



انسورنس ریگولیٹری اینڈ  
ڈیولپمنٹ اتھارٹی



صحت کے بیمہ  
پر کتابچہ

کیا آپ کی بیمہ کمپنی سُن رہی ہے  
آپ کی بات؟



اگر آپ کی بیمہ کمپنی آپ کی شکایتوں  
کو نہیں سُن رہی ہے تو برائے مہربانی  
رابطہ قائم کریں

آئی آر ڈی اے گریوینس کال سینٹر

ٹول فری نمبر: 155255

اور اپنی شکایتیں رجسٹر کرائیں اور ان کی صورت حال کا پتہ لگائیں یا آپ ہمیں  
www.igms.irda.gov.in پر لاگ آن کر سکتے ہیں

عوامی آگاہی کیلئے شروع کیا گیا ہذا  
انسورنس ریگولیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی

INSURANCE REGULATORY AND  
DEVELOPMENT AUTHORITY



جس کے فروغ و جاننے کے لیے یہ کارڈ کو محفوظ رکھنا۔

www.irda.gov.in

## 1. اس کتابچے کے بارے میں

اس کتابچے کو صحت کے بیمے پر ایک رہنما کی حیثیت سے انشورنس ریکویلیٹری اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی (آئی آر ڈی اے) کے ذریعے تیار کیا گیا ہے اور یہ صرف عام معلومات دیتا ہے۔ اس میں دی ہوئی کوئی بھی معلومات کسی بیمہ پالیسی کے اصولوں و ضابطوں کی جگہ نہیں لیتی ہے یا ان پر مقدم نہیں ہوتی ہے۔

کسی پالیسی کے تعلق سے مخصوص معلومات کیلئے یا کسی بھی دیگر اضافی معلومات کیلئے برائے مہربانی کسی باضابطہ طور پر لائسنس یافتہ ایجنٹ یا بروکر یا آئی آر ڈی اے سے رجسٹرڈ کردہ کسی بیمہ کمپنی سے گفت و شنید کریں۔

## مضمون:

1. اس کتابچے کے بارے میں
2. صحت کا بیمہ
3. اکثر پوچھے جانے والے سوالات
4. پالیسی ہولڈر کو خدمت فراہم کرنے کا TATs
5. اگر آپ کو کوئی شکایت ہو

رینیل کے وقت کچھ فیصد سے بیمہ کردہ رقم بڑھائی جاتی ہے جو زیادہ سے زیادہ فیصد سے مشروط ہے (عام طور پر 50%)۔ دعوے کے معاملے میں اگلے رینیل پرسی بی بی کو 10% سے گھٹایا جاتا ہے۔

### ● صحت کی جانچ کی لاگت

صحت کی پالیسیوں میں صحت کی جانچ کی لاگت کے بھر پائی کا پرویزن بھی ہو سکتا ہے۔ یہ سمجھنے کیلئے اپنی پالیسی دھیان سے پڑھیں جس کی اجازت دی گئی ہے۔

### ● اسپتال میں بھرتی کی کم سے کم مدت

پالیسی کے تحت دعوے کیلئے قابل بننے کی غرض سے اسپتال میں کچھ گھنٹوں تک کم سے کم بھرتی ہونا ضروری ہے۔ عام طور پر یہ 24 گھنٹے ہے۔ اس وقت کی یہ حد حادثے سے لگی چوٹوں کے علاج کیلئے اور کچھ مخصوص کردہ معالجات کیلئے لاگو نہیں ہوتی۔ تفصیل کو سمجھنے کیلئے پالیسی پروویژن کو پڑھیں۔

### ● اسپتال کیلئے داخلے سے پہلے اور بعد کے اخراجات

اسپتال میں داخلے سے پہلے اور بعد میں کچھ دنوں میں ہوئے خرچوں اور ڈسچارج ہونے کی تاریخ سے ایک مخصوص کردہ مدت کیلئے ہوئے خرچوں کو دعوے کا حصہ مانا جاسکتا ہے بشرطیکہ خرچ بیماری رمدستی سے متعلق ہو۔ اس تعلق سے مخصوص پروویژن کو پڑھیں۔

### ● کیش لیس سہولت

بیمہ کمپنیوں کا دیس میں اسپتالوں کے نیٹ ورک کے ساتھ گٹھ جوڑ ہوتا ہے۔ اگر پالیسی ہولڈر کسی بھی نیٹ ورک اسپتال میں علاج لیتا ہے تو بیمہ کردہ فرد کو اسپتال کیلئے بلوں کی

## 2. صحت کا بیمہ

”صحت کے بیمے“ کا تعلق بیمے کی اس قسم سے ہے جو خاص طور سے آپ کے طبی اخراجات کا احاطہ کرتا ہے۔ دیگر پالیسیوں کی طرح صحت کی بیمہ پالیسی بیمہ کنندہ اور فرد گروپ کے درمیان ایک معاہدہ ہے جس میں بیمہ کنندہ خاص ”پرییمیم“ پر منحصر صحت کے بیمے کا احاطہ پیش کرنے کیلئے راضی ہوتا ہے جو پالیسی میں بیان کردہ شرائط و ضوابط سے مشروط ہوتا ہے۔

### ● صحت کا بیمہ پالیسی عام طور پر کس کا احاطہ کرتی ہے

صحت کی بیمہ پالیسی عام طور پر ہر بیمہ کردہ فرد کے تعلق سے درج ذیل عناصروں کے تحت کئے گئے واجب اور ضروری اخراجات کا احاطہ کرتی ہے جو بیمہ کردہ رقم کی کل حد سے مشروط ہے (ایک پالیسی کی مدت کے دوران سبھی دعوؤں کیلئے)

(اے) کمرہ، بورڈنگ کے اخراجات

(بی) نرسنگ کا خرچ

(سی) سرجن، اینیستھیسیٹ، فزیشن، کنسلٹینٹس، اسپیشلیسٹ کی فیس

(ڈی) اینیستھیسیا، خون، آکسیجن، آپریشن تھیٹر چارجز، سرجیکل ساز و سامان،

دوائیں، ڈرگس، ڈائیکو سٹک میٹریل، ایکسے، ڈائیلیسیس، کیوتھیروپنی،

ریڈیوتھیروپنی، پیس میکر کا خرچ، آرٹیفیشیل لمبس، اعضاء کا خرچ اور اسی طرح

کے اخراجات۔

### ● بیمہ کردہ رقم

پیش کردہ بیمہ کردہ رقم کسی فرد پر یا گل ملا کر خاندان کیلئے فلوڈر کے انحصار پر ہو سکتی ہے۔

### ● کیومیولیٹیو بونس (سی بی)

صحت کی بیمہ پالیسیاں کیومیولیٹیو بونس پیش کر سکتی ہیں جس میں ہر دعوے کیلئے مُفت سال کیلئے

(بی) پہلے سال کے پالیسی کے تحت احاطے کی تاریخ سے پہلے 30 دنوں میں بدھتی / بیماری کیلئے کوئی دعویٰ۔ حادثے سے چوٹ کے دعوؤں کیلئے لاگو نہیں ہوتا ہے۔

(سی) احاطے کے پہلے سال کے دوران موت یا بند، بینائیں، پروسٹریٹیک بائیوٹرانسی، ڈسٹرکٹیوٹی، مینورہیجیا یا فبروما یا کینس، ہرنیہ، ہائیڈروسیل، کالجیکٹل انٹرنل ڈیسیزیز، مقعد میں فسٹولا، ابواسیر، سائنسائٹس اور متعلقہ بیماریاں۔

ڈی) ختمہ جب تک بیماری کے علاج کے حق میں نہ ہو

(ای) چشمہ، کانٹیکٹ لینس، سنسنے کے آلے کا خرچ

(ایف) دانت کی علاج / سرجری جب تک اسپتال میں داخلے کی ضرورت نہ ہو

(جی) صحت کا فائدہ، عام کمزوری، پیدائشی باہری نقص، وی ڈی، جان بوجھ کر خود کو ضرر پہنچانا، نشیلی دواؤں / الکوحل کا استعمال، ایڈس، تشخیص کیلئے اخراجات، ایکس رے یا ایب جانچیں جو اسپتال میں داخلے کی ضرورت والی بیماری کے نتیجے میں نہ ہو۔

(ایچ) حمل یا بچے کی پیدائش سے منسلک کردہ علاج جس میں شامل ہے سیزیرین سیکشن۔

(آئی) نیورڈیپٹی علاج

اصل اخراج مصنوع کے مطابق اور کمپنی در کمپنی الگ الگ ہو سکتے ہیں۔ گروپ پالیسیوں میں، زیادہ پیمائش کی ادائیگی پر اخراج کو معاف کرنا ناممکن ہو سکتا ہے۔

### • کوئی مختصر مدت کی پالیسیاں نہیں

صحت کی بیمہ پالیسیاں ایک سال سے کم مدت کیلئے جاری نہیں کی جاتیں۔

ادائیگی نہیں کرنا پڑتی ہے۔ بیمہ کمپنی اپنے ثالث فریق منتظم (ٹی پی اے) کے ذریعے اسپتال کو سیدھے ادائیگی کرنے کا انتظام کرتی ہے۔ پالیسی کے ذریعے بیان کردہ ذیلی حدوں سے ہٹ کر ہوئے اخراجات یا پالیسی کے تحت احاطہ نہیں کئے گئے آئٹمز پنارہ بیمہ کردہ کو سیدھے اسپتال کو کرنا ہوتا ہے۔ بیمہ کردہ فرد غیر فرسٹ کردہ اسپتال میں بھی علاج کرا سکتا ہے جس میں سے پہلے بلوں کی ادائیگی کرنا ہوتی ہے اور بعد میں وہ بیمہ کمپنی سے بھری پائی مانگتا ہے۔ یہاں پر کوئی کیش لیس سہولت دستیاب نہیں ہوگی۔

### • اضافی فائدہ اور دیگر اکیلی پالیسیاں

بیمہ کمپنیاں ’ایڈ آن‘ یا ریبڈرس کی شکل میں دیگر الگ الگ فائدہ پیش کرتی ہیں۔ ایسی بھی اکیلی پالیسیاں ہوتی ہیں جو ’ہاسپٹل کیش‘، ’کریڈٹ کل اینس فائدہ‘، ’سرچیکل ایڈسپینس فائدہ‘ وغیرہ فائدہ دینے کیلئے ترتیب دی جاتی ہیں۔ یہ پالیسیاں یا تو الگ سے یا پھر ہاسپٹل لائزیشن پالیسی کے ساتھ لی جاسکتی ہیں۔

کچھ کمپنیاں بنیادی صحت کی پالیسی میں دستیاب حد کے علاوہ اصل اخراجات کو پورا کرنے کیلئے ٹاپ۔ اپ پالیسیوں کی شکل میں منسوعات پیش کرتی ہیں۔

### • اخراج

عام طور پر ذریعہ ذیل صحت کی پالیسیوں کے تحت شامل نہیں کیا گیا ہے۔

(اے) سبھی پہلے سے موجود بیماری (سبھی غیر لائف اور صحت بیمہ کمپنیوں کے ذریعے پہلے سے موجود بیماری اخراج کو عام شکل سے بیان کیا گیا ہے)۔

ہم میں سے ہر کوئی الگ الگ صحت کے خطروں ریلے میں آتا ہے اور طبی ہنگامی حالات بغیر وارننگ کئے ہم میں سے کسی پر بھی آسکتی ہے۔ صحت کی دیکھ بھال کا خرچ مہنگا ہوتا جا رہا ہے۔ تکنیکی ترقی، نئے طریقہ کاروں اور زیادہ اثر دار دواؤں نے بھی صحت کی دیکھ بھال کی لاگت بڑھادی ہے۔ علاج کا اونچا خرچ کئی لوگوں کی پہنچ سے باہر ہو سکتا ہے، اسی لئے صحت کے بیہہ کی محافظت لینا کہیں زیادہ کفایتی ہے۔

سوال - کس قسم کے صحت کے بیہہ پلان دستیاب ہیں؟

جواب - صحت کی بیہہ پالیسیاں، مائیکرو-انشرٹس پالیسیوں میں روپے 5000 کی بیہہ کردہ رقم سے لے کر کرڈیٹل ایل این پلان میں روپے 50 لاکھ یا زیادہ کی بیہہ کردہ تک بھی دستیاب ہیں۔ زیادہ تر بیہہ کنندگان 1 لاکھ سے 5 لاکھ تک کی بیہہ کردہ رقم کی پالیسیاں پیش کرتے ہیں۔ چونکہ بیہہ کنندہ کے ذریعے قابل ادا کرے کے کرانے اور دیگر خرچ منتجب کی ہوئی بیہہ کردہ رقم سے جڑے ہوتے ہیں اسی لئے شروعاتی وقت سے ہی قابل موزوں احاطہ لینے کی صلاح دی جاتی ہے، خاص کر کیونکہ دعویٰ ابھرنے کے بعد بیہہ کردہ رقم کا بڑھانا شاید آسان نہ ہو۔ ساتھ ہی زیادہ تر غیر لائف انشرٹس کمپنیاں ایک سال کی مدت کیلئے صحت کی بیہہ پالیسیاں پیش کرتی ہیں، لیکن ایسی پالیسیاں بھی جو دو، تین، چار اور پانچ سالوں کیلئے بھی دی جاتی ہیں۔ لائف انشرٹس کمپنیوں کے پاس اور زیادہ لمبی مدت کے پلان بھی ہو سکتے ہیں۔

ہاسپٹل انزیمیشن پالیسی اسپتال میں داخلے کیلئے علاج کی حقیقی لاگت کو پالیسی مدت کے دوران مکمل یا کچھ احاطہ کرتی ہے۔ اسپتال میں داخلے کے الگ الگ

3. صحت کے بیہہ پر اکثر پوچھے جانے والے سوالات

سوال - صحت کا بیہہ کیا ہے؟

جواب - صحت کا بیہہ ایک قسم کا بیہہ ہے جو آپ کے طبی اخراجات کا احاطہ کرتا ہے۔ صحت کا بیہہ ایک بیہہ کنندہ اور فرد گروپ کے بیچ ایک معاہدہ ہے جس میں بیہہ کنندہ ایک مخصوص ”پریمنیم“ پر مخصوص صحت کے بیہہ کا احاطہ پیش کرنے کیلئے منظوری دیتا ہے۔

سوال - صحت کے بیہہ کون سی شکلوں میں دستیاب ہیں؟

جواب - ہندوستان میں صحت کی بیہہ پالیسیوں کی سب سے عام شکل اسپتال میں داخلے کے خرچ کا احاطہ کرتی ہے۔ جب کہ اب تو انیک قسم کی مصنوع دستیاب ہیں جو بیہہ کردہ کی ضرورت اور پسند کے انحصار پر صحت کا احاطے کا پورا درجہ پیش کرتی ہیں۔ صحت کا بیہہ کنندہ عام طور پر یا تو اسپتال کو سیدھے خرچ (کیش لیس سہولت) پیش کرتا ہے یا بیماری اور زخموں کے واقع ہونے پر طے شدہ فائدہ کی بھر پائی کرتا ہے۔ صحت کے پلان کے ذریعے احاطے کئے جانے والے صحت کی دیکھ بھال کی قسم اور لاگت پہلے سے مخصوص کردہ ہوتی ہے۔

سوال - صحت کا بیہہ اہم کیوں ہے؟

جواب - ہم سبھی کو اپنی ضرورتوں کے انحصار پر اپنے خاندان کے سبھی ممبران کیلئے صحت کے بیہہ کو خریدنا چاہئے۔ صحت کے بیہہ کو خریدنے سے ہم اسپتال میں بھرتی کے اچانک غیر توقع کردہ اخراجات سے محفوظ رہتے ہیں (یا احاطہ کئے گئے صحت کی حادثوں، جیسے کہ نشوونما کی بیماری) جو بصورت دیگر گھریلو بچت میں گڑبڑی کر سکتا ہے یا جس سے قرض بھی لینا پڑ سکتا ہے۔

ہسپتال میں علاج کروا سکتا ہے کیونکہ بیمہ کمپنی کی اور سے ثالث فریق منظم کے ذریعے ہسپتال کو سیدھے ادا کیگی جاتی ہے۔ بہر حال، بیمہ پالیسی کے ذریعے محدود کی گئی حدوں یا ذیلی حدوں سے باہر ہوئے اخراجات یا پالیسی کے تحت احاطہ نہ کئے گئے اخراجات کو آپ کے ذریعے سیدھے ہسپتال کو ادا کیا جاتا ہے۔

بہر حال، اگر آپ ایسے ہسپتال میں علاج کرواتے ہیں جو نیٹ ورک میں نہیں ہے تو کیش لیس سہولت دستیاب نہیں ہوتی ہے۔

**سوال۔** اگر میں صحت کے بیمہ کو منتخب کرتا ہوں تو مجھے کون سے ٹیکس کے فائدے ملتے ہیں؟

**جواب۔** صحت کا بیمہ زائد انسٹیٹیو کی شکل میں ریکرش ٹیکس کے فائدوں کے ساتھ ملتا ہے۔ ٹیکس کے قانون کی ایک خاص دفع ہے جو صحت کے بیمہ کیلئے ٹیکس کا فائدہ پیش کرتی ہے، یہ دفع 80D ہے اور یہ اس دفع 80C سے ہٹ کر ہے جو زندگی کے بیمہ کیلئے لاگو ہے جس میں سرمایہ کاری یا اخراجات کی دیگر شکل بھی کٹوتی کے اہل ہوتے ہیں۔

فی الحال، نقد کے علاوہ کسی بھی موڈ کے ذریعے پالیسی خریدنے والے صحت کے بیمہ کے خریدار اپنے لئے، چون ساٹھی اور ماتحت بچوں کیلئے صحت کے بیمہ کے ادائیگی کے تحت اپنے ٹیکس کے لائق آمدنی سے 15,000 تک کی سالانہ کٹوتی کی سہولت لے سکتے ہیں۔ بزرگ شہریوں کیلئے اس کٹوتی کی زیادہ سے زیادہ رقم 20,000 روپے ہے۔

اس کے علاوہ مالی سال 2008-09 سے والدین کی طرف سے صحت کے بیمہ کے پرمیئم کی ادائیگی کیلئے کٹوتی کی شکل میں زیادہ سے زیادہ 15,000 دستیاب ہے، جو پھر سے 20,000 روپے ہو جاتا ہے اگر والدین بزرگ شہری ہیں۔

اخراجات کیلئے یہ لاگو احاطے کی وسیع شکل ہے جس میں کچھ مخصوص کردہ مدت کیلئے ہسپتال میں داخلے سے قبل اور بعد کے اخراجات شامل ہیں۔ ایسی پالیسیاں انفرادی بیمہ کردہ رقم کے انحصار پر یا فیملی پلنٹر کے انحصار پر دستیاب ہو سکتی ہیں جہاں بیمہ کردہ رقم خاندان کے ممبران میں منٹی ہیں۔

ایک دیگر قسم کی مصنوعی ہاسپٹل ڈیلی کیش بینیفٹ پالیسی ہسپتال میں داخلے کے ہر دن کے لئے ایک طے شدہ روزانہ بیمہ کردہ رقم فراہم کرتی ہے۔ آئی سی یو میں داخلے کے معاملے میں یا مخصوص کردہ بیماریوں یا چٹوں کیلئے زیادہ روزانہ کے فائدے کے تحت بھی احاطہ ہو سکتا ہے۔

**کریٹیکل ال نیس بینیفٹ پالیسی** کسی مخصوص بیماری کی تشخیص کے معاملے میں کوئی مخصوص کردہ طریقہ کار کی انجام دہی پر بیمہ کردہ کو ایک طے شدہ ایک مُشت رقم پیش کرتی ہے۔ یہ رقم تشویشناک بیماری کے الگ الگ براہ راست اور بلا راست مالی انجاموں کو روکنے میں مدد کرتی ہے۔ عام طور پر ایک بار یہ یکمشت رقم ادا کرنے پر پلان ختم ہو جاتا ہے۔

ایسے دیگر قسم کی مصنوعی بھی ہیں، جو مخصوص کردہ سرجری (سرجیکل کیش بینیفٹ) کروانے پر یکمشت فائدہ دیتے ہیں اور دیگر مصنوعی بزرگ شہریوں جیسے مخصوص ٹارگٹ آڈینس کی ضرورتوں کو پورا کرتی ہیں۔

**سوال۔** کیش لیس سہولت کیا ہے؟

**جواب۔** بیمہ کمپنیاں اپنے نیٹ ورک کے حصے کی شکل میں دیشن بھر کے الگ الگ ہسپتالوں کے ساتھ گٹھ جوڑ کرتی ہیں۔ کیش لیس سہولت پیش کرنے والی صحت کی بیمہ پالیسی کے تحت پالیسی ہولڈر ہسپتال کے بلوں کی ادائیگی کئے بنا کسی بھی نیٹ ورک

**سوال۔** کیا پالیسی کے تحت دعویٰ کیلئے کوئی انتظار کی مدت ہے؟

**جواب۔** جی ہاں، جب آپ کو کوئی نئی پالیسی ملتی ہے تب عام طور پر پالیسی شروع ہونے کی تاریخ سے 30 دن کی انتظار کی مدت ہوگی جس کے دوران بیمہ کمپنی کے ذریعے اسپتال میں داخلے کا خرچ ادا نہیں کیا جائے گا۔ بہر حال، ہنگامی حالات میں کسی حادثے کی وجہ سے اسپتال میں ہونے والے داخلے کیلئے یہ لاگو نہیں ہے۔ یہ انتظار کی مدت رینیول کے تحت مابعد کی پالیسی کیلئے لاگو نہیں ہوتی۔

**سوال۔** صحت کی بیمہ پالیسی میں پہلے سے موجود حالت کیا ہے؟

**جواب۔** یہ وہ طبی حالت رہی ہے جو آپ کے صحت کی بیمہ پالیسی لینے کے پہلے سے موجود تھی اور یہ اہم ہے کیونکہ بیمہ کمپنیاں پہلی پالیسی سے قبل 48 ماہ کے اندر ایسی پہلے سے موجود حالتوں کا احاطہ نہیں کرتی ہیں۔ یعنی پہلے سے موجود حالتوں کو لگاتار بیمہ احاطے کے 48 ماہ کے مکمل ہونے کے بعد ادا کیلئے غور کیا جاسکتا ہے۔

**سوال۔** اگر میری پالیسی ختم ہونے کی تاریخ سے پہلے وقت پر رینیول نہیں کرائی جاتی ہے تو کیا مجھے رینیول کے لئے انکار کیا جائیگا؟

**جواب۔** پالیسی رینیول کے لائق ہوتی ہے بشرطیکہ آپ ختم ہونے سے 15 دنوں میں (جسے گریس مدت کہتے ہیں) پر بیمہ ادا کرتے ہیں۔ بہر حال اس مدت کیلئے احاطہ دستیاب نہیں ہوگا جس کے لئے یہ کمپنی کے ذریعے کوئی پر بیمہ حاصل نہیں کیا گیا ہے۔ اگر گریس مدت کے اندر پر بیمہ ادا نہیں کیا جاتا ہے تو پالیسی لپس ہو جائے گی۔

**سوال۔** صحت کے بیمہ کا پر بیمہ کو متاثر کرنے والے عناصر کیا ہیں؟

**جواب۔** عمر پر بیمہ کا تعین کرنے والا ایک خاص عنصر ہے۔ آپ کی عمر جتنی زیادہ ہوگی، پر بیمہ کی لاگت بھی اتنی ہی اونچی ہوگی کیونکہ آپ نے بیماریوں کیلئے زیادہ خطرے میں ہوں گے۔ پچھلا طبی کوائف بھی پر بیمہ کا تعین کرنے والا ایک دیگر خاص عنصر ہے۔ اگر کوئی پہلے کا کوئی طبی کوائف موجود نہیں ہے تو پر بیمہ اپنے آپ کم رہے گا۔ دعویٰ سے مہرہ سال بھی پر بیمہ کی لاگت کا تعین کرنے والا ایک عنصر ہے کیونکہ یہ کچھ فیصد چھوٹ کے ساتھ آپ کو فائدہ دے سکتا ہے۔ اس سے آپ کو اپنا پر بیمہ کھٹانے میں اپنے آپ مدد ملے گی۔

**سوال۔** صحت کی بیمہ پالیسی کیا احاطہ نہیں کرتی؟

**جواب۔** آپ کو پراسٹیٹیکٹس / پالیسی ضرور پڑھنا چاہئے اور سمجھنا چاہئے کہ اس کے تحت کیا احاطہ نہیں ہے۔ عام طور پر پہلے سے موجود بیماری کو (یہ سمجھنے کیلئے پالیسی پڑھیں کہ پہلے سے موجود بیماری کی توضیح کیا ہے) صحت کی بیمہ پالیسی میں شامل نہیں کیا جاتا ہے اس کے علاوہ پالیسی میں پہلے سال کے احاطے میں کچھ بیماری شامل نہیں ہوگی اور انتظار کی مدت بھی ہوگی۔ کچھ معیاری اخراج بھی ہوں گے جیسے کہ چشمے، کانٹیکٹ لینس اور سنسنے کے آلے کی لاگ کا احاطہ نہیں ہوتا ہے، دانت کا علاج / سرجری (جب تک کہ اسپتال میں بھرتی نہ ہوں) کا احاطہ نہیں ہوتا۔ صحت کا فائدہ، عام کمزوری، بیدارٹی یا ہری نقص، جماع کے تعلق سے بیماری، ارادتا خود کو ضرر پہنچانا، نشئی دواؤں / الکحول، ایڈس، ڈائیکونوسیس، ایکسٹریٹ یا لیدبارٹری جانچوں کیلئے اخراجات جو اسپتال میں داخلے کرنے کی ضرورت والی بیماری سے یکساں نہیں ہے۔ حاملہ پن یا بچے پیدا ہونے سے متعلق علاج جس میں شامل ہے سزیرین سیکشن، نیچر ڈیلتھی علاج۔

**سوال -** ایک سال کے دوران زیادہ سے زیادہ کتنے دعوؤں کی اجازت ہے؟

**جواب -** پالیسی مدت کے دوران دعوؤں کی کتنی بھی تعداد کی اجازت ہوتی ہے یہ شرطیکہ کسی پالیسی میں کوئی خاص حد طے نہ کی گئی ہو۔ بہر حال بیمہ کردہ رقم کی پالیسی کے تحت زیادہ سے زیادہ حد ہوتی ہے۔

**سوال -** ”صحت کی جانچ“ کی سہولت کیا ہے؟

**جواب -** کچھ صحت کی بیمہ پالیسیاں عام صحت کی جانچ کے لئے کچھ سالوں میں ایک بار مخصوص اخراجات کیلئے ادائیگی کرتی ہیں۔ عام طور پر چار سالوں میں یہ ایک بار دستیاب ہوتی ہیں۔

**سوال -** فیملی فلوٹر پالیسی کا کیا معنی ہے؟

**جواب -** فیملی فلوٹر ایک واحد پالیسی ہے جو آپ کے پورے خاندان کے اسپتال داخلے کے اخراجات کا خیال رکھتی ہے۔ پالیسی میں ایک واحد بیمہ کردہ رقم ہوتی جس کا استعمال کسی ریسپی بیمہ کردہ افراد کے ذریعے کسی بھی پروپورشن یا رقم میں کیا جاسکتا ہے جو بیمہ کردہ پالیسی رقم کی گُل زیادہ سے زیادہ حد سے مشروط ہے۔ اکثر فیملی فلوٹر پلان خریدنا الگ ذاتی پالیسیوں کو خریدنے سے بہتر ہوتا ہے۔ فیملی فلوٹر پلانس اچانک بیماری، سر جریوں اور حادثے کے دوران سبھی طبی اخراجات کا خیال رکھتا ہے۔

**سوال -** کیا میں اپنی پالیسی کو ری نیول کے فائدوں کو کھوئے بغیر ایک بیمہ کمپنی سے دوسری میں منتقل کر سکتا ہوں؟

**جواب -** ہاں۔ انشورنس ریویو ایجنڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی (آئی آر ڈی اے) نے اسے جولائی 2011 سے اثر دار بناتے ہوئے ایک سرکیولر جاری کیا ہے، جو بیمہ کمپنیوں کو پچھلی پالیسی میں حاصل پہلے سے موجود حالوں کیلئے ری نیول کے کریڈٹس کو کھوئے بغیر ایک کمپنی سے دوسری بیمہ کمپنی اور ایک سے دوسرے پلان میں منتقل کی اجازت دینے کا اعلان کیا ہے۔ بہر حال یہ کریڈٹ پچھلی پالیسی کے تحت بیمہ کردہ رقم (بونس کے ساتھ) تک محدود رہے گی۔ تفصیلات کیلئے آپ بیمہ کمپنی سے پوچھ سکتے ہیں۔

**سوال -** دعویٰ دائر کرنے کے بعد پالیسی احاطے کا کیا ہوتا ہے؟

**جواب -** دعویٰ دائر کرنے اور پینے کے بعد پالیسی احاطے کو اس رقم سے گھٹایا جاتا ہے جو پنپانے پر ادا کی گئی ہے۔ مثال کے طور پر: جنوری میں سال بھر کیلئے 5 لاکھ روپے کے احاطے کے ساتھ آپ ایک پالیسی شروع کرتے ہیں۔ اپریل میں آپ 2 لاکھ روپے کا دعویٰ کرتے ہیں۔ مئی سے دسمبر تک آپ کیلئے دستیاب احاطہ رہے گا 3 لاکھ روپے۔

**سوال -** کوئی ایک بیماری، کیا ہے؟

**جواب -** کوئی ایک بیماری یعنی بیماری کی لگنا مدت ہوگی، جس میں پالیسی میں بیان کردہ کچھ مخصوص دنوں کے اندر پھر سے ابھرنا شامل ہے۔ عام طور پر یہ 45 دن ہے۔



## 5. اگر آپ کی کوئی شکایت ہے :

انشورنس ریگیولیشن اور ڈیولپمنٹ اتھارٹی (آئی آر ڈی اے) کے گاہک کے معاملوں کے محکمے نے انٹی گریٹڈ گریوینس منیجمنٹ سسٹم (آئی جی ایم ایس) کو متعارف کرایا ہے جو شکایتوں کے رجسٹریشن اور نمٹانے کیلئے ایک آن لائن سسٹم ہے۔ آپ کیلئے سب سے پہلے اپنی بیمہ کمپنی میں شکایت درج کرانا لازمی ہے اور اگر آپ کمپنی کے ذریعے اُس کے حل سے مطمئن نہیں ہیں تو آپ [www.igms.irda.gov.in](http://www.igms.irda.gov.in) پر جا کر آئی جی ایم ایس کے ذریعے اسے آئی آر ڈی اے کے پاس بھیج سکتے ہیں۔ اگر آپ بیمہ کرنے والے کی شکایت کے سسٹم تک براہ راست رسائی نہیں پاتے ہیں تو آئی جی ایم ایس بیمہ کرنے والے کے پاس آپ کی شکایت درج کرانے کیلئے آپ کو ایک راستہ فراہم کرتا ہے۔

آئی جی ایم ایس (یعنی ویب) کے ذریعے اپنی شکایت کا رجسٹریشن کرنے کے علاوہ آپ کے پاس شکایت کا رجسٹریشن کرانے کیلئے بہت سے ذرائع ہیں، انہیں کے ذریعے ([complaints@irda.gov.in](mailto:complaints@irda.gov.in))، خط (اپنا خط گاہک کے معاملوں کے محکمے، انشورنس ریگیولیشن اینڈ ڈیولپمنٹ اتھارٹی، تیسرا منزل، پریشرم بھون، بشیر باغ، حیدرآباد: 4 کو بھیجیں) کے ذریعے، یا آئی آر ڈی اے کال سینٹر کو ٹول فری نمبر 155255 پر کال کریں جس کے ذریعے آئی آر ڈی اے بیمہ کمپنیوں کے خلاف آپ کی شکایت بلا قیمت درج کرے گا اور ساتھ اُس کی صورت حال پر نظر رکھنے میں مدد کرے گا۔ کال کی بنیاد پر شکایت فارم بھر کر کال سینٹر آپ کی

## آئی آر ڈی اے کے ذریعے تجویز کردہ کے مطابق پالیسی ہولڈر کی خدمت کے ٹرن اراؤنڈ اوقات

خدمت	زیادہ سے زیادہ ٹرن اراؤنڈ وقت
<b>عام</b>	
پیشکش کے عمل اور فیصلوں کی معلومات دینا جس میں شامل ہیں پالیسی کے مطالبات، اجراء منسوخی پیشکش کی نقل حاصل کرنا	15 دن
پالیسی جاری کرنے کے بعد کی خدمت کی درخواست جو غلطیوں / پیشکش کے ڈپازٹ کی واپسی اور غیر رجوعی سے منسلک کردہ خدمت کی درخواستوں سے متعلق ہے	30 دن 10 دن
<b>زندگی کا بیمہ</b>	
سپردگی کی قیمت ماریٹی ریٹینشن کی پروسیدنگ	10 دن
بھٹانے کی دعویٰ رہنما کا فائدہ ریٹیل سود کی ادائیگی نہ ہونا	15 دن
دعویٰ دائر کرنے کے بعد دعوے کے مطالبات کو اٹھانا	15 دن
تفتیشی مطالبے کے بغیر موت کے دعوے کا تصفیہ	30 دن
تفتیشی مطالبے کے ساتھ موت کے دعوے کا تصفیہ / عدم قبولیت	6 مہینے
<b>عام بیمہ</b>	
سروے رپورٹ سونپنا	30 دن
بیمہ کرنے والے کے ذریعے رپورٹ کا ضمیمہ مانگنا	15 دن
پہلی ضمیمہ سروے رپورٹ حاصل ہونے کے بعد دعوے کا تصفیہ / تردید	30 دن
<b>شکایتیں</b>	
شکایت کی رسید دینا	3 دن
شکایت کا حل	15 دن

مدد کرتا ہے۔ جہاں ضرورت ہوتی ہے یہ سیدھے بیمہ کمپنی کے پاس شکایت درج کرانے میں معاون ہوتی ہے اور بیمہ کمپنی کے پتے، فون نمبر، ویب سائٹ کی تفصیلات، رابطے کے نمبر، ایمیل آئی ڈی وغیرہ متعلق معلومات آپ کو دیتا ہے۔ آئی آر ڈی اے متوقع گاہکوں اور پالیسی ہولڈروں کیلئے وسیع ٹیلی کارڈ گیوں کے ساتھ ایک اصل متبادل ذریعہ پیش کرتا ہے، جو پیر سے سنیچر، صبح 8 بجے سے رات 8 بجے تک 12 گھنٹے 6x دن تک ہندی، انگریزی اور بہت سی ہندوستانی زبانوں میں خدمت پیش کرتا ہے۔

### دستبرداری:

یہ کتابچہ آپ کو صرف عام معلومات مہیا کرنے کیلئے ہے اور یہ مکمل نہیں ہے۔ یہ ایک تعلیمی شروعات ہے اور آپ کو کوئی بھی قانونی صلاح نہیں دیتا ہے۔

جب آئی آر ڈی اے کے پاس کوئی شکایت درج کرائی جاتی ہے تو وہ اسے بیمہ کمپنی میں پیش کرتے ہوئے اُسے حل کرنے کو آسان بناتا ہے۔ کمپنی کو شکایت کا حل نکالنے کیلئے 15 دن دیئے جاتے ہیں۔ اگر ضرورت پڑتی ہے تو، آئی آر ڈی اے جانچ پڑتال اور پوچھتاچھ کرتا ہے۔ اس کے علاوہ جہاں کہیں بھی لاگو ہو، آئی آر ڈی اے ریڈریسل آف پبلک گریویننس رولز، 1998 کی شرطوں کے انحصار پر انشورنس آمپڈسمین کو سے رابطہ قائم کرنے کی صلاح شکایت کرنے والوں کو دیتا ہے۔