

کارپوریٹ ایجنٹ صحت (مجاز سرٹیفائیرز)

شکرگزاری

یہ کورس بیمہ ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی آف انڈیا (IRDAI) کے ذریعہ تجویز کردہ نظرثانی شدہ نصاب پر مبنی ہے۔ اسے بیمہ انسٹی ٹیوٹ آف انڈیا، ممبئی نے تیار کیا ہے۔

مصنف/ جائزہ لینے والا (حروف تہجی کی ترتیب میں)

ڈاکٹر آر کے دگل
ڈاکٹر ششیدھرن کے کٹی
مسٹر ویپاچیڈو جینتھ کمار
سی اے پی کوٹیشور راؤ
ڈاکٹر پردیپ سرکار
ڈاکٹر رمیش کمار ستلوری
پروفیسر مادھوری شرما
ڈاکٹر جارج ای تھامس
پروفیسر ارچنا ویز
مسٹر کرشنموہن وائی

اس کورس کا اُردو ترجمہ اور تصدیق (جائزہ) مندرجہ ذیل ساتھیوں کے تعاون سے کیا گیا ہے
سی۔ ڈیک، پونے
جناب نبال احمد
جناب این اے فاروقی



جی - بلاک، پلاٹ نمبر-46-C، باندرا کرلا کمپلیکس، باندرا (E)، ممبئی -
400 051

کارپوریٹ ایجنٹ صحت (مجاز سرٹیفائیرز)

ایڈیشن کا سال : 2025

جملہ حقوق محفوظ ہیں

یہ متنی مواد بیمہ انسٹی ٹیوٹ آف انڈیا (III) کا کاپی رائٹ ہے۔ اس کورس کو بیمہ انسٹی ٹیوٹ آف انڈیا کے امتحانات میں شرکت کرنے والے طلباء کو تعلیمی معلومات فراہم کرنے کے لیے ڈیزائن کیا گیا ہے۔ اس کورس کے مواد کو تجارتی مقاصد کے لیے، مکمل یا جزوی طور پر، انسٹی ٹیوٹ کی پیشگی واضح تحریری اجازت کے بغیر دوبارہ پیش نہیں کیا جا سکتا۔

اس کورس میں موجود مواد مروجہ بہترین طریقوں پر مبنی ہیں اور ان کا مقصد قانونی یا دیگر تنازعات کی تشریح یا حل فراہم کرنا نہیں ہے۔

یہ صرف ایک اشارے والا متنی مواد ہے۔ براہ کرم نوٹ کریں کہ امتحان میں پوچھے گئے سوالات صرف اس متن تک محدود نہیں ہوں گے۔

ناشر: جنرل سکریٹری، بیمہ انسٹی ٹیوٹ آف انڈیا، جی بلاک، پلاٹ نمبر۔ سی-46، باندرہ کرلا کمپلیکس، باندرہ (مشرقی) ممبئی - 400 051، پریس

اس کورس کے مواد سے متعلق کوئی بھی بات چیت ctd@iii.org.in کے ساتھ کی جا سکتی ہے، جہاں کور پیج پر مضمون کا نام اور منفرد پبلی کیشن نمبر کا ذکر کرنا ضروری ہوگا۔

پیش لفظ

بیمہ انسٹی ٹیوٹ آف انڈیا (انسٹی ٹیوٹ) نے بیمہ ایجنٹس کے لیے یہ کورس مواد بیمہ ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی آف انڈیا (IRDAI) کے تجویز کردہ نصاب کی بنیاد پر تیار کیا ہے۔ اس کورس کے مواد کی تیاری میں صنعت کے ماہرین کا تعاون بھی لیا گیا ہے۔

یہ کورس زندگی، جنرل اور ہیلتھ بیمہ کے بارے میں بنیادی معلومات فراہم کرتا ہے۔ یہ بیمہ کی متعلقہ لائنوں میں ایجنٹوں کو اپنے پیشہ ورانہ کیریئر کو صحیح تناظر میں سمجھنے اور جانچنے میں مدد کرتا ہے۔

اس کورس کو چار حصوں میں تقسیم کیا گیا ہے۔ (1) جائزہ - یہ ایک عام سیکشن ہے جو بیمہ کے اصولوں، قانونی اصولوں اور ریگولیٹری معاملات پر بحث کرتا ہے جن کی معلومات بیمہ ایجنٹوں کو ہونا ضروری ہے۔ اس کے علاوہ، تین الگ الگ حصے ہیں (2) لائف بیمہ ایجنٹس، (3) جنرل بیمہ ایجنٹس اور (4) ہیلتھ بیمہ ایجنٹس بننے کے خواہشمند طلباء کی مدد کے لیے ہیں۔

اس کورس میں ماڈل سوالات کا ایک سیٹ بھی فراہم کیا گیا ہے جس سے طلباء کو امتحان کے پیٹرن اور امتحان میں پوچھے گئے مختلف قسم کے آجیکٹو قسم کے سوالات کا اندازہ ہو گا۔ ماڈل سوالات کی مدد سے، طلباء یہ بھی چیک کر سکتے ہیں اور دیکھ سکتے ہیں کہ انہوں نے کیا سیکھا ہے۔

بیمہ بدلتے ہوئے ماحول میں کام کرتا ہے۔ ایجنٹوں کے لیے مارکیٹ میں ہونے والی تبدیلیوں سے باخبر رہنا ضروری ہے۔ ان کو چاہیے کہ وہ پرائیویٹ اسٹڈیز کے ساتھ ساتھ انسٹی ٹیوٹ میں متعلقہ بیمہ کمپنیوں کے زیر اہتمام تربیتی پروگراموں میں حصہ لے کر اپنے علم کو تازہ رکھیں۔

یہ ادارہ اس کورس کی تیاری کی ذمہ داری دینے کے لیے آئی آر ڈی اے آئی کا شکریہ ادا کرتا ہے۔ انسٹی ٹیوٹ ان تمام طلباء کو بیمہ مارکیٹنگ میں کامیاب کیریئر کی خواہش کرتا ہے جو اس کورس کے مواد کا مطالعہ کرنے کے خواہشمند ہیں۔

یہ ادارہ اس کورس کی تیاری کی ذمہ داری دینے کے لیے آئی آر ڈی اے آئی کا شکریہ ادا کرتا ہے۔ انسٹی ٹیوٹ اس کورس کے مواد کا مطالعہ کرنے کے خواہشمند ان تمام طلباء کی بیمہ مارکیٹنگ میں کامیاب کیریئر کی خواہش کرتا ہے۔

مشمولات

باب نمبر	عنوان	صفحہ نمبر
سیکشن	ہیلتھ بیمہ	
H-01	صحت کے بیمہ کا تعارف	2
H-02	صحت بیمہ سے متعلق دستاویز	10
H-03	صحت بیمہ کے مصنوعات یا پروڈکٹس	19
H-04	صحت بیمہ انڈر رائٹنگ	49
H-05	صحت بیمہ کے دعوے	66

سیکشن
صحت سیکشن

باب H-01 صحت کے بیمہ کا تعارف

باب کا تعارف یا انٹروڈکشن

اس باب میں آپ کو یہ بتایا گیا ہے کہ وقت کے ساتھ بیمہ نے کیسے ترقی کی۔ آپ کو یہ بھی بتایا جائے گا کہ صحت کی دیکھ بھال یعنی ہیلتھ کیئر کیا ہے، ہیلتھ کیئر سسٹمز کے کتنے لیولس اور قسمیں ہیں۔ اس کے علاوہ، آپ ہندوستان کے ہیلتھ کیئر کے نظام اور اس پر اثر انداز ہونے والے عوامل کے بارے میں بھی جانیں گے۔ آخر میں، آپ کو بتایا جائے گا کہ ہندوستان میں صحت بیمہ کی ترقی کیسے ہوئی اور ہندوستان میں صحت بیمہ مارکیٹ میں کون سی مختلف کمپنیاں موجود ہیں۔

قابل غور امور

- A. ہیلتھ کیئر کو سمجھنا
- B. ہیلتھ کیئر کے لیولس
- C. ہیلتھ کیئر کی قسمیں
- D. ہندوستان میں صحت بیمہ کی ترقی
- E. صحت بیمہ بازار

اس باب کا مطالعہ کرنے کے بعد، آپ یہ سمجھ پائیں گے کہ:

- (a) صحت بیمہ کی ترقی کیسے ہوئی۔
- (b) ہیلتھ کیئر کا تصور اس کی قسمیں اور لی ویلس کی تشریح یعنی اکسپلینیشنس
- (c) آزادی کے بعد سے ہندوستان میں صحت کی دیکھ بھال سے متعلق قابل تعریف اقدامات کا جائزہ
- (d) ہندوستان میں صحت بیمہ کے ارتقاء یا ترقی پر تبادلہ خیال۔
- (e) ہندوستان میں صحت بیمہ بازار کی واقفیت۔

A. ہیلتھ کیئر کو سمجھنا

لفظ ہیلتھ (صحت) لفظ 'ہیلتھ' سے ماخوذ ہے جس کا مطلب ہے 'تندرست و توانا جسم'۔

قدیم زمانے میں صحت کو ایک 'خدائی تحفہ' سمجھا جاتا تھا اور بیماری کی وجہ متعلقہ شخص کے گناہوں کو قرار دیا جاتا تھا۔ دراصل ہپوکریٹس (460 سے 370 قبل مسیح) تھے جنہوں نے بیماری کے پیچھے اصل وجوہات کی وضاحت کی۔ ان کے مطابق یہ بیماریاں ماحول، حفظان صحت، ذاتی صفائی اور خوراک سے متعلق مختلف عوامل کی وجہ سے ہوتی ہیں۔ قدیم ہندوستان کے ویدک متون میں 'آروگیام مہابھاگیم' کہا، گیا ہے جس کی تعبیر 'جان بے تو جہان ہے' سے کی جاسکتی ہے یا بالفاظ دیگر تندرستی ہزار نعمت ہے۔

تعریف یا ڈیفینیشن

صحت کی وسیع پیمانے پر قبول شدہ تعریف ورلڈ ہیلتھ آرگنائزیشن (WHO) نے کی ہے۔ 'صحت محض بیماری یا کمزوری کی عدم موجودگی نہیں ہے بلکہ مکمل جسمانی، ذہنی اور سماجی بہبود کی مظہر ہے۔'

صحت کا تعین کرنے والے

عام طور پر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ درج ذیل عوامل کسی فرد کی صحت کا تعین کرتے ہیں:

(a) طرز زندگی کے عوامل

طرز زندگی کے عوامل وہ ہوتے ہیں جو زیادہ تر متعلقہ شخص کے کنٹرول میں ہوتے ہیں۔ جیسے ورزش کرنا اور حد کے اندر کھانا کھانا، پریشانی سے بچنا اور صحت مند؛ جبکہ اس کے بر خلاف کینسر، ایڈز، ہائی بلڈ پریشر اور ذیابیطیس جیسی کئی بیماریوں کو دعوت دینا ہے۔

(b) ماحولیاتی عوامل

انفلوئنزا اور چکن پاکس جیسی متعدد بیماریاں ناقص حفظان صحت یا گندگی کی وجہ سے پھیلتی ہیں۔ ملیریا اور ڈینگو جیسی بیماریاں ماحولیاتی صفائی کے ناقص انتظامات کی وجہ سے پھیلتی ہیں جبکہ کچھ بیماریاں ماحولیاتی عوامل یعنی فیکٹرز کی وجہ سے بھی ہوتی ہیں۔

(c) موروثی عوامل یعنی جینیٹک فیکٹرز

بیماریاں والدین سے بچوں میں جینز کے ذریعے منتقل ہو سکتی ہیں۔ اس طرح کے جینیاتی عوامل مختلف انداز میں صحت پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ کبھی نسلی کبھی جغرافیائی محل وقوع تو کبھی پوری دنیا میں پھیلے مختلف کمیونٹیز کے ذریعہ بھی رجحانات کا باعث بنتے ہیں۔

یہ بات بالکل واضح ہے کہ کسی ملک کی سماجی اور معاشی ترقی کا انحصار اس کے عوام کی صحت پر ہوتا ہے۔ اس سے یہ سوال پیدا ہوتا ہے کہ کیا مختلف صورتحال پر مختلف طرح کی صحت کی دیکھ بھال کی ضرورت ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

مندرجہ ذیل میں کون سی بیماری طرز زندگی سے متاثر نہیں ہے (یعنی وہ فرد کے کنٹرول میں نہیں ہیں)؟

I. کینسر

II. ایڈز

III. ملیریا

IV. بائی بلڈ پریشر

B. ہیلتھ کیئر کے لیولس

صحت کی دیکھ بھال (ہیلتھ کیئر) حکومت سمیت مختلف ایجنسیوں کی ذمہ داری ہے تاکہ وہ عوام الناس کی صحت کی دیکھ بھال، اس کی نگرانی اور حفظان صحت کے اصول کا خیال رکھ سکیں۔ حفظان صحت کیلئے ضروری ہے کہ:

- عوام الناس کی ضرورت کے حساب سے
- مکمل یا کامپریہینسیو ہوں
- ضرورت کے اعتبار سے کافی ہوں
- آسانی سے دستیاب ہوں
- کفایتی یا سستا ہو

صحت کی دیکھ بھال کی سہولیات آبادی کے لیے بیماری کے امکانات پر مبنی ہونی چاہئیں۔ مثال کے طور پر، ایک شخص کو سال میں کئی بار بخار، نزلہ، کھانسی، جلد کی الرجی وغیرہ ہو سکتی ہے، لیکن اس کے ہیپاٹائٹس بی میں مبتلا ہونے کے امکانات، نزلہ زکام کے مقابلے میں کم ہوتے ہیں۔

لہذا، گاؤں ہو یا ضلع یا ریاست، کسی بھی علاقے میں صحت کی سہولیات کے قیام کی ضرورت صحت کی دیکھ بھال کے مختلف عوامل پر مبنی ہوگی، جنہیں اس علاقے کی صورت حال کے مطابق کیا جاتا ہے، جیسے:

✓ آبادی کی سائز

✓ شرح اموات

✓ بیماری کی شرح

✓ معذوری کی شرح

✓ لوگوں کی سماجی اور ذہنی صحت

✓ لوگوں کی عمومی غذائی حالت

✓ ماحولیاتی عوامل جیسے کان کنی یعنی مائنس کا علاقہ یا صنعتی علاقہ

✓ ممکنہ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے نظام، جیسے دل کے امراض کے ڈاکٹر گاؤں میں آسانی سے دستیاب نہیں ہوسکتے ہیں، لیکن ضلع کے شہر میں ہوسکتے ہیں

✓ صحت کی دیکھ بھال کے نظام کا کتنا استعمال ہونے کا امکان ہے۔

✓ سماجی و اقتصادی عوامل، جیسے ہیلتھ کیئر کا کفایتی ہونا

مندرجہ بالا عوامل کی بنیاد پر، حکومت بنیادی، ثانوی اور تیسری درجے کے حفظان صحت مراکز قائم کرنے کا فیصلہ کرسکتی ہے۔ جو کہ عوام الناس کے لئے نہ صرف قابل رسائی ہو بلکہ ان کی ضرورت کے مطابق ہو۔

C. صحت کی دیکھ بھال کے اقسام

حفظان صحت کی مندرجہ ذیل بنیادوں پر درجہ بندی یعنی کلاسیفائ کیا جاتا ہے:

1. بنیادی صحت کی دیکھ بھال (پرائمری ہیلتھ کیئر)

بنیادی صحت کی دیکھ بھال کا مطلب ہے ڈاکٹروں، نرسوں اور دیگر چھوٹے کلینکوں کے ذریعے فراہم کردہ خدمات، مریض کسی بھی بیماری کے لیے سب سے پہلے کس سے رابطہ کرے؛ یعنی بنیادی صحت کی دیکھ بھال صحت کے نظام میں تمام مریضوں کے لیے رابطے کا پہلا نقطہ ہے۔

مثال کے طور پر، اگر کوئی شخص بخار کی وجہ سے ڈاکٹر کے پاس جاتا ہے اور اسے پہلے ڈینگو بخار کی تشخیص ہوتی ہے، تو بنیادی طبی نگہداشت فراہم کرنے والا کچھ دوائیں تجویز کرے گا، لیکن مریض کو خصوصی علاج کے لیے اسپتال میں داخل کرنے کی ہدایت بھی کرے گا۔

ملک بھر میں پرائمری ہیلتھ کیئر سینٹرس حکومت اور نجی کمپنیاں دونوں علیحدہ علیحدہ قائم کرتی ہیں۔ حکومت آبادی کے تناسب سے یہ کام کرتی ہے اور موجودہ دور میں گاؤں کی سطح تک یہ نظام کسی نہ کسی صورت موجود ہے۔

2. ثانوی صحت کی دیکھ بھال (سیکنڈری ہیلتھ کیئر)

ثانوی صحت کی دیکھ بھال کا مطلب طبی ماہرین اور دیگر صحت کے پیشہ ور افراد کی طرف سے فراہم کردہ صحت کی دیکھ بھال ہے جن کا عام طور پر مریض سے پہلا رابطہ نہیں ہوتا۔ اس میں سنگین بیماری کے لیے مختصر مدت کے علاج کی خدمات شامل ہیں، بشمول انتہائی نگہداشت کی خدمات، ایمبولینس کی سہولیات، پیتھالوجی، تشخیص اور دیگر متعلقہ طبی خدمات، وہ جو اکثر (لیکن ضروری نہیں کہ) ایک داخلی مریض کے طور پر علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔

3. تیسرے درجے صحت کی دیکھ بھال (ٹرشری ہیلتھ کیئر)

تیسرے درجے صحت کی دیکھ بھال ایک خصوصی صلاح کار صحت کی خدمت ہے، جو عام طور پر اندرون مریضوں کے لیے اور پرائمری/سیکنڈری خدمت فراہم کنندگان کے ریفرل پر ہوتی ہے۔

تیسرے درجے صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کی مثالیں یہ ہیں جن کے پاس ثانوی صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کے دائرہ کار سے باہر اعلیٰ درجے کی طبی سہولیات اور پیشہ ور ڈاکٹر ہوتے ہیں۔ جیسے آنکولوجی (کینسر کا علاج)، اعضاء کی پیوند کاری یا ریپٹرننگ کی سہولیات، ہائی جوکھم والی حمل کے ماہرین وغیرہ۔

واضح رہے کہ جیسے جیسے خدمت یا سروس کی سطح بڑھتی ہے، خدمت سے منسلک اخراجات بھی بڑھتے ہیں۔ خدمت کے مختلف سطحوں کا بنیادی ڈھانچہ بھی الگ الگ ملکوں میں، دیہی شہری علاقوں میں مختلف ہوتا ہے، جبکہ سماجی و اقتصادی عوامل یعنی فیکٹرز بھی اس پر اثر انداز ہوتے ہیں۔

اپنے آپ کو چیک کریں 2

مندرجہ ذیل میں کون سا بنیادی صحت کی دیکھ بھال کا حصہ ہے؟

I. بخار

II. کینسر

III. اعضاء کی پیوند کاری

IV. اعلیٰ جوکھم والا حمل

D. ہندوستان میں صحت بیمہ کی ترقی

جہاں حکومت صحت کی دیکھ بھال سے متعلق اپنے پالیسی فیصلوں میں مصروف رہی، وہیں اس نے صحت بیمہ اسکیموں کو بھی نافذ کیا۔ بیمہ کمپنیاں بعد میں اپنی ہیلتھ بیمہ پالیسیاں لے کر آئیں۔ یہاں بتایا گیا ہے کہ ہندوستان میں صحت بیمہ کی ترقی کیسے ہوئی:

1. ملازمین کی ریاستی بیمہ اسکیم

ہندوستان میں صحت بیمہ کا باضابطہ تعارف ملازمین کی ریاستی بیمہ اسکیم کے تعارف کے ساتھ شروع ہوئی، جو 1947 میں ملک کی آزادی کے فوراً بعد، ای ایس آئی ایکٹ، 1948 کے تحت لائی گئی تھی۔ یہ اسکیم رسمی نجی شعبے میں ملازمت کرنے والے محنت کش کارکنوں کے لیے متعارف کرائی گئی تھی؛ اس کے تحت، ای ایس آئی ڈسپنسریوں اور اسپتالوں کے اپنے نیٹ ورک کے ذریعے صحت کی جامع خدمات فراہم کرنا تھی۔

ای ایس آئی سی (ملازمین کی ریاستی بیمہ اسکیم) عمل درآمد کرنے والی ایجنسی ہے جو اپنے خود کے اسپتال اور ڈسپنسریاں چلاتی ہے؛ ساتھ ہی، جہاں اس کی اپنی سہولیات کافی نہیں ہیں، وہ عوامی/ذاتی فراہم کنندگان سے بھی معاہدہ کرتی ہے۔

2. مرکزی حکومت کی صحت اسکیم

ای ایس آئی ایس کے فوراً بعد ہی سینٹرل گورنمنٹ ہیلتھ اسکیم (سی جی ایچ ایس) متعارف کرائی گئی، جسے 1954 پنشنرز اور سول سروس میں کام کرنے والے ان کے خاندان کے افراد بشمول مرکزی حکومت کے ملازمین کے لیے متعارف کیا گیا تھا۔ اس کا مقصد ملازمین اور ان کے خاندانوں کو جامع طبی دیکھ بھال فراہم کرنا ہے؛ اس کی جزوی طور پر ملازمین اور زیادہ تر آجر (مرکزی حکومت) کے ذریعے مالی امداد کی جاتی ہے۔

3. پیشہ ورانہ صحت کا بیمہ

بیمہ انڈسٹری کو قومی تحویل میں لینے سے پہلے اور بعد میں، کچھ نان لائف بیمہ کمپنیوں نے پیشہ ورانہ صحت بیمہ کا آغاز کیا۔

1986 میں، چاروں قومی نان لائف بیمہ کمپنیوں (یہ تب جنرل بیمہ کارپوریشن آف انڈیا کی ذیلی کمپنیاں تھیں) کے ذریعے افراد اور ان کے خاندانوں کے لیے پہلی معیاری صحت بیمہ پروڈکٹ کو ہندوستانی مارکیٹ میں لایا گیا۔ **میڈی کلیم** نامی یہ پروڈکٹ اسپتال میں داخل ہونے کے اخراجات کو پورا کرنے کے لیے لایا گیا، جس میں معاوضے کی ایک مخصوص سالانہ حد تک کوریج فراہم کرنے کا انتظام بھی شامل ہے اور کچھ اخراجات، جیسے زچگی (ماں بننا)، پہلے سے موجود بیماریاں وغیرہ۔

اسپتال میں داخل ہونے کے لیے معاوضے پر مبنی سالانہ معاہدہ آج بھی ہندوستان میں نجی صحت بیمہ کا سب سے مقبول روپ ہے۔ 2001 میں بیمہ کے شعبے میں نجی کمپنیوں کے داخلے کے ساتھ ہی صحت بیمہ کے شعبے میں زبردست ترقی ہوئی ہے۔ تاہم، آج بھی ایک بڑی مارکیٹ پہنچ سے باہر ہے۔

سرکار نے لوگوں کو صحت بیمہ پالیسیاں خریدنے کی ترغیب دی ہے۔ جہاں افراد اپنے، شریک حیات اور خاندان کے اراکین کے لیے صحت بیمہ کے لیے پریمیم ادا کرتے ہیں، ایسے معاملات میں انکم ٹیکس ایکٹ کے سیکشن 80ڈی کے تحت قابل ٹیکس آمدنی سے کٹوتی کرنے کی اجازت ہے۔ یہ سیکشن 60 سال سے زیادہ عمر کے والدین/سسرال والوں کے پریمیم کی ادائیگی کے لیے چھوٹ کی زیادہ حد کی اجازت دیتا ہے۔

کور، اخراج یعنی اسکلوژنس اور نئے 'ایڈ۔آن' کور میں اہم تبدیلیاں کی گئی ہیں، اس پر بعد کے ابواب میں تبادلہ خیال کیا جائے گا۔

اپنے آپ کو چیک کریں 3

افراد اور ان کے خاندانوں کے لیے پہلی معیاری صحت بیمہ پروڈکٹ کو ہندوستانی مارکیٹ میں چاروں قومی شدہ نان لائف بیمہ کمپنیوں نے سال _____ میں لانچ کیا تھا۔

I. 1948

II. 1954

III. 1986

IV. 2001

E. صحت کا بیمہ بازار

صحت بیمہ مارکیٹ میں آج بہت سی کمپنیاں شامل ہیں جن میں سے کچھ صحت کی سہولیات فراہم کرتی ہیں جنہیں سروس پرووائیڈرز کہتے ہیں۔ دیگر بیمہ خدمات اور مختلف بیج والی یعنی انٹرمیڈیری بھی موجود ہیں۔ کچھ بنیادی ڈھانچے کا کام کرتے ہیں جبکہ دیگر امدادی سہولیات فراہم کرتے ہیں۔ کچھ کمپنیاں پبلک سیکٹر میں ہیں جبکہ دیگر نجی شعبے میں ہیں۔

1. ذاتی شعبے کی صحت کی دیکھ بھال فراہم کردہ

ہندوستان میں صحت کا ایک بہت بڑا شعبہ ہے جو بنیادی، ثانوی اور تیسری تینوں قسم کی صحت کی خدمات فراہم کرتا ہے۔ یہ رضاکارانہ، غیر منافع بخش تنظیموں اور افراد سے لے کر منافع بخش کارپوریٹس، ٹرسٹ، واحد مالکان، اسٹینڈ اکیلے ماہر خدمات، تشخیصی لیبارٹریز، ادویات کی دکانوں اور ناخواندہ فراہم کنندگان (جھولا چھاپ) بھی شامل ہیں۔

ہندوستان میں دیگر نظاموں (آیورویڈ/سداہا/یونانی/ہومیو پیتھی) میں بھی قابل ڈاکٹروں کی سب سے بڑی تعداد ہے، جو کہ 7 لاکھ سے زائد ہے۔ وہ سرکاری اور نجی دونوں شعبوں میں کام کرتے ہیں۔ صحت کی دیکھ بھال کے منافع بخش نجی فراہم کنندگان کے علاوہ، غیر سرکاری این جی اوز اور رضاکارانہ شعبے بھی کمیونٹی کو صحت کی دیکھ بھال کی خدمات فراہم کرنے میں مصروف ہیں۔

عام بیمہ کے شعبے میں بیمہ کمپنیاں صحت کی بیمہ خدمات کا بڑا حصہ میں تعاون کرتی ہیں۔ اسٹینڈالون صحت بیمہ (ایس اے ایچ آئی) کمپنیوں کو تمام قسم کی صحت بیمہ کرنے کی اجازت ہے، جب کہ لائف بیمہ کمپنیوں کو مخصوص قسم کی صحت بیمہ کرنے کی اجازت ہے۔

2. ثالث (درمیانی) :

بہت سے لوگ اور تنظیمیں جو بیمہ انڈسٹری کے حصے کے طور پر خدمات فراہم کرتی ہیں وہ بھی صحت بیمہ مارکیٹ کا حصہ بنتی ہیں۔ بیمہ بیچولیوں کی آئی آر ڈی اے آئی ایکٹ، 1999 کے سیکشن 2 کے تحت کی تعریف یعنی ڈیفائن کیا گیا ہے۔ ان میں بیمہ بروکر، ری بیمہ یعنی ری-انشورنس بروکر، بیمہ ایڈوائزر، سرویئر اور نقصان کا اندازہ لگانے والے کے ساتھ ساتھ تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹرز (ٹی پی اے) شامل ہیں۔

تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر (ٹی پی اے) آئی آر ڈی آئی کے ساتھ رجسٹرڈ ہوتے ہیں اور یہ کسی بیمہ کمپنی کے ساتھ صحت کی خدمات فراہم کرنے میں مصروف ایک کمپنی ہوتی ہے جو کہ فیس کے عوض خدمات فراہم کرتی ہے۔ ایک ٹی پی اے صحت بیمہ کے کاروبار کے سلسلے میں ایک معاہدے کے تحت بیمہ کمپنی کو درج ذیل خدمات فراہم کر سکتا ہے:

- متعلقہ پالیسی کی بنیادی شرائط و ضوابط کے مطابق اور بیمہ کمپنیوں کی طرف سے دعووں کے تصفیہ کے لیے جاری کی گئی پیشگی اجازت کے ساتھ ہدایات کے فریم ورک کے اندر کیش لیس دعویٰ یا دونوں کے علاوہ کیش لیس علاج یا کلیمز کے تصفیہ کے ذریعے صحت بیمہ پالیسیوں کے تحت دعویٰ پیش کرنا۔
- ذاتی حادثے کی پالیسی اور گھریلو سفر کی پالیسی کے تحت اسپتال میں داخل ہونے کے دعووں کی خدمت فراہم کرنا، اگر کوئی ہو۔
- صحت بیمہ پالیسیوں کی انڈر رائٹنگ کے سلسلے میں پری بیمہ میڈیکل امتحانات کرانے کی سہولت۔

خلاصہ یا سمری

(a) بیمہ کسی نہ کسی شکل میں کئی صدیوں پہلے موجود تھا، لیکن اس کی جدید شکل صرف چند صدیوں پرانی ہے۔ ہندوستان میں بیمہ، حکومتی ضابطوں کے ساتھ کئی مراحل سے گزرا ہے۔

(b) اپنے شہریوں کی صحت بہت اہم ہونے کے ساتھ، حکومتیں صحت کی دیکھ بھال کے مناسب نظام کی تعمیر میں اہم کردار ادا کرتی ہیں۔

(c) فراہم کردہ صحت کی دیکھ بھال کی سطح کا انحصار کسی ملک کی آبادی سے متعلق بہت سے عوامل پر ہوتا ہے۔

(d) صحت کی خدمات کی تین قسمیں بنیادی، ثانوی اور تشریحی خدمات ہیں جو طبی دیکھ بھال کی ضرورت کی سطح پر مبنی ہیں۔ صحت کی دیکھ بھال کی

لاگت ہر سطح کے ساتھ بڑھ جاتی ہے جب کہ تیسرے درجہ کی خدمات سب سے مہنگی ہوتی ہیں۔

(e) ہندوستان کے اپنے خاص چیلنجز ہیں، جیسے کہ آبادی میں اضافہ اور شہروں کی طرف بڑھتی آبادی یعنی اربنائزیشن، جس کے لیے صحت کی مناسب دیکھ بھال کی ضرورت ہے۔

(f) پبلک سیکٹر کی بیمہ کمپنیاں سب سے پہلے صحت بیمہ کے منصوبے لے کر آئیں، بعد میں نجی بیمہ کمپنیوں نے کمرشل بیمہ کا آغاز کیا۔

(g) صحت بیمہ مارکیٹ کئی کمپنیوں پر مشتمل ہے، جن میں سے کچھ بنیادی ڈھانچہ فراہم کرتی ہیں، دیگر بیمہ خدمات فراہم کرتی ہیں، جن میں درمیانی یا انٹرمیڈیری جیسے بروکرز، ایجنٹس اور تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر صحت بیمہ کے کاروبار کی خدمت کرتے ہیں اور دیگر ریگولیٹری، تعلیمی اور قانونی ادارے بھی اپنا کردار ادا کر رہے ہیں۔

خود جوابات چیک کریں۔

- جواب 1 - صحیح آپشن III ہے۔
جواب 2 - صحیح آپشن I ہے۔
جواب 3 - صحیح آپشن III ہے۔

کلیدی اصطلاحی یا 'کی ٹرمس'

- (a) صحت کی دیکھ بھال
(b) پزنس انشورنس
(c) قومی تحویل میں لینے
(d) پرائمری، سیکنڈری اور تیسری درجہ کی صحت کی خدمت
(e) تیسری پارٹی کا منتظم

باب H-02

صحت بیمہ سے متعلق دستاویز

باب کا تعارف

بیمہ صنعت میں، ہم بڑی تعداد میں فارموں، دستاویزوں وغیرہ کے ساتھ کام کرتے ہیں۔ اس باب میں ہمیں صحت بیمہ معاہدے سے متعلق دستاویزات اور ان کی اہمیت کے بارے میں سمجھایا گیا ہے۔

قابل غور امور

A. تجویز یا پروپوزل فارم

B. تجویز کی قبولیت (انڈر رائٹنگ)

C. پراسپیکٹس

D. پالیسی دستاویز

E. شرائط اور وارنٹیاں

اس باب کا مطالعہ کرنے کے بعد، آپ اس قابل ہو جائیں گے:

(a) تجویز فارم میں لکھی باتوں کو سمجھنا۔

(b) پراسپیکٹس کی اہمیت کو بتانا۔

(c) بیمہ پالیسی دستاویز میں موجود شرائط و ضوابط کی وضاحت کرنا۔

(d) پالیسی کی شرائط اور وارنٹیوں پر تبادلہ خیال کرنا۔

(e) اس بات کا جائزہ لینا کہ توثیق یعنی انڈورسمنٹس کیوں جاری کی جاتی ہے۔

(f) پریمیم کی رسید کو سمجھنا۔

(g) اس کا جائزہ لینا کہ تجدید یعنی رینیول نوٹس کیوں جاری کیے جاتے ہیں۔

1. صحت بیمہ کے تجویز فارم

جیسا کہ عام ابواب میں بحث کی گئی ہے، تجویز فارم میں ایسی معلومات شامل ہیں جو بیمہ کرنے کے لیے تجویز کردہ جوکھم کو قبول کرنے کے مقصد میں بیمہ کمپنی کے لیے مفید ہے۔ صحت بیمہ پالیسی کے پروپوزل فارم کے بارے میں کچھ معلومات ذیل میں دی گئی ہیں:

1. تجویز کا فارم ایک پراسپیکٹس پر مشتمل ہوتا ہے جس میں کور کی تفصیلات جیسے کوریج، اخراج، دفعات وغیرہ شامل ہوتے ہیں۔ پراسپیکٹس پروپوزل فارم کا حصہ بناتا ہے۔ تجویز کنندہ یعنی پروپوزر کو یہ کہتے ہوئے اس پر دستخط کرنا ہوتا ہے کہ اُس میں کہی گئی باتوں کو سمجھ گیا ہے۔

2. پروپوزل فارم میں تجویز کنندہ کے ساتھ ہر بیمہ شدہ شخص کا نام، پتہ، پیشہ، تاریخ پیدائش، جنس اور تعلق کے علاوہ اوسط ماہانہ آمدنی اور انکم ٹیکس پین نمبر، پیشہ ور پریکٹیشنر کا نام اور پتہ، اس کی اہلیت اور رجسٹریشن نمبر سے متعلق معلومات جمع کی جاتی ہیں۔ آج کل بیمہ شدہ کی بینک کی تفصیلات بھی جمع کی جاتی ہیں، تاکہ دعوے کی رقم براہ راست بینک ٹرانسفر کے ذریعے ادا کیا جاسکے۔

3. اس کے علاوہ، بیمہ شدہ شخص کی طبی حالت سے متعلق سوالات ہوتے ہیں۔ فارم میں یہ تفصیلی سوالات پچھلے دعووں کے تجربے پر مبنی ہوتے ہیں۔ یہ سوالات اس لیے پوچھے جاتے ہیں تاکہ صحیح طریقہ سے انڈرائٹنگ کی جا سکے۔

4. فارم میں بتائی گئی کسی بھی بیماری میں مبتلا ہونے پر، بیمہ کرنے والے شخص کو اس کی مکمل تفصیلات فراہم کرنا ضروری ہے۔

5. اس کے علاوہ کسی دیگر بیماری یا مرض میں مبتلا ہونے یا کسی حادثے کا شکار ہونے کی صورت میں درج ذیل معلومات طلب کی جاتی ہیں۔

(a) بیماری / چوٹ کی نوعیت اور علاج

(b) پہلے علاج کی تاریخ

(c) علاج کرنے والے معالج کا نام اور پتہ

(d) کیا مکمل طور پر ٹھیک ہو گیا

6. تجویز کنندہ کو کسی بھی اضافی حقائق کا خلاصہ کرنا ہوتا ہے جس کے بارے میں بیمہ کمپنیوں کو بتایا جانا ضروری ہے؛ کیا اسے کسی بیماری یا چوٹ کی موجودگی یا امکان کے بارے میں کوئی علم ہو جس کے علاج پر دھیان دینے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

7. فارم میں ماضی بیمہ اور دعووں کی تاریخ کے ساتھ کسی دوسری بیمہ کمپنی کے ساتھ موجود اضافی بیمہ سے متعلق سوالات بھی شامل ہوتے ہیں۔

8. جس اعلامیہ یعنی ڈیکلریشن پر تجویز کنندہ کے دستخط کیا جائے گا اُس کی خاص باتوں پر دھیان دیا جانا چاہیے۔

9. بیمہ شدہ شخص بیمہ کمپنی کو ایسے کسی اسپتال/ڈاکٹر سے طبی معلومات حاصل کرنے کے لیے رضامندی دیتا ہے اور اسے ایسا کرنے کی اجازت دیتا

ہے اور جس نے کسی بھی وقت اس کی جسمانی یا ذہنی صحت کو متاثر کرنے والی کسی بیماری کے لیے اس کا علاج کیا ہو یا کرنے کے امکان ہو۔

10. بیمہ دار اس بات کی تصدیق کرتا ہے کہ اس نے فارم کا حصہ بننے والے پراسپیکٹس کو پڑھ لیا ہے اور وہ شرائط و ضوابط کو قبول کرنے کے لیے تیار ہے۔

11. اعلامیہ میں بیانات کی سچائی اور معاہدے کے بنیاد بننے والے پیشکش فارم کے حوالے سے جنرل وارنٹیز بھی شامل ہوتی ہیں۔

2. طبی سوال نامہ

تجویز فارم میں میڈیکل ہسٹری کے نہ ہونے یعنی نیگیٹیو ہونے کی صورت میں، بیمہ شدہ فرد کو ذیابیطس، ہائی بلڈ پریشر، سینے میں درد یا کورونری کا مسئلہ یا دل کا دورا یعنی مایوکارڈیل انفکشن جیسی بیماریوں سے متعلق ایک تفصیلی سوال نامہ مکمل کرنا ہوگا۔

ان کی حمایت میں، صلاح کار ڈاکٹر سے بھرا ہوا فارم جمع کرانا ضروری ہے۔ اس فارم کی جانچ کمپنی کا پینل ڈاکٹر کے ذریعہ کی جاتی ہے، جس کی رائے کی بنیاد پر پیشکش کی قبولیت، اخراج یعنی اسکولوننس وغیرہ کا فیصلہ کیا جاتا ہے۔

اعلامیہ کا معیاری یعنی ڈیکلریشن کا اسٹینڈرڈ فارم

آئی آر ڈی اے آئی نے صحت بیمہ کی تجویز میں معیاری اعلامیہ کی شکل کو درج ذیل کے طور پر بیان کیا ہے:

1. میں/ہم اس کے ذریعے، میری طرف سے اور ان تمام افراد کی طرف سے جن کا بیمہ کروانے کی تجویز پیش کی گئی ہے، اعلان کرتا ہوں کہ میری طرف سے دیے گئے اوپری بیانات، جوابات اور/یا تفصیلات میری بہترین معلومات کے مطابق ہر لحاظ سے درست اور مکمل ہیں؛ اور یہ کہ میں/ہم ان دیگر افراد کی طرف سے پیشکش کرنے کے مجاز یا باختیار ہیں۔

2. میں سمجھتا ہوں کہ میرے ذریعے فراہم کردہ معلومات بیمہ پالیسی کی بنیاد بنائے گی، جو بیمہ کمپنی کی بورڈ سے منظور شدہ انڈر رائٹنگ پالیسی کے تابع ہے اور یہ کہ پالیسی پریمیم کی پوری رقم موصول ہونے کے بعد ہی شروع ہوگی۔

3. میں/ہم مزید اعلان کرتے ہیں کہ میں/ہم، پیشکش جمع کرانے کے بعد لیکن کمپنی کی طرف سے جوکھم کو قبول کرنے سے پہلے، بیمہ کے لیے پیش کردہ زندگی/تجویز کنندہ کے پیشے یا عام صحت میں کسی قسم کی تبدیلی کے بارے میں تحریری طور پر نتیجے میں مطلع کروں گا/ کریں گے۔

4. میں/ہم یہاں اعلان کرتے ہیں اور کمپنی کو کسی بھی ڈاکٹر یا اسپتال سے طبی معلومات حاصل کرنے کے لیے رضامندی دیتے ہیں جس نے کسی بھی وقت بیمہ کے لیے پیش کردہ زندگی کا علاج کیا ہو؛ یہ معلومات ماضی یا موجودہ آجر یعنی امپلائر سے طلب کی جاسکتی ہے اور اس میں زندگی/خودکار سے متعلق کسی بھی چیز کے بارے میں معلومات شامل ہیں جس کی بیمہ کی تجویز ہے جو اس کی جسمانی یا ذہنی صحت کو متاثر کرتا ہے؛ اس کے علاوہ، کسی بھی بیمہ کمپنی سے معلومات طلب کی جاتی ہیں جس کے پاس بیمہ کے لیے درخواست دی گئی ہے تاکہ بیمہ شدہ/تجویز کنندہ کی زندگی پر تجویز اور/یا دعووں کا تصفیہ کیا جاسکے۔

5. میں/ہم کمپنی کو اپنے پروپوزل سے متعلق معلومات بشمول میڈیکل ریکارڈ، انڈر رائٹنگ کرنے اور/یا دعووں کے تصفیے کے لیے کسی بھی سرکاری اور/یا ریگولیٹری اتھارٹی کے ساتھ اشتراک کرنے کی اجازت دیتا ہوں/ دیتے ہیں

3. تجویز فارم میں شامل سوالات کی نوعیت

کسی پروپوزل فارم میں شامل سوالات کی تعداد اور نوعیت متعلقہ بیمہ کی قسم کے ساتھ مختلف ہوتی ہے۔ بیمہ کی رقم پالیسی کے تحت بیمہ کمپنی کی ذمہ داری کی حد کو ظاہر کرتی ہے اور اسے تمام تجویز فارموں میں دکھایا جانا چاہیے۔

صحت، ذاتی حادثہ اور سفری بیمہ جیسے ذاتی لائنوں میں، پروپوزل فارم پر پروپوزر کا پیشہ اور اس کے ساتھ اس کی صحت، طرز زندگی اور عادات، پہلے سے موجود صحت کے مسائل، طبی ہسٹری موروثی خصوصیات، صحت بیمہ کے ماضی کے تجربے وغیرہ کے بارے میں معلومات حاصل کرنے کے لیے تیار کیا گیا ہے، جو اس لئے اہم ہیں کیونکہ وہ مادی طور پر جوکھم کو متاثر کر سکتے ہیں۔

مثال 1

✓ فاسٹ فوڈ ریسٹورانٹ کا ڈیلیوری مین، جسے اپنے گاہکوں کو کھانا پہنچانے کے لیے اکثر موٹر سائیکل پر تیز رفتاری سے سفر کرنا پڑتا ہے، اپنے ریسٹوراں میں کام کرنے والے اکاؤنٹنٹ کے مقابلے میں زیادہ حادثات کا شکار ہونے کے امکانات ہوتے ہیں۔

✓ کوئلے کی کان یا سیمنٹ پلانٹ میں کام کرنے والا شخص دھول کے ذرات کے رابطے میں آسکتا ہے جو پھیپھڑوں کی بیماریوں کا سبب بن سکتا ہے۔

مثال 2

✓ غیر ملکی سفری بیمہ کے مقصد کے لیے، تجویز کنندہ یعنی پروپوزر کو بتانا ہوگا کہ کون، کب، کس مقصد کے لیے، کس ملک کا سفر کر رہا ہے یا

✓ صحت بیمہ کے مقصد کے لیے، تجویز کنندہ سے معاملے کی بنیاد پر اس کی صحت (فرد کے نام، پتہ اور شناخت کے ساتھ) وغیرہ کے بارے میں پوچھا جاتا ہے۔

مثال 3

صحت بیمہ کے معاملے میں، یہ اسپتال کے علاج کی لاگت ہو سکتی ہے، جب کہ ذاتی حادثے کی بیمہ کی صورت میں یہ جان کے نقصان، کسی اعضاء (ہاتھ یا پیر) کے ضائع ہونے یا حادثے کی وجہ سے بینائی کے ضائع ہونے سے وابستہ ایک خاص رقم ہوسکتی ہے۔

(a) ماضی اور موجودہ بیمہ

تجویز کنندہ کو بیمہ کمپنی کو اپنے ماضی کے بیمہ کے بارے میں مطلع کرنے کی ضرورت ہے۔ اس کی بیمہ کی ہسٹری کو سمجھنا ضروری ہے۔ کچھ بازاروں میں ایسے نظام موجود ہیں جن کے ذریعے بیمہ کمپنیاں بیمہ شدہ کے بارے میں ڈیٹا کو خفیہ طور پر شیئر کرتی ہیں۔

تجویز کنندہ کو یہ بتانے کی بھی ضرورت ہے کہ آیا کسی بیمہ کمپنی نے اس کی پیشکش کو مسترد کر دیا ہے، خصوصی شرائط عائد کی ہیں، تجدید پر پریمیم میں اضافہ کا مطالبہ کیا ہے یا پالیسی کی تجدید یا منسوخی سے انکار کر دیا ہے۔ بیمہ کمپنیوں کے نام کے ساتھ ساتھ موجودہ بیمہ کی تفصیلات بھی کسی دوسری بیمہ کمپنی کے ساتھ پیش کرنا ضروری ہے۔ مزید برآں، ذاتی حادثاتی بیمہ میں، بیمہ کمپنی اسی بیمہ دار کی طرف سے لی گئی دیگر پی اے پالیسیوں کے تحت بیمہ شدہ رقم کی بنیاد پر کوریج کی رقم (بیمہ شدہ رقم) کو محدود کرنا چاہے گی۔

(b) کلیم اکسپیریئنس

تجویز کنندہ سے کہا جاتا ہے کہ وہ اپنے تمام نقصانات کی مکمل تفصیلات بتائے، چاہے وہ بیمہ شدہ ہیں یا نہیں۔ اس سے بیمہ کمپنی کو بیمہ کے سبجیکٹ میٹر کے بارے میں معلومات ملے گی اور اس سے یہ بھی پتہ چل جائے گا کہ بیمہ شدہ نے ماضی میں کس طرح جوکھم کا انتظام کیا ہے۔ اس کا مطلب ہے کہ بیمہ کمپنی کا فرض ہے کہ وہ زبانی طور پر موصول ہونے والی تمام معلومات کو ریکارڈ کرے، جسے ایجنٹ کو فالو-اپ کے طور پر مدنظر رکھنا ہوتا ہے۔

B. پیشکش یا پروپوزل کی منظوری (انڈر رائٹنگ)

مکمل طور پر بھرے ہوئے پروپوزل فارم میں تفصیل سے اس طرح کی معلومات شامل ہوتی ہیں جیسے:

- ✓ انشورڈ کی تفصیلات
- ✓ سبجیکٹ میٹر کی معلومات
- ✓ کیا کور چاہیے۔
- ✓ مٹیریل یا فزیکل خصوصیات کے پازیٹیو اور نیگیٹیو دونوں پہلو
- ✓ بیمے اور دعووں دونوں کا گزشتہ تجربہ

صحت بیمہ کی تجویز کی صورت میں، بیمہ کمپنی ممکنہ گاہک، جیسے کہ 45 سال سے زیادہ عمر کو شخص، ڈاکٹر اور/یا طبی معائنے کے لیے بھی بھیج سکتی ہے۔ پیشکش میں دستیاب معلومات کی بنیاد پر اور جہاں طبی معائنے کا مشورہ دیا گیا ہے، بیمہ کمپنی میڈیکل رپورٹ اور ڈاکٹر کی سفارش کی بنیاد پر فیصلہ کرتی ہے۔ کبھی کبھی، جہاں طبی بسٹری تسلی بخش نہیں ہے، ممکنہ کسٹمر سے مزید معلومات حاصل کرنے کے لیے ایک اضافی سوال نامہ بھی درکار ہوتا ہے۔ اس کے بعد، بیمہ کمپنی جوکھم کے عنصر پر نافذ ہونے والی شرح یعنی ریٹ کے بارے میں فیصلہ لیتی ہے اور مختلف عنصروں کی بنیاد پر پریمیم کے حساب کرتی ہے، جسے بعد میں بیمہ دار کو بتا دیا جاتا ہے۔

C. پراسپیکٹس

پراسپیکٹس بیمہ کمپنی کی طرف سے تیار کردہ دستاویز ہے جو مستقل کے ممکنہ خریداروں کے لئے تیار کی جاتی ہے۔ یہ عام طور پر ایک بروشر یا کتابچے کی شکل میں ہوتا ہے؛ یہ الیکٹرانک شکل میں بھی ہو سکتا ہے اور ایسے ممکنہ خریداروں کو مصنوعات یعنی پروڈکٹس کی معلومات فراہم کرنے کا مقصد پورا کرتا ہے۔ پراسپیکٹس کا مسئلہ بیمہ ایکٹ، 1938 کے ساتھ ساتھ پالیسی ہولڈرز کے مفادات کے تحفظ کے ضوابط، 2017 اور IRDAI کے ہیلتھ بیمہ ریگولیشنز، 2016 کے تحت چلتا ہے۔ صحت کی

پالیسیوں کے بیمہ کنندگان عام طور پر اپنی صحت بیمہ مصنوعات کے بارے میں پراسپیکٹس شائع کرتے ہیں۔ ایسے معاملوں میں، تجویز فارم میں ایک اعلان یا ڈیکلریشن ہوتا ہے کہ صارف یعنی کنزیومر نے پراسپیکٹس پڑھ لیا ہے اور اس سے اتفاق کرتا ہے۔

جیسا کہ باب 4 میں بحث کی گئی ہے، بیمہ ایکٹ، 1938 کا سیکشن VB64 فراہم کرتا ہے وہ پریمیم پہلے سے لینا ہوگا۔ تاہم، COVID-19 کے پھیلنے سے پیدا ہونے والی صورتحال کے پیش نظر ہیلتھ بیمہ پریمیم کی ادائیگی میں آسانی پیدا کرنے کی ضرورت پر غور کرتے ہوئے، IRDAI نے بیمہ کمپنیوں کو قسطوں میں انفرادی ہیلتھ بیمہ مصنوعات کے پریمیم قبول کرنے کی اجازت دی۔ یہ بھی لازمی قرار دیا گیا تھا کہ بیمہ کمپنیاں اپنی ویب سائٹس پر قسطوں میں پریمیم ادائیگی کی سہولت کی دستیابی اور شرائط کا اعلان کریں گی۔ یہ سہولت تمام پالیسی ہولڈرز کو بغیر کسی امتیاز کے فراہم کی جائے گی۔

D. پالیسی دستاویز

پالیسی ہولڈرز کے مفادات کے تحفظ کے ایکٹ 2017 سے متعلق IRDAI کے ضوابط یہ بتاتے ہیں کہ صحت بیمہ پالیسی کی دستاویز میں شامل ہونا چاہیے:

- (a) بیمہ شدہ کا نام اور پتہ اور کسی دوسرے شخص جس کا سبجیکٹ میٹر میں انشوریبل انٹرسٹ ہو؛
- (b) بیمہ شدہ افراد یا بیمے میں جس کا انٹرسٹ کی مکمل تفصیل
- (c) فرد اور/یا جوکھم کے مطابق، پالیسی کے تحت بیمہ رقم
- (d) پروڈکٹ کا نام، 'یو آئی ای' کوڈ نمبر، سیلز کے عمل میں شامل شخص کے رابطے کی تفصیلات
- (e) بیمہ شدہ کی تاریخ پیدائش اور مکمل سالوں میں متعلقہ عمر
- (f) بیمہ کی مدت اور وہ تاریخ جس سے پالیسی ہولڈر بندوستان میں کسی بھی بیمہ کمپنی سے بغیر کسی رکاوٹ کے مسلسل صحت بیمہ کور حاصل کر رہا ہے۔
- (g) پالیسی کی متعلقہ سیکشنوں کی الگ الگ سب لمٹس، متناسب یعنی پروپورشنیٹ کٹوتیا اور پیکیج ریٹس اگر لاگو ہوں
- (h) دعوؤں میں انشورڈ کی بھی شرکت ہے تو اس مقررہ حد
- (i) پہلے سے موجود بیماری (پی ای ڈی) انتظار کی مدت، اگر قابل اطلاق ہو؛
- (j) قابل اطلاق خصوصی انتظار کی مدت؛
- (k) قابل اطلاق کٹوتیاں - عمومی اور خصوصی، اگر کوئی ہیں، احاطہ شدہ یعنی ایپلیکیبل خطرات اور اخراج یا ایکسکلوزنس؛
- (l) قابل ادائیگی پریمیم اور جہاں پریمیم عارضی طور پر ایڈجسٹمنٹ سے مشروط ہے، قسطوں کی مدت کے ساتھ پریمیم کی ایڈجسٹمنٹ کی بنیاد، اگر کوئی ہو؛
- (m) پالیسی کی شرائط، شرائط اور وارنٹی؛
- (n) پالیسی کے تحت دعوے کو جنم دینے کے امکان کی صورت میں بیمہ دار کی طرف سے کی جانے والی کارروائی؛

(o) بیمہ کرنے والے کی ذمہ داری بیمہ کے سبجیکٹ میٹر کے حوالے سے اس صورت میں کہ واقعہ دعویٰ کو جنم دیتا ہے، اور ان حالات میں بیمہ کمپنی کے حقوق؛

(p) کوئی خاص شرط

(q) غلط بیانی، دھوکہ دہی، مادی حقائق کو ظاہر نہ کرنے یا بیمہ دار کے عدم تعاون کی بنیاد پر پالیسی کی منسوخی کا انتظام؛

(r) ایڈ-آن کور کی تفصیلات، اگر کوئی ہو؛

(s) شکایات کے ازالے کے طریقہ کار اور محتسب یعنی امبڈسمین کے ایڈریس کی تفصیلات

(t) بیمہ کمپنی کے شکایات کے ازالے کے طریقہ کار کی تفصیلات؛

(u) 'فری لک کی مدت' کی سہولت اور پورٹیبلٹی کی شرائط؛

(v) پالیسی مائیگریشن کی سہولت اور شرائط، جہاں قابل اطلاق ہوں۔

E. شرائط اور وارنٹی

یہاں، پالیسی کے لحاظ سے استعمال ہونے والی دو اہم اصطلاحات کی وضاحت ضروری ہے۔ یہ شرائط اور وارنٹی کہلاتے ہیں۔

1. شرائط: ایک شرط بیمہ معاہدے میں ایک ایسی فراہمی ہے جو معاہدے کی بنیاد بناتی ہے۔

مثال :

a. زیادہ تر بیمہ پالیسیوں کی معیاری شرائط میں سے ایک یہ ہے:

اگر دعویٰ کسی بھی طرح سے دھوکہ دہی پر مبنی ہے یا اگر کوئی جھوٹا اعلان کیا گیا ہے یا کی حمایت میں استعمال کیا جاتا ہے اگر بیمہ کرنے والے یا اس کی طرف سے کام کرنے والے کسی شخص کی طرف سے پالیسی کے تحت کوئی فائدہ حاصل کرنے کے لیے کوئی دھوکہ دہی کا ذریعہ یا آلہ استعمال کیا جاتا ہے۔ یا اگر جان بوجھ کر نقصان یا نقصان ہوا ہے یا لائف بیمہ شدہ کی ملی بھگت سے کیا گیا ہے، تو اس پالیسی کے تحت تمام فوائد ضبط کر لیے جائیں گے۔

b. ہیلتھ بیمہ پالیسی میں دعوے کی اطلاع دینے کی شرط یہ ہو سکتی ہے :

ہسپتال سے ڈسچارج ہونے کی تاریخ سے چند دنوں کے اندر دعویٰ دائر کیا جانا چاہیے۔ تاہم، انتہائی صورتوں میں، اس حالت میں نرمی پر غور کیا جا سکتا ہے۔

اس شرط کی خلاف ورزی کے نتیجے میں بیمہ کمپنی کے اختیار پر پالیسی کی منسوخی ہو سکتی ہے۔

2. **وارنٹی :** وارنٹی بیمہ کمپنی اور بیمہ دار کے درمیان ایک معاہدہ ہے جس پر سختی سے عمل کیا جانا چاہیے۔ یہ پالیسی دستاویز کا ایک حصہ ہے۔ مثال کے طور پر، بیمہ کمپنی یہ شرط لگا سکتی ہے کہ وہ کسی خاص بیماری کے خطرے کا احاطہ کر سکتی ہے کہ بیمہ دار ہر تین ماہ بعد ماہر ڈاکٹر سے مشورہ کرے گا۔ مندرجہ بالا مثال میں، اگر انشورڈ معاہدے کے اپنے حصے کو انجام دینے میں ناکام رہتا ہے، پھر بیمہ کمپنی اس مخصوص سیکشن/وارنٹی کے سلسلے میں ذمہ داری کو رد یا کم کر دے گی۔

وارنٹیوں کو سختی اور لفظی طور پر سمجھا جانا چاہیے اور ان کی پیروی کی جانی چاہیے، چاہے وہ جوکھم کے لیے مواد ہوں یا نہ ہوں۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

وارنٹی کے حوالے سے درج ذیل میں سے کون سا بیان درست ہے؟

- I. وارنٹی ایک ایسی شرط ہے جو پالیسی میں بتائے بغیر نافذ ہوتی ہے۔
- II. وارنٹی پالیسی دستاویز کا حصہ بنتی ہے۔
- III. وارنٹی ہمیشہ بیمہ دار کو الگ سے ظاہر کی جاتی ہے اور پالیسی دستاویز کا حصہ نہیں ہوسکتی
- IV. وارنٹی کی خلاف ورزی ہونے پر بھی دعوا ادا کیا جا سکتا ہے

صحت بیمہ میں تصدیق

کچھ خطرات کو چھپا کر اور دوسروں کو چھوڑ کر، یہ بیمہ کمپنیوں کا معمول ہے کہ اسٹینڈرڈ پالیسیاں جاری کریں۔

تعریف یعنی ڈیفینیشن

اگر جاری کرنے کے وقت پالیسی کے کچھ شرائط و ضوابط کو تبدیل کرنے کی ضرورت ہوتی ہے تو یہ تصدیق یعنی انڈورسمنٹ نامی دستاویز کے ذریعے ترمیم/تبدیلیوں کو ترتیب دے کر کیا جاتا ہے۔

یہ پالیسی سے منسلک ہو جاتا ہے اور اس کا حصہ بنتا ہے۔ پالیسی اور تصدیق مل کر معاہدہ بناتے ہیں۔ پالیسی کی مدت کے دوران تبدیلیوں/ترمیم کو ریکارڈ کرنے کے لیے توثیق بھی جاری کیا جا سکتے ہیں۔

جب بھی حقیقی معلومات میں کوئی تبدیلی ہوتی ہے تو بیمہ دار کو اس کے بارے میں بیمہ کمپنی کو مطلع کرنے کی ضرورت ہے، جو اس کا خیال رکھے گا اور اسے توثیق یعنی انڈورسمنٹ کے ذریعے بیمہ معاہدے کے حصے کے طور پر شامل کرے گی۔

عام طور پر ان باتوں کے لیے پالیسی کے تحت تصدیق کی ضرورت ہوتی ہے:

- (a) بیمہ کی رقم میں فرق/تغیر
- (b) بیمہ شدہ کے خاندان کے افراد کو شامل کرنا اور ہٹانا
- (c) قرض لینے اور پالیسی کو بینک کے ساتھ گروی رکھنے کی وجہ سے قابل بیمہ کے انٹرسٹ میں تبدیلی۔
- (d) بیمہ کی توسیع / اضافی خطرات کو پورا کرنے کے لیے پالیسی کی مدت میں توسیع
- (e) جوکھم میں تبدیلی، جیسے غیر ملکی سفری پالیسی کی صورت میں منزلوں کی تبدیلی
- (f) بیمہ کی منسوخی
- (g) نام یا پتہ وغیرہ میں تبدیلی

اپنے آپ کو چیک کریں 2

اگر پالیسی کے اجراء کے وقت اس کے کچھ شرائط و ضوابط میں ترمیم کرنے کی ضرورت ہو، تو یہ _____ کے ذریعے ترمیم تجویز کر کے کیا جاتا ہے۔

I. وارنٹی

II. توثیق

III. ترامیم / تبدیلیاں

IV. ترمیم ممکن نہیں

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔

جواب 2 - صحیح آپشن II ہے۔

باب H-03

صحت بیمہ کے مصنوعات یا پروڈکٹس

باب کا تعارف یا انٹروڈکشن

یہ باب آپ کو ہندوستان میں بیمہ کمپنیوں کی طرف سے پیش کردہ مختلف صحت بیمہ پروڈکٹس کے بارے میں گہری سمجھ فراہم کرے گا۔ میڈی کلیم نامی صرف ایک پروڈکٹ سے لے کر سینکڑوں مختلف قسم کی پروڈکٹس تک، کسٹمر کے پاس صحیح کور کا انتخاب کرنے کے لیے پروڈکٹس کی ایک وسیع رینج ہوتی ہے۔ اس باب میں مختلف صحت بیمہ مصنوعات کی خصوصیات بیان کی گئی ہیں، جو افراد، خاندانوں اور گروپوں کا کور کرسکتے ہیں۔

قابل غور امور

- A. صحت بیمہ مصنوعات یا سبجیکٹ میٹر کی درجہ بندی یا کلاسیفیکیشن
- B. صحت بیمہ میں معیار کے مطابق یعنی اسٹینڈرڈائزیشن سے متعلق آئی آر ڈی اے کے ہدایات
- C. اسپتال میں داخلے کے لیے معاوضے کی مصنوعات
- D. ٹاپ اپ کور یا زیادہ کٹوتی کے ساتھ بیمہ پلان
- E. سینئر سٹیزن پالیسی
- F. فکسڈ بینیفٹ کور - ہسپتال کیش، شدید بیماری یا کریٹیکل انیس کور
- G. کومبو مصنوعات
- H. غریب طبقوں کے لیے مائیکرو بیمہ اور صحت بیمہ
- I. راشنریم سواستھ بیمہ یوجنا
- J. پردھان منتری جن اروگیہ یوجنا
- K. پردھان منتری سُرکشا بیمہ یوجنا
- L. ذاتی حادثہ اور معذوری کا کور
- M. غیر ملکی سفر کی بیمہ
- N. گروپ صحت کور
- O. خصوصی مصنوعات
- P. صحت بیمہ پالیسیوں کی اہم شرائط

اس باب کو پڑھنے کے بعد، آپ یہ کام کر پائیں گے:

- (a) صحت بیمہ کے مختلف زمروں کی وضاحت کریں
- (b) صحت بیمہ میں معیار کے مطابق IRDAI کے ہدایات بیان کرنا۔
- (c) آج ہندوستانی مارکیٹ میں دستیاب صحت بیمہ پروڈکٹس کی مختلف اقسام پر تبادلہ خیال کرنا
- (d) ذاتی حادثاتی بیمہ کی وضاحت کریں
- (e) غیر ملکی سفری بیمہ پر بحث
- (f) صحت بیمہ پالیسیوں کی اہم شرائط اور کلاز کو سمجھنا

A. صحت بیمہ مصنوعات کی درجہ بندی یا کلاسیفیکیشن

1. صحت بیمہ مصنوعات کا تعارف یا انٹروڈکشن

تعریف یا ڈیفینیشن

بیمہ ایکٹ، 1938 کے سیکشن 2(6سی) کے تحت، "صحت بیمہ بزنس" کی تعریف اس طرح کی گئی ہے، "معاہدوں کا اثر جو بیماری کے فائدے یا طبی، جراحی یعنی سرجیکل یا اسپتال کے اخراجات کے لیے فائدہ فراہم کرتے ہیں، خواہ وہ مریض کے اندر ہو یا باہر مریض، ٹریول کور اور پرسنل ایکسیڈنٹ کور۔ IRDAI صحت بیمہ بزنس کی اس تعریف پر عمل کرتا ہے۔"

ہندوستانی مارکیٹ میں دستیاب صحت بیمہ مصنوعات زیادہ تر اسپتال میں داخل ہونے والی مصنوعات کی نوعیت میں ہیں۔ یہ پراڈکٹس ہسپتال میں داخل ہونے کے دوران کسی شخص کے خرچے کو پورا کرتی ہیں۔

اسی لیے صحت بیمہ بنیادی طور پر دو وجوہات کی بنا پر اہم ہے:

✓ کسی بھی بیماری کی صورت میں طبی سہولیات کی ادائیگی میں مالی مدد فراہم کرنا۔

✓ کسی شخص کی بچت کو محفوظ بنانا جو دوسری صورت میں بیماری کی وجہ سے ختم ہو سکتی ہے۔

آج، صحت بیمہ کا شعبہ کافی حد تک ترقی کر چکا ہے، بشمول تقریباً تمام عام بیمہ کمپنیاں، اسٹینڈ اکیلے صحت بیمہ کمپنیاں اور لائف بیمہ کمپنیوں کے ذریعہ فراہم کردہ سینکڑوں پروڈکٹس ہیں۔ تاہم، میڈی کلیم پالیسی کے بنیادی فائدے کا ڈھانچہ یعنی اسپتال میں داخل ہونے کے اخراجات کے لیے کور اب بھی بیمہ کی سب سے مقبول شکل ہے۔

2. صحت بیمہ مصنوعات کی تفصیلی درجہ بندی یا کلاسیفیکیشن

پروڈکٹ کے ڈیزائن سے قطع نظر، صحت بیمہ پروڈکٹس کو بڑے پیمانے پر دو زمروں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے:

(a) معاوضہ کور یا انڈیمنیٹی کور

یہ مصنوعات صحت بیمہ مارکیٹ کا بڑا حصہ ہیں؛ یہ ہسپتال میں داخل ہونے کی وجہ سے ہونے والے اصل طبی اخراجات کی ادائیگی کرتے ہیں۔

(b) مقررہ فائدہ یا فکسڈ بینیفٹ کور

ان مصنوعات کو 'اسپتال کیش' کے نام سے بھی جانا جاتا ہے۔ یہ اسپتال میں داخل ہونے کی مدت کے لیے روزانہ ایک مقررہ رقم ادا کرتے ہیں۔ کچھ مصنوعات مختلف قسم کی سرجری کے لیے پہلے سے طے شدہ رقم بھی پیش کرتے ہیں۔

3. گاہک کے سگمنٹ کے لحاظ سے درجہ بندی یا کلاسیفیکیشن

مصنوعات کو ایک خاص گاہک سگمنٹ کی بنیاد پر بھی تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ صارفین یعنی کنزیومر کے طبقات کی بنیاد پر درجہ بندی کی گئی مصنوعات یہ ہیں:

(a) ذاتی کور جو انفرادی گاہکوں اور ان کے خاندان کے افراد کو دیا جاتا ہے۔

(b) **گروپ کور** جو کارپوریٹ گاہکوں کو دیا جاتا ہے ؛ اس میں ملازمین اور گروپس کے ساتھ ساتھ ان کے ارکان بھی کور کئے جاتے ہیں۔

(c) سرکاری اسکیموں کے لیے عوامی پالیسیاں جیسے پردھان منتری جن آروگیہ یوجنا/ مختلف ریاستی صحت بیمہ اسکیمیں جو آبادی کے انتہائی غریب طبقے کا کور کرتی ہیں۔

منافع کا ڈھانچہ، قیمت کا تعین، انڈر رائٹنگ اور فروخت کے طریقے ہر طبقہ کے لیے بالکل مختلف ہیں۔

صحت بیمہ کے ضوابط: بیمہ ریگولیشنز، 2016 میں صحت بیمہ پروڈکٹس کے سلسلے میں کچھ اہم تبدیلیاں کی گئی ہیں، جن میں سے کچھ درج ذیل ہیں:

1. لائف بیمہ کمپنیاں طویل مدتی صحت بیمہ مصنوعات پیش کر سکتی ہیں، لیکن کم از کم تین سال کے ہر طبقہ کی مدت کے لیے ایسی مصنوعات کے پرمیم میں کوئی تبدیلی نہیں ہوگی، اس کے بعد پرمیم کا جائزہ لیا جا سکتا ہے اور ضرورت کے مطابق اس میں ترمیم کی جا سکتی ہے۔

2. نان لائف اور اسٹینڈ الون صحت بیمہ کمپنیاں جس کی کم از کم مدت ایک سال اور زیادہ سے زیادہ تین سال کی ہو، انفرادی صحت بیمہ پروڈکٹس پیش کر سکتی ہیں بشرطیکہ پالیسی کی مدت کے دوران پرمیم میں کوئی تبدیلی نہ ہو۔

3. بیمہ کمپنیاں جدید 'پائلٹ مصنوعات' پیش کر سکتی ہیں۔ جنرل بیمہ کمپنیاں اور صحت بیمہ کمپنیاں ان مصنوعات کو 1 سال کی پالیسی کی مدت کے لیے پیش کر سکتی ہیں، لیکن 5 سال سے زیادہ نہیں۔ کوئی بھی بیمہ کمپنی ایک سال کی مدت کے لیے گروپ صحت بیمہ پالیسیاں شروع کر سکتی ہے ؛ تاہم، اس میں کریڈٹ سے منسلک مصنوعات شامل نہیں ہیں، جہاں قرض کی مدت پانچ سال تک بڑھائی جا سکتی ہے۔

4. ایسے معاملات میں کوئی گروپ صحت بیمہ پالیسی جاری نہیں کی جائے گی جہاں گروپ صرف بیمہ حاصل کرنے کے بنیادی مقصد کے لیے بنایا گیا ہو۔ گروپ کے سائز کا فیصلہ بیمہ کمپنی کرے گی، جو اس کی تمام گروپ پالیسیوں پر لاگو ہوگی اور اس کی کم از کم مدت 7 سال ہوگی۔

5. جنرل بیمہ کمپنیاں اور صحت بیمہ کمپنیاں کریڈٹ سے منسلک گروپ پرسنل ایکسیڈنٹ پالیسیاں بھی پیش کر سکتی ہیں، جنہیں پانچ سال کے قرض کی مدت تک بڑھایا جا سکتا ہے۔

6. متعدد پالیسیاں - اگر بیمہ شدہ نے ایک سے زیادہ بیمہ کمپنیوں سے صحت بیمہ پالیسیاں لی ہیں جو کچھ خاص فوائد پیش کرتی ہیں، لہذا ہر بیمہ کمپنی، کسی بھی بیمہ شدہ واقعہ کی صورت میں، دیگر اسی طرح کی پالیسیوں سے موصول ہونے والی ادائیگیوں پر غور کیے بغیر، پالیسیوں کی شرائط و ضوابط کے مطابق دعویٰ ادا کرے گی۔

اگر کسی بیمہ شدہ نے علاج کی لاگت کو پورا کرنے کے لیے ایک یا زیادہ بیمہ کمپنیوں سے مدت کے دوران دو یا زیادہ پالیسیاں لی ہیں، تو پالیسی ہولڈر کو اپنی کسی بھی پالیسی کے سلسلے میں اپنے دعوے کے تصفیہ کے لیے پوچھنے کا حق ہوگا۔ بیمہ کمپنی جس سے دعویٰ کیا گیا ہے،

وہ دعویٰ ادا کرے گی اور بیلنس دعویٰ یا پہلے چنی گئی پالیسی/پالیسیوں کے تحت مسترد ہونے والا دعویٰ دوسری پالیسی/پالیسیوں سے بھی کیا جا سکتا ہے، اگر پہلے منتخب کردہ پالیسی/پالیسیوں میں بیمہ کی رقم ختم نہیں ہوئی ہو۔

B. صحت بیمہ میں معیار کے مطابق یا اسٹینڈرڈ ایزیشن سے متعلق آئی آر ڈی اے کے ہدایات

جہاں بہت سی بیمہ کمپنیاں بہت سی اور مختلف اقسام کی مصنوعات پیش کرتی ہیں؛ مختلف اصطلاحات اور اخراج کی مختلف تعریفیں ہیں، جس کی وجہ سے بازار میں افراتفری مچ گئی۔ گاہک کے لیے مصنوعات کا موازنہ کرنا اور باخبر فیصلے کرنا مشکل ہو گیا۔ اس کے علاوہ، سنگین بیماری کی پالیسیوں میں، اس بات کی کوئی واضح سمجھ نہیں ہے کہ سنگین بیماری سے کیا مراد ہے اور کیا نہیں۔

بیمہ کمپنیوں، سروس فراہم کرنے والوں، ٹی پی اے اور اسپتالوں کے درمیان کنفیوژن اور بیمہ شدہ عوام کی شکایات کو دور کرنے کے لیے، ریگولیٹر نے صحت بیمہ کو اسٹینڈرڈ ایز کرنے کی کوشش کی۔ ایک عام فہم کی بنیاد پر، IRDA نے 2016 میں صحت بیمہ کو معیاری بنانے کی ہدایات جاری کی، جس میں 2020 میں مزید ترمیم کی گئی۔ یہ تمام جنرل اور صحت بیمہ کمپنیوں پر لاگو ہوتے ہیں، جو معاوضہ کی بنیاد پر صحت بیمہ (سوائے ذاتی حادثہ یعنی اور ملکی/غیر ملکی سفر کے) (انفرادی اور گروپ دونوں) کی پیشکش کرتی ہے۔

اسٹینڈرڈ بنانے کے لیے درج ذیل گائیڈ لائنس فراہم کرتی ہیں:

1. عام طور پر استعمال ہونے والی بیمہ اصطلاحات کی تعریف
2. سنگین بیماری کی تعریف
3. ہسپتال میں داخلے کے معاوضے کی پالیسیوں میں اخراجات کی اختیاری اشیاء کی فہرست
4. دعویٰ فارم اور اجازت سے پہلے کا فارم
5. بل کے لئے فارمیٹ
6. اسپتالوں سے ڈسچارج کی معلومات
7. ٹی پی اے، بیمہ کمپنیوں اور اسپتالوں کے درمیان معیاری معاہدہ
8. نئی پالیسیوں کے لیے آئی آر ڈی اے کی منظوری حاصل کرنے کے لیے معیاری فائل اور استعمال کے فارمیٹ
9. اخراج یعنی اسٹینڈرڈ اکسلوژنس
10. اخراج کی اجازت نہیں ہے۔

C. اسپتال میں داخلے کے لیے معاوضے مصنوعات

معاوضے مصنوعات لوگوں کو ہسپتال میں داخل ہونے پر ہونے والے اخراجات سے بچاتی ہیں جو انہیں ہسپتال میں داخل ہونے کی صورت میں خرچ کرنے کی ضرورت ہوسکتی ہے۔ زیادہ تر معاملات میں، وہ ہسپتال میں داخل ہونے سے پہلے اور بعد کے دنوں کی مخصوص میعاد کو بھی کور کرتے ہیں، لیکن اسپتال میں داخل نہ ہونے سے متعلق اخراجات کو شامل نہیں کیا جاتا ہے۔

اسپتال میں داخل ہونے کے لیے یہ پالیسی، جو میڈی کلیم کے نام سے جانی ہے، 'معاوضہ' کی بنیاد پر کام کرتی ہے۔ یہ اسپتال میں داخل ہونے کے دوران ہونے والے اخراجات کو کور کر کے پالیسی ہولڈر کو معاوضہ دیتی ہے۔ اس میں شامل کچھ اخراجات کا تذکرہ پالیسی دستاویز میں کیا گیا ہے۔

مثال

راگھو کا ایک چھوٹا خاندان ہے، جس میں اس کی بیوی اور ایک 14 سالہ بیٹا ہے۔ اس نے صحت بیمہ کمپنی سے اپنے خاندان کے ہر فرد کو کور کرنے والی ایک میڈی کلیم پالیسی لی ہے، جس میں ہر ایک کے لیے ایک لاکھ روپے کا ذاتی کور شامل ہے۔ اسپتال میں داخل ہونے کی صورت میں، ان میں سے ہر ایک کو 1 لاکھ روپے تک کے طبی اخراجات کا معاوضہ مل سکتا ہے۔

راگھو کو دل کا دورہ پڑنے اور سرجری کی ضرورت ہونے کی وجہ سے اسپتال میں داخل کرایا گیا تھا۔ اس پر 1.25 لاکھ روپے کا میڈیکل بل بنا۔ بیمہ کمپنی نے پلان کی کوریج کے مطابق 1 لاکھ روپے ادا کیے اور راگھو کو 25000 روپے کی باقی رقم اپنی جیب سے ادا کرنی پڑی۔

معاوضے پر مبنی میڈی کلیم پالیسی کی نمایاں خصوصیات ذیل میں دی گئی ہیں؛ تاہم، کور کی حد میں تبدیلیاں، اضافی اخراج یا فوائد یا کچھ اضافی چیزیں ہر بیمہ کمپنی کی طرف سے فروخت کی جانے والی مصنوعات پر لاگو ہو سکتی ہیں۔

1. اسپتال میں داخل ہونے والے مریضوں کے اخراجات

یہ پالیسی بیمہ شدہ کو بیماری/حادثے کی وجہ سے اسپتال میں داخل ہونے کی قیمت ادا کرتی ہے۔ پالیسی میں اسپتال میں داخل ہونے کی کم از کم مدت (عام طور پر 24 گھنٹے) مقرر ہوتی ہے، جس کے بعد پالیسی کے کلاز نافذ ہو جاتے ہیں۔ تاہم، اس مدت کے ختم ہونے کے بعد، اخراجات پوری مدت کے لیے قابل ادائیگی ہو جاتے ہیں۔

علاج سے متعلق زیادہ تر اخراجات ادا کیے جاتے ہیں، تاہم، کچھ اخراجات جیسے ذاتی آرام کی اشیاء، کاسمیٹک سرجری اس میں شامل نہیں ہیں۔ لہذا، گاہک کے لیے ضروری ہے کہ وہ پالیسی کی شرائط میں پے نہ ہونے والے اخراجات سے آگاہ ہو۔

i. اسپتال/ نرسنگ ہوم کے ذریعے فراہم کرائے جانے والے کمرے، بورڈنگ اور نرسنگ کے اخراجات۔ اس میں نرسنگ کیئر، آر ایم او چارجز، آئی وی فلوڈز/خون کی منتقلی/انجیکشن چارجز اور اسی طرح کے اخراجات وغیرہ شامل ہیں۔

ii. انتہائی نگہداشت یونٹ (ICU) کے اخراجات۔

iii. سرجن، اینسٹھیٹسٹ، فزیشن (میڈیکل پریکٹیشنر)، کنسلٹنٹ، ماہر کی فیس۔

iv. بے ہوشی کی دوا، خون، آکسیجن، آپریشن تھیٹر کے چارجز، آلات جراحی۔

v. ادویات اور دوائیں

vi. ڈائلیسس، کیموتھریپی، ریڈیو تھریپی۔

vii. سرجری کے طریقہ کار کے دوران لگائے گئے مصنوعی آلات کی لاگت جیسے پیس میکرز، آرٹھوپیدک امپلانٹس، انفرا کارڈیک والو (valve) کی تبدیلی، ویسکولر سٹینٹس۔

viii. متعلقہ لیبارٹری/تشخیصی ٹیسٹ اور علاج سے متعلق دیگر طبی اخراجات۔

ix. بیمہ شدہ کے اعضاء کی پیوند کاری یا ریپیرنگ کے سلسلے میں عظیم دہندہ یعنی ڈونر کے اسپتال میں داخل ہونے پر اٹھنے والے اخراجات (اعضاء کی قیمت کو چھوڑ کر)۔

2. ڈے کیئر کے طریقہ کار

ایسی کئی طرح کی سرجری ہیں جن کی ضرورت نہیں ہوتی ہے، وہ خصوصی اسپتالوں میں کی جا سکتی ہیں۔ آنکھوں کی سرجری، کیموتھریپی، ڈائلیسیس وغیرہ جیسے علاج کو ڈے کیئر سرجری کے تحت درجہ بندی یعنی کلاسیفای کیا جاسکتا ہے۔ یہ فہرست مسلسل بڑھ رہی ہے۔ یہ بھی پالیسی کے تحت کور کیا جاتا ہے۔

3. او پی ڈی کور

ہندوستان میں بیرونی مریضوں کے اخراجات کا احاطہ ابھی بھی بہت محدود ہے؛ ایسی چند مصنوعات او پی ڈی کور فراہم کرتی ہیں۔ تاہم، کچھ ایسے پلانٹس ہیں جو باہر کے مریض کے طور پر احاطہ شدہ علاج فراہم کرتے ہیں۔ وہ ڈاکٹر کے دورے، معمول کے طبی ٹیسٹ، دانتوں اور فارمیسی کے اخراجات سے متعلق صحت کی دیکھ بھال کے اخراجات بھی فراہم کرتے ہیں۔

4. اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے اور بعد کے اخراجات

i. اسپتال سے پہلے کے اخراجات

کسی ہنگامی صورت حال میں اسپتال میں داخل ہونے کی ضرورت پڑ سکتی ہے یا یہ پہلے سے منصوبہ بند ہو سکتا ہے۔ اگر کوئی مریض پہلے سے منصوبہ بند سرجری کے لیے جاتا ہے، اس لیے اسے اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے کے اخراجات ادا کرنے پڑ سکتے ہیں۔ ایسے اخراجات کو اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے کے اخراجات کہا جاتا ہے۔

تعریف

اس کا مطلب ہے بیمہ شدہ کے اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے سے طے شدہ دنوں کے دوران ہونے والے طبی اخراجات، بشرطیکہ یہ اخراجات بیمہ شدہ کے اسپتال میں داخل ہونے سے ٹھیک پہلے کیے گئے ہوں اور

(a) اسی بیماری کے لیے اٹھائے گئے ایسے طبی اخراجات جس کے لیے بیمہ شدہ کو اسپتال میں داخلے کی ضرورت تھی، اور

(b) اسپتال میں داخل مریضوں کے لئے بیمہ کمپنی کے ذریعے دعویٰ قبول کیا جاتا ہے۔

اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے کے اخراجات ٹیسٹ، ادویات، ڈاکٹر کی فیس وغیرہ کی شکل میں ہو سکتے ہیں۔ اس طرح کے حادثاتی اور اسپتال میں داخل ہونے سے متعلق اخراجات صحت بیمہ پالیسیوں کے تحت کور کیا جاتا ہے۔

ii. اسپتال میں داخل ہونے کے بعد کے اخراجات

داخل ہونے والے مریض کے زیادہ تر معاملات میں، بیمہ شدہ شخص کے اسپتال سے فارغ ہونے کے فوراً بعد صحت یابی اور فالو-اپ سے متعلق اخراجات بھی ہوتے ہیں۔

یہ دونوں قسم کے اخراجات اگر قابل قبول ہیں تو۔ وہ اسی بیماری کے لیے خرچ کیے جاتے ہیں جس کے لیے بیمہ شدہ فرد کو اسپتال میں داخل کرنے کی ضرورت تھی اور

(a) داخل ہونے والے ایسے معاملوں میں بیمہ کمپنی کی طرف سے مریضوں کے ہسپتال میں داخل ہونے کے دعوے قبول کیے جاتے ہیں۔

داخل ہونے کے بعد کے اخراجات اسپتال میں داخل ہونے کے بعد کے مقررہ دنوں تک کی مدت کے دوران اٹھائے گئے متعلقہ طبی اخراجات ہوں گے اور ان کا علاج دعوے کا حصے کے طور پر مانا جائے گا۔

داخل ہونے کے بعد کے اخراجات، اسپتال سے ڈسچارج ہونے کے بعد منشیات، ادویات، ڈاکٹر کے جائزے وغیرہ کے اخراجات کی شکل میں ہو سکتے ہیں۔ اس طرح کے اخراجات اسپتال میں ہونے والے علاج سے متعلق ہونے چاہئیں اور انہیں صحت بیمہ پالیسیوں کے تحت کور کیا جانا چاہیے۔

تاہم، اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے اور بعد کے اخراجات کے کور کی مدت بیمہ کمپنی سے بیمہ کنندہ تک مختلف ہوگی؛ جن کی پالیسی میں وضاحت کی جاتی ہے۔ سب سے عام کور اسپتال میں داخل ہونے سے تیس دن پہلے اور داخل ہونے کے ساٹھ دن بعد کے لیے ہوتا ہے۔

اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے اور بعد کے اخراجات بیمہ کی مجموعی رقم کا حصہ ہوتے ہیں جس کے لیے پالیسی کے تحت کور دیا جاتا ہے۔

iii. رہائشی اسپتال میں داخل ہونا

iv. ایک فائدہ ان مریضوں کے لیے بھی دستیاب ہے جن کی بیماری کو بصورت دیگر اسپتال میں داخل ہونے کی ضرورت ہوتی ہے، لیکن اسپتال میں قیام نہ ہونے یا ہسپتال لے جانے کی حالت نہ ہونے کی وجہ سے وہ گھر پر ہی علاج کا فائدہ اٹھاتے ہیں۔

اس کلاز کے غلط استعمال کو روکنے کے لیے، اس کور میں عام طور پر تین سے پانچ دن کی اضافی کلاز ہوتی ہے، جس کا مطلب ہے کہ پہلے تین سے پانچ دنوں کے لیے علاج کا خرچ بیمہ دار کو برداشت کرنا پڑے گا۔ کور کچھ دائمی یا عام بیماریوں جیسے دم، برونکائٹس، ذیابیطس میلٹیڈس، ہائی بلڈ پریشر، انفلوئنزا، کھانسی، سردی اور بخار وغیرہ کے لیے رہائشی علاج کو شامل نہیں کیا جاتا ہے۔

مثال

میرا نے اسپتال میں داخل ہونے کی حالت میں اخراجات کے کوریج کے لیے ایک صحت بیمہ پالیسی لی تھی۔ پالیسی میں 30 دن کی ابتدائی انتظار کی مدت کا ایک کلاز تھا۔ بدقسمتی سے، پالیسی لینے کے صرف 20 دن بعد، میرا کو ملیریا ہو گیا اور وہ 5 دن تک اسپتال میں داخل رہنے کا بھاری بل ادا کرنا پڑا۔

جب اس نے بیمہ کمپنی سے اخراجات کی واپسی کے لیے کہا، تو کمپنی نے دعویٰ ادا کرنے سے انکار کر دیا، کیونکہ اسپتال میں داخل ہونے کا واقعہ پالیسی لینے کے 30 دنوں کے انتظار کی مدت میں ہوئی تھی۔

(a) کوریج کے اختیارات دستیاب ہیں۔

i. انفرادی کوریج : بیمہ شدہ اپنے خاندان کے ممبران، جیسے بیوی یا شوہر، منحصر بچے، منحصر والدین، منحصر ساس۔سسر، منحصر بھائی۔بہن وغیرہ کے ساتھ خود کو کور کر سکتا ہے۔ کچھ بیمہ کمپنیوں کے پاس انحصار کرنے والوں پر کوئی پابندی نہیں ہوتی ہے۔ ایسے ہر انحصار بیمہ شدہ کو ایک ہی پالیسی کے تحت کور کرنا ممکن ہے، جہاں ہر بیمہ شدہ کے لیے ایک مختلف بیمہ شدہ رقم کا انتخاب کیا جاتا ہے۔ اس طرح کے کور میں، پالیسی کے تحت بیمہ شدہ ہر شخص پالیسی کی مدت کے دوران اپنی بیمہ کی زیادہ سے زیادہ رقم کا دعویٰ کر سکتا ہے۔ ہر بیمہ شدہ کے لیے اس کی عمر اور منتخب کردہ بیمہ کی رقم اور کسی دوسرے درجہ بندی کے عنصر کے مطابق پریمیم وصول کیا جائے گا۔

ii. فیملی فلوٹر: فیملی فلوٹر پالیسی کے نام سے جانے والے ویریئنٹ میں، ایک ہی بیمہ کی رقم اس خاندان کو پیش کی جاتی ہے جس میں شریک حیات، انحصار شدہ بچوں اور انحصار والدین جو پورے خاندان کے ساتھ رہتے ہیں۔

مثال

اگر چار افراد کے خاندان کے لیے 5 لاکھ روپے کی فلوٹر پالیسی لی جاتی ہے، تو اس کا مطلب ہے کہ پالیسی کی مدت کے دوران، یہ خاندان کے ایک سے زیادہ افراد یا خاندان کے ایک فرد کے متعدد دعووں کے لیے ادائیگی کرے گی۔ یہ تمام دعوے مل کر 5 لاکھ روپے کی کل کوریج سے زیادہ نہیں ہو سکتے۔ عام پریمیم خاندان کے سب سے بڑے رکن کی عمر کی بنیاد پر وصول کیا جائے گا جس کی بیمہ کی تجویز ہے۔

ان دونوں پالیسیوں کے تحت کور اور اخراج ایک جیسا ہوگا۔ فیملی فلوٹر پالیسیاں مارکیٹ میں مقبول ہوتی جا رہی ہیں، کیونکہ پورے خاندان کو مجموعی طور پر بیمہ شدہ رقم کی کوریج ملتی ہے، جسے مناسب پریمیم پر اعلیٰ سطح پر منتخب کیا جا سکتا ہے۔

پہلے سے موجود بیماریاں

بیمہ کو غیر متوقع حادثات/بیماریوں وغیرہ کا کور کرنے کے لیے ڈیزائن کیا گیا ہے۔ موجودہ طبی مسائل کے علاج کی لاگت کو پورا کرنا بیمہ کا حصہ نہیں ہے، کیونکہ یہ صحت مند لوگوں کے ساتھ ناانصافی ہے، جنہیں کچھ دوسرے لوگوں کی موجودہ بیماریوں کے لیے ادائیگی کرنی ہوگی۔ یہ یکساں جوکھم کو کور کرنے والے جوکھم پول بنانے کے اصول کے خلاف کیا جاتا ہے۔ لہذا، صحت بیمہ پالیسی جاری کرنے سے پہلے ہر بیمہ شدہ کی موجودہ بیماریوں/زخموں کے بارے میں معلومات اکٹھا کرنا بہت ضروری ہے۔ اس سے بیمہ کمپنی کو بیمہ کی پیشکش کو قبول کرنے، معقول پریمیم وصول کرنے اور/یا ان لوگوں کے لیے اضافی شرائط عائد کرنے میں مدد ملے گی جن کے دعوے کرنے کا امکان زیادہ ہے۔

پہلے سے موجود بیماری کیا ہے؟

پالیسی کے آغاز سے 48 ماہ کے اندر بیمہ شدہ زندگی کو ہونے والی بیماریوں کو پہلے سے موجود بیماریاں مانی جاتی ہیں۔ اسی منطق کی بنیاد پر، بیمہ کمپنیوں کو پہلے سے موجود بیماریوں کو خارج کرنے کی اجازت نہیں ہے جب کوئی شخص لگاتار 48 مہینوں تک کور کیا جاتا ہے۔

قابل تجدید یا رینیول: اگرچہ صحت کی دیکھ بھال کی پالیسیوں کی معاہدہ زندگی ایک سال ہے؛ اور ہر سال ایک نئی پالیسی جاری کی جانی ہے، IRDAI نے تمام پالیسیوں کے لیے تاحیات تجدید کو لازمی قرار دیا ہے۔

نمایاں خصوصیت

مصنوعات میں نئی خصوصیات فراہم کرنے کے ساتھ ساتھ قیمتوں کو برقرار رکھنے کے لیے، بیمہ کمپنیوں نے مصنوعات میں جدید ترامیم کی ہیں۔ مثال کے طور پر، میڈی کلیم پالیسی، جو کہ سال 2000 سے پہلے سب سے زیادہ مقبول پالیسی تھی، میں بہت سی تبدیلیاں آئی ہیں اور کوریج میں نئی نمایاں خصوصیات شامل کی گئی ہیں۔ اصل معاوضہ کور میں کچھ خصوصیات شامل کی گئی ہیں۔ یہ خصوصیات مختلف بیمہ کمپنی اور مختلف مصنوعات کے معاملے کے لحاظ سے مختلف ہو سکتی ہیں؛ ہو سکتا ہے یہ تمام مصنوعات کے لیے یکساں طور پر دستیاب نہ ہوں۔

1. مخصوص بیماری کی ذیلی حدود اور کیپنگ

کچھ پروڈکٹس میں خاص بیماری کیپنگ ہوتی ہے، جیسے موتیا بند۔ کچھ پروڈکٹس میں بیمہ کی رقم سے منسلک کمرے کے کرایے پر ذیلی حدود ہوتی ہیں، جیسے کمرہ کا کرایہ فی دن بیمہ شدہ رقم کے 1% تک محدود اور ICU چارجز بیمہ شدہ رقم کے 2% تک محدود ہیں۔ چونکہ دیگر اشیاء جیسے ICU فیس، OT فیس اور یہاں تک کہ سرجن کی فیس کے تحت ہونے والے اخراجات منتخب کردہ کمرے کی قسم سے منسلک ہوتے ہیں، کمرے کے کرایے کی حد بندی دیگر ہیڈس کے تحت اخراجات کو اور اس طرح اسپتال میں داخل ہونے کے کل اخراجات کو محدود کرنے میں بھی مدد کرتی ہے۔

1.1 شریک ادائیگی یا کو۔ پیمینٹ (جسے کو۔ پے بھی کہا جاتا ہے)

شریک ادائیگی (کو۔ پیمینٹ) کو آئی آر ڈی اے آئی نے ہیلتھ بیمہ پالیسی کے تحت لاگت کے اشتراک کی ضرورت کے طور پر اس شرط کے ساتھ بیان کیا ہے کہ پالیسی ہولڈر/ بیمہ دار قابل قبول دعووں کی رقم کے ایک مخصوص فیصد کی لاگت برداشت کرے گا۔ کو۔ پے پالیسی کے سم انشورڈ کو کم نہیں کرتا۔

شریک ادائیگی ہر دعوے کے ایک حصے کا تصور ہے جو بیمہ دار کے ذریعہ صحت بیمہ پالیسی کے تحت برداشت کیا جاتا ہے۔ پروڈکٹ کے لحاظ سے یہ لازمی یا رضاکارانہ بھی ہو سکتے ہیں۔ غیر ضروری طور پر اسپتال میں داخل نہ ہونا، اپنی صحت کی طرف سے محتاط رہنا اور اخراجات میں کفایت غیر ضروری آسائشوں سے پرہیز، ان سب سے بچنے کے لئے نظم و ضبط پیدا ہوتا ہے۔ قابل قبول کلیم ہونے پر بہت سی پالیسیوں میں انشورڈ کی شراکت کے صورت میں مثلاً 20000 کے نقصان پر اپنی جیب سے 10% کے حساب سے کل 2000 رقم ہی دینا ہوگی۔

iii. کٹوتی / زیادہ

جیسا کہ باب 5 میں بیان کیا گیا ہے، ایک 'کٹوتی'، جسے 'اضافی' بھی کہا جاتا ہے، خرچ کو بانٹنے کا انتظام ہے۔ صحت بیمہ پالیسی کے تحت، یہ انتظام ہے کہ بیمہ کمپنی معاوضے کی پالیسیوں کے معاملے میں ایک مخصوص رقم اور اسپتال کی نقد پالیسیوں کے معاملے میں دنوں/گھنٹوں کی مخصوص تعداد کے لیے، کسی بھی فوائد کی ادائیگی کے لیے ذمہ دار نہیں ہوگی۔ بیمہ کمپنی کے ذریعہ قابل ادائیگی اس سے پہلے لاگو ہوگا۔ صحت بیمہ پالیسیوں میں، بیمہ کرنے والے کو بیمہ کمپنی کی طرف سے دعوے کی ادائیگی سے پہلے ابتدائی طور پر ایک خاص رقم ادا کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ مثال کے طور پر، اگر کسی پالیسی میں کٹوتی 10,000 روپے ہے، تو بیمہ دار ہر بیمہ شدہ نقصان کے دعوے میں پہلے 10,000 روپے ادا کرتا ہے۔ مثال کے طور پر، اگر دعویٰ 80,000 روپے کا ہے، تو بیمہ شدہ پہلے 10,000 روپے کی لاگت برداشت کرے گا اور بیمہ کمپنی 70,000 روپے ادا کرے گی۔ کٹوتی بیمہ کی رقم یعنی سم انشورڈ کو کم نہیں کرتی ہے۔

اسپتال کی نقد پالیسیوں کی صورت میں، کٹوتی دنوں/گھنٹوں کی ایک مقررہ تعداد بھی ہو سکتی ہے، جو بیمہ کمپنی کی طرف سے کسی بھی فائدہ کی ادائیگی سے پہلے لاگو ہوگی۔

ایجنٹ کو اس کی جانچ کرنی چاہیے اور بیمہ دار کو بتانا چاہیے کہ آیا کٹوتی فی سال، فی زندگی یا فی واقعہ لاگو ہوگی اور خصوصی کٹوتی کیا ہوگی۔

iv. انتظار کی مدت

پالیسی کے آغاز سے 30 دن کی انتظار کی مدت عام طور پر زیادہ تر پالیسیوں پر کوئی دعویٰ کرنے کے لیے لاگو ہوتی ہے۔ تاہم، حادثے کی وجہ سے اسپتال میں داخل ہونے کی صورت میں اس کا اطلاق نہیں ہوگا۔

v. مخصوص بیماریوں کے لئے انتظار کی مدت

یہ اُن بیماریوں پر نافذ ہوتا ہے جن کے علاج میں تاخیر اور منصوبہ بندی کی جا سکتی ہے۔ بیمہ کمپنیاں پروڈکٹ کے لحاظ سے ایک/دو/چار سال انتظار کی مدت عائد کرتی ہیں۔ ان بیماریوں کے دعوے مدت مکمل ہونے کے بعد ہی قابل قبول ہو سکتے ہیں۔ کچھ ایسی بیماریاں ہیں: موتیا بند، معمولی پروسٹیٹک ہائپر ٹرافی، ہسٹریکٹومی فار مینورجیا یا فیرووما، برنیا، ہائیڈروسیل، پیدائشی اندرونی بیماری، اینس میں فسٹولہ، بواسیر، سائٹوسائٹس اور متعلقہ مسائل وغیرہ۔

vi. دن کی دیکھ بھال کے طریقہ کار کے لیے کوریج

جیسا کہ پہلے بات کی جا چکی ہے، میڈیکل سائنس کی ترقی کے ساتھ، ڈے کیئر کے زمرے میں بڑی تعداد میں طریقہ کار کو شامل کیا گیا ہے۔

vii. پالیسی سے پہلے چیک اپ کی قیمت

قبل ازیں طبی معائنے کا خرچ ممکنہ صارفین کو برداشت کرنا پڑتا تھا۔ اب بیمہ کمپنی لاگت کی واپسی کرتی ہے، بشرطیکہ پیشکش انڈر رائٹنگ کے لیے قبول کر لی گئی ہو؛ معاوضہ 50% سے 100% تک مختلف ہوتا ہے۔ اب IRDAI نے یہ بھی لازمی کر دیا ہے کہ بیمہ کمپنی ہیلتھ چیک اپ کے کم از کم 50% اخراجات خود برداشت کرے گی۔

viii. ایڈ - آن کور

کچھ بیمہ کمپنیوں نے کئی نئے اضافی کور متعارف کرائے ہیں جنہیں ایڈ آن کور کہتے ہیں۔ ان میں سے کچھ یہ ہیں:

✓ **زچگی کا کور:** پہلے زچگی کور خوردہ یعنی انفرادی پالیسیوں میں نہیں دیا جاتا تھا۔ لیکن اب زیادہ تر بیمہ کمپنیاں مختلف انتظار کی مدت کے ساتھ یہ کور فراہم کرتی ہیں۔

✓ **سنگین بیماری کا کور:** یہ کور بعض بیماریوں کے لیے اعلیٰ مصنوعات کے تحت ایک اختیار کے طور پر دستیاب ہے جو جان لیوا ہیں اور جہاں مہنگا علاج درکار ہوتا ہے۔

✓ **بیمہ کی رقم کی بحالی:** دعوے کی ادائیگی کے بعد، بیمہ کی رقم (جو کہ دعوے کی ادائیگی پر کم ہو جاتی ہے) کو اضافی پریمیم ادا کر کے اصل حد میں بحال کیا جا سکتا ہے۔

✓ **آیوش کے لیے کوریج یعنی آیورویڈ - یوگا - یونانی - سدھا - ہومیوپیتھ:** کچھ پالیسیاں آیوش کے علاج کی لاگت کو اسپتال میں داخل ہونے کی لاگت کے ایک خاص فیصد تک کو کور کرتی ہیں۔

ix. ویلیو ایڈڈ کور

کچھ معاوضے کی مصنوعات میں ویلیو ایڈڈ کور شامل ہیں جیسا کہ ذیل میں بیان کیا گیا ہے۔ فوائد پالیسی شیڈول میں ہر کور کے لیے بتائی گئی بیمہ کی رقم کی حد تک قابل ادائیگی ہیں، جو کہ کل بیمہ کی رقم سے زیادہ نہیں ہے۔

✓ **آؤٹ پیشنٹ کور:** ہندوستان میں صحت بیمہ پروڈکٹس زیادہ تر صرف مریض کے اسپتال میں داخل ہونے کے اخراجات کو کور کرتے ہیں۔ کچھ کمپنیاں اب مخصوص پلانس کے تحت بیرونی یعنی آؤٹ ڈور مریضوں کے لیے بھی محدود کور دیتی ہیں۔

✓ **اسپتال کیش:** یہ ایک مخصوص مدت کے لیے اسپتال میں داخل ہونے کے ہر دن کے لیے ایک مقررہ یکمشت ادائیگی فراہم کرتا ہے۔ عام طور پر یہ مدت 7 دن کے لیے دی جاتی ہے، سوائے 3/2 دن کی کٹوتی والی پالیسیوں کے۔ یہ منافع صرف اس صورت میں محرک ہوگا جب اسپتال میں داخل ہونے کی مدت کٹوتی کی مدت سے زیادہ ہو۔ یہ ہسپتال میں داخل ہونے کے دعوے کے علاوہ ہے، لیکن پالیسی کی کل بیمہ کی رقم مختلف ذیلی حد کے اندر یا اس کے ساتھ ہو سکتا ہے۔

✓ **ریکوری منافع:** اگر بیماری اور/یا حادثے کی وجہ سے ہسپتال میں قیام کی کل مدت 10 دن سے کم نہ ہو تو یکمشت فائدے کی ادائیگی کی جاتی ہے۔

✓ **عظیم دہندگان یعنی آرگن ڈونرز کے اخراجات:** بڑے اعضاء کی پیوند کاری یا ریپیرنگ کی صورت میں، پالیسی میں بیان کردہ شرائط و ضوابط کے مطابق عظیم دہندگان کے اخراجات کی ادائیگی کا انتظام ہے۔

✓ **ایمبولینس کا معاوضہ:** ایمبولینس پر بیمہ دار کے ذریعے کیے گئے اخراجات کی ادائیگی پالیسی کے شیڈول میں بیان کردہ ایک خاص حد تک کی جاتی ہے۔

✓ **اسپتال میں ساتھ جانے والے شخص کے لیے اخراجات:** اس کا مقصد اسپتال میں داخل ہونے کی مدت کے دوران بیمہ شدہ مریض کی دیکھ بھال کے لیے ساتھ رہنے والے شخص کے کھانے، نقل و حمل وغیرہ پر خرچ ہونے والے اخراجات کو پورا کرنا ہے۔ یکمشت ادائیگی یا ری ایمرسمنٹ ادائیگی پالیسی کی شرائط کے مطابق پالیسی کے شیڈول میں بیان کردہ حد تک کی جاتی ہے۔

✓ **خاندان کی تعریف:** کچھ صحت بیمہ مصنوعات میں خاندان کی تعریف بدل گئی ہے۔ اس سے پہلے، بنیادی بیمہ شدہ، شریک حیات، زیر کفالت بچوں کو کور دیا جاتا تھا۔ اب ایسی پالیسیاں ہیں جن میں والدین اور سسرال والوں کو بھی اسی پالیسی کے تحت لایا جا سکتا ہے۔

✗ **طبی مشورہ لینے یا اس پر عمل کرنے میں ناکامی یا علاج کے طریقہ کار کی تعمیل کرنے میں ناکامی۔**

ابتدائی طور پر، پہلے سے موجود بیماریوں میں مبتلا افراد کو صحت بیمہ کور سے انکار کر دیا گیا تھا۔ اب ایسی بیماریوں کے علاوہ ایسے معاملات میں کور کی پیشکش کی جا رہی ہے۔

معیاری صحت بیمہ پروڈکٹ - آروگیہ سنجیونی: COVID-19 وبائی امراض کے پس منظر میں، IRDAI نے تمام بیمہ کمپنیوں کو آروگیہ سنجیونی نام کی معیاری صحت کی مصنوعات لانے کو کہا ہے، جس میں شرائط و ضوابط میں کوئی تبدیلی نہیں کی گئی ہے، تاکہ سمجھنے میں آسانی ہو۔ تاہم، بر کمپنی کی قیمتوں کی پالیسی کے مطابق پریمیم مختلف ہو سکتا ہے۔ یہ مارکیٹ میں صحت بیمہ تک بہتر رسائی کو یقینی بنانا ہے۔ تمام بیمہ کمپنیوں کو آروگیہ سنجیونی نامی اس پروڈکٹ کو پیش کرنے کی ضرورت ہے۔ [اس اقدام کا سیاق و سباق یہ تھا کہ مارکیٹ میں صحت بیمہ کی مختلف مصنوعات دستیاب تھیں اور صارفین ان کا موازنہ کرنے کے قابل نہیں تھے، جس کی وجہ الجھن پیدا ہوتی تھی۔]

یہ دو قسم کے منصوبے آروگیہ سنجیونی بیمہ پالیسی کے تحت دستیاب ہیں:

- **انفرادی منصوبہ:** ایک انفرادی پالیسی ہولڈر آروگیہ سنجیونی پالیسی کا مستفید ہوگا۔
- **فیملی فلوٹر پلان:** پالیسی ہولڈر کے خاندان کے کئی افراد آروگیہ سنجیونی یوجنا کے مستفید ہو سکتے ہیں۔

یہ پروڈکٹ کمرے کے کرایے اور ICU چارجز پر کیپنگ کے ساتھ آتی ہے، لیکن اس میں 50% کیپنگ کے ساتھ جدید علاج اور اسٹیم سیل تھریپی بھی شامل ہے۔

D. ٹاپ اپ کور یا زیادہ کٹوتی کے ساتھ بیمہ پلان

ٹاپ اپ کور کو اعلیٰ کٹوتی پالیسی کے نام سے بھی جانا جاتا ہے۔ بیمہ کمپنیوں کی ٹاپ اپ پالیسیاں ایک مخصوص رقم (جسے تھیرش ہولڈ کہا جاتا ہے) سے زیادہ بیمہ کی رقم کو کور کرتی ہے۔ یہ پالیسی کم بیمہ شدہ رقم کے ساتھ بنیادی ہیلتھ کور کے ساتھ کام کرتی ہے اور نسبتاً معقول پریمیم پر آتی ہے۔ مثال کے طور پر، جو لوگ اپنے آجر یعنی امپلائر کے ذریعے کور کئے جاتے ہیں وہ اضافی تحفظ کے لیے ٹاپ اپ کور کا انتخاب بھی کر سکتے ہیں۔ (جہاں پہلی پالیسی کی بیمہ کی رقم کو حد کے طور پر لیا جاتا ہے)۔

ٹاپ اپ پالیسی کے تحت دعویٰ حاصل کرنے کے اہل ہونے کے لیے، طبی لاگت کا منصوبہ کے تحت منتخب کردہ کٹوتی (یا حد) کی سطح سے زیادہ ہونا چاہیے؛ زیادہ کٹوتی کے منصوبوں کے تحت، واپسی خرچ کی گئی رقم ہوگی یعنی کٹوتی سے زیادہ رقم ہوگی۔

مثال

ایک شخص کو اس پالیسی یا امپلائر نے 3 لاکھ روپے کی بیمہ شدہ رقم کا کور کیا ہے۔ وہ 3 لاکھ روپے کے علاوہ 10 لاکھ روپے کی ٹاپ اپ پالیسی کا انتخاب کر سکتا ہے۔ اگر ایک بار اسپتال میں داخل ہونے کی لاگت 5 لاکھ روپے ہے، تو بنیادی پالیسی صرف 3 لاکھ روپے تک کا کور کرے گی۔ ٹاپ اپ کور کے ساتھ، 2 لاکھ روپے کی بقایا رقم ٹاپ اپ پالیسی کے ذریعے ادا کی جائے گی۔

ٹاپ اپ پالیسیاں سستی ہیں۔ 10 لاکھ روپے کی واحد پالیسی پر 3 لاکھ روپے کے علاوہ 10 لاکھ روپے کی ٹاپ اپ پالیسی سے بہت زیادہ لاگت آئے گی۔ یہ کور انفرادی بنیادوں پر اور خاندانی بنیادوں پر دستیاب ہیں۔ ٹاپ اپ پلان کے لیے ہسپتال میں داخل ہونے کے ہر ایک واقعے میں کٹوتی کی جانے والی رقم سے زیادہ ہونا ضروری ہے۔ تاہم، کچھ ٹاپ-اپ پلانوں کو جو پالیسی کی مدت کے دوران لگاتار متعدد ہسپتالوں میں داخل ہونے کے بعد کٹوتی کو حد سے تجاوز کرنے کی اجازت دیتے ہیں، ان کو ہندوستانی مارکیٹ میں کمپوزٹ بیسڈ ہائی ڈیڈکٹیبل پلانز یا سپر ٹاپ اپ کور کے نام سے جانا جاتا ہے۔ ایک سپر ٹاپ-اپ پلان کٹوتی کی رقم سے زیادہ ہسپتال کے تمام بلوں (سپر ٹاپ اپ پلان کی حد تک) کو کور کرتی ہے، یعنی کٹوتی ایک سال میں کیے گئے کل دعووں پر لاگو ہوتی ہے۔ اس طرح، ایک بار کٹوتی کی ادائیگی کے بعد، پلان بعد کے دعووں کے لیے فعال ہو جاتا ہے۔

E. عمر رسیدہ باشندوں کے لئے یا سینئر سیٹیزن پالیسی

یہ انشورنس پلان عمر رسیدہ افراد کو کور فراہم کرنے کے لیے بنائے گئے ہیں۔ جنہیں اکثر ایک خاص عمر کے بعد کوریج سے محروم کر دیا جاتا تھا۔ (مثال کے طور پر، 60 سال سے زیادہ عمر کے لوگ)۔ کوریج اور اخراج یعنی ایکسکلوزنوں کی شکل اسپتالی یا باسپیٹلائزیشن والی پالیسیوں سے تقریباً ملتی ہوئی ہوتی ہے۔

کوریج اور انتظار کی مدت کے تعین میں بوڑھے شخص کی بیماریوں کو مدنظر رکھا جاتا ہے۔ داخلے کی عمر زیادہ تر 60 سال کے بعد ہوتی ہے اور پالیسی کو تاحیات تجدید کیا جا سکتا ہے۔ سم انشورڈ 50,000 روپے سے 5,00,000 روپے تک ہوتا ہے۔ بعض بیماریوں کے لیے قابل اطلاق انتظار کی مدت مختلف ہوتی ہے۔

مثال: موتیا بند ہونے کی صورت میں ایک بیمہ کمپنی کے لیے 1 سال اور دوسری بیمہ کمپنی کے لیے 2 سال انتظار کی مدت ہوسکتی ہے۔

مثال: سائنوسائٹس کچھ بیمہ کمپنیوں کے انتظار کی مدت کے سیکشن کے تحت نہیں آتا ہے، لیکن کچھ کمپنیاں اسے اپنی مدت کے کلاز میں شامل کرتی ہیں۔

کچھ پالیسیوں میں پہلے سے موجود بیماریوں کے سلسلے میں انتظار کی مدت یا کیپنگ ہوتی ہے۔ ہسپتال میں داخل ہونے سے پہلے اور بعد کے اخراجات ہسپتال میں داخل ہونے کے دعووں کے فیصد کے طور پر یا ذیلی سیکشن کی سب لیمنٹ کی حد کے اندر ہوتی ہے (جو بھی زیادہ ہو) ادا کی

جاتی ہیں۔ کچھ پالیسیوں میں وہ ایک مخصوص معاوضے کے منصوبے کے مطابق چلتی ہیں، جیسے کہ 60/30 دن یا 90/60 دنوں کی مخصوص مدت میں ہونے والے اخراجات۔

IRDAI نے لازمی قرار دیا ہے کہ تمام صحت بیمہ کمپنیاں اور TPAs صحت بیمہ کے دعووں اور بزرگ شہریوں کی شکایات کے ازالے کے لیے ایک الگ چینل قائم کریں۔

F. فکسڈ بینیفٹ کور - ہسپتال کیش، سنگین یا بیماری یا کریڈیکل انیس

اس کور کے تحت، بیمہ دار کو دعویٰ کی رقم کے طور پر ایک خاص رقم ملتی ہے، اس کے ذریعہ نامزد کردہ علاج کے لئے خرچ کی گئی رقم کچھ بھی ہو۔ اس پروڈکٹ میں، عام طور پر ہونے والے علاج کو ٹی این ٹی، امراض چشم، زچگی اور گائناکالوجی وغیرہ کو طبقہ کے تحت رکھا گیا ہے جیسے؛ ان میں سے ہر ایک کے لیے زیادہ سے زیادہ ادائیگی کی رقم پالیسی میں تجویز کی گئی ہے۔

یہ پالیسیاں آسان ہیں، کیونکہ پالیسی کے تحت ہسپتال میں داخل ہونے اور بیماری کی کوریج کا صرف ثبوت ہی دعوے پر کارروائی کرنے کے لیے کافی ہے۔ کچھ پروڈکٹس ایک فکسڈ بینیفٹ کور کے ساتھ روزانہ کیش بینیفٹ پیکج بھی پیش کرتے ہیں۔

ایسی سرجری/علاج کے لیے ایک مخصوص رقم ادا کرنے کا انتظام کیا گیا ہے، جو پالیسی میں نامزد کی فہرست میں شامل نہیں ہیں۔ پالیسی کی مدت کے دوران مختلف علاج کے لیے متعدد دعوے ممکن ہیں۔ تاہم، دعوے بالآخر پالیسی کے تحت منتخب کردہ بیمہ کی رقم تک ہی محدود ہیں۔

کچھ فکسڈ منافع والے بیمہ کے پلان یہ ہیں:

✓ ہسپتال ڈیلی کیش بیمہ پلان

✓ کریڈیکل انیس بیمہ پلان

1. ہسپتال کی روزانہ کیش پالیسی

(a) فی دن کی رقم کی حد

ہسپتال کی نقدی کوریج بیمہ شدہ کو ہسپتال میں داخل ہونے کے ہر دن کے لیے ایک مقررہ رقم فراہم کرتی ہے۔ کیش کوریج فی دن (مثال کے طور پر) 1,500 روپے فی دن سے 5,000 روپے فی دن یا اس سے بھی زیادہ ہو سکتی ہے۔ ہر بیماری اور پالیسی کی اصطلاح کے لیے (جو عام طور پر سالانہ پالیسی ہوتی ہے) روزانہ کیش ادائیگیوں پر ایک حد مقرر کی جاتی ہے۔

(b) ادائیگی کے دنوں کی مدت

اس پالیسی کی کچھ اقسام میں، روزانہ کیش کے لیے دیے گئے دنوں کی تعداد اس بیماری سے منسلک ہوتی ہے جس کا علاج کیا جا رہا ہے۔ ہر بار علاج اور قیام کی مدت کی ایک تفصیلی فہرست تجویز کی گئی ہے، جو ہر قسم کے طریقہ کار/بیماری کے لیے جائز یومیہ نقد فائدہ کو محدود کرتی ہے۔

(c) اسٹینڈ-ایلون کور یا ایڈ آن کور

ہسپتال ڈیلی کیش پالیسی کچھ بیمہ کمپنیوں کی جانب سے اسٹینڈ-ایلون پالیسی کے طور پر دستیاب ہے، جب کہ دیگر معاملات میں یہ

باقاعدہ معاوضے کی پالیسی میں ایک اضافی کور ہے۔ یہ پالیسیاں بیمہ دار کو حادثاتی اخراجات کو پورا کرنے میں مدد کرتی ہیں، کیونکہ اس میں ایک مقررہ رقم ادا کی جاتی ہے اور اس ادائیگی کا علاج کی اصل قیمت سے کوئی تعلق نہیں ہے۔ اس معاوضے پر مبنی صحت بیمہ پلان کے تحت موصول ہونے والے کسی بھی کور کے علاوہ پالیسی کے تحت ادائیگی کی بھی اجازت دیتا ہے۔

(d) اضافی یا سپلیمنٹری کور

یہ پالیسیاں اسپتال کی عام لاگت کی پالیسی کی تکمیل کر سکتی ہیں، کیونکہ یہ واجبی کاسٹ افیکٹیو ہے؛ یہ ہنگامی حالات کے لیے معاوضہ فراہم کرتی ہے اور ان اخراجات کے لیے بھی جو معاوضے کی پالیسی کے تحت قابل ادائیگی نہیں ہیں، جیسے کہ اخراج یعنی ایکسکلوزن، شریک ادائیگی وغیرہ۔

(e) کور کے دیگر فوائد

بیمہ کمپنی کے نقطہ نظر سے، اس پلان کے کئی فائدے ہیں، کیونکہ یہ گاہک کو سمجھانا آسان ہے اور اس لیے اسے زیادہ آسانی سے فروخت کیا جا سکتا ہے۔ طبی مہنگائی بھی اس پر اثر انداز کم ہوتی ہے، کیونکہ اصل اخراجات سے قطع نظر، ہسپتال میں داخل ہونے کی مدت کے لیے ایک مقررہ رقم فی دن ادا کی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ، اس طرح کے بیمہ کور کی قبولیت اور دعووں کا تصفیہ بہت آسان ہے۔

2. سنگین بیماری یا کریٹیکل النیس پالیسی

میڈیکل سائنس کی ترقی کے ساتھ، لوگ کینسر، فالج اور ہارٹ اٹیک وغیرہ جیسی بڑی بیماریوں سے بچ رہے ہیں، جو پہلے زمانے میں موت کا باعث بنتا تھا۔ تاہم، کسی بڑی بیماری سے بچنے کے لیے، علاج کے ساتھ ساتھ علاج کے بعد زندہ رہنے کے لیے بھی بھاری اخراجات اٹھانے پڑتے ہیں۔ سنگین بیماری کا آغاز فرد کی مالی سلامتی کو خطرہ ہوتا ہے۔ ایسے معاملات میں تمام طبی اخراجات کو پورا کرنے کے لیے بنیادی صحت بیمہ پالیسی کافی نہیں ہو سکتی۔

سنگین بیماری کی پالیسی میں مخصوص سنگین بیماری کی تشخیص پر یکمشت رقم ادا کرنے کا انتظام ہے۔ بڑے اخراجات پورے کرنے کے لحاظ سے اس پالیسی کا سم انشورڈ زیادہ رہتا ہے۔

ہندوستان میں، سنگین بیماری یا کریٹیکل النیس کے فوائد عام طور پر لائف بیمہ کمپنیاں لائف بیمہ پالیسیوں میں بطور رائڈر دو قسم کے کور فروخت کرتی ہیں۔ ایکسلیریٹڈ سی آئی پلان اور اسٹینڈ-ایلون سی آئی منافع پلان۔ ہر طرح کی غلط فہمی سے بچنے کے لئے آئی آر ڈی اے نے اپنی گائیڈ لائنس کے ذریعے 22 بیماریوں کو اسٹینڈرڈ ایز کیا ہے۔

بیمہ کمپنیوں اور مصنوعات کی طرف سے کور کی جانے والی سنگین بیماریاں مختلف ہوتی ہیں۔ عام طور پر، بیمہ کی رقم کا 100% سنگین بیماری کی تشخیص پر ادا کیا جاتا ہے۔ کچھ کیسیز میں معاوضہ پالیسی کی شرائط و ضوابط کے مطابق سم انشورڈ کا 25% سے 100% تک بھی ہو سکتا ہے۔

پالیسی کے تحت قابل ادائیگی کسی بھی فائدے کے لیے، پالیسی کے آغاز سے 90 دن کا انتظار اور بیماری کی تشخیص کے بعد 30 دن کا 'سروایول کلاز' ہے۔ خاص طور پر 45 سال سے زیادہ عمر کے لوگوں کے لیے طبی ٹیسٹ ضروری ہیں۔

کسی بھی بیمہ شدہ شخص کے حوالے سے پالیسی کے تحت معاوضے کی ادائیگی کے بعد، پالیسی ختم ہو جاتی ہے۔ یہ پالیسی گروپوں کو بھی دی جاتی ہے، خاص طور پر کارپوریٹ جو اپنے ملازمین کے لیے پالیسیاں لیتے ہیں۔

مخصوص بیماری سے متعلق مصنوعات - کورونا کوچ (ڈھال)

جون 2020 میں، جب ملک کو کورونا وائرس کے انفیکشن (COVID-19) کے متعدد کیسز کا سامنا تھا، ایسے میں میں گاہک کے مفاد میں کئی پروڈکٹس بازار میں آئے، جو COVID-19 کے ٹیسٹ کی نشاندہی ہونے پر یکمشت ادائیگی کی پیشکش کرتے ہیں۔ بعد میں، کچھ کمپنیوں نے معاوضے پر مبنی مصنوعات بھی متعارف کرائیں۔ حالانکہ، پی پی ٹی کیٹ، آکسی میٹر وغیرہ جیسے کئی سامان اور کارنٹائین کرنے کے اخراجات بھی تھے، جن کا ان مصنوعات میں خیال نہیں رکھا گیا تھا۔

آئی آر ڈی اے آئی دو معیاری صحت بیمہ پالیسیاں لے کر آیا ہے، جسے کورونا کوچ اور کورونا محافظ (جن پر لائف بیمہ سیکشن میں الگ سے بحث کی گئی ہے) کہا جاتا ہے۔ جہاں جنرل اور صحت بیمہ کمپنیوں کے لیے کورونا کوچ کو معاوضے پر مبنی ہے، اسٹینڈرڈ COVID-19 پروڈکٹ کے طور پر فراہم کرنا لازمی ہے، جب کہ کورونا محافظ، جو کہ فائدے پر مبنی پروڈکٹ پیش کرتا ہے، تمام بیمہ کمپنیوں کے لیے اختیاری ہے۔ دونوں مصنوعات کی انتظار کی مدت 15 دن ہے۔

کورونا محافظ ایک معیاری فائدے پر مبنی صحت بیمہ ہے جو COVID-19 سے متاثرہ بیمہ شدہ کو ایک بار کا فائدہ فراہم کرنے کے لیے ڈیزائن کیا گیا ہے؛ اس کے لیے کم از کم 72 گھنٹے کی مسلسل مدت کے لیے اسپتال میں داخل ہونا ضروری ہے۔ یہ منصوبہ 18 سال سے 65 سال کی عمر کے لوگوں کے لیے 3.5 ماہ، 6.5 ماہ اور 9.5 ماہ کی مختلف پالیسی شرائط کے ساتھ انفرادی بنیادوں پر یکمشت فائدہ کی پالیسی کے طور پر کوریج پیش کرتا ہے؛ پالیسی ختم ہو جاتی ہے جب فائدہ ادا کیا جاتا ہے۔ کورونا محافظ 50,000 روپے سے لے کر 2.5 لاکھ روپے تک، 50,000 روپے کے ضرب میں بیمہ کی رقم کے اختیارات پیش کرتا ہے۔ پالیسی مندرجہ ذیل کے لیے فراہم کرتی ہے: (i) مکمل بیمہ شدہ فائدہ، (ii) سستی پریمیم، (iii) دعوے کی یکمشت رقم، (iv) پندرہ دن کی مختصر انتظار کی مدت اور (v) ٹیکس فوائد۔

کورونا کوچ جون 2020 میں آئی آر ڈی اے آئی کی طرف سے جاری کردہ ہدایات کے مطابق درج ذیل کوریج فراہم کرتا ہے:

1. حکومت سے منظور شدہ تشخیصی مرکز میں COVID-19 مثبت کی تشخیص کی صورت میں، COVID-19 کے علاج کے لیے اسپتال میں داخل ہونے کے اخراجات میں درج ذیل شامل ہیں: (کم از کم 24 گھنٹے کے لیے ہسپتال میں داخلے کے چارجز قابل قبول ہیں۔)

- a. اسپتال/ نرسنگ ہوم کے کمرے، بورڈنگ، نرسنگ کے اخراجات۔
- b. سرجن، اینسٹھیٹسٹ، ڈاکٹر (میڈیکل پریکٹیشنر)، کنسلٹنٹس، ماہرین کی فیس۔
- c. اینسٹھیسیا، خون، آکسیجن، آپریشن تھیٹر کے چارجز، سرجیکل آلات، ونٹیلیٹر کے چارجز، ادویات، تشخیص کی قیمت، تشخیصی یعنی انوسٹیگیشنس، پی پی ای کٹس، دستانے، ماسک اور اسی طرح کے وغیرہ خرچ۔

- d.** انتہائی نگہداشت یونٹ (ICU) / انتہائی کارڈیک کیئر یونٹ (ICCU) کے اخراجات۔
- e.** ہر بار اسپتال میں داخل ہونے کے لیے سڑک ایمبولینس پر ہونے والا زیادہ سے زیادہ 2000 روپے کا خرچ ہے۔
2. گھریلو نگہداشت کے علاج کے اخراجات، ایک مرتبہ کی بیماری کا اثر یا اگر کہیں کم ایک انسٹیڈنٹ کے لیے زیادہ سے زیادہ 14 دنوں تک گھریلو علاج کے لیے درج ذیل شرائط پوری ہونے پر:
- a.** ڈاکٹر بیمہ دار کو گھر پر علاج کرانے کا مشورہ دیتا ہے۔
- b.** صحت کی حالت کی مسلسل نگرانی کی جاتی ہے اور جو علاج دیا جاتا ہے وہ ہر روز ڈاکٹر کے ذریعہ چیک کیا جاتا ہے۔
3. علاج کرنے والے معالج کے ذریعہ تجویز کردہ اور COVID کے علاج سے متعلق دیگر اخراجات کو کور کیا جاتا ہے۔
- a. گھر پر یا پیتھالوجی لیب میں کیے گئے تشخیصی ٹیسٹ
- b. تحریری طور پر تجویز کردہ ادویات
- c. ڈاکٹر کی مشاورت کی فیس
- d. طبی عملے سے متعلق نرسنگ فیس
- e. منشیات کی پیرنٹرل انتظامیہ تک محدود طبی طریقہ کار
- f. پلس آکسی میٹر، آکسیجن سلینڈر اور نیبولائزر کی قیمت
- اضافی کور - ہسپتال ڈیلی کیش: بیمہ کمپنی اس پالیسی کے تحت قابل قبول ہسپتال میں داخل ہونے کے دعوے کے بعد، COVID کے علاج کے لیے مسلسل ہسپتال میں داخل ہونے کے ہر 24 گھنٹے کے لیے بیمہ شدہ رقم کا 0.5% یومیہ ادا کرے گی۔
- اسٹینڈرڈ ویکٹر بورن ڈیزیز ہیلتھ پالیسی:**
- آئی آر ڈی اے آئی، نے 3 فروری 2021 کے ہدایات پر مبنی، فیصلہ کیا کہ ویکٹر یعنی مختلف جراثیم سے پیدا ہونے والی بیماریوں کے لیے اسٹینڈرڈ پروڈکٹس درج ذیل کوریج فراہم کریں گی:
1. **اسپتال میں داخل ہونے پر ملنے والا بینیفٹ:** بیمہ کی رقم یا سم انشورڈ کے 100% کے برابر ایک یکمشت رقم ان میں سے کسی بھی ویکٹر سے پیدا ہونے والی بیماری کے پازیٹیو ہونے پر قابل ادائیگی ہوگا، جہاں کم از کم 72 گھنٹے کی مسلسل مدت کے لیے اسپتال میں داخل ہونا ضروری ہے۔
- (a) ڈینگی بخار
- (b) ملیریا
- (c) فائلیریا (لمفیٹک فائلیریا)
- (d) کالازار
- (e) چکن گنیا
- (f) جاپانی انسیفلائٹس
- (g) ذکا وائرس

2. **تشخیص کا کور:** کور کی مدت کے دوران، ویکٹر سے پیدا ہونے والی بیماری کے لیے پازیٹیو ہونا پہلی شناخت پر (لیبارٹری ٹیسٹ کے ذریعے اور ڈاکٹر کے ذریعے تصدیق) بیمہ شدہ رقم کا 2% پالیسی کی شرائط و ضوابط کے تحت قابل ادائیگی ہوگا۔ پالیسی ہولڈر پالیسی سال میں صرف ایک بار ہر بیماری کے لیے "تشخیص کور" کے تحت ادائیگی حاصل کرنے کا حقدار ہے۔

G. کومبو پروڈکٹ

بیلتھ پلس لائف کومبو پروڈکٹس لائف بیمہ کمپنی کے لائف بیمہ کور اور نان لائف اور/یا اسٹینڈ-ایلون صحت بیمہ کمپنی کے ذریعے فراہم کردہ صحت بیمہ کور کی سہولت فراہم کرتے ہیں۔

یہ پروڈکٹ انفرادی بیمہ پالیسی اور گروپ بیمہ دونوں بنیادوں پر دی جا سکتی ہے۔ تاہم، صحت بیمہ فلوٹر پالیسیوں کے سلسلے میں، خاندان کے کمانے والے ارکان میں سے کسی ایک کی زندگی پر خالص مدتی لائف بیمہ کوریج کی اجازت ہے؛ کمانے والا ممبر صحت بیمہ پالیسی کا تجویز کنندہ بھی یہ پروڈکٹ لے سکتا ہے بشرطیکہ اس کا انشوریبیل انٹرسٹ ہو اور بیمہ کمپنیوں کے دیگر انڈررائٹنگ معیار پر پورا اترتا ہو۔

پیکج کی پالیسیاں

پیکجز، یا امبریلا کور، ایک دستاویز میں کور کا مجموعہ فراہم کرتے ہیں۔

صحت بیمہ میں پیکج کی پالیسیوں کی مثالوں میں اہم بیماری کور کے فوائد کو معاوضے کی پالیسیوں اور حتیٰ کہ لائف بیمہ پالیسیوں اور اسپتال کے روزانہ نقد فوائد کو معاوضے کی پالیسیوں کے ساتھ ملانا شامل ہے۔

سفر یا اوورسیز میڈیکلیم بیمہ:

بیرونی ممالک پر سفر کو جانے کے لئے یہ بیمہ پالیسی بھی پیکج پالیسی کے طور پر دستیاب ہے، جس میں نہ صرف صحت بیمہ بلکہ حادثاتی موت/معذوری کے فوائد کے ساتھ ساتھ بیماری/حادثے کی وجہ سے ہونے والے طبی اخراجات اور چیک شدہ سامان کی آمد میں نقصان یا تاخیر، پاسپورٹ اور دستاویزات کا نقصان، جائیداد/ذاتی نقصانات اور فریق ٹالٹ شامل ہیں۔ ذمہ داری، سفر کی منسوخی اور یہاں تک کہ اغوا کا احاطہ روایتی طور پر سفری پالیسیوں کے تحت فراہم کیا جاتا ہے۔ (سفری بیمہ کے بارے میں مزید تفصیلات ذیل میں دی گئی ہیں۔)

H. غریبوں کے لیے مائیکرو بیمہ اور صحت بیمہ

مائیکرو بیمہ مصنوعات خاص طور پر دیہی اور غیر رسمی شعبوں سے کم آمدنی والے لوگوں کی حفاظت کے لیے بنائی گئی ہیں۔ یہ کفایتی پریمیم اور فوائد کے پیکج کے ساتھ ایک کم قیمت پروڈکٹ ہے۔ مائیکرو بیمہ آئی آر ڈی اے کے مائیکرو بیمہ ریگولیشنز 2005 کے تحت آتا ہے۔

اس قسم کا کور زیادہ تر مختلف کمیونٹی آرگنائزیشنز یا غیر سرکاری تنظیمیں (این جی او) اپنے اراکین کے لیے گروپ کے لحاظ سے لیتے ہیں۔

سماج کے غریب طبقوں کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے پبلک سیکٹر انڈرٹیکننگس (PSUs) کی طرف سے خاص طور پر وضع کی گئی دو پالیسیاں جن آروگیہ بیما پالیسی اور یونیورسل بیلتھ اسکیم ہیں۔ ذاتی سیکٹر کی

بیمہ کمپنیاں بھی اس ہدف والے طبقے کی ضروریات کو پورا کرنے کے لیے بہت سی نئی مائیکرو بیمہ ہیلتھ پروڈکٹس جیسے بیمہ کوچ یوجنا، گرامین جیون رکھشا پلان، بھاگیہ لکشمی لے کر آئی ہیں - مکمل فہرست آئی آر ڈی اے آئی کی ویب سائٹ پر دیکھی جا سکتی ہے۔

I. راشٹریہ سواستھ بیمہ یوجنا

حکومت نے صحت کی مختلف اسکیمیں بھی شروع کی ہیں، جن میں سے کچھ خاص ریاستوں میں نافذ ہیں۔ راشٹریہ سواستھ بیمہ یوجنا (آریس بی وائ) کو بیمہ کمپنیوں کے ساتھ مل کر نافذ کیا گیا تھا جس کا مقصد غربت کی لکیر سے نیچے (بی پی ایل) خاندانوں کے لیے صحت بیمہ کوریج فراہم کرنا تھا۔ تاہم، آریس بی وائ نے صرف 30,000 روپے کی بیمہ کی رقم فراہم کی تھی، جسے بڑی سرجری/ہسپتال میں داخلے کے اخراجات کو پورا کرنے کے لیے کافی نہیں سمجھا جاتا تھا۔

J. پردھان منتری جن آروگیہ یوجنا

آریس بی وائ کی خامیوں کو دور کرنے کے لیے، جیسا کہ قومی صحت پالیسی 2017 کی سفارش کی گئی ہے، حکومت ہند نے 2017 میں 'آیوشمان بھارت یوجنا' شروع کی، جو کہ یونیورسل ہیلتھ کوریج (یو ایچ سی) کے نظریے کو حاصل کرنے کے لیے ایک اہم اسکیم ہے۔ اسے پردھان منتری جن آروگیہ یوجنا (پی ایم جے اے وائے) آیوشمان بھارت کے نام سے بھی جانا جاتا ہے، جو 5,00,000 روپے کی بیمہ شدہ رقم کے ساتھ آئی ہے۔

اس وقت کی موجودہ راشٹریہ سواستھ بیمہ یوجنا (آریس بی وائ) اس میں شامل تھی۔ پی ایم جے اے وائ کو حکومت کی طرف سے مکمل طور پر مالی امداد فراہم کی جاتی ہے۔ اس کے نفاذ کی لاگت مرکزی اور ریاستی حکومتوں کے درمیان مشترک ہے۔

K. پردھان منتری سُرکشا بیمہ یوجنا

ذاتی حادثاتی موت اور معذوری کا احاطہ کرنے والے حال ہی میں اعلان کردہ پی ایم ایس بی وائ کی خصوصیات درج ذیل ہیں:

کوریج کا دائرہ: حصہ لینے والے بینکوں کے ساتھ 18 سے 70 سال کی عمر کے تمام بچت بینک اکاؤنٹ ہولڈرز صرف ایک بچت بینک اکاؤنٹ رکھنے کے حقدار ہیں؛ اگر وہ ایک سے زیادہ بینکوں میں انرول ہو جاتا ہے تو اس کو اضافی بیمے کا فائدہ نہیں ملے گا اور ادا شدہ اضافی پریمیم ضبط کر لیا جائے گا۔ آدھار بینک اکاؤنٹ کے لیے بنیادی کے وائے سی ہوگا۔

اندراج کا طریقہ / مدت: یہ کور یکم جون سے 31 مئی تک ایک سال کی مدت کے لیے ہو گا، جس کے لیے مقررہ فارم پر نامزد بچت بینک اکاؤنٹ سے جوائن/آٹو ڈیبٹ کرنے کا اختیار ہر سال 31 مئی تاریخ تک دینا ضروری ہوگا۔

مکمل سالانہ پریمیم کی ادائیگی پر بعد میں شمولیت مخصوص شرائط پر ممکن ہو سکتی ہے۔ وہ افراد جنہوں نے کسی بھی وقت اسکیم سے آپٹ آؤٹ کیا ہے وہ آئندہ سالوں میں مذکورہ طریقے سے اسکیم میں دوبارہ شامل ہو سکتے ہیں۔

بیمہ کے تحت فوائد درج ذیل ہیں:

فوائد کا ٹیبل	بیمہ کی رقم
حادثاتی موت ہو جانے پر	2 لاکھ روپے
دونوں آنکھوں کا مکمل اور ناقابل تلافی نقصان یا دونوں ہاتھوں یا پیروں کے استعمال میں نقصان یا ایک آنکھ کی بینائی کا ضائع ہو جانا اور بازو یا پیر کے استعمال کا نقصان۔	2 لاکھ روپے
ایک آنکھ کا مکمل اور ناقابل تلافی نقصان یا بازو یا پیر کا استعمال کا نقصان۔	ایک لاکھ روپے

اسکیم میں شمولیت اور اندراج کی سہولت ایس ایم ایس، ای میل یا ذاتی طور پر بینک جا کر دستیاب ہے۔

پریمیم: 12/- روپے فی ممبر فی سال۔ اکاؤنٹ ہولڈر کے سیونگ بینک اکاؤنٹ سے 'آٹو ڈیبٹ' سہولت کے ذریعے کاٹا جائے گا۔

کور کا خاتمہ: ممبر کے لیے حادثے کا احاطہ درج ذیل حالات میں ختم ہو جائے گا:

1. جب ممبر 70 سال کی عمر (قریب ترین سالگرہ پر عمر) کو پہنچ جائے یا

2. بینک میں اکاؤنٹ بند کرنے یا بیمہ جاری رکھنے کے لیے بیلنس کی دستیابی نہ ہونے پر

اگر بیمہ کور کسی تکنیکی وجہ سے ختم ہو جاتا ہے، جیسے کہ مقررہ تاریخ پر اکاؤنٹ میں کافی بیلنس کی عدم دستیابی یا کسی انتظامی مسئلے کی وجہ سے، تو اسے مقررہ شرائط کے ساتھ مکمل سالانہ پریمیم کی وصولی پر بحال کیا جا سکتا ہے۔

I. ذاتی حادثہ اور معذوری کا کور

ذاتی حادثہ (پی اے) کور کسی غیر متوقع حادثے کی صورت میں معاوضہ دیتا ہے جس کی وجہ سے موت اور معذوری ہوتی ہے۔

پی اے پالیسی درج ذیل باتیں شامل ہوتی ہے:

- بیمہ شدہ رقم کا 100% موت ہونے پر ادا کیا جاتا ہے،
- معذوری کی صورت میں، مستقل معذوری کی صورت میں معاوضہ بیمہ کی رقم کے ایک خاص فیصد سے مختلف ہوتا ہے۔
- عارضی معذوری کے لیے ہفتہ وار معاوضہ دیا جاتا ہے۔

ہفتہ وار معاوضہ کا مطلب ہے معذوری کے ہر ہفتے کے لیے ایک مقررہ رقم کی ادائیگی، ان ہفتوں کی تعداد کے لحاظ سے ایک حد سے مشروط ہے جس کے لیے معاوضہ ادا کیا جائے گا۔

1. کور کی گئی معذوری کی اقسام

معذوری کی اقسام، جو عام طور پر پالیسی کے تحت کور کی جاتی ہیں:

i. مستقل مکمل معذوری (پی ٹی ڈی): اس کا مطلب ہے زندگی بھر کے لیے مکمل طور پر معذور ہو جانا۔ یعنی چاروں اعضاء (بازوؤں اور

پیروں) کا فالج، بے ہوشی کی حالت، دونوں آنکھوں/دونوں ہاتھ/دونوں اعضاء یا ایک ہاتھ اور ایک آنکھ یا ایک آنکھ اور ایک پیر یا ایک ہاتھ اور ایک پیر کا نقصان،

.ii. مستقل جزوی معذوری (پی پی ڈی): اس کا مطلب ہے زندگی بھر کے لیے جزوی طور پر معذور ہونا۔ یعنی ہاتھ کی انگلیاں، پیر کی انگلیاں، پنچے وغیرہ کا نقصان۔

.iii. عارضی مکمل معذوری (ٹی ٹی ڈی): اس کا مطلب ہے عارضی مدت کے لیے مکمل طور پر معذور ہو جانا۔ کور کے اس حصے کا مقصد معذوری کی مدت کے دوران آمدنی کے نقصان کو کور کرنا ہے۔

گاہک / کلائنٹ کے پاس صرف موت کا کور یا موت اور مستقل معذوری یا موت اور مستقل معذوری کے ساتھ ساتھ عارضی مکمل معذوری کے درمیان انتخاب کرنے کا اختیار ہے۔

2. بیمہ کی رقم

ذاتی حادثے (پی اے) پالیسیوں کے لیے بیمہ کی رقم یعنی سم انشورڈ کا فیصلہ عام طور پر مجموعی ماہانہ آمدنی کی بنیاد پر طے کیا جاتا ہے۔ عام طور پر، یہ مجموعی ماہانہ آمدنی کا 60 گنا ہے۔ تاہم، کچھ بیمہ کمپنیاں آمدنی کی سطح سے قطع نظر، ایک مقررہ منصوبہ بندی کی بنیاد پر پالیسیاں بھی پیش کرتی ہیں۔ ایسی پالیسیوں میں کور کے ہر حصے کے لیے بیمہ کی رقم منتخب کردہ پلان کے مطابق مختلف ہوتی ہے۔

3. ذاتی حادثاتی بیمہ - ایک بینیفٹ اسکیم ہے

یہ ایک بینیفٹ اسکیم ہونے کی وجہ سے، ایک سے زیادہ پالیسیاں ہونے کا انٹریبیشن کے اصول کی تابع نہیں ہوتیں۔ اس طرح اگر کسی شخص کی مختلف بیمہ کمپنیوں کے ساتھ ایک سے زیادہ پالیسیاں ہیں، تو تمام پالیسیوں کے تحت دعوے ادا کیے جائیں گے۔

4. کور کا دائرہ

ان پالیسیوں کو اکثر طبی اخراجات کو کور کرنے، یعنی کسی حادثے کے بعد اسپتال میں داخل ہونے/طبی اخراجات کی ادائیگی کرنے کے لیے بڑھایا جا سکتا ہے۔

5. ویلیو ایڈڈ فوائڈ

ذاتی حادثے کے ساتھ ساتھ، بہت سی بیمہ کمپنیاں ویلیو ایڈڈ فوائڈ بھی پیش کرتی ہیں، جیسے حادثے کی وجہ سے داخل ہونے کی صورت میں اسپتال کی رقم، میت کی نقل و حمل کے اخراجات کے لئے ایک محدود رقم اور ایمبولینس چارجز اور ایک بچے کے لیے تعلیمی بینیفٹ۔

6. اخراج یا ایکسکلوزنس

ذاتی حادثاتی بیمہ کے تحت عام استثنیٰ میں پالیسی کے آغاز سے پہلے موجود معذوری کی وجہ سے ہونے والے حادثات، دماغی عارضے یا کسی بیماری کی وجہ سے موت یا معذوری، جنگ کی وجہ سے چوٹ، حملہ، قتل یا قتل کے مترادف مجرمانہ قتل، جان بوجھ کر خود کو زخمی کرنا، مجوزہ اضافی خطرناک سرگرمی جیسے کہ قتل، خودکشی، منشیات/الکوحل کا استعمال، ہوا بازی یا غبارہ چلانے کے دوران چوٹ شامل ہیں۔ یہ ایک محدود فہرست ہے جو کمپنی کے لحاظ سے مختلف ہو سکتی ہے۔

پی اے پالیسیاں افراد، خاندانوں اور گروپوں کو دستیاب کرائی جاتی ہیں۔

گروپ ذاتی حادثات کی پالیسیاں

گروپ ذاتی حادثات پالیسیاں عام طور پر سالانہ پالیسیاں ہوتی ہیں، جن کی سالگرہ پر تجدید کی اجازت ہوتی ہے۔ تاہم، نان لائف اور اسٹینڈ-ایلون صحت بیمہ کمپنیاں مخصوص واقعات کی کوریج فراہم کرنے کے مقصد سے ایک سال سے کم مدت کے ساتھ گروپ پرسنل ایکسیڈنٹ پروڈکٹس دے سکتی ہیں۔

بڈیوں کے ٹوٹنے کی پالیسی اور روزمرہ کی سرگرمیوں کے نقصان کا معاوضہ

یہ خصوصی پی اے پالیسی ہے، فہرست میں مذکور فریکچر کے خلاف کور فراہم کرنے کے لیے ڈنڈائن کی گئی ہے۔ ہر فریکچر کے لیے، دعوے کے وقت، ایک مقررہ فائدہ یا پالیسی میں بیان کردہ بیمہ کی رقم کا فیصد ادا کیا جاتا ہے۔ فائدے کی رقم اس پر منحصر ہے کہ کس بڈی کا فریکچر ہوا ہے اور فریکچر کی نوعیت کیا ہے۔

M. غیر ملکی سفر کی بیمہ

پالیسی کی ضرورت: کاروبار، تعطیلات یا مطالعہ کے لیے ہندوستان سے باہر سفر کے دوران حادثاتی چوٹ لگنے یا اسپتال میں داخل ہونے کے اخراجات کو کور کرنے کے لیے۔ طبی دیکھ بھال کی قیمت، خاص طور پر امریکہ اور کینیڈا جیسے ممالک میں، بہت زیادہ ہے اور بڑے مالی مسائل کا سبب بن سکتی ہے۔

کوریج کا دائرہ

اس طرح کی پالیسیاں بنیادی طور پر حادثے اور بیماری کے فوائد کے لیے ہوتی ہیں، لیکن مارکیٹ میں دستیاب زیادہ تر مصنوعات ایک ہی پروڈکٹ کے اندر مختلف قسم کے کور پیش کرتی ہیں۔

فراہم کردہ عام کور یہ ہیں:

(a) طب اور بیماری کا سیکشن:

i. حادثاتی موت/معذوری

ii. بیماری/حادثے کی وجہ سے طبی اخراجات

(b) وطن واپسی اور خروج یا اویکوبیشن

(c) ذاتی حادثے کا کور

(d) ذاتی ذمہ داری

(e) دیگر غیر طبی کور میں شامل ہیں:

i. سفر کی منسوخی

ii. سفر میں تاخیر

iii. سفر میں رکاوٹ

iv. کنکشن چھوٹ جانا

v. چیک-ان والے بیگیج میں تاخیر

- .vi. چیک-ان والے بیگیج کا کھونا
- .vii. پاسپورٹ کا کھو جانا
- .viii. ہنگامی نقد پیشگی
- .ix. اغوا کا الاؤنس
- .x. ضمانتی بانڈ بیمہ
- .xi. اغوا کا کور
- .xii. اسپانسر تحفظ
- .xiii. تسلی کا سفر
- .xiv. مطالعہ یا اسٹڈی میں رکاوٹ
- .xv. گھر چوری/ ڈکیتی

1. منصوبہ بندی یعنی پلان کی قسم

زیادہ تر کاروباری اور چھٹیوں کے منصوبے، مطالعہ کے منصوبے اور روزگار کی پالیسیاں مقبول ہیں۔

2. پالیسی کون لے سکتا ہے۔

کاروبار کرنے، چھٹیاں منانے یا تعلیم کے لیے بیرون ملک سفر کرنے والے ہندوستانی باشندے اس پالیسی سے فائدہ اٹھا سکتے ہیں۔ بیرون ملک معاہدے پر بھیجے گئے ہندوستانی آجروں یعنی امپلائر کے ملازمین کو بھی کور کیا جاسکتا ہے۔

3. بیمہ کی رقم اور پرمیم

کور امریکی ڈالر میں دیا جاتا ہے؛ یہ عام طور پر طبی اخراجات، انخلا اور وطن واپسی کا احاطہ کرنے والی کلاز کے لیے 1,00,000 امریکی ڈالر سے 5,00,000 امریکی ڈالر تک ہو سکتی ہے، سوائے ذمہ داری یا لایبیلیٹی کور کے۔ دیگر کلاز کے لیے بیمہ کی رقم کم ہے۔ پرمیم بھارتی روپے میں ادا کیا جا سکتا ہے، سوائے روزگار کے منصوبوں کے، جہاں پرمیم ڈالر میں ادا کرنا پڑتا ہے۔ عام طور پر دو قسم کے منصوبے ہوتے ہیں:

✓ امریکہ/کینیڈا کے علاوہ دنیا بھر میں

✓ امریکہ/کینیڈا سمیت دنیا بھر میں

کچھ مصنوعات یا پروڈکٹس ممالک کے ایک گروپ کے لیے کور فراہم کرتے ہیں۔ مثلاً صرف ایشیائی ممالک کا سفر، صرف یورپی ممالک کا سفر، یا صرف کسی خاص ملک کا سفر شامل ہے۔

کارپوریٹ فریکوئنٹ فلائز پلان

یہ ایک سالانہ پالیسی ہے جس کے تحت ایک کارپوریٹ/آجر یعنی ایمپلائر اپنے افسران کے لیے مختلف پالیسیاں لیتا ہے، جو اکثر ہندوستان سے باہر سفر کرتے ہیں۔ یہ کور وہ لوگ بھی لے سکتے ہیں جو ایک سال کے دوران متعدد بار بیرون ملک سفر کرتے ہیں۔ ایک پیشگی پریمیم کمپنی کے ملازمین کی طرف سے ایک سال میں سفر کیے گئے دنوں کی تخمینی یا ایسٹیمیٹڈ تعداد کی بنیاد پر ادا کیا جاتا ہے۔ مندرجہ بالا پالیسیاں صرف کاروباری اور تفریحی دوروں کے لیے پیش کی جاتی ہیں۔ پہلے سے موجود بیماریوں کو عام طور پر بیرون ملک میڈیکل/ٹریول بیمہ سے خارج کر دیا جاتا ہے۔

N. گروپ ہیلتھ کور

1. گروپ کی پالیسیاں

جیسا کہ پہلے باب میں بیان کیا گیا ہے، گروپ پالیسی ایک گروپ کے مالک کے ذریعہ لی جاتی ہے ایک آجر یا ایمپلائر، ایسوسی ایشن، بینک کا کریڈٹ کارڈ ڈویژن ہو سکتا ہے، جہاں ایک پالیسی افراد کے پورے گروپ کا کور کرتی ہے۔ یہ پالیسیاں عموماً ایک سال میں تجدید ہونے والے معاہدے ہیں۔

گروپ پالیسیوں کی خصوصیات - اسپتال میں داخل ہونے کے فوائد کا کور

1. کوریج کا دائرہ

گروپ صحت بیمہ کی سب سے عام شکل آجر یا ایمپلائر کی طرف سے فراہم کردہ پالیسی ہے جس میں ملازمین اور ان کے خاندانوں بشمول انحصار شدہ شریک حیات، بچے اور والدین/سسرال والوں کا کور کیا جاتا ہے۔

2. ضرورت کے مطابق کور

گروپ کی پالیسیاں اکثر گروپ کی ضروریات کے مطابق بنائی جاتی ہیں۔ اس طرح، گروپ پالیسیوں میں، انفرادی پالیسی کے کئی اسٹینڈرڈ اکسکلوزنس گروپ پالیسی کے تحت آتے ہیں۔

3. زچگی کا کور

گروپ پالیسی میں سب سے زیادہ عام توسیعات یا ایکسٹینشن میں سے ایک زچگی کا کور ہے۔ زچگی کا کور بچے کی پیدائش کے لیے اسپتال میں داخل ہونے کے اخراجات کا انتظام کرے گا۔ اس میں سیزرین ڈیلیوری بھی شامل ہے۔ یہ کور عام طور پر خاندان کی کل بیمہ کی رقم کے اندر ایک مخصوص رقم تک محدود ہوتا ہے۔

4. جائلڈ کور

بچوں کو پہلے دن سے کوریج دیا جاتا ہے۔ کبھی زچگی کے کور کی حد تک محدود اور کبھی خاندان کی پوری بیمہ کی رقم کو پورا کرنے کے لیے بڑھایا جاتا ہے۔

5. پہلے سے موجود بیماریوں کا کور، انتظار کی مدت ختم

کئی عام اسٹینڈرڈ یعنی ایکسکلوزنس، جیسے پہلے سے موجود بیماری کا اخراج، تیس دن کا انتظار، دو سال کا انتظار؛ اپنی مرضی کے مطابق پالیسی میں پیدائشی بیماریوں کو معاف کیا جا سکتا ہے۔

6. پریمیم کا حساب

گروپ پالیسی کے لیے چارج کیا جانے والا پریمیم ممبران کی عمر کے پروفائل، گروپ کے سائز اور سب سے اہم بات، دعووں کے تجربے پر مبنی ہے۔

7. نان ایمپلائر ملازم گروپس

ہندوستان میں، ریگولیٹری دفعات بنیادی طور پر گروپ بیمہ کور حاصل کرنے کے مقصد سے ان کی تشکیل پر سختی سے پابندی لگاتی ہیں۔ جب گروپ کی پالیسیاں آجروں یا امپلائرز کے علاوہ کسی اور کو دی جاتی ہیں، تو اس بات کا تعین کرنا ضروری ہے کہ گروپ کے مالک کا اپنے اراکین کے ساتھ کیا تعلق ہے۔

مثال

ایک بینک جو اپنے بچت بینک اکاؤنٹ ہولڈرز یا کریڈٹ کارڈ ہولڈرز کے لیے پالیسی بناتا ہے، ایک یکساں گروپ بناتا ہے، جو ایک بڑے گروپ کو ان کی ضروریات کے مطابق پالیسی سے فائدہ اٹھانے کے قابل بناتا ہے۔

8. قیمت کا تعین

گروپ پالیسیوں میں، گروپ کے سائز کے ساتھ ساتھ گروپ کے دعووں کے تجربے کی بنیاد پر پریمیم کی رعایت کا انتظام ہے۔

2. کارپوریٹ بفر یا فلوٹر کور

زیادہ تر گروپ پالیسیوں میں، ہر خاندان کو ایک مقررہ بیمہ کی رقم کا کور دیا جاتا ہے، جو کہ ایک لاکھ روپے سے لے کر پانچ لاکھ روپے تک ہوتا ہے؛ کبھی کبھی یہ بہت زیادہ ہوتا ہے۔ ایسے حالات پیدا ہوتے ہیں جب خاندان کی بیمہ کی رقم ختم ہو جاتی ہے، خاص طور پر خاندان کے کسی فرد کی بڑی بیماری کی صورت میں۔ ایسے حالات میں، اگر بفر کور کا انتخاب کیا جائے، تو اس سے راحت ملتی ہے؛ اس بفر کی رقم کا استعمال خاندان کی بیمہ کی رقم سے زائد اضافی اخراجات کو پورا کرنے کے لیے کیا جاتا ہے۔

خاندان کی بیمہ کی رقم ختم ہونے کے بعد، رقم بفر سے نکال لی جاتی ہے۔ تاہم، یہ استعمال عام طور پر بڑی بیماری/خطرناک بیماری کے اخراجات تک محدود ہے، جہاں ایک بار اسپتال میں داخل ہونے کے بعد، بیمہ کی رقم ختم ہو جاتی ہے۔

0. خصوصی مصنوعات

1. بیماری کا کور

حالیہ برسوں میں، کینسر، ذیابیطس، COVID-19 کے لیے بیماری کے مخصوص کور ہندوستانی بازار میں متعارف کرائے گئے ہیں۔ کور یا تو قلیل مدتی یا طویل مدتی ہے یعنی 5 سال سے 20 سال تک اور اس میں فلاحی فائدہ بھی شامل ہے۔ بیمہ کمپنی باقاعدگی سے صحت کے معائنے کے لیے ادائیگی کرتی ہے۔ بلڈ شوگر، بلڈ پریشر جیسے عوامل پر بہتر کنٹرول کے لیے دوسرے پالیسی سال سے کم پریمیم کی صورت میں مراعات دی جاتی ہیں۔ دوسری طرف، ان چیزوں پر ناقص کنٹرول کے لیے زیادہ پریمیم وصول کیے جاتے ہیں۔

2. ذیابیطس والے لوگوں کے لیے تیار کردہ مصنوعات

یہ پالیسی 26 سے 65 سال کے درمیان کے لوگ لے سکتے ہیں؛ اس کی تجدید یعنی رینیول 70 سال تک کیا جا سکتا ہے۔ بیمہ کی رقم 50,000 روپے سے 5,00,000 روپے تک ہوتی ہے۔ کیپنگ اسپتال کے کمرے کے کرایے پر لاگو ہوتی ہے۔ اس پروڈکٹ کا مقصد مریض کے اسپتال میں داخل ہونے کے اخراجات بشمول ذیابیطس سے متعلقہ مسائل جیسے کہ ذیابیطس ریٹینوپیتھی (آنکھ)، گردے، ذیابیطس فٹ، گردے کی پیوند کاری یا ریپیرنگ کے لیے ڈونر کے اخراجات کو کور کرتا ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے کے اخراجات کو کور کی مدت بیمہ کمپنیوں میں آپس میں مختلف ہو سکتی ہیں۔ پالیسی میں اس کا تعین کیا جاتا ہے۔ اسپتال سے پہلے کا عام کور_____ ہے

I. پندرہ دن

II. تیرہ دن

III. پینتالیس دن

IV. ساٹھ دن

صحت بیمہ پالیسیوں کی کلیدی شرائط (تمام شرائط جیسا کہ IRDAI کے صحت بیمہ پروڈکٹس کی اسٹینڈرڈ ایزیشن کے ماسٹر سرکیولر، مورخہ 22.07.2020 میں بیان کیا گیا ہے)

1. نیٹ ورک کی خدمات دینے والے

نیٹ ورک پرووائیڈر کا مطلب ایک اسپتال/نرسنگ ہوم/ڈے کیئر سنٹر ہے جو بیمہ شدہ مریضوں کو کیش لیس علاج فراہم کرنے کے لیے بیمہ کمپنی/TPA کے ساتھ معاہدہ کرتا ہے۔ مریض نیٹ ورک سے باہر کے پرووائیڈر کی خدمات لینے کے لئے آزاد ہے لیکن وہاں ان سے عموماً بہت زیادہ فیس چارج کی جائے گی۔

2. ترجیحی نیٹ ورک کی خدمات دینے والے یا پریفرڈ پرووائیڈر نیٹ ورک (پی پی این)

بیمہ کمپنی کو انتہائی واجب ریٹوں پر معیاری علاج فراہم کروانے کے لئے اسپتالوں کا بہتر نیٹ ورک بنانے کا اختیار ہوتا ہے۔

3. کیش لیس خدمت

کیش لیس سروس بیمہ دار کو اس قابل بناتی ہے کہ وہ ہسپتالوں سے بغیر کسی ادائیگی کے کور کی حد تک علاج حاصل کر سکے۔ بیمہ شدہ کو صرف ایک نیٹ ورک ہسپتال سے رجوع کرنا پڑتا ہے اور آپ کو بیمہ کے ثبوت کے طور پر اپنا میڈیکل کارڈ پیش کرنا ہوگا۔ بیمہ کمپنی صحت کی دیکھ بھال تک بغیر نقدی کے رسائی فراہم کرتی ہے اور قابل قبول رقم کے لیے براہ راست نیٹ ورک فراہم کنندہ کو ادائیگی کرتا ہے۔ تاہم، بیمہ شدہ کو پالیسی کی حد سے زیادہ رقم اور پالیسی کی شرائط کے مطابق قابل ادائیگی اخراجات کی ادائیگی کرنی ہوگی۔

4. تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر (ٹی پی اے)

صحت بیمہ میں تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹرز یا TPAS کی شروعات ہونا ایک اہم پیش رفت ہے۔ دنیا بھر میں بہت سی بیمہ کمپنیاں صحت بیمہ کے دعووں کو منظم کرنے کے لیے آزاد تنظیموں کی خدمات استعمال کرتی ہیں۔ ان ایجنسیوں کو TPAS کے نام سے جانا جاتا ہے۔ ہندوستان میں، بیمہ کمپنی صحت کی خدمات کی فراہمی کے لیے TPA کی خدمت لیتی ہے، جس میں دیگر چیزوں کے علاوہ یہ چیزیں شامل ہیں:

i. پالیسی ہولڈر کو ایک شناختی کارڈ فراہم کرنا جو اس کی بیمہ پالیسی کا ثبوت ہے اور اسے ہسپتال میں داخلے کے لیے استعمال کیا جا سکتا ہے۔

ii. نیٹ ورک اسپتالوں میں کیش لیس سروس فراہم کرنا

iii. دعووں پر کارروائی کرنا

TPAS صحت بیمہ پالیسی ہولڈرز کو اسپتال میں داخلے کے لیے منفرد شناختی کارڈ کے اجراء سے لے کر کیش لیس بنیادوں یا معاوضے کی بنیاد پر دعووں کے تصفیے تک خدمات فراہم کرتے ہیں۔ تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر اسپتالوں یا صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والوں کے ساتھ مفاہمت میں شریک ہوتے ہیں جس کو "میمورینڈم آف انڈرسٹینڈنگ" (MOU) کہا جاتا ہے۔ اس کے تحت یقینی بنایا جاتا ہے کہ نیٹ ورک اسپتالوں میں علاج کے خواہاں ہر شخص کو کیش لیس سروس فراہم کی جا سکے۔ 'ٹی پی اے' اسپتالوں کے باہمی اشتراک سے دعووں کو نپٹانے کا جلد فیصلہ کرتے ہیں۔

5. اسپتال

اسپتال کا مطلب ہے کوئی بھی ادارہ جو اندرون مریض کی دیکھ بھال اور بیماری اور/یا زخموں کے علاج کے لیے قائم کیا گیا ہے، جو مقامی اتھارٹی کے پاس بطور اسپتال رجسٹرڈ ہے، جہاں بھی قابل اطلاق ہو؛ نیز، اسے ایک رجسٹرڈ اور مستند طبی پریکٹیشنر کی نگرانی میں ہونا چاہیے اور اسے ان تمام کم از کم معیارات کی تعمیل کرنی چاہیے:

(a) اس کے پاس 10,00,000 سے کم آبادی والے شہروں میں کم از کم 10 داخل مریضوں کے بستر ہوں اور دیگر جگہوں پر 15 داخل مریضوں کے بستر ہونے چاہئے؛

(b) چوبیس گھنٹے قابل نرسنگ عملہ کا ہونا؛

(c) انچارج ڈاکٹرز چوبیس گھنٹے کام کر رہے ہوں؛

(d) اس کا اپنا مکمل طور پر لیس آپریشن تھیٹر ہے جہاں سرجیکل آپریشن کیے جا سکیں۔

(e) مریضوں کے روز مرہ کے ریکارڈ کو بنانا اور حسب ضرورت انشورنس کمپنی کو دستیاب کروانا۔

6. معالج (میڈیکل پریکٹیشنر)

میڈیکل پریکٹیشنر وہ شخص ہوتا ہے جس کے پاس ہندوستان کی کسی بھی ریاست کی میڈیکل کونسل کے ساتھ یا ہومیوپیتھی کے لیے درست رجسٹریشن ہوتا ہے؛ اس طرح وہ اپنے دائرہ اختیار میں طب کی مشق کرنے کا حقدار ہوتا ہے؛ نیز، اسے اپنے لائسنس کے دائرہ کار اور دائرہ اختیار میں کام کرنا چاہیے۔ یہ اس بات کو یقینی بناتا ہے کہ اپنے رشتے داروں سے

یا ان کی ملکیت والے اسپتالوں سے یا ان میں سے کسی کی طرف سے علاج کرانے کے ذریعے دھوکہ دہی کے دعوے درج نہیں کروائے گا۔

کوالیفائیڈ (اپل) نرس: کوالیفائیڈ نرس کا مطلب ہے وہ شخص جس کی نرسنگ کونسل آف انڈیا یا ہندوستان کی کسی بھی ریاست کی نرسنگ کونسل میں درست رجسٹریشن ہو۔

7. معقول اور ضروری اخراجات

صحت بیمہ پالیسیوں میں ہمیشہ یہ سیکشن ہوتا ہے، کیونکہ پالیسی ان اخراجات کے لیے معاوضہ فراہم کرتی ہے جو کسی خاص بیماری کے علاج اور کسی خاص جغرافیائی علاقے میں مناسب سمجھے جائیں گے۔

8. دعوے کا نوٹس

ہر بیمہ پالیسی دعوے کی فوری رپورٹنگ اور دستاویزات جمع کرانے کے لیے ایک مخصوص ٹائم فریم فراہم کرتی ہے۔ صحت بیمہ پالیسیوں میں، جہاں گاہک کی طرف سے کیش لیس سہولت طلب کی جاتی ہے، وہاں اسپتال میں داخل ہونے سے پہلے بیمہ کمپنی کو مطلع کرنا پڑتا ہے۔ تاہم، معاوضے کے دعووں کی صورت میں، دعوے کے دستاویزات جمع کرانے کی آخری تاریخ عام طور پر اسپتال سے ڈسچارج ہونے کی تاریخ سے 15 دن ہوتی ہے۔

9. مفت ہیلتھ چیک اپ

انفرادی صحت بیمہ پالیسیوں میں، عام طور پر کلیم فری پالیسی ہولڈر کو کسی قسم کی ترغیب دینے کے لیے ایک انتظام دستیاب ہوتا ہے۔ کئی پالیسیاں چار مسلسل، دعوے سے پاک پالیسی کی مدت کے اختتام پر ہیلتھ چیک اپ کی لاگت کی واپسی کی پیشکش کرتی ہیں۔

10. مجموعی بونس

ہر دعویٰ فری سال کے لیے بیمہ کی رقم پر مجموعی بونس دیا جاتا ہے۔ اس کا مطلب ہے کہ تجدید پر بیمہ کی رقم میں ایک خاص فیصد اضافہ ہوتا ہے، جیسے کہ 5% سالانہ تک بڑھ جاتا ہے؛ دس دعووں کی مدت تجدید کے لیے 50% تک اضافے کی اجازت ہے۔ مزید، اگر دعویٰ کسی خاص سال میں کیا جاتا ہے، لہذا حاصل کردہ مجموعی بونس کو صرف اسی شرح سے کم کیا جا سکتا ہے جس پر یہ کمایا گیا ہے۔

مثال

ایک شخص 5000 روپے کے پریمیم پر 3 لاکھ روپے کی پالیسی لیتا ہے۔ پہلے سال میں کوئی دعویٰ نہ ہونے کی صورت میں، دوسرے سال اسے 5,000 روپے کے اسی پریمیم پر 3.15 لاکھ روپے (پچھلے سال سے 5% زیادہ) کی بیمہ کی رقم ملتی ہے۔ دس سال کے کلیم فری تجدید پر یہ بیمہ کی رقم 4.5 لاکھ روپے تک جا سکتی ہے۔

11. میلس/بونس

جس طرح صحت بیمہ پالیسی کو دعووں سے پاک رکھنے کے لیے ترغیب دی جاتی ہے۔ اس کے برعکس پالیسی کے تحت دعوے اگر زیادہ ہیں، تو تجدید پر میلس یا پریمیم کی لوڈنگ چارج کی جاتی ہے۔ تاہم، گروپ پالیسیوں کی صورت میں، کلیم ریشو کو معقول حد کے اندر برقرار رکھنے کے لیے مجموعی پریمیم کو مناسب طریقے سے لوڈ کر کے پریمیم وصول کیا جاتا ہے۔

12. نو کلیم ڈسکاؤنٹ (دعوا نہ ہونے پر چھوٹ)

کچھ پروڈکٹس بیمہ کی رقم پر بونس کی بجائے ہر کلیم فری سال کے لیے پریمیم پر رعایت پیش کرتے ہیں۔

13. کمرے کے کرایہ پر پابندیاں

کچھ ہیلتھ پلانس سم انشورڈ میں اسپتال کے کمرے کے روزانہ کرایے حد مقرر کرتے ہیں جسے بیمہ دار منتخب کرتا ہے۔ لہذا، اگر پالیسی روزانہ بیمہ شدہ رقم کا 1% کمرہ کرایہ پر پابندی لگائی گئی ہے، لہذا ایک لاکھ کی بیمہ کی رقم والا شخص 1,000 روپے روزانہ کے کمرے کا حقدار ہوگا۔

14. قابل تجدید کلاز

صحت بیمہ پالیسیوں کی تجدید کے بارے میں IRDA کے ہدایات، سوائے دھوکہ دہی اور غلط بیانی کے صحت کی بیمہ پالیسیوں کی تاحیات ضمانت کی تجدید کو لازمی قرار دیتے ہیں۔ آئی آر ڈی اے آئی صحت بیمہ ریگولیشنز 2016 کی دفعات کے مطابق، ایک بار کی صحت بیمہ پالیسی (ذاتی حادثے اور سفری بیمہ پالیسیوں کے علاوہ) کے سلسلے میں کوئی بھی پیشکش قبول کی جاتی ہے اور پالیسی جاری کی جاتی ہے، لہذا بیمہ کمپنی زندگی کی عمر کی بنیاد پر پالیسی کی مزید تجدید سے انکار نہیں کر سکتیں۔ اس طرح، صحت بیمہ پالیسیوں کو تاحیات تجدید کیا جا سکتا ہے۔

15. منسوخ کی کلاز

بیمہ کمپنی کسی بھی وقت محض غلط بیانی، دھوکہ دہی، اور مادی حقائق کو ظاہر نہ کرنے یا بیمہ دار کی طرف سے عدم تعاون کی بنیاد پر پالیسی منسوخ کر سکتی ہے۔

جب بیمہ کمپنی کی طرف سے پالیسیاں منسوخ کی جاتی ہیں، تو بیمہ کی غیر ختم شدہ مدت کے مطابق پریمیم کا تناسب بیمہ شدہ کو واپس کر دیا جاتا ہے، بشرطیکہ پالیسی کے تحت کوئی کلیم ادا نہ کیا گیا ہو۔ یہ عام طور پر تناسب کی بنیاد پر ہوتا ہے۔

جب بیمہ شدہ کی طرف سے سالانہ پالیسیاں منسوخ کی جاتی ہیں، تو بیمہ کمپنی عام طور پر تخمینہ شدہ (پرو-رائٹا) پریمیم کے بجائے مختصر مدت کے پیمانے پر پریمیم وصول کرتی ہے۔ یہ بیمہ کمپنیوں کے خلاف منفی انتخاب کو روکے گا اور بیمہ کمپنی کے ابتدائی اخراجات کا خیال رکھے گا۔

16. تجدید کے لیے رعایتی مدت

جیسا کہ باب 4 میں بیان کیا گیا ہے، رعایتی مدت کی فراہمی ایک پالیسی کے لیے رعایتی مدت کے دوران جاری رہنا ممکن بناتی ہے جو بصورت دیگر پریمیم کی عدم ادائیگی کی وجہ سے ختم ہو جاتی۔

اوپر دی گئی زیادہ تر بڑی کلاز، تعریفیں، رعایتی مدت سے متعلق اخراج کو صحت بیمہ ریگولیشنز اور صحت بیمہ اسٹینڈرڈ انزیشن گائیڈ لائنز کے تحت معیاری بنایا گیا ہے جو IRDAI کی طرف سے جاری کیا گیا ہے۔ یہ وقتاً فوقتاً اپ ڈیٹ ہوتے رہتے ہیں۔

اپنے آپ کو چیک کریں 2

IRDA کے ہدایات کے مطابق، انفرادی صحت بیمہ پالیسیوں کی تجدید کے لیے _____ کی رعایتی مدت کی اجازت ہے۔

I. پندرہ دن

II. تیرہ دن

.III پینتالیس دن

.IV ساٹھ دن

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔

جواب 2 - صحیح آپشن II ہے۔

باب H-04 صحت بیمہ انڈر رائٹنگ

باب کا تعارف

اس باب کا مقصد آپ کو صحت بیمہ میں انڈر رائٹنگ کی تفصیلی معلومات دینا ہے۔ انڈر رائٹنگ کسی بھی قسم کی بیمہ کا ایک بہت اہم پہلو ہے؛ یہ بیمہ پالیسی جاری کرنے میں اہم کردار ادا کرتا ہے۔ اس باب میں، آپ انڈر رائٹنگ کے بنیادی اصولوں، ٹولز، طریقوں اور عمل کے بارے میں سمجھیں گے۔ اس میں آپ کو گروپ صحت بیمہ کی انڈر رائٹنگ کے بارے میں بھی معلومات فراہم کی جائیں گی۔

قابل غور امور

- A.** انڈر رائٹنگ کیا ہے؟
- B.** انڈر رائٹنگ - بنیادی تصورات
- C.** IRDAI کے صحت بیمہ کے دیگر ضابطے۔
- D.** صحت بیمہ کی پورٹیبلٹی
- E.** انڈر رائٹنگ کے بنیادی اصول اور ٹولز
- F.** انڈر رائٹنگ کے عمل
- G.** گروپ کی سطح پر صحت بیمہ
- H.** غیر ملکی سفری بیمہ کی انڈر رائٹنگ
- I.** انڈر رائٹنگ ذاتی ایکسیڈنٹ بیمہ

اس باب کو پڑھنے کے بعد، آپ اس قابل ہو جائیں گے:

- (a)** انڈر رائٹنگ کے معنی کی وضاحت کرنا
- (b)** انڈر رائٹنگ کے بنیادی تصورات کی وضاحت
- (c)** بیمہ کنندگان کے ذریعے اپنائے جانے والے اصولوں اور ٹولز کے بارے میں وضاحت
- (d)** انفرادی صحت بیمہ پالیسیوں کے انڈر رائٹنگ کے عمل کا جائزہ لینا
- (e)** گروپ صحت بیمہ پالیسیوں کی انڈر رائٹنگ کے طریقہ کار کی وضاحت

منیش 48 جو ایک سافٹ ویئر انجینئر کے طور پر کام کر رہے ہیں، نے اپنے لیے صحت بیمہ پالیسی لینے کا فیصلہ کیا۔ وہ ایک بیمہ کمپنی کے پاس گیا جہاں انہوں نے اسے ایک پروپوزل فارم دیا، جس میں اسے اپنے جسمانی قد اور صحت، دماغی صحت، پہلے سے موجود امراض، اس کی خاندانی صحت کی بسٹری، عادات وغیرہ سے متعلق کئی سوالات کے جوابات دینے تھے۔

اپنا پیشکش فارم موصول ہونے پر، اسے کئی دیگر دستاویزات بھی جمع کرانی پڑیں جیسے شناخت اور عمر کا ثبوت، ایڈریس کا ثبوت اور سابقہ میڈیکل ریکارڈ۔ پھر انہوں نے اسے ہیلتھ چیک اپ اور کچھ میڈیکل ٹیسٹ کروانے کو کہا جس سے وہ مایوس ہو گئے۔

منیش، جو خود کو ایک صحت مند انسان اور اچھی آمدنی والا شخص سمجھتا تھا، سوچنے لگا کہ بیمہ کمپنی ان کے معاملے میں اتنے طویل عمل سے کیوں گزر رہی ہے۔ اس سب سے گزرنے کے بعد بھی بیمہ کمپنی نے اسے بتایا کہ اس کے طبی معائنے میں ہائی کولیسٹرول اور ہائی بی پی کا پتہ چلا تھا، جس کی وجہ سے بعد میں دل کے امراض کے امکانات بڑھ گئے۔ اگرچہ انہوں نے اسے پالیسی کی پیشکش کی تھی، لیکن پریمیم اس کے دوست کی ادائیگی سے کہیں زیادہ تھا؛ اس لیے اس نے پالیسی لینے سے انکار کر دیا۔

یہاں، بیمہ کمپنی اپنے انڈر رائٹنگ کے عمل کے حصے کے طور پر ان تمام اقدامات پر عمل کر رہی تھی۔ جوکہم کی کوریج فراہم کرتے وقت، بیمہ کمپنی کو خطرات کا صحیح اندازہ لگانے اور معقول منافع کمانے کی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر جوکہم کا صحیح اندازہ نہیں لگایا جاتا ہے اور دعویٰ کیا جاتا ہے، تو نتیجہ نقصان ہوگا۔ اس کے علاوہ، بیمہ کمپنیاں تمام بیمہ شدہ افراد کی جانب سے پریمیم جمع کرتی ہیں اور اسے یہ رقم امانت کی طرح سنبھالنی پڑتی ہے۔

A. انڈر رائٹنگ کیا ہے؟

1. انڈر رائٹنگ

بیمہ کمپنیاں ان لوگوں کو بیمہ کرنے کی کوشش کرتی ہیں جن کی توقع کی جاتی ہے کہ وہ بیمہ پول میں لائے گئے جوکھم کے تناسب سے پریمیم ادا کرتے ہیں۔ تجویز کنندہ سے معلومات اکٹھا کرنے اور تجزیہ کرنے کے اس عمل کو انڈر رائٹنگ کے نام سے جانا جاتا ہے۔ اس عمل کے ذریعے جمع ہونے والی معلومات کی بنیاد پر کمپنیاں فیصلہ کرتی ہیں چاہے وہ تجویز کنندہ کا بیمہ کروانا چاہتے ہیں یا نہیں۔ اگر وہ ایسا کرنے کا فیصلہ کرتے ہیں، تو کس پریمیم پر، شرائط و ضوابط کیا ہوں گے، تاکہ ایسے رسک سے معقول منافع حاصل کیا جا سکے۔

تعریف

انڈر رائٹنگ جوکھم کا مناسب اندازہ لگانے اور ان شرائط کا فیصلہ کرنے کا عمل ہے جن پر بیمہ کور دیا جانا ہے۔ اس طرح، یہ جوکھم کی تشخیص اور جوکھم کی تشخیص کا عمل ہے۔

2. انڈر رائٹنگ کی ضرورت

انڈر رائٹنگ بیمہ کمپنی کی ریڑھ کی ہڈی ہے، کیونکہ لاپرواہی سے یا ناکافی پریمیم کے ساتھ خطرہ قبول کرنا بیمہ کمپنی کے دیوالیہ ہونے کا باعث بنے گا۔ دوسری طرف، بہت زیادہ انتخاب کرنا یا محتاط رہنا بیمہ کمپنی کو بڑا تالاب بنانے سے روک دے گا، تاکہ جوکھم یکساں طور پر پھیل جائے۔ لہذا، جوکھم اور کاروبار کے درمیان صحیح توازن قائم کرنا ضروری ہے۔ تاکہ یہ مسابقتی اور تنظیم کے لیے منافع بخش ہو۔

یہ توازن اندر رائٹر اور بیمہ کمپنی کے بزنس بڑھانے کی خواہش کے درمیان بیلینس رکھنے کا نام ہے۔ تاہم عمر بڑھنے سے بیماری کے ساتھ ساتھ موت کے امکانات بھی بڑھ جاتے ہیں، یاد رہے کہ یہ بیماری عام طور پر موت سے بہت پہلے آتی ہے اور دوبارہ ہو سکتی ہے۔ لہذا، یہ کافی قابل بحث ہے کہ صحت کی کوریج کے لئے انڈر رائٹنگ کے اصول اور رہنما خطوط موت کی کوریج کے مقابلے میں زیادہ سخت ہیں۔

3. انڈر رائٹنگ - جوکھم کی تشخیص

صحت بیمہ میں، مالی یا آمدنی پر مبنی انڈر رائٹنگ کے مقابلے طبی یا صحت سے متعلق پر زیادہ توجہ دی جاتی ہے۔ تاہم، آمدنی کو نظر انداز نہیں کیا جا سکتا، کیوں کہ وہاں انشوریل انٹرسٹ ہونا چاہیئے اور کسی بھی منفی انتخاب کو روکنے اور صحت بیمہ کو لگاتار رینیو ہونے کو یقینی بنانے کے لیے مالی انڈر رائٹنگ اہم ہے۔

مثال

ذیابیطس والے شخص کو موت کی بنسبت دل یا گردے کے مسائل پیدا ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے، جس کو اسپتال میں داخل کرنے کی ضرورت ہے؛ بیمہ کوریج کے دوران بعض اوقات صحت کے مسائل بھی ہو سکتے ہیں۔ لائف بیمہ انڈر رائٹنگ کے ہدایات ایسے فرد کو اوسط جوکھم کے طور پر درجہ بندی یا کلاسیفائی کر سکتے ہیں۔ تاہم، میڈیکل انڈر رائٹنگ کے لیے، اسے ہائی رسک کے طور پر درجہ بندی کی جائے گی۔

4. بیماری کے امکان کو متاثر کرنے والے عوامل

بیماری کو متاثر کرنے والے ان عوامل (بیمار پڑنے کا جوکھم) جوکھم کا اندازہ لگاتے وقت احتیاط سے غور کیا جانا چاہئے:

(a) **عمر:** پریمیم عمر اور جوکھم کی ڈگری کے مطابق وصول کیا جاتا ہے۔ مثال کے طور پر، انفیکشن اور حادثات کے زیادہ جوکھم کی وجہ سے، نوجوان بالغوں کے مقابلے میں شیر خوار اور بچوں کے لیے زیادہ پریمیم وصول کیا جاتا ہے۔ اسی طرح، 45 سال سے زیادہ عمر کے بالغوں کے لیے، پریمیم زیادہ ہے، کیونکہ ذیابیطس، اچانک دل کی بیماری یا اس جیسی دیگر بیماریوں جیسے دائمی مرض میں مبتلا ہونے کے امکانات بہت زیادہ ہوتے ہیں۔

(b) **جنس:** بچے پیدا کرنے کے دوران خواتین کو بیماری کے اضافی خطرے کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ تاہم، مردوں کے دل کے دورے سے متاثر ہونے یا ملازمت سے متعلق حادثات کا شکار ہونے کا امکان خواتین کے مقابلے میں زیادہ ہوتا ہے، کیونکہ وہ خطرناک روزگار میں زیادہ ملوث ہو سکتے ہیں۔

(c) **عادات:** تمباکو، الکوحل یا منشیات کا کسی بھی شکل میں استعمال مریض کے جوکھم پر براہ راست اثر پڑتا ہے۔

(d) **پیشہ:** کچھ پیشوں، جیسے ڈرائیور، بلاسٹرز، ہوا باز وغیرہ میں حادثات کا اضافی جوکھم ممکن ہے۔ اسی طرح، کچھ پیشوں میں صحت کے زیادہ جوکھم ہوتے ہیں، جیسے ایکس رے مشین آپریٹرز، ایسیسٹس انڈسٹری کے کارکن، کان کنی کے کارکن وغیرہ۔

(e) **خاندانی ہسٹری:** اس کی مطابقت زیادہ ہے، کیونکہ جینیاتی عوامل دمہ، ذیابیطس اور کینسر کی کچھ اقسام جیسی بیماریوں کو متاثر کرتے ہیں۔ یہ بیماری کو متاثر کرتا ہے اور جوکھم کو تسلیم کرتے وقت اسے دھیان میں رکھنا چاہیے۔

(f) **قد-کاٹھی:** کچھ گروہوں میں موٹے، پتلے یا اوسط قد-کاٹھی کو بھی بیماریوں سے منسلک کیا جا سکتا ہے۔

(g) **پچھلی بیماری یا سرجری:** اس بات کا پتہ لگانا چاہیے کہ کیا پچھلی بیماری سے جسمانی کمزوری کے مزید خراب ہونے یا دوبارہ آنے کا کوئی امکان ہے؛ اسی کے مطابق پالیسی کی شرائط پر فیصلہ لیا جانا چاہیے۔ مثال کے طور پر، گردے کی پتھری کے دوبارہ پیدا ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے؛ اسی طرح، ایک آنکھ میں موتیا بند ہونے سے دوسری آنکھ میں موتیا بند ہونے کے امکانات بڑھ جاتے ہیں۔

(h) **صحت کی موجودہ حالت اور دیگر عوامل یا شکایات:** جوکھم اور بیمہ کی ڈگری کا پتہ لگانے کے لیے یہ اہم ہے؛ اس کا پتہ مناسب انکشاف اور طبی معائنہ سے لگایا جا سکتا ہے۔

(i) **ماحولیات اور رہائش:** ان کا اثر بیماری کی شرح پر بھی پڑتا ہے۔

صحت بیمہ میں اخلاقی جوکھم یعنی مارل ہزارڈ کو سمجھنا

جہاں عمر، جنس، عادات وغیرہ جیسے عوامل صحت کے جوکھم کے جسمانی خطرے کی عکاسی کرتے ہیں، اس کے علاوہ دیگر عوامل بھی ہیں جن پر کڑی نظر رکھنے کی ضرورت ہے۔ یہ صارف کے لیے ایک اخلاقی جوکھم ہے، جو بیمہ کمپنی کے لیے بہت مہنگا ثابت ہو سکتا ہے۔

ناقص اخلاقی خطرہ کی ایک انتہائی مثال یہ ہے کہ بیمہ شدہ نے یہ جانتے ہوئے کہ اسے مختصر مدت کے اندر ایک جراحی آپریشن کرانا ہوگا، لیکن وہ بیمہ کمپنی کو اس کا انکشاف نہیں کرتا ہے۔ اس طرح، یہاں صرف دعویٰ حاصل کرنے کے لیے جان بوجھ کر بیمہ لینے کا ارادہ ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

انڈر رائٹنگ _____ کا ایک عمل ہے۔

- I. بیمہ مصنوعات کی فروخت
- II. صارفین سے پریمیم جمع کرنا
- III. جوکھم کی تشخیص اور خطرے کی قیمتوں کا تعین
- IV. مختلف بیمہ مصنوعات کی فروخت

B. انڈر رائٹنگ - بنیادی تصورات

1. انڈر رائٹنگ کے مقاصد

انڈر رائٹنگ کے دو بنیادی مقاصد ہیں۔

- i. منفی انتخاب یعنی بیمہ کمپنی کے خلاف انتخاب کو روکنا
- ii. جوکھم کی درجہ بندی کرنا اور جوکھموں کے درمیان مساوات کو یقینی بنانا

تعریف

جوکھم کی تشخیص کی اصطلاح سے مراد صحت بیمہ کی ہر پیشکش کا جائزہ کرنے کے عمل سے ہے، جو جوکھم کی ڈگری کے لحاظ سے کیا جاتا ہے؛ پھر یہ طے ہوتا ہے کہ بیمہ دینا ہے یا نہیں اور کن شرائط پر۔

مخالف انتخاب (یا منفی انتخاب) لوگوں کا یہ رجحان ہے کہ وہ توقع کرتے ہیں یا جانتے ہیں کہ ان کے نقصان کا زیادہ امکان ہے، وہ بے تابی سے بیمہ کی تلاش کرتے ہیں اور اس عمل میں منافع حاصل کرنا چاہتے ہیں۔

مثال

اگر بیمہ کمپنیاں رسک سلیکشن میں محتاط نہیں ہوتیں تو امکان ہے کہ ذیابیطس، ہائی بلڈ پریشر، دل کے مسائل یا کینسر جیسی سنگین بیماریوں میں مبتلا لوگ، جو جانتے ہیں کہ انہیں جلد ہی اسپتال میں داخل ہونے کی ضرورت ہوگی، صحت بیمہ خریدنے کی کوشش کریں گے۔ اس سے بیمہ کمپنی کو نقصان ہوگا۔ بالفاظ دیگر اگر بیمہ کمپنی خطرے کا صحیح اندازہ نہیں لگاتی تو اس عمل میں اسے نقصان اٹھانا پڑے گا۔

2. جوکھم کے درمیان مساوات

آئیے اب جوکھم کے درمیان مساوات پر غور کریں۔ "ایکوٹی" جس کا مطلب ہے کہ درخواست دہندگان جو ایک ہی قسم اور خطرے کی ڈگری کے تحت آتے ہیں ان کے ساتھ ایک ہی پریمیم زمرہ کے ساتھ رکھا جائے گا۔ بیمہ کمپنی پریمیم کے لئے اسٹینڈرڈائزیشن کرنا چاہے گی۔ انڈر رائٹر کے پاس آنے والے پروپوزل کو ان جوکھم کے لحاظ ذیل میں کلاسیفائی کیا گیا ہے :

i. معیاری جوکھم

یہ وہ لوگ ہیں جن کی متوقع بیماری (بیمار پڑنے کا امکان) اوسط ہے۔

ii. ترجیحی جوکھم

کچھ معاملات میں، متوقع بیماری اوسط سے بہت کم ہے؛ اسی لیے انہیں ترجیحی جوکھم کہا جاتا ہے۔ ان سے کم پریمیم لیا جاسکتے ہیں۔

iii. غیر معیاری جوکھم

کچھ دوسرے معاملات میں، متوقع بیماری اوسط سے زیادہ ہوسکتی ہے۔ تاہم، یہ جوکھم بھی بیمہ ہوسکتے ہیں، بیمہ کمپنیاں کچھ شرائط اور پابندیوں کے ساتھ زیادہ پریمیم وصول کر سکتی ہیں اور/یا قبول کر سکتی ہیں۔

iv. نامنظور جوکھم

کچھ لوگ ایسے ہوتے ہیں جن کو طبی یا دیگر مسائل ہوتے ہیں، جو انہیں بیماریوں اور دعووں کے لیے انتہائی حساس بنا دیتا ہے۔ زیادہ امکان ہوتا ہے کہ ایسے افراد بیمار پڑ جائیں اور جو عام پول پر ذمہ داری کی غیر متناسب سطح کا سبب بن جائے۔ دوسرے لفظوں میں، جہاں پول میں موجود دوسرے لوگوں کے بیمار پڑنے کا اوسط یا کم اوسط سے امکان ہے، ان افراد کے بیمار ہونے کی بہت زیادہ امکان ہوتے ہیں، جس کی وجہ سے پریمیم کی بلند شرحوں پر بھی ان کا بیمہ کروانا مشکل ہو جاتا ہے۔ [کبھی - کبھی، ایسے فرد اخلاقی جوکھم لاحق ہو سکتا ہے، جب وہ اپنے بیمار ہونے کے ضرورت سے زیادہ امکان کو ظاہر نہیں کرتے ہیں اور دوسرے عام لوگوں کی طرح بیمہ کروانے کی کوشش کریں۔] زیادہ تر بیمہ کمپنیاں ایسے جوکھموں کو مسترد کرتی ہیں اور مستقبل میں استعمال کے لیے ایسے لوگوں کا ڈیٹا بیس بناتی ہیں۔

'ناکارہ جوکھم' ہونے کا مطلب صرف ہے کہ ایک مخصوص بیمہ کمپنی اس مخصوص وقت پر اس قسم کی بیمہ پروڈکٹ کے لیے فرد کا بیمہ نہیں کروانا چاہتی ہے۔ تاہم، یہ ممکن ہے کہ کوئی دوسری بیمہ کمپنی مختلف پریمیم پر اور/یا مختلف شرائط کے ساتھ اس کا بیمہ کر سکتی ہے۔ وہی بیمہ کمپنی کسی بھی دوسری قسم کی پالیسی کے لیے یا بعد کی تاریخ میں بھی اسی پالیسی کے لیے، اگر شرائط بدل دی جائیں تو اس پر غور کر سکتی ہے۔

3. انڈر رائٹنگ کے عمل

انڈر رائٹنگ کا عمل دو سطحوں پر ہوتا ہے:

✓ پرائمری یا فیلڈ لیول پر یا

✓ انڈر رائٹنگ محکمہ سطح پر

(a) بنیادی انڈر رائٹنگ

پرائمری انڈر رائٹنگ (یا فیلڈ لیول انڈر رائٹنگ) میں ایجنٹ یا کمپنی کے نمائندے کے ذریعے معلومات اکٹھی کرنا شامل ہے تاکہ یہ تعین کیا جا سکے کہ کوئی درخواست دہندہ بیمہ کوریج کی پیشکش کرنے کا اہل ہے یا نہیں۔ ایجنٹ بنیادی انڈر رائٹنگ کا یہ اہم کردار

انجام دیتا ہے۔ وہ یہ جاننے کے لیے بہترین پوزیشن میں ہے کہ ممکنہ گابک قابل بیمہ ہے یا نہیں۔

کچھ بیمہ کمپنیاں ایجنٹوں سے مطالبہ کرتی ہیں کہ وہ ایک بیان یا خفیہ رپورٹ فراہم کریں جس میں مخصوص معلومات، رائے اور سفارشات پیش کی جائیں۔

اسی طرح کی ایک رپورٹ، جسے **اخلاقی جوکھم رپورٹ** کہا جاتا ہے، یہ بیمہ کمپنی کے افسر سے بھی مانگی جا سکتی ہے۔ ایسی رپورٹیں عام طور پر صحت بیمہ کے لیے تجویز کرنے والے شخص کے پیشہ، آمدنی اور مالی حیثیت اور ساکھ کا کور کرتی ہیں۔

4. ایجنٹ کے دھوکا دھڑی کی نگرانی والی کردار

بیمہ کے لیے جوکھم کے انتخاب کے بارے میں فیصلہ ان حقائق پر منحصر ہے جو تجویز کنندہ نے تجویز فارم میں ظاہر کیے ہیں۔ دفتر میں بیٹھے انڈر رائٹر کے لیے یہ جاننا مشکل ہوگا کہ آیا یہ حقائق درست ہیں یا بیمہ کمپنی کو دھوکہ دینے کے ارادے سے دھوکہ دہی سے غلط بیانی پیش کی گئی ہے۔

ایجنٹ یہاں بنیادی بیمہ شدہ کے طور پر ایک اہم کردار ادا کرتا ہے۔ چونکہ ایجنٹ کا تجویز کنندہ کے ساتھ براہ راست ذاتی رابطہ ہوتا ہے، وہ اس بات کا پتہ لگانے کے لیے سب سے اچھی بہترین پوزیشن میں ہوتا ہے کہ پیش کی گئی معلومات درست ہیں اور کیا کوئی جان بوجھ کر غیر انکشاف یا غلط بیانی تو نہیں کی گئی ہے۔

a) انڈر رائٹنگ ڈیپارٹمنٹ کا کردار

بیمہ کمپنی کے دفتر میں انڈر رائٹنگ کا شعبہ بڑا کردار ادا کرتا ہے۔ یہاں، ماہرین جو اس قسم کے کام میں مہارت رکھتے ہیں، کسی خاص جوکھم سے وابستہ تمام متعلقہ ڈیٹا، اور یہاں تک کہ کچھ آبادیاتی ڈیٹا پر غور اور تجزیہ کریں، آخر میں، وہ فیصلہ کرتے ہیں کہ بیمہ کی پیشکش کو قبول کرنا ہے یا نہیں، شرائط کیا ہوں گی اور مناسب پریمیم کیا ہوگا۔

C. آئی آر ڈی اے آئی کے دیگر صحت بیمہ ریگولیشنز

بیمہ شدہ کے فائدے کے لیے، ریگولیٹر نے کچھ تبدیلیاں بھی کی ہیں جیسا کہ ذیل میں دیا گیا ہے۔

a. لائف بیمہ دار کو پریمیم کے علاوہ کسی بھی انڈر رائٹنگ لوڈنگ کے بارے میں مطلع کیا جائے گا اور پالیسی جاری کرنے سے پہلے ایسی لوڈنگ کے لیے پالیسی بولڈر کی مخصوص رضامندی حاصل کی جائے گی۔

b. اگر بیمہ کمپنی کو مزید معلومات کی ضرورت ہوتی ہے، جیسے کہ کسی پالیسی کے بعد کے مرحلے پر یا اس کی تجدید کے وقت پیشے کی تبدیلی، بیمہ شدہ کو مقررہ معیاری فارم کو پُر کرنا ہوگا جو پالیسی دستاویز کا حصہ بنے گا۔

c. بیمہ کمپنیاں پالیسی بولڈرز کو ایک ہی بیمہ کمپنی کے ساتھ تیزی سے داخلے، مسلسل تجدید، سازگار دعووں کے تجربے وغیرہ کے لحاظ سے انعام دینے کے لیے مختلف نظام لے کر آئی ہیں؛ وہ پراسپیکٹس اور پالیسی دستاویز میں اس طرح کے طریقہ کار یا مراعات کا بیان کرتی ہیں۔

D. صحت بیمہ کی پورٹیبلٹی

آئی آر ڈی اے آئی کی طرف سے انفرادی صحت بیمہ کے پالیسی ہولڈرز (بشمول فیملی کور تمام ممبران)، پہلے سے موجود بیماریوں کے لیے حاصل کردہ کریڈٹ اور ایک بیمہ کمپنی سے دوسری یا اسی بیمہ کمپنی کے ایک پلان سے وقتی اخراج کے لیے پورٹیبلٹی کو بڑھایا گیا ہے دوسرے منصوبے میں منتقل کرنے کے حق کے طور پر تعریف اس طرح کی گئی ہے، بشرطیکہ پچھلی پالیسی کو بغیر کسی رکاوٹ کے جاری رکھا گیا ہو۔

پورٹیبلٹی ایک ایسی فراہمی ہے جس کے ذریعے بیمہ شدہ ایک بیمہ کمپنی سے دوسری کمپنی کو ایک مدت کے دوران حاصل ہونے والے تمام منافع کے ساتھ منتقل کر سکتا ہے۔ طلباء 22 جولائی 2020 کو صحت بیمہ بزنس میں پروڈکٹس کی فائلنگ سے متعلق آئی آر ڈی اے آئی کی جامع ہدایات پڑھ سکتے ہیں، جس میں پورٹیبلٹی سمیت بہت سے طریقوں کو معیاری بنانے کے لیے اصول وضع کیے گئے ہیں۔

آئی آر ڈی اے آئی نے لازمی قرار دیا ہے کہ عام بیمہ کمپنیوں اور صحت بیمہ کمپنیوں بشمول فیملی فلوٹر پالیسیوں کے ذریعہ جاری کردہ تمام انفرادی معاوضہ صحت بیمہ پالیسیوں کے تحت پورٹیبلٹی کی اجازت دی جائے۔

لیکن پورٹنگ صرف رینیول کے وقت کی جا سکتی ہے۔ انتظار کی مدت کے کریڈٹ کے علاوہ، نئی پالیسی کی دیگر شرائط بشمول پریمیم کا فیصلہ نئی بیمہ کمپنی کرے گی۔ طریقہ کار سے، بیمہ دار کو تجدید سے کم از کم 45 دن پہلے پرانی بیمہ کمپنی کو پورٹ کرنے کی درخواست کرنی چاہیے، یہ بتاتے ہوئے کہ پالیسی کو کس کمپنی میں پورٹ کیا جاتا ہے۔ پالیسی کو بغیر کسی رکاوٹ کے تجدید کیا جائے گا (اگر پورٹنگ جاری ہے تو 30 دن کی رعایتی مدت ہے)۔ آئی آر ڈی اے نے ایک ویب پر مبنی سہولت بنائی ہے جہاں بیمہ کمپنیوں کے ذریعے افراد کو پاس جاری کیے جاتے ہیں تمام صحت بیمہ پالیسیوں کے ڈیٹا پر مشتمل ہے، تاکہ نئی بیمہ کمپنی کو بغیر کسی رکاوٹ کے پورٹنگ پالیسی ہولڈر کی صحت بیمہ بسٹری کے بارے میں ڈیٹا تک رسائی حاصل کرنے کے قابل بنایا جا سکے۔

E. صحت بیمہ کی منتقلی

پہلے سے موجود بیماریوں کے لیے صحت بیمہ پالیسی ہولڈرز (بشمول فیملی کور کے تحت تمام ممبران اور گروپ صحت بیمہ پالیسی کے ممبران) کے لیے موصول ہونے والے کریڈٹ کو منتقل کرنے کے لیے آئی آر ڈی اے آئی نے پالیسی کی منتقلی یعنی مائیگریشن کے تحت پالیسی ہولڈر کو اختیار دیا ہے (فیملی کور میں تمام فیملی ممبرز کے ساتھ گروپ پالیسی گروپ ممبروں کے ساتھ) وہ پری ایکزسٹنگ کنڈیشنوں اور موجودہ اخراج یا اکلوزنس کے ساتھ اسی بیمہ کمپنی میں منتقل کر سکتا ہے۔

22 جولائی 2020 کو صحت بیمہ کے کاروبار میں پروڈکٹ فائل کرنے کے بارے میں 'آئی آر ڈی اے آئی' نے موجودہ گائیڈ لائنس پر نظرثانی کرتے ہوئے صحت بیمہ پالیسیوں کی منتقلی سے متعلق ہدایات جاری کیں جس کے تحت انفرادی پالیسی ہولڈر (بشمول فیملی فلوٹر پالیسی کے تحت ممبران) کو معاوضے پر مبنی انفرادی صحت بیمہ پالیسی کی ہجرت کا اختیار دیا جائے گا جس کا استعمال پالیسی ہولڈر کے ذریعہ کیا جائے گا۔ گروپ پالیسیوں سے انفرادی پالیسیوں میں منتقلی انڈر رائٹنگ کے تابع ہوگی۔

پالیسی بولڈر اپنی پالیسی کی منتقلی کے خواہش مند کو تمام خاندان کے ممبران کے ساتھ، اگر کوئی ہے تو، اپنی موجودہ پالیسی کی پریمیم تجدید کی تاریخ سے کم از کم 30 دن پہلے پالیسی کی منتقلی کے لیے بیمہ کمپنی کو درخواست دینے کی اجازت ہوگی۔ تاہم، اگر بیمہ کمپنی 30 دن سے کم مدت پر غور کرنے کے لیے تیار ہے، تو بیمہ کمپنی ایسا کر سکتی ہے۔ بیمہ کمپنیاں اس کام کے لیے کوئی فیس نہیں چارج کریں گی۔

F. انشورنس کے بنیادی اصول اور انڈر رائٹنگ کے آلات

1. انڈر رائٹنگ کے لیے متعلقہ بنیادی باتیں

بیمہ کی کوئی بھی شکل، چاہے وہ لائف بیمہ ہو یا جنرل بیمہ، کے کچھ قانونی اصول ہوتے ہیں۔ جو جوکھموں کو قبول کرتے ہوئے کام کرتے ہیں۔ صحت بیمہ ان اصولوں کے تحت یکساں طور پر چلتا ہے۔ اصولوں کی کسی بھی خلاف ورزی کے نتیجے میں بیمہ کمپنی ذمہ داری سے بچنے کا فیصلہ کر سکتی ہے۔ (یہ اصول عام ابواب میں زیر بحث آئے ہیں۔)

2. انڈر رائٹنگ کے لیے آلات

یہ انڈر رائٹنگ کے لیے معلومات کے ذرائع ہیں۔ ان کی بنیاد پر، خطرے کی درجہ بندی کی جاتی ہے اور آخر میں پریمیم کا فیصلہ کیا جاتا ہے۔ انڈر رائٹنگ کے اہم آلات درج ذیل ہیں:

(a) تجویز فارم

یہ دستاویز معاہدے کی بنیاد ہے، جہاں تجویز کنندہ کی صحت اور ذاتی معلومات (یعنی عمر، پیشہ، قد، عادات، صحت کی حیثیت، آمدنی، پریمیم ادائیگی کی تفصیلات وغیرہ) سے متعلق تمام اہم معلومات اکٹھی کی جاتی ہیں۔ لائف بیمہ دار کی طرف سے معلومات کی کوئی بھی خلاف ورزی یا دباو پالیسی کو باطل کر دے گا۔ (اس پر عام ابواب میں بحث کی گئی ہے۔)

(b) عمر کا ثبوت

پریمیم کا تعین بیمہ شدہ زندگی کی عمر کی بنیاد پر کیا جاتا ہے۔ لہذا، یہ ضروری ہے کہ اندراج کے وقت ظاہر کی گئی عمر کی تصدیق عمر کا ثبوت پیش کر کے کی جائے۔

مثال

ہندوستان میں، بہت سی دستاویزات ہیں جنہیں عمر کا ثبوت سمجھا جا سکتا ہے، لیکن ان میں سے سبھی قانونی طور پر قابل قبول نہیں ہیں۔ زیادہ تر درست دستاویزات کو دو وسیع زمروں میں تقسیم کیا گیا ہے۔ وہ درج ذیل ہیں:

(a) معیاری عمر کا ثبوت: ان میں سے کچھ میں اسکول کا سرٹیفکیٹ، پاسپورٹ، رہائشی سرٹیفکیٹ، PAN کارڈ وغیرہ شامل ہیں۔

(b) غیر معیاری عمر کا ثبوت: ان میں سے کچھ میں راشن کارڈ، ووٹر شناختی کارڈ، بزرگوں کا اعلان، گرام پنچایت سرٹیفکیٹ وغیرہ شامل ہیں۔

مالی دستاویزات

منتقل کرنے والے کی مالی حیثیت کو جاننا خاص طور پر منافع بخش مصنوعات اور اخلاقی خطرے مارل بزاڈ کو کم کرنے کے متعلق ہے۔ تاہم،

عام طور پر مالی دستاویزات صرف درج ذیل صورتوں میں طلب کیے جاتے ہیں:

- (a) ذاتی حادثے کا کور یا
- (b) زیادہ بیمہ شدہ کوریج یا
- (c) جب مطلوبہ کوریج کے مقابلے میں بیان کردہ آمدنی اور پیشے کے درمیان کوئی ہم آہنگی نہ ہو۔

(c) طبی رپورٹ

میڈیکل رپورٹ کی ضرورت بیمہ کمپنی کے معیارات پر مبنی ہے؛ یہ عام طور پر بیمہ شدہ کی عمر اور بعض اوقات منتخب کردہ کور کی مقدار پر منحصر ہوتا ہے۔ تجویز فارم کے کچھ جوابات میں کچھ معلومات بھی شامل ہو سکتی ہیں جن کے لیے میڈیکل رپورٹ طلب کی گئی ہے۔

(d) سیلز اہلکاروں کی رپورٹ

سیلز پرسن کو کمپنی کے لیے گراس روٹ انڈر رائٹر کے طور پر بھی دیکھا جا سکتا ہے؛ وہ اپنی رپورٹ میں جو معلومات فراہم کرتے ہیں وہ اہم اور غور طلب ہوسکتی ہے۔ تاہم، سیلز کے اہلکاروں کو زیادہ کاروبار فراہم کرنے کی ترغیب ہوتی ہے، اس لیے مفادات کے تصادم ممکن ہیں، جن پر توجہ دی جانی چاہیے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 2

انڈر رائٹنگ میں انتہائی نیک نیتی کے اصول پر عمل کرنا _____ کے لیے ضروری ہے۔

I. بیمہ کمپنی

II. بیمہ شدہ

III. بیمہ کمپنی اور بیمہ شدہ دونوں

IV. طبی معائنہ کار

اپنے آپ کو چیک کریں 3

انشوریبیل انٹرسٹ سے مراد ہے _____۔

I. بیمہ کے لیے پیش کردہ جائیداد میں فرد کا مالی مفاد

II. جائیداد جو پہلے سے بیمہ شدہ ہے۔

III. نقصان میں ہر بیمہ کمپنی کا حصہ، جب ایک سے زیادہ بیمہ

کمپنیاں ایک ہی نقصان کو کور کرتی ہیں۔

IV. نقصان کی رقم جو بیمہ کمپنی سے وصول کی جاسکتی ہے۔

G. انڈر رائٹنگ کے عمل

مطلوبہ معلومات حاصل کرنے کے بعد، انشورر پالیسی کی شرائط کا فیصلہ کرتا ہے۔ ذیل میں عام شکلیں ہیں جو صحت بیمہ بزنس کو انڈر رائٹنگ کے لیے استعمال کی جاتی ہیں:

1. میڈیکل انڈر رائٹنگ

میڈیکل انڈر رائٹنگ ایک ایسا عمل ہے جس میں صحت بیمہ پالیسی کے لیے درخواست دینے والے شخص کی صحت کی حالت کا تعین کرنے کے لیے تجویز کنندہ سے میڈیکل رپورٹ طلب کی جاتی ہے۔ بیمہ کمپنیاں جمع کی گئی صحت سے متعلق معلومات کا جائزہ لیتی ہیں تاکہ یہ تعین کیا جا سکے کہ آیا کوریج دیا جانا چاہیے، اگر ہاں، تو کس حد تک اور کن شرائط اور اسٹثنیٰ ایکسکلوزنس پر۔ اس طرح، میڈیکل انڈر رائٹنگ خطرے کی قبولیت یا مسترد ہونے اور کور کی شرائط بھی لکھ سکتی ہے۔

مثال

طبی مسائل جیسے کہ ہائی بلڈ پریشر، زیادہ وزن/موٹاپا اور شوگر کی سطح میں اضافہ دل، گردے اور اعصابی نظام کی بیماریوں کے لیے مستقبل میں اسپتال میں داخل ہونے کا زیادہ امکان رکھتا ہے۔ لہذا، میڈیکل انڈر رائٹنگ کے خطرے کا اندازہ کرتے وقت ان شرائط پر احتیاط سے غور کیا جانا چاہیے۔

میڈیکل انڈر رائٹنگ کی گائیڈ لائنس کے مطابق، تجویز کنندہ کی صحت کے بارے میں فیملی ڈاکٹر سے دستخط شدہ اعلامیہ یا ڈیکلیریشن بھی طلب کیا جا سکتا ہے۔

پہلی بار، 45-50 سال سے زیادہ عمر کے افراد کو صحت کے جوکھم کے پروفائل کا اندازہ لگانے اور اپنی موجودہ صحت کی حالت کے بارے میں معلومات حاصل کرنے کے لیے عام طور پر مخصوص پیتھولوجیکل اسکریننگ سے گزرنا پڑتا ہے۔ اس طرح کے ٹیسٹ پہلے سے موجود طبی مسائل یا بیماریوں کے پھیلاؤ کی بھی نشاندہی کرتے ہیں۔

2. غیر طبی انڈر رائٹنگ

صحت بیمہ کے لیے درخواست دینے والے زیادہ تر افراد کو طبی معائنے کی ضرورت نہیں ہوتی۔

اگر تجویز کنندہ نے تمام مادی حقائق کو پوری طرح اور سچائی کے ساتھ ظاہر کیا ہے اور ایجنٹ نے محتاط جانچ پڑتال کی ہے، تب بھی طبی معائنے کی بہت کم ضرورت ہو سکتی ہے۔

مثال

اگر کسی شخص کو طبی معائنے، انتظار کی مدت اور پروسیسنگ میں تاخیر کے طویل عمل سے گزرے بغیر فوری طور پر صحت بیمہ کوریج حاصل کرنے کی ضرورت ہے تو وہ نان میڈیکل انڈر رائٹنگ پالیسی کا انتخاب کر سکتا ہے۔ نان میڈیکل انڈر رائٹنگ پالیسیوں میں، پریمیم کی شرح اور بیمہ کی رقم کا تعین عمر، جنس، تمباکو نوشی کے زمرے، قد وغیرہ کی بنیاد پر صحت سے متعلق کچھ سوالات کے جوابات کی بنیاد پر کیا جاتا ہے۔ یہ عمل تیز ہے، لیکن پریمیم نسبتاً زیادہ ہو سکتا ہے۔

3. عددی درجہ بندی یا نیومیرکل ریٹنگ کا طریقہ

اس طرح کی انڈر رائٹنگ میں کی جاتی ہے جس میں ہر ایک جوکھم کے اجزاء یا کمپوننٹس عددی یا فیصدی کے حساب سے انداز کیا جاتا ہے۔

عمر، جنس، ذات، پیشہ، رہائش، ماحول، قد، عادات، خاندان اور ذاتی تاریخ جیسے عوامل کی جانچ پڑتال کی جاتی ہے اور پہلے سے طے شدہ معیار کی بنیاد پر عددی طور پر اسکور کیے جاتے ہیں۔

4. انڈر رائٹنگ کے فیصلے

انڈر رائٹنگ کا عمل مکمل ہو جاتا ہے جب موصول ہونے والی معلومات کا بغور جائزہ لیا جاتا ہے اور اسے خطرے کے مناسب زمروں میں درجہ بندی کیا جاتا ہے۔ مندرجہ بالا ذرائع اور ان کے فیصلے کی بنیاد پر، بیمہ کنندہ جوکھم کو ان زمروں میں درجہ بندی کرتا ہے:

- (a) معیاری شرحوں پر جوکھم قبول کرنا
- (b) اضافی پریمیم (لوڈنگ) پر جوکھم قبول کرنا، حالانکہ یہ طریقہ تمام کمپنیوں میں نہیں اپنایا جا سکتا ہے۔
- (c) ایک مخصوص مدت کے لیے کور کو ملتوی کرنا
- (d) کور کو مسترد کریں
- (e) جوابی پیشکش (کور کے کسی بھی حصے پر پابندی لگانا یا مسترد کرنا)
- (f) زیادہ کٹوتیوں یا شریک ادائیگیوں یعنی کوپے کا اطلاق کرنا یا لگانا
- (g) پالیسی کے تحت مستقل اخراج کا نفاذ

اگر کسی بیماری کو مستقل طور پر خارج کر دیا جائے، پھر پالیسی سرٹیفکیٹ پر اس کی توثیق کی جاتی ہے۔ یہ معیاری پالیسی کے اخراج کے علاوہ ایک اضافی اخراج بن جاتا ہے اور معاہدے کا حصہ بنے گا۔

5. عام یا معیاری اخراج کا استعمال

مستثنیات یا ایکسکلوزنس زیادہ تر پالیسیوں میں نافذ ہوتے ہیں، جو ان کے تمام اراکین پر لاگو ہوتے ہیں۔ ان کو معیاری اخراج کے نام سے جانا جاتا ہے یا بعض اوقات عام اخراج بھی کہا جاتا ہے۔ بیمہ کمپنیاں معیاری اخراج کو لاگو کر کے اپنے جوکھم کو محدود کرتی ہیں۔ ان باتوں پر پہلے باب میں بحث ہو چکی ہے۔

6. شعبہ وار پریمیم

عام طور پر، پریمیم کا انحصار بیمہ شدہ زندگی کی عمر اور منتخب کردہ بیمہ کی رقم پر ہوگا۔ پریمیم فرق کچھ علاقوں جیسے دہلی اور ممبئی میں زیادہ دعوے کی لاگت کے ساتھ متعارف کرایا گیا ہے، جو کچھ بیمہ کمپنیوں کی مخصوص مصنوعات کے لیے سب سے زیادہ پریمیم زون کا حصہ ہیں۔ مثال کے طور پر، میٹروز اور 'A' زمرہ کے شہروں میں 55-65 سال کی عمر کے گروپ میں انفرادی پالیسیوں کا اندازہ اندور یا جموں جیسے شہر میں اسی عمر کے گروپ میں ملتے جلتے پالیسیوں سے زیادہ شرح پر لگایا جائے گا۔

- I. اس میں میڈیکل رپورٹس حاصل کرنے اور جانچنے کی زیادہ قیمت شامل ہے۔
- II. صحت کی بیمہ کے لیے طبی انڈر رائٹنگ میں موجودہ صحت کی حالت اور عمر اہم عوامل ہیں۔
- III. حامیوں کو ان کے صحت کے خطرے کے پروفائل کا اندازہ لگانے کے لیے طبی اور پیتھولوجیکل ٹیسٹ کروانے کی ضرورت ہے۔
- IV. فیصد کی تشخیص جو کہم کے ہر جزو پر کی جاتی ہے۔

H. گروپ کی سطح پر صحت بیمہ

صحت بیمہ کے گروپ کو قبول کرتے وقت، بیمہ کمپنیاں گروپ میں بعض اراکین کی موجودگی کے امکان کو مدنظر رکھتی ہیں، جن کو صحت کے سنگین اور مستقل مسائل ہو سکتے ہیں۔

1. گروپ صحت بیمہ

گروپ صحت بیمہ کی انڈر رائٹنگ کے لیے گروپ کی خصوصیات کا تجزیہ کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، تاکہ اس بات کا جائزہ لینے کے لیے کم آیا یہ بیمہ کمپنی کی انڈر رائٹنگ ہدایات کے ساتھ ساتھ بیمہ ریگولیٹرز کی طرف سے گروپ بیمہ کے لیے تجویز کردہ ہدایات کے تحت آتا ہے۔

گروپ صحت بیمہ کے لیے معیاری انڈر رائٹنگ کے عمل کو ان عوامل پر مجوزہ گروپ کی تشخیص کی ضرورت ہے:

- گروپ کی قسم
- گروپ کا سائز
- صنعت کی قسم
- کوريج کے لئے اہل شخص
- کیا پورے گروپ کو کور کیا جا رہا ہے یا ممبروں کے پاس آپٹ آؤٹ کرنے (شامل نہیں ہونے) کا انتخاب ہے۔
- کوريج کی سطح - سبھی کے لیے یکساں یا مختلف
- جنس، عمر، ایک یا ایک سے زیادہ مقامات، گروپ کے اراکین کی آمدنی کی سطح، ملازمین کی آمدورفت کی شرح کے لحاظ سے گروپ کی ساخت؛ کیا پریمیم گروپ کے مالک نے پریمیم کی پوری ادائیگی کی ہے یا پریمیم کی ادائیگی ممبران کے لیے ضروری ہے
- مختلف جغرافیائی مقامات پر پھیلے متعدد مقامات کی صورت میں تمام علاقے میں صحت کی دیکھ بھال کے اخراجات میں فرق
- تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر (اپنی پسند یا بیمہ کمپنی کے ذریعے منتخب کیے گئے) یا خود بیمہ کمپنی کے ذریعے گروپ بیمہ کا انتظام کے لیے گروپ کے مالک کا انتخاب

مثال

کانوں یا کارخانوں میں کام کرنے والے اراکین کے گروپ کو ایئرکنڈیشنڈ دفاتر میں کام کرنے والے اراکین کے گروپ سے زیادہ صحت کا جوکھم ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ، بیماریوں کی نوعیت (جن سے یہ دعویٰ کیا گیا ہے) بھی دونوں گروپوں کے لیے بالکل مختلف ہونے کا امکان ہے۔ لہذا، بیمہ کمپنی دونوں صورتوں میں گروپ صحت بیمہ پالیسی کی قیمت اسی کے مطابق طے کرے گی۔

اسی طرح، آئی ٹی کمپنیوں جیسے زیادہ ٹرن اوور گروپس کی صورت میں منفی انتخاب سے بچنے کے لیے، بیمہ کمپنیاں احتیاطی اصول متعارف کروا سکتی ہیں، جس میں ملازمین کو بیمہ کا اہل بننے سے پہلے اپنی پروبیشن مدت پوری کرنی ضروری ہوتی ہے۔

2. آجر یعنی امپلائر-ملازمین گروپوں کے علاوہ دیگر کی انڈر رائٹنگ

آجر-ملازمین گروپ روایتی طور پر سب سے عام گروپ رہے ہیں جو گروپ صحت بیمہ پیش کرتے ہیں، گروپ کی ساخت کا کردار انڈر رائٹنگ کرتے وقت خاص اہم ہوتا ہے۔

صحت بیمہ غیر آجر ملازمین گروپوں کو بھی دیا جا سکتا ہے۔ آئی آر ڈی اے آئی نے مختلف گروپوں کے ساتھ کام کرنے میں بیمہ کمپنیوں کے ذریعہ اپنائے جانے والے نظریہ سے گروپ بیمہ کو ریگولیٹ کرنے کے لیے ہدایات جاری کر دی گئی ہیں۔ ایسے غیر آجر گروپوں میں شامل ہیں:

- (a) ایمپلائر ویلفیئر ایسوسی ایشنز
- (b) کسی خاص کمپنی کے ذریعہ جاری کردہ کریڈٹ کارڈ ہولڈرز
- (c) کسی خاص کاروبار کے صارفین، جہاں بیمہ کو اضافی فائدہ کے طور پر دیا جاتا ہے۔
- (d) کسی بھی بینک اور پیشہ ورانہ انجمنوں یا معاشروں سے قرض لینے والے

I. غیر ملکی سفری انشورنس کی انڈر رائٹنگ

چونکہ غیر ملکی ٹریول بیمہ پالیسیوں کے تحت بنیادی کور ہیلتھ کور ہے، اس لیے ان کی انڈر رائٹنگ عام طور پر صحت بیمہ پیٹرن کی پیروی کرے گی۔

پریمیم درجہ بندی اور قبولیت کمپنی کے ہدایات کے مطابق مختلف ہوگی، لیکن کچھ اہم تحفظات ذیل میں دیے گئے ہیں:

1. پریمیم کی شرح تجویز کنندہ کی عمر اور غیر ملکی سفر کی مدت پر منحصر ہوگی۔

2. چونکہ بیرون ملک علاج مہنگا ہے، بوم صحت بیمہ پالیسیوں کے مقابلے پریمیم کی شرحیں عام طور پر بہت زیادہ ہوتی ہیں۔

3. امریکہ اور کینیڈا جیسے ممالک سب سے زیادہ پریمیم رکھتے ہیں۔

4. تجویز کنندہ کے بیرون ملک طبی علاج کے مقصد کے لیے پالیسی استعمال کرنے کے امکان کو خارج کرنے کا خیال رکھا جانا چاہیے؛ لہذا، کسی بھی پہلے سے موجود بیماری میں، تجویز کے مرحلے کو

7. ذاتی حادثے کی انشورینس کی انڈر رائٹنگ

ذاتی حادثے کی پالیسیوں کے لیے انڈر رائٹنگ کے تحفظات ذیل میں دیئے گئے ہیں:

ریٹنگ

ذاتی حادثاتی بیمہ میں، بیمہ شدہ کے قبضے کو اہم عنصر سمجھا جاتا ہے۔ کسی پیشے یا کاروبار سے وابستہ جوکھم کام کی نوعیت کے مطابق مختلف ہوتے ہیں۔ مثال کے طور پر، ایک آفس مینیجر کو اس مقام پر کام کرنے والے سول انجینئر کے مقابلے میں کام پر جوکھم کم ہوتا ہے جہاں عمارت کی تعمیر کی جا رہی ہو۔ شرح کا تعین کرنے کے لیے پیشوں کو گروہوں میں تقسیم کیا جاتا ہے، ہر گروہ کم و بیش ایک ہی جوکھم کی نمائندگی کرتا ہے۔

جوکھم کی درجہ بندی

پیشہ کی بنیاد پر، بیمہ شدہ سے وابستہ خطرات کو تین گروہوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے:

• جوکھم گروہ I

اکاؤنٹنٹ، ڈاکٹر، وکلاء، اور انتظامی کام میں مصروف افراد، بنیادی طور پر ایسے ہی خطرے والے پیشوں سے وابستہ افراد۔

• جوکھم گروہ II

معمار، ٹھیکیدار اور انجینئر سپرنٹنڈنٹس کے کاموں میں مصروف ہیں اور ایسے ہی خطرے کے پیشے سے وابستہ افراد۔ تمام افراد جو دستی مزدوری میں مصروف ہیں (سوائے گروہ III کے تحت آنے والوں کے)۔

• جوکھم گروہ III

زیر زمین بارودی سرنگوں میں کام کرنے یا پہیوں پر چلانے جیسی سرگرمیوں میں مصروف افراد اور ایسے ہی خطرناک پیشوں/سرگرمیوں میں شامل لوگ۔

جوکھم گروہس کو بالترتیب 'نارمل'، 'اعتدال پسند' اور 'ہائی' جوکھم کے نام سے بھی جانا جاتا ہے۔

عمر کی حد

کام کرنے والی آبادی (آجر ملازمین) کے لیے عمر کی عمومی حد 18-70 سال ہے۔ تاہم، طلباء کی کم از کم عمر بھی 5 سال ہو سکتی ہے۔

کور اور تجدید کے لیے کم از کم اور زیادہ سے زیادہ عمر کمپنی سے کمپنی میں مختلف ہوتی ہے۔

فیملی پیکج کور

ذاتی حادثے کی پالیسی میں فیملی پیکج کا احاطہ بھی ہوتا ہے، جس میں بچوں اور غیر کمانے والے شریک حیات کو صرف موت اور مستقل معذوری (مکمل یا جزوی) کا کور کیا جاتا ہے۔

گروہ پالیسیوں میں پریمیم کی چھوٹ

اگر بیمہ شدہ زندگی کی تعداد ایک خاص تعداد سے زیادہ ہے، 100 کہہ لیں، تو پریمیم میں گروپ ڈسکاؤنٹ کی اجازت ہے۔ تاہم، تعداد کم ہونے پر گروپ پالیسیاں جاری کی جاسکتی ہیں، جیسے کہ 25 - لیکن بغیر کسی چھوٹ کے۔

گروپ ڈسکاؤنٹ کا معیار

گروپ پالیسیاں صرف نامزد گروپوں کے حوالے سے جاری کی جائیں۔ گروپ ڈسکاؤنٹ اور دیگر فوائد حاصل کرنے کے مقصد کے لیے، مجوزہ "گروپ" کو واضح طور پر درج ذیل زمروں میں سے کسی ایک کے تحت آنا چاہیے :

- آجر اور ملازم کا رشتہ، بشمول ملازم کے زیر کفالت
- رجسٹرڈ کوآپریٹو سوسائٹی کا ممبر
- رجسٹرڈ سروس کلبوں کے ممبران
- بینکوں/ڈائنرز/ماسٹر/ویزا کے کریڈٹ کارڈ ہولڈرز

مندرجہ بالا زمروں کے علاوہ کسی دوسرے زمرے سے تعلق رکھنے والی تجاویز کی صورت میں، متعلقہ بیمہ کمپنیوں کے ٹیکنیکل ڈپارٹمنٹ کی طرف سے ان پر فیصلہ کیا جا سکتا ہے۔

پریمیم

پریمیم کی مختلف شرحیں نامزد ملازمین پر خطرے اور منتخب کردہ فوائد کی درجہ بندی کے مطابق لاگو ہوتی ہیں۔

آن ڈیوٹی کور

پرسنل ایکسیڈنٹ (پی اے پالیسیاں) میں آن-ڈیوٹی اور آف-ڈیوٹی دونوں مدتوں کے لیے یا الگ الگ کور ہو سکتے ہیں۔ پریمیم کا انحصار سم انشورڈ، ڈیوٹی کے گھنٹوں کی تعداد وغیرہ پر ہوتا ہے۔ کچھ آجر صرف ڈیوٹی کی مدت کو محدود کرنے کو ترجیح دے سکتے ہیں۔

موت کے کور کا اخراج

موت کا فائدہ کے علاوہ گروپ پی اے پالیسیاں جاری کرنا ممکن ہے۔ یہ انفرادی کمپنی کے ہدایات کے ماتحت ہے۔

گروپ ڈسکاؤنٹس اور بونس/میلس

گروپ پالیسیوں کی تجدید کے تحت درجہ بندی کا فیصلہ دعوے کے تجربے کے حوالے سے کیا جاتا ہے۔

- سازگار تجربے کو تجدید پریمیم (بونس) میں رعایت کے ساتھ نوازا جاتا ہے۔
- منفی تجربے کی صورت میں، تجدید پریمیم لوڈنگ (میلس) کو پیمانے کے مطابق جرمانہ کیا جاتا ہے۔
- تجدید کے لیے عمومی شرحیں لاگو ہوں گی، اگر دعویٰ کا تجربہ، 70 فیصد ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 5

- (1) گروپ صحت بیمہ میں، جو بھی گروپ کا حصہ ہے وہ بیمہ کمپنی کے انتخاب کے خلاف ہوسکتا ہے۔
- (2) گروپ صحت بیمہ صرف آجر-ملازمین گروپوں کو کوریج فراہم کرتا ہے۔
- I. بیان 1 درست ہے اور بیان 2 غلط ہے۔
- II. بیان 2 درست ہے اور بیان 1 غلط ہے۔
- III. بیان 1 اور بیان 2 درست ہیں۔
- IV. بیان 1 اور بیان 2 درست ہیں۔

خود جوابات چیک کریں۔

- جواب 1 - صحیح آپشن III ہے۔
- جواب 2 - صحیح آپشن III ہے۔
- جواب 3 - صحیح آپشن I ہے۔
- جواب 4 - صحیح آپشن IV ہے۔
- جواب 5 - صحیح آپشن IV ہے۔

باب H-05 صحت بیمہ کے دعوے

باب کا تعارف

اس باب میں ہم دعوے مینجمنٹ کے عمل، دعوے سے متعلق طریقہ کار اور صحت بیمہ میں دستاویزات کے بارے میں بات کریں گے۔ اس کے علاوہ، ہم ذاتی حادثاتی بیمہ کے تحت دعویٰ مینجمنٹ کے بارے میں بھی جانیں گے اور TPA کے کردار کو سمجھیں گے۔

قابل غور امور

- A. بیمہ میں دعووں کا انتظام
- B. صحت بیمہ دعووں کا انتظام
- C. صحت بیمہ کے دعوے کی دستاویزات
- D. تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر (TPA) کا کردار
- E. دعووں کا انتظام - ذاتی حادثہ
- F. دعووں کا انتظام - اوورسیز ٹریول بیمہ

اس باب کو پڑھنے کے بعد، آپ اس قابل ہو جائیں گے:

- (a) بیمہ کے دعووں میں مختلف اسٹیک ہولڈرز کی وضاحت
- (b) یہ بتانا کہ صحت بیمہ کے دعووں کا انتظام کیسے کیا جاتا ہے۔
- (c) صحت بیمہ کے دعووں کے تصفیہ کے لیے درکار مختلف دستاویزات پر تبادلہ خیال کریں۔
- (d) یہ سمجھنا کہ بیمہ کمپنیوں کے ذریعے دعووں کے لیے ریزرو کیسے دستیاب کرائے جاتے ہیں۔
- (e) ذاتی حادثے کے دعووں پر بات کرنا
- (f) ٹی پی اے کے تصور اور کردار کو سمجھنا

A. بیمہ میں دعووں کا انتظام

یہ اچھی طرح سے سمجھا جاتا ہے کہ بیمہ ایک 'وعدہ' ہے اور پالیسی اس وعدے کی 'گواہ' ہے۔ کسی بھی بیمہ شدہ حادثہ ہونے پر پالیسی کے تحت دعویٰ کیا جاتا ہے جو اس وعدے کا سچا امتحان ہوتا ہے۔ بیمہ کمپنی کتنی اچھی کارکردگی کا مظاہرہ کرتی ہے، اس کا اندازہ اس بات سے لگایا جاتا ہے کہ وہ اپنے دعووں کو کس حد تک پورا کرتا ہے۔ کسی بیمہ کمپنی کو اچھی ریٹنگ تھی حاصل ہوتی ہے جب کلیم ادائیگی اچھی طرح کرتی ہے۔

1. دعوے کے عمل میں حصہ دار

دعووں کو کیسے منظم کیا جاتا ہے، یہ دیکھنے سے پہلے دعووں کے عمل میں شریک حصے داروں یا اسٹیک ہولڈروں کے بارے میں سمجھنا ضروری ہے۔

شکل 1: دعووں کے عمل میں حصہ دار



گاہک	انشورڈ بیمہ خریدنے والا اور دعوے کا حاصل کرنے والا پہلا اسٹیک ہولڈر ہوتا ہے
مالکان	بیمہ کمپنی کے مالکان 'دعوے کے ادا کنندہ' کے طور پر بڑے اسٹیک ہولڈر ہوتے ہیں۔ گو کہ دعوے پالیسی ہولڈرز کے فنڈز سے پورے کیے جاتے ہیں، مگر زیادہ تر معاملات میں وہی وعدے کو پورا کرنے کے لیے ذمہ دار ہوتے ہیں۔
انڈر رائٹر	انڈر رائٹر کی بیمہ کمپنی میں اور تمام دوسری بیمہ کمپنیوں میں بھی یہ ذمہ داری ہے کہ وہ دعووں کو سمجھے اور پروڈکٹ کو ڈیزائن کرے، پالیسی کی شرائط، اور قیمتوں کا تعین کرے۔
ریگولیٹر	ریگولیٹر (بیمہ ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی آف انڈیا) اپنے مقاصد میں ایک اہم اسٹیک ہولڈر

<p>ہے:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ بیمہ ماحول میں ترتیب کو برقرار رکھنا ✓ پالیسی ہولڈر کے مفادات کے تحفظ کے لیے ✓ بیمہ کمپنیوں کی طویل مدتی مالی صحت کو یقینی بنانا۔ 	
<p>انشورنس کمپنی اور گاہک کے لئے بحیثیت انٹرمیڈیری کام کرنے والے تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر صحت بیمہ کے دعووں پر کارروائی کرتے ہیں۔</p>	<p>تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر (ٹی پی اے)</p>
<p>بیمہ ایجنٹس / بروکرز نہ صرف پالیسیاں فروخت کرتے ہیں بلکہ ان سے توقع کی جاتی ہے کہ وہ دعووں کی صورت میں صارفین کو سروس فراہم کریں گے۔</p>	<p>بیمہ ایجنٹ / بروکر</p>
<p>یہ اس بات کو یقینی بناتے ہیں کہ گاہک کو دعویٰ کا آسان تجربہ حاصل ہو، خاص طور پر جب اسپتال کو ٹی پی اے کے ذریعے نامزد کیا گیا ہو اور بیمہ کمپنی مریض کے وہاں داخل ہونے پر کیشلیس سروس دے۔</p>	<p>فراہم کنندہ / اسپتال</p>

اس طرح دعووں کے بہتر انتظام کا مطلب ہے دعووں سے متعلق ان اسٹیک ہولڈرز میں سے ہر ایک کے مقاصد کا انتظام کرنا۔ بے شک ایسا ہوسکتا ہے اس میں سے کچھ مقاصد آپس میں ٹکرا جائیں۔

محفوظ کرنا یا فائینشیل ریزرو: بہت سے معاملات میں، بیمہ کمپنیاں فوری طور پر دعووں کا تصفیہ کرنے کے قابل نہیں ہوسکتی ہیں؛ انہیں معلومات یا تنازعات، قانونی چارہ جوئی وغیرہ کے نتائج کا انتظار کرنا پڑ سکتا ہے۔ لہذا، انہیں ادائیگی تک دعوے کی رقم کو ریزرو میں رکھنا ہوتا ہے۔ ذخائر عام طور پر بقایا دعووں پر ادا کی جانے والی رقم کے حقیقی تخمینے ہوتے ہیں۔

ریزرو بنانے کا مطلب ہے دعووں کی حیثیت کی بنیاد پر بیمہ کمپنی کی کتابوں میں تمام دعووں کے لیے فراہم کردہ رقم۔

اپنے آپ کو چیک کریں 1

درج ذیل میں سے کون صحت بیمہ دعویٰ کے عمل میں اسٹیک ہولڈر نہیں ہے؟

I. گاہک

II. محکمہ پولیس

III. ریگولیٹر

IV. ٹی پی اے

B. صحت بیمہ دعووں کا انتظام

1. صحت بیمہ میں دعوے کا عمل

دعووں کو یا تو خود بیمہ کمپنی نبٹاتی ہے یا اس سلسلے میں اس کے اختیار کردہ تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر (TPA) کی خدمات کے ذریعہ فراہم کی جاتی ہے۔

بیمہ کمپنی/ٹی پی اے کو دعوے کی اطلاع دینے سے لے کر پالیسی کی شرائط کے مطابق ادائیگی تک، صحت کا دعویٰ اچھی طرح سے طے شدہ مراحل سے گزرتا ہے، ہر ایک مرحلے کی اپنی اہمیت ہوتی ہے۔

ذیل میں بیان کردہ طریقہ کار میں صحت بیمہ (اسپتال میں داخل ہونے) کے معاوضے کی مصنوعات کا خصوصی حوالہ ہے، جو کہ صحت بیمہ کے کاروبار کا ایک بڑا حصہ ہیں۔

فکسڈ بینیفٹ پروڈکٹ یا کریٹیکل الینس یا ڈیلی کیش پروڈکٹ وغیرہ کے تحت کلیم کے لیے عمومی طریقہ کار اور معاون دستاویزات کافی مماثل ہوں گے، سوائے اس حقیقت کے کہ ایسی مصنوعات بغیر نقدی کی سہولت کے ساتھ نہیں آسکتی ہیں۔

معاوضہ اور معاوضے کے دعوے کے دونوں معاملات میں، بنیادی اقدامات ایک جیسے رہتے ہیں۔

شکل 2: دعوے کے عمل میں بڑے پیمانے پر یہ اقدامات شامل ہیں (شاید اسی ترتیب میں نہ ہوں)



(a) مطلع کرنا

دعوے کا نوٹیفکیشن کسٹمر اور دعویٰ ٹیم کے درمیان رابطے کا پہلا موقع یا اسٹیج ہے۔ صارف یعنی کنزیومر کمپنی کو مطلع کر سکتا ہے کہ وہ اسپتال میں داخل ہونے کا منصوبہ بنا رہا ہے یا ہسپتال میں

داخل ہونے کے بعد اس کی اطلاع دی جائے گی، خاص طور پر ہنگامی صورت میں اسپتال میں داخل ہونے کے معاملے میں ۔

کچھ عرصہ پہلے تک، دعوے کے واقعے کی اطلاع دینا ایک رسمی حیثیت تھی۔ تاہم، حال ہی میں بیمہ کمپنیوں نے دعویٰ کی جلد از جلد اطلاع دینے پر اصرار کرنا شروع کر دیا ہے۔ عام طور پر طے شدہ ہونے پر پہلے اور ایمرجنسی کی صورت میں اسپتال داخل ہونے کے 24 گھنٹوں کے اندر مطلع کر دینا چاہیے۔ یہ آج کل بہت آسان بھی ہو گیا ہے؛ اب موبائل ایپ/ بیمہ کمپنی کے ذریعہ چلانے جا رہے اور 24 گھنٹے کھلے رہنے والے کال سینٹروں/ ٹی پی اے کے ذریعہ سے اور انٹرنیٹ یا ای میل کے ذریعہ سے بھی اطلاع دی جا سکتی ہے۔

(b) رجسٹریشن

جب معلومات کمپنی کو براہ راست یا TPA کے ذریعے موصول ہوتی ہے، اس کے بعد تفصیلات کو درستگی کے لیے ملایا جاتا ہے اور ایک حوالہ نمبر یا کلیم کنٹرول نمبر بنا کر دعویدار تک پہنچایا جاتا ہے۔ اس کے بعد دستاویزات کی کوریج کے لیے جانچ پڑتال کی جاتی ہے۔ اور کیش لیس اسکیم (جس کے بارے میں بعد کے حصے میں بیان کیا گیا ہے) کے تحت منصوبہ بند سرجریوں کی معلومات موصول ہونے پر اسپتال کو ممکنہ لاگت کی پیشگی اجازت دی جاتی ہے۔

اگر کلیم کا پیسا اسپتال کا بل طے کرنے کے بعد یعنی ریمبرسمنٹ کا کلیم ہوتا ہے تو دعوے پر کارروائی اس کے قابل قبول ہونے کی بنیاد اور حتمی تصفیہ کے لیے بیمہ کی رقم، کٹوتی، ذیلی حد وغیرہ کے حوالے سے تفصیل سے جانچ پڑتال کی جاتی ہے۔ دستاویزات میں اگر کمی ہو تو انشورر کو چاہیے کہ گاہک کو بار بار نہ بتا کر یکمشت بتائے۔ یہ جاننا ضروری ہے کہ دعویٰ پروسیسنگ میں نہ صرف اس بات کو یقینی بنانا شامل ہے کہ معاہدے کی شرائط کو پورا کیا جائے گا، بلکہ اس بات کو یقینی بنانا ہوگا کہ اسپتال اور چارجنگ، ڈبل چارجنگ وغیرہ میں ملوث نہ ہوں۔

مثال

اسپتال میں داخل ہونے کا تعلق عام طور پر ایلوپیتھک طریقہ علاج سے ہوتا ہے۔ تاہم، مریض علاج کے دیگر طریقوں کو بھی اپنا سکتا ہے، جیسے:

✓ یونانی

✓ سدا

✓ ہومیوپیتھی

✓ آیوروید

✓ قدرتی علاج (نیچروپیتھی) وغیرہ۔

زیادہ تر پالیسیاں اب ان علاجوں میں شامل ہوتی ہیں، حالانکہ ذیلی حدود ہو سکتی ہیں۔

ٹیلی میڈیسن: آئی آر ڈی اے آئی نے بیمہ کمپنیوں سے کہا ہے کہ وہ ٹیلی میڈیسن کی اجازت دیں جہاں میڈیکل بیمہ پالیسیوں کی شرائط و ضوابط کے تحت باقاعدہ طبی مشاورت کی اجازت دیں۔

اس سے پالیسی ہولڈرز کو مدد ملے گی جو آن لائن یا ٹیلی فون پر ڈاکٹروں سے مشورہ کرنے کو ترجیح دے سکتے ہیں تاکہ وہ اپنے گھروں سے باہر نکلنے سے گریز کریں یا اگر وہ کورونا وائرس کے انفیکشن کی وجہ سے خود کو کوارنٹائن میں رکھے ہوئے ہیں۔

قابل ادائیگی حتمی دعویٰ پر پہنچنا: قابل ادائیگی دعویٰ کی رقم کا تعین کرنے والے عوامل یہ ہیں:

- (a) پالیسی کے تحت ممبر کو بیمہ کی رقم یا سم انشورڈ دستیاب ہے۔
- (b) پہلے سے کیے گئے کسی بھی دعویٰ کے مدنظر، ممبر کو پالیسی کے تحت بیمہ شدہ بیلنس دستیاب ہے۔
- (c) ذیلی حدود
- (d) بیماری کے لیے کسی خاص حد کی جانچ کرنا
- (e) یہ چیک کرنا کہ مجموعی بونس کے حقدار ہے یا نہیں۔
- (f) حد کے ساتھ کور کیے گئے دیگر اخراجات

آخر میں جو ادائیگی کی جائے گی وہ معقول اور روایتی چارجز ہیں، جس کا مطلب ہے خدمات یا سپلائیز کے لیے فیس، جو کسی خاص فراہم کنندہ کے لیے معیاری چارجز ہیں اور اس میں شامل بیماری/چوٹ کی نوعیت کی مدنظر، اسی یا اس جیسی خدمات کے لیے جغرافیائی علاقے میں مروجہ چارجز کے مطابق ہیں۔

پہلے برٹی پی اے / بیمہ کمپنی کی اپنی ناقابل ادائیگی اشیاء کی فہرست ہوتی تھی، اب اسے آئی آر ڈی اے آئی صحت بیمہ اسٹینڈرڈ انڈیشن ہدایات کے تحت معیاری بنایا گیا ہے۔

(c) دعویٰ کی ادائیگی

جب دعویٰ کی واجب الدا رقم یا پیبل کلیم اماؤنٹ طے ہو جانے تب گاہک یا اسپتال کو، جیسے بھی معاملہ ہو، دعویٰ کی ادائیگی کی جاتی ہے۔ ادائیگی چیک کے ذریعہ یا گاہک کے بینک کھاتے میں دعویٰ کی رقم منتقل کر کے کیا جاسکتا ہے۔

(d) دعووں کو مسترد کرنا

صحت کے دعووں کا تجربہ بتاتا ہے کہ جمع کرائے گئے 10% سے 15% دعویٰ پالیسی کی شرائط کے تحت نہیں آتے۔ یہ کئی وجوہات کی بنا پر ہو سکتا ہے، جن میں سے کچھ درج ذیل ہیں:

- i. داخلے کی تاریخ بیمہ کی مدت کے اندر نہیں ہے۔
- ii. جس رکن کے لیے دعویٰ کیا گیا ہے اُسے کور نہیں کیا گیا ہے۔
- iii. پہلے سے موجود بیماری کی وجہ سے (جہاں پالیسی ایسی حالت کو خارج کرتی ہے)۔
- iv. بغیر کسی جائز وجہ دعویٰ داخل کرنے میں غیر ضروری تاخیر
- v. کوئی فعال علاج نہیں؛ داخلہ صرف جانچ پڑتال کے لیے ہے۔
- vi. علاج شدہ بیماری کو پالیسی کے تحت باہر رکھا گیا ہے۔
- vii. بیماری کی وجہ شراب یا نشیلی دواؤں کا غلط استعمال ہے۔

viii. 24 گھنٹے سے بھی کم وقت کے لیے اسپتال میں داخل۔

کسی بھی دعوے کا خارج کرنا (خواہ کسی وجہ سے ہو) بیمہ کمپنی کے ذریعہ صارف کو تحریری طور پر مطلع کیا جائے گا۔ عام طور پر، انکار کا ایسا خط واضح طور پر انکار کی وجہ بیان کرتا ہے، جس میں پالیسی کی شرائط و ضوابط بیان کیے گئے ہیں جن کی بنیاد پر دعویٰ مسترد کر دیا گیا تھا۔

دعویٰ کے فیصلے کے خلاف انشورڈ کو اپنے کیس کی لکھ کر شکایت کرنے کا اختیار نہ صرف بیمہ کمپنی سے ہے بلکہ وہ ذیل ایجنسیوں سے بھی رابطہ کر سکتا ہے:

✓ بیمہ محتسب یا انشورنس امبڈسمین یا

✓ کسٹمر کمیشن یا

✓ آئی آر ڈی اے آئی یا

✓ قانون کی عدالتیں

(e) مشکوک دعووں کے لیے کمپنیوں/ٹی پی اے کی طرف سے مزید تفصیلی تفتیش کی ضرورت ہوتی ہے۔

جہاں بھی بیمہ کمپنی کو بدعنوانی کا شبہ ہو، وہ دعووں کی چھان بین کر سکتی ہے۔ صحت بیمہ میں دھوکہ دہی کے کچھ مثالیں یہ ہیں:

i. جس شخص کا علاج ہوا وہ انشورڈ خود نہ ہو کر کوئی دوسرا ہی، جس کو کم امپرسونیشن کہا جاتا ہے۔

ii. اسپتال میں داخل ہوئے بغیر وہاں کے جالی کاغذات تیار کروانا۔

iii. اسپتال کی مدد سے یا دھوکہ دہی کے ارادے سے بنائے گئے اضافی بلوں کو شامل کر کے اخراجات کو بڑھا چڑھا کر دکھانا۔

iv. تشخیص کی لاگت جو بعض حالات میں زیادہ ہو سکتی ہے، کو کور کرنے کے لئے بیرون مریض یعنی آؤٹ ڈور پشمنٹ کی حیثیت کو داخلی مریض یعنی ان پشمنٹ کی حیثیت سے دکھانا۔

واضح رہے کہ ایسے دعووں کے لیے جن کے لیے تحقیقات کروانے کی ضرورت ہو تو ایسی تحقیقات جلد مکمل ہونا چاہیے۔ کسی بھی صورت میں دعویٰ کی اطلاع موصول ہونے کی تاریخ سے 90 دن بعد کا نہیں ہونا چاہیے۔ تحقیقات مکمل ہونے کے 30 دنوں کے اندر دعویٰ کا تصفیہ ہونا چاہیے۔ (براہ کرم IRDAI (پالیسی ہولڈر کا تحفظ)، 2017 کے ضوابط دیکھیں اور اس کے مطابق خود کو اپڈیٹ کریں)

(f) ٹی پی اے کے ذریعے کیش لیس سیٹلمنٹ کا عمل

کیش لیس سہولت کیسے کام کرتی ہے؟ یہ ایک معاہدہ ہے جو بیمہ کمپنی اور ٹی پی اے کا اسپتال کے ساتھ ہوتا ہے۔ دیگر طبی خدمات فراہم کرنے والوں کے ساتھ معاہدے بھی ممکن ہیں۔ کیش لیس سہولت فراہم کرنے کے لیے استعمال ہونے والے عمل پر اس سیکشن میں بحث کی گئی ہے:

ٹیبل 3.1

<ul style="list-style-type: none"> • صحت بیمہ کے تحت آنے والا صارف یا کنزیومر کسی بیماری یا چوٹ میں مبتلا ہے اور اس کے لیے اسے اسپتال میں داخل ہونے کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ وہ (یا اس کی طرف سے کوئی بھی شخص) بیمہ کی تفصیلات کے ساتھ اسپتال کے بیمہ ڈیسک سے رابطہ کرتا ہے، جیسے: <ol style="list-style-type: none"> ٹی پی اے کا نام، سبسکرائبر کا ممبرشپ نمبر، بیمہ کمپنی کا نام وغیرہ 	<p>مرحلہ 1 یا اسٹیپ</p>
<p>اسپتال ضروری معلومات مرتب کرتا ہے، جیسے:</p> <ol style="list-style-type: none"> تشخیص علاج، علاج کرنے والے ڈاکٹر کا نام، اسپتال میں داخل ہونے کے لیے تجویز کردہ دنوں کی تعداد اور متوقع لاگت <ul style="list-style-type: none"> • یہ معلومات ایک فارمیٹ میں پیش کی جاتی ہیں جسے کیش لیس اتھارٹی فارم کہتے ہیں۔ 	<p>مرحلہ ۲</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ٹی پی اے کیش لیس اتھارٹی فارم میں فراہم کردہ معلومات کا مطالعہ کرتا ہے اور فیصلہ کرتا ہے کہ کیا کیش لیس اجازت دی جا سکتی ہے اور اگر ایسا ہے تو، وہ رقم جس کے لیے اسے اختیار کیا جانا چاہیے؛ اسپتال کو بنا تاخیر اس کی اطلاع دی جاتی ہے۔ 	<p>مرحلہ ۳</p>
<p>ٹی پی اے کی طرف سے طے شدہ یا آتھوراڈڈ رقم کو مریض کے کھاتے میں بطور کریڈٹ رکھتے ہوئے، اسپتال مریض کا علاج کرتا ہے۔ ممبر سے پالیسی کے تحت نہ کور ہونے والے اخراجات اور پالیسی کنڈیشن کے مطابق اس کی شراکت کا حصہ یعنی کو-پے کی رقم جمع کرنے کو کہا جاتا ہے۔</p>	<p>مرحلہ ۴</p>
<ul style="list-style-type: none"> • جب مریض اسپتال سے ڈسچارج ہونے کے لیے تیار ہوتا ہے، تو اسپتال بیمہ میں شامل علاج کے اصل چارجز کے خلاف منظور شدہ مریض کے کھاتے میں موجود رقم ٹی پی اے کی طرف سے کریڈٹ کی رقم کی جانچ کرتا ہے۔ • اگر کریڈٹ کم ہے، تو اسپتال نقدی بغیر علاج کے لیے کریڈٹ کی اضافی منظوری کے لیے درخواستیں کرتا ہے۔ • ٹی پی اے اس کا تجزیہ کرتا ہے اور اضافی رقم کی منظوری دیتا ہے۔ 	<p>مرحلہ ۵</p>

مرحلہ ۶	• مریض کلیم کا غیر قابل قبول حصہ یعنی نان-ایڈمیسیبل بورشن خود ادا کرتا ہے اور اسے اسپتال سے چھٹی دے دی جاتی ہے اس سے دعویٰ فارم اور بل پر دستخط کرنے کو کہا جائے گا تاکہ دستاویز کی کارروائی مکمل کی جا سکے۔
مرحلہ ۷	• اسپتال تمام دستاویزات کو یکجا کرتا ہے اور بل پر کارروائی کے لیے دستاویزات ٹی پی اے کو جمع کرواتا ہے۔
مرحلہ ۸	• TPA دعوے پر کارروائی کرے گا اور تفصیلات کی تصدیق کے بعد اسپتال کو ادائیگی کی سفارش کرے گا۔

g) گاہک کو یقینی بنانا ہوگا کہ اس کی بیمہ کی تفصیلات اس کے پاس ہیں۔

اس میں اس کا TPA کارڈ، پالیسی کی کاپی، کور کی شرائط و ضوابط وغیرہ شامل ہیں۔

جب یہ دستیاب نہ ہوں، تو وہ معلومات حاصل کرنے کے لیے ٹی پی اے (24 گھنٹے کی ہیلپ لائن کے ذریعے) سے رابطہ کر سکتا ہے۔

i. گاہک کو یہ دیکھنا ہوتا ہے کہ آیا اس کے کنسلٹنگ فزیشن کا تجویز کردہ اسپتال TPA کے نیٹ ورک میں شامل ہے۔ اگر نہیں، تو اسے TPA کے ساتھ دستیاب اختیارات کو تلاش کرنا پڑے گا، جہاں اس طرح کے علاج کے لیے کیش لیس سہولت دستیاب ہے۔

ii. اسے یقینی بنانا ہوگا کہ اجازت سے پہلے کے فارم میں درست تفصیلات درج کی گئی ہیں۔ اس فارم کو 2013 میں جاری کردہ صحت بیمہ میں اسٹینڈرڈ ازیسن سے متعلق آئی آر ڈی اے آئی کی گائیڈ لائنس کے مطابق معیاری بنایا گیا ہے۔ اگر معاملہ واضح نہیں ہے، تو ٹی پی اے کیش لیس سہولت سے انکار یا سوال اٹھا سکتا ہے۔

iii. اسے یقینی بنانا چاہیے کہ اسپتال کے چارجز حدود کے مطابق ہوں جیسے کمرے کا کرایہ یا مخصوص علاج جیسے موتیا بند پر کیپس۔

iv. گاہک کو ڈسچارج ہونے سے پہلے TPA کو مطلع کرنا ہوگا اور اسپتال سے TPA کو کوئی اضافی منظوری بھیجنے کی درخواست کرنی ہوگی جو چھٹی سے پہلے ضروری ہو سکتا ہے تاکہ یقینی بنایا جا سکے کہ مریض کو غیر ضروری انتظار نہ کرنا پڑے

یہ بھی ممکن ہے کہ گاہک اسپتال میں بغیر نقدی کے علاج کی درخواست کرے اور اس کی منظوری لیتا ہے، لیکن مریض کو کہیں اور داخل کرنے کا فیصلہ کرتا ہے۔ ایسی صورت میں، صارف کو مطلع کرنا چاہئے اور اسپتال سے کہا جائے کہ وہ ٹی پی اے کو مطلع کرے کہ کیش لیس سہولت استعمال نہیں کی جا رہی ہے۔

اگر ایسا نہیں کیا جاتا ہے تو، منظور شدہ رقم گاہک کی پالیسی میں روکی جا سکتی ہے اور اس سے بعد کی درخواستوں کی قبولیت پر منفی اثر پڑ سکتا ہے۔

یہ سیکشن وضاحت کرتا ہے صارفین یا کنزیومر کی طرف سے جمع کروائے جانے والے مطلوبہ دستاویزات اور ان کے کنٹینٹ کی:

1. اسپتال سے ڈسچارج کی تفصیلات

سب سے اہم دستاویز اسپتال سے ڈسچارج کی تفصیلات کہی جا سکتی ہیں، جو صحت بیمہ کلیم پر کارروائی کرنے کے لیے درکار ہے۔ یہ مریض کی حالت اور علاج کی لائن کے بارے میں مکمل معلومات فراہم کرتا ہے؛ اس سے دعویٰ پر کارروائی کرنے والے شخص کو بیماری/چوٹ اور علاج کی لائن کو سمجھنے میں بہت مدد ملتی ہے۔ جہاں مریض بدقسمتی سے زندہ نہیں رہتا، وہاں کے بہت سے اسپتالوں میں ڈسچارج کی تفصیلات کو "ڈیٹھ سمری" کہا جاتا ہے۔ خارج ہونے والی تفصیلات ہمیشہ اصل میں مانگی جاتی ہیں۔

2. تحقیقاتی رپورٹ

ٹیسٹ رپورٹ تشخیص اور علاج کا موازنہ کرنے میں مدد کرتی ہے، جس میں مریض کی صحیح حالت کو سمجھنے کے لیے ضروری معلومات فراہم کی جاتی ہیں، جس کی وجہ سے علاج اور ہسپتال میں داخل ہونے کے دوران مختلف طریقہ کار انجام پائے؛ مثلاً خون کے ٹیسٹ کی رپورٹس، ایکسرے رپورٹس اور بائیوپسی کی رپورٹس۔ بیمہ کمپنی خصوصی درخواست پر صارف کو ایکس رے اور دیگر فلمیں واپس کر سکتی ہے۔

3. یکجا اور تفصیلی بل :

یہ وہ دستاویز ہے جو طے کرتا ہے کہ بیمہ پالیسی کے تحت کتنی رقم ادا کرنا ہے۔ جہاں الگ الگ مدوں کے بریک اپ کے ساتھ مجموعی بل مجموعی بنایا جاتا ہے۔ بل اصل یعنی اوریجنل ہونا چاہیے

4. ادائیگی کی رسید

صحت بیمہ دعویٰ کی ادائیگی کے لیے اسپتال سے ادا کی گئی رقم کے لیے ایک رسمی رسید بھی درکار ہوگی، جو کہ بل کی کل رقم ہونی چاہیے۔

رسید پر نمبر اور/یا مہر لگی ہونی چاہیے اور اصل یعنی اوریجنل جمع کی جانی چاہیے۔

5. دعویٰ فارم

دعویٰ فارم دعوے پر کارروائی کے لیے ایک رسمی اور قانونی درخواست ہے؛ یہ گاہک کے دستخط کے ساتھ اصل یا اوریجنل دیا جاتا ہے۔ دعویٰ فارم کو اب آئی آر ڈی اے آئی نے معیاری بنایا ہے۔

بیماری، علاج وغیرہ کی تفصیلات کے علاوہ، دعویٰ فارم میں بیمہ شدہ کی طرف سے کیا گیا اعلان یا ڈیکلیریشن قانونی لحاظ سے سب سے اہم دستاویز ہے۔

6. شناخت کا ثبوت

بماری زندگی میں مختلف سرگرمیوں میں شناخت کے ثبوت کے بڑھتے ہوئے استعمال کے ساتھ، شناخت کا عمومی ثبوت اس بات کی تصدیق کرنے میں مدد کرتا ہے کہ آیا وہ شخص جس کا کور کیا گیا ہے۔ اور جس شخص کا علاج کیا گیا، دونوں ایک ہیں۔ عام طور پر مانگے جانے والے شناختی دستاویزات ووٹر آئی ڈی، ڈرائیونگ لائسنس، پین کارڈ، آدھار کارڈ وغیرہ ہو سکتے ہیں۔

7. خصوصی دعووں کے لیے بنگامی دستاویز

کچھ ایسے دعوے ہیں جن کے لیے اوپر بیان کردہ کے علاوہ اضافی دستاویزات کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ ہیں:

(a) حادثے کے دعوے، جہاں رجسٹرڈ پولیس اسٹیشن کو اسپتال کی طرف سے جاری کردہ ایف آئی آر یا میڈیکو لیگل سرٹیفکیٹ کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

(b) پیچیدہ یا زیادہ قیمت کے دعووں کی صورت میں کیس انڈور پیپر۔

(c) ڈائلیس/کیموتھراپی/فزیو تھراپی چارٹ، جہاں قابل نافذ ہو۔

(d) اسپتال کا رجسٹریشن سرٹیفکیٹ، جہاں اسپتال کی تعریف کی تعمیل کی جانچ کرنا ضروری ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 2

ان میں سے کون سی دستاویزات اسپتالوں کے پاس ہیں جن میں مریض کے ہونے والے تمام علاج کے بارے میں معلومات موجود ہیں؟

I. جانچ رپورٹ

II. ڈسچارج کی معلومات

III. کیس پیپر

IV. ہسپتال رجسٹریشن سرٹیفکیٹ

اپنے آپ کو چیک کریں 3

دعوے کی حیثیت کی بنیاد پر بیمہ کمپنی کی کتابوں میں تمام دعووں کے لیے فراہم کی گئی رقم کو _____ کہا جاتا ہے۔

I. پولینگ

II. اکاؤنٹنگ

III. محفوظ کرنا

IV. سرمایہ کاری

D. تھرڈ پارٹی ایڈمنسٹریٹر (ٹی پی اے) کا کردار

ٹی پی اے کے کردار پر بھی پچھلے ابواب میں بحث کی جا چکی ہے۔ ٹی پی اے کی طرف سے پیش کردہ خدمات کو جاننا ضروری ہے، تاکہ بیچنے والے کے ذریعہ گاہک کو مناسب خدمات فراہم کی جاسکیں۔

ٹی پی اے خدمات کا دائرہ بیمہ پالیسی کے فروخت ہونے اور پالیسی جاری ہونے کے بعد شروع ہوتا ہے۔ بیمہ کمپنیاں ٹی پی اے استعمال نہ کرنے کی صورت میں، کمپنی کی ٹیم ایسی خدمات فراہم کرتی ہے۔

1. صحت بیمہ آفٹر سیلز سروس

- (a) ایک بار پیشکش (اور پریمیم) قبول ہو جانے کے بعد، کوریج شروع ہو جاتی ہے۔
- (b) اگر ٹی پی اے کو پالیسی کو سروس فراہم کرنے کے لیے استعمال کیا جانا ہے، تو بیمہ کمپنی ٹی پی اے کو صارف اور پالیسی کے بارے میں معلومات فراہم کرتی ہے۔
- (c) TPA اراکین کو نامزد کرتا ہے (جہاں تجویز کنندہ پالیسی لینے والا شخص ہے، ممبران وہ ہیں جو پالیسی کے تحت آتے ہیں) اور براہ راست یا الیکٹرانک کارڈ کی شکل میں رکنیت کی شناخت جاری کر سکتا ہے۔
- (d) ٹی پی اے کے ساتھ رکنیت کا استعمال کیش لیس سہولت حاصل کرنے کے ساتھ ساتھ دعووں پر کارروائی کے لیے کیا جاتا ہے، جب ممبر کو اسپتال میں داخل ہونے یا احاطہ شدہ علاج کے لیے پالیسی کی حمایت کی ضرورت ہوتی ہے۔
- (e) ٹی پی اے دعوے یا کیش لیس درخواست پر کارروائی کرتا ہے اور بیمہ کمپنی کے ساتھ طے شدہ وقت کے اندر خدمات فراہم کرتا ہے۔
- (f) بیمہ شدہ افراد کے پاس ایک شناختی کارڈ ہونا چاہیے، انہیں پالیسی اور ٹی پی اے سے جوڑنا چاہیے۔
- (g) کیش لیس سہولت کی درخواست کے لیے فراہم کردہ معلومات کی بنیاد پر ٹی پی اے اسپتال کو پیشگی اجازت یا ضمانت کا خط جاری کرتا ہے۔
- (h) جہاں معلومات غیر واضح ہوں یا دستیاب نہ ہوں، ٹی پی اے کیش لیس درخواست کو مسترد کر سکتا ہے۔ ایسے معاملات میں معاوضے کی بنیاد پر دعوے کی چھان بین کی جا سکتی ہے۔

2. گاہک سے تعلقات اور رابطے کا انتظام یا کسٹمر ریلیشنشپ اور کانٹیکٹ مینیجمنٹ

چونکہ TPAs کلیموں کی سروس فراہم کرنے میں ملوث ہیں، ان کے پاس عام طور پر شکایت کے ازالے کا نظام ہوتا ہے۔

E. دعووں کا انتظام - ذاتی حادثہ

- جب کسی دعوے کے بارے میں مطلع کیا جاتا ہے، تو ان پہلوؤں کو مدنظر رکھا جانا چاہیے:
- (a) وہ شخص جس کے بارے میں دعویٰ کیا جاتا ہے وہ پالیسی کے تحت آتا ہے۔
- (b) پالیسی حادثے کی تاریخ پر لاگو یا افیکٹیو ہے اور پریمیم موصول ہو گیا ہے۔
- (c) نقصان پالیسی کی مدت میں ہوا ہے۔
- (d) نقصان "حادثے" سے ہوتا ہے بیماری سے نہیں۔
- (e) کسی بھی دھوکہ دہی کی وجہ کی چھان بین کریں اور اگر ضروری ہو تو تحقیقات کریں۔
- (f) دعویٰ رجسٹر کرنا اور اس کے لیے ریزرو بنانا

g) ٹرنارائونڈ ٹائم (دعوے کی خدمت کا وقت) پر نظر رکھنے اور گاہک کو دعوے کی پیش رفت کے بارے میں آگاہ رکھنے کے لیے۔

1. دعووں کی تحقیقات

دعوے کی تفتیش کا مطلب دعویٰ کی درستگی، نقصان کی اصل وجہ اور نقصان کی گنجائش کا پتہ لگانا ہے۔ دعوے کی دستاویز کی وصولی پر، اگر کوئی دعویٰ مشکوک پایا جاتا ہے، تو اسے دعوے کی تصدیق کے لیے اندرونی/پیشہ ور تفتیش کار کے حوالے کیا جا سکتا ہے۔

مثال

معاملے سے متعلق ہدایات کی مثال:

روڈ ٹریفک حادثہ

- i. واقعہ کب پیش آیا - صحیح وقت، تاریخ اور جگہ کیا تھی؟ تاریخ اور وقت
- ii. کیا بیمہ شدہ پیدل چل رہا تھا، مسافر/پچھلی سیٹ پر سفر کر رہا تھا یا حادثے میں ملوث گاڑی چلا رہا تھا؟

ذاتی حادثے کے دعووں میں ممکنہ دھوکہ دہی اور لیکچ کی کچھ مثالیں:

- i. ٹی ٹی ڈی مدت کو بڑھا کر بتانا۔
 - ii. بیماری کو حادثے کے طور پر پیش کرنا، جیسے پیتھولوجیکل وجوہات کی وجہ سے کمر میں درد، گھر میں 'گرنے' / پھسلنے' کی اطلاع کے بعد PA دعوے میں بدل جاتا ہے۔
- ڈسچارج واؤچر ذاتی حادثے کے دعوے کے تصفیہ کے لیے ایک اہم دستاویز ہے، خاص طور پر ایسے معاملات میں جہاں موت کے دعوے شامل ہوں۔ پروپوزل کے وقت نامزد شخص یعنی نامنی کی تفصیلات حاصل کرنا ضروری ہے جو پالیسی دستاویز کا ایک حصہ ہوتا ہے۔

2. دعویٰ کے دستاویزات - بر کمپنی کی فہرست دیتی ہے

- a) دعویدار کے نامزد/خاندان کے رکن کے دستخط والا ذاتی حادثے کا دعویٰ فارم درست طریقے سے پُر کیا گیا ہونا چاہیے۔
- b) فرسٹ انفارمیشن رپورٹ کی اصل یا تصدیق شدہ کاپی۔
- c) موت کے سرٹیفکیٹ کی اصل یا تصدیق شدہ کاپی۔
- d) اگر پوست مارٹم کیا گیا ہے، تو اُس کی رپورٹ کی تصدیق شدہ کاپی۔
- e) اے ایم ایل (اینٹی منی لانڈرنگ) دستاویزات کی تصدیق شدہ کاپی۔ نام کی تصدیق کے لیے (پاسپورٹ/پین کارڈ/ووٹر آئی ڈی/ڈرائیونگ لائسنس)، تلاش کی تصدیق کے لیے (ٹیلی فون بل/بینک اکاؤنٹ کی تفصیلات، بجلی کا بل/راشن کارڈ)۔

f) قانونی وارث سرٹیفکیٹ، جس میں حلف نامہ اور معاوضہ بونڈ دونوں شامل ہیں، ان پر تمام قانونی ورثاء کے دستخط شدہ اور نوٹری کی مہر ہونی چاہئیں۔

(g) مستقل معذوری کا سرٹیفکیٹ سول سرجن یا کسی بھی مساوی قابل ڈاکٹر کی طرف سے جو تاحیات بیمہ شدہ کی معذوری کی تصدیق کرتا ہے۔

(h) علاج کرنے والے ڈاکٹر کا میڈیکل سرٹیفکیٹ جس میں معذوری کی قسم اور معذوری کی مدت کی نشاندہی ہوتی ہے۔ چھٹی کی صحیح مدت کی تفصیلات بتاتے ہوئے، آجر یعنی امپلائر سے چھٹی کا سرٹیفکیٹ، جس پر اس کے دستخط شدہ اور مہر بند ہو۔

مندرجہ بالا فہرست مختصر ہے، کیس کے مخصوص حقائق، خاص طور پر مشتبه دھوکہ دہی کے مقدمات کی تفتیش کے لحاظ سے مزید دیگر دستاویزات (بشمول زخم کے نشانات، جائے حادثہ کی تصاویر وغیرہ) کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

اپنے آپ کو چیک کریں 4

مستقل مکمل معذوری کے دعوے کے لیے درج ذیل میں سے کون سے دستاویزات جمع کرنے کی ضرورت نہیں ہے؟

I. درست طریقے سے بھرا ہوا ذاتی حادثہ دعوی فارم، جس پر دعویدار کے دستخط ہیں۔
II. بیمہ پالیسی کی کاپی۔

III. مستقل معذوری کا سرٹیفکیٹ سول سرجن یا اس کے مساوی قابل میڈیکل پریکٹیشنر سے جو تاحیات بیمہ شدہ کی معذوری کی تصدیق کرتا ہے۔

IV. علاج کرنے والے ڈاکٹر کی طرف سے فٹ نیس کا سرٹیفکیٹ جس میں یہ تصدیق ہوتی ہے کہ بیمہ شدہ شخص اپنے معمول کے فرائض انجام دینے کے لیے موزوں ہے۔

F. کلیم مینیجمنٹ - بیرون ملک سفری یا اوورسیز ٹریول بیمہ

اس پالیسی کے کوریج پر پروڈکٹ کے باب میں پہلے بات ہو چکی ہے۔ اس سیکشن میں یہ سمجھانے کی کوشش کی گئی ہے کہ بیرون ملک سفر کے دوران پیدا ہونے والے دعووں پر کارروائی کیسے کی جاتی ہے۔

ذیل خدمات دعوے کی سروس دینے کے لئے ضروری ہیں:

(a) 24x7 کی بنیاد پر دعوے کی اطلاع حاصل کرنا؛

(b) دعوے کے فارم اور کارروائی کی معلومات بھیجنا؛

(c) گاہک کی رہنمائی کرنا کہ نقصان کے فوراً بعد کیا کرنا ہے؛

(d) طبی اور بیماری کے دعووں کے لیے کیش لیس خدمات فراہم کرنا؛

(e) وطن واپسی اور واپسی، ایمرجنسی کیش ایڈوانس کا بندوبست کرنا۔

معاون کمپنیاں - غیر ملکی دعووں میں کردار

ذیلی اداروں کے اپنے دفاتر ہیں اور دنیا بھر میں اسی طرح کے دیگر خدمات فراہم کرنے والوں کے ساتھ معاہدہ کرتے ہیں۔ یہ کمپنیاں بیمہ کمپنیوں کے صارفین کو پالیسی کے تحت آنے والے ہنگامی حالات کی صورت میں مدد فراہم کرتی ہیں۔

یہ کمپنیاں دعوے کے اندراج اور معلومات کے لیے بین الاقوامی ٹول فری نمبروں کے ساتھ 7*24 کال سینٹر چلاتی ہیں۔ وہ درج ذیل خدمات بھی فراہم کرتے ہیں۔ خدمات کے چارجز مخصوص بیمہ کمپنی کے ساتھ معاہدے، احاطہ کردہ فوائد وغیرہ کی بنیاد پر مختلف ہوتے ہیں۔

(a) طبی امدادی خدمات:

i. طبی خدمات فراہم کرنے والے کا حوالہ

ii. اسپتال میں داخلے کے انتظامات

iii. ایمرجنسی طبی انخلاء یعنی ایویکویشن کے انتظامات

iv. ایمرجنسی وطن واپسی کے لئے طبی انتظامات

v. لاش کی وطن واپسی

vi. تسلی یا حوصلہ افزائی کرنے والے کے دورے کے انتظامات

vii. نابالغ بچے کی مدد

(b) اسپتال میں داخل ہونے کے دوران اور بعد میں طبی حالت کی نگرانی

(c) ضروری ادویات فراہم کروانا۔

(d) اسپتال میں داخل ہونے کے دوران ہونے والے طبی اخراجات کی ضمانت، جس کے لیے پالیسی کی شرائط و ضوابط اور بیمہ کمپنی کی منظوری کی ضرورت ہوتی ہے۔

(e) سفر سے پہلے کی معلوماتی خدمات اور دیگر خدمات:

i. ویزا اور ویکسینیشن کے ضروریات

ii. سفارت خانے کی ریفرل سروسز

iii. گمشدہ پاسپورٹ اور گمشدہ سامان کی معاونت کی خدمات

iv. ہنگامی پیغام رسانی کی خدمات

v. ضمانتی بانڈ کا انتظام

vi. مالی بحران کی مدد

(f) مترجم کا حوالہ

(g) قانونی ریفرل

(h) وکیل کے ساتھ ملاقات

(a) اسپتال میں داخل ہونے طریقہ کار

i. غیر ملکی سفری بیمہ میں زیادہ تر اسپتال تمام بین الاقوامی بیمہ کمپنیوں سے ادائیگی کی گارنٹی قبول کرتے ہیں۔

ii. اسپتال فوری طور پر علاج شروع کر دیتے ہیں۔ بل بیمہ دیتی ہے یا مریض کو ادا کرنا پڑتا ہے۔ ادائیگی میں تاخیر کی وجہ سے اکثر اسپتال فیس بڑھا دیتے ہیں۔

iii. نیٹ ورک اسپتالوں اور طریقہ کار کے بارے میں معلومات بیمہ شدہ کے لیے ذیلی اداروں کے ذریعے فراہم کردہ ٹول فری نمبروں پر دستیاب ہیں۔

iv. اسپتال میں داخل ہونے کی ضرورت کی صورت میں، بیمہ شدہ کو کال سینٹر کو اس کی اطلاع دینی ہوگی اور ٹریول بیمہ پالیسی کے ساتھ ایک نامزد اسپتال جانا ہوگا۔

v. پالیسی کی درستگی کی جانچ کرنے اور کوریج کی تصدیق کے لیے اسپتال عام طور پر کال سینٹر نمبروں پر ذیلی کمپنیوں/بیمہ کنندگان سے رابطہ کرتے ہیں۔

vi. اسپتال کی طرف سے پالیسی کو قبول کرنے کے بعد، بیمہ شدہ کا اسپتال میں بغیر نقدی کی بنیاد پر علاج کیا جاتا ہے۔

vii. قبولیت کا فیصلہ کرنے کے لیے بیمہ کمپنی/سپورٹ فراہم کنندہ سے کچھ بنیادی معلومات طلب کی جاتی ہیں، جو درج ذیل ہیں:

1. بیماری کی معلومات
2. بیماری کی سابقہ ہسٹری کی صورت میں، ہسپتال کی تفصیلات، ہندوستان میں مقامی میڈیکل آفیسر:

✓ اسپتال میں گزشتہ ہسٹری، موجودہ علاج اور مزید پلان اور فوری دستاویزات کی درخواست

✓ علاج کرنے والے معالجین کے بیان کے ساتھ دعویٰ فارم

✓ پاسپورٹ کی کاپی

✓ طبی معلومات کے فارم کا اجراء کرنا

(b) طبی اخراجات اور دیگر غیر طبی دعووں کی ادائیگی:

معاوضے کے دعوے عام طور پر بیمہ دار کی ہندوستان واپسی کے بعد دائر کیے جاتے ہیں۔ دعوے کے کاغذات کی وصولی پر، دعوے پر عام طریقہ کار کے مطابق کارروائی کی جاتی ہے۔ تمام قابل قبول دعوے ہندوستانی روپے (INR) میں ادا کیے جاتے ہیں، کیش لیس دعووں کے برعکس، جہاں ادائیگی غیر ملکی کرنسی میں کی جاتی ہے۔

معاوضے کے دعووں پر کارروائی کے دوران، کرنسی کی تبدیلی کی شرح کا اطلاق نقصان کی تاریخ پر ہوتا ہے تاکہ ہندوستانی روپے (INR) میں ذمہ داری کا تصفیہ کیا جا سکے۔ اس کے بعد ادائیگی چیک یا الیکٹرانک ٹرانسفر کے ذریعے کی جاتی ہے۔

(c) طبی حادثے اور بیماری کے اخراجات کے لیے دعویٰ دستاویز

i. دعویٰ فارم

ii. ڈاکٹر کی رپورٹ

iii. اصل داخلہ/ڈسچارج کارڈ

iv. اصل بل / رسیدیں / دوائیوں کا نسخہ

v. اصل ایکس رے رپورٹ / پیتھولوجیکل / ٹیسٹ رپورٹ

vi. پاسپورٹ/ویزا کی کاپی جس میں داخلے اور باہر نکلنے کی مہر ثبت ہے۔

مندرجہ بالا فہرست نا مکمل ہے۔ خاص کیس کی تفصیلات یا مخصوص بیمہ کمپنی کی طرف سے اختیار کردہ دعویٰ سیٹلمنٹ پالیسی/طریقہ کار کے لحاظ سے اضافی معلومات/دستاویزات درکار ہو سکتے ہیں۔

اپنے آپ کو چیک کریں 5

زیادہ تر اسپتال تمام بین الاقوامی بیمہ کمپنیوں سے ادائیگی کی گارنٹی قبول کرتے ہیں جب بیمہ شدہ کی طرف سے ایک درست _____ بیمہ پالیسی فراہم کی جاتی ہے۔

I. قانونی ذمہ داری یا لیگل لایبیلیٹی

II. کرونا رکشک

III. بیرون ملک سفر

IV. انڈومنٹ

خود جوابات چیک کریں۔

جواب 1 - صحیح آپشن II ہے۔

جواب 2 - صحیح آپشن II ہے۔

جواب 3 - صحیح آپشن III ہے۔

جواب 4 - صحیح آپشن IV ہے۔

جواب 5 - صحیح آپشن III ہے۔

خلاصہ

(a) بیمہ ایک 'وعدہ' ہے اور پالیسی اس وعدے کی 'گواہ' ہے۔ بیمہ شدہ واقعہ کا ہونا پالیسی کے تحت دعویٰ کا سبب بنتا ہے، جو اس وعدے کا حقیقی امتحان ہے۔

(b) بیمہ کمپنی کی اچھی ریٹنگ اس کے دعووں کو پے کرنے کی صلاحیت پر منحصر ہے۔

(c) گاہک، جو بیمہ خریدتا ہے، بنیادی اسٹیک ہولڈر ہونے کے ساتھ ساتھ دعوے کا فائدہ اٹھانے والا بھی ہوتا ہے۔

(d) کیش لیس دعوے میں، نیٹ ورک ہسپتال بیمہ کمپنی/ٹی پی اے سے پیشگی منظوری کی بنیاد پر طبی خدمات فراہم کرتا ہے۔ بعد ازاں دعوے کے تصفیہ کے لیے دستاویزات جمع کراتا ہے۔

(e) معاوضے کے دعوے میں، صارف اپنے وسائل سے اسپتال کو ادائیگی کرتا ہے اور پھر ادائیگی کے لیے بیمہ کمپنی/ٹی پی اے کے پاس دعوئی دائر کرتا ہے۔

(f) دعوے کا نوٹیفکیشن گاہک اور دعوئی ٹیم کے درمیان رابطے کی پہلی مثال ہے۔

(g) اگر بیمہ دعوئی معاملے میں بیمہ کمپنی کو دھوکہ دھڑی کا شک ہوتا ہے، تو اسے جانچ کے لیے بھیجا جاتا ہے۔ کسی دعوے کی جانچ بیمہ

- کمپنی/ ٹی پی اے کے ذریعہ اندرونی طور پر کی جا سکتی ہے یا کسی پیشہ ور تفتیشی ایجنسی کو سونپی جا سکتی ہے۔
- (h) ریزرو کی تخلیق کا مطلب ہے دعووں کی حیثیت کی بنیاد پر بیمہ کمپنی کی کتابوں میں تمام دعووں کے لیے رکھی گئی رقم۔
- (i) دعوے سے انکار کی صورت میں، صارف کو بیمہ کمپنی کو نمائندگی دینے کے علاوہ، بیمہ محتسب یا صارف کمیشن یا یہاں تک کہ قانونی حکام سے رجوع کرنے کا اختیار ہے۔
- (j) دھوکا دہی زیادہ تر اسپتال میں داخل ہونے والے معاوضے کی پالیسیوں میں ہوتا ہے، لیکن ذاتی حادثے کی پالیسیوں کو دھوکہ دہی کے دعووں میں بھی استعمال کیا جاتا ہے۔
- (k) ٹی پی اے بیمہ کمپنی کو بہت سی اہم خدمات فراہم کرتا ہے اور معاوضہ فیس کی صورت میں وصول کرتا ہے۔
-