

IC-38

કોર્પોરેટ એજન્ડ્સ

વિભાગ-આરોગ્યવીમો

સ્વીકૃત્તિ

આ કોર્સ ઇન્શ્યોરન્સ રેગ્યુલેટરી એન્ડ ડેવલપમેન્ટ ઓથોરિટી ઓફ ઇન્ડિયા (આઇઆરડીએઆઇ) દ્વારા નિર્ધારિત કરેલા સુધારેલા અભ્યાસક્રમ આધારિત છે અને ઇન્શ્યોરન્સ ઇન્સ્ટિટ્યુટ ઓફ ઇન્ડિયા, મુંબઈ દ્વારા તૈયાર કરવામાં આવેલ છે.

લેખકો / સમીક્ષકો (મૂળાક્ષરોના ક્રમમાં)

ડો. આર. કે. દુગ્ગલ

ડો. શશિધરણ કે. કુટ્ટી

સીએ પી. કોટેશ્વર રાવ

ડો. પ્રદીપ સરકાર

પ્રા. માધુરી શર્મા

ડો. જ્યોર્જ ઇ. થોમસ

પ્રા. અર્યના વઝે

આ અભ્યાસક્રમના ગુજરાતી અનુવાદ અને મૂલ્યાંકન આમની મદદથી કરવામાં આવ્યા છે.

સી-ડેક, પૂણે.

કુ.દિપ્તી રાવલ

કુ.રૂત્વા પાઠક



ભાસ્તીય વીમા સંસ્થાન
**INSURANCE
INSTITUTE OF
INDIA**

જી બ્લોક, પ્લોટ નં. સી-46, બાંદ્રા કુર્લા કોમ્પ્લેક્સ, બાંદ્રા (ઇ), મુંબઈ - 400 051.

કોપીરિટ એજન્ડ્સ

વિભાગ-આરોગ્યવીમો

આઇસી - 38

આવૃત્તિ વર્ષ : 2023

તમામ હકો અનામત રાખવામાં આવ્યા છે

આ કોર્સ સામગ્રી ઇન્શ્યોરન્સ ઇન્સ્ટિટ્યુટ ઓફ ઇન્ડિયા (III)નો કોપીરાઇટ છે. આ કોર્સ ઇન્શ્યોરન્સ ઇન્સ્ટિટ્યુટ ઓફ ઇન્ડિયાની પરીક્ષાઓમાં બેસનારા વિદ્યાર્થીઓ માટે શૈક્ષણિક માહિતી પૂરી પાડવા માટે તૈયાર કરવામાં આવ્યો છે. આ કોર્સ સામગ્રી સંસ્થાની પૂર્વ લેખિત સ્પષ્ટ મંજૂરી વિના આંશિક કે સમગ્ર રીતે વાણિજ્ય ઉદ્દેશ માટે પુનઃઉત્પાદિત થઈ શકે નહીં.

આ કન્ટેન્ટ્સ પ્રચલિત શ્રેષ્ઠ પદ્ધતિઓ આધારિત છે અને તકરાર, કાનૂની અથવા અન્ય કોઈ કિસ્સામાં અર્થઘટનો અથવા ઉકેલો આપવાનો ઇરાદો ધરાવતા નથી.

આ માત્ર સંકેતાત્મક અભ્યાસ સામગ્રી છે. કૃપા કરીને નોંધ લો કે પરીક્ષામાં પ્રશ્નો માત્ર આ અભ્યાસ સામગ્રી સુધી મર્યાદિત નહીં હોય.

પ્રકાશન કરનાર: સેક્રેટરી જનરલ, ઇન્શ્યોરન્સ ઇન્સ્ટિટ્યુટ ઓફ ઇન્ડિયા, જી-બ્લોક, પ્લોટ સી-46, બાંદ્રા કુર્લા કોમ્પ્લેક્સ, બાંદ્રા(ઇ), મુંબઈ - 400 051 અને અહીં પ્રિન્ટ થયેલ છે

આ અભ્યાસ સામગ્રીને લગતા કોઈ પત્રવ્યવહાર અભ્યાસ શિર્ષક અને કવર પેજ પર ઉલ્લેખ કરેલી પ્રકાશન સંખ્યાનો ઉલ્લેખ કરીને ctd@iii.org.inને સંબોધિત કરી શકાય છે

પ્રસ્તાવના

ઇન્શ્યોરન્સ ઇન્સ્ટિટ્યુટ ઓફ ઇન્ડિયા (સંસ્થા)એ વીમા એજન્ડ્સ માટે ઇન્શ્યોરન્સ રેગ્યુલેટરી એન્ડ ડેવલપમેન્ટ ઓથોરિટી ઓફ ઇન્ડિયા (આરડીએઆઇ) દ્વારા નિર્ધારિત અભ્યાસક્રમને આધારે આ અભ્યાસ સામગ્રી વિકસાવી છે. ઉદ્યોગના નિષ્ણાતો આ અભ્યાસ સામગ્રી તૈયાર કરવામાં સામેલ હતા.

આ કોર્સ જીવન, સામાન્ય અને આરોગ્ય વીમાનું પાયારૂપ જ્ઞાન પૂરું પાડે છે, જે સંબંધિત લાઇન્સમાં એજન્ડ્સને તેમની વ્યાવસાયિક કારકિર્દીને યોગ્ય દૃષ્ટિકોણથી સમજવા અને તેની મૂલ્યાંકન કરવા સક્ષમ બનાવે છે.

આ કોર્સ ચાર વિભાગોમાં રચવામાં આવ્યો છે. (1) નિરીક્ષણ - વીમા એજન્ડ્સે જાણવા આવશ્યક એવો સામાન્ય વિભાગ જે વીમાના સિદ્ધાંતો, કાનૂની સિદ્ધાંતો અને નિયમનકારી બાબતોને આવરે છે. (2) જીવન વીમા એજન્ડ્સ (3) સામાન્ય વીમા એજન્ડ્સ અને (4) આરોગ્ય વીમાના એજન્ડ્સ બનવા માટે ઇચ્છુક હોય એવા લોકો માટે અલગ વિભાગો પૂરા પાડવામાં આવ્યા છે.

વિદ્યાર્થીઓને પરીક્ષાનાં ફોર્મેટ અને પૂછવામાં આવી શકે એવા હેતુલક્ષી પ્રશ્નોના પ્રકારનો ખ્યાલ આપવા માટે કોર્સમાં મોડલ પ્રશ્નોનો સેટ સામેલ કરવામાં આવ્યો છે. મોડલ પ્રશ્નો તેમને તેઓ જે શીખ્યા છે તેનું પુનરાવર્તન કરવામાં પણ મદદ કરશે.

વીમો ગતિશીલ પરિસ્થિતિમાં કાર્ય કરે છે. એજન્ડ્સ બજારમાં થતા ફેરફારો અંગે જાણકાર રહે તે આવશ્યક છે. તેમણે વ્યક્તિગત અભ્યાસ અને સંબંધિત વીમા કંપનીઓ દ્વારા યોજેલા ઇન-હાઉસ તાલિમ કાર્યક્રમોમાં સહભાગિતા મારફતે સક્રિયપણે જ્ઞાન મેળવવું જોઈએ.

સંસ્થાને આ કાર્ય સોંપવા બદલ સંસ્થા આઇઆરડીએઆઇનો આભાર માને છે. આ સંસ્થા સામગ્રીનો અભ્યાસ કરવામાં રસ ધરાવતા તમામ લોકોને વીમા માર્કેટિંગમાં સફળ કારકિર્દીની શુભેચ્છા પાઠવે છે.

વિષય

| પ્રકરણ સંખ્યા | શિર્ષક | પાના સંખ્યા |
|---------------|-----------------------------|-------------|
| વિભાગ | આરોગ્ય વીમો | |
| H-01 | આરોગ્ય વીમાનો પરિચય | 2 |
| H-02 | આરોગ્ય વીમાનું દસ્તાવેજીકરણ | 12 |
| H-03 | આરોગ્ય વીમાની પ્રોડક્ટ્સ | 23 |
| H-04 | આરોગ્ય વીમાનું અન્ડરરાઇટિંગ | 62 |
| H-05 | આરોગ્ય વીમાના દાવાઓ | 85 |

વિભાગ
આરોગ્ય વિભાગ

પ્રકરણ H-01

આરોગ્ય વીમાનો પરિચય

પ્રકરણની પ્રસ્તાવના

આ પ્રકરણ તમને સમય સાથે વીમો કેવી રીતે વિકસિત થયો તે વિશે જણાવશે. તે આરોગ્યસંભાળ શું છે, આરોગ્યસંભાળનાં સ્તરો અને આરોગ્યસંભાળના પ્રકારો વિશે પણ સમજાવશે. તમે ભારતમાં આરોગ્યસંભાળની પ્રણાલી અને તેને અસર કરતા પરિબળો અંગે પણ શીખશો. આખરે, તે ભારતમાં આરોગ્ય વીમો કઈ રીતે વિકસિત થયો અને ભારતમાં આરોગ્ય વીમા બજારમાં વિભિન્ન ખેલાડીઓ વિશે પણ સમજાવશે.

અભ્યાસનાં પરિણામો

- A. આરોગ્યસંભાળને સમજવી
- B. આરોગ્યસંભાળનાં સ્તરો
- C. આરોગ્યસંભાળના પ્રકારો
- D. ભારતમાં આરોગ્ય વીમાનો વિકાસ
- E. આરોગ્ય વીમા બજાર

આ પ્રકરણનો અભ્યાસ કર્યા પછી તમે નીચેની બાબતો માટે સક્ષમ બનશો:

- a) વીમો કેવી રીતે વિકાસ પામ્યો તે સમજવા.
- b) આરોગ્યસંભાળનો વિચાર અને આરોગ્યસંભાળના પ્રકાર અને સ્તરો સમજાવવા.
- c) ભારતમાં આરોગ્યસંભાળને અસર કરતા પરિબળો અને આઝાદી પછી થયેલી પ્રગતિનું મૂલ્યાંકન કરવા.
- d) ભારતમાં આરોગ્ય વીમાના વિકાસની ચર્ચા કરવા.
- e) ભારતમાં આરોગ્ય વીમા બજારને જાણવા.

A. આરોગ્યસંભાળને સમજવી

શબ્દ 'હેલ્થ'ની ઉત્પત્તિ શબ્દ 'હોએલ્થ' પરથી થઈ હતી, જેનો અર્થ 'શરીરની દૃઢતા' થાય છે. જૂના જમાનામાં આરોગ્યને 'ઇશ્વરીય ભેટ' માનવામાં આવતું હતું અને બિમારી સંબંધિત વ્યક્તિ દ્વારા કરેલા પાપોને લીધે થતી હોવાનું માનવામાં આવતું હતું. હિપ્પોક્રેટ્સ (460થી 370 બીસી) એવી વ્યક્તિ હતા જેમણે બિમારી પાછળનાં કારણો સામે લાવ્યા હતા. તેમના અનુસાર બિમારી પર્યાવરણ, સફાઈ, વ્યક્તિગત સ્વચ્છતા અને આહારને સંબંધિત વિભિન્ન પરિબલોને લીધે થાય છે. પ્રાચીન ભારતના વેદિક ગ્રંથો 'આરોગ્યમ મહાભાગ્યમ' અંગે જણાવે છે, જેનો અર્થ 'સ્વાસ્થ્ય સારું નસીબ છે' અથવા અન્ય શબ્દોમાં કહીએ તો 'સ્વાસ્થ્ય સંપત્તિ છે'. પ્રાચીન ભારતમાં ઘણા ગ્રંથો જેવા કે *અથર્વ વેદ*, *ચરક સંહિતા*, *સુશ્રુતા સંહિતા*, *અષ્ટાંગહૃદયમ*, *અષ્ટાંગસંગ્રહ*, *ભેલા સંહિતા* અને *કશ્યપ સંહિતા* જૂના સમયમાં ભારતમાં પ્રચલિત હતી એવી ચિકિત્સા પરંપરાઓ પર ચર્ચા કરે છે.

વ્યાખ્યા

સ્વાસ્થ્યની વ્યાપકપણે સ્વીકારેલી વ્યાખ્યા વિશ્વ આરોગ્ય સંસ્થા (ડબ્લ્યુ.એચ.ઓ.) દ્વારા આપવામાં આવી હતી - 'સ્વાસ્થ્ય માત્ર રોગ કે નબળાઈની ગેરહાજરી જ નથી, પરંતુ સંપૂર્ણ શારીરિક, માનસિક અને સામાજિક તંદુરસ્તીની સ્થિતિ છે.'

સ્વાસ્થ્યના નિર્ધારકો

સામાન્ય રીતે એવું માનવામાં આવે છે કે નીચેનાં પરિબલો કોઈ પણ વ્યક્તિનાં સ્વાસ્થ્યને નિર્ધારિત કરે છે:

a) જીવનશૈલીનાં પરિબલો

જીવનશૈલીનાં પરિબલો મોટે ભાગે સંબંધિત વ્યક્તિનાં નિયંત્રણમાં હોય છે, દા.ત. કસરત કરવી અને મર્યાદામાં ખાવું, ચિંતા કરવાનું ટાળવું અને સારા સ્વાસ્થ્ય તરફ લઈ જતી આવી પસંદગી; કે કેન્સર, એઇડ્સ, હાઇપરટેન્શન અને ડાયાબિટિસ વગેરે જેવા રોગો તરફ દોરી જતી પસંદગી.

b) પર્યાવરણીય પરિબલો

સંક્રમણ કરી શકે એવા રોગો જેવા કે ઇન્ફ્લુએન્ઝા અને અછબડા વગેરે ખરાબ સ્વચ્છતાને લીધે ફેલાય છે, રોગો જેવા કે મેલેરિયા અને ડેંગ્યુ ખરાબ પર્યાવરણીય સ્વચ્છતાને લીધે ફેલાય છે, જ્યારે કેટલાક રોગો પણ પર્યાવરણીય પરિબલોને લીધે થાય છે.

c) આનુવંશિક પરિબળો

રોગો માતા-પિતાથી બાળકોમાં જનીનો મારફતે વહન થઈ શકે છે. આવા આનુવંશિક પરિબળો વંશ, ભૌગોલિક સ્થળ અને સમુદાયોને આધારે વિશ્વભરમાં ફેલાયેલા લોકોમાં વિભિન્ન સ્વાસ્થ્ય વલણોમાં પરિણમે છે.

બિલકુલ સ્વાભાવિક છે કે દેશની સામાજિક અને આર્થિક પ્રગતિ તેના લોકોનાં સ્વાસ્થ્ય પર આધાર રાખે છે. આ વિભિન્ન પરિસ્થિતિઓ માટે વિભિન્ન પ્રકારની આરોગ્યસંભાળની આવશ્યકતા છે કે નહીં તે પ્રશ્ન ઊભો કરે છે.

તમારી કસોટી કરો 1

નીચેનામાંથી કયો રોગ જીવનશૈલીનાં પરિબળોને લીધે થતો નથી (એટલે કે, વ્યક્તિનાં નિયંત્રણમાં નથી) ?

I. કેન્સર

II. એઇડ્સ

III. મેલેરિયા

IV. હાઇપરટેન્શન

B. આરોગ્યસંભાળનાં સ્તરો

સ્વાસ્થ્યની સંભાળ બીજું કશું નહીં, પરંતુ સરકાર સહિતની વિભિન્ન એજન્સીઓ અને પ્રદાતાઓ દ્વારા લોકોનાં સ્વાસ્થ્યને પ્રોત્સાહન આપવા, જાળવવા, દેખરેખ રાખવા અને પુનઃસ્થાપિત કરવા માટે પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓ છે. અસરકારકતા માટે આરોગ્યસંભાળમાં નીચેની બાબતો સામેલ હોવી જોઈએ :

- લોકોની જરૂરિયાતને અનુરૂપ
- સમગ્રલક્ષી
- પર્યાપ્ત
- સરળતાથી ઉપલબ્ધ
- વ્યાજબી

આરોગ્યસંભાળ સુવિધાઓ વસ્તી માટે રોગ થવાની સંભાવનાને આધારે હોવી જોઈએ. ઉદાહરણ તરીકે વ્યક્તિને શરદી, ખાંસી, ત્વચાની એલર્જી વગેરે વર્ષમાં ઘણી વખત થઈ શકે છે, પરંતુ તેમને/ તેની હેપેટાઈટિસ બીથી પિડાવાની સંભાવના શરદી અને ખાંસીની તુલનામાં ઓછી હોય છે.

તેથી કોઈ પણ ક્ષેત્ર પછી તે ગામ કે જિલ્લો અથવા રાજ્ય હોય ત્યાં આરોગ્યસંભાળની સુવિધાઓ સ્થાપવાની જરૂરિયાત જે તે ક્ષેત્રના સૂચકો તરીકે ઓળખતા સ્વાસ્થ્યની સંભાળનાં વિભિન્ન પરિબલોને આધારે હશે, જેવા કે:

- ✓ વસ્તીનું કદ
- ✓ મૃત્યુ દર
- ✓ બિમારીનો દર
- ✓ વિકલાંગતા દર
- ✓ લોકોનું સામાજિક અને માનસિક સ્વાસ્થ્ય
- ✓ લોકોની સામાન્ય પોષણની સ્થિતિ
- ✓ પર્યાવરણીય પરિબલો જેવા કે તે ખાણકામ ક્ષેત્ર હોય કે ઔદ્યોગિક ક્ષેત્ર હોય
- ✓ શક્ય આરોગ્યસંભાળ પ્રદાતા પ્રણાલી, દા.ત. હૃદયના ડોક્ટર ગામમાં સરળતાથી ઉપલબ્ધ ન હોય, પરંતુ જિલ્લાનાં શહેરમાં હોઈ શકે છે
- ✓ આરોગ્યસંભાળ પ્રણાલીનો કેટલા પ્રમાણમાં ઉપયોગ થવાની શક્યતા છે
- ✓ સામાજિક-આર્થિક પરિબલો, જેવા કે પોષણક્ષમતા

ઉપરનાં પરિબલોને આધારે સરકાર પ્રાથમિક, ગૌણ અને તૃતીય આરોગ્યસંભાળ માટેનાં કેન્દ્રો સ્થાપવાનો નિર્ણય લે છે અને યોગ્ય આરોગ્યસંભાળને પોષણક્ષમ અને લોકો માટે સુલભ બનાવવા માટેનાં અન્ય પગલાં ભરે છે.

C. આરોગ્યસંભાળના પ્રકારો

આરોગ્યસંભાળને નીચે મુજબ વ્યાપક રીતે વર્ગીકૃત કરવામાં આવે છે:

1. પ્રાથમિક આરોગ્યસંભાળ

પ્રાથમિક આરોગ્યસંભાળનો અર્થ ડોક્ટર્સ, નર્સ અને અન્ય નાના દવાખાનાઓ દ્વારા આપવામાં આવતી સેવાઓ થાય છે, જેમનો કોઈ બિમારી માટે દર્દી દ્વારા સૌ પ્રથમ સંપર્ક કરવામાં આવે છે, એટલે કે પ્રાથમિક આરોગ્યસંભાળ પ્રદાતા સ્વાસ્થ્ય પ્રણાલીની અંદર તમામ દર્દીઓ માટે સંપર્કનું પ્રથમ બિંદુ છે.

ઉદાહરણ માટે, જો વ્યક્તિ તાવ માટે ડોક્ટરની મુલાકાત લે અને પ્રથમ નિદાન ડેંગ્યુનાં તાવનો સંકેત હોય, તો પ્રાથમિક આરોગ્યસંભાળ પ્રદાતા કેટલીક દવાઓ લખી આપશે, પરંતુ દર્દીને વિશેષ સારવાર માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાનો નિર્દેશ પણ આપશે.

રાષ્ટ્રીય સ્તરે પ્રાથમિક આરોગ્યસંભાળ કેન્દ્રો સરકાર અને ખાનગી ખેલાડીઓ બંને દ્વારા સ્થાપવામાં આવે છે. સરકારી પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્રો વસ્તીનાં કદને આધારે સ્થાપવામાં આવે છે અને તે કોઈ ને કોઈ સ્વરૂપે ગામનાં સ્તરે ઉપસ્થિત હોય છે.

2. ગૌણ આરોગ્યસંભાળ

ગૌણ આરોગ્યસંભાળનો અર્થ એવા તબીબી વિશેષજ્ઞો અને અન્ય સ્વાસ્થ્ય વ્યાવસાયિકો દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી આરોગ્યસંભાળ સેવાઓ છે જેમનો સામાન્યપણે દર્દી સાથે પ્રથમ સંપર્ક નથી થતો. તેમાં ગંભીર બિમારી માટે સામાન્યપણે (પરંતુ જરૂરી નથી) ઇન-પેશન્ટ તરીકે ટૂંકા ગાળા માટે સારવારની આવશ્યકતા હોય એવી તીવ્ર સંભાળનો સમાવેશ થાય છે, જેમાં ઇન્ટેન્સિવ કેર સેવાઓ, એમ્બ્યુલન્સ સુવિધાઓ, પેથોલોજી, નૈદાનિક અને અન્ય સંબંધિત તબીબી સેવાઓનો સમાવેશ થાય છે.

3. તૃતીય આરોગ્યસંભાળ

તૃતીય આરોગ્યસંભાળ પ્રાથમિક / ગૌણ સંભાળ પ્રદાતાઓના રેફરલ પર સામાન્યપણે ઇનપેશન્ટ્સ માટેની વિશિષ્ટ કન્સલ્ટિવ આરોગ્યસંભાળ છે.

તૃતીય આરોગ્યસંભાળ પ્રદાતાઓના ઉદાહરણ એવા લોકો છે જેઓ ગૌણ આરોગ્યસંભાળ પ્રદાતાઓના અવકાશની બહારની અત્યાધુનિક તબીબી સુવિધાઓ અને તબીબી વ્યવસાયો ધરાવે છે, દા.ત. ઓન્કોલોજી (કેન્સરની સારવાર), અંગ પ્રત્યારોપણ સુવિધાઓ, ઉચ્ચ જોખમ ધરાવતા ગર્ભાવસ્થાના વિશેષજ્ઞો વગેરે.

એ નોંધવું જોઈએ કે જેમ સંભાળનું સ્તર વધે છે તેમ સંભાળની સાથે સંકળાયેલા ખર્ચ પણ વધે છે. સંભાળનાં વિભિન્ન સ્તર માટેની માળખાકીય સુવિધા દેશથી દેશ, ગ્રામીણ-શહેરી ક્ષેત્રોમાં પણ વિભિન્ન હોય છે, જ્યારે સામાજિક-આર્થિક પરિબલો પણ તેમને પ્રભાવિત કરે છે.

તમારી કસોટી કરો 2

નીચેનામાંથી કયો વિકલ્પ પ્રાથમિક આરોગ્યસંભાળનો ભાગ છે ?

- I. તાવ
- II. કેન્સર
- III. અંગ પ્રત્યારોપણ
- IV. ઉચ્ચ જોખમ ધરાવતી ગર્ભાવસ્થા

D. ભારતમાં આરોગ્ય વીમાનો વિકાસ

સરકાર સ્વાસ્થ્યની સંભાળ અંગેના તેના નીતિવિષયક નિર્ણયો સાથે વ્યસ્ત હતી, ત્યારે તેણે આરોગ્ય વીમાની યોજનાઓને પણ લાગૂ કરી હતી. માત્ર ત્યાર પછી જ વીમા કંપનીઓએ તેમની આરોગ્ય વીમાની પોલિસીઓ રજૂ કરી હતી. અહીં ભારતમાં આરોગ્ય વીમાનો વિકાસ કેવી રીતે થયો છે તે જણાવ્યું છે:

1. કર્મચારી રાજ્ય વીમા યોજના

ભારતમાં આરોગ્ય વીમો ઔપચારિક રીતે કર્મચારી રાજ્ય વીમા યોજનાની શરૂઆતથી આરંભ થયો હતો, જેને 1947માં દેશની સ્વતંત્રતા પછી તરત જ ઇએસઆઇ ધારા, 1948 મારફતે શરૂ કરવામાં આવ્યો હતો. આ યોજના ઔપચારિક ખાનગી ક્ષેત્રમાં કાર્યરત બ્લ્યુ-કોલર કામદારો માટે રજૂ કરવામાં આવી હતી અને તે તેના પોતાના દવાખાના અને હોસ્પિટલોનાં નેટવર્ક મારફતે સમગ્રલક્ષી સ્વાસ્થ્ય સેવાઓ પૂરી પાડે છે.

ઇએસઆઇસી (એમ્પ્લોઇઝ સ્ટેટ ઇન્શ્યોરન્સ કોર્પોરેશન) અમલ કરતી એજન્સી છે, જે તેના પોતાના હોસ્પિટલો અને દવાખાનાઓ ચલાવે છે અને જ્યારે પોતાની સુવિધાઓ પર્યાપ્ત ન હોય ત્યારે જાહેર/ ખાનગી પ્રદાતાઓ સાથે કરાર પણ કરે છે.

2. કેન્દ્ર સરકાર સ્વાસ્થ્ય યોજના

ઇએસઆઇએસ પછી તરત જ કેન્દ્ર સરકાર સ્વાસ્થ્ય યોજના (સીજીએચએસ) રજૂ થઈ હતી, જેને બિન-લશ્કરી નોકરીઓમાં કાર્ય કરતા પેન્શનર્સ અને તેમના પરિવારો સહિતના કેન્દ્ર સરકારના કર્મચારીઓ માટે 1954માં રજૂ કરવામાં આવી હતી. તે કર્મચારીઓ અને તેમના પરિવારોને સમગ્રલક્ષી તબીબી સંભાળ પૂરી પાડવાનો લક્ષ્યાંક

ધરાવે છે અને તેમાં આંશિક કર્મચારીઓ દ્વારા અને મોટે ભાગે નિયોજક(કેન્દ્ર સરકાર) દ્વારા ભંડોળ પૂરું પાડવામાં આવે છે.

3. વાણિજ્ય આરોગ્ય વીમો

વાણિજ્ય આરોગ્ય વીમો વીમા ઉદ્યોગના રાષ્ટ્રીયકરણ પહેલા તેમ જ પછી કેટલીક બિન-જીવન વીમા કંપનીઓ દ્વારા ઓફર કરવામાં આવતો હતો.

1986માં તમામ ચાર રાષ્ટ્રીયકૃત બિન-જીવન વીમા કંપનીઓ (તેઓ ત્યારે જનરલ ઇન્શ્યોરન્સ કોર્પોરેશન ઓફ ઇન્ડિયાની પેટાકંપનીઓ હતી) દ્વારા ભારતીય બજારમાં વ્યક્તિઓ અને તેમના પરિવારો માટે પ્રથમ પ્રમાણિત આરોગ્ય વીમા ઉત્પાદન રજૂ કરવામાં આવ્યું હતું. આ ઉત્પાદન, મેડિકલેઇમ પ્રસુતિ, અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા રોગો વગેરે જેવા કેટલાક એક્સ્ક્લુઝન્સ(અપવર્જનો)ની સાથે ક્ષતિપૂર્તિની ચોક્કસ વાર્ષિક મર્યાદા સુધીના હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના ખર્ચ માટે કવરેજ પૂરું પાડવામાં માટે રજૂ કરવામાં આવ્યો હતો.

હોસ્પિટલાઇઝેશન ક્ષતિપૂર્તિ આધારિત વાર્ષિક કરાર ભારતમાં આજે ખાનગી આરોગ્ય વીમાનું સૌથી લોકપ્રિય સ્વરૂપ છે. 2001માં વીમા ક્ષેત્રમાં ખાનગી ખેલાડીઓ આવી રહ્યા હોવાની સાથે આરોગ્ય વીમામાં પ્રચંડ વૃદ્ધિ થઈ છે. જોકે આજે પણ હજુ સુધી ઉપયોગમાં નહીં લેવાયું બજાર છે.

સરકારે લોકોને આરોગ્ય વીમા પોલિસીઓ ખરીદવા માટે પ્રોત્સાહિત કરી છે. પોતાના, જીવનસાથી અને પરિવારના સભ્યો માટે આરોગ્ય વીમા માટે યુકવેલા પ્રીમિયમને આવક વેરા ધારાની સેક્શન 80ડી હેઠળ વેરાપાત્ર આવકમાંથી ડિડક્શન માટે મંજૂરી આપવામાં આવી છે. આ સેક્શન 60 વર્ષથી વધુની વયના માતા-પિતા / સાસુ-સસરાનાં પ્રીમિયમ યુકવવાની ઊંચી મર્યાદાને મંજૂરી આપે છે.

આવરણો, અપવર્જનો અને નવા એડ-ઓન આવરણોમાં નોંધપાત્ર વિભિન્નતા રજૂ કરવામાં આવી છે, જેની ચર્ચા પછીનાં પ્રકરણોમાં કરવામાં આવશે.

તમારી કસોટી કરો ૩

તમામ ચાર રાષ્ટ્રીયકૃત બિન-જીવન વીમા કંપનીઓ દ્વારા ભારતીય બજારમાં વ્યક્તિઓ અને તેમના પરિવારો માટે પ્રથમ પ્રમાણિત આરોગ્ય વીમા ઉત્પાદન _____ વર્ષમાં રજૂ કરવામાં આવ્યું હતું.

I. 1948

II. 1954

III. 1986

IV. 2001

E. આરોગ્ય વીમા બજાર

આરોગ્ય વીમા બજારમાં આજે સંખ્યાબંધ ખેલાડીઓ સામેલ છે, જેમાંથી કેટલાક આરોગ્યસંભાળ સુવિધાઓ પૂરી પાડે છે, જેમને પ્રદાતાઓ કહેવામાં આવે છે, જ્યારે અન્ય વીમા સેવાઓ અને વિભિન્ન મધ્યસ્થીઓ પણ છે. કેટલાક મૂળભૂત માળખાકીય સુવિધા બનાવે છે, જ્યારે અન્યો સુવિધાઓને ટેકો પૂરો પાડે છે. કેટલાક સરકારી ક્ષેત્રમાં છે, જ્યારે અન્ય ખાનગી ક્ષેત્રમાં છે.

1. ખાનગી ક્ષેત્રનાં આરોગ્યસંભાળ પ્રદાતાઓ

ભારત ખૂબ મોટું ખાનગી સ્વાસ્થ્ય ક્ષેત્ર ધરાવે છે, જે તમામ ત્રણ પ્રકારની -પ્રાથમિક, ગૌણ તેમ જ તૃતીય આરોગ્યસંભાળ સેવાઓ પૂરી પાડે છે. આમાં સ્વૈચ્છિક, બિન-લાભકારી સંસ્થાઓ અને વ્યક્તિઓથી લઈને લાભકારી કોર્પોરેટ, ટ્રસ્ટ્સ, એકલ વ્યવસાયીઓ, સ્ટેન્ડ-એલોન વિશેષજ્ઞ સેવાઓ, નૈદાનિક પ્રયોગશાળાઓ, દવાની દુકાનો અને અયોગ્ય પ્રદાતાઓ (વૈદ્યો)નો સમાવેશ થાય છે.

ભારત ચિકિત્સાની અન્ય પ્રણાલીઓ (આયુર્વેદ/ સિદ્ધ/ ઉનાની/ હોમિયોપેથી)માં યોગ્ય ચિકિત્સકોની મોટી સંખ્યા પણ છે, જે 7 લાખથી વધુ છે. આ જાહેર તેમ જ ખાનગી ક્ષેત્રમાં આવેલા છે. આરોગ્યસંભાળના લાભકારી ખાનગી પ્રદાતાઓ ઉપરાંત NGO અને સ્વૈચ્છિક ક્ષેત્ર પણ સમુદાયને આરોગ્યસંભાળ સેવાઓ પૂરી પાડવામાં જોડાયેલા છે.

સામાન્ય વીમા ક્ષેત્રમાં વીમા કંપનીઓ મોટા પ્રમાણમાં આરોગ્ય વીમા સેવાઓ પૂરી પાડે છે. સ્ટેન્ડ એલોન હેલ્થ ઇન્શ્યોરન્સ (SAHI) કંપનીઓને તમામ પ્રકારના આરોગ્ય વીમાઓમાં

વ્યવહાર કરવાની મંજૂરી છે, જ્યારે જીવન વીમા કંપીઓને પણ અમુક પ્રકારના આરોગ્ય વીમાઓમાં વ્યવહાર કરવાની મંજૂરી છે.

2. મધ્યસ્થીઓ :

વીમા ઉદ્યોગના ભાગ તરીકે સેવાઓ પૂરી પાડતા સંખ્યાબંધ લોકો અને સંસ્થાઓ આરોગ્ય વીમા બજારનો ભાગ પણ રચે છે. વીમા મધ્યસ્થીઓને IRDA અધિનિયમ, 1999ની કલમ 2 હેઠળ વ્યાખ્યાયિત કરવામાં આવે છે. આમાં વીમાના દલાલો, પુનઃવીમા દલાલો, વીમા સલાહકારો, સર્વેક્ષકો અને નુકસાનના આકારણીકારો તેમ જ તૃતીય પક્ષ વ્યવસ્થાપકોનો સમાવેશ થાય છે.

તૃતીય પક્ષ વ્યવસ્થાપક (TPA) એવી કંપની છે, જેમની નોંધણી IRDA સાથે થયેલી હોય છે અને ફી માટે આરોગ્ય સેવાઓ પૂરી પાડવા માટે વીમા કંપની દ્વારા રોકેલા હોય છે. TPA આરોગ્ય વીમા કારોબારના સંબંધમાં કરાર હેઠળ વીમા કંપનીને નીચેની સેવાઓ પૂરી પાડી શકે છે:

- સંબંધિત પોલિસીના અંતર્ગત નિયમો અને શરતો મુજબ અને દાવાઓની પતાવટ માટે વીમા કંપનીઓ દ્વારા જારી કરેલી માર્ગદર્શિકાઓનાં માળખાની અંદર કેશલેસ સારવારની પૂર્વ-અધિકૃતતા અથવા કેશલેસ દાવાઓ સિવાય દાવાઓની પતાવટ અથવા બંને મારફતે આરોગ્ય વીમા પોલિસીઓ હેઠળ દાવાઓની સેવા આપવી
- જો કોઈ હોય તો વ્યક્તિગત અકસ્માત પોલિસી અને સ્થાનિક પ્રવાસ પોલિસી હેઠળ હોસ્પિટલાઇઝેશન કવર માટેના દાવાઓની સેવા આપવી.
- આરોગ્ય વીમા પોલિસીઓનાં અન્ડરરાઇટિંગ સાથેનાં સંબંધમાં વીમા પૂર્વની તબીબી તપાસ હાથ ધરવાની સુવિધા આપવી.

સારાંશ

- વીમો એક અથવા બીજા સ્વરૂપે ઘણી સદીઓ પહેલા અસ્તિત્વ ધરાવતો હતો, પરંતુ તેનું આધુનિક સ્વરૂપ માત્ર થોડી સદીઓ જૂનું છે. ભારતમાં વીમો સરકારી નિયમનોથી ઘણા તબક્કાઓમાંથી પસાર થયો છે.
- પોતાના નાગરિકોનું સ્વાસ્થ્ય ખૂબ મહત્વપૂર્ણ હોવાથી સરકારો યોગ્ય આરોગ્યસંભાળ પ્રણાલીનું સર્જન કરવામાં મોટી ભૂમિકા ભજવે છે.
- પૂરું પાડવામાં આવતું આરોગ્યસંભાળનું સ્તર દેશની વસ્તીનાં સંબંધમાં ઘણા પરિબળો પર આધાર રાખે છે.

- d) આરોગ્યસંભાળના ત્રણ પ્રકાર પ્રાથમિક, ગૌણ અને તૃતીય છે, જે આવશ્યક તબીબી ધ્યાનનાં સ્તર પર આધાર રાખે છે. આરોગ્યસંભાળનો ખર્ચ દરેક સ્તરે વધે છે, જેમાં તૃતીય સંભાળ સૌથી ખર્ચાળ હોય છે.
- e) ભારત પોતાના વિશિષ્ટ પડકારો ધરાવે છે, જેવા કે વસ્તીમાં વૃદ્ધિ અને શહેરીકરણ, જેના માટે યોગ્ય આરોગ્યસંભાળની જરૂરિયાત હોય છે.
- f) જાહેર ક્ષેત્રની વીમા કંપનીઓ સૌ પ્રથમ આરોગ્ય વીમા યોજનાઓ લાવી હતી, ત્યાર પછી ખાનગી વીમા કંપનીઓ દ્વારા વાણિજ્ય વીમો રજૂ કરવામાં આવ્યો હતો.
- g) આરોગ્ય વીમા બજાર ઘણા ખેલાડીઓનું બનેલું છે, જેમાં કેટલાક માળખાકીય સુવિધાઓ પૂરી પાડે છે, જ્યારે અન્ય વીમા સેવાઓ પૂરી પાડે છે, મધ્યસ્થીઓ જેવા કે દલાલો, એજન્ટ્સ અને તૃતીય પક્ષ વ્યવસ્થાપકો આરોગ્ય વીમા કારોબારની સેવા આપે છે અને અન્ય નિયમનકારી, શૈક્ષણિક તેમ જ કાયદાકીય એકમો તેમની ભૂમિકા ભજવે છે.

તમારી કસોટીના ઉત્તરો

ઉત્તર 1 સાચો વિકલ્પ III છે.

ઉત્તર 2 સાચો વિકલ્પ I છે.

ઉત્તર 3 સાચો વિકલ્પ III છે.

મુખ્ય પદો

- a) આરોગ્યસંભાળ
- b) વાણિજ્ય વીમો
- c) રાષ્ટ્રીયકરણ
- d) પ્રાથમિક, ગૌણ અને તૃતીય આરોગ્યસંભાળ
- e) તૃતીય પક્ષ વ્યવસ્થાપકો

પ્રકરણ H-02

આરોગ્ય વીમાનું દસ્તાવેજીકરણ

પ્રકરણની પ્રસ્તાવના

વીમા ઉદ્યોગમાં આપણે મોટી સંખ્યામાં ફોર્મ્સ, દસ્તાવેજો વગેરે સાથે વ્યવહાર કરીએ છીએ. આ પ્રકરણ આપણને આરોગ્ય વીમા કરારમાં દસ્તાવેજો અને તેમના મહત્વ વિશે જણાવે છે.

અભ્યાસનાં પરિણામો

- A. પ્રસ્તાવપત્રો
- B. પ્રસ્તાવનો સ્વીકાર (અન્ડરરાઈટિંગ)
- C. માહિતીપત્ર
- D. પોલિસી દસ્તાવેજ
- E. શરતો અને વોરંટીઝ

આ પ્રકરણનો અભ્યાસ કર્યા પછી તમે નીચેની બાબતો માટે સક્ષમ બનશો:

- a) પ્રસ્તાવપત્રના વિષયાર્થ સમજાવવા.
- b) માહિતીપત્રનાં મહત્વને વર્ણવવા.
- c) વીમા પોલિસી દસ્તાવેજમાં નિયમો અને શબ્દો સમજાવવા.
- d) પોલિસીની શરતો અને વોરંટીઝની ચર્ચા કરવા.
- e) એન્ડોર્સમેન્ટ્સ કેમ જારી કરવામાં આવે છે તેનું મૂલ્યાંકન કરવા.
- f) પ્રીમિયમની રસીદ સમજાવવા.
- g) નવીકરણ નોટિસ કેમ જારી કરવામાં આવે છે તેનું મૂલ્યાંકન કરવા.

A. પ્રસ્તાવપત્રો

1. આરોગ્ય વીમાનાં પ્રસ્તાવપત્રો

સામાન્ય પ્રકરણોમાં ચર્ચા કર્યા પ્રમાણે પ્રસ્તાવપત્ર એવી માહિતી ધરાવે છે, જે વીમા કંપનીને વીમા માટે ઓફર કરવામાં આવતા જોખમને સ્વીકારવા માટે ઉપયોગી હોય છે. નીચે આરોગ્ય વીમા પોલિસી માટેનાં પ્રસ્તાવપત્રોની કેટલીક વિગતો આપવામાં આવી છે:

1. પ્રસ્તાવપત્રમાં માહિતીપત્ર સામેલ હોય છે, જે આવરણની વિગતો જેવી કે કવરેજ, અપવર્જનો, જોગવાઈઓ વગેરેની વિગતો આપે છે. માહિતીપત્ર પ્રસ્તાવપત્રનો ભાગ રચે છે અને પ્રસ્તાવ કરનારે તેના વિષયાર્થની નોંધ લીધી હોવાનાં સ્વરૂપે તેના પર હસ્તાક્ષર કરવાના હોય છે.
2. પ્રસ્તાવપત્ર નામ, સરનામું, વ્યવસાય, જન્મતારીખ, જાતિ અને પ્રસ્તાવ કરનાર સાથે દરેક વીમાકૃત વ્યક્તિના સંબંધ, સરેરાશ માસિક આવક અને ઇન્કમ ટેક્સ PAN નંબર, ચિકિત્સા વ્યવસાયીનું નામ અને સરનામું, તેમની લાયકાત અને નોંધણી નંબરને લગતી માહિતી એકત્રિત કરે છે. હાલનાં સમયમાં બેંક ટ્રાન્સફર મારફતે દાવાનાં નાણાંની સીધી ચુકવણી કરવા માટે વીમાધારકની બેંકની વિગતો પણ એકત્રિત કરવામાં આવે છે.
3. આ ઉપરાંત વીમાધારક વ્યક્તિની તબીબી સ્થિતિને લગતા પ્રશ્નો હોય છે. ફોર્મમાં આ વિગતવાર પ્રશ્નો દાવાના ભૂતકાળના અનુભવ આધારિત હોય છે અને તે જોખમનાં યોગ્ય અન્ડરરાઈટિંગને હાંસલ કરવા માટે હોય છે.
4. વીમાધારક વ્યક્તિ ફોર્મમાં સ્પષ્ટ કરેલા કોઈ પણ રોગમાંથી પિડાઈ રહી હોય તો તેમણે સંપૂર્ણ વિગતો જણાવવાની આવશ્યકતા હોય છે.
5. આ ઉપરાંત ભોગ બન્યા હોય એવી કોઈ બિમારી કે રોગની અથવા થયેલા અક્સ્માતની વિગતો નીચે મુજબ માગવામાં આવે છે:
 - a. બિમારી/ ઇજા અને સારવારની પ્રકૃતિ
 - b. પ્રાથમિક સારવારની તારીખ
 - c. ઉપસ્થિત રહેનાર ડોક્ટરનું નામ અને સરનામું
 - d. સંપૂર્ણપણે સાજા થયા હતા કે નહીં

6. પ્રસ્તાવ કરનાર કોઈ વધારાની હકીકતો જણાવે તો તેને વીમા કંપની સમક્ષ જાહેર કરવી જોઈએ અને જો તેમને કોઈ સકારાત્મક અસ્તિત્વ અથવા કોઈ બિમારી કે ઇજાની ઉપસ્થિતિની જાણ હોય તો તેની તરફ તબીબી ધ્યાન આપવાની આવશ્યકતા હોઈ શકે છે.
7. ફોર્મમાં પાછલા વીમા અને દાવાના ઇતિહાસ અને અન્ય કોઈ વીમા કંપની સાથે હાલના વધારાના વીમાને લગતા પ્રશ્નો પણ સામેલ હોય છે.
8. પ્રસ્તાવ કરનાર દ્વારા હસ્તાક્ષર કરવામાં આવનારી ઘોષણાની ખાસ વિશેષતાઓની પણ નોંધ લેવી જોઈએ.
9. વીમાધારક વ્યક્તિ સંમત થાય છે અને વીમા કંપનીને કોઈ પણ એવી હોસ્પિટલ/ એવા તબીબી વ્યવસાયી પાસેથી તબીબી માહિતી માગે તે માટે અધિકૃત કરે છે, જેઓ કોઈ પણ સમયે તેમના શારીરિક અથવા માનસિક સ્વાસ્થ્યને અસર કરે એવી કોઈ પણ બિમારીના સંબંધમાં કોઈ પણ સમયે ઉપસ્થિત રહ્યા હોય અથવા ઉપસ્થિત રહી શકે છે.
10. વીમાધારક વ્યક્તિ પુષ્ટિ કરે છે કે તેમણે માહિતીપત્રને વાંચ્યું છે, જે ફોર્મનો ભાગ રચે છે અને તેઓ નિયમો અને શરતો સ્વીકારવા તૈયાર છે.
11. ઘોષણામાં નિવેદનોની સત્યતા અંગે સામાન્ય બાંધધરી અને કરારના આધાર તરીકે પ્રસ્તાવપત્ર સામેલ હોય છે.

2. તબીબી પ્રશ્નાવલી

પ્રસ્તાવપત્રમાં પ્રતિકૂળ તબીબી ઇતિહાસ હોવાના કિસ્સામાં વીમાધારક વ્યક્તિએ ડાયાબિટિસ, હાઇપરટેન્શન, છાતિમાં દુઃખાવા અથવા કોરોનરી અપર્યાપ્તતા અથવા માયોકાર્ડિયલ ઇન્ફાર્ક્શન જેવી રોગોને લગતા વિગતવાર પ્રશ્નો પૂરા કરવાના હોય છે.

આ પરામર્શી ચિકિત્સક દ્વારા પૂરા કરેલા ફોર્મ દ્વારા સમર્થન આપવાનું હોય છે. આ ફોર્મની તપાસ કંપનીના પેનલ ડોક્ટર દ્વારા કરવામાં આવે છે, જેમના અભિપ્રાય, સ્વીકૃતિ અને અપવર્જનો વગેરેને આધારે નિર્ણય લેવામાં આવે છે.

ઘોષણાનું પ્રમાણભૂત ફોર્મ

IRDAIએ આરોગ્ય વીમાનાં પ્રસ્તાવમાં પ્રમાણભૂત ઘોષણાનું ફોર્મેટ નીચે મુજબ સ્પષ્ટ કર્યું છે:

1. હું/ અમે અહીં મારા પક્ષે અને વીમાકૃત થવા માટે પ્રસ્તાવિત તમામ વ્યક્તિઓના પક્ષે ઘોષણા કરીએ છીએ કે મારા દ્વારા આપવામાં આવેલા ઉપરનાં નિવેદનો, ઉત્તર અને/ અથવા વિગતો મારા શ્રેષ્ઠ જ્ઞાન અનુસાર તમામ સંદર્ભોમાં ખરા છે અને પૂર્ણ છે અને હું/ અમે આ અન્ય વ્યક્તિઓના પક્ષે પ્રસ્તાવ કરવા માટે અધિકૃત છું/છીએ.
2. હું સમજું છું કે મારા દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતી વીમા પોલિસીનો આધાર બનાવશે, જે વીમા કંપનીની બોર્ડ દ્વારા માન્ય અન્ડરરાઇટિંગ પોલિસીને આધિન છે અને પોલિસી ચાર્જ થવા પાત્ર પ્રીમિયમ સંપૂર્ણપણે પ્રાપ્ત થવા પછી જ અમલમાં આવશે.
3. હું/ અમે વધુ ઘોષિત કરીએ છીએ કે હું/ અમે પ્રસ્તાવ રજૂ કરવામાં આવે ત્યાર પછી, પરંતુ કંપની દ્વારા જોખમની સ્વીકૃતિની જાણ કરવામાં આવે તે પહેલા વીમાકૃત થનાર/ પ્રસ્તાવ કરનાર વ્યક્તિના વ્યવસાય અથવા સામાન્ય સ્વાસ્થ્યમાં થતા કોઈ ફેરફાર અંગે લેખિતમાં જાણ કરશે.
4. હું / અમે ઘોષણા કરીએ છીએ અને કંપનીને કોઈ પણ સમયે મુલાકાત લીધી હોય એવા કોઈ પણ ડોક્ટર અથવા હોસ્પિટલ પાસેથી અથવા વીમાકૃત થનાર/ પ્રસ્તાવ કરનાર વ્યક્તિ અંગેની શારીરિક અથવા માનસિક સ્વાસ્થ્યને અસર કરે એવી કોઈ બાબત અંગે ભૂતકાળ અથવા પ્રવર્તમાન નિયોજક પાસેથી વીમાકૃત થનાર/ પ્રસ્તાવ કરનાર વ્યક્તિની તબીબી માહિતી મેળવવા અને પ્રસ્તાવનાં અન્ડરરાઇટિંગ અને/અથવા દાવાની પતાવટના ઉદ્દેશો માટે વીમાકૃત થનાર/ પ્રસ્તાવ કરનાર વ્યક્તિ અંગે વીમા માટે અરજી કરવામાં આવી હોય એવી કોઈ પણ વીમા કંપની પાસેથી માહિતી મેળવવાની સંમતિ આપું છું.
5. હું/ અમે કંપનીને પ્રસ્તાવને અન્ડરરાઇટિંગ અને/અથવા દાવાની પતાવટના એક માત્ર ઉદ્દેશ માટે અને સરકારી અને/અથવા નિયમનકારી સત્તાધિકારીની સાથે મેડિકલ રેકોર્ડ્સ સહિતની મારા પ્રસ્તાવને લગતી માહિતીની આપ-લે કરવા અધિકૃત કરું છું.

3. પ્રસ્તાવપત્રમાં પ્રશ્નોનો પ્રકાર

પ્રસ્તાવપત્રમાં પ્રશ્નોની સંખ્યા અને પ્રકાર સંબંધિત વીમાના પ્રકારને આધારે બદલાય છે. વીમાની રકમ પોલિસી હેઠળ વીમા કંપનીની જવાબદારીની મર્યાદા દર્શાવે છે અને તેને તમામ પ્રસ્તાવનાં ફોર્મમાં દર્શાવવાની હોય છે.

સ્વાસ્થ્ય, વ્યક્તિગત અકસ્માત અને પ્રવાસ ઇતિહાસ જેવી પર્સનલ લાઇન્સમાં પ્રસ્તાવપત્ર પ્રસ્તાવ કરનારનાં સ્વાસ્થ્ય, જીવવાની રીત અને આદતો, અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતી

સ્વાસ્થ્યની સમસ્યાઓ, તબીબી ઇતિહાસ, વારસાગત લક્ષણો, ભૂતકાળનો આરોગ્ય વીમાનો અનુભવ વગેરેની સાથે પ્રસ્તાવ કરનારના વ્યવસાય, ધંધા અથવા કારોબાર કે જે જોખમ પર વાસ્તવિક અસર કરી શકતા હોવાથી મહત્વપૂર્ણ હોવાને લીધે તેમના અંગેની માહતી મેળવવા માટે તૈયાર કરવામાં આવ્યું હોય છે.

ઉદાહરણ 1

- ✓ ફાસ્ટ-ફૂડ રેસ્ટોરન્ટના ડિલિવરી મેન, જેઓ તેમના ગ્રાહકને ફૂડ ડિલિવર કરવા માટે પોતાના મોટર બાઇક્સ પર ઊંચી ઝડપે વારંવાર મુસાફરી કરવાની હોવાથી તેમની સામે એ જ રેસ્ટોરન્ટના એકાઉન્ટન્ટ કરતા અકસ્માત થવાનું જોખમ વધુ હોઈ શકે છે.
- ✓ કોલસાની ખાણમાં અથવા સિમેન્ટ પ્લાન્ટમાં કામ કરતી વ્યક્તિ ધૂળના રજકણોના સંપર્કમાં આવી શકે છે, જેને લીધે ફેફસાની બિમારી થાય છે.

ઉદાહરણ 2

- ✓ વિદેશ પ્રવાસ વીમાના ઉદ્દેશ માટે પ્રસ્તાવ કરનારે જણાવવાની આવશ્યકતા હોય છે (કોણ પ્રવાસ કરી રહ્યું છે, ક્યારે, કયા દેશમાં, કયા ઉદ્દેશ માટે) અથવા આરોગ્ય વીમાના ઉદ્દેશ માટે પ્રસ્તાવ કરનારને કેસના આધારે તેમના/ તેણીના સ્વાસ્થ્ય (વ્યક્તિનું નામ, સરનામું અને ઓળખ) અંગે પૂછવામાં આવે છે.

ઉદાહરણ 3

- ✓ આરોગ્ય વીમાના કિસ્સામાં હોસ્પિટલની સારવારનો ખર્ચ હોઈ શકે છે, જ્યારે વ્યક્તિગત અકસ્માત વીમા માટે તે અકસ્માતને લીધે જીવન ગુમાવવા, અંગ ગુમાવવા, અથવા દૃષ્ટિ ગુમાવવા માટે નિર્ધારિત રકમ હોઈ શકે છે.

a) અગાઉનો અને પ્રવર્તમાન વીમો

પ્રસ્તાવ કરનારે વીમા કંપનીને તેમના અગાઉના વીમાઓ અંગેની વગતો જણાવવાની જરૂર હોય છે. આ તેમના વીમાના ઇતિહાસને સમજવા માટે હોય છે. કેટલાક બજારોમાં એવી પ્રણાલી હોય છે, જેના દ્વારા વીમા કંપનીઓ ગોપનીય રીતે વીમાધારક અંગેના ડેટાની આપલે કરતી હોય છે.

પ્રસ્તાવ કરનારે એ પણ જણાવવું આવશ્યક છે કે કોઈ વીમા કંપનીએ તેમના પ્રસ્તાવનો ઇન્કાર કર્યો છે, વિશેષ શરતો લાદી છે, નવીકરણ વખતે વધારેલા પ્રીમિયમને આવશ્યક બનાવ્યા છે અથવા પોલિસી નવીકરણ કરવાનો ઇન્કાર કર્યો છે કે પોલિસી રદ કરી છે કે નહીં. વીમા કંપનીઓનાં નામ સહિત અન્ય કોઈ વીમા કંપની સાથે હાલના વીમાની વિગતો પણ જાહેર કરવી આવશ્યક છે. આ ઉપરાંત વ્યક્તિગત અકસ્માત વીમામાં વીમા કંપની સમાન વીમાધારક દ્વારા લેવામાં આવેલી અન્ય PA પોલિસી હેઠળ વીમાની રકમને આધારે કવરેજની રકમ (વીમાની રકમ)ને મર્યાદિત કરવા માગશે.

b) દાવાનો અનુભવ

પ્રસ્તાવ કરનાર તેમને/ તેણીને થયેલા તમામ નુકસાનની સંપૂર્ણ વિગતો જાહેર કરવા માટે જણાવવામાં આવે છે, પછી તેઓ વીમાધારક હોય કે ન હોય. આ વીમા કંપનીને વીમાની વિષય બાબત અંગેની અને વીમાધારકે ભૂતકાળમાં જોખમનું સંચાલન કેવી રીતે કર્યું તેની માહિતી આપશે. તેનો અર્થ થાય છે કે વીમા કંપનીની મૌખિક રીતે પણ પ્રાપ્ત કરેલી તમામ માહિતી રેકોર્ડ કરવાની ફરજ છે, જેને એજન્ટે ફોલો અપનાં સ્વરૂપમાં ધ્યાનમાં રાખવાની હોય છે.

B. પ્રસ્તાવની સ્વીકૃતિ (અન્ડરરાઇટિંગ)

પૂર્ણ કરેલું પ્રસ્તાવપત્ર વ્યાપકપણે નીચેની માહિતી આપે છે:

- ✓ વીમાધારકની વિગતો
- ✓ વિષય બાબતની વિગતો
- ✓ આવશ્યક કવરનો પ્રકાર
- ✓ શારીરિક વિશેષતાઓ બંને સકારાત્મક અને નકારાત્મકની વિગતો
- ✓ વીમાનો અગાઉનો ઇતિહાસ અને દાવાનો અનુભવ

આરોગ્ય વીમાના પ્રસ્તાવના કિસ્સામાં વીમા કંપની સંભવિત ગ્રાહક જેમ કે 45 વર્ષથી વધુની વયની વ્યક્તિને ડોક્ટરને અને/ અથવા તબીબી તપાસ માટે પણ સંદર્ભિત કરી શકે છે. પ્રસ્તાવમાં ઉપલબ્ધ માહિતીને આધારે અને, જ્યારે તબીબી તપાસની સલાહ આપવામાં આવે છે ત્યારે મેડિકલ અહેવાલ અને ડોક્ટરની ભલામણને આધારે વીમા કંપની નિર્ણય લે છે. ક્યારેક, જ્યારે મેડિકલ ઇતિહાસ સંતોષકારક ન હોય ત્યારે વધુ માહિતી મેળવવા માટે વધારાની પ્રશ્નાવલી સંભવિત ગ્રાહક પાસેથી મેળવવાની પણ આવશ્યકતા હોય છે. ત્યાર

પછી વીમા કંપની જોખમ પરિબલને લાગુ થનારા દર અંગે નિર્ણય લે છે અને વિભિન્ન પરિબલોને આધારે પ્રીમિયમની ગણતરી કરે છે, જે પછી વીમાધારકને જણાવવામાં આવે છે.

C. માહિતીપત્ર

માહિતીપત્ર વીમાના સંભવિત ગ્રાહકોને વીમા કંપની દ્વારા અથવા તેના પક્ષમાં જારી કરવામાં આવતો દસ્તાવેજ છે. તે સામાન્યપણે બ્રોશરનાં અથવા માહિતી પુસ્તિકાનાં સ્વરૂપમાં હોય છે અથવા તે ઇલેક્ટ્રોનિક સ્વરૂપમાં પણ હોઈ શકે છે અને તે આવા સંભવિત ખરીદદારોને ઉત્પાદન રજૂ કરવાનો ઉદ્દેશ પૂરો પાડે છે. માહિતીપત્રનો ઇશ્યુ વીમા કરાર, 1938 દ્વારા તેમ જ પોલિસી ધારકોનાં હિતની સુરક્ષાના નિયમનો, 2017 અને IRDAના આરોગ્ય વીમા નિયમનો 2016 દ્વારા નિયંત્રિત થાય છે. આરોગ્ય પોલિસીઓની વીમા કંપનીઓ સામાન્યપણે તેમની આરોગ્ય વીમાની ઉત્પાદનો અંગે માહિતીપત્ર પ્રકાશિત કરે છે. આવા કિસ્સાઓમાં પ્રસ્તાવપત્ર ગ્રાહકે માહિતીપત્ર વાંચ્યું છે અને તેનાથી સંમત છે એવી ઘોષણા ધરાવશે.

પ્રકરણ 4માં ચર્ચા કરી તે પ્રમાણે વીમા ધારા, 1938ની સેક્શન 64 વીબી આવશ્યક બનાવે છે કે પ્રીમિયમ્સ એડ્વાન્સમાં એકત્રિત કરવાના હોય છે. જોકે કોવિડ-19 રોગચાળાને લીધે સ્થિતિને ધ્યાનમાં રાખીને આરોગ્ય વીમાનાં પ્રીમિયમ્સની ચુકવણીને સરળ બનાવવાની જરૂરિયાતને ધ્યાનમાં રાખીને IRDAએ વીમા કંપનીઓને વ્યક્તિગત આરોગ્ય વીમા ઉત્પાદનોનાં પ્રીમિયમ્સને હપ્તાઓમાં એકત્રિત કરવાની મંજૂરી આપી હતી. એવું પણ ફરજિયાત બનાવવામાં આવ્યું હતું કે વીમા કંપનીઓ પોતાની વેબસાઇટ્સ પર હપ્તાઓમાં પ્રીમિયમ્સની ચુકવણીની સુવિધાની ઉપલબ્ધતાની અને તેની શરતોની જાહેરાત કરે. આ સુવિધા કોઈ પણ ભેદભાવ વિના તમામ પોલિસી ધારકોને ઓફર કરવામાં આવશે.

D. પોલિસી દસ્તાવેજ

પોલિસી ધારકનાં હિત સુરક્ષિત રાખવા ધારા 2017નાં IRDAનાં નિયમનોમાં જણાવ્યું છે કે આરોગ્ય વીમા પોલિસી દસ્તાવેજો નીચેની બાબતો ધરાવતા હોવા જોઈએ:

- વીમાધારક અને વિષય બાબતમાં વીમાપાત્ર હિત ધરાવતી અન્ય કોઈ વ્યક્તિનું નામ(મો) અને સરનામું(માં)
- વીમાકૃત વ્યક્તિઓ અથવા હિતનું સંપૂર્ણ વર્ણન
- વ્યક્તિ અને/ અથવા સંકટ પ્રમાણે પોલિસી હેઠળ વીમાની રકમ

- d) ઉત્પાદનનો યુઆઇએન, નામ, કોડ નંબર, વેચાણ પ્રક્રિયામાં સામેલ વ્યક્તિની સંપર્ક વિગતો;
- e) વીમાધારકની જન્મ તારીખ અને પૂર્ણ થયેલા વર્ષોમાં સંબંધિત વય;
- f) વીમાની અવધિ અને તારીખ જ્યારથી પોલિસી ધારક કોઇ પણ વીમા કંપની પાસેથી ભારતમાં વિનાવિલંબ સતત આરોગ્ય વીમા કવર પ્રાપ્ત કરી રહ્યા હોય છે
- g) સંબંધિત પોલિસી વિભાગનાં કોસ રેફરેન્સની સાથે પેટા-મર્યાદાઓ, પ્રમાણસરનાં ડિડક્શન્સ અને પેકેજ દરનું અસ્તિત્વ, જો કોઇ હોય તો;
- h) સહયુકવણીની મર્યાદાઓ, જો કોઇ હોય તો;
- i) અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા રોગ (પીઇડી)ની રાહ જોવાની અવધિ, જો કોઇ હોય તો;
- j) લાગુ થાય તે પ્રમાણે વિશેષ રાહ જોવાની અવધિઓ;
- k) લાગુ થાય તે પ્રમાણે ડિડક્ટિબલ - સામાન્ય અને વિશિષ્ટ, જો આવરેલા કોઇ સંકટો અને અપવર્જનો હોય તો
- l) યુકવવાપાત્ર પ્રીમિયમ અને જ્યાં પ્રીમિયમ સમાયોજનને આધિન અલ્પકાલિક હોય, જો કોઇ હોય તો હપ્તાઓની સામયિકતાની સાથે પ્રીમિયમનાં સમાયોજનને આધારે
- m) પોલિસીના નિયમો, શરતો અને વોરંટીઝ
- n) આકસ્મિકતા થવા પર વીમાધારક દ્વારા લેવામાં આવતા પગલાં પોલિસી હેઠળ દાવો ઊભો કરી શકે છે
- o) કોઇ ઘટના સર્જવા પર વીમાની વિષય બાબતના સંબંધમાં વીમાધારકની ફરજો દાવો અને સંજોગોમાં વીમા કંપનીના અધિકારો ઊભા કરે છે
- p) કોઇ વિશેષ શરતો
- q) ગેરરજૂઆત, છેતરપિંડી, વાસ્તવિક હકીકતો જાહેર ન કરવી અથવા વીમાધારકના અસહકારના આધારે પોલિસી રદ કરવાની જોગવાઈ
- r) એડ-ઓન આવરણોની વિગતો, જો કોઇ હોય તો
- s) તકરાર નિવારણ કાર્યપ્રણાલીની વિગતો અને લોકપાલનું સરનામું

- t) વીમા કંપનીની તકરાર નિવારણ કાર્યપ્રણાલીની વિગતો;
- u) ફી-લુક અવધિની સુવિધા અને પોર્ટેબિલિટીની શરતો;
- v) પોલિસી માઇગ્રેશન સુવિધા અને શરતો, જ્યાં લાગુ થવા પાત્ર હોય.

E. શરતો અને વોરંટીઝ

અહીં, પોલિસી વર્ડિંગ્સમાં ઉપયોગમાં લેવામાં આવતી બે મહત્વની શરતો સમજાવવી મહત્વપૂર્ણ છે. આમને શરતો અને વોરંટીઝ કહેવામાં આવે છે.

1. શરતો: શરત વીમા કરારમાં એક જોગવાઈ છે, જે કરારનો આધાર રચે છે.

ઉદાહરણ:

a. મોટા ભાગની વીમા પોલિસીઓમાં પ્રમાણભૂત શરતો પૈકીની એક જણાવે છે:

જો દાવો કોઈ પણ સંદર્ભમાં કપટપૂર્ણ હોય, કે જો કોઈ ખોટી ઘોષણા કરવામાં આવી હોય અથવા તેના સમર્થનમાં ઉપયોગમાં લેવામાં આવી હોય અથવા વીમાધારક દ્વારા અથવા તેમના પક્ષે કાર્ય કરતી કોઈ વ્યક્તિ દ્વારા પોલિસી હેઠળ લાભ મેળવવા માટે જો કોઈ કપટપૂર્ણ માધ્યમ અથવા ઉપકરણોનો ઉપયોગ કરવામાં આવ્યો હોય અથવા જો ઇરાદાપૂર્વકના કૃત્યથી અથવા વીમાધારકની મિલીભગતથી નુકસાન કે હાનિ થાય તો આ પોલિસી હેઠળના તમામ લાભ જપ્ત કરવામાં આવશે.

b. આરોગ્ય પોલિસીમાં દાવાની જાણ કરવાની શરત જણાવે છે કે:

દાવો હોસ્પિટલમાંથી ડિસ્ચાર્જ થયાની તારીખથી અમુક દિવસોની અંદર ફાઇલ કરવાનો રહેશે. જોકે મુશ્કેલીના અત્યંત કિસ્સાઓમાં આ શરતમાં છૂટ પર વિચારણા કરવામાં આવી શકે છે.

શરતનું ઉલ્લંઘન વીમા કંપનીના વિકલ્પ પર પોલિસીને રદ કરવા યોગ્ય બનાવે છે.

2. વોરંટીઝ : વોરંટી વીમા કંપની અને વીમાધારક વચ્ચેનો કરાર છે, જેનું સંપૂર્ણપણે પાલન થવું જોઈએ. તે પોલિસી દસ્તાવેજનો ભાગ રચે છે. ઉદાહરણ તરીકે વીમા કંપની એ શરત પર વિશેષ રોગનું જોખમ આવરી શકે છે કે વીમાધારક વિશેષજ્ઞ સાથે ત્રિમાસિક ધોરણે કન્સલ્ટેશન્સ કરશે. ઉપરનાં ઉદાહરણમાં વીમાધારક કરારનો તેમનો હિસ્સો પરિપૂર્ણ કરવામાં નિષ્ફળ જાય છે તો તે ખાસ વિભાગ/ વોરંટીનાં સંદર્ભમાં જવાબદારીને નકારે છે અથવા ઘટાડે છે.

વોરંટીઝને કડકાઇથી અને શબ્દાનુસાર ધ્યાનમાં લેવી અને અનુસરવી જોઇએ, ભલે પછી તે જોખમ માટે મહત્વપૂર્ણ હોય કે ન હોય.

તમારી કસોટી કરો 1

નીચેનામાંથી કયું નિવેદન વોરંટીનાં સંદર્ભમાં સાચું છે ?

- I. વોરંટી એવી શરત છે, જે પોલિસીમાં જણાવ્યા વિના લાદવામાં આવે છે
- II. વોરંટી પોલિસી દસ્તાવેજનો ભાગ રચે છે
- III. વોરંટીની જાણ હંમેશાં વીમાધારકને અલગથી કરવામાં આવે છે અને તે પોલિસી દસ્તાવેજનો ભાગ હોઇ શકે નહીં
- IV. વોરંટીનું ઉલ્લંઘન થયું હોય તેમ છતાં પણ દાવાઓ ચુકવવાપાત્ર હશે.

આરોગ્ય વીમામાં એન્ડોર્સમેન્ટ્સ

આ પ્રમાણભૂત સ્વરૂપમાં પોલિસીઓ જારી કરવાની; અમુક સંકટો આવરવાની અને અન્ય કેટલાકને બાકાત રાખવાની વીમા કંપનીઓની પ્રથા છે.

વ્યાખ્યા

જો પોલિસીના અમુક નિયમો અને શરતો જારી કરવાના સમયે બદલવાની જરૂર હોય તે એન્ડોર્સમેન્ટ તરીકે ઓળખાતા દસ્તાવેજ મારફતે સુધારા/ ફેરફારો કરીને કરવામાં આવે છે.

આ પોલિસી સાથે જોડાયેલી છે અને તે તેનો ભાગ રચે છે. પોલિસી અને એન્ડોર્સમેન્ટ એક સાથે કરાર બનાવે છે. એન્ડોર્સમેન્ટ્સ ફેરફારો/ સુધારાઓ રેકોર્ડ કરવા માટે પોલિસીનાં ચલણ દરમિયાન પણ જારી કરવામાં આવી શકે છે.

વાસ્તવિક માહિતી જ્યારે પણ બદલાય ત્યારે વીમાધારકે વીમા કંપનીને સલાહ આપવાની હોય છે, જે આની નોંધ લેશે અને તેને એન્ડોર્સમેન્ટ મારફતે વીમા કરારના ભાગ તરીકે સામેલ કરે છે.

સામાન્યપણે પોલિસી હેઠળ આવશ્યક એન્ડોર્સમેન્ટ્સ નીચેની બાબતો સાથે સંબંધિત હોય છે:

- a) વીમાની રકમમાં બદલાવ/ ફેરફાર
- b) વીમાધારકના પરિવારના સભ્યો ઉમેરવા અને દૂર કરવા

- c) લોન લેવાનાં અને બેંકમાં પોલિસીને મોર્ગેજ કરવાનાં માધ્યમથી વીમાપાત્ર હિતમાં ફેરફાર.
- d) વધારાનાં સંકટોને આવરવા વીમાનું વિસ્તરણ/ પોલિસીની અવધિ લંબાવવી
- e) જોખમમાં ફેરફાર, દા.ત. વિદેશ પ્રવાસ પોલિસીના કિસ્સામાં સ્થળોમાં ફેરફાર
- f) વીમો રદ કરવો
- g) નામ અને સરનામાંમાં ફેરફાર વગેરે

તમારી કસોટી કરો 2

જો પોલિસીના અમુક નિયમો અને શરતો જારી કરવાના સમયે ફેરફાર કરવાની જરૂર લાગે તો તેને _____ મારફતે સુધારાઓને નિર્ધારિત કરીને કરવામાં આવે છે.

I. વોરંટી

II. એન્ડોર્સમેન્ટ

III. ફેરફાર

IV. સુધારા શક્ય નથી

તમારી કસોટીના ઉત્તરો

ઉત્તર 1 - સાચો વિકલ્પ II છે.

ઉત્તર 2 - સાચો વિકલ્પ II છે.

પ્રકરણ H-03

આરોગ્ય વીમાની પ્રોડક્ટ્સ

પ્રકરણની પ્રસ્તાવના

આ પ્રકરણ તમને ભારતમાં વીમા કંપનીઓ દ્વારા ઓફર કરવામાં આવતી વિભિન્ન આરોગ્ય વીમાની ઉત્પાદનોની એકંદર સમજ આપશે. માત્ર એક ઉત્પાદન - મેડિકલેઇમથી લઈને વિભિન્ન પ્રકારની સેંકડો ઉત્પાદનો સુધી, ગ્રાહક યોગ્ય કવર પસંદ કરવા માટે વ્યાપક શ્રેણી ધરાવે છે. પ્રકરણ વ્યક્તિ, પરિવાર અને જૂથને આવરી શકે એવી વિભિન્ન આરોગ્યની ઉત્પાદનોની વિશેષતાઓ સમજાવે છે.

અભ્યાસનાં પરિણામ

- A. આરોગ્ય વીમા ઉત્પાદનોનું વર્ગીકરણ
- B. આરોગ્ય વીમામાં માનકીકરણ (માનકીકરણ) અંગેની IRDAની માર્ગદર્શિકા
- C. હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની ક્ષતિપૂર્તિની ઉત્પાદન
- D. ટોપ-અપ આવરણો અથવા ઉચ્ચ ડિસ્ક્રિબલ વીમા યોજનાઓ
- E. સિનિયર સિટિઝન પોલિસી
- F. નિશ્ચિત લાભ આવરણો - હોસ્પિટલ કેશ, ગંભીર બિમારી
- G. કોમ્બો-ઉત્પાદનો
- H. ગરીબ વર્ગો માટે સૂક્ષ્મ વીમો અને આરોગ્ય વીમો
- I. રાષ્ટ્રીય સ્વાસ્થ્ય વીમા યોજના
- J. પ્રધાનમંત્રી જન આરોગ્ય યોજના
- K. પ્રધાનમંત્રી સુરક્ષા વીમા યોજના
- L. વ્યક્તિગત અકસ્માત અને વિકલાંગતા કવર
- M. વિદેશ પ્રવાસ વીમો
- N. જૂથ હેલ્થ કવર
- O. સ્પેશિયલ ઉત્પાદનો
- P. આરોગ્ય પોલિસીઓમાં મુખ્ય શરતો

આ પ્રકરણનો અભ્યાસ કર્યા પછી તમે નીચેની બાબતો માટે સક્ષમ બનશો:

- a) આરોગ્ય વીમાના વિભિન્ન વર્ગો સમજાવવા
- b) આરોગ્ય વીમામાં માનકીકરણ અંગેની IRDAની માર્ગદર્શિકાઓનું વર્ણન કરવા
- c) આજે ભારતીય બજારમાં ઉપલબ્ધ વિભિન્ન પ્રકારની આરોગ્ય ઉત્પાદનોની ચર્ચા કરવા
- d) વ્યક્તિગત અકસ્માત વીમાને સમજાવવા
- e) વિદેશ પ્રવાસ વીમાની ચર્ચા કરવા
- f) આરોગ્ય પોલિસીઓમાં મુખ્ય શરતો અને ક્લોઝિસ સમજાવવા

A. આરોગ્ય વીમાની ઉત્પાદનોનું વર્ગીકરણ

1. આરોગ્ય વીમાની ઉત્પાદનોનો પરિચય

વ્યાખ્યા

“આરોગ્ય વીમાના કારોબાર”ને વીમા કાયદા, 1938ની સેક્શન 2(6સી) હેઠળ “બિમારીના લાભ અથવા મેડિકલ, સર્જિકલ કે હોસ્પિટલના ખર્ચના લાભ, પછી તે ઇન-પેશન્ટ હોય કે આઉટ-પેશન્ટ ટ્રાવેલ કવર અને વ્યક્તિગત અક્સ્માત કવર હોય તેના માટે જોગવાઈ કરતા કારારની અસર,” તરીકે વ્યાખ્યાયિત કરવામાં આવ્યો છે. IRDAI આરોગ્ય વીમા કારોબારની આ વ્યાખ્યાને અનુસરે છે.

ભારતીય બજારમાં ઉપલબ્ધ આરોગ્ય વીમા ઉત્પાદનો મોટે ભાગે હોસ્પિટલાઇઝેશન ઉત્પાદનોની પ્રકૃતિમાં હોય છે. આ ઉત્પાદનો હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા હોય તે દરમિયાન વ્યક્તિને થયેલા ખર્ચને આવરે છે.

તેથી, આરોગ્ય વીમો મુખ્યત્વે બે કારણો માટે મહત્વપૂર્ણ હોય છે:

✓ કોઈ બિમારીના કિસ્સામાં તબીબી સુવિધાઓ માટે ચુકવણી કરવા માટે નાણાકીય સહાય પૂરી પાડવા.

✓ વ્યક્તિની બચતને સુરક્ષિત રાખવા, જે અન્યથા બિમારીને લીધે ધોવાઈ શકે છે.

આજે, આરોગ્ય વીમા વિભાગ ઘણી હદ સુધી વિકસિત થયો છે, જેમાં લગભગ તમામ સામાન્ય વીમા કંપનીઓ, સ્ટેન્ડઅલોન આરોગ્ય વીમા કંપનીઓ અને જીવન વીમા કંપનીઓ દ્વારા સેંકડો ઉત્પાદનો ઓફર કરવામાં આવે છે. જોકે મેડિકલેઇમ પોલિસીનું પાયારૂપ લાભ માળખું એટલે કે હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના ખર્ચ સામે કવર હજુ પણ વીમાનું સૌથી લોકપ્રિય સ્વરૂપ છે.

2. આરોગ્ય વીમા ઉત્પાદનોનું વ્યાપક વર્ગીકરણ

ઉત્પાદનની ડિઝાઇન ગમે તે હોય, પરંતુ આરોગ્ય વીમા ઉત્પાદનોને બે વર્ગોમાં વ્યાપકપણે વર્ગીકૃત કરી શકાય છે:

a) ક્ષતિપૂર્તિ (ઇન્ડેમ્નિટી) આવરણો

આ ઉત્પાદનો આરોગ્ય વીમા બજારનો મોટો હિસ્સો રચે છે અને હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાને લીધે થયેલા વાસ્તવિક તબીબી ખર્ચ માટે ચુકવણી કરે છે.

b) નિશ્ચિત લાભનાં આવરણો

‘હોસ્પિટલ કેશ’ તરીકે પણ ઓળખાતી આ ઉત્પાદનો હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની અવધિ માટે દિવસદીઠ નિશ્ચિત રકમ માટે ચુકવણી કરે છે. કેટલીક ઉત્પાદનો વિભિન્ન સર્જરીઓ માટે પૂર્વ-નિર્ધારિત રકમ પણ પૂરી પાડે છે.

3. ગ્રાહક વિભાગને આધારે વર્ગીકરણ

ઉત્પાદનોને લક્ષ્યાકિંત વિભાગને આધારે પણ વર્ગીકૃત કરી શકાય છે. ગ્રાહક વિભાગને આધારે વર્ગીકૃત કરેલી ઉત્પાદનો નીચે મુજબ છે:

- છૂટક ગ્રાહકો અને તેમના પરિવારના સભ્યોને ઓફર કરવામાં આવતું વ્યક્તિગત કવર
- કોર્પોરેટ ક્લાયન્ટ્સ, કર્મચારીઓ અને જૂથોને કવર કરવા અને તેમના સભ્યોને કવર કરવા માટે ઓફર કરવામાં આવતું જૂથ કવર
- સરકારી યોજનાઓ જેવી કે/ પ્રધાનમંત્રી જન આરોગ્ય યોજના / વસ્તીના ખૂબ ગરીબ વિભાગોને આવરતી વિભિન્ન રાજ્ય આરોગ્ય વીમા યોજનાઓ.

પ્રત્યેક વિભાગ માટે લાભ માળખાં, કિંમત નક્કી કરવી, અન્ડરરાઇટિંગ અને માર્કેટિંગ તદ્દન અલગ છે.

આરોગ્ય વીમા માટેનાં નિયમનો: આરોગ્ય ઉત્પાદનોને લગતા કેટલાક મહત્વના ફેરફાર આરોગ્ય નિયમનો, 2016માં લાવવામાં આવ્યા છે, જેમાંના કેટલાક નીચે આપવામાં આવ્યા છે:

- જીવન વીમા કંપનીઓ લાંબા ગાળાની આરોગ્ય ઉત્પાદનો ઓફર કરી શકે છે, પરંતુ આવી ઉત્પાદનો માટે પ્રીમિયમ ઓછામાં ઓછા ત્રણ વર્ષના દરેક બ્લોકની અવધિ માટે ફેરફાર થયા વિનાના રહેશે, ત્યાર પછી પ્રીમિયમની સમીક્ષા કરવામાં આવશે અને આવશ્યકતા પ્રમાણે ફેરફાર કરવામાં આવશે.
- બિન-જીવન અને સ્ટેન્ડઅલોન આરોગ્ય વીમા કંપનીઓ લઘુત્તમ એક વર્ષની અવધિ અને મહત્તમ ત્રણ વર્ષની અવધિ સાથે વ્યક્તિગત આરોગ્ય ઉત્પાદનો ઓફર કરી શકે છે, જે પ્રીમિયમ તે અવધિ માટે ફેરફાર થયા વિનાનો રહેશે તે શરતને આધિન છે.
- વીમા કંપનીઓ નવીન ‘પાઇલોટ-ઉત્પાદનો’ ઓફર કરી શકે છે. સામાન્ય-વીમા કંપનીઓ અને આરોગ્ય-વીમા કંપનીઓ આ ઉત્પાદનો પોલિસીની 1 વર્ષની અવધિ માટે ઓફર

કરી શકે છે, પરંતુ 5 વર્ષથી વધુ માટે નહીં. કોઈ પણ વીમા કંપની દ્વારા જૂથ આરોગ્ય પોલિસીઓ કેડિટ લિન્ક્ડ ઉત્પાદનો સિવાય એક વર્ષની અવધિ માટે ઓફર કરવામાં આવી શકે છે, જેમાં અવધિને પાંચ વર્ષથી વધુ ન હોય એવી લોનની અવધિ સુધી લંબાવી શકાય છે.

4. એવું જૂથ કે જેને વીમો પ્રાપ્ત કરવાના મુખ્ય ઉદ્દેશ સાથે રચવામાં આવ્યું હોય તેને જૂથ આરોગ્ય વીમા પોલિસી જારી કરવામાં આવશે નહીં. જૂથ વીમા કંપની દ્વારા નિર્ધારિત કર્યા પ્રમાણેનું કદ ધરાવશે, જે તેની તમામ જૂથ પોલિસીઓને લાગુ થવા પાત્ર હશે, જે લઘુત્તમ 7ને આધિન છે.

5. સામાન્ય વીમા કંપનીઓ અને આરોગ્ય વીમા કંપનીઓ પાંચ વર્ષથી વધુ ન હોય એવી લોનની અવધિ સુધી લંબાવેલી અવધિ માટે કેડિટ લિન્ક્ડ જૂથ વ્યક્તિગત અકસ્માત પોલિસીઓ પણ ઓફર કરી શકે છે.

6. બહુવિધ પોલિસીઓ -વીમાધારકે નિશ્ચિત લાભ પૂરા પાડતી એક કરતા વધુ વીમા કંપની પાસેથી આરોગ્ય પોલિસીઓ લીધી હોય, તો વીમાકૃત ઘટના થવા પર દરેક વીમા કંપની પોલિસીઓના નિયમો અને શરતો અનુસાર અન્ય સમાન પોલિસીઓ પાસેથી પ્રાપ્ત ચુકવણીથી સ્વતંત્ર દાવાની ચુકવણી કરશે.

જો બે કે તેથી વધુ પોલિસીઓ સારવારના ખર્ચની ક્ષતિપૂર્તિ કરવા માટે એક કરતા વધુ વીમા કંપનીઓ પાસેથી અવધિ દરમિયાન વીમાધારક દ્વારા લેવામાં આવે તો પોલિસી ધારક તેમની/ તેણીની કોઈ પણ પોલિસીની શરતમાં તેમના/ તેણીના દાવાની પતાવટ માટે પૂછવાનો અધિકાર ધરાવે છે. જેના પર દાવો કરવામાં આવ્યો હોય તે વીમા કંપની દાવાની ચુકવણી કરશે અને શેષ દાવાઓ અથવા અગાઉ પસંદ કરેલી પોલિસી/ પોલિસીઓ હેઠળ અમાન્ય રાખેલા દાવાઓને અન્ય પોલિસી/ પોલિસીઓ પાસેથી કરી શકાય છે, પછી ભલે વીમાની રકમ અગાઉ પસંદ કરેલી પોલિસી/ પોલિસીઓમાં સમાપ્ત ન થઈ હોય.

B. આરોગ્ય વીમામાં માનકીકરણ (માનકીકરણ) અંગેની IRDAની માર્ગદર્શિકા

ઘણી બધી વીમા કંપનીઓ સંખ્યાબંધ વિભિન્ન ઉત્પાદનો ઓફર કરી રહી હોવાથી અને વિભિન્ન શરતો તથા અપવર્જનોની વિભિન્ન વ્યાખ્યાઓની સાથે બજારમાં મૂઝવણ ઊભી થઈ છે. ગ્રાહકો માટે ઉત્પાદનોની તુલના કરવી અને સમજી વિચારીને નિર્ણય લેવો મુશ્કેલ બન્યો છે. આ ઉપરાંત ગંભીર બિમારીઓની પોલિસીઓમાં ગંભીર બિમારીનો અર્થ શું છે અને શું નથી એ અંગે સ્પષ્ટ સમજ નથી.

વીમા કંપનીઓ, સેવા પ્રદાતાઓ, ટીએપી અને હોસ્પિટલો વચ્ચે મૂંઝવણ તથા વીમો લેતી જાહેર જનતાની તકરારો દૂર કરવા માટે નિયમનકારે આરોગ્ય વીમામાં અમુક પ્રકારનાં માનકીકરણ પૂરું પાડવાનો પ્રયત્ન કર્યો છે. સામાન્ય સમજને આધારે IRDAએ 2016માં આરોગ્ય વીમામાં માનકીકરણ અંગેની માર્ગદર્શિકાઓ જારી કરી હતી, જેમાં 2020માં સુધારો કરવામાં આવ્યો હતો. આ આરોગ્ય વીમા (PA અને સ્થાનિક/ વિદેશ પ્રવાસ સિવાય) ઉત્પાદનો (બંને વ્યક્તિગત અને જૂથ) આધારિત ક્ષતિપૂર્તિ ઓફર કરતી તમામ સામાન્ય અને આરોગ્ય વીમા કંપનીઓને લાગુ થાય છે

માર્ગદર્શિકાઓ હવે નીચેની બાબતોનાં માનકીકરણ માટે જોગવાઈ કરે છે:

1. સામાન્યપણે ઉપયોગમાં લેવામાં આવતી વીમાની શરતોની વ્યાખ્યા
2. ગંભીર બિમારીની વ્યાખ્યા
3. હોસ્પિટલાઇઝેશન ઇન્ડેમ્નિટી પોલિસીઓમાં ખર્ચની વૈકલ્પિક આઇટમ્સની યાદી
4. દાવાનાં ફોર્મ્સ અને પૂર્વ-અધિકૃતતા ફોર્મ્સ
5. બિલિંગનાં ફોર્મેટ્સ
6. હોસ્પિટલોની ડિસ્ચાર્જ સમરી
7. TPA, વીમા કંપનીઓ અને હોસ્પિટલો વચ્ચે પ્રમાણભૂત કરારો
8. નવી પોલિસીઓ માટે IRDAI મેળવવા માટે પ્રમાણભૂત ફાઇલ અને યુઝ ફોર્મેટ
9. અપવર્જનોનું માનકીકરણ
10. અપવર્જનો માન્ય નથી

C. હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની ક્ષતિપૂર્તિની ઉત્પાદન

હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની ક્ષતિપૂર્તિની ઉત્પાદનો વ્યક્તિઓને હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની ઘટનામાં તેમને થઈ શકે એવા ખર્ચથી સુરક્ષિત રાખે છે. મોટા ભાગના કિસ્સાઓમાં તેઓ હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલા અને પછીના નિશ્ચિત સંખ્યાના દિવસોને પણ આવરે છે, પરંતુ હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાને સામેલ કરતા કોઈ ખર્ચને બાકાત રાખે છે.

લોકપ્રિય રીતે મેડિકલેઇમ તરીકે ઓળખાતી હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની ક્ષતિપૂર્તિની પોલિસી 'ક્ષતિપૂર્તિ' ધોરણે સંચાલિત થાય છે. તે પોલિસી ધારકને હોસ્પિટલમાં દાખલ થવા દરમિયાન થતા ખર્ચને આવરીને ક્ષતિપૂર્તિ કરે છે. આવરવામાં આવ્યા ન હોય એવા કેટલાક ખર્ચ પોલિસી દસ્તાવેજમાં સ્પષ્ટ કરવામાં આવે છે.

રઘુ નાનો પરિવાર ધરાવે છે, જેમાં તેમના પત્ની અને 14 વર્ષના પુત્રનો સમાવેશ થાય છે. તેમણે આરોગ્ય વીમા કંપની પાસેથી પ્રત્યેક રૂ. 1 લાખનાં વ્યક્તિગત કવર માટે પરિવારના દરેક સભ્યને આવરતી મેડિકલેઇમ પોલિસી લીધી છે. તેમાંથી દરેક વ્યક્તિ હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના કિસ્સામાં રૂ. 1 લાખ સુધીના તબીબી ખર્ચ પ્રાપ્ત કરી શકે છે.

રઘુને હાર્ટ એટેકને લીધે હોસ્પિટલમાં દાખલ કર્યા હતા અને સર્જરીની આવશ્યકતા હતી. ઊંચું કરેલું મેડિકલ બિલ રૂ. 1,25 લાખ હતું. વીમા કંપનીએ યોજનાનાં કવરેજ અનુસાર રૂ. 1 લાખની ચુકવણી કરી હતી અને તેમણે તેમના ખિસ્સામાંથી રૂ. 25,000ની શેષ રકમ ચુકવવાની હતી

મેડિકલેઇમ પોલિસી આધારિત ક્ષતિપૂર્તિની મુખ્ય વિશેષતાની વિગતો નીચે મુજબની છે, તેમ છતાં પણ દરેક વીમા કંપની દ્વારા વેચવામાં આવતી ઉત્પાદનોને આવરણની મર્યાદામાં ફેરફાર, વધારાનાં અપવર્જનો અથવા લાભ અથવા કેટલાક એડ-ઓન્સ લાગુ થઈ શકે છે.

1. ઇનપેશન્ટ હોસ્પિટલાઇઝેશનના ખર્ચ

પોલિસી વીમાધારકને બિમારી/ અકસ્માતને પગલે થતા હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના ખર્ચની ચુકવણી કરે છે. પોલિસી હોસ્પિટલાઇઝેશનની નિર્ધારિત લઘુત્તમ અવધિ (સામાન્યપણે 24 કલાક) ધરાવે છે, ત્યાર પછી પોલિસીની જોગવાઈઓ અમલી બને છે. જોકે એક વખત આ અવધિ પૂરી થાય ત્યાર પછી સમગ્ર અવધિ માટેના ખર્ચ ચુકવવાપાત્ર બને છે.

સારવારને લગતા મોટા ભાગના ખર્ચ ચુકવવામાં આવે છે, જોકે વ્યક્તિગત અનુકૂળતાની ચીજવસ્તુઓ, કોસ્મેટિક સર્જરી વગેરેને સામેલ કરતા અમુક ખર્ચ ચુકવવામાં આવતા નથી. તેથી ગ્રાહક પોલિસી હેઠળ આવરવામાં ન આવેલી ખર્ચની બાકાત રાખેલી ચીજવસ્તુઓથી જાગૃત્ત કરવા મહત્વપૂર્ણ છે.

- i. હોસ્પિટલ/ નર્સિંગ હોમ દ્વારા પૂરા પાડેલા રૂમ, બોર્ડિંગ અને નર્સિંગ ખર્ચ. આમાં નર્સિંગ કેર, આરએમઓ ખર્ચ, આવી ફ્લુઇડ્સ/ બ્લડ ટ્રાન્સફ્યુઝન/ ઇન્જેક્શન આપવાના ખર્ચ અને સમાન ખર્ચનો સમાવેશ થાય છે.
- ii. ઇન્ટેન્સિવ કેર યુનિટ (ICU)ના ખર્ચ
- iii. સર્જન, એનેસ્થેટિસ્ટ, તબીબી વ્યવસાયી, સલાહકારો, વિશેષજ્ઞોની ફીઝ
- iv. એનેસ્થેટિક, રક્ત, ઓક્સિજન, ઓપરેશન થિએટરના ખર્ચ, સર્જિકલ ઉપકરણો,

- v. મેડિસિન્સ અને દવાઓ,
- vi. ડાયાલિસિસ, ક્રિમોથેરાપી, રેડિયોથેરાપી
- vii. પેસમેકર, ઓર્થોપેડિક ઇમ્પ્લાન્ટ્સ, ઇન્ફા કાર્ડિયાક વાલ્વ રિપ્લેસમેન્ટ્સ, વાસ્ક્યુલર સ્ટેન્ટ્સ જેવી સર્જિકલ પ્રક્રિયા દરમિયાન ઇમ્પ્લાન્ટ કરેલા પ્રોસ્થેટિક ઉપકરણોના ખર્ચ
- viii. સુસંગત લેબોરેટરી/ નૈદાનિક પરીક્ષણો અને સારવાર સંબંધિત અન્ય તબીબી ખર્ચ
- ix. વીમાધારકને પ્રત્યારોપિત કરેલા અંગનાં અનુસંધાનમાં દાતાને થયેલા હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના ખર્ચ (અંગના ખર્ચ સિવાય).

2. ડે કેર પ્રક્રિયાઓ

એવી ઘણી સર્જરીઓ હોય છે જેની આવશ્યકતા ન હોવા છતાં પણ તેમને વિશિષ્ટ હોસ્પિટલોમાં કરવામાં આવી શકે છે. આંખની સર્જરીઓ, ક્રિમોથેરાપી; ડાયાલિસિસ જેવી સારવાર વગેરેને ડે-કેર સર્જરી હેઠળ વર્ગીકૃત કરી શકાય છે અને યાદી સતત વધી રહી છે. આમને પોલિસી હેઠળ પણ આવરવામાં આવે છે.

3. ઓપીડી કવર

આઉટપેશન્ટ ખર્ચનું કવરેજ ઓપીડી આવરણો ઓફર કરતી આવી કેટલીક ઉત્પાદનોની સાથે ભારતમાં હજુ પણ મર્યાદિત છે. જોકે એવી કેટલીક યોજનાઓ છે, જે આઉટપેશન્ટ તરીકે કવર સારવાર પૂરી પાડે છે અને ડોક્ટરની મુલાકાતો, નિયમિત તબીબી પરીક્ષણો, દાંતના અને ફાર્મસીના ખર્ચ સાથે સંકળાયેલા આરોગ્યસંભાળના ખર્ચ સાથે પણ સંબંધિત હોય છે.

4. હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલા અને પછીના ખર્ચ

i. હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલાના ખર્ચ

હોસ્પિટલમાં દાખલ થવું ક્યાં તો ઈમરજન્સી હોસ્પિટલાઇઝેશન અથવા આયોજિત હોઇ શકે છે. જો દર્દી આયોજિત સર્જરી માટે જાય તો તેમને હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પૂર્વે થયેલા ખર્ચ હશે. આવા ખર્ચને હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલાના ખર્ચ તરીકે ઓળખવામાં આવે છે

આનો અર્થ થાય છે કે વીમાધારક વ્યક્તિનાં હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલાના દિવસોની પૂર્વવ્યાખ્યાયિત કરેલી સંખ્યા દરમિયાન થયા હોય છે, જે વીમાધારક વ્યક્તિ હોસ્પિટલમાં દાખલ થાય તેના તુરત પહેલા થયેલા ખર્ચને આધિન છે અને

- a) આવા તબીબી ખર્ચ સમાન સ્થિતિ માટે થયેલા હોય, જેના માટે વીમાધારકે હોસ્પિટલમાં દાખલ થવું પડ્યું હોય, અને
- b) આવા હોસ્પિટલાઇઝેશન માટે ઇન-પેશન્ટ હોસ્પિટલાઇઝેશનનો દાવો વીમા કંપની દ્વારા સ્વીકાર્ય હોય.

હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલાના ખર્ચ પરીક્ષણો, દવાઓ, ડોક્ટરની ફી વગેરેનાં સ્વરૂપમાં હોઈ શકે છે. હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાને સંબંધિત અને લગતા આ ખર્ચ આરોગ્ય પોલિસીઓ હેઠળ આવરવામાં આવે છે

ii. હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પછીના ખર્ચ

હોસ્પિટલમાં રોકાયા પછી મોટા ભાગના કિસ્સાઓમાં વીમાધારકને હોસ્પિટલમાં રજા આપવામાં આવે ત્યાર પછી તરત જ રિકવરી અને ફોલો-અપને લગતા ખર્ચ હશે.

આ બે પ્રકારના ખર્ચ સ્વીકારવા પાત્ર હોય છે, જો

- a) તેઓ એ સમાન સ્થિતિ માટે થાય છે, જેના માટે વીમાધારકને હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની જરૂર પડી હોય, અને
- b) આવા હોસ્પિટલાઇઝેશન માટે ઇન-પેશન્ટ હોસ્પિટલાઇઝેશન દાવો વીમા કંપની દ્વારા સ્વીકાર્ય હોય.

હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પછીના થયેલા ખર્ચ એવા સંબંધિત તબીબી ખર્ચ હશે, જે હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પછીના નિર્ધારિત સંખ્યાના દિવસો સુધીની અવધિ દરમિયાન થયા હોય અને તેને દાવાના ભાગ તરીકે ગણવામાં આવશે.

હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પછીના ખર્ચ હોસ્પિટલમાંથી રજા મળ્યા પછી દવાઓ, ડ્રગ્સ, ડોક્ટર્સ દ્વારા સમીક્ષા વગેરેનાં સ્વરૂપમાં થઈ શકે છે. આવા ખર્ચ હોસ્પિટલમાં લેવામાં આવેલી સારવારને સંબંધિત હોય છે અને તેમને આરોગ્ય પોલિસીઓ હેઠળ આવરવામાં આવે છે.

હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલા અને પછીના ખર્ચ માટે આવરણની અવધિ વીમા કંપનીથી વીમા કંપનીમાં અલગ હોય છે અને પોલિસીમાં વ્યાખ્યાયિત કરવામાં આવે છે, તેમ છતાં પણ સૌથી સામાન્ય કવર હોસ્પિટલમાં દાખલ થયાના 30 દિવસ પહેલા અને પછીના સાઠ દિવસ પછી માટે હોય છે.

હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા પહેલા અને પછીના ખર્ચ એકંદર વીમાની રકમનો ભાગ રચે છે, જેના માટે પોલિસી હેઠળ કવર આપવામાં આવે છે.

iii. ડોમિસિલિઅરી હોસ્પિટલાઇઝેશન (ઘરે રહીને સારવાર કરવી)

iv. એવા દર્દીઓ માટે પણ લાભ ઉપલબ્ધ હોય છે, જેમની બિમારી માટે અન્યથા હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની જરૂરિયાત હોય, પરંતુ ઘરે સારવારનો લાભ ક્યાં તો હોસ્પિટલોમાં રહેવા માટે અથવા તેમને હોસ્પિટલમાં લઈ જઈ ન શકાય એવી સ્થિતિમાં પ્રાપ્ત થાય છે.

જોગવાઈનો દુરુપયોગ થતો રોકવા માટે આ કવર સામાન્યપણે ત્રણથી પાંચ દિવસની એક્સેસ ક્લોઝ ધરાવે છે, જેનો અર્થ એ થાય છે કે પ્રથમ ત્રણથી પાંચ દિવસો માટે સારવારનો ખર્ચ વીમાધારક દ્વારા ભોગવવાનો હોય છે. આવરણમાં કેટલીક જૂની અથવા સામાન્ય બિમારીઓ, જેવી કે અસ્થમા, બ્રોન્કાઇટિસ, ડાયાબિટિસ મેલિટસ, હાઇપરટેન્શન, ઇન્ફ્લુએન્ઝા કફ, શરદી અને તાવ વગેરે માટે ઘરે રહીને થતી સારવારને બાકાત રાખવામાં આવે છે.

ઉદાહરણ

મીરાએ હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની ઘટનામાં ખર્ચને આવરવા માટે આરોગ્ય વીમા પોલિસી લીધી છે. પોલિસી 30 દિવસની આરંભિક રાહ જોવાની અવધિ માટે ક્લોઝ ધરાવતી હતી. દુર્ભાગ્યવશ તેણીએ પોલિસી લીધાના 20 દિવસ બાદ મીરાને મેલેરિયા થયો અને તેણીને 5 દિવસ માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ કરવી પડી. તેણીએ હોસ્પિટલના ભારે બિલ્સ ચુકવવા પડ્યા હતા.

જ્યારે તેણીએ વીમા કંપની પાસેથી ભરપાઈ માટે પૂછ્યું ત્યારે તેમણે દાવાની ચુકવણી કરવાનો ઇન્કાર કર્યો, કારણ કે પોલિસી લીધાની 30 દિવસની રાહ જોવાની અવધિની અંદર હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની ઘટના થઈ હતી.

a) ઉપલબ્ધ કવરેજ વિકલ્પ

i. વ્યક્તિગત કવરેજ: વ્યક્તિગત વીમાધારક જીવનસાથી, નિર્ભર બાળકો, નિર્ભર માતા-પિતા, નિર્ભર સાસુ-સસરા, નિર્ભર ભાઈ-બહેનો વગેરે જેવા પરિવારના સભ્યોની સાથે

પોતાને આવરી શકે છે. કેટલીક વીમા કંપનીઓ કવર થઈ શકે એવા નિર્ભર વ્યક્તિઓ પર મર્યાદા ધરાવતી નથી. આવા દરેક નિર્ભર વીમાધારકોને એક જ પોલિસી હેઠળ દરેક વીમાધારક વ્યક્તિ માટે પસંદ કરેલી અલગ વીમાની રકમ સાથે આવરવા શક્ય છે. આવા આવરણોમાં પોલિસી હેઠળ દરેક વીમાધારક વ્યક્તિ પોલિસી ચાલુ હોય તે દરમિયાન તેમની મહત્તમ વીમાની રકમ સુધીનો દાવો કરી શકે છે. પ્રીમિયમ તેમની વય અને પસંદ કરેલી વીમાની રકમ અને અન્ય કોઈ રેટિંગ પરિબલ અનુસાર દરેક વીમાધારક વ્યક્તિ માટે વસૂલવામાં આવશે.

- ii. ફેમિલી ફ્લોટર: ફેમિલી ફ્લોટર પોલિસી તરીકે ઓળખાતા વેરિઅન્ટમાં જીવનસાથી, નિર્ભર બાળકો અને નિર્ભર માતા-પિતાને સમાવતા પરિવારને એક જ વીમાની રકમ ઓફર કરવામાં આવે છે, જે સમગ્ર પરિવારમાં ફ્લોટ થાય છે.

ઉદાહરણ

જો રૂ. 5 લાખની ફ્લોટર પોલિસી ચાર સભ્યના પરિવાર માટે લેવામાં આવે તો તેનો અર્થ થાય છે કે પોલિસીની અવધિ દરમિયાન તે એક કરતા વધુ પરિવારના સભ્યને લગતા દાવાઓ માટે અથવા પરિવારના એક જ સભ્યના બહુવિધ દાવાઓ માટે ચુકવણી કરશે. આ તમામ રૂ. 5 લાખનાં કુલ કવરેજથી વધી ન શકે. સામાન્યપણે પ્રીમિયમ વીમા માટે પ્રસ્તાવિત પરિવારના સૌથી વરિષ્ઠ સભ્યની વયને આધારે વસૂલવામાં આવશે.

આ બંને પોલિસીઓ હેઠળ આવરણો અને અપવર્જનો સમાન રહેશે. ફેમિલી ફ્લોટર પોલિસીઓ બજારમાં લોકપ્રિય બની રહી છે, કારણ કે સમગ્ર પરિવાર એકંદર વીમાની રકમ માટે કવરેજ મેળવે છે, જે વ્યાજબી પ્રીમિયમ પર ઊંચા સ્તરે પસંદ કરી શકાય છે.

અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા રોગ

વીમો અનપેક્ષિત રીતે થતા અકસ્માતો/ રોગ વગેરેને આવરવા માટે તૈયાર કરવામાં આવ્યો છે. અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતી તબીબી સ્થિતિઓની સારવારના ખર્ચને આવરવા એ વીમાનો ભાગ નથી, કારણ કે સ્વસ્થ વ્યક્તિ કે જેઓ કેટલાક અન્યોની પ્રવર્તમાન બિમારીઓ માટે ચુકવણી કરે તે વ્યાજબી નથી. તે સમાન રીતે મૂકવામાં આવેલા જોખમોને આવરી લેતા જોખમ પુલ બનાવવાના સિદ્ધાંતની વિરુદ્ધ જાય છે. તેથી આરોગ્ય પોલિસી જારી કરતા પહેલા દરેક વીમાધારક વ્યક્તિની પ્રવર્તમાન બિમારીઓ/ ઇજાઓની વિગતો એકત્રિત કરવી ખૂબ જરૂરી છે. તે વીમા કંપનીને વીમા માટે પ્રસ્તાવ સ્વીકારવા, યોગ્ય પ્રીમિયમ વસૂલવા અંગેનો નિર્ણય લેવા અને/ અથવા જેઓની વધુ દાવાઓ કરવાની સંભાવના હોય એવા લોકો માટે વધારાની શરતો પૂરી પાડવા માટે સક્ષમ બનાવશે.

અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા રોગ શું છે ?

પોલિસી શરૂ થાય તેના 48 મહિનાની અંદર વીમાધારક વ્યક્તિને થનારા રોગને અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા રોગ તરીકે માનવામાં આવે છે. સમાન તર્કને આધારે વીમા કંપનીઓ વ્યક્તિ સતત 48 મહિના સુધી વીમા માટે કવર કરવામાં આવે ત્યાર પછી અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા રોગને બાકાત રાખવાની મંજૂરી નથી.

નવીકરણક્ષમતા: આરોગ્યસંભાળ પોલિસીઓની કરાર આવરદા એક વર્ષની હોય છે અને નવી પોલિસી દર વર્ષે જારી કરવામાં આવે છે તેમ છતાં પણ નવીકરણક્ષમતા તમામ પોલિસીઓ માટે IRDAI દ્વારા ફરજિયાત બનાવવામાં આવી છે.

મુખ્ય વિશેષતાઓ

ઉત્પાદનમાં નવી વિશેષતાઓ પૂરી પાડવાની સાથે સાથે કિંમત નિર્ધારણને પણ જાળવવા માટે વીમા કંપનીઓએ ઉત્પાદનોમાં નવીન સુધારાઓ કર્યા છે. ઉદાહરણ માટે મેડિકલેઇમ પોલિસી કે જે વર્ષ 2000 પહેલા સૌથી લોકપ્રિય પોલિસી હતી તેમાં ઘણા ફેરફારો કરવામાં આવ્યા છે અને નવી વિશેષ વિશેષતાઓ કવરેજમાં ઉમેરવામાં આવી છે. કેટલીક વિશેષતાઓ પાયારૂપ ક્ષતિપૂર્તિ આવરણમાં ઉમેરવામાં આવી છે. આ વિશેષતાઓ અલગ-અલગ વીમા કંપનીઓમાં અને અલગ-અલગ ઉત્પાદનોમાં બદલાઈ શકે છે અને તમામ ઉત્પાદનો માટે એકસમાન ઉપલબ્ધ હોઈ ન શકે.

i. પેટામર્યાદા અને રોગ વિશેષ કેપિંગ

કેટલીક ઉત્પાદનો રોગ વિશિષ્ટ કેપિંગ ધરાવે છે, દા.ત. મોતિયો. કેટલીક ઉત્પાદનો વીમાધારક સાથે સંકળાયેલા રૂમનાં ભાડા પર પેટામર્યાદા પણ ધરાવે છે, દા.ત. વીમાની રકમની 1% સુધી મર્યાદિત દિવસદીઠ રૂમનું ભાડું અને વીમાધારકની 2% સુધીના ICU ખર્ચ. અન્ય શિર્ષક હેઠળના ખર્ચ, જેવા કે ICU ખર્ચ, OT ખર્ચ અને સર્જનની ફી પસંદ કરેલા રૂમનાં પ્રકાર સાથે સંકળાયેલા હોવાથી રૂમનાં ભાડાની કેપિંગ અન્ય શિર્ષક હેઠળ રૂમનાં ભાડાની મર્યાદાને મર્યાદિત કરવામાં પણ મદદ કરે છે અને તેથી હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના એકંદર ખર્ચને પણ મર્યાદિત કરે છે.

ii. સહ-ચુકવણી (લોકપ્રિય રીતે કો-પે તરીકે ઓળખાય છે)

સહ-ચુકવણીને IRDAI દ્વારા આરોગ્ય વીમા પોલિસી હેઠળ ખર્ચની વહેંચણીની જરૂરિયાત તરીકે વ્યાખ્યાયિત કરવામાં આવે છે, જે પોલિસી ધારક/ વીમાધારકને સ્વીકાર્ય દાવાની રકમની નિશ્ચિત ટકાવારી ભોગવવાની જોગવાઈ કરે છે. સહ-ચુકવણી વીમાની રકમને ઘટાડતી નથી.

સહ-યુકવણી આરોગ્ય પોલિસી હેઠળ પ્રત્યેક દાવાના એક હિસ્સાને ભોગવવાનો વિચાર છે. આ ઉત્પાદનને આધારે ફરજિયાત અથવા સ્વૈચ્છિક હોઈ શકે છે. સહ-યુકવણી અનાવશ્યક હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાનું ટાળવા માટે વીમાધારકોમાં અમુક શિસ્ત લાવે છે. આ સુનિશ્ચિત કરે છે કે વીમાધારક તેમના આરોગ્યસંભાળ વિકલ્પો પસંદ કરવામાં સાવધાની રાખે છે અને વૈભવી વિકલ્પોને ટાળે છે.

જ્યારે વીમાકૃત ઘટના સર્જાય ત્યારે ઘણી આરોગ્ય પોલિસીઓ વીમાધારકને થયેલા વીમાકૃત નુકસાનના હિસ્સાની વહેંચણી કરવાનું આવશ્યક બનાવે છે. દા.ત. જો વીમાકૃત નુકસાન રૂ. 20000 હોય અને સહ-યુકવણીની રકમ પોલિસીમાં 10% હોય તો વીમાધારક રૂ. 2000 ચુકવે છે.

iii. ડિડક્ટિબલ/ એક્સેસ

પ્રકરણ 5માં વર્ણવ્યા પ્રમાણે 'ડિડક્ટિબલ', અને જેને 'એક્સેસ' તરીકે પણ ઓળખવામાં આવે છે તે ખર્ચની વહેંચણીની જોગવાઈ છે. આરોગ્ય વીમા પોલિસી હેઠળ તે એવી જોગવાઈ કરે છે કે વીમા કંપની ક્ષતિપૂર્તિની પોલિસીઓના કિસ્સામાં સ્પષ્ટ કરેલી રૂપિયાની રકમ માટે અને હોસ્પિટલ કેશ પોલિસીઓના કિસ્સામાં સ્પષ્ટ કરેલી સંખ્યાના દિવસો/ કલાકો માટે જવાબદાર રહેશે નહીં, જે વીમા કંપની દ્વારા ચુકવવાપાત્ર હોય એવા કોઈ લાભ પહેલા લાગુ થશે આરોગ્ય પોલિસીઓમાં વીમા કંપની દ્વારા દાવાની ચુકવણી કરવામાં આવે તે પહેલા શરૂઆતમાં વીમાધારકે નિશ્ચિત રકમનાં નાણાં ચુકવવા આવશ્યક હોય છે, દા.ત. જો પોલિસીમાં ડિડક્ટિબલ રૂ. 10,000 હોય તો વીમાધારક દાવો કરેલા દરેક વીમાકૃત નુકસાનમાં પહેલા રૂ. 10,000 ચુકવે છે. ઉદાહરણ તરીકે જો દાવો રૂ. 80,000 માટે હોય તો વીમાધારક પહેલા રૂ. 10,000 વેઠે છે અને વીમા કંપની રૂ. 70,000 ચુકવે છે. ડિડક્ટિબલ વીમાની રકમને ઘટાતા નથી.

ડિડક્ટિબલ હોસ્પિટલ કેશ પોલિસીઓના કિસ્સામાં સ્પષ્ટ કરેલા દિવસો/ કલાકની સંખ્યા પણ હોઈ શકે છે, જે વીમા કંપની દ્વારા ચુકવવાપાત્ર હોય એવા કોઈ લાભ પહેલા લાગુ થશે.

એજન્ટે તપાસ કરવી જોઈએ અને વીમાધારકને જાણ કરવી જોઈએ કે વર્ષદીઠ, જીવનદીઠ અથવા ઘટનાદીઠ ડિડક્ટિબલ લાગુ થવા પાત્ર છે અને વિશિષ્ટ ડિડક્ટિબલ લાગુ થશે કે નહીં.

iv. રાહ જોવાની અવધિ

પોલિસી શરૂ થયા પછીના 30 દિવસની રાહ જોવાની અવધિ સામાન્યપણે કોઈ પણ દાવો કરવા માટે મોટા ભાગની પોલિસીઓમાં લાગુ થવા પાત્ર હોય છે. જોકે આ અકસ્માતને લીધે હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની ઘટના માટે લાગુ થશે નહીં.

v. વિશિષ્ટ રોગો માટે રાહ જોવાની અવધિ

આ એવા રોગો માટે લાગુ થવા પાત્ર છે, જેના માટે સારવારને વિલંબિત અને આયોજિત કરી શકાય છે. ઉત્પાદનને આધારે એક/ બે/ ચાર વર્ષની રાહ જોવાની અવધિ વીમા કંપનીઓ દ્વારા લાદવામાં આવે છે અને દાવાઓ આ અવધિ પૂર્ણ થયા પછી જ આ બિમારી માટે ચુકવવામાં આવે છે. કેટલાક રોગો મોતિયો, બિનાઇન પ્રોસ્ટેટિક હાઇપરટ્રોફી, મેનોરેજિયા અથવા ફાઇબ્રોમાયોમા માટે મેનોહિસ્ટરેક્ટોમી, હર્નિયા, હાઇડ્રોસીલ, જન્મજાત આંતરિક રોગ, ગુદામાં ફિસ્ટુલા, પાઇલ્સ, સાઇનસાઇટિસ અને સંબંધિત વિકારો વગેરે છે.

vi. ડે કેર પ્રક્રિયા માટે કવરેજ

અગાઉ ચર્ચા કર્યા પ્રમાણે મેડિકલ વિજ્ઞાનમાં પ્રગતિથી ડે કેર વર્ગ હેઠળ મોટી સંખ્યામાં પ્રક્રિયાઓને સામેલ કરવામાં આવી છે.

vii. પોલિસી પહેલાની તપાસનો ખર્ચ

તબીબી તપાસનો ખર્ચ અગાઉ સંભવિત ગ્રાહકો દ્વારા ભોગવવામાં આવતો હતો. હવે વીમા કંપની ખર્ચની ભરપાઈ કરે છે, જે દરખાસ્ત અન્ડરરાઇટિંગ માટે સ્વીકારવામાં આવે છે અને ભરપાઈ 50%થી 100% સુધી બદલાય છે. હવે IRDAI દ્વારા પણ ફરજિયાત બનાવવામાં આવ્યું છે કે વીમા કંપની આરોગ્યની તપાસના ખર્ચના ઓછામાં ઓછા 50% ભોગવશે.

viii. એડ ઓન આવરણો

એડ-ઓન આવરણો તરીકે ઓળખતા વિભિન્ન નવા વધારાનાં આવરણો કેટલીક વીમા કંપનીઓ દ્વારા રજૂ કરવામાં આવ્યા છે. તેમાના કેટલાક નીચે મુજબ છે:

- ✓ પ્રસુતિ કવર: છૂટક પોલિસીઓ હેઠળ અગાઉ પ્રસુતિ ઓફર કરવામાં આવી નહોતી, પરંતુ હવે અલગ રાહ જોવાની અવધિની સાથે મોટા ભાગની વીમા કંપનીઓ દ્વારા ઓફર કરવામાં આવે છે.
- ✓ ગંભીર બિમારીનું કવર: અમુક બિમારીઓ માટે હાઇ એન્ડ વર્ઝન ઉત્પાદનો હેઠળ એક વિકલ્પ તરીકે ઉપલબ્ધ છે, જે જીવન જોખમી હોય છે અને મોંઘી સારવારની આવશ્યકતા હોય છે.

✓ વીમાની રકમનું પુનઃસ્થાપન: દાવાની ચુકવણી પછી વીમાની રકમ (જે દાવાની ચુકવણી પર ઘટે છે) વધારાનાં પ્રીમિયમની ચુકવણી કરીને મૂળ મર્યાદા સુધી પુનઃસ્થાપિત કરી શકાય છે.

✓ આયુષ - આયુર્વેદ -યોગ - ઉનાની - સિદ્ધ - હોમિયોપેથી માટે કવર: કેટલીક પોલિસીઓ હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના ખર્ચની અમુક ટકાવારી સુધી આયુષ સારવારને આવરે છે.

ix. મૂલ્યવર્ધિત આવરણો

મૂલ્યવર્ધિત આવરણો સામેલ કરતી કેટલીક ક્ષતિપૂર્તિ ઉત્પાદનો નીચે આપવામાં આવી છે. લાભ પોલિસીની અનુસૂચિમાં દરેક આવરણની સામે સ્પષ્ટ કરેલી વીમાની રકમની મર્યાદા સુધી ચુકવવાપાત્ર હોય છે, જે એકંદર વીમાની રકમથી વધુ નથી.

✓ આઉટપેશન્ટ કવર: ભારતમાં આરોગ્ય વીમાની ઉત્પાદનો મોટે ભાગે ઇન-પેશન્ટ હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના ખર્ચને આવરે છે. કેટલીક કંપનીઓ હવે કેટલીક હાઇ-એન્ડ યોજનાઓ હેઠળ આઉટ-પેશન્ટના ખર્ચ માટે મર્યાદિત કવર ઓફર કરે છે.

✓ હોસ્પિટલ કેશ: આ વિશિષ્ટ અવધિ માટે હોસ્પિટલાઇઝેશનના દરેક દિવસ માટે નિશ્ચિત લમ્પસમ ચુકવણી માટે જોગવાઈ કરે છે. સામાન્યપણે 2/ 3 દિવસની ડિસ્ક્રિબલ પોલિસીઓ સિવાય અવધિ 7 દિવસ માટે આપવામાં આવે છે. તેથી જો હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની અવધિ ડિસ્ક્રિબલ અવધિથી વધુ હોય માત્ર તો જ લાભ શરૂ થશે. આ હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના દાવા ઉપરાંત હોય છે, પરંતુ પોલિસીની એકંદર વીમાની રકમની અંદર હોય છે અથવા અલગ પેટા-મર્યાદાની સાથે હોઈ શકે છે.

✓ રિકવરીના લાભ: જો બિમારી અને/ અથવા અકસ્માતને લીધે હોસ્પિટલમાં રોકાવાની કુલ અવધિ 10 દિવસ કરતા ઓછી ન હોય તો લમ્પસમ લાભ ચુકવવામાં આવે છે.

✓ દાતાના ખર્ચ: પોલિસીમાં વ્યાખ્યાયિત નિયમો અને શરતો અનુસાર મુખ્ય અંગ પ્રત્યારોપણના કિસ્સામાં પોલિસી દાતાને થતા ખર્ચની ભરપાઈ કરવાની જોગવાઈ કરે છે.

✓ એમ્બ્યુલન્સની ભરપાઈ: વીમાધારક/ વીમાકૃત વ્યક્તિ દ્વારા એમ્બ્યુલન્સ માટે થયેલા ખર્ચ પોલિસીની અનુસૂચિમાં સ્પષ્ટ કરેલી કેટલીક મર્યાદા સુધી ભરપાઈ કરવામાં આવે છે.

✓ સાથે રહેનાર વ્યક્તિ માટેના ખર્ચ: આનો ઉદ્દેશ હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની અવધિ દરમિયાન વીમાધારક દર્દીની દેખભાળ કરતી વખતે ખોરાક, પરિવહન વગેરે માટે સાથે રહેનાર વ્યક્તિને થયેલા ખર્ચને આવરવાનો છે. પોલિસીની શરતો પ્રમાણે લમ્પસમ

ચુકવણી અથવા ભરપાઇની ચુકવણી પોલિસીની અનુસૂચિમાં સ્પષ્ટ કરેલી મર્યાદા સુધી ચુકવવામાં આવે છે.

✓ પરિવારની વ્યાખ્યા: કેટલીક આરોગ્યની ઉત્પાદનોમાં પરિવારની વ્યાખ્યામાં ફેરફાર થયો છે. અગાઉ, પ્રાથમિક વીમાધારક, જીવનસાથી, નિર્ભર બાળકોને કવર આપવામાં આવતું હતું. હવે એવી પોલિસીઓ હોય છે, જેમાં માતા-પિતા અને સાસુ-સસરાને પણ સમાન પોલિસી હેઠળ કવર આપવામાં આવી શકે છે.

x. તબીબી સલાહ માગવામાં કે અનુસરવામાં નિષ્ફળ જવું અથવા સારવારને અનુસરવામાં નિષ્ફળ જવું

શરૂઆતમાં અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા રોગોથી પિડતી વ્યક્તિઓને આરોગ્ય વીમા કવરનો ઇન્કાર કરવામાં આવતો હતો. આવા કિસ્સાઓને હવે આ રોગોને બાદ કરીને કવર ઓફર કરવામાં આવે છે.

પ્રમાણભૂત આરોગ્ય ઉત્પાદન - આરોગ્ય સંજીવની: કોવિડ-19 મહામારીની પૃષ્ઠભૂમિમાં IRDAIએ તમામ વીમા કંપનીઓને આરોગ્ય સંજીવની તરીકે ઓળખાતી પ્રમાણભૂત આરોગ્ય ઉત્પાદન સમજવા માટે સરળ બને તે માટે નિયમો અને શરતોમાં કોઈ ફેરફાર વિના રજૂ કરવા જણાવ્યું છે. જોકે પ્રીમિયમ દરેક કંપનીની કિંમત નિર્ધારિત કરવાની નીતિ અનુસાર અલગ હોઈ શકે છે. આ બજારમાં આરોગ્ય વીમાનાં વધુ સારા પ્રસરણને સુનિશ્ચિત કરવા માટે છે. તમામ વીમા કંપનીઓએ આરોગ્ય સંજીવની તરીકે ઓળખાતું આ ઉત્પાદન રજૂ કરવું આવશ્યક છે. [આ પગલાં માટેનો સંદર્ભ એ હતો કે બજારમાં વિભિન્ન આરોગ્ય વીમાઓ ઉપલબ્ધ હતા અને ગ્રાહકો તેમની તુલના કરી શકતા નહોતા, જેથી મૂંઝવણ ઊભી થતી હતી.]

નીચેની બે પ્રકારની યોજનાઓ આરોગ્ય સંજીવની વીમા પોલિસી હેઠળ ઉપલબ્ધ છે:

- વ્યક્તિગત યોજના: સિંગલ પોલિસીધારક આરોગ્ય સંજીવની પોલિસીના લાભાર્થી હશે.
- ફેમિલી ફ્લોટર યોજના: પોલિસી ધારકના બહુવિધ પરિવારના સભ્યો આરોગ્ય સંજીવની યોજનાના લાભાર્થી બની શકે છે.

આ ઉત્પાદન રૂમનાં ભાડા અને ICU ખર્ચ પર કેપિંગ સાથે આવે છે, પરંતુ તે આધુનિક દિવસની સારવાર અને સ્ટેમ સેલ થેરાપીને 50% કેપિંગ સાથે પણ આવરે છે.

D. ટોપ-અપ આવરણો અથવા ઉચ્ચ ડિસ્ક્રિબલ વીમા યોજનાઓ

ટોપ-અપ કવરને ઉચ્ચ ડિસ્ક્રિબલ પોલિસી તરીકે પણ ઓળખવામાં આવે છે. વીમા કંપનીઓ દ્વારા ટોપ-અપ પોલિસીઓ નિશ્ચિત રકમથી (કે જે થ્રેશોલ્ડ તરીકે ઓળખાય છે)

વધુની ઊંચી વીમાની રકમ માટે આવરણ પૂરું પાડે છે. આ પોલિસી ઓછી વીમાની રકમ ધરાવતા મૂળભૂત આરોગ્ય કવર સાથે કામ કરે છે અને તે તુલનાત્મક રીતે વ્યાજબી પ્રીમિયમ પર આવે છે. ઉદાહરણ તરીકે તેમના નિયોજક દ્વારા આવરવામાં આવતી વ્યક્તિઓ વધારાની સુરક્ષા માટે ટોપ-અપ કવર પણ પસંદ કરી શકે છે (પ્રથમ પોલિસીની વીમાની રકમને શ્રેશોલ્ડ તરીકે રાખવી).

ટોપ-અપ પોલિસી હેઠળ દાવો પ્રાપ્ત કરવા માટે લાયક ઠરવા માટે તબીબી ખર્ચ યોજના હેઠળ પસંદ કરેલા ડિસ્ક્રિબલ (અથવા શ્રેશોલ્ડ) સ્તર કરતા ઊંચો હોવો જોઈએ અને ઉચ્ચ ડિસ્ક્રિબલ યોજના હેઠળ ભરપાઈ ડિસ્ક્રિબલ કરતા વધુ થયેલા ખર્ચની રકમ હશે.

ઉદાહરણો

વ્યક્તિને તેમના રોજગાર દ્વારા રૂ. 3 લાખની વીમાની રકમ માટે આપવામાં આવે છે. તેઓ રૂ. 3 લાખથી વધુમાં રૂ. 10 લાખની ટોપ-અપ પોલિસીનો વિકલ્પ પસંદ કરી શકે છે. જો એક જ હોસ્પિટલાઇઝેશનનો ખર્ચ રૂ. 5 લાખ હોય તો પાયારૂપ પોલિસી માત્ર રૂ. 3 લાખ સુધી આવરશે. ટોપ-અપ આવરણની સાથે રૂ. બે લાખની શેષ રકમ ટોપ-અપ પોલિસી દ્વારા ચુકવવામાં આવશે.

ટોપ-અપ પોલિસીઓ સસ્તી હોય છે અને સિંગલ રૂ. 10 લાખની પોલિસીનો ખર્ચ રૂ. 3 લાખ લાખની વધુમાં રૂ. 10 લાખની ટોપ-અપ પોલિસી કરતા ઘણો ઊંચો હશે.

આ આવરણો વ્યક્તિગત ધોરણે ઉપલબ્ધ છે અને પરિવાર આધારે ટોપ-અપ યોજના માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની દરેક એક ઘટનામાં ડિસ્ક્રિબલ રકમને પાર કરવી આવશ્યક છે. જોકે કેટલીક ટોપ-અપ યોજનાઓ પોલિસીની અવધિ દરમિયાન શ્રેણીબદ્ધ હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની ઘટના પછી ડિસ્ક્રિબલને પાર કરવાની મંજૂરી આપે છે, જેમને ભારતીય બજારમાં એગ્રિગેટ આધારિત ઉચ્ચ ડિસ્ક્રિબલ યોજનાઓ અથવા સુપર ટોપ-અપ કવર તરીકે ઓળખવામાં આવે છે. સુપર ટોપ-અપ યોજના ડિસ્ક્રિબલ રકમથી ઉપરના કુલ તમામ હોસ્પિટલાઇઝેશનના બિલ્સ (સુપર ટોપ-અપ યોજના મર્યાદા સુધી)ને આવરે છે, એટલે કે ડિસ્ક્રિબલ એક વર્ષમાં કુલ દાવા પર લાગુ થાય છે. તેથી એક વખત ડિસ્ક્રિબલ ચુકવવામાં આવે ત્યાર પછી યોજના પછીના દાવાઓ માટે સક્રિય બને છે.

E. સિનિયર સિટિઝન પોલિસી

આ યોજનાઓને અમુક વય (દા.ત. 60 વર્ષથી વધુની વયના લોકો) પછી સામાન્યપણે આવરણ માટે ઇન્કાર કરવામાં આવતો હોય એવા વૃદ્ધ લોકો માટે કવર ઓફર કરવા તૈયાર

કરવામાં આવી હોય છે. કવરેજનું માળખું અને અપવર્જનો ઘણા ખરા હોસ્પિટલાઇઝેશન પોલિસી જેવા હોય છે.

કવરેજ અને રાહ જોવાની અવધિ નિર્ધારિત કરવામાં વૃદ્ધ લોકોના રોગો માટે વિશેષ ધ્યાન આપવામાં આવે છે. પ્રવેશ વય મોટે ભાગે 60 વર્ષ પછી હોય છે અને જીવનપર્યંત નવીકરણ થવા પાત્ર હોય છે. વીમાની રકમ રૂ. 50,000થી લઈને રૂ. 5,00,000 સુધીની હોય છે. અમુક બિમારીઓમાં લાગુ થવા પાત્ર રાહ જોવાની અવધિ અલગ હોય છે.

ઉદાહરણ: મોતિયો- એક વીમા કંપની માટે 1 વર્ષની રાહ જોવાની અવધિ અને અન્ય કેટલીક કંપનીઓ માટે 2 વર્ષની રાહ જોવાની અવધિ હોઈ શકે છે.

ઉદાહરણ: સાઇનાસાઇટિસ- કેટલીક વીમા કંપનીઓની રાહ જોવાની અનુસૂચિમાં આવતો નથી, પરંતુ અન્ય કેટલીક તેને રાહ જોવાની અવધિની અનુસૂચિમાં સામેલ કરે છે.

કેટલીક પોલિસીઓ અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા રોગોનાં અનુસંધાનમાં રાહ જોવાની અવધિ અથવા કેપિંગ ધરાવે છે. પૂર્વ-પછીના હોસ્પિટલના ખર્ચ હોસ્પિટલના દાવાઓની ટકાવારી તરીકે અથવા પેટા મર્યાદા તરીકે, એટલે કે બંનેમાંથી જે ઊંચું હશે તેટલું ચુકવવામાં આવે છે. કેટલીક પોલિસીઓમાં વિશિષ્ટ ક્ષતિપૂર્તિ યોજનાઓને અનુસરે છે, જેમ કે ખર્ચ 30/ 60 દિવસો અથવા 60/ 90 દિવસની નિશ્ચિત અવધિની અંદર આવે છે.

IRDAએ ફરજિયાત કર્યું છે કે તમામ આરોગ્ય વીમા કંપનીઓ અને TPA વરિષ્ઠ નાગરિકોના આરોગ્ય વીમાને લગતા દાવાઓ અને તકરારોનો ઉકેલ લાવવા માટે એક અલગ ચેનલ સ્થાપિત કરશે.

F. નિશ્ચિત લાભનાં આવરણો - હોસ્પિટલ કેશ, ગંભીર બિમારી

આ કવર હેઠળ વીમાધારક દાવાની રકમ તરીકે નિશ્ચિત રકમ મેળવે છે, ભલે પછી નામિત સારવાર માટે તેમના દ્વારા ખર્ચવામાં આવેલી રકમ ગમે તે હોય. આ ઉત્પાદનમાં સામાન્યપણે થતી સારવાર ઇએનટી, ઓપ્થોલ્મોલોજી, ઓબ્સ્ટેટ્રિક્સ અને ગાઇનેકોલોજી જેવા વિભાગો હેઠળ આપવામાં આવે છે.

આ પોલિસીઓ સરળ છે, કારણ કે માત્ર હોસ્પિટલાઇઝેશન અને પોલિસી હેઠળ બિમારીનાં કવરેજનો પુરાવો દાવાની પ્રક્રિયા કરવા માટે પૂરતા હોય છે. કેટલાક ઉત્પાદનો નિશ્ચિત લાભ આવરણની સાથે દૈનિક રોકડ લાભ સાંકળે છે.

જોગવાઈ એવી સર્જરીઝ/ સારવાર માટે નિશ્ચિત રકમ ચુકવવા માટે કરવામાં આવી છે, જેઓ પોલિસીમાં નામિત યાદીમાં સ્થાન ધરાવતા નથી હોતા. વિભિન્ન સારવાર માટે બહુવિધ

દાવાઓ પોલિસીની અવધિ દરમિયાન શક્ય છે. જોકે દાવાઓ આખરે પોલિસી હેઠળ પસંદ કરેલી વીમાની રકમ દ્વારા મર્યાદિત હોય છે.

કેટલીક નિશ્ચિત લાભની વીમાની યોજનાઓ નીચે મુજબ છે:

- ✓ હોસ્પિટલ દૈનિક કેશ વીમા યોજનાઓ
- ✓ ગંભીર બિમારી વીમા યોજનાઓ

1. હોસ્પિટલ દૈનિક રોકડ પોલિસી

a) પ્રતિદિવસ રકમની મર્યાદા

હોસ્પિટલ રોકડ કવરેજ હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના દરેક દિવસ માટે વીમાધારક વ્યક્તિને નિશ્ચિત રકમ પૂરી પાડે છે. પ્રતિદિવસ રોકડ કવરેજ દિવસદીઠ રૂ. 1,500થી રૂ. 5,000 સુધી અલગ હોઈ શકે છે અથવા દિવસદીઠ વધુ પણ હોઈ શકે છે. ઉપલી મર્યાદા બિમારીદીઠ દૈનિક કેશ પે-આઉટ પર તેમ જ પોલિસીની અવધિ માટે પૂરી પાડવામાં આવે છે, જે સામાન્યપણે વાર્ષિક પોલિસી છે.

b) યુકવણીના દિવસોની સંખ્યા

આ પોલિસીના કેટલાક વેરિએન્ટ્સમાં માન્ય દૈનિક રોકડના દિવસોની સંખ્યા રોગ જેની સારવાર લેવામાં આવી રહી હોય તેની સાથે સંકળાયેલી હોય છે. સારવારની વિગતવાર યાદી અને પ્રત્યેક માટે રોકાણની અવધિ નિર્ધારિત હોય છે, જે પ્રક્રિયા/ બિમારીના પ્રત્યેક પ્રકાર માટે માન્ય દૈનિક રોકડ લાભ મર્યાદિત કરે છે.

c) સ્ટેન્ડઅલોન કવર અથવા એડ-ઓન કવર

હોસ્પિટલ દૈનિક રોકડ પોલિસી કેટલીક વીમા કંપનીઓ દ્વારા ઓફર કર્યા પ્રમાણે સ્ટેન્ડઅલોન પોલિસી તરીકે ઉપલબ્ધ હોય છે, જ્યારે અન્ય કિસ્સાઓમાં નિયમિત ક્ષતિપૂર્તિ પોલિસીમાં એડ-ઓન કવર છે. આ પોલિસીઓ વીમાધારકને આકસ્મિક ખર્ચાઓને કવર કરવામાં મદદ કરે છે, કારણ કે યુકવણી એક નિશ્ચિત રકમ છે અને તે સારવારના વાસ્તવિક ખર્ચને સંબંધિત નથી. આ ક્ષતિપૂર્તિ આધારિત આરોગ્ય વીમા યોજના હેઠળ પ્રાપ્ત થતા કોઈ કવર ઉપરાંત પૂરી પાડવામાં આવતી પોલિસી હેઠળ યુકવણીની પણ મંજૂરી આપે છે.

d) પૂરક કવર

આ પોલિસીઓ નિયમિત હોસ્પિટલ ખર્ચ પોલિસીને પૂરક કરી શકે છે, કારણ કે તે ખર્ચ અસરકારક છે અને આકસ્મિક ખર્ચ માટે અને ક્ષતિપૂર્તિ પોલિસી હેઠળ ચુકવવાપાત્ર ન હોય એવા ખર્ચ જેવા કે અપવર્જનો, કો-પે વગેરે માટે વળતર પૂરું પાડે છે.

e) કવર માટે અન્ય લાભ

વીમા કંપનીના દૃષ્ટિકોણથી આ યોજના કેટલાક લાભ ધરાવે છે, કારણ કે ગ્રાહકને સમજાવવું સરળ છે અને તેથી વધુ સરળતાથી વેચી શકાય છે. તે તબીબી કુગાવાને હરાવે છે, કારણ કે દિવસદીઠ નિશ્ચિત રકમ હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની અવધિ માટે ચુકવવામાં આવે છે, પછી વાસ્તવિક ખર્ચ ભલે ગમે તે હોય. આ ઉપરાંત આવા વીમા આવરણોની સ્વીકૃતિ અને દાવાઓની પતાવટો વાસ્તવિકપણે સરળ છે.

2. ગંભીર બિમારીની પોલિસી

તબીબી વિજ્ઞાનમાં પ્રગતિની સાથે લોકો કેન્સર, સ્ટ્રોક અને હાર્ટ એટેક વગેરે જેવા કેટલાક મોટા રોગોથી બચી રહ્યા છે, જે અગાઉના સમયમાં મૃત્યુમાં પરિણમતા હતા. જોકે એક મોટી બિમારીથી બચવા માટે સારવારની સાથે સાથે સારવાર પછી જીવવા માટે મોટો ખર્ચ થાય છે. ગંભીર બિમારીની શરૂઆતથી વ્યક્તિની આર્થિક સુરક્ષા જોખમાય છે. પાયારૂપ આરોગ્ય વીમા પોલિસી આવા કિસ્સાઓમાં તમામ તબીબી ખર્ચને આવરવા માટે પૂરતી ન પણ હોઈ શકે.

ગંભીર બિમારીની પોલિસી કેટલીક નામિત ગંભીર બિમારીનાં નિદાન પર લમ્પસમ રકમ ચુકવવાની જોગવાઈ ધરાવે છે. વીમાની રકમ મોટા ખર્ચની સંભાળ લેવા માટે ઊંચી હોય છે.

ભારતમાં ગંભીર બિમારી (CI) લાભ સામાન્ય રીતે જીવન વીમા કંપનીઓ દ્વારા જીવન પોલિસીઓમાં રાઇડર તરીકે વેચવામાં આવે છે અને તેના દ્વારા કવરના બે પ્રકાર ઓફર કરવામાં આવે છે - ત્વરિત CI લાભ યોજના અને સ્ટેન્ડએલોન CI લાભ યોજના. મૂંઝવણ દૂર કરવા માટે 22 સૌથી સામાન્ય ગંભીર બિમારીઓની વ્યાખ્યા IRDA આરોગ્ય વીમા માનકીકરણ માર્ગદર્શિકા હેઠળ પ્રમાણભૂત કરવામાં આવી છે.

વીમા કંપનીઓ અને ઉત્પાદનોમાં આવરેલી ગંભીર બિમારીઓ અલગ અલગ હોય છે. સામાન્યપણે 100% વીમાની રકમ ગંભીર બિમારીનાં નિદાન પર ચુકવવામાં આવે છે.

કેટલાક કિસ્સાઓમાં વળતર પોલિસીના નિયમો અને શરતો તેમ જ બિમારીની ગંભીરતાને આધારે વીમાની રકમના 25%થી 100% સુધી અલગ-અલગ હોઇ શકે છે.

પોલિસી હેઠળ ચુકવવાપાત્ર થતા કોઇ લાભ માટે પોલિસીની શરૂઆતથી 90 દિવસની રાહ જોવાની અવધિ અને બિમારીનાં નિદાન પછીના 30 દિવસની જીવિત રહેવાની અનુસૂચિ હોય છે. ખાસ કરીને 45 વર્ષથી વધુની વયના લોકો માટે સખત તબીબી તપાસ કરવાની હોય છે.

કોઇ પણ વીમાધારક વ્યક્તિનાં અનુસંધાનમાં પોલિસી હેઠળ એક વખત લાભ ચુકવવામાં આવે ત્યાર પછી પોલિસી સમાપ્ત થાય છે. આ પોલિસી એવા જૂથોને, ખાસ કરીને કોર્પોરેટ્સને પણ ઓફર કરવામાં આવે છે, જેઓ તેમના કર્મચારીઓ માટે પોલિસીઓ લે છે.

રોગ વિશિષ્ટ ઉત્પાદનો - કોરોના કવચ

જૂન 2020માં જ્યારે દેશ કોરોના વાઇરસ ચેપ (કોવિડ-19)ના ઘણા કેસોનો સામનો કરી રહ્યો હતો ત્યારે બજારમાં ઘણા લાભ આધારિત ઉત્પાદનોની રજૂઆત જોવા મળી હતી, જે કોવિડ-19 પોઝિટિવનાં નિદાન પર લમ્પસમ ચુકવણી પૂરી પાડે છે. પછી કેટલીક કંપનીઓએ ક્ષતિપૂર્તિ આધારિત ઉત્પાદનો પણ રજૂ કર્યાં હતાં. જોકે એવા ઘણા કન્ઝ્યુમેબલ્સ જેવા કે PPE કિટ્સ, ઓક્સિમીટર વગેરે અને ક્વોરન્ટિન ખર્ચ હતા, જેનું ધ્યાન આ ઉત્પાદનોમાં લેવામાં આવ્યું નહોતું.

IRDAI કોરોના કવચ અને કોરોના રક્ષક (જેની જીવન વીમા વિભાગમાં અલગ રીતે ચર્ચા કરવામાં આવી છે) તરીકે ઓળખાતી બે પ્રમાણભૂત આરોગ્ય વીમા પોલિસીઓ રજૂ કરી હતી. સામાન્ય અને આરોગ્ય વીમા કંપનીઓ માટે ક્ષતિપૂર્તિ આધારિત પ્રમાણભૂત કોવિડ-19 ઉત્પાદન તરીકે કોરોના કવચ પૂરું પાડવું ફરજિયાત છે, જ્યારે લાભ આધારિત ઉત્પાદન ઓફર કરતી કોરોના રક્ષક તમામ વીમા કંપનીઓ માટે વૈકલ્પિક છે. બંને ઉત્પાદનો 15 દિવસની રાહ જોવાની અવધિ ધરાવે છે.

કોરોના રક્ષક પ્રમાણભૂત લાભ આધારિત આરોગ્ય વીમો છે, જેને કોવિડ-19 દ્વારા અસર પામેલી અને 72 કલાકની લઘુત્તમ સતત અવધિ માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ કરેલી વીમાધારક વ્યક્તિને લમ્પસમ લાભ પૂરા પાડવા માટે ડિઝાઇન કરવામાં આવી છે. આ યોજના એક વખતના લાભની પોલિસી તરીકે 3.5 મહિના, 6.5 મહિના અને 9.5 મહિનાની વિભિન્ન પોલિસી અવધિ સાથે 18 વર્ષથી 65 વર્ષ વચ્ચેની વય ધરાવતા લોકો માટે વ્યક્તિગત

ધોરણે આવરણ ઓફર કરે છે અને લાભની ચુકવણી પર તે સમાપ્ત થાય છે. કોરોના રક્ષક 50,000નાં ગુણાંકમાં રૂ. 50,000થી રૂ. 2,5 લાખની શ્રેણીમાં વીમાની રકમના વિકલ્પો ઓફર કરે છે. પોલિસી (1) સંપૂર્ણ વીમાની રકમના લાભ, (2) વ્યાજબી પ્રીમિયમ, (3) દાવાની લમ્પસમ રકમ, (4) 15 દિવસની ટૂંકી રાહ જોવાની અવધિ અને (5) વેરાના લાભ પૂરા પાડે છે.

કોરોના કવચ જૂન 2020માં જારી કરેલી માર્ગદર્શિકા અનુસાર નીચેનાં કવચેજ ઓફર કરે છે:

1. સરકાર દ્વારા અધિકૃત નૈદાનિક કેન્દ્રમાં કોવિડ-19નાં સકારાત્મક નિદાનની સારવાર માટે થયેલા હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના ખર્ચ નીચેની બાબતો આવરે છે: (24 કલાકની લઘુત્તમ અવધિ માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ થવા માટેના ખર્ચ સ્વીકાર્ય છે.)
 - a. હોસ્પિટલ/ નર્સિંગ હોમ દ્વારા પૂરા પાડેલા રૂમ, બોર્ડિંગ, નર્સિંગ ખર્ચ.
 - b. સર્જન, એનેસ્થેટિસ્ટ, તબીબી વ્યવસાયી, સલાહકારો, નિષ્ણાંતની ફીઝ
 - c. એનેસ્થેશિયા, રક્ત, ઓક્સિજન, ઓપરેશન થિએટરના ખર્ચ, સર્જિકલ ઉપકરણો, વેન્ટિલેટરનાં ખર્ચ, દવાઓ અને ડ્રગ્સ, નિદાન માટેના ખર્ચ, નૈદાનિક ઇમેજિંગ મોડાલિટિસ, PPE કિટ, હાથનાં મોજાં, માસ્ક અને અન્ય આવા સમાન ખર્ચ
 - d. ઇન્ટેન્સિવ કેર યુનિટ (ICU) / ઇન્ટેન્સિવ કાર્ડિયાક કેર યુનિટ (ICCU) ખર્ચ.
 - e. માર્ગ એમ્બ્યુલન્સ પર થયેલા ખર્ચ, જે હોસ્પિટલાઇઝેશનદીઠ મહત્તમ રૂ. 2000/-ને આધિન છે.
2. ઘરે સારવાર પ્રાપ્ત કરવા માટે હોમ કેર સારવારના ખર્ચ ઘટનાદીઠ મહત્તમ 14 દિવસ સુધી હોય છે, જે નીચે જણાવેલી શરતો (સંપૂર્ણ નહીં)ને આધિન છે:
 - a. તબીબી વ્યવસાયી વીમાધારકને ઘરે સારવાર લેવાની સલાહ આપે છે.
 - b. તબીબી વ્યવસાયી દ્વારા દરેક દિવસે આપવામાં આવેલી સારવારના રેકોર્ડ્સ સહિત આરોગ્યની સ્થિતિ પર સતત દેખરેખ રાખવામાં આવતી હોય.
3. જો સારવાર કરતા તબીબી વ્યવસાયી દ્વારા નિર્ધારિત અને કોવિડની સારવાર સંબંધિત અન્ય ખર્ચ,
 - a. ઘરે અથવા નૈદાનિક કેન્દ્ર ખાતે કરવામાં આવેલા નૈદાનિક પરીક્ષણો

- b. લેખિતમાં સૂચવેલી દવાઓ
- c. તબીબી વ્યવસાયીનો પરામર્શ ખર્ચ
- d. તબીબી કર્મચારીઓને લગતા નર્સિંગ ખર્ચ
- e. તબીબી પ્રક્રિયાઓ દવાઓનાં પેરેન્ડ્રલ વ્યવસ્થાપન સુધી મર્યાદિત
- f. પલ્સ ઓક્સિમીટર, ઓક્સિજન સિલિન્ડર અને નેબ્યુલાઇઝરનો ખર્ચ

વધારાનું કવર - હોસ્પિટલ દૈનિક રોકડ: વીમા કંપની આ પોલિસી હેઠળ સ્વીકાર્ય હોસ્પિટલાઇઝેશનના દાવા પછી કોવિડની સારવાર માટે સતત હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના દરેક 24 કલાક માટે દિવસદીઠ વીમાકૃત રકમના 0.5%ની ચુકવણી કરશે.

પ્રમાણભૂત રોગ વાહક જન્ય રોગ આરોગ્ય પોલિસી:

IRDAIએ તેની તારીખ 3 ફેબ્રુઆરી, 2021ની માર્ગદર્શિકામાં નિર્ણય લીધો હતો કે રોગવાહક જન્ય રોગો માટેના પ્રમાણભૂત ઉત્પાદનો નીચેના કવરેજ ઓફર કરશે:

1. હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના લાભ: 100% વીમાની રકમને સમાન લમ્પસમ લાભ નીચે જણાવેલા કોઈ પણ રોગવાહક જન્ય રોગોનાં સકારાત્મક નિદાન થવા પર ચુકવવાપાત્ર થશે, જેના માટે 72 કલાકની લઘુત્તમ સતત 72 કલાકની અવધિ માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની જરૂર હોય છે.

- a) ડેંગ્યુનો તાવ
- b) મેલેરિયા
- c) ફિલેરિયા (લિમ્ફેટિક ફાઇલેરિયાસિસ)
- d) ચિકનગુનિયા
- e) કાલા-આઝાર
- f) જાપાનીઝ ઇન્સેફલાઇટિસ
- g) ઝિકા વાઇરસ

2. નિદાન કવર: વીમાની રકમના 2% આવરણની અવધિ દરમિયાન પ્રથમ નિદાન થવા પર પ્રત્યેક આવરેલા રોગવાહક જન્ય રોગના સકારાત્મક નિદાન (લેબોરેટરી તપાસ મારફતે અને તબીબી વ્યવસાયી દ્વારા પુષ્ટિ કરીને) પર ચુકવવાપાત્ર હશે, જે પોલિસીના

નિયમો અને શરતોને આધિન છે. પોલિસી ધારક પોલિસી વર્ષમાં માત્ર એક વખત પ્રત્યેક રોગ માટે “નિદાન કવર”ની ચુકવણી હેઠળ ચુકવણી માટે હકદાર હોય છે.

G. કોમ્બો-ઉત્પાદનો

હેલ્થ પ્લસ લાઇફ કોમ્બો ઉત્પાદનો જીવન વીમા કંપનીના જીવન વીમા કવર અને બિન-જીવન અને/ અથવા સ્ટેન્ડઅલોન આરોગ્ય વીમા કંપની દ્વારા ઓફર કરવામાં આવતા આરોગ્ય વીમાનું સંયોજન ઓફર કરે છે.

ઉત્પાદનને વ્યક્તિગત વીમા પોલિસી તરીકે અને જૂથ વીમા ધોરણે ઓફર કરવામાં આવી શકે છે. જોકે આરોગ્ય વીમા ફ્લોટર પોલિસીઓનાં અનુસંધાનમાં શુદ્ધ ટર્મ જીવન વીમા કવરેજ પરિવારના કમાતા સભ્યોમાંથી એવા કોઇ એકનાં જીવન પર માન્ય છે, જેઓ સંબંધિત વીમા કંપનીઓનાં વીમાપાત્ર હિતસંબંધ અને અન્ય લાગુ થવા પાત્ર અન્ડરરાઇટિંગના ધોરણોને આધિન આરોગ્ય વીમા પોલિસીના પ્રસ્તાવક પણ હોય.

પેકેજ પોલિસીઓ

પેકેજ અથવા અમ્બેલા કવર એક જ દસ્તાવેજ હેઠળ આવરણોનું સંયોજન આપે છે.

આરોગ્ય વીમામાં પેકેજ પોલિસીનાં ઉદાહરણમાં ક્ષતિપૂર્તિ પોલિસીઓ સાથે ગંભીર બિમારીના કવરના લાભ અને જીવન વીમા પોલિસીઓ તથા ક્ષતિપૂર્તિ પોલિસીઓ સાથે હોસ્પિટલ ટૅનિક રોકડ લાભનું સંયોજન સામેલ છે.

પ્રવાસ વીમો:

પ્રવાસ વીમા પોલિસીને પેકેજ પોલિસી તરીકે પણ ઓફર કરવામાં આવે છે, જે માત્ર આરોગ્ય વીમાને જ આવરતી નથી, પરંતુ અકસ્માતને લીધે મૃત્યુ/ વિકલાંગતા લાભની સાથે સાથે બિમારી/ અકસ્માતને લીધે તબીબી ખર્ચ અને ચેક્ડ ઇન બેગેજ ખોવાઇ જવું અથવા પહોંચવામાં વિલંબ, પાસપોર્ટ અને દસ્તાવેજો ખોવાઇ જવા, સંપત્તિ/ વ્યક્તિગત નુકસાન માટે ત્રાહિત પક્ષની જવાબદારી, પ્રવાસ રદ થવો અને હાઇજેક કવર જેવા આવરણો પણ પ્રવાસ પોલિસીઓ હેઠળ પરંપરાગત રીતે પૂરા પાડવામાં આવે છે. (પ્રવાસ વીમાની વિગતો પછીથી પૂરી પાડવામાં આવી છે.)

H. ગરીબ વર્ગો માટે સૂક્ષ્મ વીમો અને સ્વાસ્થ્ય વીમો

સૂક્ષ્મ-વીમા ઉત્પાદનો ગ્રામીણ અને અનૌપચારિક વર્ગોના નીચી આવક ધરાવતા લોકોની સુરક્ષા માટેના ઉદ્દેશથી વિશેષ રીતે ડિઝાઇન કરવામાં આવી છે. આ વ્યાજબી પ્રીમિયમ અને

લાભ પેકેજની સાથે નીચા મૂલ્યનું ઉત્પાદન છે. સૂક્ષ્મ વીમો IRDA સૂક્ષ્મ વીમા નિયમનો, 2005 દ્વારા સંચાલિત છે.

આ આવરણો મોટે ભાગે વિભિન્ન સામુદાયિક સંસ્થાઓ અથવા બિન-સરકારી સંસ્થાઓ (NGO) દ્વારા પોતાના સભ્યો માટે લેવામાં આવે છે.

સમાજના ગરીબ વર્ગોને સેવા આપવા માટે PSU દ્વારા વિશેષ રીતે બનાવેલી બે પોલિસીઓ જન આરોગ્ય બીમા પોલિસી અને સર્વવ્યાપક સ્વાસ્થ્ય યોજના છે. ખાનગી ક્ષેત્રની વીમા કંપનીઓએ આ લક્ષ્યાંકિત વર્ગને સેવા આપવા માટે ઘણી નવીન સૂક્ષ્મ વીમા આરોગ્ય ઉત્પાદનો પણ રજૂ કરી છે, જેવી કે બીમા કવચ યોજના, ગ્રામીણ જીવન રક્ષા પ્લાન, ભાગ્ય લક્ષ્મી - સમગ્ર યાદી IRDAની વેબસાઇટ પર મળી શકે છે.

I. રાષ્ટ્રીય સ્વાસ્થ્ય બીમા યોજના

સરકારે વિભિન્ન આરોગ્ય યોજનાઓ પણ રજૂ કરી છે, જેમાંની કેટલીક વિશેષ રાજ્યોને લાગુ થવા પાત્ર છે. તેણે ગરીબી રેખાની નીચે જીવતા (BPL) પરિવારો માટે આરોગ્ય વીમા કવરેજ પૂરું પાડવા માટે વીમા કંપનીઓ સાથેના સહકારથી રાષ્ટ્રીય સ્વાસ્થ્ય બીમા યોજના (RSBY)નો અમલ કર્યો હતો. જોકે RSBYએ માત્ર રૂ. 30,000ની વીમાની રકમ પૂરી પાડી હતી, જેનાથી મુખ્ય સર્જરી/ હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના ખર્ચને આવરવા માટે પૂરતી માનવામાં આવતી નહોતી.

J. પ્રધાનમંત્રી જન આરોગ્ય યોજના

રાષ્ટ્રીય આરોગ્ય નીતિ 2017 દ્વારા ભલામણ કર્યા પ્રમાણે RSBYની ખામીઓને દૂર કરવા માટે ભારત સરકારે 2017માં સર્વવ્યાપક સ્વાસ્થ્ય આવરણ(UHC)નાં સ્વપ્નને હાંસલ કરવા માટેની એક પ્રમુખ યોજના 'આયુષ્માન ભારત યોજના' રજૂ કરી હતી. પ્રધાનમંત્રી જન આરોગ્ય યોજના (PMJAY) તરીકે પણ ઓળખાતી આયુષ્માન ભારતે રૂ. 5,00,000ની વીમાની રકમ રજૂ કરી છે.

તેમાં તત્કાલિન પ્રવર્તમાન રાષ્ટ્રીય સ્વાસ્થ્ય બીમા યોજના (RSBY)ને સામેલ કરવામાં આવી હતી. PMJAYને સરકાર દ્વારા સંપૂર્ણપણે ભંડોળ પૂરું પાડવામાં આવે છે અને ખર્ચની વહેંચણી અમલીકરણ કેન્દ્ર અને રાજ્ય સરકારો વચ્ચે કરવામાં આવે છે.

K. પ્રધાનમંત્રી સુરક્ષા બીમા યોજના

તાજેતરમાં જાહેર કરેલી વ્યક્તિગત અકસ્માત મૃત્યુ અને ક્ષતિ આવરણ (વ્યક્તિગત અકસ્માત મૃત્યુ અને વિકલાંગતા)ને આવરતી PMSBYની વિશેષતાઓ નીચે મુજબ છે:

કવરેજનો અવકાશ: સહભાગી થતી બેંકોમાં 18 વર્ષથી 70 વર્ષના તમામ બચત બેંક ખાતા ધારકો માત્ર એક બચત બેંક ખાતા મારફતે જોડાવા માટે હકદાર છે અને જો તેઓ એક કરતા વધુ બેંકમાં નોંધાય તો તેઓ કોઈ વધારાનો લાભ મેળવતા નથી અને ચુકવેલું વધારાનું પ્રીમિયમ જપ્ત કરવામાં આવશે. આધાર બેંક ખાતા માટે પ્રાથમિક KYC હશે.

નોંધણી મોડાલિટી/ અવધિ: કવર 1લી જૂનથી 31 મે સુધીની એક વર્ષની અવધિ માટે હશે, જેના માટે નિર્ધારિત ફોર્મ્સ પર નિયુક્ત બચત બેંક ખાતામાંથી ઓટો-ડેબિટ દ્વારા જોડાવાનો/ ચુકવણી કરવાનો વિકલ્પ દર વર્ષની 31મી મે સુધીમાં આપવો આવશ્યક હશે.

સંપૂર્ણ વાર્ષિક પ્રીમિયમની ચુકવણી પર પછીથી જોડાવું નિર્દિષ્ટ શરતો પર શક્ય હોઈ શકે છે. કોઈ પણ સમયે યોજનામાંથી બહાર નીકળતી વ્યક્તિઓ ઉપરની મોડાલિટી મારફતે ભવિષ્યના વર્ષોમાં યોજનામાં પુનઃજોડાઈ શકે છે.

વીમા હેઠળ લાભો નીચે મુજબ છે:

| લાભનું કોષ્ટક | વીમાની રકમ |
|---|------------|
| મૃત્યુ | રૂ. 2 લાખ |
| બંને આંખોની કુલ અને અપરિવર્તનીય હાનિ અથવા બંને હાથ અથવા પગ બંનેની હાનિ અથવા એક આંખની હાનિ અને હાથ અને પગના ઉપયોગની હાનિ | રૂ. 2 લાખ |
| એક આંખની દૃષ્ટિ કુલ અને અપરિવર્તનીય હાનિ અથવા એક હાથ અથવા પગના ઉપયોગની હાનિ | રૂ. 1 લાખ |

જોડાણ અને નામાંકન સુવિધા એસએમએસ, ઇમેઇલ અથવા વ્યક્તિગત મુલાકાત દ્વારા ઉપલબ્ધ છે.

પ્રિમિયમ: સભ્યદીઠ વાર્ષિક રૂ. 12/-, પ્રીમિયમ 'ઓટો ડેબિટ' સુવિધા મારફતે ખાતા ધારકનાં બચત બેંક ખાતામાંથી કપાશે.

આવરણની સમાપ્તિ: સભ્ય માટે અકસ્માતનું કવર સમાપ્ત થશે:

1. સભ્ય 70 વર્ષની વયે પહોંચવા પર (નજીકના જન્મ દિવસે વય) અથવા

2. વીમાને અમલી રાખવા માટે બેંક સાથે ખાતું બંધ થવું અથવા અપર્યાપ્ત બેલેન્સ હોવું અથવા

જો વીમા કવર કોઈ ટેકનિકલ કારણોસર જેવા કે નિયત તારીખે અપૂરતા બેલેન્સથી લઈને કોઈ વહીવટી મુદ્દાઓને લીધે સમાપ્ત થાય તો તેને સંપૂર્ણ વાર્ષિક પ્રીમિયમની પ્રાપ્તિ પર પુનઃસ્થાપિત કરી શકાય છે, જે નિર્ધારિત શરતોને આધિન હોઈ શકે છે.

L. વ્યક્તિગત અકસ્માત અને વિકલાંગતા કવર

વ્યક્તિગત અકસ્માત (PA) કવર અણધાર્યા અકસ્માતની ઘટનામાં મૃત્યુ અને વિકલાંગતા માટે વળતર પૂરું પાડે છે.

PA પોલિસીમાં,

- મૃત્યુ લાભ વીમાની રકમની 100% ચુકવણી છે,
- વિકલાંગતાની ઘટનામાં, કાયમી વિકલાંગતાના કિસ્સામાં વળતર વીમાની રકમની નિશ્ચિત ટકાવારીથી અલગ હોય છે
- અલ્પકાલિક વિકલાંગતા માટે સાપ્તાહિક વળતર.

સાપ્તાહિક વળતરનો અર્થ વિકલાંગતાના સપ્તાહદીઠ નિશ્ચિત રકમની ચુકવણી થાય છે, જે વળતર ચુકવવાપાત્ર હોય તે સપ્તાહોની સંખ્યાની દૃષ્ટિમાં મહત્તમ મર્યાદાને આધિન છે.

1. આવરેલી વિકલાંગતાના પ્રકાર

સામાન્યપણે હેઠળ આવરવામાં આવે છે એવા વિકલાંગતાના પ્રકાર નીચે આપવામાં આવ્યા છે:

- કાયમી સંપૂર્ણ વિકલાંગતા (PTD): નો અર્થ જીવનપર્યંત સંપૂર્ણપણે વિકલાંગ થવું, જેમ કે તમામ ચારેય હાથ-પગનો લકવો, બેહોશીની હાલત, બંને આંખો/ બંને હાથ/ બંને હાથ-પગ અથવા એક હાથ અને એક આંખ અથવા એક આંખ અને એક પગ અથવા એક હાથ અને એક પગ ગુમાવવા,
- કાયમી આંશિક વિકલાંગતા (PPD): નો અર્થ જીવનપર્યંત આંશિક વિકલાંગ બનવું, જેમ કે આંગળીઓ, પગની આંગળીઓ, વેઢા વગેરે ગુમાવવા
- અલ્પકાલિક સંપૂર્ણ વિકલાંગતા (TTD): નો અર્થ અલ્પકાલિક અવધિ માટે કુલ વિકલાંગ થવું. કવરનો આ વિભાગ વિકલાંગતાની અવધિ દરમિયાન આવકની હાનિને આવરવાનો ઉદ્દેશ ધરાવે છે.

ગ્રાહક માત્ર મૃત્યુ આવરણ અથવા મૃત્યુ તથા કાયમી ક્ષતિ અથવા મૃત્યુ તથા કાયમી ક્ષતિ અને અલ્પકાલિક સંપૂર્ણ ક્ષતિની પણ પસંદગી કરવાનો વિકલ્પ ધરાવે છે.

2. વીમાની રકમ

PA પોલિસીઓ માટે વીમાની રકમ સામાન્યપણે એકંદર માસિક આવકને આધારે નક્કી કરવામાં આવે છે. સામાન્યપણે તે એકંદર માસિક આવકની 60 ગણી હોય છે. જોકે કેટલીક વીમા કંપનીઓ આવકનું સ્તર ધ્યાનમાં લીધા વિના નિશ્ચિત યોજનાને આધારે પણ ઓફર કરે છે. આવી પોલિસીઓમાં કવરના દરેક વિભાગ માટે વીમાની રકમ પસંદ કરેલી યોજનાને આધારે બદલાય છે.

3. વ્યક્તિગત અકસ્માત વીમો - લાભ યોજના

લાભ યોજના હોવાથી PA પોલિસીઓ દાવાના સમયે 'યોગદાન'ના સિદ્ધાંતને આધિન હોતી નથી. તેથી જો વ્યક્તિ વિભિન્ન વીમા કંપનીઓ સાથે એક કરતા વધુ પોલિસીઓ ધરાવતી હોય તો દાવાઓની ચુકવણી આ પોલિસીઓ હેઠળ કરવામાં આવશે.

4. કવરનો અવકાશ

આ પોલિસીઓ તબીબી ખર્ચ એટલે કે અકસ્માતને લીધે થયેલા હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના/ તબીબી ખર્ચને આવરવા માટે લંબાવવામાં આવે છે.

5. મૂલ્યવર્ધિત લાભ

વ્યક્તિગત અકસ્માતની સાથે ઘણી વીમા કંપનીઓ મૂલ્યવર્ધિત લાભ પણ ઓફર કરે છે, જેવા કે અકસ્માતને લીધે હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાને પગલે હોસ્પિટલ કેશ, નશ્વર અવશેષોનાં પરિવહનનાં ખર્ચ, નિશ્ચિત રકમ માટે શિક્ષણ લાભ અને વાસ્તવિક કે સ્થાયી મર્યાદા, એટલે કે બંનેમાંથી જે ઓછી હોય તેને આધારે એમ્બ્યુલન્સના ખર્ચ.

6. અપવર્જનો :

વ્યક્તિગત અકસ્માત વીમા હેઠળ સામાન્ય અપવર્જનોમાં પોલિસી શરૂ થાય તેના પહેલા અસ્તિત્વ ધરાવતી વિકલાંગતાને લીધે થયેલા અકસ્માત, માનસિક વિકારો અથવા કોઈ બિમારીને લીધે મૃત્યુ અથવા વિકલાંગતા, યુદ્ધને લીધે ઇજા, આક્રમણ, ગુનાહિત વધ અથવા હત્યા, ઇરાદાપૂર્વકની સ્વઇજા, આત્મહત્યા, ડ્રગ્સ/દારૂનું સેવન, ઉક્રયન અથવા બલુનિંગ જેવી વ્યાખ્યાયિત કરેલી વધુ જોખમી પ્રવૃત્તિઓમાં સામેલ થતી વખતે ઇજાનો સમાવેશ થાય છે. આ સૂચક યાદી છે અને દર કંપનીએ બદલાઈ શકે છે.

PA પોલિસીઓ વ્યક્તિઓ, પરિવાર અને જૂથોને પણ ઓફર કરવામાં આવે છે.

જૂથ વ્યક્તિગત અકસ્માત પોલિસીઓ

જૂથ વ્યક્તિગત અકસ્માત પોલિસીઓ સામાન્યપણે એવી વાર્ષિક પોલિસીઓ છે, જેમાં નવીકરણ વર્ષગાંઠ પર માન્ય હોય છે. જોકે બિન-જીવન અને સ્ટેન્ડઅલોન આરોગ્ય વીમા કંપનીઓ વિશિષ્ટ ઘટનાઓને કવરેજ પૂરું પાડવા માટે પણ એક વર્ષ કરતા ઓછી અવધિ ધરાવતી જૂથ વ્યક્તિગત અકસ્માત ઉત્પાદનો ઓફર કરી શકે છે.

અસ્થિભંગ પોલિસી અને દૈનિક પ્રવૃત્તિઓની હાનિ માટે વળતર

આ વિશેષ PA પોલિસી છે. આ પોલિસી સૂચિબદ્ધ અસ્થિભંગો સામે કવર પૂરું પાડવા માટે ડિઝાઇન કરવામાં આવી છે. દરેક અસ્થિભંગની સામે ઉલ્લેખ કરેલા નિશ્ચિત લાભ અથવા વીમાની રકમ દાવાના સમયે ચુકવવામાં આવે છે. લાભની માત્રા આવરેલા હાડકાના પ્રકાર અને ટકેલા અસ્થિભંગના પ્રકાર પર આધાર રાખે છે.

M. વિદેશ પ્રવાસ વીમો

પોલિસી માટે જરૂરિયાત: કારોબાર, રજાઓ અથવા અભ્યાસ માટે ભારતની બહાર પ્રવાસ કરતી વખતે અકસ્માતને લીધે થતી ઇજા અથવા હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના ખર્ચને આવરવા માટે. તબીબી સારવારનો ખર્ચ, ખાસ કરીને USA અને કેનેડા જેવા દેશોમાં ખૂબ ઊંચો છે અને તેનાથી મોટી નાણાકીય સમસ્યાઓ થઈ શકે છે.

કવરેજનો અવકાશ

આવી પોલિસીઓ પ્રાથમિક રૂપે અકસ્માત અને બિમારીના લાભ માટે હોય છે, પરંતુ બજારમાં મોટે ભાગે ઉપલબ્ધ ઉત્પાદનો એક ઉત્પાદનમાં વિભિન્ન આવરણો પેકેજ કરે છે.

ઓફર કરવામાં આવતા સામાન્ય આવરણો નીચે મુજબ છે:

- a) તબીબી અને બિમારી વિભાગ:
 - i. અકસ્માતને લીધે થતું મૃત્યુ/ વિકલાંગતા
 - ii. બિમારી/ અકસ્માતને લીધે તબીબી ખર્ચ
- b) સ્વદેશ આગમન અને સ્થળાંતર
- c) વ્યક્તિગત અકસ્માત કવર

d) વ્યક્તિગત જવાબદારી

e) અન્ય બિન-તબીબી કવર્સ:

- i. પ્રવાસ રદ થવો
- ii. પ્રવાસમાં વિલંબ
- iii. પ્રવાસમાં વિક્ષેપ
- iv. જોડાણ ચૂકી જવું
- v. ચેક્ક બેગેજમાં વિલંબ
- vi. ચેક્ક બેગેજ ખોવાઈ જવી
- vii. પાસપોર્ટ ખોવાઈ જવો
- viii. ઈમરજન્સી કેશ એડવાન્સ
- ix. હાઇજેક ભથ્થું
- x. બેઇલ બોન્ડ વીમો
- xi. હાઇજેક કવર
- xii. પ્રયોજક સુરક્ષા
- xiii. અનુકંપા મુલાકાત
- xiv. અભ્યાસમાં વિક્ષેપ
- xv. ઘરફોડ ચોરી

1. યોજનાઓના પ્રકાર

લોકપ્રિય પોલિસીઓ કારોબાર અને રજાઓની યોજનાઓ, અભ્યાસ યોજનાઓ અને રોજગાર યોજનાઓ છે.

2. પોલિસી કોણ લઈ શકે છે

કારોબાર, રજા અથવા અભ્યાસ પર વિદેશનો પ્રવાસ કરી રહેલા ભારતીય નાગરિક આ પોલિસી મેળવી શકે છે. વિદેશના કરાર પર ભારતીય નિયોજકોના કર્મચારીઓને પણ આવરવામાં આવી શકાય છે.

3. વીમાની રકમ અને પ્રીમિયમ્સ

કવર US ડોલરમાં આપવામાં આવે છે અને સામાન્યપણે વિભાગ માટે 100,000 ડોલરથી 500,000 સુધી અલગ અલગ હોય છે, જે તબીબી ખર્ચ, સ્થળાંતર અને સ્વદેશ આગમનને આવરે છે. અન્ય વિભાગો માટે વીમાની રકમ લાયબિલિટી કવર સિવાય નીચી હોય છે. પ્રીમિયમ્સ ભારતીય રૂપિયામાં ચુકવવામાં આવી શકે છે, સિવાય રોજગાર યોજના, જેમાં પ્રીમિયમ ડોલરમાં ચુકવવાનું હોય છે. યોજનાઓ સામાન્યપણે બે પ્રકારની હોય છે:

- ✓ USA/ કેનેડા સિવાય વિશ્વભરમાં
- ✓ USA/ કેનેડા સહિત વિશ્વભરમાં

કેટલીક ઉત્પાદનો દેશોનાં જૂથ માટે કવર પૂરું પાડે છે. ઉદાહરણ તરીકે માત્ર એશિયાના દેશોમાં, માત્ર યુરોપના દેશોમાં અથવા માત્ર કોઈ ખાસ દેશમાં પ્રવાસ.

કોર્પોરેટ ફિક્વન્ટ ફ્લાયર યોજનાઓ

આ વાર્ષિક પોલિસી છે, જેનાથી કોર્પોરેટ/ નિયોજક ભારતની બહાર વારંવાર પ્રવાસ કરતા તેમના અધિકારીઓ માટે વ્યક્તિગત પોલિસીઓ લે છે. આ કવર વર્ષ દરમિયાન ઘણી વખત વિદેશમાં પ્રવાસ કરતી વ્યક્તિઓ દ્વારા પણ લેવામાં આવી શકે છે. એડવાન્સ પ્રીમિયમ કંપનીના કર્મચારીઓ દ્વારા વર્ષમાં પ્રવાસના અંદાજિત દિવસોને આધારે ચુકવવામાં આવે છે. ઉપરની પોલિસીઓ માત્ર કારોબાર અને રજાઓના પ્રવાસ માટે આપવામાં આવે છે. અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા રોગો સામાન્યપણે વિદેશી તબીબી/ પ્રવાસ વીમાઓ માટે બાકાત રાખવામાં આવે છે.

N. જૂથ આરોગ્ય કવર

1. જૂથ પોલિસીઓ

પ્રકરણમાં અગાઉ સમજાવ્યા પ્રમાણે જૂથ પોલિસી એવા જૂથના માલિક દ્વારા લેવામાં આવે છે, જેઓ નિયોજક, સંગઠન, બેંકના ક્રેડિટ કાર્ડ વિભાગ દ્વારા લેવામાં આવે છે, જ્યાં સિંગલ પોલિસી વ્યક્તિઓનાં સમગ્ર જૂથને આવરે છે. આ પોલિસીઓ સામાન્યપણે એક વર્ષના નવીકરણ થઈ શકતા કરારો હોય છે.

જૂથ પોલિસીઓની વિશેષતાઓ - હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના લાભના આવરણો.

1. કવરેજનો અવકાશ

જૂથ આરોગ્ય વીમાનું સૌથી સામાન્ય સ્વરૂપ નિયોજકો દ્વારા લેવામાં આવતી પોલિસી છે, જે તેમના કર્મચારીઓ અને નિર્ભર જીવનસાથી, બાળકો તથા માતા-પિતા/ સાસુ-સસરા સહિતના તેમના પરિવારને આવરે છે.

2. જરૂરિયાત મુજબ બનાવેલું કવર

જૂથ પોલિસીઓ સામાન્યપણે જૂથની જરૂરિયાતને અનુરૂપ બનાવેલા આવરણો હોય છે. તેથી જૂથ પોલિસીઓમાં વ્યક્તિને જૂથ પોલિસી હેઠળ કવર કરનારી વ્યક્તિગત પોલિસીના કેટલાક પ્રમાણભૂત અપવર્જનો મળશે.

3. પ્રસુતિ કવર

જૂથ પોલિસીમાં સૌથી સામાન્ય વિસ્તરણ પૈકીનું એક પ્રસુતિ છે. પ્રસુતિ કવર બાળકનાં ડિલિવરી માટે હોસ્પિટલમાં દાખલ થવામાં થયેલો ખર્ચ પૂરો પાડે છે અને તેમાં સી-સેક્શન ડિલિવરી પણ સામેલ છે. આ કવર સામાન્યપણે પરિવારની એકંદર વીમાની રકમની અંદર અમુક રકમ સુધી મર્યાદિત હોય છે.

4. ચાઇલ્ડ કવર

કવરેજ પહેલા દિવસથી શિશુઓને આપવામાં આવે છે, જે ક્યારેક પ્રસુતિનાં આવરણની મર્યાદા સુધી મર્યાદિત હોય છે અને ક્યારેક તે પરિવારની સંપૂર્ણ વીમાની રકમને સામેલ કરવા માટે લંબાવવામાં આવે છે.

5. આવરેલા અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા રોગો, રાહ જોવાની અવધિમાં છૂટ

કેટલાક સામાન્ય અપવર્જનો, જેવા કે અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા રોગનાં અપવર્જનો, ત્રીસ દિવસની રાહ જોવાની અવધિ, બે વર્ષની રાહ જોવાની અવધિ, જન્મજાત રોગોને ફેરફાર કરેલી જૂથ પોલિસીઓમાં છૂટ આપવામાં આવી શકે છે.

6. પ્રીમિયમની ગણતરી

જૂથ પોલિસી માટે ચાર્જ કરેલું પ્રીમિયમ જૂથ સભ્યોની વય પ્રોફાઇલ, જૂથનું કદ અને સૌથી મહત્વપૂર્ણ જૂથના દાવાના અનુભવ આધારિત હોય છે.

7. બિન-નિયોજક કર્મચારી જૂથો

ભારતમાં નિયમનકારી જોગવાઈઓ પ્રાથમિક રીતે જૂથ વીમા કવર લેવાના ઉદ્દેશ માટે જૂથોની રચનાને કડકપણે પ્રતિબંધિત કરે છે. જ્યારે જૂથ પોલિસીઓ નિયોજકો સિવાય અન્યને આપવામાં આવે છે ત્યારે જૂથના માલિકના પોતાના સભ્યો સાથેના સંબંધને નિર્ધારિત કરવો છે.

ઉદાહરણ

બેંક તેના બચત બેંક ખાતા ધારકો અથવા ક્રેડિટ કાર્ડ ધારકો માટે પોલિસી લે છે, જે એક સમાન જૂથની રચના કરે છે, જેનાથી મોટું જૂથ તેમની આવશ્યકતાઓને અનુરૂપ ડિઝાઇન કરેલી ફેરફાર કરીને તૈયાર કરેલી પોલિસી દ્વારા લાભ પ્રાપ્ત કરી શકે છે.

8. કિંમત નિર્ધારિત કરવી

જૂથ પોલિસીઓમાં જૂથનાં કદ તેમ જ જૂથના દાવાના અનુભવ આધારિત પ્રીમિયમ પર ડિસ્કાઉન્ટ માટેની જોગવાઈ છે

2. કોર્પોરેટ બફર અથવા ફ્લોટર કવર

મોટા ભાગની જૂથ પોલિસીઓમાં દરેક પરિવારને વ્યાખ્યાયિત વીમાની રકમ માટે આવરવામાં આવે છે, જે રૂ. એક લાખથી પાંચ સુધી ભિન્ન હોય છે અને ક્યારેક વધુ પણ હોય છે. એવી પરિસ્થિતિઓ ઉપસ્થિત થાય છે, જ્યાં પરિવારની વીમાની રકમ સમાપ્ત થાય છે, ખાસ કરીને પરિવારના સભ્યની મુખ્ય બિમારીના કિસ્સામાં. આવી પરિસ્થિતિઓમાં જો બફર કવર પસંદ કરવામાં આવે તો તેનાથી રાહત મળે છે, જેનાથી પારિવારિક વીમાની રકમથી વધુ વધારાનો ખર્ચ આ બફર રકમમાંથી પૂરો થાય છે.

એક વખત પરિવારની વીમાની રકમ પૂરી થાય ત્યાર પછી રકમ બફરમાંથી નીકાળવામાં આવે છે. જોકે આ ઉપયોગ સામાન્યપણે મુખ્ય બિમારી/ ગંભીર બિમારીના ખર્ચ સુધી મર્યાદિત હોય છે, જ્યાં એક હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાથી વીમાની રકમ પૂરી થઈ જાય છે.

0. વિશેષ ઉત્પાદનો

1. રોગના આવરણો

તાજેતરના વર્ષોમાં કેન્સર, ડાયાબિટિસ, કોવિડ-19 માટેનાં રોગ વિશિષ્ટ આવરણો ભારતીય બજારમાં રજૂ કરવામાં આવ્યા છે. આ કવર ક્યાં તો ટૂંકા ગાળાના અથવા લાંબા ગાળાના - 5 વર્ષથી 20 વર્ષના હોય છે અને તંદુરસ્તીના લાભ પણ સામેલ કરવામાં આવે છે -

નિયમિત આરોગ્યની તપાસ માટે વીમા કંપની દ્વારા ચુકવણી કરવામાં આવે છે. બ્લડ ઝુકોઝ, બ્લડ પ્રેશર વગેરે જેવા પરિબલોનાં સારા નિયંત્રણ માટે પોલિસીના બીજા વર્ષથી ઘટેલા પ્રીમિયમનાં સ્વરૂપમાં પ્રોત્સાહન(ઇન્સેન્ટિવ) હોય છે. બીજા બાજુએ ઊંચા પ્રીમિયમ નબળા નિયંત્રણ માટે વસૂલવાપાત્ર હોય છે.

2. ડાયાબિટિક વ્યક્તિઓને આવરવા માટે ડિઝાઇન કરેલું ઉત્પાદન

આ પોલિસી 26થી 65 વર્ષ વચ્ચેની વય ધરાવતા લોકો દ્વારા લેવામાં આવી શકે છે અને તે 70 વર્ષ સુધી નવીકરણ કરવાપાત્ર હોય છે. વીમાની રકમ રૂ. 50,000થી રૂ. 5,00,000 સુધીની હોય છે. રૂમનાં ભાડાં પર કેપિંગ લાગુ થવા પાત્ર હોય છે. ઉત્પાદન ડાયાબિટિસ રેટિનોપેથી (આંખ), કિડની, ડાયાબિટિક ફૂટ, દાતાના ખર્ચ સહિત કિડની પ્રત્યારોપણ જેવી ડાયાબિટિસની જટીલતાઓ માટે હોસ્પિટલાઇઝેશનને કવર કરવાનો લક્ષ્યાંક ધરાવે છે.

તમારી કસોટી કરો 1

હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાના ખર્ચ માટેનાં આવરણની અવધિ વીમા કંપનીથી વીમા કંપની અલગ હોય છે અને પોલિસીમાં વ્યાખ્યાયિત કરવામાં આવી હોવા છતાં પણ સૌથી સામાન્ય કવર _____ પૂર્વ-હોસ્પિટલાઇઝેશન માટે હોય છે.

- I. પંદર દિવસ
- II. ત્રીસ દિવસ
- III. પિસ્તાળીસ દિવસ
- IV. સાઠ દિવસ

આરોગ્ય પોલિસીઓમાં મુખ્ય શરતો (તમામ શરતો તારીખ 22.07.2020નાં આરોગ્ય વીમા ઉત્પાદનોનાં માનકીકરણ અંગેના IRDAનાં પ્રમુખ પરિપત્રમાં વ્યાખ્યાયિત કર્યા પ્રમાણે છે)

1. નેટવર્ક પ્રદાતા

નેટવર્ક પ્રદાતાનો અર્થ હોસ્પિટલ/ નર્સિંગ હોમ/ ડે કેર સેન્ટર થાય છે, જે વીમાધારક દર્દીઓને કેશલેસ સારવાર પૂરી પાડવા માટે વીમા કંપની/ TPA સાથે જોડાણ હેઠળ હોય છે. દર્દીઓ નેટવર્ક પ્રદાતાઓની બહાર જવા માટે મુક્ત હોય છે, પરંતુ ત્યાં સામાન્યપણે ઘણી ઊંચી ફી વસૂલવામાં આવે છે.

2. પ્રિફર્ડ પ્રદાતા નેટવર્ક (PPN)

વીમા કંપની ગુણવત્તાયુક્ત સારવાર અને તે પણ શ્રેષ્ઠ દરે સુનિશ્ચિત કરવા માટે પસંદગીનાં હોસ્પિટલોનું નેટવર્ક તૈયાર કરવાનો વિકલ્પ ધરાવે છે. જ્યારે આ જૂથ વીમા કંપની દ્વારા અનુભવ, ઉપયોગ અને સંભાળ પૂરી પાડવાના ખર્ચને આધારે માત્ર કેટલાક પસંદગીના લોકો સુધી મર્યાદિત હોય છે ત્યારે પ્રિફર્ડ પ્રદાતા નેટવર્ક્સ બની જાય છે.

3. કેશલેસ સેવા

કેશલેસ સેવા વીમાધારકને હોસ્પિટલોને કોઈ ચુકવણી કર્યા વિના આવરણની મર્યાદા સુધી સારવાર પ્રાપ્ત કરવા માટે સક્ષમ બનાવે છે. વીમાધારકે માત્ર નેટવર્ક હોસ્પિટલનો સંપર્ક કરવાનો હોય છે અને વીમાના પુરવા તરીકે તેમનું તબીબી રજૂ કરવાનું હોય છે. વીમા કંપની આરોગ્ય સેવામાં કેશલેસ એક્સેસની સુવિધા કરી આપે છે અને સ્વીકાર્ય રકમ માટે નેટવર્ક પ્રદાતાને સીધી ચુકવણી કરે છે. જોકે વીમાધારકે પોલિસીની મર્યાદાથી વધુની રકમ માટે અને પોલિસીની શરતો પ્રમાણે ચુકવવાપાત્ર ન હોય એવા ખર્ચની ચુકવણી કરવાની હોય છે.

4. તૃતીય પક્ષ વ્યવસ્થાપક (TPA)

આરોગ્ય વીમાનાં ક્ષેત્રમાં મુખ્ય વિકાસ તૃતીય પક્ષ વ્યવસ્થાપક અથવા TPAની રજૂઆત છે. વિશ્વભરમાં કેટલીક વીમા કંપનીઓ આરોગ્ય વીમાના દાવાઓનાં સંચાલન માટે સ્વતંત્ર સંસ્થાઓની સેવાઓનો ઉપયોગ કરશે. આ સંસ્થાઓને TPA તરીકે ઓળખવામાં આવે છે. ભારતમાં TPA આરોગ્ય સેવાઓની જોગવાઈ માટે વીમા કંપની દ્વારા સામેલ કરવામાં આવી હોય છે, જેમાં અન્ય બાબતોની સાથે સામેલ છે:

- i. પોલિસી ધારકને ઓળખપત્ર પૂરું પાડવું, જે તેમની વીમા પોલિસીનો પુરાવો છે અને હોસ્પિટલમાં દાખલ થવા માટે ઉપયોગમાં લઈ શકાય છે
- ii. નેટવર્ક હોસ્પિટલો ખાતે કેશલેસ સેવા પૂરી પાડવી
- iii. દાવાઓની પ્રક્રિયા

TPA આરોગ્ય પોલિસીધારકો હોસ્પિટલમાં દાખલ થવા માટે વિશિષ્ટ ઓળખપત્રો જારી કરવાથી શરૂ કરીને કેશલેસ ધોરણે અથવા ભરપાઈના ધોરણે દાવાઓની પતાવટ સુધીની સેવા આપે છે. તૃતીય પક્ષ વ્યવસ્થાપકો ક્યાં તો હોસ્પિટલો અથવા આરોગ્ય સેવા પ્રદાતાઓ સાથે MOU કરે છે અને સુનિશ્ચિત કરે છે કે નેટવર્ક હોસ્પિટલ્સમાં સારવાર કરાવનારી કોઈ

વ્યક્તિને કેશલેસ સેવા આપવામાં આવે છે. તેઓ વીમા કંપની(ઓ) અને વીમાધારક(કો) વચ્ચેના મધ્યસ્થીઓ છે, જે હોસ્પિટલો સાથે સંકલન કરે છે અને આરોગ્યના દાવાઓને અંતિમ સ્વરૂપ આપે છે.

5. હોસ્પિટલ

હોસ્પિટલનો અર્થ ઇન-પેશન્ટ સંભાળ અને બિમારી અને/ ઇજાઓની ડે કેર સારવાર માટેની સ્થાપિત કોઈ પણ સંસ્થા થાય છે અને તેની નોંધણી સ્થાનિક સત્તાધિકારીઓ, જે કોઈ લાગુ થવા પાત્ર હોય તેની સાથે હોસ્પિટલ તરીકે થયેલી હોય છે અને તે નોંધણી પામેલા અને લાયક તબીબી વ્યવસાયીની દેખરેખ હેઠળ હોય છે અને તે નીચે જણાવેલા લઘુત્તમ તમામ માપદંડનું પાલન કરતી હોવી જોઈએ:

- 10,00,000 થી ઓછી વસ્તી ધરાવતા નગરોમાં ઓછામાં ઓછા 10 ઇનપેશન્ટ બેડ્સ અને અન્ય તમામ સ્થળો પર 15 ઇનપેશન્ટ બેડ્સ ધરાવતી હોવી જોઈએ;
- પોતાના રોજગાર હેઠળ ચોવીસ કલાક લાયક નર્સિંગ સ્ટાફ ધરાવતી હોવી જોઈએ;
- ચોવીસ કલાક લાયક તબીબી વ્યવસાયિકો હોવા જોઈએ;
- જ્યાં સર્જિકલ પ્રક્રિયાઓ હાથ ધરવામાં આવે ત્યાં તે પોતાનો સંપૂર્ણપણે સજ્જ ઓપરેશન થિએટર ધરાવતી હોવી જોઈએ;
- દર્દીઓના દૈનિક રેકોર્ડ્સ જાળવતી હોવી જોઈએ અને આ વીમા કંપનીના અધિકૃત કર્મચારી માટે પહોંચપાત્ર હશે

6. તબીબી વ્યવસાયી

તબીબી વ્યવસાયી એવી વ્યક્તિ છે જેઓ ભારતના કોઈ રાજ્યના મેડિકલ કાઉન્સિલ પાસેથી અથવા હોમિયોપેથી માટે માન્ય નોંધણી ધરાવતા હોય છે અને તેથી તેમને તેના ન્યાયિક ક્ષેત્રની અંદર તબીબી અભ્યાસ કરવા હકદાર હોય છે; અને તેઓ તેમના લાઇસન્સના અવકાશ અને ન્યાયક્ષેત્રની અંદર કાર્ય કરી રહ્યા હોય છે. જોકે વીમા કંપનીઓ એવો પ્રતિબંધ લગાવવા માટે મુક્ત હોય છે કે નોંધણી પામેલા વ્યવસાયી વીમાધારક કે અન્ય કોઈ નજીકના પરિવારના સભ્ય ન હોવા જોઈએ. આ એ સુનિશ્ચિત કરવા માટે હોય છે કે છેતરપિંડીયુક્ત દાવાઓ સંબંધીઓ અથવા પોતાના દ્વારા અથવા આ કોઈની માલિકીની હોસ્પિટલો પાસેથી સારવાર લઈને કરવામાં ન આવે.

લાયકાત ધરાવતી નર્સ: લાયકાત ધરાવતી નર્સનો અર્થ એવી વ્યક્તિ થાય છે જેઓ નર્સિંગ કાઉન્સિલ ઓફ ઈન્ડિયા અથવા ભારતમાં કોઈ રાજ્યનાં નર્સિંગ કાઉન્સિલ પાસેથી માન્ય નોંધણી ધરાવતા હોય.

7. વાજબી અને આવશ્યક ખર્ચ

આરોગ્ય વીમા પોલિસી હંમેશાં આ કલમ ધરાવે છે, કારણ કે પોલિસી એવા ખર્ચ માટે વળતર પૂરા પાડે છે, જે કોઈ વિશેષ બિમારીની સારવાર માટે અને વિશેષ ભૌગોલિક ક્ષેત્રમાં વાજબી માનવામાં આવે.

8. દાવાની જાણ

દરેક વીમા પોલિસી દાવાની ત્વરીત જાણ અને દસ્તાવેજ રજૂ કરવા માટેની વિશિષ્ટ સમયમર્યાદાની જોગવાઈ કરે છે. આરોગ્ય વીમા પોલિસીઓમાં જ્યારે પણ ગ્રાહક દ્વારા કેશલેસ સુવિધાની ઇચ્છા રાખવામાં આવે ત્યારે હોસ્પિટલમાં દાખલ થતા પહેલા જાણ કરવામાં આવે છે. જોકે ભરપાઈ દાવાના કિસ્સાઓમાં દાવાના દસ્તાવેજની રજૂઆત માટેની સમયમર્યાદા સામાન્યપણે ડિસ્ચાર્જની તારીખના 15 દિવસો સુધીની નિર્ધારિત કરવામાં આવી છે.

9. વિના મૂલ્યે આરોગ્યની તપાસ

વ્યક્તિગત આરોગ્ય પોલિસીઓમાં સામાન્યપણે દાવામુક્ત પોલિસીધારકને કોઈ પણ પ્રકારનું પ્રોત્સાહન આપવા માટે જોગવાઈ ઉપલબ્ધ હોય છે. ઘણી પોલિસીઓ સતત ચાર, દાવામુક્ત પોલિસી અવધિના અંતે સ્વાસ્થ્યની તપાસના ખર્ચની ભરપાઈ કરવાની જોગવાઈ કરે છે.

10. સંચિત બોનસ

સંચિત બોનસ દરેક દાવામુક્ત વર્ષ માટે વીમાની રકમ પર આપવામાં આવે છે. આનો અર્થ એ થાય છે કે વીમાની રકમ નવીકરણ પર નિશ્ચિત ટકાવારી દા.ત. વાર્ષિક ધોરણે 5% સુધી વધે છે અને દસ દાવામુક્ત નવીકરણો માટે મહત્તમ 50% સુધી માન્ય હોય છે. આ ઉપરાંત, જો દાવો કોઈ વિશેષ વર્ષમાં કરવામાં આવે તો એકત્રિત થયેલું સંચિત બોનસ માત્ર એ દરે ઘટાડી શકાય છે જે દરે તે એકત્રિત થયેલું હોય છે.

વ્યક્તિ રૂ. 5,000નાં પ્રીમિયમ પર રૂ. 3 લાખ માટે પોલિસી લે છે. બીજા વર્ષમાં પ્રથમ વર્ષમાં કોઈ દાવો કરવામાં ન આવે તો તેઓ રૂ. 5,000નાં સમાન પ્રીમિયમ પર રૂ. 3,15 લાખની વીમાની રકમ (અગાઉના વર્ષ કરતા 5% વધુ) મેળવે છે. તે દસ વર્ષનાં દાવામુક્ત નવીકરણ પર રૂ. 4.5 લાખ સુધી જઈ શકે છે.

11. માલસ/ બોનસ

જેમ આરોગ્ય પોલિસીને દાવામુક્ત રાખવા માટે પ્રોત્સાહન હોય છે એવી રીતે તેના વિપરિતને માલસ કહેવામાં આવે છે. અહીં, જો પોલિસી હેઠળના દાવાઓ ખૂબ ઊંચા હોય તો માલસ અથવા પ્રીમિયમનું લોડિંગ નવીકરણ પર એકત્રિત કરવામાં આવે છે. જોકે જૂથ પોલિસીઓના કિસ્સામાં માલસ દાવાના ગુણોત્તરને વાજબી મર્યાદાઓની અંદર રાખવા માટે એકંદર પ્રીમિયમને યોગ્ય રીતે લોડિંગ કરીને વસૂલવામાં આવે છે.

12. નો ક્લેઇમ ડિસ્કાઉન્ટ (દાવો નહીં કરવા પર છૂટ)

કેટલીક ઉત્પાદનો વીમાની રકમ પર બોનસને સ્થાને દરેક દાવામુક્ત વર્ષ માટે પ્રીમિયમ પર ડિસ્કાઉન્ટ પૂરું પાડે છે.

13. રૂમનાં ભાડા પર નિયંત્રણો

કેટલીક આરોગ્ય યોજનાઓ રૂમની કેટેગરી પર નિયંત્રણ મૂકે છે, જેને વીમાધારક વીમાની રકમ સાથે જોડીને પસંદ કરે છે. તેથી જો પોલિસી રૂમનાં ભાડાનું દિવસદીઠ વીમાની રકમના 1%નું નિયંત્રણ ધરાવતી હોય તો એક લાખની વીમાની રકમ ધરાવતી વ્યક્તિને દિવસદીઠ રૂ. 1,000નો રૂમ લેવા હકદાર હશે.

14. નવીકરણક્ષમતા કલમ

આરોગ્ય વીમા પોલિસીઓની નવીકરણક્ષમતા અંગેની *IRDA*ની માર્ગદર્શિકાઓ છેતરપિંડી અને ગેરરજૂઆતના આધારને બાદ કરીને આરોગ્ય પોલિસીઓનાં જીવનપર્યંત બાંધધરીયુક્ત નવીકરણને ફરજિયાત બનાવે છે. *IRDA*ના આરોગ્ય વીમા નિયમનો, 2016ની જોગવાઈઓ અનુસાર એક વખત પ્રસ્તાવ આરોગ્ય વીમા પોલિસીનાં સંદર્ભમાં સ્વીકારવામાં આવે)વ્યક્તિગત અકસ્માત અને પ્રવાસ પોલિસીઓ સિવાય(અને પોલિસી જારી કરવામાં આવે, જેના પછી તે કોઈ વિનાવિલંબ સમયાંતરે નવીકરણ થતી હોય તો વીમાધારકની વયના આધારે આગળનાં નવીકરણનો ઇન્કાર કરી શકાશે નહીં. તેથી આરોગ્ય વીમા પોલિસીઓ જીવનપર્યંત નવીકરણ થઈ શકે છે.

15. કેન્સલેશન કલોઝ

વીમા કંપની ગેરરજૂઆત, છેતરપિંડી અને વાસ્તવિક હકીકતની બિન-ઘોષણા અથવા વીમાધારક દ્વારા અસહકારના આધારે જ પોલિસી કોઇ પણ સમયે રદ કરી શકે છે.

જ્યારે પોલિસીઓ વીમા કંપની દ્વારા રદ કરવામાં આવે ત્યારે વીમાની અસમાપ્ત અવધિને અનુરૂપ પ્રીમિયમનું સમપ્રમાણ વીમાધારકને પરત કરવામાં આવે છે, જે પોલિસી હેઠળ કોઇ દાવો ચુકવવામાં ન આવ્યો હોય તે શરતને આધિન છે. આ સામાન્યપણે પ્રો-રેટાના આધારે હોય છે.

જ્યારે વાર્ષિક પોલિસીઓ વીમાધારક દ્વારા રદ કરવામાં આવે ત્યારે વીમા કંપનીઓ સામાન્યપણે પ્રો-રેટા પ્રીમિયમ્સને સ્થાને ટૂંકી અવધિના ધોરણે પ્રીમિયમ્સ ચાર્જ કરે છે. આ વીમા કંપનીઓ સામેની પ્રતિ-પસંદગીને રોકે છે અને તે વીમા કંપનીના આરંભિક ખર્ચની સંભાળ લે છે.

16. નવીકરણ માટે છૂટની અવધિ

પ્રકરણ 4માં ઉલ્લેખ કર્યા પ્રમાણે છૂટની અવધિની જોગવાઈ પ્રીમિયમની બિન-ચુકવણી માટે અન્યથા લેખ્સ થઈ શકી હોત એવી પોલિસીને છૂટની અવધિ દરમિયાન અમલી રહેવા માટે સક્ષમ બનાવે છે.

છૂટની અવધિ સંબંધિત ઉપરના મોટા ભાગના મુખ્ય કલમો, વ્યાખ્યાઓ, અપવર્જનોને IRDAI દ્વારા જારી કરેલા આરોગ્ય નિયમનો અને આરોગ્ય વીમા માનકીકરણ માર્ગદર્શિકાઓ હેઠળ પ્રમાણભૂત કરવામાં આવ્યા છે અને તે સમયાંતરે અપડેટ થાય છે.

તમારી કસોટી કરો 2

IRDAની માર્ગદર્શિકાઓ પ્રમાણે _____ છૂટની અવધિ વ્યક્તિગત આરોગ્ય પોલિસીઓનાં નવીકરણ માટે માન્ય હોય છે.

- I. પંદર દિવસ
- II. ત્રીસ દિવસ
- III. પિસ્તાળીશ દિવસ
- IV. સાઠ દિવ

તમારી કસોટીના ઉત્તરો

ઉત્તર 1 - સાચો વિકલ્પ II છે.

ઉત્તર 2 - સાચો વિકલ્પ II છે.

પ્રકરણ H-04

આરોગ્ય વીમાનું અન્ડરરાઈટિંગ

પ્રકરણની પ્રસ્તાવના

આ પ્રકરણનો ઉદ્દેશ તમને આરોગ્ય વીમામાં અન્ડરરાઈટિંગ અંગે વિગતવાર જ્ઞાન પૂરું પાડવાનો છે. અન્ડરરાઈટિંગ કોઈ પણ પ્રકારના વીમાનું ખૂબ મહત્વપૂર્ણ પાસું છે અને વીમા પોલિસી જારી કરવામાં મહત્વપૂર્ણ ભૂમિકા ભજવે છે. આ પ્રકરણમાં તમે અન્ડરરાઈટિંગના પાયારૂપ સિદ્ધાંતો, સાધનો, પદ્ધતિઓ અને પ્રક્રિયાની સમજ મેળવશો. તે તમને જૂથ આરોગ્ય વીમા પોલિસીનાં અન્ડરરાઈટિંગ અંગેનું જ્ઞાન પણ પૂરું પાડશે.

અભ્યાસનાં પરિણામો

- અન્ડરરાઈટિંગ શું છે ?
- અન્ડરરાઈટિંગ - પાયારૂપ વિચાર
- IRDAI ના આરોગ્ય વીમાનાં અન્ય નિયમનો
- આરોગ્ય વીમાની પોર્ટેબિલિટી
- અન્ડરરાઈટિંગ માટેના પાયારૂપ સિદ્ધાંતો અને સાધનો
- અન્ડરરાઈટિંગની પ્રક્રિયા
- જૂથ સ્તરે આરોગ્ય વીમો
- વિદેશ પ્રવાસ વીમાનું અન્ડરરાઈટિંગ
- વ્યક્તિગત અકસ્માત વીમાનું અન્ડરરાઈટિંગ

આ પ્રકરણનો અભ્યાસ કર્યા પછી તમે નીચેની બાબતો માટે સક્ષમ બનશો:

- અન્ડરરાઈટિંગનો અર્થ શું થાય છે તે સમજાવવા
- અન્ડરરાઈટિંગનો પાયારૂપ વિચાર વર્ણવવા
- અન્ડરરાઈટર્સ દ્વારા અનુસરવામાં આવતા સિદ્ધાંતો અને વિભિન્ન સાધનો સમજાવવા
- વ્યક્તિગત આરોગ્ય પોલિસીઓનાં અન્ડરરાઈટિંગની સંપૂર્ણ પ્રક્રિયાનું મૂલ્યાંકન કરવા
- જૂથ આરોગ્ય પોલિસીઓનું અન્ડરરાઈટિંગ કેવી રીતે થાય છે તેની ચર્ચા કરવા

આ પરિસ્થિતિ પર ધ્યાન આપો

સોફ્ટવેર એન્જિનિયર તરીકે કાર્ય કરી રહેલા 48 વર્ષીય મનીષે પોતાના માટે આરોગ્ય વીમા પોલિસી લેવાનો નિર્ણય લીધો હતો. તેઓ વીમા કંપનીમાં ગયા હતા, જ્યાં તેમણે તેમને પ્રસ્તાવપત્ર આપ્યું હતું, જેમાં તેમણે તેમના શારીરિક બાંધા અને આરોગ્ય, માનસિક સ્વાસ્થ્ય, અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતી બિમારી, તેમનો પારિવારિક આરોગ્ય ઇતિહાસ, આદતો, વગેરેને સંબંધિત સંખ્યાબંધ પ્રશ્નોના ઉત્તર આપવાના હતા.

તેમનું પ્રસ્તાવપત્ર પ્રાપ્ત કરવા પર તેમણે ઘણા દસ્તાવેજો પણ રજૂ કરવાની જરૂરિયાત હતી, જેવા કે ઓળખ અને વયનો પુરાવો, સરનામાંનો પુરાવો અને અગાઉના તબીબી રેકોર્ડ્સ. પછી તેમણે તેમને આરોગ્યની તપાસ અને કેટલાક તબીબી પરીક્ષણો કરાવવા જણાવ્યું હતું, જેનાથી તેઓ નિરાશ થયા હતા.

પોતાને એક સ્વસ્થ વ્યક્તિ અને સારી આવકનું સ્તર ધરાવતા હોવાનું માનતા મનીષ વિચારવા લાગ્યા કે તેમના કિસ્સામાં વીમા કંપની દ્વારા આવી લાંબી પ્રક્રિયા શા માટે અનુસરવામાં આવી રહી હતી. આ બધું કર્યા પછી પણ વીમા કંપનીએ તેમને જણાવ્યું કે તેમના તબીબી પરીક્ષણમાં ઊંચા કોલેસ્ટ્રોલ અને ઊંચા બીપીનું નિદાન થયું હતું, જેનાથી પછીથી હૃદય રોગની શક્યતા વધી ગઈ હતી. તેમણે તેમને પોલિસી ઓફર કરી હોવા છતાં પણ પ્રીમિયમ તેમના મિત્ર જે પ્રીમિયમ યુક્તતા હતા તેનાથી ઘણું ઊંચું હતું અને તેથી તેમણે પોલિસી લેવાનો ઇન્કાર કરી દીધો હતો.

અહીં, વીમા કંપની આ તમામ પગલાં તેમની અન્ડરરાઇટિંગની પ્રક્રિયાના ભાગરૂપે કરી રહી હતી. જોખમ કવરેજ પૂરી પાડતી વખતે વીમા કંપનીએ જોખમોનું મૂલ્યાંકન યોગ્ય રીતે કરવાની અને વાજબી નફો પણ કમાવાની જરૂર હોય છે. જો જોખમની આકારણી યોગ્ય રીતે કરવામાં ન આવે અને દાવો ઊભો થાય તો તે નુકસાનમાં પરિણમશે. આ ઉપરાંત વીમા કંપનીઓ તમામ વીમો લેતી વ્યક્તિઓના પક્ષે પ્રીમિયમ લે છે અને આ નાણાંને એક ટ્રસ્ટ તરીકે સંચાલિત કરવાના હોય છે.

A. અન્ડરરાઇટિંગ શું છે ?

1. અન્ડરરાઇટિંગ

વીમા કંપનીઓ એવા લોકોનો વીમો કરવાનો પ્રયત્ન કરે છે, જેમની પાસેથી વીમા પુલમાં લાવતા જોખમનાં સમપ્રમાણમાં પર્યાપ્ત પ્રીમિયમની ચુકવણી કરવાની અપેક્ષા રાખવામાં આવે છે. પ્રસ્તાવ કરનાર પાસેથી માહિતી એકત્રિત કરવાની અને તેનું વિશ્લેષણ કરવાની આ પ્રક્રિયાને અન્ડરરાઇટિંગ તરીકે ઓળખવામાં આવે છે. આ પ્રક્રિયા મારફતે એકત્રિત કરવામાં આવતી માહિતીના આધારે તેઓ પ્રસ્તાવ કરનારને વીમો આપવા માગે છે કે નહીં કે નિર્ધારિત કરે છે. જો તેઓ આમ કરવાનો નિર્ણય કરે તો પછી કયા પ્રીમિયમ, નિયમો અને શરતો પર, જેથી આવું જોખમ લઈને વાજબી નફો મળી શકે.

વ્યાખ્યા

અન્ડરરાઇટિંગ જોખમની યોગ્ય રીતે આકારણી કરવાની અને વીમા કવર કઈ શરતો પર આપવું તે નિર્ધારિત કરવાની પ્રક્રિયા છે. તેથી તે જોખમની આકારણી અને કિંમત નિર્ધારિત કરવાની પ્રક્રિયા છે.

2. અન્ડરરાઇટિંગની જરૂરિયાત

અન્ડરરાઇટિંગ વીમા કંપનીનો આધારસ્તંભ છે, કારણ કે બેદરકારીથી અથવા અપર્યાપ્ત પ્રીમિયમ્સ માટે જોખમની સ્વીકૃતિથી વીમા કંપની નાદાર થાય છે. બીજી બાજુએ વધુ પડતા પસંદગીલક્ષી અથવા સાવધ થવાથી જોખમને એકસમાન રૂપથી ફેલાવવા માટે વીમા કંપનીને મોટો પુલ બનાવતા અટકાવે છે. તેથી જોખમ અને કારોબાર વચ્ચે યોગ્ય સંતુલન સાધવું મહત્વપૂર્ણ છે, જેથી સંસ્થા માટે તે સ્પર્ધાત્મક અને સાથે-સાથે નફાકારક રહે.

સંતુલનની આ પ્રક્રિયા સંબંધિત વીમા કંપનીની ફિલસૂફી, નીતિઓ અને જોખમની ભૂખ અનુસાર અન્ડરરાઇટર દ્વારા હાથ ધરવામાં આવે છે. વય બિમારી તેમ જ મૃત્યુની શક્યતાને અસર કરે છે તેમ છતાં પણ એ યાદ રાખવું જોઈએ કે બિમારી સામાન્યપણે મૃત્યુ કરતા ઘણી વહેલી આવે છે અને તે વારંવાર આવી શકે છે. તેથી તે સાવ તાર્કિક છે કે અન્ડરરાઇટિંગના ધોરણો અને માર્ગદર્શિકાઓ મૃત્યુનાં કવરેજ કરતા આરોગ્યનાં કવરેજ માટે વધુ આકરા હોય છે.

3. અન્ડરરાઇટિંગ - જોખમની આકારણી

આરોગ્ય વીમામાં નાણાકીય અથવા આવક આધારિત અન્ડરરાઇટિંગ કરતા તબીબી અથવા આરોગ્યનાં તારણો પર વધુ ધ્યાન આપવામાં આવે છે. જોકે નાણાકીય અથવા આવકને અવગણી શકાય નહીં, કારણ કે વીમાપાત્ર હિતસંબંધ હોવો જોઈએ અને નાણાકીય અન્ડરરાઇટિંગ કોઈ વિપરિત પસંદગીને નકારવા માટે અને આરોગ્ય વીમાની નિરંતરતા સુનિશ્ચિત કરવા માટે મહત્વપૂર્ણ છે.

ઉદાહરણ

ડાયાબિટિસથી પિડાતી કોઈ વ્યક્તિમાં મૃત્યુ કરતા કાર્ડિઆક અથવા કિડનીની જટીલતા વિકસવાની શક્યતા ઘણી ઊંચી હોય છે, જેના માટે તેમને હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની જરૂર હોય છે, અને આરોગ્ય કવરેજ દરમિયાન આરોગ્યની ઘટનાઓ ઘણી બધી વખત સર્જાઈ શકે છે. જીવન વીમામાં અન્ડરરાઇટિંગની માર્ગદર્શિકાઓ આ વ્યક્તિને સરેરાશ જોખમ તરીકે દર આપી શકે છે. જોકે મેડિકલ અન્ડરરાઇટિંગ માટે તેમને ઊંચા જોખમી તરીકે દર આપવામાં આવશે.

4. બિમારીની શક્યતાને અસર કરતા પરિબળો

જોખમની આકારણી કરતી વખતે મોર્બિડિટી (બિમારી પડવાનું જોખમ)ને અસર કરી શકે એવા પરિબળોને સાવધાનીપૂર્વક ધ્યાનમાં લેવા જોઈએ, જે નીચે મુજબ આપવામાં આવ્યા છે:

a) વય: પ્રીમિયમ્સ વય અને જોખમની માત્રાને અનુરૂપ વસૂલવામાં આવે છે. દા.ત. શિશું અને બાળકો માટેનાં પ્રીમિયમ્સ ચેપ અને અકસ્માતોનાં વધુ જોખમને લીધે યુવા પુખ્તોની સરખામણીએ ઊંચા હોય છે. આ જ પ્રમાણે, 45થી વધુની વયના પુખ્તો માટે પ્રીમિયમ્સ ઊંચા હોય છે, કારણ કે વ્યક્તિને ડાયાબિટિસ, અચાનક હૃદયની બિમારી અથવા અન્ય આવી મોર્બિડિટી જેવી દીર્ઘકાલિન બિમારીથી પિડાવાની શક્યતા ઘણી ઊંચી હોય છે.

b) જાતિ: સ્ત્રીઓ સામે ગર્ભાવસ્થા દરમિયાન બિમારીનું વધારાનું જોખમ રહેલું હોય છે. જોકે પુરુષોમાં સ્ત્રીઓ કરતા હાર્ટ એટેકથી અસર પામવાની અથવા સ્ત્રીઓ કરતા રોજગાર સંબંધી અકસ્માતોનો ભોગ બનવાની શક્યતા વધુ હોય છે, કારણ કે તેઓ જોખમી રોજગારમાં વધુ સામેલ હોઈ શકે છે.

- c) આદતો: તમાકું, દારૂ અથવા નાર્કોટિક્સનું કોઈ પણ સ્વરૂપમાં સેવન મોબિલિટીનાં જોખમ પર સીધી અસર કરે છે.
- d) વ્યવસાય: કેટલાક વ્યવસાયોમાં અકસ્માતો માટે વધારાનું જોખમ શક્ય છે, દા.ત. ડ્રાઇવર, બ્લાસ્ટર, ઉડ્ડયન વગેરે. આ જ પ્રમાણે, કેટલાક વ્યવસાયો ઊંચા આરોગ્યનાં જોખમો ધરાવતા હોઈ શકે છે, જેમ કે એક્સ-રે મશીન ઓપરેટર, એસ્બેસ્ટોસ ઉદ્યોગના કામદારો, ખાણિયાઓ વગેરે.
- e) પારિવારિક ઇતિહાસ: આ સૌથી વધુ સુસંગત છે, કારણ કે આનુવંશિક પરિબલો અસ્થમા, ડાયાબિટીસ અને અમુક કેન્સર્સ જેવા રોગોને પ્રભાવિત કરી શકે છે. આ મોબિલિટીને અસર કરે છે અને જોખમ સ્વીકારતી વખતે તેમને ધ્યાનમાં લેવા જોઈએ.
- f) બાંધો: મજબૂત, પાતળા અથવા સરેરાશ બાંધો અમુક જૂથોમાં મોબિલિટી સાથે પણ સંકળાયેલા હોઈ શકે છે.
- g) ભૂતકાળની બિમારી અથવા સર્જરી: એ ખાતરી કરાની હોય છે કે પાછલી બિમારી શારીરિક નબળાઈ વધારતી અથવા ફરી થવાની શક્યતા ધરાવે છે કે કેમ અને તે પ્રમાણે પોલિસીની શરતો નિર્ધારિત કરવી જોઈએ. દા.ત. કિડનીમાં પથરી ફરી થતી હોવાનું જાણિતું છે અને આ જ પ્રમાણે, એક આંખમાં મોતિયો અન્ય આંખમાં મોતિયો થવાની શક્યતા વધારે છે.
- h) પ્રવર્તમાન આરોગ્યની સ્થિતિ અને અન્ય પરિબલો અથવા ફરિયાદો: આ જોખમની માત્રા અને વીમા પાત્રતાની ખાતરી કરવા માટે મહત્વપૂર્ણ છે અને તેને યોગ્ય ઘોષણા અને તબીબી નિરીક્ષણ દ્વારા સ્થાપિત થઈ શકે છે.
- i) પર્યાવરણ અને રહેઠાણ: આ મોબિલિટીના દર પર અસર પાડી શકે છે.

આરોગ્ય વીમામાં નૈતિક હાનિને સમજવી

વય, જાતિ, આદતો વગેરે જેવા પરિબલો આરોગ્યનાં જોખમની ભૌતિક હાનિને સંદર્ભિત કરે છે, જ્યારે એવી અન્ય બાબત પણ છે, જેના પર બારીકાઈથી નજર રાખવાની જરૂર હોય છે. આ ક્લાયન્ટની નૈતિક હાનિ છે, જે વીમા કંપની માટે ખૂબ ખર્ચાળ સાબિત થઈ શકે છે.

ખરાબ નૈતિક હાનિનું આત્યંતિક ઉદાહરણ આરોગ્ય વીમો લેનારા એ વીમાધારકનું છે, જેઓ ટૂંકા ગાળાની અંદર સર્જિકલ ઓપરેશન કરાવશે, પરંતુ તેની જાણ વીમા કંપનીને કરતા નથી. તેથી માત્ર દાવો મેળવવા માટે વીમો લેવાનો ઇરાદાપૂર્વકનો ઉદ્દેશ છે.

તમારી કસોટી કરો 1

અન્ડરરાઇટિંગ _____ ની પ્રક્રિયા છે.

- I. વીમા ઉત્પાદનોનું માર્કેટિંગ
- II. ગ્રાહકો પાસેથી પ્રીમિયમ્સ એકત્રિત કરવા
- III. જોખમની આકારણી અને જોખમનું કિંમત નિર્ધારણ
- IV. વિભિન્ન વીમા ઉત્પાદનોનું વેચાણ કરવું

B. અન્ડરરાઇટિંગ - પાયારૂપ વિચાર

1. અન્ડરરાઇટિંગના ઉદ્દેશ

અન્ડરરાઇટિંગના બે મુખ્ય ઉદ્દેશ હોય છે.

- i. પ્રતિ-પસંદગીને રોકવા માટે, એટલે કે વીમા કંપનીની સામે પસંદગી
- ii. જોખમોને વર્ગીકૃત કરવા અને જોખમોમાં ઇક્વિટી (સમાનતા) સુનિશ્ચિત કરવા

વ્યાખ્યા

પારિભાષિક શબ્દ જોખમોની આકારણીનો અર્થ આરોગ્ય વીમા માટેના દરેક પ્રસ્તાવનું તે જે જોખમ રજૂ કરે છે તેના પ્રમાણની દૃષ્ટિએ મૂલ્યાંકન કરવાની પ્રક્રિયા અને પછી વીમો આપવો કે નહીં તે અને કઈ શરતોને આધારે આપવો તે નિર્ધારિત કરવું થાય છે.

પ્રતિ-પસંદગી (અથવા વિપરિત પસંદગી) એવા લોકોનું વલણ છે, જેમને શંકા હોય અથવા જાણ હોય કે તેમને નુકસાનનો અનુભવ થવાની શક્યતા ઊંચી છે, માટે વીમો આતુરતાથી મેળવવાનો અને પ્રક્રિયામાં લાભ પ્રાપ્ત કરવાનો પ્રયત્ન કરે છે.

જો વીમા કંપનીઓ કોને અને કેવી રીતે વીમો ઓફર કરે છે એ અંગે પસંદગીલક્ષી ન હોત તો એવી શક્યતા રહેલી છે કે ડાયાબિટિસ, ઊંચા બીપી, હૃદયની સમસ્યાઓ અથવા કેન્સર જેવી ગંભીર બિમારી ધરાવતા લોકો કે જેઓ જાણે છે કે તેમને નજીકના સમયમાં હોસ્પિટલાઇઝેશનની જરૂર છે, તેઓ આરોગ્ય વીમો ખરીદવાનો પ્રયત્ન કરશે, જે વીમા કંપની માટે નુકસાનનું સર્જન કરશે. અન્ય શબ્દોમાં જો વીમા કંપની જોખમની આકારણી યોગ્ય રીતે ન કરે તો તેની સામે પસંદગી થશે અને પ્રક્રિયામાં નુકસાન ભોગવવું પડશે.

2. જોખમોમાં ઇક્વિટી (સમાનતા)

ચાલો આપણે હવે જોખમોમાં ઇક્વિટી પર વિચાર કરીએ. “ઇક્વિટી”નો અર્થ થાય છે કે જોખમોના સમાન પ્રકારના અને પ્રમાણનો સામનો કરતા અરજદારોને સમાન પ્રીમિયમના વર્ગમાં મૂકવા. વીમા કંપનીઓ વસૂલવાના રહેતા પ્રીમિયમ્સ નિર્ધારિત કરવા માટે કેટલાક પ્રકારનાં માનકીકરણ કરવા માગશે. અન્ડરરાઇટર પાસે આવતા પ્રસ્તાવોને નીચે જણાવેલા જોખમના પ્રકારોમાં વર્ગીકૃત કરવામાં આવે છે:

i. પ્રમાણભૂત જોખમો

આ એવા લોકો છે જેમની અપેક્ષિત મોબિલિટી (બિમાર પડવાની શક્યતા) સરેરાશ છે.

ii. પસંદગીનાં જોખમો

કેટલાક કિસ્સાઓમાં અપેક્ષિત મોબિલિટી સરેરાશ કરતા નોંધપાત્ર નીચી હોય છે અને તેથી તેઓ પસંદગીનાં જોખમો હોય છે. આના માટે નીચા પ્રીમિયમ વસૂલવામાં આવી શકે છે.

iii. પ્રમાણભૂત જોખમો

અન્ય કેટલાક કિસ્સાઓમાં અપેક્ષિત મોબિલિટી સરેરાશ કરતા ઊંચી હોઇ શકે છે. આવા જોખમો વીમા પાત્ર પણ હોઇ શકે છે તેમ છતાં પણ અમુક શરતો અને નિયંત્રણોને આધિન વીમા કંપનીઓ ઊંચા પ્રીમિયમ્સ ચાર્જ કરી શકે છે અને/ અથવા તેમને સ્વીકારી શકે છે.

iv. નકારેલા જોખમો

એવા કેટલાક લોકો હોય છે, જેઓ અમુક તબીબી અથવા અન્ય સ્થિતિઓ ધરાવતા હોય છે, જેનાથી તેમને બિમારી અને દાવો કરવા માટેની શક્યતા વધુ હોય છે. એવી ઉચ્ચ સંભાવના રહેલી હોય છે કે આવા લોકો બિમાર પડે છે અને સામાન્ય પુલ પર અપ્રમાણસરની જવાબદારીનું કારણ બને છે. અન્ય શબ્દોમાં કહીએ તો પુલમાં અન્ય લોકો બિમાર પડવાની વધુ અથવા ઓછી સરેરાશ શક્યતા ધરાવતા હોય છે, ત્યારે આવા લોકો બિમાર પડવાની ખૂબ ઊંચી શક્યતા ધરાવતા હોય છે, જેનાથી તેમને પ્રીમિયમના ઊંચા દરે પણ વીમો લેવો મુશ્કેલ બને છે. [ક્યારેક, આવા લોકો જ્યારે તેઓ બિમાર પડવાની તેમની ઊંચી સંભાવનાને જાહેર કરવા માગતા નથી અને અન્ય સામાન્ય લોકોની જેમ વીમો મેળવવાનો પ્રયત્ન કરે છે ત્યારે તેઓ નૈતિક હાની પેદા કરી શકે છે.] મોટા ભાગની વીમા કંપનીઓ આવા જોખમોનો ઇન્કાર કરે છે અને ભવિષ્યના ઉપયોગ માટે આવા લોકોનો ડેટાબેઝ તૈયાર કરે છે.

‘નકારેલા જોખમ’ બનવાનો અર્થ માત્ર એ થાય છે કે વિશેષ વીમા કંપની તે વીમાની ઉત્પાદનના પ્રકાર માટે તે ખાસ સમયે વ્યક્તિને વીમો આપવા ઇચ્છતી નથી. જોકે એ શક્ય છે કે અન્ય વીમા કંપની વિભિન્ન પ્રીમિયમ પર અને/ અથવા અલગ શરતો સાથે તેમને/ તેણીને વીમો આપી શકે છે. સમાન વીમા કંપની પછીની તારીખ પર જ્યારે શરતો બદલાય ત્યારે અન્ય પ્રકારની પોલિસી માટે અથવા સમાન પોલિસી માટે પણ તેમને/ તેણીને ધ્યાનમાં લઈ પણ શકે છે.

3. અન્ડરરાઇટિંગની પ્રક્રિયા

અન્ડરરાઇટિંગની પ્રક્રિયા બે સ્તરે હાથ ધરવામાં આવે છે:

- ✓ પ્રાથમિક અથવા ક્ષેત્રનાં સ્તરે અથવા
- ✓ અન્ડરરાઇટિંગ વિભાગનાં સ્તરે

a) પ્રાથમિક અન્ડરરાઇટિંગ

પ્રાથમિક અન્ડરરાઇટિંગ (અથવા ક્ષેત્રનાં સ્તરે અન્ડરરાઇટિંગ)માં અરજદાર વીમા કવરેજ આપવા માટે યોગ્ય છે કે નહીં તે નિર્ધારિત કરવા માટે એજન્ટ અથવા કંપનીના પ્રતિનિધિ દ્વારા એકત્ર કરવામાં આવતી માહિતીનો સમાવેશ થાય છે. એજન્ટ પ્રાથમિક

અન્ડરરાઈટિંગની આ મહત્વની ભૂમિકા ભજવે છે. તેઓ સંભવિત ક્લાયન્ટ વીમા પાત્ર છે કે નહીં તે જાણવાની શ્રેષ્ઠ સ્થિતિમાં હોય છે.

કેટલીક વીમા કંપનીઓ એજન્ટ્સ માટે વિશિષ્ટ પ્રસ્તાવના સંબંધમાં માહિતી, અભિપ્રાય અને ભલામણોની સાથે નિવેદન અથવા ગોપનીય અહેવાલ પૂરો પાડવાનું આવશ્યક બનાવે છે.

સમાન પ્રકારનો અહેવાલ, જેને નૈતિક હાનિ અહેવાલ તરીકે ઓળખવામાં આવે છે તેને પણ વીમા કંપનીના અધિકારી પાસેથી માગવામાં આવી શકે છે. આવા અહેવાલો સામાન્યપણે આરોગ્ય વીમા માટે પ્રસ્તાવ કરનારી વ્યક્તિના વ્યવસાય, આવક અને નાણાકીય સ્થિતિ અને પ્રતિષ્ઠાને આવરે છે.

4. છેતરપિંડી પર દેખરેખ રાખવાની એજન્ટની ભૂમિકા

વીમા માટે જોખમની પસંદગી કરવા અંગેના નિર્ણયો પ્રસ્તાવ કરનાર દ્વારા પ્રસ્તાવપત્રમાં જાહેર કરેલી હકીકતો પર આધાર રાખે છે. અન્ડરરાઈટર માટે ઓફિસમાં બેસીને આ હકીકતો સાચી છે કે નહીં અથવા વીમા કંપનીને છેતરવાના ઇરાદા સાથે ગેરરજૂઆત કરવામાં આવી છે કે નહીં તે જાણવું મુશ્કેલ હોય છે.

પ્રાથમિક અન્ડરરાઈટર તરીકે એજન્ટ અહીં મહત્વપૂર્ણ ભૂમિકા ભજવે છે. એજન્ટ પ્રસ્તાવ કરનાર સાથે સીધો વ્યક્તિગત સંપર્ક ધરાવતા હોવાથી તેઓ કે તેણી રજૂ કરેલી માહિતી સાચી છે કે નહીં અને કોઈ ઇરાદાપૂર્વકની બિન-ઘોષણા અથવા ગેરરજૂઆત કરવામાં આવી છે કે નહીં તે શોધવાની શ્રેષ્ઠ સ્થિતિમાં હોય છે.

a) અન્ડરરાઈટિંગ વિભાગની ભૂમિકા

વીમા કંપનીની ઓફિસમાં અન્ડરરાઈટિંગ વિભાગ અન્ડરરાઈટિંગનો મોટો હિસ્સો હાથ ધરે છે. અહીં, આવા કાર્યમાં નિપુણ હોય એવા વિશેષજ્ઞો વિશેષ જોખમ પરના તમામ સુસંગત ડેટાને અને કેટલાક વસ્તીવિષયક ડેટાને પણ ધ્યાનમાં લે છે અને વિશ્લેષણ કરે છે. આખરે તે વીમા માટે પ્રસ્તાવને સ્વીકારવો કે નહીં તે નિર્ધારિત કરે છે, શરતો નક્કી કરે છે અને યોગ્ય પ્રીમિયમ ચાર્જ કરે છે.

C. IRDAનાં આરોગ્ય વીમાનાં અન્ય નિયમનો

નિયમનકારે વીમાધારકના લાભ માટે કેટલાક ફેરફારો કર્યા છે, જે નીચે મુજબ આપવામાં આવ્યા છે.

- વીમાધારકને પ્રીમિયમથી વધુ કોઈ અન્ડરાઈટિંગના લોડિંગ ખર્ચની જાણ કરવાની હોય છે અને આવા લોડિંગ માટે પોલિસી ધારકની વિશેષ સંમતિ પોલિસી જારી કરતા પહેલા પ્રાપ્ત કરવાની રહેશે.
- જો વીમા કંપનીને પોલિસી પછીના કોઈ પણ તબક્કે અથવા તેના નવીકરણના સમયે વ્યવસાયમાં ફેરફાર જેવી અન્ય કોઈ માહિતીની આવશ્યકતા હોય તો તે નિર્ધારિત પ્રમાણભૂત ફોર્મ ધરાવે છે, જેને વીમાધારક દ્વારા ભરવાનું હોય છે, જે પોલિસી દસ્તાવેજનો એક ભાગ બને છે.
- વીમા કંપનીઓ સમાન વીમા કંપની સાથે પોલિસી ધારકોને વહેલા પ્રવેશ, જારી રાખેલા રિન્યુઅલ્સ, દાવાના અનુકૂળ અનુભવો વગેરે માટે રિવોર્ડ આપવાની વિભિન્ન કાર્યપ્રણાલી રજૂ કરી છે અને માહિતીપત્ર તથા પોલિસી દસ્તાવેજમાં આવી કાર્યપ્રણાલી અથવા પ્રોત્સાહનો અગાઉથી જાહેર કરવામાં આવે છે.

D. આરોગ્ય વીમાની પોર્ટેબિલિટી

પોર્ટેબિલિટીને અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતી સ્થિતિઓ માટે અને સમયબદ્ધ અપવર્જનો માટે પ્રાપ્ત કરેલી કેડિટને એક વીમા કંપનીથી અન્ય વીમા કંપનીમાં અથવા સમાન વીમા કંપનીની એક યોજનામાંથી બીજી યોજનામાં ટ્રાન્સફર કરવા માટે IRDAI દ્વારા વ્યક્તિગત આરોગ્ય વીમા પોલિસી ધારકોને (ફેમિલી કવર હેઠળ તમામ સભ્યો સહિત) આપેલા અધિકાર તરીકે વ્યાખ્યાયિત કરવામાં આવે છે, જે અગાઉની પોલિસી વિનાવિલંબ જાળવવામાં આવી હોય તે શરતને આધિન છે.

પોર્ટેબિલિટી એવી જોગવાઈ છે, જેના દ્વારા વીમાધારક એક વીમા કંપનીથી અન્યમાં સમય અવધિ દરમિયાન તેમણે/ તેણીએ અર્જિત કરેલા તમામ લાભ લઈ જઈ શકે છે. કૃપા કરીને વિદ્યાર્થીઓ 22 જુલાઈ, 2020ના રોજ આરોગ્ય વીમા કારોબારમાં ઉત્પાદન ફાઇલિંગ અંગેની IRDAIની સંયુક્ત માર્ગદર્શિકાઓ વાંચી શકે છે, જેમાં પોર્ટેબિલિટી સહિતની પ્રમાણીકરણની ઘણી પદ્ધતિઓ માટે ધોરણો નિર્ધારિત કરવામાં આવ્યા છે.

IRDAI ફરજિયાત કરે છે કે પોર્ટેબિલિટી સામાન્ય વીમા કંપનીઓ અને આરોગ્ય વીમા કંપનીઓ દ્વારા જારી કરેલી ફેમિલી ફ્લોટર પોલિસીઓ સહિતની તમામ વ્યક્તિગત ક્ષતિપૂર્તિ આરોગ્ય વીમા પોલિસીઓ હેઠળ મંજૂર કરવામાં આવશે.

જોકે, પોર્ટિંગ માત્ર નવીકરણના સમયે જ થઈ શકે છે. રાહ જોવાની અવધિની કેડિટ ઉપરાંત નવી પોલિસીની પ્રીમિયમ સહિતની અન્ય શરતો નવી વીમા કંપની દ્વારા નિર્ધારિત કરવામાં

આવશે. પ્રક્રિયાત્મક રીતે, વીમાધારક દ્વારા પોર્ટિંગની વિનંતી નવીકરણના ઓછામાં ઓછા 45 દિવસ પહેલા જૂની વીમા કંપનીને કરવી જોઈએ, જેમાં પોલિસી કઈ કંપનીમાં પોર્ટ કરવાની છે તે સ્પષ્ટ કરવાનું રહેશે. પોલિસીનું વિનાવિલંબ નવીકરણ કરવાનું હોય છે (જો પોર્ટિંગ પ્રક્રિયા હેઠળ હોય તો 30 દિવસની છૂટની અવધિ હોય છે). IRDAએ વેબ આધારિત સુવિધા તૈયાર કરી છે, જે વીમા કંપનીઓ દ્વારા વ્યક્તિઓને જારી કરેલી તમામ આરોગ્ય વીમા પોલિસીઓ અંગેના જેટા જાળવે છે, જેથી નવી વીમા કંપની પોર્ટ કરી રહેલા પોલિસી ધારકના આરોગ્ય વીમાના ઇતિહાસ અંગેના ડેટાને સરળતાથી એક્સેસ અને પ્રાપ્ત કરવા સક્ષમ બને.

E. આરોગ્ય વીમાનું માઇગ્રેશન

માઇગ્રેશનને અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતી સ્થિતિઓ માટે અને સમયબદ્ધ અપવર્જનો માટે પ્રાપ્ત કરેલી ક્રેડિટને સમાન વીમા કંપની પાસે ટ્રાન્સફર કરવા માટે IRDAI દ્વારા આરોગ્ય વીમા પોલિસી ધારકોને (ફેમિલી કવર હેઠળના તમામ સભ્યો અને જૂથ આરોગ્ય વીમા પોલિસીના સભ્યો સહિત) આપેલા અધિકાર તરીકે વ્યાખ્યાયિત કરવામાં આવે છે.

22 જુલાઈ, 2020ના રોજ આરોગ્ય વીમા કારોબારમાં ઉત્પાદન ફાઇલિંગ અંગેની IRDAની સંયુક્ત માર્ગદર્શિકાઓએ આરોગ્ય વીમા પોલિસીઓનાં માઇગ્રેશન અંગેની માર્ગદર્શિકાઓમાં ફેરફાર કર્યો છે. તે જોગવાઈ કરે છે કે વ્યક્તિગત આરોગ્ય વીમા પોલિસી આધારિત ક્ષતિપૂર્તિ હેઠળ આવેલા દરેક વ્યક્તિગત પોલિસી ધારક (ફેમિલી ફ્લોટર પોલિસી હેઠળના સભ્યો સહિત)ને પોલિસી ધારક દ્વારા ઉપયોગ કરવામાં આવેલા સ્પષ્ટ વિકલ્પ પર માઇગ્રેશનનો વિકલ્પ પૂરો પાડવામાં આવશે. જૂથ પોલિસીઓમાંથી વ્યક્તિગત પોલિસીમાં માઇગ્રેશન અન્ડરરાઇટિંગને આધિન હશે.

પોતાની પોલિસીને માઇગ્રેટ કરવાની ઇચ્છા ધરાવતા પોલિસી ધારક તેમની/ તેણીની પ્રવર્તમાન પોલિસીની પ્રીમિયમ નવીકરણ તારીખના ઓછામાં ઓછા 30 દિવસ પહેલા પરિવારના તમામ સભ્યો જો કોઈ હોય તો તેમની સાથે પોલિસી માઇગ્રેટ કરવા વીમા કંપની સમક્ષ અરજી કરવાની મંજૂરી ધરાવશે. જોકે, જો વીમા કંપની 30 દિવસથી પણ ઓછી અવધિને ધ્યાનમાં લેવાની ઇચ્છા ધરાવતી હોય તો વીમા કંપની તેવું કરી શકે છે. વીમા કંપનીઓ માઇગ્રેશન માટે કોઈ વિશેષ ખર્ચ લાદશે નહીં.

F. અન્ડરરાઇટિંગના પાયારૂપ સિદ્ધાંતો અને સાધનો

1. અન્ડરરાઇટિંગને લગતા પાયારૂપ સિદ્ધાંતો

વીમાનાં કોઇ પણ સ્વરૂપમાં પછી તે જીવન વીમો હોય કે સામાન્ય વીમો, ચોક્કસ કાનૂની સિદ્ધાંતો હોય છે, જે જોખમોની સ્વીકૃતિની સાથે સંચાલિત થાય છે. આરોગ્ય વીમો સમાનપણે આ સિદ્ધાંતોથી સંચાલિત હોય છે અને સિદ્ધાંતોનું કોઇ ઉલ્લંઘનનાં પરિણામ સ્વરૂપ વીમા કંપની જવાબદારીને ટાળવાનો નિર્ણય લઈ શકે છે. (આ સિદ્ધાંતોની ચર્ચા સામાન્ય પ્રકરણોમાં કરવામાં આવી હતી.)

2. અન્ડરરાઇટિંગ માટેનાં સાધનો

આ અન્ડરરાઇટર માટે માહિતીના સ્ત્રોત છે અને તેને આધારે જોખમનું વર્ગીકરણ કરવામાં આવે છે અને આખરે પ્રીમિયમ નિર્ધારિત કરવામાં આવે છે. નીચે અન્ડરરાઇટિંગ માટેનાં મુખ્ય સાધનો આપવામાં આવ્યા છે:

a) પ્રસ્તાવપત્ર

આ દસ્તાવેજ કરારનો આધાર હોય છે, જ્યાં પ્રસ્તાવ કરનારનાં આરોગ્ય અને વ્યક્તિગત વિગતોને લગતી તમામ મહત્વપૂર્ણ માહિતી (એટલે કે વય, વ્યવસાય, બાંધો, આદતો, આરોગ્યની સ્થિતિ, આવક, પ્રીમિયમની ચુકવણીની વિગતો વગેરે) એકત્રિત કરવામાં આવે છે. વીમાધારક દ્વારા કોઇ ઉલ્લંઘન અથવા માહિતી છુપાવવાથી પોલિસી રદબાતલ થશે. (આની ચર્ચા સામાન્ય પ્રકરણોમાં કરવામાં આવી છે.)

b) વયનો પુરાવો

પ્રીમિયમ્સ વીમાધારકની વયને આધારે નિર્ધારિત થાય છે. તેથી એ અનિવાર્ય છે કે એન્જીલમેન્ટના સમયે જાહેર કરેલી વયની ખરાઇ રજૂ કરેલા વયના પુરાવા મારફતે કરવામાં આવી છે.

ઉદાહરણ

ભારતમાં એવા ઘણા દસ્તાવેજો છે, જેને વયના પુરાવો માનવામાં આવી શકે છે, પરંતુ તેઓ તમામ કાયદાકીય રીતે સ્વીકાર્ય નથી. મોટે ભાગે માન્ય દસ્તાવેજો બે વ્યાપક વર્ગોમાં વિભાજિત કરવામાં આવ્યા છે. તે નીચે મુજબ છે:

- a) પ્રમાણભૂત વયનો પુરાવો: તેમાના કેટલાકમાં શાળાનું પ્રમાણપત્ર, પાસપોર્ટ, નિવાસ પ્રમાણપત્ર, પાન કાર્ડ, વગેરે સામેલ છે
- b) બિન-પ્રમાણભૂત વયનો પુરાવો: તેમાના કેટલાકમાં રેશન કાર્ડ, મતદાર ઓળખકાર્ડ, વડીલની ઘોષણા, ગ્રામ પંચાયત પ્રમાણપત્ર વગેરેનો સમાવેશ થાય છે

નાણાકીય દસ્તાવેજો

પ્રસ્તાવ કરનારની નાણાકીય સ્થિતિને જાણવી એ ખાસ કરીને લાભ ઉત્પાદનો માટે અને નૈતિક હાનિ ઘટાડવા માટે સુસંગત હોય છે. જોકે, સામાન્યપણે નાણાકીય દસ્તાવેજો માત્ર નીચેના કિસ્સાઓ માટે પૂછવામાં આવે છે:

- a) વ્યક્તિગત અકસ્માત આવરણો અથવા
- b) ઉચ્ચ વીમા કવરેજ અથવા
- c) જ્યારે માગવામાં આવેલા કવરેજની તુલનામાં જણાવેલી આવક અને વ્યવસાયમાં મેળ ન હોય.

c) મેડિકલ અહેવાલો

મેડિકલ અહેવાલોની જરૂરિયાત વીમા કંપનીના ધોરણો પર આધારિત હોય છે અને સામાન્યપણે તે વીમાધારકની વય અને ક્યારેક પસંદ કરેલા આવરણની રકમ પર આધાર રાખે છે. પ્રસ્તાવપત્રમાં કેટલાક ઉત્તરમાં એવી માહિતી પણ હોઈ શકે છે જેના કારણે મેડિકલ અહેવાલો માગવામાં આવી શકે છે.

d) સેલ્સ પર્સનલના અહેવાલો

સેલ્સ પર્સનલને કંપની માટે પાયાનાં સ્તરનાં અન્ડરરાઇટર્સ તરીકે પણ જોવામાં આવી શકે છે અને પોતાના અહેવાલમાં તેમના દ્વારા આપવામાં આવેલી માહિતી મહત્વની વિચારણા રચી શકે છે. જોકે, સેલ્સ પર્સનલ વધુ કારોબારનું સર્જન કરવા માટે ઇન્સેન્ટિવ ધરાવતા હોવાથી હિતોનો ટકરાવ થાય છે, જેના પર ધ્યાન આપવાનું હોય છે.

તમારી કસોટી કરો 2

અન્ડરરાઇટિંગમાં અત્યંત સદ્ભાવનાનો સિદ્ધાંત _____ દ્વારા અનુસરવો આવશ્યક છે.

- I. વીમા કંપની
- II. વીમાધારક

III. વીમા કંપની અને વીમાધારક બંને

IV. તબીબી નિરીક્ષકો

તમારી કસોટી કરો 3

વીમાપાત્ર હિત _____ સંદર્ભિત કરે છે.

I. વીમાકૃત થનારી અસ્કયામતમાં વ્યક્તિનાં નાણાકીય હિતને

II. જે અગાઉથી વીમો ધરાવતી હોય એવી અસ્કયામતને

III. જ્યારે એક કરતા વધુ કંપની સમાન નુકસાનને આવરે છે ત્યારે દરેક વીમા કંપનીના નુકસાનના હિસ્સાને

IV. વીમા કંપની પાસેથી વસૂલી શકાય એવા નુકસાનની રકમને

G. અન્ડરરાઇટિંગની પ્રક્રિયા

એક વખત આવશ્યક માહિતી પ્રાપ્ત કરવામાં આવે ત્યારે અન્ડરરાઇટર પોલિસીની શરતો નિર્ધારિત કરે છે. અન્ડરરાઇટિંગ આરોગ્ય વીમાના કારોબાર માટે ઉપયોગમાં લેવામાં આવતા સામાન્ય સ્વરૂપ નીચે મુજબ છે:

1. મેડિકલ અન્ડરરાઇટિંગ

મેડિકલ અન્ડરરાઇટિંગ એક એવી પ્રક્રિયા છે, જેમાં આરોગ્ય વીમા પોલિસી માટે અરજી કરી રહેલી વ્યક્તિઓની આરોગ્ય સ્થિતિ નિર્ધારિત કરવા માટે પ્રસ્તાવ કરનાર પાસેથી મેડિકલ અહેવાલો માગવામાં આવે છે. એકત્રિત કરેલી આરોગ્યની માહિતીનું મૂલ્યાંકન કવરેજ ઓફર કરવું કે નહીં, કઈ મર્યાદા સુધી અને કઈ શરતો અને અપવર્જનો પર કરવું એ અંગેનો નિર્ણય લેવા માટે વીમા કંપનીઓ દ્વારા કરવામાં આવે છે. તેથી મેડિકલ અન્ડરરાઇટિંગ જોખમની સ્વીકૃતિ અથવા અસ્વીકૃતિ અને આવરણની શરતો પણ નિર્ધારિત કરી શકે છે.

ઉદાહરણ

હાઇપરટેન્શન, વધુ પડતું વજન/ મેદસ્વીતા અને શુગરનાં વધેલા સ્તરો જેવી તબીબી સ્થિતિ હૃદય, કિડની અને ચેતાતંતુના રોગો માટે ભવિષ્યનાં હોસ્પિટલાઇઝેશનની ઊંચી શક્યતા ધરાવે છે. તેથી, મેડિકલ અન્ડરરાઇટિંગ માટે જોખમની આકારણી કરતી વખતે આવી સ્થિતિઓને સાવતેચીથી ધ્યાનમાં લેવી જોઈએ.

મેડિકલ અન્ડરરાઇટિંગની માર્ગદર્શિકાઓ માટે પ્રસ્તાવ કરનારની આરોગ્યની સ્થિતિ અંગેની તેમના/ તેણીના ફેમિલી ફિઝિશિયન દ્વારા હસ્તાક્ષર કરેલી ઘોષણાને પણ આવશ્યક બનાવે છે.

પ્રથમ વખત એન્ડ્રોલ થઈ રહેલા 40-45 વર્ષથી વધુની વયના લોકોને સામાન્યપણે આરોગ્ય જોખમની પ્રોફાઇલની આકારણી કરવા માટે અને તેમની પ્રવર્તમાન આરોગ્યની સ્થિતિ અંગેની માહિતી પ્રાપ્ત કરવા માટે નિર્દિષ્ટ પેથોલોજિક તપાસમાંથી પસાર થવું પડે છે. આવી તપાસ કોઈ અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતી તબીબી સ્થિતિ અથવા રોગના પ્રસારના સંકેત પણ પૂરા પાડે છે.

2. નોન-મેડિકલ અન્ડરરાઇટિંગ

આરોગ્ય વીમા માટે અરજી કરતા મોટા ભાગના પ્રસ્તાવોને તબીબી નિરીક્ષણની જરૂર હોતી નથી.

પ્રસ્તાવ કરનારે તમામ વાસ્તવિક હકીકતો સંપૂર્ણપણે અને સાચી રીતે જાહેર કરી હોય અને તેની તપાસ એજન્ટ દ્વારા ધ્યાનપૂર્વક કરવામાં આવી હોય તો તબીબી નિરીક્ષણ માટેની જરૂરિયાત ઘણી ઓછી હોઈ શકે છે.

ઉદાહરણ

જો વ્યક્તિએ તબીબી નિરીક્ષણ, રાહ જોવાની અવધિ અને પ્રોસેસિંગમાં વિલંબની લાંબી પ્રક્રિયામાંથી પસાર થયા વિના ઝડપથી આરોગ્ય વીમા કવરેજ લેવાનું હોય તો તેઓ નોન-મેડિકલ અન્ડરરાઇટિંગ પોલિસીની પસંદગી કરી શકે છે. સામાન્યપણે નોન-મેડિકલ અન્ડરરાઇટિંગ પોલિસીમાં પ્રીમિયમના દરો અને વીમાની રકમ મોટે ભાગે વય, જાતિ, ધુમ્રપાનનો વર્ગ, બાંધો વગેરે આધારિત આરોગ્યના કેટલાક પ્રશ્નોના આપેલા ઉત્તરને આધારે નિર્ધારિત થાય છે. પ્રક્રિયા ઝડપી છે, પરંતુ પ્રીમિયમ્સ તુલનાત્મક રીતે ઊંચા હોઈ શકે છે.

3. સંખ્યાત્મક રેટિંગ પદ્ધતિ

આ અન્ડરરાઇટિંગમાં અપનાવેલી પ્રક્રિયા છે, જેમાં જોખમના પ્રત્યેક ઘટક પર સંખ્યાત્મક અથવા ટકાવારીમાં આકારણી કરવામાં આવે છે.

વય, જાતિ, વંશ, વ્યવસાય, રહેઠાણ, પર્યાવરણ, બાંધો, આદતો, પરિવાર અને વ્યક્તિગત ઇતિહાસ જેવા પરિબલોની તપાસ કરવામાં આવે છે અને પૂર્વ-નિર્ધારિત માપદંડને આધારે આંકડાકીય રીતે સ્કોર કરવામાં આવે છે.

4. અન્ડરરાઇટિંગના નિર્ણયો

જ્યારે પ્રાપ્ત કરેલી માહિતીની ધ્યાનપૂર્વક આકારણી કરવામાં આવે અને યોગ્ય જોખમ વર્ગોમાં વર્ગીકૃત કરવામાં આવે ત્યારે અન્ડરરાઇટિંગની પ્રક્રિયા પૂર્ણ થાય છે. ઉપરનાં સાધનો અને તેમના અનુમાનને આધારે અન્ડરરાઇટર જોખમને નીચેના વર્ગોમાં વર્ગીકૃત કરે છે:

- a) પ્રમાણભૂત દરો પર જોખમ સ્વીકારવું
- b) વધારાનાં પ્રીમિયમ (લોડિંગ) પર જોખમ સ્વીકારવું, જોકે તમામ કંપનીઓમાં આવું કરવામાં ન પણ આવી શકે
- c) નિર્ધારિત અવધિ/ સમયગાળા માટે કવરને મુલતવી રાખવું
- d) કવરનો ઇન્કાર કરવો
- e) પ્રતિ ઓફર (કવરના ભાગને મર્યાદિત કરવો અથવા ઇન્કાર કરવો)
- f) ઊંચા ડિસ્ક્રિટબલ અથવા કો-પે લાદવા
- g) પોલિસી હેઠળ કાયમી અપવર્જનો લાદવા

જો કોઈ બિમારીને કાયમી બાદ રાખવામાં આવે તો તે પોલિસી સર્ટિફિકેટ પર એન્ડોર્સ થાય છે. આ પોલિસીમાં પ્રમાણભૂત અપવર્જનો સિવાયનું વધારાનું અપવર્જનો બનશે અને તે કરારનો ભાગ રચશે.

5. સામાન્ય અથવા પ્રમાણભૂત અપવર્જનોનો ઉપયોગ

મોટા ભાગની પોલિસીઓ અપવર્જનો લાગૂ કરે છે, જે તેમના તમામ સભ્યોને લાગુ થાય છે. તેમને પ્રમાણભૂત અપવર્જનો તરીકે ઓળખવામાં આવે છે અથવા ક્યારેક તેમને સામાન્ય અપવર્જનો તરીકે સંદર્ભિત કરવામાં આવે છે. વીમા કંપનીઓ પ્રમાણભૂત અપવર્જનોનાં

અમલીકરણ દ્વારા તેમના એક્સપોઝરને મર્યાદિત કરે છે. આની ચર્ચા અગાઉના પ્રકરણમાં કરવામાં આવી છે.

6. પરિક્ષેત્ર(ઝોન) પ્રમાણેનું પ્રીમિયમ

સામાન્યપણે, પ્રીમિયમ વીમાધારક વ્યક્તિની વય અને પસંદ કરેલી વીમાની રકમ પર આધાર રાખશે. પ્રીમિયમ ડિફિન્શિયલ ઊંચા દાવાના ખર્ચની સાથે અમુક પરિક્ષેત્રોમાં રજૂ કરવામાં આવ્યા છે, દા.ત. કેટલીક વીમા કંપનીઓ દ્વારા અમુક ઉત્પાદનો માટે દિલ્હી અને મુંબઈ ઉચ્ચ પ્રીમિયમ પરિક્ષેત્રનો ભાગ છે. દા.ત. મેટ્રો અને 'એ ક્લાસ' શહેરોમાં 55-65 વર્ષના વયજૂથ માટે વ્યક્તિગત પોલિસીને ઇન્દોર અથવા જમ્મુ જેવા શહેરોમાં સમાન વયના બ્રેકેટ માટે સમાન પોલિસીની તુલનામાં ઊંચા દર આપવામાં આવશે.

તમારી કસોટી કરો 4

નીચેનામાંથી કયું નિવેદન મેડિકલ અન્ડરરાઈટિંગ અંગે ખોટું છે ?

- I. તેમાં તબીબી અહેવાલો એકત્રિત કરવામાં અને તેની આકારણી કરવામાં ઊંચા ખર્ચ સામેલ હોય છે.
- II. પ્રવર્તમાન આરોગ્યની સ્થિતિ અને વય આરોગ્ય વીમા માટે તબીબી અન્ડરરાઈટિંગમાં ચાવીરૂપ પરિબલો છે.
- III. પ્રસ્તાવ કરનારાઓએ તેમના આરોગ્યની જોખમ પ્રોફાઇલની આકારણી માટે તબીબી અને પેથોલોજિકલ તપાસોમાંથી પસાર થવાનું હોય છે.
- IV. ટકાવારીની આકારણી જોખમના દરેક ઘટક પર થાય છે.

H. જૂથ સ્તરે આરોગ્ય વીમો

આરોગ્ય વીમા માટે જૂથને સ્વીકારતી વખતે વીમા કંપનીઓ જૂથમાં ગંભીર અને વારંવાર આરોગ્ય સમસ્યાઓ ધરાવતા હોય એવા કેટલાક સભ્યોના અસ્તિત્વની શક્યતાને ધ્યાનમાં લે છે.

1. જૂથ આરોગ્ય વીમો

જૂથ આરોગ્ય વીમાનાં અન્ડરરાઈટિંગ માટે વીમા કંપનીની અન્ડરરાઈટિંગની માર્ગદર્શિકાઓની તેમ જ વીમા નિયમનકારો દ્વારા જૂથ વીમા માટે ઘડેલી માર્ગદર્શિકાઓની

અંદર આવે છે કે નહીં તેનું મૂલ્યાંકન કરવા માટે જૂથની લાક્ષણિકતાઓનું વિશ્લેષણ કરવું આવશ્યક હોય છે.

જૂથ આરોગ્ય વીમા માટે પ્રમાણભૂત અન્ડરરાઈટિંગની પ્રક્રિયા માટે નીચેનાં પરીબળો પર પ્રસ્તાવિત જૂથનું મૂલ્યાંકન કરવાની આવશ્યકતા હોય છે:

- a) જૂથનો પ્રકાર
- b) જૂથનું કદ
- c) ઉદ્યોગનો પ્રકાર
- d) કવરેજ માટે યોગ્ય વ્યક્તિઓ
- e) સમગ્ર જૂથ આવરવામાં આવ્યું છે કે નહીં અથવા સભ્યો માટે પસંદ કરવા માટેનો વિકલ્પ છે કે નહીં
- f) કવરેજનું સ્તર - તમામ અથવા એકસમાન છે કે અલગ-અલગ
- g) જાતિ, વય, એક અથવા બહુવિધ સ્થળો, જૂથના સભ્યોનાં આવકનાં સ્તર, કર્મચારી ટર્નઓવર દરનાં સંદર્ભમાં જૂથની રચના, પછી ભલે જૂથ ધારક અથવા સભ્યો દ્વારા ચુકવવામાં આવેલા સમગ્ર પ્રીમિયમની ચુકવણીમાં સહભાગી થવા માટે આવશ્યક હોય કે ન હોય
- h) વિભિન્ન ભૌગોલિક સ્થળોમાં ફેલાયેલા બહુવિધ સ્થળોના કિસ્સામાં પ્રદેશોમાં આરોગ્યની સંભાળના ખર્ચમાં તફાવત
- i) તૃતીય પક્ષ વ્યવસ્થાપક(તેમની પસંદગીના અથવા વીમા કંપની દ્વારા પસંદ કરેલા) અથવા વીમા કંપની દ્વારા જૂથ વીમાનાં વહીવટ માટે જૂથ ધારકની પસંદગી
- j) પ્રસ્તાવિત જૂથનો દાવાનો ભૂતકાળનો અનુભવ

ઉદાહરણ

ખાણ અથવા કારખાનાઓમાં કાર્ય કરી રહેલા સભ્યોનું જૂથ એર-કન્ડિશન ધરાવતી ઓફિસોમાં કાર્ય કરી રહેલા સભ્યોનાં જૂથની તુલનામાં આરોગ્યનું ઊંચું જોખમ ધરાવે છે. રોગનો પ્રકાર (જેનાથી દાવો કરવામાં આવે છે) બંને જૂથો માટે ઘણા અલગ પણ હોઈ શકે છે. તેથી વીમા કંપની બંને કિસ્સામાં તે પ્રમાણે જૂથ આરોગ્ય વીમા પોલિસીની કિંમત નક્કી કરશે.

આ જ પ્રમાણે, ઊંચા ટર્નઓવર ધરાવતા જૂથ જેવા કે આઈટી કંપનીઓના કિસ્સામાં વિપરિત પસંદગીને ટાળવા માટે વીમા કંપનીઓ સાવચેતીનાં માપદંડ રજૂ કરી શકે છે, જેના માટે કર્મચારીઓને વીમા માટે યોગ્ય બનાવતા પહેલા તેમની અજમાયશ અવધિ પૂરી કરવાની આવશ્યકતા હોય છે.

2. નિયોજક - કર્મચારી જૂથો સિવાય અન્યનું અન્ડરરાઈટિંગ કરવું

નિયોજક-કર્મચારી જૂથો પરંપરાગત રીતે જૂથ આરોગ્ય વીમો ઓફર કરતા સૌથી સામાન્ય જૂથો છે, જૂથની રચનાનું લક્ષણ જૂથનું અન્ડરરાઈટિંગ કરતી વખતે સૌથી મહત્વપૂર્ણ વિચારણા પૈકીની એક છે.

આરોગ્ય વીમો બિન-નિયોજક કર્મચારી જૂથોને પણ ઓફર કરવામાં આવી શકે છે. IRDAIએ વિભિન્ન જૂથો સાથે વ્યવહાર કરવામાં વીમા કંપનીઓ દ્વારા અપનાવવામાં આવનારા અભિગમને નિયંત્રિત કરવાની દૃષ્ટિ સાથે જૂથ વીમાની માર્ગદર્શિકાઓ જારી કરી છે. આવા બિન-નિયોજક જૂથોમાં સામેલ છે:

- નિયોજક કલ્યાણ સંઘ
- વિશિષ્ટ કંપની દ્વારા જારી કરેલા કેડિટ કાર્ડ્સના ધારકો
- વિશેષ કારોબારના ગ્રાહકો, જ્યાં વીમાને એડ-ઓન લાભ તરીકે ઓફર કરવામાં આવે છે
- બેંક અને વ્યાવસાયિક સંઘો અને મંડળોના ઋણ લેનારાઓ

1. વિદેશી પ્રવાસ વીમાનું અન્ડરરાઈટિંગ

વિદેશી પ્રવાસ વીમાની પોલિસીઓ હેઠળ મુખ્ય કવર આરોગ્યનું કવર હોવાથી અન્ડરરાઈટિંગ સામાન્યપણે આરોગ્ય વીમા માટેની પેટર્ન અનુસરશે.

પ્રીમિયમ રેટિંગ અને સ્વીકૃતિ વ્યક્તિગત કંપનીની માર્ગદર્શિકાઓ અનુસાર હશે, પરંતુ કેટલીક મહત્વની વિચારણાઓ નીચે આપવામાં આવી છે:

- પ્રીમિયમ દર પ્રસ્તાવક કરનારની વય પર અને વિદેશી પ્રવાસની અવધિ પર આધાર રાખશે.
- તબીબી સારવાર વિદેશમાં મોંઘી હોવાથી પ્રીમિયમના દર સામાન્યપણે સ્થાનિક આરોગ્ય વીમા પોલિસીઓની તુલનામાં ઘણા ઊંચા હોય છે.
- વિદેશી દેશોમાં પણ USA અને કેનેડાનાં પ્રીમિયમ સૌથી ઊંચા હોય છે.

4. વિદેશમાં તબીબી સારવાર લેવા માટે પ્રસ્તાવ કરનાર દ્વારા પોલિસીનો ઉપયોગ કરવામાં આવે તેની શક્યતાને નકારવા માટે સાવધાની રાખવી જોઈએ અને તેથી કોઈ અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતા રોગની ઉપસ્થિતિનો પ્રસ્તાવના તબક્કે સાવધાનીપૂર્વક વિચાર કરવો જોઈએ.

J. વ્યક્તિગત અકસ્માત વીમાનું અન્ડરરાઈટિંગ

વ્યક્તિગત અકસ્માત પોલિસીઓ માટે અન્ડરરાઈટિંગની વિચારણાની ચર્ચા નીચે કરવામાં આવી છે:

રેટિંગ

વ્યક્તિગત અકસ્માત વીમામાં ધ્યાનમાં લેવામાં આવતું મુખ્ય પરિબળ વીમાધારકનો વ્યવસાય છે. વ્યવસાય અથવા ધંધા સાથે સંકળાયેલા જોખમો કરવામાં આવતા કાર્યની પ્રકૃતિ અનુસાર ભિન્ન હોય છે. ઉદાહરણ તરીકે કાર્યસ્થળે ઓફિસ મેનેજર સામે બિલ્ડિંગનું નિર્માણકાર્ય થતું હોય એવી જગ્યાએ કાર્ય કરી રહેલા સિવિલ એન્જિનિયરની તુલનામાં જોખમ ઓછું હોય છે. દર નક્કી કરવા માટે વ્યવસાયોને જૂથોમાં વર્ગીકૃત કરવામાં આવ્યા છે, જ્યાં દરેક જૂથ વધુ કે ઓછું, સમાન જોખમને પ્રતિબિંબિત કરે છે.

જોખમનું વર્ગીકરણ

વ્યવસાયના આધારે વીમાધારક વ્યક્તિ સાથે સંકળાયેલાં જોખમોને ત્રણ જૂથોમાં વર્ગીકૃત કરી શકાય છે:

- જોખમ જૂથ I

એકાઉન્ટન્ટ્સ, ડોક્ટર્સ, વકીલો, આર્કિટેક્ટ્સ અને વહીવટી કાર્યોમાં સામેલ વ્યક્તિઓ, સમાન પ્રકારની હાનિના વ્યવસાયોમાં પ્રાથમિક રીતે સામેલ વ્યક્તિઓ.

- જોખમ જૂથ II

અધિક્ષક કાર્યોમાં સામેલ બિલ્ડર્સ, ઠેકેદારો અને એન્જિનિયર્સ અને સમાન પ્રકારની હાનિના વ્યવસાયમાં સામેલ વ્યક્તિઓ. શારીરિક શ્રમમાં સામેલ તમામ વ્યક્તિઓ (જૂથ III હેઠળ આવતા વ્યક્તિઓ સિવાય),

- જોખમ જૂથ III

ભૂગર્ભ ખાણોમાં કાર્ય કરતા અથવા પૈડા પર રેસિંગ કરવા જેવી પ્રવૃત્તિઓમાં સામેલ વ્યક્તિઓ અને સમાન પ્રકારની હાનિના વ્યવસાયો/ પ્રવૃત્તિઓમાં સામેલ વ્યક્તિઓ.

જોખમ જૂથોને અનુક્રમે 'સામાન્ય', 'મધ્યમ', 'ઉચ્ચ'નાં સ્વરૂપમાં જાણવામાં આવે છે.

વય મર્યાદાઓ

કાર્ય કરતી વસ્તી(નિયોજક કર્મચારી) માટે સામાન્ય વય મર્યાદા 18-70 છે. જોકે વિદ્યાર્થીઓ માટે લઘુત્તમ વય 5 વર્ષ પણ હોઈ શકે છે.

કવર અને નવીકરણ થવા માટે લઘુત્તમ અને મહત્તમ વય કંપનીથી કંપની ભિન્ન હોય છે.

ફેમિલી પેકેજ કવર

વ્યક્તિગત અકસ્માત પોલિસી ફેમિલી પેકેજ કવર પણ ધરાવે છે, જ્યાં બાળકો અને કમાણી નહીં કરતા જીવનસાથીને માત્ર મૃત્યુ અને કાયમી વિકલાંગતા (કુલ અથવા આંશિક) માટે આવરવામાં આવે છે.

જૂથ પોલિસીઓમાં પ્રીમિયમ ડિસ્કાઉન્ટ

જો વીમાધારક વ્યક્તિની સંખ્યા નિશ્ચિત સંખ્યા જેમ કે 100થી વધી જાય તો પ્રીમિયમમાંથી જૂથ ડિસ્કાઉન્ટની છૂટ આપવામાં આવે છે. જોકે જ્યારે સંખ્યા નાની હોય જેમ કે 25 તો ડિસ્કાઉન્ટ વિના જૂથ પોલિસી જારી કરવામાં આવી શકે છે.

જૂથ ડિસ્કાઉન્ટનું માપદંડ

જૂથ પોલિસીઓ માત્ર નામિત જૂથોનાં અનુસંધાનમાં જારી કરવી જોઈએ. જૂથ ડિસ્કાઉન્ટ અને અન્ય લાભ આપવાના ઉદ્દેશ માટે પ્રસ્તાવિત "જૂથ" નીચે આપેલી શ્રેણી પૈકીની એક હેઠળ સ્પષ્ટપણે આવતું હોવું જોઈએ:

- નિયોજક - કર્મચારી સંબંધ, કર્મચારીના નિર્ભરો સહિત
- નોંધણી પામેલી સહકારી મંડળીના સભ્યો
- નોંધણી પામેલા સર્વિસ ક્લબ્સના સભ્યો
- બેંકો/ ડિપોઝિટ / માસ્ટર/ વિઝાના ક્રેડિટ કાર્ડ ધારકો

ઉપરની શ્રેણીથી અલગ કોઈ પણ શ્રેણીને લગતા પ્રસ્તાવોના કિસ્સામાં સંબંધિત વીમા કંપનીઓના ટેકનિકલ વિભાગ દ્વારા તેમના પર વિચાર કરવામાં અને નિર્ણય લેવામાં આવી શકે છે.

પ્રીમિયમ

પ્રીમિયમ્સના વિભિન્ન દરો જોખમના વર્ગીકરણ અને પસંદ કરેલા લાભ પ્રમાણે નામિત કર્મચારીઓને લાગુ થવા પાત્ર હોય છે.

ઓન-ડ્યુટી કવર

PA પોલિસીઓ બંને ઓન-ડ્યુટી અને ઓફ-ડ્યુટી અવધિ માટે અથવા અલગ અલગ માટે કવર ધરાવી શકે છે. પ્રીમિયમ વીમાની રકમ, ફરજના કલાકોની સંખ્યા વગેરે પર નિર્ભર હોય છે. કેટલાક નિયોજકો પોતાને માત્ર ફરજની અવધિને આવરવા સુધી મર્યાદિત કરવાનું પસંદ કરી શકે છે.

મૃત્યુ આવરણનું અપવર્જન

જૂથને મૃત્યુ લાભ સિવાયની પી.એ. પોલિસીઓ જારી કરવી શક્ય છે, જે વ્યક્તિગત કંપનીની માર્ગદર્શિકાઓને આધિન છે.

જૂથ ડિસ્કાઉન્ટ અને બોનસ/માલસ

જૂથ પોલિસીઓનાં નવીકરણ હેઠળનાં રેટિંગ દાવાના અનુભવના સંદર્ભમાં નિર્ધારિત કરવામાં આવે છે.

- અનુકૂળ અનુભવને નવીકરણ પ્રીમિયમમાં ડિસ્કાઉન્ટ સાથે રિવોર્ડ આપવામાં આવે છે (બોનસ)
- પ્રતિકૂળ અનુભવને સ્કેલ અનુસાર નવીકરણ પ્રીમિયમનાં લોડિંગ (માલસ) દ્વારા દંડિત કરવામાં આવે છે
- જો દાવાઓનો અનુભવ, જેમ કે 70 ટકા હોય તો નવીકરણ માટે સામાન્ય દરો લાગુ કરવામાં આવશે

તમારી કસોટી કરો 5

- 1) જૂથ આરોગ્ય વીમામાં જૂથની રચના કરતી કોઈ પણ વ્યક્તિ વીમા કંપની સામે પ્રતિ-પસંદગી કરી શકે છે.
- 2) જૂથ આરોગ્ય વીમો માત્ર નિયોજક-કર્મચારી જૂથોને કવરેજ પૂરું પાડે છે.
 - I. નિવેદન 1 સાચું છે અને નિવેદન 2 ખોટું છે
 - II. નિવેદન 2 સાચું છે અને નિવેદન 1 ખોટું છે
 - III. નિવેદન 1 અને નિવેદન 2 સાચા છે
 - IV. નિવેદન 1 અને નિવેદન 2 ખોટા છે

તમારી કસોટીના ઉત્તરો

ઉત્તર 1 - સાચો વિકલ્પ III છે.

ઉત્તર 2 - સાચો વિકલ્પ III છે.

ઉત્તર 3 - સાચો વિકલ્પ I છે.

ઉત્તર 4 - સાચો વિકલ્પ IV છે.

ઉત્તર 5 - સાચો વિકલ્પ IV છે.

પ્રકરણ H-05

આરોગ્ય વીમાના દાવાઓ

પ્રકરણની પ્રસ્તાવના

આ પ્રકરણમાં આપણે આરોગ્ય વીમામાં દાવાનાં સંચાલનની પ્રક્રિયા, દાવાને લગતી પ્રક્રિયાઓ અને દસ્તાવેજીકરણ અંગેની ચર્ચા કરીશું. આ ઉપરાંત, આપણે વ્યક્તિગત અકસ્માત વીમા હેઠળ દાવાઓનાં સંચાલન પર પણ નજર નાખીશું અને TPAની ભૂમિકાને સમજીશું.

અભ્યાસનાં પરિણામો

- A. વીમામાં દાવાઓનું સંચાલન
- B. આરોગ્ય વીમાના દાવાઓનું સંચાલન
- C. આરોગ્ય વીમાના દાવાઓમાં દસ્તાવેજીકરણ
- D. તૃતીય પક્ષ વ્યવસ્થાપકોની ભૂમિકા (TPA)
- E. દાવાનું સંચાલન - વ્યક્તિગત અકસ્માત
- F. દાવાનું સંચાલન - વિદેશ પ્રવાસ વીમો

આ પ્રકરણનો અભ્યાસ કર્યા પછી તમે નીચેની બાબતો માટે સક્ષમ બનશો:

- a) વીમાના દાવાઓમાં વિભિન્ન હિસ્સેદારોની સમજ આપવા
- b) આરોગ્ય વીમાના દાવાઓને કેવી રીતે સંચાલિત કરવામાં આવે છે તેનું વર્ણન કરવા
- c) આરોગ્ય વીમાના દાવાઓની પતાવટ માટે આવશ્યક વિભિન્ન દસ્તાવેજોની ચર્ચા કરવા
- d) વીમા કંપનીઓ દ્વારા દાવાઓ માટેની અનામતો કેવી રીતે પૂરી પાડવામાં આવે છે તે સમજાવવા.
- e) વ્યક્તિગત અકસ્માત દાવાઓની ચર્ચા કરવા
- f) TPAના વિચાર અને ભૂમિકાને સમજવા

A. વીમામાં દાવાઓનું સંચાલન

તે ખૂબ સારી રીતે સમજવામાં આવે છે કે વીમો 'વચન' છે અને પોલિસી તે વચન માટેની 'સાક્ષી' છે. પોલિસી હેઠળ દાવાનું કારણ બનતી વીમાકૃત ઘટના થવી એ તે વચનની ખરી કસોટી છે. વીમા કંપની કેટલી સારી રીતે કાર્ય કરે છે તેનું મૂલ્યાંકન તે તેના દાવાઓનું વચન કેટલી સારી રીતે પાળે છે તેના દ્વારા થાય છે. વીમામાં મુખ્ય રેટિંગ પરીબળો પૈકીનું એક વીમા કંપનીની દાવો ચુકવવાની ક્ષમતા છે.

1. દાવાની પ્રક્રિયામાં હિસ્સેદારો

વ્યક્તિએ દાવાઓને કેવી રીતે સંચાલિત કરવામાં આવે છે, તે જોતા પહેલા દાવાઓની પ્રક્રિયામાં રસ ધરાવતા પક્ષોને સમજવાની જરૂર છે.

આકૃતિ 1: દાવાની પ્રક્રિયામાં હિસ્સેદારો



| | |
|--------------|--|
| ગ્રાહક | વીમો ખરીદતી વ્યક્તિ પ્રથમ હિસ્સેદાર અને 'દાવો પ્રાપ્ત કરનાર' છે. |
| માલિકો | વીમા કંપનીના માલિકો 'દાવાઓની ચુકવણી કરનારાઓ' તરીકે મોટો હિસ્સો ધરાવે છે. દાવાઓને પોલિસી ધારકોનાં ભંડોળમાંથી પૂરા કરવામાં આવે છે તેમ છતાં પણ મોટા ભાગના કિસ્સાઓમાં તેઓ વચન પાળવા માટે જવાબદાર હોય છે. |
| અન્ડરરાઇટર્સ | વીમા કંપનીની અંદર અને તમામ વીમા કંપનીઓમાં અન્ડરરાઇટર્સ દાવાઓને સમજવાની, ઉત્પાદનો ડિઝાઇન કરવાની, પોલિસીના નિયમો, શરતો અને કિંમત નિર્ધારિત કરવાની જવાબદારી ધરાવે છે. |

| | |
|------------------------|---|
| નિયમનકાર | નિયમનકાર (ભારતની વીમા નિયમનકાર અને વિકાસ સત્તાધિકારી) નીચેની બાબતો માટે પોતાના ઉદ્દેશોમાં મુખ્ય હિસ્સેદાર છે: ✓ વીમાની પરિસ્થિતિમાં વ્યવસ્થા જાળવી રાખવા ✓ પોલિસી ધારકોનાં હિતને સુરક્ષિત રાખવા ✓ વીમા કંપનીઓના લાંબા ગાળાની આર્થિક સ્થિતિને સુનિશ્ચિત કરવા. |
| તૃતીય પક્ષ વ્યવસ્થાપકો | તૃતીય પક્ષ વ્યવસ્થાપકો તરીકે ઓળખાતા સેવા મધ્યસ્થીઓ આરોગ્ય વીમાના દાવાઓની પ્રક્રિયા કરે છે. |
| વીમા એજન્ટ્સ/ દલાલો | વીમા એજન્ટ્સ/ દલાલો માત્ર પોલિસીઓનું વેચાણ કરતા નથી, પરંતુ તેમની પાસે દાવાઓની ઘટનામાં ગ્રાહકોને સેવા આપવાની અપેક્ષા રાખવામાં આવે છે. |
| પ્રદાતાઓ/ હોસ્પિટલો | તેઓ સુનિશ્ચિત કરે છે કે ગ્રાહક દાવાનો સરળ અનુભવ મેળવે, એમાં પણ ખાસ કરીને જ્યારે હોસ્પિટલ TPAની પેનલમાં હોય ત્યારે વીમા કંપની કેશલેસ હોસ્પિટલાઇઝેશન પૂરું પાડે. |

તેથી દાવાઓનું સારી રીતે સંચાલન કરવાનો અર્થ દાવાઓને લગતા આ દરેક હિસ્સેદારોના ઉદ્દેશોનું સંચાલન કરવું થાય છે. સ્વાભાવિક છે કે, એવું પણ બની શકે કે આમાંના કેટલાક ઉદ્દેશો એકબીજા સાથે ટકરાઈ શકે છે.

અનામત રાખવું: ઘણા કિસ્સાઓમાં વીમા કંપનીઓ ત્વરીતપણે દાવાઓની પતાવટ કરવા સક્ષમ ન પણ હોઈ શકે અને તેમણે માહિતી અથવા તકરારો, મુકદ્દમા વગેરેનાં પરિણામ માટે રાહ જોવી પણ પડી શકે છે. તેથી, તેમણે ચુકવણી નિયત હોય ત્યાં સુધી દાવાઓની રકમને અનામતમાં રાખવાની હોય છે. સામાન્યપણે અનામતો ચુકવવાના બાકી દાવાઓ પર ચુકવવામાં આવનારા રકમના એક્યુરિયલ અંદાજો છે.

અનામત રાખવાને દાવાઓની સ્થિતિને આધારે વીમા કંપનીની બુક્સમાં તમામ દાવાઓ માટે કરવામાં આવતી જોગવાઈની રકમને સંદર્ભિત કરે છે.

તમારી કસોટી કરો 1

નીચેનામાંથી કોણ આરોગ્ય વીમાના દાવાઓની પ્રક્રિયામાં હિસ્સેદાર નથી ?

- I. ગ્રાહકો
- II. પોલિસી વિભાગ
- III. નિયમનકાર
- IV. TPA

B. આરોગ્ય વીમાના દાવાઓનું સંચાલન

1. આરોગ્ય વીમામાં દાવાની પ્રક્રિયા

દાવાની સેવા વીમા કંપની દ્વારા અથવા વીમા કંપની દ્વારા અધિકૃત કરેલા તૃતીય પક્ષ વ્યવસ્થાપક (TPA)ની સેવા મારફતે આપવામાં આવી શકે છે.

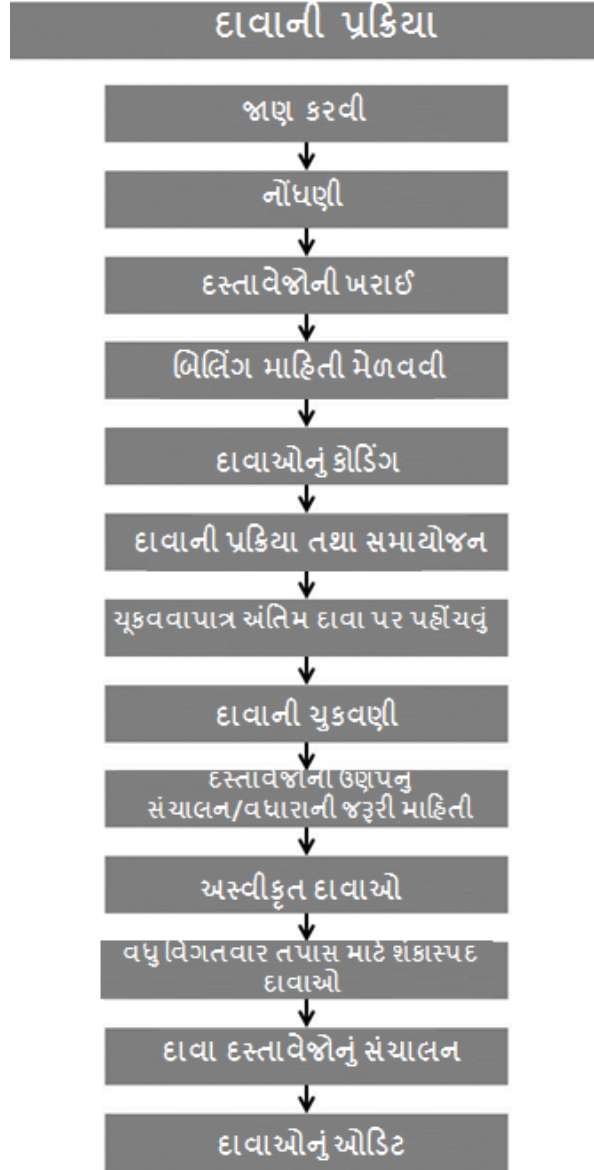
દાવાને વીમા કંપની/ TPAની જાણકારીમાં લાવવામાં આવે ત્યારથી પોલિસીની શરતો અનુસાર ચુકવણીના સમય સુધી આરોગ્ય દાવાઓ સુવ્યાખ્યાયિત પગલાંઓ મારફતે પસાર થાય છે, જે દરેક તેમની પોતાની સુસંગતતા ધરાવે છે.

નીચે વિગતવાર આપેલી પ્રક્રિયાઓ આરોગ્ય વીમા (હોસ્પિટલાઇઝેશન) ક્ષતિપૂર્તિ ઉત્પાદનોનાં વિશિષ્ટ સંદર્ભમાં હોય છે, જે આરોગ્ય વીમા કારોબારનો મુખ્ય ભાગ રચે છે.

નિશ્ચિત લાભની ઉત્પાદન અથવા ગંભીર બિમારી અથવા દૈનિક રોકડ ઉત્પાદનો વગેરે હેઠળ આવતા દાવા માટે સામાન્ય પ્રક્રિયા અને ટેકો આપતા દસ્તાવેજો આવી ઉત્પાદનો કેશલેસ સુવિધા સાથે આવતી ન પણ શકે એ હકીકત સિવાય ઘણા સમાન હશે.

ક્ષતિપૂર્તિ તેમ જ દાવાના ભરપાઇ પ્રકાર એમ બંને કિસ્સાઓમાં પાયારૂપ પગલાં સમાન રહે છે.

આકૃતિ 2: દાવાઓની પ્રક્રિયામાં વ્યાપકપણે નીચેનાં પગલાં સામેલ છે (સમાન ક્રમમાં ન પણ હોઈ શકે)



a) જાણ કરવી

દાવાની જાણ ગ્રાહક અને દાવાઓની ટીમ વચ્ચેના કરારની પ્રથમ ઘટના છે. ગ્રાહક કંપનીને જાણ કરી શકે છે કે તેઓ હોસ્પિટલાઇઝેશન પ્રાપ્ત કરવાની યોજના બનાવી રહ્યા છે અથવા ખાસ કરીને, હોસ્પિટલમાં ઈમરજન્સીમાં દાખલ થવાના કિસ્સામાં હોસ્પિટલાઇઝેશન થાય ત્યાર પછી જાણ કરવાની રહેશે.

તાજેતરના સમય સુધી, દાવાની ઘટનાની જાણ કરવાની ક્રિયા ઔપચારિકતા હતી. જોકે, તાજેતરમાં વીમા કંપનીઓએ દાવાની જાણ શક્ય બને તેટલી વહેલા કરવા પર આગ્રહ રાખવાની શરૂઆત કરી છે. સામાન્ય રીતે આ આયોજિત પ્રવેશના કિસ્સામાં હોસ્પિટલાઇઝેશન પહેલા અને ઈમરજન્સીના કિસ્સામાં હોસ્પિટલાઇઝેશનના 24 કલાકની અંદર કરવું આવશ્યક છે. જાણ કરવી હવે મોબાઇલ એપ્સ/ વીમા કંપનીઓ/ TPA દ્વારા સંચાલિત 24 કલાક ખુલ્લા રહેતા કોલ સેન્ટર્સ તેમ જ ઇન્ટરનેટ અને ઇ-મેઇલ મારફતે કરવી શક્ય છે.

b) નોંધણી

એક વખત કંપની દ્વારા પ્રત્યક્ષ રીતે અથવા TPA મારફતે જાણ પ્રાપ્ત થાય ત્યાર પછી તેની વિગતોને ચોક્કસાઇ માટે સરખાવવામાં આવે છે અને સંદર્ભ સંખ્યા અથવા દાવા નિયંત્રણ સંખ્યા ઉત્પન્ન કરવામાં આવે છે અને તેની જાણ દાવો કરનારને કરવામાં આવે છે. ત્યાર પછી દસ્તાવેજની પ્રથમ દૃષ્ટિનાં કવરેજ માટે તપાસ કરવામાં આવે છે અને કેશ-લેસ યોજના (પછીના વિભાગમાં વિગતવાર આપવામાં આવ્યું છે) હેઠળ આયોજિત સર્જરીની જાણ કરવામાં આવી હોય એવા કિસ્સામાં સંભવિત ખર્ચની પૂર્વ-અધિકૃતતા હોસ્પિટલને આપવામાં આવે છે.

ભરપાઇના ધોરણે આખરી પતાવટ માટે આવતા દાવાઓની વિગતવાર તપાસ સ્વીકાર્યતા, વીમાની રકમ, કપાત(ડિડક્ટિબલ્સ), પેટા-મર્યાદા વગેરે અંગે કરવામાં આવે છે. દસ્તાવેજોમાં ખામીના કિસ્સામાં તેની જાણ ટુકડે-ટુકડે નહીં, પરંતુ એક સાથે કરવાની હોય છે. એ જાણવું યોગ્ય છે કે દાવાની પ્રક્રિયા માત્ર એ સુનિશ્ચિત કરવાનું સામેલ નથી કે કરારની શરતોનું પાલન થાય છે, પરંતુ એ પણ સુનિશ્ચિત કરવાનું હોય છે કે હોસ્પિટલો ઓવર-ચાર્જિંગ, ડબલ-ચાર્જિંગ વગેરેમાં સામેલ નથી.

ઉદાહરણ

હોસ્પિટલાઇઝેશન સામાન્યપણે સારવારની એલોપેથિક પદ્ધતિ સાથે સંકળાયેલું હોય છે. જોકે, દર્દી સારવારના અન્ય પ્રકારમાંથી પસાર થઈ શકે છે, જેવા કે:

- ✓ યુનાની
- ✓ સિદ્ધ
- ✓ હોમિયોપેથી
- ✓ આર્યુવેદ
- ✓ નેચરોપેથી વગેરે

મોટા ભાગની પોલિસીઓમાં હવે આ સારાવાર સામેલ હોય છે, જેકે પેટા-મર્યાદાઓ હોઈ શકે છે.

ટેલિચીકીટ્સા: IRDAએ વીમા કંપનીઓને જ્યારે પણ નિયમિત તબીબી પરામર્શને મંજૂરી હોય ત્યારે તબીબી વીમા પોલિસીઓના નિયમો અને શરતોમાં ટેલિચીકીટ્સાને મંજૂરી આપવા જણાવ્યું છે.

આ એવા પોલિસી ધારકોને ઓનલાઇન અથવા ટેલિફોનિકલી મેડિકલ વ્યવસાયીઓની સલાહ લેવાનું પસંદ કરી શકે છે, જેઓ તેમના ઘરની બહાર જવાનું ટાળે છે અથવા કોરોના વાઇરસ ચેપને લીધે પોતે ક્વોરન્ટિન હોય છે.

યુકવવાપાત્ર આખરી દાવા પર પહોંચવું: યુકવવાપાત્ર દાવાની રકમ નિર્ધારિત કરતા પરિબળો છે:

- પોલિસી હેઠળ સભ્ય માટે ઉપલબ્ધ વીમાની રકમ
- અગાઉથી કરેલા કોઈ દાવાને ધ્યાનમાં લીધા પછી સભ્ય માટે પોલિસી હેઠળ ઉપલબ્ધ શેષ વીમાની રકમ:
- પેટા-મર્યાદાઓ
- બિમારી માટે વિશિષ્ટ કોઈ મર્યાદાઓની તપાસ
- સંચિત બોનસ માટે હકદાર છે કે નહીં તેની તપાસ
- મર્યાદા સાથે આવેલા અન્ય ખર્ચ:

આખરે યુકવવામાં આવનારા વાજબી અને રૂઢિગત ખર્ચ છે, જેનો અર્થ સેવા અથવા સપ્લાય માટેના ખર્ચ થાય છે, જે વિશિષ્ટ પ્રદાતા માટે પ્રમાણભૂત ખર્ચ છે અને સામેલ બિમારી/ ઇજાના પ્રકારને ધ્યાનમાં રાખીને એક જેવી અથા સમાન સેવાઓ માટે ભૌગોલિક ક્ષેત્રમાં પ્રચલિત ખર્ચ સાથે સુસંગત છે.

અગાઉ દરેક TPA/ વીમા કંપની બિન-યુકવવાપાત્ર વસ્તુઓની પોતાની યાદી ધરાવતી હતી, હવે તેને IRDA આરોગ્ય વીમાનાં માનકીકરણની માર્ગદર્શિકાઓ હેઠળ પ્રમાણભૂત કરવામાં આવ્યા છે.

c) દાવાની યુકવણી

એક વખત યુકવવાપાત્ર દાવાની રકમ પર પહોંચવામાં આવે ત્યાર પછી યુકવણી જે પ્રમાણેના કેસ હોય તે પ્રમાણે ગ્રાહકને અથવા હોસ્પિટલને કરવામાં આવે છે. યુકવણી ક્યાં તો ચેક દ્વારા અથવા ગ્રાહકનાં બેંક ખાતામાં દાવાનાં નાણાં હસ્તાંતરણ કરીને કરવામાં આવે છે.

d) દાવાનો ઇન્કાર

આરોગ્ય દાવાઓમાં અનુભવ દર્શાવે છે કે રજૂ કરવામાં આવેલા 10%થી 15% દાવાઓ પોલિસીની શરતોની અંદર આવતા નથી. તેના ઘણા કારણો હોય છે, જે નીચે આપવામાં આવ્યા છે:

- i. દાખલ કરવાની તારીખ વીમાની અવધિમાં હોતી નથી.
- ii. જે સભ્ય માટે દાવો કરવામાં આવ્યો હોય તેઓ આવરવામાં આવેલા હોતા નથી.
- iii. અગાઉથી અસ્તિત્વ ધરાવતી બિમારીને લીધે (જ્યાં પોલિસી આવી સ્થિતિને બાકાત રાખે છે).
- iv. માન્ય કારણ વિના રજૂ કરવામાં અયોગ્ય વિલંબ.
- v. કોઈ પ્રવૃત્ત સારવાર નહીં; માત્ર તપાસના ઉદ્દેશ માટે દાખલ થયા હોય છે.
- vi. સારવાર કરેલી બિમારી હોલિસી હેઠળ બાકાત રાખવામાં આવી હોય છે.
- vii. બિમારીનું કારણ દારૂ કે ડ્રગ્સનો દુરુપયોગ હોય છે.
- viii. હોસ્પિટલાઇઝેશન 24 કલાક કરતા ઓછું હોય છે.

દાવાના ઇન્કાર અથવા અસ્વીકૃતિ (કોઈ પણ કારને લીધે)ની જાણ વીમા કંપની દ્વારા લેખિતમાં ગ્રાહકને કરવાની હોય છે. સામાન્યપણએ, આવા ઇન્કારનો પત્ર ઇન્કાર કરવાનું કારણ સ્પષ્ટપણે જણાવે છે, જેમાં દાવાનો ઇન્કાર પોલિસીના જે નિયમ/શરત પર કરવામાં આવ્યું છે તે દર્શાવે છે.

વીમા કંપનીને કરેલી રજૂઆત ઉપરાંત ગ્રાહક દાવાના ઇન્કારના કિસ્સામાં નીચે જણાવેલનો સંપર્ક કરવાનો વિકલ્પ ધરાવે છે:

- ✓ વીમા લોકપાલ અથવા
- ✓ ગ્રાહક પંચ અથવા
- ✓ IRDAI અથવા
- ✓ અદાલતો.

e) કંપનીઓ/ TPA દ્વારા શંકાસ્પદ દાવાઓની વધુ વિગતવાર તપાસ કરવી આવશ્યક હોય છે

જ્યારે પણ વીમા કંપનીને ગેરરીતિની શંકા હોય ત્યારે તે દાવાની તપાસ કરી શકે છે. આરોગ્ય વીમામાં છેતરપિંડી કરવામાં આવી હોય એવા કેટલાક ઉદાહરણ નીચે આપ્યા છે:

- i. ઢોંગ, સારવાર કરવામાં આવેલ વ્યક્તિ વીમાધારક વ્યક્તિ કરતા અલગ હોય.
- ii. હોસ્પિટલાઇઝેશન થયું ન હોય એવા કિસ્સામાં દાવો કરવા માટે દસ્તાવેજ તૈયાર કરવા.
- iii. વધુ પડતા ખર્ચ, હોસ્પિટલની મદદથી અથવા કપટપૂર્ણ રીતે તૈયાર કરેલા આંતરિક બિલ્સનો ઉમેરો કરીને.
- iv. નિદાનના ખર્ચને આવરવા માટે આઉટપેશન્ટ સારવારને ઇન-પેશન્ટ/ હોસ્પિટલાઇઝેશનમાં રૂપાંતરિત કરવા, જે કેટલીક સ્થિતિમાં ઊંચા હોઇ શકે છે.

એ નોંધવું જોઇએ કે જે દાવાઓની તપાસ કરવાની જરૂર છે તેના અનુસંધાનમાં કોઇ પણ કિસ્સામાં દાવાની જાણ પ્રાપ્ત થયાની તારીખથી 90 દિવસની અંદર તપાસ શક્ય બને તેટલી વહેલી તકે શરૂ કરવાની અને પૂર્ણ કરવાની રહેશે. દાવાની પતાવટ તપાસ પૂર્ણ થયાના 30 અંદર થવી જોઇએ. (કૃપા કરીને IRDAI (પોલિસી ધારકોની સુરક્ષા), 2017 નિયમનો વાંચો અને તે પ્રમાણે અપડેટ કરો)

f) TPA દ્વારા કેશલેસ પતાવટની પ્રક્રિયા

કેશલેસ સુવિધા કેવી રીતે કાર્ય કરે છે ? આના કેન્દ્રમાં TPA વીમા કંપની હોસ્પિટલ સાથે જે કરાર કરે છે તે છે. અન્ય તબીબી સેવા પ્રદાતાઓ સાથે પણ કરારો સંભવ છે. કેશલેસ સુવિધા પૂરી પાડવા માટે ઉપયોગમાં લેવામાં આવતી પ્રક્રિયાની ચર્ચા નીચેના વિભાગમાં કરવામાં આવી છે:

કોષ્ટક 3.1

| | |
|---------|---|
| પગલું 1 | <ul style="list-style-type: none">• આરોગ્ય વીમા હેઠળ આવરવામાં આવેલ ગ્રાહક કોઇ બિમારીથી પિડાય અથવા ઇજા થાય અને તેથી તેમને હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની સલાહ આપવામાં આવે છે. તેઓ/ તેણી (અથવા તેમના/તેણીના પક્ષે અન્ય કોઇ વ્યક્તિ) નીચે આપેલી વીમાની વિગતો સાથે હોસ્પિટલના વીમા ડેસ્કનો સંપર્ક કરે છે:<ol style="list-style-type: none">i. TPAનું નામ,ii. ગ્રાહકની સભ્ય સંખ્યા, |
|---------|---|

| | |
|---------|--|
| | iii. વીમા કંપનીનું નામ વગેરે |
| પગલું 2 | <ul style="list-style-type: none"> • હોસ્પિટલ આવશ્યક જાણકારી સંકલિત કરે છે, જેવી કે: <ul style="list-style-type: none"> i. બિમારીનું નિદાન ii. સારવાર, iii. સારવાર કરતા ડોક્ટરનું નામ iv. પ્રસ્તાવિત હોસ્પિટલાઇઝેશનના દિવસોની સંખ્યા અને v. અંદાજિત ખર્ચ • આ ફોર્મોટમાં રજૂ કરવામાં આવે છે, જેને કેશલેસ અધિકૃતિ ફોર્મ તરીકે ઓળખવામાં આવે છે. |
| પગલું 3 | <ul style="list-style-type: none"> • TPA કેશલેસ હોસ્પિટલાઇઝેશન ફોર્મમાં પૂરી પાડેલી માહિતીનો અભ્યાસ કરે છે અને કેશલેસ અધિકૃતિ પૂરું પાડવામાં આવી શકે કે નહીં તેનો અને જો આમ થાય તો, તેના માટે કેટલી રકમને અધિકૃત કરવી જોઈએ તે અંગોનો નિર્ણય લે છે અને તેની જાણ વિલંબ વિના હોસ્પિટલને કરવામાં આવે છે. |
| પગલું 4 | <ul style="list-style-type: none"> • દર્દીની સારવાર હોસ્પિટલ દ્વારા કરવામાં આવે છે, TPA દ્વારા અધિકૃત કરેલી રકમને દર્દીનાં ખાતામાં ક્રેડિટ તરીકે રાખવામાં આવે છે. સભ્યને બિન-સારવારના ખર્ચ અને પોલિસી હેઠળ આવશ્યક કો-પેને આવરવા માટે ડિપોઝિટ ચુકવણી કરવાનું જણાવવામાં આવી શકે છે. |
| પગલું 5 | <ul style="list-style-type: none"> • જ્યારે દર્દી ડિસ્ચાર્જ માટે તૈયાર હોય ત્યારે હોસ્પિટલ વીમા દ્વારા આવરવામાં આવેલા સારવારના વાસ્તવિક ખર્ચની સામે TPA દ્વારા માન્ય કરેલા દર્દીનાં ખાતામાં ક્રેડિટની રકમ તપાસે છે. • જો ક્રેડિટ ઓછી હોય તો હોસ્પિટલ કેશલેસ સારવાર માટે ક્રેડિટની વધારાની મંજૂરી માટે વિનંતી કરે છે. • TPA તેનું વિશ્લેષણ કરે છે અને વધારાની રકમને મંજૂર કરે છે. |
| પગલું 6 | <ul style="list-style-type: none"> • દર્દી અસ્વીકાર્ય ખર્ચ ચુકવે છે અને ડિસ્ચાર્જ મેળવે છે. તેમને દસ્તાવેજીકરણને પૂર્ણ કરવા માટે દાવાનાં ફોર્મ અને બિલ પર હસ્તાક્ષર કરવાનું જણાવવામાં આવશે. |
| પગલું 7 | <ul style="list-style-type: none"> • હોસ્પિટલ તમામ દસ્તાવેજોને એકત્રિત કરે છે અને બિલની પ્રક્રિયા કરવા માટે દસ્તાવેજોને TPA સમક્ષ રજૂ કરે છે |
| પગલું 8 | <ul style="list-style-type: none"> • TPA દાવાની પ્રક્રિયા કરશે અને વિગતોની ખરાબ કથા પછી હોસ્પિટલને |

| |
|-------------------------|
| ચુકવણી માટે ભલામણ કરશે. |
|-------------------------|

g) ગ્રાહકે સુનિશ્ચિત કરવું જોઈએ કે તેઓ/ તેણી વીમાની વિગતો તેમની/ તેણીની સાથે હોય.

આમાં તેમના TPA કાર્ડ, પોલિસીની નકલ, કવરના નિયમો અને શરતો વગેરે સામેલ છે.

જ્યારે આ ઉપલબ્ધ ન હોય ત્યારે તેઓ TPA (24 કલાકની હેલ્પલાઇન મારફતે)નો સંપર્ક કરી શકે છે અને વિગતો માગી શકે છે.

i. ગ્રાહકે તેમના/ તેણીના પરામર્શી ડોક્ટર દ્વારા સૂચવેલી હોસ્પિટલ TPAનાં નેટવર્કમાં છે કે નહીં તેની તપાસ કરવી જોઈએ. જો ન હોય તો, તેમણે આવી સારવાર માટે કેશલેસ સુવિધા ઉપલબ્ધ હોય એવા ઉપલબ્ધ TPA વિકલ્પોની તપાસ કરવી જોઈએ.

ii. તેમણે/ તેણીએ એ સુનિશ્ચિત કરવું જોઈએ કે સાચી વિગતો પૂર્વ-અધિકૃતિ ફોર્મમાં દાખલ કરવામાં આવે. આ ફોર્મ 2013માં જારી કરેલી આરોગ્ય વીમામાં માનકીકરણ અંગેની માર્ગદર્શિકાઓ અનુસાર IRDAI દ્વારા પ્રમાણભૂત કરવામાં આવ્યું છે. જો બાબત સ્પષ્ટ ન હોય તો TPA કેશલેસ સુવિધાનો ઇન્કાર કરી શકે છે અથવા તપાસ ઊભી કરી શકે છે.

iii. તેમણે/ તેણીએ એ સુનિશ્ચિત કરવું જોઈએ કે હોસ્પિટલના ખર્ચ મર્યાદાઓ સાથે સુસંગત હોય, જેમ કે રૂમનું ભાડું અથવા મોતિયા જેવી નિર્દિષ્ટ સારવારો પર મર્યાદાઓ.

iv. ગ્રાહકે ડિસ્ચાર્જની અગાઉથી જાણ TPAને કરવી જોઈએ અને હોસ્પિટલને ડિસ્ચાર્જ પહેલા આવશ્યક હોઇ શકે એવી કોઇ વધારાની મંજૂરી TPAને મોકલવાની વિનંતી કરવી જોઈએ. આ દર્દીએ હોસ્પિટલ ખાતે બિનજરૂરી રાહ જોવી ન પડે તે સુનિશ્ચિત કરશે.

એ પણ શક્ય છે કે ગ્રાહક હોસ્પિટલ ખાતે કેશલેસ સારવાર માટે વિનંતી કરે અને મંજૂરી મેળવે, પરંતુ દર્દીન અન્ય સ્થળે દાખલ કરવાનો નિર્ણય લે. આવા કિસ્સાઓમાં ગ્રાહકે હોસ્પિટલને જાણ કરવી જોઈએ અને TPAને એ જાણ કરવા માટે જણાવવું જોઈએ કે કેશલેસ મંજૂરી ઉપયોગમાં લેવામાં આવી નથી.

જો આમ કરવામાં ન આવે તો મંજૂર કરેલી રકમ ગ્રાહકની પોલિસીમાં બ્લોક થઈ શકે છે અને પછીની વિનંતીની મંજૂરી પર વિપરિત અસર કરી શકે છે.

C. આરોગ્ય વીમાના દાવાઓમાં દસ્તાવેજીકરણ

આ વિભાગ ગ્રાહકો દ્વારા રજૂ કરવાના રહેતા આવશ્યક દરેક દસ્તાવેજો માટેની જરૂરિયાત અને વિષયાર્થની સમજ આપે છે:

1. ડિસ્ચાર્જ સમરી

ડિસ્ચાર્જ સમરીને સૌથી મહત્વપૂર્ણ દસ્તાવેજ કહી શકાય છે, જે આરોગ્ય વીમાના દાવાની પ્રક્રિયા કરવા માટે આવશ્યક હોય છે. તે દર્દીની સ્થિતિ અને સારવારની લાઇન અંગેની સંપૂર્ણ માહિતી આપે છે અને દાવાની પ્રક્રિયા કરતી વ્યક્તિને બિમારી/ ઇજાને અને સારવારની લાઇનને સમજવા માટે ખૂબ મદદ કરે છે. દર્દી દુર્ભાગ્યવશ જીવિત ન રહે તો ડિસ્ચાર્જ સમરીને ઘણી હોસ્પિટલોમાં મૃત્યુ સમરી કહેવામાં આવે છે. ડિસ્ચાર્જ સમરી હંમેશાં મૂળ સ્વરૂપમાં માગવામાં આવે છે.

2. તપાસ અહેવાલો

તપાસ અહેવાલો નિદાન અને સારવારની તુલના કરવામાં મદદ કરે છે, જેથી સારવારની આવશ્યકતા પડી હોય એવી ચોક્કસ સ્થિતિને અને હોસ્પિટલમાં દાખલ થયા હોય તે દરમિયાન થયેલી પ્રગતિ જેવી કે રક્તની તપાસના અહેવાલો, એક્સ-રે અહેવાલો અને બાયોપ્સી અહેવાલો વગેરેને સમજવા માટેની આવશ્યક માહિતી પૂરી પાડે છે. વીમા કંપની વિશિષ્ટ વિનંતી પર ગ્રાહકને એક્સ-રે અને અન્ય ફિલ્મ્સ પરત કરી શકે છે.

3. એકીકૃત અને વિગતવાર બિલ્સ:

આ એવો દસ્તાવેજ છે જે નક્કી કરે છે કે વીમા પોલિસી હેઠળ શું ચુકવવાનું છે. એકીકૃત બિલ એકંદર ચિત્ર રજૂ કરે છે, જ્યારે વિગતવાર બિલ સંદર્ભ કોડની સાથે બ્રેક-અપ પૂરા પાડશે. બિલ્સ અસલ સ્વરૂપમાં પ્રાપ્ત કરવાના હોય છે.

4. ચુકવણી માટેની રસીદ

આરોગ્ય વીમાના દાવાની ભરપાઇ માટે હોસ્પિટલ પાસેથી ચુકવેલી રકમની ઔપચારિક રસીદની પણ આવશ્યકતા રહેશે, જે બિલની કુલ રકમન અનુરૂપ હોવી જોઈએ.

રસીદ નંબર ધરાવતી અને અથવા સિક્કો ધરાવતી હોવી જોઈએ અને મૂળ સ્વરૂપમાં રજૂ કરેલી હોવી જોઈએ.

5. દાવાનું ફોર્મ

દાવાનું ફોર્મ ઔપચારિક હોય છે અને તે દાવાની પ્રક્રિયા માટેની કાનૂની વિનંતી હોય છે અને તેને ગ્રાહક દ્વારા હસ્તાક્ષર કરીને અસલ સ્વરૂપમાં રજૂ કરવામાં આવે છે. દાવાનું ફોર્મ હવે IRDAI દ્વારા પ્રમાણભૂત કરવામાં આવ્યું છે.

રોગ, સારવાર વગેરે અંગેની માહિતી ઉપરાંત વીમાધારક વ્યક્તિ દાવાનાં ફોર્મમાં જે ઘોષણા કરે છે તે કાનૂની અર્થમાં સૌથી મહત્વપૂર્ણ દસ્તાવેજ છે.

6. ઓળખનો પુરાવો

આપણા જીવનમાં વિભિન્ન પ્રવૃત્તિઓમાં ઓળખના પુરાવાના વધેલા ઉપયોગની સાથે ઓળખનો સામાન્ય પુરાવો આવેલી વ્યક્તિ અને સારવાર લીધેલી વ્યક્તિ એક અને સમાન છે કે નહીં તેની ખરાઈ કરવામાં મદદ કરે છે. સામાન્યપણે માગવામાં આવેલો ઓળખ દસ્તાવેજ મતદાર ઓળખપત્ર, ડ્રાઇવિંગ લાઇસન્સ, પાન કાર્ડ, આધાર કાર્ડ વગેરે હોઈ શકે છે.

7. વિશિષ્ટ દાવાઓ માટે પ્રાસંગિક દસ્તાવેજો

એવા કેટલાક પ્રકારના દાવાઓ હોય છે, જેના માટે ઉપર જણાવેલા સિવાયના વધારાના દસ્તાવેજોની આવશ્યકતા હોઈ શકે છે. તેમાં સામેલ છે:

- અકસ્માતના દાવાઓ, જ્યાં નોંધણી પામેલા પોલિસ સ્ટેશનમાં હોસ્પિટલ દ્વારા જારી કરેલ FIR અથવા મેડિકો-લિગલ પ્રમાણપત્રની આવશ્યકતા હોઈ શકે છે.
- જટીલ અથવા ઊંચા મૂલ્યના દાવાઓના કિસ્સામાં કેસ ઇનડોર પેપર્સ
- લાગુ થવા પાત્ર હોય ત્યાં ડાયાલિસિસ/ કિમોથેરાપી/ ફિઝિયોથેરાપી.
- હોસ્પિટલ નોંધણી પ્રમાણપત્ર, જ્યાં હોસ્પિટલની વ્યાખ્યાનાં અનુપાલનની તપાસ કરવી આવશ્યક હોય છે

તમારી કસોટી કરો 2

નીચેનામાંથી કયો દસ્તાવેજ હોસ્પિટલમાં જાળવવામાં આવે છે, જે ઇન-પેશન્ટને આપવામાં આવતી તમામ સારવારની વિગતો ધરાવે છે ?

- I. તપાસ અહેવાલ
 - II. ડિસ્ચાર્જ સમરી
 - III. કેસ પેપર
 - IV. હોસ્પિટલ નોંધણી પ્રમાણપત્ર
-

તમારી કસોટી કરો ૩

દાવાની સ્થિતિને આધારે વીમા કંપનીની બુક્સમાં તમામ દાવાઓ માટે કરવામાં આવતી જોગવાઈની રકમ _____ તરીકે ઓળખાય છે.

- I. પુલિંગ
 - II. એકાઉન્ટિંગ
 - III. રિઝર્વિંગ
 - IV. ઇન્વેસ્ટિંગ
-

D. તૃતીય પક્ષ વ્યવસ્થાપકોની ભૂમિકા (TPA)

TPAની ભૂમિકાની ચર્ચા અગાઉનાં પ્રકરણોમાં પણ કરવામાં આવી છે. TPA દ્વારા ઓફર કરવામાં આવતી સેવાઓને જાણવી મહત્વપૂર્ણ છે, તેથી ગ્રાહકને સેલ્સપર્સન દ્વારા યોગ્ય સેવાઓ પૂરી પાડવામાં આવી શકાય.

TPA સેવાઓનો અવકાશ વીમા પોલિસીનાં વેચાણ અને જારી કર્યા પછી શરૂ થાય છે. TPAનો ઉપયોગ કરી રહી ન હોય એવી વીમા કંપનીઓના કિસ્સામાં સેવાઓ ઇન-હાઉસ ટીમ દ્વારા આપવામાં આવે છે.

- I. આરોગ્ય વીમાની વેચાણ પછીની સેવા
 - a) એક વખત પ્રસ્તાવ (અને પ્રીમિયમ) સ્વીકારવામાં આવે ત્યાર પછી કવરેજ શરૂ થાય છે.
 - b) જો TPA પોલિસીની સેવા માટે ઉપયોગમાં લેવામાં આવે તો વીમા કંપની ગ્રાહક અને પોલિસી અંગેની માહિતી TPAને આપે છે.

- c) TPA સભ્યોને એન્રોલ કરે છે (પ્રસ્તાવ કરનાર પોલિસી લેનાર વ્યક્તિ છે, જ્યારે સભ્યો પોલિસી હેઠળ આવરવામાં આવેલા લોકો છે) અને ક્યાં તો ફિઝિકલ અથવા ઇલેક્ટ્રોનિક કાર્ડનાં સ્વરૂપમાં સભ્યપદની ઓળખ જારી કરી શકે છે.
- d) જ્યારે સભ્યને હોસ્પિટલાઇઝેશન માટે અથવા આવરેલી સારવાર માટે પોલિસીના ટેકાની આવશ્યકતા હોય ત્યારે TPA સાથેનું સભ્યપદ કેશલેસ સુવિધા આપવા માટે તેમ જ દાવાઓની પ્રક્રિયા માટે ઉપયોગમાં લેવામાં આવે છે.
- e) TPA દાવાની અથવા કેશલેસ વિનંતીની પ્રક્રિયા કરે છે અને વીમા કંપની સાથે સંમત થયેલા સમયની અંદર સેવાઓ પૂરી પાડે છે.
- f) વીમાધારક વ્યક્તિએ ઓળખપત્ર રાખવું આવશ્યક છે, જે તેમને પોલિસી અને TPA સાથે સંબંધિત કરે છે.
- g) TPA કેશલેસ સુવિધાની વિનંતી માટે પૂરી પાડેલી માહિતીને આધારે હોસ્પિટલને પૂર્વ-અધિકૃતતા અથવા લેટર ઓફ ગેરંટી જારી કરે છે.
- h) જ્યારે માહિતી સ્પષ્ટ ન હોય અથવા ઉપલબ્ધ ન હોય ત્યારે TPA કેશલેસ વિનંતીને ફગાવી શકે છે. આવા કિસ્સાઓમાં દાવાની તપાસ ભરપાઇના ધોરણે કરી શકાય છે.

II. ગ્રાહક સંબંધ અને સંપર્ક સંચાલન

TPA દાવાની સેવામાં સામેલ હોવાથી તેઓ સામાન્યપણે તકરાર નિવારણ કાર્યપ્રણાલી ધરાવતા હોય છે.

E. દાવાનું સંચાલન - વ્યક્તિગત અકસ્માત

દાવાની સૂચના પ્રાપ્ત થવા પર નીચેના પાસાઓ પર ધ્યાન આપવું જોઈએ:

- a) જે વ્યક્તિનાં સંદર્ભમાં દાવો કરવામાં આવે છે તેઓ પોલિસી હેઠળ આવરવામાં આવ્યા છે
- b) અકસ્માતની તારીખ પર પોલિસી માન્ય છે અને પ્રીમિયમ પ્રાપ્ત થયું છે
- c) પોલિસીની અવધિની અંદર થયેલું નુકસાન
- d) હાનિ “અકસ્માત”માંથી સર્જાઈ હોય, પરંતુ બિમારીમાંથી નહીં
- e) કોઈ પણ છેતરપિંડીના ટ્રિગર્સની તપાસ કરો અને આવશ્યક લાગે તો તપાસ સોંપો

- f) દાવો નોંધો અને તેના માટે અનામત સર્જો
- g) ટર્નઓરાઉન્ડ સમય જાળવો (દાવાની સેવાનો સમય) અને ગ્રાહકને દાવાના વિકાસથી માહિતગાર રાખો.

1. દાવાની તપાસ

દાવાની તપાસ દાવાની કાયદેસરતાને નિર્ધારિત કરવા અને હાનિનું ખરું કારણ અને માત્રા શોધવા વિષે હોય છે. દાવાના દસ્તાવેજો પ્રાપ્ત કરવા પર જો દાવો શંકાસ્પદ લાગે તો દાવો ખરાઈ માટે આંતરિક/ વ્યાવસાયિક તપાસકર્તાને સોંપવામાં આવી શકે છે.

ઉદાહરણ

કેસ માર્ગદર્શિકાના ઉદાહરણ:

માર્ગ દ્રાફ્ટિક અકસ્માત

- i. અકસ્માત ક્યારે થયો હતો - ચોક્કસ સમય અને તારીખ સ્થળ? તારીખ અને સમય
- ii. શું વીમાધારક રાહદારી હતા, યાત્રી તરીકે / પાછળ બેસીને મુસાફરી કરતા હતા અથવા અકસ્માતમાં સામેલ વાહન ચલાવી રહ્યા હતા ?

વ્યક્તિગત અકસ્માત દાવાઓમાં સંભવિત છેતરપિંડી અને છિંડાઓના કેટલાક ઉદાહરણો:

- i. TTD અવધિમાં અતિશયોક્તિ.
- ii. બિમારીને અકસ્માત તરીકે રજૂ કરવી દા.ત. ઘરે 'પડવા/લપસવા'ની જાણ કર્યા પછી પેથોલોજિકલ કારણોને લીધે પીઠના દુઃખાવાને PA દાવામાં રૂપાંતરિત કરવો

ડિસ્ચાર્જ વાઉચર ખાસ કરીને મૃત્યુના દાવાને સમાવતા વ્યક્તિગત અકસ્માત દાવાની પતાવટ માટેનો મહત્વપૂર્ણ દસ્તાવેજ છે. તે પ્રસ્તાવના સમયે નિયુક્તની વિગતો પ્રાપ્ત કરવા માટે પણ મહત્વપૂર્ણ છે અને તે પોલિસી દસ્તાવેજનો એક ભાગ બનાવતો હોવો જોઈએ.

2. દાવાનું દસ્તાવેજીકરણ- પ્રત્યેક કંપની યાદી આપે છે

- a) દાવેદારના નિયુક્ત/ પરિવારના સભ્ય દ્વારા હસ્તાક્ષર કરેલું યોગ્ય રીતે પૂર્ણ કરેલું વ્યક્તિગત અકસ્માત ફોર્મ
- b) પ્રથમ માહિતી અહેવાલની અસલ અથવા પ્રમાણિત કરેલી નકલ

- c) મૃત્યુના પ્રમાણપત્રની અસલ અથવા પ્રમાણિત કરેલી નકલ
- d) જો હાથ ધરવામાં આવ્યું હોય તો પોસ્ટ મોટમ અહેવાલની પ્રમાણિત કરેલી નકલ.
- e) AML (પૈસાની અવૈધ હેરાફેરી વિરોધી) દસ્તાવેજોની પ્રમાણિત કરેલી નકલ - નામની ખરાઇ માટે (પાસપોર્ટ/ પાન કાર્ડ / મતદાર ઓળખકાર્ડ/ ડ્રાઇવિંગ લાઇસન્સ) સરનામાંની ખરાઇ માટે (ટેલિફોન બિલ/ બેંક ખાતાપત્રક, વીજળીનું બિલ/ રેશન કાર્ડ)
- f) કાનૂની વારસદારનું પ્રમાણપત્ર, જે તમામ કાયદેસરના વારસદાર દ્વારા યોગ્ય રીતે હસ્તાક્ષર કરેલ અને નોટરાઇઝ કરેલ સોંઘનામું અને ક્ષતિપૂર્તિ બોન્ડ સામેલ હોય
- g) વીમાધારકની વિકલાંગતાને પ્રમાણિત કરતા સિવિલ સર્જન અથવા કોઇ સમકક્ષ સક્ષમ ડોક્ટરનું કાયમી વિકલાંગતાનું પ્રમાણપત્ર.
- h) વિકલાંગતાના પ્રકાર અને વિકલાંગતાની અવધિની દેખરેખ રાખતા સારવાર કરતા ડોક્ટર પાસેથી તબીબી પ્રમાણપત્ર. રજાની ચોક્કસ અવધિની વિગતો આપતું નિયોજકનું રજાનું પ્રમાણપત્ર, જે નિયોજક દ્વારા યોગ્ય રીતે સહી સિક્કા કરેલું હોય.

ઉપરની યાદી માત્ર સાંકેતિક છે, વધુ દસ્તાવેજોની (ઇજાના નિશાનના, અકસ્માતનાં સ્થળ વગેરેના ફોટોગ્રાફ્સ સહિત) ખાસ કરીને શંકાસ્પદ છેતરપિંડીના દ્રષ્ટિકોણ સાથે તપાસ થનારા કેસોની વિશેષ હકીકતોના આધારે જરૂર પડી શકે છે.

તમારી કસોટી કરો 4

કાયમી કુલ વિકલાંગતાના દાવા માટે નીચેનામાંથી કયા દસ્તાવેજોને રજૂ કરવાની આવશ્યકતા નથી ?

- I. દાવેદાર દ્વારા હસ્તાક્ષર કરેલ યોગ્ય રીતે પૂર્ણ કરેલું વ્યક્તિગત અકસ્માત દાવાનું ફોર્મ.
- II. વીમા પોલિસીની નકલ.
- III. વીમાધારકની વિકલાંગતાને પ્રમાણિત કરતું સિવિલ સર્જન અથવા કોઇ સમકક્ષ સક્ષમ ડોક્ટર્સ પાસેથી કાયમી વિકલાંગતા પ્રમાણપત્ર.
- IV. સારવાર કરતા ડોક્ટર પાસેથી વીમાધારક તેમની સામાન્ય ફરજો કરવા માટે તંદુરસ્ત હોવાનું પ્રમાણિત કરતું પાત્રતા પ્રમાણપત્ર.

F. દાવાનું સંચાલન - વિદેશ પ્રવાસ વીમો

આ પોલિસી હેઠળ કવરેજની ચર્ચા ઉત્પાદન પ્રકરણ હેઠળ અગાઉથી કરવામાં આવી છે. આ વિભાગ વિદેશ પ્રવાસ દરમિયાન ઊભા થતા દાવાઓને કેવી રીતે હાથ ધરવામાં આવે છે એ અંગે સમજાવવાનો પ્રયત્ન કરે છે.

દાવાઓની સેવાઓમાં આવશ્યકપણે નીચેની બાબતો સામેલ છે:

- a) દાવાની સૂચના 24*7 ધોરણે લેવી;
- b) દાવાનું ફોર્મ અને પ્રક્રિયા મોકલવી;
- c) ગ્રાહકને હાનિ પછી તરત જ શું કરવું એ અંગે માર્ગદર્શન આપવું;
- d) તબીબી અને બિમારીના દાવાઓ માટે કેશલેસ સેવાઓ આપવી;
- e) સ્વદેશ આગમન અને સ્થળાંતર, ઈમરજન્સી કેશ એડવાન્સની વ્યવસ્થા કરવી.

સહાયક કંપનીઓ - વિદેશી દાવાઓમાં ભૂમિકા

સહાયક કંપનીઓ પોતાની ઓફિસો ધરાવે છે અને વિશ્વભરમાં અન્ય સમાન સેવા પ્રદાતાઓ સાથે કરાર કરે છે. આ કંપનીઓ પોલિસી હેઠળ આવરેલી આકસ્મિકતાઓના કિસ્સામાં વીમા કંપનીઓના ગ્રાહકોને સહાય આપે છે.

આ કંપનીઓ 24*7 કોલ સેન્ટર સંચાલિત કરે છે, જેમાં દાવાની નોંધણી અને માહિતી માટે આંતરરાષ્ટ્રીય ટોલ ફ્રી નંબર્સનો સમાવેશ થાય છે. તેઓ નીચે જણાવેલી સેવાઓ પણ ઓફર કરે છે અને સેવાઓ માટેના ખર્ચ વિશેષ વીમા કંપની સાથેના કરાર, આવરેલા લાભ વગેરેને આધારે ભિન્ન હોય છે.

- a) તબીબી સહાય સેવાઓ:
 - i. મેડિકલ સેવા પ્રદાતા રેફરલ્સ
 - ii. હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાની વ્યવસ્થા
 - iii. આપાતકાલિન તબીબી સ્થળાંતરની વ્યવસ્થા
 - iv. આપાતકાલિન તબીબી સ્વદેશ આગમનની વ્યવસ્થા
 - v. મૃતકના અવશેષોનું સ્વદેશ આગમન

- vi. અનુકંપા મુલાકાતની વ્યવસ્થા
- vii. સગીર બાળકોને સહાય/ રક્ષણ
- b) હોસ્પિટલાઇઝેશન દરમિયાન અને પછી તબીબી સ્થિતિ પર દેખરેખ
- c) આવશ્યક દવાઓની ડિલિવરી
- d) હોસ્પિટલાઇઝેશન દરમિયાન થયેલા તબીબી ખર્ચની બાંયધરી, જે પોલિસીના નિયમો અને શરતો તથા વીમા કંપનીની મંજૂરીને આધિન છે.
- e) પૂર્વ-યાત્રા માહિતી સેવાઓ અને અન્ય સેવાઓ:
 - i. વિઝા અને ઇનોક્યુલેશન આવશ્યકતાઓ
 - ii. દૂતાવાસ રેફરલ સેવાઓ
 - iii. ખોવાયેલ પાસપોર્ટ અને ખોવાયેલ સામાનમાં સહાય સેવાઓ
 - iv. ઈમરજન્સી મેસેજ પ્રસારણ સેવાઓ
 - v. બેઇલ બોન્ડની વ્યવસ્થા
 - vi. આપાતકાલિન નાણાકીય સહાય
- f) દુભાષિયા રેફરલ
- g) કાનૂની રેફરલ
- h) વકીલ સાથે યોજેલી મુલાકાત
- a) હોસ્પિટલાઇઝેશન પ્રક્રિયાઓ
 - i. મોટાભાગની હોસ્પિટલો, એક વખત વીમાધારક માન્ય આરોગ્ય અને વિદેશી પ્રવાસ વીમા પોલિસી પૂરી પાડે ત્યાર પછી તમામ આંતરરાષ્ટ્રીય વીમા કંપનીઓ પાસેથી ચુકવણીની બાંયધરી સ્વીકારે છે.
 - ii. હોસ્પિટલો તાત્કાલિક ધોરણે સારવાર શરૂ કરે છે. જો વીમા કવર હોય છે તો વીમા પોલિસી ચુકવણી કરે છે અથવા દર્દીએ ચુકવણી કરવી પડે છે. ચુકવણીમાં વિલંબ થાય તો હોસ્પિટલો ખર્ચ વધારતી હોય છે.

- iii. નેટવર્ક હોસ્પિટલો અને પ્રક્રિયાઓને લગતી માહિતી સહાયક કંપનીઓ દ્વારા પૂરા પાડેલા ટોલ ફ્રી નંબર્સ પર વીમાધારકને ઉપલબ્ધ હોય છે.
- iv. હોસ્પિટલાઇઝેશનની આવશ્યકતાની ઘટનામાં વીમાધારકે તેની જાણ કોલ સેન્ટર પર કરવી આવશ્યક હોય છે અને માન્ય પ્રવાસ વીમા પોલિસીની સાથે નિર્દિષ્ટ હોસ્પિટલમાં જવાનું હોય છે.
- v. હોસ્પિટલો સામાન્યપણે પોલિસીની માન્યતા તપાસવા માટે અને કવરેજની ખરાઇ કરવા માટે સહાયક કંપનીઓ/ વીમા કંપનીઓનો કોલ સેન્ટરના નંબર્સ પર સંપર્ક કરે છે.
- vi. એક વખત પોલિસી હોસ્પિટલ દ્વારા સ્વીકારવામાં આવે ત્યાર પછી વીમાધારક કેશલેસ ધોરણે હોસ્પિટલમાં સારવારમાંથી પસાર થશે.
- vii. વીમાધારક/ સહાય પ્રદાતા દ્વારા આવશ્યક કેટલીક પાયારૂપ માહિતી સ્વીકાર્યતાને નિર્ધારિત કરે છે તેમાં સામેલ છે:

1. બિમારીની વિગતો

2. કોઇ અગાઉના ઇતિહાસના કિસ્સામાં, ભારતમાં હોસ્પિટલ, સ્થાનિક તબીબી અધિકારીની વિગતો:

- ✓ ઇતિહાસ, પ્રવર્તમાન સારવાર અને હોસ્પિટલમાં આગળનો આયોજિત કોર્સ અને તાત્કાલિક મોકલવા માટેની વિનંતી
- ✓ ઉપસ્થિત રહેતા ફિઝિશિયન્સનાં નિવેદન સાથેનું દાવાનું ફોર્મ
- ✓ પાસપોર્ટની નકલ
- ✓ તબીબી માહિતીનું ફોર્મ રિલિઝ કરવું

- b) તબીબી ખર્ચ અને અન્ય બિન-તબીબી દાવાઓની ભરપાઇ:

ભરપાઇના દાવાઓ સામાન્યપણે વીમાધારક ભારત પાછા ફરે ત્યાર પછી તેમના દ્વારા ભરવામાં આવે છે. દાવાના કાગળો પ્રાપ્ત કરવા પર દાવાની પ્રક્રિયા સામાન્ય પ્રક્રિયાની જેમ થાય છે. તમામ સ્વીકાર્ય દાવાઓ માટેની ચુકવણી કેશલેસ દાવાઓમાં ચુકવણી વિદેશી ચલણમાં કરવામાં આવે છે તેનાથી વિપરિત ભારતીય રૂપિયામાં કરવામાં આવે છે.

ભરપાઇના દાવાઓની પ્રક્રિયા કરતી વખતે ભારતીય રૂપિયામાં ચુકવણીની માત્રા પર પહોંચવા માટે ચલણ રૂપાંતરણ દર હાનિની તારીખના રોજ હોય તે પ્રમાણે લાગુ થાય છે. ત્યાર પછી ચુકવણી ચેક અથવા ઇલેક્ટ્રોનિક ટ્રાન્સફર મારફતે કરવામાં આવે છે.

c) મેડિકલ અકસ્માત અને બિમારીના ખર્ચ માટે દાવાનું દસ્તાવેજીકરણ

- i. દાવાનું ફોર્મ
- ii. ડોક્ટરનો અહેવાલ
- iii. મૂળ એડમિશન / ડિસ્ચાર્જ કાર્ડ
- iv. અસલ બિલ્સ / રસીદો / પ્રિસ્ક્રિપ્શન
- v. અસલ એક્સ-રે અહેવાલો / પેથોલોજિકલ / તપાસ અહેવાલો
- vi. એન્ટ્રી અને એક્ઝિટ સ્ટેમ્પ સાથેની પાસપોર્ટ / વિઝાની નકલ

ઉપરની યાદી માત્ર સંકેતાત્મક છે. વધારાની માહિતી / દસ્તાવેજો વિશિષ્ટ કેસની વિગતોને આધારે અથવા દાવાની પતાવટની નીતિ/ વિશેષ વીમા કંપની દ્વારા અનુસરવામાં આવતી પ્રક્રિયાને આધારે આવશ્યક હોઇ શકે છે.

તમારી કસોટી કરો 5

એક વખત વીમાધારક માન્ય _____ વીમા પોલિસી પૂરી પાડે ત્યાર પછી મોટા ભાગની હોસ્પિટલો તમામ આંતરરાષ્ટ્રીય વીમા કંપનીઓ પાસેથી ચુકવણીની બાંધધરી પ્રાપ્ત કરે છે.

- I. કાનૂની જવાબદારી
- II. કોરોના રક્ષક
- III. વિદેશી પ્રવાસ
- IV. એન્ડોવમેન્ટ

તમારી કસોટીના ઉત્તરો

ઉત્તર 1 - સાચો વિકલ્પ II છે.

ઉત્તર 2 - સાચો વિકલ્પ II છે.

ઉત્તર 3 - સાચો વિકલ્પ III છે.

ઉત્તર 4 - સાચો વિકલ્પ IV છે.

ઉત્તર 5 - સાચો વિકલ્પ III છે.

- a) વીમો 'વચન' છે અને પોલિસી તે વચનની 'સાક્ષી' છે. પોલિસી હેઠળ દાવાનું કારણ બનતી વીમાકૃત ઘટના થવી એ તે વચનની ખરી કસોટી છે.
- b) વીમામાં એક મુખ્ય રેટિંગ પરિમાણ વીમા કંપનીની દાવાઓની ચુકવણી કરવાની ક્ષમતા છે.
- c) ગ્રાહકો જેઓ વીમો ખરીદે છે તેઓ પ્રાથમિક હિસ્સેદારો તેમ જ દાવાના પ્રાપ્ત કરનાર છે.
- d) કેશલેસ દાવાઓમાં નેટવર્ક હોસ્પિટલ વીમા કંપની/ TPA પાસેથી પૂર્વ મંજૂરીને આધારે તબીબી સેવાઓ પૂરી પાડે છે અને પછીથી દાવાની પતાવટ માટેના દસ્તાવેજો રજૂ કરે છે.
- e) ભરપાઇ દાવામાં ગ્રાહક પોતાના સંસાધનમાંથી હોસ્પિટલને ચુકવણી કરે છે અને ત્યાર પછી વીમા કંપની/ TPA પાસેથી ચુકવણી માટે દાવો ફાઇલ કરે છે.
- f) દાવાની જાણ ગ્રાહક અને દાવાઓની ટીમ વચ્ચેના કરારની પ્રથમ ઘટના છે.
- g) જો વીમાના દાવાના કિસ્સામાં વીમા કંપની દ્વારા છેતરપિંડીની શંકા થાય તો તેને તપાસ માટે મોકલે છે. દાવાની તપાસ વીમા કંપની/ TPA દ્વારા ઇન-હાઉસ કરવામાં આવી શકે છે અથવા વ્યાવસાયિક તપાસ એજન્સીને સોંપવામાં આવી શકે છે.
- h) અનામતનો અર્થ દાવાઓની સ્થિતિને આધારે વીમા કંપનીની બુક્સમાં તમામ દાવાઓ માટે કરવામાં આવેલી રકમની જોગવાઈ થાય છે.
- i) ઇન્કાર કરવાના કિસ્સામાં ગ્રાહક વીમા કંપની સમક્ષ રજૂઆત કરવા સિવાય વીમા લોકપાલ અથવા ગ્રાહક પંચો અથવા કાનૂની સત્તાધિકારીઓનો સંપર્ક કરવાનો વિકલ્પ ધરાવે છે.
- j) મોટે ભાગે છેતરપિંડીઓ હોસ્પિટલાઇઝેશન ભરપાઇ પોલિસીઓમાં થાય છે, પરંતુ છેતરપિંડીયુક્ત દાવાઓ કરવા માટે વ્યક્તિગત અકસ્માત પોલિસીઓનો પણ ઉપયોગ થાય છે.
- k) TPA વીમા કંપનીને ઘણી મહત્વની સેવાઓ પૂરી પાડે છે અને ફીનાં સ્વરૂપમાં મહેનતાણું મેળવે છે.