IC-38

కార్పొరేట్ ఏజెంట్లు (ఆరోగ్యం)

ACKNOWLEDGEMENT

This course is based on revised syllabus prepared by Insurance Institute of India, Mumbai

भारतीय बीमा संस्थान
INSURANCE INSTITUTE OF INDIA

జి- బ్లాక్, ప్లాట్ నెం. సి-46,

బాంద్రా కుర్లా కాంప్లెక్స్ (E), ముంబై-400051

కార్పొరేట్ ఏజెంట్లు (ఆరోగ్యం)

IC-38

రివైజ్డ్ ఎడిషన్ **2016**

హక్కులు రిజర్వు చేయబడ్డాయి

ఈ కోర్సుపై పూర్తి హక్కులు ఇన్స్యూరెన్స్ ఇన్స్టిట్యూట్ ఆఫ్ ఇండియా, ముంబయ్‌దే. ఎలాంటి పరిస్థితుల్లోనూ ఈ కోర్సులోని ఏ భాగాన్ని పునరుత్పత్తి చేయరాదు.

ఈ కోర్సు ఇన్స్యూరెన్స్ ఇన్స్టిట్యూట్ ఆఫ్ ఇండియా నిర్వహించే ఆరోగ్య బీమా ఏజెంట్ల పరీక్షలకు హాజరయ్యే అభ్యర్థులు అభ్యసించడం కోసమే తయారు చేయబడింది. ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ ఆమోదం పొందిన పాఠ్యక్రమంపై ఆధారపడింది. న్యాయపరమైన వాదోపవాదాలకు దారితీసే పక్షంలో తప్పుడు భాష్యాలు లేదా పరిష్కారాలను అందించే ఉద్దేశ్యం దీనికి లేదు.

ప్రచురింపబడినది : పి. వేణుగోపాల్, సెక్రెటరీ-జనరల్, ఇన్సూరెన్స్ ఇన్స్టిట్యూట్ ఆఫ్ ఇండియా, జి-బ్లాక్, ప్లాట్ నెం. సి-46, బాంద్రా కుర్లా కాంప్లెక్స్ (E), ముంబై-400 051.

ముందుమాట

బీమా పరిశ్రమ వర్గాలతో సంప్రదించిన తర్వాత కార్పొరేట్ ఏజెంట్ల కోసం ఈ కోర్సు సామగ్రిని సంస్థ రూపొందించింది. ఐఆర్‌డిఏఐ ఆమోదం పొందిన పాఠ్యక్రమం ఆధారంగా ఈ కోర్సు సామగ్రి రూపొందించబడింది.

కాబట్టి ఏజెంట్లు తమ ప్రొఫెషనల్ కెరీర్‌ను సరైన దృష్టికోణంలో అర్థం చేసుకుని, ముందుకు తీసుకువెళ్లేలా ఈ విద్యా కోర్సు జీవిత, సాధారణ, ఆరోగ్య బీమాకు సంబంధించి ప్రాథమిక జ్ఞానాన్ని అందిస్తుంది. బీమా వ్యాపారం చురుకైన వాతావరణంలో సాగుతున్నందున వ్యక్తిగత అధ్యయనం, బీమా సంస్థలు అందించే అంతర్గత శిక్షణలో పాలుపంచుకోవడం ద్వారా చట్టం, ఆచరణల్లో చోటు చేసుకుంటున్న మార్పుల గురించి ఎప్పటికప్పుడు అవగాహన కలిగి ఉండాలనే విషయాన్ని ప్రత్యేకంగా చెప్పనవసరం లేదు.

ఈ బాధ్యతను మాకు అప్పగించినందుకు ఐఆర్‌డిఏఐకు ధన్యవాదాలు తెలుపుకుంటున్నాం. ఈ కోర్సును చదివి, పరీక్షలో ఉత్తీర్ణులు కావాలని మా సంస్థ ప్రతి ఒక్కరికీ శుభాకాంక్షలు తెలుపుకుంటోంది.

ఇన్స్యూరెన్స్ ఇన్‌స్టిట్యూట్ ఆఫ్ ఇండియా

విషయ సూచిక

అధ్యాయం సం.	శీర్షిక	పేజి సం.
విభాగం 1	కామన్ అధ్యాయాలు	
1	**బీమా పరిచయం**	2
2	**వినియోగదారుని సేవలు**	29
3	**ఫిర్యాదుల పరిష్కార యంత్రాంగం**	59
4	**కార్పొరేట్ ఏజెన్సీ రెగ్యులేటరీ కోణాలు**	74
5	**జీవిత బీమా యొక్క చట్టబద్ధమైన సిద్ధాంతాలు**	92
విభాగం 2	ఆరోగ్య భీమా	
6	**ఆరోగ్య బీమా పరిచయం**	114
7	**బీమా డాక్యుమెంటేషన్**	138
8	**ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తులు**	167
9	**ఆరోగ్య బీమాలో అండర్ రైటింగ్**	228
10	**ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్లు**	272

విభాగం 1

కామన్ అధ్యాయాలు

అధ్యాయం 1

బీమా పరిచయం

అధ్యాయం పరిచయం

బీమాలో మౌలికాంశాలను పరిచయం చేయడం, బీమా పరిణామ క్రమం ఎలా జరిగిందీ, ఈరోజు ఏ విధంగా పనిచేస్తుంది వివరించడం ఈ అధ్యాయం ఉద్దేశ్యం. ఊహించని సంఘటనల కారణంగా ఆర్థిక సంబంధమైన నష్టాల్ని ఎదుర్కోవలసి వచ్చినపుడు బీమా ఎలా సాయపడుతుందో, రిస్క్ బదిలీ సాధనంగా ఏ విధంగా సేవలందిస్తుందో మీరు నేర్చుకుంటారు.

నేర్చుకునే అంశాలు

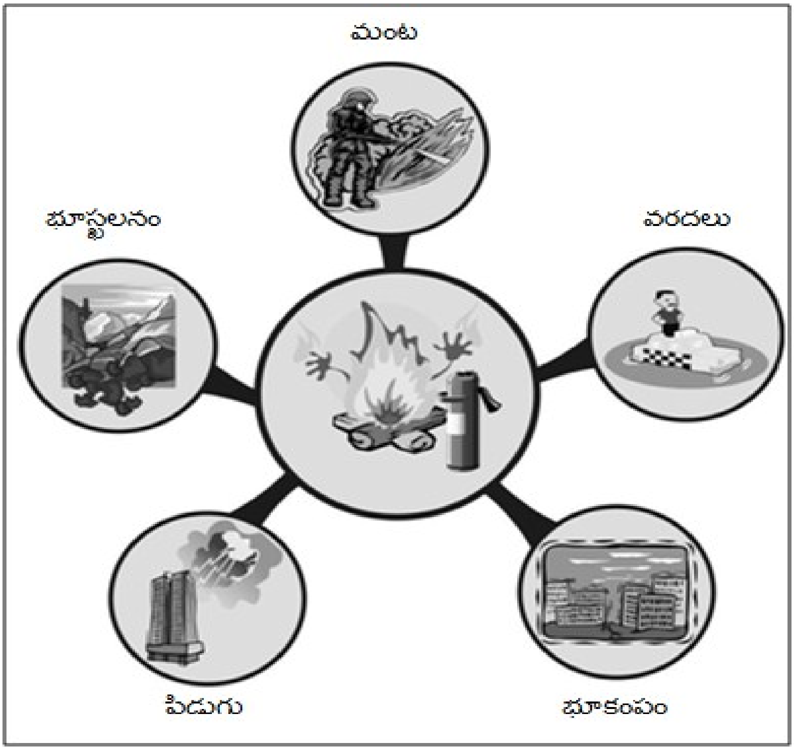
A. జీవిత బీమా – చరిత్ర మరియు పరిణామ క్రమం
B. బీమా ఎలా పని చేస్తుంది?
C. రిస్కు నిర్వహణ పద్ధతులు
D. రిస్కు నిర్వహణ సాధనంగా బీమా
E. సమాజంలో బీమా పాత్ర

A. జీవిత బీమా - చరిత్ర మరియు పరిణామ క్రమం

ఎప్పుడు ఏం జరుగుతుందో తెలియని అనిశ్చితి నెలకొన్న ప్రపంచంలో మనం జీవిస్తున్నాం. మనం ఎన్నో రకాల దుర్వార్తలు వింటుంటాం:

- ✓ రైళ్లు ఢీకొట్టడం;
- ✓ వరదల్లో ప్రజలు కొట్టుకుపోవడం;
- ✓ భూకంపాలు తెచ్చిపెట్టిన విషాదం;
- ✓ యవ్వన ప్రాయంలో ఉన్నవారు అకాలంలో ఆకస్మిక మరణానికి గురి కావడం

చిత్రం 1: మన చుట్టూ జరిగే వివిధ రకాల దుర్ఘటనలు



ఇలాంటి సంఘటనలు మనలో ఆందోళన మరియు, భయపెట్టడానికి కారణమేమిటి?

కారణం చాలా సాధారణం.

i. మొట్టమొదటగా చెప్పకోవలసిందేమిటంటే, **అలాంటి సంఘటనలు జరుగుతాయని ముందుగా మనం ఊహించలేం.** ఏదైనా ఒక సంఘటన జరుగుతుందని ముందుగా మనం ఊహించగలిగితే, దాన్ని ఎదుర్కోవడానికి ముందు నుంచీ సన్నద్ధంగా ఉంటాం.

ii. అలాగే రెండో సంగతి ఏమిటంటే, ముందుగా ఊహించలేని అలాంటి సంఘటనలు ఆకస్మికంగా సంభవించడం వల్ల తరచుగా **ఆర్థిక నష్టం, అంతులేని విషాదం** సంభవిస్తాయి.

అటువంటి సంఘటనల ప్రభావానికి గురైన వ్యక్తుల సహాయమునకు బాధని పంచుకుని, పరస్పర సహాయ సహకారాలు అందించుకొనే వ్యవస్థని కలిగి ఉన్న ఏ సమాజం అయినా బాసటగా నిలవడానికి ముందుకు రావచ్చు.

బీమా చేయడమనే ఆలోచన వేలాది ఏళ్ల క్రితం నాటిదే .కానీ, మనందరికీ, ఈనాడు తెలిసిన వ్యాపార రూపం దాల్చిన బీమా ఆవిర్భవించింది మాత్రం కేవలం గత రెండు, మూడు శతాబ్దాల క్రితమే.

1. బీమా చరిత్ర

క్రీ.పూ .3000 నుంచీ బీమా ఏదో ఒక రూపేణా మనుగడలో ఉంటూ వస్తోంది .వివిధ రకాల నాగరికతల్లో ఎన్నో శతాబ్దాలపాటు తమలో తాము సమకూర్చుకోవడం మరియు పంచుకోవడం అనే సిద్ధాంతాన్ని అమలు చేశారు. అంటే కొంతమంది సభ్యుల నష్టాలను ఆ సమాజానికి చెందిన వారందరూ భరించేవారు. ఈ సైద్ధాంతిక భావన ఎన్ని విధాలుగా అన్వయించబడిందో ఇక్కడ పరిశీలిద్దాం.

2. యుగ యుగాల నుంచీ వస్తున్న బీమా

బాబిలోనియా వ్యాపారస్తులు	**బాబిలోనియా వ్యాపారస్తుల** దగ్గర ఒప్పంద పత్రాలు (అగ్రిమెంట్లు) ఉండేవి .దాని ప్రకారం, ఓడ సరుకు నష్టపోయినా, దొంగిలించబడినా, ఋణదాతలు తమకిచ్చిన ఋణాలను మాఫీ చేసేందుకు వారు అదనంగా కొంత సొమ్ము చెల్లించేవారు .వీటిని 'నౌకాధార రుణాలు' (bottomry loans) అనేవారు. ఈ అగ్రిమెంట్ల ప్రకారం, ఓడని గానీ లేదా ఓడలో సరుకుని గానీ తనఖా పెట్టి తీసుకునే ఋణం, తిరిగి ఆ ఓడ చేరుకోవలసిన గమ్యానికి సురక్షితంగా చేరుకుంటేనే చెల్లించడం జరిగేది.
బరూచ్, సూరత్ వ్యాపారులు	భారతదేశ ఓడల్లో శ్రీలంక, ఈజిప్టు, గ్రీకు దేశాలకు ప్రయాణించే **బరూచ్, సూరత్ వ్యాపారులు** కూడా బాబిలోనియా వ్యాపారస్తులు పాటించే పద్ధతులే పాటించేవారు.
గ్రీకులు	**గ్రీకులు క్రీ.శ. 7వ శతాబ్దం చివరలో** మరణించిన కుటుంబ సభ్యులకి అంతిమ సంస్కారాలు జరపడం కోసం కారుణ్య సంస్థలు ప్రారంభించారు. **ఇంగ్లండు ఫ్రెండ్లీ సొసైటీలు** కూడా ఆ లక్ష్యంతోనే నెలకొల్పబడ్డాయి.

రోడ్స్(Rhodes)వాసులు	రోడ్స్(Rhodes)వాసులు మరో విధమైన పద్ధతి అవలంబించారు .దాని ప్రకారం, విపత్కర పరిస్థితుల్లో జెట్టిసనింగ్[1] వల్ల కొంత సరుకు నష్టపోవలసి వచ్చినపుడు, సరుకు యజమానులు (సరుకు నష్టపోనివారు కూడా) కొంత నిష్పత్తిలో ఆ నష్టాన్ని భరించేవారు.
చైనా వర్తకులు	ప్రాచీన కాలంలో **చైనా వర్తకులు** కొన్ని భయంకరమైన ప్రమాదాలతో కూడిన నదీమార్గాల్లో ప్రయాణించాల్సి వచ్చినపుడు తమ సరుకుని వేర్వేరు బోట్లు లేదా ఓడల్లో సర్దించేవారు .ఒకవేళ ఆ పడవలలో ఏదైనా ఒక పడవ మునిగిపోతే, సరుకుని పాక్షికంగానే కోల్పోవడం జరుగుతుంది తప్ప, మొత్తం సరుకుని నష్టపోవడం జరగదు. సంభవించిన నష్టాన్ని సభ్యులంతా పంచుకుంటారు కాబట్టి, ఆ విధంగా నష్టం తగ్గుతుందని వారు భావించేవారు.

3. ఆధునిక బీమా భావనలు

భారతదేశంలో జీవిత బీమా భావన భారతదేశంలోని ఉమ్మడి కుటుంబ వ్యవస్థలో అక్షరాలా ప్రతిబింబిస్తుంది. యుగయుగాలుగా ఈ వ్యవస్థ జీవిత బీమాకి అత్యుత్తమ రూపంగా చెప్పుకోవచ్చు. కుటుంబంలో ఒక సభ్యుని దురదృష్టకరమైన మరణం వల్ల సంభవించే కష్టాల్నీ, నష్టాల్నీ అదే కుటుంబంలోని మిగతా సభ్యులంతా పంచుకుంటారు. అందువల్ల కుటుంబంలో ప్రతి ఒక్కరూ తాము అదివరకు మాదిరిగానే సురక్షితంగా ఉన్నట్టు భావించడం జరుగుతుంది.

ఆధునిక యుగంలో ఉమ్మడి కుటుంబ వ్యవస్థ విచ్ఛిన్నమై, చిన్న కుటుంబాలు ఆవిర్భవించడంతో నిత్య జీవితంలో తలెత్తే ఒత్తిళ్లు రెట్టింపయ్యాయి. ఈ పరిస్థితి భద్రత కోసం ప్రత్యామ్నాయ వ్యవస్థలు ఆవిర్భవించేందుకు దారి తీసింది. వ్యక్తిగత జీవిత బీమాకి గల ఆవశ్యకతను ఇది నొక్కి చెప్పింది.

i. **లాయిడ్స్** :ప్రస్తుతం నడుస్తున్న బీమా వ్యాపారం మొట్టమొదట లండన్ లోని లాయిడ్స్ కాఫీ హౌస్‌లో ప్రారంభమైంది .అక్కడ వ్యాపారస్తులంతా ఒక చోటకి చేరేవారు .సముద్ర ప్రయాణంలో సంభవించే ప్రమాదాల్లో జరిగే వస్తు నష్టాలను పరస్పరం పంచుకోవడానికి అంగీకరించేవారు .సముద్రం మధ్యలో సముద్ర దొంగల ద్వారా ఓడ దోచుకోబడడం, లేదా వాతావరణంలో వచ్చే ప్రతికూల మార్పులు, సరుకు పాడైపోవడం లేదా సముద్రం అల్లకల్లోలం అవడం వల్ల ఓడ మునిగిపోవడం వంటి నష్టాలు **'సముద్ర ప్రమాదాల' (మారీకాల** పెరల్స్) కారణంగా సంభవించేవి.

[1] జెట్టిసనింగ్ (Jettisoning) చేయడమంటే, ఓడ బరువు తగ్గించి, మళ్లీ బ్యాలెన్స్ (సంతులిత స్థితి) లోకి తెచ్చేందుకు ఓడలో కొంత సరుకు సముద్రంలోకి పడవేయడం.

ii. లండన్‌లో 1706లో స్థాపించబడిన **అమికబుల్‌సొసైటీ ఫర్ ఎ పెర్‌పెట్యువల్‌ఎష్యూరెన్స్** కంపెనీ ప్రపంచంలో మొట్టమొదటి జీవిత బీమా సంస్థగా భావింపబడుతోంది.

4. భారతదేశంలో బీమా చరిత్ర

a) **భారతదేశం :** భారతదేశంలో ఆధునిక బీమా 1800 లేదా సుమారు ఆ మధ్య కాలంలో కొన్ని విదేశీ ఇన్సూరర్ల ఏజెన్సీలు సముద్ర బీమా మొదలుపెట్టడంతో ప్రారంభమైంది.

ది ఓరియంటల్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్	ఇది ఇంగ్లీషు కంపెనీ భారతదేశంలో మొట్టమొదటగా నెలకొల్పబడిన జీవిత బీమా సంస్థ.
ట్రైటన్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్	ఇది భారతదేశంలో నెలకొల్పబడిన మొట్టమొదటి నాన్-లైఫ్ బీమా సంస్థ.
బాంబే మ్యూచువల్ ఎష్యూరెన్స్ సొసైటీ లిమిటెడ్	ఇది భారతదేశపు మొట్టమొదటి బీమా సంస్థ. ఇది ముంబై (బొంబాయి)లో మొదటిసారిగా 1870 లో నెలకొల్పబడింది.
నేషనల్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్	ఇది భారతదేశంలో ఎంతో కాలం క్రిందట నెలకొల్పబడిన బీమా సంస్థ. దీన్ని 1906లో స్థాపించబడింది, ఇది ఇంకా వ్యాపారం సాగిస్తూనే ఉంది.

ఆ తర్వాత స్వదేశీ ఉద్యమ ఫలితంగా, శతాబ్ది ఆరంభంలో మరెన్నో భారతీయ కంపెనీలు స్థాపించబడ్డాయి.

కీలకాంశం

1912 లో జీవిత బీమా వ్యాపారాన్ని నియంత్రించడం కోసం జీవిత బీమా సంస్థ**ల చట్టం, ప్రావిడెంట్ నిధి చట్టం** జారీ చేయబడ్డాయి. జీవిత బీమా సంస్థల చట్టం, 1912లో కంపెనీల ప్రీమియం రేట్ టేబుల్స్, పిరియాడికల్ మూల్యాంకనం బీమాగణకుని (యాక్చ్యురీ) ద్వారా ప్రమాణీకరింపబడడం (సర్టిఫై చేయబడడం) తప్పనిసరి చేసింది. అయితే, ఈ విషయంగా భారతీయ, విదేశీ కంపెనీల మధ్య అసమానత, వివక్ష కొనసాగాయి.

భారతదేశంలో బీమా సంస్థలను నియంత్రించడానికి మొట్టమొదటగా చేయబడిన చట్టం **బీమా చట్టం 1938.** ఈ చట్టం కాలానుగుణంగా మార్పులు చేసుకుంటూ ఇప్పటికీ అమల్లోనే ఉంది. బీమాలోని నిబంధనల ప్రకారం ప్రభుత్వం ద్వారా ఒక బీమా కంట్రోలర్ నియమింపబడతాడు.

---

b) **జీవిత బీమా జాతీయకరణ :** జీవిత బీమావ్యాపారం 1 సెప్టెంబరు 1956 న జాతీయకరణ చేయబడింది. **భారతీయ జీవిత బీమా సంస్థ** (ఎల్ఐసీ) స్థాపించబడింది. దీనికిగల 170 కంపెనీలు, అలాగే 75 ప్రావిడెంట్ నిధి సొసైటీలు ఆనాటికి భారతదేశంలో జీవిత బీమా వ్యాపారం చేస్తుండేవి. 1956 నుంచి 1999 వరకు LIC కి భారతదేశంలో జీవిత బీమా వ్యాపారం చేయడానికి ఆనాడు ప్రత్యేక హక్కులు ఉండేవి.

c) **నాన్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ జాతీయకరణ :** 1972 లో సాధారణ బీమా వ్యాపార జాతీయకరణ చట్టం (GIBNA) అమలుపరిచిన తర్వాత జీవితేతర బీమా (నాన్-లైఫ్) వ్యాపారం జాతీయకరణ చేయబడింది, **అలాగే సాధారణ బీమా కార్పొరేషన్ ఆఫ్ ఇండియా** (GIC)నీ, దాని **నాలుగు అనుబంధ సంస్థల్నీ** ఏర్పాటు చేశారు. ఆ సమయంలో, భారతదేశంలో జీవితేతర బీమా వ్యాపారంలో ఉన్న 106 బీమా సంస్థల్నీ భారతదేశంలోని GIC నాలుగు అనుబంధసంస్థల (subsidiaries) తోనూ విలీనం చేయబడ్డాయి.

d) **మల్హోత్రా కమిటీ -ఐఆర్‌డీఏ (IRDA):** ఈ పరిశ్రమని అభివృద్ధి చేయడానికి పోటీ అనే అంశానికి మళ్లీ పరిచయం చేయడంతో సహా అనేక రకాల మార్పులు అన్వేషించి, వాటిని సిఫార్సు చేయడానికి 1993లో మల్హోత్రా కమిటీ ఏర్పాటు చేయబడింది ఈ కమిటీ తన నివేదికను 1994 లో సమర్పించింది .**1997** లో బీమా నియంత్రణ అధికార సంస్థ(IRA) స్థాపించబడింది. ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ & డెవలప్‌మెంట్ చట్టం 1999 (ఐఆర్డీఏ) ఆమోదం పొందడంతో, అది ఏప్రిల్ 2000లో జీవిత, జీవితేతర బీమా పరిశ్రమలు రెండింటికీ **ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ & డెవలప్‌మెంట్ అథారిటీ** (ఐఆర్డీఏ), ఒక చట్టబద్ధమైన, నియంత్రణ విభాగం (రెగ్యులేటరీ బాడీ)గా రూపొందడానికి దారి తీసింది.

5. నేటి కాలంలో జీవిత బీమా పరిశ్రమ

ప్రస్తుతం భారతదేశంలో ఈ క్రింద పేర్కొనబడ్డ 24 జీవిత బీమా సంస్థలు పనిచేస్తున్నాయి:

a) భారతీయ జీవిత బీమా సంస్థ (LIC) ఒక పబ్లిక్ రంగ సంస్థ.

b) ప్రైవేటు రంగంలో 23 జీవిత బీమా సంస్థలు ఉన్నాయి.

c) భారత ప్రభుత్వం ద్వారా నడపబడుతున్న తపాలా విభాగం కూడా తపాలా జీవిత బీమా ద్వారా జీవిత బీమా వ్యాపారంలో ఉంది. కానీ అది నియంత్రణ సంస్థ పరిధి నుంచి మినహాయించబడింది.

స్వీయ పరీక్ష 1

భారతీయ బీమా పరిశ్రమకి ఈ క్రింది వాటిలో నియంత్రణ సంస్థ ఏది?

I. ఇన్సూరెన్స్ అథారిటీ ఆఫ్ ఇండియా

II. ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అండ్ డెవలప్మెంట్ అథారిటీ

III. లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కార్పొరేషన్ ఆఫ్ ఇండియా

IV. సాధారణ బీమా కార్పొరేషన్ ఆఫ్ ఇండియా

B. బీమా ఎలా పని చేస్తుంది

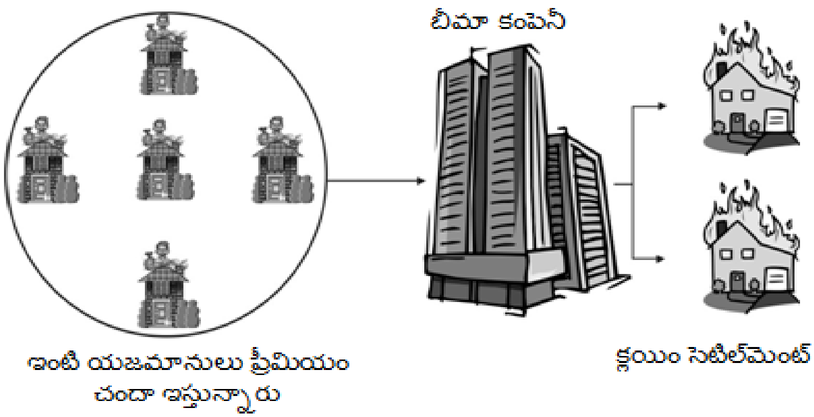
ఆధునిక వాణిజ్యం ఆస్తి యాజమాన్యతా సూత్రం మీద స్థాపించబడింది .ఒక ఆస్తి విలువ కోల్పోయినప్పుడు (నష్టం లేదా నాశనం కారణంగా) ఆ యజమాని ఆర్థికంగా నష్టపోతాడు. అయితే, ఆ కోవకి చెందిన ఆస్తులున్న ఇంకెందరో యజమానుల దగ్గర నుంచి చిన్న మొత్తాల్లో సేకరించిన సొమ్ముతో ఒక ఉమ్మడి నిధి గనుక ఏర్పాటు చేస్తే, ఆ మొత్తాన్ని, నష్టపోయిన దురదృష్టవంతులకు నష్ట పరిహారంగా చెల్లించేందుకు ఉపయోగించవచ్చు.

మరోమాటలో చెప్పాలంటే, ఒక నిర్దిష్ట ఆర్థిక నష్టం మరియు దాని పర్యవసానాన్నీ బీమా యంత్రాంగం ద్వారా ఒక వ్యక్తి నుండి అనేకమంది వ్యక్తులకు బదిలీ చేయవచ్చు.

నిర్వచనం

ఆ విధంగా, బీమాని ఒక నిర్దిష్ట విధానంగా కొందరు దురదృష్టవంతులకు సంభవించే నష్టాల్ని, అలాంటి అనిశ్చిత సంఘటనలు/పరిస్థితుల్లో ఉన్న అనేకమంది వ్యక్తులకు పంపిణీ చేయడంగా నిర్వచించవచ్చు.

చిత్రం 2: బీమా ఎలా పని చేస్తుంది



అయితే ఇక్కడో విషయం గమనించాలి.

i. తామెంతో కష్టపడి సంపాదించిన డబ్బుని అలాంటి ఉమ్మడి నిధిని ఏర్పాటు చేయడానికి ప్రజలు ఒప్పుకుంటారా?

ii. తాము అందజేస్తున్న తమ వంతు రుసుములు (చందాలు) చెల్లించినా ఆశించిన ప్రయోజనానికే వాటిని ఉపయోగిస్తున్నారని వారెలా నమ్మగలరు?

iii. తమ చెల్లింపులు మరీ ఎక్కువగా ఉన్నాయో, మరీ తక్కువగా ఉన్నాయో వారెలా తెలుసుకోగలరు?

ఖచ్చితంగా ఎవరో ఒకరు ఈ విషయంలో చొరవ చేయాలి, ఈ ప్రక్రియని వ్యవస్థీకరించాలి, ఈ ప్రయోజనం కోసం సంఘం సభ్యులందరినీ ఒక త్రాటిమీదికి రప్పించాలి. ఆ 'ఎవరో ఒకరే' ఈ 'బీమా సంస్థ. ఆ ఏర్పరచడానికి ప్రతి వ్యక్తీ చేయవలసిన తన వంతు రుసుము ఎంతో సంస్థే నిర్ధారిస్తుంది మరియు నష్టపోయిన వారికి చెల్లించడానికి ఏర్పాట్లు చేస్తుంది.

బీమా సంస్థ (ఇన్సూరర్) కూడా వ్యక్తుల విశ్వాసాన్నీ, అలాగే సంఘం విశ్వాసాన్నీ పొందాలి.

1. బీమా ఎలా పని చేస్తుంది

a) మొదటగా, ఇవి ఒక ఆర్థిక విలువ కలిగిన ఆస్తి అయి ఉండాలి. ఆ ఆస్తి వీటిలో ఏ కోవకైనా చెంది ఉండొచ్చు.:

i. భౌతిక వస్తువు (**physical**) కారు కావచ్చు, బిల్డింగ్ కావచ్చు) లేదా

ii. భౌతిక వస్తువు కానిది (**non-physical**) పేరు ప్రతిష్ఠలు (goodwill) లేదా

iii. వ్యక్తిగతం (కళ్ళు,కాళ్ళు,చేతులు అవయవాలు, శరీరంలో ఇతర అవయవాలేవైనా)

b) ఏదైనా ఒక నిర్దిష్ట సంఘటన జరగడం వల్ల ఆస్తి దాని విలువ కోల్పోవచ్చు. నష్టం జరిగే అవకాశం ఉండడాన్ని రిస్క్ అని అంటారు. రిస్క్ ఈవెంట్‌కి గల కారణాన్ని 'ఆపద'(**peril**) అంటారు.

c) 'సమీకరణ' లేదా **'పూలింగ్' (pooling)** అనే సూత్రం ఉంది. పూల్‌లో వివిధ రకాల వ్యక్తులనుంచి సేకరించబడిన వ్యక్తిగత రుసుములు (వీటినే 'ప్రీమియంలు'అని కూడా అంటారు) ఉంటాయి. ఈ వ్యక్తులు కూడా అదే రకమైన ఆస్తి రిస్కులు సంభవించగల అవకాశాలున్న వారై ఉంటారు.

d) ఇలా సమీకరించబడిన నిధిని **ఆపద** (peril) వల్ల నష్టపోయిన కొద్ది మందికి వారి నష్టాన్ని పూరించే విధంగా నష్టపరిహారంగా ఉపయోగిస్తారు.

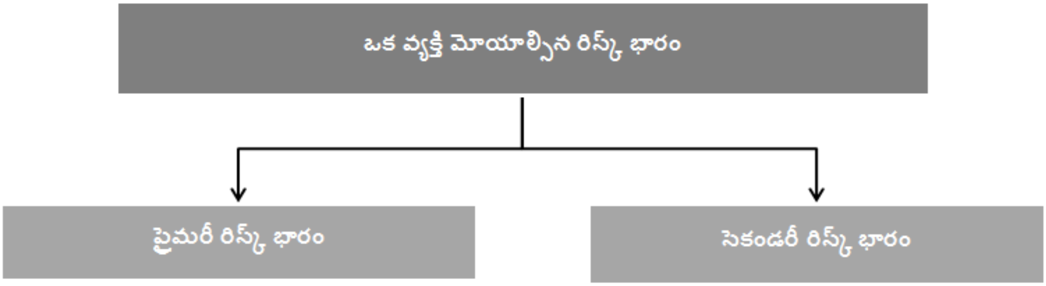
e) ఇలా నిధుల (ఫండ్స్)ని సమీకరించి, కొందరు దురదృష్టవంతులకు నష్టపరిహారంగా చెల్లించే సంస్థనే **బీమా సంస్థ** అంటారు.

f) ఈ పథకంలో పాల్గొనే ప్రతి ఒక్క వ్యక్తితోనూ, **బీమా సంస్థ** (ఇన్సూరర్) బీమా **ఒప్పందం** (ఒప్పందం) లోకి ప్రవేశిస్తుంది. అలా పాల్గొనేవారు **బీమాదారు** (బీమాదారు)అవుతారు.

2. **బీమా భారాన్ని తగ్గిస్తుంది**

రిస్క్ భారమంటే, ఒక నష్టభరితమైన పరిస్థితి/సంఘటన సంభవించినపుడు, ఫలితంగా భరించవలసి వచ్చిన ఖర్చులు, నష్టాలు, వైకల్యాలని అర్థం.

చిత్రం 3: ఒక వ్యక్తి మోయాల్సిన రిస్క్ భారం



ఎవరికైనా రెండు రకాల రిస్క్ బాధ్యతలు ఉంటాయి : **1. ప్రాథమిక** 2 **మాధ్యమిక.**

a) ప్రాథమిక రిస్కు భారం

ప్రాథమిక రిస్కు భారం అంటే, ప్యూర్ రిస్క్ సంఘటనల ఫలితంగా, ఇంటికి సంబంధించిన వస్తువుల (అలాగే, వ్యాపార యూనిట్ల)ను నష్టపోవడం. అలాంటి నష్టాలు తరచుగా ప్రత్యక్షంగా చూసేందుకు కనిపిస్తాయి, లెక్కింపుకి వీలుగా ఉంటాయి కాబట్టి దానికి బీమా చెల్లింపు జరుగుతుంది.

ఉదాహరణ

ఒక ఫ్యాక్టరీ అగ్ని ప్రమాదం వల్ల కాలిపోతే, దానిలో పాడయిపోయిన లేదా నశించిపోయిన వాటిని అంచనా వేయవచ్చు. అలా నష్టపోయినవారికి నష్టపరిహారం చెల్లించవచ్చు.

ఒక వ్యక్తి గుండె ఆపరేషన్ (హార్ట్ సర్జరీ) చేయించుకుంటే, దానికి అయ్యే వైద్య ఖర్చులు తెలుసుకుని, దానికి పరిహారం చెల్లించడం జరుగుతుంది.

అదనంగా మరికొన్ని పరోక్షంగా కలిగే నష్టాలు(indirect losses) కూడా ఉండవచ్చు.

ఉదాహరణ

అగ్ని ప్రమాదం వల్ల వ్యాపార కార్యకలాపాలకు ఆటంకం కలిగిందే అనుకుందాం. ఆ ప్రమాదం ఆ వ్యాపార లాభాల నష్టానికి దారితీయవచ్చు. అప్పుడు అలాంటి నష్టాన్ని కూడా అంచనా వేయవచ్చు, ఆ నష్టం పొందిన వ్యక్తికి పరిహారం కూడా చెల్లించవచ్చు.

---

b) మాధ్యమిక రిస్కు భారం

సరే, ఒకవేళ అలాంటి సంఘటనేదీ జరగకపోతే, ఎటువంటి నష్టమూ ఉండదని అనుకుందాం. అప్పుడు ఆ ఆపద సంభవించడానికి అవకాశం ఉన్నవారు అంటే, అవుతారు అనే సమాధానం వస్తుంది. కాబట్టి, ఎవరికైనా ప్రాథమిక ప్రాధాన్యతా (ప్రైమరీ) భారమే కాకుండా, **మాధ్యమిక** ప్రాధాన్యతా **(సెకండరీ) భారం** కూడా ఉంటుంది.

రిస్కులో మాధ్యమిక ప్రాధాన్యతా **(సెకండరీ) (secondary burden) భారం**: నష్ట స్థితికి గురైనపుడు అయ్యే ఖర్చులు, కోలుకోలేని పరిస్థితిలో పడిపోయామని గ్రహించడం వల్ల కలిగే మానసిక వత్తిడి, శ్రమ దీనిలోకి వస్తాయి. ఒకవేళ ఆ సంఘటన నిజంగా జరగకపోయినా, భారాలు ఉత్పన్నమవుతాయి.

మనం ఇక్కడ కొన్ని రకాల భారాల గురించి పరిశీలిద్దాం:

i. మొదటగా, **భయంవల్లా, ఆందోళన వల్లా భౌతికమైన, మానసికమైన ఒత్తిడి** ఉంటుంది. మనిషి మనిషికీ ఈ ఆందోళన స్థాయిల్లో తేడాలు ఉంటాయి. కానీ మొత్తానికి ఆందోళన అనేది ఉంటుంది. అది మనిషిని ఒత్తిడికి గురి చేసి, వ్యక్తి ఆరోగ్యాన్ని బాగా దెబ్బతీస్తుంది.

ii. రెండవ విషయం ఏమంటే, ఎవరికైనా **నష్టం సంభవిస్తుందా, లేదా అనే విషయం నిశ్చయంగా చెప్పలేము.** కాబట్టి, తలవని తలంపుగా జరిగే అలాంటి విపత్కర సంఘటనల్లో మనల్ని ఆదుకోవడానికి ఒక నిధి దాచిపెట్టుకోవడం తెలివైన పని. అలాంటి నిధి ఒకటి ఏర్పరుచుకోవాలంటే కొంత ఖర్చు ఇమిడి ఉంటుంది. ఉదాహరణకి, అలాంటి నిధులు ద్రవ్య రూపంలో ఉంటాయి. వాటికి రాబడి(తిరిగి వచ్చే మొత్తం) తక్కువగా ఉంటుంది.

రిస్కుని బీమా సంస్థకి బదిలీ చేయడం వల్ల మనిషి ప్రశాంతంగా ఉండగలుగుతాడు, నిధులను నిల్వ చేస్తున్నట్టుగా భావించి, ఒక పక్కన పెట్టగలడు. తన వ్యాపారాన్ని మరింత ప్రభావవంతంగా చేయడమెలాగో ప్రణాళిక చేసుకుంటాడు. అసలు ఈ కారణాల కోసమే బీమా అవసరం ఉంటుంది.

స్వీయ పరీక్ష 2

ఈ క్రింది వాటిలో మాధ్యమిక ప్రాధాన్యత (secondary burden) రిస్కు భారం ఏది?

I. వ్యాపార ఆటంకానికి ఖర్చు

II. దెబ్బతిన్న వస్తువుల ధర

III. భవిష్యత్తులో సంభవించే నష్టాల్ని తట్టుకోవడం కోసం ఒక సదుపాయంగా నిల్వ నిధిగా పక్కన పెట్టడం

IV. గుండెపోటు ఫలితంగా ఆసుపత్రికి అయ్యే ఖర్చులు

C. రిస్కు నిర్వహణలో వివిధ విధానాలు

ఎలాంటి రిస్కు పరిస్థితులకైనా బీమా ఒక్కటే సరైన పరిష్కారమా అని ఎవరైనా ప్రశ్నించవచ్చు. దీనికి సమాధానం 'కాదు'.

తాము ఎదుర్కొనే రిస్కులను బదిలీ చేయడానికి వ్యక్తులు అవలంబించే అనేక రకాల పద్ధతుల్లో బీమా చేయడం ఒకటి. ఇక్కడ వారు తమ రిస్కులను ఒక బీమా సంస్థకు బదిలీ చేస్తారు. అయితే రిస్కులతో వ్యవహరించడంలో కొన్ని రకాల పద్ధతులున్నాయి. వాటి గురించి ఈ క్రింద వివరించబడుతోంది:

1. రిస్కు తప్పించుకోవడం (Risk avoidance)

రిస్కుని నియంత్రించడం ద్వారా ఒక నష్ట పరిస్థితిని తప్పించుకోవడం "రిస్క్ తప్పించుకోవడం" అవుతుంది. ఆ విధంగా ఎవరైనా తమకి సంబంధించి నష్టం జరిగే అవకాశం ఉన్న ఆస్తి, వ్యక్తి లేదా ఒక పని (యాక్టివిటీ) కి నష్టం జరగకుండా తప్పించవచ్చు.

ఉదాహరణ

i. ఒకొక్కరికి, కొన్ని నిర్దిష్టమైన తయారీ రిస్కులను ఎవరికో కాంట్రాక్ట్‌కి ఇచ్చి ఆ రిస్కులను భరించడానికి ఇష్టం ఉండదు కాబట్టి అలా చేసేందుకు వాళ్ళు తిరస్కరిస్తారు.

ii. ఒక్కొక్కరు ఇంటి బయట కాలు పెట్టడానికి సాహసించరు హడలెత్తి పోతారు. వాళ్లకి ఎక్కడ ప్రమాదం జరుగుతుందోనని భయం లేదా విదేశంలో ఉండగా జబ్బు చేస్తుందనే భయంతో ఎక్కడకి ప్రయాణం చేయరు.

కానీ రిస్క్ తప్పించుకోవడం అంటే రిస్క్‌ని నెగిటివ్‌గా హ్యాండిల్ చేయడమని అర్థం చేసుకోవాలి. కొందరు కొన్ని రకాల రిస్కులు తీసుకుంటేనే వ్యక్తిగత, సామాజికపరమైన అభివృద్ధి జరుగుతుంది. అలాంటి కార్యకలాపాల్ని వద్దనుకుంటే, వ్యక్తులూ, సమాజమూ కూడా అలాంటి రిస్కులు తెచ్చి పెట్టే లాభాల్ని కోల్పోవలసి వస్తుంది.

2. రిస్కు నిలుపుదల (Risk retention)

ఒకొక్కరు రిస్క్ ప్రభావాన్ని నియంత్రించుకోవడానికి ప్రయత్నిస్తారు. ఆ విధంగా రిస్క్‌నీ, దాని దుష్ఫలితాల్నీ భరించాలని నిర్ణయించుకుంటారు. ఇది స్వీయ బీమా లేదా సెల్ఫ్ ఇన్సూరెన్సు అవుతుంది.

ఉదాహరణ

ఒక వ్యాపార సంస్థ తన అనుభవాన్ని బట్టి, కొంత పరిమితి వరకూ చిన్న నష్టాలు భరించే సామర్థ్యం ఉందో లేదో నిర్ధారించుకోగలదు. దానివల్ల వచ్చే రిస్కు కూడా తనే భరించడానికి నిర్ణయించుకుంటుంది.

---

3. **రిస్కు తగ్గింపు** (reduction) **మరియు నియంత్రణ**

రిస్క్ తప్పించుకోవడం కంటే కూడా దాన్ని తగ్గించుకోవాలనీ, అదుపు చేయాలనీ ఆలోచించడం ఎక్కువ ఆచరణాత్మకమైన మరియు సరైన పద్ధతి. అంటే, దానర్థం ఒకవేళ నష్టమే గనుక జరిగేలా ఉంటే, ఆ విధంగా నష్టం జరగగలిగే అవకాశాలను బాగా తగ్గించడానికీ, మరియు/ లేదా దాని ప్రభావతీవ్రతను తగ్గించడానికి చర్యలు తీసుకోవడం.

కీలకాంశం

అలాంటి సందర్భాలు తలెత్తకుండా చూసేందుకు తీసుకునే చర్యలనే 'నష్ట నివారణ చర్యలు అంటారు. అలాగే నష్టాన్ని తగ్గించడానికి తీసుకునే చర్యలని 'నష్టం తగ్గింపు (**Loss Reduction**)చర్యలు' అంటారు.

రిస్క్ తగ్గింపు అంటే, ఈ క్రింది విధానాల్లో ఏదో ఒకటి లేదా అంతకంటే గానీ ఎక్కువ పద్ధతుల్ని అమలు చేసి, రిస్కు తరచుదనాన్నీ (frequency) మరియు /లేదా నష్టాల పరిమాణాన్ని (sizes of losses) తగ్గించడం కూడా భాగమై ఉంటుంది:

a) **బోధన మరియు శిక్షణ (Education and training)** - క్రమమైన "ఫైర్ డ్రిల్స్" ఉద్యోగులకు, అలాగే డ్రైవర్లకు, ఫోర్క్ లిఫ్ట్ ఆపరేటర్లు మొదలైనవారికి హెల్మెట్లు ధరించడం, సీట్‌బెల్ట్‌లు కట్టుకోవడం వంటి విషయాలపై తగిన శిక్షణ మొదలగునవి.

ఉదాహరణకు, స్కూలుకి వెళ్లే పిల్లలకు జంక్ ఫుడ్ తినవద్దని చెప్పడం.

b) **చుట్టుప్రక్కల వాతావరణంలో మార్పులు చేయడం (Making** Environmental changes)**-** "భౌతిక" పరిస్థితులు అభివృద్ధి చేయడం వంటివి. ఉదాహరణకు, తలుపుకి గట్టి తాళాలు వేయడం, కిటికీలకు ఇనుప చువ్వలు లేదా షట్టర్లు వేయడం, చోర ప్రబోధకం, అగ్ని ప్రబోధకం మంటలార్పే సాధనం ఏర్పాటు చేయడం వంటివి. ఒక రాష్ట్రం తన ప్రజల ఆరోగ్య స్థాయిని కాపాడ్డానికి కాలుష్య నివారణకీ, రొదగా ఉన్న ధ్వని స్థాయిలను నియంత్రించడానికీ చర్యలు చేపట్టవచ్చు, ముందు జాగ్రత్త చర్యగా మలేరియా మందుని చల్లడం వల్ల వ్యాధి వ్యాపించకుండా ఉపయోగపడుతుంది.

c) **ప్రమాదకరమైన లేదా హానికరమైన కార్యకలాపాలు** - యంత్ర భాగాలూ, పరికరాలూ ఉపయోగించే సమయంలోనూ, ఇంకా ఇతరత్రా అనేకమైన రిస్కు సంభవించే అవకాశం ఉన్న పనులు చేసే సందర్భంలోనూ రిస్క్ తగ్గించే ప్రయత్నం చేయడం.

ఉదాహరణకు, ఆరోగ్యకరమైన జీవన విధానం అవలంబించడం, సరైన సమయానికి సరైన ఆహారం తీసుకోవడం, అనారోగ్యం వచ్చే అవకాశాల్ని బాగా తగ్గించడానికి సహాయపడతాయి.

d) **వేరుచేయడం** (Separation), రిస్కులను నియంత్రించడానికి, ఆస్తికి సంబంధించిన వేర్వేరు వస్తువుల్ని ఒకే చోట కాకుండా, వేర్వేరు ప్రదేశాల్లో ఉండేలా చూసుకోవడం ఒక పద్ధతి. దీనిలో ఉన్న కీలక భావన ఏమిటంటే, ఒక చోట ఏదైనా ప్రమాదం జరిగినట్లయితే, దాని దుష్ప్రభావం మొత్తం ఆస్తి అంతటి మీదా పడకుండా కేవలం ఆ ఒక్కచోటికే పరిమితమై ఉంటుంది.

ఉదాహరణకి, స్టాకు నష్టాల్ని (loss of inventory) తగ్గించాలనుకున్నపుడు వేర్వేరు గిడ్డంగుల్లో నిల్వ చేయాలి. అప్పుడు ఆ గిడ్డంగుల్లో ఏదో ఒక గిడ్డంగి సరుకుని నాశనం చేయాల్సి వస్తే, ఆ నష్టం అంతటితోనే సరిపోతుంది కాబట్టి, నష్ట ప్రభావాన్ని బాగా తగ్గించడం సాధ్యపడుతుంది.

4. రిస్కుకి పెట్టుబడి పెట్టడం(రిస్క్ ఫైనాన్సింగ్)

ఇది నష్టాలు సంభవించబోయే అవకాశం ఉన్నపుడు అందజేసే నిధుల సదుపాయా (నిధుల ప్రొవిజన్) న్ని గురించి తెలియజేస్తుంది.

a) **స్వీయ పెట్టుబడి ద్వారా రిస్క్** నిలుపుదల- ఇందులో ఎలాంటి నష్టాలు సంభవించినా, స్వీయ చెల్లింపు జరుగుతుంది. ఈ ప్రక్రియలో ఒక సంస్థ తన నిధులు అయినా, లేదా అప్పుగా తెచ్చిన నిధులనైనా తన సొంత భారం మీదే రిస్కు అంచనా చేసుకుని పెట్టుబడి పెట్టడం జరుగుతుంది. ఇది **స్వీయ (సెల్ఫ్) బీమాగా** పిలవబడుతోంది. ఆ సంస్థ కూడా, తనకి వీలైనంత చిన్న నష్టాన్ని మాత్రమే అట్టేబెట్టుకోవడం కోసం, నష్టం యొక్క ప్రభావాన్ని తక్కువ చేయడానికి వివిధ రకాలైన రిస్కు తగ్గింపు పద్ధతులు పాటించడంలో నిమగ్నమై ఉంటుంది.

b) **రిస్క్ బదిలీ,** రిస్క్ నిలుపుదలకి ప్రత్యామ్నాయ విధానం. నష్టాలను మరో పార్టీకి బదిలీ చేసే బాధ్యత కూడా రిస్క్ బదిలీలో ఉంటుంది. ఇక్కడ ఒక యాదృచ్ఛిక ఘటన (లేదా ఆపద) ఫలితంగా తలెత్తే నష్టాలను మరొకరికి బదిలీ చేయబడతాయి.

బీమా అనేది రిస్క్ బదిలీకి సంబంధించిన ప్రధాన రూపాల్లో ఒక్కటి. బీమా నష్ట పరిహారం ద్వారా అనిశ్చితితో కూడి ఉన్న చోట నిశ్చిత స్థితిని ప్రవేశపెట్టడానికి అంగీకరిస్తుంది.

బీమా Vs హామీ

వాణిజ్యపరంగా పనిచేస్తున్న కంపెనీలు బీమా మరియు హామీ (ఎష్యూరెన్సు), ఈ రెండు ఆర్థిక ఉత్పత్తుల్నీ (ఫైనాన్షియల్ ప్రొడక్టులు) అందిస్తున్నాయి. ఇటీవలనే ఈ రెండింటికీ మధ్య తేడా మరింత అస్పష్టంగా మారింది. దాదాపు ఈ రెండింటినీ కొంతవరకు ఒకే విధమైనవిగా భావించబడుతున్నాయి. అయితే ఈ రెండింటికీ మధ్య గల సూక్ష్మ వ్యత్యాసాలు ఈ క్రింద చర్చించబడ్డాయి.

సంభవించే అవకాశం ఉన్న సంఘటనకి రక్షణ కల్పించడం బీమా అవుతుంది, కానీ **భవిష్యత్తులో తప్పకుండా జరిగే సంఘటనకి** హామీ (అష్యూరెన్స్) అందిస్తుంది. బీమా రిస్కుకి రక్షణ కల్పిస్తుంది. హామీ మాత్రం తప్పనిసరిగా జరిగే అంశాన్ని రక్షణ చేస్తుంది. ఉదా. మరణం. అది తప్పనిసరిగా సంభవించేది. అది ఎప్పుడు సంభవిస్తుందో మాత్రం నిశ్చయంగా చెప్పలేము. హామీ పాలసీలు జీవిత రక్షణతో సంబంధం కలిగి ఉంటాయి.

చిత్రం 4: బీమాదారు (ఇన్సూర్డ్) కి బీమా సంస్థ నష్టపరిహారాన్ని ఎలా చెల్లిస్తుంది

ఒక వ్యక్తి మోటర్ ఇన్సూరెన్స్ తీసుకున్నాడు

ఆ వ్యక్తికి ప్రమాదం జరిగింది

ఆ వ్యక్తి క్లయిం చేస్తాడు

ఇన్సూరెన్సు కంపెనీ ఆ వ్యక్తికి నష్టపరిహారం ఇస్తుంది

రిస్కు బదిలీకి మరి కొన్ని మార్గాలు కూడా ఉన్నాయి. ఉదాహరణకి, ఒక సంస్థ ఒక గ్రూపులో భాగమైనపుడు, నష్టాల్ని ఫైనాన్స్ చేసేందుకు ఆ రిస్క్ పేరెంట్ గ్రూపుకి బదిలీ చేయబడుతుంది.

ఆ విధంగా బీమా పద్ధతుల్లో రిస్కు బదిలీ ఒక పద్ధతి.

స్వీయ పరీక్ష 3

ఈ క్రింది వాటిలో రిస్క్ బదిలీ పద్ధతి ఏది?

I. బ్యాంకు ఫిక్స్‌డ్ డిపాజిట్(FD)

II. బీమా

III. ఈక్విటీ షేర్లు

IV. రియల్ ఎస్టేట్

D. రిస్కుని నిర్వహించడంలో ఒక సాధనంగా బీమా

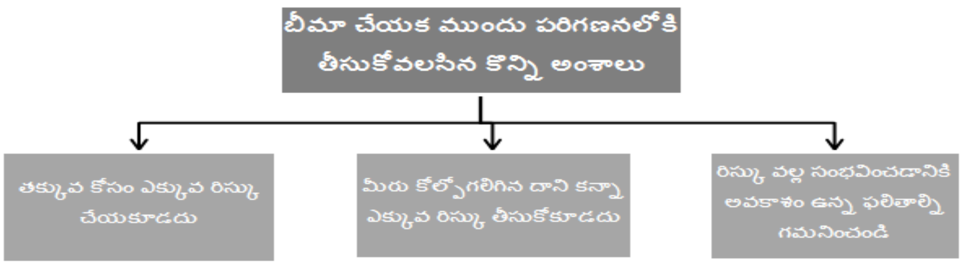
అసలు మనం రిస్క్ గురించి ఎప్పుడు మాట్లాడినా, అది నిజంగా వచ్చిన నష్టం కాదు, నష్టం వచ్చే అవకాశం ఉన్న పరిస్థితి గురించేనని గమనించాలి. ఆ విధంగా అది ఎప్పుడు వస్తుందో ముందుగా ఊహించగలిగే నష్టమన్నమాట (expected loss). ముందుగా ఊహించగలిగే ఈ నష్టం ధర (రిస్క్ ధర ఎంత ఉందో ఇదీ అంతే ఉంటుంది) ముఖ్యంగా రెండు కారకాల ఫలితం:

i. బీమా చేయబడుతున్న ఆపద సంభవించడం ద్వారా కలిగే నష్టం యొక్క సంభావ్యత.

ii. ఫలితంగా వచ్చే అనుభవించాల్సి వచ్చే ప్రభావం (**impact**) లేదా జరిగే మొత్తం నష్టం.

రిస్క్ ఖర్చు నేరుగా సంభావ్యత మరియు నష్టం...ఈ రెండింటి వల్ల వచ్చే మొత్తానికి అనులోమానుపాతంలో పెరుగుతుంది. ఏది ఏమైనా, నష్టం వచ్చిన మొత్తం చాలా ఎక్కువగా ఉన్నా...మళ్లీ తిరిగి ఆ రిస్కు జరిగే సంభావ్యత తక్కువగా ఉన్నా...రిస్కు ఖర్చు తక్కువగా ఉంటుంది.

చిత్రం 5: బీమా చేసే ముందు పరిగణనలోకి తీసుకోవలసిన కొన్ని అంశాలు



1. బీమా చేసే ముందు పరిగణనలోకి తీసుకోవలసిన కొన్ని అంశాలు

ఒక వ్యక్తి బీమా చేయాలా లేదా అని నిర్ణయించుకోవడానికి ముందు, ఒకవేళ నష్టం భరించాల్సిన పరిస్థితే తలెత్తితే భరించాల్సిన నష్టం ధరతో రిస్కు బదిలీ నష్టాన్ని తమంతట తాము పోల్చి చూసుకోవడం అవసరం. రిస్కు బదిలీ ధర బీమా ప్రీమియం అవుతుంది. ఇది మునుపటి పేరాలో పేర్కొన్న రెండు కారకాల వల్ల నిర్ధారితమవుతుంది. నష్ట సంభావ్యత చాలా తక్కువగానూ, కానీ ఆ నష్ట ప్రభావం చాలా ఎక్కువగానూ ఉంటే, బీమాకి అది ఉత్తమ సందర్భం. అయితే ఇటువంటి సందర్భాల్లో, దాని బీమా [ప్రీమియం] ద్వారా రిస్కు బదిలీ చేసే ధర చాలా తక్కువగా ఉండగా, దాన్ని ఎవరికి వారుగా భరించాల్సిన ధర మాత్రం చాలా హెచ్చుగా ఉంటుంది.

a) **తక్కువ కోసం ఎక్కువ రిస్కు చేయకూడదు** : రిస్కు బదిలీ ధరకీ, నిర్ణయించిన రిస్కు విలువకీ మధ్య ఒక హేతుబద్ధమైన సంబంధం (రీజనబుల్ రిలేషన్‌షిప్) ఉండాలి.

ఉదాహరణ

మీరొక సాధారణమైన బాల్‌పెన్‌ని బీమా చేయాలనుకుంటారా? అనుకోరు. అదో అర్థం లేని పని.

---

b) మీరు కోల్పోగలిగిన దాని కన్నా ఎక్కువ రిస్కు చేయకూడదు : అలాగే, ఒక సంఘటన వల్ల సంభవించే నష్ట ఫలితం బాగా విపరీతంగా ఉండి, అంటే దాదాపు అది దివాలా ఎత్తించేదిగా ఉంటే, అలాంటి రిస్కుని భరించడం ఏమంత వాస్తవిక దృక్పథం(realistic) కాదు, సరైందీ కాదు.

ఉదాహరణ

ఒక పెద్ద చమురు శుద్ధి కర్మాగారం (oil refinery) ధ్వంసమైన లేదా దెబ్బతిన్న పరిస్థితుల్లో ఏం జరుగుతుంది? ఒక కంపెనీ ఆ నష్టాన్ని భరించగలుగుతుందా?

---

c) రిస్కు వల్ల కలిగే పరిణామాలను జాగ్రత్తగా గమనించండి : సంఘటన సంభావ్యత (probability, సంఘటన జరిగే తరచుదనం) అతి తక్కువగా ఉండి, దాని ఫలితంగా సంభవించబోయే నష్ట తీవ్రత (ప్రభావం, impact) బాగా ఎక్కువగా ఉండేలా ఉంటే, అలాంటి ఆస్తులను బీమా చేయడం అత్యుత్తమం.

ఉదాహరణ

ఎవరైనా, అంతరిక్ష ఉపగ్రహాన్ని బీమా చేయకుండా ఉండగలుగుతారా?

స్వీయ పరీక్ష 4

ఈ క్రింది వాటిలో ఏ సందర్భం బీమాకి అనువుగా ఉంటుంది?

I. కుటుంబంలో సంపాదించే ఏకైక వ్యక్తి అకాలంగా చనిపోవడం

II. ఒక వ్యక్తి తన డబ్బు వాలెట్ (పర్సు) ని పోగొట్టుకోవడం

III. స్టాక్ ధరలు ఆకస్మికంగా పడిపోవడం

IV. ప్రకృతి సహజంగా ఒక ఇల్లు జీర్ణ స్థితిలో ఉండడం వల్ల ధరను కోల్పోవడం

E. సమాజంలో బీమా పాత్ర

దేశ ఆర్థికాభివృద్ధిలో బీమా సంస్థల పాత్ర చాలా ముఖ్యమైనది. అవి దేశ సంపదను సంరక్షించడానికీ, పదిలంగా భద్రపరచడానికి కీలకమైన స్థాయిలో సహకరిస్తున్నాయి. అవి సహకరిస్తున్న విధానాల్లో కొన్ని ఈ క్రింది విధంగా ఉన్నాయి.

a) వాటి పెట్టుబడులు సమాజానికి పెద్ద ఎత్తున ప్రయోజనం చేకూర్చి పెడతాయి. అత్యధిక మొత్తాల్లో ధనసేకరణ జరపడం, అలాగే ఆ మొత్తాన్ని ప్రీమియంల రూపంలో ఒక నిధిగా ఏర్పాటు చేయడంలోనే బీమా సంస్థ దృఢత్వం దాగి ఉంటుంది .

b) ఈ నిధులు (ఫండ్స్) పాలసీదారుల ప్రయోజనం కోసం సమీకరించబడి, అట్టేబెట్టి ఉంచబడతాయి. బీమా సంస్థలు ఈ కోణాన్ని దృష్టిలో ఉంచుకోవాల్సి ఉంటుంది. ఈ నిధులతో ఎలాంటి లావాదేవీలైనా జరపాలని వారు తల్చుకున్నప్పుడు వారు తీసుకునే నిర్ణయాలన్నీ ఆ సంఘానికి ఉపయోగపడేలా ఉండాలి. ఇది పెట్టుబడులకు కూడా వర్తిస్తుంది .అందుకే విజయవంతంగా నడిచే బీమా సంస్థలు తమ పెట్టుబడులను, స్టాక్స్, షేర్ల వంటి ఊహాజనిత వ్యాపారాలలో పెట్టవు.

c) బీమా వ్యవస్థ ఒక వ్యక్తికీ, అతని కుటుంబానికీ, పరిశ్రమకీ, అలాగే వాణిజ్యానికీ, సంఘానికి... ఇంకా చెప్పాలంటే, మొత్తం దేశానికే అనేకానేక ప్రత్యక్ష, పరోక్ష ప్రయోజనాలను కలుగజేస్తుంది. వ్యక్తులు, సంస్థలు - బీమాదార్లు గా వీరిద్దరూ నేరుగా ప్రయోజనం పొందుతారు. ఎందుకంటే ప్రమాదం వల్ల కావచ్చు లేదా ముందుగా ఊహించని ఏ సంఘటన ద్వారానైనా కావచ్చు, అది తెచ్చే నష్టం, దాని వల్ల కలిగే దుష్ఫలితాల నుంచి వారు సంరక్షించబడ్డారు. ఆ విధంగా బీమా పరిశ్రమలో పెట్టుబడిని కాపాడుతుంది, మరింతగా విస్తరించడం కోసం పెట్టుబడి విడుదల చేస్తూ ఉంటుంది, అలాగే వ్యాపారాన్నీ, పరిశ్రమనీ ఇంకా అభివృద్ధి చేస్తుంది.

d) బీమా వ్యక్తి భవిష్యత్తుకి సంబంధించిన భయాన్నీ, ఆందోళననీ, ఆదుర్దానీ తొలగిస్తుంది, వ్యాపార సంస్థలలో ఉచిత పెట్టుబడిని ప్రోత్సహిస్తుంది, ఉన్న వనరుల్ని సమర్థవంతంగా ప్రోత్సహిస్తుంది. ఆ విధంగా బీమా వాణిజ్య, పారిశ్రామిక అభివృద్ధిని ప్రోత్సాహించడంతోపాటు ఉద్యోగ అవకాశాలను కల్పిస్తుంది, ఆరోగ్యకరమైన ఆర్థిక వ్యవస్థ, జాతీయ ఉత్పాదకత అభివృద్ధికి దోహదం చేస్తుంది.

e) బీమా చేయదగిన ప్రమాదాల (పెరిల్స్) వల్ల సంభవించబోయే నష్టం లేదా పాడవడాన్ని ముందుగా బీమా చేయనిదే ఒక బ్యాంకు లేదా ఆర్థిక సంస్థ వాటిమీద ఋణాలను మంజూరు చేయదు. వాటిల్లో చాలా సంస్థలు పాలసీని అదనపు భద్రతగా పెట్టమని పట్టుబడతాయి.

f) రిస్క్‌కి అంగీకారం తెలిపే ముందు, బీమా సంస్థలు బీమా చేయాల్సిన ఆస్తిని పరీక్షించడానికి, విషయాన్ని నిశితంగా పరిశీలించడానికీ ఒక అర్హతగల ఇంజనీర్లు, నిపుణుల బృందాన్ని పంపుతుంది. రేటింగ్ అవసరాల కోసం వారు రిస్క్‌ని అంచనా వేయడమే కాక, బీమాదారుని ఆకర్షించే తక్కువ రేట్లలో ఉన్న ప్రీమియం గురించి కూడా తెలియజేస్తూ, రిస్కులో ఉన్న వివిధ రకాల మెరుగైన అవకాశాల గురించి సిఫార్సు చేస్తారు.

g) దేశానికి విదేశీ మారకద్రవ్యం సంపాదించి పెట్టే సంస్థగా, బీమా ఎగుమతి వ్యాపారం, నౌక వ్యాపారం, ఇంకా బ్యాంకింగ్ సర్వీసులతో సమానమైన ర్యాంక్‌లో ఉంటుంది. భారతీయ బీమా సంస్థలు 30 కన్నా ఎక్కువ దేశాలలో పనిచేస్తున్నాయి. వీటి కార్యకలాపాలు మన దేశానికి విదేశీ మారకద్రవ్యంని సమకూర్చడమే పరోక్ష ఎగుమతులకు ప్రాతినిధ్యం వహిస్తున్నాయి.

h) బీమా సంస్థలు (**బీమా సంస్థ .**) అగ్ని ప్రమాదం వల్ల సంభవించే నష్టాన్ని నిరోధించే (ఫైర్ లాస్ ప్రివెన్షన్) ఓడలో సామాను నష్టాన్ని నిరోధించే (కార్గో లాస్ ప్రివెన్షన్) పారిశ్రామిక భద్రత, రోడ్డు భద్రత కల్పించే అనేక ఏజెన్సీలు, సంస్థలతో సన్నిహిత సంబంధాలు కలిగి ఉంటాయి.

సమాచారం

బీమా మరియు సామాజిక భద్రత

a) ఇప్పుడు సామాజిక భద్రత కల్పించడం రాష్ట్రానికి ఒక తప్పనిసరి బాధ్యతగా గుర్తించబడింది. ఈ ప్రయోజనం కోసం రాష్ట్రం ఆమోదించిన పలు చట్టాలలో, తప్పనిసరిగానో లేదా స్వచ్ఛందంగానో బీమాని ఒక సామాజిక భద్రతా సాధనంగా ఉపయోగించడం కూడా ఉంది. ఆ విధంగా తమ వంతు సామాజిక బాధ్యతల్ని నెరవేర్చడానికి కొన్ని నిర్దిష్టమైన సామాజిక భద్రతా పథకాలలో కేంద్ర, రాష్ట్ర ప్రభుత్వాలు ప్రీమియంలను చెల్లిస్తాయి. 1948లో చేయబడిన ది ఎంప్లాయిస్ స్టేట్ ఇన్స్యూరెన్స్ యాక్ట్, **స్టేట్ ఇన్సూరెన్స్ కార్పొరేషన్** అలాగే పారిశ్రామిక ఉద్యోగులు, వారి కుటుంబాల్లో బీమా చేయబడిన వారికి వచ్చే అనారోగ్యం, వైకల్యం, ప్రసూతి, అలాగే మరణానికి సంబంధించిన ఖర్చులను చెల్లిస్తుంది. ప్రభుత్వం గుర్తించిన కొన్ని పారిశ్రామిక ప్రాంతాల్లో ఈ పథకం నిర్వహించబడుతుంది.

b) ప్రభుత్వం ద్వారా ప్రాయోజిత(స్పాన్సర్) చేయబడ్డ సామాజిక భద్రతా పథకాలలో బీమా సంస్థలు ఒక కీలకమైన పాత్ర పోషిస్తాయి. **పంట బీమా పథకాన్ని (RKBY)** సామాజిక బాధ్యత నెరవేర్చడంలో చెప్పుకోదగ్గ చర్యగా పేర్కొనవచ్చు. ఈ పథకం బీమా చేసిన రైతులకు మాత్రమే కాక ఆ సంఘానికి కూడా ప్రత్యక్షంగానో, పరోక్షంగానో లబ్ధి కలిగేలా చేస్తుంది.

c) గ్రామీణ కుటుంబాలకు సామాజిక భద్రతను అందించడమే అంతిమ లక్ష్యంగా రూపొందించబడిన **గ్రామీణ బీమా పథకాలన్నీ** ఒక వాణిజ్య ప్రాతిపదికన నడుస్తాయి.

d) ప్రభుత్వ పథకాలకు ఈ విధమైన మద్దతునివ్వడమే కాకుండా, సామాజిక భద్రతే అంతిమ లక్ష్యంగా బీమా రక్షణ అందిస్తూ, బీమా పరిశ్రమ స్వయంగా కూడా వాణిజ్యపరమైన పథకాలను అందిస్తుంది. ఉదాహరణలు: **జనతా వ్యక్తిగత ప్రమాద పథకం, జన ఆరోగ్యశ్రీ పథకం** మొదలైనవి.

స్వీయ పరీక్ష 5

ఈ క్రింది వాటిలో బీమా సంస్థ (బీమా సంస్థ) నడిపే ఏ బీమా పథకం ప్రభుత్వం ద్వారా ప్రాయోజితం(స్పాన్సర్) చేయబడలేదు?

I. స్టేట్ ఇన్సూరెన్స్ కార్పొరేషన్ ఉద్యోగులు

II. పంట బీమా పథకం

III. జన ఆరోగ్య

IV. పైవన్నీ

సారాంశం

- బీమా అంటే "రిస్క్ సమీకరణ ద్వారా రిస్క్ బదిలీ".
- ఈనాడు అమల్లో ఉన్న బీమా అసలు మొట్టమొదటిసారిగా లండన్‌లో ఉన్న లాయిడ్స్ కాఫీ హౌస్‌లో ప్రారంభమైంది.
- బీమా ఏర్పాటులో ఈ క్రింది అంశాలు ఇమిడి ఉంటాయి. ఉదాహరణకి, :
  - ✓ ఆస్తి (Asset)
  - ✓ రిస్కు (Risk)
  - ✓ ఆపద (Peril),
  - ✓ ఒప్పందం (Contract)
  - ✓ బీమా సంస్థ (Insurer)
  - ✓ బీమాదారు (Insured)

- ఒకే విధమైన ఆస్తులు కలిగి ఒకే విధమైన రిస్క్‌లకు లోనయ్యే అవకాశం ఉన్నవారు కలిసి ఒక ఉమ్మడి నిధికి తలా కొంత వేసుకోవడమే సమీకరణ.
- బీమా కాకుండా, ఇతర రిస్కు నిర్వహణ విధానాల్లో ఇవి కూడా ఉంటాయి:
  - ✓ రిస్కు తప్పించుకోవడం
  - ✓ రిస్కు నియంత్రణ
  - ✓ రిస్కు నిలుపుదల
  - ✓ రిస్కు ఫైనాన్సింగ్
  - ✓ రిస్కు బదిలీ
- బాగా గుర్తుంచుకోదగ్గ బీమా నియమాలు:
  - ✓ పోగొట్టుకోగలిగిన దానికంటే ఎక్కువ రిస్క్ చేయకండి
  - ✓ రిస్కు వల్ల సుమారుగా వచ్చే ఫలితాల్ని నిశితంగా అర్థం చేసుకోండి
  - ✓ తక్కువ కోసం ఎక్కువ రిస్కు చేయకండి

కీలకమైన పదాలు

1. రిస్క్
2. సమీకరణ (పూలింగ్)
3. ఆస్తి
4. రిస్క్ భారం
5. రిస్క్ తప్పించుకోవడం
6. రిస్క్ అదుపు
7. రిస్కు నిలుపుదల
8. రిస్క్ ఫైనాన్సింగ్
9. రిస్క్ బదిలీ

స్వీయ పరీక్ష - జవాబులు

జవాబు 1

సరైన ప్రత్యామ్నాయం II.

భారతదేశంలో బీమా పరిశ్రమని నియంత్రించే సంస్థ ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అండ్ డెవలప్‌మెంట్ అథారిటీ.

జవాబు 2

సరైన ప్రత్యామ్నాయం III.

భవిష్యత్తులో సంభావ్య నష్టాల్ని తట్టుకోవడం కోసం నిధుల నిల్వ చేస్తున్నట్టుగా భావించి, కొంత మొత్తం పక్కన పెట్టడమే రిస్కులో మాధ్యమిక ప్రాధాన్యతా భారం.

జవాబు 3

సరైన ప్రత్యామ్నాయం II.

బీమా అనేది ఒక రిస్కు బదిలీ విధానం.

జవాబు 4

సరైన ప్రత్యామ్నాయం I.

కుటుంబంలో సంపాదించే ఏకైక వ్యక్తి అకాలంగా చనిపోయి, ఆ కుటుంబం తనంతట తానుగా పోషింపబడాల్సిన పరిస్థితి వస్తే, ఆ సందర్భం బీమా కొనుగోలుకు కారకం.

జవాబు 5

సరైన ప్రత్యామ్నాయం III.

జన ఆరోగ్య బీమా పథకం బీమా సంస్థల ద్వారా నడపబడుతుంది. దీనికి ప్రభుత్వం ప్రాయోజితం (స్పాన్సర్) చేయదు.

\

స్వీయ పరీక్ష -జవాబులు

ప్రశ్న 1

సమీకరణ ద్వారా జరిగే రిస్కు బదిలీని ఇలా పిలుస్తారు _________.

I. పొదుపు (సేవింగ్స్)

II. పెట్టుబడులు

III. బీమా

IV. రిస్కు తగ్గింపు (mitigation)

ప్రశ్న 2

రిస్కు సంభవించే అవకాశాల్ని తగ్గించేందుకు తీసుకునే చర్యలను ఇలా పిలుస్తారు ______.

I. రిస్కు నిలుపుదల

II. నష్టం నివారణ (Loss prevention)

III. రిస్కు బదిలీ

IV. రిస్కు తప్పించుకోవడం

ప్రశ్న 3

రిస్కుని బీమా సంస్థ (బీమా సంస్థ) కు బదిలీ చేయడం వల్ల, అది ____________ ని సాధ్యం చేస్తుంది.

I. మన ఆస్తుల గురించి నిర్లక్ష్యంగా ఉండడం

II. నష్టం సంభవిస్తే బీమా నుంచి డబ్బు తీసుకోవడం

III. మన ఆస్తులు ఎదుర్కోవలసిన బలమైన రిస్కులను పట్టించుకోకుండా ఉండడం

IV. మనసుని ప్రశాంతంగా ఉంచుకుంటూ, వ్యాపారం కోసం మరింత ప్రభావవంతమైన ప్రణాళికలు వేసుకోవచ్చు.

ప్రశ్న 4

ఆధునిక బీమా వ్యాపారం మూలాలు ఇక్కడ కనుగొనబడ్డాయి ___________.

I. నౌకాధార (బాటమరీ)

II. లాయిడ్స్

III. రోడ్స్ (Rhodes)

IV. మల్హోత్రా కమిటీ

ప్రశ్న 5

బీమా విషయంలో రిస్క్ నిలుపుదల ఈ స్థితిని సూచిస్తుంది.

I. నష్టం లేదా దెబ్బతినడానికి అవకాశం లేకపోవడం

II. నష్టం కలిగించిన సంఘటన అంత విలువైనది కాకపోవడం

III. బీమా ద్వారా ఆస్తికి రక్షణ కల్పించబడటం

IV. ఆ వ్యక్తి రిస్కునీ, దాని ప్రభావాల్నీ భరించడానికి నిర్ణయించుకోవడం

ప్రశ్న 6

ఈ క్రింది వాటిలో ఏది నిజం?

I. బీమా ఆస్తిని రక్షిస్తుంది

II. బీమా దాని నష్టం నివారిస్తుంది

III. బీమా నష్టం అవకాశాలను తగ్గిస్తుంది

IV. ఆస్తి నష్టం జరిగితే బీమా చెల్లిస్తుంది

ప్రశ్న 7

ఒక్కొక్క ఇంటి విలువ రూ.20, 000, విలువ చేసే 400 ఇళ్ళు ఉండగా, ప్రతి సంవత్సరం సగటున 4 ఇళ్ళు చొప్పన కాలిపోతూ, రూ.80, 000 సామూహిక నష్టం వచ్చినప్పుడు. ఈ నష్టం భర్తీ చేయడానికి ప్రతి ఇంటి యజమాని ఎంత వార్షిక సహకారం వేసుకోవాలి?

I. రూ.100/-

II. రూ.200/-

III. రూ.80/-

IV. రూ.400/-

ప్రశ్న 8

ఈ క్రింది వాటిలో ఏది సరైనది?

I. 'కొద్దిమంది' నష్టాలను 'అనేకమంది' కి పంచే విధానం బీమా

II. ఒక వ్యక్తికి వచ్చిన రిస్కుని మరో వ్యక్తికి బదిలీ చేసే పద్ధతి బీమా

III. 'అనేకమంది' నష్టాలను 'కొద్దిమంది' కి పంచే విధానం బీమా

IV. కొద్దిమంది లాభాలను అనేకమందికి బదిలీ చేసే విధానం బీమా

ప్రశ్న 9

రిస్కు అంగీకరించే ముందు, బీమా సంస్థ ఆస్తిపై పరిశీలన మరియు తనిఖీ ఏర్పాటు చేస్తుంది. ఎందుకు ?

I. రేటింగ్ కోసం రిస్కులను అంచనా వేయడానికి

II. బీమా చేసిన వ్యక్తి ఆ ఆస్తిని ఎలా కొనుగోలు చేశాడో కనుగొనేందుకు

III. ఇతర బీమా సంస్థలు కూడా ఆ ఆస్తిని తనిఖీ చేశారేమో తెలుసుకోవడానికి

IV. పొరుగు ఆస్తిని కూడా బీమా చేయవచ్చునేమో తెలుసుకోవడానికి

ప్రశ్న 10

ఈ క్రింది వాటిలో బీమా ప్రక్రియని బాగా వర్ణించగల ప్రత్యామ్నాయమేది?

I. అనేకమందికి వచ్చే నష్టాలను కొద్దిమందికి పంచడం

II. కొద్దిమందికి వచ్చే నష్టాలను అనేకమందికి పంచడం

III. కొద్దిమందికి వచ్చే నష్టాలను ఒక్కడికే పంచడం

IV. రాయితీ ద్వారా నష్టాలను పంచుకోవడం

స్వీయ పరీక్ష - జవాబులు

జవాబు 1

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **III.**

రిస్కు సమీకరణ ద్వారా రిస్కు బదిలీని బీమా అంటారు.

జవాబు 2

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **II.**

రిస్క్ సంభవించే అవకాశాలను తక్కువ చేయడానికి తీసుకునే చర్యలను నష్ట నివారణ **(loss prevention)** చర్యలని అంటారు.

జవాబు 3

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **IV.**

రిస్కుని బీమా సంస్థకి బదిలీ చేయడం ద్వారా, మనసుని ప్రశాంతంగా ఉంచుకుంటూ, వ్యాపారం కోసం మరింత ప్రభావవంతమైన ప్రణాళికలు వేసుకోవచ్చు.

జవాబు 4

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **II.**

ఆధునిక బీమా వ్యాపారం మూలాలు లాయిడ్స్‌లో కనుగొనబడ్డాయి.

జవాబు 5

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **IV.**

బీమా విషయంలో 'రిస్కు నిలుపుదల' (రిటెన్షన్) అంటే, ఒక వ్యక్తి రిస్కునీ, దాని ప్రభావాల్నీ భరించడానికి నిర్ణయించుకోవడం.

జవాబు 6

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **IV.**

ఆస్తి నష్టం జరిగితే బీమా చెల్లిస్తుంది.

జవాబు 7

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **II.**

ప్రతి ఇంటి యజమాని రు. 200 వంతున సహకారం అందించాల్సి వస్తుంది.

జవాబు 8

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **I.**

'కొద్దిమంది' నష్టాలను 'అనేకమంది' కి పంచే విధానం బీమా.

జవాబు 9

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **I.**

ఒక బీమా సంస్థ రిస్కుని స్వీకరించేముందు రిస్కును అంచనా వేయడానికి రేటింగ్ కట్టాల్సి ఉండడం వల్ల దాని అంచనా కట్టేందుకు ఒక పరిశోధన నిర్వహిస్తుంది.

జవాబు 10

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **II**.

బీమాని కొందరు దురదృష్టవంతులకు సంభవించే నష్టాల్ని, అలాంటి అనిశ్చిత సంఘటనలు/పరిస్థితుల్లో ఉన్న అనేకమంది వ్యక్తులకు పంపిణీ చేసే ఒక ప్రక్రియగా నిర్వచించవచ్చు.

అధ్యాయం 2

వినియోగదారుని సేవలు

అధ్యాయ పరిచయం

వినియోగదారుని సేవలను గురించి ఈ అధ్యాయంలో మీరు నేర్చుకుంటారు. వినియోగదారులకు సేవలందించడంలో ఏజెంట్ల పాత్రను గురించి కూడా మీరు నేర్చుకుంటారు. బీమా పాలసీదారులకు అందుబాటులో ఉన్న పలు సమస్యల పరిష్కార చర్యల గురించి మీరు నేర్చుకుంటారు. ఇంకా వినియోగదారుతో ఎలా మాట్లాడాలో, ఎలా అతనితో సంబంధం ఏర్పరచుకోవాలో కూడా మీరు నేర్చుకుంటారు.

అభ్యసన ఫలితాలు

A. వినియోగదారు సేవలు – సాధారణ భావనలు
B. వినియోగదారుకు మెరుగైన సేవలు అందించడంలో బీమా ఏజెంటు పాత్ర
C. సమస్యల పరిష్కారం
D. సమాచార ప్రక్రియ
E. భాషేతర సమాచారం
F. నైతిక ప్రవర్తన

ఈ అధ్యాయాన్ని అధ్యయనం చేసిన అనంతరం మీరు ఈ దిగువవి చేయగలిగి ఉండాలి:

1. వినియోగదారు సేవల ప్రాధాన్యతను వివరించగలగడం
2. సేవల నాణ్యతను వర్ణించడం
3. బీమా పరిశ్రమలో సేవల ప్రాధాన్యతను పరిశీలించడం
4. మంచి సేవలందించడంలో బీమా ఏజెంటు పాత్రను గురించి చర్చించడం
5. బీమాలో సమస్యల పరిష్కార విధానం పాత్రను సమీక్షించడం
6. సమాచార ప్రక్రియను వివరించడం
7. భాషేతర సమాచారం ప్రాధాన్యతను వివరించడం
8. నైతిక ప్రవర్తనను సిఫార్సు చేయడం

A. వినియోగదారు సేవలు – సాధారణ భావనలు

1. వినియోగదారు సేవలు ఎందుకు?

ఏ వ్యాపారానికైనా జీవికను అందించేది వినియోగదారులే. ఏ వ్యాపారమూ వారిని నిర్లక్ష్యంగా చూడజాలదు. పైగా ఇతర ఉత్పత్తుల విషయంలో కంటే బీమాలో వినియోగదారు సేవలు మరియు సంబంధాలకు చాలా ఎక్కువ ప్రాధాన్యత ఉంటుంది.

ఇతర వాస్తవ సరుకుల కంటే బీమా రంగం చాలా భిన్నమైన సేవ కావడమే ఇందుకు కారణం.

కారు కొనుగోలు కంటే బీమా కొనుగోలు ఎలా భిన్నమైనదో మనమిప్పుడు చూద్దాం.

కారు	కారు బీమా
ఇది కంటికి కన్పించే వస్తువు. దీన్ని చూడవచ్చు. టెస్ట్ డ్రైవ్ చేయవచ్చు. అనుభూతి చెందవచ్చు.	ఇది ఒక ఒప్పందం. భవిష్యత్తులో కారుకు అనుకోని ప్రమాదం వంటిదేమైనా జరిగితే దానివల్ల సంభవించే నష్టం, లేదా డ్యామేజీలకు పరిహారం చెల్లించడం దీని ఉద్దేశం. అలాంటి దురదృష్టకర సంఘటన జరిగేదాకా బీమా లబ్ధిని ఎవరూ చూడలేరు, తాకలేరు, అనుభూతి కూడా చెందలేరు.
కారు కొనుగోలుదారుకు కొనుగోలు సమయంలో కాస్త మంచి అనుభూతి కలగాలనే ఆశ ఉంటుంది. అది వాస్తవికమైనది, దాన్ని అర్థం చేసుకోవడం కూడా సులువు.	బీమా కొనుగోలు తక్షణ ఆనందాన్ని ఆశించి చేసేది కాదు. పైగా ఏమైనా ప్రమాదం జరగవచ్చేమోనన్న భయంతో/ఆందోళనతో చేసేది. బీమా లబ్ధిని అందుకోవాలని ఏ వినియోగదారు కూడా భావించడం జరగదు.
కారును ఫ్యాక్టరీలో తయారు చేసి, షోరూములో ఉంచి విక్రయించి రోడ్డుపై వినియోగిస్తారు. తయారీ, విక్రయం, వాడకమనే మూడు ప్రక్రియలు మూడు భిన్నమైన కాలాలు, స్థలాల్లో చోటుచేసుకుంటాయి.	బీమా విషయంలో మాత్రం దాని ఉత్పత్తి, వాడకం ఏకకాలంలో జరిగిపోవడాన్ని చూడవచ్చు. ఇదే బీమా సేవలన్నింట్లోనూ ఉండే అద్వితీయ లక్షణం.

వినియోగదారు నిజంగా అనుభూతి చెందేది సేవా అనుభూతిని. అది సంతృప్తికరంగా లేకపోతే అసంతృప్తికి దారి తీస్తుంది. ఒకవేళ ఆ సేవ అంచనాలను మించితే వినియోగదారు ఆనందపడతాడు. ప్రతి సంస్థ లక్ష్యం కూడా ఇలా వినియోగదారులను ఆనందపరచడమే.

2. సేవల నాణ్యత

బీమా కంపెనీల సిబ్బంది (అంటే వాటి ఏజెంట్లతో సహా) హెచ్చు నాణ్యతతో కూడిన సేవలు అందించడం ద్వారా వినియోగదారును బాగా సంతోషపెట్టడం బీమా కంపెనీలకు చాలా అవసరం.

కానీ ఈ హెచ్చు నాణ్యతతో కూడిన సేవ అంటే ఏమిటి? దాని లక్షణాలేమిటి?

సేవల నాణ్యతకు చిరపరిచితమైన మోడల్ (**‘‘సెర్వ్ క్వాల్’’**గా పిలుస్తారు) మనకు కొన్ని స్పష్టతలను ఇవ్వగలదు. సేవా నాణ్యతకు సంబంధించిన ఐదు ప్రధాన సూచికల హైలైట్లు:

a) **విశ్వసనీయత**: హామీ ఇచ్చిన సేవలను ఆధారపడగలిగేలా, కచ్చితత్వంతో అందించగల సామర్థ్యం. చాలామంది వినియోగదారులు సేవా నాణ్యతకు సంబంధించిన ఐదు అంశాల్లోనూ విశ్వసనీయతను అతి కీలకమైన అంశంగా భావిస్తారు. విశ్వసనీయత పునాదిపైనే నమ్మకం ఏర్పడుతుంది.

b) **స్పందన**: వినియోగదారులకు సేవలందించేందుకు, వారికి అవసరమైన సేవలను అందించేందుకు వీలుగా తక్షణం స్పందించేందుకు సిబ్బంది సన్నద్ధతను ఇది సూచిస్తుంది. వేగం, కచ్చితత్వం, సేవలు అందిస్తున్న సందర్భంగా దృక్పథం వంటివాటిని బట్టి దీన్ని అంచనా వేయవచ్చు.

c) **హామీ**: సర్వీస్ ప్రొవైడర్ల జ్ఞానం, సామర్థ్యం, సేవల్లో మృదుత్వం మరియు నమ్మకం, విశ్వాసాలను ప్రతిఫలించగలగడం వంటివాటిని సూచిస్తుంది. సిబ్బంది తమ అవసరాలను ఎంత బాగా అర్థం చేసుకున్నారు, ఎంత బాగా వాటిని తీర్చారన్న వాటి ఆధారంగా వినియోగదారు చేసే మదింపు ఆధారంగా దీన్ని లెక్కిస్తారు.

d) **సానుభూతి**: మానవీయ కోణాన్ని బట్టి దీన్ని వర్ణిస్తారు. వినియోగదారు పట్ల చూపే జాగ్రత్త, వ్యక్తిగత స్థాయిలో అందించే సేవల్లో ఇది ప్రతిఫలిస్తుంది.

e) **కన్పించేవి**: వినియోగదారు చూడగల, వినగల, తాకగల భౌతిక పర్యావరణ కారకాలకు ప్రాతినిధ్యం వహిస్తుంది. ఉదాహరణకు బీమా కంపెనీ కార్యాలయానికి వెళ్లినప్పుడు దాని లొకేషన్, లే ఔట్, పరిశుభ్రత, ఎక్కడి వస్తువులు అక్కడ ఉండటం, సిబ్బందిల ప్రొఫెషనలిజం వంటివి వినియోగదారుపై గొప్ప ప్రభావం చూపుతాయి. ఈ భౌతిక అంశాలు చాలా ముఖ్యం. ఎందుకంటే సేవలను అనుభూతి చెందేందుకు ముందే వినియోగదారుపై పడే తొలి, శాశ్వత ప్రభావం ఇదే.

3. వినియోగదారు సేవ మరియు బీమా

బీమా పరిశ్రమలోని ఏ ప్రఖ్యాత అమ్మకాల ఉత్పత్తిదారులనైనా వారు అత్యున్నత స్థానానికి ఎలా చేరారో, అక్కడ ఎలా కొనసాగగలుగుతున్నారో అడగండి. మీకు ఒకే సమాధానం లభించే అవకాశముంది. ప్రస్తుత వినియోగదారుల మద్దతు వల్లే వ్యాపారాన్ని వారు నిర్మించుకుని పెంచుకోగలిగారు.

వారి ఆదాయంలో చాలా భాగం కాంట్రాక్టుల రెన్యువల్ వల్ల వచ్చే కమిషన్ల ద్వారానే సమకూరుతుందని కూడా మీకు అర్థమవుతుంది. కొత్త వినియోగదారులను సంపాదించుకునేందుకు వారి క్లయింట్లు కూడా వనరుగా మారతారు.

వారి విజయ రహస్యమేమిటి?

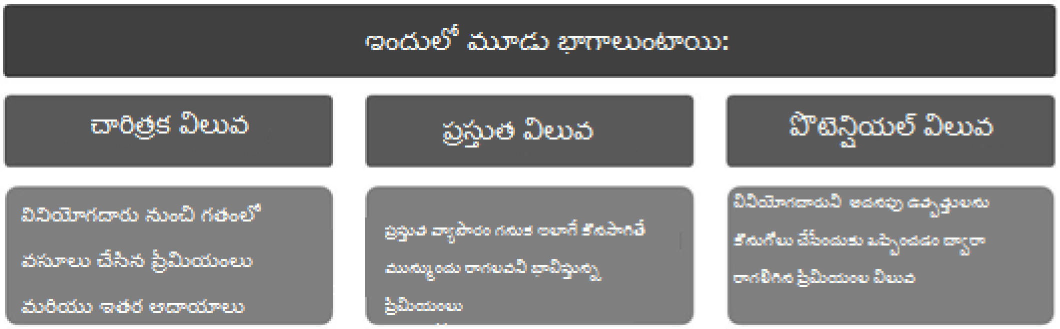
సమాధానం చాలావరకూ ఒకటే. **తమ వినియోగదారులకు సేవలు అందించేందుకు కట్టుబడే తత్వం.**

వినియోగదారును ఆనందంగా ఉంచడం ఏజెంటుకు, కంపెనీకి ఎలా ఉపకరిస్తుంది?

ఈ ప్రశ్నకు సమాధానం చెప్పేందుకు అసలు వినియోగదారు తాలూకు జీవిత కాలపు విలువను ఒకసారి చూస్తే మేలు.

వినియోగదారు జీవితకాలపు విలువను వినియోగదారుతో దీర్ఘకాలంలో మెరుగైన సంబంధాన్ని ఏర్పరచుకోవడం ద్వారా పొందగల ఆర్థిక ప్రయోజనాల మొత్తంగా నిర్వచించవచ్చు.

చిత్రం 1: వినియోగదారు జీవిత కాలపు విలువ



తన వినియోగదారులతో సన్నిహిత సంబంధాలు ఏర్పరచుకుని మెరుగైన సేవలు అందించే ఏజెంటు మంచి గుడ్ విల్ ను, బ్రాండ్ విలువను ఏర్పరచుకుంటాడు. అది వ్యాపార విస్తరణకు ఉపకరిస్తుంది.

మిమ్మల్ని మీరు పరీక్షించుకోండి 1

వినియోగదారు జీవిత కాలపు విలువ అంటే ఏమిటి?

I. వినియోగదారుకు తన జీవిత కాలం మొత్తంలో సేవలు అందించే క్రమంలో ఏర్పడే వ్యయాల మొత్తం
II. కల్పించిన వ్యాపారం ఆధారంగా వినియోగదారుకు ఇచ్చే ర్యాంకు
III. వినియోగదారుతో దీర్ఘకాలిక సంబంధాలు ఏర్పరచుకోవడం ద్వారా సాధించగలిగే ఆర్థిక లాభాలు
IV. వినియోగదారుకు అందించగల గరిష్ట బీమా

B. వినియోగదారుకు గొప్ప సేవలు అందించడంలో బీమా ఏజెంటు పాత్ర

వినియోగదారుకు ఒక ఏజెంటు గొప్ప సేవలు ఎలా అందించగలడో మనమిప్పుడు చూద్దాం. వినియోగదారు సేవల పాత్ర అమ్మకం వద్దే మొదలవుతుంది. అక్కడి నుంచి కాంట్రాక్టు కాలం పొడవునా కొనసాగుతుంది. ఇందులో దిగువ దశలుంటాయి. కాంట్రాక్టు మరియు ప్రతి దశలోనూ పోషించే పాత్రల్లో కొన్ని కీలక దశలను మనం ఇప్పుడు చూద్దాం.

1. అమ్మకపు పాయింట్ – అత్యుత్తమ సలహా

సేవా పాయింట్ నిజానికి అమ్మకపు పాయింటే. జీవితేతర బీమా పాలసీల కొనుగోలులో అతి కీలక అంశాల్లో కొనుగోలు చేయాల్సిన కవరేజీ (సమ్ అష్యూర్డ్) మొత్తాన్ని నిర్ధారించడం కూడా ఒకటి.

కాబట్టి మనసులో ఒక మౌలిక భావనను ఉంచుకోవడం చాలా ముఖ్యం. రిస్కును ఇతరత్రా మేనేజ్ చేయగలిగిన సందర్భాల్లో బీమాను సిఫార్సు చేయకండి. భావిత నష్టం బీమా వ్యయం కంటే చాలా ఎక్కువగా ఉంటుందని బీమాదారు కచ్చితంగా నిర్ధారించుకోగలగడం చాలా ముఖ్యం.
ఒకవేళ ప్రీమియం చెల్లింపులు గనుక ఆ ప్రమాదంలో ఇమిడి ఉన్న నష్టాల కంటే ఎక్కువగా ఉంటే అలాంటి రిస్కును భరించడమే మేలు.

మరోవైపు, ఏదైనా దురదృష్టకర సంఘటన జరిగితే అది ఆర్థిక భారానికి దారి తీసేదైతే గనుక దానికి బీమా చేయించుకోవడమే ఉత్తమం.

బీమా అవసరమా లేదా అన్నది పరిస్థితులపై ఆధారపడుతుంది. ఒకవేళ ఒక ఆస్తికి ఏదైనా ఉత్పాతం వల్ల నష్టం లేదా డ్యామేజీ జరిగే అవకాశం చాలా తక్కువగా ఉంటే దానికి బీమా చేయించుకోవడం కంటే ఆ రిస్కును భరించడమే మేలు. అలాగే సదరు వస్తువు విలువ గొప్పగా లేకపోతే కూడా దానికి బీమా చేయించకపోవడమే మేలు.

ఉదాహరణ

వరద ముంపు చాలా ఎక్కువగా ఉండే ప్రాంతంలో నివసించే వారు వరదల బారి నుంచి కవరేజీ తీసుకోవడం ఉపయుక్తంగా ఉంటుంది.

మరోవైపు అలాంటి రిస్కు అత్యంత తక్కువగా ఉండే ప్రాంతంలో ఉండే యజమానికి అలాంటి బీమా పెద్దగా అవసరం కాకపోవచ్చు.

భారత్ లో థర్డ్ పార్టీకి మోటారు వాహన బీమా చట్ట ప్రకారం తప్పనిసరి. కాబట్టి అసలు ఈ బీమా అవసరమా, కాదా అన్న చర్చే అసంబద్ధం.

ఎవరైనా వాహనాన్ని కొనుగోలు చేసే పక్షంలో, దాన్ని రోడ్డుపై నడపాలంటే థర్డ్ పార్టీకి బీమా తీసుకోవడం తప్పనిసరి. అదే సమయంలో కారుకు ప్రమాదం జరగడం వల్ల కలిగే సొంత నష్టానికి కవరేజీ తప్పనిసరి కాకపోయినా దాన్ని కూడా తీసుకోవడం చాలా ఉత్తమం.

జరిగే నష్టంలో కొంత భాగాన్ని వాహన యజమానే భరించే పక్షంలో తగ్గింపు బీమాను తీసుకోవడం అతనికి, అంటే బీమాదారుకు ఆర్థికంగా వెసులుబాటుగా ఉంటుంది. కార్పొరేట్ వినియోగదారుకయితే భిన్న ప్రయోజనాలు

ఉండవచ్చు. ఫ్యాక్టరీ కవరేజీ నుంచి మొదలుకని సిబ్బంది, కార్లు, లయబిలిటీ ఎక్స్ పోజర్ వంటివెన్నో అందులో ఉంటాయి. అందుకే తీసుకోవాల్సిన పాలసీల విషయంలో వారికి సరైన సలహా అవసరం.

చాలా జీవితేతర పాలసీలు స్థూలంగా రెండు విభాగాల కిందికి వస్తాయి:

- ✓ నేమ్డ్ పెరిల్ పాలసీలు
- ✓ అన్ని రిస్కుల పాలసీలు

వీటిలో రెండోవి చాలా ఖరీదైనవి. ఎందుకంటే అవి అన్ని రకాలైన నష్టాలనూ కవర్ చేస్తాయి. ముఖ్యంగా పాలసీలో మినహాయించని వాటిని. కాబట్టి రాగల చాలా ప్రమాదాలను కవర్ చేయగల నేమ్డ్ పెరిల్ పాలసీలను తీసుకోవడమే ఎక్కువ లాభదాయకం కాగలదు. దానిద్వారా ప్రీమియంలను ఆదా చేసుకోవచ్చు. దాంతోపాటు బీమాదారుకు అవసరాధారిత కవర్ కూడా అందుతుంది.

బీమాదారుకు అత్యుత్తమ సేవలు అందించినప్పుడే ఏజెంటు నిజంగా కమీషన్ ఆర్జించడం మొదలు పెడుతుంది. అందుకే రిస్కును తగ్గించుకోవడానికి ప్రమాణ పద్ధతిగా బీమా అందుబాటులో ఉంటుంది. కాకపోతే రిస్కును తగ్గించుకోవడం, లేదా నష్టాన్ని నివారించుకోవడం వంటి బీమా వ్యయాన్ని తగ్గించుకోగల ఇతరత్రా సదుపాయాలు కూడా ఎన్నో అందుబాటులో ఉన్నాయి. ఈ విషయాన్ని ఏజెంటు కూడా నిత్యం మనసులో ఉంచుకోవడం అవసరం.

ఉదాహరణకు బీమాదారు దృక్కోణం నుంచి చూస్తే దీనికి సంబంధించి తలెత్తగల కొన్ని ప్రశ్నలు:

- ✓ తగ్గింపులను పరిగణనలోకి తీసుకోగలిగితే ప్రీమియంను ఎంతవరకు తగ్గించుకోవచ్చు?
- ✓ ప్రీమియంలను తగ్గించుకోగలిగితే ఎంతమేరకు నష్ట నివారణ జరగవచ్చు?

ఒక జీవితేతర బీమా సంస్థ సేల్స్ పర్సన్ గా వినియోగదారు వద్దకు వెళ్లేటప్పుడు అతని విషయంలో తన పాత్ర ఏమిటన్న దానిపై ఆమె కొన్ని ప్రశ్నలు వేసుకోవాలి. అక్కడికి తాను కేవలం అమ్మకాన్ని పూర్తి చేసేందుకు మాత్రమే వెళ్తోందా, లేదా కాగల బీమాదారుకు సాయపడి, రిస్కులను మెరుగ్గా నిర్వహించుకోవడంలో అతనికి సాయపడే కోచ్ మరియు భాగస్వామిగానా?

వినియోగదారు కోణం భిన్నంగా ఉంటుంది. వెచ్చించిన ప్రతి రూపాయికీ గరిష్ట మొత్తంలో బీమా పొందాలన్న యావ అతనిలో ఎక్కువగా ఉండదు. కానీ రిస్కును హాండిల్ చేసే వ్యయాన్ని తగ్గించుకోవాలనే ఎక్కువగా అతను ఆశిస్తాడు. కాబట్టి వినియోగదారు సమస్యంతా అతను స్వయంగా నిభాయించుకోలేని, విధిగా బీమా అవసరమయ్యే రిస్కులను గుర్తించడమే.

మరోలా చెప్పాలంటే బీమా ఏజెంటు పాత్ర కేవలం సేల్స్ పర్సన్ కంటే ఎక్కువగా ఉంటుంది. ఆమె రిస్కు మదింపుదారు, అండర్‌రైటర్ , రిస్క్ నిర్వహణ కౌన్సెలర్, అవసరానికి తగిన పరిష్కారాలను సూచించే డిజైనర్ మరియు బీమాదారుతో సంబంధాలను పెంపొందించుకునే మెరుగైన వ్యక్తి వంటి అన్ని పాత్రల మేలుకలయికగా ఉండాల్సిన అవసరం చాలా ఉంటుంది.

2. ప్రపోజల్ దశ

బీమా కోసం ప్రపోజల్ ను నింపడంలో వినియోగదారుకు ఏజెంటు సహకరించాల్సి ఉంటుంది. అందులో పేర్కొన్న అన్ని అంశాలకూ బీమాదారే బాధ్యత వహించాల్సి ఉంటుంది. ప్రపోజల్ ఫారం తాలూకు వివరాలను గురించి అధ్యాయం 5లో సవివరంగా చర్చించడం జరిగింది.

ప్రపోజల్ ఫారంలోని ప్రతి ప్రశ్నకూ పూర్తిస్థాయిలో సమాధానాలు నింపడం చాలా అవసరమని ప్రతిపాదనదారుకు ఏజెంటు చక్కగా వివరించడం చాలా చాలా కీలకాంశం. లేదంటే క్లెయిం ఏమైనా తలెత్తే సందర్భంలో ప్రపోజల్ ఫారంలో సరైన, సంపూర్ణ సమాచారం ఇవ్వకపోయిన పక్షంలో అది వినియోగదారు క్లెయింను ప్రమాదంలో పడేయగలదు.

కొన్నిసార్లు పాలసీని పూర్తి చేయడానికి మరింత అదనపు సమాచారం కూడా అవసరం కావచ్చు. అలంటప్పుడు ఆ విషయాన్ని వినియోగదారుకు నేరుగా గానీ, లేదా ఏజెంటు/సలహాదారు ద్వారా గానీ బీమా కంపెనీ వివరించవచ్చు. ఎలా చెప్పినా కూడా, అవసరమైన అన్ని అంశాలనూ పూర్తి చేయడం వినియోగదారుకు చాలా అవసరం.

3. అంగీకార దశ

a) కవర్ నోట్

కవర్ నోట్ గురించి అధ్యాయం "5"లో పూర్తిగా వివరించడం జరిగింది. అవసరమైన ప్రతిసారీ బీమాదారుకు కవర్ నోట్ ను బీమా కంపెనీ విధిగా జారీ చేసేలా చూసే బాధ్యత ఏజెంటుదే. ఈ విషయంలో పక్కాగా ఉండటం బీమాదారు ప్రయోజనాలు బీమా కంపెనీ మరియు ఏజెంటు చేతుల్లో సురక్షితంగా ఉన్నాయని చెప్పడమే.

b) పాలసీ డాక్యుమెంట్ జారీ

పాలసీ జారీ అనేది వినియోగదారుతో మెరుగైన సంబంధాలను ఏర్పరచుకోవడానికి ఏజెంటుకు మరో పెద్ద అవకాశం. ఒకవేళ కంపెనీ నిబంధనలు గనక అనుమతిస్తే పాలసీ పత్రాన్ని వ్యక్తిగతంగా బీమాదారుకు అందజేయాల్సి ఉంటుంది. అయితే దాన్ని సేకరించి, వినియోగదారుకు అందజేయడం మంచి ఉపాయం.

పాలసీని నేరుగా పోస్టు ద్వారా పంపుతుంటే గనక పాలసీ డాక్యుమెంట్ ను పంపగానే ఎవరైనా ఒకరు వినియోగదారును సంప్రదించడం తప్పనిసరి. వినియోగదారుకు అందిన పత్రంలో ఏమైనా అస్పష్టత ఉంటే దాన్ని గురించి అతనికి వివరించేందుకు ఇది ఒక అవకాశం. పలు రకాలైన పాలసీ సదుపాయాలను గురించి వివరించేందుకు కూడా ఇది సరైన సందర్భం. మరియు వినియోగదారు ఉపయోగించుకోగల పాలసీదారు హక్కులు మరియు సదుపాయాలను గురించి కూడా వివరించవచ్చు. అమ్మకానికి మించిన సేవలను అందజేస్తామని వినియోగదారుకు బీమా కంపెనీ ఇలాంటి తన చర్యల తెలియజేసినట్టు అవుతుంది.

వినియోగదారుకు అన్ని రకాలుగా సేవలందిస్తానని వాగ్దానం చేయడంతో పాటు పూర్తి మద్దతు అందజేయడానికి ఇది ఒక సందర్భం.

ఏజెంటు సేవల ద్వారా లబ్ధి పొందగల ఇతర వ్యక్తుల పేర్లను గురించి వాకబు చేయడం తర్వాతి తర్కబద్ధమైన దశ అన్పించుకుంటుంది. ఒకవేళ క్లయింటు గనుక తనంత తానుగా ఈ వ్యక్తులను కలుసుకుని, ఏజెంటును వారికి పరిచయడం చేయగలిగితే వ్యాపారంలో దీన్ని ఒక గొప్ప ముందడుగుగా భావించాలి.

c) పాలసీ రెన్యువల్

జీవితేతర పాలసీలను ఏటా రెన్యువల్ చేయించుకోవాల్సి ఉంటుంది. అదే కంపెనీలో కొనసాగడమా, లేదా కంపెనీ మారడమా అన్నది నిర్ణయించుకోగల సౌలభ్యం ప్రతి రెన్యువల్ సమయంలోనూ వినియోగదారుకు ఉంటుంది. ఏజెంటు మరియు బీమా కంపెనీ బీమాదారు మనసులో తమ పట్ల ఏర్పాటు చేసుకున్న గుడ్‌విల్

కు మరియు నమ్మకానికి ఇది కీలక పరీక్ష అని చెప్పవచ్చు. బీమాదారు తీసుకున్న పాలసీ గడువు ఫలానా తేదీన ముగియనుందని, రెన్యువల్ చేయించుకోవాలని అతనికి గుర్తు చేయాల్సిన చట్టపరమైన బాధ్యతేమీ బీమా కంపెనీకి లేకున్నా... మర్యాద కోసం అలా గుర్తు చేయడం ఆరోగ్యకరమైన వ్యాపార పద్ధతిగా పరిగణన పొందుతోంది. ఇందులో భాగంగా ఎక్స్ పైరీ తేదీకి నెల ముందుగా **"రెన్యువల్ నోటీసు"**ను బీమా కంపెనీ జారీ చేస్తుంది. కాబట్టి రెన్యువల్ తేదీకి చాలా ముందుగానే బీమాదారు వద్దకు ఏజెంటు వెళ్లడం, రెన్యువల్ సమీపిస్తోందని చెప్పడం చాలా అవసరం. తద్వారా అందుకనుగుణంగా బీమాదారు చర్యలు తీసుకుంటాడు.

క్లయింటును ఏజెంటు అప్పుడప్పుడు కలుస్తూ ఉండటం వల్ల పరస్పరం సబంధాలు బలోపేతం అవుతూ ఉంటాయి. పండుగలు, బీమాదారు కుటుంబంలో ఏవైనా శుభకార్యాలున్నప్పుడు ఏజెంటు శుభాకాంక్షలు తెలుపుతూ ఉండటం మేలు. అలాగే కష్టకాలం, ఇబ్బందులు ఉన్నప్పుడు ఆదుకుంటూ కూడా ఉండాలి.

4. క్లెయిం దశ

క్లెయిం పరిష్కార సమయంలో ఏజెంటు పోషించాల్సిన పాత్ర చాలా కీలకమైనది. క్లెయిముకు కారణమైన ఘటన గురించి తక్షణం బీమా కంపెనీకి తెలియజేయడం మరియు ఆ సందర్భంగా పాటించాల్సిన అన్ని నిబంధనలు, పద్దతులనూ వినియోగదారు పాటించేలా చూడటం ఏజెంటు విధి.దాంతోపాటు నష్టాన్ని మదింపు చేసేందుకు పరిశోధనలు ఏమైనా అవసరమయ్యే పక్షంలో వాటికి ఏజెంటు సహకరించాలి కూడా.

మిమ్మల్ని మీరు పరీక్షించుకోండి 2

బీమా అవసరమా, కాదా అన్న చర్చకు తావే లేని సందర్భాన్ని గుర్తించండి.

I. ఆస్తి బీమా
II. వ్యాపార బాధ్యత బీమా
III. థర్డ్ పార్టీ లయబిలిటీకి మోటారు బీమా
IV. అగ్నిప్రమాద బీమా

C. ఫిర్యాదుల పరిష్కారం

1. సమీక్ష

వినియోగదారుకు ఏమైనా ఫిర్యాదులున్నప్పుడు వాటిని పరిష్కరించాల్సిన సమయమే అత్యంత హెచ్చు ప్రాధాన్యమున్న వేళ. ఫిర్యాదులుంటే వాటిని పరిష్కరించగల సేవల్లో వైఫల్యం (బీమా కంపెనీ రికార్డులను సరిచేయడంలో ఆలస్యం మొదలుకుని క్లెయిమును వీలైనంత త్వరగా పరిష్కరించకపోవడం దాకా ఏదైనా కావచ్చు) వినియోగదారుకు ఆగ్రహం తెప్పిస్తుంది. ఇది కథలో ఒక భాగం మాత్రమే.

పైగా అలాంటి వైఫల్యానికి ఇచ్చే వ్యాఖ్యానాల ద్వారా వినియోగదారులు మరింతగా ఆగ్రహోదగ్రులవుతారు. సేవా వైఫల్యం ఫలితంగా తలెత్తగల భావోద్వేగాలు, తత్సంబంధిత ఉద్వేగాలు రెండు రకాలుగా ఉంటాయి:

- ✓ తొలుత ఇక్కడ సజావుగా లేరన్న భావన తలెత్తుతుంది. తాము మోసపోయామన్న భావన కూడా వస్తుంది
- ✓ రెండో ఫీలింగ్ ఏమిటంటే అహం దెబ్బ తినడం. తమను న్యూనత పరిచారని భావించడం

వినియోగదారు సంబంధంలో ఫిర్యాదు అనేది చాలా కీలకమైన **"సత్యశోధన సమయం"**; ఈ విషయంలో బీమా కంపెనీ సజావుగా వ్యవహరించగలిగితే గనుక నిజానికి ఇది వారికి ఒక అవకాశం. దీనిద్వారా వినియోగదారు నమ్మకాన్ని మరింతగా మెరుగు పరుచుకోవచ్చు. ఈ విషయంలో మానవీయ స్పర్శ చాలా ముఖ్యం. తాను చాలా విలువైన వాడని వినియోగదారులు భావించుకునేలా ఇలాంటి సందర్భాల్లో బీమా కంపెనీ ప్రవర్తన ఉండాలి.

మీరు గనక ప్రొఫెషనల్ బీమా సలహాదారు అయితే ఇలాంటి ఉదంతం అసలు తలెత్తకుండా ముందుగానే జాగ్రత్త పడతారు. ఒకవేళ అలాంటిదేమైనా తలెత్తితే ఈ విషయాన్ని కంపెనీలోని సంబంధిత అధికారి దృష్టికి తీసుకెళ్తారు. **గుర్తుంచుకోండి. కంపెనీలోని మరే ఇతర వ్యక్తులకూ క్లయింటు సమస్యల విషయంలో మీకున్నంత యాజమాన్యం ఉండదు!**

ఫిర్యాదులు/ఇబ్బందులనేవి నిజానికి వినియోగదారు ప్రయోజనాలకు మీరు ఎంతగా విలువ ఇస్తారో చూపించుకునేందుకు మీకు ఒక చక్కని అవకాశం. ఏజెంటు గుడ్ విల్ మరియు మెరుగైన వ్యాపారాన్ని పెంపొందించుకునేందుకు ఈ ఫిర్యాదులు/ఇబ్బందులు నిజానికి గట్టి పునాదుల వంటివి. ప్రతి పాలసీ పత్రం చివరా ఫిర్యాదుల పరిష్కారానికి చేపట్టాల్సిన చర్యలను గురించి సవివరమైన వివరణ ఉంటుంది. డాక్యుమెంట్ సదుపాయాలను గురించి వినియోగదారులకు వివరిస్తున్నప్పుడే ఈ విషయాన్ని వారి దృష్టికి తీసుకెళ్లాల్సి ఉంటుంది.

మౌఖిక ప్రచారం (మంచైనా/చెడైనా) విక్రయాల్లోనూ, సేవలు అందించడంలోనూ చాలా కీలక పాత్ర పోషిస్తుంది. మంచి సేవలు అందించగలిగితే వాటిని పొందిన వారు దాని గురించి కనీసం మరో 5 గురికి చెబుతారు. అదే సేవా వైఫల్యం తలెత్తితే మాత్రం దాని గురించి కనీసం మరో 20 మందికి చెబుతారు!

2. సమీకృత ఫిర్యాదుల నిర్వహణ వ్యవస్థ (ఐజీఎంఎస్)

ఈ సమీకృత ఫిర్యాదుల నిర్వహణ వ్యవస్థ (ఐజీఎంఎస్)ను ఐఆర్డీఏ తెరపైకి తెచ్చింది. బీమా ఫిర్యాదుల గణాంకాలను పొందుపరిచి, బీమా పరిశ్రమలో వాటి పరిష్కార తీరుతెన్నులను ఎప్పటికప్పుడు నిశితంగా గమనించే కేంద్రీకృత వ్యవస్థ ఇది.

పాలసీదారులు ఈ వ్యవస్థలో నమోదు చేసుకోవచ్చు. అందుకోసం తమ పాలసీ వివరాలను పొందుపరిచి, తమ ఫిర్యాదులను నమోదు చేయాలి. ఆ తర్వాత ఫిర్యాదులను సంబంధిత బీమా కంపెనీకి పంపడం జరుగుతుంది. ఈ ఫిర్యాదులను, వాటి పరిష్కారానికి పట్టే సమయాన్ని ఐజీఎంఎస్ పరిశీలిస్తూ ఉంటుంది. ఈ ఫిర్యాదులను ఈ దిగువ చిరునామాలో నమోదు చేయవచ్చు:
http://www.policyholder.gov.in/Integrated_Grievance_Management.aspx

3. వినియోగదారు పరిరక్షణ చట్టం, 1986

ఈ చట్టాన్ని *"వినియోగదారుల ప్రయోజనాలకు మెరుగైన భద్రత కల్పించేందుకు మరియు వినియోగదారుల వివాదాల పరిష్కారానికి వినియోగదారుల కౌన్సిళ్లు మరియు ఇతర సంస్థలను ఏర్పాటు చేసేందుకు కావాల్సిన సదుపాయాలు కల్పించేందుకు"* అమల్లోకి తీసుకురావడం జరిగింది. ఈ చట్టాన్ని వినియోగదారు పరిరక్షణ చట్టం, **2002**తో సవరించారు.

a) ఈ చట్టం పరిధిలో నిర్వచనాలు

ఈ చట్టంలో పొందుపరిచిన కొన్ని **నిర్వచనాలు** ఇలా ఉన్నాయి:

నిర్వచనం

"సేవ" అంటే వాడకందారులకు అందుబాటులో ఉన్న ఏ వర్ణన అయినా. మరియు బ్యాంకింగ్, ఫైనాన్సింగ్, రవాణా, బీమా, ప్రాసెసింగ్, విద్యుత్ లేదా ఇతరత్రా ఇంధన సరఫరా, బోర్డింగ్, లేదా లాడ్జింగ్, లేదా రెండూ, ఇంటి నిర్మాణం, వినోదం, అమ్యూజ్ మెంట్, వార్తా, ఇతర సమాచార సర్వే వంటి వర్ణన. కానీ చార్జీలు తీసుకోకుండా ఉచితంగా చేసే సేవలు మరియు వ్యక్తిగత సేవా కాంట్రాక్టులో లేని అంశాలు దీని పరిధిలోకి రావు.

బీమాను సేవగా ఇందులో పొందుపరచడం జరిగింది

"వినియోగదారు" అంటే ఈ దిగువ పేర్కొన్న ఏ వ్యక్తి అయినా:

i. ఏదైనా ప్రతిఫలం చెల్లించి వస్తువులను కొనుగోలు చేసినా. అలాంటి వస్తువుల వాడకందారు కూడా. కానీ అలాంటి వస్తువులను రీ సేల్ ద్వారా గానీ, మరే ఇతర వాణిజ్య అవసరం కోసం గానీ సేకరించిన వ్యక్తి ఈ పరిధిలోకి రాడు. లేదా
ii. ఇలాంటి సేవలను అద్దెకు తీసుకున్నా, లేదా ఏదైనా ప్రతిఫలానికి బదులుగా అలాంటి సేవలను పొందినా.

"లోపం" అంటే ఏదైనా లోపం, అసంపూర్ణత, లోపం, నాణ్యతలో లోపం, చట్టపరంగా గానీ, ఇతరత్రా గానీ నిర్వహించాల్సినంత నాణ్యతను నిర్వహించపోవడం వంటివి దీని పరిధిలోకి వస్తాయి.

"ఫిర్యాదు" అంటే లిఖితపూర్వకంగా ఈ దిగువ అంశాలతో చేసిన ఆరోపణ:

i. అసమంజసమైన వ్యాపార పద్ధతి, లేదా నిషిద్ధ వర్తక పద్ధతిని అనుసరిస్తే
ii. అతను కొనుగోలు చేసిన సరుకులు ఒకటి గానీ, అంతకంటే ఎక్కువ గానీ లోపాల పాలైతే
iii. అతను అద్దెకు తీసుకున్న, లేదా పొందిన సేవల్లో ఏ రకమైన లోపాలు గానీ తలెత్తితే
iv. వసూలు చేసిన ధర చట్టపరంగా ఖాయం చేసిన దానికంటే, లేదా ప్యాకేజీ పై ఉన్నదాని కంటే ఎక్కువగా ఉంటే

ప్రాణానికి, భద్రతకు హానికరమైన వస్తువులను చట్టపరమైన నిబంధనలకు విరుద్ధంగా అమ్మజూపితే, అందులో కలిపిన వాటి గురించి, వాటిని వాడాల్సిన పద్ధతులు, వాటి ప్రభావాన్ని గురించి బహిరంగంగా ఉంచాల్సినంతగా సమాచారాన్ని ఉంచకపోతే

"వినియోగదారుని వివాదం" అంటే ఫిర్యాదుకు గురైన వ్యక్తి తనపై చేసిన ఆరోపణలను కొట్టిపారేయడం, వాటిని సవాలు చేయడం వంటివి జరగడం.

---

b) వినియోగదారుని వివాదాల పరిష్కార సంస్థలు

వినియోగదారుని వివాదాల పరిష్కార సంస్థలను ప్రతి జిల్లా, రాష్ట్ర మరియు జాతీయ స్థాయిలో ఏర్పాటు చేస్తారు.

i. **జిల్లా ఫోరం**: రూ.20 లక్షల దాకా విలువైన వస్తువులు, లేదా సేవలకు సంబంధించిన ఫిర్యాదులను స్వీకరించే అధికారం, పరిధి ఈ ఫోరానికి ఉంటాయి. తన ఆదేశాల అమలు కోసం ఉత్తర్వులు/డిక్రీలను సంబంధిత సివిల్ కోర్టుకు పంపే అధికారం జిల్లా ఫోరానికి ఉంటుంది.

ii. **రాష్ట్ర కమీషన్** : దీనికి సిసలైన, అపిలెట్, పర్యవేక్షణ పరిధి ఉంటుంది. జిల్లా ఫోరం నుంచి అపీళ్లను కూడా ఇది స్వీకరిస్తుంది. రూ.20 లక్షలకు మించిన, రూ.100 లక్షల లోపు విలువైన వస్తువులు, లేదా సేవలు, పరిహారాలకు సంబంధించిన ఫిర్యాదులను, క్లెయిములను స్వీకరించే అధికారం, పరిధి ఈ ఫోరానికి ఉంటాయి. ఇతర అధికారాలు తదితరాలు జిల్లా ఫోరాన్ని పోలి ఉంటాయి.

iii. **జాతీయ కమీషన్** : ఈ చట్టం కింద ఏర్పాటు చేసిన అత్యున్నత సంస్థ జాతీయ కమీషన్. దీనికి సిసలైన, అపిలెట్ మరియు పర్యవేక్షణ అధికారాలుంటాయి. రాష్ట్ర కమీషన్ ఇచ్చిన తీర్పులపై అపీళ్లను ఇది ఆలకిస్తుంది. అంతేగాక రూ.100 లక్షలను మించిన వస్తువులు/సేవల వివాదాలకు సంబంధించిన క్లెయిములను విచారణకు స్వీకరిస్తుంది. రాష్ట్ర కమీషన్‌పై దీనికి పర్యవేక్షణ పరిధి ఉంటుంది.

ఈ మూడు సంస్థలకూ సివిల్ కోర్టు అధికారాలుంటాయి.

c) ఫిర్యాదు దాఖలు పద్ధతి

పైన పేర్కొన్న ఈ మూడు పరిష్కార సంస్థలకూ ఫిర్యాదు దాఖలు పద్ధతి చాలా సులువుగా ఉంటుంది. ఇందుకు గానీ, అపీలు దాఖలుకు గానీ ఎలాంటి ఫీజు కట్టాల్సిన పని లేదు. అది రాష్ట్ర కమీషన్ అయినా, జాతీయ కమీషన్ అయినా సరే.

ఫిర్యాదులను ఫిర్యాదుదారు స్వయంగా గానీ, లేదా తన అధీకృత ఏజెంటు ద్వారా గానీ దాఖలు చేయవచ్చు. వాటిని వ్యక్తిగతంగా వెళ్లి గానీ, లేదా పోస్టు ద్వారా గానీ దాఖలు చేయవచ్చు. ఈ ఫిర్యాదుల దాఖలుకు లాయర్ వంటివారి అవసరమేమీ ఉండదు.

d) వినియోగదారుల ఫోరం ఉత్తర్వులు

ఫిర్యాదు చేసిన వస్తువుల్లో ఫిర్యాదులో పేర్కొన్న లోపాలున్నాయని గానీ, సేవలను గురించి ఫిర్యాదులో చేసిన ఆరోపణలు రుజువయ్యాయని గానీ ఫోరం గనుక సంతృప్తి చెందితే అవతలి పక్షాన్ని ఈ దిగువ వాటిలో ఏదో ఒకటి గానీ, ఒకటి కంటే ఎక్కువ గానీ చేయాల్సిందిగా ఆదేశాలు జారీ చేయవచ్చు.

i. ఫిర్యాదుదారుకు ధరను తిరిగివ్వడం, (లేదా బీమా అయితే ప్రీమియంను), ఫిర్యాదుదారు చెల్లించిన చార్జీలను తిరిగివ్వడం
ii. అవతలి పక్షం నిర్లక్ష్యం వల్ల ఫిర్యాదుదారుకు కలిగిన నష్టం, లేదా గాయానికి పరిహారంగా కొంత మొత్తాన్ని చెల్లించడం
iii. ఫిర్యాదు చేసిన సేవల్లోని లోపాలను తొలగించడం
iv. అసమంజసమైన, లేదా నిషిద్ధ వ్యాపార ధోరణులను ఆపేయడం, లేదా పునరావృతం చేయకపోవడం
v. సరిపోయే ఖర్చులను చెల్లించడం

e) వినియోగదారు వివాదాల్లో రకాలు

ఈ మూడు ఫోరాల ముందుకు వచ్చే వినియోగదారు వివాదాల్లో బీమా వ్యాపారం విషయంలో చాలావరకు ఈ దిగువన పేర్కొన్న ప్రధాన విభాగాల పరిధిలోకి వస్తాయి:

i. క్లెయిం పరిష్కారాల్లో ఆలస్యం
ii. క్లెయింలను పరిస్కరించకపోవడం
iii. క్లెయింల తిరస్కరణ
iv. నష్ట తీవ్రత
v. పాలసీ నియమ నిబంధనలు తదితరాలు

4. **బీమా** అంబుడ్స్‌మన్

బీమా చట్టం, 1938 కింద పౌరుల ఫిర్యాదుల పరిష్కార నిబంధనలు, 1998 నవంబర్ 11న జారీ చేసిన రాజపత్రంలో **1998లో** కేంద్రం పేర్కొంది. ఈ నిబంధనలు జీవిత, జీవితేతర బీమాలన్నింటికీ, అన్ని వ్యక్తిగత బీమాలకు, అంటే వ్యక్తిగత హోదాలో తీసుకున్న బీమాలకు వర్తిస్తాయి.

బీమా కంపెనీల విషయంలో క్లెయిం పరిష్కారానికి సంబంధించిన ఫిర్యాదుల పరిష్కారం అంశాలను తక్కువ ఖర్చులో, సమర్థంగా, నిష్పాక్షిక పద్ధతిలో జరిగేలా చూడటం వీటి లక్ష్యం.

బీమాదారు మరియు బీమా కంపెనీల పరస్పర అంగీకారంతో పైన పేర్కొన్న నిబంధనల పరిధిలో మధ్యవర్తిగా మరియు కౌన్సెలర్ గా అంబుడ్స్‌మన్ వ్యవహరిస్తారు.

ఫిర్యాదులను అంగీకరించాలా, తిరస్కరించాలా అనే విషయంలో అంబుడ్స్‌మన్ **నిర్ణయమే అంతిమం.**

a) అంబుడ్స్‌మన్ కు ఫిర్యాదు

అంబుడ్స్‌మన్కు చేసే ఏ ఫిర్యాదు అయినా లిఖితపూర్వకంగా, బీమాదారు సంతకంతో గానీ, అతని చట్టపరమైన వారసుల సంతకంతో గానీ, అంబుడ్స్‌మన్ కు అతని పరిధికి లోబడి ఉండాలి. బీమా కంపెనీ

శాఖ/కార్యాలయం కూడా ఆ పరిధిలో ఉండాలి. ఫిర్యాదుతో పాటు దాన్ని బలపరిచే అన్ని పత్రాలు ఉండాలి. నష్టం స్వభావం, తీవ్రత మరియు కోరుతున్న పరిహారం వంటివన్నీ ఉండాలి.

ఈ దిగువ సందర్భాల్లో అంబుడ్స్‌మన్కు ఫిర్యాదులు చేయవచ్చు:

i. ఫిర్యాదుదారు గతంలోనే బీమా కంపెనీకి లిఖితపూర్వకంగా పిర్యాదు చేసి, మరియు ఆ కంపెనీ:

- ✓ ఫిర్యాదును తిరస్కరించినా, లేదా
- ✓ నెల లోపు ఆ ఫిర్యాదుకు ఎలాంటి బదులూ ఇవ్వకపోయినా
- ✓ బీమా కంపెనీ నుంచి వచ్చిన సమాధానంతో ఫిర్యాదుదారు సంతృప్తి చెందకపోయినా

ii. బీమా కంపెనీ తిరస్కరించిన నాటి నుంచి ఏడాది లోపల ఫిర్యాదు జరిగి ఉండాలి

iii. ఫిర్యాదు ఏ కోర్టులోనూ, ఇంకేదైనా మధ్యవర్తి విభాగంలోనూ పెండింగ్ లో ఉండరాదు.

b) అంబుడ్స్‌మన్ సిఫార్సులు

అంబుడ్స్‌మన్ అనుసరించాల్సిన కొన్ని విధులు/ప్రొటోకాల్స్ ఇలా ఉంటాయి:

i. ఫిర్యాదు అందిన నెల రోజుల లోపలు సిఫార్సులు చేయాలి
ii. ప్రతులను ఫిర్యాదుదారుతో పాటు బీమా కంపెనీకి కూడా పంపాలి
iii. సిఫార్సులను వాటిని చేసిన 15 రోజుల్లోగా అంగీకరించాలి
iv. బీమాదారు తాలూకు అంగీకార లేఖ తాలూకు ప్రతిని బీమా కంపెనీకి పంపాలి. దాన్ని స్వీకరించిన 15 రోజుల్లోపల ఆ మేరకు లిఖితపూర్వక ధ్రువీకరణ ఇవ్వాలి.

వివాదం మధ్యవర్తిత్వం ద్వారా పరిష్కారం కాకపోతే అంబుడ్స్‌మన్ తాను సమంజసమని భావించిన మొత్తాన్ని బీమాదారుకు పరిహారంగా ప్రకటిస్తాడు. అయితే అది అతను పొందిన నష్టాన్ని భర్తీ చేయడానికి అవసరమైన దానికంటే ఎక్కువగా మాత్రం ఉండదు.

c) అంబుడ్స్‌మన్ అవార్డులు

అంబుడ్స్‌మన్ అవార్డులను దిగువ నిబంధనలు పర్యవేక్షిస్తాయి:

i. అవార్డు రూ.20 లక్షలకు మించి ఉండరాదు (ఎక్స్‌గ్రేషియా చెల్లింపులు మరియు ఇతర ఖర్చులతో కలిపి)
ii. అవార్డును ఫిర్యాదు స్వీకరణ జరిగిన 3 నెలల లోపల ప్రకటించాలి. తుది, సంపూర్ణ పరిష్కారంగా అలా అవార్డును అందుకున్నట్టుగా నెల రోజుల్లోపల ఫిర్యాదుదారు లిఖితపూర్వకంగా అంగీకరించాలి.
iii. బీమా కంపెనీ కూడా సదరు అవార్డును అంగీకరించాలి. అంగీకార లేఖ అందుకున్న 15 రోజుల్లోపల ఆ మేరకు అంబుడ్స్‌మన్ తో లిఖితపూర్వకంగా పేర్కొనాలి.
iv. ఒకవేళ బీమాదారు గనుక సదరు అవార్డును అంగీకరిస్తున్నట్టుగా లిఖితపూర్వకంగా పేర్కొనకపోతే బీమా కంపెనీ ఆ అవార్డును అమలు చేయకపోవచ్చు.

మిమ్మల్ని మీరు పరీక్షించుకోండి 3

వినియోగదారు పరిరక్షణ చట్టం, 1986 ప్రకారం ఎవరిని వినియోగదారుగా పేర్కొనలేరు?

I. సరుకులు/సేవలను వ్యక్తిగత వాడకం కోసం అద్దెకు తీసుకున్న వారిని
II. తిరిగి విక్రయించే ఉద్దేశంతో సరుకులను కొనే వ్యక్తిని
III. సరుకులను మరియు సేవలను కొంత ప్రతిఫలానికి బదులుగా కొనుగోలు చేసి, వాటిని వాడే వారిని
IV. ప్రతిఫలం లేకుండా సేవలను వాడేవారిని

D. సమాచార ప్రక్రియ

వినియోగదారు సేవల్లో సమాచార నైపుణ్యాలు

పని ప్రదేశంలో ప్రభావవంతంగా పని చేయడానికి ఏజెంటు లేదా సేవా ఉద్యోగికి ఉండాల్సిన అతి ముఖ్యమైన నైపుణ్యాల జాబితాలో సాఫ్ట్ స్కిల్స్ ఒకటి.

నిర్దిష్ట పనిని చకచకా చేసే హార్డ్ స్కిల్స్ మాదిరిగా కాకుండా ఈ సాఫ్ట్ స్కిల్స్ అనేవి ఇతర సిబ్బందితో మరియు **వినియోగదారులతో పని ప్రాంతంలోనూ, బయటా ప్రభావవంతంగా మాట్లాడటం తదితరాలకు సంబంధించిన నైపుణ్యాలు**. సమాచార నైపుణ్యాలను ఈ సాఫ్ట్ స్కిల్స్ లో చాలా ముఖ్యమైన నైపుణ్యాలుగా చెప్పవచ్చు.

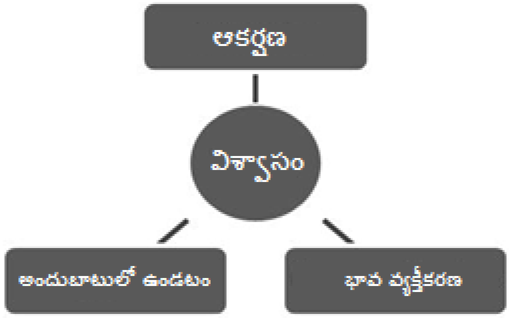
1. సమాచారం మరియు వినియోగదారు సంబంధాలు

సంతృప్తులైన, లాయల్ వినియోగదారులను సంపాదించుకోవడానికి వినియోగదారు సేవ చాలా కీలకమైన అంశం. కానీ అది మాత్రమే చాలదు. వినియోగదారులు కూడా మనుషులే. వారితో కంపెనీ చాలా పటిష్టమైన సంబంధాలు ఏర్పరచుకోవాల్సి ఉంటుంది.
అంతిమంగా కంపెనీని వినియోగదారు ఏ విధంగా చూస్తాడన్న అంశాన్ని సేవ మరియు సంబంధ అనుభవాలు రెండూ బాగా ప్రభావితం చేస్తాయి.

ఆరోగ్యకరమైన సంబంధాన్ని ఏర్పరచడంలో అవసమయ్యేది ఏమిటి?

దీని కేంద్ర స్థానంలో ఉండేది నమ్మకమే. అదే సమయంలో కొన్ని ఇతర అంశాలు కూడా ఉంటాయి. నమ్మకాన్ని పెంపొందించడంలో వాటిది కూడా ముఖ్య పాత్ర. వీటన్నింటి గురించి మనమిప్పుడు చూద్దాం.

చిత్రం 1: విశ్వాస కారకాలు



i. ప్రతి సంబంధమూ ఆకర్షణతోనే మొదలవుతుంది:

వినియోగదారుకు ఇష్టుడు కాగలిగి మరియు వినియోగదారుతో సత్సంబంధం నెలకొల్పుకోగలిగి ఉండాలి. ఈ ఆకర్షణ తరచూ అతనిపై వేయగలిగే తొలిసారి ప్రభావం (ఫస్ట్ ఇంప్రెషన్) పైనే ఆధారపడి ఉంటుంది. వినియోగదారు సంస్థతో గానీ, దాని ప్రతినిధులతో గానీ తొలిసారి సమావేశమైనప్పుడు అతనికి కలిగే భావన అన్నమాట. ఏ మనసునైనా తెరిచేందుకు తొలి తాళం చెవి ఈ ఆకర్షణే. ఇది లేకుండా సంబంధం ఏర్పరచుకోవడం దాదాపుగా అసాధ్యమే. ఒక సేల్స్ పర్సన్ వినియోగదారులకు నచ్చలేదనుకోండి. ఆమె తన సేల్స్ కెరీర్ లో పురోగతి సాధిస్తుందని మీరు భావిస్తున్నారా?

ii. సంబంధంలో రెండో అంశం ప్రజెన్స్ – అవసరమైనప్పుడు అక్కడ ఉండటం:

బహుశా దీనికి అత్యుత్తమ ఉదాహరణ వివాహం. భార్యకు చాలా అవసరమైనప్పుడు భర్త అందుబాటులో ఉండడా? అలాగే **వినియోగదారు సంబంధంలో కూడా అవసరమైనప్పుడు కంపెనీ గానీ, దాని ప్రతినిధి గానీ అతనికి అందుబాటులో ఉన్నారా లేరా అన్నది చాలా కీలకం. వినియోగదారు అవసరాలకు ఆయన గానీ, ఆమె గానీ పూర్తిస్థాయిలో అందుబాటులో ఉన్నారా?**

అయితే కొన్నిసార్లు పూర్తిగా ప్రజెంట్ గా ఉండకపోవడం, వినియోగదారుల ఆకాంక్షలకు పూర్తిస్థాయిలో న్యాయం చేయకపోవడం వంటి ఉదంతాలు కూడా చోటుచేసుకోవచ్చు. అప్పుడు కూడా ఒకవేళ **వినియోగదారుతో గనక సరిగా మాట్లాడగలిగితే బలమైన సంబంధాన్ని కొనసాగించవచ్చు. చక్కగా, బాధ్యతాయుతంగా, తనకు బాధ్యత ఉందన్న భావనను అవతలి వారికి అర్థమయ్యేలా చెప్పగలిగితే చాలు.**

పై పాయింట్లన్నీ ఇలా ఉన్నాయి:

- ✓ ఏర్పరచే ముద్ర లేదా
- ✓ ప్రజెంట్ గా ఉండే లేదా వినే పద్ధతి లేదా
- ✓ తద్వారా అవతలి వారికిచ్చే సందేశం

ఇవన్నీ సమాచారంలోని భిన్న కోణాలు. మరియు క్రమశిక్షణ మరియు నైపుణ్యాలు అవసరమైన అంశాలు. ఒకవిధంగా మనం ఏం చెబుతామన్నదే చివరికి అవతలి వారి ఆలోచనను, చూసే ధోరణిని ప్రభావితం చేస్తుంది.

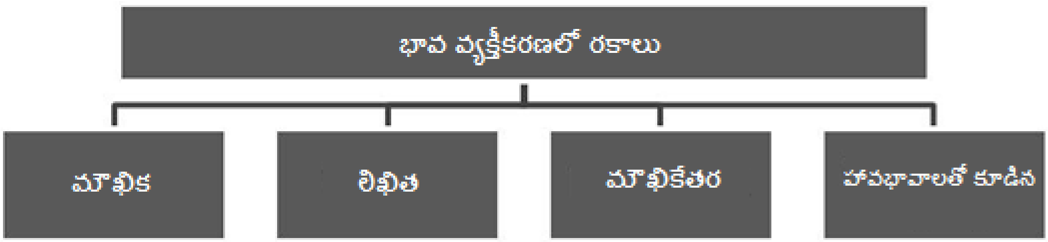
కొత్త వినియోగదారును సంపాదించుకోవడానికి వెచ్చించాల్సిన ఖర్చుతో పోలిస్తే ఉన్న వినియోగదారుని నిలబెట్టుకోవడానికి అయ్యే మొత్తం చాలా తక్కువ. అందుకే కంపెనీలన్నీ వీలైనంత వరకూ బలమైన వినియోగదారు సంబంధాలపైనే ఎంతగానో దృష్టి పెడతాయి. వినియోగదారు సంబంధం పలు టచ్ పాయింట్ల వద్ద జరుగుతుంది. ఉదాహరణకు వినియోగదారుల బీమా అవసరాలను అర్థం చేసుకోవడం, కవరేజీలను వివరించడం, ఫారాలను అందజేయడం వంటివి. కాబట్టి వీటిలోని ప్రతి పాయింట్ వద్దా వినియోగదారుతో బలమైన సంబంధాలు ఏర్పరచుకోవడానికి ఏజెంటుకు ఎన్నో అవకాశాలుంటాయి.

2. సమాచార ప్రక్రియ

సమాచారం అంటే ఏమిటి?

అన్ని సమాచారాలకూ ఒక వాహకుడు కావాలి. అతను సమాచారాన్ని చేరవేస్తాడు. అలాగే దాన్ని అందుకునే వాడు కూడా కావాలి. అందుకున్న వ్యక్తి ఆ సమాచారాన్ని అర్థం చేసుకున్నప్పుడు ఈ ప్రక్రియ సంపూర్ణమైనట్టు లెక్క.

చిత్రం 1: సమాచారంలో రకాలు



సమాచారం చాలా రకాలుగా ఉండవచ్చు

- ✓ మౌఖిక
- ✓ లిఖిత
- ✓ మౌఖికేతర
- ✓ హావభావాల సాయంతో చేసేది

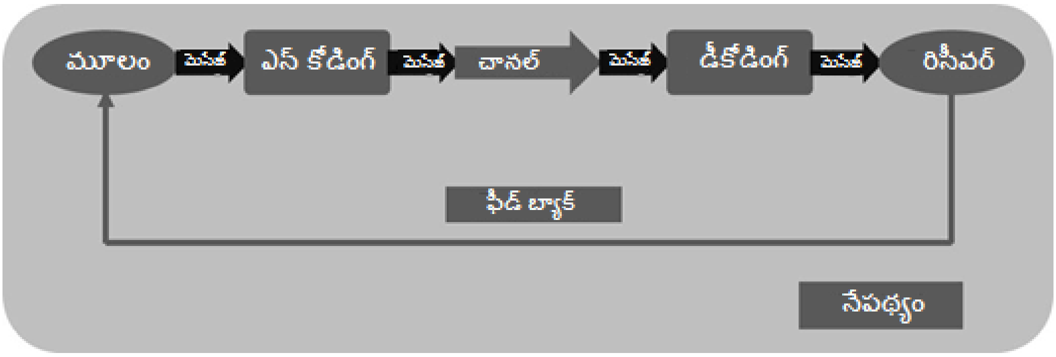
ఎదురెదురుగా, ఫోన్‌లో, పోస్టు, లేదా ఇంటర్నెట్... సమాచార ప్రసారం ఎలాగైనా ఉండవచ్చు. అది ఫార్మల్, లేదా ఇన్ ఫార్మల్ కూడా కావచ్చు. దానిలోని అంశం, సందేశం, లేదా వాడిన మాధ్యమం వంటివి ఏవైనా కావచ్చు... సమాచార సారాంశం మాత్రం తనకు అందిన సమాచారాన్ని చివరికి దాన్ని స్వీకరించిన వ్యక్తి ఎలా అర్థం చేసుకున్నాడన్న దాన్ని బట్టే ఉంటుంది.

తన రిసీవర్లకు సమాచారాన్ని ఎప్పుడు, ఎలా పంపాలన్నది నిర్ణయించుకోవడం ఏ వ్యాపారంలో అయినా చాలా కీలకాంశం.

సమాచార ప్రక్రియను దిగువన చూపడమైనది.

నిబంధనలను ఒక చిత్రం ద్వారా చూపుదాం

చిత్రం 1: సమాచార ప్రక్రియ



నిర్వచనం

i. **మూలం**: సమాచార మూలం రూపంలో ఏజెంటు తాను ఏం చెబుతున్నాను, ఏం చెప్పాలనుకుంటున్నాననే విషయంలో పూర్తి స్పష్టతతో ఉండాలి. అంతేగాక తాను చెబుతున్నది ఉపయుక్తం, సరైన సమాచారం అని నమ్మకంతో కూడా ఉండాలి.

ii. **సందేశమనేది** ఎవరైనా వ్యక్తం చేయాలని భావించే సమాచారం.

iii. **ఎన్ కోడింగ్** అనేది ఎవరైనా ఒక రూపంలో బదిలీ చేసి, అనంతరం అవతలి వ్యక్తి సరిగా డీ కోడ్ చేసి అర్థం చేసుకునే సమాచారం. ఎన్ కోడింగ్ సాఫల్యం ఎవరైనా ఎంత బాగా సమాచారాన్ని చెప్పగలిగారు, అయోమయాన్ని ఎంతగా నివారించగలిగారు అన్నదానిపైనే ఆధారపడి ఉంటుంది. ఇది జరగాలంటే ఎవరికైనా తమ శ్రోతలను అర్థం చేసుకోవడం చాలా ముఖ్యం. ఇందులో వైఫల్యం అపార్థం చేసుకోగల సందేశాలను అందజేయడానికి దారి తీయవచ్చు.

iv. సందేశాన్ని ఆ ఉద్దేశం కోసం ఎంచుకున్న ఏదైనా వాహకం ద్వారా పంపుతారు. అది వ్యక్తిగతంగా జరిపే సమావేశాల వంటి మౌఖిక వాహకం, టెలిఫోన్, లేదా వీడియో కాన్ఫరెన్సింగ్ వంటిదేదైనా కావచ్చు. లేదంటే లేఖలు, ఇ-మెయిళ్లు, మెమోలు, నివేదికల వంటి లిఖిత రూపంలోని సమాచారం కావచ్చు.

v. **డీకోడింగ్** అనేది తమకు అందిన సమాచారాన్ని గమ్యస్థానం వద్ద నిర్దిష్ట పద్ధతిలో వ్యాఖ్యానించి అర్థం చేసుకునే దశ. డీకోడింగ్ (లేదా సమాచారాన్ని ఎవరైనా ఎలా అందుకుంటాన్నది) ఎన్ కోడింగ్ లో (ఎలా చెబుతారన్న దానిలో) చాలా కీలకాంశం.

vi. **రిసీవర్**: చివరగా సమాచారాన్ని అందుకునే రిసీవర్/రిసీవర్లు ఉంటాడు/ఉంటారు. వీరు వ్యక్తి, లేదా వ్యక్తులు కావచ్చు. ఆ శ్రోతల్లో ప్రతివారికీ తమవైన ఆలోచనలుంటాయి. నమ్మకాలు, భావాలుంటాయి. అవన్నీ ఆ సమాచారాన్ని వారు ఎలా స్వీకరిస్తారు, తదనుగుణంగా ఎలా ప్రవర్తిస్తారనే దానిపై ప్రభావం చూపుతాయి. సమాచారాన్ని పంపే వ్యక్తి తప్పనిసరిగా ఏ సందేశాన్ని పంపాలన్న విషయంలో ఈ కారకాలను గురించి ఆలోచన చేయాల్సిన అవసరం ఉంటుంది.

vii. **ఫీడ్ బ్యాక్**: సమాచారాన్ని పంపినప్పడు, అందుకున్నప్పడు మౌఖిక, లేదా మౌఖికేతర సందేశాల రూపంలో సెండర్ కు రిసీవర్ ఒక ఫీడ్ బ్యాక్ ను పంపుతాడు. దాన్ని అతను చాలా జాగ్రత్తగా గమనించి అర్థం చేసుకోవాలి. ఎందుకంటే సమాచారాన్ని ఎలా స్వీకరించి, దానిపై చర్యలు ఎలా తీసుకున్నదీ అర్థం

చేసుకోవడానికి తోడ్పడేది అవే. అవసరమైతే సందేశాన్ని మార్చగల, లేదా పునర్ లిఖించగల అవకాశం కూడా ఉంటుంది.

---

3. సమర్థ సమాచారానికి అడ్డంకులు

సమర్థ సమాచారానికి అడ్డంకులు పై ప్రక్రియలోని ప్రతి దశలోనూ ఎదురు కావచ్చు. పంపే వ్యక్తి (సెండర్) ను గురించి ఏర్పరచిన అభిప్రాయం వల్ల, లేదా సందేశాన్ని సరిగా రూపొందించకపోవడం వల్ల, లేదా చాలా తక్కువ గానీ, మరీ ఎక్కువ గానీ చెప్పడం వల్ల, లేదా రిసీవర్ తాలూకు సంస్కృతిని సెండర్ అర్థం చేసుకోకపోవడం వల్ల సమాచారం వక్రీకరణకు గురి కావచ్చు. ఇలాంటి అడ్డంకులన్నింటినీ తొలగించడమే అసలు సవాలు.

మిమ్మల్ని మీరు పరీక్షించుకోండి 4

ఆరోగ్యకరమైన సంబంధాన్ని ఏర్పరచనిది ఏమిటి?

I. ఆకర్షణ
II. నమ్మకం
III. సమాచారం
IV. అనుమానం

E. మౌఖికేతర సమాచారం

ఏజెంటు అర్థం చేసుకోవాల్సిన కొన్ని భావనలను మనమిప్పుడు చూద్దాం.

కీలకాంశం

మొదటే గొప్ప ముద్ర వేయడం (ఫస్ట్ ఇంప్రెషన్)

ఏ సంబంధానికైనా ఆకర్షణే తొలి పునాది అని మనమిప్పటికే చూశాం. మిమ్మల్ని ఇష్టపడని వినియోగదారు నుంచి మీరు వ్యాపారాన్ని ఎలా ఆశించగలరు! నిజానికి చాలామంది వారిని మీరు మొదటిసారి కలిసినప్పుడు మిమ్మల్ని కేవలం ఒక్క చూపులో, లేదా కొద్ది సెకన్ల వ్యవధిలోనే మిమ్మల్ని అంచనా వేస్తారు. అలా మీపై వారు ఏర్పరచుకునే అభిప్రాయం మీ వస్త్రధారణ, హావభావాలు, మాటతీరు తదితరాలపై ఆధారపడి ఉంటుంది. ఫస్ట్ ఇంప్రెషన్లు ఎప్పటికీ ఉండిపోతాయని గుర్తుంచుకోండి. మెరుగైన ఫస్ట్ ఇంప్రెషన్ వేయడానికి కొన్ని ఉపయుక్తమైన టిప్స్:

i. **నిత్యం సకాలంలో వెళ్లండి.** కొద్ది నిమిషాల ముందుగానే వెళ్లేలా ప్లాన్ చేసుకోండి. తద్వారా కాగల ఆలస్యాలన్నింటినీ పరిహరించడానికి వీలుంటుంది.
ii. **మిమ్మల్ని మీరు అనువైన రీతిలో ఉంచుకోండి.** మీరు తొలిసారిగా కలవబోతున్న వ్యక్తి మిమ్మల్ని అప్పటిదాకా ఎరగడు. కాబట్టి సాధారణంగా మీ అపియరెన్సే మీ గురించి వారికి తొలి క్లూ అందజేస్తుంది.

- ✓ సరైన ఫస్ట్ ఇంప్రెషన్ వేయడానికి మీ అపియరెన్స్ దోహదపడుతోందా?
- ✓ ఆ సందర్భం కోసం మీరు చేసుకున్న వస్త్రధారణ సరిగా ఉందా?
- ✓ మీ కటింగ్, షేవింగ్, దుస్తులు, మేకప్ తదితరాలన్నీ బాగున్నాయా?

iii. **చక్కని, గెలిచే చిరునవ్వు. మీరు** కలిసిన వ్యక్తి మిమ్మల్ని వెంటనే నచ్చేలా చేస్తుంది.

iv. **ఓపెన్ గా, ఆత్మవిశ్వాసంతో, సానుకూలంగా ఉండటం**

- ✓ మీ హావభావాలు విశ్వాసాన్ని ప్రతిఫలిస్తున్నాయా?
- ✓ మీరు చక్కగా నుంచుని, కళ్లలోకి చూస్తూ, గట్టి కరచాలనంతో పలకరిస్తున్నారా?
- ✓ కొద్దిపాటి విమర్శలు ఎదురైనా, లేదా సమావేశం మీరు అనుకున్నట్టుగా సాగకపోయినా కూడా సానుకూలంగానే ఉంటారా?

v. **అవతలి వ్యక్తిపై ఆసక్తి చూపడం – ఇది చాలా** కీలకాంశం. అవతలి వ్యక్తిపై నిజంగా చాలా ఆసక్తంగా ఉండాలి.

- ✓ ఒక వ్యక్తిగా వినియోగదారు గురించి అర్థం చేసుకోవడానికి మీరు కాస్త సమయం వెచ్చిస్తారా?
- ✓ అతను/ఆమె చెబెతున్న దానిపై శ్రద్ధ చూపుతారా?
- ✓ మీరు వినియోగదారుకు పూర్తిగా అందుబాటులో ఉన్నారా? లేక సగం సమయం పాటు ఫోన్లోనే గడిపారా?

---

1. హావభావాలు

హావభావాలంటే మీ కదలికలు, సంకేతాలు, ముఖ కవళికలు. మీరు మాట్లాడే, నడిచే, కూర్చునే మరియు నుంచునే పద్ధతులన్నీ మీ గురించి అవతలి వారికి ఎంతో కొంత చెబుతాయి. మన లోపల ఏం జరుగుతోందో కూడా పట్టిస్తాయి.

చెబుతున్న దాంట్లో కేవలం కొంత మాత్రమే ఎవరైనా వింటారని అంటుంటారు. మనం చెప్పనిదే మన గురించి చాలా ఎక్కువగా అవతలి వారికి చెబుతుందన్న మాట. కాబట్టి హావభావాల విషయంలో చాలా జాగ్రత్తగా ఉండాలి.

a) నమ్మకం

ఎలా కన్పించాలి, ఆత్మవిశ్వాసంతో ఉండాలి, మీరు సీరియస్ గా వింటున్నారన్న భావనను అవతలి వ్యక్తికి ఎలా కలిగించాలన్న దానిపై కొన్ని టిప్స్ ఇవిగో:

- ✓ భంగిమ – నిటారుగా, భుజాలు వెనక్కు వాలేలా నుంచోవడం
- ✓ నేరుగా కళ్లలోకి చూడటం – "నవ్వు" ముఖంతో
- ✓ అవసరమైన, ఉద్దేశపూర్వక సైగలు

b) నమ్మకం

తరచూ సేల్స్ పర్సన్ ను శ్రోత నమ్మడు. కాబట్టి అతని మాటలు సహజంగానే గాలికి పోతుంటాయి. తను చెబుతున్న దానిపట్ల ఆమె సిన్సియర్ అన్న భావనను ఆమె హావభావాలు కల్పించవు మరి. అందుకే చెబుతున్న దాంట్లో నిజాయితీ లేదన్న భావనను కలిగించే కొన్ని హావభావాల పట్ల జాగ్రత్తగ ఉండటం మేలు. వాటి జాబితాను దిగువ ఇవ్వడం జరిగింది:

- ✓ కళ్లలోకి కళ్లు పెట్టి ఎక్కువగా చూడకపోవడం, లేదా శరవేగంగా ఆర్పడం
- ✓ మాట్లడేప్పుడు చేయి లేదా వేళ్లు మూతి ముందు ఉంచుకోవడం
- ✓ భౌతికంగా అవతలి వ్యక్తి నుంచి దూరంగా జరిగినట్టుగా కూర్చోవడం
- ✓ శ్వాస రేటు పెరగడం

- ✓ రంగు మారడం; ముఖం లేదా మెడ ప్రాంతం ఎర్రగా కావడం
- ✓ చెమట పెరగడం
- ✓ కంఠస్వరం మారడం, పిచ్ తదతరాలు మారడం, మాటికీ గొంతు సర్దుకోవడం
- ✓ స్వరాన్ని మంద్రం నుంచి తక్కువ స్థాయిలో ఉంచుతూ నెమ్మదిగా, స్పష్టంగా మాట్లాడటం

డిఫెన్సివ్‌నెస్‌ని, సరిగా వినడం లేదనే భావనను కలిగించే కొన్ని హావభావాలు:

- ✓ చేయి కదలికలు శరీరానికి దగ్గరగా ఉండటం
- ✓ ముఖ కవళికలు చాలా తక్కువగా ఉండటం
- ✓ శరీరాన్ని అవతలికి తిప్పి ఉంచడం
- ✓ చేతులను ఒంటి ముందు క్రాస్ చేసుకోవడం
- ✓ కళ్లతో పెద్దగా చూడకపోవడం, లేదా కిందికి చూడటం

ఒకవేళ వినియోగదారు గనుక వీటిలో ఏవైనా హావభావాలు చూపుతుంటే, బహుశా మిమ్మల్ని మీరు ఒకసారి తనిఖీ చేసుకుని, వినియోగదారు మనసులో ఏం జరుగుతోందో ఆలోచించాలని అర్థం.

2. వినే నైపుణ్యాలు

సమాచార నైపుణ్యాల్లో ఎవరైనా బాగా దృష్టి పెట్టాల్సిన, పెంచుకోవాల్సిన మూడో వర్గంగా వినే నైపుణ్యాలను చెప్పుకోవచ్చు. ఇవి ‘‘నిన్నెవరైనా అర్థం చేసుకోవాలంటే ముందుగా నువ్వు వారిని అర్థం చేసుకోవాలి’’ అనే ప్రఖ్యాత వ్యక్తిగత నైపుణ్య సూత్రంపై ఆధారపడి ఉంటాయి.

మీరు ఎంత బాగా వినగలరనేది మీ వృత్తి బాధ్యతలను మీరు ఎంత బాగా నిర్వర్తించగలరన్న దానిపై చాలా ప్రభావం చూపుతుంది. మరియు ఇతరులతో మీ సంబంధాల తాలూకు నాణ్యత మీద కూడా. అందుకే కొన్ని మెరుగైన వినే కిటుకులను ఇప్పుడు మనం చూద్దాం.

a) చురుగ్గా వినడం:

అంటే మనం కేవలం అవతలి వారు చెబుతున్న పదాలను మాత్రం వినడంతో సరిపెట్టకుండా ఆ మాటల ద్వారా ఆ వ్యక్తి ఇవ్వదలచుకున్న సందేశాన్ని కూడా పూర్తిగా అర్థం చేసుకోవడానికి ప్రయత్నించడం అన్న మాట.

చురుగ్గా వినడానికి సంబంధించిన కొన్ని అంశాలను మనమిప్పుడు చూద్దాం. అవి:-

i. శ్రద్ధ చూపడం

వక్త చెబుతున్న దానిపై మనం నిరంతరం దృష్టి పెట్టాలి. ఇస్తున్న సందేశాన్ని స్వీకరించాలి. అలా స్వీకరించినట్టుగా కన్పించాలి. మౌఖికేతర భావ ప్రసారం కూడా మీ గు రించి చాలా ‘‘గట్టిగానే’’ మాట్లాడుతుందన్న వాస్తవాన్ని నిత్యం గుర్తు పెట్టుకోండి. ఇలా శ్రద్ధ చూపడానికి సంబంధించిన కొన్ని అంశాలు ఇలా ఉంటాయి:-

- ✓ వక్తను నేరుగా చూడటం
- ✓ దృష్టి మళ్లించే ఆలోచనలను పక్కకు నెట్టడం
- ✓ వ్యతిరేకించాలనే ధోరణికి మానసికంగా సిద్ధం కాకపోవడం

- ✓ బయటి అడ్డంకులన్నింటినీ పక్కన పెట్టడం (అంటే మీ మొబైల్ ను సైలెంట్ మోడ్ లో పెట్టడం వంటివి)
- ✓ వక్త తాలూకు హావభావాలను కూడా "వినడం"

ii. మీరు వింటున్నారని అర్థమయేలా చేయడం:

మీ హావభావాల వాడకం చాలా కీలకమైన పాత్ర పోషిస్తుంది. ఉదాహరణకు మీరు ఇలా చేయవచ్చు:

- ✓ అప్పుడప్పుడూ నవ్వవచ్చు. తలూపవచ్చు.
- ✓ ఓపెన్ గా ఉండే, అవతలి వారు మీతో స్వేచ్ఛగా మాట్లాడేలా చేసే మెరుగైన భంగిమను ఎంచుకోవచ్చు
- ✓ అవును, ఆ, ఆ, వంటి చిన్న చిన్న వ్యాఖ్యలను అప్పుడప్పుడూ వాడవచ్చు.

iii. ఫీడ్ బ్యాక్ ఇవ్వడం:

మనం వినేదాంట్లో చాలావరకు మన వ్యక్తిగత ఫిల్టర్ల ద్వారా వక్రీకరణకు లోనవుతుంది. అంటే వ్యక్తిగత అంచనాలు, తీర్పులు, మనకుండే నమ్మకాల వంటివాటి ద్వారా అన్నమాట. అందుకే వినే వ్యక్తిగా మీరు ఈ ఫిల్టర్లను గురించి నిరంతరం జాగరూకంగా ఉండాలి. అవతలి వ్యక్తి నిజానికి చెబుతున్నదేమిటో సరిగా అర్థం చేసుకునే ప్రయత్నం చేయాలి.

- ✓ ఇందుకోసం అవతలి వ్యక్తి సందేశాన్ని మీరు విశ్లేషించాల్సి రావచ్చు. చెప్పిందేమిటో సరిగా నిర్ధారించుకునేందుకు ప్రశ్నలు వేయాల్సి రావచ్చు.
- ✓ వక్త పదాలను అతనికి గుర్తు చేయడం కూడా ఫీడ్ బ్యాక్ ఇవ్వడంలో మరో కీలకాంశం
- ✓ ఇక మూడో మార్గం, అప్పుడప్పుడూ వక్తను ఆపి, ఆయన అప్పటిదాకా మాట్లాడిన మాటల తాలూకు సారాంశాన్ని ఆయన మాటల్లోనే చెప్పి, అవునా అని అడగటం.

ఉదాహరణ

స్పష్టత కోసం అడగటం – నేను విన్నదాన్ని బట్టి, నేనిలా అనుకోవడం కరెక్టేనా, మా ఆరోగ్య ప్లాన్లలో కొన్నింటి తాలూకు లబ్ధిపై మీకు కొన్ని సందేహాలున్నట్టున్నాయి, మీరు మరింత స్పష్టంగా చెప్పగలరా?

వక్త పదాలను సరిగ్గా ఆయన చెప్పినట్టుగానే తిరిగి చెప్పడం – అంటే మీరు చెబుతున్నది, "మా ఆరోగ్య ప్లాన్లు మీకు ఆశించినంత ఆకర్షణీయమైన లాభాలను ఇవ్వజూపడం లేదా" – నేను మిమ్మల్ని సరిగానే అర్థం చేసుకున్నానా?

---

iv. తీర్పరిగా ఉండకపోవడం:

చురుగ్గా వినడంలో అతి పెద్ద అడ్డంకుల్లో ఒకటి, తీర్పరిగా మారజూడటం మరియు వక్త విషయంలో ముందుగానే ఏర్పరచుకున్న అభిప్రాయాలకు విలువనివ్వడం. దీని ఫలితమేమిటంటే, వక్త చెబుతున్న దాన్ని వింటూ కూడా, దానికి తనదైన వివక్షాపూరిత వ్యాఖ్యానం ఇవ్వడం చోటుచేసుకోవచ్చు.

ఇలాంటి తీర్పరితనం వల్ల మీరు వక్తను మాట్లాడకుండా చేయడం జరగవచ్చు. దాన్ని సమయాన్ని వృథా చేయడంగా కూడా మీరు భావించవచ్చు. పైగా వక్త తన సందేశాన్ని స్పష్టంగా విన్పించకముందే అతన్ని/ఆమెను మధ్యలోనే ఆపేసి, మీరు మీ వాదన మొదలు పెట్టడమో, ఖండించేందుకు దిగడమో జరగవచ్చు.

ఇది వక్తను పూర్తిగా రెచ్చగొడుతుంది. అతనిచ్చే సందేశాన్ని మీరు పూర్తిగా అర్థం చేసుకోకుండా చేస్తుంది. చురుగ్గా వినడమంటే:

- ✓ ప్రశ్న అడిగే ముందు వక్త మాట్లాడుతున్న ప్రతి అంశాన్నీ పూర్తి చేయనివ్వడం
- ✓ ఎదురు వాదనలతో వక్తకు మధ్యలో అంతరాయం కలిగించకపోవడం

v. సరైన తీరులో స్పందించడం:

చురుగ్గా వినడమంటే కేవలం వక్త చెబుతున్న దానికి చెవి ఒగ్గడం కంటే చాలా ఎక్కువన్నమాట. వింటున్న వ్యక్తి మాటలు, లేదా చేతల ద్వారా ఏదో ఒక రకంగా స్పందిస్తేనే సమాచార ప్రసారం పూర్తయినట్టు లెక్క. వక్తను మొరటుగా అడ్డుకోకుండా, గౌరవంగా చూడాలంటే అందుకు అనుసరించేందుకు కొన్ని పద్ధతులను రూపొందించడం జరిగింది. అవి:

- ✓ మర్యాదపూర్వకంగా, మీ స్పందనల్లో నిజాయితీగా ఉండటం
- ✓ అవతలి వ్యక్తికి మీ ఓపెన్ నెస్ ను గౌరవపూర్వకంగా తెలియజేయడం
- ✓ మిమ్మల్ని అవతలి వ్యక్తి ఎలా చూడాలని మీరు భావిస్తారో, అవతలి వ్యక్తిని కూడా మీరు అలాగే చూడటం

vi. బాగా వినడం:

బాగా వినడమంటే మిమ్మల్ని మీరు అవతలి వ్యక్తి పాత్రలోకి ప్రవేశపెట్టకోవడం, మరియు అతను/ఆమె అనుభూతులను మిమ్మల్ని వారిలాగే భావించుకుంటూ అనుభూతి చెందడం.

సానుభూతియుతంగా వినడం వినియోగదారుకు గొప్పగా సేవలందించడంలో చాలా కీలకమైన అంశం. వినియోగదారుకు ఏవైనా సమస్యలున్నప్పుడు, లేదా అతను/ఆమె తీవ్రమైన బాధల్లో ఉన్నప్పుడు దీనికి ప్రాధాన్యం ఎంతగానో పెరుగుతుంది.

సానుభూతియుతంగా (ఎంపతీ) వినడమంటే, అవతలి వ్యక్తి చెబుతున్న దానితో మీరు ఏకీభవించకపోయినా వారు చెబుతున్న దాన్ని పూర్తి శ్రద్ధతో, ఓపికగా వినడం. వక్తకు మీ అంగీకృతిని కాకపోయినా, కనీసం ఒప్పుకోలును చూపించడం ఇక్కడ చాలా ప్రధానం. "అవునవును", "అలాగా" వంటి పదాలను మధ్య మధ్యలో అనువుగా వాడటం ద్వారా దీన్ని సులువుగా సాధించవచ్చు.

మిమ్మల్ని మీరు పరీక్షించుకోండి 5

కిందివాటిలో ఏది చురుగ్గా వినడంలో భాగం కాదు?

I. బాగా శ్రద్ధ చూపడం
II. బాగా తీర్పరితనంతో ఉండటం
III. సానుభూతియుతంగా వినడం
IV. సరైన రీతిలో స్పందించడం

F. నైతిక ప్రవర్తన

1. పరిశీలన

ఇటీవలి కాలంలో వ్యాపార యాజమాన్యాలను గురించి చాలా తీవ్రమైన ఆందోళనలను విన్పిస్తున్నాయి. ఎందుకంటే అవాంఛిత ప్రవర్తనకు సంబంధించిన ఫిర్యాదులు బాగా పెరిగిపోతున్నాయి. ప్రపంచంలోని అతి పెద్ద కంపెనీల్లో కూడా కొన్ని తప్పుడు పత్రాలను సమర్పించడం ద్వారా మరియు తప్పుడు ఆడిట్ సర్టిఫికేషన్ల ద్వారా మోసం చేసిన ఉదంతాలు వెలుగు చూస్తున్నాయి. బ్యాంకుల నిధులను వాటి యాజమాన్యాలే తమ సన్నిహితుల్లో కొందరి పేరాశను తృప్తిపరిచేందుకు దుర్వినియోగపరుస్తున్న తీరుకు కూడా కొదవ లేదు. అధికారులు కూడా తమ వ్యక్తిగత లబ్ధి కోసం అధికారాన్ని వాడుకుంటున్నారు. విధి నిర్వహణలో నిక్కచ్చిగా ఉంటారని అంతా నమ్మకం పెట్టుకున్న వ్యక్తులే ఆ నమ్మకాన్ని వమ్ము చేస్తున్నారు. వ్ యక్తిగత అభివృద్ధి యావ మరియు పేరాశ విచ్చలవిడిగా పెరిగాయి.

ఫలితంగా వ్యాపారంలో ''నైతికత''గా చెప్పవగిన అన్ని అంశాలపైనా జవాబుదారీతనం మరియు కార్పొరేట్ పాలన తదితరాలపై చర్చ నానాటికీ పెరుగుతోంది. **''సమాచార హక్కు చట్టం'' మరియు ''ప్రజా ప్రయోజన వ్యాజ్యం'' మాదిరిగానే పలు ఇతర మార్గాలు మెరుగైన జవాబుదారీతనం మరియు పాలనలను సాధించేందుకు మేలు మార్గాలుగా మారాయి.**

నైతిక ప్రవర్తన అనేది దానంతటదే సుపరిపాలనకు బాటలు పరుస్తుంది. ఎవరైనా తన బాధ్యతను చిత్తశుద్ధితో నిర్వర్తిస్తే అక్కడ సుపరిపాలన దానంతటదే ఉంటుంది. అనైతిక ప్రవర్తన అనేది ఇతరు పట్ల అతి తక్కువ శ్రద్ధ, విపరీతమైన ఆత్మ శ్రద్ధకు సూచిక. ఎవరైనా తమ అధికార పరిధిని దుర్వినియోగపరిచి స్వలాభం కోసం ప్రయత్నం చేస్తున్నారంటే అక్కడ అనైతిక ప్రవర్తన ఉన్నట్టే లెక్క. స్వప్రయోజనాల గురించి పట్టించుకోవడం తప్పు కాదు. కానీ అందుకోసం ఇతరుల ప్రయోజనాలను కూడా పణంగా పెట్టడమే తప్పు.

బీమా అనేది నమ్మకంపై ఆధారపడ్డ వ్యాపారం. యాజమాన్య మరియు నైతిక అంశాలు ఈ బీమా వ్యాపారంలో అత్యంత ప్రాధాన్యం సంతరించుకున్న అంశాలు. అందుకే ఇక్కడ నమ్మక ద్రోహమంటే మోసగించడానికి సమానం. పైగా అది తప్పు కూడా. కేవలం బీమాను అమ్ముకునే ఉద్దేశంతో ఆశావహులకు తప్పుడు సమాచారం ఇచ్చినా, లేదా సూచించిన బీమా ప్లాన్ ఆశావహుల అవసరాలన్నింటినీ తీర్చేది కాకపోయినా పొరపాటు జరుగుతున్నట్టే లెక్క.

ఇతరుల ప్రయోజనాల కంటే స్వప్రయోజనాలే ముఖ్యమని భావించినప్పుడు అనివార్యంగా అనైతిక ప్రవర్తన చోటుచేసుకుంటుంది. పలు నిబంధనల్లో ఐఆర్డీఏ పేర్కొన్న నైతిక ప్రవర్తనావళి నైతిక ప్రవర్తనను పెంపొందించే దిశగా ఉన్నదే (అధ్యాయం 4లో చర్చించడం జరిగింది).

నిబంధనలను ఏ విధంగానూ ఉల్లంఘించకుండా జాగ్రత్త పడేందుకు నిబంధనావళిలోని ప్రతి నిబంధననూ తెలుసుకోవడం చాలా ముఖ్యం. దానికంటే ముఖ్యంగా, బీమా కంపెనీ మరియు దాని ప్రతినిధులు గనుక ఆశావహుల ప్రయోజనాలనే నిత్యం మనసులో ఉంచుకుంటే అన్ని నిబంధనలనూ వారు తమంత తాముగానే అనుసరిస్తున్నట్టు లెక్క. అదే బీమా కంపెనీ అధికారులు కేవలం ఆశావహుల ప్రయోజనాలకు బదులు తమ వ్యాపార లక్ష్యాల పట్ల ఎక్కువ శ్రద్ధ చూపుతుంటే కచ్చితంగా పొరపాట్లు జరుగుతాయి.

2. లక్షణాలు

నైతిక ప్రవర్తన తాలూకు కొన్ని లక్షణాలు:

a) క్లయింట్ తాలూకు అత్యుత్తమ ప్రయోజనాలను తమ స్వీయ ప్రయోజనాల కంటే పై స్థాయిలో ఉంచుకోవడం

b) క్లయింటుకు, అతని వ్యవహారాలకు సంబంధించిన వ్యాపార మరియు వ్యక్తిగత సమాచారం అంతటినీ అత్యంత ముఖ్యమైనదిగా పరిగణించడం మరియు దాన్ని పూర్తిస్థాయిలో గోప్యంగా ఉంచడం

c) క్లయింట్లు వారికి బాగా ప్రయోజనకరమైన నిర్ణయమే తీసుకునేందుకు వీలుగా అన్ని అంశాలనూ పూర్తిగా, మరియు సరైన విధంగా వారికి వెల్లడించడం

ఈ దిగువ సందర్భాల్లో నైతిక ప్రవర్తన దెబ్బతినే ప్రమాదం పొంచి ఉంటుంది:

a) రెండు ప్లాన్లలో ఒకదాని కంటే ఒకటి తక్కువ ప్రీమియం, లేదా కమీషన్ ఉంటే వాటి మధ్య ఏదో ఒకదాన్ని ఎంపిక చేసుకోవాల్సి ఉండటం

b) ప్రస్తుతమున్న పాలసీని రద్దు చేసుకుని తమ కొత్త పాలసీని తీసుకోవాల్సిందిగా సిఫార్సు చేయాలన్న ఉత్సుకత.

c) బీమా కంపెనీకి తెలిస్తే గనుక క్లయింటు, లేదా క్లెయిం లబ్ధిదారుల ప్రయోజనాలపై ప్రతికూల ప్రభావం చూపగల సందర్భాల గురించి తెలిసిపోవడం

మిమ్మల్ని మీరు పరీక్షించుకోండి 6

దిగువ వాటిలో నైతిక ప్రవర్తన తాలూకు లక్షణం కానిదేమిటి?

I. క్లయింట్లు తమకు ప్రయోజనకరమైన నిర్ణయం తీసుకునేందుకు వీలుగా అవసరమైన సమాచారం మొత్తాన్నీ వెల్లడించడం

II. క్లయింటు తాలూకు వ్యాపార మరియు వ్యక్తిగత సమాచారం తాలూకు గోప్యతను పాటించడం

III. క్లయింటు ప్రయోజనాల కంటే స్వప్రయోజనాలకే పెద్దపీట వేయడం

IV. స్వప్రయోజనాల కంటే క్లయింట్ ప్రయోజనాలను ముందుంచడం

సారాంశం

a) వినియోగదారు సేవలు మరియు సంబంధాల పాత్ర మరే ఇతర వ్యాపారాల్లో కన్నా కూడా బీమా వ్యాపారంలో చాలా కీలకంగా ఉంటుంది.

b) సేవా నాణ్యతలకు సంబంధించిన ఐదు ప్రధాన సూచీలు విశ్వసనీయత, భరోసా, స్పందించే తత్వం, సానుభూతి మరియు కన్పించేవి.

c) వినియోగదారు జీవిత కాలపు విలువను అతనితో దీర్ఘకాలిక ప్రాతిపదికన పటిష్టమైన సంబంధాన్ని ఏర్పరచుకోవడం ద్వారా సాధించగల ఆర్థిక లాభాల మొత్తం విలువగా చెప్పవచ్చు.

d) వినియోగదారు సేవ విషయంలో బీమా ఏజెంటు పాత్ర చాలా చాలా కీలకమైనది.

e) సమీకృత ఫిర్యాదుల నిర్వహణ వ్యవస్థ (ఐజీఎంఎస్)ను ఐఆర్డీఏ మొదలు పెట్టింది. ఇది ఫిర్యాదులకు సంబంధించి కేంద్రీకృత గణాంక కేంద్రంగా మరియు పరిశ్రమలో ఫిర్యాదుల పరిష్కారానికి తీసుకుంటున్న చర్యలను పర్యవేక్షించే కేంద్రంగా పని చేస్తుంది.

f) బీమాదారు మరియు బీమా కంపెనీ ఇరువురి అంగీకారం మేరకు నియమ నిబంధనలకు లోబడి వారికి మధ్యవర్తిగా వ్యవహరించవచ్చు.

g) చురుగ్గా వినడమంటే శ్రద్ధ చూపడం, ఫీడ్ బ్యాక్ ఇవ్వడం, మరియు సజావుగా స్పందించడం.

h) నైతిక ప్రవర్తన అంటే స్వప్రయోజనాల కంటే వినియోగదారు ప్రయోజనాలకు పెద్దపీట వేయడం.

కీలక పదాలు

a) సేవల నాణ్యత
b) సానుభూతి
c) సమీకృత ఫిర్యాదుల నిర్వహణ వ్యవస్థ (ఐజీఎంఎస్)
d) వినియోగదారు పరిరక్షణ చట్టం, 1986
e) జిల్లా వినియోగదారుల ఫోరం
f) బీమా అంబుడ్స్‌మన్
g) హావభావాలు
h) చురుగ్గా వినడం
i) నైతిక ప్రవర్తన

స్వీయ పరీక్ష ప్రశ్నలకు సమాధానాలు

జవాబు 1

సరైన ఎంపిక III.

వినియోగదారుతో దీర్ఘకాలిక ప్రాతిపదికన పటిష్టమైన సంబంధాన్ని ఏర్పరచుకోవడం ద్వారా సాధించగల ఆర్థిక లాభాల మొత్తం విలువను వినియోగదారు జీవిత కాలపు విలువ గా చెప్పవచ్చు.

జవాబు 2

సరైన ఎంపిక III.

థర్డ్ పార్టీకి మోటారు బీమా అనేది ఒక బాధ్యత. మరియు చట్టప్రకారం తప్పనిసరి. కాబట్టి దానిపై చర్చే అనవసరం.

జవాబు 3

సరైన ఎంపిక II.

వినియోగదారుల పరిరక్షణ చట్టం, 1986 ప్రకారం వస్తువులను తిరిగి విక్రయించే ఉద్దేశంతో కొనే వ్యక్తిని వినియోగదారుగా పరిగణించలేరు.

జవాబు 4

సరైన ఎంపిక IV.

అనుమానం ఆరోగ్యకరమైన సబంధాన్ని ఏర్పరచజాలదు.

జవాబు 5

సరైన ఎంపిక II.

మరీ తీర్పరితనంతో ఉండటం చురుగ్గా వినడంలో భాగం కాజాలదు.

జవాబు 6

సరైన ఎంపిక III.

క్లయింటు ప్రయోజనాల కంటే స్వప్రయోజనాలకు పెద్దపీట వేయడం నైతిక ప్రవర్తన కాదు.

స్వీయ పరీక్ష ప్రశ్నలు

ప్రశ్న 1

_______________ కన్పించే వస్తువు కాదు.

I. ఇల్లు
II. బీమా
III. మొబైల్ ఫోన్
IV. జీన్స్ జత

ప్రశ్న 2

_________________ అనేది సేవా నాణ్యతకు సూచిక కాదు.

I. తెలివిడి
II. విశ్వసనీయత
III. సానుభూతి
IV. స్పందించే తత్వం

ప్రశ్న 3

భారత్ లో _________________ బీమా తప్పనిసరి.

I. మోటారు థర్డ్ పార్టీ బాధ్యత
II. ఇళ్లకు అగ్ని ప్రమాద బీమా
III. దేశీయ ప్రయాణాలకు ప్రయాణ బీమా
IV. వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా

ప్రశ్న 4

బీమాదారు తాలూకు బీమా ఖర్చులను తగ్గించేందుకు ఒక పద్ధతి ___________

I. పునఃబీమా
II. తగ్గింపు
III. సహ బీమా
IV. రిబేటు

ప్రశ్న 5

తన బీమా పాలసీకి సంబంధించి ఫిర్యాదు ఉన్న వినియోగదారు ఐఆర్డీఏను .... ద్వారా సంప్రదించగలడు.

I. ఐజీఎంఎస్
II. జిల్లా వినియోగదారుల ఫోరం
III. అంబుడ్స్‌మన్
IV. ఐజీఎంఎస్ లేదా జిల్లా వినియోగదారుల ఫోరం లేదా అంబుడ్స్‌మన్

ప్రశ్న 6

వినియోగదారుల పరిరక్షణ చట్టం వీటిని చూస్తుంది:

I. బీమా కంపెనీలపై వచ్చే ఫిర్యాదులు
II. దుకాణదారులపై వచ్చే ఫిర్యాదులు
III. బ్రాండ్ పై వచ్చే ఫిర్యాదులు
IV. బీమా కంపెనీలు, బ్రాండ్లు మరియు దుకాణదారులపై వచ్చే ఫిర్యాదులు

ప్రశ్న 7

రూ.20 లక్షల దాకా విలువైన సేవలు, వస్తువులు మరియు నష్టపరిహారానికి సంబంధించిన అంశాలను విచారణకు చేపట్టే పరిధి _____________ కు ఉంటుంది.

I. హైకోర్టు
II. జిల్లా ఫోరం
III. రాష్ట్ర కమీషన్
IV. జాతీయ కమీషన్

ప్రశ్న 8

వినియోగదారు సంబంధంలో తొలి ప్రభావం ఇలా ఏర్పడుతుంది:

I. ఆత్మవిశ్వాసంతో ఉండటం ద్వారా
II. సకాలంలో వెళ్లడం ద్వారా
III. ఆసక్తి చూపడం ద్వారా
IV. సమయానికి వెళ్లడం, ఆసక్తి చూపడం మరియు ఆత్మవిశ్వాసంతో ఉండటం ద్వారా

ప్రశ్న 9

సరైన వ్యాఖ్యను ఎంచుకోండి:

I. బీమాను విక్రయించేప్పుడు నైతిక ప్రవర్తన అసాధ్యం
II. బీమా ఏజెంట్లకు నైతిక ప్రవర్తన అనవసరం.
III. ఏజెంటు మరియు బీమా కంపెనీ మధ్య విశ్వాసాన్ని పెంపొందించడంలో నైతిక ప్రవర్తన ఉపయోగపడుతుంది.
IV. నైతిక ప్రవర్తనను కేవలం ఉన్నత స్థాయి మేనేజ్ మెంట్ నుంచి మాత్రమే ఆశించగలం.

ప్రశ్న 10

చురుగ్గా వినడమంటే:

I. వక్త పట్ల శ్రద్ధ చూపడం
II. అప్పుడప్పుడూ తలూపడం, నవ్వడం
III. ఫీడ్ బ్యాక్ ఇవ్వడం
IV. వక్త పట్ల శ్రద్ధ చూపడం, అప్పుడప్పుడూ తలూపడం, నవ్వడం, మరియు ఫీడ్ బ్యాక్ ఇవ్వడం

స్వీయ పరీక్ష సమాధానాలు

జవాబు 1

సరైన ఎంపిక II.
బీమా అనేది కన్పించని వస్తువు.

జవాబు 2

సరైన ఎంపిక I.
సేవా నాణ్యతకు తెలివిడి సూచిక కాదు.

జవాబు 3

సరైన ఎంపిక I.
మోటారు థర్డ్ పార్టీ బాధ్యత బీమా భారతదేశంలో తప్పనిసరి.

జవాబు 4

సరైన ఎంపిక II.
బీమాదారు తాలూకు బీమా వ్యయాన్ని తగ్గించేందుకు అందుబాటులో ఉన్న ఒక మార్గం పాలసీలో తగ్గింపు క్లాజు.

జవాబు 5

సరైన ఎంపిక I.
బీమా పాలసీ విషయంలో ఫిర్యాదులున్న వినియోగదారు ఐజీఎంఎస్ ద్వారా ఐఆర్డీఏను సంప్రదించవచ్చు.

జవాబు 6

సరైన ఎంపిక IV.
వినియోగదారు పరిరక్షణ చట్టం బీమా కంపెనీలు, దుకాణదారులు మరియు బ్రాండ్లపై వచ్చే ఫిర్యాదులను పరిష్కరిస్తుంది.

జవాబు 7

సరైన ఎంపిక II.

రూ.20 లక్షల దాకా విలువైన వస్తువులు, సేవలు, లేదా నష్టపరిహారాలకు సంబంధించిన అంశాలపై జిల్లా ఫోరానికి పరిధి ఉంటుంది.

జవాబు 8

సరైన ఎంపిక IV.
వినియోగదారు సంబంధంలో విశ్వాసంతో ఉండటం, సకాలంలో చేరుకోవడం, మరియు ఆసక్తి చూపడం ద్వారా మెరుగైన తొలి ప్రభావం (ఫస్ట్ ఇంప్రెషన్) వేయడం సాధ్యపడుతుంది.

జవాబు 9

సరైన ఎంపిక III.
నైతిక ప్రవర్తన ఏజెంటు మరియు బీమా కంపెనీ మధ్య నమ్మకాన్ని పాదుగొల్పడానికి ఉపయోగపడుతుంది.

జవాబు 10

సరైన ఎంపిక IV.

చురుగ్గా వినడమంటే వక్త చెబుతున్న దాని పట్ల శ్రద్ధ చూపడం, అప్పుడప్పుడూ తలూపడం మరియు నవ్వడం, మరియు ఫీడ్ బ్యాక్ ఇవ్వడం.

అధ్యాయం 3

ఫిర్యాదుల పరిష్కార యంత్రాంగం

అధ్యాయం పరిచయం

నిరంతరం పెరుగుతున్న వినియోగదారు అంచనాలు మరియు అసంతృప్తికరంగా నడుస్తున్న సేవా ప్రమాణాల ప్రస్తుత నేపథ్యంలో బీమా పరిశ్రమ అతి ప్రధానమైన సేవా పరిశ్రమగా ఉంది. ఇందులో నిరంతర ఉత్పాదక ఆవిష్కరణ, వినియోగదారు సేవలో అత్యాధునిక సాంకేతికతని ఉపయోగించడం వల్ల సాధించిన గొప్ప అభివృద్ధి కనిపిస్తున్నా, ఈ పరిశ్రమ వినియోగదారు అసంతృప్తికి గురైంది. ఈ పరిశ్రమ పట్ల వినియోగదారుకి చాలా చిన్న చూపు ఉంది. ఈ పరిస్థితిని దృష్టిలో పెట్టుకుని ప్రభుత్వమూ, దానితోబాటు రెగ్యులేటర్ తరఫు నుంచి అనేక కార్యక్రమాలు చేపట్టబడ్డాయి.

బీమా సంస్థ వినియోగదారుకి అందించే వివిధ సేవలకు టర్న్ అరౌండ్ (పని మొదలై ముగిసే మధ్య కాలం, turnaround times లేదా TAT) సమయానికి, ఐఆర్ డీఏ (IRDA) నియమ నిబంధనలు విధించింది. ఇవి ఐఆర్ డీఏ (IRDA) లో పాలసీదార్ల సంక్షేమ నిబంధనలు (Protection of Policyholders' Interests Regulations), 2002 పేరిట విధింపబడ్డాయి. బీమా సంస్థలకి ఒక ప్రభావవంతమైన ఫిర్యాదు పరిష్కార యంత్రాంగం (grievance redressal mechanism) అవసరం. అందుకే IRDA దానికి సంబంధించి కూడా కొన్ని మార్గదర్శక సూత్రాలను ఏర్పరచింది.

నేర్చుకునే అంశాలు

A. ***ఫిర్యాదుల పరిష్కార యంత్రాంగం*** *– వినియోగదారుల కోర్టులు, అంబుడ్స్‌మన్* **(**Ombudsman)

A. ***ఫిర్యాదుల పరిష్కార యంత్రాంగం*** *– వినియోగదారుల కోర్టులు, అంబుడ్స్‌మన్* (Ombudsman)

1. సమీకృత ఫిర్యాదుల నిర్వహణ వ్యవస్థ Integrated Grievance Management System (IGMS)

సమీకృత ఫిర్యాదుల నిర్వహణ వ్యవస్థ (IGMS)ను ఐఆర్డీఏ (IRDA)ప్రారంభించింది. బీమా ఫిర్యాదుల గణాంకాలను పొందుపరిచే సురక్షిత స్థానంగా ఉంటూ బీమా పరిశ్రమలో వాటి పరిష్కార తీరుతెన్నులను పర్యవేక్షించే సాధనంగా ఉంటుంది.

పాలసీదారులు ఈ వ్యవస్థలో నమోదు చేసుకోవచ్చు. అందుకోసం తమ పాలసీ వివరాలను పొందుపరిచి, తమ ఫిర్యాదులను నమోదు చేయాలి. ఆ తర్వాత ఫిర్యాదులను సంబంధిత బీమా సంస్థకి పంపడం జరుగుతుంది.

ఫిర్యాదుల పరిష్కార యంత్రాంగం (Grievance redressal mechanism)

ఈ ఫిర్యాదులను,వాటి పరిష్కారానికి పట్టిన సమయాన్ని **IGMS** పరిశీలిస్తూ ఉంటుంది. ఈ ఫిర్యాదులను ఈ క్రింది URL లింకులో నమోదు చేయవచ్చు:

http://www.policyholder.gov.in/Integrated_Grievance_Management.aspx

2. వినియోగదారు పరిరక్షణ చట్టం, 1986The Consumer Protection Act, 1986

కీలకాంశం

ఈ చట్టాన్ని "వినియోగదారుల ప్రయోజనాలకు మెరుగైన భద్రత కల్పించేందుకు మరియు వినియోగదారుల వివాదాల పరిష్కారానికి వినియోగదారుల కౌన్సిళ్లు మరియు ఇతర సంస్థలను ఏర్పాటు చేసేందుకు కావాల్సిన సదుపాయాలు కల్పించేందుకు" అమల్లోకి తీసుకురావడం జరిగింది. ఈ చట్టాన్ని వినియోగదారు పరిరక్షణ (సంస్కరణ) చట్టం, 2002తో సవరించారు.

చట్టంలో కొన్ని నిర్వచనాలు ఈ క్రింది విధంగా ఇవ్వబడ్డాయి:

నిర్వచనం

"సేవ (Service)" అంటే బ్యాంకింగ్, ఫైనాన్సింగ్, రవాణా, బీమా, ప్రాసెసింగ్, విద్యుత్ లేదా ఇతరత్రా ఇంధన సరఫరా, బోర్డింగ్, లేదా లాడ్జింగ్, లేదా రెండూ, ఇంటి నిర్మాణం, వినోదం, అమ్యూజ్‌మెంట్, వార్తా, ఇతర సమాచార సర్వే వంటి వాటిని వాడకందారులకు అందుబాటులోకి తీసుకొచ్చే విధానం గురించిన వర్ణనగా భావించాలి. కానీ చార్జీలు తీసుకోకుండా ఉచితంగా చేసే సేవలు మరియు వ్యక్తిగత సేవా ఒప్పందంలో లేని అంశాలు దీని పరిధిలోకి రావు. బీమాను సేవగా ఇందులో పొందుపరచడం జరిగింది

"వినియోగదారు (Consumer)" అంటే ఈ దిగువ పేర్కొన్న ఏ వ్యక్తి అయినా:

- ✓ ఏదైనా ప్రతిఫలం చెల్లించి వస్తువులను కొనుగోలు చేసినా. అలాంటి వస్తువుల వాడకందారు కూడా. కానీ అలాంటి వస్తువులను తిరిగి అమ్మడం ద్వారా గానీ, మరే ఇతర వాణిజ్య అవసరం కోసం గానీ సేకరించిన వ్యక్తి ఈ పరిధిలోకి రాడు. లేదా
- ✓ ఇలాంటి సేవలను అద్దెకు తీసుకున్నా, లేదా ఏదైనా ప్రతిఫలానికి బదులుగా అలాంటి సేవలను పొందినా. సేవల లబ్ధి పొందినవారు కూడా ఇందులో కలపబడ్డారు.

"లోపం (Defect)" అంటే ఒక ఒప్పందం అనుసరించి గానీ లేదా ఏ సేవని సంబంధించి గానీ ఒక వ్యక్తి ఏదైనా లోపం, అసంపూర్ణత, లోపం, నాణ్యతలో లోపం, చట్టపరంగా గానీ లేదా ఇతరత్రా గానీ నిర్వహించాల్సినంత సహజంగా మరియు పద్ధతిగా నిర్వహించపోవడం వంటివి దీని పరిధిలోకి వస్తాయి.

"ఫిర్యాదు (Complaint)" అంటే లిఖితపూర్వకంగా ఈ దిగువ అంశాలతో చేసిన ఆరోపణ:

- ✓ అన్యాయమైన వ్యాపార విధానం లేదా నిషిద్ధ వర్తక విధానాన్ని అనుసరిస్తే
- ✓ అతను కొనుగోలు చేసిన సరుకులు ఒకటి గానీ, అంతకంటే ఎక్కువ గానీ లోపాల పాలైతే
- ✓ అతను అద్దెకు తీసుకున్న, లేదా పొందిన సేవల్లో ఏ రకమైన లోపాలు గానీ తలెత్తితే
- ✓ వసూలు చేసిన ధర చట్టపరంగా ఖాయం చేసిన దానికంటే, లేదా ప్యాకేజీ పై ఉన్నదాని కంటే ఎక్కువగా ఉంటే
- ✓ ప్రాణానికి, భద్రతకు హానికరమైన వస్తువులను చట్టపరమైన నిబంధనలకు విరుద్ధంగా అమ్మజూపితే, అందులో కలిపిన వాటి గురించి, వాటిని వాడాల్సిన పద్ధతులు, వాటి ప్రభావాన్ని గురించి బహిరంగంగా ఉంచాల్సినంతగా సమాచారాన్ని ఉంచకపోతే

"వినియోగదారుని వివాదం **(Consumer dispute)"** అంటే ఫిర్యాదుకు గురైన వ్యక్తి తనపై చేసిన ఆరోపణలను కొట్టిపారేయడం, వాటిని సవాలు చేయడం వంటివి జరగడం.

---

a) వినియోగదారుని వివాదాల పరిష్కార సంస్థలు (Consumer disputes redressal agencies)

"వినియోగదారుని వివాదాల పరిష్కార సంస్థ"లను ప్రతి జిల్లా, రాష్ట్ర మరియు జాతీయ స్థాయిలో ఏర్పాటు చేస్తారు.

i. జిల్లా ఫోరం (District Forum)

- ✓ **రూ.** 20 లక్షల దాకా విలువైన వస్తువులు, లేదా సేవలు మరియు నష్టపరిహారానికి సంబంధించిన ఫిర్యాదులను స్వీకరించే అధికార పరిధి ఈ ఫోరానికి ఉంటాయి.

- ✓ తన ఆదేశాల అమలు కోసం ఉత్తర్వులు/డిక్రీలను సంబంధిత సివిల్ కోర్టుకు పంపే అధికారం జిల్లా ఫోరానికి ఉంటుంది.

ii. రాష్ట్ర కమిషన్ (State Commission)

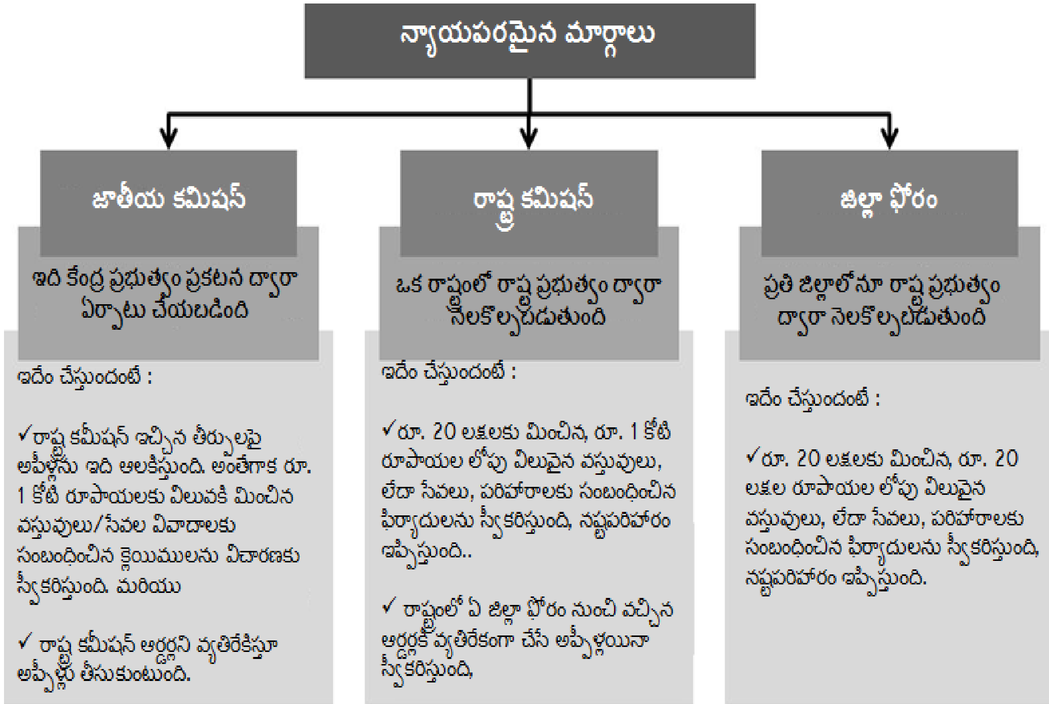
- ✓ దీనికి సిసలైన, అపిలెట్ (అప్పీలు పునర్విచారణ అధికారంగల), పర్యవేక్షణ పరిధి ఉంటుంది. జిల్లా ఫోరం నుంచి అపీళ్లను కూడా ఇది స్వీకరిస్తుంది
- ✓ జిల్లా ఫోరం నుంచి అపీళ్లను కూడా ఇది స్వీకరిస్తుంది.
- ✓ రూ. 20 లక్షలకు మించిన, రూ. 100 లక్షల లోపు విలువైన వస్తువులు/సేవలు, పరిహారాలకు సంబంధించిన ఫిర్యాదులను, క్లెయిములను స్వీకరించే అధికారం, పరిధి ఈ ఫోరానికి ఉంటాయి.
- ✓ ఇతర అధికారాలు మరియు అథారిటీ తదితరాలు జిల్లా ఫోరాన్ని పోలి ఉంటాయి.

iii. జాతీయ కమిషన్ (National Commission)

- ✓ ఈ చట్టం కింద ఏర్పాటు చేసిన అత్యున్నత సంస్థ జాతీయ కమిషన్.
- ✓ దీనికి సిసలైన, అపిలెట్ (అప్పీళ్లకు సంబంధించిన కోర్టు) మరియు పర్యవేక్షణ అధికారాలుంటాయి.
- ✓ రాష్ట్ర కమిషన్ ఇచ్చిన తీర్పులపై అపీళ్లను ఇది ఆలకిస్తుంది. అంతేగాక రూ. 100 లక్షలను మించిన వస్తువులు/సేవలు మరియు పరిహారాల వివాదాలకు సంబంధించిన క్లెయిములను విచారణకు స్వీకరిస్తుంది.
- ✓ రాష్ట్ర కమిషన్ పై దీనికి పర్యవేక్షణ పరిధి ఉంటుంది.

ఈ మూడు సంస్థలకూ సివిల్ కోర్టు అధికారాలుంటాయి.

చిత్రం 1: ఫిర్యాదు దాఖలు పద్ధతి (Channels for grievance redressal)



b) ఫిర్యాదు దాఖలు పద్ధతి (Procedure for filing a complaint)

పైన పేర్కొన్న ఈ మూడు పరిష్కార సంస్థలకూ ఫిర్యాదు దాఖలు పద్ధతి చాలా సులువుగా ఉంటుంది. ఇందుకు గానీ, అపీలు దాఖలుకు గానీ ఎలాంటి ఫీజు కట్టాల్సిన పని లేదు, అది రాష్ట్ర కమిషన్ అయినా, జాతీయ కమిషన్ అయినా సరే. ఫిర్యాదులను ఫిర్యాదుదారు స్వయంగా గానీ, లేదా తన అధీకృత ఏజెంటు ద్వారా గానీ దాఖలు చేయవచ్చు. వాటిని వ్యక్తిగతంగా వెళ్లి గానీ, లేదా పోస్టు ద్వారా గానీ దాఖలు చేయవచ్చు. ఈ ఫిర్యాదుల దాఖలుకు లాయర్ వంటి వారి అవసరమేమీ ఉండదు.

c) వినియోగదారుల ఫోరం ఉత్తర్వులు Consumer Forum Orders

ఫిర్యాదు చేసిన వస్తువుల్లో ఫిర్యాదులో పేర్కొన్న లోపాలున్నాయని గానీ, సేవలను గురించి ఫిర్యాదులో చేసిన ఆరోపణలు రుజువయ్యాయని గానీ ఫోరం గనుక సంతృప్తి చెందితే అవతలి పక్షాన్ని ఈ దిగువ వాటిలో ఏదో ఒకటి గానీ, ఒకటి కంటే ఎక్కువ గానీ చేయాల్సిందిగా ఆదేశాలు జారీ చేయవచ్చు.

vi. ఫిర్యాదుదారుకు **ధరను తిరిగివ్వడం**, (లేదా బీమా అయితే ప్రీమియంను), ఫిర్యాదుదారు చెల్లించిన చార్జీలను తిరిగివ్వడం

vii. అవతలి పక్షం నిర్లక్ష్యం వల్ల ఫిర్యాదుదారుకు కలిగిన నష్టం, లేదా హానికి **పరిహారంగా** కొంత మొత్తాన్ని చెల్లించడం

viii. ఫిర్యాదు చేసిన సేవల్లోని లోపాలను లేదా లోటును తొలగించడం

ix. అన్యాయమైన, లేదా నిషిద్ధ వ్యాపార ధోరణులను **ఆపేయడం, లేదా పునరావృతం చేయకపోవడం**

x. పార్టీలకు **తగిన ఖర్చులను** చెల్లించడం

f) ఫిర్యాదుల స్వభావం

ఈ మూడు ఫోరాల ముందుకు వచ్చే వినియోగదారు వివాదాల్లో బీమా వ్యాపారం సంబంధించి చాలావరకు ఈ దిగువన పేర్కొన్న **ప్రధాన విభాగాల పరిధి**లోకి వస్తాయి:

vi. క్లెయిమ్ పరిష్కారాల్లో ఆలస్యం

vii. క్లెయిములను పరిస్కరించకపోవడం

viii. క్లెయిముల తిరస్కరణ

ix. నష్ట తీవ్రత

x. పాలసీ నియమాలు, షరతులు తదితరాలు

3. బీమా అంబుడ్స్‌మన్ (The Insurance Ombudsman)

బీమా చట్టం, 1938 లోని అధికారాల కింద పౌరుల ఫిర్యాదుల పరిష్కార నియమాలను**(Redressal of Public Grievances Rules)** 1998 నవంబర్ 11న జారీ చేసిన రాజపత్రం(official gazette)లో **1998లో** కేంద్ర ప్రభుత్వం పేర్కొంది. ఈ నియమాలు జీవిత, సాధారణ బీమాలన్నింటికీ, అన్ని వ్యక్తిగత బీమాలకూ, అంటే వ్యక్తిగత హెూదాలో తీసుకున్న బీమాలకు వర్తిస్తాయి.

బీమా సంస్థల విషయంలో క్లెయిమ్ పరిష్కారానికి సంబంధించిన ఫిర్యాదుల పరిష్కారం అంశాలను తక్కువ ఖర్చులో, సమర్ధంగా, నిష్పాక్షిక పద్ధతిలో జరిగేలా చూడటం వీటి లక్ష్యం.

బీమాదారు మరియు బీమా సంస్థల పరస్పర అంగీకారంతో పైన పేర్కొన్న నిబంధనల పరిధిలో మధ్యవర్తిగా మరియు కౌన్సెలర్ గా అంబుడ్స్‌మన్ వ్యవహరిస్తారు.

పిర్యాదును అంగీకరించాలా లేదా **తిరస్కరించాలా అనే విషయంలో అంబుడ్స్‌మన్ నిర్ణయమే అంతిమం.**

a) అంబుడ్స్‌మన్‌కు ఫిర్యాదు (Complaint to the Ombudsman)

అంబుడ్స్‌మన్‌కు చేసే ఏ ఫిర్యాదు అయినా లిఖితపూర్వకంగా, బీమాదారు సంతకంతో గానీ లేదా అతని చట్టపరమైన వారసుల సంతకంతో గానీ, చేసి ఉండాలి. బీమా సంస్థ శాఖ/కార్యాలయం కూడా ఆ

అంబుడ్స్‌మన్ పరిధిలో ఉండాలి. ఫిర్యాదుతో పాటు దాన్ని బలపరిచే అన్ని పత్రాలు ఉండాలి. నష్టం స్వభావం, తీవ్రత మరియు కోరుతున్న పరిహారం యొక్క అంచనా వంటివన్నీ ఉండాలి.

ఈ దిగువ సందర్భాల్లో అంబుడ్స్‌మన్‌కు ఫిర్యాదులు చేయవచ్చు:

iv. ఫిర్యాదుదారు గతంలోనే బీమా సంస్థకి లిఖితపూర్వకంగా పిర్యాదు చేసి, మరియు ఆ కంపెనీ:
    - ✓ ఫిర్యాదును తిరస్కరించినా, లేదా
    - ✓ ఫిర్యాదుదారుకి బీమా సంస్థ ఆ ఫిర్యాదు అందుకున్న నెల లోపు ఎలాంటి బదులూ ఇవ్వకపోయినా

v. బీమా సంస్థ నుంచి వచ్చిన సమాధానంతో ఫిర్యాదుదారు సంతృప్తి చెందకపోయినా

vi. బీమా సంస్థ తిరస్కరించిన నాటి నుంచి ఏడాది లోపల ఫిర్యాదు జరిగి ఉండాలి

vii. ఫిర్యాదు ఏ కోర్టులోనూ లేదా వినియోగదారు ఫోరంలోనూలేదా ఇంకేదైనా మధ్యవర్తి విభాగంలోనూ పెండింగులో ఉండరాదు

b) అంబుడ్స్‌మన్ సిఫార్సులు (Recommendations by the Ombudsman)

అంబుడ్స్‌మన్ అనుసరించాల్సిన కొన్ని విధులు/ప్రొటోకాల్స్ ఇలా ఉంటాయి:

v. ఫిర్యాదు అందిన నెల రోజుల లోపల సిఫార్సులు చేయాలి

vi. ప్రతులను ఫిర్యాదుదారుతో పాటు బీమా సంస్థకి కూడా పంపాలి

vii. సిఫార్సులను, వాటిని అందుకున్న 15 రోజుల్లోగా ఫిర్యాదుదారు అంగీకరించాలి.

viii. బీమాదారు తాలూకు అంగీకార లేఖ ప్రతిని బీమా సంస్థకి పంపాలి. దాన్ని స్వీకరించిన 15 రోజుల్లోపల ఆ మేరకు లిఖితపూర్వక ధ్రువీకరణ ఇవ్వమని కోరాలి.

c) తీర్పు(Award)

మధ్యవర్తిత్వం (intermediation) ద్వారా వివాదం పరిష్కారం కాకపోతే, అంబుడ్స్‌మన్ బీమాదారుకి న్యాయసమ్మతంగా భావించిన ఒక తీర్పు ఇస్తాడు. అది బీమాదారుకి నష్టం కవర్ చేయడానికి అవసరమైనంత మాత్రమే ఉంటుంది.

అంబుడ్స్‌మన్ అవార్డులను దిగువ నియమాలు పర్యవేక్షిస్తాయి :

v. అవార్డురూ.20 లక్షలకు మించి ఉండరాదు (ఎక్స్ గ్రేషియా చెల్లింపులు మరియు ఇతర ఖర్చులతో కలిపి)

vi. అవార్డును ఫిర్యాదు స్వీకరణ జరిగిన 3 నెలల లోపల ప్రకటించాలి. తుది మరియు సంపూర్ణ పరిష్కారంగా అలా అవార్డును అందుకున్నట్టుగా నెల రోజుల్లోపల ఫిర్యాదుదారు లిఖితపూర్వకంగా అంగీకరించాలి.

vii. బీమా సంస్థ కూడా సదరు అవార్డును అంగీకరించాలి. అంగీకార లేఖ అందుకున్న 15 రోజుల్లోపల ఆ మేరకు అంబుడ్స్‌మన్ కు లిఖితపూర్వకంగా పంపించాలి.

viii. ఒకవేళ బీమాదారు గనుక సదరు అవార్డును అంగీకరిస్తున్నట్టుగా లిఖితపూర్వకంగా పేర్కొనకపోతే బీమా సంస్థ ఆ అవార్డును అమలు చేయకపోవచ్చు.

స్వీయ పరీక్ష 1

రూ. 20 లక్షల దాకా విలువైన సేవలు, వస్తువులు మరియు నష్టపరిహారానికి సంబంధించిన అంశాలను విచారణకు చేపట్టే పరిధి ____________ కు ఉంటుంది.

V. జిల్లా ఫోరం

VI. రాష్ట్ర కమీషన్

VII. జిల్లా పరిషత్

VIII. జాతీయ కమీషన్

సారాంశం

- సమీకృత ఫిర్యాదుల నిర్వహణ వ్యవస్థ (IGMS)ను ఐఆర్డీఏ (IRDA)ప్రారంభించింది. బీమా ఫిర్యాదుల గణాంకాలను పొందుపరిచే సురక్షిత స్థానంగా ఉంటూ బీమా పరిశ్రమలో వాటి పరిష్కార తీరుతెన్నులను పర్యవేక్షించే సాధనంగా ఉంటుంది.
- వినియోగదారు వివాదాల పరిష్కార ఏజెన్సీలు ప్రతి జిల్లా, రాష్ట్ర, జాతీయ స్థాయిలో నెలకొల్పబడ్డాయి.
- బీమా వ్యాపారానికి సంబంధించినంత వరకూ, వినియోగదారు వివాదాలు అత్యధికంగా క్లెయిముల పరిష్కారంలో జరిగే జాప్యం, క్లెయిమ్‌లు పరిష్కారం చేయకపోవడం, క్లెయిముల తిరస్కారం, నష్ట మొత్తం (quantum of loss), పాలసీ నియమ నిబంధనల వంటి విభాగాలకు చెంది ఉంటాయి.
- బీమా సంస్థ, బీమాదారుల షరతులు పరస్పర అంగీకారంతో సూచించబడ్డ కొన్ని నిబంధనలకు లోబడి అంబుడ్స్ మన్ ఒక మధ్యవర్తిగానూ, సలహాదారుగానూ వ్యవహరించవచ్చు.
- మధ్యవర్తిత్వం (intermediation) ద్వారా వివాదం పరిష్కారం కాకపోతే, అంబుడ్స్‌మన్ బీమాదారుకి ఒక అవార్డు పాస్ చేస్తాడు. న్యాయసమ్మతంగా భావించిన ఒక తీర్పు ఇస్తాడు. అది బీమాదారుకి నష్టం కవర్ చేయడానికి అవసరమైనంత మాత్రమే ఉంటుంది.

కీలక పదాలు

1. సమీకృత ఫిర్యాదుల నిర్వహణ వ్యవస్థ (Integrated Grievance Management System (IGMS)
2. వినియోగదారుల రక్షణ చట్టం (The Consumer Protection Act) 1986
3. జిల్లా ఫోరం
4. రాష్ట్ర కమీషన్
5. జాతీయ కమీషన్
6. ఇన్సూరెన్స్ అంబుడ్స్‌మన్

స్వీయ పరీక్షకు సమాధానం

సమాధానం I

సరైన జవాబు I.

జిల్లా ఫోరంకి రూ. 20 లక్షల దాకా విలువైన వస్తువులు, లేదా సేవలు మరియు నష్టపరిహారానికి సంబంధించిన ఫిర్యాదులను స్వీకరించే అధికార పరిధి ఉంటుంది.

స్వీయ పరీక్ష ప్రశ్నలు

ప్రశ్న 1

IGMS కి విస్తరణ రూపం

I. ఇన్స్యూరెన్స్ జనరల్ మేనేజ్మెంట్ సిస్టమ్

II. ఇండియన్ జనరల్ మేనేజ్మెంట్ సిస్టమ్

III. ఇంటిగ్రేటెడ్ గ్రీవెన్స్ మేనేజ్మెంట్ సిస్టమ్

IV. ఇంటెలిజెంట్ గ్రీవెన్స్ మేనేజ్మెంట్ సిస్టమ్

ప్రశ్న 2

రూ. 20 లక్షల నుంచి 100 లక్షల దాకా విలువైన సేవలు, వస్తువులు మరియు నష్టపరిహారానికి సంబంధించిన అంశాలను విచారణకు చేపట్టే పరిధి _____________ కు **ఉంటుంది.**

I. హైకోర్టు

II. రాష్ట్ర కమిషన్

III. జాతీయ కమిషన్

IV. జిల్లా పరిషత్

ప్రశ్న 3

ఈ క్రింది వాటిలో ఏది చెల్లుబాటయే వినియోగదారు ఫిర్యాదుకి ఆధారాన్ని ఏర్పరచలేదు?

I. షాపు యజమాని ఒక ఉత్పత్తికి MRP(గరిష్ట చిల్లర ధర) ధర కంటే ఎక్కువగా వసూలు చేయడం

II. షాపు యజమాని ఒక విభాగంలో అత్యుత్తమ ఉత్పత్తి గురించి సలహా ఇవ్వకపోవడం

III. ఒక మందు సీసాపై ఎలర్జీ హెచ్చరిక ఇవ్వకపోవడం

IV. లోపం ఉన్న ఉత్పత్తులు

ప్రశ్న 4

ఒక వినియోగదారు బీమా పాలసీకి సంబంధించి ఫిర్యాదు చేయాలనుకుంటే ఈ క్రింది వాటిలో ఏది అత్యుత్తమ ఎంపిక ఏది?

I. పోలీసు

II. సుప్రీం కోర్టు

III. ఇన్సూరెన్స్ అంబుడ్స్‌మన్

IV. జిల్లా కోర్టు

ప్రశ్న 5

ఇన్సూరెన్స్ అంబుడ్స్‌మన్‌కి ప్రాంతీయ లేదా ప్రాదేశిక పరిధికి సంబంధించి ఈ క్రింది వాటిలో సరైన వివరణ ఏది?

I. ఇన్సూరెన్స్ అంబుడ్స్‌మన్‌కి జాతీయ పరిధి (jurisdiction) ఉంటుంది

II. ఇన్సూరెన్స్ అంబుడ్స్‌మన్‌కి రాష్ట్ర పరిధి ఉంటుంది

III. ఇన్సూరెన్స్ అంబుడ్స్‌మన్‌కి జిల్లా పరిధి ఉంటుంది

IV. ఇన్సూరెన్స్ అంబుడ్స్‌మన్ ఒక నిర్దిష్టమైన ప్రాంతీయ పరిమితులతో మాత్రమే పనిచేస్తాడు.

ప్రశ్న 6

ఇన్సూరెన్స్ అంబుడ్స్‌మన్‌కి ఫిర్యాదుని ఎలా అందజేయాలి?

I. వ్రాతపూర్వకమైన ఫిర్యాదు అందజేయాలి

II. ఫోనులో మౌఖికంగా ఫిర్యాదు చేయాలి

III. ముఖాముఖిగా నోటితో ఫిర్యాదు చేయాలి

IV. వార్తాపత్రిక ప్రకటన ద్వారా ఫిర్యాదు చేయాలి

ప్రశ్న 7

ఇన్సూరెన్స్ అంబుడ్స్‌మన్‌ని ఏ సమయంలోపు కలుసుకోవాలి?

I. బీమాసంస్థ ద్వారా ఫిర్యాదు తిరస్కరించబడిన రెండేళ్లలోపు

II. బీమాసంస్థ ద్వారా ఫిర్యాదు తిరస్కరించబడిన మూడేళ్లలోపు

III. బీమాసంస్థ ద్వారా ఫిర్యాదు తిరస్కరించబడిన ఏడాదిలోపు

IV. బీమాసంస్థ ద్వారా ఫిర్యాదు తిరస్కరించబడిన ఒక నెలలోపు

ప్రశ్న 8

అంబుడ్స్‌మన్‌కి ఫిర్యాదు చేయడంలో ఈ క్రింది వాటిలో ఇది ముందుగా చేయవలసిన అవసరం ఉండదు?

I. ఫిర్యాదు 'వ్యక్తిగతమైన రూపురేఖల్లో (Personal Lines' బీమాకు సంబంధించి ఒక వ్యక్తి ద్వారా అయి ఉండాలి.

II. బీమాసంస్థ ద్వారా ఫిర్యాదు తిరస్కరించబడిన 1ఏడాదిలోపు ఫిర్యాదు చేయాలి.

III. ఫిర్యాదుదారు అంబుడ్స్‌మన్‌ని కలిసే ముందు ఒక వినియోగదారు ఫోరమ్‌ని కలవాలి

IV. కావలసిన మొత్తం నష్టపరిహారం రూ.20 లక్షల లోపు ఉండాలి.

ప్రశ్న 9

అంబుడ్స్‌మన్‌కి ఫిర్యాదు చేయడానికి ఏమైనా ఫీజు/ ఛార్జీలు అవసరమవుతాయా?

I. రు.100 చెల్లించాల్సి ఉంటుంది

II. ఎలాంటి ఫీజుగానీ, ఛార్జీలుగానీ చెల్లించాల్సిన అవసరం లేదు

III. రిలీఫ్ మొత్తంలో 20% ఫీజుగా ఖచ్చితంగా చెల్లించాలి

IV. రిలీఫ్ మొత్తంలో 10% ఫీజుగా ఖచ్చితంగా చెల్లించాలి

ప్రశ్న 10

ఒక ప్రైవేటు బీమాసంస్థపై ఫిర్యాదు చేయవచ్చా?

I. ఫిర్యాదులు కేవలం ప్రభుత్వ బీమాసంస్థలపైనే చేయవచ్చు

II. అవును, ప్రైవేటు బీమాసంస్థపై ఫిర్యాదులు చేయవచ్చు.

III. లైఫ్ సెక్టార్‌లో ఉండే ప్రైవేటు బీమాసంస్థలపై ఫిర్యాదులు చేయవచ్చు

IV. నాన్-లైఫ్ సెక్టార్‌లో ఉండే ప్రైవేటు బీమాసంస్థలపై ఫిర్యాదులు చేయవచ్చు

స్వీయ పరీక్ష ప్రశ్నలకి జవాబులు

జవాబు 1

సరైన ఎంపిక **III.**

IGMS కి విస్తరణ రూపం ఇంటిగ్రేటెడ్ గ్రీవెన్స్ మేనేజ్‌మెంట్ సిస్టమ్

జవాబు 2

సరైన ఎంపిక **II.**

రూ. 20 లక్షల నుంచి 100 లక్షల దాకా విలువైన సేవలు, వస్తువులు మరియు నష్టపరిహారానికి సంబంధించిన అంశాలను విచారణకు చేపట్టే పరిధి రాష్ట్ర కమిషన్‌కు ఉంటుంది.

జవాబు 3

సరైన ఎంపిక **II.**

షాపు యజమాని ఒక విభాగంలో అత్యుత్తమ ఉత్పత్తి గురించి సలహా ఇవ్వకపోవడం చెల్లుబాటయే వినియోగదారు ఫిర్యాదుకి ఆధారాన్ని ఏర్పరచలేదు.

జవాబు 4

సరైన ఎంపిక **III.**

బీమాకంపెనీ ఏ ప్రాంత పరిధిలోని ఇన్సూరెన్స్ అంబుడ్స్‌మన్ పరిధిలోకి వస్తుందో చూసి, ఆ అంబుడ్స్‌మన్‌కి వినియోగదారు ఫిర్యాదు చేయాలి.

జవాబు 5

సరైన ఎంపిక **IV.**

ఇన్సూరెన్స్ అంబుడ్స్‌మన్ ఒక నిర్దిష్టమైన ప్రాంతీయ పరిమితులతో మాత్రమే పనిచేస్తాడు.

జవాబు 6

సరైన ఎంపిక **I.**

ఇన్సూరెన్స్ అంబుడ్స్‌మన్‌కి ఫిర్యాదుని వ్రాతపూర్వకమైన ఫిర్యాదు అందజేయాలి

జవాబు 7

సరైన ఎంపిక **III.**

బీమాసంస్థ ద్వారా ఫిర్యాదు తిరస్కరించబడిన ఏడాదిలోపు ఫిర్యాదుదారు ఇన్సూరెన్స్ అంబుడ్స్‌మన్‌ని సంప్రదించాలి.

జవాబు 8

సరైన ఎంపిక **III.**

అంబుడ్స్ మన్ ని కలిసే ముందు ఫిర్యాదుదారు వినియోగదారు ఫోరమ్ ని కలవ వలసిన అవసరం లేదు.

జవాబు 9

సరైన ఎంపిక **II.**

అంబుడ్స్‌మన్‌కి ఫిర్యాదు చేయడానికి ఎలాంటి ఫీజుగానీ, ఛార్జీలుగానీ చెల్లించాల్సిన అవసరం లేదు

జవాబు 10

సరైన ఎంపిక **II.**

అవును, ప్రైవేటు బీమాసంస్థలపై ఫిర్యాదు చేయవచ్చు.

అనుబంధం

భారతదేశంలో ప్రస్తుతం పనిచేసే జీవిత బీమా సంస్థల జాబితా

1. బజాజ్ ఎలియంజ్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
2. బిర్లా సన్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
3. HDFC స్టాండర్డ్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
4. ICICI ప్రూడెన్షియల్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
5. ING వైశ్యా లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
6. లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కార్పొరేషన్ ఆఫ్ ఇండియా
7. మాక్స్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
8. PNB మెట్‌లైఫ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్
9. కోటక్ మహీంద్రా ఓల్డ్ మ్యూచ్యువల్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
10. SBI లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
11. టాటా AIA లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
12. రిలయన్స్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
13. అవీవా లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
14. సహారా ఇండియా లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
15. శ్రీరామ్ లైఫ్ఇన్సూరెన్స్
16. భారతీ Axa లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
17. ఫ్యూచర్ జనరాలీ ఇండియా లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
18. IDBI ఫెడరల్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
19. కెనరా HSBC ఓరియంటల్ బ్యాంక్ ఆఫ్ కామర్స్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
20. ఏగాన్ రెలిగారే (Aegon Religare) లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
21. DLF ప్రామీరికా (Pramerica) లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
22. స్టార్ యూనియన్ డై- ఇచీ (Dai-ichi) లైఫ్ఇన్సూరెన్స్
23. ఇండియా ఫస్ట్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
24. ఎడెల్వీస్ టోకియో (Edelweiss Tokio) లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్

అధ్యాయం 4

కార్పొరేట్ ఏజెన్సీ రెగ్యులేటరీ కోణాలు

కార్పొరేట్ ఏజెంట్లు

కార్పొరేట్ ఏజెంట్ల నియంత్రణలు 2015 ఆగస్టులో సవరించబడ్డాయి. 2016 ఏప్రిల్ 1 నుంచి అమల్లోకి వచ్చింది.

కింది నిర్వచనాలు దీనికి సంబంధించినవిగా ఉన్నాయి.

1. నిర్వచనాలు:

(a) "చట్టం" అంటే బీమా చట్టం, 1938 అంటే ఎప్పటికప్పుడు సవరించబడిన బీమా చట్టం, 1938లోని సెక్షన్ 4 అని అర్థం.

(b) "దరఖాస్తుదారు" అంటే అర్థం-

- (i) బీమా చట్టం, 2013 (2013లోని 18 సెక్షన్) కింద లేదా దానికి సంబంధించిన చట్టం లేదా అమల్లో ఉన్న ఏదేని పూర్వపు కంపెనీ చట్టం కింద రూపుదిద్దుకున్న ఏదేని కంపెనీ; లేదా
- (ii) పరిమిత బాధ్యత భాగస్వామ్య చట్టం, 2008 కింద రూపుదిద్దుకున్న, రిజిష్టర్ అయిన ఓ పరిమిత రుణ భాగస్వామ్యం; లేదా
- (iii) సహకార సంఘాల చట్టం, 1912 లేదా సహకార సంఘాల రిజిస్ట్రేషన్ కోసం ఏదేని చట్టం కింద రిజిష్టర్ అయిన ఓ సహకార సంఘం లేదా
- (iv) చట్టంలోని సెక్షన్ 2లోని (4A) నియమంలో నిర్వహించినట్టు ఓ బ్యాంకింగ్ కంపెనీ; లేదా
- (v) బ్యాంకింగ్ కంపెనీల చట్టం, 1949 లోని సెక్షన్ 5లోని ఉప సెక్షన్ (1) నియమం (da) (1949లోని పదో నిబంధన) కింద నిర్వచించిన విధంగా దానికి సంబంధించిన ఓ కొత్త బ్యాంకు లేదా
- (vi) ప్రాంతీయ గ్రామీణ బ్యాంకుల చట్టం, 1976 (1976లోని 21) సెక్షన్ 3 కింద ఏర్పాటు చేసిన ఓ ప్రాంతీయ గ్రామీణ బ్యాంకు లేదా
- (vii) సహకార సంఘాల చట్టం, 1912 పరిధిలోని ఓ ప్రభుత్వేతర సంస్థ లేదా సూక్ష్మ రుణ సంస్థ లేదా రిజర్వు బ్యాంక్ ఆఫ్ ఇండియాతో నమోదు చేసిన ఓ బ్యాంకింగ్ ఫైనాన్షియల్ కంపెనీ; లేదా
- (viii) ఓ కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌గా పని చేసేందుకు అథారటీ గుర్తించిన రీతిలో మరెవరైనా వ్యక్తి.

(c) “ఆమోదిత సంస్థ" అంటే ప్రత్యేకించి ఎప్పటికప్పుడు అథారిటీ ఆమోదం, ప్రకటన చేయబడి, బీమా విక్రయాలు, సేవ, మార్కెటింగ్ రంగంలో విద్య మరియు/లేదా శిక్షణలో పాలుపంచుకునే ఏదేని సంస్థ. ముంబయ్‌లోని ఇన్సూరెన్స్ ఇన్‌స్టిట్యూట్ ఆఫం ఇండియా కూడా ఇందులో ఇమిడి ఉంటుంది.

(d) "ఆమోదిత పరిశీలకుడు" అంటే టెలిఫోనిక్ విధానంపై అభ్యర్థన లేదా అమ్మకం కోసం ఓ టెలీమార్కెటర్ వినియోగించుకుంటున్న వ్యక్తి అని అర్థం. ఓ నిర్దిష్ట వ్యక్తి కోసం ఈ నియంత్రణల్లోని 7(3) నియంత్రణ కింద పేర్కొనబడిన అవసరాలను నెరవేర్చి ఉండాలి;

(e) "అథారిటీ" అంటే ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అండ్ డెవలప్‌మెంట్ అథారిటీ ఆఫ్ ఇండియా 1999 (1999లోని 41) లోని సెక్షన్ 3 కింద ఉన్న సౌలభ్యాల కింద ఏర్పాటు చేసిన ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అండ్ డెవలప్‌మెంట్ అథారిటీ అని అర్థం.

(f) "కార్పొరేట్ ఏజెంట్ " అంటే ఏదేని నిర్దిష్ట జీవిత, సాధారణ, ఆరోగ్య బీమా తరగతికోసం అభ్యర్థన, సేవకోసం ఈ నియంత్రణల కింద అథారిటీ జారీ చేసిన చెల్లుబాటు రిజిస్ట్రేషన్ ధృవపత్రం కలిగిన పైన పేర్కొన్న నిబంధనలో పేర్కొన్న ఏదేని దరఖాస్తుదారుడని అర్థం.

(g) “కార్పొరేట్ ఏజెంట్(జీవితబీమా)" అంటే ఈ నియంత్రణల కింద పేర్కొనబడినట్టుగా జీవిత బీమా సంస్థలుగా బీమా వ్యాపారం అభ్యర్థన, సేవకోసం ఈ నియంత్రణల కింద జారీచేసినటువంటి చెల్లుబాటు రిజిస్ట్రేషన్ సర్టిఫికేట్‌ను కలిగిన కార్పొరేట్ ఏజెంట్ అని అర్థం;

(h) "కార్పొరేట్ ఏజెంట్ (సాధారణం)" అంటే ఈ నియంత్రణల కింద పేర్కొనబడినట్టుగా సాధారణ బీమా సంస్థలుగా బీమా వ్యాపారం అభ్యర్థన, సేవకోసం ఈ నియంత్రణల కింద జారీచేసినటువంటి చెల్లుబాటు రిజిస్ట్రేషన్ సర్టిఫికేట్‌ను కలిగిన కార్పొరేట్ ఏజెంట్ అని అర్థం;

(i) "కార్పొరేట్ ఏజెంట్ (ఆరోగ్య బీమా)" అంటే ఈ నియంత్రణల కింద పేర్కొనబడినట్టుగా ఆరోగ్య బీమా సంస్థలుగా బీమా వ్యాపారం అభ్యర్థన, సేవకోసం ఈ నియంత్రణల కింద జారీచేసినటువంటి చెల్లుబాటు రిజిస్ట్రేషన్ సర్టిఫికేట్‌ను కలిగిన కార్పొరేట్ ఏజెంట్ అని అర్థం;

(j) "కార్పొరేట్ ఏజెంట్ (ఉమ్మడి)" అంటే పైనున్న ఎఫ్ నియమం కింద పేర్కొనబడినట్టుగా జీవిత బీమా సంస్థలు, సాధారణ బీమా సంస్థలు, ఆరోగ్య బీమా సంస్థలుగా లేదా ఏదేని రెండు విభాగాలకు లేదా మూడింటికి కలిపి బీమా వ్యాపారం అభ్యర్థన, సేవకోసం ఈ నియంత్రణల కింద జారీచేసినటువంటి చెల్లుబాటు రిజిస్ట్రేషన్ సర్టిఫికేట్‌ను కలిగిన కార్పొరేట్ ఏజెంట్ అని అర్థం;

(k) ఈ నియంత్రణల ప్రయోజనంకోసం “పరీక్ష సంస్థ” అనేది ముంబయ్‌లోని ఇన్సూరెన్స్ ఇన్‌స్టిట్యూట్ ఆఫ్ ఇండియా లేదా కార్పొరేట్ ఏజెంట్ల ముఖ్య అధికారి లేదా నిర్దిష్ట వ్యక్తులకోసం ధృవీకరణ పరీక్షను నిర్వహించడంకోసం అథారిటీ ఆమోదించి, నోటిఫై చేసిన మరేదైనా సంస్థ.

(l) ఫిట్ అండ్ ప్రాపర్ అంటే కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌గా పనిచేసేందుకు తన ముఖ్య అధికారి, డైరెక్టర్లు, లేదా భాగస్వాములు లేదా మరే ఇతర ఉద్యోగులు సహా దరఖాస్తుదారుగా రిజిస్టర్ చేసుకునేందుకు సాముచిత్యాన్ని నిర్ధారించడంకోసం యోగ్యత అని అర్థం.

(m) ఓ కార్పొరేట్ ఏజెంట్ "ప్రిన్సిపల్ ఆఫీసర్" అంటే ఆ సంస్థ నియమించి, అథారటీ ఆమోదం పొందిన డైరెక్టర్ లేదా భాగస్వామి లేదా ఎవరైనా అధికారి లేదా ఉద్యోగి. ప్రత్యేకించి సంస్థ కార్యకలాపాలను నిర్వహించడంకోసం తగిన విద్యార్హతలు, ప్రాక్టికల్ శిక్షణ కలిగి, ఈ నిబంధనల కింద అవసరమైన పరీక్షలో ఉత్తీర్ణులై ఉంటారు.

(n) "రిజిస్ట్రేషన్" అంటే ఈ నియంత్రణల కింద జారీ చేసిన కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌గా పనిచేసేందుకు రిజిస్ట్రేషన్ ధృవీకరణ అని అర్థం.

(o) "నియంత్రణ సంస్థ" అంటే ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అండ్ డెవలప్‌మెంట్ అథారటీ ఆఫ్ ఇండియా, 2015 అని అర్థం.

(p) "నిర్దిష్ట వ్యక్తి" అంటే ఓ కార్పొరేట్ ఏజెంట్ తరపున బీమా వ్యాపారాన్ని కోరడానికి, సేకరించడానికి బాధ్యతదారుగా ఉంటారు. వారు ఈ నిబంధనల కింద అవసరమైన అర్హతలు, శిక్షణ, పరీక్ష ఉత్తీర్ణత అవసరాలను నెరవేర్చి ఉండాలి.;

(q) "టెలీ మార్కెటర్' అంటే వాణిజ్య కమ్యూనికేషన్లు పంపే వ్యాపారాన్ని నిర్వహించడంకోసం టెలికాం కమర్షియల్ కమ్యూనికేషన్స్ కస్టమర్ ప్రిఫరెన్స్ రెగ్యులేషన్స్ 2010లోని మూడో అధ్యాయం కింద టెలికాం రెగ్యులేటరీ అథారిటీ ఆఫ్ ఇండియా వద్ద రిజిస్టర్ చేసుకుని, అథారిటీ జారీచేసిన ధృవపత్రాన్ని కలిగిన సంస్థ అని అర్థం;

(r) ఎప్పటికప్పుడు సవరించిన విధంగా ఈ నియంత్రణల్లో ఉపయోగించి, నిర్వచించనప్పటికీ, చట్టంలో, ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అండ్ డెవలప్‌మెంట్ అథారిటీ చట్టం, 1999 లేదా అందులోని నియంత్రణలు/మార్గదర్శకాలు వేటిలోనైనా నిర్వచించిన పదాలు, భావ వ్యక్తీకరణలు ఆ చట్టాలు/నియంత్రణలు/మార్గదర్శకాలలో వాటికి కేటాయించిన పరకారం అర్థాలను కలిగి ఉండాలి.

2. ఈ నియంత్రణల విస్తృతి మరియు వర్తింపు:

(1) కింద ఉన్న రిజిస్ట్రేషన్ ధృవీకరణ చెల్లుబాటు సందర్భంగా జీవిత బీమా సంస్థలు, సాధారణ బీమా సంస్థలు, ఆరోగ్య బీమా సంస్థల బీమా వ్యాపారాన్ని అభ్యర్థించడానికి, సేకరించడానికి, సేవలు అందించడానికి కార్పొరేట్ ఏజెంట్ల రిజిస్ట్రేషన్‌ను ఈ నియంత్రణలు కవర్ చేస్తాయి.

(a) ఓ కార్పొరేట్ ఏజెంట్ (జీవితబీమా) గరిష్ఠంగా మూడు జీవిత బీమా సంస్థల బీమా ఉత్పత్తులను అభ్యర్థించడం, సేకరించడం, సేవలు అందించేందుకు ఏర్పాట్లను కలిగి ఉండవచ్చు..

(b) ఓ కార్పొరేట్ ఏజెంట్ (సాధారణం) గరిష్ఠంగా మూడు సాధారణ బీమా సంస్థల బీమా ఉత్పత్తులను అభ్యర్థించడం, సేకరించడం, సేవలు అందించేందుకు ఏర్పాట్లను కలిగి ఉండవచ్చు. దాంతోపాటు బీమా కార్పొరేట్ ఏజెంట్ (సాధారణం) సాధారణ బీమా ఉత్పత్తుల చిల్లర వర్తకాన్ని అభ్యర్థించి, సేకరించి సేవలు అందించాలి. అలాగే ఉమ్మడిగా ఒక్కో రిస్క్ రూ. ఐదు కోట్లు మించని అలాంటి సంస్థల వాణిజ్య కార్యకలాపాలను కూడా నిర్వహించాలి.

(c) ఓ కార్పొరేట్ ఏజెంట్ (ఆరోగ్యబీమా) గరిష్ఠంగా మూడు ఆరోగ్య బీమా సంస్థల బీమా ఉత్పత్తులను అభ్యర్థించడం, సేకరించడం, సేవలు అందించేందుకు ఏర్పాట్లను కలిగి ఉండవచ్చు.

(d) ఓ కార్పొరేట్ ఏజెంట్ (ఉమ్మడి)కి నియమాలు (a) నుంచి (c)వరకున్న నియమాలు వర్తిస్తాయి.

(e) బీమా కంపెనీలతో కుదుర్చుకున్న ఏర్పాటులో ఏదేని మార్పు చేయాలనుకుంటే అథారిటీనుంచి ముందస్తు అనుమతితోనే జరగాలి. ప్రస్తుత పాలసీదారులకు సేవలు అందించడం కోసం తగిన ఏర్పాట్లు చేసుకోవాలి.

3. దరఖాస్తు పరిగణన -

(1) రిజిస్ట్రేన్ మంజూరు కోసం ఓ దరఖాస్తున్న పరిగణించే సమయంలో కార్పొరేట్ ఏజెంట్ కార్యకలాపాలు సాగించడానికి సంబంధించిన అన్ని విషయాలను లెక్కలోకి తీసుకుంటుంది.

(2) ప్రైవాటి విషయంలో ఎలాంటి పక్షపాతం లేకుండా, ప్రత్యేకించి అథారిటీ కింది వాటిని లెక్కలోకి తీసుకోవాలి:-

(a) చట్టంలోని 42 డి సెక్షన్‌లోని 5వ ఉపవిభాగం కింద పేర్కొనబడిన ఏదేని అనర్హతలు దరఖాస్తుదారు బాధపడుతున్నారా;

(b) దరఖాస్తుదారుడికి కార్యకలాపాలు నిర్వహించడానికి సరిపడే రీతిలో కార్యాలయ ప్రదేశం, ఉపకరణం, సుశిక్షితులైన మానవవనరు లాంటి మౌలిక వసతులున్నాయా;

(c) అథారిటీ ద్వారా గతంలో లైసెన్సు మంజూరు/రిజిస్ట్రేషన్ తిరస్కరణకు గురైన ఎవరైనా వ్యక్తి దరఖాస్తుదారుతో ప్రత్యక్ష లేదా పరోక్ష సంబంధం కలిగి ఉన్నాడా.

a. <u>వివరణ</u>: - ఈ ఉప నిబంధన ప్రయోజనంకోసం "ప్రత్యక్ష లేదా పరోక్ష సంబంధం" వ్యక్తీకరణ అంటే ఓ సంస్థ లేదా ఓ కంపెనీ లేదా ఓ కార్పొరేట్ సంస్థ లేదా దాని అనుబంధ, ఉప సంస్థ, అంతర్ సంధాన సంస్థ లేదా దరఖాస్తుదారుడి గ్రూప్ కంపెనీ. *కంపెనీల చట్టం, 2013, కాంపిటీషన్ చట్టం 2002లో పేర్కొన్న అర్థాలే ఇక్కడ కూడా వర్తిస్తాయి.*

(d) దరఖాస్తుదారు ముఖ్య అధికారి పట్టభద్రుడిగా ఉండి, అథారిటీ ఆమోదించిన సిలబస్ ప్రకారం గుర్తింపు పొందిన సంస్థ నుంచి కనీసం యాభై గంటల పాటు థియరీ, ప్రాక్టికల్ శిక్షణ పొంది ఉండాలి. శిక్షణ ముగింపులో పరీక్ష బోర్డు నిర్వహించే పరీక్షలో ఉత్తీర్ణులై ఉండాలి.

దరఖాస్తుదారుడి ముఖ్య అధికారి ఇన్సూరెన్స్ ఇన్‌స్టిట్యూట్ ఆఫ్ ఇండియా లేదా సిఐఐ లండన్ లేదా ఇన్‌స్టిట్యూట్ ఆఫ్ యాక్చువరీస్ ఆఫ్ ఇండియా అసోసియేట్/ఫెలోగా ఉండాలి లేదా హైదరాబాద్‌లోని ఇన్‌స్టిట్యూట్ ఆఫ్ ఇన్సూరెన్స్ అండ్ రిస్క్ మేనేజ్‌మెంట్ నుంచి పీజీ చేసి ఉండాలి. థియరీ, ప్రాక్టికల్ శిక్షణ 25 గంటల పాటు ఉండాలి.

(e) దరఖాస్తుదారుడి ముఖ్య అధికారి డైరెక్టర్లు, ఇతర ఉద్యోగులు గత మూడేళ్లలో ఈ నియంత్రణలకు షెడ్యూల్ 3లో పేర్కొన్న ప్రవర్తనా నియమావళిని ఉల్లంఘించి ఉండరాదు;

(f) బీమా కాకుండా దరఖాస్తుదారుడి ముఖ్య వ్యాపారం విషయంలో కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌గా, దాని కార్యకలాపాలకు, ఇతర కార్యకలాపాలకు మధ్య ఆర్థిక వ్యవహారాల్లో పలుకుబడి కలిగి ఉన్నారా అని పరిశీలించాలి.

(g) ఈ నియంత్రణలోని ప్రకటన ఆధారంగా ముఖ్య అధికారి/డైరెక్టర్(లు)/నిర్దిష్ట వ్యక్తులు అర్హతలు, యోగ్యతలు కలిగి ఉన్నారా అని చూడాలి

(h) పాలసీదారుల ప్రయోజనాలను దృష్టిలో పెట్టుకుని రిజిస్ట్రేషన్ మంజూరు చేయాలనే అభిప్రాయాన్ని అథారిటీ కలిగి ఉండాలి.

(3) దరఖాస్తుదారుడు పేర్కొన్న వ్యక్తులు కింది అవసరాలను నెరవేర్చగలగాలి. -

a. గుర్తింపు పొందిన బోర్డు/సంస్థ నుంచి ఇంటర్ లేదా తత్సమాన పరీక్షలో ఉత్తీర్ణులై ఉండాలి:

b. (i) నిర్దిష్ట వ్యక్తి గుర్తింపు పొందిన సంస్థ నుంచి నిర్దిష్ట జీవిత, సాధారణ, ఆరోగ్య బీమా రంగంలో కనీసం యాభై గంటల పాటు శిక్షణ అందుకొని, పరీక్షా సంస్థ నిర్వహించిన పరీక్షలో ఉత్తీర్ణులై ఉండాలి;

(ii) కార్పొరేట్ ఏజెంట్ (ఉమ్మడి) నిర్దిష్ట వ్యక్తి గుర్తింపు పొందిన సంస్థ నుంచి నిర్దిష్ట జీవిత, సాధారణ, ఆరోగ్య బీమా రంగంలో కనీసం యాభై గంటల పాటు శిక్షణ అందుకొని, పరీక్షా సంస్థ నిర్వహించిన పరీక్షలో ఉత్తీర్ణులై ఉండాలి;

c. బీమా వ్యాపారాన్ని అభ్యర్థించి, సేకరించడంకోసం కార్పొరేట్ ఏజెంట్ వినియోగించుకుంటున్న నిర్దిష్ట వ్యక్తి అథారిటీ జారీ చేసిన చెల్లుబాటు ధృవపత్రాన్ని కలిగి ఉండాలి. ఈ ధృవపత్రం కార్పొరేట్ ఏజెంట్ చెల్లుబాటు రిజిస్ట్రేషన్ ప్రకారం జారీ చేసిన తేదీ నుంచి మూడేళ్లపాటు చెల్లుబాటు కావాలి;

ధృవపత్రం జారీ కోసం ఈ నియంత్రణల్లోని అనుబంధం3లో పేర్కొన్న రూపంలో కార్పొరేట్ ఏజెంట్ ముఖ్య అధికారి ద్వారా నిర్దిష్ట వ్యక్తి అథారిటీకి దరఖాస్తు చేసుకోవాలి.

d. ఓ కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌కు సంబంధించిన ఓ నిర్దిష్ట వ్యక్తి మరో ఇతర కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌కు మారాలనుకుంటే ప్రస్తుత కార్పొరేట్ ఏజెంట్ జారీ చేసిన అభ్యంతర రహిత ధృవపత్రంతో పాటు కొత్త కార్పరేట్ ఏజెంట్ ద్వారా అథారిటీకి దరఖాస్తు చేసుకోవాలి. ఒకవేళ ప్రస్తుత కార్పొరేట్ ఏజెంట్ ఎలాంటి అభ్యంతర రహిత ధృవపత్రాన్ని 30రోజుల్లోపు జారీ చేయకుంటే అతని బదిలీకి ఆ కార్పొరేట్ ఏజెంట్ నుంచి ఎలాంటి అభ్యంతరం లేదని పరిగణించబడుతుంది. కార్పొరేట్ ఏజెంట్ నుంచి అభ్యర్థనను స్వీకరించిన తర్వాత అథారిటీ బదిలీని సూచిస్తూ కార్పొరేట్ ఏజెంట్ పేరును మార్చి, సవరణతో కూడిన ధృవపత్రాన్ని జారీ చేస్తుంది.

e. అర్హత కలిగి, ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అండ్ డెవలప్‌మెంట్ అథారిటీ నియంత్రణ సంస్థ, 2002 (కార్పొరేట్ ఏజెంట్లకు లైసెన్సింగ్) కార్పొరేట్ ఏజెంట్ వద్ద పని చేస్తున్న నిర్దిష్ట వ్యక్తులు మరియు/లేదా ముఖ్య బీమా కార్య నిర్వాహకులు ఈ నియంత్రణల కింద రిజిస్టర్ చేసిన కార్పొరేట్ ఏజెంట్ల వద్ద ఉద్యోగాన్ని కొనసాగిస్తుండవచ్చు. అయినప్పటికీ, అలాంటి నిర్దిష్ట వ్యక్తులు మరియు/లేదా ముఖ్య బీమా కార్యనిర్వాహకుల వివరాలను రిజిస్ట్రేషన్ మంజూరు కోసం నిర్దిష్ట పద్ధతిలో దరఖాస్తు చేసే సమయంలో కానీ లేదా ఆరు నెలల్లోపు కానీ అందించాలి. ఇలాంటి నిర్దిష్ట వ్యక్తులు

మరియు/లేదా ముఖ్య బీమా కార్యనిర్వహకుల వివరాల రశీదును అందుకున్న తర్వాత పైకనిన ఉప నియంత్రణ (సి)లో పేర్కొన్నట్టుగా వారికి ఓ ధృవీకరణను అథారిటీ జారీ చేస్తుంది.

4. రిజిస్ట్రేషన్ పునరుద్ధరణ - (1) రిజిస్ట్రేషన్ ముగిసే ముందు 30రోజుల్లోపు కార్పొరేట్ ఏజెంట్ రిజిస్ట్రేషన్ పునరుద్ధరణకోసం అథారిటీకి నిర్ణీత ఫీజుతో పాటు ఫారం ఏ ద్వారా ఓ దరఖాస్తును సమర్పించాలి.

అయినప్పటికీ, నిర్ణీత గడువు తర్వాత అదే సమయంలో ప్రస్తుత రిజిస్ట్రేషన్ వాస్తవ గడువు ముగింపునకు ముందుగా దరఖాస్తు అథారిటీకి చేరితే, అథారిటీకి రూ. వంద అదనపు రుసుంతో పాటు పన్నులు చెల్లించాల్సి ఉంటుంది.

అంతేకాకుండా సముచిత కారణాలతో ఇదివరకటి సౌలభ్యాల పరిధిలోకి రాని జాప్యం జరిగిందని దరఖాస్తుదారుడు రాతపూర్వకంగా పేర్కొంటూ, రూ. 750లతో పాటు వర్తించే పన్నులను చెల్లిస్తే, రిజిస్ట్రేషన్ గడువు దాటిన తర్వాత పునరుద్ధరణకోసం పెట్టుకున్న దరఖాస్తును అథారిటీ అంగీకరించవచ్చు.

గమనిక: రిజిస్ట్రేషన్ గడువు ముగిసేందుంకు 90రోజుల ముందుగా రిన్యూవల్ దరఖాస్తును సమర్పించేందుకు కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌ను అనుమతిస్తున్నారు.

(2) రిజిస్ట్రేషన్ రిన్యూవల్ కోరేముందుగా ముఖ్య అధికారి, నిర్దిష్ట వ్యక్తులు గుర్తింపు పొందిన సంస్థ నుంచి కనీసం 25 గంటల పాటు స్థానిక, ప్రాక్టికల్ శిక్షణ పొంది ఉండాలి.

(3) ఉప నియంత్రణ (1) కింద పునరుద్ధరణకోసం దరఖాస్తును 7వ నియంత్రణ పరిధిలో పరిశీలనలోకి తీసుకోవాలి.

(4) రిజిస్ట్రేషన్ పునరుద్ధరణకు పేర్కొన్న నిబంధనలన్నిటినీ దరఖాస్తుదారుడు పూర్తి చేసినట్టు సంతృప్తి చెందితే, ఫారం సి ద్వారా మూడేళ్ల కాలానికి రిజిస్ట్రేషన్‌ను పునరుద్ధరించి, ఆ సమాచారాన్ని దరఖాస్తుదారుకు తెలపాలి.

5. రిజిస్ట్రేషన్ మంజూరు చేయకపోవడానికి అనుసరించే పద్ధతి -

(1) 4వ నియంత్రణ కింద రిజిస్ట్రేషన్ మంజూరుకోసం లేదా 11వ నియంత్రణ కింద పునరుద్ధరణ కానీ 7వ నియంత్రణలో పేర్కొన్న నిబంధనలకు అనుగుణంగా లేకుంటే అథారిటీ రిజిస్ట్రేషన్ ధృవపత్రాన్ని మంజూరు చేసేందుకు లేదా పునరుద్ధరించేందుకు తిరస్కరించవచ్చు.

దరఖాస్తుదారు వాదనను వినేందుకు ఎలాంటి అవకాశమివ్వకుంటే ఎలాంటి దరఖాస్తును తిరస్కరించలేరు.

(2) రిజిస్ట్రేషన్ ధృవపత్రాన్ని మంజూరు లేదా పునరుద్ధరణను తిరస్కరించిన పక్షంలో అథారిటీ అందుకుగల కారణాలను వివరిస్తూ, దరఖాస్తుదారుకు సమాచారాన్ని 30రోజుల్లోపు అందించాలి.

(3) అథారిటీ నిర్ణయంతో ఇబ్బందులకు గురైన దరఖాస్తుదారులు ఉప నియంత్రణ (2) కింద అధారిటీ ఆదేశాలు జారీ చేసిన తేదీ నుంచి 45 రోజుల్లోపు అప్పీల్ చేసుకునేందుకు రూపొందించిన విధానం మేరకు సెక్యూరిటీస్ అప్పెలేట్ ట్రిబ్యునల్‌కు అప్పీల్ చేసుకోవచ్చు.

6. రిజిస్ట్రేషన్ మంజూరు తిరస్కృతి ప్రభావం- 4వ నియంత్రణ కింద రిజిస్ట్రేషన్ మంజూరు, 11వ నియంత్రణ కింద పునరుద్ధరణకోసం దరఖాస్తుదారు సమర్పించిన దరఖాస్తును అథారిటీ తిరస్కరిస్తే లేదా నిరాకరిస్తే దానిపై నియంత్రణ 12(2) కింద సమాచారం అందుకున్న తేదీనుంచి దరఖాస్తుదారు కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌గా పనిచేయలేరు. అయినప్పటికీ, అదివరకే ఆయన ప్రవేశించిన కాంట్రాక్టులకు సంబంధించి సేవలు అందించే బాధ్యతను కలిగి ఉండాలి. ఆ కాంట్రాక్టులు కొనసాగినంత కాలం ఈ సేవలను కొనసాగించాలి. అప్పటికే అది పూర్తయి ఉంటుంది లేదా మరో ఆరు నెలలోల ఏది ముందుంటే అంత కాలం వరకు ఉంటుంది. ఆ లోపు సంబంధిత బీమాదారుతో వారు తగిన ఏర్పాట్లు చేసుకోవాలి.

7. కార్పొరేట్ ఏజెంట్ రిజిస్ట్రేషన్ మంజూరుకు నిబంధనలు:

నియంత్రణ 9 కింద మంజూరు చేసిన రిజిస్ట్రేషన్ లేదా 11వ నియంత్రణ కింద మంజూరు చేసిన పునరుద్ధరణ కింది నిబంధనల మేరకు పరస్పరం ముడిపడి ఉంటాయి:-

(i) ఈ నియంత్రణల కింద రిజిస్టర్ అయిన కార్పొరేట్ ఏజెంట్ పై కనిన నియంత్రణ (3)లో పేర్కొన్నట్టుగా మాత్రమే బీమా వ్యాపారాన్ని అభ్యర్థించడం, సేవలు అందించడానికి అనుమతించబడాలి;

(ii) కార్పొరేట్ ఏజెంట్ చట్టం, ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అండ్ డెవలప్‌మెంట్ చట్టం, 1999, అథారిటీ ఎప్పటికప్పుడు జారీ చేసే నియంత్రణలు, ఉత్తర్వులు, మార్గదర్శకాలు, మరే ఇతర సూచనల విధివిధానాలకు కట్టుబడాలి;

(iii) అథారిటీకి ఇదివరకు సమర్పించిన ఏదేని సమాచారం లేదా వివరాలు తప్పుగా, తప్పుదోవ పట్టించేలా ఉంటే లేదా ఇదివరకు సమర్పించిన సమాచారంలో ఏదేని వాస్తవిక సమాచారం మార్పు చేయాలనుకుంటే కార్పొరేట్ ఏజెంట్ ముందస్తుగానే సమాచారాన్ని అథారిటీకి రాతపూర్వకంగా తెలపాలి.;

(iv) క్లయింట్ల నుంచి ఏదేని ఫిర్యాదు అందితే కార్పొరేట్ ఏజెంట్ వాటిని పరిష్కరించేందుకు 14 రోజుల్లోపు తగిన చర్యలు తీసుకుని, అలాంటి క్లయింట్ల నుంచి స్వీకరించిన ఫిర్యాదుల సంఖ్య, స్వభావం, ఇతర వివరాల గురించి అథారిటీ పేర్కొన్న రూపం, రీతిలో అథారిటీకి సమాచారం అందించాలి;

(v) కార్పొరేట్ ఏజెంట్ తమ వనరులు, తాము ఉద్యోగంలో నియమించుకున్న వ్యక్తుల సంఖ్యకు అను గుణంగా పాలసీలను అభ్యర్థించి, సేకరించాలి.

(vi) కార్పొరేట్ ఏజెంట్ అథారిటీ పేర్కొన్న రూపంలో రికార్డులను నిర్వహించాలి. అందులో ప్రత్యేకంగా అథారిటీ ఆమోదం పొందిన తేలికపాటి ఉత్పత్తులను మినహాయించి కార్పొరేట్ ఏజెంట్ అభ్యర్థించిన ప్రతి పాలసీలో పాలసీ వారీగా, నిర్దిష్ట వ్యక్తి వారిగా వివరాలు నిర్ధిష్ట వ్యక్తికి పాలసీ ట్యాగ్ చేయబడుతాయి. అథారిటీ అందించే ఇలాంటి రికార్డులకు, వివరాలకు నిరంతర ప్రాప్తిని అనుమతించే వ్యవస్థలను కార్పొరేట్ ఏజెంట్ సిద్ధం చేయాలి.

(vii) బీమా ఉత్పత్తుల అభ్యర్థన కోసం కార్పొరేట్ ఏజెంట్ ఎలాంటి పరిస్థితుల్లోనూ మల్టీ లెవల్ మార్కెటింగ్ విధానాన్ని చేపట్టరాదు;

(viii) కార్పొరేట్ ఏజెంట్ తన డైరెక్టర్లు, ముఖ్య అధికారి, నిర్దిష్ట వ్యక్తులకు వర్తించే ప్రవర్తనా నియమావళికి కట్టుబడి ఉండాలి.;

(ix) కార్పొరేట్ ఏజెంట్ 31వ నియంత్రణలో పేర్కొన్న విధంగా కార్పొరేట్ ఏజెన్సీకోసం ఖాతాల పుస్తకాలను నిర్వహించాలి;

8. రుసుం చెల్లింపు మరియు రుసుం చెల్లించడంలో వైఫల్యం పరిణామాలు-

(1) ప్రతి కార్పొరేట్ ఏజెంట్ రిజిస్ట్రేషన్, ఆ తర్వాత జరిగే రిన్యూవల్ సమయాల్లో రూ. 10వేలతో పాటు వర్తించగల పన్నులతో కూడిన తిరిగి చెల్లించగల దరఖాస్తు రుసుంను చెల్లించాల్సి ఉంటుంది. ఈ ఫీజును హైదరాబాద్‌లో చెల్లుబాటు అయ్యేలా ది ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అండ్ డెవలప్‌మెంట్ అథారిటీ ఆఫ్ ఇండియా పేరిట తీసుకోవాలి. లేదంటే ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అండ్ డెవలప్‌మెంట్ అథారిటీ ఆఫ్ ఇండియాకు ఎలక్ట్రానిక్ మార్గంలో నగదు బదిలీ చేయాలి. దరఖాస్తు రుసుం లేకుండా ఏ దరఖాస్తును పరిగణనలోకి తీసుకోరు.

(2) అథారిటీనుంచి రిజిస్ట్రేషన్ మంజూరు కోసం సమాచారం అందుకున్న తర్వాత 15 రోజుల్లోపు దరఖాస్తుదారు రూ. 25వేలు, దానికి వర్తిస్తున్న పన్నులను చెల్లించాలి. ఫీజు స్వీకరించిన తర్వాత, రిజిస్ట్రేషన్ మంజూరు కోసం నియమ, నిబంధనల విషయంలో సంతృప్తి చెందితే, అథారిటి దరఖాస్తుదారు కోరుకున్న విభాగంలో కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌గా వ్యవహరించేందుకు రిజిస్ట్రేషన్‌ను మంజూరు చేయాలి.

(3) రెన్యూవల్ దరఖాస్తు చేసుకోవాలని కోరుకునే కార్పొరేట్ ఏజెంట్ రూ. 25వేల రుసుం, అదనపు పన్నులతో పాటు నిర్ణీత రూపంలో పునరుద్ధరణకోసం దరఖాస్తు చేసుకోవాలి.

9. పారితోషికం-

(1) కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌కు చెల్లించే లేదా దానికి చెల్లించే పారితోషికాన్ని నియంత్రణల తరపున అథారటీ ఎప్పటికప్పుడు పర్యవేక్షిస్తుంది.

(2) ఐఆర్‌డిఏ (కార్పొరేట్ ఏజెంట్ల లైసెన్సింగ్), 2002 కింద లైసెన్సు పొందిన కార్పొరేట్ ఏజెంట్లు ఆ నియంత్రణల్లోని 24(2)లో పేర్కొన్న విధంగా తమ ఖాతాదారులకు సేవలు కొనసాగించే పక్షంలో ఆ నియంత్రణల కింద చేసిన, సేకరించిన వ్యాపారంకోసం పారితోషికాన్ని అందుకునేందుకు అనుమతించవచ్చు. ఒకవేళ అలాంటి కార్పొరేట్ ఏజెంట్లు ఈ నియంత్రణల కింద రిజిస్టర్ చేసుకోవాలని కోరుకుంటే వాళ్లు 31వ నియంత్రణలో పేర్కొన్న విధంగా తమ ఖాతా పుస్తకాలలలో పాత ఒప్పందాలు, కొత్త ఒప్పందాల కింద స్వీకరించిన పారితోషికాన్ని వేరుగా వెల్లడించాలి.

10. బీమాకోసం పోరాటం-

బీమా వ్యాపారాన్ని అభ్యర్థించే, సేకరించే సమయంలో, కింది నిబంధనలకు కార్పొరేట్ ఏజెంట్ కట్టుబడాలి:

(i) ప్రత్యేకించిన వ్యాపార మార్గంలో ఒకటికన్నా ఎక్కువ బీమా సంస్థలతో భాగస్వామ్యం కలిగిన కార్పొరేట్ ఏజెంట్ ఆపేక్షదారులైన వినియోగదారుకు ఉత్పత్తులను పంపిణీచేసేందుకు ఏర్పాటు కలిగిన బీమాసంస్థల జాబితాను వెల్లడిస్తారు. కవరేజీ విస్తృతి, పాలసీ కాలం, చెల్లించగల ప్రీమియం, ప్రీమియం నియమాలు, తమ వద్ద అందుబాటులో ఉంటూ, వినియోగదారు కోరుకునే మరేదైనా సమాచారం. అంతేకాక ఆపేక్షదారు కోరితే తాము ఇవ్వజూపుతున్న బీమా ఉత్పత్తికి సంబంధించిన కమిషన్ స్థాయిని వెల్లడించవచ్చు.;

(ii) ముఖ్య వ్యాపార ఉత్పత్తితో పాటు బీమాను ఓ అనుబంధ ఉత్పత్తిగా విక్రయించే సందర్భంలో కార్పొరేట్ ఏజెంట్ లేదా దాని వాటాదారు లేదా దాని అనుబంధ సంస్థలు ముఖ్య వ్యాపార ఉత్పత్తి కొనుగోలుదారును తప్పనిసరిగా తమ ద్వారా బీమా ఉత్పత్తిని కొనాలని నిర్బంధించరాదు. కార్పొరేట్ ఏజెంట్ ముఖ్య అధికారి లేదా చీఫ్ ఫైనాన్షియల్ అధికారి (లేదా తత్సమానం) అథారిటీతో ప్రతి అర్థ సంవత్సరానికి షెడ్యూల్ 8లో ఇచ్చిన రూపంలో ఓ ధృవపత్రాన్ని దాఖలు చేయాలి. ఏ ఆపేక్షదారుకు బీమా ఉత్పత్తిని నిర్బంధంగా అమ్మలేదని ధృవీకరించాలి.

(iii) ఏ బీమా సంస్థ కూడా తన ప్రతి క్లయింట్ వద్ద బీమా చేయించాలని కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌ను కోరరాదు.

11. అథారిటీకి వెల్లడించాల్సినవి -

(1) కార్పొరేట్ ఏజెంట్ కావాలని కోరుకునే ఓ దరఖాస్తుదారు దరఖాస్తు దాఖలు చేసే సమయంలో దాని పరిశీలనకు సంబంధించిన అన్ని వాస్తవిక విషయాలను స్వచ్ఛందంగా వెల్లడించాలి. దరఖాస్తు దాఖలు తర్వాత లేదా దరఖాస్తు ప్రాసెస్ చేసిన తర్వాత తమ దరఖాస్తు పరిశీలనకోసం అందించిన సమాచారంలో ఏదేని మార్పు ఉండే పక్షంలో అలాంటి మార్పును దరఖాస్తుదారు స్వచ్ఛందంగా అథారిటీ పరిశీలనకోసం అథారిటీకి సమర్పించాలి.

(2) అదే విధంగా, రిజిస్ట్రేషన్ జారీ అనంతరం అథారిటీ జారీ చేసిన చెల్లుబాటు రిజిస్ట్రేషన్‌ను కలిగిన ఓ కార్పొరేట్ ఏజెంట్ వారికి రిజిస్ట్రేషన్ చేసిన సమయంలో పేర్కొన్న అంశాలలో ఏదేని మార్పు ఉంటే ఆ మార్పు చోటు చేసుకున్న 30 రోజుల్లోపు దానిని వెల్లడించాలి. అలాంటి సమాచారాన్ని స్వీకరించిన తర్వాత ఏదేని వివరణ కోరవచ్చు లేదా అర్హమైనదిగా భావించిన అలాంటి ఆదేశాలను జారీ చేయవచ్చు.

(3) ఏదేని నియంత్రణ సంస్థ లేదా ప్రభుత్వ సంస్థలు తమకు వ్యతిరేకంగా చర్యలు తీసుకుంటే ఆ కార్పొరేట్ ఏజెంట్ ఆ చర్యలు తీసుకున్న 30 రోజుల్లోపు అథారిటీకి వెల్లడించాలి. అలాంటి ఇతర సంస్థలు జారీ చేసిన ఏదేని చర్య లేదా ఆదేశాన్ని కూడా పైన సూచించిన కాలపరిమితిపోలు వెల్లడించాలి.

(4) ఇలాంటి సమాచారాన్ని చూపించాలని కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌ను ఎప్పటికప్పుడు అథారిటీ కోరవచ్చు. లేదా సముచితంగా భావించే వాటిని తిప్పిపంపవచ్చు.

(5) కార్పొరేట్ ఏజెంట్ బీమా ఉత్పత్తులను పంపిణీ చేయాలని ప్రతిపాదిస్తున్న తన కార్యాలయాలు, అక్కడ పని చేస్తున్న నిర్దిష్ట వ్యక్తులు, వారికి అథారిటీ జారీ చేసిన ధృపవత్రం సంఖ్యను అథారిటీకి వెల్లడించాలి. అంతేకాక,

కార్పొరేట్ ఏజెంట్ ఓ కార్యాలయాన్ని ప్రారంభించడం లేదా మూసివేయడం లాంటి వివరాలను కూడా అథారిటీకి తెలపాలి. సముచితమైనదిగా భావించే ఇతర సమాచారాన్ని కూడా అథారిటీ కోరవచ్చు.

(6) పైన నిర్దేశించిన నిబంధనలకు కట్టుబడడంలో విఫలమైతే, రిజిస్ట్రేషన్ సస్పెన్షనం లేదా రద్దు, ద్రవ్య అపరాధం విధింపు లేదా అథారటీ సముచితమైనదిగా భావించే ఏదేని ఇతర చర్యకు కార్పొరేట్ ఏజెంట్ గురికావచ్చు.

12. ఉత్పత్తుల పంపిణీకోసం బీమా సంస్థలతో ఏర్పాట్లు

a) ఈ నియంత్రణ రిజిష్టర్ చేసుకున్న కార్పొరేట్ కంపెనీలు ఉత్పత్తుల పంపిణీకోసం బీమా సంస్థలతో ఏర్పాట్లు చేసుకోవాల్సి ఉంటుంది. ఈ ఏర్పాట్లలో అడుగుపెట్టిన 30 రోజుల్లోపు అథారిటీకి ఈ ఏర్పాట్లు గురించి తెలపాల్సి ఉంటుంది. ఇలాంటి ఏర్పాట్లు కనీసం ఏడాది కాలం పాటు ఉంటుంది.;

(b) ఇలాంటి ఏర్పాట్లలోకి ప్రవేశించినపుడు, ఓ నిర్ధిష్ఠ బీమా సంస్థ ఉత్పత్తులను పంపిణీ చేస్తామని ఏ బీమా సంస్థకు కార్పొరేట్ ఏజెంట్ హామీ ఇవ్వరాదు అలాగే ఏ బీమా సంస్థ కూడా కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌ను నిర్బంధించరాదు;

(c) పాలసీదారులకు సంబంధించి కార్పొరేట్ ఏజెంట్ల విధులు, బాధ్యతలు, బీమా సంస్థలు, కార్పొరేట్ ఏజెంట్ల విధులు, బాధ్యతలు, ఏర్పాట్లు రద్దుకు నియమ, నిబంధనలు లాంటి సదుపాయాలు ఈ ఏర్పాట్లలో ఉండాలి;

(d) పాలసీదారుల ప్రయోజనాలకు వ్యతిరేకంగా ఎలాంటి ఏర్పాట్లు ఉండరాదు;

(e) ఏదేని బీమా సంస్థతో ఏర్పాటును రద్దు చేయాలని ఓ కార్పొరేట్ ఏజెంట్ కోరుకునే పక్షంలో, అలాంటి ఏర్పాటు రద్దుకు కారణాలను బీమా సంస్థకు, అథారిటీకి సమాచారం అందించిన తర్వాత అలా చేయవచ్చు. ఇలాంటి సందర్భాల్లో, అభ్యర్థించి, బీమా సంస్థకు అందించిన పాలసీలకు గడువు తేదీ ముగిసే వరకు లేదా ఆరు నెలల్లో ఏది ముందో అంతవరకు సేవలు అందించేలా చూడాలి. ఆ లోపు సంబంధిత బీమా సంస్థతో తగిన ఏర్పాట్లు చేసుకోవాలి;

(f) బీమా సంస్థ ఏదైనా కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌తో ఏర్పాటును రద్దు చేయాలని కోరుకుంటే అలాంటి ఏర్పాటు రద్దుకు కారణాలను బీమా సంస్థకు, అథారిటీకి సమాచారం అందించిన తర్వాత అలా చేయవచ్చు. ఇలాంటి సందర్భాల్లో, సంబంధిత బీమా సంస్థ ఆ కార్పొరేట్ ఏజెంట్ సేకరించిన పాలసీలకు సేవలు అందించే బాధ్యతను స్వీకరించాలి. ఈ సందర్భాలన్నిటిలోనూ, సేవ ఏర్పాట్లలో చేసిన మార్పులకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని పాలసీదారుకు అందించాలి.;

(g) తన కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌గా చేసేందుకు సంబంధిత నియంత్రణల కింద అథారిటీ అనుమతించిన వాటిని మినహాయించి, ఏదేని సంతకం రుసుం కానీ లేదా మరేపేరులో అయినా వసూలు చేసే ఛార్జీలను కానీ ఏ బీమా సంస్థా చెల్లించరాదు. ఏ కార్పొరేట్ సంస్థా వసూలు చేయరాదు;

(h) ఏ బీమా సంస్థ కూడా కార్పొరేట్ ఏజెంట్ల ముఖ్య అధికారి, నిర్ధిష్ఠ వ్యక్తులు, ఇతర ఉద్యోగులకు ప్రత్యక్షంగా ప్రోత్సాహకాలను (నగదు లేదా నగదు రహితం) చెల్లించరాదు.;

(i) తగిన కారణాలను నమోదు చేయడం ద్వారా పంపిణీ ఏర్పాట్లను రద్దు చేయాలని ఏ సమయంలో అయినా ఏదేని బీమా సంస్థ లేదా కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌ను అథారిటీ ఆదేశించవచ్చు.

13.పాలసీదారుకు సేవలు అందించడం -

(1) ఈ నియంత్రణల కింద రిజిష్టర్ అయిన ఓ కార్పొరేట్ ఏజెంట్ తన పాలసీదారులకు కాంట్రాక్టు కాలం పూర్తిగా సేవలు అందించే బాధ్యతను కలిగి ఉండాలి. సేవలు అందించడమంటే చట్టంలోని 64 VB కింద అవసరమైన ప్రీమియం చెల్లింపులో సహాయం అందించడం, సంఘటన చోటు చేసుకున్నప్పుడు సహాయం, మార్గదర్శనం అందించడం, బీమా కాంట్రాక్టు సాగుతున్న సమయంలో తలెత్తే వివాదాలలో అన్ని రకాల ఇతర సేవలు, మార్గదర్శనం అందించడం లాంటివి.

(2) ఐఆర్‌డిఏ నియంత్రణలు 2002 కింద లైసెన్సు పొందిన ఓ కార్పొరేట్ ఏజెంట్ అయితే, వారు ఈ నియంత్రణలలోని 1(3) నియంత్రణకు కట్టుబడాలి. అయినప్పటికీ, వాళ్లు అలాంటి పాలసీల గడువు ముగియడం లేదా ఆరు నెలల్లో ఏది ముందో అప్పటివరకు ఈ నియంత్రణలోని ఉప నిబంధన (1) కింద అవసరమైనట్టుగా తమ ప్రస్తుత పాలసీదారుల సేవను కొనసాగించాలి. ఆ లోపు కాంట్రాక్టులకు సేవలు అందించడంకోసం సంబంధిత బీమాసంస్థతో తగిన ఏర్పాట్లు చేసుకోవాలి. ఏర్పాట్లతో కూడిన ఇలాంటి కాంట్రాక్టుల వివరాలను అధారిటీకి 30రోజుల్లోపు వెల్లడించాలి.

14. కార్పొరేట్ ఏజెంట్ నుంచి టెలీమార్కెటింగ్ విధానం ద్వారా అమ్మకం మరియు దూర మార్కెటింగ్ -

(1) బీమా ఉత్పత్తుల పంపిణీకోసం టెలీ మార్కెటర్ సేవలను అందుకోవాలని లేదా దూర మార్కెటింగ్ సేవల్లో పాలు పంచుకోవాలనే ఉద్దేశ్యం కలిగిన ఓ కార్పొరేట్ ఏజెంట్ షెడ్యూల్ VIలో రూపొందించిన నిబంధనలను అనుసరించాలి.

(2) పైన పేర్కొన్న ఉప నియంత్రణ (1)పట్ల ఎలాంటి పక్షపాతం లేకుండా టెలీ మార్కెటర్ సేవలను వినియోగించుకునేందుకు కార్పొరేట్ ఏజెంట్ కింది అదనపు నిబంధనలకు కట్టుబడాలి:

a. ఈ వ్యవహారానికి సంబంధించి టెలికాం రెగ్యులేటరీ అధారిటీ ఆఫ్ ఇండియా జారీ చేసిన వివిధ ఉత్తర్వులు మరియు/లేదా మార్గదర్శకాలు లేదా మరే ఇతర ఆదేశాలకు కార్పొరేట్ ఏజెంట్ వినియోగించుకుంటున్న టెలీ మార్కెటర్ కట్టుబడాలి;
b. బీమా మధ్యవర్తిత్వం కోసం టెలిమార్కెటింగ్ కార్యకలాపాలను చేపట్టే ఉద్దేశ్యం కలిగిన కార్పొరేట్ ఏజెంట్ ఈ నియంత్రణల్లోని అనుబంధం 4లో అధారిటీ పేర్కొన్న ఫారంలో అధారిటీ నుంచి ముందస్తు అనుమతిని కోరాలి. అదే అంశాన్ని పరిశీలించిన మీదట టెలీమార్కెటర్‌కు ధృవపత్రం జారీ చేస్తుంది;
c. అంతేకాక, కార్పొరేట్ ఏజెంట్ ఇందులో వినియోగించిన అధీకృత పరిశీలకుల పేర్లను కార్పొరేట్ ఏజెంట్ దాఖలు చేయాలి/
d. ఈ నియంత్రణల్లోని అనుబంధం 5లో పేర్కొన్న ఫారంలో టెలిమార్కెటర్ వినియోగించుకోవాలనుకునే ప్రతిపాదనను పరిశీలించిన మీదట అధీకృత పరిశీలకుడికి ధృవపత్రాన్ని జారీ చేస్తుంది.

e. బీమా మధ్యవర్తిత్వ వ్యాపారమే చేస్తున్న మరో టెలీమార్కెటర్‌రు అధీకృత పరిశీలనదారు మారాలనుకుంటే, వాళ్లు ఇదివరకటి టెలీమార్కెటర్ నుంచి అభ్యంతర రహిత ధృవపత్రాన్ని పొంది, తాజా ధృవపత్రం జారీకోసం వాటిని అథారిటీకి సమర్పించాలి. దానికోసం దరఖాస్తు పెట్టుకున్న 30రోజుల్లోపు ప్రస్తుత టెలీమార్కెటర్ ఎలాంటి అభ్యంతర రహిత ధృవపత్రాన్ని జారీ చేయకుంటే, అతను బదిలీ చేసుకోవడానికి టెలీమార్కెటర్‌కు ఎలాంటి అభ్యంతరం లేదని పరిగణించబడుతుంది;

f. అధీకృత పరిశీలకుల తొలగింపు లేదా చేరికకోసం దరఖాస్తును ముఖ్య అధికారి ద్వారా సంబంధించి కార్పొరేట్ ఏజెంట్ తయారు చేయాల్సి ఉంటుంది;

g. కార్పొరేట్ ఏజెంట్ టెలీమార్కెటర్‌గా ట్రాయ్‌తో నమోదు చేసుకుని ఉంటే, ఆ ఏర్పాట్లు కలిగిన బీమా సంస్థలకు మాత్రమే టెలీమార్కెటర్‌గా ఆ కార్పొరేట్ ఏజెంట్ వ్యవహరించగలరు.;

h. బీమా పాలసీలు కొనాలనే కోరికతో విచారణ జరిపితే తప్పించి, ఏ వ్యక్తికి కూడా కార్పొరేట్ ఏజెంట్ కానీ, దాని టెలీమార్కెటర్ కానీ ఫోన్ కాల్స్ చేయరాదు. అలాంటి వ్యక్తుల డేటాబేస్‌ను, అథారటీ, దాని ఆమోదం పొందిన ఏ వ్యక్తీ పరిశీలన, తనిఖీ కోసం చేసిన విచారణకు సంబంధించిన డేటాబేస్‌ను నిర్వహించాలి.

i. టెలీ మార్కెటర్ ఆపేక్షాదారుడైన వినియోగదారునికి కింది సమాచారాన్ని వెల్లడించాలి

(a) తాము ప్రాతినిధ్యం వహిస్తున్న కార్పొరేట్ ఏజెంట్ పేరు;

(b) కార్పొరేట్ ఏజెంట్ రిజిస్ట్రేషన్ సంఖ్య;

(c) వినియోగదారుడు తిరిగి కాల్ చేసేందుకు లేదా టెలీ విక్రయాల సమాచారాన్ని పరిశీలించాలనుకుంటే టెలీమార్కెటర్ మరియు/లేదా కార్పొరేట్ ఏజెంట్ ఫోన్ నెంబర్;

(d) టెలీ కాల్ చేసే వ్యక్తి (అధీకృత పరిశీలనదారు) పేరు, గుర్తింపు సంఖ్య.

j. టెలీమార్కెటర్‌ను వినియోగించుకునే కార్పొరేట్ ఏజెంట్ టెలీ మార్కెటర్‌తో ఒప్పందం చేసుకోవాలి. అ ఒప్పందంలో డేటాబేస్ మూలం, విధులు, బాధ్యతలు, చెల్లింపు వివరాలు, ఒప్పంద కాలపరిమితి, చట్టం, నియంత్రణలు, అథారిటీ జారీ చేసిన మార్గదర్శకాలు, ఉత్తర్వులు, ఆదేశాలను, అధీకృత పరిశీలకుల ప్రవర్తనా నియమావళిని ఉల్లంఘిస్తే తీసుకునే చర్యలు లాంటి వివరాలను పొందుపరచాలి.;

k. ప్రతి టెలీ మార్కెటర్, అధీకృత పరిశీలకుడు ఈ నియంత్రణలలోని మూడో షెడ్యూల్‌లో పేర్కొన్న కార్పొరేట్ ఏజెంట్లకు వర్తించే ప్రవర్తనా నియమావళికి కట్టుబడి ఉండాలి.

l. అథారిటీ టెలీ మార్కెటర్ లేదా రికార్డులు, దస్తావేజుల పరిశీలనకోసం అవసరమైనదిగా అథారిటీ భావించే మరేదైనా ఇతర ప్రాంగణాలను తనిఖీ చేసే, తన విచక్షణాధికారంతో ఏదేని దస్తావేజులు/రికార్డులను కోరడం లేదా ఏదేని ప్రతులను తీసుకునే అధికారాన్ని కలిగి ఉంటుంది.:

m. టెలీ మార్కెటర్ అథారటీ ఎప్పటికప్పుడు సూచించే నియమ, నిబంధనలకు అనుగుణంగా వ్యవహరించాలి.

(3) టెలీమార్కెటర్ బీమా సంస్థలు లేదా బీమా సంబంధిత సంస్థల తరపున కార్యకలాపాలు నిర్వహించరాదు.

15. కార్పొరేట్ ఏజెంట్లకు ప్రవర్తనా నియమావళి -

(1) ప్రతి కార్పొరేట్ ఏజెంట్ ఈ నియంత్రణల్లోని మూడో షెడ్యూల్‌లో పేర్కొన్న ప్రవర్తనా నియమావళికి కట్టుబడాలి,

(2) కార్పొరేట్ ఏజెంట్ అన్ని వ్యవహారాలకు (ఈ నియంత్రణల కింద పేర్కొన్న ప్రవర్తనా నియమావళి ఉల్లంఘన సహా దాని ముఖ్య అధికారి, నిర్దిష్ట వ్యక్తులు, ఇతర ఉద్యోగులు చేసే తప్పొప్పులకు) బాధ్యత వహించి, చట్టంలోని 102 సెక్షన్ కింద ఉన్న సౌలభ్యాలతో కోటి రూపాయల వరకు విధించే జరిమానాకు బాధ్యత వహించాలి.

16. రికార్డుల నిర్వహణ

ఓ కార్పొరేట్ ఏజెంట్ కింది రికార్డులను ఎలక్ట్రానిక్ రూపంలో సహా నిర్వహించి, అథారిటీ కోరినప్పుడల్లా అందుబాటులో ఉంచాలి.-

(i) సంబంధిత అథారిటీ మార్గదర్శకాలు, మనీ లాండరింగ్ నివారణ చట్టం కింద ఉన్న సౌలభ్యాల కింద మీ ఖాతాదారుకు సంబంధించిన ఖాతాదారును తెలుసుకో (KYC) రికార్డులు;

(ii) క్లయింట్ సంతకం చేసి, కార్పొరేట్ ఏజెంట్ నిర్దిష్ట వ్యక్తి సంతకం చేసిన ఏసీఆర్‌తో పాటు బీమా సంస్థకు సమర్పించిన ప్రతిపాదన పత్రం ప్రతి;

(iii) క్లయింట్ల జాబితా, పాలసీ రకం, ప్రీమియం మొత్తం, పాలసీ జారీ తేదీ, స్వీకరించిన ఛార్జీలు, రుసుం లాంటి పాలసీ వివరాలను కలిగిన రిజిష్టర్;

(iv) ఫిర్యాదుదారు పేరు, ఫిర్యాదు స్వభావం, జారీ చేసిన/అభ్యర్థించిన పాలసీ వివరాలు, తదనంతరం చేపట్టిన చర్యలు లాంటి వివరాలను కలిగిన రిజిష్టర్;

(v) పేరు, చిరునామా, టెలిఫోన్ నెంబర్, ఫోటోగ్రాఫ్, ఉద్యోగం ప్రారంభించిన తేదీ. ఉద్యోగం నుంచి నిష్క్రమించిన తేదీ, ఏదైనా ఉంటే, నిర్దిష్ట వ్యక్తికి చెల్లించే నెలవారీ పారితోషికం;

(vi) అథారటీతో జరిపిన ఉత్తర ప్రత్యుత్తరాల ప్రతులు;

(vii) ఎప్పటికప్పుడు అథారిటీ పేర్కొన్నట్టుగా ఉన్న ఏదేని ఇతర రికార్డు.

17. ఖాతా పుస్తకాలు, రికార్డులు తదితరాల నిర్వహణ -

(1) బీమా మధ్యవర్తిత్వం ప్రయోజనం కోసం ప్రత్యేకంగా పొందుపరచిన కార్పొరేట్ ఏజెంట్ ప్రతి ఆర్థిక సంవత్సరంలోనూ కింది ఖాతా పుస్తకాలను సిద్ధం చేయాలి.

(i) ప్రతి ఖాతా కాలం చివర్లో బ్యాలెన్స్ షీట్ లేదా వ్యవహారాల ప్రకటన;

(ii) ఆ కాలానికి లాభ, నష్టాల ఖాతా;

(iii) నగదు/నిధి ప్రవాహ ప్రకటన:

(iv) ఎప్పటికప్పుడు అథారిటీ కోరుతున్న అదనపు ప్రకటనలు.

గమనిక.1: ఈ నియంత్రణ ప్రయోజనంకోసం, ఏడాదిలో ఆర్థిక సంవత్సరం ఏప్రిల్ 1న ప్రారంభమై తర్వాతి సంవత్సరం మార్చి 31న ముగిసే 12 నెలల కాలం (లేదా వ్యాపారం 1 ఏప్రిల్ తర్వాత ప్రారంభించేదైతే అంతకన్నా తక్కువ)గా ఉంటుంది. ఖాతాలు క్రమవృద్ధి ప్రాతిపదికన నిర్వహించబడాలి.

గమనిక 2: వారి ఆర్థిక ప్రకటనలకు ఓ షెడ్యూల్ ఉండాలి లేదా బీమా సంస్థలు, బీమాసంస్థ గ్రూప్ కంపెనీల నుంచి, బీమా వారీగా కార్పొరేట్ ఏజెంట్ నుంచి స్వీకరించిన అన్ని రాబడుల వివరాలను, గ్రూపు కంపెనీలు మరియు/ లేదా ఏదేని బీమా సంస్థకు చెందిన కార్పొరేట్ ఏజెంట్ అసోసియేటుల, మరియు దానికి సంబంధించిన వివరాలు అందించడం.

(a) ఆడిటర్ రిపోర్ట్‌తో పాటు ఉప నియమం (1)లో పేర్కొన్న విధంగా తనిఖీ చేసిన ఆర్థిక నివేదికల ప్రతిని ఏటా సెప్టెంబర్ 30లోపు సమర్పించాలి. వ్యాపార ప్రవర్తన, ఖాతాల నివేదిక తదితరాలపై ఆడిటర్ల పరిశీలన వ్యాఖ్యలతో సమర్పించాలి. అలాంటి పరిశీలనలపై సముచిత వివరణను అథారిటీకి సమర్పించాలి.

(b) ఆడిటర్ నివేదిక వచ్చిన 90 రోజుల్లోపు, ఆ నివేదికలో చూపిన ఏదేని లోపాలను సరి చేసి, అథారిటీకి తెలపాలి.

(c) అన్ని ఖాతా పుస్తకాలు, నివేదికలు, డాక్యుమెంట్లను తనిఖీకోసం అథారిటీ సూచించిన విధంగా కార్పొరేట్ ఏజెంట్ ప్రధాన కార్యాలయం, లేదంటే అలాంటి శాఖ కార్యాలయంలో ఉంటాయి.

(d) పుస్తకాలు, దస్తావేజులు, ప్రకటనలు, కాంట్రాక్టు నోట్లు తదితరాలను ఈ నియంత్రణ కింద ప్రతిపాదించి, దానికి సంబంధించిన ఏడాది చివరి నుంచి కనీసం పదేళ్ల వరకు అలాగే ఉంచబడుతుంది. అయినప్పటికీ, క్లెయిమ్‌లు నివేదించబడి, సెటిల్‌మెంట్ కోసం కోర్టు నిర్ణయాలకు ఎదురుచూస్తున్న పరిస్థితుల్లో ఆ కేసులు కోర్టుల్లో పరిష్కారమయ్యేవరకు ఆ దస్తావేజులను అలాగే నిర్వహించాల్సి ఉంటుంది.

(2) బీమా మధ్య వర్తిత్వం కాకుండా మరో దానిని ముఖ్య వ్యాపారంగా కలిగిన కార్పొరేట్ ఏజెంట్ విషయంలో అయితే, బీమా మధ్య వర్తిత్వం కోసం స్వీకరిస్తున్న రాబడి, బీమా సంస్థల నుంచి వస్తున్న ఇతర రాబడిని వివరించే విభాగాల వారీ నివేదికను నిర్వహించాలి.

(3) కార్పొరేట్ ఏజెంట్ సేవలను వినియోగించుకునే ప్రతి బీమా సంస్థ సీఈవో, సీఎఫ్‌వో సంతకాలు చేయాల్సిన షెడ్యూల్ VIAలో ఇచ్చిన ఫార్మాట్‌లో ఇలాంటి కార్పొరేట్ ఏజెంట్లందరి కోసం వేర్వేరుగా ఓ ధృవపత్రాన్ని అథారిటీకి దాఖలు చేయాల్సి ఉంటుంది. VIBలో ఇచ్చిన విధంగా బీమా సంస్థ నుంచి స్వీకరించిన కమిషన్/పారితోషికాన్ని పేర్కొంటు కార్పొరేట్ ఏజెంట్ ముఖ్య అధికారి, సీఎఫ్ఓ (లేదా తత్సమానం) నుంచి పొందిన ఇదే తరహా ధృవపత్రాన్ని అథారిటీలో దాఖలు చేయాలి.

18. సాధారణం:

(1) ఈ నియంత్రణన నోటిఫికేషన్ జారీ తేదీ నుంచి ఈ నియంత్రణల కింద అథారిటీ ద్వారా రిజిస్ట్రేషన్ మంజూరు చేస్తే తప్పించి, ఈ నియమాలలోని 1(3) నియమంలో పేర్కొన్న సందర్భాల్లో తప్పించి కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌గా ఏ వ్యక్తీ పని చేయలేరు.

(2) కార్పొరేట్ ఏజెంట్, బీమా సంస్థ లేదా మరెవరైనా వ్యక్తి మధ్య కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌గా బాధ్యతలు నిర్వహించడంలో కానీ, మరే రకంగా కానీ తలెత్తే ఏదేని వివాదాలను బాధితులు అథారిటీకి వ్యక్తిగతంగా నివేదించవచ్చు.; ఇలాంటి ఫిర్యాదును కానీ నివేదనను కానీ స్వీకరించినప్పుడు అథారిటీ ఆ ఫిర్యాదును పరిశీలించి, అవసరమైతే, ఈ నియమాల పరంగా దర్యాప్తు లేదా పరిశోధన జరుపుతుంది.

ప్రవర్తనా నియమావళి

I. సాధారణ ప్రవర్తనా నియమావళి

1. ప్రతి కార్పొరేట్ ఏజెంట్ వృత్తి నైపుణ్య ప్రవర్తన ప్రమాణాలు కలిగి, పాలసీదారుల ప్రయోజనాలకు అనుగుణంగా తమ బాధ్యతలను నిర్వర్తించాలి. అలా చేసే సమయంలో-

a) క్లయింట్లతో ఎల్లవేళలా తన వ్యవహారాలను అత్యంత విశ్వసనీయత, చిత్తశుద్ధితో నిర్వహించడం;

b) శ్రద్ధ, జాగ్రత్తతో చర్యలు చేపట్టడం;

c) కార్పొరేట్ ఏజెంట్‌తో తన సంబంధాన్ని క్లయింట్ అర్థం చేసుకోవడం, వారి తరపునే కార్పొరేట్ ఏజెంట్ పని చేసేలా చూడడం;

d) ఆపేక్షదారులైన క్లయింట్లు అందించే సమాచారం మొత్తాన్ని తమ వరకు, వ్యాపారాన్ని అందిస్తున్న బీమా సంస్థ(ల) వరకే గోప్యంగా ఉంచడం;

e) తమ స్వాధీనంలో ఉన్న రహస్య దస్తావేజుల భద్రతను నిర్వహించడానికి సముచిత చర్యలు చేపట్టడం;

f) కంపెనీలోని ఏ డైరెక్టర్ కానీ, లేదా సంస్థ భాగస్వామి కానీ లేదా ముఖ్య కార్యనిర్వాహకుడు లేదా ముఖ్య అధికారి లేదా నిర్దిష్ట వ్యక్తి మరో కార్పొరేట్ ఏజెంట్ వద్ద ఇదేరకమైన హోదాను కలిగి ఉండరాదు;

2. ప్రతి కార్పొరేట్ ఏజెంట్ కలిగి ఉండాల్సినవి

a) తన ముఖ్య అధికారి మరియు ప్రతి నిర్దిష్టమైన వ్యక్తి చేసే తప్పొప్పులకు బాధ్యత వహించాలి.;

b) ముఖ్య అధికారి, నిర్దిష్ట వ్యక్తులందరూ తాము మార్కెట్ చేసే బీమా ఉత్పత్తులకు సంబంధించి సరైన శిక్షణ, నైపుణ్యం, జ్ఞానం కలిగి ఉండేలా చూసుకోవాలి;

c) ముఖ్య అధికారి మరియు నిర్దిష్ట వ్యక్తి పాలసీ ప్రయోజనాలు, పాలసీ కింద వచ్చే ప్రతిఫలాలకు సంబంధించి ఆపేక్షదారుడికి ఎలాంటి తప్పుడు సమాచారం ఇవ్వరాదు;

d) బీమా ఉత్పత్తిని కొనేందుకు ఆపేక్షదారుడిని బలవంతపెట్టకుండా చూడాలి;

e) బీమా ఉత్పత్తికి సంబంధించి బీమాదారుకు అమ్మకానికి ముందు, అమ్మకం తర్వాతి సలహాలను తగినంత ఇవ్వాలి.;

f) క్లెయిమ్ సమయంలో లాంఛనాలు, దస్తావేజీకరణ పూర్తి చేయడంలో బీమాదారుకు సాధ్యమైనంత ఎక్కువ సహాయ, సహకారాన్ని అందించాలి.;

g) కార్పొరేటా ఏజెంట్ రిస్క్ ఒప్పందం రాయరని, బీమా సంస్థగా పని చేయరనే విషయంపై తగినంత ప్రచారం కల్పించాలి.;

h) ఇద్దరి విధులు, బాధ్యతలను నిర్వహించిన రీతిలోనే బీమా సంస్థలతో ఒప్పందాలు చేసుకుంటారు.

II. అమ్మకం ముందు ప్రవర్తనా నియమావళి

3. ప్రతి కార్పొరేట్ ఏజెంట్ లేదా ముఖ్య అధికారి లేదా నిర్ధిష్ఠ వ్యక్తి కింద పేర్కొన్న విధంగా ప్రవర్తనా నియమావళిని అనుసరిస్తారు:

i) ప్రతి కార్పొరేట్ ఏజెంట్/ముఖ్య అధికారి/నిర్ధిష్ఠ వ్యక్తి,-

a) డిమాండ్ చేసినప్పుడు ఆపేక్షదారుకు తన గుర్తింపును చెప్పడంతో పాటు తన రిజిస్ట్రేషన్/ధృవపత్రాన్ని వెల్లడించాలి;

b) నిర్ధిష్ఠ బీమా ప్రణాళికకు సిఫార్సు చేసినప్పుడు తాము ఒప్పందం చేసుకున్న బీమా సంస్థ అమ్మకంకోసం ఇవ్వజూపే బీమా ఉత్పత్తులకు సంబంధించి అవసరమైన సమాచారాన్ని వివరించి, ఆపేక్షదారుల అవసరాలను పరిగణనలోకి తీసుకోవాలి;

c) ఆపేక్షదారుడు కోరితే, అమ్మకం కోసం ఇవ్వజూపే బీమా ఉత్పత్తికి సంబంధించిన కమిషన్ స్థాయిని వెల్లడించడం;

d) అమ్మకంకోసం ఇవ్వజూపే బీమా ఉత్పత్తికోసం బీమా సంస్థ వసూలు చేసే ప్రీమియంను సూచించడం;

e) బీమా సంస్థ ప్రతిపాదన పత్రంలో అవసరమైన సమాచార స్వభావాన్ని, బీమా కాంట్రాక్టును కొనడంలో వాస్తవిక సమాచారాన్ని వెల్లడించాల్సిన ప్రాముఖ్యతను ఆపేక్షదారుకు వివరించాలి;

f) ఆపేక్షదారు గురించి జరిపిన అన్ని అర్థవంతమైన విచారణలను జరిపిన తర్వాత ప్రతిపాదనకు అంగీకారానిసి సంబంధించినదిగా ఒప్పంద పూచీ పత్రంపై తీవ్ర ప్రభావం చూపే దురలవాట్లు లేదా రాబడి నిలకడలేమి గురించి బీమా సంస్థకు సమర్పిస్తున్న ప్రతి ప్రతిపాదన సందర్భంగా గోప్యత నివేదిక రూపంలో బీమా సంస్థ దృష్టికి తీసుకురావడం;

g) బీమా సంస్థ ప్రతిపాదనకు అంగీకారం లేదా తిరస్కారం గురించి ఆపేక్షదారుకు సరిగ్గా సమాచారం అందించడం;

h) బీమా సంస్థతో ప్రతిపాదన పత్రాన్ని దాఖలు చేసే సమయంలో అవసరమైన దస్తావేజులను పొందడం తదనంతరం ప్రతిపాదనను పూర్తి చేయడంకోసం బీమా సంస్థ అడిగిన ఇతర దస్తావేజులను పొందడం;

ii) కార్పొరేట్ ఏజెంట్/ముఖ్య అధికారి/నిర్ధిష్ఠ వ్యక్తి చేయకూడనివి,-----

a) చెల్లుబాటు రిజిస్ట్రేషన్/ధృవపత్రం కలగని బీమా వ్యాపారాన్ని అభ్యర్థించడం లేదా సేకరించడం;

b) ప్రతిపాదన పత్రంలో ఏదేని వాస్తవిక సమాచారాన్ని విడిచిపెట్టేందుకు ఆపేక్షదారును ప్రేరేపించడం;

c) ప్రతిపాదన అంగీకారం కోసం బీమాసంస్థకు సమర్పించిన ప్రతిపాదన పత్రం లేదా దస్తావేజులలో తప్పుడు సమాచారాన్ని సమర్పించేలా ఆపేక్షదారుని ప్రేరేపించడం;

d) ఆపేక్షదారుతో అమర్యాదకరంగా ప్రవర్తించడం;

e) ఏదేని ఇతర నిర్దిష్ఠ వ్యక్తి లేదా ఏదేని బీమా మధ్యవర్తి ప్రవేశపెట్టిన ఏదేని ప్రతిపాదనతో జోక్యం చేసుకోవడం;

f) బీమా సంస్థ ఇవ్వజూపిన వాటికి భిన్నమైన ధరలు, ప్రయోజనాలు, నియమ, నిబంధనలను ఇవ్వజూపడం;

g) ప్రస్తుత పాలసీని రద్దు చేసుకుని, ఆ రద్దు జరిగిన మూడేళ్లలోపు తననుంచి మరో కొత్త ప్రతిపాదనను కలిగి ఉండేలా పాలసీదారును నిర్బంధించడం;

h) ఏదేని సంవత్సరంలో సేకరించిన మొత్తం ప్రీమియంలో యాభై శాతానికి మించి ప్రీమియం కింద ఒకే వ్యక్తి నుంచి కానీ, ఒకే సంస్థ నుంచి కానీ, ఒకే సంస్థల గ్రూపు నుంచి కానీ పొందినట్టు ఏ కార్పొరేట్ ఏజెంట్ పోర్టుఫోలియోలో కనిపించరాదు;

i) అథారిటీ నుంచి ముందస్తు ఆమోదం పొందితే తప్పించి, ఏ బీమా కంపెనీకి డైరెక్టర్‌గా కావడం లేదా కొనసాగడం చేయలేరు.,

j) మనీ లాండరింగ్ కార్యకలాపాల్లో పాలుపంచుకోవడం;

k) తప్పుదోవపట్టించే కాల్‌లు, విషపూరిత కాల్స్ మార్గంలో తమంత తాముగా లేదా కాల్ సెంటర్ల ద్వారా వ్యాపారంలో పాలుపంచుకోవడం;

l) బీమా ఉత్పత్తులను అభ్యర్థించడం, సేకరించడం కోసం మల్టీలెవల్ మార్కెటింగ్ చేపట్టడం;

m) వ్యాపారాన్ని పొందడంకోసం శిక్షణ పొందని, అనధికార వ్యక్తులను వినియోగించుకోవడం;

n) సర్టిఫికేట్ ఆఫ్ రిజిస్ట్రేషన్ ప్రకారం బీమా ఉత్పత్తులను అభ్యర్థించడం, సేవలు అందంచడం మినహాయించి బీమా కన్సల్టన్సీ లేదా క్లెయిమ్‌ల కన్సల్టన్సీ లేదా ఇతర బీమా సంబంధిత సేవలను అందించడం.

o) బీమా ఉత్పత్తి పంపిణీని కొనసాగించే క్రమంలో ఆపేక్షదారులైన పాలసీదారుల పరిచయ వివరాలను సూచించమనడం, అభ్యర్థించడం, దారి చూపమనడం, సలహా కోరడం, పరిచయం చేయమనడం కనుగొనమనడం లేదా అందించమనడం లాంటివి కాకుండా ఏ వ్యక్తితో అయినా ఒప్పందంలో పాలుపంచుకోవడం, ప్రోత్సహించడం, కాంట్రాక్టు కుదుర్చుకోవడం లేదా మరేదైనా ఏర్పాటు కలిగి ఉండడం ;

p) మరే వ్యక్తికైనా లేదా సంస్థకైనా అమ్మకం, పరిచయం, దారి కనుక్కోవడం, సూచించడం లేదా కనుగొనే ఉద్దేశ్యం ఏదైనా ఉంటే ఏదేని ఫీజు, కమిషన్, ప్రోత్సాహకాన్ని చెల్లింపు లేదా అనుమతించు

III. విక్రయానంతర ప్రవర్తనా నియమావళి 4.

ప్రతి కార్పొరేట్ ఏజెంట్ చేయాల్సినవి -

a) నామినేషన్ లేదా అసైన్‌మెంట్ లేదా చిరునామా మార్పు లేదా ఐచ్ఛికాల ప్రయోగాన్ని ప్రభావితం చేసేందుకు, ప్రతి వ్యక్తిగత పాలసీదారుకు సలహా ఇవ్వాలి. పరిస్థితికి తగ్గట్టు అవసరమైన చోట తగిన సహాయం అందించాలి

b) ఇప్పటికే తన ద్వారా సేకరించిన బీమా వ్యాపారాన్ని సంరక్షించుకునే కోణంలో పాలసీదారుకు నోటిమాటగా, రాతపూర్వకంగా నోటీసు ఇవ్వడం ద్వారా నిర్ణీత వ్యవధిలో పాలసీదారుల ద్వారా ప్రీమియం చెల్లింపు జరిగేలా ప్రతి ప్రయత్నం చేయాలి.

c) క్లయింట్‌కు భవిష్యత్తులో రక్షణ ఇవ్వాలని ఎంచుకోనప్పటికీ, తన క్లయింట్ బీమా గడవు తేదీని తెలుసుకునేలా చూడాలి:

d) పాలసీ ఆవిర్భావం లేదా చివరి పునరుద్ధరణ తేదీ నుంచి చోటు చేసుకున్న పాలసీని ప్రభావితం చేసే మార్పులపై సలహాలను రిన్యూవల్ నోటీసులు తప్పనిసరిగా వెల్లడించే బాధ్యతను కలిగి ఉండేలా హెచ్చరిక చేయాలి.

e) కాంట్రాక్టు పునరుద్ధరణ ప్రయోజనం కోసం బీమా సంస్థకు అందించిన సమాచారం మొత్తాన్ని రికార్డు చేయడం కోసం పునరుద్ధరణ నోటీసులు ఓ రికార్డును నిర్వహించేలా చూడాలి;

f) గడువు తేదీ ముందు సకాలంలో బీమా సంస్థ పునరుద్ధరణ ఆహ్వానాన్ని క్లయింట్ స్వీకరించేలా చూడాలి.

g) బీమాసంస్థ క్లెయిమ్‌ల సెటిల్‌మెంట్ అవసరాలకు అనుగుణంగా పాలసీదారులు లేదా క్లెయిమ్‌దారులు లేదా లబ్దిదారులకు అవసరమైన సహాయాన్ని అందించాలి.;

h) సాధ్యమైనంత త్వరగా వాస్తవిక విషయాలు వెల్లడించి, తదనంతర పరిణామాలపై సలహా ఇచ్చేలా క్లెయిమ్‌లను క్లయింట్‌లు గుర్తించేలా వివరించాలి.;

i) క్లయింట్ సరిగ్గా చేయలేదని భావించే పక్షంలో నిజమైన, న్యాయమైన, పూర్తి వెల్లడి చేసేలా క్లయింట్‌కు సలహా ఇవ్వాలి. తదనంతర వెల్లడి జరగని పక్షంలో క్లయింట్‌కోసం భవిష్యత్తులో పనిచేయడానికి నిరాకరించవచ్చు;

j) క్లెయిమ్‌కు సంబంధించిన ఏదేని అవసరాలపై క్లయింట్‌కు సరైన సలహా ఇవ్వాలి.;

k) క్లెయిన్ లేదా క్లెయిమ్‌కు అవకాశం ఉండొచ్చనే ఏదేని సంఘటనకు సంబంధించిన సమాచారాన్ని క్లయింట్ నుంచి స్వీకరించిన వెంటనే ఎలాంటి జాప్యం లేకుండా మూడు పని దినాల్లోపు పంపించాలి.;

l) బీమా సంస్థ నిర్ణయాన్ని లేదా క్లెయిమ్ గురించి క్లయింట్‌కు వెంటనే తెలియబరచాలి. తన క్లెయిమ్‌ను పరిశీలించడంలో క్లయింట్‌కు అర్థవంతమైన సాయాన్ని పూర్తిగా అందించాలి.

m) బీమా కాంట్రాక్టు కింద వస్తున్న ప్రయోజనాల నుంచి వాటాను డిమాండ్ చేయడం కానీ స్వీకరించడం కానీ చేయరాదు;

n) బోధకుడి లేఖలు, విధానాలు, పునరుద్ధరణ దస్తావేజులు ఫిర్యాదుల నిర్వహణ పద్ధతుల వివరాలను కలిగి ఉండేలా చూడాలి.:

o) ఫోన్ ద్వారా కానీ లేదా రాతపూర్వకంగా కానీ ఫిర్యాదులను అంగీకరించాలి:

p) ఉత్తర ప్రత్యుత్తరాలను స్వీకరించిన పద్నాలుగు రోజుల్లోపు ఫిర్యాదును గుర్తించాలి. ఫిర్యాదును పరిశీలించే సిబ్బందికి సలహా ఇచ్చి, దాని పరిష్కార గడువు తేదీని గుర్తు చేయాలి;

q) స్పందనతో సంతోషంగా లేకుంటే ఏం చేయొచ్చనే విషయాన్ని ఫిర్యాదు దారుకు లేఖల ద్వారా సమాచారం అందించేలా చూడాలి;

r) సముచితమైన సీనియర్ స్థాయిలో ఫిర్యాదులను పరిశీలించేలా చూడాలి;

s) రికార్డింగ్, పర్యవేక్షణ ఫిర్యాదులకోసం ఓ వ్యవస్థను ఏర్పాటు చేయాలి.

అధ్యాయం 5

జీవిత బీమా యొక్క చట్టబద్ధమైన సిద్ధాంతాలు

అధ్యాయం పరిచయం

ఒక జీవిత బీమా ఒప్పందాన్ని శాసించే అంశాలేమిటో ఈ అధ్యాయంలో, మనం చర్చిస్తాం. ఈ అధ్యాయం జీవిత బీమా ఒప్పందంలో గల ప్రత్యేక లక్షణాల గురించి తెలియజేస్తుంది.

నేర్చుకునే అంశాలు

B. బీమా ఒప్పందాలు – చట్టబద్ధమైన అంశాలు మరియు ప్రత్యేక లక్షణాలు

A. బీమా ఒప్పందాలు - చట్టబద్ధమైన అంశాలు, ప్రత్యేక లక్షణాలు

1. బీమా ఒప్పందాలు - చట్టబద్ధమైన అంశాలు

a) బీమా ఒప్పందం

బీమా ఒక ఒప్పందం చేసుకున్న అగ్రిమెంటు. బీమా సంస్థ నిర్దిష్టమైన, ప్రత్యేకమైన రిస్కులకి ఒక ధరకి లేదా ప్రీమియంకి ఆర్థిక భద్రత కల్పించడానికి అంగీకరిస్తుంది. ఒప్పందం చేసుకున్న అగ్రిమెంటు ఒక బీమా పాలసీ రూపం తీసుకుంటుంది.

b) బీమా ఒప్పందంలో ఉండే చట్టబద్ధమైన అంశాలు

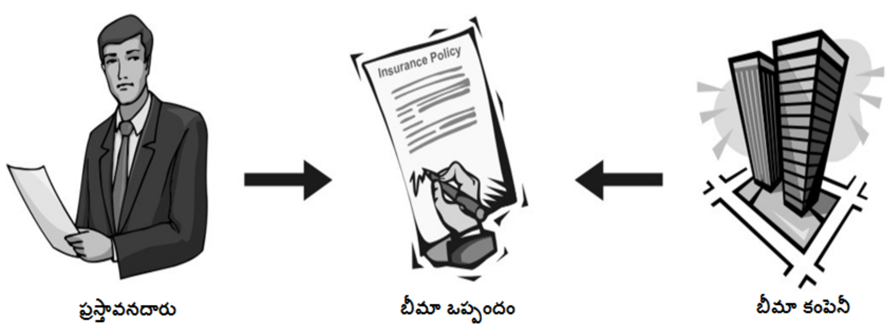
ఇప్పుడు మనం ఇక్కడ కొన్ని రకాల బీమా ఒప్పందం లక్షణాల గురించి తెలుసుకుందాం. బీమా ఒప్పందాలని శాసిస్తున్న కొన్ని న్యాయపరమైన సిద్ధాంతాల్ని ఇప్పుడు చూద్దాం.

కీలకాంశం

ఇరు పార్టీల మధ్య ఉండే ఒక ఒప్పంద అగ్రిమెంటు చట్టపరమైన చర్యలు తీసుకోవడానికి అనువైనది. ఇండియన్ ఒప్పందం యాక్ట్ 1872 ప్రకారం బీమా ఒప్పందాలతో సహా భారతదేశంలోని అన్ని ఒప్పందాలను శాసిస్తుంది.

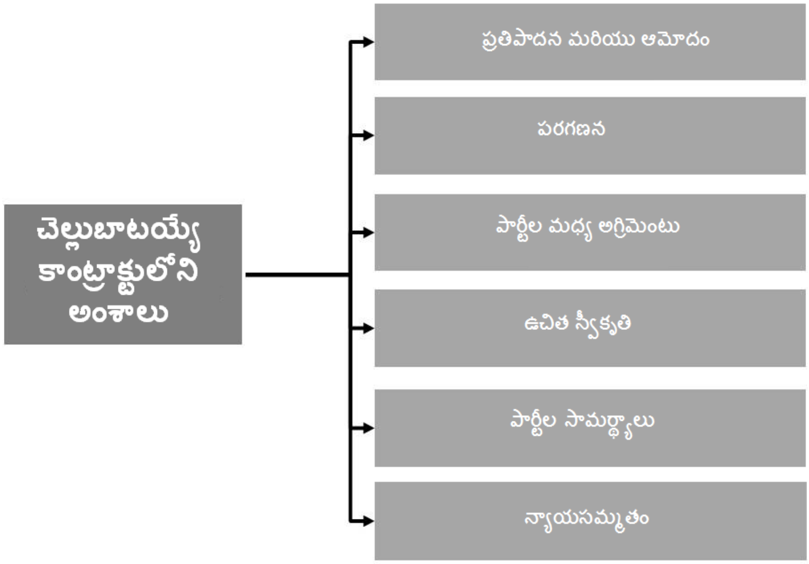
ఒక బీమా పాలసీ బీమా సంస్థ అనే కంపెనీ, బీమాదారు అనే పాలసీదారు - రెండు పార్టీల మధ్య ఏర్పడే ఒప్పందం. ఇది భారతీయ ఒప్పందం చట్టం 1872లో పొందుపరచిన షరతులను పూర్తి చేస్తుంది.

చిత్రం 1: బీమా ఒప్పందం



c) చెల్లుబాటయ్యే ఒప్పందంలోని అంశాలు

చిత్రం 2: చెల్లుబాటయ్యే ఒప్పందంలోని అంశాలు



చెల్లుబాటయ్యే ఒప్పందంలోని అంశాలు :

i. **ప్రతిపాదన మరియు ఆమోదం**

ఒక వ్యక్తి మరొక వ్యక్తికి ఏదైనా ఒక పని చేయడానికి తన ఇష్టాన్ని తెలిపినా లేదా ఏ విషయాన్నైనా అలా చేయవద్దని వారించినా ఆ పనికి అవతలి వ్యక్తి సమ్మతి పొందే ఉద్దేశ్యంతోనే చేస్తే, అది ఒక ఆఫర్ లేదా ప్రతిపాదన చేస్తున్నట్టు పరిగణించబడుతుంది. సాధారణంగా, ప్రతిపాదకుడు (proposer) ద్వారా ప్రతిపాదన చేయబడుతుంది. బీమా సంస్థ ద్వారా అంగీకరించబడుతుంది.

ఆఫర్ ఇవ్వబడుతున్న ఒక వ్యక్తి తన స్వీకృతిని తెలియజేసినట్టే. అందువల్ల అంగీకరించినట్టే. స్వీకరించబడిన ప్రతిపాదన వాగ్దానం అవుతుంది.

స్వీకృతి ప్రతిపాదకుడికి తెలియజేయాల్సిన అవసరం ఉంది. ఫలితంగా ఒక ఒప్పందం రూపం దాల్చుతుంది.

ఒక ప్రతిపాదకుడు బీమా పాలసీ నిబంధనల్ని అంగీకరిస్తాడు. అతడు డిపాజిట్ మొత్తాన్ని చెల్లించడం ద్వారా తన అంగీకారాన్ని తెలియజేస్తాడు. ప్రస్తావనకి స్వీకృతి లభించిన తర్వాత, అది మొదటి ప్రీమియంగా మారుతుంది. అప్పుడు ఆ ప్రతిపాదన పాలసీగా మారుతుంది.

ఒకవేళ ఏదైనా షరతు పెట్టబడినట్లయితే, అది కౌంటర్ ఆఫర్ అవుతుంది.

పాలసీ బాండు ఒప్పందానికి సాక్ష్యం అవుతుంది.

ii. పరిగణన (Consideration)

పరిగణన అంటే ఒప్పంద పార్టీలకి కొంత పరస్పర ప్రయోజనం ఉండేలా ఉండాలి. బీమాదారు నుంచి ప్రీమియం ఒక పరిగణన, అలాగే అది నష్టపరిహారం చేస్తామనే వాగ్దానం బీమా సంస్థ నుంచి ఒక పరిగణన.

iii. పార్టీల మధ్య అగ్రిమెంటు

ఇరు పక్షాలూ ఒకే విషయాన్ని ఒకే అర్థంలో అంగీకరించాలి. మరోలా చెప్పాలంటే, ఇరు పార్టీల మధ్యా ఒక సమన్వయ ధోరణిలో "అంగీకారం" (**consensus ad-idem**) ఉండాలి. బీమా సంస్థ, పాలసీదారు ఒకే విషయాన్ని ఒకే అర్థంలో అంగీకరించాలి.

iv. స్వేచ్ఛా అంగీకారం (Free consent)

ఒక ఒప్పందంలోకి ప్రవేశిస్తున్నపుడు స్వేచ్ఛా అంగీకారం (free consent) ఉండాలి.

ఈ కారణం కానప్పుడు అంగీకారం స్వేచ్ఛగా ఇచ్చినట్లు చెప్పబడుతుంది

- ✓ నిర్బంధం
- ✓ అనుచిత ప్రభావం
- ✓ మోసం (ఫ్రాడ్)
- ✓ తప్పుగా తెలియజేయడం
- ✓ పొరపాటు

ఒక అగ్రిమెంటు సమ్మతి నిర్బంధం మీదా, మోసం లేదా మాయ వల్లా సంభవించినపుడు, ఆ అగ్రిమెంటు చెల్లదు.

v. పార్టీల సామర్థ్యాలు

ఒప్పందానికి చెందిన రెండు పార్టీలూ ఒప్పందంలోకి ప్రవేశించడానికి చట్టబద్ధంగా అర్హులై ఉండాలి. పాలసీదారు ప్రస్తావనపై సంతకం చేసే సమయానికి మేజరు వయస్సు కలిగి ఉండాలి, అలాగే అతడి మానసిక ఆరోగ్యం బాగుండాలి, అంతే కాకుండా అతడు చట్టప్రకారం అనర్హుడిగా ఉండకాదు. ఉదాహరణకి, మైనర్లు బీమా ఒప్పందాలలోకి ప్రవేశించ రాదు.

vi. చట్టబద్ధత

ఒప్పంద వస్తువు చట్టపరమైనది అయి ఉండాలి. ఉదాహరణకి, చట్టవిరుద్ధమైన చర్యల కోసం ఏ బీమా లభించదు. వస్తువు లేదా పరిగణన చట్టవిరుద్ధమైన అటువంటి అంగీకారం చెల్లదు. ఓ బీమా ఒప్పందంలో వస్తువు చట్టబద్ధమైన వస్తువు.

కీలకాంశం

i. **నిర్బంధం** - నేరపూరిత విధానాల ద్వారా ఒత్తిడి చేయడం జరుగుతుంది.

ii. **అనుచిత ప్రభావం (Undue influence)** - మరొక ఇష్టంపై ఆధిపత్యం చెలాయించే సామర్థ్యం ఉన్న ఆమె, ఇతరుల నుంచి అనుచితమైన ప్రయోజనం పొందడానికి తన హోదాని వాడినప్పుడు.

iii. **మోసము (Fraud)** - ఒక వ్యక్తి మరొకరిని ఒక ప్రాతినిధ్యం ద్వారా అతను లేదా ఆమె నిజమని నమ్మేలా చేసేందుకు ప్రేరేపిస్తాడు. వాస్తవాల్ని ఉద్దేశపూర్వకంగా దాచిపెట్టి గానీ లేదా వాటిని తప్పుగా తెలియజేయడం వల్ల గానీ అలాంటి మోసం తలెత్తుతుంది.

iv. **పొరపాటు Mistake** - ఒకరి జ్ఞానంలో లోపం లేదా ఒక విషయం **leda** ఒక సంఘటనని విశ్వసించడం లేదా వివరించడంలో లోపం. ఇది ఒప్పందం విషయము గురించిన అవగాహనలోనూ మరియు అంగీకార పత్రంలోనూ లోపం తలెత్తేలా చేస్తుంది.

---

2. బీమా ఒప్పందాలు - ప్రత్యేక లక్షణాలు (Special features)

a) ఉబెర్రిమ ఫైడ్స్ (Uberrima Fides) లేదా పరిపూర్ణ విశ్వాసం (Utmost Good Faith)

ఓ బీమా ఒప్పందం పాటించే ప్రాథమిక సూత్రాల్లో ఇది ఒకటి. దీన్ని ఉబెర్రిమ ఫైడ్స్ అని కూడా అంటారు. అంటే ఒప్పందంలో ఉన్న ప్రతి పార్టీ బీమా విషయానికి సంబంధించిన అన్ని ముఖ్యమైన వాస్తవాలూ వెల్లడించాలి.

మంచి నమ్మకాని (good faith) కీ, పరిపూర్ణ విశ్వాసం (utmost good faith) కీ చాలా తేడా ఉంది. సాధారణంగా వాణిజ్యపరమైన అన్ని ఒప్పందాల లావాదేవీలన్నీ మంచి నమ్మకం మీదే జరిగిపోతూ ఉంటాయి . వాటిల్లో ఎక్కడా మోసంగానీ ,కపటంగానీ ఉండవు. మంచి నమ్మకాన్ని పాటించాల్సిన న్యాయపరమైన (legal) బాధ్యత మాత్రమే కాక, అమ్మకందారు, కొనుగోలుదారుకి ఒప్పందం గురించి ఎలాంటి సమాచారమూ వెల్లడించకూడదనే నిబంధన పాటించనవసరం లేదు.

ఇక్కడ "కొనుగోలుదారునిదే బాధ్యత" **(Caveat Emptor)** నియమం పాటించబడింది. అంటే. **కొనుగోలుదారుని హెచ్చరించడం.**

ఒప్పందంలో ఉన్న పార్టీలు ఒప్పందంలో ఉన్న విషయం గురించి ఎంతో నిశితంగా పరిశీలించాలి. అలాగే ఒక పార్టీ మరొక పార్టీని తప్పు త్రోవ పట్టించనంతవరకూ ,సమాధానాలు నిజాయితీగానే ఇవ్వబడ్డంత వరకూ, అవతలి పార్టీ ఒప్పందాన్ని తప్పించుకునే (avoid) ప్రశ్నే ఉండదు.

పరిపూర్ణ విశ్వాసం (Utmost Good Faith): బీమా ఒప్పందాలు వివిధ రకాల విషయాల్ని ఆధారంగా చేసుకుని నడుస్తాయి.. ఒప్పందం విషయం కనిపించనది. పైగా నేరుగా పరిశీలించినా లేదా బీమా సంస్థ అనుభవం ద్వారా గానీ అంత సులభంగా తెలిసే అవకాశం లేదు. అలాగే అనేక వాస్తవాలు, వాటి స్వభావపరంగా ప్రతిపాదించినవారి (proposer)కి మాత్రమే తెలిసి ఉండవచ్చు. అందుకే బీమా సంస్థ తరచుగా సమాచారం కోసం ప్రతిపాదకులపై పూర్తిగా ఆధారపడి ఉంది.

అందువల్ల బీమా విషయము గురించిన ముఖ్యమైన సమాచారం (material సమాచారం) అంతా బీమా సంస్థలకు తెలియదు కాబట్టి దాన్ని సంపూర్ణంగా వెల్లడించాల్సిన చట్టపరమైన బాధ్యత ప్రతిపాదకుడుకి ఉంది.

ఉదాహరణ

డేవిడ్ ఒక జీవిత బీమా పాలసీ కోసం ఒక ప్రతిపాదన (ప్రపోజల్) చేశాడు. పాలసీ కోసం దరఖాస్తు చేసుకునే సమయంలో, డేవిడ్ డయాబెటిస్‌తో బాధపడుతున్నాడు, వ్యాధి నివారణకు చికిత్స తీసుకుంటున్నాడు. కానీ డేవిడ్ జీవిత బీమా సంస్థకు ఈ వాస్తవాన్ని వెల్లడించలేదు. జీవిత బీమా సంస్థ జారీ అందువలన డేవిడ్‌కి ముప్పై ఏళ్ల వయసు. అందువల్ల జీవిత బీమా సంస్థ డేవిడ్‌ని వైద్య పరీక్ష చేయించుకోమని అడగకుండానే అతడికి పాలసీ జారీ చేసింది. కేవలం కొన్ని సంవత్సరాలలోనే, డేవిడ్ ఆరోగ్యం మరింత క్షీణించింది. అతడిని ఆసుపత్రిలో చేర్చారు. డేవిడ్ ఇక కోలుకోలేదు. తర్వాత కొద్ది రోజుల్లో అతడు మరణించాడు. జీవిత బీమా సంస్థకి ఒక దావా చేయబడింది.

జీవిత బీమా సంస్థ దావా తిరస్కరించడం చూసి, డేవిడ్ నామినీ ఆశ్చర్యపడ్డాడు. బీమా సంస్థ దాని పరిశోధనలో డేవిడ్ పాలసీ కోసం దరఖాస్తు చేసే నాటికే మధుమేహంతో బాధపడుతున్నట్లుగానూ, అలాగే ఈ వాస్తవాన్ని ఉద్దేశపూర్వకంగానే డేవిడ్ దాచి పెట్టినట్టుగానూ తేలింది. అందువల్ల బీమా ఒప్పందం చెల్లదని ప్రకటించబడింది, అంతేకాక దావా కూడా తిరస్కరించబడింది.

ముఖ్యమైన సమాచారమంటే బీమా సంస్థలు ఈ కింది వాటిని నిర్ణయించుకునేందుకు వీలుగా ఇచ్చేసమాచారం :

- ✓ వారు రిస్కుని అంగీకరించవచ్చా లేదా?
- ✓ ఒకవేళ అంగీకరిస్తే ప్రీమియం ఏ రేటులో ఉండాలి? వాటికి ఎలాంటి నియమ నిబంధనలు ఉండాలి?

ఈ బాధ్యత కేవలం ప్రతిపాదకుడుకి తెలిసిన ముఖ్యమైన వాస్తవాలకే (material facts) కాక, అతడు తెలుసుకోవలసిన భౌతికపరమైన వాస్తవాలకి కూడా వర్తిస్తుంది. పరిపూర్ణ విశ్వాసానికి సంబంధించిన ఈ చట్టపరమైన బాధ్యత సాధారణ న్యాయపరిధిలోకి వస్తుంది.

ఉదాహరణ

ఒక ప్రతిపాదన చేసే ప్రతిపాదకుడు వెల్లడి చేయాల్సిన భౌతిక వాస్తవాల్లో కొన్ని ఉదాహరణల్ని ఇక్కడ పరిశీలిద్దాం:

i. **జీవిత బీమా:** వ్యక్తిగత వైద్యపరమైన చరిత్ర, వంశపారంపర్యంగా వస్తున్న వ్యాధుల లక్షణాలు, ధూమపానం, మద్యపానం వంటి లక్షణాలు, పనికి వెళ్లక పోవడం, వయసు, అలవాట్లుప్రతిపాదకుడు ఆదాయ వివరాలు వంటి ఆర్థిక సమాచారం, ముందుగా ఉన్న జీవిత బీమా పాలసీలు, వృత్తి మొదలైనవి.

ii. **ఫైర్(Fire)బీమా**: భవన నిర్మాణం, భవనాన్ని ఉపయోగిస్తున్న తీరు, భవనం వయసు, ఆ ప్రాంగణంలో ఉన్న వస్తువుల స్వభావం, మొదలైనవి.

iii. **మెరైన్ (Marine) బీమా:** సామాగ్రి వివరాలు, ప్యాకింగ్ విధానం మొదలైనవి.

iv. **మోటర్** (Motor) **బీమా:** వాహన వివరాలు, కొన్న తేదీ, డ్రైవరు వివరాలు మొదలైనవి.

ఆ విధంగా బీమా ఒప్పందాలు అధిక బాధ్యత లోబడి ఉన్నాయి. ఇక బీమా విషయానికి వస్తే, మంచి విశ్వాసం (good faith) ఒప్పందాలు పరిపూర్ణ విశ్వాసం (utmost good faith) ఒప్పందాలుగా మారాయి.

నిర్వచనం

అడిగినా, అడగకపోయినా, ప్రతిపాదిస్తున్న రిస్కుకి గల అన్ని రకాల ముఖ్యమైన వాస్తవాల్నీ స్వచ్ఛందంగా, ఖచ్చితంగా, వెల్లడించడమే, "ఉబెర్రిమ ఫైడ్స్" భావనగా నిర్వచించబడింది.

పరిపూర్ణ విశ్వాసం ఒప్పందంలోని పార్టీలెవరిచేతా సరిగా పాటింపబడకపోతే, ఆ ఒప్పందం నుంచి వారిద్దరిలో ఎవరైనా తప్పించుకోవచ్చు. అంటే దీనర్థం ముఖ్యంగా ఓ బీమా ఒప్పందంలోకి వచ్చేవారెవరూ అనుచితంగా ప్రయోజనాలు అందుకోవాలని అనుకోరాదు.

బీమాదారు బీమా ఒప్పందం కోసం ఏదైనా భౌతిక వాస్తవానికి సంబంధించి ఎలాంటి అవాస్తవ సమాచారం ఇవ్వకూడదని భావించబడుతుంది. బీమాదారు అన్ని విషయాలకు సంబంధించిన వాస్తవాలనూ వెల్లడించాలి. ఈ బాధ్యతే కనుక లేకుంటే బీమా తీసుకొన్న వ్యక్తి రిస్కుని ప్రభావితం చేసే కొన్ని నిర్దిష్టమైన వాస్తవాల్ని అణచివేయడానికీ, అనుచిత ప్రయోజనం అందుకోవడానికీ ప్రయత్నించే అవకాశం ఉంది.

అండర్ రైటర్ సరైన రిస్కు అంచనా వేసుకునేలా, పాలసీదారు తన ఆరోగ్యం, కుటుంబ చరిత్ర, ఆదాయం, వృత్తి మొదలైన విషయాల్లో ఎలాంటి దాపరికం లేకుండా వాస్తవ స్థితిని నిజాయితీగా వెల్లడించాలి. అండర్ రైటింగ్చేసే అండర్ రైటర్ నిర్ణయాన్ని ప్రభావితం చేసే విధంగా ప్రతిపాదన పత్రంలో విషయాలు చెప్పకపోవడం గానీ,

తప్పుగా చెప్పడం (misrepresentation) గానీ జరిగితే, ఆ ఒప్పందాన్ని రద్దు పరచడానికి బీమా సంస్థకి అధికారం ఉంది.

చట్టం అన్ని భౌతిక వాస్తవాలను బహిర్గతం చేయడం ఒక బాధ్యతగా విధించింది.

ఉదాహరణ

ఇటీవల కొంతకాలంగా ఒక ఎగ్జిక్యూటివ్ హైపర్‌టెన్షన్‌తోనూ, స్వల్పంగా గుండెపోటుతోనూ బాధపడుతున్నాడు. అందువలన అతడు మెడికల్ పాలసీ తీసుకోవాలనుకున్నాడు. అతడు తన వాస్తవిక పరిస్థితిని వెల్లడించలేదు. ఆ విధంగా బీమా సంస్థ బీమాదారుడు వాస్తవాలను వక్రీకరించి చేసిన ప్రతిపాదనలను స్వీకరించడం వల్ల మోసపోతుంది.

ఒక వ్యక్తికి గుండెలో రంధ్రం ఉంది, ఆ విషయాన్ని ప్రపోజల్ ఫారంలో అతడు వెల్లడించాడు. ఆ విషయం బీమా సంస్థ ద్వారా స్వీకరించబడింది. ముందు నుంచీ ఉన్న వ్యాధులకి కనీసం 4 ఏళ్ల వరకూ కవరేజి ఉండదనే విషయం ప్రతిపాదకుడు (ప్రపోజర్, బీమా చేసే వ్యక్తి) కి తెలియజేయబడలేదు. ఇది బీమా సంస్థ ద్వారా తప్పు త్రోవ పట్టించబడిన వాస్తవానికి ఉదాహరణ.

---

b) ముఖ్యమైన వాస్తవాలు (Material facts)

నిర్వచనం

ఒక రిస్క్‌ని అంగీకరించవచ్చని నిర్ణయించడంలో ఒక బీమా అండర్‌రైటర్ తీర్పునీ, అలాగే ప్రీమియం రేటు, ఇంకా ఇతర నియమ నిబంధనల్నీ ప్రభావితం చేసే వాస్తవాన్ని ముఖ్యమైన **వాస్తవముగా (**Material fact**)** నిర్వచించబడింది.

అంతకు ముందు వెల్లడించని వాస్తవం భౌతికపరమైనదైనా లేదా అనే ఆ విషయానికి సంబంధించిన పరిస్థితులపై ఆధారపడి ఉంటుంది, అది న్యాయస్థానంలో మాత్రమే చివరికి నిర్ణయింపబడాలి. బీమాదారు రిస్కుని **ప్రభావితం చేసే నిజాలు వెల్లడించాలి.**

బీమాలో వెల్లడించాల్సిన భౌతిక వాస్తవాల్లో కొన్ని రకాల్ని ఇక్కడ పరిశీలిద్దాం :

i. ఒక నిర్దిష్టమైన రిస్కు ఎక్కువగా జరిగే అవకాశం ఉన్నదని సూచించే వాస్తవాలు

ఉదాహరణ

ప్రమాదకరమైన కార్గో(ఓడ సరుకు) సముద్ర మార్గంలో తీసికెళ్లబడటం; అనారోగ్యానికి సంబంధించిన గత చరిత్ర

---

ii. అన్ని బీమా సంస్థల నుంచీ ఉనికిలో ఉన్న గత పాలసీలనీ, వాటి ప్రస్తుత స్థితిని తీసుకోవడం

iii. బీమా ప్రపోజల్ ఫారం లేదా అప్లికేషన్ లోని ప్రశ్నలన్నీ ముఖ్యమైనవిగా పరిగణనలోకి తీసుకోబడతాయి. ఎందుకంటే ఇవి బీమా విషయంలో వివిధ రకాల దృక్కోణాలకు, విపత్తు జరిగే అవకాశానికి సంబంధించినవి అయి ఉంటాయి. వీటికి నిజాయితీగా సమాధానమివ్వాలి. అన్ని వివరాలూ పూర్తిగా నింపబడాలి.

కొన్ని రకాల భౌతిక వాస్తవాల్ని వెల్లడించనవసరం లేదు. అలాంటి కొన్ని ఉదాహరణలు ఈ క్రింద ఇవ్వబడినాయి.

సమాచారం

వెల్లడి చేయనవసరం లేని భౌతిక వాస్తవాలు (Material Facts that need not be disclosed)

అండర్ రైటర్ ద్వారా నిర్దిష్టంగా విచారణ చేయబడకపోతే మాత్రం, ప్రతిపాదకుడు ఈ క్రింది వాస్తవాలను వెల్లడించనవసరం లేదు:

i. రిస్క్‌ని తగ్గించడానికి అమలు చేసిన చర్యలు

ఉదాహరణ: అగ్నిమాపక యంత్రం ఏర్పాటు చేసుకోవడం

ii. బీమాదారుకి తెలియని లేదా దృష్టికిరాని నిజాలు

ఉదాహరణ: ఒక వ్యక్తి, అధిక రక్తపోటుతో బాధపడుతున్నాడు. కానీ అతడికి పాలసీ తీసుకునే సమయానికి తెలియదు. అలాంటి సందర్భంలో అతడిపై వాస్తవం వెల్లడించలేదని ఆరోపణ వేయడం జరగదు.

iii. కొద్దిగా తర్కబద్ధమైన శ్రద్ధతో కనుక్కోగలిగిన వాస్తవాలు

ముఖ్యమైన వాస్తవాలకు సంబంధించిన ప్రతి చిన్న అంశాన్నీ దాచకుండా చెప్పడం అవసరం. అండర్ రైటర్ ఆ విషయాల గురించి తగినంత జాగ్రత్తగా గమనించి కావలసిన సమాచారాన్ని అడగాలి.

iv. న్యాయపరమైన విషయాలు (Matters of law)

ప్రతి ఒక్కరూ తమ దేశ న్యాయం గురించి తెలుసుకోవలసిన అవసరం ఉంది.

ఉదాహరణ: ప్రేలుడు సామాగ్రిని నిల్వ చేసేటప్పుడు ఆ ఊరి చట్టాలు

v. **బీమా సంస్థ ఆసక్తి చూపించని (లేదా ఏ సమాచారాన్ని ఇకపై తెలుసుకోనవసరం లేదని విడిచిపెట్టిన సమాచారం)**

వీటిని చూపించి బీమా సంస్థ ఆ సమాధానాలు అసంపూర్తిగా ఉన్నాయంటూ తన బాధ్యతని తప్పించుకోలేదు (డిస్క్లయిమ్ చేయలేదు).

వెల్లడించాల్సిన విధి ఎప్పుడు ఉంటుంది?

జీవిత బీమా ఒప్పందాల విషయంలో ప్రతిపాదన అంగీకరించబడి, పాలసీ జారీ అయ్యే వరకూ చర్చలు జరిపే కాలావధి (పిరియడ్) అంతా వివరాలు వెల్లడించాల్సిన విధి ఉంది. ఒకసారి పాలసీ అంగీకరించిన తర్వాత, పాలసీ టెర్మ్ నడుస్తున్న సమయంలో వచ్చే ఎలాంటి భౌతిక వాస్తవాలనూ వెల్లడించాల్సిన అవసరం లేదు.

ఉదాహరణ

శ్రీ రాజన్ పదిహేను ఏళ్ల కాలావధి (టెర్మ్) కోసం ఒక జీవిత బీమా పాలసీ తీసుకున్నారు. పాలసీ తీసుకున్న ఆరేళ్ల తరువాత, రాజన్‌కి గుండెకి సంబంధించి కొన్ని సమస్యలు తలెత్తాయి. దాంతో అతడు ఏదో శస్త్రచికిత్స చేయించుకోవాల్సి వచ్చింది.. శ్రీ రాజన్ ఈ వాస్తవాన్ని బీమా సంస్థకి వెల్లడించాల్సిన అవసరం లేదు.

అయితే సకాలంలో ప్రీమియంలు చెల్లించడంలో వైఫల్యం వల్ల పాలసీ రద్దయిన (lapsed condition) స్థితిలో ఉండగా, ఆ పాలసీదారు పాలసీ ఒప్పందాన్ని పునరుద్ధరించడానికి ప్రయత్నిస్తే, అలాంటి పునరుద్ధరణ సమయంలో దాన్ని ఒక న్యూ పాలసీగా పరిగణించి, అన్ని రకాల భౌతిక మరియు సంబంధిత వాస్తవాలన్నింటినీ వెల్లడించాలి.

నమ్మకాన్ని వమ్ము చేయడం Breach of Utmost Good Faith

ఇప్పుడు మనం అపారమైన నమ్మకాన్ని వమ్ము చేసే పరిస్థితుల్ని గురించి తెలుసుకుందాం. అలాంటి ఉల్లంఘన వెల్లడిచేయకపోవడం(**non-disclosure**) లేదా తప్పు సూచన (**misrepresentation**) ల్లో దేని ద్వారానైనా జరగవచ్చు.

వెల్లడిచేయకపోవడం **Non-Disclosure:** సాధారణంగా, బీమా సంస్థ ఎలాంటి ప్రత్యేకమైన విచారణ చేయకపోతే, బీమా చేసిన వ్యక్తి భౌతిక వాస్తవాల గురించి మౌనంగా ఉండే సందర్భంలో ఇది జరుగుతుంది. బీమా సంస్థ అడిగే ప్రశ్నలకి తప్పించుకునే విధంగా చెప్పే సమాధానాలు, వెల్లడి చేసిన సత్యాలు నిర్లక్ష్యంగా ఉన్నా [అది ఆ వ్యక్తి ఉద్దేశ్యపూర్వకంగా చేయకపోయినా] లేదా ప్రపోజర్ ఆ వాస్తవాన్ని భౌతిక వాస్తవంగా తలిచి ఉండకపోయినా. అలాంటి కేసులో అయతే అతడు అమాయకునిగానే భావించబడతాడు. అదే ఒక

వాస్తవాన్ని కావాలని చెప్పకుండా దాస్తే, అది ఉద్దేశ్యపూర్వకంగా దాచినట్టే పరిగణించబడుతుంది. అతడు మోసం చేయడానికే అలా చేశాడని భావించబడుతుంది.

తప్పు సూచన Misrepresentation: ఒక బీమా ఒప్పందం గురించి సంప్రదిస్తున్న సమయంలో చేసే వివరణను (స్టేట్ మెంట్) నివేదన (representation) అంటారు. అది ఒక ఖచ్చితమైన సత్య ప్రవచనం (definite statement of fact) లేదా విశ్వసనీయమైన కథనం, ఉద్దేశ్యం లేదా అంచనాగా భావించబడుతుంది. వాస్తవాన్ని అనుసరించి, వివరణ ప్రధానంగా వాస్తవమని నిరూపితం కావాలి. అదే ఒక విశ్వాసం **(belief)** లేదా ఒక అంచనా **(expectation)** అయినప్పుడు, అది మంచి నమ్మకం**(good faith)** నుంచి ఉద్భవించి ఉండాలని భావించబడుతుంది.

తప్పు సూచన (Misrepresentation) రెండు రకాలుగా ఉంటుంది :

i. **అమాయకంగా చేసే తప్పు సూచన** (**Innocent Misrepresentation**) ఖచ్చితం కాని వివరణలు ఇవి మోసపూరిత ఉద్దేశ్యం లేకుండా ఇచ్చినవి.

ii. **మోసపూరితమైన తప్పు సూచన (Fraudulent Misrepresentation)** అంటే, బీమా సంస్థని మోసం చేసేందుకు చేసే ఉద్దేశ్యంతో, సత్యం పట్ల నిర్లక్ష ధోరణి వహిస్తూ చెప్పే అబద్ధపు వివరణలు.

మోసం చేయడానికి, కావాలని నిజం దాస్తే, లేదా మోసపూరితమైన కథనాల వల్ల సాధారణంగా ఒక బీమా ఒప్పందం, చెల్లకుండా పోతుంది.

c) బీమా చేయదగ్గ ఆసక్తి Insurable interest

ఉండటం ప్రతి బీమా ఒప్పందానికి ఒక ముఖ్యమైన అంశం. ఇది బీమా చేయడానికి ముందుగా కావలసిన ఒక న్యాయపరమైన అర్హతగా భావించబడుతుంది. జూదపు అగ్రిమెంట్ (gambling or wager agreement)కీ, ఇన్సూరెన్స్ కీ గల భేదమేమిటో చూద్దాం.

i. జూదం -బీమా

పేకాటనే తీసుకుందాం. అందులో ఒకరు గెలుస్తారు, మరొకరు ఓడిపోతారు. ఒక మనిషి పందెం కడుతున్నాడు కనుక గెలుపు, ఓటమి అని ఉంటాయి. కానీ ఆ వ్యక్తికి ఆ ఆటలో గెలవడమే తప్ప ఆ ఆటలో మరెలాంటి ఆసక్తి గానీ, సంబంధం గానీ ఉండవు. న్యాయపరంగా చూస్తే పందేలు కట్టడం, జూదమాడడం చట్టబద్ధంగా వ్యవహరించాల్సిన చర్యలు కావు. అలాంటి ఒప్పందంలైనా న్యాయవిరుద్ధమైన అంశాలుగా పరిగణించబడతాయి. అలాంటి స్థితిలో ఏ వ్యక్తి అయినా తన ఇంటిని పందెంలో పెడితే, అతడు పేకాటలో ఓడిపోతే, అవతలి పార్టీ తన ప్రయోజనాలు దక్కించుకోవడం కోసం కోర్టుని ఆశ్రయించలేదు.

ఇప్పుడు ఒక ఇంటి గురించీ, అది కాలిపోయిన సంఘటన గురించీ చూద్దాం. ఇంటిని బీమా చేసే వ్యక్తికి తన ఇంటికి సంబంధించి ఒక న్యాయపరమైన సంబంధం ఉందంటే అది - ఇల్లే. అతడు ఆ ఇంటికి యజమాని, అది నష్టపోయినా, పాడైపోయినా అతడు ఆర్థికపరంగా బాధపడతాడు. ఈ యాజమాన్య సంబంధం సర్వస్వతంత్రమైనది. దానికి అగ్ని ప్రమాదం జరగడం, జరగకపోవడంతో సంబంధం లేదు. ఆ సంబంధం (రిలేషన్ షిప్) వల్లనే అతడు నష్టపోవడం జరిగింది. ఆ సంఘటన [అగ్ని ప్రమాదం లేదా దొంగతనం] వల్ల జరిగే నష్టానికి అతడు ఆ ఇంటిని బీమా చేయించాడా లేదా అనేదానితో సంబంధం లేదు.

ఒకరు గెలిచీ, మరొకరు ఓడిపోతూ ఉండే పేకాటలాగా కాకుండా, అగ్ని ప్రమాదం వల్ల ఒకటే పర్యవసానం ఉంటుంది - అది ఇంటి యజమానికి నష్టం.

జరిగిన నష్టానికి ఏదో విధంగా నష్టపరిహారం పొందేందుకు యజమాని బీమా తీసుకుంటాడు.

బీమా చేసే వ్యక్తికి అతడి ఇల్లుగానీ, అతడి డబ్బుగానీ బీమా ప్రయోజనాంశం (**insurable interest**) అవుతుంది. బీమా ప్రయోజనాంశం అస్తిత్వంలో ఉంటేనే, ఒక బీమా ఒప్పందం చెల్లుబాటు అవుతుంది. దానికి న్యాయపరమైన అంశాలు కూడా వర్తిస్తాయి.

ఉదాహరణ

చంద్రశేఖర్‌కి ఒక ఇల్లు ఉంది. అతడు దాని మీద రూ. 15 లక్షలు బ్యాంకు నుంచి రుణం తీసుకున్నాడు. ఈ క్రింది ప్రశ్నల మీద దృష్టి పెట్టండి:

- ✓ అతడు ఆ ఇంటికి బీమా చేయదల్చుకుంటే, బీమా ప్రయోజనాంశం ఏమైనా దానికి ఉందా?
- ✓ బ్యాంకుకి ఇంటి విషయంలో బీమా ప్రయోజనాంశం ఏమైనా ఉందా?
- ✓ అతడి పొరుగువ్యక్తి గురించిన సమాచారం ఏమిటి?

శ్రీనివాసన్ కి భార్య, ఇద్దరు పిల్లలు, వృద్ధులైన తల్లిదండ్రులూ ఉన్నారు. ఈ క్రింది ప్రశ్నల మీద దృష్టి పెట్టండి:

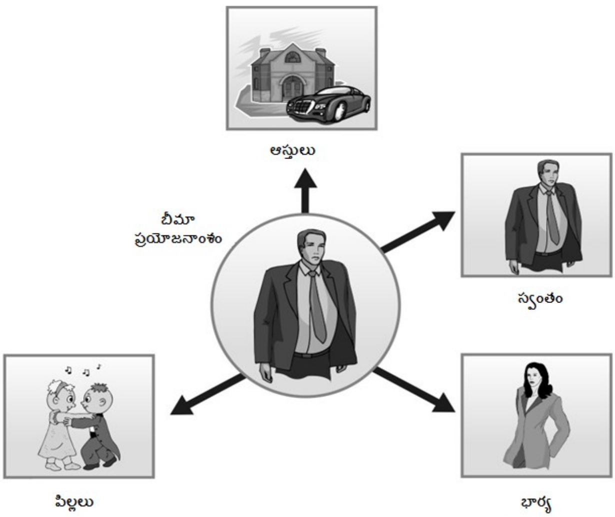
- ✓ వారు ఆరోగ్యంగా ఉండడానికి సంబంధించి బీమా ప్రయోజనాంశం ఏమైనా అతడికి ఉందా?
- ✓ వారిలో ఎవరినైనా ఆసుపత్రిలో చేర్చాల్సి ఉంటే, అతడు ఆర్థికంగా ఏమైనా నష్టపోతాడా?
- ✓ అతడి పొరుగింటి పిల్లల సంగతేమిటి? అతడికి వాళ్ల విషయంలో బీమా ప్రయోజనాంశం ఏమైనా ఉంటుందా?

ఇక్కడ బీమా విషయానికీ, బీమా ఒప్పందం విషయానికీ గల తేడా గురించి తెలుసుకోవడం అవసరం.

బీమా విషయం బీమా చేయబోయే ఆస్తికి సంబంధమైనది. దాని సహజంగా ఉండాల్సిన విలువ దానికి ఉంటుంది.

కానీ **బీమా ఒప్పందం విషయం** బీమాదారుకి ఆ నిర్దిష్ట ఆస్తి మీద ఎంతపాటి ఆర్థిక ఆసక్తి (financial interest) ఉందనే అంశం మీద ఆధారపడి ఉంటుంది. బీమా చేసిన వ్యక్తికి ఆ ఆస్తి మీద ఆర్థిక ఆసక్తి ఉంది కాబట్టే, బీమా చేయడానికి తగిన న్యాయపరమైన హక్కుని కలిగి ఉంటాడు. బీమా పాలసీని అత్యంత నిబద్ధమైన అర్థంలో (in the strictest sense) చెప్పుకోవాలంటే, అది కేవలం ఒక ఆస్తిని మాత్రమే కాక ,బీమా చేసిన వ్యక్తికి ఆ ఆస్తి పట్ల గల ఆసక్తిని కూడా పరిరక్షిస్తుంది.

చిత్రం 3: సాధారణ చట్టం ప్రకారం బీమా ప్రయోజనాంశం



ii. **బీమా ప్రయోజనాంశం ప్రత్యక్షంగా కనబడాల్సిన సమయం (Time when insurable interest should be present)**

జీవిత బీమాలో పాలసీ తీసుకునే సమయంలో బీమా ప్రయోజనాంశం ప్రత్యక్షంగా కనబడాలి. మెరైన్ పాలసీల వంటి వాటి విషయంలో తప్ప సాధారణ బీమాలో, బీమా ప్రయోజనాంశం పాలసీ తీసుకున్నపుడూ, అలాగే క్లెయిమ్ చేసేటప్పుడూ ప్రత్యక్షంగా కనబడాలి.

d) దగ్గరి కారణం (Proximate Cause)

బీమాలో పాటించబడే న్యాయసూత్రాల్లో అన్నిటిలోకీ చివరి సూత్రం, దగ్గరి కారణం (proximate cause).

దగ్గరి కారణ సూత్రం బీమాలో చాలా కీలకమైనది. ఇది నష్టం లేదా డేమేజి ఎలా సంభవించిందో చూడాలి. ఆ విధంగా అది బీమా చేయబడిన ప్రమాదాల్లోకి వస్తుందో రాదో నిర్ధారించుకోవాలి.

అది బీమా చేయబడిన ప్రమాదాల్లో (peril) కి వస్తేనే, బీమా సంస్థ బాధ్యత వహిస్తుంది. బీమా చేయబడ్డ ప్రమాదమే తక్షణ కారణమైతే, ఆ బీమా సంస్థ చెల్లింపులు చేస్తుంది. అలా కాకపోతే, చేయదు.

ఈ నియమం ప్రకారం, బీమా సంస్థ అత్యంత ప్రధానమైన కారణమేమిటో, ఏ సంఘటన తర్వాత ఏ సంఘటన జరిగి ఆ నష్టం సంభవించిందో చూస్తుంది. సంఘటనకు అతి వెంటనే ఉన్న ఆ ఒక్క అంతిమ కారణం వరకే పరిమితం కాక నష్టం సంభవిల్లేలా చేసిన మొత్తం సంఘటనల పరంపర కోసం వెతుకుతుంది.

మిగతా కారణాల్ని సుదూర**(remote)** కారణాలుగా వర్గీకరిస్తాం. అవి దగ్గరి కారణాల కంటే భిన్నంగా ఉంటాయి. దూరం కారణాలు ఉండొచ్చు గానీ ఆ సంఘటన జరగడానికి ప్రేరకాలు అయ్యేంతగా వాటి ప్రభావం ఉండదు.

నిర్వచనం

దగ్గరి కారణం (Proximate cause) గొప్ప చురుగ్గా, ప్రభావవంతమైన కారణంగా నిర్వచింపబడింది. ఎందుకంటే అంతిమ ఫలితం చేరడానికి అది అనేకానేక సంఘటనల్ని పరంపరగా తీసికెళ్తుంది. అలా వెళ్లడంలో ఏ ఒక్క సంఘటనకీ దానంతట అది విడిగా, ఒక కొత్త కారణంగా చొచ్చుకుని వచ్చి, మొదలవడానికీ, కొనసాగడానికీ తగినంత బలం ఉండదు

జీవిత బీమా ఒప్పందాలకి **దగ్గర కారణం సిద్ధాంతం** ఏ విధంగా అన్వయిస్తుంది? సాధారణంగా, జీవిత బీమా మరణ కారణంతో సంబంధం లేకుండా చెల్లింపు అందిస్తుంది కాబట్టి, దగ్గర కారణం సిద్ధాంతం అన్వయం కాదు. అయినా, ఎన్నో జీవిత బీమా ఒప్పందాలు ప్రమాదం ప్రయోజనం రైడర్లను అందిస్తున్నాయి. ఇందులో ప్రమాదం వల్ల మరణం సంభవిస్తే కొంత అదనపు సొమ్ము చెల్లించబడుతుంది. అలాంటి స్థితిలో, మరణం ప్రమాద కారణంగానే జరిగిందా అని పరిశీలిస్తూ, కారణాన్ని స్పష్టంగా నిర్ధారించుకోవలసిన అవసరం ఉంటుంది. దగ్గర కారణం సిద్ధాంతం ఇలాంటి సందర్భాలకి సరిగ్గా వర్తిస్తుంది.

సంశ్లేషణ (Adhesion) ఒప్పందం

సంశ్లేషణ ఒప్పందాలు, అవతలి పార్టీని కేవలం ఒప్పందాన్ని స్వీకరించడానికో, తిరస్కరించడానికో మాత్రమే పరిమితమయ్యే అవకాశమిస్తూ, ఎక్కువ బేరమాడే ప్రయోజనాలు గల (greater bargaining advantage) పార్టీ చేత తయారుచేయబడతాయి. ఇక్కడ బీమా కంపెనీకి ఒప్పందానికి సంబంధించిన అన్ని నియమ నిబంధనల్లో అన్ని రకాలగానూ బేరమాడే శక్తి ఉంటుంది.

దీన్ని తటస్థం చేయడానికి, ఒక ఫ్రీ -లుక్ (free-look) వ్యవధి పరిచయం చేయబడింది. అప్పుడు పాలసీదారు పాలసీ తీసుకున్న తర్వాత, తనకు అంగీకారం కాకపోతే, పాలసీ డాక్యుమెంటుని అందుకున్న **15** రోజుల లోపు

రద్దు చేసుకునే ప్రత్యామ్నాయం కలిగి ఉంటాడు. ఆ విషయాన్ని అతడు ఆ కంపెనీకి వ్రాతపూర్వకంగా తెలియబరచాలి. అప్పుడు ఖర్చులు, ఛార్జీలు తగ్గించుకుని ప్రీమియం వెనక్కి తిరిగి ఇవ్వబడుతుంది.

మీరే పరీక్షించుకోండి 1

ఈ క్రింది వాటిలో ఏది నిర్బంధానికి ఉదాహరణ?

I. రమేష్ కనీస విషయ పరిజ్ఞానం లేకుండా ఒక ఒప్పందానికి సంతకం చేయడం

II. ఒప్పందం మీద సంతకం చేయకపోతే మహేష్‌ని చంపుతానని రమేష్ బెదిరించడం

III. ఒప్పందంపై మహేష్ సంతకం చెయ్యడానికి రమేష్ తన ప్రొఫెషనల్ పలుకుబడిని ఉపయోగించడం

IV. ఒప్పందంపై మహేష్ సంతకం చెయ్యడానికి రమేష్ సమాచారం తప్పుడు అందించడం

మీరే పరీక్షించుకోండి 2

ఈ క్రింది ఎంపికల్లో దేనికి రమేష్ బీమా చేయడం సాధ్యం కాదు**?**

I. రమేష్ ఇల్లు

II. రమేష్ భార్య

III. రమేష్ స్నేహితుడు

IV. రమేష్ తల్లిదండ్రులు

సారాంశం

- బీమా సంస్థ బీమా ఒప్పందం పత్రములో కొన్ని రకాల ప్రత్యేక రిస్కులకి ఆర్థిక భద్రత కల్పించడానికి నిర్ణయించే ఒక ధర లేదా పరిగణనని ప్రీమియం అని అంటారు.
- ఒప్పందం అంటే ఇరు పార్టీల మధ్యా చట్టబద్ధంగా అమలయ్యే ఒక అగ్రిమెంటు.
- అంశాలు చెల్లుబాటయ్యే ఒప్పందంలో ఇవి కూడా ఉంటాయి:

  i. ప్రతిపాదన మరియు అంగీకారం

  ii. పరిగణన,

  iii. ఏకీకృత అవగాహనతో ఏకాభిప్రాయం Consensus ad-idem,

  iv. స్వేచ్ఛా అంగీకారం (Free consent)

  v. పార్టీల సామర్థ్యం

  vi. వస్తువు చట్టబద్ధత

- బీమా ఒప్పందాలలో ప్రత్యేక లక్షణాలలో ఇవి కూడా ఉన్నాయి:

  i. పరిపూర్ణ విశ్వాసం (Uberrima fides)

  ii. బీమా ప్రయోజనాంశం (Insurable interest)

  iii. దగ్గరి కారణం (Proximate cause)

కీలకమైన పదాలు

1. ప్రతిపాదన మరియు అంగీకారం
2. న్యాయపరమైన పరిగణన (Lawful consideration)
3. ఏకీకృత అవగాహనతో ఏకాభిప్రాయం (Consensus ad idem)
4. పరిపూర్ణ విశ్వాసం Uberrima fides
5. ముఖ్యమైన వాస్తవాలు Material facts
6. బీమా ప్రయోజనాంశం(Insurable interest)
7. దగ్గరి కారణం (Proximate cause)

స్వీయ పరీక్ష -జవాబులు

జవాబు 1

సరైన ప్రత్యామ్నాయం II.

ఒప్పందం మీద సంతకం చేయకపోతే మహేష్‌ను చంపుతానని రమేష్ బెదిరించడం నిర్బంధానికి ఉదాహరణ.

జవాబు 2

సరైన ప్రత్యామ్నాయం III.

రమేష్‌కు అతడి స్నేహితుడి జీవితం మీద బీమా ప్రయోజనాంశం ఉండదు. కాబట్టి దాని మీద అతడు బీమా చేయలేదు.

స్వీయ పరీక్ష – ప్రశ్నలు

ప్రశ్న 1

చెల్లుబాటయ్యే ఒప్పందంలో ఏ అంశం ప్రీమియంతో భాగంగా ఉంటుంది?

I. ప్రతిపాదన మరియు అంగీకారం

II. పరిగణన

III. స్వేచ్ఛా అంగీకారం

IV. ఒప్పందానికి పార్టీల సామర్థ్యం

ప్రశ్న 2

ఎలాంటి మోసపూరిత ఉద్దేశ్యంతోనో చేయబడకపోయినా ఖచ్చితంగా లేని వివరణలను ______________ అనుసంధానిస్తుంది.

I. తప్పుగా తెలియజేయడం

II. చందా (చందా)

III. ప్రతిపాదన

IV. ప్రాతినిధ్యం

ప్రశ్న 3

__________________ నేరపూరితమైన విధానాల ద్వారా ఒత్తిడిలో ఒక అంతర్భాగంగా ఉంటుంది.

I. మోసం

II. అనుచితమైన ప్రభావం

III. నిర్బంధం

IV. పొరపాటు

ప్రశ్న 4

ఈ క్రింది వాటిలో జీవిత బీమా ఒప్పందాలకు సంబంధించి ఏది వాస్తవం?

I. అవి నోటి మాటలో ఉండే ఒప్పందాలు, అవి చట్టబద్ధమైన అమలుకి లోబడవు

II. అవి చట్టబద్ధమైన అమలుకి లోబడి నోటి మాటలో ఉండే ఒప్పందాలు.

III. ఇండియన్ ఒప్పందం యాక్ట్, 1872 ప్రకారం అవి ఇరు పార్టీల (బీమా సంస్థ మరియు బీమాదారు) మధ్య ఉండే ఒప్పందాలు

IV. అవి జూదపు ఒప్పందాలు వంటివి

ప్రశ్న 5

ఒప్పందం విషయంలో ఈ క్రింది వాటిలో చెల్లని పరిగణన ఏది?

I. డబ్బు

II. ఆస్తి

III. లంచం

IV. నగలు

ప్రశ్న 6

ఈ క్రింది వాటిలో జీవిత బీమా ఒప్పందం లోకి ప్రవేశించే అర్హత లేని పార్టీ ఏది?

I. వ్యాపార యజమాని

II. మైనర్

III. గృహిణి

IV. ప్రభుత్వ ఉద్యోగి

ప్రశ్న 7

ఈ క్రింది వాటిలో "ఉబెర్రిమా ఫైడ్స్" సిద్ధాంతాన్ని చూపించే చర్య ఏది?

I. ఒక బీమా ప్రతిపాదన పత్రంలో తెలిసిన వైద్య పరిస్థితులను గురించి అబద్ధం చెప్పడం

II. ఒక బీమా ప్రతిపాదన పత్రంలో భౌతిక వాస్తవాల గురించి వెల్లడించకపోవడం

III. ఒక బీమా ప్రతిపాదన పత్రంలో తెలిసిన భౌతిక వాస్తవాల గురించి వెల్లడించడం

IV. సకాలంలో ప్రీమియం చెల్లించడం

ప్రశ్న 8

బీమా ప్రయోజనాంశాన్ని దృష్టిలో పెట్టుకుంటే ఈ క్రింది వాటిలో ఏది సరికాదు?

I. కుమారుని కోసం తండ్రి బీమా పాలసీ చేయడం

II. భార్యాభర్తలు ఒకరి కోసం మరొకరు బీమా చేయడం

III. స్నేహితులు ఒకరి కోసం మరొకరు బీమా చేయడం

IV. యజమాని ఉద్యోగుల కోసం బీమా చేయడం

ప్రశ్న 9

జీవిత బీమా విషయంలో తప్పనిసరిగా బీమా ప్రయోజనాంశం ఎప్పుడు ఉండాలి?

I. బీమా తీసుకునే సమయంలో

II. క్లెయిమ్ చేసే సమయంలో

III. జీవిత బీమా విషయంలో బీమా ప్రయోజనాంశం అవసరం లేదు

IV. పాలసీ కొనుగోలు చేసే సమయంలో లేదా క్లెయిమ్ సమయంలో

ప్రశ్న 10

ఈ క్రింది నేపథ్యంలో మరణానికి ఏది దగ్గరి కారణం (proximate cause) అవుతుంది?

అజయ్ గుర్రపు స్వారీ చేస్తుంటే క్రింద పడ్డాడు. అతడి వెన్నుపూస విరిగింది. అతడు అలాగే చాలాసేపు నీటి మడుగులో పడి ఉన్నాడు. దానితో అతడికి న్యుమోనియా వచ్చింది. అతడిని హాస్పిటల్ లో చేర్చారు కానీ చివరికి న్యుమోనియా వల్ల అతడు చనిపోయాడు.

I. న్యుమోనియా

II. వెన్నుపూస విరగడం

III. గుర్రం మీద నుంచి క్రింద పడడం

IV. ఆపరేషన్

స్వీయ పరీక్ష -జవాబులు

జవాబు 1

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **II.**

చెల్లుబాటయ్యే ఒప్పందానికి ప్రీమియమే పరిగణన (consideration).

జవాబు 2

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **I.**

ఎలాంటి మోసపూరితమైన ఉద్దేశ్యం లేకపోయినా తప్పుగా తెలియజేయడం వహించడం తప్పు వివరణలకు దారితీస్తుంది.

జవాబు 3

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **III.**

నేరపూరితమైన విధానాల ద్వారా ఇచ్చే ఒత్తిడి నిర్బంధంలో ఒక అంతర్భాగంగా ఉంటుంది.

జవాబు 4

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **III.**

భారత ఒప్పంద చట్టం, 1872 ప్రకారం, జీవిత బీమా ఒప్పందాలు ఇరు పార్టీల (బీమా సంస్థ మరియు బీమాదారు) మధ్యన ఉండే ఒప్పందాలు.

జవాబు 5

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **III.**

ఒక ఒప్పందానికి లంచం చెల్లుబాటయ్యే పరిగణన కాదు.

జవాబు 6

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **II.**

ఒప్పందం ఒక జీవిత బీమా ఒప్పందానికి మైనర్లు అర్హులైన పార్టీలు కాదు.

జవాబు 7

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **III.**

ఒక బీమా ప్రతిపాదన పత్రంలో తెలిసిన భౌతిక వాస్తవాల గురించి వెల్లడించడం "పరిపూర్ణ విశ్వాసం" సిద్ధాంతాన్ని చూపించే చర్య

జవాబు 8

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **III.**

బీమా ప్రయోజనాంశం లేదు కాబట్టి, స్నేహితులు పరస్పరం బీమా తీసుకోలేరు

జవాబు 9

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **I.**

జీవిత బీమా విషయంలో బీమా ప్రయోజనాంశం బీమా తీసుకొనే సమయంలోనే ఉండాలి.

జవాబు 10

సరైన ప్రత్యామ్నాయం **III.**

అజయ్ మరణానికి గుర్రం మీద నుంచి పడడం దగ్గర కారణం అవుతుంది.

విభాగం 2

ఆరోగ్య భీమా

అధ్యాయం 6

ఆరోగ్య బీమా పరిచయం

అధ్యాయం ఉపోద్ఘాతం

కాలంతో పాటు బీమా ఎలా వికసించిందనే విషయాన్ని ఈ అధ్యాయం మీకు చెబుతుంది. ఆరోగ్య సంరక్షణ అంటే ఏమిటి, ఆరోగ్య సంరక్షణ స్థాయిలు, ఆరోగ్య సంరక్షణలోని వివిధ రకాలను కూడా అది వివరిస్తుంది. భారతదేశంలోని ఆరోగ్య సంరక్షణ వ్యవస్థ, దానిని దెబ్బ తీస్తున్న కారకాల గురించి కూడా మీరు తెలుసుకుంటారు. చివరగా, భారతదేశంలో ఆరోగ్య బీమా ఎలా వికసించిందీ, భారతదేశంలోని ఆరోగ్య బీమా విపణిలో పాత్ర పోషిస్తున్న వివిధ సంస్థల గురించి కూడా ఇది వివరిస్తుంది.

అభ్యాస ఫలితాలు

A. బీమా చరిత్ర మరియు భారతదేశంలో బీమా పరిణామక్రమం

B. ఆరోగ్య సంరక్షణ అంటే ఏమిటి

C. ఆరోగ్య సంరక్షణస్థాయిలు

D. ఆరోగ్య సంరక్షణలోనిరకాలు

E. భారతదేశంలో ఆరోగ్య వ్యవస్థలను దెబ్బ తీస్తున్న కారకాలు

F. ఆరోగ్య సంరక్షణ- స్వాతంత్రం తర్వాత పురోగతి

G. ఆరోగ్య బీమావిపణి

ఈ అధ్యాయాన్ని చదివిన తర్వాత, మీకు తప్పనిసరిగా ఉండే సామర్థ్యాలు:

1. బీమా ఎలా వికసించిందనే విషయాన్ని అర్థం చేసుకుంటారు.
2. ఆరోగ్య సంరక్షణ భావనను, ఆరోగ్య సంరక్షణలోని వివిధ రకాలను, స్థాయిలను వివరించగలుగుతారు.
3. భారతదేశంలోని ఆరోగ్య సంరక్షణను దెబ్బతీస్తున్న కారకాల గురించి, స్వాతంత్రం తర్వాత సాధించిన పురోగతి గురించి తెలుసుకోగలుగుతారు.
4. భారతదేశంలో ఆరోగ్య బీమా పరిణామక్రమం గురించి చర్చించగలుగుతారు.
5. భారతదేశంలో ఆరోగ్య బీమా విపణి గురించి తెలుసుకుంటారు.

A. బీమా చరిత్ర మరియు భారతదేశంలో బీమా పరిణామక్రమం

బీమా అనేది ఏదో ఒక రూపంలో వేల సంవత్సరాల కిందటే ఉనికిలో ఉన్నట్టు తెలుస్తోంది. ఏళ్ళ తరబడిగా వివిధ నాగరికతలు తమనుతాము సమూహంగా చేసుకుని, తమ సమూహంలోని కొంతమంది సభ్యులకు ఏర్పడే అన్ని రకాల నష్టాలను పంచుకునే భావనను అనుసరిస్తూ వచ్చారు. అయినప్పటికీ నేడు మనకు తెలిసిన రూపంలో జరుగుతున్న బీమా వ్యాపారం రెండు, మూడు శతాబ్దాల కిందటే మొదలైంది.

1. ఆధునిక వ్యాపార బీమా

బీమా భావన ద్వారా అన్నిటికన్నా ముందుగా చేపట్టిన రిస్క్‌లుగా సముద్రంలో చేసే దుస్సాహసం వల్ల కలిగిన నష్టాలను చెప్పవచ్చు. దీనినే మెరైన్ రిస్క్ అని అంటారు. కాబట్టే వివిధ రకాల బీమాలలో మెరైన్ బీమాను మొదటిదిగా చెప్పవచ్చు.

అయినప్పటికీ, ఆధునిక బీమా మొదటి రకం ఐరోపాలోని వ్యాపార సమాజాలు, సంఘాలు, ప్రత్యేకించి ఇటలీలో రక్షణ రూపంలో అమల్లోకి వచ్చింది. ఈ సమాజాలు నౌక రవాణా నష్టాలు, అగ్ని ప్రమాదం, సభ్యుల మృతి, ప్రాణుల నష్టం లాంటి వాటి ద్వారా ఏర్పడే నష్టాల సమయంలో సహాయం అందించేలా చందా ప్రాతిపదికన పని చేశాయి. నేడు మనకు తెలిసిన అగ్ని ప్రమాద బీమా 1501లో హాంబర్గ్‌లో ఉనికిలో ఉన్నట్టు కనిపించింది.

ఇంగ్లాండ్‌కు సంబంధించినంతవరకు, 1666లో సంభవించిన గ్రేట్ ఫైర్ ఆఫ్ లండన్‌లో ఆ నగరంలోని చాలాభాగం, 13వేలకు పైగా ఇళ్లు ధ్వంసం కావడం బీమా రంగానికి ఊపునిచ్చింది. దీంతో 1680లో ఫైర్ ఆఫీస్ పేరుతో మొదటి అగ్ని ప్రమాద బీమా కంపెనీని ప్రారంభించారు.

లాయిడ్స్: నేడు ఆచరిస్తున్న బీమా వ్యాపారం మూలాలు లండన్‌లోని లాయిడ్స్ కాఫీ హౌస్ రోజుల నాటివి. అక్కడ సమావేశమవుతూ వచ్చిన వర్తకులు సముద్రపు ఆపదల కారణంగా నౌకల్లో తరలించే తమ సరకులకు ఏర్పడే నష్టాలను పరస్పరం పంచుకోవడానికి అంగీకరించారు. నడి సముద్రంలో దోపిడీలకు పాల్పడే సముద్ర దొంగలు, సముద్ర వాతావరణం సరిగ్గా లేక వస్తువులు నాశనం కావడం, ఏదో కారణంగా పడవ మునిగిపోవడం లాంటి సముద్రపు ఆపదల వల్ల ఇలాంటి ప్రమాదాలు జరుగుతుండేవి.

2. భారత దేశంలో ఆధునిక వ్యాపార బీమా చరిత్ర

భారత దేశంలో ఆధునిక బీమా 1800 ప్రారంభంలో లేదా దానికి సమీప కాలంలోనో ప్రారంభమైంది. విదేశీ బీమా సంస్థల ఏజెన్సీలు మెరైన్ బీమా వ్యాపారాన్ని ప్రారంభించారు. మొదటి జీవిత బీమా కంపెనీని 1818లో ఇంగ్లాండ్‌కు చెందిన ఓరియంటల్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ఏర్పాటు చేసింది. భారతదేశంలో మొదటి జీవన బీమా యేతర కంపెనీని ట్రిటన్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ ఏర్పాటు చేసింది. ఈ రెండూ కలకత్తాలోనే ఏర్పాటయ్యాయి.

మొట్టమొదటి పూర్తి స్థాయి భారతీయ బీమా కంపెనీ బాంబే మ్యూచువల్ అష్యూరెన్స్ సొసైటీ లిమిటెడ్ పేరుతో 1870లో ముంబయ్‌లో ఏర్పాటైంది. తదనంతరం ఆ శతాబ్దం పూర్తయ్యేసరికల్లా స్వదేశీ ఉద్యమం ఊపందుకున్న ఫలితంగా అనేక ఇతర భారతీయ కంపెనీలు కూడా ఏర్పాటయ్యాయి.

బీమా వ్యాపారాన్ని నియంత్రించడం కోసం 1912లోజీవిత బీమా కంపెనీల చట్టం, భవిష్య నిధి చట్టాలను ఆమోదించారు. జీవిత బీమా కంపెనీల చట్టం 1912 ప్రీమియం రేట్ పట్టికలను, నిర్ణీత కాల వ్యవధిలో నిపుణుల ద్వారా కంపెనీలను మదింపు వేయడాన్ని తప్పనిసరి చేసింది. అయినప్పటికీ, భారతీయ, విదేశీ కంపెనీల మధ్య భేదభావం అలాగే కొనసాగింది.

భారతదేశంలో ఇప్పటికీ కొనసాగుతున్న అత్యంత పురాతన బీమా కంపెనీ అయిన నేషనల్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీని 1906లో స్థాపించారు.

పరిస్థితుల అవసరాన్ని బట్టి,భారతీయ బీమా పరిశ్రమను ప్రభుత్వం పర్యవేక్షిస్తూ, జాతీయకరణ చేయడం, ఆ తర్వాత ప్రైవేటీకరించడం అంటూ కింది రీతిలో కొనసాగుతూ వచ్చింది:

a) జీవిత బీమా జాతీయకరణ

జీవిత బీమా వ్యాపారాన్ని 1956 సెప్టెంబర్ 1న జాతీయకరణ చేసిన ఫలితంగా లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కార్పొరేషన్ ఆఫ్ ఇండియా (ఎల్.ఐ.సి) ఏర్పాటైంది. ఆ సమయానికి భారత దేశంలో 170 కంపెనీలు, 75 భవిష్య నిధి సంఘాలు జీవిత బీమా వ్యాపారాన్ని సాగిస్తూ వచ్చాయి. 1956 నుంచి 1999 వరకు, భారత దేశంలో జీవిత బీమా వ్యాపారాన్ని చేపట్టే పూర్తి హక్కు ఎల్.ఐ.సి చేతిలోనే ఉండేది.

b) జీవిత యేతర బీమా జాతీయకరణ

జనరల్ ఇన్సూరెన్స్ బిజినెస్ నేషనైలేజేషన్ యాక్ట్ (GIBNA) 1972లో ఆమోదం పొందడంతో జీవిత యేతర బీమా కూడా జాతీయకరణ చేయబడింది. దీంతో జనరల్ ఇన్సూరెన్స్ కార్పొరేషన్ ఆఫ్ ఇండియా (జి.ఐ.సి), దాని ఉప సంస్థలు ఏర్పాటయ్యాయి. ఆ సమయంలో, భారత దేశంలో జీవిత యేతర బీమా వ్యాపారం చేస్తూ వచ్చిన 106 బీమా సంస్థలు భారత దేశంలో జి.ఐ.సి నాలుగు ఉప సంస్థల్లో విలీనమయ్యాయి.

c) మల్హోత్రా కమిటీ మరియు ఐ.ఆర్.డి.ఏ

ప్రైవేటు సంస్థల రంగ ప్రవేశం రూపంలో పోటీ అంశం మళ్లీ తెరమీదకు రావడం సహా పరిశ్రమ అభివృద్ధికోసం చేయాల్సిన మార్పులపై అన్వేషణ చేసి, సిఫార్సు చేయడం కోసం 1993లో మల్హోత్రా కమిటీని ఏర్పాటు చేశారు. ఆ కమిటీ 1994లో తన నివేదికను సమర్పించింది. దీంతో 1997లో ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అథారిటీ (IRA) ఏర్పాటైంది.

d) పాలిసీదారుల ప్రయోజనాలను కాపాడడంతో పాటు బీమా పరిశ్రమను నియంత్రిస్తూ, ప్రోత్సహిస్తూ, క్రమబద్ధంగా వృద్ధి చెందేలా చూడడం కోసం ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అండ్ డెవలప్‌మెంట్ యాక్ట్ 1999ను ఆమోదించడంతో ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అండ్ డెవలప్‌మెంట్ అథారిటీ (IRDA) ఓ చట్టబద్ధ సంస్థగా 2000 ఏప్రిల్‌లో ఏర్పాటైంది.

e) జి.ఐ.సి పునర్వ్యవస్థీకరణ

జి.ఐ.సిని ఓ జాతీయ రీ ఇన్సూరెర్‌గా మార్చి, దాని నాలుగు ఉప సంస్థలను స్వతంత్ర కంపెనీలుగా పునర్వ్యవస్థీకరించారు. జి.ఐ.సి నుంచి నాలుగు ఉప సంస్థలను2002 జూలై నుంచి వేరు చేసేలా ఓ బిల్లును 2000 డిసెంబరులో పార్లమెంటు ఆమోదించింది. తద్వారా కింది సంస్థలు ఏర్పాటయ్యాయి.

- ✓ నేషనల్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్
- ✓ ది ఓరియంటల్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్
- ✓ ది న్యూ ఇండియా అష్యూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్
- ✓ యునైటెడ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్.

f) నేటి జీవిత బీమా పరిశ్రమ

"జీవిత బీమా" కంపెనీలుగా నేడు 28 బీమా కంపెనీలు నమోదు చేసుకున్నాయి. ఆ జాబితా కింద ఇవ్వబడింది.

g) నేటి జీవిత యేతర బీమా పరిశ్రమ

"సాధారణ బీమా" కంపెనీలుగా 28 బీమా కంపెనీలు నమోదు చేసుకున్నాయి.

i. అగ్రికల్చర్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ లిమిటెడ్ అనేది పంట బీమా/గ్రామీణ బీమాకు సంబంధించిన రిస్కుల కోసం ఏర్పాటైన ఓ ప్రత్యేక బీమా సంస్థ.

ii. ఎక్స్‌పోర్ట్ క్రెడిట్ అండ్ గ్యారంటీ కార్పొరేషన్ ఆఫ్ ఇండియా అనేది ఎగుమతి రుణానికి సంబంధించిన రిస్కుల కోసం ఏర్పాటైన ఓ ప్రత్యేక బీమా సంస్థ.

iii. ఐదు స్వతంత్ర ఆరోగ్య బీమా కంపెనీలు ఉన్నాయి.

iv. మిగిలిన కంపెనీలు అన్ని రకాల సాధారణ బీమా వ్యాపారాన్ని నిర్వహిస్తాయి.

జీవిత బీమాకంపెనీల జాబితా:

1. ఏజియన్ రెలిగేర్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్	13. ఐడీబీఐ ఫెడరల్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
2. అవివా లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్	14. ఇండియా ఫస్ట్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
3. బజాజ్ అలియాంజ్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్	15. కోటక్ మహీంద్రా ఓల్డ్ మ్యూచువల్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
4. భార్తి యాక్సా లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్	16. లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కార్పొరేషన్
5. బిర్లా సన్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్	17. మేక్స్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
6. కెనరా హెచ్‌ఎస్‌బీసీ ఓబీసీ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్	18. పీఎన్‌బీ మెట్‌లైఫ్
7. డీహెచ్‌ఎఫ్‌ఎల్ ప్రామెరికా లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్	19. రిలయన్స్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
8. ఎడెల్‌వీస్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్	

9. ఎక్సైడ్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్	20. సహారా ఇండియా లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
10. ఫ్యూచర్ జనరలి లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్	21. ఎస్‌బీఐ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
11. హెచ్‌డీఎఫ్‌సీ స్టాండార్డ్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్	22. శ్రీరామ్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
12. ఐసీఐసీఐ ప్రుడెన్షియల్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్	23. స్టార్ యూనియన్ డాయ్-ఇచ్చి లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్
	24. టాటా ఏఐఏ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్

தனித்தியங்கும் உடல்நலக் காப்பீட்டு நிறுவனங்களின் பட்டியல்

1. బజాజ్ అలియాంజ్ జనరల్ ఇన్సూరెన్స్
2. ఫ్యూచర్ జనరలి జనరల్ ఇన్సూరెన్స్
3. ఒరియంటల్ ఇన్సూరెన్స్
4. టాటా ఏఐజి జనరల్ ఇన్సూరెన్స్
5. స్టార్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్

பொது காப்பீட்டு நிறுவனங்களின் பட்டியல்:

1. అగ్రికల్చర్ ఇన్సూరెన్స్ కంపెనీ	12. మాగ్మా హెచ్‌డీఐ జనరల్ ఇన్సూరెన్స్
2. బజాజ్ అలియాంజ్ జనరల్ ఇన్సూరెన్స్	13. నేషనల్ ఇన్సూరెన్స్
3. భార్తి యాక్సా జనరల్ ఇన్సూరెన్స్	14. న్యూ ఇండియా అష్యూరెన్స్
4. చోళమండలం ఎంఎస్ జనరల్ ఇన్సూరెన్స్	15. ఒరియంటల్ ఇన్సూరెన్స్
5. ఎక్స్‌పోర్ట్ క్రెడిట్ అండ్ గ్యారంటీ కార్పొరేషన్	16. రహేజా క్యూబీఈ జనరల్ ఇన్సూరెన్స్
6. ఫ్యూచర్ జనరలి జనరల్ ఇన్సూరెన్స్	17. రిలయన్స్ జనరల్ ఇన్సూరెన్స్
7. హెచ్‌డీఎఫ్‌సీ ఎర్గో జనరల్ ఇన్సూరెన్స్	18. రాయల్ సుందరం జనరల్ ఇన్సూరెన్స్

8. ఐసీఐసీఐ లాంబార్డ్ జనరల్ ఇన్సూరెన్స్ 9. ఇఫ్కో టోకియో జనరల్ ఇన్సూరెన్స్ 10. ఎల్ అండ్ టీ జనరల్ ఇన్సూరెన్స్ 11. లిబర్టీ వీడియోకాన్ జనరల్ ఇన్సూరెన్స్	19. ఎస్‌బిఐ జనరల్ ఇన్సూరెన్స్ 20. శ్రీరామ్ జనరల్ ఇన్సూరెన్స్ 21. టాటా ఏఐజి జనరల్ ఇన్సూరెన్స్ 22. యునైటెడ్ ఇండియా ఇన్సూరెన్స్ 23. యూనివర్శల్ సోంపో జనరల్ ఇన్సూరెన్స్

B. ఆరోగ్య సంరక్షణ అంటే

"ఆరోగ్యమే మహాభాగ్యం" అనే మాటను మనం పదేపదే వింటున్నాం. వాస్తవంగా ఆరోగ్యం అంటే అర్థం ఏమిటని తెలుసుకోవడానికి ఎప్పుడైనా ప్రయత్నించారా? 'శారీరక ఆరోగ్యం' అనే అర్థాన్నిచ్చే "హెూయల్త్" పదం నుంచి 'హెల్త్' పదం నిర్వచించబడింది.

పాత రోజుల్లో, ఆరోగ్యాన్ని 'భగవంతుడు ఇచ్చిన వరం'గా పరిగణించే వారు. అస్వస్థత అనేది ఆ వ్యక్తి చేసిన పాపాల వల్ల జరిగిందని నమ్మేవారు. అస్వస్థత వెనుక కారణాలను క్రీ.పూ 460-370 మధ్య జీవించిన హిపోక్రేట్స్ తెలిపారు. పర్యావరణం, పారిశుద్ధ్యం, వ్యక్తిగత శుభ్రత, ఆహారపుటలవాట్లకు సంబంధించిన వివిధ కారణాల వల్ల అస్వస్థతకు గురవుతున్నారని ఆయన చెప్పారు.

హిపోక్రేట్స్ కన్నా ఎన్నో శతాబ్దాల కిందటే భారతీయ ఆయుర్వేద వ్యవస్థ ఉనికిలో ఉంది. నాలుగు ద్రవాలైన రక్తం, పసుపు పైత్యరసం, నలుపు పైత్యరసం, శ్లేష్మంల సంక్లిష్టమైన సమతుల్యతగా ఆరోగ్యాన్ని పరిగణించారు. ఈ ద్రవాల మధ్య సమతుల్యత కొరవడడమే అస్వస్థతను కలుగజేస్తుందని భావించారు. ఆ రోజుల్లో పాశ్చాత్య దేశాలకు తెలియని సంక్లిష్టమైన శస్త్ర చికిత్సలను చేసిన ఘనత భారతీయ వైద్య పితామహుడైన సుశ్రుతుడికే దక్కుతుంది.

కొంత కాలానికి, ఆధునిక వైద్యం ఒక సంక్లిష్టమైన శాస్త్రంగా అవతరించింది. ఆధునిక వైద్యం ఆ తర్వాత ఎంతమాత్రమూ అస్వస్థతకు పరిమితం కాలేదు. వ్యాధుల నివారణ, నాణ్యతతో కూడిన జీవితాన్ని ప్రోత్సహించేదిగా మారింది. ఆరోగ్యానికి సంబంధించి 1948లో ప్రపంచ ఆరోగ్య సంస్థ చేసిన నిర్వచనం అన్ని వర్గాల ఆమోదం పొందింది. "ఆరోగ్యం అనేది భౌతిక, మానసిక, సామాజికపరమైన సంపూర్ణ ఆరోగ్య స్థితే కానీ కేవలం వ్యాధి లేకపోవడం మాత్రమే కాదు" అని ఆ సంస్థ పేర్కొంది. ఆరోగ్యానికి సంబంధించి ఆయుర్వేదం లాంటి భారతీయ వైద్య వ్యవస్థ ఎప్పటి నుంచో ఇలాంటి సంపూర్ణ దృష్టిని పొందుపరచుకుంది.

నిర్వచనం

ప్రపంచ ఆరోగ్య సంస్థ (WHO): ఆరోగ్యం అనేది భౌతిక, మానసిక, సామాజికపరమైన సంపూర్ణ ఆరోగ్య స్థితే కానీ కేవలం వ్యాధి లేకపోవడం మాత్రమే కాదు.

ఆరోగ్య నిర్ధారకాలు

కింది కారణాలే ఎవరైనా వ్యక్తి ఆరోగ్యాన్ని నిర్ధారిస్తాయని సాధారణంగా అందరూ విశ్వసిస్తున్నారు.:

a) జీవన శైలి కారకాలు

జీవన శైలి కారకాలు అనేవి చాలావరకు సంబంధిత వ్యక్తి నియంత్రణలోనే ఉంటాయి. అంటే, పరిమితులకు లోబడిన వ్యాయామం, ఆహారం, ఆందోళనలను నివారించడం, మంచి ఆరోగ్యానికి దారితీసే చర్యలు. ఇక ధూమపానం,

మాదక ద్రవ్యాల సేవనం, సురక్షితం కాని సెక్స్ లాంటి చెడు జీవన శైలులు మరియు అలవాట్లు, చలనం లేని జీవన శైలి (ఎలాంటి వ్యాయామం లేనిది) క్యాన్సర్, ఎయిడ్స్, హైపర్‌టెన్షన్, మధుమేహం లాంటి అనేక రకాల వ్యాధులను కలుగజేస్తాయి.

ఇలాంటి ప్రవర్తనను నియంత్రించడం, ప్రభావితం చేయడంలో ప్రభుత్వం కీలక పాత్ర పోషిస్తున్నప్పటికీ (మాదక ద్రవ్యాలను సేవించిన వారిని బెయిల్ పొందడానికి వీలులేని జైలు శిక్షతో శిక్షించడం, పొగాకు ఉత్పత్తులు తదితరాలపై అధిక పన్నులు విధించడం లాంటివి), ఒక వ్యక్తి తీసుకుంటున్న వ్యక్తిగత బాధ్యతే జీవన శైలి కారకాల వల్ల కలిగే వ్యాధులను నియంత్రించడంలో నిర్ణయాత్మక పాత్ర పోషిస్తుంది.

b) పర్యావరణ కారకాలు

సురక్షితమైన తాగునీరు, పారిశుద్ధ్యం, పోషకాలు ఆరోగ్యానికి అత్యంత ముఖ్యమైనవి. వీటిలో లోటు ఏర్పడితే ప్రపంచం నలుమూలలా, ముఖ్యంగా వర్ధమాన దేశాల్లో ప్రస్తుతం మనం చూస్తున్న విధంగా తీవ్రమైన ఆరోగ్య సమస్యలకు దారి తీస్తాయి. వ్యక్తిగత శుభ్రత సరిగ్గా లేకపోవడం వల్ల ఇన్‌ఫ్లూయెంజా, చికెన్ పాక్స్ లాంటి అంటువ్యాధులు వ్యాపిస్తాయి. పర్యావరణ శుభ్రత సరిగ్గా లేకపోవడం వల్ల మలేరియా, డెంగ్యూ లాంటి వ్యాధులు వ్యాపిస్తుండగా, కొన్ని తయారీ పరిశ్రమల్లో పని చేసే వ్యక్తుల వల్ల కలిగే పర్యావరణ కారకాల వల్ల కూడా కొన్ని వ్యాధులు ఏర్పడుతాయి. అంటే ఆస్‌బెస్టాస్ తయారీ కార్మికులకు ఆస్‌బెస్టాస్ లాంటి వృత్తిపరమైన ఆపదలు, బొగ్గు గనుల్లో పని చేసే వారికి కలిగే శ్వాస నాళాలు లాంటి సమస్యలు.

c) జన్యుపరమైన కారకాలు

జన్యువుల ద్వారా చిన్నారులకు వారి తల్లిదండ్రుల నుంచి వ్యాధులు ప్రవేశించవచ్చు. ఇలాంటి జన్యు కారకాలు జాతి, భౌగోళిక ప్రదేశం, చివరకు సమూహాల ఆధారంగా కూడా ప్రపంచం నలుమూలలా ప్రజల మధ్య విభిన్నమైన ఆరోగ్య ధోరణులను కలుగజేస్తున్నాయి.

ప్రజల ఆరోగ్య స్థితిపైనే ఆయా దేశాల సామాజిక, ఆర్థిక పురోగతి ఆధారపడి ఉంటుందని స్పష్టంగా తెలుస్తోంది. ఆరోగ్యకరమైన జనాభా ఆర్థిక కార్యకలాపానికి ఉత్పాదకమైన మానవ వనరును అందించడమే కాక భారతదేశం లాంటి అభివృద్ధి చెందుతున్న దేశానికి మరింత కీలకమైన అమూల్యమైన వనరులను కూడా స్వేచ్ఛగా అందుబాటులో ఉండేలా చేస్తుంది. వ్యక్తిగత స్థాయిలో, అస్వస్థత అనేది జీవనోపాధి పరంగా నష్టాన్ని కలుగజేయగలదు. రోజువారీ నిత్యావసర చర్యలను చేయలేకపోవడం ద్వారా ప్రజలను పేదరికంలోకి నెట్టి, చివరకు ఆత్మహత్యలకు నెడుతుంది.

అందువల్ల ప్రపంచవ్యాప్తంగా ప్రజల ఆరోగ్యం, సంక్షేమాన్ని అందించడం కోసం ప్రభుత్వాలు చర్యలు తీసుకుంటున్నాయి. తద్వారా పౌరులందరికీ ఆరోగ్య సంరక్షణను సులభంగా అందుబాటులో తెచ్చేందుకు చర్యలు చేపడుతోంది. కాబట్టే ఆరోగ్య సంరక్షణపై పెడుతున్న ఖర్చు ఆ దేశ జీడీపీ (స్థూల దేశీయోత్పత్తి)లో గణనీయంగా ఉంటుంది.

ఇది వేర్వేరు పరిస్థితులకు తగ్గట్టు వేర్వేరు రకాల ఆరోగ్య సంరక్షణ అవసరం ఉంటుందా అనే ప్రశ్నను తలెత్తేలా చేస్తుంది.

C. ఆరోగ్య సంరక్షణ స్థాయిలు

ఆరోగ్య సంరక్షణ అనేది ప్రజల ఆరోగ్యాన్ని కాపాడేందుకు, నిర్వహించేందుకు, పర్యవేక్షించేందుకు, పునరుద్ధరించేందుకు ప్రభుత్వం సహా వివిధ ఏజెన్సీలు, సేవా సంస్థలు, అందించే సేవల కూర్పు. ఆరోగ్య సంరక్షణ ప్రభావశీలంగా ఉండాలంటే కింది అంశాలు తప్పనిసరి.

- ప్రజల అవసరాలకు తగ్గట్టు
- సమగ్రత
- సముచితంగా
- సులభంగా అందుబాటు
- చౌక ధర

వ్యక్తి ఆరోగ్య స్థితి ఆయా వ్యక్తులను బట్టి మారుతుంటుంది. అన్ని రకాల ఆరోగ్య సమస్యలకు ఒకే స్థాయిలో మౌలిక వసతులను అందుబాటులో ఉండేలా చేయడం సాధ్యపడేది కాదు. అలాంటి అవసరం కూడా లేదు. ప్రజలకు ఏర్పడవచ్చని భావించే వ్యాధులను బట్టి ఆరోగ్య సంరక్షణ సదుపాయాలు ఉండాలి. ఉదాహరణకు, ఒక వ్యక్తి ఏడాదిలో ఎక్కువ సందర్భాలు జ్వరం, జలుబు, దగ్గు, చర్మ సమస్యలు లాంటి వాటికి గురికావచ్చు. జలుబు, దగ్గుతో పోల్చితే హెపటైటిస్ బీతో వాళ్లు బాధపడే అవకాశాలు చాలా తక్కువ.

అదేవిధంగా, హెపటైటిస్ బీతో పోల్చితే గుండె జబ్బులు, క్యాన్సర్ లాంటి తీవ్ర అస్వస్థతతో ఆ వ్యక్తి బాధపడే అవకాశాలు తక్కువ. కాబట్టి, ఏ ప్రాంతంలో అయినా అంటే గ్రామమైనా, జిల్లా అయినా, రాష్ట్రమైనా ఆరోగ్య సంరక్షణ సదుపాయాలు అనేవి ఆ ప్రాంతంలోని వివిధ ఆరోగ్య సంరక్షణ కారకాలపై ఆధారపడి ఉంటాయి:

- ✓ జనాభా పరిమాణం
- ✓ మరణ రేటు
- ✓ జబ్బుల రేటు
- ✓ అంగవైకల్య రేటు
- ✓ ప్రజల సామాజిక, మానసిక ఆరోగ్యం
- ✓ ప్రజల సాధారణ పోషక స్థితి
- ✓ ఓ గని ప్రాంతం లేదా ఓ పారిశ్రామిక ప్రాంతమైతే పర్యావరణ కారకాలు
- ✓ అవకాశమున్న ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవా వ్యవస్థ. అంటే, గుండె జబ్బుల నిపుణులు పల్లెల్లో సిద్ధంగా ఉండకపోవచ్చు కానీ జిల్లా పట్టణంలో ఉంటారు.
- ✓ ఆరోగ్య సంరక్షణ వ్యవస్థ ఎంత మేర ఉపయోగించబడవచ్చు

- ✓ భరించే సామర్థ్యం లాంటి సామాజిక, ఆర్థిక కారకాలు.

పై కారకాల ఆధారంగా, ప్రాథమిక, మాధ్యమిక, ఉన్నత స్థాయి ఆరోగ్య సంరక్షణ కేంద్రాలను ఏర్పాటు చేయడంపై ప్రభుత్వం నిర్ణయం తీసుకుంటుంది. ప్రజలకు చౌకగా, సులభంగా అందుబాటులో ఉండగల సముచిత ఆరోగ్య సంరక్షణను ఏర్పాటు చేసేందుకు చర్యలు తీసుకుంటుంది.

D. ఆరోగ్య సంరక్షణ రకాలు

ఆరోగ్య సంరక్షణను కింది విధంగా విస్తృతంగా వర్గీకరించుకోవచ్చు:

1. ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ

ఏదేని అస్వస్థతకు గురైనప్పుడు రోగి మొదటగా సంప్రదించే వైద్యులు, నర్సులు, మరే ఇతరమైన చిన్న క్లినిక్‌లలో అందించే సేవలనే ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ నిర్వచిస్తుంది. అంటే, ఒక ఆరోగ్య వ్యవస్థ పరిధిలో రోగులందరికీ ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ అనేది మొదటి దశ అని చెప్పవచ్చు.

అభివృద్ధి చెందిన దేశాల్లో ఆరోగ్య సమస్యలు ప్రబలి, జటిలమై, దీర్ఘకాలికం లేదా తీవ్రమైనదిగా మారకమునుపే వాటిని ఎదుర్కొనే విధంగా ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణకు అత్యంత ప్రాముఖ్యతను ఇస్తారు. ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ సంస్థలు నిరోధక ఆరోగ్య సంరక్షణ, టీకాలు, అవగాహన, ఆరోగ్య కౌన్సెలింగ్ లాంటి వాటిపై కూడా దృష్టిని కేంద్రీకరిస్తుంది. అవసరమైనప్పుడు తదుపరి స్థాయి స్పెషలిస్టుల దగ్గరకు వెళ్ళాలని రోగికి సూచిస్తారు.

ఉదాహరణకు, జ్వరం కోసం ఓ వ్యక్తి వైద్యుడిని సంప్రదించినప్పుడు అది డెంగ్యూ జ్వరానికి సూచికగా పరీక్షల ద్వారా తేలితే, ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణదారు ఆయనకు కొన్ని మందులను రాసి ఇవ్వడంతో పాటు ప్రత్యేక శిక్షణ కోసం ఓ ఆస్పత్రిలో చేరాలని కూడా సూచిస్తారు. ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ సందర్భాల్లో చాలావరకు వైద్యుడు వారి కుటుంబ వైద్యుడిగానే వ్యవహరిస్తారు. కుటుంబంలోని సభ్యులంతా ఏదేని చిన్న అస్వస్థతకోసం కూడా వైద్యుడిని సంప్రదిస్తారు.

ఈ పద్ధతి జన్యుపరమైన కారకాల ఆధారంగా వ్యాధి లక్షణాలను రాసి, తగిన రీతిలో వైద్ సలహా ఇవ్వడంలో కూడా వైద్యుడికి సహాయపడుతుంది. ఉదాహరణకు, రోగి తండ్రి మధుమేహ చరిత్రను బట్టి మధుమేహాన్ని సాధ్యమైనంత వరకు చిన్న వయసు నుంచే నివారించేందుకు జీవన శైలి పట్ల జాగ్రత్తగా ఉండాలని ఆయనకు డాక్టర్ సలహా ఇవ్వగలరు.

గ్రామీణ స్థాయిలో, ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ కేంద్రాలను ప్రభుత్వ, ప్రైవేటు సంస్థలు రెండూ ఏర్పాటు చేశాయి. జనాభాను బట్టి ప్రభుత్వ ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ కేంద్రాలను ఏర్పాటు చేస్తున్నారు. ప్రస్తుతం గ్రామ స్థాయిలో ఏదో రూపంలో ఇవి ఉన్నాయి.

2. మాధ్యమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ

సాధారణంగా రోగితో మొదటగా సంబంధం లేని వైద్య నిపుణులు, ఇతర ఆరోగ్య నిపుణులు అందించే ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవలు మాధ్యమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ కిందకు వస్తాయి. తీవ్రమైన అస్వస్థతకు కొంతకాలం పాటు చికిత్స తీసుకోవడం, కొన్ని సందర్భాల్లో తీవ్ర చికిత్స సేవలు (ఐసీయు), అంబులెన్స్ సదుపాయాలు, పాథాలజీ, వ్యాధి నిర్ధారణ పరీక్షలు, ఇతర వైద్య సేవలు సహా ఆస్పత్రిలో ఉంటూ (అయతే తప్పనిసరి కాదు) చికిత్స అందుకోవాల్సి ఉంటుంది.

చాలా సందర్భాల్లో ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ సంస్థలు, వైద్యుడే రోగులను ఈ మాధ్యమిక సంరక్షణకు పంపిస్తారు. కొన్ని సందర్భాల్లో అయితే, మాధ్యమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవా సంస్థలే సమగ్రమైన సేవలు అందించే క్రమంలో 'అంతర్గత'ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ సదుపాయాలను కూడా నిర్వహిస్తుంటాయి.

చాలావరకు ఈ మాధ్యమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవా సంస్థలు జన సంఖ్యను బట్టి తాలుకా/బ్లాక్ స్థాయిలో ఉంటాయి.

3. ఉన్నత స్థాయి ఆరోగ్య సంరక్షణ

ఉన్నత స్థాయి ఆరోగ్య సంరక్షణ అనేది సాధారణంగా ఆస్పత్రిలో ఉంటూ చికిత్స అందుకునే వారికోసం ఉద్దేశించిన ప్రత్యేక సలహాలతో కూడిన ఆరోగ్య సంరక్షణ. ప్రాథమిక/మాధ్యమిక సేవా సంస్థల మార్గదర్శనంతో రోగులు ఇక్కడకు వస్తుంటారు. ఈ ఉన్నత స్థాయి ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవా సంస్థలు చాలావరకు రాష్ట్ర రాజధానుల్లో, కొన్ని జిల్లా కేంద్రాల్లోనూ ఉన్నాయి.

మాధ్యమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవా సంస్థల పరిధిని దాటి ఆధునిక వైద్య సదుపాయాలు, వైద్య నిపుణులను కలిగిన వాటిని ఉన్నత స్థాయి ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవా సంస్థలకు ఉదాహరణలుగా చెప్పవచ్చు. అంటే ఆంకాలజీ (క్యాన్సర్ చికిత్స), అవయవ మార్పిడీ సదుపాయాలు. ఎక్కువ ముప్పు కలిగిన గర్భిణీ స్పెషలిస్టులు లాంటివి.

ఆరోగ్య సంరక్షణ స్థాయి పెరిగే కొద్దీ ఆ సంరక్షణతో ముడిపడిన ఖర్చులు కూడా పెరుగుతుంటాయి. ప్రాథమిక ఆరోగ్య సంరక్షణకు అయ్యే ఖర్చులను చెల్లించడం జనానికి భారం కాకున్నా, మాధ్యమిక ఆరోగ్య సంరక్షణ భారాన్ని భరించడానికి కాస్త ఇబ్బంది పడుతారు. ఉన్నత స్థాయి ఆరోగ్య సంరక్షణకు అయితే మరీ భారంగా భావిస్తారు. ఆరోగ్య సంరక్షణకు సంబంధించి వివిధ స్థాయిల్లో ఏర్పాటు చేసే మౌలిక వసతులు కూడా ఆయా దేశాల్లో, గ్రామీణ-పట్టణ ప్రాంతాలలో వేర్వేరుగా ఉంటాయి. సామాజిక-ఆర్థిక కారకాలు కూడా దానిని ప్రభావితం చేస్తాయి.

E. భారతదేశంలో ఆరోగ్య వ్యవస్థలను దెబ్బతీస్తున్న కారకాలు

భారతదేశ ఆరోగ్య వ్యవస్థ గతంలోనూ, ఇప్పుడూ అనేక రకాలైన సమస్యలను, సవాళ్ళను ఎదుర్కొంటూ వస్తోంది. అంతర్గతంగా ఇవి ఆరోగ్య సంరక్షణ వ్యవస్థ స్వభావాన్ని, పరిధిని, వ్యక్తిగత స్థాయిలో అవసరాలను, వ్యవస్థీకృత స్థాయిలో ఆరోగ్య సంరక్షణ సంస్థను దెబ్బతీస్తున్నాయి. ఆ వివరాలను కింద చూద్దాం:

1. జనగణన శాస్త్రం, జనాభా సంబంధిత ధోరణులు

a) ప్రపంచంలోనే అత్యధిక జనాభా కలిగిన దేశాల్లో భారతదేశం రెండవ అతి పెద్దదేశం.

b) ఇది జనాభా పెరుగుదలతో ముడిపడిన సమస్యలకు మనల్ని గురి చేస్తుంది.

c) పేదరికం స్థాయి కూడా వైద్య సంరక్షణకు ప్రజలు చెల్లించగల సామర్థ్యంపై ప్రభావం చూపుతోంది.

2. సామాజిక ధోరణులు

a) పట్టణీకరణ పెరగడం వల్లో, గ్రామీణ ప్రాంతాల నుంచి ప్రజలు పట్టణ ప్రాంతాలకు వెళ్లడం వల్ల ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవలను అందించడంలో సవాళ్ళు ఎదురవుతున్నాయి.

b) గ్రామీణ ప్రాంతాల్లోనూ ఆరోగ్య సమస్యలు ఉన్నాయి. ప్రధానంగా వైద్య సేవలు లభించకపోవడం, అందుబాటులో లేకపోవడం, ధరలు ఎక్కువగా ఉండడాన్ని కారణాలుగా చెప్పవచ్చు.

c) తనంతతానుగా వ్యాయామం చేసే అవసరాన్ని తగ్గించే రీతిలో కూర్చుని పని చేసే జీవనశైలిలోకి మరింతగా చొచ్చుకుపోవడం మధుమేహం, అధిక రక్తపోటు లాంటి కొత్త రకం వ్యాధులకు దారి తీస్తున్నాయి.

3. జీవితకాలం అంచనా

a) జీవితకాలం అంచనా అనేది నేడు పుడుతున్న పిల్లలు ఎంతకాలం జీవించగలరనే విషయాన్ని సూచిస్తుంది.

b) జీవితకాలం అంచనా అనేది స్వాతంత్ర్యం వచ్చిన రోజుల్లో ముప్పై ఏళ్లుగా ఉండగా, ఇప్పుడది అరవై ఏళ్ళను దాటింది. అయితే ఇంత పొడవాటి జీవిత కాలంలో నాణ్యతకు సంబంధించిన సమస్యలు మాత్రం పరిష్కారం కాలేదు.

c) ఇది 'ఆరోగ్యకరమైన జీవిత కాల అంచనా' అనే కొత్త భావనకు దారి తీసింది.

d) దీనివల్ల జీరియేట్రిక్ (వయోధిక సంబంధితం) వ్యాధులకు మౌలిక వసతులను ఏర్పాటు చేయాల్సి వచ్చింది.

F. భారతదేశంలో ఆరోగ్య బీమా పరిణామక్రమం

ఆరోగ్య సంరక్షణపై విధాన నిర్ణయాలు తీసుకోవడంపై ప్రభుత్వం దృష్టి సారిస్తూనే, ఆరోగ్య బీమా పథకాలను కూడా అది అమల్లో పెట్టింది. ఆ తర్వాతే బీమా కంపెనీలు తమ ఆరోగ్య బీమా పాలసీలతో ముందుకొచ్చాయి. భారతదేశంలో ఆరోగ్య బీమా ఎలా అభివృద్ధి చెందిందనే విషయం కింద వివరించబడింది:

a) ఉద్యోగుల ప్రభుత్వ బీమా పథకం (ఇ.ఎస్.ఐ)

1947లో స్వాతంత్రం వచ్చిన కొద్ది రోజులకే అంటే,1948లో ప్రవేశపెట్టిన ఇ.ఎస్.ఐ చట్టం ద్వారా ఉద్యోగుల ప్రభుత్వ బీమా పథకాన్ని ప్రారంభించడంతోనే భారతదేశంలో ఆరోగ్య బీమా లాంఛనంగా మొదలైంది. సంఘటిత ప్రైవేటు రంగంలో ఉద్యోగం చేస్తున్న బ్లూ కాలర్ కార్మికుల కోసం ప్రవేశపెట్టిన ఈ పథకం తన సొంత వైద్యశాలలు, ఆసుపత్రుల నెట్‌వర్క్ ద్వారా సమగ్ర ఆరోగ్య సేవలను అందిస్తోంది.

దీనికోసం ఏర్పాటు చేసిన ESIC (ఎంప్లాయీస్ స్టేట్ ఇన్సూరెన్స్ కార్పొరేషన్) తన సొంత ఆసుపత్రులను, వైద్యశాలలను నిర్వహిస్తుండడంతో పాటు సొంత సదుపాయాలు తగినంతగా లేనిచోట ప్రభుత్వ, ప్రైవేటు సంస్థలతో ఒప్పందాలు కుదుర్చుకుంటోంది.

రూ. 15వేల వరకు సంపాదిస్తున్న కార్మికులందరికీ ఈ భాగస్వామ్య పథకం కింద రక్షణ కల్పిస్తున్నారు. ఈ పథకం ప్రకారం వేతనంలో ఉద్యోగి 1.75శాతం, యాజమాన్య సంస్థ 4.75 శాతం వాటా చెల్లిస్తాయి. వైద్య ఖర్చుల్లో రాష్ట్ర ప్రభుత్వాలు 12.5శాతం వాటాను భరిస్తాయి.

దీనికింద లభించే ప్రయోజనాలు:

i. ESIS ఆసుపత్రులలో ఉచిత సమగ్ర ఆరోగ్య సంరక్షణ

ii. ప్రసవకాల ప్రయోజనాలు

iii. అంగవైకల్య ప్రయోజనాలు

iv. అస్వస్థత, కోలుకునే కాలం కారణంగా సంభవిస్తున్న వేతన నష్టాలకు నగదు పరిహారం

v. కార్మికుడు మృతి చెందితే అంత్యక్రియల ఖర్చులు

అధీకృత వైద్య సిబ్బంది, ప్రైవేటు ఆసుపత్రుల నుంచి కొనే సేవలకు కూడా అది చెల్లింపులు జరుపుతాయి. 2012 మార్చి నాటి లెక్కల ప్రకారం ESIS 65.5 మిలియన్ల లబ్దిదారులకు రక్షణ కల్పిస్తోంది.

b) కేంద్ర ప్రభుత్వ ఆరోగ్య పథకం

ESISను ప్రవేశపెట్టిన కొంతకాలానికల్లా కేంద్ర ప్రభుత్వ ఆరోగ్య పథకం (సీజీహెచ్ఎస్) అమల్లోకి వచ్చింది. ఉన్నత స్థాయి అధికారులుగా పనిచేసిన పెన్షనర్లు, వారి కుటుంబ సభ్యులు సహా కేంద్ర ప్రభుత్వ ఉద్యోగుల కోసం 1954లో

ఈ పథకాన్ని ప్రవేశపెట్టారు. విద్యార్థులకు, వారి కుటుంబాలకు సమగ్ర ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవలను అందించే ఈ పథకానికి ఉద్యోగుల వాటా స్వల్పంగా ఉండగా, ఎక్కువ శాతం వాటాను ఉద్యోగ సంస్థ (కేంద్ర ప్రభుత్వం) చెల్లిస్తోంది.

సీజీహెచ్ఎస్ సొంత వైద్య శాలలు, పాలీ క్లినిక్‌లు, గుర్తించిన ప్రైవేటు ఆసుపత్రుల ద్వారా ఈ సేవలను అందిస్తున్నారు.

అన్ని వైద్య వ్యవస్థలను అనుమతిస్తుండగా, అత్యవసర సేవలకు అలోపతి సిస్టంను అనుమతిస్తోంది. మందులు ఉచితంగా అందించడంతో పాటు, తీవ్ర అస్వస్థతకు గురైన రోగులకు పాథాలజీ, రేడియోలజీ, ఇంటికి వెళ్లి వైద్య సేవలు అందించడం లాంటి వాటిని, స్పెషలిస్ట్ కన్సల్టేషన్‌లను అనుమతిస్తుంది.

నెలకు రూ. 15 నుంచి రూ. 150ల వేతన స్కేలుకు ప్రగతిశీలంగా ముడిపెట్టినప్పటికీ, ఉద్యోగుల వాటా చాలావరకు నామమాత్రమే.

2010లో సీజీహెచ్ఎస్ 30 లక్షలకు పైగా లబ్దిదారులను కలిగిన ఎనిమిది లక్షలకు పైగా కుటుంబాలతో బలమైన సభ్యత్వ పునాదిని కలిగి ఉంది.

c) వ్యాపార ఆరోగ్య బీమా

బీమా పరిశ్రమ జాతీయీకరణ జరగడానికి ముందూ, తర్వాత కూడా వ్యాపార ఆరోగ్య బీమాను కొన్ని జీవిత యేతర బీమా సంస్థలు అందించాయి. అయితే, ప్రారంభంలో చాలావరకు ఇవి నష్టాలనే కలిగించాయి. ఎక్కువగా ఇవి కార్పొరేట్ క్లయింట్లకు మాత్రమే అందుబాటులో ఉండేది. అది కూడా కొంత పరిమితి వరకే.

భారతీయ విపణిలో వ్యక్తులకు, వారి కుటుంబాలకోసం మొదటి ప్రామాణికమైన ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తిని నాలుగు జాతీయమయమైన జీవిత యేతర బీమా కంపెనీలు (జనరల్ ఇన్సూరెన్స్ కార్పొరేషన్ ఆఫ్ ఇండియా ఉప సంస్థలు) 1986లో ఆవిష్కరించాయి. ప్రసవం, ముందస్తు వ్యాధులు లాంటి కొన్నింటిని మినహాయించి నిర్ధిష్ఠ వార్షిక పరిమితి వరకు ఆసుపత్రి ఖర్చుల కోసం రక్షణ అందించేలా మెడీక్లెయిమ్ పేరుతో ఓ ఉత్పత్తిని ప్రవేశపెట్టింది. మార్కెట్ పరిణామక్రమంలో దానికి అనేక దశల్లో సవరణలు జరిగాయి. చివరగా 2012లో దీన్ని సవరించారు.

అయినప్పటికీ, పలు సవరణలను చేపట్టిన తర్వాత కూడా మెడిక్లెయిమ్ ప్రస్తుత వెర్షన్ల ఆధ్వర్యంలో ఆసుపత్రి ఖర్చుల పూచీ ఆధారిత వార్షిక కాంట్రాక్టే నేడు భారతదేశంలో అత్యంత జనాదరణ పొందిన ప్రైవేటు ఆరోగ్య బీమా రూపంగా ఉంటోంది. ఇది ఎంతగా జనాదరణ పొందిందంటే ప్రైవేటు ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తులను చాలా మంది తరచూ 'మెడిక్లెయిమ్ కవర్లు' అనే పిలుస్తున్నారు. దానిని బీమా సంస్థలు అందించే ఓ నిర్ధిష్ఠ ఉత్పత్తిగా చూడడం కన్నా ఓ ఉత్పత్తి విభాగంగానే భావిస్తున్నారు.

2001లో ప్రైవేటు సంస్థలు బీమా రంగంలోకి రావడంతో ఆరోగ్య బీమా బాగా విస్తరించింది. అయినప్పటికీ ఈ నాటికి కూడా ఇంకా భారీ మార్కెట్ కొనసాగుతోంది. రక్షణల్లో గణనీయమైన మార్పులు, మినహాయింపులు, కొత్త యాడ్-ఆన్ జోడింపు రక్షణలు లాంటి వాటిని ప్రవేశపెట్టారు. వాటి గురించి తర్వాతి అధ్యాయాల్లో చర్చిద్దాం.

నేడు, 300కు పైగా ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తులు భారతీయ విపణిలో అందుబాటులో ఉన్నాయి.

G. ఆరోగ్య బీమా విపణి

నేటి ఆరోగ్య బీమా విపణిలో అనేక రకాలైన సేవా సంస్థలు ఉన్నాయి. వీటిలో కొన్ని ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవలు అందించే సేవా సంస్థలుగా ఉండగా, బీమా సేవలు, వివిధ స్థాయి మధ్యవర్తిత్వ సంస్థలు కూడా ఉన్నాయి. కొన్ని ప్రాథమిక మౌలిక సదుపాయాలను రూపొందిస్తుండగా, ఇతర సంస్థలు తోడ్పాటు సౌకర్యాలను అందిస్తున్నాయి. కొన్ని ప్రభుత్వ రంగంలో ఉండగా, మరికొన్ని ప్రైవేటు రంగంలో ఉంటున్నాయి. వీటి గురించి కింద క్లుప్తంగా ఇవ్వబడ్డాయి:

A. మౌలిక వసతులు:

1. ప్రభుత్వ ఆరోగ్య రంగం

ప్రభుత్వ ఆరోగ్య వ్యవస్థ జాతీయ స్థాయి, రాష్ట్ర స్థాయి, జిల్లా స్థాయిలలో మాత్రమే కాక పరిమితంగా గ్రామ స్థాయిలోనూ పని చేస్తాయి. గ్రామాల్లో జాతీయ ఆరోగ్య విధానాలను అమలు చేయడానికి గ్రామీణ ప్రజలు, ప్రభుత్వ మౌలిక వసతి మధ్య వారధిగా పని చేసేలా సామాజిక స్వచ్ఛంద సేవకులను నియోగించుకుంటాము. వీరిలో ముఖ్యమైన వాళ్లు:

a) మానవ వనరుల అభివృద్ధి మంత్రిత్వ శాఖ అమలు చేస్తున్న పోషక అనుబంధ కార్యక్రమం, ఇంటగ్రేటడ్ చైల్డ్ డెవ్‌లప్‌మెంట్ సర్వీస్ కింద నమోదు చేసుకున్న అంగన్‌వాడీ కార్యకర్తలు (ప్రతి వెయ్యి మందికి ఒకరు చొప్పున).

b) సుశిక్షితులైన మంత్రసానులు (టి.బి.ఎ), గ్రామ ఆరోగ్య మార్గదర్శులు (ప్రభుత్వాలలోని ఆరోగ్య శాఖల్లో ఇదివరకటి పథకాలు).

c) ఎన్.హెచ్.ఆర్.ఎం (జాతీయ గ్రామీణ ఆరోగ్య మిషన్) కింద సమాజం ద్వారా ఎన్నికైన ఆశా (గుర్తింపు పొందిన సామాజిక ఆరోగ్య కార్యకర్త) స్వచ్ఛంద సేవకులు. గ్రామీణ ప్రాంతాల్లో ఆరోగ్య రంగానికి వారధులు పని చేసేందుకు కొత్తగా శిక్షణ పొందిన గ్రామ స్థాయి స్వచ్ఛంద ఆరోగ్య కార్యకర్తలు.

ప్రతి ఐదు వేల జనాభా కలిగిన ప్రాంతాలలో (పర్వత, గిరిజన, వెనుకబడిన ప్రాంతాలలో మూడు వేల మంది) ఉపకేంద్రాలు ఏర్పాటు చేస్తున్నారు. ఆక్సిలియరీ నర్స్ మిడ్‌వైఫ్ (ఏఎన్ఎమ్) అని పిలిచే ఓ మహిళా ఆరోగ్య కార్యకర్త, ఓ పురుష ఆరోగ్య కార్యకర్త అక్కడ ఉంటారు.

ప్రాథమిక ఆరోగ్య కేంద్రాలు సుమారు ఆరు ఉప కేంద్రాలకు ఒకటి చొప్పున ఉంటాయి. ప్రతి 30 వేల జనాభా కలిగిన ప్రాంతాలలో (పర్వత, గిరిజన, వెనుకబడిన ప్రాంతాలలో 20 వేల మంది) ఉంటున్న ప్రాంతాల్లో సంప్రదింపుల కేంద్రాలుగా వీటిని ఏర్పాటు చేస్తున్నారు. ప్రాథమిక ఆరోగ్య కేంద్రాలన్నీ బయటి నుంచి వచ్చే రోగులకు సేవలు అందిస్తాయి. చాలావరకు ఈ కేంద్రాల్లో రోగులకు చికిత్స అందించడం కోసం నాలుగు నుంచి ఆరు పడకలు కూడా ఉంటాయి. ఈ కేంద్రంలో ఒక వైద్యాధికారి, 14మంది పారామెడికల్ కార్మికులు (వీరిలో ఒక పురుష, మహిళ ఆరోగ్య సహాయకులు, ఓ నర్సు- మంత్రసాని, ఓ ప్రయోగశాల సాంకేతిక నిపుణుడు, ఓ ఫార్మసిస్టు, ఇతర సహాయ సిబ్బంది) ఉంటారు.

సామూహిక ఆరోగ్య కేంద్రాలు (సిహెచ్‌సి) అనేవి నాలుగు ప్రాథమిక ఆరోగ్య కేంద్రాలకు సంబంధించిన మొదటి రెఫరల్ విభాగంగా ఉంటూ ప్రత్యేక ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవలు అందిస్తాయి. ప్రతి లక్ష జనాభాకు ఒకటిగా ఏర్పాటు చేస్తున్న

సిహెచ్‌సిలోని నియమాల ప్రకారం కనీసం 30 పడకలు, ఒక ఆపరేషన్ థియేటర్‌ను, ఎక్స్ రే యంత్రాన్ని, ప్రసవ గది, లాబరేటరీ సౌకర్యాలను కలిగి ఉండాలి. ఈ కేంద్రాలలో ఓ శస్త్ర చికిత్స నిపుణులు, ఓ సాధారణ వైద్యులు, ఓ గైనకాలజిస్టు, ఓ చిన్న పిల్లల వైద్యులు సహా కనీసం నలుగురు స్పెషలిస్టులు ఉండాలి. వీరితో పాటు మరో 21మంది పారా మెడికల్ సిబ్బంది ఉంటారు.

గ్రామీణ ఆసుపత్రులు కూడా ఏర్పాటు చేశారు. సబ్ డివిజనల్/తాలుకా ఆసుపత్రులు/స్పెషాలిటీ ఆసుపత్రులు (దేశంలో సుమారు 2000 ఆసుపత్రులు ఉన్నట్టు అంచనా వేశారు);

స్పెషాలిటీ అండ్ బోధన ఆసుపత్రులు తక్కువ సంఖ్యలోనే ఉన్నాయి. వైద్య కళాశాలలు (ప్రస్తుతం సుమారు 300 వరకు ఉన్నాయి), ఇతర ఉన్నత స్థాయి ఆరోగ్య కేంద్రాలు వీటి కిందకు వస్తాయి. చాలావరకు ఇవి జిల్లా పట్టణాలు, పట్టణ ప్రాంతాలలో ఉంటాయి. అయితే వీటిలో కొన్ని విశిష్టమైన, ఆధునిక వైద్య సేవలను అందిస్తున్నాయి.

ప్రభుత్వానికి చెందిన ఇతర ఏజెన్సీలు, అంటే రైల్వేలు, రక్షణ మంత్రిత్వ శాఖ, ఓడ రేవులు, గనులు లాంటి భారీ శాఖల ఆసుపత్రులు, వైద్య శాలలు కూడా ఆరోగ్య సేవలను అందించడంలో పాత్ర పోషిస్తున్నాయి. అయినప్పటికీ, వాటి సేవలు సంబంధిత సంస్థలలో పనిచేసే ఉద్యోగులు, వాటిపై ఆధారపడే వారికి మాత్రమే పరిమితం చేయబడుతాయి.

2. ప్రైవేటు రంగ సేవాసంస్థలు

భారతదేశంలో ప్రాథమిక, మాధ్యమిక, ఉన్నత స్థాయి అని మూడు రకాల ఆరోగ్య సేవలను అందించే ప్రైవేటు ఆరోగ్య రంగం చాలా భారీ స్థాయిలో ఉంది. వీటిలో స్వచ్ఛందంగా, లాభాపేక్ష రహితంగా వైద్య సేవలు అందించే సంస్థలు, వ్యక్తులతో పాటు రాబడి కోసం నడిపే కార్పొరేట్, ట్రస్టులు, ప్రాక్టీషనర్లు, ప్రత్యేక స్పెషలిస్టు సేవలు, వ్యాధి నిర్ధరణ ప్రయోగశాలలు, ఔషధ దుకాణాలు, నకిలీ వైద్యులున్నారు. భారతదేశంలో సుమారు 77 శాతం మంది అలోపతి వైద్యులు ప్రైవేటు రంగంలోనే ప్రాక్టీస్ చేస్తున్నారు. భారతదేశంలో ఆరోగ్య పరంగా పెడుతున్న ఖర్చుల్లో 75 శాతానికి పైగా ప్రైవేటు రంగానికే వెళుతోంది. జాతీయ స్థాయిలో బయటి నుంచి చికిత్స అందుకుంటున్న రోగుల్లో 82 శాతం, ఆసుపత్రిలో ఉంటూ చికిత్స అందుకుంటున్న రోగుల్లో 52శాతం మంది ప్రైవేటు రంగాన్నే ఆశ్రయిస్తున్నారు.[2].

ఇతర వైద్య వ్యవస్థలను (ఆయుర్వేద, సిద్ధ, యునానీ, హోమియోపతి) ప్రాక్టీస్ చేస్తున్న వారు కూడా భారతదేశంలో పెద్ద సంఖ్యలోనే ఉన్నారు. ఏడు లక్షల మందికి పైగా ఈ విభాగంలోనే ఉన్నారు. వీరంతా ప్రభుత్వ రంగంలోనూ, ప్రైవేటు రంగంలోనూ ఉన్నారు.

ఆరోగ్య సంరక్షణను లాభం కోసం అందించే ప్రైవేటు సంస్థలతో పాటు సమాజానికి ఆరోగ్య సంరక్షణ సేవలను అందించడంలో ప్రభుత్వేతర సంస్థలు, స్వచ్ఛంద సేవా సంస్థలు కూడా పాలుపంచుకుంటున్నాయి.

ఆరోగ్య సంబంధిత కార్యకలాపాల్లో ఏడు వేలకు పైగా స్వచ్ఛంద ఏజెన్సీలు పాలుపంచుకుంటున్నట్టు అంచనా వేశారు. పెద్ద సంఖ్యలో మాధ్యమిక, ఉన్నత స్థాయి ఆసుపత్రులు కూడా లాభాపేక్ష రహిత సొసైటీలుగా, ట్రస్టులుగా పేర్లు నమోదు

చేసుకున్నాయి. బీమా చేసుకున్న వ్యక్తులకు ఆసుపత్రిలో ఉంటూ చికిత్స అందుకోవడంలో రోగులకు గణనీయంగా సహాయపడుతున్నాయి.

3. ఔషధ పరిశ్రమ

మందులు, ఆరోగ్య సంబంధిత ఉత్పత్తులను అందించే సంస్థల విషయానికి వస్తే, భారతదేశం అతిపెద్ద ఔషధ పరిశ్రమను కలిగి ఉంది. 1950లో రూ.10 కోట్ల పరిశ్రమ అనే స్థాయి నుంచి, నేడు రూ. 55వేల కోట్ల వ్యాపారం (ఎగుమతులు సహా) అనే స్థాయికి అది ఎదిగింది. ఆరు వేలకు పైగా ఉన్న తయారీ యూనిట్ల ద్వారా సుమారు యాభై లక్షల మందికి అది ఉద్యోగావకాశాలను కల్పిస్తోంది.

ఔషధ రంగం రసాయణాల మంత్రిత్వ శాఖ కిందకు వస్తుండగా, ఈ పరిశ్రమకు కేంద్ర స్థాయి ధరల నియంత్రణ సంస్థగా నేషనల్ ఫార్మాస్యూటికల్స్ ప్రైజింగ్ అథారిటీ (ఎన్.పి.పి.ఏ) చిన్న సంఖ్యలో ఔషధాలు మాత్రమే (500 బల్క్ డ్రగ్‌లలో 76) ధర నియంత్రణ కింద ఉండగా, మిగిలినవన్నీ స్వేచ్ఛాధరల పరిధిలోనే ఉన్నప్పటికీ, ధరల నియంత్రణ సంస్థ చాలా జాగ్రత్తగా పర్యవేక్షిస్తుంది. ప్రభుత్వాల ఔషధ నియంత్రణ సంస్థలు క్షేత్ర స్థాయి సిబ్బందిని నిర్వహిస్తోంది. ఆ సిబ్బంది తమతమ ప్రదేశాల్లో నాణ్యత, ఔషధాల ధర, ఫార్ములేషన్లను పర్యవేక్షిస్తుంది.

B. బీమా సేవా సంస్థలు:

ముఖ్యంగా సాధారణ బీమా రంగంలోని బీమా కంపెనీలు ఆరోగ్య బీమాలోని చాలా అంశాలను అందిస్తున్నాయి. ఇదివరకే వీటిని జాబితాలో చూపాం. స్వతంత్రమైన ఆరోగ్య బీమా కంపెనీలు ఉండడం మరింత ప్రోత్సాహమిచ్చేదిగా ఉంటోంది. తాజా లెక్కల ప్రకారం ఐదు స్వతంత్ర సంస్థలు ఉన్నాయి. ఆరోగ్య బీమా సేవా సంస్థ నెట్‌వర్క్‌ను పెంచే విధంగా మరికొన్ని సంస్థలు కూడా ప్రవేశించబోతున్నాయి.

C. మధ్యవర్తిత్వ సంస్థలు :

బీమా పరిశ్రమలో భాగంగా సేవలు అందిస్తున్న పలువురు వ్యక్తులు, సంస్థలు కూడా ఆరోగ్య బీమా విపణిలో భాగంగా నిలుస్తోంది. ఇలాంటి మధ్యవర్తిత్వ సంస్థలన్నీ ఐ.ఆర్.డి.ఎ ద్వారా పర్యవేక్షించబడుతాయి. వీటిలో కొన్ని కింద ఇవ్వబడ్డాయి :

1. బీమా బ్రోకర్లు వ్యక్తులు కావచ్చు. కార్పొరేట్లు కావచ్చు. బీమా కంపెనీలతో సంబంధం లేకుండా పని చేస్తారు. బీమా కోరుకునే వారి తరపున ప్రాతినిధ్యం వహిస్తూ అతి చౌక ప్రీమియం రేట్లతో లభించే అత్యుత్తమమైన బీమా రక్షణలను పొందేలా బీమా కంపెనీలతో వారికి సంబంధాలు ఏర్పరుస్తారు. నష్టం జరిగినప్పుడు బీమాను క్లెయిమ్ చేయడంలోనూ వారు సహాయపడుతారు. ఇలాంటి వ్యాపారాన్ని నిర్వహించే ఏదేని బీమా కంపెనీతో ఈ బ్రోకర్లు బీమా వ్యాపారాన్ని చేయించవచ్చు. వారికి బీమా కంపెనీలు బీమా కమిషన్ రూపంలో పారితోషికం అందిస్తాయి.

2. బీమా ఏజెంట్లు సాధారణంగా వ్యక్తులై ఉంటారు. కొన్ని సందర్భాల్లో కార్పొరేట్ ఏజెంట్లుగా కూడా ఉంటారు. బ్రోకర్లలా ఏజెంట్లు బీమా కంపెనీ ఎంపికలో స్వేచ్ఛగా వ్యవహరించలేరు. వారికి ఏజెన్సీ మంజూరు చేసిన బీమా కంపెనీ తరపున మాత్రమే బీమా చేయించాల్సి ఉంటుంది. ప్రస్తుత నిబంధనల ప్రకారం, ఏజెంట్ గరిష్ఠంగా ఒక సాధారణ

బీమా, ఒక జీవిత బీమా కంపెనీ, ఒక ఆరోగ్య బీమా, మరేదైనా ఒక రంగానికి చెందిన బీమా సంస్థ తరపున మాత్రమే పని చేయగలరు. వారికి కూడా బీమా కంపెనీలు బీమా కమిషన్ రూపంలో పారితోషికం అందిస్తాయి.

3. మధ్యేమార్గ నిర్వాహకులు (టి.పి.ఏ) అనేవి 2001 నుంచి ఈ వ్యాపారంలోకి ప్రవేశించిన కొత్త రకం సేవా సంస్థలు. వాటికి బీమాను విక్రయించే అధికారం ఉండదు కానీ బీమా కంపెనీలకు పరిపాలనాపరమైన సేవలను అందిస్తాయి. ఆరోగ్య బీమా పాలసీని ఒకసారి విక్రయించామంటే, బీమా చేసిన వ్యక్తుల వివరాలను ఓ నియామక టి.పి.ఏతో పంచుకుంటారు. ఆ సంస్థ డేటాబేస్‌ను సిద్ధం చేసి, బీమా చేసిన వ్యక్తులకు ఆరోగ్య కార్డులను జారీ చేస్తుంది. ఇలాంటి హెల్త్ కార్డులు ఆసుపత్రులు, క్లినిక్‌లలో నగదు రహిత వైద్య సదుపాయాలు (వెంటనే డబ్బు చెల్లించకుండా అందించే చికిత్స) అందుకోవడానికి వీలు కల్పిస్తుంది. బీమా చేసిన వ్యక్తి నగదు రహిత సదుపాయాన్ని ఉపయోగించనప్పటికీ, బిల్లులు చెల్లించి, టి.పి.ఏ నుంచి రీఇంబర్స్‌మెంట్‌ను కోరవచ్చు. టి.పి.ఏలు క్లెయిమ్‌ల ప్రకారం బీమా కంపెనీలు వాటికి నిధులు చెల్లిస్తాయి. ప్రీమియంలో కొంత శాతంగా ఫీజు రూపంలో వాటికి పారితోషికం అందించబడుతుంది.

4. బీమా వెబ్సముచ్ఛయాలుఅంటే ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ నియంత్రణల ద్వారా పర్యవేక్షించబడాల్సిన అత్యున్నత కొత్త తరహా సేవా సంస్థలు. వారి వెబ్‌సైట్ మరియు/లేదా టెలీమార్కెటింగ్ ద్వారా, అవకాశమున్న వారితో ఎదురెదురుగా రాకనే దూర మార్కెటింగ్ ద్వారా వారు బీమా వ్యాపారాన్ని చేస్తాయి. తద్వారా ఆసక్తి కలిగిన వారికి సంబంధించిన వివరాలను తయారు చేసి, తాము ఒప్పందం కుదుర్చుకున్న సంస్థకు అందిస్తాయి. పోలిక కోసం ఇలాంటి బీమా కంపెనీల ఉత్పత్తులను కూడా వారు ప్రదర్శిస్తాయి. టెలీ మార్కెటింగ్‌ను నిర్వహించడానికి, ఆన్‌లైన్ పోర్టల్ ద్వారా ప్రీమియం వసూలు లాంటి అవుట్ సోర్సింగ్ పనులు నిర్వహించడానికి, వివిధ రకాల పాలసీ సంబంధిత సేవల నిర్వహణకు కూడా అవి ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ అంగీకారాన్ని కోరవచ్చు. అవి అందించిన సమాచారాల నుంచి వ్యాపారంగా మలచుకున్నవి, బీమా ఉత్పత్తుల ప్రదర్శన, అవి నిర్వహించిన అవుట్ సోర్సింగ్ సేవల ఆధారంగా వాటికి బీమా కంపెనీలు పారితోషికం చెల్లిస్తున్నాయి.

5. బీమా మార్కెటింగ్ సంస్థలు అనేవి ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ పర్యవేక్షించాల్సిన మధ్యవర్తుల కొత్త రూపాలు. అలాంటి ఉత్పత్తులను మార్కెట్ చేయడానికి, పంపిణీ చేయడానికి, సేవలు అందించడానికి వ్యక్తులను నిలమించుకోవడం ద్వారా అవి కింది కార్యకలాపాలను నిర్వహించవచ్చు:

   బీమా అమ్మకం కార్యకలాపాలు: ప్రాధికార సంస్థకు సమాచారం కింద, ఏ సమయంలో అయినా రెండు జీవిత, రెండు సాధారణ, రెండు ఆరోగ్య బీమా కంపెనీల బీమా ఉత్పత్తులను బీమా విక్రయదారుల (ఐ.ఎం.ఎఫ్) ద్వారా విక్రయించడానికి. సాధారణ బీమా విషయంలో, సంస్థ ఎప్పటికప్పుడు ఆమోదించిన మోటారు, ఆరోగ్యం, వ్యక్తిగత ప్రమాదం, కుటుంబం, దుకాణదారులు మరియు ఇలాంటి ఇతర బీమా ఉత్పత్తుల పేరుతో ఫైల్ అండ్ యూజ్ మార్గదర్శకాలలో ఇచ్చిన విధంగా బీమా ఉత్పత్తుల రీటైల్ క్రమంలో మాత్రమే అభ్యర్థించడానికి లేదా సేకరించడానికి ఐ.ఎం.ఎఫ్ అనుమతించబడుతారు. బీమా కంపెనీలతో కుదుర్చుకున్న ఒప్పందంలో ఏ మార్పు అయినా సంస్థ ముందస్తు ఆమోదంతో ప్రస్తుత పాలసీదారులకు సేవలు అందించడానికి తగిన ఏర్పాట్లు చేయడం ద్వారా చేపట్టవచ్చు.

బీమా సేవా కార్యకలాపాలు: ఈ సేవా కార్యకలాపాలు బీమా ఉత్పత్తులను అభ్యర్థించడానికి లేదా సేకరించడానికి ఒప్పందం కలిగిన బీమా కంపెనీల కోసం మాత్రమే. ఆ కార్యకలాపాలు కింద ఇవ్వబడ్డాయి:

a. బీమా కంపెనీల పొరుగు సేవల కార్యకలాపాలపై ప్రాధికార సంస్థ జారీ చేసిన మార్గదర్శకాలలో అనుమతించిన విధంగా బీమా సంస్థల తెరవెనుక కార్యకలాపాలను చేపట్టడం;

b. బీమా నిక్షేపాల ఆమోదిత వ్యక్తిగా కావడం ;

c. లైసెన్సు కలిగిన సర్వేయర్, నష్టం మదింపుదారులను ఉద్యోగాల్లో నియమించుకోవడం ద్వారా సర్వే చేపట్టి, నష్టాన్ని మదింపు వేసే పని చేపట్టడం నిర్వహించడం;

d. ప్రాధికార సంస్థ ఎప్పటికప్పుడు అనుమతించిన మరేదైనా బీమా సంబంధిత కార్యకలాపం.

ఆర్థిక ఉత్పత్తుల పంపిణీ: కింది పేర్కొన్న ఇలాంటి ఇతర ఆర్థిక ఉత్పత్తులను మార్కెట్ చేయడానికి, పంపిణీ చేయడానికి, సేవలు అందించడానికి అనుమతి పొందిన వ్యక్తులైన ఫైనాన్షియల్ సర్వీస్ ఎక్జిక్యూటివ్‌లను నియమించుకోవడం ద్వారా పంపిణీ చేయడానికి:

a. సెబీ నియంత్రణలోని మ్యూచువల్ ఫండ్ కంపెనీల మ్యూచువల్ ఫండ్లు;

b. PFRDA నియంత్రించిన పెన్షన్ ఉత్పత్తులు;

c. సెబీ లైసెన్సు పొందిన పెట్టుబడి సలహాదారులు పంపిణీ చేసిన ఇతర ఆర్థిక ఉత్పత్తులు;

d. ఆర్.బి.ఐ నియంత్రణలో ఉన్న బ్యాంకులు/ఎన్.బి.ఎఫ్.సిల బ్యాంకింగ్/ఆర్థిక ఉత్పత్తులు;

e. భారత ప్రభుత్వపు తపాలా శాఖ అందిస్తున్న బీమా యేతర ఉత్పత్తులు;

f. ప్రాధికార సంస్థ ఎప్పటికప్పుడు అనుమతిస్తున్న మరే ఇతరమైన ఆర్థిక ఉత్పత్తి.

D. ముఖ్యమైన ఇతర సంస్థలు

ఆరోగ్య బీమా విపణిలో భాగంగా మరికొన్ని సంస్థలు కూడా ఉన్నాయి. అవి ఏమిటంటే:

1. ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అండ్ డెవలప్‌మెంట్ అథారిటీ ఆఫ్ ఇండియా (ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ) అనేది బీమా మార్కెట్‌లో జరుగుతున్న వ్యాపారాన్ని, సంస్థలను నియంత్రించే విధంగా పార్లమెంటు చట్టం ద్వారా రూపుదిద్దుకున్న బీమా నియంత్రణ సంస్థ. 2000లో అమల్లోకి వచ్చిన ఈ చట్టం నియంత్రణ బాధ్యతలను మాత్రమే కాక బీమా వ్యాపారాన్ని అభివృద్ధి చేసే పనిని కూడా చేపడుతుంది.

2. జనరల్ ఇన్సూరెన్స్ అండ్ లైఫ్ ఇన్సూరెన్స్ కౌన్సిళ్లు అనేవి బీమా సంస్థల జీవిత కాలం, మరియు సాధారణ బీమా వ్యాపారాన్ని పర్యవేక్షించడానికి ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐకు సిఫార్సులు కూడా చేస్తాయి.

3. ఇన్సూరెన్స్ ఇన్ఫర్మేషన్ బ్యూరో(ఐ.ఐ.బి)ను ఐ.ఆర్.డి.ఏ 2009లో ప్రమోట్ చేసింది. ఇది చాలావరకు బీమా రంగానికి చెందిన వారితో ఏర్పాటైన ఓ పాలక మండలిని కలిగిన రిజిష్టర్ సొసైటీ. ఇది విశ్లేషణలను సేకరించి, ధరల నిర్ణయం, వ్యాపార యుక్తుల రూపకల్పన సహా డేటా ఆధారిత మరియు శాస్త్రీయ నిర్ణయానికి వీలు కల్పించడానికి బీమా రంగానికి వివిధ విభాగాల స్థాయి నివేదికలను రూపొందిస్తుంది. విధాన తయారీలో ప్రభుత్వానికి, నియంత్రణ సంస్థకు సహాయపడడంకోసం వాటికి కీలక ఇన్‌పుట్లను కూడా అది అందిస్తుంది. పరిశ్రమ ప్రయోజనాల కోసం ఈ బ్యూరో అనేక రకాలైన నిర్ణీత కాలవ్యవధుల, ఏక కాల నివేదికలను తయారు చేసింది.

   విభిన్న బీమా నిక్షేపాల మధ్య నోడల్ పాయింట్‌గా పని చేస్తూ, ఓ కొత్త ఖాతా రూపకల్పన దశలో డీమ్యాట్ ఖాతాల డీడూప్లికేషన్‌లో సహాయపడే సెంట్రల్ ఇండెక్స్ సర్వర్‌ను ఐ.ఐ.బి నిర్వహిస్తుంది. సెంట్రల్ ఇండెక్స్ సర్వర్ అనేది బీమా సంస్థ, బీమా సంస్థ నిక్షేపం మధ్య ప్రతి పాలసీలోనూ లావాదేవీలకు సంబంధించిన ట్రాన్స్‌మిషన్/రూటింగ్ సమాచారం కోసం ఎక్స్ఛేంజిగా కూడా పని చేస్తుంది.

   ఐ.ఐ.బి ఇప్పటికే ఆరోగ్య బీమా రంగానికి సేవలు అందిస్తున్న 'ప్రాధాన్యత సేవా సంస్థ నెట్‌వర్క్'లోని ఆస్పత్రులను జాబితా పరచడం ద్వారా తన ఆస్పత్రి విశిష్ఠ ఐ.డి మాస్టర్ కార్యక్రమాన్ని ఆవిష్కరించింది.

   తాజాగా, టి.పి.ఏలను, బీమా సంస్థలను, ఆస్పత్రులను కలిపే ఓ ఆరోగ్య బీమా గ్రిడ్‌ను నిర్వహించేందుకు ఐ.ఐ.బి ప్రయత్నాలు చేస్తోంది. చికిత్స ఖర్చుల్లో పారదర్శకత, ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తులకు సరైన ధర నిర్వహించడం లాంటి బీమా క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ వ్యవస్థతో బయటకు వచ్చేలా ఆరోగ్యబీమా రంగానికి సహాయపడాలన్నదే దీని ప్రధానోద్దేశం.

4. విద్యా సంస్థలు అంటే అనేక రకాల బీమా, నిర్వహణ సంబంధిత శిక్షణను అందించే ఇన్సూరెన్స్ ఇన్‌స్టిట్యూట్ ఆఫ్ ఇండియా, నేషనల్ ఇన్సూరెన్స్ అకాడెమీ లాంటివి మరియు భవిష్యత్తులో ఏజెంట్లు కావాలనుకునే వారికి శిక్షణ ఇచ్చే అనేక ప్రైవేటు శిక్షణ సంస్థలు.

5. ప్రాక్టీస్ చేస్తున్న వైద్యులు కూడా రిస్్క్‌లను అంగీకరించే సందర్భంగా క్లయింట్ల బీమా రిస్క్‌లను మదింపు వేయడంలో బీమా కంపెనీలకు, టి.పి.ఏలకు సహాయపడుతున్నారు. క్లిష్టమైన క్లెయిమ్‌ల విషయంలో బీమా కంపెనీలకు సలహా ఇస్తారు.

6. ఇన్సూరెన్స్ అంబుడ్స్‌మేన్, వినియోగదారు న్యాయస్థానాలతో పాటు పౌర న్యాయస్థానాలు లాంటి చట్టబద్ధ సంస్థలు కూడా ఆరోగ్య బీమా విపణిలో వినియోగదారుల సమస్యలను పరిష్కరించడంలో పాత్ర పోషిస్తున్నాయి.

సారాంశం

a) బీమా ఏదో రూపంలో చాలా శతాబ్దాల కిందటే ఉనికిలో ఉంది. అయితే ఆధునిక రూపం అనేది కొన్ని శతాబ్దాల కిందటే రూపుదిద్దుకుంది. ప్రభుత్వ నియంత్రణతో భారతదేశంలో బీమా రంగం అనేక దశలను దాటుకుని వచ్చింది.

b) పౌరుల ఆరోగ్యం చాలా ముఖ్యం కాబట్టి, ప్రభుత్వాలు ఒక సముచితమైన ఆరోగ్య సంరక్షణ వ్యవస్థను రూపొందించడంలో ప్రధాన పాత్ర పోషిస్తున్నాయి.

c) దేశ జనాభాకు సంబంధించిన అనేక కారకాలపై అక్కడ అందించే ఆరోగ్య సంరక్షణ స్థాయి ఆధారపడి ఉంటుంది.

d) అవసరమైన వైద్య సేవల స్థాయిని బట్టి ప్రాథమిక, మాధ్యమిక, ఉన్నత స్థాయి అనే మూడు రకాలైన ఆరోగ్య సంరక్షణ పద్ధతులు ఉంటాయి. ఒక్కో స్థాయిని బట్టి ఆరోగ్య సంరక్షణ ఖర్చు పెరుగుతుంటుంది. ఉన్నత స్థాయి సంరక్షణకు ఎక్కువ ఖర్చవుతుంది.

e) జనాభా పెరుగుదల, పట్టణీకరణ లాంటి సొంతంగా ఉన్న జటిలమైన సమస్యలను ఎదుర్కుంటున్నందున భారతదేశానికి తగిన ఆరోగ్య సంరక్షణ అవసరమై ఉంది.

f) ఆరోగ్య బీమా కోసం ముందుగా ప్రభుత్వమే పథకాలను ప్రవేశపెట్టినప్పటికీ, ఆ వెంటనే ప్రైవేటు బీమా కంపెనీలు వాణిజ్య బీమాతో ముందుకొచ్చాయి.

g) ఆరోగ్య బీమా విపణిలో అనేక సంస్థలు పాత్ర పోషిస్తున్నాయి. కొన్ని సంస్థలు మౌలికవసతులను సమకూర్చుతుంటే, మరికొన్ని బీమా సేవలను అందిస్తున్నాయి. బ్రోకర్లు, ఏజెంట్లు, మధ్యేమార్గ నిర్వాహకులు లాంటి మధ్యవర్తులు ఆరోగ్య బీమా వ్యాపారానికి సేవలు అందిస్తుండగా, ఇతర నియంత్రణ, విద్యాపరమైన, చట్టబద్ధమైన సంస్థలు కూడా తమ వంతు పాత్రను పోషిస్తున్నాయి.

కీలక పదాలు

a) ఆరోగ్య సంరక్షణ

b) వాణిజ్య బీమా

c) జాతీయీకరణ

d) ప్రాథమిక, మాధ్యమిక, ఉన్నత స్థాయి ఆరోగ్య సంరక్షణ

e) మెడీక్లెయిమ్

f) బ్రోకర్

g) ఏజెంట్

h) మధ్యేమార్గ నిర్వహాకుడు

i) ఐ.ఆర్.డి.ఏ

j) అంబుడ్స్‌మేన్

అధ్యాయం 7

బీమా డాక్యుమెంటేషన్

అధ్యాయం ఉపోద్ఘాతం

బీమా పరిశ్రమలో, మనం అనేక రకాలైన పత్రాలు, దస్తావేజులను చూస్తుంటాం. ఈ అధ్యాయం మనల్ని వివిధ దస్తావేజులు, బీమా కాంట్రాక్టులో వాటి ప్రాముఖ్యతను తెలియజెబుతాయి. ఇది ఒక్కో పత్రం యొక్క ఖచ్చితమైన స్వభావం, వాటిని ఎలా నింపాలి, నిర్దిష్ట సమాచారాన్ని కోరేందుకు కారణాలను కూడా వివరిస్తుంది.

అభ్యాస ఫలితాలు

A. ప్రతిపాదన పత్రాలు
B. ప్రతిపాదనకు అంగీకారం (ఒప్పంద పత్రం)
C. అవకాశాలు
D. ప్రీమియం రశీదు
E. కవర్ నోట్లు /బీమా ధృవపత్రం / పాలిసీ దస్తావేజు
F. నిబంధనలు మరియు వారెంటీలు
G. సమర్థనలు
H. పాలసీల వివరణ
I. పునరుద్ధరణ నోటీసు
J. మనీ లాండరింగ్ నిరోధకం మరియు నో యువర్ కస్టమర్ మార్గదర్శకాలు

ఈ అధ్యాయాన్ని చదివిన తర్వాత మీరు చేయగలిగినవి:

a) ప్రతిపాదన పత్రంలో విషయాలను వివరించడం.
b) ప్రాస్పెక్టస్ ప్రాముఖ్యతను వివరించడం
c) ప్రీమియం రశీదు, 1938బీమా చట్టంలోని 64VBసెక్షన్‌ను వివరించడం.
d) కవర్ నోట్లు, బీమా ధృవపత్రాన్ని మదింపు వేయడం, వివరించడం.
e) బీమా పాలసీ దస్తావేజులో నిబంధనలు మరియు పదాలను వివరించడం.
f) పాలసీ నిబంధనలు, వారెంటీలు, సమర్ధనను చర్చించడం.
g) ఎండార్స్‌మెంట్లను ఎందుకు జారీ చేశారని వివరించడం.
h) పాలసీ పదాలను న్యాయ స్థానాల్లో ఎలా చూస్తారనే విషయాన్ని అర్ధం చేసుకోవడం.
i) రిన్యూవల్ నోటీసులను ఎందుకు జారీ చేస్తారని మదింపు వేయడం.
j) మనీ లాండరింగ్ అంటే ఏమిటి, నో యువర్ కస్టమర్ మార్గదర్శకాలకు సంబంధించి ఏజెంట్ ఏం చేయాలనే విషయాన్ని తెలుసుకోవడం.

H. ప్రతిపాదన పత్రాలు

ఇంతకు ముందు చెప్పినట్టుగా, బీమా అనేది ఓ ఒప్పందం. దానిని రాతపూర్వకమైన పాలసీ స్థాయికి కుదించారు. బీమా డాక్యుమెంటేషన్ పాలసీల జారీకి పరిమితం కాదు. బీమాదారు, బీమా సంస్థ మధ్య బ్రోకర్లు, ఏజెంట్లు లాంటి అనేక మంది మధ్యవర్తులు ఉండడంతో ఆ రెండు పక్షాలూ ఎప్పటికీ కలవలేకపోవచ్చు.

బీమా కంపెనీ వినియోగదారు సమర్పిస్తున్న డాక్యుమెంట్ల నుంచే, వినియోగదారుడి గురించి, వారి అవసరాల గురించి తెలుసుకుంటుంది. ఇలాంటి డాక్యుమెంట్లు రిస్క్‌ను మెరుగ్గా అర్థం చేసుకోవడానికి కూడా బీమా సంస్థకు సహాయపడుతాయి. కాబట్టి, బీమాదారు, బీమా సంస్థల మధ్య అవగాహన, స్పష్టతను తీసుకువచ్చే ప్రయోజనం కోసం డాక్యుమెంటేషన్ కావాల్సివస్తుంది. బీమా వ్యాపారంలో వినియోగదారులకు అనుకూలంగా ఉపయోగించే నిర్ధిష్ఠ దస్తావేజులు ఉన్నాయి.

వినియోగదారునికి అత్యంత సన్నిహితమైన వ్యక్తిగా బీమా ఏజెంట్ వినియోగదారును నేరుగా ఎదుర్కొని, వాటికి సంబంధించిన దస్తావేజులలో తలెత్తే అన్ని రకాల అనుమానాలను నివారించి, వాటిని నింపడంలో సహాయపడాల్సి ఉంటుంది. బీమాలో ఉపయోగించే ఒక్కో డాక్యుమెంట్ ప్రయోజనాన్ని, బీమాలో ఉపయోగించే దస్తావేజుల్లో ఉన్న ప్రాముఖ్యతను, సంబంధాన్ని ఏజెంట్లు అర్థం చేసుకోవాలి.

1. ప్రతిపాదన పత్రాలు

ప్రతిపాదన పత్రాన్ని డాక్యుమెంటేషన్‌ను ప్రాథమికంగా మొదటి దశ అని చెప్పాలి. దీనిద్వార బీమాదారు కింది అంశాలను వెల్లడిస్తారు.:

- ✓ తాను ఎవరు
- ✓ తనకు ఏ రకమైన బీమా కావాలి
- ✓ తాను బీమా చేయాలనుకుంటున్న వాటి వివరాలు
- ✓ ఎంత కాలానికి

బీమా విషయ వ్యవహారానికి సంబంధించిన ద్రవ్య విలువ, ప్రతిపాదిత బీమాకు సంబంధించిన అర్థవంతమైన సమాచారాలనే వివరాలు అని అంటారు.

a) బీమా సంస్థ వేసిన రిస్క్ మదింపు

i. బీమా సంస్థ కింది విషయాలపై నిర్ణయం తీసుకునేందుకు వీలుగా రిస్క్‌కు సంబంధించి బీమా సంస్థకు అవసరమైన అర్థవంతమైన సమాచారం మొత్తాన్ని వివరించేందుకు ప్రతిపాదితదారు ప్రతిపాదన పత్రాన్ని నింపాల్సి ఉంటుంది.:

- ✓ బీమాను మంజూరు చేయడానికి అంగీకరించడమా లేదా తిరస్కరించడమా

✓ రిస్క్ ను అంగీకరించే సందర్భంలో మంజూరు చేసే రక్షణకు సంబంధించిన రేట్లు, నియమ, నిబంధనలను నిర్ధారించడం

బీమాకోసం ఇవ్వజూపుతున్న రిస్క్‌ను అంగీకరించడానికి బీమా కంపెనీకి ఉపయోగపడగల సమాచారాన్ని ప్రతిపాదన పత్రం కలిగి ఉంటుంది. అత్యంత గొప్ప విశ్వాసం సూత్రం, అర్థవంతమైన సమాచారం వెల్లడించే బాధ్యత అనేది బీమా కోసం ప్రతిపాదన పత్రంతో మొదలవుతుంది.

అర్థవంతమైన సమాచారాన్ని వెల్లడించే బాధ్యత పాలసీ ఆవిర్భవానికి ముందే తలెత్తుతుంది. బీమా కాలం పూర్తిగానూ, కాంట్రాక్టు ముగిసిన తర్వాత కూడా అది కొనసాగుతుంది.

ఉదాహరణ

In the case of Personal Accident policy, If the insured has declared in the proposal form that he does not engage in motor sports or horse riding, he has to ensure that he does not engage himself in such pursuits throughout the policy period. This is a material fact for the insurer who will be accepting the proposal based on these facts and pricing the risk accordingly.

ప్రతిపాదన పత్రాలను బీమా సంస్థలు సాధారణంగా బీమా కంపెనీ పేరు, లోగో, చిరునామా, బీమా/ఉత్పత్తిని ఉపయోగించనున్న తరగతి/వర్గం లాంటి వాటితో ముద్రితమై ఉంటాయి. ప్రతిపాదన పత్రంలో ఓ ముద్రిత గమనికను జోడించే సంప్రదాయం బీమా కంపెనీలకు ఉంటుంది. అయినప్పటికీ, దీనికి సంబంధించి ఓ ప్రామాణిక లేదా ఆచరణ ఏదీ లేదు.

ఉదాహరణలు

ఇలాంటి గమనికలకు కొన్ని ఉదాహరణలు:

‘బీమాదారు రిస్క్ మదింపు వేయడానికి సంబంధించి వాస్తవాలను వెల్లడించకపోవడం, తప్పుడు సమాచారాన్ని అందించడం, మోసానికి పాల్పడడం, సహకారం అందించకపోవడం లాంటివి జారీ చేసిన పాలసీ కింద ఇస్తున్న రక్షణను చెల్లనిదిగా చేస్తాయి’,

‘ప్రతిపాదనను కంపెనీ అంగీకరించి, పూర్తి ప్రీమియం చెల్లించే వరకు కంపెనీ రిస్క్ పరిధిలో ఉండదు.’.

ప్రతిపాదన పత్రంలో ప్రకటన: బీమా కంపెనీలు సాధారణంగా ప్రతిపాదన పత్రం చివర్లో ప్రతిపాదకుడి సంతకం కలిగిన ప్రకటనను జోడిస్తాయి. ఇది ఫారాన్ని ఖచ్చితంగా నింపాల్సిన బాధ్యతను బీమాదారుకు ఇస్తుంది. తద్వారా అక్కడ ఇచ్చిన వాస్తవాలను అర్థం చేసుకుంటారు. ఇలా చేయడం ద్వార వాస్తవాలను వివరించే క్రమంలో ఎలాంటి విభేదాలకు చోటుండదు.

ఇది బీమా దారుకు సంబంధించి అత్యంత గొప్ప విశ్వాసం, పూర్తిగా అర్థవంతమైన సమాచారం వెల్లడి అనే ప్రధాన సూత్రాన్ని నొక్కి చెప్పేదిగా కూడా పని చేస్తుంది.

ఈ ప్రకటన అత్యంత గొప్ప విశ్వాసం అనే సాధారణ న్యాయ సూత్రాలను అత్యంత గొప్ప విశ్వాసం అనే కాంట్రాక్టు బాధ్యత స్థాయికి మార్చుతుంది.

Standard form of declaration

The IRDAI has specified the format of the standard declaration in the health insurance proposal as under:

1. I/We hereby declare, on my behalf and on behalf of all persons proposed to be insured, that the above statements, answers and/or particulars given by me are true and complete in all respects to the best of my knowledge and that I/We am/are authorized to propose on behalf of these other persons.

2. I understand that the information provided by me will form the basis of the insurance policy, is subject to the Board approved underwriting policy of the insurance company and that the policy will come into force only after full receipt of the premium chargeable.

3. I/We further declare that I/we will notify in writing any change occurring in the occupation or general health of the life to be insured/proposer after the proposal has been submitted but before communication of the risk acceptance by the company.

4. I/We declare and consent to the company seeking medical information from any doctor or from a hospital who at any time has attended on the life to be insured/proposer or from any past or present employer concerning anything which affects the physical or mental health of the life to be assured/proposer and seeking information from any insurance company to which an application for insurance on the life to be assured/proposer has been made for the purpose of underwriting the proposal and/or claim settlement.

5. I/We authorize the company to share information pertaining to my proposal including the medical records for the sole purpose of proposal underwriting and/or claims settlement and with any Governmental and/or Regulatory authority.

b) **ప్రతిపాదన పత్రంలో ప్రశ్నల స్వభావం**

ప్రతిపాదన పత్రంలో ప్రశ్నల సంఖ్య, స్వభావం సంబంధిత బీమా తరగతికి సంబంధించినట్టు వేరుపడుతుంది.

In personal lines like health, personal accident and travel insurance, proposal forms are designed to get information about the proposer's health, way of life and habits, pre-existing health conditions, medical history, hereditary traits, past insurance experience etc.

ప్రతిపాదన మూలకాలు

i. **ప్రతిపాదకుడిపేరుపూర్తిగా**

ప్రతిపాదకుడు స్పష్టంగా తనను తాను గుర్తు పెట్టుకోగలగాలి.కాంట్రాక్టు కుదుర్చుకున్న వ్యక్తి గురించి తెలుసుకోవడం బీమా సంస్థకు ముఖ్యం. కాబట్టి ఈ పాలసీ కింద ప్రయోజనాలను బీమా చేసిన వ్యక్తి మాత్రమే స్వీకరించగలరు. బీమా చేసిన రిస్క్‌లో ప్రయోజనాన్ని మరొకరు పొంది, క్లెయిమ్ చేసుకోవచ్చనే పరిస్థితుల్లో (చనిపోయిన సందర్భంలో తాకట్టు, బ్యాంకు లేదా చట్టబద్ధ వారసులు లాంటివి) గుర్తింపు అనేది చాలా ముఖ్యమైనదిగా పరిగణించబడుతుంది.

ii. **ప్రతిపాదితదారు చిరునామా మరియు సంప్రదింపు వివరాలు**

పైన పేర్కొన్న కారణాలు ప్రతిపాదకుడి చిరునామా, ఫోన్ వివరాలను సేకరించేందుకు కూడా వర్తిస్తాయి.

iii. **ప్రతిపాదకుడి వృత్తి నైపుణ్యం, జీవనోపాధి, వ్యాపారం**

ఆరోగ్యం, వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా లాంటి కొన్ని విషయాల్లో రిస్క్‌ను అర్థవంతంగా భరించేదిగా ఉన్నందున ప్రతిపాదకుడి వృత్తి నైపుణ్యం, వృత్తి, వ్యాపారం లాంటివాటికి ప్రాముఖ్యత ఉంటుంది.

ఉదాహరణ

ఓ ఫాస్ట్ ఫుడ్ రెస్టారెంట్‌కు చెందిన బట్వాడా వ్యక్తి తన వినియోగదారులకు ఆహారాన్ని అందించడం కోసం బైక్‌లపై తరచూ అధిక వేగంతో ప్రయాణం చేయాల్సి ఉంటుంది. అందువల్ల అదే రెస్టారెంట్‌లోని అకౌంటంట్ కన్నా ఎక్కువగా ప్రమాదాలకు గురి కావచ్చు.

iv. **బీమా విషయ వ్యవహారం వివరాలు మరియు గుర్తింపు**

బీమా కోసం ప్రతిపాదించిన విషయ వ్యవహారాన్ని ప్రతిపాదకుడు స్పష్టంగా పేర్కొనాల్సి ఉంది.

ఉదాహరణ

ప్రతిపాదకుడు ఆయా పరిస్థితులను బట్టి కింది వాటికి సంబంధించిన వివరాలను పేర్కొనాల్సి ఉంది:

i. ఓ విదేశీ ప్రయాణం (ఎవరు, ఎప్పుడు, ఏ దేశానికి, ఏ ప్రయోజనం కోసం) లేదా

ii. కేసును బట్టి ఓ వ్యక్తి ఆరోగ్యం (వ్యక్తి పేరు, చిరునామా, గుర్తింపుతో) తదితరాలు.

v. **బీమా చేసిన సొమ్ము** పాలసీ కింద బీమా సంస్థ బాధ్యత వహించే పరిమితిని సూచిస్తుంది. అన్ని ప్రతిపాదన పత్రాలలోనూ సూచించబడాలి.

ఉదాహరణ

ఆరోగ్య బీమా విషయంలో, అది బీమా కోసం ప్రతిపాదించిన విషయ వ్యవహారానికి సంబంధించిన ద్రవ్య విలువ. ఆరోగ్యానికి సంబంధించి, అది ఆసుపత్రి చికిత్స ఖర్చు కావచ్చు. అలాగే వ్యక్తిగత ప్రమాదం విషయంలో ప్రమాదం కారణంగా జీవితాన్ని కోల్పోవడం, అవయవాన్ని కోల్పోవడం, చూపు కోల్పోవడం వలన నిర్ణీత మొత్తంగా ఇది ఉంటుంది.

---

vi. **గత, వర్తమాన బీమా**

ప్రతిపాదకుడు బీమా సంస్థకు తన గత బీమాల గురించి వివరాలను తెలుపాల్సి ఉంటుంది. తన బీమా చరిత్రను అర్థం చేసుకోవడానికి ఇది సహాయపడుతుంది. కొన్ని మార్కెట్లలో బీమా సంస్థలు బీమా చేసిన వ్యక్తికి సంబంధించిన వివరాలను రహస్యంగా పంచుకునే వ్యవస్థలు ఉన్నాయి.

ఏదేని బీమా సంస్థ తన ప్రతిపాదనను తిరస్కరించిందా, ప్రత్యేక నిబంధనలను విధించిందా, పునరుద్ధరణ సమయంలో ఎక్కువ ప్రీమియంను చెల్లించాలని కోరిందా, పునరుద్ధరించేందుకు తిరస్కరించిందా, పాలసీని రద్దు చేసిందా అనే వివరాలను కూడా ప్రతిపాదకుడు పేర్కొనాల్సి ఉంటుంది.

బీమా సంస్థల పేర్లు సహా ఏదేని ఇతర బీమా సంస్థతో ఉన్న ప్రస్తుత బీమా వివరాలను కూడా వెల్లడించాల్సి ఉంటుంది. ప్రత్యేకించి ఆస్తి బీమా విషయంలో, వివిధ బీమా సంస్థల నుంచి పాలసీలు తీసుకునే బీమాదారు నష్టం వాటిల్లినప్పుడు ఒకటికన్నా ఎక్కువ బీమా సంస్థల నుంచి క్లెయిమ్ కోరవచ్చు. ఒకే రిస్క్ కోసం అనేక బీమా పాలసీలనుంచి బీమాదారు ప్రయోజనం పొందకుండా చూసేందుకు ఈ సమాచారం కావాల్సి ఉంటుంది.

అంతేకాక, వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా విషయంలో ఒకే వ్యక్తి తీసుకున్న ఇతర వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా పాలసీల కింది బీమా చేసిన మొత్తాన్ని బట్టి బీమా సంస్థ రక్షణ పరిధి మొత్తాన్ని పరిమితం చేయాలని కోరుకుంటుంది.

vii. **నష్టం అనుభవం**

బీమా చేసిన దాంతో సంబంధం లేకుండా తనకు సంభవించిన నష్టం వివరాలను పూర్తిగా ప్రకటించాలను ప్రతిపాదకుడిని కోరుతారు. ఇది బీమా విషయ వ్యవహారం గురించిన బీమా సంస్థ సమాచారాన్ని, గతంలో రిస్క్‌ను బీమాదారు ఎలా నిర్వహించారనే వివరాలను అందిస్తుంది. ఇలాంటి సమాధానాల నుంచి లేఖరులు రిస్క్‌ను మెరుగైన రీతిలో అర్థం చేసుకుని, రిస్క్ తనిఖీలను నిర్వహించడంపైన, మరిన్ని వివరాలను సేకరించడంపైన నిర్ణయం తీసుకోగలరు.

viii. **బీమాదారు ప్రకటన**

బీమా సంస్థలకు అర్థవంతమైన సమాచారాన్ని పూర్తిగా అందించాలన్నదే ప్రతిపాదన పత్రం ప్రయోజనం కావడంతో, ఈ పత్రం తాను ఇచ్చిన సమాధానాలు నిజమని, ఖచ్చితమని బీమాదారు ప్రకటించడంతో పాటు బీమా కాంట్రాక్టుకు

ఫారమే ప్రాతిపదిక అని కూడా అంగీకరిస్తున్న ప్రకటనను కూడా కలిగి ఉంటుంది. ఏదేని తప్పుడు సమాధానం ఇవ్వడం వల్ల బీమానుంచి తప్పుకోవడానికి బీమా సంస్థకు హక్కును ప్రసాదిస్తుంది. సంతకం, తేదీ, కొన్ని సందర్భాల్లో ఏజెంట్ సిఫార్సుకు సంబంధించిన అన్ని ప్రతిపాదన పత్రాలు ఒకే రకంగా ఉంటాయి.

ix. ప్రతిపాదన పత్రం ఉపయోగించని చోట, బీమా సంస్థ నోటి ద్వారా లేదా రాతపూర్వకంగా సమాచారాన్ని రికార్డు చేస్తుంది. తన కవర్ నోట్ లేదా పాలసీలో ఇచ్చిన సమాచారాన్ని పొందుపరచి, అప్పటినుంచి పదిహేను రోజుల్లోపు కాలంలో ప్రతిపాదకుడికి దానిని నిర్ధారిస్తుంది. ఆ తర్వాత ప్రతిపాదకుడు ఏదైనా అర్థవంతమైన సమాచారాన్ని వెల్లడించలేదనీ, తప్పుదోవ పట్టించారనీ, రక్షణను మంజూరు చేయడానికి ఏదేని వాస్తవ విషయంపై తప్పుడు సమాచారం అందించారని బీమా సంస్థ చెప్పినా, దానిని నిరూపించే బాధ్యత బీమా సంస్థపైనే పడుతుంది.

మాట ద్వారా స్వీకరించిన సమాచారాన్ని కూడా పూర్తిగా రికార్డు చేయాల్సిన బాధ్యత బీమా కంపెనీకి ఉంటుందనీ, ఫాలోఅప్ ద్వారా దానిని ఏజెంట్ దృష్టిలో పెట్టుకోవాలనే అర్థాన్ని ఇది సూచిస్తుంది.

ముఖ్యాంశాలు

ఆరోగ్య బీమా పాలసీకోసం ప్రతిపాదన పత్రంలో కొన్ని వివరాలు కింద ఇవ్వబడ్డాయి :

1. ప్రతిపాదన పత్రం రక్షణ పరిధి, మినహాయింపులు, సౌలభ్యాలు లాంటి రక్షణ వివరాలను అందించే ఓ ప్రాస్పెక్టస్‌ను పొందుపరచుకుంటుంది. ప్రాస్పెక్టస్ అనేది ప్రతిపాదన పత్రంలో భాగంగా ఉంటుంది. ప్రతిపాదితదారు అందులోని విషయాలను గమనించినట్టు సంతకం చేయాల్సి ఉంటుంది.
2. ప్రతిపాదన పత్రం పేరు, చిరునామా, వృత్తి, పుట్టిన తేదీ, లింగం, బీమా చేసిన ఒక్కో వ్యక్తితోనూ ప్రతిపాదకుడికి ఉన్న సంబంధం, సగటు నెల ఆదాయం, ఆదాయ పన్ను పాన్ నెం. వైద్యుడి పేరు, చిరునామా, ఆయన అర్హతలు, రిజిస్ట్రేషన్ నెంబర్‌కు సంబంధించిన వివరాలను సేకరిస్తుంది. బ్యాంకు ద్వారా నేరుగా క్లెయిమ్ సొమ్మును చెల్లించేందుకు వీలుగా బీమా చేసిన వ్యక్తి బ్యాంకు వివరాలను కూడా ఈ రోజుల్లో సేకరిస్తున్నారు.
3. దీంతోపాటు, బీమా చేసిన వ్యక్తి ఆరోగ్య పరిస్థితికి సంబంధించిన ప్రశ్నలు కూడా ఉంటాయి. ఫారంలోని ఈ వివరణాత్మక ప్రశ్నలు గత కాలపు క్లెయిమ్ అనుభవం ప్రాతిపదికన ఉంటాయి. రిస్కును సరిగ్గా రాసేలా చేసేందుకు వీలు కల్పిస్తాయి.
4. ఏదేని నిర్దిష్ట వ్యాధులతో ఇబ్బందిపడుతున్నారా అనే విషయాన్ని పూర్తి వివరాలతో బీమా చేసిన వ్యక్తి ఫారంలో పేర్కొనాలి.
5. అంతేకాక, ఏదేని ఇతర అస్వస్థత లేదా బాధపడుతున్న వ్యాధి, కొనసాగుతున్న ప్రమాద ప్రభావానికి సంబంధించిన వివరాలను కింది విధంగా కోరుతారు:
    a. అస్వస్థత/గాయం/చికిత్స స్వభావం

b. మొదటి చికిత్స తేదీ
c. చికిత్స అందిస్తున్న డాక్టర్ పేరు, చిరునామా
d. పూర్తిగా కోలుకున్నారా

6. బీమా సంస్థలకు వెల్లడించాల్సిన ఏదేని అదనపు విషయాలను బీమా చేసిన వ్యక్తి పేర్కొనాలి. వైద్య చికిత్స కావాలనుకున్న ఏదేని అస్వస్థత లేదా గాయం ఉనికికి సంబంధించి ఏదేని వివరాలు తెలిసి ఉంటే దానిని కూడా పేర్కొనాలి.
7. గత బీమా, క్లెయిమ్ చరిత్ర, మరే ఇతర బీమా సంస్థతోనూ ప్రస్తుతం అదనంగా బీమా కలిగి ఉంటే దానికి సంబంధించిన ప్రశ్నలు కూడా ఫారంలో ఉంటాయి.
8. ప్రతిపాదకుడు సంతకం చేయాల్సిన ప్రకటన ప్రత్యేక విశిష్టతలను కూడా నోట్ చేయాలి.
9. ఏదేని ఆసుపత్రి/వైద్యుడి నుంచి వైద్య సమాచారాన్ని కోరడానికి బీమా చేసిన వ్యక్తి బీమా సంస్థకు అంగీకారం తెలుపుతూ, అధికారమిస్తున్నారు. ఆ వైద్యుడు ఏ సమయంలో అయినా బీమా చేసిన వ్యక్తి శారీరక, మానసిక ఆరోగ్యాన్ని దెబ్బతీస్తుందని భావించే ఏ అస్వస్థతను అయినా పరీక్షించవచ్చు.
10. ఫారులో భాగంగా ఉన్న వివరాలను తాను చదివానని బీమా చేసిన వ్యక్తి నిర్ధారించి, నియమ, నిబంధనలకు అంగీకారం తెలపాలి.
11. ప్రకటనల్లో నివేదికల వాస్తవికతకు సంబంధించిన సాధారణ వారెంటీ, కాంట్రాక్టు ప్రాతిపదికగా ప్రతిపాదన పత్రం ఉంటుంది.

వైద్య శాఖ ప్రశ్నావళి

ప్రతిపాదన పత్రంలోని ప్రతికూల వైద్య చరిత్ర విషయంలో బీమా చేసిన వ్యక్తి మధుమేహం, అధిక రక్తపోటు, ఛాతీ నొప్పి, హృదయానికి రక్తనాళాలు సరిగ్గా పని చేయకపోవడం లేదా హృదయానికి రక్తం సరిగ్గా ప్రవహించకపోవడం లాంటి వ్యాధులకు సంబంధించిన ఓ సమగ్రమైన ప్రశ్నావళిని పూర్తి చేయాల్సి ఉంటుంది.

వీటికి ఓ సంప్రదింపు వైద్యుడు పూర్తి చేసిన ఫారం మద్దతు ఉండాలి. ఈ ఫారంను కంపెనీ ప్యానెల్ వైద్యుడు పరిశీలన చేస్తారు. ఆయన అభిప్రాయం, అంగీకారం, మినహాయింపు తదితరాల ఆధారంగానే నిర్ణయం తీసుకోబడుతుంది.

ప్రతిపాదన పత్రం, దానికి సంబంధించిన అనుబంధాల ప్రతిని పాలసీ దస్తావేజుకు జోడించాలని, దానిని బీమా దారుకు రికార్డుల కోసం పంపించాలని ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ సూచిస్తోంది.

2. మధ్యవర్తిత్వ పాత్ర

మధ్యవర్తిత్వ పాత్ర అనేది రెండు పక్షాల పట్ల అంటే బీమాదారు, బీమా సంస్థ పట్ల బాధ్యత కలిగి ఉంటుంది.

బీమా కంపెనీకి, బీమాదారుకు మధ్య మధ్యవర్తిగా పనిచేసే ఓ ఏజెంట్ లేదా ఓ బ్రోకర్ బీమా సంస్థ నుంచి బీమాదారు రిస్క్ గురించిన సమాచారం మొత్తం అందించేలా చూడాల్సి ఉంటుంది.

క్లయింట్ పక్షాన కూడా మధ్యవర్తికి బాధ్యత ఉంటుందని ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ పేర్కొంటోంది.

ముఖ్యమైన అంశాలు

క్లయింట్ పక్షాన మధ్యవర్తి బాధ్యత

"ఓ బీమాసంస్థ లేదా దాని ఏజెంట్ లేదా ఇతర మధ్య వర్తి తన ప్రయోజనాలకు అనుగుణమైన అత్యుత్తమ రక్షణపై నిర్ణయం తీసుకోవడానికి బీమాదారుకు వీలు కల్పించేందుకు ఉద్దేశించిన ఓ ప్రతిపాదిత రక్షణకు సంబంధించిన అర్థవంతమైన సమాచారం మొత్తాన్ని అందించాలి" అని ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ నిబంధన సూచిస్తోంది.

బీమా సంస్థ లేదా తన ఏజెంట్ లేదా ఓ బీమా మధ్యవర్తి సలహా మీద క్లయింట్ ఆధారపడే పక్షంలో అలాంటి వ్యక్తి న్యాయసమ్మతమైన పద్ధతిలో క్లయింట్‌కు సలహా ఇవ్వాలి.

ఏదేని కారణంతో, ప్రతిపాదన, దానికి సంబంధించిన ఇతర పత్రాలను వినియోగదారు నింపకపోతే, "ఆ ఫారం, దస్తావేజులలోని విషయాలుతనకు పూర్తిగా వివరించబడ్డాయని, ప్రతిపాదిత కాంట్రాక్టు ప్రాముఖ్యతను పూర్తిగా అర్థం చేసుకున్నాను" అని వినియోగదారు నుంచి ప్రతిపాదన పత్రం చివరలో ఓ ధృవపత్రం పొందుపరచవచ్చు.

A. ప్రతిపాదన అంగీకారం (లేఖరి)

ఓ పూర్తి చేసిన ప్రతిపాదన పత్రం కింది సమాచారాన్ని విస్తృతంగా ఇస్తుండడాన్ని మనం చూస్తున్నాం:

- ✓ బీమాదారు వివరాలు
- ✓ విషయ వ్యవహారం వివరాలు
- ✓ అవసరమైన రక్షణ రకం
- ✓ సానుకూల, ప్రతికూలమైన భౌతిక విశిష్టాంశాల వివరాలు
- ✓ బీమా, నష్టం పూర్వ చరిత్ర

In the case of a health insurance proposal, the insurer may also refer the prospective customer e.g. above 45 years of age to a doctor and/or for medical check-up. Based on the information available in the proposal and, where medical check-up has been advised, based on the medical report and the recommendation of the doctor, the insurer takes the decision. Sometimes, where the medical history is not satisfactory, an additional questionnaire to get more information is also required to be obtained from the prospective client. The insurer then decides about the rate to be applied to the risk factor and calculates the premium based on various factors, which is then conveyed to the insured.

ప్రతిపాదనలను వేగం, సామర్థ్యంతో బీమా సంస్థ ప్రాసెస్ చేసి, తద్వారా తీసుకుంటున్న నిర్ణయాలను నిర్ణీత కాలవ్యవధిలో రాతపూర్వకంగా తెలుపబడుతుంది.

అండర్ రైటింగ్ మరియు ప్రతిపాదనల ప్రాసెసింగ్

ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ మార్గదర్శకాల ప్రకారం, పదిహేను రోజుల సమయంలోపు ప్రతిపాదనను బీమా సంస్థ ప్రాసెస్ చేయాల్సి ఉంటుంది. ఈ కాలపట్టికను గుర్తు పట్టి, అంతర్గతంగా ఫాలో అప్ చేసి, వినియోగదారు సేవ మార్గంలో అవసరమైనప్పుడు క్లయింట్/బీమా చేసిన వ్యక్తితో మాట్లాడాల్సి ఉంటుంది. ప్రతిపాదనను పరిశీలించి, అంగీకారం గురించి నిర్ణయం తీసుకునే ఈ పూర్తి ప్రక్రియను అండర్ రైటింగ్ అని అంటారు.

మిమ్మల్ని మీరు పరీక్షించుకోండి 1

మార్గదర్శకాల ప్రకారం, బీమా కంపెనీ బీమా ప్రతిపాదనను __________ లోపల ప్రాసెస్ చేయాలి.

I. 7 రోజులు

II. 15 రోజులు

III. 30 రోజులు

IV. 45 రోజులు

B. Prospectus

A Prospectus is a document issued by the insurer or on its behalf to the prospective buyers of insurance. It is usually in the form of a brochure or leaflet and serves the purpose of introducing a product to such prospective buyers. Issue of prospectus is governed by the Insurance Act, 1938 as well as by Protection of Policyholders' Interest Regulations 2002 and the Health Insurance Regulations 2013 of the IRDAI.

The prospectus of any insurance product should clearly state the scope of benefits, the extent of insurance cover and explain in a clear manner the warranties, exceptions and conditions of the insurance cover.

The allowable riders (also called Add-on covers) on the product should also be clearly stated with regard to their scope of benefits. Also, the premium related to all the riders put together should not exceed 30% of the premium of the main product.

Other important information which a Prospectus should also disclose includes:

1. Any differences in covers and premium for different age groups or for different entry ages
2. Renewal terms of the policy
3. Terms of cancellation of policy under certain circumstances
4. The details of any discounts or loading applicable under different circumstances
5. The possibility of any revision or modification of the terms of the policy including the premium
6. Any incentives to reward policyholders for early entry, continued renewals, favourable claims experience etc. with the same insurer
7. A declaration that all its Health insurance policies are portable which means that these policies can be renewed with any other insurer who offers similar cover with the same benefits he would have enjoyed had he continued with the existing insurer.

Insurers of Health policies usually publish Prospectuses about their Health insurance products. The proposal form in such cases would contain a declaration that the customer has read the Prospectus and agrees to it.

C. ప్రీమియం రశీదు

ప్రీమియం దిశగా వినియోగదారుకు ప్రీమియం చెల్లించినప్పుడు, బీమా సంస్థ ఓ రశీదును జారీ చేయాల్సి ఉంటుంది. ఏదేని ప్రీమియంను ముందస్తుగా చెల్లించినా ఓ రశీదు జారీ చేయబడుతుంది.

నిర్వచనం

ప్రీమియం అనేది బీమా కాంట్రాక్టు కింద బీమా విషయ వ్యవహారాన్ని బీమా చేయడం కోసం బీమాదారు చెల్లించడానికి పరిగణించే మొత్తం అని చెప్పాలి.

---

1. ముందస్తుగా ప్రీమియం చెల్లింపు (బీమా చట్టం, 1938లోని సెక్షన్ 64 VB)

బీమా చట్టం ప్రకారం, బీమా రక్షణ ప్రారంభానికి ముందే ప్రీమియం చెల్లించబడుతుంది. ఇది ఓ ముఖ్యమైన సదుపాయం. బీమా కంపెనీ ప్రీమియంను స్వీకరించినప్పుడు ఓ చెల్లుబాటు బీమా కాంట్రాక్టు పూర్తి అవుతుంది, రిస్క్‌ను బీమా కంపెనీ అమలు చేసేలా చూస్తుంది. ఈ విభాగం భారతదేశంలో జీవిత యేతర బీమా పరిశ్రమలోని ఓ విశిష్ఠమైన సదుపాయం కాగలదు.

ముఖ్యమైన అంశాలు

a) ప్రీమియంను ముందస్తుగా స్వీకరించకున్నా, చెల్లిస్తానని హామీ ఇవ్వకున్నా, నిర్ణీత పద్ధతిలో ముందస్తుగా చెల్లించకున్నా ఏ బీమా సంస్థ కూడా ఎలాంటి రిస్క్‌కూ బాధ్యత వహించదని బీమా చట్టం 1938లోని సెక్షన్ 64 విబి పేర్కొంటోంది.

b) బీమా సంస్థ తరపున బీమా పాలసీపై ప్రీమియంను ఓ బీమా ఏజెంట్ వసూలు చేసినప్పుడు ఆయన బ్యాంకు, తపాలా సెలవు రోజుల్లో తప్పించి వసూలు చేసిన ప్రీమియం మొత్తాన్ని ఇరవై నాలుగ్గంటలలోపు తన కమిషన్ లాంటి వాటిని తగ్గించుకోకుండా పూర్తిగా బీమా సంస్థకు బట్వాడా చేయడమో, డిపాజిట్ చేయడమో జరగాలి.

c) ప్రీమియం నగదు లేదా చెక్కు రూపంలో చెల్లించిన తేదీ నుంచి మాత్రమే రిస్క్ పరిగణనలోకి తీసుకోబడుతుందని చెప్పబడింది.

d) తపాలా లేదా మనీఆర్డర్ లేదా పోస్టులో పంపిన చెక్కు ద్వారా ప్రీమియంను చెల్లించే పరిస్థితుల్లో, ఆయా సందర్భాన్ని బట్టి మనీ ఆర్డర్‌ను బుక్ చేసినప్పుడు లేదా చెక్కును పోస్ట్ చేసిన తేదీనే రిస్క్ పరిగణనలోకి తీసుకోవచ్చు.

e) పాలసీ రద్దు లేదా నియమ, నిబంధనల ప్రకారం లేక మరో విధంగా మార్పిడీ సమయంలో బీమాదారుకు చెల్లించాల్సిన ప్రీమియం రీఫండ్ ఏదైనా ఉంటే బీమా సంస్థ క్రాస్ చేసిన చెక్కు రూపంలో, పోస్టల్ లేదా మనీ ఆర్డర్ రూపంలో నేరుగా బీమాదారుకు చెల్లిస్తారు. బీమా సంస్థ నుంచి బీమాదారుకు తగిన రశీదును అందుకుంటారు. ఈ రోజుల్లో బీమాదారు బ్యాంకు ఖాతాకు నేరుగా జమ చేయడం జరుగుతోంది. ఇలాంటి రీఫండ్ ఎట్టి పరిస్థితుల్లోనూ ఏజెంట్ ఖాతాకు జమ చేయబడదు.

బీమా చట్టంలోని నిబంధనలు 58, 59 ప్రకారం ప్రీమియం చెల్లింపు పూర్వ నిబంధనపై మినహాయింపులు ఉన్నాయి. ప్రాజెక్టు బీమాగా పన్నెండు కన్నా ఎక్కువ నెలలు నడిచే పాలసీల విషయంలో వాయిదాలను చెల్లించడం ఒక పద్ధతి. ముందస్తుగా ఖచ్చితమైన ప్రీమియంను చెల్లించని సందర్భాల్లో బ్యాంకు గ్యారంటీ ద్వారా లేదా బీమా సంస్థతో క్లయింట్ ద్వారా నిర్వహించిన నగదు డిపాజిట్ ఖాతాకు జమ చేయడం ద్వారా కూడా జరుగుతుంది.

2. ప్రీమియం చెల్లింపు పద్ధతి

ముఖ్యమైన అంశాలు

బీమా పాలసీని తీసుకోవడానికి ప్రతిపాదించే ఏ వ్యక్తి ద్వారా అయినా ప్రీమియం చెల్లించబడుతుంది లేదా పాలసీదారు కింది పేర్కొన్న ఒకటి లేక మరిన్ని ఎక్కువ పద్ధతుల్లో చెల్లించవచ్చు:

a) నగదు

b) చెక్కులు, డిమాండ్ డ్రాఫ్టులు, పే ఆర్డర్, భారతదేశంలోని ఏ షెడ్యూల్ బ్యాంకులో తీసిన బ్యాంకర్స్ చెక్కులు లాంటి ఏదేని గుర్తింపు పొందిన బ్యాంకింగ్ సాధనాలు;

c) పోస్టల్ మని ఆర్డర్;

d) క్రెడిట్, డెబిట్ కార్డులు;

e) బ్యాంకు గ్యారంటీ లేదా నగదు రశీదు;

f) ఇంటర్నెట్;

g) ఈ-బదిలీ

h) ప్రతిపాదకులు లేదా పాలసీదారు లేదా బీమా చేసిన వ్యక్తి ఇచ్చిన మార్గదర్శకాలతో బ్యాంకు బదిలీల ద్వారా ప్రత్యక్షంగా జమ చేయడాలు;

i) ఎప్పటికప్పుడు అధికారిక ఆమోదం పొందిన మరేదైనా ఇతర పద్ధతి లేదా చెల్లింపు మార్గంలో;

ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ మార్గదర్శకాల ప్రకారం, ప్రతిపాదకుడు లేదా పాలసీదారు నెట్ బ్యాంకింగ్ లేదా క్రెడిట్/డెబిట్ కార్డు ద్వారా ప్రీమియం చెల్లింపు జరపాలని ఎంచుకుంటే, నెట్ బ్యాంకింగ్ ఖాతా లేదా అలాంటి ప్రతిపాదకుడు/పాలసీదారు పేరులో జారీ చేసిన క్రెడిట్/డెబిట్ కార్డు ద్వారా మాత్రమే చెల్లింపు జరుపబడుతుంది.

మిమ్మల్ని మీరు పరీక్షించుకోండి **2**

ప్రీమియం చెల్లింపు చెక్కు ద్వారా మాత్రమే జరిగే పక్షంలో కింద పేర్కొన్న ప్రకటనల్లో ఏది నిజం కాగలదు?

I. చెక్కు పోస్టు చేసిన తేదీనుంచి రిస్క్ పరిగణనలోకి తీసుకోబడవచ్చు.

II. బీమా కంపెనీ చెక్కు డిపాజిట్టు చేసిన తేదీనుంచి రిస్క్ పరిగణనలోకి తీసుకోవచ్చు.

III. బీమా కంపెనీ ద్వారా చెక్కు స్వీకరించిన తేదీన రిస్క్‌ను పరిగణనలోకి తీసుకోవచ్చు.

IV. ప్రతిపాదకుడు చెక్కు జారీ చేసిన తేదీనుంచి రిస్క్‌ను పరిగణనలోకి తీసుకోవచ్చు.

D. పాలసీ దస్తావేజు

పాలసీ దస్తావేజు

పాలసీ అనేది బీమా కాంట్రాక్టుకు సాక్ష్యంగా నిలిచే ఓ అధికారిక దస్తావేజు. ఈ దస్తావేజుకు భారత ముద్రణ చట్టం, 1899లోని సదుపాయాల ప్రకారం ముద్ర పడాల్సి ఉంటుంది.

ఓ సాధారణ బీమా పాలసీ ఏం కలిగి ఉండాలనే దానిని పేర్కొని పాలసీదారు ప్రయోజనాలను రక్షించడం కోసం రూపొందించిన ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ మార్గదర్శకాలు:

a) బీమా చేసిన వ్యక్తి లేదా తాకట్టు బ్యాంకు లాంటి విషయ వ్యవహారంలో బీమా చేయగల ఆసక్తిని కలిగిన మరే ఇతర వ్యక్తి పేర్లు మరియు చిరునామాలు

b) బీమా చేయగల ఆస్తి లేదా ఆసక్తి పూర్తి వివరణ

c) పాలసీ కింద బీమా చేసిన ఆస్తి ప్రదేశాలు లేదా బీమా చేయగల ఆసక్తి సంబంధిత బీమా చేయగల విలువలు

d) బీమా కాల వ్యవధి

e) బీమా చేయగల మొత్తాలు

f) రక్షణ కల్పిస్తున్న ఆపదలు మరియు మినహాయింపులు

g) వర్తించగల ఏదేని మిగులు/మినహాయింపులు

h) చెల్లించగల ప్రీమియం మరియు ప్రీమియంను సర్దుబాటుకు వీలుపడే అంశం, ప్రీమియం సర్దుబాటు ప్రాతిపదిక

i) పాలసీ నియమ, నిబంధనలు మరియు వారెంటీలు

j) పాలసీ కింద క్లెయిమ్ చేయడానికి అవకాశమిచ్చేందుకు వీలు కల్పించే ఆకస్మిక సంఘటన జరిగితే బీమాదారు తీసుకోవాల్సిన చర్య

k) క్లెయిమ్ చేయడానికి అవకాశం కల్పించే సంఘటన చోటు చేసుకుంటే బీమా విషయ వ్యవహారానికి సంబంధించి బీమాదారు బాధ్యతలు, ఆ పరిస్థితుల్లో బీమా సంస్థ హక్కులు.

l) ఏదేని ప్రత్యేక నిబంధనలు

m) తప్పుడు వివరణ, మోసపూరితం, అర్థవంతమైన విషయాలను వెల్లడించకపోవడం, బీమా చేసిన వ్యక్తి సహకారం తీసుకోకపోవడం

n) ఏదైనా రైడర్లు ఉంటే, వాటి వివరాలు

o) సమస్యల పరిష్కార యంత్రాంగం వివరాలు, అంబుడ్స్‌మేన్ చిరునామా

పాలసీతో పాటు క్లెయిమ్‌ను త్వరితగతిన పరిష్కరించడానికి వీలు కల్పించేలా అనుసరించాల్సిన విధానాల పరంగా తలెత్తే క్లెయిమ్‌ను దాఖలు చేయడానికి సంబంధించి పూర్తి చేయాల్సిన అంశాలపై ఆయా పరిస్థితుల్లో చోటు చేసుకుంటున్న మార్పులకు అనుగుణంగా బీమా దారుకు బీమా సంస్థ సమాచారం అందించాలి.

E. నిబంధనలు మరియు వారెంటీలు

ఇక్కడ, పాలసీ పదాలలో రెండు ముఖ్యమైన పదాలు ఉపయోగించబడుతున్నాయి. వాటిని నిబంధనలు మరియు వారెంటీలు అని అంటారు.

1. నిబంధనలు

నిబంధన అనేది బీమా కాంట్రాక్టులో ఒప్పందం ప్రాతిపదికను రూపొందించే సౌలభ్యం కాగలదు.

ఉదాహరణలు :

a. చాలావరకు బీమా పాలసీలలో ఉన్న ఒకానొక ప్రామాణిక పరిస్థితి ఏమిటంటే :

బీమాదారు క్లెయిమ్‌ను ఏ రకంగా అయినా మోసపూరితంగా చేసుకున్నా, లేదా ఏదేని తప్పుడు ప్రకటనలు చేసినా, లేదా దానిని ఉపయోగించుకున్నా లేదా ఏదేని తప్పుడు మార్గాలు అవలంబించినా, తప్పుడు సాధనాలు ఉపయోగించినా లేదా పాలసీ కింద ఏదేని ప్రయోజనం పొందడం కోసం ఆయన తరపున మరెవరైనా పాత్ర పోషించినా, లేదా దురుద్దేశ్యంతో నష్టాన్ని, అపాయాన్ని కొని తెచ్చుకున్నా, ఈ పాలసీ కింద ఉన్న అన్ని ప్రయోజనాలను కోల్పోతారు.

b. ఆరోగ్య పాలసీలోని క్లెయిమ్ సమాచార స్థితిలో ఇలా ఉండవచ్చు:

ఆసుపత్రి నుంచి డిశ్చార్జ్ అయిన నిర్దిష్ట రోజుల్లోపు క్లెయిమ్ దాఖలు చేయబడాలి. అయినప్పటికీ, కొన్ని కఠిన పరిస్థితుల్లో ఈ నిబంధన మాఫీ పరిగణించబడుతుంది. అంటే నిర్ణీత కాల వ్యవధిలోపు ఇలాంటి నోటీసు ఇవ్వడానికి తనకు లేదా మరే ఇతర వ్యక్తికి సాధ్యం కాదని లేదా క్లెయమ్ ఫైల్ చేయడానికి వీలు కాదని కంపెనీ సంతృప్తి చెందినట్టు నిరూపితమైతే దీనిని పరిశీలించవచ్చు.

పాలసీ నిబంధలను ఉల్లంఘిస్తే బీమా సంస్థ పాలసీని రద్దు చేయగలదు.

2. వారెంటీలు

నిర్ధిష్ట పరిస్థితుల్లో బీమా సంస్థ బాధ్యతను పరిమితం చేసేలా బీమా కాంట్రాక్టులో వారెంటీలు ఉపయోగించబడుతాయి. అపాయాన్ని తగ్గించేందుకు పాలసీలో బీమా సంస్థలు కూడా వారెంటీలను చేర్చుతాయి. వారెంటీ ద్వారా, బీమాదారు నిర్ధిష్ట కాల వ్యవధిలోపుగానే కాక పాలసీ కాలంలోపు కూర్చాల్సిన అవసరమున్న నిర్ధిష్ట బాధ్యతలను చేపడుతారు. ఈ బాధ్యతలతో బీమాదారు కట్టుబడి ఉండడంపై బీమాదారు బాధ్యత ఆధారపడి ఉంటుంది. రిస్క్‌ను నిర్వహించి, మెరుగుపరచడంలో వారెంటీలు ఓ అత్యావశ్యక పాత్ర పోషిస్తాయి.

వారెంటీ అనేది కాంట్రాక్టు చెల్లుబాటు కోసం అక్షరాలా కూర్చాల్సిన నిబంధనగా పాలసీలో పేర్కొనబడుతుంది. వారెంటీ అనేది ఓ ప్రత్యేకించిన డాక్యుమెంట్ కాదు. కవర్ నోట్, పాలసీ దస్తవేజులో ఇది భాగంగా ఉంటుంది. కాంట్రాక్టుకు (ఇతర

నిబంధనలకు ముందుగా పని చేయాలి) ముందుగా ఉండే నిబంధన. రిస్క్‌కు అది అర్థవంతమైందా లేదా అనే దానిని ఖచ్చితంగా, అక్షరాలా పాటించాలి.

వారెంటీని పూర్తి చేయకుంటే, ఉల్లంఘన అనేది ఓ ప్రత్యేకించిన నష్టానికి కారణం కాదని స్పష్టమైనప్పటికీ, పాలసీని బీమా సంస్థ చెల్లనిదిగా చేయవచ్చు. అయినప్పటికీ, ఆచరణలో, వారెంటీ ఉల్లంఘన అనేది పూర్తిగా సాంకేతిక స్వభావం కలిగి, ఏ రకంగానూ నష్టానికి కారణం కాని పరిస్థితుల్లో బీమా సంస్థ తమ విచక్షణ మేరకు కంపెనీ విధానం ప్రకారం నియమాలు, మార్గదర్శకాలకు అనుగుణంగా క్లెయిమ్‌లను ప్రాసెస్ చేయవచ్చు. ఇలాంటి సందర్భంలో, నష్టాలను రాజీ క్లెయిమ్‌లుగా పరిగణించి, సాధారణంగా క్లెయిమ్ వంద శాతానికి కాక సాధ్యమైనంత ఎక్కువ శాతానికి పరిష్కరించబడుతుంది.

A personal accident policy may have the following warranty:

> It is warranted that not more than five Insured Persons should travel together in the same air conveyance at one time. The warranty may go on to say how the claims would be dealt if there is a breach of this warranty.

మిమ్మల్ని మీరు పరీక్షించుకోండి 3

వారెంటీకి సంబంధించి కింది ప్రకటనల్లో ఏది సరైందో చెప్పండి?

I. వారెంటీ అనేది పాలసీలు పేర్కొనబడకుండా అమలు చేసే నిబంధన.

II. వారెంటీ అనేది పాలసీలో వ్యక్తీకరించిన నిబంధన.

III. వారెంటీ అనేది పాలసీలో వ్యక్తీకరించి, బీమాదారుకు వేరుగా సమాచారం అందించిన నిబంధన. ఇది పాలసీ దస్తావేజులో భాగం కాదు.

IV. వారెంటీ ఉల్లంఘన జరిగితే, రిస్క్‌కు అర్థవంతం కాకుంటే కూడా క్లెయిమ్ చెల్లించబడుతుంది.

F. ఎండార్స్‌మెంట్లు

కొన్ని అపాయాలకు రక్షణ కల్పిస్తూ, మరి కొన్నిటిని మినహాయిస్తూ ఓ ప్రామాణిక రూపంలో పాలసీలు జారీ చేయడం అనేది బీమా సంస్థలు అనుసరించే పద్ధతి.

నిర్వచనం

పాలసీలోని కొన్ని నియమ, నిబంధనలనుదాని జారీ సమయంలో మార్చాల్సిన అవసరమొస్తే ఎండార్స్‌మెంట్ అని పిలిచే దస్తావేజు ద్వారా సవరణలు/మార్పులు చేయడానికి దీనిని చేపడుతారు.

ఇది పాలసీకి జోడించబడి, అందులో భాగంగా ఉంటుంది. పాలసీ మరియు ఎండార్స్‌మెంట్ కలిసి కాంట్రాక్టుగా రూపుదిద్దుకుంటుంది. మార్పులు/సవరణలను రికార్డు చేసేందుకు పాలసీ అమలు జరుగుతున్న కాలంలోనూ ఎండార్స్‌మెంట్లను జారీ చేయవచ్చు.

వాస్తవిక సమాచారం మారినప్పుడల్లా, బీమా చేసిన వ్యక్తి బీమా కంపెనీకి సమాచారం అందించాల్సి ఉంటుంది. దానిని బీమా కంపెనీ నోట్ చేసుకుని, ఎండార్స్ మెంట్ ద్వారా బీమా కాంట్రాక్టులో భాగంగా పొందుపరుస్తుంది.

ఓ పాలసీ కింద సాధారణంగా అవసరమైన ఎండార్స్‌మెంట్లు కింది వాటికి సంబంధించినవిగా ఉంటాయి:

a) బీమా చేసిన సొమ్ములో వ్యత్యాసాలు/మార్పులు

b) అమ్మకం, తాకట్టు తదితర మార్గాల్లో బీమా చేయగల ఆసక్తిలో మార్పు.

c) అదనపు అపాయాల నుంచి రక్షణ/పాలసీ కాలం పొడగింపు కోసం బీమా పొడిగింపు

d) రిస్క్‌లో మార్పు. అంటే, అగ్ని ప్రమాద బీమాలోని భవనం నిర్మాణ మార్పు, నివాసం లాంటివి.

e) మరో ప్రదేశానికి ఆస్తి బదిలీ

f) బీమా రద్దు

g) పేరు లేదా చిరునామాలో మార్పు.

నమూనా ఎండార్స్‌మెంట్లు

వివరించాలనే ఉద్దేశంతో, కొన్ని ఎండార్స్‌మెంట్లలోని పదాల నమూనా కింద పొందుపరచబడ్డాయి:

<u>పాలసీ రద్దు</u>

బీమా చేసిన వ్యక్తి అభ్యర్థన మేరకు, ఈ పాలసీలోని బీమా <తేదీ> నుంచి రద్దు చేయబడినదిగా ప్రకటించబడుతుంది. బీమా గడచిన తొమ్మిది నెలలుగా అమలులో ఉంది. బీమా చేసిన వ్యక్తికి ఎలాంటి రీఫండ్ బకాయి లేదు.

<u>Extension of cover to additional member in the Policy</u>

At the request of the insured, it is hereby agreed to include Miss. Ratna Mistry, daughter of the insured and aged 5 years with a sum insured of Rs. 3 lakhs in the policy with effect from <date>.

బీమాదారునుంచి అదనపు ప్రీమియం రూ. ....వసూలు చేసే అంశం పరిగణనలోకి తీసుకోబడుతుంది.

మిమ్మల్ని మీరు పరీక్షించుకోండి 4

జారీ సమయంలో పాలసీలోని కొన్ని, నియమ, నిబంధనలు సవరించబడితే, దానిని __________ద్వారా సవరణలు చేసి, చేయవచ్చు.

I. వారెంటి

II. ఎండార్స్‌మెంట్

III. సవరణ

IV. సవరణలు సాధ్యం కావు

G. పాలసీల వివరణ

బీమా కాంట్రాక్టులను రాతపూర్వకంగా వ్యక్తీకరిస్తాయి. బీమా సంస్థలు బీమా పాలసీ పదాలను రూపొందిస్తాయి.వివిధ న్యాయస్థానాలు ఏర్పరచిన కొన్ని నిర్దిష్ట నిర్మాణ, వివరణ నిబంధనల ప్రకారం ఈ పాలసీలు వివరించబడుతాయి. ఈ నిర్మాణంలోని అత్యంత ముఖ్యమైన నిబంధన అనేది పార్టీల ఉద్దేశం ఉంటుంది. ఆ ఉద్దేశాన్ని పాలసీలోనే పరిశీలించాల్సి ఉంటుంది. పాలసీని అస్పష్టమైన పద్ధతిలో జారీ చేస్తే, బీమా చేసిన వ్యక్తికి అనుకూలంగానూ, పాలసీని బీమా సంస్థ రూపొందించిందనే సాధారణ సూత్రంపై బీమా సంస్థకు వ్యతిరేకంగానూ కోర్టులో వివరించబడుతుంది.

పాలసీలోని పదాలను కింది నిబంధనల ప్రకారం అర్థం చేసుకుని, వివరించాల్సి ఉంటుంది:

a) ఓ వ్యక్తీకరణ లేదా రాతపూర్వక నిబంధన విధించిన నిబంధనను అధిగమిస్తుంది. అలా చేయడంలో నిలకడలేమి ఉంటే తప్పించి ఇలాగే సాగుతుంది.

b) ప్రామాణిక ముద్రణ పాలసీ ఫారం, టైప్ చేసిన లేదా చేతితో రాసిన భాగాల మధ్య నిబంధనల్లో తేడా ఉంటే, టైప్ చేసిన లేదా చేతితో రాసిన భాగాలను ఆ ప్రత్యేకించిన కాంట్రాక్టులో పార్టీల ఉద్దేశ్యంగా పరిగణించబడుతుంది. వాటి అర్థం అసలు ముద్రించిన పదాల అర్థాన్ని అధిగమిస్తుంది.

c) ఎండార్స్‌మెంట్ కాంట్రాక్టులోని ఇతర భాగాలతో విభేదిస్తే, తదుపరి దస్తావేజుగా ఆ ఎండార్స్‌మెంట్ అర్థం నిలబడి ఉంటుంది.

d) అసలు ముద్రించిన పదజాలం నిలకడగా లేని చోట ఇటాలిక్స్‌లోని నిబంధనలు వాటిని అధిగమిస్తాయి.

e) పాలసీలోని విషయం పరిధిలో ఉన్న పదజాలం కన్నా పాలసీ మార్జిన్‌లో ముద్రించిన లేదా టైప్ చేసిన నిబంధనలకు ఎక్కువ ప్రాముఖ్యత ఇవ్వబడుతుంది.

f) పాలసీకి జోడించిన లేదా అతికించిన నిబంధనలు పాలసీ విషయంలోని సాధారణ నిబంధనలు, నిబంధనలను అధిగమిస్తాయి.

g) ముద్రిత పదాలు టైపుతో రాసిన పదాలు లేదా ఇంక్ రబ్బర్ స్టాంపుతో ముద్రించిన పదాలు అధిగమించబడుతాయి.

h) టైప్ చేసిన లేదా స్టాంపు వేసిన పదజాలాన్ని చేతి రాత అధిగమిస్తుంది.

i) చివరగా, సందిగ్ధత ఏర్పడినా లేదా స్పష్టత కొరవడినా వ్యాకరణం, విరామానికి సంబంధించిన సాధారణ నిబంధనలు వర్తిస్తాయి.

ముఖ్యమైన అంశాలు

1. పాలసీల నిర్మాణం

ఓ బీమా పాలసీ అనేది ఓ వ్యాపార కాంట్రాక్టు. ఇతర కాంట్రాక్టుల విషయంలో ఉన్నట్టుగా కోర్టులు అనుసరించే నిర్మాణ, వివరణలు బీమా కాంట్రాక్టులకు వర్తిస్తాయి.

కాంట్రాక్టు కుదుర్చుకుంటున్న పార్టీల ఉద్దేశ్యం అత్యంత ముఖ్యమైనదన్నది నిర్మాణంలోని ప్రధాన నిబంధన. పాలసీ దస్తావేజుతో పాటు ప్రతిపాదన పత్రం, నిబంధనలు, ఎండార్స్‌మెంట్లు, వారెంటీలు తదితరాలనుంచి ఆ ఉద్దేశ్యం సేకరించబడాలి. ఇది కాంట్రాక్టులో భాగంగా ఉంటుంది.

2. పదజాలంలోని అర్థం

ఇందులో ఉపయోగిస్తున్న పదాలు సాధారణ మరియు ప్రజలు సులభంగా గ్రహించే రీతిలో ఉంటాయి. పక్కింటిలోని ఓ సామాన్య వ్యక్తి మాట్లాడే రీతిలో అందులో పదాలు ఉండాలి. కాబట్టి "అగ్ని" అనే పదానికి మంటలు అనే అర్థం వస్తుంది.

మరోవైపున, వాక్య నిర్మాణంలో మరో రకమైన అర్థం ధ్వనించకుంటే వ్యాపారం లేదా వాణిజ్యంలో సాధారణఅర్థం కలిగిన పదాలు ఆ అర్థంతోనే నిర్మించబడుతాయి. చట్టాల ద్వారా పదాలు నిర్వచించబడే చోట, ఆ నిర్వచనం అర్థం చట్టం ప్రకారం ఉపయోగించబడుతుంది. ఇండియన్ పీనల్ కోడ్‌లో "చౌర్యాన్ని" ఉపయోగించడాన్ని దీనికి ఉదాహరణగా చెప్పవచ్చు.

బీమా పాలసీలలో ఉపయోగించే అనేక పదాలు సాధారణంగా వర్తించే ఇదివరకటి న్యాయపరమైన నిర్ణయాలకు కట్టుబడి ఉంటాయి. ఇది కాకుండా, ఉన్నత న్యాయస్థానం తీసుకునే నిర్ణయాలకు కింది కోర్టు నిర్ణయాలు కట్టుబడి ఉంటాయి. వైరుధ్యం ఉన్నట్టు సంకేతాలు ఉంటే తప్పించి, సాంకేతిక పదాలు ఎప్పుడూ తమ సాంకేతిక అర్థాన్ని ఇవ్వాలి.

H. పునరుద్ధరణ నోటీసు

చాలావరకు బీమా యేతర పాలసీలు వార్షిక ప్రాతిపదికన జారీ చేయబడుతాయి.

పాలసీ నిర్ణీత తేదీలో గడువు ముగుస్తుందనే విషయాన్ని బీమాదారుకు తెలుపాల్సిన చట్టబద్ధమైన బాధ్యత బీమా సంస్థకు లేదు. అయినప్పటికీ, పాలసీ పునరుద్ధరణను అహ్వానిస్తూ బీమా సంస్థలు గడువు తేదీకి ముందుగా ఓ పునరుద్ధరణ నోటీసును జారీ చేస్తారు. బీమా చేసిన మొత్తం, వాస్తవ ప్రీమియం తదితరాలు లాంటి పాలసీ సంబంధిత వివరాలన్నిటినీ ఈ నోటీసు చూపిస్తుంది. రిస్క్‌లోని ఏదేని అర్థవంతమైన సవరణలు ఉంటే బీమాదారుకు తెలిపే విధంగా ఓ గమనికను కూడా చేర్చే సంప్రదాయంగా కూడా దీనిని భావించవచ్చు.

ఉదాహరణకు మోటారు వాహన పునరుద్ధరణ గమనికలో బీమా చేసిన మొత్తాన్ని సవరించుకునే విషయంపై బీమాదారు దృష్టి నిలిపేలా చేయవచ్చు. ప్రస్తుత అవసరాల నేపథ్యంలో (అంటే బీమాదారు ప్రకటించిన వాహన విలువ)

ప్రీమియంను ముందస్తుగా చెల్లించని పక్షంలో ఎలాంటి రిస్క్ పరిగణించబడదనే విషయంపై కూడా బీమాదారు దృష్టి పడేలా చేయాలి.

మిమ్మల్ని మీరు పరీక్షించుకోండి 5

పునరుద్ధరణ నోటీసుకు సంబంధించి కింది ప్రకటనల్లో ఏది సరైందో చెప్పండి?

I. మార్గదర్శకాల ప్రకారం పాలసీ కాల వ్యవధి ముగిసేందుకు 30 రోజుల ముందుగా బీమా చేసిన వారికి పునరుద్ధరణ నోటీసు పంపించే చట్టబద్ధమైన బాధ్యత బీమాసంస్థలపై ఉంటుంది.

II. మార్గదర్శకాల ప్రకారం పాలసీ కాల వ్యవధి ముగిసేందుకు 15 రోజుల ముందుగా బీమా చేసిన వారికి పునరుద్ధరణ నోటీసు పంపించే చట్టబద్ధమైన బాధ్యత బీమాసంస్థలపై ఉంటుంది.

III. మార్గదర్శకాల ప్రకారం పాలసీ కాల వ్యవధి ముగిసేందుకు ఏడు రోజుల ముందుగా బీమా చేసిన వారికి పునరుద్ధరణ నోటీసు పంపించే చట్టబద్ధమైన బాధ్యత బీమాసంస్థలపై ఉంటుంది.

IV. మార్గదర్శకాల ప్రకారం పాలసీ కాల వ్యవధి ముగిసేందుకు ముందుగా బీమా చేసిన వారికి పునరుద్ధరణ నోటీసు పంపించే చట్టబద్ధమైన బాధ్యత బీమాసంస్థలపై ఉంటుంది.

I. యాంటీ మనీ లాండరింగ్ మరియు మీ వినియోగదారును తెలుసుకోండి మార్గదర్శకాలు

చట్ట వ్యతిరేక కార్యకలాపాల ద్వారా నిధులను పొందుతున్న నేరస్తులు దానిని మనీ లాండరింగ్ అని పిలిచే ప్రక్రియ ద్వారా చట్టబద్ధమైన సొమ్ముగా ముందుకు తీసుకువెళ్లగలరు.

మనీ లాండరింగ్ అనేది నేరస్తులు నేరపూరిత కార్యకలాపాల నుంచి వచ్చిన డబ్బు అసలు మూలాన్ని, దాని యజమానిని దాచిపెట్టేలా నిధులను తరలించేందుకు సాగించే ప్రక్రియ. ఈ ప్రక్రియ ద్వారా డబ్బు దాని నేర గుర్తింపును కోల్పోయి, చెల్లేదిగా కనిపిస్తుంది.

తమ సొమ్మును చట్టబద్ధం చేసుకునేందుకు బ్యాంకులు, బీమా సంస్థలు లాంటి వాటి ఆర్థిక సేవలను ఉపయోగించడానికి నేరస్తులు ప్రయత్నిస్తారు. తప్పుడు గుర్తింపులు ఉపయోగించి వారు లావాదేవీలు నిర్వహిస్తారు. ఉదాహరణకు ఏదో రూపంలో బీమాను కొనుగోలు చేసి, ఆ సొమ్మును వెనక్కు తీసుకున్న తర్వాత అక్కడి నుంచి కనిపించకుండా మాయమవుతారు.

మనీలాండరింగ్‌లో చేసే ఇలాంటి ప్రయత్నాలను నివారించడానికి భారత్ సహా ప్రపంచం నలుమూలలా ప్రభుత్వ స్థాయిల్లో గట్టి కృషి జరుగుతోంది.

మనీ లాండరింగ్ నివారణ చట్టం ముసాయిదాను 2002లో ప్రభుత్వం అమల్లోకి తెచ్చింది. ఆ వెంటనే ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ జారీ చేసిన మనీ లాండరింగ్ నిరోధక మార్గదర్శకాలు బీమా సేవలను అభ్యర్థిస్తున్న వినియోగదారుల నిజమైన గుర్తింపును నిర్ధారించేందుకు, అనుమానాస్పద లావాదేవీలను నివేదించేందుకు, మనీలాండరింగ్ ప్రమేయం కలిగిన, ప్రమేయం కలిగినట్టు ఊహిస్తున్న సంఘటనలను రికార్డు చేసేందుకు తగిన సూచనలు చేసింది.

మీ వినియోగదారు మార్గదర్శకాల ప్రకారం, ప్రతి వినియోగదారును కింది దస్తావేజుల సేకరణ ద్వారా సరైన రీతిలో గుర్తించాల్సి ఉంది:

1. చిరునామా పరిశీలన
2. ఇటీవలి ఫోటోగ్రాఫ్
3. ఆర్థిక స్థితి
4. బీమా కాంట్రాక్టు ప్రయోజనం

కాబట్టి ఏజెంట్ వినియోగదారుల గుర్తింపును ఏర్పరిచేందుకు బీమా వ్యాపారంలోకి తీసుకువచ్చే సమయంలోనే దస్తావేజులు సేకరించాల్సిన అవసరముంది:

1. వ్యక్తుల విషయంలో-పూర్తి పేరు, చిరునామా, ఫోన్ నెంబర్లు, వ్యక్తిగత గుర్తింపు, చిరునామా ఆధారం, పాన్ నెంబర్, ఎన్.ఇ.ఎఫ్.టి ప్రయోజనాల కోసం పూర్తి బ్యాంకు వివరాలు లాంటివాటిని సేకరించాలి.

2. కార్పొరేట్ల విషయంలో- ఇన్‌కార్పొరేషన్ సర్టిఫికేట్, అసోసియేషన్ మెమొరాండం, నిబంధనలు, వ్యాపార లావాదేవీ జరిపేందుకు పవర్ ఆఫ్ అటార్నీ, పాన్ కార్డు ప్రతి లాంటి వాటిని సేకరించాలి.

3. భాగస్వామ్య సంస్థల విషయంలో- రిజిష్టర్ చేసి ఉంటే రిజిస్ట్రేషన్ సర్టిఫికేట్, భాగస్వామ్య ఒప్పందం, సంస్థ తరపున వ్యాపార లావాదేవీలు నిర్వహించడానికి సంస్థ భాగస్వామి లేదా ఉద్యోగికి పవర్ ఆఫ్ అటార్నీ, ఆ వ్యక్తి గుర్తింపు ఆధారం లాంటి వాటిని సేకరించాలి.

4. ట్రస్టులు మరియు ఫౌండేషన్‌ల విషయంలో- భాగస్వామ్యం తరహాలోనే ఉంటుంది.

ఇలాంటి సమాచారం ఇతర ఉత్పత్తులను అమ్మడంలో కూడా సహాయపడుతుందనీ, సహాయకర మార్కెటింగ్ సాధనంగా ఉంటుందనే విషయాన్ని గమనించాలి.

సారాంశం

a) దస్తావేజీకరణ మొదటి దశ ప్రతిపాదన పత్రం. దీని ద్వారా బీమా చేసిన వారు తన గురించి, తనకు కావాల్సిన బీమా గురించి తెలపాలి.

b) అర్థవంతమైన సమాచారాన్ని వెల్లడించాల్సిన బాధ్యత పాలసీ ఆవిర్భావానికి ముందే తలెత్తుతుంది. పాలసీ కాలం మొత్తానికి అది కొనసాగుతుంది.

c) బీమా కంపెనీలు సాధారణంగా ప్రతిపాదకుడు సంతకం చేసిన ప్రతిపాదన పత్రం చివరలో వాగ్దాన్ ప్రకటనను జోడిస్తారు.

d) ఓ ప్రతిపాదన పత్రంలోని మూలకాలు సాధారణంగా కింది వాటిని కలిగి ఉంటాయి:

   i. ప్రతిపాదకుల పూర్తి పేరు
   ii. ప్రతిపాదకుల చిరునామా, ఫోన్ నెంబర్ వివరాలు
   iii. ఆరోగ్య పాలసీలయితే బ్యాంకు వివరాలు
   iv. ప్రతిపాదకుల వృత్తి, జీవనం లేదా వ్యాపారం
   v. బీమా విషయ వ్యవహారం వివరాలు, గుర్తింపు
   vi. బీమా చేసిన సొమ్ము
   vii. గత మరియు ప్రస్తుత బీమా
   viii. నష్టం అనుభవం
   ix. బీమా చేసిన వ్యక్తి వాగ్ధాన ప్రకటన

e) మధ్యవర్తిగా వ్యవహరించే ఓ ఏజెంట్ బీమాదారు బీమా సంస్థకు అర్థవంతమైన సమాచారాన్ని పూర్తిగా అందించేలా చూడాల్సిన బాధ్యతను కలిగి ఉంటారు.

f) ప్రతిపాదనను పరిశీలించే ప్రక్రియ, అంగీకారం గురించిన నిర్ణయం తీసుకోవడాన్ని అండర్ రైటింగ్ అని అంటారు.

g) ఆరోగ్య పాలసీలలో, బీమాదారుకు ఓ వివరణ పుస్తకం కూడా అందించబడుతుంది. తాను దానిని చదివి, అర్థం చేసుకున్నానని ప్రతిపాదనలో ఆయన ప్రకటించాల్సి ఉంటుంది.

h) ప్రీమియం అనేది బీమా కాంట్రాక్టు కింద బీమా విషయ వ్యవహారాన్ని బీమా చేయడం కోసం బీమాసంస్థకు బీమా చేసిన వ్యక్తి చెల్లించాల్సిన మొత్తంగా పరిగణించబడుతుంది.

i) ప్రీమియం చెల్లింపును నగదు రూపంలోనూ, ఏదేని గుర్తింపు పొందిన బ్యాంకింగ్ సాధనం, పోస్టల్ మనీ ఆర్డర్, క్రెడిట్ లేదా డెబిట్ కార్డు, ఇంటర్నెట్, ఇ-బదిలీ, ప్రత్యక్ష క్రెడిట్ లేదా ఎప్పటికప్పుడు అధికార సంస్థ ఆమోదం తెలిపిన ఇతర మార్గాల ద్వారా చెల్లించవచ్చు.

j) పాలసీ తయారీ పెండింగ్‌లో ఉన్నప్పుడు లేదా బీమా కోసం సంప్రదింపులు ముందుకు సాగుతున్నప్పుడు ఓ కవర్ నోట్ జారీ చేయబడుతుంది. ప్రొవిజనల్ ప్రాతిపదికన బీమా రక్షణను అందించాల్సిన అవసరం ఉంది.

k) వ్యాపారంలోని సముద్ర రవాణా మరియు మోటారు వాహన వ్యాపారాల్లో కవర్ నోట్లు ఎక్కువగా ఉపయోగించబడుతున్నాయి.

l) అవసరం ఉన్న చోట బీమా ధృవపత్రం బీమాకు ఆధారంగా నిలుస్తుంది.

m) పాలసీ అనేది బీమా కాంట్రాక్టుకు సాక్ష్యాన్ని అందించే ఓ లాంఛనప్రాయమైన దస్తావేజు.

n) వారెంటీ అనేది కాంట్రాక్టు చెల్లుబాటు కోసం అక్షరాలా కట్టుబడాల్సిన పాలసీలో వ్యక్తీకరించిన నిబంధన.

o) పాలసీలోని కొన్ని నియమ, నిబంధనలు జారీ సమయంలో సవరించాల్సిన అవసరం ఏర్పడితే, ఎండార్స్‌మెంట్ అని పిలిచే దస్తావేజు ద్వారా మార్పులు/సవరణలను ఏర్పరచడం ద్వారా వాటిని అమల్లోకి తీసుకురావచ్చు.

p) నిర్మాణ దశలో అత్యంత ముఖ్యమైన నిబంధన ఏమిటంటే పార్టీల ఉద్దేశం ఉండాలి. పాలసీలోనే ఆ ఉద్దేశం స్పష్టంగా కనిపించాలి.

q) మనీ లాండరింగ్ అంటే నేర మార్గాల ద్వారా పొందిన డబ్బును చట్టబద్ధ సొమ్ముగా మార్చడం. దీనితో పోరాడేందుకు ప్రపంచం నలుమూలలా మరియు భారతదేశంలోనూ చట్టాలను ప్రవేశపెట్టారు.

r) మీ వినియోగదారు గురించి తెలుసుకో మార్గదర్శకాలను అనుసరించి, ఆ మార్గదర్శకాలకు తగ్గట్టు అవసరమైన దస్తావేజులను పొందాల్సిన బాధ్యత ఏజెంట్‌పై ఉంటుంది.

కీలక పదాలు

a) పాలసీ పత్రం
b) ప్రీమియం ముందస్తు చెల్లింపు
c) రక్షణ గమనిక
d) బీమా ధృవపత్రం
e) పునరుద్ధరణ నోటీసు
f) వారెంటీ
g) పరిస్థితి
h) ఎండార్స్ మెంట్
i) మనీ లాండరింగ్
j) మీ వినియోగదారును తెలుసుకోండి

అధ్యాయం 8

ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తులు

అధ్యాయం పరిచయం

ఈ అధ్యాయం మనకు భారతదేశంలోని బీమా కంపెనీలు అందించే వివిధ రకాల ఆరోగ్య బీమా పథకాల గురించి తెలుసుకునే అవకాశం కల్పిస్తోంది. మెడీక్లెయిమ్ అనే ఒక ఉత్పత్తి నుంచి వివిధ రకాలతో కూడిన వందలాది ఉత్పత్తులు ఉండడంతో సముచిత రక్షణను ఎంచుకునేందుకు వినియోగదారుకు అనేక మార్గాలున్నాయి. వ్యక్తులు, కుటుంబం, బృందాన్ని పరిధిలోకి తీసుకోగల వివిధ రకాల ఆరోగ్య ఉత్పత్తుల విశిష్టాంశాలను ఈ అధ్యాయం వివరిస్తుంది.

అభ్యాస ఫలితాలు

A. ఆరోగ్యబీమాఉత్పత్తులవర్గీకరణ
B. ఆరోగ్యబీమాలోప్రమాణీకరణపైఐ.ఆర్.డి.ఏమార్గదర్శకాలు
C. ఆసుపత్రిఖర్చులపూచీఉత్పత్తి
D. టాప్అప్రక్షణలులేదాఎక్కువగాతగ్గింపుఇచ్చేబీమాప్రణాళికలు
E. సీనియర్సిటిజన్విధానం
F. స్థిరప్రయోజనరక్షణలు -ఆసుపత్రినగదు, తీవ్రఅస్వస్థత
G. దీర్ఘకాలికసంరక్షణఉత్పత్తి
H. అదనపుఉత్పత్తులు
I. ప్యాకేజీపాలసీలు
J. పేదవర్గాలకోసంసూక్ష్మబీమా,ఆరోగ్యబీమా
K. రాష్ట్రీయస్వస్థ్యాబీమాయోజ న
L. ప్రధాన మంత్రి సురక్ష బీమా యోజన
M. ప్రధాన మంత్రి జన్‌ధన్ యోజన
N. వ్యక్తిగతప్రమాదమరియుఅంగవైకల్యరక్షణ
O. విదేశీప్రయాణబీమా
P. బృందఆరోగ్యరక్షణ
Q. ఆరోగ్యపొదుపుఖాతా

R. ఆరోగ్యపాలసీలలోనికీలకనిబంధనలు

ఈ అధ్యాయాన్ని చదివిన తర్వాత, మీరు చేయగలిగినవి:

a) ఆరోగ్య బీమాలోని వివిధ వర్గాలను వివరించగలరు.

b) ఆరోగ్య బీమాలో ప్రామాణికీకరణపై ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ మార్గదర్శకాలను వివరించగలరు.

c) నేడు భారతీయ విపణిలో అందుబాటులో ఉన్న వివిధ రకాల ఆరోగ్య ఉత్పత్తులను చర్చించగలరు.

d) వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమాను వివరించగలరు.

e) విదేశీ ప్రయాణ బీమాను చర్చించగలరు.

f) ఆరోగ్య పాలసీలలో కీలక పదాలను మరియు నిబంధనలను అర్థం చేసుకోగలరు.

A. ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తుల వర్గీకరణ

1. ఆరోగ్యబీమా ఉత్పత్తుల పరిచయం

ఐ.ఆర్.డి.ఏలోని ఆరోగ్య బీమా నియంత్రణలు ఆరోగ్య రక్షణను కింది విధంగా నిర్వచిస్తోంది.

నిర్వచనం

"ఆరోగ్య బీమా వ్యాపారం" లేదా "ఆరోగ్య రక్షణ" అంటే అస్వస్థత ప్రయోజనాలు లేదా భరోసా ఇచ్చిన ప్రయోజనాలు, దీర్ఘకాలిక ఆరోగ్య సంరక్షణ, ప్రయాణ బీమా, వ్యక్తిగత ప్రమాద రక్షణ సహా వైద్య, శస్త్ర చికిత్స లేదా ఆసుపత్రి ఖర్చుల ప్రయోజనాలను అందించే బీమా ఒప్పందాలను ప్రభావితం చేయడమని అర్థం.

భారతీయ విపణిలో అందుబాటులో ఉన్న ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తులు చాలావరకు ఆస్పత్రిలో చేరి చికిత్స పొందే రీతిలో ఉంటాయి. ఈ ఉత్పత్తులు ఆస్పత్రిలో చేరిన సమయంలో ఓ వ్యక్తికి అవుతున్న ఖర్చులనుంచి రక్షణ కల్పిస్తుంది. అంతేకాదు. ఆరోగ్య సంరక్షణకు ఖర్చులు పెరగడం, శస్త్ర చికిత్స పద్ధతులు, మార్కెట్‌లోకి కొత్తగా వచ్చిన మరింత ఖరీదైన సాంకేతికత, కొత్త తరం మందుల వ్యయం కారణంగా ఈ రకమైన ఖర్చులు చాలా ఎక్కువగా ఉంటూ, సామాన్యుడికి అందనంత దూరంలో ఉంటున్నాయి. వాస్తవంగా, ఆర్థికంగా స్థితిమంతుడైన వ్యక్తికి కూడా ఎలాంటి ఆరోగ్య బీమా లేకుండా ఇంత భారీ స్థాయిలో ఖర్చులను భరించడం కష్టమే కాగలదు.

కాబట్టి, రెండు కారణాల వల్ల ఆరోగ్య బీమాను ముఖ్యమైనదిగా చెప్పవచ్చు:

- ✓ ఏదేని అస్వస్థతకు గురైన తరుణంలో వైద్య సౌకర్యాల కోసం చెల్లించడానికి ఆర్థిక సాయం అందిస్తుంది.
- ✓ అస్వస్థత కారణంగా పొదుపు సొమ్ము తుడిచిపెట్టుకుని పోకుండా సంరక్షిస్తుంది.

ఆసుపత్రి ఖర్చుల నుంచి రక్షణ కల్పించిన మొదటి రీటెయిల్ ఉత్పత్తి అయిన మెడిక్లెయిమ్‌ను 1986లో నాలుగు ప్రభుత్వ రంగ సంస్థలు ప్రవేశపెట్టాయి. ఈ కంపెనీలు చిన్న వయసులోనే ప్రతిపాదనదారులకు విశ్రాంత జీవితకాల వైద్య ఖర్చులనుంచి రక్షణ కల్పించే విధంగా భవిష్య ఆరోగ్య పాలసీని, ప్రయాణ బీమాను అందించే ఓవర్సీస్ మెడిక్లెయిమ్ పాలసీని, పేద ప్రజల కోసం జన ఆరోగ్య బీమా పాలసీని కూడా ప్రవేశపెట్టాయి.

ఆ తర్వాత, బీమా రంగంలోకి ప్రైవేటు సంస్థలను కూడా అనుమతించడంతో ఆరోగ్య బీమా విపణి సహా వివిధ రంగాల్లోకి అనేక కంపెనీలు ప్రవేశించాయి. అది జరగడంతో ఈ వ్యాపారం మరింత బాగా పుంజుకుంది. ఈ రక్షణల్లో అనేక వైవిధ్యాలు చోటు చేసుకున్నాయి. మరికొన్ని కొత్త రక్షణలు కూడా వచ్చాయి.

నేడు, ఆరోగ్య బీమా విభాగం భారీ స్థాయికి విస్తరించింది. ఆరోగ్య బీమా సంస్థలు, జీవిత బీమా సంస్థలతో పాటు దాదాపు అన్ని సాధారణ బీమా సంస్థలు వందల సంఖ్యలో ఉత్పత్తులను అందిస్తున్నాయి. అయినప్పటికీ మెడిక్లెయిమ్ పాలసీ ప్రాథమిక ప్రయోజన నిర్మాణమే అంటే ఆసుపత్రి ఖర్చులనుంచి రక్షణ ఇప్పటికీ అత్యంత జనాదరణ పొందిన బీమా రూపంగా విలసిల్లుతోంది.

బీమా నియంత్రణ, అభివృద్ధి ప్రాధికార సంస్థ (ఆరోగ్య బీమా) నియంత్రణలు, 2013 ప్రకారం

1. జీవిత బీమా కంపెనీలు దీర్ఘకాలిక ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తులను అందించవచ్చు, కానీ అలాంటి ఉత్పత్తులకు ప్రీమియం మూడేళ్ల కాల వ్యవధి మధ్య ఎలాంటి మార్పు జరగకుండా ఉండాలి. ఆ తర్వాత ప్రీమియంను సమీక్షించి, అవసరమైతే సవరించవచ్చు.
2. జీవిత యేతర- ప్రత్యేక ఆరోగ్య బీమా కంపెనీలు వ్యక్తిగత ఆరోగ్య ఉత్పత్తులను ఏడాది కనీస కాల వ్యవధితోనూ, గరిష్ఠంగా మూడేళ్ల కాల వ్యవధితోనూ అందించవచ్చు. ఈ కాల వ్యవధి మధ్యలో ప్రీమియంలో ఎలాంటి మార్పు ఉండరాదు.

2. ఆరోగ్య పాలసీల విశిష్ఠాంశాలు

ఆరోగ్య బీమా ప్రాథమికంగా అస్వస్థతతో వ్యవహరిస్తుంది కాబట్టి అస్వస్థత వల్ల కలిగే ఖర్చులతో ముడిపడి ఉంటుంది. కొన్ని సందర్భాల్లో ఓ వ్యక్తికి సంక్రమించిన వ్యాధి దీర్ఘకాలికమైనది కావచ్చు. లేదా ఎక్కువ కాలం, జీవితకాలమంతా కొనసాగేది కావచ్చు. లేదంటే రోజు వారీ కార్యకలాపాలపై ప్రభావం చూపేంతటి తీవ్రమైనది కావచ్చు. ప్రమాదం వల్ల కలిగే గాయాలు, దానివల్ల తలెత్తే అంగవైకల్యం వల్ల కూడా ఖర్చులు భరించాల్సిరావచ్చు.

భిన్నమైన జీవన శైలులు కలిగిన వివిధ రకాల వినియోగదారుల సామర్థ్యం, ఆరోగ్య స్థితిని బట్టి, విభిన్న అవసరాలు ఉంటాయి. ఒక్కో వినియోగదారు విభాగానికి అందించాల్సిన బీమా ఉత్పత్తులకు రూపకల్పన చేసే సమయంలో ఈ అంశాలను పరిగణనలోకి తీసుకోవాల్సి ఉంటుంది. వారి అవసరాలన్నిటికీ రక్షణ కల్పించే ఆరోగ్య బీమాను కొనే సమయంలో సమగ్రమైన రక్షణ కావాలని వినియోగదారులు కోరుకుంటారు. అదే సమయంలో మరింత ఎక్కువ అంగీకారం, భారీ పరిమాణాన్ని సాధించడం కోసం ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తులను చౌక ధరకు అందుబాటులో ఉంచాల్సిన అవసరముంది. వినియోగదారులు సులభంగా అర్థం చేసుకునేలా ఉండడంతో పాటు వాటిని మార్కెట్ చేయడం విక్రయ బృందానికి తేలికగా ఉండాలి.

వినియోగదారుల మనసులను గెలుచుకునేందుకు విభిన్న రూపాలలో బీమా కంపెనీలు చేస్తున్న ప్రయత్నాలతో రూపొందిస్తున్న ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తుల్లో నిర్ణయాత్మక విశిష్ఠాంశాలు కొన్ని ఉన్నాయి.

3. ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తుల విస్తృత వర్గీకరణ

ఉత్పత్తి రూపకల్పన ఎలా ఉన్నా, ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తులను మూడు విభాగాలుగా విస్తృతంగా వర్గీకరించవచ్చు:

a) పూచీ రక్షణలు

ఆరోగ్య బీమా విపణిలో ఎక్కువ భాగాన్ని ఈ ఉత్పత్తులే ఆక్రమించాయి. ఆస్పత్రిలో చేరడం వల్ల అవుతున్న వాస్తవ వైద్య ఖర్చులను ఇవి చెల్లిస్తాయి.

b) స్థిర ప్రయోజక రక్షణలు

ఆసుపత్రి నగదు అని కూడా పిలిచే ఈ ఉత్పత్తులు ఆసుపత్రిలో చేరినప్పుడు అయ్యే ఖర్చుల కోసం రోజు కొంత మొత్తాన్ని చెల్లించారు. కొన్ని ఉత్పత్తులు ఉత్పత్తిలో పొందుపరచిన నిర్ణీత గ్రేడ్ శస్త్ర చికిత్స ప్రయోజనాన్ని కూడా కలిగి ఉంటుంది.

c) తీవ్ర అస్వస్థత రక్షణలు

ఇది ఓ స్థిరమైన ప్రయోజన ప్రణాళిక. గుండెపోటు, పక్షవాతం, క్యాన్సర్ లాంటి ముందుగా నిర్వచించిన తీవ్ర అస్వస్థత సంభవించినప్పుడు చెల్లింపులు జరపడానికి ఏర్పాటు చేసిన ఓ ప్రణాళిక.

ప్రపంచ వ్యాప్తంగా ఆరోగ్యం, అంగవైకల్యం బీమా కలసి సాగుతుంది కానీ భారతదేశంలో వ్యక్తిగత ప్రమాద రక్షణను సంప్రదాయబద్ధంగా ఆరోగ్య బీమా నుంచి వేరుగా చేసి విక్రయిస్తూ వస్తున్నారు.

అంతేకాదు ఆరోగ్య బీమా సాధారణంగా భారతదేశానికి బయట సంభవించే ఖర్చులను చేర్చుకోదు. ఈ ప్రయోజనం కోసం, ఓవర్సీస్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ లేదా ట్రావెల్ ఇన్సూరెన్స్ పేరుతో మరో ఉత్పత్తిని కొనాల్సి ఉంటుంది. ఇటీవలే ప్రైవేటు సంస్థల నుంచి వస్తున్న కొన్ని ఖరీదైన బీమా ఉత్పత్తులు కొన్ని నియమ, నిబంధనలకు లోబడి సాధారణ ఆరోగ్య బీమా రక్షణలోనే విదేశీ బీమా రక్షణను కూడా పొందుపరిచాయి.

4. వినియోగదారు విభాగం ప్రాతిపదికన వర్గీకరణ

లక్ష్యంగా చేసుకున్న వినియోగదారు విభాగాన్ని దృష్టిలో పెట్టుకుని కూడా ఉత్పత్తులకు రూపకల్పన జరుగుతోంది. ప్రయోజన నిర్మాణం, ధర, ఒప్పంద పత్రం, మార్కెటింగ్ వేర్వేరుగా ఉంటుంది. వినియోగదారు విభాగాల ప్రాతిపదికన వర్గీకరించిన ఉత్పత్తులు ఏవిటంటే:

a) చిల్లర వినియోగదారులు, వారి కుటుంబ సభ్యులకు ఇవ్వజూపే వ్యక్తిగత రక్షణ

b) కార్పొరేట్ క్లయింట్ల ఉద్యోగులు, బృందాలకు, వారి సభ్యులకు రక్షణ కల్పించే బృంద రక్షణ

c) జనాభాలోని అట్టడుగు వర్గాలకు రక్షణ కల్పించే ఆర్.ఎస్.బి.వై లాంటి ప్రభుత్వ పథకాల కోసం జన పాలసీలు.

B. ఆరోగ్య బీమాలో ప్రామాణికీకరణపై ఐ.ఆర్.డి.ఏ మార్గదర్శకాలు

లెక్కలేనన్ని మార్పులతో కూడిన ఉత్పత్తులను, వివిధ నిబంధనలు, మినహాయింపుల భిన్నమైన నిర్వచనాలతో పలు బీమా సంస్థలు అందిస్తుండంతో మార్కెట్‌లో గందరగోళ పరిస్థితి నెలకొని ఉంది. ఉత్పత్తులను పోల్చడం వినియోగదారులకు కష్టమవుతుండగా, వివిధ కంపెనీల ఉత్పత్తులపై క్లెయిమ్‌లను చెల్లించడానికి థర్డ్ పార్టీ అడ్మినిస్ట్రేటర్లు ఇబ్బంది పడుతున్నారు. అంతేకాదు. తీవ్ర అస్వస్థత పాలసీలలో, ఓ తీవ్ర అస్వస్థత అంటే ఏమిటి, ఏది కాదు అనే విషయంపై స్పష్టమైన అవగాహన లేదు. ఆరోగ్య బీమా పరిశ్రమ కోసం ఎలక్ట్రానిక్ డేటాను నిర్వహించడం కూడా కష్టతరమవుతోంది.

బీమా సంస్థలు, సేవా సంస్థలు, టి.పి.ఏలు, ఆసుపత్రుల మధ్య గందరగోళాన్ని, బీమా చేస్తున్న ప్రజల సమస్యలను తొలగించడం కోసం ఐ.ఆర్.డి.ఏ, సేవా సంస్థలు, ఆసుపత్రులు లాంటి వివిధ సంస్థలు, భారత వాణిజ్య, పరిశ్రమల సమాఖ్య ఆరోగ్య సలహా సంఘం కలగలిసి ఆరోగ్య బీమాలో ఓ రకమైన ప్రామాణికీకరణను అందించడానికి నడుం బిగించాయి. ఉమ్మడి అవగాహన ప్రకారం, ఐ.ఆర్.డి.ఏ ఆరోగ్య బీమాలో ప్రామాణికీకరణపై 2013లో మార్గదర్శకాలను జారీ చేసింది.

ప్రామాణికీకరణ కోసం ఇప్పుడు అందించిన మార్గదర్శకాలు :

1. సాధారణంగా ఉపయోగించే బీమా పదాలకు నిర్వచనాలు
2. తీవ్ర అస్వస్థతతో నిర్వచనాలు
3. ఆసుపత్రి ఖర్చుల పూచీ పాలసీలలో మినహాయించిన ఖర్చుల జాబితా
4. క్లెయిమ్ ఫారాలు, పూర్వ అధీకృత ఫారాలు
5. బిల్లింగ్ ఫార్మట్లు
6. ఆసుపత్రుల డిశ్చార్జ్ సారాంశం
7. టి.పి.ఏలు, బీమా సంస్థలు, ఆసుపత్రుల మధ్య ప్రామాణిక ఒప్పందాలు
8. కొత్త పాలసీలకు ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐను పొందడానికి ప్రామాణిక ఫైల్ మరియు వినియోగ ఫార్మట్

ఆరోగ్య సేవా సంస్థలు, బీమా పరిశ్రమ సేవల నాణ్యతను మెరుగుపరచడంలో దీనిని ఓ పెద్ద ముందడుగుగా చెప్పవచ్చు. అర్థవంతమైన ఆరోగ్య, ఆరోగ్య బీమా డేటా సేకరణకు కూడా ఇది తోడ్పడుతుంది.

C. ఆసుపత్రి ఖర్చు పూచీ ఉత్పత్తి

ఆరోగ్య బీమా పాలసీ ఆధారిత పూచీ అనేది భారతదేశంలో ఓ అత్యంత సాధారణ, అత్యధికంగా అమ్ముడయ్యే ఆరోగ్య బీమా పాలసీ. ప్రభుత్వ రంగ బీమా సంస్థలు ८०లలో ప్రవేశపెట్టిన మెడిక్లెయిమ్ పాలసీ అనేది అన్నిటికన్నా ముందుగా వచ్చిన ప్రామాణికమైన ఆరోగ్య ఉత్పత్తి. చాలాకాలంగా మార్కెట్‌లో నిలిచిన ఏకైక ఉత్పత్తి కూడా. ఈ ఉత్పత్తినే కొన్ని మార్పులతో వివిధ బ్రాండ్ పేర్ల కింద వివిధ బీమా సంస్థలు మార్కెట్ చేస్తున్నప్పటికీ, మెడీక్లెయిమ్ అనేది దేశంలోనే అత్యధికంగా అమ్ముడవుతున్న ఆరోగ్య బీమాగా కొనసాగుతోంది.

ఆసుపత్రి ఖర్చుల పూచీ ఉత్పత్తులు ఆసుపత్రిలో చేరుతున్నప్పుడు సంభవించగల ఖర్చుల నుంచి వ్యక్తులకు రక్షణ కల్పిస్తుంది. చాలా సందర్భాల్లో ఆసుపత్రిలో చేరడానికి ముందు, ఆ తర్వాత కొన్ని నిర్ధిష్ఠ రోజుల వరకు కూడా అవి రక్షణ కల్పిస్తాయి కానీ ఆసుపత్రిలో చేరని ఖర్చులను మినహాయిస్తాయి.

పూచీ ప్రాతిపదికన కల్పించే ఇలాంటి రక్షణ ద్వారా ఆసుపత్రిలో చేరుతున్న సందర్భంగా పెడుతున్న ఖర్చు లేదా భరిస్తున్న వ్యయానిరి పూర్తిగా లేదా పాక్షికంగా పూచీ ఇస్తుంది. ప్రయోజన ప్రాతిపదికన బీమా రక్షణతో పోల్చితే ఇది భిన్నంగా ఉండవచ్చు. అందులో ఏదైనా సంఘటన చోటు చేసుకున్నప్పుడు (ఆసుపత్రిలో చేరడం, తీవ్ర అస్వస్థత నిర్ధారణ కావడం, అడ్మిషన్‌లో ఉన్న రోజు లాంటివి) బీమా పాలసీలో పేర్కొన్నట్టు సొమ్ము చెల్లించబడుతుంది. వాస్తవ ఖర్చుతో దీనికి సంబంధం ఉండదు.

ఉదాహరణ

రఘు కుటుంబం చాలా చిన్నది. భార్య, పద్నాలుగేళ్ల కొడుకు ఉన్నారు. తన కుటుంబంలో ప్రతి సభ్యుడికి రక్షణ ఉండేలా, ఒక్కొక్కరికి రూ. లక్ష చొప్పున రక్షణతో ఆయన ఓ ఆరోగ్య బీమా కంపెనీ నుంచి ఓ మెడిక్లెయిమ్ పాలసీ తీసుకున్నారు. ఆస్పత్రిలో చేరే పరిస్థితుల్లో రూ. లక్ష వరకు వైద్య ఖర్చులను వారు తిరిగి పొందగలరు.

రఘును ఆస్పత్రిలో చేర్చారు. ఆయనకు శస్త్ర చికిత్స చేయాల్సి వచ్చింది. రూ. 1.25 లక్షలకు మెడికల్ బిల్ వేశారు. ప్రణాళిక రక్షణ ప్రకారం బీమా కంపెనీ రూ. లక్ష చెల్లించింది. మిగిలిన మొత్తమైన రూ. 25వేలను రఘు తన జేబు నుంచి తీసి ఇవ్వాల్సి వచ్చింది.

ఒక్కోబీమా సంస్థ మార్కెట్ చేస్తున్న ఉత్పత్తులకు వర్తింప జేయగల రక్షణ పరిమితులు, అదనపు మినహాయింపులు, ప్రయోజనాలు, కొన్ని యాడ్-ఆన్‌లలో వైవిధ్యాలు ఉన్నప్పటికీ పూచీ ఆధారిత మెడిక్లెయిమ్ పాలసీలోని ప్రధాన విశిష్ఠాంశాలు కింద వివరించబడ్డాయి. కింద ఇచ్చినవి కేవలం ఉత్పత్తి గురించిన విస్తృత ఆలోచన మాత్రమే అని, దాని గురించిన మరింతగా తెలుసుకోవాలంటే సంబంధిత బీమాదారు ఉత్పత్తి గురించి వివరాలు తెలుసుకోవాలి. He also **nఇందులో ఉపయోగిస్తున్న కొన్ని వైద్య పరిభాష పదాల గురించి కూడా అవగాహన తెచ్చుకోవాల్సిన అవసరముంది.**

1. ఆస్పత్రి లో చేరి చికిత్స అందుకునే ఖర్చులు

అస్వస్థత/ప్రమాదం సంభవించినప్పుడు ఆస్పత్రి ఖర్చులను అయ్యే ఖర్చులను చెల్లించే ఓ పూచీ పాలసీ

ఖర్చులన్నిటిని చెల్లించలేకపోవచ్చు. చాలావరకు ఉత్పత్తులు తాము అందించే ఖర్చులను నిర్వచిస్తాయి. సాధారణంగా వీటిలో ఉండేవి :

i. గది, బోర్డింగ్, నర్సింగ్ ఖర్చులను ఆసుపత్రి/నర్సింగ్ హెూమ్ చెప్పినట్టు అందిస్తుంది. ఇందులో నర్సింగ్ సంరక్షణ, ఆర్.ఎం.ఓ ఛార్జీలు, ఐవీ ఫ్లూయిడ్‌లు/ రక్త మార్పిడీ/ఇంజెక్షన్ చేసే ఖర్చులు/ఇలాంటి ఖర్చులు

ii. తీవ్ర ఆరోగ్య సంరక్షణ విభాగం (ICU) ఖర్చులు

iii. శస్త్ర చికిత్స నిపుణులు, మత్తు మందు ఇచ్చేవారు, వైద్యులు, సలహాదారులు, స్పెషలిస్టుల ఫీజు

iv. మత్తు మందు, రక్తం, ఆక్సిజన్, ఆపరేషన్ థియేటర్ ఛార్జీలు, శస్త్ర చికిత్స ఉపకరణాలు.

v. మందులు, ఔషధాలు

vi. డయాలసిస్, కీమోథెరపీ, రేడియోథెరపీ

vii. పేస్‌మేకర్, ఆర్థోపెడిక్ ఇంప్లాంట్స్, ఇన్‌ఫ్రాకార్డియక్ వాల్వుల మార్పిడీ, వాస్కులర్ స్టెంట్లు

viii. సంబంధిత ప్రయోగశాల / వ్యాధి నిర్ధరణ పరీక్షలు, చికిత్సకు సంబంధించిన ఇతర వైద్య ఖర్చులు.

ix. బీమాదారుకు అవయవ మార్పిడీ జరిగినప్పుడు దాతకు అయ్యే ఆస్పత్రి ఖర్చులు (అవయవ ఖర్చును మినహాయించి)

ఒక సాధారణ ఆస్పత్రిలో చేరే పూచీ విధానంలో ఆసుపత్రిలో గడిపే సమయం 24 గంటలు మించితే మాత్రమే ఖర్చులను భరిస్తుంది. అయినప్పటికీ వైద్య సాంకేతికతలో చోటు చేసుకున్న ఆధునిక మార్పులతో పలు శస్త్ర చికిత్సలకు ఆస్పత్రిలో చేరాల్సిన అవసరం రాదు. ఇప్పటి డేకేర్ విధానాలుగా, పరిస్థితులను బట్టి ప్రత్యేకించిన డేకేర్ కేంద్రాలు, ఆసుపత్రులవద్దే శస్త్రచికిత్సలు నిర్వహిస్తున్నారు. నేత్ర చికిత్సలు, కీమోథెరపీ, డయాలిసిస్ తదితరాలను డేకేర్ శస్త్రచికిత్సలుగా వర్గీకరించారు. ఈ జాబితా రోజురోజుకు పెరుగుతోంది. వీటికి కూడా పాలసీ కింద రక్షణ ఇవ్వబడుతాయి.

భారతదేశంలో ఓ.పి ఖర్చులు పరిమితంగానే ఉన్నాయి. ఓ.పి.డి రక్షణలను అందించే ఇలాంటి ఉత్పత్తులు చాలా తక్కువగా ఉన్నాయి. అయినప్పటికీ, బయటినుంచి వచ్చే రోగుల చికిత్సకు అయ్యే ఖర్చులకు, దానికి సంబంధించి వైద్యులను సంప్రదించడం, సాధారణ వైద్య పరీక్షలు, దంత, ఔషధ శాల ఖర్చులతో ముడిపడిన ఆరోగ్య సంరక్షణ ఖర్చులు.

2. ఆసుపత్రిలో చేరకముందు, చేరిన తర్వాత ఖర్చులు

i. ఆసుపత్రిలో చేరకముందు ఖర్చులు

ఆసుపత్రిలో చేరడమన్నది అత్యవసక పరిస్థితుల్లో చేరేది కావచ్చు. ముందస్తు ప్రణాళికతో చేరేది కావచ్చు. ప్రణాళికబద్ధమైన శస్త్ర చికిత్స కోసం రోగి వెళితే, ఆసుపత్రిలో చేరకముందు ఆయనకు అయ్యే ఖర్చులు.

నిర్వచనం

ఐ.ఆర్.డి.ఏ ఆరోగ్య బీమా ప్రామాణికీరకణ మార్గదర్శకాలు ఆస్పత్రిలో చేరకముందు ఖర్చులను కింది విధంగా నిర్వచిస్తున్నాయి:

బీమా చేసిన వ్యక్తి ఆసుపత్రిలో చేరడానికి ముందు అయ్యే వైద్య ఖర్చులు, కింది నిబంధనల ప్రకారం:

a) బీమా చేసిన వ్యక్తి ఆసుపత్రిలో చేరడానికి అయ్యే ఎలాంటి వైద్య ఖర్చులకు అవసరమనే నిబంధనలు పేర్కొన్నారో అలాంటి వైద్య ఖర్చులు

b) ఆసుపత్రిలో చేరి చికిత్స పొందడానికి బీమా కంపెనీ అనుమతింసిన దానిని బట్టిన క్లెయిమ్

ఆసుపత్రిలో చేరకముందు ఖర్చుల్లో పరీక్షలు, మందులు, డాక్టర్ ఫీజు తదితరాల రూపాల్లో ఉంటాయి. ఆసుపత్రిలో చేరడానికి సంబంధించిన ఇలాంటి ఖర్చులకు ఆరోగ్య పాలసీల కింద రక్షణ కల్పించబడుతాయి.

ii. ఆసుపత్రిలో చేరిన తర్వాతి ఖర్చులు

ఆసుపత్రిలో చేరిన తర్వాత, చాలా సందర్భాల్లో తిరిగి సొమ్ము చేసుకునే, ఫాలోఅప్ చేసే ఖర్చులు ఉంటాయి.

నిర్వచనం

ఆసుపత్రినుంచి డిశ్చార్జ్ అయిన వెంటనే అయ్యే వైద్య ఖర్చులు కింది నిబంధనల మేరకు ఉంటాయి.:

a) బీమా చేసిన వ్యక్తి ఆసుపత్రిలో చేరడానికి అయ్యే ఎలాంటి వైద్య ఖర్చులకు అవసరమనే నిబంధనలు పేర్కొన్నారో అలాంటి వైద్య ఖర్చులు

b) ఆసుపత్రిలో చేరి చికిత్స పొందడానికి బీమా కంపెనీ అనుమతింసిన దానిని బట్టిన క్లెయిమ్

ఆసుపత్రి నుంచి డిశ్చార్జ్ అయిన తర్వాత కొన్ని రోజుల వరకు అయ్యే వైద్య ఖర్చులు వీటి కిందకు వస్తాయి. క్లెయిమ్‌లో భాగంగా వీటిని పరిగణిస్తారు. -

---

ఆసుపత్రినుంచి బయటకు వచ్చిన ఖర్చులు మందులు, ఔషధాలు, వైద్యుల సమీక్షల రూపంలో ఉంటాయి. ఇవి ఆసుపత్రిలో తీసుకున్న చికిత్సకు సంబంధించి ఉంటాయి. ఆరోగ్య పాలసీల కింద వీటికి రక్షణ ఉంటాయి.

ఆసుపత్రిలో చేరకముందు, ఆసుపత్రి నుంచి డిశ్చార్జ్ అయిన తర్వాతి ఖర్చులు ఒక్కో బీమా సంస్థను బట్టి మారుతుంటాయి. వాటిని పాలసీలో నిర్వచించి ఉంటారు. చాలావరకు సాధారణంగా కనిపించే రక్షణలో ఆసుపత్రి నుంచి బయటకు వచ్చిన తర్వాత ముప్పై రోజుల వరకు ఉంటుంది.

ఆసుపత్రిలో చేరడానికి ముందు, ఆసుపత్రి నుంచి డిశ్చార్జ్ అయిన తర్వాత అయ్యే ఖర్చులను పాలసీ కింద మంజూరు చేసిన రక్షణ కోసం బీమా చేసిన మొత్తం సొమ్ములో భాగంగా ఉంటాయి.

a) ఇంటిలోనే వైద్య చికిత్స

ఈ ప్రయోజనాన్ని పాలసీదారులు సాధారణంగా ఉపయోగించనప్పటికీ, ఓ వ్యక్తిగత ఆరోగ్య పాలసీలో ఆసుపత్రిలో చేరకనే ఇంటినుంచే వైద్య చికిత్స అందుకునే ఖర్చులను కూడా పరిగణనలోకి తీసుకునే సదుపాయాన్ని వ్యక్తిగత ఆరోగ్య బీమా కలిగి ఉంది. అయినప్పటికీ, ఆసుపత్రిలో చికిత్స పొందాల్సిన నిబంధన ఉన్నప్పటికీ రోగి స్థితి ప్రకారం ఆయనను ఆసుపత్రికి తరలించలేకపోవడం లేదా ఆసుపత్రిలో తగిన వసతి లేకపోవడం వల్ల అది సాధ్యం కాకపోవచ్చు.

ఈ రక్షణ సాధారణంగా బీమా చేసిన వ్యక్తి భరించే మొదటి మూడు నుంచి ఐదు రోజుల వరకటి ఖర్చులకు అయ్యే చికిత్స ఖర్చులను అందిస్తుంది. ఆస్త్మా, బ్రాంచైటీస్, దీర్ఘ కాలిక మూత్ర పిండాల సమస్యలు, వ్యాధులు, అతిసారం లాంటి నిర్ధిష్ట దీర్ఘ కాలిక, సాధారణ వ్యాధులకు, గ్యాస్ట్రోఎంటెరిటిస్, మధుమేహ స్తంభన సమస్య, హైపర్‌టెన్షన్, ఇన్‌ఫ్లూయెంజా,దగ్గు, జలుబు, జ్వరంలాంటి అన్ని రకాల విరేచనాలు లాంటి అన్ని రకాల వ్యాధులకు చికిత్సలను మినహాయిస్తుంది.

b) సాధారణ మినహాయింపులు

ఆసుపత్రి పూచీ విధానాల కింద కొన్ని సాధారణ మినహాయింపులు కింద ఇవ్వబడ్డాయి. ఆరోగ్య బీమాలో ప్రామాణికీకరణపై ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ ప్రత్యేకించి అనుబంధంIVలో జారీ చేసిన మార్గదర్శకాల్లో వివరించిన ప్రతిపాదిత మినహాయింపులపై ఇవి ఆధారపడి ఉంటాయి. ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ వెబ్‌సైట్‌లో అందుబాటులో ఉన్న మార్గదర్శకాలతో విద్యార్థి తనను తాను పరిచయం చేసుకోవాలని సూచించబడుతున్నారు.

ఫైల్ అండ్ యూజ్ ఆమోదిత నిబంధనల ప్రకారం ఏదేని మినహాయింపులను మాఫీ చేసినా, లేదా ఏదేని అదనపు మినహాయింపులను విధించినా వీటిని ప్రత్యేకించి వినియోగదారు సమాచార పత్రం మరియు పాలసీలో వేర్వేరుగా పేర్కొనాల్సి ఉంటుందనే విషయాన్ని గమనించాలి.

1. ముందుగా ఉంటున్న వ్యాధులు

వ్యక్తిగత ఆరోగ్య ప్రణాళికల కింద ఇవి దాదపుగా మినహాయించబడుతాయి. అంటే అనుకోకుండా జరిగే ప్రమాదంతో బీమాదారుకు ఎక్కువ రిస్క్ నుంచి రక్షణ కల్పిస్తుంది. ఆరోగ్య బీమాను తీసుకునే సమయంలో అవసరమైన ముఖ్యమైన వివరణల్లో రక్షణ బీమా అందుకున్న ఒక్కో వ్యక్తి వ్యాధులు/గాయాల పూర్వ చరిత్ర. బీమా కోసం ప్రతిపాదనతో అంగీకరించడంపై నిర్ణయించడానిరి బీమాదారుకు ఇది వీలు కల్పిస్తుంది.

నిర్వచనం

ప్రామాణికంపై ఐ.ఆర్.డి.ఏ మార్గదర్శకాలు కింది విధంగా నిర్వచించబడుతున్నాయి.

“బీమా సంస్థ జారీ చేసిన మొదటి పాలసీకి 48 నెలల్లోపు మీకు అస్వస్థత, గాయం, వ్యాధి పరిస్థితులు ఏవైనా, వ్యాధి చిహ్నాలు/సంకేతాలున్నా లేదా నిర్ధారణ అయినా, లేదా వైద్య సలహా/చికిత్స తీసుకునే ఎలాంటి పరిస్థితి అయినా సరే”.

మినహాయింపు ఏమిటంటే: కంపెనీతో మొదటి పాలసీ అమల్లోకి వచ్చినప్పటి నుంచి అలాంటి వ్యక్తికి 48 గంటల నిరంతర రక్షణ వరకు అన్నట్టు పాలసీలో నిర్వచించినట్టు ఏదేని ముందస్తు షరతు.

---

1. బరువు నియంత్రణ కార్యక్రమాలు/ సరఫరాలు/ సేవలు
2. కళ్లద్దాలు/ కాంటాక్ట్ లెన్సులు/ వినికిడి పరికరాలు తదితరాల ఖర్చు.
3. ఆస్పత్రిలో చేరాల్సిన అవసరం లేని దంత చికిత్స ఖర్చులు
4. హార్మోన్ మార్పిడి
5. గృహ సందర్శన ఛార్జీలు
6. వంధ్యత్వం/ఉపఫలదీకరణ/ సహాయక గర్భధారణ విధానం
7. ఊబకాయం (వ్యాధిగ్రస్తమైన ఊబకాయం సహా) చికిత్స
8. మనోవ్యాధి&మనోశ్చర్మ సంబంధిత సమస్యలు
9. వక్రీభవన సమస్యలకు దిద్దుబాటు శస్త్రచికిత్స
10. లైంగిక సంక్రమిత వ్యాధులకు చికిత్స
11. దాత పరిశీలన ఛార్జీలు
12. ప్రవేశ/రిజిస్ట్రేషన్ ఛార్జీలు
13. మూల్యాంకనం/వ్యాధి నిర్ధారణ ప్రయోజనాల కోసం ఆస్పత్రిలో చేరడం
14. ఆస్పత్రిలో చేరడానికి కారణమైన లేదా నిర్ధారణ అయిన వ్యాధికి సంబంధించని పరీక్ష/చికిత్సకు సంబంధించిన ఖర్చులు
15. ఓ రోగి ప్రతికూల వైరస్‌తో ఉన్నట్టు నిర్ధారించబడినప్పుడు మరియు/లేదా హెచ్.ఐ.వి/ఎయిడ్స్ తదితరాలతో బాధపడుతున్నట్టు ప్రత్యక్షంగా కానీ, పరోక్షంగా కానీ గుర్తించబడితే అయ్యే ఖర్చులు
16. స్టెమ్ సెల్ నాటడం/ శస్త్ర చికిత్స మరియు నిల్వ
17. యుద్ధ మరియు అణు సంబంధిత కారణాలు
18. రిజిస్ట్రేషన్ ఛార్జీలు, ప్రవేశ ఫీజులు, టెలిఫోన్, టెలివిజన్ ఛార్జీలు, మూత్రశాల ఛార్జీలు లాంటి వైద్యేతరమైన అంశాలన్నీ.
19. ఏదైనా క్లెయిమ్ చేయడానికి చాలా పాలసీలలో ఆ పాలసీ మొదలైన నాటి నుంచి 30 రోజుల వేచి ఉండే కాలం సాధారణంగా వర్తిస్తుంది. అయినప్పటికీ ప్రమాదం కారణంగా ఆస్పత్రి పాలైనప్పుడు ఇది వర్తించదు.

ఉదాహరణ

ఆస్పత్రిలో చేరే సందర్భంలో ఖర్చులనుంచి రక్షణకోసం మీరా ఓ ఆరోగ్య బీమా పాలసీని తీసుకున్నారు. ఆ పాలసీలో ప్రాథమికమైన వేచిచూసే కాలం 30 రోజులు.

దురదృష్టవశాత్తు, పాలసీ తీసుకున్న 20 రోజుల తర్వాత మీరాకు మలేరియా సోకింది. ఐదు రోజుల పాటు మె ఆసుపత్రిలో ఉంటూ చికిత్స పొందాల్సివచ్చింది. భారీ స్థాయిలో ఆసుపత్రి బిల్లులు చెల్లించాల్సి వచ్చింది.

బీమా కంపెనీ నుంచి రీఇంబర్స్‌మెంట్ ఆమె కోరగా, పాలసీ తీసుకున్న 30 రోజుల వేచి చూసే కాలంలోపు ఆసుపత్రిలో చేరినందున క్లెయిమ్‌ను చెల్లించలేమంటూ నిరాకరించింది.

i. **వేచి ఉండే కాలాలు:** విలక్షణమైన చికిత్స జాప్యం కావచ్చు, ప్రణాళిక వేసి ఉండవచ్చు అనే వ్యాధులకు ఇది వర్తిస్తుంది. ఉత్పత్తి ఆధారంగా, కంటిపొర, బెనిన్ ప్రోస్టేట్ హైపర్‌ట్రోఫీ, మెనొరాగియా, ఫైబ్రోమయోమా కోసం హిస్టెరెక్టమీ, హెర్నియా, హైడ్రోసెల్, జన్యు సంబంధిత అంతర్గత వ్యాధి, గుద మార్గంలో ఫిస్టులా, మొలలు, సైనుసిటిస్, తత్సంబంధిత సమస్యలు, పిత్త నాళంలో రాళ్ల తొలగింపు, కీళ్ళ వాతం, కీళ్ళ నొప్పులు, వయో సంబంధిత ఎముకల బలహీనత లాంటి వ్యాధులకు వేచి ఉండే కాలం ఒకటి/రెండు/మూడు సంవత్సరాలు ఉంటాయి.

c) అందుబాటులోని కవరేజ్ ఐచ్ఛికాలు

i. వ్యక్తిగత కవరేజ్

బీమా చేసిన ఒక వ్యక్తి జీవిత భాగస్వామి, తనపై ఆధారపడిన పిల్లలు, తల్లిదండ్రులు, అత్త, మామలు, తోబుట్టువులు తదితర కుటుంబ సభ్యులతో పాటు తనకు తాను రక్షణ కల్పించుకోవచ్చు. కొన్ని బీమా సంస్థలు రక్షణ కల్పించాల్సిన ఆధారపడిన వారి విషయంలో ఆంక్షలు విధించవు. బీమా చేసిన ప్రతి వ్యక్తికీ ఎంపిక చేసిన బీమా సొమ్ముతో ఒక ఏక పాలసీ కింద ఇలాంటి బీమా చేసిన ప్రతి ఒక్కరికీ రక్షణ కల్పించడం సాధ్యమవుతుంది. ఇలాంటి రక్షణలలో, పాలసీ కింద రక్షణ కల్పించిన ఒక్కో వ్యక్తి పాలసీ అనలులో ఉన్న కాలంలో గరిష్ఠ మొత్తం వరకు క్లెయిమ్ చేయవచ్చు. బీమా చేసిన ప్రతి వ్యక్తి కోసం వారి వయసు, ఎంపిక చేసిన సొమ్ము, మరేదైనా ఇతర రేటింగ్ ప్రకారం ప్రీమియం వసూలు చేయబడుతుంది.

ii. ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్

ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ పాలిసీ అని పిలిచే రకంలో కుటుంబం అంటే జీవిత భాగస్వామి, ఆధారపడిన పిల్లలు, ఆధారపడిన తల్లిదండ్రులు లాంటి వారికి ఒకే ఏక మొత్తంగా కుటుంబం మొత్తానికి బీమా అందించబడుతుంది.

ఉదాహరణ

నలుగురు సభ్యులు కలిగిన రూ. ఐదు లక్షల ఫ్లోటర్ పాలసీని తీసుకుంటే ఆ పాలసీ కాలం సందర్భంగా ఒకటికన్నా ఎక్కువ కుటుంబ సభ్యులు చేసే క్లెయిమ్‌కు లేదా ఒక కుటుంబంలోని ఒక సభ్యుడు చేసే అనేక క్లెయిమ్‌లకు అది చెల్లింపు జరుపుతుంది. ఇవన్నీ కలసి రూ. ఐదు లక్షల మొత్త కవరేజీని దాటరాదు. బీమాకు ప్రతిపాదించిన కుటుంబంలోని అత్యధిక వయసు కలిగిన సభ్యుడి వయసు ఆధారంగా ప్రీమియం చెల్లించబడుతుంది.

ఈ పాలసీలలో రక్షణలు, మినహాయింపులు ఒకే రకంగా ఉంటాయి. అర్థవంతమైన ప్రీమియంలో ఉన్నత స్థాయిలో ఎంపిక చేయగల బీమా సొమ్ముకు మొత్తం కుటుంబం కవరేజీ పొందుతున్నందున ఫ్యామిలీ ఫ్లోటర్ పాలసీలకు మార్కెట్‌లో జనాదరణ లభిస్తోంది.

d) ప్రత్యేక విశిష్టతలు

ప్రస్తుత కవరేజీలకు పలు మార్పులు చేసి, ఇదివరకటి మెడిక్లెయిమ్ ఉత్పత్తి కింద అందించిన ప్రాథమిక పూచీ రక్షణకు కొత్త విలువ జోడింపు విశిష్టతలు చేర్చబడ్డాయి. ఈ మార్పులను మనం చర్చిస్తాం. కింద ప్రస్తావించిన విశిష్టాంశాలన్నిటినీ అన్ని ఉత్పత్తులు తీసుకుని వెళ్ళవని, ఒక్కో బీమా సంస్థను, ఒక్కో ఉత్పత్తిని బట్టి మారవచ్చనే విషయాన్ని గమనించాలి.

i. ఉప పరిమితులు మరియు వ్యాధి నిర్ధిష్ఠ పరిమితి

క్యాటరాక్ట్ లాంటి కొన్ని ఉత్పత్తులు వ్యాధి నిర్ధిష్ఠ పరిమితిని కలిగి ఉంటాయి. కొన్నింటిలో బీమా చేసిన సొమ్ముకు గది అద్దెపై ఉప పరిమితులు ముడిపడి ఉంటాయి. అంటే బీమా చేసిన సొమ్ములో 1 శాతాన్ని రోజు అద్దెకు, 2 శాతాన్ని ఐ,సి.యు. ఛార్జీలకు చెల్లిస్తారు. ఐ.సి.యు. ఛార్జీలు, ఓ.టి ఛార్జీలు, సర్జన్ ఫీజులు లాంటి ఇతర పద్దుల కింద ఖర్చులు ఎంచుకుంటున్న గదితో ముడిపడి ఉండగా, గది అద్దె పరిమితి ఇతర పద్దుల కింద కూడా ఖర్చులను నియంత్రించడంలో, తద్వారా మొత్త ఆసుపత్రి వైద్య ఖర్చులను తగ్గించడంలోనూ సహాయపడుతుంది.

ii. సహ-చెల్లింపు (కో-పే అని జనాదరణ పొందింది)

ఓ సహ-చెల్లింపు అనేది ఓ ఆరోగ్య బీమా పాలసీ కింద ఉండే ఖర్చు-భాగస్వామ్య అవసరం. అది అనుమతించిన క్లెయిమ్ మొత్తంలో నిర్ధిష్ఠ శాతాన్ని పాలసీదారు/బీమాదారు భరించేలా చేస్తుంది. సహ-చెల్లింపు అనేది బీమా సొమ్మును ఎంత మాత్రమూ తగ్గించదు.

ఇది తన ఐచ్ఛికాలను ఎంపిక చేసుకోవడంలో బీమా దారు హెచ్చరికగా ఉండేలా చూస్తుంది. తద్వారా తమ మొత్త ఆస్పత్రి ఖర్చులను స్వచ్ఛందంగా తగ్గించుకోగలరు.

iii. తగ్గించగలిగేవి

తగ్గించగలిగేవి ఆరోగ్య బీమా పాలసీ కింద ఓ ఖర్చు భాగస్వామ్య అవసరం. బీమా సంస్థ ఏదేని ప్రయోజనాలు చెల్లించేముందు పూచీ పాలసీల విషయంలో అయితే నిర్దిష్ట రూపాయల మొత్తానికి, ఆస్పత్రి నగదు పాలసీల విషయంలో నిర్ధిష్ట రోజులు/గంటలకు బీమా సంస్థ పూచీ వహించదు. తగ్గింపు అనేది బీమా సొమ్మును తగ్గించదు.

బీమా సంస్థలు తగ్గింపు వర్తించేది ఏడాదికా, జీవితానికా, సంఘటనకా అనే విషయాన్ని నిర్వచించాల్సి ఉంటుంది. అలాగే వర్తింపజేయాల్సిన నిర్ధిష్ట తగ్గింపు.

iv. కొత్త మినహాయింపులు ప్రవేశపెట్టబడి, ఆ తర్వాత ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ ద్వారా ప్రామాణికీకరించబడింది:

- ✓ జన్యుపరమైన సమస్యలు మరియు స్టెమ్ సెల్ ఇంప్లాంటేషన్/శస్త్ర చికిత్స.
- ✓ వ్యాధి నిర్ధారణకు ఉపయోగించే లేదా సి.పి.ఏ.పి, సి.ఏ.పి.డి, ఇన్ఫ్యూషన్ పంప్ లాంటి బాహ్య మరియు లేదా మన్నికైన పలు రకాల వైద్య/వైద్యేతర ఉపకరణాలు, వాకర్, క్రచస్, బెల్టులు, కాలర్లు, క్యాపులు, స్ప్లింట్‌లు, స్లింగ్‌లు, బ్రేస్‌లు, స్టాకింగ్‌లు లాంటి యాంబులెన్స్ సాధనాలు, డయాబెటిర్ ఫుట్‌వేర్, గ్లూకోమీటర్, థర్మోమీటర్, వాటికి సంబంధించిన అంశాలు లాంటివి, ఇంటిలో ఉపయోగించగల తదనంతర వైద్య పరికరం లాంటివి.
- ✓ ఆసుపత్రి విధించిన ఏవైనా సర్వీస్ ఛార్జీలు, సర్ ఛార్జీలు, అడ్మిషన్ ఫీజులు, రిజిస్ట్రేషన్ ఛార్జీలు తదితరాలు
- ✓ ఆసుపత్రిలో చేరడానికి ముందు, డిశ్చార్జ్ అయిన తర్వాత కాలంలో వైద్యుల సందర్శనలు, అటెండెంట్/నర్సింగ్ ఛార్జీలు.

ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐకు ప్రమాణీకరించిన ఉమ్మడి మినహాయింపు అంశాలున్నాయి. దయచేసి, చివర్లోని అనుబంధాన్ని చూడగలరు.

v. జోన్‌వారీ ప్రీమియం

సాధారణంగా, ప్రీమియం అనేది బీమా చేసిన వ్యక్తి వయసుపై, ఎంపిక చేసిన బీమా సొమ్ముపై ఆధారపడి ఉంటుంది. ప్రీమియం వ్యత్యాసం కొన్ని నిర్ధిష్ట జోన్లలో అధిక క్లెయిమ్‌ల ఖర్చుతో ప్రవేశపెట్టబడుతుంది. అంటే, ఢిల్లీ, ముంబయ్‌లను కొన్ని ఉత్పత్తులకు అత్యధిక ప్రీమియం జోన్‌గా కొన్ని బీమా సంస్థలు పేర్కొంటున్నాయి.

vi. ***ముందుగా ఉంటున్న వ్యాధులకు కవరేజీ***

నియంత్రణ అవసరాల నేపథ్యంలో గతంలో మినహాయించిన గతకాలపు వ్యాధులు నాలుగేళ్ళ వేచి ఉండే కాలంతో ప్రత్యేకంగా ప్రస్తావించబడుతాయి. కొన్ని బీమా కంపెనీలు విడుదల చేసే కొన్ని ఖరీదైన ఉత్పత్తులు ఆ కాలాన్ని రెండేళ్ళ నుంచి మూడేళ్ళ కాలనికి తగ్గించాయి.

vii. ***పునరుద్ధరణ***

జీవితకాలపు పునరుద్ధరణను కొన్ని బీమా సంస్థలు ప్రవేశపెట్టాయి. ప్రస్తుతం దీనిని అన్ని పాలసీలకు ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ తప్పనిసరి చేశాయి.

viii. ***డేకేర్ విధానానికి కవరేజీ***

వైద్య శాస్త్రం అభివృద్ధి చెందడం వల్ల డేకేర్ విభాగం కింద పెద్ద సంఖ్యలో విధానాలు చేరిన విషయం కనిపిస్తోంది. గతంలో డేకేర్ కింద కంటిపొర, డీ అండ్ సీ, డయాలిసిస్, కీమోథెరపీ, లిథోట్రిప్సీ, టాన్సిలెక్టోమీలాంటి ఏడు అంశాలను ప్రత్యేకంగా ప్రస్తావించారు. ఇప్పుడు 150కు పైగా విధానాలను దీని పరిధిలోకి తీసుకువచ్చారు. ఈ జాబితా ఇంకా పెద్దదవుతోంది.

ix. ***పాలసీ ముందు ఖర్చు తనిఖీ***

వైద్య పరీక్ష ఖర్చును ఇదివరలో అవకాశాలున్న క్లయింట్లు భరించేవారు. ఇప్పుడు ప్రతిపాదన ఒప్పంద పత్రానికి అంగీకరించబడితే, బీమా సంస్థ ఖర్చును రీఇంబర్స్ చేస్తుండడంతో, ఈ రీఇంబర్స్‌మెంట్ 50 శాతం నుంచి వంద శాతం మధ్య వేరుపడుతుంది. ఆరోగ్య తనిఖీ ఖర్చుల్లో కనీసం యాభై శాతాన్ని బీమా సంస్థ భరించడాన్ని ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ తప్పనిసరి చేసింది.

x. ఆసుపత్రిలో చేరక ముందు, బయటకు వచ్చిన తర్వాతి రక్షణ కాలం

ఆసుపత్రిలో చేరక ముందు, బయటకు వచ్చిన తర్వాతి రక్షణ కాలాన్ని చాలావరకు బీమా సంస్థలు ముఖ్యంగా తమ ఖరీదైన ఉత్పత్తిలో అరవై నుంచి తొంబై రోజులకు పెంచుతున్నాయి. కొన్ని బీమా సంస్థలు ఈ ఖర్చుల గరిష్ఠ పరిమితిని క్లెయిమ్ మొత్తంలో నిర్దిష్ఠ శాతానికి ముడిపెడుతున్నాయి.

xi. ***యాడ్ ఆన్ రక్షణలు***

యాడ్- ఆన్ రక్షణల పేరిట వివిధ కొత్త అదనపు రక్షణలను కొన్ని బీమా సంస్థలు ప్రవేశపెట్టాయి. వాటిలో కొన్ని కింద ఇవ్వబడ్డాయి.:

- ✓ *ప్రసూతి రక్షణ: రీటైల్ పాలసీల కింద ఇదివరలో ప్రసూతి ఖర్చులను ఇవ్వడం లేదు. అయితే ఇప్పుడు పలు బీమా సంస్థలు వివిధ రకాలైన వేచి ఉండే కాలంతో వీటిని అందిస్తున్నాయి.*
- ✓ *తీవ్ర అస్వస్థత రక్షణ:ప్రాణాంతకమైనవి, ఖరీదైన చికిత్సలు అందించాల్సిన నిర్దిష్ఠ వ్యాధులకోసం ఖరీదైన రకం ఉత్పత్తుల కింద ఒక ఐచ్ఛికంగా ఇవి అందుబాటులో ఉన్నాయి.*
- ✓ *బీమా చేసిన సొమ్ము పునరుద్ధరణ: క్లెయిమ్ చెల్లించిన తర్వాత, అదనంగా ప్రీమియం చెల్లించడం ద్వారా అసలు పరిమితికి బీమా చేసిన సొమ్మును* (క్లెయిమ్ చెల్లింపుతో తగ్గించేది)పునరుద్ధరించవచ్చు.

- ✓ *ఆయుష్- ఆయుర్వేదిక్- యోగా- యునాని- సిద్ధా- హోమియోపతిలకు రక్షణ: ఆసుపత్రి ఖర్చులలో కొంత శాతం వరకు ఆయుష్ చికిత్స కోసం అయ్యే ఖర్చులకు కొన్ని పాలసీలు రక్షణ కల్పిస్తాయి.*

xii. *విలువ జోడింపు రక్షణలు*

కొన్ని పూచీ ఉత్పత్తులలో కింద పేర్కొన్నట్టు విలువ జోడింపు రక్షణలు ఉంటాయి. బీమా చేసిన మొత్తం సొమ్మును మించకుండా పాలసీ షెడ్యూల్‌లోని ప్రతి రక్షణకు పేర్కొన్నట్టు బీమా చేసిన సొమ్ము పరిమితి వరకు ప్రయోజనాలు చెల్లించబడుతాయి.

- ✓ బయటి రోగుల రక్షణ:భారతదేశంలోని ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తులన్నీ చాలావరకు ఆసుపత్రిలో ఉంటూ చికిత్స పొందే ఖర్చులకు మాత్రమే రక్షణ కల్పిస్తాయనే విషయం మనకు తెలుసు. కానీ ఇప్పుడు కొన్ని కంపెనీలు కొన్ని ఖరీదైన ప్రణాళికల కింద బయటి రోగులకు పరిమిత రక్షణను అందిస్తాయి.
- ✓ *ఆసుపత్రి నగదు: నిర్దిష్ట కాలం వరకు ఆసుపత్రిలో ఉన్నందురు ప్రతిరోజు అయ్యే ఖర్చులకోసం ఒక ఏక మొత్తం సొమ్మును అందిస్తుంది. సాధారణంగా ఈ కాలం రెండు, మూడు రోజుల తగ్గింపు పాలసీలను మినహాయించి ఏడు రోజులకు మంజూరు చేయబడుతుంది. కాబట్టి, ఆసుపత్రిలో ఉండే కాలం తగ్గింపు కాలాన్ని మించి ఉంటే మాత్రమే ప్రయోజనానికి వీలుంటుంది. ఆసుపత్రిలో చేరే క్లెయిమ్‌కు ఇది అదనం కానీ పాలసీలో బీమా చేసిన మొత్తం లోపల ఉంటుంది. లేదా ఒక ప్రత్యేక ఉపపరిమితిలోపల ఉండవచ్చు.*
- ✓ *తిరిగి పొందే ప్రయోజనం: అస్వస్థత మరియు/లేదా ప్రమాదం వల్ల ఆసుపత్రిలో ఉండే కాలం పదిరోజులకు మించకుంటే ఏక మొత్తం సొమ్ము చెల్లించబడుతుంది.*
- ✓ *దాతల ఖర్చులు: ఈ పాలసీ పాలసీలో నిర్వచించిన విధంగా నియమ, నిబంధనల ప్రకారం ప్రధాన అవయవ మార్పిడి జరిగితే దాతకు ఖర్చుల రీ ఇంబర్స్‌మెంట్ కోసం అందిస్తుంది.*
- ✓ *అంబులెన్స్ రీఇంబర్స్‌మెంట్:బీమా చేసిన వ్యక్తి, బీమా కలిగిన వ్యక్తికి అయ్యే అంబులెన్స్ ఖర్చులు పాలసీ షెడ్యూల్‌లో పేర్కొన్నట్టు ఓ నిర్దిష్ట పరిమితి వరకు రీఇంబర్స్ చేయబడుతాయి.*
- ✓ *సహాయకుల ఖర్చులు:ఆసుపత్రిలో ఉన్న సమయంలో బీమా చేసిన వ్యక్తికి సహాయకులుగా ఉన్న వారి ఆహారానికి, రవాణాకు అయ్యే ఖర్చులకు రక్షణ కల్పించడానికి ఉద్దేశించినవి. పాలసీ నిబంధనల ప్రకారం పాలసీ షెడ్యూల్‌లో పేర్కొన్న పరిమితికి లోబడి ఏక మొత్తం చెల్లింపు లేదా రీఇంబర్స్‌మెంట్ చెల్లింపు చేస్తుంది.*
- ✓ *కుటుంబ నిర్వచనం: కొన్ని ఆరోగ్య ఉత్పత్తుల్లో కుటుంబానికి నిర్వచనంలో మార్పులు చోటు చేసుకున్నాయి. ఇదివరలో ప్రధాన బీమాదారు, జీవిత భాగస్వామి, ఆధార పడిన పిల్లలకు రక్షణ ఇవ్వబడ్డాయి. ఇప్పుడు తల్లిదండ్రులు, అత్తా, మామలకు కూడా అదే పాలసీ కింద రక్షణ మంజూరు చేయబడుతున్నాయి.*

D. *టాపప్ రక్షణలు లేదా అధిక తగ్గింపు బీమా ప్రణాళికలు*

టాపప్ రక్షణను అధిక తగ్గింపు పాలసీ అని కూడా అంటారు. అంతర్జాతీయ విపణిలో చాలామంది అధిక సహ చెల్లింపు పాలసీలకు లేదా రక్షణ పొందని వ్యాధులు, చికిత్సకు అదనంగా టాపప్ రక్షణలను కొంటుంటారు. అయినప్పటికీ భారతదేశంలో టాపప్ రక్షణను ప్రాథమికంగా అధిక మొత్తం బీమా చేసిన ఉత్పత్తుల కొరత సమస్యను పరిష్కరించడానికే ప్రవేశపెడుతున్నారు. అయితే ఇక ఎంత మాత్రమూ అది కారణం కాదు. ఆరోగ్య పాలసీ కింద రక్షణకు గరిష్ఠ పరిమితి చాలాకాలంగా రూ. లక్షలుగానే ఉంది. మరింత ఎక్కువ రక్షణ కావాలనుకున్న వారెవరైనా రెట్టింపు ప్రీమియం చెల్లించి, రెండు పాలసీలు కొనాల్సిన నిర్బంధం ఏర్పడుతుంది. ఇది బీమా సంస్థలు టాపప్ పాలసీలను అభివృద్ధి చేయడానికి దారి తీసింది. ఇది బీమా చేసిన మొత్తం నిర్ధిష్ఠ పరిమితిని దాటి ఎక్కువ మొత్తాలకు రక్షణ కల్పిస్తుంది. (thresholdఅని పిలుస్తారు).

ఈ పాలసీ మరింత అర్థవంతమైన ప్రీమియంకు లభిస్తూ బీమా చేసిన తక్కువ మొత్తంతో కలసి, పని చేస్తుంది. ఉదాహరణకు, తమ యాజమాన్య సంస్థల నుంచి రక్షణ పొందే వ్యక్తులు కూడా అదనపు రక్షణ కోసం టాపప్ రక్షణను ఎంచుకుంటారు. (మొదటి పాలసీలో బీమా చేసిన సొమ్మును ప్రవేశంగా దృష్టిలో పెట్టుకుంటారు). ఎక్కువ ఖర్చుతో కూడిన చికిత్స జరిగే దురదృష్టకరమైన సందర్భంలో ఇది బీమా చేసిన వ్యక్తికి, కుటుంబానికి సహాయపడుతుంది.

టాపప్ పాలసీకింద క్లెయిమ్ పొందడానికి అర్హతను దక్కించుకోవడానికి వైద్య ఖర్చులు ప్రణాళిక కింద ఎంచుకున్న తగ్గించగల (లేదా ప్రవేశం) వాటికన్నా ఎక్కువగా ఉంటాయి. ఎక్కువగా తగ్గించగల ప్రణాళిక కింద రీఇంబర్స్ మెంట్ అనేది అయ్యే ఖర్చుగా ఉంటుంది. అంటే, తగ్గించగలదానికన్నా ఎక్కువ.

ఉదాహరణ

ఓ వ్యక్తికి ఆయన యజమాని రూ. 3 లక్షలకు రక్షణ కల్పించారు. రజ. 3 లక్షలను మించి, రూ. పది లక్షల వరకు టాపప్ పాలసీని ఆయన ఎంచుకోవచ్చు.

ఒకసారి ఆసుపత్రిలో చేరినప్పుడు అయ్యే ఖర్చు రూ. ఐదు లక్షలు అయితే, ప్రాథమిక పాలసీ రూ. మూడు లక్షల రక్షణ మాత్రమే రక్షణ కల్పిస్తుంది. టాపప్ రక్షణతో మిగిలిన రూ. రెండు లక్షలను టాపప్ పాలసీ చెల్లిస్తుంది.

టాపప్ పాలసీలు చౌకగా లభిస్తున్నాయి. ఒక రూ. పది లక్షల పాలసీ ఖర్చు రూ. మూడు లక్షల పరిమితిని దాటి, రూ. పది లక్షల టాపప్ పాలసీలకన్నా రూ. పది లక్షలకు తీసే పాలసీకి ఖర్చు చాలా ఎక్కువగా ఉంటుంది.

ఈ రక్షణలు వ్యక్తిగత, కుటుంబ ప్రాతిపదికన ఉంటాయి. కుటుంబం పరిధిలో ఉన్న ప్రతి సభ్యుడికి బీమా చేసిన వ్యక్తిగత సొమ్ము లేదా కుటుంబం మొత్తానికి బీమా చేసిన ఏక మొత్తం సొమ్ములు నేడు మార్కెట్‌లో ఉన్నాయి.

ఆసుపత్రిలో చేరే ప్రతి సందర్భంలోనూ తగ్గింపు మొత్తాన్ని టాపప్ ప్రణాళిక దాటాల్సి వచ్చే పరిస్థితుల్లో ఆ ప్రణాళికను క్యాటాస్ట్రోఫ్ ఆధారిత అధిక తగ్గింపు ప్రణాళిక అని అంటారు. పైన ఇచ్చిన ఉదాహరణలో చెల్లించగల క్లెయిమ్ రూ. మూడు లక్షలను దాటుతుంది.

అయినప్పటికీ పాలసీ కాలంలో వరుసగా ఆసుపత్రిలో చేరుతూ వచ్చిన అనంతరం దాటాల్సిన తగ్గింపును అనుమతించే టాపప్ ప్రణాళికలు భారత మార్కెట్‌లో సగటు ఆధారిత తగ్గింపు ప్రణాళికలు అనీ, సూపర్ టాపప్ రక్షణ అని పిలువబడుతున్నాయి. పైన చెప్పిన ఉదాహరణలో ప్రతి క్లెయిమ్ జోడించబడుతుందనీ, అది రూ. మూడు లక్షలను దాటితే టాపప్ రక్షణ క్లెయిమ్‌లను చెల్లించడం ప్రారంభిస్తుందని అర్థం.

చాలావరకు ప్రామాణిక నియమ, నిబంధనలు, ఆసుపత్రి పూచీ పాలసీ మినహాయింపులు ఈ ఉత్పత్తులకు వర్తిస్తాయి. ప్రాథమిక ఆరోగ్య రక్షణను ప్రభుత్వమే అందించే కొన్ని మార్కెట్లలో, బీమా సంస్థలు చాలావరకు టాపప్ రక్షణలను మంజూరు చేయడంపైనే దృష్టి సారిస్తాయి.

E. *వయోవృద్ధుల విధానం*

నిర్ధిష్ట వయసును దాటిన తర్వాత బీమా రక్షణ కరవైన వయోవృద్ధులకు రక్షణ అందించడం కోసం ఈ ప్రణాళికలకు రూపకల్పన చేయబడింది. (అంటే అరవై ఏళ్లు దాటిన వారికి). కవరేజీ నిర్మాణం, మినహాయింపులు ఆసుపత్రిలో చేరుతున్నప్పుడు అమలు చేసే పాలసీ తరహాలోనే ఉంటాయి.

కవరేజీని, వేచి ఉండేకాలాన్ని ఏర్పరచి, వృద్ధాప్య వ్యాధులపై ప్రత్యేక శ్రద్ధ తీసుకోబడుతుంది. ప్రవేశ వయసు చాలావరకు అరవై ఏళ్లు దాటి, జీవితకాలమంతా అమల్లోకి ఉంటుంది. బీమా చేసే మొత్తం శ్రేణి రూ. 50 వేల నుంచి రూ. ఐదు లక్షల వరకు ఉంటుంది. నిర్ధిష్ట వ్యాధులకు వర్తింపజేయే వేచి ఉండేకాలంలో వ్యత్యాసం ఉంటుంది. ఉదాహరణకు ఒక బీమా సంస్థ కంటి పొర చికిత్సకు ఏడాదిని వేచి ఉండే కాలంగా పేర్కొనవచ్చు. దానికి మరో సంస్థ రెండేళ్ళ కాలన్ని వేచి ఉండే కాలంగా చెప్పవచ్చు.

ఆయా బీమా సంస్థకు సంబంధించి నిర్ధిష్ట వ్యాధులకు వేచి ఉండే కాలం లేకపోవచ్చు. మరి కొన్ని వ్యాధులకు ఉండవచ్చు. ఉదాహరణగా సైనుసిటస్‌ను కొన్ని సంస్థలు వేచి ఉండే కాలం నిబంధనల్లో పెట్టకపోవచ్చు. కానీ మరికొన్ని సంస్థలు వాటిని చేర్చవచ్చు.

ముందుగా ఉంటున్న వ్యాధికి వేచి ఉండే కాలం ఉంటుంది లేదా కొన్ని పాలసీలకు పరిమితి ఉంటుంది. ఆసుపత్రిలో చేరక ముందు ఖర్చులు ఆసుపత్రి క్లెయిమ్‌లు, లేదా ఉప పరిమితుల్లో ఏది ఎక్కువగా ఉంటే అలా చెల్లించబడుతాయి. కొన్ని పాలసీలలో అవి 30/60 రోజులు కానీ,60/90 రోజుల నిర్ధిష్ట కాలం పరిధిలోపు ఉండే ఖర్చులు లాంటి విలక్షణమైన పూచీ ప్రణాళికలను అమలు చేస్తాయి.

ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ వయోవృద్ధులుగా ఉన్న బీమాదారులకు ప్రత్యేక సదుపాయాలను తప్పనిసరి చేసింది.:

1. వయోవృద్ధులకు ఇవ్వజూపుతున్న ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తులకు వసూలు చేసే ప్రీమియం న్యాయ సమ్మతంగా, సమర్థనీయంగా, పారదర్శకంగా, చట్టబద్ధంగా ముందస్తుగా ఉండాలి.
2. ప్రీమియంకన్నా ఎక్కువగా వసూలు చేసే రాత ఒప్పంద లోడింగ్ విషయంలో బీమాదారుకు సమాచారం అందించాలి. పాలసిని జారీ చేసే ముందే ఇలాంటి లోడింగ్‌లకు నిర్ధిష్ట సమ్మతిని పొందాలి.
3. క్లెయిమ్‌ల సంబంధిత ఆరోగ్య బీమాను, వయోవృద్ధుల సమస్యలను పరిష్కరించడానికి అన్ని ఆరోగ్య బీమా సంస్థలు, టి.పి.ఏలు ఓ ప్రత్యేక ఛానెల్‌ను ఏర్పాచు చేసుకోవాలి.

F. స్థిర ప్రయోజక రక్షణలు- ఆసుపత్రి నగదు, తీవ్ర అస్వస్థత

ఆరోగ్య బీమా పాలసీలో బీమా సంస్థకు అన్నిటికన్నా గొప్ప ముప్పు ఏమిటంటే పాలసీ ప్రయోజనాలను అనవసరంగా, అర్థరహితమంగా ఉపయోగించుకునేలా చేయడమే. ఆరోగ్య బీమా కింద రోగికి రక్షణ ఉందని తెలుసుకుని, వైద్యులు, సర్జన్లు, ఆసుపత్రులు అతిగా చికిత్స అందించే ప్రయత్నం చేయవచ్చు. అనవసరమైన వ్యాధి నిర్ధరణ, ప్రయోగ పరీక్షలను చేపట్టి, అవసరమైన మొత్తం కన్నా చికిత్స ఖర్చును ఎక్కువ చేస్తాయి. బీమా సంస్థ ఖర్చులపై పడే మరో పెద్ద ప్రభావంగా వైద్య ఖర్చులు నిరంతరం పెరుగుతుండడం, సాధారణంగా ప్రీమియం రేట్లలో పెంపు కన్నా ఇవి ఎక్కువగా ఉంటాయి.

స్థిర ప్రయోజన రక్షణే దీనికి సమాధానం కాగలదు. బీమా చేసిన వ్యక్తులకు తగినంత రక్షణ కల్పిస్తూనే ఈ స్థిర ప్రయోజనాలు ఓ అర్థవంతమైన కాలానికి తన పాలసీకి సరైన ధర నిర్ణయించడంలో కూడా సహాయపడుతుంది. ఈ ఉత్పత్తిలో ఇ.ఎన్.టి, ఆప్తమాలజీ, అబ్‌స్టెట్రిక్స్, గైనకాలజీ తదితరాల్లాంటి ప్రతి వ్యవస్థ కింద సాధారణంగా సంభవించే చికిత్సలు ఉంటాయి. పాలసీలో వీటికి చెల్లించే గరిష్ఠ మొత్తాన్ని కూడా పేర్కొని ఉంటారు.

పేర్కొన్న చికిత్స కోసం బీమా చేసిన వ్యక్తి వెచ్చించే సొమ్ముకు సంబంధం లేకుండా క్లెయిమ్ సొమ్మును పొందుతారు. ఈ చికిత్సల్లో ఒక్కోదానికి చెల్లించే సొమ్ము వ్యాధి స్థితికి చికిత్స అందించడం కోసం అవసరమైన అర్థవంతమైన ఖర్చు అధ్యయనంపై ఆధారపడి ఉంటుంది.

ప్యాకేజీ ఛార్జీలలో కింది రకాలైన ఖర్చులు ఉంటాయి:

a) గది అద్దె,
b) వృత్తి నిపుణుల ఫీజు,
c) వ్యాధి నిర్ధారణలు,
d) ఔషధాలు,
e) ఆసుపత్రిలో చేరక ముందు, బయటకు వచ్చిన తర్వాత అయ్యే ఖర్చులు తదితరాలు.

ఉత్పత్తిని బట్టి ప్యాకేజీ ఛార్జీలలో ఆహారం, రవాణా, అంబులెన్స్ ఛార్జీలు కూడా చేర్చబడుతాయి.

ఆసుపత్రిలో చేరడం, వ్యాధికి కవరేజీ ఉందనే రుజువులు ఉంటే చాలునంటున్నందున ఈ పాలసీల కింద క్లెయిమ్‌ను ప్రాసెస్ చేయడం తేలిక కాగలదు. దీని పరిధిలో ఉన్న చికిత్సల సంఖ్య ఉత్పత్తిలోని చికిత్సల నిర్వచనాల ఆధారంగా సుమారు 75 నుంచి 200 వరకు ఉంటుంది.

పాలసీలోని జాబితాలో చోటు దక్కని సర్జరీలు/చికిత్స కోసం నిర్ణీత మొత్తాన్ని చెల్లించేందుకు కూడా వసతి కల్పించారు. పాలసీ కాలంలో వివిధ చికిత్సలకు బహుళ క్లెయిమ్‌లు సాధ్యపడుతాయి. అయినప్పటికీ చివరగా పాలసీ కింద ఎంపిక చేసిన మొత్తానికి క్లెయిమ్‌లు పరిమితం చేయబడుతున్నాయి.

స్థిర ప్రయోజక బీమా ప్రణాళికలు కింద ఇవ్వబడ్డాయి:

- ✓ ఆసుపత్రి రోజువారీ నగదు బీమా ప్రణాళికలు

- ✓ తీవ్ర అస్వస్థత బీమా ప్రణాళికలు

1. ఆసుపత్రి రోజువారీ నగదు బీమా పాలసీ

a) రోజుకు మొత్తం పరిమితి

ఆసుపత్రిలో చేరినపుడు ఒక్కో రోజుకు బీమా చేసిన వ్యక్తికి నిర్ణీత మొత్తాన్ని ఆసుపత్రి నగదు కవరేజీ అందిస్తుంది. రోజు వారీ నగదు కవరేజీ (ఉదాహరణకు) రూ. 1500 నుంచి రూ. 5,000 వరకు ఉంటుంది. ఒక అస్వస్థతతో పాటు పాలసీ గడువుకోసం రోజువారీ చెల్లింపులో గరిష్ఠ పరిమితిని అందించడం సాధారణంగా వార్షిక ప్రణాళికలో సాగుతుంది.

b) చెల్లింపు రోజుల సంఖ్య

ఈ పాలసీలలోని కొన్ని రకాలలో, రోజువారీ నగదును అనుమతిస్తున్న రోజుల సంఖ్య అనేది చికిత్స అందుకుంటున్న వ్యాధితో ముడిపడి ఉంటుంది. చికిత్సల సమగ్ర జాబితా, ఒక్కో దానికి బస వ్యవధి అనేది ఒక్కో రకమైన విధానం/అస్వస్థత కోసం అనుమతించిన రోజువారీ నగదు ప్రయోజనాన్ని పరిమితం చేసేలా నిర్ణయించబడుతుంది.

c) విశిష్ఠమైన రక్షణ లేదా యాడ్ ఆన్ రక్షణ

కొన్ని సంస్థలు అందిస్తున్నట్టుగా ఆసుపత్రి రోజువారీ నగదు పాలసీ ఓ విశిష్ఠమైన పాలసీగా అందుబాటులో ఉంది. మరికొన్ని సందర్భాల్లో అది ఓ నిరంతర పూచీ పాలసీకి యాడ్- ఆన్ రక్షణగా అందుబాటులో ఉంది. చెల్లింపు ఓ స్థిర మొత్తంగా ఉంటూ, చికిత్స వాస్తవ ఖర్చుతో సంబంధించని కారణంగా ఈ పాలసీలు బీమాదారుకు సహాయపడుతాయి. ఇది పూచీ ఆధారిత ఆరోగ్య బీమా ప్రణాళిక కింద స్వీకరించిన ఏదేని రక్షణకు అదనంగా అందించాల్సిన పాలసీ కింద చెల్లింపును కూడా అనుమతిస్తుంది.

d) అనుబంధ రక్షణ

నగదు ప్రభావశీలంగా ఉన్నందున ఈ పాలసీలు ఓ నిరంతర ఆసుపత్రి ఖర్చులకు తోడ్పడుతాయి. సంఘటన ఖర్చులకోసం పరిహారం అందిస్తుంది. మినహాయింపులు, సహ చెల్లింపు తదితర పూచీ పాలసీ కింద చెల్లించని ఖర్చులను కూడా అందిస్తుంది.

e) రక్షణలోని ఇతర సానుకూలతలు

బీమా సంస్థ దృష్టి కోణం నుంచి చూస్తే, ఈ ప్రణాళిక ఓ వినియోగదారుడికి వివరించేందుకు అనువుగా పలు సానుకూలతలను కలిగి ఉంది. కాబట్టి అమ్మడం చాలా సులభం కాగలదు. వాస్తవ ఖర్చు ఏమైనప్పటికీ ఆసుపత్రిలో ఉంటున్న కాలంలో రోజుకు నిర్ణీత మొత్తాన్ని చెల్లిస్తున్నందున అది వైద్య ఖర్చుల పెరుగుదలను తగ్గిస్తుంది. అంతేకాక ఇలాంటి బీమా రక్షణలకు ఆమోదం, క్లెయిమ్ సెటిల్‌మెంట్లు నిజంగా తేలిక చేయబడ్డాయి.

2. తీవ్ర అస్వస్థత పాలసీ

కరడుగట్టిన వ్యాధి నుంచి రక్షణ లేదా ప్రాణాంతక రక్షణగా కూడా ఈ ఉత్పత్తిని పిలుస్తున్నారు.

వైద్య శాస్త్రంలో ఆధునిక మార్పులు చోటు చేసుకోవడంతో క్యాన్సర్, పక్షవాతం, గుండెపోటు తదితర పెద్ద వ్యాధుల నుంచి జనం బయటపడుతున్నారు. ఇదివరకటి రోజుల్లో ఆ వ్యాధులు మరణానికి దారి తీసేవి. అంతేకాక, ఇలాంటి పెను అస్వస్థతల నుంచి కోలుకున్న తర్వాత జీవిత కాలం అంచనా కూడా బాగా పెరిగింది. అయినప్పటికీ, ఇలాంటి ఓ పెద్ద అస్వస్థత నుంచి కోలుకోవడం వల్ల చికిత్సకు ఎక్కువ ఖర్చు కావడంతో పాటు చికిత్స తర్వాత అయ్యే జీవన ఖర్చులు కూడా బాగా పెరుగుతాయి.

a) తీవ్ర అస్వస్థత పాలసీ అనేది తీవ్ర అస్వస్థత అని పిలిచే నిర్ధిష్ఠ వ్యాధి నిర్ధారణపై పెద్ద మొత్తంలో సొమ్ము చెల్లించడానికి సౌలభ్యం ఉన్న ఓ ప్రయోజక పాలసీ.

b) దానిని అమ్మే రూపాలు:

- ✓ ఓ విశిష్ఠమైన పాలసీగాలేదా
- ✓ కొన్ని ఆరోగ్య పాలసీలలో ఓ యాడ్-ఆన్ రక్షణగా లేదా
- ✓ కొన్ని జీవిత బీమా పాలసీలలో ఓ యాడ్-ఆన్ రక్షణగా

భారతదేశంలో తీవ్ర అస్వస్థత ప్రయోజనాలను సాధారణంగా జీవిత బీమా సంస్థలు జీవిత బీమా పాలసీలకు రైడర్లుగా అమ్ముతుంటాయి. ఆ రక్షణలో వేగశీలమైన CI ప్రయోజక ప్రణాళిక, విశిష్ఠమైన CI ప్రయోజన ప్రణాళిక అంటూ రెండు రూపాల రక్షణ అందుబాటులో ఉన్నాయి. ఈ ప్రయోజనాన్ని అమ్మే సమయంలో రక్షణతో కూడిన నిశితమైన నిర్వచనం, సరైన ఒప్పంద పత్రం అనేవి చాలా ముఖ్యమైనవి. గందరగోళాన్ని నివారించడం కోసం ఐ.ఆర్.డి.ఏ ఆరోగ్య బీమా ప్రామాణికీకరణ మార్గదర్శకాల కింద 20 అత్యంత సాధారణ తీవ్ర అస్వస్థతలకు నిర్వచనాలు ప్రామాణికీకరింసబడ్డాయి. (దయచేసి చివరలో ఉన్న అనుబంధాన్ని చూడగలరు).

అయినప్పటికీ, జారీ దశలో ప్రతికూల ఎంపికకు అవకాశాన్ని (ఇందులో ఈ బీమాను తీసుకుని నష్టపోయే అవకాశమున్న చాలామంది) చాలా ఎక్కువగా ఉంటుంది. ప్రతిపాదకుల ఆరోగ్య స్థితిని నిర్ధారించడానికి ఇది ముఖ్యం. తగినంత సమాచారం లేకపోవడంతో తీవ్ర అస్వస్థత ప్రణాళికల ధరకు తిరిగి బీమా తీసుకునే వారీ డేటా ద్వారా తోడ్పాటు లభిస్తుంది.

c) తీవ్ర అస్వస్థత అనేది చాలా ఎక్కువ ఖర్చుకు దారితీసే ప్రధాన అస్వస్థతలు మాత్రమే కావు. అంగవైకల్యం, అవయవాలు కోల్పోవడం, సంపాదన కోల్పోవడం లాంటివి కూడా వీటి కిందకు వస్తాయి. ఆసుపత్రినుంచి బయటకు వచ్చిన తర్వాత దీర్ఘకాలిక రక్షణ కావాల్సి ఉంటుంది.

d) ఓ తీవ్ర అస్వస్థత విధానం అనేది ఓ ఆసుపత్రి పూచీ పాలసీకి అదనంగా తీసుకోబడుతుంది. కాబట్టి ఇలాంటి అస్వస్థతతో బాధపడే సభ్యుడి కుటుంబ భారాన్ని అధిగమించేందుకు ఈ పాలసీ కింద పరిహారం తోడ్పడుతుంది.

e) రక్షణ పొందే తీవ్ర అస్వస్థత అనేది బీమాదారులు, ఉత్పత్తుల మధ్య వేరుపడుతాయి. అయినప్పటికీ సాధారణమైన వాటిలో:

- ✓ నిర్దిష్ట తీవ్రత కలిగిన క్యాన్సర్లు
- ✓ నిశితమైన మయోకార్డియల్ ఇన్‌ఫార్క్షన్
- ✓ హృదయ రక్త ప్రసరణ వ్యవస్థ శస్త్ర చికిత్స
- ✓ గుండె వాల్వు మార్పిడీ
- ✓ నిర్దిష్ట తీవ్రత కలిగిన కోమా
- ✓ మూత్ర పిండ వైఫల్యం
- ✓ శాశ్వత లక్షణాలను కలుగజేసే పక్షవాతం
- ✓ ప్రధాన అవయవం/ ఎముక మజ్జ మార్పిడీ
- ✓ బహుళ స్క్లెరోసిస్
- ✓ మోటార్ న్యూరాన్ వ్యాధి
- ✓ అవయవాల శాశ్వత పక్షవాతం
- ✓ పెద్ద ప్రమాదాల కారణంగా సంభవించే శాశ్వత అంగవైకల్యం

తీవ్ర అస్వస్థత జాబితా స్థిరంగా ఉండదు. రోజురోజుకు కొత్త వ్యాధులు బయటపడుతుంటాయి. కొన్ని అంతర్జాతీయ మార్కెట్లలో బీమాదారులు అల్జీమర్స్ వ్యాధి లాంటి పరిస్థితులకు కూడా రక్షణ కల్పించడంలో పరిస్థితులను కీలకం మరియు అదనంగా వర్గీకరిస్తున్నారు. కొన్ని సందర్భాల్లో ప్రీమియం చాలా ఎక్కువగా ఉన్నప్పటికీ 'తాత్కాలిక అస్వస్థత' కూడా కవరేజీలో చేర్చబడుతుంది.

f) వ్యాధి నిర్ధరణపై ఓ భారీ సొమ్ము చెల్లింపుకోసం అత్యంత తీవ్ర అస్వస్థత పాలసీలను పలు తీవ్ర అస్వస్థత పాలసీలు అందిస్తుండగా, ఖర్చుల తిరిగి చెల్లింపు రూపంలో మాత్రమే ఆసుపత్రిలో చేరే ఖర్చులను అందించే పాలసీలు కూడా ఉన్నాయి. కొన్ని ఉత్పత్తులు రెండు రక్షణలను కూడా అందిస్తాయి. పాలసీలో పేర్కొన్న పెద్ద వ్యాధుల నిర్ధారణపై రోగి ఆసుపత్రిలో చేరే ఖర్చులు, భారీ సొమ్ము చెల్లింపునకు పూచీ అందించబడుతాయి.

g) తీవ్ర అస్వస్థత పాలసీలు సాధారణంగా 21 ఏళ్ళ నుంచి 65 ఏళ్ళ వయసు వరకు వయసున్న వ్యక్తులకు సాధారణంగా అందుబాటులో ఉంటాయి.

h) ఇలాంటి వ్యాధులతో ముడిపడిన దీర్ఘకాలిక రక్షణ అనేది ఆర్థిక భారాన్ని ఇలాంటి పాలసీ అందిస్తున్నందున పాలసీకి ప్రధాన కారణంగా ఉండడంతో ఈ పాలసీల కింద ఇవ్వజూపే సొమ్ము కాస్త ఎక్కువగా ఉంటుంది.

i) ఈ పాలసీల కింద సాధారణంగా బీమా చేసిన సొమ్ములో వంద శాతాన్ని తీవ్ర అస్వస్థతపై చెల్లిస్తారు. కొన్ని సందర్భాల్లో పరిహారం పాలసీ నియమ, నిబంధనలు, అస్వస్థత తీవ్రతను బట్టి బీమా చేసిన సొమ్ములో 25శాతం నుంచి వంద శాతం వరకు వేరుపడుతూ ఉంటుంది.

j) అన్ని తీవ్ర అస్వస్థత పాలసీలలో చూస్తున్న ఓ ప్రామాణిక నిబంధన ఏమిటంటే పాలసీ కింద చెల్లించగల ఏదేని ప్రయోజనానికి ఆ పాలసీ అమల్లోకి వచ్చిన తర్వాత ౯౦ రోజుల సమయం ఉంటుంది. అలాగే కోలుకునేందుకు ౩౦ రోజుల వరకు అమల్లో ఉంటుంది. ఈ ప్రయోజనాన్ని "ప్రాణాపాయ ప్రయోజనం"గా అయోమయం చెందకుండా ఉండేందుకే ఓ "కోలుకునే ప్రయోజనం"గా వివరణ ఇచ్చే విధంగా కోలుకునే నిబంధన చేర్చబడింది. అంటే, తీవ్ర అస్వస్థతను అనుసరించే కఠిన పరిస్థితులను అధిగమించేలా ప్రయోజనం అందించబడుతుంది.

k) తీవ్ర అస్వస్థత పాలసీ తీసుకోవాలని కోరుకుంటున్న 45 ఏళ్ళకు పైబడిన వ్యక్తులకు కఠినమైన వైద్య పరీక్షలను నిర్వహించనున్నారు. ప్రామాణిక మినహాయింపులు అనేవి ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తుల్లో ఉన్నట్టుగానే ఉంటాయి. వేచి ఉండే కాలాన్ని ఆపే క్రమంలో వైద్య సలహాను కోరడం లేదా అనుసరించడంలో వైఫల్యం, వైద్య చికిత్సను జాప్యం చేయడంలో వైఫల్యం ప్రత్యేకంగా మినహాయించబడుతాయి.

l) బీమా సంస్థ పాలసీలో రక్షణ పొందిన ఒకటి లేదా మరిన్ని వ్యాధులకు ఒక్కసారి మాత్రమే లేదా ఒక నిర్దిష్ఠ సంఖ్య వరకు మాత్రమే అనేక సార్లు బీమా సంస్థ పరిహారం అందించవచ్చు. పాలసీ ముగిసిన తర్వాత ఏదేని బీమా చేసిన వ్యక్తి విషయంలో పాలసీ కింద పరిహారం చెల్లిస్తే పాలసీ ముగిసిపోతుంది.

m) తీవ్ర అస్వస్థత పాలసీని కూడా తవ ఉద్యోగులకు పాలసీలు తీసుకోవడానికి ముఖ్యంగా కార్పొరేట్లు లాంటి బృందాలకు అందించబడుతాయి.

G. దీర్ఘ కాలిక సంరక్షణ బీమా

జీవిత కాలం అంచనా పెరగడంతో నేడు ప్రపంచంలో వయోధికుల జనాభా పెరుగుతోంది. ప్రపంచ వ్యాప్తంగా వయోధికుల జనాభా పెరుగుతుండడంతో దీర్ఘ కాలిక ఆరోగ్య సంరక్షణకు ప్రాముఖ్యత కూడా పెరుగుతోంది. వయోధికులకు దీర్ఘకాలిక సంరక్షణ అవసరం ఉండడంతో పాటు వారు అంగవైకల్యానికి సంబంధించిన ఏ రకమైన సమస్యతో అయినా ఇబ్బంది పడుతుంటారు. దీర్ఘకాలిక సంరక్షణ అంటే ఎలాంటి తోడ్పాటు లేక తమను తాము చూసుకోలేని వారికి, భవిష్యత్తులో ఏ రకంగానూ ఆరోగ్యం బాగుపడదనుకునే వారికి వ్యక్తిగత లేదా చికిత్స సంరక్షణకు సంబంధించిన అన్ని రూపాలు అని అర్థం.

దీర్ఘ కాలిక సంరక్షణకు సంబంధించి రెండు రకాల ప్రణాళికలు ఉన్నాయి:

a) తమ భవిష్యత్తు వైద్య ఖర్చులపై శ్రద్ధ తీసుకునేందుకు ఆరోగ్యకరమైన బీమాదారు కొనుగోలు చేసిన ముందస్తు చెల్లింపు ప్రణాళికలు

b) బీమాదారుకు దీర్ఘకాలిక సంరక్షణ అవసరముంటే భారీ సొమ్ము ప్రీమియంతో కొనుగోలు చేసిన త్వరిత అవసరాల ప్రణాళికలు.

అంగవైకల్యం తీవ్రత (మరియు ఎదురుచూస్తున్న కొనసాగింపు కాలం) ప్రయోజన పరిమాణాన్ని నిర్ణయిస్తోంది. దీర్ఘకాలిక సంరక్షణ ఉత్పత్తులు భారతీయ మార్కెట్‌లో ఇంకా అభివృద్ధి చెందాల్సి వస్తుంది.

భవిష్య ఆరోగ్య పాలసీ

నాలుగు ప్రభుత్వ రంగ బీమా సంస్థలు మార్కెటింగ్ చేసిన భవిష్య ఆరోగ్య పాలసీని మొదటి ముందస్తు చెల్లింపు బీమా ప్రణాళిక అని చెప్పవచ్చు. 1990లో ప్రవేశపెట్టిన ఆ పాలసీ ప్రాథమికంగా ఓ బీమా చేసిన వ్యక్తి తన ఉత్పాదక జీవితం సందర్భంగా ప్రీమియం చెల్లిస్తూ తన పదవీ విరమణానంతరం కావాల్సిన ఆరోగ్య సంరక్షణ అవసరాలను చేపట్టడానికి ఉద్దేశించినది. చనిపోయిన తర్వాత కుటుంబ ప్రయోజనాలకు బదులు భవిష్యత్తు జీవితంలో అవసరమైన వైద్య ఖర్చులనుంచి రక్షణ కల్పించే రీతిలో ఓ జీవిత బీమా పాలసీని తీసుకోవడం లాంటిది.

a) వాయిదా మెడీక్లెయిమ్

ఈ పాలసీ అనేది ఒక రకంగా వాయిదా వేసిన లేదా భవిష్య మెడీక్లెయిమ్ పాలసీ లాంటిది. మెడీక్లెయిమ్ తరహాలోనే రక్షణను అందిస్తుంది. ప్రతిపాదకులు 25-55 ఏళ్ల మధ్య ఏ వయసులో అయినా ఈ పథకంలో చేరవచ్చు.

b) పదవీ విరమణ వయసు

చేరుతున్న తేదీ, ఎంపిక చేసుకున్న పదవీ విరమణ వయసుకు మధ్య నాలుగేళ్ళ విరామం స్పష్టంగా ఉండేలనే నిబంధనతో 55-60 ఏళ్ళ మధ్య పదవీ విరమణ వయసును ఎంచుకోవచ్చు. పాలసీ విరమణ తేదీ అంటే, పాలసీ

కింద ప్రయోజనం ప్రారంభమయ్యే ఉద్దేశ్యం కోసం షెడ్యూల్‌లో పేర్కొన్నట్టు ప్రతిపాదనపై సంతకం చేసే సమయంలో బీమాదారు ఎంచుకునే వయసు అని అర్థం. ఈ వయసును ముందుకు తీసుకురాలేము.

c) పూర్వ విరమణ కాలం

పూర్వ విరమణ కాలం అంటే ప్రతిపాదన అంగీకార తేదీ నుంచి మొదలై, షెడ్యూల్‌లో పేర్కొన్నట్టు పాలసీ విరమణ వయసుతో ముగిసే కాలం. ఈ కాలం సందర్భంగా, బీమా చేసిన వ్యక్తి వర్తించే పరిధికి లోబడి వాయిదాలలో/ఒకేసారి ప్రీమియంను చెల్లిస్తున్నారు. బీమా చేసిన వ్యక్తికి ఒకేసారి పెద్ద మొత్తంలో లేదా వాయిదాలలో ప్రీమియంను చెల్లించే అవరాశముంటుంది.

d) ఉపసంహారణ

ఒకవేళ, బీమాదారు చనిపోయినా లేదంటే పదవీ విరమణ వయసుకు ముందు కానీ, ఎంచుకున్న పదవీ విరమణ వయసు తర్వాత కానీ పథకం నుంచి ఉపసంహరించుకోవాలని కోరుకున్నా పాలసీ కింద ఎలాంటి క్లెయిమ్ జరగకుంటే సముచిత ప్రీమియం రీఫండ్ అనుమతించబడుతుంది. పునరుద్ధరణలో జాప్యానికి సంతృప్తికరమైన కారణం ఉంటే ప్రీమియం చెల్లింపునకు ఏడు రోజుల కారుణ్య సమయం ఉంటుంది.

e) అసైన్‌మెంట్

అసైన్‌మెంట్ కోసం ఈ పథకం అందిస్తుంది.

f) మినహాయింపులు

ఈ పాలసీ మెడీక్లెయిమ్‌లో ఉన్నట్టుగా నిర్దిష్ట వ్యాధులకు ముందస్తు వ్యాధుల మినహాయింపు, 30 రోజుల వేచి ఉండే కాలం, మొదటి ఏడాది తోపుడు ఉండదు. ఇది భవిష్యత్ మెడీక్లెయిమ్ పాలసీ కాబట్టి, ఇది కాస్త వివేచనతో ఉంటుంది.

g) బృంద బీమా రకం

పాలసీని బృంద బీమా ప్రాతిపదికన అందుకోవచ్చు. ఇలాంటి సందర్భంలో బృంద తగ్గింపు సదుపాయం అందుబాటులో ఉంటుంది.

H. ఉమ్మడి-ఉత్పత్తులు

కొన్ని సందర్భాల్లో జీవితబీమాకు సంబంధించిన ఉత్పత్తులు ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తులతో కలసి లభిస్తాయి. రెండు బీమా సంస్థలు కలసి ఓ అవగాహనకు రావడం ద్వారా ఓ ప్యాకేజీ పద్ధతిలో మరిన్ని ఉత్పత్తులను ముందుకు తీసుకెళ్ళడానికి ఇదో మంచి మార్గం.

కాబట్టి ఆరోగ్య బీమా హెల్త్ ప్లస్ లైఫ్ కాంబీ ఉత్పత్తులు అంటే జీవిత బీమా కంపెనీకి చెందిన జీవిత బీమా రక్షణ, జీవిత యేతర బీమా సంస్థ మరియు/లేదా విశిష్టమైన ఆరోగ్యబీమా కంపెనీ అందించే ఉత్పత్తుల కలయిక అని అర్థం.

ఈ ఉత్పత్తులకు రెండు బీమా సంస్థలు సంయుక్తంగా రూపకల్పన చేసి, ఆ రెండు బీమా సంస్థల పంపిణీ ఛానెళ్ళ ద్వారా మార్కెట్ చేయవచ్చు. ఇది రెండు కంపెనీల మధ్య ఓ ఒప్పందానికి వీలు కల్పిస్తుందన్నది స్పష్టం. ఇలాంటి ఒప్పందం ఏ సమయంలో అయినా ఒక జీవిత బీమా సంస్థ, ఒక జీవిత యేతర బీమా సంస్థ మధ్య మాత్రమే అనుమతింబడుతుంది. మార్కెటింగ్, పాలసీ సేవ, సాధారణ ఖర్చులను పంచుకోవడం లాంటి మార్గాలతో పాటు పాలసీ సేవా పరామితులు, ప్రీమియం బదిలీకోసం ఇలాంటి కంపెనీల మధ్య ఓ అవగాహన ఒప్పందం చోటు చేసుకుంటాయి. ఈ ఒప్పందం కోసం బీమా సంస్థల్లో ఏదైనా ఒకటి ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ ఆమోదాన్ని కోరవచ్చు. ఒప్పందం దీర్ఘకాలిక స్వభావం కలిగి ఉండాలి. ప్రత్యేక సందర్భాల్లో ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ సంతృప్తి చెందితే తప్పించి, ఒప్పందం నుంచి ఉపసంహరించుకోవడం అనుమతించబడదు.

ఉమ్మడి ఉత్పత్తులకోసం అవసరమైన విధంగా వివిధ సేవలను అందించడానికి ఓ ప్రవేశస్థానంగా పాలసీ సేవను అనుకూలితం చేయడంలో ఆ రెండు బీమా కంపెనీలలో ఒకటి ప్రధాన బీమా సంస్థగా వ్యవహరించేలా పరస్పరం అంగీకరించవచ్చు. ఒప్పందానికి వీలు కల్పించడం, పాలసీ సేవ అందించడంలో ప్రధాన బీమా సంస్థ ప్రముఖ పాత్ర పోషిస్తుంది. అయినప్పటికీ, పాలసీలో ఏ భాగం ప్రభావితమైందనే దాని ఆధారంగా సంబంధిత బీమా సంస్థలు క్లెయిమ్‌లు, కమిషన్ చెల్లింపులను నిర్వహిస్తాయి.

'ఉమ్మడి ఉత్పత్తి' ఫైలింగ్ ఎప్పటికప్పుడు జారీ చేస్తున్న ఫైల్ అండ్ యూజ్ మార్గదర్శకాలను అనుసరించి, వ్యక్తిగతంగా పరిష్కరించబడుతుంది. రెండు రిస్క్ ల ఖరీదైన భాగాలు వేర్వేరుగా గుర్తించబడి, పూర్వ-అమ్మకం స్థితి, అమ్మకం తర్వాతి స్థితులలో, పాలసీ దస్తావేజు, అమ్మకం వివరాలు లాంటి అన్ని దస్తావేజుల్లోనూ పాలసీదారులకు వెల్లడించబడుతాయి.

వ్యక్తిగత బీమా పాలసీ, బృంద బీమా ప్రాతిపదికన కూడా ఈ ఉత్పత్తిని ఇవ్వజూపవచ్చు. అయినప్పటికీ, ఆరోగ్య బీమా ఫ్లోటర్ పాలసీలకు సంబంధించి, స్వచ్ఛమైన కాలపరిమితి జీవిత బీమా కవరేజీ కుటుంబంలోని సంపాదనపరుడైన ఓ సభ్యుడి జీవితంపై అనుమతించబడుతుంది. బీమా చేయగల వడ్డీ, సంబంధిత బీమా సంస్థల ఒప్పంద నిబంధలకు తగ్గట్టు వర్తించగలిగేదిగా ఆరోగ్యబీమా పాలసీని ప్రతిపాదించింది కూడా వారే అయి ఉంటారు.

స్వేచ్ఛ పరిశీలన ఐచ్ఛికం అనేది బీమా సంస్థకు అందుబాటులో ఉంటుంది. ఇది పూర్తిగా 'కోంబి ఉత్పత్తి'కి వర్తింపజేయబడుతుంది. అయినప్పటికీ, 'ఉమ్మడి ఉత్పత్తి'లోని ఆరోగ్య విభాగం సంబంధిత జీవనయేతర/ప్రత్యేక ఆరోగ్య బీమా కంపెనీ నుంచి పాలసీదారు ఐచ్ఛికంలో దాని పునరుద్ధరణ హక్కును కలిగి ఉండాలి.

ఉమ్మడి ఉత్పత్తుల మార్కెటింగ్‌ను ప్రత్యక్షంగా మార్కెటింగ్ ఛానెళ్లు, రెండు బీమా సంస్థలకు ఉమ్మడిగా వ్యవహరించే బ్రోకర్లు, అవిభక్త వ్యక్తిగత, కార్పొరేట్ ఏజెంట్ల ద్వారా చేపట్టవచ్చు కానీ బ్యాంక్ రెఫరల్ ఏర్పాట్ల ద్వారా చేపట్టాల్సిన అవసరం లేదు. అయినప్పటికీ, వారు ఆ రెండు బీమా కంపెనీలకు చెందిన ఏదేని ఉత్పత్తులను మార్కెట్ చేసే అధికారం పొందిన మధ్యవర్తులుగా ఉండరాదు.

ప్రత్యేకించి రెండుల బీమా సంస్థలు పాలుపంచుకునేటప్పుడు ప్రతిపాదన, అమ్మకం వివరాల్లో కొన్ని విషయాలను వెల్లడించాల్సి ఉంటుంది. అంటే ఒక్కో రిస్క్ మరో రిస్క్ తో పేరు పడి ఉంటుందా, ఎవరు క్లెయిమ్‌లను పరిష్కరిస్తారు, బీమాదారు ఐచ్చికంలో రెండూ లేదా ఒక రక్షణ పునరుద్ధరణకు సంబంధించిన విషయాలు, సేవా సదుపాయాలు లాంటివి. రెండు బీమా సంస్థల మధ్య డేటా చాలావరకు ఏకీకరణ అయి, అవసరమైనప్పుడు ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐకు డేటా తయారయ్యేలా ఉంటుంది కాబట్టి ఈ వ్యాపారానికి ఐ.టి సిస్టం చాలా దృఢంగా, అతుకుల్లేనిదిగా ఉండాలి.

I. ప్యాకేజీ పాలసీలు

ప్యాకేజీ లేదా గొడుగు రక్షణలు ఒక ఏక దస్తావేజు కింద రక్షణల మేళవింపును అందిస్తుంది.

ఉదాహరణకు, ఇతర వ్యాపార రకాలలో, హౌస్ హోల్డర్స్ (కుటుంబ) పాలసీ, షాప్ కీపర్స్ (దుకాణ యజమాని) పాలసీ, ఆఫీస్ ప్యాకేజీ పాలసీ లాంటి రక్షణలు కూడా ఉన్నాయి. అంటే ఒకే పాలసీ కింద భవనాలు, విషయాలు తదితరాలు లాంటి వివిధ భౌతిక ఆస్తులకు రక్షణ కోరవచ్చు. ఇలాంటి పాలసీలు నిర్దిష్ట వ్యక్తిగత కోణాలు లేదా రుణ రక్షణలను కూడా చేర్చుకోవచ్చు.

తీవ్ర అస్వస్థత రక్షణ ప్రయోజనాలను, పూచీ పాలసీలతో కలపడం, చివరకు జీవిత బీమా పాలసీలను ఆసుపత్రి రోజువారీ నగదు ప్రయోజనాలతో కలపడం లాంటి వాటిని ఆరోగ్య బీమాలో ప్యాకేజీ పాలసీకి ఉదాహరణలుగా చెప్పవచ్చు.

ప్రయాణ బీమా విషయంలో, ఇవ్వజూపే పాలసీ అనేది ఆరోగ్య బీమాకు రక్షణ కల్పించడమే కాక అస్వస్థత/ప్రమాదం వల్ల అయ్యే వైద్య ఖర్చులతో పాటు ప్రమాద మృతి/ అంగవైకల్యానికి, బ్యాగేజీ తప్పిపోవడం, జాప్యం కావడం, పాస్‌పోర్టు, దస్తావేజులు పోగొట్టుకోవడం, ఆస్తి/వ్యక్తిగత నష్టాల విషయంలో మూడో పార్టీ రుణం, ప్రయోజనాలను కూడా అందిస్తుంది. ప్రయాణాల రద్దు, హైజాక్ నుంచి కూడా రక్షణ కల్పిస్తుంది.

J. పేద వర్గాలకు సూక్ష్మ బీమా మరియు ఆరోగ్య బీమా

గ్రామీణ, పేద వర్గాలకు చెందిన అల్పాదాయ వర్గాల రక్షణను దృష్టిలో పెట్టుకుని సూక్ష్మ బీమా ఉత్పత్తులకు ప్రత్యేకంగా రూపకల్పన జరిగింది. అల్పాదాయ వర్గాలు మన జనాభాలో గణనీయంగా ఉన్నారు. సాధారణంగా ఎలాంటి ఆరోగ్య భద్రత రక్షణ ఉండదు. కాబట్టి, సాధారణ రిస్క్‌లను పరిగణనలోకి తీసుకుని, ఈ ప్రజలు కోలుకునేలా చేసేందుకు చౌక ప్రీమియం, ప్రయోజన ప్యాకేజీని కలిగిన ఈ తక్కువ విలువ ఉత్పత్తిని ప్రారంభించారు. సూక్ష్మ బీమాను ఐ.ఆర్.డి.ఏ మైక్రో ఇన్సూరెన్స్ రెగ్యులేషన్స్ 2005 పర్యవేక్షిస్తోంది.

ఐ.ఆర్.డి.ఏ సూక్ష్మ బీమా నియంత్రణలు, 2005కు తగ్గట్టు ఈ ఉత్పత్తులు తక్కువ ప్రీమియంతో వస్తున్నాయి. ఇందులో బీమా చేసే సొమ్ము రూ. 30వేల కన్నా తక్కువగా ఉంటుంది. చాలావరకు వివిధ సామూహిక సంస్థలు లేదా ప్రభుత్వేతర సంస్థలు (ఎన్.జి.ఓలు) తమ సభ్యులకోసం ఇలాంటి రక్షణలను తీసుకుంటాయి. బీమాను మరింత ఎక్కువ మందికి చేరేలా బీమా సంస్థలు తమ పాలసీలలో కొంత భాగాన్ని సూక్ష్మ బీమా ఉత్పత్తులుగా అమ్మాలని ఐ.ఆర్.డి.ఏకు చెందిన గ్రామీణ, సామాజిక రంగం నిబంధనల్లో పేర్కొని ఉన్నారు.

సమాజంలోని నిరుపేద వర్గాలకు సేవలు అందించడం కోసం ప్రభుత్వ రంగ సంస్థలు ప్రత్యేకంగా రూపొందించిన రెండు పాలసీలు కింద వివరించబడ్డాయి:

1. జన ఆరోగ్య బీమా పాలసీ

జన ఆరోగ్య బీమా పాలసీలోని విశిష్టాంశాలు కింద ఇవ్వబడ్డాయి:

a. సమాజంలోని నిరుపేద వర్గాలకు చౌకగా వైద్య బీమా అందించడం కోసం ఈ పాలసీ రూపొందించబడింది.

b. వ్యక్తిగత మెడిక్లెయిమ్ పాలసీ తరహాలో ఈ కవరేజీ ఉంటుంది. సంచిత బోనస్మరియు మెడికల్ పరీక్ష ప్రయోజనాలు చేర్చబడవు.

c. వ్యక్తులకు, కుటుంబ సభ్యులకు పాలసీ అందుబాటులో ఉంటుంది.

d. ఐదు నుంచి 70 ఏళ్ళలోపు వారికి వర్తిస్తుంది.

e. ఒకరు లేదా ఇద్దరు తల్లిదండ్రులు concurrentlyరక్షణ కలిగి ఉంటే మూడు నెలల నుంచి ఐదేళ్ళ లోపు చిన్నారులకు రక్షణ కల్పించవచ్చు.

f. బీమా చేసిన ఒక్కో వ్యక్తికి బీమా సొమ్ము రూ. 5వేలకు నియంత్రించబడింది. చెల్లించాల్సిన ప్రీమియం కింది పట్టిక ప్రకారం ఇవ్వబడింది.

పట్టిక 2.1

బీమా చేసిన వ్యక్తి వయసు	46 ఏళ్ళ వరకు	46-55	56-65	66-70

కుటుంబ పెద్ద	70	100	120	140
జీవిత భాగస్వామి	70	100	120	140
25 ఏళ్ళ వరకు ఆధారపడిన చిన్నారి	50	50	50	50
ఆధారపడిన 2+1 చిన్నారులు కలిగిన కుటుంబం	190	250	290	330
ఆధారపడిన 2+2 చిన్నారులు కలిగిన కుటుంబం	240	300	340	380

- ఆదాయ పన్ను చట్టంలోని 80 డి సెక్షన్ కింద పన్ను ప్రయోజనానికి ప్రీమియం అర్హత పొందింది.
- సేవా పన్ను పాలసీకి వర్తించదు.

2. యూనివర్సల్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ స్కీమ్(UHIS)

వంద లేదా అంతకన్నా ఎక్కువ కుటుంబాలతో కూడిన బృందాలకు ఈ పాలసీ వర్తిస్తుంది. ఇటీవలి కాలంలో వ్యక్తిగత UHISపాలసీలు కూడా జనానికి అందుబాటులోకి వచ్చాయి.

ప్రయోజనాలు

సార్వజనీన ఆరోగ్య బీమా పథకం ప్రయోజనాల జాబితా కింద ఇవ్వబడ్డాయి.:

- **మెడికల్ రీఇంబర్స్‌మెంట్**

  కింది ఉపపరిమితులకు లోబడి ఓ వ్యక్తి/కుటుంబానికి రూ. 30వేల వరకు ఆసుపత్రి ఖర్చుల రీఇంబర్స్‌మెంట్‌ను ఈ పాలసీ అందిస్తుంది.

పట్టిక 2.2

వివరాలు	**పరిమితి**
గది, బస ఖర్చులు	రోజుకు రూ.150/- వరకు
ఐ.సి.యులో అనుమతిస్తే	రోజుకు రూ. 300/- వరకు
సర్జన్, మత్తుమందు నిపుణుడు, కన్సల్టంట్, స్పెషలిస్టుల ఫీజు, నర్సింగ్ ఫీజు	ఒక అస్వస్థత/గాయానికి రూ. 4,500/- వరకు
అనస్తీసియా, రక్తం, ఆక్సిజన్, ఓటీ ఛార్జీలు, మందులు, వ్యాధి నిర్ధరణ సామగ్రి, ఎక్స్ రే, డయాలిసిస్, రేడియోథెరపీ, కీమోథెరపీ, పేస్ మేకర్ ఖర్చు, కృత్రిమ అవయవం తదితరాలు.	ఒక అస్వస్థత/గాయానికి రూ. 4,500/- వరకు
ఏదేని ఒక అస్వస్థతకు అయ్యే మొత్తం ఖర్చులు	రూ. 15,000/-వరకు

- **వ్యక్తిగత ప్రమాద రక్షణ**

ప్రమాదం కారణంగా కుటుంబంలో సంపాదనపరుడైన యజమాని (షెడ్యూల్‌లో పేర్కొన్నట్టుగా) మృతి చెందితే కవరేజీ: రూ. 25,000/-.

- **అంగవైకల్య రక్షణ**

ప్రమాదం/అస్వస్థత కారణంగా కుటుంబంలో సంపాదనపరుడైన యజమాని ఆసుపత్రిలో చేరాల్సి వస్తే మూడు రోజుల వేచి ఉండే కాలం తర్వాత గరిష్ఠంగా 15 రోజుల వరకు రోజుకు రూ. 50/-ల పరిహారం చెల్లించబడుతుంది.

- **ప్రీమియం**

పట్టిక 2.3

హక్కుదారు	**ప్రీమియం**
ఒక వ్యక్తికి	ఏడాదికి రూ. 365/-
ఐదుగురు సభ్యులు కలిగిన ఓ కుటుంబానికి (మొదటి ముగ్గురు పిల్లలు సహా)	ఏడాదికి రూ. 548/-
ఏడుగురు సభ్యులు కలిగిన ఓ కుటుంబానికి (ముగ్గురు పిల్లలు, ఇద్దరు ఆధాపడిన తల్లిదండ్రులు సహా)	ఏడాదికి రూ. 730/-
దారిద్ర్య రేఖ దిగువన నివసిస్తున్న కుటుంబాలకు ప్రీమియం సబ్సిడీ	దారిద్ర్య రేఖకు దిగువన నివసిస్తున్న కుటుంబాలకు ప్రభుత్వం ప్రీమియం సబ్సిడీని అందిస్తుంది.

K. రాష్ట్రీయ స్వస్థ్య బీమా యోజన

ప్రభుత్వం అనేక ఆరోగ్య పథకాలను ప్రకటించింది. అందులో కొన్ని నిర్ధిష్ట రాష్ట్రాలకు వర్తిస్తుంది. జనానికి ఆరోగ్య బీమా పథకాల ప్రయోజనాలు అందించడం కోసం బీమా కంపెనీలతో కలసి ప్రభుత్వం రాష్ట్రీయ స్వస్థ్య బీమా యోజనను అమలు చేసింది. దారిద్ర్య రేఖకు దిగువన నివసిస్తున్న (బి.పి.ఎల్) కుటుంబాలకు ఆరోగ్యబీమా రక్షణను అందించడం కోసం RSBYను భారత ప్రభుత్వ కార్మిక, ఉపాధి కల్పన శాఖ దీనిని ప్రవేశపెట్టింది.

రాష్ట్రీయ స్వస్థ్య బీమా యోజన ముఖ్యాంశాలు కింద ఇవ్వబడ్డాయి:

a. కుటుంబ ఫ్లోటర్ ప్రాతిపదికన ప్రతి బి.పి.ఎల్ కుటుంబానికి బీమా చేసిన మొత్తం సొమ్ము రూ. 30వేలు

b. ముందుగా ఉంటున్న వ్యాధులకు రక్షణ

c. ఆసుపత్రిలో చేరడానికి, డేకేర్ ప్రాతిపదికన శస్త్ర చికిత్స స్వభావం కలిగిన సేవలకు సంబంధించిన కవరేజీ.

d. అర్హత కలిగిన వైద్య సేవలకు సంబంధించి నగదు రహిత రక్షణ.

e. స్మార్ట్ కార్డు సదుపాయం.

f. ఆసుపత్రిలో చేరడానికి ముందు, డిశ్చార్జ్ అయిన తర్వాతి ఖర్చుల సదుపాయం.

g. ప్రతి సందర్శనకు రూ. 100/- రవాణా భత్యం.

h. కేంద్ర, రాష్ట్ర ప్రభుత్వాలు బీమా సంస్థకు ప్రీమియం చెల్లిస్తాయి.

i. పోటీ బిడ్డింగ్ ప్రాతిపదికన రాష్ట్ర ప్రభుత్వమే బీమాసంస్థలను ఎంపిక చేస్తుంది.

j. ప్రభుత్వ, ప్రైవేటు ఆసుపత్రుల మధ్య లబ్దిదారు ఎంపిక.

k. ప్రీమియం భారాన్ని కేంద్ర, రాష్ట్ర ప్రభుత్వాలు 3:1నిష్పత్తిలో పంచుకుంటాయి. కేంద్ర ప్రభుత్వం ఒక్కో కుటుంబానికి గరిష్ఠ మొత్తంగా రూ. 565/-లను చెల్లిస్తుంది.

l. రాష్ట్ర ప్రభుత్వం వార్షిక ప్రీమియంలో 25 శాతాన్ని, రూ. 750-లను మించిన ఏదేని అదనపు ప్రీమియంను చెల్లిస్తుంది.

m. రిజిస్ట్రేషన్/పునరుద్ధరణ ఫీజుగా లబ్ధిదారు ఏడాదికి రూ. 30/-లను చెల్లించాల్సి వస్తుంది.

n. నిర్వహణ వ్యయాన్ని రాష్ట్ర ప్రభుత్వం భరిస్తుంది.

o. ఈ ప్రయోజనం కోసం ప్రతి ప్రయోజనదారుకు రూ. 60/-లు స్మార్ట్ కార్డు అదనపు మొత్తంగా లభిస్తుంది.

p. స్మార్ట్ కార్డు జారీ చేసిన తేదీకి తర్వాతి నెల ఒకటో తేదీ నుంచి ఈ పథకం కార్యకలాపాలు ప్రారంభిస్తుంది. కాబట్టి, ఒక జిల్లాలో ఫిబ్రవరి నెలలో ఏరోజైనా ప్రారంభ స్మార్ట్ కార్డులు జారీ అయితే, ఈ పథకం ఏప్రిల్ 1 నుంచి ప్రారంభమవుతుంది.

q. ఆ పథకం తర్వాతి ఏడాది 31 మార్చి వరకు అంటే ఏడాది పాటు కొనసాగుతుంది. ఆ జిల్లాలో అది ఆ పథకానికి ముగింపు తేదీ కాగలదు. కాబట్టి జోక్యం చేసుకునే కాలం కూడా తర్వాతి ఏడాది మార్చి 31గా ఉంటుంది.

షెడ్యూల్‌లో ప్రస్తావించిన టి.పి.ఏ లేదా బీమా కంపెనీ ద్వారా క్లెయిమ్ సెటిల్‌మెంట్ చేయబడుతుంది. జాబితా పరచిన ఆసుపత్రుల ద్వారా సాధ్యమైనంత వరకు నగదు రహితంగా సెటిల్‌మెంట్ చేయాల్సి ఉంటుంది.

ఏదేని ఒక అస్వస్థతను అస్వస్థత కొనసాగింపు కాలంగా పరిగణించబడుతుంది. ఆసుపత్రిలో చివరి కన్సల్టేషన్ తేదీ నుంచి అరవై రోజుల్లోపు తిరిగి గడువు ముగియడం కూడా అందులో ఉంటుంది.

L. ప్రధాన మంత్రి సురక్ష బీమా యోజన

వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా, అంకవైకల్య రక్షణ బీమాను కూడా చేర్చుకుని ఇటీవల ప్రకటించిన PMSBY ఎక్కువ మందిని ఆకర్షిస్తుంది. పథకం వివరాలు కిందివిధంగా ఉన్నాయి :

రక్షణ పరిధి: ఈ పథకంలో పాలుపంచుకుంటున్న బ్యాంకుల్లో 18 నుంచి 70 ఏళ్లలోపు వయసున్నసేవింగ్స్ బ్యాంక్ ఖాతాదారులందరూ ఇందులో చేరవచ్చు. పాలుపంచుకునే బ్యాంకులు రక్షణ కోసం ఇలాంటి బ్యాంకుకు ఓ మాస్టర్ పాలసీని ఇవ్వజూపే జీవిత యేతర బీమా సంస్థతో ఒప్పందం కుదుర్చుకుంటాయి. ఒక సేవింగ్స్ బ్యాంకు ఖాతా ద్వారా మాత్రమే ఏ వ్యక్తి అయినా ఇందులో చేరడానికి అర్హత కలిగి ఉంటారు. ఒకటికన్నా ఎక్కువ బ్యాంకుల్లో పేరు నమోదు చేసుకుంటే, వాళ్లకు అదనపు ప్రయోజనమేదీ దక్కదు. వారు చెల్లించిన అదనపు ప్రీమియంను కోల్పోవాల్సి వస్తుంది. ఆధార్ కార్డును బ్యాంకు అకౌంట్‌కు ప్రధాన కె.వై.సి (నో యువర్ కస్టమర్)గా పరిగణిస్తారు.

నమోదు విధానం /కాలం: ఈ రక్షణ 1జూన్ నుంచి 31 మే వరకు ఏడాది కాలానికి అమల్లో ఉంటుంది. దీనికోసం ప్రతి ఏడాది నిర్ణీత ఫారాల్లో తాము కార్యకలాపాలు సాగించే బ్యాంకు ఖాతా నుంచి స్వయంచాలకంగా డబ్బు జమ చేసుకునే ఐచ్ఛికాన్ని ఏడా 31లోపు ఇవ్వాల్సిన అవసరముంది. మొదటి ఏడాది దీనిని 2015 ఆగస్టు 31 వరకు పొడిగించవచ్చు. ఆవిష్కరణ కారణంగా చేరిక తేదీని భారత ప్రభుత్వం 2015 నవంబరం 30 వరకు పొడిగించవచ్చు.

పూర్తి వార్షిక ప్రీమియం చెల్లింపు మీదట తర్వాత నిర్దిష్ట నిబంధనల మేరకు చేరడం సాధ్యపడవచ్చు. గత అనుభవం ప్రాతిపదికన సవరించవచ్చనే నిబంధనలతో పథకం కొనసాగింపును బట్టి, నమోదు/స్వీయ-జమ కోసం నిరవధిక/సుదీర్ఘ ఐచ్ఛికాన్ని దరఖాస్తుదారులు ఇవ్వవచ్చు. ఏ దశలో అయినా ఈ పథకం నుంచి నిష్క్రమించిన వ్యక్తులు పద్ధతికి అతీతంగా భవిష్యత్తులో తిరిగి చేరవచ్చు. ఏడాదికేడాది అర్హత విభాగంలోకి కొత్తగా ప్రవేశించిన వారు లేదా ఇది వరకు చేరక ప్రస్తుతం అర్హత కలిగిన వారు పథకం కొనసాగుతుండగా భవిష్యత్తులో ఎప్పుడైనా వారు చేరవచ్చు.
బీమా కింద ప్రయోజనాలు కింది విధంగా ఉన్నాయి :

ప్రయోజనాల పట్టిక	బీమా చేసిన మొత్తం
మరణం	రూ. 2 లక్షలు
పూర్తిగా రెండు కన్నులు తిరిగి పొందలేని నష్టం లేదా రెండు చేతులు లేదా కాళ్లు ఉపయోగించడానికి వీలు లేకపోవడం లేదా ఒక కంటి చూపును, ఒక చెయ్యి లేదా ఒక కాలును ఉపయోగించడానికి వీలు లేకపోవడంతో ఏర్పడిన నష్టం.	రూ. 2 లక్షలు

పూర్తిగా ఒక కంటి చూపు, లేదా ఒక చెయ్యి లేదా ఒక కాలు ఉపయోగాన్ని తిరిగి కోలుకోని రీతిలో కోల్పోవడం	రూ. 1 లక్ష

చేరిక, నామినేషన్ సదుపాయం ఎస్.ఎమ్.ఎస్, ఇమెయిల్ లేదా వ్యక్తిగత సందర్శన ద్వారా అందుబాటులోకి వస్తుంది.

ప్రీమియం: ప్రతి సభ్యుడికి రూ. 12/- వార్షిక ప్రీమియం. ప్రతి వార్షిక రక్షణ కాలం జూన్ 1వ తేదీ ముందు ఒకే వాయిదాలో ఖాతాదారు పొదుపు ఖాతాలోని 'స్వీయ జమ' సదుపాయం నుంచి ప్రీమియం తగ్గించబడుతుంది. అయినప్పటికీ, జూన్ 1 తర్వాత స్వీయ జమ జరిగే సందర్భాల్లో స్వీయ జమ జరిగిన తర్వాతి నెల మొదటి తేదీ నుంచి రక్షణ అమల్లోకి వస్తుంది. స్వీయ జమ ఐచ్ఛికాన్ని ఇచ్చినపుడు భాగస్వామ్యం కలిగిన బ్యాంకులు ప్రీమియంను అదే నెల జమ చేస్తాయి. అంటే చాలావరకు ప్రతి ఏడాది మేలోనే ప్రీమియం మొత్తాన్ని వారి ఖాతానుంచి తీసివేసి, ఆ నెలలోనే బీమా కంపెనీకి చెల్లించాల్సిన మొత్తాన్ని అందిస్తాయి.

వార్షిక క్లెయిమ్‌ల ప్రాతిపదికన ప్రీమియం సమీక్షించబడుతుంది. అయితే మొదటి మూడేళ్లలో ప్రీమియం పెంపు లేకుండా చూసేందుకు ప్రయత్నాలు చేస్తారు.

రక్షణ రద్దు: సభ్యుల ప్రమాద రక్షణ కింది కారణాలతో రద్దవుతుంది :

1. సభ్యుడు 70 ఏళ్ల వయసుని చేరుకుంటే (సమీప పుట్టిన తేదీ వయసు) లేదా
2. బ్యాంకుతో ఖాతా ముగింపు లేదా బీమాను అమలు చేసే రీతిలో తగినంత బ్యాలెన్స్ లేకపోవడం లేదా
3. ఒకటికన్నా ఎక్కువ ఖాతాలతో సభ్యుడు రక్షణ పొందే పక్షంలో బీమా రక్షణ ఒక ఖాతాకు మాత్రమే పరిమితం చేయబడుతుంది. ఇతర ఖాతాల ద్వారా పొందే రక్షణ రద్దవుతుంది. వాటికి చెల్లించిన ప్రీమియంను కోల్పోతారు.

గడువు తేదీలోపు తగినంత బ్యాలెన్స్ లేకపోవడం లేదా పరిపాలన పరమైన సమస్యలు లాంటి ఏదేని సాంకేతిక కారణాలతో బీమా రక్షణను నిలిపివేస్తే, నిర్ణయించిన నిబంధనలకు తగ్గట్టు పూర్తి వార్షిక ప్రీమియంను చెల్లించిన మీదట దానిని పునరుద్ధరించుకోవచ్చు. ఈ కాలంలో రిస్క్ రక్షణ తాత్కాలికంగా నిలిపివేయబడుతాయి. రిస్క్ రక్షణ పునరుద్ధరణ పూర్తిగా బీమా కంపెనీ విచక్షణపై ఆధారపడిఉంటుంది.

M. ప్రధాన మంత్రి జన్‌ధన్ యోజన

తేలికైన మార్గంలో బ్యాంకింగ్ సేవింగ్స్ అండ్ డిపాజిట్ ఖాతాలు, సొమ్ము పంపకం, పరపతి, జమ, బీమా, పెన్షన్‌లలో భారతీయ పౌరులకోసం ఈ ఆర్థిక సమ్మిళిత ఉద్యమాన్ని భారత ప్రధాన మంత్రి నరేంద్ర మోదీ 2014 ఆగస్టు 15న చేసిన మొదటి స్వతంత్ర దిన ప్రసంగం సందర్భంగా ప్రకటించిన విధంగా 2014 ఆగస్టు 28న ఆవిష్కరించారు. ఈ పథకం వల్ల ఏ వారంలోనూ ప్రారంభించనన్ని ఖాతాలు ఒకే వారంలో ప్రారంభమై ప్రపంచ రికార్డు సృష్టించింది. బ్యాంకింగ్ ప్రవాహంలో ఎక్కువ సంఖ్యలో ప్రజలను మిళితం చేసే ఉద్దేశ్యంతే ఇది ప్రవేశపెట్టబడింది.

ఏదేని బ్యాంకు శాఖ లేదా బిజినెస్ కరెస్పాండెంట్ (బ్యాంకు మిత్ర) దుకాణంలో ఓ ఖాతాను తెరవవచ్చు. PMJDY ఖాతాలను జీరో బ్యాలెన్స్‌తో తెరుస్తున్నారు. అయినప్పటికీ, ఖాతాదారు చెక్కు పుస్తకం పొందాలని కోరుకుంటే, వారు కనీస బ్యాలెన్స్ యోగ్యతలను నెరవేర్చాల్సి ఉంటుంది.

PMJDY పథకం కింద ప్రత్యేక ప్రయోజనాలు

1. డిపాజిట్టుపై వడ్డీ.
2. రూ. లక్ష విలువ చేసే ప్రమాద బీమా రక్షణ
3. కనీస బ్యాలెన్స్ అవసరం లేదు.
4. రూ. 30వేల విలువ చేసే జీవిత బీమా రక్షణ
5. దేశం నలుమూలలకూ సులభంగా సొమ్ము బదిలీ
6. ప్రభుత్వ పథకాల లబ్దిదారులు ఈ ఖాతాలలో ప్రత్యక్ష నగదు బదిలీ పొందుతారు.
7. ఖాతాను ఆరు నెలల పాటు సంతృప్తికరంగా నిర్వహించిన తర్వాత, ఓవర్ డ్రాఫ్ట్ సదుపాయం అనుమతించబడుతుంది.
8. పెన్షన్, బీమా ఉత్పత్తులు ప్రాప్తించబడుతాయి.
9. ప్రమాద బీమా రక్షణ
10. రూపే డెబిట్ కార్డు కనీసం 15 రోజులకు ఓ సారి దానిని ఉపయోగించాలి.
11. రూ. ఐదు వేల వరకు ఓవర్ డ్రాఫ్ట్ సదుపాయం. ఒక కుటుంబానికి ఒకరికి మాత్రమే. మహిళలకు ప్రాధాన్యత ఇవ్వబడుతుంది.

2015 మే 13న రికార్డు స్థాయిగా రూ. 16,918.91 కోట్ల బ్యాలెన్స్‌తో 15.59 కోట్ల ఖాతాలు ప్రారంభించబడ్డాయి. వీటిలో 8.50 కోట్ల ఖాతాలను జీరో బ్యాలెన్స్‌తో తెరిచారు.

N. వ్యక్తిగత ప్రమాద మరియు అంగవైకల్య రక్షణ

అనుకోని ప్రమాదం సంభవించినప్పుడు చోటు చేసుకునే మృతికి, అంగవైకల్యానికి ఓ వ్యక్తిగత ప్రమాద (PA) రక్షణ పరిహారం అందిస్తుంది. ఈ పాలసీలు చాలా తరచుగా ప్రమాద ప్రయోజనంతో కూడిన ఏదో రకమైన వైద్య రక్షణను అందిస్తాయి.

వ్యక్తిగత ప్రమాద పాలసీలో, ప్రమాద ప్రయోజనం అనేది బీమా చేసిన సొమ్ములో వంద శాతం చెల్లింపు కాగా, అంగవైకల్యం సంభవిస్తే, పరిహారం వేరు పడుతుంది. శాశ్వత అంగవైకల్యానికి అయితే బీమా చేసిన సొమ్ములో ఓ స్థిరమైన మొత్తాన్ని పరిహారంగా అందిస్తుండగా, తాత్కాలిక వైకల్యం కోసం వారాంతపు పరిహారాన్ని అందిస్తున్నారు.

వారాంతపు పరిహారం అంటే పరిహారం చెల్లించగల వారాల పరంగా గరిష్ఠ పరిమితికి లోబడి అంగవైకల్యం కలిగిన ప్రతి వారానికి నిర్ణీత సొమ్ము అందించబడుతుంది.

1. రక్షణ కలిగిన అంగవైకల్యం రకాలు

సాధారణంగా ఈ పాలసీ కింద రక్షణ కలిగిన అంగవైకల్యం రకాలు:

i. **శాశ్వత సంపూర్ణ అంగవైకల్యం (PTD):** అంటే జీవిత కాలమంతా పూర్తిగా అంగవైకల్యం చెందడం, అంటే నాలుగు అవయవాలు చచ్చుబడిపోవడం,comatose స్థితి, రెండు కళ్ళు/రెండు చేతులు/రెండు అవయవాలు లేదా ఒక చెయ్యి, ఒక కన్ను లేదా ఒక కన్ను, ఒక కాలు లేదా ఒక కాలు, ఒక చేయి కోల్పోవడం.

ii. **శాశ్వత పాక్షిక అంగవైకల్యం (PPD):** అంటే జీవితకాలమంతా పాక్షికంగా అంగవైకల్యం. అంటే చేతి వేళ్ళు, కాలి వేళ్లుtoes, phalanges తదితరాలు.

iii. **తాత్కాలిక సంపూర్ణ అంగవైకల్యం (TTD):** అంటే ఓ తాత్కాలిక సమయానికి పూర్తిగా అంగవైకల్యం చెందడం అని అర్థం. అంగవైకల్యం కాలంలో రాబడి కోల్పోవడానికి రక్షణ కల్పించే ఉద్దేశ్యంతో ఈ రక్షణ విభాగం ప్రవేశపెట్టబడింది.

చావు రక్షణ లేదా చావుతో పాటు శాశ్వత అంగవైకల్యం లేదా చావుతో పాటు శాశ్వత వైకల్యం, తాత్కాలిక సంపూర్ణ అంగ వైకల్యాన్ని మాత్రమే క్లయింట్ ఎంచుకునే అవకాశముంటుంది.

2. బీమా చేసిన సొమ్ము

వ్యక్తిగత ప్రమాద పాలసీలకు బీమా చేసిన సొమ్ము సాధారణంగా స్థూల మాస రాబడి ప్రాతిపదికన నిర్ణయించబడుతుంది. విలక్షణంగా ఇది స్థూల మాస రాబడిలో అరవై రెట్లు అధికంగా ఉంటాయి. అయినప్పటికీ, రాబడి స్థాయిని పరిగణనలోకి తీసుకోకుండా కొన్ని బీమాసంస్థలు నిర్ణీత ప్రణాళిక ప్రాతిపదికన కూడా అందిస్తాయి. ఇలాంటి పాలసీలలో రక్షణలోని ప్రతి విభాగానికి బీమా చేసిన సొమ్ము ఎంచుకున్న ప్రణాళిక ప్రకారం వేరుపడుతుంది.

3. ప్రయోజన ప్రణాళిక

ప్రయోజన ప్రణాళికగా ఉన్నందున, వ్యక్తిగత ప్రమాద పాలసీలు ఎక్కువ మందిని ఆకట్టుకోవు. కాబట్టి, ఒక వ్యక్తి విభిన్న బీమాదారులతో ఒకటికన్నా ఎక్కువ పాలసీలను కలిగి ఉంటే, ప్రమాద మృతి PTD లేదా PPD సంభవించినప్పుడు అన్ని పాలసీల కింద క్లెయిమ్‌లు చెల్లించబడుతాయి.

4. రక్షణ పరిధి

వైద్య ఖర్చులనుంచి రక్షణ ఇచ్చేందుకు ఈ పాలసీలు తరచూ విస్తరించబడుతాయి. ఇందులో ఆసుపత్రిలో చేరిన ఖర్చులు, ప్రమాదం తర్వాత అయ్యే ఇతర వైద్య ఖర్చులు కూడా రీఇంబర్స్ చేయబడుతాయి. నేడు ఓ ప్రమాదం జరిగిన వెంటనే అయ్యే వైద్య/ఆసుపత్రి ఖర్చులకు రక్షణ కల్పించే ఆరోగ్య పాలసీలు ఉన్నాయి. ఇలాంటి పాలసీలు వ్యాధులకు, వాటి చికిత్సకు రక్షణ కల్పించవు. దీనికి బదులు ప్రమాద సంబంధిత వైద్య ఖర్చులకు మాత్రమే రక్షణ కల్పిస్తాయి.

5. విలువ ఆధారిత ప్రయోజనాలు

వ్యక్తిగత ప్రమాదంతో పాటు పలు బీమా సంస్థలు ప్రమాదం కారణంగా ఆసుపత్రిలో చేరుతున్నప్పుడు అయ్యే ఆసుపత్రి నగదు, మృతదేహం తరలింపు రవాణా ఖర్చు, నిర్ణీత మొత్తంలో విద్య ప్రయోజనం, వాస్తవ లేదా స్థిర పరిమితి ప్రాతిపదికన ఆంబులెన్స్ ఛార్జీలలో ఏది తక్కువైతే అది లాంటి విలువ ఆధారిత ప్రయోజనాలను కూడా చాలా సంస్థలు ఇవ్వజూపుతున్నాయి.

6. మినహాయింపులు

వ్యక్తిగత ప్రమాద రక్షణ కింద సాధారణ మినహాయింపులు:

i. పాలసీ ప్రారంభానికి ముందే ఉన్న ఏదేని అంగవైకల్యం

ii. మానసిక సమస్యలు లేదా ఏదేని జబ్బు కారణంగా మృతి లేదా అంగవైకల్యం

iii. సుఖ వ్యాధి, లైంగికంగా వ్యాపించే వ్యాధులు, ఎయిడ్స్, లేదా మానసిక వ్యాధి వల్ల ప్రత్యక్షంగా, పరోక్షంగా కలిగే వ్యాధులు

iv. ఒక ప్రమాదం నుంచి వచ్చేవి తప్పించి రేడియో ధార్మికత, ఇన్‌ఫెక్షన్, విషం చేరడం వల్ల సంభవించే మృతి లేదా అంగవైకల్యం.

v. బీమా దారు లేదా ఆయన కుటుంబ సభ్యులు నేర ఉద్దేశ్యంతో చట్ట ఉల్లంఘునకు పాల్పడడం వల్ల తలెత్తే ఏదేని గాయం.

vi. యుద్ధం, దురాక్రమణ, విదేశీ శతృత్వ చర్య, బందీలు (యుద్ధ ప్రకటన జరిగినా, జరగకపోయినా), పౌర యుద్ధం, తిరుగుబాటు, విప్లవం, సైనిక, అధికార దురాక్రమణ,స్వాధీనం, కైవసం, అరెస్టులు, చెరబట్టడాలు లాంటి వాటితో ప్రత్యక్షంగా లేదా పరోక్షంగా సంబంధం కలిగి ఉండడం వల్ల తలెత్తే ప్రమాద గాయం వల్ల జరిగే చావు లేదా అంగవైకల్యం.

vii. బీమా చేసిన వ్యక్తి హత్య లాంటి దోషపూరిత నరమేధం ద్వారాబాధితుడయ్యే పక్షంలో. అయినప్పటికీ చాలావరకు పాలసీలలో నేరపూరిత కార్యకలాపంలో బీమా చేసిన వ్యక్తి హత్యలో స్వయంగా పాలుపంచుకోకుంటే అది ఓ ప్రమాదంగా పరిగణించబడి పాలసీ కింద రక్షణ ఇవ్వబడుతుంది.

viii. మృతి/అంగవైకల్యం/ఆసుపత్రికి దారి తీసే పరిస్థితి, ప్రత్యక్షంగా కానీ, పరోక్షంగా కానీ, కారణంతో, కు పాత్ర పోషించిన లేదా అధికమైన లేదా దీర్ఘకాలికమైన శిశు జననం లేదా గర్భం నుంచి లేదా దాని పర్యవసానంగా.

ix. బీమా కలిగిన/బీమా చేసిన వ్యక్తి ఏదేని క్రీడలో ఓ ప్రొఫెషనల్‌గా పాలుపంచుకున్నా లేదా శిక్షణ పొందుతున్నప్పుడు, ఏదేని దేశానికి చెందిన సైనిక లేదా సాయుధ దళాల్లోని ఏదేని విభాగంలో శాంతి బృందంలో కానీ, యుద్ధ బృందంలో కానీ పని చేస్తున్నప్పుడు

x. ఉద్దేశ్యపూర్వకంగా తనను తాను గాయపరచుకోవడం, ఆత్మహత్యకు పాల్పడడం, ఆత్మహత్యకు ప్రయత్నించడం (మానసిక స్థితి బాగున్నా, లేకున్నా)

xi. విషపదార్థాలు లేదా మాదక ద్రవ్యాలు, మద్యం సేవించడం

xii. గగన విహారం లేదా బలూనింగ్‌లో పాలుపంచుకునే తరుణంలో, పర్వతారోహణ సమయంలో, కిందకు దిగే సమయంలో, ఏదేని విమానంలో ప్రయాణించే సమయంలో, ప్రపంచంలో ఎక్కడైనా చట్టబద్ధ లైసెన్సు కలిగిన ప్రామాణిక రక విమానంలో ఒక ప్రయాణీకుడిగా కాకుండా (న్యాయబద్ధంగా చెల్లించడం లేక మరోలా) బెలూన్ చేసే సందర్భంలో

చెల్లుబాటు డ్రైవింగ్ లైసెన్సు లేకుండా ఏదేని వాహనాన్ని నడపడం వల్ల తలెత్తే నష్టాలను మినహాయించే నిర్ధిష్ఠ పాలసీలు.

వ్యక్తిగత ప్రమాద పాలసీలు వ్యక్తులకు, కుటుంబానికి, బృందాలకు కూడా ఇవ్వబడుతాయి.

కుటుంబ ప్యాకేజీ రక్షణ

కుటుంబ ప్యాకేజీ రక్షణను కింది విధానంలో మంజూరు చేస్తారు.:

- **సంపాదన పరుడు (బీమా చేసిన వ్యక్తులు)** మరియు సంపాదిస్తుంటే జీవిత భాగస్వామి: ఒక వ్యక్తిలో ఉండే రీతిలో సాధారణ పరిమితుల పరిధిలో కోరుకున్నట్టుగా ఒక్కొక్కరికీ బీమా చేసిన స్వతంత్ర పెట్టుబడి సొమ్ము
- **జీవిత భాగస్వామి (సంపాదనపరులు కాకపోతే):** సంపాదనపరుడు బీమా చేసిన పెట్టుబడి సొమ్ములో సాధారణంగా 50శాతం దీనిని నిర్ధిష్ఠమైన గరిష్ఠ పరిమితికి పరిమితం చేయవచ్చు. ఉదా. రూ. లక్ష లేదా రూ. 3లక్షలు.
- **(ఐదు నుంచి పాతికేళ్లు మధ్య) పిల్లలు:** నిర్ధిష్ఠ గరిష్ఠ పరిమితి అంటే ఒక్కో చిన్నారికి రూ. 50వేలకు లోబడి సంపాదనపరులైన తల్లిదండ్రులు బీమా చేసిన పెట్టుబడి సొమ్ములో సాధారణంగా 25శాతం

గ్రూప్ వ్యక్తిగత ప్రమాద పాలసీలు

గ్రూప్ వ్యక్తిగత ప్రమాద పాలసీలు అనేవి సాధారణంగా వార్షిక పాలసీలుగా మాత్రమే ఉంటాయి. ఏడాదికోసారి మాత్రమే వాటిని పునరుద్ధరించుకోవడానికి అనుమతించబడుతుంది. అయినప్పటికీ, జీవిత యేతర, ప్రత్యేక ఆరోగ్య బీమా సంస్థలు ఏడాది కన్నా తక్కువ కాలపరిమితి కలిగిన గ్రూపు వ్యక్తిగత ప్రమాద ఉత్పత్తులను అందించవచ్చు. అంతేకాక ఏదేని నిర్దిష్ట సంఘటనలకు కూడా కవరేజీని అందించవచ్చు.

గ్రూపు పాలసీలలో భిన్న రకాలు కింద ఇవ్వబడ్డాయి:

- **యాజమాన్య సంస్థ మరియు ఉద్యోగి సంబంధం**

  ఈ పాలసీలు రక్షణ అందించడం కోసం సంస్థలకు, సంఘానికి మంజూరు చేయబడుతాయి:

  - పేరు కలిగిన ఉద్యోగులు
  - పేరుపెట్టని ఉద్యోగులు

- **యాజమాన్య-ఉద్యోగి యేతర సంబంధం**

  ఈ పాలసీలు రక్షణ అందించడం కోసం సంఘాలు, సొసైటీలు, క్లబ్బులు లాంటి వాటికి మంజూరు చేయబడుతాయి.:

  - పేరు కలిగిన ఉద్యోగులు
  - పేరుచే గుర్తింపు పొందని సభ్యులు

  (గమనిక: ఉద్యోగులు పేరుగా రక్షణ అందించవచ్చు)

ఎముకలు విరిగినప్పుడు వర్తించే పాలసీ మరియు రోజువారీ పనులను కోల్పోవడానికి పరిహారం

ఇది ఓ ప్రత్యేకించిన వ్యక్తిగత ప్రమాద పాలసీ. జాబితా పరచిన ఎముక విరుగుళ్ళ నుంచి రక్షణ కల్పించడం కోసం ఈ పాలసీకి రూపకల్పన చేయబడింది.

i. క్లెయిమ్ సందర్భంగా ప్రతి ఎముక విరుగుడుకి ప్రస్తావించిన విధంగా స్థిర ప్రయోజనం లేదా బీమా సొమ్ము శాతం.

ii. రక్షణ పొందిన ఎముక రకం, తగిలిన దెబ్బ స్వభావంపై ప్రయోజనం పరిణామం ఆధారపడి ఉంటుంది.

iii. మరింత లోతుగా వివరించాలంటే, తేలికైన విరుగుడు కన్నా జటిలమైన విరుగుడుకు ప్రయోజన శాతం ఎక్కువగా ఉంటుంది. ఇది కాకుండా వేలి ఎముకతో పోల్చితే తొడ ఎముకకు ఎక్కువ శాతం ప్రయోజనం ఉంటుంది.

iv. దిన చర్యలను కోల్పోవడంతో పాలసీలో నిర్వచించిన స్థిర ప్రయోజనాలకు కూడా ఈ పాలసీ రక్షణ కల్పిస్తుంది. అంటే తినడం, శుభ్రం చేసుకోవడం, వస్త్రధారణ, మల, మూత్రాలను ఆపుకోలేకపోవడం లాంటివి లేదా తన జీవితాన్ని నిర్వహించుకోవడంతో ముడిపడిన ఖర్చును బీమా దారుకు అందించే స్థాయిలోని చలనలేమి.

v. ఆసుపత్రి నగదు ప్రయోజనం మరియు ప్రమాద మృతి రక్షణను కూడా ఇది అందిస్తుంది. బీమా చేసే మొత్తాలు, బెనిఫిట్ ప్రయోజనాలలో వ్యత్యాసంతో అనేక రకాల ప్రణాళికలు అందుబాటులో ఉన్నాయి.

O. అంతర్జాతీయ ప్రయాణ బీమా

1. పాలసీ అవసరం

వ్యాపారం కోసం, విహార యాత్ర కోసం, చదువుల కోసం భారతదేశం బయట తిరిగే ఓ భారతీయుడు అక్కడ బస చేసిన సందర్భంగా ప్రమాదానికి, గాయానికి, అస్వస్థతకు గురయ్యే ప్రమాదముంది. అమెరికా, కెనడా లాంటి దేశాల్లో వైద్య సంరక్షణ ఖర్చు చాలా ఎక్కువగా ఉంటుంది ఈ దేశాలకు వెళ్లే వ్యక్తి దురదృష్టకరంగా ఏదేని ప్రమాదం/అస్వస్థతకు గురైతే పెద్ద స్థాయి ఆర్థిక సమస్యలను ఎదుర్కోవలసిరావచ్చు. ఇలాంటి దురదృష్టకర సంఘటనల నుంచి రక్షణ పొందడానికి ప్రయాణ పాలసీలు లేదా విదేశీ ఆరోగ్య, ప్రమాద పాలసీలు అందుబాటులో ఉన్నాయి.

2. కవరేజీ పరిధి

ఇలాంటి పాలసీలు ప్రాథమికంగా ప్రమాదం మరియు అస్వస్థత ప్రయోజనాల కోసం ఉద్దేశించినవి. అయితే మార్కెట్‌లో అందుబాటులో ఉన్న పలు ఉత్పత్తులు ఒకే ఉత్పత్తి పరిధిలోపల అనేక రక్షణల శ్రేణిని కలిగి ఉంటాయి. ఇందులో అందుబాటులో ఉన్న రక్షణలు:

i. ప్రమాద మృతి/ అంగవైకల్యం
ii. అస్వస్థత/ప్రమాదం కారణంగా వైద్య ఖర్చులు
iii. తీసుకొచ్చిన బ్యాగేజీ తప్పిపోవడం
iv. తీసుకొచ్చిన బ్యాగేజీ రావడంలో ఆలస్యం
v. పాస్‌పోర్టు మరియు దస్తావేజులు తప్పిపోవడం
vi. ఆస్తి/వ్యక్తిగత నష్టాలకు మూడో పార్టీ బాధ్యత
vii. ప్రయాణాల రద్దు
viii. హైజాక్ రక్షణ

3. ప్రణాళికల రకాలు

జనరంజక పాలసీలుగా వ్యాపార, విహార యాత్ర ప్రణాళికలను, చదువు ప్రణాళికలను, ఉద్యోగ ప్రణాళికలను చెప్పవచ్చు.

4. ఈ బీమాను ఎవరు అందించవచ్చు

విదేశీ లేదా స్వదేశీ ప్రయాణ బీమా పాలసీలను జీవిత యేతర మరియు ప్రత్యేక ఆరోగ్య బీమా కంపెనీలు మాత్రమే ప్రత్యేక ఉత్పత్తిగానూ, ప్రస్తుత ఆరోగ్య పాలసీకి అదనపు రక్షణగానూ అందించవచ్చు. అయితే అదనపు రక్షణకోసం చెల్లించే ప్రీమియం ఫైల్ అండ్ యూజ్ విధానం కింద ప్రాధికార సంస్థ ఆమోదం పొంది ఉండాలి.

5. పాలసీని ఎవరు తీసుకోవచ్చు

వ్యాపారం, విహార యాత్ర, చదువుల కోసం విదేశాలకు వెళ్లే ఏ భారతీయ పౌరుడైనా ఈ పాలసీని తీసుకోవచ్చు. భారతీయ కంపెనీలు విదేశాల్లో ఒప్పందాలపై పంపే ఉద్యోగులకు కూడా రక్షణ లభించగలదు.

6. బీమా చేసిన మొత్తం మరియు ప్రీమియంలు

రక్షణ అమెరికా డాలర్లలో మంజూరు చేయబడుతుంది. సాధారణంగా అది లక్ష డాలర్ల నుంచి ఐదు లక్షల డాలర్ల మధ్య ఉంటుంది. వైద్య ఖర్చులకు రక్షణ కల్పించే విభాగానికి, తరలింపు, స్వదేశానికి తిప్పిపంపడంప్రధాన విభాగంగా ఉంటోంది. ఇతర విభాగాలకు ఎస్.ఐ అనేది కనిష్ఠ స్థాయి. బాధ్యత రక్షణకోసం ఎదురు చూడబడింది. ప్రీమియంను డాలర్లలో చెల్లించాల్సిన ఉద్యోగ ప్రణాళిక విషయంలో తప్పించి మిగిలిన వాటికి ప్రీమియంలను రూపాయిలలోనే చెల్లించవచ్చు. ప్రణాళికలనేవి సాధారణంగా రెండు రకాలుగా ఉంటాయి:

- ✓ అమెరికా/కెనడా మినహాయించి ప్రపంచ వ్యాప్తం
- ✓ అమెరికా/కెనడాతో పాటు ప్రపంచ వ్యాప్తం

కొన్ని ఉత్పత్తులు ఆసియా దేశాల్లో మాత్రమే, ఐరోపా దేశాల్లో మాత్రమే అన్నట్టు రక్షణ కల్పిస్తాయి.

1. *కార్పొరేట్ నిరంతర ప్రయాణీకుల ప్రణాళికలు*

ఇది ఓ కార్పొరేట్ సంస్థ తరచూ భారతదేశం బయట పర్యటించే తన కార్య నిర్వాహకులకు వ్యక్తిగత పాలసీలు తీసుకుంటున్న ఓ వార్షిక ప్రణాళిక. ఏడాదిలో ఎక్కువ సందర్భాలు విదేశాలకు వెళ్లే వ్యక్తులు కూడా ఈ రక్షణను తీసుకోవచ్చు. ప్రతి పర్యటన గరిష్ఠ కాల వ్యవధిపైనా, ఏడాదిలో అందుకునే గరిష్ఠ ప్రయాణాల సంఖ్యపైనా పరిమితులున్నాయి.

ఓ కంపెనీ ఉద్యోగులు ఏడాదిలో జరిపే ప్రయాణాల రోజుల అంచనా ఆధారంగా ముందస్తు ప్రీమియం చెల్లించే వార్షిక ప్రకటన పాలసీ అనేది నేడు బాగా జనాదరణ పొందిన రక్షణగా ఉంటుంది.

ఉద్యోగుల వారీగా ప్రయాణ రోజులపై వారానికి/పక్షం రోజులకు ప్రకటనలు చేయబడుతాయి. ప్రీమియం కూడా ముందుగా సర్దుబాటు చేయబడుతాయి. అదనపు ముందస్తు ప్రీమియం చెల్లింపుతో ఖాళీ అయితే పాలసీ ఉన్న తరుణంలో పని దినాల సంఖ్యను పెంచుకునే వెసలుబాటు కూడా ఇవ్వబడింది.

వ్యాపార, విహార యాత్ర ప్రయాణాలకు మాత్రమే పై పాలసీలు మంజూరు చేయబడుతున్నాయి.

ఓ.ఎం.పి కింద సాధారణ మినహాయింపులలో ముందుగా ఉంటున్న వ్యాధులు చేర్చబడ్డాయి. ఇదివరకే ఉన్న వ్యాధులకు విదేశాల్లో చికిత్స తీసుకునేందుకు రక్షణ పొందలేరు.

ఈ పాలసీల కింద ఆరోగ్య సంబంధిత క్లెయిమ్‌లు పూర్తిగా నగదు రహితమై ఉంటాయి. అంటే ప్రతి బీమా సంస్థ విదేశాలలో పాలసీలకు సేవలు అందించే విధంగా ప్రధాన దేశాల్లో నెట్‌వర్క్ కలిగిన మరో అంతర్జాతీయ సేవా సంస్థతో ఒప్పందం కుదుర్చుకుని ఉంటుంది.

P. బృంద ఆరోగ్య రక్షణ

1. బృంద పాలసీలు

అధ్యాయంలో ఇదివరలో వివరించిన విధంగా, ఓ సంస్థ యజమాని, ఓ సంఘం, ఓ బ్యాంకు క్రెడిట్ కార్డు విభాగంగా ఉండే ఓ బృంద యజమాని బృంద పాలసీ తీసుకుంటారు. ఇక్కడ ఓ సింగిల్ పాలసీ వ్యక్తుల పూర్తి బృందానికి రక్షణ కల్పిస్తుంది

గ్రూప్ ఆరోగ్య బీమా పాలసీలను ఏ బీమా కంపెనీ అయినా అందించవచ్చు. అయితే ఇలాంటి ఉత్పత్తులన్నీ ఏడాది కాలం పునరుద్ధరణ కాంట్రాక్టులుగా ఉండాలి.

బృంద పాలసీలు - ఆస్పత్రిలో చేరినప్పుడు లభించే విశిష్టాంశాల ప్రత్యేకాంశాలు.

1. కవరేజీ పరిధి

బృంద ఆరోగ్య బీమాలోని అత్యంత సాధారణ రూపంలో ఉద్యోగులు, వారి కుటుంబ సభ్యులైన జీవిత భాగస్వామి, పిల్లలు, తల్లిదండ్రులు, అత్తా, మామలకు రక్షణ కల్పించే విధంగా యాజమానులు పాలసీ తీసుకుంటాయి.

2. ముందుగానే సిద్ధమైన రక్షణ

బృంద పాలసీలు చాలావరకు ఆ బృందం అవసరాలకు తగ్గట్టు ముందుగా సిద్ధం చేసిన రక్షణలుగా ఉంటాయి. కాబట్టి బృంద పాలసీలలో బృంద పాలసీ కింద రక్షణ అందిస్తున్న వ్యక్తిగత పాలసీలోని పలు ప్రామాణిక మినహాయింపులను చూడవచ్చు.

3. ప్రసూతి రక్షణ

బృంద పాలసీలోని అత్యంత సాధారణ మినహాయింగా ప్రసూతి రక్షణను చెప్పవచ్చు. దీనిని ప్రస్తుతం కొన్ని బీమా సంస్థలు రెండు నుంచి మూడేళ్ల వేచి ఉండే కాలంతో వ్యక్తిగత పాలసీల కింద అందిస్తున్నాయి. ఓ బృంద పాలసీలో అది సాధారణంగా తొమ్మిది నెలల వేచి ఉండే కాలాన్ని మాత్రమే కలిగి ఉంటుంది. కొన్ని సందర్భాల్లో అది కూడా మాఫీ చేయబడుతుంది. ప్రసూతి రక్షణ అనేది సి-సెక్షన్ ప్రసవం సహా చిన్నారి ప్రసవం కోసం ఆసుపత్రిలో చేరినప్పుడు అయ్యే ఖర్చులను అందిస్తుంది. ఈ రక్షణను కుటుంబంపై బీమా చేసిన మైత్త సొమ్ముకు లోబడి సాధారణంగా రూ. పాతిక వేల నుంచి యాభై వేల వరకు పరిమితం చేస్తున్నారు.

4. చిన్నారికి రక్షణ

వ్యక్తిగత ఆరోగ్య పాలసీలలో చిన్నారులకు సాధారణంగా మూడు నెలల వయసు నుంచి మాత్రమే రక్షణ కల్పిస్తారు. బృంద పాలసీలలో, శిశువులకు మొదటి రోజు నుంచే రక్షణ లభిస్తుంది. కొన్ని సందర్భాల్లో ప్రసూతి రక్షణ పరిమితికి లోబడి ఉంటుంది. మరికొన్ని సందర్భాల్లో కుటుంబానికి బీమా చేసిన పూర్తి మొత్తానికి విస్తరించబడి ఉంటుంది.

5. ముందుగా ఉంటున్న వ్యాధులకు రక్షణ, వేచి ఉండే కాలం రద్దు

ముందుగా ఉంటున్న వ్యాధిని పక్కనబెట్టడం, ముప్పై రోజుల వేచి ఉండే కాలం, రెండేళ్ళ వేచి ఉండే కాలం, జన్యుపరమైన వ్యాధులకు ఈ ముందుగా సిద్ధం చేసిన బృంద పాలసీలో రక్షణ ఉండవచ్చు.

6. ప్రీమియం గణన

ఓ బృంద పాలసీకి ఛార్జ్ చేస్తున్న ప్రీమియం బృంద సభ్యుల వయో వివరాలు, బృంద పరిమాణం, ఇంకా ముఖ్యంగా బృందం యొక్క క్లెయిమ్‌ల అనుభవంపై ఆధారపడి ఉంటుంది. అనుభవం ఆధారంగా ఏటా ప్రీమియం మారుతుండడంతో చెల్లించిన ప్రీమియంలకు లోబడి తన క్లెయిమ్‌లను నిర్వహించుకోవడానికి బృంద పాలసీదారు ప్రయోజనాన్ని దృష్టిలో పెట్టుకుంటుండడంతో పైన పేర్కొన్న అదనపు రక్షణలు బృందాలకు స్వేచ్ఛగా ఇవ్వబడుతాయి.

7. యాజమాన్య యేతర ఉద్యోగి బృందాలు

భారతదేశంలో, నియంత్రణ సదుపాయాలు ఓ బృంద బీమా రక్షణను తీసుకునే ఉద్దేశం కోసం బృందాలను ఏర్పాటు చేయడాన్ని కఠినంగా నిషేధిస్తున్నాయి. ఉద్యోగులు కాని వారికి బృంద పాలసీలను ఇచ్చేటప్పుడు బృంద యజమానికి, దాని సభ్యులకు మధ్య ఉన్న సంబంధాన్ని నిర్ధారించడం ముఖ్యం కాగలదు.

ఉదాహరణ

తన పొదుపు ఖాతాదారులు లేదా క్రెడిట్ కార్డుదారుల కోసం పాలసీ తీసుకునే ఓ బ్యాంకు ఓ homogenous groupను ఏర్పరుస్తుంది. ఇందులో తమ అవసరాలకు తగినట్టు రూపకల్పన చేయబడిన ముందస్తు పాలసీల ద్వారా ఓ భారీ బృందం ప్రయోజనం అందుకోగలదు.

ఇందులో ఒక్కో వ్యక్తిగత ఖాతాదారు నుంచి వసూలు చేసే ప్రీమియం కాస్త తక్కువగా ఉండవచ్చు కానీ ఓ బృందంగా బీమా సంస్థకు లభించే ప్రీమియం తగినంతగా ఉంటుంది. దీంతో బ్యాంకు మెరుగైన పాలసీ రూపంలో తన ఖాతాదారులకు మెరుగైన ప్రీమియం రేట్లతో విలువను జోడించి అందిస్తుంది.

8. ధరల నిర్ణయం

బృంద పాలసీలలో, బృంద పరిమాణంతో పాటు బృంద క్లెయిమ్‌ల అనుభవం ఆధారంగా ప్రీమియంపై తగ్గింపుతో తగ్గింపుకోసం సదుపాయం ఉంది. పూర్తి బృందానికి పాలసీలో రక్షణ ఉండడంతో బృంద బీమా ప్రతికూల ఎంపిక ముప్పును తగ్గిస్తుంది. మెరుగైన నిబంధనల ఆధారంగా బేరమాడేందుకు బృందదారు వీలు కల్పిస్తుంది. అయినప్పటికీ ఇటీవలి కాలంలో, పోటీ కారణంగా ప్రీమియంను తగ్గిస్తుండడం వల్ల ఈ విభాగం అధిక నష్ట నిష్పత్తిని చవి చూసింది. దీనివల్ల కొన్ని బీమా సంస్థలు కొంతవరకు ప్రీమియంను, రక్షణను సమీక్షిస్తుండగా పరిస్థితిని చక్కదిద్దారని ఇప్పటికీ ప్రకటించలేని పరిస్థితి నెలకొంది.

9. ప్రీమియం చెల్లింపు

యాజమాన్య సంస్థ లేదా బృంద యజమాని ఈ ప్రీమియంలను పూర్తిగా చెల్లించవచ్చు. అయితే ఇది సాధారణంగా ఉద్యోగులు లేదా బృంద సభ్యుల పాత్ర ప్రాతిపదికనే ఉంటుంది. అయినప్పటికీ, యాజమాన్య సంస్థ/బృంద యజమాని ప్రీమియం వసూలు చేసి, సభ్యులందరికీ రక్షణ కల్పించేలా ప్రీమియం చెల్లిస్తుండడుతో అది బీమా సంస్థతో ఒకే ఒప్పందం కిందకు వస్తుంది.

10. యాడ్-ఆన్ ప్రయోజనాలు

ముందుగా సిద్ధం చేసిన బృంద పాలసీలు దంత సంరక్షణ, దృష్టి సంరక్షణ, ఆరోగ్య పరీక్షలు లాంటి వాటికి రక్షణలు కల్పిస్తాయి. కొన్ని సందర్భాల్లో అదనపు ప్రీమియంలు లేదా ప్రోత్సాహక ప్రయోజనాలతో తీవ్ర అస్వస్థత రక్షణ కూడా లభిస్తాయి.

గమనికలు :

బృంద ప్రమాదం మరియు ఆరోగ్య రక్షణలను మంజూరు చేయడానికి ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ నిబంధనలను రూపొందించింది. ఇది చెల్లని, డబ్బు సంపాదనకోసమే బృంద పాలసీ పథకాలను ప్రవేశపెట్టే నయవంచకుల మోసానికి గురి కాకుండా వ్యక్తులను సంరక్షిస్తుంది.

ప్రభుత్వం ద్వారా తమ సిబ్బంది అందరికీ పాలసీలను కొనుగోలు చేస్తుండడంతో ఇటీవల ప్రవేశపెట్టిన ప్రభుత్వ ఆరోగ్య బీమా పథకాలు, జనాకర్షక ఉత్పత్తులను కూడా బృంద ఆరోగ్య రక్షణలుగా వర్గీకరించవచ్చు.

నిర్వచనం

బృంద నిర్వచనాన్ని కింది విధంగా వివరించవచ్చు:

a) ఒకే ఉద్దేశ్యంతో కూడిన వ్యక్తులను బృందం కలిగి ఉండాలి. తమ తరఫున బీమాను సమకూర్చేందుకు ఆ బృందంలోని మెజారిటీ సభ్యుల ఆమోదాన్ని బృంద నిర్వాహకుడు కలిగి ఉండాలి.

b) బీమాను పొందే ప్రధాన ప్రయోజనంతో ఎలాంటి బృందం రూపొందించాలి.

c) ఛార్జి చేసిన ప్రీమియం, లభిస్తున్న ప్రయోజనాలు వ్యక్తిగత సభ్యులకు జారీ చేసిన బృంద పాలసీలో స్పష్టంగా సూచించబడాలి.

d) బృంద తగ్గింపులు వ్యక్తిగత సభ్యులకు మళ్ళించబడుతాయి. వసూలు చేసే ప్రీమియం బీమా కంపెనీకి ఇచ్చేదానికన్నా ఎక్కువగా ఉండరాదు.

2. కార్పొరేట్ బఫర్ అనే ఫ్లోటర్ కవర్

పలు బృంద పాలసీలలో, ప్రతి కుటుంబం నిర్వచించిన బీమా సొమ్ముకు రక్షణ పొందుతాయి. అది లక్ష రూపాయల నుంచి ఐదు లక్షల వరకు, ఇంకా కొన్ని సందర్భాల్లో అంతకన్నా ఎక్కువగా కూడా ఉంటుంది. కుటుంబానికి బీమా చేసిన సొమ్ము కరిగిపోతే ఇలాంటి పరిస్థితి తలెత్తుతుంది. ముఖ్యంగా ఓ కుటుంబ సభ్యుడికి పెద్ద అస్వస్థత ఏర్పడిన పక్షంలో ఇలా జరుగుతుంది. ఇలాంటి పరిస్థితుల్లో, బఫర్ రక్షణ ద్వారా ఉపశమనం లభిస్తుంది. ఇందులో బీమా చేసిన కుటుంబం అదనపు ఖర్చులను ఈ మిగులు మొత్తం నుంచి అందుకుంటారు.

క్లుప్తంగా చెప్పాలంటే, మిగులు రక్షణ రూ. పది లక్షల నుంచి కోటి రూపాయలు, అంతకన్నా ఎక్కువ స్థాయి వరకు మారుతుంటుంది. కుటుంబ బీమా మొత్తం కరిగిపోయినప్పుడు ఈ మొత్తాలను మిగులునుంచి తీసుకుంటారు. అయినప్పటికీ దీనిని ఉపయోగించుకోవడం అనేది సాధారణంగా బీమా చేసిన సొమ్ము ఒకసారి ఆసుపత్రిలో చేరగానే కరిగిపోయేందుకు దారితీసే పెద్ద జబ్బు/తీవ్ర స్థాయి అస్వస్థతకు పరిమితం చేయబడింది.

ఈ మిగులు నుంచి ఒక్కో సభ్యులు ఉపయోగించుకోగల మొత్తంపై కూడా పరిమితి ఉంది. చాలావరకు బీమా చేసిన అసలు సొమ్ము వరకు ఉపయోగించుకోవచ్చు. మధ్య స్థాయి పాలసీలకు ఇలాంటి మిగులు రక్షణలు ఇవ్వబడుతాయి. ఓ విశ్వాసపాత్రుడైన లేఖరి తక్కువ బీమా మొత్తం కలిగిన పాలసీలకు ఈ రక్షణను అందించరు.

Q. ప్రత్యేక ఉత్పత్తులు

1. వ్యాధులకు రక్షణలు

ఇటీవలి కాలంలో, క్యాన్సర్, మధుమేహం లాంటి నిర్దిష్ట వ్యాధులకు ప్రత్యేకించిన రక్షణలను కూడా బీమా కంపెనీలు చాలావరకు భారత మార్కెట్‌లో ప్రవేశపెట్టాయి. ఈ రక్షణ దీర్ఘకాలికమైంది. అంటే ఐదు నుంచి ఇరవై ఏళ్ల కాలం వరకు ఉంటుంది. స్వస్థత ప్రయోజనం కూడా ఇందులో చేర్చబడింది. అంటే ఓ రెగ్యులర్ వైద్య పరీక్ష కోసం బీమా సంస్థ చెల్లింపు జరుపుతుంది. రక్తంలో చక్కెర పరిమాణం, ఎల్.డి.ఎల్, రక్త పోటు లాంటి మెరుగైన నియంత్రణ కారకాలకు పాలసీలో రెండో ఏడాది నుంచి ప్రీమియంల తగ్గింపు రూపంలో ప్రోత్సాహం ఉంటుంది. మరోవైపు, సరిగ్గా నియంత్రించుకోకపోవడానికి అధిక ప్రీమియం వసూలు చేస్తారు.

2. మధుమేహ రోగులకు రక్షణ కల్పించడం కోసం రూపొందించిన ఉత్పత్తి

26- 65 ఏళ్ల వయసున్న వ్యక్తులు ఈ పాలసీని తీసుకోవచ్చు. దీనిని 70 ఏళ్ళ వరకు పునరుద్ధరించుకోవచ్చు. బీమా చేసే మొత్తం రూ. 50 వేల నుంచి రూ. ఐదు లక్షల వరకు ఉంటుంది. గది అద్దెపై పరిమితి వర్తిస్తుంది. మధుమేహ కంటి సమస్యలు, మూత్ర పిండాలు, మధుమేహం కాలి సమస్యలు, దాత ఖర్చులు సహా మూత్ర పిండాల మార్పిడీ లాంటి మధుమేహ వ్యాధులకు ఆసుపత్రి ఖర్చులను చెల్లించే ఉద్దేశ్యంతో ఈ ఉత్పత్తి రూపొందించబడింది.

మిమ్మల్ని మీరు పరీక్షించుకోండి 1

ఆసుపత్రిలో చేరకముందు ఖర్చులకు రక్షణ కాలం ఒక్కో బీమా సంస్థను బట్టి మారుతూ పాలసీలో నిర్వచించబడుతున్నప్పటికీ, ఆసుపత్రిలో చేరక ముందు ఖర్చులను చెల్లించడం కోసం అత్యంత సాధారణంగా భావిస్తున్న కాలం_________

I. పదిహేను రోజులు

II. ముప్పై రోజులు

III. నలభై ఐదు రోజులు

IV. అరవై రోజులు

R. ఆరోగ్య పాలసీలలో కీలక పదాలు

1. నెట్‌వర్క్ సేవా సంస్థ

నెట్‌వర్క్ సేవా సంస్థ ఓ ఆసుపత్రి/నర్సింగ్ హోమ్/డేకేర్ సెంటర్‌కు ప్రతిపాదిస్తారు. బీమా పొందిన రోగులకు నగదు రహిత చికిత్స అందించడం కోసం అది ఓ బీమా సంస్థ/టి.పి.ఏతో ఒప్పందం కలిగి ఉంటుంది. బీమా సంస్థలు/టి.పి.ఏలు సాధారణంగా ఉన్నత స్థాయి సేవకు భరోసా ఇచ్చే ఇలాంటి సంస్థల నుంచి ఛార్జీలు, ఫీజులపై సానుకూల తగ్గింపులను కోరుకుంటాయి. నెట్‌వర్క్ బయట ఉన్న సేవా సంస్థల వద్దకు కూడా రోగులు వెళ్ళవచ్చు కానీ అవి మరింత ఎక్కువ ఫీజును వసూలు చేస్తాయి.

2. ప్రాధాన్యం కలిగిన సేవా సంస్థ నెట్‌వర్క్ (PPN)

నాణ్యమైన చికిత్సను అతి తక్కువ ధరకు అందించేలా చూసేందుకు ప్రాధాన్యం కలిగిన ఆసుపత్రుల నెట్‌వర్క్‌ను రూపొందించే అవకాశం బీమా సంస్థకు ఉంది. అనుభవం, వినియోగం, సంరక్షణను అందించే ఖర్చు, ప్రాతిపదికన బీమా సంస్థ ద్వారా కొన్ని సంస్థలను మాత్రమే ఈ బృందం ఎంచుకోవాల్సి ఉంటే దానిని ప్రాధాన్యం కలిగిన సేవా సంస్థ నెట్‌వర్క్ అని పిలుస్తున్నాము.

3. నగదు రహిత సేవ

వ్యాధి చికిత్సకు అప్పులు తీసుకోవడమే రుణాల బారిన పడడానికి ఓ కారణంగా ఉంటోందనే విషయం అనుభవపూర్వకంగా తెలిసింది. ఆసుపత్రులకు ఎలాంటి చెల్లింపు జరపకనే రక్షణ పరిమితి వరకు చికిత్స ఖర్చులను పొందేందుకు నగదు రహిత సేవ వీలు కల్పిస్తోంది. బీమాదారు చేయాల్సిందల్లా ఓ నెట్‌వర్క్ ఆసుపత్రిని సంప్రదించి, బీమా రుజువుగా తన ఆరోగ్య కార్డును సమర్పించడమే. ఆరోగ్య సేవకు నగదు రహిత సదుపాయానికి బీమా సంస్థ వీలు కల్పిస్తుంది. ప్రవేశిత మొత్తం కోసం అది నెట్‌వర్క్ సంస్థకు నేరుగా డబ్బు చెల్లిస్తుంది. అయినప్పటికీ, బీమాదారు పాలసీ పరిమితులను దాటిన తర్వాత మిగిలిన మొత్తాన్ని, పాలసీ నిబంధనల ప్రకారం బీమా సంస్థ చెల్లించనవసరం లేని ఖర్చులను చెల్లించాల్సి ఉంటుంది.

4. థర్డ్ పార్టీ అడ్మినిస్ట్రేటర్ (TPA)

ఆరోగ్య బీమాలో చోటు చేసుకున్న ఓ ప్రధాన పరిణామంగా థర్డ్ పార్టీ అడ్మినిస్ట్రేటర్ లేదా టి.పి.ఏ ప్రవేశాన్ని చెప్పవచ్చు. ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌లను నిర్వహించడంకోసం ప్రపంచం నలుమూలలా పలు బీమా సంస్థలు స్వతంత్ర సంస్థల సేవలను వినియోగించుకుంటున్నాయి. ఈ ఏజెన్సీలు టి.పి.ఏలు అని పిలువబడుతున్నాయి.

భారతదేశంలో, టి.పి.ఏను కింది విషయాలతో కూడిన ఆరోగ్య సేవల సౌకర్యం కోసం బీమా సంస్థ నియమించుకుంది.:

i. తన బీమా పాలసీకి నిదర్శనంగా ఓ గుర్తింపు కార్డును అందించడం, దానిని ఆసుపత్రిలో ప్రవేశానికి ఉపయోగించవచ్చు.

ii. నెట్‌వర్క్ ఆసుపత్రుల్లో నగదు రహిత సేవను అందించడం

iii. క్లెయిమ్‌ల ప్రాసెసింగ్

టి.పి.ఏలు అనేవి ఆరోగ్య క్లెయిమ్‌లను ప్రాసెస్ చేసి, ఖరారు చేసేందుకు బీమా సంస్థలు నియమించిన స్వతంత్ర సంస్థలు. విశిష్ఠ గుర్తింపు కార్డుల జారీ నుంచి నగదు రహిత ప్రాతిపదిక లేదా రీఇంబర్స్‌మెంట్ ప్రాతిపదికన క్లెయిమ్‌ల సెటిల్‌మెంట్ వరకు టి.పి.ఏలు ఆరోగ్య పాలసీదారులకు సేవలు అందిస్తాయి. థర్డ్ పార్టీ అడ్మినిస్ట్రేటర్ల శకాన్ని 2001లో ప్రవేశపెట్టారు. వారికి ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ లైసెన్సులు మంజూరు చేసి, నియంత్రిస్తుంది. టి.పి.ఏగా అర్హత సాధించేందుకు కనీస పెట్టుబడి, ఇతర నిబంధనలను ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ నిర్ణయిస్తుంది.

కాబట్టి ఆరోగ్య క్లెయిమ్‌ల సేవను ఇప్పుడు టి.పి.ఏలకు బీమా సంస్థలు పొరుగు సేవలుగా అందిస్తున్నాయి. వసూలైన ప్రీమియంలో ఐదు నుంచి ఆరు శాతాన్ని పారితోషికంగా వాటికి అందిస్తున్నాయి.

థర్డ్ పార్టీ అడ్మినిస్ట్రేటర్లు ఆసుపత్రులు, ఆరోగ్య సేవా సంస్థలతో అవగాహన ఒప్పందం కుదుర్చుకుంటున్నాయి. నెట్‌వర్క్ ఆసుపత్రులలో చికిత్స అందుకునే ఎవరైనా వ్యక్తికి నగదు రహిత సేవలు లభించేలా చూస్తున్నాయి. ఆసుపత్రులతో సమన్వయం చేసుకుంటూ, ఆరోగ్య క్లెయిమ్‌లను ఖరారు చేస్తూ, బీమా సంస్థలు, బీమా దారుల మధ్య అవి మధ్యవర్తులుగా వ్యవహరిస్తున్నాయి.

5. *ఆసుపత్రి*

ఓ ఆసుపత్రి అంటే రోగిని లోపల పెట్టుకుని ఆరోగ్య సంరక్షణ చర్యలు చేపడుతూ, అస్వస్థత మరియు గాయాల దిన వారీ చికిత్సకోసం ఏర్పాటు చేసిన సంస్థ అని అర్థం. పరిస్థితులకు తగ్గట్టు ఇది స్థానిక అధికారుల ద్వార ఆసుపత్రిగా నమోదు చేయబడి ఉంటుంది. నమోదు చేసుకున్న, అర్హత కలిగిన వైద్యుడి పర్యవేక్షణలో ఉంటూ, కింద పేర్కొన్న విధంగా కనీస అర్హతల పరిధికి పూర్తిగా లోబడి ఉంటుంది:

a) పది లక్షలకన్నా తక్కువ జనాభా కలిగిన పట్టణాల్లో కనీసు పదిహేను పడకలు కలిగి, ఇతర ప్రాంతాల్లో 15 పడకలు కలిగి ఉంటుంది;
b) ఇరవై నాలుగ్గంటలూ పని చేసే అర్హులైన నర్సింగ్ సిబ్బందిని కలిగి ఉంటుంది;
c) ఇరవై నాలుగ్గంటలూ పని చేసే అర్హులైన వైద్యులను కలిగి ఉంటుంది;
d) శస్త్ర చికిత్స విధానాలను సొంతంగా చేపట్టేందుకు అనువుగా పూర్తిగా ఉపకరణాలతో కూడిన ఆపరేషన్ థియేటర్‌ను కలిగి ఉంటుంది.;
e) రోగుల రోజువారీ రికార్డులను నిర్వహిస్తుంది. బీమా కంపెనీ అధికారిక సిబ్బందికి వీటిని అందేలా చేస్తుంది.

6. వైద్యులు

ఓ వైద్యుడనే వ్యక్తి భారతదేశంలోని ఏ రాష్ట్రానికి చెందిన వైద్య మండలి నుంచయినా ఓ చెల్లుబాటు రిజిస్ట్రేషన్‌ను కలిగి ఉంటారు. తద్వారా దాని పరిధికి లోబడి వైద్య వృత్తిని ప్రాక్టీస్ చేసే హక్కును కలిగి ఉంటారు. తన లైసెన్సు విస్తృతి, విచారణ పరిధికి లోబడి విధులు నిర్వహిస్తుంటారు. అయినప్పటికీ, రిజిష్టర్డ్ ప్రాక్టీషనర్ బీమాదారుగా కారాదనీ, లేదా వారి సన్నిహిత కుటుంబ సభ్యుడు కారాదనే నిబంధనను విధించే స్వేచ్ఛ బీమా కంపెనీలకు ఉంటుంది .

7. అర్హత కలిగిన నర్సు

అర్హత కలిగిన నర్సు అంటే నర్సింగ్ కౌన్సిల్ ఆఫ్ ఇండియా లేదా భారతదేశంలోని ఏ రాష్ట్రంలోని నర్సింగ్ కౌన్సిల్ నుంచయినా చెల్లుబాటు రిజిస్ట్రేషన్‌ను కలిగి ఉండడం.

8. అర్థవంతమైన మరియు అవసరమైన ఖర్చులు

ఒక నిర్దేశిత భౌగోళిక ప్రదేశంలో ఒక నిర్దేశిత వ్యాధికి చికిత్స కోసం సరిపోతుందని భావించే ఖర్చుల పరిహారం కోసం పాలసీ అందిస్తున్నందున ఓ ఆరోగ్య బీమా పాలసీలో ఎప్పుడూ ఈ నిబంధన ఉంటుంది.

వ్యాధికి చికిత్స అందించేందుకు వైద్యపరంగా అవసరమైనవిగా అయ్యే ఖర్చుల సాధారణ నిర్వచనం అది జరిగే ప్రాంతంలో అదే రకమైన చికిత్సకు అయ్యే సాధారణ ఛార్జీల స్థాయిని మించదని, ఎలాంటి బీమా లేకుంటే చేయని ఛార్జీలను అది కలిగి ఉండదని చెబుతోంది.

సేవలు, సరఫరాలకు ఛార్జీలుగా అర్థవంతమైన ఛార్జీలను ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ నిర్వచిస్తుంది. ఇవి అస్వస్థత/తగిలిన గాయం స్వభావాన్ని పరిగణనలోకి తీసుకుని నిర్దిష్ట సేవా సంస్థకు ప్రామాణిక ఛార్జీలుగా ఉండడమే కాక, ఒకేరకమైన, ఒకే రూపంలోని సేవలకోసం ఆ భౌగోళిక ప్రదేశంలో అమలు చేసే ఛార్జీలకు అనుగుణంగా ఉంటాయి.

ఈ నిబంధన సేవా సంస్థ బిల్లుల మొత్తాన్ని పెంచనివ్వకుండా రక్షణ కల్పిస్తుంది. అంతేకాక సాధారణ వ్యాధులకు చికిత్స కోసం తక్కువ ఖర్చులకు చేసేందుకు బదులు ఖరీదైన ఆసుపత్రులకు వెళ్ళడం నుంచి బీమాదారును అడ్డుకుంటుంది.

9. క్లెయిమ్ నోటీసు

ప్రతి బీమా పాలసీ క్లెయిమ్ గురించి వెంటనే సమాచారం అందించాలని, దస్తావేజు సమర్పణకు నిర్దిష్ట కాల పరిమితులను సూచిస్తుంది. ఆరోగ్య బీమా పాలసీలలో, వినియోగదారు నగదు రహిత సదుపాయాన్ని కోరుకునే పక్షంలో ఆసుపత్రిలో చేరక ముందే సమాచారం అందించబడుతాయి. అయినప్పటికీ, రీఇంబర్స్‌మెంట్ క్లెయిమ్‌ల విషయంలో కొన్ని సందర్భాల్లో బీమాదరు క్లెయిమ్ గురించి బీమాసంస్థలకు సమాచారం అందించాలనే విషయాన్ని పట్టించుకోకుండా పలు రోజులు/నెలలు గడచిన తర్వాత దస్తావేజులను సమర్పిస్తారు. బిల్లుల సమర్పణలో జాప్యం బిల్లుల మొత్తాన్ని పెంచడానికి, బీమాదారు/ఆసుపత్రి తదితరాల మోసాలకు దారి తీయవచ్చు. క్లెయిమ్‌ల కోసం సరైన సదుపాయాలను చేయడం నుంచి కూడా ఇది ప్రభావితం చేస్తుంది. కాబట్టి బీమా కంపెనీలు సాధారణంగా క్లెయిమ్‌ల సత్వర సమాచారంకోసం ఒత్తిడి చేస్తుంటాయి. క్లెయిమ్ దస్తావేజు సమర్పణకు కాల పరిమితిని సాధారణంగా డిశ్చార్జ్ తేదీ నుంచి 15 రోజులుగా నిర్ణయిస్తారు. ఇది క్లెయిమ్‌లను త్వరితగతిన, ఖచ్చితమైన రీతిలో నివేదించేందుకు వీలు కల్పిస్తుంది. అంతేకాక అవసరమైతే దర్యాప్తులు చేపట్టేందుకు కూడా బీమా సంస్థకు వీలు కల్పిస్తుంది.

నిర్ణీత వ్యవధిని దాటిన తర్వాత క్లెయిమ్ సమాచారం/పత్ర సమర్పణ జరిగే పక్షంలో దానికి హేతుబద్ధమైన కారణముంటే పరిశీలించాలని ఐ.ఆర్.డి.ఏ మార్గదర్శకాలు సూచిస్తున్నాయి.

10. ఉచిత ఆరోగ్య పరీక్షలు

వ్యక్తిగత ఆరోగ్య పాలసీలలో, క్లెయిమ్ రహిత పాలసీదారుకు ఏదో రూపంలో ప్రోత్సాహకం ఇచ్చేందుకు, ఓ సదుపాయం సాధారణంగా అందుబాటులో ఉంటుంది. నాలుగు నిరంతర, క్లెయిమ్ రహిత పాలసీ కాలాల ముగింపులో ఆరోగ్య పరీక్షల వ్యయాన్ని తిరికి చెల్లించడానికి పాలసీలు సౌకర్యం కల్పిస్తున్నాయి. ఇవి సాధారణంగా అంతకుముందు మూడేళ్ళ కాలంలో బీమా చేసిన సగటు సొమ్ములో 1శాతంగా పరిమితం చేయబడింది.

11. క్యుములేటివ్ బోనస్

క్లెయిమ్ రహిత పాలసీదారును ప్రోత్సహించడానికి ప్రతి క్లెయిమ్ రహిత ఏడాదికి బీమా చేసిన సొమ్ముపై క్యుములేటివ్ బోనస్‌ను అందించడాన్ని మరో రూపంగా ఎంచుకుంది. అంటే, బీమా చేసిన సొమ్ము పునరుద్ధరణ సమయంలో ఓ స్థిర శాతం (ఉదాహరణకు ఏటా ఐదు శాతం) మేర పెరుగుతుందని అర్థం. పది క్లెయిమ్ రహిత పునరుద్ధరణలకు గరిష్ఠంగా 50శాతం మేర అనుమతించబడుతుంది. బీమా చేసిన వ్యక్తి బీమా చేసిన అసలు మొత్తానికి ప్రీమియంను చెల్లిస్తారు. ఎక్కువ రక్షణను అందిస్తారు.

ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ మార్గదర్శకాల ప్రకారం, సంచిత బోనస్‌ను ఆరోగ్య బీమా పాలసీల ప్రాతిపదికన పూచీపై మాత్రమే అందించవచ్చు. ప్రయోజన పాలసీలపై (పి.ఏ పాలసీలు మినహాయించి) ఎంత మాత్రమూ కాదు. సంచిత బోనస్ పనితీరు ప్రాస్పెక్టస్‌లో, పాలసీ దస్తావేజులో సవివరంగా పేర్కొనబడాలి. అంతేకాక, ఓ క్లెయిమ్‌ను ఓ నిర్ధిష్ఠ సంవత్సరంలో చేస్తే, ప్రాప్తించిన రేటులోనే సంచిత బోనస్ తగ్గించబడుతుంది.

ఉదాహరణ

రూ. ఐదు వేల ప్రీమియంతో ఓ వ్యక్తి రూ. 3 లక్షలకు పాలసీ తీసుకున్నాడు. మొదటి ఏడాది ఎలాంటి క్లెయిమ్ చేయకుంటే రెండో ఏడాదిలో అంతే ప్రీమియం (రూ. ఐదు వేలు) చెల్లిస్తున్నప్పటికీ, అతని బీమా మొత్తం రూ. 3.15 లక్షలకు పెరుగుతుంది. (అంతకుముందు ఏడాది కన్నా ఐదు శాతం ఎక్కువ) ఇది పదేళ్ళ క్లెయిమ్ రహిత పునరుద్ధరణతో రూ. 4.5 లక్షల వరకు వెళ్లగలదు.

12. మాలుస్/ బోనస్

క్లెయిమ్‌లు లేకుండా ఆరోగ్య పాలసీని నిలబెట్టుకోవడం కోసం ప్రోత్సాహమందిస్తున్న రీతిలోనే, మాలుస్ అనే మరో ప్రత్యామ్నాయ మార్గం కూడా ఉంది. ఓ పాలసీ కింద క్లెయిమ్‌లు చాలా ఎక్కువగా ఉంటే, మాలుస్ అనే ప్రీమియం లోడింగ్‌ను పునరుద్ధరణ సమయంలో వసూలు చేస్తారు.

ఆరోగ్య పాలసీ అనేది సామాజిక ప్రయోజన పాలసీ కావడంతో వ్యక్తిగత ఆరోగ్య పాలసీలపై ఇప్పటివరకు మాలుస్ వసూలు చేయబడలేదు.

అయినప్పటికీ, బృంద పాలసీల విషయంలో మాలూస్ అనేదానిని అర్థవంతమైన పరిమితుల్లో క్లెయిమ్ నిష్పత్తిని నిలబెట్టుకోవడం కోసం తగినంత మొత్త ప్రీమియంను లోడ్ చేసే మార్గంలో మాలూస్ వసూలు చేయబడుతాయి. మరోవైపు ప్రీమియం ధరలో మంచి అనుభవం ఏర్పడితే ప్రీమియం రేట్‌లో తగ్గింపు బోనస్ రూపంలో అనుమతించబడుతుంది.

13. క్లెయిమ్ తగ్గింపు ఉండదు

బీమా చేసిన సొమ్ములో బోనస్‌కు బదులు ప్రతి క్లెయిమ్ రహిత సంవత్సరానికి ప్రీమియంలో తగ్గింపు కోసం కొన్ని ఉత్పత్తులు అందిస్తున్నాయి.

14. సహ-చెల్లింపు

సహ-చెల్లింపు అనేది ఓ ఆరోగ్య పాలసీ కింద ప్రతి క్లెయిమ్‌లోని కొంత భాగాన్ని బీమాదారు భరించడం అనే భావన. ఇవి ఉత్పత్తి ఆధారంగా నిర్బంధమైనవి కావచ్చు లేదా స్వచ్ఛందమైనవి కావచ్చు. సహ-చెల్లింపు అనవసరంగా ఆసుపత్రిలో చేరడం నుంచి బీమాదారును నివారించడం లాంటి కొన్ని క్రమశిక్షణలను తీసుకువస్తుంది.

సహ-భాగస్వామ్యం అనే మిగులు అని పిలిచే ఓ నిర్ణీత సొమ్ము కాగలదు. లేదా అది అనుమతించిన క్లెయిమ్ మొత్తంలో ఓ శాతం కావచ్చు. మార్కెట్‌లోని కొన్ని ఉత్పత్తులు పెద్ద శస్త్ర చికిత్సలు లాంటి నిర్దిష్ట వ్యాధులకు లేదా సాధారణంగా చేసే శస్త్ర చికిత్సలు, లేదా ఓ నిర్దిష్ట వయసు దాటిన వారికి మాత్రమే సహ-చెల్లింపు నిబంధనలను అమలు చేస్తాయి.

15. తగ్గింపు/మిగులు

ఆరోగ్య పాలసీలలో మిగులుగా కూడా పిలిచే ఇది బీమా సంస్థ క్లెయిమ్ చెల్లించడానికి ముందుగా బీమాదారు చెల్లించాల్సిన నిర్ణీత సొమ్ము అని చెప్పవచ్చు. అంటే ఓ పాలసీలో తగ్గింపు రూ. పది వేలు అయితే, బీమాదారు ముందుగా ప్రతి బీమా నష్టం చెల్లింపులోనూ ముందుగా రూ. పదివేలు చెల్లిస్తారు. దీనిని మరింత వివరించాలంటే, క్లెయిమ్ రూ. ౮౦వేలు అయితే, బీమా చేసిన వ్యక్తి ముందుగా రూ. పదివేలు భరించాలి. బీమా సంస్థ రూ. ౭౦వేలు చెల్లిస్తుంది.

తగ్గింపు చేయగలిగినది అనేది ఆస్పత్రి నగదు పాలసీలలో బీమా సంస్థ ఏదేని ప్రయోజనాలను చెల్లించే ముందు వర్తించే నిర్దిష్ట రోజులు/గంటల సంఖ్యగా కూడా ఉండవచ్చు.

16. గది అద్దె ఆంక్షలు

ఓ క్లెయిమ్ సంభవించినప్పుడు బీమా చేసిన సొమ్మే చెల్లించగల గరిష్ఠ మొత్తంగా ఉండేలా పలు ఉత్పత్తులు బహిరంగ మార్కెట్లో ఉండగా, బీమా చేసిన సొమ్ముతో దానిని ముడిపెట్టడం ద్వార బీమాదారు ఎంచుకునే అవకాశంపై నేడు పలు ఉత్పత్తులు ఆంక్షలు అమలు చేస్తున్నాయి. గది అద్దెను అనుసరించి ఆసుపత్రిలోని అన్ని ఖర్చులు ఉంటాయని అనుభవం చెబుతోంది. ఎక్కువ అద్దె కలిగిన గదిలో ఉండడం వల్ల అన్ని ఖర్చుల పద్దులు దానికి తగ్గట్టే ఎక్కువగా ఉంటాయి. కాబట్టి, బీమా చేసిన మొత్తంలో 1 శాతాన్ని రోజుకు అద్దె పరిమితిగా విధించే పాలసీలో రూ. లక్ష బీమా కలిగిన వ్యక్తి రూ. వెయ్యిని మాత్రమే రోజు గది అద్దెగా పొందే హక్కును కలిగి ఉంటారు. దీన్ని బట్టి ఖరీదైన ఆసుపత్రులలో

విలాసవంతమైన చికిత్స పొందగోరితే, పాలసీని కూడా తగినంత ప్రీమియం చెల్లించి, ఎక్కువ మొత్తాలకు కొనుగోలు చేయాల్సి ఉంటుంది.

17. పునరుద్ధరణ నిబంధన

ఆరోగ్య బీమా పాలసీల పునరుద్ధరణపై ఐ.ఆర్.డి.ఏ చేసిన మార్గదర్శకాలు ఆరోగ్య పాలసీలను జీవితకాలం పాటు తప్పనిసరిగా పునరుద్ధరించేలా చేస్తుంది. బీమా పొందడం లేదా దానికి సంబంధించిన తదనంతర ప్రయోజనాలను పొమందడంలో మోసపూరితం లేదా తప్పుదోవ పట్టించడం లేదా బీమాదారు (లేదా ఆయన తరపున) బెదిరింపు ఉంటే ఆ కారణాలతో ఓ బీమా కంపెనీ పునరుద్ధరణను తిరస్కరించవచ్చు.

18. నిబంధన రద్దు

రద్దు నిబంధనను కూడా నియంత్రణ చట్టాలు, ప్రామాణికీకరించాయి. బీమా దారు తమను తప్పుదోవ పట్టించారని మోసం చేశారని, వాస్తవ సమాచారాన్ని బయటపెట్టలేదని, సహకారం అందించడం లేదనే కారణాలతో బీమా కంపెనీ ఏ సమయంలో అయినా పాలసీని రద్దు చేయవచ్చు.

చివరగా తెలిసిన చిరునామాలో బీమాదారుకు అక్నాలెడ్జ్ మెంట్‌తో కూడిన రిజిష్టర్ పోస్టులో కనీసం పదిహేను రోజుల సమయంతో రాతపూర్వకమైన నోటీసు కావాల్సి ఉంటుంది. బీమా సంస్థ పాలసీని రద్దు చేస్తే పాలసీ కింద ఎలాంటి క్లెయిమ్‌ను చెల్లించకుంటే, గడువు తీరని బీమా కాలానికి సమంగా చివరి ప్రీమియంకు తగ్గట్టు కొంత మొత్తాన్ని కంపెనీ తిరిగి చెల్లించాల్సి ఉంటుంది.

బీమా చేసిన వ్యక్తి ద్వారా రద్దు జరిగితే, తక్కువ కాల వ్యవధి ధరలతో ప్రీమియం తిరిగి చెల్లించబడుతుంది. అంటే బీమా చేసిన వ్యక్తి ప్రోరేటా కన్నా తక్కువ శాతంతో ప్రీమియం రీఫండ్‌ను పొందుతారు. క్లెయిమ్ చేసి ఉంటే, రీఫండ్ చెల్లించబడదు.

19. స్వేచ్ఛా సమీక్షా కాలం

ఓ వినియోగదారు ఓ కొత్త బీమా పాలసీని కొని, పాలసీ దస్తావేజును స్వీకరించిన తర్వాత తాను కోరుకున్న నియమ, నిబంధనలు లేవని తెలుసుకుంటే, ఆయన ముందున్న మార్గాలేమిటి?

ఈ సమస్యపై శ్రద్ధ తీసుకోవడానికి ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ తన నియంత్రణల్లో ఓ వినియోగదారు హిత సౌకర్యాన్ని రూపొందించింది. వినియోగదారు దానిని తిరిగి ఇచ్చి, కింది నిబంధనలకు తగ్గట్టు తిరిగి చెల్లింపును అందుకోవచ్చు:

1. ఇది జీవిత బీమా పాలసీలకు, కనీసం ఒక ఏడాది కాలపరిమితి కలిగిన ఆరోగ్య బీమా పాలసీలకు మాత్రమే వర్తిస్తుంది.
2. వినియోగదారు ఈ హక్కును పాలసీ దస్తావేజు స్వీకరించిన 15 రోజుల లోపు ఉపయోగించుకోవచ్చు.
3. దీనిని బీమా సంస్థకు ఆయన రాతపూర్వకంగా తెలపాల్సి ఉంటుంది.

4. పాలసీపై ఎలాంటి క్లెయిమ్ చేయక పోతే మాత్రమే ప్రీమియం రీఫండ్ అందుబాటులో ఉంటుంది. దీనిని సర్దుబాటు చేస్తారు.

    a) రక్షణపై ఆ కాలానికి తగ్గట్టు సముచితమైన రిస్క్ ప్రీమియం
    b) వైద్య పరీక్షలపై బీమాసంస్థకు అయ్యే ఖర్చులు మరియు
    c) స్టాంపు డ్యూటీ ఛార్జీలు

20. పునరుద్ధరణకు కరుణ కాలం

బీమా కొనసాగింపును నిర్వహించడం అనేది ఆరోగ్య బీమా పాలసీలో ఓ ముఖ్యమైన అంశంగా నిలుస్తోంది. పాలసీలు ఎలాంటి విరామం లేకుండా పునరుద్ధరించబడితే పాలసీ కింద ప్రయోజనాలు నిర్వహించబడుతున్నందున, సకాలంలో పునరుద్ధరించడం అనేది అత్యంత ప్రాముఖ్యత కలిగినదిగా ఉంటోంది.

ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ మార్గదర్శకాల ప్రకారం, వ్యక్తిగత ఆరోగ్య పాలసీల పునరుద్ధరణకు 30 రోజుల కరుణ కాలం అనుమతించబడుతుంది.

ఇదివరకటి బీమాను గడువు తేదీనుంచి 30 రోజుల్లోపు పునరుద్ధరిస్తే కొనసాగింపు ప్రయోజనాలన్నీ నిర్వహించబడుతాయి. విరామ కాలంలో ఏదేని క్లెయిమ్‌లు ఉంటే పరిగణనలోకి తీసుకోబడవు.

వ్యక్తిగత ఉత్పత్తులపై ఆధారపడి పునరుద్ధరణకు దీర్ఘకాలిక కరుణ కాలాన్ని మంజూరు చేసే విషయాన్ని పరిగణనలోకి తీసుకోవచ్చు.

ఐ.ఆర్.డి.ఏ జారీ చేసిన హెల్త్ రెగ్యులేషన్స్ అండ్ హెల్త్ ఇన్సూరెన్స్ స్టాండార్డైజేషన్ కింద పైనున్న కీలక నిబంధనలు, నిర్వచనాలు, మినహాయింపులలో ఎక్కువ భాగం ప్రమాణీకరించబడుతాయి. వాటిని చూసి, ఎప్పటికప్పుడు ఐ.ఆర్.డి.ఏ జాయీ చేసిన మార్గదర్శకాలు, ఉత్తర్వులపై తమంత తాముగా సమాచారాన్ని నవీకరించుకోవాలని విద్యార్థులకు సూచించబడుతోంది.

మిమ్మల్ని మీరు పరీక్షించుకోండి 2

ఐ.ఆర్.డి.ఏ మార్గదర్శకాల ప్రకారం, వ్యక్తిగత ఆరోగ్య పాలసీల పునరుద్ధరణ కోసం_________ కరుణ కాలం అనుమతించబడుతుంది.

I. పదిహేను రోజులు
II. ముప్పై రోజులు
III. నలభై ఐదు రోజులు
IV. అరవై రోజులు

సారాంశం

a) ఓ ఆరోగ్య బీమా పాలసీ అనేది ఊహించని రీతిలో హఠాత్తుగా ప్రమాదం జరిగి/అస్వస్థతకు గురై ఆసుపత్రి పాలు కావాల్సి వచ్చే పరిస్థితుల్లో బీమా చేసిన వ్యక్తికి రక్షణను అందిస్తుంది.

b) ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తులను ఆ పాలసీ కింద రక్షణ పొందే వారి సంఖ్య ప్రాతిపదికన వ్యక్తిగత పాలసీ, కుటుంబ ఫ్లోటర్ పాలసీ, బృంద పాలసీగా వర్గీకరించవచ్చు.

c) ఆసుపత్రి ఖర్చుల పాలసీ లేదా మెడీక్లెయిమ్ అస్వస్థత/ప్రమాదం సమయంలో అయ్యే ఆసుపత్రి ఖర్చులను తిరిగి చెల్లిస్తుంది.

d) ఆసుపత్రిలో చేరక ముందు ఖర్చులు అంటే ఆసుపత్రిలో చేరడానికి కొన్ని రోజుల ముందు (సాధారణంగా 30 రోజులు) వరకు అయ్యే వైద్య ఖర్చులు అని చెప్పవచ్చు. క్లెయిమ్‌లో భాగంగా దీనిని పరిగణిస్తారు.

e) ఆసుపత్రి నుంచి బయటకు వచ్చిన తర్వాత ఖర్చులు అంటే ఆసుపత్రి నుంచి బయటకు వచ్చిన తర్వాత కొన్ని రోజుల (సాధారణంగా 60 రోజులు) వరకు అయ్యే వైద్య ఖర్చులు అని చెప్పవచ్చు. క్లెయిమ్‌లో భాగంగా దీనిని పరిగణిస్తారు.

f) కుటుంబ ఫ్లోటర్ పాలసీలో, జీవిత భాగస్వామి, ఆధారపడిన పిల్లలు, తల్లిదండ్రులు కుటుంబం మొత్తానికి ఒకే మొత్తంగా బీమాసొమ్మును అందిస్తుంది.

g) ఆసుపత్రిలో చేరిన ఒక్కో రోజుకు బీమా చేసిన వ్యక్తికి ఓ నిర్ణీత సొమ్మును ఓ ఆసుపత్రి రోజువారీ నగదు పాలసీ అందిస్తుంది.

h) తీవ్ర అస్వస్థత పాలసీ అనేది తీవ్ర అస్వస్థత అని పిలిచే నిర్దిష్ట వ్యాధి నిర్ధారణపై భారీ మొత్తాన్ని చెల్లించేందుకు వీలు కల్పించే తీవ్ర అస్వస్థత పాలసీ.

i) ఎక్కువ తగ్గింపు లేదా టాపప్ రక్షణలు నిర్దిష్టంగా ఎంచుకున్న ఓ మొత్తానికి (ప్రవేశం లేదా తగ్గించగలిగినది అని అంటారు) మించి బీమా చేసిన ఎక్కువ సొమ్ముకు రక్షణ కల్పిస్తుంది.

j) స్థిర ప్రయోజనాల రక్షణ బీమా చేసిన వ్యక్తికి తగినంత రక్షణ కల్పించడంతో పాటు బీమా సంస్థ తన పాలసీకి సరైన ధరను నిర్ణయించడంలోనూ సహాయపడుతుంది.

k) ఊహించని ప్రమాదాలు ఎదురైనప్పుడు మరణం మరియు అంగవైకల్యం ప్రయోజనాల రూపంలో ఓ వ్యక్తిగత ప్రమాద (PA) రక్షణ పరిహారాన్ని అందిస్తుంది.

l) అవుట్ పేషంట్ రక్షణలు దంత చికిత్సలు, దృష్టి సంరక్షణ ఖర్చులు, సాధారణ వైద్య పరీక్షలు లాంటి ఆసుపత్రిలో చేరాల్సిన అవసరం లేని వాటికి అయ్యే వైద్య ఖర్చులను అందిస్తాయి.

m) ఓ బృంద పాలసీని ఓ సంస్థ, ఓ సంఘం, ఓ బ్యాంకు క్రెడిట్ కార్డు విభాగంలాంటి ఓ బృంద యజమాని తీసుకుంటారు. ఇందులో ఓ ఏక పాలసీ అనేది వ్యక్తుల బృందం మొత్తానికి రక్షణ కల్పిస్తుంది.

n) కార్పొరేట్ ఫ్లోటర్ లేదా బఫర్ రక్షణ మొత్తం బీమా చేసిన కుటుంబ మొత్తానికి మించిన అధిక ఖర్చులను భరించడంలో సహాయపడుతుంది.

o) విదేశీ మెడిక్లెయిమ్ / ప్రయాణ పాలసీలు విదేశాల్లో ఉంటున్న సమయంలో ఓ వ్యక్తి ప్రమాదానికి, గాయానికి గురైనా, అస్వస్థత బారిన పడినా రక్షణ కల్పిస్తుంది.

p) కార్పొరేట్ ఫ్రీక్వెంట్ ట్రావెలర్స్ ప్లాన్ అనేది ఓ వార్షిక ప్రణాళిక. ఇందులో భారతదేశం బయట తరచూ ప్రయాణాలు సాగించే తన కార్య నిర్వాహకుల కోసం ఓ కార్పొరేట్ సంస్థ వ్యక్తిగత పాలసీలను తీసుకుంటుంది.

q) ప్రత్యేకించి బీమా చేసిన వారిలో గందరగోళాన్ని నివారించేందుకు ఆరోగ్య బీమాలో ఉపయోగించే అనేక పదాలను ఐ.ఆర్.డి.ఏ ప్రామాణికీకరించింది.

మిమ్మల్ని మీరు పరీక్షించుకోండి

జవాబు 1

సరైన ఎంపిక II.

ఆసుపత్రిలో చేరక ముందు ఖర్చుల కోసం రక్షణ కాల వ్యవధి ఒక్కో బీమా సంస్థను బట్టి మారుతుంటుంది. దానిని పాలసీలో నిర్వచిస్తున్నారు. అత్యంత సాధారణ రక్షణగా ఆసుపత్రిలో చేరడానికి ముప్పై రోజుల ముందు కాలమంటే సరిపోతుంది.

జవాబు 2

సరైన ఎంపిక I.

ఐ.ఆర్.డి.ఏ మార్గదర్శకాల ప్రకారం, వ్యక్తిగత ఆరోగ్య పాలసీల పునరుద్ధరణకు 30 రోజుల కరుణ కాలం అనుమతించబడుతుంది.

స్వీయ పరీక్ష ప్రశ్నలు

ప్రశ్న 1

ఆసుపత్రి ఖర్చుల పాలసీకి సంబంధించి కింది ప్రకటనల్లో ఏది సరైంది?

I. ఆసుపత్రి ఖర్చులకు మాత్రమే రక్షణ ఇవ్వబడుతుంది.

II. ఆసుపత్రిలో చేరకముందు, ఆసుపత్రి నుంచి బయటకు వచ్చిన తర్వాత ఖర్చులకు రక్షణ ఇవ్వబడుతుంది.

III. ఆసుపత్రిలో చేరకముందు, ఆసుపత్రి నుంచి బయటకు వచ్చిన తర్వాత ఖర్చులకు రక్షణ ఇవ్వబడుతుంది కాబట్టి బీమా చేసిన వ్యక్తి చనిపోతే కుటుంబ సభ్యులకు ఓ పెద్ద మొత్తం చెల్లించబడుతుంది.

IV. మొదటి ఏడాది నుంచి ఆసుపత్రి ఖర్చులకు రక్షణ కల్పించబడుతుంది. మొదటి ఏడాది ఎలాంటి క్లెయిమ్‌లు జరపకుంటే రెండో ఏడాది నుంచి ఆసుపత్రిలో చేరకముందు, ఆసుపత్రి నుంచి బయటకు వచ్చిన తర్వాత ఖర్చులకు రక్షణ కల్పించబడుతాయి.

ప్రశ్న 2

కింది ప్రకటనల్లో ఏది సరైందో గుర్తించండి?

I. రోగాలతో వ్యవహరించే ఆరోగ్య బీమా

II. మరణంతో వ్యవహరించే ఆరోగ్య బీమా

III. రోగం, మరణాలు రెండింటితో వ్యవహరించే ఆరోగ్య బీమా

IV. రోగం లేదా మరణంలలో రెండింటికీ సంబంధించని దానితో వ్యవహరించే ఆరోగ్య బీమా

ప్రశ్న 3

ఆరోగ్య బీమాలో అందిస్తున్న నగదు రహిత సేవకు సంబంధించి కింది ప్రకటనల్లో ఏది సరైంది?

I. ఇది భౌతికమైన కరెన్సీ నోట్ల బట్వాడాను తగ్గించి, చెట్లను కాపాడవచ్చనే రీతిలో ఎలక్ట్రానిక్ చెల్లింపులను ప్రోత్సహించడానికి బీమా కంపెనీలు ప్రారంభించిన పర్యావరణ హిత పచ్చదన ఉద్యమం.

II. ప్రత్యేక పథకం కింద బీమా కంపెనీకి ప్రభుత్వం చెల్లింపు జరుపుతున్నందున బీమాదారుకు ఉచిత ఖర్చుతో సేవ అందించబడుతుంది కానీ ఎలాంటి నగదు చెల్లించబడదు.

III. బీమా కంపెనీ నగదును ఆమోదించనందున చెల్లింపులన్నీ ఇంటర్నెట్ బ్యాంకింగ్ ద్వారా లేదా కార్డుల ద్వారా మాత్రమే జరుపబడుతుంది.

IV. బీమాదారు చెల్లించాల్సిన అవసరం లేదు. బీమా కంపెనీ నేరుగా ఆసుపత్రికి బిల్లు చెల్లిస్తుంది.

ప్రశ్న 4

ఆరోగ్య బీమాలో ఆసుపత్రులకు సంబంధించి PPN యొక్క సరైన పూర్తి రూపాన్ని గుర్తించండి.

I. పబ్లిక్ ప్రెఫర్డ్ నెట్‌వర్క్

II. ప్రెఫర్డ్ ప్రొవైడర్ నెట్‌వర్క్

III. పబ్లిక్ ప్రైవేట్ నెట్‌వర్క్

IV. ప్రొవైడర్ ప్రెఫరెన్షియల్ నెట్‌వర్క్

ప్రశ్న 5

కింది వాటిలో ఏ ప్రకటన సరైందో గుర్తించండి?

I. తన ఉద్యోగుల కోసం ఓ సంస్థ బృంద పాలసీని తీసుకోవచ్చు.

II. తన వినియోగదారుల కోసం ఓ బ్యాంకు బృంద పాలసీని తీసుకోవచ్చు.

III. ఓ దుకాణదారు తన వినియోగదారుల కోసం బృంద పాలసీని తీసుకోవచ్చు.

IV. ఉద్యోగుల కుటుంబ సభ్యులను చేర్చడానికి తన ఉద్యోగులకోసం సంస్థ ఓ బృంద పాలసీని విస్తరించవచ్చు.

స్వీయ పరీక్ష ప్రశ్నలకు జవాబులు

జవాబు 1

సరైన ఎంపిక **II.**

ఆసుపత్రి ఖర్చుల పాలసీలో, ఆసుపత్రిలో ఉండడంతే పాటు ఆసుపత్రిలో చేరకముందు, బయటకు వచ్చిన తర్వాతి ఖర్చులకు కూడా రక్షణ కల్పించబడుతాయి.

జవాబు 2

సరైన ఎంపిక I.

ఆరోగ్య బీమా రోగానికి (వ్యాధి సంఘటన రేటు)కు సంబంధించినది.

జవాబు 3

సరైన ఎంపిక IV.

నగదు రహిత సేవ కింద బీమాదారు చెల్లించాల్సిన అవసరం లేదు. బీమా కంపెనీ నేరుగా ఆసుపత్రికి బిల్లులను చెల్లిస్తుంది.

జవాబు 4

సరైన ఎంపిక II.

PPN అంటే ప్రెఫర్డ్ ప్రొవైడర్ నెట్‌వర్క్.

జవాబు 5

సరైన ఎంపిక III.

ప్రకటనలు I, II మరియు IV సరైనవే. తన వినియోగదారులకు దుకాణదారుడు బృంద బీమా తీసుకోరు కాబట్టి ప్రకటన III తప్పు.

అధ్యాయం 9

ఆరోగ్య బీమాలో అండర్ రైటింగ్

అధ్యాయం ఉపోద్ఘాతం

ఈ అధ్యాయం ఆరోగ్య బీమాలో అండర్ రైటింగ్ గురించి మీకు సమగ్ర పరిజ్ఞానాన్ని అందించడాన్ని లక్ష్యంగా పెట్టుకుంది. ఏ రకమైన బీమాలోనైనా పూచీపడడం చాలా ముఖ్యమైన అంశం. బీమా పాలసీ జారీలో ఇది కీలక పాత్ర వహిస్తుంది. అండర్ రైటింగ్ కి సంబంధించిన ప్రాథమిక సూత్రాలు, సాధనాలు, పద్ధతులు, ప్రక్రియపై ఈ అధ్యాయం మీకొక అవగాహన కల్పిస్తుంది. గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్స్యూరెన్స్ అండర్ రైటింగ్ కు సంబంధించి కూడా ఇది మీకు పరిజ్ఞానం కల్పిస్తుంది.

అధ్యయన ఫలితాలు

A. అండర్రైటింగ్అంటేఏమిటి?
B. అండర్రైటింగ్ – ప్రాథమికభావనలు
C. ఫైల్ అండ్ యూజ్ మార్గదర్శకాలు
D. ఆర్.డి.ఏ.ఐ యొక్క ఇతర ఆరోగ్య బీమా నియంత్రణలు
E. అండర్రైటింగ్కుసంబంధించిమౌలికసూత్రాలు, సాధనాలు
F. అండర్రైటింగ్ప్రక్రియ
G. ఇగ్రూప్హెల్త్ఇన్స్యూరెన్స్
H. ఓవర్సీస్ ట్రావెల్ ఇన్సూరెన్స్ ఒప్పందం
I. వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా పూచీ ఒప్పందం

ఈ అధ్యాయం చదివిన తర్వాత, మీరు ఏం చేయగలగుతారంటే:

a) అండర్ రైటింగ్ అంటే ఏమిటో వివరించగలుగుతారు.
b) అండర్ రైటింగ్ కు సంబంధించిన మౌలిక భావనలను వర్ణించగలుగుతారు
c) అండర్ రైటర్లు అనుసరించే సూత్రాలను, ఉపయోగించే వివిధ సాధనాలను వివరించగలుగుతారు
d) వ్యక్తిగత ఆరోగ్య పాలసీల అండర్ రైటింగ్ సంపూర్ణ ప్రక్రియను మెచ్చుకోగలుగుతారు
e) గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్స్యూరెన్స్ పాలసీలను ఎలా అండర్ రైట్ చేస్తారో చర్చించగలుగుతారు

ఈ ఘట్టాన్ని పరిశీలించండి

సాఫ్ట్ వేర్ ఇంజనీర్ గా పనిచేస్తున్న 48 ఏళ్ళ మనీశ్ తనకొక ఆరోగ్య బీమా పాలసీ తీసుకోవాలని నిర్ణయించుకున్నారు. ఆయనొక బీమా కంపెనీకి వెళ్ళారు. వారు ఒక ప్రతిపాదన ఫారాన్ని ఆయన చేతికిచ్చారు. దానిలోని అనేక రకాల ప్రశ్నలకు ఆయన జవాబు ఇవ్వాల్సి ఉంది. అవి ఆయన దేహదారుఢ్యం, ఆరోగ్యం, మానసిక ఆరోగ్యం, ముందు నుంచి ఉన్న జబ్బులు, కుటుంబ ఆరోగ్య చరిత్ర, అలవాట్లు వగైరాలకు సంబంధించిన ప్రశ్నలు.

మనీశ్ నుంచి ఈ ప్రతిపాదన ఫారాన్ని తీసుకున్న తర్వాత కూడా వారు ఆయనను ఇంకా అనేక పత్రాలు కోరారు. ఐడెంటిటి, వయసు, చిరునామాల నిరూపణ పత్రాలను, మునుపటి వైద్య రికార్డులను సమర్పించాలని కోరారు. ఆరోగ్య తనిఖీ పరీక్ష, మరికొన్ని వైద్య పరీక్షలు చేయించుకోవాల్సిందిగా కూడా వారు ఆయనను కోరారు. ఇది ఆయనను నిస్పృహకు లోను చేసింది.

తనని తాను ఆరోగ్యవంతునిగా, చక్కని ఆదాయ స్థాయి కలిగిన వ్యక్తిగా సంభావించుకునే మనీశ్ తన విషయంలో, బీమా కంపెనీ అటువంటి కొల్లేటి చాంతాడు ప్రక్రియను ఎందుకు అనుసరిస్తోందో తెలియక ఆశ్చర్యపోయారు. ఈ లాంఛనాలన్నీ పూర్తయ్యాక, బీమా కంపెనీ ఆయనకు అధిక కొలెస్టరాల్, అధిక రక్తపోటు ఉన్నట్లు వైద్య పరీక్షలలో తేలిందని, ఇవి తదనంతర కాలంలో ఆయనకు గుండె జబ్బులు రాగల అవకాశాలను పెంచవచ్చని తెలియజేసింది. వారు ఆయనకు పాలసీ ఇవ్వజూపారు కానీ, హెచ్చు ప్రీమియం కోరారు. ఆ మొత్తం తన మిత్రుడు చెల్లించినదానికన్నా ఎక్కువగా ఉండడంతో సదరు పాలసీ తీసుకునేందుకు మనీశ్ తిరస్కరించారు.

ఇక్కడ, సదరు బీమా కంపెనీ, దాని అండర్ రైటింగ్ ప్రక్రియలో భాగంగా ఈ చర్యలను అనుసరిస్తోంది. నష్ట ప్రమాద రక్షణ కల్పిస్తున్నప్పుడు, బీమాసంస్థ ఆ రిస్క్ లను సక్రమంగా మదింపు చేయాలి. సహేతుకమైన రీతిలో లాభాన్ని గడించాలి. నష్ట ప్రమాదాన్ని సరిగ్గా మదింపు చేయకపోతే, తర్వాత సదరు వ్యక్తి క్లెయిమ్ చేస్తే, కంపెనీకి అది నష్టంగా పరిణమిస్తుంది. పైగా, బీమా సంస్థలు బీమా చేసిన వారందరి తరఫున ప్రీమియంలను వసూలు చేస్తాయి. వారు ఆ మొత్తాలతో ఒక ట్రస్టు మాదిరిగా వ్యవహరించాల్సి ఉంటుంది.

A. అండర్ రైటింగ్ అంటే ఏమిటి?

1. *అండర్ రైటింగ్*

బీమా నిధికి వాటిల్లగల నష్ట ప్రమాదానికి తగ్గ నిష్పత్తిలో తగినంత ప్రీమియం చెల్లించగల వ్యక్తులకి బీమా సదుపాయం కల్పించడానికి బీమా కంపెనీలు ప్రయత్నిస్తాయి. ప్రతిపాదకుని నుంచి ఇలా సమాచారాన్ని సేకరించి, అతని నుంచి రిస్క్ ఏ మేరకు ఉండగలదో విశ్లేషించే ప్రక్రియను అండర్ రైటింగ్ అంటారు. ఈ ప్రక్రియ ద్వారా సేకరించిన సమాచారాన్ని ఆధారం చేసుకుని, ఆ ప్రతిపాదకునికి బీమా సదుపాయం కల్పించాలో లేదో వారు నిర్ణయిస్తారు. ఒకవేళ బీమా సదుపాయం కల్పించాలని నిర్ణయిస్తే, వారు కొన్ని షరతులను, నిబంధనలను విధించడమే కాక ఎంత ప్రీమియం చెల్లించాలో కూడా నిర్దేశిస్తారు. అటువంటి రిస్క్ తీసుకుంటున్నందుకు సహేతుకమైన రీతిలో లాభాన్ని గడించగలమా లేదా అని చూసుకుంటారు.

ఆరోగ్య బీమా అనారోగ్య భావనను ఆధారం చేసుకుని ఉంటుంది. ఇక్కడ, అనారోగ్యం అంటే, ఒక వ్యక్తి అనారోగ్యం పాలవడానికి లేదా రోగగ్రస్తుడవడానికి ఉన్న రిస్క్, వాటికి చికిత్స చేయించుకోవడం లేదా ఆస్పత్రిలో చేరడంగా నిర్వచించుకోవాలి. అనారోగ్యాన్ని చాలా వరకు వయసే ప్రభావితం చేస్తుంది. (సాధారణంగా వయోజనులలో కన్నా సీనియర్ పౌరులలోనే అనారోగ్యం తలెత్తుతుంది. మితిమీరిన బరువు లేదా బరువు తక్కువగా ఉండడం, నిర్దిష్ట వ్యాధులు లేదా అనారోగ్యాలకు సంబంధించి వ్యక్తుల గత, వర్తమానాల చరిత్ర, ధూమపానం వంటి వ్యక్తిగత అలవాట్లు, ప్రస్తుత ఆరోగ్య స్థితి, ప్రతిపాదకుని వృత్తి ముఖ్యంగా అది ప్రమాదకరమైనది కావడం లాంటి వివిధ ఇతర ప్రతికూల అంశాలు కూడా అనారోగ్యం బారినపడగల అవకాశాలను పెంచుతుంటాయి. వయసు తక్కువగా ఉండడం, ఆరోగ్యకరమైన జీవనశైలి వంటి నిర్దిష్ట అనుకూల అంశాల వల్ల వ్యత్యస్తంగా అనారోగ్య అవకాశాలు తగ్గనుకూడావచ్చు.

నిర్వచనం

రిస్క్ ని సముచితమైన రీతిలో మదింపు చేసి బీమా సదుపాయాన్ని ఏ షరతుల మేరకు మంజూరు చేయవచ్చో నిర్ణయించే ప్రక్రియే అండర్ రైటింగ్. ఆ విధంగా అది రిస్క్ ఎంపిక, రిస్క్ వెల విధాన నిర్ణాయక ప్రక్రియ అవుతుంది.

2. *అండర్ రైటింగ్ ఆవశ్యకత*

బీమా కంపెనీకి అండర్ రైటింగ్ వెన్నెముక లాంటిది. ఎందుకంటే, రిస్క్ ని నిర్లక్ష్యంగా ఆమోదించినా లేక ప్రీమియంలను తగు మొత్తాలలో స్వీకరించకపోయినా బీమా కంపెనీయే దివాళా తీయవచ్చు. అలా అని, మరీ ఆచితూచి ఎంపిక చేసుకున్నా, పాలసీదారులను మరీ జాగ్రత్తగా ఎంపిక చేసుకున్నా రిస్క్ ను సమ రీతిలో విస్తరింపజేసే విధంగా బీమా కంపెనీ పెద్ద నిధిని సృష్టించుకోకుండా నివారించినట్లు అవుతుంది. కనుక, రిస్క్ కి వ్యాపారానికి మధ్య సరైన సమతూకం సాధించడం చాలా ముఖ్యం. అలా చేస్తేనే, కంపెనీ పోటీ ఇవ్వడంతోబాటు లాభాలను కూడా సంపాదించగలుగుతుంది.

సంబంధిత బీమా కంపెనీ తాత్త్వికత, విధానాలు, నష్టాన్ని భరించగలిగే స్థోమతల ననుసరించి ఈ సమతూక ప్రక్రియను అండర్ రైటర్ నిర్వహిస్తారు. రిస్క్ లను వర్గీకరించి, సరైన ధరకు అంగీకారయోగ్యమైన షరతులను రూపొందించడమే అండర్ రైటర్ చేయాల్సిన పని. రిస్క్ ని అంగీకరించడమంటే, పాలసీదారుకు భవిష్యత్తులో క్లెయిమ్ ను సెటిల్ చేసి పెడతామని వాగ్దానం చేయడమేనని ఇక్కడ గమనించుకోవడం చాలా ముఖ్యం.

3. *అండర్ రైటింగ్ - రిస్క్ మదింపు*

ఒక బృందం లేదా వ్యక్తి గుణగణాలను ఆధారం చేసుకుని రిస్క్ ను ఎంపిక చేసుకునే ప్రక్రియే అండర్ రైటింగ్. రిస్క్ స్థాయిని ఆధారం చేసుకుని రిస్క్ ను అంగీకరించాలా లేదా అంగీకరిస్తే ఏ ధరకు అంగీకరించాలని అనేది అండర్ రైటర్ నిర్ణయిస్తాడు. ఎట్టి పరిస్థితులలోనూ అంగీకార ప్రక్రియ నిష్పక్షపాతంగాను, సమానత్వ ప్రాతిపదిక మీద సాగాలి. అంటే, అలాంటి ప్రతి రిస్క్ ని ఎలాంటి పక్షపాతం లేకుండా సమానంగా వర్గీకరించాలి. సాధారణంగా ఈ వర్గీకరణను ప్రామాణిక అంగీకార చార్టుల ద్వారా చేస్తారు. ప్రతి ప్రాతినిధ్య రిస్క్ ని పరిమాణాత్మకంగా మార్చి, వాటికి తగ్గట్లుగా ప్రీమియంలను లెక్కిస్తారు.

అనారోగ్యం బారినపడే, మృత్యువాతపడే అవకాశంపై వయసు ప్రభావం చూపవచ్చుకానీ, సాధారణంగా మృత్యువుకన్నా చాలా కాలం ముందే అనారోగ్యం తలుపు తడుతుందని, అది తరచు బాధించే అవకాశాలు కూడా ఉన్నాయని గుర్తుంచుకుని తీరాలి. అందుకనే, మరణానంతరం ఇచ్చే దానికన్నా, ఆరోగ్య బీమా సదుపాయం విషయంలో అండర్ రైటింగ్ నిబంధనలు, మార్గదర్శకసూత్రాలు మరింత కట్టుదిట్టంగా ఉండడం చాలా తార్కికంగా కనిపిస్తుంది.

ఉదాహరణ

మధుమేహంతో బాధపడుతున్న వ్యక్తిలో గుండె లేదా మూత్రపిండాల సమస్యలు వృద్ధి చెందే అవకాశాలు చాలా ఎక్కువగా ఉన్నాయి. అతనికి ప్రాణాపాయం లేకపోయినా ఆస్పత్రిపాలయ్యే అవకాశాలు హెచ్చు. పైగా, బీమా రక్షణ ఉన్న కాలంలో ఆస్పత్రిపాలయ్యే ఘటనలు ఎక్కువసార్లు చోటుచేసుకోవచ్చు. జీవిత బీమా అండర్ రైటింగ్ మార్గదర్శకసూత్రం ఈ వ్యక్తిని ఓ మోస్తరు రిస్క్‌గా మాత్రమే పరిగణించవచ్చు. అయితే, వైద్య అండర్ రైటింగ్ అతనిని ఎక్కువ రిస్క్‌తో కూడిన వ్యక్తిగా భావించవచ్చు.

ఫైనాన్షియల్ లేదా ఆదాయ ఆధారిత అండర్ రైటింగ్ లో కన్నా ఆరోగ్య బీమాలో వైద్య పరంగా లేదా ఆరోగ్య పరంగా కనుగొన్న అంశాలపై ఎక్కువ దృష్టి పెట్టే అవకాశం ఉంది. అయితే, ఫైనాన్షియల్ అండర్ రైటింగ్ ని కూడా నిర్లక్ష్యం చేయడానికి లేదు. బీమా కల్పించదగిన విధంగా వడ్డీ రావాలి. ప్రతికూల ఎంపికలు ఏవీ లేకుండా చూసుకునేందుకు, ఆరోగ్య బీమాలో నిరంతరత కొనసాగేట్లు చూసుకునేందుకు ఫైనాన్షియల్ అండర్ రైటింగ్ ముఖ్యం.

4. అనారోగ్యం బారినపడే అవకాశాన్ని ప్రభావితం చేయగల అంశాలు

రిస్క్‌ని మదింపు చేసేటపుడు అనారోగ్యం పాలయ్యే అవకాశాన్ని ప్రభావితం చేయగల అంశాలను దిగువ పేర్కొన్న విధంగా చాలా జాగ్రత్తగా పరిశీలించాలి :

a) **వయసు:** వయసును, రిస్క్ స్థాయిని బట్టి ప్రీమియంలను వసూలు చేస్తారు. ఉదాహరణకు, శిశువులు, బాలలు ఇన్ ఫెక్షన్లు, ప్రమాదాల బారినపడే అవకాశం ఎక్కువగా ఉంటుంది కనుక యువజనుల అనారోగ్య ప్రీమియంల కన్నా శిశువులు, బాలల ప్రీమియంలు ఎక్కువగా ఉంటాయి. అదే మాదిరిగా, 45 ఏళ్ళు దాటినవారు మధుమేహం వంటి దీర్ఘకాల వ్యాధితో బాధపడే అవకాశం, హఠాత్తుగా గుండె జబ్బుకు గురయ్యే అవకాశం లేదా అలాంటివే మరి ఏవైనా ఇతర అనారోగ్యాల బారినపడే అవకాశం చాలా హెచ్చుగా ఉంటుంది కనుక వారు చెల్లించాల్సిన ప్రీమియంలు ఎక్కువగా ఉంటాయి.

b) **లింగం:** గర్భధారణ సమయంలో మహిళలు అనారోగ్యం పాలయ్యే అవకాశాలు మరింత పెరుగుతాయి. అయితే, మహిళలకన్నా పురుషులు గుండెపోటుకు గురయ్యే అవకాశాలు ఎక్కువ. అలాగే, అపాయకరమైన వృత్తి ఉద్యోగాలలో పురుషులు ఎక్కువగా కొనసాగే అవకాశం ఉన్నందున ఉద్యోగ సంబంధిత ప్రమాదాలకు మహిళలకన్నా పురుషులు ఎక్కువ గురికావచ్చు.

c) **అలవాట్లు:** ఏ రూపంలోనైనా సరే పొగాకు, మద్యం, లేదా మత్తు పదార్థాల వినియోగం అనారోగ్య రిస్క్ పై ప్రత్యక్ష ప్రభావం చూపుతుంది.

d) **వృత్తి:** కొన్ని వృత్తి, ఉద్యోగాలలో ప్రమాదాలకు అదనపు రిస్క్ ఉంటుంది. ఉదాహరణకు డ్రైవర్, బ్లాస్టర్, ఏవియేటర్ వంటివి. అలాగే, కొన్ని ఉద్యోగాల్లో ఆరోగ్యపరమైన రిస్క్ లు ఎక్కువగా ఉండవచ్చు. ఎక్స్ రే మెషీన్ ఆపరేటర్, ఆజ్ బెస్టాస్ పరిశ్రమ కార్మికులు, గనుల తవ్వకందారులు వంటివారు ఆ కోవలోకి వస్తారు.

e) **కుటుంబ చరిత్ర** : ఉబ్బసం, మధుమేహం, కొన్ని రకాల క్యాన్సర్లు వంటి వ్యాధులను జన్యుపరమైన అంశాలు ప్రభావితం చేస్తాయి కనుక దీనికి చాలా ప్రాధాన్యం ఉంది. అనారోగ్యంపై ఇది ప్రభావం చూపి తీరుతుంది. కనుక రిస్క్ ను ఆమోదించేటపుడు దీన్ని పరిగణనలోకి తీసుకుని తీరాలి.

f) **శారీరక నిర్మాణం** : లావుగా, సన్నగా లేదా ఓ మోస్తరు శరీరంతో ఉండడం కూడా కొన్ని వర్గాల ప్రజలలో అనారోగ్యంతో ముడిపడి ఉండవచ్చు.

g) **గతంలోని జబ్బు లేదా సర్జరీ** : గతంలో వచ్చిన జబ్బు శారీరక బలహీనతను పెంచడానికి కారణమయ్యే అవకాశం ఉందా లేక ఆ జబ్బు తిరగబెట్టే అవకాశముందా అని తెలుసుకోవాలి. ఉదాహరణకు, మూత్రపిండాలలో రాళ్ళ సమస్య తిరగబెట్టే అవకాశముంది. అలాగే, ఒక కంటిలోని కేటరాక్ట్ మరో కంటిలో కేటరాక్ట్ వచ్చే అవకాశాన్ని పెంచే వీలుంది.

h) **ప్రస్తుత ఆరోగ్య స్థితి, ఇతర అంశాలు లేదా సమస్యలు :** రిస్క్ స్థాయిని, బీమా యోగ్యతను తెలుసుకునేందుకు ఇది చాలా ముఖ్యం. వివరాలను సరిగ్గా వెల్లడించడం, వైద్య పరీక్ష ద్వారా దీన్ని నిరూపించవచ్చు.

i) **పర్యావరణం, నివాసం :** అనారోగ్యం పాలుకాగల అవకాశాలపై వీటి ప్రభావం కూడా ఉంటుంది.

మీకు మీరే పరీక్షించుకోండి **1**

అండర్ రైటింగ్ ప్రక్రియలో ఇమిడి ఉండే అంశం ఏమంటే ____________.

I. బీమా ఉత్పత్తులను మార్కెట్ చేయడం

II. కస్టమర్ల నుంచి ప్రీమియంలు వసూలు చేయడం

III. రిస్క్ ఎంపిక, రిస్క్ ధర నిర్ణయం

IV. వివిధ బీమా ఉత్పత్తులను విక్రయించడం

B. అండర్ రైటింగ్ - ప్రాథమిక భావనలు

1. అండర్ రైటింగ్ లోని ప్రయోజనం

అండర్ రైటింగ్ ప్రయోజనాన్ని పరిశీలించడం ద్వారా మనం ప్రారంభిద్దాం. రెండు ప్రయోజనాలున్నాయి

i. వ్యతిరేక ఎంపికను నివారించడం. అంటే, బీమా కంపెనీకి వ్యతిరేకంగా పనిచేసే ఎంపికను నిరోధించడం

ii. రిస్క్ లను వర్గీకరించి, రిస్క్ ల మధ్య సమానత్వం ఉండేట్లు చూడడం

నిర్వచనం

రిస్క్‌ల ఎంపిక అనే పద బంధం ఆరోగ్య బీమాకు సంబంధించిన ప్రతి ప్రతిపాదనను విశ్లేషించే ప్రక్రియను సూచిస్తుంది. ప్రతిపాదన ప్రాతినిధ్యం వహిస్తున్న రిస్క్ స్థాయిని పరిశీలించి బీమా కల్పించాలా లేదా అనేది నిర్ణయించడం, ఇస్తే ఏ షరతులపై బీమా ఇవ్వాలో నిర్ణయించడం దీనిలోకి వస్తాయి.

వ్యతిరేక ఎంపిక (లేదా ప్రతికూల ఎంపిక) ప్రజలలో కనిపించే ధోరణి. ఆరోగ్యం దెబ్బతినే అవకాశం హెచ్చుగా ఉందని అనుమానించిన వారు లేదా తెలిసున్నవారు త్వరగా బీమా పొందడానికి ఆ ప్రక్రియలో లబ్ధి పొందడానికి తహతహలాడతారు.

ఉదాహరణ

ఎవరికి బీమా కల్పించాలి, ఏ విధంగా బీమాను ఇవ్వజూపాలి అనే దానిపై బీమా సంస్థలు ఆచితూచి వ్యవహరించకపోతే, మధుమేహం, అధిక రక్తపోటు, గుండె సమస్యలు లేదా క్యాన్సర్ వంటి తీవ్ర రోగాలతో బాధపడుతున్నవారు, త్వరలోనే తాము ఆస్పత్రిపాలు కాకతప్పదని తెలిసున్నవారు ఆరోగ్య బీమా కల్పించుకుని బీమా సంస్థలకు నష్టాలు సృష్టించగల అవకాశం ఉంది.

మరో విధంగా చెప్పాలంటే, బీమా సంస్థ ఎంపిక విధానాన్ని పాటించకపోతే ఆర్థికంగా దెబ్బతిని, ఆ క్రమంలో నష్టాల పాలయ్యే ప్రమాదముంది.

2. రిస్క్‌లలో ఈక్విటీ

ఇపుడు మనం రిస్క్‌ల మధ్య ఈక్విటీని పరిశీలిద్దాం. “ఈక్విటీ” అంటే ఒకే రకమైన రిస్క్‌ల స్థాయిలు ఉన్న దరఖాస్తుదారులను ఒకే ప్రీమియం తరగతిలో ఉంచడం. వసూలు చేసే ప్రీమియంలను నిర్ధారించడానికి ఏదో ఒక రకమైన ప్రామాణీకరణ ఉండాలని బీమా సంస్థలు కోరుకుంటాయి. అపుడు ఓ మోస్తరు రిస్క్‌లున్న వ్యక్తులు ఒకే రకమైన ప్రీమియం చెల్లిస్తారు. హెచ్చు రిస్క్ లతో ఉన్న వ్యక్తులు హెచ్చు ప్రీమియం చెల్లిస్తారు. ఓ మోస్తరు రిస్క్ లున్న అత్యధిక ప్రజానీకానికి ప్రామాణీకరణను వర్తింపజేయాలని బీమా సంస్థలు కోరుకుంటాయి. ఫలితంగా,

ఎక్కువ రిస్క్ లున్న వ్యక్తులు ఎంత ప్రీమియం చెల్లించాలో నిర్ణయించేందుకు, వారివల్ల వాటిల్లగల నష్ట ప్రమాదాన్ని మదింపు చేసేందుకు తాము ఎక్కువ సమయాన్ని కేటాయించగలుగుతామని అవి భావిస్తాయి.

a) రిస్క్ ల వర్గీకరణ

సమాన వాటా భావనను తీసుకొచ్చేందుకు అండర్ రైటర్, రిస్క్ ల వర్గీకరణగా పేరున్న ప్రక్రియకు దిగుతాడు. వ్యక్తులను వారు తెస్తున్న రిస్క్ స్థాయిలను ఆధారం చేసుకుని వివిధ రిస్క్ వర్గాలుగా విభజిస్తారు. అలాంటి రిస్క్ వర్గాలు నాలుగున్నాయి.

i. ప్రామాణిక రిస్క్ లు

ఊహాజనిత అనారోగ్యం (అస్వస్థతకు గురయ్యే) అవకాశం ఓ మోస్తరుగా ఉందని భావించిన వ్యక్తులను ఈ కోవలో చేరుస్తారు.

ii. అధిగణ్యత రిస్క్ లు

ఓ మోస్తరు వారికన్నా కూడా వీరు అనారోగ్యం పాలయ్యే అవకాశాలు గణనీయంగా తక్కువగా ఉంటాయి. కనుక వీరి నుంచి తక్కువ ప్రీమియం వసూలు చేయవచ్చు.

iii. న్యూన ప్రామాణిక రిస్క్ లు

ఓ మోస్తరు వారికన్నా కూడా వీరు అనారోగ్యం పాలయ్యే అవకాశాలు హెచ్చుగా ఉంటాయి. అయినా, వీరికి బీమా సదుపాయం కల్పించడాన్ని పరిశీలించవచ్చుననిపిస్తుంది. వీరి నుంచి హెచ్చు (లేదా అదనపు) ప్రీమియంలు వసూలు చేసి లేదా కొన్ని షరతులకు లోబడేట్లు చేసి బీమా సదుపాయం కల్పించవచ్చు.

iv. రిస్క్ ల నిరాకరణ

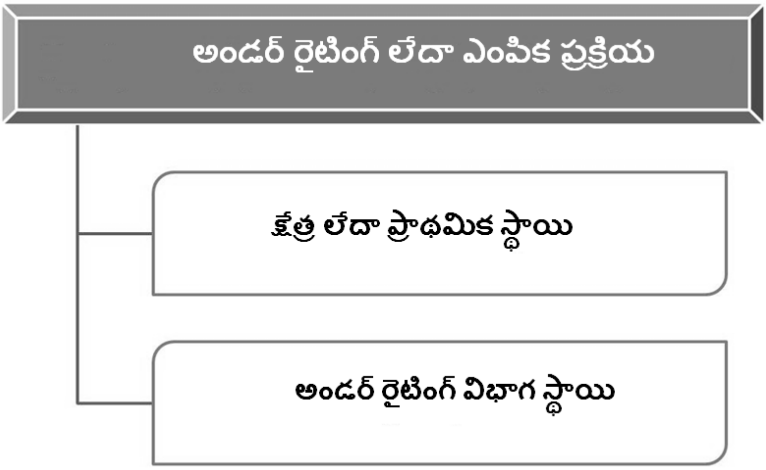
ఈ వర్గంలోని వ్యక్తుల బలహీనతలు, ఊహాజనిత అదనపు అనారోగ్య అవకాశాలు చాలా ఎక్కువగా ఉన్నట్లు లెక్క. వారు భరించగలిగిన వ్యయానికి కంపెనీ బీమా సదుపాయం కల్పించలేకపోవచ్చు. కొన్ని సందర్భాలలో ఒక వ్యక్తి బీమా కోరడానికి కొద్ది రోజుల ముందు శస్త్రచికిత్స చేయించుకోవడం లాంటి వైద్య పరిణామానికి లోనైతే ఆ వ్యక్తి బీమా ప్రతిపాదనను కంపెనీ తాత్కాలికంగా తిరస్కరించవచ్చు. బీమా కల్పించడానికి నిరాకరించవచ్చు.

3. ఎంపిక ప్రక్రియ

అండర్ రైటింగ్ లేదా ఎంపిక ప్రక్రియ రెండు స్థాయిలలో చోటుచేసుకుంటుందని చెప్పవచ్చు:

- ✓ క్షేత్ర స్థాయిలో
- ✓ అండర్ రైటింగ్ విభాగ స్థాయిలో

రేఖా చిత్రం 1. అండర్ రైటింగ్ లేదా ఎంపిక ప్రక్రియ



a) క్షేత్ర లేదా ప్రాథమిక స్థాయి

క్షేత్ర స్థాయి అండర్ రైటింగ్ నే ప్రాథమిక అండర్ రైటింగ్ గా కూడా చెప్పకోవచ్చు. ఒక దరఖాస్తుదారునికి బీమా రక్షణ మంజూరు చేయవచ్చా లేదా అని నిర్ధారించేందుకు ఏజంట్ లేదా కంపెనీ ప్రతినిధి సమాచారం సేకరించడం దీని కిందకే వస్తుంది. ప్రాథమిక అండర్ రైటర్ గా ఏజంట్ కీలక పాత్ర పోషిస్తాడు. కాబోయే క్లయింట్‌కు బీమా ఇవ్వచ్చా లేదా అని తెలుసుకోగల ఉత్తమ స్థితిలో ఏజెంటే ఉంటాడు.

ప్రతిపాదకునికి సంబంధించి ఏజెంట్లు ఒక పత్రాన్ని పూర్తి చేయాలని లేదా గుప్త నివేదికను సమర్పించాలని కొన్ని బీమా కంపెనీలు కోరవచ్చు. వారినుంచి నిర్దిష్ట సమాచారాన్ని, అభిప్రాయాన్ని, సిఫార్సులను కోరవచ్చు.

ఇదే రకమైన నివేదిక మరోటి ఉంది. దాన్ని **మోరల్ హజార్డ్ నివేదిక** గా పిలుస్తారు. బీమా కంపెనీ అధికారి నుంచి దీన్ని కోరవచ్చు. ఈ నివేదికలు ప్రతిపాదకుల వృత్తి వ్యాపారాలు, ఆదాయం, ఆర్థిక స్థితిగతులు,పేరు ప్రతిష్ఠల గురించి వివరించేవిగా ఉంటాయి.

మోరల్ హజార్డ్ అంటే ఏమిటి ?

వయసు, లింగం, అలవాట్లు వంటి అంశాలు ఆరోగ్య రిస్క్ కి ఉన్న భౌతిక ప్రమాదాన్ని సూచించవచ్చు. సన్నిహితంగా పరిశీలించాల్సిన అంశం మరొకటి ఉంది. అది క్లయింట్ నుంచి కలగగల నైతిక హాని. బీమా కంపెనీ దానికి చాలా మూల్యం చెల్లించుకోవాల్సి రావచ్చు.

అనతికాలంలోనే శస్త్రచికిత్సకు గురవుతానని తెలిసి కూడా బీమా కంపెనీకి ఆ సంగతిని వెల్లడించకుండా ఎవరైనా ఆరోగ్య బీమా తీసుకోవడాన్ని మోరల్ హజార్డ్ కి ఉదాహరణగా చెప్పకోవచ్చు. మోరల్ హజార్డ్ కి ఇది పరాకాష్ఠ. తర్వాత సొమ్ము క్లెయిమ్ చేసుకోవాలనే ఉద్దేశంతోనే బీమా తీసుకున్నట్లు లెక్క.

నష్టం పట్ల ఉదాసీన వైఖరిని కలిగి ఉండడం మరో ఉదాహరణ. ఆరోగ్య బీమా ఉందనే కారణంతో పాలసీదారు తన ఆరోగ్య పరిరక్షణ పట్ల నిర్లక్ష్య వైఖరి వహించడానికి మొగ్గు చూపవచ్చు. తాను ఆస్పత్రిపాలైనా బీమా కంపెనీ ఆ ఖర్చులను భరిస్తుందని ఆరోగ్యాన్ని లెక్క చేయకపోవచ్చు.

'స్థయిర్య ప్రమాదం'గా చెప్పుకునే మరో తరహా ప్రమాదం గురించి కూడా ఇక్కడ ఎంతైనా చెప్పుకోవాల్సి ఉంది. వీరు ఎలాంటి మోసానికి పాల్పడరు. కానీ, పెద్ద మొత్తానికి బీమా తీసుకున్నాననే భావనతో అత్యంత వ్యయదాయకమైన చికిత్స చేయించుకునేందుకు ప్రాధాన్యం ఇస్తారు. ఎక్కువ రుసుము వసూలు చేసే ఆస్పత్రిలో గదిలో బస చేస్తారు. బీమా కనుక చేయకపోతే సదరు వ్యక్తి అంతటి ఖరీదైన ఆస్పత్రికి వెళతాడా అనేది సందేహమే.

వంచనా పరిశీలన ప్రాథమిక అండర్ రైటర్ గా ఏజంట్ పాత్ర

రిస్క్ ఎంపికకు సంబంధించి చాలా వరకు నిర్ణయం ప్రతిపాదన ఫారంలో ప్రతిపాదకుడు వెల్లడించే వాస్తవాలపైనే ఆధారపడి ఉంటుంది. అవి వాస్తవాలో కాదో లేక కంపెనీని మోసపుచ్చే ఉద్దేశంతో ప్రతిపాదకుడు కావాలనే సత్యాలను కప్పిపుచ్చారేమో తెలుసుకోవడం అండర్ రైటింగ్ విభాగంలో పనిచేసే అండర్ రైటర్ కి కష్టం కావచ్చు.

ఏజంట్ ఇక్కడే గణనీయమైన పాత్ర పోషిస్తాడు. పత్రంలో వెల్లడించినవి వాస్తవాలో కావో తెలుసుకోగల ఉత్తమ స్థితిలో ఏజంట్ ఉంటారు. ఎందుకంటే, ప్రతిపాదకునితో ప్రత్యక్ష, వ్యక్తిగత పరిచయం ఏజంట్ కేఉంటుంది. కనుక ప్రతిపాదకులు కావాలని తప్పుదోవ పట్టించే ఉద్దేశంతో వాస్తవాలను వెల్లడించకపోతే ఏజంట్లు వాటిని పసిగట్టగలుగుతారు.

b) విభాగ స్థాయిలో అండర్ రైటింగ్

అండర్ రైటింగ్ లోని రెండవ స్థాయి విభాగం లేదా కార్యాలయ స్థాయిలో ఉంటుంది. ఇందులో ప్రత్యేక నిపుణులు, ఈ రకమైన పనిలో ప్రావీణ్యం ఉన్నవారు పాల్గొంటారు. ప్రతిపాదనలో ప్రాధాన్యం కలిగిన డాటా అంతటినీ వారు పరిశీలిస్తారు. సదరు బీమా ప్రతిపాదనను ఆమోదించవచ్చో లేదో ఆమోదిస్తే ఏ షరతులపై ఆమోదించాలో నిర్ణయిస్తారు.

C. ఫైల్ అండ్ యూజ్ మార్గదర్శకాలు

ప్రతి బీమా సంస్థ మార్కెటింగ్ చేసే ముందుగా తన ఉత్పత్తులను తయారు చేయాల్సి ఉంటుందనే విషయాన్ని గుర్తుంచుకోవాలి. ఒప్పంద లేఖత విభాగం విధుల్లో ఇది కూడా ఒకటిగా ఉంటుంది. దీనికోసం ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ రూపొందించిన మార్గదర్శకాలు కింద వివరించబడ్డాయి:

లక్ష్యంగా చేసుకున్న వినియోగదారుల అవసరాలను, కోరికలను, అందుబాటును, ఒప్పంద పత్ర పరిగణనలు, వాస్తవ ధర నిర్ణయం, మార్కెట్‌లోని పోటీ పరిస్థితులు తదితరాలను దృష్టిలో పెట్టుకుని ప్రతి కంపెనీ తన ఉత్పత్తులకు రూపకల్పన చేస్తుంది.కాబట్టి పునాది స్థాయిలో ఉన్నా వినియోగదారులు ఎంచుకోవడానికి విభిన్న విభాగాలకు ఎక్కువ ఐచ్ఛికాలుండడాన్ని మనం చూస్తున్నాం. ఆస్పత్రి ఖర్చుల పూచీ ఉత్పత్తులు భారతీయ మార్కెట్‌లో ఆధిపత్యం చెలాయిస్తున్నాయి.

ప్రతి కొత్త ఉత్పత్తిని ప్రవేశపెట్టేముందు ఐ.ఆర్.డి.ఏ అనుమతి తీసుకోవాల్సిన అవసరం ఉంది. ఆ ఉత్పత్తిని కింద పేర్కొన్న విధంగా 'ఫైల్ అండ్ యూజ్'కింద నియంత్రణ సంస్థ వద్ద దాఖలు చేయాల్సి ఉంటుంది. ఒకసారి దానిని ప్రవేశపెడితే, ఆ ఉత్పత్తిని ఉపసంహరించుకోవాలన్నా మార్గదర్శకాలను అనుసరించాల్సి ఉంటుంది. ఫైల్ అండ్ యూజ్ మార్గదర్శకాలకు సంబంధించిన అన్ని సదుపాయాలు, ఫారాలు, రిటర్న్‌లతో వాటికి ప్రాచుర్యం కల్పించాలని విద్యార్థులకు సలహా ఇవ్వబడుతోంది.
ఐ.ఆర్.డి.ఏ మార్గదర్శకాల ప్రకారం ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తులకు ఫైల్ అండ్ యూజ్ విధానం:

a) ఫైల్ అండ్ యూజ్ విధానం ప్రకారం ప్రాధికార సంస్థ ముందస్తు ఆమోదాన్ని పొందకుంటే ఏ బీమా సంస్థ కూడా ఎలాంటి బీమా ఉత్పత్తిని మార్కెట్ చేయలేదు.

b) ఏదేని ఆమోదం పొందిన ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తిలో తదనంతర మార్పు లేదా సవరణ ఏదైనా ఉంటే దానికి కూడా ఎప్పటికప్పుడు జారీ చేస్తున్న మార్గదర్శకాల ప్రకారం ప్రాధికార సంస్థ ముందస్తు ఆమోదం తీసుకోవాల్సి ఉంటుంది.

   1. ప్రాధికార సంస్థ ఆమోదించినట్టుగా ఓ పాలసీలో ఏదేని మార్పు లేదా సవరణ చేయాలంటే ఆ మార్పు లేదా సవరణ అమల్లోకి వచ్చేందుకు కనీసం మూడు నెలల ముందుగానే ప్రతి పాలసీదారుకు దాని గురించిన సమాచారం అందించాలి. ఆ మార్పు లేదా సవరణ చేయడానికి కారణాలను, ప్రత్యేకించి ప్రీమియంలో పెంపుకు కారణం, ఇలాంటి పెంపు పరిమితికి కారణాలను ఈ నోటీసు వెల్లడించాలి.

   2. ప్రీమియం సహా పాలసీ నిబంధనల మార్పు లేదా సవరణకు అవకాశాన్ని వివరణ పత్రంలో వెల్లడించాలి.

c) ఫైల్ అండ్ యూజ్ దరఖాస్తు పత్రం ఐ.ఆర్.డి.ఏ ప్రమాణీకరణను కలిగి ఉంటుంది. దీనిని డేటాబేస్ పత్రం మరియు వినియోగదారు సమాచార పత్రం సహా అనేక అనుబంధాలతో దానిని పంపించాల్సి ఉంటుంది.

వివరణ పత్రం, పాలసీతో పాటు ప్రతి బీమాదారుకు ఇవ్వాల్సిన వినియోగదారు సమాచార పత్రంలో రక్షణకు సంబంధించిన వివరాలు, మినహాయింపులు, క్లెయిమ్ చెల్లింపులకు దారి తీసే ముందు వేచి ఉండే కాలం, చెల్లింపు రీఇంబర్స్ మెంట్ ప్రాతిపదికన ఉండాలా, నిర్ణీత సొమ్ముగా ఉండాలా, పునరుద్ధరణ నిబంధనలు, ప్రయోజనాలు, సహ-చెల్లింపు వివరాలు, తగ్గింపులు, రద్దు నిబంధనలు తదితర వివరాలను కలిగి ఉంటుంది.

ప్రాధికార సంస్థ ముందస్తు అనుమతి కోసం ఫైల్ అండ్ యూజ్ దరఖాస్తును నియమించిన బీమా గణకుడు, బీమా కంపెనీ సీఈఓ ధృవపరచాల్సి ఉంటుంది. ప్రాధికార సంస్థ ద్వారా ఎప్పటికప్పుడు ఒప్పందం చేసుకున్న రీతి ఫార్మట్లలో ఉండాలి. అలాంటి డాక్యుమెంటేషన్‌తో కలసి ఉండాలి.

d) ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తి ఉపసంహరణ

1. ఓ ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తిని ఉపసంహరించుకోవడానికి, బీమా సంస్థ ప్రాధికార సంస్థ నుంచి ముందస్తు అనుమతి పొందాలి. ఉపసంహరణకు కారణాలను, ప్రస్తుత పాలసీదారులకు చేసిన ఏర్పాట్లకు సంబంధించిన పూర్తి వివరాలను అందించి, ఈ అనుమతి పొందాలి.

2. భవిష్యత్తులో ఉత్పత్తుల ఉపసంహరణ అవకాశాన్ని పాలసీ దస్తావేజు స్పష్టంగా సూచించాలి. ఆ ఉత్పత్తుల ఉపసంహరణ వల్ల పాలసీదారుకు అందుబాటులో ఉంచే ఐచ్ఛికాలను కూడా పేర్కొనాలి.

3. ప్రస్తుత వినియోగదారు బీమా సంస్థ సమాచారానికి స్పందించకుంటే, పునరుద్ధరణ తేదీన పాలసీ ఉపసంహరించుకోబడుతుంది. దీంతో బీమాదారు పోర్టబిలిటీ నిబంధనలకు లోబడి బీమా సంస్థ వద్ద అందుబాటులో ఉన్న ఓ కొత్త పాలసీని బీమాదారు తీసుకోవాల్సి ఉంటుంది.

4. ఉపసంహరించుకున్న ఉత్పత్తిని ఆపేక్ష కలిగిన వినియోగదారులకు ఇవ్వజూపరాదు.

e) ప్రవేశపెట్టిన తర్వాత ఏ ఉత్పత్తికి సంబంధించిన వివరాలన్నిటినీ కనీసం ఏడాదికి ఒకసారి నియమించిన బీమా గణకుడు సమీక్షించాలి. ఆ ఉత్పత్తి ఆర్థికంగా అమలు జరిగేదిగా లేకున్నా, లేదంటే ఏదేని విషయంలో కొరతగా కనిపించినా, నియమించిన బీమా గణకుడు ఉత్పత్తికి తగిన రీతిలో మార్పు చేసి, ఫైల్ అండ్ యూజ్ విధానం కింద సవరణకు దరఖాస్తు చేయవచ్చు.

f) ఓ ఉత్పత్తి ఫైల్ అండ్ యూజ్ ఆమోదం పొందిన ఐదేళ్ల తర్వాత నియమించిన బీమా గణకుడు వికృత స్థితి, లోపం, వడ్డీ రేట్లు, ద్రవ్యోల్బణం, ఖర్చుకు, ఇతర సంబంధిత వివరాల పరంగా ఆ ఉత్పత్తి రూపొందించే సమయంలో పేర్కొన్న అసలు ఊహాగానాలతో పోల్చితే, ఆ ఉత్పత్తి పనితీరును

సమీక్షించి, ఇదివరకు చేసిన ఊహాగానాల్లో తగిన సమర్థనలు లేదా సవరణలు చేసి, తాజా ఆమోదం కోరాలి.

D. ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ యొక్క ఇతర ఆరోగ్య బీమా నియంత్రణలు

ఫైల్ అండ్ యూజ్ మార్గదర్శకాలకు అదనంగా, ఆరోగ్య బీమా నియంత్రణలకు కిందివి కూడా కావాల్సి ఉంటుంది:

a. అన్ని బీమా కంపెనీలు ఓ ఆరోగ్య బీమా ఒప్పంద లేఖన పాలసీని రూపొందించి, కంపెనీ బోర్డు ఆమోదాన్ని పొందాలి. ఓ ఆరోగ్య పాలసీని కొనుగోలు చేయడానికి వర్తించవచ్చనే వివరణ పత్రంలో ప్రతిపాదన పత్రాన్ని సూచించే ఇతర వివరాల్లో పాలసీ కూడా ఉండాలి.

b. ఒప్పంద పూచీ పాలసీని ప్రాధికార సంస్థ వద్ద దాఖలు చేయాలి. అవసరమై ఉంటే, పాలసీని సవరించే హక్కును కంపెనీ నిలబెట్టుకుని ఉంటుంది. కానీ ప్రతి సవరణను ప్రాధికార సంస్థ వద్ద దాఖలు చేయాలి.

c. ఆరోగ్య బీమాకు సంబంధించిన ఏ ప్రతిపాదనను అంగీకరించడం అయినా, తిరస్కరించడం అయినా బోర్డు ఆమోదించిన ఒప్పంద పాలసీపైనే ఆధారపడి ఉంటుంది. ఓ ప్రతిపాదనను తిరస్కరించడాన్ని ఆపేక్షదారుడికి రాతపూర్వకంగా సమాచారం అందించి, తిరస్కారణకు కారణాలను రికార్డు చేయాలి.

d. ప్రీమియంకు మించి ఏదేనీ అదనంగా వసూలు చేసేలా ఒప్పందం ఉంటే బీమాదారుకు సమాచారం అందించాలి. పాలసీని జారీ చేసే ముందుగా ఇలాంటి భారాల కోసం పాలసీదారు నుంచి నిర్దిష్ట అంగీకారాన్ని తీసుకోవాలి.

e. వృత్తి మార్పు, పాలసీలోని ఏదేని తదనంతర దశ లేదా దాని పునరుద్ధరణ సమయంలోనూ ఓ బీమా కంపెనీకి మరింత సమాచారం కావాలంటే, బీమాదారు నింపాల్సిన ప్రామాణిక పత్రాలను ఇది సూచిస్తాయి. ఈ పత్రాలను పాలసీ దస్తావేజులో భాగంగా చేస్తాయి. ఇలాంటి సమాచారం సమర్పణ కావాల్సిన సందర్భాలను, అలాంటి సందర్భంలో వర్తించే నిబంధనలను స్పష్టంగా పేర్కొంటాయి.

f. తమ సంస్థలో త్వరిత ప్రవేశం, కొనసాగింపు పునరుద్ధరణలు, నచ్చిన క్లెయిమ్‌ల అనుభవం తదితరాల కోసం పాలసీదారులకు కానుకలిచ్చేందుకు యంత్రాంగాలను లేదా ప్రోత్సాహకాలను బీమా సంస్థలు నిర్వచించవచ్చు. ఫైల్ అండ్ యూజ్ మార్గదర్శకాలలో ఆమోదించినట్టుగా వివరణ పత్రం, పాలసీ దస్తావేజుల్లో ఇలాంటి యంత్రాంగం లేదా ప్రోత్సాహకాలను ముందస్తుగా వెల్లడించాలి.

ఆరోగ్య పాలసీల పోర్టబిలిటీకి సంబంధించిన మార్గదర్శకాలు

జీవిత, ఆరోగ్య బీమా పాలసీల పోర్టబిలిటీకి సంబంధించి ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ స్పష్టమైన మార్గదర్శకాలను తీసుకువచ్చింది. ఇవి కింది విధంగా వివరించబడ్డాయి:

1. పోర్టబిలిటీని కింది సందర్భాల్లో అనుమతించాలి.:

   a. కుటుంబ ఫ్లోటర్ పాలసీలు సహా జీవిత యేతర బీమా కంపెనీలు జారీ చేసిన అన్ని వ్యక్తిగత ఆరోగ్య పాలసీలు.

b. జీవిత యేతర బీమా కంపెనీ యొక్క ఏదేని గ్రూప్ ఆరోగ్య బీమా పాలసీ కింద రక్షణ పొందే కుటుంబ సభ్యులు సహా వ్యక్తిగత సభ్యులకు ఇలాంటి గ్రూప్ పాలసీ నుంచి అదే బీమా సంస్థకు చెందిన ఓ వ్యక్తిగత ఆరోగ్య పాలసీకి లేదా కుటుంబ ఫ్లోటర్ పాలసీకి మారే హక్కు ఉండాలి. ఆ తర్వాత వారికి తర్వాతి పునరుద్ధరణలో పోర్టబిలిటీ హక్కు అందించబడుతుంది.

2. పోర్టబిలిటీని పాలసీదారు పునరుద్ధరణ సమయంలోనే ఎంచుకోగలరు కానీ పాలసీ నడుస్తున్నప్పుడు అలా చేయలేరు.

3. తన పాలసీని, కుటుంబ సభ్యులందరితో పాటు పాలసీని పూర్తిగా మరో బీమా కంపెనీకి మార్చాలని, కోరుకునే ఏ పాలసీదారు అయినా ఆ బీమా కంపెనీకి ప్రస్తుతం కొనసాగుతున్న పాలసీ పునరుద్ధరణ తేదీకి కనీసం 45 రోజుల ముందుగా దరఖాస్తు చేసుకోవాలి.

4. ప్రీమియం పునరుద్ధరణ తేదీకి కనీసం 45 రోజుల ముందు ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ నిర్ణీత పత్రంలో పాలసీదారు దరఖాస్తు చేసుకోలేకపోతే కొత్త బీమా సంస్థ పోర్టబిలిటీని ఇవ్వవచ్చు లేదా ఇవ్వకపోవచ్చు.

5. ఇలాంటి సమాచారం అందుకున్న తర్వాత, బీమా కంపెనీ దరఖాస్తు దారుకు ఓ ప్రతిపాదన పత్రం, తాము ఇవ్వజూపుతున్న వివిధ ఆరోగ్య బీమా ఉత్పత్తులకు సంబంధించిన ఉత్పత్తి వివరాలుతో కలసి ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ మార్గదర్శకాలకు అనుబంధం '1'లో పొందుపరచిన పోర్టబిలిటీ ఫారాన్ని అందించాలి.

6. పాలసీదారు ప్రతిపాదన పత్రంతో పాటు పోర్టబిలిటీ ఫారాన్ని కూడా నింపి, దానిని బీమా కంపెనీకి సమర్పించాలి.

7. పోర్టబిలిటీ ఫారాన్ని స్వీకరించిన మీదట, కొత్త బీమా కంపెనీ ప్రస్తుత బీమా కంపెనీ నుంచి వైద్య చరిత్ర, సంబంధిత పాలసీదారు క్లెయిమ్ చరిత్ర లాంటి అవసరమైన వివరాలను కోరుతుంది. దీనిని ఐ.ఆర్.డి.ఏ వెబ్ పోర్టల్ ద్వారా చేపడుతారు.

8. పోర్టబిలిటీపై ఇలాంటి అభ్యర్థనను స్వీకరించిన బీమా కంపెనీ ఆ అభ్యర్థనను స్వీకరించిన ఏడు రోజుల్లోపు ఐ.ఆర్.డి.ఐ వెబ్ పోర్టల్‌లో పేర్కొన్నట్టుగా బీమా పాలసీల మార్పుకోసం డేటా ఫార్మాట్‌లో అవసరమైన డేటాను అందిస్తుంది.

9. ప్రస్తుత బీమా సంస్థ కొత్త బీమా కంపెనీకి నిర్ణయించిన కాలపరిమితి పరిధిలో డేటా ఫార్మాట్‌లో అందించడంలో విఫలమైతే, అది ఐ.ఆర్.డి.ఏ జారీ చేసిన ఆదేశాలను ఉల్లంఘించినట్టుగా పరిగణించబడుతుంది. తద్వారా 1938 నాటి బీమా చట్టం కింద అపరాధాన్ని ఆ బీమా సంస్థ చెల్లించాల్సి రావచ్చు.

10. ప్రస్తుత బీమా కంపెనీ నుంచి డేటాను స్వీకరించిన తర్వాత, కొత్త బీమా కంపెనీ పాలసీ ఒప్పందాన్ని రాసి, 2002 నాటి ఐ.ఆర్.డి.ఏ (పాలసీదారుల ప్రయోజన సంరక్షణ) నియంత్రణల్లోని 4(6)కు తగ్గట్టు పాలసీదారుకు తన నిర్ణయాన్ని అందించవచ్చు.

11. పై కాల వ్యవధి పరిమితిలోపు డేటాను స్వీకరించిన మీదట ప్రాధికార సంస్థతో కంపెనీ దాఖలు చేసినట్టుగా తన ఒప్పంద పాలసీకి తగ్గట్టు 15 రోజుల్లోపు అభ్యర్థించిన పాలసీదారుకు తన నిర్ణయాన్ని బీమా కంపెనీ తెలుపకుంటే, బీమా కంపెనీకి అలాంటి ప్రతిపాదనను తిరస్కరించే హక్కు ఉండదు. ఆ ప్రతిపాదనను అంగీకరించాల్సి ఉంటుంది

12. పునరుద్ధరణ తేదీలో కొత్త బీమా సంస్థ నుంచి పోర్టబిలిటీకి అంగీకారం ఫలితం ఇంకా వేచి ఉండాల్సి వచ్చే పరిస్థితిలో

    a. పాలసీదారు అభ్యర్థిస్తే, ప్రస్తుతమున్న పాలసీని కొంతకాలం వరకు పొడిగించేందుకు అనుమతించాలి. కనీసం నెల వరకు సాగే ఆ కొంతకాలానికి ప్రో రేట్ ప్రీమియంను అంగీకరించాలి.

    b. కొత్త బీమా సంస్థ నుంచి ఓ నిర్ధారించిన పాలసీని స్వీకరించే లేదా బీమాదారునుంచి నిర్దిష్టంగా రాతపూర్వకమైన అభ్యర్థన వచ్చే వరకుప్రస్తుత పాలసీని రద్దు చేయరాదు.

    c. సంబంధించిన అన్ని సందర్భాల్లోనూ కొత్త బీమా సంస్థ తక్కువ సమయం గడువు పూర్తితో సరిపడేలా రిస్క్ ప్రారంభం తేదీని పరిగణించాలి.

    d. ఏకారణం చేతనైనా ప్రస్తుత బీమా సంస్థతో మరింత ఎక్కువ సమయం పాలసీని కొనసాగించే ఉద్దేశ్యం బీమా దారుకు ఉంటే ఎలాంటి కొత్త నిబంధన విధించకుండా సాధారణ ప్రీమియంను వసూలు చేయడం ద్వారా దానిని కొనసాగించేందుకు అనుమతించాలి.

13. పైన పేర్కొన్న విధంగా పాలసీదారు తక్కువ కాలం పొడిగింపును ఎంచుకుని, క్లెయిమ్ చెల్లించాల్సిన పక్షంలో, ప్రస్తుత బీమా సంస్థ క్లెయిమ్‌లను అంగీకరించే పక్షంలో పాలసీ ఏడాదిలోని మిగిలిన భాగానికి ప్రీమియంను ప్రస్తుత బీమా సంస్థఛార్జీ చేయవచ్చు. ఇలాంటి సందర్భాల్లో, పాలసీదారు మిగిలిన కాలానికి ప్రీమియంను చెల్లించి, ఆ ఏడాదికి ప్రస్తుత బీమా సంస్థతోనే కొనసాగాల్సిన బాధ్యత కలిగి ఉంటారు.

14. పోర్టింగ్ ఇన్‌గా ఉన్న ఓ పాలసీని అంగీకరించే క్రమంలో బీమా సంస్థ ఏదేని అదనపు లోడింగ్ ఛార్జీలను లేదా పోర్టింగ్ ప్రయోజనం కోసం ప్రత్యేకంగా విధించిన ఛార్జీలను విధించరాదు.

15. పోర్టు చేసిన పాలసీని అంగీకరించడంపై మధ్యవర్తికి ఎలాంటి కమిషన్ చెల్లించాల్సిన అవసరం లేదు.

16. ఇదివరకే ఉన్న వ్యాధులకు సంబంధించి ప్రస్తుత పాలసీ కింద వేచి ఉండే కాలం ఇప్పటికే గడిచిపోయిన ఏదేని ఆరోగ్య బీమా పాలసీ కోసంమరియు కాల పరిమితి మినహాయింపులను పరిగణనలోకి తీసుకుని, కొత్తగా మారుతున్న పాలసీ కింద ఆ స్థాయి వరకు తగ్గింపు చేయవచ్చు.

    గమనిక 1: కొత్త పాలసీలో నిర్దిష్ట వ్యాధి లేదా చికిత్స కోసం వేచి ఉండే కాలం అదే వ్యాధి లేదా చికిత్స కోసం ఇదివరకటి పాలసీలో ఉన్న దానికన్నా ఎక్కువగా ఉంటే, అదనపు వేచి ఉండే కాలాన్ని పోర్టింగ్ పాలసీదారు సమర్పించాల్సిన పోర్టబిలిటీ పత్రంలో కొత్తగా వస్తున్న పాలసీదారుకు స్పష్టంగా వివరించాలి.

గమనిక 2: గ్రూపు ఆరోగ్య బీమా పాలసీల విషయంలో, ఇదివరకటి పాలసీ ఏదేని ప్రస్తుత వ్యాధి మినహాయింపు/కాలపరిమితి మినహాయింపులను కలిగి ఉందా లేదా అనేదాంతో సంబంధం లేకుండా నిర్విరామ బీమా రక్షణ కొనసాగుతున్న ఏళ్ల సంఖ్య ఆధారంగా పైన పేర్కొన్నట్టు వ్యక్తిగత సభ్యుడికి క్రెడిట్ ఇవ్వాలి.

17. ఇదివరకటి పాలసీ కింద బీమా చేసిన సొమ్ముకు, పెంచిన బీమా సొమ్ముకు పోర్టబిలిటీని వర్తింపజేయాలి. బీమాదారు అభ్యర్థిస్తే, ఇదివరకటి పాలసీల కింద ఇదివరకటి బీమా సంస్థ(ల) నుంచి పోగయిన సంచిత బోనస్ వరకు వర్తింపజేయాలి.

ఉదాహరణగా చెప్పాలంటే-ఓ వ్యక్తి రూ. 2 లక్షల ఎస్.ఐను కలిగి, బీమా సంస్థ ఏతో రూ. 50వేల బోనస్‌ను పోగు చేసుకున్నాడనుకుందాం. ఆయన బీమా సంస్థ బికి మారితే ఆ ప్రతిపాదనను ఆ సంస్థ అంగీకరిస్తే, బీమా సంస్థ బి రూ. 2.50 భలకు వర్తించే ప్రీమియంను వసూలు చేయడం ద్వారా రూ. 2.50 లక్షల ఎస్.ఐను అతనికి అందించాల్సి ఉంటుంది. బీమా సంస్థ బి వద్ద రూ. 2.50 లక్షల ఉత్పత్తి లేకుంటే, దానికి సమీపంలో కాస్త ఎక్కువైన స్లాబ్ అంటే రూ. 3 లక్షల ఉత్పత్తిని దానికి తగిన ప్రీమియంను వసూలు చేయడం ద్వారా పాలసీదారుకు అందించవచ్చు. అయినప్పటికీ, పోర్టబిలిటీ రూ. 2.50 లక్షల వరకు అందుబాటులో ఉంటుంది.

18. బీమా సంస్థలు పాలసీ ఒప్పందంలో పాలసీదారు ఆసక్తిని స్పష్టంగా తీసుకోవాలి. వివరణ పత్రాలు, అమ్మకం ప్రచార సామగ్రి, మరే రూపంలో ఉన్న ఇతర దస్తావేజులు ఏవిటంటే:

    a. ఆరోగ్య బీమా పాలసీలన్నీ పోర్టబుల్;

    b. ఇతర పాలసీదారు ప్రతిపాదనను అంగీకరించడంలో జాప్యం చేసే కారణంగా పాలసీ రక్షణకు ఎలాంటి భంగం వాటిల్లకుండా నివారించడం కోసం పునరుద్ధరణ తేదీని పోర్టబిలిటీని సానుకూలతను తీసుకోవడానికి మరో బీమా సంస్థను సంప్రదించడానికి పాలసీదారు చర్య ప్రారంభించాలి.

E. బీమాలోని ప్రాథమిక సూత్రాలు అండర్ రైటింగ్ సాధనాలు

1. అండర్ రైటింగ్ లో ప్రాధాన్యం వహించే ప్రాథమిక సూత్రాలు

ఏ రకమైన బీమాలో అయినా, అది జీవిత బీమా కావచ్చు లేక సాధారణ బీమా కావచ్చు, రిస్క్ లను ఆమోదించడంతోబాటుగా పాటించాల్సిన చట్టపరమైన నియమాలు కొన్ని ఉన్నాయి. ఈ నియమాలు ఆరోగ్య బీమాకు కూడా అంతే సమానంగా వర్తిస్తాయి. ఈ నియమాలను ఏమాత్రం ఉల్లంఘించినా బీమా కంపెనీ ఈ భారాన్ని నివారించుకుందామని నిర్ణయించుకోవచ్చు. అది పాలసీదారులను అసంతృప్తికి, నిస్పృహకు లోను చేస్తుంది. ఆ మూల నియమాలు ఏమంటే:

1. అత్యంత నమ్మకం ఉంచడం బీమాపై మక్కువ

2. అండర్ రైటింగ్ కు ఉపయోగించే సాధనాలు

ఇవి అండర్ రైటర్ ఉపయోగించుకునే సమాచార వనరులు. రిస్క్ వర్గీకరణ ఈ సమాచారం ప్రాతిపదికగానే జరుగుతుంది. అంతిమంగా ప్రీమియంలు నిర్ణయమవుతాయి. అండర్ రైటింగ్ కి దిగువ పేర్కొన్నవి కీలకమైన సాధనాలు :

a) **ప్రతిపాదన ఫారం**

ఈ పత్రమే కాంట్రాక్టుకు ఆధారం. ప్రతిపాదకుని ఆరోగ్యం గురించిన కీలక సమాచారం, (వయసు, వృత్తి ఉద్యోగాలు, శరీర సౌష్టవం, అలవాట్లు, ఆరోగ్య స్థితి, ఆదాయం, ప్రీమియం చెల్లింపు వివరాలు వంటి) వ్యక్తిగత వివరాలతో కూడుకుని ఉంటుంది. ఈ పత్రం ద్వారా సేకరించే సమాచారంలో కొన్ని సరళమైన ప్రశ్నలతోపాటు పూర్తిగా సమగ్ర సమాచారాన్ని రాబట్టే ప్రశ్నావళి కూడా ఉంటుంది. కంపెనీ ఇవ్వజూపే బీమా, కంపెనీ అవసరాలు, విధానాని కనుగుణంగా ఆ ప్రశ్నావళి తయారవుతుంది. మొత్తం వస్తుగత వాస్తవాలన్నింటినీ వెల్లడించేట్లుగా చేసి, దానికి తగ్గట్లుగా బీమా రక్షణ సదుపాయం కల్పిస్తారు. పాలసీదారు ఏ విధమైన ఉల్లంఘనకు పాల్పడినా లేక సమాచారాన్ని కప్పిపెట్టినా అతని పాలసీ రద్దయ్యే అవకాశం ఉంది.

b) **వయసు నిరూపణం**

పాలసీదారు వయసు ఆధారంగా ప్రీమియంలు నిర్ణయిస్తారు. కనుక నమోదు సమయంలో వెల్లడించిన వయసును సదరు అభ్యర్థి వయసు నిరూపణ పత్రం ద్వారా సరిచూసుకోవడం తప్పనిసరి.

ఉదాహరణ

వయసు నిరూపణ పత్రంగా పరిగణించదగిన పత్రాలు భారతదేశంలో అనేకం వాడుకలో ఉన్నాయి. కానీ, అవన్నీ చట్టపరంగా ఆమోదయోగ్యమైనవని చెప్పలేం. చాలా వరకు చెల్లుబాటయ్యే పత్రాలను స్థూలంగా రెండు రకాలుగా విభజించవచ్చు. అవి దిగువ పేర్కొన్న విధంగా ఉంటాయి:

a) ప్రామాణిక వయసు నిరూపణ : స్కూల్ సర్టిఫికెట్, పాస్ పోర్ట్, నివాసస్థాన సర్టిఫికెట్, ప్యాన్ కార్డు వంటివి కొన్ని ఈ కోవలోకి వస్తాయి.

b) ప్రామాణికేతర వయసు నిరూపణ : రేషన్ కార్డు, వోటరు ఐ.డి, పెద్దల ప్రకటన, గ్రామ పంచాయతీ సర్టిఫికెట్ వంటివి కొన్ని ఈ కోవలోకి వస్తాయి.

c) **ఫైనాన్షియల్ డాక్యుమెంట్లు**

ప్రయోజనదాయకమైన పాలసీలను ఇచ్చేందుకు, నయవంచనను తగ్గించుకునేందుకు ప్రతిపాదకుని ఆర్థిక స్థితిని తెలుసుకోవడం చాలా ముఖ్యం. అయితే, సాధారణంగా ఫైనాన్షియల్ డాక్యుమెంట్లను దిగువ పేర్కొన్న వాటి విషయంలో మాత్రమే కోరతారు.

a) వ్యక్తిగత యాక్సిడెంట్ రక్షణల్లో లేదా

b) హెచ్చు మొత్తపు బీమా రక్షణ కోరినపుడు లేదా

c) బీమా మొత్తానికి, ప్రకటిత ఆదాయానికి, వృత్తి, ఉద్యోగాలకు మధ్య పొంతన కుదరనపుడు

d) **వైద్య నివేదికలు**

వైద్య నివేదికల అవసరం బీమా సంస్థ నిబంధనలపైన, అలాగే, సాధారణంగా పాలసీదారు వయసుపైన కూడా ఆధారపడి ఉంటుంది. ఒక్కోసారి కోరుకునే బీమా మొత్తంపై ఆధారపడి ఉంటుంది. ప్రతిపాదన ఫారంలో ఇచ్చిన కొన్ని జవాబులు కొంత సమాచారంతో కూడుకుని ఉండి సదరు వ్యక్తి నుంచి వైద్య నివేదికలు కోరడానికి దారితీయవచ్చు.

e) **అమ్మకాల సిబ్బంది నివేదికలు**

అమ్మకాల సిబ్బందిని కూడా కంపెనీకి పనిచేసే అట్టడుగుస్థాయి అండర్ రైటర్లుగా చూడవచ్చు. వారు నివేదికల్లో ఇచ్చే సమాచారం ముఖ్యంగా పరిగణనలోకి తీసుకోదగినదిగా ఉండవచ్చు. అయితే, ఎన్ని పాలసీలను చేయిస్తే అమ్మకాల సిబ్బందికి అంతగా ప్రోత్సాహం లభిస్తుంది కనుక ఇక్కడ ప్రయోజనాల మధ్య ఘర్షణ తలెత్తుతుంది. దాన్ని కంపెనీ గమనికలోకి తీసుకోవాల్సి ఉంటుంది.

మీకు మీరే పరీక్షించుకోండి **2**

అండర్ రైటింగ్ లో అత్యంత నమ్మకం ఉంచడమనే సూత్రాన్ని అనుసరించవలసినవారు ఎవరంటే ___________.

I. బీమా కంపెనీ

II. బీమా చేసే వ్యక్తి

III. బీమా కల్పిస్తున్న వ్యక్తి, బీమా తీసుకుంటున్న వ్యక్తి ఇద్దరూ

IV. వైద్య పరీక్షకులు

మీకు మీరే పరీక్షించుకోండి **3**

బీమాపై మక్కువ దేన్ని ప్రస్తావిస్తోందంటే _____________.

I. బీమా చేసే ఆస్తిపై వ్యక్తికున్న ఫైనాన్షియల్ ఆసక్తిని

II. ఇప్పటికే బీమా చేసిన ఆస్తిని

III. ఒకే నష్టానికి ఒక కంపెనీకి మించి ఎక్కువ కంపెనీలు రక్షణ కల్పించినపుడు బీమా సంస్థల వాటాని

IV. బీమా సంస్థ నుంచి రాబట్టడానికి వీలున్న నష్టం మొత్తాన్ని

F. అండర్ రైటింగ్ ప్రక్రియ

అవసరమైన సమాచారం అందగానే, అండర్ రైటర్ పాలసీ షరతులను నిర్ణయిస్తాడు. ఆరోగ్య బీమా వ్యాపారంలో అండర్ రైటింగ్ కి ఉపయోగించే సాధారణ ఫారాలు దిగువ పేర్కొన్న విధంగా ఉంటాయి :

1. మెడికల్ అండర్ రైటింగ్

ఆరోగ్య బీమా పాలసీకి దరఖాస్తు చేసుకునే వ్యక్తి ఆరోగ్య స్థితిని నిర్ణయించేందుకు ప్రతిపాదకుల నుంచి వైద్య నివేదికలను కోరే ప్రక్రియే మెడికల్ అండర్ రైటింగ్. అలా సేకరించిన ఆరోగ్య సమాచారాన్ని బీమా సంస్థలు విశ్లేషిస్తారు. దాన్ని బట్టి రక్షణను ఇవ్వజూపాలా వద్దా, ఎంత పరిమితి వరకు బీమా మొత్తాన్ని ఏయే షరతులపై ఇవ్వజూపవచ్చు, మినహాయింపులేమిటి అనేవాటిని నిర్ణయిస్తారు. ఈ విధంగా మెడికల్ అండర్ రైటింగ్ ఒక పాలసీ ఆమోదాన్ని లేదా నిరాకరణను, బీమా రక్షణ షరతులను నిర్ణయిస్తుంది.

అయితే, వైద్య నివేదికలను అందుకోవడం, పరిశీలించవలసి రావడం వల్ల మెడికల్ అండర్ రైటింగ్ ఎక్కువ ఖర్చులతో కూడిన ప్రక్రియ. అంతేకాదు. బీమా సంస్థలు మెడికల్ అండర్ రైటింగ్ ను హెచ్చు స్థాయిలో ఉపయోగించుకుంటే, వారు వెన్నలాంటివారిని మాత్రమే తీసుకుంటున్నారని నిందను భరించాల్సి ఉంటుంది. రిస్క్ తక్కువగా ఉన్నవారి ప్రతిపాదనలను ఆమోదించి ఇతరులను గాలికి వదిలేస్తున్నారని విమర్శలొస్తాయి. కాబోయే క్లయింట్లలో ఇది నిరాశ నిస్పృహలు రేకెత్తడానికి కారణమవుతుంది. కోరిన సమాచారాన్ని, వివరాలను సమకూర్చడానికి, చెప్పిన వైద్య పరీక్షలు చేయించుకునేందుకు ఎక్కువ మంది ఇష్టపడకపోతే ఇన్సూరెర్ల వద్దకు వచ్చే వారి సంఖ్య తగ్గిపోతుంది.

వ్యక్తిగత ఆరోగ్య బీమాలో అండర్ రైటింగ్ లో ఆరోగ్య స్థితి, వయసు ముఖ్యంగా పరిగణనకు వస్తాయి. ప్రస్తుత ఆరోగ్య స్థితి, వ్యక్తిగత, కుటుంబ వైద్య చరిత్ర తెలిస్తే పాలసీ తీసుకోవడానికి ముందే ఉన్న వ్యాధులను లేదా వాటి తాలూకు లక్షణాలను అండర్ రైటర్ చెప్పగలుగుతాడు. వ్యక్తి జీవన స్థితిగతులు తెలిస్తే భవిష్యత్తులో తలెత్తగల ఆరోగ్య సమస్యల గురించి కూడా అవగాహనకు రావడం కుదురుతుంది. సదరు వ్యక్తి భవిష్యత్తులో ఆస్పత్రిలో చేరాల్సి వస్తుందా లేక శస్త్రచికిత్స చేయించుకోవలసి ఉంటుందా అని మదింపు చేయడం సాధ్యమవుతుంది.

అంతేకాదు. గతంలో చేయించుకున్న చికిత్సలు, శస్త్రచికిత్సలు, ఆస్పత్రిపాలవడాల గురించిన సమాచారాన్ని రాబట్టే విధంగా ప్రతిపాదన ఫారాలను రూపొందించడం కుదురుతుంది. గతంలోని వ్యాధి తిరగబెడుతుందా, ప్రస్తుత లేదా భవిష్యత్తులో సదరు వ్యక్తి ఆరోగ్య స్థితిపైన, భవిష్యత్తులో తలెత్తగల సమస్యలపైన దాని ప్రభావం ఎలా ఉంటుంది అని అండర్ రైటర్ విశ్లేషించడానికి ఇది సాయపడుతుంది. కొన్ని వ్యాధులకు ప్రతిపాదకుడు మందులు వాడుతూ ఉండవచ్చు. కానీ, అతను త్వరలోనే ఎన్నడైనా ఆస్పత్రిలో చేరాల్సి రావచ్చు. మందులు వాడుతున్నా జబ్బులు తిరిగి వచ్చే అవకాశమూ కొందరిలో ఉంటుంది.

ఉదాహరణ

హైపర్ టెన్షన్, మితిమీరిన బరువు/స్థూలకాయం, పెరిగిన చక్కెర స్థాయిలు వంటి వైద్య స్థితులు గుండె, మూత్రపిండాలు, నరాల వ్యవస్థలకు వచ్చే జబ్బులకుగాను భవిష్యత్తులో ఆస్పత్రిలో చేరగల అవకాశం ఎక్కువగా ఉందని సూచిస్తాయి. కనుక మెడికల్ అండర్ రైటింగ్ కు రిస్క్ ను మదింపు చేసేటపుడు ఇలాంటి స్థితులను జాగ్రత్తగా పరిశీలించాల్సి ఉంటుంది.

ఆరోగ్య స్థితిలో ప్రతికూల మార్పులు సాధారణంగా 40 ఏళ్ళు పైబడిన తర్వాతే చోటుచేసుకుంటాయి. దీనికి ప్రధానంగా వయసు మీదపడడమే కారణం. కనుక 45 ఏళ్ళ లోపు వ్యక్తులకి బీమా సంస్థలు వైద్య పరీక్షలనుకానీ, నివేదికలనుకానీ కోరరు. (కొన్ని బీమా సంస్థలు 50 లేదా 55 ఏళ్ళు వచ్చేంత వరకు కూడా అలాంటి పరీక్షలకు లోనుకావలసిందని కోరకపోవచ్చు). ప్రతిపాదకులు వారి కుటుంబ డాక్టర్ నుంచి ఆరోగ్య స్థితిపై సంతకంతో కూడిన ప్రకటనను తెచ్చుకోవాలని కూడా మెడికల్ అండర్ రైటింగ్ మార్గదర్శకసూత్రాలు కోరవచ్చు.

భారతీయ ఆరోగ్య బీమా విపణిలో, వ్యక్తిగత ఆరోగ్య బీమా విషయంలో మెడికల్ అండర్ రైటింగ్ లో వ్యక్తి వయసే ప్రధాన పరిశీలనాంశంగా ఉంటోంది. 45 నుంచి 50 ఏళ్ళు పైబడి మొదటిసారి బీమాకు వస్తున్నవారిని మాత్రమే సాధారణంగా కొన్ని పాథలాజికల్ పరీక్షలు చేయించుకోవాల్సిందిగా కోరుతున్నారు. వారి ఆరోగ్యానికి ఏర్పడగల ముప్పును అంచనా వేసేందుకు, ప్రస్తుత ఆరోగ్య స్థితిపై సమాచారాన్ని పొందడానికి అలా పరీక్షలు చేయించుకొమ్మంటున్నారు. ఈ పరీక్షలు అప్పుడున్న లేదా ఇదివరకే ఉన్న వైద్య స్థితిగతుల లేదా వ్యాధుల గురించి సూచిస్తాయి.

ఉదాహరణ

మాదక ద్రవ్యాలు, మద్యం, పొగాకు వినియోగాన్ని కనిపెట్టడం కష్టం కావచ్చు. ప్రతిపాదకులు ప్రతిపాదన ఫారంలో ఆ సంగతులను వెల్లడించడం కూడా చాలా అరుదు. వీటిని వెల్లడించకపోవడం ఆరోగ్య బీమా అండర్ రైటింగ్ లో ప్రధాన సవాల్ గా పరిణమిస్తోంది. స్థూలకాయం కూడా మరో సమస్య. ఇది ప్రధాన ప్రజారోగ్య సమస్యగా పరిణమించేందుకు సిద్ధమవుతోంది. దీని నుంచి ఉత్పన్నమయ్యే సమస్యలకు తగ్గ విధంగా ధరను నిర్ణయించేట్లు అండర్ రైటింగ్ సాధనాలను అండర్ రైటర్లు అభివృద్ధి చేసుకోవాల్సి ఉంది.

2. వైద్యేతర అండర్ రైటింగ్

ఆరోగ్య బీమా కోసం దరఖాస్తు చేసేవారిలో చాలా మంది ప్రతిపాదకులకు వైద్య పరీక్ష చేయాల్సిన అవసరం లేదు. వైద్య పరీక్ష చేయిస్తే పదింట ఒకటో వంతు మంది విషయంలో లేదా అంతకన్నా తక్కువ మంది విషయంలో మాత్రమే ప్రతికూల ఫలితాలు వస్తాయని ఒక మోస్తరు సునిశితత్వంతో అందరికీ తెలిసిన విషయం. బీమా సంస్థలు మెజారిటీ కేసుల్లో వైద్య పరీక్షను త్యజించవచ్చు.

ఒకవేళ, ప్రతిపాదకులు అన్ని వస్తుగత వాస్తవాలను పూర్తిగా సత్య నిబద్ధతతో వెల్లడిస్తే, వాటిని ఏజంట్ జాగ్రత్తగా పరిశీలిస్తే కూడా వైద్య పరీక్ష చేయించాల్సిన అవసరం చాలా వరకు తగ్గిపోతుంది. వాస్తవానికి, వైద్య పరీక్షల ఖర్చులను, ఇతర వ్యయాలను ఆదా చేయగలిగితే, క్లెయిమ్‌ల నిష్పత్తిలో కొద్దిగా పెరుగుదల కనిపించినా ఫరవాలేదు. దీనివల్ల ప్రతిపాదకునికి కూడా అసౌకర్యం తగ్గుతుంది.

అందుకనే, ప్రతిపాదకుడు ఏ విధమైన వైద్య పరీక్షకు లోనుకావాల్సిన అవసరం లేని కొన్ని మెడికల్ పాలసీలతో బీమా కంపెనీలు ముందుకొస్తున్నాయి. అటువంటి కేసుల్లో, కంపెనీలు సాధారణంగా ఏ వయసులో, ఏ దశలో మెడికల్ అండర్ రైటింగ్ నిర్వహించాలో సూచించే మెడికల్ గ్రిడ్ ను సృష్టిస్తున్నాయి. దాంతో వ్యాపారానికి రిస్క్ కి మధ్య సరైన సమతూకం సాధించే విధంగా ఈ వైద్యేతర పరిమితులను జాగ్రత్తగా రూపొందించగలుగుతున్నారు.

ఉదాహరణ

వైద్య పరీక్షల సుదీర్ఘ ప్రక్రియకు లోనుకాకుండా ఎవరన్నా వేచి ఉండే కాలాలు, ప్రాసెసింగ్ లో జాప్యాలు లేకుండా సత్వరం ఆరోగ్య బీమా రక్షణను కోరుకుంటే, వారు వైద్యేతర అండర్ రైటింగ్ పాలసీని ఎంచుకోవచ్చు. వైద్యేతర అండర్ రైటింగ్ పాలసీలో ప్రీమియం రేట్లు, బీమా మొత్తాలను సాధారణంగా కొన్ని ఆరోగ్యపరమైన ప్రశ్నలకు ఇచ్చే జవాబులను ఆధారం చేసుకుని నిర్ణయిస్తారు. ఆ ప్రశ్నలు చాలా వరకు వయసు, లింగం, ధూమపానం, శారీరక సౌష్టవాలకు సంబంధించినవై ఉంటాయి. ప్రక్రియ వేగవంతంగా పూర్తవుతుంది. కానీ, సాపేక్షంగా చూస్తే ప్రీమియంలు కాస్త ఎక్కువగా ఉండవచ్చు.

3. సంఖ్యా వాచక మూల్య నిర్ణాయక పద్ధతి

ఇది అండర్ రైటింగ్ లో అనుసరించే ఒక ప్రక్రియ. రిస్క్ కి చెందిన ప్రతి అంశంపైన సంఖ్యలలో లేదా శాతాలలో మదింపులు చేస్తారు.

వయసు, ఆడ, మగ, జాతి, వృత్తి, నివాసం, పర్యావరణం, శారీరక సౌష్టవం, అలవాట్లు, కుటుంబ, వ్యక్తిగత చరిత్రలను పరిశీలించి ముందుగా పెట్టుకున్న కొలబద్ద ప్రకారం వాటికి మార్కులు వేస్తారు.

4. అండర్ రైటింగ్ నిర్ణయాలు

గ్రహించిన సమాచారాన్ని జాగ్రత్తగా పరిశీలించి తగిన రిస్క్ కేటగిరీలుగా వర్గీకరించడంతో అండర్ రైటింగ్ ప్రక్రియ పూర్తవుతుంది. పైన పేర్కొన్న సాధనాలను, తన నిర్ణయాన్ని ఆధారం చేసుకని అండర్ రైటర్ రిస్క్ ని దిగువ పేర్కొన్న కేటగిరీలుగా విభజిస్తాడు:

a) ప్రామాణిక రేట్ల వద్ద రిస్క్ ను ఆమోదించడం
b) అదనపు ప్రీమియం (భారం)తో రిస్క్ ను ఆమోదించడం. దీన్ని కంపెనీలు ఆచరించకపోవచ్చు.
c) నిర్దేశించిన కాల వ్యవధి /పరిధికి రక్షణను వాయిదా వేయడం

d) బీమా కవచాన్ని తిరస్కరించడం
e) కౌంటర్ అవకాశం (ఆంక్షలు విధించడం లేదా రక్షణలో కొంత భాగాన్ని తిరస్కరించడం)
f) ఎక్కువ తగ్గింపులను విధించడం లేదా సహ-చెల్లింపు
g) పాలసీ కింద శాశ్వత మినహాయింపు (ల)ను విధించడం

ఏ జబ్బునైనా శాశ్వతంగా మినహాయిస్తే, పాలసీ సర్టిఫికెట్ పై దాన్ని పేర్కొనాలి. ప్రామాణిక పాలసీ మినహాయింపునకు తోడు ఇది అదనపు మినహాయింపుగా పరిణమిస్తుంది. కాంట్రాక్టులో భాగంగా మారుతుంది.

అండర్ రైటర్లు నైపుణితో వ్యక్తిగత రిస్క్ లను మదింపు చేయడం బీమా కంపెనీలకు చాలా ముఖ్యం. బీమా వ్యవస్థను సమతూకంలో ఉంచేది అదే. ఒకే విధమైన రిస్క్ ను ఎదుర్కోగలమనే అంచనాతో ఉన్నవారిని ఒకచోట చేర్చడానికి, వారు ఎంచుకున్న రక్షణను అందించడానికి, వారి నుంచి సమ మొత్తంలో ప్రీమియం వసూలు చేయడానికి అండర్ రైటింగ్ ఇన్స్యూరెర్లకు వీలు కల్పిస్తుంది. ఇక్కడ పాలసీదారుకు కలిగే ప్రయోజనం ఏమంటే, సముచితమైన, పోటీ ధరకి బీమా అందుబాటులో ఉండడం. బీమాసంస్థకు కూడా అనారోగ్య అంచనాలకు తగ్గ విధంగా తన పోర్ట్ ఫోలియో అనుభవాన్ని నిర్వహించగల సమర్థత చేకూరుతుంది.

5. సాధారణ లేదా ప్రామాణిక మినహాయింపులను ఉపయోగించడం

చాలా భాగం పాలసీలు అందరు సభ్యులకు వర్తించే విధంగా మినహాయింపులను విధిస్తాయి. ఇవి ప్రామాణిక మినహాయింపులుగా సుపరిచితం. కొన్ని సందర్భాలలో వీటినే సాధారణ మినహాయింపులుగా కూడా పిలుస్తుంటారు. ప్రామాణిక మినహాయింపులను అమలుపరచడం ద్వారా బీమా సంస్థలు తమ స్పందనను పరిమితం చేసుకుంటాయి.

ముందరి అధ్యాయంలో కూడా వీటి గురించి చర్చించుకున్నాం.

మీకు మీరే పరీక్షించుకోండి **4**

మెడికల్ అండర్ రైటింగ్ కు సంబంధించి దిగువ పేర్కొన్నవాటిలో ఏది తప్పు?

I. వైద్య నివేదికలను సేకరించి మదింపు చేయడం ఎక్కువ ఖర్చుతో కూడిన పని.

II. ఆరోగ్య బీమా మెడికల్ అండర్ రైటింగ్ లో ప్రస్తుత ఆరోగ్య స్థితి, వయసు కీలక అంశాలుగా ఉంటాయి.

III. ఆరోగ్య రిస్క్ చిత్రణ తయారీకి ప్రతిపాదకులు వైద్య, పాథలాజికల్ పరీక్షలు చేయించుకోవాల్సి ఉంటుంది.

IV. రిస్క్ కు చెందిన ప్రతి అంశంపైన శాతాల వారీగా మదింపు చేస్తారు.

రేఖా చిత్రం 1 అండర్ రైటింగ్ ప్రక్రియ

అండర్ రైటింగ్ ప్రక్రియ

సమాచారాన్ని సేకరించడం

రిస్క్ మదింపు &అంచనా

ప్రతిపాదిత ఫారం

వయసు ఆదాయానికి ఆధారం

వైద్య నివేదిక

ప్రస్తుత ఆరోగ్య స్థితి

వయసు

మెడికల్ అండర్ రైటింగ్

వైద్యేతర అండర్ రైటింగ్

సంఖ్యావాచక మూల్యాంకన పద్ధతి

వైద్య నివేదికల స్వీకరణ, పరిశీలన

ఆరోగ్య పరీక్షలుండవు కానీ వివరాలను వెల్లడించే విధంగా ప్రశ్నావళి

రిస్క్ కు సంబంధించిన ప్రతి అంశానికి సంఖ్యలను లేదా శాతాలను కేటాయిస్తారు

రిస్క్ ల వర్గీకరణ, ఎంపిక

ప్రామాణిక రిస్క్

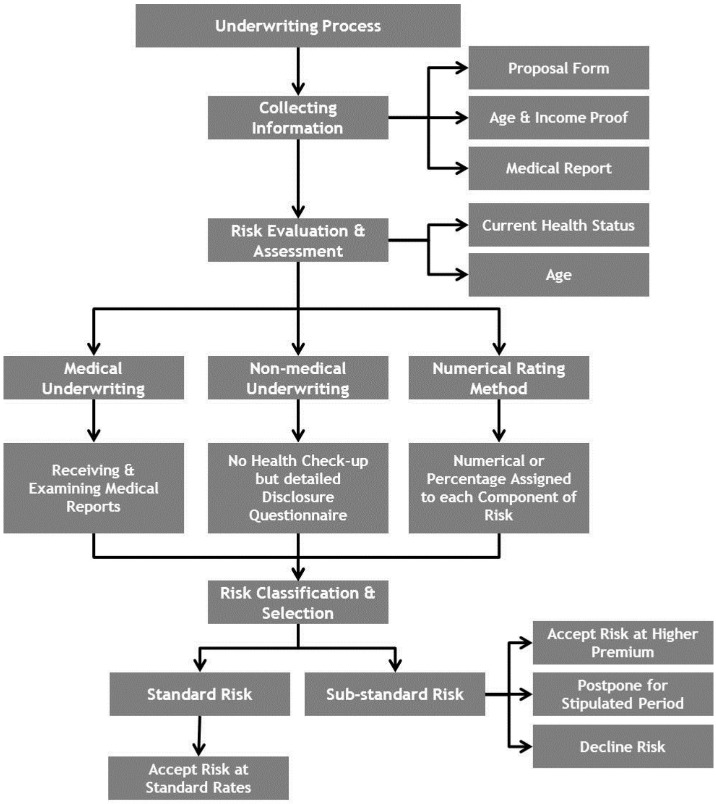
ఉప ప్రామాణిక రిస్క్

ప్రామాణిక రేట్లకు రిస్క్‌లను ఆమోదించడం

హెచ్చు ప్రీమియం వద్ద రిస్క్‌ను ఆమోదించడం

నిర్ణీత కాలానికి వాయిదా వేయడం

రిస్క్‌ను తిరస్కరించడం


Underwriting Process
Collecting Information
Proposal Form
Age & Income Proof
Medical Report
Risk Evaluation & Assessment
Current Health Status
Age
Medical Underwriting
Non-medical Underwriting
Numerical Rating Method
Receiving & Examining Medical Reports
No Health Check-up but detailed Disclosure Questionnaire
Numerical or Percentage Assigned to each Component of Risk
Risk Classification & Selection
Standard Risk
Sub-standard Risk
Accept Risk at Higher Premium
Postpone for Stipulated Period
Decline Risk
Accept Risk at Standard Rates

G. గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్స్యూరెన్స్

1. *గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్స్యూరెన్స్*

గ్రూప్ ఇన్స్యూరెన్స్ ప్రధానంగా సగటుల సూత్రం ఆధారంగా అండర్ రిటెన్ అవుతుంది. ఒక ప్రామాణిక గ్రూప్ లోని సభ్యులందరూ ఒక గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్స్యూరెన్స్ పాలసీ కింద రక్షణ పొందడం దానిలోని ఆంతర్యం. ఈ గ్రూప్ లోని వ్యక్తులు బీమాసంస్థకు వ్యతిరేకంగా ఒకేసారి అనారోగ్యం పాలుకారనే నమ్మకం కూడా అందులో ఇమిడి ఉంది. ఆ విధంగా ఒక గ్రూపునకు ఆరోగ్య బీమాను ఆమోదిస్తూ బీమా సంస్థలు ఒక సంభావ్యతను కూడా పరిగణనలోకి తీసుకుంటాయి. గ్రూప్‌లో కొద్ది మంది సభ్యులకైనా తీవ్ర ఆరోగ్య సమస్యలు ఉండవచ్చని, అనారోగ్య సమస్యలు తరచు తలెత్తవచ్చని బీమా సంస్థలకు తెలుసు.

గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్స్యూరెన్స్ అండర్ రైటింగ్‌కి ఆ బృందంలోని వారి స్వభావాలను విశ్లేషించడం అవసరం. ఆ బృందం ఇన్స్యూరెన్స్ కంపెనీ వారి అండర్ రైటింగ్ మార్గదర్శక సూత్రాల పరిధిలోకి వస్తుందా, అలాగే ఇన్స్యూరెన్స్ రెగ్యులేటర్లు గ్రూప్ ఇన్స్యూరెన్స్ నకు నిర్దేశించిన అండర్ రైటింగ్ మార్గదర్శక సూత్రాల పరిధిలోకి వస్తుందా అని మదింపు చేయడంలో భాగంగా ఆ పనిని నిర్వహిస్తారు.

గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్స్యూరెన్స్ కు చెందిన ప్రామాణిక అండర్ రైటింగ్ ప్రక్రియ దిగువ పేర్కొన్న అంశాలపై ప్రతిపాదిత గ్రూప్‌ను విశ్లేషించవలసి ఉంది :

a) గ్రూప్ రకం

b) గ్రూప్ పరిమాణం

c) పరిశ్రమ రకం

d) కవరేజీకి అర్హులైన వ్యక్తులు

e) మొత్తం గ్రూపు అంతటికీ బీమా రక్షణ కల్పిస్తున్నారా లేక సభ్యులు ఐచ్ఛికంగా వైదొలగవచ్చా

f) కవరేజి స్థాయి - అందరికీ సమంగా ఉంటుందా లేక భిన్నంగా ఉంటుందా

g) ఆడ, మగ, వయసు, ఒకే ప్రాంతంవారా లేక వివిధ ప్రాంతాలవారా, గ్రూప్ సభ్యుల ఆదాయ స్థాయిలు, ఎంప్లాయీ టర్నోవరు రేటు, గ్రూప్ హోల్డర్ మొత్తం ప్రీమియం అంతటినీ చెల్లించారా లేక ప్రీమియం చెల్లింపులో సభ్యులను పాలుపంచుకోవాల్సిందిగా కోరారా అనే అంశాలతో బృందం నిర్మాణ పరిశీలన

h) వివిధ భౌగోళిక ప్రాంతాలలో ఈ బృందాలు విస్తరించి ఉన్నట్లయితే ఆయా ప్రాంతాలలో ఆరోగ్య రక్షణ వ్యయాలలో ఉన్న తేడాలను పరిశీలించడం

i) గ్రూప్ ఇన్స్యూరెన్స్ పాలనపై గ్రూప్ హోల్డర్ అభిమతాన్ని తెలుసుకోవాలి. మూడవ పక్షానికి చెందిన ఎడ్మినిస్ట్రేటర్ (ఇతడిని హోల్డర్ ఎంపిక చేయవచ్చు లేదా బీమాసంస్థ ఎంపిక చేసిన వ్యక్తికి ఆమోదం తెలుపవచ్చు) తో నిర్వహించాలా లేక ఆ బాధ్యతను బీమాసంస్థకే వదిలేయాలా అని అడగాలి.

j) ప్రతిపాదిత గ్రూప్ గతంలో చేసిన క్లైముల అనుభవాన్ని పరిశీలించాలి

ఉదాహరణ

ఎయిర్ కండిషన్డ్ ఆఫీసులలో పనిచేసే గ్రూప్ సభ్యులకన్నా గనులు లేదా ఫ్యాక్టరీలలో పనిచేసే గ్రూప్ సభ్యులకు ఆరోగ్యరీత్యా రిస్క్ ఎక్కువగా ఉంటుంది. ఆ రెండు గ్రూపులకు ఉన్న వ్యాధుల బెడద స్వరూప స్వభావాలలో (తద్వారా క్లెయిమ్లలో కూడా) చాలా తేడా ఉండే అవకాశముంది. కనుక బీమాసంస్థ వాటి కనుగుణంగానే రెండు గ్రూపుల వారికి గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్స్యూరెన్స్ పాలసీ ధరను వేర్వేరుగా నిర్ణయిస్తుంది.

అదే విధంగా, ఐ.టి కంపెనీల వంటి హెచ్చు టర్నోవరు కలిగిన గ్రూపుల విషయంలో ప్రతికూల ఎంపికను నివారించేందుకు, బీమా సుస్థలు ముందుజాగ్రత్తగా మరో కొలబద్దను ప్రవేశపెట్టవచ్చు. బీమాకు అర్హత సంపాదించే ముందు ఉద్యోగులు ప్రొబేషనరీ కాలాన్ని పూర్తి చేసుకోవాలని కోరవచ్చు.

గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్స్యూరెన్స్ వ్యాపారంలో పోటీ అధికంగా ఉండడం వల్ల గ్రూప్ ఇన్స్యూరెన్స్ పథకాల ప్రయోజనాల విషయంలో ఇన్స్యూరర్లు గణనీయమైన సరళతను, పాలసీదారుల అవసరాలకు తగ్గట్లుగా నడచుకునే పద్ధతులను ఆమోదిస్తున్నారు. యాజమాన్యాలు ఉద్యోగులకు కల్పించే గ్రూప్ ఇన్స్యూరెన్స్ పథకాలలో ప్రయోజనాలను కాలక్రమేణా ఒనగూడేవిగా రూపొందిస్తున్నారు. ఉద్యోగులు వేరే కంపెనీలకు వలసపోకుండా తమవద్దే ఉండి పనిచేసేందుకు యాజమాన్యానికి చెందిన మానవ వనరుల విభాగం దీనినొక సాధనంగా ఉపయోగించుకుంటోంది. బీమా కంపెనీల మధ్య పోటీ ఫలితంగానే తరచు సరళత ఏర్పడుతోంది. ఇతర కంపెనీల గ్రూప్ ఇన్స్యూరెన్స్ పథకాల ప్రయోజనాలతో సమానంగా తామిచ్చే ప్రయోజనాలూ ఉండేట్లు బీమా కంపెనీలు చూసుకుంటున్నాయి. అంతకన్నా మెరుగైన ప్రయోజనాలు కల్పించుంకు కూడా ముందుకొస్తున్నాయి. పాలసీదారులను హస్తగతం చేసుకునేందుకు, వ్యాపారాన్ని తమవైపునకు మళ్లించుకునేందుకు అవి ఈ విధంగా చేస్తున్నాయి.

2. *యజమాని-ఉద్యోగుల గ్రూపుల కన్నా వేరే వాటిని అండర్ రైట్ చేయడం*

సంప్రదాయంగా సాముదాయిక ఆరోగ్య బీమా పొందుతున్న గ్రూపులలో అత్యంత సాధారణమైనవి యజమాని-ఉద్యోగుల గ్రూపులు. అయితే, ఆరోగ్య రక్షణ వ్యయానికి ఫైనాన్స్ చేసే సమర్థ వాహనంగా ఆరోగ్య బీమా ఆమోదం పొందడంతో ఇపుడు వివిధ రకాల గ్రూపులు అభివృద్ధి చెందాయి. ఈ నేపథ్యంలో, ఒక గ్రూపునకు అండర్ రైట్ చేసేటపుడు ఆ గ్రూపు స్వరూప స్వభావాలను పరిగణనలోకి తీసుకోవడం గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్స్యూరెన్స్ అండర్ రైటర్లకు చాలా ముఖ్యం.

యజమాని-ఉద్యోగుల గ్రూపులతోపాటు కార్మిక సంఘాలు, ట్రస్టులు, సొసైటీలు, మల్టిపుల్ ఎంప్లాయర్ గ్రూపులు, ఫ్రాంచైజీ డీలర్లు, ప్రొఫెషనల్ అసోసియేషన్లు, క్లబ్బులు, ఇతర భ్రాతృత్వ సంస్థలు వంటి వివిధ రకాల గ్రూపులకు బీమా సంస్థలు సాముదాయిక ఆరోగ్య బీమా రక్షణను కల్పిస్తున్నాయి.

వివిధ దేశాలలోని ప్రభుత్వాలు సమాజంలోని పేద వర్గాలకు తామే సాముదాయిక ఆరోగ్య బీమా రక్షణ సదుపాయాన్ని కల్పిస్తున్నాయి. భారతదేశంలో, కేంద్ర, రాష్ట్ర ప్రభుత్వాలు రెండూ సౌజన్యంతో పేదలకు ఆర్.ఎస్.బి.వై, యశస్విని వంటి సాముదాయిక ఆరోగ్య బీమా పథకాలను సమరశీలతతో కల్పిస్తున్నాయి.

అటువంటి విభిన్న వర్గాలకు వర్తింపజేసే ప్రాథమిక అండర్ రైటింగ్ పరిశీలనాంశాలు సాధారణ ఆమోదిత గ్రూప్ అండర్ రైటింగ్ అంశాల మాదిరిపే అయినప్పటికీ, వీటికున్న అదనపు కోణాలలో కొన్ని ఇవి:

a) గ్రూపు పరిమాణం (సైజులో చిన్న గ్రూపు అయితే తరచు మార్పులకు లోనుకావచ్చు.)

b) వివిధ భౌగోళిక ప్రాంతాల్లో ఆరోగ్య రక్షణ వ్యయాలు వివిధ స్థాయిల్లో ఉంటాయి

c) సాముదాయిక ఆరోగ్య బీమా పథకంలో గ్రూపులోని వారందరూ పాల్గొనకపోతే ప్రతికూల ఎంపిక రిస్క్ ఉంటుంది

d) గ్రూపులోని సభ్యులు పాలసీలో కొనసాగడం

చౌక ధరలకు అటువంటి గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్స్యూరెన్స్ ప్రయోజనాల అనుకూలతను సొంతం చేసుకునేందుకు అడ్డదిడ్డంగా గ్రూపులు ఏర్పడడం ఎక్కువైంది. వీటిని 'అవకాశవాద గ్రూపులు' గా అభివర్ణించవచ్చు. అందుకనే, వివిధ గ్రూపుల పట్ల వ్యవహరించడంలో బీమా సంస్థలు అనుసరించవలసిన విధానాన్ని క్రమబద్ధం చేసేందుకు బీమా నియంత్రణ సంస్థ ఐ.ఆర్.డి. గ్రూప్ ఇన్స్యూరెన్స్ మార్గదర్శక సూత్రాలను జారీ చేసింది. అలాంటి యజమానేతర గ్రూపులలో ఉన్నవాటిలో కొన్ని ఇవి :

a) ఎంప్లాయర్ సంక్షేమ సంఘాలు

b) నిర్దిష్ట కంపెనీ జారీ చేసిన క్రెడిట్ కార్డులు పొందినవారు

c) నిర్దిష్ట వ్యాపారానికి చెందిన కస్టమర్లు. వారికి అదనపు సౌకర్యంగా వ్యాపార సంస్థ బీమాను ఇవ్వజూపుతోంది.

d) బ్యాంకు రుణ గ్రహీతలు, ప్రొఫెషనల్ అసోసియేషన్లు లేదా సొసైటీలు

ఖర్చును ఆదా చేయడం, వ్యక్తిగత పాలసీలలో అందుబాటులో లేని ప్రయోజనాలను చేజిక్కించుకోవడం, సరళతతో కూడిన రూపకల్పన అనుకూలతను సొంతం చేసుకోవడమనే ఏకైక ఉద్దేశంతో గ్రూపులుగా ఏర్పడే విధానానికి అడ్డుకట్ట వేసేందుకే గ్రూప్ ఇన్స్యూరెన్స్ మార్గదర్శక సూత్రాలు వచ్చాయి. అటువంటి 'అవకాశవాద గ్రూపులు' తరచు బీమా సంస్థలకు హాని కలిగించే రీతిలో ప్రతికూల ఎంపికకు, అంతిమంగా హెచ్చు క్లైముల నిష్పత్తికి దారితీస్తాయని వ్యాఖ్యానించడం జరిగింది. ఆవిధంగా, నియంత్రణ సంస్థ జారీ చేసిన గ్రూప్ ఇన్స్యూరెన్స్

మార్గదర్శకసూత్రాలు బీమా సంస్థలు మార్కెట్‌లో బాధ్యతాయుతంగా నడచుకునేందుకు సహాయపడతాయి. అవి గ్రూపు పథకాలకు నిర్వహణా ప్రమాణాలను నెలకొల్పడం ద్వారా, బీమా కంపెనీల అండర్ రైటింగ్ లోను, సాముదాయిక బీమా పథకాల గురించిన ప్రచారంలోనూ క్రమశిక్షణను పాదుకొల్పుతాయి.

H. ఓవర్సీస్ ట్రావెల్ ఇన్సూరెన్స్ ఒప్పందం

ఓవర్సీస్ ట్రావెల్ ఇన్సూరెన్స్ పాలసీల కింద ప్రధాన రక్షణ ఆరోగ్య రక్షణే కాబట్టి, పూచీ ఒప్పందం సాధారణంగా ఆరోగ్యబీమా కోసం విధానాన్నే అనుసరిస్తుంది.

వ్యక్తిగత కంపెనీ మార్గదర్శకాలకు తగ్గట్టు ప్రీమియం రేటింగ్ మరియు అంగీకారం ఉంటుంది కానీ కొన్ని ముఖ్య మైన పరిగణనలు కింద ఇవ్వబడ్డాయి :

1. ప్రీమియం రేట్ అనేది ప్రతిపాదకుడి వయసు, విదేశీ ప్రయాణ కాలవ్యవధిపైన ఆధారపడి ఉంటుంది.
2. విదేశాల్లో వైద్య చికిత్స ఖరీదైనందున, స్వదేశీ ఆరోగ్య బీమా పాలసీలతో పోల్చితే ప్రీమియం రేట్లు సాధారణంగా ఎక్కువగా ఉంటాయి.
3. విదేశీ కంపెనీలలో చూసినా, అమెరికా, కెనడా దేశాల్లో ప్రీమియం అత్యంత ఎక్కువగా ఉంటోంది.
4. ప్రతిపాదకుడు విదేశాల్లో వైద్య చికిత్స తీసుకోవడానికి పాలసీని ఉపయోగించే అవకాశం లేకుండా చేసేందుకు తగిన జాగ్రత్త తీసుకోవాలి. కాబట్టి ఏదేని ముందుగా ఉన్న వ్యాధి గురించి ప్రతిపాదన దశలోనే చాలా జాగ్రత్తగా పరిగణించాలి.

I. వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా పూచీ ఒప్పందం

వ్యక్తిగత ప్రమాద పాలసీల కోసం పూచీ ఒప్పంద పరిగణనల గురించి కింద చర్చించబడుతోంది:

రేటింగ్

వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమాలో, బీమా చేస్తున్న వ్యక్తి వృత్తి ప్రధానంగా పరిగణనలోకి తీసుకోబడుతుంది. సాధారణంగా ఇంటివద్ద, వీధిలో వ్యక్తిగత ప్రమాదాలకు గురయ్యే విషయం లాంటి వాటి గురించి మాట్లాడడం అందరు వ్యక్తులకు సంబంధించి ఒకే రకంగా ఉంటోంది. కానీ వృత్తి నైపుణ్యం లేదా పనితో ముడిపడిన రిస్కులు చేస్తున్న పని స్వభావాన్ని బట్టి మారుతుంటుంది. ఉదాహరణకు, భవన నిర్మాణం జరుగుతున్న స్థలంలో పని చేసే సివిల్ ఇంజనీర్ కన్నా ఆఫీస్ మేనేజర్‌కు రిస్క్ తక్కువగా ఉంటుంది.

ఒక్కో వృత్తి నైపుణ్యానికి, లేదా పనికి ఒక రేటు నిర్ణయించడం ఆచరణీయం కాదు. కాబట్టి, వృత్తులను బృందాలుగా వర్గీకరిస్తున్నారు. ఒక్కో గ్రూపు కాస్త అటు, ఇటుగా దాదాపు ఒకే రకమైన రిస్క్‌ను ప్రతిబింబిస్తాయి. కింది వర్గీకరణ వ్యవస్థ తేలికైనది మాత్రమే కాక, ఆచరణలో వీలు పడేదిగా కనిపిస్తోంది. వ్యక్తిగత కంపెనీలు తమ సొంత వర్గీకరణ ప్రాతిపదికను కలిగి ఉండవచ్చు.

రిస్క్ వర్గీకరణ

వృత్తి ప్రాతిపదికన, బీమా చేసిన వ్యక్తితో ముడిపడిన రిస్కులను మూడు గ్రూపులుగా వర్గీకరించవచ్చు:

- **రిస్క్ గ్రూప్ I**

  అకౌంటంట్లు, డాక్టర్లు, లాయర్లు, ఆర్కిటెక్ట్‌లు, కన్సల్టింగ్ ఇంజనీర్లు, టీచర్లు, బ్యాంకర్లు, పరిపాలన విధుల్లో పాలు పంచుకుంటున్న వ్యక్తులు, తేలికపాటి ప్రమాదాలను కలిగిన వృత్తుల్లో ప్రాథమికంగా పాలుపంచుకుంటున్న వ్యక్తులు.

- **రిస్క్ గ్రూప్ II**

  పర్యవేక్షణ విధుల్లో మాత్రమే పాలుపంచుకునే బిల్డర్లు, కాంట్రాక్టర్లు, ఇంజనీర్లు, వెటర్నరీ డాక్టర్లు, మోటారు కార్ల, తేలికపాటి వాహనాల పెయిడ్ డ్రైవర్లు, ఇదే రకమైన ప్రమాదాలు కలిగిన వృత్తుల్లో పాలు పంచుకునే వ్యక్తులు.

  మానవీయ శ్రమలో పాలుపంచుకునే అందరు వ్యక్తులు (గ్రూప్ IIIకింద వచ్చే వారు మినహాయించి), నగదు తీసుకెళ్లే ఉద్యోగులు, గ్యారేజీ, మోటార్ మెకానిక్‌లు, యంత్రం ఆపరేటర్లు, ట్రక్కు, లారీ, ఇతర భారీ వాహనాల డ్రైవర్లు, ప్రొఫెషనల్ అథ్లెట్లు, క్రీడాకారులు, కొయ్య పని చేసే నిపుణులు, ఇదే రకమైన ప్రమాదాలు కలిగిన వృత్తుల్లో పని చేసే వారు.

- **రిస్క్ గ్రూప్ III**

భూగర్భ గనుల్లో, పేలుడు ప్రదేశాల్లో పని చేసే వ్యక్తులు, హై టెన్షన్ సరఫరాతో కూడిన విద్యుత్ కేంద్రాల్లో పని చేసే కార్మికులు, జాకీలు, సర్కస్ సిబ్బంది, మోటారు వాహనాలు, గుర్రాలపై రేసింగ్‌లో పాల్గొనేవారు, పెద్ద స్థాయి గేమ్ హంటింగ్, పర్వతారోహణ, వింటర్ స్పోర్ట్స్, స్కైయింగ్, ఐస్ హాకీ, బెలూనింగ్, హ్యాంగ్ గ్లైడింగ్, రివర్ రాఫ్టింగ్, పోలో మరియు ఇదే రకమైన ప్రమాదం కలిగిన వృత్తులు/కార్యకలాపాల్లో పాలుపంచుకునే వ్యక్తులు.

రిస్క్ గ్రూపులను 'సాధారణమైనవి', 'మధ్య రకమైనవి', 'తీవ్ర స్థాయి కలిగినవి' అని కూడా మూడు రకాలుగా చెప్పవచ్చు.

వయో పరిమితులు

రక్షణ పొందడానికి కనిష్ఠ, గరిష్ఠ వయోపరిమితులు ఆయా కంపెనీలను బట్టి మారుతుంటాయి. సాధారణంగా, 5 ఏళ్ల నుంచి 70 ఏళ్ల వరకు అనేది సాధారణం నియమంగా ఉంటుంది. అయినప్పటికీ, ఇప్పటికే రక్షణ కలిగిన వ్యక్తుల విషయంలో పునరుద్ధరణ ప్రీమియం లోడింగ్‌ను బట్టి 70 ఏళ్లు పూర్తయిన తర్వాత కూడా ఎనభై ఏళ్ల వరకు పాలసీలను పునరుద్ధరించవచ్చు.

పునరుద్ధరణకు లేదా తాజా రక్షణకు సాధారణంగా ఎలాంటి వైద్య పరీక్షలు ఉండవు.

వైద్య ఖర్చులు

వైద్య ఖర్చుల రక్షణ కింది విధంగా ఉంటాయి:

- ఓ వ్యక్తిగత ప్రమాద పాలసీని ప్రమాదరీతి శరీర గాయాలకు సంబంధించి బీమా చేసిన వ్యక్తికి అయ్యే వైద్య ఖర్చులకు రక్షణ కల్పించడంకోసం అదనపు ప్రీమియం చెల్లింపుపై ఎండార్స్‌మెంట్ ద్వారా పొడిగించబడింది.
- ఈ ప్రయోజనాలు పాలసీల కింద ఇతర ప్రయోజనాలకు అదనంగా చేర్చబడ్డాయి.
- వ్యక్తిని ఆస్పత్రిలో తప్పనిసరిగా చేర్పించాల్సిన అవసరం లేదు.

యుద్ధం మరియు తత్సంబంధ రిస్కులు

పౌర విధుల్లో విదేశాల్లో పనిచేసే భారతీయ సిబ్బంది/నిపుణులకు కూడా అదనపు ప్రీమియంతో యుద్ధ రిస్క్ రక్షణ అందించబడుతుంది.

- శాంతి కాలు లేదా సాధారణ కాలం సందర్భంగా జారీ చేసే పి.ఏ పాలసీలు సాధారణ రేటు కన్నా 50శాతం అదనంగా ఉంటాయి (అంటే సాధారణ రేటుకు 150శాతం)
- అసాధారణ/భయాందోళనకాలం సందర్భంగా జారీ చేసే పి.ఏ పాలసీలు (అంటే విదేశంలో యుద్ధ తరహా పరిస్థితులు ఇప్పటికే సంభవించినా లేదా అనివార్యమైనా/అంటే భారతీయులు పౌర బాధ్యతల్లో పని

చేస్తున్న దేశాల్లో అయినా) సాధారణ రేటు కన్నా 150శాతం అదనంగా ఉంటాయి (అంటే సాధారణ రేటులో 250శాతం అని అర్థం)

ప్రతిపాదన పత్రం

కింది వాటితో ఆ ఫారం సమాచారాన్ని కలిగి ఉంటుంది:

- వ్యక్తిగత వివరాలు
- భౌతిక స్థితి
- అలవాట్లు మరియు గత కాలం
- ఇతర లేదా పూర్వ బీమాలు
- పూర్వ ప్రమాదలు లేదా అస్వస్థత
- ప్రయోజనాల ఎంపిక లేదా బీమా చేసిన సొమ్ము
- ప్రకటన

పైన పేర్కొన్న అవసరమైన వివరాలు కింది విధంగా వివరించబడ్డాయి:

- వయసు, ఎత్తు, బరువు, వృత్తికి సంబంధించిన పూర్తి వివరణ, సగటు నెల వేతనం తదితరాలకు సంబంధించిన వ్యక్తిగత వివరాలు
- కోరుకున్న పాలసీకి ప్రవేశదారుల వయోపరిమితి లోపలే ప్రతిపాదకుడు ఉన్నాడా అనే విషయాన్ని వయసు సూచిస్తుంది. లింగభేదం, ఎత్తు, వయసుకు సగటు బరువుతో కూడిన పట్టికతో బరువు, ఎత్తు పోల్చిచూడబడుతుంతి. సగటు కన్నా 15శాతం ఎక్కువ లేదా తక్కువగా ప్రతిపాదకుడు ఉంటే మాత్రమే తదుపరి విచారణను చేపడుతారు.
- భౌతిక దృఢత్వం లేకపోవడం లేదా లోపం ఉండడం, దీర్ఘకాలిక వ్యాధులు తదితరాలకు సంబంధించిన భౌతిక స్థితి.
- అవయవాన్ని లేదా చూపును కోల్పోయిన ప్రతిపాదకులు ఆమోదించిన సందర్భాల్లో ప్రత్యేక నిబంధనలలో మాత్రమే అంగీకరించబడవచ్చు. వారు కొన్ని నిర్దిష్ట రకాల ప్రమాదాలను నివారించే సామర్థ్యం తక్కువగా ఉండడం, మిగిలిన చెయ్యి, కాలు లేదా చూపు లేదా కన్ను దెబ్బతింటే, అంగవైకల్యం స్థాయి సాధారణం కన్నా ఎక్కువగా ఉండే అవకాశమున్నందున అసాధారణ రిస్కులను కలిగి ఉంటారు.
- గాయం త్వరగా నయం కాకపోవడం, అంగవైకల్యం అనవసరంగా కొనసాగే అవకాశమున్నందున మధుమేహం అనేది కోలుకునే స్థాయిని జాప్యం చేస్తుంది. గాయాలు లేదా అస్వస్థత భవిష్యత్ ప్రమాద

రిస్క్ లను ప్రభావితం చేస్తాయా, అయితే ఎంతవరకు అనే విషయాన్ని నిర్ధారించే క్రమంలో ప్రతిపాదకుడి వైద్య చరిత్రను పరిశీలించాలి. రిస్క్ ను బీమా చేయలేనిదిగా చేసే తీవ్రమైన స్వభావం కలిగిన సమస్యలు చాలా ఉన్నాయి. అంటే గుండె నాళాల సమస్య.

- పర్వతారోహణ, పోలో, మోటార్ రేసింగ్, అక్రోబేటిక్స్ తదితర ప్రమాదకరమైన గత చరిత్రకు అదనపు ప్రీమియం కావాలి.

బీమా చేసిన సొమ్ము

ఓ వ్యక్తిగత బీమా పాలసీ అనేది ప్రయోజనకర పాలసీలుగా ఉండడంతో పాటు కఠినమైన పూచీకి గురయ్యేదిగా లేకపోవడంతో ఆ పాలసీలకు బీమా సొమ్మును నిర్ణయించడంలో అప్రమత్తంగా వ్యవహరించాలి. 'లాభదాయకమైన ఉద్యోగం' ద్వారా పొందుతున్న ఆదాయాన్ని పరిగణనలోకి తీసుకోవడంపై శ్రద్ధ చూపాలి.మరో మాటలో చెప్పాలంటే, బీమా చేసిన సొమ్మును నిర్ధారిస్తున్న సమయంలో ప్రతిపాదకుడికి జరిగిన ప్రమాదం ద్వారా దెబ్బతినని రాబడిని పరిగణించరాదు.

వివిధ బీమా సంస్థలు/ఒప్పంద లేఖరుల మధ్య ఎస్.ఐని నిర్ణయించే ఆచరణల్లో రక్షణకు మంజూరు చేసిన ఖచ్చితమైన మొత్తం పూచీ ఒప్పంద లేఖరులపై ఆధారపడి ఉంటుంది. అయినప్పటికీ, సాధారణంగా మంజూరు చేసిన రక్షణ బీమా చేసిన వ్యక్తి యొక్క 72 నెలలు/ఆరేళ్ల సంపాదనకు సమాన స్థాయిని మించరాదు.

పాలసీ అనేది మూలధన ప్రయోజనాలకోసం మాత్రమే అయితే ఈ ఆంక్షను ఖచ్చితంగా వర్తింపజేయలేము. అయినప్పటికీ, తాత్కాలిక పూర్తి అంగవైకల్య రక్షణ కోసం, చెల్లించగల పరిహారం విషయంలో ఇది చోటు చేసుకోరాదు. ఆ కాలంలో అదని సంపాదనలకు అది అనువుగా ఉండదు. రక్షణ అనేది టి.టి.డికి వారాంతపు పరిహారం కోసం అయితే, బీమా చేసిన సొమ్ము సాధారణంగా వాళ్ల వార్షిక రాబడికి రెట్టింపు స్థాయిని మించరాదు.

లాభదాయకమైన ఉద్యోగాల్లో లేని వ్యక్తులకు అంటే భార్యలు, విద్యార్థులు తదితరులకు రక్షణ ఇచ్చే సమయంలో మూలధన ప్రయోజనాలను మాత్రమే అందిస్తున్నాం, ఎలాంటి వారాంతపు పరిహారం చెల్లించనవసరం లేదనే విషయాన్ని బీమా సంస్థలు నిర్ధారించుకోవాలి.

కుటుంబ ప్యాకేజీ రక్షణ

చిన్నారులు, సంపాదన లేని భాగస్వామి కోసం రక్షణ మరణానికి, శాశ్వత అంగవైకల్యానికి (పూర్తిగా లేదా పాక్షికంగా) మాత్రమే పరిమితం చేయబడుతుంది. అయినప్పటికీ ఆయా కంపెనీ నిబంధనల ఆధారంగా టెబుల్ ఆఫ్ బెనిఫిట్స్ పరిగణనలోకి తీసుకోబడుతుంది. కొన్ని కంపెనీలు ఒక నిర్దిష్ట పరిమితి వరకు కూడా సంపాదనలేని భాగస్వామికి టి.టి.డి రక్షణను అనుమతిస్తుంది.

స్థూల ప్రీమియంలో 5శాతం తగ్గింపు సాధారణంగామంజూరు చేయబడుతుంది.

గ్రూప్ పాలసీలు

బీమా చేస్తున్న వ్యక్తుల సంఖ్య ఓ నిర్ధిష్ఠ సంఖ్యను దాటితే, అంటే వంద దాటితే ప్రీమియంనుంచి ఓ గ్రూప్ తగ్గింపు అనుమతించబడుతుంది. అయినప్పటికీ ఆ సంఖ్య తక్కువగా ఉన్నా అంటే 25మంది ఉన్నా, ఎలాంటి తగ్గింపు లేకుండా గ్రూప్ పాలసీ జారీ చేయబడుతుంది.

సాధారణంగా, పేరులేని ప్రాతిపదికన పాలసీలను చాలా గొప్ప విలువ కలిగిన క్లయింట్లకు మాత్రమే జారీ చేయబడుతాయి. ఇందులో సభ్యుడి గుర్తింపు ఎలాంటి అనుమానం లేకుండా స్పష్టంగా ఉంటుంది.

గ్రూప్ తగ్గింపు యోగ్యతా ప్రమాణాలు

పేరు కలిగిన గ్రూపుల విషయంలో మాత్రమే గ్రూపు పాలసీలు జారీ చేయబడుతాయి. గ్రూప్ తగ్గింపు మరియు ఇతర ప్రయోజనాలను పొందే ఉద్దేశ్యంతో, ప్రతిపాదిత గ్రూపు కింది విభాగాల్లో దేనికింద అయినా ఉండాలి:

- ఉద్యోగిపై ఆధారపడిన వారు సహా యజమాని-ఉద్యోగి సంబంధం
- రాష్ట్ర/కేంద్ర ప్రభుత్వాలు ప్రీమియం చెల్లించేరీతిలో ముందుగా గుర్తించిన విభాగాలు/గ్రూపులు
- ఓ రిజిష్టర్డ్ సహకార సంఘం సభ్యులు
- రిజిష్టర్డ్ సేవా క్లబ్‌ల సభ్యులు
- బ్యాంకులు/డైనర్స్/మాస్టర్/వీసా క్రెడిట్ కార్డులు కలిగిన వారు
- బ్యాంకులు/ఎన్.బి.ఎఫ్.సిలు జారీ చేసిన డిపాజిట్ ధృవపత్రాలను కలిగిన వారు
- బ్యాంకులు/పబ్లిక్ లిమిటెడ్ కంపెనీల వాటాదారులు

పై విభాగల నుంచి పేరుపడే మరేదైనా విభాగనికి సంబంధించిన ప్రతిపాదనల విషయంలో సంబంధిత బీమా సంస్థల సాంకేతిక విభాగం తీసుకున్న నిర్ణయానికి లోబడి వాటిని విశ్లేషించవచ్చు.

'ఊహాత్మక' గ్రూపు పరిమాణంపై ఎలాంటి గ్రూప్ డిస్కౌంట్ ఇవ్వబడదు. పాలసీ తీసుకునే సమయంలో 'గ్రూప్'లో రిజిష్టర్ చేసుకున్న వాస్తవ సభ్యుల సంఖ్యపై మాత్రమే డిస్కౌంట్ పరిగణనలోకి తీసుకుని, లెక్కించబడుతుంది.

బీమా సొమ్ము

బీమా సొమ్మును ఒక్కో బీమా చేసిన వ్యక్తికి వేరుగా నిర్ధిష్ఠ మొత్తాలకు స్థిరపరచబడవచ్చు. లేదా బీమా చేసిన వ్యక్తులకు చెల్లించగల ప్రతిఫలాలకు ముడిపెట్టవచ్చు.

'అన్నీ లేదా ఏదీ కాదు' సూత్రం ఓ గ్రూప్ ఇన్సూరెన్స్‌లో వర్తిస్తుంది.దానికి తగ్గట్టు సమానమైనa అదనపు ప్రీమియం లేదా రీఫండ్‌తో చేరికలు, తీసివేతలు చేయబడుతాయి.

ప్రీమియం

రిస్క్‌ల వర్గీకరణ, ఎంపిక చేసిన ప్రయోజనాల ప్రకారం పేర్కొన్న ఉద్యోగులకు ప్రీమియంలో వేరుపడుతున్న రేట్లు వర్తిస్తాయి. కాబట్టి రక్షణ పొందిన వ్యక్తుల వృత్తికి తగ్గట్టు రేట్లు వేరుపడుతాయి.

ఉదాహరణ

ఇంకా చెప్పాలంటే, ఒకే రకమైన వృత్తిని అనుసరించే ఉద్యోగులందరితో కూడినట్టు బాగా నిర్వచించిన బృందాలకు ఒకే రేటు వర్తిస్తుంది.

పేర్కొనని ఉద్యోగుల విషయానికి వస్తే, యజమాని తాను నిర్వహించే ప్రమాణీకరణ రికార్డుల ఆధారంగా ఒక్కో వర్గీకరణలోని ఉద్యోగుల సంఖ్యను ప్రకటించాల్సిన అవసరం ఉంది.

ఓ సంఘం, క్లబ్‌లు తదితరాలలో పేర్కొన్న సభ్యులకు రిస్క్ వర్గీకరణ ప్రకారం ప్రీమియం రేట్లు వర్తిస్తాయి.

సభ్యత్వం సాధారణ స్వభావం కలిగినదై, ఏదేని నిర్ధిష్టమైన వృత్తికి పరిమితం చేయనిదైతే, ఒప్పంద పూచీ లేఖరులు రేట్లను వర్తింపచేయడంలో తమ వివేచనను ఉపయోగిస్తారు.

ఆన్-డ్యూటీ రక్షణలు

ఆన్- డ్యూటీ సందర్భంగా అందించే రక్షణ కింది విధంగా ఉన్నాయి:

- వ్యక్తిగత ప్రమాద రక్షణ నియంత్రించిన విధుల సమయాలకు మాత్రమే కావాల్సి ఉంటే(అంటే రోజుకు 24గంటలు కాదు). తగ్గింపు ప్రీమియం అంటే సముచిత ప్రీమియంలో 75శాతం మాత్రమే వసూలు చేయబడుతుంది.
- ఉద్యోగంలో ఉన్నప్పుడు, దాని ద్వారా ఉద్యోగులకు ప్రమాదం జరిగినప్పుడు మాత్రమే ఈ రక్షణ వర్తిస్తుంది.

విధుల-బయట రక్షణలు

నియంత్రించిన గంటలకు మాత్రమే రక్షణ వర్తించినప్పుడు, అంటే ఉద్యోగి పనిలో లేనప్పుడు లేక మరియు/లేదా అధికార విధులు నిర్వహించనప్పుడు ప్రమాదం జరిగితే, తగ్గింపు ప్రీమియం అంటే సముచిత ప్రీమియంలో 50శాతాన్ని వసూలు చేయవచ్చు.

మృతి సమయంలో రక్షణ మినహాయింపు

వ్యక్తిగత కంపెనీ మార్గదర్శకాలను బట్టి, ప్రమాద మృతి ప్రయోజనాన్ని మినహాయించి, గ్రూపు వ్యక్తిగత ప్రమాద పాలసీలను జారీ చేయడం సాధ్యపడుతుంది.

గ్రూప్ డిస్కౌంట్ మరియు బోనస్/మాలూలు

ఒకే పాలసీ కింద ఎక్కువ మంది వ్యక్తులకు రక్షణ కల్పిస్తున్నందున పరిపాలన పని, ఖర్చు తక్కువగా ఉంటుంది. అంతేకాక, గ్రూపులోని సభ్యులందరికీ సాధారణంగా బీమా అందించబడుతుంది. బీమాసంస్థలకు వ్యతిరేకంగా ప్రతికూల ఎంపిక ఉండదు. కాబట్టి, ఓ కొలమానానికి తగ్గట్టు ప్రీమియంలో తగ్గింపు అనుమతించబడుతుంది.

క్లెయిమ్‌ల అనుభవం ఆధారంగా గ్రూపు పాలసీల పునరుద్ధరణ కింద రేటింగ్ నిర్ధారించబడుతుంది.

- పునరుద్ధరణ ప్రీమియంలో తగ్గింపుతో నచ్చినరీతిలో అనుభవం అందించబడుతుంది. (బోనస్)
- కొలమానాన్ని బట్టి, పునరుద్ధరణ ప్రీమియం (మాలూస్) లోడింగ్ ద్వారా ప్రతికూల అనుభవానికి జరిమానా విధించబడుతుంది.
- క్లెయిమ్‌ల అనుభవం 70శాతంగా ఉంటే పునరుద్ధరణకు సాధారణ రేట్లు వర్తిస్తాయి.

ప్రతిపాదన పత్రం

- సభ్యుల ద్వారా పూర్తి చేయడం కోసం ఉండే ఫారాలను తీసివేసి, ఒక దస్తావేజును మాత్రమే బీమా చేసిన వ్యక్తి పూర్తి చేయడం వాడుకగా కొనసాగుతోంది.
- ఏ సభ్యుడూ భౌతిక దౌర్బల్యంతో కానీ వారి భాగస్వామ్యాన్ని అంగీకరించనిదిగా చేసే లోపంతో కానీ బాధపడడం లేదని ఆయన ఓ ప్రకటన చేయాల్సిన అవసరం ఉంది.
- కొన్ని సందర్భాల్లో ఈ ముందస్తు జాగ్రత్త కూడా మాఫీ చేయబడుతుంది. పరిస్థితి బాగా అర్థమైనట్టుగా మరియు/లేదా రక్షణ కల్పించడానికి ముందుగా ఏర్పడిన అంగవైకల్యం, అలాంటి అంగవైకల్య స్థితి ఫలితంగా ఏర్పడే ఏదేని సంచిత ప్రభావం మినహాయించబడుతుందనే సమర్థనతో స్పష్టం చేయబడుతుంది.

అయినప్పటికీ, ఈ ఆచరణ ఆయా కంపెనీల మధ్య వేరుపడవచ్చు.

మీకు మీరే పరీక్షించుకోండి **5**

1) గ్రూప్ హెల్త్ బీమా లో, గ్రూపులోని ఏ సభ్యుడైనా కూడా బీమా సంస్థకు వ్యతిరేక ఎంపికగా పరిణమించవచ్చు.

2) యజమాని-ఉద్యోగుల గ్రూపులకు మాత్రమే సాముదాయిక ఆరోగ్య బీమా వర్తిస్తుంది.

I. 1వ ప్రకటన ఒప్పు 2వ ప్రకటన తప్పు
II. 2వ ప్రకటన ఒప్పు 1వ ప్రకటన తప్పు
III. 1వ ప్రకటన 2వ ప్రకటన రెండూ ఒప్పు
IV. 1వ ప్రకటన 2వ ప్రకటన రెండూ తప్పు

సమాచారం

రిస్క్ మేనేజ్ మెంట్ ప్రక్రియలో భాగంగా, అండర్ రైటర్ తన రిస్క్ లను బదలీ చేయడంలో ముఖ్యంగా అతి పెద్ద గ్రూపు పాలసీల విషయంలో రెండు పద్ధతులను ఉపయోగిస్తాడు. అవి :

కోఇన్స్యూరెన్స్: ఇది రిస్క్‌ను ఒక బీమా సంస్థ మించి ఆమోదించడాన్ని సూచిస్తుంది. సాధారణంగా ఇది ప్రతి బీమా సంస్థకు రిస్క్ లో కొంత శాతాన్ని కేటాయించడం ద్వారా జరుగుతుంది. ఆ విధంగా, పాలసీని ఇద్దరు బీమా సంస్థలు, బీమా సంస్థ ఎ 60% వాటాతో, బీమా సంస్థ బి 40% వాటాతో అంగీకరించవచ్చు. సాధారణంగా, బీమా సంస్థ ఎ లీడ్ బీమా సంస్థ అవుతుంది. పాలసీని జారీ చేయడం, క్లైములను సెటిల్ చేయడంతో సహా పాలసీకి చెందిన అన్ని అంశాలను ఆ సంస్థ చూసుకుంటుంది. బీమా సంస్థ ఎ చెల్లించిన క్లైములలో 40% మొత్తాన్ని బీమా సంస్థ బి బీమా సంస్థ ఎకి చెల్లిస్తుంది.

రిఇన్స్యూరెన్స్: వివిధ రకాలు, సైజులలోని రిస్క్ లను బీమా సంస్థ అంగీకరిస్తుంది. అది తాను స్వీకరించిన వివిధ రిస్క్‌ల నుంచి ఎలా రక్షణ పొందుతుంది ? అతను తన రిస్క్‌లను ఇతర బీమా కంపెనీలకు రిఇన్స్యూర్ చేయడం ద్వారా రక్షణ పొందుతుంది. రిఇన్స్యూరర్ సంస్థలు ఆ విధంగా ఒడంబడికలుగా పిలిచే స్థిర ఏర్పాట్ల ద్వారా లేదా ఏ కేసు కాసేసు (దీన్ని ఫ్యాకల్టేటివ్ రిఇన్స్యూరెన్స్ అంటారు) ప్రాతిపదికన బీమా సంస్థల రిస్క్‌లను అంగీకరిస్తాయి. రిఇన్స్యూరెన్స్ ప్రపంచవ్యాప్తంగా జరుగుతుంది కనుక రిస్క్ కూడా సుదూర తీరాలకు విస్తృతంగా వ్యాపిస్తుంది.

సారాంశం

a) ఆరోగ్య బీమా అనారోగ్య భావనను ఆధారం చేసుకుని ఉంటుంది. ఒక వ్యక్తి అనారోగ్యవంతుడు లేదా రోగగ్రస్తుడు అయ్యేందుకున్న అవకాశంగా దాన్ని నిర్వచిస్తారు.

b) రిస్క్ ఎంపిక, రిస్క్ ధరల నిర్ణయమే అండర్ రైటింగ్ ప్రక్రియ.

c) రిస్క్ కి వ్యాపారానికి మధ్య సరైన సమతూకం సాధించడానికి అండర్ రైటింగ్ అవసరం. అలా సంస్థ లాభదాయకతను కాపాడుకుంటూనే పోటీని ఇవ్వడం కూడా సాధ్యమవుతుంది.

d) ఒక వ్యక్తి అనారోగ్యాన్ని ప్రభావితం చేసే అంశాలలో వయసు, ఆడ, మగ తేడా, అలవాట్లు, వృత్తి ఉద్యోగాలు, శరీర నిర్మాణ తీరు, కుటుంబ చరిత్ర, గత కాలపు అస్వస్థత లేదా సర్జరీ, ప్రస్తుత ఆరోగ్య స్థితి, నివాస స్థలం వంటివి ఉన్నాయి.

e) బీమా సంస్థకు నష్టం వాటిల్లే విధంగా ప్రతికూల ఎంపికలు జరగకుండా నివారించేందుకు, సరైన వర్గీకరణ జరిగి, రిస్క్ లలో ఈక్విటీ సాధించడమే అండర్ రైటింగ్ లోని ప్రయోజనం.

f) బీమా పొందనున్న కాబోయే క్లయింట్ గురించి తెలుసుకోగలిగిన ఉత్తమ స్థితిలో ఉంటాడు కనుక ఏజంటే మొదటి స్థాయి అండర్ రైటర్ అవుతారు.

g) బీమాలోని మూల సూత్రాలేమంటే : అత్యంత నమ్మకం, బీమాపై మక్కువ, నష్టపరిహారం, చందా, మార్పిడి, సమీప కారణం

h) అండర్ రైటింగ్ లోని కీలక సాధనాలు : ప్రతిపాదిత ఫారం, వయసు నిరూపణ పత్రం, ఫైనాన్షియల్ డాక్యుమెంట్లు, వైద్య నివేదికలు, అమ్మకాల నివేదికలు.

i) ఆరోగ్య బీమా పాలసీకి దరఖాస్తు చేసుకున్న వ్యక్తి ఆరోగ్య స్థితిని నిర్ధారించేందుకు బీమా కంపెనీలు ఉపయోగించుకునే ప్రక్రియే మెడికల్ అండర్ రైటింగ్.

j) ప్రతిపాదకుడు ఏ విధమైన వైద్య పరీక్షకు లోనుకావాల్సిన అవసరం లేని ప్రక్రియే వైద్యేతర అండర్ రైటింగ్.

k) అండర్ రైటింగ్ లో అనుసరించే సంఖ్యావాచక మూల్యాంకన పద్ధతిలో రిస్క్ కు సంబంధించిన ప్రతి అంశాన్ని మదింపు చేసి మార్కులు వేస్తారు లేదా శాతాలు కేటాయిస్తారు.

l) అందుకున్న సమాచారాన్ని జాగ్రత్తగా మదింపు చేసి, తగిన రిస్క్ కేటగిరీలుగా వర్గీకరించగానే అండర్ రైటింగ్ ప్రక్రియ పూర్తవుతుంది.

m) గ్రూప్ ఇన్స్యూరెన్స్ ప్రధానంగా సగటుల సూత్రాన్ని ఆధారం చేసుకుని పనిచేస్తుంది. ఒక ప్రామాణిక గ్రూపులోని సభ్యులందరినీ సాముదాయిక ఆరోగ్య బీమా పాలసీ కిందకు తీసుకువచ్చినపుడు, గ్రూపులోని సభ్యులు బీమా సంస్థకు నష్టం వాటిల్లగల విధంగా వ్యతిరేక ఎంపికగా పరిణమించరని భావిస్తారు.

మీకు మీరే పరీక్షించుకోండికి జవాబులు

జవాబు 1

సరైన ఎంపిక ఏదంటే III.

రిస్క్ ఎంపిక, రిస్క్ లకు ధరను నిర్ణయించడమే అండర్ రైటింగ్ ప్రక్రియ.

జవాబు 2

సరైన ఎంపిక ఏదంటే III.

అండర్ రైటంగ్ లోని అత్యంత మంచి నమ్మకం సూత్రాన్ని బీమా కంపెనీ, పాలసీ తీసుకున్న వ్యక్తి ఇద్దరూ పాటించాలి.

జవాబు 3

సరైన ఎంపిక ఏదంటే I.

ఇన్స్యూరబుల్ ఇంటరెస్ట్ అనే పదబంధం ఒక వ్యక్తి ఏ ఆస్తికి బీమా తీసుకోబోతున్నాడో ఆ ఆస్తిపై అతనికున్న ఆర్థిక లేదా ఫైనాన్షియల్ మక్కువను సూచిస్తుంది. ఆ ఆస్తికి ఏదైనా నష్టం వాటిల్లినా ఆ ఫైనాన్షియల్ నష్టాన్ని తట్టుకోగలననే ధీమాను ఈ బీమా కల్పిస్తుంది.

జవాబు 4

సరైన ఎంపిక ఏదంటే IV.

రిస్క్ కు సంబంధించిన ప్రతి అంశంపైన శాతాలపరంగా, సంఖ్యాపరంగా మదింపును సంఖ్యావాచక మూల్యాంకన పద్ధతిలో వేస్తారుకానీ, మెడికల్ అండర్ రైటింగ్ పద్ధతిలో కాదు.

జవాబు 5

సరైన ఎంపిక ఏదంటే IV.

గ్రూప్ హెల్త్ ఇన్స్యూరెన్స్ లో, ఒక బృందంలోని సభ్యులందరినీ ఒక సాముదాయిక ఆరోగ్య బీమా పాలసీ కిందకు తీసుకువచ్చినపుడు, ఆ బృందంలోని సభ్యులు బీమా సంస్థ కు నష్టం వాటిల్లగల విధంగా వ్యతిరేక ఎంపికగా పరిణమించరు.

యజమాని-ఉద్యోగుల బృందాలకే కాక, కార్మిక సంఘాలు, ట్రస్టులు, సొసైటీలు, వృత్తినిపుణుల సంఘాలు, క్లబ్బులు, ఇతర భ్రాతృత్వ సంస్థల వంటి రకరకాల గ్రూపులకు కూడా బీమా సంస్థలు సాముదాయిక ఆరోగ్య బీమా రక్షణను కల్పిస్తున్నాయి.

స్వయం పరీక్షా ప్రశ్నలు

ప్రశ్న 1

ఒక వ్యక్తి అనారోగ్యంపై ప్రభావం చూపని అంశం ఏది ?

I. ఆడ, మగ తేడా

II. జీవిత భాగస్వామి ఉద్యోగం

III. అలవాట్లు

IV. నివాస ప్రాంతం

ప్రశ్న 2

నష్ట పరిహారం సూత్రం ప్రకారం, బీమా తీసుకున్న వ్యక్తికి చెల్లించేది __________.

I. బీమా చేసిన మొత్తం మేరకు వాస్తవిక నష్టాల మొత్తం

II. వాస్తవిక ఖర్చుతో నిమిత్తం లేకుండా బీమా చేసిన మొత్తం

III. రెండు పక్షాలు అంగీకారానికి వచ్చిన స్థిర మొత్తం

IV. బీమా మొత్తంతో నిమిత్తం లేకుండా వాస్తవిక నష్టం మొత్తం

ప్రశ్న 3

దరఖాస్తుదారు గురించి అండర్ రైటర్ కి మొదటగా తెలిపే ప్రాథమిక సమాచార వనరు ఏదంటే _______________.

I. వయసు నిరూపణ పత్రాలు

II. ఫైనాన్షియల్ డాక్యుమెంట్లు

III. ముందరి వైద్య నివేదికలు

IV. ప్రతిపాదన ఫారం

ప్రశ్న 4

అండర్ రైటింగ్ ప్రక్రియ ఎన్నడు పూర్తవుతుందంటే __________________.

I. ప్రతిపాదకుని ఆరోగ్యానికి సంబంధించిన ముఖ్యమైన సమాచారం, వ్యక్తిగత వివరాలు ప్రతిపాదన ఫారం ద్వారా సేకరించినపుడు

II. ప్రతిపాదకునికి నిర్వహించే వైద్య పరిశీలనలు, పరీక్షలన్నీ పూర్తయినపుడు

III. అందుకున్న సమాచారాన్ని జాగ్రత్తగా మదింపు చేసి, తగిన రిస్క్ కేటగిరీలుగా వర్గీకరించినపుడు

IV. రిస్క్ ఎంపిక, ధర నిర్ణం తర్వాత ప్రతిపాదకునికి పాలసీని జారీ చేసినపుడు.

ప్రశ్న 5

సంఖ్యావాచక మూల్యాంకన పద్ధతి గురించి దిగువ పేర్కొన్న వాటిలో ఏది తప్పు ?

I. సంఖ్యావాచక మూల్యాంకన పద్ధతి శిక్షణ పొందిన సిబ్బంది సహాయంతో ఒక భారీ వ్యాపారంతో వ్యవహరించడానికి ఎక్కువ వేగాన్ని సమకూరుస్తుంది.

II. మెడికల్ రిఫరీలు లేదా నిపుణులు లేకుండా సంఖ్యాపరమైన మార్కులపై ఆధారపడి క్లిష్టమైన లేదా సందేహాస్పదమైన కేసులను విశ్లేషించడం సాధ్యం కాదు.

III. వైద్య శాస్త్రం పట్ల ఎటువంటి నిర్దిష్ట పరిజ్ఞానం లేని వ్యక్తులు ఈ పద్ధతిని ఉపయోగించుకోవచ్చు.

IV. ఇది వివిధ అండర్ రైటర్ల నిర్ణయాల మధ్య నిలకడ ఉండేట్లు చూస్తుంది.

స్వయం పరీక్షా ప్రశ్నలకు జవాబులు

జవాబు 1

సరైన ఎంపిక ఏదంటే II.

అనారోగ్యంపై ప్రభావం చూపే ముఖ్యమైన అంశాలలో ఒక వ్యక్తి వృత్తి ఒకటి అయినప్పటికీ, అతని లేదా ఆమె జీవిత భాగస్వామి వృత్తి ఉద్యోగాలు ప్రభావం చూపవు.

జవాబు 2

సరైన ఎంపిక ఏదంటే I.

నష్ట పరిహారం సూత్రం ప్రకారం, పాలసీదారునికి అయిన వాస్తవిక వ్యయాలు లేదా వాటిల్లిన నష్టాలను చెల్లిస్తారు. కానీ, ఆ మొత్తం బీమా మొత్తానికి లోబడి ఉంటుంది.

జవాబు 3

సరైన ఎంపిక ఏదంటే IV.

ఒక దరఖాస్తుదారు గురించి అండర్ రైటర్ కి తెలిపే ప్రాథమిక సమాచార వనరు , అతని ప్రతిపాదన ఫారం లేదా దరఖాస్తు ఫారమే. ప్రతిపాదకుని ఆరోగ్యానికి సంబంధించిన కీలక సమాచారం, వ్యక్తిగత వివరాలు అందులో సేకరించి ఉంటాయి.

జవాబు 4

సరైన ఎంపిక ఏదంటే III.

అందుకున్న సమాచారాన్ని జాగ్రత్తగా మదింపు చేసి తగిన రిస్క్ కేటగిరీలుగా వర్గీకరించడంతో అండర్ రైటింగ్ ప్రక్రియ పూర్తవుతుంది.

జవాబు 5

సరైన జవాబు ఏదంటే II.

క్లిష్టమైన లేదా సందేహాస్పదమైన కేసులను మరింత జాగ్రత్తగా విశ్లేషించడం సంఖ్యావాచక మూల్యాంకన పద్ధతి ద్వారా సాధ్యమవుతుంది. ఎందుకంటే, సందేహాస్పద అంశాలకు సంబంధించి గతానుభవాలు తెలిసిన ప్రామాణిక విషయాలు, ఛాయలు సంఖ్యాపరంగా వ్యక్తమై ఉంటాయి.

అధ్యాయం 10

ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్లు

అధ్యాయం ఉపోద్ఘాతం

ఈ అధ్యాయంలో మనం ఆరోగ్య బీమాలో క్లెయిమ్ నిర్వహణ ప్రక్రియ, అవసరమైన పత్రాలు, క్లెయిమ్ రిజర్వింగ్ ప్రక్రియల గురించి చర్చించుకుంటాం. వీటితోపాటు మనం వ్యక్తిగత ప్రమాద బీమా కింద చేసే క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణను మనం పరిశీలిస్తాం. టి.పి.ఏల పాత్రను అర్థం చేసుకుంటాం.

అధ్యయన ఫలితాలు

A. బీమాలోక్లెయిమ్‌లనిర్వహణ

B. ఆరోగ్యబీమాక్లెయిమ్‌లనిర్వహణ

C. ఆరోగ్యబీమాక్లెయిమ్‌లలోఅర్జీలసమర్పణ

D. క్లెయిమ్‌లరిజర్వింగ్

E. థర్డ్పార్టీఎడ్మినిస్ట్రేటర్ల (టి.పి.ఏ) పాత్ర*)*

F. క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ - వ్యక్తిగత ప్రమాదం

G. క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ- విదేశీ ప్రయాణ బీమా

ఈ అధ్యాయాన్ని చదివిన తర్వాత, మీరు ఏం చేయగలుగుతారంటే :

a) బీమా క్లెయిమ్‌లలోని వివిధ వాటాదారుల గురించి వివరించగలుగుతారు

b) ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌లను ఎలా నిర్వహిస్తారో వర్ణించగలుగుతారు

c) ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌ల పరిష్కారానికి అవసరమయ్యే వివిధ పత్రాల గురించి చర్చించగలుగుతారు

d) క్లెయిమ్‌ల రిజర్వులను బీమా సంస్థలు ఎలా సమకూరుస్తారో వివరించగలుగుతారు

e) వ్యక్తిగత ప్రమాద క్లెయిమ్‌ల గురించి చర్చించగలుగుతారు

f) టి.పి.ఏల భావనను, పాత్రను అర్థం చేసుకోగలుగుతారు

A. బీమాలో క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ

బీమా అనేది **'వాగ్దానం'** అని పాలసీ ఆ వాగ్దానానికి **'సాక్ష్యం'** అని అందరికీ తెలిసిందే. బీమా చేసిన తర్వాత అనుకోకుండా ఏదైనా చోటుచేసుకుని పాలసీ కింద క్లెయిమ్ చేయవలసి వస్తే ఆ వాగ్దానం నిజమైన పరీక్షకు గురవుతుంది. ఒక బీమా సంస్థ పనితీరు ఎంత బాగా ఉందో చెప్పాలంటే అది క్లెయిమ్‌ల వాగ్దానాలను ఎలా నిలబెట్టుకుందనే విషయాన్ని విశ్లేషిస్తే తెలిసిపోతుంది. బీమా రంగంలోని కీలకమైన రేటింగ్ అంశాలలో ఒకటి, బీమా కంపెనీ కుండే క్లెయిమ్‌ల చెల్లింపు సామర్థ్యమే.

1. క్లెయిమ్ ప్రక్రియలోని వాటాదారులు

క్లెయిమ్‌లను ఎలా నిర్వహిస్తారో మనం సవివరంగా పరిశీలించబోయే ముందు, అసలు క్లెయిమ్‌ల ప్రక్రియలో ఆసక్తి చూపేవారెవరో మనం అర్థం చేసుకోవలసి ఉంది.

చిత్రం 1: క్లెయిమ్‌ల ప్రక్రియలోని వాటాదారులు

బీమా కంపెనీ వాటాదారులు

అండర్ రైటర్లు

థర్డ్ పార్టీ ఎడ్మినిస్ట్రేటర్లు

రెగ్యులేటర్లు

ప్రొవైడర్లు/ఆస్పత్రులు

బీమా ఏజంట్లు/బ్రోకర్లు

వినియోగదారు

క్లెయిమ్ ప్రక్రియలోని వాటాదారులు

వినియోగదారు□	బీమా కొనే వ్యక్తి మొదటి వాటాదారు,'క్లెయిమ్ గ్రహీత' అవుతాడు.
యజమానులు	'క్లెయిమ్‌ల చెల్లింపుదారులు' గా బీమా కంపెనీ యజమానులకు ఇందులో పెద్ద మూల్యం ఉంటుంది. పాలసీ హోల్డర్ల నిధుల నుంచే క్లెయిమ్‌లను చెల్లిస్తున్నప్పటికీ, చాలా కేసులలో వాగ్దానాన్ని నిలబెట్టుకోవలసిన బాధ్యత ఉన్న వారు వారే అవుతారు.
అండర్ రైటర్లు	క్లెయిమ్‌లను అర్థం చేసుకుని, ఉత్పత్తులకు రూపకల్పన చేసి, పాలసీ షరతులు, నియమ నిబంధనలు, ధరలు వంటి వాటిని నిర్ణయించే బాధ్యత బీమా కంపెనీ లోపలి అండర్ రైటర్లది, మొత్తం బీమా సంస్థలది.

రెగ్యులేటర్	రెగ్యులేటర్ (భారత బీమా నియంత్రణ, అభివృద్ధి సాధికార సంస్థ) దిగువ పేర్కొన్న ఆశయాల సాధనకు కృషి చేస్తూ కీలక వాటాదారుగా ఉంది: ✓ బీమా పర్యావరణంలో క్రమపద్ధతిని నిర్వహించడం ✓ పాలసీదారుల ప్రయోజనాన్ని కాపాడడం ✓ బీమా సంస్థల దీర్ఘకాలిక ఫైనాన్షియల్ ఆరోగ్యం బాగుండేట్లు చూడడం.
థర్డ్ పార్టీ ఎడ్మినిస్ట్రేటర్లు	సేవా మధ్యవర్తులుగా పరిచితమైనవారే థర్డ్ పార్టీ ఎడ్మినిస్ట్రేటర్లు. ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌లను వీరే ప్రాసెస్ చేస్తారు.
బీమా ఏజంట్లు / బ్రోకర్లు	బీమా ఏజంట్లు / బ్రోకర్లు పాలసీలను విక్రయించడమే కాదు, క్లెయిమ్ చేయవలసి వచ్చిన పక్షంలో వినియోగదారులకు సేవ చేస్తారని కూడా ఆశించడం జరుగుతుంది.
ప్రొవైడర్లు / ఆస్పత్రులు	వినియోగదారుల క్లెయిమ్ అనుభవం సాఫీగా సాగేట్లువీరు చూస్తారు. ముఖ్యంగా ఆస్పత్రి టి.పి.ఏల ప్యానల్ లో ఉన్నపుడు, నగదు చెల్లించనవసరం లేకుండా ఆస్పత్రిలో చికిత్స పొందేట్లు బీమా సంస్థ చూస్తుంది.

ఆ విధంగా క్లెయిమ్‌లను నిర్వహించడమంటే, క్లెయిమ్‌లకు సంబంధించిన ఈ వాటాదారుల్లోని ప్రతి ఒక్కరి లక్ష్యాలను నిర్వహించడమే అవుతుంది. అయితే, వీరిలో కొందరి లక్ష్యాల మధ్య ఘర్షణ తలెత్తగల అవకాశమూ ఉందనుకోండి.

2. బీమా కంపెనీలో క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ పాత్ర

ఈ పరిశ్రమకు చెందిన డాటా ప్రకారం - "వివిధ బీమా సంస్థల ఆరోగ్య బీమా నష్ట నిష్పత్తి 65% నుంచి 120% పైన ఉంది. మార్కెట్ లో అత్యధిక భాగం 100% నష్ట నిష్పత్తికి పైన పనిచేస్తోంది". ఆరోగ్య బీమా వ్యాపారంలో చాలా కంపెనీలు నష్టాలతో నడుస్తున్నాయి.

దీన్ని బట్టి కంపెనీకి, పాలసీదారులకు కూడా ఉత్తమ ఫలితాలు తీసుకొచ్చేందుకు పటిష్టమైన అండర్ రైటింగ్ విధానాలు, సమర్థమైన క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ అనుసరించవలసిన అవసరం ఉందని తెలుస్తోంది.

మీకు మీరే పరీక్షించుకోండి 1

బీమా క్లెయిమ్ ప్రక్రియలో దిగువ పేర్కొన్నవారిలో ఎవరు వాటాదారు కాదు ?

I. బీమా కంపెనీ షేర్ హోల్డర్లు

II. మానవ వనరుల విభాగం

III. రెగ్యులేటర్

IV. టి.పి.ఏ

B. ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ

1. *ఆరోగ్య బీమాలో ఎదురయ్యే సవాళ్ళు*

ఆరోగ్య బీమా పోర్ట్ ఫోలియోలోని అసమాన్యమైన అంశాలను లోతుగా అర్థం చేసుకోవడం చాలా ముఖ్యం. అప్పుడే ఆరోగ్య క్లెయిమ్లను సమర్థంగా నిర్వహించగలుగుతాం. అవి ఇవి:

a) పాలసీలలో అత్యధిక భాగం ఆస్పత్రి పాలైతే నష్టపరిహారం చెల్లించడానికి సంబంధించినవే. ఇక్కడ రక్షణ పొందుతున్నది మనిషి. ఇది భావోద్వేగభరితమైన అంశాలను ముందుకు తెస్తుంది. ఇతర తరగతుల బీమాలో మనకిలాంటివి సాధారణంగా ఎదురుకావు.

b) అనారోగ్యాల తీరుతెన్నులు, చికిత్సకు వెళ్ళడంలో అనుసరించే వైఖరి, తదనంతరం డాక్టర్ ని కలవడంలో భారతదేశంలో చాలా విచిత్రమైన పరిస్థితి కనిపిస్తుంది. వీటి ఫలితంగా కొందరు మరీ అతి జాగ్రత్తతో ఉంటే, మరికొందరు తమ అనారోగ్యం, చికిత్సల పట్ల ఏమాత్రం కలత చెందని స్థితిలో ఉంటారు.

c) ఆరోగ్య బీమాను వ్యక్తి కొనుక్కోవచ్చు. కార్పొరేట్ సంస్థ వంటి గ్రూపు కొనవచ్చు. బ్యాంకు వంటి రిటైల్ అమ్మకాల మార్గం గుండా కూడా బీమా తీసుకోవచ్చు. దీని ఫలితంగా ఉత్పత్తిని స్థిర వస్తువుగా అమ్ముతున్నట్లు ఒకపక్క కనిపిస్తుంది. మరోపక్క అది వినియోగదారు అవసరాలను సంతృప్తిపరచే విధంగా తదనుగుణంగా దొరుకుతున్నదిగా మారుతోంది.

d) ఆరోగ్య బీమా పాలసీ కింద క్లెయిమ్ చేయడం ఆస్పత్రి పాలయ్యే చర్యపైనే ఆధారపడి ఉంది. అయితే, సౌలభ్యం, ప్రత్యేక నైపుణ్యం, చికిత్సా పద్ధతులు, బిల్లింగ్ విధానాలు, వసూలు చేసే చార్జీల విషయంలో అది డాక్టర్లు, సర్జన్లు కావచ్చు లేదా ఆస్పత్రులు కావచ్చు ఏమైనా మొత్తం ఆరోగ్య సేవల సమర్పకులు అందరి మధ్య చాలా తేడాలున్నాయి. దీనివల్ల క్లెయిమ్‌లను పరిష్కరించడం చాలా కష్టమవుతోంది.

e) ఆరోగ్య రక్షణ విభాగం చాలా వేగంగా అభివృద్ధి చెందుతోంది. కొత్త వ్యాధులు, కొత్త లక్షణాలు పుట్టుకొస్తూనే ఉన్నాయి. దీంతో నూతన చికిత్సా పద్ధతులు కూడా అభివృద్ధి చెందుతున్నాయి. కీ-హోల్ సర్జరీలు, లేజరు చికిత్సలు వంటివాటిని ఇందుకు ఉదాహరణగా చెప్పవచ్చు.

   ఇది ఆరోగ్య బీమాను మరింత సాంకేతికమైనదిగా మారుస్తోంది. అటువంటి విధానాలతో కూడిన బీమా క్లెయిమ్‌ల పరిష్కారం నిరంతరం మెరుగుపడవలసిన అవసరం ఏర్పడుతోంది.

f) ఈ అంశాలన్నింటికీ మించి, మానవ దేహాన్ని ప్రామాణీకరించలేమనే వాస్తవం పూర్తిగా నూతన కోణాన్ని జోడిస్తోంది. ఒకే వ్యాధితో బాధపడుతున్న ఇద్దరు వ్యక్తులు ఒకే రకమైన చికిత్స పొందినా కూడా స్పందించడంలో తేడా ఉంటుంది. వారికి వేర్వేరు చికిత్సలు అవసరపడవచ్చు. ఆస్పత్రిలో ఉండాల్సిన కాలం విషయంలో కూడా ఇద్దరి మధ్యా తేడాలుండవచ్చు.

ఆరోగ్య బీమా పోర్ట్ ఫోలియో వేగంగా వృద్ధి చెందుతోంది. అటువంటి వేగవంతమైన వృద్ధి విసురుతున్న సవాల్ వల్ల రకరకాల పాలసీల సంఖ్య కూడా విపరీతంగా పెరిగిపోతోంది. ఆరోగ్య బీమా పాలసీలు విపణిలో వందలాదిగా ఉన్నాయి. ఒకే కంపెనీ లోపల కూడా మనం అనేక రకాల పాలసీలను చూడవచ్చు. ప్రతి పాలసీకి లేదా కొన్ని మార్పులతో దాన్నుంచి పుట్టుకొచ్చిన మరో పాలసీకి దానిదైన విలక్షణ ఉంటోంది. దానితో క్లెయిమ్‌ను పరిష్కరించడానికి ముందు సదరు పాలసీని నిశితంగా అధ్యయనం చేయవలసి వస్తోంది.

ఆరోగ్య పోర్ట్ ఫోలియోలో వృద్ధి సంఖ్యాపరమైన సవాల్ ను కూడా వెంట తెస్తోంది. ఒక కంపెనీ 100,000 ఆరోగ్య పాలసీలను రిటైల్ వినియోగదారులకు విక్రయించింది అనుకుందాం. ఈ పాలసీల కింద 300,000 మంది ఉంటే, కంపెనీ కనీసం సుమారుగా 20,000 క్లెయిమ్‌లను చెల్లించేందుకు సిద్ధం కావలసి వస్తోంది! నగదు చెల్లించనవసరం లేకుండా సేవలు పొందవచ్చని పాలసీదారులు ఆశిస్తారు. క్లెయిమ్‌లు వేగంగా సెటిల్ అవ్వాలని కూడా కోరుకుంటారు. దాంతో ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌ల విభాగాన్ని నిర్వహించడం గణనీయమైన సవాల్‌గా మారింది.

పైగా, భారతదేశంలో విక్రయిస్తున్న ఆరోగ్య బీమా పాలసీల ప్రకారం దేశం లోపల ఎక్కడైనా ఆస్పత్రిలో చేరవచ్చు. క్లెయిమ్‌లతో వ్యవహరించే బృందం తమ వద్దకు వచ్చిన క్లెయిమ్‌పై స్పందించేందుకు దేశవ్యాప్తంగా అమలులో ఉన్న విధానాలను తప్పనిసరిగా ఆకళింపు చేసుకోవాల్సి ఉంది.

ఆరోగ్య క్లెయిమ్‌ల మేనేజర్ నైపుణ్యాన్ని, అనుభవాన్ని, తనకు అందుబాటులో ఉన్న వివిధ సాధనాలను ఉపయోగించుకుని ఈ సవాళ్ళను ఎదుర్కొంటాడు.

అంతిమ విశ్లేషణకు వస్తే, ఆరోగ్య బీమాను అందించేవారు, తాము అవసరంలో ఉన్న ఓ వ్యక్తికి అలాగే, స్వయంగా లేదా కుటుంబ సభ్యుల అనారోగ్యం వల్ల శారీరక, భావోద్వేగభరితమైన ఒత్తిడిని ఎదుర్కొంటున్నవారికి తోడ్పాటు నందించామనే సంతృప్తిని పొందగలుగుతారు.

సరైన క్లెయిమ్‌ను, సరైన వ్యక్తికి, సరైన సమయంలో అందించేట్లు చూడడమే సమర్థమైన క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ అనిపించుకుంటుంది.

2. ఆరోగ్య బీమాలో క్లెయిమ్‌ల ప్రక్రియ

క్లెయిమ్‌ను బీమా కంపెనీయే చెల్లించవచ్చు. లేదా బీమా కంపెనీ అధీకృత థర్డ్ పార్టీ ఎడ్మినిస్ట్రేటర్ (టి.పి.ఏ) ద్వారా చెల్లింపు జరిగేట్లు చూడవచ్చు.

క్లెయిమ్‌ను బీమా సంస్థ/టి.పి.ఏకి తెలియచేసినప్పటి నుంచి పాలసీలోని షరతుల ప్రకారం చెల్లింపు జరిగేంత వరకు మధ్య కాలంలో ఆరోగ్య క్లెయిమ్ స్పష్టంగా నిర్వచించిన వివిధ దశల గుండా సాగుతుంది. వాటిలో దేని ప్రాధాన్యం దానిదే.

దిగువ పేర్కొన్న ప్రక్రియలు ప్రత్యేకించి ఆరోగ్య బీమా (హాస్పిటలైజేషన్) నష్టపరిహార పాలసీలకు సంబంధించినవి. ఆరోగ్య బీమా వ్యాపారంలో ఇవే ప్రధాన భాగంగా ఉన్నాయి.

స్థిర ప్రయోజన పాలసీ లేదా తీవ్ర అస్వస్థత పాలసీ లేదా దైనందిన నగదు పాలసీ వంటి వేటి విషయంలోనైనా సరే క్లెయిమ్‌నకు అనుసరించే సాధారణ ప్రక్రియ, జతపరచవలసిన పత్రాలు ఒకే మాదిరిగా ఉంటాయి. కాకపోతే అటువంటి పాలసీలు ముందుగా నగదు చెల్లించనవసరం లేని సదుపాయంతో రాకపోవచ్చనేది వాస్తవం.

నష్టపరిహార పాలసీ కింద చేసే క్లెయిమ్ ఎలా ఉండచ్చునంటే :

a) **నగదు రహిత క్లెయిమ్**

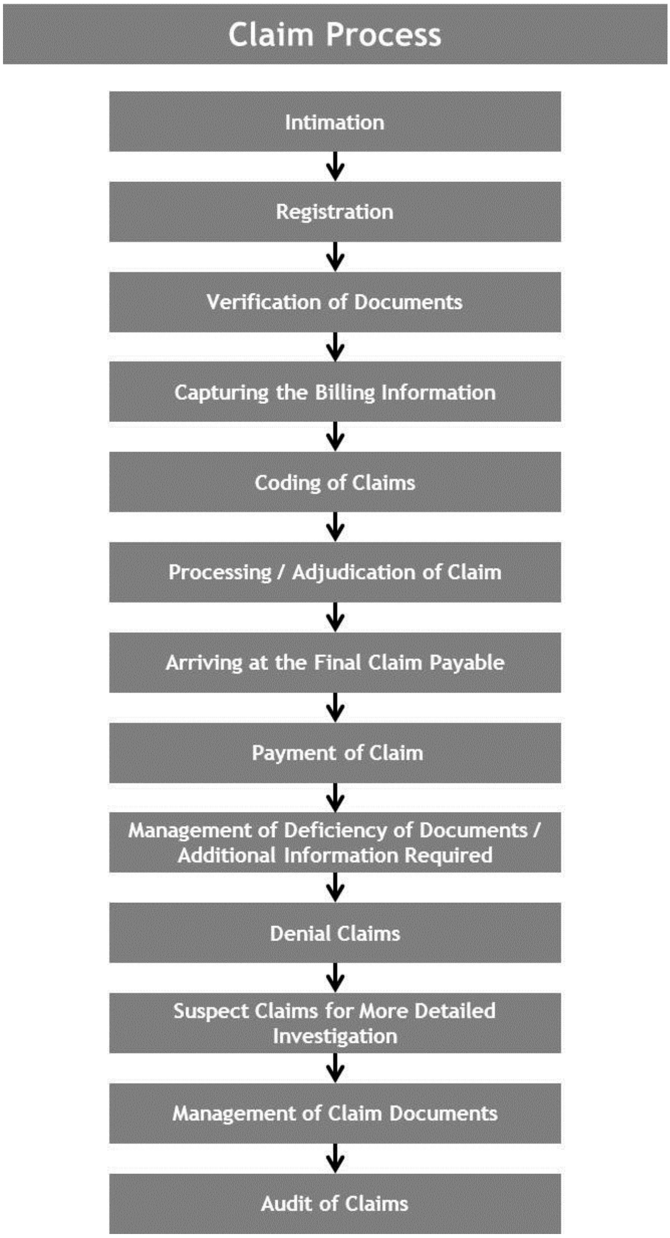
ఆస్పత్రిలో చేరేటపుడుకానీ, చికిత్సా సమయంలోకానీ ఖర్చులను వినియోగదారు చెల్లించడు. బీమా సంస్థ/టి.పి.ఏ ముందరి అనుమతి ఆధారంగా నెట్ వర్క్ లోని ఆస్పత్రి సేవలను సమకూరుస్తుంది. తర్వాత క్లెయిమ్ పరిష్కారం కోసం పత్రాలను బీమా సంస్థ/టి.పి.ఏకి సమర్పిస్తుంది.

b) **రియింబర్సుమెంటు క్లెయిమ్**

వినియోగదారు తన జేబులో సొమ్మును ఆస్పత్రికి చెల్లిస్తాడు. తర్వాత అర్హత మేరకు క్లెయిమ్‌ను చెల్లింపు కోసం బీమా సంస్థ/టి.పి.ఏకి సమర్పిస్తాడు.

రెండు కేసులలోను, ప్రాథమిక చర్యలు ఒకే మాదిరిగా ఉన్నాయి.

రేఖాచిత్రం 1: క్లెయిమ్ ప్రక్రియ దిగువ చర్యలతో కూడుకుని ఉంటుంది (ఇదే క్రమంలో ఉండాలని లేదు)



క్లెయిమ్ ప్రక్రియ

వర్తమానం

రిజిస్ట్రేషన్

డాక్యుమెంట్ల పరిశీలన

బిల్లింగ్ సమాచారాన్ని సేకరించడం

క్లెయిమ్‌ల కోడింగ్

పరిశీలన/క్లెయిమ్‌పై న్యాయ నిర్ణయం

చెల్లించాల్సిన తుది మొత్తంపై నిర్ణయానికి రావడం

క్లెయిమ్ చెల్లింపు

అవసరమైన పత్రాలను, అదనపు సమాచారాన్ని కోరడం

క్లెయిమ్‌లను తిరస్కరించడం

మరింత సవివర దర్యాప్తు కోసం క్లెయిమ్‌లను అనుమానించడం

క్లెయిమ్ డాక్యుమెంట్ల నిర్వహణ

క్లెయిమ్‌లపై ఆడిట్

a) వర్తమానం

వినియోగదారుకు, క్లెయిమ్‌ల బృందానికి మధ్య మొదటగా సంబంధం ఏర్పడేది క్లెయిమ్ వర్తమానం ద్వారానే. ఆస్పత్రిలో చేరే సదుపాయాన్ని వినియోగించదలచుకున్నానని వినియోగదారు కంపెనీకి తెలియచేయవచ్చు. లేదా ఆస్పత్రిలో చేరిన తర్వాతనైనా ముఖ్యంగా అత్యవసర పరిస్థితుల్లో ఆస్పత్రిలో చేరిన సందర్భాలలో ఆ తర్వాతనైనా ఆ సంగతిని తెలియజేయవచ్చు.

ఇటీవలి కాలం వరకు కూడా క్లెయిమ్ చేయడం గురించిన వర్తమానం ఒక లాంఛనంగానే ఉంటూ వచ్చింది. అయితే, ఇటీవలి కాలంలో ఇన్స్యూరర్లు ఆచరణసాధ్యమైనంత మేరకు వీలైనంత త్వరగా ఆ వర్తమానాన్ని తెలియజేయాలని పట్టుబట్టడం ప్రారంభించారు. ముందుగా అనుకున్న ప్రకారం ఆస్పత్రిలో చేరుతూంటే ఆస్పతిలో చేరడానికి ముందే ఆ సంగతిని తెలియజేయాలి. అత్యవసర పరిస్థితిలో చేరవలసి వస్తే, చేరిన 24 గంటల లోగా ఆ సంగతిని బీమా కంపెనీకి తెలపాలి.

ఆస్పత్రిలో చేరిన సమాచారం సకాలంలో అందుబాటులోకి వస్తే ఆ వినియోగదారు ఆస్పత్రిలో చేరింది సత్యమో కాదో సరిచూసుకునేందుకు, ఒకరికి బదులుగా ఒకరు చేరలేదని లేదా వంచన ఏమీ లేదని నిర్ధారించుకునేందుకు బీమా సంస్థ/టి.పి.ఏకి తోడ్పడుతుంది. కొన్ని సందర్భాలలో ఖర్చులపై ఆస్పత్రి యాజమాన్యంతో చర్చించడానికి కూడా వీలుంటుంది.

మొదటి వర్తమానం అంటే,'జాబు రాసి, పంపి, అది అందినట్లు నిర్ధారించుకోవడం' లేదా ఫ్యాక్స్ చేయడం. కమ్యూనికేషన్, టెక్నాలజీలలో అభివృద్ధి పుణ్యమా అని ఇన్స్యూరర్లు/టి.పి.ఏలు నడిపే కాల్ సెంటర్ల ద్వారా కూడా వర్తమానం పంపడం సాధ్యమవుతోంది. ఇవి 24 గంటలూ తెరిచి ఉంటాయి. ఇంటర్ నెట్, ఇ-మెయిల్ లను కూడా ఉపయోగించుకోవచ్చు.

b) **రిజిస్ట్రేషన్**

క్లెయిమ్‌ను కంప్యూటర్ లో ఎంటర్ చేసి ఒక రిఫరెన్సు సంఖ్యను సృష్టించడమే క్లెయిమ్ రిజిస్ట్రేషన్ ప్రక్రియ. రిఫరెన్సు సంఖ్యతో క్లెయిమ్ స్థితిని ఏ సమయంలోనైనా తెలుసుకోవచ్చు. దీన్ని క్లెయిమ్ నంబరు, క్లెయిమ్ రిఫరెన్సు నంబరు లేదా క్లెయిమ్ కంట్రోలు నంబరు అంటారు. ప్రాసెసింగ్ సంస్థ ఉపయోగించే కంప్యూటర్, ప్రక్రియలను బట్టి క్లెయిమ్ నంబరు సంఖ్యలలో ఉండవచ్చు లేదా అక్షరాలతో కూడిన సంఖ్యలలో ఉండవచ్చు.

క్లెయిమ్ వర్తమానం అంది, పాలసీ నంబరు సరిగ్గా ఉండి, బీమా చేసుకున్న వ్యక్తి వివరాలతో అది సరిపోయిన వెంటనే సాధారణంగా రిజిస్ట్రేషన్ పూర్తి చేసి, రిఫరెన్సు నంబరు ఇస్తారు.

కంప్యూటర్ లో క్లెయిమ్‌ను రిజిస్టరు చేయగానే, అదే సమయంలో బీమా సంస్థ ఖాతాలలో అందుకు ఒక రిజర్వ్‌ను సృష్టిస్తారు. వర్తమానం/రిజిస్ట్రేషన్ సమయంలో, క్లెయిమ్ ఖచ్చితంగా ఎంత మొత్తమో లేదా అంచనా మొత్తం ఎంతో తెలియకపోవచ్చు. కనుక ప్రారంభ రిజర్వు మొత్తం ప్రామాణిక రిజర్వు (చాలా వరకు చారిత్రక సగటు క్లెయిమ్ సైజు అయి ఉంటుంది) మొత్తం అవుతుంది. ఒకసారి అంచనా మొత్తం లేదా భారం అవచ్చని భావిస్తున్న మొత్తం గురించి తెలియగానే, దాన్ని ప్రతిబింబించే విధంగా రిజర్వ్‌ను పెంచుతూనో లేదా తగ్గిస్తూనో సవరిస్తారు.

c) **పత్రాల పరిశీలన**

ఒకసారి క్లెయిమ్ రిజిస్టరు కాగానే, ప్రాసెసింగ్ కు అవసరమైన పత్రాలన్నీ అందేట్లుగా చూసుకోవడం తదుపరి చర్య అవుతుంది.

క్లెయిమ్‌ను ప్రాసెస్ చేసేందుకు దిగువ పేర్కొన్నవన్నీ ముఖ్యమైన అంశాలని గుర్తుంచుకోవాలి:

1. అస్వస్థతకు సంబంధించిన డాక్యుమెంటరీ ఆధారం
2. అందించిన చికిత్స
3. ఇన్-పేషంట్ గా ఉన్న కాలం
4. పరీక్షల నివేదికలు
5. ఆస్పత్రికి చేసిన చెల్లింపు
6. చికిత్సకు సంబంధించి తదుపరి సలహా
7. ఇంప్లాంట్లు వంటి వాటికి సంబంధించి చెల్లింపు ఆధారాలు

డాక్యుమెంట్లను పరిశీలించిన తర్వాత, క్లెయిమ్ ప్రాసెసర్ పరిశీలించే అంశాల జాబితా ఒకటుంది. చాలా కంపెనీలు ప్రాసెసింగ్ డాక్యుమెంటేషన్ లో అటువంటి చెక్ లిస్టు ఉండడాన్ని ఒక భాగంగా చేసుకుంటున్నాయి.

లోపించిన పత్రాలను ఈ దశలోనే గుర్తిస్తారు. కొన్ని ప్రక్రియల్లో ఈ దశలోనే వినియోగదారు/ఆస్పత్రి సమర్పించని పత్రాలను కోరతారు. చాలా కంపెనీలు వినియోగదారుకు అసౌకర్యం కలగకూడదనే భావనతో అదనపు సమాచారం కోసం అభ్యర్థించడానికి ముందే మొదట అన్ని పత్రాలను పూర్తిగా పరిశీలిస్తాయి.

d) బిల్లింగ్ సమాచారాన్ని సేకరించడం

క్లెయిమ్ ప్రాసెసింగ్ వలయంలో బిల్లింగ్ కూడా ముఖ్యమైన భాగం. ఆరోగ్య బీమా పాలసీలు సాధారణంగా చికిత్సకయ్యే వ్యయాలకు వివిధ విభాగాల కింద పరిమితులను విధిస్తాయి. అంతకుమించి పరిహారాన్ని చెల్లించవన్నమాట. చికిత్సకయ్యే చార్జీలను వర్గీకరిస్తున్న ప్రామాణిక విధానం ఇది :

- ✓ రిజిస్ట్రేషన్, సర్వీసు చార్జీలతో సహా రూము, బోర్డు, నర్సింగ్ వ్యయాలు.
- ✓ ఐ.సి.యు చార్జీలు, ఏ విధమైన నిశిత రక్షణ కార్యకలాపాలకైనా.
- ✓ ఆపరేషన్ థియేటర్ చార్జీలు, అనెస్తీషియా, రక్తం, ఆక్సిజన్, శస్త్రచికిత్సా పరికరాలు, మందులు, డయాగ్నొస్టిక్ వస్తువులు, ఎక్స్ రే, డయాలసిస్, కీమోథెరీ, రేడియో థెరపీ, పేస్ మేకర్, కృత్రిమ అవయవాలు వంటివాటికైన ఖర్చులు. ఆపరేషన్ లో భాగంగా అయిన ఏ వైద్య ఖర్చులైనా సరే.
- ✓ సర్జన్, అనెస్తీషిస్టు, మెడికల్ ప్రాక్టీషనర్, కన్సల్టెంట్లు, స్పెషలిస్టుల ఫీజులు.
- ✓ అంబులెన్సు చార్జీలు
- ✓ రక్త పరీక్ష, ఎక్స్ రే, స్కాన్లు వంటి పరీక్షలకైన చార్జీలు.
- ✓ ఔషధాలు

ఈ విభాగాల కింద సమాచారాన్ని పోగు చేసేందుకు వినియోగదారు సమర్పించిన పత్రాలన్నింటినీ పరిశీలిస్తారు. ఫలితంగా, క్లెయిమ్‌ల సెటిల్ మెంట్ ను ఖచ్చితత్వంతో పూర్తి చేయడం కుదురుతుంది.

ఆస్పత్రుల బిల్లింగ్ విధానాన్ని ప్రామాణీకరించేందుకు ప్రయత్నాలు సాగుతున్నప్పటికీ, ప్రతి ఆస్పత్రి బిల్లింగ్ లో దానిదైన పద్ధతిని దేనినో అనుసరించడం రివాజు. ఈ విభాగంలో ఎదురవుతున్న సవాళ్ళు ఇవి :

- ✓ సర్వీసు చార్జీలు లేదా ఆహారం వంటి పరిహారం వర్తించని అంశాల జాబితాలోకి గది అద్దె కూడా రావచ్చు.
- ✓ ఒకే బిల్లు అయితే వివిధ విభాగాలవి ఉండవచ్చు. పరీక్షలకు లేదా మందులకు అన్నింటికీ కలిపి గుత్తగా ఒకే మొత్తంతో బిల్లు ఇవ్వవచ్చు.
- ✓ ప్రామాణికేతర పేర్లను ఉపయోగించడం. ఉదాహరణకు నర్సింగ్ చార్జీలను సర్వీసు చార్జీలుగా పిలవడం.
- ✓ "అలాంటివే చార్జీలు""వంటివి""అనుబంధ వ్యయాలు" వంటి మాటలను బిల్లులో ఉపయోగించడం.

బిల్లింగ్ స్పష్టంగా లేనపుడు ప్రాసెసర్ ఖర్చులను విడివిడిగా చూపించాలని కోరవచ్చులేదా అదనపు సమాచారాన్ని అడగవచ్చు. దీనివల్ల వర్గీకరణపైన, ఖర్చుల ఆమోదయోగ్యతపైన ఏవైనా సందేహాలుంటే తొలగిపోతాయి.

ఈ సమస్యను పరిష్కరించేందుకు, ఐ.ఆర్.డి.ఏ ఆరోగ్య బీమా ప్రామాణీకరణ మార్గదర్శకసూత్రాలను జారీ చేసింది. అటువంటి బిల్లుల ఫార్మాట్ ను, పరిహారం లభించని అంశాల జాబితాను అది స్థిరీకరించింది.

ప్యాకేజీ రేట్లు

కొన్ని వ్యాధుల చికిత్సకు చాలా ఆస్పత్రులు ప్యాకేజీ రేట్లకు అంగీకరించాయి. చికిత్సా విధానాన్ని ప్రామాణీకరించి, వనరులను వినియోగించుకోవడంలో ఆస్పత్రికున్న సామర్థ్యంపై ఇది ఆధారపడి ఉంటుంది. ఇటీవలి కాలాలలో, ప్రిఫర్డ్ ప్రొవైడర్ నెట్ వర్క్ లో, ఆర్.ఎస్.బి.వై విషయంలో కూడా, అనేక విధానాలకు చెందిన ప్యాకేజీ వ్యయాలను ముందే స్థిరీకరించాయి.

ఉదాహరణ

a) కార్డియాక్ ప్యాకేజీలు : యాంజియోగ్రామ్, యాంజియోప్లాస్టీ, సి.ఏ.బి.జి లేదా ఓపెన్ హార్ట్ సర్జర్, వంటివి

b) గైనకలాజికల్ ప్యాకేజీలు: సాధారణ ప్రసవం, సిజేరియన్ ప్రసవం, హిష్టరెక్టమీ, వంటివి

c) ఆర్థొపెడిక్ ప్యాకేజీలు

d) ఆప్తమలాజికల్ ప్యాకేజీలు

సర్జరీ తర్వాత సమస్యలు తలెత్తితే అయ్యే అదనపు వ్యయాలకు ఈ ప్యాకేజీలకు మించి ఖర్చయితే వాస్తవిక ప్రాతిపదికన వాటికే వేరేగా చార్జీలు వసూలు చేస్తారు.

ప్యాకేజీల వల్ల కొన్ని అనుకూలతలున్నాయి. వాటిలో ఇమిడిఉన్న వ్యయం ఇదమిత్థంగా తెలుస్తుంది. చికిత్సా విధానాలలో ప్రామాణీకరణ ఉంటుంది. అటువంటి క్లెయిమ్‌లను పరిష్కరించడం సులభం.

e) **క్లెయిమ్‌ల కోడింగ్**

ఉపయోగిస్తున్న వాటిలో అత్యంత ముఖ్యమైన కోడ్ సెట్ ప్రపంచ ఆరోగ్య సంస్థ (డబ్ల్యు.హెచ్.ఓ) తయారు చేసింది. అది వ్యాధుల అంతర్జాతీయ వర్గీకరణ (ఐ.సి.డి) కోడ్ లను అభివృద్ధి చేసింది.

వ్యాధిని ప్రామాణీకరణ ఫార్మాట్ లో తీసుకునేందుకు ఐ.సి.డిని, ఆ వ్యాధికి చికిత్స చేసేందుకు అనుసరించే విధానాన్ని గ్రహించేందుకు కరెంట్ ప్రొసీజర్ టెర్మినాలజీ (సి.పి.టి) కోడ్ ను ఉపయోగించుకుంటారు.

ఇన్స్యూరర్లు కోడింగ్ పై ఆధారపడడం క్రమేపీ ఎక్కువ అవుతోంది. ఇన్స్యూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అండ్ డెవలప్ మెంట్ అథారిటీ (ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ)లో భాగమైన ఇన్స్యూరెన్స్ ఇనఫర్మేషన్ బ్యూరో (ఐ.ఐ.బి) ఒక ఇన్ ఫర్మేషన్ బ్యాంకును ప్రారంభించింది. అటువంటి సమాచారాన్ని అక్కడ విశ్లేషించే అవకాశముంది.

f) **క్లెయిమ్ ప్రాసెసింగ్**

ఆరోగ్య బీమా పాలసీని చదివితే అది కమర్షియల్ కాంట్రాక్టు అని తెలుస్తుంది. అదే సమయంలో, అందులో వైద్య పరిభాష ఉంటుంది. చెల్లించవలసిన క్లెయిమ్ వచ్చినపుడు ఏ మేరకు చెల్లించాలో వివరిస్తూ అందులో

వైద్య పదాలకు నిర్వచాలుంటాయి. ఏ బీమా పాలసీలోనైనా క్లెయిమ్‌ల ప్రాసెసింగ్ కు సంబంధించిన కీలకం రెండు ముఖ్య ప్రశ్నలకు జవాబులపై ఆధారపడి ఉంటుంది. అవి :

✓ పాలసీ కింద ఈ క్లెయిమ్‌ను చెల్లించవచ్చా?

✓ చెల్లించాల్సి ఉంటే, నికర మొత్తం ఎంత ?

ఈ రెండు ప్రశ్నలలో దేనికి జవాబు ఇవ్వాలన్నా పాలసీకి చెందిన అనేక షరతులు, నియమ నిబంధనలను అర్థం చేసుకోవాల్సి ఉంటుంది. నెట్‌వర్క్ ఆస్పత్రిలో కనుక చికిత్స చోటుచేసుకుంటే ఆ ఆస్పత్రితో కుదిరిన రేట్ల గురించి కూడా తెలిసి ఉండాలి.

క్లెయిమ్ పరిశీలనార్హత

ఆరోగ్య క్లెయిమ్ పరిశీలనకు వెళ్లేందుకు దిగువ పేర్కొంటున్న అంశాలు సంతృప్తికరంగా ఉండి తీరాలి.

i. **ఆస్పత్రి పాలైన సభ్యుడు బీమా పాలసీ గొడుగు కిందకు వచ్చి ఉండాలి.**

ఇది సులభంగా కనిపిస్తుంది కానీ, బీమా గొడుగు కింద ఉన్న వ్యక్తుల పేర్లు, (చాలా కేసులలో వయసు కూడా) ఆస్పత్రిలో చేరిన సభ్యుడి పేరు సరిపోలని సందర్భాలు మనకు అనేకం ఎదురవుతుంటాయి. బహుశా అందుకు కారణం కాగల అంశాలు :

పాలసీలో పేర్కొన్న వ్యక్తి, ఆస్పత్రిలో చేరిన వ్యక్తి ఒకరే అయి ఉండేట్లుగా చూసుకోవడం ముఖ్యం. ఆరోగ్య బీమాలో ఈ రకమైన మోసాలు సర్వసాధారణం.

ii. **బీమా ఉన్న కాలం లోపలే పేషంట్ చేరి ఉండాలి.**

iii. **ఆస్పత్రి నిర్వచనం**

వ్యక్తిని చేరిన ఆస్పత్రి పాలసీ కింద నిర్వచించిన "ఆస్పత్రి లేదా నర్సింగ్ హోమ్" నిర్వచనం ప్రకారం ఉన్నదై ఉండాలి. లేకపోతే క్లెయిమ్ చెల్లించడం కుదరదు.

iv. **డొమిసిలియరీ హాస్పిటలైజేషన్**

కొన్ని పాలసీలు డొమిసిలియరీ హాస్పిటలైజేషన్ కి అంగీకరిస్తాయి. అంటే, సాధారణంగా ఆస్పత్రి/నర్సింగ్ హోమ్ లో చికిత్స అవసరమయ్యే అస్వస్థతకి భారతదేశంలో నివాస గృహంలోనే 3 రోజులకు మించి చికిత్స తీసుకోవచ్చు.

పాలసీ ప్రకారం డొమిసిలియరీ హాస్పిటలైజేషన్ కి వీలున్నా, చెల్లింపు పొందాలంటే :

✓ పేషంట్ స్థితి అతను/ఆమెను ఆస్పత్రి/నర్సింగ్ హోమ్ కి తరలించలేనిదిగా ఉండాలి. లేదా

✓ ఆస్పత్రి/నర్సింగ్ హోమ్ లో పడకల కొరత కారణంగా పేషంట్ ను తరలించలేకపోయి ఉండాలి.

v. ఆస్పత్రిలో ఉన్న కాలం

సాధారణంగా ఇన్ పేషంట్ గా ఆస్పత్రిలో 24 గంటలు మించి ఉంటేనే ఆరోగ్య బీమా పాలసీలు ఆస్పత్రి ఖర్చులను చెల్లిస్తాయి. కనుక ఈ నిబంధనను సంతృప్తి పరచేందుకు తేదీ, చేరిన సమయంతోపాటు డిశ్చార్జి సమయాన్ని పేర్కొనడం కూడా ముఖ్యం.

డే-కేర్ చికిత్సలు

ఆరోగ్య రక్షణ పరిశ్రమలోని సాంకేతిక అభివృద్ధిలు అనేక చికిత్సా విధానాలను సులభతరం చేశాయి. గతంలో వీటికి సంక్లిష్టమైన చికిత్సలు, ఆస్పత్రిలో ఎక్కువ కాలం ఉండవలసిరావడం అవసరమయ్యేవి. 24 గంటలు మించి ఆస్పత్రిలో ఉండవలసిన అవసరం లేకుండా డే కేర్ ప్రాతిపదికన నిర్వహించే విధానాలు అనేకం అందుబాటులోకొచ్చాయి.

డే కేర్ విధానాలలో చాలా భాగం ముందే అంగీకారానికి వచ్చిన ప్యాకేజి రేటు ప్రాతిపదికవి. ఫలితంగా వ్యయాలలో స్థిరత్వం ఏర్పడింది.

vi. ఓ.పి.డి

ఔట్-పేషంట్ గా కూడా చికిత్స/కన్సల్టేషన్లపై పెట్టిన ఖర్చులను ఇచ్చే పాలసీలు కొన్ని ఉన్నాయి. బీమా చేసిన నిర్దిష్ట మొత్తానికి లోబడి చెల్లింపు ఉంటుంది. సాధారణంగా అది హాస్పిటలైజేషన్ బీమా మొత్తం కన్న తక్కువగా ఉంటుంది.

ఓ.పి.డి కింద లభించే మొత్తం పాలసీకి పాలసీకి మధ్య తేడాగా ఉంటుంది. అటువంటి రియింబర్సుమెంట్లకు, 24 గంటల హాస్పిటలైజేషన్ క్లాజు వర్తించదు.

vii. చికిత్సా విధానం/చికిత్సా పద్ధతి

ఆస్పత్రిలో చేరడం సాధారణంగా అలోపతి చికిత్సా పద్ధతితో ముడిపడి ఉంటుంది. అయితే, పేషంట్ తీసుకోదగ్గ ఇతర చికిత్సా పద్ధతులూ ఉన్నాయి. అవి :

- ✓ యునాని
- ✓ సిద్ధ
- ✓ హెూమియోపతి
- ✓ ఆయుర్వేద
- ✓ ప్రకృతి వైద్యం వంటివి.

చాలా పాలసీలు ఈ చికిత్సలను మినహాయిస్తారు. కొన్ని పాలసీలు వీటిలో ఒకటి రెండు చికిత్సలను ఉప పరిమితులతో ఆమోదిస్తాయి.

viii. ముందరి నుంచి ఉన్న వ్యాధులు

నిర్వచనం

ముందరే ఉన్న వ్యాధి దేన్ని సూచిస్తుందంటే " పాలసీ తీసుకోవడానికి 48 నెలల లోపల అతను/ఆమెకు సువ్యక్తంగా తెలిసినా లేదా తెలియకపోయినా ఉన్న ఎలాంటి పరిస్థితి, జబ్బు లేదా గాయం లేదా సంబంధిత పరిస్థితి, పరిస్థితులకు సంబంధించిన సంకేతాలు లేదా లక్షణాలు. గుర్తించినవి/ లేదా వైద్య సలహా/చికిత్స తీసుకున్నవి ."

ముందర నుంచి ఉన్న జబ్బులను మినహాయించడానికి కారణం అది బీమా మౌలిక సూత్రాలకు విరుద్ధంగా ఉండడం. ఖాయం అనుకున్నదానికి బీమా కింద రక్షణ కల్పించడానికి లేదు.

అయితే, ఈ సూత్రాన్ని వర్తింపజేయడం చాలా కష్టం. బీమా చేస్తున్న సమయంలో వ్యక్తికి అటువంటి స్థితి ఉందా, గతంలో వైద్యం తీసుకున్నారా అని లక్షణాలను కనుగొనేందుకు ఒక క్రమపద్ధతిలో వివిధ అంశాలను పరీక్షించవలసి ఉంటుంది. సదరు అనారోగ్యం ఎన్నాళ్లుంది అనే దానిపై వైద్య నిపుణుల మధ్య భిన్నాభిప్రాయాలుంటాయి కనుక ఏ క్లెయిమ్‌నైనా తిరస్కరించడానికి ముందు ఈ షరతును వర్తింపజేసేటపుడు మొదట జబ్బు ఎప్పుడు బయటపడిందనే అభిప్రాయాన్ని జాగ్రత్తగా పరిశీలనలోకి తీసుకోవాల్సి ఉంటుంది.

ఆరోగ్య బీమా పరిణామ క్రమంలో, ఈ మినహాయింపునకు రెండు సవరణలు వచ్చాయి.

- ✓ గ్రూప్ ఇన్స్యూరెన్స్ విషయంలో ఇది కనిపిస్తుంది. బీమా సంస్థ కు నష్టం వాటిల్లజేసే వ్యక్తులెవరూ లేరనే భావనతో ఇందులో మొత్తం గ్రూపులోని సభ్యులందరికీ బీమా సదుపాయం కల్పిస్తారు. మొత్తం ప్రభుత్వోద్యోగులు, దారిద్ర్య రేఖకు దిగువున ఉన్న మొత్తం కుటుంబాలు, ఒక పెద్ద కార్పొరేట్ సంస్థలోని మొత్తం ఉద్యోగుల కుటుంబాలు వంటివారికి గ్రూపు పాలసీలను వర్తింపజేస్తారు. మొదటిసారి బీమాకు వచ్చే ఒకే ఒక కుటుంబం కన్నా పైన చెప్పుకున్నవారి పట్ల బీమా సంస్థలు సానుకూలంగా వ్యవహరిస్తాయి. తగినంత మూల్యం లభిస్తోందనే మినహాయింపుతో ఈ పాలసీలు తరచు ఆ మినహాయింపును తొలగిస్తాయి.
- ✓ కొంతకాలం ప్రీమియంను వసూలు చేసుకుంటూ వచ్చిన తర్వాత ముందు నుంచి ఉన్న జబ్బులకు కూడా బీమా కల్పించడంలో తప్పు లేదనే భావనతో రెండవ సవరణను తెచ్చారు. ఒక వ్యక్తిలో ఒక జబ్బు లక్షణాలున్నా, నిర్దిష్ట కాల వ్యవధిలో అవి ప్రకోపించవనే నమ్మకం. కనుక దాన్ని ఖాయంగా పరిగణించడానికి లేదు.

ix. ప్రారంభంలో వేచి ఉండే కాలం

సాధారణ ఆరోగ్య బీమా పాలసీ ఏదైనా సరే (ఏదైనా ప్రమాదం బారినపడి ఆస్పత్రిలో చేరితే తప్పించి) మొదటి 30 రోజులు దాటిన తర్వాత బయటపడే అనారోగ్యాలకు మాత్రమే వర్తిస్తుంది.

అదే విధంగా, జబ్బుల జాబితాలు కూడా ఉన్నాయి. ఉదాహరణకు :

✓ కేటరాక్ట్,	✓ హెర్నియా,
✓ బినైన్ ప్రోస్టాటిక్ హైపర్ ట్రోఫీ,	✓ వరిబీజం,
✓ హిస్టరెక్టమీ,	✓ సైనసైటిస్,
✓ ఫిస్టులా,	✓ మోచిప్ప / తుంటి కీలు మార్పిడి వంటివి.
✓ మొలలు,	

ప్రారంభ కాలంలో ఇవి తలెత్తినా బీమా రక్షణ ఉండదు. ప్రారంభ కాలం ఏడాది లేదా రెండేళ్ళు లేదా అంతకుమించిన సమయం కావచ్చు. అది ఒక్కో బీమా కంపెనీ పాలసీలో ఒక్కోలా ఉంటుంది.

అనారోగ్యం వీటిలో ఏదైనా ఒకటా అని క్లెయిమ్ ప్రాసెసర్ గుర్తిస్తాడు. అది ఆమోదయోగ్యమైన స్థితిలోకే వస్తుందా రాదా అని పరిశీలించేందుకు ఎంతకాలంగా అతనికి రక్షణ లభిస్తోందో చూస్తాడు.

x. మినహాయింపులు

పాలసీ కొన్ని మినహాయింపులనిచ్చింది. వాటిని సాధారణంగా ఏ విధంగా వర్గీకరించవచ్చునంటే :

- ✓ ప్రసూతి ప్రయోజనాలు (అయితే, కొన్ని పాలసీల్లో వీటికీ ఇస్తున్నారు).
- ✓ ఔట్ పేషంట్, దంత వైద్య చికిత్సలు
- ✓ హెచ్.ఐ.వి, హార్మోన్ థెరపీ, స్థూలకాయ చికిత్స, సంతాన సాఫల్యతా చికిత్స, సౌందర్యోద్దీపన శస్త్రచికిత్సలు వంటి రక్షణ పరిధిలోకి అనారోగ్యాలు.
- ✓ మద్యం/మాదక ద్రవ్యాల వినియోగం కారణంగా వచ్చే వ్యాధులు
- ✓ భారతదేశం బయట తీసుకునే వైద్య చికిత్సలు.
- ✓ హెచ్చు అపాయకర కార్యకలాపాలు, ఆత్మహత్యా యత్నం, అణు ధార్మిక కాలుష్యం.
- ✓ పరీక్షలు/పరిశీలనల కోసమే ఆస్పత్రిలో చేరడం.

ఇటువంటి సందర్భాలలో క్లెయిమ్‌లను పరిశీలించే వ్యక్తి పరిస్థితులను నిర్దిష్టంగా వివరించడం చాలా ముఖ్యం. దీనివల్ల స్పెషలిస్టు నేరుగా అసలు విషయానికి రాగలుగుతారు. క్లెయిమ్‌ను తిరస్కరించడాన్ని ఎవరైనా సవాల్ చేసినా కోర్టు పరిశీలనకు కూడా ఆ అంశం బలంగా నిలబడగలుగుతుంది.

xi. క్లెయిమ్‌లకు సంబంధించిన షరతుల పట్ల విధేయత చూపడం.

బీమా తీసుకున్నవారు క్లెయిమ్‌ల విషయంలో పాటించవలసిన కొన్ని చర్యలను కూడా బీమా పాలసీ నిర్వచించింది. క్లెయిమ్ ఆమోదం పొందడానికి అందులో కొన్ని ముఖ్య పాత్ర వహిస్తాయి.

సాధారణంగా అవి దేనికి సంబంధించినవై ఉంటాయంటే :

- ✓ నిర్దిష్ట వ్యవధి లోపల క్లెయిమ్ వర్తమానాన్ని పంపడం. వర్తమానాన్ని త్వరగా పంపడంలోని ప్రాధాన్యాన్ని మనం ఇదివరకే గ్రహించాం. వర్తమానం ఫలానా వ్యవధి లోపల కంపెనీకి చేరాలని పాలసీలోనే పేర్కొనవచ్చు.
- ✓ నిర్ణీత కాల వ్యవధి లోపల క్లెయిమ్ డాక్యుమెంట్లను సమర్పించడం.
- ✓ తప్పుడు ప్రాతినిధ్యం, తప్పుడు వివరణలు లేదా వస్తుగత వాస్తవాలను వెల్లడించకపోవడం లాంటి వాటిలో పాలుపంచుకోకపోవడం.

g) చెల్లించవలసిన క్లెయిమ్ తుది మొత్తంపై నిర్ణయానికి రావడం

ఒకసారి క్లెయిమ్‌ను ఆమోదించిన వెంటనే, తదుపరి చేయాల్సిన పని చెల్లించాల్సిన మొత్తాన్ని నిర్ణయించడమే. దీన్ని లెక్కించడానికి, చెల్లించాల్సిన మొత్తాన్ని నిర్ణయించే అంశాలను మనం అర్థం చేసుకోవాల్సిన అవసరం ఉంది. అవి ఏమంటే :

i. పాలసీ కింద సభ్యునికి అందుబాటులో ఉన్న బీమా మొత్తాన్ని తెలుసుకోవడం

వ్యక్తిగత బీమా మొత్తంతోకూడిన పాలసీలుంటాయి. ఫ్లోటర్ ప్రాతిపదికపై జారీ చేసినవి కొన్ని ఉంటాయి. వాటిలో బీమా మొత్తం కుటుంబంలోని వారందరికీ అందుబాటులో ఉంటుంది. లేదా ఫ్లోటర్ ప్రాతిపదికపైనే పాలసీలున్నప్పటికీ, ప్రతి సభ్యునికి కొంత పరిమితి ఉండవచ్చు.

ii. గతంలో చేసిన క్లెయిమ్‌నకు చెల్లించినది పోగా పాలసీ కింద సభ్యునికి అందుబాటులో ఉన్న మిగిలిన బీమా మొత్తం:

ఇదివరకు చెల్లించిన క్లెయిమ్‌లను మినహాయించిన తర్వాత అందుబాటులో ఉన్న బీమా మొత్తం బ్యాలెన్సును లెక్కించేటపుడు, నగదు చెల్లించకుండా ఆస్పత్రులలో చికిత్స పొందడానికి ఉన్న అవకాశాన్ని దేనినైనా సదరు వ్యక్తి తదనంతరం వినియోగించుకున్నాడా అని కూడా పరిశీలించాలి.

iii. ఉప -పరిమితులు

గది అద్దె పరిమితి, నర్సింగ్ చార్జీలు వంటి వాటిని చాలా పాలసీలు బీమా మొత్తంలో శాతం రూపంలో లేదా ఒక రోజుకున్న పరిమితి రూపంలో నిర్దిష్టంగా పేర్కొంటాయి. కన్సల్టెంట్ ఫీజు లేదా అంబులెన్సు చార్జీల వంటి వాటి విషయంలో కూడా అలాంటి పరిమితులు అమలులో ఉండవచ్చు.

iv. అనారోగ్యానికి సంబంధించి నిర్దిష్ట పరిమితులేమైనా ఉన్నాయేమో చూడాలి

పాలసీ ఫలానా మొత్తాన్ని నిర్దిష్టంగా పేర్కొనవచ్చు. లేదా ప్రసూతి ఖర్చు, గుండె జబ్బులు వంటి వ్యాధులకయ్యే ఖర్చులపై పరిమితిని విధించవచ్చు.

v. సంచాయిత బోనస్ కు అర్హత ఉందా లేదా అని పరిశీలించాలి

పాలసీదారు క్లెయిమ్ రహిత బోనస్ (పాలసీదారు అంతకు ముందు ఏడాదిలో ఎటువంటి క్లెయిమ్ చేయకపోతే ఒనగూడే మొత్తం)కి అర్హుడా కాదా అని పరిశీలించాలి. క్లెయిమ్ రహిత బోనస్ తరచు అదనపు బీమా మొత్తం రూపంలో ఉంటుంది. అది వాస్తవానికి పేషంట్/పాలసీదారు బీమా మొత్తాన్ని పెంచుతుంది. అంతకుముందు ఏడాది చివరలో వచ్చిన క్లెయిమ్‌ల వర్తమానాలను లెక్కలోకి తీసుకోకపోయి ఉండడం వల్ల కొన్ని సందర్భాలలో కుములేటివ్ బోనస్ ను తప్పుగా పేర్కొనగల అవకాశమూ ఉంది.

vi. పరిమితుల మేరకు ఇచ్చిన ఇతర ఖర్చుల బీమా :

ఇతర పరిమితులు కూడా ఉండవచ్చు. ఉదాహరణకు, ఆయుర్వేద వైద్య పద్ధతిలో చికిత్స పొందితే, సాధారణంగా పరిమితి చాలా తక్కువగా ఉంటుంది. పాలసీ తీసుకున్న నాలుగేళ్ళ తర్వాత, ఆరోగ్య పరీక్షల ఖర్చులను నిర్దిష్ట పరిమితి మేరకు మాత్రమే అనుమతిస్తారు. ఆస్పత్రిలో ఉన్నపుడు ఇచ్చే చెల్లింపులకు కూడా రోజుకింత అని ఒక పరిమితి ఉంటుంది.

vii. కో-పేమెంట్

సాధారణంగా ఇది చెల్లింపునకు ముందు నిర్ధారిత క్లెయిమ్‌లలో సమ శాతంగా ఉంటుంది. సహ చెల్లింపు కొన్ని ప్రత్యేక పరిస్థితులలో మాత్రమే వర్తించేదిగా ఉండవచ్చు. తల్లితండ్రుల క్లెయిమ్‌లకు, ప్రసూతి క్లెయిమ్‌లకు, రెండవసారి నుంచి చేసే క్లెయిమ్‌లకు మాత్రమే అమలవచ్చు. ఒక నిర్దిష్ట మొత్తానికి మించి ఉన్న క్లెయిమ్‌లలో కూడా ఇది అమలవచ్చు.

చెల్లించదగు మొత్తాన్ని ఈ పరిమితులకు సర్దుబాటు చేసే ముందు, చెల్లించనవసరం లేని ఖర్చులను మినహాయించి, చెల్లించదగిన నికర క్లెయిమ్ మొత్తాన్ని లెక్కగడతారు.

ఆరోగ్య క్లెయిమ్‌లో చెల్లింపులు ఉండని అంశాలు

అనారోగ్యవంతునికి చేసే చికిత్సకు అయ్యే వ్యయాలను ఎలా విభజించవచ్చునంటే :

- ✓ నయం చేయడానికయ్యే ఖర్చులు
- ✓ పరిరక్షణకయ్యే ఖర్చులు

వ్యాధిని నయం చేయడానికయ్యే ఖర్చులలో మొత్తం వైద్య వ్యయాలు, సాధారణ సంబంధిత సదుపాయాలు ఉంటాయి. మరింత సౌకర్యవంతమైన లేదా విలాసవంతమైన (కూడా కావచ్చు) ఆస్పత్రిలో ఉండేందుకైన వ్యయాలు కూడా దీనికి తోడు కావచ్చు.

సాధారణ ఆరోగ్య బీమా పాలసీ ఏదైనా సరే వ్యాధిని నయం చేయడానికైన ఖర్చులను చెల్లిస్తుంది. నిర్దిష్టంగా పేర్కొంటే తప్పించి, విలాసానికైన అదనపు ఖర్చులను చెల్లించాల్సిన అవసరం లేదు.

రిజిస్ట్రేషన్ చార్జి, డాక్యుమెంటేషన్ చార్జీలు వంటి ఇలాంటి ఖర్చులను చికిత్సేతర చార్జీలుగా వర్గీకరించవచ్చు. నయం చేయడంతో ప్రత్యక్ష సంబంధం ఉన్నవిగా పరిగణించదగిన (ఉదాహరణకు ఇన్ పేషంట్ గా ఉన్నపుడు ఇచ్చే నిర్దిష్టంగా పేర్కొన్న ప్రొటీన్ సప్లిమెంట్) వంటి అంశాలు.

చెల్లింపులు వర్తించని అంశాల విషయంలో గతంలో ప్రతి టి.పి.ఏ/బీమా సంస్థకు సొంతజాబితాలుండేవి. ఇపుడు ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ ఆరోగ్య బీమా ప్రామాణీకరణ మార్గదర్శక సూత్రాల ప్రకారం వాటిని స్థిరీకరించారు.

చెల్లించతగిన క్లెయిమ్ తుది మొత్తం నిర్ధారణ క్రమం ఇలా ఉంటుంది :

పట్టిక 2.1

చర్య I	గది అద్దె, కన్సల్టెంట్ ఫీజు వంటి వివిధ విభాగాల కింద అన్ని బిల్లులు, రసీదుల జాబితా తయారు చేయాలి.
చర్య II	ప్రతి విభాగం కింద క్లెయిమ్ చేసిన మొత్తం నుంచి చెల్లింపులు వర్తించనివాటిని తీసేయాలి
చర్య III	ప్రతి విభాగం కింద వ్యయానికి ఏవైనా పరిమితులుంటే వర్తింపజేయండి
చర్య IV	మొత్తం చెల్లించవలసిన మొత్తాన్ని లెక్కగట్టండి. అది మొత్తంమీది బీమా మొత్తం లోపలే ఉందో లేదో చూసుకోండి
చర్య V	చెల్లించవలసిన నికర క్లెయిమ్‌ను నిర్ణయించేందుకు కో-పే వర్తిస్తే దాన్నీ మినహాయించండి

h) **క్లెయిమ్ చెల్లింపు**

చెల్లించవలసిన క్లెయిమ్ మొత్తం లెక్కించగానే, కేసును బట్టి వినియోగదారుకు లేదా ఆస్పత్రికి చెల్లింపు జరుపుతారు. ఆమోదించిన క్లెయిమ్ మొత్తాన్ని ఫైనాన్స్/ఎకౌంట్స్ విభాగానికి తెలుపుతారు. చెక్కు రూపంలో లేదా వినియోగదారు బ్యాంకు ఖాతాలోకి నగదు బదలీ ద్వారా చెల్లింపు పూర్తవుతుంది.

చెల్లింపును ఆస్పత్రికి జరిపితే, అవసరమైన పన్ను మినహాయింపు ఏదైనా ఉంటే, చెల్లింపు నుంచి మినహాయిస్తారు.

చెల్లింపును థర్డ్ పార్టీ ఎడ్మినిస్ట్రేటర్ నిర్వహించినపుడు, చెల్లింపు ప్రక్రియలో బీమా సంస్థల మధ్య తేడా లుండవచ్చు. టి.పి.ఏల పనితీరుపై మరింత లోతైన అవగాహనను ముమ్ముందు కల్పించడం జరుగుతుంది.

చెల్లింపుల తాజా వివరాలను ఎప్పటికప్పుడు కంప్యూటర్ లోకి ఎక్కిస్తూ ఉండాలి. కస్టమర్లు అడిగే ప్రశ్నలకు జవాబులిచ్చేందుకు ఇది చాలా కీలకం. సాధారణంగా ఈ వివరాలను కంప్యూటర్ ద్వారా కాల్ సెంటర్/వినియోగదారు సేవా బృందాలతో పంచుకుంటారు.

చెల్లింపు జరగగానే, క్లెయిమ్ సెటిల్ అయినట్లు పరిగణిస్తారు. క్లెయిమ్‌ల సంఖ్య, సెటిల్ చేసిన మొత్తం గురించి నిర్ణీత కాల వ్యవధుల్లో కంపెనీ యాజమాన్యానికి, మధ్యవర్తులకు, వినియోగదారులకు, ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐకి నివేదికలు పంపుతారు. % సెటిల్డ్, నిష్పత్తిగా చెల్లింపులు వర్తించని మొత్తం, క్లెయిమ్‌లు సెటిల్ చేసేందుకు పట్టిన సగటు సమయం వంటివి సాధారణంగా సెటిల్ చేసిన క్లెయిమ్‌ల విశ్లేషణలో ఉంటాయి.

i) డాక్యుమెంట్ల లోటుతో వ్యవహరించడం / అదనపు సమాచారాన్ని కోరడం

క్లెయిమ్‌ను ప్రాసెస్ చేసేందుకు కొన్ని ముఖ్య డాక్యుమెంట్లను పరిశీలించవలసి ఉంటుంది. అవి :

- ✓ అడ్మిషన్ నోట్సుతో కూడిన డిశ్చార్జి సారాంశం,
- ✓ ఆధారంగా నిలిచే పరీక్షల నివేదికలు,
- ✓ వివిధ విభాగాల కింద అయిన మొత్తాలను చూపుతూ తుది ఏకీకృత బిల్లు,
- ✓ ప్రిస్క్రిప్షన్లు, ఫార్మసీ బిల్లులు,
- ✓ చెల్లింపు రసీదులు,
- ✓ క్లెయిమ్ ఫారము,
- ✓ వినియోగదారు ఐడెంటిఫికేషన్.

సమర్పించిన ప్రతి నాలుగు క్లెయిమ్‌లలోనూ ఒకటి ప్రాథమిక డాక్యుమెంట్ల విషయంలో అసంపూర్ణంగా ఉంటోందని అనుభవం వెల్లడిస్తోంది. దాంతో సమర్పించని పత్రాలను సమర్పించాలని వినియోగదారుకు సూచిస్తున్నారు. వాటిని క్లెయిమ్‌కు జత చేసేందుకు అతనికి కాల పరిమితిని నిర్ణయిస్తున్నారు.

అదే మాదిరిగా, క్లెయిమ్‌ను ప్రాసెస్ చేస్తున్నపుడు అదనపు సమాచారం అవసరపడవచ్చు. ఎందుకంటే:

i. అందించిన డిశ్చార్జ్ సారాంశం ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ సూచించిన విధంగా సరైన ఫార్మట్‌లో లేదు లేదా వ్యాధి నిర్ధరణకు సంబంధించిన కొన్ని వివరాలను లేదా అస్వస్థత చరిత్రను తెలుసుకోలేదు.

ii. చేసిన చికిత్సను తగినంత వివరంగా వర్ణించకపోయి ఉండవచ్చు లేదా వివరణ అవసరం పడవచ్చు.

iii. డిశ్చార్జి సారాంశం ప్రకారం చూసినపుడు చికిత్స రోగ నిర్ధారణకు అనుగుణంగా లేదు. రాసిన మందులు చికిత్స ఏ జబ్బుకు చేస్తున్నారో దానికి సంబంధించినవి కావు.

iv. సమకూర్చిన బిల్లులలో కోరిన విధంగా ఖర్చులను దేనికిదానికి చూపించి ఉండకపోవచ్చు.

v. వ్యక్తి వయసు రెండు పత్రాలలో సరిపోలి ఉండకపోవచ్చు.

vi. అడ్మిషను తేదీ/డిశ్చార్జి తేదీలు డిశ్చార్జి సారాంశం, బిల్లులలో సరిపోలి ఉండకపోవచ్చు.

vii. క్లెయిమ్‌ను అంగీకరించడానికి హాస్పిటలైజేషనుకు సంబంధించి మరింత సవివర పరిశీలన అవసరపడవచ్చు. దానికోసం ఆస్పత్రికి చెందిన లోపలి కేసు పేపర్లు అవసరమవుతాయి.

ఆ రెండు సందర్భాలలోనూ, వినియోగదారుకు లిఖితపూర్వకంగా తెలియజేస్తారు. లేదా వేటిపై అదనపు సమాచారం అవసరమో కోరుతూ ఇమెయిల్ చేస్తారు. చాలా కేసులలో, కంపెనీ కోరిన సమాచారాన్ని వినియోగదారు సమకూర్చగలుగుతాడు. అయితే, కొన్ని సందర్భాలలో ఉపేక్షించడానికి వీలులేని సమాచారం చాలా ముఖ్యమైనది అవసరం పడవచ్చు. కానీ, వినియోగదారు నుంచి దానికి స్పందన ఉండకపోవచ్చు. అటువంటి కేసులలో, క్లెయిమ్‌ను ప్రాసెస్ చేయడానికి సమాచారం అవసరమని వినియోగదారుకు మూడుసార్లు రిమైండర్లు పంపిస్తారు. ఆ తర్వాతనే క్లెయిమ్‌ను మూసివేస్తున్నట్లు నోటీసు పంపుతారు.

క్లెయిమ్ ప్రాసెస్ లో ఉన్నపుడు సాగే ఉత్తర ప్రత్యుత్తరాలలో జాబుల పైన "నీచభావం లేకుండా" అనే మాటలను పేర్కొంటారు. ఈ ఉత్తర ప్రత్యుత్తరాల తర్వాత కూడా క్లెయిమ్‌ను తిరస్కరించే హక్కు బీమా సంస్థకు చెక్కుచెదరకుండా ఉండేందుకు న్యాయపరమైన ఆ నియమాన్ని పాటిస్తారు.

ఉదాహరణ

కేసును సమగ్రంగా అధ్యయనం చేసేందుకు బీమా సంస్థ ఇన్ డోర్ కేసు పేపర్లను కోరవచ్చు. విధానం/చికిత్స పాలసీ షరతులకు లోబడి లేవని అతనొక నిర్ధారణకు కూడా రావచ్చు. బీమా సంస్థ మరింత సమాచారం కోసం చేసిన అభ్యర్థనను అతను క్లెయిమ్‌ను ఆమోదించాడనడానికి సూచనగా పరిగణించడానికి లేదు.

పత్రాలలోని లోటులను ఎదుర్కోవడం, అదనపు వివరణను, సమాచారాన్ని కోరడం క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణలో ముఖ్య సవాల్. అవసరమైన మొత్తం సమాచారం లేనిదే క్లెయిమ్‌ను ప్రాసెస్ చేయడానికి ఉండదు. అలా అని, సమాచారం ఇంకా, మరింతగా కావాలంటూ తరచు అభ్యర్థిస్తూ వినియోగదారును అసౌకర్యానికి గురిచేయడం భావ్యం అనిపించుకోదు.

ఒకేసారి కావాల్సిన సమాచారాన్ని అంతటినీ కోరుతూ ఏకీకృత జాబితాను పంపడం, తర్వాత కొత్త అవసరాలు తలెత్తకుండా చూసుకోవడం సవ్యమైన విధానం అనిపించుకుంటుంది.

j) క్లెయిమ్‌లను తిరస్కరించడం

సమర్పించిన క్లెయిమ్‌లలో 10% నుంచి 15% క్లెయిమ్‌లు పాలసీ షరతులకు లోబడి ఉండవని ఆరోగ్య క్లెయిమ్‌లలోని అనుభవం సూచిస్తోంది. దీనికి రకరకాల కారణాలు ఉండవచ్చు. వాటిలో కొన్ని ఏవంటే :

i. అడ్మిషను తేదీ బీమా కాలం లోపల ఉండదు.

ii. క్లెయిమ్‌ను ఎవరికి కోరుతున్నారో అతను బీమా గొడుగు కింద ఉన్నవాడై ఉండడు.

iii. ముందరి నుంచి ఉన్న జబ్బు కావడం (అటువంటి పరిస్థితిని పాలసీ మినహాయించి ఉండవచ్చు).

iv. క్లెయిమ్ కోరడంలో, సరైన కారణం లేకుండా, అనుచిత జాప్యం.

v. క్రియాశీల చికిత్స లేకపోవడం; పరీక్షల కోసమే ఆస్పత్రిలో చేరడం.

vi. ఏ అనారోగ్యానికి చికిత్స చేశారో అది పాలసీ కింద మినహాయించి ఉండడం.

vii. అనారోగ్యానికి మద్యం, మాదక ద్రవ్యాల వినియోగం కారణం కావడం.

viii. ఆస్పత్రిలో 24 గంటలు కూడా లేకపోవడం.

క్లెయిమ్ తిరస్కరణ లేదా నిరాకరణ (అది ఏ కారణం రీత్యా అయినాకానీ) వినియోగదారుకు లిఖితపూర్వకంగా తెలియజేయాలి. సాధారణంగా, అటువంటి తిరస్కృతి లేఖ పాలసీలోని ఏ షరతు/నిబంధన మేరకు క్లెయిమ్‌ను తిరస్కరించారో స్పష్టంగా పేర్కొంటుంది.

చాలా బీమా సంస్థలు ఇందుకొక ప్రక్రియను అనుసరిస్తాయి. క్లెయిమ్‌ను ఆమోదించడానికి అధికారం ఉన్న వ్యక్తికన్నా సీనియర్ అయిన మేనేజరుకు మాత్రమే క్లెయిమ్‌ను తిరస్కరించే అధికారం ఉంటుంది. ఎటువంటి తిరస్కృతులనైనా పూర్తిగా న్యాయబద్ధంగా ఉండేట్లు చూసుకునేందుకు, పాలసీదారు కోర్టుకెక్కితే వివరణ ఇచ్చుకునేట్లు ఉండేందుకు ఈ విధమైన ఏర్పాటు చేసుకుంటారు.

క్లెయిమ్‌ను నిరాకరిస్తే బీమా సంస్థ కు వినతి సమర్పించడంతోబాటు మరికొందరి వద్దకు వెళ్ళి న్యాయం కోరే అవకాశం పాలసీదారుకు ఉంది. వారెవరంటే :

- ✓ బీమా అంబుడ్స్‌మన్ లేదా
- ✓ వినియోగదారుల ఫోరంలు లేదా
- ✓ ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ లేదా
- ✓ న్యాయస్థానాలు.

తిరస్కరించిన ప్రతి కేసు విషయంలోను, సాధారణ క్రమంలో న్యాయ పరిశీలనకు ఈ తిరస్కృతి నిలుస్తుందా అని ఫైలును పరిశీలిస్తారు. నిరాకరణను సమర్థించుకోవాల్సిన సందర్భం తలెత్తితే ఉపయోగించుకునేందుకు డాక్యుమెంట్లను సురక్షితమైన చోట భద్రపరుస్తారు.

k) మరింత సవివర పరిశోధన నిమిత్తం క్లెయిమ్‌లను అనుమానించడం

వ్యాపారానికి చెందిన అన్ని శాఖలలోను వంచన సమస్యను ఎదుర్కొనేందుకు ఇన్స్యూరర్లు ప్రయత్నిస్తున్నారు. మోసపూరిత క్లెయిమ్‌ల సంఖ్య ఎక్కువగా ఉండడంతో బీమా సంస్థలకు ఆరోగ్య బీమా పెను సవాల్ గా పరిణమించింది.

ఆరోగ్య బీమాలో పాల్పడే మోసాలకు కొన్ని ఉదాహరణలు :

i. మారువ్యక్తి సమస్య. బీమా చేసిన వ్యక్తి, చికిత్స పొందిన వ్యక్తి వేర్వేరు వ్యక్తులు కావడం.

ii. ఆస్పత్రిలో చేరకపోయినా క్లెయిమ్ చేసేందుకు డాక్యుమెంట్లను సృష్టించడం.

iii. ఆస్పత్రి సాయంతో లేదా మోసపూరితంగా సృష్టించిన బయట బిల్లులను జత చేసి ఖర్చులను ఎక్కువ చేసి చూపడం.

iv. కొన్ని పరిస్థితులలో రోగనిర్ణయానికయ్యే ఖర్చు ఎక్కువగా ఉంటుంది కనుక, ఔట్ పేషంట్ గా పొందిన చికిత్సని ఇన్ పేషంట్/ఆస్పత్రిలో చేరడంగా మార్చి చూపడం.

మోసగించే పద్ధతులు రోజుకొకటి చొప్పున కొత్తగా పుట్టుకొస్తున్నాయి కనుక, క్షేత్ర స్థాయిలో పరిస్థితిని ఇన్స్యూరర్లు, టి.పి.ఏలు నిరంతరం పరిశీలిస్తూ, అటువంటి మోసాలను కనిపెట్టి, నియంత్రించే చర్యలను రూపొందించుకోవాలి.

రెండు పద్ధతులను ఆధారం చేసుకుని క్లెయిమ్‌లను పరిశీలనకు ఎంపిక చేస్తారు :

✓ రొటీన్ క్లెయిమ్‌లు

✓ ట్రిగ్గర్డ్ క్లెయిమ్‌లు

నిర్దిష్టశాతంలో క్లెయిమ్‌లను భౌతికంగా పరిశీలించాలని టి.పి.ఏ లేదా బీమా సంస్థ అంతర్గత ప్రమాణాన్ని పెట్టుకోవచ్చు. నగదు లేకుండా చికిత్స పొందే బీమా, రియింబర్సుమెంటు క్లెయిమ్‌ల విషయంలో ఈ శాతం వేర్వేరుగా ఉండవచ్చు.

ఈ పద్ధతి కింద, చెదురుమదురు నమూనా పద్ధతి ననుసరించి క్లెయిమ్‌లను ఎంపిక చేస్తారు. నిర్దిష్ట విలువ మించి ఉన్న క్లెయిమ్‌లన్నింటినీ పరిశోధించాలని, ఆ పరిమితికన్నా తక్కువగా ఉన్న క్లెయిమ్‌ల నమూనా కట్టను వెరిఫికేషన్ కు చేపట్టవచ్చని కొన్ని బీమా సంస్థలు నిర్దేశించవచ్చు.

రెండవ పద్ధతిలో, ప్రతి క్లెయిమ్ కొన్ని తనిఖీలకు లోనవుతుంది. అది సరైన తీరులో లేదని సందేహం వస్తే పరిశోధనకు దిగవచ్చు. సందేహాస్పదమైనవి ఏవంటే

i. క్లెయిమ్‌లో ఎక్కువ భాగం వైద్య పరీక్షలకు లేదా మందులకు సంబంధించినది అయినపుడు

ii. సెటిల్ మెంట్ కోసం మరీ ఆత్రంగా ఉన్న వినియోగదారు

iii. దిద్దినట్లుగా ఉన్న బిల్లులు వంటివి.

క్లెయిమ్ సిసలైనది కాదని అనుమానించినపుడు, అది ఎంత చిన్న మొత్తానిది అయినా పరిశోధిస్తారు.

n. టి.పి.ఏ అనుసరించే నగదురహిత సెటిల్ మెంట్

నగదు రహిత సదుపాయం ఎలా పనిచేస్తుంది ? ఆస్పత్రితో టి.పి.ఏ బీమా సంస్థ కుదుర్చుకునే ఒప్పందం దీనికి గుండెకాయ లాంటిది. ఇతర వైద్య సేవల ప్రొవైడర్లతో కూడా ఒప్పందాలకు అవకాశముంది. నగదు రహిత సదుపాయం కల్పించేందుకు అనుసరించే ప్రక్రియను మనం ఈ విభాగంలో చూడవచ్చు:

పట్టిక 3.1

చర్య 1	ఆరోగ్య బీమా గొడుగు కింద ఉన్న వినియోగదారు అనారోగ్యం పాలయ్యాడు లేదా గాయపడ్డాడు. ఆస్పత్రిలో చేరాల్సిన పరిస్థితి వచ్చింది. అతను/ఆమె (లేదా అతను/ఆమె తరఫున ఎవరైనా) ఆస్పత్రిలోని బీమా విభాగం వద్దకు వెళ్ళి తెలుపాల్సిన బీమా వివరాలు ఎలాంటివంటే : i. టి.పి.ఏ పేరు, ii. అతని సభ్యత్వ నంబరు, iii. బీమా సంస్థ పేరు, వంటివి.
చర్య 2	ఆస్పత్రి సంకలనపరచే అవసరమైన సమాచారం ఎలాంటిదంటే : i. అనారోగ్యం ఏమిటనేది నిర్ణయించడం ii. చికిత్స, iii. చికిత్స చేస్తున్న డాక్టరు పేరు, iv. ఆస్పత్రిలో ఉండవలసి రావచ్చని చెబుతున్న రోజుల సంఖ్య, v. అంచనా వ్యయం నగదు రహిత అధీకృత ఫారంగా పిలిచే ఫార్మాట్ లో దీన్ని సమర్పిస్తారు.
చర్య 3	*నగదు రహిత అధీకృత ఫారంలో* ఇచ్చిన సమాచారాన్ని టి.పి.ఏ అధ్యయనం చేస్తుంది. ఇచ్చిన సమాచారం, పాలసీలోని నిబంధనలు, ఆస్పత్రితో కుదిరిన రేట్లు ఏవైనా ఉంటే వాటిని అది సరిచూసుకుంటుంది. నగదు రహిత అధీకృతిని కల్పించవచ్చా లేదా, కల్పిస్తే ఎంత మొత్తానికి కల్పించవచ్చు అనే దానిపై ఒక నిర్ణయానికి వస్తుంది. నిర్ణయానికి రావడానికి టి.పి.ఏ మరింత సమాచారాన్ని కోరవచ్చు. ఒకసారి నిర్ణయం తీసుకున్నాక, జాప్యం లేకుండా దాన్ని ఆస్పత్రికి తెలియజేస్తారు. ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ ఆరోగ్య బీమా ప్రామాణీకరణ మార్గదర్శక సూత్రాల కింద ఆ రెండు ఫారాలను ఇపుడు స్థిరీకరించారు; చివరలో ఉన్న అనుబంధాన్ని చూడండి).
చర్య 4	పేషంట్ ఖాతాలో క్రెడిట్ అయిన టి.పి.ఏ అధీకృతం చేసిన మొత్తాన్ని దృష్టిలో ఉంచుకుని పేషంట్ కి ఆస్పత్రి చికిత్స చేస్తుంది. చికిత్సేతర ఖర్చులు తీసుకునేందుకు, పాలసీ ప్రకారం సహ-చెల్లింపు అవసరం ఏదైనా ఉన్నా డిపాజిట్ చెల్లించవలసిందిగా సభ్యుడిని కోరవచ్చు.

చర్య 5	పేషంట్ డిశ్చార్జికి సిద్ధమైనపుడు, పేషంట్ ఖాతాలో టి.పి.ఏ ఆమోదించిన మొత్తం ఎంత ఉన్నదీ, బీమా కింద వాస్తవంగా చికిత్స ఖర్చులు ఎంతవరకు చెల్లించడానికి వీలున్నదీ ఆస్పత్రి చూసుకుంటుంది. క్రెడిట్ తక్కువగా ఉంటే, నగదు రహిత చికిత్సకు అదనపు క్రెడిట్ ఆమోదం కోసం ఆస్పత్రి అభ్యర్థిస్తుంది. అభ్యర్థనను టి.పి.ఏ విశ్లేషించి అదనపు మొత్తాన్ని ఆమోదిస్తుంది.
చర్య 6	అనామోదిత చార్జీలను పేషంట్ చెల్లించేసి డిశ్చార్జి అవుతాడు. డాక్యుమెంటేషన్ ను పూర్తి చేసేందుకు క్లెయిమ్ ఫారం మీద, బిల్లు మీద సంతకం చేయవలసిందిగా అతన్ని కోరతారు.
చర్య 7	ఆస్పత్రి అన్ని పత్రాలను ఏకీకృతం చేసి, బిల్లు ప్రాసెసింగ్ కోసం డాక్యుమెంట్లను టి.పి.ఏకి సమర్పిస్తుంది. అవి ఏవంటే : i. క్లెయిమ్ ఫారం ii. డిశ్చార్జి సారాంశం / అడ్మిషను నోట్సు iii. టి.పి.ఏ జారీ చేసిన పేషంట్/ప్రతిపాదకుని ఐడెంటిఫికేషన్ కార్డు, ఫోటో ఐ.డి ఆధారం. iv. తుది ఏకీకృత బిల్లు v. సవివర బిల్లు vi. పరీక్షల నివేదికలు vii. ప్రిస్క్రిప్షన్, ఫార్మసీ బిల్లులు viii. టి.పి.ఏ పంపిన ఆమోదిత లేఖలు

చర్య 8	దిగువ పేర్కొన్న లాంటి వివరాలను సరిచూసిన తర్వాత టి.పి.ఏ క్లెయిమ్‌ను ప్రాసెస్ చేసి, ఆస్పత్రికి చెల్లింపు జరపవలసిందిగా సిఫార్సు చేస్తుంది : i. ఆమోదం పొందిన వ్యక్తి చికిత్స పొందిన పేషంట్ ఒకరే అని నిర్ధారించుకోవడం. ii. ఆమోదాన్ని దేనికి కోరారో పేషంటుకి అదే చికిత్స చేశారా అని చూడడం. iii. మినహాయించిన అనారోగ్యానికి చేసిన చికిత్స వ్యయాలు, బిల్లులో భాగంగా ఉండకుండా చూసుకోవడం. iv. ఆస్పత్రికి తెలియజేసిన పరిమితులన్నింటికీ అది కట్టుబడి ఉందో లేదో చూడడం. v. ఆస్పత్రితో కుదుర్చుకున్న రేట్లనే వేశారా అని చూసి, నికర చెల్లింపు మొత్తాన్ని లెక్కగట్టడం.

నగదు రహిత సదుపాయంలోని విలువను సందేహించవలసిన పని లేదు. ఈ సదుపాయాన్ని ఎలా ఉత్తమంగా వినియోగించుకోవచ్చో తెలుసుకోవడం కూడా పాలసీదారుకు చాలా ముఖ్యం. గమనించవలసిన అంశాలు ఏమిటంటే :

i. కస్టమర్లు బీమా వివరాలను పరస్పం తెలుసుకుని ఉండాలి. అతను/ఆమె గ్రహించాల్సిన అంశాలలో ఉన్నవాటిలో కొన్ని :

- ✓ టి.పి.ఏ కార్డు,
- ✓ పాలసీ ప్రతి
- ✓ బీమా సదుపాయ షరతులు, నియమ నిబంధనలు వంటివి.

ఇది అందుబాటులో లేనపుడు, అతను టి.పి.ఏని (24 గంటల హెల్ప్ లైన్ ద్వారా) సంప్రదించి వివరాలు కోరవచ్చు.

ii. వినియోగదారు కన్సల్టింగ్ డాక్టరు సూచించిన ఆస్పత్రి టి.పి.ఏ నెట్ వర్క్ లో ఉందో లేదో చూసుకోవాలి. అటువంటి చికిత్సకు నగదు రహిత సదుపాయం ఎక్కడ అందుబాటులో ఉందో అతను/ఆమె టి.పి.ఏని అడిగి తెలుసుకోవాల్సిన అవసరం ఉంది.

iii. ఆయన/ఆమె పూర్వ అధికారిక పత్రంలోకి సరైన వివరాలు ప్రవేశపెట్టేలా చూసుకోవాల్సిన అవసరం ఉంది. ఈ పత్రం 2013లో జారీ చేసిన ఆరోగ్య బీమాలో ప్రామాణికీకరణ మార్గదర్శకాల ప్రకారం ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ ద్వారా ప్రమాణీకరించబడ్డాయి. సందర్భం స్పష్టంగా తెలియకుంటే, టి.పి.ఏ నగదు రహిత సదుపాయాన్ని నిరాకరించడమో, ప్రశ్నలను లేవనెత్తడమో జరగవచ్చు.

iv. గది అద్దె వంటివాటికి విధించిన పరిమితులకు లేదా కేటరాక్ట్ వంటి నిర్దిష్ట చికిత్సలపై ఉన్న పరిమితులకు తగ్గట్లుగానే ఆస్పత్రి చార్జీలు ఉండేట్లుగా అతను/ఆమె చూసుకోవాలి.

ఒకవేళ పాలసీ అనుమతించిన దానికన్నా అతను/ఆమె ఎక్కువ ఖర్చు పెట్టదలిస్తే, ఖర్చులలో వారి వాటా ఎంత ఉంటుందో ముందుగా తెలుసుకోవడం మంచిది.

v. డిశ్చార్జి గురించి వినియోగదారు టి.పి.ఏకి ముందుగా తెలియజేయాలి. అదనపు ఆమోదం ఏదైనా అవసరమైతే డిశ్చార్జికి ముందే దాన్ని టి.పి.ఏకి పంపవలసిందిగా ఆస్పత్రిని అభ్యర్థించాలి. దీనివల్ల పేషంట్ ఆస్పత్రి వద్ద అనవసరంగా ఎదురు చూసే బాధ తప్పుతుంది.

వినియోగదారు ఒక ఆస్పత్రిలో నగదు రహిత చికిత్స కోసం అభ్యర్థించి, ఆమోదం పొంది, పేషంట్ ను మరోచోట ఎక్కడో చేర్చడానికి నిర్ణయించుకునే అవకాశమూ ఉంది. అటువంటి సందర్భాలలో, నగదు రహిత ఆమోదాన్ని వినియోగించుకోవడం లేదనే సంగతిని వినియోగదారు ఆస్పత్రికి తప్పకుండా తెలియజేసి, అదే విషయాన్ని టి.పి.ఏకి కమ్యూనికేట్ చేయవలసిందిగా ఆస్పత్రిని కోరాలి.

ఈ పని కనుక చేయకపోతే, ఆమోదం పొందిన మొత్తం వినియోగదారు పాలసీలో స్థంభించిపోయి, తదుపరి అభ్యర్థన ఆమోదానికి అది ఆటంకంగా పరిణమించగలదు.

C. ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌లలో అర్జీల సమర్పణ

ఇంతకుముందే వివరించినట్లుగా, ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌ల పరిశీలనకు అనేక రకాల పత్రాలు అవసరమవుతాయి. ఆమోదయోగ్యమైదేనా (చెల్లించదగినదేనా?), క్లెయిమ్ ఏ మేరకు ఉంది (ఎంత మొత్తం?) అనే రెండు ముఖ్యమైన ప్రశ్నలకు జవాబు ఇవ్వడంలో ప్రతి డాక్యుమెంట్ సహాయపడుతుందని ఆశించడం జరుగుతుంది.

కస్టమర్లు సమర్పించవలసిన పత్రాల ఆవశ్యకతను వాటిలో ఉండవలసిన అంశాలను ఈ విభాగం వివరిస్తుంది :

1. డిశ్చార్జి సారాంశం

ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌ను ప్రాసెస్ చేయడానికి అవసరమైన వాటిలో అత్యంత ముఖ్యమైనదిగా డిశ్చార్జి సారాంశాన్ని చెప్పవచ్చు. పేషంట్ స్థితి గురించి, అతనికి చేసిన చికిత్స పద్ధతి గురించి ఈ పత్రంలో పూర్తి సమాచారం ఉంటుంది.

ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ ప్రామాణికీకరణ మార్గదర్శకాల ప్రకారం, ప్రామాణిక డిశ్చార్జ్ సారాంశం వివరాలు కింది విధంగా ఉంటాయి.:

1. రోగి పేరు
2. టెలిఫోన్ నెం./ మొబైల్ నెం.
3. ఐ.పి.డి నెం.
4. ప్రవేశం నెం.
5. చికిత్స అందిస్తున్న సలహాదారు/ల పేరు, ఫోన్ నెంబర్, విభాగం/స్పెషాలిటీ
6. సమయంతో పాటు ప్రవేశ తేదీ
7. సమయంతో పాటు డిశ్చార్జ్ తేదీ
8. ఎం.ఎల్.సి నెం / ఎఫ్.ఐ.ఆర్ నెం.
9. ప్రవేశ సమయంలో ప్రొవిజనల్ వ్యాధి నిర్ధరణ
10. డిశ్చార్జ్ సమయంలో తుది వ్యాధి నిర్ధరణ
11. తుది నిర్ధారణ కోసం ప్రాధికార సంస్థ సిఫార్సు చేసిన విధంగా ఐ.సి.డి-10 కోడ్(లు) లేదా మరేదైనా కోడ్లు,
12. కాల వ్యవధితో కూడిన ఫిర్యాదులను సమర్పించడం మరియు ప్రవేశానికి కారణం
13. అస్వస్థతను సమర్పించే సారాంశం
14. ప్రవేశ సమయంలో భౌతిక పరీక్షలో తేలిన కీలక విషయాలు
15. మద్యపాన, ధూమపాన, మాదకద్రవ్య సేవన చరిత్ర, ఏదైనా ఉంటే
16. ముఖ్యమైన గత వైద్య, శస్త్రచికిత్స చరిత్ర, ఏదైనా ఉంటే
17. వ్యాధి నిర్ధరణ లేదా చికిత్సకు ముఖ్యమైన/సంబంధించిన కుటుంబ చరిత్ర ఏదైనా ఉంటే.
18. ఆస్పత్రిలో చేరిన సమయంలో కీలకమైన పరిశోధనల సారాంశం
19. ఉపద్రవాలు సహా ఆస్పత్రిలో ఉన్న సమయం, ఏదైనా ఉంటే.

20. డిశ్చార్జ్ అయినప్పుడు వైద్యుల సలహా
21. చికిత్స అందిస్తున్న వైద్యుడు/అధికారిక జట్టు వైద్యుడి పేరు&సంతకం
22. రోగి/సహాయకుల పేరు&సంతకం

చక్కగా రాసిన డిశ్చార్జి సారాంశం అనారోగ్యం/గాయం, లభించిన చికిత్స అర్థం చేసుకోవడంలో క్లెయిమ్‌ను ప్రాసెస్ చేసే వ్యక్తికి ఎంతగానో సహాయపడుతుంది. తద్వారా సెటిల్ మెంట్ ప్రక్రియను వేగవంతం చేయడానికి తోడ్పడుతుంది. క్లెయిమ్‌లను సమర్థంగా ప్రాసెస్ చేయడానికి డిశ్చార్జి సారాంశంలో ఉండవలసిన అంశాల గురించి కూడా ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ ప్రామాణీకరణ మార్గదర్శక సూత్రాలు సూచించాయి. దురదృష్టవశాత్తు, పేషంట్ చనిపోతే, చాలా ఆస్పత్రులలో డిశ్చార్జి సారాంశాన్ని **మరణ సారాంశం**గా పేర్కొంటారు.

ఎప్పుడూ డిశ్చార్జి సారాంశాన్ని అసలు ప్రతినే సమర్పించవలసిందిగా కోరతారు.

2. పరీక్షల నివేదికలు

రోగ నిర్ణయాన్ని, చికిత్సను పోల్చి చూసేందుకు పరీక్షల నివేదికలు సాయపడతాయి. చికిత్సకు పురికొల్పిన అసలైన స్థితిని అర్థం చేసుకునేందుకు అవసరమైన సమాచారాన్ని అవి సమకూరుస్తాయి. ఆస్పత్రిలో చేరడం వల్ల పరిస్థితి ఏ విధంగా మెరుగుపడిందీ కూడా తెలుస్తుంది.

పరీక్షల నివేదికల్లో సాధారణంగా ఏం ఉంటాయంటే :

a) రక్త పరీక్ష నివేదికలు;
b) ఎక్స్-రే నివేదికలు;
c) స్కాన్ నివేదికలు
d) బయాప్సీ నివేదికలు

అన్ని పరీక్షల నివేదికలలోను పేరు, వయసు, లింగం, పరీక్ష చేసిన తేదీ వంటివి ఉండాలి. అవి కూడా ఒరిజనలే సమర్పించాలి. నిర్దిష్ట అభ్యర్థన మేరకు బీమా సంస్థ ఎక్స్-రే, ఇతర ఫిల్మ్ లను వినియోగదారుకు తిరిగి అప్పగించవచ్చు.

3. ఏకీకృత, సవివర బిల్లులు :

బీమా పాలసీ కింద ఏం చెల్లించాలనే దానిని నిర్ణయించే దస్తావేజుగా దీనిని చెప్పవచ్చు. ఇదివరలో బిల్లు కోసం ఎలాంటి ప్రామాణికీకరణ ఫార్మట్ లేదు. కానీ, ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ ప్రామాణికీకరణ మార్గదర్శకాలు సంఘటితమైన, సమగ్రమైన బిల్లులకోసం ఫార్మట్‌ను అందించాయి. ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ వెబ్‌సైట్‌లో అందుబాటులో ఉన్న వివరాలను అర్థం చేసుకోవాలని విద్యార్థి సూచించబడుతున్నారు.

సంఘటిత బిల్లు పూర్తి దృశ్యాన్ని సమర్పిస్తుండగా, సమగ్రమైన బిల్లు రెఫరెన్స్ కోడ్లతో పాటు విడివిడిగా వివరాలను అందిస్తుంది.

సమగ్రమైన బిల్లును ఉపయోగించి చెల్లించలేని ఖర్చుల పరిశీలన చేపట్టబడుతోంది. ఇందులో ప్రవేశరహిత ఖర్చులను సమీప మొత్తానికి చేర్చి, ఏ పద్దుకు సంబంధించినదనే దానికింద తగ్గింపు కోసం ఉపయోగించబడుతుంది.

బిల్లులు అసలు రూపంలో స్వీకరించబడాలి.

4. చెల్లింపునకు రసీదు

నష్టపరిహార క్రాంటాక్టు అయినందున ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్ రియింబర్సుమెంటు కూడా చెల్లించిన మొత్తానికిగాను ఆస్పత్రి నుంచి సాధికార రసీదును కోరుతుంది.

బిల్లు మొత్తం, చెల్లించిన మొత్తం సమానంగా ఉండాల్సిన మాట నిజమేకానీ, చాలా ఆస్పత్రులు చెల్లించాల్సిన మొత్తంలో రాయితీ లేదా డిస్కౌంటు ఇస్తాయి. అటువంటి కేసులో, పేషంట్ తరఫున వాస్తవంగా చెల్లించాల్సిన మొత్తాన్ని చెల్లిస్తే చాలునని బీమా సంస్థకు చెబుతారు.

రసీదుపై నంబరు, స్టాంపు ఉండాలి. దీని అసలు ప్రతినే ఇవ్వాలి.

5. క్లెయిమ్ ఫారం

క్లెయిమ్ పత్రం అనేది క్లెయిమ్ ప్రాసెసింగ్ కోసం లాంఛన ప్రాయమైన, చట్టబద్ధమైన అభ్యర్థన. ఇది వినియోగదారుకు సంతకంతో అసలు రూపంలో సమర్పించబడుతుంది. క్లెయిమ్ పత్రాన్ని ఇప్పుడు ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ ప్రామాణికీకరించింది. ఇందులో విస్తృతంగా ఉన్నదేమిటంటే:

a) బీమా చేసిన ప్రధాన వ్యక్తి వివరాలు మరియు క్లెయిమ్ చేసిన దానికి సంబంధించిన పాలసీ నెంబర్.

b) బీమా చరిత్ర వివరాలు

c) ఆస్పత్రిలో చేరిన బీమాదారు వివరాలు.

d) ఆస్పత్రి, గది విభాగం, అడ్మిషన్, డిశ్చార్జ్ తేదీ, సమయం, ప్రమాదం అయితే పోలీసులకు తెలిపారా, మందుల విధానం తదితర వివరాలు.

e) ఖర్చుల విభజన, ఆస్పత్రిలో చేరకముందు, బయటకు వచ్చిన తర్వాతి సమయం, భారీ మొత్తం ఖర్చు వివరాలు/క్లెయిమ్ చేసిన నగదు ప్రయోజనం సహా ఆస్పత్రిలో చేరినందుకు క్లెయిమ్ వివరాలు.

f) జతపరచిన బిల్లుల వివరాలు

g) మంజూరు చేసిన క్లెయిమ్ చెల్లింపు కోసం బీమా చేసిన ప్రధాన వ్యక్తి బ్యాంకు ఖాతా వివరాలు

h) పాలసీదారు నుంచి ప్రకటన.

క్లెయిమ్ ఫారంలో జబ్బు, దానికి జరిగిన చికిత్సల సమాచారం ఉండడమే కాదు పాలసీదారు డిక్లరేషన్ కూడా ఉండడం వల్ చట్టపరంగా అత్యంత ముఖ్యమైన పత్రం అవుతుంది.

క్లెయిమ్‌కు **"అత్యంత సత్ నమ్మకం సిద్ధాంతాన్ని"** వర్తింపజేస్తున్నది ఈ డిక్లరేషనే. దీన్ని కనుక పాలసీదారు ఉల్లంఘిస్తే, పాలసీ కింద ఉన్న తప్పుడు ప్రాతినిధ్య క్లాజు అతనికి వర్తించే అవకాశం ఉంటుంది.

6. ఐడెంటిటీ ప్రూఫ్

మన జీవితంలోని వివిధ కార్యకలాపాలలో ఐడెంటిటీ ప్రూఫ్ వినియోగం రానురాను ఎక్కువ అవుతోంది. ఐడెంటిటీకి సంబంధించిన జనరల్ ప్రూఫ్ ఒక ముఖ్యమైన ప్రయోజనాన్ని నెరవేరస్తుంది. బీమా తీసుకున్న వ్యక్తి, చికిత్స చేయించుకున్న వ్యక్తి ఒకరో కాదో సరిచూసుకునేందుకు ఇది ఉపయోగపడుతుంది.

సాధారణంగా కోరే గుర్తింపు పత్రాలు దిగువ పేర్కొన్నవి అయి ఉంటాయి :

a) ఓటరు ఐడెంటిటీ కార్డు,

b) డ్రైవింగ్ లైసెన్సు,

c) ప్యాన్ కార్డు,

d) ఆధార్ కార్డు వంటివి.

గుర్తింపు ఆధారం కోసం పట్టుబట్టడం వల్ల, నగదు రహిత క్లెయిమ్‌లలో, మోసం చేసి మారు వ్యక్తులు చికిత్స చేయించుకున్న కేసులు గణనీయంగా తగ్గాయి. ఆస్పత్రిలో చేరడానికి ముందే ఐడెంటిటీ ప్రూఫ్ కోరుతున్నారు. సరిచూసి దాన్ని బీమా సంస్థకు లేదా టి.పి.ఏకి సమర్పించాల్సిన బాధ్యతను ఆస్పత్రిపై పెట్టారు.

రియింబర్సుమెంటు క్లెయిమ్‌లలో ఐడెంటిటీ ప్రూఫ్ నెరవేర్చే ప్రయోజనం తక్కువే.

7. నిర్దిష్ట క్లెయిమ్‌లకు అవసరమైన డాక్యుమెంట్లు

కొన్ని రకాల క్లెయిమ్‌లలో పైన పేర్కొన్నవి కాక అదనపు డాక్యుమెంట్లు కొన్ని అవసరమవుతాయి. అవి :

a) ప్రమాద క్లెయిమ్‌లలో, ఎఫ్.ఐ.ఆర్ లేదా రిజిస్టర్డు పోలీస్ స్టేషనుకు ఆస్పత్రి జారీ చేసిన మెడికో- లీగల్ సర్టిఫికెట్ అవసరపడవచ్చు. అది ప్రమాదానికి గల కారణాన్ని వివరిస్తుంది. ట్రాఫిక్ ప్రమాదాలలో అయితే, సదరు వ్యక్తి మద్యం తాగి ఉన్నాడో లేదో చెబుతుంది.

b) సంక్లిష్టమైన లేదా హెచ్చు విలువతో కూడిన క్లెయిమ్‌లలో కేసు ఇన్ డోర్ పత్రాలు అవసరపడవచ్చు. ఆస్పత్రిలో ఉన్నన్నాళ్ళు దైనందిన ప్రాతిపదికన పేషంటుకు చేసిన అన్ని చికిత్సల వివరాలు ఆస్పత్రిలో నమోదు చేస్తూ ఉంటారు. ఆ డాక్యుమెంటే ఇన్ డోర్ కేసు పేపరు లేదా కేసు షీటు అవుతుంది.

c) అవసరమైన చోట్ల డయాలసిస్/కీమోథెరపీ/ఫిజియోథెరపీ చార్టులు.

d) ఆస్పత్రి నిర్వచనానికి సరిపోయినట్లుగా ఆస్పత్రి ఉందో లేదో తెలుసుకునేందుకు హాస్పిటల్ రిజిస్ట్రేషన్ సర్టిఫికెట్.

క్లెయిమ్‌ను ప్రాసెస్ చేసేందుకు క్లెయిమ్‌ల బృందం కొన్ని ఆంతరంగిక డాక్యుమెంట్ ఫార్మాట్లను ఉపయోగిస్తుంది. అవి ఏవంటే :

i. డాక్యుమెంట్లు సరిచూడడానికి పరిశీలనాంశాల జాబితాలు,

ii. పరిశీలన/సెటిల్ మెంట్ షీటు,

iii. ప్రమాణాల తనిఖీలు/కంట్రోల్ ఫార్మాట్.

ఈ ఫార్మాట్లు బీమా సంస్థలన్నింటిలోను ఒకే విధంగా లేకపోయినప్పటికీ, సాధారణంగా ఉండే అంశాల ఉదాహరణతో, ఈ డాక్యుమెంట్ల ప్రయోజనం గురించి మనం అధ్యయనం చేద్దాం.

పట్టిక 2.2

1.	డాక్యుమెంటు వెరిఫికేషన్ షీటు	అన్నింటికన్నా ఇది సులభమైనది. వినియోగదారు ఇవి సమర్పించాడని పేర్కొనేందుకు డాక్యుమెంట్ల జాబితాలో ఒక చెక్ మార్క్ ఉంటుంది. కొన్ని బీమా సంస్థలు వినియోగదారుకు ఎక్నాలెడ్జ్ మెంట్ గా దీని ప్రతిని సమకూర్చే వీలుంది.
2.	పరిశీలన/ప్రాసెస్ షీటు	ఇది సాధారణంగా ఒకే షీటు అయి ఉంటుందికానీ మొత్తం ప్రాసెసింగ్ వివరాలన్నింటినీ ఇముడ్చుకుంటుంది. a) వినియోగదారు పేరు, ఐడి నంబరు b) క్లెయిమ్ నంబరు, క్లెయిమ్‌పత్రాలు అందుకున్న తేదీ c) పాలసీ విహంగావలోకనం, సెక్షన్ 64విబి విధేయత d) బీమా మొత్తం, ఉపయోగించుకున్న బీమా మొత్తం e) ఆస్పత్రిలో చేరిన, డిశ్చార్జి అయిన తేదీలు f) రోగ నిర్ణయం, చికిత్స g) క్లెయిమ్ ఆమోదం/కారణాన్ని వివరిస్తూ ప్రాసెసింగ్ పై వ్యాఖ్యలు h) క్లెయిమ్ మొత్తం మదింపు i) ప్రాసెస్ చేసిన వారి పేర్లతో తేదీలతో క్లెయిమ్ చలనం
3.	ప్రమాణాల పరిశీలనలు /	తుది పరిశీలన లేదా ప్రమాణాల నియంత్రణా ఫార్మాట్ ని క్లెయిమ్‌తో వ్యవహరించిన వ్యక్తి కాకుండా వేరే వ్యక్తి నిర్వహిస్తారు

	నియంత్రణా ఫార్మాట్	చెక్ లిస్ట్, క్లెయిమ్ పరిశీలన ప్రశ్నావళికి తోపాటు ప్రమాణాల నియంత్రణ /ఆడిట్ ఫార్మాట్ లో ఉండే సమచారం వేటికి సంబంధించినదై ఉంటుందంటే : a) క్లెయిమ్ సెటిల్ మెంట్, b) క్లెయిమ్‌ను తిరస్కరించడం లేదా c) అదనపు సమాచారం కోసం అభ్యర్థన పంపడం.

మీకు మీరే పరీక్షించుకోండి **2**

ఇన్-పేషంట్ కు జరిగే మొత్తం చికిత్స అంతటినీ పూసగుచ్చుతూ ఆస్పత్రిలో నిర్వహించేది డాక్యుమెంట్ ఈ ఈ కింది వాటిలో ఏది ?

I. పరీక్షా నివేదిక

II. సెటిల్ మెంట్ షీటు

III. కేసు పేపరు

IV. ఆస్పత్రి రిజిస్ట్రేషను సర్టిఫికెట్

D. క్లెయిమ్‌ల రిజర్వింగ్

1. రిజర్వింగ్

ఇది క్లెయిమ్‌ల స్థితిని బట్టి బీమా సంస్థ దగ్గరుండే పుస్తకాలలో క్లెయిమ్‌లన్నింటికి చేసే కేటాయింపు మొత్తాన్ని సూచిస్తుంది. ఇది సులభంగా కనిపించవచ్చు కానీ, రిజర్వింగ్ ప్రక్రియలో చాలా జాగ్రత్తగా వ్యవహరించాలి. రిజర్వింగ్ లో చేసే ఎటువంటి తప్పిదమైనా బీమా సంస్థ లాభాలపైన, ఆర్థిక స్థోమత మార్జిన్ లెక్కింపుపైన ప్రభావం చూపుతుంది.

నేటి కాలపు ప్రాసెసింగ్ సిస్టంలకు ఏ సమయంలోనైనా రిజర్వులను మదింపు చేయగల సామర్థ్యం అంతర్గతంగా నిర్మితమై ఉంటోంది.

మీకు మీరే పరీక్షించుకోండి 3

క్లెయిమ్‌ల స్థితిని బట్టి బీమా సంస్థ పుస్తకాలలో క్లెయిమ్‌లన్నింటికి కేటాయించిన మొత్తాన్ని ఏమంటారంటే _________.

I. పూలింగ్

II. ప్రొవిజనింగ్

III. రిజర్వింగ్

IV. ఇన్వెస్టింగ్

E. థర్డ్ పార్టీ ఎడ్మినిస్ట్రేటర్ల (టి.పి.ఏ) పాత్ర

1. భారతదేశంలో టి.పి.ఏల ప్రవేశం

బీమారంగంలో ప్రైవేటు సంస్థలకు 2000 సంవత్సరంలో ద్వారాలు తెరిచారు. ఇదిఇలాఉండగా, నూతన పాలసీల రాకతో ఆరోగ్య రక్షణ ఉత్పత్తులకు గిరాకీ పెరుగుతూ వచ్చింది. దాంతో ఆరోగ్య బీమాలో పాలసీల విక్రయానంతర సేవలకు ఒక మార్గాన్ని ప్రవేశపెట్టాల్సిన అవసరం ఉందని భావించారు. వృత్తిపరమైన థర్డ్ పార్టీ ఎడ్మినిస్ట్రేటర్లను పరిచయం చేసేందుకు ఇది అవకాశం కల్పించింది.

పరిస్థితి గమనించిన ఇన్స్యూరెన్స్ రెగ్యులేటరీ అండ్ డెవలప్ మెంట్ అథారిటీ (ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ) తన వద్ద లైసెన్సు తీసుకున్న టి.పి.ఏలు విపణిలో ప్రవేశించేందుకు అనుమతి ఇచ్చింది. అయితే, వారు 2001 సెప్టెంబర్ 17న నోటిఫై చేసిన 2001 నాటి ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ (థర్డ్ పార్టీ ఎడ్మినిస్ట్రేటర్లు- ఆరోగ్య బీమా) నిబంధనలకు కట్టుబడి ఉండాలని పేర్కొంది.

నిర్వచనం

నియమ నిబంధనల ప్రకారం,

"థర్డ్ పార్టీ ఎడ్మినిస్ట్రేటర్ లేదా టి.పి.ఏ అంటే ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐతో 2001 నాటి ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ (థర్డ్ పార్టీ ఎడ్మినిస్ట్రేటర్లు-ఆరోగ్య సేవల) నిబంధనల ప్రకారం లైసెన్సు పొందిన ఎవరైనా కావచ్చు. ఆరోగ్య సేవలను అందిస్తున్నందుకు బీమా కంపెనీ నుంచి రుసుము లేదా పారితోషికం తీసుకుంటున్నవారై ఉండాలి.

"టి.పి.ఏ అందించే ఆరోగ్య సేవలు" అంటే ఆరోగ్య బీమా వ్యాపారానికి సంబంధించి కుదిరిన ఒప్పందం కింద ఒక ఇన్స్యూరర్ కు టి.పి.ఏ అందించే సేవలు. అంతేకానీ, బీమా కంపెనీ వ్యాపారంకానీ, ఆరోగ్య బీమా వ్యాపారాన్ని ప్రత్యక్షంగాకానీ, పరోక్షంగాకానీ ఇవ్వజూపడంకానీ అందులోకి రావు. ఒక క్లెయిమ్‌ను ఆమోదించాలా లేక తిరస్కరించాలా అని నిర్ణయించడంలో కూడా వీరి ప్రమేయం ఉండదు.

ఆ విధంగా విక్రయానంతరం, బీమా పాలసీ జారీ అయిన తర్వాత మాత్రమే టి.పి.ఏ సేవల పరిధి మొదలవుతుంది. ఒకవేళ బీమా సంస్థలు టి.పి.ఏలను ఉపయోగించుకోకపోతే, సంస్థాగత బృందమే ఆ సేవలను అందిస్తుంది.

2. ఆరోగ్య బీమాలో విక్రయానంతర సేవ

a) ఒకసారి ప్రతిపాదన (ప్రీమియం)ను ఆమోదించిన తర్వాత, బీమా రక్షణ మొదలైనట్లే లెక్క.

b) పాలసీ సేవలందించేందుకు టి.పి.ఏని ఉపయోగించుకునే పక్షంలో, వినియోగదారు, అతను తీసుకున్న పాలసీ గురించిన సమాచారాన్ని బీమా సంస్థ టి.పి.ఏకి బదలీ చేస్తుంది.

c) టి.పి.ఏ సభ్యులను నమోదు చేసుకుంటాడు (పాలసీని తీసుకున్నది ప్రతిపాదకుడు అయితే, పాలసీ కింద రక్షణ పొందేవారు సభ్యులవుతారు). భౌతిక లేదా ఎలక్ట్రానిక్ రూపంలో కార్డు రూపంలో అతను సభ్యత్వ ఐడెంటిఫికేషన్ జారీ చేయవచ్చు.

d) నగదు రహిత సదుపాయాన్ని వినియోగించుకునేందుకు, అలాగే, ఆస్పత్రిలో చేరేందుకు లేదా తీసుకున్న చికిత్సకు ఆస్పత్రికి నగదు చెల్లించేట్లు చేసుకునేందుకు పాలసీ అండ అవసరమైనపుడు, క్లెయిమ్‌లను ప్రాసెస్ చేసేటపుడు టి.పి.ఏ సభ్యత్వం ఉపయోగపడుతుంది.

e) క్లెయిమ్‌ను లేదా నగదు రహిత అభ్యర్థనను టి.పి.ఏ ప్రాసెస్ చేసి, బీమా సంస్థతో కుదుర్చుకున్న ఒప్పందం మేరకు తగిన కాల వ్యవధి లోపల సేవలను కల్పిస్తుంది.

సేవ లందించే సంస్థగా టి.పి.ఏ పేరిట పాలసీని కేటాయించిన క్షణం నుంచి టి.పి.ఏ పాత్ర మొదలవుతుంది. పాలసీ వ్యవధి పొడుగూతాను, క్లెయిమ్ చేయడానికి పాలసీ కింద అనుమతించిన తదుపరి కాలం ఏదైనా ఉంటే ఆ కాలంలోను సేవల అవసరాలు తీర్చడం కొనసాగుతుంది.

వేలాది పాలసీలకు సేవలందిస్తున్నపుడు, ముఖ్యంగా అదే పాలసీని పునరుద్ధరించినపుడు, అదే టి.పి.ఏ పాలసీకి సేవలందిస్తున్నపుడు ఈ కార్యకలాపం నిరంతరంగా సాగుతూ ఉంటుంది.

3. థర్డ్ పార్టీ ఎడ్మినిస్ట్రేషన్ (టి.పి.ఏ) లక్ష్యాలు

ఆరోగ్య బీమాలో థర్డ్ పార్టీ ఎడ్మినిస్ట్రేషన్ భావనను దిగువ పేర్కొన్న లక్ష్యాలను దృష్టిలో పెట్టుకుని రూపొందించారని చెప్పవచ్చు :

a) ఆరోగ్య బీమా వినియోగదారుకు అవసరమైన సమయంలో వీలైనన్ని అన్ని రీతుల్లోనూ సేవలందించేట్లు చూడడం.

b) బీమా ఉన్న పేషంట్ కి నెట్ వర్క్ ఆస్పత్రులలో నగదు రహిత చికిత్సను నిర్వహించడం.

c) బీమా కంపెనీ నియమ నిబంధనలు, మార్గదర్శక సూత్రాల మేరకు సమర్పించిన క్లెయిమ్ డాక్యుమెంట్లను సముచిత రీతిన వేగంగా పరిష్కరించడానికి వీలు కల్పించడం.

d) ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌లు, సంబంధిత సేవల పట్ల వ్యవహరించడంలో కార్యనిర్వాహక నైపుణ్యాన్ని సృష్టించడం.

e) సకాలంలో సరైన రీతిలో వినియోగదారుల అవసరాలకు స్పందించడం కోసం.

f) బీమా తీసుకున్న వ్యక్తి సముచితమైన వ్యయానికి ప్రమాణాలతో కూడిన ఆరోగ్య రక్షణను అందుబాటులోకి తెచ్చుకోవాలని భావిస్తాడు. ఈ బీమా మార్కెట్ లక్ష్యాన్ని నెరవేర్చగల పర్యావరణాన్ని సృష్టించడానికి.

g) అనారోగ్యం, వ్యయాలు, విధి విధానాలు, బస వ్యవధి వంటి వాటికి సంబంధించిన డాటాను జనింపజేయడం, పోగు చేయడంలో సహాయపడేందుకు.

4. బీమా సంస్థకి టి.పి.ఏకి మధ్యగల సంబంధం

ఆరోగ్య బీమా పాలసీల విక్రయానంతర సేవల కోసం చాలా బీమా సంస్థలు టి.పి.ఏని ఉపయోగించుకుంటాయి. ముఖ్యంగా జీవిత బీమా రంగంలోని సంస్థలు కూడా పాలసీకి ముందు వైద్య పరీక్షల సేవలను ఏర్పాటు చేసేందుకు టి.పి.ఏల చేయూతను కోరతాయి.

బీమా సంస్థకు, టి.పి.ఏకి మధ్య సంబంధం ఒప్పందపరమైనది. చాలా అవసరాలు, ప్రక్రియతో ఈ కాంట్రాక్టు నిర్మితమై ఉంటుంది. ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐ ఆరోగ్య బీమా ప్రామాణీకరణ మార్గదర్శక సూత్రాలు ఇపుడు కొన్ని మార్గదర్శక సూత్రాలను విధించి, టి.పి.ఏకి బీమా కంపెనీకి మధ్యనుండే కాంట్రాక్టునకు స్థిరీకరించిన కొన్ని క్లాజులను సూచించింది.

టి.పి.ఏ నుంచి బీమా సంస్థ ఆశించే సేవలు దిగువ పేర్కొన్న విధంగా ఉంటాయి:

A. నెట్ వర్కింగ్ సర్వీసుల ప్రొవైడర్

బీమా తీసుకున్న వ్యక్తుల ఆరోగ్య క్లెయిమ్‌లకు నగదు రహిత క్లెయిమ్ చెల్లింపులు కల్పించే లక్ష్యంతో దేశవ్యాప్తంగా ఆస్పత్రుల నెట్ వర్క్ తో టి.పి.ఏ సంబంధాన్ని నిర్మించుకుంటుందని ఆశిస్తారు. ఆ సంబంధం టి.పి.ఏకి ప్రొవైడర్ కి మధ్య మాత్రమే కాకుండా బీమా సంస్థను కూడా కలుపుకొని త్రైపాక్షికంగా ఉండాలని ఐ.ఆర్.డి.ఏ.ఐకి చెందిన ఇటీవలి మార్గదర్శకసూత్రాలు సూచిస్తున్నాయి.

అటువంటి నెట్ వర్క్ ఆస్పత్రుల నుంచి ప్యాకేజీలు, ఆస్పత్రిలో చికిత్సలకు సంబంధించిన వివిధ విధి విధనాల కోసం వారు చర్చలు జరిపి చక్కని షెడ్యూల్డు రేట్లు లభించేట్లు చూస్తారు. ఇది బీమా కంపెనీకి, పాలసీదారులకు వ్యయాలను తగ్గిస్తుంది.

B. కాల్ సెంటర్ సర్వీసెస్

రాత్రులు, వారాంతాలు, సెలవు దినాలతో సహా అంటే 24*7*365 అన్ని వేళల్లోను చేరుకోగలిగిన విధంగా టోల్ ఫ్రీ నంబర్లతో టి.పి.ఏ కాల్ సెంటర్ ను నిర్వహిస్తుందని సాధారణంగా ఆశించడం జరుగుతుంది. టి.పి.ఏ కాల్ సెంటర్ దిగువ పేర్కొన్న అంశాలకు సంబంధించి సమాచారాన్ని సమకూరుస్తుంది :

a) పాలసీ కింద అందుబాటులోనున్న రక్షణ, సదుపాయాలు.

b) ఆరోగ్య క్లెయిమ్‌లకు సంబంధించి ప్రాసెసులు, విధి విధానాలు.

c) సేవలు, నగదు చెల్లించనవసరం లేకుండా ఆస్పత్రిలో చికిత్స చేయించుకోవడానికి సంబంధించి సూచనలు.

d) నెట్ వర్క్ ఆస్పత్రులపై సమాచారం.

e) పాలసీ కింద అందుబాటులోనున్న బ్యాలెన్సు మొత్తంపై సమాచారం.

f) క్లెయిమ్ స్థితిపై సమాచారం.

g) క్లెయిమ్‌ల విషయంలో లోపించిన పత్రాలపై సలహాలు.

జాతీయ టోల్ ఫ్రీ నంబరు ద్వారా, కస్టమర్లు సాధారణంగా మాట్లాడే ప్రధాన భాషలలో కమ్యూనికేట్ చేయగలిగిన వినియోగదారు సేవా సిబ్బందితోను కాల్ సెంటరు అందుబాటులో ఉండాలి. అయితే, ఈ రకమైన ఏర్పాట్లు బీమా సంస్థలకు, టి.పి.ఏలకు మధ్య కుదిరే ఒప్పందంపై ఆధారపడి ఉంటాయి.

C. నగదు రహిత యాక్సెస్ సర్వీసులు

నిర్వచనం

"నగదు రహిత సదుపాయం" అంటే, పాలసీలోని షరతులు, నియమ నిబంధనలకు అనుగుణంగా పాలసీదారులు పొందిన చికిత్సకైన ఖర్చులు, చెల్లింపులను ముందుగా అధీకృతం చేసిన ఆమోదం మేరకు నెట్ వర్క్ ప్రొవైడర్ కు బీమా సంస్థ నేరుగా జరిపేందుకు పాలసీదారులకు బీమా సంస్థ కల్పించే సదుపాయం.

ఈ సేవను కల్పించేందుకు, కాంట్రాక్టు కింద బీమా సంస్థ చేయవలసిన పనులు ఏమిటంటే :

a) పాలసీకి సంబంధించిన మొత్తం సమాచారమంతా టి.పి.ఏ వద్ద అందుబాటులో ఉండాలి. టి.పి.ఏకి దీన్ని సమకూర్చవలసిన బాధ్యత బీమా సంస్థదే.

b) పాలసీ కిందకు వచ్చిన సభ్యుల డాటాను ఏ విధమైన పొరపాటు లేదా కొరత లేకుండా గ్రహించేందుకు వీలుగా అందుబాటులో ఉంచాలి.

c) పాలసీకి, టి.పి.ఏకి తమను అనుసంధానపరచేట్లుగా పాలసీదారులు ఒక ఐడెంటిటీ కార్డును ఉంచుకుని తీరాలి. అంగీకరించిన ఫార్మాట్ లో ఈ ఐడెంటిటీ కార్డును టి.పి.ఏ జారీ చేసి తీరాలి. సహేతుకమైన వ్యవధి లోపల అది సభ్యునికి చేరి తీరాలి. పాలసీ ఉన్నకాలమంతా అది చెల్లుబాటు అయితీరాలి.

d) నగదు రహిత సదుపాయం కోసం అభ్యర్థిస్తూ సమకూర్చిన సమాచారాన్ని ఆధారం చేసుకుని సదరు ఆస్పత్రికి టి.పి.ఏ ప్రి-ఆథరైజేషన్ లేదా లెటర్ ఆఫ్ గ్యారంటీ జారీ చేసి తీరాలి. అయితే, అనారోగ్య స్వభావం, ప్రతిపాదిత చికిత్స, ఇమిడి ఉన్న వ్యయానికి సంబంధించి అది మరింత సమాచారాన్ని కోరవచ్చు.

e) సమాచారం స్పష్టంగా లేకపోయినా లేక అందుబాటులో లేకపోయినా, నగదు రహిత అభ్యర్థనను టి.పి.ఏ తిరస్కరించవచ్చు. కానీ, నగదు రహిత సదుపాయాన్ని నిరాకరించినంత మాత్రాన చికిత్సను నిరాకరించినట్లు అర్థం కాదని అది స్పష్టం చేయాలి. సభ్యుడు ముందు డబ్బు చెల్లించేసి, తర్వాత క్లెయిమ్ దాఖలు చేయవచ్చు. దాన్ని దాని యోగ్యతలను బట్టి పరిశీలిస్తారు.

f) అత్యవసర కేసులలో, రోగిని చేర్చుకున్న 24 గంటల లోపలే వర్తమానం పంపాలి. నగదు రహిత సదుపాయ కల్పనపై తన నిర్ణయాన్ని తెలియజేయాలి.

D. వినియోగదారులతో సంబంధం, పరిచయాల నిర్వహణ

కస్టమర్లు వారి సమస్యలను చెప్పకోతగిన విధంగా టి.పి.ఏ ఒక యంత్రాంగాన్ని సమకూర్చవలసిన అవసరం ఉంది. ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌లను పరిశీలించడం, సరిచూడడం సాధారణమే. చాలా చిన్న శాతంలోనే ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌లను తిరస్కరించడం జరుగుతోందని ఇక్కడ గుర్తుంచుకోవడం ముఖ్యం. అవి కూడా పాలసీ షరతులు, నియమ నిబంధనల పరిధికి ఆవలనున్నవి.

దానికి తోడు, క్లెయిమ్ చేసిన మొత్తంలో కొంత మేరకైనా దాదాపుగా అన్ని ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌లు తగ్గింపునకు లోనవుతాయి. ఇలా క్లెయిమ్ మొత్తాలను తగ్గించడం వినియోగదారులను అసంతృప్తికి గురి చేస్తుంది. ముఖ్యంగా అలా తగ్గించడానికి లేదా నిరాకరించడానికి గల కారణాన్ని వినియోగదారుకు సరైన రీతిలో వివరించనపుడు.

అటువంటి సమస్యలను వీలైనంత త్వరగా పరిష్కరించేట్లు చూసేందుకు, టి.పి.ఏ సమర్థమైన సమస్యల పరిష్కార మేనేజ్ మెంట్ విభాగాన్ని ఏర్పాటు చేసుకునేట్లు బీమా సంస్థ కృషి చేయాల్సి ఉంటుంది.

E. బిల్లింగ్ సర్వీసులు

బిల్లింగ్ సర్వీసుల కింద, టి.పి.ఏ మూడు విధులను నిర్వహిస్తుందని బీమా సంస్థ ఆశిస్తుంది. అవి :

a) ప్రామాణిక బిల్లింగ్ విధానం. వివిధ విభాగాల కింద కవరేజి వినియోగాన్ని విశ్లేషించేందుకు, పాలసీల ధరలను నిర్ణయించేందుకు కూడా ఇది బీమా సంస్థకు సాయపడుతుంది.

b) వసూలు చేసిన మొత్తం నిజంగానే అనారోగ్యానికి చేసిన చికిత్సకు అయ్యే మొత్తమేనా అని ధ్రువీకరించుకోవడం.

c) డయాగ్నసిస్, ప్రొసీజర్ కోడ్ లను తీసుకోవాలి. అప్పడే అన్ని టి.పి.ఏలకు సంబంధించి జాతీయ లేదా అంతర్జాతీయ ప్రమాణాలకు అనుగుణంగా డాటాను ప్రామాణీకరించడం కుదురుతుంది.

దీనికి శిక్షణ పొందిన, నైపుణ్యం కలిగిన సిబ్బంది టి.పి.ఏలో ఉండడం అవసరం. వారి కోడింగ్, సుంకాలను సరిచూడడం, సేకరించిన బిల్లింగ్ డాటాను ప్రామాణీకరించడం తెలిసి ఉండాలి.

F. క్లెయిమ్ ప్రాసెసింగ్-చెల్లింపుల సేవలు

టి.పి.ఏలు అందించడానికి ముందుకొచ్చే సేవలలో ఇది అత్యంత ముఖ్యమైంది. టి.పి.ఏ బీమా సంస్థకు చేస్తానని చెప్పే క్లెయిమ్ ప్రాసెసింగ్ సర్వీసులు సాధారణంగా మొదలు నుంచి తుద వరకు ఉంటాయి. వర్తమానాన్ని రిజిస్టరు చేయడం నుంచి ప్రాసెస్ చేయడం, ఆమోదాన్ని లేదా చెల్లింపును సిఫార్సు చేయడం వరకు ఉంటుంది.

బీమా సంస్థ నుంచి అందుకున్న నిధుల ద్వారా క్లెయిమ్‌ల చెల్లింపు జరుగుతుంది. అడ్వాన్సు నగదు రూపంలో టి.పి.ఏకి నిధులు సమకూర్చవచ్చు లేదా బీమా సంస్థ తన బ్యాంకు ద్వారా వినియోగదారుకు లేదా ఆస్పత్రికి నేరుగా చెల్లించి క్లెయిమ్‌ను పరిష్కరించవచ్చు.

టి.పి.ఏ నగదు పద్దులను నిర్వహిస్తుందని, బీమా కంపెనీ నుంచి అందిన మొత్తాల తాలూకు రికన్సిలియేషన్‌ను తగిన కాల వ్యవధుల్లో అందిస్తుందని ఆశించడం జరుగుతుంది. ఆమోదిత క్లెయిమ్‌ల చెల్లింపులకు మినహా ఆ ద్రవ్యాన్ని మరి ఏ ఇతర ప్రయోజనాలకు వినియోగించకూడదు.

G. **నిర్వహణ సమాచార సేవలు**

క్లెయిమ్‌ల ప్రాసెసింగ్ ను టి.పి.ఏ నిర్వహిస్తుంది కనుక, క్లెయిమ్‌లకు సంబంధించిన మొత్తం సమాచారం విడివిడిగాకానీ లేదా సమష్టిగాకానీ టి.పి.ఏ వద్ద అందుబాటులో ఉంటుంది. వివిధ ప్రయోజనాల కోసం బీమా సంస్థకు ఆ డాటా అవసరమవుతుంది. అటువంటి డాటాను ఖచ్చితత్వంతో, నిర్ణీత కాల వ్యవధుల ప్రాతిపదికన టి.పి.ఏ సమకూర్చవలసి ఉంటుంది.

ఆ విధంగా టి.పి.ఏల సేవల పరిధి బీమా సంస్థలు జారీ చేసిన ఆరోగ్య బీమా పాలసీలలో ఆది నుంచి తుది వరకు ఉంటుందని చెప్పవచ్చు. లేదా నిర్దిష్ట బీమా కంపెనీతో కుదిరిన అవగాహన ఒప్పందం, అవసరాల ఆధారంగా కొద్ది కార్యకలాపాలకు కూడా టి.పి.ఏ కార్య పరిధి పరిమితం కావచ్చు.

H. **టి.పి.ఏ ప్రతిఫలం**

ఈ సేవలందించినందుకుగాను, టి.పి.ఏకి ఫీజు చెల్లిస్తారు. దానికి ఉపయోగపడే ప్రాతిపదికలు ఇవి:

a) వినియోగదారు నుంచి వసూలు చేసే ప్రీమియంలో (సర్వీసు పన్ను మినహాయించగా) కొంత శాతం,

b) నిర్దేశించుకున్న కాల వ్యవధిలో టి.పి.ఏ సేవలకు ప్రతి వ్యక్తికి స్థిర మొత్తం చొప్పున, లేదా

c) టి.పి.ఏ సమకూర్చిన ప్రతి సర్వీసు లావాదేవీకి స్థిర మొత్తం చొప్పున. ఉదాహరణకు, జారీ చేసిన సభ్యత్వ కార్డుకు ఇంత, క్లెయిమ్‌నకు ఇంత చొప్పున.

ఆ విధంగా టి.పి.ఏ సర్వీసుల ద్వారా, బీమా సంస్థలకు అందుబాటులోకొచ్చేవి ఏమంటే :

i. నగదు రహిత సేవలు

ii. డాటా సంకలనం-విశ్లేషణ

iii. 24 గంటల కాల్ సెంటర్, వినియోగదారులకు చేయూత

iv. ఆస్పత్రుల నెట్ వర్క్, ఇతర వైద్య సదుపాయాలు

v. మేజర్ గ్రూపు వినియోగదారులకు అండ

vi. వినియోగదారులతో క్లెయిమ్‌ల గురించి చర్చించే వెసులుబాటు

vii. చార్జీలు, చికిత్సా విధానాల ధరలపై ఆస్పత్రులతో చర్చించగల సదుపాయం

viii. వినియోగదారులకు సేవలను సులభతరం చేస్తూ టెక్నాలజీ ఆధారిత సేవలు

ix. అనుమానించిన కేసులను సరిచూడడం, దర్యాప్తు జరపడం

x. వివిధ కంపెనీలలో క్లెయిమ్‌ల తీరుతెన్నుల విశ్లేషణ, వ్యయాలు, నూతన చికిత్సా పద్ధతులు, నవీన ధోరణులపై కీలక సమాచారాన్ని అందించడం. మోసాలను నియంత్రించడం.

xi. సేవల విస్తరణ వేగంగా సాగడం

F. క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ - వ్యక్తిగత ప్రమాదం

1. వ్యక్తిగత ప్రమాదం

నిర్వచనం

వ్యక్తిగత ప్రమాదం అనేది ఓ ప్రయోజన పాలసీ. అది ప్రమాద మృతి, ప్రమాద అంగవైకల్యం (శాశ్వతం/పాక్షికం), తాత్కాలిక సంపూర్ణ అంగవైకల్యానికి రక్షణ కల్పిస్తుంది. నిర్దిష్ట ఉత్పత్తిని బట్టి ప్రమాద వైద్య ఖర్చులు, అంత్య క్రియల ఖర్చులు, విద్యా ఖర్చులు తదితరాలకు కూడా అదనపు కవరేజీని కలిగి ఉండవచ్చు.

వ్యక్తిగత ప్రమాద పాలసీ కింద రక్షణ పొందే అపాయాన్ని "ప్రమాదం" అంటారు.

నిర్వచనం

ప్రమాదం అనేది హఠాత్తుగా, ఊహించని విధంగా, ఎలాంటి ఉద్దేశ్యం లేకుండా, బయటినుంచి కాకుండా, హింసాత్మక మార్గంలో కాకుండా, కంటికి కనిపించేదిగా జరిగేదిగా నిర్వచించబడుతుంది.

క్లెయిమ్స్ మేనేజర్ అప్రమత్తంగా వ్యవహరిస్తూ, క్లెయిమ్ ప్రకటన స్వీకరణ సమయంలో కింది అంశాలను పరిశీలించాలి :

a) పాలసీ కింద క్లెయిమ్ రక్షణ అందిస్తున్న వ్యక్తి

b) నష్టం జరిగిన మరియు ప్రీమియం స్వీకరించిన తేదీ ప్రకారం పాలసీ చెల్లుబాటు అవుతుంది.

c) పాలసీ కాలం పరిధిలోపు నష్టం

d) "ప్రమాదం"తో జరిగిన నష్టం మరియు అస్వస్థత

e) ఏదేని మోసపూరిత ట్రిగ్గర్ల కోసం పరిశీలించండి. అవసరమైతే పరిశీలన చేయించాలి.

f) క్లెయిమ్‌ను రిజిస్టర్ చేసి, దానికోసం నిల్వను రూపొందించాలి.

g) ఆవరణ సమయాన్ని (క్లెయిమ్ సర్వీసింగ్ సమయం) నిర్వహిస్తూ, క్లెయిమ్ అభివృద్ధి కోసం వినియోగదారునికి సమాచారం అందించాలి.

2. క్లెయిమ్‌ల పరిశీలన

క్లెయిమ్ సమాచారంలో లేదా క్లెయిమ్ దస్తావేజులను స్వీకరించిన మీదట ఏదేని హెచ్చరిక ఉంటే ఒకే సమయంలో పరిశీలనకు వృత్తి నైపుణ్య పరిశోధకుడికి క్లెయిమ్‌ను కేటాయించవచ్చు.

ఉదాహరణ

సమీప సాన్నిహిత క్లెయిమ్‌లు (బీమా ప్రారంభంలో స్వల్పకాలికం పరిధిలో క్లెయిమ్)

- ✓ అంగవైకల్యం ఎక్కువ కాలం కలిగి ఉండే అధిక వారాంతపు ప్రయోజన మొత్తం
- ✓ క్లెయిమ్ దస్తావేజుల్లో వివక్ష
- ✓ బీమా చేసిన ఒకే వ్యక్తి నుంచి అనేక క్లెయిమ్‌లు
- ✓ మద్యపాన సంకేతం
- ✓ అనుమానిత ఆత్మహత్య
- ✓ బీమా చేసిన వ్యక్తి వాహనాన్ని నడుపుతుండగా, అర్ధరాత్రి సంభవిస్తున్న రోడ్డు ట్రాఫిక్ ప్రమాదం
- ✓ పాము కాటు
- ✓ ప్రవాహంలో గల్లంతు
- ✓ పైనుంచి కింద పడడం
- ✓ అనుమానిత వ్యాధి సంబంధిత కేసులు
- ✓ విషపూరితం
- ✓ హత్య
- ✓ తూటా గాయం
- ✓ మంచు తాకిడీ అదృశ్యం
- ✓ మానవహనను తదితరాలు.

దర్యాప్తు ప్రధానోద్దేశ్యం ఏమిటంటే:

a) నష్టకారణాన్ని పరీక్షించడానికి.

b) నష్టం విస్తృతి మరియు స్వభావాన్ని స్పష్టం చేయడానికి

c) సాక్ష్యాధారం సేకరణ మరియు సమాచారం తెలుసుకోవడానికి.

d) మోసపూరిత మూలకం లేదా క్లెయిమ్ మొత్తాన్ని ఎక్కువ చేసి చూపారా అని తెలుసుకోవడానికి.

దయచేసి గమనించగలరు: దర్యాప్తు అసలు ఉద్దేశ్యం ఆ కేసుకు సంబంధించిన వాస్తవాలను పరిశీలించి, అవసరమైన సాక్ష్యాలను సేకరించడం

క్లెయిమ్‌ల పరిశీలకుడు దర్యాప్తులో దృష్టి కేంద్రీకరించాల్సిన అంశం గురించి మార్గదర్శనం చేయడం ముఖ్యం.

ఉదాహరణ

కేసు మార్గదర్శకానికి ఉదాహరణ :

రోడ్ ట్రాఫిక్ ప్రమాదం

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

ii. బీమా చేసిన వ్యక్తి పాదచారా, ప్రయాణీకుడిగా/వాహనంలో కూర్చుని వెళుతున్నారా లేదా ప్రమాదానికి గురైన వాహనాన్ని నడుపుతున్నారా?

iii. ప్రమాదం గురించిన వివరణ, అది ఎలా చోటు చేసుకుంది?

iv. ప్రమాదం జరిగిన సమయంలో బీమా చేసిన వ్యక్తి మద్యం సేవించి ఉన్నారా?

v. చావు ఉదంతంలో అయితే, చనిపోయిన ఖచ్చితమైన సమయం, తేదీ, చనిపోవడానికి ముందుగా అందించిన చికిత్స, ఏ ఆస్పత్రిలో చనిపోయారు లాంటి వివరాలు?

ప్రమాదానికి కారణంగా భావించేది :

బీమా చేసిన వ్యక్తి వాహనం లేదా ఎదురుగా వచ్చిన వాహనంలో యంత్ర వైఫల్యం (స్టీరింగ్, బ్రేక్ తదితరాల వైపల్యం), వాహన చోదకుడికి ఏదేని అస్వస్థత (గుండెపోటు, కండరాలు పట్టుకుపోవడంలాంటివి) కారణంగా, మద్య సేవనం, రహదారుల దుస్థితి, వాతావరణ స్థితి, వాహనం వేగం తదితరాల వల్ల.

వ్యక్తిగత ప్రమాద క్లెయిమ్‌లలో సాధ్యపడే మోసాలు, లొసుగులకు కొన్ని ఉదాహరణలు:

i. టి.టి.డి కాలంలో అతి చేసి చూపించడం.

ii. అస్వస్థతను ప్రమాదంగా పేర్కొనడం. ఉదా. ఇంటిలో కాలు జారి పడినట్టు ఫిర్యాదు చేసిన తర్వాత కారణాల వల్ల కలిగిన వెన్నునొప్పిని వ్యక్తిగత ప్రమాద క్లెయిమ్‌కు మార్చడం

iii. ఇదివరకే ఉన్న ప్రమాదాలను కొత్తవిగా పేర్కొని క్లెయిమ్ చేయడం, సహజ మరణాన్ని ప్రమాద మృతిగా పేర్కొనడం లేదా ప్రమాదం తర్వాత ముందుగా ఉన్న వ్యాధి మరణానికి దారి తీయడం లాంటివిగా దస్తావేజులను తప్పుగా రూపొందించడం

iv. ఆత్మహత్యలను ప్రమాద మరణాలుగా చూపించడం

ముఖ్యంగా డెత్ క్లెయిమ్‌లలో పాలుపంచుకునే సమయంలో వ్యక్తిగత ప్రమాద క్లెయిమ్ పరిష్కారం కోసం డిశ్చార్జ్ వౌచర్ అనేది ఓ ముఖ్యమైన దస్తావేజుగా నిలుస్తుంది. ప్రతిపాదన సమయంలోనే నామినీ వివరాలను పొందడం కూడా ఎంతో ముఖ్యం. అది పాలసీ దస్తావేజులో భాగంగా ఉండాలి.

3. క్లెయిమ్ డాక్యుమెంటేషన్

పట్టిక 2.3

మరణ క్లెయిమ్	a) క్లెయిమ్‌దారు నామినీ/కుటుంబ సభ్యుడి సంతకంతో పాటు సరిగ్గా పూర్తి చేసిన వ్యక్తిగత ప్రమాద క్లెయిమ్ పారం b) ప్రాథమిక దర్యాప్తు నివేదిక (ఎఫ్.ఐ.ఆర్) అసలు లేదా అటెస్ట్ చేసిన ప్రతి (అటెస్ట్

	చేసిన ఎఫ్.ఐ.ఆర్/శవపంచనామా/ విచారణ పంచనామా) c) మరణ ధృవపత్రం అసలు లేదా అటెస్ట్ చేసిన ప్రతి. d) శవపంచనామా నిర్వహిస్తే అటెస్ట్ చేసిన ఆ నివేదిక ప్రతి. e) యాంటీ-మనీ లాండరింగ్ దస్తపేజుల అటెస్ట్ చేసిన ప్రతి- పేరు పరిశీలనకోసం (పాస్‌పోర్ట్ / పాన్ కార్డు /ఓటరు ఐ.డి / డ్రైవింగ్ లైసెన్సు), చిరునామా పరిశీలన కోసం (టెలీఫోన్ బిల్లు / బ్యాంకు ఖాతా నివేదిక/ కరెంటు బిల్లు / రేషన్ కార్డు). f) చట్టబద్ధ వారసులందరూ తగిన రీతిలో సంతకాలు చేసి, నోటరీ చేసినట్టుగా అఫిడవిట్ మరియు పూచీ బాండ్‌ను కలిగిన చట్టబద్ధ వారసత్వ ధృవపత్రం
శాశ్వత పూర్తి అంగవైకల్యం (PTD) మరియు శాశ్వత పాక్షిక అంగవైకల్యం(PPD) క్లెయిమ్	a) తగిన రీతిలో పూర్తి చేసి, క్లెయిమ్‌దారు సంతకం చేసిన వ్యక్తిగత ప్రమాద క్లెయిమ్ ఫారం. b) వర్తించే పక్షంలో అటెస్ట్ చేసిన ప్రాథమిక దర్యాప్తు నివేదిక ప్రతి. c) బీమా వ్యక్తి అంగవైకల్యాన్ని ధృవీకరించడానికి ఓ సివిల్ సర్జన్ లేదా తత్సమాన హెూదా కలిగిన వైద్యులు నుంచి పొందిన శాశ్వత అంగవైకల్య ధృవపత్రం.
తాత్కాలిక పూర్తి అంగవైకల్యం(TTD) క్లెయిమ్	a) అంగవైకల్యం రకం, అంగవైకల్య కాలాన్ని ప్రస్తావిస్తూ చికిత్స అందిస్తున్న వైద్యుడి నుంచి పొందుతున్న వైద్య ధృవపత్రం. ఖచ్చితమైన సెలను కాలానికి సంబంధించిన వివరాలు ఇచ్చేలా సంస్థ యజమాని నుంచి పొందిన సెలవు ధృవపత్రం ఆయన సంతకం, సీలుతో పాటు. b) బీమా చేసుకున్న వ్యక్తి తన సాధారణ విధులను చేసేందుకు తగిన సామర్థ్యం కలిగి ఉన్నట్టు చికిత్స అందిస్తున్న వైద్యుడి నుంచి పొందిన దేహదార్ఢ్య ధృవపత్రం.

పైకనిన జాబితా కేవలం సూచనాత్మకమైనది మాత్రమే. ఇంకా మచ్చలకు సంబంధించిన ఫోటోలు, ప్రమాద స్థలానికి సంబంధించిన ఫోటో)లాంటి దస్తావేజులు కూడా ఆయా సంఘటనకు సంబంధించిన ప్రత్యేక వ్యవహారాల ఆధారంగా కావాల్సి రావచ్చు. ప్రత్యేకించి, దర్యాప్తు చేయాల్సిన అనుమానిత మోసపు కోణంతో కూడిన సందర్భాల్లో.

మీకు మీరే పరీక్షించుకోండి **4**

శాశ్వత అంగవైకల్యం క్లెయిమ్‌లో కింది దస్తావేజుల్లో ఏవి సమర్పించాల్సిన అవసరం లేకపోవచ్చు?

I. క్లెయిమ్ దారు సంతకం చేసి, తగిన రీతిలో పూర్తి చేసిన వ్యక్తిగత ప్రమాద క్లెయిమ్ ఫారం.

II. వర్తించగలిగితే ప్రాథమిక దర్యాప్తు నివేదిక అటెస్ట్ చేసిన ప్రతి.

III. బీమా చేసిన వ్యక్తి అంగవైకల్యాన్ని ధృవీకరించేందుకు సివిల్ వైద్యుడు లేదా తత్సమాన హోదా కలిగిన వైద్యుల నుంచి పొందిన శాశ్వత అంగవైకల్య ధృవపత్రం.

IV. బీమా చేసుకున్న వ్యక్తి తన సాధారణ విధులను చేసేందుకు తగిన సామర్థ్యం కలిగి ఉన్నట్టు చికిత్స అందిస్తున్న వైద్యుడి నుంచి పొందిన దేహదార్ఢ్య ధృవపత్రం.

G. క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ- విదేశీ ప్రయాణ బీమా

1. విదేశీ ప్రయాణ బీమా పాలసీ

విదేశీ ప్రయాణ బీమా పాలసీ వైద్యేతర ప్రయోజనాలకు రక్షణ కల్పించే అనేక విభాగాలను కలిగి ఉన్నప్పటికీ, వైద్య, అస్వస్థత ప్రయోజనం ఆ పాలసీ కింద ప్రధాన రక్షణగా ఉన్నందున దాని పూచీ ఒప్పందం, క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ సంప్రదాయబద్ధంగా ఆరోగ్య బీమా పోర్ట్ ఫోలియో కిందే ఉంటుంది.

ఈ పాలసీ కింద రక్షణలను కింది విభాగాలుగా విస్తృతంగా విభజించవచ్చు. ఓ నిర్దిష్ట ఉత్పత్తి కింద పేర్కొన్న అన్ని లేదా కొన్ని ప్రయోజనాలకు రక్షణ కల్పించవచ్చు.:

a) వైద్య మరియు అస్వస్థత విభాగం

b) స్వదేశానికి తిప్పి పంపడం మరియు ఖాళీ చేయించడం

c) వ్యక్తిగత ప్రమాద రక్షణ

d) వ్యక్తిగత భారం

e) ఇతర వైద్యేతర రక్షణలు:

   i. యాత్ర రద్దు

   ii. యాత్ర జాప్యం

   iii. యాత్ర అంతరాయం

   iv. తప్పిపోయిన కనెక్షన్

   v. తీసుకొచ్చిన బ్యాగేజీ జాప్యం

   vi. తీసుకొచ్చిన బ్యాగేజీ అదృశ్యం కావడం

   vii. పాస్‌పోర్టు కోల్పోవడం

   viii. అత్యవసర నగదు అడ్వాన్సు

   ix. హైజాక్ అలవెన్సు

   x. బెయిల్ బాండ్ బీమా

   xi. హైజాక్ రక్షణ

   xii. స్పాన్సర్ సంరక్షణ

   xiii. ఒదార్పు సందర్శన

xiv. చదువులకు అంతరాయం

xv. ఇంటి చోరీ

పేరులో ఉన్న విధంగా, విదేశాలకు వెళ్లే ప్రజల కోసమే ఈ పాలసీ రూపొందించబడింది కాబట్టి నష్టం భారతదేశం బయట జరుగుతుంది. ఇలాంటి పరిస్థితుల్లో సమాచారం అందిన వెంటనే తగిన రీతిలో క్లెయిమ్‌లకు సేవలు అందించాల్సి ఉంటుంది. విదేశీ ప్రయాణ బీమా విషయంలో క్లెయిమ్ సేవ సాధారణంగా థర్డ్ పార్టీ సేవా సంస్థ (సహాయక సంస్థ) పాత్ర కూడా ఉంటుంది. అది అవసరమైన తోడ్పాటు, సహాయం అందించడం కోసం ప్రపంచ వ్యాప్తంగా ఓ నెట్‌వర్క్‌ను ఏర్పాటు చేసుకుని ఉంటుంది.

క్లెయిమ్‌ల సేవలలో తప్పనిసరిగా ఉండాల్సినవి:

a) 24*7 ప్రాతిపదికన క్లెయిమ్ నోటిఫికేషన్‌ను రూపొందించడం;

b) క్లెయిమ్ ఫారం, విధానాన్ని పంపించడం;

c) నష్టం జరిగిన వెంటనే ఏం చేయాలనే దానిపై వినియోగదారుకు మార్గ నిర్దేశన చేయడం;

d) వైద్య, అస్వస్థత క్లెయిమ్‌ల కోసం నగదు రహిత సేవల్ని పొడిగించడం;

e) స్వదేశానికి తిరిగి వచ్చేందుకు, మరియు ఖాళీ చేసేందుకు ఏర్పాట్లు చేయడం, అత్యవసర నగదు అడ్వాన్స్.

2. సహాయక కంపెనీలు- విదేశీ క్లెయిమ్‌లలో పాత్ర

సహాయక కంపెనీలు ప్రపంచం నలుమూలలా తమ సొంత కార్యాలయాలను, ఇదే రకమైన సేవా సంస్థలతో ఒప్పందాలను కలిగి ఉంటాయి. పాలసీ కింద రక్షణ పొందిన చిల్లర ఖర్చుల విషయంలో బీమా కంపెనీల వినియోగదారులకు ఈ కంపెనీలు సహాయం అందిస్తాయి.

క్లెయిమ్ రిజిస్ట్రేషన్ మరియు సమాచారం కోసం ఈ కంపెనీలు అంతర్జాతీయ టోల్‌ఫ్రీ నెంబర్లను కలిగిన 24*7 కాల్ సెంటర్‌ను కలిగి ఉంటాయి. అవి కింది సేవలను అందిస్తాయి. నిర్దిష్ట కంపెనీలతో ఒప్పందం, రక్షణ అందించే ప్రయోజనాలు తదితరాలను బట్టి సేవలను వసూలు చేసే ఛార్జీలు వేరుగా ఉంటాయి.

a) వైద్య సహాయక సేవలు:

i. వైద్య సేవ సంస్థ నివేదనలు

ii. ఆస్పత్రి అడ్మిషన్ ఏర్పాటు

iii. అత్యవసర వైద్యం కోసం ఖాళీ ఏర్పాటు

iv. అత్యవసర వైద్యం కోసం స్వదేశానికి తిప్పిపంపే ఏర్పాటు

v. అస్తికలు స్వదేశానికి పంపే ఏర్పాట్లు

vi. పరామర్శ సందర్శన ఏర్పాట్లు

vii. మైనర్ బాలలకు సహాయం/రక్షణ

b) ఆస్పత్రిలో ఉన్నప్పుడు, బయటకు వచ్చిన తర్వాత వైద్య పరిస్థితి పర్యవేక్షణ చేయడం

c) అత్యవసర ఔషధాల సరఫరా

d) పాలసీ నియమ, నిబంధనలకు లోబడి, బీమా కంపెనీ ఆమోదంతో ఆస్పత్రిలో చేరినప్పుడు అయ్యే వైద్య ఖర్చులకు హామీ ఇవ్వడం.

e) పూర్వ-యాత్ర సమాచారం సేవలు మరియు ఇతర సేవలు:

i. వీసాలు మరియు టీకాల అవసరాలు

ii. దౌత్యకార్యాలయ నివేదన సేవలు

iii. కోల్పోయిన పాస్‌పోర్టు, కోల్పోయిన లగేజీ సహకారం సహాయక సేవలు

iv. అత్యవసర సందేశ ట్రాన్స్‌మిషన్ సేవలు

v. బెయిల్ బాండ్ ఏర్పాటు

vi. ఆర్థిక అత్యవసర స్థితి సహాయం

f) భాషను అనువదించి చెప్పేవారి నివేదన

g) చట్ట నివేదన

h) న్యాయవాదితో అపాయింట్‌మెంట్

3. నగదు రహిత వైద్య కేసుల కోసం క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణ

నగదు రహిత వైద్య కేసులు, రీఇంబర్స్‌మెంట్ వైద్య కేసులు, ఇతర వైద్యేతర కేసుల కోసం క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణవిధానం వేరుగా ఉంటుంది. అంతేకాదు ఇతర దేశాలతో పోల్చితే అమెరికాలో నగదు రహిత వైద్య కేసుల కోసం క్లెయిమ్‌ల నిర్వహణవేరుగా ఉంటుంది. ఇప్పుడు మనం దానిని దశల వారీగా అధ్యయనం చేద్దాం.

a) క్లెయిమ్ నోటిఫికేషన్

నష్టం జరిగినప్పుడల్లా, రోగి ఆస్పత్రిలో చేరి, అడ్మిషన్ కౌంటర్‌లో బీమా వివరాలను చూపిస్తారు. సహాయక కంపెనీ ఆస్పత్రి నుంచి మరియు/లేదా రోగి లేదా బంధువులు/స్నేహితుల నుంచి కొత్త కేసు నోటిఫికేషన్‌ను స్వీకరిస్తుంది. ఆ తర్వాత క్లెయిమ్‌దారుకు క్లెయిమ్ విధానం వివరించబడుతుంది.

b) కేస్ నిర్వహణ దశలు :

ఇది ఒక్కో కంపెనీని బట్టి మారుతుండవచ్చు. సాధారణ దశలు కింద ఇవ్వబడ్డాయి:

i. సహాయక కంపెనీ కేసు మేనేజర్ ప్రయోజనాలు, బీమా చేసిన సొమ్ము, పాలసీ కాలం, పాలసీదారు పేరును పరిశీలిస్తుంది.

ii. ఆ తర్వాత రోగి వైద్య పరిస్థితి, బిల్లింగ్ సమాచారం, ఖర్చు అంచనాలపై తాజా సమాచారం తెలుసుకోవడం కోసం వైద్య పరీక్ష/వైద్య గమనికలను పొందడానికి కేసు మేనేజర్ ఆస్పత్రితో సంప్రదిస్తారు. వైద్య పరీక్షల గమనికలు, వైద్య ఖర్చు అంచనాను స్వీకరిస్తున్న సహాయక కంపెనీ బీమా సంస్థకు తాజా సమాచారాన్ని అందిస్తుంది.

iii. క్లెయిమ్ అనుమతి నిర్ధారించబడి, బీమా కంపెనీ నుంచి ఆమోదం పొందడాన్ని బట్టి, ఆస్పత్రికి చెల్లింపు హామీ ఏర్పాటు చేయబడుతాయి.

iv. భారతదేశంలో (బీమా చేసిన వ్యక్తి స్థానిక ప్రదేశం) మరియు/లేదా నష్టం జరిగిన ప్రదేశంలో దర్యాప్తు తప్పనిసరి అనే పరిస్థితులు ఉండవచ్చు. వ్యక్తిగత ప్రమాద క్లెయిమ్‌ల విభాగంలో వివరించినట్టుగానే దర్యాప్తు ప్రక్రియ ఉంటుంది. సహాయక కంపెనీ సహాయంతో లేదా బీమా కంపెనీ ప్రత్యక్ష సంబంధాల ద్వారా విదేశంలో దర్యాప్తు అధికారి ఎంపిక చేయబడుతారు.

v. చికిత్సను కొనసాగించడానికి ఆమోదాన్ని పొందే క్రమంలో వైద్య పరీక్షల సంబంధిత, ఖర్చుల తాజా సమాచారం, ప్రగతి సమాచారం తదితరాలను బీమా సంస్థకు అందించడం కోసం సహాయక కంపెనీ కేస్ మేనేజర్ ఆ కేసును రోజువారీ ప్రాతిపదికన పర్యవేక్షిస్తుంటారు.

vi. రోగి డిశ్చార్జ్ అయిన వెంటనే, కేస్ మేనేజర్ తుది ఛార్జీలను నిర్ధారించడం కోసం ఆస్పత్రితో చాలా జాగ్రత్తగా పని చేస్తారు.

vii. బిల్లు సరైన రీతిలో పరిశీలించబడి, వడబోసి, తనిఖీ చేసేలా సహాయక కంపెనీ చూసుకుంటుంది. ఏదేని దోషం కనిపిస్తే, దానిని సరి చేయడం కోసం ఆస్పత్రిలోని బిల్లింగ్ విభాగం దృష్టికి తీసుకెళ్లబడుతుంది.

viii. ఆ తర్వాత సేవా సంస్థ, సహాయక కంపెనీ లేదా దాని సహాయక ధర నిర్ణాయక ఏజెంట్ మధ్య కుదిరిన ఒప్పందం మేరకు తుది బిల్లు తిరిగి మదింపు వేయబడుతుంది. ఆస్పత్రికి ఎంత త్వరగా చెల్లింపుపై హామీ ఇస్తే రీప్రైజింగ్ ద్వారా అంత ఎక్కువ మెరుగైన డిస్కౌంట్ పొందే అవకాశముంటుంది.

రీ-ప్రైజింగ్ అనేది అమెరికా ఆరోగ్య సంరక్షణలోని విలక్షణమైన స్వభావం. అమెరికా బయటి కేసుల్లో ఇది వర్తించదని చెప్పవచ్చు. అమెరికా కేసులు, అమెరికా బయటి కేసుల్లో ఉన్న ప్రధాన వ్యత్యాసం ఇదే.

c) క్లెయిమ్‌ల ప్రాసెసింగ్ దశలు:

i. క్లెయిమ్‌ల మదింపుదారు రీ ప్రైజ్ చేసిన/అసలు బిల్లును స్వీకరించి, సేవ తేదీలకు, అందించేన సేవలకు రక్షణ ఉందా అనే విషయాన్ని పరిశీలిస్తారు. ఛార్జీలు సరిగ్గా ఉన్నాయా, చికిత్స ప్రోటోకాల్‌కు తగ్గట్టు ఉన్నాయా అని సరిచూడడం కోసం సహాయక కంపెనీ స్వీకరించిన బిల్లును క్లెయిమ్‌ల విభాగం తనిఖీ చేస్తుంది. డిస్కౌంట్ అనేది తిరిగి నిర్ధారించబడి, బిల్లు ప్రాసెస్ చేయబడుతుంది.

ii. ఆ తర్వాత రీప్రైజింగ్ నోటిఫికేషన్ షీట్, ప్రయోజనాల వివరణ (ఇ.ఓ.బి)తో కలిపి చెల్లింపుకోసం ఆ బిల్లు బీమా సంస్థకు పంపించబడుతుంది.

iii. బీమా కంపెనీ బిల్లును స్వీకరించి, వెంటనే సహాయక కంపెనీకి చెల్లింపు జరిపేందుకు ఆమోదం తెలుపుతుంది.

d) చెల్లింపు ప్రక్రియ దశలు:

i. స్థానిక కార్యాలయం ద్వారా ఆస్పత్రికి చెల్లింపును విడుదల చేసేందుకు బీమా సంస్థ నుంచి సహాయక కంపెనీ అంగీకారాన్ని స్వీకరిస్తుంది.

ii. ఆర్థిక విభాగం చెల్లింపును విడుదల చేస్తుంది.

e) ఆస్పత్రిలో చేరే విధానాలు

i. జనాభాలో చాలామంది ప్రైవేటు బీమా లేదా ప్రభుత్వ పథకాల ద్వారా విశ్వవ్యాప్త ఆరోగ్య రక్షణ కలిగి ఉన్నందున భారతదేశంలోని ఆస్పత్రులతో పోల్చితే విదేశాల్లోని వ్యవస్థ, ప్రత్యేకించి అమెరికా, ఐరోపాల్లో వ్యవస్థ వేరుపడుతుంటుంది. బీమా పొందిన వ్యక్తి ఓ చెల్లుబాటు ఆరోగ్య లేదా విదేశీ ప్రయాణ బీమా పాలసీని అందించిన వెంటనే చాలావరకు ఆస్పత్రులు అన్ని అంతర్జాతీయ బీమా కంపెనీల నుంచి చెల్లింపుల హామీని అంగీకరిస్తాయి.

చాలా దేశాల్లో బీమా రక్షణ నిర్ధారణ లేదా నగదు డిపాజిట్టు కారణాలతో చికిత్సను జాప్యం చేసే పరిస్థితి ఉండదు.

ఆస్పత్రులు వెంటనే చికిత్సను ప్రారంభిస్తాయి. బీమా రక్షణ ఉంటే, బీమా పాలసీ చెల్లిస్తుంది. లేదంటే చికిత్స పొందుతున్న వాళ్లు చెల్లించాల్సి ఉంటుంది. చెల్లింపులు ఆలస్యమైతే ఆస్పత్రులు ఛార్జీలను పెంచే అవకాశముంటుంది.

చెల్లింపు వెంటనే జరిగితే, ఆస్పత్రులు సత్వర చెల్లింపుకోసం అధిక డిస్కౌంట్లను అందిస్తాయి. ఆస్పత్రి బిల్లులను త్వరగా చెల్లిస్తామని చెప్పి, తగ్గింపుల కోసం రీ-ప్రైజింగ్ ఏజెన్సీలు ఆస్పత్రులతో చర్చలు జరుపుతాయి.

ii. సహాయక కంపెనీలు అందించిన టోల్‌ఫ్రీ నెంబర్లలో నెట్‌వర్క్ ఆస్పత్రులు, విధానాలకు సంబంధించిన సమాచారం బీమాదారులకు అందుబాటులో ఉంటుంది.

iii. ఆస్పత్రిలో చేరాల్సిన అవశ్యకత ఏర్పడినప్పుడు, బీమాదారు ఆ విషయాన్ని కాల్‌సెంటర్‌కు తెలిపి, చెల్లుబాటు ప్రయాణ బీమా పాలసీతో నిర్థిష్ఠ ఆస్పత్రికి వెళ్లాల్సి ఉంటుంది.

iv. పాలసీ చెల్లుబాటును తనిఖీ చేసి, కవరేజీని పరిశీలించడానికి ఆస్పత్రులు సాధారణంగా సహాయక కంపెనీలు/బీమా సంస్థలను సంప్రదిస్తాయి.

v. పాలసీని ఆస్పత్రి అంగీకరించిన వెంటనే బీమాదారు నగదు రహిత ప్రాతిపదికన ఆస్పత్రిలో చికిత్స అందుకుంటారు.

vi. అడ్మిట్ చేసే యోగ్యతను నిర్ధారించడానికి బీమా సంస్థ/సహాయక సంస్థకు అవసరమైన ప్రాథమిక సమాచారం ఏమిటంటే

1. వ్యాధి వివరాలు
2. ఏదేని పూర్వ చరిత్ర, ఆస్పత్రి వివరాలు, భారతదేశంలో స్థానిక వైద్యాధికారి:
   - ✓ గత చరిత్ర, ప్రస్తుత చికిత్స, ఆస్పత్రిలో తదుపరి చర్యలు, త్వరిత గతిన పంపడానికి అభ్యర్థన.
   - ✓ చికిత్స అందిస్తున్న వైద్యుల నివేదికతో పాటు క్లెయిమ్ ఫారం
   - ✓ పాస్‌పోర్ట్ ప్రతి
   - ✓ వైద్య సమాచార పత్రం విడుదల

f) వైద్య ఖర్చులు మరియు వైద్యేతర క్లెయిమ్‌ల రీఇంబర్స్‌మెంట్:

రీఇంబర్స్‌మెంట్ క్లెయిమ్‌లను సాధారణంగా బీమా చేసిన వారు భారతదేశానికి తిరిగి వచ్చిన తర్వాత దాఖలు చేస్తారు. క్లెయిమ్ పత్రాలను స్వీకరించిన మీదట సాధారణ ప్రక్రియ ప్రకారం క్లెయిమ్ ప్రాసెస్ చేయబడుతుంది. చెల్లింపును విదేశీ కరెన్సీలో జరిపే నగదు రహిత క్లెయిమ్‌లలో జరిపినట్టు కాక నగదు అనుమతించిన క్లెయిమ్‌లన్నిటికీ చెల్లింపులను భారతీయ రూపాయలలోనే చేస్తుంటారు.

రీఇంబర్స్‌మెంట్ క్లెయిమ్‌లను ప్రాసెస్ చేసే సమయంలో, ద్రవ్య మార్పిడీ రేటు భారతీయ రూపాయలలో అప్పు భారాన్ని లెక్కించడం కోసం నష్టం జరిగిన తేదీ ప్రకారం వర్తింపజేయబడుతుంది. ఆ తర్వాత చెక్కు లేదా ఎలక్ట్రానిక్ బదిలీ ద్వారా చెల్లింపు జరుపుతారు.

i. వ్యక్తిగత ప్రమాద క్లెయిమ్‌ల విభాగంలో వివరించినట్టుగానే వ్యక్తిగత ప్రమాద క్లెయిమ్‌లు ప్రాసెస్ చేయబడుతాయి.

ii. బెయిల్ బాండ్ కేసులు, ఆర్థిక ఎమెర్జన్సీ కేసులకు సహాయక కంపెనీ ముందస్తుగానే చెల్లించి, తర్వాత బీమా కంపెనీ నుంచి క్లెయిమ్ చేసుకుంటుంది.

iii. అన్ని ఇతర క్లెయిమ్‌లకు అనుసరించే విధానంలోనే అంగీకారం కాని క్లెయిమ్‌లకు క్లెయిమ్‌ల తిరస్కరణ అనుసరించబడుతుంది.

g) వైద్య ప్రమాదం మరియు అస్వస్థత ఖర్చులకు క్లెయిమ్ డాక్యుమెంటేషన్

i. క్లెయిమ్ పత్రం

ii. వైద్యుడి నివేదిక

iii. అడ్మిషన్/డిశ్చార్జ్ కార్డు అసలు

iv. అసలు బిల్లులు/రశీదులు/మందుచీటీ

v. అసలు ఎక్స్-రే నివేదికలు/ రోగలక్షణాలకు సంబంధించినది/దర్యాప్తు నివేదికలు

vi. ప్రవేశ మరియు నిష్క్రమణతో పాస్‌పోర్టు/వీసా ప్రతి

పై జాబితా సూచనాత్మకం మాత్రమే. నిర్దిష్ట కేసు వివరాల ఆధారంగా లేదా ఆయా నిర్దిష్ట బీమా సంస్థ అనుసరించే క్లెయిమ్ సెటిల్‌మెంట్ పాలసీ/విధానం ఆధారంగా అదనపు సమాచారం/దస్తావేజులు కావాల్సి రావచ్చు.

మిమ్మల్ని మీరు పరీక్షించుకోండి 5

_________________ ను సహాయక కంపెనీ ముందస్తుగా చెల్లించి, బీమా కంపెనీ నుంచి ఆ తర్వాత క్లెయిమ్ చేస్తుంది.

I. బెయిల్ బాండ్ కేసులు

II. వ్యక్తిగత ప్రమాద క్లెయిమ్‌లు

III. విదేశీ ప్రయాణ బీమా క్లెయిమ్‌లు

IV. అంగీకార యోగ్యంకాని క్లెయిమ్‌లు

సారాంశం

a) బీమా ఒక 'వాగ్దానం'. పాలసీ ఆ 'వాగ్దానానికి సాక్ష్యం'. బీమాను ఉపయోగించుకోవలసి వచ్చే సంఘటన చోటుచేసుకోవడం, పాలసీ కింద క్లెయిమ్‌నకు దారితీయడం ఆ వాగ్దానానికి అసలు పరీక్షగా నిలుస్తుంది.

b) బీమా కంపెనీ క్లెయిమ్‌ల చెల్లింపు సామర్థ్యం బీమాలో ముఖ్య రేటింగ్ పరామితులలో ఒకటి.

c) బీమాను కొనుగోలు చేసే కస్టమర్లు ప్రాథమిక వాటాదారు, క్లెయిమ్ స్వీకర్తలు కూడా అవుతారు.

d) నగదు రహిత క్లెయిమ్‌లో నెట్ వర్క్ ఆస్పత్రి బీమా సంస్థ/టి.పి.ఏ ఇచ్చిన ముందస్తు అనుమతిని ఆధారం చేసుకుని వైద్య సేవలను అందిస్తుంది. తర్వాత క్లెయిమ్ పరిష్కారానికి డాక్యుమెంట్లను సమర్పిస్తుంది.

e) రియింబర్స్‌మెంటు క్లెయిమ్‌లో, వినియోగదారు తన జేబులో సొమ్మును మొదట ఆస్పత్రికి చెల్లించేసి, తర్వాత చెల్లింపు కోసం క్లెయిమ్‌ను బీమా సంస్థ/టి.పి.ఏ వద్ద దాఖలు చేస్తాడు.

f) వినియోగదారు క్లెయిమ్ వర్తమానం పంపడంతో అతనికి క్లెయిమ్‌ల పరిష్కార బృందానికి మధ్య మొదటగా సంబంధం ఏర్పడుతుంది.

g) బీమా క్లెయిమ్ విషయంలో ఏదైనా మోసం జరిగినట్లు బీమా కంపెనీ అనుమానిస్తే, దాన్ని దర్యాప్తునకు పంపిస్తుంది. ఈ దర్యాప్తు బీమా సంస్థలోనివారు లేదా టి.పి.ఏ చేయవచ్చు. లేదా వృత్తిపరమైన దర్యాప్తు సంస్థకు కూడా అప్పగించవచ్చు.

h) క్లెయిమ్‌ల స్థితిని ఆధారం చేసుకుని బీమా సంస్థ అన్ని క్లెయిమ్‌లకు పుస్తకాలలో చేసే మొత్తాల కేటాయింపును రిజర్వింగు సూచిస్తుంది.

i) క్లెయిమ్‌ను తిరస్కరిస్తే, పాలసీదారు బీమా సంస్థకు తిరిగి అర్జీ పెట్టుకోవడంతోబాటు న్యాయం కోరుతూ ఇన్స్యూరెన్స్ అంబుడ్స్ మన్‌ను లేదా వినియోగదారుల ఫోరంలను లేదా చివరకు లీగల్ అథారిటీలను కూడా ఆశ్రయించవచ్చు.

j) మోసాలు ఎక్కువగా హాస్పిటలైజేషన్ నష్టపరిహార పాలసీలలో చోటుచేసుకుంటాయి. కానీ, మోసపూరిత క్లెయిమ్‌లు చేసేందుకు పర్సనల్ యాక్సిడెంట్ పాలసీలను ఉపయోగించుకోవడం కూడా ఉంది.

k) టి.పి.ఏ అనేక ముఖ్యమైన సేవలను బీమా సంస్థకు అందించి ఫీజుల రూపంలో ప్రతిఫలం పొందుతుంది.

స్వయం పరీక్షా ప్రశ్నలు

ప్రశ్న 1

బీమా క్లెయిమ్ ప్రక్రియ ప్రాథమిక వాటాదారుగా దిగువ పేర్కొన్న వారిలో ఎవరిని పరిగణిస్తారు?

I. కస్టమర్లు

II. యజమానులు

III. అండర్ రైటర్లు

IV. బీమా ఏజంట్లు / బ్రోకర్లు

ప్రశ్న 2

గిరీశ్ సక్సేనా బీమా క్లెయిమ్‌ను బీమా కంపెనీ తిరస్కరించింది. ఆయనకు బీమా సంస్థకు తిరిగి అర్జీ పెట్టుకోవడంతోబాటు అందుబాటులో ఉన్న ఇతర ప్రత్యామ్నాయాలు ఏమిటి?

I. ప్రభుత్వాన్ని ఆశ్రయించడం

II. లీగల్ అథారిటీలను ఆశ్రయించడం

III. బీమా ఏజంట్ ను ఆశ్రయించడం

IV. క్లెయిమ్‌ను తిరస్కరిస్తే చేయగలిగింది ఏమీ లేదు

ప్రశ్న 3

రాజీవ్ మెహతో సమర్పించిన ఆరోగ్య బీమా క్లెయిమ్‌పై దర్యాప్తు చేసినపుడు, రాజీవ్ మెహతోకి బదులుగా అతని సోదరుడు రాజేశ్ మెహతో చికిత్స కోసం ఆస్పత్రిలో చేరినట్లు బీమా కంపెనీ కనుగొంది. రాజీవ్ మెహతో పాలసీ కుటుంబ ఫ్లోటర్ పథకం కింద తీసుకున్నది కాదు. ఇది ____________ మోసానికి ఉదాహరణ.

I. వ్యక్తుల మార్పిడి

II. డాక్యుమెంట్లను సృష్టించడం

III. ఖర్చులను ఎక్కువ చేసి చెప్పడం

IV. ఔట్ పేషంట్ గా తీసుకున్న చికిత్సను ఇన్-పేషంట్/ఆస్పత్రిలో చేరడంగా మార్చి చూపడం

ప్రశ్న 4

ఆరోగ్య బీమా పాలసీ కింద నివాస గృహంలోనే చికిత్స పొందడానికి దిగువవాటిలో ఏ పరిస్థితి వీలు కల్పిస్తుంది?

I. అతను/ఆమె పరిస్థితి ఆస్పత్రి/నర్సింగ్ హోమ్ కు తరలించదగినదిగానే ఉంది. కానీ, వెళ్లకూడదని భావించారు

II. పేషంట్ ను ఆస్పత్రి/నర్సింగ్ హోమ్ కు తరలించడానికి లేదు. ఎందుకంటే, వాటిలో పడకలు ఖాళీ లేవు

III. ఆస్పత్రి/నర్సింగ్ హోమ్ లో మాత్రమే చికిత్స నిర్వహించడం కుదురుతుంది.

IV. ఆస్పత్రిలో 24 గంటలకు మించి ఉండవలసి రావడం

ప్రశ్న 5

అనారోగ్యాన్ని నయం చేయడానికి అనుసరించిన విధానాలను ఈ దిగువ కోడ్ లలో ఏది పట్టి ఇస్తుంది ?

I. ఐ.సి.డి

II. డి.సి.ఐ

III. సి.పి.టి

IV. పి.సి.టి

స్వయం పరీక్షా ప్రశ్నలకు జవాబులు

జవాబు 1

సరైన ఎంపిక I.

బీమా క్లెయిమ్ ప్రక్రియలో కస్టమర్లే ప్రాథమిక వాటాదారులు.

జవాబు 2

సరైన జవాబు II.

బీమా క్లెయిమ్ తిరస్కరణకు గురైతే, పాలసీదారులు లీగల్ అథారిటీలను ఆశ్రయించవచ్చు.

జవాబు 3

సరైన ఎంపిక I.

వ్యక్తుల మార్పిడికి ఇది ఉదాహరణ. బీమా తీసుకున్న వ్యక్తి, చికిత్స పొందిన వ్యక్తి వేర్వేరు.

జవాబు 4

సరైన ఎంపిక II.

ఆస్పత్రి/నర్సింగ్ హోమ్ లలో పడకలు అందుబాటులో లేనపుడు పేషంటును తరలించలేని సందర్భంలో మాత్రమే ఆరోగ్య బీమా పాలసీలో నివాస గృహంలోనే చికిత్స పొందే వీలుంది.

జవాబు 5

సరైన ఎంపిక III.

కరెంట్ ప్రొసీజర్ టెర్మినాలజీ (సి.పి.టి) కోడ్ లు అనారోగ్యానికి చికిత్స చేసిన విధానాలను పట్టిస్తాయి.