

प्रेस विज्ञप्ति
Press Release

स्वास्थ्य बीमा में सुधार
Reforms in Health Insurance

- अधिक स्वास्थ्यकर बीमा परिदृश्य की ओर
- -towards healthier insurance landscape

पालिसीधारकों के सशक्तीकरण को बढ़ाने की दिशा में उल्लेखनीय कदम के रूप में तथा समावेशी स्वास्थ्य बीमा को सहारा देते हुए, भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई) ने 55 परिपत्रों को निरस्त करते हुए स्वास्थ्य बीमा उत्पादों संबंधी एक व्यापक मास्टर परिपत्र जारी किया है।

इस मास्टर परिपत्र ने पालिसीधारकों/संभावित ग्राहकों के लिए एक स्वास्थ्य बीमा पालिसी में उपलब्ध पात्रताओं को उनके सुलभ संदर्भ के लिए एक स्थान पर लाकर रखा है और साथ ही, यह स्वास्थ्य बीमा पालिसी प्राप्त करनेवाले पालिसीधारक के लिए निर्बाध, अधिक तेज और झंझट-रहित दावा अनुभव उपलब्ध कराने की दिशा में उपायों पर बल देता है तथा समूचे स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र में संवर्धित सेवा मानकों को सुनिश्चित करता है।

उक्त मास्टर परिपत्र की मुख्य-मुख्य विशेषताएँ हैं :

पालिसीधारकों/संभावित ग्राहकों/ग्राहकों के लिए

- बीमाकर्ताओं के द्वारा पालिसीधारकों/संभावित ग्राहकों की वहन-क्षमता के उपयुक्त होने के लिए सभी आयुओं, क्षेत्रों, व्यावसायिक श्रेणियों, स्वास्थ्य की स्थितियों और चिकित्साओं, सभी प्रकार के अस्पतालों और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं की आवश्यकताएँ पूरी करते हुए **विविध बीमा उत्पाद प्रस्तावित करने** के द्वारा उत्पाद/एड-आन/राइडर उपलब्ध कराने के द्वारा **अधिक व्यापक विकल्प** दिये जाएँगे।
- **ग्राहक सूचना पत्रक (सीआईएस)** जो बीमाकर्ता के द्वारा प्रत्येक पालिसी दस्तावेज के साथ दिया जाता है। यह सरल शब्दों में बीमा पालिसियों की मूलभूत विशेषताएँ स्पष्ट करता है, जैसे बीमा का प्रकार, बीमाकृत राशि, कवरेज का विवरण, अपवर्जन, उप-सीमाएँ, कटौतीयोग्य मर्दे, और प्रतीक्षा अवधियाँ।
- ग्राहक को उसकी स्वास्थ्य स्थितियों/विशिष्ट आवश्यकताओं के अनुसार **उत्पादों/एड-आनों/राइडरों का चयन करने के लिए लचीलापन** उपलब्ध कराया जाता है।
- कई स्वास्थ्य बीमा पालिसियों से युक्त पालिसीधारक उस/उन पालिसी (पालिसियों) का चयन कर सकता है जिसके/जिनके अंतर्गत वह स्वीकार्य दावा राशि प्राप्त कर सकता/सकती है। प्राथमिक बीमाकर्ता जिसके पास दावा सर्वप्रथम प्रस्तुत किया जाता है, अन्य बीमाकर्ताओं से शेष राशि के निपटान के संबंध में समन्वय करेगा और उसे सुसाध्य बनाएगा।

- पालिसी अवधि के दौरान कोई दावा न करने की स्थिति में, बीमाकर्ता ऐसे **दावा न करने के बोनस (नो क्लेम बोनस)** का चयन करने के लिए विकल्प उपलब्ध कराते हुए **बीमित राशि में वृद्धि करने** अथवा **प्रीमियम राशि में छूट देने के द्वारा** पालिसीधारकों को पुरस्कृत कर सकते हैं।
- पालिसीधारक असमाप्त पालिसी अवधि के लिए **प्रीमियम /आनुपातिक प्रीमियम की वापसी** प्राप्त करेगा, यदि वह पालिसी अवधि के दौरान किसी भी समय अपनी पालिसी को निरस्त करने का विकल्प प्रयुक्त करता है।
- कोई भी स्वास्थ्य बीमा पालिसी **नवीकरणयोग्य** है तथा इस आधार पर कि पूर्ववर्ती पालिसी वर्षों में दावा (दावे) किया गया था, (किये गये थे) उसे अस्वीकार नहीं किया जाएगा, केवल उस स्थिति को छोड़कर जहाँ बीमाकृत व्यक्ति के द्वारा कोई प्रमाणित धोखाधड़ी की गई हो, या प्रकटीकरण नहीं किया गया हो या कोई गलतबयानी की गई हो। बीमाकर्ता तब तक नये जोखिम-अंकन का सहारा नहीं लेगा, जब तक कि **बीमित राशि में वृद्धि** नहीं की जाती।

बीमाकर्ताओं के द्वारा अपेक्षित अनुपालन

- पालिसीधारकों के प्रभावी, कुशल और निर्बाध प्रवेश (आनबोर्डिंग), पालिसी के नवीकरण, पालिसी सर्विसिंग, शिकायत निवारण के लिए **संपूर्ण प्रौद्योगिकीगत समाधान** उपलब्ध करायें।
- एक समयबद्ध तरीके से **100% नकदीरहित दावा निपटान** को सुसाध्य बनाने की स्थिति प्राप्त करने के लिए प्रयास करें।
- जनता के **विभिन्न खंडों की वहन- क्षमता** को ध्यान में रखते हुए सभी श्रेणियों के अस्पतालों / स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं का **पैनल बनाना**।
- बीमाकर्ता की वेबसाइट पर **प्रमुख रूप के प्रदर्शित करें**
 - उन अस्पतालों/स्वास्थ्यरक्षा सेवा प्रदाताओं की सूची जिनके साथ नकदीरहित दावा निपटान की उनकी तालमेल व्यवस्था है।
 - विनिर्दिष्ट करें कि पालिसीधारक को दावे की प्रतिपूर्ति के लिए फाइल करना होगा यदि सेवाएँ सूचीबद्ध अस्पतालों / स्वास्थ्यरक्षा सेवा प्रदाताओं को छोड़कर अन्य स्थानों पर प्राप्त की गई हैं।
 - नकदीरहित सुविधा और दावों की प्रतिपूर्ति के अंतर्गत **दावों के निपटान के लिए प्रक्रियाओं का अनुसरण किया जाना चाहिए**।
- **नकदीरहित प्राधिकरण अनुरोधों पर तत्काल और एक घंटे** के अंदर तथा अस्पताल से अनुरोध के **तीन घंटों के अंदर अस्पताल से डिस्चार्ज होने पर** अंतिम प्राधिकरण के लिए निर्णय करें।
- चिकित्सा के दौरान **मृत्यु** होने की स्थिति में, अस्पताल से **पार्थिव शरीर तत्काल** निर्मुक्त किया जाना चाहिए।
- दावा समीक्षा समिति के अनुमोदन के बिना **किसी भी दावे को निराकृत नहीं किया जा सकता**।
- दावा निपटानों के लिए, पालिसीधारक को कोई भी दस्तावेज प्रस्तुत करने की आवश्यकता नहीं होगी। बीमाकर्ता और टीपीए आवश्यक दस्तावेज अस्पतालों से प्राप्त करेंगे।

- भारतीय बीमा सूचना ब्यूरो (आईआईबी) <https://iib.gov.in/portal> पर सुवाहता संबंधी अनुरोधों के लिए वर्तमान बीमाकर्ता और कार्य करने के लिए अधिग्राहक बीमाकर्ताओं के लिए अधिक सख्त समय-सीमाएँ लागू की जा रही हैं।
- यदि लोकपाल के अधिनिर्णयों का कार्यान्वयन 30 दिन के अंदर नहीं किया जाता, तो ऐसी स्थिति में बीमाकर्ता पालिसीधारक को रु.5000/- प्रति दिन अदा करने के लिए बाध्य होगा।
- अन्य चिकित्साओं के साथ सममूल्य पर आयुष चिकित्सा को सुनिश्चित करने के लिए जोखिम-अंकन नीति। पालिसीधारकों को अपनी पसंद की चिकित्सा का चयन करने के लिए विकल्प दिया जाना चाहिए।
- टीपीएस के कार्यनिष्पादन की निगरानी की जानी चाहिए। टीपीएस को भुगतान केवल संतोषजनक सेवा का निर्वहण करने के बाद ही किया जाएगा। ग्राहक की प्रतिसूचना (फीडबैक) के आधार पर टीपीएस को अदा किये गये पारिश्रमिक/प्रभार के संबंध में कराधान द्वारा भरपाई (क्ला बैक) आगे पालिसीधारकों को दी जाएगी।
- उत्पादों के प्रत्याहरण की स्थिति में पालिसीधारक को किसी अन्य उपयुक्त उत्पाद में अंतरण करने (प्रत्याहरित उत्पाद के वर्तमान या आशोधित वर्शन में) अथवा उत्पादों का नवीकरण करने के लिए एकबारगी (वनटाइम) विकल्प (यदि नवीकरण प्रत्याहरण की तारीख से 90 दिन के अंदर नियत है) के रूप में उपयुक्त विकल्प दिया जाना (दिये जाने) चाहिए।

यह मास्टर परिपत्र पालिसीधारकों को सशक्त बनाने के लिए एक ऐतिहासिक प्रयास का निरूपण करता है, यह सुनिश्चित करता है कि पालिसीधारक स्वास्थ्यरक्षा और सेवा के उच्चतम मानक प्राप्त करें, स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र में विश्वास और पारदर्शिता के परिवेश को प्रोत्साहित करता है।

विस्तृत मास्टर परिपत्र आईआरडीएआई वेबसाइट [Document Detail - IRDAI](#)(लिंक)पर रखा गया है।

In a significant stride towards reinforcing empowerment of policyholders and bolstering inclusive health insurance, the Insurance Regulatory and Development Authority of India (IRDAI) has issued a comprehensive Master Circular on Health Insurance Products repealing 55 circulars.

The Master Circular has brought in one place the entitlements in a health insurance policy available to a Policyholder/prospects for their easy reference and also emphasizes measures towards providing seamless, faster and hassle-free claims experience to a policyholder procuring health insurance policy and ensuring enhanced service standards across the health insurance sector.

Salient features of the Master Circular are:

For Policyholders/Prospects/Customers

- **Wider choice** to be provided by the Insurers by making available products/add-ons/riders by **offering diverse insurance products** catering to all ages, regions, occupational categories, medical conditions/ treatments, all types of

Hospitals and Health Care Providers to suit the affordability of the policyholders/prospects.

- **Customer Information Sheet (CIS)** which is provided by the Insurer along with every policy document. It explains the basic features of insurance policies in simple words like type of insurance, sum insured, coverage details, exclusions, sub-limits, deductibles, and waiting periods
- Customer to be provided with the **flexibility to choose products/add-ons/riders** as per his/her medical conditions/specific needs.
- A Policyholder with multiple health insurance policies gets to choose the policy (s) under which he/she can get the admissible claim amount. The primary insurer with whom claim is first submitted shall coordinate and facilitate settlement of balance amount from the other insurers
- In case of no claims during the policy period, the insurers may reward the policyholders by providing an option to choose such **No Claim Bonus** either by **increasing the sum insured** or **discounting the premium amount**.
- Policyholder to get **refund of premium/ proportionate premium** for unexpired policy period, if he chooses to cancel his/her policy at any time during the policy term
- A health insurance policy is **renewable** and **shall not be denied** on the ground that claim (s) was made in the preceding policy years, except in case of established fraud or non-disclosure or misrepresentation by the Insured. An Insurer shall **not resort to fresh underwriting** unless there is an **increase in sum insured**

Compliance required by the Insurers

- Provide **end to end technology solutions** for effective, efficient and a seamless onboarding of policyholders, renewal of policy, policy servicing, grievance redressal
- Strive towards achieving facilitation of **100% cashless claim settlement** in a time bound manner
- **Empanelment** of all categories of hospitals /health service providers considering the **affordability of different segments** of population.
- **Display prominently** on insurer's website
 - list of hospitals/healthcare service providers with whom they have tie up for cashless claim settlement;
 - Specify that a policyholder has to file for claim reimbursement in case services are availed in other than empanelled hospitals / healthcare service providers;

- **Procedures to be followed for claim settlement** under cashless facility and reimbursement of claims
- To decide on **cashless authorization requests immediately** and within **one hour** and final authorization **on discharge from hospital** within **three** hours of request from the hospital.
- In the event of **death** during the treatment, **mortal remains to be released** from the Hospital **immediately**.
- **No claim can be repudiated** without the approval of the Claims Review Committee which is required to take decision on repudiation of every claim
- For claim settlements, the policyholder shall not be required to submit any documents. Insurers and TPAs shall collect the required documents from the Hospitals.
- For portability requests on Insurance Information Bureau of India (IIB) <https://iib.gov.in/> portal, stricter timelines being imposed for the existing insurer and the acquiring insurers to act
- Insurer is liable to pay Rs. 5000/- per day to the policyholder in case ombudsman awards are not implemented within 30 days
- Underwriting policy to ensure Ayush treatment at par with the other treatments. Policyholders to be given an option to choose treatment of their choice.
- Performance of TPAs to be monitored. Payments to be made to the TPAs only upon full discharge of satisfactory service. Claw back of remuneration/charges paid to TPA basis customer feedback, which shall be passed on to the policyholders.
- In case of withdrawal of products suitable option(s) to be given to policyholder to migrate to any other suitable product (existing or modified version of the withdrawn product) or one-time option to renew the products (if renewal falls within 90 days from the date of withdrawal)

This Master Circular represents a landmark effort to empower the policyholders, ensuring they receive the highest standards of care and service; fostering an environment of trust and transparency in the health insurance sector.

The detailed Master Circular is placed at IRDAI website at [Document Detail - IRDAI \(LINK\)](#).
