

स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय संबंधी मास्टर परिपत्र Master Circular on Health Insurance Business



संस्करण / Version:1

29052024



संदर्भ: आईआरडीएआई/एचएलटी/सीआईआर/पीआरओ/84/5/2024

Ref: IRDAI/HLT/CIR/PRO/84/5/2024

दिनांक / Date: 29.05.2024

प्रति/To,

सभी साधारण बीमाकर्ता, स्वास्थ्य बीमाकर्ता और जीवन बीमाकर्ता
All General Insurers, Health Insurers and Life Insurers

विषय: आईआरडीएआई (बीमा उत्पाद) विनियम, 2024 संबंधी मास्टर परिपत्र – स्वास्थ्य बीमा
Sub: Master Circular on IRDAI (Insurance Products) Regulations 2024 - Health Insurance

- क. यह मास्टर परिपत्र आईआरडीएआई (बीमा उत्पाद) विनियम, 2024 की अनुसूची-III के विनियम 7 के साथ पठित आईआरडीए अधिनियम, 1999 की धारा 14(2)(ड) और बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 34 के अधीन जारी किया जाता है।
- A. This Master Circular is issued under the section 14(2)(e) of the IRDAI Act 1999 and section 34 of the Insurance Act, 1938 read with Regulation 7 of schedule-III of IRDAI (Insurance Products) Regulations 2024.
- ख. उक्त मास्टर परिपत्र की समीक्षा प्रत्येक वर्ष की जाएगी, जब तक उसके पहले समीक्षा अथवा निरसन की आवश्यकता न हो।
- B. The Master Circular shall be reviewed every year unless review or repeal is warranted earlier.
- ग. इस परिपत्र के अंतर्गत उल्लिखित विवरणियाँ इस मास्टर परिपत्र में निहित उपबंधों तथा विवरणियों के प्रस्तुतीकरण संबंधी मास्टर परिपत्र के उपबंधों के अनुसार प्रस्तुत की जाएँगी।
- C. The Returns referred under this circular shall be submitted as per the provisions herein and the Master Circular on submission of returns.
- घ. यहाँ इस मास्टर परिपत्र में प्रयुक्त और इस मास्टर परिपत्र में अपरिभाषित, परंतु बीमा अधिनियम, 1938 (1938 का 4) या बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 का 41) या उसके अधीन बनाये गये नियमों या विनियमों में परिभाषित सभी शब्दों और अभिव्यक्तियों के अर्थ वही होंगे जो क्रमशः उन अधिनियमों या नियमों या विनियमों में उनके लिए निर्धारित किये गये हैं।
- D. All words and explanations used herein and not defined in this Master Circular but defined in the Insurance Act, 1938 (4 of 1938) or Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999 (41 of 1999) or Rules or Regulations made thereunder shall have the meanings respectively assigned to them in those Acts or Rules or Regulations.
- ड. इस मास्टर परिपत्र के किसी भी उपबंध को लागू करने अथवा उसका अर्थनिर्णय करने में उत्पन्न होनेवाली किसी भी शंका या कठिनाई को दूर करने के लिए सक्षम प्राधिकारी जब भी आवश्यक हो तब उपयुक्त स्पष्टीकरण जारी कर सकता है।

E. In Order to remove any doubts or difficulties that may arise in the application or interpretation or any of the provisions of this Master Circular, the Competent Authority may issue appropriate clarifications, as and when deemed necessary.

इसे सक्षम प्राधिकारी का अनुमोदन प्राप्त है।

This has approval of the Competent Authority.

हस्ताक्षरित / Sd/-

(ए. रमण राव / A Ramana Rao)

(मुख्य महाप्रबंधक / Chief General Manager)

अनुक्रमणिका / INDEX

क्र.सं. SI No.	संदर्भ / अध्याय Ref / Chapter	विवरण Description	पृष्ठ सं. Page no.
1.		प्रभावी दिनांक	5
2.	अध्याय I	पालिसीधारक / संभावित ग्राहक / ग्राहक के लिए सामान्य सूचना	5
3.	अध्याय II	स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय प्रस्तावित करने के लिए बीमाकर्ता द्वारा अनुपालन की जानेवाली स्थूल अपेक्षाएँ क. सामान्य सिद्धांत ख. टीपीएस के कार्यनिष्पादन की निगरानी ग. उत्पाद प्रबंध समिति और विज्ञापन समिति घ. उत्पाद फाइलिंग	12 14 14 15
4.	अध्याय III	विविध उपबंध: I. निर्योग्यताओं से युक्त व्यक्तियों, एचआईवी/एड्स से पीड़ित व्यक्तियों तथा मानसिक बीमारी से ग्रस्त व्यक्तियों के लिए आदर्श उत्पाद II. आयुष्मान भारत स्वास्थ्य खाता (आभा) संख्या III. विवरणियों का प्रस्तुतीकरण IV. दिशानिर्देशों और परिपत्रों का निरसन	17 17 18 18
1.		Effective date	19
2.	Chapter I	General Information for the Policy Holder/Prospect/Customer	19
3.	Chapter II	Broad Requirements to be complied with by the Insurer for offering Health Insurance Business: A. General Principles B. Performance Monitoring of TPAs C. Product Management Committee and Advertisement Committee D. Product Filing	25 27 27 28
4.	Chapter III	Miscellaneous Provisions: I. Model Product for Persons with Disabilities, Persons afflicted with HIV/AIDS and those with Mental Illness II. Ayushman Bharat Health Account (ABHA) number III. Submission of Returns IV. Repeal of Guidelines and Circulars	30 30 30 30

प्रभावी दिनांक:

- (1) यह मास्टर परिपत्र तत्काल प्रभाव से प्रवृत्त होगा, उन उपबंधों को छोड़कर जहाँ विशिष्ट प्रभावी तारीख का उल्लेख किया गया है।
- (2) वर्तमान उत्पाद जो आईआरडीएआई (बीमा उत्पाद) विनियम, 2024 और इस मास्टर परिपत्र का अनुपालन नहीं कर रहे हैं, उनका आशोधन 30.09.2024 को या उससे पहले किया जाएगा। उन उत्पादों की शर्तों का संशोधन जो एकमात्र तौर पर इस परिपत्र अथवा आईआरडीएआई (बीमा उत्पाद) विनियम, 2024 में निहित किसी भी अद्यतन उपबंध के कार्यान्वयन के कारण आवश्यक होता है, उत्पाद प्रबंध समिति (पीएमसी) के अनुमोदन से वर्तमान यूआईएन के अंतर्गत किया जाएगा।

उक्त पीएमसी सुनिश्चित करेगी कि लाभ, जैसे प्रतीक्षा अवधि, अधिस्थगन अवधि जो पालिसीधारक के लिए उपचित होगी, का संरक्षण किया जाएगा तथा उसे जारी की गई नई पालिसी में आगे ले जाया जाएगा।
- (3) बीमाकर्ता संशोधित विनियामक ढाँचे से उत्पन्न होनेवाले लाभ वर्तमान पालिसीधारकों को उपलब्ध कराएगा।

अध्याय I: पालिसीधारक/संभावित ग्राहक/ग्राहक के लिए सामान्य सूचना:

1)	<p>क. बीमाकर्ताओं से अपेक्षित है कि वे निम्नलिखित आवश्यकताएँ पूरी करते हुए पालिसीधारकों/संभावित ग्राहकों को अधिक व्यापक विकल्प देने के लिए उत्पाद/एड-आन/राइडर उपलब्ध कराएँ-</p> <ol style="list-style-type: none">सभी आयु;सभी प्रकार की वर्तमान स्वास्थ्य स्थितियाँ;पहले से चल रही बीमारियाँ और चिरकालिक स्थितियाँ;एलोपैथी, आयुष और चिकित्सा की अन्य प्रणालियों सहित औषध और चिकित्साओं की सभी प्रणालियाँ;आवासीय अस्पताल चिकित्सा, बाह्य रोगी चिकित्सा (ओपीडी), डे केयर और होमकेयर चिकित्सा सहित चिकित्सा की प्रत्येक स्थिति;सभी क्षेत्र, सभी व्यावसायिक श्रेणियाँ, नियोग्यता से युक्त व्यक्ति और कोई अन्य श्रेणियाँ;सभी प्रकार के अस्पताल और स्वास्थ्य रक्षा प्रदाता पालिसीधारकों/संभावित ग्राहकों की वहन करने की क्षमता के अनुरूप हों। आपात की स्थितियों में पालिसीधारक को कवरेज से अस्वीकार नहीं किया जाएगा। <p>टिप्पणी: उपर्युक्त का अर्थ यह नहीं होगा कि बीमाकर्ता के पास उपर्युक्त सभी की आवश्यकता पूरी करने के लिए एक उत्पाद होगा।</p>
----	---

	<p>ख. बीमाकर्ता ग्राहक की चिकित्सा स्थितियों/विशिष्ट आवश्यकताओं के अनुसार उत्पादों/एड-आनों/राइडरों का चयन करने का लचीलापन उपलब्ध कराने के द्वारा ग्राहक की आवश्यकतानुसार उत्पादों को तैयार करने की अनुमति देंगे।</p>
2)	<p><u>प्रौद्योगिकीगत उन्नति और चिकित्साओं को कवर करने के लिए उत्पाद उपलब्ध हैं:</u></p> <p>बीमाकर्ता अपने उत्पादों में प्रौद्योगिकीगत उन्नति और चिकित्साओं को कवर करने के लिए प्रयास करेंगे। प्रचलित चिकित्सा / प्रक्रियाओं के उदाहरण जिन्हें शामिल किये जाने की आवश्यकता है, निम्नलिखित हैं, परंतु केवल इन्हीं तक सीमित नहीं हैं :</p> <p>क. गर्भाशय धमनी अंतःशल्यीकरण और एचआईएफ्यू (यूटेरिन आर्टरी एम्बोलाइजेशन एण्ड एचआईएफ्यू)</p> <p>ख. बलून सिन्यूप्लैस्टी</p> <p>ग. गहन मस्तिष्क उद्दीपन (डीप ब्रेन स्टिम्युलेशन)</p> <p>घ. मौखिक रसायन-चिकित्सा (ओरल केमोथैरेपी)</p> <p>ङ. प्रतिरक्षा चिकित्सा (इम्यूनोथैरेपी) – मोनोक्लोनल रोगप्रतिकारक (एन्टीबाडी) इंजेक्शन के रूप में दिया जाए</p> <p>च. इंटा विट्रियल इंजेक्शन</p> <p>छ. रोबोटीय शल्यचिकित्सा (रोबोटिक सर्जरीज़)</p> <p>ज. स्टीरियोटैक्टिक रेडियो सर्जरीज़</p> <p>झ. श्वसनी (ब्रांकियल) थर्मोप्लास्टी</p> <p>ञ. प्रास्ट्रेट का वाष्पण (वेपराइजेशन) (हरित लेज़र चिकित्सा या होल्मियम लेज़र चिकित्सा)</p> <p>ट. आईओएनएम - (इंटा आपरेटिव न्यूरो मानिट्रिंग)</p> <p>ठ. स्टेम सेल थेरेपी: हीमटोलाजिकल स्थितियों के लिए मज्जास्थि प्रतिरोपण हेतु रुधिरविज्ञान संबंधी (हीमटोलाजिकल) स्टेम सेल कवर किये जाने चाहिए।</p> <p>ड. उत्पाद अभिकल्प के अनुसार उन्नत प्रौद्योगिकी का उपयोग करते हुए कोई अन्य चिकित्सा।</p>
3)	<p><u>विभिन्न विधियों का अनुपालन करते हुए उत्पाद उपलब्ध कराये जाने चाहिए:</u></p> <p>बीमाकर्ता निम्नलिखित विधियों के संबंधित उपबंधों के अनुसार उत्पाद प्रस्तावित करेंगे:</p> <p>क) मानसिक स्वास्थ्यरक्षा अधिनियम, 2017</p> <p>ख) निर्योग्यताओं से युक्त व्यक्तियों के अधिकार अधिनियम, 2017</p> <p>ग) सरोगेसी (विनियमन) अधिनियम, 2021</p> <p>घ) विपरीतलिंगी (ट्रान्सजेण्डर) व्यक्ति (अधिकारों का संरक्षण) अधिनियम, 2019 तथा</p> <p>ड) एचआईवी और एड्स (निवारण और नियंत्रण) अधिनियम, 2017</p>
4)	<p><u>ग्राहक सूचना पत्रक (सीआईएस):</u></p>

सीआईएस अनुबंध 1 में दिये गये फॉर्मेट में प्रत्येक पालिसी के साथ दिया जाना चाहिए। यह बीमाकर्ता द्वारा पालिसी दस्तावेज के साथ दिया जानेवाला एक दस्तावेज है जो सरल शब्दों में पालिसी की मूलभूत विशेषताएँ एक स्थान पर स्पष्ट करता है। सीआईएस में:

क) प्रत्येक पालिसीधारक को दोनों वैयक्तिक बीमा पालिसीधारक के रूप में एवं सामूहिक बीमा पालिसी के सदस्य के रूप में होने की स्थिति में उपलब्ध कराया जाएगा।

ख) इसमें निम्नलिखित जैसा विवरण होगा

- i. बीमा का प्रकार,
- ii. बीमित राशि,
- iii. दिया गया कवरेज,
- iv. अपवर्जनों का सारांश जो पालिसी कवर नहीं करती,
- v. उप-सीमाएँ (एक पूर्व-निश्चित सीमा जिससे अधिक बीमा कंपनी भुगतान नहीं करेगी),
- vi. कटौतीयोग्य (विनिर्दिष्ट राशि जहाँ तक बीमा कंपनी किसी दावे का भुगतान नहीं करेगी/जिसकी कटौती कुल दावे से की जाएगी, यदि दावे की राशि विनिर्दिष्ट राशि से अधिक है),
- vii. प्रतीक्षा अवधि(याँ) (समयावधि जिसके दौरान विनिर्दिष्ट बीमारियों/ चिकित्साओं को कवर नहीं किया जाता), तथा
- viii. कुछ महत्वपूर्ण बातें जैसे निःशुल्क अवलोकन अवधि, पालिसी नवीकरण, अंतरण, सुवाह्यता और अधिस्थगन अवधि।

ग) दावा प्रक्रिया, पालिसी सर्विसिंग और उपयुक्त अधिकार-क्षेत्र के बीमा लोकपाल के संपर्क के विवरण सहित शिकायत निवारण व्यवस्था के संबंध में सूचना निहित होगी।

पालिसीधारक से प्राप्ति-स्वीकृति भौतिक या डिजिटल रूप में प्राप्त करनी होगी। अनुरोध करने पर, सीआईएस स्थानीय भाषा में उपलब्ध कराई जाएगी।

5) **निःशुल्क अवलोकन अवधि:**

पालिसी की शर्तों की समीक्षा करने के लिए पालिसीधारक को 30 दिन (पालिसी दस्तावेज की प्राप्ति की तारीख से) की अवधि उपलब्ध है। यदि वह किसी शर्त से संतुष्ट नहीं है, तो उसके पास अपनी पालिसी को रद्द करने का विकल्प है। यह विकल्प उन पालिसियों के मामले में है जो एक वर्ष या उससे अधिक अवधि से युक्त हैं।

6) **पालिसीधारक द्वारा क्षतिपूर्ति आधारित स्वास्थ्य बीमा पालिसी का निरसन:**

पालिसीधारक लिखित में 7 दिन की नोटिस देने के द्वारा अवधि के दौरान किसी भी समय अपनी पालिसी को निरस्त कर सकता है/कर सकती है। बीमाकर्ता

क. असमाप्त पालिसी अवधि के लिए आनुपातिक प्रीमियम वापस करेगा, यदि पालिसी की अवधि एक वर्ष तक है और पालिसी अवधि के दौरान कोई दावा (दावे) नहीं किया गया है (नहीं किये गये हैं)।

	<p>ख. उन पालिसियों के संबंध में असमाप्त पालिसी अवधि के लिए प्रीमियम वापस करेगा जो 1 वर्ष से अधिक अवधि से युक्त हैं तथा ऐसे पालिसी वर्षों के लिए जोखिम कवरेज प्रारंभ नहीं हुआ है।</p>
7)	<p>नामांकन:</p> <p>क. पालिसीधारक दावों के भुगतान के प्रयोजन के लिए अपना नामांकन देगा। पालिसीधारक की मृत्यु होने की स्थिति में, दावे की आगम राशि का भुगतान नामांकित व्यक्ति को किया जाएगा।</p> <p>ख. नामांकन पालिसी की अवधि के दौरान किसी भी समय परिवर्तित किया जा सकता है। बीमाकर्ता पालिसी में नामांकन दर्ज करने और उसमें परिवर्तन करने के लिए एक सरल और निर्बाध प्रक्रिया लागू करेगा।</p>
8)	<p>प्रीमियम के भुगतान के लिए अनुग्रह अवधि:</p> <p>क) प्रीमियम का भुगतान करने के लिए पंद्रह दिन की (जहाँ प्रीमियम का भुगतान मासिक किस्तों में किया जाता है) और तीस दिन की (जहाँ प्रीमियम का भुगतान तिमाही/छमाही/वार्षिक किस्तों में किया जाता है) अनुग्रह अवधि प्रीमियम के नियत दिनांक पर उपलब्ध है।</p> <p>ख) यदि पालिसी का नवीकरण अनुग्रह अवधि के दौरान किया जाता है, तो पालिसी के अंतर्गत उपचित सभी क्रेडिटों (बीमित राशि, दावा न करने का बोनस, विशिष्ट प्रतीक्षा अवधियाँ, पहले से चल रही बीमारियों के लिए प्रतीक्षा अवधियाँ, अधिस्थगन अवधि आदि) का संरक्षण किया जाएगा। यही बात दोनों क्षतिपूर्ति और लाभ उत्पादों के लिए लागू है।</p>
9)	<p>अनुग्रह अवधि के दौरान बीमा कवरेज की उपलब्धता:</p> <p>यदि पालिसी अवधि के दौरान प्रीमियम का भुगतान किस्तों में किया जाता है, तो कवरेज अनुग्रह अवधि के लिए भी उपलब्ध होगा।</p>
10)	<p>स्वास्थ्य बीमा पालिसी का नवीकरण:</p> <p>क. स्वास्थ्य बीमा पालिसी नवीकरणयोग्य होगा, बशर्ते कि उत्पाद वापस नहीं लिया गया हो, उस स्थिति को छोड़कर जहाँ बीमाकृत व्यक्ति के द्वारा प्रमाणित धोखाधड़ी या अप्रकटीकरण या गलतबयानी की गई हो। यदि उत्पाद वापस लिया जाता है, तो पालिसीधारक को इस परिपत्र के अध्याय II के अंतर्गत बताई गई प्रक्रिया के अनुसार अंतरण करने के लिए उपयुक्त विकल्प उपलब्ध कराये जाएँगे।</p> <p>ख. बीमाकर्ता इस आधार पर नवीकरण से इनकार नहीं करेगा कि पालिसीधारक ने पूर्ववर्ती पालिसी वर्षों में दावा किया है/दावे किये हैं।</p>

	<p>ग. बीमाकर्ता नये सिरे से जोखिम-अंकन का सहारा नहीं लेगा जब तक कि बीमाकृत राशि में वृद्धि न हो। यदि पालिसीधारक द्वारा बीमाकृत राशि में वृद्धि का अनुरोध किया जाता है, तो बीमाकर्ता केवल बढ़ी हुई बीमाकृत राशि की सीमा तक ही जोखिम-अंकन कर सकता है।</p>
11)	<p><u>क्षतिपूर्ति पालिसियों के मामले में अंतरण:</u></p> <p>एक पालिसी का अंतरण एक ही बीमाकर्ता की अन्य पालिसी में किये जाने की स्थिति में, पालिसीधारक (परिवार कवर और सामूहिक बीमा पालिसियों के अंतर्गत सभी सदस्यों सहित) पिछली पालिसी में प्राप्त क्रेडिटों का अंतरण बीमाकृत राशि, दावा न करने के बोनस, विशिष्ट प्रतीक्षा अवधियों, पहले से चल रही बीमारियों के लिए प्रतीक्षा अवधि, अधिस्थगन अवधि आदि की सीमा तक अंतरित पालिसी में कर सकता है।</p>
12)	<p><u>क्षतिपूर्ति पालिसियों के मामले में सुवाह्यता (पोर्टबिलिटी):</u></p> <p>क. पालिसीधारक के पास एक बीमाकर्ता से किसी अन्य बीमाकर्ता के पास अपनी पालिसियों का स्थानांतरण करने का विकल्प है। अधिग्राहक और वर्तमान बीमाकर्ता संयुक्त रूप से सुनिश्चित करेंगे कि समूचे जोखिम-अंकन के विवरण और पालिसीधारकों के दावा वृत्त का निर्बाध रूप से अंतरण किया जाए।</p> <p>ख. वर्तमान बीमाकर्ता अधिग्राहक बीमाकर्ता द्वारा अपेक्षित सूचना तत्काल परंतु अनुरोध की प्राप्ति से 72 घंटों से अनधिक अवधि में भारतीय बीमा सूचना ब्यूरो (आईआईबी) https://iib.gov.in/portal के माध्यम से उपलब्ध कराएगा।</p> <p>ग. अधिग्राहक बीमाकर्ता वर्तमान बीमाकर्ता से प्राप्त प्रस्ताव पर तत्काल परंतु सूचना की प्राप्ति से 5 दिन से अनधिक अवधि में निर्णय करेगा और सूचित करेगा।</p> <p>घ. पालिसीधारक पिछली पालिसी में बीमाकृत राशि, दावा न करने के बोनस, विशिष्ट प्रतीक्षा अवधियों, पहले से चल रही बीमारी के लिए प्रतीक्षा अवधि, अधिस्थगन अवधि आदि की सीमा तक प्राप्त क्रेडिटों का अंतरण अधिग्राहक बीमाकर्ता को करने के लिए हकदार है।</p>
13)	<p><u>पालिसी/दावे पर विवाद नहीं किया जा सकता:</u></p> <p>कोई भी पालिसी और स्वास्थ्य बीमा का दावा निरंतर कवरेज की अधिस्थगन अवधि अर्थात् 60 महीने की समाप्ति के बाद, प्रमाणित धोखाधड़ी के कारण को छोड़कर अप्रकटीकरण और/या गलतबयानी के आधार पर विवादयोग्य नहीं होगा।</p> <p>टिप्पणी: ले जाई गई और अंतरित पालिसियों के अंतर्गत प्राप्त उपचित क्रेडिटों की गणना अधिस्थगन अवधि के परिकलन के प्रयोजन के लिए की जाएगी।</p>
14)	<p><u>दावा न करने का बोनस:</u></p> <p>बीमाकर्ता उन पालिसीधारकों को पुरस्कृत कर सकता है जो दावा न करने के बोनस (नो क्लेम बोनस - एनसीबी) के रूप में कोई दावा नहीं करते। ऐसे एनसीबी का भुगतान प्रत्येक नवीकरण के समय पर निम्नलिखित रूपों में पालिसीधारक के विकल्प/सुस्पष्ट सहमति के अनुसार किया जाएगा:</p>

	<p>क) संचयी बोनस: प्रीमियम में किसी संबद्ध वृद्धि के बिना बीमाकृत राशि में परिवर्धन। और/या</p> <p>ख) नवीकरण प्रीमियम में छूट (डिस्काउण्ट)</p>
15)	<p><u>नकदीरहित सुविधा के लिए अनुमोदन:</u></p> <p>क. प्रत्येक बीमाकर्ता एक समयबद्ध तरीके से 100% नकदीरहित निपटान प्राप्त करने के लिए प्रयास करेगा। बीमाकर्ता यह सुनिश्चित करने के लिए प्रयास करेंगे कि प्रतिपूर्ति के माध्यम से निपटाये जानेवाले दावों के दृष्टांत बिलकुल न्यूनतम हों और केवल अपवादात्मक परिस्थितियों में ही हों।</p> <p>ख. बीमाकर्ता नकदीरहित प्राधिकरण के लिए अनुरोध पर निर्णय तत्काल परंतु एक घंटे से अनधिक अवधि में करेगा। बीमाकर्ता द्वारा आवश्यक प्रणालियाँ और प्रक्रियाएँ तत्काल और 31 जुलाई 2024 से पहले लागू की जाएँगी।</p> <p>ग. बीमाकर्ता नकदीरहित अनुरोधों पर कार्रवाई करने और सहायता करने के लिए अस्पताल में भौतिक पद्धति में समर्पित डेस्कों की व्यवस्था करें।</p> <p>घ. बीमाकर्ता डिजिटल पद्धति में भी पालिसीधारक को पूर्व-प्राधिकरण उपलब्ध कराएँगे।</p>
16)	<p><u>अस्पताल से डिस्चार्ज के लिए अंतिम प्राधिकरण:</u></p> <p>क. बीमाकर्ता अस्पताल से डिस्चार्ज प्राधिकरण अनुरोध की प्राप्ति से तीन घंटों के अंदर अंतिम प्राधिकरण प्रदान करेगा। किसी भी स्थिति में पालिसीधारक को अस्पताल से डिस्चार्ज किये जाने हेतु प्रतीक्षा करने के लिए विवश नहीं किया जाएगा।</p> <p>ख. यदि तीन घंटों से अधिक कोई विलंब हो, तो अस्पताल द्वारा प्रभारित अतिरिक्त राशि, यदि कोई हो, बीमाकर्ता के द्वारा शेरधारकों की निधि से वहन की जाएगी।</p> <p>ग. चिकित्सा के दौरान पालिसीधारक की मृत्यु होने की स्थिति में, बीमाकर्ता:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. दावे के निपटान के लिए अनुरोध पर तत्काल कार्रवाई करेगा। ii. अस्पताल से मुक्त किये गये भौतिक अवशेष (लाश) को तत्काल प्राप्त करेगा।
17)	<p><u>दावों का निपटान:</u></p> <p>क) किसी भी दावे का निराकरण पीएमसी के अथवा पीएमसी के तीन-सदस्यीय उप-समूह, जो दावा समीक्षा समिति (सीआरसी) कहलाता है, के अनुमोदन के बिना नहीं किया जाएगा।</p> <p>ख) यदि दावे का आंशिक रूप से निराकरण अथवा अस्वीकरण किया जाता है, तो दावेदार को विवरण पालिसी दस्तावेज की विशिष्ट शर्तों का संदर्भ देते हुए पूरे ब्योरे के साथ सूचित किया जाएगा।</p> <p>ग) दावे की सूचना के अनुसरण में बीमाकर्ता और अन्य पक्ष प्रबंधक (टीपीए) आवश्यक दस्तावेज अस्पतालों से प्राप्त करेंगे। पालिसीधारक के लिए उक्त दस्तावेज प्रस्तुत करने की आवश्यकता नहीं है।</p>
18)	

	<p><u>पालिसीधारकों के द्वारा धारित एक से अधिक पालिसियों के संबंध में दावे:</u></p> <p>क) क्षतिपूर्ति पालिसियाँ: पालिसीधारक किसी भी पालिसी के अंतर्गत अपनी पसंद के अनुसार दावे के निपटान के लिए फाइल कर सकता है। उस चयनित पालिसी का बीमाकर्ता प्राथमिक बीमाकर्ता के रूप में माना जाएगा। यदि उपर्युक्त पालिसी के अंतर्गत उपलब्ध कवरेज स्वीकार्य दावा राशि से कम है, तो प्राथमिक बीमाकर्ता पालिसीधारक की अन्य उपलब्ध पालिसियों के विवरण की अपेक्षा करेगा तथा पालिसीधारक के लिए कोई इंश्योरर उत्पन्न किये बिना, पालिसी की शर्तों के अनुसार शेष राशि का भुगतान सुनिश्चित करने के लिए अन्य बीमाकर्ताओं के साथ समन्वय करेगा।</p> <p>ख) लाभ आधारित पालिसियाँ: बीमाकृत घटना के घटित होने पर, पालिसीधारक सभी पालिसियों के अंतर्गत सभी बीमाकर्ताओं से दावा कर सकते हैं।</p>
19)	<p><u>पालिसीधारक की शिकायतों का निवारण:</u></p> <p>बीमाकर्ता से अपेक्षित है कि उसके पास शिकायत निवारण प्रक्रिया की सुदृढ़ प्रणाली विद्यमान हो। किसी भी शिकायत में बीमाकर्ता के जवाबी पत्र में संबंधित बीमा लोकपालों के संपर्क का विवरण शामिल होगा, जहाँ उसकी शिकायत को उच्चतर स्तर पर ले जाया जा सकता है यदि पालिसीधारक बीमाकर्ता द्वारा दिये गये शिकायत निवारण से संतुष्ट नहीं है।</p>
20)	<p><u>लोकपाल के अधिनिर्णय का कार्यान्वयन:</u></p> <p>बीमाकर्ता से अपेक्षित है कि वह बीमा लोकपाल के अधिनिर्णय का अनुपालन बीमाकर्ता द्वारा अधिनिर्णय की प्राप्ति से 30 दिन के अंदर करे। यदि बीमाकर्ता लोकपाल के अधिनिर्णय का पालन नहीं करता, तो ₹. 5000/- प्रति दिन का अर्थदंड शिकायतकर्ता को देय होगा। ऐसा अर्थदंड बीमा लोकपाल नियम, 2017 के अंतर्गत बीमाकर्ता द्वारा अदा किये जानेवाले दायित्वपूर्ण दंडात्मक ब्याज के अतिरिक्त है।</p>

ऊपर पैरा 4,5,7,12,17,18,19 और 20 के संबंध में विस्तृत उपबंध आईआरडीएआई (पालिसीधारकों के हितों का संरक्षण, बीमाकर्ताओं के परिचालन और संबद्ध विषय) विनियम, 2024 के अंतर्गत जारी किये गये मास्टर परिपत्र में दिये जाएँगे।

अध्याय II: स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय में बीमाकर्ता द्वारा अनुपालन की जानेवाली स्थूल अपेक्षाएँ

क. सामान्य सिद्धांत

सभी बीमाकर्ता स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय संचालित करते समय निम्नलिखित सिद्धांतों को सुनिश्चित करेंगे:

I. सभी बीमाकर्ताओं के पास:

(1) बोर्ड द्वारा अनुमोदित **जोखिम-अंकन नीति** होगी:-

क. जिसमें अध्याय 1 के पैरा 1 के अनुरूप उसका दृष्टिकोण तथा सभी आयुओं और स्वास्थ्य स्थितियों में स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्रस्तावित करने से संबंधित पहलू सम्मिलित होंगे।

ख. जो पालिसीधारकों को अपनी पसंद की चिकित्सा का चयन करने के लिए विकल्प उपलब्ध कराने हेतु आयुष चिकित्साओं को अन्य चिकित्साओं के समकक्ष सुनिश्चित किया जाएगा।

(2) **अस्पतालों और स्वास्थ्य रक्षा प्रदाताओं का पैनल बनाने के लिए** गुणवत्ता मानकों और न्यूनतम मानदंडों के संबंध में बोर्ड द्वारा अनुमोदित नीति विद्यमान होगी:

क. जिसके द्वारा पालिसीधारकों को 100% नकदीरहित सेवाएँ देने के लिए प्रयास किया जाएगा। उपर्युक्त नीति को चाहिए कि वह जनसाधारण के विभिन्न खंडों की वहन करने की क्षमता को ध्यान में रखते हुए सभी श्रेणियों के अस्पतालों की सूचीबद्धता को संभव बनाए।

ख. जो आवासीय अस्पताल में भर्ती, बाह्य रोगी चिकित्सा (ओपीडी), डे केयर और होमकेयर चिकित्सा सहित चिकित्सा की प्रत्येक स्थिति के लिए हो।

(3) **प्रस्ताव फार्म/ग्राहक सूचना पत्रक (सीआईएस)**

क. प्रस्ताव फार्म सरल भाषा में अभिकल्पित किये जाएँ तथा प्रस्ताव फार्म और पालिसी दस्तावेज अनुसूचित भाषाओं में भी उपलब्ध कराये जाएँ।

ख. संभावित ग्राहकों और पालिसीधारकों को उत्पादों के बारे में सूचना का प्रसार एक पारदर्शी तरीके से किया जाए। बीमाकर्ता अधिदेशात्मक तौर पर **विनिर्दिष्ट फार्मेट में सीआईएस** अग्रेषित करें तथा पालिसीधारक की प्राप्ति-स्वीकृति प्राप्त करें।

(4) **दावों पर कार्रवाई और निपटान प्रक्रिया:**

क. दावों के निपटान और पालिसी सर्विसिंग के लिए सुपरिभाषित दावा प्रबंध, दावा निपटान प्रक्रियाएँ, प्रतिवर्तन काल (टीएटीएस) विद्यमान हों।

ख. **दावा समीक्षा समिति (सीआरसी)** गठित की जाए: पीएमसी अथवा पीएमसी का तीन-सदस्यीय उप-समूह सीआरसी के रूप में कार्य करे जो प्रत्येक दावे के निराकरण के संबंध में अंतिम निर्णय लेगी।

(5) **बीमाकर्ता की वेबसाइट पर प्रदर्शन:** निम्नलिखित को अपनी वेबसाइट पर प्रमुख रूप से प्रदर्शित करें :

क. निम्नलिखित की सूची

- i. अस्पताल/स्वास्थ्यरक्षा प्रदाता जिनके साथ नकदीरहित दावा निपटान के लिए उनकी तालमेल व्यवस्था है।
- ii. अस्पताल/स्वास्थ्यरक्षा प्रदाता जो अध्याय 2 के पैरा VI में उल्लिखित रूप में अस्पतालों के सामान्य नेटवर्क की सूची में हैं।

ख. विशिष्ट रूप से निर्दिष्ट करें कि क्या पालिसीधारक ऊपर (क) को छोड़कर अन्य अस्पतालों / स्वास्थ्यरक्षा सेवा प्रदाताओं में सेवाएँ प्राप्त कर रहा है, दावे की प्रतिपूर्ति बीमाकर्ता के पास फाइल करनी होगी।

ग. नकदीरहित सुविधा और दावों की प्रतिपूर्ति के अंतर्गत दावों के निपटान के लिए पालिसीधारक द्वारा अनुसरण की जानेवाली प्रक्रियाएँ

घ. पालिसी सर्विसिंग, नकदीरहित एवं प्रतिपूर्ति दावा निपटान के अनुमोदन हेतु प्रतिवर्तन काल (टर्न अराउंड टाइम)

ङ. प्रस्तावाधीन उत्पादों और वापस लिये गये उत्पादों की सूची

(6) **प्रशिक्षण:** अपने उत्पादों (वर्तमान और नये) के संबंध में बीमाकर्ताओं के मध्यवर्तियों, वितरण माध्यमों और कर्मचारियों को आवधिक प्रशिक्षण दिया जाए। पालिसी सर्विसिंग में टीएटी, विनियमों में परिवर्तन आदि

(7) संपूर्ण प्रौद्योगिकीगत समाधान लागू करें जिससे पालिसीधारकों के एक प्रभावी, कुशल और एक निर्बाध प्रवेश (आनबोर्डिंग), पालिसी के नवीकरण, पालिसी सर्विसिंग, शिकायत निवारण और दावा निपटान प्रक्रिया को सुनिश्चित किया जा सके।

II. कवर के प्रारंभ की तारीख से नकदीरहित दावा निपटान उपलब्ध कराने के लिए, बीमाकर्ता शीघ्रातिशीघ्र मास्टर पालिसीधारक से समूह के सदस्यों का विवरण प्राप्त करेगा। समूह के सदस्यों का ब्योरा उपलब्ध न होने के लिए किसी दावे को अस्वीकार नहीं किया जाएगा।

III. **काम्बी उत्पाद:** बीमाकर्ता स्वास्थ्य प्लस जीवन काम्बी उत्पाद प्रस्तावित करें।

IV. बीमाकर्ता बीमा परिषदों के साथ निम्नलिखित के लिए प्रयास करें-

क. **अस्पतालों/स्वास्थ्यरक्षा प्रदाताओं का सामान्य पैनल** विद्यमान हो, जिससे नकदीरहित सुविधा का उपयोग कहीं भी किया जा सके;

ख. प्रत्येक विक्रय स्थान, सेवा और दावे के अवसर पर पालिसीधारक के लिए निर्बाध यात्रा उपलब्ध कराएँ;

ग. अधिक तेजी से भुगतान / दावों के निपटान के लिए **राष्ट्रीय स्वास्थ्य दावा केन्द्र (एनएचसीएक्स)** पर अस्पतालों और स्वास्थ्य रक्षा प्रदाताओं को शामिल (आनबोर्ड) करें।

ख. टीपीए के कार्यनिष्पादन की निगरानी

1. बीमाकर्ताओं के पास निम्नलिखित के लिए बोर्ड द्वारा अनुमोदित मानदंड होंगे

क. निम्नलिखित की निगरानी के लिए

- क. टीपीए का कार्यनिष्पादन,
- ख. ग्राहकों की सर्विसिंग
- ग. टीएटीएस और सेवा स्तरीय मानदंड।

किसी भी स्थिति में, टीपीए का पारिश्रमिक टीपीए द्वारा सेवा की गई पालिसियों के उपचित दावा अनुपात (आईसीआर) पर आधारित होगा;

- ख. दावों के निपटान के संबंध में ग्राहकों से प्रतिसूचना (फीडबैक) प्राप्त करने के लिए;
- ग. ग्राहकों की प्रतिसूचना के आधार पर टीपीए को अदा किये गये **पारिश्रमिक/प्रभारों के क्ला-बैक** के लिए। क्ला-बैक की गई राशियाँ आगे ग्राहक को बढ़ाई जाएँ।

2. बीमाकर्ता सुनिश्चित करेंगे कि टीपीए को भुगतान केवल सेवाएँ प्राप्त करने के बाद ही किये जाएँगे तथा टीपीए द्वारा सेवाओं का पूर्णतः निर्वहण संतोषजनक रूप से करने के बाद ही किया जाएँगे।

ग. उत्पाद प्रबंध समिति और विज्ञापन समिति

1. उत्पाद प्रबंध समिति (पीएमसी)

1. पीएमसी सुनिश्चित करेगी:

- क. कि आईआरडीआई (बीमा उत्पाद) विनियम, 2024 के विनियम 6(1)(ख) के अंतर्गत उल्लिखित सभी विषयों का अनुपालन किया जाए;
- ख. सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी किये गये / सूचित किये गये परिपत्रों, मार्गदर्शन, यदि कोई हो, का अनुपालन;
- ग. विक्रय साहित्य में प्रतिबिंबित होनेवाले लाभ, तथा पालिसी दस्तावेज में प्रतिबिंबित होनेवाले निबंधन और शर्तें अनुमोदित अभिकल्प के अनुरूप होंगी।

2. उक्त पीएमसी का गठन सदस्यों के रूप में बीमाकर्ता के नियुक्त बीमांकक (एए), मुख्य विपणन / वितरण अधिकारी, मुख्य निवेश अधिकारी, मुख्य प्रौद्योगिकी अधिकारी, और मुख्य अनुपालन अधिकारी के साथ किया जाएगा। उपर्युक्त के अतिरिक्त, बीमाकर्ता अपने वरिष्ठ प्रबंधन के अन्य सदस्यों को पीएमसी में सदस्यों के रूप में अथवा आमंत्रितियों के रूप में शामिल कर सकता है (आईआरडीआई (बीमा उत्पाद) विनियम, 2024 के 6(1)(ख) के अंतर्गत देखें)।

3. पीएमसी द्वारा उत्पाद के अनुमोदन से पहले उक्त पीएमसी समुचित सावधानी बरतेगी तथा विभिन्न उत्पाद संबंधी जोखिमों (जैसे पूँजीगत अपेक्षाओं, लाभप्रदता, जोखिम-अंकन, पुनर्बीमा आदि से संबंधित जोखिम) पर अपनी सहमति/समाप्ति दर्ज करेगी।
4. पीएमसी के लिए गणपूर्ति (कोरम) नियुक्त बीमांकक के अतिरिक्त तीन सदस्यों की होगी।
5. बीमाकर्ता के सीईओ के पास यह सुनिश्चित करने के लिए एक समग्र दायित्व होगा कि उत्पादों से उत्पन्न होनेवाले जोखिमों को कम करने के लिए एक सुदृढ़ समुचित सावधानी की प्रक्रिया विद्यमान होगी तथा वह संबंधित प्रमाणीकरणों पर प्रतिहस्ताक्षर करेगा।

II. विज्ञापन समिति (एसी):

1. उक्त विज्ञापन समिति (एसी) बीमाकर्ता के प्रत्येक विज्ञापन का अनुमोदन आईआरडीएआई (पालिसीधारकों के हितों का संरक्षण, बीमाकर्ताओं के परिचालन और संबद्ध विषय) विनियम, 2024 और उसके अधीन जारी किये गये मास्टर परिपत्र का अनुपालन करते हुए करेगी।
2. उक्त एसी का गठन न्यूनतम दो प्रबंधन के प्रमुख व्यक्तियों (केएमपी), केएमपी से एक स्तर नीचे के तीन वरिष्ठ प्रबंधन अधिकारियों तथा बीमाकर्ता की पीएमसी से एक स्थायी आमंत्रिती के साथ किया जाएगा (आईआरडीएआई (बीमा उत्पाद) विनियम, 2024 के 6(1)(ग) के अंतर्गत देखें)।
3. उक्त एसी के लिए गणपूर्ति (कोरम) एक केएमपी और पीएमसी से एक स्थायी आमंत्रिती सहित 3 सदस्यों की होगी।

घ. उत्पाद फाइलिंग

I. पीएमसी के पास उत्पाद फाइलिंग प्रक्रिया

1. किसी नये उत्पाद या राइडर या ऐड-आन अथवा किसी वर्तमान वैयक्तिक उत्पाद या राइडर या ऐड-आन के आशोधन का अनुमोदन बीमाकर्ता की उत्पाद प्रबंध समिति (पीएमसी) द्वारा किया जाएगा।
2. बीमाकर्ता उत्पाद का प्रस्तावित नाम, अनुबंध-2 पर दिये गये फार्मेट के अनुसार पीएमसी द्वारा अनुमोदन की तारीख फाइल करेंगे तथा विशिष्ट पहचान संख्या (यूआईएन) प्राप्त करेंगे। तथापि, जीवन बीमाकर्ता जीवन बीमा उत्पादों के लिए लागू प्रक्रिया के अनुसार यूआईएन प्राप्त करें।
3. बीमाकर्ता निम्नलिखित का विवरण अनुरक्षित करेंगे:
 - (क) विनिर्दिष्ट फार्म – आईआरडीएआई – एचआईपी (अनुबंध-3) में वैयक्तिक उत्पाद/राइडर/ऐड-आन।
 - (ख) फार्म आईआरडीएआई – एचएलटी जीआरपी (अनुबंध-4) में सामूहिक उत्पाद (सरकार द्वारा प्रायोजित योजनाओं सहित)।
4. सभी श्रेणियों के उत्पाद, अर्थात् स्वास्थ्य प्लस जीवन काम्बी उत्पाद तथा स्वास्थ्य पैकेज उत्पाद प्रारंभ करने के लिए भी पैरा (1), (2) और (3) में बताई गई प्रक्रिया के अंतर्गत अनुमति दी जाती है।

5. बीमाकर्ता पैरा (1) में विनिर्दिष्ट आशोधन की उचित प्रक्रिया का अनुसरण किये बिना उत्पादों की अंतर्वस्तु में परिवर्तन नहीं करेंगे।
6. किसी वर्तमान उत्पाद के आशोधन का अनुमोदन पीएमसी के द्वारा किया जाएगा। इस परिपत्र के अनुबंध 3 (फार्म – आईआरडीएआई – एचआईपी) पर विनिर्दिष्ट रूप में आवेदन पीएमसी के पास फाइल किया जाएगा।
7. यदि बीमाकर्ता यूआईएन उत्पन्न करने की तारीख से 30 दिन की अवधि के अंदर उत्पाद या आशोधित उत्पाद प्रारंभ नहीं करता, तो बीमाकर्ता से अपेक्षित होगा कि वह उत्पाद या आशोधन के लिए अनुमोदन पीएमसी से नये सिरे से प्राप्त करने के लिए प्रक्रिया का अनुसरण करे।

II. उत्पादों का प्रत्याहरण (विदग्नाल)

1. जहाँ बीमाकर्ता कोई उत्पाद, ऐड-आन, राइडर वापस लेना चाहते हैं, वहाँ इसकी सूचना फार्म आईआरडीएआई-एचपीडब्ल्यू (अनुबंध-5) के अनुसार प्रत्याहरण की तारीख से 30 (तीस) दिन के अंदर दी जाएगी।
2. कोई भी स्वास्थ्य बीमा उत्पाद/ऐड-आन/राइडर वापस लेने का निर्णय पीएमसी द्वारा लिया जाएगा। उत्पाद के प्रत्याहरण के लिए कारण स्पष्ट रूप से प्रलेखीकृत किया जाएगा और पीएमसी के पास फाइल किया जाएगा।
3. पालिसी दस्तावेज में स्पष्ट रूप से उत्पाद/ऐड-आन/राइडर को भविष्य में वापस लेने की संभावना तथा उत्पादों के प्रत्याहरण पर पालिसीधारक को उपलब्ध कराये जानेवाले उपयुक्त विकल्प निर्दिष्ट किये जाएँगे।
4. वापस लिया गया वैयक्तिक स्वास्थ्य बीमा उत्पाद/ऐड-आन/राइडर प्रत्याहरण की तारीख के बाद नये ग्राहकों को प्रस्तावित नहीं किया जाएगा।
5. किसी प्रत्याहरित उत्पाद के वर्तमान ग्राहकों को निम्नलिखित विकल्प दिये जाएँगे:
 - क. वर्तमान उत्पाद का नवीकरण करने के लिए एकबारगी (वन-टाइम) विकल्प, यदि नवीकरण उत्पाद के प्रत्याहरण की तारीख से 90 दिन के अंदर पड़ता हो; अथवा
 - ख. पालिसीधारक की पसंद के अनुसार किसी अन्य उपयुक्त उत्पाद (किसी अन्य वर्तमान उत्पाद या प्रत्याहरित उत्पाद का आशोधित रूप) में अंतरण।
6. एक वर्ष से अधिक अवधि के लिए प्रस्तावित कोई भी वैयक्तिक या सामूहिक स्वास्थ्य बीमा उत्पाद सभी वर्तमान पालिसीधारकों के लिए सहमति-प्राप्त शर्तों पर पूरी पालिसी अवधि के लिए जारी रहेगा।
बशर्ते कि सामूहिक स्वास्थ्य बीमा उत्पाद के मामले में, पीएमसी प्रत्याहरण के लिए दिशानिर्देश लागू करेगी। उक्त दिशानिर्देश अन्य बातों के साथ-साथ प्रत्याहरण के लिए आधार, मास्टर पालिसीधारक के लिए उपलब्ध नोटिस अवधि, मास्टर पालिसीधारक को प्रस्तावित विकल्प, यदि कोई हों, और/या समूह के बीमाकृत सदस्यों का समाधान करेंगे।

7. सभी वितरण माध्यमों को किसी उत्पाद के प्रत्याहरण के बारे में पर्याप्त समय पहले सूचित किया जाएगा।
8. वापस लिये गये किसी उत्पाद के लिए प्राप्त कोई प्रीमियम या जमाराशि, परंतु जहाँ कोई पालिसी जारी नहीं की गई हो, पालिसीधारकों को तत्काल लौटाई जाएगी। पालिसीधारक की विशिष्ट सहमति सहित स्थिति को छोड़कर अन्य स्थितियों में ऐसी धनराशियों का समायोजन किन्हीं अन्य पालिसियों के निर्गम के लिए नहीं किया जाएगा तथा पालिसीधारक की सहमति लिखित में या डिजिटल पद्धति में अभिलिखित की जाएगी।
9. बीमाकर्ता वापस लिये गये उत्पाद के संबंध में जारी किये गये विक्रय साहित्य, प्रास्पेक्टस और प्रचार सामग्री के तत्काल प्रत्याहरण के लिए उपाय भी लागू करेंगे।

अध्याय III: विविध उपबंध

I. निर्योग्यताओं (पीडब्ल्यूडी) से युक्त व्यक्तियों, एचआईवी/एड्स से पीड़ित व्यक्तियों, और मानसिक बीमारी से ग्रस्त व्यक्तियों के लिए आदर्श उत्पाद:

1. सभी साधारण और स्वास्थ्य बीमाकर्ता निम्नलिखित उपबंधों का अनुपालन करते हुए, निर्योग्यताओं से युक्त व्यक्तियों (पीडब्ल्यूडी), एचआईवी/एड्स से पीड़ित व्यक्तियों और मानसिक बीमारी से ग्रस्त व्यक्तियों के लिए एक विशिष्ट कवर प्रस्तावित करेंगे:
 - I. मानसिक स्वास्थ्यरक्षा अधिनियम, 2017 की धारा 21(4);
 - II. निर्योग्यताओं से युक्त व्यक्तियों के अधिकार अधिनियम, 2016 की धारा 3; तथा
 - III. एचआईवी और एड्स (निवारण और नियंत्रण) अधिनियम, 2017 की धारा 3(ज);
2. परिपत्र सं. आईआरडीएआई/एचएलटी/सीआईआर/विविध/58/2/2023 दिनांक 27.02.2023 और सीआईएस के अनुसार उत्पाद के अभिकल्प के लिए न्यूनतम विस्तार और मानदंड निर्धारित करते हुए एक आदर्श उत्पाद अनुबंध 1 पर संलग्न फार्मेट के अनुसार होगा। **बीमाकर्ता उक्त उत्पाद के विस्तार को बढ़ा सकते हैं**, परंतु किसी भी स्थिति में उक्त उत्पाद का विस्तार कम नहीं किया जा सकता।

II. आयुष्मान भारत स्वास्थ्य खाता (आभा) संख्या:

1. "आयुष्मान भारत स्वास्थ्य खाता" (आभा) संख्या डिजिटल तौर पर स्वास्थ्य अभिलेखों तक पहुँचने और उन्हें साझा करने की एक झंझट-रहित पद्धति है। यह सहभागिता करनेवाले स्वास्थ्यरक्षा प्रदाताओं के साथ इंटर-ऐक्शन को समर्थ बनाता है, तथा सत्यापित स्वास्थ्यरक्षा व्यवसायियों और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं से डिजिटल प्रयोगशाला रिपोर्टें, नुस्खे और रोगनिदान निर्बाध रूप से प्राप्त करने की अनुमति देता है।
2. पालिसीधारक की विशिष्ट सहमति के साथ, बीमाकर्ता निर्धारित प्रक्रियाओं के अनुसार आभा संख्या के निर्माण को सुसाध्य बना सकते हैं।

3. इसके अलावा, प्रत्येक दृष्टांत में चिकित्सा अभिलेखों और किसी भी अन्य संबंधित सूचना की साझेदारी करने के लिए पालिसीधारक की सुस्पष्ट सहमति प्राप्त की जाएगी।

III. विवरणियों का प्रस्तुतीकरण:

बीमाकर्ता सक्षम प्राधिकारी द्वारा जारी किये गये विवरणियों के प्रस्तुतीकरण संबंधी मास्टर परिपत्र के उपबंधों के अनुसार प्रीमियम, दावों आदि के संबंध में आवधिक विवरणियाँ प्रस्तुत करेंगे।

IV. दिशानिर्देशों / परिपत्रों का निरसन:

यह परिपत्र अनुबंध-6 में सूचीबद्ध सभी दिशानिर्देशों/परिपत्रों का अधिक्रमण करता है।

Effective date:

- (1) This Master circular shall come into force with immediate effect except for provisions where specific effective date is mentioned.
- (2) The existing products which are not complying with the IRDAI (Insurance Products) Regulations 2024 and this Master Circular shall be modified on or before 30.09.2024. Revision in terms and conditions of the products that are warranted exclusively due to the application of any of the updated provisions contained in this circular or the IRDAI (Insurance Products) Regulations,2024 shall be carried out under the extant UIN, with the approval of Product Management Committee(PMC).

The PMC shall ensure that the benefits such as waiting period, Moratorium period accrued to the credit of the policyholder are protected and carried forward to the new policy issued.

- (3) The Insurer may extend the benefits arising out of the revised regulatory framework to the existing policyholders.

Chapter I: General Information for the Policy Holder/Prospect/Customer:

1)	<p>a. Insurers are required to make available products/add-ons/riders to provide wider choice to the policyholders/prospects catering to</p> <ol style="list-style-type: none">i. all ages;ii. all types of existing medical conditions;iii. pre-existing diseases and chronic conditions;iv. all systems of medicine and treatments including Allopathy, AYUSH and other systems of medicine;v. every situation of treatment including domiciliary hospitalization, outpatient treatment (OPD), Day Care and Homecare treatment;vi. all regions, all occupational categories, persons with disabilities and any other categoriesvii. all types of Hospitals and Health Care Providers to suit the affordability of the policyholders/prospects. Policyholder shall not be denied coverage in case of emergency situations. <p>Note: The above does not imply that the Insurer shall have one product to cater to all of the above</p>
----	--

	<p>b. Insurers shall allow for customization of products by customer by providing the flexibility to choose products/add-ons/riders as per his/her medical conditions/specific needs.</p>
<p>2)</p>	<p><u>Products are available to cover Technological Advancements & Treatments:</u></p> <p>Insurers shall endeavour to cover Technological Advancements and Treatments in their products. Examples of prevalent treatment / procedures that need to be included, and not limited to the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Uterine Artery Embolization and HIFU b. Balloon Sinuplasty c. Deep Brain stimulation d. Oral chemotherapy e. Immunotherapy- Monoclonal Antibody to be given as injection f. Intra vitreal injections g. Robotic surgeries h. Stereotactic radio surgeries i. Bronchial Thermoplasty j. Vaporisation of the prostate (Green laser treatment or holmium laser treatment) k. IONM - (Intra Operative Neuro Monitoring) l. Stem cell therapy: Hematopoietic stem cells for bone marrow transplant for haematological conditions to be covered. m. Any other treatment using advanced technology, as per the product design.
<p>3)</p>	<p><u>Products are to be made available in compliance with various laws:</u></p> <p>Insurers shall offer products in accordance with relevant provisions of the following Laws:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) The Mental Healthcare Act, 2017; b) The Rights of Persons with Disabilities Act, 2016; c) The Surrogacy (Regulation) Act, 2021; d) The Transgender Persons (Protection of Rights) Act, 2019, and e) The HIV and AIDS (Prevention and Control) Act, 2017
<p>4)</p>	<p><u>Customer Information Sheet (CIS):</u></p> <p>CIS is to be provided with every policy in the format as given in Annexure 1. It is a document provided by the Insurer along with the policy document that explains in simple words, basic features of a policy at one place. The CIS shall</p> <ul style="list-style-type: none"> a) be provided to every policyholder in case of both Individual Insurance policy holder as well as a Member of Group Insurance Policy. b) have details like <ul style="list-style-type: none"> i. type of insurance, ii. sum Insured, iii. coverage provided, iv. summary of exclusions which policy does not cover, v. sub-limits (a pre-defined limit above which insurance company will not pay),

	<ul style="list-style-type: none"> vi. deductibles (specified amount upto which an insurance company will not pay any claim/which will be deducted from total claim, if the claim amount is more than the specified amount), vii. waiting period(s) (time period during which specified diseases/ treatments are not covered), and viii. certain important things such as Free Look Period, Policy Renewal, Migration, Portability and Moratorium Period. <p>c) contain information regarding the Claims Procedure, Policy Servicing and Grievance Redressal Mechanism including contact details of Insurance Ombudsman of appropriate jurisdiction.</p> <p>Acknowledgment in physical or digital will have to be obtained from the Policyholder. On request, CIS will be made available in local language.</p>
5)	<p><u>Free Look Period:</u></p> <p>A period of 30 days (from the date of receipt of the policy document) is available to the policyholder to review the terms and conditions of the policy. If he/she is not satisfied with any of the terms and conditions, he/she has the option to cancel his/her policy. This option is available in case of policies with a term of one year or more.</p>
6)	<p><u>Cancellation of indemnity based health insurance policy by the policyholder:</u></p> <p>The policyholder may cancel his/her policy at any time during the term, by giving 7 days notice in writing. The Insurer shall</p> <ul style="list-style-type: none"> a. refund proportionate premium for unexpired policy period, if the term of policy upto one year and there is no claim (s) made during the policy period. b. refund premium for the unexpired policy period, in respect of policies with term more than 1 year and risk coverage for such policy years has not commenced.
7)	<p><u>Nomination:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a. The policyholder shall give his nomination for the purpose of payment of claims. In the event of death of the policyholder, the claim proceeds will be paid to the nominee. b. Nomination can be changed any time during the term of the policy. Insurer shall put in place a simple and seamless procedure for registering and change in nomination in the policy.
8)	<p><u>Grace Period for payment of premium:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) The grace period of fifteen days (where premium is paid on a monthly instalments) and thirty days (where premium is paid in quarterly/half-yearly/annual instalments) is available on the premium due date, to pay the premium. b) If the policy is renewed during grace period, all the credits (sum insured, No Claim Bonus, Specific Waiting periods, waiting periods for pre-existing diseases,

	Moratorium period etc.) accrued under the policy shall be protected. The same is applicable for both Indemnity and Benefit products.
9)	<p><u>Availability of insurance coverage during grace period:</u></p> <p>If the premium is paid in instalments during the policy period, coverage will be available for the grace period also.</p>
10)	<p><u>Renewal of Health Insurance Policy:</u></p> <p>a. A health insurance policy shall be renewable provided the product is not withdrawn, except in case of established fraud or non-disclosure or misrepresentation by the Insured. If the product is withdrawn, the policyholder shall be provided with suitable options to migrate as per the procedure stated under Chapter II of this circular.</p> <p>b. An Insurer shall not deny the renewal on the ground that the policyholder had made a claim (s) in the preceding policy years.</p> <p>c. An Insurer shall not resort to fresh underwriting unless there is an increase in sum insured. In case increase in sum insured is requested by the policyholder, the Insurer may underwrite only to the extent of increased sum insured.</p>
11)	<p><u>Migration in case of Indemnity policies:</u></p> <p>In case of migration of one policy to another with the same Insurer, the policyholder (including all members under family cover and group insurance policies) can transfer the credits gained to the extent of the Sum Insured, No Claim Bonus, Specific Waiting periods, waiting period for pre-existing diseases, Moratorium period etc. in the previous policy to the migrated policy.</p>
12)	<p><u>Portability in case of Indemnity Policies:</u></p> <p>a. A Policyholder has the choice to port his/ her policies from one Insurer to another. The Acquiring and the Existing Insurers shall jointly, ensure that the entire underwriting details and claim history of the Policyholders are seamlessly transferred.</p> <p>b. The existing insurer shall provide the information sought by the Acquiring insurer immediately but not more than 72 hours of receipt of request through Insurance Information Bureau of India (IIB) https://iib.gov.in/ portal.</p> <p>c. The Acquiring insurer shall decide and communicate on the proposal immediately but not more than 5 days of receipt of information from Existing insurer.</p> <p>d. The policyholder is entitled to transfer the credits gained to the extent of the Sum Insured, No Claim Bonus, specific waiting periods, waiting period for pre-existing disease , Moratorium period etc from the Existing Insurer to the Acquiring Insurer in the previous policy.</p>

13)	<p><u>Policy/Claim cannot be contested:</u></p> <p>No policy and claim of health insurance shall be contestable on any grounds of non-disclosure and/or misrepresentation except for established fraud, after the completion of the Moratorium Period, i.e. 60 months of continuous coverage</p> <p>Note :The accrued credits gained under the ported and migrated policies shall be counted for the purpose of calculating the Moratorium period.</p>
14)	<p><u>No Claim Bonus:</u></p> <p>The Insurer may reward the policyholders who do not make claim in the form of No Claim Bonus (NCB). Such NCB shall be paid as per the choice/ express consent of the policyholder in the following forms at the time of every renewal:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cumulative Bonus: Addition in the Sum Insured without an associated increase in premium. <li style="padding-left: 40px;">and/or b) Discount in renewal Premium
15)	<p><u>Approval for Cashless facility:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Every insurer shall strive to achieve 100% cashless claim settlement in a time bound manner. The insurers shall endeavor to ensure that the instances of claims being settled through reimbursement are at bare minimum and only in exceptional circumstances. b. Insurer shall decide on the request for cashless authorization immediately but not more than one hour of receipt of request. Necessary systems and procedures shall be put in place by the Insurer immediately and not later than 31st July, 2024. c. Insurers may arrange for dedicated Help Desks in physical mode at the hospital to deal and assist with the cashless requests. d. Insurers shall also provide pre-authorization to the policyholder through Digital mode.
16)	<p><u>Final authorization for Discharge from the hospital:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Insurer shall grant final authorization within three hours of the receipt of discharge authorization request from the hospital. In no case, the policyholder shall be made to wait to be discharged from the Hospital. b. If there is any delay beyond three hours, the additional amount if any charged by the hospital shall be borne by the insurer from shareholder's fund. c. In the event of the death of the policyholder during the treatment, the insurer shall: <ul style="list-style-type: none"> i. immediately process the request for claim settlement. ii. get the mortal remains (dead body) released from the hospital immediately
17)	<p><u>Settlement of Claims:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a) No claim shall be repudiated without the approval of PMC or a three-member sub-group of PMC called the Claims Review Committee (CRC).

	<p>b) In case, the claim is repudiated or disallowed partially, details shall be conveyed to the claimant along with full details giving reference to the specific terms and conditions of the policy document.</p> <p>c) Pursuant to intimation of the claim, Insurers and Third Party Administrators (TPAs) shall collect the required documents from the Hospitals. Policyholder shall not be required to submit the documents.</p>
18)	<p><u>Claims in respect of multiple Policies held by policyholders:</u></p> <p>a) Indemnity Policies:</p> <p>A policyholder can file for claim settlement as per his/her choice under any policy. The Insurer of that chosen policy shall be treated as the primary Insurer.</p> <p>In case the available coverage under the said policy is less than the admissible claim amount, the primary Insurer shall seek the details of other available policies of the policyholder and shall coordinate with other Insurers to ensure settlement of the balance amount as per the policy conditions, without causing any hassles to the policyholder.</p> <p>b) Benefit based Policies:</p> <p>On occurrence of the insured event, the policyholders can claim from all Insurers under all policies.</p>
19)	<p><u>Redressal of Grievances of the Policyholder:</u></p> <p>The Insurer is required to have robust system of Grievance Redressal Process.</p> <p>The response letter of the Insurer in any grievance shall include the contact details of concerned insurance ombudsmen where his/her complaint can be escalated in case, the policyholder is not satisfied by the grievance redressal provided by the Insurer.</p>
20)	<p><u>Implementation of Ombudsman Award:</u></p> <p>The Insurer is required to comply with the award of the Insurance Ombudsman within 30 days of receipt of award by the Insurer. In case the Insurer does not honour the ombudsman award, a penalty of Rs. 5000/- per day shall be payable to the complainant. Such penalty is in addition to the penal interest liable to be paid by the Insurer under The Insurance Ombudsman Rules, 2017.</p>

The detailed provisions in respect of paras 4,5,7,12,17,18,19 and 20 above will be given in the Master Circular issued under IRDAI (Protection of Policyholders' Interests, Operations and Allied Matters of Insurers) Regulations, 2024.

Chapter II: Broad Requirements to be complied with by the Insurer in Health Insurance Business

A. General Principles

All Insurers shall ensure the following Principles while conducting Health Insurance Business:

I. All the Insurers shall: -

(1) Have in place board approved **underwriting policy**: -

- a. Covering its approach and aspects relating to offering health insurance coverage across all ages and medical conditions in line with Para 1 of Chapter I.
- b. That ensure Ayush treatments at par with the other treatments so as to provide option to the policyholders to choose treatment of their choice.

(2) Have in place board approved policy on quality standards and benchmarks for **empanelment of Hospitals and Health Care Providers**:

- a. striving to provide 100% cashless services to the policyholders. The said policy should enable empanelment of all categories of hospitals considering the affordability of different segments of population
- b. for every situation of treatment including domiciliary hospitalization, outpatient treatment (OPD), Day Care and Homecare treatment;

(3) **Proposal Forms/ Customer Information Sheet (CIS)**

- a. Design the **proposal forms in simple language** and may also provide the proposal form and policy document in the scheduled languages.
- b. Disseminate information about the products to the prospects and policyholders in a transparent manner. Insurers shall mandatorily forward **CIS in the specified format** and obtain acknowledgement of the policyholder.

(4) **Claims Handling and Settlement process:**

- a. Have in place well defined claims handling, claim settlement procedures, turnaround times (TATs) for settlement of claims and policy servicing.
- b. Constitute a **Claims Review Committee (CRC)**: Either the PMC or three-member sub-group of PMC may act as CRC which shall independently take final decision on repudiation of every claim.

(5) **Display on Insurers Website:** Display the following prominently on their website:

- a. List of the following
 - i. hospitals/healthcare service providers with whom they have tie up for cashless claim settlement
 - ii. hospitals/healthcare service providers which are in the list of common network of hospitals as referred at para VI of Chapter 2.
- b. Specifically indicate that if the policyholder avails services in hospitals / healthcare service providers other than the (a) above reimbursement of claim will have to be filed with the Insurer
- c. Procedures to be followed by the policyholder for claim settlement under cashless facility and reimbursement of claims
- d. Turn Around Time for policy servicing, approvals of cashless as well as reimbursement claim settlement
- e. List of products on offer and products withdrawn

(6) **Training:** Provide periodical training to Intermediaries, distribution channels and employees of the Insurers on their products (existing and new), TATs in policy servicing, changes in the regulations etc.

(7) Put in place end to end technology solutions so as to ensure an effective, efficient and a seamless onboarding of policyholders, renewal of policy, policy servicing, grievance redressal and claim settlement process.

II. In order to provide cashless claim settlement from the date of commencement of cover, the Insurer shall obtain the details of members of the group from the master policyholder, at the earliest. No claim shall be denied for non-availability of details of members of the group.

III. **Combi Product:** Insurers may offer Health Plus Life Combi products.

IV. Insurers along with the Insurance Councils may endeavor to -

- a. Have in place **common empanelment of hospitals/healthcare providers**, so that cashless facility can be availed anywhere;
- b. Provide seamless journey to the policyholder at each point of sale, service and claim;
- c. Onboard Hospitals and Health Care Providers on **National Health Claims Exchange (NH CX)** for faster payment/ settlement of claims.

B. Performance Monitoring of TPAs

1. Insurers shall have Board approved criteria
 - a. for monitoring the
 - a. performance of TPAs,
 - b. servicing of the customers,
 - c. TATs and service level parameters.

In no case, the remuneration of TPAs shall depend upon the Incurred Claim Ratio (ICR) of the policies served by the TPAs;

- b. for obtaining feedback from the customers on the settlement of claims;
 - c. for **claw back of remuneration/charges** paid to TPA based on the customer feedback. The clawed back amounts shall be passed to the customer.
2. Insurers shall ensure that the payments are made to the TPAs only after availing the services and upon full discharge of services by the TPA satisfactorily.

C. Product Management Committee and Advertisement Committee

I. Product Management Committee(PMC):

1. The PMC shall ensure:
 - a. that all the matters referred under regulation 6(1)(b) of IRDAI (Insurance Products) Regulations, 2024 are complied with;
 - b. compliance with circulars, guidance, if any, issued / communicated by the Competent Authority;
 - c. that the benefits reflecting in sales literature, terms and conditions reflecting in policy document shall be consistent with the design approved;
2. The PMC shall be constituted with Appointed Actuary (AA), Chief Marketing / Distribution Officer, Chief Investment Officer, Chief Technology Officer, and Chief Compliance Officer of the Insurer as members. In addition to the above, the Insurer may include other members of its senior management in the PMC as members or as invitees (refer under 6(1)(b) of IRDAI (Insurance Products) Regulation, 2024).

3. The PMC shall carry out proper due diligence and record its concurrence/sign off on various product related risks (such as risks related to capital requirements, profitability, underwriting, reinsurance etc.) before approval of the product by PMC.
4. The quorum for the PMC shall be three members in addition to Appointed Actuary
5. The CEO of the Insurer shall have an overall responsibility for ensuring that a robust due diligence process is in place to mitigate risks arising from the products and shall countersign the relevant certifications.

II. The Advertisement Committee (AC):

1. The AC shall approve every advertisement of the Insurer in compliance with the provisions of IRDAI (Protection of Policyholders' Interests, Operations and Allied Matters of Insurers) Regulations, 2024 and Master Circular issued thereunder.
2. The AC shall be constituted with a minimum of two Key Management Persons (KMP), three Senior Management Officials one level below the KMP and a permanent invitee from PMC of the Insurer (refer under 6(1)(c) of IRDAI (Insurance Products) Regulation, 2024).
3. The quorum for the AC shall be 3 members including one KMP and the permanent invitee from PMC

D. Product Filing

I. Product Filing Procedure with PMC

1. Any new product or Rider or Add-on or modification of an existing Individual product or Rider or Add-on shall be approved by the Product Management Committee (PMC) of the Insurer.
2. Insurers shall file the proposed name of the product, date of approval by PMC as per the Format at Annexure-2 and shall obtain the Unique Identification Number (UIN). However, Life insurers may obtain UIN as per the procedure applicable to Life insurance products.
3. Insurers shall maintain details of the
 - (a) individual products /Riders/Add-Ons in the specified Form - IRDAI –HIP (Annexure - 3).
 - (b) Group products (including Government Sponsored Schemes) in the Form IRDAI-HLTGRP (Annexure-4)
4. All categories of the products, namely, Health plus Life Combi Products and Health Package Products are also allowed to be launched under the above procedure stated in paras (1), (2) and (3).
5. Insurers shall not alter the contents of the products without following due process of modification specified under para (1).

6. Modification of an existing product shall be approved by PMC. An Application as specified at Annexure 3 (Form - IRDAI –HIP) of this Circular shall be filed with PMC.
7. If an Insurer does not launch the product or modified product within a period of 30 days from the date of generation of UIN, the Insurer shall be required to undertake the process for obtaining approvals of the product or the modification afresh from the PMC.

II. Withdrawal of Products

1. Where Insurers wish to withdraw any product(s), add-on(s), rider(s), the same shall be informed vide Form IRDAI-HPW (Annexure – 5) within 30 (thirty) days from the date of withdrawal.
2. The decision to withdraw any Health Insurance product /add-on/rider shall be taken by the PMC. The reason for withdrawal of the product shall be clearly documented and filed with the PMC.
3. The Policy document shall clearly indicate the possibility of withdrawal of the product/add-on/rider in future and suitable options that would be made available to the policyholder on withdrawal of the products.
4. A withdrawn Individual Health Insurance product/add-on/rider shall not be offered to new customers after the date of the withdrawal.
5. The existing customers of a withdrawn product shall be provided the following options:
 - a. A one-time option to renew the existing product, if renewal falls within the 90 days from the date of withdrawal of the product; or
 - b. Migrate to any other suitable product (any other existing product or modified version of the withdrawn product) as per the choice of the policyholder
6. Any Individual or Group Health Insurance Product offered with a term exceeding one year, shall be continued on the agreed terms for all the existing policyholders for the entire policy term.

Provided in case of Group Health Insurance Product, the PMC shall put in place guidelines for withdrawal. The guidelines, inter alia, shall address the basis of the withdrawal, the notice period to be made available to the Master Policyholder, options to be offered if any, to the Master Policyholder and/or the insured members of the Group.

7. All the distribution channels shall be informed about the withdrawal of a product well in advance.
8. Any premiums or deposit received towards the product that is withdrawn, but where no policy has been issued, shall be refunded to the policyholders immediately. Such monies shall not be adjusted for issuance of any other policies except with specific consent of the policyholder and the consent of the policyholder shall be recorded in written or digital mode.

9. Insurers shall also put in place measures for immediate withdrawal of sales literature, prospectus and publicity material that is issued in respect of the product withdrawn.

Chapter III: Miscellaneous Provisions

I. Model Product for Persons with Disabilities (PWD), Persons afflicted with HIV/AIDS, and those with Mental Illness:

1. All general and health Insurers shall offer a specific cover for Persons with Disabilities (PWD), persons affected with HIV/AIDS, and those with mental illness in compliance with the following provisions;
 - I. Section 21(4) of The Mental Healthcare Act, 2017;
 - II. Section 3 of The Rights of Persons with Disabilities Act, 2016; and
 - III. Section 3(j) of The HIV and AIDS (Prevention and Control) Act, 2017;
2. A model product setting out the minimum scope and parameters for design of the product is as per Cir. No. IRDAI/HLT/CIR/MISC/58/2/2023 dated 27.02.2023 and the CIS shall be as per the format attached at Annexure 1. **Insurers may widen the scope of the product** but in no case the scope of the product can be narrowed down.

II. Ayushman Bharat Health Account (ABHA) number:

1. *“Ayushman Bharat Health Account” (ABHA) number is a hassle-free method of accessing and sharing health records digitally. It enables interaction with participating healthcare providers, and allows to receive digital lab reports, prescriptions and diagnosis seamlessly from verified healthcare professionals and health service providers.*
2. With specific consent of the policyholder, Insurers may facilitate creation of ABHA number as per procedures laid down.
3. Further, express consent of the policyholder shall be obtained for sharing of medical records and any other related information in every instance.

III. Submission of Returns:

Insurers shall submit periodic returns on Premium, claims etc. as per the provisions of the master circular on submission of returns issued by the Competent Authority.

IV. Repeal of the Guidelines /Circulars:

This Circular supersedes all the Guidelines/Circulars listed in Annexure-6.
