

कॉर्पोरेट एजंट- आरोग्यविषयक विमा (अधिकृत पडताळणीकर्ता)

ऋणनिर्देश

हा अभ्यासक्रम इन्शुरन्स रेग्युलेटरी अँड डेव्हलपमेंट अथॉरिटी ऑफ इंडिया (IRDAI) द्वारे ठरविण्यात आलेल्या सुधारित अभ्यासक्रमावर आधारित असून इन्शुरन्स इन्स्टिट्यूट ऑफ इंडिया, मुंबई यांनी तयार केला आहे.

लेखक/समीक्षक (इंग्रजी वर्णाक्षरानुसार)

डॉ. आर.के. दुग्गल
डॉ. शशीधरन के. कुट्टी
श्री वेपाचेडू जयंत कुमार
सीए पी. कोटेस्वर राव
डॉ. प्रदीप सरकार
डॉ रमेशकुमार सतलुरी
प्रा. माधुरी शर्मा
डॉ. जॉर्ज ई. थॉमस
प्रा. अर्चना वझे
श्री कृष्णमोहन वाय

यांच्या सहाय्याने या अभ्यासक्रमाचे भाषांतर आणि पुनरावलोकन करण्यात आले आहे.

सी-डॅक, पुणे.
प्रकाश निर्मळ
विशाखा ठाकूर



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

कॉर्पोरेट एजंट आरोग्यविषयक विमा

(अधिकृत पडताळणीकर्ता)

आवृत्ती वर्ष : 2025

सर्व हक्क राखीव

या अभ्यासक्रमाचे दस्ताऐवज हा इन्शुरन्स इन्स्टिट्यूट ऑफ इंडिया (III) चा स्वामीत्व हक्क (कॉपीराइट) आहे. हा अभ्यासक्रम इन्शुरन्स इन्स्टिट्यूट ऑफ इंडियाच्या परीक्षेला बसणाऱ्या विद्यार्थ्यांना शैक्षणिक माहिती देण्यासाठी तयार करण्यात आला आहे. या दस्ताऐवजाची, संस्थेच्या पूर्व आणि लेखी परवानगीशिवाय व्यावसायिक हेतूने, अंशतः किंवा पूर्णपणे पुनर्निर्मिती करता येणार नाही.

या दस्ताऐवजातील मजकूर प्रचलित सर्वोत्तम पद्धतींवर आधारित आहे तथापि याचा हेतू कायदेशीर बाबी किंवा विवादात अर्थ लावण्यासाठी किंवा निराकरण करण्याचा नाही.

हे केवळ सूचक अभ्यास साहित्य आहे. परीक्षेतील प्रश्न केवळ या अभ्यास साहित्यापुरते मर्यादित असणार नाहीत याची कृपया नोंद घ्यावी.

प्रकाशक आणि मुद्रक: महासचिव, भारतीय विमा संस्था, जी-ब्लॉक, प्लॉट सी-46, वांद्रे कुर्ला कॉम्प्लेक्स, वांद्रे (ई) मुंबई – 400 051.

या अभ्यासक्रमातील साहित्यासंबंधीचा पत्रव्यवहार मुखपृष्ठावर नमूद केलेल्या विषयाच्या शीर्षकाचा आणि संबधित प्रकाशन क्रमांकाचा उल्लेख करून ctd@iii.org.in यापत्त्यावर पाठवता येईल.

प्रस्तावना

या अभ्यासक्रमातील साहित्य इन्शुरन्स इन्स्टिट्यूट ऑफ इंडिया, (संस्थेने) भारतीय विमा नियामक आणि विकास प्राधिकरण (IRDAI) ने कॉर्पोरेट एजंट्ससाठी निश्चित केलेल्या अभ्यासक्रमावर विकसित केले आहे. हे साहित्य तयार करण्यासाठी या क्षेत्रातील तज्ञांचा सहभाग आहे.

या अभ्यासक्रमात जीवनवीमा, सामान्य आणि आरोग्य विम्याविषयी प्राथमिक माहिती देण्यात आली आहे जेणेकरून संबंधित व्यवसायातील एजंट्सना त्यांच्या व्यावसायिक कारकिर्दीविषयीची माहिती योग्य दृष्टीकोनातून समजून घेता येईल व त्याचे मुल्यमापन करता येईल.

चार विभागांमध्ये या अभ्यासक्रमाची रचना करण्यात आली आहे. (1) ढोबळ माहिती/आढावा – या भागात सामान्यतः विमा तत्त्वे, कायदेशीर तत्त्वे आणि नियामक बाबींचा समावेश आहे ज्याची विमा प्रतिनिधींना माहित असणे आवश्यक आहे. (2) जीवन विमा एजंट, (3) इतर विमा एजंट आणि (4) आरोग्य विमा एजंट बन्नु इच्छिणाऱ्यांसाठी स्वतंत्र विभागात माहिती देण्यात आली आहे.

विद्यार्थ्यांना परीक्षेचे स्वरूप आणि विचारल्या जाणाऱ्या वस्तुनिष्ठ प्रश्नांच्या प्रकारांची कल्पना देण्यासाठी अभ्यासक्रमात नमुना प्रश्नांचा संच समाविष्ट केला आहे. नमुना प्रश्न त्यांना ज्याचे शिक्षण घेतले आहे त्याची उजळणी करण्यास मदत करतील.

विमाव्यवसाय हा सतत बदलणाऱ्या परिस्थितीत कार्यरत असतो. विमा एजंटना बाजारातील बदलांबाबत अद्यावत माहिती असणे आवश्यक असते. त्यासाठी त्यांनी वैयक्तिक अभ्यासाद्वारे सक्रिय राहून माहितीचा पाठपुरावा केला पाहिजे आणि संबंधित विमा कंपन्यांनी आयोजित केलेल्या अंतर्गत प्रशिक्षण कार्यक्रमांमध्ये सहभाग घेतला पाहिजे.

हे काम संस्थेकडे (इन्शुरन्स इन्स्टिट्यूट ऑफ इंडिया) सोपवल्याबद्दल संस्था आयआरडीएआय (IRDAI) चे आभार मानते. या माहितीचा अभ्यास करण्यात रुची असलेल्या सर्वांना विमा विक्रीच्या यशस्वी कारकिर्दीसाठी संस्थेकडून शुभेच्छा.

अनुक्रमणिका

प्रकरण क्रमांक	प्रकरणाचे नांव	पृष्ठ क्रमांक
भाग	आरोग्यविषयक विमा	
H-01	आरोग्य विम्याचा परिचय	2
H-02	आरोग्य विमा दस्तऐवजीकरण	11
H-03	आरोग्य विमा उत्पादने	21
H-04	आरोग्य विमा विमालेखन (अंडररायटिंग)	57
H-05	आरोग्य विमा दावे	76

विभाग
आरोग्य विभाग

प्रकरण H-01

आरोग्य विम्याचा परिचय

प्रकरण परिचय

हे प्रकरण तुम्हाला काळाच्या ओघात विमा कसा विकसित झाला हे सांगेल. आरोग्य सेवा म्हणजे काय, आरोग्य सेवेचा स्तर आणि आरोग्य सेवेचे प्रकार हे देखील त्यामध्ये स्पष्ट केले जातील. भारतातील आरोग्य सेवा यंत्रणा आणि त्यावर परिणाम करणारे घटक याबद्दल देखील तुम्ही शिकाल. अखेरीस हे प्रकरण भारतामध्ये आरोग्य विमा कसा विकसित झाला आणि भारतातील आरोग्य विमा बाजारपेठेतील विविध कंपन्या हे स्पष्ट करून सांगेल.

शिकण्याची निष्पत्ती

- A. आरोग्य सेवा समजून घेणे
- B. आरोग्य सेवेचे स्तर
- C. आरोग्य सेवेचे प्रकार
- D. भारतातील आरोग्य सेवेचा विकास
- E. आरोग्य विमा बाजारपेठ

या प्रकरणाचा अभ्यास केल्यानंतर, तुम्हाला पुढील गोष्टी करता यायला हव्यात :

- a) विमा कसा निर्माण झाला ते समजून घेणे.
- b) आरोग्य सेवेची संकल्पना आणि आरोग्य सेवेचे प्रकार आणि स्तर स्पष्ट करणे.
- c) भारतातील आरोग्य सेवेवर परिणाम करणाऱ्या घटकांची आणि स्वातंत्र्यापासून केलेल्या प्रगतीची दखल घेणे.
- d) भारतातील आरोग्य विम्याच्या विकासाची / उत्क्रांतीची चर्चा करणे.
- e) भारतातील आरोग्य विम्याची बाजारपेठ जाणून घेणे.

A. आरोग्य सेवा समजून घेणे

‘हेल्थ/Health’ या शब्दाची उत्पत्ती ‘hoelth’ या शब्दावरून झाली, त्याचा अर्थ होतो, ‘शरीराची सुदृढता’.

पूर्वीच्या काळी, आरोग्य ही ‘दैवी देणगी’ मानली जात असे आणि आजारपण हे संबंधित व्यक्तीने काही पाप केल्यामुळे येते अशी (अंध)श्रद्धा होती. हिपोक्रेट्सने (इ. स. पूर्व 460 ते 370) आजारपणामागील कारणे शोधून काढली. त्याच्या मते, पर्यावरण, स्वच्छता, वैयक्तिक स्वच्छता आणि आहार यांच्याशी संबंधित विविध घटकांमुळे आजारपण उद्भवते. प्राचीन भारतातील वैदिक ग्रंथांमध्ये ‘आरोग्यम महाभाग्यम’चा उल्लेख आहे, त्याचा अर्थ होतो ‘आरोग्य हे महान भाग्य आहे’ किंवा दुसऱ्या शब्दांमध्ये ‘आरोग्य हीच संपत्ती’. प्राचीन भारतातील अथर्व वेद, चक्र संहिता, सुश्रुत संहिता, अष्टांगहृदयम, अष्टांगसंग्रह, भेल संहिता आणि कश्यप संहिता यासारख्या अनेक ग्रंथांमध्ये प्राचीन काळात भारतामध्ये प्रचलित असलेल्या उपचार परंपरांची चर्चा करण्यात आली आहे.

व्याख्या

आरोग्याची मोठ्या प्रमाणात स्वीकारली गेलेली व्याख्या जागतिक आरोग्य संघटनेने (डब्ल्यूएचओ) केली होती – ‘आरोग्य ही संपूर्ण शारीरिक, मानसिक आणि सामाजिक स्वास्थ्याची अवस्था आहे आणि केवळ आजाराचा किंवा अशक्तपणाचा अभाव (म्हणजे आरोग्य) नव्हे.’

आरोग्याची निर्धारक तत्त्वे

खालील घटक कोणत्याही व्यक्तीचे आरोग्य निर्धारित करतात असे सामान्यतः मानले जाते :

a) जीवनशैली घटक

जीवनशैली घटक हे मुख्यतः संबंधित व्यक्तीच्या नियंत्रणात असलेले घटक असतात, उदा. व्यायाम आणि मर्यादित आहार, चिंता टाळणे आणि यासारख्या काही गोष्टींनी चांगले आरोग्य मिळते; अन्यथा कर्करोग, एड्स, उच्च रक्तदाब आणि मधुमेह यासारखे काही आजार होतात.

b) पर्यावरणीय घटक

अस्वच्छतेमुळे फ्लू आणि कांजण्यासारखे संसर्गजन्य आजार पसरतात, हिवताप आणि डेंग्यूसारख्या आजारांचा फैलाव पर्यावरणीय अस्वच्छतेमुळे होतो, तसेच पर्यावरणीय घटकांमुळे इतरही काही विशिष्ट आजार होतात.

c) आनुवंशिक घटक

पालकांकडून मुलांकडे जनुकांच्या माध्यमातून आजार पसरू शकतात. अशा जनुकीय घटकांमुळे जगभरात पसरलेल्या लोकसंख्येमध्ये वंश, भौगोलिक स्थान आणि समुदायांवर देखील आधारित भिन्न आरोग्य कल दिसून येतात.

देशाची सामाजिक आणि आर्थिक प्रगती तेथील लोकांच्या आरोग्यावर आधारित असते हे अगदी स्वाभाविक आहे. यामुळे निरनिराळ्या परिस्थितींसाठी निरनिराळ्या प्रकारच्या आरोग्य सेवांची गरज आहे का असा प्रश्न उपस्थित होतो.

स्वतःची चाचणी घ्या 1

खालीलपैकी कोणता आजार जीवनशैली घटकांमुळे होत नाही? (म्हणजे व्यक्तीच्या नियंत्रणात नाही)?

- I. कर्करोग
- II. एड्स
- III. हिवताप
- IV. उच्च रक्तदाब

B. आरोग्य सेवेचा स्तर

आरोग्य सेवा म्हणजे दुसरे काही नसून सरकारसह विविध एजन्सी आणि प्रदात्यांनी लोकांमध्ये आरोग्याचा प्रसार, सांभाळ, त्याची देखरेख किंवा आरोग्य पूर्ववत करण्यासाठी प्रदान केलेल्या सेवा (सेवांचा संच) आहेत. आरोग्य सेवा प्रभावी असण्यासाठी त्या खालीलप्रमाणे असल्या पाहिजेत:

- लोकांच्या गरजेनुसार योग्य
- सर्वसमावेशक
- पुरेशी
- सहज उपलब्ध
- परवडणारी

आरोग्य सेवा सुविधा या लोकांना एखादा आजार होण्याच्या शक्यतेवर आधारित असायला हव्यात. उदाहरणार्थ, एखाद्या व्यक्तीला वर्षातून अनेक वेळा ताप, सर्दी, खोकला, त्वचेची अॅलर्जी होऊ शकते, पण त्याला/तिला हिपॅटायटिस बी होण्याची शक्यता ही सर्दी आणि खोकला होण्याच्या शक्यतेपेक्षा कमी असते.

त्यामुळे, कोणत्याही भागात, मग ते खेडेगाव असो किंवा जिल्हा किंवा राज्य, आरोग्य सेवा सुविधा उभारण्याची गरज ही विविध आरोग्य सेवा घटकांवर आधारित असते आणि, त्यांना त्या भागाचे निर्देशक घटक असे म्हटले जाते. ते खालीलप्रमाणे आहेत:-

- ✓ लोकसंख्येचा आकार
- ✓ मृत्यूदर
- ✓ आजारपणाचे प्रमाण
- ✓ अपंगत्वाचे प्रमाण
- ✓ लोकांचे सामाजिक आणि मानसिक आरोग्य
- ✓ लोकांची सामान्य पोषण स्थिती
- ✓ खाण क्षेत्र किंवा औद्योगिक क्षेत्रासारखे पर्यावरणीय घटक
- ✓ संभाव्य आरोग्य सेवा प्रदाता यंत्रणा उदा. हृदयाचे डॉक्टर खेडेगावात सहज उपलब्ध नसतील पण जिल्हाच्या ठिकाणी सहज उपलब्ध असू शकतात
- ✓ किती प्रमाणात आरोग्य सेवा यंत्रणेचा वापर होण्याची शक्यता आहे
- ✓ सामाजिक-आर्थिक घटक अर्थात ते परवडण्याची क्षमता

वरील घटकांनुसार, सरकार प्राथमिक, द्वितीय आणि तृतीय आरोग्य सेवा उभारण्याचा निर्णय घेते आणि लोकसंख्येला (लोकांना) परवडणारी आणि सहज घेता येणारी योग्य आरोग्य सेवा उपलब्ध करून देण्यासाठी इतर उपाययोजना करते.

C. आरोग्य सेवेचे प्रकार

आरोग्य सेवेचे सामान्यपणे खालीलप्रमाणे वर्गीकरण केले जाते:

1. प्राथमिक आरोग्य सेवा

प्राथमिक आरोग्य सेवा म्हणजे कोणत्याही आजारासाठी रुग्ण पहिल्यांदा संपर्क साधतात अशा डॉक्टर, परिचारिकांकडून आणि इतर लहान दवाखान्यांमधून दिल्या जाणाऱ्या सेवा, म्हणजे आरोग्य यंत्रणेमध्ये सर्व रुग्णांसाठी प्राथमिक आरोग्य सेवा प्रदाता हे संपर्काचे पहिले स्थान असते असे म्हणता येईल.

उदाहरणार्थ, एखादी व्यक्ती ताप येत असल्याने डॉक्टरकडे गेली, आणि पहिले निदान हे डेंग्यूच्या तापाचे सूचक असेल तर प्राथमिक आरोग्य सेवा प्रदाता काही औषधे लिहून देईल पण रुग्णाला विशेष उपचारांसाठी रुग्णालयात दाखल होण्याचाही निर्देश देईल.

गावातल्या पातळीवर प्राथमिक आरोग्य सेवा केंद्रे ही सरकार आणि खाजगी व्यक्ती किंवा इन्स्टिट्यूट या दोघांकडूनही उभारली आहेत. लोकसंख्येच्या आकारानुसार शासकीय प्राथमिक आरोग्य सेवा केंद्रे स्थापन करण्यात आली आहेत आणि खेडेगावाच्या पातळीपर्यंत कोणत्या ना कोणत्या स्वरूपात उपलब्ध आहेत.

2. द्वितीय आरोग्य सेवा

द्वितीय आरोग्य सेवा म्हणजे वैद्यकीय तज्ज्ञ आणि इतर आरोग्य व्यावसायिकांनी, ज्यांचा शक्यतो रुग्णाशी प्रथम संपर्क झालेला नसतो, प्रदान केलेल्या आरोग्य सेवांना द्वितीय आरोग्य सेवा म्हणतात. त्यामध्ये गंभीर आजारासाठी अल्प काळापुरता अनेकदा (पण हे आवश्यक नाही) रुग्णालयात दाखल केलेला रुग्ण सामिल असतो. शिवाय त्यात अति दक्षता सेवा, अँब्युलन्स सुविधा, पॅथॉलॉजी, निदानात्मक आणि इतर संबंधित वैद्यकीय सेवांसह आवश्यक असलेल्या उपचारांचा (अँक्युट केअर रिक्वायरिंग ट्रीटमेंट) समावेश असतो.

3. तृतीय आरोग्य सेवा

तृतीय आरोग्य सेवा ही विशेष सल्ला देणारी आरोग्य सेवा असते, सामान्यतः रुग्णालयात दाखल झालेल्या रुग्णांसाठी आणि प्राथमिक / द्वितीय सेवा प्रदात्यांनी संदर्भ दिल्यामुळे ह्याचा वापर केला जातो.

ज्यांच्याकडे द्वितीय आरोग्य सेवा प्रदात्यांच्या सामर्थ्यापलिकडे असलेल्या प्रगत वैद्यकीय सुविधा आणि वैद्यकीय व्यावसायिक आहेत, असे सेवा प्रदाते हे तृतीय आरोग्य सेवा प्रदात्यांची उदाहरणे आहेत, उदा. ऑकॉलॉजी (कर्करोग उपचार), अवयव प्रत्यारोपण सुविधा, उच्च जोखीम गर्भधारणा तज्ज्ञ, इत्यादि.

याची नोंद घेतली पाहिजे की जसा सेवेचा स्तर वाढतो तसा सेवेशी निगडीत खर्च देखील वाढतो. निरनिराळ्या प्रकारच्या सेवांसाठी पायाभूत सुविधा देखील गावानुसार, शहरी-ग्रामीण भागांनुसार बदलतात, त्याच वेळी सामाजिक-आर्थिक घटक देखील त्यावर प्रभाव टाकतात.

स्वतःची चाचणी घ्या 2

खालीलपैकी कोणते प्राथमिक आरोग्य सेवेचा भाग आहे?

- I. ताप
- II. कर्करोग
- III. अवयव प्रत्यारोपण
- IV. उच्च जोखीम गर्भधारणा

D. भारतामध्ये आरोग्य विम्याचा विकास

सरकार आरोग्य सेवेसंबंधी आपले धोरण निर्णय घेण्यात व्यस्त असताना, त्यांनी आरोग्य विमा योजनादेखील आणल्या. विमा कंपन्यांनी आरोग्य विमा पॉलिसी त्यानंतर सुरु केल्या. भारतामध्ये आरोग्य विमा कसा विकसित झाला ते येथे दिले आहे:

1. राज्य कामगार विमा योजना

1947 मध्ये देशाच्या स्वातंत्र्यानंतर लवकरच ईएसआय अधिनियम, 1948 द्वारे सादर करण्यात आलेल्या राज्य कामगार विमा योजनेसह भारतातील आरोग्य विमा औपचारिकरित्या सुरु झाला. ही योजना संघटित खाजगी क्षेत्रात काम करणाऱ्या कामगारांसाठी सुरु करण्यात आली आणि ती स्वतःचे दवाखाने आणि रुग्णालये यांच्या जाळ्यांच्या माध्यमातून सर्वसमावेशक आरोग्य सेवा प्रदान करते.

ईएसआयसी (एम्प्लॉईज स्टेट इन्शुरन्स कॉर्पोरेशन / कर्मचारी राज्य विमा महामंडळ) ही अंमलबजावणी करणारी एजन्सी आहे जी स्वतःची रुग्णालये आणि दवाखाने चालवते आणि जिथे त्यांच्या स्वतःच्या सुविधा अपुऱ्या आहेत तिथे सार्वजनिक / खाजगी प्रदात्यांशी करार करते.

2. केंद्र सरकार आरोग्य योजना

ईएसआयएस नंतर लवकरच केंद्र सरकार आरोग्य योजना (सीजीएचएस) सुरु झाली, जी केंद्र सरकारच्या कर्मचाऱ्यांसाठी 1954 मध्ये सुरु झाली, त्यामध्ये नागरी नोकऱ्यांमध्ये काम करणाऱ्या निवृत्तीवेतनधारक आणि त्यांच्या कुटुंबातील सदस्यांचाही समावेश होता. कर्मचारी आणि त्यांच्या कुटुंबियांना सर्वसमावेशक आरोग्य सेवा प्रदान करणे हा त्याचा उद्देश आहे आणि काही प्रमाणात कर्मचारी आणि मोठ्या प्रमाणात नियोक्ता (केंद्र सरकार) यांच्याकडून या योजनेसाठी निधी दिला जातो.

3. व्यावसायिक आरोग्य विमा

विमा उद्योगाच्या राष्ट्रीयीकरणापूर्वी तसेच त्यानंतर ही काही जीवनेतर विमा कंपन्या व्यावसायिक आरोग्य विमा देऊ करत होत्या.

भारतीय बाजारपेठेत सर्व चारही राष्ट्रीयकृत जीवनेतर विमा कंपन्यांनी (या जनरल इन्शुरन्स कॉर्पोरेशन ऑफ इंडियाच्या उपकंपन्या होत्या) 1986 मध्ये, स्वतंत्र व्यक्ती आणि त्यांच्या कुटुंबियांसाठी पहिले प्रमाणीकृत आरोग्य विमा उत्पादन सुरु केले. हे उत्पादन, **मेडिक्लेम**, गर्भारपण आणि प्रसूती, आधीच असलेले आजार यांचा अपवाद करून, नुकसानभरपाईच्या

विशिष्ट वार्षिक मर्यादेपर्यंत, रुग्णालयात दाखल करण्याच्या खर्चास संरक्षण देण्यासाठी सुरु करण्यात आले होते.

आज भारतामध्ये रुग्णालयात दाखल करण्याच्या नुकसानभरपाई-वर आधारित वार्षिक करार हा खाजगी आरोग्य विम्याचा सर्वात लोकप्रिय प्रकार आहे. 2001 मध्ये खाजगी कंपन्यांनी विमा क्षेत्रात प्रवेश केल्यापासून, आरोग्य विमा प्रचंड प्रमाणात वाढला आहे. मात्र, आजही आरोग्य विम्याचा वापर न करणारी मोठी बाजारपेठ आहे.

आरोग्य विमा पॉलिसी खरेदी करण्यासाठी सरकारने खाजगी व्यक्तींना मोठ्या प्रमाणात प्रोत्साहन दिले आहे. स्वतंत्र व्यक्तींनी स्वतःसाठी, वैवाहिक जोडीदारासाठी आणि कुटुंबातील सदस्यांसाठी आरोग्य विम्याचे भरलेले प्रिमियम आयकर खात्याच्या कलम 80 डी अंतर्गत करपात्र उत्पन्नातून वजा करण्याची परवानगी आहे (म्हणजेच या प्रिमियमवर कर सवलत मिळते). या कलमाअंतर्गत 60 वर्षांपेक्षा अधिक वयाच्या पालकांचा / सासू-सासऱ्यांचा अधिक मर्यादेपर्यंत प्रिमियम भरण्याची परवानगी आहे (अधिक करसवलत मिळते).

लक्षणीय फरक असलेले संरक्षण, अपवाद आणि नवीन वाढीव संरक्षण सुरु करण्यात आले आहे, त्यावर नंतरच्या प्रकरणांमध्ये चर्चा केली जाईल.

स्वचाचणी 3

भारतीय बाजारपेठेत सर्व चारही राष्ट्रीयकृत जीवनेतर विमा कंपन्यांनी _____ या वर्षात स्वतंत्र व्यक्ती आणि त्यांच्या कुटुंबियांसाठी पहिले प्रमाणीकृत आरोग्य विमा उत्पादन सुरु केले.

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

E. आरोग्य विमा बाजारपेठ

आरोग्य विमा बाजारपेठेत आज अनेक कंपन्या आहेत, त्यापैकी काही आरोग्य सेवा सुविधा प्रदान करतात, त्यांना प्रदाते म्हणतात, अन्य काही विमा सेवा प्रदान करतात आणि विविध मध्यस्थही आहेत. काही मूलभूत पायाभूत सुविधा तयार करतात तर अन्य काही पूरक सुविधा प्रदान करतात. काही सरकारी क्षेत्रात आहेत तर काही खाजगी क्षेत्रात आहेत.

1. खाजगी क्षेत्रातील आरोग्य सेवा प्रदाते

भारतामध्ये - प्राथमिक, द्वितीय तसेच तृतीय - या तिन्ही प्रकारच्या आरोग्य सेवा देणारे अतिशय मोठे खाजगी आरोग्य क्षेत्र आहे. त्यामध्ये स्वयंसेवी, बिगर-नफा इन्स्टिट्यूट आणि व्यक्तींपासून नफ्यासाठी काम करणारे कॉर्पोरेट, ट्रस्ट्स, सुटे प्रॅक्टिशनर, स्वतंत्र तज्ज्ञ सेवा, निदान करणाऱ्या प्रयोगशाळा, औषधांची दुकाने आणि अपात्र प्रदाते (नकली) यांचा समावेश होतो.

भारतामध्ये इतर वैद्यकीय प्रणालींचे (आयुर्वेद / सिद्ध / युनानी / होमिओपॅथी) प्रॅक्टिशनरही मोठ्या प्रमाणात आहेत, ज्यांची संख्या 7 लाखांपेक्षा अधिक आहे. हे सार्वजनिक तसेच खाजगी क्षेत्रात ही आहेत. नफ्यासाठी आरोग्य सेवा प्रदान करणाऱ्या खाजगी प्रदात्यांबरोबरच, एनजीओ आणि स्वयंसेवी क्षेत्रही कम्युनिटीला आरोग्य सेवा प्रदान करण्यात सहभागी आहे.

सामान्य विमा क्षेत्रातील **विमा कंपन्या** मोठ्या प्रमाणात आरोग्य विमा सेवा प्रदान करतात. स्वतंत्र आरोग्य विमा / स्टँड अलोन हेल्थ इन्शुरन्स (एसएएचआय) कंपन्यांना सर्व प्रकारच्या आरोग्य विम्यांचे व्यवहार करण्याची परवानगी आहे, तर आयुर्विमा कंपन्यांनाही विशिष्ट प्रकारचे आरोग्य विम्यांचे व्यवहार करण्याची परवानगी देण्यात आली आहे.

2. मध्यस्थ:

विमा उद्योगाचा भाग म्हणून सेवा प्रदान करणाऱ्या अनेक व्यक्ती आणि इन्स्टिट्यूट ही या आरोग्य विमा बाजारपेठेचा भाग आहेत. आयआरडीए (IRDA) अधिनियम, 1999 च्या कलम 2 अंतर्गत विमा मध्यस्थाची व्याख्या करण्यात आली आहे. त्यामध्ये विमा दलाल, पुनर्विमा दलाल, विमा सल्लागार, सर्वेक्षण करणारे आणि नुकसान मूल्यांकनकर्ता तसेच तृतीय पक्ष प्रशासक यांचा समावेश असतो.

तृतीय पक्ष प्रशासक (टीपीए) ही आयआरडीएआयकडे नोंदवलेली आणि शुल्क आकारून आरोग्य सेवा प्रदान करण्यासाठी विमाकर्त्या द्वारे व्यवहार करण्यासाठी ठरविण्यात असलेली कंपनी असते. आरोग्य विमा व्यवसायाशी संबंधित करारांतर्गत टीपीए विमाकर्त्याला खालील सेवा देऊ शकते:

- संबंधित पॉलिसीच्या अंतर्निहित नियम आणि अटीनुसार आणि दाव्यांच्या पूर्ततेसाठी विमाकर्त्याने जारी केलेल्या मार्गदर्शक सूचनांच्या चौकटीमध्ये आरोग्य विमा पॉलिसींतर्गत कॅशलेस उपचारांची पूर्व कायदेशीर परवानगी घेऊन दाव्यांची सर्व्हिसिंग करणे किंवा कॅशलेस दाव्यांशिवय ही इतर दाव्यांची पूर्तता करणे किंवा दोन्ही गोष्टी करणे.
- वैयक्तिक अपघात विमा अंतर्गत रुग्णालयीन कव्हर घेतले असल्यास त्याची आणि देशांतर्गत प्रवास विमांतर्गत संरक्षणाच्या दाव्याची सर्व्हिसिंग.
- आरोग्य विमा पॉलिसीच्या विमा लेखनाशी संबंधित विमा-पूर्व वैद्यकीय तपासण्या करण्याचे सुलभीकरण करणे.

सारांश

- a) अनेक शतकांपूर्वी विमा कोणत्या ना कोणत्या स्वरूपात अस्तित्वात होता, पण त्याचे आधुनिक स्वरूप हे केवळ काही शतकेच जुने आहे. भारतामधील विमा सरकारी नियमनासह अनेक टप्प्यांमधून गेला आहे.
- b) आपल्या नागरिकांचे आरोग्य अतिशय महत्वाचे असल्यामुळे, योग्य आरोग्य सेवा यंत्रणा निर्माण करण्यात सरकारे प्रमुख भूमिका निभावतात.
- c) प्रदान केलेली आरोग्य सेवा देशाच्या लोकसंख्येशी संबंधित अनेक घटकांवर अवलंबून असते.
- d) कोणत्या स्तराचे वैद्यकीय लक्ष देणे आवश्यक आहे त्यानुसार प्राथमिक, द्वितीय आणि तृतीय हे आरोग्य सेवेचे तीन प्रकार आहेत. प्रत्येक स्तराप्रमाणे आरोग्य सेवेचा खर्च वाढतो, तृतीय आरोग्य सेवा सर्वात खर्चिक असते.
- e) भारतासमोर योग्य आरोग्य सेवेची गरज असलेली लोकसंख्येची वाढ आणि शहरीकरण अशी स्वतःची असाधारण आव्हाने आहेत.
- f) सार्वजनिक क्षेत्रातील विमा कंपन्यांनी सर्वात आधी आरोग्य विम्याच्या योजना आणल्या, त्यानंतर खाजगी विमा कंपन्यांनी व्यावसायिक विमा सुरू केला.
- g) आरोग्य विमा बाजारपेठेत अनेक घटक असतात, काही पायाभूत सुविधा प्रदान करतात, काही विमा सेवा, दलाल, एजंट आणि तृतीय पक्ष शासकासारखे मध्यस्थ असतात, आरोग्य विमा व्यवसाय आणि इतर नियामक, शैक्षणिक तसेच कायद्याशी संबंधित घटक आपापल्या भूमिका बजावतात.

‘स्वतःची चाचणी घ्या’ची उत्तरे

- उत्तर 1 अचूक पर्याय आहे III.
उत्तर 2 अचूक पर्याय आहे I.
उत्तर 3 अचूक पर्याय आहे III.

मुख्य शब्द

- a) आरोग्य सेवा
- b) व्यावसायिक विमा
- c) राष्ट्रीयीकरण
- d) प्राथमिक, द्वितीय आणि तृतीय आरोग्य सेवा
- e) तृतीय पक्ष शासक

प्रकरण H-02

आरोग्य विमा दस्तऐवजीकरण

प्रकरण परिचय

विमा उद्योगामध्ये, आपण मोठ्या संख्येने फॉर्म, दस्तऐवज, इ. हाताळतो. या प्रकरणात आपण आरोग्य विमा करारामधील दस्तऐवज आणि त्यांचे महत्त्व यांच्याबद्दल शिकणार आहोत.

शिकण्याची निष्पत्ती

- A. प्रस्ताव फॉर्म
- B. प्रस्तावाची स्वीकृती विमालेखन (अंडररायटिंग)
- C. माहितीपत्रक
- D. पॉलिसी दस्तऐवज
- E. अटी आणि हमी

या प्रकरणाचा अभ्यास केल्यानंतर तुम्हाला खालील गोष्टी करता यायला हव्यात:

- a) प्रस्ताव फॉर्ममधील मजकूर स्पष्ट करणे.
- b) माहितीपत्रकाचे महत्त्व वर्णन करणे
- c) विमा पॉलिसी दस्तऐवजामधील अटी आणि शब्दरचना स्पष्ट करणे.
- d) पॉलिसीच्या अटी आणि हमींची चर्चा करणे.
- e) पृष्ठांकन का जारी केले त्याची दखल घेणे.
- f) प्रिमियम पावती समजून घेणे.
- g) नूतनीकरण नोटिशी का जारी केल्या त्याची दखल घेणे.

A. प्रस्ताव फॉर्मस

1. आरोग्य विमा प्रस्ताव फॉर्मस

सामान्य प्रकरणांमध्ये चर्चा केल्याप्रमाणे, प्रस्ताव फॉर्ममध्ये विम्यासाठी देऊ केलेली जोखीम स्वीकारण्यासाठी विमा कंपनीला उपयुक्त असलेल्या माहितीचा समावेश असतो. खाली आरोग्य विमा पॉलिसीसाठी प्रस्ताव फॉर्मचे काही तपशील दिले आहेत:

1. प्रस्ताव फॉर्ममध्ये माहितीपत्रकाचा अंतर्भाव असतो ज्यामध्ये संरक्षणाची रक्कम, अपवाद, तरतुदी, इत्यादींसारखे संरक्षणाचे तपशील दिलेले असतात. माहितीपत्रक हा प्रस्ताव फॉर्मचा भाग असतो आणि प्रस्तावकाला त्याच्या मजकुराची नोंद घेतली म्हणून त्यावर सही करावी लागते.
2. प्रस्ताव फॉर्म नाव, पत्ता, व्यवसाय, जन्मतारीख, लिंग आणि प्रत्येक विमाधारक व्यक्तीचे प्रस्तावकाशी नाते, सरासरी मासिक उत्पन्न आणि आयकर पॅन क्र, वैद्यकीय व्यावसायिकाचे नाव आणि पत्ता, त्याची पात्रता आणि नोंदणी क्रमांक यासंबंधी माहिती संकलित करतो. दाव्याचे पैसे थेट बँक हस्तांतरणाद्वारे चुकते करण्यासाठी हल्ली विमाधारकाचे बँक तपशीलदेखील संकलित केले जातात.
3. त्या जोडीला, विमाधारक व्यक्तीच्या वैद्यकीय स्थितीशी संबंधित प्रश्न असतात. फॉर्ममधील हे तपशीलवार प्रश्न जुन्या दाव्यांच्या अनुभवावर आधारित असतात आणि जोखमीचे योग्य विमालेखन करण्यासाठी असतात.
4. विमाधारक व्यक्ती फॉर्ममधील निर्दिष्ट आजारांपैकी कोणत्याही आजाराने ग्रस्त असल्यास त्याने त्याबद्दल संपूर्ण तपशील देणे आवश्यक असते.
5. त्यापुढे इतर कोणत्याही आजार किंवा रोगाने ग्रस्त असल्यास किंवा अपघात झाला असल्यास त्याचे तपशील खालीलप्रमाणे देण्यास सांगितले जाते:
 - a. आजार / इजेचे स्वरूप आणि उपचार
 - b. पहिल्या उपचाराची तारीख
 - c. उपचार करणाऱ्या डॉक्टरचे नाव आणि पत्ता
 - d. संपूर्ण बरे झाले आहे की नाही
6. प्रस्तावकाने विमाकर्त्याकडे उघड केली पाहिजेत अशी इतर अतिरिक्त तथ्ये आणि वैद्यकीय लक्ष देण्याची गरज असलेल्या कोणत्याही आजार किंवा इजेचे सकारात्मक अस्तित्व किंवा उपस्थिती याची त्याला माहिती आहे का हे सांगणे आवश्यक असते.
7. फॉर्ममध्ये मागील विमा आणि दाव्यांचा इतिहास आणि सध्या इतर कोणत्याही विमाकर्त्याचा अतिरिक्त विमा यांच्याशी संबंधित प्रश्नांचाही समावेश असतो.

8. प्रस्तावकाने स्वाक्षरी करावयाच्या घोषणेच्या विशेष वैशिष्ट्याची नोंद घेणे आवश्यक आहे.
9. विमाधारकाच्या शारीरिक किंवा मानसिक आरोग्यावर परिणाम करणाऱ्या कोणत्याही आजारावर कोणत्याही वेळी उपचार केलेले आहेत किंवा उपचार करू शकेल अशा कोणत्याही रुग्णालय/वैद्यकीय व्यावसायिकाकडून विमाकर्त्याने माहिती घेणे विमाधारक व्यक्तीला मान्य आहे आणि तसा ती विमाकर्त्याला अधिकार देते.
10. विमाधारक व्यक्ती याची पुष्टी करते की त्याने फॉर्मचा भाग असलेले माहितीपत्रक वाचले आहे आणि तो अटी आणि नियम स्वीकारण्यास तयार आहे.
11. घोषणेमध्ये विधानांच्या सत्यतेबद्दल आणि प्रस्ताव फॉर्म हा कराराचा आधार असल्यासंबंधी नेहमीच्या हमीचा समावेश आहे.

2. वैद्यकीय प्रश्नावली

प्रस्ताव फॉर्ममध्ये प्रतिकूल वैद्यकीय इतिहास असेल तर विमाधारक व्यक्तीला मधुमेह, उच्च रक्तदाब, छातीत वेदना किंवा कोरोनरी इनसफिशियन्सी किंवा हृदयस्नायूमध्ये रक्ताची गुठळी (मायोकार्डियल इन्फेक्शन) अशांसारख्या आजारांशी संबंधित तपशीलवार प्रश्नावली पूर्ण करावी लागेल.

यांना कन्सल्टिंग फिजिशियनने पूर्ण केलेल्या फॉर्मद्वारे आधार द्यावा लागेल. कंपनीच्या पॅनेल डॉक्टरकडून या फॉर्मची छाननी केली जाते, ज्यांच्या मताच्या आधारावर स्वीकृती किंवा नकार ठरवला जातो.

घोषणेचे प्रमाण स्वरूप

आयआरडीएआयने आरोग्य विमा प्रस्तावामध्ये प्रमाणित घोषणेचे स्वरूप खालीलप्रमाणे निर्दिष्ट केले आहे:

1. मी/ आम्ही, माझ्या वतीने आणि विमा काढण्याचा प्रस्ताव असलेल्या सर्व व्यक्तींच्या वतीने येथे जाहीर करतो की, मी दिलेली वरील विधाने, उत्तरे आणि / किंवा तपशील हे माझ्या माहितीप्रमाणे सर्व बाबतीत सत्य आणि पूर्ण आहेत आणि मला / आम्हाला या इतर व्यक्तींच्या वतीने प्रस्ताव करण्याचा अधिकार आहे.
2. मला हे समजते की मी दिलेली माहिती ही विमा पॉलिसीचा आधार असेल, ती मंडळाने मान्यता दिलेल्या विमा कंपनीच्या विमालेखन (अंडररायटिंग) पॉलिसीच्या अधीन असेल आणि आकारण्यास योग्य प्रिमियम पूर्ण मिळाल्यानंतरच ही पॉलिसी लागू होईल.
3. मी/ आम्ही पुढे जाहीर करतो की मी/ आम्ही प्रस्ताव सादर केल्यानंतर पण कंपनीद्वारे जोखीम स्वीकृतीच्या पत्रव्यवहारापूर्वी, जर विमाधारक / प्रस्तावकाच्या व्यवसायामध्ये किंवा जीवनाच्या सामान्य आरोग्यामध्ये काही बदल झाल्यास मी/ आम्ही तसे लेखी सूचित करू.

4. मी/ आम्ही जाहीर करतो आणि कंपनीला प्रस्तावाचे विमालेखन आणि/किंवा दाव्याची पूर्तता करण्यासाठी विमाधारक/प्रस्तावकर्त्यावर कोणत्याही वेळी जीवनावश्यक उपचार केले गेले असतील अशा कोणत्याही डॉक्टर किंवा रुग्णालयाकडून किंवा कोणत्याही पूर्वीच्या किंवा सध्याच्या नियोक्त्याकडून विमाधारक/प्रस्तावकर्त्याच्या शारीरिक किंवा मानसिक आरोग्यावर परिणाम होईल अशी वैद्यकीय माहिती घेण्यास आणि विमाधारक/प्रस्तावकर्त्याने जीवन विम्यासाठी अर्ज केला असेल अशा इतर कोणत्याही विमा कंपनीकडून वैद्यकीय माहिती घेण्यास संमती देतो.
5. मी/आम्ही प्रस्तावाच्या विमालेखनासाठी आणि/किंवा दाव्याच्या पूर्ततेच्या उद्देशाने आणि कोणत्याही सरकारी किंवा/आणि नियामक प्राधिकरणाबरोबर माझ्या वैद्यकीय नोंदींसह प्रस्तावासंबंधी माहिती देण्याचा कंपनीला अधिकार देतो.

3. प्रस्ताव फॉर्ममधील प्रश्नांचे स्वरूप

प्रस्ताव फॉर्ममधील प्रश्नांची संख्या आणि स्वरूप संबंधित विम्याच्या प्रकारानुसार बदलते. विम्याची रक्कम पॉलिसी अंतर्गत विमाकर्त्याच्या दायित्वाची मर्यादा सूचित करते आणि तसे सर्व प्रस्ताव फॉर्ममध्ये सूचित करावे लागते.

आरोग्य, वैयक्तिक अपघात आणि प्रवास विमा, यासारख्या **वैयक्तिक विम्यांमध्ये**, प्रस्तावकर्त्याचे आरोग्य, जीवनशैली आणि सवयी, आधीपासून असलेली आरोग्याची स्थिती, वैद्यकीय इतिहास, आनुवंशिक वैशिष्ट्ये, पूर्वीचे आरोग्य-विमा अनुभव इत्यादींबरोबरच प्रस्तावकर्त्याचा पेशा, व्यवसाय किंवा धंदा यांच्यासंबंधी माहिती मिळवण्याच्या दृष्टीने प्रस्ताव फॉर्मची रचना अशी केलेली असते, ते महत्वाचे असते कारण ते जोखमीसाठी महत्वाचे असू शकते.

उदाहरण 1

- ✓ फास्ट-फूड रेस्टॉरंटचा डिलिव्हरी मॅन, जो नेहमी त्याच्या ग्राहकांना अन्न वितरित करण्यासाठी जास्त वेगाने मोटार बाईकवरून प्रवास करतो, त्याला त्याच्या रेस्टॉरंटमधील अकाउंटंटपेक्षा अपघात होण्याची शक्यता अधिक असते.
- ✓ कोळशाच्या खाणीत किंवा सिमेंटच्या कारखान्यात काम करणाऱ्या व्यक्तीचा धुळीच्या कणांशी अधिक संपर्क येऊ शकतो, ज्यामुळे फुफ्फुसांचे आजार होतात.

उदाहरण 2

- ✓ परदेशी प्रवास विम्याच्या उद्देशासाठी, प्रस्तावकर्त्याला (कोण प्रवास करत आहे, कधी, कोणत्या देशात, कोणत्या कारणाने) हे सांगावे लागते किंवा
- ✓ आरोग्य विम्याच्या उद्देशासाठी, प्रस्तावकर्त्याला प्रकरणानुसार त्याच्या/तिच्या आरोग्याबद्दल (व्यक्तीचे नाव, पत्ता आणि परिचय) इ. विचारले जाते.

उदाहरण 3

- ✓ आरोग्य विम्याच्या बाबतीत, तो रुग्णालयातील उपचाराचा खर्च असू शकतो, तर वैयक्तिक विम्याच्या बाबतीत, अपघातामुळे मृत्यू, हात किंवा पाय गमावणे, किंवा दृष्टी जाणे यासाठी निश्चित रक्कम असू शकते.

a) पूर्वीचा आणि आताचा विमा

प्रस्तावकाने त्याच्या पूर्वीच्या विम्यांचे तपशील विमाकर्त्याला कळवणे आवश्यक असते. हे त्याच्या विम्याचा इतिहास समजून घेण्यासाठी असते. काही बाजारपेठांमध्ये अशा यंत्रणा असतात ज्याद्वारे विमाकर्ते विमाधारकासंबंधी डेटा गोपनीयरित्या शेयर करतात.

कोणत्याही विमाकर्त्याने आपला प्रस्ताव नाकारला आहे का, विशेष अटी लागू केल्या आहेत का, नूतनीकरणाला वाढीव प्रिमियम भरावा लागला का किंवा पॉलिसीचे नूतनीकरण करण्यास नकार दिला किंवा पॉलिसी रद्द केली का याबद्दलची माहितीदेखील प्रस्तावकाला सांगावी लागते. इतर कोणत्याही विमाकर्त्याकडील सध्याच्या विम्याचे तपशील विमाकर्त्याच्या नावासह उघड करणे आवश्यक असते. याशिवाय, वैयक्तिक अपघात विम्यामध्ये त्याच विमाधारकाने इतर वैयक्तिक अपघात विमा पॉलिसी अंतर्गत घेतलेल्या विम्याच्या रकमेनुसार विमाकर्त्याला संरक्षणाची रक्कम (विम्याची रक्कम) मर्यादित करण्याची इच्छा असू शकते.

b) दाव्याचा अनुभव

प्रस्तावकर्त्याला, त्याला/तिला सोसावे लागणाऱ्या सर्व नुकसानांचे संपूर्ण तपशील जाहीर करायला सांगितले आहेत, त्यांचा विमा असो अथवा नसो. यामुळे विमाकर्त्याला विम्याच्या वस्तूविषयी आणि विमाधारकाने भूतकाळात जोखमीचे व्यवस्थापन कसे केले होते याची माहिती मिळेल. याचा अर्थ असा की अगदी तोंडीसुद्धा मिळालेली सर्व माहिती नोंदवणे हे विमा कंपनीचे कर्तव्य असते, जी माहिती फॉलोअप घेताना एजंटला लक्षात ठेवावी लागते.

B. प्रस्तावाची स्वीकृती विमालेखन (अंडररायटिंग)

पूर्ण भरलेला प्रस्ताव फॉर्म सामान्यपणे खालील माहिती देतो:

- ✓ विमाधारकाचे तपशील
- ✓ विमा वस्तूचे तपशील
- ✓ आवश्यक असलेल्या संरक्षणाचा प्रकार
- ✓ शारीरिक वैशिष्ट्यांचे तपशील सकारात्मक आणि नकारात्मक दोन्हीही
- ✓ विम्याचा पूर्वेतिहास आणि दाव्याचे अनुभव

आरोग्य विमा प्रस्तावाच्या बाबतीत, विमाकर्ता संभाव्य ग्राहकाला उदा. 45 वर्षांपेक्षा अधिक वय असलेल्याला, डॉक्टरांकडे आणि/ किंवा वैद्यकीय तपासणीसाठी देखील पाठवू शकतो. प्रस्तावामध्ये उपलब्ध असलेल्या माहितीच्या आधारावर आणि जिथे वैद्यकीय तपासणीचा सल्ला देण्यात आलेला आहे, त्यांचा वैद्यकीय अहवाल आणि डॉक्टरच्या शिफारशीच्या आधारावर, विमाकर्ता निर्णय घेतो. कधीकधी, जिथे वैद्यकीय इतिहास समाधानकारक नसतो तिथे संभाव्य क्लेमिंगकडून अधिक माहिती प्राप्त करण्यासाठी एक अतिरिक्त प्रश्नावली भरून घेणे देखील आवश्यक असते. त्यानंतर विमाकर्ता जोखीम घटकांवर लागू केल्या जाणाऱ्या दरासंबंधी निर्णय घेतो आणि विविध घटकांवर आधारित प्रिमियमची गणना करतो, नंतर प्रिमियम विमाधारकाला कळवला जातो.

C. माहितीपत्रक

माहितीपत्रक हे विमाकर्त्याकडून किंवा त्यांच्या वतीने संभाव्य विमा खरेदीदाराला जारी करण्यात आलेले दस्तऐवज असते. ते सामान्यतः ब्रोशर किंवा पत्रकाच्या स्वरूपात असते किंवा ते इलेक्ट्रॉनिक स्वरूपात देखील असू शकते आणि अशा संभाव्य खरेदीदारांना उत्पादनाची माहिती देण्याचा उद्देश पूर्ण करते. माहितीपत्रक जारी करणे विमा कायदा, 1938 तसेच आयआरडीएआयच्या पॉलिसीधारकांच्या हितसंबंधांचे संरक्षण नियमन 2017 आणि आरोग्य विमा नियमन 2016 यांनी नियंत्रित केले जाते. आरोग्य पॉलिसीचे विमाकर्ते सामान्यतः त्यांच्या आरोग्य विमा उत्पादनांसंबंधी माहितीपत्रके प्रकाशित करतात. अशा प्रकरणांमधील प्रस्ताव फॉर्ममध्ये अशी घोषणा असते की ग्राहकाने माहितीपत्रक वाचले आहे आणि त्याला ते मान्य आहे.

प्रकरण 4 मध्ये चर्चा केल्याप्रमाणे, विमा कायदा 1938 चे कलम 64 व्हीबी मध्ये असे नमूद करण्यात आले आहे की प्रिमियम आगारू जमा करावे लागतील. मात्र, कोव्हिड-19 च्या उद्रेकामुळे उद्भवलेल्या परिस्थितीच्या पार्श्वभूमीवर आरोग्य विमा प्रिमियम सोपे करण्याची गरज विचारात घेऊन, आयआरडीएआयने विमाकर्त्यांना वैयक्तिक आरोग्य विमा उत्पादनांचे प्रिमियम हप्त्यांमध्ये जमा करण्याची परवानगी दिली आहे. विमा कंपनी प्रिमियम हप्त्यांमध्ये भरण्याच्या सुविधेची उपलब्धता

आणि त्याच्या अटी आपापल्या वेबसाईटवर जाहीर करतील, हेसुद्धा अनिवार्य करण्यात आले होते. ही सुविधा कोणत्याही भेदभावाविना सर्व पॉलिसीधारकांना देऊ केली जाईल.

D. पॉलिसी दस्तऐवज

आयआरडीएआयच्या पॉलिसीधारकांच्या हितसंबंधांचे संरक्षण नियमन अधिनियम 2017, मध्ये निर्दिष्ट करण्यात आले आहे की आरोग्य विमा दस्तऐवजात पुढील कागदपत्रांचा समावेश असला पाहिजे:

- a) विमा वस्तूमध्ये विमायोग्य हितसंबंध असलेल्या विमाधारकाचे आणि इतर कोणत्याही व्यक्तीचे नाव (नावे) आणि पत्ता (पत्ते)
- b) विमाधारक व्यक्ती किंवा विमा हितांचे संपूर्ण वर्णन
- c) पॉलिसी अंतर्गत व्यक्ती आणि/किंवा संकटानुसार विम्याची रक्कम
- d) उत्पादनाचे यूआयएन, नाव, कोड क्रमांक, विक्री प्रक्रियेमध्ये सहभागी असलेल्या व्यक्तीचा संपर्क तपशील;
- e) विमाधारकाची जन्मतारीख आणि पूर्ण वर्षामध्ये सुसंगत वय;
- f) विम्याचा कालावधी आणि ज्या तारखेपासून पॉलिसीधारकाला कोणत्याही विमाकर्त्याकडून भारतात अखंडपणे आरोग्य विमा संरक्षण मिळत आहे ती तारीख.
- g) संबंधित पॉलिसी विभागाच्या प्रतिसंदर्भासह उप-मर्यादा, प्रमाणानुसार वजावट आणि पॅकेज दरांचे अस्तित्व, काही असल्यास
- h) सह-देयक मर्यादा, जर असेल तर;
- i) आधीच अस्तित्वात असलेल्या आजाराचा (पीईडी) प्रतीक्षा कालावधी, लागू असेल तर;
- j) लागू असेल त्याप्रमाणे विशिष्ट प्रतीक्षा कालावधी;
- k) लागू असेल त्याप्रमाणे वजावट – सामान्य आणि विशिष्ट, जर काही संकटांना संरक्षण मिळाले असेल आणि काही वगळली असतील तर
- l) देय प्रिमियम आणि जिथे प्रिमियम तात्पुरत्या तरतुदीच्या अधीन असेल तिथे हप्त्यांच्या आवर्तितेबरोबर प्रिमियमच्या समायोजनाचा आधार असेल.
- m) पॉलिसीच्या अटी, नियम आणि हमी
- n) पॉलिसीअंतर्गत दावा उपस्थित करावा लागेल अशी आकस्मिक घटना घडल्यास विमाधारक व्यक्तीने करावयाची कार्यवाही
- o) दावा उपस्थित करावा लागेल अशी घटना घडल्यास विम्याच्या विषयवस्तूशी संबंधित विमाधारकाची दायित्वे आणि अशा परिस्थितीमध्ये विमाकर्त्याचे अधिकार

- p) कोणत्याही विशेष अटी/परिस्थिती
- q) विपर्यास, फसवणूक, भौतिक तथ्ये उघड न करणे किंवा विमाधारकाचा असहकार या कारणांमुळे पॉलिसी रद्द करण्याची तरतूद
- r) वाढीव संरक्षणाचे तपशील जर असतील तर
- s) तक्रार निवारण यंत्रणेचे तपशील आणि लोकपालांचा पत्ता
- t) विमाकर्त्याच्या तक्रार निवारण यंत्रणेचे तपशील;
- u) फ्री-लूक कालावधी सुविधा आणि पोर्टेबिलिटी अटी/परिस्थिती;
- v) पॉलिसी स्थलांतर सुविधा आणि जिथे लागू असेल तेथील अटी/परिस्थिती

E. अटी आणि हमी

येथे, पॉलिसीच्या शब्दरचनेमध्ये वापरलेल्या दोन महत्वाच्या संज्ञा स्पष्ट करणे महत्वाचे आहे. त्यांना अटी आणि हमी असे म्हणतात.

1. **अटी:** अट ही विम्याच्या करारातील तरतूद असते जी करारानाम्याचा आधार असते.

उदाहरणे:

a. **बहुसंख्य विमा पॉलिसींमधील प्रमाणित अटींपैकी एक अट असे सांगते की:**

जर दावा कोणत्याही प्रकारे फसवा असेल तर किंवा जर कोणतीही फसवी घोषणा केली असेल किंवा त्याच्या समर्थनार्थ वापरली असेल किंवा विमाधारकाकडून किंवा त्याच्या वतीने काम करणाऱ्या कोणीही पॉलिसीअंतर्गत कोणताही लाभ मिळवण्यासाठी कोणत्याही फसव्या पद्धती किंवा साधनांचा वापर केला असेल किंवा जाणीवपूर्वक कृतीने, किंवा विमाधारकाच्या संगनमताने हानी किंवा नुकसान केले असेल, तर या पॉलिसीअंतर्गत असलेले सर्व लाभ जप्त केले जातील.

b. **आरोग्य पॉलिसीमध्ये दाव्याची सूचना देण्याची अट असे सांगू शकते:**

रुग्णालयातून डिस्चार्ज मिळाल्याच्या तारखेपासून काही विशिष्ट दिवसांमध्ये दावा दाखल करणे आवश्यक आहे. मात्र, अत्यंत कठीण प्रकरणांमध्ये या अटीतून सवलत देण्याचा विचार केला जाऊ शकतो.

अटींचा भंग केल्यास विमाकर्त्याकडे पॉलिसी रद्द करण्याचा पर्याय असतो.

2. **हमी:** हमी हा विमाकर्ता आणि विमाधारक यांच्या दरम्यानचा करार असतो ज्याचे पूर्ण पालन केले गेले पाहिजे. तो पॉलिसी दस्तऐवजाचा भाग असतो. उदाहरणार्थ, विमाधारकाने दर तीन महिन्यांनी विशेषज्ञाचा सल्ला घ्यावा या अटीवर विमाकर्ता एखाद्या विशिष्ट आजाराच्या जोखमीला

संरक्षण देऊ शकतो. वरील उदाहरणामध्ये, विमाधारकाने या अटीचे पालन केले नाही तर त्या विशिष्ट कलम/ हमीच्या संदर्भात दायित्व एकतर नाकारले जाईल किंवा कमी होईल.

हमीचे काटेकोरपणे आणि शब्दशः पालन आणि अनुपालन केले पाहिजे, मग ती जोखमीशी संबंधित असो अथवा नसो.

स्वतःची चाचणी घ्या 1

हमीसंबंधी खालीलपैकी कोणते विधान अचूक आहे?

- I. हमी ही अशी अट आहे जी पॉलिसीमध्ये नमूद न करता ही निहित असते
- II. हमी हा पॉलिसी दस्तऐवजाचा भाग असतो
- III. हमी ही विमाधारकाला नेहमीच स्वतंत्रपणे कळवली जाते आणि ती पॉलिसी दस्तऐवजाचा भाग असू शकत नाही
- IV. हमीचा भंग झाला तरी दावे देय असतात.

आरोग्य विम्यामधील पृष्ठांकन (एन्डॉर्समेंट)

विमाकर्त्याची प्रमाणित स्वरूपात पॉलिसी जारी करण्याची पद्धत असते; त्यात काही विशिष्ट संरक्षण देऊन आणि काही विशिष्ट धोके वगळून.

व्याख्या

जर पॉलिसी जारी करताना पॉलिसीच्या काही विशिष्ट अटी आणि नियम बदलणे आवश्यक असेल तर, पृष्ठांकन (एन्डॉर्समेंट्स) नावाच्या दस्तऐवजाच्या माध्यमातून दुरुस्त्या/ बदल करून केले जातात.

ते पॉलिसीला जोडलेले असते आणि त्याचा भाग असते. पॉलिसी आणि पृष्ठांकन (एन्डॉर्समेंट्स) एकत्र मिळून करार तयार होतो. पॉलिसी सुरू असताना देखील बदल/ दुरुस्त्या नोंदवण्यासाठी पृष्ठांकन (एन्डॉर्समेंट्स) जारी केल्या जाऊ शकतात.

जेव्हा कधी विषय वस्तूची माहिती बदलते तेव्हा याची नोंद कोण घेईल हे विमाधारकाने विमा कंपनीला सांगावे लागते आणि पृष्ठांकनाच्या (एन्डॉर्समेंट्स) माध्यमातून विमा कराराचा भाग म्हणून ते अंतर्भूत करावे लागते.

सामान्यतः पॉलिसी अंतर्गत आवश्यक असलेल्या पृष्ठांकन (एन्डॉर्समेंट्स) या खालील गोष्टींशी संबंधित असतात:

- a) विम्याच्या रकमेतील फरक / बदल
- b) कुटुंबातील विमाधारक सदस्यांमध्ये भर घालणे किंवा हटवणे
- c) कर्ज काढून आणि पॉलिसी बँकेकडे तारण ठेवून विमाहितामध्ये बदल.

- d) अतिरिक्त संकटांसाठी संरक्षण घेण्यासाठी विमा वाढवणे/पॉलिसी कालावधी वाढवणे
- e) जोखमीमधील बदल, उदा. परदेशी प्रवास पॉलिसीमध्ये गंतव्य स्थानांमधील बदल
- f) विमा रद्द करणे
- g) नाव किंवा पत्ता इत्यादींमधील बदल

स्वतःची चाचणी घ्या 2

जर पॉलिसी जारी करताना पॉलिसीच्या काही विशिष्ट अटी आणि नियमांमध्ये बदलण्याची गरज असेल तर, ते _____ च्या माध्यमातून दुरुस्त्या करून केले जाते.

- I. हमी
- II. पृष्ठांकन (एन्डॉर्समेंट्स)
- III. परिवर्तन
- IV. बदल शक्य नाही.

'स्वतःची चाचणी घ्या'ची उत्तरे

उत्तर 1 - अचूक पर्याय आहे II.

उत्तर 2 - अचूक पर्याय आहे II.

प्रकरण H-03

आरोग्य विमा उत्पादने

प्रकरण परिचय

हे प्रकरण तुम्हाला भारतातील विमा कंपन्यांनी देऊ केलेल्या विविध आरोग्य विमा उत्पादनांची संपूर्ण आणि सखोल माहिती देईल. केवळ – मेडिकलेम – या एका उत्पादनापासून निरनिराळ्या प्रकारच्या शेकडो उत्पादनांपर्यंत, ग्राहकांना योग्य संरक्षण निवडण्यासाठी व्यापक श्रेणी आहे. हे प्रकरण स्वतंत्र व्यक्ती, कुटुंब आणि गटांना संरक्षण देणाऱ्या विविध आरोग्य उत्पादनांची वैशिष्ट्ये समजावून सांगेल.

शिकण्याची निष्पत्ती

- A. आरोग्य विमा उत्पादनांचे वर्गीकरण
- B. आरोग्य विम्यामध्ये प्रमाणीकरणावर आयआरडीएची मार्गदर्शक तत्वे
- C. रुग्णालयीकरण नुकसानभरपाई उत्पादन
- D. वाढीव संरक्षणे किंवा उच्च वजावटीच्या विमा योजना
- E. वरिष्ठ नागरिक पॉलिसी
- F. निश्चित लाभ संरक्षण – रुग्णालय रोख रक्कम, गंभीर आजार
- G. मिश्र-उत्पादने
- H. सूक्ष्म विमा आणि अधिक गरीब वर्गासाठी आरोग्य विमा
- I. राष्ट्रीय स्वास्थ्य विमा योजना
- J. प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना
- K. प्रधानमंत्री सुरक्षा विमा योजना
- L. वैयक्तिक अपघात आणि अपंगत्व संरक्षण
- M. परदेश प्रवास विमा
- N. समूह आरोग्य संरक्षण
- O. विशेष उत्पादने
- P. आरोग्य पॉलिसीमधील महत्वाचे शब्द.

या प्रकरणाचा अभ्यास केल्यानंतर, तुम्हाला खालील गोष्टी करता यायला हव्यात:

- a) आरोग्य विम्याचे विविध वर्ग स्पष्ट करणे
 - b) आरोग्य विम्यामधील प्रमाणीकरणावर आयआरडीएआयच्या मार्गदर्शक तत्वांचे वर्णन करणे
 - c) आज भारतीय बाजारपेठेत उपलब्ध असलेल्या विविध प्रकारच्या आरोग्य उत्पादनांची चर्चा करणे
 - d) वैयक्तिक अपघात संरक्षण विमा समजावून सांगणे
 - e) परदेशी प्रवास विम्याची चर्चा करणे
 - f) आरोग्य पॉलिसीमधील महत्वाचे शब्द आणि कलमे समजून घेणे
-

A. आरोग्य विमा उत्पादनांचे वर्गीकरण

1. आरोग्य विमा उत्पादनांचा परिचय

व्याख्या

विमा कायदा, 1938 च्या कलम 2(6सी) अंतर्गत “आरोग्य विमा व्यवसायाची” व्याख्या अशी करण्यात आली आहे की, “आजारपणाचे लाभ किंवा वैद्यकीय, शस्त्रक्रियांचा किंवा रुग्णालय खर्च लाभ, रुग्णालयात दाखल झालेल्या किंवा न झालेल्या रुग्णाच्या प्रवासाच्या खर्चाचे संरक्षण आणि वैयक्तिक अपघात संरक्षण यासारखे संरक्षण पुरवणारे करार प्रत्यक्षात आणणे.” आयआरडीएआय आरोग्य विमा व्यवसायाच्या या व्याख्येचे पालन करते.

भारतीय बाजारपेठेत उपलब्ध सलेले आरोग्य विमा उत्पादने बहुतांशी **रुग्णालयात दाखल करण्याच्या स्वरूपाची उत्पादने** असतात. ही उत्पादने व्यक्तीला रुग्णालयात दाखल झाल्यावर आलेल्या खर्चावर संरक्षण देतात.

त्यामुळे आरोग्य विमा मुख्यतः दोन कारणांसाठी महत्वाचा असतो:

- ✓ कोणताही आजार झाल्यास **वैद्यकीय उपचारांसाठी आर्थिक सहाय्य प्रदान करण्यासाठी.**
- ✓ **व्यक्तीच्या बचतीचे जतन करणे** जी अन्यथा आजारपणात संपू शकते.

आज, जवळपास सगळ्या सर्वसाधारण विमा कंपन्या, केवळ वैद्यकीय विमाकर्ते आणि जीवन विमाकर्ते यानी देऊ केलेल्या शेकडो उत्पादनांनी आरोग्य विमा क्षेत्र मोठ्या प्रमाणात विकसित झाले आहे. मात्र, मेडिकलेम पॉलिसीची मूलभूत लाभ रचना, म्हणजे रुग्णालयात दाखल झाल्यानंतर खर्चावरील संरक्षण हे आजही विम्याचे सर्वात लोकप्रिय स्वरूप आहे.

2. आरोग्य विमा उत्पादनांचे विस्तृत वर्गीकरण

उत्पादनाची रचना काहीही असली तरी, आरोग्य विमा उत्पादनांचे विस्तृतपणे दोन श्रेणींमध्ये वर्गीकरण करता येते:

a) नुकसानभरपाई संरक्षण

ही उत्पादने आरोग्य विमा बाजारपेठेचा मोठा हिस्सा व्यापतात आणि रुग्णालयात दाखल झाल्यामुळे आलेला प्रत्यक्ष खर्च चुकता करतात.

b) निश्चित लाभ संरक्षण

याला ‘रुग्णालय रोख रक्कम’ असेही म्हटले जाते, ही उत्पादने रुग्णालयात दाखल असल्याच्या कालावधीसाठी प्रति दिन ठराविक रक्कम चुकती करतात. काही उत्पादने निरनिराळ्या शस्त्रक्रियांसाठी पूर्व-निर्धारित रकमेची देखील तरतूद करतात.

3. ग्राहक वर्गावर आधारित वर्गीकरण

लक्ष्य ग्राहक वर्गाच्या आधारावरही उत्पादनांचे वर्गीकरण केले जाते. ग्राहक वर्गावर आधारित वर्गीकरण केलेली उत्पादने खालीलप्रमाणे आहेत:

- वैयक्तिक संरक्षण** किरकोळ ग्राहक आणि त्यांच्या कुटुंबातील सदस्यांना देऊ केले जाते
- समूह संरक्षण** कॉर्पोरेट क्लायंटना देऊ केले जाते. यामध्ये कर्मचारी आणि गटांच्या सदस्यांना संरक्षण दिले जाते
- लोकसंख्येच्या अतिशय गरीब गटांना संरक्षण देणाऱ्या प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना / विविध सरकारी विमा योजनांसाठी **एकगट्टा पॉलिसी**.

प्रत्येक वर्गासाठी लाभ रचना, किंमत, विमा लेखन आणि मार्केटिंग अगदी भिन्न असतात.

आरोग्य विम्यासाठी नियमन: आरोग्य नियमन 2016 मध्ये आरोग्य उत्पादनांसंबंधी काही महत्वाचे बदल करण्यात आले आहेत, त्यापैकी काही खाली दिले आहेत:

- जीवन विमा कंपनीची दीर्घकालीन आरोग्य उत्पादने देऊ करू शकतात पण अशा उत्पादनांसाठी प्रिमियम तीन वर्षांच्या प्रत्येक कालखंडाच्या किमान कालावधीसाठी बदलणार नाही, त्यानंतर गरजेनुसार प्रिमियमचे पुनरावलोकन केले जाऊ शकते आणि त्यामध्ये सुधारणा केली जाऊ शकते.
- जीवनेतर आणि स्वतंत्र आरोग्य विमा कंपनीची किमान एक वर्षांच्या कालावधीसाठी आणि कमाल तीन वर्षांच्या कालावधीसाठी स्वतंत्र व्यक्तींना आरोग्य उत्पादने देऊ करू शकतात, या कालावधीमध्ये प्रिमियमची रक्कम बदलणार नाही.
- विमा कंपनीची नावीन्यपूर्ण 'पायलट-उत्पादने' देऊ शकतात. सर्वसाधारण-विमाकर्ते आणि आरोग्य-विमाकर्ते, ही उत्पादने 1 वर्षांच्या पॉलिसी कालावधीसाठी देऊ शकतात, पण 5 वर्षांपेक्षा जास्त काळासाठी नाही. कोणतेही विमाकर्ते एका वर्षासाठी समूह आरोग्य पॉलिसी देऊ करू शकतात, अपवाद क्रेडिट लिंकड उत्पादनांचा आहे जिथे मुदत पाच वर्षांपेक्षा जास्त नसलेल्या कर्जाच्या कालावधीपर्यंत वाढवली जाऊ शकते.
- जिथे समूह स्थापन करण्याचा मुख्य हेतू हा विम्याचा लाभ मिळवणे हाच असेल तिथे कोणतीही समूह आरोग्य विमा पॉलिसी जारी केली जाणार नाही. समूहाचा आकार हा विमाकर्त्याने निर्धारित केल्याप्रमाणेच असावा, जो त्याच्या सर्व समूह पॉलिसींना लागू असेल, जो किमान 7 व्यक्तीं इतका असेल.
- सर्वसाधारण विमाकर्ते आणि आरोग्य विमाकर्ते पाच वर्षांपेक्षा जास्त नसलेल्या कर्जाच्या कालावधीपर्यंत वाढवलेल्या मुदतीसाठी क्रेडिट लिंकड समूह वैयक्तिक अपघात पॉलिसीही देऊ करू शकतात.

6. एकाधिक पॉलिसीज – जर विमाधारकाने निश्चित लाभ देणाऱ्या, एकापेक्षा अधिक विमा कंपन्यांकडून आरोग्य पॉलिसी घेतल्या असतील आणि विमा उतरवलेली घटना घडली तर प्रत्येक विमाकर्ता दाव्याची रक्कम चुकती करेल त्यामध्ये इतर समान पॉलिसींकडून त्यांच्या अटी आणि नियमांनुसार प्राप्त देयकांचा विचार केला जाणार नाही.

विमाधारकाने उपचारांच्या भरपाईसाठी एका कालावधीत एक किंवा अधिक विमाकर्त्यांकडून दोन किंवा अधिक पॉलिसी घेतल्या असतील तर, पॉलिसीधारकाला त्याच्या/ तिच्या पॉलिसींच्या संदर्भात त्याच्या/ तिच्या दाव्याची पूर्तता मागण्याचा अधिकार असेल. ज्या विमाकर्त्याकडे दावा केला असेल तो दावा चुकता करेल आणि आधीच्या निवडलेल्या पॉलिसीअंतर्गत शिल्लक दावा किंवा नाकारलेले दावे इतर पॉलिसींमधून दिले जातील आधी निवडलेल्या पॉलिसीमध्ये विम्याची रक्कम संपली नसली तरीही.

B. आरोग्य विम्यामध्ये प्रमाणीकरणावर आयआरडीए मार्गदर्शक तत्वे

अनेक विमाकर्ते अनेक विविध उत्पादने प्रदान करत असताना आणि विविध शब्द आणि अपवर्जन यांच्या विविध व्याख्यांमुळे बाजारपेठेत गोंधळ उडाला. ग्राहकाला उत्पादनांची तुलना करणे आणि विचारपूर्व निर्णय घेणे अवघड झाले. त्याशिवाय, गंभीर आजारांच्या पॉलिसींमध्ये गंभीर आजार कशाला म्हणावे आणि कशाला म्हणू नये याबद्दल स्पष्ट समज नाही.

विमाकर्ते, सेवा प्रदाते, टीपीए आणि रुग्णालये यांच्यामधील गोंधळ दूर करण्यासाठी आणि विमा उतरवणाऱ्या जनतेची गाऱ्हाणी दूर करण्यासाठी, नियामकांनी आरोग्य विम्यामध्ये काही प्रकारचे प्रमाणीकरण आणण्याचा प्रयत्न केला. सामान्य समजुतीच्या आधारावर, आयआरडीएने 2016 मध्ये आरोग्य विम्यामध्ये प्रमाणीकरणावर मार्गदर्शक तत्वे जारी केली, ज्यामध्ये पुढे 2020 मध्ये दुरुस्ती करण्यात आली. हे नुकसानभरपाईवर आधारित आरोग्य विमा (पीए आणि देशांतर्गत / परदेशी प्रवास वगळून) उत्पादने (वैयक्तिक आणि समूह दोहोंनाही) देऊ करणाऱ्या सर्व सर्वसाधारण आणि आरोग्य विमाकर्त्यांना लागू होते.

आता मार्गदर्शक तत्वे खालील गोष्टींचे प्रमाणीकरण करतात:

1. सामान्यपणे वापरल्या जाणाऱ्या विमा शब्दांच्या व्याख्या
2. गंभीर आजारपणाच्या व्याख्या
3. रुग्णालयीन नुकसानभरपाई पॉलिसीमधील खर्चाच्या पर्यायी गोष्टींची यादी
4. दावा फॉर्म आणि पूर्व-परवानगी फॉर्म
5. बिलिंग स्वरूप
6. रुग्णालयाचा डिस्चार्ज सारांश

7. टीपीए, विमाकर्ता आणि रुग्णालये यांच्यादरम्यान प्रमाणित करार
8. नवीन पॉलिसींसाठी आयआरडीएआय मिळवण्यासाठी प्रमाणित फाईल आणि वापराचे स्वरूप
9. अपवर्जनांचे प्रमाणीकरण
10. अपवर्जनांची परवानगी नाही

C. रुग्णालयीन नुकसानभरपाई उत्पादन

रुग्णालयीन नुकसानभरपाई उत्पादने व्यक्तींना रुग्णालयात दाखल केल्यावर येणाऱ्या खर्चापासून संरक्षण देतात. बहुसंख्य प्रकरणांमध्ये ही उत्पादने रुग्णालयात दाखल करण्याच्या आधी विशिष्ट दिवस आणि डिस्चार्ज केल्यानंतर विशिष्ट दिवस संरक्षण देखील देतात, मात्र रुग्णालयात दाखल केले नसल्यास येणारा कोणताही खर्च संरक्षणातून वगळतात.

मेडिकलेम या नावाने लोकप्रिय असलेली रुग्णालयीन नुकसानभरपाई पॉलिसी ही 'नुकसानभरपाई' तत्वावर चालते. पॉलिसीधारक रुग्णालयात असताना त्याच्या खर्चांना संरक्षण देऊन ती त्याला नुकसानभरपाई देते. ज्या खर्चांना संरक्षण मिळत नाही ते पॉलिसी दस्तऐवजात नमूद केलेले असतात.

उदाहरण

रघुचे पत्नी आणि 14 वर्षे वयाच्या मुलासह एक लहान कुटुंब आहे. त्याने एका आरोग्य विमा कंपनीकडून कुटुंबातील प्रत्येक सदस्यासाठी प्रत्येकी रु. 1 लाख वैयक्तिक संरक्षण देणारी मेडिकलेम पॉलिसी घेतलेली आहे. त्यापैकी प्रत्येकाला रुग्णालयात दाखल करावे लागल्यास रु. 1 लाखांपर्यंत वैद्यकीय खर्चाची पुनर्प्राप्ती होईल.

रघुला हृदयविकाराचा झटका आल्यामुळे रुग्णालयात दाखल करण्यात आले आणि त्याच्यावर शस्त्रक्रिया करण्याची गरज होती. वैद्यकीय बिल रु. 1.25 लाख इतके आले. विमा कंपनीने योजनेच्या संरक्षणानुसार रु. 1 लाख भरले आणि रघुला उरलेली रक्कम रु. 25,000 स्वतःच्या खिशातून भरावी लागली.

नुकसानभरपाई आधारित मेडिकलेम पॉलिसीची मुख्य वैशिष्ट्ये खाली दिलेली आहेत, मात्र संरक्षणाच्या मर्यादांमधील फरक, अतिरिक्त वगळलेल्या गोष्टी किंवा लाभ आणि काही वाढीव गोष्टी प्रत्येक विमाकर्त्याने मार्केटिंग केलेल्या उत्पादनांना लागू होऊ शकतात.

1. रुग्णालयात दाखल केलेल्या रुग्णाचे खर्च

पॉलिसी विमाधारकाला आजारपण/अपघात यामुळे रुग्णालयात दाखल केल्यावर आलेल्या खर्चाची किंमत चुकती करते. पॉलिसीमध्ये रुग्णालयात दाखल होण्याचा कमीत कमी विहित

कालावधी असतो (सामान्यतः 24 तास) ज्यानंतर पॉलिसीच्या तरतुदी लागू होतात. मात्र, एकदा किमान कालावधी पूर्ण केला की संपूर्ण कालावधीसाठी आलेला खर्च देय असतो.

उपचारांशी संबंधित बहुतांश खर्च चुकते केले जातात, तरीही काही विशिष्ट खर्च ज्यामध्ये वैयक्तिक आराम, सौंदर्यवर्धक शस्त्रक्रिया यांच्या वस्तूंचा समावेश असलेला खर्च दिला जात नाही. त्यामुळे पॉलिसीमध्ये संरक्षण न मिळणाऱ्या खर्चाच्या वगळलेल्या बाबींची ग्राहकाला जाणीव करून देणे महत्वाचे आहे.

- i. रुग्णालय/नर्सिंग होमकडून तरतूद केलेली खोली, निवास आणि नर्सिंगचे खर्च. त्यामध्ये नर्सिंग सेवा. आरएमओ शुल्क, आयव्ही फ्लुईड/रक्त देणे/इंजेक्शन देण्याचे शुल्क आणि तत्सम खर्च
- ii. अतिदक्षता विभाग (आयसीयू) खर्च
- iii. सर्जन, भूलतज्ज्ञ, वैद्यकीय व्यावसायिक, कन्सल्टंट, विशेषज्ञांचे शुल्क
- iv. भूल, रक्त, ऑक्सिजन, ऑपरेशन थिएटर शुल्क, शस्त्रक्रियेची उपकरणे,
- v. औषधे,
- vi. डायलिसिस, केमोथेरपी, रेडिओथेरपी
- vii. शस्त्रक्रियेच्या प्रक्रियेदरम्यान पेसमेकर, ऑर्थोपेडिक रोपण, इन्फ्रा कार्डियाक व्हॉल्व्ह रिप्लेसमेंट, व्हॅस्कुलर स्टेंट इत्यादींसारख्या प्रोस्थेटिक उपकरणांचा खर्च
- viii. संबंधित प्रयोगशाळा/ रोगनिदान चाचण्या आणि उपचारांशी संबंधित अन्य वैद्यकीय खर्च
- ix. विमाधारकाच्या अवयव प्रत्यारोपणाशी संबंधित दात्याला रुग्णालयात दाखल करण्याचा खर्च (अवयवाची किंमत वगळून).

2. डे केअर प्रक्रिया

अनेक शस्त्रक्रिया अशा आहेत ज्या विशेष रुग्णालयांमध्ये करण्याची गरज नसते. डोळ्यांच्या शस्त्रक्रिया, केमोथेरपी, डायलिसिस यांच्यासारखे उपचारांचे वर्गीकरण डे-केअर शस्त्रक्रिया अंतर्गत करता येते आणि ती यादी सतत वाढत आहे. यांनासुद्धा पॉलिसीअंतर्गत संरक्षण मिळते.

3. ओपीडी संरक्षण

बाह्य रुग्णांच्या खर्चाचे संरक्षण भारतात अद्यापही फार मर्यादित आहे, फारच कमी उत्पादने ओपीडी संरक्षण देऊ करतात. मात्र, काही योजना बाह्य रुग्णांच्या उपचारांवर आणि डॉक्टरांच्या भेटी, नियमित वैद्यकीय चाचण्या, डेन्टल आणि फार्मसी यांच्याशी संबंधित आरोग्य सेवा खर्चावरही संरक्षण देतात.

4. रुग्णालयात दाखल करण्यापूर्वीचे आणि नंतरचे खर्च

i. रुग्णालयात दाखल करण्यापूर्वीचे खर्च

रुग्णालयात दाखल होणे हे आपत्कालीन किंवा नियोजित असू शकते. रुग्णावर नियोजित शस्त्रक्रिया होणार असेल तर त्याला रुग्णालयात दाखल करण्यापूर्वी काही खर्च आले असतील. अशा खर्चांना रुग्णालयात दाखल करण्यापूर्वीचे खर्च असे म्हणतात.

व्याख्या

याचा अर्थ विमाधारकाला रुग्णालयात दाखल करण्यापूर्वी पूर्वनिर्धारित दिवसांदरम्यान आलेला वैद्यकीय खर्च, मात्र, हे खर्च विमाधारक व्यक्ती रुग्णालयात दाखल होण्यापूर्वी अगदी आधीच आलेले असावेत आणि

- असे वैद्यकीय खर्च त्याच आजारासाठी झालेले असावेत ज्या कारणासाठी विमाधारक व्यक्तीला रुग्णालयात दाखल करण्याची गरज पडली असेल, आणि
- रुग्णालयात दाखल केलेल्या रुग्णाचा त्यासाठी केलेला दावा विमा कंपनीद्वारे स्वीकार्य असावा.

रुग्णालयात दाखल करण्यापूर्वीचे खर्च चाचणी, औषधे, डॉक्टरांची फी इत्यादी स्वरूपात असू शकतात. रुग्णालयात दाखल होण्याशी संबंधित आणि संबंधी खर्चाला आरोग्य पॉलिसींतर्गत संरक्षण मिळते.

ii. रुग्णालयात दाखल झाल्यानंतरचा खर्च

रुग्णालयात राहिल्यानंतर, बहुतांश प्रकरणांमध्ये विमाधारकाला रुग्णालयातून डिस्चार्ज मिळाल्यानंतर लगेचच बरे होण्याशी आणि पाठपुराव्याशी संबंधित खर्च असतात.

या दोन्ही प्रकारचे खर्च स्वीकार्य असतात जर

- असे वैद्यकीय खर्च त्याच आजारासाठी झालेले असतील ज्या कारणासाठी विमाधारक व्यक्तीला रुग्णालयात दाखल करण्याची गरज पडली होती, आणि
- रुग्णालयात दाखल केलेल्या रुग्णाचा त्यासाठी केलेला दावा विमा कंपनीद्वारे स्वीकार्य असावा.

रुग्णालयीन खर्च हे रुग्णालयात दाखल झाल्यानंतर, निर्धारित दिवसांच्या कालावधीमध्ये आलेले संबंधित वैद्यकीय खर्च असतील आणि ते दाव्याचा भाग समजले जातील.

रुग्णालयात दाखल झाल्यानंतरचे खर्च हे डिस्चार्जनंतर औषधे, डॉक्टरांकडून पुनरावलोकन, इत्यादी स्वरूपात असू शकतात असे खर्च रुग्णालयात घेतलेल्या उपचारांशी संबंधित असावेत आणि त्यांना आरोग्य पॉलिसींतर्गत संरक्षण मिळते.

रुग्णालयात दाखल करण्यापूर्वी आणि नंतर खर्चाच्या संरक्षणाचा कालावधी हा विमाकर्त्यांप्रमाणे बदलत असला आणि तो पॉलिसीमध्ये निर्धारित केलेला असला तरी, सर्वात सामान्य संरक्षण हे **रुग्णालयात दाखल करण्यापूर्वी तीस दिवसांसाठी आणि रुग्णालयात दाखल केल्यानंतर साठ दिवसांसाठी** असते.

रुग्णालयात दाखल करण्यापूर्वी आणि नंतरचा खर्च हा विम्याच्या एकूण रकमेचा भाग असतो, ज्यासाठी पॉलिसीअंतर्गत संरक्षण मंजूर केलेले असते.

iii. घरगुती रुग्णालयीन उपचार

iv. ज्या रुग्णांच्या आजारासाठी एरवी रुग्णालयात दाखल होण्याची गरज असते, पण रुग्णालयातील अपुऱ्या निवासाच्या कारणामुळे किंवा ते रुग्णालयात हलवण्याच्या स्थितीत नसल्यामुळे घरीच उपचारांचा लाभ घेतात, त्यांच्यासाठी हा एक फायदा उपलब्ध आहे.

या तरतुदीचा गैरवापर टाळण्यासाठी, या संरक्षणात सामान्यपणे **तीन ते पाच दिवसांच्या अतिरिक्त कलमाचा** समावेश असतो, म्हणजे पहिल्या तीन ते पाच दिवसांसाठी उपचारांचा खर्च विमाधारकाला करावा लागतो. दमा, ब्रॉकायटिस, मधुमेह, उच्च रक्तदाब, फ्लू, खोकला, सर्दी आणि ताप इत्यादींसारख्या काही विशिष्ट जुनाट किंवा सामान्य आजारांसाठी संरक्षण घरगुती रुग्णालयीन उपचारांमधून वगळण्यात येते.

उदाहरण

मीराने रुग्णालयीन खर्चाच्या संरक्षणासाठी आरोग्य विमा घेतला आहे. पॉलिसीमध्ये प्रारंभिक प्रतीक्षा कालावधी 30 दिवसांचा असल्याचे कलम होते. दुर्दैवाने पॉलिसी घेतल्यानंतर मीराला हिवताप झाला आणि तिला 5 दिवस रुग्णालयात दाखल करावे लागले. तिला रुग्णालयाचे भरभक्कम बिल भरावे लागले.

जेव्हा तिने विमा कंपनीकडे भरपाई मागितली तेव्हा त्यांनी दाव्याची रक्कम देण्यास नकार दिला, कारण पॉलिसी घेतल्यानंतर 30 दिवसांच्या प्रतीक्षा कालावधीदरम्यानच तिला रुग्णालयात दाखल व्हावे लागले होते.

a) संरक्षणाचे उपलब्ध पर्याय

i. **वैयक्तिक संरक्षण:** स्वतंत्र विमाधारक स्वतःसोबत वैवाहिक जोडीदार, अवलंबून असलेली मुले, अवलंबून असलेले पालक, अवलंबून असलेले सासू-सासरे, अवलंबून असलेली भावंडे, इत्यादींना संरक्षण देऊ शकतो. अवलंबून असलेल्या किती व्यक्तींना संरक्षण देता येईल यावर काही विमाकर्त्यांचे निर्बंध नसतात. विमाधारकावर अवलंबून असलेल्या प्रत्येक विमाधारक व्यक्तीसाठी विम्याच्या स्वतंत्र रकमेसह प्रत्येक व्यक्तीला स्वतंत्र संरक्षण देणे शक्य आहे. अशा संरक्षणांमध्ये,

पॉलिसीअंतर्गत विमा उतरवलेली प्रत्येक व्यक्ती, विम्याची मुदत सुरु असताना स्वतःच्या विम्याच्या जास्तीत जास्त रकमेचा दावा करू शकते. प्रत्येक विमाधारक व्यक्तीसाठी तिचे वय आणि निवडलेली विम्याची रक्कम आणि इतर कोणतेही रेटिंग घटक यानुसार प्रिमियम आकारला जाईल.

- ii. **कुटुंब फ्लोटर:** कुटुंब फ्लोटर पॉलिसी या प्रकारच्या विम्यामध्ये, वैवाहिक जोडीदार, अवलंबून असलेली मुले आणि अवलंबून असलेले पालक यांचा समावेश असलेल्या कुटुंबासाठी एकच विम्याची रक्कम देऊ केली जाते, जी संपूर्ण कुटुंबासाठी वापरता येते.

उदाहरण

जर चार जणांच्या कुटुंबासाठी रु. 5 लाखांची फ्लोटर पॉलिसी घेतली असेल, तर त्याचा अर्थ असा की पॉलिसीच्या मुदतीदरम्यान, कुटुंबातील एकापेक्षा अधिक सदस्यांशी संबंधित किंवा एकाच सदस्याच्या एकापेक्षा अधिक दाव्याचे पैसे ती चुकती करेल. या सर्वांची एकत्रित रक्कम रु. 5 लाखांपेक्षा अधिक होऊ शकत नाही. साधारणतः विम्याचा प्रस्ताव असलेल्या कुटुंबातील सर्वात वयस्कर सदस्याच्या वयानुसार प्रिमियम आकारला जाईल.

या दोन्ही पॉलिसीअंतर्गत संरक्षणे आणि अपवर्जने समान असतील. बाजारपेठेत फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी लोकप्रिय होत आहे, कारण एकूण विम्याच्या रकमेमध्ये संपूर्ण कुटुंबाला संरक्षण मिळते, ही रक्कम वाजवी प्रिमियमवर उच्च स्तरासाठी निवडता येते.

पूर्वीपासून असलेले आजार

अचानक घडलेले अपघात/ आजार इत्यादींना संरक्षण देण्यासाठी विम्याची रचना केलेली असते. सध्या असलेल्या आजाराच्या उपचारांच्या खर्चांना संरक्षण देणे हा विम्याचा भाग नसतो, कारण निरोगी लोकांना इतरांच्या सध्याच्या आजारासाठी पैसे भरावे लागणे हे अन्यायकारक आहे. हे समान जोखमी असलेल्या लोकांना संरक्षण देणाऱ्या जोखमीचा गट तयार करण्याच्या तत्वाविरुद्ध जाते. त्यामुळे प्रत्येक विमाधारकाला आरोग्य पॉलिसी जारी करण्यापूर्वी सध्याचे आजार/इजा यांचे तपशील जमा करणे अतिशय महत्वाचे आहे. यामुळे विमाकर्त्याला योग्य प्रिमियम आकारून आणि/किंवा जे अधिक दावा करण्याची शक्यता आहे त्यांच्यासाठी अतिरिक्त अटीची तरतूद करून विम्याचा प्रस्ताव स्वीकारण्याचा निर्णय घेता येईल.

पूर्वीपासून असलेला आजार म्हणजे काय?

विमाधारक व्यक्तीला पॉलिसी सुरु करण्याच्या 48 महिने आधी झालेला आजार हा पूर्वीपासून असलेला आजार समजला जातो. त्याच तर्कावर आधारित, व्यक्तीचा सलग 48 महिन्यांचा विमा असेल तर विमाकर्त्याला संरक्षणातून पूर्वी असलेले आजार वगळण्याची परवानगी नसते.

नूतनीकरण क्षमता: जरी आरोग्य सेवा पॉलिसींचा करार एका वर्षासाठी असतो, आणि दरवर्षी नवीन पॉलिसी जारी करावी लागते, तरीही आयआरडीएआयने सर्व पॉलिसींसाठी आजीवन नूतनीकरण क्षमता अनिवार्य केली आहे.

विशेष वैशिष्ट्ये

उत्पादनामध्ये नवीन वैशिष्ट्ये देण्यासाठी तसेच किंमत तशीच राखण्यासाठी, विमा कंपन्यांनी त्यांच्या उत्पादनांमध्ये कल्पक बदल केले आहेत. उदाहरणार्थ, मेडिक्लेम पॉलिसी, जी 2000 पूर्वी सर्वात लोकप्रिय पॉलिसी होती, त्यामध्ये अनेक बदल झाले आहेत आणि संरक्षणामध्ये नवीन विशेष वैशिष्ट्ये जोडण्यात आली आहेत. काही वैशिष्ट्ये मूलभूत नुकसानभरपाई संरक्षणामध्ये जोडलेली आहेत. ही वैशिष्ट्ये विमाकर्त्यांप्रमाणे आणि उत्पादनांप्रमाणे बदलू शकतात आणि सर्व उत्पादनांसाठी एकसमानपणे उपलब्ध असतील असे ही नाही.

i. उप मर्यादा आणि आजार विशिष्ट मर्यादा

काही उत्पादनांमध्ये आजार विशिष्ट मर्यादा असतात, उदा. मोतीबिंदू. त्यातील काहीना विम्याच्या रकमेशी लिंक केलेल्या खोलीच्या भाड्यावर देखील उप मर्यादा असतात, उदा. प्रतिदिन खोलीचे भाडे विम्याच्या रकमेच्या 1% आणि आयसीयूचे शुल्क विम्याच्या रकमेच्या 2% असते. आयसीयू शुल्क, ऑपरेशन थिएटर शुल्क आणि अगदी सर्जनची फी यांसारख्या इतर शीर्षाखालील देखील खर्च निवडलेल्या खोलीच्या प्रकाराशी लिंक केलेले असतात, खोलीच्या भाड्यावरील मर्यादा ही इतर शीर्षांतर्गत होणारे खर्च आणि त्यामुळे एकूण रुग्णालयात दाखल करण्याचा खर्च मर्यादित ठेवण्यास मदत करते.

ii. सहयोगी – देयक भरणे (को-पे म्हणूनही ओळखले जाते)

सहयोगी देयके म्हणजे आरोग्य विमा पॉलिसीअंतर्गत खर्च शेयर करण्याची गरज, त्यामध्ये पॉलिसीधारक/ विमाधारक स्वीकार्य रकमेतील काही ठराविक टक्केवारी खर्च उचलेल, अशी आयआरडीएआयने व्याख्या केली आहे. सहयोगी देयक, विम्याची रक्कम कमी करत नाही.

सहयोगी देयके ही आरोग्य पॉलिसी अंतर्गत विमाधारकाने प्रत्येक दाव्याचा काही खर्च उचलण्याची संकल्पना आहे. ते उत्पादनाप्रमाणे अनिवार्य किंवा ऐच्छिक असू शकते. सहयोगी देयकांमुळे विमाधारकांमध्ये अकारण रुग्णालयात दाखल होणे टाळण्यासाठी एक निश्चित शिस्त येते. यामुळे असे सुनिश्चित होते की विमाधारक स्वतःचे आरोग्य सेवा पर्याय निवडताना खबरदारी घेतो आणि अति आरामदायक सेवा टाळतो.

जेव्हा विमा उतरवलेली घटना घडते, तेव्हा अनेक आरोग्य पॉलिसीमध्ये विमाधारकाने विमा उतरवलेल्या नुकसानाचा काही भाग शेयर करण्याची गरज असते. उदा. जर विमा उतरवलेले नुकसान रुपये 20000 असेल आणि पॉलिसीमध्ये सहयोगी देयक 10% असेल, तर विमाधारक व्यक्ती रुपये 2000 भरतो.

iii. वजावट/अतिरिक्त

प्रकरण 5 मध्ये स्पष्ट केल्याप्रमाणे, 'वजावट', त्याला 'अतिरिक्त' असेही म्हणतात, ही खर्च वाटून घेण्याची तरतूद आहे. आरोग्य विमा पॉलिसी अंतर्गत, यामध्ये अशी तरतूद आहे की नुकसानभरपाई पॉलिसीच्या बाबतीत विमाकर्त्याचे एका विशिष्ट रकमेसाठी दायित्व नसेल आणि रुग्णालय रोख पॉलिसीच्या बाबतीत विमाकर्त्याने लाभाची रक्कम देण्यासाठी रुग्णालयात विशिष्ट दिवस/तास पूर्ण झालेले असावेत. आरोग्य पॉलिसीमध्ये विमाकर्त्याने दाव्याची पूर्तता करण्यापूर्वी विमाधारकाला सुरुवातीला काही विशिष्ट रक्कम भरावी लागते, उदा. जर पॉलिसीमध्ये वजावट रु. 10,000 असेल तर विमा उतरवलेल्या प्रत्येक नुकसानाचा दावा करण्यापूर्वी विमाधारक आधी रु. 10,000 भरतो. अधिक स्पष्ट करून सांगायचे तर, जर दावा रु. 80,000 साठी असेल तर, विमाधारक रु. 10,000 इतका खर्च स्वतः उचलतो आणि विमाकर्ता रु. 70,000 भरतो. वजावटीमुळे विम्याची रक्कम कमी होत नाही.

रुग्णालय रोख पॉलिसीच्या बाबतीत विशिष्ट दिवस/ तासांचीही वजावट असू शकते, जी विमाकर्त्याकडून देय असलेल्या कोणत्याही लाभापूर्वी लागू असते.

वजावट दर वर्षी लागू आहे, जीवनात एकदाच लागू आहे की प्रत्येक प्रसंगाला लागू आहे आणि विशिष्ट वजावट लागू आहे का, हे एजंटने तपासले पाहिजे आणि विमाधारकाला कळवले पाहिजे.

iv. प्रतीक्षा कालावधी

बहुसंख्य पॉलिसीमध्ये कोणताही दावा करण्यासाठी पॉलिसी सुरु झाल्यापासून सामान्यपणे 30 दिवसांचा प्रतीक्षा कालावधी लागू असतो. मात्र हे अपघातामुळे रुग्णालयात दाखल करावे लागल्यास त्याला लागू नाही.

v. विशिष्ट आजारांसाठी प्रतीक्षा कालावधी

ज्या आजारांवरील उपचार पुढे ढकलता येऊ शकतो आणि नियोजित असतो त्यांना हे लागू असते. उत्पादनाप्रमाणे विमा कंपनी एक / दोन / चार वर्षांचा प्रतीक्षा कालावधी लागू करतात आणि हा कालावधी संपल्यानंतरच या आजारांसाठी दाव्यांची पूर्तता केली जाते. मोतीबिंदू, सौम्य प्रोस्टेटिक हायपरट्रॉफी, मेनोरेजिया किंवा फायब्रोमायोमासाठी हिस्टेरेक्टोमी, हर्निया, हायड्रोसेल, जन्मजात

अंतर्गत रोग, गुदद्वारातील फिस्टुला, मूळव्याध, सायनसायटिस आणि संबंधित व्याधी, इ. हे काही आजार आहेत.

vi. डे केअर प्रक्रियेसाठी संरक्षण

वैद्यकशास्त्राच्या प्रगतीने आधीच चर्चा केल्याप्रमाणे डे केअर वर्गवारी अंतर्गत मोठ्या प्रमाणात प्रक्रियांचा समावेश झाला आहे.

vii. पॉलिसी-पूर्व तपासणीचा खर्च

वैद्यकीय तपासणीचा खर्च आधी संभाव्य क्लॉएंटकडून केला जायचा. आता विमाकर्ता खर्चाची परतफेड करतात, मात्र प्रस्ताव विमा लेखनासाठी स्वीकारला गेला पाहिजे, ह्यात 50% ते 100% इतकी परतफेड मिळते. आता आयआरडीएआयने विमाकर्त्यांना आरोग्य तपासणीच्या खर्चाचा किमान 50% खर्च उचलणे अनिवार्य केले आहे.

viii. वाढीव संरक्षणे

काही विमाकर्त्यांनी वाढीव संरक्षणे नावाची विविध नवीन अतिरिक्त संरक्षणे सुरू केली आहेत. त्यापैकी काही खालीलप्रमाणे आहेत:

- ✓ **मातृत्व संरक्षण:** आधी किरकोळ पॉलिसीं अंतर्गत मातृत्वासाठी संरक्षण दिले जात नव्हते, पण आता ते बहुसंख्य विमाकर्त्यांकडून वेगवेगळ्या प्रतीक्षा कालावधींसह देऊ केले जाते.
- ✓ **गंभीर आजार संरक्षण:** जीवघेण्या आणि खर्चिक उपचार आवश्यक असलेल्या काही विशिष्ट आजारांसाठी सर्वात महागड्या उत्पादनां अंतर्गत पर्याय म्हणून उपलब्ध.
- ✓ **विम्याच्या रकमेचे पुनर्भरण:** दाव्याची पूर्तता केल्यानंतर, अतिरिक्त प्रिमियम भरून विम्याची रक्कम (जी दावा पूर्ण केल्यानंतर कमी होते) मूळ मर्यादेइतकी पूर्ववत करता येते.
- ✓ **आयुषसाठी संरक्षण – आयुर्वेद – योग – युनानी – सिद्ध – होमिओपॅथ:** काही पॉलिसींमध्ये रुग्णालयीन खर्चाच्या काही विशिष्ट टक्के रक्कम आयुष उपचारांच्या खर्चासाठी दिली जाते.

ix. मूल्यवर्धित संरक्षणे

काही नुकसानभरपाई उत्पादनांमध्ये खाली सूचीबद्ध केल्याप्रमाणे मूल्यवर्धित संरक्षणांचा समावेश आहे. पॉलिसीच्या परिशिष्टामधील प्रत्येक संरक्षणासाठी निर्दिष्ट केलेल्या विम्याच्या रकमेच्या मर्यादेपर्यंत लाभ देय आहेत, ते विम्याच्या एकूण रकमेपेक्षा जास्त नसतात.

- ✓ **बाह्य रुग्ण संरक्षण:** भारतातील बहुसंख्य आरोग्य विमा उत्पादने केवळ रुग्णालयात दाखल झालेल्या रुग्णांच्या खर्चांना संरक्षण देतात. आता काही कंपन्या महागड्या योजनेअंतर्गत बाह्य रुग्णांच्या खर्चासाठी मर्यादित संरक्षण देऊ करतात.

- ✓ **रुग्णालय रोख:** यामध्ये विशिष्ट कालावधीसाठी रुग्णालयात दाखल असण्याच्या प्रत्येक दिवसासाठी निश्चित रक्कम दिली जाते. सामान्यतः हा कालावधी 7 दिवसांसाठी मंजूर केला जातो, 2/3 दिवसांच्या वजावटीच्या पॉलिसीचा अपवाद येथे असतो. अशा प्रकारे, जर रुग्णालयात दाखल केल्याचा कालावधी हा वजावटीच्या कालावधीपेक्षा मोठा असला तरच हा लाभ मिळू शकतो. हे रुग्णालयात दाखल केल्याच्या खर्चाच्या दाव्याच्या जोडीला पण पॉलिसीच्या एकूण विम्याच्या रकमेच्या आत किंवा स्वतंत्र उप-मर्यादेसह असते.
 - ✓ **बरे होण्याचा लाभ:** जर आजारपण आणि/ किंवा अपघातामुळे रुग्णालयात राहावे लागल्याचा एकूण कालावधी 10 दिवसांपेक्षा कमी नसेल तर एकरकमी लाभ दिला जातो.
 - ✓ **दात्याचे खर्च:** या पॉलिसीत मोठ्या अवयव प्रत्यारोपण शस्त्रक्रियेमध्ये दात्यासाठी आलेल्या खर्चाची, पॉलिसीमधील अटी आणि नियमांनुसार, भरपाई करण्याची तरतूद असते.
 - ✓ **रुग्णवाहिकेच्या खर्चाची परतफेड:** विमाधारक/ विमाधारक व्यक्तीला रुग्णवाहिकेच्या आलेल्या खर्चाची पॉलिसीच्या परिशिष्टामध्ये निर्दिष्ट केलेल्या विशिष्ट मर्यादेपर्यंत परतफेड केली जाते.
 - ✓ **सोबत येणाऱ्या व्यक्तीचे खर्च:** विमाधारक रुग्ण रुग्णालयात दाखल असताना त्याची सेवा करण्यासाठी त्याच्यासोबत असलेल्या व्यक्तीच्या अन्न, वाहतूक इत्यादींसाठी आलेल्या खर्चाला संरक्षण देण्यासाठी ही तरतूद असते. पॉलिसीच्या परिशिष्टामध्ये निर्दिष्ट केलेल्या मर्यादेपर्यंत, पॉलिसीच्या अटीप्रमाणे एकगट्या रक्कम दिली जाते किंवा परतफेड केली जाते.
 - ✓ **कुटुंबाची व्याख्या:** काही आरोग्य उत्पादनांमध्ये कुटुंबाच्या व्याख्येमध्ये बदल करण्यात आले आहेत. पूर्वी मुख्य विमाधारक, वैवाहिक जोडीदार, अवलंबून असलेली मुले यांना संरक्षण मंजूर केले जात असे. आता पालक आणि सासू-सासऱ्यांनाही त्याच पॉलिसीमध्ये संरक्षण मंजूर करणाऱ्या पॉलिसी आहेत.
- x. **वैद्यकीय सल्ला घेण्यात किंवा वैद्यकीय सल्ल्याचा पाठपुरावा करण्यात किंवा उपचाराचा पाठपुरावा करण्यात अपयश**

सुरुवातीला आधीपासून असलेल्या आजारांनी ग्रस्त असलेल्या व्यक्तींना विमा संरक्षण नाकारले जात असे. अशा प्रकरणांमध्ये आता असे आजार वगळून संरक्षण देऊ केले जात आहे.

प्रमाणित आरोग्य उत्पादन – आरोग्य संजीवनी: कोव्हिड-19 महामारीच्या पार्श्वभूमीवर, आयआरडीएआयने सर्व विमा कंपन्यांना आरोग्य संजीवनी नावाचे, समजण्यास सोपे जावे म्हणून त्यामधील अटी आणि नियमांमध्ये कोणतीही भिन्नता नसलेले, प्रमाणित आरोग्य उत्पादन बाजारात आणण्यास सांगितले. मात्र, प्रत्येक कंपनीच्या किंमत धोरणानुसार प्रिमियम वेगवेगळा असू शकतो. हे बाजारपेठेत आरोग्य विम्याचा अधिक चांगला प्रसार सुनिश्चित करण्यासाठी आहे. आरोग्य संजीवनी नावाचे हे उत्पादन देऊ करणे सर्व विमाकर्त्यांसाठी आवश्यक आहे. [बाजारपेठेत निरनिराळे आरोग्य

विमे उपलब्ध होते आणि ग्राहकांना त्यांची तुलना करता येत नव्हती, त्यामुळे गोंधळ निर्माण होत होता, हा या निर्णयामागील संदर्भ होता.]

आरोग्य संजीवनी विमा पॉलिसीअंतर्गत खालील दोन प्रकारच्या योजना उपलब्ध आहेत:

- **वैयक्तिक योजना:** एकच पॉलिसीधारक आरोग्य संजीवनी पॉलिसीचा लाभार्थी असेल.
- **फॅमिली फ्लोटर योजना:** पॉलिसीधारकाच्या कुटुंबातील एकाहून अधिक सदस्य आरोग्य संजीवनी पॉलिसीचे लाभार्थी होऊ शकतात.

या उत्पादनाबरोबर खोलीचे भाडे आणि आयसीयू शुल्कांवरील मर्यादा येतात पण त्यामध्ये आधुनिक एका दिवसाचा उपचार आणि स्टेम सेल थेरपी 50% मर्यादेसह संरक्षण देखील मिळते.

D. वाढीव संरक्षणे किंवा उच्च वजावटीची विमा योजना

वाढीव संरक्षणाला उच्च वजावट पॉलिसी असेही म्हणतात. विमाकर्त्याकडून वाढीव पॉलिसी, एका निर्दिष्ट रकमेपेक्षा अधिक उच्च विम्याच्या रकमेसाठी (याला थ्रेशोल्ड म्हणतात) संरक्षण प्रदान करतात. ही पॉलिसी कमी रकमेचा विमा असलेल्या मूलभूत आरोग्य संरक्षणाच्या जोडीने काम करते आणि तुलनेने वाजवी प्रिमियमवर मिळते. उदाहरणार्थ, नियोक्त्यांनी संरक्षण प्रदान केलेल्या व्यक्ती अतिरिक्त संरक्षणासाठी वाढीव संरक्षणाचाही पर्याय निवडू शकतात (पहिल्या पॉलिसीची विम्याची रक्कम थ्रेशोल्ड म्हणून राखतात).

वाढीव पॉलिसीअंतर्गत दाव्याची पूर्तता होण्यास पात्र असण्यासाठी, वैद्यकीय खर्च योजनेअंतर्गत निवडलेल्या वजावटीच्या स्तरापेक्षा (किंवा थ्रेशोल्ड) अधिक असला पाहिजे आणि उच्च वजावट योजनेअंतर्गत भरपाईची रक्कम ही झालेल्या खर्चाची रक्कम असेल म्हणजे वजावटीपेक्षा जास्त असेल.

उदाहरण

एका व्यक्तीला त्याच्या नियोक्त्याकडून रु. 3 लाखांच्या विम्याचे संरक्षण आहे. तो रु. तीन लाखांवर रु.10 लाखांच्या वाढीव पॉलिसीचा पर्याय निवडू शकतो. जर एकाच वेळी रुग्णालयात दाखल होण्याचा खर्च रु. 5 लाख असेल तर, मूलभूत पॉलिसी केवळ रु. तीन लाखांचेच संरक्षण देईल. वाढीव संरक्षणासह रु. दोन लाखांची शिल्लक रक्कम वाढीव पॉलिसीद्वारे भरली जाईल.

वाढीव पॉलिसी स्वस्त असतात आणि एका रु. 10 लाखांच्या पॉलिसीचा खर्च हा रु. तीन लाखांवर रु.10 लाखांच्या वाढीव पॉलिसीच्या खर्चापेक्षा कितीतरी अधिक असतो.

ही संरक्षणे वैयक्तिक आधारावर तसेच कुटुंब आधारावर उपलब्ध आहेत, प्रत्येक वेळी रुग्णालयात दाखल होताना वाढीव योजना ही वजावटीच्या रकमेपेक्षा अधिक असायला हवी. मात्र, काही वाढीव

योजना पॉलिसीच्या कालावधीत रुग्णालयात दाखल करण्याच्या मालिकांनंतर वजावट ओलांडू देतात, त्यांना समग्र आधारित उच्च वजावट योजना किंवा भारतीय बाजारपेठेत सुपर टॉप-अप प्लॅन संरक्षण असे म्हणतात. सुपर टॉप अप प्लॅन रुग्णालयीन वजावटीच्या रकमेवर सर्व बिलांवर संरक्षण देते (सुपर टॉप-अप प्लॅन मर्यादेपर्यंत), म्हणजे एका वर्षात वजावट एकूण दाव्यांना लागू होते. त्यामुळे एकदा वजावट भरली की पुढील दाव्यांसाठी योजना सक्रिय होते.

E. वरिष्ठ नागरिकांची पॉलिसी

या योजनेची रचना एका विशिष्ट वयानंतर (उदा. 60 वर्षांवरील वयाचे लोक) नेहमी संरक्षण नाकारले जात असलेल्या वृद्ध लोकांसाठी करण्यात आली आहे. संरक्षण आणि अपवर्जनांची रचना ही बरीचशी रुग्णालयीन पॉलिसीसारखी आहे.

संरक्षण आणि प्रतीक्षा कालावधी ठरवताना ज्येष्ठ व्यक्तींच्या आजारावर विशेष लक्ष देण्यात आले आहे. यासाठी प्रवेशाचे बहुतांश वेळा वय 60 च्या नंतरचे असते आणि त्यांचे आयुष्यभर नूतनीकरण करता येते. विम्याची रक्कम रु. 50,000 ते रु. 5,00,000 पर्यंत असते. विशिष्ट आजारांसाठी असलेले प्रतीक्षा कालावधी वेगवेगळे असतात.

उदाहरण: एका विमाकर्त्याकडे मोतीबिंदूसाठी 1 वर्षाचा प्रतीक्षा कालावधी असू शकतो आणि दुसऱ्या विमाकर्त्याकडे 2 वर्षांचा कालावधी असू शकतो.

उदाहरण: काही विमाकर्त्यांच्या प्रतीक्षा कालावधी क्लॉजमध्ये सायनसायटिसचा समावेश नसतो तर काही विमाकर्ते त्याचा प्रतीक्षा कालावधी क्लॉजमध्ये समावेश करतात.

काही पॉलिसींमध्ये पूर्वी असलेल्या आजारांच्या संदर्भात प्रतीक्षा कालावधी किंवा मर्यादा असते. रुग्णालयात दाखल करण्याच्या पूर्वी आणि नंतरचे खर्च एकतर रुग्णालयाच्या दाव्याची टक्केवारी म्हणून किंवा उप-मर्यादा म्हणून, जे अधिक असेल ते, चुकते केले जातात. काही पॉलिसींमध्ये ठराविक नुकसानभरपाई योजनांचे पालन केले जाते जसे 30/ 60 दिवस किंवा 60/ 90 दिवसांच्या निर्दिष्ट कालावधीमध्ये झालेले खर्च चुकते केले जातात.

आयआरडीएआयने अनिवार्य केले आहे की सर्व आरोग्य विमाकर्ते आणि टीपीए वरिष्ठ नागरिकांचे आरोग्य विम्याशी संबंधित दावे आणि तक्रारी यांच्या सुनावणीसाठी स्वतंत्र व्यवस्था निर्माण करतील.

F. निश्चित लाभ संरक्षण – रुग्णालय रोख, गंभीर आजार

या संरक्षणांतर्गत, विमाधारकाला दावा म्हणून एक निश्चित रक्कम मिळते, मग त्याने त्या उपचारासाठी कितीही खर्च केलेला असो. या उत्पादनामध्ये, ईएनटी, ऑप्थाल्मोलॉजी, ऑबेस्ट्रिक्स आणि गायनॅकॉलॉजी, इत्यादींसारख्या प्रणालींमध्ये सामान्यपणे करावे लागणारे उपचार सूचीबद्ध

केलेले असतात आणि यापैकी प्रत्येकासाठी चुकते करण्याचे कमाल पैसे पॉलिसीमध्ये निश्चित केलेले असतात.

या पॉलिसी साध्या असतात कारण केवळ रुग्णालयात दाखल केल्याचा पुरावा आणि पॉलिसीअंतर्गत आजाराचे संरक्षण दाव्याच्या प्रक्रियेसाठी पुरेसे असतात. काही उत्पादने निश्चित लाभ संरक्षणाबरोबरच दैनंदिन रोख रकमेचा लाभही योजनेमध्ये समाविष्ट करतात.

पॉलिसीमध्ये नमूद केलेल्या यादीत स्थान न मिळालेल्या शस्त्रक्रिया/ उपचारांसाठी एक निश्चित रक्कम देण्याची तरतूद केलेली असते. पॉलिसी कालावधीमध्ये निरनिराळ्या उपचारांसाठी एकापेक्षा अधिक दावे करणे शक्य असते. मात्र, अंतिमतः पॉलिसीअंतर्गत निवडलेल्या विम्याच्या मर्यादेमध्येच दाव्यांची पूर्तता केली जाते.

काही निश्चित लाभ विमा योजना पुढीलप्रमाणे आहेत:

- ✓ रुग्णालय दैनंदिन रोख विमा योजना
- ✓ गंभीर आजार विमा योजना

1. रुग्णालय दैनंदिन रोख पॉलिसी

a) प्रतिदिन रक्कम मर्यादा

रुग्णालय रोख संरक्षण पॉलिसीमध्ये विमाधारक व्यक्तीला रुग्णालयात दाखल केल्याच्या प्रत्येक दिवसासाठी एक ठराविक रक्कम दिली जाते. प्रतिदिन संरक्षणाची रक्कम (उदाहरणार्थ) रु. 1,500 ते रु. 5,000 इतकी किंवा प्रतिदिन त्यापेक्षा अधिक असू शकते. प्रतिदिन पॉलिसीसाठी दैनंदिन रकमेवर कमाल मर्यादा आजारानुसार आणि पॉलिसीच्या मुदतीनुसार ठरते, ही सामान्यतः वार्षिक पॉलिसी असते.

b) रक्कम चुकती करण्याच्या दिवसांची संख्या

या पॉलिसीच्या काही प्रकारांमध्ये, ज्या आजारासाठी उपचार घेतले जात आहेत त्या आजाराशी दैनंदिन रोख देण्याच्या दिवसांची संख्या लिंक केलेली असते. उपचारांची तपशीलवार यादी आणि प्रत्येकासाठी रुग्णालयात दाखल झाल्याचा कालावधी हे करारनिविष्ट केलेले असते, त्यामुळे प्रत्येक प्रकारच्या प्रक्रिया/ आजारपण यांच्यासाठी दैनंदिन रोख लाभावर मर्यादा घातली जाते.

c) स्वतंत्र संरक्षण किंवा वाढीव संरक्षण

काही विमाकर्त्यांनी देऊ केल्याप्रमाणे रुग्णालय दैनंदिन रोख पॉलिसी ही स्वतंत्र पॉलिसी म्हणून उपलब्ध असते तर काही विमाकर्ते ती नियमित नुकसानभरपाई पॉलिसीवर वाढीव संरक्षण म्हणून देतात. या पॉलिसीमुळे विमाधारकाला दिली जाणारी रक्कम निश्चित असल्यामुळे प्रासंगिक खर्च

भरून काढण्यास मदत होते, कारण ती रक्कम निश्चित असते आणि उपचारांच्या खर्चाशी संबंधित नसते. याच्यामुळे नुकसानभरपाई आधारित आरोग्य विम्यावर मिळालेल्या संरक्षणाव्यतिरिक्त अधिक रक्कम मिळू शकते.

d) पूरक संरक्षण

या पॉलिसी नेहमीच्या रुग्णालय खर्चाच्या पॉलिसीसाठी पूरक असू शकतात कारण त्या किफायतशीर असतात आणि प्रासंगिक खर्चासाठी भरपाई देतात, आणि तसेच अपवर्जन, सहयोगी देयक इत्यादी जे खर्च नुकसानभरपाई पॉलिसीअंतर्गत देय नसतात त्यासाठी सुद्धा भरपाई देतात.

e) संरक्षणाचे इतर फायदे

विमाकर्त्याच्या दृष्टीकोनातून, या योजनेचे अनेक फायदे असतात कारण ती ग्राहकाला समजावून सांगणे सोपे असते आणि त्यामुळे त्यांची अधिक सहज विक्री करता येते. हे वैद्यकीय चलनवाढीवर मात करतात कारण प्रत्यक्ष खर्च काहीही असला तरी रुग्णालयात दाखल केलेल्या कालावधीसाठी प्रतिदिन निश्चित रक्कम चुकती केली जाते. तसेच अशा विमा संरक्षणाची स्वीकृती आणि दाव्यांची पूर्तता खरोखर सुलभ आहेत.

2. गंभीर आजार पॉलिसी

वैद्यकीय शास्त्रातील प्रगतीमुळे लोक कर्करोग, स्ट्रोक आणि हृदयविकाराचा झटका इत्यादींसारख्या मोठ्या आजारांमधून वाचत आहेत, पूर्वीच्या काळी या आजारांमुळे मृत्यू ओढवला असता. मात्र मोठ्या आजारातून वाचताना उपचारासाठी मोठे खर्च करावे लागतात, तसेच उपचारांनंतर जगताना बराच खर्च करावा लागतो. त्यामुळे गंभीर आजार व्यक्तीच्या आर्थिक सुरक्षेला धोका निर्माण करतात. अशा प्रकरणांमध्ये सर्व वैद्यकीय खर्चांना संरक्षण देण्यासाठी एक मूलभूत आरोग्य विमा पॉलिसी पुरेशी असणार नाही.

गंभीर आजार पॉलिसीमध्ये काही विशिष्ट गंभीर आजारांचे निदान झाल्यांतर एकरकमी रक्कम देण्याची तरतूद असते. मोठ्या खर्चाची काळजी घेण्यासाठी विम्याची रक्कम ही मोठी असते.

भारतात, जीवन विमाकर्ते, जीवन विमा पॉलिसींवर पुरवणी म्हणून गंभीर आजार (सीआय) लाभ सर्वात सामान्यपणे विकतात आणि ते दोन प्रकारची संरक्षणे देऊ करतात – गतिमान सीआय लाभ योजना आणि स्वतंत्र सीआय लाभ योजना. गोंधळ टाळण्यासाठी, आयआरडीएआय आरोग्य विमा प्रमाणीकरण मार्गदर्शक तत्वांअंतर्गत 22 सर्वात गंभीर आजारांच्या व्याख्या प्रमाणित करण्यात आल्या आहेत.

संरक्षण मिळालेले गंभीर आजार, विमाकर्ते आणि उत्पादनानुसार बदलतात. सामान्यतः गंभीर आजाराचे निदान झाल्यावर 100% विम्याची रक्कम चुकती केली जाते. काही प्रकरणांमध्ये पॉलिसीच्या अटी आणि नियम व आजाराचे गांभीर्य यानुसार नुकसानभरपाई विम्याच्या रकमेच्या 25% ते 100% अशी वेगवेगळी असू शकते.

पॉलिसीअंतर्गत कोणताही लाभ देय असेपर्यंत पॉलिसी सुरु झाल्यानंतर 90 दिवसांचा प्रतीक्षा कालावधी आणि आजाराचे निदान झाल्यानंतर जिवंत राहण्याचा कालावधी 30 दिवस असतो. विशेषतः 45 वर्षे वयापेक्षा अधिक वय असलेल्या व्यक्तींना कठोर वैद्यकीय तपासण्यांमधून जावे लागते.

कोणत्याही विमाधारक व्यक्तीशी संबंधित पॉलिसी अंतर्गत भरपाई दिली की पॉलिसी बंद होते. ही पॉलिसी समूहांना देखील देऊ केली जाते विशेषतः कर्मचाऱ्यांसाठी पॉलिसी घेणाऱ्या कॉर्पोरेटसाठी ही उपलब्ध आहे.

आजार—विशिष्ट उत्पादने – कोरोना कवच

जून 2020 मध्ये, जेव्हा देशामध्ये कोरोना विषाणू संसर्गाचे (कोव्हिड-19) अनेक रुग्ण होते तेव्हा बाजारपेठेत कोव्हिड-19 पॉझिटिव्ह असल्याचे निदान झाल्यानंतर एकरकमी पैसे देणारी अनेक लाभ आधारित उत्पादने सुरु झाल्याचे दिसून आले. नंतर काही कंपन्यांनी नुकसानभरपाई आधारित उत्पादने देखील सुरु केली. मात्र, या उत्पादनांमध्ये पीपीई किट्स, ऑक्सिमीटर इत्यादींसारख्या अनेक उपभोग्य वस्तूंचा आणि विलगीकरणाचा खर्च दिला जात नव्हता.

आयआरडीएआयने *कोरोना कवच* आणि *कोरोना रक्षक (जीवन विमा विभागात स्वतंत्रपणे चर्चा करण्यात आली आहे)* या दोन प्रमाणित आरोग्य विमा पॉलिसी आणल्या. सर्वसाधारण आणि आरोग्य विमाकर्त्यांसाठी *कोरोना कवच* हे नुकसानभरपाई आधारित प्रमाणित कोव्हिड-19 उत्पादन देणे बंधनकारक असताना, *कोरोना रक्षक* हे लाभ आधारित उत्पादन सर्व विमाकर्त्यांसाठी वैकल्पिक आहे. दोन्ही उत्पादनांचा प्रतीक्षा कालावधी 15 दिवस आहे.

कोरोना रक्षक हा कोव्हिड-19 चा संसर्ग झालेल्या वैयक्तिक विमाधारकांना एकरकमी लाभ प्रदान करण्याच्या दृष्टीने बनविलेला, प्रमाणित लाभ आधारित आरोग्य विमा आहे आणि त्यासाठी किमान सतत 72 तास रुग्णालयात दाखल होण्याची गरज असते. ही योजना 3.5 महिने, 6.5 महिने आणि 9.5 महिने या निरनिराळ्या पॉलिसी मुदतींसह, वय वर्षे 18 ते 65 या वयोगटातील लोकांना एक वेळ लाभ पॉलिसी म्हणून वैयक्तिक आधारावर संरक्षण देऊ करते आणि लाभ दिल्यानंतर ती बंद होते. *कोरोना रक्षक* 50,000 च्या पटीत रु. 50,000 ते रु. 2,50,000 विम्याच्या रकमेचे पर्याय देऊ करतो. ही पॉलिसी (i) संपूर्ण विमा लाभ, (ii) किफायतशीर प्रिमियम, (iii) दाव्याची एकरकमी रक्कम, (iv) 15 दिवसांचा कमी प्रतीक्षा कालावधी आणि (v) कर लाभ देऊ करते.

कोरोना कवच आयआरडीएआयने जून 2020 मध्ये जारी केलेल्या खालील मार्गदर्शक तत्वांद्वारे संरक्षण देऊ करते:

1. सरकार अधिकृत निदान केंद्रामध्ये कोव्हिड-19 चे पॉझिटिव्ह निदान झाल्यानंतर कोव्हिड-19 च्या उपचारांसाठी रुग्णालयात दाखल केल्यानंतर आलेले खर्च, खालील खर्चासाठी संरक्षण उपलब्ध: (रुग्णालयात दाखल झाल्यानंतरचा खर्च किमान 24 तासांच्या कालावधीसाठी स्वीकार्य आहे.)
 - a. रुग्णालय/ नर्सिंग होमकडून तरतूद केलेली खोली, निवास आणि नर्सिंगचे खर्च.
 - b. सर्जन, भूलतज्ज्ञ, वैद्यकीय व्यावसायिक, कन्सल्टंट, विशेषज्ञांचे शुल्क
 - c. भूल, रक्त, ऑक्सिजन, ऑपरेशन थिएटर शुल्क, शस्त्रक्रियेची उपकरणे, व्हेंटिलेटरचे शुल्क, औषधे, रोगनिदानाचा खर्च, डायग्नोस्टिक इमेजिंग पद्धती, पीपीई किट, हातमोजे, मास्क आणि इतर तत्सम खर्च
 - d. अतिदक्षता विभाग (आयसीयू) / अतिदक्षता हृदय विभाग (आयसीसीयू) खर्च.
 - e. प्रत्येक वेळी रुग्णालयात दाखल होण्यासाठी रस्त्यावरील रुग्णवाहिकेसाठी आलेला खर्च कमाल रु. 2000/-
2. जास्तीत जास्त 14 दिवस घरीच उपचार घेण्यासाठी प्रति प्रसंग होम केअर ट्रीटमेंट खर्च अटीच्या अधीन (संपूर्ण नाही) खाली नमदू केले आहेत:
 - a. वैद्यकीय व्यावसायिकाने विमाधारक व्यक्तीला घरीच उपचार घेण्याचा सल्ला दिला आहे.
 - b. प्रत्येक दिवससाठी आरोग्याच्या स्थितीवर वैद्यकीय व्यावसायिक सतत देखरेख आहे, केलेल्या उपचारांच्या नोंदींसह.
3. उपचार करणाऱ्या वैद्यकीय व्यावसायिकाने विहित केलेले आणि कोव्हिडच्या उपचारांशी संबंधित इतर खर्च,
 - a. घरी किंवा रोगनिदान केंद्रावर केलेल्या रोगनिदानात्मक चाचण्या
 - b. लेखी विहित केलेली औषधे
 - c. वैद्यकीय व्यावसायिकाचे कन्सल्टेशन शुल्क
 - d. वैद्यकीय कर्मचाऱ्यांशी संबंधित नर्सिंग शुल्क
 - e. पॅरेंटरल पद्धतीने औषधे देण्याशी मर्यादित वैद्यकीय प्रक्रिया
 - f. पल्स ऑक्सिमिटर, ऑक्सिजन सिलिंडर आणि नेब्युलायझरचा खर्च

अतिरिक्त संरक्षण – रुग्णालय दैनंदिन रोख: कोव्हिडच्या उपचारासाठी प्रत्येक सलग 24 तास रुग्णालयात दाखल झाल्यावर, या पॉलिसी अंतर्गत स्वीकार्य रुग्णालयीन खर्चाचा दावा उपस्थित केल्यानंतर विमाकर्ता प्रतिदिन विम्याच्या रकमेच्या 0.5% रक्कम चुकती करेल.

प्रमाणित वेक्टर जनित आजार आरोग्य पॉलिसी:

आयआरडीएआयने 3 फेब्रुवारी 2021 च्या आपल्या मार्गदर्शक तत्वांद्वारे असे ठरवले की वेक्टर जनित आजारांसाठी प्रमाणित उत्पादने खालील संरक्षण देतील:

1. **रुग्णालयात दाखल होण्याचा लाभ:** खालीलपैकी कोणत्याही, सलग किमान 72 तास रुग्णालयात दाखल होण्याची गरज असलेल्या, वेक्टर जनित आजाराचे पॉझिटिव्ह निदान झाले तर विम्याच्या रकमेच्या 100% एकरकमी रक्कम देय असेल.
 - a) डेंग्यू ताप
 - b) हिवताप
 - c) फिलेरिया (लिम्फॅटिक फिलेरियासिस)
 - d) काला-आजार
 - e) चिकनगुन्या
 - f) जपानी एन्सेफलायटिस
 - g) झिका विषाणू
2. **रोगनिदान संरक्षण:** विमा उतरवलेल्या प्रत्येक वेक्टर जनित आजारासाठी कोव्हिड काळातील पहिल्या निदानानंतर पॉझिटिव्ह निदान झाल्यास (प्रयोगशाळेच्या तपासणीतून आणि वैद्यकीय व्यावसायिकाकडून पुष्टी होऊन) पॉलिसीच्या अटी आणि नियमांच्या अधीन राहून, विम्याच्या रकमेच्या 2% रक्कम देय असेल. पॉलिसीधारकाला “निदान संरक्षण” देयका अंतर्गत, प्रत्येक आजारासाठी, पॉलिसी वर्षात, फक्त एकदा देयक मिळण्याचा अधिकार आहे.

G. मिश्र उत्पादने

आरोग्य अधिक जीवन संयुक्त उत्पादने, जीवन विमा कंपनीकडून जीवन विमा संरक्षण आणि जीवनेतर आणि/ किंवा स्वतंत्र आरोग्य विमा कंपनीकडून देऊ केलेले आरोग्य विमा संरक्षण यांचे मिश्रण करून तयार केलेली उत्पादने देऊ करतात.

हे उत्पादन स्वतंत्र विमा पॉलिसी आणि समूह विमा पॉलिसी या दोहोंसाठी देऊ करता येते. मात्र, आरोग्य विम्याच्या फ्लोटर पॉलिसीच्या बाबतीत कुटुंबाच्या कमावत्या सदस्यांपैकी एकाच्या जीवनावर नुसत्या मुदत जीवन विम्याला परवानगी दिली जाते, जो आरोग्य विमा पॉलिसीसाठी प्रस्तावक सुद्धा

असतो, परंतु त्यासाठी त्याचे विमा योग्य हित आणि संबंधित विमाकर्त्यांचे इतर लागू असणारे विमालेखन नियम यांच्या अधीन राहावे लागते.

पॅकेज पॉलिसी

पॅकेज किंवा संरक्षणाचे छत्र, एका दस्तऐवजाच्या माध्यमातून संरक्षणांचे मिश्रण देतात.

आरोग्य विम्यामध्ये पॅकेज पॉलिसीच्या उदाहरणांमध्ये गंभीर आजार संरक्षण लाभाचे नुकसानभरपाई पॉलिसींबरोबर मिश्रण आणि अगदी जीवन विमा पॉलिसी आणि रुग्णालय दैनंदिन रोख लाभ पॉलिसीचे नुकसानभरपाई पॉलिसींबरोबर मिश्रण करणे यांचा समावेश होतो.

प्रवास विमा:

प्रवास विमा पॉलिसी सुद्धा पॅकेज पॉलिसी म्हणून देऊ केली जाते, त्यामध्ये केवळ आरोग्य विमाच नव्हे तर आजारपण/ अपघातामुळे येणाऱ्या वैद्यकीय खर्चाबरोबरच अपघाती मृत्यू/ अपंगत्व लाभ, आणि चेक इन केलेले सामान येण्यात नुकसान किंवा विलंब, पासपोर्ट आणि दस्तऐवज हरवणे, मालमत्ता/ वैयक्तिक नुकसानासाठी तृतीय पक्ष दायित्व, सहल रद्द होणे आणि अपहरणावर सुद्धा संरक्षण पारंपरिक पद्धतीने दिले जाते. (प्रवास विम्याचे तपशील नंतर दिलेले आहेत.)

H. सूक्ष्म विमा आणि गरीब वर्गासाठी आरोग्य विमा

सूक्ष्म विमा उत्पादनांची रचना खास करून ग्रामीण आणि असंघटित क्षेत्रातील कमी उत्पन्न गटातील लोकांच्या संरक्षणाच्या हेतूने केलेली असते. हे, परवडणारा प्रिमियम आणि लाभ पॅकेजसह कमी मूल्य असलेले उत्पादन असते. सूक्ष्म विमा आयआरडीए सूक्ष्म विमा नियमन 2005 द्वारे नियंत्रित केला जातो. अशी संरक्षणे बहुतांश वेळा विविध सामाजिक इन्स्टिट्यूट आणि बिगर-सरकारी संस्थांकडून (एनजीओ) आपल्या सदस्यांसाठी समूह आधारावर घेतली जातात.

सार्वजनिक उद्योग क्षेत्रातील कंपन्यांनी समाजातील गरीब वर्गाच्या गरजा पूर्ण करण्यासाठी तयार केलेल्या दोन पॉलिसी आहेत जन आरोग्य विमा योजना आणि सार्वत्रिक आरोग्य विमा योजना. खाजगी क्षेत्रातील विमा कंपन्यांनी देखील या लक्ष्य गटासाठी विमा कवच योजना, ग्रामीण जीवन रक्षा योजना, भाग्यलक्ष्मी – ही संपूर्ण यादी आयआरडीएआयच्या वेबसाईटवर सापडेल – अशी अनेक कल्पक सूक्ष्म विमा आरोग्य उत्पादने आणली आहेत.

I. राष्ट्रीय स्वास्थ्य विमा योजना

सरकारने सुद्धा विविध आरोग्य योजना सुरु केल्या आहेत, त्यातील काही विशिष्ट राज्यांना लागू होतात. दारिद्वरेषेखालील (बीपीएल) कुटुंबांना आरोग्य विमा संरक्षण देण्यासाठी सरकारने विमा

कंपन्यांच्या सहयोगाने राष्ट्रीय स्वास्थ्य विमा योजना (आरएसबीवाय) कार्यान्वित केली आहे. मात्र, आरएसबीआयने केवळ रु. 30,000 इतकीच विम्याच्या रकमेची तरतूद केली, जी अनेक मोठ्या शस्त्रक्रिया/ रुग्णालयात दाखल करण्याच्या खर्चाला संरक्षण देण्यासाठी पुरेशी मानली गेली नाही.

J. प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना

आरएसबीवायच्या उणीवांवर मात करण्यासाठी, राष्ट्रीय आरोग्य धोरण 2017 मध्ये शिफारस करण्यात आल्याप्रमाणे, भारत सरकारने 2017 मध्ये सार्वत्रिक आरोग्य संरक्षणाचे (यूएचसी) ध्येय साध्य करण्यासाठी 'आयुष्मान भारत योजना' ही प्रमुख योजना सुरू केली. प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (पीएमजेएवाय) या नावानेही ओळखली जाणाऱ्या आयुष्मान भारत योजनेमध्ये विम्याची रक्कम रु. 5,00,000 आहे.

त्यावेळी अस्तित्वात असलेली राष्ट्रीय स्वास्थ्य विमा योजना (आरएसबीवाय) ही त्यामध्ये समाविष्ट करण्यात आली. पीएम-जेएवायला पूर्णपणे सरकारकडून निधी मिळतो आणि अंमलबजावणीचा खर्च केंद्र आणि राज्य सरकारांमध्ये वाटून घेतला जातो.

K. प्रधानमंत्री सुरक्षा विमा योजना

अलीकडेच जाहीर केलेल्या, वैयक्तिक अपघाती मृत्यू आणि अपंगत्व संरक्षण देणाऱ्या पीएमएसबीवायची वैशिष्ट्ये खालीलप्रमाणे आहेत:

संरक्षणाची व्याप्ती: वय वर्षे 18 ते 70 दरम्यान सहभागी बँकेतील सर्व बचत खातेधारकांना केवळ एका बचत खात्याच्या माध्यमातून यामध्ये सहभागी होण्याचा हक्क आहे आणि जर त्याने एकापेक्षा अधिक बँकांमध्ये नाव घातले तर त्याला जास्त फायदा मिळत नाही आणि जास्त भरलेला प्रिमियम मात्र जप्त केला जातो. बँक खात्यासाठी आधार क्रमांक हा प्राथमिक केवायसी असतो.

नावनोंदणी पद्धत/ कालावधी: विम्याचे संरक्षण 1 जून ते 31 मे दरम्यान एका वर्षासाठी असते, ज्यामध्ये सहभागी होण्यासाठी प्रत्येक वर्षी 31 मे पर्यंत, निवडलेल्या बचत खात्यातून स्वयं-डेबिटसाठी विहित फॉर्ममध्ये पर्याय देणे आवश्यक असते.

त्यानंतर संपूर्ण वार्षिक प्रिमियम भरल्यानंतर काही निर्दिष्ट अटींवर सहभागी होणे शक्य आहे. योजनेच्या बाहेर पडलेल्या व्यक्ती कोणत्याही क्षणी वरील पद्धतीच्या माध्यमातून भविष्यात पुन्हा सहभागी होऊ शकतात.

या विम्याच्या अंतर्गत असलेले लाभ खालीलप्रमाणे आहेत:

लाभाचा तक्ता	विम्याची रक्कम
मृत्यू	रु. 2 लाख
दोन्ही डोळे निकामी होणे किंवा दोन्ही हातांचा अथवा दोन्ही पायांचा वापर करता येणार नाही अशी हानी होणे किंवा एका डोळ्याची दृष्टी जाणे आणि एका हाताचा अथवा पायाचा वापर करता येणार नाही अशी हानी होणे, यामुळे संपूर्ण आणि भरून न येणारी हानी झाल्यास	रु. 2 लाख
एका डोळ्याची दृष्टी जाणे किंवा एका हाताचा किंवा पायाचा वापर करता येणार नाही अशी हानी होणे. यामुळे संपूर्ण आणि भरून न येणारी हानी झाल्यास	रु. 1 लाख

एसएमएस, ईमेल किंवा व्यक्तिगत भेटी याद्वारे या योजनेत सहभागी होण्याची आणि नामांकनाची सुविधा उपलब्ध आहे.

प्रिमियम: प्रति सदस्य प्रति वर्ष रु. 12/- . खातेधारकाच्या बचत खात्यातून 'स्वयं डेबिट' सुविधेद्वारे प्रिमियम वजा केला जाईल.

संरक्षणाची समाप्ती: सदस्यांसाठी अपघात संरक्षण पुढील कारणांनी बंद होईल:

1. सदस्याने वयाची 70 वर्षे पूर्ण केल्यानंतर (सर्वात जवळचा वाढदिवस) किंवा
2. बँकेचे खाते बंद झाल्यास किंवा खात्यात विमा सुरु ठेवण्यासाठी आवश्यक रक्कम शिल्लक नसल्यास किंवा

कोणत्याही तांत्रिक कारणांमुळे विमा संरक्षण बंद करण्यात आले तर, कारण देय तारखेला अपुरी शिल्लक किंवा कोणत्याही प्रशासकीय समस्यांमुळे. संपूर्ण वार्षिक प्रिमियम प्राप्त झाल्यानंतर विमा पुनर्स्थापित करण्यात येईल, हे घालून दिलेल्या अटींच्या अधीन असेल.

L. वैयक्तिक अपघात आणि अपंगत्व संरक्षण

वैयक्तिक अपघात (पीए) संरक्षण आकस्मिक अपघाताच्या घटनेत मृत्यू किंवा अपंगत्व आल्यास नुकसानभरपाई देते.

पीए पॉलिसीमध्ये,

- मृत्यू लाभ विम्याच्या रकमेचे 100% देयक असते,
- अपंगत्व आल्यास, कायमस्वरूपी अपंगत्व आल्यास विम्याच्या रकमेच्या निश्चित टक्केवारीपासून नुकसानभरपाई बदलते
- तात्पुरते अपंगत्व आल्यास साप्ताहिक नुकसानभरपाई.

साप्ताहिक नुकसानभरपाई म्हणजे अपंगत्व असलेल्या काळात, किती आठवडे नुकसानभरपाई देय असेल त्या बाबतीत कमाल मर्यादेच्या अधीन राहून, प्रत्येक आठवड्याला निश्चित रक्कम देणे.

1. संरक्षण दिलेले अपंगत्वाचे प्रकार

या पॉलिसीच्या अंतर्गत संरक्षण देण्यात आलेल्या अपंगत्वाचे प्रकार पुढीलप्रमाणे आहेत:

- कायमस्वरूपी संपूर्ण अपंगत्व (पीटीडी):** म्हणजे संपूर्ण आयुष्यभरासाठी संपूर्णपणे अपंग होणे उदा. सर्व हातापायांना अर्धांगवायू, कोमाची स्थिती, दोन्ही डोळे/ दोन्ही हात/ दोन्ही पाय किंवा एक हात आणि एक डोळा किंवा एक डोळा आणि एक पाय किंवा एक हात आणि एक पाय निकामी होणे.
- कायमस्वरूपी अंशतः अपंगत्व (पीपीडी):** म्हणजे आयुष्यभरासाठी अंशतः अपंगत्व येणे उदा. हाताची बोटे तुटणे, पायाची बोटे तुटणे, पायाच्या बोटांना जोडणारी हाडे तुटणे इत्यादी.
- तात्पुरते संपूर्ण अपंगत्व (टीटीडी):** म्हणजे काही थोड्या काळासाठी संपूर्णपणे अपंग होणे. या अंतर्गत अपंगत्वाच्या काळात उत्पन्नाचे जे नुकसान होते त्यावर संरक्षण दिले जाते.

यात ग्राहकाला केवळ मृत्यूसाठी संरक्षण किंवा मृत्यू अधिक अपंगत्व किंवा मृत्यू अधिक कायमस्वरूपी अपंगत्व आणि तसेच तात्पुरते संपूर्ण अपंगत्व यातून निवड करायची असते.

2. विम्याची रक्कम

पीए पॉलिसीसाठी विम्याची रक्कम सामान्यतः एकूण मासिक उत्पन्नाच्या आधारावर ठरवली जाते. साधारणपणे ती एकूण मासिक उत्पन्नाच्या 60 पट असते. मात्र काही विमाकर्ते, उत्पन्नाची पातळी लक्षात न घेता निश्चित फायदा देऊ करतात. अशा पॉलिसींमध्ये प्रत्येक विभागाच्या संरक्षणासाठी विम्याची रक्कम निवडलेल्या योजनेनुसार बदलते.

3. वैयक्तिक अपघात विमा – लाभ योजना

लाभाची योजना असल्यामुळे, पीए पॉलिसी 'योगदानाच्या' तत्वाच्या अधीन नसते. त्यामुळे जर एखाद्या व्यक्तीकडे विविध विमाकर्त्यांच्या एकापेक्षा अधिक पॉलिसी असतील तर सर्व पॉलिसींच्या अंतर्गत दावे चुकते केले जातील.

4. संरक्षणाची व्याप्ती

या पॉलिसी साधारणपणे आरोग्य खर्चाला संरक्षण देण्यासाठी विस्तारित केल्या जातात, म्हणजे अपघातानंतर झालेला रुग्णालयीन/वैद्यकीय खर्च.

5. मूल्यवर्धित लाभ

अनेक विमाकर्ता वैयक्तिक अपघात विम्यासोबत अपघातामुळे रुग्णालयात दाखल करावे लागल्यास रुग्णालय रोख, पार्थिव वाहून नेण्याचा खर्च, निश्चित रकमेचा शैक्षणिक लाभ आणि प्रत्यक्ष खर्चावर आधारित रुग्णवाहिका आकार किंवा निश्चित मर्यादा यापैकी जी रक्कम कमी असेल, यासारखे मूल्यवर्धित फायदेदेखील देऊ करतात.

6. अपवर्जने:

वैयक्तिक अपघात संरक्षणाच्या अंतर्गत काही सामान्य अपवर्जने पुढीलप्रमाणे आहेत; पॉलिसी सुरु होण्यापूर्वी सध्या असलेल्या अपंगत्वामुळे झालेले अपघात, मानसिक आजार किंवा कोणत्याही आजारांमुळे झालेला मृत्यू किंवा अपंगत्व, युद्ध, घुसखोरीमुळे इजा, सदोष मनुष्यवध किंवा खून, जाणीवपूर्वक स्वतःला इजा करून घेणे, आत्महत्या, अंमली पदार्थ/ मद्याचे सेवन, विमानचालन किंवा बलूनिंगसारख्या परिभाषित अतिरिक्त धोकादायक कृती. ही सूचक यादी आहे आणि कंपनीनुसार बदलू शकते.

पीए पॉलिसी स्वतंत्र व्यक्ती, कुटुंब आणि समूहांना देखील देऊ केल्या जातात.

समूह वैयक्तिक अपघात पॉलिसी

समूह वैयक्तिक अपघात विमा पॉलिसी या सामान्यतः वार्षिक पॉलिसी असतात आणि वर्धापनदिनी त्यांच्या नूतनीकरणाला परवानगी दिली जाते. मात्र, जीवनेतर विमा आणि स्वतंत्र आरोग्य विमा कंपन्या एका वर्षापेक्षा कमी मुदतीची, एखाद्या विशिष्ट प्रसंगाला संरक्षण देण्यासाठी समूह वैयक्तिक अपघात विमा उत्पादने देऊ करतात.

मोडलेल्या हाडासाठी पॉलिसी आणि दैनंदिन हालचालींवर निर्बंध आल्यावर नुकसानभरपाई

ही एक विशेष पीए पॉलिसी आहे. या पॉलिसीमध्ये यादीत दिलेल्या हाडांना इजा पोहोचल्यास संरक्षण पुरवले जाते. प्रत्येक फ्रॅक्चरसाठी उल्लेख केलेला निश्चित लाभ किंवा विम्याच्या रकमेच्या टक्केवारीतील निश्चित रक्कम दाव्याची पूर्तता करताना दिली जाते. कोणत्या प्रकारच्या हाडाला संरक्षण घेतले आहे आणि मोडलेल्या हाडाचे स्वरूप यावर लाभाचे प्रमाण अवलंबून असते.

M. परदेशी प्रवास विमा

पॉलिसीची गरज: व्यवसाय, सुट्ट्या किंवा अभ्यासासाठी भारताबाहेर प्रवास करताना अपघाती इजा किंवा रुग्णालयात दाखल करावे लागल्यास त्याच्या खर्चाला संरक्षण देण्यासाठी ह्याची गरज असते. विशेषतः अमेरिका आणि कॅनडासारख्या देशांमध्ये वैद्यकीय सेवेचा खर्च अतिशय जास्त आहे आणि त्यामुळे मोठ्या आर्थिक समस्या निर्माण होऊ शकतात.

संरक्षणाची व्याप्ती

अशा पॉलिसी प्रामुख्याने अपघात आणि आजारपण लाभासाठी असतात, पण बाजारात उपलब्ध असलेली बहुसंख्य उत्पादने विविध संरक्षणे एकत्र करतात.

देऊ केलेली सामान्य संरक्षणे पुढीलप्रमाणे आहेत:

a) वैद्यकीय आणि आजारपण विभाग:

- i. अपघाती मृत्यू/ अपंगत्व
- ii. आजारपण/ अपघात यासाठी लागणारे वैद्यकीय खर्च

b) प्रत्यावर्तन आणि निर्वासन

c) वैयक्तिक अपघात संरक्षण

d) वैयक्तिक दायित्व

e) इतर बिगर-वैद्यकीय संरक्षणे:

- i. सहल रद्द होणे
- ii. सहलीला विलंब होणे
- iii. सहलीत व्यत्यय येणे
- iv. कनेक्शन हुकणे
- v. चेक इन केलेल्या सामानाला विलंब
- vi. चेक इन केलेले सामान हरवणे
- vii. पासपोर्ट हरवणे
- viii. आपत्कालीन आगाऊ रोख

- ix. अपहरण भत्ता
- x. जामीन बाँड विमा
- xi. अपहरण संरक्षण
- xii. प्रायोजक रक्षण
- xiii. दयाळू तत्वावर भेट
- xiv. अभ्यासात व्यत्यय
- xv. घरफोडी

1. योजनांचे प्रकार

व्यवसाय आणि सुट्ट्या योजना, शिक्षण योजना आणि नोकरी योजना या लोकप्रिय योजना आहेत.

2. कोण पॉलिसी घेऊ शकतो

व्यवसायासाठी, सुट्ट्यांसाठी किंवा शिक्षणासाठी परदेशात प्रवास करणारा भारतीय नागरिक ही पॉलिसी घेऊ शकतो. भारतीय कंपन्यांच्या करारावर पाठवल्या जाणाऱ्या कर्मचाऱ्यांना सुद्धा हे संरक्षण घेता येते.

3. विम्याची रक्कम आणि प्रिमियम

हे संरक्षण अमेरिकी डॉलर्समध्ये दिले जाते आणि वैद्यकीय खर्च, निर्वासन आणि प्रत्यावर्तन यांच्या खर्चाला संरक्षण देणाऱ्या विभागासाठी ते सामान्यतः यूएसडी 1,00,000 ते यूएसडी 5,00,000 पर्यंत असते. इतर विभागांसाठी विम्याची रक्कम कमी असते, अपवाद-दायित्व संरक्षण. नोकरी योजनेमध्ये जिथे डॉलरमध्ये प्रिमियम भरावा लागतो त्याचा अपवाद वगळता प्रिमियम भारतीय रुपयांमध्ये भरता येतो. ह्या योजना सामान्यतः दोन प्रकारच्या असतात:

- ✓ यूएसए/ कॅनडा वगळून जगभर
- ✓ यूएसए/ कॅनडासह जगभर

काही उत्पादने देशांच्या समूहासाठी संरक्षण प्रदान देतात. केवळ आशियाई देशांमध्येच प्रवास, युरोपीय देशांमध्येच संरक्षण किंवा एखाद्या विशिष्ट देशामध्येच प्रवास, ही याची उदाहरणे आहेत.

कॉर्पोरेट नियमित प्रवासी योजना

ही एक वार्षिक पॉलिसी असते जी वारंवार भारताच्या बाहेर प्रवास करणाऱ्या अधिकाऱ्यांसाठी कॉर्पोरेट/ कंपनी वैयक्तिक पॉलिसी घेतात. जे लोक वर्षभरात भारताच्या बाहेर अनेकदा प्रवास

करतात अशा व्यक्ती हे संरक्षण घेतात. कंपनीच्या कर्मचाऱ्याद्वारे एका वर्षात अंदाजित मनुष्य दिवस प्रवासाच्या आधारावर आगाऊ प्रिमियम भरला जातो. वरील पॉलिसी केवळ व्यवसाय आणि सुट्ट्यांच्या प्रवासांसाठीच मंजूर केल्या जातात. आधी असलेल्या आजारांना परदेशी वैद्यकीय/ प्रवास विम्यांमधून वगळले जाते.

N. समूह आरोग्य संरक्षण

1. समूह पॉलिसी

आधी एका प्रकरणात समजावून सांगितल्याप्रमाणे समूह पॉलिसी ही समूह मालकाकडून घेतली जाते, जो नियोक्ता, संघटना, बँकेचा क्रेडिट कार्ड विभाग असू शकतो, ज्यात एकाच पॉलिसीमध्ये व्यक्तींच्या संपूर्ण समूहाला संरक्षण दिले जाते. सामान्यतः ह्या पॉलिसी एक वर्षाचे नूतनीकरणयोग्य करार असतात.

समूह पॉलिसीची वैशिष्ट्ये – रुग्णालयीन लाभ संरक्षणे.

1. संरक्षणाची व्याप्ती

समूह आरोग्य विम्याचा सर्वात सामान्य प्रकार म्हणजे नियोक्त्याने कर्मचारी आणि अवलंबून असलेला वैवाहिक जोडीदार, मुले आणि पालक/सासू-सासरे यांचा समावेश असलेल्या कुटुंबियांना संरक्षण देण्यासाठी घेतलेल्या पॉलिसी.

2. टेलर-मेड संरक्षण

समूह पॉलिसी या नेहमी समूहांच्या गरजांनुसार टेलरमेड संरक्षण असतात. अशा प्रकारे समूह पॉलिसीमध्ये आपल्याला कित्येक प्रमाणित अपवर्जनांसाठी संरक्षण दिलेले दिसून येईल.

3. मातृत्व संरक्षण

मातृत्व संरक्षण हा समूह पॉलिसीमधील सर्वात सामान्य विस्तार आहे. मातृत्व संरक्षणामध्ये सिझेरियन प्रसूतीसह बाळाच्या प्रसूतीसाठी रुग्णालयात दाखल होण्याचा खर्च दिला जातो. हे संरक्षण सामान्यपणे कुटुंबाच्या एकूण विम्याच्या रकमेतील काही विशिष्ट रकमेपर्यंत मर्यादित असते.

4. बालक संरक्षण

बाळांना पहिल्या दिवसांपासून संरक्षण दिले जाते, कधीकधी ते मातृत्व संरक्षण मर्यादेपर्यंतच असते आणि कधीकधी कुटुंबाच्या संपूर्ण विम्याच्या रकमेचा समावेश करण्यासाठी विस्तारित असते.

5. पूर्वी असलेल्या आजारांना संरक्षण, प्रतीक्षा कालावधी माफ करणे

टेलर-मेड समूह पॉलिसीमध्ये पूर्वी असलेल्या रोगांना वगळणे, तीस दिवसांचा प्रतीक्षा कालावधी, दोन वर्षांचा प्रतीक्षा कालावधी, जन्मजात आजार यांच्यासारखी नेहमीची अनेक अपवर्जने माफ केली जाऊ शकतात.

6. प्रिमियम गणना

समूह पॉलिसीसाठी आकारला जाणारा प्रिमियम समूहाच्या सदस्यांचा वयोगट, समूहाचा आकार आणि सर्वात महत्वाचे, समूहाच्या दाव्याच्या अनुभवांवर आधारित असतो.

7. बिगर-कर्मचारी – नियोक्ता समूह

भारतामध्ये, नियामक तरतुदी प्रामुख्याने समूह विमा घेण्याच्या हेतूने समूह तयार करण्याच्या कृतीला कठोरपणे मनाई करतात. जेव्हा समूह पॉलिसी कर्मचाऱ्यांशिवाय इतरांना दिल्या जातात, तेव्हा समूह चालक आणि समूहाचे सदस्य यांचे संबंध निर्धारित करावे लागतात.

उदाहरण

एखादी बँक त्यांच्या बचत खातेधारकांसाठी किंवा क्रेडिट कार्डधारकांसाठी पॉलिसी घेते, तेव्हा एकजिनसी समूह तयार होतो, ज्यायोगे एका मोठ्या समूहाला त्यांच्या गरजांना अनुकूल तयार केलेल्या टेलर-मेड पॉलिसीचा लाभ घेता येतो.

8. मूल्यनिर्धारण

समूह पॉलिसीमध्ये, समूहाचा आकार तसेच समूहाच्या दाव्यांच्या अनुभवावर आधारित प्रिमियमवर सवलतीची तरतूद असते.

2. कॉर्पोरेट बफर किंवा फ्लोटर संरक्षण

बहुतांश समूह पॉलिसीमध्ये, प्रत्येक कुटुंब एक लाखापासून ते पाच लाखांपर्यंत आणि काही वेळा त्यापेक्षा अधिक निश्चित विम्याच्या रकमेसाठी संरक्षण घेते. कधीकधी अशा परिस्थिती उद्भवतात की कुटुंबाच्या विम्याची रक्कम संपून जाते, विशेषतः कुटुंबातील सदस्याच्या मोठ्या आजारपणात. अशा परिस्थितीत, बफर संरक्षणाचा पर्याय निवडला असेल तर त्यामुळे दिलासा मिळतो, ज्यायोगे कुटुंबाच्या विम्याच्या रकमेपेक्षा अधिक रक्कम बफर रकमेतून दिली जाते.

एकदा कुटुंबाची विम्याची रक्कम संपली की, बफरमधून रकमा काढल्या जातात. मात्र हा वापर साधारणपणे जिथे एकदाच रुग्णालयात दाखल केल्यानंतर विम्याची संपूर्ण रक्कम संपते अशा मोठ्या आजारपणातील/ गंभीर आजारपणातील खर्चासाठी मर्यादित असतो.

0. विशेष उत्पादने

1. आजारांना संरक्षणे

अलिकडील काही वर्षांमध्ये, भारतीय बाजारपेठेत कर्करोग, मधुमेह, कोव्हिड-19 अशी आजार विशिष्ट संरक्षणे सुरु झाली आहेत. संरक्षण अल्पकालीन किंवा दीर्घकालीन – 5 वर्षे ते 20 वर्षे आणि त्यामध्ये स्वास्थ्याचा लाभ – विमाकर्त्यांच्या खर्चाने नियमित वैद्यकीय तपासणी देखील समाविष्ट असते. रक्तातील ग्लुकोज, रक्तदाब इत्यादींचे उत्तम नियंत्रण असल्यास कमी प्रिमियमच्या स्वरूपात पॉलिसीच्या दुसऱ्या वर्षापासून विशेष सवलत दिली जाते. दुसऱ्या बाजूला, नियंत्रण चांगले नसेल तर जास्त प्रिमियम आकारला जातो.

2. मधुमेही व्यक्तींना संरक्षण देण्यासाठी रचना बनविलेले उत्पादन

ही पॉलिसी 26 ते 65 वयाच्या दरम्यानच्या व्यक्ती घेऊ शकतात आणि ते 70 व्या वर्षापर्यंत नूतनीकरणक्षम आहे. विम्याची रक्कम रु. 50,000 पासून रु. 5,00,000 पर्यंत असते. खोलीच्या भाड्यावर मर्यादा लागू असते. मधुमेहामुळे रुग्णालयात दाखल झाल्यानंतर होणारी गुंतागुंत जसे डायबेटिक रेटिनोपॅथी (डोळे), किडनी, डायबेटिक फूट, दात्याच्या खर्चासह मूत्रपिंड प्रत्यारोपण यांना संरक्षण देणे हा या उत्पादनाचा उद्देश असतो.

स्वतःची चाचणी घ्या !

रुग्णालयात दाखल होण्याच्या पूर्वीच्या खर्चावरील संक्षणाचा कालावधी विमाकर्त्यांनुसार बदलत असला आणि पॉलिसीमध्ये नमूद केलेला असला, तरी सामान्यतः रुग्णालयात दाखल होण्याच्या पूर्वी संरक्षण _____ साठी असते.

- I. पंधरा दिवस
- II. तीस दिवस
- III. पंचेचाळीस दिवस
- IV. साठ दिवस

आरोग्य पॉलिसींमधील महत्वाचे शब्द (सर्व शब्द 22.07.2020 रोजीच्या आरोग्य विमा उत्पादनांच्या प्रमाणीकरणावरील आयआरडीएआय मास्टर परिपत्रकामध्ये परिभाषित केल्याप्रमाणे आहेत)

1. नेटवर्क प्रदाता

नेटवर्क प्रदाता म्हणजे रुग्णालय/ नर्सिंग होम/ डेकेअर केंद्र, जे विमाधारक रुग्णांना पैसे न भरता उपचार प्रदान करण्यासाठी विमाकर्ता/ टीपीए यांच्याबरोबर करारबद्ध असतात. रुग्ण नेटवर्कबाहेरील प्रदात्यांकडे जाण्यास मुक्त असतात पण तेथे सामान्यतः बरेच जास्त शुल्क आकारले जाते.

2. पसंतीचे प्रदाता नेटवर्क (पीपीएन)

दर्जेदार उपचार आणि सर्वोत्तम दर सुनिश्चित करण्यासाठी, विमाकर्त्याकडे स्वतःच्या पसंतीचे रुग्णालयांचे नेटवर्क तयार करण्याचा पर्याय असतो. जेव्हा हा समूह विमाकर्त्याकडून अनुभव, आधारित, उपयुक्तता आणि सेवेचा खर्च यांच्यावर आधारित काही निवडकांपर्यंतच मर्यादित असतो, तेव्हा पसंतीचे प्रदाता नेटवर्क तयार होते.

3. रोखविरहित सेवा

रोख विरहित सेवेमुळे विमाधारकाला संरक्षणाच्या मर्यादेपर्यंत रुग्णालयात अजिबात पैसे न भरता उपचार घेता येतात. विमाधारकाला केवळ नेटवर्क रुग्णालयाशी संपर्क साधणे आणि विम्याचा पुरावा म्हणून स्वतःचे मेडिकल कार्ड सादर करणे इतकेच करावे लागते. विमाकर्ता रोखविरहित आरोग्य सेवा सुलभपणे उपलब्ध करून देतो आणि स्वीकार्य रकमेसाठी थेट नेटवर्क प्रदात्याकडे पैसे भरतो. मात्र, पॉलिसीच्या मर्यादेपलिकडील रक्कम आणि पॉलिसीच्या अटीनुसार देय नसलेले खर्च स्वतः भरावे लागतात.

4. तृतीय पक्ष प्रशासक (टीपीए)

आरोग्य विम्याच्या क्षेत्रातील एक महत्वाची घडामोड म्हणजे तृतीय पक्ष प्रशासक किंवा टीपीएचा आरंभ. जगभरातील अनेक विमाकर्ते आरोग्य विम्याच्या दाव्यांचे व्यवस्थापन करण्यासाठी स्वतंत्र संस्थांच्या सेवेचा वापर करतात. या एजन्सींना टीपीए म्हणतात. भारतामध्ये, विमाकर्ते आरोग्य सेवा आणि खालील इतर सेवा प्रदान करण्यासाठी टीपीएंचे सहकार्य घेतात:

- i. पॉलिसीधारकाला ओळखपत्र देण्यासाठी, जे त्याच्या विम्याचा पुरावा असेल आणि रुग्णालयात दाखल होताना वापरता येईल
- ii. नेटवर्क रुग्णालयांमध्ये रोखविरहित सेवा प्रदान करण्यासाठी
- iii. विम्याच्या दाव्यांवर प्रक्रिया करण्यासाठी

रुग्णालयात दाखल करण्यासाठी युनिक ओळखपत्रे जारी करण्यापासून ते रोखविरहित आधारावर किंवा भरपाई आधारावर, दाव्यांची पूर्तता होईपर्यंत टीपीए आरोग्य पॉलिसीधारकाला सेवा प्रदान करतात. तृतीय पक्ष प्रशासक रुग्णालये किंवा आरोग्य सेवा प्रदात्यांबरोबर सामंजस्य करार करतात आणि नेटवर्क रुग्णालयांमध्ये उपचार घेणाऱ्या कोणत्याही व्यक्तीला रोख विरहित सेवा दिली जाईल हे सुनिश्चित करतात. ते विमाकर्ता(र्ते) आणि विमाधारक यांच्यादरम्यानचे मध्यस्थ असतात जे रुग्णालयाबरोबर समन्वय साधतात आणि आरोग्य दाव्यांची पूर्तता करतात.

5. रुग्णालय

रुग्णालय म्हणजे अशी कोणतीही इन्स्टिट्यूट जी आजारपण आणि/ किंवा दुखापती यांच्यावर उपचार करण्यासाठी रुग्णांना रुग्णालयात दाखल करून घेणारी आणि डे केअर सेवा आहे, जिची रुग्णालय म्हणून स्थानिक प्राधिकरणामध्ये, आणि जिथे लागू असेल तिथे, नोंदणी झालेली आहे आणि ती नोंदणीकृत आणि अर्हताप्राप्त वैद्यकीय व्यावसायिकांच्या देखरेखीखाली आहे आणि तिने खालीलप्रमाणे सर्व किमान निकषांचे अनुपालन केलेले आहे:

- 10,00,000 पेक्षा कमी लोकसंख्या असलेल्या गावांमध्ये दाखल होणाऱ्या रुग्णांसाठी 10 खाटा आहेत आणि इतर ठिकाणी 15 खाटा आहेत;
- पूर्ण चोवीस तास अर्हता प्राप्त शुश्रूषा सेवा देणारे कर्मचारी कामावर ठेवले आहेत;
- पूर्ण चोवीस तास अर्हताप्राप्त वैद्यकीय व्यावसायिक प्रमुख म्हणून नेमलेले आहेत;
- स्वतःचे सुसज्ज शस्त्रक्रिया कक्ष (ऑपरेशन थिएटर) आहे, जिथे शस्त्रक्रिया पार पाडल्या जातात;
- जिथे रुग्णांच्या दैनंदिन नोंदी ठेवल्या जातील आणि त्या विमा कंपनीच्या अधिकृत कर्मचाऱ्यांना पाहू दिल्या जातील.

6. वैद्यकीय व्यावसायिक

वैद्यकीय व्यावसायिक अशी व्यक्ती असते, जिच्याकडे भारतातील कोणत्याही राज्यातील वैद्यकीय परिषदेची किंवा होमिओपॅथीसाठी वैध नोंदणी आहे आणि त्यायोगे त्याच्या परिक्षेत्रात वैद्यकीय सेवा करण्याचा अधिकार आहे; तो आपल्या परवान्याच्या व्याप्तीच्या परिक्षेत्रात काम करत आहे. असे असले तरी विमा कंपन्या अशा प्रकारचे बंधन घालू शकतात की नोंदणीकृत व्यावसायिक किंवा त्याचे जवळचे नातेवाईक विमाधारक असू नयेत. नातेवाईकांकडून किंवा स्वतः किंवा त्यांच्या मालकीच्या रुग्णालयांकडून उपचार घेऊन फसवे दावे दाखल केले जाणार नाहीत, हे सुनिश्चित करण्यासाठी ही तरतूद आहे.

अर्हताप्राप्त परिचारिका: अर्हताप्राप्त परिचारिका म्हणजे अशी व्यक्ती जिच्याकडे भारताच्या परिचार्य परिषदेची किंवा भारतातील कोणत्याही राज्यातील परिचार्य परिषदेची वैध नोंदणी आहे.

7. वाजवी आणि आवश्यक खर्च

आरोग्य विमा पॉलिसीमध्ये नेहमीच हे कलम असते कारण पॉलिसीमध्ये विशिष्ट आजाराच्या उपचारासाठी आणि एका विशिष्ट भौगोलिक क्षेत्रात वाजवी समजल्या जाणाऱ्या खर्चाच्या भरपाईची तरतूद असते.

8. दाव्याची नोटिस

प्रत्येक विमा पॉलिसीमध्ये दाव्याची तातडीने सूचना देण्याची आणि दस्तऐवज सादर करण्यासाठी निर्दिष्ट कालमर्यादेची तरतूद असते. आरोग्य विमा पॉलिसीमध्ये, जिथे ग्राहकाला रोखविरहित सुविधा हवी असते तिथे रुग्णालयात दाखल होण्याच्या पुरेसे आधीच विमाकर्त्याला सूचना दिली जाते. मात्र, जिथे भरपाईचा दावा केला जातो तिथे दाव्याचे दस्तऐवज सादर करण्याची कालमर्यादा साधारणतः डिस्चार्जच्या तारखेपासून 15 दिवस निश्चित केली जाते.

9. विनामूल्य आरोग्य तपासणी

वैयक्तिक आरोग्य पॉलिसीमध्ये दावा मुक्त पॉलिसीधारकाला सामान्यपणे काही प्रकारची सवलत देण्याची तरतूद उपलब्ध असते. बऱ्याच पॉलिसी सलग चार दावा मुक्त पॉलिसी कालावधींच्या अखेरीस आरोग्य तपासणीच्या खर्चाची भरपाई देतात.

10. संचयी बोनस

प्रत्येक दावा मुक्त वर्षाला विम्याच्या रकमेवर संचयी बोनस दिला जातो. याचा अर्थ असा की नूतनीकरणानंतर विम्याची रक्कम दरवर्षी एका निश्चित टक्क्यांनी, समजा 5% नी वाढते आणि दहा दावा-मुक्त नूतनीकरणांसाठी जास्तीत जास्त 50% पर्यंत वाढण्याची अनुमती असते. त्याशिवाय, जर एखाद्या वर्षी दावा करण्यात आला तर वाढत जाणारा बोनस ज्या दराने निश्चित केला जातो त्याच दराने तो कमी केला जातो.

उदाहरण

एखाद्या व्यक्तीने रु. 5,000 च्या प्रिमियमवर रु. 3 लाखांची पॉलिसी घेतली आहे. दुसऱ्या वर्षी, जर त्याचा पहिल्या वर्षात कोणताही दावा आला नाही तर त्याला त्याच्या रु. 5,000 च्याच विमा हप्त्यावर विम्याची रक्कम 3.15 लाख रुपये (आदल्या वर्षापेक्षा 5% अधिक) मिळते. हे दहा वर्षांच्या दावा मुक्त नूतनीकरणामुळे 4.5 लाखांपर्यंत चालू राहू शकते.

11. मॉलस/बोनस

आरोग्य पॉलिसी दावामुक्त ठेवण्यासाठी जशी सवलत आहे तशीच त्याच्या विरुद्ध गोष्टीला मॉलस असे म्हणतात. येथे, पॉलिसीअंतर्गत दावा खूप जास्त असेल तर, मॉलस किंवा प्रिमियमवरील भार हा नूतनीकरणाच्या वेळी घेतला जातो. मात्र, समूह पॉलिसी असतील तर दाव्यांचे प्रमाण वाजवी मर्यादेत ठेवण्यासाठी एकूण प्रिमियमवरील भार योग्य प्रमाणात ठेवून मॉलस आकारला जातो.

12. दावा नसल्याने सवलत

काही उत्पादने विम्याच्या रकमेवर बोनस देण्याऐवजी प्रत्येक दावामुक्त वर्षासाठी प्रिमियम वर सवलत देतात.

13. खोली भाडे मर्यादा

काही आरोग्य योजना विमाधारक कोणत्या श्रेणीची खोली निवडतो हे विम्याच्या रकमेशी लिंक करून त्यावर निर्बंध घालतात. त्यामुळे जर पॉलिसीमध्ये खोली भाड्याची मर्यादा विम्याच्या रकमेच्या 1% असेल तर एक लाख विम्याची रक्कम असलेल्या व्यक्तीला प्रतिदिन रु. 1,000 भाडे असणारी खोली घेता येईल.

14. नूतनीकरणक्षमतेचे कलम

आरोग्य विमा पॉलिसीच्या नूतनीकरणक्षमतेवरील आयआरडीएआयच्या मार्गदर्शक तत्वांनुसार, आरोग्य विम्याच्या पॉलिसीची आजीवन नूतनीकरण क्षमता हमी बंधनकारक करण्यात आली आहे, अपवाद केवळ अफरातफर किंवा चुकीची माहिती देणे याचा आहे. आयआरडीएआय आरोग्य विमा नियमन 2016 मधील तरतुदींनुसार, एकदा आरोग्य विमा पॉलिसीच्या संदर्भात प्रस्ताव स्वीकारला (वैयक्तिक अपघात आणि प्रवास पॉलिसींचा अपवाद वगळता) आणि पॉलिसी जारी केली की जी त्यानंतर ठराविक कालावधीनंतर कोणत्याही ब्रेक शिवाय नूतनीकृत झाली की विमाधारकाच्या वयाच्या कारणामुळे पुढील नूतनीकरणाला नकार दिला जाणार नाही. अशा प्रकारे, आरोग्य विमा पॉलिसी आजीवन नूतनीकरणक्षम राहतात.

15. रद्द करण्याचे कलम

विमा कंपनी केवळ चुकीची माहिती देणे, अफरातफर आणि तथ्ये लपवणे किंवा विमाधारकाने असहकार करणे या कारणामुळे कधीही पॉलिसी रद्द करू शकते.

विमाकर्ता पॉलिसी रद्द करतात तेव्हा विम्याची मुदत न संपलेल्या कालावधीशी संबंधित प्रिमियमचा काही भाग विमाधारकाला परत केला जातो, मात्र पॉलिसीच्या अंतर्गत कोणताही दावा चुकता केलेला असता कामा नये. हे सामान्यतः प्रो-रेटा आधारावर असते.

जेव्हा विमाधारक पॉलिसी रद्द करतो तेव्हा प्रिमियमचा परतावा कमी कालावधीच्या दरांनुसार दिला जातो, म्हणजे विमाकर्त्याला प्रिमियमचा परतावा मिळताना प्रो रेटा पेक्षा कमी टक्केवारीने परतावा मिळतो. यामुळे विमाकर्त्याविरुद्ध अँटी-सिलेक्शनचा (विम्यातून बाहेर पडण्याची शक्यता) प्रतिबंध होईल आणि विमाकर्त्याच्या सुरुवातीच्या खर्चाची काळजी घेतली जाईल.

16. नूतनीकरणासाठी सवलत कालावधी

प्रकरण 4 मध्ये नमूद केल्याप्रमाणे, सवलत कालावधीच्या तरतुदीमुळे प्रिमियम चुकता न केल्यामुळे जी पॉलिसी रद्द झाली असती ती सवलत ह्या कालावधीमध्ये सुरू राहते.

सवलतीशी संबंधित वरील बहुतांश महत्वाची कलमे, व्याख्या, अपवर्जने आयआरडीएआयने जारी केलेल्या आरोग्य नियमन आणि आरोग्य विमा प्रमाणीकृत मार्गदर्शक तत्वे यांच्या अंतर्गत प्रमाणीकृत केलेली आहेत आणि वेळोवेळी ती अद्ययावत केली जातात.

स्वतःची चाचणी घ्या 2

आयआरडीएआय मार्गदर्शक तत्वांनुसार, वैयक्तिक आरोग्य पॉलिसीच्या नूतनीकरणासाठी _____ सवलतीच्या कालावधीची अनुमती आहे.

- I. पंधरा दिवस
- II. तीस दिवस
- III. पंचेचाळीस दिवस
- IV. साठ दिवस

'स्वतःची चाचणी घ्या'ची उत्तरे

उत्तर 1 – अचूक पर्याय आहे ॥.

उत्तर 2 - अचूक पर्याय आहे ॥.

प्रकरण H-04

आरोग्य विमा विमालेखन (अंडररायटिंग)

प्रकरण परिचय

तुम्हाला आरोग्य विम्यामध्ये विमालेखनाचे (अंडररायटिंगचे) तपशीलवार ज्ञान देणे हा या प्रकरणाचा उद्देश आहे. विमालेखन हा कोणत्याही प्रकारच्या विम्याचा अतिशय महत्वाचा पैलू असतो आणि विमा पॉलिसी जारी करताना महत्वाची भूमिका बजावतो. या प्रकरणांमध्ये, तुम्हाला विमालेखनाची मूलभूत तत्वे, साधने, पद्धती आणि प्रक्रिया समजतील. तसेच ते तुम्हाला समूह आरोग्य विम्याच्या विमालेखनाचे ज्ञान ही देईल.

शिकण्याची निष्पत्ती

- विमालेखन म्हणजे काय?
- विमालेखन - मूलभूत संकल्पना
- आयआरडीएआयचे इतर आरोग्य विमा नियमन
- आरोग्य विम्याची पोर्टेबिलिटी
- विमालेखनाची मूलभूत तत्वे आणि साधने
- विमालेखन प्रक्रिया
- समूह पातळीवर आरोग्य विमा
- परदेशी प्रवास विम्याचे विमालेखन
- वैयक्तिक अपघात विम्याचे विमालेखन

या प्रकरणाचा अभ्यास केल्यानंतर, तुम्हाला खालील गोष्टी करता यायला हव्यात:

- विमालेखन म्हणजे काय ते स्पष्ट करणे
- विमालेखनाच्या मूलभूत तत्वांचे वर्णन करणे
- विमालेखक पालन करत असलेले तत्व आणि विविध साधने स्पष्ट करणे
- व्यक्तीच्या आरोग्य पॉलिसीच्या विमालेखनाच्या पूर्ण प्रक्रियेची दखल घेणे
- समूह आरोग्य पॉलिसी कशा विमालेखित केल्या जातात त्याची चर्चा करणे

ही परिस्थिती पाहा

सॉफ्टवेअर इंजीनियर म्हणून काम करणाऱ्या 48 वर्षीय मनिषने स्वतःसाठी आरोग्य विमा घेण्याचा निर्णय घेतला. तो विमा कंपनीकडे गेला, तिथे त्यांनी त्याला एक प्रस्ताव फॉर्म दिला ज्यामध्ये त्याला त्याच्या शारीरिक स्थिती आणि आरोग्य, मानसिक आरोग्य, आधीपासून असलेले आजार, त्याच्या कुटुंबाच्या आरोग्याचा इतिहास, सवयी आणि इतर बऱ्याच गोष्टींच्या प्रश्नांची उत्तरे देणे आवश्यक होते.

प्रस्ताव फॉर्म मिळाल्यावर त्याला परिचय आणि वयाचा दाखला, पत्याचा पुरावा आणि पूर्वीचे वैद्यकीय अहवाल यासारखे अनेक दस्तऐवजदेखील सादर करावे लागले. त्यानंतर त्यांनी त्याला आरोग्य तपासणी आणि काही वैद्यकीय चाचण्या करायला सांगितले, ज्यामुळे तो हताश झाला.

मनिषला वाटत होते की तो निरोगी आहे, त्याचे उत्पन्न चांगले आहे, अशा वेळी आपल्या बाबतीत विमा कंपनी इतकी लांबलचक प्रक्रियेचे पालन का करत आहे असा प्रश्न त्याला पडायला लागला. या सर्व प्रक्रिया पार पाडल्यानंतरही, विमा कंपनीने त्याला सांगितले की त्याच्या वैद्यकीय चाचण्यांमध्ये उच्च कोलेस्टेरॉल आणि उच्च रक्तदाबाचे निदान झाले आहे, ज्यामुळे त्याला नंतर हृदयाचे विकार होण्याची शक्यता आहे. त्यांनी त्याला पॉलिसी देऊ केली तरी, प्रिमियम त्याचे मित्र भरत असलेल्या प्रिमियमपेक्षा बराच जास्त होता आणि त्यामुळे त्याने पॉलिसी घेण्यास नकार दिला.

येथे विमा कंपनी त्यांच्या विमालेखनाच्या प्रक्रियेचा भाग म्हणून या सर्व पायऱ्यांचे पालन करत होती. जोखीम संरक्षण प्रदान करताना, विमाकर्त्याच्या जोखमीचे योग्य प्रकारे मूल्यांकन करणे आणि तसेच वाजवी नफा मिळवणे आवश्यक असते. जर जोखमीचे योग्य मूल्यांकन केले नाही आणि एखादा दावा केला गेला तर त्यांचे नुकसान होईल. त्याशिवाय विमाकर्ते सर्व विमाधारक व्यक्तींच्या वतीने प्रिमियम संकलित करतात आणि त्यांना हे पैसे एखाद्या विश्वस्ताप्रमाणे हाताळायचे असतात.

A. विमालेखन म्हणजे काय?

1. विमालेखन

विमा कंपन्या, लोक विमा गटामध्ये जितकी जोखीम घेऊन येतात त्याच्या प्रमाणात पुरेसा प्रिमियम भरणे अपेक्षित असलेल्या लोकांचा विमा उतरवण्याचा प्रयत्न करतात. प्रस्तावकाकडून माहिती संकलित करण्याच्या आणि तिचे विश्लेषण करण्याच्या या प्रक्रियेला विमालेखन असे म्हणतात. या प्रक्रियेतून संकलित केलेल्या माहितीच्या आधारावर, प्रस्तावकाला विमा द्यायचा की नाही ते ठरवतात. विमा द्यायचा असेल तर अशी जोखीम घेऊन वाजवी नफा मिळवण्याच्या दृष्टीने प्रिमियम, अटी आणि नियम काय असाव्यात याचा निर्णय घेतला जातो.

व्याख्या

विमालेखन ही जोखमीचे योग्य प्रकारे मूल्यांकन करणारी आणि विमा संरक्षण कोणत्या अटींच्या आधारे द्यायचे हे ठरवण्याची प्रक्रिया आहे. अशा प्रकारे, ही जोखमीचे मूल्यांकन करण्याची आणि जोखमीची किंमत निश्चितीची प्रक्रिया आहे.

2. विमालेखनाची गरज

विमालेखन हा विमा कंपनीचा मुख्य आधार असतो, कारण निष्काळजीपणे जोखीम स्वीकारणे किंवा अपुऱ्या प्रिमियमवर स्वीकारणे यामुळे विमाकर्त्याचे दिवाळे निघेल. दुसऱ्या बाजूला, अतिशय चोखंदळ किंवा सावध राहिल्यास विमा कंपनीला जोखीम समानपणे वितरित करण्यासाठी मोठा विमा गट तयार करता येणार नाही. त्यामुळे जोखीम आणि व्यवसाय यामध्ये अचूक संतुलन साधणे अतिशय महत्वाचे आहे, जेणेकरून कंपनीला एकाच वेळी स्पर्धात्मक राहता येईल आणि तरीही नफा कमावता येईल.

संतुलनाची ही प्रक्रिया विमालेखकाद्वारे संबंधित विमा कंपनीचे तत्वज्ञान, धोरणे आणि जोखमीची भूक यांच्यानुसार केली जाते. वयाचा, आजारपण तसेच मृत्यू होण्याची शक्यता यांच्यावर परिणाम होत असला तरी हे लक्षात घेतले पाहिजे की आजारपण हे नेहमी मृत्यूच्या आधी येते आणि ते अनेकदा येऊ शकते. त्यामुळे आरोग्य संरक्षणासाठी विमालेखनाचे नियम आणि मार्गदर्शक तत्त्वे ही मृत्यूच्या संरक्षणासाठी असलेल्या नियम आणि मार्गदर्शक तत्त्वांपेक्षा अधिक कठोर असणे अगदी तर्कसंगत आहे.

3. विमालेखन – जोखीम मूल्यांकन

आरोग्य विम्यामध्ये वित्तीय किंवा उत्पन्न आधारित विमालेखनापेक्षा वैद्यकीय किंवा आरोग्य निष्कर्षावर अधिक लक्ष केंद्रित केले जाते. मात्र, वित्तीय किंवा उत्पन्न निष्कर्षाकडे दुर्लक्ष करता येणार नाही कारण विमायोग्य हितसंबंध असणे आवश्यक असते आणि कोणतीही प्रतिकूल निवड केली जाऊ नये आणि आरोग्य विम्यामध्ये सातत्य राहिल याची सुनिश्चिती करण्यासाठी वित्तीय विमालेखन महत्वाचे असते.

उदाहरण

मधुमेह असलेल्या व्यक्तीला हृदयाचा किंवा मूत्रपिंडाचा गुंतागुंतीचा त्रास होण्याची शक्यता बरीच जास्त असते, त्यामुळे मृत्यू ओढवण्यापेक्षा रुग्णालयात दाखल करावे लागू शकते, तसेच विम्याच्या संरक्षणाच्या कालावधीत एकापेक्षा अधिक वेळा आरोग्याच्या समस्या निर्माण होऊ शकतात. जीवन विमा विमालेखन मार्गदर्शक तत्त्वे या व्यक्तीसाठी साधारण जोखीम असे गुणांकन करू शकते. मात्र, वैद्यकीय विमालेखनासाठी त्याला उच्च जोखीम असे गुणांकन दिले जाईल.

4. आजारपणाच्या शक्यतेवर परिणाम करणारे घटक

जोखमीचे मूल्यांकन करताना रगणत्वावर (आजारी पडण्याची जोखीम) परिणाम करणाऱ्या पुढील घटकांचा काळजीपूर्वक विचार केला पाहिजे:

- a) **वय:** प्रिमियम वय आणि जोखमीच्या प्रमाणात आकारले जातात. उदा. तरुण सज्ञान व्यक्तींपेक्षा संसर्ग आणि अपघात यांच्या वाढीव जोखमीमुळे अर्भके आणि लहान मुले यांच्यासाठी प्रिमियम अधिक असतो. त्याचप्रमाणे, वय वर्षे 45 पेक्षा जास्त वयाच्या प्रौढ व्यक्तींसाठी प्रिमियम जास्त असतात, कारण त्यांना मधुमेहासारखे दीर्घकालीन आजार, अचानक हृदयविकार किंवा इतर विकार होण्याची शक्यता बरीच अधिक असते.
- b) **लिंग:** महिलांमध्ये बाळंतपणाच्या कालावधीमध्ये आजारी पडण्याची अतिरिक्त जोखीम असते. मात्र, महिलांच्या तुलनेत पुरुषांना हृदयविकाराचा झटका येण्याची किंवा नोकरीशी संबंधित अपघात होण्याची शक्यता अधिक असते, कारण महिलांच्या तुलनेत ते धोकादायक नोकरीमध्ये असण्याची शक्यता अधिक असते.
- c) **सवयी:** तंबाखू, मद्य किंवा कोणत्याही प्रकारच्या अंमली पदार्थांच्या सेवनाचा रूगणत्व जोखमीवर थेट परिणाम होत असतो.
- d) **व्यवसाय:** काही ठराविक व्यवसायांमध्ये अपघातांची अतिरिक्त जोखीम शक्य असते, उदा. वाहनचालक, स्फोट घडवणारे, विमानाचे उड्डाण करणारे, इ. त्याचप्रमाणे, काही विशिष्ट व्यवसायांमध्ये आरोग्याची जोखीम अधिक असू शकते, जसे की एक्स-रे मशीन ऑपरेटर, अँस्बेस्टॉस उद्योग कामगार, खाण कामगार इ.
- e) **कुटुंबाचा इतिहास:** हा पैलू जास्त महत्वाचा असतो कारण दमा, मधुमेह आणि काही विशिष्ट प्रकारचे कर्करोग यासारख्या आजारांवर जनुकीय घटकांचा प्रभाव असतो. याचा रूगणत्वावर परिणाम होतो आणि हे जोखीम स्वीकारताना विचारात घेतले पाहिजे.
- f) **शरीराची ठेवण:** ठराविक गटांमध्ये शरीराची दणकट, सडपातळ किंवा सामान्य ठेवण रूगणत्वाशी संबंधित असू शकते.
- g) **मागील आजार किंवा शस्त्रक्रिया:** मागील आजारपणांमुळे शारीरिक दुर्बलता येण्याची किंवा तो आजार पुन्हा होण्याची शक्यता आहे का याची खातरजमा करणे आवश्यक असते आणि त्यानुसार पॉलिसीच्या अटी निश्चित केल्या पाहिजेत. उदा. मुतखडा पुन्हा होऊ शकतो, त्याचप्रमाणे एका डोळ्यात मोतीबिंदू झाल्यानंतर दुसऱ्या डोळ्यात मोतीबिंदू होण्याचीही शक्यता असते.
- h) **सध्याची आरोग्याची स्थिती आणि इतर घटक किंवा तक्रारी:** जोखमीचे प्रमाण आणि विमायोग्यता निश्चित करणे महत्वाचे असते आणि (त्याविषयीची माहिती) योग्य प्रकारे जाहीर करून आणि वैद्यकीय तपासणी करून ते प्रस्थापित करता येते.
- i) **पर्यावरण आणि निवास:** यांचासुद्धा रूगणता दरावर परिणाम होतो.

आरोग्य विम्यामध्ये नैतिक धोका समजून घेणे

वय, लिंग, सवयी इत्यादींसारखे घटक आरोग्य जोखमीच्या शारीरिक धोक्याबद्दल सांगत असताना, आणखी एका गोष्टीवर बारकाईने लक्ष देण्याची गरज असते. ते म्हणजे ग्राहकाचा नैतिक धोका जो विमा कंपनीला अतिशय महागात पडू शकतो.

वाईट नैतिक धोक्याचे टोकाचे उदाहरण म्हणजे आरोग्य विमा घेताना विमाधारकाला हे माहित असते की त्याच्यावर लवकरच शस्त्रक्रिया करावी लागणार आहे, पण तो हे विमाकर्त्याला उघड करत नाही. अशा प्रकारे येथे केवळ दाव्याची रक्कम मिळवण्यासाठीच विमा घेण्याचा जाणीवपूर्वक हेतू असतो.

स्वतःची चाचणी घ्या 1

विमालेखन ही _____ ची प्रक्रिया आहे.

- I. विमा उत्पादनांचे मार्केटिंग
- II. ग्राहकांकडून प्रिमियम संकलित करणे
- III. जोखमीचे मूल्यांकन आणि जोखमीची किंमत निश्चिती
- IV. विविध विमा उत्पादनांची विक्री करणे

B. विमालेखन – मूलभूत संकल्पना

1. विमालेखनाचे हेतू

विमालेखनाचे दोन मुख्य हेतू आहेत.

- i. अँटी-सिलेक्शन टाळणे, म्हणजे विमाकर्त्याच्या विरोधातील निवड
- ii. जोखमीचे वर्गीकरण करणे आणि जोखमीमध्ये समानता सुनिश्चित करणे

व्याख्या

जोखमीचे मूल्यांकन म्हणजे आरोग्य विम्यासाठी प्रत्येक प्रस्तावाचे त्याच्या जोखमीनुसार मूल्यमापन करणे आणि विमा द्यायचा की नाही आणि कोणत्या अटींवर ते ठरवणे.

अँटी-सिलेक्शन (किंवा विरोधी निवड) ही लोकांची प्रवृत्ती असते, ज्यांना नुकसान होण्याची शक्यता जास्त असल्याची शंका किंवा माहिती असते, ते विमा घेण्यासाठी उत्सुक असतात आणि या प्रक्रियेत लाभ मिळवण्याचा प्रयत्न करतात.

कोणाला आणि कसा विमा देऊ करायचा याबाबत विमाकर्ते चोखंदळ नसतील तर अशी शक्यता आहे की, मधुमेह, उच्च रक्तदाब, हृदयाच्या समस्या किंवा कर्करोग यासारखे गंभीर आजार असलेल्या व्यक्ती, ज्यांना आपल्याला लवकरच रुग्णालयात दाखल करण्याची गरज असल्याचे माहित असेल, ते आरोग्य विमा घेतील, त्यामुळे विमाकर्त्याला नुकसान होईल. दुसऱ्या शब्दांमध्ये विमाकर्त्याने योग्य प्रकारे जोखीम मूल्यांकन केले तर ते चुकीची निवड करतील आणि या प्रक्रियेमध्ये त्यांना तोटा होईल.

2. जोखमींमध्ये समानता

आता जोखमींमध्ये समानता विचारात घेऊ. “समानता” म्हणजे ज्या अर्जदारांना समान प्रकारची आणि समान प्रमाणात जोखीम असते त्यांना एकसमान प्रिमियम वर्गात ठेवावे. किती प्रिमियम आकारायचा ते निश्चित करण्यासाठी विमाकर्त्यांना काही प्रकारचे प्रमाणीकरण हवे असते. विमालेखकाकडे येणाऱ्या प्रस्तावांचे खालील जोखीम प्रकारांमध्ये वर्गीकरण केले जाते:

i. प्रमाणित जोखमी

या लोकांचे अपेक्षित रुग्णत्व (आजारी पडण्याची शक्यता) सरासरी असते.

ii. प्राधान्य जोखमी

काही प्रकरणांमध्ये, अपेक्षित रुग्णत्व सरासरीपेक्षा लक्षणीयरित्या कमी असते आणि त्यामुळे त्या प्राधान्य जोखमी असतात. त्यांच्यासाठी कमी प्रिमियम आकारला जाऊ शकतो.

iii. निकृष्ट जोखमी

इतर काही प्रकरणांमध्ये, अपेक्षित रुग्णत्व सरासरीपेक्षा बरेच जास्त असू शकते. या जोखमींचाही विमा उतरवता येत असला तरी, विमाकर्ते जास्त प्रिमियम आकारू शकतात आणि/किंवा ते विशिष्ट अटी आणि निर्बंधांच्या अधीन राहून ते स्वीकारू शकतात.

iv. नाकारलेल्या जोखमी

काही व्यक्ती अशा असतात ज्यांच्या विशिष्ट वैद्यकीय किंवा इतर स्थिती असतात, ज्यामुळे ते मोठ्या प्रमाणात आजार-प्रवण असतात आणि दावे करू शकतात. अशा व्यक्ती आजारी पडण्याची आणि सामाईक गटामध्ये प्रमाणाबाहेर दायित्वास कारणीभूत होण्याची मोठ्या प्रमाणात शक्यता असते. दुसऱ्या शब्दांमध्ये, गटामधील इतर लोक आजारी पडण्याची शक्यता सरासरीपेक्षा जास्त किंवा कमी असताना, या लोकांची आजारी पडण्याची शक्यता अतिशय जास्त असते, त्यामुळे अगदी जास्त प्रिमियम आकारूनही त्यांना विमा संरक्षण देणे विमाकर्त्यांसाठी अवघड असते. [कधीकधी अशा व्यक्ती जेव्हा त्यांची आजारी पडण्याची उच्च शक्यता उघड करत नाहीत आणि इतर सामान्य लोकांसारखा विमा उतरवण्याचा प्रयत्न करतात तेव्हा त्या नैतिक धोका निर्माण करू

शकतात.] बहुसंख्य विमाकर्ते अशा जोखमी नाकारतात आणि भविष्यातील वापरासाठी अशा लोकांचा डेटाबेस तयार करून ठेवतात.

'नाकारलेली जोखीम' असणे याचा अर्थ केवळ इतकाच होतो की एक विशिष्ट विमाकर्ता त्या प्रकारच्या विमा उत्पादनासाठी, त्या विशिष्ट वेळेला, व्यक्तीचा विमा उतरवण्यास इच्छुक नसतो. मात्र, हे शक्य आहे की दुसरा विमाकर्ता भिन्न प्रिमियम आकारून आणि/ किंवा भिन्न अटींवर त्याचा/ तिचा विमा उतरवू शकतो. तोच विमाकर्ता त्याचा/ तिचा दुसऱ्या प्रकारच्या पॉलिसीसाठी विचार करू शकतो किंवा परिस्थिती बदलल्यानंतर नंतरच्या तारखेला त्याच पॉलिसीसाठी विचार करू शकतो.

3. विमालेखनाची प्रक्रिया

विमालेखन प्रक्रिया दोन स्तरांवर होते:

- ✓ प्राथमिक किंवा क्षेत्र स्तरावर किंवा
- ✓ विमालेखन विभाग स्तरावर

a) प्राथमिक विमालेखन

प्राथमिक विमालेखनामध्ये (किंवा क्षेत्र स्तरावरील विमालेखनामध्ये) अर्जदार विमा संरक्षण देण्यासाठी योग्य आहे का हे ठरवण्यासाठी एजंट किंवा कंपनी प्रतिनिधीकडून मिळालेल्या माहिती संकलनाचा समावेश होतो. **प्राथमिक** विमालेखनामध्ये एजंट महत्वाची भूमिका बजावतो. संभाव्य ग्राहक विमायोग्य आहे की नाही हे तोच सर्वात चांगल्या प्रकारे समजून घेऊ शकतो.

काही विमा कंपन्यांमध्ये, एजंटनी प्रस्तावकाची विशिष्ट माहिती, मत आणि शिफारशींसह निवेदन किंवा गोपनीय अहवाल प्रदान करणे आवश्यक असते.

विमा कंपनीच्या अधिकाऱ्याकडून अशाच प्रकारचा अहवाल मागवला जाऊ शकतो, ज्याला **नैतिक धोका अहवाल** असे म्हटले जाते. या अहवालांमध्ये सामान्यपणे व्यवसाय, उत्पन्न आणि आर्थिक स्थिती आणि आरोग्य विम्यासाठी प्रस्ताव दिलेल्या व्यक्तीचा लौकिक याचा समावेश असतो.

4. फसवणूक निरीक्षणामध्ये एजंटची भूमिका

विम्यासाठी जोखीम निवडण्याच्या संदर्भातील बहुतेक निर्णय प्रस्तावकाने प्रस्ताव अर्जांमध्ये जाहीर केलेल्या तथ्यांवर अवलंबून असतात. ही तथ्ये खरी आहेत की खोटी किंवा विमाकर्त्याला फसवण्याच्या उद्देशाने फसवणुकीने चुकीची तथ्ये देण्यात आली आहेत का हे विमालेखन विभागात बसलेल्या विमालेखकाला जाणून घेणे अवघड असेल.

एजंट येथे **प्राथमिक विमालेखक म्हणून** महत्वाची भूमिका बजावतो. एजंटचा प्रस्तावकाशी थेट संपर्क असल्यामुळे, सादर केलेली माहिती खरी आहे की नाही आणि जाणीवपूर्वक कोणतीही

माहिती दडवली आहे का किंवा चुकीची माहिती दिली आहे का हे शोधून काढणे त्याला किंवा तिला शक्य असते.

a) विमालेखन विभागाची भूमिका

विमाकर्त्याच्या कार्यालयातील विमालेखन विभाग विमालेखनाचे बरेचसे काम करतो. येथे अशा कामामध्ये निपुण असलेले विशेषज्ञ विशिष्ट जोखमीवरील संबंधित डेटा आणि अगदी काही लोकसंख्याशास्त्रीय डेटा विचारात घेतात आणि विश्लेषण करतात. अखेरीस ते विम्यासाठी प्रस्ताव स्वीकारायचा की नाही यासंबंधी निर्णय घेतात, अटी ठरवतात आणि योग्य प्रिमियम आकारतात.

C. आयआरडीएआयची इतर आरोग्य विमा नियामक तत्त्वे

नियामकाने विमाधारकाच्या लाभासाठी खाली दिल्याप्रमाणे काही बदल केले आहेत.

- प्रिमियमवर आकारलेल्या कोणत्याही विमालेखन लोडिंगबद्दल विमाधारकाला माहिती दिली पाहिजे आणि पॉलिसी जारी करण्यापूर्वी अशा लोडिंगबद्दल पॉलिसीधारकाची संमती घेतली पाहिजे.
- जर विमा कंपनीला व्यवसायातील बदलासारखी आणखी काही माहिती हवी असेल, तर पॉलिसीच्या नंतरच्या कोणत्याही टप्प्यावर किंवा नूतनीकरणाच्या वेळी, विमाधारकाकडून विहित प्रमाणित फॉर्म भरून घ्यावेत, हे फॉर्म पॉलिसी दस्तऐवजांचा भाग असतात.
- लवकर प्रवेश (अगदी तरुण वयात विमा घेणे), सातत्याने नूतनीकरण करणे, अनुकूल दाव्यांचा अनुभव इत्यादींसाठी पॉलिसीधारकाला बक्षीस देण्यासाठी विमाकर्त्यांनी विविध कार्यतंत्रे आणली आहेत आणि असे कार्यतंत्र किंवा प्रोत्साहने माहितीपत्रकामध्ये आणि पॉलिसी दस्तऐवजामध्ये उघड केली जातात.

D. आरोग्य विम्याची पोर्टेबिलिटी

आधीपासून असलेल्या स्थितीसाठी मिळालेली पत आणि कालबद्ध अपवाद, आधीची पॉलिसी अखंडपणे कायम राखली असेल तर, एका विमाकर्त्याकडून दुसऱ्या विमाकर्त्याकडे किंवा त्याच विमाकर्त्याच्या एका योजनेकडून दुसऱ्या योजनेकडे **हस्तांतरित करण्याचा**, वैयक्तिक आरोग्य विमा पॉलिसीधारकाला (कुटुंब संरक्षणांतर्गत सर्व सदस्यांसह) दिलेला **अधिकार**, अशी आयआरडीएआयने पोर्टेबिलिटीची व्याख्या केली आहे.

पोर्टेबिलिटी ही अशी एक तरतूद आहे ज्याद्वारे विमाधारक, एका मोठ्या कालखंडात कमावलेले सर्व लाभ स्वतःसोबत घेऊन एका विमाकर्त्याकडून दुसऱ्या विमाकर्त्याकडे जाऊ शकतो. विद्यार्थ्यांनी कृपया 22 जुलै 2020 ची हेल्थ इन्शुरन्स बिझनेसमधील, पोर्टेबिलिटीसह अनेक कृतींचे प्रमाणीकरण

करण्यासाठी नियम आखून दिलेली आयआरडीएआयची उत्पादनावरील एकत्रित मार्गदर्शक तत्वे वाचावीत.

सर्वसाधारण विमाकर्ते आणि आरोग्य विमाकर्त्यांनी जारी केलेल्या कुटुंब फ्लोटर पॉलिसींसह सर्व वैयक्तिक नुकसानभरपाई आरोग्य विमा पॉलिसीअंतर्गत पोर्टेबिलिटीला परवानगी दिली जाईल असे आयआरडीएआयने अनिवार्य केले आहे.

मात्र, पोर्टिंग केवळ नूतनीकरणाच्या वेळीच करता येईल. प्रतीक्षा कालावधी क्रेडिटबरोबरच प्रिमियमसह नवीन पॉलिसीच्या इतर अटी नवीन विमा कंपनीकडून निश्चित केल्या जातील. कार्यप्रणालीचा भाग म्हणून, विमाधारकाने जुन्या विमाकर्त्याला नूतनीकरणापूर्वी किमान 45 दिवस आधी, कोणत्या कंपनीकडे पॉलिसी पोर्ट करायची आहे हे निर्दिष्ट करून, पोर्टिंगची विनंती केली पाहिजे. पॉलिसीचे कोणत्याही ब्रेकविना नूतनीकरण केले पाहिजे (जर पोर्टिंगची प्रक्रिया सुरु असेल तर 30 दिवसांचा सवलत कालावधी असतो). नवीन विमाकर्त्याला पोर्टिंग करणाऱ्या पॉलिसीधारकाच्या आरोग्य विम्याचा इतिहास सुरळीतपणे पाहता यावा आणि मिळवता यावा यासाठी आयआरडीएने वेब-आधारित सुविधा तयार केली आहे, जी विमा कंपन्यांनी व्यक्तींना जारी केलेल्या सर्व आरोग्य विमा पॉलिसींचा डेटा राखते.

E. आरोग्य विम्याचे स्थलांतर

आधीपासून असलेल्या स्थितीसाठी मिळालेली पत आणि कालबद्ध अपवाद, **त्याच विमाकर्त्याकडे हस्तांतरित करण्याचा**, वैयक्तिक आरोग्य विमा पॉलिसीधारकाला (कुटुंब संरक्षणाअंतर्गत सर्व सदस्य आणि समूह आरोग्य विमा पॉलिसीच्या सदस्यांसह) दिलेला **अधिकार**, अशी आयआरडीएआयने स्थलांतराची व्याख्या केली आहे.

22 जुलै 2020 च्या हेल्थ इन्शुरन्स बिझनेसमधील आयआरडीएआयच्या उत्पादनावरील एकत्रित मार्गदर्शक तत्वांमध्ये आरोग्य विमा पॉलिसींच्या स्थलांतरावरील मार्गदर्शक तत्वांमध्ये दुरुस्ती केली आहे. त्यामध्ये अशी तरतूद करण्यात आली आहे की, नुकसानभरपाई आधारित आरोग्य विमा पॉलिसीअंतर्गत प्रत्येक वैयक्तिक पॉलिसीधारकाला (कुटुंब फ्लोटर पॉलिसीअंतर्गत सदस्यांसह) त्याने वापरलेल्या स्पष्ट पर्यायावर स्थलांतराचा पर्याय दिला जाईल. समूह पॉलिसींकडून वैयक्तिक पॉलिसीकडे स्थलांतर विमालेखनाच्या अधीन असेल.

स्वतःची पॉलिसी स्थलांतरित करण्यास इच्छुक पॉलिसीधारकाला, कुटुंबातील सर्व सदस्यांसह, जर ते असल्यास, त्याच्या/ तिच्या सध्याच्या पॉलिसीच्या प्रिमियम नूतनीकरण तारखेच्या किमान 30 आधी पॉलिसीचे स्थलांतर करण्यासाठी विमा कंपनीकडे अर्ज करण्याची परवानगी दिली जाईल. मात्र, जर

विमाकर्ता 30 दिवसांपेक्षा कमी कालावधीही विचारात घेण्यास तयार असेल तर विमाकर्ता तसे करू शकतो. विमाकर्ते केवळ स्थलांतरासाठी कोणतेही शुल्क आकारणार नाहीत.

F. विम्याची मूलभूत तत्वे आणि विमालेखनासाठी साधने

1. विमालेखनाशी संबंधित मूलभूत तत्वे

कोणत्याही प्रकारच्या विम्यामध्ये, मग तो जीवन विमा असो किंवा सर्वसाधारण विमा, जोखीम स्वीकारण्याशी संबंधित काही विशिष्ट कायदेशीर तत्वे लागू असतात. आरोग्य विम्यालाही हीच तत्वे लागू होतात आणि या तत्वांचे उल्लंघन केल्यास विमाकर्ता दायित्व टाळण्याचा निर्णय घेऊ शकतो. (या तत्वांवर सामान्य प्रकरणांमध्ये चर्चा करण्यात आली आहे.)

2. विमालेखनासाठी साधने

हे विमालेखनासाठी माहितीचे स्रोत असतात आणि त्यांच्या आधारावर जोखमीचे वर्गीकरण केले जाते आणि अंतिमतः प्रिमियम निश्चित केले जातात. विमालेखनासाठी खालील महत्वाची साधने आहेत:

a) प्रस्ताव फॉर्म

हे दस्तऐवज कराराचा आधार असतो जिथे प्रस्तावकाचे आरोग्य आणि वैयक्तिक तपशील यांच्याशी संबंधित सर्व महत्वाची माहिती (म्हणजे वय, व्यवसाय, शरीराची ठेवण, सवयी, आरोग्याची स्थिती, उत्पन्न, प्रिमियम देयकाचे तपशील इ.) संकलित केली जाते. माहितीचे कोणतेही उल्लंघन केल्यास किंवा दडवल्यास पॉलिसी रद्दबातल ठरवली जाईल. (यावर सामान्य प्रकरणांमध्ये चर्चा करण्यात आली आहे.)

b) वयाचा पुरावा

विमाधारकाच्या वयाच्या आधारावर प्रिमियम निश्चित केले जातात. त्यामुळे नावनोंदणीच्या वेळी जाहीर केलेले वय सादर केलेल्या वयाच्या पुराव्याच्या आधारे पडताळून पाहणे महत्वाचे असते.

उदाहरण

भारतामध्ये वयाचा पुरावा मानता येतील असे अनेक दस्तऐवज आहेत, पण त्यापैकी सर्व कायदेशीरदृष्ट्या स्वीकार्य नसतात. वैध दस्तऐवज बहुतांशी दोन सामान्य श्रेणींमध्ये विभागले जातात. ते खालीलप्रमाणे आहेत:

a) वयाचा प्रमाणभूत पुरावा: यापैकी काही शाळेचे प्रमाणपत्र, पासपोर्ट, अधिवास प्रमाणपत्र, पॅन कार्ड इ. आहेत.

- b) वयाचा अ-प्रमाणभूत पुरावा: रेशन कार्ड, निवडणूक ओळखपत्र, मोठ्यांचे प्रतिज्ञापत्र, ग्राम पंचायतचे प्रमाणपत्र, इ. यापैकी काही आहेत.

आर्थिक दस्तऐवज

प्रस्तावकाची आर्थिक स्थिती जाणून घेणे हे उत्पादनांचा लाभ घेण्यासाठी आणि नैतिक धोका कमी करण्यासाठी विशेष महत्वाचे असते. मात्र, सामान्यतः खालील प्रसंगीच आर्थिक दस्तऐवज मागितले जातात:

- a) वैयक्तिक अपघात संरक्षणे किंवा
- b) विम्याचे उच्च रक्कम संरक्षण किंवा
- c) जेव्हा मागितलेले संरक्षण आणि नमूद केलेले उत्पन्न आणि व्यवसाय यांची तुलना केली असता त्यात विसंगती दिसून येते.

c) वैद्यकीय अहवाल

वैद्यकीय अहवालांची गरज ही विमाकर्त्यांच्या नियमांवर आधारित असते, आणि सामान्यतः विमाधारकाचे वय आणि कधीकधी संरक्षणाच्या निवडलेल्या रकमेवर अवलंबून असते. प्रस्ताव फॉर्ममधील काही उत्तरांमध्येदेखील अशा काही माहितीचा समावेश असू शकतो ज्यामुळे वैद्यकीय अहवाल मागवले जाऊ शकतात.

d) सेल्स कर्मचाऱ्यांचे अहवाल

सेल्स कर्मचाऱ्यांना कंपनीच्या तळागाळाच्या स्तरावरील विमालेखकही म्हणता येईल आणि त्यांनी त्यांच्या अहवालामध्ये दिलेली माहिती विचारात घेण्यासाठी महत्वाची असू शकते. मात्र, सेल्स कर्मचाऱ्यांना जास्त व्यवसाय मिळवण्यासाठी बोनस दिला जात असल्याने हितसंबंध आड येऊ शकतात, त्याकडे काळजीपूर्वक लक्ष दिले पाहिजे.

स्वतःची चाचणी घ्या 2

विमालेखनामध्ये परम सद्भावनेच्या तत्वाचे _____ कडून पालन होणे आवश्यक असते.

- I. विमाकर्ता
- II. विमाधारक
- III. विमाकर्ता आणि विमाधारक दोघेही
- IV. वैद्यकीय परीक्षक

स्वतःची चाचणी घ्या 3

विमायोग्य हित म्हणजे _____.

- I. ज्या मालमतेचा विमा काढायचा आहे त्यामध्ये व्यक्तीचे आर्थिक हितसंबंध
- II. आधीच विमा काढलेली मालमत्ता
- III. जेव्हा एकाहून अधिक कंपन्या एकाच नुकसानावर संरक्षण देतात तेव्हा प्रत्येक विमा कंपनीचा नुकसानाचा हिस्सा
- IV. नुकसानाच्या रकमेची भरपाई विमाकर्त्याकडून मिळवता येते

G. विमालेखनाची प्रक्रिया

एकदा आवश्यक माहिती प्राप्त झाली की, विमालेखक पॉलिसीच्या अटी ठरवतो. आरोग्य विमा व्यवसायाचे विमालेखन करण्यासाठी वापरले जाणारे सामान्य प्रकार खालीलप्रमाणे आहेत:

1. वैद्यकीय विमालेखन

वैद्यकीय विमालेखन ही अशी प्रक्रिया आहे, ज्यामध्ये आरोग्य विमा पॉलिसीसाठी अर्ज करणाऱ्या व्यक्तीच्या आरोग्याची स्थिती निश्चित करण्यासाठी प्रस्तावकाकडून वैद्यकीय अहवाल मागवले जातात. त्यानंतर संरक्षण द्यावे की न द्यावे, किती मर्यादेपर्यंत आणि कोणत्या अटी व अपवादांवर हे निश्चित करण्यासाठी विमाकर्त्याकडून संकलित केलेल्या आरोग्य माहितीचे मूल्यमापन केले जाते, अशा प्रकारे, वैद्यकीय विमालेखन जोखमीचा स्वीकार किंवा नकार आणि तसेच संरक्षणाच्या अटी निश्चित करू शकते.

उदाहरण

उच्च रक्तदाब, अतिवजन/ गलेलठ्ठपणा आणि साखरेची वाढलेली पातळी यांच्यासारख्या वैद्यकीय स्थितीमुळे हृदय, मूत्रपिंड आणि मज्जासंस्थेच्या आजारांसाठी रुग्णालयात दाखल करावे लागण्याची शक्यता अधिक असते. त्यामुळे वैद्यकीय विमालेखनाच्या जोखमीचे मूल्यांकन करताना या स्थितीचा काळजीपूर्वक विचार केला पाहिजे.

वैद्यकीय विमालेखन मार्गदर्शक तत्वांनुसार प्रस्तावकाच्या आरोग्य स्थितीवर त्याच्या/ तिच्या फॅमिली फिजिशियनने स्वाक्षरी केलेल्या प्रतिज्ञापत्राचीही गरज असू शकते.

पहिल्यांदा नावनोंदणी करत असलेल्या, वय वर्षे 40-45 पेक्षा अधिक असलेल्या व्यक्तींना सामान्यपणे आरोग्य जोखीम प्रोफाईलचे मूल्यांकन करण्यासाठी आणि त्यांच्या सध्याच्या आरोग्य स्थितीवर माहिती मिळवण्यासाठी विशिष्ट रोगनिदान चाचण्या कराव्या लागतील. अशा तपासण्यांमध्ये आधीपासून काही वैद्यकीय स्थिती किंवा आजार आहे का याचे संकेत देखील दिले जातात.

2. बिगर-वैद्यकीय विमालेखन

आरोग्य विम्यासाठी अर्ज करणाऱ्या बहुसंख्य प्रस्तावकांना वैद्यकीय तपासणीची गरज नसते.

जर अगदी प्रस्तावकाने सर्व महत्वाची तथ्ये पूर्णपणे आणि खरेपणाने जाहीर केली असती आणि एजंटने ती काळजीपूर्वक तपासली असती तरी वैद्यकीय तपासणीची गरज बरीच कमी राहिली असती.

उदाहरण

एखाद्या व्यक्तीला वैद्यकीय तपासणी, प्रतीक्षा कालावधी आणि या प्रक्रियेमध्ये होणारा उशीर अशा दीर्घ प्रक्रियेतून न जाता आरोग्य विमा संरक्षण घ्यायचे असेल तर ती बिगर-वैद्यकीय विमालेखनाच्या पॉलिसीचा पर्याय निवडू शकते. बिगर-वैद्यकीय विमालेखन पॉलिसीमध्ये प्रिमियमचे दर आणि विम्याची रक्कम सामान्यपणे काही आरोग्य प्रश्नांना दिलेल्या उत्तरांच्या आधारे निश्चित केली जाते जी बहुतेक वय, लिंग, धूम्रपान वर्ग, शरीराची ठेवण इत्यादींवर अवलंबून असते. याची प्रक्रिया जलद असते मात्र प्रिमियम तुलनेने जास्त असू शकतात.

3. संख्यात्मक गुणांकन पद्धत

विमालेखनामध्ये ही प्रक्रिया स्वीकारली जाते, जिथे जोखमीच्या प्रत्येक घटकावर संख्यात्मक किंवा टक्केवारीचे मूल्यांकन केले जाते.

वय, लिंग, जात, व्यवसाय, निवास, पर्यावरण, शारीरिक ठेवण, सवयी, कौटुंबिक आणि वैयक्तिक इतिहास यासारख्या घटकांची तपासणी केली जाते आणि पूर्व-निर्धारित निकषांवर आधारित संख्यात्मक गुण दिले जातात.

4. विमालेखन निर्णय

प्राप्त झालेल्या माहितीचे काळजीपूर्वक मूल्यमापन केले जाते आणि त्याची योग्य जोखीम श्रेणीमध्ये वर्गवारी केली जाते तेव्हा विमालेखन प्रक्रिया पूर्ण होते. वरील साधने आणि स्वतःची न्यायबुद्धी यांच्या आधारावर विमालेखक जोखमीचे खालील श्रेणींमध्ये वर्गीकरण करतो:

- प्रमाणभूत दरांवर जोखीम स्वीकारणे
- अतिरिक्त प्रिमियमवर (लोडिंग) जोखीम स्वीकारणे, अर्थात ही पद्धत सर्व कंपन्यांमध्ये वापरली जात नाही
- विहित कालावधी/मुदतीसाठी संरक्षण पुढे ढकलणे
- संरक्षण नाकारणे
- प्रति प्रस्ताव (संरक्षण मर्यादित ठेवणे किंवा काही भाग नाकारणे)

f) जादा वजावट किंवा सहयोगी देयक लादणे

g) पॉलिसीअंतर्गत कामयचा अपवर्जन लागू करणे

जर एखादा आजार कायमस्वरूपी वगळला तर, पॉलिसी प्रमाणपत्रावर तसा शेरा लिहिला जातो. हे प्रमाणभूत पॉलिसी अपवर्जनांव्यतिरिक्त अतिरिक्त अपवर्जन होते आणि तो कराराचा भाग बनतो.

5. सामान्य किंवा प्रमाणभूत अपवर्जनांचा वापर

बहुसंख्य पॉलिसी अपवर्जने लागू करतात जी त्यांच्या सर्व सदस्यांना लागू होतात. त्यांना प्रमाणभूत अपवर्जने म्हणतात किंवा कधीकधी सामान्य अपवर्जने म्हणतात. विमाकर्ते प्रमाणभूत अपवर्जनांची अंमलबजावणी करून त्यांची असुरक्षितता मर्यादित करतात. यावर आधीच्या प्रकरणामध्ये चर्चा करण्यात आली आहे.

6. क्षेत्र-वार प्रिमियम

सामान्यतः प्रिमियम विमाधारक व्यक्तीचे वय आणि निवडलेली विम्याची रक्कम यावर अवलंबून असतो. उच्च दावा किंमत असलेल्या काही विशिष्ट क्षेत्रांमध्ये प्रिमियम भिन्नता सुरू करण्यात आली आहे, उदा. काही विमाकर्त्यांच्या विशिष्ट उत्पादनांसाठी दिल्ली आणि मुंबई ही सर्वोच्च प्रिमियम क्षेत्र आहेत. उदा. महानगरे आणि 'अ वर्गीय' शहरांमध्ये 55-65 या वयोगटासाठी वैयक्तिक पॉलिसीला इंदूर किंवा जम्मूसारख्या शहरांमध्ये त्याच वयोगटासाठी समान पॉलिसीपेक्षा अधिक गुणांकन मिळेल.

स्वतःची चाचणी घ्या 4

वैद्यकीय विमालेखनाबद्दल खालीलपैकी कोणते विधान चूक आहे?

- I. वैद्यकीय अहवाल संकलित करण्यासाठी आणि त्यांचे मूल्यांकन करण्यासाठी जास्त खर्च येतो.
- II. आरोग्य विम्यासाठी वैद्यकीय विमालेखन करताना सध्याची आरोग्याची स्थिती आणि वय हे महत्वाचे घटक आहेत.
- III. प्रस्तावकांना त्यांच्या आरोग्य जोखीम प्रोफाईलचे मूल्यांकन करण्यासाठी वैद्यकीय आणि रोगनिदान चाचण्या तपासण्या कराव्या लागतात.
- IV. जोखमीच्या प्रत्येक घटकावर टक्केवारी मूल्यांकन केले जाते.

H. समूह स्तरावर आरोग्य विमा

आरोग्य विम्यासाठी समूह स्वीकारताना, विमाकर्ते समूहामधील काही सदस्यांना आरोग्याच्या गंभीर आणि वारंवार समस्या असतील याची शक्यता विचारात घेतात.

1. समूह आरोग्य विमा

कंपनीच्या विमालेखन मार्गदर्शक तत्वांमध्ये तसेच विमा नियामकांनी समूह विम्यासाठी आखून दिलेल्या मार्गदर्शक तत्वांमध्ये समूह आरोग्य विमा बसतो की नाही याचे मूल्यांकन करण्यासाठी त्याच्या विमालेखनासाठी समूहाच्या गुणधर्मांचे विश्लेषण करणे आवश्यक असते.

समूह आरोग्य विम्यासाठी प्रमाणभूत विमालेखन प्रक्रियेला प्रस्तावित समूहाचे खालील घटकांवर मूल्यमापन करणे आवश्यक असते:

- a) समूहाचा प्रकार
- b) समूहाचा आकार
- c) उद्योगाचा प्रकार
- d) संरक्षणासाठी पात्र व्यक्ती
- e) संपूर्ण समूहाचे संरक्षण केले जात आहे की सदस्यांसाठी बाहेर पडण्याचा पर्याय उपलब्ध आहे
- f) संरक्षणाचा स्तर – सर्वांसाठी एकसमान की भिन्न
- g) लिंग, वय यांच्या संदर्भात समूहाची रचना, एकल किंवा एकापेक्षा अधिक स्थाने, समूह सदस्यांचा उत्पन्न स्तर, नियोक्ता उलाढाल दर, प्रिमियम पूर्णपणे समूहधारकाने भरला आहे की सदस्यांना प्रिमियम देयकामध्ये वाटा उचलावा लागणार आहे
- h) निरनिराळ्या भौगोलिक स्थानांमध्ये पसरलेली एकापेक्षा अधिक स्थाने असतील तर त्या प्रदेशांमधील आरोग्य सेवा खर्चातील फरक
- i) समूहधारकाचे तृतीय पक्ष प्रशासकाद्वारे (त्याच्या निवडीचे किंवा विमाकर्त्याच्या निवडीचे) किंवा स्वतः विमाकर्त्याकडूनच समूह विम्याच्या प्रशासनाला प्राधान्य
- j) प्रस्तावित समूहाचे मागील दाव्यांचे अनुभव

उदाहरण

वातानुकूलित कार्यालयांमध्ये काम करणाऱ्या सदस्यांच्या समूहाला असणाऱ्या आरोग्य जोखमीच्या तुलनेत खाणी किंवा कारखान्यांमध्ये काम करणाऱ्या सदस्यांच्या समूहाला असलेली आरोग्य जोखीम अधिक असते. तसेच दोन्ही समूहांना होणाऱ्या आजारांचे स्वरूपही (आणि त्यामुळे दाव्यांचे स्वरूप) अगदी भिन्न असण्याची शक्यता असते. त्यामुळे दोन्ही प्रकरणांमध्ये विमाकर्ता त्यानुसार समूह आरोग्य विमा पॉलिसीची किंमत ठरवेल.

त्याचप्रमाणे, उच्च उलाढाल असलेल्या आयटी कंपन्यांसारख्या समूहांच्या बाबतीत विपरित निवड टाळण्यासाठी विमाकर्ते खबरदारीचे निकष लावू शकतात जिथे कर्मचाऱ्यांना विम्यासाठी पात्र होण्यापूर्वी प्रोबेशनरी कालावधी पूर्ण करावा लागेल.

2. नियोक्ता-कर्मचारी समूहाव्यतिरिक्त इतर विमालेखन

नियोक्ता-कर्मचारी समूह हा समूह आरोग्य विमा देऊ केला जाणारा पारंपारिकरित्या सर्वात सामान्य समूह आहे, समूहाचे विमालेखन करताना समूह रचनेचे वैशिष्ट्य लक्षात घेणे महत्वाचे असते.

बिगर नियोक्ता-कर्मचारी समूहांनाही आरोग्य विमा देऊ करता येतो. विविध समूहांशी व्यवहार करताना विमाकर्त्यांनी स्वीकारण्याच्या दृष्टीकोनाचे नियमन करण्याच्या दृष्टीने आयआरडीएआयने समूह विमा मार्गदर्शक तत्वे जारी केली आहेत. अशा बिगर-नियोक्ता समूहांमध्ये पुढील घटकांचा समावेश होतो:

- नियोक्ता कल्याण संघटना
- विशिष्ट कंपनीद्वारे जारी करण्यात आलेल्या क्रेडिट कार्ड्सचे धारक
- एखाद्या विशिष्ट व्यवसायाचे ग्राहक जिथे वाढीव लाभ म्हणून विमा देऊ केला जातो
- बँक आणि व्यावसायिक संघटना किंवा संस्थांचे कर्जदार

I. परदेशी प्रवास विम्याचे विमालेखन

परदेश प्रवास विमा पॉलिसीच्या अंतर्गत आरोग्य संरक्षण हे मुख्य संरक्षण असल्यामुळे, विमालेखन करताना साधारणपणे आरोग्य विम्याच्या नमुन्याचे पालन केले जाते.

प्रिमियमचे दर निर्धारण आणि स्वीकृती ही प्रत्येक कंपनीच्या मार्गदर्शक तत्वांनुसार असेल पण काही महत्वाचे मुद्दे खाली दिले आहेत:

- प्रिमियमचा दर प्रस्तावकाचे वय आणि परदेश प्रवासाचा कालावधी यावर अवलंबून असेल.
- परदेशातील वैद्यकीय उपचार खर्चिक असल्याने सामान्यपणे आपल्या देशातील आरोग्य विमा पॉलिसीपेक्षा हा प्रिमियम बराच अधिक असतो.
- त्यातही अन्य देशांपेक्षा, यूएसए आणि कॅनडा येथील प्रिमियम सर्वात जास्त असतो.
- पॉलिसीचा वापर करून पॉलिसीधारक परदेशात वैद्यकीय उपचार घेणार नाहीत याची दक्षता घेतली पाहिजे आणि त्यामुळे प्रस्तावाच्या टप्प्यावरच पूर्वी असलेल्या आजारांचा काळजीपूर्वक विचार केला गेला पाहिजे.

J. वैयक्तिक अपघात विम्याचे विमालेखन

वैयक्तिक अपघात पॉलिसीसाठी विमालेखनाच्या मुद्द्यांबाबत खाली चर्चा केली आहे:

दर निर्धारण

वैयक्तिक अपघात विम्यामध्ये, विमाधारकाचा पेशा हा मुख्य घटक विचारात घेतला जातो. व्यवसाय किंवा पेशाशी निगडित जोखमी हे केलेल्या कामाच्या स्वरूपानुसार बदलतात. उदाहरणार्थ, इमारतीचे बांधकाम सुरु असलेल्या ठिकाणी उपस्थित असणाऱ्या सिव्हिल इंजीनिअरला असणाऱ्या जोखमीपेक्षा कार्यालय व्यवस्थापकाचा जोखमीशी कमी संपर्क येतो. दर निश्चित करण्यासाठी व्यवसायांचे दोन गटांमध्ये वर्गीकरण केले जाते, प्रत्येक गटामध्ये कमी किंवा जास्त प्रमाणात समान प्रकारची जोखीम दिसून येते.

जोखमीचे वर्गीकरण

व्यवसायाच्या आधारावर विमाधारक व्यक्तिशी संबंधित जोखमीचे तीन गटांमध्ये वर्गीकरण करता येते:

• जोखीम गट I

अकाउंटंट, डॉक्टर, वकील, आर्किटेक्ट आणि प्रशासकीय कामकाजातील व्यक्ती, प्रामुख्याने समान धोक्याच्या व्यवसायात असलेल्या व्यक्ती.

• जोखीम गट II

बिल्डर, कंत्राटदार आणि पर्यवेक्षणाचे काम करणारे इंजीनिअर आणि तत्सम धोक्याच्या व्यवसायांमध्ये असलेल्या व्यक्ती. मानवी श्रम करणाऱ्या सर्व व्यक्ती (अपवाद गट III मध्ये मोडणाऱ्या व्यक्ती),

• जोखीम गट III

भूमिगत खाणींमध्ये, किंवा वाहनांच्या शर्यतींसारख्या कामांमध्ये काम करणाऱ्या व्यक्ती आणि तत्सम धोके असलेल्या पेशा/ कामांमध्ये असणाऱ्या व्यक्ती.

जोखीम गट अनुक्रमे 'सामान्य', 'मध्यम' आणि 'उच्च' या स्वरूपातही ओळखले जातात.

वयोमर्यादा

कार्यरत (रोजगार योग्य) लोकसंख्येसाठी (नियोक्ता कर्मचारी) सामान्य वयोमर्यादा 18-70 आहे. मात्र, विद्यार्थ्यांसाठी किमान वय 5 वर्षेसुद्धा असू शकतो.

संरक्षणासाठी आणि नूतनीकरण करण्यासाठी किमान आणि कमाल वय कंपनीप्रमाणे बदलते.

कुटुंब पॅकेज संरक्षण

वैयक्तिक अपघात पॉलिसीमध्ये कुटुंब पॅकेज संरक्षणदेखील असते जिथे मुले आणि न कमावणाऱ्या वैवाहिक जोडीदाराला केवळ मृत्यू आणि कायमस्वरूपी अपंगत्व (पूर्ण किंवा अंशतः) यासाठी संरक्षण दिले जाते.

समूह पॉलिसीमध्ये प्रिमियमवर सवलत

विमाधारक व्यक्तींची संख्या एखाद्या विशिष्ट संख्येपेक्षा जास्त असेल, समजा 100, तर प्रिमियमवर समूह सवलत दिली जाते. मात्र, ही संख्या कमी असताना, समजा 25, तर कोणत्याही सवलतीविना समूह पॉलिसी जारी केली जाऊ शकते.

समूह सवलत निकष

समूह पॉलिसी केवळ नाव दिलेल्या समूहांनाच जारी केली जावी. समूह सवलतीचे आणि इतर लाभ मिळवण्याच्या उद्देशाने, प्रस्तावित “समूह” स्पष्टपणे खालीलपैकी एका श्रेणीत असला पाहिजे:

- नियोक्ता – कर्मचारी संबंध, कर्मचाऱ्यांवर अवलंबून असलेल्या व्यक्तींसह
- नोंदणीकृत सहकारी सोसायटीचे सदस्य
- नोंदणीकृत सेवा क्लबचे सदस्य
- बँका/ डायनर/ मास्टर/ व्हिसाचे क्रेडिट कार्ड धारक

वरील श्रेणीपेक्षा वेगळ्या असलेल्या इतर कोणत्याही श्रेणींशी संबंधित प्रस्तावांच्या बाबतीत चर्चा होऊ शकते आणि संबंधित विमाकर्त्यांच्या तांत्रिक विभागाकडून निर्णय घेतला जाऊ शकतो.

प्रिमियम

जोखमींची वर्गवारी आणि निवडलेले लाभ यांच्यानुसार नाव दिलेल्या कर्मचाऱ्यांना प्रिमियमचे वेगवेगळे दर लागू होतात.

कामावर असताना संरक्षण

पीए पॉलिसीमध्ये कामावर असताना आणि कामावर नसताना अशा दोन्ही कालावधींसाठी किंवा दोन्हीपैकी एका कालावधीसाठी स्वतंत्रपणे संरक्षण असू शकते. विम्याची रक्कम, कामाचे तास, इत्यादींवर प्रिमियम अवलंबून असतो. काही नियोक्ते स्वतःला केवळ कामावर असताना कालावधीचे संरक्षण देण्यापुरतेच मर्यादित ठेवतात.

मृत्यू संरक्षणाचा अपवाद

मृत्यू लाभ वगळून, स्वतंत्र कंपनी मार्गदर्शक तत्वांच्या अधीन राहून, समूह पीए पॉलिसी जारी करणे शक्य आहे.

समूह सवलत आणि बोनस/मॉलस

समूह पॉलिसीच्या नूतनीकरणांतर्गत गुणांकन, दाव्यांच्या अनुभवांच्या संदर्भात निर्धारित केले जाते

- अनुकूल अनुभव असल्यास नूतनीकरण प्रिमियममध्ये सवलत (बोनस) दिली जाते.
- प्रतिकूल अनुभव असल्यास नूतनीकरण प्रिमियमवर प्रमाणानुसार अधिभार (मॉलस) लावून दंड आकारला जातो
- दाव्यांचा अनुभव समजा 70 टक्के असेल तर नूतनीकरणासाठी सामान्य दर लागू केले जातील

स्वतःची चाचणी घ्या 5

- 1) समूह आरोग्य विम्यामध्ये, समूहाचा सदस्य असलेला कोणीही विमाकर्त्याविरुद्ध विपरीत निवड करू शकतो.
- 2) समूह आरोग्य विमा केवळ नियोक्ता-कर्मचारी समूहांनाच संरक्षण प्रदान करतात.
 - I. विधान 1 खरे आहे आणि विधान 2 खोटे आहे
 - II. विधान 2 खरे आहे आणि विधान 1 खोटे आहे
 - III. विधान 1 आणि विधान 2 खरे आहेत
 - IV. विधान 1 आणि विधान 2 खोटे आहेत

'स्वतःची चाचणी घ्या'ची उत्तरे

उत्तर 1 – अचूक पर्याय आहे III.

उत्तर 2 - अचूक पर्याय आहे III.

उत्तर 3 - अचूक पर्याय आहे I.

उत्तर 4 - अचूक पर्याय आहे IV.

उत्तर 5- अचूक पर्याय आहे IV.

प्रकरण H-05

आरोग्य विमा दावे

प्रकरण परिचय

या प्रकरणामध्ये आपण आरोग्य विम्यामध्ये दावा व्यवस्थापन प्रक्रिया, कार्यप्रणालींशी संबंधित दावे आणि दस्तऐवजीकरण यांच्याबद्दल चर्चा करणार आहोत. याशिवाय, आपण वैयक्तिक अपघात विमाअंतर्गत दाव्यांचे व्यवस्थापन पाहणार आहोत आणि टीपीएंची भूमिका समजून घेणार आहोत.

शिकण्याची निष्पत्ती

- A. विम्यामध्ये दाव्यांचे व्यवस्थापन
- B. आरोग्य विमा दाव्यांचे व्यवस्थापन
- C. आरोग्य विमा दाव्यांमधील दस्तऐवजीकरण
- D. तृतीय पक्ष प्रशासकाची (टीपीए) भूमिका
- E. दाव्यांचे व्यवस्थापन – वैयक्तिक अपघात
- F. दाव्यांचे व्यवस्थापन – परदेशी प्रवास विमा

या प्रकरणाचा अभ्यास केल्यानंतर, तुम्हाला खालील गोष्टी करता यायला हव्यात:

- a) विम्याच्या दाव्यामधील विविध भागधारक स्पष्ट करणे
- b) आरोग्य विम्याच्या दाव्याचे व्यवस्थापन कसे केले जाते त्याचे वर्णन करणे
- c) आरोग्य विम्याच्या दाव्यांची पूर्तता करण्यासाठी आवश्यक असलेल्या विविध दस्तऐवजांची चर्चा करणे
- d) विमाकर्ते दाव्यांसाठी राखीव निधीची तरतूद कशी करतात ते समजून सांगणे.
- e) वैयक्तिक अपघात दाव्यांची चर्चा करणे
- f) टीपीएची संकल्पना आणि भूमिका समजून घेणे

A. विम्यामधील दाव्यांचे व्यवस्थापन

हे सर्वानाच चांगले माहित आहे की विमा हे 'आश्वासन' आहे आणि पॉलिसी ही त्या आश्वासनाची 'साक्षीदार' असते. विमा उतरवलेली घटना घडल्यानंतर पॉलिसीअंतर्गत दावा केला जातो तेव्हा त्या आश्वासनाची खरी कसोटी असते. विमाकर्ता किती चांगल्या प्रकारे दाव्याचे वचन पाळतो त्याद्वारे त्याच्या कामगिरीचे मूल्यमापन केले जाते. विम्यामधील महत्वाच्या गुणांकन घटकांमध्ये विमा कंपनीच्या दाव्याची पूर्तता करण्याच्या क्षमतेचा समावेश होतो.

1. दावा प्रक्रियेमधील भागधारक

दाव्यांचे व्यवस्थापन कसे केले जाते हे पाहण्याआधी दाव्याच्या प्रक्रियेमध्ये हितसंबंध असलेले पक्ष समजून घेण्याची गरज आहे.

आकृती 1: दावा प्रक्रियेतील भागधारक



ग्राहक	विमा विकत घेणारी व्यक्ती पहिला भागधारक आणि 'दाव्याचा प्राप्तकर्ता' असते.
विमा कंपनीचे शेयरधारक	विमा कंपनीच्या मालकांचा 'दाव्याचे पैसे देणारे' म्हणून मोठा वाटा असतो. दाव्यांची पूर्तता जरी पॉलिसीधारकांच्या निर्धीमधून होत असली तर बहुसंख्य प्रकरणांमध्ये, हे वचन पाळण्याची जबाबदारी त्यांच्यावर असते.

विमालेखक	विमा कंपनीमधील आणि सर्व विमाकर्त्यांकडील विमालेखकावर दावे आणि उत्पादनांची रचना समजून घेण्याची, पॉलिसीच्या अटी, नियम आणि किंमत ठरवण्याची वगैरे जबाबदारी असते.
नियामक	पुढील उद्दिष्ट्ये पूर्ण करण्यामध्ये नियामक (भारतीय विमा नियामक आणि विकास प्राधिकरण) महत्वाचा भागधारक असतो: <ul style="list-style-type: none"> ✓ विमा वातावरणात सुव्यवस्था राखणे ✓ पॉलिसीधारकांच्या हितसंबंधांचे संरक्षण करणे ✓ विमाकर्त्यांचे दीर्घकालीन वित्तीय आरोग्य सुनिश्चित करणे.
तृतीय पक्ष प्रशासक	तृतीय पक्ष प्रशासक या नावाने ओळखले जाणारे सेवा मध्यस्थ, जे आरोग्य विम्याच्या दाव्यांवर प्रक्रिया करतात.
विमा एजंट/ ब्रोकर	विमा एजंट/ ब्रोकर केवळ पॉलिसी विकत नाहीत तर दावा दाखल करण्याची वेळ आल्यावर त्यांनी ग्राहकांना सेवा देणेही अपेक्षित असते.
प्रदाते/ रुग्णालये	विशेषतः जेव्हा विमाकर्त्याला रोख विरहित रुग्णालयात दाखल करण्याची सेवा देण्यासाठी एखादे रुग्णालय टीपीए यादीत असते तेव्हा, ग्राहकाला सुरळीत दावा अनुभव मिळावा याची सुनिश्चिती ते करतात.

अशा प्रकारे दाव्यांचे चांगल्या प्रकारे व्यवस्थापन करणे म्हणजे दाव्यांशी संबंधित प्रत्येक भागधारकाच्या उद्दिष्टांचे व्यवस्थापन करणे. अर्थात काही उद्दिष्ट्ये एकमेकांच्या आड येऊ शकतात.

राखीव: अनेक प्रकरणांमध्ये, विमा कंपनी ताबडतोबत दाव्यांची पूर्तता करू शकत नसतील आणि त्यांना माहितीसाठी किंवा विवाद, खटल्यांचे परिणाम यासाठी प्रतीक्षा करावी लागू शकते. त्यामुळे त्यांना देयक देय असेपर्यंत दाव्याची खाती राखीव धरावी लागतात. हे राखीव सहसा थकबाकीच्या दाव्यांवर भरल्या जाणाऱ्या रकमेचे वास्तविक अंदाज असतात.

राखीव म्हणजे दाव्यांच्या स्थितीवर आधारित सर्व विमाकर्त्यांच्या खातेवह्यांमधील दाव्यांसाठी केलेल्या तरतुदीची रक्कम.

स्वतःची चाचणी घ्या I

खालीलपैकी कोण आरोग्य विमा दावा प्रक्रियेमध्ये भागधारक नाही?

- I. ग्राहक
- II. पोलीस विभाग
- III. नियामक
- IV. टीपीए

B. आरोग्य विमा दाव्यांचे व्यवस्थापन

1. आरोग्य विम्यामध्ये दावा प्रक्रिया

दाव्याची पूर्तता एकतर विमा कंपनी स्वतः करते किंवा विमा कंपनीने अधिकार दिलेल्या तृतीय पक्ष प्रशासकाच्या (टीपीए) सेवांच्या माध्यमातून केली जाते.

विमाकर्ता/टीपीएकडे दावा उपस्थित केल्याच्या वेळेपासून पॉलिसीच्या अटीप्रमाणे देयक चुकते करेपर्यंत, आरोग्याचा दावा सुनिश्चित पायऱ्या पार करतो, प्रत्येक पायरीचे स्वतःचे महत्व असते.

खाली तपशीलाने दिलेल्या प्रक्रिया आरोग्य विमा (रुग्णालयात दाखल करणे) नुकसानभरपाई उत्पादनांच्या विशेष संदर्भातील आहेत, जे आरोग्य विमा व्यवसायाचा महत्वाचा भाग आहेत.

निश्चित लाभ उत्पादन किंवा गंभीर आजार किंवा दैनंदिन रोख उत्पादन इत्यादीं अंतर्गत दाव्यासाठी सामान्य प्रक्रिया आणि सहाय्यक दस्तऐवज बरेचसे समान असतील, मात्र, अशा उत्पादनांमध्ये रोखविरहित सुविधा मिळणार नाहीत हा अपवाद आहे.

नुकसानभरपाई किंवा परतफेडीच्या प्रकाराचा दावा या दोन्ही प्रकरणांमध्ये, मूलभूत पायऱ्या एकसमान आहेत.

आकृती 2: दावा प्रक्रियेत सामान्यपणे खालील पायऱ्यांचा समावेश होतो (याच क्रमाने असतील असे नाही)



a) माहिती देणे

दाव्याची माहिती देणे हा ग्राहक आणि दावा टीमदरम्यानचा संपर्काचा पहिला प्रसंग असतो. ग्राहक कंपनीला हे कळवू शकतो की तो रुग्णालयात दाखल होण्याच्या खर्चाचा लाभ घेण्याचे योजत आहे किंवा रुग्णालयात दाखल झाल्यानंतर ही माहिती देता येऊ शकते, विशेषतः आपत्कालीन परिस्थितीत रुग्णालयात दाखल केल्यास.

अगदी अलिकडेपर्यंत दाव्याच्या प्रसंगाची माहिती देण्याची कृती ही औपचारिकता होती. मात्र, अलिकडे विमाकर्त्यांनी शक्य तितक्या लवकर दाव्याची माहिती द्यावी असा आग्रह करायला सुरुवात केली आहे. सर्वसामान्यपणे रुग्णालयात दाखल होणे नियोजित असेल तर त्यापूर्वी माहिती देण्याची गरज असते, आणि आपत्कालीन परिस्थिती असेल तर रुग्णालयात दाखल केल्यापासून 24 तासांच्या आत माहिती द्यावी लागते. आता विमाकर्ते/ टीपीए यांच्याकडून चालवल्या जाणाऱ्या, 24 तास सुरु असणाऱ्या मोबाईल ॲप्स/ कॉल सेंटरद्वारे तसेच इंटरनेट आणि ई-मेलद्वारे माहिती देणे शक्य असते.

b) नोंदणी

एकदा थेट कंपनीकडून किंवा टीपीएच्या माध्यमातून माहिती प्राप्त झाली की अचूकतेसाठी तपशील जुळवून पाहिले जातात आणि संदर्भ क्रमांक किंवा दावा नियंत्रण क्रमांक निर्माण केला जातो आणि दावेदाराला कळवला जातो. त्यानंतर प्रथमदर्शनी संरक्षणासाठी दस्तऐवजांची छाननी केली जाते आणि रोख विरहित योजनेच्या अंतर्गत नियोजित शस्त्रक्रियेची माहिती असेल तर रुग्णालयाला संभाव्य खर्चासाठी पूर्व-अधिकृत परवानगी दिली जाते (पुढील भागात तपशीलवार).

नुकसानभरपाईच्या आधारावर अंतिम निकालासाठी आलेल्या दाव्यांची स्वीकार्यता, विम्याची रक्कम, वजावट, उप-मर्यादा इत्यादींबद्दल तपशीलवार छाननी केली जाते. दस्तऐवजांमध्ये काही कमतरता आढळल्यास, त्याबद्दल एकत्र कळवावे, तुकड्या-तुकड्यांमध्ये विचारणा करता कामा नये. दाव्याच्या प्रक्रियेमध्ये केवळ कराराच्या अटी पूर्ण केल्या पाहिजेत याची सुनिश्चिती करण्याचा समावेश नसतो, तर रुग्णालये अतिरिक्त शुल्क आकारणी, दुहेरी शुल्क आकारणी, इ. करणार नाहीत याची देखील सुनिश्चित करावी लागते, हे जाणून घेणे आवश्यक असते.

उदाहरण

रुग्णालयात दाखल होणे ही सामान्यतः ॲलोपॅथिक उपचार पद्धतीशी संबंधित आहे. मात्र, रुग्ण इतर प्रकारचे उपचारदेखील घेऊ शकतात, जसे:

- ✓ युनानी
- ✓ सिद्ध
- ✓ होमिओपॅथी
- ✓ आयुर्वेद
- ✓ नॅचरोपॅथी इ.

आता बहुसंख्य पॉलिसी या उपचारांचा समावेश करतात, मात्र त्यामध्ये उप-मर्यादा असू शकतात.

टेलिमेडिसीन: जिथे कुठे वैद्यकीय विमा पॉलिसींच्या अटी आणि नियमांमध्ये नियमित वैद्यकीय सल्ल्याला परवानगी दिली आहे तिथे आयआरडीएआयने विमाकर्त्यांना टेलिमेडिसीनला परवानगी द्यायला सांगितले आहे.

घराबाहेर पडणे टाळण्यासाठी किंवा कोरोना विषाणूच्या संसर्गामुळे स्वतः अलगीकरणात असतील तर, ज्या पॉलिसीधारकांची, वैद्यकीय व्यावसायिकाचा ऑनलाईन किंवा टेलिफोनवरून सल्ला घेण्यास पसंती असेल त्यांना यामुळे मदत होईल.

अंतिम देय दाव्यावर पोहोचणे: दाव्याची देय रक्कम ठरवणारे घटक आहेत:

- पॉलिसीअंतर्गत सदस्यासाठी उपलब्ध असलेली विम्याची रक्कम
- आधीच कोणताही दावा केला असल्यास तो विचारात घेऊन सदस्यासाठी पॉलिसीअंतर्गत उपलब्ध असलेली शिल्लक विम्याची रक्कम:
- उप-मर्यादा
- आजारांशी संबंधित काही विशिष्ट मर्यादा असल्यास तपासा
- संचित बोनस मिळण्याचा अधिकार आहे की नाही ते तपासा
- मर्यादेसह संरक्षण देण्यात आलेले इतर काही खर्च:

अंतिमतः जे पैसे चुकते केले जातात ते वाजवी आणि नित्याचे शुल्क असतात म्हणजे सेवा किंवा पुरवठ्यांसाठी शुल्क, जे आजार/ दुखापतीचे स्वरूप विचारात घेऊन विशिष्ट प्रदात्यासाठी प्रमाणभूत शुल्क असतात आणि त्या भौगोलिक क्षेत्रात एकसमान किंवा एकसारख्या सेवांसाठी प्रचलित शुल्कांशी सुसंगत असतात.

आधी प्रत्येक टीपीए/ विमाकर्त्याची स्वतःची देय नसलेल्या बाबींची यादी होती, आता ते सर्व आयआरडीएआयच्या आरोग्य विमा प्रमाणीकरण मार्गदर्शक तत्वां अंतर्गत प्रमाणीकृत केले आहे.

c) दाव्याची रक्कम देणे

एकदा दाव्याची रक्कम काढली की, ग्राहकाला किंवा रुग्णालयाला जसे प्रकरण असेल त्याप्रमाणे दाव्याचे पैसे दिले जातात. दाव्याची रक्कम एकतर चेकद्वारे दिली जाते किंवा दाव्याचे पैसे ग्राहकाच्या बँक खात्यात हस्तांतरित केले जातात.

d) दावे फेटाळणे

आरोग्य दाव्यांचा अनुभव असे दाखवतो की सादर केलेले 10% ते 15% दावे पॉलिसींच्या अटींमध्ये बसत नाहीत. हे वेगवेगळ्या कारणांमुळे होऊ शकते, त्यापैकी काही खाली दिली आहेत:

- i. रुग्णालयात दाखल करण्याची तारीख विम्याच्या कालावधीत नाही.
- ii. ज्या सदस्यासाठी दावा केला आहे त्याला संरक्षण नाही.
- iii. पूर्वीपासून असलेल्या आजारपणामुळे (जिथे पॉलिसी अशी स्थिती वगळते).
- iv. कोणत्याही वैध कारणाविना दावा सादर करण्यात अवाजवी उशीर.
- v. कोणताही सक्रिय उपचार नाही; रुग्णालयात केवळ तपासणीसाठी दाखल केले होते.
- vi. उपचार केलेला आजार पॉलिसीअंतर्गत वगळलेला आहे.
- vii. मद्याचे किंवा अंमली पदार्थांचे अतिसेवन हे आजारपणाचे कारण आहे
- viii. रुग्णालयात 24 तासांपेक्षा कमी काळ दाखल केले होते.

दावा फेटाळला किंवा अस्वीकार केला तर (कोणत्याही कारणामुळे) विमा कंपनीने ग्राहकाला लेखी स्वरूपात कळवले पाहिजे. समान्यपणे, असे नकाराचे पत्र नकार देण्यामागील कारण नमूद करते, पॉलिसीच्या कोणत्या अटी/ नियमांवर दावा फेटाळला गेला आहे ते सांगितले जाते.

दावा नाकारला तर, विमाकर्त्याकडे दाद मागण्याशिवाय ग्राहकासमोर खालील ठिकाणी संपर्क साधण्याचाही पर्याय असतो:

- ✓ विमा लोकपाल किंवा
- ✓ ग्राहक आयोग किंवा
- ✓ आयआरडीएआय किंवा
- ✓ कायदा न्यायालये.

e) संशयास्पद दाव्यांची कंपन्या/टीपीएंकडून अधिक तपशीलवार तपासणी आवश्यक असते

जेव्हा कधी विमा कंपनीला लबाडीची शंका येते तेव्हा ते दाव्यांची तपासणी करू शकतात. आरोग्य विम्यामध्ये केल्या जाणाऱ्या फसवणुकीची काही उदाहरणे पुढीलप्रमाणे आहेत:

- i. पररूपधारण, विमाकृत व्यक्ती आणि उपचार घेणारी व्यक्ती या दोन भिन्न व्यक्ती आहेत.
- ii. बनावटी दस्तऐवज तयार करणे ज्यामुळे रुग्णालयीन प्रवेश नसतानाही दावा केला जाईल.
- iii. खर्च वाढवून सांगणे, एक तर रुग्णालयाच्या मदतीने किंवा बाहेरून खोटी बिले आपणून ती जोडणे.
- iv. निदानाचा खर्च भरून काढण्यासाठी, जो बऱ्याच परिस्थितींमध्ये उच्च असतो, बाह्य रुग्ण उपचारांना इन-पेशंट/रुग्णालयीन उपचार दाखविणे.

याची नोंद घेतली पाहिजे की, ज्या दाव्यांची तपासणी करण्याची गरज असते त्या तपासण्या लवकरात लवकर सुरु कराव्यात आणि पूर्ण कराव्यात, कोणत्याही प्रकरणात दाव्याची सूचना प्राप्त झाल्याच्या तारखेपासून 90 दिवसांच्या नंतर तपासणी होता कामा नये. तपासणी पूर्ण झाल्यानंतर 30 दिवसांच्या आत दाव्याची पूर्तता केली पाहिजे. (कृपया आयआरडीएआय (पॉलिसीधारकांचे संरक्षण), 2017 नियमन आणि त्यानुसार अद्ययावत झालेले नियम पाहा)

f) टीपीएद्वारे रोखविरहित दावा पूर्तता प्रक्रिया

रोखविरहित सुविधा कशा प्रकारे काम करते? याच्या केंद्रस्थानी टीपीए विमाकर्त्याने रुग्णालयाशी केलेला करार असतो. इतर वैद्यकीय सेवा प्रदात्यांबरोबरही करार केले जाऊ शकतात. रोखविरहित सुविधा प्रदान करण्यासाठी वापरल्या जाणाऱ्या प्रक्रियेवर या विभागात चर्चा केली आहे:

तक्ता 3.1

<p>पायरी 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • आरोग्य विम्यांतर्गत संरक्षण असलेल्या ग्राहकाला काही आजार झाला किंवा दुखापत झाली आणि त्यामुळे त्याला रुग्णालयात दाखल करण्याचा सल्ला देण्यात आला. तो/ती (किंवा त्याच्या/ तिच्या वतीने कोणीतरी) विम्याचे पुढील तपशील घेऊन रुग्णालयाच्या विमा कक्षाशी संपर्क साधतात: <ol style="list-style-type: none"> i. टीपीएचे नाव, ii. ग्राहक सदस्यत्व क्रमांक, iii. विमाकर्त्याचे नाव, इ.
<p>पायरी 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • रुग्णालय पुढीलप्रमाणे आवश्यक माहिती संकलिते करते: <ol style="list-style-type: none"> i. आजारपणाचे निदान ii. उपचार, iii. उपचार करणाऱ्या डॉक्टरांचे नाव, iv. रुग्णालयात किती दिवस दाखल व्हावे लागेल आणि v. अंदाजे खर्च • ही माहिती रोखविरहित परवानगी फॉर्म नावाच्या प्रारूपात सादर केली जाते.
<p>पायरी 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> • टीपीए रोखविरहित परवानगी फॉर्ममध्ये दिलेल्या माहितीचा अभ्यास करतो आणि रोखविरहित परवानगी प्रदान करता येईल का आणि जर देता येणार असेल तर किती रकमेला परवानगी द्यावी याचा निर्णय घेतो आणि तसे विनाविलंब रुग्णालयाला कळवतो.
<p>पायरी 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> • टीपीएने परवानगी दिलेली रक्कम रुग्णाच्या खात्यामध्ये जमा करून, रुग्णालय रुग्णावर उपचार करते. सदस्याला उपचाराव्यतिरिक्त इतर खर्चासाठी पैसे जमा करण्यास किंवा पॉलिसीअंतर्गत सहयोगी देयक आवश्यक असल्यास ते करायला

	सांगितले जाऊ शकते.
पायरी 5	<ul style="list-style-type: none"> जेव्हा रुग्ण डिस्चार्जसाठी तयार असतो तेव्हा रुग्णालय, विम्याअंतर्गत समाविष्ट प्रत्यक्ष उपचाराचा खर्च टीपीएने मंजूर केलेल्या रुग्णाच्या खात्यात जमा करण्यात आलेल्या रकमेशी जुळवून पाहते. जर जमा झालेली रक्कम कमी असेल तर रुग्णालय रोखविरहित उपचारासाठी अतिरिक्त क्रेडिटच्या मंजूरीची विनंती करते. टीपीए त्याचे विश्लेषण करते आणि अतिरिक्त रक्कम मंजूर करते.
पायरी 6	<ul style="list-style-type: none"> रुग्ण बिगर-स्वीकार्य शुल्क स्वतः भरतो आणि डिस्चार्ज घेतो. दस्तऐवजीकरण पूर्ण करण्यासाठी त्याला दाव्याच्या फॉर्मवर आणि बिलावर सही करायला सांगितले जाते.
पायरी 7	<ul style="list-style-type: none"> रुग्णालय सर्व दस्तऐवज संकलित करते आणि बिलावर प्रक्रिया करण्यासाठी दस्तऐवज टीपीएसमोर सादर करते
पायरी 8	<ul style="list-style-type: none"> टीपीए दाव्यावर प्रक्रिया करतो आणि तपशील पडताळून पाहिल्यानंतर रुग्णालयाला पैसे देण्याची शिफारस करतो.

g) ग्राहकाने हे सुनिश्चित केले पाहिजे की त्याच्याकडे/ तिच्याकडे त्याच्या/ तिच्या विम्याचे तपशील आहेत.

यामध्ये त्याचे टीपीए कार्ड, पॉलिसीची प्रत, संरक्षणाच्या अटी आणि नियम इ.

जेव्हा हे उपलब्ध नसतील तेव्हा तो टीपीएशी संपर्क साधू शकतो (24 तास हेल्पलाईनच्या माध्यमातून) आणि तपशील मागू शकतो.

- आपल्या कन्सल्टिंग डॉक्टरने सुचवलेले रुग्णालय टीपीएच्या नेटवर्कमध्ये आहे की नाही हे ग्राहकाने तपासले पाहिजे. नसेल तर, त्याने टीपीएकडे उपलब्ध पर्याय तपासणे आवश्यक आहे, जिथे अशा उपचारांसाठी रोखविरहित सुविधा उपलब्ध आहे.
- परवानगी-पूर्व फॉर्ममध्ये अचूक तपशील भरले आहेत याची त्याने/ तिने खात्री करून घेतली पाहिजे. हा फॉर्म आयआरडीएआयने 2013 मध्ये जारी केलेल्या आरोग्य विम्यातील प्रमाणीकरणावरील मार्गदर्शक तत्वांनुसार प्रमीणकृत केला आहे. जर प्रकरण स्पष्ट नसेल तर, टीपीए रोखविरहित सुविधा नाकारू शकतो किंवा शंका उपस्थित करू शकतो.
- रुग्णालयाचे शुल्क खोलीचे भाडे किंवा मोतीबिंदूसारख्या निर्दिष्ट उपचारांवरील मर्यादांशी सुसंगत आहेत याची त्याने/ तिने सुनिश्चिती करणे आवश्यक आहे.
- ग्राहकाने टीपीएला डिस्चार्जची माहिती आगाऊ दिली पाहिजे आणि डिस्चार्जपूर्वी आवश्यक असू शकेल अशी अतिरिक्त मंजूरी टीपीएला पाठवण्याची रुग्णालयाला विनंती केली पाहिजे.

यामुळे रुग्णाला विनाकारण रुग्णालयात प्रतीक्षा करावी लागणार नाही याची सुनिश्चिती होईल.

असेही होऊ शकते की, ग्राहक रुग्णालयात रोखविरहित उपचारासाठी विनंती करतो आणि मंजुरी घेतो पण रुग्णाला दुसरीकडे दाखल करण्याचा निर्णय घेतो. अशा प्रकरणांमध्ये, ग्राहकाने रुग्णालयाला कळवले पाहिजे आणि रोखविरहित सुविधेचा वापर केला जात नसल्याचे टीपीएला कळवण्यास सांगितले पाहिजे.

जर हे झाले नाही तर, मंजूर रक्कम ग्राहकाच्या पॉलिसीमध्ये अडकू शकते आणि पुढील विनंतीच्या वेळी मंजुरी मिळवताना पूर्वग्रह आड येऊ शकतात.

C. आरोग्य विमा दाव्यांमधील दस्तऐवजीकरण

या विभागात ग्राहकाने सादर करावयाच्या प्रत्येक दस्तऐवजाची गरज आणि मजकूर स्पष्ट करण्यात आला आहे:

1. डिस्चार्ज सारांश

डिस्चार्ज सारांश म्हणजे आरोग्य विम्याच्या दाव्यावर प्रक्रिया करण्यासाठी आवश्यक असलेला सर्वात महत्वाचा दस्तऐवज. त्यामध्ये रुग्णाच्या स्थितीविषयी आणि उपचार पद्धतीची संपूर्ण माहिती तपशीलाने दिलेली असते आणि दाव्यावर प्रक्रिया करणाऱ्या व्यक्तीला आजारपण/ दुखापत आणि उपचार पद्धती समजून घेण्यासाठी त्याची अतिशय मदत होते. दुर्दैवाने रुग्ण वाचला नाही तर अनेक रुग्णालयांमध्ये डिस्चार्ज सारांशाला **मृत्यू सारांश** असे म्हणतात. डिस्चार्ज सारांशाची नेहमी मूळ प्रत मागितली जाते.

2. तपासणी अहवाल

तपासणी अहवाल निदान आणि उपचारांची तुलना करण्यास सहाय्य करतात, त्यामुळे उपचार का घ्यावे लागले ती नेमकी स्थिती समजून घेण्यासाठी आवश्यक माहिती मिळते आणि रुग्णालयात दाखल असताना झालेल्या प्रगतीची माहिती मिळते उदा. रक्ताच्या चाचणीचे अहवाल, एक्स-रे अहवाल आणि बायोप्सी अहवाल. विशिष्ट विनंती केल्यास विमाकर्ता एक्स-रे आणि इतर फिल्मस ग्राहकाला परत करू शकतो.

3. एकत्रित आणि तपशलीवार बिले:

विमा पॉलिसीअंतर्गत किती पैसे भरायचे त्याचा निर्णय या दस्तऐवजावरून होतो. एकत्रित बिलांमुळे एकंदर चित्र सादर होते असते, तर तपशीलवार बिल संदर्भ कोडसहित बारकावे देतात. बिलांच्या नेहमी मूळ प्रतीच प्राप्त व्हाव्या लागतात.

4. देयक चुकते केल्याची पावती

आरोग्य विमा दाव्याच्या भरपाईसाठी भरलेल्या रकमेची रुग्णालयाकडून औपचारिक पावती मिळणेही आवश्यक असते, जी एकूण बिलाइतकी असायला हवी.

पावतीवर क्रमांक असला पाहिजे किंवा शिक्का असला पाहिजे आणि ती मूळ स्वरूपात सादर केली गेली पाहिजे.

5. दाव्याचा फॉर्म

दाव्याचा फॉर्म ही दाव्यावर प्रक्रिया करण्यासाठी औपचारिक आणि कायदेशीर विनंती असते आणि ती ग्राहकाने सही करून मूळ स्वरूपात सादर केली पाहिजे. हा दाव्याचा फॉर्म आता आयआरडीएआयने प्रमाणीकृत केला आहे.

आजार, उपचार इत्यादींवरील माहितीबरोबरच, विमाधारक व्यक्ती दाव्याच्या फॉर्ममध्ये करत असलेली घोषणा हे कायदेशीर अर्थाने सर्वात महत्वाचे दस्तऐवज असते.

6. परिचयाचा पुरावा

आपल्या आयुष्यात विविध कामांसाठी परिचयाच्या पुराव्यांचा वापर वाढला असताना, विमा संरक्षण असलेली व्यक्ती आणि उपचार करण्यात आलेली व्यक्ती एकच आहेत का हे पडताळून पाहण्यात परिचयाचा सर्वसाधारण पुरावा मदत करतो. सामान्यपणे मतदान ओळखपत्र, वाहनचालकाचा परवाना, पॅन कार्ड, आधार कार्ड, इ. ओळख दस्तऐवज मागितले जातात.

7. विशिष्ट दाव्यांशी संबंधित दस्तऐवज

काही विशिष्ट प्रकारचे दावे आहेत, ज्यासाठी उपरोल्लिखित दस्तऐवजांशिवाय अतिरिक्त दस्तऐवज आवश्यक असतात. ते पुढीलप्रमाणे आहेत:

- अपघाताचे दावे, जिथे एफआयआर किंवा रुग्णालयाने नोंदणीकृत पोलीस स्टेशनला जारी केलेले वैद्यक-न्यायिक प्रमाणपत्र आवश्यक असू शकते.
- गुंतागुंतीच्या किंवा उच्च मूल्याच्या दाव्यांच्या बाबतीत केस इनडोअर पेपर्स.
- जिथे लागू असेल तिथे डायलिसिस / केमोथेरपी/ फिजियोथेरपी तक्ते.
- रुग्णालय नोंदणी प्रमाणपत्र, जिथे रुग्णालयाच्या व्याख्येचे पालन करण्यात आले आहे का हे तपासले पाहिजे.

स्वतःची चाचणी घ्या 2

रुग्णालयात दाखल असलेल्या रुग्णावर केलेल्या सर्व उपचारांचे तपशील असलेले कोणते दस्तऐवज रुग्णालयात राखले जाते?

- I. तपासणी अहवाल
- II. डिस्चार्ज सारांश
- III. केस पेपर
- IV. रुग्णालय नोंदणी प्रमाणपत्र

स्वतःची चाचणी घ्या 3

दाव्यांच्या स्थितीच्या आधारावर, विमाकर्त्याच्या जमाखर्च पुस्तकात, सर्व दाव्यांसाठी केलेल्या तरतुदीच्या रकमेला _____ म्हणतात.

- I. पूलिंग
- II. अकाउंटिंग
- III. राखीव निधी तयार करणे
- IV. गुंतवणूक करणे

D. तृतीय पक्ष प्रशासकाची (टीपीए) भूमिका

टीपीएच्या भूमिकेवर आधीच्या प्रकरणांमध्ये देखील चर्चा करण्यात आली आहे. टीपीएद्वारे देऊ करण्यात आलेल्या सेवा जाणून घेणे महत्वाचे आहे जेणेकरून सेल्स पर्सन ग्राहकाला योग्य सेवा देऊ शकेल.

विमा पॉलिसीची विक्री आणि जारी केल्यानंतर टीपीए सेवांची व्याप्ती सुरू होते. विमाकर्ता टीपीए वापरत नसेल तर, या सेवा कंपनीतील अंतर्गत टीमकडून दिल्या जातात.

1. आरोग्य विम्याची विक्री पश्चात सेवा

- a) एकदा प्रस्ताव (आणि प्रिमियम) स्वीकारला की संरक्षण सुरू होते.
- b) पॉलिसीची सेवा देण्यासाठी टीपीएचा वापर करायचा असेल तर, विमाकर्ता ग्राहक आणि पॉलिसीची माहिती टीपीएला देतो.
- c) टीपीए सदस्यांची नावनोंदणी करतो (प्रस्तावक ही पॉलिसी घेणारी व्यक्ती असते, तर या पॉलिसीअंतर्गत ज्यांना संरक्षण मिळते त्यांना सदस्य म्हणतात) आणि भौतिक किंवा इलेक्ट्रॉनिक कार्डच्या स्वरूपामध्ये सदस्यत्व जारी करू शकतो.

- d) रोखविरहित सुविधेचा लाभ घेण्यासाठी तसेच रुग्णालयात दाखल करण्यासाठी किंवा संरक्षण असलेले उपचार घेण्यासाठी जेव्हा सदस्याला पॉलिसीच्या आधाराची गरज असते तेव्हा दाव्यावर प्रक्रिया करण्यासाठी टीपीएचे सदस्यत्व वापरले जाते.
- e) टीपीए दाव्यावर किंवा रोखविरहित सुविधेच्या विनंतीवर प्रक्रिया करतो आणि विमाकर्त्याबरोबर मान्य केलेल्या वेळेत सेवा प्रदान करतो.
- f) विमाधारक व्यक्तीने पॉलिसी आणि टीपीएशी संबंध दर्शवणारे ओळखपत्र सोबत बाळगले पाहिजे.
- g) रोखविरहित सुविधेची विनंती करण्यासाठी दिलेल्या माहितीच्या आधारावर टीपीए रुग्णालयाला पूर्व-परवानगी किंवा हमीपत्र जारी करते.
- h) जिथे माहिती स्पष्ट किंवा उपलब्ध नसेल तिथे टीपीए रोखविरहित सुविधेची विनंती फेटाळू शकतो. अशा प्रकरणांमध्ये नुकसानभरपाईच्या आधारावर दाव्यांची तपासणी केली जाऊ शकते.

2. ग्राहक संबंध आणि संपर्क व्यवस्थापन

टीपीए दाव्यांची सेवा देण्यात सहभागी असल्यामुळे, त्यांच्याकडे नेहमी स्वतःची तक्रार निवारण यंत्रणा असते.

E. दाव्यांचे व्यवस्थापन – वैयक्तिक अपघात

दाव्याची अधिसूचना प्राप्त झाल्यानंतर खालील बाबी काळीजपूर्वक तपासल्या पाहिजेत:

- a) ज्या व्यक्तीच्या संदर्भात दावा करण्यात आला आहे तिला पॉलिसीअंतर्गत संरक्षण दिलेले आहे
- b) अपघाताच्या तारखेला पॉलिसी वैध आहे आणि प्रिमियम प्राप्त झाला आहे
- c) झालेले नुकसान पॉलिसीच्या कालावधीत आहे
- d) नुकसान हे “अपघात”नेच झाले आहे, आजारपणाने नाही
- e) काही फसवणूक झाल्यासारखे वाटत आहे का ते तपासा आणि गरज असल्यास तपासणी करा
- f) दाव्याची नोंदणी करा आणि त्यासाठी राखीव निधी तयार करा
- g) टर्नअराउंड वेळ (सेवा देण्याचा कालावधी) राखा आणि ग्राहकाला दाव्याच्या घडामोडींविषयी माहिती देत राहा.

1. दाव्यांची तपासणी

दाव्यांची तपासणी म्हणजे दाव्यांची वैधता निश्चित करणे आणि नुकसानाचे निश्चित कारण आणि प्रमाण शोधून काढणे. दाव्याचे दस्तऐवज प्राप्त झाल्यानंतर, जर दावा संशयास्पद आढळला तर, दावा पडताळणीसाठी अंतर्गत/ व्यावसायिक तपासकाकडे पाठवला जाऊ शकतो.

उदाहरण

प्रकरण मार्गदर्शक तत्वांचे उदाहरण:

रस्ते वाहतूक अपघात

- घटना कधी घडली – अचूक वेळ आणि तारीख स्थान? तारीख आणि वेळ
- विमाधारक व्यक्ती पादचारी होती, प्रवासी म्हणून प्रवास करत होती/ दुचाकीवर मागे बसली होती की अपघात झालेले वाहन चालवत होती?

वैयक्तिक अपघात दाव्यांमधील काही संभाव्य फसवणुकी आणि त्रुटींची उदाहरणे:

- टीटीडी कालावधी वाढवून सांगणे.
- आजारपणाला अपघात म्हणून दाखवणे, उदा. पॅथॉलॉजिकल कारणांमुळे झालेली पाठदुखी घरामध्ये 'पडलो/ घसरलो' असे नोंदवून पीए दाव्यामध्ये रुपांतरित करून सांगणे

वैयक्तिक अपघात दाव्यांची पूर्तता करताना डिस्चार्ज व्हाउचर हे महत्वाचे दस्तऐवज असते, विशेषतः मृत्यूचा दावा करताना. तसेच प्रस्तावाच्या वेळी नामनिर्देशनाचे तपशील प्राप्त करणे महत्वाचे असते आणि तो पॉलिसी दस्तऐवजाचा भाग असला पाहिजे.

2. दावा दस्तऐवजीकरण – प्रत्येक कंपनी एक यादी देते

- योग्य प्रकारे भरलेला, दावेदाराची नामनिर्देशित व्यक्ती/ कुटुंबातील सदस्याने सही केलेला वैयक्तिक अपघात दावा फॉर्म
- प्राथमिक माहिती अहवालाची मूळ किंवा साक्षांकित प्रत.
- मृत्यू प्रमाणपत्राची मूळ किंवा साक्षांकित प्रत.
- शवविच्छेदन केले असल्याच्या अहवालाची साक्षांकित प्रत.
- एएमएल (अँटी-मनी लॉडरिंग) दस्तऐवजांची साक्षांकित प्रत – नावाच्या पडताळणीसाठी (पासपोर्ट/ पॅन कार्ड/ मतदान ओळखपत्र/ वाहनचालकाचा परवाना) पत्याच्या पडताळणीसाठी (टेलिफोन बिल/ बँक खात्याचे विवरण, विजेचे बिल/ रेशन कार्ड) आवश्यक.

- f) प्रतिज्ञापत्र आणि नुकसानभरपाई बाँड असलेले कायदेशीर वारस प्रमाणपत्र, दोन्ही सर्व कायदेशीर वारशांची सही असली पाहिजे आणि नोटरीज केलेले असले पाहिजे
- g) विमाधारकाचे अपंगत्व प्रमाणित करणारे सिव्हिल सर्जन किंवा समकक्ष सक्षम डॉक्टरांचे कायमस्वरूपी अपंगत्वाचे प्रमाणपत्र.
- h) उपचार करणाऱ्या डॉक्टरकडून अपंगत्वाचा प्रकार आणि अपंगत्वाचा कालावधी नमूद करणारे वैद्यकीय प्रमाणपत्र. नियोक्याकडून रीतसर सही केलेले आणि सीलबंद केलेले, रजेच्या नेमक्या कालावधीचे तपशील देणारे रजेचे प्रमाणपत्र.

वरील यादी केवळ सूचक आहे, प्रकरणाच्या विशिष्ट तथ्यांनुसार, विशेषतः फसवणुकीचा संशय असलेल्या दाव्याची तपासणी करावयाच्या प्रकणांमध्ये पुढील दस्तऐवज (जखमांच्या खुणांचे, अपघाताच्या जागेचे फोटो, इत्यादींसह) आवश्यक असू शकतात.

स्वतःची चाचणी घ्या 4

कायमस्वरूपी संपूर्ण अपंगत्वाच्या दाव्यासाठी खालीलपैकी कोणते दस्तऐवज सादर करणे आवश्यक नसते?

- I. दावेदाराने योग्य प्रकारे भरून स्वाक्षरी केलेला वैयक्तिक अपघात दावा फॉर्म.
- II. विमा पॉलिसीची प्रत.
- III. विमाधारकाचे अपंगत्व प्रमाणित करणारे सिव्हिल सर्जन किंवा समकक्ष सक्षम डॉक्टरांचे कायमस्वरूपी अपंगत्वाचे प्रमाणपत्र.
- IV. विमाधारक त्याची नेहमीची कामे करण्यास तंदुरुस्त असल्याचे प्रमाणित करणारे, उपचार करणाऱ्या डॉक्टरांचे तंदुरुस्ती प्रमाणपत्र.

F. दाव्यांचे व्यवस्थापन – परदेशी प्रवास विमा

या पॉलिसीअंतर्गत संरक्षणावर उत्पादन प्रकरणामध्ये आधीच चर्चा झाली आहे. या विभागामध्ये परदेशी प्रवासादरम्यान उद्भवलेले दावे कसे हाताळले जातात हे स्पष्ट करण्याचा प्रयत्न करण्यात आला आहे.

दावा सेवांमध्ये मूलतः पुढील गोष्टींचा समावेश होतो:

- a) 24*7 आधारावर दाव्याची अधिसूचना स्वीकारणे;
- b) दावा फॉर्म आणि प्रक्रिया पाठवणे;
- c) नुकसान झाल्यानंतर तातडीने काय केले पाहिजे याबद्दल ग्राहकाला मार्गदर्शन करणे;
- d) वैद्यकीय आणि आजारपणांच्या दाव्यांसाठी रोखविरहित सेवा पुरवणे;

e) प्रत्यावर्तन आणि निर्वासनाची सोय करणे, आपत्कालीन आगाऊ रोख देणे.

सहाय्यक कंपनी – परदेशी दाव्यांमधील भूमिका

सहाय्यक कंपन्यांची स्वतःची कार्यालये असतात आणि जगभरात त्यांच्यासारख्याच सेवा प्रदात्यांशी त्यांचे करार असतात. या कंपनी, विम्या कंपन्यांच्या ग्राहकांना पॉलिसीअंतर्गत संरक्षण दिलेल्या घटनांच्या बाबतीत सहाय्य देऊ करतात.

दावा नोंदवण्यासाठी आणि माहिती देण्यासाठी या कंपनी आंतरराष्ट्रीय टोलफ्री क्रमांकांसह 24*7 कॉल सेंटर चालवतात. तसेच त्या खालील सेवादेखील देऊ करतात आणि विशिष्ट विमा कंपनीबरोबर झालेला करार, संरक्षण लाभ इत्यादींप्रमाणे या सेवांसाठीचे शुल्क बदलते.

a) वैद्यकीय सहाय्य सेवा:

- i. वैद्यकीय सेवा प्रदात्यांचे संदर्भ
- ii. रुग्णालयात दाखल करण्याची व्यवस्था
- iii. आपत्कालीन वैद्यकीय निर्वासनाची व्यवस्था
- iv. आपत्कालीन वैद्यकीय प्रत्यावर्तनाची व्यवस्था
- v. पार्थिवाचे प्रत्यावर्तन
- vi. करुणा (सदिच्छा) भेटीच्या व्यवस्था
- vii. अल्पवयीन मुलांना सहाय्य/ सोबत

b) रुग्णालयात दाखल करताना आणि नंतर वैद्यकीय स्थितीवर देखरेख

c) आवश्यक औषधांचे वितरण

d) पॉलिसीमधील अटी आणि नियम, आणि विमा कंपनीच्या मान्यतेनुसार रुग्णालयात दाखल झाले असताना झालेल्या वैद्यकीय खर्चाच्या भरपाईची हमी.

e) सहल-पूर्व माहिती सेवा आणि इतर सेवा:

- i. व्हिसा आणि लसीकरणाच्या गरजा
- ii. दूतावास संदर्भ सेवा
- iii. हरवलेला पासपोर्ट आणि हरवलेले सामान यासंबंधी सहाय्य सेवा
- iv. आपत्कालीन संदेश वहन सेवा
- v. बेल बाँड व्यवस्था
- vi. आपत्कालीन आर्थिक सहाय्य

- f) दुभाषी संदर्भ
- g) कायदेशीर संदर्भ
- h) वकिलासोबत भेट

a) रुग्णालयात दाखल करण्याची प्रक्रिया

- i. एकदा विमाधारकाने विमा कंपन्यांना वैध आरोग्य किंवा परदेशी प्रवास विमा पॉलिसी दिली की बहुतांश रुग्णालये सर्व आंतरराष्ट्रीय विमा कंपन्यांकडून देयकांची हमी स्वीकारतात.
- ii. रुग्णालये तातडीने उपचार सुरु करतात. जर विम्याचे संरक्षण असेल तर विमा पॉलिसी पैसे देते अन्यथा रुग्ण व्यक्तीला पैसे द्यावे लागतात. देयकांना विलंब होत असल्यामुळे रुग्णालयांचा शुल्क वाढवण्याकडे कल असतो.
- iii. विमाधारकासाठी सहाय्यक कंपन्यांची टोल फ्री क्रमांकांवर नेटवर्क रुग्णालयांसंबंधी आणि कार्यप्रणालींसंबंधी माहिती उपलब्ध असते.
- iv. रुग्णालयात दाखल करण्याची गरज पडल्यावर विमाधारकाने त्याबद्दल कॉल सेंटरला कळवणे आणि वैध प्रवास विमा पॉलिसीबरोबर निर्दिष्ट केलेल्या रुग्णालयात जाणे आवश्यक असते.
- v. पॉलिसीची वैधता तपासण्यासाठी आणि संरक्षणांची पडताळणी करण्यासाठी रुग्णालये सामान्यतः कॉल सेंटर क्रमांकांवरून सहाय्यक कंपन्यांशी/ विमाकर्त्यांशी संपर्क साधतात.
- vi. एकदा रुग्णालयाने पॉलिसी स्वीकारली की विमाधारक त्या रुग्णालयात रोखविरहित आधारावर उपचार घेऊ शकतो.
- vii. विमाकर्ता/ सहाय्यक प्रदात्यांना ग्राह्यता निश्चित करण्यासाठी आवश्यक असलेली काही मूलभूत माहिती याप्रमाणे आहे:
 1. आजाराचे तपशील
 2. कोणताही पूर्वेतिहास असला तर, रुग्णालयाचे तपशील, भारतातील स्थानिक वैद्यकीय अधिकारी:
 - ✓ पूर्वेतिहास, सध्याचे उपचार आणि रुग्णालयातील पुढील नियोजित क्रम आणि पुढील गोष्टी त्वरित पाठवण्याची विनंती
 - ✓ उपचार करणाऱ्या फिजिशियनच्या निवेदनासह दाव्याचा फॉर्म
 - ✓ पासपोर्टची प्रत
 - ✓ वैद्यकीय माहिती देण्यासाठीचा फॉर्म

b) वैद्यकीय खर्च आणि इतर बिगर-वैद्यकीय दाव्यांची परतफेड:

साधारणतः भारतात परत आल्यानंतर विमाधारक परतफेडीचे दावे दाखल करतात. दाव्याचे कागदपत्र प्राप्त झाल्यानंतर, नेहमीच्या प्रक्रियेनुसार दाव्यावर प्रक्रिया केली जाते. सर्व स्वीकार्य दाव्यांसाठी भारतीय रुपयांमध्ये (INR) पैसे चुकते केले जाते, हे रोखविरहित दाव्यांसारखे नाही, जिथे पैसे परदेशी चलनामध्ये भरले जातात.

परतफेडीच्या दाव्यांवर प्रक्रिया करताना, भारतीय रुपयांमध्ये दायित्वाचे प्रमाण ठरवण्यासाठी, नुकसानाच्या दिवशी लागू असणारा चलनाचा विनिमय दर लागू केला जातो. त्यानंतर चेकद्वारे किंवा इलेक्ट्रॉनिक हस्तांतरण पद्धतीने पैसे दिले जातात.

c) वैद्यकीय अपघात आणि आजारपण खर्चासाठी दाव्यांचे दस्तऐवजीकरण

- i. दाव्याचा फॉर्म
- ii. डॉक्टरचा अहवाल
- iii. मूळ दाखला/ डिस्चार्ज कार्ड
- iv. मूळ बिले/ पावत्या / प्रिस्क्रिप्शन
- v. मूळ एक्स-रे अहवाल/ रोगनिदानात्मक (पॅथॉलॉजिकल) / तपासणी (इन्व्हेस्टिगेटिव्ह) अहवाल
- vi. प्रवेश आणि निर्गमनाच्या शिक्क्यांसह पासपोर्ट/ व्हिसाची प्रत

वरील यादी केवळ सूचक आहे. विशिष्ट प्रकरण तपशीलांनुसार किंवा विशिष्ट विमाकर्त्याकडून पालन केले जात असलेले दावा पूर्तता धोरण/ प्रक्रिया यांच्याप्रमाणे अतिरिक्त माहिती/ दस्तऐवजांची आवश्यकता असू शकते.

स्वतःची चाचणी घ्या 5

एकदा विमाधारकाने विमा कंपन्यांना वैध _____ विमा पॉलिसी दिली की बहुतांश रुग्णालये सर्व आंतरराष्ट्रीय विमा कंपन्यांकडून देयकांची हमी स्वीकारतात.

- I. कायदेशीर दायित्व
- II. कोरोना रक्षक
- III. परदेशी विमा
- IV. एन्डोमेंट

‘स्वतःची चाचणी घ्या’ची उत्तरे

उत्तर 1 – अचूक पर्याय आहे ॥.

उत्तर 2 - अचूक पर्याय आहे ॥.

उत्तर 3 - अचूक पर्याय आहे ॥॥.

उत्तर 4 - अचूक पर्याय आहे ॥॥॥.

उत्तर 5 - अचूक पर्याय आहे ॥॥॥.

सारांश

- a) विमा हे 'आश्वासन' आहे आणि पॉलिसी ही त्या आश्वासनाची 'साक्षीदार' असते. विमा उतरवलेली घटना घडल्यानंतर पॉलिसीअंतर्गत दावा केला जातो तेव्हा त्या आश्वासनाची खरी कसोटी असते.
- b) विमा कंपनीची दावा चुकता करण्याची क्षमता हा विम्यामधील महत्वाच्या गुणांकन निकषांपैकी एक आहे.
- c) विमा विकत घेणारा ग्राहक का पहिला भागधारक तसेच दाव्याचा प्राप्तकर्ता असतो.
- d) रोखविरहित दाव्यामध्ये नेटवर्क रुग्णालय विमाकर्ता/ टीपीएकडून पूर्व-मंजूरीच्या आधारे वैद्यकीय सेवा प्रदान करते आणि नंतर दाव्याच्या पूर्ततेसाठी दस्तऐवज सादर करते.
- e) परतफेडीच्या दाव्यामध्ये, ग्राहक रुग्णालयात स्वतःचे पैसे भरतो आणि त्यानंतर देयकाच्या पैशांसाठी विमाकर्ता/ टीपीएकडे दावा सादर करतो.
- f) दाव्याची माहिती देणे हा ग्राहक आणि दावा टीम दरम्यानचा संपर्काचा पहिला प्रसंग असतो.
- g) विम्याच्या दाव्यामध्ये विमा कंपनीला फसवणुकीचा संशय आला तर तो तपासणीसाठी पाठवला जातो. विमाकर्ता/ टीपीए दाव्याची तपासणी अंतर्गत टीमकडून करून घेऊ शकतात किंवा तो व्यावसायिक तपास एजन्सीकडे पाठवला जाऊ शकतो.
- h) राखीव म्हणजे दाव्यांच्या स्थितीवर आधारित सर्व विमाकर्त्यांच्या खातेवह्यांमधील दाव्यांसाठी केलेल्या तरतुदीची रक्कम.
- i) दावा नाकारला तर, ग्राहकाजवळ विमाकर्त्यांच्या प्रतिनिधीकडे दाद मागण्याबरोबरच विमा लोकपालांकडे किंवा ग्राहक आयोगाकडे किंवा अगदी कायदा अधिकाऱ्यांकडे जाण्याचाही पर्याय उपलब्ध असतो.
- j) फसवणुकी या बहुतांशी रुग्णालयात दाखल झाल्याच्या नुकसानभरपाई पॉलिसीमध्ये होतात, पण वैयक्तिक अपघात पॉलिसीचाही फसवे दावे करण्यासाठी वापर केला जातो.
- k) टीपीए, विमाकर्त्याला अनेक महत्वाच्या सेवा प्रदान करतात आणि त्याबदल्यात शुल्क घेतात.