



# भारत का राजपत्र The Gazette of India

असाधारण

EXTRAORDINARY

भाग III—खण्ड 4

PART III—Section 4

प्राधिकार से प्रकाशित

PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 44]

नई दिल्ली, सोमवार, फरवरी 18, 2013/माघ 29, 1934

No. 44]

NEW DELHI, MONDAY, FEBRUARY 18, 2013/MAGHA 29, 1934

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

अधिसूचना

हैदराबाद, 16 फरवरी, 2013

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

(अन्य पक्ष प्रबंधक-स्वास्थ्य सेवाएँ) (पहला संशोधन) विनियमावली, 2013

फा. सं. आईआरडीए/आरईजी/9/67/2013.—बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 का 4) की धारा 14 और धारा 26 के साथ पठित बीमा अधिनियम, 1938 (1938 का 4) की धारा 114ए द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, प्राधिकरण बीमा सलाहकार समिति के साथ परामर्श करने के बाद एतद्द्वारा निम्नलिखित विनियम बनाता है, यथा :-

संक्षिप्त नाम और प्रारंभ

1. (1) ये विनियम बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (अन्य पक्ष प्रबंधक - स्वास्थ्य सेवाएँ) (पहला संशोधन) विनियमावली, 2012 कहलाएँगे।

(2) ये विनियम सरकारी राजपत्र में इनके प्रकाशन की तारीख को प्रभावी होंगे।

2. टीपीए के लाइसेंसिकरण के लिए शर्तें और क्रियाविधि

(ii) विनियम 3(7) निम्नलिखित द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है :

"अन्य पक्ष प्रबंधक (टीपीए) अपनी प्रदत्त श्रेय पूंजी के 5 प्रतिशत से अधिक श्रेयधारिता में परिवर्तन के लिए प्राधिकरण के पूर्व अनुमोदन की माँग करेगा चाहे उक्त परिवर्तन नये अथवा वर्तमान श्रेयधारकों को मौजूदा श्रेयों के अंतरण के रूप में हो अथवा श्रेयों के नये निर्गम के तौर पर हो। इस प्रकार के परिवर्तन के अनुमोदन के लिए आवेदन टीपीए द्वारा प्राधिकरण को फार्म टीपीए-5 में किया जाएगा। सभी टीपीए द्वारा फार्म टीपीए-5अ में एक विवरणी अपनी श्रेयधारिता का स्वरूप निर्दिष्ट करते हुए प्रत्येक तिमाही की समाप्ति से 30 दिन के भीतर दाखिल की जाएगी।"

स्पष्टीकरण- उस उप-विनियम के प्रयोजन के लिए "कार्यशील पूंजी" का अर्थ संगणना की तारीख को चालू परिसंपत्तियों और चालू देयताओं के कुल योग के बीच का अंतर है।

(iii) विनियम 8(1) के बाद निम्नलिखित विनियम निम्नानुसार निविष्ट किये जाते हैं

"8 (1अ) प्रत्येक टीपीए नये मुख्य कार्यपालक अधिकारी अथवा मुख्य प्रशासनिक अधिकारी अथवा निदेशक की नियुक्ति की सूचना प्राधिकरण को फार्म टीपीए-6 में नियुक्ति की तारीख से 30 दिन के भीतर देगा।

8 (1आ) प्रत्येक टीपीए शाखाएँ प्रारंभ करने और बंद करने अथवा पंजीकृत या शाखा कार्यालय के परिवर्तन की सूचना इन विनियमों के साथ संलग्न फार्म टीपीए-7 में परिवर्तन की तारीख से 15 दिन के भीतर देगा।"

(iv) विनियम 11(4) के बाद एक नया विनियम

11(5) निम्नानुसार निविष्ट किया जाता है

11(5) जहाँ प्राधिकरण टीपीए के रूप में कार्य करने के लिए आवेदक के लाइसेंस का नवीकरण करने का निर्णय करता है, वहाँ प्राधिकरण इसे इन विनियमों के साथ संलग्न फार्म टीपीए-2अ में जारी करेगा।

लाइसेंस की अनुलिपि (डुप्लिकेट) जारी करने के लिए आवेदन

(v) विनियम 12 निम्नलिखित द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है :

"जहाँ प्राधिकरण द्वारा प्रदत्त लाइसेंस खो जाता है अथवा कटा-फटा है, वहाँ प्राधिकरण टीपीए द्वारा फार्म टीपीए-8 में प्रस्तुत आवेदन के साथ रु. 1000 (एक हजार रुपये मात्र) का भुगतान किये जाने पर लाइसेंस की अनुलिपि (डुप्लिकेट) जारी कर सकता है।"

विविध उपबंध

(vi) विनियम 24(2) के बाद एक नया विनियम 24 (2अ)

निम्नानुसार निविष्ट किया जाता है

"टीपीए प्रत्येक महीने की समाप्ति से 15 दिन के भीतर फार्म टीपीए 4 (7अ) में दावों के डेटा से संबंधित मासिक सूचना दाखिल करेगा।"

(vii) लाइसेंस प्रदान करने के लिए आवेदन का फार्म टीपीए-1 हटाया जाता है तथा संलग्न फार्म टीपीए-1 द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है।

(viii) फार्म टीपीए-3 लाइसेंस हटाया जाता है तथा संलग्न फार्म टीपीए-3 द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है।

(ix) फार्म 4(1) हटाया जाता है तथा संलग्न फार्म टीपीए-4(1) द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है।

(x) फार्म 4(2) हटाया जाता है तथा संलग्न फार्म टीपीए-4(2) द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है।

(xi) फार्म 4(7) हटाया जाता है तथा संलग्न फार्म टीपीए-4(7) द्वारा प्रतिस्थापित किया जाता है।

जे. हरि नारायण, अध्यक्ष

[विज्ञापन III/4/161/12/असा.]

फार्म टीपीए 1

जब कभी आवश्यक हो

## लाइसेंस प्रदान करने के लिए आवेदन

प्रयोजन और आवृत्ति

यह फार्म नये लाइसेंस हेतु आवेदन करने के लिए टीपीए द्वारा प्रस्तुत किया जाता है। यह फार्म आईआरडीए को प्रस्तुत किया जाता है।

यह फार्म अभिनिर्धारित अंतरालों के आधार पर कुछ अतिरिक्त सूचना के साथ वर्तमान टीपीए 1 फार्म के आधार पर पुनः बनाया गया है।

यह फार्म जब कभी नये टीपीए लाइसेंस के लिए कंपनियों आवेदन करती हैं तब प्रयुक्त किया जाता है।

## बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

1. आवेदक का विवरण

i. आवेदक का नाम

ii. पते का विवरण, कंपनी का पंजीकृत कार्यालय

पता 1:

पता 2:

पता 3:

पिन कोड :

जिला :

राज्य :

देश :

नगर/शहर/गाँव :

iii. संपर्क का विवरण

फोन 1 :

फोन 2 :

फैक्स :

ई-मेल :

वैकल्पिक ई-मेल :

2. आवेदक कंपनी का विवरण

क) कंपनी के रूप में संस्थापन की तारीख : (दिन-माह-वर्ष)

ख) पंजीकरण संख्या :

ग) पूंजी संरचना :

विवरण	
ब्योरा	
प्राधिकृत पूंजी	
चुकता पूंजी	

निर्गत शेयर विवरण

नाम	शेयरों की संख्या	सुस्पष्ट संख्याएँ	अंकित मूल्य	कुल राशि

घ) विदेशी प्रवर्तकों द्वारा शेयरधारिता की सीमा

नाम	शेयरों की संख्या	सुस्पष्ट संख्याएँ	अंकित मूल्य	कुल राशि

ङ) ज्ञापन (मेमोरैण्डम) और संस्था के अंतर्नियमों (एओए) की प्रमाणित प्रतिलिपियाँ

ज्ञापन (मेमोरैण्डम)

संस्था के अंतर्नियम (एओए)

साउज करे  
साउज करे



## 4. सीईओ और सीएओ का विवरण

- i. नाम :
- ii. जन्मतिथि : (दिन-माह-वर्ष)
- iii. जन्मस्थान :
- iv. पता और संपर्क का विवरण :
- पता 1 :
- पता 2 :
- पता 3 :
- पिन कोड :
- नगर/शहर/गाँव :
- जिला :
- राज्य :
- देश :
- टेलीफोन संख्या :
- फैक्स संख्या :
- ई-मेल :

## v. पासपोर्ट / पहचान-पत्र संख्या :

जारी करने की तारीख : (दिन-माह-वर्ष)

जारी करने का स्थान :

समाप्त होने की तारीख : (दिन-माह-वर्ष)

जारीकर्ता प्राधिकारी :

## ड. रोजगार विवरण पूर्ववृत्त

नाम	पदनाम	अनुपव	दायित्व	अवधि

पता 2 :  
पता 3 :  
पिन कोड :  
नगर/शहर/गाँव :  
जिला :  
राज्य :  
देश :

ग) चिकित्सकीय योग्यता

पाठ्यक्रम का नाम	संस्थान का नाम	पंजीकरण का ब्योरा	पाठ्यक्रम की अवधि	उत्तीर्ण करने का वर्ष	उपाधि प्रमाणपत्र

6. प्रस्तावित विभिन्न सेवाओं के लिए आवेदक कंपनी के द्वारा प्रभारित किये जानेवाले प्रस्तावित शुल्क और लागतों की अनुसूची  
(कृपया ब्योरा प्रस्तुत करें)

शुल्क की अनुसूची	प्रभारित किया जानेवाला शुल्क	शुल्क की दर	शुल्क संग्राने के लिए विशिष्ट सेवाएँ

7. घोषणा

क) मैं नाबालिग नहीं हूँ।

ख) मैं सक्षम क्षेत्रधिकार के न्यायालय द्वारा आपराधिक दुर्विनियोजन अथवा आपराधिक विश्वासघात अथवा धोखेबाजी अथवा जालसाजी अथवा कोई भी अपराध करने के लिए अप्रैप्रेत करने अथवा प्रयास करने का दोषी नहीं पाया गया हूँ/पायी गई हूँ।

ग) मैं सक्षम क्षेत्रधिकार के न्यायालय द्वारा शिक्षित नहीं पाया गया हूँ/पायी गई हूँ।

घ) मैं बेईमानी से किसी भी बोखबखड़ी में जानबूझकर भागीदारी करने अथवा गुप्त रूप से सहयोग देने अथवा किसी भी बोभाफृत व्यक्ति अथवा बीभाकर्ता के विरुद्ध गालतबयानी करने का/की दोषी नहीं पाया गया हूँ/पायी गई हूँ।

ङ) मेरे पास बीभा विनियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट रूप में अपेक्षित योग्यताएँ और ब्यावहारिक प्रशिक्षण है।

च) मैंने बीभा विनियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा यथाविनिर्दिष्ट परीक्षाएँ उत्तीर्ण की हैं।

छ) मैंने बीभा विनियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट आचरण-संहिता का उल्लंघन नहीं किया है।

## ब. शैक्षिक योग्यता का विवरण

संस्थान का नाम	विश्वविद्यालय संबद्धता	पंजीयन सं./ उपधि विवरण	कार्यक्रम विवरण	अध्ययन कार्य वर्ष पाठ्यक्रम का नाम	पाठ्यक्रम की अवधि	उत्तीर्ण करने का वर्ष	अंक

## छ. भारतीय बीमा संस्थान द्वारा संचालित असोसिएटशिप/फेलोशिप परीक्षा का विवरण

संस्थान का नाम	पंजीकरण का ब्योरा	उत्तीर्ण करने का वर्ष	प्राप्त अंक	भारतीय बीमा संस्थान द्वारा जारी लाइसेंसिएटशिप/असोसिएट/फेलो प्रमाणपत्र संख्या

## ज. स्वास्थ्य प्रबंधक के क्षेत्र में प्राप्त व्यावहारिक प्रशिक्षण का विवरण

संस्थान का नाम	पंजीकरण का ब्योरा	प्रशिक्षण की अवधि	प्रशिक्षण प्राप्त करने का वर्ष	जारी किया गया प्रमाणपत्र

## 5. चिकित्सक का विवरण जिसके साथ टीपीए की संबद्धता है :

क) चिकित्सक का नाम :

ख) पते का ब्योरा :

पता 1 :



ज) मैं प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मैंने उपर्युक्त प्रश्नों का सत्यनिष्ठा से और पूर्णतः उत्तर दिया है तथा ऐसी समस्त सूचना प्रस्तुत की है जो मेरे लाइसेंस के प्रयोजन के लिए उचित रूप से संगत मानी जा सकती है।

झ) मैं घोषित करता हूँ/करती हूँ कि आवेदनपत्र में प्रस्तुत की गई सूचना संपूर्ण और सही है।

के लिए और उनकी ओर से

निदेशक 1 के डिजिटल हस्ताक्षर :

निदेशक 1 का नाम :

निदेशक 1 की उपाधि/पदनाम :

निदेशक 2 के डिजिटल हस्ताक्षर :

निदेशक 2 का नाम :

निदेशक 2 की उपाधि/पदनाम :

दिनांक :

<p>टीपीए 2ए फॉर्म लाइसेंस नवीकरण के लिए प्रमाणपत्र (आईआरडीए द्वारा प्रदान किया गया)</p>	जब कभी														
<p>अंतर और आवेदन बंद फॉर्म आईआरडीए द्वारा टीपीए के लिए लाइसेंस के नवीकरण की एक प्रतीक के रूप में प्रदान किया जाता है। इस प्रपत्र की अवधि के रूप में और जब आईआरडीए अनुदान टीपीए लाइसेंस</p>															
टीपीए-2ए फॉर्म															
<p>लाइसेंस सख्या</p>															
<p>1. प्राधिकरण पर आज, दिनांक का प्रयोग करते हुए यह पत्र/व्यापार के लाइसेंस नवीनीकरण करता है</p>														<p>.....तृतीय पक्ष प्रशासक के रूप में कार्य करने के लिये</p>	
<p>2. यह लाइसेंस से मान्य हीमा</p>														<p>एम    डी    एम    एम    डी    डी    एम    एम    डी    डी    एम    एम</p>	<p>तक    वर्ष    वर्ष    वर्ष    वर्ष    वर्ष    वर्ष    वर्ष    वर्ष    वर्ष    वर्ष    वर्ष</p>
<p>4. यह लाइसेंस बीमा विनियमक और विकास प्राधिकरण अधिनियम 1999 (1999 के 4), बीमा अधिनियम 1938 (1938 का 4) और बीमा विनियमक और विकास प्राधिकरण (तृतीय पक्ष के रूप में प्रशासक) विनियम, 2001 के अधिनियम है और में नहीं लगाया जाएगा अनुपालन के साथ या किसी अन्य अधिनियम, नियमों और विनियमों के अन्वय में या कि अनुपालन में अर्थ नहीं लगाया जाएगा।</p>															
<p>जगह / स्थान</p>															
<p>संशोध</p>															<p>बीमा विनियमक और विकास प्राधिकरण की ओर से और के लिये</p>





ब्राउज करें  
ब्राउज करें

च) ज्ञापन (मेमोरैण्डम) और एओए की प्रमाणित प्रतिलिपियाँ

ज्ञापन (मेमोरैण्डम)

संस्था के अंतर्नियम (एओए)

छ) प्रवर्तकों के नाम और उनकी गतिविधियाँ

नाम	पता	योग्यता	अनुभव	वर्तमान व्यवसाय	टिप्पणी

3. निदेशकों का विवरण

निदेशक का नाम	आयु	पता	अन्य निदेशन	मोबाइल	ई-मेल	योग्यता

4. सीईओ और सीएओ का विवरण

क. नाम :

ख. जन्मतिथि : (दिन-माह-वर्ष)

ग. जन्मस्थान :

घ. पता और संपर्क का विवरण :

पता 1 :

पता 2 :

655 2T/12-11




6. विलंब से प्रस्तुत करने की स्थिति में कृपया विलंब के लिए कारण लिखें।

#### 7. घोषणा

क) मैं नाबालिग नहीं हूँ।

ख) मैं सक्षम क्षेत्राधिकार के न्यायालय द्वारा आपराधिक दुर्विनियोजन अथवा आपराधिक विश्वासघात अथवा धोखेबाजी अथवा जालसाजी अथवा कोई भी अपराध करने के लिए अवप्रेरित करने अथवा प्रयास करने का/की दोषी नहीं पाया गया हूँ/पायी गई हूँ।

ग) मैं सक्षम क्षेत्राधिकार के न्यायालय द्वारा शिक्षित नहीं पाया गया हूँ/पायी गई हूँ।

घ) मैं बेईमानी से किसी भी धोखाधड़ी में जानबूझकर भागीदारी करने अथवा गुप्त रूप से सहयोग देने अथवा किसी भी बीमाकृत व्यक्ति अथवा बीमाकर्ता के विरुद्ध गलतबयानी करने का/की दोषी नहीं पाया गया हूँ/पायी गई हूँ।

ङ) मेरे पास बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट रूप में अपेक्षित योग्यताएँ और व्यावहारिक प्रशिक्षण है।

च) मैंने बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा यथाविनिर्दिष्ट परीक्षाएँ उत्तीर्ण की हैं।

छ) मैंने बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट आचरण-संहिता का उल्लंघन नहीं किया है।

ज) मैं प्रमाणित करता हूँ/करती हूँ कि मैंने उपर्युक्त प्रश्नों का सत्यनिष्ठा से और पूर्णतः उत्तर दिया है तथा ऐसी समस्त सूचना प्रस्तुत की है जो मेरे लाइसेंस के प्रयोजन के लिए उचित रूप से संगत मानी जा सकती है।

झ) मैं घोषित करता हूँ/करती हूँ कि आवेदनपत्र में प्रस्तुत की गई सूचना संपूर्ण और सही है।

के लिए और उनकी ओर से

निदेशक 1 के डिजिटल हस्ताक्षर :

निदेशक 1 का नाम :

निदेशक 1 की उपाधि/पदनाम :

निदेशक 2 के डिजिटल हस्ताक्षर :

निदेशक 2 का नाम :

निदेशक 2 की उपाधि/पदनाम :

दिनांक :

ज. भारतीय बीमा संस्थान द्वारा संचालित असोसिएटशिप/फेलोशिप परीक्षा का विवरण			
संस्थान का नाम	पंजीकरण का ब्योरा	उत्तीर्ण करने का वर्ष	प्राप्त अंक
			बीमा संस्थान द्वारा जारी लाइसेंसिएटशिप/असोसिएट/फेलो प्रमाणपत्र संख्या

झ. स्वास्थ्य प्रबंधक के क्षेत्र में प्राप्त व्यावहारिक प्रशिक्षण का विवरण

संस्थान का नाम	पंजीकरण का ब्योरा	प्रशिक्षण की अवधि	प्रशिक्षण प्राप्त करने का वर्ष	जारी किया गया प्रमाणपत्र

5. चिकित्सक का विवरण जिसके साथ टीपीए की संबद्धता है :

क) चिकित्सक का नाम :

ख) पते का ब्योरा :

पता 1 :

पता 2 :

पता 3 :

पिन कोड :

नगर/शहर/गाँव :

जिला :

राज्य :

देश :

ग) चिकित्सकीय योग्यता

पाठ्यक्रम का नाम	संस्थान का नाम	पंजीकरण का ब्योरा	पाठ्यक्रम की अवधि	उत्तीर्ण करने का वर्ष	उपाधि प्रमाणपत्र संख्या



मुख्य कार्यपालक अधिकारियों (सीईओ) का विवरण

#	सीईओ का नाम	आयु	पता	सीईओ के रूप में कार्य ग्रहण करने की तारीख	अर्हता	सीईओ के रूप में निर्गम की तारीख	टेलीफोन सं.	ई-मेल
	संभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ

मुख्य प्रशासन अधिकारियों (सीएओ) का विवरण

#	सीएओ का नाम	आयु	पता	सीएओ के रूप में कार्य ग्रहण करने की तारीख	अर्हता	सीएओ के रूप में निर्गम की तारीख	टेलीफोन सं.	ई-मेल
	संभ कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ

लेखा-परीक्षकों का विवरण

#	विवरण	लेखा-परीक्षक का नाम	पता	नियुक्ति की तारीख	टिप्पणी	टेलीफोन सं.	ई-मेल
1	आंतरिक लेखा-परीक्षक						
2	सांविधिक लेखा-परीक्षक						

## टीपीए के प्रशासनिक विन्यास का विवरण

प्रयोजन और आवृत्ति

यह विवरण टीपीए के वर्तमान प्रशासनिक विन्यास का अभिग्रहण करती है। इस फार्म में निदेशको, सीईओ और सीएओ से संबंधित डेटा सम्मिलित है।

आईआरडीए (टीपीए) विनियमन फार्म 4(1) में की गई अपेक्षानुसार इस फार्म से संगृहीत डेटा का उपयोग टीपीए के प्रशासनिक विन्यास में होनेवाले परिवर्तनों पर दृष्टि रखने

के लिए किया जाएगा।

इस विवरण की आवृत्ति वार्षिक है।

फिल्टर और मानदंड

वर्ष

टीपीए का नाम

## निदेशको का विवरण

#	निदेशक का नाम	आयु	पता	निदेशक के रूप में कार्य ग्रहण करने की तारीख	अन्य निदेशन	निदेशक के रूप में निर्गम की तारीख	टेलीफोन संख्या	ई-मेल
	रक्षक कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ

विवरण टीपीए 4(2)

**वार्षिक**

### टीपीए संविदा विवरण

प्रयोजन और आवृत्ति

यह विवरणी आईआरडीए (टीपीए) विनियमन फार्म 4(2) की अपेक्षानुसार पिछले वर्ष के दौरान प्रसंस्कृत दावों से संबंधित डेटा सहित बीमाकर्तार्यों और अस्मितालों/डॉक्टरों के साथ टीपीए की संविदाओं संबंधी डेटा का अभिग्रहण करती है।  
इस विवरणी की आवृत्ति वार्षिक है।

फिल्टर और मानदंड

वर्ष	टीपीए का नाम
------	--------------

संविदा विवरण

राशि भारतीय रुपयों में

#	बीमाकर्ता का नाम	संविदा के प्रारंभ की तारीख	संविदा की शैलता	प्रदत्त प्रीमियम	सेवाप्रदत्त जीवनों की संख्या	पारिश्रमिक आधार	पारिश्रमिक राशि	प्रदत्त सेवा का स्वरूप	वर्ष के दौरान टीपीए द्वारा प्रसंस्कृत दावों की संख्या	वर्ष के अंत में टीपीए के पास लंबित दावों की संख्या	उदाहरणों की संख्या जब फ्लोट की पुनःपुति 7 दिन से आगे की गई
	स्वयं कूट	क	ख	ग	घ	ङ	च	छ	ज	झ	ञ
						प्रतिशत आधार एक समान दर खंड दर					





## अन्य पक्ष प्रबंधकों (टीपीए) के लिए दावों का डेटा

प्रयोजन और आवृत्ति

यह विवरणी टीपीए के लिए दावों का डेटा प्राप्त करती है। यह फार्म पॉलिसीधारकों से दावों, अस्पतालों से दावों और समग्र स्तर पर दावों का अभिग्रहण करता है।

यह फार्म टीपीए वार्षिक रिपोर्ट में वर्तमान दावा डेटा संग्रहण फार्म के आधार पर पुनः बनाया गया है।

नया फार्म आईआरडीए (टीपीए) विनियमन फार्म 4(7) की अपेक्षानुसार टीपीए के लिए दावों के डेटा के बारे में अधिक विस्तृत स्तरीय सूचना का अभिग्रहण करता है।

इस विवरणी की आवृत्ति मासिक है।

फिल्टर और मानदंड

वर्ष	महीना
टीपीए	बीमाकर्ता

एसे उदाहरणों की संख्या जब निर्गम (प्लोट) की पुनः पूर्ति 7 दिन से आगे की गई

#	विवरण	नकदी-रहित दावे		प्रतिपूर्ति		लाभ-आधारित दावों की राशि		कुल दावों की राशि	
		दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि
		क	ख	क	ख	क	ख	क	ख
1	महीने के प्रारंभ में लंबित दावे	संश्लेष कृत							
2	महीने के दौरान पंजीकृत नये दावे								
3	पूर्णतः निपटाया गया और सरकारी अस्पताल द्वारा सेवा प्रदत्त दावा								
4	पूर्णतः निपटाया गया और निजी अस्पताल द्वारा सेवा प्रदत्त दावा								
5	अंशतः निपटाये गये दावे								
6	अस्वीकृत दावे								
7	अन्य कारणों से बंद किये गये दावे								
8	पुनः प्रारंभ किये गये दावे								
9	महीने के अंत में लंबित दावे								

राशि भारतीय रुपयों में

लंबित दावों की समय-स्थिति\*

#	विवरण	नकदी-रहित		प्रतिपूर्ति		लाभ-आधारित		कुल	
		दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि
	संभ्र कूट	क	ख	क	ख	क	ख	क	ख
1	1 महीने से कम अवधि के लिए लंबित दावे								
2	1-3 महीने के लिए लंबित दावे								
3	3-6 महीने के लिए लंबित दावे								
4	6-12 महीने के लिए लंबित दावे								
5	1-2 वर्ष के लिए लंबित दावे								
6	2 वर्ष से अधिक अवधि के लिए लंबित दावे								

\*पहली सूचना की तारीख से संगणित

निपटारे गये दावों की समय-स्थिति\*\*

#	विवरण	नकदी-रहित		प्रतिपूर्ति		लाभ-आधारित		कुल	
		दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि
	संभ्र कूट	क	ख	क	ख	क	ख	क	ख
1	एक महीने से कम समय में निपटारे गये दावे								
2	2-3 महीने के अंदर निपटारे गये दावे								
3	3-6 महीने के अंदर निपटारे गये दावे								
4	6-12 महीने के अंदर निपटारे गये दावे								
5	1-2 वर्ष के अंदर निपटारे गये दावे								
6	2 वर्ष से अधिक समय में निपटारे गये दावे								

\*\*अंतिम अपेक्षा की प्राप्ति की तारीख से संगणित

अस्वीकृत दावों की समय-स्थिति\*\*\*

#	विवरण	नकदी-रहित		प्रतिपूर्ति		लाभ-आधारित		कुल	
		दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि
	संभ्र कूट	क	ख	क	ख	क	ख	क	ख
1	एक महीने से कम समय में अस्वीकृत								







पत्र संख्या नए संकेत, संकाय और निर्देशकों की निर्देश के लिए आदेश नया पत्राचार	उद्देश्य और अनुक्ति	जब कभी	अनु	वर्ग	संकाय नं.	संकाय नं.	संकाय नं.	संकाय नं.
<p>यह पत्र संकाय नं. 10000 के अंतर्गत आता है और नए संकेत, संकाय और निर्देशकों की निर्देश के लिए आदेश के अंतर्गत आता है। यह पत्र संकाय नं. 10000 के अंतर्गत आता है।</p>								
<p><b>1. निर्देशकों का विवरण</b></p> <p>निर्देशक का नाम</p>								
<p><b>2. संकेतों एवं संकायों का नाम विवरण</b></p> <p>1. नाम</p>								
<p>2. संकाय संकेत</p>								
<p>3. संकाय संकाय</p>								
<p>4. पत्र और संकाय विवरण</p>								
<p>पत्र 1</p>								
<p>पत्र 2</p>								
<p>पत्र 3</p>								
<p>पत्र संकेत</p>								
<p>संकाय / संकाय / संकाय</p>								
<p>संकाय</p>								
<p>संकाय</p>								
<p>संकाय संकाय</p>								

<p>आवृत्ति/पुनरावृत्ति</p>	<p>वर्ष</p>	<p>जारी करने की तारीख</p>	<p>जारी करने की तारीख</p>	<p>आवृत्ति के तारीख</p>	<p>अवधि/प्रतिवर्ष</p>	<p>ई. संवत्सर के विवरण प्रकाशित</p>	<p>नाम</p>	<p>व्यक्ति</p>
<p>वैधानिक अंगण का विवरण</p>								
<p>संरचना का नाम</p>								
<p>भारतीय शैला संरचना द्वारा पब्लिशिंग / क्राफ्टिंग आर्थिक परिषद का विवरण</p>								
<p>संरचना का नाम</p>								
<p>संरचना के नाम के तहत</p>								
<p>संरचना के नाम के तहत</p>								
<p>संरचना के नाम के तहत</p>								









## INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY

## NOTIFICATION

Hyderabad, the 16th February, 2013

**Insurance Regulatory and Development Authority  
(Third Party Administrators-Health Services) (First Amendment) Regulations, 2013**

**F. No. IRDA/Reg./9/67/2013.**—In exercise of the powers conferred by section 114A of the Insurance Act, 1938 (4 of 1938) read with sections 14 and 26 of the Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999 (4 of 1999), the Authority in consultation with the Insurance Advisory Committee, hereby makes the following regulations, namely:-

**Short title and commencement**

1. (1) These regulations may be called the Insurance Regulatory and Development Authority (Third Party Administrators –Health Services) (First Amendment) Regulations, 2012

(2) They shall come into force on the date of their publication in the Official Gazette.

**2. Conditions and Procedure for licensing of TPA**

(ii) Reg. 3(7) is substituted by the following:

*“A TPA shall seek prior approval of the Authority for change in the shareholding exceeding 5% of its paid-up share capital, whether by way of transfer of existing shares or by way of fresh issue of shares to either new or existing shareholders. The application for approval of such change shall be made by the TPA to the Authority in form TPA-5. A return in form TPA-5A shall be filed by all the TPAs within 30 days of the end of each quarter, indicating the details of their shareholding pattern”.*

Explanation- For the purpose of this sub-regulation “working capital” means the difference between the aggregate of the current assets and current liabilities as on the date of reckoning.

(iii) the following Regulations are inserted after Regulation 8(1) as under

*“8 (1A) Every TPA shall intimate the appointment of a new Chief Executive Officer or Chief Administrative Officer or Director to the Authority in the form TPA-6 within 30 days of the date of the appointment.*

*(8(1B) Every TPA shall intimate the opening and closing of the branches or change of registered or branch office within 15 days from the date of change in form TPA-7 appended to these Regulations.”*

(iv) A new Regulation 11 (5) is inserted after Regulation 11(4) as under

11(5) Where the Authority decides to renew the license of the applicant to act as TPA, it shall issue the same in Form TPA-2A appended to these regulations.

**Application for issue of a duplicate license**

(v) Regulation 12 is substituted by the following:

*“Where a licence granted by the Authority is lost or mutilated, the Authority may issue a duplicate licence on payment of Rs. 1000 (Rupees One Thousand Only) accompanied by an application in form TPA-8 made by the TPA.”*

**MISCELLANEOUS PROVISIONS**

(vi) A new regulation 24 (2A) is inserted after regulation 24 (2) as under

*“TPA shall file monthly information relating to Claims DATA in Form TPA 4 (7A) within 15 days from end of each month.”*





Name	No of Shares	Subscription Date	Face Value	Total Amount

e) Certified copies of Memorandum and AOA

Memorandum

AOA

f) Name and activities of the promoters

Name	Address	Qualification	Experience	Present Occupation	Remarks

g) Current Business Activity

h) Any Past history of application for licence

Application No.

Date of Submission  -  -

Status of application

Reason

3. Details of Directors

Name of director	Age	Address	Doctor?	Registration No.	Other Over/forfeign	Mobil e NO	E mail	Qualification

4. Details of CEO & CAO

I. Name

II. Date of Birth  -  -

III. Place of Birth

IV. Address & Contact Details

Address 1

Address 2

Address 3

Pincode

City/Town/Village

District

State

Country

Telephone no

Fax No

e mail

v. Passport/ Identity Card

No.

Date of Issue  -  -

Place of Issue

Date of Expiry  -  -



7. Declaration

- a) I am not a minor
- b) I have not been found guilty of criminal misappropriation or criminal breach of trust or cheating or forgery or an abetment of or attempting to commit any offence by a court of competent jurisdiction
- c) I have not been found to be unsound mind by a court of competent jurisdiction
- d) I have not been found guilty of or knowingly participated in or connived at any fraud dishonestly or misrepresentation against an insured or an insurer
- e) I possess requisite qualifications and practical training as specified by Insurance Regulatory and Development Authority
- f) I have passed such examinations as specified by Insurance Regulatory and Development Authority
- g) I have not violated the code of conduct specified by Insurance Regulatory and Development Authority
- h) I warrant that I have truthfully and fully answered the questions above and provided all the information which might reasonably be considered relevant for the purpose of my license
- i) I declare that the information supplied in the application form is complete and correct

For the behalf of

Digital signature of Director 1 \_\_\_\_\_

Name of the Director 1 \_\_\_\_\_

Title/Designation of Director 1 \_\_\_\_\_

Digital signature of Director 2 \_\_\_\_\_

Name of the Director 2 \_\_\_\_\_

Title/Designation of Director 2 \_\_\_\_\_

Date 

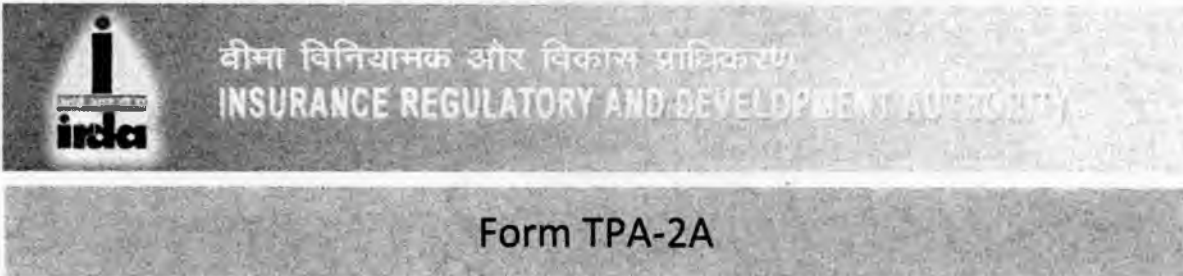
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

*Form TPA-2A As and When*

## Certificate of Renewal of License (provided by IRDA)

**Purpose and frequency**

This form is provided by IRDA as an acknowledgement of the renewal of license to TPAs.  
 The frequency of this form is as and when IRDA grants TPA license.



License No.

1. In exercise of the powers enjoined on the Authority, it hereby renews the license of .....  
 ..... to act as Third Party Administrator.

2. This License shall be valid from 

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 to 

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

4. This license is subject to the Insurance Regulatory and Development Authority, Act 1999 (4 of 1999), Insurance Act 1938 (4 of 1938) and Insurance Regulatory and Development Authority (Third Party Administrator) Regulations, 2001 and shall not be construed to be in compliance with or in conformity to any other Act, rules and regulations.

Place

Date 

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_  
 For and on behalf of Insurance Regulatory and  
 Development Authority

Form TPA 3

As and When

**Application for renewal of license (To be furnished by TPAs)**

**Purpose and frequency**

This form is submitted by TPAs for renewing the license.  
 This form is a recreation of existing TPA-3 form.  
 The frequency of this form is as and when TPAs apply for renewing license.



बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण  
**INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY**

**Application for Renewal of License**

Amount in INR

**1. Particulars of applicants**

i. Name of applicant

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ii. Address details

Address 1																				
Address 2																				
Address 3																				
Pin Code					City/Town/Village															
District																				
State	Andhra Pradesh																			
Country																				

iii. Contact Details

Phone 1			-			-													
Phone 2			-			-													
Fax			-			-													
e-mail																			
alternate e-mail																			

**2. Details of applicants company**

a) TPA License No. 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

b) Date of license 

D	B	-	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---

c) Date of Expiry 

D	D	-	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---

c) Capital Structure

Particulars	Amount
Authorized Capital	
Paid Up Capital	

**Issued Share Details**

Name	No of Shares	Distinctive No's	Face Value	Total Amount

**d) Extent of Shareholding by Foreign Promoters**

Name	No of Shares	Distinctive No's	Face Value	Total Amount

**e) Certified copies of Memorandum and AOA**

Memorandum

AOA

**f) Name and activities of the promoters**

Name	Address	Qualification	Experience	Present Occupation	Remarks

655 GI/13-10









Form TPA-4 (7A)

Monthly

## Claims Data for TPAs

## Purpose and frequency

This return captures the claims data for TPAs. The form captures the claims from policyholders, claims from hospitals and claims in aggregate level.

This form is re-engineered on the basis of the existing claims data collection form in TPA Annual report.

The new form captures more detailed level information about the claims data for the TPAs. As required by IRDA (TPA) Regulation Form 4(7)

The frequency of this return is monthly

## Filters and Parameters

Year

Month

TPA

Insurer

No. of instances when the float was replenished beyond 7 days 

Amount in INR

#	Particulars	Cashless Claims		Reimbursement		Benefit Based		Total	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code	a	b	a	b	a	b	a	b
1	Claims pending at the beginning of the month								
2	New Claims registered during the month								
3	Claim settled Fully and serviced by Government Hospital								
4	Claim settled Fully and serviced by Private Hospital								
5	Claims settled partially								
6	Claims repudiated								
7	Claims closed due to other reasons								
8	Claims reopened								
9	Claims pending at the end of the month								

## Aging of pending claims\*

#	Particulars	Cashless		Reimbursement		Benefit Based		Total	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code	a	b	a	b	a	b	a	b
1	Claims pending for less than 1 month								
2	Claims pending for 1-3 months								
3	Claims pending for 3-6 months								
4	Claims pending for 6-12 months								
5	Claims pending for 1-2 years								
6	claims pending for more than 2 years								

\* Reckoned from date of first intimation

## Aging of settled claims\*\*

#	Particulars	Cashless		Reimbursement		Benefit Based		Total	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code	a	b	a	b	a	b	a	b
1	Claims settled within less than 1 month								
2	Claims settled within 1-3 months								
3	Claims settled within 3-6 months								
4	Claims settled within 6-12 months								
5	Claims settled within 1-2 years								
6	claims settled within more than 2 years								

\*\* Reckoned from the date of receipt of last requirement

## Aging of repudiated claims\*\*\*

#	Particulars	Cashless		Reimbursement		Benefit Based		Total	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code	a	b	a	b	a	b	a	b
1	Claims repudiated within less than 1 month								
2	Claims repudiated within 1-3 months								
3	Claims repudiated within 3-6 months								
4	Claims repudiated within 6-12 months								
5	Claims repudiated within 1-2 years								
6	claims repudiated within more than 2 years								

\*\*\* Reckoned from the date of receipt of last requirement

655 GI/13-11

**TPA Share Holding pattern****Purpose and frequency**

To collect data on details of capital structure and shareholding pattern of TPAs.  
This is new form.

The frequency of this return is quarterly

**Filters and Parameters**

Year

Quarter

TPA Name

**Shareholding pattern**

#	Name of Shareholder	Address	Quantity of shares	Nature of share holder	% of shareholding	Date of association with TPA	Remarks
	<i>Column Code</i>	a	b	c	d	e	f
				Foreign			
				Domestic			

Amount in INR

#	Particulars	Amount
	<i>Column Code</i>	a
1	Working Capital	
2	Service Fee Due Amount	

Form TPA-5A

As and When

**Capital Structure and shareholders details for a TPA**

New Addition

**Purpose and Objective**

This form is used to capture the details of the capital structure of a TPA  
Frequency is as and when change occurs

**Filters and Parameters**

As on Date

TPA

**Capital Structure**

Amount in INR

#	Particulars	Amount
Column Code		a
1	Authorized capital	
2	Issue Capital	
3	Paid Up Capital	
4	Free reserve excluding re-valuation reserve	

**FDI Details**

#	Shareholder Name	Total Equity Share Capital	% Holding
Column		b	c
1	Indian		
2	Foreign Direct		
3	Foreign Indirect		

**Shareholder Details**

Date:

#	Category of Shareholder (Foreign Direct/Foreign Indirect / Indian)	Name of the shareholder	Address of the shareholder	Business or Profession	Shareholding as at end of reporting period (Number)	Shareholding as at end of reporting period (Amount)	Date of changes in shareholding during the period	Particulars of changes in shareholding during the period
Column Code		a	b	c	d	e	f	g
1								Purchase
2								Sale
3								
4								
5								
6								
7								

For the behalf of

Digital signature of Director 1

Name of the Director 1


Title/Designation of Director 1

Digital signature of Director 2

Name of the Director 2


Title/Designation of Director 2

Date

Form TPA-6 As and When Application for appointing NEW CEO, CAO and directors

New Addition Purpose and frequency This form is submitted by the TPA while appointing new CEO, CAO and Directors. This form is submitted to IRDA. This form is autogenerated based on the existing TPA-1 form with some additional information on the basis of the case identified. This form is used to and where companies appoint New CEO, CAO or Directors.



1. Details of Directors

Table with 8 columns: Name of Director, Age, Address, Doctor?, Registration No, Other Qualification, Mobile No, Email. Multiple rows for listing directors.

2. Details of CEO & CAO

i. Name [Grid]

ii. Date of Birth [Grid]

iii. Place of Birth [Grid]

iv. Address & Contact Details

Address 1 [Grid] Address 2 [Grid] Address 3 [Grid]

Pincode [Grid]

City/Town/Village [Grid]

District [Grid]

State [Grid]

Country [Grid]

Telephone no [Grid]

Fax No [Grid]

e mail [Grid]

v. Passport/ Identity Card

No. [Grid]

Date of issue [Grid]

Place of issue [Grid]

Date of Expiry [Grid]

Issuing Authority [Grid]

e. Employment details History

Table with 5 columns: Name, Designation, Experience, % of responsibility, Remarks. Multiple rows for listing employment history.

f. Details of academic qualification

Table with 7 columns: Name of the institution, University Affiliation, Program Details, Name of course/subject, Duration of course, Year of passing, Grade. Multiple rows for listing academic qualifications.

g) Details of Associateship /Fellowship/examination conducted by Insurance Institute of India

Table with 4 columns: Name of the candidate, Registration number, Marks obtained, Certificate/ship/fellow certificate awarded by the Inst. Of India. Multiple rows for listing exam results.

h) Details of the practical Training undergone in the field of Health Administrator

Table with 4 columns: Name of the institution, Registration number, Name of the candidate, Certificate issued. Multiple rows for listing practical training.

For the behalf of

Digital signature of Director 1 [Grid]

Name of the Director 1 [Grid]





