

तुमची विमा कंपनी तुमच्या तक्रारीकडे लक्ष देते का ?



जर तुमच्या विमा कंपनीने तुमच्या तक्रारीचे निवारण
केले नसेल तर
तुमच्या तक्रारी नोंदविण्यासाठी आणि त्यांच्या स्थितीबद्दल जाणून घेण्यासाठी कृपया

आयआरडीए तक्रार कॉल सेंटर

टोल फ्री क्रमांक 155255

वर संपर्क करा

किंवा आम्हाला complaints@irda.gov.in वर ई-मेल पाठवा
किंवा लॉग ऑन करा : www.igms.irda.gov.in



सार्वजनिक हितार्थ जारी

विमा विनियामक आणि विकास प्राधिकरण

**INSURANCE REGULATORY AND
DEVELOPMENT AUTHORITY**

विमा संवर्धन, विमा ग्राहकांचे संरक्षण.

www.irda.gov.in



INSURANCE REGULATORY AND
DEVELOPMENT AUTHORITY



**आरोग्य विम्यावरील
हस्तपुस्तिका**

अनुक्रमणिका

१. या हस्तपुस्तिकेविषयी	१
२. आरोग्य विमा	२
३. नेहमी विचारले जाणारे प्रश्न	६
४. पॉलिसीधारकाला सेवा देण्याचा टी.ए.टी.	१४
५. तुमची काही तक्रार असल्यास	१५

१. या हस्तपुस्तिकेविषयी

आरोग्य विम्यासंबंधीचे मार्गदर्शन म्हणून या हस्तपुस्तिकेची आखणी विमा विनियामक आणि विकास प्राधिकरणाने (आयआरडीए- इन्शुरन्स रेग्युलेटरी अँड डेव्हलपमेंट अथॉरिटी) केली असून त्यात सर्वसाधारण माहितीच केवळ देण्यात आलेली आहे. येथे देण्यात आलेली माहिती कोणत्याही स्थितीत विमा पॉलिसीचे नियम व अटी यांची जागा घेत नाही वा त्यावर कुरघोडीही करत नाही

पॉलिसीशी संबंधित वा इतर कोणत्याही अतिरिक्त माहितीसाठी कृपया योग्य परवानाधारक एजंट वा ब्रोकर वा आयआरडीएमध्ये नोंदणी केलेल्या विमा कंपनीकडे जा.

२. आरोग्य विमा

‘आरोग्य विमा’ ही व्याख्या तुमचा वैद्यकीय खर्चाचे संरक्षण ज्या प्रकारचा विमा करतो त्यासाठी मुख्यतः वापरली जाते. इतर पॉलिसींप्रमाणेच आरोग्य विम्याची पॉलिसी म्हणजे विमा कंपनी (विमा देणारी कंपनी) आणि एक व्यक्ती/ गट यांच्यात झालेला करार असतो ज्यामध्ये एका ठराविक ‘हप्त्या’वर आणि पॉलिसीमध्ये नोंदवण्यात आलेल्या नियम व अटी मान्य केल्यानंतर विमा कंपनी ठरवण्यात आलेल्या रकमेचे आरोग्य विम्याचे संरक्षण देण्यास मान्यता देतो.

• आरोग्य विमा पॉलिसीमध्ये सर्वसाधारणपणे कोणत्या गोष्टींचा समावेश असतो ?

आरोग्य विम्याच्या पॉलिसीमध्ये सर्वसाधारणपणे प्रत्येक व्यक्तीच्या संदर्भात खालील शीर्षकांतर्गत होणारा योग्य आणि आवश्यक खर्च यासाठी संरक्षण दिले जाते जे संरक्षित रकमेच्या (एका पॉलिसी काळामधील सर्व दाव्यांसाठी) एकूण मर्यादेवर अवलंबून असते:

अ) खोली, राहण्याचा खर्च

ब) उपचारांचा खर्च

क) सर्जन, अ‍ॅनेस्थेसिस्ट, डॉक्टर, सल्लागार, तज्ज्ञ यांची फी

ख) अ‍ॅनेस्थेशिया, रक्त, ऑक्सिजन, ऑपरेशन थिएटरचे शुल्क, शस्त्रक्रियेची उपकरणे, औषधे, निदान करण्यासाठी लागणारे सामान, एक्स रे, डायलेसिस, किमोथेरपी, रेडिओ थेरपी, पेस मेकरची किंमत, कृत्रिम हातपाय, अवयवांची किंमत आणि अशा प्रकारचे इतर खर्च.

• संरक्षित रक्कम

देऊ केलेली संरक्षित रक्कम ही व्यक्तिगत पातळीवर किंवा संपूर्ण कुटुंबासाठी फ्लोटर तत्वावर असू शकते.

• क्युमुलेटिव्ह बोनस (सीबी- जमा झालेला बोनस)

आरोग्य विमा पॉलिसी क्युमुलेटिव्ह बोनस देऊ करू शकतात ज्यात

प्रत्येक दावा विरहित वर्षासाठी प्रत्येक पुनरुज्जीवनाच्या वेळेस संरक्षित रकमेमध्ये ठराविक टक्क्यांनी वाढ होते जी कमाल टक्केवारी (सहसा ५०%) अवलंबून असते. दावा केलेला असल्यास, पुढील पुनरुज्जीवनाच्या वेळेस सीबीमध्ये १०% घट होते.

• आरोग्य तपासणीचा खर्च

आरोग्य तपासणीचा खर्च देण्याची तरतूदही आरोग्य पॉलिसीमध्ये असू शकते. कोणत्या गोष्टीची तरतूद आहे हे समजण्यासाठी तुमची पॉलिसी काळजीपूर्वक वाचा.

• हॉस्पिटलमध्ये किमान काळ राहणे

पॉलिसी अंतर्गत दावा पात्र होण्यासाठी काही ठराविक तासांसाठी हॉस्पिटलमध्ये राहणे आवश्यक असते. सहसा हा काळ २४ तास इतका असतो. अपघातामुळे होणाऱ्या दुखापती किंवा काही विशिष्ट प्रकारचे उपचार यांच्यासाठी ही काळाची मर्यादा काही वेळा लागू होत नाही. तपशील जाणून घेण्यासाठी पॉलिसीमधील तरतूदी वाचा.

• हॉस्पिटलमध्ये दाखल होण्यापूर्वी आणि बाहेर पडल्यानंतर होणारा खर्च

हॉस्पिटलमध्ये दाखल होण्यापूर्वी काही दिवस आणि बाहेर पडल्यानंतर काही दिवस होणारा खर्च डिसचार्ज मिळाल्याच्या तारखेनंतर काही ठराविक दिवसांसाठी दाव्याचा भाग म्हणून विचारात घेतला जातो. मात्र त्यासाठी हा खर्च त्या आजाराशी/ रोगाशी संबंधित असणे आवश्यक असते. या संदर्भात कोणती विशेष तरतूद आहे ते वाचून घ्या.

• कॅशलेस सुविधा

देशातील अनेक हॉस्पिटल्सच्या साखळ्यांशी विमा कंपन्यांनी परस्पर सहकार्याची व्यवस्था केलेली असते. साखळीतील या हॉस्पिटलपैकी कुठेही पॉलिसीधारकाने उपचार घेतल्यास, संरक्षित व्यक्तीला हॉस्पिटलची बिले भरण्याची आवश्यकता भासत नाही. विमा कंपनी

आपल्या तृतीय पक्ष प्रशासकाद्वारे (थर्ड पार्टी अॅडमिनिस्ट्रेटर- टीपीएर) थेट हॉस्पिटलला पैसे देण्याची व्यवस्था करते. पॉलिसीमध्ये असलेल्या उप मर्यादांच्या पलीकडे खर्च गेल्यास किंवा पॉलिसी अंतर्गत समावेश नसलेल्या गोष्टींसाठी खर्च झाला असल्यास तो संरक्षित व्यक्तीने थेट हॉस्पिटलला द्यायचा असतो. विमा कंपनीच्या यादीमध्ये नसलेल्या हॉस्पिटलमध्येही संरक्षित व्यक्ती उपचार घेऊ शकते, मात्र अशा वेळी त्या व्यक्तीला आधी बिले भरावी लागतात आणि नंतर विमा कंपनीकडून त्याची भरपाई मिळवावी लागते. या ठिकाणी कॅशलेस सुविधा उपलब्ध नसते.

- **अतिरिक्त लाभ आणि इतर स्टँड अलोन पॉलिसी** विमा कंपनी 'अॅड ऑन' किंवा रायडर्सच्या स्वरूपात इतर अनेक लाभ देऊ करतात. 'हॉस्पिटल कॅश', 'क्रिटिकल इलनेस बेनिफिट्स (गंभीर आजारचे लाभ)', 'सर्जिकल एक्सपेन्स बेनिफिट्स (शस्त्रक्रियेसाठीच्या खर्चाचा लाभ)' इत्यादीसारखे लाभ मिळावेत म्हणून तयार करण्यात आलेल्या काही स्टँड अलोन पॉलिसीही असतात. या पॉलिसी स्वतंत्रपणेही घेता येतात किंवा हॉस्पिटलायझेशन पॉलिसीबरोबरही घेता येतात.

मुलभूत आरोग्य पॉलिसीमध्ये उपलब्ध असलेल्या मर्यादेच्या पलीकडे होणाऱ्या प्रत्यक्षातील खर्च देता यावा म्हणून टॉप अप पॉलिसीच्या प्रकारची उत्पादनेही काही कंपन्यांनी सुरु केली आहेत.

• काय वगळले जाते

आरोग्य पॉलिसी अंतर्गत सहसा खालील गोष्टी वगळल्या जातात:

- आधीपासूनच अस्तित्वात असलेले सर्व आजार (सर्व नॉन लाईफ आणि आरोग्य विमा कंपन्यांनी आधीपासूनच अस्तित्वात असलेल्या आजाराची व्याख्या समान पद्धतीने केलेली आहे).
- पॉलिसीच्या पहिल्या वर्षात, संरक्षण घेतल्याच्या तारखेपासून पहिल्या ३० दिवसांमध्ये आजारपणासाठी/ रोगासाठी कोणताही दावा. अपघातामुळे होणाऱ्या दुखापतींना हे लागू होत नाही.

क) संरक्षणाच्या पहिल्या वर्षात- मोतिबिंदू, बेनाईन (निरुपद्रवी) प्रॉस्टेटिक शस्त्रक्रिया, हायपरट्रोफी, मेनो-हॅजिआ किंवा फायब्रोम्योमा यासाठी केलेली हिस्टरेक्टोमी, हर्निया, हायड्रोसिल, कॉन्जेनायटल इंटरनल डिस्ज, गुधद्वाराजवळ फिस्च्युला, पार्ईल्स, सायनसायटिस आणि त्याच्याशी संबंधित आजार.

ख) रोगाचा इलाज म्हणून केली नसेल तर सुता.

ज) चष्मा, कॉन्टॅक्ट लेन्सेस, श्रवणयंत्र यांचा खर्च.

झ) दातांचे उपचार/ शस्त्रक्रिया ज्याकरिता हॉस्पिटलमध्ये रहावे लागणार नसेल.

न) पुनरारोग्यप्राप्ती, सर्वसाधारण अशक्तपणा, कॉन्जेनायटल एक्सटर्नल डिफेक्ट्स, व्ही.डी., जाणीवपूर्वक स्वतःला करून घेतलेली दुखापत, अंमली पदार्थ/ मद्य यांचा वापर, एड्स, निदान करण्यासाठी येणारा खर्च, हॉस्पिटलमध्ये ज्या आजारासाठी दाखल करण्यात येणार आहे त्या व्यतिरिक्तच्या कारणांसाठी काढलेला एक्सरे किंवा प्रयोगशाळेतील तपासण्या.

प) गरोदरपणा, सिझेरियनने वा नैसर्गिक बाळंतपण यांच्याशी संबंधित उपचार

य) नेचरोपथीचे उपचार.

प्रत्यक्षात कोणत्या गोष्टींचा समावेश करायचा नाही ते प्रत्येक उत्पादनावर आणि प्रत्येक कंपनीवर अवलंबून असते. गुपसाठी घेतलेल्या पॉलिसीमध्ये अधिक हप्ता भरल्यास वगळण्यात आलेल्या गोष्टी रद्द केल्या जाऊ शकतात.

- कमी काळासाठी पॉलिसी नाही

आरोग्य विमा पॉलिसी या एका वर्षापेक्षा कमी काळासाठी दिल्या जात नाहीत.

३. नेहमी विचारले जाणारे प्रश्न

प्रश्न: आरोग्य विमा म्हणजे काय ?

उत्तर: 'आरोग्य विमा' ही व्याख्या तुमचा वैद्यकीय खर्चाचे संरक्षण ज्या प्रकारचा विमा करतो त्यासाठी मुख्यतः वापरली जाते. आरोग्य विमा पॉलिसी म्हणजे विमा कंपनी आणि एखादी व्यक्ती / गुप यांच्यातील करार असतो ज्यात एका ठराविक 'हप्त्या'वर ठरवून दिलेले आरोग्य विमा संरक्षण देण्याचे विमा कंपनी मान्य करतो.

प्रश्न: किती प्रकारचे आरोग्य विमा उपलब्ध असतात ?

उत्तर: भारतामध्ये सर्वाधिक आढळणाऱ्या आरोग्य विमा पॉलिसी हॉस्पिटलमध्ये घेतलेल्या उपचाराचा खर्च संरक्षित करतात, मात्र आज उपलब्ध असलेल्या अनेक उत्पादनांद्वारे संरक्षण घेणाऱ्या व्यक्तीची गरज आणि निवड यावर आधारित अनेक प्रकारची आरोग्य संरक्षण देऊ केली जात आहेत. आरोग्य विमा देणारा सहसा हॉस्पिटलला थेट पैसे देतो (कॅशलेस सुविधा) किंवा आजारपण वा दुखापती यांच्याशी संबंधित खर्चाची भरपाई करतो किंवा आजारी पडल्यास एका ठराविक लाभ देतो. आरोग्य योजनेद्वारे कोणत्या प्रकारच्या आणि किती रकमेपर्यंतच्या आरोग्य देखभालीचा खर्च संरक्षित केला जातो हे आधीच सांगितले जाते.

प्रश्न: आरोग्य विमा महत्त्वाचा का असतो ?

उत्तर: आपण सर्वांनी आरोग्य विमा घ्यायला हवा आणि तोही आपल्या कुटुंबातील सर्व सदस्यांसाठी घ्यायला हवा. आरोग्य विमा विकत घेतल्याने अचानक हॉस्पिटलमध्ये भरती व्हावे लागल्यास (किंवा आरोग्याशी संबंधित गंभीर आजारासारख्या इतर घटनांसाठी संरक्षण असल्यास) होणाऱ्या खर्चापासून आपले रक्षण होते. एरवी अशा

खर्चांमुळे घरातल्या बचतीमधला वाटा खर्च होतो किंवा काही वेळा कर्जही घ्यावे लागते.

आपल्यातील प्रत्येकाला तब्येतीचा त्रास कधी ना कधी भेडसावतो आणि आपल्यातील कोणालाही अचानक आणि कोणत्याही पूर्वसूचनेशिवाय वैद्यकीय मदतीची आवश्यकता भासू शकते. आरोग्याची देखभाल ही दिवसेंदिवस अधिकाधिक महाग बनत चालली आहे, तांत्रिक सुधारणांमुळे नवीन प्रक्रिया आणि अधिक परिणामकारक औषधेही येत असल्याने आरोग्याच्या देखभालीचा खर्च आणखीच वाढलेला आहे. उच्च उपचारांचा हा खर्च अनेकांच्या खिशाला परवडणारा नसला, तरी आरोग्य विम्याचे संरक्षण घेणे अनेकांना परवडू शकते.

प्रश्न: आरोग्य विम्याच्या कोणत्या प्रकारच्या योजना उपलब्ध आहेत ?

उत्तर: अगदी कमीत कमी रु. ५०००च्या संरक्षित रकमेच्या विम्यापासून ते अगदी रु. ५० लाख आणि काही गंभीर आजारांसाठीच्या योजनांमध्ये त्याहून जास्त रकमेच्या आरोग्य विमा पॉलिसी उपलब्ध आहेत. बहुतेक विमा कंपनी १ लाख ते ५ लाखापर्यंत संरक्षित रकमेच्या पॉलिसी देऊ करतात. विमा कंपनीने द्यायचे खोलीचे भाडे आणि इतर खर्च हा पॉलिसी मधील संरक्षित रकमेची जोडलेला असल्याने कमी वयातच पुरेसे संरक्षण घेण्याचा सल्ला दिला जातो कारण दावा केल्यानंतर संरक्षित रकमेमध्ये सहजासहजी वाढ करता येत नाही. शिवाय, अनेक नॉन लाईफ विमा कंपन्या एका वर्षाच्या कालाधीसाठी आरोग्य विमा देत असल्या तरी दोन, तीन, चार किंवा पाच वर्षांच्या कालावधीसाठीही दिल्या जाणाऱ्या पॉलिसी उपलब्ध आहेत. जीवन विमा कंपन्यांकडील काही योजना त्याहीपेक्षा जास्त कालावधीसाठी विस्तारल्या जाऊ शकतात.

हॉस्पिटलायझेशन पॉलिसीमध्ये, पॉलिसीच्या काळात प्रत्यक्ष हॉस्पिटलमध्ये उपचार घेतल्याने येणारा खर्च पूर्णतः किंवा अंशतः संरक्षित केला जातो.

हॉस्पिटलमध्ये रहावे लागण्याच्या विविध खर्चांना लागू होणारी अनेक संरक्षणे असतात. यात हॉस्पिटलमध्ये जायला लागण्यापूर्वीचा आणि बाहेर आल्यानंतरचा काळही समाविष्ट केलेला असतो. अशा पॉलिसी या व्यक्तिगत संरक्षित रकमेच्या तत्त्वावर उपलब्ध असू शकतात किंवा फॅमिली फ्लोटर तत्त्वावरही उपलब्ध असू शकतात ज्यात संरक्षित रक्कम कुटुंबातील सर्व सदस्यांना वापरता येते.

हॉस्पिटल डेली कॅश बेनिफिट (हॉस्पिटल दैनंदिन रोख रकमेचा लाभ) पॉलिसी हे आणखी वेगळ्या प्रकारचे उत्पादन आहे ज्याद्वारे हॉस्पिटलमध्ये राहव्या लागणाऱ्या प्रत्येक दिवसासाठी एक ठराविक संरक्षित रक्कम दिली जाते. आयसीयूमध्ये किंवा काही विशेष आजारासाठी वा दुखापतीसाठी अॅडमिट केल्यास अधिक मोठा दैनंदिन लाभही संरक्षित करता येऊ शकतो.

गंभीर आजाराचा लाभ देणारी पॉलिसी संरक्षित व्यक्तीला नमूद केलेल्या आजारांपैकी एखाद्या आजाराचे निदान झाल्यास किंवा नमूद केलेली एखादी प्रक्रिया करावी लागल्यास संरक्षित व्यक्तीला आधीपासूनच ठरवलेली रक्कम एकरकमी देते. गंभीर आजारामुळे होणाऱ्या विविध थेट वा इतर आर्थिक परिणामांना तोंड देण्यासाठी ही रक्कम सहाय्यभूत ठरते. सहसा, एकदा का एकरकमी पैसे दिले की ही योजना अस्तित्वात रहात नाही.

एखादी नोंद असलेली शस्त्रक्रिया करावी लागल्यास एकरकमी पैसे देऊ करणारी आणखी काही प्रकारची उत्पादनेही आहेत (सर्जिकल

कॅश बेनिफिट) आणि ज्येष्ठ नागरिकांसारखा ठराविक ग्राहकांच्या गरजांवर लक्ष केंद्रित करणारी इतरही उत्पादने आहेत.

प्रश्न: कॅशलेस सुविधा म्हणजे काय?

उत्तर: भारतभरातील अनेक हॉस्पिटल्सशी त्यांच्या साखळीचा भाग म्हणून विमा कंपन्या स्वतःला जोडून घेण्याची व्यवस्था करतात. कॅशलेस सुविधा देणाऱ्या आरोग्य विमा पॉलिसीमध्ये पॉलिसीधारकाला साखळीतील कोणत्याही हॉस्पिटलमध्ये हॉस्पिटलचे बिल न देता उपचार घेता येतात कारण ते बिल हॉस्पिटलला विमा कंपनीच्या वतीने तृतीय पक्ष प्रशासकाकडून थेट दिले जाते. मात्र, विमा पॉलिसीमध्ये मंजुरी मिळालेल्या मर्यादेच्या किंवा उप मर्यादेच्या पलीकडे खर्च झाल्यास किंवा पॉलिसी अंतर्गत समाविष्ट नसलेला खर्च झाल्यास तो तुम्हाला थेट हॉस्पिटलला द्यावा लागतो.

मात्र, साखळीमध्ये नसलेल्या हॉस्पिटलमध्ये तुम्ही जर उपचार घेतले तर कॅशलेस सुविधा उपलब्ध नसते.

प्रश्न: आरोग्य विमा घेतल्यास मला करामध्ये कोणती सवलत मिळते ?

उत्तर: उत्तेजन म्हणून आरोग्य विम्यामध्ये आकर्षक कर सवलतीही असतात. आयकर कायद्यामध्ये आरोग्य विम्यासाठी कर सवलत देणारा एक खास विभाग आहे, कलम ८०डी असे त्याचे नाव आहे आणि ते गुंतवणुकीचे/ खर्चाचे इतर प्रकारही वजावटीसाठी पात्र ठरत असलेल्या जीवन विम्याला लागू होणाऱ्या ८०सीपेक्षा वेगळे आहे.

सध्या, रोख रक्कम वगळता इतर कुठल्याही प्रकारे आरोग्य विमा खरेदी केलेला असल्यास स्वतःसाठी, पती/ पत्नीसाठी आणि अवलंबून असलेल्या मुलांसाठी आरोग्य विम्याचा हप्ता भरण्याकरिता त्यांनी दिलेल्या रकमेसाठी त्यांच्या करपात्र उत्पन्नामधून वर्षाला रु. १५,०००/- एवढी रक्कम कमी होऊ शकते. ज्येष्ठ नागरिकांसाठी

ही वजावट आणखी मोठी असून ती रु. २०,०००/- एवढी आहे.
या खेरीज, २००८-०९ या आर्थिक वर्षापासून पालकांच्या वतीने
भरलेल्या आरोग्य विम्याच्या हप्त्याकरिता आणखी रु. १५,०००ची
वजावट उपलब्ध आहे, जी पुन्हा पालक ज्येष्ठ नागरिक असल्यास रु.
२०,००० एवढी होते.

प्रश्न: आरोग्य विम्याच्या हप्त्यावर परिणाम करणारे घटक कोणते?

उत्तर: पॉलिसीचा हप्ता ठरवण्यासाठी वय हा एक महत्त्वाचा घटक विचारात
घेतला जातो. तुम्ही जितके जास्त वयाचे तितकी हप्त्याची रक्कम
अधिक कारण तुम्ही आजारी पडण्याची शक्यता अधिक. आधीचा
वैद्यकीय इतिहास हाही हप्ता ठरवण्यात महत्त्वाचा घटक असतो.
भूतकाळात कोणताही वैद्यकीय इतिहास नसेल, तर अर्थातच हप्ता
कमी असतो. दावा विरहित वर्ष हाही हप्ता किती असेल हे ठरवणारा
एक घटक असू शकतो कारण त्यामुळे तुम्हाला काही ठराविक
टक्क्यांची सूट मिळण्याचा लाभ होऊ शकतो. यामुळे आपोआपच
तुमचा हप्ता कमी होण्यास सहाय्य होते.

प्रश्न: आरोग्य विमा पॉलिसीमध्ये कोणत्या गोष्टींचा समावेश नसतो?

उत्तर: पॉलिसी अंतर्गत कोणत्या गोष्टींचा समावेश नाही हे समजून घेण्यासाठी
तुम्ही प्रॉस्पेक्टस/ पॉलिसी वाचायला हवी. सर्वसाधारण पणे
आधीपासूनच अस्तित्वात असलेले आजार (आधीपासूनच
अस्तित्वात असलेल्या आजारांची व्याख्या काय आहे हे समजून
घेण्यासाठी पॉलिसी वाचा) आरोग्य विमा पॉलिसीमध्ये समाविष्ट
केलेले नसतात. या शिवाय, पॉलिसीच्या पहिल्या संरक्षित वर्षात काही
ठराविक आजार वगळण्यात येतात तसेच त्यात एक वेटिंग पिरियड
म्हणजे प्रतीक्षा काळही असतो. चष्मा, कॉन्टॅक्ट लेन्सेस आणि

श्रवणयंत्रे यांचा खर्च समाविष्ट नसतो, (हॉस्पिटलमध्ये रहावे
लागणार नसेल तर) दातांचे उपचार/ शस्त्रक्रिया यांचा समावेश
नसतो, पुनरारोग्यप्राप्ती, सर्वसाधारण अशक्तपणा, कॉन्जेनायटल
एक्सटर्नल डिफेक्ट्स, व्ही.डी., जाणीवपूर्वक स्वतःला करून
घेतलेली दुखापत, अंमली पदार्थ/ मद्य यांचा वापर, एड्स, निदान
करण्यासाठी येणारा खर्च, हॉस्पिटलमध्ये ज्या आजारासाठी दाखल
करण्यात येणार आहे त्या व्यतिरिक्तच्या कारणांसाठी काढलेला
एक्सरे किंवा प्रयोगशाळेतील तपासण्या, गरोदरपणा, सिझेरियनने वा
नैसर्गिक बाळंतपण यांच्याशी संबंधित उपचार, नेचरोपथीचे उपचार
हेही वगळण्यात येतात.

प्रश्न: पॉलिसी अंतर्गत दाव्यासाठी काही प्रतीक्षा काळ असतो का?

उत्तर: होय. तुम्ही जेव्हा नवीन पॉलिसी घेता तेव्हा सर्वसाधारणपणे पॉलिसी
अंमलात आल्याच्या तारखेपासून ३० दिवसांचा प्रतीक्षा काळ असतो
ज्या काळात हॉस्पिटलमध्ये राहण्याचा कोणताही खर्च विमा कंपनी
देय नसते. मात्र, अपघातामुळे आणीबाणीच्या स्थितीत हॉस्पिटलमध्ये
न्यावे लागले तर हा प्रतीक्षा काळ लागू होत नाही. हा प्रतीक्षा काळ
पुनरुजिवित केलेल्या पॉलिसीला लागू होत नाही.

**प्रश्न: आरोग्य विमा पॉलिसीमध्ये कोणत्या अटी आधीपासूनच लागू
असतात?**

उत्तर: आरोग्य विमा पॉलिसी तुम्ही घेण्यापूर्वी एखादी महत्त्वाची वैद्यकीय
स्थिती/ आजार, कारण पहिल्या पॉलिसीच्या आधी ४८ महिन्यांच्या
आत विमा कंपनीच्या अशा आधीपासूनच अस्तित्वात असलेल्या
स्थितीसाठी संरक्षण देत नाही. याचा अर्थ, आधीपासूनच अस्तित्वात
असलेल्या स्थितीसाठी संरक्षण देण्याचा विचार विम्याचे संरक्षण सतत
४८ महिने पूर्ण केल्यानंतर होऊ शकतो.

प्रश्न: पॉलिसी संपण्याच्या शेवटच्या तारखेआधी माझी पॉलिसी मी पुनरुज्जिवित केली नाही तर मला पुनरुज्जीवन नाकारले जाते का?

उत्तर: पॉलिसी संपण्याच्या शेवटच्या तारखेनंतर १५ दिवसांच्या आत (याला ग्रेस काळ असे म्हणतात) तुम्ही हप्ता भरला, तर पॉलिसीचे पुनरुज्जीवन होऊ शकते. मात्र, हप्ता भरलेला नाही अशा काळासाठी विमा कंपनीकडून संरक्षण उपलब्ध नसते. ग्रेस काळामध्ये हप्ता दिला नाही तर पॉलिसी संपुष्टात येते.

प्रश्न: पुनरुज्जीवनाचे लाभ न गमावता मला एका विमा कंपनीकडून दुसऱ्या विमा कंपनीकडे माझी पॉलिसी बदलता येते का?

उत्तर: होय. इन्शुरन्स रेग्युलेटरी अँड डेव्हलपमेंट अथॉरिटी (आयआरडीए)ने १ जुलै २०११पासून लागू होणारे पत्रक काढले असून त्यात विमा कंपन्यांना एका कंपनीकडून दुसरीकडे जाण्याच्या आणि एका योजनेऐवजी दुसरी योजना निवडण्याच्या पोर्टेबिलिटीला मान्यता देण्याचे निर्देश देण्यात आले असून त्यात संरक्षित व्यक्तीच्या आधीच्या पॉलिसीमध्ये मिळणाऱ्या स्थितीमधील पुनरुज्जीवनाच्या क्रेडिटचा तोटा न होता तसे करता येते. मात्र, हे क्रेडिट आधीच्या पॉलिसी अंतर्गत असलेल्या संरक्षित रकमे (बोनसच्या समावेशासह)पुरतेच मर्यादित असते. अधिक तपशीलासाठी विमा कंपनीकडे तुम्ही चौकशी करू शकता.

प्रश्न: दावा दाखल केल्यानंतर पॉलिसीच्या संरक्षणाचे काय होते?

उत्तर: दावा दाखल केला आणि तो दिला गेला की दाव्यापोटी जेवढी रक्कम दिली गेली आहे तेवढी पॉलिसीच्या संरक्षणामधून कमी होते. उदाहरणार्थ: जानेवारी महिन्यात तुम्ही रु. ५ लाखाचे संरक्षण

असलेली एका वर्षाची पॉलिसी सुरु केली. एप्रिलमध्ये तुम्ही २ लाख रुपयांचा दावा केला. तर मग मे ते डिसेंबर या महिन्यांसाठी तुम्हाला ३ लाख रुपयांचे संरक्षण उपलब्ध असेल.

प्रश्न: 'कोणताही एक आजार' म्हणजे काय?

उत्तर: 'कोणताही एक आजार' याचा अर्थ आजारपणाचा सातत्यपूर्ण काळ ज्यात पॉलिसीमध्ये नमूद केलेल्या ठराविक दिवसांमध्ये आजार उलटण्याचा समावेश असतो. हा काळ सहसा ४५ दिवसांचा असतो.

प्रश्न: एका वर्षात जास्तीत जास्त किती दावे करता येतात?

उत्तर: कोणत्याही पॉलिसीमध्ये विशिष्ट संख्या नोंदवलेली नसेल, तर पॉलिसीच्या काळात कितीही दावे करता येतात. मात्र, पॉलिसी अंतर्गत संरक्षित रकमेची कमाल मर्यादा असते.

प्रश्न: 'आरोग्याची तपासणी' करण्याची सुविधा काय असते?

उत्तर: काही वर्षांमधून एकदा सर्वसामान्य आरोग्याच्या तपासणीसाठी काही आरोग्य विमा पॉलिसी पैसे देतात. सहसा चार वर्षांतून एकदा ही संधी उपलब्ध होते.

प्रश्न: फॅमिली फ्लोटर पॉलिसी म्हणजे काय?

उत्तर: फॅमिली फ्लोटर ही एकच पॉलिसी असते जिच्या अंतर्गत तुमच्या संपूर्ण कुटुंबाचा हॉस्पिटलचा खर्च करण्याची काळजी घेतली जाते. या पॉलिसीमध्ये एकच रक्कम संरक्षित केलेली असते जी कोणीही/सर्व संरक्षित व्यक्ती कोणत्याही प्रमाणात किंवा कितीही रक्कम पॉलिसीमधील संरक्षित रकमेच्या एकूण कमाल मर्यादामध्ये वापरू शकतात. प्रत्येक व्यक्तीसाठी वेगवेगळ्या पॉलिसी घेण्यापेक्षा अनेकदा फॅमिली फ्लोटर योजना अधिक चांगली ठरते. अचानक आलेला आजार, शस्त्रक्रिया आणि अपघात यासाठी होणाऱ्या सर्व वैद्यकीय खर्चाची काळजी फॅमिली फ्लोटर योजनेमध्ये घेतली जाते.

आयआरडीएने आखून दिलेला पॉलिसीधारकाचा सर्व्हिसिंग टर्नअराऊंड काळ

सेवा	सर्व्हिसकाल टर्नअराऊंड काळ
सर्वसाधारण	
मागणीवर प्रक्रिया आणि आवश्यकता/ पॉलिसी मागणीवर प्रक्रिया आणि आवश्यकता/ पॉलिसी मंजूर करणे/रद्द करणे यासह निर्णयासाठी संपर्क.	१५ दिवस
मागणीची प्रत मिळवणे	३० दिवस
पॉलिसी दिल्यानंतर चुका/ मागणीचे डिपॉझिट परत करणे आणि दावा विरहित सेवांशी संबंधित विनंती यांच्याशी संबंधित सेवांसाठी विनंती	१० दिवस
जीवन विमा	
सरंडर मूल्य/ ॲन्च्युईटी/ पेन्शन यावर प्रक्रिया	१० दिवस
मॅच्युरिटीचा दावा/ सर्व्हायवलचा लाभ/ दंडनीय व्याज न भरणे दावा दाखल केल्यानंतर दाव्यासाठी आवश्यक असलेल्या बाबी सांगणे	१५ दिवस
कोणत्याही चौकशीशिवाय मृत्यूच्या दाव्याची सेटलमेंट चौकशीची आवश्यकता असलेल्या मृत्यूच्या दाव्याची सेटलमेंट/ अस्वीकृती	३० दिवस ६ महिने
सर्वसाधारण विमा	
सर्व्हेअहवाल दाखल करणे	३० दिवस
विमा कंपनीने पूरक अहवाल मागणे	१५ दिवस
पहिला/ पूरक सर्व्हेअहवाल मिळाल्यानंतर दावा मंजूर करणे/ अस्वीकृत करणे.	३० दिवस
तक्रारी	
तक्रारीची दखल घेणे	३ दिवस
तक्रार सोडवणे	१५ दिवस

५. तुम्हाला तक्रार असल्यास:

इन्शुरन्स रेग्युलेटरी अँड डेव्हलपमेंट अथॉरिटी (आयआरडीए)च्या ग्राहक तक्रार निवारण विभागाने इन्टिग्रेटेड ग्रिव्हन्स मॅनेजमेंट सिस्टिम (आयजीएमएस- एकसंध तक्रार व्यवस्थापन पद्धती) सुरु केली असून तक्रारी दाखल करण्याची आणि त्यांचा मागोवा ठेवण्याची ही ऑनलाईन पद्धत आहे. आधी विमा कंपनीकडे तुम्ही तुमची तक्रार नोंदवायची असते आणि नंतर कंपनीने केलेल्या तक्रार निवारणाने तुमचे समाधान झाले नाही, तर तुम्ही आयजीएमएस द्वारे www.igms.irda.gov.in या वेबसाईटवरून आयआरडीएकडे जाऊ शकता. तुम्हाला जर विमा कंपनीच्या तक्रार सिस्टिमचा थेट ॲक्सेस मिळाला नाही, तर आयजीएमएस विमा कंपनीकडे तुमची तक्रार नोंदवण्यासाठी आयजीएमएस तुम्हाला एक मार्ग पुरवते.

आयजीएमएस द्वारे (वेबद्वारे) तुमच्या तक्रारीची नोंद करण्याखेरीज तुम्हाला तक्रार नोंदवण्याचे अनेक मार्ग उपलब्ध आहेत- तुम्ही ईमेल (complaints@irda.gov.in) करू शकता, पत्र पाठवू शकता (तुमचे पत्र तुम्ही ग्राहक मंच विभाग, विमा नियामक आणि विकास प्राधिकरण, ३रा मजला, परिश्रम भवन, बशीरबाग, हैदराबाद: ४) किंवा १५५२५५ या टोल फ्री क्रमांकावर फक्त आयआरडीएच्या कॉल सेंटरवर फोन करा ज्याद्वारे विमा कंपनीविरुद्धची तुमची तक्रार मोफत नोंदवून घेईल आणि त्यावर काय पावले उचलली जात आहेत यावर माग ठेवण्यासही सहाय्य करेल. फोनच्या आधारे

तक्रारीचा फॉर्म भरून कॉल सेंटर तुम्हाला सहाय्य करते. जेथे आवश्यकता असेल तेथे विमा कंपनीकडे फोनचा पहिला भाग म्हणून पत्ता, फोन नंबर, वेबसाईटचे तपशील, संपर्क क्रमांक, ईमेल पत्ता इत्यादीशी संबंधित माहिती देऊन थेट तक्रार दाखल करण्यासाठीही पुढाकार घेते. आयआरडीए कॉल सेंटर संभाव्य आणि पॉलिसीधारकांसाठी खऱ्या अर्थाने पर्यायी मार्ग देऊ करते ज्यात परिपूर्ण संपर्क माध्यमांचा आधार घेतला जातो आणि सकाळी ८ ते रात्री ८ सोमवार ते शनिवार हिंदी, इंग्लिश आणि विविध भारतीय भाषांमध्ये १२ तास x ६ दिवस ही सेवा चालू असते.

आयआरडीएकडे तक्रार नोंदवल्यानंतर, त्याचे निवारण होण्यासाठी विमा कंपनीचा पाठपुरावा केला जातो. तक्रारीची तड लावण्यासाठी कंपनीला १५ दिवसांचा काळ दिला जातो. आवश्यकता भासल्यास, आयआरडीए त्याचा शोध घेते आणि चौकशी करते. त्यापुढे जाऊन, जेथे लागू होते तेथे सार्वजनिक तक्रार निवारण नियम, १९९८ अंतर्गत आयआरडीए तक्रारदाराला इन्शुरन्स ओम्बड्समनकडे जाण्याचा सल्ला देते.

डिसक्लेमर:

ही पुस्तिका तुम्हाला केवळ सर्वसामान्य माहिती देण्यासाठी आहे आणि ती परिपूर्ण नाही. हा एक शैक्षणिक उपक्रम असून तुम्हाला कोणताही कायदेशीर सल्ला देण्याचा प्रयत्न इथे नाही.