफरल
 - h) वकील के साथ अपॉइंटमेंट

a) अस्पताल में भर्ती होने की प्रक्रियाएं

- i. बीमाधारक द्वारा वैध स्वास्थ्य या विदेश यात्रा बीमा पॉलिसी प्रदान करने के बाद, अधिकांश अस्पताल सभी अंतरराष्ट्रीय बीमा कंपनियों से भुगतान की गारंटी स्वीकार करते हैं।
- ii. अस्पताल तुरंत इलाज शुरू करते हैं। अगर बीमा आवरण है, तो बीमा पॉलिसी भुगतान करती है या रोगी व्यक्ति को भुगतान करना पड़ता है। भुगतान में देरी होने के कारण अस्पताल शुल्क बढ़ा देते हैं।
- iii. सहायक कंपनियों द्वारा उपलब्ध कराए गए टोल फ्री नंबरों पर बीमाधारक को नेटवर्क अस्पतालों और प्रक्रियाओं के बारे में जानकारी उपलब्ध होती है।
- iv. अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता के मामले में बीमाधारक को कॉल सेंटर पर इसकी सूचना देनी होगी और वैध यात्रा बीमा पॉलिसी के साथ किसी निर्दिष्ट अस्पताल में जाना होगा।
- v. पॉलिसी की वैधता की जांच करने और आवरणों को सत्यापित करने के लिए अस्पताल आम तौर पर कॉल सेंटर नंबरों पर सहायक कंपनियों/बीमा कंपनियों से संपर्क करते हैं।
- vi. अस्पताल द्वारा पॉलिसी स्वीकार कर लिए जाने के बाद, बीमित व्यक्ति का अस्पताल में कैशलेस आधार पर इलाज किया जाता है।
- vii. स्वीकार्यता तय करने के लिए बीमा कंपनी/सहायता प्रदाता द्वारा कुछ बुनियादी जानकारी माँगी जाती है, जो इस प्रकार है:
 - 1. बीमारी की जानकारी
 - 2. बीमारी के किसी भी पिछले इतिहास के मामले में, भारत में अस्पताल, स्थानीय चिकित्सा अधिकारी का विवरण:
 - ✓ पिछला इतिहास, मौजूदा उपचार और अस्पताल में आगे की योजना और तत्काल दस्तावेज भेजने के लिए अनुरोध
 - ✓ इलाज करने वाले चिकित्सकों के बयान के साथ दावा प्रपत्र

- ✓ पासपोर्ट की कॉपी
- ✓ चिकित्सा जानकारी प्रपत्र जारी करना

b) चिकित्सा खर्चों और अन्य गैर-चिकित्सा दावों की प्रतिपूर्ति:

प्रतिपूर्ति दावे आम तौर पर भारत लौटने के बाद बीमाधारक द्वारा दायर किए जाते हैं। दावों के कागजात प्राप्त होने पर, सामान्य प्रक्रिया के अनुसार दावे पर कार्रवाई की जाती है। सभी स्वीकार्य दावों का भुगतान भारतीय रुपये (आईएनआर) में किया जाता है, कैशलेस दावों के विपरीत, जहां भुगतान विदेशी मुद्रा में किया जाता है।

प्रतिपूर्ति दावों पर कार्रवाई करते समय, भारतीय रुपये (आईएनआर) में देयता तय करने के लिए मुद्रा परिवर्तन दर को नुकसान की तारीख के अनुसार लागू किया जाता है। फिर चेक या इलेक्ट्रॉनिक ट्रांसफर के माध्यम से भुगतान किया जाता है।

c) चिकित्सा दुर्घटना और बीमारी के खर्चों के लिए दावा दस्तावेज

- i. दावा प्रपत्र
- ii. डॉक्टर की रिपोर्ट
- iii. मूल प्रवेश/डिस्चार्ज कार्ड
- iv. मूल बिल / रसीदें / दवाओं की पर्ची
- v. मूल एक्स-रे रिपोर्ट/पैथोलॉजिकल/जांच रिपोर्ट
- vi. प्रवेश और निकास की मुहर के साथ पासपोर्ट / वीजा की प्रति

उपरोक्त सूची केवल सांकेतिक है। विशेष मामले के विवरण के आधार पर या विशेष बीमा कंपनी द्वारा अपनाई गई दावा निपटान नीति/प्रक्रिया के आधार पर अतिरिक्त जानकारी/दस्तावेजों की आवश्यकता हो सकती है।

स्वमूल्यांकन 5

जब बीमाधारक द्वारा वैध _____ बीमा पॉलिसी उपलब्ध कराई जाती है, तो अधिकांश अस्पताल सभी अंतरराष्ट्रीय बीमा कंपनियों से भुगतान की गारंटी स्वीकार करते हैं।

- I. कानूनी देयता
- II. कोरोना रक्षक
- III. विदेश यात्रा
- IV. बंदोबस्ती

स्वमूल्यांकन के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प II है।

उत्तर 2 – सही विकल्प II है।

उत्तर 3 – सही विकल्प III है।

उत्तर 4 – सही विकल्प IV है।

उत्तर 5 – सही विकल्प III है।

सारांश

- a) बीमा एक 'वादा' है और पॉलिसी उस वादे की 'गवाह' है। बीमित घटना का होना पॉलिसी के तहत दावेका कारण बनता है, यही उस वादे की असली परीक्षा है।
- b) बीमा में प्रमुख दर निर्धारण मापदंडों में से एक बीमा कंपनी की दावा भुगतान करने की क्षमता है।
- c) ग्राहक, जो बीमा खरीदता है, प्राथमिक हितधारक होने के साथ-साथ दावा पाने वाला भी होता है।
- d) कैशलेस दावे में नेटवर्क अस्पताल बीमा कंपनी/टीपीए से पहले ली गई मंजूरी के आधार पर चिकित्सा सेवाएं प्रदान करता है; बाद में दावे के निपटान के लिए दस्तावेज जमा करता है।
- e) प्रतिपूर्ति दावे में, ग्राहक अस्पताल को अपने संसाधनों से भुगतान करता है और फिर भुगतान के लिए बीमा कंपनी/टीपीए के पास दावा दायर करता है।
- f) दावे की सूचना ग्राहक और दावा टीम के बीच संपर्क का पहला उदाहरण है।
- g) अगर बीमा दावे के मामले में बीमा कंपनी को धोखाधड़ी का संदेह होता है, तो उसे जांच के लिए भेजा जाता है। किसी दावे की जांच बीमा कंपनी/टीपीए द्वारा आंतरिक रूप से की जा सकती है या किसी पेशेवर जांच एजेंसी को सौंपी जा सकती है।
- h) संचयी बनाने का अर्थ है दावों की स्थिति के आधार पर बीमा कंपनी के बही-खातों में सभी दावों के लिए व्यवस्था करके रखी गई रकम।
- i) दावे से इनकार के मामले में, ग्राहक के पास बीमा कंपनी को प्रतिनिधित्व देने के अलावा बीमा ओम्बड्समैन या उपभोक्ता आयोग या यहां तक कि कानूनी अधिकारियों से संपर्क करने का विकल्प होता है।
- j) धोखाधड़ी ज्यादातर अस्पताल में भर्ती होने की क्षतिपूर्ति पॉलिसियों में होती है, लेकिन व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियों का इस्तेमाल भी धोखाधड़ी के दावों में किया जाता है।
- k) टीपीए बीमा कंपनी को कई महत्वपूर्ण सेवाएं प्रदान करता है और शुल्क के रूप में पारिश्रमिक प्राप्त करता है।