

আইসি - ৩৮

বীমার এজেন্টদের বিভাগ-স্বাস্থ্য

স্বীকৃতি

এই কোর্সটি ইন্স্যুরেন্স রেগুলেটরি অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি অফ ইন্ডিয়া (আইআরডিএআই) দ্বারা নির্ধারিত সংশোধিত পাঠ্যক্রমের উপর ভিত্তি করে এবং মুম্বাইয়ের বীমা প্রতিষ্ঠান দ্বারা প্রস্তুত করা হয়েছে।

লেখক / সমালোচক (বর্ণ ক্রমানুসারে)

ডাঃ আর. কে. দুগ্গল

ডাঃ শশীধরন কে. কুড়ি

সিএ পি. কোটেস্বর রাও

ডাঃ প্রদীপ সরকার

অধ্যাপক মাধুরী শর্মা

ডঃ জর্জ ই. থমাস

অধ্যাপক অর্চনা ওয়াজে

এই কোর্সটি বাংলা ভাষায় অনুবাদ ও পর্যালোচনা করা হয়েছে এদের সহায়তায়

সি-ড্যাক, পুণে

মি. ফণীভূষণ রায়

শ্রীমতী দেবযানী দত্ত



भारतीय बीमा संस्थान
**INSURANCE
INSTITUTE OF
INDIA**

জি - ব্লক, প্লট নং. সি-৪৬, বান্দ্রা কুর্লা কমপ্লেক্স, বান্দ্রা (ই), মুম্বাই - ৪০০০৫১.

বীমার এজেন্টদের বিভাগ-স্বাস্থ্য

আইসি - ৩৮

সংস্করণের বছর: ২০২৩

সমস্ত স্বত্ব এবং আধিকার সংরক্ষিত

এই কোর্সের উপাদান ইন্স্যুরেন্স ইনস্টিটিউট অফ ইন্ডিয়া (III) এর কপিরাইট। এই কোর্সটি ইন্স্যুরেন্স ইনস্টিটিউট অফ ইন্ডিয়ার পরীক্ষায় অংশগ্রহণকারী শিক্ষার্থীদের জন্য অধ্যয়ন বিষয়ক ইনপুট দেওয়ার জন্য ডিজাইন করা হয়েছে। এই কোর্সের উপাদান বাণিজ্যিক উদ্দেশ্যে পুনরুৎপাদন করা যাবে না, আংশিক বা সম্পূর্ণভাবে, প্রতিষ্ঠানের পূর্বে স্পষ্ট লিখিত অনুমতি ছাড়া।

বিষয়বস্তু প্রচলিত সর্বোত্তম অনুশীলনের উপর ভিত্তি করে তৈরি করা হয়েছে এবং বিরোধের ক্ষেত্রে, আইনি বা অন্যথায় ব্যাখ্যা বা সমাধান দেওয়ার উদ্দেশ্যে নয়।

এই শুধুমাত্র একটি নির্দেশক অধ্যয়ন উপাদান। অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন যে পরীক্ষার প্রশ্নগুলি শুধুমাত্র এই অধ্যয়ন উপাদানের মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকবে না।

প্রকাশক: সেক্রেটারি জেনারেল, ইন্স্যুরেন্স ইনস্টিটিউট অফ ইন্ডিয়া, জি- ব্লক, প্লট সি-৪৬, বান্দ্রা কুরলা কমপ্লেক্স, বান্দ্রা (ই) মুম্বাই - ৪০০০৫১ এবং মুদ্রিত হয়েছে

এই অধ্যয়ন উপাদান সংক্রান্ত যে কোন যোগাযোগ ctd@iii.org.in-এ সম্বোধন করা যেতে পারে কভার পৃষ্ঠায় উল্লিখিত বিষয় শিরোনাম এবং অনন্য প্রকাশনার নম্বর উল্লেখ করা আছে

ভূমিকা

ইন্স্যুরেন্স ইনস্টিটিউট অফ ইন্ডিয়া (প্রতিষ্ঠানটি) ইন্স্যুরেন্স রেগুলেটরি অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি অফ ইন্ডিয়া (আইআরডিএআই) দ্বারা নির্ধারিত সিলেবাসের উপর ভিত্তি করে বীমা এজেন্টদের জন্য এই কোর্সের উপাদান তৈরি করেছে। শিল্প বিশেষজ্ঞরা কোর্স উপাদান প্রস্তুতকরণে জড়িত ছিলেন ।

কোর্সটি জীবন, সাধারণ এবং স্বাস্থ্য বীমা সম্পর্কে প্রাথমিক জ্ঞান প্রদান করে থাকে যাতে সংশ্লিষ্ট ব্যবসায়িক লাইনের এজেন্টদের সঠিক দৃষ্টিকোণ দ্বারা তাদের পেশাদার ক্যারিয়ার বৃদ্ধিতে এবং উপলব্ধি করতে সক্ষম হয়।

কোর্সটি চারটি বিভাগে বিভক্ত। (1) সাধারণভাবে - একটি সাধারণ বিভাগ যা বীমা নীতি, আইনী নীতি এবং নিয়ন্ত্রক বিষয়গুলি কভার করে যা বীমা এজেন্টদের জানা দরকার। যারা হতে ইচ্ছুক তাদের জন্য আলাদা বিভাগ দেওয়া হয় (2) জীবন বীমা এজেন্ট, (3) সাধারণ বীমা এজেন্ট এবং (4) স্বাস্থ্য বীমা এজেন্ট ।

শিক্ষার্থীদের পরীক্ষার বিন্যাস এবং যে ধরনের বস্তুনিষ্ঠ প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করা যেতে পারে সে সম্পর্কে ধারণা দিতে কোর্সে মডেল প্রশ্নের একটি সেট অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে। তারা যা শিখেছে তা সংশোধন করতে মডেল প্রশ্নগুলি তাদের সাহায্য করবে ।

বীমা একটি গতিশীল পরিবেশে কাজ করে। এজেন্টদের বাজারের পরিবর্তন সম্পর্কে আপ টু ডেট থাকতে হবে। তাদের ব্যক্তিগত অধ্যয়ন এবং সংশ্লিষ্ট বীমাকারীদের দ্বারা সাজানো অভ্যন্তরীণ প্রশিক্ষণ কর্মসূচিতে অংশগ্রহণের মাধ্যমে সক্রিয়ভাবে জ্ঞান অর্জন করা উচিত ।

প্রতিষ্ঠান এই কাজটি ইনস্টিটিউটে অর্পণ করার জন্য আইআরডিএআই কে ধন্যবাদ জানায়। প্রতিষ্ঠান এই উপাদান অধ্যয়নে আগ্রহী সকলকে বীমা বিপণনে সফল ক্যারিয়ার কামনা করে ।

সূচীপত্র

| অধ্যায় নং. | নাম | পৃষ্ঠা নং. |
|-------------|---------------------------|------------|
| বিভাগ | স্বাস্থ্য বীমা | |
| H-01 | স্বাস্থ্য বীমা ভূমিকা | 2 |
| H-02 | স্বাস্থ্য বীমার নথিকরণ | 8 |
| H-03 | স্বাস্থ্য বীমার পণ্যগুলি | 15 |
| H-04 | স্বাস্থ্য বীমার দায়গ্রহণ | 37 |
| H-05 | স্বাস্থ্য বীমার দাবিগুলি | 50 |

বিভাগ
স্বাস্থ্য বিভাগ

অধ্যায় H-01

স্বাস্থ্য বীমা ভূমিকা

অধ্যায় সূচনা

এই অধ্যায়টি আপনাকে বলবে সময়ের সাথে সাথে কিভাবে বীমা বিকশিত হয়েছে। এটি স্বাস্থ্যসেবা কি, স্বাস্থ্যসেবার স্তর এবং স্বাস্থ্যসেবার প্রকারগুলিও ব্যাখ্যা করবে। ভারতে স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থা এবং এটিকে প্রভাবিত করার কারণগুলি সম্পর্কেও শিখবেন। অবশেষে, কিভাবে ভারতে স্বাস্থ্য বীমা বিকশিত হয়েছে এবং এছাড়াও ভারতের স্বাস্থ্য বীমা বাজারের বিভিন্ন প্লেয়ার্সদের সম্পর্কে এটি ব্যাখ্যা করবে।

শেখার ফলাফল

- A. স্বাস্থ্যসেবা বোঝা
- B. স্বাস্থ্যসেবার স্তর
- C. স্বাস্থ্যসেবার প্রকার
- D. ভারতে স্বাস্থ্য বীমার বিবর্তন
- E. স্বাস্থ্যবীমা বাজার

এই অধ্যায় অধ্যয়ন করার পরে, আপনি সক্ষম হবেন:

- a) বীমা কিভাবে বিকশিত হয়েছে বুঝতে
- b) স্বাস্থ্যসেবার ধারণা এবং স্বাস্থ্যসেবার প্রকার ও স্তর ব্যাখ্যা করতে
- c) ভারতে স্বাস্থ্যসেবাকে প্রভাবিত করার কারণগুলি এবং স্বাধীনতার পর থেকে যে অগ্রগতি হয়েছে তার প্রশংসা সম্বন্ধে জানতে
- d) ভারতে স্বাস্থ্যবীমার বিবর্তন আলোচনা করতে
- e) ভারতে স্বাস্থ্যবীমা বাজার জানতে

A. স্বাস্থ্যসেবা বোঝা

"স্বাস্থ্য" শব্দটি এসেছে "hoelth" শব্দ থেকে, যার অর্থ "শরীরের সুস্থতা"।

পুরাকালে, স্বাস্থ্য এক 'ঐশ্বরিক দান' হিসাবে বিবেচিত হত এবং অসুস্থতা সংশ্লিষ্ট ব্যক্তির পাপকর্মের ফলে ঘটত বলে বিশ্বাস করা হত। হিপোক্রেটিস (খ্রীষ্টপূর্ব ৪৬০ থেকে ৩৭০) যিনি অসুস্থতার পিছনের কারণ জানিয়েছিলেন। তাঁর মতে পরিবেশ, স্বাস্থ্যবিধান, ব্যক্তিগত স্বাস্থ্যবিধি এবং খাদ্যাভ্যাস সংক্রান্ত বিভিন্ন কারণে অসুস্থতার সৃষ্টি হয়। প্রাচীন ভারতবর্ষের বৈদিক গ্রন্থগুলি 'আরোগ্যমে মহাভাগ্যম্' বলে, এর অর্থ 'স্বাস্থ্য মহান সৌভাগ্য' বা অন্য কথায় 'স্বাস্থ্যই সম্পদ'। প্রাচীন ভারতবর্ষের অনেক গ্রন্থ যেমন *অথর্ববেদ*, *চরক সংহিতা*, *সুশ্রুত সংহিতা*, *অষ্টাঙ্গহৃদয়ম্*, *অষ্টাঙ্গসংগ্রহ*, *ভেলা সংহিতা* এবং *কাশ্যপ সংহিতা* প্রাচীনকালে ভারতবর্ষে প্রচলিত নিরাময় ঐতিহ্য নিয়ে আলোচনা করে।

সংজ্ঞা

বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (WHO) দ্বারা স্বাস্থ্যের বহুল স্বীকৃত সংজ্ঞা দেওয়া হয়েছিল - 'স্বাস্থ্য হল সম্পূর্ণ শারীরিক, মানসিক এবং সামাজিক কল্যাণের একটি অবস্থা এবং শুধুমাত্র রোগ বা স্বরার অনুপস্থিতি নয়।'

স্বাস্থ্যের নির্ধারক

সাধারণত বিশ্বাস করা হয় যে নিম্নলিখিত কারণগুলি যে কোনও ব্যক্তির স্বাস্থ্য নির্ধারণ করে:

a) জীবনযাত্রার কারণ

জীবনযাত্রার কারণগুলি হল যেগুলি বেশিরভাগই সংশ্লিষ্ট ব্যক্তির নিয়ন্ত্রণে থাকে যেমন ব্যায়াম করা ও পরিমিত আহার করা, দুঃশ্চিন্তা এড়িয়ে যাওয়া এবং সুস্বাস্থ্যের দিকে পরিচালিত করা; ক্যাম্পার, এইডস, উচ্চ রক্তচাপ এবং ডায়াবেটিসের মতো রোগের দিকে পরিচালিত করে।

b) পরিবেশগত কারণ

কুস্বাস্থ্যবিধির কারণে ইনফ্লুয়েঞ্জা এবং চিকেনপক্স-র মতো সংক্রামক রোগ ছড়ায়, খারাপ পরিবেশগত স্বাস্থ্যবিধানের কারণে ম্যালেরিয়া এবং ডেঙ্গুর মতো রোগ ছড়ায়, আবার পরিবেশগত কারণে কিছু রোগও হয়।

c) জিনগত কারণ

জিনের মাধ্যমে মা-বাবার কাছ থেকে শিশুদের মধ্যে রোগ ছড়াতে পারে। এই ধরনের জিনগত কারণের ফলে জাতি, ভৌগোলিক অবস্থান, এমনকি সম্প্রদায়ের উপর ভিত্তি করে বিশ্বজুড়ে ছড়িয়ে থাকা জনসংখ্যার মধ্যে বিভিন্ন স্বাস্থ্য প্রবণতা দেখা দেয়।

এটা খুবই সুস্পষ্ট যে একটি দেশের সামাজিক ও অর্থনৈতিক উন্নতি তার জনগণের স্বাস্থ্যের উপর নির্ভর করে। এটি বিভিন্ন পরিস্থিতিতে বিভিন্ন ধরনের স্বাস্থ্যসেবা প্রয়োজন কিনা তা নিয়ে প্রশ্ন তোলে।

নিজে নিজে কর ১

নিম্নলিখিত রোগগুলির মধ্যে কোনটি জীবনযাত্রার কারণগুলির জন্য দায়ী নয় (অর্থাৎ ব্যক্তির নিয়ন্ত্রণে নয়)?

- I. ক্যান্সার
- II. এইডস্
- III. ম্যালেরিয়া
- IV. হাইপারটেনশন

B. স্বাস্থ্যসেবার স্বর

স্বাস্থ্যসেবা জনগণের স্বাস্থ্যের প্রচার, রক্ষণাবেক্ষণ, নিরীক্ষণ বা পুনরুদ্ধার করার জন্য সরকার সহ বিভিন্ন সংস্থা এবং প্রদানকারীদের দ্বারা প্রদত্ত পরিষেবার একটি সেট ছাড়া কিছু নয়। স্বাস্থ্যসেবা কার্যকর হতে হবে:

- জনগণের প্রয়োজনে উপযুক্ত
- ব্যাপক
- যথেষ্ট
- সহজলভ্য
- সাশ্রয়ী

স্বাস্থ্যসেবা সুবিধাগুলি জনগণের জন্য রোগের সম্ভাবনার উপর ভিত্তি করে হওয়া উচিত। উদাহরণস্বরূপ, এক ব্যক্তি বছরে অনেকবার স্বর, সর্দি, কাশি, স্বকের অ্যালার্জি ইত্যাদিতে আক্রান্ত হতে পারে, তবে সর্দি ও কাশির তুলনায় তার হেপাটাইটিস বি-তে আক্রান্ত হওয়ার সম্ভাবনা কম।

সুতরাং, গ্রাম বা জেলা বা রাজ্য যে কোনও এলাকায় স্বাস্থ্যসেবা সুবিধাগুলি স্থাপনের প্রয়োজনীয়তা সেই এলাকার সূচক হিসাবে পরিচিত বিভিন্ন স্বাস্থ্যসেবা কারণের উপর ভিত্তি করে তৈরি করা হবে যেমন:

- ✓ জনসংখ্যার আয়তন
- ✓ মৃত্যুর হার
- ✓ অসুস্থতার হার
- ✓ অক্ষমতার হার
- ✓ লোকের সামাজিক ও মানসিক স্বাস্থ্য
- ✓ জনগণের সাধারণ পুষ্টির অবস্থা
- ✓ পরিবেশগত কারণ যেমন এটি একটি খনি এলাকা বা শিল্প এলাকা

- ✓ সম্ভাব্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী সিস্টেম যেমন হার্টের ডাক্তার গ্রামগঞ্জে সহজে পাওয়া নাও যেতে পারে কিন্তু একটি জেলা শহরে হতে পারে
- ✓ স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থা কতটা ব্যবহার করার সম্ভাবনা রয়েছে
- ✓ আর্থ-সামাজিক কারণ যেমন ক্রয়ক্ষমতা

উপরোক্ত কারণগুলির উপর ভিত্তি করে, সরকার প্রাথমিক, মাধ্যমিক এবং তৃতীয় স্তরের স্বাস্থ্যসেবার জন্য কেন্দ্র স্থাপনের সিদ্ধান্ত নেয় এবং উপযুক্ত স্বাস্থ্যসেবা সাশ্রয়ী এবং জনগণের কাছে প্রবেশযোগ্য করার জন্য আলাদা ব্যবস্থা গ্রহণ করে।

C. স্বাস্থ্যসেবার প্রকার

স্বাস্থ্যসেবাকে বিস্তৃতভাবে নিম্নরূপে শ্রেণীবদ্ধ করা হয়েছে:

1. প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা

প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা বলতে ডাক্তার, নার্স ও অন্যান্য ছোট ক্লিনিক দ্বারা প্রদত্ত পরিসেবাগুলিকে বোঝায় যেগুলির সঙ্গে রোগী যে কোনো অসুস্থতার জন্য প্রথমে যোগাযোগ করে, অর্থাৎ প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী হল স্বাস্থ্য ব্যবস্থার মধ্যে সমস্ত রোগীর যোগাযোগের প্রথম পয়েন্ট।

উদাহরণস্বরূপ, যদি কোনো ব্যক্তি জ্বরের জন্য ডাক্তারের কাছে যান এবং প্রথম রোগনির্ণয়ে ডেপ্তর ইঙ্গিত দেয়, প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী কিছু ওষুধ লিখে দেবেন কিন্তু রোগীকে বিশেষ চিকিৎসার জন্য হাসপাতালে ভর্তি করার নির্দেশ দেবেন।

গ্রামীণ স্তরে, প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রগুলি সরকারি ও বেসরকারি উভয়পক্ষই স্থাপন করে। সরকারি প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রগুলি জনবসতি উপর ভিত্তি করে স্থাপন করা হয় এবং কোন না কোনরূপে গ্রাম পর্যায় পর্যন্ত উপস্থিত থাকে।

2. গৌণ স্বাস্থ্যসেবা

গৌণ স্বাস্থ্যসেবা বলতে চিকিৎসা বিশেষজ্ঞ এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য পেশাদারদের দ্বারা প্রদত্ত স্বাস্থ্যসেবাকে বোঝায় যারা সাধারণত রোগীর সাথে প্রথম যোগাযোগ করেন না। এতে গুরুতর অসুস্থতার জন্য স্বল্প সময়ের জন্য চিকিৎসার প্রয়োজন গভীর যত্ন, প্রায়শই (কিন্তু আবশ্যিক নয়) ইন-পেশেন্ট হিসাবে ইনটেনসিভ কেয়ার সার্ভিস, অ্যান্থ্রাক্স সুবিধা, প্যাথোলজি, ডায়াগনস্টিক এবং অন্যান্য প্রাসঙ্গিক চিকিৎসা পরিসেবাগুলি অন্তর্ভুক্ত।

3. তৃতীয় স্বাস্থ্যসেবা

তৃতীয় স্বাস্থ্যসেবা হল বিশেষ পরামর্শমূলক স্বাস্থ্যসেবা, সাধারণত: ইনপেশেন্টদের জন্য এবং প্রাথমিক/গৌণ সেবা প্রদানকারীদের উল্লেখের ভিত্তিতে।

তৃতীয় স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের উদাহরণ হল যারা উন্নত চিকিৎসা সুবিধা ও চিকিৎসা পেশাদার, গৌণ স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের সুযোগের বাইরে যেমন অস্কেলজি (ক্যান্সারের চিকিৎসা), অঙ্গ প্রতিস্থাপন সুবিধা, উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ গর্ভাবস্থা বিশেষজ্ঞ ইত্যাদি।

এটি উল্লেখ্য যে, পরিচর্যার মাত্রা বাড়ার সাথে সাথে পরিচর্যার সাথে সংশ্লিষ্ট খরচও বৃদ্ধি পায়। পরিচর্যার বিভিন্ন স্তরের কাঠামো দেশ ভেদে, গ্রামীণ-শহরে অঞ্চলে পরিবর্তিত হয়, যখন আর্থ-সামাজিক কারণগুলিও এটিকে প্রভাবিত করে।

নিজে নিজে করো ২

নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে কোনটি স্বাস্থ্যসেবার অংশ?

- I. স্বর
- II. ক্যাম্পার
- III. অঙ্গ প্রতিস্থাপন
- IV. উচ্চ ঝুঁকির গর্ভাবস্থা

D. ভারতে স্বাস্থ্যবীমার বিবর্তন

সরকার যখন স্বাস্থ্যসেবা নিয়ে তার পলিসিগত সিদ্ধান্ত নিয়ে ব্যস্ত ছিল, তখন এটি স্বাস্থ্যবীমা প্রকল্পগুলিও চালু করেছে। বীমা কোম্পানিগুলি তাদের স্বাস্থ্য বীমা পলিসি পরে নিয়ে এসেছিল। ভারতে স্বাস্থ্যবীমা কীভাবে বিকশিত হয়েছে তা এখানে দেওয়া হল:

1. কর্মচারীদের রাজ্য বীমা প্রকল্প

ভারতে স্বাস্থ্য বীমা আনুষ্ঠানিকভাবে কর্মচারীদের রাষ্ট্রীয় বীমা প্রকল্পের শুরুতে আরম্ভ হয়েছিল, যা ১৯৪৭ সালে দেশ স্বাধীন হওয়ার পরেই ESI আইন, ১৯৪৮ এর মাধ্যমে প্রবর্তিত হয়েছিল। এই প্রকল্পটি আনুষ্ঠানিক বেসরকারি খাতে নিযুক্ত কঠোর পরিশ্রমী কর্মীদের জন্য চালু করা হয়েছিল এবং নিজস্ব ডিসপেনসারি এবং হাসপাতালের নেটওয়ার্কের মাধ্যমে ব্যাপক স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করে।

ESIC (রাজ্য কর্মচারী বীমা কর্পোরেশন) হল বাস্তবায়নকারী এজেন্সি যা নিজস্ব হাসপাতাল এবং ডিসপেনসারি চালায় এবং যেখানেই নিজস্ব সুবিধাগুলি অপরিাপ্ত সেখানে সরকারি/বেসরকারি প্রদানকারীদের সাথে চুক্তি করে।

2. কেন্দ্রীয় সরকার স্বাস্থ্য প্রকল্প

ESIS শীঘ্রই কেন্দ্রীয় সরকারের স্বাস্থ্য প্রকল্প (CGHS) দ্বারা অনুসরণ করা হয়েছিল, যা ১৯৫৪ সালে পেনশনবোগী এবং বেসামরিক চাকরিতে কর্মরত তাদের পরিবারের সদস্যদের জন্য কেন্দ্রীয় সরকারি কর্মচারীদের জন্য চালু করা হয়েছিল। এটির লক্ষ্য কর্মচারী ও তাদের পরিবারকে সর্বাঙ্গীণ চিকিৎসা সেবা প্রদান করা এবং আংশিকভাবে কর্মচারীদের দ্বারা এবং মূলতঃ নিয়োগকর্তা (কেন্দ্র সরকার) দ্বারা অর্থায়ন করা।

3. বাণিজ্যিক স্বাস্থ্য বীমা

বীমা শিল্প জাতীয়করণের আগে ও পরে কিছু সাধারণ বীমা দ্বারা বাণিজ্যিক স্বাস্থ্য বীমা প্রস্তাব করা হয়েছিল।

১৯৮৬ সালে, ব্যক্তি ও তাদের পরিবারের জন্য প্রথম মানসম্মত স্বাস্থ্য বীমা প্রোডাক্টটি ভারতীয় বাজারে চারটি জাতীয়করণকৃত সাধারণ বীমা কোম্পানির দ্বারা চালু করা হয়েছিল (এগুলো তখন ভারতের জেনারেল ইন্সুরেন্স কর্পোরেশনের সহায়ক ছিল)। এই প্রোডাক্টটি, মেডিক্লেম প্রসূত হয়েছিল হাসপাতালে ভর্তির খরচের জন্য একটি নির্দিষ্ট বার্ষিক সীমা পর্যন্ত ক্ষতিপূরণের জন্য কভারেজ প্রদান করার জন্য যার কিছু ব্যতিক্রম যেমন মাতৃস্ব, পূর্ব হতে বিদ্যমান রোগ ইত্যাদি।

হাসপাতালে ভর্তির ক্ষতিপূরণভিত্তিক বার্ষিক চুক্তি আজও ভারতে ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য বীমার সবচেয়ে জনপ্রিয় রূপ হিসাবে অব্যাহত রয়েছে। ২০০১ সালে বেসরকারী কোম্পানি বীমা খাতে আসার সাথে সাথে, স্বাস্থ্য বীমা ব্যাপকভাবে বৃদ্ধি পেয়েছে। যাইহোক, আজও এই বড় বাজারটিকে কাজে লাগানো হয়নি।

সরকার জনগণদের স্বাস্থ্য বীমা পলিসি কিনতে উৎসাহিত করেছে। স্বয়ং, পতি-পত্নী এবং পরিবারের সদস্যদের স্বাস্থ্য বীমার জন্য ব্যক্তিদের দ্বারা প্রদত্ত প্রিমিয়ামগুলির আয়কর আইনের ধারা ৮০ডি-এর অধীনে করযোগ্য আয় থেকে ছাড়ের অনুমতি দেওয়া হয়। এই বিভাগটি ৬০ বছরের বেশি বয়সী মাতাপিতা/স্বশুর-শশুড়ির প্রিমিয়াম প্রদানের জন্য উচ্চ সীমা অনুমোদন করে।

কভার, ব্যতিক্রম এবং নতুন অ্যাড-অন কভারে যথেষ্ট বৈচিত্র্য আনা হয়েছে যা পরবর্তী অধ্যায়ে আলোচনা করা হবে।

নিজে নিজে করো ৩

ব্যক্তি এবং তাদের পরিবারের জন্য প্রথম মানসম্মত স্বাস্থ্য বীমা প্রোডাক্টটি ভারতীয় বাজারে _____ বছরে চারটি জাতীয়করণকৃত সাধারণ বীমা কোম্পানির দ্বারা চালু হয়েছিল।

- I. ১৯৪৮
- II. ১৯৫৪
- III. ১৯৮৬
- IV. ২০০১

E. স্বাস্থ্য বীমা বাজার

বর্তমানে স্বাস্থ্য বীমা বাজারে অনেক প্লেয়ার আছে, কিছু স্বাস্থ্য সেবা সুবিধা প্রদান করে তাদের প্রদানকারী বলা হয়, অন্যরা বীমা পরিষেবা ও বিভিন্ন মধ্যস্থতাকারীও। কিছু মূল কাঠামো গঠন করে যখন অন্যরা সহায়তা সুবিধা প্রদান করে। কিছু সরকারি খাতে আবার কিছু বেসরকারি খাতে।

1. বেসরকারি খাতে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী

ভারতে খুব বড় বেসরকারি স্বাস্থ্য সেক্টর আছে যা সমস্ত তিন ধরনের স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করে - প্রাথমিক, গৌণ ও তৃতীয়। এগুলি স্বৈচ্ছাসেবী অ-লাভজনক সংস্থা ও ব্যক্তি থেকে শুরু করে লাভজনক কর্পোরেট, ট্রাস্ট, একক অনুশীলনকারী, স্ট্যান্ড-অ্যালোন বিশেষজ্ঞ পরিষেবা, ডায়াগনস্টিক ল্যাবরেটরি, ফার্মেসি শপ এবং স্বীকৃতি বিহীন প্রদানকারী (হাতুড়ে ডাক্তার)ও আছে।

অন্যান্য চিকিৎসাবিদ্যা পদ্ধতিতে (আয়ুর্বেদ/সিদ্ধা/ইউনানি/হোমিওপ্যাথি) ভারতে সবচেয়ে বেশি সংখ্যক ৭ লাখেরও বেশি স্বীকৃত চিকিৎসক আছে। এগুলো সরকারি ও বেসরকারি সেক্টরে আছে। স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের জন্য লাভজনক বেসরকারি সংস্থাগুলি ছাড়াও, এনজিও এবং স্বেচ্ছাসেবী সেক্টরগুলিও সম্প্রদায়কে স্বাস্থ্যসেবা পরিসেবা প্রদানে নিযুক্ত আছে।

সাধারণ বীমা খাতে **বীমা কোম্পানিগুলি** স্বাস্থ্য বীমা পরিসেবাগুলির বেশিরভাগটাই প্রদান করে। স্ট্যান্ড অ্যালোন হেল্থ ইন্সুরেন্স (সাহি) কোম্পানিগুলিকে সমস্ত ধরনের স্বাস্থ্য বীমা লেনদেনের অনুমতি দেওয়া হয়, যখন জীবন বীমা কোম্পানিগুলিকে নির্দিষ্ট ধরনের স্বাস্থ্য বীমা লেনদেনের অনুমতি দেওয়া হয়।

2. মধ্যস্থতাকারী:

বীমা শিল্পের অংশ হিসাবে পরিসেবা প্রদানকারী বেশ কয়েকজন ব্যক্তি ও সংস্থা স্বাস্থ্য বীমা বাজারের অংশও গঠন করে। আইআরডিএ আইন ১৯৯৯ এর ধারা ২-এর অধীনে বীমা মধ্যস্থতাকারীদের সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে। এর মধ্যে বীমা ব্রোকার, পুনর্বীমা ব্রোকার, বীমা পরামর্শদাতা, সার্ভেয়ার ও ক্ষতি নির্ণয়কারীর পাশাপাশি তৃতীয় পক্ষের প্রশাসক অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।

তৃতীয় পক্ষ প্রশাসক (টিপিএ) হল আইআরডিএআই-তে নিবন্ধিত একটি কোম্পানি এবং স্বাস্থ্য পরিসেবা প্রদানের জন্য একটি বীমাকারীর দ্বারা নিযুক্ত। টিপিএ স্বাস্থ্য বীমা ব্যবসার সাথে সম্পর্কিত একটি চুক্তির অধীনে একটি বীমাকারীকে নিম্নলিখিত পরিসেবাগুলি প্রদান করতে পারে:

- নগদবিহীন চিকিৎসা বা নগদবিহীন দাবি ব্যতীত অন্য দাবির নিষ্পত্তি বা উভয়েরই প্রাক-অনুমোদনের মাধ্যমে, সংশ্লিষ্ট পলিসির অন্তর্নিহিত শর্তাবলি অনুযায়ী এবং দাবি নিষ্পত্তির জন্য বীমাকারীদের দ্বারা জারি করা নির্দেশিকাগুলির কাঠামোর মধ্যে স্বাস্থ্য বীমা পলিসির অধীনে দাবি পূরণ করে।
- ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা পলিসি ও গার্হস্থ্য ভ্রমণ পলিসির অধীনে হাসপাতালে ভর্তির কভারের জন্য দাবির পরিসেবা, যদি থাকে।
- স্বাস্থ্য বীমা পলিসিগুলির আন্ডাররাইটিং সম্পর্কিত প্রাক-বীমা মেডিকেল পরীক্ষাগুলি পরিচালনার সুবিধা প্রদান করা।

সারাংশ

- বহু শতাব্দী আগেও কোনো না কোনো রূপে বীমা ছিল কিন্তু এর আধুনিক রূপ মাত্র কয়েক শতাব্দী পুরানো। ভারতে বীমা সরকারি নিয়ন্ত্রণের সাথে অনেক পর্যায় আতিক্রম করেছে।
- নাগরিকদের স্বাস্থ্য অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ, সরকার একটি উপযুক্ত স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থা তৈরিতে প্রধান ভূমিকা পালন করে।
- প্রদত্ত স্বাস্থ্যসেবার স্তর একটি দেশের জনসংখ্যার সাথে সম্পর্কিত অনেক কারণের উপর নির্ভর করে।

- d) তিন ধরনের স্বাস্থ্যসেবা প্রাথমিক, গৌণ ও তৃতীয় স্তরের চিকিৎসার প্রয়োজনীয়তার উপর নির্ভর করে। স্বাস্থ্যসেবার খরচ প্রতিটি স্তরের সাথে বৃদ্ধি পায় এবং তৃতীয় পরিচর্যা সবচেয়ে ব্যয়বহুল।
- e) ভারতের নিজস্ব অদ্বুত চ্যালেঞ্জ আছে যেমন জনসংখ্যা বৃদ্ধি ও নগরায়ন যার জন্য যথাযথ স্বাস্থ্যসেবা প্রয়োজন।
- f) পাবলিক সেক্টর ইন্সুরেন্স কোম্পানীগুলোই প্রথম স্বাস্থ্য বীমার প্রকল্প নিয়ে আসে এবং পরে বেসরকারি বীমা কোম্পানির দ্বারা বাণিজ্যিক বীমা।
- g) স্বাস্থ্য বীমা বাজার অনেক প্লেয়ারের সমন্বয়ে গঠিত যা কিছু কাঠামো প্রদান করে, অন্যরা বীমা পরিষেবা প্রদান করে, মধ্যস্থতাকারী যেমন ব্রোকার, এজেন্ট ও তৃতীয় পক্ষের প্রশাসক স্বাস্থ্য বীমা ব্যবসার পরিষেবা প্রদান করে এবং অন্যান্য নিয়ন্ত্রক, শিক্ষাগত ও আইনি সংস্থাগুলি তাদের ভূমিকা পালন করে।

নিজে করোর উত্তর

উত্তর ১ সঠিক বিকল্প হল III.

উত্তর ২ সঠিক বিকল্প হল I.

উত্তর ৩ সঠিক বিকল্প হল III.

মূখ্য শব্দাবলি

- a) স্বাস্থ্যসেবা
- b) বাণিজ্যিক বীমা
- c) জাতিয়করণ
- d) প্রাথমিক, গৌণ ও তৃতীয় পক্ষ স্বাস্থ্যসেবা
- e) তৃতীয় পক্ষ প্রশাসক

অধ্যায় H-02

স্বাস্থ্য বীমার নথিকরণ

অধ্যায় পরিচিতি

বীমা শিল্পে আমরা প্রচুর সংখ্যক ফর্ম, নথিপত্র ইত্যাদি নিয়ে কাজ করি। এই অধ্যায়টিতে নথিগুলির মাধ্যমে স্বাস্থ্য বীমার চুক্তির গুরুত্ব সম্পর্কে আলোচনা করা হবে।

শিক্ষণীয় ফলাফল

- A. প্রস্তাবনা পত্র
- B. প্রস্তাব গ্রহণ (আন্ডাররাইটিং)
- C. কার্যবিবরণী
- D. পলিসির নথিপত্র
- E. শর্তাবলী এবং ওয়ারেন্টি

এই অধ্যায়টি অধ্যয়ন করার পর আপনি যে বিষয়গুলিতে সক্ষম হবেন সেগুলি হল:

- a) প্রস্তাবনা ফর্মের বিষয়বস্তু ব্যাখ্যা করা।
- b) কার্যবিবরণীর গুরুত্ব সম্পর্কে বর্ণনা করা।
- c) বীমা পলিসির নথিগুলির শর্তাবলী ব্যাখ্যা করা।
- d) পলিসিগুলির শর্ত এবং ওয়ারেন্টি নিয়ে আলোচনা করা।
- e) অনুমোদন জারি করার কারণ প্রশংসা করা।
- f) প্রিমিয়ামের রসিদ বুঝে নেওয়া।
- g) কেন পুনর্নবীকরণ বিস্তৃতি জারি করা হয় তার প্রশংসা করা।

A. প্রস্তাবনা পত্র

1. স্বাস্থ্য বীমার প্রস্তাবনা পত্র

সাধারণ অধ্যায়ে যেসব আলোচনা করা হয়েছে, প্রস্তাবনা পত্রেও এমন তথ্য রয়েছে যা বীমা কোম্পানি বীমার জন্য প্রদত্ত ঝুঁকি গ্রহণ করতে উপযোগী। নীচে একটি স্বাস্থ্য বীমা পলিসির প্রস্তাবনা পত্রের কিছু বিবরণ দেওয়া হল:

1. প্রস্তাবনা পত্রে একটি প্রসপেক্টাস অন্তর্ভুক্ত করা হয় যা কভার সম্পর্কে বিশদ বিবরণ দেয়, যেমন কভারেজ, বর্জন, নিয়ম ইত্যাদি। প্রসপেক্টাসটি প্রস্তাব ফর্মের অংশ গঠন করে এবং প্রস্তাবককে এটির বিষয়বস্তু উল্লেখ করে স্বাক্ষর করতে বাধ্য করে।
2. প্রস্তাবের ফর্মটিতে প্রস্তাবকের নাম, ঠিকানা, পেশা, জন্ম তারিখ, লিঙ্গ এবং প্রস্তাবকের সাথে প্রতিটি বীমাকৃত ব্যক্তির সম্পর্ক, গড় মাসিক আয় এবং আয়কর প্যান নম্বর, মেডিকেল প্র্যাকটিশনারের নাম এবং ঠিকানা, তার যোগ্যতা সম্পর্কিত তথ্য সংগ্রহ করে। বীমাকৃত ব্যক্তির ব্যাক্শের বিবরণ যেমন একটি দিনের ব্যাক্শ ট্রান্সফারের মাধ্যমে সরাসরি দাবির অর্থ প্রদানের জন্য বীমাকৃত ব্যক্তির ব্যাক্শের বিবরণ সংগ্রহ করা হয়।
3. এছাড়াও, বীমাকৃত ব্যক্তির চিকিৎসা সংক্রান্ত প্রশ্ন রয়েছে। অতীতের দাবির অভিজ্ঞতার উপর ভিত্তি করে এবং ঝুঁকির সঠিক দায়গ্রহণের জন্য ফর্মের এই বিশদ প্রশ্নগুলি।
4. বীমাকৃত ব্যক্তি যদি ফর্মে উল্লেখিত কোনো রোগে ভুগে থাকেন তাহলে তাকে সম্পূর্ণ বিবরণ দিতে হবে।
5. এছাড়াও, অন্য কোন অসুস্থতা বা রোগের বিশদ বিবরণ নিম্নরূপ:
 - a. অসুস্থতা/আঘাত এবং চিকিৎসার প্রকৃতি
 - b. প্রথম চিকিৎসার তারিখ
 - c. যোগদানকারী ডাক্তারের নাম ও ঠিকানা
 - d. পুরোপুরি সুস্থ হয়ে উঠেছেন কিনা
6. প্রস্তাবকের কোনো অতিরিক্ত তথ্য এবং যদি তার কোনো ইতিবাচক অস্তিত্ব বা এমন কোনো অসুস্থতা বা আঘাতের উপস্থিতি সম্পর্কে জ্ঞান থাকে যার জন্য চিকিৎসার প্রয়োজন হতে পারে তা বীমাকারীদের কাছে প্রকাশ করা উচিত।
7. ফর্মটিতে অতীতের বীমা এবং দাবির ইতিহাস ও অন্য কোনো বীমাকারীর সাথে অতিরিক্ত বর্তমান বীমা সম্পর্কিত প্রশ্নও রয়েছে।
8. প্রস্তাবক কর্তৃক স্বাক্ষরিত ঘোষণাপত্রের বিশেষ বৈশিষ্ট্যগুলো অবশ্যই উল্লেখ করতে হবে।
9. বীমাকৃত ব্যক্তি যদি সম্মত হন এবং বীমাকারীকে যে কোনো হাসপাতালে চিকিৎসকের কাছ থেকে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য চাইতে অনুমতি দেন যিনি যে কোনো সময়ে তার শারীরিক বা মানসিক স্বাস্থ্যকে প্রভাবিত করে এমন কোনো অসুস্থতার বিষয়ে উপস্থিত থাকতে পারেন।
10. বীমাকৃত ব্যক্তিকে নিশ্চিত করতে হবে যে তিনি ফর্মের একটি অংশের তৈরি করা কার্যবিবরণী পড়েছেন এবং শর্তাবলী মেনে নিতে ইচ্ছুক।
11. চুক্তির ভিত্তি হিসাবে বিবৃতির সত্যতা এবং প্রস্তাবনা পত্র সম্পর্কিত স্বাভাবিক ওয়ারেন্টের ঘোষণার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।

2. চিকিৎসাধীন প্রস্রাবনী

প্রস্রাবনা পত্রে প্রতিকূল চিকিৎসা ইতিহাসের ক্ষেত্রে, বীমাকৃত ব্যক্তিকে ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্তচাপ, বৃক্ক ব্যথা বা করোনারি অপর্യാপ্ততা বা মায়োকার্ডিয়াল ইনফার্কশনের মতো রোগ সম্পর্কিত একটি বিস্তারিত প্রস্রাবনী পূরণ করতে হবে।

এগুলি একজন পরামর্শকারী চিকিৎসকের পূরণ করা ফর্ম দ্বারা সমর্থিত হতে হবে। এই ফর্মটি কোম্পানির প্যানেলের ডাক্তার দ্বারা যাচাই করা হয় যার মতামতে গ্রহণযোগ্যতা, বর্জন ইত্যাদি সিদ্ধান্ত নেওয়া হয়।

ঘোষণার মানসম্মত পত্র

আইআরডিএআই নিম্নরূপ স্বাস্থ্য বীমা প্রস্রাবের মানসম্মত ঘোষণার বিন্যাসগুলি নির্দিষ্ট করেছে:

1. এতদ্বারা, আমি/আমার পক্ষ থেকে এবং বীমা করার জন্য প্রস্তাবিত সকল ব্যক্তির পক্ষে ঘোষণা করছি যে, উপরের বিবৃতি, উত্তর এবং/অথবা আমার দেওয়া বিশদগুলি আমার সর্বোত্তম জ্ঞান অনুসারে সত্য এবং সম্পূর্ণ ও আমি/আমরা এই অন্যান্য ব্যক্তিদের পক্ষে প্রস্তাব করার জন্য অনুমোদিত।
2. আমি বুঝি যে আমার দ্বারা প্রদত্ত তথ্য বীমা পলিসির ভিত্তি তৈরি করবে, বীমা কোম্পানির বোর্ড অনুমোদিত আন্ডাররাইটিং পলিসির সাপেক্ষে এবং প্রিমিয়াম মূল্যযোগ্য সম্পূর্ণ প্রাপ্তির পরেই পলিসি কার্যকর হবে।
3. আমি/আমরা আরও ঘোষণা করছি যে আমি/আমরা বীমাকৃত/প্রস্রাবকের জীবনের পেশা বা সাধারণ স্বাস্থ্যে যে কোনও পরিবর্তন ঘটলে তা লিখিতভাবে অবহিত করব প্রস্রাব জমা দেওয়ার পরে কিন্তু কোম্পানির দ্বারা ঝুঁকি গ্রহণের যোগাযোগের আগে।
4. আমি/আমরা যেকোন ডাক্তারের কাছ থেকে বা হাসপাতালের কাছ থেকে চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য চেয়ে কোম্পানির কাছে ঘোষণা করি এবং সম্মতি জানাই, যিনি যেকোন সময়ে বীমাকৃত/প্রস্রাবক বা অতীতের বা বর্তমান নিয়োগকর্তার কাছ থেকে শারীরিক বা মানসিক স্বাস্থ্যকে প্রভাবিত করে এমন কিছু বিষয়ে অংশগ্রহণ করেছেন। জীবন বীমা নিশ্চিত করা হবে/প্রস্রাবক এবং যে কোনো বীমা কোম্পানির কাছ থেকে তথ্য চেয়ে যার কাছ জীবন বীমার জন্য একটি আবেদন করা হয়েছে প্রস্রাবের দায়গ্রহণ এবং/অথবা দাবি নিষ্পত্তির উদ্দেশ্যে।
5. প্রস্রাবনা দায়গ্রহণ এবং/অথবা দাবি নিষ্পত্তির একমাত্র উদ্দেশ্যে এবং যেকোনো সরকারি এবং/অথবা নিয়ন্ত্রক কর্তৃপক্ষের সাথে মেডিকেল রেকর্ড সহ আমার প্রস্রাবের সাথে সম্পর্কিত তথ্য শেয়ার করার জন্য কোম্পানিকে অনুমোদন করা হয়।

3. একটি প্রস্রাব পত্রের প্রশ্নের প্রকৃতি

একটি প্রস্রাবনা পত্রে প্রশ্নের সংখ্যা এবং প্রকৃতি সংশ্লিষ্ট বীমার ধরন অনুসারে পরিবর্তিত হয়। বীমাকৃত অর্থ পলিসির অধীনে বীমাকারীর দায়বদ্ধতার সীমা নির্দেশ করে এবং সমস্ত প্রস্রাবনা পত্রে নির্দেশ করতে হবে।

স্বাস্থ্য, ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা এবং ভ্রমণ বীমার মতো ব্যক্তিগত লাইনে প্রস্রাবের ফর্মগুলি প্রস্রাবকের স্বাস্থ্য, জীবনযাত্রা এবং অভ্যাস, পূর্ব-বিদ্যমান স্বাস্থ্য পরিস্থিতি, চিকিৎসার ইতিহাস, বংশগত বৈশিষ্ট্য, অতীতের স্বাস্থ্য-বীমার অভিজ্ঞতা ইত্যাদি সম্পর্কে তথ্য পাওয়ার জন্য তৈরি করা হয়েছে। প্রস্রাবকারীর পেশা বা ব্যবসার সাথে যুক্ত গুরুত্বপূর্ণ কারণে তারা ঝুঁকির উপর একটি উপাদান বহন করতে পারে।

উদাহরণ ১

- ✓ একটি ফাস্ট-ফুড রেস্টোরাঁর একজন ডেলিভারি ম্যান, যাকে প্রায়শই তার গ্রাহকদের কাছে খাবার সরবরাহ করার জন্য উচ্চ গতিতে মোটর বাইকে ভ্রমণ করতে হয়, একই রেস্টোরাঁর হিসাবরক্ষকের চেয়ে সে বেশি দুর্ঘটনার শিকার হতে পারে।
- ✓ কয়লা খনি বা সিমেন্ট প্ল্যান্টে কাজ করা একজন ব্যক্তি দূষিত ধূলিকণার সংস্পর্শে আসতে পারে যা ফুসফুসের অসুস্থতার দিকে যেতে পারে।

উদাহরণ ২

- ✓ বিদেশ ভ্রমণ বীমার জন্য প্রস্তুতকর্তা জানাতে হবে (কে, কখন, কোন দেশে, কি উদ্দেশ্যে ভ্রমণ করছে) অথবা
- ✓ স্বাস্থ্য বীমার উদ্দেশ্যে মামলার উপর নির্ভর করে প্রস্তুতকারীকে (ব্যক্তির নাম, ঠিকানা এবং পরিচয় সহ) ইত্যাদি সম্পর্কে জিজ্ঞাসা করা হয়।

উদাহরণ ৩

- ✓ স্বাস্থ্য বীমার ক্ষেত্রে, এটি হাসপাতালের চিকিৎসার খরচ হতে পারে, যখন ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বীমার জন্য দুর্ঘটনার কারণে জীবনহানি, একটি অঙ্গ হারানো বা দৃষ্টিশক্তি হারানোর জন্য একটি নির্দিষ্ট পরিমাণ ক্ষতি হতে পারে।

a) পূর্ববর্তী এবং বর্তমান বীমা

প্রস্তুতকারীকে তার পূর্ববর্তী বীমা সম্পর্কে বীমাকারীকে বিশদ বিবরণ জানাতে হবে, তার বীমার ইতিহাস বোঝার জন্য। বাজারে এমন কিছু সিস্টেম আছে যার মাধ্যমে বীমাকারীরা গোপনীয়ভাবে বীমাকৃতদের তথ্য বিনিময় করে।

কোন বীমাকারী তার প্রস্তুত প্রত্যাখ্যান করেছে, বিশেষ শর্ত আরোপ করেছে, নবায়নের সময় বর্ধিত প্রিমিয়াম প্রয়োজন বা পলিসি পুনর্নবীকরণ বা বাতিল করতে অস্বীকার করেছে কিনা তাও প্রস্তুতকারীকে জানাতে হবে। বীমাকারীদের নাম সহ অন্য কোন বীমাকারীর সাথে বর্তমান বীমার বিবরণও প্রকাশ করা প্রয়োজন। কিন্তু, ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বীমায় একজন বীমাকারী একই বীমাধারীর দ্বারা নেওয়া অন্যান্য পিএ পলিসির অধীনে বীমাকৃত অর্থের উপর নির্ভর করে কভারেজের পরিমাণ (বীমাকৃত অর্থ) সীমাবদ্ধ করতে চান।

b) দাবির অভিজ্ঞতা (ক্রম)

প্রস্তুতকারীকে তার দ্বারা ভোগ করা সমস্ত ক্ষতির সম্পূর্ণ বিশদ বিবরণ ঘোষণা করতে বলা হয়, সেগুলি বীমা করা হয়েছিল কিনা জানার জন্য। এটি বীমাকারীকে বীমার বিষয়বস্তু এবং বীমাকারী অতীতে কীভাবে ঝুঁকি পরিচালনা করেছে সে সম্পর্কে তথ্য দেবে। এর অর্থ হল বীমা কোম্পানির দায়িত্ব রয়েছে মৌখিকভাবে প্রাপ্ত সমস্ত তথ্য রেকর্ড করা, যা এজেন্টকে অনুসরণের মাধ্যমে মনে রাখতে হবে।

B. প্রস্তাব গ্রহণ (দায়গ্রহণ)

একটি সম্পূর্ণ প্রস্তাবনা পত্র বিস্তৃতভাবে নিম্নলিখিত তথ্যগুলি প্রদান করে:

- ✓ বীমাকৃতের বিশদ বিবরণ
- ✓ বিষয়গুলির বিশদ বিবরণ
- ✓ প্রয়োজনীয় কভারের প্রকারগুলি
- ✓ ইতিবাচক এবং নেতিবাচক উভয় শারীরিক বৈশিষ্ট্যের বিবরণ
- ✓ বীমার পূর্ববর্তী ইতিহাস এবং দাবির অভিজ্ঞতা

যেমন ৪৫ বছরের বেশি বয়সী একজন ডাক্তারের কাছে এবং/অথবা মেডিকেল চেক-আপের জন্য বীমাকারী সম্ভাব্য গ্রাহককে একটি স্বাস্থ্য বীমা প্রস্তাবের জন্য উল্লেখ করতে পারেন। প্রস্তাবে পাওয়া তথ্যের ভিত্তিতে এবং যেখানে মেডিকেল চেক-আপের পরামর্শ দেওয়া হয়েছে, মেডিকেল রিপোর্ট এবং ডাক্তারের সুপারিশের ভিত্তিতে বীমাকারী সিদ্ধান্ত নেয়। কখনও কখনও, যেখানে চিকিৎসা ইতিহাস সন্তোষজনক নয়, সেখানে আরও তথ্য পাওয়ার জন্য একটি অতিরিক্ত প্রশ্নপত্রও সম্ভাব্য ক্লায়েন্টের কাছ থেকে নেওয়া প্রয়োজন। বীমাকারী তারপরে ঝুঁকির কারণের উপর প্রযোজ্য হার সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নেয় এবং বিভিন্ন কারণের উপর ভিত্তি করে প্রিমিয়াম গণনা করে, যা পরে বীমাকৃতকে জানানো হয়।

C. কার্যবিবরণী

একটি কার্যবিবরণী হল একটি নথি যা বীমাকারী বা তার পক্ষে বীমার সম্ভাব্য ক্রেতাদের জারি করে। এটি সাধারণত একটি ব্রোশিওর বা লিফলেট আকারে হয় বা এটি ইলেকট্রনিক আকারেও হতে পারে এবং এই ধরনের সম্ভাব্য ক্রেতাদের কাছে একটি পণ্য পরিচয় করিয়ে দেওয়ার উদ্দেশ্যে কাজ করে। কার্যবিবরণীর জারি বীমা আইন ১৯৩৮ এবং সেইসাথে পলিসিহোল্ডারদের স্বার্থ রক্ষা প্রবিধান ২০১৭ এবং আইআরডিএআই -এর স্বাস্থ্য বীমা প্রবিধান ২০১৬ দ্বারা পরিচালিত হয়। স্বাস্থ্য পলিসির বীমাকারীর সাধারণত তাদের স্বাস্থ্য বীমা পণ্য সম্পর্কে কার্যবিবরণী প্রকাশ করে। এই ধরনের ক্ষেত্রে প্রস্তাবনা ফর্মে একটি ঘোষণা থাকবে যে গ্রাহক কার্যবিবরণী পড়েছেন এবং এতে সম্মত হয়েছেন।

অধ্যায় ৪-এ যেমন আলোচনা করা হয়েছে, বীমা আইন ১৯৩৮-এর ধারা ৬৪ ভিবি-তে বলা হয়েছে যে প্রিমিয়াম আগে থেকেই সংগ্রহ করতে হবে। যাইহোক, কোভিড-১৯ কারণে স্বাস্থ্য বীমা প্রিমিয়াম প্রদান সহজ করার প্রয়োজনীয়তা বিবেচনা করে, আইআরডিএআই বীমাকারীদের কিস্তিতে পৃথক স্বাস্থ্য বীমা পণ্যগুলির প্রিমিয়াম সংগ্রহ করার অনুমতি দিয়েছে। এটাও বাধ্যতামূলক ছিল যে বীমা কোম্পানিগুলি কিস্তিতে প্রিমিয়াম প্রদানের সুবিধার উপলব্ধতা এবং তার শর্তাবলী তাদের ওয়েবসাইটে ঘোষণা করবে। কোনো বৈষম্য ছাড়াই সকল পলিসিধারকদের এই সুবিধা দেওয়া হবে।

D. পলিসির নথিপত্র

পলিসি হোল্ডারের স্বার্থ রক্ষার জন্য আইআরডিএআই রেগুলেশনস অ্যাক্ট ২০১৭ নির্দিষ্ট করেছে যে একটি স্বাস্থ্য বীমা পলিসির জন্য যেসব নথিপত্র থাকতে হবে:

- a) বীমাকৃত ব্যক্তির নাম(গুলি) এবং ঠিকানা(গুলি) এবং অন্য কোন ব্যক্তির বিষয়বস্তুতে বীমাযোগ্য আগ্রহ রয়েছে

- b) বীমাকৃত ব্যক্তি বা তার সুদের সম্পূর্ণ বিবরণ
- c) পলিসি ব্যক্তির অধীনে এবং/অথবা বিপদ অনুসারে বীমাকৃতর ক্ষতির পরিমাণ
- d) পণ্যের ইউআইএন, নাম, কোড নম্বর, বিক্রয় প্রক্রিয়ার সাথে জড়িত ব্যক্তির যোগাযোগের বিবরণ;
- e) বীমাকৃত ব্যক্তির জন্ম তারিখ এবং বীমা পূর্ণ বছরের সময় তার সংশ্লিষ্ট বয়স;
- f) বীমার সময়কাল এবং যে তারিখ থেকে পলিসিধারী সমগ্র ভারতে যে কোনো বীমাকারীর কাছ থেকে বিরতি ছাড়াই স্বাস্থ্য বীমা কভার পাচ্ছেন
- g) উপ-সীমা, আনুপাতিক কর্তন এবং প্যাকেজের হারের অস্তিত্ব যদি থাকে, তা সংশ্লিষ্ট পলিসি বিভাগে প্রতিনির্দেশ করা;
- h) যদি কো-পে সীমা থাকে;
- i) প্রাক-বিদ্যমান রোগ (পিইডি) অপেক্ষার সময়কাল, যদি প্রযোজ্য হয়;
- j) প্রযোজ্য নিয়ম হিসাবে নির্দিষ্ট অপেক্ষার সময়কাল;
- k) প্রযোজ্য হিসাবে কর্তনযোগ্য - সাধারণ এবং নির্দিষ্ট, যদি কোন বিপদ কভার এবং বর্জন করা হয়
- l) প্রদেয় প্রিমিয়াম এবং যেখানে প্রিমিয়াম সামঞ্জস্য সাপেক্ষে সাময়িক, প্রিমিয়ামের সমন্বয়ের ভিত্তি এবং যদি থাকে কিস্তির পর্যায়ক্রমিকতা
- m) পলিসি মেয়াদ শর্তাবলী এবং ওয়ারেন্টি
- n) পলিসির অধীনে একটি দাবি তৈরি হতে পারে এমন একটি আকস্মিক ঘটনা ঘটলে বীমাকৃত কর্তৃক গৃহীত ব্যবস্থা নেওয়া হয়
- o) দাবির তৈরির ঘটনা ঘটলে বীমার বিষয়বস্তুর সাথে বীমাকৃতের বাধ্যবাধকতা এবং পরিস্থিতিতে বীমাকারীর অধিকার দেওয়া হয়
- p) কোনো বিশেষ শর্ত
- q) ভুল উপস্থাপন, জালিয়াতি, বস্তুগত তথ্য প্রকাশ না করা বা বীমাকৃতদের অসহযোগিতার কারণে পলিসি বাতিল করার বিধান আছে
- r) অ্যাড-অন কভারের বিশদ বিবরণ, যদি তা থেকে থাকে
- s) অভিযোগ নিরসন পদ্ধতির বিশদ বিবরণ এবং ন্যায়প্রদানকারীর ঠিকানা
- t) বীমাকারীর অভিযোগ নিষ্পত্তি ব্যবস্থার বিশদ বিবরণ;
- u) ফ্রি-লুক পিরিয়ডের সুবিধা এবং বহনযোগ্যতার শর্তাবলী;
- v) পলিসি মাইগ্রেশনের সুবিধা এবং শর্তাবলী যেখানে প্রযোজ্য।

E. শর্তাবলী এবং ওয়ারেন্টি

এখানে, পলিসির শব্দে ব্যবহৃত দুটি গুরুত্বপূর্ণ পদ ব্যাখ্যা করা গুরুত্বপূর্ণ। এগুলোকে শর্তাবলী এবং ওয়ারেন্টি বলা হয়।

1. **শর্তাবলী:** একটি শর্ত হল একটি বীমা চুক্তির একটি নিয়ম যা চুক্তির ভিত্তি তৈরি করতে সাহায্য করে।

উদাহরণ:

a. বেশিরভাগ বীমা পলিসি যা রাজ্যের মানক শর্তাবলী:

যদি দাবিটি কোনও ক্ষেত্রে প্রতারণামূলক হয়, বা যদি কোনও মিথ্যা ঘোষণা করা হয় বা এর সমর্থনে ব্যবহার করা হয় বা যদি কোনও প্রতারণামূলক উপায় বা ডিভাইস বীমাকৃত বা তার পক্ষে কাজ করে পলিসির অধীনে কোনও সুবিধা পাওয়ার জন্য ব্যবহার করা হয় বা যদি স্বেচ্ছাকৃত কাজ দ্বারা ক্ষতি বা ক্ষতি হয়, বা বীমাকৃতের সহযোগিতায়, এই পলিসির অধীনে সমস্ত সুবিধা বাজেয়াপ্ত করা হবে।

b. একটি স্বাস্থ্য পলিসিতে দাবি জানানোর যেসব শর্ত থাকতে পারে:

হাসপাতাল থেকে ছাড়ার তারিখ থেকে নির্দিষ্ট দিনের মধ্যে দাবি দাখিল করতে হবে। যাইহোক, এই শর্ত পরিত্যাগ করা চরম ক্ষেত্রে বিবেচনা করা যেতে পারে।

শর্ত লঙ্ঘন বীমাকারীর বিকল্পে পলিসিটি বাতিলযোগ্য করে তোলে।

2. **ওয়্যারেন্টি:** একটি ওয়্যারেন্টি হল বীমাকারী এবং বীমাকৃতের মধ্যে একটি চুক্তি যা সম্পূর্ণরূপে সম্পন্ন করতে হবে। এটি পলিসি নথির একটি অংশ গঠন করতে সাহায্য করে। উদাহরণ স্বরূপ, বীমাকারী একটি বিশেষ রোগের ঝুঁকি এই শর্তে কভার করতে পারেন যে বীমাকৃত ব্যক্তিকে একজন বিশেষজ্ঞের সাথে ত্রৈমাসিক পরামর্শ করতে হবে। উপরের উদাহরণে, চুক্তির তার অংশ পূরণ করতে বীমাকৃতের ব্যর্থতা হয় সেই নির্দিষ্ট বিভাগ/ওয়্যারেন্টির ক্ষেত্রে দায় অস্বীকার করবে বা হ্রাস করবে।

ওয়্যারেন্টিগুলি অবশ্যই পর্যবেক্ষণ করতে হবে এবং কঠোরভাবে ও আক্ষরিকভাবে মেনে চলতে হবে, তা ঝুঁকির উপাদান হোক বা না হোক।

নিজে নিজে করো ১

ওয়্যারেন্টির ক্ষেত্রে নিচের কোন বিবৃতিটি সঠিক?

- I. ওয়্যারেন্টি হল এমন একটি শর্ত যা পলিসিতে উল্লেখ না করেই উহ্য থাকে
- II. একটি ওয়্যারেন্টি একটি পলিসি নথির অংশ গঠন করতে সাহায্য করে
- III. একটি ওয়্যারেন্টি সর্বদা বীমাকৃত ব্যক্তিকে আলাদাভাবে জানানো হয় এবং যা পলিসির নথির অংশ হতে পারে না
- IV. ওয়্যারেন্টি লঙ্ঘন করা হলেও দাবি প্রদেয় হবে।

স্বাস্থ্য বীমার অনুমোদন

এটি একটি আদর্শ আকারে পলিসি জারি করা বীমাকারীদের অভ্যাস; কিছু বিপদ কভার করা এবং কিছু বাদ দেওয়া হয়।

সংজ্ঞা

যদি জারি করার সময় পলিসির নির্দিষ্ট কিছু শর্তাবলী পরিবর্তন করার প্রয়োজন হয়, তাহলে এটি অনুমোদন নামক একটি নথির মাধ্যমে সংশোধন/পরিবর্তন নির্ধারণ করে করা হয়।

এটি একটি অংশ যা পলিসির সাথে সংযুক্ত। পলিসি এবং অনুমোদন একসাথে চুক্তি তৈরি করে। পরিবর্তন/সংশোধন রেকর্ড করার জন্য পলিসির মূদ্রার সময় অনুমোদনও জারি করা যেতে পারে।

যখনই বস্তুগত তথ্য পরিবর্তিত হয়, তখন বিমা গ্রহীতাকে বীমা কোম্পানীকে পরামর্শ দিতে হবে যারা এটি নোট করবে এবং অনুমোদনের মাধ্যমে বীমা চুক্তির অংশ হিসাবে এটি অন্তর্ভুক্ত করবে।

পলিসির অধীনে সাধারণত যেসব অনুমোদনের প্রয়োজন হয়:

- বিমাকৃত অর্থের বৈচিত্র/পরিবর্তন
- বীমাকৃত পরিবারের সদস্যদের সংযোজন এবং বাদ দেওয়া
- একটি ঋণ গ্রহণ এবং একটি ব্যাংকের কাছে পলিসি বন্ধক রাখার মাধ্যমে বীমাযোগ্য সুদের পরিবর্তন করা হয়।
- অতিরিক্ত বিপদ কভার করতে বীমার সম্প্রসারণ/ মেয়াদ বাড়ানো হয়
- ঝুঁকির পরিবর্তন, যেমন বিদেশী ভ্রমণ পলিসির ক্ষেত্রে গন্তব্যের পরিবর্তন হয়
- বীমার বাতিলকরণ
- নাম বা ঠিকানা পরিবর্তন ইত্যাদি

নিজে নিজে করো ২

যদি জারি করার সময় পলিসির নির্দিষ্ট কিছু শর্তাবলী পরিবর্তন করার প্রয়োজন হয়, তাহলে এটি - _____এর মাধ্যমে সংশোধন করা হয়।

- ওয়ারেন্টি
- অনুমোদন
- পরিবর্তন
- পরিবর্তন অসম্ভব

নিজে নিজে করোর উত্তর

উত্তর ১ - সঠিক বিকল্প হল II

উত্তর ২- সঠিক বিকল্প হল II

অধ্যায় H-03

স্বাস্থ্য বীমার পণ্যগুলি

অধ্যায় পরিচিতি

এই অধ্যায়টি ভারতে বীমা কোম্পানিগুলির দ্বারা অফার করা বিভিন্ন স্বাস্থ্য বীমা পণ্যগুলির একটি সামগ্রিক অন্তর্দৃষ্টি দেবে। শুধুমাত্র একটি পণ্য থেকে - মেডিক্লেইম থেকে শুরু করে বিভিন্ন ধরনের শত শত পণ্য, গ্রাহকের কাছে উপযুক্ত কভার বেছে নেওয়ার বিস্তৃত পরিসর রয়েছে। অধ্যায়টিতে বিভিন্ন স্বাস্থ্য পণ্যের বৈশিষ্ট্য ব্যাখ্যা করা হয় যা ব্যক্তি, পরিবার এবং দলগুলিকে কভার করতে পারে।

শিক্ষণীয় ফলাফল

- A. স্বাস্থ্য বীমা পণ্যের শ্রেণীবিভাগ
- B. স্বাস্থ্য বীমাতে মান নির্ধারণের বিষয়ে আইআরডিএআই-এর নির্দেশিকা
- C. হাসপাতালে ভর্তির জন্য ক্ষতিপূরণের পণ্য
- D. টপ-আপ কভার বা উচ্চ কর্তনযোগ্য বীমা পরিকল্পনা
- E. প্রবীণ নাগরিক পলিসি
- F. স্থায়ী সুবিধার কভার - হাসপাতালের নগদ, গুরুতর অসুস্থতা
- G. কন্সো-প্রোডাক্ট
- H. দরিদ্র শ্রেণীর জন্য ক্ষুদ্র এবং স্বাস্থ্য বীমা
- I. রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বীমা যোজনা
- J. প্রধানমন্ত্রী জন আরোগ্য যোজনা
- K. প্রধানমন্ত্রী সুরক্ষা বিমা যোজনা
- L. ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা এবং অক্ষমতার কভার
- M. বিদেশে ভ্রমণের বীমা
- N. দলগত স্বাস্থ্য বীমার কভার
- O. বিশেষ পণ্যগুলি
- P. স্বাস্থ্য পলিসির মূল শর্তাবলী

এই অধ্যায় অধ্যয়ন করার পর আপনি যে বিষয়গুলিতে সক্ষম হবেন:

- a) স্বাস্থ্য বীমার বিভিন্ন শ্রেণী সম্পর্কে ব্যাখ্যা করা
- b) স্বাস্থ্য বীমাতে মানসম্মত আইআরডিএআই-এর নির্দেশিকা বর্ণনা করা

- c) ভারতীয় বাজারে উপলব্ধ বিভিন্ন ধরনের স্বাস্থ্য বীমার পণ্যগুলি নিয়ে আলোচনা করা
- d) ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বীমা সম্পর্কে ব্যাখ্যা করা
- e) বিদেশে ভ্রমণ বীমা সম্পর্কে আলোচনা করা
- f) স্বাস্থ্য বীমা পলিসির মূল শর্তাবলী এবং ধারাগুলি সম্পর্কে বোঝা

A. স্বাস্থ্য বীমা পণ্যের শ্রেণীবিভাগ

1. স্বাস্থ্য বীমা পণ্য সম্পর্কে পরিচিতি

সংজ্ঞা

"স্বাস্থ্য বীমার ব্যবসা" বীমা আইন ১৯৩৮ এর ধারা ২(৬সি) এর অধীনে সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে "অসুস্থতার সুবিধা বা চিকিৎসা, অস্ত্রোপচার বা হাসপাতালের ব্যয়ের সুবিধা প্রদান করে এমন চুক্তির প্রভাবে রয়েছে যা হাসপাতালের আবাসিক রোগী বা বাইরে-রোগী ভ্রমণ কভার এবং ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভার"। আইআরডিএআই স্বাস্থ্য বীমা ব্যবসার এই সংজ্ঞা অনুসরণ করে।

ভারতীয় বাজারে পাওয়া স্বাস্থ্য বীমা পণ্যগুলি বেশিরভাগই হাসপাতালে ভর্তি পণ্যের প্রকৃতির উপর নির্ভর করে। এই পণ্যগুলি হাসপাতালে ভর্তির সময় একজন ব্যক্তির দ্বারা ব্যয় করা খরচকে কভার করে।

অতএব, স্বাস্থ্য বীমা প্রধানত যে দুটি কারণে গুরুত্বপূর্ণ:

- ✓ কোনো অসুস্থতার ক্ষেত্রে **চিকিৎসা সুবিধা প্রদানের জন্য আর্থিক সহায়তা প্রদান।**
- ✓ **একজন ব্যক্তির সঞ্চয় সংরক্ষণ** করা যা অন্য কোনো অসুস্থতার কারণে নিশ্চিত হয়ে যেতে পারে।

আজ, প্রায় সমস্ত সাধারণ বীমা কোম্পানি, স্বতন্ত্র স্বাস্থ্য বীমাকারী এবং জীবন বীমাকারীদের দ্বারা অফার করা শত শত পণ্য সহ, স্বাস্থ্য বীমা বিভাগটি বৃহৎ পরিসরে বিকশিত হয়েছে। যাইহোক, মেডিক্লেইম পলিসির মৌলিক সুবিধার কাঠামো অর্থাৎ হাসপাতালে ভর্তির খরচের কভার এখনও বীমার সবচেয়ে জনপ্রিয় রূপ।

2. স্বাস্থ্য বীমা পণ্যের বিস্তৃত শ্রেণীবিভাগ

পণ্যের পরিকল্পনা যাই হোক না কেন, স্বাস্থ্য বীমা পণ্যগুলিকে বিস্তৃতভাবে দুটি বিভাগে শ্রেণীবদ্ধ করা যেতে পারে:

a) ক্ষতিপূরণের কভার

এই পণ্যগুলি স্বাস্থ্য বীমা বাজারের বিশাল আয়তন গঠন করে এবং হাসপাতালে ভর্তির কারণে প্রকৃত চিকিৎসা ব্যয়ের জন্য অর্থ প্রদান করে।

b) স্থায়ী সুবিধার কভার

'হাসপাতাল নগদ' নামেও পরিচিত এই পণ্যগুলি হাসপাতালে ভর্তির সময়কালের জন্য প্রতিদিন একটি নির্দিষ্ট অর্থ প্রদান করে। কিছু পণ্য বিভিন্ন অস্ত্রোপচারের জন্য পূর্ব-নির্ধারিত পরিমাণও প্রদান করে।

3. গ্রাহক বিভাগের উপর ভিত্তি করে শ্রেণীবিভাগ

লক্ষ্য গ্রাহক বিভাগের ভিত্তিতে পণ্যগুলিও শ্রেণীবদ্ধ করা যেতে পারে। গ্রাহক বিভাগের উপর ভিত্তি করে পণ্য শ্রেণীবিভাগ হল:

- খুচরা গ্রাহকদের এবং তাদের পরিবারের সদস্যদের দেওয়া **ব্যক্তিগত কভার**
- আইনদ্বারা গঠিত ভোক্তাদের দেওয়া **গ্রুপ কভার**, কর্মচারী ও গোষ্ঠীগুলি এবং তাদের সদস্যদের কভার করে,
- জনসংখ্যার** অত্যন্ত দরিদ্র অংশগুলিকে কভার করে এমন সরকারী প্রকল্পগুলির জন্য গণ পলিসি যেমন প্রধানমন্ত্রী জন আরোগ্য যোজনা/বিভিন্ন রাজ্য স্বাস্থ্য বীমা প্রকল্প।

প্রতিটি বিভাগের জন্য সুবিধার পরিকাঠামো, মূল্য নির্ধারণ, দায়গ্রহন এবং বিপণন বেশ স্বতন্ত্র।

স্বাস্থ্য বীমায় প্রযোজ্য প্রবিধান: স্বাস্থ্য পণ্য সম্পর্কিত স্বাস্থ্যবিধি ২০১৬-তে কিছু গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তন আনা হয়েছে, যার কয়েকটি নীচে দেওয়া হল:

- জীবন বীমা কোম্পানিগুলি দীর্ঘমেয়াদী স্বাস্থ্য পণ্য অফার করতে পারে তবে এই জাতীয় পণ্যগুলির জন্য প্রিমিয়াম তিন বছরের প্রতিটি ব্লকের অন্তত একটি সময়ের জন্য অপরিবর্তিত থাকবে, তারপরে প্রিমিয়াম পর্যালোচনা করা যেতে পারে এবং প্রয়োজনে সংশোধন করা যেতে পারে।
- অ-জীবন এবং স্বতন্ত্র স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানিগুলি ন্যূনতম এক বছর এবং সর্বোচ্চ তিন বছরের মেয়াদে স্বতন্ত্র স্বাস্থ্য পণ্য অফার করতে পারে, তবে শর্ত থাকে যে মেয়াদের জন্য প্রিমিয়াম অপরিবর্তিত থাকবে।
- বীমা কোম্পানি উদ্ভাবনী 'পাইলট-পণ্য' অফার করতে পারে। সাধারণ-বীমাকারী এবং স্বাস্থ্য-বীমাকারীরা ১ বছরের পলিসির মেয়াদের জন্য এই পণ্যগুলি অফার করতে পারে, তবে ৫বছরের বেশি নয়। গ্রুপ হেলথ পলিসিগুলি ক্রেডিট লিঙ্কযুক্ত পণ্যগুলি ব্যতীত যে কোনও বীমাকারী এক বছরের মেয়াদের জন্য অফার করতে পারে যেখানে মেয়াদ ৫ বছরের বেশি না হওয়া ঋণের মেয়াদ পর্যন্ত বাড়ানো যেতে পারে।
- কোনো দলগত স্বাস্থ্য বীমা পলিসি জারি করা হবে না যেখানে একটি গ্রুপ গঠিত হয় যেখানে বীমা পাওয়ার মূল উদ্দেশ্য থাকে। বীমাকারীর দ্বারা নির্ধারিত গোষ্ঠীর একটি আকার থাকবে যা তার সমস্ত গোষ্ঠী পলিসির জন্য প্রযোজ্য হবে, সর্বনিম্ন ৭-এর সাপেক্ষে।
- সাধারণ বীমাকারী এবং স্বাস্থ্য বীমাকারীরাও ঋণের মেয়াদ ৫ বছরের বেশি না হওয়া পর্যন্ত বর্ধিত মেয়াদের জন্য ক্রেডিট সংযুক্ত দলগত ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা পলিসি অফার করতে পারে।
- একাধিক পলিসি-যদি বীমাকৃত ব্যক্তি একাধিক বীমা কোম্পানির কাছ থেকে স্বাস্থ্য পলিসি গ্রহণ করে থাকে যা নির্দিষ্ট সুবিধা প্রদান করে, তবে প্রতিটি বীমাকারীকে একটি বীমাকৃত ঘটনা ঘটলে, শর্তাবলী অনুসারে অন্যান্য অনুরূপ পলিসি থেকে প্রাপ্ত অর্থপ্রদানের থেকে স্বাধীনভাবে দাবির অর্থ প্রদান করতে হবে পলিসির শর্তাবলী।

যদি দুই বা ততোধিক পলিসি এক বা একাধিক বীমাকারীর কাছ থেকে চিকিত্সার খরচের ক্ষতিপূরণের জন্য একটি সময়কালের মধ্যে একটি বীমাগ্রহীতার দ্বারা নেওয়া হয়, তবে পলিসিধারকের অধিকার থাকবে তার যে কোনো পলিসির শর্তে তার দাবির নিষ্পত্তি করার জন্য। যে বীমাকারীর উপর দাবি

করা হয়েছে তাকে দাবির অর্থ প্রদান এবং ব্যালেন্স দাবি করতে হবে বা পূর্বে নির্বাচিত পলিসি/পলিসিগুলির অধীনে অস্বীকৃত দাবিগুলি অন্য পলিসি থেকে করা যেতে পারে এমনকি যদি আগের নির্বাচিত পলিসিতে বীমার পরিমাণ শেষ না হয়।

B. স্বাস্থ্য বীমাতে মান নির্ধারণের বিষয়ে আইআরডিএআই-এর নির্দেশিকা

অনেক বিমাকারীরা অসংখ্য বৈচিত্র্যময় পণ্য সরবরাহ করে এবং বিভিন্ন পদ এবং বর্জনের বিভিন্ন সংজ্ঞা সহ, বাজারে বিভ্রান্তি দেখা দেয়। গ্রাহকের জন্য পণ্যের তুলনা করা এবং একটি বিবেচিত সিদ্ধান্ত নেওয়া কঠিন হয়ে পড়ে। তদুপরি, গুরুতর অসুস্থতা পলিসিতে, গুরুতর অসুস্থতা বলতে কী বোঝায় এবং কী নয় সে সম্পর্কে কোনও স্পষ্ট ধারণা নেই।

বিমাকারী, পরিষেবা প্রদানকারী, টিপিএ এবং হাসপাতালের মধ্যে বিভ্রান্তি দূর করতে এবং বীমাকারী জনসাধারণের অভিযোগ দূর করতে, নিয়ন্ত্রক স্বাস্থ্য বীমাতে একধরনের মান প্রদানের চেষ্টা করেছিল। একটি সাধারণ বোঝাপড়ার উপর ভিত্তি করে, আইআরডিএআই ২০১৬ সালে স্বাস্থ্য বীমার মানককরণের নির্দেশিকা জারি করেছে যা ২০২০ সালে আরও সংশোধন করা হয়েছিল। এগুলি ক্ষতিপূরণ ভিত্তিক স্বাস্থ্য বীমা প্রদানকারী সমস্ত সাধারণ এবং স্বাস্থ্য বীমাকারীদের জন্য প্রযোজ্য (পিএ এবং দেশীয়/বিদেশী ভ্রমণ ব্যতীত) পণ্য (উভয় ব্যক্তি এবং দলগত)

মান সম্মত যেসব নির্দেশিকা প্রদান করা হয়:

1. সাধারণত ব্যবহৃত বীমা শর্তাবলীর সংজ্ঞা
2. গুরুতর অসুস্থতার সংজ্ঞা
3. হাসপাতালে ভর্তির ক্ষতিপূরণ পলিসিতে খরচের ঐচ্ছিক আইটেমের তালিকা
4. দাবির ফর্ম এবং প্রাক-অনুমোদন ফর্ম
5. বিলিং ফরম্যাট
6. হাসপাতালের স্রাবের সারাংশ
7. টিপিএ, বীমাকারী এবং হাসপাতালের মধ্যে মানসম্মত চুক্তি
8. নতুন পলিসির জন্য আইআরডিএআই পাওয়ার জন্য মানসম্মত ফাইল এবং তার বিন্যাসের ব্যবহার
9. বর্জনের মানসম্মত
10. বর্জন অনুমোদিত নয়

C. হাসপাতালে ভর্তির জন্য ক্ষতিপূরণের পণ্য

হাসপাতালে ভর্তির ক্ষতিপূরণ পণ্যগুলি ব্যক্তিদের হাসপাতালে ভর্তির ক্ষেত্রে তাদের যে খরচ হবে তা থেকে রক্ষা করে। বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, তারা হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার আগে এবং পরে একটি নির্দিষ্ট সংখ্যক দিন কভার করে, তবে এটি হাসপাতালে ভর্তির সাথে জড়িত নয় এমন কোনো খরচ বাদ দেয়।

হাসপাতালে ভর্তির ক্ষতিপূরণ পলিসি একটি 'ক্ষতিপূরণ' ভিত্তিতে পরিচালিত হয় যা মেডিক্লেম নামে পরিচিত। এটি হাসপাতালে ভর্তির সময় খরচ কভার করে পলিসিধারককে ক্ষতিপূরণ দেয়। কিছু খরচ যা কভার করা হয় না তা পলিসি নথিতে উল্লেখ করা হয়।

উদাহরণ

রঘুর একটি ছোট পরিবার রয়েছে যার মধ্যে তার স্ত্রী এবং একটি ১৪ বছরের ছেলে রয়েছে। তিনি একটি মেডিকেল পলিসি নিয়েছেন, যার মধ্যে তার পরিবারের প্রতিটি সদস্যকে একটি স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানির কাছ থেকে একটি পৃথক কভারের জন্য প্রত্যেকে ১ লাখ টাকা করে দেয়। তাদের প্রত্যেকেই চিকিৎসা খরচ পুনরুদ্ধার পেতে পারে হাসপাতালে ভর্তির ক্ষেত্রে ১ লাখ টাকা।

হার্ট অ্যাটাকের কারণে রঘুকে হাসপাতালে ভর্তি করা হয়েছিল এবং অস্ত্রোপচারের প্রয়োজন হয়েছিল। উপস্থাপিত মেডিকেল বিল ছিল ১.২৫ লাখ টাকা। বীমা কোম্পানি প্ল্যান কভারেজ অনুযায়ী ১ লক্ষ টাকা দিয়েছে এবং রঘুকে বাকি ২৫,০০০ টাকা দিতে হয়েছে নিজের পকেট থেকে।

ক্ষতিপূরণের ভিত্তিতে মেডিকেল পলিসির প্রধান বৈশিষ্ট্যগুলি নীচে বিশদভাবে দেওয়া হয়েছে, যদিও কভারের সীমার ভিন্নতা, অতিরিক্ত বর্জন বা সুবিধা বা কিছু অ্যাড-অন প্রতিটি বীমাকারীর দ্বারা বিপণিত পণ্যগুলিতে প্রযোজ্য হতে পারে।

1. হাসপাতালে ভর্তির খরচ

পলিসি অসুস্থতা/দুর্ঘটনার কারণে হাসপাতালে ভর্তির খরচ বীমাকৃতকে পরিশোধ করে। পলিসিতে হাসপাতালে ভর্তির একটি ন্যূনতম নির্ধারিত সময় রয়েছে (সাধারণত ২৪ ঘন্টা) যার পরে পলিসির বিধানগুলি কার্যকর হয়। যাইহোক, একবার এই মেয়াদে পৌঁছে গেলে পুরো সময়ের জন্য খরচ প্রদেয় হয়ে যায়।

চিকিত্সার সাথে সম্পর্কিত বেশিরভাগ খরচ প্রদান করা হয়, তবুও কিছু খরচ যা ব্যক্তিগত আরামের আইটেমগুলি অন্তর্ভুক্ত করে, কসমেটিক সার্জারি হয় না। তাই পলিসির আওতায় নয় এমন খরচের বাদ দেওয়া আইটেমগুলি সম্পর্কে গ্রাহককে সচেতন করা গুরুত্বপূর্ণ।

- i. হাসপাতাল/নার্সিং হোম দ্বারা প্রদত্ত রুম, বোর্ডিং এবং নার্সিং খরচ। এর মধ্যে রয়েছে নার্সিং কেয়ার, আরএমও চার্জ, IV তরল/রক্ত ট্রান্সফিউশন/ইনজেকশন প্রশাসন চার্জ এবং তার অনুরূপ খরচ
- ii. ইনটেনসিভ কেয়ার ইউনিট (আইসিইউ)-এর খরচ
- iii. শল্যচিকিৎসক, অ্যানেসথেটিস্ট, চিকিৎসক, পরামর্শদাতা, বিশেষজ্ঞদের ফি
- iv. চেতনানাশক, রক্ত, অক্সিজেন, অপারেশন থিয়েটার চার্জ, অস্ত্রোপচারের যন্ত্রপাতি,
- v. ওষুধ,
- vi. ডায়ালাইসিস, কেমোথেরাপি, রেডিওথেরাপি
- vii. পেসমেকার, অর্থোপেডিক ইমপ্লান্ট, ইনফ্রা কার্ডিয়াক ভালভ প্রতিস্থাপন, ভাস্কুলার স্টেন্টের মতো অস্ত্রোপচারের সময় ইমপ্লান্ট করা কৃত্রিম ডিভাইসের খরচ
- viii. প্রাসঙ্গিক পরীক্ষাগার / ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা এবং চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য খরচ
- ix. বীমাকৃত ব্যক্তির অঙ্গ প্রতিস্থাপনের ক্ষেত্রে দাতার উপর হাসপাতালে ভর্তির খরচ (অঙ্গের খরচ ব্যতীত)।

2. ডে কেয়ার পদ্ধতি

এমন অনেক অস্ত্রোপচার আছে যার প্রয়োজন নেই বিশেষায়িত হাসপাতালে করা যেতে পারে। চোখের সার্জারি, কেমোথেরাপির মতো চিকিৎসা; ডায়ালাইসিস ইত্যাদি ডে-কেয়ার সার্জারির অধীনে শ্রেণীবদ্ধ করা যেতে পারে এবং তালিকা ক্রমাগত বৃদ্ধি পাচ্ছে। এগুলোও পলিসির আওতায় রয়েছে।

3. ওপিডি-এর কভার

বহির্বিভাগের রোগীদের খরচের কভারেজ এখনও ভারতে খুব সীমিত, এই ধরনের কয়েকটি পণ্য ওপিডি কভার অফার করে। তবে এমন কিছু পরিকল্পনা রয়েছে যা বহিরাগত রোগী হিসাবে কভার চিকিত্সা প্রদান করে এবং ডাক্তারের পরিদর্শন, নিয়মিত চিকিৎসা পরীক্ষা, ডেন্টাল এবং ফার্মেসি খরচের সাথে সম্পর্কিত স্বাস্থ্যসেবা খরচও প্রদান করে।

4. হাসপাতালে ভর্তির আগে এবং পরের খরচ

i. হাসপাতালে ভর্তির আগের খরচ

জরুরী হাসপাতালে ভর্তি পরিকল্পিত হতে পারে। যদি একজন রোগী পরিকল্পিত অস্ত্রোপচারের জন্য যান, তবে হাসপাতালে ভর্তির আগে তার খরচ বহন করতে হবে। এই ধরনের খরচ হাসপাতালে ভর্তির আগে খরচ হিসাবে পরিচিত

সংজ্ঞা

এর অর্থ হল বীমাকৃত ব্যক্তির হাসপাতালে ভর্তির পূর্বনির্ধারিত সংখ্যক দিনের মধ্যে চিকিৎসা ব্যয়, তবে শর্ত থাকে যে এই খরচগুলি বীমাকৃত ব্যক্তির হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার পরে অবিলম্বে ব্যয় করা হয় এবং

- এই ধরনের চিকিৎসার জন্য ব্যয় করা হয় যার জন্য বীমাকৃত ব্যক্তির হাসপাতালে ভর্তির প্রয়োজন ছিল, এবং
- এই ধরনের ভর্তির জন্য হাসপাতালের আবাসিক রোগীর হাসপাতালের দাবি বীমা কোম্পানি দ্বারা গ্রহণযোগ্য।

হাসপাতালে ভর্তির পূর্বের খরচগুলি পরীক্ষা, ওষুধ, ডাক্তারের ফি ইত্যাদির আকারে হতে পারে। এই ধরনের প্রাসঙ্গিক এবং হাসপাতালে ভর্তির সাথে সম্পর্কিত খরচগুলি স্বাস্থ্য পলিসির আওতায় রয়েছে।

ii. হাসপাতালে ভর্তির পরের খরচ

হাসপাতালে থাকার পরে, বেশিরভাগ ক্ষেত্রেই বীমাকৃত ব্যক্তিকে হাসপাতাল থেকে ছাড়ার পর অবিলম্বে তার পুনরুদ্ধার এবং ফলো-আপ সংক্রান্ত খরচ হবে।

এই দুই ধরনের খরচ উভয়ই যদি গ্রহণযোগ্য হয়

- যে অবস্থার জন্য বীমাকৃত ব্যক্তির হাসপাতালে ভর্তির প্রয়োজন ছিল সেই একই অবস্থার জন্য খরচ করা হয়েছে, এবং
- এই ধরনের হাসপাতালের আবাসিক রোগীর ভর্তির জন্য দাবি বীমা কোম্পানি দ্বারা গ্রহণযোগ্য।

হাসপাতালে ভর্তির পরের খরচগুলি হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার পরে নির্ধারিত সংখ্যক দিন পর্যন্ত সময়ের মধ্যে হওয়া প্রাসঙ্গিক চিকিৎসা খরচ হবে এবং দাবির অংশ হিসাবে বিবেচিত হবে।

হাসপাতালে ভর্তির পরের খরচ হতে পারে ওষুধ, হাসপাতাল থেকে ছাড়ার পর ডাক্তারদের পর্যালোচনা ইত্যাদি। এই ধরনের ব্যয়গুলি হাসপাতালে নেওয়া চিকিৎসার সাথে সম্পর্কিত হতে হবে এবং স্বাস্থ্য পলিসির আওতায় রয়েছে।

যদিও হাসপাতালে ভর্তির আগে এবং পরে খরচের জন্য কভারের সময়কাল বীমাকারী থেকে বীমাকারীর মধ্যে পরিবর্তিত হবে এবং পলিসিতে সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে যে সবচেয়ে সাধারণ কভার হল হাসপাতালে ভর্তির ৩০ দিনের আগে এবং পরের ৬০ দিনের জন্য।

হাসপাতালে ভর্তির আগে এবং পরের খরচগুলি সামগ্রিক বিমাকৃত অর্থের একটি অংশ গঠন করে যার জন্য পলিসির অধীনে কভার দেওয়া হয়।

iii. আবাসিক হাসপাতালে ভর্তি

iv. এমন রোগীদের জন্যও একটি সুবিধা উপলব্ধ রয়েছে যাদের অসুস্থতার জন্য হাসপাতালে ভর্তির প্রয়োজন হয় তবে হাসপাতালে থাকার জন্য বা এমন অবস্থানে যে তাদের হাসপাতালে স্থানান্তরিত করা যায় না এমন অবস্থায় বাড়িতে চিকিৎসা করা যায়।

নিয়মের অপব্যবহার রোধ করার জন্য, এই কভারে সাধারণত তিন থেকে পাঁচ দিনের অতিরিক্ত ধারা থাকে যার অর্থ প্রথম তিন থেকে পাঁচ দিনের চিকিৎসার খরচ বীমাকৃতকে বহন করতে হবে। কভারে কিছু দীর্ঘস্থায়ী বা সাধারণ অসুস্থতা যেমন হাঁপানি, ব্রঙ্কাইটিস, ডায়াবেটিস মেলিটাস, উচ্চ রক্তচাপ, ইনফ্লুয়েঞ্জা কাশি, সর্দি এবং স্বর ইত্যাদির জন্য আবাসিক চিকিৎসা বাদ দেওয়া হয়।

উদাহরণ

হাসপাতালে ভর্তির ক্ষেত্রে খরচের কভারেজের জন্য মীরা একটি স্বাস্থ্য বীমা পলিসি নিয়েছিলেন। পলিসিতে ৩০ দিনের প্রাথমিক অপেক্ষার সময়কালের জন্য একটি ধারা ছিল। দুর্ভাগ্যবশত, পলিসি নেওয়ার ২০ দিন পর, মীরা ম্যালেরিয়ায় আক্রান্ত হন এবং ৫ দিন হাসপাতালে ভর্তি ছিলেন। তাকে হাসপাতালে আনেক বেশি বিল দিতে হয়েছিল।

যখন তিনি বীমা কোম্পানির কাছ থেকে প্রতিশোধের জন্য জিজ্ঞাসা করলেন, তারা দাবির অর্থপ্রদান অস্বীকার করেছে কারণ পলিসি নেওয়ার ৩০দিনের অপেক্ষার মধ্যে হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার ঘটনা ঘটেছে।

a) কভারেজের যে বিকল্পগুলি উপলব্ধ

i. **ব্যক্তিগত কভারেজ:** একজন বিমাকৃত ব্যক্তি পরিবারের সদস্যদের সাথে নিজেকে কভারেজ করতে পারেন যেমন স্বামী/স্ত্রী, নির্ভরশীল সন্তান, নির্ভরশীল পিতামাতা, শ্বশুরবাড়িতে নির্ভরশীল পিতামাতা, নির্ভরশীল ভাইবোন ইত্যাদি। কিছু বীমাকারীর আশ্রিত ব্যক্তিদের উপর কোন সীমাবদ্ধতা নেই যারা কভার করা যেতে পারে। প্রতিটি বীমাকৃত ব্যক্তির জন্য বেছে নেওয়া একটি পৃথক বিমাকৃত অর্থের মাধ্যমে এই ধরনের প্রতিটি নির্ভরশীল বীমাকৃতকে একটি একক পলিসির অধীনে কভার করা সম্ভব। এই ধরনের কভারগুলিতে, পলিসির অধীনে বীমাকৃত প্রত্যেক ব্যক্তি পলিসির মুদ্রা চলাকালীন তার বীমাকৃত সর্বাধিক পরিমাণ পর্যন্ত দাবি করতে পারেন। প্রিমিয়াম প্রতিটি বীমাকৃত ব্যক্তির জন্য তার বয়স এবং নির্বাচিত বিমার পরিমাণ এবং অন্য কোনো নির্ধারণের কারণ অনুযায়ী চার্জ করা হবে।

- ii. **ফ্যামিলি ফ্লোটোর:** ফ্যামিলি ফ্লোটোর পলিসি নামে পরিচিত বিকল্পটিতে স্বামী/স্ত্রী, নির্ভরশীল সন্তান এবং নির্ভরশীল বাবা-মা নিয়ে গঠিত পরিবারকে একটি একক বিমা অফার করা হয় যা পুরো পরিবারের উপর নির্ভর করে।

উদাহরণ

যদি একটি ফ্লোটোর পলিসি চারজনের একটি পরিবারের জন্য ৫ লাখ টাকা নেওয়া হয়, এর অর্থ হল পলিসির সময়কালে, এটি পরিবারের একাধিক সদস্য বা পরিবারের একক সদস্যের একাধিক দাবির জন্য অর্থ প্রদান করবে। এই সবগুলো মিলে মোট ৫ লাখ টাকার কভারেজ অতিক্রম করতে পারবে না। প্রিমিয়াম সাধারণত বিমার জন্য প্রস্তাবিত পরিবারের সবচেয়ে বয়স্ক সদস্যের বয়সের উপর ভিত্তি করে চার্জ করা হবে।

এই উভয় পলিসির অধীনে কভার এবং বর্জন একই হবে। ফ্যামিলি ফ্লোটোর পলিসি বাজারে জনপ্রিয় হয়ে উঠছে কারণ সমগ্র পরিবার একটি সামগ্রিক বীমার জন্য কভারেজ পায় যা একটি মুক্তিসঙ্গত প্রিমিয়ামে উচ্চ স্তরে বেছে নেওয়া যেতে পারে।

প্রাক-বিদ্যমান রোগ

বীমা অপ্রত্যাশিতভাবে ঘটে যাওয়া দুর্ঘটনা/রোগ ইত্যাদি কভার করার জন্য তৈরি করা হয়েছে। বিদ্যমান চিকিৎসা অবস্থার জন্য চিকিৎসার খরচ কভার করা বীমার অংশ নয়, কারণ এটি সুস্থ লোকদের জন্য অন্যায্য যারা অন্য কারো বিদ্যমান অসুস্থতার জন্য অর্থ প্রদান করে। এটি একইভাবে স্থাপিত ঝুঁকিগুলিকে কভার করে ঝুঁকি পুল তৈরির পলিসির বিরুদ্ধে যায়। তাই, স্বাস্থ্য পলিসি জারি করার আগে প্রতিটি বীমাকৃত ব্যক্তির বিদ্যমান অসুস্থতা/জখমের বিবরণ সংগ্রহ করা খুবই গুরুত্বপূর্ণ। এটি বীমাকারীকে বীমার প্রস্তাব গ্রহণ, যথাযথ প্রিমিয়াম চার্জ এবং/অথবা যাদের দাবি করার সম্ভাবনা বেশি তাদের জন্য অতিরিক্ত শর্ত প্রদানের বিষয়ে সিদ্ধান্ত নিতে সক্ষম করবে।

পূর্ব বিদ্যমান রোগ বলতে কি বোঝায়?

পলিসি শুরু হওয়ার ৪৮ মাসের মধ্যে একজন বীমাকৃত ব্যক্তির দ্বারা আক্রান্ত রোগগুলিকে প্রাক-বিদ্যমান রোগ হিসাবে গণ্য করা হয়। একই যুক্তির উপর ভিত্তি করে, একজন ব্যক্তিকে ৪৮ মাস ধরে একটানা বীমার আওতায় আনার পরে বীমাকারীদের পূর্ব থেকে বিদ্যমান রোগগুলি বাদ দেওয়ার অনুমতি দেওয়া হয় না।

নবায়নযোগ্যতা: যদিও স্বাস্থ্যসেবা পলিসিগুলির চুক্তির জীবন এক বছরের জন্য থাকে এবং প্রতি বছর একটি নতুন পলিসি জারি করা হয়, আইআরডিএআই দ্বারা সমস্ত পলিসির জন্য আজীবন নবায়নযোগ্যতা বাধ্যতামূলক করা হয়েছে।

বিশেষ বৈশিষ্ট্যগুলি

পণ্যে নতুন বৈশিষ্ট্য প্রদানের জন্য এবং মূল্য বজায় রাখার জন্য, বীমা কোম্পানিগুলি পণ্যগুলিতে উদ্ভাবনী পরিবর্তন এনেছে। উদাহরণ স্বরূপ, মেডিক্লেইম পলিসি, যা ২০০০ সালের আগে সবচেয়ে জনপ্রিয় পলিসি ছিল, অনেক পরিবর্তন হয়েছে এবং কভারেজে নতুন বিশেষ বৈশিষ্ট্য হিসেবে যুক্ত করা হয়েছে। মৌলিক ক্ষতিপূরণ কভারে কিছু বৈশিষ্ট্য যুক্ত করা হয়েছে। এই বৈশিষ্ট্যগুলি বীমাকারী থেকে বীমাকারী এবং পণ্য থেকে পণ্যে পরিবর্তিত হতে পারে এবং সমস্ত পণ্যের জন্য একইভাবে উপলব্ধ নাও হতে পারে।

i. উপ সীমা এবং রোগের নির্দিষ্ট ক্যাপিং

কিছু পণ্যের রোগ নির্দিষ্ট ক্যাপিং আছে যেমন ছানি কিছু কিছু রুম ভাড়ার উপ সীমা রয়েছে যা বীমাকৃত অর্থের সাথে যুক্ত যেমন প্রতি দিনের রুম ভাড়া বীমাকৃত রাশির ১% এবং আইসিইউ-এর চার্জ বিমাকৃত অর্থের ২% পর্যন্ত সীমাবদ্ধ। আইসিইউ চার্জ, ওটি চার্জ এবং এমনকি সার্জনের ফি এর মতো অন্যান্য মাথার খরচগুলি যে রুমের জন্য বেছে নেওয়া হয়েছে তার সাথে যুক্ত, তাই রুম ভাড়া ক্যাপিং অন্যান্য মাথার অধীনে খরচ সীমাবদ্ধ করতে সাহায্য করে এবং তাই সামগ্রিক হাসপাতালে ভর্তির খরচ।

ii. সহ-প্রদান (জনপ্রিয় সহ-প্রদান হিসেবে)

সহ-প্রদান আইআরডিএআই দ্বারা একটি স্বাস্থ্য বীমা পলিসির অধীনে একটি খরচ ভাগ করে নেওয়ার প্রয়োজনীয়তা হিসাবে সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে যেটি প্রদান করে যে পলিসিধারী/বীমাকৃত গ্রহণযোগ্য দাবির পরিমাণের একটি নির্দিষ্ট শতাংশ বহন করবে। একটি সহ-প্রদান বীমাকৃত অংশকে হ্রাস করে না।

সহ-প্রদান হল স্বাস্থ্য পলিসির অধীনে প্রতিটি দাবির একটি অংশ বহনকারী বীমাকৃতের ধারণা। এগুলি পণ্যের উপর নির্ভর করে বাধ্যতামূলক বা স্বেচ্ছাসেবী হতে পারে। সহ-প্রদান অপ্ৰয়োজনীয় হাসপাতালে ভর্তি এড়াতে বীমাকৃতদের মধ্যে একটি নির্দিষ্ট শৃঙ্খলা নিয়ে আসে। এটি নিশ্চিত করে যে বিমাকৃত ব্যক্তি তার স্বাস্থ্যসেবা বিকল্পগুলি নির্বাচন করার ক্ষেত্রে সতর্কতা অবলম্বন করে এবং বিলাসবহুল ব্যবস্থাগুলি এড়িয়ে চলে।

যখন একটি বীমাকৃত ঘটনা ঘটে, তখন অনেক স্বাস্থ্য পলিসিতে বীমা গ্রহীতাকে বীমাকৃত ক্ষতির একটি অংশ ভাগ করে নিতে হয়। যেমন যদি বীমাকৃত ক্ষতি ২০০০০ টাকা হয় এবং পলিসিতে সহ-প্রদানের পরিমাণ ১০% হয়, তাহলে বীমাকৃতকে ২০০০ টাকা প্রদান করে।

iii. ছাড়যোগ্য/অতিরিক্ত

অধ্যায় ৫-এ যেমন ব্যাখ্যা করা হয়েছে, 'ছাড়যোগ্য', যাকে 'অতিরিক্ত'ও বলা হয় একটি খরচ-ভাগ করার নিয়ম। একটি স্বাস্থ্য বীমা পলিসির অধীনে, এটি প্রদান করে যে বীমাকারী ক্ষতিপূরণ পলিসির ক্ষেত্রে একটি নির্দিষ্ট টাকার পরিমাণের জন্য এবং হাসপাতালের নগদ পলিসির ক্ষেত্রে নির্দিষ্ট সংখ্যক দিন/ঘন্টার জন্য দায়বদ্ধ থাকবেন না যা কোনও সুবিধা প্রদেয় হওয়ার আগে প্রযোজ্য হবে। বীমাকারী স্বাস্থ্য পলিসিতে, এটি হল নির্দিষ্ট পরিমাণ অর্থ যা বীমাকারীর দ্বারা দাবি পরিশোধের আগে বীমাকৃতকে প্রাথমিকভাবে পরিশোধ করতে হবে, যেমন যদি একটি পলিসিতে কাটা হয় ১০০০০ টাকা বিমাকৃত ব্যক্তি প্রথম টাকা প্রদান করে। প্রতিটি বীমাকৃত ক্ষতির জন্য ১০০০০টাকা দাবি করা হয়েছে। ব্যাখ্যা করার জন্য, যদি দাবিটি হয় ৮০০০০টাকা বিমাকৃত ব্যক্তি প্রথম টাকা বহন করে। বীমাকারীকে ১০০০০ টাকা ও পরে ৭০০০০ টাকা প্রদান করে। এটি ছাড়যোগ্য বিমার পরিমাণ হ্রাস করে না।

হাসপাতালের নগদ পলিসির ক্ষেত্রে একটি নির্দিষ্ট সংখ্যক দিন/ঘন্টাও কাটতে পারে যা বীমাকারীর দ্বারা প্রদেয় কোনো সুবিধার আগে প্রযোজ্য হবে।

একজন এজেন্টকে অবশ্যই পরীক্ষা করে জানাতে হবে যে বিমাকৃতকে প্রতি বছর, জীবন প্রতি বা ঘটনা প্রতি এবং নির্দিষ্ট ছাড় প্রযোজ্য কিনা।

iv. অপেক্ষার সময়কাল

পলিসি শুরু হওয়ার ৩০ দিনের অপেক্ষার সময় সাধারণত বেশিরভাগ পলিসিতে কোনো দাবি করার জন্য প্রযোজ্য। তবে দুর্ঘটনার কারণে হাসপাতালে ভর্তির জন্য এটি প্রয়োগ করা যাবে না।

v. নির্দিষ্ট রোগের জন্য অপেক্ষার সময়কাল

এটি সেই রোগগুলির জন্য প্রযোজ্য যার জন্য চিকিৎসা বিলম্বিত এবং পরিকল্পনা করা যেতে পারে। পণ্যের উপর নির্ভর করে এক/দুই/চার বছরের অপেক্ষার সময়সীমা বীমা কোম্পানিগুলি দ্বারা আরোপ করা হয় এবং এই সময়ের মেয়াদ শেষ হওয়ার পরেই এই রোগগুলির জন্য দাবি প্রদান করা হয়। কিছু রোগ হল ছানি, বেনাইন প্রোস্ট্যাটিক হাইপারট্রফি, হিস্টেরেক্টমি ফর মেনোরিজিয়া বা ফাইব্রোমায়োমা, হার্নিয়া, হাইড্রোসিস, জন্মগত অভ্যন্তরীণ রোগ, মলদ্বারে ফিস্টুলা, পাইলস, সাইনোসাইটিস এবং সম্পর্কিত রোগ ইত্যাদি।

vi. ডে কেয়ার পদ্ধতির জন্য কভারেজ

চিকিৎসা বিজ্ঞানের অগ্রগতিতে ডে কেয়ার বিভাগের অধীনে বিপুল সংখ্যক পদ্ধতির অন্তর্ভুক্তি দেখা গেছে যেমনটি আগেই আলোচনা করা হয়েছে।

vii. পলিসি চেক আপ-এর আগের খরচ

মেডিকেল পরীক্ষার খরচ আগে সম্ভাব্য ক্লায়েন্টদের দ্বারা বহন করা হয়েছিল। এখন বীমাকারী খরচ ফেরত দেয়, যদি প্রস্তুতি দায়গ্রহণের জন্য গৃহীত হয় তবে প্রতিদান ৫০% থেকে ১০০% পর্যন্ত পরিবর্তিত হয়। এখন এটি আইআরডিএআই দ্বারা বাধ্যতামূলক করা হয়েছে যে বীমাকারী স্বাস্থ্য পরীক্ষার খরচের কমপক্ষে ৫০% বহন করবে।

viii. অ্যাড-অন কভার

অ্যাড-অন কভার নামে বিভিন্ন নতুন অতিরিক্ত কভার কিছু বীমাকারীর দ্বারা চালু করা হয়েছে। সেগুলি হল:

- ✓ **মাতৃস্থ-এর কভার:** খুচরা পলিসির অধীনে মাতৃস্থ-এর কভার আগে দেওয়া হত না কিন্তু এখন বেশিরভাগ বীমাকারীরা বিভিন্ন অপেক্ষার সময় সহ এই অফার প্রদান করে।
- ✓ **গুরুতর অসুস্থতার কভার:** জীবনের জন্য হুমকিস্বরূপ এবং ব্যয়বহুল চিকিৎসার জন্য নির্দিষ্ট কিছু রোগের উচ্চ শেষ সংস্করণের পণ্যগুলির অধীনে একটি বিকল্প হিসাবে উপলব্ধ।
- ✓ **বীমাকৃত অর্থের পুনঃস্থাপন:** দাবি পরিশোধের পর, অতিরিক্ত প্রিমিয়াম প্রদান করে বিমাকৃত অর্থ (যা দাবির অর্থপ্রদানে হ্রাস পায়) মূল সীমাতে পুনরুদ্ধার করা যেতে পারে।
- ✓ **আয়ুশ - আয়ুর্বেদ - যোগ - ইউনানি - সিদ্ধ - হোমিওপ্যাথির জন্য কভারেজ:** কিছু পলিসি হাসপাতালে ভর্তির খরচের একটি নির্দিষ্ট শতাংশ পর্যন্ত আয়ুষের চিকিৎসার খরচ কভার করে।

ix. মূল্য সংযোজন কভার

কিছু ক্ষতিপূরণ পণ্য নীচে তালিকাভুক্ত যা মূল্য সংযোজন কভারের অন্তর্ভুক্ত। সুবিধাগুলি পলিসির সময়সূচীতে প্রতিটি কভারের বিপরীতে নির্দিষ্ট বীমাকৃত রাশির সীমা পর্যন্ত প্রদেয় সামগ্রিক বীমাকৃত অংশের বেশি নয়।

- ✓ **বহিরাগত রোগীর কভার:** ভারতে স্বাস্থ্য বীমা পণ্যগুলি বেশিরভাগই শুধুমাত্র রোগীর হাসপাতালে ভর্তির খরচ কভার করে। কিছু কোম্পানি এখন উচ্চ পর্যায়ের কিছু পরিকল্পনার অধীনে বাইরের রোগীর খরচের জন্য সীমিত কভারের অফার প্রদান করে।
- ✓ **হাসপাতালের নগদ টাকা:** এটি একটি নির্দিষ্ট সময়ের জন্য হাসপাতালে ভর্তির প্রতিটি দিনের জন্য নির্দিষ্ট একক অর্থ প্রদানের ব্যবস্থা করে। সাধারণত ২/৩ দিনের কর্তনযোগ্য পলিসি ব্যতীত সময়কাল ৭ দিনের জন্য দেওয়া হয়। এইভাবে, সুবিধাটি তখনই চালু হবে যদি হাসপাতালে ভর্তির সময় কেটে নেওয়ার

সময়সীমা অতিক্রম করে। এটি হাসপাতালে ভর্তির দাবির অতিরিক্ত কিন্তু পলিসির সামগ্রিক বীমাকৃত অর্থের মধ্যে বা একটি পৃথক উপ-সীমার সাথে হতে পারে।

- ✓ **পুনরুদ্ধারের সুবিধা:** অসুস্থতা এবং/অথবা দুর্ঘটনার কারণে হাসপাতালে থাকার মোট সময়কাল ১০ দিনের কম না হলে এককালীন সুবিধা দেওয়া হয়।
- ✓ **দাতার খরচ:** পলিসিতে সংজ্ঞায়িত শর্তাবলী অনুসারে প্রধান অঙ্গ প্রতিস্থাপনের ক্ষেত্রে দাতার প্রতি খরচের পরিশোধ প্রদানের নিয়ম আছে।
- ✓ **অ্যাম্বুলেন্সের পরিশোধ:** বীমাকৃত/বীমাকৃত ব্যক্তির দ্বারা অ্যাম্বুলেন্সের প্রতি যে খরচ হয়েছে তা পলিসির সময়সূচীতে নির্দিষ্ট একটি নির্দিষ্ট সীমার মধ্যে পরিশোধ করা হয়।
- ✓ **আনুষঙ্গিক ব্যক্তির জন্য খরচ:** এটি হাসপাতালে ভর্তির সময় বীমাকৃত রোগীর পরিচর্যার সময় খাবার, পরিবহনের জন্য আনুষঙ্গিক ব্যক্তির দ্বারা হওয়া খরচগুলিকে কভার করার উদ্দেশ্যে। পলিসির শর্তাবলী অনুযায়ী একমুঠো অর্থপ্রদান বা পরিশোধের অর্থ প্রদান করা হয় পলিসির সময়সূচীতে উল্লিখিত সীমা পর্যন্ত।
- ✓ **পারিবারিক সংজ্ঞা:** কিছু স্বাস্থ্য পণ্যে পরিবারের সংজ্ঞা পরিবর্তন হয়েছে। আগে প্রাথমিক বীমাকৃত স্বামী/স্ত্রী, নির্ভরশীল সন্তানদের কভার দেওয়া হয়েছিল। এখন এমন পলিসি রয়েছে যেখানে বাবা-মা এবং স্বশুরবাড়ির লোকজনকেও একই পলিসির আওতায় কভার দেওয়া যেতে পারে।

x. চিকিৎসকের পরামর্শ বা চিকিৎসার অনুসন্ধান বা অনুসরণ করতে ব্যর্থতা

প্রাথমিকভাবে স্বাস্থ্য বীমা কভার পূর্ব-বিদ্যমান রোগে আক্রান্ত ব্যক্তিদের অস্বীকার করা হয়েছিল। এ ধরনের রোগকে বাদ দিয়ে এ ধরনের মামলার কভার এখন দেওয়া হচ্ছে।

মানসম্মত স্বাস্থ্য পণ্য - আরোগ্য সঞ্জীবনী: কোভিড-১৯ মহামারীতে, আইআরডিএআই সমস্ত বীমা কোম্পানিকে আরোগ্য সঞ্জীবনী নামক একটি মানসম্মত স্বাস্থ্য পণ্য নিয়ে আসতে বলেছে যাতে এটি বোঝার জন্য শর্তের কোনো পরিবর্তন নেই। তবে প্রিমিয়াম প্রতিটি কোম্পানির মূল্য পলিসি অনুযায়ী পরিবর্তিত হতে পারে। এটি বাজারে স্বাস্থ্য বীমার আরও ভাল অনুপ্রবেশ নিশ্চিত করার জন্য। সমস্ত বীমাকারীকে আরোগ্য সঞ্জীবনী নামে এই পণ্যটি অফার করতে হবে। [এই পদক্ষেপের প্রেক্ষাপট ছিল যে বাজারে বিভিন্ন স্বাস্থ্য বীমা উপলব্ধ ছিল এবং গ্রাহকরা তাদের তুলনা করতে সক্ষম হননি, বিভ্রান্তির সৃষ্টি করে।]

আরোগ্য সঞ্জীবনী বীমা পলিসির অধীনে নিম্নলিখিত দুটি ধরণের পরিকল্পনা পাওয়া যায়:

- **ব্যক্তিগত পরিকল্পনা:** একজন একক পলিসি হোল্ডার আরোগ্য সঞ্জীবনী পলিসির সুবিধাপ্রাপ্ত হবেন।
- **নির্ভরযোগ্য পারিবারিক পরিকল্পনা:** পলিসিধারকের পরিবারের একাধিক সদস্য আরোগ্য সঞ্জীবনী পরিকল্পনার সুবিধাপ্রাপ্ত হতে পারেন।

এই পণ্যটি রুম ভাড়া এবং আইসিইউ-এর চার্জের ক্যাপিং সহ আসে তবে এটি ৫০% ক্যাপিং সহ আধুনিক দিনের চিকিৎসা এবং স্টেম সেল থেরাপিও কভার করে।

D. টপ-আপ কভার বা উচ্চ কর্তনযোগ্য বীমার পরিকল্পনা

একটি টপ-আপ কভার একটি উচ্চ কর্তনযোগ্য পলিসি হিসাবেও পরিচিত। বীমাকারীদের দ্বারা টপ-আপ পলিসি, একটি নির্দিষ্ট পরিমাণের (যাকে থ্রেশহোল্ড বলা হয়) বেশি বিমা করা উচ্চ রাশির জন্য কভার প্রদান করে। এই

পলিসিটি কম বীমাকৃত একটি মৌলিক স্বাস্থ্য কভারের সাথে কাজ করে এবং তুলনামূলকভাবে যুক্তিসঙ্গত প্রিমিয়ামে আসে। উদাহরণস্বরূপ, তাদের নিয়োগকর্তাদের দ্বারা আচ্ছাদিত ব্যক্তিরাও অতিরিক্ত সুরক্ষার জন্য একটি টপ-আপ কভার বেছে নিতে পারেন (প্রথম পলিসির বীমার পরিমাণকে শ্রেণিহোল্ড হিসাবে রেখে)।

টপ-আপ পলিসির অধীনে দাবি পাওয়ার যোগ্য হওয়ার জন্য, চিকিৎসা ব্যয় অবশ্যই পরিকল্পনার অধীনে নির্বাচিত কর্তনযোগ্য (বা শ্রেণিহোল্ড) স্থরের চেয়ে বেশি হতে হবে এবং উচ্চ কর্তনযোগ্য পরিকল্পনার অধীনে প্রতিদান হবে ব্যয়ের পরিমাণ অর্থাৎ এর চেয়ে বেশি কর্তনযোগ্য।

উদাহরণ

একজন ব্যক্তি তার নিয়োগকর্তার দ্বারা ৩ লাখ টাকার বিমা করা হয়। তিনি ৩ লাখ টাকার বেশি ১০ লাখ টাকার টপ-আপ পলিসি বেছে নিতে পারেন। যদি একটি একক হাসপাতালে ভর্তির খরচ ৫ লক্ষ টাকা হয়, তবে মূল পলিসিটি শুধুমাত্র তিন লক্ষ টাকা পর্যন্ত কভার পাবে। টপ-আপ কভারের সাথে, টপ-আপ পলিসি দ্বারা ২ লাখ টাকার বাকি অর্থ প্রদান করা হবে।

টপ-আপ পলিসিগুলি সস্তা হয় এবং একটি মাত্র ১০ লক্ষ টাকার পলিসির দাম ১০ লক্ষ টাকার টপ-আপ পলিসির চেয়ে ৩ লক্ষ টাকার বেশি হবে।

এই কভারগুলি ব্যক্তিগত ভিত্তিতে এবং পারিবারিক ভিত্তিতে পাওয়া যায়। তবে কিছু টপ-আপ প্ল্যান যা পলিসির সময়কালে হাসপাতালে ভর্তির একটি সিরিজের পরে কর্তনযোগ্যকে অতিক্রম করার অনুমতি দেয় সেগুলি ভারতীয় বাজারে পরিচিত সামগ্রিক ভিত্তিক উচ্চ কর্তনযোগ্য পরিকল্পনা বা সুপার টপ-আপ কভার হিসাবে পরিচিত। একটি সুপার টপ-আপ প্ল্যান কর্তনযোগ্য পরিমাণের উপরে (সুপার টপ-আপ প্ল্যান সীমা পর্যন্ত) সমস্ত হাসপাতালে ভর্তির মোট বিলকে কভার করে, অর্থাৎ এক বছরের মধ্যে মোট দাবিতে কর্তনযোগ্যটি প্রয়োগ করা হয়। অতঃপর, একবার কর্তনযোগ্য অর্থ প্রদান করা হলে পরিকল্পনাটি পরবর্তী দাবিগুলির জন্য সক্রিয় হয়ে ওঠে।

E. প্রবীণ নাগরিক পলিসি

এই পরিকল্পনাগুলি এমন বয়স্ক ব্যক্তিদের কভার দেওয়ার জন্য তৈরি করা হয়েছে যারা প্রায়শই নির্দিষ্ট বয়সের পরে কভারেজ থেকে বঞ্চিত হন (যেমন ৬০ বছরের বেশি বয়সী লোকেরা)। কভারেজ এবং বর্জনের কাঠামো অনেকটা হাসপাতালে ভর্তি পলিসির মতো।

কভারেজ এবং অপেক্ষার সময় নির্ধারণে বয়স্কদের রোগের প্রতি বিশেষ মনোযোগ দেওয়া হয়। প্রবেশের বয়স বেশিরভাগই ৬০ বছরের পরে এবং নবায়নযোগ্য আজীবন। বিমার পরিমাণ ৫০০০০ টাকা থেকে ৫০০০০০ টাকা পর্যন্ত। নির্দিষ্ট কিছু অসুস্থতার জন্য প্রযোজ্য অপেক্ষার সময়কালের তারতম্য রয়েছে।

উদাহরণ: ছানি বীমাকারীর জন্য ১ বছর এবং অন্য কোনো বীমাকারীর জন্য ২ বছরের অপেক্ষার সময় থাকতে পারে।

উদাহরণ: সাইনোসাইটিস কিছু বীমাকারীর অপেক্ষার সময়কালের ধারার মধ্যে পড়ে না কিন্তু অনেকে এটিকে তাদের অপেক্ষার সময়কালের ধারাতে অন্তর্ভুক্ত করেছে।

কিছু পলিসিতে পূর্ব-বিদ্যমান রোগের ক্ষেত্রে অপেক্ষার সময় বা ক্যাপিং রয়েছে। হাসপাতালের আগের-পরের ব্যয়গুলি হয় হাসপাতালের দাবির শতাংশ হিসাবে বা উপ-সীমার মধ্যে যেটি বেশি হয় প্রদান করা হয়। কিছু

পলিসিতে তারা সাধারণ ক্ষতিপূরণের পরিকল্পনা অনুসরণ করে যেমন ব্যয়গুলি ৩০/৬০ দিন বা ৬০/৯০ দিনের মধ্যে নির্দিষ্ট সময়ের মধ্যে পড়ে।

আইআরডিএআই বাধ্যতামূলক করেছে যে সমস্ত স্বাস্থ্য বীমাকারী এবং টিপিএ প্রবীণ নাগরিকদের স্বাস্থ্য বীমা সম্পর্কিত দাবি এবং অভিযোগের সমাধানের জন্য একটি পৃথক চ্যানেল স্থাপন করবে।

F. স্বামী সুবিধার কভার - হাসপাতালের নগদ, গুরুতর অসুস্থতা

এই কভারের অধীনে নামী চিকিৎসার জন্য তার দ্বারা ব্যয় করা পরিমাণ নির্বিশেষে বীমাকৃত দাবির পরিমাণ হিসাবে একটি নির্দিষ্ট পরিমাণ পান। এই পণ্যটিতে, সাধারণত ঘটতে থাকা চিকিৎসাগুলি যেমন ইএনটি, চক্ষুবিদ্যা, প্রসূতিবিদ্যা এবং গাইনোকোলজি ইত্যাদি বিভাগের অধীনে তালিকাভুক্ত করা হয় এবং এগুলির প্রতিটির জন্য সর্বোচ্চ অর্থ প্রদান পলিসিতে উল্লেখ করা হয়েছে।

এই পলিসিগুলির সহজ কারণ হিসেবে শুধুমাত্র হাসপাতালে ভর্তির প্রমাণ এবং পলিসির অধীনে অসুস্থতার কভারেজ দাবি প্রক্রিয়া করার জন্য যথেষ্ট। কিছু পণ্য নির্দিষ্ট বেনিফিট কভারের সাথে দৈনিক নগদ সুবিধার প্যাকেজ প্রদান করে।

পলিসির নাম তালিকায় স্থান না পাওয়া সার্জারি/চিকিৎসার জন্য একটি নির্দিষ্ট অর্থ প্রদানের নিয়ম হয়েছে। পলিসির মেয়াদে বিভিন্ন চিকিৎসার জন্য একাধিক দাবি করা সম্ভব। তবে দাবিগুলি শেষ পর্যন্ত পলিসির অধীনে নির্বাচিত বীমাকৃত অর্থ দ্বারা সীমাবদ্ধ।

কিছু নির্দিষ্ট সুবিধার বীমা পরিকল্পনা হল:

- ✓ হাসপাতালের দৈনিক নগদ বীমা পরিকল্পনা
- ✓ গুরুতর অসুস্থতার বীমা পরিকল্পনা

1. হাসপাতালের দৈনিক নগদ পলিসি

a) প্রতি দিনের সীমিত পরিমাণ

হাসপাতালের নগদ কভারেজ বীমাকৃত ব্যক্তিকে হাসপাতালে ভর্তির প্রতিটি দিনের জন্য একটি নির্দিষ্ট অর্থ প্রদান করে। প্রতি দিনের নগদ কভারেজ পরিবর্তিত হতে পারে (উদাহরণস্বরূপ) যা ১৫০০ টাকা থেকে ৫০০০ টাকা বা তারও বেশি। অসুস্থতার জন্য দৈনিক নগদ পে-আউটের পাশাপাশি পলিসির সময়কালের জন্য একটি উচ্চ সীমা প্রদান করা হয়, যা সাধারণত একটি বার্ষিক পলিসি।

b) অর্থপ্রদানের দিন সংখ্যা

এই পলিসির কিছু ধরনের মধ্যে অনুমোদিত দৈনিক নগদ দিনের সংখ্যা যে রোগের জন্য চিকিৎসা করা হচ্ছে তার সাথে যুক্ত। চিকিৎসার একটি বিশদ তালিকা এবং প্রতিটির জন্য থাকার সময়কাল নির্ধারিত রয়েছে যা প্রতিটি ধরনের পদ্ধতি/অসুস্থতার জন্য অনুমোদিত দৈনিক নগদ সীমিত সুবিধা প্রদান করে।

c) স্বতন্ত্র কভার বা অ্যাড-অন কভার

হাসপাতালের দৈনিক নগদ পলিসিটি একটি স্বতন্ত্র পলিসি হিসাবে উপলব্ধ যা কিছু বীমাকারীর দ্বারা দেওয়া হয়, অন্য ক্ষেত্রে এটি একটি নিয়মিত ক্ষতিপূরণ পলিসিতে এটি অ্যাড-অন কভার নামেও পরিচিত। এই পলিসিগুলি বীমা গ্রহীতাকে আনুষঙ্গিক খরচগুলি কভার করতে সাহায্য করে কারণ টাকা-প্রদানের একটি

নির্দিষ্ট পরিমাণ এবং চিকিৎসার প্রকৃত খরচের সাথে সম্পর্কিত নয়। এটি ক্ষতিপূরণ ভিত্তিক স্বাস্থ্য বীমা পরিকল্পনার অধীনে প্রাপ্ত যে কোনও কভার ছাড়াও পলিসির অধীনে অর্থ প্রদানের অনুমতি দেয়।

d) সম্পূরক কভার

এই পলিসিগুলি একটি নিয়মিত হাসপাতালের খরচ পলিসির পরিপূরক হতে পারে কারণ এটি সাশ্রয়ী এবং আনুষঙ্গিক খরচের জন্য ক্ষতিপূরণ প্রদান করে এবং ক্ষতিপূরণ পলিসির অধীনে প্রদেয় না খরচ যেমন বর্জন, সহ-প্রদান ইত্যাদি।

e) কভারের অন্যান্য সুবিধা

বীমাকারীর দৃষ্টিকোণ থেকে পরিকল্পনার বেশ কিছু সুবিধা রয়েছে কারণ এটি একজন গ্রাহককে ব্যাখ্যা করা সহজ এবং তাই আরও সহজে বিক্রি করা যেতে পারে। এটি চিকিৎসা মূল্যস্ফীতিকে হার মানায় কারণ প্রকৃত খরচ যাই হোক না কেন হাসপাতালে ভর্তির সময়কালের জন্য প্রতিদিন একটি নির্দিষ্ট অর্থ প্রদান করা হয়। এছাড়াও, এই ধরনের বীমা কভার গ্রহণ এবং দাবি নিষ্পত্তির সতিই সরলীকৃত।

2. গুরুতর (ক্রিটিক্যাল) অসুস্থতা পলিসি

চিকিৎসা বিজ্ঞানের অগ্রগতির ফলে মানুষ ক্যান্সার, স্ট্রোক এবং হার্ট অ্যাটাক ইত্যাদির মতো কিছু বড় রোগ থেকে বেঁচে যাচ্ছে, যা আগেকার দিনে হলে মৃত্যুবরণ করতে হত। যাইহোক, একটি বড় অসুখ থেকে বাঁচতে চিকিৎসার জন্য এবং চিকিৎসার পরে জীবনযাত্রার ব্যয়ের জন্য প্রচুর ব্যয় করতে হয়। গুরুতর অসুস্থতার সূত্রপাত একজন ব্যক্তির আর্থিক নিরাপত্তাকে ঝুঁকির মুখে ঠেলে দেয়। একটি মৌলিক স্বাস্থ্য বীমা পলিসি এই ধরনের ক্ষেত্রে সমস্ত চিকিৎসা খরচ কভার করার জন্য যথেষ্ট নাও হতে পারে।

গুরুতর অসুস্থতা পলিসিতে নির্দিষ্ট নামযুক্ত গুরুতর অসুস্থতার নির্ণয়ের জন্য কিছুটা অর্থ প্রদানের নিয়ম রয়েছে। বড় খরচের যন্ত্র নেওয়ার জন্য বীমার পরিমাণ বেশি হয়।

ভারতে ক্রিটিক্যাল ইলনেস (সিআই) সুবিধাগুলি সাধারণত জীবন বীমাকারীর জীবন বীমার পলিসিতে রাইডার হিসাবে বিক্রি করে এবং তাদের দ্বারা দুটি ধরনের কভার অফার করা হয় - স্বরিত সিআই সুবিধা পরিকল্পনা এবং স্বতন্ত্র সিআই সুবিধা পরিকল্পনা। বিব্রান্তি এড়াতে আইআরডিএআই স্বাস্থ্য বীমা মানসম্মত নির্দেশিকাগুলির অধীনে ২২টি সাধারণ গুরুতর অসুস্থতার সংজ্ঞাগুলিকে প্রমিত করা হয়েছে।

গুরুতর অসুস্থতাগুলি বীমাকারী এবং পণ্যগুলির মধ্যে পরিবর্তিত হয়। সাধারণত ১০০% বীমাকৃত অর্থ একটি গুরুতর অসুস্থতা নির্ণয়ের জন্য প্রদান করা হয়। কিছু ক্ষেত্রে ক্ষতিপূরণ ২৫% থেকে ১০০% পর্যন্ত পরিবর্তিত হতে পারে, সেটা পলিসির শর্তাবলী এবং অসুস্থতার তীব্রতার উপর নির্ভর করে।

পলিসির সূচনাকাল থেকে ৯০ দিনের অপেক্ষার সময়কাল রয়েছে পলিসির অধীনে প্রদেয় হওয়ার জন্য এবং অসুস্থতা নির্ণয়ের পরে ৩০ দিনের বেঁচে থাকার ধারার জন্য। বিশেষ করে ৪৫ বছরের বেশি বয়সী ব্যক্তিদের জন্য কঠোর চিকিৎসা পরীক্ষা করাতে হবে।

পলিসি শেষ হয়ে গেলে একবার বীমাকৃত ব্যক্তির ক্ষেত্রে পলিসির অধীনে ক্ষতিপূরণ প্রদান করা হয়। এই পলিসিটি গোষ্ঠীগুলিকেও দেওয়া হয় বিশেষ করে যারা কর্পোরেট তাদের কর্মীদের জন্য পলিসি গ্রহণ করে।

রোগের নির্দিষ্ট পণ্য- করোনার কবচ

২০২০ সালের জুন মাসে যখন দেশে করোনা ভাইরাস সংক্রমণের (কোভিড-১৯) বাড়াবাড়ি হয়েছিল, তখন বাজারে কোভিড -১৯ পজিটিভ নির্ণয়ের জন্য একক অর্থ প্রদানের জন্য অনেক সুবিধা ভিত্তিক পণ্যের প্রবর্তন দেখা গেছে। পরে কিছু কোম্পানি ক্ষতিপূরণ ভিত্তিক পণ্যও চালু করে। যাইহোক, পিপিই কিট, অক্সিমিটার ইত্যাদির মতো অনেক প্রাপ্তপণ্য এবং কোয়ারেন্টাইন খরচ ছিল যা এই পণ্যগুলিতে সঠিকভাবে যত্ন নেওয়া হয়নি।

আইআরডিএআই করোনা কবচ এবং করোনা রক্ষক নামে দুটি মানসম্মত স্বাস্থ্য বীমা পলিসি নিয়ে এসেছে (জীবন বীমা বিভাগের অধীনে আলাদাভাবে আলোচনা করা হয়েছে)। যদিও সাধারণ এবং স্বাস্থ্য বীমাকারীদের জন্য একটি ক্ষতিপূরণ-ভিত্তিক মানসম্মত কোভিড-১৯ পণ্য হিসাবে করোনা কবচ সরবরাহ করা বাধ্যতামূলক, তবে করোনা রক্ষক সুবিধা-ভিত্তিক পণ্যের অফার প্রদান করে, যা সমস্ত বীমাকারীদের জন্য ঐচ্ছিক। উভয় পণ্যের ১৫ দিনের অপেক্ষার সময়কাল রয়েছে।

করোনা রক্ষক হল একটি মানসম্মত সুবিধা ভিত্তিক স্বাস্থ্য বীমা যা কোভিড-১৯ দ্বারা প্রভাবিত বিমাকৃত ব্যক্তিদের একমুঠো সুবিধা প্রদানের জন্য তৈরি করা হয়েছে এবং ন্যূনতম ৭২ ঘন্টা একটানা সময়ের জন্য হাসপাতালে ভর্তির জন্য প্রয়োজন। পরিকল্পনাটি ১৮ বছর থেকে ৬৫ বছরের মধ্যে বয়সী ব্যক্তিদের জন্য পৃথক ভিত্তিতে কভারেজ অফার করে যেমন ৩.৫ মাস, ৬.৫ মাস এবং ৯.৫ মাসের বিভিন্ন পলিসির শর্তাবলীর সাথে এককালীন সুবিধা পলিসি হিসাবে এবং সুবিধা প্রদানের পরে শেষ হয়ে যায়। করোনা রক্ষক ৫০০০০ টাকা থেকে ২.৫ লক্ষ টাকা পর্যন্ত ৫০০০০ গুণে বিমাকৃত বিকল্পগুলি অফার করে। যেসব পলিসি প্রদান করে (i) সম্পূর্ণ বিমাকৃত সুবিধা, (ii) অর্থনৈতিক প্রিমিয়াম, (iii) দাবির একক পরিমাণ, (iv) ১৫ দিনের একটি সংক্ষিপ্ত অপেক্ষার সময়কাল এবং (v) করের সুবিধা।

করোনা কবচ জুন ২০২০ তে আইআরডিএআই দ্বারা জারি করা নির্দেশিকাগুলির মাধ্যমে নিম্নলিখিত কভারেজগুলি অফার করে:

- সরকারী অনুমোদিত ডায়াগনস্টিক সেন্টারে কোভিড-১৯ এর ইতিবাচক নির্ণয়ের জন্য কোভিড-১৯ এর চিকিৎসার জন্য হাসপাতালে ভর্তির খরচ: (ন্যূনতম ২৪ ঘন্টার জন্য হাসপাতালে ভর্তির খরচ গ্রহণযোগ্য।)
 - হাসপাতাল/নার্সিং হোম দ্বারা প্রদত্ত রুম, বোর্ডিং, নার্সিং-এর খরচ।
 - সার্জন, অ্যানেস্থেসিস্ট, মেডিকেল প্র্যাকটিশনার, পরামর্শদাতা, বিশেষজ্ঞদের ফি
 - অ্যানেস্থেসিয়া, রক্ত, অক্সিজেন, অপারেশন থিয়েটারের চার্জ, অস্ত্রোপচারের যন্ত্রপাতি, ভেন্টিলেটর চার্জ, ওষুধ ও ওষুধ, ডায়াগনস্টিক-এর খরচ, ডায়াগনস্টিক ইমেজিং পদ্ধতি, পিপিই কিট, গ্লাভস, মাস্ক এবং এই জাতীয় অন্যান্য অনুরূপ খরচ
 - ইনটেনসিভ কেয়ার ইউনিট (আইসিইউ) / ইনটেনসিভ কার্ডিয়াক কেয়ার ইউনিট (আইসিসিইউ)-এর খরচ।
 - অ্যাম্বুলেন্সের হাসপাতালে ভর্তির খরচ সর্বোচ্চ ২০০০/- টাকা।
- হোম কেয়ার ট্রিটমেন্টের খরচ প্রতি ঘটনায় সর্বোচ্চ ১৪ দিন পর্যন্ত বাড়িতে চিকিৎসা নেওয়ার জন্য নিচে উল্লিখিত শর্তাবলী (সম্পূর্ণ নয়):
 - চিকিৎসক বিমাকৃত ব্যক্তিকে বাড়িতে চিকিৎসা করার পরামর্শ দেন।

- b. প্রশাসিত চিকিৎসার রেকর্ড সহ প্রতিটি দিনের জন্য একজন চিকিৎসক দ্বারা স্বাস্থ্যের অবস্থার একটি অবিচ্ছিন্ন পর্যবেক্ষণ রয়েছে।
3. চিকিৎসারত চিকিৎসক দ্বারা নির্ধারিত এবং কোভিড-এর চিকিৎসার সাথে সম্পর্কিত অন্যান্য খরচগুলি কভার করা হয়,
 - a. বাড়িতে বা ডায়াগনস্টিক সেন্টারে রোগনিদান-তত্ত্ব পরীক্ষা করা হয়
 - b. লিখিতভাবে নির্ধারিত ওষুধ
 - c. চিকিৎসকের পরামর্শের মূল্য
 - d. মেডিকেল কর্মীদের সাথে সম্পর্কিত নার্সিং মূল্য
 - e. চিকিৎসা পদ্ধতি ওষুধের অনানুষ্ঠানিক প্রশাসনের মধ্যে সীমাবদ্ধ
 - f. পালস অক্সিমিটার, অক্সিজেন সিলিন্ডার এবং নেবুলাইজারের খরচ

অতিরিক্ত কভার - হাসপাতাল দৈনিক নগদ: বীমাকারী এই পলিসির অধীনে একটি গ্রহণযোগ্য হাসপাতালে ভর্তির দাবির পরে কোভিডের চিকিৎসার জন্য প্রতি ২৪ ঘন্টা অবিরাম হাসপাতালে ভর্তির জন্য প্রতিদিন বীমাকৃত অর্থের ০.৫% প্রদান করবেন।

মানসম্মত ভেক্টর বাহিত রোগ স্বাস্থ্য পলিসি:

আইআরডিএআই ৩ ফেব্রুয়ারি ২০২১ তারিখের নির্দেশিকা অনুসারে সিদ্ধান্ত নিয়েছে যে ভেক্টর বাহিত রোগের জন্য মানসম্মত পণ্যগুলিতে নিম্নলিখিত কভারেজ প্রদান করবে:

1. **হাসপাতালে ভর্তির সুবিধা:** ন্যূনতম ৭২ ঘন্টার একটানা সময়ের জন্য হাসপাতালে ভর্তির জন্য নিম্নলিখিত যে কোনও ভেক্টর বাহিত রোগ (গুলি) এর ইতিবাচক নির্ণয়ের জন্য বীমাকৃত রাশির ১০০% এর সমান সুবিধা প্রদেয় হবে।
 - a) ডেঙ্গু জ্বর
 - b) ম্যালেরিয়া
 - c) ফাইলেরিয়া (লিম্ফ্যাটিক ফাইলেরিয়াসিস)
 - d) কালাজ্বর
 - e) চিকেনগুনিয়া
 - f) জাপানি মস্তিষ্কপ্রদাহ
 - g) জিকা ভাইরাস
2. **রোগ নির্ণয়ের কভার:** পলিসি শর্তাবলী সাপেক্ষে কভারের সময়কালে প্রথম নির্ণয়ের সময় প্রতিটি ভেক্টর বাহিত রোগের ইতিবাচক নির্ণয়ের কভার (ল্যাবরেটরি পরীক্ষার মাধ্যমে এবং চিকিৎসক দ্বারা নিশ্চিত হওয়া) বিমাকৃত অর্থের ২% প্রদেয় হবে। পলিসিহোল্ডার পলিসি বছরে শুধুমাত্র একবার প্রতিটি রোগের জন্য "ডায়াগনসিস কভার" পেমেন্টের জন্য অর্থপ্রদানের অধিকারী।

G. কন্সো-প্রোডাক্ট

হেলথ প্লাস লাইফ কন্সো প্রোডাক্ট একটি জীবন বীমা কোম্পানির জীবন বীমা কভার এবং অ-জীবন/সাধারণ এবং/অথবা স্বতন্ত্র স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানির দ্বারা প্রদত্ত একটি স্বাস্থ্য বীমা কভারের সমন্বয় অফার করে।

পণ্যটি পৃথক বীমা পলিসি এবং দলগত বীমা ভিত্তিতে উভয়ই অফার করা যেতে পারে। তবে স্বাস্থ্য বীমা ফ্লোটার পলিসির ক্ষেত্রে পরিবারের একজন উপার্জনকারী সদস্যের জীবনে বিশুদ্ধ মেয়াদী জীবন বীমা কভার অনুমোদিত যিনি বীমাযোগ্য সুদ এবং সংশ্লিষ্ট বীমাকারীর অন্যান্য প্রযোজ্য দায়গ্রহণের নিয়ম সাপেক্ষে স্বাস্থ্য বীমা পলিসির প্রস্তুতকারী।

প্যাকেজের পলিসি

প্যাকেজ বা ছাতার কভার, একটি একক নথির অধীনে কভারের সংমিশ্রণ দেয়।

স্বাস্থ্য বীমার প্যাকেজ পলিসির উদাহরণগুলির মধ্যে রয়েছে ক্ষতিপূরণ পলিসির সাথে গুরুতর অসুস্থতা কভারের সুবিধা এবং এমনকি জীবন বীমা পলিসি এবং হাসপাতালের দৈনিক নগদ সুবিধাগুলি ক্ষতিপূরণ পলিসির সাথে একত্রিত থাকে।

ভ্রমণ বীমা:

ভ্রমণ বীমা পলিসি একটি প্যাকেজ পলিসি হিসাবেও অফার করা হয় যা কেবল স্বাস্থ্য বীমাই নয়, অসুস্থতা/দুর্ঘটনার কারণে চিকিৎসা ব্যয়ের সাথে দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু/অক্ষমতার সুবিধাও কভার করে এবং কভারেজ যেমন লাগেজের চেক ইন পৌঁছাতে বা আসতে বিলম্ব, পাসপোর্ট হারানো এবং নথি, সম্পত্তি/ব্যক্তিগত ক্ষতির জন্য তৃতীয় পক্ষের দায়বদ্ধতা, ভ্রমণের বাতিলকরণ এবং এমনকি হাইজ্যাক কভার ঐতিহ্যগতভাবে ভ্রমণ পলিসির অধীনে প্রদান করা হয়। (ভ্রমণ বীমার বিশদ বিবরণ পরে দেওয়া হয়।)

H. দরিদ্র শ্রেণীর জন্য ক্ষুদ্র বীমা এবং স্বাস্থ্য বীমা

ক্ষুদ্র-বীমা পণ্যগুলি বিশেষভাবে গ্রামীণ এবং অনানুষ্ঠানিক খাত থেকে স্বল্প আয়ের লোকদের সুরক্ষার লক্ষ্যে ডিজাইন করা হয়েছে। এটি একটি কম মূল্যের পণ্য, একটি সাশ্রয়ী মূল্যের প্রিমিয়াম এবং সুবিধার প্যাকেজ দেওয়া হয়। ক্ষুদ্র বীমা আইআরডিএআই-এর মাইক্রো ইন্সুরেন্স রেগুলেশন ২০০৫ দ্বারা পরিচালিত হয়।

এই ধরনের কভারগুলি বেশিরভাগই তাদের সদস্যদের জন্য যেমন বিভিন্ন সম্প্রদায় সংস্থা বা বেসরকারি সংস্থা (এনজিও) দ্বারা একটি দলগত ভিত্তিতে নেওয়া হয়।

দুটি পলিসি বিশেষ করে পিএসউ দ্বারা সমাজের দরিদ্র অংশগুলিকে পূরণ করার জন্য তৈরি করা হয়েছে তা হল জন আরোগ্য বীমা পলিসি এবং সর্বজনীন স্বাস্থ্য প্রকল্প। বেসরকারী খাতের বীমা কোম্পানিগুলি এই লক্ষ্যমাত্রা পূরণ করার জন্য অনেক উদ্যাবনী ক্ষুদ্র স্বাস্থ্য বীমা পণ্য নিয়ে এসেছে যেমন বিমা কাবচ যোজনা, গ্রামীণ জীবন রক্ষা পরিকল্পনা, ভাগ্য লক্ষ্মী - সম্পূর্ণ তালিকাটি আইআরডিএআই-এর ওয়েবসাইটে পাওয়া যাবে।

I. রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বীমা যোজনা

সরকার বিভিন্ন স্বাস্থ্য প্রকল্পও চালু করেছে, যার মধ্যে কিছু নির্দিষ্ট রাজ্যের জন্য প্রযোজ্য। এটি দারিদ্র্য সীমার নীচের (বিপিএল) পরিবারগুলির জন্য স্বাস্থ্য বীমা কভারেজ প্রদানের জন্য বীমা সংস্থাগুলির সাথে যৌথভাবে রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বিমা যোজনা (আরএসবিওয়াই) কার্যকর করেছে। যাইহোক আরএসবিওয়াই শুধুমাত্র ৩০০০০

টাকার বিমা প্রদান করেছে যা বড় সার্জারি/হাসপাতালে ভর্তির খরচ মেটানোর জন্য যথেষ্ট বলে বিবেচিত হয়নি।

J. প্রধানমন্ত্রী জন আরোগ্য যোজনা

ন্যাশনাল হেলথ পলিসি ২০১৭ দ্বারা সুপারিশ করা আরএসবিওয়াই -এর ত্রুটিগুলি মোকাবেলা করার জন্য, ভারত সরকার ২০১৭ সালে 'আয়ুষ্সহান ভারত পরিকল্পনা' চালু করেছে, যা ইউনিভার্সাল হেলথ কভারেজ (ইউএইচসি) এর দৃষ্টিভঙ্গি অর্জনের একটি নামী-দামী পরিকল্পনা। প্রধানমন্ত্রী জন আরোগ্য যোজনা (পিএমজেএওয়াই) নামেও পরিচিত আয়ুষ্সহান ভারত ৫০০০০০ টাকার একটি বীমাকৃত অঙ্কের সাথে এসেছে।

এটি তৎকালীন বিদ্যমান রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বিমা যোজনা (আরএসবিওয়াই) অন্তর্ভুক্ত করেছিল। পিএম-জেএওয়াই সম্পূর্ণরূপে সরকার দ্বারা অর্থায়ন করা হয় এবং বাস্তবায়নের খরচ কেন্দ্রীয় ও রাজ্য সরকারের মধ্যে ভাগ করা হয়।

K. প্রধানমন্ত্রী সুবক্ষা বিমা যোজনা

সম্প্রতি ঘোষিত পিএমএসবিওয়াই -এর যেসব বৈশিষ্ট্যগুলি ব্যক্তিগত দুর্ঘটনায় মৃত্যু এবং অক্ষমতা কভার করে:

কভারেজের সুযোগ: অংশগ্রহণকারী ব্যক্তিগুলিতে ১৮ থেকে ৭০ বছর বয়সী সমস্ত সেভিংস ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট হোল্ডার শুধুমাত্র একটি সেভিংস ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের মাধ্যমে যোগদানের অধিকারী হবে এবং যদি তিনি একাধিক ব্যাঙ্কে নথিভুক্ত করেন তবে তিনি কোনও অতিরিক্ত সুবিধা পাবেন না এবং প্রদত্ত অতিরিক্ত প্রিমিয়াম বাজেয়াপ্ত হয়ে যাবে। ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের জন্য আধারের প্রাথমিক কেওয়াইসি হবে।

তালিকাভুক্তির পদ্ধতি/ সময়কাল: কভারটি 1লা জুন থেকে 31শে মে পর্যন্ত এক বছরের সময়ের জন্য হবে যার জন্য নির্ধারিত ফর্মগুলিতে মনোনীত সেভিংস ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট থেকে অটো-ডেবিট দ্বারা যোগদান/প্রদান করার বিকল্পটি প্রতি বছরের 31শে মে-এর মধ্যে দিতে হবে,

পূর্ণ বার্ষিক প্রিমিয়াম পরিশোধের পরে যোগদান করা নির্দিষ্ট শর্তে সম্ভব হতে পারে। যে ব্যক্তিরা যেকোন সময়ে স্কিম থেকে প্রস্থান করেন তারা উপরের পদ্ধতির মাধ্যমে ভবিষ্যতের বছরগুলিতে পুনরায় স্কিমটিতে যোগ দিতে পারেন।

বীমার অধীনের সুবিধাগুলি নিম্নরূপ:

| সুবিধার সারণি | বিমাকৃত অর্থ |
|--|--------------|
| মৃত্যু | ২ লক্ষ টাকা |
| উভয় চোখের সম্পূর্ণ এবং অপূরণীয় ক্ষতি অথবা উভয় হাত বা পা ব্যবহারের ক্ষতি অথবা একটি চোখের দৃষ্টিশক্তি হ্রাস এবং হাত বা পায়ের ব্যবহারের ক্ষতি | ২ লক্ষ টাকা |
| একটি চোখের দৃষ্টিশক্তির সম্পূর্ণ এবং অপূরণীয় ক্ষতি অথবা এক হাত বা পা ব্যবহারের ক্ষতি | ১ লক্ষ টাকা |

যোগদান এবং মনোনয়ন সুবিধা এসএমএস, ইমেল বা ব্যক্তিগত পরিদর্শনের মাধ্যমে উপলব্ধ।

প্রিমিয়াম: প্রতিটি সদস্যের প্রতি বছর ১২/- টাকা করে দিতে হয়। 'অটো ডেবিট' সুবিধার মাধ্যমে অ্যাকাউন্টধারীর সেভিংস ব্যাল্ক অ্যাকাউন্ট থেকে প্রিমিয়াম কেটে নেওয়া হবে

কভারের পরিসমাপ্তি: সদস্যের জন্য দুর্ঘটনা কভার শেষ হবে:

1. সদস্যের বয়স ৭০ বছর পূর্ণ হলে (বয়স নিকটতম জন্মদিন) বা
2. ব্যাল্ক অ্যাকাউন্ট বন্ধ করা বা বীমা কার্যকর রাখার জন্য ব্যালেন্সের অপরিাপ্ততা বা

যদি কোনও প্রযুক্তিগত কারণে যেমন নির্ধারিত তারিখে অপরিাপ্ত ব্যালেন্স বা কোনও প্রশাসনিক সমস্যার কারণে বীমা কভারটি বন্ধ হয়ে যায়, তবে শর্তাবলী সাপেক্ষে সম্পূর্ণ বার্ষিক প্রিমিয়াম প্রাপ্তির পরে এটি পুনঃস্থাপন করা যেতে পারে।

L. ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা এবং অক্ষমতার কভার

একটি ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার (পিএ) কভার অপ্রত্যাশিত দুর্ঘটনার ক্ষেত্রে মৃত্যু এবং অক্ষমতার কারণে ক্ষতিপূরণ প্রদান করে।

একটি পিএ পলিসিতে,

- a) মৃত্যু সুবিধা হল বিমাকৃত অর্থের ১০০% প্রদান,
- b) অক্ষমতার ক্ষেত্রে, স্থায়ী অক্ষমতা ক্ষতিপূরণ বিমাকৃত অর্থের একটি নির্দিষ্ট শতাংশ থেকে পরিবর্তিত হয়
- c) সাময়িক অক্ষমতার জন্য সাপ্তাহিক ক্ষতিপূরণ।

সাপ্তাহিক ক্ষতিপূরণ মানে প্রতি সপ্তাহে একটি নির্দিষ্ট অঙ্কের অর্থ প্রদান করা হয় যার জন্য ক্ষতিপূরণ প্রদেয় হবে।

1. অক্ষমতার যেসব ধরন কভার দেওয়া হয়েছে

অক্ষমতার প্রকারগুলি যা সাধারণত পলিসির আওতায় থাকে:

- i. **স্থায়ী মোট অক্ষমতা (পিটিডি):** আজীবনের জন্য সম্পূর্ণরূপে অক্ষম হওয়া মানে চারটি অঙ্গের পক্ষাঘাত, কোম্বাটোজ অবস্থা, উভয় চোখ / উভয় হাত / উভয় অঙ্গ বা এক হাত এবং একটি চোখ বা একটি চোখ এবং একটি পা বা একটি হাত এবং একটি পা,

- ii. **স্বায়ী আংশিক অক্ষমতা (পিপিডি):**আজীবনের জন্য আংশিকভাবে অক্ষম হওয়া মানে আগুল, পায়ের আগুল, বৃহৎ ইত্যাদির ক্ষতি
- iii. **সাময়িক মোট অক্ষমতা (টিটিডি):**মানে সাময়িক সময়ের জন্য সম্পূর্ণরূপে অক্ষম হয়ে যাওয়া। কভারের এই অংশটি অক্ষমতার সময়কালে আয়ের ক্ষতি পূরণ করার উদ্দেশ্যে করা হয়েছে।

ক্লায়েন্টের কাছে শুধুমাত্র মৃত্যু কভার এবং মৃত্যুর স্বায়ী অক্ষমতা এবং অস্বায়ী সম্পূর্ণ অক্ষমতা নির্বাচন করার পছন্দ রয়েছে।

2. বিমাকৃত অর্থ

পিএ পলিসির জন্য বিমাকৃত রাশি সাধারণত মাসিক আয়ের ভিত্তিতে নির্ধারিত হয়। সাধারণত, এটি মোট মাসিক আয়ের ৬০ গুণ। যাইহোক, কিছু বীমাকারীও আয়ের স্তর বিবেচনা না করে নির্দিষ্ট পরিকল্পনার ভিত্তিতে অফার করে। এই ধরনের পলিসিতে কভারের প্রতিটি অংশের জন্য বিমাকৃত অর্থ বেছে নেওয়া পরিকল্পনা অনুযায়ী পরিবর্তিত হয়।

3. ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বীমা - একটি লাভজনক পরিকল্পনা

লাভজনক পরিকল্পনা হওয়ায় পিএ পলিসিগুলি দাবি করার সময় 'অবদান' পলিসির অধীন থাকে না। এইভাবে, যদি একজন ব্যক্তির বিভিন্ন বীমাকারীর সাথে একাধিক পলিসি থাকে তাহলে সমস্ত পলিসির অধীনে দাবি পরিশোধ করা হবে।

4. কভারের সুযোগ

এই পলিসিগুলি প্রায়শই চিকিৎসার খরচগুলি কভার করার জন্য বাড়ানো হয়, যেমন দুর্ঘটনার পরে হাসপাতালে ভর্তি/চিকিৎসার খরচের প্রতিদান।

5. মূল্য সংযোজনের সুবিধা

ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার পাশাপাশি, অনেক বীমাকারী মূল্য সংযোজন সুবিধাও অফার করে যেমন দুর্ঘটনার কারণে হাসপাতালে ভর্তির জন্য হাসপাতালের নগদ, মৃতদেহ পরিবহনের খরচ, একটি নির্দিষ্ট অঙ্কের জন্য শিক্ষা সুবিধা এবং প্রকৃত বা নির্দিষ্ট সীমার ভিত্তিতে অ্যান্সুলেঞ্জের চার্জ কম হয়।

6. বর্জন:

ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বীমার অধীনে সাধারণ বর্জনগুলি হল পলিসি চালু হওয়ার আগে বিদ্যমান অক্ষমতা থেকে উদ্ভূত দুর্ঘটনা, মানসিক ব্যাধি বা কোনও অসুস্থতার কারণে মৃত্যু বা অক্ষমতা, যুদ্ধের কারণে আঘাত, আক্রমণ, অপরাধমূলক হত্যা বা হত্যা, ইচ্ছাকৃত আত্ম-আঘাত, আত্মহত্যা, ড্রাগ/অ্যালকোহল সেবন, বিমান চালানো বা বেলুন চালানোর মতো সংগঠিত অতিরিক্ত বিপজ্জনক কার্যকলাপে জড়িত থাকার সময় আঘাত। এটি একটি নির্দেশক তালিকা এবং কোম্পানি থেকে কোম্পানিতে পরিবর্তিত হতে পারে।

পিএ পলিসিগুলি ব্যক্তি, পরিবার এবং গোষ্ঠীকেও দেওয়া হয়।

দলগত ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা পলিসি

দলগত ব্যক্তিগত অ্যাক্সিডেন্ট পলিসি হল সাধারণত বার্ষিক পলিসি যার নবায়ন বার্ষিকীতে অনুমোদিত হয়। যাইহোক, সাধারণ এবং স্বতন্ত্র স্বাস্থ্য বীমাকারীরা নির্দিষ্ট ঘটনার কভারেজ দেওয়ার জন্য এক বছরের কম মেয়াদে দলগত ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা পণ্য অফার করতে পারে।

ভাপ্পা হাড পলিসি এবং দৈনন্দিন কাজকর্মের ক্ষতির জন্য ক্ষতিপূরণ

এটি একটি বিশেষায়িত পিএ পলিসি। এই পলিসিটি তালিকাভুক্ত ফ্র্যাকচারের বিরুদ্ধে কভার প্রদান করার জন্য তৈরি করা হয়েছে। নির্দিষ্ট সুবিধা বা প্রতিটি ফ্র্যাকচারের বিপরীতে উল্লিখিত বীমাকৃত অংশের শতাংশ দাবি করার সময় প্রদান করা হয়। সুবিধার পরিমাণ নির্ভর করে হাড়ের কভারের ধরন এবং ফ্র্যাকচারের প্রকৃতির উপর।

M. বিদেশে ভ্রমণের বীমা

পলিসির প্রয়োজনীয়তা: ব্যবসা, ছুটি বা পড়াশোনার জন্য ভারতের বাইরে ভ্রমণের সময় দুর্ঘটনাজনিত আঘাত বা হাসপাতালে ভর্তির খরচের কভার দেয়া হয়। চিকিৎসা পরিচর্যার খরচ, বিশেষ করে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র এবং কানাডার মতো দেশগুলিতে খুব বেশি এবং বড় আর্থিক সমস্যার কারণ হতে পারে।

কভারের সুযোগ

এই জাতীয় পলিসিগুলি প্রাথমিকভাবে দুর্ঘটনা এবং অসুস্থতার সুবিধার জন্য বোঝানো হয়, তবে বাজারে উপলব্ধ বেশিরভাগ পণ্যগুলির মধ্যে একটি পণ্যের কভারের পরিসীমা বোঝানো হয়।

যেসব স্বাভাবিক কভার প্রদান করা হয়:

a) চিকিৎসা ও অসুস্থতা বিভাগ:

- i. দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু/অক্ষমতা
- ii. অসুস্থতা/দুর্ঘটনার কারণে চিকিৎসার খরচ

b) প্রত্যাশন এবং উচ্ছেদ

c) ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার কভার

d) ব্যক্তিগত দায়িত্ব

e) অন্যান্য অ-চিকিৎসার কভার:

- i. ট্রিপ বাতিল
- ii. ট্রিপ বিলম্ব
- iii. ট্রিপ-এ বাধা
- iv. সংযোগ-এ ব্যাঘাত
- v. চেক করা লাগেজের বিলম্ব
- vi. চেক করা লাগেজের ক্ষতি

- vii. পাসপোর্ট হারানো
- viii. জরুরী অগ্রিম নগদ
- ix. হাইজ্যাক-এর ভাতা
- x. জামিননামা'র বীমা
- xi. হাইজ্যাক-এর কভার
- xii. স্পনসর-এর সুরক্ষা
- xiii. সহানুভূতিশীল পরিদর্শন
- xiv. অধ্যয়নে বাধা
- xv. বাড়িতে চুরি

1. পরিকল্পনার প্রকারভেদ

জনপ্রিয় পলিসিগুলি হল ব্যবসা এবং ছুটির পরিকল্পনা, পড়াশোনার পরিকল্পনার এবং কর্মসংস্থানের পরিকল্পনা।

2. পলিসি কে নিতে পারে

একজন ভারতীয় নাগরিক ব্যবসায়, ছুটিতে বা পড়াশোনার জন্য বিদেশে ভ্রমণ করার এই পলিসিটি পেতে পারেন। বিদেশী চুক্তিতে পাঠানো ভারতীয় নিয়োগকর্তাদের কর্মচারীদেরও কভার দেওয়া যেতে পারে।

3. বিমার পরিমাণ এবং প্রিমিয়াম

কভারটি ইউএস ডলারে মঞ্জুর করা হয় এবং চিকিৎসা খরচ, উচ্ছেদ এবং প্রত্যাবাসন কভার করার জন্য সাধারণত ১০০০০- ৫০০০০০ ইউএস ডলার পর্যন্ত পরিবর্তিত হয়। দায় কভার ব্যতীত অন্যান্য বিভাগগুলির জন্য বীমার পরিমাণ কম। প্রিমিয়াম ভারতীয় রুপিতে দেওয়া যেতে পারে ব্যতীত যে কর্মসংস্থান পরিকল্পনার ক্ষেত্রে প্রিমিয়াম ডলারে দিতে হয়। এই পরিকল্পনা সাধারণত দুই ধরনের হয়:

- ✓ মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র/কানাডা বাদে বিশ্বব্যাপী
- ✓ মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র/কানাডা সহ বিশ্বব্যাপী

কিছু পণ্য দেশের একটি গ্রুপের জন্য কভার প্রদান করে। উদাহরণ হল শুধুমাত্র এশিয়ান দেশগুলিতে ভ্রমণ, শুধুমাত্র ইউরোপীয় দেশগুলি বা শুধুমাত্র একটি নির্দিষ্ট দেশে ভ্রমণ।

কর্পোরেট দ্রুত প্রচারপত্র পরিকল্পনা

এটি একটি বার্ষিক পলিসি যেখানে একজন কর্পোরেট/নিয়োগকারী তার নির্বাহীদের জন্য পৃথক পলিসি গ্রহণ করে যারা প্রায়শই ভারতের বাইরে ভ্রমণ করে। এই কভারটি এমন ব্যক্তিরও নিতে পারেন যারা এক বছরে বছবার বিদেশ ভ্রমণ করেন। একটি অগ্রিম প্রিমিয়াম একটি কোম্পানির কর্মীদের দ্বারা এক বছরে ভ্রমণের আনুমানিক দিনের উপর ভিত্তি করে প্রদান করা হয়। উপরের পলিসিগুলি শুধুমাত্র ব্যবসায়িক এবং ছুটির দিনে ভ্রমণের জন্য দেওয়া হয়। পূর্ব-বিদ্যমান রোগগুলি সাধারণত বিদেশী মেডিকেল/ভ্রমণ বীমার জন্য বাদ দেওয়া হয়।

N. দলগত স্বাস্থ্য কভার

1. দলগত পলিসি

অধ্যায়ে আগে যেমন ব্যাখ্যা করা হয়েছে একটি দলগত পলিসি একটি দলগত মালিক দ্বারা নেওয়া হয় যিনি একজন নিয়োগকর্তা, একটি সমিতি, একটি ব্যাঙ্কের ক্রেডিট কার্ড বিভাগ হতে পারেন, যেখানে একটি একক পলিসি সমগ্র ব্যক্তিদের গোষ্ঠীকে কভার করে। এই পলিসিগুলি সাধারণত এক বছরের নবায়নযোগ্য চুক্তি।

দলগত পলিসির বৈশিষ্ট্য - হাসপাতালে ভর্তির সুবিধার কভার।

1. কভারের সুযোগ

দলগত স্বাস্থ্য বীমার সবচেয়ে সাধারণ ধরন হল নিয়োগকর্তাদের দ্বারা নেওয়া পলিসি যা কর্মচারী এবং তাদের পরিবারগুলিকে কভার করে যার মধ্যে নির্ভরশীল পত্নী, সন্তান এবং পিতামাতা/স্বশুর-মাতা।

2. প্রয়োজনমত তৈরি কভার

গোষ্ঠী পলিসিগুলি প্রায়শই গোষ্ঠীর প্রয়োজনীয়তা অনুসারে প্রয়োজনমত-তৈরি কভার হয়। এইভাবে, দলগত পলিসিতে কেউ গ্রুপ পলিসির আওতায় থাকা স্বতন্ত্র পলিসির বেশ কিছু মানসম্মত বর্জন খুঁজে পাবে।

3. মাতৃস্বের কভার

একটি গ্রুপ পলিসির সবচেয়ে সাধারণ প্রসারগুলির মধ্যে একটি হল মাতৃস্ব কভার। মাতৃস্বের কভার শিশুর প্রসবের জন্য হাসপাতালে ভর্তির খরচের জন্য প্রদান করবে এবং সি-সেকশন-এ ডেলিভারি অন্তর্ভুক্ত করবে। এই কভারটি সাধারণত পরিবারের সামগ্রিক বীমাকৃত অর্থের মধ্যে একটি নির্দিষ্ট পরিমাণের মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকে।

4. শিশুদের কভার

কভারেজ প্রথম দিন থেকে শিশুদের দেওয়া হয়, কখনও কখনও মাতৃস্ব কভার সীমার মধ্যে সীমাবদ্ধ এবং কখনও কখনও পরিবারের সম্পূর্ণ বিমা অন্তর্ভুক্ত করার জন্য বাড়ানো হয়।

5. প্রাক-বিদ্যমান রোগের কভার, অপেক্ষার সময়কাল পরিত্যাগ

বেশ কিছু স্বাভাবিক বর্জন যেমন পূর্বে বিদ্যমান রোগ বর্জন, ত্রিশ দিনের অপেক্ষার সময়কাল, দুই বছর অপেক্ষার সময়কাল, জন্মগত রোগগুলি পরিত্যাগ করা যেতে পারে দর্জি-তৈরি দলগত পলিসিতে।

6. প্রিমিয়াম গণনা

দলগত পলিসির জন্য প্রিমিয়াম চার্জ করা হয় দলের সদস্যদের বয়সের প্রোফাইল, দলের আকারের উপর ভিত্তি করে এবং সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণভাবে দলের দাবির অভিজ্ঞতার উপর নির্ভর করে।

7. অ-নিয়োগকারী কর্মচারী গোষ্ঠী

ভারতে নিয়ন্ত্রক বিধানগুলি প্রাথমিকভাবে একটি গ্রুপ বীমা কভার নেওয়ার উদ্দেশ্যে গোষ্ঠী গঠনকে কঠোরভাবে নিষিদ্ধ করে। যখন গোষ্ঠী পলিসি নিয়োগকর্তা ছাড়া অন্যদের দেওয়া হয় তখন গ্রুপের মালিকের সদস্যদের সাথে সম্পর্ক নির্ধারণ করা গুরুত্বপূর্ণ।

উদাহরণ

একটি ব্যাঙ্ক তার সেভিং ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট হোল্ডার বা ক্রেডিট কার্ড ধারকদের জন্য একটি পলিসি গ্রহণ করে একটি সমজাতীয় গোষ্ঠী গঠন করে, যেখানে একটি বৃহৎ গোষ্ঠী তাদের প্রয়োজনীয়তা অনুসারে তৈরি করা একটি দর্জি-নির্মিত পলিসি দ্বারা উপকৃত হতে সক্ষম হয়।

৪. মূল্য নির্ধারণ

গ্রুপ পলিসিতে, গ্রুপের আকার এবং গ্রুপের দাবির অভিজ্ঞতার উপর ভিত্তি করে প্রিমিয়ামে ছাড়ের ব্যবস্থা রয়েছে।

২. কর্পোরেট বাফার বা ফ্লোটার কভার

বেশিরভাগ গ্রুপ পলিসিতে প্রতিটি পরিবারকে একটি সংজ্ঞায়িত পরিমাণ বীমার আওতায় আনা হয়, এক লক্ষ থেকে পাঁচ লক্ষ টাকা এবং কখনও কখনও তারও বেশি দেওয়া হয়। এমন পরিস্থিতি দেখা দেয় যেখানে পরিবারের বীমার অর্থ শেষ হয়ে যায়, বিশেষ করে পরিবারের সদস্যের বড় অসুস্থতার ক্ষেত্রে। এই ধরনের পরিস্থিতিতে, যদি বাফার কভারের জন্য বেছে নেওয়া হয় তবে এটি স্বস্তি নিয়ে আসে যার ফলে এই বাফার পরিমাণ থেকে পারিবারিক বীমাকৃত অংশের অতিরিক্ত এবং তার বেশি খরচ মেটানো হয়।

একবার একটি পরিবারের বীমাকৃত অংশ শেষ হয়ে গেলে, বাফার থেকে পরিমাণগুলি নেওয়া হয়। যাইহোক, এই ব্যবহার সাধারণত বড় অসুখ/গুরুত্বপূর্ণ অসুস্থতার খরচের জন্য সীমাবদ্ধ থাকে যেখানে একটি হাসপাতালে ভর্তি হলে বিমাকৃত অর্থ শেষ হয়ে যায়।

০. বিশেষ পণ্য

১. রোগের কভার

সাম্প্রতিক বছরগুলিতে, ক্যান্সার, ডায়াবেটিস, কোভিড -১৯ এর জন্য রোগের নির্দিষ্ট কভার ভারতীয় বাজারে চালু করা হয়েছে। কভারটি হয় স্বল্পমেয়াদী বা দীর্ঘমেয়াদী - ৫ বছর থেকে ২০ বছর এবং একটি সুস্থতা সুবিধাও অন্তর্ভুক্ত - একটি নিয়মিত স্বাস্থ্য পরীক্ষার জন্য বীমাকারীর দ্বারা অর্থ প্রদান করা হয়। পলিসির দ্বিতীয় বছর থেকে হাস্যকৃত প্রিমিয়ামের আকারে রক্তের গ্লুকোজ, রক্তচাপ ইত্যাদির মতো কারণগুলির আরও ভাল নিয়ন্ত্রণের জন্য প্রণোদনা রয়েছে। অন্যদিকে, দুর্বল নিয়ন্ত্রণের জন্য একটি উচ্চ প্রিমিয়াম মূল্যযোগ্য হবে।

২. ডায়াবেটিস রোগীদের কভারের জন্য তৈরি করা পণ্য

এই পলিসিটি ২৬ থেকে ৬৫ বছরের মধ্যে ব্যক্তিদের দ্বারা নেওয়া যেতে পারে এবং ৭০ বছর পর্যন্ত পুনর্নবীকরণযোগ্য। বিমাকৃত টাকার পরিমাণ ৫০০০০-৫০০০০০টাকা। রুম ভাড়া ক্যাপিং দ্বারা প্রযোজ্য। পণ্যটির লক্ষ্য ডায়াবেটিক রেটিনোপ্যাথি (চোখ), কিডনি, ডায়াবেটিক ফুট, কিডনি প্রতিস্থাপন সহ দাতার খরচ সহ ডায়াবেটিসের জটিলতাগুলিকে কভার করা।

নিজে নিজে করো ১

যদিও প্রাক-হাসপাতাল খরচের জন্য কভারের সময়কাল বীমাকারী থেকে বীমাকারীতে পরিবর্তিত হবে এবং পলিসিতে সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে, তবে সবচেয়ে সাধারণ কভার হল _____ প্রাক-হাসপাতালে ভর্তির জন্য।

- I. ১৫ দিন
- II. ৩০ দিন
- III. ৪৫ দিন
- IV. ৬০ দিন

স্বাস্থ্য পলিসির মূল শর্তাবলী (২২.০৭.২০২০ তারিখের স্বাস্থ্য বীমা পণ্যের মানককরণের আইআরডিএআই মাস্টার সার্কুলারে সমস্ত শর্তাবলী সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে)

1. নেটওয়ার্ক প্রদানকারী

নেটওয়ার্ক প্রদানকারী একটি হাসপাতাল/নার্সিং হোম/ডে কেয়ার সেন্টারকে বোঝায় যা বীমাকৃত রোগীদের নগদহীন চিকিৎসা প্রদানের জন্য একটি বীমাকারী/টিপিএর সাথে চুক্তিবদ্ধ। রোগীরা নেটওয়ার্কের বাইরের সরবরাহকারীদের কাছে বিনামূল্যে যেতে পারেন তবে সেখানে তাদের সাধারণত অনেক বেশি মূল্য নেওয়া হয়।

2. পছন্দের নেটওয়ার্ক প্রদানকারী (পিপিএন)

মানসম্পন্ন চিকিৎসা এবং সর্বোত্তম হারে নিশ্চিত করতে একজন বীমাকারীর কাছে হাসপাতালের একটি পছন্দের নেটওয়ার্ক তৈরি করার বিকল্প রয়েছে। অভিজ্ঞতা, ব্যবহার এবং যত্ন প্রদানের খরচের উপর ভিত্তি করে যখন এই গোষ্ঠীটি বীমাকারীর দ্বারা শুধুমাত্র কয়েকজনের মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকে তখন পছন্দের প্রদানকারী নেটওয়ার্ক গঠিত হয়।

3. নগদবিহীন পরিষেবা

একটি নগদবিহীন পরিষেবা বীমা গ্রহীতাকে হাসপাতালগুলিতে কোনও অর্থ প্রদান ছাড়াই কভারের সীমা পর্যন্ত চিকিৎসা পেতে সক্ষম করে। বীমাকৃতকে যা করতে হবে তা হল একটি নেটওয়ার্ক হাসপাতালের সাথে যোগাযোগ করা এবং বীমার প্রমাণ হিসাবে তার মেডিকেল কার্ড উপস্থাপন করা। বীমাকারী স্বাস্থ্য পরিষেবায় নগদহীন পথের সুবিধা দেয় এবং সরাসরি নেটওয়ার্ক প্রদানকারীকে গ্রহণযোগ্য পরিমাণের জন্য অর্থ প্রদান করে। যাইহোক, বীমাকৃতকে পলিসির সীমার বাইরের পরিমাণের জন্য এবং পলিসির শর্ত অনুযায়ী প্রদেয় নয় এমন খরচের জন্য অর্থপ্রদান করতে হবে।

4. তৃতীয় পক্ষের প্রশাসক (টিপিএ)

স্বাস্থ্য বীমার ক্ষেত্রে একটি বড় উন্নয়ন হল তৃতীয় পক্ষের প্রশাসক বা টিপিএ-এর প্রবর্তন। বিশ্বজুড়ে বেশ কিছু বীমাকারী স্বাস্থ্য বীমা দাবি পরিচালনার জন্য স্বাধীন সংস্থার পরিষেবাগুলি ব্যবহার করে। এই সংস্থাগুলি টিপিএ হিসাবে পরিচিত। ভারতে, একটি টিপিএ স্বাস্থ্য পরিষেবার বিধানের জন্য একটি বীমাকারী দ্বারা নিযুক্ত থাকে যার মধ্যে যেসব অন্যান্য জিনিস অন্তর্ভুক্ত থাকে:

- i. পলিসিধারীকে একটি পরিচয়পত্র প্রদান করা হয় যা তার বীমা পলিসির প্রমাণ এবং একটি হাসপাতালে ভর্তির জন্য ব্যবহার করা যেতে পারে
- ii. নেটওয়ার্ক হাসপাতালগুলিতে একটি নগদবিহীন পরিষেবা প্রদান করা হয়
- iii. দাবির প্রক্রিয়াকরণ

টিপিএ-এর পরিষেবা স্বাস্থ্য পলিসিধারীদের হাসপাতালে ভর্তির জন্য অনন্য পরিচয়পত্র প্রদান থেকে শুরু করে নগদবিহীন ভিত্তিতে বা প্রতিদান ভিত্তিতে দাবি নিষ্পত্তি পর্যন্ত। তৃতীয় পক্ষের অ্যাডমিনিস্ট্রেটররা হাসপাতাল বা স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীদের সাথে একটি এমওইউতে প্রবেশ করে এবং নিশ্চিত করে যে নেটওয়ার্ক হাসপাতালে

চিকিৎসা করানো যে কোনও ব্যক্তিকে নগদবিহীন পরিষেবা দেওয়া হয়েছে। তারা হল বীমাকারী এবং বীমাকৃতদের মধ্যে মধ্যস্থতাকারী, যারা হাসপাতালের সাথে সমন্বয় করে এবং স্বাস্থ্যের দাবি চূড়ান্ত করে।

5. হাসপাতাল

একটি হাসপাতাল মানে অসুস্থতা এবং/অথবা আঘাতের হাসপাতালের আবাসিক রোগীর কেয়ার এবং ডে কেয়ার চিকিৎসার জন্য প্রতিষ্ঠিত যে কোনও প্রতিষ্ঠান এবং যেটি স্থানীয় কর্তৃপক্ষের কাছে একটি হাসপাতাল হিসাবে নিবন্ধিত হয়েছে, যেখানে প্রযোজ্য, এবং একটি নিবন্ধিত এবং যোগ্য চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে এবং নীচের হিসাবে সমস্ত ন্যূনতম মানদণ্ড মেনে চলতে হবে:

- ১০০০০০০-এর কম জনসংখ্যা আছে এমন শহরে কমপক্ষে ১০টি হাসপাতালের আবাসিক রোগীর বেড আছে এবং অন্য সব জায়গায় ১৫টি হাসপাতালের আবাসিক রোগীর বেড আছে;
- চব্বিশ ঘন্টা তার কর্মসংস্থানের অধীনে যোগ্য নার্সিং স্টাফ রয়েছে;
- চব্বিশ ঘন্টা দায়িত্বে থাকা যোগ্য চিকিৎসক (গুলি) আছে।;
- এর নিজস্ব একটি সম্পূর্ণ সজ্জিত অপারেশন থিয়েটার আছে যেখানে অস্ত্রোপচার করা হয়;
- রোগীদের দৈনিক রেকর্ড রক্ষণাবেক্ষণ করে এবং এগুলিকে বীমা কোম্পানির অনুমোদিত কর্মীদের কাছে সুগম করে তুলবে।

6. চিকিৎসক

একজন মেডিকেল প্র্যাকটিশনার হলেন এমন একজন ব্যক্তি যিনি ভারতের যেকোনো রাজ্যের মেডিকেল কাউন্সিল থেকে বা হোমিওপ্যাথির জন্য বৈধ নিবন্ধন ধারণ করেন এবং এর ফলে তার এখতিয়ারের মধ্যে ওষুধ অনুশীলন করার অধিকারী হন; এবং তার লাইসেন্সের সুযোগ এবং এখতিয়ারের মধ্যে কাজ করছে। যাইহোক, বীমা কোম্পানিগুলি একটি বিধিনিষেধ তৈরি করতে স্বাধীন যে নিবন্ধিত অনুশীলনকারী বীমাকৃত বা পরিবারের কোনো ঘনিষ্ঠ সদস্য হওয়া উচিত নয়। এটি নিশ্চিত করার জন্য যে প্রতারণামূলক দাবিগুলি আত্মীয়দের কাছ থেকে বা নিজের দ্বারা বা কারও মালিকানাধীন হাসপাতালের কাছ থেকে চিকিৎসা সংক্রান্ত দায়ের করা হয় না।

যোগ্য নার্স: যোগ্য নার্স মানে এমন একজন ব্যক্তি যিনি ভারতের নার্সিং কাউন্সিল বা ভারতের যেকোনো রাজ্যের নার্সিং কাউন্সিল থেকে বৈধ নিবন্ধন ধারণ করেছেন।

7. যুক্তিসঙ্গত এবং প্রয়োজনীয় খরচ

একটি স্বাস্থ্য বীমা পলিসিতে সর্বদা এই ধারাটি থাকে কারণ পলিসিটি ব্যয়ের ক্ষতিপূরণ প্রদান করে যা একটি নির্দিষ্ট অসুস্থতার চিকিৎসার জন্য এবং একটি নির্দিষ্ট ভৌগলিক এলাকায় যুক্তিসঙ্গত বলে বিবেচিত হবে।

8. দাবির বিজ্ঞপ্তি

প্রতিটি বীমা পলিসি দাবির তাৎক্ষণিক সূচনা এবং নথি জমা দেওয়ার জন্য নির্দিষ্ট সময়সীমা প্রদান করে। স্বাস্থ্য বীমা পলিসিতে, যেখানেই গ্রাহকরা নগদহীন সুবিধা চান সেখানেই হাসপাতালে ভর্তির আগে ভালভাবে তথ্য দেওয়া হয়। তবে প্রতিদান দাবির ক্ষেত্রে দাবির নথি জমা দেওয়ার সময়সীমা সাধারণত নিষ্কাশনের তারিখ থেকে ১৫ দিন নির্ধারিত হয়।

9. বিনামূল্যে স্বাস্থ্য পরীক্ষা

স্বতন্ত্র স্বাস্থ্য পলিসিতে দাবিমুক্ত পলিসি হোল্ডারকে কিছু ধরনের প্রণোদনা দেওয়ার জন্য একটি নিয়ম রয়েছে। অনেক পলিসি চারটি একটানা ক্লেম ফ্রি পলিসি পিরিয়ডের শেষে স্বাস্থ্য পরীক্ষার খরচের প্রতিদান প্রদান করা হয়।

10. ক্রমবর্ধমান বোনাস

প্রতি দাবিমুক্ত বছরের জন্য বীমাকৃত অর্থের উপর একটি ক্রমবর্ধমান বোনাস দেওয়া হয়। এর মানে হল যে বীমাকৃত অংশের একটি নির্দিষ্ট শতাংশ বার্ষিক ৫% দ্বারা পুনর্নবীকরণ করা হয় এবং দশটি দাবি-মুক্ত পুনর্নবীকরণের জন্য সর্বাধিক ৫০% পর্যন্ত অনুমোদিত হয়। কিন্তু, কোনো নির্দিষ্ট বছরে দাবি করা হলে জমাকৃত বোনাস শুধুমাত্র একই হারে হ্রাস পেতে পারে যা একটি নির্দিষ্ট হারে জমা হয়।

উদাহরণ

একজন ব্যক্তি ৫০০০ টাকার প্রিমিয়ামে ৩ লক্ষ টাকার একটি পলিসি নেন। দ্বিতীয় বছরে, প্রথম বছরে কোনো দাবি না থাকলে তিনি ৫০০০ টাকার একই প্রিমিয়ামে ৩.১৫ লক্ষ টাকা (আগের বছরের তুলনায় ৫% বেশি) একটি বিমাকৃত অঙ্ক পান। এটি দশ বছরের দাবি বিনামূল্যে পুনর্নবীকরণের জন্য ৪.৫ লক্ষ টাকা পর্যন্ত পেতে পারেন।

11. ম্যালাস/বোনাস

স্বাস্থ্যপলিসিকে যেমন দাবিমুক্ত রাখার প্রণোদনা আছে তেমনি উল্টোটা **ম্যালাস** বলা হয়। এখানে, যদি একটি পলিসির অধীনে দাবিগুলি খুব বেশি হয় একটি ম্যালাস বা প্রিমিয়াম লোডিং পুনর্নবীকরণের সময় সংগ্রহ করা হয়। যাইহোক গ্রুপ পলিসির ক্ষেত্রে দাবির অনুপাতকে যুক্তিসঙ্গত সীমার মধ্যে রাখার জন্য সামগ্রিক প্রিমিয়াম লোড করার মাধ্যমে মালুস চার্জ করা হয়।

12. কোনো ছাড়যোগ্য দাবি নেই

কিছু পণ্য বিমাকৃত অর্থের উপর বোনাসের পরিবর্তে প্রতি বছরের দাবি মুক্তির জন্য প্রিমিয়ামে ছাড় প্রদান করে।

13. রুম ভাড়া নিষেধাজ্ঞা

কিছু স্বাস্থ্য পরিকল্পনা বিমাকৃত অংশের সাথে সংযুক্ত করার মাধ্যমে যে রুমটি বেছে নেয় তার উপর একটি সীমাবদ্ধতা থাকে। অতঃপর পলিসিতে প্রতিদিন বীমাকৃত অংশের ১% এর রুম ভাড়ার সীমাবদ্ধতা থাকলে এক লাখ টাকার বিমাধারী একজন ব্যক্তি প্রতিদিন ১০০০ টাকার রুম পাওয়ার অধিকারী হবেন।

14. নবায়নযোগ্যতার ধারা

স্বাস্থ্য বীমা পলিসিগুলির পুনর্নবীকরণযোগ্যতার উপর আইআরডিএআই নির্দেশিকাগুলি জালিয়াতি এবং ভুল উপস্থাপনা ছাড়া স্বাস্থ্য পলিসিগুলির আজীবন গ্যারান্টিযুক্ত পুনর্নবীকরণ বাধ্যতামূলক করে। আইআরডিএআই হেল্থ ইন্স্যুরেন্স রেগুলেশন ২০১৬-এর বিধান অনুসারে একবার একটি স্বাস্থ্য বীমা পলিসি (ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা এবং ভ্রমণ **পলিসি** ছাড়া) সংক্রান্ত একটি প্রস্তাব গৃহীত হলে এবং একটি পলিসি জারি করা হয় যা পরবর্তীতে কোনো বিরতি ছাড়াই পর্যায়ক্রমে পুনর্নবীকরণ করা হয়,এটির পরবর্তী পুনর্নবীকরণ করা হবে না। বীমাকৃতের বয়সের ভিত্তিতে অস্বীকার করা হবে। এইভাবে স্বাস্থ্য বীমা পলিসিগুলি আজীবন নবায়নযোগ্য।

15. বাতিলকরণের ধারা

একটি বীমা কোম্পানী যে কোন সময় শুধুমাত্র ভুল উপস্থাপনা, জালিয়াতি, এবং বস্তুগত তথ্য প্রকাশ না করলে বা বীমাকৃতের অসহযোগিতার কারণে পলিসি বাতিল করতে পারে।

যখন বীমাকারী কর্তৃক পলিসি বাতিল করা হয়, তখন বীমার মেয়াদ শেষ না হওয়া সময়ের সাথে সম্পর্কিত প্রিমিয়ামের একটি অনুপাত বীমাকৃতকে ফেরত দেওয়া হয় যদি পলিসির অধীনে কোনো দাবি পরিশোধ করা না হয়। এটি সাধারণত আনুপাতিক ভিত্তিতে করা হয়।

যখন বীমাকৃতদের দ্বারা বার্ষিক পলিসি বাতিল করা হয়, তখন বিমাকারীরা সাধারণত আনুপাতিক প্রিমিয়ামের পরিবর্তে স্বল্প সময়ের স্কেলে প্রিমিয়াম চার্জ করে। এটি বীমাকারীদের বিরুদ্ধে নির্বাচন বিরোধী প্রতিরোধ করবে এবং বীমাকারীর প্রাথমিক খরচের যত্ন নেয়।

16. নবায়নের জন্য অতিরিক্ত সময়

উপরের বেশিরভাগ মূল ধারা, সংজ্ঞা, গ্রেস পিরিয়ড সম্পর্কিত বর্জনগুলি আইআরডিএআই দ্বারা জারি করা স্বাস্থ্য প্রবিধান এবং স্বাস্থ্য বীমা মানককরণ নির্দেশিকাগুলির অধীনে প্রমিত করা হয়েছে এবং সময়ে সময়ে আধুনিক করা হয়েছে।

নিজে নিজে করো ২

আইআরডিএআই-এর নির্দেশিকা অনুসারে, স্বতন্ত্র স্বাস্থ্য পলিসির পুনর্নবীকরণের জন্য _____ দিনের গ্রেস পিরিয়ড অনুমোদিত।

- I. ১৫ দিন
- II. ৩০ দিন
- III. ৪৫ দিন
- IV. ৬০ দিন

নিজে নিজে করোর উত্তর

উত্তর ১ - সঠিক বিকল্প হল II

অধ্যায় H-04

স্বাস্থ্য বীমার দায়গ্রহণ

অধ্যায় পরিচিতি

এই অধ্যায়ে স্বাস্থ্য বীমার দায়গ্রহণ সম্পর্কে বিস্তারিত জ্ঞান প্রদান করা হয়। দায়গ্রহণের যেকোন ধরনের বীমার একটি অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ দিক এবং একটি বীমা পলিসি জারি করার ক্ষেত্রে একটি গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে। এই অধ্যায়ে মৌলিক পলিসি, সরঞ্জাম, পদ্ধতি এবং দায়গ্রহণ প্রক্রিয়া সম্পর্কে একটি ধারণা পাবেন। এটি দলগত স্বাস্থ্য বীমা দায়গ্রহণ সম্পর্কে জ্ঞানও প্রদান করে।

শিক্ষণীয় ফলাফল

- দায়গ্রহণ কি?
- দায়গ্রহণ - মৌলিক ধারণা
- আইআরডিএআই -এর অন্যান্য স্বাস্থ্য বীমা প্রবিধান
- স্বাস্থ্য বীমা বহনযোগ্যতা
- দায়গ্রহণের জন্য মৌলিক পলিসি এবং সরঞ্জাম
- দায়গ্রহণের প্রক্রিয়া
- দলগত পর্যায়ে স্বাস্থ্য বীমা
- বিদেশী ভ্রমণ বীমার দায়গ্রহণ
- ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বীমার দায়গ্রহণ

এই অধ্যায় অধ্যয়ন করার পর আপনি যে বিষয়গুলিতে সক্ষম হতে হবেন:

- দায়গ্রহণ বলতে কী বোঝায় তা ব্যাখ্যা করা
- দায়গ্রহণের মৌলিক ধারণা বর্ণনা করা
- নিম্নস্থ কেবলনী দের দ্বারা অনুসরণ করা পলিসিগুলি এবং বিভিন্ন সরঞ্জামগুলি ব্যাখ্যা করুন
- স্বতন্ত্র স্বাস্থ্য পলিসিগুলি স্বাক্ষর করার সম্পূর্ণ প্রক্রিয়ার প্রশংসা করা
- কিভাবে গ্রুপ স্বাস্থ্য পলিসি অন্তর্লিখিত করা হয় তা আলোচনা করা

এই দৃশ্যবিবরণীর দিকে তাকানো যাক

মনীশ ৪৮ বছর বয়সী একজন সফটওয়্যার ইঞ্জিনিয়ার হিসাবে কাজ করছেন, নিজের জন্য একটি স্বাস্থ্য বীমা পলিসি নেওয়ার সিদ্ধান্ত নিয়েছেন। তিনি একটি বীমা কোম্পানীর কাছে যান যেখানে তারা তাকে একটি প্রস্তাবনা ফর্ম দেয় যাতে তাকে তার শারীরিক গঠন এবং স্বাস্থ্য, মানসিক স্বাস্থ্য, আগে থেকে বিদ্যমান অসুস্থতা, তার পারিবারিক স্বাস্থ্যের ইতিহাস, অভ্যাস ইত্যাদি সম্পর্কিত বেশ কয়েকটি প্রশ্নের উত্তর দিতে হয়।

তার প্রস্তাবের ফর্ম প্রাপ্তির পরে তাকে অনেক নথি যেমন পরিচয় এবং বয়স প্রমাণ, ঠিকানার প্রমাণ এবং পূর্ববর্তী মেডিকেল রেকর্ড জমা দিতে হবে। তারপর তারা তাকে একটি স্বাস্থ্য পরীক্ষা করতে বলে যা তাকে হতাশ করেছিল।

মনীশ যিনি নিজেকে একজন সুস্থ ব্যক্তি এবং ভাল আয়ের স্তরের সাথে ভাবতে শুরু করলেন কেন তার ক্ষেত্রে বীমা কোম্পানি এত দীর্ঘ প্রক্রিয়া অনুসরণ করছে। এত কিছুই মধ্য দিয়ে যাওয়ার পরেও বীমা কোম্পানি তাকে বলে যে তার মেডিকেল পরীক্ষায় উচ্চ কোলেস্টেরল এবং উচ্চ বিপি ধরা পড়েছে যা পরবর্তীতে হৃদরোগের সম্ভাবনা বাড়িয়ে দেয়। যদিও তারা তাকে একটি পলিসি অফার করেছিল যার প্রিমিয়াম তার বন্ধুর প্রদানের চেয়ে অনেক বেশি ছিল এবং তাই সে পলিসি নিতে অস্বীকার করেছিল।

এখানে, বীমা কোম্পানি তাদের দায়গ্রহণের প্রক্রিয়ার অংশ হিসাবে এই সমস্ত পদক্ষেপগুলি অনুসরণ করছিল। ঝুঁকি কভারেজ প্রদান করার সময় একজন বীমাকারীকে সঠিকভাবে ঝুঁকি মূল্যায়ন করতে হবে এবং যুক্তিসঙ্গত লাভ করতে হবে। যদি ঝুঁকিটি সঠিকভাবে মূল্যায়ন না করা হয় এবং একটি দাবি থাকে তাহলে এটি ক্ষতির কারণ হবে। অধিকন্তু, বীমাকারীরা সমস্ত বীমাকারী ব্যক্তির পক্ষে প্রিমিয়াম সংগ্রহ করে এবং এই অর্থগুলিকে একটি ট্রাস্টের মতো পরিচালনা করতে হয়।

A. দায়গ্রহণ কী ?

1. দায়গ্রহণ

বীমা কোম্পানিগুলি এমন লোকেদের বীমা করার চেষ্টা করে যারা বীমা পুলে ঝুঁকি নিয়ে আসার অনুপাতে পর্যাপ্ত প্রিমিয়াম প্রদান করবে বলে আশা করে। একজন প্রস্তাবকের কাছ থেকে তথ্য সংগ্রহ ও বিশ্লেষণ করার এই প্রক্রিয়াটিকে দায়গ্রহণ বলা হয়। এই প্রক্রিয়ার মাধ্যমে সংগৃহীত তথ্যের ভিত্তিতে তারা সিদ্ধান্ত নেয় যে তারা একজন প্রস্তাবককে বীমা করতে চায় কিনা। যদি তারা তা করার সিদ্ধান্ত নেয় তাহলে কোন প্রিমিয়ামের শর্তাবলীতে এই ধরনের ঝুঁকি নেওয়া থেকে যুক্তিসঙ্গত লাভ করতে পারেন।

সংজ্ঞা

দায়গ্রহণ হল ঝুঁকির যথাযথ মূল্যায়ন করার প্রক্রিয়া এবং যে শর্তাবলীতে বীমা কভার মঞ্জুর করা হবে তা নির্ধারণ করা। সুতরাং, এটি ঝুঁকি মূল্যায়ন এবং ঝুঁকি মূল্য নির্ধারণের একটি প্রক্রিয়া।

2. দায়গ্রহণের প্রয়োজনীয়তা

দায়গ্রহণ হল একটি বীমা কোম্পানির মেরুদণ্ড কারণ অসাবধানতার সাথে ঝুঁকি গ্রহণ করা বা অপরিাপ্ত প্রিমিয়ামের জন্য বীমাকারীর দেউলিয়া হয়ে যায়। অন্যদিকে খুব বেশি নির্বাচনী বা সতর্ক হওয়া বীমা কোম্পানিকে একটি বড় পুল তৈরি করতে বাধা দেবে যাতে ঝুঁকি সমানভাবে ছড়িয়ে পড়ে। তাই ঝুঁকি এবং

ব্যবসার মধ্যে সঠিক ভারসাম্য বজায় রাখা গুরুত্বপূর্ণ যার ফলে প্রতিষ্ঠানগুলি প্রতিযোগিতামূলক এবং লাভজনক।

ভারসাম্যের এই প্রক্রিয়াটি নিম্নস্থ কেরানী দ্বারা সম্পাদিত হয় সংশ্লিষ্ট বীমা কোম্পানির দর্শন, নীতি এবং ঝুঁকির খিদে অনুসারে। যদিও বয়স অসুস্থতার পাশাপাশি মৃত্যুর সম্ভাবনাকেও প্রভাবিত করে তবে এটা মনে রাখতে হবে যে অসুস্থতা সাধারণত মৃত্যুর অনেক আগে আসে এবং ঘন ঘন হতে পারে। অর্থাৎ এটা বেশ যৌক্তিক যে মৃত্যু কভারেজের চেয়ে স্বাস্থ্য সুরক্ষার জন্য দায়গ্রহণ নিয়ম এবং নির্দেশিকাগুলি অনেক বেশি কঠোর।

3. দায়গ্রহণ - ঝুঁকির মূল্যায়ন

স্বাস্থ্য বীমাতে, আর্থিক বা আয় ভিত্তিক দায়গ্রহণের চেয়ে চিকিৎসা বা স্বাস্থ্য অনুসন্ধানের উপর বেশি ফোকাস করা হয়। যাইহোক পরবর্তীটিকে উপেক্ষা করা যাবে না কারণ একটি বীমাযোগ্য সুদ থাকতে হবে এবং যেকোনো প্রতিকূল নির্বাচনকে বাতিল করতে এবং স্বাস্থ্য বীমার ধারাবাহিকতা নিশ্চিত করতে আর্থিক দায়গ্রহণ গুরুত্বপূর্ণ।

উদাহরণ

একজন ব্যক্তি যিনি ডায়াবেটিসে আক্রান্ত তার কার্ডিয়াক বা কিডনির জটিলতা হওয়ার সম্ভাবনা বেশি থাকে যার জন্য মৃত্যুর চেয়ে হাসপাতালে ভর্তির প্রয়োজন হয় এবং বীমা কভারেজ চলাকালীন স্বাস্থ্য পর্ব একাধিকবার ঘটতে পারে। একটি জীবন বীমা দায়গ্রহণের নির্দেশিকা এই ব্যক্তিকে গড় ঝুঁকি হিসাবে হার দিতে পারে। যাইহোক, মেডিকেল দায়গ্রহণের জন্য তাকে উচ্চ ঝুঁকি হিসাবে হার দিতে হবে।

4. যে কারণগুলি অসুস্থতার সম্ভাবনাকে প্রভাবিত করে

ঝুঁকি মূল্যায়ন করার সময় অসুস্থতা (অসুস্থ হওয়ার ঝুঁকি) প্রভাবিত করার এইসব কারণগুলিকে সাবধানে বিবেচনা করা উচিত:

- বয়স:** বয়স এবং ঝুঁকির মাত্রার সাথে সামঞ্জস্য রেখে প্রিমিয়াম চার্জ করা হয়। যেমন সংক্রমণ এবং দুর্ঘটনার ঝুঁকি বৃদ্ধির কারণে শিশুদের জন্য প্রিমিয়াম অল্প বয়স্কদের তুলনায় বেশি। একইভাবে ৪৫ বছরের বেশি বয়সী প্রাপ্তবয়স্কদের জন্য প্রিমিয়াম বেশি কারণ একজন ব্যক্তির ডায়াবেটিস, হঠাৎ হৃদরোগ বা এই জাতীয় অসুস্থতার মতো দীর্ঘস্থায়ী রোগে আক্রান্ত হওয়ার সম্ভাবনা অনেক বেশি।
- লিঙ্গ:** সন্তান জন্মদানের সময় মহিলারা অসুস্থতার অতিরিক্ত ঝুঁকির সম্মুখীন হন। যাইহোক মহিলাদের তুলনায় পুরুষদের হার্ট অ্যাটাকে আক্রান্ত হওয়ার সম্ভাবনা বেশি বা মহিলাদের তুলনায় চাকরি সংক্রান্ত দুর্ঘটনার শিকার হওয়ার সম্ভাবনা বেশি কারণ তারা ঝুঁকিপূর্ণ কর্মসংস্থানে বেশি জড়িত হতে পারে।
- অভ্যাস:** তামাক, অ্যালকোহল বা মাদক যে কোনো দ্রব্য সেবন করলে তা অসুস্থতার ঝুঁকির ওপর সরাসরি প্রভাব ফেলে।
- পেশা:** নির্দিষ্ট পেশায় দুর্ঘটনার অতিরিক্ত ঝুঁকি সম্ভব যেমন ড্রাইভার, ব্লাস্টার, বৈমানিক ইত্যাদি। একইভাবে নির্দিষ্ট কিছু পেশায় উচ্চতর স্বাস্থ্য ঝুঁকি থাকতে পারে যেমন এক্স-রে মেশিন অপারেটর, অ্যাসবেস্টস শিল্পের শ্রমিক, খনিজ শ্রমিক ইত্যাদি।

- e) **পারিবারিক ইতিহাস:** এটির বৃহত্তর প্রাসঙ্গিকতা রয়েছে কারণ জিনগত কারণগুলি হাঁপানি, ডায়াবেটিস এবং নির্দিষ্ট কিছু ক্যান্সারের মতো রোগকে প্রভাবিত করে। এটি অসুস্থতাকে প্রভাবিত করে এবং ঝুঁকি গ্রহণ করার সময় এটি বিবেচনা করে নেওয়া উচিত।
- f) **গড়ন:** স্থূল, পাতলা বা গড় গড়ন নির্দিষ্ট গোষ্ঠীর অসুস্থতার সাথেও যুক্ত হতে পারে।
- g) **অতীতের অসুস্থতা বা অস্ত্রোপচার:** অতীতের অসুস্থতার কারণে শারীরিক দুর্বলতা বা এমনকি পুনরাবৃত্তি হওয়ার কোনো সম্ভাবনা আছে কিনা তা নিশ্চিত করতে হবে এবং সেই অনুযায়ী পলিসির শর্তাদি নির্ধারণ করতে হবে। যেমন কিডনিতে পাথর বারবার হওয়ার জন্য পরিচিত এবং একইভাবে এক চোখে ছানি হলে অন্য চোখে ছানি পড়ার সম্ভাবনা বেড়ে যায়।
- h) **বর্তমান স্বাস্থ্যের অবস্থা এবং অন্যান্য কারণ বা অভিযোগ:** ঝুঁকি এবং বীমাযোগ্যতার মাত্রা নিশ্চিত করার জন্য এটি গুরুত্বপূর্ণ এবং সঠিক প্রকাশ এবং চিকিৎসা পরীক্ষার মাধ্যমে এটি প্রতিষ্ঠিত করা যেতে পারে।
- i) **পরিবেশ এবং বাসস্থান:** এগুলি অসুস্থতার হারের উপরও প্রভাব ফেলে।

স্বাস্থ্য বীমায় নৈতিক বিপদের বোঝা

বয়স, লিঙ্গ, অভ্যাস ইত্যাদির মতো কারণগুলি স্বাস্থ্য ঝুঁকির শারীরিক বিপদকে বোঝায় আরও কিছু রয়েছে যা ঘনিষ্ঠভাবে পর্যবেক্ষণ করা দরকার। এটি গ্রাহকের নৈতিক বিপদ যা বীমা কোম্পানির কাছে অত্যন্ত ব্যবহৃত প্রমাণিত হতে পারে।

থারাপ নৈতিক বিপদের একটি চরম উদাহরণ হল একজন বীমাগ্রহীতা স্বাস্থ্য বীমা গ্রহণ করে জেনে যে তিনি অল্প সময়ের মধ্যে একটি অস্ত্রোপচার করবেন কিন্তু বীমাকারীর কাছে তা প্রকাশ করবেন না। এইভাবে শুধুমাত্র একটি দাবি সংগ্রহ করার জন্য বীমা নেওয়ার ইচ্ছাকৃত অভিপ্রেয় রয়েছে।

নিজে নিজে করো 1

দায়গ্রহণ হল _____ প্রক্রিয়া।

- I. বিপণন বীমা পণ্য
- II. গ্রাহকদের কাছ থেকে প্রিমিয়াম সংগ্রহ করা
- III. ঝুঁকি মূল্যায়ন এবং ঝুঁকির মূল্য নির্ধারণ
- IV. বিভিন্ন বীমা পণ্যের বিক্রি

B. দায়গ্রহণ - মৌলিক ধারণা

1. দায়গ্রহণের উদ্দেশ্য

দায়গ্রহণের দুটি প্রধান উদ্দেশ্য রয়েছে।

- i. নির্বাচন বিরোধী প্রতিরোধ করার জন্য এটি বীমাকারীর বিরুদ্ধে নির্বাচন
- ii. ঝুঁকি শ্রেণীবদ্ধ করা এবং ঝুঁকির মধ্যে সমতা নিশ্চিত করা

সংজ্ঞা

ঝুঁকির মূল্যায়ন শব্দটি স্বাস্থ্য বীমার জন্য প্রতিটি প্রস্তাবের ঝুঁকির মাত্রার পরিপ্রেক্ষিতে মূল্যায়ন করার প্রক্রিয়াকে বোঝায় এবং তারপরে বীমা মঞ্জুর করতে হবে কি না এবং কোন শর্তে সিদ্ধান্ত নিতে হবে।

নির্বাচন-বিরোধী (বা প্রতিকূল নির্বাচন) হল এমন লোকদের প্রবণতা যারা সন্দেহ করে বা জানে যে তাদের ক্ষতির সম্ভাবনা বেশি আগ্রহের সাথে বীমা খোঁজার এবং প্রক্রিয়ায় লাভ করার জন্য।

উদাহরণ

যদি বীমাকারীরা কাকে এবং কীভাবে বীমা প্রদান করে সে বিষয়ে নির্বাচনী না হন তাহলে এমন একটি সুযোগ রয়েছে যে ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্তচাপ, হৃদরোগের সমস্যা বা ক্যান্সারের মতো গুরুতর অসুস্থ ব্যক্তির যারা জানতেন যে তাদের শীঘ্রই হাসপাতালে ভর্তির প্রয়োজন হবে তারা স্বাস্থ্য বীমা কিনতে চাইবেন তৈরি করবেন বীমাকারীর জন্য ক্ষতি। অন্য কথায় যদি একজন বীমাকারী সঠিকভাবে ঝুঁকির মূল্যায়ন না করে তাহলে তার বিরুদ্ধে নির্বাচন করা হবে এবং প্রক্রিয়ায় ক্ষতির সম্মুখীন হতে হবে।

2. ঝুঁকির মধ্যে সমতা

আসুন এখন ঝুঁকির মধ্যে সমতা বিবেচনা করি। "সমদর্শিতা" এর অর্থ হল যে আবেদনকারীরা একই ধরনের এবং ঝুঁকির মাত্রার সংস্পর্শে এসেছেন তাদের একই প্রিমিয়াম ক্লাসে রাখা হবে। বীমাকারীরা প্রিমিয়াম ধার্য করার জন্য কিছু ধরণের মানককরণ করতে চায়। নিম্নস্থ কেরানীদের কাছে যে প্রস্তাবগুলি আসে সেগুলি নিম্নলিখিত ঝুঁকির প্রকারগুলিতে শ্রেণীবদ্ধ করা হয়:

i. মানসম্মত ঝুঁকি

এরা এমন লোক যাদের প্রত্যাশিত অসুস্থতার (অসুস্থ হওয়ার সম্ভাবনা) গড়।

ii. পছন্দের ঝুঁকি

কিছু ক্ষেত্রে প্রত্যাশিত অসুস্থতার গড় উল্লেখযোগ্যভাবে কম এবং তাই অনেকে পছন্দের ঝুঁকিগুলি নেয়। এগুলিতে কম প্রিমিয়াম চার্জ করা যেতে পারে।

iii. নিম্নমানের ঝুঁকি

অন্য কিছু ক্ষেত্রে প্রত্যাশিত অসুস্থতা গড় থেকে বেশি হতে পারে। যদিও এই ঝুঁকিগুলিও বীমাযোগ্য হতে পারে বীমাকারীরা উচ্চতর প্রিমিয়াম নিতে পারে এবং/অথবা কিছু শর্ত এবং বিধিনিষেধ সাপেক্ষে সেগুলি গ্রহণ করতে পারে।

iv. প্রত্যাখ্যান ঝুঁকি

কিছু ব্যক্তি আছেন যাদের কিছু চিকিৎসা বা অন্যান্য শর্ত রয়েছে যা তাদের অসুস্থতা এবং দাবি করার প্রবণতা তৈরি করে। এটা খুবই সম্ভব যে এই ধরনের ব্যক্তির অসুস্থ হয়ে পড়ে এবং সাধারণ পুলের উপর অসম পরিমাণ দায়বদ্ধতা সৃষ্টি করে। অন্য কথায় যখন পুলের অন্যদের অসুস্থ হওয়ার গড় বা কম সম্ভাবনা থাকে এই ব্যক্তিদের অসুস্থ হওয়ার সম্ভাবনা খুব বেশি থাকে যার ফলে প্রিমিয়ামের উচ্চ হারেও

তাদের বীমা করা কঠিন হয়। [কখনও কখনও, এই ধরনের ব্যক্তির একটি নৈতিক বিপদ তৈরি করতে পারে যখন তারা তাদের অসুস্থ হওয়ার উচ্চ সম্ভাবনা প্রকাশ করে না এবং অন্যান্য সাধারণ মানুষের মতো বীমা করার চেষ্টা করে।] বেশিরভাগ বীমাকারীরা এই ধরনের ঝুঁকি প্রত্যাখ্যান করে এবং ভবিষ্যতে ব্যবহারের জন্য এই ধরনের লোকদের একটি উপাদানসংগ্রহ তৈরি করে।

একটি 'অস্বীকৃত ঝুঁকি' হওয়ার অর্থ কেবলমাত্র একটি নির্দিষ্ট বীমাকারী সেই নির্দিষ্ট সময়ে সেই ধরনের বীমা পণ্যের জন্য একজন ব্যক্তিকে বীমা করতে চান না। যাইহোক এটা সম্ভব যে অন্য একজন বীমাকারী তাকে ভিন্ন প্রিমিয়ামে এবং/অথবা ভিন্ন শর্তে বীমা করতে পারে। একই বীমাকারী তাকে অন্য ধরনের পলিসির জন্য বা এমনকি পরবর্তী তারিখে একই পলিসির জন্য বিবেচনা করতে পারে যখন শর্তগুলি পরিবর্তিত হয়।

3. দায়গ্রহণ প্রক্রিয়া

দায়গ্রহণ প্রক্রিয়া দুটি স্তরে সঞ্চালিত হয়:

- ✓ প্রাথমিক বা মাঠ পর্যায়ে বা
- ✓ দায়গ্রহণের বিভাগ পর্যায়ে

a) প্রাথমিক দায়গ্রহণ

প্রাইমারি দায়গ্রহণ (বা মাঠ পর্যায়ে দায়গ্রহণ) এর মধ্যে একজন এজেন্ট বা কোম্পানির প্রতিনিধির দ্বারা তথ্য সংগ্রহ করা হয় যাতে একজন আবেদনকারী বীমা কভারেজ প্রদানের জন্য উপযুক্ত কিনা। এজেন্ট **প্রাথমিক দায়গ্রহণ** এর এই গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে। সম্ভাব্য ক্লায়েন্ট বীমাযোগ্য কিনা তা জানার জন্য তিনি সর্বোত্তম অবস্থানে রয়েছেন।

কিছু বীমা কোম্পানি এজেন্টদের একটি বিবৃতি বা একটি গোপনীয় প্রতিবেদন প্রদান করতে চায় যাতে প্রস্তাবকারীর বিষয়ে সুনির্দিষ্ট তথ্য, মতামত এবং সুপারিশ থাকে।

একই ধরনের রিপোর্ট যাকে নৈতিক বিপদের রিপোর্ট বলা হয়, বীমা কোম্পানির একজন কর্মকর্তার কাছ থেকেও চাওয়া যেতে পারে। এই প্রতিবেদনগুলি সাধারণত স্বাস্থ্য বীমার জন্য প্রস্তাবিত ব্যক্তির পেশা, আয় এবং আর্থিক অবস্থান এবং খ্যাতি কভার করে।

4. এজেন্টের জালিয়াতি পর্যবেক্ষণের ভূমিকা

বীমার জন্য ঝুঁকি নির্বাচন সংক্রান্ত সিদ্ধান্তগুলি প্রস্তাবকারীর দ্বারা প্রস্তাবিত ফর্মে প্রকাশ করা তথ্যের উপর নির্ভর করে। অফিসে বসে থাকা একজন নিম্নস্থ কেরানীদের পক্ষে এই তথ্যগুলি সত্য কিনা বা বীমাকারীকে প্রতারণা করার উদ্দেশ্যে প্রতারণামূলকভাবে ভুলভাবে উপস্থাপন করা হয়েছে কিনা তা জানা কঠিন হবে।

এজেন্ট প্রাথমিক নিম্নস্থ কেরানী হিসাবে এখানে একটি গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে। যেহেতু এজেন্টের প্রস্তাবকারীর সাথে সরাসরি ব্যক্তিগত যোগাযোগ রয়েছে, তাই জমা দেওয়া তথ্য সত্য কিনা এবং ইচ্ছাকৃতভাবে প্রকাশ না করা বা ভুল উপস্থাপনা করা হয়েছে কিনা তা খুঁজে বের করার জন্য তিনি বা তিনি সর্বোত্তম অবস্থানে রয়েছেন।

a) দায়গ্রহণ বিভাগের ভূমিকা

বীমাকারীর অফিসে দায়গ্রহণ বিভাগ প্রধান অংশ হিসেবে কাজ করে। এখানে, বিশেষজ্ঞরা যারা এই ধরনের কাজে পারদর্শী, তারা নির্দিষ্ট ঝুঁকি এবং এমনকি কিছু জনসংখ্যা সংক্রান্ত তথ্যের সমস্ত প্রাসঙ্গিক

ডেটা বিবেচনা এবং বিশ্লেষণ করেন। তারা শেষ পর্যন্ত সিদ্ধান্ত নেয় বীমার প্রস্তাব গ্রহণ করবে কিনা, শর্তাদি নির্ধারণ করবে এবং উপযুক্ত প্রিমিয়াম চার্জ করবে।

C. আইআরডিএআই-এর অন্যান্য স্বাস্থ্য বীমা প্রবিধান

নিয়ন্ত্রক নিম্নলিখিত হিসাবে বীমাকৃতদের সুবিধার জন্য কিছু পরিবর্তন এনেছে।

- বীমাকৃতকে প্রিমিয়ামের উপরে চার্জ করা কোনো দায়গ্রহণ লোডিং সম্পর্কে অবহিত করতে হবে এবং পলিসি ইস্যু করার আগে এই ধরনের লোডিংয়ের জন্য পলিসিধারকের নির্দিষ্ট সম্মতি প্রাপ্ত করা হবে।
- যদি একটি বীমা কোম্পানির পলিসির পরবর্তী পর্যায়ে বা তার নবায়নের সময় পেশা পরিবর্তনের মতো আরও কোনো তথ্যের প্রয়োজন হয়, তবে এটি বীমাকৃতের দ্বারা পূরণ করার জন্য মানসম্মত ফর্মগুলি নির্ধারণ করেছে যা পলিসি নথির অংশ।
- বীমাকারীরা পলিসিধারকদের পুরস্কৃত করার জন্য বিভিন্ন প্রক্রিয়া নিয়ে এসেছেন যাতে একই বীমাকারীর সাথে প্রাথমিক প্রবেশ, অবিরত পুনর্নবীকরণ, অনুকূল দাবির অভিজ্ঞতা ইত্যাদি এবং কার্যবিবরণী এবং পলিসির নথিতে এই ধরনের প্রক্রিয়া বা প্রণোদনা অগ্রিম প্রকাশ করে।

D. স্বাস্থ্য বীমার বহনযোগ্যতা

বহনযোগ্যতা আইআরডিএআই দ্বারা সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে স্বতন্ত্র স্বাস্থ্য বীমা পলিসিধারকদের (পরিবারের কভারের অধীনে থাকা সমস্ত সদস্য সহ) প্রাক-বিদ্যমান অবস্থার জন্য অর্জিত ক্রেডিট হস্তান্তর করা হয় এক বীমাকারী থেকে অন্য বীমাকারীর কাছে বা এক পরিকল্পনা থেকে অন্যের কাছে। একই বীমাকারীর পরিকল্পনা, যদি পূর্ববর্তী পলিসি কোনো বিরতি ছাড়াই বজায় থাকে।

বহনযোগ্যতা হল সেই বিধান যার মাধ্যমে একজন বীমাকৃত ব্যক্তি তার সাথে একটি নির্দিষ্ট সময়ের মধ্যে অর্জিত সমস্ত সুবিধা বহন করে এক বীমাকারী থেকে অন্য বীমাকারীতে। শিক্ষার্থীরা অনুগ্রহ করে ২২শে জুলাই ২০২০ তারিখের স্বাস্থ্য বীমা ব্যবসায় পণ্য ফাইলিং সংক্রান্ত আইআরডিএআই-এর একত্রিত নির্দেশিকা পড়তে পারেন যা বহনযোগ্যতা সহ অনেকগুলি অনুষীলনের মানসম্মত করার জন্য নিয়মগুলি তৈরি করা হয়েছে।

আইআরডিএআই বাধ্যতামূলক করে যে পোর্টেবিলিটি ফ্যামিলি ফ্লোটার পলিসি সহ সাধারণ বীমাকারী এবং স্বাস্থ্য বীমাকারীদের দ্বারা জারি করা সমস্ত ব্যক্তিগত ক্ষতিপূরণ স্বাস্থ্য বীমা পলিসির অধীনে অনুমোদিত হবে।

তবে পোর্টিং শুধুমাত্র নবায়নের সময় করা যেতে পারে। অপেক্ষার সময়কাল ক্রেডিট ছাড়াও প্রিমিয়াম সহ নতুন পলিসির অন্যান্য শর্তাদি নতুন বীমা কোম্পানি সিদ্ধান্ত নেবে। পদ্ধতিগতভাবে যে কোম্পানির কাছে পলিসিটি পোর্ট করতে হবে তা উল্লেখ করে তা পুনর্নবীকরণের কমপক্ষে ৪৫ দিন আগে বীমা গ্রহীতার দ্বারা পুরানো বীমাকারীর কাছে পোর্ট করার অনুরোধ করা উচিত। পলিসিটি বিরতি ছাড়াই পুনর্নবীকরণ করতে হবে (পোর্টিং প্রক্রিয়াধীন থাকলে ৩০ দিনের অতিরিক্ত সময় আছে)। আইআরডিএআই একটি ওয়েব-ভিত্তিক সুবিধা তৈরি করেছে যা ব্যক্তিদের জন্য বীমা কোম্পানিগুলি দ্বারা জারি করা সমস্ত স্বাস্থ্য বীমা পলিসি সম্পর্কে ডেটা বজায় রাখে, যাতে নতুন বীমাকারীকে পোর্টিং পলিসিধারকের স্বাস্থ্য বীমা ইতিহাসের ডেটা মসৃণভাবে উপলব্ধি করতে এবং পেতে সক্ষম করে তোলে।

E. স্বাস্থ্য বীমার মাইগ্রেশন

মাইগ্রেশনকে আইআরডিএআই দ্বারা সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে স্বাস্থ্য বীমা পলিসি ধারকদের (পরিবারের কভারের অধীনে থাকা সমস্ত সদস্য এবং গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমা পলিসির সদস্য সহ) একই বীমাকারীর সাথে প্রাক-বিদ্যমান শর্ত এবং সময় সীমাবদ্ধ বর্জনের জন্য অর্জিত ক্রেডিট **হস্তান্তর** করার অধিকার হিসাবে।

২২শে জুলাই ২০২০ তারিখের স্বাস্থ্য বীমা ব্যবসায় পণ্য ফাইলিং সংক্রান্ত আইআরডিএআই-এর একত্রিত নির্দেশিকা স্বাস্থ্য বীমা পলিসিগুলির স্থানান্তর সংক্রান্ত নির্দেশিকাগুলিকে সংশোধন করেছে। এটি প্রদান করে যে ক্ষতিপূরণ ভিত্তিক ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য বীমা পলিসির আওতায় প্রতিটি পৃথক পলিসিধারীকে (ফ্যামিলি ক্লোটার পলিসির অধীনে সদস্য সহ) পলিসিধারকের দ্বারা প্রয়োগ করা সুস্পষ্ট বিকল্পে মাইগ্রেশনের একটি বিকল্প প্রদান করা হবে। দলগত পলিসি থেকে পৃথক পলিসিতে স্থানান্তর দায়গ্রহণের সাপেক্ষে হবে।

একজন পলিসিধারী যে তার পলিসি স্থানান্তর করতে ইচ্ছুক তাকে তার বিদ্যমান পলিসির প্রিমিয়াম নবায়নের তারিখের অন্তত ৩০ দিন আগে পরিবারের সকল সদস্যসহ পলিসিটি মাইগ্রেট করার জন্য বীমা কোম্পানির কাছে আবেদন করার অনুমতি দেওয়া হবে। যাইহোক, যদি বীমাকারী ৩০ দিনেরও কম সময় বিবেচনা করতে ইচ্ছুক হন, তাহলে বীমাকারী তা করতে পারে। বীমাকারীরা মাইগ্রেশনের জন্য একচেটিয়াভাবে কোনো মূল্য ধার্য করবে না।

F. বীমার মৌলিক পলিসি এবং দায়গ্রহণের জন্য সরঞ্জাম

1. দায়গ্রহণের প্রাসঙ্গিক মৌলিক পলিসি

যে কোনো ধরনের বীমা তা জীবন বীমা বা সাধারণ বীমা হোক না কেন কিছু আইনি পলিসি রয়েছে যা ঝুঁকি গ্রহণের সাথে সাথে কাজ করে। স্বাস্থ্য বীমা এই পলিসিগুলি দ্বারা সমানভাবে পরিচালিত হয় এবং পলিসিগুলির কোনও লঙ্ঘনের ফলে বীমাকারী দায় এড়াতে সিদ্ধান্ত নিতে পারে। (এই পলিসিগুলি সাধারণ অধ্যায়ে আলোচনা করা হয়েছে।)

2. দায়গ্রহণের সরঞ্জাম

এইগুলি হল নিম্নস্থ কেরানীদের জন্য তথ্যের উৎস এবং যার ভিত্তিতে ঝুঁকি শ্রেণীবিভাগ করা হয় এবং প্রিমিয়ামগুলি অবশেষে সিদ্ধান্ত নেওয়া হয়। দায়গ্রহণের জন্য নিচের মূল সরঞ্জামগুলি হল:

a) প্রস্তাবনা পত্র

এই নথিটি চুক্তির ভিত্তিতে যেখানে প্রস্তাবকের স্বাস্থ্য এবং ব্যক্তিগত বিবরণ (যেমন বয়স, পেশা, নির্মাণ, অভ্যাস, স্বাস্থ্যের অবস্থা, আয়, প্রিমিয়াম প্রদানের বিবরণ ইত্যাদি) সম্পর্কিত সমস্ত গুরুত্বপূর্ণ তথ্য সংগ্রহ করা হয়। বীমাকৃত ব্যক্তির দ্বারা কোনো লঙ্ঘন বা তথ্য গোপন করলে পলিসি বাতিল হয়ে যাবে। (এটি সাধারণ অধ্যায়ে আলোচনা করা হয়েছে।)

b) বয়সের প্রমাণপত্র

বীমাকৃত ব্যক্তির বয়সের ভিত্তিতে প্রিমিয়াম নির্ধারণ করা হয়। তাই এটি অপরিহার্য যে তালিকাভুক্তির সময় প্রকাশ করা বয়স, একটি বয়সের প্রমাণপত্র জমা দিয়ে যাচাই করা হয়।

উদাহরণ

ভারতে, এমন অনেক নথি রয়েছে যা বয়সের প্রমাণ হিসাবে বিবেচিত হতে পারে তবে সেগুলি আইনত গ্রহণযোগ্য নয়। বেশিরভাগ বৈধ নথি দুটি বিস্তৃত বিভাগে বিভক্ত। সেগুলি হল:

- মানসম্মত বয়সের প্রমাণ: এর মধ্যে কিছু স্কুল শংসাপত্র, পাসপোর্ট, আবাসিক শংসাপত্র, প্যান কার্ড ইত্যাদি।
- অ-মানক বয়সের প্রমাণ: এর মধ্যে কয়েকটির মধ্যে রয়েছে রেশন কার্ড, ভোটার আইডি, প্রাপ্ত বয়স্কের ঘোষণাপত্র, গ্রাম পঞ্চায়েতের শংসাপত্র ইত্যাদি।

আর্থিক নথিপত্র

প্রস্তাবকের আর্থিক অবস্থা জানা বিশেষভাবে উপকারী পণ্যের জন্য এবং নৈতিক বিপদ কমাতে প্রাসঙ্গিক। যাইহোক, সাধারণত যেসব আর্থিক নথির শুধুমাত্র ক্ষেত্রে চাওয়া হয়:

- ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার কভার বা
- উচ্চ অঙ্কের নিশ্চিত কভারেজ বা
- যখন আয় এবং পেশা চাওয়া কভারেজের তুলনায় একটি অমিল দেখা যায়।

c) চিকিৎসা বিবরণ

চিকিৎসা বিবরণের প্রয়োজনীয়তা বীমাকারীর নিয়মের উপর ভিত্তি করে এবং সাধারণত বীমাকৃতের বয়সের উপরে কখনও কখনও কভারের পরিমাণের উপর নির্ভর করে। প্রস্তাবনা ফর্মের কিছু উত্তরে এমন কিছু তথ্যও থাকতে পারে যা চিকিৎসা বিবরণের জন্য চাওয়া হয়।

d) বিক্রয় কর্মীদের বিবরণ

বিক্রয় কর্মীদের কোম্পানির বুনীয়াদি স্তরের নিম্নস্থ কেরানী হিসাবেও দেখা যেতে পারে এবং তাদের প্রতিবেদনে তাদের দেওয়া তথ্য একটি গুরুত্বপূর্ণ বিবেচনা তৈরি করতে পারে। যাইহোক যেহেতু বিক্রয় কর্মীদের আরও ব্যবসা তৈরি করার জন্য একটি প্রণোদনা রয়েছে তাই স্বার্থের দ্বন্দ্ব থাকে যা নজর রাখতে হবে।

নিজে নিজে করো 2

দ্বারাই দায়গ্রহণ-এ সর্বোত্তম বিশ্বাসের পলিসি অনুসরণ করা প্রয়োজন।

- বীমাকারী
- বীমা করা
- বীমাকারী এবং বীমাকৃত উভয়ই
- চিকিৎসা পরীক্ষকরা

নিজে নিজে করো ৩

বীমাযোগ্য সুদ বলতে বোঝায় বিমা করা _____।

- I. সম্পদে ব্যক্তির আর্থিক স্বার্থ বীমা করা হবে
- II. সম্পদ যা ইতিমধ্যেই বীমা করা হয়েছে
- III. প্রতিটি বীমাকারীর ক্ষতির অংশ যখন একাধিক কোম্পানি একই ক্ষতি কভার করে
- IV. ক্ষতির পরিমাণ যা বীমাকারীর কাছ থেকে পুনরুদ্ধার করা যেতে পারে

G. দায়গ্রহণের প্রক্রিয়া

প্রয়োজনীয় তথ্য প্রাপ্ত হলে, নিম্নস্থ কেরানীর পলিসির শর্তাদি নির্ধারণ করে। স্বাস্থ্য বীমা ব্যবসার দায়গ্রহণ করার জন্য ব্যবহৃত সাধারণ ফর্মগুলি নিম্নরূপ:

1. চিকিৎসার দায়গ্রহণ

চিকিৎসার দায়গ্রহণ হল এমন একটি প্রক্রিয়া যেখানে স্বাস্থ্য বীমা পলিসির জন্য আবেদনকারী ব্যক্তির স্বাস্থ্যের অবস্থা নির্ধারণের জন্য প্রস্তাবকারীর কাছ থেকে চিকিৎসার বিবরণ চাওয়া হয়। সংগৃহীত স্বাস্থ্য তথ্য তারপরে বীমাকারীদের দ্বারা মূল্যায়ন করা হয় যে কভারেজ অফার করতে হবে কিনা, কোন সীমা পর্যন্ত এবং কোন শর্তে এবং বর্জনীয়। এইভাবে মেডিকেল দায়গ্রহণ ঝুঁকির গ্রহণযোগ্যতা বা হ্রাস এবং কভারের শর্তাবলীও নির্ধারণ করতে পারে।

উদাহরণ

উচ্চ রক্তচাপ, অতিরিক্ত ওজন/ স্থূলতা এবং চিনির মাত্রা বৃদ্ধির মতো চিকিৎসা অবস্থার কারণে হৃৎপিণ্ড, কিডনি এবং স্নায়ুতন্ত্রের রোগের জন্য ভবিষ্যতে হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার উচ্চ সম্ভাবনা রয়েছে। সুতরাং, চিকিৎসা দায়গ্রহণের ঝুঁকি মূল্যায়ন করার সময় এই শর্তগুলি সাবধানে বিবেচনা করা উচিত।

চিকিৎসা দায়গ্রহণের নির্দেশিকাগুলির জন্য প্রস্তাবকের স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে তার/তার পারিবারিক চিকিৎসকের দ্বারা স্বাক্ষরিত ঘোষণা পত্রও প্রয়োজন হতে পারে।

৪৫-৫০ বছরের বেশি বয়সী ব্যক্তিদের প্রথমবারের জন্য নথিভুক্ত করার জন্য সাধারণত স্বাস্থ্য ঝুঁকি প্রোফাইল মূল্যায়ন করতে এবং তাদের বর্তমান স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে তথ্য পেতে নির্দিষ্ট প্যাথলজিকাল তদন্ত করতে হয়। এই ধরনের তদন্ত পূর্ব-বিদ্যমান কোনো চিকিৎসা অবস্থা বা রোগের বিস্তারের একটি ইঙ্গিতও প্রদান করে।

2. অ-চিকিৎসা দায়গ্রহণ

স্বাস্থ্য বীমার জন্য আবেদনকারী বেশিরভাগ প্রস্তাবকের ডাক্তারি পরীক্ষার প্রয়োজন নেই।

এমনকি যদি প্রস্তাবকারী সমস্ত বস্তুগত তথ্য সম্পূর্ণরূপে এবং সত্যের সাথে প্রকাশ করে এবং এজেন্ট দ্বারা সাবধানতার সাথে পরীক্ষা করা হয় তাহলেও ডাক্তারি পরীক্ষার প্রয়োজন অনেক কম হতে পারে।

উদাহরণ

যদি একজন ব্যক্তিকে চিকিৎসা পরীক্ষা, অপেক্ষার সময়কাল এবং প্রক্রিয়াকরণের বিলম্বের দীর্ঘ প্রক্রিয়ার মধ্য দিয়ে না গিয়ে দ্রুত স্বাস্থ্য বীমা কভারেজ নিতে হয় তাহলে তিনি একটি অ-চিকিৎসা দায়গ্রহণ পলিসি বেছে নিতে

পারেন। একটি অ-চিকিৎসা দায়গ্রহণ পলিসিতে, প্রিমিয়ামের হার এবং নিশ্চিত করা হয় সাধারণত বয়স, লিঙ্গ, ধূমপান শ্রেণী, বিল্ড ইত্যাদির উপর ভিত্তি করে কিছু স্বাস্থ্য প্রশ্নের উত্তরের ভিত্তিতে। প্রক্রিয়াটি দ্রুত কিন্তু প্রিমিয়াম তুলনামূলকভাবে বেশি হতে পারে।

3. সংখ্যাসূচক নির্ধারণ পদ্ধতি

এটি দায়গ্রহণের গৃহীত একটি প্রক্রিয়া, যেখানে ঝুঁকির প্রতিটি উপাদানের উপর সংখ্যাসূচক বা শতাংশ মূল্যায়ন করা হয়।

বয়স, লিঙ্গ, জাতি, পেশা, বাসস্থান, পরিবেশ, নির্মাণ, অভ্যাস, পরিবার এবং ব্যক্তিগত ইতিহাসের মতো বিষয়গুলি পূর্ব-নির্ধারিত মানদণ্ডের ভিত্তিতে সংখ্যাগতভাবে পরীক্ষা করা হয় এবং হিসাব করা হয়।

4. দায়গ্রহণের সিদ্ধান্ত

দায়গ্রহণ প্রক্রিয়া সম্পন্ন হয় যখন প্রাপ্ত তথ্য সতর্কতার সাথে মূল্যায়ন করা হয় এবং উপযুক্ত ঝুঁকি শ্রেণীতে শ্রেণীবদ্ধ করা হয়। উপরোক্ত সরঞ্জাম এবং তার রায়ের উপর ভিত্তি করে ঝুঁকিকে নিম্নলিখিত বিভাগে শ্রেণীবদ্ধ করে:

- মানসম্মত হারে ঝুঁকি গ্রহণ করা
- একটি অতিরিক্ত প্রিমিয়ামে ঝুঁকি গ্রহণ করা (লোডিং), যদিও এটি সমস্ত কোম্পানিতে অনুশীলন নাও হতে পারে
- একটি নির্দিষ্ট সময়ের জন্য কভারটি স্থগিত করা
- কভার প্রত্যাখ্যান করা
- পাল্টা অফার প্রদান করা (হয় কভারের অংশ সীমাবদ্ধ বা অস্বীকার)
- একটি উচ্চ কর্তনযোগ্য বা সহ-প্রদান আরোপ করা
- পলিসির অধীনে স্থায়ী বর্জন (গুলি) ধার্য করা।

যদি কোনো অসুস্থতা স্থায়ীভাবে বাদ দেওয়া হয় তবে তা পলিসির শংসাপত্রে অনুমোদন করা হয়। এটি মানসম্মত পলিসি বর্জন ছাড়াও একটি অতিরিক্ত বর্জন হয়ে যায় এবং চুক্তির অংশ গঠন করতে সাহায্য করে।

5. সাধারণ বা আদর্শ বর্জনের ব্যবহার

অধিকাংশ পলিসি তাদের সকল সদস্যদের জন্য প্রযোজ্য বর্জন আরোপ করে। এগুলি মানসম্মত বর্জন হিসাবে পরিচিত বা কখনও কখনও সাধারণ বর্জন হিসাবে উল্লেখ করা হয়। বীমাকারীরা মানসম্মত বর্জন বাস্তবায়নের মাধ্যমে তাদের প্রকাশ সীমিত করে। এগুলো আগের অধ্যায়ে আলোচনা করা হয়েছে।

6. অঞ্চল অনুযায়ী প্রিমিয়াম

সাধারণত প্রিমিয়াম নির্ভর করবে বীমাকৃত ব্যক্তির বয়স এবং নির্বাচিত বীমাকৃত অর্থের উপর। প্রিমিয়াম পার্থক্যমূলক কিছু জোনে চালু করা হয়েছে যেখানে উচ্চ দাবির খরচ যেমন দিল্লি এবং মুম্বাই কিছু বীমাকারীর দ্বারা নির্দিষ্ট পণ্যের জন্য সর্বোচ্চ প্রিমিয়াম জোনের অংশ। যেমন ৫৫-৬৫ বছর বয়সীদের জন্য ব্যক্তিগত পলিসিকে ইন্দোর বা জম্মুর মতো শহরে একই বয়সের বন্ধনীর জন্য একই পলিসির চেয়ে মেট্রো এবং 'এ ক্লাস' শহরগুলিতে উচ্চতর মূল্য দেওয়া হবে।

নিজে নিজে করো ৪

চিকিৎসা দায়গ্রহণ সম্পর্কিত নিচের কোন বিবৃতিটি ভুল?

- I. চিকিৎসা বিবরণী সংগ্রহ এবং মূল্যায়নের উচ্চ খরচ।
- II. বর্তমান স্বাস্থ্য অবস্থা এবং বয়স স্বাস্থ্য বীমার জন্য চিকিৎসা দায়গ্রহণের মূল কারণ।
- III. প্রস্ভাবকদের স্বাস্থ্যের ঝুঁকির প্রোফাইল মূল্যায়ন করার জন্য চিকিৎসা এবং প্যাথলজিকাল তদন্ত করতে হবে।
- IV. ঝুঁকির প্রতিটি উপাদানের উপর শতাংশ মূল্যায়ন করা হয়।

H. দলগত পর্যায়ে স্বাস্থ্য বীমা

স্বাস্থ্য বীমার জন্য একটি দলগত গ্রহণ করার সময় বীমাকারীর দলে কিছু সদস্যের অস্তিত্বের সম্ভাবনা বিবেচনা করে যাদের গুরুতর এবং ঘন ঘন স্বাস্থ্য সমস্যা থাকতে পারে।

1. দলগত স্বাস্থ্য বীমা

দলগত স্বাস্থ্য বীমার দায়গ্রহণের জন্য দলের বৈশিষ্ট্য বিশ্লেষণ করা প্রয়োজন যে এটি বীমা কোম্পানীর দায়গ্রহণ নির্দেশিকা এবং সেইসাথে বীমা নিয়ন্ত্রকদের দ্বারা দলগত বীমার জন্য নির্ধারিত নির্দেশিকাগুলির মধ্যে পড়ে কিনা।

দলগত স্বাস্থ্য বীমার জন্য মানসম্মত দায়গ্রহণ প্রক্রিয়ার জন্য নিম্নলিখিত বিষয়গুলির উপর প্রস্ভাবিত দলের মূল্যায়ন করা প্রয়োজন:

- a) দলগুলির ধরন
- b) দলগুলির আকার
- c) শিল্পের ধরন
- d) কভারের জন্য যোগ্য ব্যক্তি
- e) সমগ্র গোষ্ঠী কভার করা হচ্ছে কিনা বা সদস্যদের মনোনীত করার বিকল্প আছে কিনা
- f) কভারের স্তর - সকলের জন্য অভিন্ন বা ভিন্নভাবে
- g) লিঙ্গ, বয়স, এক বা একাধিক অবস্থান, গোষ্ঠীর সদস্যদের আয়ের স্তর, কর্মচারী টার্নওভারের হার, প্রিমিয়াম সম্পূর্ণরূপে পেমেন্টে অংশ নেওয়ার জন্য গ্রুপ হোল্ডার বা সদস্যদের দ্বারা প্রদত্ত কিনা।
- h) বিভিন্ন ভৌগলিক অবস্থানে ছড়িয়ে থাকা একাধিক অবস্থানের ক্ষেত্রে অঞ্চল জুড়ে স্বাস্থ্যসেবা খরচের মধ্যে পার্থক্য
- i) তৃতীয় পক্ষের প্রশাসকের (তাঁর পছন্দের বা বীমাকারীর দ্বারা নির্বাচিত) বা নিজেই বীমাকারীর দ্বারা গ্রুপ বীমা পরিচালনার জন্য গ্রুপ হোল্ডারের পছন্দ
- j) প্রস্ভাবিত দলগত অতীত দাবির অভিজ্ঞতা

উদাহরণ

খনি বা কারখানায় কর্মরত সদস্যদের একটি গ্রুপ শীতাতপ নিয়ন্ত্রিত অফিসে কর্মরত সদস্যদের একটি গ্রুপের চেয়ে বেশি স্বাস্থ্য ঝুঁকিতে রয়েছে। এছাড়াও রোগের প্রকৃতি (যার ফলে দাবি) উভয় গ্রুপের জন্য বেশ ভিন্ন হতে পারে। অতএব উভয় ক্ষেত্রেই বীমাকারী গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমা পলিসির মূল্য নির্ধারণ করবেন।

একইভাবে আইটি কোম্পানির মতো উচ্চ টার্নওভার সহ গোষ্ঠীর ক্ষেত্রে প্রতিকূল নির্বাচন এড়াতে বীমাকারীরা সতর্কতামূলক মানদণ্ড প্রবর্তন করতে পারে যাতে কর্মীদের বীমার জন্য যোগ্য হওয়ার আগে তাদের প্রবেশনারি সময়কাল পূরণ করতে হয়।

2. নিয়োগকর্তা-কর্মচারী গোষ্ঠী ছাড়া অন্য দায়গ্রহণ

নিয়োগকর্তা-কর্মচারী গোষ্ঠীগুলি ঐতিহ্যগতভাবে সবচেয়ে সাধারণ দলগত যা দলগত স্বাস্থ্য বীমা দেওয়া হয় গোষ্ঠী গঠনের চরিত্রটি দায়গ্রহণ করার সময় একটি গুরুত্বপূর্ণ বিবেচ্য বিষয়।

অ-নিয়োগকারী কর্মচারী গোষ্ঠীকেও স্বাস্থ্য বীমা দেওয়া যেতে পারে। আইআরডিএআই বিভিন্ন গ্রুপের সাথে চুক্তি করার ক্ষেত্রে বীমাকারীদের দ্বারা গৃহীত পদ্ধতিকে নিয়ন্ত্রণ করার লক্ষ্যে দলগত বীমা নির্দেশিকা জারি করেছে। এই ধরনের অ-নিয়োগকারী যেসব গোষ্ঠীর অন্তর্ভুক্ত:

- নিয়োগকর্তা কল্যাণ সমিতি
- একটি নির্দিষ্ট কোম্পানি দ্বারা জারি করা ক্রেডিট কার্ডের ধারক
- একটি নির্দিষ্ট ব্যবসার গ্রাহক যেখানে বীমা একটি অ্যাড-অন সুবিধা হিসাবে দেওয়া হয়
- একটি ব্যাংক এবং পেশাদার সমিতির ঋণগ্রহীতা

I. বিদেশে ভ্রমণ বীমার দায়গ্রহণ

যেহেতু বিদেশে ভ্রমণ বীমা পলিসির প্রধান কভার হল স্বাস্থ্য কভার, তাই দায়গ্রহণ সাধারণভাবে স্বাস্থ্য বীমার ধরন অনুসরণ করবে।

প্রিমিয়ামের নির্ধারণ এবং গ্রহণযোগ্যতা পৃথক কোম্পানির নির্দেশিকা অনুসারে হবে তবে কয়েকটি গুরুত্বপূর্ণ বিবেচনা নীচে দেওয়া হল:

- প্রিমিয়াম রেট প্রস্তাবকারীর বয়স এবং বিদেশ ভ্রমণের সময়কালের উপর নির্ভর করবে।
- বিদেশে চিকিৎসা ব্যয়বহুল হওয়ায় প্রিমিয়ামের হার সাধারণত গার্হস্থ্য স্বাস্থ্য বীমা পলিসির তুলনায় অনেক বেশি।
- এমনকি বিদেশী দেশগুলির মধ্যে, মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র এবং কানাডার প্রিমিয়াম সবচেয়ে বেশি।
- পলিসিটি ব্যবহার করে একজন প্রস্তাবকের বিদেশে চিকিৎসা নেওয়ার সম্ভাবনা নাকচ করার জন্য সতর্কতা অবলম্বন করা উচিত এবং তাই প্রস্তাবের পর্যায়ে আগে থেকে বিদ্যমান কোনো রোগের অস্তিত্বকে অবশ্যই সতর্কতার সাথে বিবেচনা করতে হবে।

J. ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বীমার দায়গ্রহণ

ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা পলিসিগুলির জন্য দায়গ্রহণ বিবেচনাগুলি নীচে আলোচনা করা হয়েছে।:

মূল্যনির্ধারণ

ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বীমাতে বিমাকৃত ব্যক্তির পেশাকে বিবেচনা করা হয়। পেশা বা পেশার সাথে সম্পর্কিত ঝুঁকিগুলি সম্পাদিত কাজের প্রকৃতি অনুসারে পরিবর্তিত হয়। উদাহরণস্বরূপ একটি বিল্ডিং নির্মাণ করা হচ্ছে এমন একটি সাইটে কর্মরত একজন সিভিল ইঞ্জিনিয়ারের তুলনায় একজন অফিস ম্যানেজার কর্মক্ষেত্রে কম ঝুঁকির সম্মুখীন হন। একটি হার ঠিক করার জন্য পেশাগুলিকে গ্রুপে শ্রেণীবদ্ধ করা হয়, প্রতিটি গোষ্ঠী কমবেশি একই রকম ঝুঁকির প্রকাশকে প্রতিফলিত করে।

ঝুঁকির শ্রেণীবিভাগ

পেশার ভিত্তিতে, বীমাকৃত ব্যক্তির সাথে সম্পর্কিত ঝুঁকিগুলিকে তিনটি বিভাগে শ্রেণীবদ্ধ করা যেতে পারে:

• ঝুঁকি শ্রেণী I

হিসাবরক্ষক, ডাক্তার, আইনজীবী, স্বপতি এবং প্রশাসনিক কাজে নিযুক্ত ব্যক্তি প্রাথমিকভাবে একই ধরনের বিপদের পেশায় নিযুক্ত।

• ঝুঁকি শ্রেণী II

বিল্ডার, ঠিকাদার ও প্রকৌশলী তত্ত্বাবধানের কাজে এবং একই ধরনের বিপদের পেশায় নিয়োজিত ব্যক্তির। কায়িক শ্রমে নিযুক্ত সকল ব্যক্তি (শ্রেণী ৩-এর অধীনে যারা পড়েন তাদের বাদ দিয়ে),

• ঝুঁকি শ্রেণী III

ভূগর্ভস্থ খনিতে কাজ করা বা চাকা চালানোর মতো ক্রিয়াকলাপে নিযুক্ত ব্যক্তি এবং একই ধরনের বিপদের পেশা/ক্রিয়াকলাপে নিযুক্ত ব্যক্তি।

ঝুঁকি গ্রুপগুলি যথাক্রমে 'স্বাভাবিক', 'মাঝারি' এবং 'উচ্চ' আকারে পরিচিত।

বয়স সীমা

কর্মরত জনসংখ্যার জন্য সাধারণ বয়স সীমা (নিয়োগকর্তা কর্মচারী) হল ১৮-৭০। তবে ছাত্রদের জন্য সর্বনিম্ন বয়সও ৫ বছর হতে পারে।

কভার এবং পুনর্নবীকরণের সর্বনিম্ন এবং সর্বোচ্চ বয়স কোম্পানি থেকে কোম্পানিতে পরিবর্তিত হয়।

পারিবারিক প্যাকেজের কভার

ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা পলিসিতে একটি পারিবারিক প্যাকেজ কভার রয়েছে যেখানে শিশু এবং অ-উপার্জনকারী পত্নীর মৃত্যু এবং স্থায়ী অক্ষমতা (সম্পূর্ণ বা আংশিক) শুধুমাত্র কভার করা হয়।

দলগত পলিসিতে প্রিমিয়ামের ছাড়

একটি দলগত ছাড়ের প্রিমিয়াম বন্ধ অনুমোদিত যদি বীমাকৃত ব্যক্তির নির্দিষ্ট সংখ্যা ১০০ ছাড়িয়ে যায়। গ্রুপ পলিসি যদি ছোট সংখ্যার হলে জারি করা যেতে পারে, কিন্তু ২৫ হলে তাতে কোনো ছাড় নেই।

দলগত ছাড়ের মানদণ্ড

দলগত পলিসি শুধুমাত্র নামধারী গোষ্ঠীর ক্ষেত্রে জারি করা উচিত। দলগত ছাড় এবং অন্যান্য সুবিধা পাওয়ার উদ্দেশ্যে প্রস্তাবিত "গোষ্ঠী" স্পষ্টভাবে নীচে দেওয়া নিম্নলিখিত বিভাগগুলির মধ্যে একটির অধীন হওয়া উচিত:

- নিয়োগকর্তা - কর্মচারীর নির্ভরশীল সহ কর্মচারী সম্পর্ক
- একটি নিবন্ধিত সমবায় সমিতির সদস্য
- নিবন্ধিত পরিষেবা ক্লাবের সদস্য
- ব্যাঙ্কের ক্রেডিট কার্ডের ধারক/ ডিনার/ মাস্টার/ ভিসা

উপরোক্ত শ্রেণীগুলির থেকে ভিন্ন অন্য কোনও বিভাগের সাথে সম্পর্কিত প্রস্তাবগুলির ক্ষেত্রে সেগুলি সংশ্লিষ্ট বীমাকারীদের প্রযুক্তিগত বিভাগ দ্বারা বিবেচনা করা এবং সিদ্ধান্ত নেওয়া হতে পারে।

প্রিমিয়াম

ঝুঁকির শ্রেণীবিভাগ এবং নির্বাচিত সুবিধা অনুসারে নামধারী কর্মচারীদের জন্য প্রিমিয়ামের বিভিন্ন হার প্রযোজ্য।

কর্তব্যরত অবস্থার কভার

পিএ পলিসিতে অন-ডিউটি এবং অফ-ডিউটি উভয় সময়ের জন্য বা আলাদাভাবে উভয়ের জন্য একটি কভার থাকতে পারে। প্রিমিয়াম বিমাকৃত অংশের উপর নির্ভরশীল ডিউটির ঘন্টার সংখ্যা ইত্যাদি। কিছু নিয়োগকর্তা শুধুমাত্র ডিউটির সময়কাল কভার করার জন্য নিজেদেরকে সীমাবদ্ধ রাখতে চান।

মৃত্যু কভার বর্জন

গ্রুপ পি.এ জারি করা সম্ভব। ব্যক্তিগত কোম্পানির নির্দেশিকার সাপেক্ষে মৃত্যু সুবিধা ব্যতীত পলিসি।

দলগত ছাড় এবং বোনাস/মালস

গোষ্ঠী পলিসির পুনর্নবীকরণের অধীনে মূল্যনির্ধারণ দাবির অভিজ্ঞতার প্রসঙ্গে নির্ধারিত হয়।

- অনুকূল অভিজ্ঞতা পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়ামে ছাড় দিয়ে পূরস্কৃত করা হয় (বোনাস)
- প্রতিকূল অভিজ্ঞতা একটি স্কেল অনুযায়ী পুনর্নবীকরণ প্রিমিয়াম (মালস) লোড করা শাস্তিযোগ্য
- সাধারণ হার পুনর্নবীকরণের জন্য প্রযোজ্য হবে যদি দাবির অভিজ্ঞতা হয় ৭০%

নিজে নিজে করো ৫

- 1) একটি দলগত স্বাস্থ্য বীমাতে দল গঠনকারী যে কোনো ব্যক্তি বীমাকারীর বিরুদ্ধে নির্বাচন বিরোধী হতে পারে।
- 2) দলগত স্বাস্থ্য বীমা শুধুমাত্র নিয়োগকর্তা-কর্মচারী গোষ্ঠীকে কভার প্রদান করে।
 - I. বিবৃতি ১ সত্য এবং বিবৃতি ২ মিথ্যা
 - II. বিবৃতি ২ সত্য এবং বিবৃতি ১ মিথ্যা
 - III. বিবৃতি ১ এবং বিবৃতি ২ দুটোই সত্য
 - IV. বিবৃতি ১ এবং বিবৃতি ২ দুটোই মিথ্যা

নিজে নিজে কবোর উত্তর

উত্তর ১ - সঠিক বিকল্প হল III

উত্তর ২ - সঠিক বিকল্প হল III

উত্তর ৩ - সঠিক বিকল্প হল I

উত্তর ৪ - সঠিক বিকল্প হল IV

উত্তর ৫- সঠিক বিকল্প হল IV

অধ্যায় H-05

স্বাস্থ্য বীমার দাবিগুলি

অধ্যায় পরিচিতি

এই অধ্যায়ে আমরা স্বাস্থ্য বীমা দাবীর ব্যবস্থাপনা প্রক্রিয়া, দাবি সম্পর্কিত পদ্ধতি এবং নথিপত্র সম্পর্কে আলোচনা করব। এছাড়াও, আমরা ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বীমার অধীনে দাবি ব্যবস্থাপনাও দেখব এবং টিপিএ -এর ভূমিকা বুঝতে পারব।

শিক্ষণীয় ফলাফল

- A. বীমাতে দাবির ব্যবস্থাপনা
- B. স্বাস্থ্য বীমা দাবি ব্যবস্থাপনা
- C. স্বাস্থ্য বীমা দাবির নথিপত্র
- D. তৃতীয় পক্ষের প্রশাসকদের চরিত্র (টিপিএ)
- E. দাবির ব্যবস্থাপনা - ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা
- F. দাবির ব্যবস্থাপনা- বিদেশে ভ্রমণ বীমা

এই অধ্যায় অধ্যয়ন করার পর আপনি যে বিষয়গুলিতে সক্ষম হবেন:

- a) বীমার দাবিগুলি বিভিন্ন স্টেকহোল্ডারদের ব্যাখ্যা করা
- b) স্বাস্থ্য বীমা দাবি কিভাবে পরিচালিত হয় তা বর্ণনা করা
- c) স্বাস্থ্য বীমার দাবি নিষ্পত্তির জন্য প্রয়োজনীয় বিভিন্ন নথি সম্পর্কে আলোচনা করা
- d) কিভাবে বীমাকারীদের দাবির জন্য রিজার্ভ প্রদান করা হয় তা ব্যাখ্যা করা
- e) ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার দাবি আলোচনা করা
- f) টিপিএ -এর ধারণা এবং চরিত্র সম্পর্কে বোঝা

A. বীমাতে দাবির ব্যবস্থাপনা

এটা খুব ভালোভাবে বোঝা যায় যে বীমা একটি 'প্রতিশ্রুতি' এবং পলিসি সেই প্রতিশ্রুতির 'সাক্ষী'। পলিসির অধীনে একটি দাবির দিকে পরিচালিত একটি বীমাকৃতর কার্যকলাপের ঘটনাটি সেই প্রতিশ্রুতির প্রকৃত পরীক্ষা। একজন বীমাকারী কতটা ভালো পারফর্ম করে তার মূল্যায়ন করা হয় তার দাবির প্রতিশ্রুতি কতটা ভালোভাবে পালন করে। বীমার মূল নির্ধারণ কারণগুলির মধ্যে একটি হল বীমা কোম্পানির দাবি পরিশোধের ক্ষমতা।

1. দাবির প্রক্রিয়াকরনে স্টেকহোল্ডাররা

দাবিগুলি কীভাবে পরিচালনা করা হয় তা দেখার আগে দাবি প্রক্রিয়াতে আগ্রহী দলগুলিকে বুঝতে হবে।

চিত্র ১: দাবি প্রক্রিয়াকরনে স্টেকহোল্ডাররা



| | |
|------------------------|---|
| ক্রেতা | যে ব্যক্তি বীমা ক্রয় করেন তিনিই প্রথম স্টেকহোল্ডার এবং 'দাবি গ্রহণকারী'। |
| মালিক | বীমা কোম্পানির মালিকদের 'দাবি প্রদানকারী' হিসাবে একটি বড় অংশীদারিত্ব রয়েছে। পলিসি হোল্ডারদের তহবিল থেকে দাবি পূরণ করা হলেও, বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, তারাই প্রতিশ্রুতি রক্ষা করতে দায়বদ্ধ। |
| নিম্নস্থ কেবানী | একটি বীমা কোম্পানীর মধ্যে এবং সমস্ত বীমাকারীর মধ্যে নিম্নস্থ কেবানীদের দায়িত্ব রয়েছে দাবিগুলি বোঝা এবং পণ্যগুলি তৈরি, পলিসির শর্তাবলী, শর্তাবলী এবং মূল্য নির্ধারণ করা ইত্যাদি। |

| | |
|------------------------------|--|
| নিয়ন্ত্রক | নিয়ন্ত্রকের (ইন্ডিয়া রেগুলেটরি অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি) উদ্দেশ্যে একটি প্রধান হল স্টেকহোল্ডার: ✓ বীমা পরিবেশে শৃঙ্খলা বজায় রাখা ✓ পলিসি হোল্ডারদের স্বার্থ রক্ষা করা ✓ বীমাকারীদের দীর্ঘমেয়াদী আর্থিক স্বাস্থ্য নিশ্চিত করা। |
| তৃতীয় পক্ষের প্রশাসক | তৃতীয় পক্ষের প্রসাসক নামে পরিচিত পরিষেবা মধ্যস্থতাকারী, যারা স্বাস্থ্য বীমা দাবি প্রক্রিয়া করে। |
| বীমার এজেন্ট/দালাল | বীমা এজেন্ট/দালালরা শুধুমাত্র পলিসি বিক্রি করে না কিন্তু দাবির ক্ষেত্রে গ্রাহকদের পরিষেবা দেওয়ারও আশা প্রদান করে। |
| প্রদানকারী/হাসপাতাল | তারা নিশ্চিত করে যে গ্রাহক একটি স্বচ্ছন্দ দাবির অভিজ্ঞতা পান, বিশেষ করে যখন হাসপাতালটি নগদহীন হাসপাতালে ভর্তির জন্য টিপিএ বীমাকারীর প্যানেলে থাকে। |

এইভাবে দাবিগুলি ভালভাবে পরিচালনা করার অর্থ দাবির সাথে সম্পর্কিত এই স্টেকহোল্ডারদের প্রত্যেকের উদ্দেশ্যগুলি পরিচালনা করা হয়। অবশ্যই, এটি ঘটতে পারে যে এই উদ্দেশ্যগুলির মধ্যে কিছু একে অপরের সাথে সংঘর্ষ হতে পারে।

সংরক্ষণ: অনেক ক্ষেত্রে, বীমা কোম্পানিগুলি তাৎক্ষণিকভাবে দাবি নিষ্পত্তি করতে সক্ষম নাও হতে পারে এবং তথ্য বা বিবাদ, মামলা ইত্যাদির ফলাফলের জন্য অপেক্ষা করতে হতে পারে। তাই, পেমেন্ট না হওয়া পর্যন্ত তাদের দাবির পরিমাণ সংরক্ষণ করতে হবে। সংরক্ষণ সাধারণত অনাকাঙ্ক্ষিত দাবির জন্য যে পরিমাণ অর্থ প্রদান করা হবে তার প্রকৃত অনুমান।

সংরক্ষণ বলতে দাবির অবস্থার উপর ভিত্তি করে বীমাকারীর বইতে সমস্ত দাবির জন্য প্রণীত বিধানের পরিমাণ বোঝায়।

নিজে নিজে করো 1

নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে কে স্বাস্থ্য বীমা দাবি প্রক্রিয়ার স্টেকহোল্ডার নয় ?

- I. গ্রাহকগন
- II. পুলিশের বিভাগ
- III. নিয়ন্ত্রক
- IV. টিপিএ

B. স্বাস্থ্য বীমা দাবির ব্যবস্থাপনা

1. স্বাস্থ্য বীমা দাবির প্রক্রিয়াকরণ

একটি দাবি বীমা কোম্পানী বা বীমা কোম্পানীর দ্বারা অনুমোদিত একটি তৃতীয় পক্ষের প্রশাসকের (টিপিএ) মাধ্যমে পরিষেবা করা যেতে পারে।

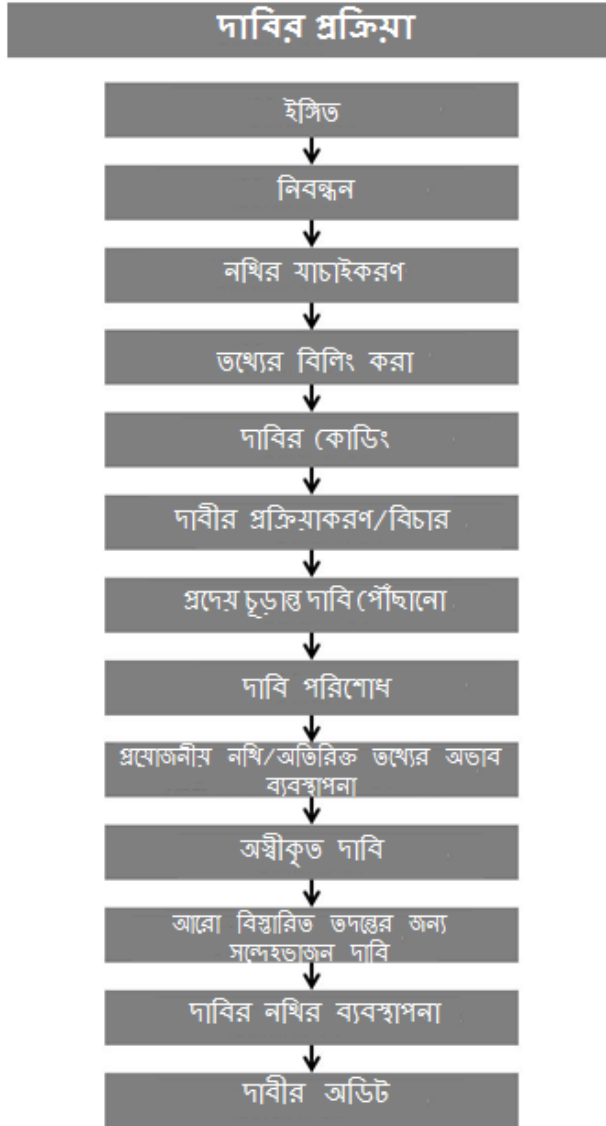
বীমাকারী/টিপিএ-এর কাছে দাবি জানানোর সময় থেকে পলিসির শর্তানুযায়ী অর্থপ্রদানের সময় পর্যন্ত, স্বাস্থ্য দাবিটি সু-সংগঠিত পদক্ষেপের একটি সেটের মধ্য দিয়ে যায়, প্রতিটির নিজস্ব প্রাসঙ্গিকতা রয়েছে।

নীচে বিশদ প্রক্রিয়াগুলি স্বাস্থ্য বীমা (হাসপাতাল) ক্ষতিপূরণ পণ্যগুলির নির্দিষ্ট প্রসঙ্গ রয়েছে যা স্বাস্থ্য বীমা ব্যবসার প্রধান অংশ গঠন করে।

নির্দিষ্ট লভ্যাংশের পণ্য বা গুরুতর অসুস্থতা বা দৈনিক নগদ পণ্য ইত্যাদির অধীনে দাবির জন্য সাধারণ প্রক্রিয়া এবং সমর্থনকারী নথিগুলি অনেকটা একই রকম হবে, এই ধরনের পণ্যগুলি নগদহীন সুবিধার সাথে নাও আসতে পারে।

উভয় ক্ষেত্রেই ক্ষতিপূরণের পাশাপাশি দাবির প্রতিদানের ধরন, মৌলিক পদক্ষেপগুলি একই থাকে।

চিত্র ২: দাবি প্রক্রিয়া বিস্তৃতভাবে নিম্নলিখিত পদক্ষেপগুলি নিয়ে গঠিত (ক্রমানুসারে নাও হতে পারে)



a) ইঙ্গিত

দাবির তথ্য হল গ্রাহক এবং দাবি দলের মধ্যে যোগাযোগের প্রথম উদাহরণ। গ্রাহক কোম্পানিকে জানাতে পারেন যে তিনি হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার পরিকল্পনা করছেন বা হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার পরে জানানো হবে, বিশেষ করে হাসপাতালে জরুরি ভর্তির ক্ষেত্রে।

সম্প্রতি এই অবধি, একটি দাবি অনুষ্ঠানের সূচনা একটি আনুষ্ঠানিকতা ছিল। যাইহোক, সম্প্রতি বীমাকারীরা যত তাড়াতাড়ি সম্ভব দাবি জানানোর জন্য জোর দিতে শুরু করেছে। সাধারণত এটি পরিকল্পিত ভর্তির ক্ষেত্রে হাসপাতালে ভর্তির আগে এবং জরুরি অবস্থায় হাসপাতালে ভর্তির ২৪ ঘন্টার মধ্যে প্রয়োজন হয়। তথ্য এখন মোবাইল অ্যাপস/ বীমাকারীদের দ্বারা চালিত কল সেন্টার/টিপিএ ২৪ ঘন্টা খোলার পাশাপাশি ইন্টারনেট এবং ই-মেইলের মাধ্যমেও সম্ভব।

b) নিবন্ধন

একবার কোম্পানি সরাসরি বা টিপিএ-এর মাধ্যমে তথ্য প্রাপ্ত হলে, তার বিবরণ সঠিকতার জন্য মিলে যায় এবং একটি রেফারেন্স নম্বর বা দাবি নিয়ন্ত্রণ নম্বর তৈরি করা হয় এবং দাবিকারীকে জানানো হয়। নগদ-বিহীন স্কিমের (পরবর্তী বিভাগে বিস্তারিত) একটি পরিকল্পিত অপ্রোপচারের তথ্যের ক্ষেত্রে প্রাথমিকভাবে নথিপত্রগুলি পরীক্ষা করা হয় এবং সম্ভাব্য ব্যয়ের প্রাক-অনুমোদন হাসপাতালে দেওয়া হয়।

পরিশোধের ভিত্তিতে চূড়ান্ত নিষ্পত্তির জন্য আসা দাবিগুলি গ্রহণযোগ্যতা, বিমাকৃত অর্থ, ছাড়পত্র, উপ-সীমা ইত্যাদি সম্পর্কে বিশদভাবে যাচাই করা হয়। নথির ঘাটতি হলে একই সাথে যোগাযোগ করতে হবে, টুকরো টুকরো নয়। এটা জানার মতো যে দাবি প্রক্রিয়াকরণের মধ্যে শুধুমাত্র চুক্তির শর্তাবলী পূরণ করতে হবে তা নিশ্চিত করা নয়, বরং হাসপাতালগুলি যাতে অতিরিক্ত চার্জ, দ্বিগুণ-চার্জিং ইত্যাদিতে লিপ্ত না হয় তা নিশ্চিত করাও উচিত।

উদাহরণ

হাসপাতালে ভর্তি সাধারণত অ্যালোপ্যাথিক চিকিৎসা পদ্ধতির সাথে যুক্ত। যাইহোক, রোগীর চিকিত্সার অন্যান্য পদ্ধতি হতে পারে যেমন:

- ✓ ইউনানী
- ✓ সিদ্ধ
- ✓ হোমিওপ্যাথি
- ✓ আয়ুর্বেদ
- ✓ প্রাকৃতিক চিকিৎসা ইত্যাদি।

বেশিরভাগ পলিসিতে এখন এই চিকিত্সাগুলি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে, তবে উপ-সীমা থাকতে পারে।

টেলিমেডিসিন: আইআরডিএআই বীমাকারীদেরকে বলেছে টেলিমেডিসিনের অনুমতি দিতে যেখানেই নিয়মিত চিকিৎসা পরামর্শ দেওয়া হয় চিকিৎসা বীমা পলিসির শর্তাবলীতে।

এটি পলিসি হোল্ডারদের সাহায্য করবে যারা অনলাইনে বা টেলিফোনে চিকিৎসকদের সাথে পরামর্শ করতে পছন্দ করতে পারেন তাদের বাড়ির বাইরে যাওয়া এড়াতে বা যদি তারা করোনা ভাইরাস সংক্রমণের কারণে নিজেকে কোয়ারেন্টাইনে রাখেন।

প্রদেয় চূড়ান্ত দাবিতে পৌঁছানো: প্রদেয় দাবির পরিমাণ নির্ধারণের কারণগুলি হল:

- a) পলিসির অধীনে সদস্যের জন্য বীমার পরিমাণ উপলব্ধ
- b) ইতিমধ্যেই করা কোনো দাবিকে বিবেচনায় নেওয়ার পরে সদস্যের জন্য পলিসির অধীনে বিমাকৃত অবশিষ্ট অর্থ উপলব্ধ:
- c) উপ-সীমা

- d) অসুস্থতার জন্য নির্দিষ্ট কোনো সীমা পরীক্ষা করুন
- e) ক্রমবর্ধমান বোনাসের এনটাইটেলড কি না চেক করুন
- f) অন্যান্য খরচ সীমাবদ্ধতা সঙ্গে আচ্ছাদিত:

পরিশেষে যা প্রদান করা হয় তা হল যুক্তিসঙ্গত এবং প্রথাগত চার্জ যার অর্থ পরিষেবা বা সরবরাহের জন্য চার্জ, যা নির্দিষ্ট প্রদানকারীর জন্য স্ট্যান্ডার্ড চার্জ এবং অভিন্ন বা অনুরূপ পরিষেবাগুলির জন্য ভৌগলিক এলাকায় প্রচলিত চার্জগুলির সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ, এর প্রকৃতি বিবেচনা করে অসুস্থতা/আঘাত জড়িত।

আগে প্রত্যেক টিপিএ/বীমাকারীর অপ্রদেয় আইটেমের নিজস্ব তালিকা ছিল, এখন আইআরডিএআই হেলথ ইন্স্যুরেন্স স্ট্যান্ডার্ডাইজেশন নির্দেশিকাগুলির অধীনে এটিকে প্রমিত করা হয়েছে।

c) দাবির পরিশোধ

একবার প্রদেয় দাবির পরিমাণ পৌঁছে গেলে, গ্রাহক বা হাসপাতালের ক্ষেত্রে যেমন হতে পারে অর্থ প্রদান করা হয়। অর্থপ্রদান হয় চেকের মাধ্যমে বা গ্রাহকের ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টে দাবির অর্থ স্থানান্তর করে করা যেতে পারে।

d) দাবি অস্বীকার

স্বাস্থ্য দাবির অভিজ্ঞতা দেখায় যে জমা দেওয়া দাবিগুলির ১০% থেকে ১৫% পলিসির শর্তাবলীর মধ্যে পড়ে না। এটি বিভিন্ন কারণে হতে পারে যার মধ্যে কয়েকটি হল:

- i. ভর্তির তারিখ বীমার সময়ের মধ্যে পড়ে না।
- ii. যে সদস্যের জন্য দাবি করা হয়েছে সে কভারযুক্ত নয়।
- iii. পূর্ব-বিদ্যমান অসুস্থতার কারণ (যেখানে পলিসি এই ধরনের শর্ত বাদ দেয়)।
- iv. বৈধ কারণ ছাড়া জমা দিতে অযথা বিলম্ব হতে পারে।
- v. কোন সক্রিয় চিকিৎসা; ভর্তি শুধুমাত্র তদন্তের উদ্দেশ্যে।
- vi. পলিসির অধীনে অসুস্থতার চিকিৎসা বাদ দেওয়া হয়।
- vii. অসুস্থতার কারণ হল অ্যালকোহল বা ড্রাগের অপব্যবহার
- viii. হাসপাতালে ভর্তির সময় ২৪ ঘন্টার কম।

একটি দাবি অস্বীকার বা প্রত্যাখ্যান (যে কোনো কারণেই হোক না কেন) বীমা কোম্পানিকে গ্রাহককে লিখিতভাবে জানাতে হবে। সাধারণত, এই ধরনের অস্বীকৃতি পত্র স্পষ্টভাবে অস্বীকার করার কারণ উল্লেখ করে, পলিসির মেয়াদ/ শর্ত বর্ণনা করে যার ভিত্তিতে দাবি অস্বীকার করা হয়েছিল।

বীমাকারীর কাছে প্রতিনিধিষ্ণ ছাড়াও, দাবি প্রত্যাখ্যানের ক্ষেত্রে গ্রাহকের কাছে নিম্নলিখিতগুলির সাথে যোগাযোগ করার বিকল্প রয়েছে:

- ✓ বীমা ন্যায়প্রদানকারী বা

- ✓ ভোক্তা কমিশন বা
- ✓ আইআরডিএআই বা
- ✓ আইন আদালত।

e) সন্দেহভাজন দাবিগুলির জন্য কোম্পানি/টিপিএগুলির দ্বারা আরও বিশদ তদন্তের প্রয়োজন

যেখানেই বীমা কোম্পানী জুয়াচুরি সন্দেহ করে তা দাবির তদন্ত করতে পারে। স্বাস্থ্য বীমায় প্রতারণার কয়েকটি উদাহরণ হল:

- i. ছদ্মবেশ, বীমাকৃত ব্যক্তি চিকিৎসা করা ব্যক্তি থেকে আলাদা।
- ii. যেখানে হাসপাতালে ভর্তি নেই সেখানে দাবি করার জন্য নথি তৈরি করা প্রয়োজন।
- iii. ব্যয়ের স্ফীতি হয়, যদি হাসপাতালের সহায়তায় বা বহিরাগত বিল যোগ করে প্রতারণামূলকভাবে তৈরি করা হয়।
- iv. রোগ নির্ণয়ের খরচ কভার করার জন্য বহির্বিভাগের রোগীর চিকিৎসা হাসপাতালের আবাসিক রোগী/ হাসপাতালে ভর্তি করা হয়, যা কিছু পরিস্থিতিতে বেশি হতে পারে।

উল্লেখ্য যে দাবির বিষয়ে তদন্ত করা প্রয়োজন, তদন্ত শুরু করা হবে এবং দ্রুততম সময়ে সম্পন্ন করা হবে, যে কোনো ক্ষেত্রেই দাবি জানানোর তারিখ থেকে ৯০ দিনের মধ্যে নয়। তদন্ত শেষ হওয়ার ৩০ দিনের মধ্যে দাবি নিষ্পত্তি করতে হবে। [আনুগ্রহ করে আইআরডিএআই (পলিসিধারীদের সুরক্ষা)-এর ২০১৭ আইনগুলি দেখুন এবং সেই অনুযায়ী নিজেকে আধুনিক করুন]

f) টিপিএ দ্বারা নগদহীন নিষ্পত্তির প্রক্রিয়া

নগদবিহীন সুবিধা কীভাবে কাজ করে? এর মূলে রয়েছে একটি চুক্তি যা টিপিএ বীমাকারী হাসপাতালের সাথে প্রবেশ করে। অন্যান্য চিকিৎসা সেবা প্রদানকারীদের সাথেও এই চুক্তি রয়েছে। নগদবিহীন সুবিধা প্রদানের জন্য ব্যবহৃত প্রক্রিয়াগুলি নিম্নলিখিত বিভাগে আলোচনা করা হয়েছে:

টেবিল ৩.১

| | |
|------------------|---|
| প্রথম ধাপ | <ul style="list-style-type: none"> • যদি স্বাস্থ্য বীমার আওতায় থাকা একজন গ্রাহক অসুস্থতায় ভোগেন বা আঘাত পান এবং তবে তাকে হাসপাতালে ভর্তির পরামর্শ দেওয়া হয়। সে (বা তার/তার পক্ষ থেকে কেউ) হাসপাতালের বীমা ডেস্কে বীমা বিবরণ সহ যোগাযোগ করে যেমন: <ol style="list-style-type: none"> i. টিপিএ-এর নাম, ii. গ্রাহকের সদস্য সংখ্যা, iii. বীমাকারীর নাম, ইত্যাদি। |
|------------------|---|

| | |
|---------------------|---|
| দ্বিতীয় ধাপ | <ul style="list-style-type: none"> হাসপাতাল যেমন প্রয়োজনীয় তথ্য সংগ্রহ করে: <ol style="list-style-type: none"> রোগ নির্ণয় চিকিৎসা, চিকিৎসারত ডাক্তারের নাম, প্রস্তাবিত হাসপাতালে ভর্তির দিনের সংখ্যা এবং আনুমানিক খরচ এটি নগদহীন অনুমোদন ফর্ম নামে একটি পদ্ধতিতে উপস্থাপন করা হয়। |
| তৃতীয় ধাপ | <ul style="list-style-type: none"> টিপিএ নগদহীন অনুমোদন ফর্মে প্রদত্ত তথ্যগুলি অধ্যয়ন করে এবং নগদহীন অনুমোদন প্রদান করা যেতে পারে কিনা এবং যদি তাই হয়, কত পরিমাণের জন্য এটি অনুমোদিত হওয়া উচিত এবং দেরি না করে তা হাসপাতালে জানানো হয়। |
| চতুর্থ ধাপ | <ul style="list-style-type: none"> রোগীর অ্যাকাউন্টে ক্রেডিট হিসাবে টিপিএ দ্বারা অনুমোদিত পরিমাণ রেখে হাসপাতাল দ্বারা রোগীর চিকিৎসা করা হয়। সদস্যকে অ-চিকিৎসা ব্যয় এবং পলিসির অধীনে প্রয়োজনীয় যেকোন সহ-অর্থ প্রদানের জন্য আমানত প্রদানের জন্য আহ্বান করা যেতে পারে। |
| পঞ্চম ধাপ | <ul style="list-style-type: none"> যখন রোগী ডিসচার্জের জন্য প্রস্তুত হয় তখন হাসপাতাল বীমা দ্বারা কভার প্রকৃত চিকিৎসার চার্জের বিপরীতে টিপিএ দ্বারা অনুমোদিত রোগীর অ্যাকাউন্টে ক্রেডিটের পরিমাণ পরীক্ষা করে। যদি ক্রেডিট কম হয়, হাসপাতাল নগদহীন চিকিৎসার জন্য ক্রেডিট অতিরিক্ত অনুমোদনের জন্য অনুরোধ করে। টিপিএ একই বিশ্লেষণ করে এবং অতিরিক্ত পরিমাণ অনুমোদন করে। |
| ষষ্ঠ ধাপ | <ul style="list-style-type: none"> রোগী অ-গ্রহণযোগ্য মূল্য পরিশোধ করে এবং ছেড়ে দেয়। তাকে দাবির ফর্ম এবং বিলে স্বাক্ষর করতে বলা হয় নথিপত্র সম্পূর্ণ করার জন্য। |
| সপ্তম ধাপ | <ul style="list-style-type: none"> হাসপাতাল সমস্ত নথি একত্রিত করে এবং বিল প্রক্রিয়াকরণের জন্য নথিগুলি টিপিএ-কে উপস্থাপন করে |
| অষ্টম ধাপ | <ul style="list-style-type: none"> টিপিএ দাবিটি প্রক্রিয়া করবে এবং বিশদ যাচাইয়ের পরে হাসপাতালে অর্থ প্রদানের জন্য সুপারিশ করবে। |

g) গ্রাহককে অবশ্যই নিশ্চিত করতে হবে যে তার কাছে বীমার বিবরণ আছে।

এর মধ্যে রয়েছে তার টিপিএ কার্ড, পলিসির অনুলিপি, কভারের শর্তাবলী ইত্যাদি।

এগুলি উপলব্ধ না হলে, তিনি টিপিএ এর সাথে যোগাযোগ করতে পারেন (২৪ ঘন্টা হেল্পলাইনের মাধ্যমে) এবং বিশদে জানতে চাইতে পারেন।

- i. গ্রাহককে অবশ্যই পরীক্ষা করতে হবে যে তার পরামর্শকারী ডাক্তার দ্বারা প্রস্তাবিত হাসপাতালটি টিপিএ নেটওয়ার্কে আছে কিনা। যদি তা না হয় তাহলে তাকে টিপিএ-এর সাথে উপলব্ধ বিকল্পগুলি পরীক্ষা করতে হবে যেখানে এই ধরনের চিকিৎসার জন্য নগদহীন সুবিধা পাওয়া যায়।
- ii. তাকে নিশ্চিত করতে হবে যে প্রাক-অনুমোদন ফর্মে সঠিক বিবরণ প্রদান করা হয়েছে। এই ফর্মটি ২০১৩ সালে জারি করা স্বাস্থ্য বীমার মানককরণের নির্দেশিকা অনুসারে আইআরডিএআই দ্বারা প্রমিত করা হয়েছে। যদি কেসটি পরিষ্কার না হয় তবে টিপিএ নগদহীন সুবিধা অস্বীকার করতে পারে বা পল্ল উত্থাপন করতে পারে।
- iii. তাকে নিশ্চিত করতে হবে যে হাসপাতালের মূল্যগুলি সীমার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ যেমন রুম ভাড়া বা ছানির মতো নির্দিষ্ট চিকিৎসার ক্যাপ।
- iv. গ্রাহককে ডিসচার্জের আগে টিপিএ-কে জানাতে হবে এবং ডিসচার্জের আগে প্রয়োজন হতে পারে এমন কোনো অতিরিক্ত অনুমোদন টিপিএ-কে পাঠাতে হাসপাতালকে অনুরোধ করতে হবে। এটি নিশ্চিত করবে যে রোগী হাসপাতালে অপ্রয়োজনীয়ভাবে অপেক্ষা করবেন না।

এটাও সম্ভব যে গ্রাহক অনুরোধ করে এবং একটি হাসপাতালে নগদহীন চিকিৎসার জন্য একটি অনুমোদন নেয় কিন্তু রোগীকে অন্য কোথাও ভর্তি করার সিদ্ধান্ত নেয়। এই ধরনের ক্ষেত্রে, গ্রাহককে অবশ্যই জানাতে হবে এবং হাসপাতালকে টিপিএ-এর সাথে যোগাযোগ করতে বলতে হবে যে নগদহীন অনুমোদন ব্যবহার করা হচ্ছে না।

যদি এটি করা না হয় তবে অনুমোদিত পরিমাণ গ্রাহকের পলিসিতে অবরুদ্ধ হয়ে যেতে পারে এবং পরবর্তী অনুরোধের অনুমোদন বিলম্বিত হতে পারে।

C. স্বাস্থ্য বীমা দাবির নথিপত্র

এই বিভাগটি গ্রাহক দ্বারা জমা দেওয়ার জন্য প্রয়োজনীয় প্রতিটি নথির প্রয়োজনীয়তা এবং বিষয়বস্তু ব্যাখ্যা করে:

1. ডিসচার্জের সারাংশ

ডিসচার্জ সারাংশকে সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ নথি হিসাবে আখ্যায়িত করা যেতে পারে যা একটি স্বাস্থ্য বীমা দাবি প্রক্রিয়া করার জন্য প্রয়োজনীয়। এটি রোগীর অবস্থা এবং চিকিৎসা সম্পর্কে সম্পূর্ণ তথ্যের বিশদ বিবরণ দেয় এবং দাবি প্রক্রিয়াকারী ব্যক্তিকে অসুস্থতা/আঘাত এবং চিকিৎসা বৃদ্ধিতে ব্যাপকভাবে সহায়তা করে। যেখানে রোগী দুর্ভাগ্যবশত বেঁচে থাকে না, অনেক হাসপাতালে **ডিসচার্জের সারাংশকে** ডেথ সামারি বলা হয়। ডিসচার্জ সারাংশ সবসময় আসল চাওয়া হয়।

2. তদন্তের প্রতিবেদন

তদন্ত প্রতিবেদনগুলি রোগ নির্ণয় এবং চিকিৎসার তুলনা করতে সহায়তা করে, যার ফলে সঠিক অবস্থা বোঝার জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য সরবরাহ করে যা চিকিৎসার জন্য প্ররোচিত করেছিল এবং হাসপাতালে ভর্তির সময় যে অগ্রগতি হয়েছিল যেমন রক্ত পরীক্ষার রিপোর্ট, এক্স-রে রিপোর্ট এবং বায়োপসি রিপোর্ট। বীমাকারী নির্দিষ্ট অনুরোধে গ্রাহককে এক্স-রে এবং অন্যান্য ফিল্ম ফেরত দিতে পারেন।

3. একত্রিত এবং বিশদ বিল:

এটি সেই নথি যা সিদ্ধান্ত নেয় যে বীমা পলিসির অধীনে কী অর্থ প্রদান করতে হবে। একত্রিত বিল সামগ্রিক চিত্র উপস্থাপন করে, বিশদ বিল রেফারেন্স কোড সহ ব্লক আপ প্রদান করে। বিলগুলো আসল গ্রহন করতে হবে।

4. অর্থপ্রদানের রসিদ

স্বাস্থ্য বীমা দাবির প্রতিদানের জন্য হাসপাতালের কাছ থেকে প্রদত্ত পরিমাণের আনুষ্ঠানিক রসিদও প্রয়োজন হবে যা বিলের মোটের সাথে সঙ্গতিপূর্ণ হতে হবে।

রসিদ নম্বরযুক্ত এবং/বা স্ট্যাম্প করা উচিত এবং মূল উপস্থাপন করা উচিত।

5. দাবি ফর্ম

দাবির ফর্ম হল দাবি প্রক্রিয়াকরণের জন্য আনুষ্ঠানিক এবং আইনি অনুরোধ এবং গ্রাহক দ্বারা স্বাক্ষরিত মূলে জমা দেওয়া হয়। দাবি ফর্ম এখন আইআরডিএআই দ্বারা প্রমিত করা হয়েছে।

রোগ, চিকিৎসা ইত্যাদির তথ্য ছাড়াও, বীমাকৃত ব্যক্তি দাবি ফর্মে যে ঘোষণা দেন তা আইনগত অর্থে সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ দলিল।

6. পরিচয় প্রমাণপত্র

আমাদের জীবনের বিভিন্ন ক্রিয়াকলাপে পরিচয় প্রমাণের ক্রমবর্ধমান ব্যবহারের সাথে, পরিচয়ের সাধারণ প্রমাণ কভার করা ব্যক্তি এবং চিকিত্সা করা ব্যক্তি এক এবং অভিন্ন কিনা তা যাচাই করতে সহায়তা করে। সাধারণত যে শনাক্তকরণ নথি চাওয়া হয় তা হতে পারে ভোটারদের পরিচয়পত্র, ড্রাইভিং লাইসেন্স, প্যান কার্ড, আধার কার্ড ইত্যাদি।

7. সুনির্দিষ্ট দাবির জন্য নথিপত্র

কিছু নির্দিষ্ট ধরনের দাবির জন্য উপরে যা বলা হয়েছে তা ছাড়াও অতিরিক্ত নথির প্রয়োজন। এইগুলো হল:

- দুর্ঘটনার দাবি, যেখানে এফআইআর বা চিকিৎসা ও আইন সংক্রান্ত সার্টিফিকেট হাসপাতালের দ্বারা নিবন্ধিত থানায় জারি করা প্রয়োজন হতে পারে।
- জটিল বা উচ্চ মূল্যের দাবির ক্ষেত্রে ইনডোর কাগজপত্র কেস করা হয়।
- ডায়ালাইসিস/কেমোথেরাপি/ফিজিওথেরাপি চার্ট যেখানে প্রযোজ্য।
- হাসপাতালের নিবন্ধন শংসাপত্র, যেখানে হাসপাতালের সংজ্ঞার সাথে সন্মতি পরীক্ষা করা দরকার

নিজে নিজে করো ২

নিচের কোন নথিটি হাসপাতালে রক্ষণাবেক্ষণ করা হয় যাতে রোগীর সমস্ত চিকিৎসার বিবরণ দেওয়া হয়?

- তদন্তের প্রতিবেদন
- ডিসচার্জের সারাংশ

III. মামলার কাগজপত্র

IV. হাসপাতালের নিবন্ধন শংসাপত্র

নিজে নিজে করো ৩

দাবির অবস্থার উপর ভিত্তি করে বীমাকারীর বইয়ে সমস্ত দাবির জন্য যে পরিমাণ বিধান করা হয়েছে তা _____ হিসাবে পরিচিত।

I. পুলিং

II. হিসাবরক্ষণ

III. সংরক্ষণ

IV. বিনিয়োগ

D. তৃতীয় পক্ষের প্রশাসকদের ভূমিকা (টিপিএ)

টিপিএ -এর ভূমিকা পূর্ববর্তী অধ্যায়েও আলোচনা করা হয়েছে। টিপিএ দ্বারা প্রদত্ত পরিষেবাগুলি জানা গুরুত্বপূর্ণ যাতে গ্রাহককে বিক্রয়কর্মী দ্বারা উপযুক্ত পরিষেবা প্রদান করা যায়।

বিমা পলিসি বিক্রি এবং ইস্যু করার পরে টিপিএ পরিষেবার সুযোগ শুরু হয়। বিমাকারীরা টিপিএ ব্যবহার না করলে পরিষেবাগুলি অভ্যন্তরীণ দল দ্বারা সঞ্চালিত হয়।

1. স্বাস্থ্য বীমার বিক্রয়োত্তর সেবা

- একবার প্রস্তুত (এবং প্রিমিয়াম) গৃহীত হলে, কভারেজ শুরু হয়ে যায়।
- যদি একটি টিপিএ পলিসি পরিষেবার জন্য ব্যবহার করা হয় তবে বীমাকারী গ্রাহক এবং পলিসি সম্পর্কিত তথ্য টিপিএ-কে পাঠায়।
- টিপিএ সদস্যদের নথিভুক্ত করে (যদিও প্রস্তুতকৃত পলিসি গ্রহণকারী ব্যক্তি, সদস্যরা যারা পলিসির আওতায় থাকে) এবং তারা একটি কার্ডের আকারে সদস্য সনাক্তকরণ জারি করতে পারে, যা বাস্তবিক বা ইলেকট্রনিক।
- টিপিএ-এর সদস্যপদটি নগদহীন সুবিধা পাওয়ার পাশাপাশি দাবির প্রক্রিয়াকরণের জন্য ব্যবহার করা হয় যখন সদস্যকে হাসপাতালে ভর্তি বা কভার করা চিকিৎসার জন্য পলিসির সমর্থনের প্রয়োজন হয়।
- টিপিএ দাবি বা নগদবিহীন অনুরোধের প্রক্রিয়াকরণ করে এবং বীমাকারীর সাথে সম্মত সময়ের মধ্যে পরিষেবা প্রদান করে।
- বীমাকৃত ব্যক্তিদের অবশ্যই একটি পরিচয়পত্র বহন করতে হবে যা তাদের পলিসি এবং টিপিএ এর সাথে সম্পর্কিত।
- নগদহীন সুবিধার অনুরোধ করার জন্য প্রদত্ত তথ্যের ভিত্তিতে টিপিএ হাসপাতালে একটি প্রাক-অনুমোদন বা গ্যারান্টির জন্য একটি চিঠি জারি করে।

h) যেখানে তথ্য স্পষ্ট নয় বা উপলব্ধ নয় সেখানে টিপিএ নগদহীন অনুরোধ প্রত্যাখ্যান করতে পারে। এই ক্ষেত্রে দাবি পরিশোধের ভিত্তিতে পরীক্ষা করা যেতে পারে।

2. গ্রাহকের সাথে সম্পর্ক এবং যোগাযোগের ব্যবস্থাপনা

যেহেতু টিপিএগুলি দাবি পরিষেবার সাথে জড়িত তাই তাদের সাধারণত একটি অভিযোগ প্রতিকারের ব্যবস্থা থাকে।

E. দাবির ব্যবস্থাপনা - ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা

দাবির বিজ্ঞপ্তি প্রাপ্তির পর নিম্নলিখিত দিকগুলি বিবেচনা করা উচিত:

- যার জন্য দাবি করা হয়েছে সেই ব্যক্তি পলিসির আওতায় থাকবে
- দুর্ঘটনার তারিখ হিসাবে পলিসি বৈধ এবং প্রিমিয়াম গৃহীত হয়েছে
- পলিসির সময়ের মধ্যে যদি ক্ষতি হয়
- ক্ষতি হয়েছে "দুর্ঘটনা" থেকে, অসুস্থতা থেকে নয়
- কোন জালিয়াতি ড্রিগার জন্য পরীক্ষা করা এবং প্রয়োজন হলে তদন্ত করা হয়
- দাবি নিবন্ধন করা এবং একই কারণে সংরক্ষণ তৈরি করা
- পরিবর্তনের সময় (ক্লেইম সার্ভিসিং টাইম) বজায় রাখতে হয় এবং গ্রাহককে দাবির বিকাশ সম্পর্কে অবগত করতে হয়।

1. দাবির তদন্ত

দাবি তদন্ত দাবির বৈধতা নির্ধারণ এবং ক্ষতির প্রকৃত কারণ এবং পরিমাণ খুঁজে বের করা। দাবির নথি প্রাপ্তির পরে, যদি একটি দাবি সন্দেহজনক বলে মনে হয়, দাবিটি যাচাইয়ের জন্য একটি অভ্যন্তরীণ/ পেশাদার তদন্তকারীকে বরাদ্দ করা যেতে পারে।

উদাহরণ

মামলা নির্দেশিকার উদাহরণ:

সড়ক দুর্ঘটনা

- ঘটনাটি কখন ঘটেছিল - সঠিক সময় এবং তারিখ স্থান?
- বিমুক্ত ব্যক্তি কি একজন পথচারী, যাত্রী/পিলিয়ন রাইডার হিসাবে ভ্রমণ করছেন বা দুর্ঘটনায় জড়িত গাড়ি চালাচ্ছেন?

ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার দাবিতে সম্ভাব্য জালিয়াতি এবং তা ফাস হবার কিছু উদাহরণ:

- টিটিডি সময়ের মধ্যে অতিরঞ্জন।
- দুর্ঘটনা হিসাবে উপস্থাপিত অসুস্থতা যেমন প্যাথলজিক্যাল কারণে পিঠে ব্যথা পিএ দাবিতে রূপান্তরিত হয়েছে বাড়িতে 'পতন/স্লিপ' রিপোর্ট করার পরে

ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার দাবির নিষ্পত্তির জন্য ডিসচার্জ ভাউচার একটি গুরুত্বপূর্ণ নথি বিশেষ করে মৃত্যু দাবি জড়িত। প্রস্তুতকরণের সময় মনোনীত ব্যক্তির বিবরণ প্রাপ্ত করাও গুরুত্বপূর্ণ এবং এটি পলিসি নথির অংশ হওয়া উচিত।

2. দাবির নথিপত্র- প্রতিটি কোম্পানি একটি তালিকা দেয়

- দাবিদারের মনোনীত/পরিবারের সদস্য দ্বারা স্বাক্ষরিত ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার দাবির ফর্মটি যথাযথভাবে পূরণ করা
- প্রথম তথ্য প্রতিবেদনের আসল বা সত্যায়িত অনুলিপি।
- মৃত্যু শংসাপত্রের আসল বা সত্যায়িত অনুলিপি।
- সম্ভব হলে পোস্ট মর্টেম রিপোর্টের সত্যায়িত অনুলিপি।
- এএমএল নথির সত্যায়িত অনুলিপি (অর্থ পাচার বিরোধী) -নাম যাচাইয়ের জন্য (পাসপোর্ট/প্যান কার্ড/ভোটার আইডি/ড্রাইভিং লাইসেন্স) ঠিকানা যাচাইয়ের জন্য (টেলিফোন বিল/ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট স্টেটমেন্ট, বিদ্যুৎ বিল/রেশন কার্ড)।
- বৈধ উত্তরাধিকারীর শংসাপত্র সহ হলফনামা এবং ক্ষতিপূরণ বন্ড উভয়ই যথাযথভাবে সমস্ত আইনি উত্তরাধিকারীর দ্বারা স্বাক্ষরিত এবং দলিলপত্র সম্পাদন
- একজন সিভিল সার্জেন বা তার সমতুল্য দক্ষ ডাক্তারের কাছ থেকে স্থায়ী অক্ষমতার শংসাপত্র যা বীমাকৃত ব্যক্তির অক্ষমতার প্রমাণপত্র দান করে।
- অক্ষমতার সময়কাল উল্লেখ করা হয় চিকিৎসারত ডাক্তারের কাছ থেকে মেডিকেল সার্টিফিকেট-এ। নিয়োগকর্তার কাছ থেকে ছুটির শংসাপত্র যা সঠিক ছুটির সময়কালের বিশদ বিবরণ পাওয়া যায় তা নিয়োগকর্তার দ্বারা যথাযথভাবে স্বাক্ষরিত এবং সিল করা।

উপরের তালিকাটি শুধুমাত্র নির্দেশক মামলার বিশেষ তথ্যের উপর নির্ভর করে, বিশেষ করে সন্দেহভাজন প্রতারণা সহ মামলাগুলির তদন্তের জন্য আরও নথির (দাগ চিহ্নের ছবি, দুর্ঘটনার স্থান ইত্যাদি সহ) প্রয়োজন হতে পারে।

নিজে নিজে করো ৪

স্থায়ী মোট অক্ষমতা দাবির জন্য নিম্নলিখিত নথিগুলির মধ্যে কোনটি জমা দেওয়ার প্রয়োজন নেই?

- যথাযথভাবে পূরণ করা ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার দাবির ফর্ম দাবিকারীর দ্বারা স্বাক্ষরিত।
- বীমা পলিসির অনুলিপি।
- একজন সিভিল সার্জন বা সমতুল্য দক্ষ ডাক্তারের কাছ থেকে স্থায়ী অক্ষমতার শংসাপত্র যা বীমাকৃত ব্যক্তির অক্ষমতা ব্যক্ত করে।
- চিকিৎসারত ডাক্তারের ফিটনেস সার্টিফিকেট যা প্রমাণ করে যে বীমাকৃত ব্যক্তি তার স্বাভাবিক দায়িত্ব পালনের জন্য উপযুক্ত।

F. দাবির ব্যবস্থাপনা- বিদেশে ভ্রমণ বীমা

এই পলিসির আওতাভুক্ত বিষয়গুলি ইতিমধ্যেই পণ্য অধ্যায়ের অধীনে আলোচনা করা হয়েছে। এই বিভাগটি ব্যাখ্যা করার চেষ্টা করে যে কীভাবে বিদেশ ভ্রমণের সময় উদ্ধৃত দাবিগুলি পরিচালনা করা হয়।

দাবির মধ্যে যেসব সেবা অপরিহার্যভাবে অন্তর্ভুক্ত:

- ২৪*৭ ভিত্তিতে দাবির বিস্তৃতি নামিয়ে নেওয়া হয়;
- দাবি ফর্ম এবং পাঠানোর পদ্ধতি;
- লোকসানের পর অবিলম্বে কি করতে হবে সে বিষয়ে গ্রাহককে উপদেষ্টা দেওয়া;
- চিকিৎসা এবং অসুস্থতার দাবির জন্য নগদহীন পরিসেবা প্রসারিত করা;
- প্রত্যাবাসন এবং সরিয়ে নেওয়ার ব্যবস্থা করা, জরুরী অগ্রিম নগদ।

সহায়তা কোম্পানি - বিদেশী দাবির ভূমিকা

সহায়তা সংস্থাগুলির নিজস্ব কার্যালয় রয়েছে এবং সারা বিশ্বে অন্যান্য অনুরূপ পরিষেবা প্রদানকারীর সাথে চুক্তিবদ্ধ। এই কোম্পানিগুলি পলিসির অধীনে আওতাভুক্ত আতঙ্কের ক্ষেত্রে বীমা কোম্পানির গ্রাহকদের সহায়তা প্রদান করে থাকে।

এই কোম্পানিগুলি দাবি নিবন্ধন এবং তথ্যের জন্য আন্তর্জাতিক টোল ফ্রি নম্বর ২৪*৭ সময় কল সেন্টার পরিচালনা করে। তারা নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলিও অফার করে এবং পরিষেবাগুলির জন্য মূল্য নির্দিষ্ট বীমা কোম্পানির সাথে চুক্তি, কভার করা সুবিধা ইত্যাদির উপর নির্ভরশীল ভাবে পরিবর্তিত হয়।

- চিকিৎসা সহায়তার সেবাগুলি:
 - চিকিৎসা সেবা প্রদানকারীর রেফারেল
 - হাসপাতালে ভর্তির ব্যবস্থা
 - জরুরি চিকিৎসা অপসারণের ব্যবস্থা
 - জরুরী চিকিৎসা প্রত্যাবাসনের ব্যবস্থা
 - মরণশীল অবশেষ প্রত্যাবাসন
 - সহানুভূতিশীল পরিদর্শনের ব্যবস্থা
 - অপ্রাপ্তবয়স্ক শিশুদের সহায়তা/ সহচর
- হাসপাতালে ভর্তির সময় এবং পরে চিকিৎসার অবস্থা পর্যবেক্ষণ করা
- প্রয়োজনীয় ওষুধ সরবরাহ
- পলিসির শর্তাবলী এবং বীমা কোম্পানির অনুমোদন সাপেক্ষে হাসপাতালে ভর্তির সময় চিকিৎসা ব্যয়ের গ্যারান্টি প্রদান।
- প্রাক-সফরের তথ্য এবং অন্যান্য পরিসেবা:
 - ভিসা এবং টীকার প্রয়োজনীয়তা

- ii. দূতাবাসে সুপারিশের পরিসেবা
- iii. হারিয়ে যাওয়া পাসপোর্ট এবং হারানো লাগেজের সহায়তা পরিসেবা
- iv. জরুরী বার্তা প্রদান সেবা
- v. জামিননামা ব্যবস্থা
- vi. আর্থিক জরুরী সহায়তা
- f) দোভাষী সুপারিশ
- g) আইনি সুপারিশ
- h) আইনজীবীর সাথে সাফাৎ

a) হাসপাতালে ভর্তির পদ্ধতি

- i. বেশিরভাগ হাসপাতালই সমস্ত আন্তর্জাতিক বীমা কোম্পানির কাছ থেকে অর্থপ্রদানের গ্যারান্টি গ্রহণ করে যখন বীমাকৃত তাদের বৈধ স্বাস্থ্য বা বিদেশ ভ্রমণ বীমা পলিসি প্রদান করে।
- ii. হাসপাতালগুলি অবিলম্বে চিকিৎসা শুরু করে। বীমা কভার থাকলে বীমা পলিসি পরিশোধ করে বা রোগী ব্যক্তিকে অর্থ প্রদান করতে হয়। পেমেন্ট বিলম্বিত হওয়ায় হাসপাতালগুলি মূল্য বাড়াতে থাকে।
- iii. হাসপাতালের নেটওয়ার্ক এবং পদ্ধতি সম্পর্কিত তথ্য বীমা গ্রহীতাদের কাছে সহায়তা সংস্থাগুলির দেওয়া টোল ফ্রি নম্বরগুলিতে পাওয়া যায়।
- iv. হাসপাতালে ভর্তির প্রয়োজনীয়তার ক্ষেত্রে বীমাকৃতকে কল সেন্টারে তা জানাতে হবে এবং বৈধ ভ্রমণ বীমা পলিসি সহ একটি নির্দিষ্ট হাসপাতালে যেতে হবে।
- v. হাসপাতালগুলি সাধারণত পলিসির বৈধতা পরীক্ষা করতে এবং কভারেজগুলি যাচাই করতে কল সেন্টার নম্বরগুলিতে সহায়তা সংস্থা/বীমাকারীদের সাথে যোগাযোগ করে।
- vi. একবার পলিসিটি হাসপাতাল কর্তৃক গৃহীত হলে বিমাকৃত ব্যক্তি নগদহীন ভিত্তিতে হাসপাতালে চিকিৎসা করাবেন।
- vii. গ্রহণযোগ্যতা নির্ধারণের জন্য বীমাকারী/সহায়তা প্রদানকারীর প্রয়োজনীয় কিছু মৌলিক তথ্যগুলি হল:
 1. অসুস্থতার বিষদ বিবরণ
 2. পূর্ববর্তী কোনো ইতিহাসের ক্ষেত্রে হাসপাতালের বিবরণ, ভারতের স্থানীয় মেডিকেল অফিসার::
 - ✓ অতীত ইতিহাস, বর্তমান চিকিৎসা এবং হাসপাতালে আরও পরিকল্পিত কোর্সে অবিলম্বে পাঠানোর জন্য অনুরোধ
 - ✓ উপস্থিত চিকিত্সক বিবৃতি সহ দাবিরফর্ম
 - ✓ পাসপোর্টের অনুলিপি
 - ✓ চিকিৎসা তথ্যের ফর্ম প্রকাশ

b) চিকিৎসা ব্যয় এবং অন্যান্য চিকিৎসাহীন দাবির প্রতিদান:

ঋতিপূরণের দাবিগুলি সাধারণত বীমাকৃতরা ভারতে ফিরে আসার পরে দায়ের করে। দাবির কাগজপত্র প্রাপ্তির পরে দাবি স্বাভাবিক পদ্ধতি অনুযায়ী প্রক্রিয়া করা হয়। সমস্ত গ্রহণযোগ্য দাবির জন্য অর্থপ্রদান ভারতীয় টাকায় (আইএনআর) করা হয় নগদহীন দাবির বিপরীতে যেখানে বিদেশী মুদ্রায় অর্থপ্রদান করা হয়।

পরিশোধের দাবিগুলি প্রক্রিয়া করার সময় টাকা-তে দায়বদ্ধতার পরিমাণে পৌঁছানোর জন্য ঋতির তারিখ হিসাবে মুদ্রার রূপান্তর হার প্রয়োগ করা হয়। তারপরে চেক বা ইলেকট্রনিক স্থানান্তরের মাধ্যমে অর্থ প্রদান করা হয়।

c) চিকিৎসার দুর্ঘটনা এবং অসুস্থতার খরচের জন্য দাবির নথিপত্র

- i. দাবির ফর্ম
- ii. ডাক্তারের রিপোর্ট
- iii. আসল ভর্তির কাগজ/ডিসচার্জের কার্ড
- iv. আসল বিল / রসিদ / প্রেসক্রিপশন
- v. আসল এক্স-রে রিপোর্ট/ প্যাথলজিক্যাল/ অনুসন্ধানী বিবরণ
- vi. প্রবেশ এবং প্রস্থান স্ট্যাম্প সহ পাসপোর্ট/ভিসার অনুলিপি

উপরের তালিকা শুধুমাত্র নির্দেশক। নির্দিষ্ট মামলার বিবরণের উপর নির্ভর করে বা বিশেষ বীমাকারীর দ্বারা অনুসরণ করা দাবি নিষ্পত্তির পলিসি/পদ্ধতির উপর নির্ভর করে অতিরিক্ত তথ্য/ নথির প্রয়োজন হতে পারে।

নিজে নিজে করো ৫

বীমাকৃত ব্যক্তি তাদের বৈধ _____ বীমা পলিসি প্রদান করলে অধিকাংশ হাসপাতাল সমস্ত আন্তর্জাতিক বীমা কোম্পানি থেকে অর্থপ্রদানের গ্যারান্টি গ্রহণ করে।

- I. আইনি দায়
- II. করোনা রক্ষক
- III. বিদেশ ভ্রমণ
- IV. অর্পণ

নিজে নিজে করোর উত্তর

উত্তর ১ - সঠিক বিকল্প হল II

উত্তর ২ - সঠিক বিকল্প হল II

উত্তর ৩ - সঠিক বিকল্প হল III

উত্তর ৪ - সঠিক বিকল্প হল IV

সারসংক্ষেপ

- a) বীমা একটি 'প্রতিশ্রুতি' এবং পলিসি সেই প্রতিশ্রুতির 'সাক্ষী'। পলিসির অধীনে একটি দাবির দিকে পরিচালিত বীমাকৃত ঘটনাটি সেই প্রতিশ্রুতির প্রকৃত পরীক্ষা।
- b) বীমার মূল নির্ধারণের প্যারামিটারগুলির মধ্যে একটি হল বীমা কোম্পানির দাবি পরিশোধের ক্ষমতা।
- c) গ্রাহক যারা বীমা ক্রয় করেন তারা প্রাথমিক স্টেকহোল্ডার এবং সেইসাথে দাবি গ্রহণকারী।
- d) নগদহীন দাবিতে একটি হাসপাতালের নেটওয়ার্ক বীমাকারী/টিপিএ-এর কাছ থেকে প্রাক-অনুমোদনের ভিত্তিতে চিকিৎসা পরিষেবা প্রদান করে এবং পরে দাবির নিষ্পত্তির জন্য নথি জমা দেয়।
- e) প্রতিদান দাবিতে গ্রাহক তার নিজস্ব সংস্থান থেকে হাসপাতালকে অর্থ প্রদান করে এবং তারপর অর্থ প্রদানের জন্য বীমাকারী/টিপিএ-র কাছে দাবি ফাইল করে।
- f) দাবির তথ্য হল গ্রাহক এবং দাবি করা দলের মধ্যে যোগাযোগের প্রথম উদাহরণ।
- g) বীমা দাবির ক্ষেত্রে বীমা কোম্পানির দ্বারা প্রতারণার সন্দেহ হলে তা তদন্তের জন্য পাঠানো হয়। একটি দাবির তদন্ত একটি বীমাকারী/টিপিএ দ্বারা বাড়িতে করা যেতে পারে বা একটি পেশাদার তদন্ত সংস্থার কাছে ন্যস্ত করা যেতে পারে।
- h) সংরক্ষণ বলতে দাবির অবস্থার উপর ভিত্তি করে বীমাকারীর বইয়ে সমস্ত দাবির জন্য প্রণীত নিয়মের পরিমাণ বোঝায়।
- i) অস্বীকারের ক্ষেত্রে গ্রাহকের কাছে বীমাকারীর কাছে প্রতিনিধিত্ব ছাড়াও বীমা ন্যায়প্রদানকারী বা ভোক্তা কমিশন বা এমনকি আইনি কর্তৃপক্ষের কাছে যাওয়ার বিকল্প রয়েছে।
- j) জালিয়াতিগুলি বেশিরভাগ হাসপাতালে ভর্তির ক্ষতিপূরণ পলিসিতে ঘটে তবে ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা পলিসিগুলিও জালিয়াতির দাবি তৈরি করতে ব্যবহৃত হয়।
- k) টিপিএ বীমাকারীকে অনেক গুরুত্বপূর্ণ পরিষেবা প্রদান করে এবং পুরস্কার হিসেবে পারিশ্রমিক পায়।