


सत्यमेव जयते

भारत का राजपत्र The Gazette of India

असाधारण

EXTRAORDINARY

भाग III—खण्ड 4

PART III—Section 4

प्राधिकार से प्रकाशित

PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 293]

नई दिल्ली, सोमवार, जुलाई 18, 2016/आषाढ़ 27, 1938

No. 293]

NEW DELHI, MONDAY, JULY 18, 2016/ASADHA 27, 1938

भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

अधिसूचना

हैदराबाद, 12 जुलाई, 2016

भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

(स्वास्थ्य बीमा) विनियम, 2016

फा. सं. भा.बी.वि.वि.प्रा./विनियम/17/129/2016.—बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 की धारा 26 और धारा 14 के साथ पठित बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 114ए के अंतर्गत प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए तथा बीमा सलाहकार समिति के साथ परामर्श करने के बाद, प्राधिकरण इसके द्वारा निम्नलिखित विनियम बनाता है, अर्थात्:-

अध्याय I : सामान्य

1. संक्षिप्त नाम और प्रारंभ.

- क. ये विनियम भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (स्वास्थ्य बीमा) विनियम, 2016 के नाम से जाने जाएँगे।
- ख. ये विनियम भारत सरकार के सरकारी राजपत्र में इनके प्रकाशन की तारीख से प्रवृत्त होंगे।
- ग. जब तक इन विनियमों द्वारा अन्यथा व्यवस्था नहीं की गई हो, इन विनियमों में निहित किसी भी बात से यह नहीं समझा जाएगा कि इन विनियमों के प्रवृत्त होने से पहले की गई किसी भी स्वास्थ्य बीमा संविदा को अमान्य ठहराया गया है।

घ. जब तक इन विनियमों में अन्यथा उल्लेख नहीं किया गया हो, ये विनियम अधिनियम के अंतर्गत परिभाषित रूप में स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय करने वाले सभी पंजीकृत जीवन बीमाकर्ताओं, साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं पर लागू होंगे। ये विनियम जहाँ भी उल्लेख किया गया हो, वहाँ सभी तृतीय पक्ष प्रबंधकों (टीपीए) पर भी लागू होंगे।

2. परिभाषाएँ. (i) इन विनियमों में, जब तक संदर्भ से अन्यथा अपेक्षित न हो,—

- क. "अधिनियम" से बीमा अधिनियम, 1938 अभिप्रेत है।
- ख. "स्वास्थ्य सेवा करार" से भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (तृतीय पक्ष प्रबंधक – स्वास्थ्य सेवाएँ) विनियम, 2016 में यथापरिभाषित करार अभिप्रेत है;
- ग. "प्राधिकरण" से बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 की धारा 3 की उप-धारा 1 के अधीन स्थापित भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अभिप्रेत है।
- घ. "आयुष चिकित्सा" से आयुर्वेद, योग और प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्ध और होमियोपैथी प्रणालियों के अंतर्गत दी गई डॉक्टरी और / या अस्पताल में भर्ती की चिकित्साएँ निर्दिष्ट हैं।
- ङ. "पॉलिसी में क्रमभंग" से समय का वह अंतराल अभिप्रेत है जो वर्तमान पॉलिसी की अवधि के अंत में घटित होता है, जब एक निश्चित पॉलिसी पर नवीकरण के लिए नियत प्रीमियम का भुगतान प्रीमियम के नवीकरण तारीख को या उससे पहले अथवा उस तारीख से 30 दिन के अंदर नहीं किया जाता।
- च. "नकदी रहित सुविधा" से बीमाकृत व्यक्ति को बीमाकर्ता अथवा बीमाकर्ता की ओर से तृतीय पक्ष प्रबंधक (टीपीए) द्वारा प्रदान की जाने वाली वह सुविधा अभिप्रेत है जहाँ पॉलिसी की शर्तों के अनुसार बीमाकृत व्यक्ति द्वारा कराई गई चिकित्सा के व्ययों के भुगतान बीमाकर्ता द्वारा, अनुमोदित पूर्व-प्राधिकरण की सीमा तक नेटवर्क प्रदाता को सीधे किये जाते हैं।
- छ. "उत्पाद दाखिल (फाइलिंग) करने संबंधी दिशानिर्देश" से स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय के अंतर्गत आने वाले उत्पाद का विपणन अथवा प्रस्ताव करने से पहले बीमाकर्ताओं द्वारा अनुसरण की जाने वाली प्रक्रिया के संबंध में प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट दिशानिर्देश अभिप्रेत हैं।
- ज. "स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय" से अधिनियम की धारा 2 (6सी) के अंतर्गत यथापरिभाषित स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय अभिप्रेत है।
- झ. "टीपीए द्वारा स्वास्थ्य सेवाएँ" से भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (अन्य पक्ष प्रबंधक – स्वास्थ्य सेवाएँ) विनियम, 2016 के विनियम (3) में विनिर्दिष्ट सेवाएँ अभिप्रेत हैं।
- ञ. "स्वास्थ्य और जीवन संयोजन उत्पाद" से वे उत्पाद अभिप्रेत हैं जो जीवन बीमाकर्ता द्वारा प्रस्तावित जीवन बीमा रक्षा तथा साधारण बीमाकर्ता अथवा स्वास्थ्य बीमाकर्ता द्वारा प्रस्तावित स्वास्थ्य बीमा रक्षा का सम्मिश्रण प्रदान करते हैं।
- ट. "नेटवर्क प्रदाता" से भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (तृतीय पक्ष प्रबंधक – स्वास्थ्य सेवाएँ) विनियम, 2016 में यथापरिभाषित नेटवर्क प्रदाता अभिप्रेत है।
- ठ. "प्रायोगिक उत्पाद" से एक वर्ष की पॉलिसी अवधि से युक्त सीमित अवधि वाला उत्पाद अभिप्रेत है जो अब तक प्रस्तावित न किये गये अथवा वर्तमान उत्पादों में छोड़ दिये गये जोखिमों को बीमारक्षा प्रदान करने के लिए नवोन्मेषण हेतु अवसर देने के उद्देश्य से उत्पाद प्रारंभ करने की तारीख से पाँच वर्ष से अनधिक अवधि के लिए साधारण बीमाकर्ताओं अथवा स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा विक्रय के लिए प्रस्तावित किया जा सकता है।

- ड. "सुवाह्यता" (पोर्टबिलिटी) से एक बीमाकर्ता से दूसरे बीमाकर्ता को अथवा एक योजना से उसी बीमाकर्ता की दूसरी योजना में, पहले से चल रही शर्तों और समयबद्ध अपवर्जनों के लिए प्राप्त साख (क्रेडिट) को अंतरित करने के लिए वैयक्तिक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसीधारक (परिवार के लिए बीमा आवरण सहित) को प्रदान किया गया अधिकार अभिप्रेत है।
- ढ. "वरिष्ठ नागरिक" से ऐसा कोई व्यक्ति अभिप्रेत है जिसने स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के प्रारंभ अथवा नवीकरण की तारीख की स्थिति के अनुसार साठ अथवा उससे अधिक वर्ष की आयु पूरी की है।
- ण. "विनिर्दिष्ट" से अनुसूची-III में सूचीबद्ध विषयों पर अथवा इन विनियमों के अंतर्गत प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट किये जाने के लिए अपेक्षित किसी भी अन्य विषय पर इन विनियमों के प्रयोजन के लिए परिपत्रों, दिशानिर्देशों अथवा अनुदेशों के निर्गम द्वारा समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट अभिप्रेत है।
- त. "तृतीय पक्ष प्रबंधक अथवा टीपीए" से ऐसा कोई भी व्यक्ति अभिप्रेत है जो प्राधिकरण द्वारा अधिसूचित आईआरडीएआई (तृतीय पक्ष प्रबंधक - स्वास्थ्य सेवाएँ) विनियम, 2016 के अधीन पंजीकृत है तथा उन विनियमों में यथापरिभाषित स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने के प्रयोजनों के लिए किसी बीमा कंपनी द्वारा शुल्क अथवा पारिश्रमिक के लिए नियुक्त है।
- (ii). इन विनियमों में अपरिभाषित, परंतु बीमा अधिनियम, 1938 अथवा बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 अथवा उनके अधीन बनाये गये नियमों अथवा विनियमों में परिभाषित शब्दों और अभिव्यक्तियों के अर्थ वही होंगे जो उन समय-समय पर यथासंशोधित अधिनियमों, नियमों अथवा विनियमों, में क्रमशः उनके लिए निर्धारित किये गये हैं।

3. स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय का पंजीकरण और विस्तार

- क. स्वास्थ्य बीमा उत्पाद केवल उन्हीं संस्थाओं द्वारा प्रस्तावित किये जा सकते हैं जो समय-समय पर यथासंशोधित बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (भारतीय बीमा कंपनियों का पंजीकरण) विनियम, 2000 के अधीन जीवन बीमा अथवा साधारण बीमा अथवा स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय करने के लिए प्रदान किये गये विधिमान्य पंजीकरण से युक्त हैं।
- ख. जीवन बीमाकर्ता दीर्घकालिक वैयक्तिक स्वास्थ्य बीमा उत्पाद अर्थात् 5 वर्ष या उससे अधिक अवधि के लिए प्रस्तावित कर सकते हैं, परंतु ऐसे उत्पादों के लिए प्रीमियम कम से कम तीन वर्ष के प्रत्येक खंड की अवधि के लिए अपरिवर्तित रहेगा, उसके पश्चात् प्रीमियम की समीक्षा की जा सकती है और आवश्यकता के अनुसार उसमें आशोधन किया जा सकता है।
- बशर्ते कि जीवन बीमाकर्ता वैयक्तिक अथवा सामूहिक तौर पर क्षतिपूर्ति आधारित उत्पाद प्रस्तावित नहीं कर सकता। जीवन बीमाकर्ताओं द्वारा प्रस्तावित सभी वर्तमान क्षतिपूर्ति आधारित उत्पाद इन विनियमों के अंतर्गत विनिर्दिष्ट रूप में हटाये जाएँगे।
- परंतु यह भी शर्त होगी कि यूनिट सहबद्ध प्लेटफार्म के अंतर्गत कोई भी एकल प्रीमियम वाला स्वास्थ्य बीमा उत्पाद प्रस्तावित नहीं किया जाएगा।
- ग. साधारण बीमाकर्ता और स्वास्थ्य बीमाकर्ता एक वर्ष की न्यूनतम अवधि और तीन वर्ष की अधिकतम अवधि से युक्त वैयक्तिक स्वास्थ्य उत्पाद प्रस्तावित कर सकते हैं, बशर्ते कि उक्त अवधि के दौरान प्रीमियम अपरिवर्तित रहेगा।
- घ. किसी भी बीमाकर्ता के द्वारा सामूहिक स्वास्थ्य पॉलिसियाँ एक वर्ष की अवधि के लिए प्रस्तावित की जा सकती हैं। ऋण सहबद्ध उत्पाद इसके लिए अपवाद होंगे जहाँ अवधि ऋण की अवधि तक बढ़ाई जा सकती है जो पाँच वर्ष से अधिक नहीं होगी।

बशर्ते कि साधारण बीमाकर्ता और स्वास्थ्य बीमाकर्ता भी ऋण सहबद्ध सामूहिक वैयक्तिक दुर्घटना पॉलिसियाँ पाँच वर्ष से अनिधिक ऋण अवधि तक विस्तारित अवधि के लिए प्रस्तावित कर सकते हैं।

आगे यह भी शर्त होगी कि इन विनियमों के विनियम 4(ख) के उपबंधों के होने के बावजूद, जीवन बीमाकर्ता विनियम (3) (घ) में विनिर्दिष्ट रूप में सामूहिक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियाँ प्रस्तावित कर सकते हैं।

- ड. सामूहिक वैयक्तिक दुर्घटना पॉलिसियाँ साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा विशिष्ट घटनाओं को बीमारक्षा प्रदान करने के लिए एक वर्ष से कम अवधि के साथ भी प्रस्तावित की जा सकती हैं। यात्रा बीमारक्षा और व्यक्तिगत वैयक्तिक दुर्घटना बीमारक्षा प्रदान करने वाले अन्य बीमा उत्पाद भी एक वर्ष से कम अवधि के लिए प्रस्तावित किये जा सकते हैं।
- च. विदेशी अथवा देशी यात्रा बीमा पॉलिसियाँ साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा केवल एक स्टैंडअलोन उत्पाद के रूप में अथवा स्वास्थ्य अथवा वैयक्तिक दुर्घटना पॉलिसी के लिए एक वर्धित (ऐड-ऑन) बीमारक्षा के रूप में ही प्रस्तावित की जा सकती हैं।

अध्याय II : स्वास्थ्य बीमा उत्पादों से संबंधित उपबंध

4. स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के लिए उत्पाद फाइलिंग प्रक्रिया

- क. स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय के अंतर्गत जीवन बीमाकर्ता, साधारण बीमाकर्ता अथवा स्वास्थ्य बीमाकर्ता के किसी भी बीमा उत्पाद तथा उस पर किसी संशोधन अथवा आशोधन का विपणन अथवा प्रस्ताव किसी बीमाकर्ता द्वारा तब तक नहीं किया जाएगा जब तक कि वह उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देशों के अनुसार प्राधिकरण के पास दाखिल (फाइल) नहीं किया जाता और उसमें की गई व्यवस्था के अनुसार प्राधिकरण द्वारा उसका विधिवत् निपटान नहीं किया जाता।
- ख. जीवन बीमाकर्ताओं के स्वास्थ्य बीमा उत्पाद भी समय-समय पर यथासंशोधित निम्नलिखित विनियमों में स्वास्थ्य उत्पादों के लिए विशिष्ट रूप से व्यवस्थित उपबंधों के अधीन होंगे।
1. आईआरडीए (संबद्ध बीमा उत्पाद) विनियम, 2013
 2. आईआरडीए (असंबद्ध बीमा उत्पाद) विनियम, 2013

5. स्वास्थ्य बीमा उत्पाद का प्रत्याहार

- i. जीवन बीमाकर्ताओं, साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा किसी स्वास्थ्य बीमा उत्पाद का प्रत्याहार (विदड्रॉल) प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट दिशानिर्देशों के अधीन होगा।
- ii. इन विनियमों के विनियम 3(ख) के उपबंधों के अनुसरण में जीवन बीमाकर्ताओं द्वारा प्रस्तावित क्षतिपूर्ति आधारित स्वास्थ्य उत्पादों के विशिष्ट प्रत्याहार के संबंध में समापन की एक भावी तारीख देते हुए उत्पाद को समाप्त किया जाएगा जो तारीख इन विनियमों की अधिसूचना की तारीख से तीन महीने के बाद की नहीं होगी। वर्तमान पॉलिसीधारकों के लिए, पॉलिसी संबंधित पॉलिसी अवधि की समाप्ति तक जारी रहेगी।

6. स्वास्थ्य बीमा उत्पादों की समीक्षा

- (i) जीवन बीमाकर्ताओं, साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं के किसी भी स्वास्थ्य बीमा उत्पाद के समस्त विवरण की समीक्षा उसके प्रारंभ, संशोधन अथवा आशोधन के बाद नियुक्त बीमांकक द्वारा कम से कम वर्ष में एक बार की जाएगी। यदि यह पाया जाता है कि उत्पाद अर्थक्षम नहीं है अथवा त्रुटिपूर्ण है तो नियुक्त बीमांकक उपयुक्त रूप में उत्पाद में संशोधन कर सकता है तथा इन विनियमों के विनियम 10 के उपबंधों के अधीन उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देशों के अधीन संशोधन के लिए आवेदन कर सकता है।

7. सामूहिक बीमा

क. किसी भी बीमाकर्ता के द्वारा कोई सामूहिक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी जारी नहीं की जाएगी, जहाँ कोई समूह बीमे का स्वयं उपयोग करने के मुख्य प्रयोजन से बन गया हो। समूह के सदस्यों और समूह पॉलिसीधारक के बीच समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट रूप में सुस्पष्ट रूप में प्रकटीकृत संबंध होगा।

समूह का आकार बीमाकर्ता द्वारा निर्धारित रूप में होगा जो उसकी सभी सामूहिक पॉलिसियों के लिए लागू होगा और जो सामूहिक बीमा पॉलिसी के निर्गम के लिए पात्र होने के लिए न्यूनतम 7 के अधीन होगा। इसके अलावा, बीमाकर्ता समय-समय पर सामूहिक बीमा के संबंध में प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट दिशानिर्देशों का पालन करेगा।

8. जोखिम-अंकन

क. सभी जीवन बीमाकर्ता, साधारण बीमाकर्ता और स्वास्थ्य बीमाकर्ता एक स्वास्थ्य बीमा जोखिम-अंकन नीति विकसित करेंगे जो कंपनी के बोर्ड द्वारा अनुमोदित किया जाएगा। प्रत्येक बीमाकर्ता चिकित्सा क्षेत्र और स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय को प्रभावित करने वाले परिवर्तनों के अनुरूप उक्त जोखिम-अंकन नीति की आवधिक समीक्षा के लिए उपायों की व्यवस्था भी करेगा।

ख. उक्त जोखिम-अंकन नीति न केवल मानक जीवनो के लिए, बल्कि अवमानक जीवनो के लिए भी स्वास्थ्य बीमा रक्षा प्रस्तावित करने से संबंधित दृष्टिकोण और पहलुओं को भी समाविष्ट करेगी। संबंधित जोखिम वर्गीकरण के अनुसार स्वीकृत किये जाने वाले विभिन्न वर्गों के जोखिमों का विभेदीकरण करने के लिए उसके पास विभिन्न वस्तुनिष्ठ जोखिम-अंकन मानदंड विद्यमान होने चाहिए।

ग. स्वास्थ्य बीमा के लिए किसी भी प्रस्ताव को बोर्ड द्वारा अनुमोदित जोखिम-अंकन नीति नीति के अनुसार, प्रस्तावित रूप में अथवा आशोधित शर्तों पर स्वीकार किया जा सकता है अथवा पूर्णतः अस्वीकृत किया जा सकता है। प्रस्ताव की अस्वीकृति, अस्वीकृति के लिए कारण अभिलिखित करते हुए भावी ग्राहक को लिखित में सूचित की जाएगी। बशर्ते कि बीमारक्षा की अस्वीकृति अंतिम उपाय होगी जिस पर बीमाकर्ता विचार कर सकता है।

घ. साधारण बीमाकर्ता और स्वास्थ्य बीमाकर्ता उत्पाद फाइलिंग प्रक्रिया संबंधी दिशानिर्देशों के अंतर्गत विनिर्दिष्ट मानदंडों का पालन करते हुए शीघ्र प्रवेश, निरंतर नवीकरण (जहाँ लागू हो), अनुकूल दावा अनुभव, निवारक और संपूर्ण स्वास्थ्य की आदतों के लिए पॉलिसीधारकों को पुरस्कृत करने के लिए व्यवस्था अथवा प्रोत्साहन तैयार कर सकते हैं तथा प्रारंभ में ही ऐसी व्यवस्था अथवा प्रोत्साहनों को प्रारंभ में ही प्रॉस्पेक्टस और पॉलिसी दस्तावेज में प्रकट कर सकते हैं। शर्त यह होगी कि संपूर्ण स्वास्थ्य की आदतों और निवारक आदतों के भाग के रूप में समाविष्ट किये जाने के लिए जो प्रस्तावित है उसे प्रत्येक उत्पाद में स्पष्ट रूप से परिभाषित किया जाना चाहिए। आगे यह भी शर्त होगी कि किसी तृतीय पक्ष सेवा अथवा पण्य पर किसी छूट का प्रस्ताव नहीं किया जाएगा। तथापि, प्रीमियम में छूट अथवा निदान अथवा औषधियों अथवा नेटवर्क में प्रदाताओं की परामर्श सेवाओं के संबंध में छूट और/ या लाभ देने की अनुमति है।

9. प्रस्ताव फार्म:

क. प्रत्येक जीवन बीमाकर्ता, साधारण बीमाकर्ता और स्वास्थ्य बीमाकर्ता स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी की अपेक्षा करते हुए प्रस्तावकर्ता द्वारा प्रस्तुत किये जाने के लिए एक प्रस्ताव फार्म तैयार करेगा। ऐसे फार्म में कंपनी की कथित जोखिम-अंकन नीति के अनुसार प्रस्ताव का जोखिम-अंकन करने के लिए आवश्यक समस्त सूचना संगृहीत की जानी चाहिए।

ख. बीमा पॉलिसी की अपेक्षा अथवा बीमा पॉलिसी के निर्गम की प्रक्रिया के दौरान प्रस्ताव फार्म में संगृहीत सूचना की साझेदारी वर्तमान सांविधिक कानूनों के अनुसार अथवा प्राधिकरण द्वारा जारी किये गये अनुदेशों के

अनुसार अथवा उसी व्यक्ति की पॉलिसी का जोखिम-अंकन अथवा दावा निपटान के प्रयोजन के लिए सांविधिक प्राधिकारियों को छोड़कर किसी भी तृतीय पक्षकार के साथ नहीं की जाएगी। कोई भी बीमाकर्ता प्रस्ताव फार्मों में ऐसा कोई वाक्य-खंड या शर्तें शामिल नहीं करेगा तथा ऐसी कोई अभिव्यक्ति अथवा निहितार्थ नहीं रखेगा जिसके कारण भावी ग्राहक अपने प्रस्ताव से संबंधित सूचना को साझा करने के लिए बाध्य हो जाए। उपर्युक्त उपबंधों के होने के बावजूद, सभी बीमाकर्ता प्रस्ताव फार्म तैयार करते समय कानून के लागू उपबंधों, अन्य लागू विनियमों एवं प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट दिशानिर्देशों का पालन करेंगे।

10. जीवन, साधारण और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा प्रस्तावित स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के कीमत-निर्धारण के सिद्धांत:

- क. बीमाकर्ता यह सुनिश्चित करेंगे कि स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए प्रीमियम निम्नलिखित पर आधारित होगा,
- आयु: वैयक्तिक पॉलिसियों और सामूहिक पॉलिसियों के लिए।
 - अन्य संबंधित जोखिम कारक, जैसे लागू हों
- ख. परिवार फ्लोटर के अंतर्गत बीमारक्षा के प्रावधान के लिए, समाविष्ट किये जाने के लिए प्रस्तावित सभी पारिवारिक सदस्यों की दरों के बहुविध व्यय-भार के प्रभाव पर विचार किया जाएगा।
- ग. दाखिल किये गये प्रीमियम प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देशों के अनुसार उत्पाद को अनुमोदन प्रदान किये जाने के बाद सामान्यतः तीन वर्ष की अवधि के लिए परिवर्तित नहीं किये जाएँगे। उसके बाद बीमाकर्ता इसके नीचे (घ), (ङ) और (च) के अधीन अनुभव के आधार पर प्रीमियम दरों को संशोधित कर सकता है। तथापि, ऐसी संशोधित दरें संशोधन प्रारंभ करने की तारीख से कम से कम एक वर्ष की अतिरिक्त अवधि के लिए परिवर्तित नहीं की जाएँगी।
- घ. पॉलिसी प्रीमियम दरें निम्नलिखित के लिए परिवर्तित नहीं होंगी
- पॉलिसी की अवधि हेतु सभी सामूहिक उत्पादों के लिए।
 - साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा प्रस्तावित यात्रा बीमा उत्पादों को छोड़कर, सभी वैयक्तिक और परिवार फ्लोटर उत्पादों के लिए, कम से कम निम्नलिखित के लिए:
 - एक वर्ष की नवीकरण योग्य पॉलिसियों के मामले में एक वर्ष की अवधि और
 - शेष के मामले में यहाँ 3(ग) में निर्धारित अवधि।
 - जीवन बीमाकर्ताओं द्वारा प्रस्तावित वैयक्तिक स्वास्थ्य उत्पादों के मामले में, विनियम (3)(ख) में निर्धारित रूप में तीन वर्ष का प्रत्येक खंड।
- ङ. विनियम (3)(ख) के अधीन, दरों में परिवर्तन प्राधिकरण द्वारा अनुमोदन की तारीख से लागू होंगे तथा उसके बाद नई पॉलिसियों के लिए केवल भावी रूप से और वर्तमान पॉलिसियों के लिए नवीकरण की तारीख से लागू होंगे।
- च. उपर्युक्त उपबंधों के होने के बावजूद, सभी बीमाकर्ता उत्पादों का कीमत-निर्धारण करते समय प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट दिशानिर्देशों का पालन करेंगे।

अध्याय III : स्वास्थ्य बीमा से संबंधित सामान्य उपबंध

11. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों का अभिकल्पन

- क. यथाप्रयोज्य विनियम 3 के अधीन, स्वास्थ्य बीमा उत्पाद का अभिकल्पन विभिन्न बीमारक्षाओं को प्रस्तावित करने के लिए किया जा सकता है;

- i. विशिष्ट आयु अथवा लिंग समूहों के लिए
- ii. विभिन्न आयु समूहों के लिए
- iii. देश भर में सभी अस्पतालों में चिकित्सा के लिए, बशर्ते कि अस्पताल विनिर्दिष्ट परिभाषा का पालन करते हों
- iv. केवल विशिष्ट अस्पतालों में चिकित्सा के लिए, बशर्ते कि प्रयुक्त अस्वस्थता-दरें निरूपक हों
- v. केवल विशिष्ट भूभागों में चिकित्सा के लिए, बशर्ते कि प्रयुक्त अस्वस्थता-दरें निरूपक हों

बशर्ते कि, ऐसे विनिर्देश स्पष्ट रूप से प्रारंभ में उत्पाद के प्रॉस्पेक्टस में, दस्तावेजों में और विक्रय की प्रक्रिया के दौरान प्रकट किये जाएँ। तथा बशर्ते कि कोई भी बीमाकर्ता किसी बीमा तत्व के बिना किसी लाभ अथवा सेवा का प्रस्ताव नहीं करेगा।

- ख. बीमाकर्ताओं द्वारा नवोन्मेष बीमारक्षाओं के प्रस्ताव को सुसाध्य बनाने के लिए 'प्रायोगिक उत्पाद' अभिकल्पित किये जा सकते हैं और प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देशों के अनुसार प्राधिकरण के अनुमोदन के लिए दाखिल किये जा सकते हैं। यहाँ पर इसमें उल्लिखित प्रायोगिक उत्पाद एक वर्ष की पॉलिसी अवधि के लिए केवल साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा ही प्रस्तावित किये जा सकते हैं। प्रत्येक प्रायोगिक उत्पाद 5 वर्ष से अनधिक अवधि तक प्रस्तावित किया जा सकता है। प्रायोगिक उत्पाद के प्रारंभ से 5 वर्ष के बाद यह आवश्यक है कि उत्पाद को एक नियमित उत्पाद के रूप में परिवर्तित किया जाए अथवा विधिमान्य कारणों के आधार पर इस शर्त के अधीन उसका प्रत्याहार (विदड्रॉल) किया जा सकता है कि सुवाह्यता (पोर्टबिलिटी) की स्थितियों के अधीन किसी अन्य उत्पाद में अंतरण करने का विकल्प बीमाकृत व्यक्ति को दिया जाए। प्राधिकरण समय-समय पर प्रायोगिक उत्पादों के लिए दिशानिर्देश विनिर्दिष्ट कर सकता है। जहाँ किसी प्रायोगिक उत्पाद को एक नियमित उत्पाद के रूप में परिवर्तित किया जाता है, वहाँ प्रायोगिक उत्पादों के लिए इन विनियमों में किया गया कोई भी अपवाद लागू नहीं होगा तथा बीमाकर्ता इन विनियमों के सभी उपबंधों का अनुपालन सुनिश्चित करेगा।
- ग. बीमाकर्ता बीमाकृत व्यक्ति को अन्य स्वास्थ्य बीमा उत्पादों में अंतरण करने के लिए विवश नहीं करेगा। किसी प्रत्याहृत (विदड्रॉन) उत्पाद से अंतरण के मामले में बीमाकर्ता सुवाह्यता की स्थितियों के अधीन पॉलिसीधारक को एक वैकल्पिक उपलब्ध उत्पाद का प्रस्ताव करेगा।
- घ. बीमाकर्ता अपनी वेबसाइटों पर अपने सभी स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के संबंध में उत्पाद सूचना का पर्याप्त प्रसार सुनिश्चित करेंगे। इस सूचना के अंतर्गत उत्पाद का विवरण, उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देशों के अंतर्गत अनुमोदित रूप में प्रॉस्पेक्टस की प्रतियाँ, प्रस्ताव फार्म, पॉलिसी दस्तावेज की वाक्य-रचना तथा यथाप्रयोज्य रूप में सेवा कर सहित या सेवा कर रहित प्रीमियम दरें शामिल होंगी।

12. प्रवेश और निर्गम की आयु

- i. विनियम 17(i) में की गई व्यवस्था को छोड़कर सभी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में सामान्य रूप से कम से कम 65 वर्ष तक की प्रवेश आयु के लिए व्यवस्था की जाएगी।
- ii. यात्रा बीमा उत्पादों, वैयक्तिक दुर्घटना उत्पादों और यहाँ इन विनियमों में विनियम 2(i)(ठ) में उल्लिखित प्रायोगिक उत्पादों को छोड़कर, जहाँ एक बार प्रस्ताव को स्वीकार किया जाता है और पॉलिसी जारी की जाती है जिसका उसके बाद किसी क्रमभंग के बिना आवधिक रूप से नवीकरण किया जाता है, वहाँ आगे नवीकरण को बीमाकृत व्यक्ति की आयु के आधार पर अस्वीकार नहीं किया जायेगा।

13. साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा निर्गत स्वास्थ्य पॉलिसियों का नवीकरण (यात्रा और वैयक्तिक दुर्घटना पॉलिसियों पर लागू नहीं)

- i. एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी धोखाधड़ी, नैतिक जोखिम अथवा गलत बयानी अथवा बीमाकृत व्यक्ति द्वारा असहयोग के कारणों को छोड़कर सामान्यतः नवीकरण योग्य होगा, बशर्ते कि पॉलिसी को वापस नहीं लिया गया हो।
- ii. बीमाकर्ता स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के नवीकरण को इस कारण से अस्वीकार नहीं कर सकता कि बीमाकृत व्यक्ति ने पूर्ववर्ती पॉलिसी वर्षों में दावा अथवा दावे किये थे, केवल लाभ आधारित पॉलिसियाँ इसके लिए अपवाद हैं जहाँ गंभीर अस्वस्थता पॉलिसी जैसी पॉलिसी के अंतर्गत रक्षित लाभ का भुगतान करने के बाद पॉलिसी समाप्त हो जाती है।
- iii. बीमाकर्ता नवीकरण की नियत तारीख से 30 दिन तक नवीकरण में विलंब की छूट देने के लिए व्यवस्था करेगा और ऐसी छूट को पॉलिसी में क्रमभंग के रूप में नहीं समझा जाएगा। तथापि, ऐसी अवधि के लिए बीमारक्षा उपलब्ध कराने की आवश्यकता नहीं है।
- iv. प्रोत्साहन सामग्री और पॉलिसी दस्तावेज में वे शर्तें स्पष्ट रूप से बताई जानी चाहिए, जिनके अंतर्गत पॉलिसी समाप्त हो जाती है, जैसे गंभीर अस्वस्थता लाभ पॉलिसियों के मामले में लाभ का भुगतान करने पर पॉलिसी समाप्त हो जाती है।

14. निःशुल्क अवलोकन (फ्री लुक) अवधि

(i) एक वर्ष से कम अवधि से युक्त पॉलिसियों को छोड़कर, जीवन बीमाकर्ताओं, साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा जारी की गई सभी नई वैयक्तिक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की एक निःशुल्क अवलोकन अवधि होगी। उक्त निःशुल्क अवलोकन अवधि पॉलिसी के प्रारंभ में लागू होगी तथा

(1) बीमाकृत व्यक्ति को पॉलिसी की शर्तों की समीक्षा करने और यदि पॉलिसी स्वीकार्य नहीं है तो उसे लौटाने के लिए पॉलिसी की प्राप्ति की तारीख से कम से कम 15 दिन की अवधि की अनुमति दी जाएगी।

(2) यदि बीमाकृत व्यक्ति ने उक्त निःशुल्क अवलोकन अवधि के दौरान कोई दावा नहीं किया है, तो बीमाकृत व्यक्ति निम्नलिखित के लिए पात्र होगा—(क) प्रदत्त प्रीमियम की वापसी जिसमें से बीमाकृत व्यक्तियों की डॉक्टरों की जाँच के संबंध में बीमाकर्ता द्वारा किये गये कोई भी व्यय और मुद्रांक (स्टैम्प) शुल्क प्रभार घटाये जाएँगे अथवा (ख) जहाँ जोखिम प्रारंभ हो चुका है और पॉलिसी वापस करने के विकल्प का प्रयोग पॉलिसीधारक द्वारा किया गया है, वहाँ बीमारक्षा संबंधी अवधि के लिए आनुपातिक जोखिम प्रीमियम के लिए कटौती की जाएगी अथवा (ग) जहाँ केवल बीमारक्षा का एक भाग ही प्रारंभ हुआ है, वहाँ ऐसी अवधि के दौरान बीमारक्षा के अनुरूप ऐसा आनुपातिक प्रीमियम; (घ) यूनिट सहबद्ध पॉलिसी के संबंध में उपर्युक्त कटौतियों के अतिरिक्त, बीमाकर्ता पॉलिसी की वापसी की तारीख की स्थिति के अनुसार यूनिटों की कीमत पर यूनिट की पुनःखरीद करने के लिए भी हकदार होगा।

15. जीवन, साधारण और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा बीमा-पूर्व स्वास्थ्य जाँच के व्यय के संबंध में व्यवहार करने का तरीका:

- i. किसी भी बीमा-पूर्व डॉक्टरों की जाँच का व्यय सामान्यतः प्रीमियम की गणना करने में अनुमति-प्राप्त व्ययों का भाग बनेगा। तथापि, एक वर्ष और उससे कम अवधि से युक्त उत्पादों के मामले में यदि ऐसा व्यय बीमाकृत व्यक्ति द्वारा किया जाना अपेक्षित है, तो प्रस्ताव को स्वीकार करने के बाद ऐसे व्यय का 50% से अन्यून अंश बीमाकर्ता द्वारा वहन किया जाएगा, और केवल यात्रा बीमा पॉलिसियाँ इसके लिए अपवाद हैं।

- ii. बीमाकर्ता चिकित्सा परीक्षकों और संस्थाओं की एक सूची का अनुरक्षण करेंगे जहाँ ऐसी बीमा-पूर्व डॉक्टरी जाँच संचालित की जा सकती है जिनकी रिपोर्टें उनके द्वारा स्वीकार की जाएँगी। देय शुल्क का विवरण माँग करने पर बीमा-पूर्व डॉक्टरी जाँच के समय भावी पॉलिसीधारक को उपलब्ध कराया जाएगा।

16. संचयी बोनस

- i. पॉलिसियों के अंतर्गत प्रस्तावित संचयी बोनस के बारे में प्रॉस्पेक्टस और पॉलिसी दस्तावेज में स्पष्ट रूप से बताया जाएगा।
- ii. यदि किसी विशिष्ट वर्ष में दावा किया जाता है, तो संचित बोनस उसी दर पर घटाया जाएगा जिस दर पर वह संचित हुआ हो;

17. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी का अंतरण (यात्रा और वैयक्तिक दुर्घटना पॉलिसियों पर लागू नहीं)

- i. आयु समूहों के लिए विशिष्ट स्वास्थ्य बीमारक्षा जैसे प्रसूति बीमारक्षा, परिवार फ्लोटर पॉलिसियों के अंतर्गत बच्चे, छात्र आदि, प्रस्तावित करने वाले साधारण बीमाकर्ता और स्वास्थ्य बीमाकर्ता विशिष्ट निर्गम आयु के अंत में अथवा उपर्युक्त जीवनो द्वारा प्रयुक्त विकल्प पर पॉलिसी को वापस लेने के समय उपयुक्त वैकल्पिक उपलब्ध स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में अंतरण करने का विकल्प, सभी पूर्ववर्ती पॉलिसी वर्षों के लिए उपयुक्त क्रेडिटों की अनुमति देते हुए प्रदान करेंगे, बशर्ते कि पॉलिसी का अनुरक्षण किसी क्रमभंग के बिना किया गया हो।
- ii. साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा प्रस्तावित प्रायोगिक उत्पाद, विनियम 11(ख) से मार्गदर्शन प्राप्त करेंगे।
- iii. साधारण और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा जारी की गई सभी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियाँ इन विनियमों की अनुसूची-1 के अनुसार किसी भी पॉलिसी की सुवाह्यता की अनुमति देंगी।

18. आयुष बीमारक्षा

- क. साधारण बीमाकर्ता और स्वास्थ्य बीमाकर्ता 'आयुष चिकित्सा' के अंतर्गत समाविष्ट एक या दो प्रणालियों के लिए बीमारक्षा उपलब्ध कराने के लिए प्रयास कर सकते हैं बशर्ते कि चिकित्सा एक सरकारी अस्पताल में अथवा सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त और/या भारतीय गुणवत्ता परिषद अथवा स्वास्थ्य संबंधी राष्ट्रीय आधिकारिक मान्यता बोर्ड द्वारा मान्यता प्राप्त किसी संस्था में प्राप्त की गई हो।

19. संपूर्ण स्वास्थ्य और निवारक पहलू:

जबकि संपूर्ण स्वास्थ्य और निवारक तत्व उत्पाद अभिकल्पन के भाग के रूप में प्रोत्साहित किये जाते हैं, कोई भी बीमा पॉलिसी ऐसे तृतीय पक्षकारों के उत्पादों और सेवाओं को बढ़ावा नहीं देगी अथवा प्रस्तावित नहीं करेगी जो नेटवर्क प्रदाता नहीं हैं। बीमाकर्ता पॉलिसी संविदा के भाग के रूप में अथवा अन्य प्रकार से तृतीय पक्षकारों के उत्पादों पर किसी भी रूप में पॉलिसीधारकों को कोई भी छूट प्रस्तावित नहीं करेंगे।

- i. तथापि, बीमाकर्ता नेटवर्क प्रदाताओं द्वारा प्रदान की जाने वाली निम्नलिखित स्वास्थ्य विशिष्ट सेवाओं को प्रस्तावित करने के द्वारा स्वास्थ्य बीमा के पॉलिसीधारकों के बीच संपूर्ण स्वास्थ्य का संवर्धन करने के लिए प्रयास कर सकते हैं,

1. बाहरी रोगी परामर्श या चिकित्सा अथवा
2. औषध-विज्ञान अथवा
3. स्वास्थ्य की जाँच

विशिष्ट नेटवर्क प्रदाताओं के पास उपर्युक्त सभी पर छूटों सहित।

- ii. बीमाकर्ता निर्धारित और प्रकटीकृत स्वस्थता और संपूर्ण स्वास्थ्य (वेलनेस) मानदंडों के आधार पर नवीकरणों पर प्रीमियमों पर छूटें प्रदान करने के लिए कार्यविधियाँ स्थापित करने के लिए भी प्रयास कर सकते हैं।

आगे यह भी शर्त होगी कि उपर्युक्त सेवाओं के लिए व्यय अंतर्निहित स्वास्थ्य बीमा उत्पाद के कीमत-निर्धारण में सम्मिलित किये जाएँगे।

20. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में शब्दों की मानक परिभाषा (वैयक्तिक दुर्घटना और यात्रा पॉलिसियों पर लागू नहीं)

- i. जीवन बीमाकर्ताओं, साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा जारी की गई सभी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में प्रयुक्त वाक्यांशों और शब्दों के अर्थ वही होंगे जो दिशानिर्देशों के माध्यम से समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा जारी की गई 'मानक परिभाषाओं' में विनिर्दिष्ट रूप में उनके साथ संबद्ध किये गये हैं।

21. गंभीर बीमारियों के लिए मानक नामावली और कार्यविधियाँ (वैयक्तिक दुर्घटना और यात्रा पॉलिसियों के लिए लागू नहीं)

- i. 'गंभीर अस्वस्थता बीमारक्षा' प्रदान करने वाली पॉलिसियों में सम्मिलित की गई नामावली और कार्यविधियाँ दिशानिर्देशों के माध्यम से समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट रूप में होंगी।

22. कुछ मदों के लिए वैकल्पिक बीमारक्षा (साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं पर लागू)

- i. सामान्य रूप से अपवर्जित मदों की सूची जिन्हें बीमाकर्ताओं द्वारा वैकल्पिक रूप से बीमारक्षा प्रदान की जा सकती है, दिशानिर्देशों के माध्यम से समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट की जा सकती है।
- क) अस्पताल में भर्ती संबंधी क्षतिपूर्ति पॉलिसियों के संबंध में, जो कुछ मानक मदों का अपवर्जन करती हैं, बीमाकर्ता यह सुनिश्चित करेंगे कि उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देशों के अंतर्गत उत्पाद की फाइलिंग में इनका उल्लेख किया जाएगा।
- ख) अपवर्जित मदों की उत्पाद-वार विशिष्ट सूची बीमाकर्ताओं की वेबसाइट में प्रकट की जाएगी तथा ऐसी अपवर्जित मदों और वेबसाइट पर विवरण की उपलब्धता के बारे में संबंधित उत्पादों के प्रॉस्पेक्टस और पॉलिसी वाक्य रचना में उल्लेख किया जाएगा तथा वेबसाइट का पता भी साथ में दिया जायेगा।
- ग) बीमाकर्ता माँग करने पर पॉलिसीधारकों को संबंधित उत्पाद की ऐसी अपवर्जित सूची की आपूर्ति करेंगे, यदि वह पॉलिसी दस्तावेज में सम्मिलित नहीं की गई हो।
- घ) बीमाकर्ता इन मदों के लिए रक्षा प्रदान कर सकते हैं और इसका पॉलिसी में स्पष्ट रूप से उल्लेख कर सकते हैं।

23. वरिष्ठ नागरिकों के लिए विशेष उपबंध

- i. जीवन बीमाकर्ताओं, साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा वरिष्ठ नागरिकों को प्रस्तावित किये जाने वाले स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के लिए प्रभारित किया जाने वाला प्रीमियम उचित, न्यायसंगत, पारदर्शी और विधिवत् प्रारंभ में ही प्रकटीकृत होगा। प्रीमियम से अधिक, उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देशों के अंतर्गत फाइल और अनुमोदन किये गये रूप में अतिरिक्त रूप से लगाया गया कोई भी जोखिम-अंकन प्रभार लिखित में बीमाकर्ता व्यक्ति को सूचित किया जाएगा तथा पॉलिसी के निर्गम से पहले इस प्रकार के अतिरिक्त प्रभारों (लोडिंग) के लिए पॉलिसीधारक की विशिष्ट सहमति प्राप्त की जाएगी।

- ii. सभी जीवन बीमाकर्ता, साधारण बीमाकर्ता और स्वास्थ्य बीमाकर्ता एवं तृतीय पक्ष प्रबंधक (टीपीए), जैसी स्थिति हो, वरिष्ठ नागरिकों के स्वास्थ्य बीमा संबंधी दावों और शिकायतों का समाधान करने के लिए एक अलग माध्यम स्थापित करेंगे।

24. बहुविध पॉलिसियाँ

- i. पॉलिसियों की शर्तों के अनुसार बीमाकृत घटना के घटित होने पर नियत लाभ प्रदान करने वाली बहुविध पॉलिसियों के मामले में प्रत्येक बीमाकर्ता इसी प्रकार की अन्य पॉलिसियों के अंतर्गत प्राप्त भुगतानों से अलग, पृथक् रूप से दावों का भुगतान करेगा।
- ii. यदि बीमाकृत व्यक्ति द्वारा चिकित्सा व्ययों की क्षतिपूर्ति की जाने के लिए एक या उससे अधिक बीमाकर्ताओं से एक अवधि के दौरान दो या उससे अधिक पॉलिसियाँ ली जाती हैं, तो पॉलिसीधारक के पास यह अधिकार होगा कि अपनी पॉलिसियों में से किसी भी पॉलिसी की शर्तों के अनुसार अपने दावे के निपटान की अपेक्षा करे।
1. ऐसे सभी मामलों में वह बीमाकर्ता जिसने चयनित पॉलिसी जारी की हो, उक्त दावे का निपटान करने के लिए बाध्य होगा, जहाँ तक दावा चयनित पॉलिसी की सीमाओं के अंदर और उसकी शर्तों के अनुसार हो।
 2. अन्य पॉलिसी/पॉलिसियों के अंतर्गत दावे, पहले चयनित पॉलिसी/ पॉलिसियों में बीमित राशि के समाप्त होने के बाद किये जा सकते हैं।
 3. यदि दावा की जाने वाली राशि कटौती-योग्य राशियों अथवा सह-भुगतान (को-पे) पर विचार करने के बाद किसी एकल पॉलिसी के अंतर्गत बीमित राशि से अधिक हो जाती है, तो पॉलिसीधारक के पास उन बीमाकर्ताओं का चयन करने का अधिकार होगा जिनसे वह शेष राशि का दावा करना चाहता/ चाहती है।
 4. जहाँ बीमाकृत व्यक्ति के पास क्षतिपूर्ति आधार पर एक ही जोखिम की रक्षा करने के लिए एक से अधिक बीमाकर्ताओं से ली गई पॉलिसियाँ हैं, वहाँ बीमाकृत व्यक्ति को केवल चयनित पॉलिसी की शर्तों के अनुसार अस्पताल में भर्ती के व्ययों की क्षतिपूर्ति की जाएगी।

25. नवीकरणों पर अतिरिक्त प्रभार (लोडिंग):

- i. वैयक्तिक उत्पादों के लिए, नवीकरण पर लोडिंग समूचे संविभाग के लिए प्रस्तावित प्रीमियमों में वृद्धि या कमी के अनुसार होंगे और वे किसी वैयक्तिक पॉलिसी दावा अनुभव के आधार पर नहीं होंगे।
- ii. प्रस्तावित ब्लूटै और लोडिंग :
1. बीमाकर्ता के विवेकानुसार नहीं होंगे;
 2. एक वस्तुनिष्ठ मानदंड पर आधारित होंगे;
 3. उद्देश्य मानदंडों के साथ प्रॉस्पेक्टस और पॉलिसी दस्तावेज में प्रारंभ में ही प्रकट किये जाएँगे तथा उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देशों के अंतर्गत अनुमोदित रूप में होंगे।
- iii. कोई भी बीमाकर्ता नवीकरण के स्तर पर डॉक्टरी जाँच, नये प्रस्ताव फार्म आदि की माँग करते हुए नये जोखिम-अंकन का सहारा नहीं लेगा, जहाँ प्रस्तावित बीमित राशि में कोई परिवर्तन नहीं हो। बशर्ते कि जहाँ जोखिम प्रोफाइल में सुधार हो, वहाँ बीमाकर्ता नवीकरण के बिन्दु पर लोडिंगों को हटाने के लिए उसे स्वीकार करने के लिए प्रयास कर सकता है।

अध्याय IV : स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों का प्रबंध

प्रत्येक जीवन बीमाकर्ता, साधारण बीमाकर्ता और स्वास्थ्य बीमाकर्ता जैसा लागू हो, निम्नलिखित को सुनिश्चित करेगा:

26. पॉलिसीधारकों के हित का संरक्षण:

प्रत्येक बीमाकृत व्यक्ति को संबंधित दिशानिर्देशों में प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट रूप में एक ग्राहक सूचना पत्रक उपलब्ध कराया जाएगा। बीमाकर्ता आवश्यक प्रणालियाँ, कार्यविधियाँ, कार्यालय और बुनियादी संरचना स्थापित करेगा ताकि 24 घंटे के आधार पर पूर्व-प्राधिकरणों का कुशल निर्गम तथा दावों और शिकायतों का त्वरित निपटान किया जा सके।

27. बीमाकर्ता द्वारा दावे का निपटान/ अस्वीकरण:

- i. बीमाकर्ता दावे का निपटान अथवा अस्वीकरण, जैसी स्थिति हो, अंतिम 'आवश्यक' दस्तावेज की प्राप्ति से तीस दिन के अंदर करेगा।
- ii. उन मामलों को छोड़कर जहाँ किसी धोखाधड़ी का संदेह हो, सामान्य रूप से पॉलिसी की शर्तों में सूचीबद्ध न किया गया कोई भी दस्तावेज 'आवश्यक' नहीं समझा जाएगा। बीमाकर्ता यह सुनिश्चित करेगा कि दावों पर कार्रवाई के लिए अपेक्षित सभी दस्तावेज एक ही बार में माँगा जाएँ तथा दस्तावेजों की माँग थोड़ी-थोड़ी करके नहीं की जाएगी।
- iii. सूचना जो बीमाकर्ता ने प्रस्ताव को स्वीकार करते समय प्रस्ताव फार्म में संगृहीत की है, पॉलिसी के अंतर्गत प्रस्तावित शर्तों, पहले के दावों के द्वारा प्रकट हुए रूप में चिकित्सा का पूर्ववृत्त, यदि कोई हो, तथा पूर्व के दावों का अनुभव बीमाकर्ता द्वारा इलेक्ट्रॉनिक अभिलेख के रूप में अनुरक्षित किया जाएगा तथा बाद के दावा निपटानों के समय पॉलिसीधारक/ बीमाकृत व्यक्ति से पुनः नहीं माँगा जाएगा।
- iv. बीमाकर्ता एक अवधि निर्धारित कर सकता है जिसके अंदर दावा करने के लिए पॉलिसीधारक/ बीमाकृत व्यक्ति द्वारा सभी आवश्यक दावा दस्तावेज प्रस्तुत किये जाने चाहिए। तथापि, यदि विलंब के लिए वैध कारण हों तो ऐसी अवधि के बाद दाखिल किये गये दावों पर भी विचार किया जाना चाहिए।
- v. प्रत्येक बीमा दावे का निपटान पॉलिसी संविदा की शर्तों और दावों के निपटान को नियंत्रित करने वाले वर्तमान विनियमों के अनुसार किया जाएगा। किसी भी दावे को बीमाकर्ताओं की बहियों में बंद नहीं किया जाएगा।

28. पॉलिसी दस्तावेज में न्यूनतम प्रकटीकरण: समय-समय पर यथासंशोधित आईआरडीए (पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण) विनियम, 2002 में निर्धारित अपेक्षाओं को अतिरिक्त, पॉलिसी दस्तावेज में निम्नलिखित निहित होंगे:

- i. इस विनियम के अनुसार अपेक्षित प्रकटीकरणों की सूची।
- ii. यदि दावों पर कार्रवाई के लिए अपेक्षित सभी दावा दस्तावेजों के साथ दावा प्रस्तुति के लिए समय-सीमाओं का पालन नहीं किया जाता, तो दावों की प्रस्तुति की प्रक्रिया, समय-सीमाएँ और कार्रवाई का संभावित क्रम।
- iii. स्वास्थ्य बीमा उत्पाद में प्रस्तावित किसी भी बीमारक्षा पर लागू उप-सीमाएँ तथा उत्पाद में प्रदत्त अन्य बीमारक्षाओं पर ऐसी उप-सीमाओं का प्रभाव स्पष्ट रूप से सूचित किया जाएगा।
- iv. समय-समय पर यथासंशोधित आईआरडीए (पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण) विनियम, 2002 के विनियम 9(6) के अनुसार पॉलिसी दस्तावेज में दंडात्मक ब्याज का प्रावधान अनिवार्यतः शामिल किया जाएगा।

- v. तृतीय पक्ष प्रबंधक (टीपीए) संबंधी विवरण, यदि कोई हो, संपूर्ण पते और संपर्क के नंबरों के साथ पॉलिसी दस्तावेज के साथ संलग्न किया जाएगा। यह उल्लेख भी किया जाएगा कि टीपीए की अद्यतन सूची बीमाकर्ताओं की वेबसाइट में उपलब्ध होगी।

29. अन्य प्रकटीकरण:

- i. प्रत्येक बीमाकर्ता स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने के लिए नियुक्त तृतीय पक्ष प्रबंधकों (टीपीए) का उत्पाद-वार अथवा स्थान अथवा भूभाग-वार विवरण अपनी संबंधित वेबसाइट में प्रकट करेगा, तथा जब भी कोई परिवर्तन होगा तब इस विवरण को अद्यतन किया जाएगा।
- ii. प्रस्तावित उत्पाद-वार नकदीरहित सेवाओं के बारे में संबंधित बीमाकर्ताओं की वेबसाइट में स्पष्ट रूप से समझाया जाएगा।
- iii. उपर्युक्त विनियम (2)(i)(ठ) के अंतर्गत उल्लिखित प्रायोगिक उत्पादों के मामले में बीमा विज्ञापनों के लिए लागू सभी वर्तमान प्रकटीकरण मानदंडों के अतिरिक्त, 'प्रायोगिक उत्पादों' से संबंधित समस्त विक्रय और प्रचार सामग्री में निम्नलिखित को प्रकट किया जाएगा:
 1. प्रस्तावित उत्पाद एक प्रायोगिक उत्पाद है और यह एक सीमित अवधि वाला उत्पाद है।
 2. उत्पाद दिन/माह/वर्ष की तारीख से समाप्त किया जा सकता है (अधिकतम दिनांक विनिर्दिष्ट किया जाए जब उत्पाद को या तो वापस लिया जाएगा या एक नियमित उत्पाद के रूप में परिवर्तित किया जाएगा) अथवा एक नियमित उत्पाद के रूप में परिवर्तित किया जा सकता है।
 3. प्रायोगिक उत्पाद को समाप्त किये जाने की स्थिति में वर्तमान में लागू उपबंधों के अनुसार बीमाकृत व्यक्ति को अंतरण (माइग्रेशन) का विकल्प उपलब्ध कराया जाएगा।
 4. उत्पाद के साथ 'प्रायोगिक उत्पाद' की एक टैग-लाइन होगी ताकि यह प्रदर्शित किया जा सके कि प्रवर्तित स्वास्थ्य बीमा उत्पाद एक प्रायोगिक उत्पाद है।
- iv. बीमाकर्ता बीमाकृत व्यक्ति को नेटवर्क प्रदाताओं की सूची से अवगत करायेगा और उसे अपनी वेबसाइट पर प्रदर्शित करेगा। ऐसी सूची को भूभाग-वार प्रदर्शित किया जाएगा तथा नेटवर्क प्रदाताओं में जब भी कोई परिवर्तन होगा तब उसे अद्यतन किया जाएगा।

30. स्वास्थ्य पॉलिसियों का प्रबंध

- क. पॉलिसी की शर्तों के अधीन साधारण बीमाकर्ता और स्वास्थ्य बीमाकर्ता सभी पॉलिसीधारकों को विशिष्ट प्रतिष्ठानों में चिकित्सा के लिए नकदीरहित सुविधा अथवा किसी चिकित्सा प्रतिष्ठान में प्राप्त की गई डॉक्टरी और स्वास्थ्य चिकित्साओं अथवा सेवाओं के व्ययों की प्रतिपूर्ति की सुविधा प्रदान करेंगे।
- ख. नकदीरहित सुविधा केवल उन्हीं प्रतिष्ठानों में प्रदान की जाएगी जिन्होंने ऐसी सेवाएँ प्रदान करने के लिए बीमाकर्ता के साथ करार किया हो। ऐसे प्रतिष्ठानों के लिए शब्द 'नेटवर्क प्रदाता' प्रयुक्त किया जाएगा।
- ग. प्रतिपूर्ति की अनुमति किसी भी चिकित्सा प्रतिष्ठान में दी जाएगी। ऐसे सभी प्रतिष्ठान अनिवार्य रूप से लाइसेंसप्राप्त अथवा पंजीकृत होंगे जैसा कि यथाप्रयोज्य रूप में किसी भी स्थानीय, राज्य अथवा राष्ट्रीय विधि द्वारा अपेक्षित हो।
- घ. सभी स्वास्थ्य प्लस जीवन-कॉम्बि उत्पाद इस विनियम की अनुसूची II के उपबंधों के अनुसार होंगे।
- ङ. आपात स्थितियों को छोड़कर, नकदीरहित सुविधा के लिए बीमाकर्ता अथवा नियुक्त टीपीए द्वारा नेटवर्क प्रदाता को पूर्व-प्राधिकरण (प्री-ऑथराइजेशन) जारी किये जाने की अपेक्षा हो सकती है जहाँ चिकित्सा प्राप्त की

जाएगी। प्राधिकरण एक मानक पूर्व-प्राधिकरण फार्म और मानक प्रतिपूर्ति दावा फार्म निर्धारित कर सकता है जिनका उपयोग, जैसा लागू हो, इस प्रयोजन के लिए किया जाएगा।

- च. बीमाकर्ता नकदीरहित सुविधा का लाभ उठाने के लिए बीमाकृत व्यक्ति को एक पहचान-पत्र पॉलिसी के निर्गम की तारीख से 15 दिन के अंदर टीपीए के माध्यम से अथवा प्रत्यक्ष रूप से जारी करेंगे। बशर्ते कि जहाँ पहचान-पत्र पर समाप्ति की तारीख का कोई उल्लेख नहीं है, वहाँ बीमाकर्ता एक स्थायी कार्ड उपलब्ध करा सकता है जो तब तक वैध होगा जब तक कंपनी के पास पॉलिसी नवीकृत रहती है।
- छ. पहचान-पत्र कम से कम पॉलिसीधारक के विवरण और बीमाकर्ता के प्रतीक से युक्त होगा। बीमाकर्ता ऐसे स्मार्ट कार्ड जारी करने के लिए प्रयास करेंगे जैसे त्वरित प्रतिक्रिया कोड और चुंबकीय रीडर से युक्त कार्ड, ताकि टीपीए और नेटवर्क प्रदाता अबाधित रूप से स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान कर सकें।
- ज. जहाँ पॉलिसीधारक को एक निश्चित अस्पताल में एक निश्चित प्रक्रिया के संचालन के लिए पूर्व-प्राधिकरण जारी किया गया हो अथवा पॉलिसीधारक किसी अस्पताल में ऐसी चिकित्सा पहले से ही प्राप्त कर रहा हो और ऐसे अस्पताल को दावे के अंतिम निपटान से पहले नेटवर्क प्रदाताओं की सूची में से हटाने का प्रस्ताव हो, वहाँ बीमाकर्ता ऐसे पॉलिसीधारक को नकदीरहित सुविधा के लाभ उपलब्ध कराएँगे, मानो ऐसे अस्पताल का नेटवर्क प्रदाता सूची में रहना जारी है।
- झ. बीमा कंपनी नेटवर्क प्रदाताओं, दावों के अंतरण और अपनी सेवा से बाहर के क्षेत्रों में उत्पन्न होने वाले संव्यवहार डेटा का साझा करने के लिए अन्य बीमा कंपनियों के साथ करार कर सकती है।

31. स्वास्थ्य सेवा करार:

- क. बीमा कंपनियाँ पॉलिसीधारकों को नकदीरहित सेवाएँ उपलब्ध कराते हुए पॉलिसियाँ प्रस्तावित कर सकती हैं, बशर्ते कि:
 - i. उक्त सेवाएँ नेटवर्क प्रदाताओं के माध्यम से प्रदान की जाती हैं जो बीमाकर्ता के साथ प्रत्यक्ष लिखित करार के अंतर्गत चिकित्सा सेवाएँ उपलब्ध कराने के लिए सूचीबद्ध किये गये हैं जहाँ प्रत्यक्ष व्यवस्था हो, अथवा स्वास्थ्य सेवा प्रदाता, टीपीए और बीमाकर्ता के बीच त्रिपक्षीय करार द्वारा प्रदान की जाती हैं जहाँ वे टीपीए के माध्यम से हों। जहाँ कोई बीमाकर्ता टीपीए की सेवाओं का उपयोग करना चाहता है, वहाँ वह सुनिश्चित करेगा कि समय-समय पर यथासंशोधित आईआरडीआई (तृतीय पक्ष प्रबंधक – स्वास्थ्य सेवाएँ) विनियम, 2016 के अनुसार जारी किये गये वैध पंजीकरण प्रमाणपत्र धारण करने वाले टीपीए के साथ परिभाषित सेवाओं के लिए लिखित करार किया जाएगा।
- ख. बीमाकर्ताओं, नेटवर्क प्रदाताओं अथवा टीपीए के बीच जो करार किये जाएँगे, उनमें अन्य बातों के साथ-साथ निम्नलिखित समाविष्ट किये जाएँगे:
 - i. नेटवर्क प्रदाता द्वारा उपलब्ध कराई जाने वाली विभिन्न प्रकार की स्वास्थ्यरक्षा सेवाओं के संबंध में लागू प्रशुल्क।
 - ii. टीपीए अथवा नेटवर्क प्रदाता की ओर से किसी धोखाधड़ी, गलतबयानी, सेवा की अपर्याप्तता अथवा अन्य अननुपालन अथवा चूक की स्थिति में करार को निरस्त करने अथवा आशोधित करने के लिए बीमाकर्ता को सशक्त बनाते हुए एक वाक्यांश।
 - iii. यदि टीपीए परिवर्तित किया जाता है अथवा टीपीए के साथ करार समाप्त किया जाता है तो बीमा कंपनी को नेटवर्क प्रदाता द्वारा सेवाओं की निरंतरता के लिए व्यवस्था करते हुए सहमत रूप में एक मानक वाक्यांश।

- iv. नेटवर्क प्रदाता को टीपीए द्वारा प्रदान की गई सेवा की अपर्याप्तता के कारणों के लिए प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट दिशानिर्देशों, यदि कोई हों, के अधीन एक निश्चित टीपीए से नेटवर्क प्रदाता द्वारा बाहर जाने के विकल्प का प्रयोग करने अथवा टीपीए द्वारा नेटवर्क प्रदाता के नाम को सूची से हटाने के लिए व्यवस्था करते हुए एक वाक्यांश।
 - v. किसी दावे को नहीं मानने अथवा अस्वीकार करने के लिए बीमाकर्ता पर विशिष्ट रूप से दायित्व निर्धारित करते हुए एक वाक्यांश।
 - vi. पूर्व सूचना के बिना किसी भी समय नेटवर्क प्रदाता के परिसर का निरीक्षण करने के लिए बीमाकर्ता को समर्थ बनाते हुए एक वाक्यांश।
- ग. बीमाकर्ता और टीपीए, दिशानिर्देशों के रूप में प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट रूप में ऐसे सभी करारों में शामिल किये जाने वाले मानक वाक्यांशों का पालन करेंगे।
 - घ. बीमा कंपनी समूचे भौगोलिक विस्तार में पर्याप्त संख्या में दोनों सरकारी और निजी क्षेत्र के नेटवर्क प्रदाताओं के साथ करार करने के लिए प्रयास करेगी। बीमाकर्ता द्वारा करार की प्रति करार की समाप्ति अथवा समापन की तारीख से लेकर पाँच वर्ष से अन्यून अवधि के लिए रखी जाएगी।
 - ङ. प्राधिकरण समय-समय पर नेटवर्क प्रदाताओं के लिए कुछ मानक, न्यूनतम मानदंड (बेंचमार्क) और नियम (प्रोटोकॉल) दिशानिर्देशों के माध्यम से विनिर्दिष्ट कर सकता है। बीमाकर्ता और टीपीए यह सुनिश्चित करेंगे कि केवल वे ही प्रदाता नेटवर्क में नामांकित किये जाएँगे जो ऐसे मानकों, बेंचमार्कों और प्रोटोकॉलों को पूरा करेंगे।

32. नेटवर्क प्रदाताओं को भुगतान और पॉलिसीधारकों के दावों का निपटान:

- क. दावों के निपटान के प्रयोजन के लिए बीमाकर्ता, जैसी स्थिति हो, नेटवर्क प्रदाता अथवा पॉलिसीधारक के साथ अपने बैंकिंग प्रणाली प्लेटफार्म का समन्वय करने के द्वारा नेटवर्क प्रदाता को और पॉलिसीधारकों को प्रत्यक्ष भुगतान करेगा। बशर्ते कि यदि दावेदार चेक अथवा माँग ड्राफ्ट के माध्यम से भुगतान का विकल्प देता है तो बीमाकर्ता ऐसे अनुरोध को अस्वीकार नहीं करेगा।

33. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के संबंध में बीमाकर्ताओं द्वारा टीपीए की सेवाओं का विनियोजन

- क. प्रत्येक बीमाकर्ता दावों पर कार्रवाई अर्थात् दावा स्वीकरण और मूल्यांकन के लिए टीपीए को विस्तृत उत्पाद-वार दिशानिर्देश उपलब्ध कराएगा। उक्त दिशानिर्देश टीपीए द्वारा सर्विसिंग प्रदान किये जाने वाले विभिन्न उत्पादों के अंतर्गत स्वीकृत अथवा अस्वीकृत भुगतानों / लाभों को स्पष्ट करेंगे। ऐसे दिशानिर्देश निर्धारित करते समय बीमाकर्ता ऐसे उत्पाद के अंतर्गत सेवाएँ प्रदान करने के लिए करार के अंतर्गत टीपीए द्वारा स्थापित की जाने वाली क्षमता संबंधी अपेक्षाओं, आंतरिक नियंत्रण प्रक्रियाओं को भी निर्धारित करेंगे।
- ख. विस्तृत दावा दिशानिर्देश: प्रत्येक बीमाकर्ता टीपीए को विस्तृत उत्पाद विशिष्ट दावा दिशानिर्देश जारी करेगा।
- ग. बीमाकर्ता यह सुनिश्चित करेंगे कि टीपीए करार के भाग के रूप में निम्नलिखित कार्यकलाप नहीं करेंगे
 - i. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के संबंध में दावा अस्वीकरण / निराकरण;
 - ii. पॉलिसीधारकों, दावेदारों अथवा नेटवर्क प्रदाताओं को भुगतान;
 - iii. पॉलिसीधारक अथवा बीमाकृत व्यक्ति अथवा किसी अन्य व्यक्ति को सीधे कोई सेवाएँ, जब तक कि ऐसी सेवा बीमाकर्ता के साथ किये गये करार की शर्तों के अनुसार न हो तथा आईआरडीआई (टीपीए – स्वास्थ्य सेवाएँ) विनियम, 2016 का पालन नहीं करती हो।

घ. दावों का निपटान और अस्वीकरण:

- i. बीमाकर्ता और/या टीपीए, जैसी स्थिति हो, निपटान हेतु दावों पर कार्रवाई के लिए दस्तावेज इलेक्ट्रॉनिक रूप में प्राप्त करने के लिए प्रयास करेंगे। दावों का जो निपटान किया जा रहा हो, वह बीमाकर्ताओं द्वारा ई-भुगतानों के माध्यम से किया जाएगा।
- ii. जहाँ दावों पर कार्रवाई बीमाकर्ताओं द्वारा सीधे की जाती है, वहाँ दावों के निपटान के संबंध में पॉलिसीधारक के साथ पत्र-व्यवहार में आईआरडीएआई (टीपीए – स्वास्थ्य सेवाएँ) विनियम, 2016 के विनियम (21)(3)(ग)(i) के उपबंधों का पालन किया जाएगा।
- iii. हर समय पॉलिसीधारकों को उचित और त्वरित सेवा प्रदान करने के लिए बीमाकर्ता उत्तरदायी होगा।
- iv. जहाँ किसी दावे को अस्वीकृत अथवा निराकृत किया जाता है, वहाँ अस्वीकरण अथवा निराकरण के बारे में सूचना केवल बीमाकर्ता द्वारा अस्वीकरण अथवा निराकरण के लिए विशिष्ट रूप से कारण बताते हुए, तदनुसारी पॉलिसी की शर्तों का उल्लेख आवश्यक रूप से करते हुए दी जाएगी। बीमाकर्ता बीमा कंपनी और बीमा लोकपाल के पास उपलब्ध शिकायत निवारण प्रक्रियाओं की सूचना भी संबंधित कार्यालयों के विस्तृत पत्रों के साथ उपलब्ध कराएगा।

ङ. बीमा कंपनी द्वारा एक से अधिक टीपीए को नियुक्त किया जा सकता है।

34. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की सर्विसिंग के लिए बीमाकर्ताओं द्वारा टीपीए का परिवर्तन

- क. जहाँ टीपीए में कोई परिवर्तन किया जाता है, वहाँ बीमाकर्ता उक्त परिवर्तन को लागू करने से 30 दिन पहले पॉलिसीधारकों को सूचित करेंगे।
- ख. टीपीए के परिवर्तन की स्थिति में नये टीपीए के संपर्क का विवरण, जैसे हेल्पलाइन संख्याएँ, पते, आदि का ब्यौरा सभी पॉलिसीधारकों को तत्काल उपलब्ध कराया जाएगा।
- ग. बीमाकर्ता पूर्व के टीपीए द्वारा सर्विसिंग की गई पॉलिसियों के संबंध में समस्त डेटा का अधिग्रहण टीपीए द्वारा सेवाओं की समाप्ति से तीस दिन के अंदर करेगा तथा यह सुनिश्चित करेगा कि उक्त डेटा का हस्तांतरण नये समनुदेशित टीपीए, यदि कोई हो, को अबाधित रूप से किया जाएगा। उक्त परिवर्तन के परिणामस्वरूप पॉलिसीधारकों को कोई असुविधा या कठिनाई नहीं होनी चाहिए। इस संबंध में निम्नलिखित पहलुओं पर विशेष ध्यान दिया जाएगा:
 - i. मामलों की स्थिति, जहाँ वर्तमान टीपीए द्वारा पूर्व-प्राधिकरण (प्री-ऑथराइजेशन) जारी किया जा चुका हो।
 - ii. मामलों की स्थिति, जहाँ कार्रवाई के लिए वर्तमान टीपीए को दावा संबंधी दस्तावेज प्रस्तुत किये गये हों।
 - iii. मामलों की स्थिति, जहाँ टीपीए द्वारा कार्रवाई पूरी की गई हो और भुगतान बीमाकर्ता के पास लंबित हो।

35. डेटा और संबंधित विषय:

- क. टीपीए और बीमाकर्ता सभी दावों के लिए डेटा अंतरण का अबाधित प्रवाह स्थापित करेंगे। इस प्रयोजन के लिए यहाँ इन विनियमों में उल्लिखित संस्थाएँ डेटा के इलेक्ट्रॉनिक प्रवाह के लिए प्रयास करेंगी।
- ख. संबंधित दावा निपटान फाइलें उसके 15 दिन के अंदर बीमाकर्ता को सौंपी जाएँगी।
- ग. प्राधिकरण, बीमाकर्ताओं, टीपीए और नेटवर्क प्रदाताओं से अपेक्षा कर सकता है कि वे अलग से जारी किये जाने वाले दिशानिर्देशों में विनिर्दिष्ट रूप में डेटा संबंधी विषयों का पालन करें।

36. धोखाधड़ियाँ कम करने के लिए अपेक्षित प्रणालियाँ : बीमाकर्ताओं और टीपीए को चाहिए कि वे धोखाधड़ियों की पहचान करने, निगरानी करने, और उन्हें कम करने के लिए प्रणालियाँ और प्रक्रियाएँ स्थापित करें तथा इस संबंध में समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट दिशानिर्देश यदि कोई हों तो उनका पालन करें।

अध्याय V : प्राधिकरण को विवरणियों की प्रस्तुति

37. प्राधिकरण को विवरणियों की प्रस्तुति

स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय करने वाली सभी बीमा कंपनियाँ दिशानिर्देशों के अनुसार प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट की जाने वाली विवरणियाँ प्राधिकरण को प्रस्तुत करेंगी।

अध्याय VI : निरसन और बचत तथा कठिनाइयाँ दूर करना

38. निरसन और बचत:

क. ये विनियम बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (स्वास्थ्य बीमा) विनियम, 2013 तथा बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (स्वास्थ्य बीमा) (पहला संशोधन) विनियम, 2014 का अधिक्रमण करते हैं।

39. कठिनाइयाँ दूर करना

इन विनियमों को लागू करने अथवा उनका अर्थनिर्णय करने में किसी भी कठिनाई को दूर करने के लिए प्राधिकरण का अध्यक्ष परिपत्रों के रूप में स्पष्टीकरण, निदेश और दिशानिर्देश जारी कर सकता है।

टी. एस. विजयन, अध्यक्ष

[विज्ञापन. III/4/असाधारण/161/16]

अनुसूची-I

साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा प्रस्तावित स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की सुवाह्यता (पोर्टबिलिटी)

1. अपनी पॉलिसी का स्थान-परिवर्तन (पोर्टिंग) किसी अन्य बीमा कंपनी में करने के लिए इच्छुक पॉलिसीधारक ऐसी बीमा कंपनी को उक्त संपूर्ण पॉलिसी परिवार के सभी सदस्यों, यदि कोई हों, के साथ स्थान-परिवर्तन करने के लिए आवेदन अपनी वर्तमान पॉलिसी की प्रीमियम नवीकरण तारीख से कम से कम 45 दिन पहले प्रस्तुत करेगा, परंतु ऐसा आवेदन उक्त तारीख से 60 दिन से पहले प्रस्तुत नहीं किया जाएगा।
2. यदि पॉलिसीधारक (क) नये बीमाकर्ता से प्रीमियम नवीकरण तारीख से 45 दिन पहले संपर्क नहीं करता, अथवा (ख) नये बीमाकर्ता से प्रीमियम नवीकरण तारीख से 60 दिन से अधिक समय पहले संपर्क करता है, तो बीमाकर्ता सुवाह्यता प्रदान करने के लिए जिम्मेदार नहीं हो सकता।
3. पॉलिसीधारक द्वारा सुवाह्यता के विकल्प का प्रयोग केवल ऊपर (1) में उल्लिखित रूप में ही किया जाएगा और पॉलिसी के प्रचलन के दौरान नहीं किया जाएगा।
4. यदि पॉलिसीधारक नवीकरण की तारीख से कम से कम 45 दिन पहले बीमाकर्ता से संपर्क नहीं करता, तो भी यदि बीमाकर्ता सुवाह्यता के प्रस्ताव पर विचार करने के लिए इच्छुक है, तो वह ऐसा करने के लिए स्वतंत्र है।
5. जहाँ नवीकरण की तारीख को सुवाह्यता की स्वीकृति का परिणाम नये बीमाकर्ता से अभी प्रतिक्षित है।

- क. यदि पॉलिसीधारक द्वारा अनुरोध किया जाता है, तो वर्तमान पॉलिसी को एक महीने से अन्यून अल्प अवधि के लिए, ऐसी अल्प अवधि के लिए आनुपातिक प्रीमियम स्वीकार करते हुए बढ़ाने की अनुमति दी जाएगी तथा
- ख. वर्तमान बीमाकर्ता वर्तमान पॉलिसी को ऐसे समय तक निरस्त नहीं करेगा जब तक नये बीमाकर्ता से पुष्टीकृत पॉलिसी प्राप्त नहीं होती अथवा बीमाकृत व्यक्ति द्वारा लिखित में विशिष्ट अनुरोध नहीं किया जाता
- ग. नया बीमाकर्ता ऐसे सभी मामलों में पॉलिसीधारक के अनुरोध के आधार पर अल्पावधिक पॉलिसी की समाप्ति की तारीख के साथ मेल खाने के लिए जोखिम के प्रारंभ की तारीख की गणना करेगा। यदि किसी कारण से बीमाकृत व्यक्ति पॉलिसी की समाप्ति से पहले अथवा उपर्युक्त खंड (5)(क) के अंतर्गत उल्लिखित अल्पावधिक पॉलिसी की समाप्ति से पहले वर्तमान बीमाकर्ता के साथ जारी रहना चाहता है, तो उसे नियमित प्रीमियम प्रभारित करते हुए और कोई नई शर्त लागू किये बिना इस प्रकार जारी रहने की अनुमति दी जाएगी।
6. यदि पॉलिसीधारक ने खंड (5)(क) में निर्दिष्ट रूप में विकल्प दिया है और दावा प्रस्तुत किया गया है तो वर्तमान बीमाकर्ता पॉलिसी वर्ष के शेष भाग के लिए बाकी प्रीमियम प्रभारित कर सकता है, बशर्ते कि दावे वर्तमान बीमाकर्ता द्वारा स्वीकार किये गये हों। ऐसे मामलों में, पॉलिसीधारक शेष अवधि के लिए प्रीमियम अदा करने के लिए जिम्मेदार होगा तथा उस पॉलिसी वर्ष के लिए वर्तमान बीमाकर्ता के साथ बना रहेगा।
7. उपर्युक्त खंड (1) के अंतर्गत उल्लिखित सूचना प्राप्त होने पर बीमा कंपनी आवेदक को इन दिशानिर्देशों के अनुबंध-I में निर्धारित रूप में उक्त सुवाह्यता फार्म, एक प्रस्ताव फार्म और प्रस्तावित किये जा सकनेवाले विभिन्न स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के संबंध में संबंधित उत्पाद साहित्य के साथ प्रेषित करेगी।
8. पॉलिसीधारक प्रस्ताव फार्म के साथ सुवाह्यता फार्म भरेगा तथा उन्हें बीमा कंपनी को प्रस्तुत करेगा।
9. सुवाह्यता फार्म प्राप्त होने पर, बीमा कंपनी संबंधित पॉलिसीधारक के स्वास्थ्य वृत्त और दावा वृत्त के आवश्यक विवरण की अपेक्षा वर्तमान बीमा कंपनी से करेगी। यह आईआरडीआई के वेब पोर्टल के माध्यम से किया जायेगा।
10. वर्तमान बीमाकर्ता सुवाह्यता के संबंध में ऐसा अनुरोध प्राप्त होने पर, अनुरोध की प्राप्ति से 7 कार्यदिवसों के अंदर आईआरडीआई के वेब पोर्टल में निर्धारित फार्मेट में बीमा पॉलिसियों के स्थान-परिवर्तन (पोर्टिंग) के लिए आवश्यक डेटा प्रस्तुत करेगा।
11. यदि वर्तमान बीमाकर्ता निर्धारित समय-सीमा के अंदर नई बीमा कंपनी को उक्त डेटा फार्मेट में आवश्यक डेटा उपलब्ध नहीं कराता, इसे आईआरडीआई द्वारा जारी किये गये निर्देशों का उल्लंघन माना जाएगा तथा उक्त बीमाकर्ता बीमा अधिनियम, 1938 के अंतर्गत विद्यमान दंडात्मक प्रावधानों के अधीन होगा।
12. वर्तमान बीमा कंपनी से डेटा प्राप्त होने पर नई बीमा कंपनी प्रस्ताव का जोखिम-अंकन कर सकती है तथा अपना निर्णय पॉलिसीधारक को आईआरडीआई (पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण) विनियम, 2002 के विनियम 4(6) के अनुसार सूचित करेगी।
13. यदि उपर्युक्त समय-सीमा के अंदर डेटा प्राप्त होने पर बीमा कंपनी प्राधिकरण के पास कंपनी द्वारा दाखिल की गई अपनी जोखिम-अंकन नीति के अनुसार 15 दिन के अंदर अनुरोधकर्ता पॉलिसीधारक को अपना निर्णय सूचित नहीं करती, तो बीमा कंपनी के पास ऐसे प्रस्ताव को अस्वीकृत करने का कोई अधिकार नहीं होगा तथा वह उक्त प्रस्ताव को स्वीकार करेगी।
14. जिस पॉलिसी का स्थान-परिवर्तन (पोर्टिंग) कंपनी के अंदर किया जा रहा है, उसे स्वीकार करने के लिए बीमाकर्ता केवल पोर्टिंग के प्रयोजन के लिए कोई भी अतिरिक्त लोडिंग अथवा प्रभार नहीं लगायेगा।

15. स्थान-परिवर्तन की गई (पोर्टेड) पॉलिसी की स्वीकृति पर किसी मध्यवर्ती को कोई कमीशन देय नहीं होगा।

16. सुवाह्यता की अनुमति निम्नलिखित स्थितियों में दी जाएगी:

क. परिवार फ्लोटर पॉलिसियों सहित, साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा जारी की गई सभी वैयक्तिक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियाँ।

ख. साधारण बीमाकर्ता अथवा स्वास्थ्य बीमाकर्ता की किसी सामूहिक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के अंतर्गत बीमारक्षा प्राप्त पारिवारिक सदस्यों सहित, वैयक्तिक सदस्यों के पास ऐसी सामूहिक पॉलिसी से उसी बीमाकर्ता के पास वैयक्तिक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी अथवा परिवार फ्लोटर पॉलिसी में परिवर्तन (माइग्रेट) करने का अधिकार होगा। उसके बाद, उसको उपर्युक्त 1 में उल्लिखित अधिकार प्रदान किया जाएगा।

17. किसी भी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए, पहले से विद्यमान बीमारियों और समयबद्ध अपवर्जनों के संबंध में प्रतीक्षा अवधि को निम्नानुसार हिसाब में लिया जाएगा:-

क्रम सं.	पिछले बीमाकर्ता(ओं) के पास निरंतर बीमारक्षा के वर्षों की संख्या	दिनों/वर्षों की संख्या में नये बीमाकर्ता के पास पूरी की जाने वाली प्रतीक्षा अवधि				
		YY दिन	1 वर्ष	2 वर्ष	3 वर्ष	4 वर्ष
I.	XX दिन प्रारंभ में (XX- पॉलिसी दस्तावेज के अनुसार दिनों की संख्या	(YY-XX) दिन	लागू नहीं	लागू नहीं	लागू नहीं	लागू नहीं
II.	1 वर्ष की अवधि के अपवर्जन के लिए:					
	1 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	1 वर्ष	2 वर्ष	3 वर्ष
III.	2 वर्ष की अवधि के अपवर्जन के लिए:					
	1 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	1 वर्ष	2 वर्ष	3 वर्ष
	2 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	शून्य	1 वर्ष	2 वर्ष
IV.	3 वर्ष की अवधि के अपवर्जन के लिए:					
	1 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	1 वर्ष	2 वर्ष	3 वर्ष
	2 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	शून्य	1 वर्ष	2 वर्ष
	3 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	शून्य	शून्य	1 वर्ष
V.	4 वर्ष की अवधि के अपवर्जन के लिए:					
	1 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	1 वर्ष	2 वर्ष	3 वर्ष
	2 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	शून्य	1 वर्ष	2 वर्ष
	3 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	शून्य	शून्य	1 वर्ष
	4 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य

टिप्पणी 1: यदि नई पॉलिसी में किसी बीमारी अथवा चिकित्सा के लिए प्रतीक्षा अवधि उसी बीमारी अथवा चिकित्सा के लिए पिछली पॉलिसी में प्रतीक्षा अवधि से अधिक लंबी है, तो पोर्टिंग पॉलिसीधारक द्वारा प्रस्तुत किये जाने वाले सुवाह्यता फार्म में आवक पॉलिसीधारक को अतिरिक्त प्रतीक्षा अवधि स्पष्ट रूप से बताई जानी चाहिए।

टिप्पणी 2: सामूहिक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के लिए, वैयक्तिक सदस्यों को इस बात का विचार किये बिना कि क्या पिछली पॉलिसी के संबंध में कोई पहले से विद्यमान बीमारी अपवर्जन/ समयबद्ध अपवर्जन है अथवा नहीं, निरंतर बीमा रक्षा के वर्षों की संख्या के आधार पर उपर्युक्त सारणी के अनुसार मान्यता (क्रेडिट) दी जाएगी।

18. सुवाह्यता पिछली पॉलिसी के अंतर्गत बीमित राशि के लिए लागू होगी तथा यदि बीमाकृत व्यक्ति द्वारा अनुरोध किया गया हो, तो पिछली पॉलिसियों के अंतर्गत पिछले बीमाकर्ता(ओं) से प्राप्त संचयी बोनस की सीमा तक, वर्धित बीमित राशि के लिए भी लागू होगी।

उदाहरण के लिए – यदि एक व्यक्ति के पास बीमाकर्ता क के साथ 2 लाख रुपये की बीमित राशि और 50,000 रुपये का उपचित बोनस है; जब वह बीमाकर्ता ख के पास स्थान-परिवर्तन करता है और प्रस्ताव स्वीकार किया जाता है, तो बीमाकर्ता ख को चाहिए कि उसे 2.50 लाख रुपये के लिए लागू प्रीमियम प्रभारित करते हुए 2.50 लाख रुपये का प्रस्ताव करे। यदि बीमाकर्ता ख के पास 2.50 लाख रुपये के लिए कोई उत्पाद नहीं है, तो बीमाकर्ता ख बीमाकृत व्यक्ति को निकटतम उच्चतर स्तर, जैसे 3 लाख का स्तर, 3 लाख रुपये की बीमित राशि के लिए लागू प्रीमियम प्रभारित करते हुए प्रस्तावित करेगा। तथापि, सुवाह्यता (पोर्टबलिटी) केवल 2.50 लाख रुपये तक ही उपलब्ध होगी।

19. बीमाकर्ता पॉलिसी संविदा और संवर्धनात्मक सामग्री जैसे प्रॉस्पेक्टस, विक्रय साहित्य अथवा किसी भी रूप में किन्हीं अन्य दस्तावेजों में पॉलिसीधारक का ध्यान स्पष्ट रूप से आकर्षित करेंगे कि:

- क. सभी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियाँ सुवाह्य (पोर्टबल) हैं;
- ख. पॉलिसीधारक को चाहिए कि वह सुवाह्यता का लाभ उठाने हेतु किसी अन्य बीमाकर्ता से संपर्क करने के लिए नवीकरण की तारीख से पर्याप्त पहले कार्रवाई प्रारंभ करे ताकि अन्य बीमाकर्ता द्वारा प्रस्ताव की स्वीकृति में विलंब के कारण पॉलिसी बीमारक्षा में किसी क्रमभंग से बचा जा सके।

अनुबंध-I

सुवाह्यता (पोर्टबलिटी) फार्म

भाग-I

1)	पॉलिसीधारक / बीमाकृत व्यक्ति(यों) का नाम	
2)	जन्मतिथि / आयु	
3)	पॉलिसीधारक / बीमाकृत व्यक्ति का पता	
4)	वर्तमान बीमाकर्ता का विवरण	
	i. उत्पाद का नाम	
	ii. बीमित राशि	
	iii. संचयी बोनस	
	iv. लिये गये अनुलाभ (एड-ऑन)/ अनुवृद्धियाँ (राइडर)	
	v. पॉलिसी संख्या	

5)	प्रस्तावित बीमा का विवरण	
	i. लेने के लिए प्रस्तावित/ उद्दिष्ट उत्पाद का नाम	
	ii. प्रस्तावित बीमित राशि	
	iii. क्या संचयी बोनस को संवर्धित बीमित राशि के रूप में परिवर्तित करना है	
6)	सुवाह्यता (पोर्टबिलिटी) के लिए कारण	
7)	स्थान-परिवर्तन (पोर्टेड) की जाने वाली पॉलिसी में शामिल किये जाने वाले पारिवारिक सदस्यों की संख्या	
अनुलग्नक: वर्तमान पॉलिसी दस्तावेजों की फोटोकॉपी		
दिनांक:	पॉलिसीधारक के हस्ताक्षर	

भाग-II

1. क्या पीईडी अपवर्जनों / समयबद्ध अपवर्जन की वर्तमान पॉलिसी से अधिक लंबी अपवर्जन अवधि है: (कृपया निर्दिष्ट करें हाँ / नहीं) :
2. यदि हाँ, तो निम्नलिखित घोषणा के लिए लिखित में सहमति दें :

"मैं अवगत हूँ कि निम्नलिखित बीमारी (बीमारियों)/ चिकित्सा(ओं) के लिए प्रतीक्षा अवधि पिछली पॉलिसी शर्तों की तुलना में दिन/ वर्ष अधिक है। मैं इसके द्वारा निम्नलिखित बीमारी (बीमारियों) / चिकित्सा(ओं) के लिए अतिरिक्त प्रतीक्षा अवधि का पालन करने के लिए सहमति देता/देती हूँ।

पॉलिसीधारक के
हस्ताक्षर

अनुसूची-II**स्वास्थ्य प्लस जीवन कॉम्बी उत्पादों का प्रबंध**

1. इस वर्ग के उत्पाद का नाम 'स्वास्थ्य प्लस जीवन कॉम्बी उत्पाद' होगा जिसका उल्लेख इस अनुसूची में इसके बाद 'कॉम्बी उत्पाद' के रूप में किया गया है।
2. यह अनुसूची सूक्ष्म बीमा उत्पादों पर लागू नहीं है जो आईआरडीएआई (सूक्ष्म बीमा) विनियम, 2015 द्वारा नियंत्रित हैं।
3. सभी बीमा कंपनियाँ जो 'स्वास्थ्य प्लस जीवन कॉम्बी उत्पादों' का प्रवर्तन करती हैं, निम्नलिखित का पालन करेंगी:

क. कॉम्बी उत्पाद वर्ग का विस्तार:

- i) 'कॉम्बी उत्पादों' का प्रवर्तन सभी जीवन बीमाकर्ताओं और साधारण बीमाकर्ताओं अथवा स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा किया जा सकता है।
- ii) 'कॉम्बी उत्पाद' जीवन बीमा कंपनियों द्वारा दी जाने वाली जीवन बीमा रक्षा तथा साधारण बीमा कंपनियों अथवा स्वास्थ्य बीमा कंपनियों द्वारा दी जाने वाली स्वास्थ्य बीमा रक्षा का सम्मिश्रण होगा।
- iii) कॉम्बी-उत्पाद के रूप में प्रस्तावित उत्पाद क्रमशः जीवन बीमा उत्पादों के लिए लागू फाइल एण्ड यूज प्रक्रिया एवं स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के लिए लागू उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देशों के अंतर्गत वैयक्तिक रूप से अलग-अलग अनुमोदन-प्राप्त होने चाहिए।
- iv) अनुवृद्धियाँ (राइडर) और वर्धित (ऐड-ऑन) बीमारक्षाएँ क्रमशः जीवन बीमा के लिए लागू फाइल एण्ड यूज प्रक्रिया एवं स्वास्थ्य बीमा के लिए लागू उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देश के अधीन प्रदान की जा सकती हैं।
- v) दोनों ही जोखिमों के प्रीमियम घटकों की पहचान अलग-अलग की जानी चाहिए तथा उनका प्रकटीकरण पॉलिसीधारकों को दोनों विक्रय-पूर्व स्तर और विक्रयोत्तर स्तर पर एवं पॉलिसी दस्तावेज, प्रॉस्पेक्टस और विक्रय साहित्य जैसे सभी दस्तावेजों में किया जाना चाहिए।
- vi) उक्त उत्पाद दोनों वैयक्तिक बीमा पॉलिसी के रूप में और सामूहिक आधार पर प्रस्तावित किया जा सकता है। तथापि, स्वास्थ्य बीमा फ्लोटर पॉलिसियों के संबंध में बीमायोग्य हित और संबंधित बीमाकर्ताओं के लागू जोखिम-अंकन मानदंडों के अधीन जीवन बीमा रक्षा की अनुमति परिवार के एक अर्जक सदस्य के जीवन पर दी जाती है जो स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी का प्रस्तावक भी हो।
- vii) 'कॉम्बी उत्पाद' की समन्वित प्रीमियम राशि प्राधिकरण अथवा किसी अन्य सांविधिक निकाय द्वारा जारी किये गये वर्तमान विनियमों, दिशानिर्देशों और परिपत्रों आदि की प्रारंभिक सीमा अथवा प्रयोज्यता की गणना करने के लिए आधार होगी।
- viii) 'कॉम्बी उत्पादों' के संबंध में कमीशन और दावा भुगतान संबंधित बीमाकर्ताओं द्वारा ही किये जाएँगे।
- ix) 'कॉम्बी उत्पाद' के संबंध में वर्तमान विनियमों में दिये गये विवरण के अनुसार एक मुक्त अवलोकन (फ्री लुक) विकल्प होगा। मुक्त अवलोकन विकल्प को 'कॉम्बी उत्पाद' पर समग्र रूप में लागू किया जाना चाहिए। बशर्ते कि जहाँ किसी स्वास्थ्य बीमा उत्पाद के एक वर्तमान पॉलिसीधारक ने किसी कॉम्बी उत्पाद में अंतरण (माइग्रेशन) किया है, वहाँ ऐसा पॉलिसीधारक लागू स्थान-परिवर्तन (पोर्टबिलिटी) मानदंडों के अनुसार स्थान-परिवर्तन (माइग्रेशन) के सभी अधिकारों के लिए हकदार है।
- x) 'कॉम्बी उत्पाद' का स्वास्थ्य अंश संबंधित साधारण बीमाकर्ता अथवा स्वास्थ्य बीमाकर्ता के पॉलिसीधारक के विकल्प पर नवीकरण किये जाने के लिए पात्र है।

ख. बीमाकर्ताओं के बीच तालमेल (टाई अप):

- i) यह अधिदेशात्मक है कि 'कॉम्बी उत्पाद' का प्रस्ताव करने वाले बीमाकर्ताओं के पास एक सहमति ज्ञापन (मेमोरैण्डम ऑफ अंडरस्टैंडिंग) हो जिसमें विपणन, पॉलिसी सर्विसिंग और सामान्य व्ययों की साझेदारी की कार्य-प्रणाली समाविष्ट हो।
- ii) टाई-अप करने वाले बीमाकर्ता इस संबंध में किये गये करार की प्रति विधिवत् दाखिल करते हुए प्राधिकरण का पूर्व-अनुमोदन प्राप्त करेंगे।

- iii) टाई-अप की अनुमति केवल एक जीवन बीमाकर्ता और एक साधारण बीमाकर्ता अथवा एक स्वास्थ्य बीमाकर्ता के बीच ही दी जाएगी। इस प्रकार, एक जीवन बीमाकर्ता को केवल एक साधारण बीमाकर्ता अथवा स्वास्थ्य बीमाकर्ता के साथ एवं विलोमतः टाई-अप करने की अनुमति दी जाएगी।
- iv) इन दो बीमाकर्ताओं के बीच किसी भी संख्या में 'कॉम्बी उत्पादों' का प्रवर्तन किया जा सकता है।
- v) बीमा कंपनियाँ 'कॉम्बी उत्पादों' के प्रयोजन के लिए व्यावसायिक संबंध स्थापित करने से पहले उपयुक्त समुचित सावधानी बरतेंगी। बीमाकर्ताओं से यह भी प्रत्याशित है कि वे प्रस्तावित 'कॉम्बी उत्पादों' की प्रभावी पॉलिसी सर्विसिंग के लिए दीर्घकालिक समझौता रखें।
- vi) तालमेल की व्यवस्था (टाई-अप) से अलग हो जाना सामान्यतः वांछनीय नहीं है। तथापि, अपवादात्मक स्थितियों में जहाँ बीमाकर्ता सहमति ज्ञापन (एमओयू) से हट जाना चाहते हैं, वहाँ वे प्राधिकरण की पूर्व-अनुमति प्राप्त करेंगे।
- vii) पॉलिसी के विभिन्न स्तरों अर्थात् विक्रय-पूर्व स्तर और विक्रयोत्तर स्तर पर प्रभावी पॉलिसी सर्विसिंग, प्राप्त प्रीमियमों का प्रेषण, आदि के लिए एमओयू के भाग के रूप में बीमा कंपनियों के बीच सहमति-प्राप्त विशिष्ट समय-सीमाएँ / टर्नअराउंड समय (टीएटी) होने चाहिए।
- viii) बीमाकर्ता आईआरडीए (बीमा विज्ञापन और प्रकटीकरण) विनियम, 2000 के अनुसार विज्ञापन जारी करने की तारीख से सात दिन के अंदर प्राधिकरण के पास विज्ञापनों की फाइलिंग सुनिश्चित करेंगे।
- ix) सामान्य कॉरपोरेट एजेंटों के साथ संयुक्त विक्रय विज्ञापनों के लिए प्रस्तावित कार्यविधियाँ सहमति ज्ञापन (एमओयू) में शामिल होंगी।
- x) पॉलिसी के विभिन्न स्तरों, अर्थात् प्रस्ताव स्तर, पॉलिसी सर्विसिंग, प्रीमियम संग्रहण व्यवस्था और दावा संबंधी सेवा आदि पर प्रस्तावित कार्य-प्रणाली का विवरण सहमति ज्ञापन (एमओयू) में समाविष्ट किया जाएगा।
- xi) 'कॉम्बी उत्पादों' की विक्रय और पॉलिसी सेवा का समर्थन करने के लिए स्थापित सूचना प्रौद्योगिकी प्रणालियाँ भी सहमति ज्ञापन (एमओयू) का भाग होंगी।
- xii) प्रत्येक बीमा कंपनी द्वारा प्रदान की जाने वाली सामान्य सेवाओं के फलस्वरूप व्ययों की प्रतिपूर्ति के संबंध में करार, सहमति ज्ञापन (एमओयू) में शामिल किया जाएगा।
- xiii) 'कॉम्बी उत्पादों' के अंतर्गत अनुमति-प्राप्त वितरण माध्यम वार अधिकतम कमीशन भी निर्दिष्ट किया जाएगा।
- xiv) बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 64बीबी के उपबंधों के अधीन प्रीमियम का संग्रहण किये जाने के लिए प्रस्तावित तरीके का विवरण दिया जाएगा।

(1) बशर्ते कि अन्य बीमाकर्ता को प्रीमियम के संबंधित अंश के प्रेषण के लिए एक बीमाकर्ता द्वारा कॉम्बी उत्पाद के अंतर्गत संगृहीत समन्वित प्रीमियम के संबंध में यह समझा जाएगा कि उक्त प्रीमियम धारा 64बीबी के अनुपालन में है तथा बीमाकर्ताओं में से एक बीमाकर्ता द्वारा उपर्युक्त प्रीमियम को स्वीकार करने के दिनांक और समय से कॉम्बी उत्पाद के दोनों जीवन बीमा और स्वास्थ्य बीमा घटकों के अंतर्निहित लाभों के लिए पॉलिसीधारक हकदार है।

(2) आगे यह भी शर्त होगी कि बीमाकर्ताओं में से एक बीमाकर्ता द्वारा प्रीमियम की प्राप्ति के दिनांक और समय को पॉलिसी के अंतर्निहित लाभों की पात्रता के लिए गणना में लिया जाएगा।

xv) उत्पाद के अन्य बीमाकर्ता से संबंधित प्रीमियम के अंश का शीघ्र अंतरण करने के लिए स्थापित कार्यविधियों के सहमति ज्ञापन (एमओयू) में प्रतिबिंबित होने की आवश्यकता है।

(1) बशर्ते कि जहाँ समय संवेदनशील उत्पाद, जैसे यूनिट सहबद्ध जीवन बीमा उत्पाद कॉम्बी उत्पादों के भाग के रूप में प्रस्तावित हैं, वहाँ जीवन बीमाकर्ता वर्तमान विनियमों का पालन करने के लिए प्रभावी प्रक्रियाएँ स्थापित करेंगे।

xvi) तत्काल (रियल टाइम) आधार पर पॉलिसी डेटा बेस के आधार पर प्रीमियम को अद्यतन करने के लिए स्थापित परिचालनगत कार्यविधियों का भी उल्लेख किया जाएगा।

xvii) वर्तमान विधि, विनियमों, दिशानिर्देशों आदि के अधीन 'कॉम्बी उत्पादों' के पॉलिसीधारकों को लिए अन्य अंश को जारी रखते हुए जोखिम बीमारक्षा के दोनों में से एक अंश को समाप्त करने के लिए उपलब्ध विकल्पों का विस्तृत विवरण दिया जाएगा।

xviii) 'कॉम्बी उत्पादों' के संबंध में दोनों बीमाकर्ताओं द्वारा जारी किये जाने वाले प्रस्तावित विक्रय साहित्य / विक्रय निदर्शन, प्रस्ताव फार्म की प्रति भी, इस शर्त के अधीन कि ये दस्तावेज फाइल एण्ड यूज़ प्रक्रिया अथवा उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देशों के अंतर्गत अनुमोदित हैं, सहमति ज्ञापन (एमओयू) का भाग बनेंगी।

xix) 'कॉम्बी उत्पादों' के सामान्य विज्ञापनों के संबंध में भी, इस शर्त के अधीन कि ये 'कॉम्बी उत्पाद' की विशेषताओं और शर्तों तक सीमित होंगे, सहमति होगी और सहमति ज्ञापन (एमओयू) का भाग बनेगी।

ग. अग्रणी बीमाकर्ता:

i. चूँकि 'कॉम्बी उत्पाद' का प्रस्ताव करने के संबंध में दो बीमाकर्ता संबद्ध हैं, अतः इस विषय में पारस्परिक रूप से सहमति होनी चाहिए कि सहमति-प्राप्त शर्तों और सरोकारों के साथ विपणन किये गये प्रत्येक 'कॉम्बी उत्पाद' के संबंध में दोनों में से एक बीमा कंपनी अग्रणी बीमाकर्ता के रूप में कार्य कर सकती है।

ii. इस प्रयोजन के लिए अग्रणी बीमाकर्ता वह बीमाकर्ता है जो कॉम्बी उत्पादों के लिए अपेक्षित रूप में विभिन्न सेवाएँ प्रदान करने के लिए एक संपर्क बिन्दु के रूप में पॉलिसी सर्विसिंग को सुसाध्य बनाने में महत्वपूर्ण भूमिका अदा करने के लिए दोनों बीमाकर्ताओं द्वारा पारस्परिक रूप से सहमति-प्राप्त बीमाकर्ता है।

iii. 'कॉम्बी उत्पादों' की प्रभावी पॉलिसी सर्विसिंग के लिए भागीदार-बीमा कंपनी की वर्तमान परिचालनगत बुनियादी संरचना पर निर्भर रहने की प्रक्रिया में अग्रणी बीमाकर्ता की भूमिका कम नहीं होनी चाहिए।

iv. दोनों में से कोई भी बीमाकर्ता अपनी संबंधित पॉलिसियों की शर्तों के अनुसार दावों के सक्रिय निपटान की जिम्मेदारी और अन्य दायित्वों से मुक्त नहीं होगा।

4. **जोखिम-अंकन:** 'कॉम्बी उत्पाद' के अंतर्गत, जोखिम के संबंधित अंश का जोखिम-अंकन संबंधित बीमा कंपनियों द्वारा किया जाएगा, अर्थात् जीवन बीमा जोखिम का जोखिम-अंकन जीवन बीमाकर्ता द्वारा तथा स्वास्थ्य बीमा अंश का जोखिम-अंकन साधारण अथवा स्वास्थ्य बीमाकर्ता द्वारा किया जाएगा।

5. **फाइल एण्ड यूज़ / उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देश:**

क. कॉम्बी उत्पाद के रूप में प्रस्तावित किया जाने वाला जीवन बीमा उत्पाद और स्वास्थ्य बीमा उत्पाद, जैसी स्थिति हो, फाइल एण्ड यूज़ प्रक्रिया अथवा उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देशों के अंतर्गत पूर्व-अनुमोदन प्राप्त होगा।

ख. दोनों स्वतंत्र अनुमोदित उत्पादों को एक एकल उत्पाद के रूप में एकीकृत किया जाएगा तथा एक सामान्य ब्रैंड नाम के साथ फाइल किया जाएगा।

ग. उक्त एकल उत्पाद अनुमोदित उत्पादों में कोई आशोधन किये बिना प्रस्तावित किया जाएगा।

- घ. 'कॉम्बी उत्पाद' को दोनों में से किसी भी उत्पाद के लिए पहले के अनुमोदन का विचार किये बिना उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देशों के अनुसार अनुमोदन प्राप्त करने के लिए एकीकृत किये जाने के स्तर पर फाइल करना होगा।
- ङ. 'कॉम्बी उत्पाद' फाइलिंग के लिए प्रचलित फाइल एण्ड यूज़ दिशानिर्देशों अथवा उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देशों एवं समय-समय पर जारी किये जाने वाले सभी ऐसे दिशानिर्देशों का पालन किया जाएगा।
- च. कॉम्बी उत्पाद का अनुमोदन प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देशों के अधीन किया जाएगा।
- छ. उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देशों के अंतर्गत 'कॉम्बी उत्पाद' के आवेदन में निम्नलिखित को भी विनिर्दिष्ट किया जाएगा:-

- i) 'कॉम्बी उत्पाद' के लिए अग्रणी बीमाकर्ता और कार्यकलाप संचालित करने के लिए बीमाकर्ताओं के बीच कार्यों का सीमांकन
- ii) प्रीमियम नोटिसों के निर्गम के लिए, जहाँ लागू हो, तथा बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 50 के अनुसार अंतिम व्यपगमन नोटिसों के लिए प्रस्तावित क्रियाविधि।
- iii) जहाँ सर्विसिंग आवश्यक रूप से मूल बीमाकर्ता द्वारा की जानी हो, वहाँ अग्रणी बीमाकर्ता पॉलिसी सर्विसिंग में सहायता करेगा। जहाँ तक पॉलिसीधारक का संबंध है, वहाँ सर्विसिंग अनुरोध प्राप्त करने, सेवाएँ पूरी करने और प्राप्ति-सूचनाएं जारी करने के लिए अग्रणी बीमाकर्ता को एकल केंद्रीय स्थल के रूप में बनाया जाएगा।
- iv) अग्रणी बीमाकर्ता को काउंटर पर पॉलिसी सेवा संबंधी अनुरोधों को कार्यान्वित करने के लिए पॉलिसी डेटाबेस तक सीमित पहुँच प्रदान करने में, संभाव्यता अध्ययन, यदि कोई हो, के परिणाम।
- v) दोनों बीमाकर्ताओं द्वारा किये गये लागत लाभ विश्लेषण के परिणाम तथा कॉम्बी उत्पाद में प्रीमियम पर कोई छूट प्रदान करने की संभावना।

6. दावों के निपटान में अग्रणी बीमाकर्ता निम्नलिखित को सुनिश्चित करेगा:-

- क. दावे के प्रकार के आधार पर यह सुनिश्चित करेगा कि दावों के निपटान के लिए अन्य बीमाकर्ता भी सक्रिय उपाय करेगा। किसी भी स्थिति में अग्रणी बीमाकर्ता अन्य बीमाकर्ता की ओर से दावे के निपटान की गारंटी नहीं देगा।
- ख. 'कॉम्बी उत्पाद' के अंतर्गत एक बीमाकर्ता द्वारा स्वीकृत जोखिम अन्य बीमा कंपनी के व्यवसाय को प्रभावित नहीं करेंगे।
- ग. जहाँ तक 'कॉम्बी उत्पाद' के स्वास्थ्य अंश का संबंध है, वर्तमान विनियम और दिशानिर्देश लागू होंगे।
- घ. जहाँ पॉलिसियाँ सीधे ही सर्विसिंग के लिए योग्य हैं, वहाँ अग्रणी बीमाकर्ता एक सुसाध्यकारी भूमिका अदा करेगा।
- ङ. 'कॉम्बी उत्पादों' के पॉलिसी बांड के समय पर प्रेषण हेतु स्थापित करने के लिए प्रस्तावित परिचालनगत प्रक्रियाएँ।

7. वितरण माध्यम

- क. 'कॉम्बी उत्पाद' के विक्रय की अपेक्षा बीमा एजेंटों और बीमा मध्यवर्तियों के माध्यम से की जा सकती है जो बीमा व्यवसाय की अपेक्षा करने के लिए पात्र हैं।
- ख. बीमाकर्ता यह सुनिश्चित करेंगे कि 'कॉम्बी उत्पाद' का विपणन उन बीमा मध्यवर्तियों द्वारा नहीं किया जाएगा जो दोनों में से किसी भी बीमाकर्ता के किसी भी उत्पाद का विपणन करने के लिए प्राधिकृत नहीं हैं।

ग. सामान्य सेवा केन्द्रों द्वारा विपणन किये गये 'कॉम्बी उत्पादों' के संबंध में आईआरडीएआई (सामान्य सेवा केन्द्रों द्वारा बीमा सेवाएँ) विनियम, 2015 का पालन किया जाएगा।

8. अधिदेशात्मक न्यूनतम प्रकटीकरण:

क. कॉम्बी उत्पाद के लिए अधिदेशात्मक न्यूनतम प्रकटीकरण निम्नलिखित होंगे:

- i) उत्पाद "कखग बीमा कंपनी" (साधारण / स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमाकर्ता का नाम विनिर्दिष्ट करें) और "चछज बीमा कंपनी" (जीवन बीमाकर्ता का नाम विनिर्दिष्ट करें) द्वारा संयुक्त रूप से प्रस्तावित है।
- ii) इस 'कॉम्बी उत्पाद' के जोखिम भिन्न हैं तथा संबंधित बीमा कंपनियों द्वारा गृहीत / स्वीकृत हैं।
- iii) दावे का निपटान करने का दायित्व संबंधित बीमाकर्ताओं में निहित है अर्थात् स्वास्थ्य बीमा लाभों के लिए "कखग बीमा कंपनी" (साधारण / स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमाकर्ता का नाम विनिर्दिष्ट करें) तथा जीवन बीमा लाभों के लिए "चछज बीमा कंपनी" (जीवन बीमाकर्ता का नाम विनिर्दिष्ट करें)।
- iv) कानूनी / अर्ध-कानूनी विवाद, यदि कोई हों, तो उन पर कार्रवाई संबंधित लाभों के लिए संबंधित बीमाकर्ताओं द्वारा की जाएगी।
- v) संदर्भाधीन 'कॉम्बी उत्पाद' के पॉलिसीधारक पॉलिसी की अवधि के दौरान पॉलिसी के किसी भी भाग को जारी रखने तथा अन्य भाग को समाप्त करने के लिए पात्र हैं।
- vi) जहाँ स्वास्थ्य बीमा योजना की गारंटीकृत नवीकरण योग्यता है, वहाँ इस 'कॉम्बी उत्पाद' का स्वास्थ्य बीमा अंश उस सुविधा के लिए पात्र है।
- vii) इन 'कॉम्बी उत्पादों' पर उपलब्ध प्रीमियम भुगतान विकल्पों के संबंध में विशिष्ट प्रकटीकरण।
- viii) इन 'कॉम्बी उत्पादों' के लिए, दावा सर्विसिंग सहित, उपलब्ध पॉलिसी सर्विसिंग सुविधाओं के बारे में विशिष्ट प्रकटीकरण।
- ix) जोखिम के स्वास्थ्य बीमा अंश के लिए 'तृतीय पक्ष प्रबंधकों (टीपीए)' की सेवाओं, यदि उपलब्ध हों, की उपलब्धता के संबंध में विशिष्ट प्रकटीकरण।
- x) इन 'कॉम्बी उत्पादों' के अंतर्गत लोकपाल के विवरण सहित, उपलब्ध शिकायत निवारण के विकल्पों के संबंध में विशिष्ट प्रकटीकरण।
- xi) पॉलिसी को खरीदने से पहले 'कॉम्बी उत्पाद' के पॉलिसी लाभों और पॉलिसी सेवा संरचना से परिचित होने के लिए पॉलिसीधारकों को सूचित करना अपेक्षित है।

ख. 'कॉम्बी उत्पादों' के पॉलिसी दस्तावेजों में न्यूनतम प्रकटीकरणों के रूप में उपर्युक्त बिन्दु (iii) से (xi) तक निहित होंगे।

ग. भावी ग्राहक से घोषणा प्राप्त की जाएगी और प्रस्ताव फार्म के साथ संलग्न की जाएगी कि उसने ऊपर उल्लिखित प्रकटीकरणों को समझ लिया है।

9. 'कॉम्बी उत्पादों' के संबंध में दोनों बीमाकर्ता बीमा अधिनियम, 1938 के उपबंधों, उसके अधीन जारी किये गये विनियमों तथा अन्य दिशानिर्देशों, परिपत्रों का पालन करेंगे जो क्रमशः स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय और जीवन बीमा व्यवसाय पर लागू होंगे।

10. उत्पाद वर्ग के व्यापन में प्रगति की निगरानी करने के लिए 'कॉम्बी उत्पादों' का विपणन करने वाली सभी बीमा कंपनियाँ ऐसी सूचना प्रस्तुत करेंगी जो दिशानिर्देशों के अंतर्गत समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट की जाती है।

11. 'कॉम्बी उत्पाद' प्रस्तावित करने वाली बीमा कंपनियों के कार्यकलापों की निगरानी करने के लिए प्राधिकरण समय-समय पर ऐसी अन्य शर्तें निर्धारित कर सकता है।

अनुसूची-III

आईआरडीएआई (स्वास्थ्य बीमा) विनियम, 2016 का विनियम 2(i)(ण) देखें

विषय जिनके संबंध में प्राधिकरण इन विनियमों में उल्लिखित रूप में परिपत्रों, दिशानिर्देशों अथवा अनुदेशों के निर्गम द्वारा विनिर्दिष्ट कर सकता है:

1. विनियम 2 (i) (छ): स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय को समाविष्ट करने वाले उत्पाद का विपणन अथवा प्रस्ताव करने से पहले बीमाकर्ताओं द्वारा अनुसरण किये जाने वाले उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देश।
2. विनियम 3 (ख): जीवन बीमाकर्ताओं द्वारा प्रस्तावित वर्तमान क्षतिपूर्ति आधारित उत्पादों का प्रत्याहार (विदड्रॉल)।
3. विनियम (5): स्वास्थ्य बीमा उत्पादों का प्रत्याहार प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट दिशानिर्देशों के अधीन होगा।
4. विनियम (7) (क): सामूहिक बीमा संबंधी दिशानिर्देश।
5. विनियम (8)(घ): जल्दी प्रवेश, निरंतर नवीकरण, अनुकूल दावा अनुभव, निवारक और संपूर्ण स्वास्थ्य संबंधी आदतों के लिए पॉलिसीधारकों के लिए व्यवस्थाओं अथवा प्रोत्साहनों अथवा पुरस्कार संबंधी मानदंड।
6. विनियम (9) (ख): प्रस्ताव फार्मों संबंधी दिशानिर्देश।
7. विनियम (10): कीमत-निर्धारण संबंधी दिशानिर्देश।
8. विनियम (11) (ख): उत्पाद फाइलिंग दिशानिर्देशों के अधीन प्रायोगिक उत्पादों संबंधी दिशानिर्देश।
9. विनियम (20): सभी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में प्रयुक्त मानक शब्द।
10. विनियम (21): 'गंभीर अस्वस्थता बीमारक्षा' प्रदान करने वाली पॉलिसियों में सम्मिलित शब्दावली और कार्यविधियाँ।
11. विनियम (22) (i): सामान्य रूप से अपवर्जित मर्दों की सूची जिनके संबंध में बीमाकर्ताओं द्वारा वैकल्पिक रूप से बीमारक्षा प्रदान की जाती है।
12. विनियम (26): ग्राहक सूचना पत्रक।
13. विनियम (31) (ख) (iv): नेटवर्क प्रदाताओं की सूची में से नाम हटाने के संबंध में दिशानिर्देश।
14. विनियम (31) (ग): मानक वाक्यांश जिन्हें बीमाकर्ताओं, टीपीए और नेटवर्क प्रदाताओं के बीच त्रिपक्षीय करार का भाग बनाया जाएगा।
15. विनियम (31) (ड): नेटवर्क प्रदाताओं के मानक, न्यूनतम मानदंड (बेंचमार्क) और नियम (प्रोटोकॉल)।
16. विनियम (35) (ग): टीपीए, बीमाकर्ताओं और नेटवर्क प्रदाताओं द्वारा पालन किये जाने वाले डेटा संबंधी विषय।
17. विनियम (36): धोखाधड़ियों की पहचान करने, निगरानी करने और उन्हें कम करने के लिए स्थापित की जाने वाली प्रणालियाँ और कार्यविधियाँ।
18. विनियम (37): प्राधिकरण को प्रस्तुत की जाने वाली विवरणियाँ।
19. विनियम (10) अनुसूची-II: जीवन प्लस स्वास्थ्य कॉम्बो उत्पादों संबंधी सूचना।

**INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY OF INDIA
NOTIFICATION**

Hyderabad, the 12th July, 2016

**Insurance Regulatory and Development Authority of India
(Health Insurance) Regulations, 2016**

F. No. IRDAI/Reg/17/129/2016.—In exercise of the powers conferred under Section 114A of the Insurance Act, 1938 and Section 14 read with Section 26 of the IRDA Act, 1999 and in consultation with the Insurance Advisory Committee, the Authority hereby makes the following regulations, namely:-

CHAPTER I : GENERAL

1. Short title and commencement.

- a. These Regulations may be called Insurance Regulatory and Development Authority of India (Health Insurance) Regulations, 2016.
- b. They shall come into force from the date of their publication in the official Gazette of the Government of India.
- c. Unless otherwise provided by these Regulations, nothing in these Regulations shall deem to invalidate the Health insurance contracts entered into prior to these Regulations coming into force.
- d. Unless otherwise mentioned herein, these Regulations are applicable to all registered Life Insurers, General Insurers and Health insurers, conducting health insurance business, as defined under the Act. These Regulations shall also be applicable to all TPAs wherever mentioned.

2. Definitions. (i) In these Regulations, unless the context otherwise requires,--

- a. "Act" means the Insurance Act 1938.
- b. "Health Services Agreement" means an agreement as defined in IRDAI (Third Party Administrators - Health Services) Regulations, 2016.
- c. "Authority" means the Insurance Regulatory and Development Authority of India established under sub section 1 of section 3 of the IRDA Act 1999.
- d. "AYUSH Treatment" refers to the medical and / or hospitalization treatments given under 'Ayurveda, Yoga and Naturopathy, Unani, Siddha and Homeopathy systems.
- e. "Break in policy" means the period of gap that occurs at the end of the existing policy term, when the premium due for renewal on a given policy is not paid on or before the premium renewal date or within 30 days thereof.
- f. "Cashless facility" means a facility extended by the insurer or TPA on behalf of the insurer to the insured, where the payments for the costs of treatment undergone by the insured in accordance with the policy terms and conditions, are directly made to the network provider by the insurer to the extent pre-authorization is approved.
- g. "Product Filing Guidelines" mean the Guidelines specified by the Authority on the procedure to be followed by insurers before marketing or offering a product falling under Health Insurance Business.
- h. "Health insurance business" means Health insurance business as defined under Section 2(6C) of the Act.
- i. "Health Services by TPA" means the services specified in Regulation (3) of IRDAI (Third Party Administrators - Health Services) Regulations, 2016.

- j. "Health plus Life Combi Products" mean products which offer the combination of a Life Insurance cover offered by a life insurer and a Health Insurance cover offered by General Insurer or Health Insurer.
- k. "Network Provider" means network provider as defined in IRDAI (Third Party Administrators - Health Services) Regulations, 2016.
- l. "Pilot product" means a close-ended product with a policy term of one year that may be offered for sale by General Insurers or Health Insurers for a period not exceeding five years from the date of launch of the product with a view to giving scope to innovation for covering risks that have not been offered hitherto or stand excluded in the extant products.
- m. "Portability" means the right accorded to an individual health insurance policyholder (including family cover), to transfer the credit gained for pre-existing conditions and time bound exclusions, from one insurer to another or from one plan to another plan of the same insurer.
- n. "Senior citizen" means any person who has completed sixty or more years of age as on the date of commencement or renewal of a health insurance policy.
- o. "Specified" means specified by the Authority from time to time, by issue of Circulars, Guidelines or Instructions for the purpose of these regulations on matters listed in Schedule - III or any other matter which is required to be specified by the Authority under these Regulations.
- p. "Third Party Administrators or TPA" means any person who is registered under the IRDAI (Third Party Administrators – Health Services) Regulations, 2016 notified by the Authority, and is engaged, for a fee or remuneration by an insurance company, for the purposes of providing health services as defined in those Regulations.
- (ii). All words or expressions not defined in these Regulations but defined in the Insurance Act 1938 or Insurance Regulatory and Development Authority Act 1999 or Rules or Regulations made thereunder shall have the same meanings respectively assigned to them in those Acts, rules or regulations as amended from time to time.

3. Registration and Scope of Health Insurance Business

- a. Health Insurance products may be offered only by entities with a valid registration granted to carry on Life Insurance or General Insurance or Health Insurance Business under the Insurance Regulatory and Development Authority (Registration of Indian Insurance Companies) Regulations 2000 as amended from time to time.
- b. Life Insurers may offer long term Individual Health Insurance products i.e., for term of 5 years or more, but the premium for such products shall remain unchanged for at least a period of every block of three years, thereafter the premium may be reviewed and modified as necessary.

Provided that a life insurer may not offer indemnity based products either Individual or Group. All existing indemnity based products offered by life insurers shall be withdrawn as specified under these Regulations.

Provided also that no single premium health insurance product shall be offered under Unit Linked platform.

- c. General Insurers and Health Insurers may offer individual health products with a minimum tenure of one year and a maximum tenure of three years, provided that the premium remains unchanged for the tenure.
- d. Group Health Policies may be offered by any insurer for a term of one year except credit linked products where the term can be extended up to the loan period not exceeding five years.

Provided General Insurers and Health Insurers may also offer Credit Linked Group Personal Accident policies for a term extended upto the loan period not exceeding five years.

Provided further, notwithstanding the provisions of Regulation 4 (b) of these Regulations, Life Insurers may offer Group Health Insurance Policies as specified in Regulation (3) (d).

- e. Group Personal Accident Policies may be offered by General Insurers and Health insurers with term less than one year also to provide coverage to specific events. Other Insurance Products offering Travel Cover and Individual Personal Accident Cover may also be offered for a period less than one year.
- f. Overseas or Domestic Travel Insurance policies may only be offered by General Insurers and Health Insurers , either as a standalone product or as an add-on cover to a health or personal accident policy.

Chapter II: Provisions relating to Health Insurance products

4. Product Filing Procedure for health insurance products

- a. No insurance product of a Life Insurer, General Insurer and Health Insurer under Health Insurance Business and any revision or modification thereon shall be marketed or offered by any insurer unless it is filed with the Authority as per the Product Filing Guidelines and duly disposed of by the Authority as provided therein.
- b. Health Insurance products of Life Insurers shall also be subject to the provisions specifically provided for health products in the following Regulations as modified from time to time:
 1. IRDA (Linked Insurance Products) Regulations, 2013.
 2. IRDA (Non-linked Insurance Products) Regulations, 2013

5. Withdrawal of Health Insurance Product

- i. Withdrawal of a health insurance product by Life Insurers, General Insurers and Health Insurers shall be subject to the Guidelines specified by the Authority.
- ii. With regard to specific withdrawal of indemnity based health products offered by life insurers pursuant to the provisions of Regulation 3 (b) of these Regulations, the product shall be closed by giving a prospective date of closure not later than three months from the date of notification of these Regulations. For existing policyholders, the policy shall continue until the expiry of the respective policy term.

6. Review of Health Insurance Products

- (i) All particulars of any health insurance product of Life Insurers, General Insurers and Health Insurers shall, after introduction, revision or modification be reviewed by the Appointed Actuary at least once a year. If the product is found to be financially unviable, or is deficient the Appointed Actuary may revise the product appropriately and apply for revision under Product Filing Guidelines **subject to the provisions of Regulation 10 of these Regulations.**

7. Group Insurance

- a. No Group Health Insurance Policy shall be issued by any Insurer where a Group is formed with the main purpose of availing itself of insurance. There shall be a clearly evident relationship as specified by the Authority from time to time between the members of the group and the group policy holder..

The Group shall have a size as determined by the Insurer which shall be applicable for all its group policies, subject to a minimum of 7, to be eligible for issuance of a Group Insurance Policy. Further, Insurer shall follow the Guidelines specified by the Authority on Group Insurance, from time to time.

8. Underwriting

- a. All Life Insurers, General Insurers and Health Insurers shall evolve a Health Insurance Underwriting

Policy which shall be approved by the Board of the Company. Every Insurer shall also put in place measures for periodical review of the underwriting policy in tune with the changes affecting the medical field and health insurance business.

- b. The underwriting policy shall also cover the approach and aspects relating to offering health insurance coverage not only to standard lives but also to sub-standard lives. It shall have in place various objective underwriting parameters to differentiate the various classes of risks being accepted in accordance with the respective risk categorisation.
- c. Any proposal for health insurance may be accepted as proposed or on modified terms or denied wholly based on the Board approved underwriting policy. A denial of a proposal shall be communicated to the prospect in writing, by recording the reasons for denial. Provided, the denial of the coverage shall be the last resort that an insurer may consider.
- d. General Insurers and Health Insurers may devise mechanisms or incentives to reward policyholders for early entry, continued renewals (wherever applicable), favourable claims experience, preventive and wellness habits and disclose upfront such mechanism or incentives in the prospectus and the policy document, by complying with the norms specified under Product Filing Procedure Guidelines. Provided that what is proposed to be covered as part of wellness habits and preventive habits be clearly defined in each and every product. Provided further that no discount shall be offered on any third party service or merchandise. However, discounts in premium or discounts and/or benefits on diagnostic or pharmaceuticals or consultation services of providers in the network are permitted.

9. Proposal Form:

- a. Every Life Insurer, General Insurer and Health Insurer shall devise a proposal form to be submitted by a proposer seeking a health insurance policy. Such form should capture all the information necessary to underwrite a proposal in accordance with the stated Underwriting Policy of the Company.
- b. Information collected from the proposal form during the course of solicitation of an insurance policy or issuance of an insurance policy shall not be parted with to any third party, except with the statutory authorities in accordance with the existing statutory laws or in accordance to the instructions issued by the Authority or for the purpose of underwriting the policy of the same individual or claim settlement. No Insurer shall insert any clauses or conditions in the proposal forms, express or implied thereby obligating the prospect to part with the information pertaining to his/her proposal. Notwithstanding the above provisions, all Insurers shall comply with the applicable provisions of the Law, other applicable Regulations as well as Guidelines specified by the Authority while designing the proposal forms.

10. Principles of Pricing of Health Insurance Products offered by Life, General and Health Insurers:

- a. Insurers shall ensure that the premium for a health insurance policy shall be based on,
 - i. Age: for individual policies and group policies.
 - ii. Other relevant risk factors as applicable
- b. For provision of cover under family floater, the impact of the multiple incidence of rates of all family members proposed to be covered shall be considered.
- c. The premiums filed shall ordinarily be not changed for a period of three years after a product has been cleared in accordance to the product filing guidelines specified by the Authority. Thereafter the insurer may revise the premium rates depending on the experience subject to (d) (e) and (f) hereunder. However, such revised rates shall not be changed for a further period of at least one year from the date of launching the revision.

- d. The policy premium rate shall be unchanged
- i. for all group products for the term of the policy.
 - ii. for all individual and family floater products, other than travel insurance products offered by general insurers and health insurers, for at least:
 1. a period of one year in case of one year renewable policies and
 2. the period stipulated in 3(c) herein in case of the rest.
 - iii. In case of individual health products offered by life insurers, every block of three years as stipulated in Regulation (3) (b).
- e. Subject to Regulation (3) (b), changes in rates will be applicable from the date of approval by the Authority and shall be applied only prospectively thereafter for new policies and from the date of renewal for the existing policies.
- f. Notwithstanding the above provisions, all Insurers shall comply with the Guidelines specified by the Authority while pricing the products.

Chapter III: General Provisions relating to Health Insurance

11. Designing of Health Insurance Policies

- a. Subject to Regulation 3 as applicable, Health insurance product may be designed to offer various covers;
 - i. For specific age or gender groups
 - ii. For different age groups
 - iii. For treatment in all hospitals throughout the country, provided the hospitals comply with the definition specified
 - iv. For treatment in specific hospitals only, provided the morbidity rates used are representative
 - v. For treatment in specific geographies only, provided the morbidity rates used are representative

Provided, such specifications are disclosed clearly upfront in the product prospectus, documents and during sale process. And provided that no insurer shall offer any benefit or service without any insurance element.
- b. In order to facilitate offering of innovative covers by insurers, 'Pilot products' may be designed and filed for approval of the Authority in accordance with the Product Filing Guidelines specified by the Authority. Pilot products referred herein can be offered only by General Insurers and Health Insurers for policy tenure of one year. Every Pilot product may be offered upto a period not exceeding 5 years. After 5 years of launch of the pilot product, the product needs to get converted into a regular product or based on valid reasons may be withdrawn subject to the insured being given an option to migrate to another product subject to portability conditions. The Authority may specify guidelines for Pilot Products from time to time. Where a pilot product gets converted into a regular product, any exception made in these Regulations for pilot products shall no longer apply and the insurer shall ensure compliance with all the provisions of these Regulations.
- c. Insurer shall not compel the insured to migrate to other health insurance products. In case of migration from a withdrawn product, the insurer shall offer the policyholder an alternative available product subject to portability conditions.
- d. Insurers shall ensure adequate dissemination of product information on all their health insurance products on their websites. This information shall include a description of the product, copies of the

prospectus as approved under the Product Filing Guidelines, proposal form, policy document wordings and premium rates inclusive and exclusive of Service Tax as applicable.

12. Entry and Exit Age

- i. Except as provided for in regulation 17(i), all health insurance policies shall ordinarily provide for an entry age of at least up to 65 years
- ii. Except travel insurance products, personal accident products and Pilot Products referred to in Regulation 2(i)(l) herein, once a proposal is accepted and a policy is issued which is thereafter renewed periodically without any break, further renewal shall not be denied on grounds of the age of the insured.

13. Renewal of Health Policies issued by General Insurers and Health Insurers (not applicable for travel and personal accident policies)

- i. A health insurance policy shall ordinarily be renewable except on grounds of fraud, moral hazard or misrepresentation or non-cooperation by the insured, provided the policy is not withdrawn.
- ii. An insurer shall not deny the renewal of a health insurance policy on the ground that the insured had made a claim or claims in the preceding policy years, except for benefit based policies where the policy terminates following payment of the benefit covered under the policy like critical illness policy.
- iii. The insurer shall provide for a mechanism to condone a delay in renewal up to 30 days from the due date of renewal without deeming such condonation as a break in policy. However coverage need not be available for such period.
- iv. The promotion material and the policy document shall explicitly state the conditions under which a policy terminates, such as on the payment of the benefit in case of critical illness benefits policies.

14. Free Look Period

- (i) All new individual health insurance policies issued by Life Insurers, General Insurers and Health Insurers, except those with tenure of less than a year shall have a free look period. The free look period shall be applicable at the inception of the policy and
 - (1) The insured will be allowed a period of at least 15 days from the date of receipt of the policy to review the terms and conditions of the policy and to return the same if not acceptable.
 - (2) If the insured has not made any claim during the free look period, the insured shall be entitled to—
 - (a) A refund of the premium paid less any expenses incurred by the insurer on medical examination of the insured persons and the stamp duty charges or;
 - (b) where the risk has already commenced and the option of return of the policy is exercised by the policyholder, a deduction towards the proportionate risk premium for period on cover or;
 - (c) Where only a part of the insurance coverage has commenced, such proportionate premium commensurate with the insurance coverage during such period;
 - (d) In respect of unit linked policy, in addition to the above deductions, the insurer shall also be entitled to repurchase the unit at the price of the units as on the date of the return of the policy.

15. Manner of treating Cost of pre-insurance health check up by Life, General and Health Insurers:

- i. The cost of any pre-insurance medical examination shall generally form part of the expenses allowed in arriving at the premium. However in case of products with term of one year and less, if such cost is to be incurred by the insured, not less than 50% of such cost shall be borne by the insurer once the proposal is accepted, except in travel insurance policies.

- ii. Insurers shall maintain a list of medical examiners and institutions where such pre-insurance medical examination may be conducted whose reports will be accepted by them. Details of fee payable shall be made available to the prospective policyholder at the time of pre-insurance medical examination on demand.

16. Cumulative bonus

- i. Cumulative bonuses offered under policies, shall be stated explicitly in the prospectus and the policy document.
- ii. If a claim is made in any particular year, the cumulative bonus accrued may be reduced at the same rate at which it has accrued;

17. Migration of health insurance policy (not applicable for Travel and Personal Accident policies)

- i. General Insurers and Health Insurers offering health covers specific to age groups such as maternity covers, children under family floater policies, students etc, shall offer an option to migrate to a suitable alternative available health insurance policy at the end of the specific exit age or at the time of withdrawal of the policy at the option exercised by the said lives by allowing suitable credits for all the previous policy years, provided the policy has been maintained without a break.
- ii. Pilot products offered by general insurers and health insurers, may be guided by Regulation 11(b).
- iii. All health insurance policies issued by General and Health Insurers shall allow the portability of any policy in accordance with Schedule -1 of these Regulations.

18. AYUSH Coverage:

- a. General Insurers and Health Insurers may endeavour to provide coverage for one or more systems covered under 'AYUSH treatment' provided the treatment has been undergone in a government hospital or in any institute recognized by government and/or accredited by Quality Council of India or National Accreditation Board on Health.

19. Wellness and Preventive aspects:

While wellness and preventive elements as part of product design is encouraged, no policy of insurance shall promote or offer the products and services of third parties who are not Network Providers. Insurers shall neither offer any discounts to the policyholders, in any form, on the products of the third parties either as part of policy contract or otherwise.

- i. However, Insurers may endeavour promoting wellness amongst policyholders of health insurance by offering the following health specific services offered by Network Providers,

1. outpatient consultations or treatments or
2. Pharmaceuticals or
3. Health check-ups

including discounts on all the above at specific Network Providers.

- ii. Insurers may also endeavour to put in place procedures for offering discounts on premiums on renewals based on the fitness and wellness criteria stipulated and disclosed.

Provided further the costs towards the above services are factored into the pricing of the underlying Health Insurance Product.

20. Standard Definition of terms in health insurance policies (not applicable for Personal Accident and Travel policies)

- i. Phrases and terms used in all health insurance policies issued by Life Insurers, General Insurers and Health Insurers shall carry the meaning attached to them as specified in 'Standard Definitions', if any, issued by the Authority from time to time, through Guidelines.

21. Standard Nomenclature and Procedures for Critical Illnesses (not applicable for Personal Accident and travel policies)

- i. The nomenclature and procedures incorporated into policies offering 'critical illness cover' shall be as specified by the Authority from time to time through Guidelines.

22. Optional Coverage for Certain Items (applicable to General Insurers and Health Insurers)

- i. List of Generally Excluded Items that may be optionally covered by the Insurers may be specified by the Authority from time to time through Guidelines.
 - a) In respect of hospitalisation indemnity policies that exclude certain standard items, Insurers shall ensure that these are mentioned in the product filing when made under the Product Filing Guidelines.
 - b) Product wise specific list of excluded items shall be disclosed in the website of insurers and a reference shall be made in the prospectus and policy wordings of the respective products about such excluded items and the availability of the details on the website along with the address of website.
 - c) Insurers shall supply the policyholders on demand a copy of such excluded list of the concerned product if the same is not incorporated in the policy document.
 - d) Insurers may offer cover for these items and mention it clearly in the policy.

23. Special Provisions for Senior Citizens

- i. The premium charged for health insurance products offered by Life Insurers, General Insurers and Health Insurers to senior citizens shall be fair, justified, transparent and duly disclosed upfront. The insured shall be informed in writing of any underwriting loading charged as filed and approved under the Product Filing Guidelines over and above the premium and specific consent of the policyholder for such loadings shall be obtained before issuance of a policy.
- ii. All Life Insurers, General Insurers and Health insurers and TPAs, as the case may be, shall establish a separate channel to address the health insurance related claims and grievances of senior citizens.

24. Multiple Policies

- i. In case of multiple policies which provide fixed benefits, on the occurrence of the insured event in accordance with the terms and conditions of the policies, each insurer shall make the claim payments independent of payments received under other similar policies.
- ii. If two or more policies are taken by an insured during a period from one or more insurers to indemnify treatment costs, the policyholder shall have the right to require a settlement of his/her claim in terms of any of his/her policies.
 1. In all such cases the insurer who has issued the chosen policy shall be obliged to settle the claim as long as the claim is within the limits of and according to the terms of the chosen policy.
 2. Claims under other policy/ies may be made after exhaustion of Sum Insured in the earlier chosen policy / policies

3. If the amount to be claimed exceeds the sum insured under a single policy after considering the deductibles or co-pay, the policyholder shall have the right to choose insurers from whom he/she wants to claim the balance amount.
4. Where an insured has policies from more than one insurer to cover the same risk on indemnity basis, the insured shall only be indemnified the hospitalization costs in accordance with the terms and conditions of the chosen policy.

25. Loadings on Renewals:

- i. For Individual products, the loadings on renewal shall be in terms of increase or decrease in premiums offered for the entire portfolio and shall not be based on any individual policy claim experience.
- ii. The discounts and loadings offered shall:
 1. not be at the discretion of the insurer;
 2. be based on an objective criteria;
 3. be disclosed upfront in the prospectus and policy document along with the objective criteria, and shall be as approved under the Product Filing Guidelines
- iii. No Insurer shall resort to fresh underwriting by calling for medical examination, fresh proposal form etc. at renewal stage where there is no change in Sum Insured offered. Provided that where there is an improvement in the risk profile, the Insurer may endeavour to recognise that for removal of loadings at the point of renewal.

Chapter IV: Administration of Health Insurance Policies

Every Life Insurer, General Insurer and Health Insurer shall ensure the following, as may be applicable:

26. Protection of Policyholders' Interest:

Every insured shall be provided with a **Customer Information Sheet** as specified by the Authority in the relevant Guidelines. The insurer shall establish necessary systems, procedures, offices and infrastructure to enable efficient issuance of pre-authorisations on a 24 hour basis and for prompt settlement of claims and grievances.

27. Settlement/Rejection of claim by insurer:

- i. An insurer shall settle or reject a claim, as may be the case, within thirty days of the receipt of the last 'necessary' document.
- ii. Except in cases where a fraud is suspected, ordinarily no document not listed in the policy terms and conditions shall be deemed 'necessary'. The insurer shall ensure that all the documents required for claims processing are called for at one time and that the documents are not called for in a piece-meal manner.
- iii. The information that the insurer has captured in the proposal form at the time of accepting the proposal, the terms & conditions offered under the policy, the medical history as revealed by earlier claims, if any, and the prior claims experience shall all be maintained by the insurer as an electronic record and shall not be called for again from the policyholder/insured at the time of subsequent claim settlements.
- iv. Insurer may stipulate a period within which all necessary claim documents should be furnished by the policyholder/insured to make a claim. However, claims filed even beyond such period should be considered if there are valid reasons for any delay.
- v. Every Insurance Claim shall be disposed of in accordance to the Terms and Conditions of the policy

contract and the extant Regulations governing the settlement of Claims. No Claim shall be closed in the books of the Insurers.

28. Minimum Disclosures in Policy Document: In addition to the requirements stipulated in IRDA (Protection of Policyholders' Interest) Regulations, 2002 as amended from time to time the policy document shall contain:

- i. List of disclosures required as per this regulation.
- ii. Procedure for claims submission, time lines and possible course of action, if time lines for claim submission are not adhered to along with all the claims documents required for claim processing.
- iii. Sub-limits applicable on any of the covers offered in the health insurance product and the impact of such sub-limits on other covers provided in the product, if any, shall be clearly spelt out.
- iv. Penal interest provision shall invariably be incorporated in the policy document as per Regulation 9(6) of IRDA (Protection of Policyholders' Interests) Regulations, 2002 as modified from time to time.
- v. The TPA(s) details, if any along with the complete address and contact numbers shall be attached to the policy document. It shall also be mentioned that the updated list of the TPAs will be available in the website of the Insurers.

29. Other Disclosures:

- i. Every Insurer shall disclose product-wise or location or geography-wise particulars of the TPAs that are engaged for rendering health services in their respective website, and these details shall be updated whenever there is a change.
- ii. Product-wise cashless services offered shall be clearly explained in the website of the respective Insurers.
- iii. In case of Pilot Products referred under Regulation (2)(i)(1) above, in addition to all the extant disclosure norms applicable to insurance advertisements, all the sales and publicity material pertaining to the 'Pilot products' shall disclose the following:
 1. The product offered is a pilot product and that it is a close-ended one.
 2. The product may be discontinued from the date of dd/mm/yyyy (to specify the maximum date on which the product be either withdrawn or converted into a regular product) or may be continued as a regular product.
 3. In the event of the discontinuation of the Pilot product, the Insured would be provided the option of migration as per the extant applicable provisions.
 4. The product shall carry a tag line of "PILOT PRODUCT" to demonstrate that the Health Insurance product promoted is a Pilot product.
- iv. Insurer shall keep the insured informed of the list of Network Providers and display the same on their website. Such list shall be displayed geography wise and updated as and when there is any change in the Network providers.

30. Administration of Health Policies

- a. Subject to the terms of a policy, General Insurers and Health insurers shall extend to all policy holders a cashless facility for treatment at specific establishments or the reimbursement of the costs of medical and health treatments or services availed at any medical establishment.

- b. Cashless facility shall be offered only at establishments which have entered into an Agreement with the insurer to extend such services. Such establishments will be termed as Network Providers.
- c. Reimbursement shall be allowed at any medical establishment. All such establishments must be licensed or registered as may be required by any Local, State or National Law as applicable.
- d. The administration of all health plus life-combi products shall be in accordance with the provisions of Schedule II of this Regulation.
- e. Except in emergencies a cashless facility may require a Pre-Authorisation to be issued by the Insurer or an appointed TPA to the Network Provider where the treatment is to be undergone. The Authority may prescribe a Standard Pre-Authorisation form and standard reimbursement claims forms which shall be used for this purpose, as applicable.
- f. To avail the benefit of cashless facility, insurers shall issue an Identification Card to the insured within 15 days from the date of issuance of a policy, either through a TPA or directly. Provided where there is no mention of the expiry date on the card, the Insurer may provide a permanent card which is valid as long as the policy is renewed with the company.
- g. The identification card shall, at the minimum, carry details of the policyholder and the logo of the insurer. Insurers shall endeavour to issue Smart Cards with features such as cards with Quick Response Code, Magnetic reader to enable the TPAs and Network Providers offer health services seamlessly.
- h. Where a policyholder has been issued a pre-authorisation for the conduct of a given procedure in a given hospital or if the policyholder is already undergoing such treatment at a hospital, and such hospital is proposed to be removed from the list of Network Provider before the final settlement of the claim, then insurers shall provide the benefits of cashless facility to such policy holder as if such hospital continues to be on the Network Provider list.
- i. An insurance company may enter into an arrangement with other insurance companies for sharing of Network Providers, transfer of claim and transactional data arising in areas beyond their service.

31. Health Services Agreements:

- a. Insurance companies may offer policies providing cashless services to the policyholders provided:
 - i. The services are offered through network providers who have been enlisted to provide medical services under a direct written agreement with the insurer where there is a direct arrangement or by a tripartite agreement amongst health services provider, the TPA and the insurer where it is through a TPA. Where an insurer wishes to utilise the services of a TPA, it shall ensure that the written agreement is entered into for defined services with a TPA holding a valid Certificate of Registration issued in accordance with the IRDAI (Third Party Administrators – Health Services) Regulations, 2016 as may be amended from time to time.
- b. The Agreements which shall be entered into between / amongst insurers, network providers or TPAs shall cover the following amongst others:
 - i. The tariff applicable with respect to various kinds of healthcare services being provided by the network provider.

- ii. A clause empowering the insurer to cancel or modify the agreement in case of any fraud, misrepresentation, inadequacy of service or other non-compliance or default on the part of TPA or network provider;-
 - iii. A standard clause as may be agreed upon providing for continuance of services by a network provider to the insurance company if the TPA is changed or the agreement with TPA is terminated.
 - iv. A clause providing for opting out of network provider from a given TPA or disempanelment of a network provider by a TPA subject to Guidelines specified by the Authority, if any, for reasons of inadequacy of service rendered by the TPA to the network provider.
 - v. A clause specifically fixing the onus on the Insurer to deny or repudiate a claim
 - vi. A clause enabling insurer to inspect the premises of the Network Provider at any time without prior intimation.
- c. Insurers and TPAs shall comply with standard clauses to be incorporated in all such agreements as specified by the Authority by way of guidelines.
 - d. The insurance company shall endeavour to enter into Agreements with adequate number of both public and private sector network providers across the geographical spread. The copy of the agreement shall be maintained by the Insurer for a period of not less than five years from the date of the expiry or termination of the agreement.
 - e. The Authority may specify, through Guidelines, certain standards, benchmarks and protocols for Network Providers from time to time. The Insurers and TPAs shall ensure that only those Providers who meet with such standards, benchmarks and protocols are enrolled into the network.

32. Payments to Network Providers and Settlement of Claims of Policyholders:

- a. For the purpose of claim settlement, insurer shall make direct payments to the Network provider and to the policyholders by integrating their banking system platform with the Network Provider or the policyholder, as the case may be. Provided that, if a claimant opts for payment through a cheque or Demand Draft, the insurer shall not deny such request.

33. Engagement of Services of TPAs by Insurers in relation to Health Insurance Policies

- a. Every Insurer shall provide detailed product wise guidelines to TPAs for handling of claims i.e. claim admissions and assessments. The guidelines shall articulate the payments / benefits allowed or disallowed under various products that are being serviced by the TPAs. While prescribing such guidelines the Insurers shall also prescribe the capacity requirements, internal control procedures to be put in place by the TPA under the agreement for rendering the services under such product.
- b. *Detailed Claim Guidelines*: Every Insurer shall issue detailed product specific claim guidelines to TPAs
- c. Insurers shall ensure that the TPAs are not carrying out the following activities as part of the agreement
 - i. Claim rejections/repudiations with respect to the health insurance policies;
 - ii. Payments to the policyholders, claimants or the network providers;
 - iii. Any services directly to the policyholder or insured or to any other person unless such service is in accordance with the terms and conditions of the Agreement entered into with the insurer and complies with the IRDAI (TPA-Health Services) Regulations, 2016.

d. Settlement and Denial of Claims:

- i. Insurers and/or TPAs, as may be applicable, shall endeavour to collect documents for processing claims for disposal electronically. Claims that are being settled shall be done through e-payments by the insurers.
 - ii. Where claims are directly handled by the Insurers, the provisions of Regulation (21) (3) (c) (i) of IRDAI (TPA-Health Services) Regulations, 2016 shall be complied in the correspondence to the policyholder with respect to settlement of the claims
 - iii. The insurer shall be responsible for proper and prompt service to the policyholders at all times.
 - iv. Where a claim is denied or repudiated, the communication about the denial or the repudiation shall be made only by the Insurer by specifically stating the reasons for the denial or repudiation, while necessarily referring to the corresponding policy conditions. The insurer shall also furnish the grievance redressal procedures available with the Insurance Company and with the Insurance Ombudsman along with the detailed addresses of the respective offices.
- e. More than one TPA may be engaged by an insurance company.

34. Change of TPAs by Insurers for servicing of Health Insurance Policies

- a. Where there is a change in the TPA, insurers shall communicate to the policyholders 30 days before giving effect to the change.
- b. The contact details like helpline numbers, addresses, etc. of the new TPA shall be immediately made available to all the policyholders in case of change of TPA.
- c. The insurers shall take over all the data in respect of the policies serviced by the earlier TPA within thirty days from the cessation of the services of the TPA and make sure that the same is transferred seamlessly to the newly assigned TPA, if any. No inconvenience or hardship shall be caused to the policyholders as a result of the change. In this regard, the following aspects shall receive special attention:
 - i. Status of cases where pre-authorization has already been issued by existing TPA.
 - ii. Status of cases where claim documents have been submitted to the existing TPA for processing.
 - iii. Status of claims where processing has been completed by the TPA and payment is pending with the insurer.

35. Data and related issues:

- a. The TPA and the insurer shall establish a seamless flow of data transfer for all the claims. Towards this purpose the entities referred herein shall endeavour electronic flow of the data.
- b. The respective claim settlement files shall be handed over to the insurer within 15 days thereof.
- c. Authority may require Insurers, TPAs and Network Providers, to comply with data related matters as specified in the Guidelines that may be issued separately.

36. Systems to be in place to mitigate Frauds: Insurers and TPAs should put in place systems and procedures to identify, monitor and mitigate frauds and also follow Guidelines, if any, specified by the Authority from time to time in this regard.

Chapter V: Submission of Returns to the Authority

37. Submission of Returns to the Authority

All insurance companies carrying on health insurance business shall furnish Returns to the Authority as may be specified by the Authority vide Guidelines.

Chapter VI: Repeal and Savings and Removal of Difficulties

38. Repeal and Savings:

- a. These Regulations supersede Insurance Regulatory and Development Authority (Health Insurance) Regulations 2013 and Insurance Regulatory and Development Authority (Health Insurance) (First Amendment) Regulations, 2014.

39. Removal of difficulties

In order to remove any difficulties in the application or interpretation of these regulations, the Chairperson of the Authority may issue clarifications, directions and guidelines in the form of circulars.

T. S. VIJAYAN, Chairman
[ADVT. III /4/Exty/161/16]

Schedule-I

Portability of Health Insurance Policies offered by General Insurers and Health Insurers

1. A policyholder desirous of porting his/her policy to another insurance company shall apply to such insurance company to port the entire policy along with all the members of the family, if any, at least 45 days before, but not earlier than 60 days from the premium renewal date of his/her existing policy.
2. Insurer may not be liable to offer portability if policyholder (a) fails to approach the new insurer at least 45 days before the premium renewal date, or (b) approaches the new Insurer more than 60 days prior to the premium renewal date.
3. Portability shall be opted for by the policyholder only as stated in (1) above and not during the currency of the policy.
4. In case insurer is willing to consider the proposal for portability even if the policyholder fails to approach insurer at least 45 days before the renewal date, it is free to do so.
5. Where the outcome of acceptance of portability is still awaited from the new insurer on the date of renewal
 - a. the existing policy shall be allowed to be extended, if requested for by the policyholder, for a short period of not less than one month by accepting a pro- rata premium for such short period and
 - b. existing insurer shall not cancel existing policy until such time a confirmed policy from new insurer is received or there is a specific written request of the insured
 - c. the new insurer, in all such cases, shall reckon the date of the commencement of risk to match with the date of expiry of the short period policy issued based on the request of the policyholder. If for any reason the insured intends to continue the policy before the expiry of the policy or before the expiry of the short-period policy referred to under Clause (5) (a) above, with the existing insurer, it shall be allowed to continue by charging regular premium and without imposing any new condition.
6. In case the policyholder has opted as in Clause (5) (a), and there is a claim, the existing insurer

may charge the balance premium for remaining part of the policy year provided the claims are accepted by the existing insurer. In such cases, policyholder shall be liable to pay the premium for the balance period and continue with the existing insurer for that policy year.

7. On receipt of intimation referred under Clause (1) above, the insurance company shall furnish the applicant, the Portability Form as set out in Annexure-I to these guidelines together with a proposal form and relevant product literature on various health insurance products which could be offered.
8. The policyholder shall fill in the portability form along with proposal form and submit the same to the insurance company.
9. On receipt of the Portability Form, the insurance company shall seek the necessary details of medical history and claim history of the concerned policyholder from the existing insurance company. This shall be done through the web portal of the IRDAI.
10. The existing insurer, on receiving such a request on portability shall furnish the requisite data for porting insurance policies in the prescribed format in the web portal of IRDAI within 7 working days of the receipt of the request.
11. In case the existing insurer fails to provide the requisite data in the data format to the new insurance company within the stipulated time frame, it shall be viewed as violation of directions issued by the IRDAI and the insurer shall be subject to penal provisions under the Insurance Act, 1938.
12. On receipt of the data from the existing insurance company, the new insurance company may underwrite the proposal and convey its decision to the policyholder in accordance with the Regulation 4 (6) of the IRDA (Protection of Policyholders' interest) Regulations, 2002.
13. If, on receipt of data within the above time frame, the insurance company does not communicate its decision to the requesting policyholder within 15 days in accordance with its underwriting policy as filed by the company with the Authority, the insurance company shall not have any right to reject such proposal and shall accept the proposal.
14. In order to accept a policy which is being ported in, the insurer shall not levy any additional loading or charges exclusively for the purpose of porting.
15. No commission shall be payable to any intermediary on the acceptance of a ported policy.
16. Portability shall be allowed in the following cases:
 - a. All individual health insurance policies issued by General Insurers and Health Insurers including family floater policies.
 - b. Individual members, including the family members covered under any group health insurance policy of a General Insurer or Health Insurer shall have the right to migrate from such a group policy to an individual health insurance policy or a family floater policy with the same insurer. Thereafter, he/she shall be accorded the right mentioned in 1 above.
17. For any health insurance policy, waiting period with respect to pre-existing diseases and time bound exclusions shall be taken into account as follows:-

S. No	No of years of continuous insurance cover with previous insurer(s)	Waiting period to be served with new insurer in number of days/years				
		YY Days	1 Year	2 years	3 years	4 years
I.	XX Days at inception (XX-no of days as per the policy document)	(YY-XX) Days	N/A	N/A	N/A	N/A

II.	For 1 year period exclusion:					
	1 year	N/A	Nil	1 Year	2 Years	3 Years
III.	For 2 year period exclusion:					
	1 year	N/A	Nil	1 Year	2 Years	3 Years
	2 years	N/A	Nil	Nil	1 Year	2 Years
IV.	For 3 year period exclusion:					
	1 year	N/A	Nil	1 Year	2 Years	3 Years
	2 years	N/A	Nil	Nil	1 Year	2 Years
	3 years	N/A	Nil	Nil	Nil	1 Year
V.	For 4 year period exclusion:					
	1 year	N/A	Nil	1 Year	2 Years	3 Years
	2 years	N/A	Nil	Nil	1 Year	2 Years
	3 years	N/A	Nil	Nil	Nil	1 Year
	4 years	N/A	Nil	Nil	Nil	Nil

Note 1: In case the waiting period for a certain disease or treatment in the new policy is longer than that in the earlier policy for the same disease or treatment, the additional waiting period should be clearly explained to the incoming policy holder in the portability form to be submitted by the porting policyholder.

Note 2: For group health insurance policies, the individual members shall be given credit as per the table above based on the number of years of continuous insurance cover, irrespective of, whether the previous policy had any pre-existing disease exclusion/time bound exclusions.

18. The portability shall be applicable to the sum insured under the previous policy and also to an enhanced sum insured, if requested for by the insured, to the extent of cumulative bonus acquired from the previous insurer(s) under the previous policies.

For e.g. - If a person had a SI of Rs. 2 lakhs and accrued bonus of Rs. 50, 000 with insurer A; when he shifts to insurer B and the proposal is accepted, insurer B has to offer him SI of Rs. 2.50 lakhs by charging the premium applicable for Rs. 2.50 lakhs. If insurer B has no product for Rs. 2.50 lakhs, insurer B would offer the nearest higher slab say Rs. 3 lakhs to insured by charging premium applicable for Rs. 3 lakhs SI. However, portability would be available only up to Rs. 2.50 lakhs.

19. Insurers shall clearly draw the attention of the policyholder in the policy contract and the promotional material like prospectus, sales literature or any other documents in any form whatsoever, that:
- all health insurance policies are portable;
 - policyholder should initiate action to approach another insurer to take advantage of portability well before the renewal date to avoid any break in the policy coverage due to delay in acceptance of the proposal by the other insurer.

Annexure-I
Portability Form
PART-I

1)	Name of the Policyholder / insured (s)	
2)	Date of Birth/Age	
3)	Address of the policyholder/insured	
4)	Details of existing insurer	
	i. Name of the product	
	ii. Sum Insured	
	iii. Cumulative Bonus	
	iv. Add-ons/riders taken	
	v. Policy number	
5)	Details of the proposed insurance	
	i. Name of the product proposed/intend to take	
	ii. Sum Insured Proposed	
	iii. Whether Cumulative Bonus to be converted to an enhanced sum insured	
6)	Reason(s) for portability	
7)	No. of family member to be included in the policy to be ported.	
Enclosure: Photocopy of the existing policy documents		
Date:	Signature of the policyholder	

PART-II

- Whether the PED exclusions / time bound exclusion have longer exclusion period than the existing policy: (Please indicate Yes / NO):
- If yes, please give written consent to the declaration below:

“I am aware that the waiting period for the following disease(s)/treatment(s) is Days/years more than the previous policy terms. I hereby agree to observe the additional waiting period for the following disease(s)/treatment(s)

Signature of the policyholder

Schedule-II

Administration of Health plus Life Combi Products

- The product of this class shall be named as ‘**Health plus Life Combi Products**’ referred as ‘Combi Products’ hereinafter in this schedule.

2. This schedule does not apply to Micro Insurance Products which are governed by IRDAI (Micro Insurance) Regulations, 2015.
3. All insurance companies that promote 'Health plus Life Combi products' shall adhere to the following:

a. **Scope of Combi Product Class:**

- i) 'Combi Products' may be promoted by all Life Insurers and General Insurers or Health Insurers.
- ii) 'Combi Product' shall be a combination of Life Insurance cover offered by life insurance companies and Health Insurance cover offered by General Insurance Companies or Health Insurance Companies.
- iii) Products offered as a combi-product shall have been individually cleared under the File and Use procedure applicable to Life Insurance Products and the Product Filing Guidelines applicable to Health Insurance Products respectively.
- iv) Riders and Add-on covers may be offered subject to File and Use procedure applicable to Life Insurance and the Product Filing Guidelines applicable to Health Insurance respectively.
- v) The premium components of both the risks are to be separately identified and disclosed to the policyholders at both pre-sale stage and post-sale stage and in all documents like policy document, prospectus and sales literature.
- vi) The product may be offered both as individual insurance policy and on group basis. However in respect of health insurance floater policies, the life insurance coverage is allowed on the life of one of the earning members of the family who is also the proposer on health insurance policy subject to insurable interest and other applicable underwriting norms of respective insurers.
- vii) The integrated premium amount of the 'Combi Product' shall be basis for reckoning the threshold limit or applicability of extant Regulations, guidelines and circulars etc. issued by the Authority or any other statutory body.
- viii) Commission and Claim payouts in respect of 'Combi Products' shall be by respective insurers only.
- ix) 'Combi product' shall have a free look option as outlined in the extant Regulations. Free Look option is to be applied to the 'Combi Product' as a whole. Provided where an existing policyholder of any health insurance product has migrated to a Combi Product, such policyholder is entitled to all the rights of migration as per the applicable portability norms.
- x) The Health portion of the 'Combi Product' is entitled to be renewed at the option of the policyholder of the respective General Insurer or Health Insurer.

b. **Tie up between insurers:**

- (i). It is mandatory that insurers offering a 'Combi Product' shall have in place a Memorandum of Understanding covering the *modus operandi* of marketing, policy servicing and sharing of common expenses.
- (ii). Insurers forming the tie-up shall obtain prior approval of the Authority by duly filing the copy of the agreement entered into in this regard.
- (iii). A tie up is permitted between one life insurer and one General insurer or one Health Insurer only. Thus a life insurer is permitted to tie up with only one General insurer or health insurer and vice-versa.
- (iv). Between these two Insurers any number of 'Combi Products' may be promoted.
- (v). Insurance companies shall carry out appropriate due diligence before establishing the business relationship for the purpose of promoting 'Combi Products'. Insurers are also

expected to have a long-term understanding for effective policy service of the proposed 'Combi Products'.

- (vi). Withdrawal from the tie-up is generally not desirable. However, in exceptional cases where insurers desire to withdraw from MOU they shall obtain prior permission of the Authority.
- (vii). There shall be specific time frames / Turnaround Times (TAT) agreed upon between the insurance companies as part of the MOU for effective policy servicing, transmission of premiums received etc. at various stages of policy i.e., at pre-sale stage and post-sale stage.
- (viii). Insurers shall ensure filing of the advertisements in accordance with IRDA (Insurance Advertisements and Disclosures) Regulations, 2000 within seven days from the date of issuing the advertisement with the Authority.
- (ix). Proposed procedures for issuing Joint Sale Advertisements along with the common corporate agents shall be covered in the MoU.
- (x). The modus operandi of proposed servicing at various stages of the policy viz., proposal stage, policy servicing, premium collection arrangements and claims service etc shall be detailed in the MoU.
- (xi). The Information Technology systems put in place for supporting the sale and policy service of the 'Combi Products' shall also be part of the MoU.
- (xii). Agreement on reimbursement of expenses in consideration of common services rendered by each of the insurance companies shall be covered in the MoU.
- (xiii). Distribution Channel wise maximum commission allowed under the 'Combi Products' shall also be indicated.
- (xiv) The manner in which premium is proposed to be collected subject to provisions of Section 64 VB of Insurance Act, 1938 shall be detailed,
 - (1) Provided the integrated premium collected under a Combi Product by one of the Insurers for transmission of relevant share of the premium to the other insurer shall be deemed to be in compliance of Section 64VB and the policyholder is entitled to the underlying benefits of both life insurance and health insurance components of the Combi Product from the date and time of acceptance of said premium by one of the Insurers.
 - (2) Provided further that the Date and Time of receipt of the premium by one of the Insurers shall be reckoned for entitlement of the underlying benefits of the policy.
- (xv) The procedures put in place for expeditious transfer of the portion of premium that pertains to the other insurer of the product needs to be reflected in the MoU.
 - (1) Provided where time sensitive products such as Unit Linked Life Insurance Products are offered as part of Combi Products, the Life Insurers shall put in place effective procedures for complying with the extant Regulations.
- (xvi) Operational procedures put in place for updating premium on policy data base on a real time basis shall also be mentioned.
- (xvii) Options available to policyholders of 'Combi Products' to discontinue either portion of risk coverage while continuing with the other portion, subject to the extant law, regulations, guidelines etc shall be detailed.
- (xviii) Copy of proposed common Sales Literature / Sales Illustrations, proposal form to be issued by both the insurers in respect of 'Combi Products', subject to the condition that these documents approved under File and Use procedure or Product Filing Guidelines are not modified shall also form part of the MoU.
- (xix) Common Advertisements of 'Combi Products', subject to the condition that this shall be restricted to the features, terms and conditions of the 'Combi Product' shall also be agreed upon and made part of the MoU.

c. **Lead Insurer:**

- i) As two insurers are involved in offering the 'Combi Product' it may be mutually agreed that one of the insurance companies may act as a lead insurer in respect of each 'Combi Product' marketed with agreed terms, conditions and considerations.
- ii) The Lead Insurer for this purpose is the insurer mutually agreed by both the insurers to play a critical role in facilitating policy servicing as a contact point for rendering various services as required for combi products. The lead insurer may play a major role in facilitating underwriting and policy servicing.
- iii) The role of lead insurer shall not get diluted in the process of relying upon the existing operational infrastructure of the partner-insurance company for effective policy servicing of 'Combi Products'.
- iv) Either of the insurers shall not be absolved of their responsibility of proactive settlement of claims and other obligations in accordance with the terms and conditions of their respective policies.

4. **Underwriting:** Under the 'Combi Product', underwriting of respective portion of risk shall be carried out by respective insurance companies, that is; Life Insurance risk shall be underwritten by Life Insurer and the Health Insurance portion of risk shall be underwritten by General or Health Insurer.

5. **File and Use/Product Filing Guidelines:**

- a. The life insurance product and the health insurance product to be offered as a combi product shall have prior approval under File and Use procedure or Product Filing Guidelines as may be the case.
- b. Both the independent approved products shall be integrated as a single product and shall be filed with a common brand name.
- c. The single product shall be offered without making any modifications to the approved products.
- d. 'Combi Product' is to be filed at the stage of integrating for getting approval as per Product Filing Guidelines irrespective of the earlier approval for either of products.
- e. 'Combi Product' filing shall follow the File and Use guidelines or Product Filing Guidelines in vogue and all such guidelines that would be issued from time to time.
- f. The Combi Product shall be approved by the Authority subject to Product Filing Guidelines specified.
- g. The application of 'Combi Product' under Product Filing Guidelines shall also specify the following:-
 - i) Lead Insurer for the 'Combi Product' and demarcation of functions between insurers for carrying out activities
 - ii) Procedures proposed for issuance of the premium notices, where applicable and final lapse notices in terms of Section 50 of the Insurance Act, 1938.
 - iii) Where the servicing is to be necessarily attended to by the original insurer, the lead insurer shall facilitate the policy servicing. As far as the policyholder is concerned lead insurer shall be made as the single nodal point for receiving the servicing requests, fulfilling the services and issuing acknowledgements.
 - iv) Results of feasibility study, if any, in giving limited access to the policy database for effecting over-the-counter policy service requests to the lead insurer.
 - v) The results of the cost benefit analysis carried out by both the insurers and the possibility of offering any discounts on the premium in the combi product.

6. Lead insurer in settlement of claims shall ensure:-

- a. Based on the type of claim, that the other insurer also takes proactive measures for settlement of claims. In no case the Lead insurer shall guarantee the settlement of claim on behalf of the other insurer.
- b. The risks accepted by one insurer under 'Combi Product' shall not affect the business of other insurance company.
- c. As far as health portion of 'Combi Policies' are concerned, the extant regulations and guidelines shall apply.
- d. Where the policies are serviceable directly, the lead insurer shall play a facilitative role.
- e. The operational procedures proposed to be put in place for timely dispatch of the policy bond of 'Combi Products'.

7. Distribution Channel

- a. The sale of 'Combi Product' may be solicited through all the Insurance Agents and Insurance Intermediaries who are eligible to solicit Insurance Business.
- b. Insurers shall ensure that the 'Combi Product' is not marketed by those insurance intermediaries who are not authorized to market either of the products of either of the insurers.
- c. 'Combi Products' marketed by the Common Service Centres shall comply with IRDAI (Insurance Services by Common Service Centres) Regulations, 2015.

8. Mandatory Minimum Disclosures:

- a. The mandatory minimum disclosures for a Combi Product shall be:
 - i) The product is jointly offered by "abc insurance company" (specify General/ stand-alone health insurer name) and "xyz insurance company" (specify life insurer name).
 - ii) The risks of this 'Combi Product' are distinct and are assumed / accepted by respective insurance companies.
 - iii) The liability to settle the claim vests with respective insurers, i.e., for health insurance benefits "abc insurance company" (specify General/ stand-alone health insurer name) and for life insurance benefits "xyz insurance company" (Specify life insurer name).
 - iv) The legal/quasi legal disputes, if any, are dealt by the respective insurers for respective benefits.
 - v) The policyholders of the 'Combi Product' under reference are eligible to continue with either part of the policy, discontinuing the other during the policy term.
 - vi) Where guaranteed renewability of health insurance plan is allowed, the health insurance portion of this 'Combi Product' is entitled to that facility.
 - vii) Specific Disclosures on the available premium payment options on these 'Combi Products'.
 - viii) Specific Disclosures about the available policy servicing facilities including claims servicing, for these 'Combi Products'.
 - ix) Specific Disclosures on the availability of services of 'Third Party Administrators (TPAs)' for health insurance portion of risk, if available.
 - x) Specific Disclosures on the available Grievances Redressal Options including particulars of Ombudsman under these 'Combi products'.

- xi) Policyholders are to be advised to familiarize themselves with the policy benefits and policy service structure of the 'Combi Product' before deciding to purchase the policy.
 - b. Policy documents of 'Combi Products' shall contain the above referred points (iii) to, (xi) as minimum disclosures.
 - c. Declaration from the prospect shall be obtained and attached to proposal form that he / she has understood the disclosures mentioned above.
9. In respect of 'Combi Products' both the insurers shall comply with the provisions of Insurance Act, 1938 and Regulations notified there under and other guidelines, circulars that are applicable to health insurance business and life insurance business respectively.
 10. In order to monitor the progress of the penetration of the product class, all insurance companies that are marketing 'Combi Products' shall submit the information that is specified by the Authority from time to time under the Guidelines.
 11. The Authority may stipulate such other terms and conditions from time to time for monitoring activities of insurance companies offering 'Combi Products'.

SCHEDULE - III

See Regulation 2 (i) (o) of IRDAI (Health Insurance) Regulations, 2016

Matters in respect of which the Authority may specify by issue of Circulars, Guidelines or Instructions as referred in these regulations:

1. Regulation (2) (i) (g): Product Filing Guidelines to be followed by insurers before marketing or offering a product covering Health Insurance Business.
2. Regulation (3) (b): Withdrawal of existing Indemnity Based products offered by Life Insurers.
3. Regulation (5): Withdrawal of Health Insurance Products shall be subject to Guidelines specified by the Authority.
4. Regulation (7) (a): Guidelines on Group Insurance.
5. Regulation (8) (d): Norms on mechanisms or incentives to reward policyholders for early entry, continued renewals, favourable claims experience, preventive and wellness habits.
6. Regulation (9) (b): Guidelines on Proposal Forms.
7. Regulation (10): Guidelines on pricing.
8. Regulation (11) (b): Guidelines on Pilot Products subject to Product Filing Guidelines.
9. Regulation (20): Standard terms used in all health insurance policies.
10. Regulation (21): The nomenclature and procedures incorporated into policies offering 'critical illness cover'.
11. Regulation (22) (i): List of Generally Excluded Items that may be optionally covered by the Insurers.
12. Regulation (26): Customer Information Sheet.
13. Regulation (31) (b) (iv): Guidelines on disempanelment of Network Provider.
14. Regulation (31) (c): Standard Clauses to be made part of Tripartite Agreement amongst Insurers, TPAs and Network Providers.

15. Regulation (31) (e): Standards, benchmarks and protocols for Network Providers.
16. Regulation (35) (c): Data Related Issues to be complied with by TPAs, Insurers and Network Providers.
17. Regulation (36): Systems and procedures to be put in place to identify monitor and mitigate frauds.
18. Regulation (37): Returns to be submitted to the Authority.
19. Clause (10) Schedule – II: Information on Life plus Health Combi Products.