

संदर्भ: आईआरडीएआई/पीपी&जीआर/सीआईआर/विविध/117/9/2024
Ref: IRDAI/PP&GR/CIR/MISC/117/9/2024

पालिसीधारकों के हितों के संरक्षण संबंधी मास्टर परिपत्र, 2024
Master Circular on Protection of Policyholders' Interests,
2025



दिनांक: 5 सितंबर, 2024

Date: 5th September, 2024

प्रति / To,

सभी जीवन बीमाकर्ता, साधारण बीमाकर्ता, स्वास्थ्य बीमाकर्ता और वितरण माध्यम
All Life Insurers, General Insurers, Health Insurers and Distribution Channels

विषय: पालिसीधारकों के हितों के संरक्षण संबंधी मास्टर परिपत्र

Sub: Master Circular on Protection of Interests of Policyholders

1. पृष्ठभूमि / Background

बीमा क्षेत्र ने 2047 तक 'सभी के लिए बीमा' की परिदृष्टि प्राप्त करने के लिए यात्रा प्रारंभ की है। पालिसीधारकों के हितों का संरक्षण करने, व्यवसाय करने की सुगमता को प्राथमिकता देने, बीमा क्षेत्र में वृद्धि और आत्मनिर्भरता को प्रोत्साहित करने के लिए अभिशासन के ढाँचे को मजबूत करने हेतु नवोन्मेषण और प्रतियोगिता को प्रोत्साहित करने के लिए विभिन्न उपाय करने के द्वारा विभिन्न विनियामक सुधार किये गये हैं। की गई सभी पहलुओं के केन्द्र में पालिसीधारक के हित रहे हैं जो पालिसीधारक के कल्याण के चारों ओर केन्द्रित प्रभावी शिकायत निवारण व्यवस्थाओं और अभिशासन संरचनाओं सहित, बीमाकर्ताओं और वितरण माध्यमों के द्वारा पालिसीधारकों के प्रति अपने दायित्व पूरे करने पर बल देते हैं। इन पहलुओं पर विनियमों की व्यापक रूप से समीक्षा की गई है तथा भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (पालिसीधारकों के हितों का संरक्षण, बीमाकर्ताओं के परिचालन और संबद्ध विषय) विनियम, 2024 (इस मास्टर परिपत्र में इसके बाद "विनियम" के रूप में उल्लिखित) 22 मार्च 2024 को अधिसूचित किये गये हैं। इन विनियमों के अंतर्गत जारी किये गये दो मास्टर परिपत्रों में यह दूसरा है। प्रथम मास्टर परिपत्र तक <https://irdai.gov.in//document-detail?documentId=5083599> पर पहुँचा जा सकता है।

Insurance sector has embarked upon the journey to achieve the vision of 'Insurance for All' by 2047. Various regulatory reforms have been undertaken in this direction by taking up measures to protect interests of policyholders, prioritizing ease of doing business, encouraging innovation, competition, strengthen governance framework to foster growth and self-reliance in the insurance sector. The interests of policyholder have been at the core of all the initiatives undertaken which emphasize insurers and distribution channels to fulfill their obligations towards policyholders, including effective grievance redressal mechanisms and governance structures centered around policyholder welfare. Regulations on these aspects have been reviewed comprehensively and the Insurance Regulatory and Development Authority of India (Protection of Policyholders' Interests, Operations and allied Matters of insurers) Regulations, 2024 (hereinafter called "Regulations") was notified on 22nd March, 2024. This is second of the two Master Circulars issued under these Regulations. The first Master Circular may be accessed at <https://irdai.gov.in/document-detail?documentId=5083599>.

2. इस परिपत्र में पालिसीधारकों के हितों के संरक्षण से संबंधित उपबंध सम्मिलित किये गये हैं। इस मास्टर परिपत्र के अंतर्गत निम्नानुसार दो खंड निहित हैं:

Provisions relating to Protection of Interests of Policyholders is being covered in this circular.
The master circular contains two sections as under:

2.1. **खंड 1:** इसमें संभावित ग्राहकों / पालिसीधारकों / ग्राहकों के लिए बीमा संविदा के विभिन्न स्तरों पर महत्वपूर्ण और संगत सूचना का सारांश निहित है। कोई भी संभावित ग्राहक अथवा पालिसीधारक बीमा पालिसी के विभिन्न स्तरों पर अपने अधिकार और दायित्व जानने के लिए इस खंड में विजिट कर सकता है। निम्नलिखित के विभिन्न स्तरों पर महत्वपूर्ण और संगत सूचना प्राप्त की जा सकती है:

Section 1: It contains summary of important and relevant information at various stages of an insurance contract for the prospects / policyholders / customers. A prospect or policyholder to know his / her rights and obligations at various stages of insurance policy may visit this Section. Important and relevant information at various stages of

- जीवन बीमा पालिसियाँ भाग क में हैं, / Life Insurance Policies are in Part A,
- स्वास्थ्य बीमा पालिसियाँ भाग ख में हैं, / Health Insurance Policies are in Part B,
- खुदरा साधारण बीमा पालिसियाँ भाग ग में हैं। /Retail General Insurance Policies are In Part C.

बीमा व्यवसाय के कुछ संगत और महत्वपूर्ण पहलुओं से संबंधित अलग मास्टर परिपत्र भी जीवन बीमा व्यवसाय; स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय और साधारण बीमा व्यवसाय पर जारी किये गये हैं।

Separate Master Circulars on certain relevant and important aspects of insurance business are also issued on Life Insurance Business; Health Insurance Business and General Insurance Business.

2.2. **खंड 2:** इसमें उक्त विनियमों के अंतर्गत बीमाकर्ता के द्वारा अनुपालन की जानेवाली स्थूल आवश्यकताएँ निहित हैं।

Section 2: It contains broad requirements to be complied with by an insurer under the Regulations.

3. यह मास्टर परिपत्र बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 34, आईआरडीए अधिनियम, 1999 की धारा 14, भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (पालिसीधारकों के हितों का संरक्षण, बीमाकर्ताओं के परिचालन और संबद्ध विषय) विनियम, 2024 के विनियम 56 के अधीन जारी किया जाता है तथा इसकी समीक्षा प्रत्येक वर्ष की जाएगी, जब तक कि इसकी समीक्षा अथवा निरसन की आवश्यकता इसके पहले उत्पन्न नहीं होती।

This master circular is issued under section 34 of the Insurance Act, 1938, section 14 of the IRDA Act, 1999 and Regulation 56 of the Insurance Regulatory and Development Authority of India (Protection of Policyholders' Interests, Operations and allied Matters of insurers) Regulations, 2024 and shall be reviewed every year unless review or repeal is warranted earlier.

4. इस परिपत्र के अंतर्गत उल्लिखित विवरणियाँ इस मास्टर परिपत्र में और विवरणियों की प्रस्तुति संबंधी मास्टर परिपत्र में निहित उपबंधों के अनुसार प्रस्तुत की जाएँगी।

The Returns referred under this circular shall be submitted as per the provisions herein and the Master Circular on Submission of Returns.

5. इस मास्टर परिपत्र में प्रयुक्त और अपरिभाषित, परंतु बीमा अधिनियम, 1938 (1938 का 4), बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 का 41) अथवा उनके अधीन बनाये गये नियमों या विनियमों में परिभाषित सभी शब्दों और स्पष्टीकरणों के अर्थ वही होंगे जो क्रमशः उन अधिनियमों या नियमों या विनियमों में उनके लिए निर्धारित किये गये हैं।

All words and explanations used herein and not defined in this Master Circular but defined in the Insurance Act, 1938 (4 of 1938) or Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999 (41 of 1999) or Rules or Regulations made thereunder shall have the meanings respectively assigned to them in those Acts or Rules or Regulations.

6. इस मास्टर परिपत्र के किसी भी उपबंध को लागू करने या उसका अर्थनिर्णय करने में उत्पन्न होनेवाली किसी भी शंका या कठिनाई को दूर करने के लिए सक्षम प्राधिकारी जब भी आवश्यकता होगी तब उपयुक्त स्पष्टीकरण जारी कर सकता है।

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

इसे सक्षम प्राधिकारी का अनुमोदन प्राप्त है।

This has approval of the Competent Authority.

(आर के शर्मा / R K Sharma)
(मुख्य महाप्रबंधक / Chief General Manager)

विषय-सूची

क्र. सं.	अध्याय	विवरण	पृष्ठ सं.
		खंड 1	
1	भाग क	जीवन बीमा पालिसियों के विभिन्न स्तरों पर महत्वपूर्ण और संगत सूचना	7
2	भाग ख	स्वास्थ्य बीमा पालिसियों के विभिन्न स्तरों पर महत्वपूर्ण और संगत सूचना	20
3	भाग ग	खुदरा साधारण बीमा पालिसियों के विभिन्न स्तरों पर महत्वपूर्ण और संगत सूचना	32
		खंड 2	
4	अध्याय I	नागरिक चार्टर	43
5	अध्याय II	बीमा पालिसियों के विक्रय से पहले के कार्यकलाप	44
6	अध्याय III	बीमा पालिसियों के विक्रय के लिए प्रस्ताव	47
7	अध्याय IV	बीमा पालिसियों का निर्गम	49
8	अध्याय V	पालिसीधारकों की सर्विसिंग और दावों का निपटान	51
9	अध्याय VI	स्वास्थ्य बीमा पालिसियों की सुवाहता	52
10	अध्याय VII	न्यायिक / अर्ध-न्यायिक अधिनिर्णयों आदि का अनुपालन	53
11	अध्याय VIII	अन्य सेवाओं से संबंधित पहलू	54
12	अध्याय IX	परिपत्रों और दिशानिर्देशों का निरसन	55
13	अनुसूची क	जीवन, साधारण और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं के लिए नागरिक चार्टर	57
14	अनुसूची ख	पालिसी दस्तावेजों और लाभ निर्दर्शन का फार्म और पद्धति	62
15	अनुसूची ग	बीमा पालिसियों की विषय-वस्तु	87
16	अनुसूची घ	ग्राहक सूचना पत्रक (सीआईएस)	91

INDEX

S. No.	Chapter	Particulars	Page No.
		Section 1	
1	Part A	Important and relevant information at various stages of Life Insurance Policies.	99
2	Part B	Important and relevant information at various stages of Health Insurance Policies.	113
3	Part C	Important and relevant information at various stages of Retail General Insurance Policies.	126
		Section 2	
4	Chapter-I	Citizen's Charter	138
5	Chapter-II	Activities prior to sale of insurance policies	139
6	Chapter-III	Proposal for sale of insurance policies	142
7	Chapter-IV	Issuance of insurance policies	144
8	Chapter-V	Servicing of policyholders and settlements of claims	146
9	Chapter-VI	Portability of Health Insurance Policies	147
10	Chapter-VII	Compliance with Judicial /Quasi-Judicial Awards etc.	148
11	Chapter-VIII	Other Services Related Aspects	149
12	Chapter-IX	Repeal of Circulars and Guidelines	150
13	Schedule A	Citizens' Charter for Life, General and Health Insurers	152
14	Schedule B	Form and manner of policy documents and Benefits Illustration	158
15	Schedule C	Contents of Insurance Policies	187
16	Schedule D	Customer Information Sheet (CIS)	193

खंड I – संभावित ग्राहकों/पालिसीधारकों/ग्राहकों के लिए सूचना

बीमा संविदा बीमाकर्ता और पालिसीधारक के बीच एक ऐसी संविदा है जो एक पालिसी दस्तावेज के माध्यम से लागू की जाती है। बीमा संविदा के अंतर्गत बीमाकर्ता पालिसीधारक को प्रभावित करनेवाली अनिश्चित भावी बीमाकृत घटना(ओं) के घटित होने के विरुद्ध, पालिसी दस्तावेज के निबंधनों और शर्तों के अनुसार पालिसीधारक की क्षतिपूर्ति करने के लिए सहमत होने के द्वारा पालिसीधारक से बीमा जोखिम को स्वीकार करता है। बीमाकृत घटनाओं में मृत्यु, निर्योग्यता, अस्वस्थता, संपत्ति, वाहन आदि को होनेवाली क्षति या उनकी हानि शामिल हो सकती हैं।

बीमा कंपनी (जिसे “बीमाकर्ता” भी कहा जाता है) बीमा संविदा को जारी करने के लिए संभावित ग्राहकों से “प्रीमियम” कहलानेवाली राशि स्वीकार करने के द्वारा एक पालिसी दस्तावेज (जिसे “पालिसी” या “पालिसी संविदा” या “बीमा संविदा” भी कहा जाता है) जारी करती है। बीमा संविदाओं से उत्पन्न होनेवाले बीमा दावों का भुगतान उक्त पालिसियों के निबंधनों और शर्तों के अधीन बीमाकर्ता के द्वारा पालिसीधारक या लाभार्थी को किया जाता है।

निम्नलिखित खंडों का उद्देश्य ऐसी संगत सूचना उपलब्ध कराना है जो बीमा पालिसी खरीदने से पहले और उसके बाद संभावित ग्राहक/पालिसीधारक को जानना चाहिए।

- (क) भाग कः जीवन बीमा पालिसियों के विभिन्न स्तरों को सम्मिलित करता है।
- (ख) भाग खः स्वास्थ्य बीमा पालिसियों के विभिन्न स्तरों को सम्मिलित करता है।
- (ग) भाग गः खुदरा साधारण बीमा पालिसियों के विभिन्न स्तरों को सम्मिलित करता है।

क्रम सं.	विवरण
भाग कः जीवन बीमा पालिसियाँ	
I	<p>विक्रय से पहले</p> <p>1 जीवन बीमाकर्ताओं से अपेक्षित है कि वे निम्नलिखित की आवश्यकताएँ पूरी करते हुए पालिसीधारकों/ संभावित ग्राहकों को अधिक व्यापक विकल्प उपलब्ध कराने के लिए उपर्युक्त उत्पाद/ राइडर उपलब्ध कराएँ :</p> <ul style="list-style-type: none"> i. उपर्युक्त रूप में ग्राहकों की आवश्यकताएँ; ii. सभी आयु वर्ग; iii. सभी क्षेत्र, सभी व्यवसायगत श्रेणियाँ, निर्योग्यताओं से युक्त व्यक्ति और कोई अन्य श्रेणियाँ; iv. उनकी वहनीयता के अनुसार पालिसीधारक/संभावित ग्राहक; <p>टिप्पणी: उपर्युक्त का अर्थ यह नहीं होगा कि बीमाकर्तों के पास उपर्युक्त सभी की आवश्यकताएँ पूरी करने के लिए एक ही उत्पाद होगा।</p> <p>बीमाकर्ता ग्राहकों को उनकी आवश्यकताओं के अनुसार उत्पादों/राइडरों का चयन करने के लिए लचीलेपन की अनुमति देंगे।</p> <p>2 जीवन बीमा पालिसी की खरीद</p> <ul style="list-style-type: none"> i. जीवन बीमा उत्पाद केवल आईआरडीएआई के पास पंजीकृत जीवन बीमाकर्ताओं के द्वारा ही प्रस्तावित किये जाते हैं। कोई भी संभावित ग्राहक ऐसे उत्पाद किसी जीवन बीमाकर्ता से सीधे अथवा किसी भी वितरण माध्यम के द्वारा खरीद सकता है।

	<ul style="list-style-type: none"> ii. ऐसी खरीद बीमाकर्ता / वितरण माध्यम के कार्यालय में जाने के द्वारा अथवा बीमाकर्ता / वितरण माध्यम की वेबसाइट में आनलाइन विजिट करने के द्वारा की जा सकती है। iii. बीमा उत्पाद खरीदने के लिए “वितरण माध्यम” के अंतर्गत वैयक्तिक एजेंट, कारपोरेट एजेंट, बीमा दलाल, वेब संग्राहक, बीमा विपणन फर्म, सामान्य सेवा केन्द्र, आदि शामिल हैं। बीमा उत्पाद बेचने के लिए प्राधिकृत वितरण माध्यमों का सत्यापन बीमा कंपनियों की संबंधित वेबसाइटों से किया जा सकता है जिनके उत्पाद बिक्री के लिए प्रस्तावित किये जाते हैं। iv. आवास जैसे ऋणों के लिए अथवा किन्हीं अन्य प्रकार के ऋणों के लिए बीमा कवर प्राप्त करने की स्थिति में, संभावित ग्राहक निम्नलिखित पर ध्यान दे सकता है: <ul style="list-style-type: none"> क. बीमा पालिसी की खरीद ऋण देनेवाली वित्तीय संस्था के द्वारा करना अनिवार्य नहीं है। वह बीमा पालिसी किसी भी बीमाकर्ता से अथवा किसी भी वितरण माध्यम के द्वारा किसी भी पद्धति से खरीदने के लिए स्वतंत्र है। ख. वह जाँच कर ले कि बीमा पालिसी की विशेषताएँ/विकल्प, जैसे पालिसी का प्रकार, पालिसी की अवधि, प्रीमियम भुगतान की आवधिकता आदि लिये जा रहे ऋण के प्रकार के साथ मेल खा रहे हैं या नहीं।
3	<h3>विज्ञापन</h3> <ul style="list-style-type: none"> i. बीमा कंपनियाँ और वितरण माध्यम विक्रय के लिए प्रस्तावित बीमा उत्पादों का विज्ञापन कर सकते हैं। ऐसे विज्ञापन टेलीविजन विज्ञापनों, रेडियो घोषणाओं, सोशल मीडिया परिचालनों, समाचारपत्र विज्ञापनों, पैमफलेटों, लीफलेटों आदि के रूप में हो सकते हैं। सामान्यतः ऐसे विज्ञापनों में उपलब्ध सूचना निर्देशक होती है और उत्पाद का पूरा विवरण उपलब्ध नहीं कराती। ii. बीमा विज्ञापनों के साथ बीमाकर्ताओं का पंजीकृत नाम होता है और वे बीमा उत्पादों की विशिष्ट पहचान संख्या (यूआईएन) से युक्त होते हैं, जहाँ भी बीमा उत्पाद का विज्ञापन किया जाता है। iii. कोई भी बीमा उत्पाद खरीदने से पहले, संभावित ग्राहक को चाहिए कि वह बीमाकर्ता/वितरण माध्यमों के द्वारा साझा किये गये आवश्यकतानुरूप दर्शाये गये लाभ निर्दर्शनों के साथ उत्पाद का प्रास्पेक्टस पढ़े। संभावित ग्राहक उत्पाद के विवरण का सत्यापन बीमाकर्ता की वेबसाइट से भी कर सकता है।
4	<h3>प्रास्पेक्टस</h3> <ul style="list-style-type: none"> i. बीमा उत्पादों में प्रस्तावित विशेषताओं, लाभों, अपवर्जनों, और विभिन्न अन्य विवरणों को स्पष्ट करने के लिए, बीमाकर्ताओं से अपेक्षित है कि वे बिक्री के लिए उनके द्वारा प्रस्तावित प्रत्येक उत्पाद के लिए प्रास्पेक्टस रखें। वे उनकी वेबसाइट पर अपलोड किये जाते हैं। ii. किसी भी बीमा उत्पाद/उत्पादों के विशिष्ट विवरण को समझने के लिए संभावित ग्राहक बीमाकर्ता की वेबसाइट पर उपलब्ध प्रास्पेक्टस पढ़ सकता है अथवा इसे उपलब्ध कराने के लिए बीमाकर्ता के प्रतिनिधि या वितरण माध्यम से कह सकता है।
5	<h3>जीवन बीमा के लिए उपयुक्तता:</h3> <ul style="list-style-type: none"> i. एनपीएस की आगम राशियों से तथा नियोक्ता के द्वारा दी गई अधिवर्षिता निधि से खरीदी जानेवाली वार्षिकियों को छोड़कर अन्य जीवन बीमा उत्पादों और वार्षिकी उत्पादों से संबंधित बचत के संबंध में किये जानेवाले जीवन बीमा के लिए उपयुक्तता का निर्धारण किया जाएगा। बीमाकर्ता/वितरण माध्यम जो बीमा पालिसी का स्रोतीकरण करता है, विवरण जैसे बीमा खरीदने की आवश्यकता, संभावित ग्राहक की आय और वहन करने की क्षमता, बीमा पालिसी द्वारा पूरी की जानेवाली विभिन्न आवश्यकताएँ, प्रत्याशित लाभ, अपेक्षित लाभों के प्रकार आदि प्राप्त करेगा जो संभावित ग्राहक और अपेक्षा (सलिसिटेशन) में संबद्ध संबंधित विक्रेता के द्वारा विधिवत् पुष्टीकृत होंगे। संभावित ग्राहक से प्राप्त सूचना के आधार पर, बीमाकर्ता या वितरण माध्यम, जैसी स्थिति हो, संभावित ग्राहक की आवश्यकताएँ पूरी करनेवाले उपयुक्त उत्पाद(उत्पादों) की सिफारिश करेगा। आवश्यकता का ऐसा विश्लेषण प्रलेखीकृत किया जाएगा और

	<p>उसकी एक प्रति संभावित ग्राहक को उपलब्ध कराई जाएगी और ऐसे आवश्यकता-विशेषण की प्रतियाँ पालिसी दस्तावेज का भाग होंगी।</p> <p>ii. संभावित ग्राहक किसी उपयुक्त बीमा उत्पाद का निर्णय करने के लिए बीमाकर्ता/वितरण माध्यम/विक्रेता की सिफारिशों से लाभान्वित हो सकता है। तथापि, वह किसी अन्य बीमा उत्पाद का चयन करने के लिए भी स्वतंत्र है, यदि वह ऐसा चाहता है।</p>
II	प्रस्ताव के स्तर पर
1	<p>लाभ निर्दर्शन (बीआई)</p> <p>जबकि प्रास्पेक्टस बीमा उत्पाद के बारे में एक समग्र सामान्य सूचना उपलब्ध कराता है, वहीं आवश्यकतानुरूप बनाया गया लाभ निर्दर्शन उन विशिष्ट लाभों को उपलब्ध कराता है जो ग्राहक विशिष्ट विवरण जैसे आयु, प्रीमियम राशि, प्रीमियम भुगतान अवधि, पालिसी की अवधि, आदि के आधार पर पालिसी में कवर की गई विभिन्न घटनाओं के घटित होने पर देय होंगे।</p> <p>k. संबंधित बीमा उत्पाद के प्रास्पेक्टस के अतिरिक्त, प्रत्येक जीवन बीमाकर्ता/ वितरण माध्यम/ प्राधिकृत विक्रेता को अनिवार्यतः विक्रय के स्थान पर प्रस्तावक/संभावित पालिसीधारक को आवश्यकतानुरूप तैयार किया गया लाभ निर्दर्शन उपलब्ध कराना चाहिए।</p> <p>kh. आवश्यकतानुरूप तैयार किया गया लाभ निर्दर्शन एक ऐसा दस्तावेज है जो उन लाभों का विवरण देता है जो एक संभावित पालिसीधारक, संभावित ग्राहक की आयु, प्रस्तावित पालिसी अवधि, प्रीमियम, प्रीमियम की भुगतान अवधि आदि जैसे ब्योरे को ध्यान में रखते हुए पालिसी की पूरी अवधि के दौरान पालिसी में कवर की गई विभिन्न घटनाओं पर प्राप्त कर सकता है।</p> <p>g. संभावित पालिसीधारक को चाहिए कि वह लाभ निर्दर्शन की जाँच कर ले और इस बात से संतुष्ट होने पर कि उत्पाद के अंतर्गत दिये जा रहे लाभ उसकी आवश्यकताओं को पूरा करते हैं, उसे लाभ निर्दर्शन पर हस्ताक्षर करने चाहिए। इस पर प्राधिकृत विक्रेता के द्वारा भी हस्ताक्षर किये जाएँगे।</p> <p>gh. आवश्यकतानुरूप तैयार किया गया लाभ निर्दर्शन फार्मेट अनुसूची ख में विनिर्दिष्ट रूप में है। उस पर संभावित पालिसीधारक और प्राधिकृत विक्रेता के द्वारा हस्ताक्षर किये जाने के बाद, वह पालिसी दस्तावेज का भाग होगा।</p>
2	<p>पालिसियों का विभाजन</p> <p>i. बीमा उत्पाद के संबंध में बीमा पालिसियाँ अपेक्षित बीमाकृत राशि के लिए एक एकल पालिसी के रूप में ली जा सकती हैं अथवा संभावित ग्राहक की आवश्यकताओं के अनुसार विभिन्न बीमाकृत राशियों के साथ एक से अधिक पालिसियों में विभाजित की जा सकती है। तथापि, यदि एक ही समय संभावित ग्राहक को एक ही स्वरूप की बहुविधि पालिसियाँ बेची जाती हैं, तो यह पालिसियों के विभाजन के रूप में माना जाएगा। पालिसियों का विभाजन संभावित ग्राहक के विकल्प पर तथा उसके विशिष्ट अनुरोध पर उसकी सहमति को अभिलिखित करने के बाद किया जाएगा।</p> <p>ii. यदि संभावित ग्राहक एक ही उत्पाद की एक से अधिक पालिसियाँ लेने की योजना बना रहा है, तो संभावित ग्राहक को चाहिए कि वह उन संभव छूटों के बारे में जाँच कर ले, जो बीमाकर्ता सामान्यतः प्रीमियमों और बीमाकृत राशि पर प्रस्तावित करता है। बीमा पालिसियाँ उच्चतर बीमाकृत राशियों अथवा उच्चतर प्रीमियम राशियों की स्थिति में प्रीमियम पर छूटें दे सकती हैं। यदि ऐसी पालिसियाँ एक से अधिक पालिसियों में विभाजित की जाती हैं, तो पालिसीधारक बीमाकर्ता द्वारा दी जानेवाली ऐसे प्रीमियम अथवा बीमाकृत राशि पर आधारित छूटें प्राप्त नहीं कर सकता। इसके अलावा, यूनिट सहबद्ध बीमा पालिसियों के मामले में, पालिसियों के विभाजन के परिणामस्वरूप, प्रभारों की उच्चतर राशि की कठौती की जा सकती है, क्योंकि कुछ प्रभार प्रति पालिसी आधार पर लगाये जा सकते हैं।</p>

	<p>iii. पालिसियों के विभाजन की स्थिति में, जब तक संभावित ग्राहक से विशिष्ट अनुरोध नहीं किया जाता, तब तक ऐसी कार्रवाई के परिणामस्वरूप शुल्क या प्रभारों में वृद्धि (प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से) के रूप में अथवा कमीशन के रूप में, चाहे किसी भी नाम से, पालिसी के प्रारंभ से अथवा पालिसी की अवधि के दौरान किसी भी समय पालिसीधारक के लिए कोई अतिरिक्त व्यय नहीं करना होगा।</p>
3	<p>प्रस्ताव फार्म</p> <ul style="list-style-type: none"> i. एक जीवन बीमा पालिसी खरीदने के लिए आवश्यक होगा कि जीवन बीमाकर्ता को संभावित ग्राहक द्वारा एक प्रस्ताव फार्म प्रस्तुत किया जाएगा। ii. प्रस्ताव फार्म हिन्दी या अंग्रेजी में उपलब्ध होगा। तथापि, यदि संभावित ग्राहक द्वारा अनुरोध किया जाता है, तो वह क्षेत्रीय भाषा में भी उपलब्ध कराया जाएगा। iii. संभावित ग्राहक से बीमा पालिसी खरीदते समय अपेक्षित है कि वह निम्नलिखित के सहित, प्रस्ताव फार्म में अपेक्षित सूचना / विवरण प्रस्तुत करें: <ul style="list-style-type: none"> क. मोबाइल नंबर, ई-मेल आईडी, वर्तमान और स्थायी पता; ख. बैंक खाते का ब्योरा; ग. नामिती का नाम तथा उसकी मोबाइल संख्या, ई-मेल आईडी, वर्तमान और स्थायी पता, नामिती का संबंध, अवयस्क नामितियों के लिए प्राधिकृत व्यक्ति का ब्योरा तथा नामिती के बैंक खाते का विवरण; iv. कुछ उत्पादों के लिए संभावित ग्राहक को बीमाकर्ता द्वारा दी गई सूचना के अनुसार डाक्टरी जाँच करवाने की आवश्यकता हो सकती है तथा यदि प्रस्ताव फार्म में पूछा जाता है तो स्वास्थ्य और अन्य चिकित्सा संबंधी विवरण देना आवश्यक हो सकता है। साथ ही, बीमाकर्ता द्वारा पालिसी के निर्गम से पहले प्रीमियम भुगतान की क्षमता और अन्य अपेक्षाओं का पता लगाने के लिए आय के प्रमाण के साथ व्यवसाय का ब्योरा और आय का विवरण माँगा जा सकता है। यदि माँग की जाती है, तो संभावित ग्राहक के द्वारा ऐसा विवरण प्रस्तुत करने की आवश्यकता है। v. जोखिम-अंकन और केवाईसी के प्रयोजन के लिए, बीमाकर्ता संभावित ग्राहकों से आयु का प्रमाण, पहचान का प्रमाण और पते का प्रमाण प्रस्तुत करने की अपेक्षा करेंगे। केवाईसी की प्रक्रिया आनलाइन या आफ़लाइन हो सकती है। vi. यदि संभावित ग्राहक प्रस्ताव फार्म में मुद्रित भाषा से परिचित नहीं है, तो बीमाकर्ता अथवा वितरण माध्यम, प्रस्ताव फार्म में अपेक्षित विवरण स्पष्ट करेंगे। ऐसी स्थिति में, संभावित ग्राहक से एक घोषणा प्राप्त की जाएगी कि उक्त विवरण उसे स्पष्ट किया गया है। vii. पालिसीधारक या संभावित ग्राहक यदि निर्योग्यता से युक्त व्यक्ति है, तो अपेक्षित होने पर अपनी ओर से घोषणा देने के लिए एक प्रतिनिधि को विधिवत् प्राधिकृत कर सकता है। viii. संभावित ग्राहकों को समुचित सावधानी बरतनी चाहिए और प्रस्तव फार्म में अपेक्षित सूचना प्रस्तुत करनी चाहिए जो बीमा पालिसी के निर्गम के लिए आधार बनती है। प्रस्ताव फार्म में सही और संपूर्ण जानकारी बीमाकर्ताओं को सही तौर पर जोखिमों का निर्धारण करने और प्रस्ताव फार्म के संबंध में निर्णय लेने में समर्थ बनाती है। यह बीमाकर्ता के द्वारा झंझट रहित दावा सर्विसिंग को भी सुसाध्य बनाती है। अतः उक्त सूचना जिम्मेदारी के साथ दी जानी चाहिए। ix. राष्ट्रीय पेंशन प्रणाली (एनपीएस) की आगम राशि से ताल्कलिक वार्षिकी उत्पाद खरीदने की स्थिति में, एनपीएस को दिया गया "निर्गम फार्म" प्रस्ताव फार्म के रूप में माना जाएगा। x. यदि पालिसी अवधि के दौरान प्रस्ताव फार्म में पहले से दी गई किसी भी सूचना में कोई परिवर्तन है, जैसे मोबाइल नंबर, ई-मेल विवरण, आवासीय पता, बैंक खाते का ब्योरा, नामिती संबंधी विवरण, तो पालिसीधारक को बीमाकर्ता के पास विद्यमान ऐसी सूचना को अद्यतन करना चाहिए ताकि बीमाकर्ता कुशल पालिसी सर्विसिंग उपलब्ध करा सके।

	<p>xi. सामूहिक बीमा की स्थिति में प्रस्तावक को प्रस्ताव फार्म में हस्ताक्षर करने से पहले सुनिश्चित करना चाहिए कि उसमें अपेक्षित रूप में समस्त विवरण प्रस्तुत किया गया है।</p>
4	<p>प्रीमियम / प्रीमियम जमाराशि का भुगतान:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. प्रीमियम का भुगतान बीमाकर्ता के द्वारा प्रस्ताव की स्वीकृति के निर्णय की सूचना के बाद ही करने की आवश्यकता है। ii. जोखिम का कवर केवल प्रीमियम की प्राप्ति के बाद ही प्रारंभ होगा। iii. प्रस्ताव फार्म के साथ बीमाकर्ता को कोई प्रीमियम जमाराशि / प्रस्ताव जमाराशि का भुगतान करने की आवश्यकता नहीं है, केवल अच्छे स्वास्थ्य की घोषणा के आधार पर जारी की जानेवाली पालिसियों को छोड़कर जहाँ जोखिम कवर प्रीमियम की प्राप्ति के बाद तत्काल प्रारंभ होता है। प्रीमियम की कम या अधिक वसूली के लिए कोई गुंजाइश नहीं होनी चाहिए। iv. बीमाकर्ता यह सुनिश्चित करेंगे कि बैंक खाते से प्रीमियम भुगतान के लिए राशि की कटौती के लिए संभावित ग्राहक/पालिसीधारक से सुस्पष्ट सहमति प्राप्त की गई है।
5	<p>नामांकन</p> <ul style="list-style-type: none"> i. प्रस्ताव फार्म भरते समय, संभावित ग्राहक के लिए नामिती का विवरण प्रस्तुत करना अपेक्षित होगा। ii. बीमाकृत व्यक्ति की मृत्यु होने की स्थिति में दावा राशि के भुगतान को सुसाध्य बनाने के लिए नामांकन अधिदेशात्मक (मैंडेटरी) है। iii. पालिसीधारक एक से अधिक व्यक्तियों को नामित कर सकता है तथा प्रत्येक नामिती को देय दावा राशि का प्रतिशत विनिर्दिष्ट किया जाना चाहिए। iv. जहाँ नामिती अवयस्क है, वहाँ पालिसीधारक के लिए यह विधिपूर्ण होगा कि वह नामिती की अवयस्कता के दौरान पालिसीधारक की मृत्यु होने की स्थिति में पालिसी द्वारा रक्षित धनराशि प्राप्त करने के लिए, बीमाकर्ता द्वारा निर्धारित तरीके से किसी व्यक्ति को नियुक्त करे। v. नामांकन पालिसी की अवधि के दौरान किसी भी समय परिवर्तित किया जा सकता है।
6	<p>प्रस्ताव फार्मों का प्रसंस्करण (प्रस्ताव का जोखिम-अंकन):</p> <ul style="list-style-type: none"> i. प्रस्ताव फार्म प्राप्त होने पर, बीमाकर्ता प्रस्ताव का प्रसंस्करण गति और कुशलता से करेगा। प्रस्ताव फार्म में दिये गये विवरण पर अतिरिक्त विवरण/स्पष्टीकरण की आवश्यकता होने की स्थिति में वह प्रस्ताव फार्म की प्राप्ति की तारीख से 7 दिन के अंदर एक ही बार में माँगी जानी चाहिए, न कि खंडों में। ii. ऐसी स्थिति में, संभावित ग्राहक को ऐसी सूचना शीघ्रातिशीघ्र प्रस्तुत करनी चाहिए, ताकि प्रस्ताव फार्म पर निर्णय गति और कुशलता के साथ लिया जा सके। iii. बीमाकर्ता पैरा 6(i) या 6(ii), जैसा लागू हो, पर उल्लिखित सूचना की प्राप्ति से 7 दिन के अंदर प्रस्ताव फार्म पर निर्णय लेगा। प्रस्ताव फार्म की स्वीकृति पर बीमाकर्ता: <ul style="list-style-type: none"> क) देय प्रीमियम सहित, संभावित ग्राहक को अपने निर्णय की सूचना तत्परतापूर्वक देगा। ख) प्रीमियम की प्राप्ति की तारीख से कवरेज उपलब्ध कराएगा। iv. प्रस्ताव को स्वीकार न करने की स्थिति में, बीमाकर्ता अपने निर्णय की सूचना संभावित ग्राहक को स्वीकार न करने के लिए कारणों सहित 7 दिन के अंदर देगा। v. प्रस्ताव को स्वीकृत करने के बाद, संभावित ग्राहक को “पालिसीधारक या बीमाकृत जीवन या बीमाकृत व्यक्ति” कहा जाएगा। वह व्यक्ति जिसके जीवन की हानि के जोखिम को कवर किया जाता है, “बीमाकृत

	<p>जीवन” अथवा “बीमाकृत व्यक्ति” कहलाएगा। वह व्यक्ति जिसके नाम से बीमा पालिसी जारी की जाती है, “पालिसीधारक” कहलाएगा।</p> <p>vi. पालिसीधारक अथवा बीमाकृत जीवन एक ही व्यक्ति हो सकता है या अलग व्यक्ति हो सकते हैं।</p>
7	<p>बीमा पालिसी का निर्गम</p> <p>बीमाकर्ता प्रस्ताव को स्वीकृत करने और प्रीमियम प्राप्त करने के बाद, बीमा पालिसी इलेक्ट्रानिक रूप में जारी करता है। संभावित ग्राहक/पालिसीधारक/ग्राहक का विकल्प भौतिक रूप में पालिसी दस्तावेज प्राप्त करने के लिए अधिदेशात्मक (मैंडेटरी) तौर पर प्रस्ताव फार्म में माँगा जाएगा।</p> <p>पालिसीधारक को प्रत्यक्ष रूप से बीमाकर्ता के द्वारा इलेक्ट्रानिक रूप में जारी की गई सभी पालिसियाँ भौतिक रूप में भी जारी की जाएँगी, यदि पालिसीधारक द्वारा अनुरोध किया जाए।</p> <p>इलेक्ट्रानिक रूप में जारी की गई पालिसियों पर बीमाकर्ता द्वारा डिजिटल तौर पर हस्ताक्षर किये जाएँगे।</p>
8	<p>बीमाकर्ता प्रस्ताव की स्वीकृति से 15 दिन के अंदर किसी अतिरिक्त प्रभार के बिना संभावित ग्राहक को निम्नलिखित का प्रेषण करेंगे:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. निःशुल्क अवलोकन अवधि सूचित करते हुए पालिसी दस्तावेज के लिए प्रावरण पत्र (कवरिंग लेटर), ii. पालिसी दस्तावेज, iii. संभावित ग्राहक के द्वारा प्रस्तुत प्रस्ताव फार्म की प्रति, iv. लाभ निर्दर्शन की प्रति, v. ग्राहक सूचना पत्रक, vi. उपयुक्तता निर्धारण, यदि कोई हो, के अंतर्गत आवश्यकता विश्लेषण दस्तावेज की प्रति, vii. विशिष्ट उत्पाद के द्वारा अपेक्षित किया जानेवाला कोई अन्य दस्तावेज।
III	<p>पालिसी दस्तावेज की प्राप्ति के समय</p>
1	<p>ग्राहक सूचना पत्रक (सीआईएस)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. सीआईएस पालिसी दस्तावेज के साथ बीमाकर्ता के द्वारा उपलब्ध कराया जानेवाला एक ऐसा विवरण है जो सरल शब्दों में महत्वपूर्ण सूचना और जारी की गई पालिसी की मूलभूत विशेषताएँ एक स्थान पर उपलब्ध कराता है। 2. सीआईएस प्रत्येक पालिसी के साथ जीवन बीमा पालिसी के लिए अनुसूची घ में दिये गये फार्मट में दिया जाना चाहिए। उक्त सीआईएस- <ul style="list-style-type: none"> i. दोनों वैयक्तिक बीमा पालिसीधारक एवं सामूहिक बीमा पालिसी के सदस्य की स्थिति में प्रत्यिक पालिसीधारक को उपलब्ध कराया जाएगा। ii. विवरण से युक्त होगा, जैसे- <ul style="list-style-type: none"> क) बीमा का प्रकार, ख) बीमाकृत राशि, ग) लाभ, घ) अपवर्जनों का सारांश जिन्हें पालिसी कवर नहीं करती, ड) कुछ महत्वपूर्ण विवरण, जैसे निःशुल्क अवलोकन अवधि, पालिसी नवीकरण दिनांक, विकल्प जैसे पालिसी का पुनःप्रवर्तन, पालिसी ऋण और कोई अन्य विकल्प। iii. दावा प्रक्रिया, पालिसी सर्विसिंग तथा शिकायत निवारण व्यवस्था के संबंध में सूचना से, उपयुक्त अधिकार-क्षेत्र के बीमा लोकपाल के संपर्क के विवरण सहित, युक्त होगा।

	<p>3. पालिसीधारक से भौतिक या डिजिटल रूप में प्राप्ति-सूचना प्राप्त करनी होगी। अनुरोध करने पर सीआईएस क्षेत्रीय भाषा में उपलब्ध कराया जाएगा।</p> <p>4. जबकि सीआईएस पालिसी की मूलभूत और महत्वपूर्ण विशेषताएँ सरल शब्दों में उपलब्ध कराता है, पालिसीधारक जारी की गई पालिसी के बारे में संपूर्ण विवरण के लिए पालिसी दस्तावेज में देख सकता है।</p> <p>5. जहाँ पालिसीधारक पालिसी के कवरेज या विस्तार में कोई भी असंगति पाता है, वहाँ इसके बारे में उपयुक्त सुधार के लिए सीधे बीमाकर्ता के साथ अथवा पालिसी के प्राप्तण में संबद्ध वितरण माध्यम के द्वारा मामले को उठा सकता है।</p>
2	<p>निःशुल्क अवलोकन अवधि:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. एक वर्ष या उससे अधिक की पालिसी अवधि से युक्त जीवन बीमा पालिसी की प्राप्ति की तारीख से, पालिसीधारक के पास पालिसी के निबंधनों और शर्तों की समीक्षा करने के लिए “निःशुल्क अवलोकन अवधि” के रूप में 30 दिन का समय होगा। ii. यदि पालिसीधारक पालिसी के निबंधनों और शर्तों से संतुष्ट नहीं है, तो उसके पास निरसन के लिए बीमाकर्ता को पालिसी लौटाने के लिए 30 दिन की अवधि होगी। iii. उल्लिखित कारणों का विचार किये बिना, बीमाकर्ता अनिवार्यतः निःशुल्क अवलोकन के विकल्प का प्रयोग करने के लिए पालिसीधारक के अनुरोध को स्वीकार करेगा। iv. पालिसीधारक केवल कवर की अवधि के लिए आनुपातिक जोखिम प्रीमियम तथा बीमाकर्ता के द्वारा प्रस्तावक की डाक्टरी जाँच पर किये गये व्ययों, यदि कोई हों, और मुद्रांक शुल्क प्रभारों की कटौती के अधीन प्रीमियम की वापसी का हकदार होगा। v. संबद्ध बीमा उत्पाद के संबंध में, उपर्युक्त पैरा (iv) के अंतर्गत उल्लिखित कटौतियों के अधीन बीमाकर्ता निरसन की तारीख को यूनिटों के निवल आस्ति मूल्य (एनएवी) पर यूनिटों की पुनःखरीद के द्वारा आगम राशि की वापसी करेगा। vi. निःशुल्क अवलोकन निरसन पर प्रीमियम की लागू वापसी निःशुल्क अवलोकन निरसन के लिए अनुरोध की प्राप्ति से 7 दिन के अंदर की जाएगी। धनवापसी में किसी विलंब की स्थिति में बीमाकर्ता: <ul style="list-style-type: none"> क) निःशुल्क अवलोकन निरसन के लिए अनुरोध की प्राप्ति की तारीख से धनवापसी की तारीख तक, वापसीयोग्य राशि पर बैंक दर और (प्लस) 2 प्रतिशत पर ब्याज के साथ ऐसी राशियाँ लौटाएगा। यह दंडात्मक ब्याज अनुपालन न करने के लिए प्राधिकरण द्वारा लगाये जानेवाले किसी अन्य अर्थदंड पर प्रतिकूल प्रभाव डाले बिना है। ख) इस प्रकार का ब्याज बीमाकर्ता द्वारा अपने आप अदा किया जाएगा।
3	<p>बीमा पालिसी का व्यपगम और पुनःप्रवर्तन</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. जहाँ बीमाकृत व्यक्ति अनुग्रह अवधि के अंदर प्रीमियम का भुगतान नहीं करता, वहाँ पालिसी व्यपगत हो जाएगी। पालिसी का व्यपगम एक ऐसी स्थिति है जहाँ बीमाकृत व्यक्ति आगे से पालिसी के अंतर्गत उपलब्ध कराये गये लाभ और कवरेज प्राप्त नहीं कर सकता। 2. किसी व्यपगत पालिसी का पुनःप्रवर्तन पालिसी दस्तावेज में विनिर्दिष्ट अवधि के दौरान किया जा सकता है। पालिसी के पुनःप्रवर्तन के लिए, पालिसीधारक को अदत्त प्रीमियमों का भुगतान, ब्याज अथवा विलंब शुल्क के साथ करना होगा तथा पालिसी के निबंधनों और शर्तों के आधार पर स्वास्थ्य के संबंध में एक घोषणा प्रस्तुत करना अपेक्षित होगा अथवा डाक्टरी जाँच करवानी होगी।
4	<p>डिजीलाकर</p> <p>पालिसीधारक के पास पालिसी दस्तावेज की साफ्ट प्रति डिजीलाकर में रखने का विकल्प है।</p>

IV	पालिसी की वैधता अवधि के दौरान
1	<p>प्रीमियम का भुगतान</p> <ul style="list-style-type: none"> i. बीमा पालिसी तब तक प्रचलन में रहेगी और पालिसी में निर्दिष्ट किये गये रूप में कवरेज देना जारी रखेगी जब तक पालिसीधारक पालिसी में विनिर्दिष्ट रूप में प्रीमियम का भुगतान करता है। ii. बीमा पालिसी के लाभ प्राप्त करने के लिए, पालिसीधारक को अनुग्रह अवधि, जैसी लागू हो, के अधीन समूची प्रीमियम भुगतान अवधि के दौरान नियत तारीख को या उससे पहले अवश्य प्रीमियम का भुगतान करना चाहिए। iii. प्रीमियम का भुगतान केवल बीमाकर्ता के खाते में किया जाएगा। यह बीमाकर्ता को सीधे अथवा उसके प्राधिकृत वितरण माध्यम के द्वारा किया जा सकता है। iv. बीमाकर्ता/प्राधिकृत वितरण माध्यम प्रीमियम की विधिमान्य प्राप्ति-सूचना तत्काल जारी करेगा।
2	<p>प्रीमियम के भुगतान के लिए अनुग्रह अवधि:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. अनुग्रह अवधि नियत तारीख के बाद प्रीमियम के भुगतान के लिए किसी अर्थदंड या विलंब शुल्क के बिना दिया गया अतिरिक्त समय है। यह एकल प्रीमियम पालिसियों को छोड़कर अन्य पालिसियों में उपलब्ध है। ii. प्रीमियम की नियत तारीख से अनुग्रह अवधि निम्नानुसार है: <ul style="list-style-type: none"> ○ पन्द्रह दिन जहाँ प्रीमियम मासिक किस्तों में अदा किया जाता है; और ○ तीस दिन जहाँ प्रीमियम का भुगतान तिमाही/छमाही/वार्षिक किस्तों में किया जाता है। iii. अनुग्रह अवधि के दौरान, पालिसी को प्रचलित माना जाता है और जोखिम कवर पालिसी की शर्तों के अनुसार किसी व्यवधान के बिना जारी रहता है।
3	<p>सेवा अनुरोध</p> <ul style="list-style-type: none"> क. पालिसी की अवधि के दौरान, पालिसीधारक बीमाकर्ता को पहले से दिये गये विवरण, जैसे पता, संपर्क का ब्योरा, नामिती का विवरण, आदि, में परिवर्तन कर सकते हैं। जब पालिसीधारक से ऐसे अनुरोध प्राप्त होते हैं, तब बीमाकर्ता तत्काल उनकी प्राप्ति-सूचना देंगे और अनुरोध किये गये परिवर्तनों को 7 दिन के अंदर अद्यतन करेंगे। ख. जहाँ उक्त अनुरोधों पर कार्रवाई नहीं की गई हो, वहाँ पैरा VI(1) में दिये गये विवरण के अनुसार शिकायत दर्ज की जा सकती है।
4	<p>जीवन बीमा पालिसियों के अंतर्गत ऋण:</p> <p>जीवन बीमा पालिसियों के मामले में, विशुद्ध जोखिम पालिसियों और संबद्ध बीमा पालिसियों को छोड़कर, पालिसीधारक वित्तीय अत्यावशकताएँ/जरूरतें, यदि कोई हों, पूरी करने के लिए, पालिसी दस्तावेज में विनिर्दिष्ट निबंधनों और शर्तों के अनुसार पालिसी की अवधि के दौरान चुकौती-योग्य पालिसी ऋण ले सकता है।</p>
5	<p>संबद्ध जीवन बीमा पालिसियों के अंतर्गत आंशिक आहरण:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. संबद्ध जीवन बीमा पालिसियों के मामले में, अवरुद्ध (लाक-इन) अवधि कहलानेवाली पालिसी की अवधि के पाँच वर्ष की प्रारंभिक अवधि में, पालिसीधारक को किसी भी राशि का आहरण करने की अनुमति नहीं होगी। ii. अवरुद्धता-अवधि के बाद, पालिसीधारक वित्तीय अत्यावश्यकताएँ, यदि कोई हों, पूरी करने के लिए पालिसी में विनिर्दिष्ट शर्तों के अनुसार यूनिट निधि से आंशिक आहरण कर सकता है।

6	पालिसी को विवादास्पद नहीं किया जा सकता: जीवन बीमा की किसी भी पालिसी को पालिसी की तारीख से अर्थात् पालिसी के निर्गम की तारीख से या जोखिम के प्रारंभ की तारीख से या पालिसी के पुनःप्रवर्तन की तारीख से या पालिसी के राइडर की तारीख से, जो भी बाद में हो, तीन वर्ष की समाप्ति के बाद किसी भी कारण से विवादास्पद नहीं किया जा सकता। बीमाकर्ता के द्वारा निराकरण को प्रमाणित करने के लिए कानूनी तौर पर स्वीकार्य साक्ष्य प्राप्त किये बिना किसी भी दावे को निराकृत नहीं किया जाएगा।															
V	दावा करते समय															
1	<p>पालिसी दस्तावेज में विनिर्दिष्ट रूप में बीमाकृत घटना के घटित होने पर</p> <p>i. पालिसीधारक या दावेदार, जैसा लागू हो, से अपेक्षित है कि बीमा पालिसी के अंतर्गत दावे के रूप में परिणत होनेवाली बीमाकृत घटना के घटित होने के बारे में शीघ्रतम संभव समय के अंदर स्वयं अथवा निम्नलिखित के माध्यम से बीमाकर्ता को सूचित करें:</p> <p>क) आनलाइन पद्धति; ख) वितरण माध्यम; ग) बीमाकर्ता का प्राधिकृत काल सेंटर; घ) पालिसी दस्तावेज में विनिर्दिष्ट रूप में कोई अन्य पद्धति।</p> <p>ii. किसी भी दावे का निराकरण दस्तावेजों की आवश्यकता के लिए अथवा दावे की विलंबित सूचना के लिए नहीं किया जाएगा।</p>															
2	<p>दावे का प्रसंस्करण और दावों के निपटान के लिए प्रतिवर्तन काल (टीएटी)</p> <p>1. बीमाकर्ताओं के द्वारा प्राप्त की गई दावा सूचना का प्रसंस्करण और निपटान नीचे विनिर्दिष्ट समय-सीमाओं के अंदर किया जाएगा:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">क्रम सं.</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">विवरण</th> <th style="text-align: left; padding: 5px;">दावों के निपटान के लिए समय-सीमाएँ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">1.</td> <td style="padding: 5px;">मृत्यु दावा, जाँच की आवश्यकता से युक्त मामलों को छोड़कर।</td> <td style="padding: 5px;">दावे की सूचना की तारीख से 15 दिन के अंदर।</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2.</td> <td style="padding: 5px;">मृत्यु दावा, जहाँ जाँच की आवश्यकता हो</td> <td style="padding: 5px;">दावे की सूचना की तारीख से 45 दिन के अंदर।</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3.</td> <td style="padding: 5px;">अभ्यर्पण, आंशिक आहरण</td> <td style="padding: 5px;">अनुरोध की प्राप्ति से 7 दिन के अंदर।</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4.</td> <td style="padding: 5px;">परिपक्ता लाभ, उत्तरजीविता लाभ, वार्षिकी भुगतान, आय लाभ आदि</td> <td style="padding: 5px;">नियत तारीख को।</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. यदि दावे का निपटान उक्त विनिर्दिष्ट समय-सीमाओं के अंदर नहीं किया जाता, तो दावेदार सूचना की तारीख से भुगतान की तारीख तक बैंक दर और (प्लस) 2 प्रतिशत पर ब्याज के लिए हकदार है। ऐसे ब्याज का भुगतान बीमाकर्ताओं के द्वारा दावा राशि के साथ स्वयमेव (सुओ-मोटो) किया जाएगा।</p> <p>3. दावा करने के लिए प्रस्तुत किये जानेवाले दस्तावेज़:</p> <p>i. दावा फार्म और अन्य दस्तावेज जैसे मृत्यु प्रमाणपत्र, वार्षिक उत्तरजीविता प्रमाणपत्र (वार्षिकी पालिसियों के लिए), प्रथम सूचना रिपोर्ट (दुर्घटना के कारण दावा करने के मामले में), पोस्टमार्टम</p>	क्रम सं.	विवरण	दावों के निपटान के लिए समय-सीमाएँ	1.	मृत्यु दावा, जाँच की आवश्यकता से युक्त मामलों को छोड़कर।	दावे की सूचना की तारीख से 15 दिन के अंदर।	2.	मृत्यु दावा, जहाँ जाँच की आवश्यकता हो	दावे की सूचना की तारीख से 45 दिन के अंदर।	3.	अभ्यर्पण, आंशिक आहरण	अनुरोध की प्राप्ति से 7 दिन के अंदर।	4.	परिपक्ता लाभ, उत्तरजीविता लाभ, वार्षिकी भुगतान, आय लाभ आदि	नियत तारीख को।
क्रम सं.	विवरण	दावों के निपटान के लिए समय-सीमाएँ														
1.	मृत्यु दावा, जाँच की आवश्यकता से युक्त मामलों को छोड़कर।	दावे की सूचना की तारीख से 15 दिन के अंदर।														
2.	मृत्यु दावा, जहाँ जाँच की आवश्यकता हो	दावे की सूचना की तारीख से 45 दिन के अंदर।														
3.	अभ्यर्पण, आंशिक आहरण	अनुरोध की प्राप्ति से 7 दिन के अंदर।														
4.	परिपक्ता लाभ, उत्तरजीविता लाभ, वार्षिकी भुगतान, आय लाभ आदि	नियत तारीख को।														

	<p>रिपोर्ट (दुर्घटना के कारण दावा करने के मामले में), डिस्चार्ज का सारांश (अस्पताल में मृत्यु होने के मामले में), जैसा लागू हो।</p> <p>ii. बीमाकर्ता:</p> <p>क) पालिसी दस्तावेज में दावे के प्रसंस्करण के लिए अपेक्षित दस्तावेज बताएँगे; तथा</p> <p>ख) इन्हें अपनी वेबसाइटों पर प्रदर्शित करेंगे।</p> <p>4. पालिसीधारक की मृत्यु होने की स्थिति में, जहाँ पालिसी समनुदेशित है, नामिती को चाहिए कि वह निम्नलिखित की जाँच करें:</p> <p>क) क्या वित्तीय संस्था के पक्ष में विधिमान्य समनुदेशन किया गया है।</p> <p>ख) ऋण के संबंध में बकाया राशि तथा बीमाकर्ता को केवल ऋण के संबंध में बकाया राशि का ही भुगतान वित्तीय संस्था को करने के लिए सहमति दे।</p> <p>ग) कि मृत्यु लाभ से बकाया राशि, यदि कोई हो, का भुगतान नामिती के बैंक खाते में सीधे किया जाए।</p>
3	<p>जीवन बीमा पालिसियों का अभ्यर्पण:</p> <p>i. यह उपयुक्त होगा कि पालिसी के अंतर्गत लाभ प्राप्त करने के लिए पालिसी का अभ्यर्पण किये बिना जीवन बीमा पालिसी को प्रचलित रखा जाए। किसी जीवन बीमा पालिसी का अभ्यर्पण करने के साथ अभ्यर्पण अर्थदंड का भुगतान संबद्ध है। यदि पालिसीधारक वित्तीय अत्यावश्यकताओं की स्थिति में बीमा पालिसी का अभ्यर्पण करने का चयन करता है, तो अभ्यर्पण मूल्य का भुगतान किये जाने पर बीमा पालिसी समाप्त हो जाती है।</p> <p>ii. सभी वैयक्तिक असंबद्ध बचत और संरक्षण-उन्मुख उत्पादों जैसे असंबद्ध जीवन बीमा उत्पाद और असंबद्ध पेंशन उत्पाद, विशुद्ध जोखिम उत्पादों और ताल्कालिक वार्षिकी उत्पादों को छोड़कर अन्य आस्थगित वार्षिकी उत्पादों सहित अभ्यर्पण मूल्य का उपार्जन करेंगे।</p> <p>iii. प्रथम वर्ष में पालिसी के अभ्यर्पण की स्थिति में, गारंटीकृत अभ्यर्पण मूल्य (जीएसवी) अथवा “विशेष अभ्यर्पण मूल्य” (एसएसवी) में से जो भी उच्चतर है, प्रथम पालिसी वर्ष की समाप्ति के बाद देय होता है, बशर्ते कि पालिसीधारकों के द्वारा एक पूरे वर्ष का प्रीमियम अदा किया जाए।</p> <p>iv. पाँच वर्ष से कम की सीमित प्रीमियम भुगतान अवधि से युक्त और एकल प्रीमियम से युक्त पालिसियों के मामले में प्रथम पूरे वर्ष के प्रीमियम अथवा एकल प्रीमियम की प्राप्ति के तत्काल बाद जीएसवी अथवा एसएसवी में से जो भी अधिक है, देय होगा।</p> <p>v. संबद्ध बीमा पालिसियों के लिए, पाँच वर्ष की अवरुद्धता (लाक-इन) के अधीन अभ्यर्पण पर यूनिट निधि मूल्य में से अभ्यर्पण प्रभार को घटाकर भुगतान किया जाएगा।</p>
4	<p>सामूहिक बीमा पालिसियाँ</p> <ol style="list-style-type: none"> सामूहिक बीमा पालिसों के दो प्रकार हैं, अर्थात् नियोक्ता-कर्मचारी तथा गैर-नियोक्ता-कर्मचारी पालिसियाँ। यदि सामूहिक बीमा पालिसी किसी नियोक्ता-कर्मचारी समूह को जारी की जाती है: <ol style="list-style-type: none"> नियोक्ता को सामूहिक मास्टर पालिसीधारक के रूप में माना जाएगा तथा कर्मचारियों को उक्त समूह के सदस्यों के रूप में माना जाएगा। नियोक्ता प्रत्येक वैयक्तिक सदस्य के बीमा संरक्षण की पुष्टि करते हुए समूह के सभी सदस्यों को सामूहिक बीमा पालिसी की साझेदारी करेगा। सामूहिक निधि-आधारित उत्पादों को छोड़कर, सभी अन्य मामलों में, दावों का भुगतान सीधे कर्मचारी अथवा लाभार्थी, जैसी स्थिति हो, को किया जाएगा।

	<p>3. यदि सामूहिक बीमा पालिसी किसी गैर-नियोक्ता-कर्मचारी समूह को जारी की जाती है:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. वैयक्तिक समूह सदस्य बीमाकृत सदस्य होगा तथा पालिसी का धारक मास्टर पालिसीधारक होगा। ii. बीमाकर्ता समूह के सभी सदस्यों को सामूहिक पालिसियों का विवरण अर्थात् लाभों की अनुसूची, कवर की अवधि, अदा किया जानेवाला प्रीमियम, पालिसी की शर्तें, अपवर्जन आदि देते हुए एक बीमा प्रमाणपत्र जारी करेगा। iii. बीमाकर्ता सुनिश्चित करेगा कि समूह के सदस्यों के द्वारा अदा किया गया प्रीमियम सीधे उन्हीं को विप्रेषित किया जाए। अतः वैयक्तिक सदस्यों को चाहिए कि वे बीमाकर्ता को प्रीमियम का भुगतान सीधे अधिमानतः इलेक्ट्रॉनिक अंतरण के माध्यम से करें। बीमाकर्ता दावों का भुगतान सीधे समूह के सदस्यों/लाभार्थी को करेगा। iv. बीमाकर्ता सुनिश्चित करेगा कि दावे का भुगतान निम्नानुसार किया जाए: <ul style="list-style-type: none"> क) नीचे खंड (ख) में उल्लिखित मामलों को छोड़कर सीधे बीमाकृत सदस्य अथवा उसके नामिती के नाम दावेदार के बैंक खाते में इलेक्ट्रॉनिक अंतरण के माध्यम से किया जाए। ख) मास्टर पालिसीधारक के नाम, यदि वह एक वित्तीय संस्था है, जिसके पक्ष में विधिमान्य समनुदेशन है, निम्नलिखित शर्तों को पूरा करने के अधीन किया जाए: <ul style="list-style-type: none"> • घटना की तारीख को पालिसी के समूह धारक के पक्ष में बीमाकृत सदस्य के द्वारा प्राधिकृत समनुदेशन किया गया हो • ऐसा प्राधिकृत समनुदेशन केवल घटना के घटित होने की तारीख को बकाया ऋण अनुसूची के अनुसार ऋण की बकाया शेष राशि की सीमा तक होगा • दावे की शेष राशि (अर्थात् बीमाकृत राशि और घटना के घटित होने की तारीख को बकाया ऋण राशि के बीच का अंतर) का भुगतान अवश्य दावेदार अथवा बीमाकृत सदस्य को सीधे किया जाना चाहिए • निपटान किये गये दावे की राशि, बकाया ऋण राशि के प्रति सामूहिक बीमा पालिसी के धारक को किये गये विप्रेषणों तथा सदस्य/नामिती/लाभार्थी को देय शेष दावा राशि के विप्रेषणों का पूरा विवरण बीमाकर्ता के द्वारा सीधे बीमाकृत सदस्य/नामिती/ लाभार्थी को सूचित किया जाएगा। ग) पालिसीधारक / लाभार्थी को समनुदेशन के अस्तित्व के बारे में पहले से ही सूचित किया जाना चाहिए। उसे चाहिए कि वह घटना के घटित होने की तारीख की स्थिति के अनुसार बकाया ऋण राशि के संबंध में अपना पुष्टीकरण दे। मास्टर पालिसीधारक को ऐसी बकाया ऋण राशि के भुगतान के लिए सहमति भी पालिसीधारक/लाभार्थी/नामिती से प्राप्त की जाएगी।
VI.	<p>शिकायत व्यवस्था: यदि पालिसीधारक या दावेदार को बीमाकर्ता, वितरण माध्यम, प्रीमियम वसूल करने के लिए प्राधिकृत संस्था, अन्य पक्ष प्रबंधक (टीपीए) के विरुद्ध कोई शिकायत करने की आवश्यकता हो, तो वह नीचे दी गई शिकायत निवारण व्यवस्था का उपयोग कर सकता/सकती है:</p>
1	<p>शिकायत दर्ज करना</p> <ul style="list-style-type: none"> i. जहाँ पालिसीधारक/लाभार्थी बीमाकर्ता अथवा वितरण माध्यम की सेवाओं से संतुष्ट नहीं है, वहाँ वह शिकायतें टीपीए सहित सीधे बीमाकर्ता के पास अथवा वितरण माध्यम के पास अथवा दोनों के पास निम्नलिखित किसी एक पद्धति का उपयोग करते हुए दर्ज कर सकता/सकती है: <ul style="list-style-type: none"> ○ उनकी निकटतम शाखा में जाकर ○ पत्रों या ई-मेल के द्वारा

	<ul style="list-style-type: none"> ○ बीमाकर्ता की वेबसाइट पर अथवा ○ बीमाकर्ता के प्राधिकृत काल सेंटर में काल करने के द्वारा <p>ii. पालिसीधारक या दावेदार के पास https://bimabharosa.irdai.gov.in/ में जाने के द्वारा आईआरडीएआई के बीमा भरोसा पर आनलाइन शिकायत दर्ज करने का भी विकल्प है।</p> <p>iii. बीमाकर्ता अपने शिकायत पोर्टल का समेकन उक्त बीमा भरोसा के साथ करेंगे जिससे पालिसीधारकों के द्वारा आनलाइन शिकायत दर्ज कराने/शिकायत की स्थिति का पता लगाने में सुविधा हो सके। बीमाकर्ता की प्रणाली को एक तत्काल (रियल टाइम) प्रतिरूपण कार्यात्मकता के साथ अवश्य सुसज्जित किया जाना चाहिए जो उनके शिकायत डेटाबेस की समक्रमिकता को बीमा भरोसा के साथ सुसंगत रूप में सुनिश्चित करे।</p>
2	<h3>शिकायतों / परिवारों के समाधान के लिए प्रतिवर्तन समय</h3> <ul style="list-style-type: none"> i. कोई भी शिकायत प्राप्त होने पर, शिकायतकर्ता को तत्काल एक प्राप्ति-सूचना देनी होगी। बीमाकर्ताओं को चाहिए कि वे शिकायत का समाधान पालिसी की संबंधित शर्तों के विशिष्ट संदर्भ में शिकायत को स्वीकार न करने के लिए कारणों सहित 14 दिन के अंदर उपलब्ध कराएँ। ii. शिकायतकर्ता बीमा भरोसा में अथवा बीमाकर्ता के शिकायत पोर्टल में अथवा बीमाकर्ता के काल सेंटर पर लाग-इन करने के द्वारा शिकायत की स्थिति का पता लगा सकता है। iii. बीमाकर्ता शिकायत निवारण को संभालने के लिए सुदृढ़ प्रौद्योगिकी- आधारित बुनियादी संरचना लागू करेगा जो कपटपूर्ण व्यक्तियों के द्वारा सोतीकृत असंबद्ध/अनिर्धारणीय शिकायतों की पहचान करने के लिए कार्यात्मकता के साथ भी युक्त होगी।
3	<h3>बीमा लोकपाल के समक्ष शिकायत की फाइलिंग करना</h3> <ul style="list-style-type: none"> (i) यदि शिकायतकर्ता बीमाकर्ता के द्वारा उपलब्ध कराये गये शिकायत के समाधान से संतुष्ट नहीं हैं, तो वे समाधान न की गई / आंशिक रूप से समाधान की गई शिकायतें संबंधित अधिकार-क्षेत्र के बीमा लोकपाल के समक्ष उच्च स्तर तक ले जा सकते हैं, यदि दावा राशि रु. 50 लाख तक है। (ii) पालिसीधारक के पास निम्नलिखित किसी भी पद्धति से किसी प्रभार/ शुल्क के बिना सक्षम क्षेत्राधिकार के बीमा लोकपाल के समक्ष मामला उठाने का विकल्प है: <ul style="list-style-type: none"> क. स्वयं जाकर; ख. https://cioins.co.in/Complaint/Online में विजिट करने के द्वारा आनलाइन; ग. पूरा विवरण देते हुए लिखित में, डाक द्वारा या ई-मेल द्वारा। (iii) विवरण, जैसे सक्षम अधिकार-क्षेत्र के बीमा लोकपाल का नाम और पता पालिसी दस्तावेज में उपलब्ध होगा। यह बीमाकर्ता द्वारा दिये गये समाधान पत्र में भी दिया जाएगा। यह https://cioins.co.in/Complaint/Online पर भी उपलब्ध है।
4	<h3>लोकपाल अधिनिर्णय का कार्यान्वयन</h3> <ul style="list-style-type: none"> i. बीमाकर्ता से अपेक्षित है कि वह बीमा लोकपाल के अधिनिर्णय का अनुपालन अधिनिर्णय की प्राप्ति से 30 दिन के अंदर करे। ii. यदि बीमाकर्ता बीमा लोकपाल के अधिनिर्णय का पालन 30 दिन के अंदर नहीं करता, तो विलंब के प्रत्येक दिन के लिए शिकायतकर्ता को रु. 5000/- प्रति दिन का अर्थदंड देय होगा। iii. ऐसा अर्थदंड बीमा लोकपाल नियम, 2017 के अंतर्गत बीमाकर्ता द्वारा अदा किये जाने के लिए देय दंडात्मक ब्याज के अतिरिक्त है।

	<p>iv. यह उपबंध उस स्थिति में लागू नहीं होगा यदि बीमाकर्ता 30 दिन के अंदर बीमा लोकपाल के अधिनिर्णय के विरुद्ध अपील करने के विकल्प का चयन करता है।</p>
VII	विविध उपबंध
1	<p>अप्रामाणिक/कपटपूर्ण कालों के विरुद्ध चेतावनी</p> <ul style="list-style-type: none"> i. पालिसीधारकों अथवा संभावित ग्राहकों को संदेशों या सूचना देने के किन्हीं अन्य माध्यमों के द्वारा अप्रामाणिक फोन कालों और काल्पनिक/ कपटपूर्ण प्रस्तावों के प्रति जागरूक होना चाहिए। ii. आईआरडीएआई या उसके अधिकारी बीमा व्यवसाय के किसी भी कार्यकलाप में संबद्ध नहीं हैं, जैसे बीमा पालिसियाँ बेचना, बोनस या प्रीमियमों के निवेश की घोषणा करना, धनराशियों की वापसी। इस प्रकार के फोन काल प्राप्त करनेवाले पालिसीधारकों या संभावित ग्राहकों से अनुरोध है कि वे पुलिस में शिकायत दर्ज कराएँ। iii. अपने वर्तमान या संभावित ग्राहकों को वाणिज्यिक संदेश भेजनेवाले बीमाकर्ता और बीमा मध्यवर्ती भारतीय टेलीकाम विनियामक प्राधिकरण द्वारा निर्धारित वर्तमान विनियामक अपेक्षाओं की पूर्ति करेंगे।
2	<p>अदावी राशि</p> <ul style="list-style-type: none"> i. पालिसीधारक या दावेदारों से अपेक्षित है कि वे प्रस्ताव फार्म में अपनी सही मोबाइल संख्या, पता, बैंक विवरण प्रस्तुत करें तथा जब भी कोई परिवर्तन होता है तब ऐसी सूचना को अद्यतन करें। ऐसे विवरण के अभाव में, बीमाकर्ता के द्वारा दावों के निपटान में विलंब होगा, क्योंकि दावे के निपटान के लिए पालिसीधारक या दावेदार पहुँच के योग्य नहीं हो सकते और/या बैंक खाते का विवरण उपलब्ध नहीं हो सकता। यह बीमाकर्ता के पास रखी गई अदावी राशियों में परिणत होता है। ii. “अदावी राशि” (अनक्लोड अमाउण्ट) उपभोक्ताओं के साथ संपर्क करने की स्थिति न होने के कारण, ऐसे भुगतान की नियत तारीख से बारह महीने से अधिक समय के लिए अदत्त रहते हुए उस पर उपचित आय सहित, उपभोक्ताओं को देय राशि है। iii. दावेदार / पालिसीधारक आईआरडीएआई की बीमा भरोसा वेबसाइट https://bimabharosa.irdai.gov.in/Home/UnclaimedAmount पर खोज कर सकता है कि क्या किसी बीमाकर्ता द्वारा उसको देय कोई अदावी राशि है, जो विभिन्न बीमाकर्ताओं की वेब लिंकों तक पहुँच एक स्थान पर उपलब्ध कराती है जहाँ उनके द्वारा धारित अदावी राशियाँ प्रदर्शित की जाती हैं। इसका सत्यापन संबंधित बीमाकर्ता की वेबसाइट से भी किया जा सकता है। iv. पालिसीधारक / दावेदार से संबंधित अदावी राशि की पहचान निम्नलिखित किन्हीं दो क्षेत्रों के मिलान के द्वारा की जा सकती है: <ul style="list-style-type: none"> ○ पालिसी संख्या ○ पालिसीधारक की स्थायी खाता संख्या (पीएएन) ○ पालिसीधारक का नाम ○ पालिसीधारक की जन्म-तिथि v. अदावी राशियों का दावा संबंधित बीमाकर्ता से बीमाकर्ता द्वारा विनिर्दिष्ट रूप में निम्नलिखित उचित प्रक्रिया का अनुसरण करने के द्वारा किया जा सकता है। vi. यदि अदावी राशि का दावा 10 वर्ष के अंदर नहीं किया जाता, तो इसे बीमाकर्ता के द्वारा वरिष्ठ नागरिकों की कल्याण निधि (एससीडब्ल्यूएफ) में अंतरित किया जाता है। vii. दावेदार / पालिसीधारक अदावी राशियों का दावा संबंधित बीमाकर्ता के माध्यम से एससीडब्ल्यूएफ में उक्त राशि के अंतरण की तारीख से 25 वर्ष तक कर सकता है। यदि एससीडब्ल्यूएफ में अंतरण के बाद

	25 वर्ष की अवधि तक कोई दावा नहीं किया जाता है, तो ऐसी राशियाँ केन्द्र सरकार की राजगामी संपत्ति हो जाएँगी।
3	जीवन बीमा उत्पादों, अभ्यर्पण मूल्य, लाभों, प्रभारों, निधियों, एनएवी, प्रकटीकरणों, पिछले कार्यानिष्ठादन, वार्षिक विवरण, प्रकटीकरणों, टाप-अप प्रीमियम, आंशिक आहरण, समापन, प्रतिफल में कमी आदि के बारे में अधिक जानकारी के लिए मास्टर परिपत्र सं. आईआरडीएआई/एसीटीएल/एमएसटीसीआईआर/विविध/89/6/ 2024 दिनांक 12 जून 2024 का अवलोकन https://irdai.gov.in/document-detail?documentId=5032913 पर तथा आईआरडीएआई (बीमा उत्पाद) विनियम, 2024 का अवलोकन https://irdai.gov.in/consolidated-gazette-notified-regulations पर करें।

भाग ख: स्वास्थ्य बीमा पालिसियाँ

।	विक्रय से पहले
1	<p>1. बीमाकर्ताओं से अपेक्षित है कि वे निम्नलिखित की आवश्यकताएँ पूरी करने हेतु पालिसीधारकों/संभावित ग्राहकों को अधिक व्यापक विकल्प देने के लिए उत्पाद/ऐड-आन/राइडर उपलब्ध कराएँ</p> <p>क. सभी आयु-वर्ग; ख. सभी प्रकार की वर्तमान चिकित्सा स्थितियाँ; ग. पहले से चल रही बीमारियाँ और चिरकालिक स्थितियाँ; घ. ऐलोपैथी, आयुष और चिकित्सा की अन्य पद्धतियों सहित चिकित्सा की सभी प्रणालियाँ और चिकित्सा पद्धतियाँ; ङ. आवासीय अस्पताल में भर्ती, बाह्य रोगी चिकित्सा (ओपीडी), डे केयर और होमकेयर चिकित्सा सहित चिकित्सा की प्रत्येक स्थिति; च. सभी क्षेत्र, सभी व्यावसायिक श्रेणियाँ, निर्योग्यताओं से युक्त व्यक्ति और कोई अन्य श्रेणियाँ; छ. पालिसीधारकों/संभावित ग्राहकों की वहन-क्षमता के लिए उपयुक्त रूप में सभी प्रकार के अस्पताल और स्वास्थ्य रक्षा प्रदाता। आपाती स्थितियाँ होने के मामले में पालिसीधारक को कवरेज अस्वीकार नहीं किया जा सकता।</p> <p>टिप्पणी: उपर्युक्त का अर्थ यह नहीं होगा कि उपर्युक्त सभी की आवश्यकताएँ पूरी करने के लिए बीमाकर्ता के पास एक ही उत्पाद होगा।</p> <p>2. बीमाकर्ता ग्राहक की स्वास्थ्य स्थितियों / विशिष्ट आवश्यकताओं के अनुसार उत्पादों/ऐड-आनों/राइडरों का चयन करने के लिए लचीलापन प्रदान करते हुए ग्राहक के द्वारा उत्पादों के अनुकूलन की अनुमति देंगे।</p>
2	उत्पादों को विभिन्न विधियों का अनुपालन करते हुए उपलब्ध कराना होगा: बीमाकर्ता निम्नलिखित विधियों के संबंधित उपबंधों के अनुसार उत्पाद प्रस्तावित करेंगे:
3	<p>क) मानसिक स्वास्थ्य-रक्षा अधिनियम, 2017;</p> <p>ख) दिव्यांगजन अधिकार अधिनियम, 2016;</p> <p>ग) सरोगेसी (विनियमन) अधिनियम, 2021;</p> <p>घ) ट्रांसजेंडर व्यक्ति (अधिकारों का संरक्षण) अधिनियम, 2019, तथा</p> <p>ङ) एच.आई.वी. और एड्स (रोकथाम और नियंत्रण) अधिनियम, 2017</p> <p>3 बीमा पालिसी की खरीद</p> <p>i. बीमा उत्पाद केवल आईआरडीएआई के पास पंजीकृत बीमाकर्ताओं के द्वारा ही प्रस्तिवित किये जाते हैं। संभावित ग्राहक ऐसे उत्पादों की खरीद सीधे बीमाकर्ता से अथवा किसी भी वितरण माध्यम के द्वारा कर सकता है।</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ii. ऐसी खरीद बीमाकर्ता / वितरण माध्यम के कार्यालय में जाकर अथवा बीमाकर्ता / वितरण माध्यम की वेबसाइट में विजिट करने के द्वारा आनलाइन की जा सकती है। iii. बीमा उत्पाद खरीदने के लिए “वितरण माध्यम” में शामिल हैं वैयक्तिक एजेंट, कारपोरेट एजेंट, बीमा दलाल, वेब संग्राहक, बीमा विपणन फर्म, सामान्य सेवा केन्द्र, आदि। बीमा उत्पाद बेचने के लिए प्राधिकृत वितरण माध्यमों का सत्यापन उन बीमा कंपनियों की संबंधित वेबसाइटों से किया जा सकता है जिनके उत्पाद बिक्री के लिए प्रस्तावित किये जाते हैं।
4	<p>विज्ञापन</p> <ul style="list-style-type: none"> i. बीमा कंपनियाँ और वितरण माध्यम विक्रय के लिए प्रस्तावित बीमा उत्पादों का विज्ञापन कर सकते हैं। ऐसे विज्ञापन टेलीविजन विज्ञापनों, रेडियो घोषणाओं, सोशल मीडिया प्रसार, समाचारपत्र विज्ञापनों, पैम्पलेटों अथवा लीफ्लेटों आदि के रूप में हो सकते हैं। सामान्यतः इस प्रकार के विज्ञापनों में उपलब्ध सूचना निर्दर्शी होती है और उत्पाद का संपूर्ण विवरण इनसे नहीं मिल सकता। ii. जहाँ भी बीमा उत्पाद का विज्ञापन किया जाता है, वहाँ बीमा विज्ञापन बीमाकर्ताओं के पंजीकृत नाम तथा बीमा उत्पादों की विशिष्ट पहचान संख्या (यूआईएन) से युक्त होते हैं। iii. कोई भी बीमा उत्पाद खरीदने से पहले, संभावित ग्राहक को बीमाकर्ता/ वितरण माध्यमों के द्वारा साझा किये गये उत्पाद का प्रास्पेक्टस पढ़ना चाहिए। संभावित ग्राहक उत्पाद के विवरण का सत्यापन बीमाकर्ता की वेबसाइट से भी कर सकता है।
5	<p>प्रास्पेक्टस</p> <ul style="list-style-type: none"> i. ग्राहकों को बीमा उत्पादों में प्रस्तावित विशेषताओं, लाभों, अपवर्जनों, और विभिन्न अन्य विवरण को स्पष्ट करने के लिए, बीमाकर्ताओं से अपेक्षित है कि वे विक्रय के लिए उनके द्वारा प्रस्तावित प्रत्येक उत्पाद के लिए प्रास्पेक्टस रखें और अपनी वेबसाइट में अपलोड करें। ii. किसी भी बीमा उत्पाद/उत्पादों के विशिष्ट विवरण को समझने के लिए संभावित ग्राहक बीमाकर्ता की वेबसाइट पर उपलब्ध प्रास्पेक्टस पढ़ सकता है अथवा इसे उपलब्ध कराने के लिए बीमाकर्ता या वितरण माध्यम के प्रतिनिधि से कह सकता है।
II	<p>प्रस्ताव के स्तर पर</p>
1	<p>प्रस्ताव फार्म:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. बीमा पालिसी खरीदने के लिए, बीमाकर्ता से अपेक्षित है कि उसे संभावित ग्राहक एक प्रस्ताव फार्म प्रस्तुत करें। ii. प्रस्ताव फार्म हिन्दी अथवा अंग्रेजी में उपलब्ध कराया जाएगा। तथापि, यदि संभावित ग्राहक द्वारा अपेक्षा की जाती है तो वह क्षेत्रीय भाषा में भी उपलब्ध कराया जाएगा। iii. संभावित ग्राहक से बीमा पालिसी खरीदते समय अपेक्षा की जाती है कि वह निम्नलिखित के सहित, प्रस्ताव फार्म में माँगी गई सूचना/ विवरण प्रस्ताव फार्म में प्रस्तुत करें: <ul style="list-style-type: none"> क. मोबाइल नंबर, ई-मेल आईडी, वर्तमान और स्थायी पता; ख. बैंक खाते का विवरण;

	<p>ग. नामिती का नाम, उसकी मोबाइल संख्या, ई-मेल आईडी, वर्तमान, स्थायी पता, नामिती के साथ संबंध, अवयस्क नामितियों के लिए प्राधिकृत व्यक्ति का विवरण तथा नामिती के बैंक खातों का विवरण।</p> <p>iv. यदि प्रस्ताव फार्म में माँग की जाती है, तो संभावित ग्राहकों से अपेक्षित है कि वे स्वास्थ्य और अन्य चिकित्सा संबंधी विवरण प्रस्तुत करें।</p> <p>v. आयुष्मान भारत स्वास्थ्य खाता (एबीएचए – आभा) संख्या डिजिटल तौर पर स्वास्थ्य अभिलेखों तक पहुँचने और उनका साझा करने की एक इंज्ञट-रहित पद्धति है। पालिसीधारक की स्थिति से, बीमाकर्ता निर्धारित प्रक्रियाओं के अनुसार आभा संख्या के निर्माण में सुविधा प्रदान कर सकते हैं। इसके अलावा, पालिसीधारक की सुस्पष्ट सहमति चिकित्सा अभिलेखों तथा प्रत्येक आवश्यकता में किसी अन्य संबंधित सूचना की साझेदारी करने के लिए प्राप्त की जाएगी।</p> <p>vi. यदि संभावित ग्राहक प्रस्ताव फार्म में मुद्रित भाषा से परिचित नहीं है, तो बीमाकर्ता अथवा वितरण माध्यम प्रस्ताव फार्म में अपेक्षित विवरण को स्पष्ट करेगा। ऐसी स्थिति में, संभावित ग्राहक से एक घोषणा प्राप्त की जाएगी कि उक्त विवरण उसको समझाया गया है।</p> <p>vii. पालिसीधारक या संभावित ग्राहक, जो एक दिव्यांगजन है, अपनी ओर से घोषणा देने के लिए एक प्रतिनिधि को विधिवत् प्राधिकृत कर सकता है।</p> <p>viii. संभावित ग्राहकों को चाहिए कि वे समुचित सावधानी बरतें और प्रस्ताव फार्म में अपेक्षित सूचना प्रस्तुत करें जो किसी बीमा पालिसी के निर्गम के लिए आधार बनती है। प्रस्ताव फार्म में दी गई सही और संपूर्ण सूचना बीमाकर्ताओं को उपयुक्त रूप में जोखिमों का निर्धारण करने और प्रस्ताव फार्म के संबंध में निर्णय लेने में समर्थ बनाती है। यह बीमाकर्ता के द्वारा इंज्ञट-रहित दावा सर्विसिंग को भी सुसाध्य बनाती है। अतः उक्त जानकारी जिम्मेदारी के साथ दी जानी चाहिए।</p> <p>ix. प्रस्ताव फार्म में पहले से ही प्रस्तुत किसी सूचना, जैसे मोबाइल नंबर, ई-मेल आईडी, आवासीय पता, बैंक खाता विवरण, नामिती के विवरण में पालिसी की अवधि के दौरान कोई परिवर्तन होने की स्थिति में पालिसीधारक को बीमाकर्ता के पास विद्यमान ऐसी सूचना को अद्यतन करना चाहिए जिससे बीमाकर्ता कुशल पालिसी सर्विसिंग दे सके।</p> <p>x. सामूहिक बीमा की स्थिति में प्रस्ताव फार्म या नामांकन फार्म में हस्ताक्षर करने से पहले प्रस्तावक को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि उसमें अपेक्षित सारा विवरण प्रस्तुत किया गया है।</p>
2	<p>नामांकन</p> <p>i. प्रस्ताव फार्म भरते समय, संभावित ग्राहक से अपेक्षित है कि वह नामिती (नामिनी) का विवरण प्रस्तुत करे।</p> <p>ii. पालिसीधारक की मृत्यु होने की स्थिति में दावा राशि के भुगतान को सुसाध्य बनाने के लिए नामांकन अधिदेशात्मक (मैंडेटरी) है।</p> <p>iii. पालिसीधारक एक या उससे अधिक व्यक्तियों को नामित कर सकता है और पालिसीधारक की मृत्यु होने की स्थिति में देय राशि का प्रतिशत विनिर्दिष्ट कर सकता है।</p> <p>iv. जहाँ कोई नामिती अवयस्क है, वहाँ पालिसीधारक के लिए यह विधिसंगत होगा कि नामिती की अवयस्कता के दौरान पालिसीधारक की मृत्यु होने की स्थिति में पालिसी द्वारा सुरक्षित धनराशि प्राप्त करने के लिए, बीमाकर्ता द्वारा निर्धारित तरीके से किसी व्यक्ति को नियुक्त करे।</p>

	<p>v. पालिसी की अवधि के दौरान किसी भी समय नामांकन में परिवर्तन किया जा सकता है।</p>
3	<p>प्रीमियम / प्रीमियम जमानत का भुगतान:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. प्रीमियम का भुगतान बीमाकर्ता के द्वारा प्रस्ताव की स्वीकृति के संबंध में निर्णय की सूचना देने के बाद ही करना अपेक्षित है। ii. जोखिम कवर केवल प्रीमियम की प्राप्ति के बाद ही प्रारंभ होगा। iii. उन स्थितियों को छोड़कर प्रस्ताव फार्म के साथ बीमाकर्ता को कोई प्रीमियम जमाराशि / प्रस्ताव जमाराशि की भुगतान करने की आवश्यकता नहीं है जब पालिसियों का निर्गम अच्छे स्वास्थ्य की घोषणा के आधार पर किया जाता है जहाँ जोखिम कवर प्रीमियम की प्राप्ति पर तत्काल प्रारंभ होता है। प्रीमियम की कम या अधिक वसूली के लिए कोई गुंजाइश नहीं है। iv. बीमाकर्ता सुनिश्चित करेंगे कि बैंक खाते से प्रीमियम के भुगतान के लिए धनराशि की कटौती करने हेतु संभावित ग्राहक/पालिसीधारक से सुस्पष्ट सहमति प्राप्त की जाए।
4	<p>प्रस्ताव फार्म का प्रसंस्करण (प्रस्ताव का जोखिम-अंकन)</p> <ul style="list-style-type: none"> i. प्रस्ताव फार्म प्राप्त होने पर, बीमाकर्ता प्रस्ताव का प्रसंस्करण गति और कुशलता के साथ करेगा। प्रस्ताव फार्म में प्रस्तुत किये गये विवरण के संबंध में अतिरिक्त विवरण/स्पष्टीकरण आवश्यक होने की स्थिति में उसकी माँग प्रस्ताव फार्म की प्राप्ति की तारीख से 7 दिन के अंदर एक ही बार में की जानी चाहिए, न कि खंडों में। ii. ऐसी स्थिति में, संभावित ग्राहक ऐसी सूचना शीघ्रातिशीघ्र प्रस्तुत करेगा ताकि प्रस्ताव फार्म पर निर्णय गति और कुशलता के साथ लिया जा सके। iii. बीमाकर्ता प्रस्ताव फार्म पर निर्णय 7 दिन के अंदर करेगा। प्रस्ताव फार्म की स्वीकृति पर, बीमाकर्ता: <ul style="list-style-type: none"> क) देय प्रीमियम के साथ संभावित ग्राहक को अपना निर्णय तत्परतापूर्वक सूचित करेगा। ख) प्रीमियम की प्राप्ति की तारीख से कवरेज प्रदान करेगा। iv. प्रस्ताव को स्वीकार न करने की स्थिति में, बीमाकर्ता संभावित ग्राहक को अपना निर्णय 7 दिन के अंदर अस्वीकार करने के लिए कारणों सहित सूचित करेगा। v. प्रस्ताव को स्वीकार करने के बाद, संभावित ग्राहक “पालिसीधारक या बीमाकृत व्यक्ति” कहलाता है। वह व्यक्ति जिसके जोखिम कवर किये जाते हैं, “बीमाकृत व्यक्ति” कहलाता है। वह व्यक्ति जिसके नाम से बीमा पालिसी जारी की जाती है, “पालिसीधारक” कहलाता है।
5	<p>बीमा पालिसी का निर्गम</p> <p>बीमाकर्ता प्रस्ताव स्वीकृत किये जाने पर और प्रीमियम की प्राप्ति होने के बाद बीमा पालिसी इलेक्ट्रानिक रूप में जारी करता है। भौतिक पालिसी दस्तावेज प्राप्त करने के लिए संभावित ग्राहक/पालिसीधारक/ग्राहक का विकल्प प्रस्ताव फार्म में अधिदेशात्मक (मैंडेटरी) तौर पर अपेक्षित किया जाएगा।</p> <p>पालिसीधारक को सीधे बीमाकर्ता के द्वारा इलेक्ट्रानिक रूप में जारी की गई सभी पालिसियाँ भौतिक रूप में भी जारी की जाएँगी, यदि पालिसीधारक के द्वारा अनुरोध किया जाता है।</p> <p>इलेक्ट्रानिक रूप में जारी की गई पालिसियों पर डिजिटल तौर पर हस्ताक्षर किये जाएँगे।</p>

6	<p>बीमाकर्ता प्रस्ताव को स्वीकृति देने के 15 दिन के अंदर किसी अतिरिक्त प्रभार के बिना संभावित ग्राहक को निम्नलिखित मद्दें भेजेंगे:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. पालिसी दस्तावेज़, ii. संभावित ग्राहक द्वारा प्रस्तुत प्रस्ताव फार्म की प्रति, iii. ग्राहक सूचना पत्रक, iv. स्वास्थ्य की रिपोर्ट, यदि लागू हों।
III	पालिसी दस्तावेज की प्राप्ति के समय
1	<p>ग्राहक सूचना पत्रक (सीआईएस)</p> <p>1. सीआईएस बीमाकर्ता द्वारा पालिसी दस्तावेज के साथ दिये जानेवाला एक विवरण है जो सरल शब्दों में एक स्थान पर निर्गत पालिसी की महत्वपूर्ण सूचना और मूलभूत विशेषताएँ उपलब्ध कराता है।</p> <p>2. सीआईएस प्रत्येक पालिसी के साथ स्वास्थ्य बीमा के लिए अनुसूची घ में दिये गये फार्मेट में दिया जाना चाहिए। यह बीमाकर्ता के द्वारा पालिसी दस्तावेज के साथ दिया जानेवाला एक ऐसा दस्तावेज है जो सरल शब्दों में एक स्थान पर पालिसी की मूलभूत विशेषताएँ स्पष्ट करता है। सीआईएस:</p> <p>क. प्रत्येक पालिसीधारक को दोनों वैयक्तिक बीमा पालिसी धारक एवं सामूहिक बीमा पालिसी के सदस्य होने की स्थिति में उपलब्ध कराया जाएगा।</p> <p>ख. विवरण से युक्त होगा, जैसे</p> <ul style="list-style-type: none"> i. बीमा का प्रकार, ii. बीमाकृत राशि, iii. प्रदत्त कवरेज, iv. अपवर्जनों का सारांश जिहें पालिसी कवर नहीं करती, v. उप-सीमाएँ (एक पूर्व-निर्धारित सीमा जिससे अधिक बीमाकर्ता भुगतान नहीं करेगा), vi. कटौतीयोग्य राशियाँ (विनिर्दिष्ट राशि जहाँ तक बीमाकर्ता किसी दावे का भुगतान नहीं करेगा/जिसकी कटौती कुल दावे में से की जाएगी, यदि दावा राशि विनिर्दिष्ट राशि से अधिक है), सह-भुगतान, vii. प्रतीक्षा अवधि(याँ) (समयावधि जिसके दौरान विनिर्दिष्ट बीमारियाँ / चिकित्साएँ कवर नहीं की जातीं), तथा viii. कुछ महत्वपूर्ण चीजें, जैसे निःशुल्क अवलोकन अवधि, पालिसी का पुनःप्रवर्तन, अंतरण (माइग्रेशन), सुवाह्यता (पोर्टबिलिटी) और अधिस्थगन अवधि। <p>ग. दावा प्रक्रिया, पालिसी सर्विसिंग तथा उपयुक्त अधिकार-क्षेत्र के बीमा लोकपाल के संपर्क विवरण सहित शिकायत निवारण व्यवस्था के संबंध में सूचना से युक्त होगा।</p> <p>3. पालिसीधारक से भौतिक या डिजिटल रूप में प्राप्ति-सूचना प्राप्त करनी होगी। अनुरोध करने पर सीआईएस क्षेत्रीय भाषा में उपलब्ध कराई जाएगी।</p> <p>4. जबकि सीआईएस सरल शब्दों में पालिसी की मूलभूत और महत्वपूर्ण विशेषताएँ उपलब्ध कराता है, पालिसीधारक जारी की गई पालिसी के बारे में संपूर्ण विवरण के लिए पालिसी दस्तावेज देख सकता है।</p> <p>5. जहाँ पालिसीधारक पालिसी के कवरेज या विस्तार में कोई भी असंगति पाता है, वहाँ इसके विषय में उपयुक्त सुधार के लिए सीधे बीमाकर्ता के पास अथवा पालिसी के प्राप्ति के लिए लगे हुए वितरण माध्यम के द्वारा मामला उठा सकता है।</p>
2	निःशुल्क अवलोकन अवधि:

	<ul style="list-style-type: none"> i. पालिसी के निबंधनों और शर्तों की समीक्षा करने के लिए पालिसीधारक को पालिसी दस्तावेज की प्राप्ति की तारीख से 30 दिन की अवधि उपलब्ध है। यदि वह किसी भी शर्त से संतुष्ट नहीं है, तो उसके पास अपनी पालिसी को निरस्त करने का विकल्प उपलब्ध है। यह विकल्प एक वर्ष या उससे अधिक अवधि से युक्त पालिसियों के मामले में उपलब्ध है। ii. उल्लिखित कारणों का विचार किये बिना, बीमाकर्ता को निःशुल्क अवलोकन अवधि के विकल्प का प्रयोग करने के लिए पालिसीधारक के अनुरोध को अवश्य स्वीकार करना चाहिए। पालिसीधारक केवल कवर की अवधि के लिए आनुपातिक जोखिम प्रीमियम तथा प्रस्तावक की डाक्टरी जाँच के संबंध में बीमाकर्ता के द्वारा किये गये व्ययों, यदि कोई हों, और मुद्रांक शुल्क प्रभारों की कटौती के अधीन, प्रदत्त प्रीमियम की वापसी के लिए हकदार होगा।
3	डिजीलाकर पालिसीधारक के पास पालिसी दस्तावेज की साप्ट प्रति डिजीलाकर में रखने का विकल्प होगा।
IV	पालिसी की अवधि के दौरान
1	प्रीमियम का भुगतान <ul style="list-style-type: none"> i. बीमा पालिसी तब तक प्रचलित रहेगी और पालिसी में निर्दिष्ट रूप में कवरेज देना जारी रखेगी जब तक पालिसी में विनिर्दिष्ट रूप में प्रीमियम का भुगतान करता है। ii. बीमा पालिसी के लाभ प्राप्त करने के लिए, पालिसीधारक यथाप्रयोज्य रूप में अनुग्रह अवधि के अधीन सारी प्रीमियम भुगतान अवधि के दौरान नियत तारीख को या उससे पहले प्रीमियम अवश्य अदा करेगा। iii. प्रीमियम का भुगतान केवल बीमाकर्ता के खाते में किया जाएगा। इसका भुगतान सीधे बीमाकर्ता को या उसके प्राधिकृत वितरण माध्यम के द्वारा किया जा सकता है। iv. बीमाकर्ता/प्राधिकृत वितरण माध्यम प्रीमियम की विधिमान्य प्राप्ति-सूचना तत्काल जारी करेगा।
2	प्रीमियम के भुगतान के लिए अनुग्रह अवधि: <ul style="list-style-type: none"> i. “अनुग्रह अवधि” नियत तारीख के बाद किसी अर्थदंड या विलंब शुल्क के बिना प्रीमियम के भुगतान के लिए दिया गया अतिरिक्त समय है। यह एकल प्रीमियम वाली पालिसियों को छोड़कर अन्य पालिसियों में उपलब्ध है। तथापि, कवरेज पालिसी के निबंधनों और शर्तों के आधार पर अनुग्रह अवधि के दौरान उपलब्ध होगा। ii. प्रीमियम की नियत तारीख से अनुग्रह अवधि निम्नानुसार है: <ul style="list-style-type: none"> क. पन्द्रह दिन जहाँ प्रीमियम का भुगतान मासिक किस्तों में किया जाता है; तथा ख. तीस दिन जहाँ प्रीमियम का भुगतान तिमाही/छमही/वार्षिक किस्तों में किया जाता है। iii. यदि प्रीमियम का भुगतान पालिसी अवधि के दौरान किस्तों में किया जाता है, तो कवरेज अनुग्रह अवधि के लिए भी उपलब्ध होगी। iv. यदि अनुग्रह अवधि के दौरान पालिसी का नवीकरण किया जाता है, तो पालिसी के अंतर्गत उपचित सभी क्रेडिटों (बीमाकृत राशि, नो क्लैम बोनस, विशिष्ट प्रतीक्षा अवधियाँ, पहले से चल रही बीमारियों के लिए प्रतीक्षा अवधियाँ, अधिस्थगन अवधि आदि) का संरक्षण किया जाएगा। यह दोनों क्षतिपूर्ति और लाभ उत्पादों के लिए भी लागू है।
3	सेवा के लिए अनुरोध

	<ul style="list-style-type: none"> i. पालिसी की अवधि के दौरान, पालिसीधारकों को इस बात की अनुमति है कि वे बीमाकर्ता को पहले से दिये गये विवरण, जैसे पता, संपर्क का ब्योरा, नामिती का विवरण, आदि में परिवर्तन करें। जब पालिसीधारक से ऐसे अनुरोध प्राप्त होते हैं, तब बीमाकर्ता उसकी प्राप्ति-सूचना तत्काल देंगे और 7 दिन के अंदर अनुरोध किये गये परिवर्तन अपडेट करेंगे। ii. जहाँ उक्त अनुरोधों पर कार्रवाई नहीं की गई हों, वहाँ पैरा VI(1) में दिये गये विवरण के अनुसार शिकायत दर्ज करवाई जा सकती है।
4	<p>पालिसीधारक द्वारा क्षतिपूर्ति आधारित स्वास्थ्य बीमा पालिसी का निरसन</p> <p>पालिसीधारक लिखित में 7 दिन की नोटिस देने के द्वारा उक्त अवधि के दौरान किसी भी समय अपनी पालिसी को निरस्त कर सकता है। बीमाकर्ता:</p> <ul style="list-style-type: none"> क) असमाप्त पालिसी अवधि के लिए आनुपातिक प्रीमियम लौटा देगा, यदि पालिसी की अवधि एक वर्ष तक है और उक्त पालिसी अवधि के दौरान कोई दावा (दावे) नहीं किया गया है (नहीं किये गये हैं)। ख) 1 वर्ष से अधिक अवधि से युक्त पालिसियों के संबंध में और जहाँ ऐसे पालिसी वर्षों में जोखिम कवरेज प्रारंभ नहीं हुआ है, असमाप्त पालिसी अवधि के लिए प्रीमियम लौटा देगा। <p>धनवापसी में कोई विलंब होने की स्थिति में, बीमाकर्ता निःशुल्क अवलोकन अवधि के लिए अनुरोध प्राप्त करने की तारीख से धनवापसी की तारीख तक वापसीयोग्य राशि पर बैंक दर और (प्लस) 2 प्रतिशत पर ब्याज के साथ ऐसी राशियाँ लौटा देगा। ऐसे ब्याज का भुगतान बीमाकर्ता द्वारा स्वयमेव (सुओ-मोटो) किया जाएगा।</p>
5	<p>स्वास्थ्य बीमा पालिसी का नवीकरण:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. स्वास्थ्य बीमा पालिसी नवीकरणयोग्य है बशर्ते कि उत्पाद वापस नहीं लिया गया हो, उस स्थिति को छोड़कर जहाँ बीमाकृत व्यक्ति के द्वारा प्रमाणित धोखाधड़ी या अप्रकटीकरण या गलतबयानी की गई हो। यदि उत्पाद वापस लिया गया है, तो पालिसीधारक को किसी अन्य उत्पाद में अंतरण (माइग्रेशन) करने के लिए उपयुक्त विकल्प उपलब्ध कराये जाएँगे। ii. बीमाकर्ता इस आधार पर नवीकरण से इनकार नहीं कर सकता कि पालिसीधारक ने पूर्ववर्ती पालिसी वर्षों में दावा किया था (दावे किये थे)। iii. बीमाकर्ता नये सिरे से जोखिम-अंकन का सहारा नहीं लेगा, जब तक कि बीमाकृत राशि में वृद्धि न हो। यदि पालिसीधारक के द्वारा बीमाकृत राशि में वृद्धि का अनुरोध किया जाता है तो बीमाकर्ता केवल बीमाकृत राशि की बढ़ी हुई सीमा तक ही जोखिम-अंकन कर सकता है।
6	<p>क्षतिपूर्ति पालिसियों के मामले में अंतरण (माइग्रेशन):</p> <p>एक ही बीमाकर्ता के पास एक पालिसी से किसी अन्य पालिसी में अंतरण (माइग्रेशन) की स्थिति में पालिसीधारक (परिवार कवर और सामूहिक बीमा पालिसियों के अंतर्गत सभी सदस्यों सहित) पिछली पालिसी में बीमाकृत राशि, नो क्लेम बोनस, विशिष्ट प्रतीक्षा अवधियों, पहले से चल रही बीमारियों की प्रतीक्षा अवधि, अधिस्थगन अवधि आदि की सीमा तक प्राप्त क्रेडिटों का अंतरण, अंतरित (माइग्रेटेड) पालिसी में कर सकता है।</p>
7	<p>नो क्लेम बोनस:</p> <p>बीमाकर्ता उन पालिसीधारकों को जो कोई दावा नहीं करते, उन्हें नो क्लेम बोनस (एनसीबी) के रूप में पुरस्कृत कर सकता है। ऐसे एनसीबी का भुगतान प्रत्येक नवीकरण के समय निम्नलिखित रूपों में पालिसीधारक के विकल्प / सुस्पष्ट सहमति के अनुसार किया जाएगा:</p> <ul style="list-style-type: none"> क. संचयी बोनस: प्रीमियम में किसी संबद्ध वृद्धि के बिना बीमाकृत राशि में परिवर्धन; और/या ख. नवीकरण प्रीमियम में छूट।

8	पालिसी/दावा विवादास्पद नहीं हो सकता स्वास्थ्य बीमा की कोई भी पालिसी और दावा अधिस्थगन अवधि अर्थात् निरंतर कवरेज के 60 महीने पूरे करने के बाद प्रमाणित धोखाधड़ी को छोड़कर, अप्रकटीकरण और/या गलतबयानी के आधार पर विवादास्पद नहीं हो सकता। टिप्पणी: संवहित (पोर्टेड) और अंतरित (माइग्रेटेड) पालिसियों के अंतर्गत उपचित क्रेडिट अधिस्थगन अवधि का परिकलन करने के लिए गिने जाएँगे।
V	दावा करने के समय
1	आकस्मिकता(ओं) के घटित होने पर / दावा <ul style="list-style-type: none"> i. पालिसीधारक या दावेदार, जैसा लागू हो, से अपेक्षित है कि वह बीमा पालिसी के अंतर्गत दावे होने के बारे में बीमाकर्ता को शीघ्रातिशीघ्र संभव समय के अंदर स्वयं अथवा निम्नलिखित के माध्यम से सूचित करें: <ul style="list-style-type: none"> क) आनलाइन पद्धति; ख) वितरण माध्यम; ग) अन्य पक्ष प्रबंधक (टीपीए); घ) अस्पताल/स्वास्थ्यरक्षा प्रदाता जहाँ ऐसी सुविधा उपलब्ध है; ड) बीमाकर्ता के प्राधिकरण काल सेंटर; च) पालिसी दस्तावेज में विनिर्दिष्ट की जानेवाली कोई अन्य पद्धति। ii. किसी भी दावे को दस्तावेजों के अभाव में या दावे की सूचना विलंब से देने के कारण अस्वीकार नहीं किया जा सकता अथवा बंद नहीं किया जा सकता।
2	दावे का प्रसंस्करण <ul style="list-style-type: none"> i. बीमाकर्ताओं के द्वारा प्राप्त दावा सूचना का प्रसंस्करण और निपटान विनिर्दिष्ट समय-सीमाओं के अंदर किया जाएगा। स्वास्थ्य के दावों के निपटान हेतु समय की सीमा के लिए पैरा 3 देखें। ii. यदि दावे का निपटान विनिर्दिष्ट समय-सीमाओं के अंदर नहीं किया जाता, तो दावेदार सूचना की प्राप्ति की तारीख से भुगतान की तारीख तक बैंक दर और (प्लस) 2 प्रतिशत पर ब्याज के लिए हकदार है। ऐसे ब्याज का भुगतान बीमाकर्ताओं के द्वारा स्वयमेव (सुओ-मोटो) किया जाएगा।
3	स्वास्थ्य बीमा पालिसियों के अंतर्गत दावों का निपटान
3(i)	स्वास्थ्य बीमा के लिए नकदीरहित सुविधा <ol style="list-style-type: none"> 1. नकदीरहित सुविधा के लिए अनुमोदन: <ul style="list-style-type: none"> i. बीमाकर्ता नकदीरहित प्राधिकरण के लिए अनुरोध पर निर्णय करेगा, परंतु अनुरोध की प्राप्ति से एक घंटे से अनधिक समय में निर्णय करेगा। ii. बीमाकर्ता नकदीरहित संबंधी अनुरोधों पर कार्रवाई और सहायता करने के लिए अस्पताल में भौतिक पद्धति में समर्पित हेल्प डेस्कों की व्यवस्था करेंगे। iii. बीमाकर्ता पालिसीधारक को डिजिटल पद्धति के माध्यम से भी पूर्व- प्राधिकरण उपलब्ध कराएँगे। 2. अस्पताल से डिस्चार्ज के लिए अंतिम प्राधिकरण (आथराइजेशन)

	<ul style="list-style-type: none"> i. बीमाकर्ता अस्पताल से डिस्चार्ज प्राधिकरण की प्राप्ति से तीन घंटे के अंदर अंतिम प्राधिकरण प्रदान करेगा। किसी भी स्थिति में, पालिसीधारक को अस्पताल से डिस्चार्ज किये जाने के लिए प्रतीक्षा करने के लिए विवश नहीं किया जाएगा। ii. यदि तीन घंटे से अधिक कोई विलंब होता है, तो अस्पताल द्वारा प्रभारित की गई अतिरिक्त राशि, यदि कोई हो, बीमाकर्ता के द्वारा वहन की जाएगी।
3(ii)	चिकित्सा के दौरान पालिसीधारक की मृत्यु होने की स्थिति में, बीमाकर्ता:
	<ul style="list-style-type: none"> i. दावे के निपटान के लिए अनुरोध का तत्काल प्रसंस्करण करेगा। ii. अस्पताल से लाश को तत्काल मुक्त करवाएगा।
3(iii)	<p>स्वास्थ्य बीमा दावों का निपटान</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. टीपीए प्राधिकरण के पास पंजीकृत किये जाते हैं, तथा बीमाकर्ताओं के द्वारा विशेष रूप से, दावा करते समय बीमाकर्ताओं की ओर से स्वास्थ्य बीमा पालिसियों से संबंधित सेवाएँ प्रदान करने के लिए नियुक्त किये जाते हैं। 2. बीमाकर्ता यह सुनिश्चित करेगा कि पंजीकृत दावों पर कार्रवाई गति से किया जाए और दावों का निपटान शीघ्रातिशीघ्र संभव समय के अंदर किया जाए। 3. दावे की सूचना के अनुक्रम में, बीमाकर्ता और अन्य पक्ष प्रबंधक (टीपीए) अस्पतालों से आवश्यक दस्तावेज प्राप्त करते हैं। पालिसीधारक से उक्त दस्तावेज प्रस्तुत करने की अपेक्षा नहीं होगी। 4. किसी भी दावे का निराकरण उत्पाद प्रबंध समिति (पीएमसी) अथवा पीएमसी के दावा समीक्षा समिति (सीआरसी) कहलानेवाले एक तीन-सदस्यीय उप-समूह के अनुमोदन के बिना नहीं किया जाएगा। 5. यदि दावे का आंशिक रूप से निराकरण या बहिष्करण या अस्वीकरण किया जाता है, तो पालिसी दस्तावेज की विशिष्ट शर्तों का संदर्भ देते हुए पूरे ब्योरे के साथ दावेदार को विवरण सूचित किया जाएगा। 6. दावों का निपटान (नकदीरहित को छोड़कर अन्य) दावा प्रस्तुत करने से पन्द्रह दिन के अंदर किया जाएगा।
4	<p>सामूहिक बीमा पालिसियाँ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. सामूहिक बीमा पालिसियों के दो प्रकार -- अर्थात् नियोक्ता-कर्मचारी तथा गैर-नियोक्ता-कर्मचारी पालिसियाँ हैं। 2. यदि सामूहिक बीमा पालिसी किसी नियोक्ता-कर्मचारी समूह को जारी की जाती है तो: <ul style="list-style-type: none"> i. नियोक्ता को समूह मास्टर पालिसीधारक के रूप में माना जाएगा तथा कर्मचारियों को समूह के सदस्यों के रूप में माना जाएगा। ii. नियोक्ता प्रत्येक वैयक्तिक सदस्य के बीमा संरक्षण की पुष्टि करते हुए समूह के सभी सदस्यों को उक्त सामूहिक बीमा पालिसी की साझेदारी करेगा। iii. दावों का भुगतान सीधे कर्मचारी अथवा लाभार्थी, जैसी स्थिति हो, किया जाएगा। iv. कवर के प्रारंभ की तारीख से स्वास्थ्य बीमा के लिए नकदीरहित दावा निपटान उपलब्ध कराने के लिए, बीमाकर्ता शीघ्रातिशीघ्र मास्टर पालिसीधारक से समूह के सदस्यों का विवरण प्राप्त करेगा। किसी भी दावे का अस्वीकरण समूह के सदस्यों के विवरण की अनुपलब्धता के कारण नहीं किया जाएगा। 3. यदि सामूहिक बीमा पालिसी किसी गैर-नियोक्ता-कर्मचारी समूह को जारी की जाती है तो:

	<p>i. वैयक्तिक समूह सदस्य बीमाकृत सदस्य के रूप में माना जाएगा और पालिसी का धारक मास्टर पालिसीधारक होगा।</p> <p>ii. बीमाकर्ता समूह के सदस्यों को सामूहिक पालिसियों का विवरण अर्थात् लाभों की अनुसूची, कवर की अवधि, भुगतान किये जानेवाले प्रीमियम, पालिसी की शर्तों, अपवर्जन आदि का विवरण देते हुए एक बीमा प्रमाणपत्र जारी करेगा।</p> <p>4. दावों का भुगतान सीधे कर्मचारी अथवा लाभार्थी, जैसी स्थिति हो, को किया जाएगा।</p>
5	<p>पालिसीधारकों के द्वारा धारित बहुविध पालिसियों के संबंध में दावे:</p> <p>1. क्षतिपूर्ति पालिसियाँ :</p> <p>क) यदि पालिसीधारक के पास विभिन्न बीमाकर्ताओं से प्राप्त एक से अधिक स्वास्थ्य बीमा पालिसियाँ हैं, तो वह किसी भी पालिसी के अंतर्गत अपनी पसंद के अनुसार दावे के निपटान के लिए फाइल कर सकता/सकती है।</p> <p>ख) उस चयन की गई पालिसी का बीमाकर्ता प्राथमिक बीमाकर्ता के रूप में माना जाएगा।</p> <p>ग) यदि उपर्युक्त पालिसी के अंतर्गत उपलब्ध कवरेज स्वीकार्य दावा राशि से कम है, तो प्राथमिक बीमाकर्ता पालिसीधारक की अन्य उपलब्ध पालिसियों के विवरण, अन्य बीमाकर्ता(ओं) की उसकी पसंद की माँग करेगा तथा पालिसीधारक के लिए कोई झंझट उत्पन्न किये बिना, पालिसी की शर्तों के अनुसार शेष राशि का निपटान सुनिश्चित करने के लिए अन्य बीमाकर्ताओं के साथ समन्वय करेगा।</p> <p>2. लाभ आधारित पालिसियाँ :</p> <p>पालिसीधारक की बीमाकृत घटना के घटित होने पर, सभी पालिसियों के अंतर्गत सभी बीमाकर्ताओं से दावा कर सकता है।</p>
VI	<p>शिकायत व्यवस्था: यदि पालिसीधारक अथवा दावेदार के लिए बीमाकर्ता, वितरण माध्यम, प्रीमियम वसूल करने के लिए प्राधिकृत संस्था, अन्य पक्ष प्रबंधक (टीपीए) के विरुद्ध कोई शिकायत करने की आवश्यकता होती है, तो वह नीचे दी गई शिकायत निवारण प्रक्रिया का उपयोग कर सकता/सकती है:</p>
1	<p>शिकायत दर्ज करना</p> <p>i. जहाँ पालिसीधारक/लाभार्थी बीमाकर्ता अथवा वितरण माध्यम की सेवाओं से संतुष्ट नहीं है, वहाँ वह निम्नलिखित किसी एक पद्धति का उपयोग करते हुए सीधे बीमाकर्ता के पास या टीपीए सहित वितरण माध्यम के पास या दोनों के पास शिकायतें दर्ज करा सकता/सकती है:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ उनकी निकटतम शाखा में जाकर; ○ पत्रों अथवा ई-मेल के द्वारा; ○ बीमाकर्ता की वेबसाइट पर अथवा; ○ बीमाकर्ता के प्राधिकृत काल सेंटर में काल करते हुए। <p>पालिसीधारक या दावेदार के पास https://bimabharosa.irdai.gov.in/ में विजिट करने के द्वारा आईआरडीएआई के बीमा भरोसा पर आनलाइन शिकायत दर्ज करने का भी विकल्प है।</p> <p>बीमाकर्ता पालिसीधारकों के द्वारा शिकायतें दर्ज कराने/उनकी स्थिति का पता लगाने में सुविधा प्रदान करने के लिए उक्त बीमा भरोसा पोर्टल के साथ अपने शिकायत पोर्टल का समन्वय करेंगे। बीमाकर्ता की प्रणाली को अवश्य तत्काल (रियल टाइम) प्रतिरूपण कार्यात्मकता के साथ सुसज्जित किया जाना चाहिए जो यह सुनिश्चित करती है कि उनका शिकायत डेटाबेस सुसंगत रूप में बीमा भरोसा के साथ समक्रमिक किया गया है।</p>

2	शिकायतों / परिवादों के समाधान के लिए प्रतिवर्तन समय
	<ul style="list-style-type: none"> i. कोई शिकायत प्राप्त होने पर, शिकायतकर्ता को तत्काल एक प्राप्ति-सूचना दी जानी चाहिए। बीमाकर्ताओं को चाहिए कि वे पालिसी की संबंधित शर्तों के विशेष संदर्भ में शिकायत को स्वीकार न करने के लिए कारणों के साथ 14 दिन के अंदर शिकायत का समाधान उपलब्ध कराएँ। ii. शिकायतकर्ता शिकायत की स्थिति का पता बीमा भरोसा अथवा बीमाकर्ता के शिकायत पोर्टल अथवा बीमाकर्ता के काल सेंटर पर लाग- इन करने के द्वारा लगा सकता है। iii. बीमाकर्ता के पास शिकायत निवारण को संभालने के लिए सुदृढ़ प्रौद्योगिकी-आधारित बुनियादी संरचना होनी चाहिए जो धोखाधड़ी करनेवालों के द्वारा स्रोतीकृत असंबद्ध/पहचान न करने योग्य शिकायतों का अभिनिर्धारण करने के लिए कार्यात्मकता से युक्त हो।
3	बीमा लोकपाल के समक्ष शिकायत की फाइलिंग
	<ul style="list-style-type: none"> i. यदि शिकायतकर्ता बीमाकर्ता के द्वारा उपलब्ध कराये गये शिकायत के समाधान से संतुष्ट नहीं है, तो वे समाधान न की गई/ आंशिक रूप से समाधान की गई शिकायतें संबंधित अधिकार-क्षेत्र के बीमा लोकपाल तक उच्च स्तर पर ले जा सकते हैं, यदि दावे की राशि रु. 50 लाख तक है। ii. पालिसीधारक के पास किसी प्रभार / शुल्क के बिना निम्नलिखित किसी भी विकल्प के माध्यम से सक्षम अधिकार-क्षेत्र के बीमा लोकपाल के समक्ष मामला उठाने का विकल्प है: <ul style="list-style-type: none"> क. स्वयं जाकर; ख. https://cioins.co.in/Complaint/Online में विजिट करने के द्वारा आनलाइन; ग. संपूर्ण विवरण देते हुए लिखित में डाक द्वारा अथवा ई-मेल के माध्यम से। iii. विवरण, जैसे सक्षम क्षेत्राधिकार के बीमा लोकपाल का नाम और पता पालिसी दस्तावेज में उपलब्ध होगा। यह बीमाकर्ता के द्वारा दिये गये समाधान पत्र में भी उपलब्ध किया जाएगा। यह https://cioins.co.in/Complaint/Online पर भी उपलब्ध है।
4	लोकपाल के अधिनिर्णय का कार्यान्वयन
	<ul style="list-style-type: none"> i. बीमाकर्ता से बीमा लोकपाल के अधिनिर्णय का अनुपालन उक्त अधिनिर्णय की प्राप्ति से 30 दिन के अंदर करना अपेक्षित है। ii. यदि बीमाकर्ता बीमा लोकपाल के अधिनिर्णय का अनुपालन 30 दिन के अंदर नहीं करता, तो विलंब के प्रत्येक दिन के लिए शिकायतकर्ता को रु. 5000/- प्रति दिन का अर्थदंड देय होगा। iii. ऐसा अर्थदंड बीमा लोकपाल नियम, 2017 के अंतर्गत बीमाकर्ता के द्वारा देय होने की जिम्मेदारी से युक्त दंडात्मक ब्याज के अतिरिक्त है। iv. यह उपबंध उस स्थिति में लागू नहीं होगा जहाँ बीमाकर्ता 30 दिन के अंदर बीमा लोकपाल के अधिनिर्णय के विरुद्ध अपील करने के विकल्प का चयन करता है। ऐसी स्थिति में पालिसीधारक को उचित सूचना भेजी जाएगी।
VII	विविध उपबंध
1	अप्रामाणिक / कपटपूर्ण कालों के विरुद्ध चेतावनी
	<ul style="list-style-type: none"> i. पालिसीधारकों अथवा संभावित ग्राहकों को चाहिए कि वे अप्रामाणिक फोन कालों तथा संदेशों अथवा संचार के किन्हीं अन्य माध्यमों के द्वारा काल्पनिक/ कपटपूर्ण प्रस्तावों से जागरूक हों। ii. आईआरडीएआई अथवा उसके अधिकारी बीमा व्यवसाय के किन्हीं कार्यकलापों में संबद्ध नहीं हैं, जैसे बीमा पालिसियाँ बेचना, प्रीमियमों के बोनस या निवेश की घोषणा करना, धनराशियों की वापसी करना। इस

	<p>प्रकार के फोन काल प्राप्त करनेवाले पालिसीधारकों या संभावित ग्राहकों से अनुरोध है कि वे पुलिस में शिकायत दर्ज कराएँ।</p> <p>iii. अपने वर्तमान या संभावित ग्राहकों को वाणिज्यिक संदेश भेजनेवाले बीमाकर्ता और बीमा मध्यवर्ती, भारतीय टेलीकाम विनियामक प्राधिकरण द्वारा निर्धारित वर्तमान विनियामक अपेक्षाओं की पूर्ति करेंगे।</p>
2	<h3>अदावी राशि</h3> <ol style="list-style-type: none"> पालिसीधारक या दावेदारों से अपेक्षित है कि वे प्रस्ताव फार्म में अपनी सही मोबाइल संख्या, पता, बैंक विवरण प्रस्तुत करें तथा जब भी कोई परिवर्तन होता है तब ऐसी सूचना को अद्यतन करें। ऐसे विवरण के अभाव में, बीमाकर्ता के द्वारा दावों के निपटान में विलंब होगा, क्योंकि दावे के निपटान के लिए पालिसीधारक या दावेदार पहुँच के योग्य नहीं हो सकते और/या बैंक खाते का विवरण उपलब्ध नहीं हो सकता। यह बीमाकर्ता के पास रखी गई अदावी राशियों में परिणत होता है। “अदावी राशि” (अनक्लेम्ड अमाउण्ट) उपभोक्ताओं के साथ संपर्क करने की स्थिति न होने के कारण, ऐसे भुगतान की नियत तारीख से बारह महीने से अधिक समय के लिए अदत्त रहते हुए उस पर उपचित आय सहित, उपभोक्ताओं को देय राशि है। दावेदार / पालिसीधारक आईआरडीएआई की बीमा भरोसा वेबसाइट https://bimabharosa.irdai.gov.in/Home/UnclaimedAmount पर खोज कर सकता है कि क्या किसी बीमाकर्ता द्वारा उसको देय कोई अदावी राशि है, जो विभिन्न बीमाकर्ताओं की वेब लिंकों तक पहुँच एक स्थान पर उपलब्ध कराती है जहाँ उनके द्वारा धारित अदावी राशियाँ प्रदर्शित की जाती हैं। इसका सत्यापन संबंधित बीमाकर्ता की वेबसाइट से भी किया जा सकता है। पालिसीधारक / दावेदार से संबंधित अदावी राशि की पहचान निम्नलिखित किन्हीं दो क्षेत्रों के मिलान के द्वारा की जा सकती है: <ul style="list-style-type: none"> ○ पालिसी संख्या ○ पालिसीधारक की स्थायी खाता संख्या (पीएएन) ○ पालिसीधारक का नाम ○ पालिसीधारक की जन्म-तिथि अदावी राशियों का दावा संबंधित बीमाकर्ता से बीमाकर्ता द्वारा विनिर्दिष्ट रूप में निम्नलिखित उचित प्रक्रिया का अनुसरण करने के द्वारा किया जा सकता है। यदि अदावी राशि का दावा 10 वर्ष के अंदर नहीं किया जाता, तो इसे बीमाकर्ता के द्वारा वरिष्ठ नागरिकों की कल्याण निधि (एससीडब्ल्यूएफ) में अंतरित किया जाता है। दावेदार / पालिसीधारक अदावी राशियों का दावा संबंधित बीमाकर्ता के माध्यम से एससीडब्ल्यूएफ में उक्त राशि के अंतरण की तारीख से 25 वर्ष तक कर सकता है। यदि एससीडब्ल्यूएफ में अंतरण के बाद 25 वर्ष की अवधि तक कोई दावा नहीं किया जाता है, तो ऐसी राशियाँ केन्द्र सरकार की राजगामी संपत्ति हो जाएँगी।
3	<h3>स्वास्थ्य क्षतिपूर्ति पालिसियों के मामले में सुवाह्यता</h3> <ol style="list-style-type: none"> सुवाह्यता (पोर्टबिलिटी) से एक बीमाकर्ता से प्राप्त क्रेडिट दूसरे बीमाकर्ता को अंतरित करने के लिए स्वास्थ्य बीमा पालिसीधारकों को (परिवार कवर के अंतर्गत सभी सदस्यों सहित) प्रदान की गई एक सुविधा अभिप्रेत है। संवहन (पोर्टिंग) के द्वारा, पालिसीधारक वर्तमान बीमाकर्ता से बीमाकृत राशि, नो क्लेम बोनस, विशिष्ट प्रतीक्षा अवधियों, पहले से चल रही बीमारियों की प्रतीक्षा अवधि, अधिस्थगन अवधि आदि की सीमा तक पिछली पालिसी में प्राप्त क्रेडिटों का अंतरण, अधिग्राहक बीमाकर्ता को अंतरित कर सकता है।

	<p>iii. अधिग्राहक और वर्तमान बीमाकर्ता संयुक्त रूप से सुनिश्चित करेंगे कि पालिसीधारकों का समस्त जोखिम-अंकन विवरण और दावा वृत्त का अंतरण निर्बाध रूप से किया जाए।</p> <p>iv. वर्तमान बीमाकर्ता अधिग्राहक बीमाकर्ता द्वारा अपेक्षित सूचना तत्काल परंतु अनुरोध की प्राप्ति के 72 घंटों से अनधिक समय में भारतीय बीमा सूचना ब्यूरो (आईआईबी) https://iib.gov.in/portal के माध्यम से उपलब्ध कराएगा।</p> <p>v. अधिग्राहक बीमाकर्ता प्रस्ताव पर निर्णय करेगा तथा अपने निर्णय की सूचना शीघ्रतम संभव समय में परंतु वर्तमान बीमाकर्ता से सूचना की प्राप्ति के 5 दिन से अनधिक समय में देगा।</p> <p>vi. अपनी पालिसी का संवहन (पोर्टिंग) किसी अन्य बीमाकर्ता को करने का इच्छुक पालिसीधारक ऐसे बीमाकर्ता को नवीकरण के लिए नियत दिनांक से कम से कम 30 दिन से पहले, परंतु 60 दिन से अनधिक समय पूर्व, परिवार के सभी सदस्यों, यदि कोई हों, के साथ समूची पालिसी का संवहन (पोर्टिंग) करने के लिए आवेदन प्रस्तुत करेगा। बीमाकर्ता सुवाह्यता (पोर्टबिलिटी) के लिए प्रस्ताव पर विचार करने के लिए स्वतंत्र हैं, भले ही पालिसीधारक ने वर्तमान पालिसी के नवीकरण की तारीख से 15 दिन के अंदर संपर्क किया हो। परंतु ऐसे सभी मामलों में अधिग्राहक बीमाकर्ता सुनिश्चित करेगा कि पालिसी में कोई क्रमभंग न हो।</p> <p>vii. सुवाह्यता लाने (पोर्टिंग-इन) अथवा सुवाह्यता ले जाने (पोर्टिंग-आउट) के लिए पालिसीधारक पर कोई प्रभार नहीं लगाये जाएँगे।</p>
4	स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय के संबंध में अधिक विवरण के लिए https://irdai.gov.in/document-detail?documentId=4942918 पर आईआरडीएआई का मास्टर परिपत्र सं. आईआरडीएआई/ एचएलटी/ सीआईआर/ पीआरओ/84/5/2024 दिनांक 29.05.2024 तथा https://irdai.gov.in/consolidated-gazette-notified-regulations पर आईआरडीएआई (बीमा उत्पाद) विनियम, 2024 देखें।
	भाग ग: खुदरा साधारण बीमा पालिसियों के लिए
	यह खंड खुदरा उत्पादों अर्थात् व्यक्तियों और घर-परिवारों तथा सूक्ष्म या छोटे व्यवसायों के लिए अभिकल्पित बीमा उत्पादों के मामले में लागू है।
I	विक्रय से पहले
1	<p>1. बीमाकर्ताओं से अपेक्षित है कि वे निम्नानुसार उत्पाद/ऐड-आन उपलब्ध कराएँ:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. विभिन्न खतरों, एक्सपोज़रों और व्यवसाय की व्यवस्थाओं के विरुद्ध खुदरा पालिसीधारकों / संभावित ग्राहकों की आस्तियों, जोखिमों, संपत्तियों, देयताओं को कवर करते हुए अधिक व्यापक विकल्प उपलब्ध कराना। ii. व्यक्तियों, किसानों, एमएसएमई और अन्य खुदरा खंडों के लिए। iii. कि वे समझने के लिए आसान और सरल भाषा में हों। iv. ग्राहक की आवश्यकताओं और पसंद के अनुसार जो एक वर्ष से कम अवधि के, वार्षिक और एक वर्ष से अधिक अवधि के हों। v. जो पैकेज उत्पादों के रूप में ग्राहक/पालिसीधारक के विभिन्न जोखिमों को कवर करते हों। vi. जो विभिन्न क्षेत्रों, भूगोलों, खंडों की आवश्यकताएँ पूरी करने के लिए अनुकूल बनाये जा सकते हों। <p>2. बीमाकर्ता उसकी विशिष्ट आवश्यकताओं के अनुसार उत्पादों / ऐड-आनों का चयन करने के लिए लचीलापन देने के द्वारा उत्पादों के अनुकूलन के लिए प्रबंध करें। बीमाकर्ता ग्राहक की अपेक्षाओं के आधार पर विभिन्न जोखिमों अथवा खतरों के लिए विभिन्न उत्पाद प्रस्तावित करेगा।</p> <p>3. बीमाकर्ता नवोन्मेष उत्पादों के निर्माण के लिए प्रयास करेंगे जो ग्राहक के लिए लाभकारी हों।</p>

2	<p>मूल उत्पाद – प्रत्येक बीमाकर्ता के पास एक खुदरा उत्पाद होगा जो व्यवसाय की प्रत्येक व्यवस्था में आवश्यक न्यूनतम कवरेज निश्चित करते हुए मूल उत्पाद के रूप में पहचानी जाएगी और अभिहित की जाएगी। यह उसकी वेबसाइट पर प्रदर्शित किया जाएगा ताकि ग्राहक उसके परिवर्ती और वैकल्पिक रूपों के साथ उसकी तुलना कर सकें।</p>
3	<p>बीमाकर्ताओं से अपेक्षित है कि वे खुदरा साधारण बीमा उत्पादों के अंतर्गत निम्नलिखित को विनिर्दिष्ट करें:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. <u>कवरेज का विस्तार (बीमाकृत खतरे या आकस्मिकताएँ)</u> – क्या कवरेज बताये गये खतरों के आधार पर (पालिसीधारक को कवरेज केवल पालिसी में बताये गये जोखिमों के लिए देता है) अथवा सभी जोखिमों के आधार पर (विशिष्ट रूप से अपवर्जित को छोड़कर हानि के सभी कारणों के लिए कवरेज दिया जाता है) अथवा किसी अन्य आधार पर। ii. <u>अपवर्जन और सीमाएँ</u> – वे कौन-से अपवर्जन और सीमाएँ हैं जो पालिसी के अंतर्गत कवरेज को प्रभावित करती हैं। iii. <u>वारंटियाँ और शर्तें</u> – वे वारंटियाँ और शर्तें कौन-सी हैं जिनका हानि की परिस्थितियों के संदर्भ में अननुपालन दावे को अमान्य (वाइड) अथवा अमान्यकरणीय (वाइडबुल) बना सकता है। खुदरा उत्पादों पर लागू की गई शर्तें और वारंटियाँ सरल और सुस्पष्ट होंगी। iv. <u>औसत/न्यून बीमा की शर्त का प्रयोग</u> – क्या हानि न्यून बीमा के अधीन होगी और न्यून बीमा के कितने प्रतिशत को छूट दी जाती है। न्यून बीमा, हानि का वह परिमाण है जिसे ऐसी स्थिति में पालिसीधारक द्वारा वहन किया जाएगा जब पालिसी में घोषित बीमाकृत राशि आस्ति के वास्तविक मूल्य से कम है। v. <u>उत्तराई (सैल्वेज)</u> – निर्धारित की गई वह राशि जिसे क्षतिग्रस्त आस्ति खुले बाजार में बिक्री से प्राप्त कर सकेगी। इस राशि की कटौती दावा राशि से की जाएगी। vi. <u>कटौतीयोग्य अथवा आधिक्य</u> – पालिसी के अंतर्गत कटौतीयोग्य अथवा आधिक्य क्या है (हानि की राशि जिसे पालिसीधारक द्वारा वहन किया जाएगा), जो दावे की राशि को घटाएगा। vii. <u>हानि के निपटान का आधार</u> – निम्नलिखित आधार जिस पर राशि की गणना की जाएगी, अर्थात् :- <ul style="list-style-type: none"> क. क्षतिपूर्ति (मूल्यहास, औसत/ न्यून बीमा की शर्त, उत्तराई (सैल्वेज), कटौतीयोग्य, आदि को लागू करने के बाद) ख. पुनःस्थापन मूल्य (मूल्यहास / न्यून बीमा को लागू किये बिना क्षतिपूर्ति की राशि) ग. सहमत मूल्य (समायोजन अथवा औसत के बिना पालिसी में बताई गई राशि) घ. प्रथम हानि (बीमाकृत मदों के पूरे मूल्य से कम राशि के लिए कवर) ड. प्राचलिक (पैरामेट्रिक) आधार (विनिर्दिष्ट हानि के घटित होने पर, देयता की बताई गई सीमा का निपटान उठाई गई हानि या क्षति की वास्तविक सीमा या परिमाण के मूल्यांकन या मापन के बिना किया जाएगा)।
4	<p>बीमा पालिसी की खरीद</p> <ul style="list-style-type: none"> i. बीमा उत्पाद केवल आईआरडीएआई के पास पंजीकृत बीमाकर्ताओं के द्वारा ही प्रस्तावित किये जाते हैं। कोई भी संभावित ग्राहक ऐसे उत्पाद सीधे बीमाकर्ता से अथवा किसी वितरण माध्यम के द्वारा खरीद सकता है। ii. ऐसी खरीद बीमाकर्ता / वितरण माध्यम के कार्यालय में जाने के द्वारा अथवा बीमाकर्ता / वितरण माध्यम की वेबसाइट में आनलाइन विजिट करने के द्वारा की जा सकती है। iii. बीमा उत्पाद खरीदने के लिए “वितरण माध्यम” के अंतर्गत वैयक्तिक एजेंट, कारपोरेट एजेंट, बीमा दलाल, वेब संग्राहक, बीमा विपणन फर्म, सामान्य सेवा केन्द्र, आदि शामिल हैं। बीमा उत्पाद बेचने के लिए प्राधिकृत

	वितरण माध्यमों का सत्यापन बीमा कंपनियों की संबंधित वेबसाइटों से किया जा सकता है जिनके उत्पाद बिक्री के लिए प्रस्तावित किये जाते हैं।
5	<p>विज्ञापन</p> <ul style="list-style-type: none"> i. बीमा कंपनियाँ और वितरण माध्यम विक्रय के लिए प्रस्तावित बीमा उत्पादों का विज्ञापन कर सकते हैं। ऐसे विज्ञापन टेलीविजन विज्ञापनों, रेडियो घोषणाओं, सोशल मीडिया परिचालनों, समाचारपत्र विज्ञापनों, पैमफलेटों, लीफलेटों आदि के रूप में हो सकते हैं। सामान्यतः ऐसे विज्ञापनों में उपलब्ध सूचना निर्देशक होती है और उत्पाद का पूरा विवरण उपलब्ध नहीं करती। ii. बीमा विज्ञापनों के साथ बीमाकर्ताओं का पंजीकृत नाम होता है और वे बीमा उत्पादों की विशिष्ट पहचान संख्या (यूआईएन) से युक्त होते हैं, जहाँ भी बीमा उत्पाद का विज्ञापन किया जाता है। iii. कोई भी बीमा उत्पाद खरीदने से पहले, संभावित ग्राहक को चाहिए कि वह बीमाकर्ता/वितरण माध्यमों के द्वारा साझा किये गये उत्पाद का प्रास्पेक्टस पढ़े। संभावित ग्राहक उत्पाद के विवरण का सत्यापन बीमाकर्ता की वेबसाइट से भी कर सकता है।
6	<p>प्रास्पेक्टस</p> <ul style="list-style-type: none"> i. ग्राहकों को बीमा उत्पादों में प्रस्तावित विशेषताओं, लाभों, अपवर्जनों, और विभिन्न अन्य विवरणों को स्पष्ट करने के लिए, बीमाकर्ताओं से अपेक्षित है कि वे बिक्री के लिए उनके द्वारा प्रस्तावित प्रत्येक उत्पाद के लिए प्रास्पेक्टस रखें। वे उनकी वेबसाइट पर अपलोड किये जाते हैं। ii. किसी भी बीमा उत्पाद/उत्पादों के विशिष्ट विवरण को समझने के लिए संभावित ग्राहक बीमाकर्ता की वेबसाइट पर उपलब्ध प्रास्पेक्टस पढ़ सकता है अथवा इसे उपलब्ध कराने के लिए बीमाकर्ता के प्रतिनिधि या वितरण माध्यम से कह सकता है।
II	प्रस्ताव के स्तर पर
1	<p>प्रस्ताव फार्म:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. एक बीमा पालिसी खरीदने के लिए आवश्यक होगा कि बीमाकर्ता को संभावित ग्राहक द्वारा एक प्रस्ताव फार्म प्रस्तुत किया जाएगा। ii. प्रस्ताव फार्म हिन्दी या अंग्रेजी में उपलब्ध होगा। तथापि, यदि संभावित ग्राहक द्वारा अनुरोध किया जाता है, तो वह क्षेत्रीय भाषा में भी उपलब्ध कराया जाएगा। iii. संभावित ग्राहक से बीमा पालिसी खरीदते समय अपेक्षित है कि वह निम्नलिखित के सहित, प्रस्ताव फार्म में अपेक्षित सूचना / विवरण प्रस्तुत करें: <ul style="list-style-type: none"> क) मोबाइल नंबर, ई-मेल आईडी, वर्तमान और स्थायी पता; ख) बैंक खाते का ब्योरा; ग) नामिती का नाम तथा उसकी मोबाइल संख्या, ई-मेल आईडी, वर्तमान और स्थायी पता, नामिती का संबंध, अवयस्क नामितियों के लिए प्राधिकृत व्यक्ति का ब्योरा तथा नामिती के बैंक खाते का विवरण; iv. यदि संभावित ग्राहक प्रस्ताव फार्म में मुद्रित भाषा से परिचित नहीं है, तो बीमाकर्ता अथवा वितरण माध्यम, प्रस्ताव फार्म में अपेक्षित विवरण स्पष्ट करेंगे। ऐसी स्थिति में, संभावित ग्राहक से एक घोषणा प्राप्त की जाएगी कि उक्त विवरण उसे स्पष्ट किया गया है। v. पालिसीधारक या संभावित ग्राहक जो नियोग्यता से युक्त व्यक्ति है, अपनी ओर से घोषणा देने के लिए एक प्रतिनिधि को विधिवत् प्राधिकृत कर सकता है।

	<p>vi. संभावित ग्राहकों को समुचित सावधानी बरतनी चाहिए और प्रस्ताव फार्म में अपेक्षित सूचना प्रस्तुत करनी चाहिए जो बीमा पालिसी के निर्गम के लिए आधार बनती है। प्रस्ताव फार्म में सही और संपूर्ण जानकारी बीमाकर्ताओं को सही तौर पर जोखिमों का निर्धारण करने और प्रस्ताव फार्म के संबंध में निर्णय लेने में समर्थ बनाती है। यह बीमाकर्ता के द्वारा इंश्ट रहित दावा सर्विसिंग को भी सुसाध्य बनाती है। अतः उक्त सूचना जिम्मेदारी के साथ दी जानी चाहिए।</p> <p>vii. यदि पालिसी अवधि के दौरान प्रस्ताव फार्म में पहले से दी गई किसी भी सूचना में कोई परिवर्तन है, जैसे मोबाइल नंबर, ई-मेल विवरण, आवासीय पता, बैंक खाते का ब्योरा, नामिती संबंधी विवरण, तो पालिसीधारक को बीमाकर्ता के पास विद्यमान ऐसी सूचना को अद्यतन करना चाहिए ताकि बीमाकर्ता कुशल पालिसी सर्विसिंग उपलब्ध करा सके।</p>
2	<p>नामांकन</p> <ul style="list-style-type: none"> i. प्रस्ताव फार्म भरते समय, संभावित ग्राहक के लिए नामिती का विवरण प्रस्तुत करना अपेक्षित होगा। ii. पालिसीधारक की मृत्यु होने की स्थिति में दावा राशि के भुगतान को सुसाध्य बनाने के लिए नामांकन अधिदेशात्मक (मैंडेटरी) है। iii. पालिसीधारक एक से अधिक व्यक्तियों को नामित कर सकता है तथा पालिसीधारक की मृत्यु होने की स्थिति में प्रत्येक नामिती को देय दावा राशि का प्रतिशत विनिर्दिष्ट किया जाना चाहिए। iv. जहाँ नामिती अवयस्क है, वहाँ पालिसीधारक के लिए यह विधिपूर्ण होगा कि वह नामिती की अवयस्कता के दौरान पालिसीधारक की मृत्यु होने की स्थिति में पालिसी द्वारा रक्षित धनराशि प्राप्त करने के लिए, बीमाकर्ता द्वारा निर्धारित तरीके से किसी व्यक्ति को नियुक्त करे। v. नामांकन पालिसी की अवधि के दौरान किसी भी समय परिवर्तित किया जा सकता है।
3	<p>प्रस्ताव फार्मों का प्रसंस्करण (प्रस्ताव का जोखिम-अंकन):</p> <ul style="list-style-type: none"> i. प्रस्ताव फार्म प्राप्त होने पर, बीमाकर्ता प्रस्ताव का प्रसंस्करण गति और कुशलता से करेगा। प्रस्ताव फार्म में दिये गये विवरण पर अतिरिक्त विवरण/स्पष्टीकरण की आवश्यकता होने की स्थिति में वह प्रस्ताव फार्म की प्राप्ति की तारीख से 7 दिन के अंदर एक ही बार में माँगी जानी चाहिए, न कि खंडों में। ii. ऐसी स्थिति में, संभावित ग्राहक को ऐसी सूचना शीघ्रातिशीघ्र प्रस्तुत करनी चाहिए, ताकि प्रस्ताव फार्म पर निर्णय गति और कुशलता के साथ लिया जा सके। iii. बीमाकर्ता 7 दिन के अंदर प्रस्ताव फार्म पर निर्णय लेगा। प्रस्ताव फार्म की स्वीकृति पर बीमाकर्ता: <ul style="list-style-type: none"> क) देय प्रीमियम सहित, संभावित ग्राहक को अपने निर्णय की सूचना तत्परतापूर्वक देगा। ख) प्रीमियम की प्राप्ति की तारीख से कवरेज उपलब्ध कराएगा। iv. प्रस्ताव को स्वीकार न करने की स्थिति में, बीमाकर्ता अपने निर्णय की सूचना संभावित ग्राहक को स्वीकार न करने के लिए कारणों सहित 7 दिन के अंदर देगा। v. प्रस्ताव को स्वीकृत करने के बाद, संभावित ग्राहक को “पालिसीधारक या बीमाकृत व्यक्ति” कहा जाएगा।
4	<p>बीमाकर्ता प्रस्ताव को स्वीकार करने के 15 दिन के अंदर कोई अतिरिक्त प्रभार लगाये बिना संभावित ग्राहक को निम्नलिखित प्रेषित करेंगे:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. पालिसी दस्तावेज, ii. संभावित ग्राहक द्वारा प्रस्तुत प्रस्ताव फार्म की प्रति, iii. ग्राहक सूचना पत्रक।

5	<p>बीमा पालिसी का निर्गम</p> <p>बीमाकर्ता प्रस्ताव को स्वीकृत करने और प्रीमियम प्राप्त करने के बाद, बीमा पालिसी इलेक्ट्रॉनिक रूप में जारी करता है। संभावित ग्राहक/पालिसीधारक/ग्राहक का विकल्प भौतिक रूप में पालिसी दस्तावेज प्राप्त करने के लिए अधिदेशात्मक (मैंडेटरी) तौर पर प्रस्ताव फार्म में माँगा जाएगा।</p> <p>पालिसीधारक को प्रत्यक्ष रूप से बीमाकर्ता के द्वारा इलेक्ट्रॉनिक रूप में जारी की गई सभी पालिसियाँ भौतिक रूप में भी जारी की जाएँगी, यदि पालिसीधारक द्वारा अनुरोध किया जाए।</p> <p>इलेक्ट्रॉनिक रूप में जारी की गई पालिसियों पर बीमाकर्ता द्वारा डिजिटल तौर पर हस्ताक्षर किये जाएँगे।</p>
6	<p>मोटर और गृहस्वामी (अग्रि) बीमा बड़ी सीमा तक खुदरा ग्राहकों की आवश्यकता पूरी करता है। अतः, मोटर और गृहस्वामी (अग्रि) बीमा के लिए पालिसीधारक/ ग्राहक को निम्नलिखित अतिरिक्त विकल्प उपलब्ध कराने होंगे।</p> <p>1) मोटर बीमा –</p> <p>क) मोटर बीमा के अंतर्गत पहली पसंद के रूप में ग्राहक को निम्नलिखित विकल्प दिये जा सकते हैं :</p> <ul style="list-style-type: none"> i) “जैसा चलाएँ वैसा अदा करें” (पे ऐज यू ड्राइव) / “जैसा जाएँ वैसा अदा करें” (पे ऐज यू गो) बीमा कवर। ii) व्यापक कवर जिसमें मूल्यहास के लिए कवरेज शामिल है। <p>ख) खींचकर ले जाने की (टोइंग) / सड़क सहायता सेवा: प्रत्येक खुदरा ग्राहक उत्पाद अभिकल्प के अनुसार नकदीरहित अथवा प्रतिपूर्ति आधार पर बीमाकर्ता द्वारा प्रस्तावित सड़क (रोड साइड) सहायता सेवाएँ प्राप्त कर सकता है।</p> <p>ग) अवशिष्ट (सैल्वेज): आंशिक हानि की स्थिति में, खुदरा ग्राहक पर सैल्वेज के निपटान का भार नहीं डाला जाएगा। पालिसीधारक को उसकी दावा राशि का भुगतान किया जाएगा। ग्राहक से अवशिष्ट (सैल्वेज) संगृहीत करना बीमाकर्ता का दायित्व होगा।</p> <p>घ) ऐड-आन कवर: खुदरा ग्राहक द्वारा विकल्प दिये गये प्रत्येक ऐड-आन कवर के लिए, प्रीमियम, जहाँ लागू हो, प्रीमियम संगमना सारणी में अलग से दर्शाया जाएगा।</p> <p>ड) बीमाकृत व्यक्ति का घोषित मूल्य (आईडीवी): वाहन का बीमाकृत व्यक्ति के द्वारा घोषित मूल्य (आईडीवी) “बीमाकृत राशि” के रूप में माना जाएगा तथा यह प्रत्येक बीमाकृत वाहन के लिए प्रत्येक पालिसी अवधि हेतु प्रारंभ में निर्धारित किया जाएगा।</p> <p>आईडीवी और किसी भी मूल्यहास के संबद्ध मान का निर्धारण करने के लिए मानदंड का अनुमोदन उत्पाद प्रबंध समिति (पीएमसी) द्वारा किया जाएगा और बीमाकर्ता द्वारा उनकी वेबसाइट पर प्रकाशित किया जाएगा। आईडीवी का आधार सीआईएस का भाग बनेगा। आईडीवी के परिकलन का निर्दर्शन भी उपलब्ध कराया जाएगा।</p> <p>च) गैर-ओईएम/गैर-ओईएस पुरज़ों संबंधी मूल्यहास – बीमाकर्ता हानि के अनुसरण में मोटर वाहन की मरम्मत में प्रयुक्त गैर-ओईएम/गैर-ओईएस पुरज़ों संबंधी मूल्यहास को लागू नहीं करेगा।</p> <p>2) गृहस्वामी (अग्रि) बीमा</p> <p>क) प्रत्येक खुदरा ग्राहक को गृहस्वामी (अग्रि) पालिसी के अंतर्गत “अग्रि” संकट के लिए भवन (यदि ग्राहक के स्वामित्व में हो) और/या अंतर्वस्तुओं और निजी सामान (कपड़े, निजी वस्तुएँ, बिजली और इलेक्ट्रॉनिक औज़ार, टीवी, फ्रिज़, वाशिंग मशीन, एअर कंडीशनर, एअर कूलर, गीज़र, आदि), फर्नीचर (सोफा सेट, पलंग, दीवान, रिक्लाइनर, भोजन/ अध्ययन/ कंप्यूटर टेबल, आदि), फिटिंग (बिजली, किचन, बाथरूम, आदि) को कवर किया जाएगा।</p>

	<p>ख) पालिसीधारक/ग्राहक के पास स्टैंडअलोन केवल “अग्नि” बीमा पालिसी में अन्य खतरों को शामिल करने के लिए विकल्प होगा, जैसे-</p> <ul style="list-style-type: none"> i) भूकंप; ii) चक्रवात, औँधी, तूफान, आदि; iii) बाढ़, आप्लावन; iv) बिजली (लाइटनिंग); v) भूस्खलन, शैलस्खलन, हिमस्खलन; vi) घरेलू दबाव वाले बर्तनों का विस्फोट। <p>वैकल्पिक रूप से, उसके पास उक्त अग्नि बीमा पालिसी से उपर्युक्त खतरों में से एक या उससे अधिक जोखिम हटाने का विकल्प है। उदाहरण के लिए, पालिसीधारक/ ग्राहक भूकंपीय सक्रिय क्षेत्रों में भूकंप जोखिमों के विरुद्ध कवर, समुद्रतटीय क्षेत्रों में चक्रवात कवर, नदियों, झीलों, जलाशयों के साथ लगे क्षेत्रों में बाढ़ और आप्लावन कवर, पहाड़ी क्षेत्रों में भूस्खलन, शैलस्खलन के विरुद्ध कवर देने के लिए माँग कर सकता है।</p> <p>पालिसीधारक/ ग्राहक गृहस्वामी (अग्नि) बीमा में i) अंतर्वस्तुओं और निजी सामान की सेंधमारी (बर्गलली)/ चोरी; ii) इलेक्ट्रिकल मदों (माइक्रोवेव, फ्रिज, एअर कंडीशनर, एअर कूलर, टीवी, मिक्सी, वाशिंग मशीन, कंप्यूटर, लैपटाप, मोबाइल फोन, आदि) की इलेक्ट्रिकल क्षति / खराबी को शामिल करने के लिए बीमाकर्ता से कह सकता है।</p> <p>गृहस्वामी के बीमा उत्पाद में कोई वारंटी लागू नहीं होगी।</p>
III	पालिसी दस्तावेज की प्राप्ति के समय
1	<p>ग्राहक सूचना पत्रक (सीआईएस)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. सीआईएस पालिसी दस्तावेज के साथ बीमाकर्ता के द्वारा उपलब्ध कराया जानेवाला एक ऐसा विवरण है जो सरल शब्दों में महत्वपूर्ण सूचना और जारी की गई पालिसी की मूलभूत विशेषताएँ एक स्थान पर उपलब्ध कराता है। 2. सीआईएस प्रत्येक पालिसी के साथ खुदरा साधारण बीमा पालिसी के लिए अनुसूची घ में दिये गये फार्मेट में देना होगा। यह बीमाकर्ता के द्वारा पालिसी दस्तावेज के साथ दिया जानेवाला एक दस्तावेज है जो सरल शब्दों में पालिसी की मुख्य विशेषताएँ एक स्थान पर स्पष्ट करता है। 3. इसमें कवरेज का विस्तार, ऐड-आन, बीमाकृत राशि का आधार, बीमाकृत राशि, अपवर्जन, कटौतीयोग्य राशियाँ, विशेष स्थितियाँ और वारंटियाँ, पृष्ठांकन, आदि संक्षेप में निहित हैं। 4. इसमें दावा प्रक्रिया, दावा सूचना और प्रसंस्करण, दावे की स्वीकार्यता के लिए सिद्धांत, खुदरा उत्पादों के लिए नमूना दावा परिकलन प्रक्रिया, पालिसी सर्विसिंग तथा उपर्युक्त अधिकार-क्षेत्र के बीमा लोकपाल के संपर्क विवरण सहित शिकायत निवारण व्यवस्था के संबंध में भी सूचना निहित है। 5. पालिसीधारक से सीआईएस प्राप्त होने की प्राप्ति-सूचना भौतिक या डिजिटल रूप में प्राप्त करना होगा। 6. अनुरोध करने पर, सीआईएस क्षेत्रीय भाषा में उपलब्ध कराया जाएगा। 7. जबकि सीआईएस सरल शब्दों में पालिसी की मूलभूत और महत्वपूर्ण विशेषताएँ उपलब्ध कराता है, पालिसीधारक जारी की गई पालिसी के बारे में संपूर्ण विवरण के लिए पालिसी दस्तावेज में देख सकता है। 8. जहाँ पालिसीधारक पालिसी के कवरेज या विस्तार में कोई असंगति पाता है, वहाँ उपर्युक्त सुधार के लिए इसके बारे में बीमाकर्ता के साथ सीधे या पालिसी के प्राप्तण के लिए संबद्ध वितरण माध्यम के द्वारा मामला उठा सकता है।

2	डिजीलाकर पालिसीधारक के पास पालिसी दस्तावेज की साफ्ट प्रति डिजीलाकर में रखने का विकल्प है।
IV	पालिसी की वैधता अवधि के दौरान
1	प्रीमियम का भुगतान <ul style="list-style-type: none"> i. प्रीमियम का भुगतान केवल बीमाकर्ता के खाते में किया जाएगा। यह बीमाकर्ता को सीधे अथवा उसके प्राधिकृत वितरण माध्यम के द्वारा किया जा सकता है। ii. बीमाकर्ता/प्राधिकृत वितरण माध्यम प्रीमियम की विधिमान्य प्राप्ति-सूचना तत्काल जारी करेगा।
2	सेवा अनुरोध <ul style="list-style-type: none"> i. पालिसी की अवधि के दौरान, पालिसीधारकों को इस बात की अनुमति है कि वे बीमाकर्ता को पहले से ही प्रस्तुत किये गये विवरण, जैसे पता, संपर्क विवरण, नामिती का विवरण, आदि में परिवर्तन करें। जब पालिसीधारक से ऐसे अनुरोध प्राप्त होते हैं, तब बीमाकर्ता तत्काल इसकी प्राप्ति-सूचना देंगे तथा अनुरोध किये गये परिवर्तन 7 दिन के अंदर अद्यतन करेंगे। ii. जहाँ किये गये अनुरोधों पर कार्रवाई नहीं की गई हो, वहाँ पैरा VI(1) में दिये गये विवरण के अनुसार शिकायत दर्ज कराई जा सकती है।
3	खुदरा साधारण बीमा व्यवसाय के अंतर्गत जारी की गई पालिसियों का निरसन: <ul style="list-style-type: none"> i. खुदरा पालिसीधारक बीमाकर्ता को सूचित करने के द्वारा पालिसी की अवधि के दौरान किसी भी समय पालिसी को निरस्त कर सकता है। यदि पालिसीधारक पालिसी को निरस्त करता है, तो उससे निरसन के लिए कारण देने की अपेक्षा नहीं है। बीमाकर्ता खुदरा पालिसीधारक को 7 दिन की न्यूनतम नोटिस देकर केवल प्रमाणित धोखाधड़ी के आधार पर ही पालिसी को निरस्त कर सकता है। ii. किसी भी परिस्थिति में बीमाकर्ता दोहरे बीमा अथवा कुल हानि की स्थिति को छोड़कर, सांविधिक मोटर अन्य पक्ष देयता बीमा अथवा कानून द्वारा अधिदेशात्मक (मैंडेटरी) बनाये गये किसी अन्य अनिवार्य बीमा को निरस्त नहीं कर सकता। iii. बीमाकर्ता – <ul style="list-style-type: none"> क) असमाप्त पालिसी अवधि के लिए आनुपातिक प्रीमियम लौटाएगा, यदि पालिसी की अवधि एक वर्ष तक है और पालिसी अवधि के दौरान कोई दावा (दावे) नहीं किया गया है (नहीं किये गये हैं)। ख) एक वर्ष से अधिक अवधि से युक्त पालिसी के संबंध में तथा जहाँ ऐसे पालिसी वर्षों के लिए जोखिम कवरेज प्रारंभ नहीं हुआ है, असमाप्त पालिसी अवधि के लिए प्रीमियम लौटाएगा।
V	दावा करते समय
1	आकस्मिकता(ओं) / दावा के घटित होने पर <ul style="list-style-type: none"> i. पालिसीधारक या दावेदार, जैसा लागू हो, से अपेक्षित है कि शीघ्रातिशीघ्र समय के अंदर स्वयं अथवा निम्नलिखित के माध्यम से, बीमा पालिसी के अंतर्गत दावा उत्पन्न होने के बारे में बीमाकर्ता को सूचित करें: <ul style="list-style-type: none"> क) आनलाइन पद्धति;

	<p>ख) वितरण माध्यम;</p> <p>ग) बीमाकर्ता का प्राधिकृत काल सेंटर;</p> <p>घ) पालिसी दस्तावेज में विनिर्दिष्ट की जानेवाली कोई अन्य पद्धति।</p> <p>ii. किसी भी दावे को दस्तावेजों के अभाव में अथवा दावे की विलंबित सूचना के लिए अस्वीकृत या बंद नहीं किया जाएगा।</p>
2	<h3>प्रलेखीकरण</h3> <p>i. जोखिम की स्वीकृति के लिए अपेक्षित सभी दस्तावेज प्रस्ताव के जोखिम-अंकन के समय माँगे जाने चाहिए। कोई भी दावा दस्तावेजों के अभाव के कारण अस्वीकार नहीं किया जाएगा।</p> <p>ii. ग्राहक केवल वे ही दस्तावेज प्रस्तुत करेगा जो दावे से प्रत्यक्ष रूप से संबंधित हैं जैसे दावा फार्म, ड्राइविंग लाइसेंस, परमिट, शारीरिक स्वास्थ्य (फिटनेस), एफआईआर, पता न लगाने योग्य रिपोर्ट, फायर ब्रिगेड की रिपोर्ट, पोस्ट मार्ट्म रिपोर्ट, खाता बहियाँ, स्टार रजिस्टर, मजदूरी रजिस्टर, मरम्मत बिल (केवल उन्हीं मामलों में जहाँ नकदीरहित सुविधा उपलब्ध नहीं है), जहाँ लागू हो।</p>
3	<h3>दावे का प्रसंस्करण</h3> <p>i. बीमाकर्ताओं द्वारा प्राप्त की गई दावा सूचना का प्रसंस्करण और निपटान विनिर्दिष्ट समय-सीमाओं के अंदर किया जाएगा। खुदरा साधारण बीमा के दावों के निपटान के लिए समय-सीमा हेतु पैरा 4 देखें।</p> <p>ii. यदि दावे का निपटान विनिर्दिष्ट समय-सीमाओं के अंदर नहीं किया जाता, तो दावेदार सूचना की प्राप्ति की तारीख से भुगतान की तारीख तक बैंक दर और (प्लस) 2 प्रतिशत पर ब्याज के लिए हकदार है। ऐसे ब्याज का भुगतान बीमाकर्ताओं के द्वारा स्वयमेव (सुओ-मोटो) किया जाएगा।</p>
4	<h3>खुदरा साधारण बीमा पालिसियों के अंतर्गत दावों का निपटान</h3> <ol style="list-style-type: none"> साधारण बीमा पालिसी के अंतर्गत दावे के मामले में, हानि का निर्धारण सर्वेक्षक के द्वारा किया जाता है। साधारण बीमा उत्पाद के अंतर्गत सूचित की गई किसी भी हानि, जो रु. 50,000/- या उससे अधिक है (मोटर बीमा के मामले में) तथा रु. 1 लाख या उससे अधिक है (मोटर बीमा को छोड़कर अन्य मामलों में) का सर्वेक्षण अधिदेशात्मक (मैंडेटरी) तौर पर किसी पंजीकृत सर्वेक्षक और हानि निर्धारक द्वारा किये जाने की आवश्यकता है। सर्वेक्षक का आबंटन दावे की सूचना मिलने के 24 घंटों के अंदर होना चाहिए। सर्वेक्षक का आबंटन होने पर, बीमाकर्ता सर्वेक्षक की नियुक्ति का विवरण, सर्वेक्षक की भूमिका, कर्तव्यों और जिम्मेदारियों सहित बीमाकृत व्यक्ति को तत्काल सूचित करेगा। सर्वेक्षक उक्त सर्वेक्षण की रिपोर्ट बीमाकर्ता को आबंटन से पन्द्रह दिन के अंदर प्रस्तुत करेगा। विनिर्दिष्ट समय-सीमाओं के अंदर सर्वेक्षण रिपोर्ट प्राप्त करना बीमाकर्ता का दायित्व होगा। यदि सर्वेक्षक सर्वेक्षण रिपोर्ट के प्रस्तुतीकरण में पन्द्रह दिन से अधिक विलंब करता है, तो दावेदार को विलंब के प्रत्येक दिन के लिए रु. 500 प्रति दिन का भुगतान किया जाएगा। बीमाकर्ता दावे के संबंध में निर्णय सर्वेक्षण रिपोर्ट की प्राप्ति से सात दिन के अंदर अथवा सर्वेक्षक को दावे के आबंटन से पन्द्रह दिन की समाप्ति के बाद, जो भी पहले हो, करेगा। यह समय-सीमा पुनःस्थापन मूल्य के आधार पर संपत्ति/भवन के संबंध में जारी की गई पालिसियों के मामले में लागू नहीं होगी। बीमाकर्ता दावे को पूर्णतः या अंशतः निराकृत नहीं कर सकता: <ul style="list-style-type: none"> क) जहाँ वारंटी या शर्त का उल्लंघन हानि के स्वरूप या परिस्थितियों के साथ संगत नहीं है। ख) पालिसीधारक की ओर से किसी विलंब के कारण, जहाँ ऐसा विलंब निर्धारित हानि की राशि में वृद्धि में परिणत नहीं हुआ है।

5	<p>बैंक या अन्य ऋणदात्री या वित्तपोषक संस्था को संबद्ध करनेवाली बहुविध पालिसियाँ</p> <p>यदि एक ही जोखिम को कवर करते हुए ग्राहक/पालिसीधारक को एक से अधिक बीमा पालिसियाँ जारी की जाती हैं, तो बीमाकर्ता अंशदान खंड को लागू नहीं करेगा। सभी पालिसियों के अंतर्गत बीमाकृत राशि पर विचार करते हुए और जोखिम मूल्य के साथ उसकी तुलना करते हुए एक समग्र आधार पर न्यून बीमा लागू किया जाएगा।</p>
VI	<p>शिकायत व्यवस्था: पालिसीधारक या दावेदार से बीमाकर्ता, वितरण माध्यम, प्रीमियम वसूल करने के लिए प्राधिकृत संस्था, अन्य पक्ष प्रबंधकों (टीपीए) के विरुद्ध कोई शिकायत करना अपेक्षित हो, तो वह नीचे दी गई शिकायत निवारण प्रक्रिया का उपयोग कर सकता है/सकती है:</p>
1	<p>शिकायत दर्ज करना</p> <ol style="list-style-type: none"> जहाँ पालिसीधारक / लाभार्थी बीमाकर्ता या वितरण माध्यम की सेवाओं से संतुष्ट नहीं है, वहाँ वह उक्त शिकायतें सीधे बीमाकर्ता के पास या टीपीए सहित वितरण माध्यम के पास या दोनों के पास निम्नलिखित किसी एक पद्धति का उपयोग करते हुए दर्ज कर सकता है/सकती है: <ul style="list-style-type: none"> ○ उनकी निकटतम शाखा में जाकर; ○ पत्रों या ई-मेल के माध्यम से; ○ बीमाकर्ता की वेबसाइट पर; अथवा ○ बीमाकर्ता के प्राधिकृत काल सेंटर में काल करते हुए। पालिसीधारक या दावेदार के पास https://bimabharosa.irdai.gov.in/ में विजिट करने के द्वारा आईआरडीएआई के बीमा भरोसा पर शिकायत दर्ज कराने का भी विकल्प है। बीमाकर्ता पालिसीधारकों के द्वारा शिकायत आनलाइन दर्ज करने/ शिकायत की स्थिति का पता लगाने में सुविधा प्रदान करने के लिए उक्त बीमा भरोसा पोर्टल के साथ अपने शिकायत पोर्टल का समन्वय करेंगे। बीमाकर्ता की प्रणाली अवश्य एक तत्काल (रियल टाइम) प्रतिरूपण कार्यात्मकता के साथ सुसज्जित होनी चाहिए जो सुनिश्चित करती है कि उनका शिकायत डेटाबेस सुसंगत रूप में बीमा भरोसा के साथ समक्रमिक है।
2	<p>शिकायतों / परिवारों के समाधान के लिए प्रतिवर्तन समय</p> <ol style="list-style-type: none"> कोई शिकायत प्राप्त होने पर, शिकायतकर्ता को तत्काल उसकी प्राप्ति-सूचना देनी होगी। बीमाकर्ताओं को चाहिए कि शिकायत का समाधान 14 दिन के अंदर पालिसी की शर्तों के संगत विशिष्ट संदर्भ के साथ शिकायत को स्वीकार न करने के लिए कारणों सहित उपलब्ध कराएँ। शिकायतकर्ता शिकायत की स्थिति का पता बीमा भरोसा अथवा बीमाकर्ता के शिकायत पोर्टल पर अथवा बीमाकर्ता के काल सेंटर पर लाग-इन करने के द्वारा लगा सकता है। बीमाकर्ता अपने पास शिकायत निवारण को संभालने के लिए एक सुदृढ़ प्रौद्योगिकी आधारित बुनियादी संरचना रखेगा जो धोखेबाजी करनेवालों के द्वारा स्रोतीकृत असंबद्ध/अनभिज्ञेय शिकायतों की पहचान करने के लिए कार्यात्मकता से युक्त हो।
3	<p>बीमा लोकपाल के समक्ष शिकायत की फाइलिंग</p> <ol style="list-style-type: none"> यदि शिकायतकर्ता बीमाकर्ता द्वारा उपलब्ध कराये गये शिकायत के समाधान से संतुष्ट नहीं हैं, तो वे समाधान न की गई / आंशिक रूप से समाधान की गई शिकायतों का उत्त्रयन संबंधित अधिकार-क्षेत्र के बीमा लोकपाल के समक्ष कर सकते हैं, यदि दावे की राशि रु. 50 लाख तक है। पालिसीधारक के पास सक्षम अधिकार-क्षेत्र के बीमा लोकपाल के समक्ष किसी प्रभार / शुल्क के बिना निम्नलिखित किसी भी पद्धति के द्वारा मामला उठाने का विकल्प है:

	<p>क. स्वयं जाकर</p> <p>ख. https://cioins.co.in//Complaint/Online में विजिट करने के द्वारा आनलाइन</p> <p>ग. संपूर्ण विवरण देते हुए लिखित में डाक द्वारा या ई-मेल के द्वारा।</p> <p>iii. विवरण जैसे सक्षम अधिकार-क्षेत्र के बीमा लोकपाल का नाम और पता, पालिसी दस्तावेज में उपलब्ध होगा। यह बीमाकर्ता के द्वारा दिये गये समाधान पत्र में भी उपलब्ध कराया जाएगा। यह https://cioins.co.in//Complaint/Online पर भी उपलब्ध है।</p>
4	<h3>लोकपाल के अधिनिर्णय का कार्यान्वयन</h3> <ul style="list-style-type: none"> i. बीमाकर्ता से अपेक्षित है कि वह बीमा लोकपाल के अधिनिर्णय का अनुपालन अधिनिर्णय की प्राप्ति से 30 दिन के अंदर करें। ii. यदि बीमाकर्ता बीमा लोकपाल के अधिनिर्णय का कार्यान्वयन 30 दिन के अंदर नहीं करता, तो विलंब के प्रत्येक दिन के लिए शिकायतकर्ता को रु. 5000/- प्रति दिन का अर्थदंड देय होगा। iii. ऐसा अर्थदंड बीमा लोकपाल नियम, 2017 के अंतर्गत बीमाकर्ता द्वारा भुगतान करने की जिम्मेदारी से युक्त दंडात्मक ब्याज के अतिरिक्त है। iv. यह उपबंध उस स्थिति में लागू नहीं होगा यदि बीमाकर्ता 30 दिन के अंदर बीमा लोकपाल के अधिनिर्णय के विरुद्ध अपील करने के विकल्प का चयन करता है।
VII	<h3>विविध उपबंध</h3>
1	<h4>अप्रामाणिक/कपटपूर्ण कालों के विरुद्ध चेतावनी</h4> <ul style="list-style-type: none"> i. पालिसीधारकों अथवा संभावित ग्राहकों को चाहिए कि वे संदेशों अथवा संचार के किन्हीं अन्य माध्यमों के द्वारा अप्रामाणिक फोन कालों और काल्पनिक/कपटपूर्ण प्रस्तावों से जागरूक हों। ii. आईआरडीएआई या उसके अधिकारी बीमा व्यवसाय के किसी कार्यकलाप में संबद्ध नहीं हैं जैसे बीमा पालिसियाँ बेचना, बोनस या प्रीमियमों के निवेश की घोषणा करना, धनराशियों की वापसी। ऐसे फोन काल प्राप्त करनेवाले पालिसीधारकों या संभावित ग्राहकों से अनुरोध है कि वे पुलिस में शिकायत दर्ज कराएँ। iii. अपने वर्तमान या संभावित ग्राहकों को वाणिज्यिक संदेश भेजनेवाले बीमाकर्ता और बीमा मध्यवर्ती भारतीय टेलीकाम विनियामक प्राधिकरण द्वारा निर्धारित वर्तमान विनियामक अपेक्षाओं की पूर्ति करेंगे।
2	<h4>अदावी राशि</h4> <ul style="list-style-type: none"> i. पालिसीधारक अथवा दावेदारों से अपेक्षित है कि वे प्रस्ताव फार्म में अपनी सही मोबाइल संख्या, पता, बैंक विवरण प्रस्तुत करें तथा ऐसी सूचना में जब भी कोई परिवर्तन होता है तब उसे अद्यतन करें। ऐसे विवरण के अभाव में बीमाकर्ताओं द्वारा दावों के निपटान में विलंब होगा क्योंकि पालिसीधारक या दावेदार पहुँच-योग्य नहीं होंगे और/या दावे के निपटान के लिए बैंक खाता विवरण उपलब्ध नहीं होगा। यह बीमाकर्ता के पास निहित अदावी राशियों के रूप में परिणत होता है। ii. “अदावी राशि” उपभोक्ताओं को देय राशि है, जो उनके साथ संपर्क करने की स्थिति न होने के कारण उसपर उपचित आय सहित ऐसे भुगतान की नियत तारीख से बारह महीने से अधिक समय के लिए अदत्त रहती है। iii. दावेदार / पालिसीधारक आईआरडीएआई की बीमा भरोसा वेबसाइट https://bimabharosa.irdai.gov.in/Home/UnclaimedAmount पर खोज कर सकता है कि क्या किसी बीमाकर्ता द्वारा उसको देय कोई अदावी राशि है, जो विभिन्न बीमाकर्ताओं की वेब लिंकों तक पहुँच एक स्थान पर उपलब्ध कराती है जहाँ उनके द्वारा धारित अदावी राशियाँ प्रदर्शित की जाती हैं। इसका सत्यापन संबंधित बीमाकर्ता की वेबसाइट से भी किया जा सकता है।

	<p>iv. पालिसीधारक / दावेदार से संबंधित अदावी राशि की पहचान निम्नलिखित किन्हीं दो क्षेत्रों के मिलान के द्वारा की जा सकती है:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ पालिसी संख्या ○ पालिसीधारक की स्थायी खाता संख्या (पीएएन) ○ पालिसीधारक का नाम ○ पालिसीधारक की जन्म-तिथि <p>v. अदावी राशियों का दावा संबंधित बीमाकर्ता से बीमाकर्ता द्वारा विनिर्दिष्ट रूप में निम्नलिखित उचित प्रक्रिया का अनुसरण करने के द्वारा किया जा सकता है।</p> <p>vi. यदि अदावी राशि का दावा 10 वर्ष के अंदर नहीं किया जाता, तो इसे वरिष्ठ नागरिकों की कल्याण निधि (एससीडब्ल्यूएफ) में अंतरित किया जाता है।</p> <p>vii. दावेदार / पालिसीधारक अदावी राशियों का दावा संबंधित बीमाकर्ता के माध्यम से एससीडब्ल्यूएफ में उक्त राशि के अंतरण की तारीख से 25 वर्ष तक कर सकता है। यदि एससीडब्ल्यूएफ में अंतरण के बाद 25 वर्ष की अवधि तक कोई दावा नहीं किया जाता है, तो ऐसी राशियाँ केन्द्र सरकार की राजगामी संपत्ति हो जाएँगी।</p>
3	साधारण बीमा व्यवसाय संबंधी उपबंधों के बारे में अधिक जानने के लिए https://irdai.gov.in/document-detail?documentId=5025428 पर आईआरडीएआई का मास्टर परिपत्र सं. /एनएल/एमएसटीसीआईआर/विविध/90/06/2024 दिनांक 11.06.2024 तथा https://irdai.gov.in/consolidated-gazette-notified-regulations पर आईआरडीएआई (बीमा उत्पाद) विनियम, 2024 देखें।

खंड 2

बीमाकर्ताओं द्वारा अनुपालन की जानेवाली स्थूल अपेक्षाएँ अध्याय ।

नागरिक चार्टर

1. नागरिक चार्टर

- 1.1 उत्पादों की उपलब्धता, सेवा के मानकों, समय-सीमाओं जिनकी उपभोक्ता उचित रूप से प्रत्याशा कर सकते हैं, तथा शिकायत निवारण के मार्गों के बारे में सूचना से ग्राहकों को सशक्त बनाने के लिए, प्रत्येक बीमाकर्ता दोनों गुणात्मक और मात्रात्मक तौर पर सेवा मानक विनिर्दिष्ट करते हुए नागरिक चार्टर लागू करेगा। जीवन, साधारण और स्वास्थ्य बीमाकर्ता की पालिसियों की सर्विसिंग में समय-सीमाओं की एक अनुसूची अनुसूची क पर दी गई है।
 - 1.2 जागरूकता लाने के लिए, उक्त नागरिक चार्टर का व्यापक रूप से प्रचार किया जाएगा।
2. **ग्राहकों के प्रति उचित व्यवहार:** सभी संभावित ग्राहकों और पालिसीधारकों के प्रति साम्यिक रूप से, ईमानदारी से और उचित रूप से उनके संबंध के सभी स्तरों पर व्यवहार किया जाएगा। ग्राहकों के प्रति उचित रूप से व्यवहार करना सभी बीमाकर्ताओं और वितरण माध्यमों की कारपोरेट संस्कृति का एक अभिन्न अंग होगा। असुरक्षित समूहों की आवश्यकताओं के प्रति विशेष ध्यान दिया जाएगा। सभी बीमाकर्ता और वितरण माध्यम ग्राहकों के साथ अपने व्यवहार में, अन्य बातों के साथ-साथ, निम्नलिखित परिणाम लाने के लिए प्रयास करेंगे:
 - 2.1. संभावित ग्राहक और पालिसीधारक इस विश्वास से युक्त हो सकते हैं कि वे बीमाकर्ताओं और वितरण माध्यमों के साथ व्यवहार कर रहे हैं जहाँ कारपोरेट संस्कृति और प्रमुख मूल्यों के लिए 'ग्राहकों के प्रति उचित व्यवहार' केन्द्र में है।
 - 2.2. अपेक्षित उत्पाद और प्रस्तावित सेवाएँ संभावित ग्राहकों अथवा पालिसीधारकों की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए अभिकल्पित हैं और तदनुसार लक्ष्यीकृत हैं; तथा वहनीय हैं।
 - 2.3. संभावित ग्राहकों और पालिसीधारकों को सुस्पष्ट और अद्यतन सूचना उपलब्ध कराई जाती है तथा उन्हें लागतों (प्रीमियम, प्रभारों आदि), जोखिमों, और अपवर्जनों अथवा सीमाओं सहित, विक्रय के दौरान और उसके बाद उपयुक्त रूप में सूचना दी जाती है।
 - 2.4. जहाँ संभावित ग्राहक अथवा पालिसीधारक परामर्श प्राप्त करते हैं, वहाँ उक्त परामर्श उपयुक्त है और उनकी आवश्यकताओं और परिस्थितियों का ध्यान रखता है।
 - 2.5. संभावित ग्राहकों अथवा पालिसीधारकों को उत्पाद उपलब्ध कराया जाता है (कराये जाते हैं) जो उनकी अपेक्षा के लिए उपयुक्त हैं और उनकी उचित प्रत्याशा को पूरा करते हैं।
 - 2.6. संभावित ग्राहक अथवा पालिसीधारक बीमाकर्ताओं और वितरण माध्यमों के द्वारा उत्पाद को बदलने, दावा प्रस्तुत करने या शिकायत करने के लिए लगाए गये विक्रयोत्तर प्रतिबंधों, यदि कोई हों, का सामना नहीं करते हैं।

अध्याय-II

बीमा पालिसियों के विक्रय से पहले के कार्यकलाप

3. प्रास्पेक्टस (विनियमों का विनियम 9(ग) देखें) – बीमा उत्पाद का प्रास्पेक्टस सुपाठ्य, फाइन प्रिंट से रहित तथा कम से कम 11. के फॉट आकार से युक्त होगा। विक्रय के समय ग्राहकों को दी जानेवाली न्यूनतम सूचना:

- 3.1.** बीमा उत्पाद के लिए विशिष्ट पहचान संख्या (यूआईएन)।
- 3.2.** लाभों की गुंजाइश।
- 3.3.** बीमा कवर की सीमा।
- 3.4.** स्पष्टीकरणों के साथ बीमा कवर की वारंटियाँ, अपवर्जन/अपवाद और शर्तें।
- 3.5.** अनुग्रह अवधि के दौरान बीमा कवरेज की निरंतरता की स्थिति।
- 3.6.** बीमा के द्वारा कवर की जानेवाली आकस्मिकता या आकस्मितकाओं का विवरण।
- 3.7.** बीमा के लिए पात्र जीवनों या संपत्ति या किसी अन्य विषय की श्रेणी या श्रेणियाँ।
- 3.8.** संबद्ध या सूचकांक संबद्ध उत्पादों के मामले में, प्रस्तावित निधियाँ/सूचकांक, लगाये गये प्रभार, उच्चतर सीमाओं, प्रस्तावित प्रत्येक निधि के साथ अंतर्निहित जोखिमों सहित।
- 3.9.** मानदंड जिनपर प्रीमियम में छूटें दी जा सकती हैं तथा एक या उससे अधिक मानदंडों को पूरा करने पर ऐसी छूट का प्रतिशत।
- 3.10.** बीमा उत्पादों पर अनुमतियोग्य राइडर या ऐड-आन कवर।
- 3.11.** जीवन बीमा के मामले में, क्या उत्पाद सहभागी (लाभ-सहित) या गैर-सहभागी (लाभ-रहित) है।
- 3.12.** पालिसी के लिए विशिष्ट अपवर्जन, जो अतिरिक्त प्रीमियम का भुगतान करने पर कवर किये जा सकते हैं।
- 3.13.** व्यपगम, पुनःप्रवर्तन, समापन, अभ्यर्पण की स्थिति में लागू निबंधन और शर्तें।

4. जीवन बीमा उत्पादों के लिए लाभ निर्दर्शन

- 4.1.** जीवन बीमा व्यवसाय करनेवाला प्रत्येक बीमाकर्ता संभावित ग्राहक या पालिसीधारक को विक्रय के स्थान पर एक आवश्यकतानुरूप तैयार किया गया लाभ निर्दर्शन उपलब्ध कराएगा। यह प्रास्पेक्टस के अतिरिक्त होगा। इसे मुद्रित करने के लिए अनुसूची ख के अनुसार ग्यारह (11) के न्यूनतम फॉट आकार का उपयोग किया जाएगा।
- 4.2.** इस प्रकार का लाभ निर्दर्शन पालिसी दस्तावेज का भाग बनेगा।
- 4.3.** आनलाइन विक्रय की स्थिति में : प्रस्ताव फार्म भरने के लिए संभावित ग्राहक को निर्देश देने से पहले, दर्शाये गये लाभों को समझने के बारे में संभावित ग्राहक से सुस्पष्ट पुष्टीकरण प्राप्त किया जाएगा। उसके बाद, प्रस्तावक को एक आवश्यकतानुरूप तैयार किया गया लाभ निर्दर्शन उपलब्ध कराया जाएगा।

5. जीवन बीमा उत्पादों के लिए उपयुक्तता की अपेक्षाएँ

- 5.1.** एनपीएस की आगम राशि से और नियोक्ता द्वारा दी गई अधिवर्षिता निधि से खरीदी गई वार्षिकियों को छोड़कर बचत संबंधी जीवन बीमा उत्पादों और वार्षिकी उत्पादों के मामले में उपयुक्तता का निर्धारण किया जाएगा।
 - i. 'उपयुक्तता सूचना' आयु, आय, परिवार की स्थिति, जीवन का स्तर, वित्तीय और परिवार के लक्ष्य, निवेश लक्ष्य, पहले से धारित बीमा संविभाग, आदि के संबंध में संभावित ग्राहक की सूचना है।
 - ii. 'उपयुक्तता निर्धारण' से संभावित ग्राहक से प्राप्त उपयुक्तता संबंधी सूचना के आधार पर तथा उत्पाद के स्वरूप, प्रीमियम भुगतान की पद्धति और पालिसी की अवधि एवं प्रीमियम भुगतान

अवधि को ध्यान में रखते हुए संभावित ग्राहक के लिए उत्पाद की उपयुक्तता का मूल्यांकन अभिप्रेत है।

- iii. संगृहीत उपयुक्तता सूचना तथा अपेक्षा (सलिसिटेशन) में संबद्ध विक्रेता की सिफारिशें बीमाकर्ता द्वारा उन्हें पालिसी अभिलेखों का भाग बनाते हुए परिरक्षित की जाएँगी।

5.2. प्रत्येक जीवन बीमाकर्ता के पास संभावित ग्राहक/पालिसीधारक के लिए उत्पाद की उपयुक्तता का निर्धारण करने तथा उनके लिए उपयुक्त उत्पादों की सिफारिश करने के संबंध में बोर्ड द्वारा अनुमोदित एक नीति होगी। उक्त नीति अपविक्रिय, जबरन विक्रिय और भ्रामक विक्रिय को नियंत्रित करने के लिए भी विचार करेगी। यह अभिलेख रखने और उनके प्रतिधारण के संबंध में भी व्यवहार करेगी।

5.3. उपयुक्तता सूचना के संबंध में संभावित ग्राहक और व्यवसाय की अपेक्षा (सलिसिटेशन) में संबद्ध संबंधित विक्रेता की सहमति प्राप्त की जाएगी। आनलाइन विक्रिय में उपयुक्तता निर्धारण के मामले में उपयुक्तता सूचना प्राप्त करने के लिए संभावित ग्राहक/पालिसीधारक की सुस्पष्ट सहमति प्राप्त की जाएगी। सहमति केवल संभावित ग्राहक की पंजीकृत ई-मेल संख्या/ ई-मेल से वन टाइम पासवर्ड (ओटीपी) के रूप में हो सकती है।

6. प्रीमियम की प्राप्ति-सूचना

6.1. प्रत्येक बीमाकर्ता सुनिश्चित करेगा कि:

- i. बीमाकर्ता को सीधे प्रीमियम भुगतानों को संभव बनाने के लिए इलेक्ट्रॉनिक प्रीमियम भुगतान विकल्प उपलब्ध कराया जाएगा।
- ii. वितरण माध्यम, यदि प्रीमियम वसूल करने के लिए प्राधिकृत हैं, तो सुनिश्चित करेंगे कि संबंधित विनियमों / दिशानिर्देशों के अंतर्गत विशिष्ट रूप से अनुमत को छोड़कर ऐसे प्रीमियम भुगतानों की वसूली उनके स्वयं के बैंक खातों में अथवा किन्हीं अन्य पक्षकारों के बैंक खातों में नहीं की जाएगी।
- iii. प्रीमियम संग्रहण के स्थान पर प्रीमियम की वसूली करने पर तत्काल प्राप्ति-सूचनाएँ जारी की जाएँगी।

6.2. जहाँ किसी बीमाकर्ता ने प्रीमियम वसूल करने और रसीद जारी करने के लिए किसी वितरण माध्यम या किसी अन्य व्यक्ति को प्राधिकृत किया है, वहाँ बीमाकर्ता ऐसी संस्था/व्यक्ति के द्वारा जारी की गई प्रीमियम की प्राप्ति-सूचनाओं के लिए उत्तरदायी होगा।

7. अपविक्रिय (मिस-सेलिंग): बीमाकर्ता या वितरण माध्यम, जैसा लागू हो, उनके लिए प्रयोज्य अपेक्षा (सलिसिटेशन) प्रक्रिया और व्यवसाय के संचालन के लिए जिम्मेदार होंगे। बीमा पालिसियों के अपविक्रिय से बचने के लिए, अन्य बातों के साथ-साथ निम्नलिखित को शामिल करते हुए एक व्यवस्था लागू की जाएगी-

- 7.1. यह सुनिश्चित किया जाएगा कि ग्राहकों के प्रति निष्पक्ष व्यवहार कारपोरेट संस्कृति का अभिन्न अंग है।
- 7.2. बीमा व्यवसाय की अपेक्षा (सलिसिटेशन) करने के लिए प्राधिकृत कार्मिक अवश्य केवल बीमाकर्ता के द्वारा जारी किये गये प्रास्पेक्टस का उपयोग करेंगे।
- 7.3. अपेक्षा (सलिसिटेशन) में संबद्ध बीमाकर्ताओं या वितरण माध्यमों, जैसा लागू हो, के विक्रेता विधिवत् अर्हताप्राप्त हैं और आवधिक तौर पर उपयुक्त रूप में प्रशिक्षित हैं।
- 7.4. ग्राहक की प्रतिसूचना (फीडबैक) प्राप्त करने की एक व्यवस्था लागू की जाएगी।

- 7.5.** अनुचित अपेक्षा (सलिसिटेशन) पद्धतियों अथवा बाजार दुर्व्यवहार में लिप्त विक्रेताओं को काली सूची में दर्ज करने सहित, बाजार व्यवहार के उल्लंघन के लिए दंडात्मक कार्रवाई की जाएगी।
- 7.6.** **वित्तीय जोखिम-अंकन को मजबूत करना:** बीमाकर्ता सुनिश्चित करेंगे कि प्रीमियम भुगतानों के लिए संभावित ग्राहक के पास उपलब्ध स्रोतों के साथ प्रीमियम भुगतान अवधि के लिए प्रीमियम अदा करने हेतु संभावित ग्राहक की निरंतर भुगतान क्षमता का निर्धारण करने के लिए वित्तीय जोखिम-अंकन अपेक्षाओं को सुस्पष्ट किया गया है।
- 7.7.** **प्रशिक्षण देना –** मध्यवर्तीयों, वितरण माध्यमों और उनके कर्मचारियों को उनके उत्पादों (वर्तमान और नये), पालिसी सर्विसिंग में टीएटीएस, विनियमों में परिवर्तनों आदि के संबंध में आवधिक प्रशिक्षण दिया जाएगा।
- 7.8.** इस संबंध में एक विवरणी, विवरणियों के प्रस्तुतीकरण संबंधी मास्टर परिपत्र में विनिर्दिष्ट फार्मेट में फाइल की जाएगी।

अध्याय III

बीमा पालिसियों के विक्रय के लिए प्रस्ताव

8. प्रस्ताव फार्म में शामिल किये जानेवाले विषय [विनियम 10(2) देखें]

प्रत्येक प्रस्ताव फार्म में निम्नलिखित को प्राप्त करने के लिए व्यवस्था निहित होगी:

- i. पालिसी सर्विसिंग और दावा सर्विसिंग को समर्थन देने के लिए जोखिमों का अंकन करने हेतु संगत और आवश्यक सूचना;
 - ii. आईआरडीएआई (पालिसीधारकों के हितों का संरक्षण, बीमाकर्ताओं के परिचालन और संबद्ध विषय) विनियम, 2024 के विनियम 18 के अनुसार नामांकन;
 - iii. संभावित ग्राहक और नामिती के बैंक खाते का विवरण;
 - iv. संभावित ग्राहक की मोबाइल संख्या और ई-मेल आईडी, यदि उपलब्ध हो;
 - v. अधिनियम की धारा 41 और धारा 45 के संबंधित उपबंध।
9. बीमाकर्ता अपने अभिदाता द्वारा राष्ट्रीय पेंशन योजना (एनपीएस) को प्रस्तुत 'निर्गम फार्म' पर एनपीएस से निर्गम के समय, एनपीएस अभिदाताओं को ताल्कालिक वार्षिकी उत्पाद प्रस्तावित करने की स्थिति में प्रस्ताव फार्म के रूप में विचार करेंगे। नामांकन जैसा अतिरिक्त विवरण, यदि कोई अपेक्षित हो, यदि निर्गम फार्म में उपलब्ध नहीं है तो एनपीएस अभिदाता से प्राप्त किया जा सकता है।
10. बीमाकर्ता प्रस्ताव फार्म इलेक्ट्रॉनिक रूप में संबंधित संभावित ग्राहक से उचित अधिप्रमाणन के साथ प्राप्त करने के लिए प्रयास करेंगे।
11. भौतिक प्रस्ताव फार्म होने की स्थिति में, वह हिन्दी या अंग्रेजी में उपलब्ध कराया जाएगा। तथापि, यदि संभावित ग्राहक द्वारा अनुरोध किया जाता है, तो वह क्षेत्रीय भाषाओं में भी उपलब्ध कराया जा सकता है।

12. प्रस्ताव फार्म का प्रसंस्करण / जोखिम-अंकन:

- 12.1. बीमाकर्ता उस बीमा उत्पाद के लिए विशिष्ट बोर्ड द्वारा अनुमोदित जोखिम-अंकन नीति के अनुसार प्रस्ताव फार्म का प्रसंस्करण करेंगे, जिसके लिए प्रस्ताव प्रस्तुत किया गया है तथा सुनिश्चित करेंगे कि प्रस्ताव फार्म में अपेक्षित सूचना:
- क) विधिवत् भरी गई है और सभी पहलुओं से संपूर्ण है, तथा
- ख) प्रस्ताव पार्म में प्रस्तुत की गई मोबाइल संख्याओं और ई-मेलों के सहीपन का सत्यापन करने के लिए एक व्यवस्था लागू करेंगे तथा सुनिश्चित करेंगे कि प्रस्तुत किये गये विवरण संभावित ग्राहक / पालिसीधारकों से संबंधित हैं।
- 12.2. संबंधित जोखिम-अंकन नीति अथवा परिणामी दस्तावेजों के अंतर्गत अपेक्षित रूप में कोई भी अतिरिक्त आवश्यकताएँ प्रस्ताव फार्म की प्राप्ति की तारीख से 7 दिन के अंदर एक ही बार में माँगी जाएँगी, न कि खंडों में।
- 12.3. उसके प्रस्ताव पर निर्णय की सूचना प्रस्तावक को एक उचित अवधि के अंदर परंतु प्रस्ताव(वों) की प्राप्ति की तारीख अथवा बीमाकर्ता के द्वारा माँगी गई किन्हीं अतिरिक्त आवश्यकताओं की प्राप्ति की तारीख, जो भी बाद में हो, से 7 दिन से अनधिक अवधि के अंदर दी जाएगी।
- 12.4. किसी अतिरिक्त प्रभार के बिना बीमाकृत व्यक्ति को संभावित ग्राहक के द्वारा प्रस्तुत प्रस्ताव फार्म की एक साप्ट प्रति अथवा एक हार्ड प्रति पालिसी दस्तावेज के साथ प्रस्ताव की स्वीकृति से 15 दिन के अंदर प्रेषित करना बीमाकर्ता का दायित्व है।

13. घोषणा

- 13.1.** बीमाकर्ता सुनिश्चित करेगा कि प्रस्ताव फार्म में संभावित ग्राहक/पालिसीधारक के द्वारा यह घोषणा प्राप्त करने के लिए व्यवस्था हो, कि उक्त फार्म का विवरण उसको स्पष्ट किया गया है, यदि संभावित ग्राहक प्रस्ताव फार्म में प्रयुक्त भाषा से परिचित नहीं है।
- 13.2.** पालिसीधारक अथवा संभावित ग्राहक जो एक दिव्यांग जन है तथा प्रस्ताव फार्म भरने के लिए सहायता की अपेक्षा करता है, अपनी तरफ से घोषणा देने के लिए एक प्रतिनिधि को विधिवत् प्राधिकृत कर सकता है।

14. ई-प्रस्ताव फार्म

- 14.1.** इलेक्ट्रॉनिक पद्धति के द्वारा बीमा व्यवसाय की अपेक्षा (सलिसिटेशन) करनेवाला प्रत्येक बीमाकर्ता भौतिक प्रस्ताव फार्म के समान ही, एक ई-प्रस्ताव फार्म का निर्माण करेगा।
- 14.2.** बीमाकर्ता नवीनतम प्रौद्योगिकीगत सुरक्षा प्रोटोकालों को अपनाने के द्वारा आनलाइन विक्रय को अंतिम रूप देने के लिए संभावित ग्राहक से केवल उसकी पंजीकृत मोबाइल संख्या अथवा ई-मेल आईडी से सीधे सहमति प्राप्त करेगा। बीमाकर्ता विधिवत् भरे गये प्रस्ताव फार्म पर प्राप्त प्रस्तावक की सहमति के लिए साक्ष्य अनुरक्षित करेगा।

बीमा पालिसियों का निर्गम

15. बीमा पालिसियों में बताये जानेवाले विषय [विनियम 11(ख) देखें]

15.1. बीमाकर्ता बीमा पालिसियों में न्यूनतम फॉट आकार ग्यारह (11) का उपयोग करेंगे।

15.2. पालिसी दस्तावेजों में अनुसूची ग में विनिर्दिष्ट रूप में अन्य विवरण शामिल होंगे।

जीवन, साधारण और स्वास्थ्य बीमा पालिसियों के निर्गम को नियंत्रित करनेवाले सामान्य सिद्धांत

16. बीमाकर्ता निम्नलिखित के लिए प्रयास करेंगे-

16.1. जहाँ भी संभव हो, निम्नानुसार अपवर्जनों का वर्गीकरण करेंगे:

- (क) सभी पालिसियों के लिए लागू मानक अपवर्जन;
- (ख) पालिसी के लिए विशिष्ट अपवर्जन जिनसे छूट नहीं दी जा सकती;
- (ग) अपवर्जन जिनके लिए अतिरिक्त प्रीमियम अदा करने के द्वारा कवर के लिए विकल्प दिया जा सकता है।

16.2. निम्नलिखित के रूप में पालिसी शर्तों का श्रेणीकरण करेंगे:

- (क) संविदा से पूर्ववर्ती शर्तें;
- (ख) संविदा के दौरान लागू शर्तें;
- (ग) शर्तें जब कोई दावा उत्पन्न होता है;
- (घ) संविदा के नवीकरण के लिए शर्तें;
- (ङ) संविदा के निरसन के लिए शर्तें; तथा
- (च) शिकायतों के निवारण के लिए शर्तें।

16.3. बीमाकर्ता अधिदेशात्मक (मैंडेटरी) तौर पर पालिसी दस्तावेज में किसी विशिष्ट उत्पाद के लिए लागू सभी अपवर्जन शामिल करेंगे। किसी अन्य अपवर्जन के नाम से दावा राशि में आगे कोई कटौती नहीं की जाएगी।

17. ग्राहक सूचना पत्रक (सीआईएस)

17.1. प्रत्येक बीमाकर्ता के पास एक ग्राहक सूचना पत्रक (सीआईएस) विद्यमान होगा जो पालिसीधारकों को सरल शब्दों में जीवन, साधारण और स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के लिए अनुसूची घ में अलग से विनिर्दिष्ट फार्मेट में पालिसी की मूलभूत विशेषताएँ, निबंधन और शर्तें स्पष्ट करता है।

17.2. प्रत्येक बीमाकर्ता उक्त ग्राहक सूचना पत्रक (सीआईएस) पालिसीधारक को पालिसी दस्तावेज के साथ अग्रेषित करेगा तथा निम्नलिखित का अनुपालन सुनिश्चित करेगा:

- क. सीआईएस में व्यवस्थित सभी विवरण विधिवत् भरे जाएँगे।
- ख. उक्त सीआईएस न्यूनतम फॉट आकार 11 में होगा।
- ग. सीआईएस क्षेत्रीय भाषाओं में उपलब्ध कराया जाएगा यदि पालिसीधारक इस प्रकार चाहता हो।
- घ. बीमाकर्ता अथवा वितरण माध्यम, जैसी स्थिति हो, उक्त सीआईएस सभी पालिसीधारकों को अग्रेषित करेंगे तथा भौतिक या डिजिटल रूप में प्राप्ति-सूचना प्राप्त करेंगे।
- ङ. पालिसी दस्तावेज के अग्रेषण पत्र में उक्त सीआईएस का एक प्रति-संदर्भ निहित होगा।

17.3. जहाँ संभावित ग्राहक/पालिसीधारक द्वारा कोई असंगति बताई गई हो, वहाँ बीमाकर्ता यह सुनिश्चित करेगा कि उसका समाधान एक समयबद्ध तरीके से किया जाए।

डिजीलाकर सुविधा का उपयोग

18. पालिसीधारक को डिजीलाकर का उपयोग करने में समर्थ बनाने के लिए, बीमाकर्ता अपनी आईटी प्रणालियों को डिजीलाकर के साथ परस्पर सक्रिय (इंटरएक्ट) होने के लिए समर्थ बनाएँगे तथा ऐसी समर्थकारिता को पालिसीधारकों की सूचना के लिए प्रकाशित करेंगे।

अध्याय V

पालिसीधारकों की सर्विसिंग और दावों का निपटान

पालिसीधारकों की सर्विसिंग

19. सभी बीमाकर्ता पालिसीधारकों की सर्विसिंग को संभालने के लिए उपयुक्त प्रौद्योगिकी आधारित बुनियादी संरचना स्थापित करेंगे तथा उन सभी संभव सेवाओं का सूचीकरण करेंगे जो पालिसीधारक प्राप्त कर सकेंगे। इससे पालिसीधारक से सेवा के अनुरोध का आनलाइन द्वारा प्रस्तुतीकरण सुसाध्य हो सकता है, सेवा अनुरोध की स्थिति की जाँच करने, अतिरिक्त सूचना या स्पष्टीकरण की अपेक्षा करने, अन्य बातों के साथ-साथ विवरण या स्पष्टीकरण आनलाइन प्राप्त करने में सुविधा हो सकती है।

दावों का निपटान

20. यदि वितरण माध्यमों अथवा टीपीए अथवा अस्पताल, जैसी स्थिति हो, में कोई दावा सूचना प्राप्त की जाती है, तो उसके पास बीमाकर्ता को दावा सूचना का विवरण तत्काल अग्रेषित करने के लिए आवश्यक प्रणाली विद्यमान होनी चाहिए।
21. बीमाकर्ता सभी दावों के प्रसंस्करण को संभालने के लिए उपयुक्त प्रौद्योगिकी आधारित बुनियादी संरचना स्थापित करेंगे जिससे दावा सूचना का पंजीकरण करने, प्राप्ति-सूचनाएँ प्रदान करने, दस्तावेजों का प्रस्तुतीकरण करने में सुविधा हो सके।
22. किसी भी दावे को दस्तावेजों के अभाव के कारण अथवा दावे की सूचना में विलंब होने के कारण अस्वीकृत या बंद नहीं किया जाएगा।
23. बीमाकर्ताओं के पास दावा मैनुअल/ मानक परिचालन प्रक्रियाएँ (एसओपीएस) विद्यमान होंगी जिनकी समीक्षा आवधिक तौर पर की जाएगी तथा वे यह अवश्य सुनिश्चित करेंगे कि दावों का निपटान विनिर्दिष्ट प्रतिवर्तन समयों (टीएटीएस) के अनुसार किया जाएगा।

अध्याय-VI

स्वास्थ्य बीमा पालिसियों की सुवाह्यता

24. स्वास्थ्य बीमा पालिसियों की सुवाह्यता

- 24.1.** बीमाकर्ता सभी वैयक्तिक, परिवार फ्लोटर और सामूहिक स्वास्थ्य बीमा पालिसियों के संबंध में नवीकरण के समय सुवाह्यता की अनुमति देंगे।
- 24.2.** किसी अन्य बीमाकर्ता को अपनी पालिसी का संवहन (पोर्टिंग) करने के लिए इच्छुक पालिसिधारक ऐसे बीमाकर्ता को परिवार के सभी सदस्यों, यदि कोई हों, के साथ समस्त पालिसी का संवहन (पोर्टिंग) करने के लिए नवीकरण की नियत तारीख से कम से कम 30 दिन पहले आवेदन प्रस्तुत करेगा, परंतु ऐसा आवेदन 60 दिन से पहले प्रस्तुत नहीं किया जाएगा।
- बशर्ते कि सुवाह्यता के लिए प्रस्ताव पर विचार करने के लिए स्वतंत्र हैं, भले ही पालिसीधारक ने वर्तमान पालिसी के नवीकरण की तारीख से 15 दिन के अंदर संपर्क किया हो, परंतु ऐसे सभी मामलों में अधिग्राहक बीमाकर्ता सुनिश्चित करेगा कि पालिसी में कोई क्रमभंग नहीं है।
- 24.3.** अधिग्राहक बीमाकर्ता पालिसीधारक को वर्तमान बीमाकर्ता से पालिसी और दावा संबंधी सूचना प्राप्त करने के लिए उसे प्राधिकृत करते हुए सुवाह्यता फार्म प्रेषित करेगा। पालिसीधारक प्रस्ताव फार्म के साथ सुवाह्यता फार्म भर देगा और वह अधिग्राहक बीमाकर्ता को प्रस्तुत करेगा।
- 24.4.** सुवाह्यता फार्म प्राप्त होने पर, अधिग्राहक बीमाकर्ता भारतीय बीमा सूचना ब्यूरो (आईआईबी) द्वारा अनुरक्षित पोर्टल <https://iib.gov.in/portal> के माध्यम से वर्तमान बीमाकर्ता से पालिसी का आवश्यक विवरण और पिछली दावा सूचना, यदि कोई हो, की अपेक्षा करेगा।
- 24.5.** वर्तमान बीमाकर्ता उक्त अनुरोध की प्राप्ति से 72 घंटों के अंदर बीमा पालिसियों का संवहन (पोर्टिंग) करने के लिए आवश्यक डेटा प्रस्तुत करेगा। अधिग्राहक बीमाकर्ता उक्त प्रस्ताव पर तत्काल परंतु वर्तमान बीमाकर्ता से सूचना की प्राप्ति से 5 दिन से अनधिक अवधि के अंदर उक्त प्रस्ताव पर निर्णय करेगा और सूचित करेगा।
- 24.6.** पालिसीधारक वर्तमान बीमाकर्ता की पालिसी से अधिग्राहक बीमाकर्ता द्वारा जारी की गई नई पालिसी में बीमाकृत राशि, नो क्लेम बोनस, विशिष्ट प्रतीक्षा अवधियों, पहले से चल रही बीमारियों के लिए प्रतीक्षा अवधि, अधिस्थगन अवधि आदि की सीमा तक प्राप्त क्रेडिट अंतरित करने के लिए हकदार है।
- 24.7.** पोर्ट-इन वर्षों के दौरान पोर्ट-इन पालिसियों पर अधिग्राहक बीमाकर्ता अपने कर्मचारियों अथवा वितरण माध्यम के कर्मचारियों को किसी कमीशन अथवा प्रोत्साहन का भुगतान नहीं करेगा। पालिसीधारक पर पोर्टिंग-इन अथवा पोर्टिंग-आउट के लिए कोई प्रभार नहीं लगाया जाएगा।

अध्याय VII

न्यायिक / अर्ध-न्यायिक अधिनिर्णयों आदि का अनुपालन

लोकपाल के अधिनिर्णय

25. सभी बीमाकर्ता और वितरण माध्यम सुनिश्चित करेंगे कि:

- 25.1. जैसा कि नियम 17(6) में विनिर्दिष्ट किया गया है, पालिसीधारकों / दावेदारों के पक्ष में पारित सभी लोकपाल के अधिनिर्णयों का भुगतान उक्त अधिनिर्णयों की प्राप्ति की तारीख से 30 दिन के अंदर किया जाना चाहिए।
- 25.2. बीमाकर्ता, बीमा लोकपाल नियम, 2017 के नियम 17(7) के अनुसार, दावे के निपटान के लिए अपेक्षित तारीख से दंडात्मक ब्याज का भी भुगतान ऐसी दर से करेगा जो बैंक दर से 2 प्रतिशत अधिक हो।
- 25.3. उन मामलों में जहाँ बीमाकर्ता लोकपाल के अधिनिर्णय के विरुद्ध अपील प्रस्तुत करता है, अधिनिर्णय के विरुद्ध ऐसी अपील केवल 30 दिन की निर्धारित समय-सीमा के अंदर फाइल की जाएगी।
- 25.4. बीमाकर्ता से अपेक्षित है कि वह बीमा लोकपाल के अधिनिर्णय का अनुपालन बीमाकर्ता द्वारा अधिनिर्णय की प्राप्ति से 30 दिन के अंदर करे। यदि बीमाकर्ता लोकपाल के अधिनिर्णय का अनुपालन नहीं करता, तो शिकायतकर्ता को रु. 5000/- प्रति दिन का अर्थदंड देय होगा। ऐसा अर्थदंड बीमा लोकपाल नियम, 2017 के अंतर्गत बीमाकर्ता द्वारा भुगतान किये जाने के लिए दायित्व से युक्त दंडात्मक ब्याज के अतिरिक्त है। यह उपबंध उस स्थिति में लागू नहीं होगा यदि बीमाकर्ता बीमा लोकपाल के अधिनिर्णय के विरुद्ध अपील करने के विकल्प का प्रयोग करता है।

26. अन्य न्यायिक / अर्ध-न्यायिक अधिनिर्णय

- 26.1. न्यायिक / अर्ध-न्यायिक निकायों के आदेशों का अनुपालन उक्त आदेश या अधिनिर्णय में निर्धारित समय-सीमा के अंदर किया जाना चाहिए।
- 26.2. उन मामलों में जहाँ आदेश / अधिनिर्णय में समय-सीमा विनिर्दिष्ट नहीं किया गया हो, उक्त आदेश/ अधिनिर्णय का अनुपालन बीमाकर्ता द्वारा उक्त आदेश/ अधिनिर्णय की प्राप्ति से 45 दिन के अंदर किया जाना चाहिए।
- 26.3. ऐसे मामलों में जहाँ बीमाकर्ता उक्त न्यायिक / अर्ध-न्यायिक निकाय के आदेश के विरुद्ध अपील प्रस्तुत करता है, वहाँ ऐसी अपील लागू नियमों के अनुसार निर्धारित समय-सीमा के अंदर प्रस्तुत की जानी चाहिए। शिकायतकर्ता को इस विषय में तत्काल सूचित किया जाना चाहिए।
- 26.4. विवरणियों के प्रस्तुतीकरण संबंधी मास्टर परिपत्र में दिये गये फार्मेट के अनुसार अदालती मामलों की स्थिति के संबंध में तिमाही विवरण प्राधिकरण को प्रस्तुत किया जाना चाहिए।

अध्याय VIII

अन्य सेवाओं से संबंधित पहलू

27. जीवन सत्यापन प्रमाणीकरण

बीमाकर्ता आवश्यक प्रौद्योगिकी आधारित प्रणालियाँ लागू करेंगे जैसे वार्षिकी भुगतानों हेतु जीवन सत्यापन प्रमाणीकरण के लिए बायोमेट्रिक समर्थित डिजिटल सेवा का प्रयोग करना।

28. वेबसाइट

प्रत्येक बीमाकर्ता के पास प्राधिकरण द्वारा अधिदेशात्मक (मैंडेटरी) किये गये प्रकटीकरण के अतिरिक्त, प्रस्तावित सेवाओं, पालिसी सर्विसिंग पहलुओं पर प्रायः पूछे जानेवाले प्रश्नों (एफएक्यू, पूछताछ के लिए सुविधाओं, शिकायतें दर्ज कराने, आदि के बारे में सूचना प्रकाशित करने के लिए एक वेबसाइट होनी चाहिए। बीमाकर्ता अपने द्वारा नियुक्त वितरण माध्यमों के सत्यापन के लिए अपनी वेबसाइट पर एक खोज उपकरण (सर्च ट्रूल) उपलब्ध कराएँगे। संभावित ग्राहक/पालिसीधारक के लिए एक विनिर्दिष्ट स्थान पर वितरण माध्यमों को लाने की सुविधा होनी चाहिए जिनके साथ वे बीमा पालिसी और उत्पन्न की गई अप्रता की सेवा को खरीदने के लिए संपर्क कर सकें।

29. प्रशिक्षणः

बीमाकर्ता वितरण माध्यमों और बीमाकर्ताओं के कर्मचारियों को अपने उत्पादों (वर्तमान और नये), पालिसी सर्विसिंग में टीएटीएस, विनियमों में परिवर्तनों आदि पर आवधिक प्रशिक्षण प्रदान करेंगे।

30. प्रौद्योगिकीगत समाधानः

बीमाकर्ता प्रौद्योगिकीगत समाधान लागू करने के लिए प्रयास करेगा जिससे पालिसीधारकों के एक प्रभावी, कुशल और निर्बाध प्रवेश (आनबोर्डिंग), वस्तुनिष्ठ उपयुक्तता निर्धारण (जीवन बीमा पालिसियों के मामले में), पालिसी के नवीकरण, पालिसियों की सर्विसिंग, नामांकन दर्ज करवाना और उनमें परिवर्तन करना, शिकायत निवारण और दावा निपटान प्रक्रिया को सुनिश्चित किया जा सके।

अध्याय IX

दिशानिर्देशों और परिपत्रों का निरसन

31. निरस्त परिपत्रों / दिशानिर्देशों की सूची

31.1. यह मास्टर परिपत्र निम्नलिखित दिशानिर्देशों / परिपत्रों का अधिक्रमण करता है:

क्रम सं.	परिपत्र/दिशानिर्देश संदर्भ संख्या	विवरण
1.	028/आईआरडीए/जीवन/पैन/अगस्त- 2009	बीमा उत्पादों के लिए पैन की आवश्यकता
2.	3/सीए/जीआरवी/वार्इपीबी/10-11 दिनांक 27.07.2010	बीमा कंपनियों द्वारा शिकायत निवारण संबंधी दिशानिर्देश
3.	आईआरडीए/सीएडी/सीआईआर/एजीएन /137/08 दिनांक 25.08.2010	पालिसी दस्तावेज संबंधी एजेंसी विवरण का प्रकटीकरण
4.	आईआरडीए/आईटी/ओआरडी/विविध/15 /2/09/2010	समन्वित शिकायत प्रबंध प्रणाली (आईजीएम- एस) का कार्यान्वयन
5	सीएडी/बीमा लोकपाल/10-11 दिनांक 23.11.2010	बीमा लोकपाल द्वारा पारित अधिनिर्णय
6	सीएडी/01/10-11 दिनांक 21.01. 2011	कालों की प्रामाणिकता का सत्यापन
7.	आईआरडीए/एचएलटीएच/विविध/सीआई-आर/216/09/2011	सभी जीवन बीमा संविदाओं और सभी गैर-जीवन वैयक्तिक और सामूहिक बीमा संविदाओं के संबंध में दावा सूचना/दस्तावेजों के प्रस्तुतीकरण में विलंब संबंधी परिपत्र
8.	आईआरडीएआई//एचएलटी/आरईजी/सीआई-आर/298/12/2020	फ्लोटर आधार पर जारी की गई स्वास्थ्य बीमा पालिसियों के लिए लाभ/प्रीमियम निर्दर्शन का प्रकटीकरण
9.	आईआरडीए/जीवन/विविध/सीआईआर/153 /08/2013	जीवन बीमा पालिसियों के अंतर्गत ईसीएस अधिदेश
10.	आईआरडीए/जीवन/सीआईआर/जीडीएल/034 /01/2014	प्राधिकरण के पास पालिसी दस्तावेजों की फाइलिंग के लिए मानक फार्मेट
11.	आईआरडीए/जीवन/विविध/सीआईआर/106/ 05/2015	प्रीमियम प्राप्ति-सूचनाओं के निर्गम संबंधी दिशानिर्देश
12.	आईआरडीएआई/सीआईआर/विविध/194/11 /2015	बीमा लोकपाल के अधिनिर्णयों या उपभोक्ता के एमएसीटी के आदेश का अननुपालन
13.	आईआरडीए/जीवन/सीआईआर/विविध/140 /8/2015	पालिसीधारकों से वार्षिकी विकल्प प्राप्त करना
14.	आईआरडीएआई/सीएडी/सीआईआर/विविध/01/ 2016 दिनांक 31.01.2016	शिकायत निवारण प्रक्रियाएँ - अनुदेश
15.	आईआरडीएआई/सीएडी/सीआईआर/विविध/03 /2016 दिनांक 31.03.2016	अधिनिर्णयों का अननुपालन
16.	आईआरडीएआई/एसडीडी/विविध/सीआईआर/135 /07/2016	केन्द्रीय केवार्इसी अभिलेख रजिस्ट्री (सीकेवार्इसीआर) का परिचालन

17.	आईआरडीए/जीवन/सीआईआर/विविध/134/07/ 2016	अग्रिम डिस्चार्ज वाउचर
18.	आईआरडीए/एनएल/सीआईआर/विविध/149/06/ 2017	दावा सूचना/दस्तावेजों के प्रस्तुतीकरण में विलंब
19.	आईआरडीएआई/जीवन/विविध/सीआईआर/202/ 12/2018	पालिसीधारकों को बीमाकर्ता द्वारा एसएमएस के माध्यम से प्रीमियम की प्राप्ति की सूचना
20.	आईआरडीएआई/जीवन/सीआईआर/173/09/ 2019 दिनांक 26.09.2019	लाभ निर्दर्शन और अन्य बाजार व्यवहार पहलू
21.	आईआरडीएआई/सीएडी/सीआईआर/विविध/001/ 01/2019 दिनांक 21.01.2019	अपविक्रय संबंधी शिकायतों पर तिमाही विवरण का प्रस्तुतीकरण
22.	आईआरडीएआई/सीएडी/सीआईआर/विविध/038/ 03/2019 दिनांक 05.03.2019	लोकपाल द्वारा पारित अधिनिर्णयों का अननुपालन
23.	शून्य दिनांक 04.09.2020	पालिसीधारकों की शिकायत के निवारण के लिए कक्ष
24.	अनुदेश दिनांक 18.04.2022	प्रगति संबंधी संशोधित अनुदेश
25.	आईआरडीएआई/सीएडी/सीआईआर/विविध/105 /05/2022 दिनांक 26.05.2022	लोकपाल नियमों के अनुसार अधिनिर्णयों के निपटान की समय-सीमाओं का पालन
26.	आईआरडीएआई/आईएनटी/सीआईआर/डीजीएलके-आर/030102/2021	डिजीलाकर के माध्यम से बीमा कंपनियों द्वारा डिजिटल बीमा पालिसियों का निर्गम
27.	आईआरडीएआई/जीवन/विविध/सीआईआर/116 /05/2020	निर्गम-पूर्व सत्यापन काल (पीआईवीसी) संबंधी परिपत्र
28.	एलसी/एसपी/एसआई/वर्शन 1.0	निर्दर्शन – जीवन बीमा व्यवसायः पद्धतियों के मानक
29.	आईआरडीए/एनएल/सीआईआर/विविध/214/ 2016	वैयक्तिक जीवन, गैर-जीवन और सामूहिक गैर-जीवन बीमा संविदाओं के संबंध में दावा सूचना और दस्तावेजों के प्रस्तुतीकरण में विलंब
30.	आईआरडीएआई/जीवन/सीआईआर/विविध/188 /09/2022	ताल्कालिक वार्षिकी उत्पाद

अनुसूची-क- नागरिक चार्टर

(खंड 1.1 देखें)
नागरिक चार्टर (जीवन)
मूलभूत सेवा मानक

क्रम सं.	सेवा	सेवा की मद का विवरण	विनियामक प्रतिवर्तन समय
1	नया व्यवसाय प्रस्ताव प्रसंस्करण	प्रस्ताव पर विचार करने के लिए बीमा प्रस्ताव का प्रसंस्करण और अतिरिक्त आवश्यकताओं की अपेक्षा	7 दिन
		प्रस्ताव की प्राप्ति की तारीख से या अतिरिक्त आवश्यकता की प्राप्ति की तारीख से, जो भी बाद में हो, प्रस्ताव पर निर्णय	
		प्रस्ताव फार्म के साथ पालिसी की प्रति देना	
2	पालिसी निर्गम के बाद सेवा का अनुरोध	पालिसी निर्गम के बाद पालिसी दस्तावेज में त्रुटियों / सुधारों संबंधी सेवा के अनुरोध	7 दिन
3	निःशुल्क अवलोकन निरसन	अनुरोध की प्राप्ति की तारीख से निःशुल्क अवलोकन निरसन और वापसी	
4	पालिसी सर्विसिंग (विनिर्दिष्ट सेवा के लिए अनुरोध की प्राप्ति की तारीख से)	पते में परिवर्तन (केवाईसी मानदंडों का अनुपालन किया जाए)	
		पंजीकरण/नामांकन का परिवर्तन, समनुदेशन	
		सामूहिक पालिसी के मामले में नये सदस्य का समावेश	
		मूल पालिसी की शर्तों में परिवर्तन (जहाँ लागू हो)	
		पालिसी ऋण	
		यूनिट/सूचकांक सहबद्ध बीमा पालिसी – स्विच, टाप-अप, और अन्य संबंधित सेवाएँ।	
		सभी आवश्यकताओं की प्राप्ति के बाद पालिसी के पुनःप्रवर्तन संबंधी निर्णय।	
		प्रीमियम भुगतान प्रमाणपत्रों (पीपीसी) का निर्गम	
4		पालिसी की अनुलिपि (ड्रॉप्लिकेट) का निर्गम	7 दिन
5	मृत्यु दावे	मृत्यु दावों के निपटान (जहाँ जाँच की आवश्यकता न हो)	15 दिन
		समयपूर्व मृत्यु के दावे जहाँ जाँच की आवश्यकता हो – निर्णय और भुगतान	45 दिन
6	उत्तरजीविता, परिपक्ता, वार्षिकी भुगतान	परिपक्ता दावों का निपटान	नियत तारीख को
		उत्तरजीविता लाभों का निपटान	
		वार्षिकी भुगतान / पेंशन भुगतान	
		पालिसी का अभ्यर्पण या आंशिक आहरण	7 दिन
7	बीमाकर्ता द्वारा स्वतः कार्रवाई	देय प्रीमियम की सूचना	नियत तारीख से एक महीना पहले
		पालिसी भुगतानों की सूचना (उत्तरजीविता लाभ, परिपक्ता लाभ, आदि)	

		शिकायतकर्ता को प्राप्ति-सूचना	तत्काल
		शिकायत पर कार्रवाई और शिकायतकर्ता को निर्णय की सूचना	14 दिन
8	शिकायतें	यदि शिकायत का समाधान बीमाकर्ता द्वारा नहीं किया गया है, तो बीमा लोकपाल / उपभोक्ता अदालत में शिकायत दर्ज कराने सहित विकल्पों का विवरण पालिसीधारक को सूचित करना	शिकायत की प्राप्ति की मूल तारीख से 14 दिन।*

*(पालिसीधारक बीमा लोकपाल से संपर्क कर सकता है यदि उसकी शिकायत का समाधान 30 दिन के अंदर नहीं किया जाता अथवा कंपनी का निर्णय पालिसीधारक को स्वीकार्य नहीं है।)

नागरिक चार्टर (सामान्य) मूलभूत सेवा मानक

क्रम सं.	सेवा	सेवा की मद का विवरण	विनियामक प्रतिवर्तन समय

1	नया व्यवसाय प्रस्ताव प्रसंस्करण	प्रस्ताव पर विचार करने के लिए बीमा प्रस्ताव का प्रसंस्करण और अतिरिक्त आवश्यकताओं की अपेक्षा	7 दिन 7 दिन
		प्रस्ताव की प्राप्ति की तारीख से या अतिरिक्त आवश्यकता की प्राप्ति की तारीख से, जो भी बाद में हो, प्रस्ताव पर निर्णय	
		प्रस्ताव फार्म के साथ पालिसी की प्रति देना	15 दिन
2	पालिसी के निर्गम के बाद सेवा के लिए अनुरोध	पालिसी निर्गम के बाद पालिसी दस्तावेज में त्रुटियों / सुधारों संबंधी सेवा के अनुरोध	
3	पालिसी सर्विसिंग (विनिर्दिष्ट सेवा के लिए अनुरोध की प्राप्ति की तारीख से)	पते में परिवर्तन (केवाईसी मानदंडों का अनुपालन किया जाए)	7 दिन
		पंजीकरण/नामांकन में परिवर्तन, समनुदेशन।	
		मूल पालिसी की शर्तों में परिवर्तन (जहाँ लागू हो)	
		जोखिम के स्थान का परिवर्तन	
		सामूहिक पालिसियों के मामले में नये सदस्य का समावेश	
		दावे संबंधी को छोड़कर कोई अन्य परिवर्तन	
		पालिसी का निरसन और प्रीमियम की वापसी	
		सर्वेक्षकों की नियुक्ति (तकनीकी आधारित समाधान के माध्यम से)	24 घंटे
4	दावे	बीमाकर्ता का अनुरोध प्राप्त होने के बाद अंतिम रिपोर्ट का प्रस्तुतीकरण	15 दिन
		दावे की स्वीकृति या अस्वीकृति की सूचना देना	7 दिन
5	बीमाकर्ता के द्वारा स्वतः कार्रवाई	देय प्रीमियम की सूचना	नियत तारीख से एक महीना पहले
6	शिकायतें	शिकायतकर्ता को प्राप्ति-सूचना	तत्काल
		शिकायत पर कार्रवाई और शिकायतकर्ता को निर्णय की सूचना	14 दिन
		यदि शिकायत का समाधान बीमाकर्ता के द्वारा नहीं किया गया है, तो बीमा लोकपाल/ उपभोक्ता अदालत के पास शिकायत दर्ज कराने सहित विकल्पों के विवरण की सूचना पालिसीधारक को देना	शिकायत की प्राप्ति की मूल तारीख से 14 दिन*

*(पालिसीधारक बीमा लोकपाल से संपर्क कर सकता है यदि उसकी शिकायत का समाधान 30 दिन के अंदर नहीं किया जाता अथवा कंपनी का निर्णय पालिसीधारक को स्वीकार्य नहीं है।)

पालिसीधारक से प्रत्याशा -

1. लिखित में दावों की तत्काल सूचना।
2. अवशिष्ट (सैल्वेज) का परिरक्षण।

3. पुलिस प्राधिकारियों के पास प्रथम सूचना रिपोर्ट की फाइलिंग
4. अग्नि की स्थिति में, चोरी और दुर्घटनावश मृत्यु के दावे
5. मरीन दावों के मामले में कैरियरों के साथ दावे फाइल करने के द्वारा पुनःप्राप्ति अधिकारों का परिरक्षण
6. फायर ब्रिगेड को सूचित करना और फायर ब्रिगेड रिपोर्ट प्राप्त करना।
7. कंपनी के सत्यापन के लिए सभी अभिलेखों का परिरक्षण करना।

टिप्पणी: दावों के लिए अपेक्षित अन्य संबंधित दस्तावेजों के संबंध में विस्तृत सूचना के लिए पालिसी दस्तावेज और/या उनकी वेबसाइट में उपलब्ध दावा प्रक्रिया मैनुअल देखे जा सकते हैं।

**नागरिक चार्टर (स्वास्थ्य)
मूलभूत सेवा मानक**

क्रम सं.	सेवा	सेवा की मद का विवरण	विनियामक प्रतिवर्तन समय

1	नया व्यवसाय प्रस्ताव प्रसंस्करण	प्रस्ताव पर विचार करने के लिए बीमा प्रस्ताव का प्रसंस्करण और अतिरिक्त आवश्यकताओं की अपेक्षा	7 दिन
		प्रस्ताव की प्राप्ति की तारीख से या अतिरिक्त आवश्यकता की प्राप्ति की तारीख से, जो भी बाद में हो, प्रस्ताव पर निर्णय	
		प्रस्ताव फार्म के साथ पालिसी की प्रति देना	15 दिन
		निःशुल्क अवलोकन निरसन और अनुरोध की प्राप्ति की तारीख से जमाराशि की वापसी	7 दिन
2	पालिसी के निर्गम के बाद सेवा के लिए अनुरोध	पालिसी निर्गम के बाद पालिसी दस्तावेज में त्रुटियों / सुधारों संबंधी सेवा के अनुरोध	7 दिन
3	पालिसी सर्विसिंग (विनिर्दिष्ट सेवा के अनुरोध की प्राप्ति की तारीख से)	पते में परिवर्तन (केवाईसी मानदंडों का अनुपालन किया जाए)	7 दिन
		नामांकन, समनुदेशन का पंजीकरण/परिवर्तन	
		मूल पालिसी शर्तों में परिवर्तन (जहाँ लागू हो)	
		पालिसी की अनुलिपि (डॉप्लिकेट) का निर्गम	
		सामूहिक पालिसियों के मामले में नये सदस्य का समावेश	
		दावा-संबंधी से इतर कोई अन्य परिवर्तन	
		पालिसी का निरसन और प्रीमियम की वापसी	
4	दावे	अस्पताल के प्रति टीपीए/कंपनी द्वारा नकदीरहित दावों की स्वीकृति और उनको सूचित करना	1 घंटा
		टीपीए का दस्तावेज की प्रस्तुति के बाद बीमाकर्ता/अस्पताल को निपटान का प्रस्ताव	3 घंटे
		दावों का निपटान (नकदीरहित को छोड़कर अन्य)	15 दिन
5	बीमाकर्ता द्वारा स्वतः कार्रवाई	देय प्रीमियम की सूचना	नियत तारीख से एक महीना पहले
6	शिकायतें	शिकायतकर्ता को प्राप्ति-सूचना	तत्काल
		शिकायत पर कार्रवाई और शिकायतकर्ता को निर्णय की सूचना	14 दिन
		यदि बीमाकर्ता के द्वारा शिकायत का समाधान नहीं किया जाता, तो बीमा लोकपाल/उपभोक्ता अदालत को शिकायत ले जाने सहित विकल्पों के विवरण की सूचना पालिसीधारक को देना	शिकायत की प्राप्ति की मूल तारीख से 14 दिन।*

*(पालिसीधारक बीमा लोकपाल से संपर्क कर सकता है यदि उसकी शिकायत का समाधान 30 दिन के अंदर नहीं किया जाता अथवा कंपनी का निर्णय पालिसीधारक को स्वीकार्य नहीं है।)

अनुसूची ख

पालिसी दस्तावेजों का फार्म और पद्धति तथा लाभ निर्दर्शन
(खंड 4.1 देखें)

1. सभी बीमाकर्ता प्रत्येक उत्पाद अथवा उत्पादों के संयोजन की अपेक्षाओं के अनुसार लाभ निर्दर्शन उपलब्ध कराएँगे तथा यदि अपेक्षित हो तो संभावित ग्राहक की अपेक्षाओं के अनुसार उसे आवश्यकतानुरूप बनाया जाए।
2. बीमाकर्ता अपनी वेबसाइटों पर आवश्यकतानुरूप बनाये गये लाभ निर्दर्शन को भी निर्धारित फार्मेट में उपलब्ध कराएँगे जिससे कवरेज के लिए विकल्प देते समय अंतर की पहचान करने के लिए ग्राहकों को समर्थ बनाया जा सके।
3. प्रत्येक बीमाकर्ता, जैसा लागू हो, निम्नलिखित उत्पादों को छोड़कर, सभी उत्पादों के लिए विक्रय स्थान पर संभावित ग्राहकों या पालिसीधारकों को लाभ निर्दर्शन उपलब्ध कराएँगे:
 - क. नियमित प्रीमियम विशुद्ध अवधि उत्पाद
 - ख. नियमित प्रीमियम विशुद्ध स्वास्थ्य उत्पाद
 - ग. सामूहिक अवधि उत्पाद
 - घ. सामूहिक ऋण जीवन उत्पाद
 - ड. सामूहिक निधि आधारित उत्पाद
4. संबद्ध उत्पादों के लिए निवल प्रतिफल का परिकलन बीमाकर्ताओं की सूचना के लिए उदाहरण स्वरूप दिया गया है।
5. उक्त निर्दर्शन सुस्पष्ट और उचित होंगे जिससे एक प्रामाणिक निर्णय लेने में ग्राहक को समर्थ बनाया जा सके। वे स्पष्ट रूप से गारंटीकृत और गैर-गारंटीकृत लाभों के बीच अंतर को पहचानें तथा बताएँ कि गैर-गारंटीकृत श्रेणी के संबंध में लाभों की मात्रा भिन्न रो सकती है।
6. बीमाकर्ता वार्षिक बीमांकिक मूल्यांकन के दौरान लाभ निर्दर्शनों में प्रयुक्त पूर्वानुमानों की समीक्षा करेंगे तथा जहाँ भी अपेक्षित हो वहाँ लाभ निर्दर्शनों में संशोधन करें।
7. उन जीवन बीमा उत्पादों को छोड़कर जहाँ सभी लाभों का आश्वासन संविदा के प्रारंभ में समग्र राशियों में दिया जाता है, सभी अन्य जीवन बीमा उत्पाद संभावित पालिसीधारक को प्राधिकरण द्वारा निर्धारित रूप में सकल निवेश प्रतिलाभों पर गारंटीकृत और गैर-गारंटीकृत लाभों का निर्दर्शन देते हुए विक्रय स्थान पर एक आवश्यकतानुरूप बनाया गया लाभ निर्दर्शन उपलब्ध कराएँगे। ब्याज दरों के उतार-चढ़ाव के गतिशील स्वरूप को ध्यान में रखते हुए, ऐसे सकल निवेश प्रतिलाभ वर्तमान में वार्षिकी उत्पादों को छोड़कर अन्य के लिए 4% प्रति वर्ष और 8% प्रति वर्ष के रूप में निर्धारित किये गये हैं।
8. लाभ निर्दर्शन विक्रय साहित्य का भाग होगा तथा यह विक्रय को अंतिम रूप देने से पहले विक्रय साहित्य के साथ संभावित पालिसीधारक को दिया जाएगा।
9. लाभ निर्दर्शन (बीआई) का फार्मेट निम्नानुसार दिया गया है:
 - 9.1 अनुबंध 1: बीआई संबद्ध जीवन बीमा उत्पादों के लिए
 - 9.2 अनुबंध 2: बीआई संबद्ध पेंशन उत्पादों के लिए
 - 9.3 अनुबंध 3: पेंशन उत्पादों के लिए वार्षिक प्रकटीकरण
 - 9.4 अनुबंध 4: बीआई असंबद्ध सहभागी जीवन बीमा उत्पादों के लिए
 - 9.5 अनुबंध 5: बीआई असंबद्ध सहभागी पेंशन उत्पादों के लिए
 - 9.6 अनुबंध 6: बीआई असंबद्ध लाभरहित जीवन बीमा उत्पादों के लिए
 - 9.7 अनुबंध 7: बीआई असंबद्ध लाभरहित पेंशन उत्पादों के लिए

- 9.8 अनुबंध 8: बीआई असंबद्ध लाभरहित वार्षिकी उत्पादों के लिए
- 9.9 अनुबंध 9: संबद्ध जीवन बीमा उत्पादों के लिए प्रतिलाभ (आरआईवाई) की कमी के लिए निर्दर्शन।

अनुबंध 1 : संबद्ध बीमा उत्पादों के लिए लाभ निर्दर्शन (बीआई) – जीवन

प्रस्ताव सं.

संभावित ग्राहक/पालिसीधारक का नाम: आयुः बीमाकृत जीवन का नाम: आयुः बीमाकृत राशि: पालिसी अवधि & प्रीमियम भुगतान अवधि: किस्त प्रीमियम की राशि प्रीमियम के भुगतान की पद्धति	उत्पाद का नाम: टैग लाइनः विशिष्ट पहचान संख्या (यूआईएन) जीएसटी दरः विकल्प दी गई निवेश कार्यनीति विकल्प दी गई निधियाँ उनके जोखिम स्तर सहित (ग्राहक विशिष्ट निधि विकल्प विनिर्दिष्ट करें)
---	--

इस लाभ निर्दर्शन को कैसे पढ़ा और समझा जाए?

इस लाभ निर्दर्शन का उद्देश्य यह दर्शाना है कि किन प्रभारों की कटौती आपके प्रीमियमों से की जाती है और कैसे प्रभारों और करों को घटाकर यूनिट निधि पालिसी अवधि के वर्षों में बढ़ सकती है यदि निधि 8% प्रति वर्ष या 4% प्रति वर्ष का सकल प्रतिलाभ अर्जित करती है। ये दरें अर्थात् 8% प्रति वर्ष और 4% प्रति वर्ष केवल लाभों की उपलब्धता का उदाहरण देने के प्रयोजन के लिए ही अनुमानित हैं यदि प्रतिलाभ इस स्तर पर हैं। इसका अर्थ यह नहीं लगाना चाहिए कि उक्त योजना के अंतर्गत प्रतिलाभ 8% प्रति वर्ष अथवा 4% प्रति वर्ष होनेवाले हैं।

उल्लिखित निवल प्रतिफल सभी प्रभारों को घटाकर 8% प्रति वर्ष के सकल निवेश प्रतिलाभ के अनुरूप है, परंतु मृत्यु दर, अस्वस्थता प्रभार, अतिरिक्त जोखिम-अंकन, यदि कोई हो, गारंटी प्रभार और राइडरों की लागत पर विचार नहीं करता, यदि यूनिटों के निरसन द्वारा इनकी कटौती की जाती है। यह निवल प्रतिफल पर प्रभारों और करों का प्रभाव दर्शाता है। ध्यान रखें कि मृत्यु प्रभार प्रति हजार बीमाकृत राशि सामान्य रूप से आयु के साथ बढ़ जाते हैं।

वास्तविक प्रतिलाभ चुनी गई निधि के कार्यनिष्पादन, मृत्युदर, अस्वस्थता दर, अतिरिक्त जोखिम-अंकन, राइडरों की लागत आदि के आधार पर भिन्न हो सकते हैं। इस पालिसी में निवेश जोखिम पालिसीधारक के द्वारा वहन किया जाता है, अतः निबंधनों और शर्तों के अधिक विवरण के लिए विक्रय साहित्य को सावधानीपूर्वक पढ़ें।

इस विवरण का भाग क पालिसी के अंतर्गत कटौती किये गये वर्षानुवर्ष प्रभारों, प्रतिलाभ की दो पूर्वानुमानित दरों पर निधि मूल्य, अभ्यर्णण मूल्य और मृत्यु पर देय लाभ के सारांश की वृष्टि प्रस्तुत करता है। इस विवरण का भाग ख प्रभारों और अन्य मूल्यों का विस्तृत विश्लेषित विवरण प्रस्तुत करता है।

भाग क

(राशि रूपयों में)

पालिसी वर्ष	वार्षिकीकृत प्रीमियम	4% प्रति वर्ष पर सकल निवेश प्रतिलाभ						8% प्रति वर्ष पर सकल निवेश प्रतिलाभ					
		मृत्यु अस्वस्थता प्रभार	अन्य प्रभार*	जी एसटी	वर्ष के अंत में निधि	अभ्यर्पण मूल्य	मृत्यु पर देय लाभ	मृत्यु अस्वस्थता प्रभार	अन्य प्रभार*	जी एस टी	वर्ष के अंत में निधि	अभ्यर्पण मूल्य	मृत्यु पर देय लाभ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

*विवरण के लिए भाग ख देखें।

इस पालिसी में, निवेश जोखिम पालिसीधारक द्वारा वहन किया जाता है तथा उपर्युक्त ब्याज दरें केवल निदर्शी प्रयोजन के लिए हैं।

मैं, (नाम) ने, संभावित ग्राहक/पालिसीधारक को पालिसी के अंतर्गत प्रीमियम, प्रभार और लाभ पूर्णतः स्पष्ट किये हैं।

स्थान:

दिनांक: बीमाकर्ता के एजेंट/मध्यवर्ती/अधिकारी के हस्ताक्षर

मैं,(नाम) ने, उपर्युक्त के संबंध में सूचना प्राप्त करने के बाद, संविदा करने से पहले उपर्युक्त विवरण को समझ लिया है।

दिनांक: संभावित ग्राहक / पालिसीधारक के हस्ताक्षर

भाग ख							सकल प्रतिलाभ	8% प्रति वर्ष	निवल प्रतिफल		राशि रूपयों में			
पालिसी वर्ष	वार्षकीकृत प्रीमियम (एपी)	प्रीमियम आबंटन प्रभार	वार्षिकीकृत प्रीमियम — प्रीमियम आबंटन प्रभार प्रभार	मृत्यु प्रभार, अस्वस्थता प्रभार	जीएसटी	पालिसी प्रबंध प्रभार	गारंटी प्रभार	अन्य प्रभार*	उक्त निधि में परिवर्धन'	एफएमसी के पहले निधि	एफएम सी	वर्ष के अंत में निधि	अभ्यर्पण निधि	मृत्यु पर देय लाभ
पालिसी वर्ष							सकल प्रतिलाभ	4% प्रति वर्ष	राशि रूपयों में					
वार्षिकीकृत प्रीमियम (एपी)	प्रीमियम आबंटन प्रभार (पीएसी)	वार्षिक वार्षिकीकृत प्रीमियम — प्रीमियम आबंटन प्रभार	मृत्यु प्रभार, अस्वस्थता प्रभार	जीएसटी	पालिसी प्रबंध प्रभार	गारंटी प्रभार	अन्य प्रभार*	उक्त निधि में परिवर्धन*	एफएमसी के पहले निधि	एफएमसी	वर्ष के अंत में निधि	अभ्यर्पण मूल्य	मृत्यु पर देय लाभ	

*विवरण, यदि कोई हो, विनिर्दिष्ट करें।

टिप्पणियाँ:

1. इस निर्दर्शन में प्रयुक्त शब्दों के स्पष्टीकरण के लिए विक्रिय साहित्य देखें।
2. निधि प्रबंध प्रभार चुने गये विशिष्ट निधि विकल्प(विकल्पों) के आधार पर है
3. यदि राइडर प्रभार स्पष्ट रूप से राइडर प्रीमियम की वस्तु के द्वारा प्राप्त किये गये हैं तथा यूनिटों के निरसन के द्वारा नहीं, तो, ऐसे प्रभारों पर इस निर्दर्शन में विचार नहीं किया गया है। अन्य मामलों में, राइडर प्रभार अन्य प्रभारों में शामिल किये गये हैं।

मैं, (नाम) ने, पालिसी के अंतर्गत प्रीमियम, प्रभार और लाभ संभावित ग्राहक/पालिसीधारक रो पूर्णतः स्पष्ट किये हैं।	मैं, (नाम) ने, उपर्युक्त के संबंध में सुचना प्राप्त करने के बाद, संविदा करने से पहले उपर्युक्त विवरण को समझ लिया है।
स्थान और दिनांक: बीमाकर्ता के एजेंट/मध्यवर्ती/अधिकारी के हस्ताक्षर	दिनांक: संभावित ग्राहक / पालिसीधारक के हस्ताक्षर

अनुबंध 2 : संबद्ध बीमा उत्पादों के लिए लाभ निर्दर्शन (बीआई) – पेंशन

प्रस्ताव सं.

<p>उत्पाद का नाम: टैग लाइनः विशिष्ट पहचान संख्या: जीएसटी दरः विकल्प दी गई निवेश की कार्यनीति: उनके जोखिम स्तर सहित विकल्प दी गई निधियाँ: (प्राहक विशिष्ट निधि विकल्प को विनिर्दिष्ट करें) निहित करने की आयुः</p>	<p>संभावित ग्राहक/पालिसीधारक का नामः आयुः बीमाकृत जीवन का नामः आयुः बीमाकृत राशि: पालिसी अवधि और & प्रीमियम भुगतान की अवधि: किस्त प्रीमियम की राशि: प्रीमियम के भुगतान की पद्धति:</p>
--	---

इस लाभ निर्दर्शन को कैसे पढ़ना और समझना चाहिए?

इस लाभ निर्दर्शन का उद्देश्य यह दर्शाना है कि आपके प्रीमियमों से किन प्रभारों की कटौती की जाती है तथा प्रभारों और करों को घटाकर यूनिट निधि पालिसी अवधि के वर्षों में कैसे बढ़ सकती है यदि उक्त निधि 8% प्रति वर्ष या 4% प्रति वर्ष का सकल प्रतिलाभ अर्जित करती है। ये दरें अर्थात् 8% प्रति वर्ष और 4% प्रति वर्ष का अनुमान केवल लाभों की उपलब्धता को दर्शाने के प्रयोजन के लिए ही किया गया है यदि प्रतिलाभ इस स्तर पर पर है। इसका अर्थ यह नहीं लगाया जाना चाहिए कि उक्त योजना के अंतर्गत प्रतिलाभ 8% प्रति वर्ष या 4% प्रति वर्ष होनेवाले हैं।

उल्लिखित निवल प्रतिफल सभी प्रभारों को घटाकर 8% प्रति वर्ष के सकल निवेश प्रतिलाभ के अनुरूप होता है, परंतु यह मृत्यु, अस्वस्थता प्रभारों, अतिरिक्त जोखिम-अंकन, यदि कोई हो, गारंटी प्रभारों और राइडरों की लागत पर विचार नहीं करता, यदि यूनिटों के निरसन द्वारा इसकी कटौती की जाती है। यह निवल प्रतिफल पर प्रभारों और करों के प्रभाव को दर्शाता है। ध्यान रखें कि सामान्य रूप से मृत्यु दर प्रभार प्रति हजार बीमाकृत राशि, आयु के साथ बढ़ जाती है।

वास्तविक प्रतिलाभ चुनी गई निधि के कार्यनिष्ठादन, मृत्यु-दर व अस्वस्थता-दर के प्रति प्रभार, अतिरिक्त जोखिम-अंकन, राइडरों की लागत आदि के आधार पर भिन्न हो सकते हैं। इस पालिसी में निवेश जोखिम पालिसीधारक के द्वारा वहन किया जाता है। अतः निबंधनों और शर्तों के अधिक विवरण के लिए विक्रय साहित्य को सावधानीपूर्वक पढ़ें।

इस विवरण का भाग क उक्त पालिसी के अंतर्गत कटौती किये गये वर्षानुवर्ष प्रभारों के सारांश का चित्र, निधि मूल्य, अभ्यर्पण मूल्य, तथा मृत्यु पर देय लाभ, प्रतिलाभ की दो पूर्वानुमानित दरों पर प्रस्तुत करता है। इस विवरण का भाग ख प्रभारों और अन्य मूल्यों का विस्तृत विश्लेषित ब्योरा प्रस्तुत करता है।

भाग क

(राशि रूपयों में)

पालिसी वर्ष	वार्षिकीकृत प्रीमियम	4% प्रति वर्ष पर सकल निवेश प्रतिलाभ						8% प्रति वर्ष पर सकल निवेश प्रतिलाभ					
		मृत्यु-दर, अस्वस्थता प्रभार	अन्य प्रभार*	जीएसटी	वर्ष के अंत में निधि	अभ्यर्पण मूल्य	मृत्यु पर देय लाभ	मृत्यु-दर, अस्वस्थता प्रभार	अन्य प्रभार*	जीएसटी	वर्ष के अंत में निधि	अभ्यर्पण मूल्य	मृत्यु पर देय लाभ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

* विवरण के लिए भाग ख देखें।

चयनित वार्षिकी विकल्प (निहित करने से पहले उक्त विकल्प का परिवर्तन किसी भी समय किया जा सकता है)					
निहित करते समय निधि मूल्य (एफवी)			देय वार्षिकी प्रति वर्ष		
4% प्रति वर्ष पर संचित . (रु.)	8% प्रति वर्ष पर संचित. (रु.)	न्यूनतम आश्वासित लाभ यदि कोई हो (रु.)	4% प्रति वर्ष पर संचित एफवी के आधार पर (रु..)	8% प्रति वर्ष पर संचित एफवी के आधार पर (रु.)	न्यूनतम आश्वासित लाभ, यदि कोई हो, के आधार पर (रु.)
		प्रदत्त प्रीमियमों पर प्रतिलाभ की न्यूनतम दर (% प्रति वर्ष)			

ऊपर दिखाये गये मूल्य केवल निर्दर्शन के प्रयोजन के लिए ही हैं। वास्तविक वार्षिकी राशि निहित करने के समय प्रचलित वार्षिकी दरों पर आधारित है। 8% प्रति वर्ष और 4% प्रति वर्ष के अनुमानित निवेश प्रतिलाभों पर आधारित वार्षिकी की राशियाँ उन राशियों की उच्चतर या निम्नतर सीमाएँ नहीं हैं जो आप वापस प्राप्त कर सकते हैं। जोखिम कारकों, निबंधनों और शर्तों संबंधी अधिक विवरण के लिए विक्रय ब्रोशर सावधानीपूर्वक पढ़ें।

*संराशीकरण (कम्प्युटेशन) के बिना

इस पालिसी में, निवेश जोखिम पालिसीधारक द्वारा वहन किया जाएगा तथा उपर्युक्त ब्यज दरें केवल निदर्शन के प्रयोजन के लिए ही हैं।

भाग ख

								सकल प्रतिफल	8% प्रति वर्ष	निवल प्रतिफल	राशि रूपयों में			
पालिसी वर्ष	वार्षिकीकृत प्रीमियम (एपी)	प्रीमियम आबंटन प्रभार (पीएसी)	वार्षिकीकृत प्रीमियम - प्रीमियम आबंटन प्रभार	मृत्यु-दर प्रभार, अस्वस्थता दर प्रभार	जीएसटी	पालिसी प्रबंध प्रभार	गारंटी प्रभार	अन्य प्रभार*	निधि में परिवर्धन"	एफएमसी के पहले निधि	एफएम सी	वर्ष के अंत में निधि	अभ्यर्पण मूल्य	मृत्यु पर देय लाभ

								सकल प्रतिफल	4% प्रति वर्ष	राशि रूपयों में				
पालिसी वर्ष	वार्षिकीकृत प्रीमियम (एपी)	प्रीमियम आबंटन प्रभार (पीएसी)	वार्षिकीकृत प्रीमियम - प्रीमियम आबंटन प्रभार	मृत्यु-दर प्रभार, अस्वस्थता-दर प्रभार	जीएसटी	पालिसी प्रबंध प्रभार	गारंटी प्रभार	अन्य प्रभार*	निधि में परिवर्धन*	एफएमसी के पहले निधि	एफएम सी	वर्ष के अंत में निधि	अभ्यर्पण मूल्य	मृत्यु पर देय लाभ

*विवरण, यदि कोई हो, विनिर्दिष्ट करें।

टिप्पणियाँ : 1. इस निदर्शन में प्रयुक्त शब्दों के स्पष्टीकरण के लिए विक्रिय साहित्य देखें।

2. निधि प्रबंध प्रभार विशिष्ट निधि चयनित विकल्प(विकल्पों) पर आधारित है।

3. यदि राइडर प्रभारों की वसूली स्पष्ट रूप से राइडर प्रीमियम के संग्रहण के द्वारा की जाती है और यूनिटों के निरसन के द्वारा नहीं, तो ऐसे प्रभारों पर इस निदर्शन में विचार नहीं किया जाएगा। अन्य मामलों में, राइडर प्रभार अन्य प्रभारों में शामिल किये जाते हैं।

मैं, (नाम), ने संभावित ग्राहक /पालिसीधारक को पालिसी के अंतर्गत प्रीमियम, प्रभार और लाभ स्पष्ट किये हैं।

स्थान व दिनांक:

मैं, (नाम)ने, उपर्युक्त के संबंध में सूचना प्राप्त करने के बाद, संविदा करने से पहले उपर्युक्त विवरण पढ़ लिया है।

बीमाकर्ता के एजेंट/मध्यवर्ती/अधिकारी के हस्ताक्षर

दिनांक:

संभावित ग्राहक/पालिसीधारक के हस्ताक्षर

**अनुबंध 3 : पेंशन उत्पादों के लिए वार्षिक प्रकटीकरण
(संबद्ध और असंबद्ध के लिए)**

पालिसी संख्या:	
प्रारंभ की तारीख:	

पालिसीधारक का नाम: आयुः बीमाकृत राशि: पालिसी अवधि व प्रीमियम भुगतान अवधि: किस्त प्रीमियम की राशि: प्रीमियम के भुगतान की पद्धति: निहित करने की आयुः	उत्पाद का नाम: विशिष्ट पहचान संख्या (यूआईएन) :
--	---

बीमाकृत लाभ*	प्रचलित वार्षिकी दरों के आधार पर देय वार्षिकी प्रति वर्ष:
प्रदत्त प्रीमियमों पर प्रतिलाभ की न्यूनतम दर (% प्रति वर्ष)	चयनित वार्षिकी विकल्प (यह विकल्प निहित करने से पहले कभी भी परिवर्तित किया जा सकता है)
निहित करने पर समग्र राशि रु.	अनुमानित संराशीकरण प्रतिशत

राशि रु. में

पालिसी वर्ष	उपलब्ध / संचित राशि संराशीकरण के लिए वार्षिकीकरण के लिए	प्रचलित वार्षिकी दरों के आधार पर वार्षिकी की राशि	निम्नलिखित के आधार पर अनुमानित संचित राशि	निम्नलिखित के आधार पर अनुमानित वार्षिकी की राशि
			4% प्रति वर्ष	8% प्रति वर्ष
चालू वर्ष				
निहित करने का वर्ष				

*असंबद्ध उत्पादों के लिए अनिवार्य। संबद्ध उत्पादों के लिए, अनुमोदित शर्तों के अनुसार।

टिप्पणियाँ: उपर्युक्त मूल्य केवल निर्दर्शन के प्रयोजन के लिए हैं। प्राप्य वास्तविक वार्षिकी राशि निहित करने के साथ प्रचलित वार्षिकी दरों पर आधारित है। 8% प्रति वर्ष और 4% प्रति वर्ष के अनुमानित निवेश प्रतिलाभ उस राशि की उच्चतर या निम्नतर सीमाएँ नहीं हैं जो आप वापस प्राप्त कर सकते हैं।

स्थान:	बीमाकर्ता के प्राधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर
दिनांक:	
कंपनी की मुहर:	

**अनुबंध 4 : असंबद्ध सममूल्य उत्पाद - जीवन के लिए लाभ
निर्दर्शन (बीआई)**

प्रस्ताव सं. .

संभावित ग्राहक/पालिसीधारक का नाम:	
आयु:	
बीमाकृत जीवन का नाम:	
आयु:	
पालिसी अवधि:	
प्रीमियम भुगतान अवधि:	
किस्त प्रीमियम की राशि:	
प्रीमियम के भुगतान की पद्धति:	

उत्पाद का नाम:	
टैग लाइन:	
विशिष्ट पहचान संख्या:	
जीएसटी दर:	

इस लाभ निर्दर्शन को कैसे पढ़ना और समझना चाहिए?

इस लाभ निर्दर्शन का उद्देश्य पालिसी के अंतर्गत वर्ष-वार देय प्रीमियम और लाभ, दो अनुमानित ब्याज-दरों, अर्थात् 8% प्रति वर्ष और 4% प्रति वर्ष पर दर्शना है।

कुछ लाभ गारंटीकृत हैं तथा कुछ लाभ जीवन बीमा व्यवसाय करनेवाले आपके बीमाकर्ता के भावी कार्यनिष्पादन पर आधारित प्रतिफलों के साथ परिवर्ती हैं।

यदि आपकी पालिसी गारंटीकृत लाभ देती है, तो इन्हें इस पृष्ठ पर निर्दर्शन सारणी में 'गारंटीकृत' के रूप में स्पष्ट रूप से चिह्नित किया जाएगा। यदि आपकी पालिसी परिवर्ती लाभ देती है, तो इस पृष्ठ पर निर्दर्शन 8% प्रति वर्ष और 4% प्रति वर्ष की दो विभिन्न दरों के भावी निवेश प्रतिलाभ दर्शयेगा। प्रतिलाभ की ये अनुमानित दरें गारंटीकृत नहीं हैं तथा आप जो वापस प्राप्त कर सकते हैं उसकी वे उच्चतर या निम्नतर सीमाएँ नहीं हैं, क्योंकि आपकी पालिसी का मूल्य भावी निवेश कार्यनिष्पादन सहित अनेक कारकों पर निर्भर है।

पालिसी का विवरण		
पालिसी का विकल्प		बीमाकृत राशि रु.
बोनस का प्रकार		मृत्यु पर देय बीमाकृत राशि (पालिसी के प्रारंभ में) रु.

प्रीमियम का सारांश				
		आधार योजना	राइडर	कुल किस्त प्रीमियम
जीएसटी के बिना किस्त प्रीमियम				
प्रथम वर्ष जीएसटी के साथ किस्त प्रीमियम				
दूसरे वर्ष से लेकर आगे जीएसटी के साथ किस्त प्रीमियम				

टिप्पणियाँ: वार्षिकीकृत प्रीमियम में जोखिम-अंकन अतिरिक्त प्रीमियम, प्रीमियमों पर आवृत्ति लोडिंग, राइडरों के लिए प्रदत्त प्रीमियम, यदि कोई हों, तथा वस्तु और सेवा कर शामिल नहीं हैं। इस साहित्य में प्रयुक्त शब्दों के स्पष्टीकरण के लिए विक्रय साहित्य देखें।

पालि सी वर्ष	एकल/ वार्षिकीकृत प्रीमियम	गारंटीकृत लाभ				गैर-गारंटीकृत लाभ @4% प्रति वर्ष पर				गैर-गारंटीकृत लाभ @ 8% प्रति वर्ष पर				गारंटीकृत और गैर-गारंटीकृत लाभों सहित कुल लाभ				
		परिवर्धन/ अन्य गारंटियाँ	उत्तर जीविता लाभ	जीएसवी	मृत्यु पर देय लाभ	परिपक्व ता लाभ	प्रत्यावर्ती बोनस	नकदी बोनस	एस एस वी	अभ्यर्ण लाभ	प्रत्यावर्ती बोनस	नकदी बोनस	एस एस वी	अभ्यर्ण लाभ	4% की दर से अंतिम बोनस, यदि कोई हो, सहित कुल परिपक्व ता लाभ	8% की दर से अंतिम बोनस, यदि कोई हो, सहित कुल परिपक्व ता लाभ	परिपक्वता लाभ	मृत्यु पर देय लाभ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

मैं, (नाम)ने, संभावित ग्राहक/पालिसीधारक को उक्त उत्पाद के अंतर्गत प्रीमियम और लाभ पूर्णतः स्पष्ट किये हैं।

मैं, (नाम)ने, उपर्युक्त के संबंध में सूचना प्राप्त करने के बाद, संविदा करने से पहले उपर्युक्त विवरण को समझ लिया है।

**अनुबंध 5: असंबद्ध सममूल्य उत्पाद के लिए लाभ निर्दर्शन (बीआई) – पेंशन
प्रस्ताव सं.**

संभावित ग्राहक/पालिसीधारक का नाम:		उत्पाद का नाम:	
आयुः		टैग लाइनः	
बीमाकृत जीवन का नामः		विशिष्ट पहचान संख्याः	
आयुः		जीएसटी दरः	
पालिसी अवधि:		निहित करने की आयुः	
प्रीमियम भुगतान अवधि:			
किस्त प्रीमियम की राशि:			
प्रीमियम के भुगतान की पद्धति:			

इस लाभ निर्दर्शन को कैसे पढ़ना और समझना चाहिए?

इस लाभ निर्दर्शन का उद्देश्य पालिसी के अंतर्गत वर्ष-वार देय प्रीमियम और लाभ, दो अनुमानित ब्याज-दरों, अर्थात् 8% प्रति वर्ष और 4% प्रति वर्ष पर दर्शाना है।

कुछ लाभ गारंटीकृत हैं तथा कुछ लाभ जीवन बीमा व्यवसाय करनेवाले आपके बीमाकर्ता के भावी कार्यनिष्ठादन पर आधारित प्रतिफलों के साथ परिवर्ती हैं।

यदि आपकी पालिसी गारंटीकृत लाभ देती है, तो इन्हें इस पृष्ठ पर निर्दर्शन सारणी में 'गारंटीकृत' के रूप में स्पष्ट रूप से चिह्नित किया जाएगा। यदि आपकी पालिसी परिवर्ती लाभ देती है, तो इस पृष्ठ पर निर्दर्शन 8% प्रति वर्ष और 4% प्रति वर्ष की दो विभिन्न दरों के भावी निवेश प्रतिलाभ दर्शायेगा। प्रतिलाभ की ये अनुमानित दरें गारंटीकृत नहीं हैं तथा आप जो वापस प्राप्त कर सकते हैं उसकी वे उच्चतर या निम्नतर सीमाएँ नहीं हैं, क्योंकि आपकी पालिसी का मूल्य भावी निवेश कार्यनिष्ठादन सहित अनेक कारकों पर निर्भर है।

पालिसी का विवरण				
पालिसी विकल्प	बीमाकृत राशि रु.	आधार योजना	राइडर	कुल किस्त प्रीमियम
बोनस का प्रकार	मृत्यु पर देय बीमाकृत राशि (पालिसी के प्रारंभ में) रु.			

प्रीमियम सारांश

जीएसटी के बिना किस्त प्रीमियम	आधार योजना	राइडर	कुल किस्त प्रीमियम
प्रथम वर्ष जीएसटी के साथ किस्त प्रीमियम			
दूसरे वर्ष से लेकर आगे जीएसटी के साथ किस्त प्रीमियम			

पा लि सी वर्ष	एकल / वार्षिकी कृत प्रीमियम	गारंटीकृत लाभ					अगारंटीकृत लाभ @ 4% प्रति वर्ष की दर से				अगारंटीकृत लाभ @ 8% प्रति वर्ष की दर से				गारंटीकृत और अगारंटीकृत लाभों सहित कुल लाभ			
															परिपक्वता लाभ	मृत्यु पर देय लाभ		
		गारंटीकृत परिवर्धन	उत्तरजी विता लाभ	जीएस वी	मृत्यु पर देय लाभ	परि पक्ता लाभ	प्रत्यावर्ती बोनस	नकदी बोनस	एसए सवी	अभ्यर्पण लाभ	प्रत्यावर्ती बोनस	नकदी बोनस	एसए सवी	अभ्यर्पण लाभ	4% की दर पर अंतिम बोनस, यदि कोई हो, सहित कुल परिपक्वता लाभ	8% की दर पर अंतिम बोनस, यदि कोई हो, सहित कुल मृत्फ परिपक्वता लाभ	4% की दर पर अंतिम बोनस, यदि कोई हो, सहित कुल मृत्यु पर देय लाभ	8% की दर पर अंतिम बोनस, यदि कोई हो, सहित कुल मृत्यु पर देय लाभ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

चयनित वार्षिकी विकल्प (निहित करने से पहले इस विकल्प को कभी भी परिवर्तित किया जा सकता है)						
निहित करने पर आगम राशि				*प्रचलित वार्षिकी दरों के आधार पर देय वार्षिकी प्रति वर्ष		
4% प्रति वर्ष की दर पर संचित रु.	8% प्रति वर्ष की दर पर संचित रु.	न्यूनतम आश्वासित राशि	रु.	4% प्रति वर्ष की दर पर संचित एफवी के आधार पर रु.	8% प्रति वर्ष की दर पर संचित एफवी के आधार पर रु.	न्यूनतम आश्वासित लाभ के आधार पर रु.

*संराशीकरण के बिना

टिप्पणी: ऊपर दिखाये गये मूल्य केवल निदर्शन के प्रयोजन के लिए ही हैं। प्राप्य वास्तविक वार्षिकी राशि निहित करने के समय प्रचलित वार्षिकी दरों पर आधारित है। गारंटीकृत मूल्य पालिसी के प्रारंभ में गारंटीकृत न्यूनतम निवेश प्रतिलाभ पर आधारित हैं। जबकि गैर-गारंटीकृत मूल्य 4% प्रति वर्ष और 8% प्रति वर्ष के अनुमानित निवेश प्रतिलाभों पर आधारित हैं, ये उन राशियों की उच्चतर या निम्नतर सीमाएँ नहीं हैं जो आप प्राप्त कर सकते हैं। जोखिम कारकों, निबंधनों और शर्तों संबंधी अधिक विवरण के लिए विक्रय ब्रोशर सावधानीपूर्वक पढ़ें। वार्षिकीकृत प्रीमियम में जोखिम-अंकन अतिरिक्त प्रीमियम, प्रीमियम पर आवृत्ति लोडिंग, राइडरों के लिए भुगतान किया गया प्रीमियम, यदि कोई हो, तथा वस्तु और सेवा कर शामिल नहीं है। इस निदर्शन में प्रयुक्त शब्दों के स्पष्टीकरण के लिए विक्रय साहित्य को देखें।

मैं,..... (नाम), ने संभावित ग्राहक/ पालिसीधारक को उक्त उत्पाद के अंतर्गत विद्यमान प्रीमियम और लाभ पूर्णतः स्पष्ट किये हैं।

स्थान:

दिनांक:

बीमाकर्ता के एजेंट/मध्यवर्ती/अधिकारी के हस्ताक्षर

मैं,..... (नाम)ने, उपर्युक्त के संबंध में सूचना प्राप्त करने के बाद, संविदा करने से पहले उपर्युक्त विवरण को समझ लिया है।

दिनांक:

संभावित ग्राहक/ पालिसीधारक के हस्ताक्षर

अनुबंध 6 : असंबद्ध सममूल्येतर उत्पाद - जीवन के लिए लाभ निर्दर्शन (बीआई)

संभावित ग्राहक/पालिसीधारक का नाम: आयु: बीमाकृत जीवन का नाम: आयु: पालिसी अवधि: प्रीमियम भुगतान अवधि: किस्त प्रीमियम की राशि:	प्रस्ताव सं. : उत्पाद का नाम: टैग लाइन: विशिष्ट पहचान संख्या: जीएसटी दर:
---	--

इस लाभ निर्दर्शन का उद्देश्य पालिसी के अंतर्गत देय वर्ष-वार प्रीमियम और लाभ दर्शाना है।

पालिसी विवरण			
पालिसी विकल्प		बीमाकृत राशि रु.	
		मृत्यु होने पर बीमाकृत राशि (पालिसी के प्रारंभ में) रु.	

प्रीमियम सारांश			
	आधार योजना	राइडर	कुल किस्त प्रीमियम
जीएसटी के बिना किस्त प्रीमियम			
प्रथम वर्ष जीएसटी के साथ किस्त प्रीमियम			
दूसरे वर्ष से लेकर आगे जीएसटी के साथ किस्त प्रीमियम			

पालिसी वर्ष	एकल/वार्षिकीकृत प्रीमियम	गारंटीकृत					अगारंटीकृत	देय अभ्यर्पण मूल्य
		उत्तरजीविता लाभ /निष्ठा परिवर्धन	अन्य लाभ, यदि कोई हों	परिपक्ता लाभ	मृत्यु पर देय लाभ	गारंटीकृत अभ्यर्पण मूल्य (जीएसवी)		

टिप्पणी: वार्षिकीकृत प्रीमियम में जोखिम-अंकन अतिरिक्त प्रीमियम, प्रीमियमों पर आवृत्ति लोडिंग, राइडरों के लिए प्रदत्त प्रीमियम, यदि कोई हों तथा वस्तु और सेवा कर शामिल नहीं हैं।

<p>मैं, (नाम)ने, संभावित ग्राहक/पालिसीधारक को उक्त उत्पाद के अंतर्गत विद्यमान प्रीमियम और लाभ स्पष्ट कर दिये हैं।</p> <p>स्थान:</p> <p>दिनांक:</p> <p>बीमाकर्ता के एजेंट/मध्यवर्ती/अधिकारी के हस्ताक्षर</p>	<p>मैं..... (नाम)ने, उपर्युक्त के संबंध में सूचना प्राप्त करने के बाद, संविदा करने से पहले उपर्युक्त विवरण को समझ लिया है।</p> <p>दिनांक:</p> <p>संभावित ग्राहक/ पालिसीधारक के हस्ताक्षर</p>
---	--

अनुबंध 7: असंबद्ध सममूल्येतर उत्पाद – पेशन के लिए लाभ निर्दर्शन (बीआई)

प्रस्तावित व्यक्ति/पालिसीधारक का नाम: आयुः बीमाकृत जीवन का नाम: आयुः बीमाकृत राशि: पालिसी अवधि: प्रीमियम भुगतान अवधि: किस्त प्रीमियम की राशि:	प्रस्ताव संख्या: उत्पाद का नाम: टैग लाइन: विशिष्ट पहचान संख्या: जीएसटी दर: निहित करने की आयुः
--	--

इस लाभ निर्दर्शन का उद्देश्य उक्त पालिसी के अंतर्गत देय वर्ष-वार प्रीमियम और लाभ दर्शाना है।

पालिसी विवरण			
पालिसी विकल्प		बीमाकृत राशि रु.	
		मृत्यु पर देय बीमाकृत राशि (पालिसी के प्रारंभ पर) रु.	

प्रीमियम का सारांश			
	आधार योजना	राइडर	कुल किस्त प्रीमियम
जीएसटी के बिना किस्त प्रीमियम			
प्रथम वर्ष जीएसटी के साथ किस्त प्रीमियम			
दूसरे वर्ष से लेकर आगे जीएसटी के साथ किस्त प्रीमियम			

			(राशियाँ रुपयों में)
	गारंटीकृत	अगारंटीकृत	

पालिसी वर्ष	एकल/वार्षिकीकृत प्रीमियम	उत्तरजीविता लाभ/निष्ठा परिवर्धन	अन्य लाभ, यदि कोई हों	परिपक्तता लाभ	मृत्यु पर देय लाभ	गारंटीकृत अभ्यर्पण मूल्य	विशेष अभ्यर्पण मूल्य	देय अभ्यर्पण मूल्य
प्रचलित वार्षिकी दरों के आधार पर देय वार्षिकी प्रति वर्ष (रु.) (संराशीकरण के बिना)								
चयनित वार्षिकी विकल्प (निहित करने से पहले विकल्प को किसी भी समय परिवर्तित किया जा सकता है)								

टिप्पणियाँ:

- ऊपर दर्शाये गये मूल्य केवल निर्दर्शन के प्रयोजन के लिए हैं। प्राप्य वास्तविक वार्षिकी राशि निहित करने के समय प्रचलित वार्षिकी दरों पर निर्भर है।
- वार्षिकीकृत प्रीमियम में जोखिम-अंकन अतिरिक्त प्रीमियम, प्रीमियमों पर आवृत्ति लोडिंग, राइडरों के लिए प्रदत्त प्रीमियम, यदि कोई हों, तथा वस्तु और सेवा कर शामिल नहीं है।
- इस निर्दर्शन में प्रयुक्त शब्दों के स्पष्टीकरण के लिए विक्रय साहित्य देखें।

मैं..... (नाम)ने, संभावित ग्राहक/पालिसीधारक को उक्त उत्पाद के अंतर्गत विद्यमान प्रीमियम और लाभ स्पष्ट कर दिये हैं।	मैं..... (नाम)ने, उपर्युक्त के संबंध में सूचना प्राप्त करने के बाद, संविदा करने से पहले उपर्युक्त विवरण को समझ लिया है।
स्थान:	

दिनांक: बीमाकर्ता के एजेंट/मध्यवर्ती/अधिकारी के हस्ताक्षर	दिनांक: संभावित ग्राहक/ पालिसीधारक के हस्ताक्षर
--	--

अनुबंध 8: असंबद्ध सममूल्येतर उत्पाद - वार्षिकी के लिए लाभ निर्दर्शन (बीआई)

प्राथमिक वार्षिकीग्राही का नाम: आयुः द्वितीयक वार्षिकीग्राही का नाम (संयुक्त जीवन वार्षिकी की स्थिति में) : आयुः वार्षिकी (आस्थगित/ताल्कालिक) क्रय कीमतः	प्रस्ताव सं.: उत्पाद का नाम: टैग लाइन: विशिष्ट पहचान सं. (यूआईएन): जीएसटी दरः
---	---

इस लाभ निर्दर्शन का उद्देश्य पालिसी के अंतर्गत विद्यमान देय वर्ष-वार प्रीमियम और लाभ दर्शना है।

पालिसी का विवरण						
वार्षिकी विकल्प (1)	विनिर्दिष्ट अवधि जिसके लिए वार्षिकी निश्चित है (यदि लागू हो) (2)	प्राथमिक वार्षिकीग्राही की मृत्यु होने पर द्वितीयक वार्षिकीग्राही को वार्षिकी के प्रतिशत (यदि लागू हो) (3)	वार्षिकी भुगतान की आवृत्ति (4)	वार्षिकी राशि गारंटीकृत वार्षिकी भुगतान रु. (5)	प्रारंभिक परिवर्ती वार्षिकी भुगतान (यदि लागू हो) रु. (6)	मुत्यु पर देय लाभ रु. (7)

प्रीमियम/क्रय कीमत का सारांश			
	आधार योजना	राइडर	कुल किस्त प्रीमियम
जीएसटी के बिना किस्त प्रीमियम			
प्रथम वर्ष जीएसटी के साथ किस्त प्रीमियम			
दूसरे वर्ष से लेकर आगे जीएसटी के साथ किस्त प्रीमियम			

इस लाभ निर्दर्शन को कैसे पढ़ना और समझना चाहिए?

- (1) इस लाभ निर्दर्शन का उद्देश्य वार्षिकीग्राही(ग्राहियों) के जीवन-काल के लिए सार्वजनिक तौर पर उपलब्ध बेंचमार्क के उतार-चढ़ाव के साथ गारंटीकृत वार्षिकी भुगतान और वार्षिकी भुगतानों की परिवर्तनीयता (परिवर्ती वार्षिकी भुगतान विकल्प की स्थिति में) को दर्शाना है।
- (2) दर्शाये गये मूल्य केवल निर्दर्शन के प्रयोजन के लिए हैं। परिवर्ती वार्षिकी भुगतान के अंतर्गत वास्तविक वार्षिकी राशि अस्थिरता और सार्वजनिक तौर पर उपलब्ध बेंचमार्क के साथ संबद्ध जोखिमों के आधार पर बढ़ या घट सकती है।
- (3) जोखिम कारकों तथा निबंधनों और शर्तों संबंधी अधिक विवरण के लिए विक्रय ब्रोशर को सावधानीपूर्वक पढ़ें। वार्षिकीकृत प्रीमियम में जोखिम-अंकन अतिरिक्त प्रीमियम, आवृत्ति लोडिंग, यदि कोई हों, पर प्रीमियम, राइडरों के लिए प्रदत्त प्रीमियम, यदि कोई हो, तथा वस्तु और सेवा कर शामिल नहीं हैं। इस निर्दर्शन में प्रयुक्त शब्दों के स्पष्टीकरण के लिए विक्रय साहित्य देखें।

(परिवर्ती वार्षिकी भुगतान विकल्प की स्थिति में, निवेश जोखिम को पालिसीधारक या वार्षिकीग्राहियों के द्वारा आंशिक रूप से वहन किया जाता है)

वार्षिकी भुगतान का पूर्वानुमान

परिवर्ती वार्षिकी भुगतान के लिए प्रयुक्त सार्वजनिक तौर पर उपलब्ध बेंचमार्क, यदि लागू हो, का विवरण:

पालिसी वर्ष	एकल/वार्षिकीकृत प्रीमियम	गारंटीकृत वार्षिकी भुगतान	परिवर्ती वार्षिकी भुगतान (यदि लागू हो)	बेंचमार्क का पूर्वानुमानित मूल्य	अभ्यर्पण लाभ, यदि कोई हों			गारंटीकृत और परिवर्ती लाभों सहित कुल लाभ	
					गारंटीकृत अभ्यर्पण मूल्य	विशेष अभ्यर्पण मूल्य	अभ्यर्पण मूल्य	वार्षिकी भुगतान (3+4)	मूल्य पर देय लाभ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

टिप्पणी: संभ (5) में दर्शाया गया बेंचमार्क बीमाकर्ता द्वारा बेंचमार्क (दोनों सकारात्मक और नकारात्मक) के अनुमानित उतार-चढ़ाव के आधार पर किये गये पूर्वानुमान पर निर्भर है।

<p>मैं,..... (नाम) ने, संभावित ग्राहक/पालिसीधारक को उत्पाद के अंतर्गत देय प्रीमियम, प्राप्य लाभ तथा निबंधन और शर्तें पूर्णतः स्पष्ट कर दी हैं।</p> <p>स्थान:</p> <p>दिनांक:</p> <p style="text-align: center;">बीमाकर्ता के एजेंट/मध्यवर्ती/अधिकारी के हस्ताक्षर</p>	<p>मैं,..... (नाम) ने, उपर्युक्त के संबंध में सूचना प्राप्त करने के बाद, संविदा करने से पहले उपर्युक्त विवरण को समझ लिया है।</p> <p>दिनांक:</p> <p style="text-align: right;">भावित ग्राहक/ पालिसीधारक के हस्ताक्षर</p>
--	--

अनुबंध 9 - संबद्ध बीमा उत्पाद के लिए आरआईवाई के परिकलन हेतु निर्दर्शन

	वर्ष	महीना	आयु	प्रीमियम	प्रीमियम आबंटन प्रभार	प्रारंभ में निधि	मृत्यु पर देय लाभ	मृत्यु-दर प्रभार, अस्वस्थ ता-दर प्रभार	सेवा कर	राइडर प्रभार	प्रबंधन प्रभार	एफए मसी से पहले निधि	एफ एम सी	अंत में निधि	सकल प्रतिफल: 8% निवल प्रतिफल:.....	
पूर्वानुमान आयु - 35 वर्ष अवधि - 15 वर्ष पीपीटी - 15 वर्ष लिंग - पुरुष प्रीमियम - रु. बीमाकृत राशि - रु.	1	1	35												आरआईवाई	
	1	2	35												वर्ष	
	1	3	35												1	
	1	4	35												2	
	1	5	35												3	
	1	6	35												4	
	1	7	35												5	
	1	8	35												6	
	1	9	35												7	
	1	10	35												8	
	1	11	35												9	
	1	12	36												10	
	2	13	36												11	
	2	14	36												12	
	2	15	36												13	
	2	16	36												14	
	2	17	36												15	
	2	18	36													
	2	19	36													

15	180	49														

टिप्पणी:- उपर्युक्त परिकलन पत्रक निदर्शी प्रयोजन के लिए है तथा यह परिपत्र में बताये गये सिद्धांतों के प्रयोग को प्रदर्शित करता है। यह कोई बिक्री केन्द्र का दस्तावेज नहीं है।

अनुसूची - ग

बीमा पालिसियों में बताये जानेवाले विषय

(खंड 14.2 देखें)

1. जीवन बीमा पालिसियों में बताये जानेवाले विषय

1.1 जीवन बीमा पालिसी में निम्नलिखित विषय स्पष्ट रूप से बताये जाएँगे:

- i. नाम, विशिष्ट पहचान संख्या (यूआईएन), उसकी शर्तें;
- ii. विक्रय की प्रक्रिया में संबद्ध व्यक्ति का नाम, कूट संख्या, संपर्क का विवरण;
- iii. क्या यह लाभों में सहभागिता कर रही है या नहीं, क्या यह संबद्ध है या असंबद्ध;
- iv. यदि संबद्ध है, तो प्रस्तावित निधियाँ / सूचकांक, प्रभार, निधियों का अंतरण (स्विचिंग) आदि;
- v. लाभों को निहित करने या भुगतान करने की पद्धति जैसे नकदी बोनस, आस्थगित बोनस, साधारण या संयोजित (कम्पाउंड) प्रत्यावर्ती बोनस;
- vi. देय लाभ और वे आकस्मिकताएँ जिन पर ये देय हैं तथा बीमा संविदा की अन्य शर्तें;
- vii. नामिती का/के नाम, नामिती/नामितियों की आयु तथा उनका संबंध और अवयस्क नामितियों की स्थिति में अभिभावक का नाम;
- viii. मुख्य पालिसी के साथ संबद्ध किये जानेवाले राइडरों का विवरण;
- ix. जोखिम के प्रारंभ की तारीख, परिपक्ता की तारीख और वह तारीख/वे तारीखें जब उत्तरजीविता लाभ, यदि कोई हों, देय हैं;
- x. देय प्रीमियम, भुगतान की आवधिकता, प्रीमियम के भुगतान के लिए अनुमत अनुग्रह अवधि, प्रीमियम की अंतिम किस्त की तारीख, प्रीमियम की किस्त(किस्तों) का भुगतान बंद करने के परिणाम और साथ ही, गारंटीकृत अभ्यर्पण मूल्य के उपबंध;
- xi. व्यपगत पालिसी का पुनःप्रवर्तन करने के लिए प्रदत्त पुनःप्रवर्तन योजनाओं का विवरण तथा उनके अंतर्गत पुनःप्रवर्तन के लिए प्रस्तुत किये जानेवाले आवश्यक दस्तावेज;
- xii. पालिसी के प्रारंभ की तारीख को बीमाकृत व्यक्ति का नाम, आयु, जन्म-तिथि और आयु;
- xiii. निम्नलिखित के लिए पालिसी की शर्तें:
 - क) पालिसी का प्रदत्त (पेड अप) पालिसी के रूप में परिवर्तन,
 - ख) अभ्यर्पण,
 - ग) पुरोबंध (फोरक्लोज़र)
 - घ) गैर-जब्ती
 - ङ) संबद्ध पालिसियों के मामले में समापन व्यवस्थाएँ
 - च) गारंटीकृत अभ्यर्पण मूल्य के उपबंध;
- xiv. ग्राहक सूचना पत्रक की संदर्भ संख्या;
- xv. मुख्य पालिसी और राइडरों – दोनों के संबंध में कवर के दायरे से अपवर्जित आकस्मिकताएँ;
- xvi. नामांकन, समनुदेशन, पालिसी की जमानत पर ऋण के लिए उपबंध तथा एक विवरण कि ऐसे ऋण पर देय ब्याज-दर बीमाकर्ता द्वारा ऋण लेने के समय निर्धारित रूप में होगी;
- xvii. पालिसी के संबंध में लगाये गये कोई विशेष खंड, अपवर्जन या शर्तें;
- xviii. बीमाकर्ता का पता, ई-मेल आईडी जिस पर पालिसी के संबंध में सभी पत्रादि भेजे जाएँगे;
- xix. पालिसीधारक को उसका पता बदलने की स्थिति में समय पर सूचित करने के महत्व पर विशेष बल देते हुए टिप्पणियाँ;

- xx. बीमाकर्ता की आंतरिक शिकायत निवारण व्यवस्था का विवरण, तथा बीमा लोकपाल के पते और संपर्क का विवरण जिसके भौगोलिक अधिकार-क्षेत्र में बीमाकर्ता की शाखा या कार्यालय अथवा पालिसीधारक का आवासीय पता या उसका निवास-स्थान स्थित है;
- xxi. दावा/शिकायत पंजीकृत कराने की प्रक्रिया;
- xxii. दस्तावेजों की सूची जो पालिसी के अंतर्गत दावे की स्थिति में दावेदार के द्वारा प्रस्तुत किये जाने चाहिए।

2. साधारण बीमा पालिसी में बताये जानेवाले विषय

2.1 साधारण बीमा पालिसी में निम्नलिखित को स्पष्ट रूप से बताया जाएगा:

- i. बीमाकृत व्यक्ति(यों) का(के) नाम और पता(पते) तथा किसी भी बैंक / वित्तीय संस्था(ओं) का(के) नाम और पता(पते) जिनका बीमा के विषय में कोई वित्तीय हित हो,
- ii. उत्पाद की यूआईएन, नाम, कूट संख्या,
- iii. विक्रय प्रक्रिया में संबद्ध व्यक्ति का संपर्क विवरण,
- iv. बीमाकृत संपत्ति या हित का पूरा विवरण,
- v. पालिसी के अंतर्गत बीमाकृत संपत्ति या हित का स्थान अथवा के स्थान तथा, जहाँ उपयुक्त हो, संबंधित बीमाकृत मूल्यों सहित,
- vi. बीमा की अवधि,
- vii. बीमाकृत राशियाँ,
- viii. कवर किये गये और कवर न किये गये संकट,
- ix. कोई भी लागू विशेष अधिकार (फ्रैंचाइज) अथवा कटौतीयोग्य राशियाँ,
- x. पालिसी के साथ संबद्ध कोई विशेष शर्तें,
- xi. देय प्रीमियम तथा जहाँ प्रीमियम समायोजन के अधीन अनंतिम है, वहाँ प्रीमियम के समायोजन का आधार बताया जाए,
- xii. ग्राहक सूचना पत्रक (सीआईएस) का संदर्भ,
- xiii. पालिसी की शर्तें, निबंधन और वारंटियाँ, अपवर्जन, यदि कोई हों,
- xiv. पालिसी के अंतर्गत कोई दावा उत्पन्न करने की संभावना से युक्त आकस्मिक घटना के घटित होने पर बीमाकृत व्यक्ति के द्वारा की जानेवाली कार्रवाई,
- xv. कोई दावा उत्पन्न करनेवाली घटना के घटित होने पर बीमा की विषय-वस्तु के संबंध में बीमाकृत व्यक्ति के दायित्व तथा उक्त परिस्थितियों में बीमाकर्ता के अधिकार,
- xvi. पालिसी के साथ संबद्ध की जानेवाली कोई विशेष शर्तें,
- xvii. पालिसी के निरसन के लिए कारण जो किसी खुदरा पालिसी के मामले में बीमाकर्ता के लिए केवल गलतबयानी, महत्वपूर्ण घटनाओं का अप्रकटीकरण, धोखाधड़ी या बीमाकृत व्यक्ति का असहयोग के कारण ही हो सकता है,
- xviii. बीमाकर्ता का पता जहाँ बीमा संविदा के संबंध में सभी पत्रादि भेजे जाने चाहिए,
- xix. मुख्य पालिसी के साथ संबद्ध किये जानेवाले पृष्ठांकनों, ऐड-आन कवरों का विवरण,
- xx. कि नवीकरण किये जाने पर, पालिसी के अंतर्गत दिये जानेवाले लाभ और/या प्रीमियम दर सहित पालिसी के निबंधन और शर्तें परिवर्तन के अधीन हो सकते हैं,
- xxi. दावे के प्रस्तुत किये जाने पर की जानेवाली कार्रवाई तथा दावा फाइल करने के लिए संबद्ध किये जानेवाले आवश्यक दस्तावेजों की सूची,
- xxii. बीमाकर्ता की आंतरिक शिकायत निवारण व्यवस्था का विवरण बीमा लोकपाल के पते और संपर्क के विवरण सहित जिसके भौगोलिक अधिकार-क्षेत्र के अंदर बीमाकर्ता की शाखा या कार्यालय अथवा पालिसीधारक का आवासीय पता या निवास-स्थान स्थित है।
- xxiii. दावा/शिकायत पंजीकृत करने के लिए प्रक्रिया,

xxiv. पालिसी के अंतर्गत दावा करने की स्थिति में दावेदार के द्वारा प्रस्तुत किये जाने के लिए आवश्यक दस्तावेजों की सूची।

3. स्वास्थ्य बीमा पालिसी में बताये जानेवाले विषय

3.1 स्वास्थ्य बीमा पालिसी में निम्नलिखित विषय स्पष्ट रूप से बताये जाएँगे:

- i. पालिसीधारक का नाम और कवर किये गये प्रत्येक लाभार्थी का नाम,
- ii. उत्पाद का नाम, उत्पाद की यूआईएन, कूट संख्या,
- iii. विक्रय की प्रक्रिया में संबद्ध व्यक्ति का विवरण,
- iv. बीमाकृत व्यक्ति की जन्म-तिथि तथा तदनुरूपी आयु संपूर्ण वर्षों में,
- v. बीमाकृत व्यक्ति का पता,
- vi. बीमाकृत राशियाँ,
- vii. बीमा की अवधि तथा वह तारीख जब से पालिसीधारक किसी भी बीमाकर्ता से क्रमभंग के बिना स्वास्थ्य बीमा कवर लगातार प्राप्त करता रहा है,
- viii. ग्राहक सूचना पत्रक (सीआईएस) का संदर्भ,
- ix. उप-सीमाएँ, आनुपातिक कटौतियाँ और पैकेज दरों की विद्यमानता, यदि कोई हो, संबंधित पुलिस थाने के प्रति-संदर्भ के साथ,
- x. सह-भुगतान सीमाएँ, यदि कोई हों,
- xi. पहले से चल रही बीमारी (पीईडी) संबंधी प्रतीक्षा अवधि, यदि लागू हो,
- xii. विशिष्ट प्रतीक्षा अवधियाँ, जैसी लागू हों,
- xiii. कटौतीयोग्य जैसा लागू हो – साधारण और विशिष्ट, यदि कोई हों
- xiv. संचयी बोनस, यदि कोई हो,
- xv. प्रीमियम किस्त के भुगतान की आवधिकता,
- xvi. पालिसी अवधि,
- xvii. अनुग्रह अवधि और बीमा कवरेज पर उसका निहितार्थ,
- xviii. पालिसी की शर्तें, निबंधन, अपवर्जन, वारंटियाँ,
- xix. नकदीरहित और प्रतिपूर्ति विकल्पों के लिए अलग से दावे के घटित होने पर की जानेवाली कार्रवाई,
- xx. दावा प्रस्तुतीकरण के लिए प्रक्रिया, समय-सीमाएँ और कार्रवाई की संभव प्रक्रिया, यदि दावा प्रस्तुतीकरण के लिए समय-सीमाओं का पालन नहीं किया जाता है, तो दावा प्रसंस्करण के लिए अपेक्षित सभी दावा संबंधी दस्तावेजों सहित,
- xxi. उन दस्तावेजों की सूची जो पालिसी के अंतर्गत दावा करने की स्थिति में दावेदार के द्वारा प्रस्तुत किये जाने के लिए अपेक्षित हैं,
- xxii. संबद्ध टीपीए का विवरण, यदि कोई हो, उनके पते, निःशुल्क संपर्क संख्या, वेबसाइट विवरण सहित,
- xxiii. बीमाकर्ता की शिकायत निवारण व्यवस्था का विवरण,
- xxiv. निःशुल्क अवलोकन अवधि की सुविधा तथा सुवाह्यता (पोर्टबिलिटी) की शर्तें,
- xxv. पालिसी अंतरण (माइग्रेशन) सुविधा और शर्तें जहाँ भी लागू हों,
- xxvi. कि नवीकरण किये जाने पर, पालिसी प्रीमियम दर में परिवर्तन सहित, निबंधनों और शर्तों में कुछ परिवर्तनों के अधीन हो सकती है,
- xxvii. पालिसी के निरसन के लिए व्यवस्था,
- xxviii. दावा / शिकायत दर्ज करने के लिए प्रक्रिया,
- xxix. लोकपाल का पता और अन्य संपर्क विवरण जिसके भौगोलिक अधिकार-क्षेत्र में बीमाकर्ता की शाखा या कार्यालय अथवा पालिसीधारक का आवासीय पता या निवास-स्थान स्थित है।

4. संयुक्त (काम्बी)-जीवन उत्पादों के लिए अधिदेशात्मक न्यूनतम प्रकटीकरण

- i. उत्पाद “कर्खग बीमा कंपनी” (साधारण/स्टैंड-अलोन स्वास्थ्य बीमाकर्ता का नाम विनिर्दिष्ट करें) तथा “चछज बीमा कंपनी” (जीवन बीमाकर्ता का नाम विनिर्दिष्ट करें) द्वारा संयुक्त रूप से प्रस्तावित है, इस ‘काम्बी उत्पाद’ के जोखिम भिन्न हैं और संबंधित बीमा कंपनियों द्वारा अंगीकृत / स्वीकृत हैं,
- ii. दावे का निपटान करने के लिए दायित्व संबंधित बीमाकर्ताओं, अर्थात् स्वास्थ्य बीमा लाभों के लिए “कर्खग बीमा कंपनी” (साधारण/स्टैंड-अलोन स्वास्थ्य बीमाकर्ता का नाम विनिर्दिष्ट करें) तथा जीवन बीमा लाभों के लिए “चछज बीमा कंपनी” (बीमाकर्ता का नाम विनिर्दिष्ट करें) के पास निहित है,
- iii. संदर्भाधीन ‘काम्बी उत्पाद’ के पालिसीधारक पालिसी अवधि के दौरान दोनों में से एक भाग को समाप्त करते हुए किसी अन्य भाग को जारी रखने के लिए पात्र है,
- iv. जहाँ स्वास्थ्य बीमा योजना की गारंटीकृत नवीकरणीयता की अनुमति है, वहाँ इस ‘काम्बी उत्पाद’ का स्वास्थ्य बीमा अंश उस सुविधा के लिए योग्य है,
- v. इन ‘काम्बी उत्पादों’ पर उपलब्ध प्रीमियम भुगतान विकल्पों संबंधी विशिष्ट प्रकटीकरण,
- vi. इन ‘काम्बी उत्पादों’ के लिए दावा सर्विसिंग सहित उपलब्ध पालिसी सर्विसिंग सुविधाओं के बारे में विशिष्ट प्रकटीकरण,
- vii. जोखिम के स्वास्थ्य बीमा अंश के लिए ‘अन्य पक्ष प्रबंधकों (टीपीए)’ की सेवाओं की उपलब्धता संबंधी विशिष्ट प्रकटीकरण,
- ix. इन ‘काम्बी उत्पादों’ के अंतर्गत लोकपाल के विवरण सहित उपलब्ध शिकायत निवारण विकल्पों संबंधी विशिष्ट प्रकटीकरण,
- x. पालिसीधारकों को पालिसी खरीदने से पहले पालिसी के लाभों और ‘काम्बी उत्पाद’ की पालिसी सेवा संरचना के साथ स्वयं को परिचित होने के लिए सूचित किया जाना चाहिए,
- xi. ‘काम्बी उत्पादों’ के पालिसी दस्तावेज न्यूनतम प्रकटीकरणों के रूप में ऊपर उल्लिखित बिन्दु (iii) से (xi) तक से युक्त होंगे,
- xii. उन दस्तावेजों की सूची जो पालिसी के अंतर्गत दावा प्रस्तुत करने की स्थिति में दावेदार के द्वारा प्रस्तुत किये जाने के लिए अपेक्षित हैं,
- xiii. संभावित ग्राहक से घोषणा प्राप्त की जाएगी और प्रस्ताव फार्म के साथ संलग्न की जाएगी कि उसने ऊपर उल्लिखित प्रकटीकरणों को समझ लिया है।

5. प्रायोगिक उत्पादों के मामले में, बीमा विज्ञापनों के लिए लागू वर्तमान प्रकटीकरण मानदंडों के अतिरिक्त, ‘प्रायोगिक उत्पादों’ से संबंधित समस्त विक्रय और प्रचार सामग्री निम्नलिखित का प्रकटीकरण करेगी:

- i. प्रस्तावित उत्पाद एक प्रायोगिक (पायलट) उत्पाद है और वह एक सीमित अवधि वाला (क्लोज़-एण्डेड) उत्पाद है,
- ii. उत्पाद दिनांक दिन/माह/वर्ष (वह अधिकतम दिनांक विनिर्दिष्ट करें जब उत्पाद को या तो वापस लिया जाएगा या एक नियमित उत्पाद के रूप में परिवर्तित किया जाएगा) से समाप्त किया जा सकता है या एक नियमित उत्पाद के रूप में जारी रखा जा सकता है।
- iii. प्रायोगिक उत्पाद का समापन किये जाने की स्थिति में, बीमाकृत व्यक्ति को वर्तमान लागू उपबंधों के अनुसार अंतरण (माइग्रेशन) का विकल्प उपलब्ध कराया जाएगा,
- iv. उत्पाद के साथ “प्रायोगिक उत्पाद” का एक टैग लाइन यह प्रदर्शित करने के लिए लगा रहेगा कि प्रवर्तित स्वास्थ्य बीमा उत्पाद एक प्रायोगिक (पायलट) उत्पाद है।

अनुसूची-घ
(खंड 16.1 देखें)

ग्राहक सूचना पत्रक/अपनी पालिसी को जानिए – स्वास्थ्य

यह दस्तावेज आपकी पालिसी के बारे में आधारभूत सूचना देता है। आपको अपना पालिसी दस्तावेज भी पढ़ने के लिए परामर्श दिया जाता है।

क्रम सं.	शीर्षक	विवरण (अगले स्तंभ में लागू पालिसी संख्या देखें)	पालिसी खंड संख्या
1	बीमा उत्पाद/ पालिसी का नाम	XXXXXX	
2	पालिसी संख्या		
3	बीमा उत्पाद/ पालिसी का प्रकार	<ul style="list-style-type: none"> क्षतिपूर्ति (जहाँ पालिसी के अंतर्गत बीमाकृत राशि तक बीमाकृत हानियों को कवर किया जाता है) लाभ (जहाँ बीमा पालिसी कवर की गई घटना के घटित होने पर पालिसी के अंतर्गत निर्धारित राशि का भुगतान करती है) दोनों क्षतिपूर्ति और लाभ (जहाँ पालिसी में उपर्युक्त दोनों तर्फ हैं) 	
4	बीमाकृत राशि (आधार) (राशि के साथ)	<ul style="list-style-type: none"> बीमाकृत वैयक्तिक राशि – जहाँ प्रत्येक सदस्य के पास पालिसी के अंतर्गत एक अलग राशि है), अथवा बीमाकृत फ्लोटर राशि – जहाँ पालिसी के अंतर्गत सभी सदस्यों के पास एक एकल बीमाकृत राशि है जिसका उपयोग किसी या सभी सदस्यों के द्वारा किया जा सकता है 	
5	पालिसी कवरेज (पालिसी क्या कवर करती है?) (पालिसी खंड संख्या/एँ)	<p>निम्नलिखित के संबंध में व्यय:</p> <p>xx घंटे के बाद अस्पताल में भर्ती</p> <p>दावे के x% की राशि के लिए xx दिन अस्पताल में भर्ती से पहले (अस्पताल में भर्ती से पहले की चिकित्सा)</p> <p>अस्पताल में भर्ती के बाद (अस्पताल से डिस्चार्ज के बाद चिकित्सा) डिस्चार्ज की तारीख से xx दिन के अंदर दावे के x% की राशि के लिए</p> <p>अस्पताल में भर्ती की xx घंटे से कम अवधि के लिए अपेक्षित विनिर्दिष्ट / सूचीबद्ध प्रक्रियाएँ (डे केयर)</p> <p>xx गंभीर बीमारियों के मामले में विनिर्दिष्ट प्रक्रिया के अधीन चिकित्सा विनिर्दिष्ट तीव्रता की बीमारी का निदान</p> <p>अस्पताल में भर्ती के दौरान रु. _____ प्रति दिन का दैनिक नकदी लाभ ओपीडी / दंत / प्रसूति कवरेज</p>	

		<p>आपाती या यात्रा चिकित्सा सहायता</p> <p>वैयक्तिक दुर्घटना कवर</p> <p>यात्रा कवर</p> <p>(टिप्पणी: यह एक निर्दर्शी सूची है। बीमाकर्ता को अवश्य सुनिश्चित करना चाहिए कि पालिसी के सभी लाभ ऊपर सूचीबद्ध हों)</p>	
6	अपवर्जन (पालिसी जो कवर नहीं करती)	(टिप्पणी: बीमाकर्ता को सुनिश्चित करना चाहिए कि लागू सभी अपवर्जन यहाँ सूचीबद्ध हों)	
7	<p>प्रतीक्षा अवधि</p> <p>समयावधि जिसके दौरान विनिर्दिष्ट बीमारियों/चिकित्साओं को कवर नहीं किया जाता।</p> <ul style="list-style-type: none"> • इसकी गणना पालिसी कवरेज के प्रारंभ से की जाती है 	<p>प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि: सभी बीमारियों के लिए xx दिन (निरंतर नवीकरण या दुर्घटनाओं की स्थिति में लागू नहीं)</p> <p>विनिर्दिष्ट प्रतीक्षा अवधियाँ (दुर्घटना के कारण उत्पन्न होनेवाले दावों के लिए लागू नहीं):</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ xx बीमारियों/ प्रक्रियाओं के लिए xx महीने ◦ yy बीमारियों/ प्रक्रियाओं के लिए yy महीने <p>पहले से चल रही बीमारियाँ : xx महीनों के बाद कवर की जाती हैं।</p>	
8	<p>कवरेज की वित्तीय सीमाएँ</p> <p>i. उप-सीमा (यह एक पूर्वनिश्चित सीमा है और बीमा कंपनी इस सीमा से अधिक भुगतान नहीं करेगी)</p> <p>ii. सह-भुगतान (यह एक विनिर्दिष्ट राशि / पालिसीधारक /बीमाकृत व्यक्ति द्वारा अदा की जानेवाली स्वीकार्य दावा राशि का प्रतिशत है)।</p> <p>iii. कटौतीयोग्य (यह एक विनिर्दिष्ट राशि है:</p> <ul style="list-style-type: none"> -जहाँ तक बीमा कंपनी किसी दावे का भुगतान नहीं करती, तथा -जिसकी कटौती कुल दावा राशि से की जाएगी 	<p>पालिसी निम्नलिखित बीमारियों/प्रक्रियाओं के लिए यहाँ नीचे विनिर्दिष्ट सीमाओं तक ही भुगतान करेगी:</p> <p>XX XX XX</p> <p>दावे की स्थिति में, इस पालिसी द्वारा अपेक्षित है कि आप निम्नलिखित व्ययों को साझा करें : निम्नलिखित उप-सीमाओं से अधिक व्यय</p> <ul style="list-style-type: none"> • _____ से अधिक कमरा / आईसीयू प्रभार • निम्नलिखित विनिर्दिष्ट बीमारियों के लिए: • _____ • _____ <p>XXXX</p> <p>रु. Xxx प्रति दावा / प्रति वर्ष / दोनों की कटौतीयोग्य राशि</p>	

	(यदि दावा राशि विनिर्दिष्ट राशि से अधिक है) iv. कोई अन्य सीमा (जैसी लागू हो)		
9	दावे/दावा प्रक्रिया	<p>अस्पताल में भर्ती से पहले और बाद की नकदीरहित सेवा के लिए एवं दावे की प्रतिपूर्ति के लिए अनुसरण की जानेवाली प्रक्रिया का विवरण।</p> <p>दावों के निपटान के लिए प्रतिवर्तन समय (टीएटी):</p> <ul style="list-style-type: none"> i. नकदीरहित सुविधा के पूर्वप्राधिकरण के लिए टीएटी: xxx ii. नकदीरहित अंतिम बिल प्राधिकरण के लिए टीएटी: xxx <p>निम्नलिखित के लिए विवरण/वेब लिंक दें:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. नेटवर्क अस्पतालों का विवरण ii. हेल्पलाइन संख्या iii. अस्पताल जो काली सूची में दर्ज हैं या जिनसे कोई दावा बीमाकर्ता द्वारा स्वीकार नहीं किया जाएगा iv. दावा फार्म डाउनलोड करना/प्राप्त करना 	
10	पालिसी सर्विसिंग	<p>बीमाकर्ता के काल सेंटर की संख्या</p> <p>कंपनी के अधिकारियों का विवरण</p>	
11	परिवाद/शिकायतें	<p>निम्नलिखित का विवरण</p> <ul style="list-style-type: none"> - बीमाकर्ता का शिकायत निवारण अधिकारी - बीमा कंपनी का शिकायत पोर्टल/विभाग - लोकपाल <p>(संपर्क का विवरण, निःशुल्क फोन संख्या और ई-मेल दें)</p>	
12	स्मरण रखने की बातें	<p>निःशुल्क अवलोकन निरसन: यदि आप नहीं चाहते हैं, तो आप पालिसी के प्रारंभ से xx दिन के अंदर बीमा पालिसी निरस्त कर सकते हैं।</p> <p>बीमाकर्ता निःशुल्क अवलोकन निरसन के लिए प्रक्रिया विनिर्दिष्ट करें।</p> <p>पालिसी की नवीकरण: धोखाधड़ी, नैतिक परिसंकट या गलतबयानी या असहयोग के कारणों को छोड़कर आपकी पालिसी का नवीकरण अस्वीकृत नहीं किया जाएगा, बशर्ते कि पालिसी वापस नहीं ली गई हो।</p> <p>अंतरण (माइग्रेशन) और सुवाहता (पोर्टबिलिटी): जब आपकी पालिसी नवीकरण के लिए नियत हो, तब आप हमारे पास किसी अन्य पालिसी में अंतरण कर सकते हैं या आप अपनी पालिसी किसी अन्य बीमाकर्ता के पास संवहन (पोर्ट) कर सकते हैं।</p>	

		<p>बीमाकर्ता अंतरण और संवहन की प्रक्रिया विनिर्दिष्ट करें।</p> <p>बीमाकृत राशि में परिवर्तन: बीमाकृत राशि में परिवर्तन (वृद्धि/कमी) केवल नवीकरण के समय या किसी भी समय कंपनी द्वारा जोखिम-अंकन के अधीन किया जा सकता है। बीमाकृत राशि में वृद्धि के लिए, प्रतीक्षा अवधि, यदि कोई हो, नये सिरे से केवल बीमाकृत राशि के बढ़े हुए अंश के लिए ही प्रारंभ होगी।</p> <p>अधिस्थगन अवधि: पालिसी के अंतर्गत पाँच निरंतर वर्षों की समाप्ति के बाद कोई भी पुनरीक्षण (लुक बैक) लागू नहीं किय जाएगा। पाँच वर्ष की यह अवधि अधिस्थगन अवधि कहलाती है। उक्त अधिस्थगन पहली पालिसी की बीमाकृत राशियों के लिए लागू होगा तथा तदुपरांत केवल बढ़ी हुई सीमाओं के लिए बीमाकृत राशियों के प्रारंभ की तारीख से पाँच निरंतर वर्षों की समाप्ति लागू होगी।</p> <p>अधिस्थगन अवधि की समाप्ति के बाद कोई भी स्वास्थ्य बीमा पालिसी प्रमाणित धोखाधड़ी और पालिसी संविदा में विनिर्दिष्ट स्थायी अपवर्जनों को छोड़कर विवादास्पद नहीं होगी।</p>	
13	आपके दायित्व	<p>पालिसी खरीदने से पूर्व, पहले से चल रही सभी बीमारियाँ या स्थिति/याँ प्रकट करें। इस प्रकार प्रकट न करना दावे के निपटान को प्रभावित कर सकता है।</p> <p>पालिसी अवधि के दौरान अन्य महत्वपूर्ण सूचना का प्रकटीकरण)</p> <p>बीमाकर्ता महत्वपूर्ण सूचना को विनिर्दिष्ट करें।</p>	

पालिसीधारक द्वारा घोषणा:

मैंने उपर्युक्त को पढ़ा है और मैं उक्त विवरण को ध्यान में रखने की पुष्टि करता/करती हूँ।

स्थान:

दिनांक: (पालिसीधारक के हस्ताक्षर)

टिप्पणी:

- i. बीमाकर्ता वह वेब-लिंक उपलब्ध करायेगा जहाँ बीमाकर्ता की वेबसाइट पर ग्राहक सूचना पत्रक सहित उत्पाद संबंधी दस्तावेज उपलब्ध हैं।
- ii. किसी विवाद की स्थिति में, पालिसी में उल्लिखित निबंधन और शर्तें अभिभावी होंगी।
- iii. बीमाकर्ता पालिसीधारक से ग्राहक सूचना पत्रक प्राप्त करने के संबंध में पुष्टीकरण लेगा।

ग्राहक सूचना पत्रक – साधारण बीमा

**यह दस्तावेज आपकी पालिसी के बारे में केवल आधारभूत सूचना देता है।
विस्तृत निबंधनों और शर्तों के लिए पालिसी दस्तावेज देखें।**

क्रम सं.	शीर्षक	विवरण (अगले स्तंभ में लागू पालिसी खंड संख्या देखें)	पालिसी/ खंड संख्या
1	उत्पाद का नाम		
2	आईआरडीएआई द्वारा आबंटित विशिष्ट पहचान संख्या (यूआईएन)		
3	संरचना	<ul style="list-style-type: none"> बीमाकृत राशि / सीमा का आधार बताएँ <ul style="list-style-type: none"> क्षतिपूर्ति/आशोधित क्षतिपूर्ति नियत लाभ प्राचलिक (पैरामेट्रिक) सीमा 	
4	बीमाकृत हित	<ul style="list-style-type: none"> स्थूल श्रेणियों को सूचीबद्ध करें 	
5	बीमाकृत राशि/ बीमाकृत मोटर घोषित मूल्य विस्तार	मुख्य राशियों की सूची दें / प्रति कवरेज बीमाकृत सीमाएँ/ कवरेज खंड	
6	पालिसी कवरेज	<ul style="list-style-type: none"> प्रत्येक बीमाकृत कवरेज की सूची दें और विवरण प्रस्तुत करें 	
7	ऐड-आन कवर	<ul style="list-style-type: none"> बीमाकृत राशि/सीमा के साथ, पालिसीधारक द्वारा विकल्प दिये गये प्रत्येक ऐड-आन कवर की सूची दें और विवरण प्रस्तुत करें 	
8	हानि सहभागिता	यह बताएँ और स्पष्ट करें कि कटौतीयोग्य को कैसे लागू किया गया है। (प्रति कवरेज अलग कटौतीयोग्य राशियों की सूची दें)	
9	अपवर्जन	सभी लागू अपवर्जनों की सूची दें	
10	विशेष शर्तें और वारंटियाँ (यदि कोई हों)	<ul style="list-style-type: none"> संदर्भ बताएँ और विनिर्दिष्ट करें पालिसीधारक के दायित्व स्पष्ट करें 	
11	दावे की स्वीकार्यता	<ul style="list-style-type: none"> दावों की स्वीकार्यता / अस्वीकृति के स्थूल सिद्धांत का उल्लेख करें <p>[उदाहरण: हानि होने की सूचना देना; सावधानी और हानि न्यूनीकरण का कर्तव्य; जानबूझकर उपेक्षा का अपवर्जन]</p> <ul style="list-style-type: none"> खुदरा उत्पादों के लिए एक नमूना दावा परिकलन शामिल करें 	
12.	पालिसी सर्विसिंग – दावा सूचना और प्रसंस्करण	<ul style="list-style-type: none"> बीमाकर्ता की निःशुल्क (टोल फ्री)/ आईवीआरएस संख्या वेबसाइट / ई-मेल 	

		<ul style="list-style-type: none"> दावे के समय संपर्क किये जानेवाले प्राधिकृत कंपनी अधिकारियों का विवरण नकदीरहित सेवा (मोटर बीमा के मामले में) के लिए एवं दावे की प्रतिपूर्ति के लिए अनुसरण की जानेवाली प्रक्रिया का विवरण दावों के निपटान के लिए प्रतिवर्तन समय (टीएटी) जब टीएटी पूरी नहीं की जाती तब स्तर-उन्नयन मैट्रिक्स 	
13	शिकायत निवारण और पालिसीधारक संरक्षण	<ul style="list-style-type: none"> पालिसीधारकों के हितों के संरक्षण का संक्षिप्त विवरण दें बीमाकर्ता के शिकायत निवारण अधिकारी का विवरण बीमा भरोसा पोर्टल लोकपाल <p>(संपर्क का विवरण, निःशुल्क (टोल फ्री) संख्या और ई-मेल दें)</p>	
14	पालिसीधारक के दायित्व	<ul style="list-style-type: none"> प्रस्ताव फार्म भरते समय बीमाकर्ता द्वारा अपेक्षित समस्त सूचना का प्रकटीकरण करें पहले से घोषित सूचना में कोई परिवर्तन/ आशोधन/ परिवर्धन होने की स्थिति में वह तत्काल बीमाकर्ता की जानकारी में लाया जाएगा। महत्वपूर्ण सूचना का अप्रकटीकरण दावे के निपटान को प्रभावित कर सकता है। <p>पालिसी अवधि के दौरान अन्य महत्वपूर्ण सूचना का प्रकटीकरण। (बीमाकर्ता महत्वपूर्ण सूचना को विनिर्दिष्ट करें)</p>	

पालिसीधारक द्वारा घोषणा:

मैंने उपर्युक्त विवरण पढ़ा है और मुझके व्योरे को ध्यान में रखने की मैं पुष्टि करता हूँ/करती हूँ।

स्थान:

दिनांक:

(पालिसीधारक के हस्ताक्षर)

टिप्पणी:

- बीमाकर्ता वह वेब-लिंक उपलब्ध कराएगा, जहाँ ग्राहक सूचना पत्रक सहित उत्पाद संबंधी दस्तावेज बीमाकर्ता की वेबसाइट पर उपलब्ध हैं।
- किसी विवाद की स्थिति में, पालिसी दस्तावेज में उल्लिखित निबंधन और शर्तें अभिभावी होंगी।
- बीमाकर्ता ग्राहक सूचना पत्रक प्राप्त करने के संबंध में पालिसीधारक का पुष्टीकरण लेगा।

जीवन बीमा

ग्राहक सूचना पत्रक / अपनी पालिसी को जानिए

यह दस्तावेज आपकी पालिसी के बारे में मुख्य सूचना उपलब्ध कराता है। आपको अपना पालिसी दस्तावेज भी पढ़ने का परामर्श दिया जाता है।

क्रम सं.	शीर्षक	सरल शब्दों में विवरण (अगले स्तंभ में लागू पालिसी खंड संख्या देखें)	पालिसी खंड संख्या
1.	बीमा उत्पाद का नाम और विशिष्ट पहचान संख्या (यूआईएन)		
2.	पालिसी संख्या		
3.	बीमा पालिसी का प्रकार	<ul style="list-style-type: none"> • विशुद्ध जोखिम • संबद्ध • विशुद्ध जोखिम और पेंशन को छोड़कर अन्य असंबद्ध • ताल्कालिक वार्षिकी • आस्थगित वार्षिकी • संबद्ध पेशन • असंबद्ध पेशन 	
4.	आधारभूत पालिसी विवरण	<ul style="list-style-type: none"> • किस्त प्रीमियम • प्रीमियम भुगतान की पद्धति (उदा. मासिक, तिमाही, छमाही या वार्षिक) • मृत्यु पर बीमाकृत राशि • परिपक्ता पर बीमाकृत राशि • प्रीमियम भुगतान अवधि • पालिसी अवधि 	
5.	पालिसी कवरेज/ देय लाभ	<ul style="list-style-type: none"> • परिपक्ता पर देय लाभ • मृत्यु पर देय लाभ • परिपक्ता पर देय लाभों को छोड़कर उत्तरजीविता लाभ • अभ्यर्पण लाभ • पालिसी के अंतर्गत कवर किये गये लाभ, यदि कोई हों, प्राप्त करने के लिए पालिसीधारकों को उपलब्ध विकल्प • पालिसी के लिए विशिष्ट, देय अन्य लाभ/ विकल्प, यदि कोई हों • संबद्ध बीमा उत्पादों के लिए अवरुद्धता (लाक-इन) अवधि 	
6.	उपलब्ध विकल्प (संबद्ध बीमा उत्पादों के मामले में)	<ul style="list-style-type: none"> • आंशिक आहरण • टाप-अप व्यवस्था • स्विच • निपटान विकल्प • कोई अन्य विकल्प। 	
7.	उपलब्ध विकल्प (वार्षिकी उत्पाद के मामले में)	<ul style="list-style-type: none"> • ताल्कालिक वार्षिकी का प्रकार, उदाहरण के लिए क्रय कीमत की वापसी के साथ जीवन वार्षिकी आदि। • परिवर्ती भुगतान विकल्प के लिए गारंटीकृत वार्षिकी राशि का अनुपात। • कोई अन्य विकल्प। 	

8.	विकल्प दिये गये राइडर, यदि कोई हों	कवरेज का सारांश	
9.	अपवर्जन (घटनाएँ जहाँ बीमा कवरेज देय नहीं है), यदि कोई हों।	लागू अपवर्जनों, यदि कोई हों, की संक्षिप्त सूची	
10.	प्रतीक्षा/ग्रहणाधिकार अवधि, यदि कोई हो	दिनों की संख्या	
11.	अनुग्रह अवधि	दिनों की संख्या	
12.	निःशुल्क अवलोकन अवधि	दिनों की संख्या	
13.	पालिसी का व्यपगम, प्रदत्त और पुनःप्रवर्तन	संक्षिप्त विवरण	
14.	पालिसी ऋण, यदि कोई हो	संक्षिप्त विवरण	
15.	दावे / दावा प्रक्रिया	<ul style="list-style-type: none"> • दावों के निपटान के लिए प्रतिवर्तन काल (टीएटी) और संक्षिप्त प्रक्रिया • हेल्पलाइन/काल सेंटर संख्या • बीमाकर्ता के संपर्क का विवरण • दावा फार्म डाउनलोड करने के लिए लिंक तथा बैंक खाता विवरण सहित अपेक्षित दस्तावेजों की सूची 	
16.	पालिसी सर्विसिंग	<ul style="list-style-type: none"> • प्रतिवर्तन काल (टीएटी) • हेल्पलाइन/काल सेंटर संख्या • बीमाकर्ता के संपर्क का विवरण • बैंक खाता विवरण सहित लागू फार्म और अपेक्षित दस्तावेजों की सूची डाउनलोड करने के लिए लिंक 	
17.	परिवाद / शिकायतें	<ul style="list-style-type: none"> • बीमाकर्ता के शिकायत निवारण अधिकारी के संपर्क का विवरण • बीमाकर्ता के पोर्टल में शिकायत दर्ज करने के लिए लिंक • लोकपाल के संपर्क का विवरण 	

पालिसीधारक द्वारा घोषणा

मैंने उपर्युक्त विवरण पढ़ा है तथा मैं उक्त व्योरा ध्यान में रखने की पुष्टि करता हूँ/करती हूँ।

स्थान:

दिनांक:

(पालिसीधारक के हस्ताक्षर)

टिप्पणी:

- i. बीमाकर्ता वह वेबलिंक उपलब्ध करायेगा, जहाँ ग्राहक सूचना पत्रक सहित उत्पाद से संबंधित दस्तावेज बीमाकर्ता की वेबसाइट पर उपलब्ध हैं।
- ii. किसी संघर्ष की स्थिति में, पालिसी दस्तावेज में उल्लिखित निबंधन और शर्तें अभिभावी होंगी।
- iii. बीमाकर्ता ग्राहक सूचना पत्रक प्राप्त करने के संबंध में पालिसीधारक का पुष्टीकरण लेगा।

Section I - Information for Prospects/Policyholders/Customers

An insurance contract is a contract between the insurer and the policyholder which is effected through a policy document. Under an insurance contract, the insurer accepts insurance risk from the policyholder by agreeing to compensate the policyholder, as per the terms and conditions of the policy document, against happening of uncertain future insured event(s) affecting the policyholder. The insured events may include the risk of death, disability, sickness, damage to or loss of property, vehicle etc.,

An insurance company (also called "insurer") issues a policy document (also called "policy" or "policy contract" or "insurance contract") by accepting an amount called "premium" from the prospects to issue an insurance contract. Insurance claims arising out of insurance contracts are paid by the insurer to the policyholder or beneficiary, subject to the terms and conditions of the policies.

The following sections are aimed at providing relevant information that the prospect/policyholder should know before and after buying an insurance policy:

- (a) Part A: covers various stages of Life Insurance Policies.
- (b) Part B: covers various stages of Health Insurance Policies.
- (c) Part C: covers various stages of Retail General Insurance Policies.

Sr. No.	Particulars
Part A : Life Insurance Policies	
I	Prior to Sale
1	<p>Life insurers are required to make suitable products/riders available to provide wider choice to the policyholders/prospects catering to:</p> <ul style="list-style-type: none">i. the needs of the customers suitably;ii. all ages;iii. all regions, all occupational categories, persons with disabilities and any other categories;iv. the policyholders/prospects as per their affordability; <p>Note: The above does not imply that the insurer shall have one product to cater to all of the above.</p> <p>Insurers shall allow flexibility to customers to choose products/riders as per his/her needs.</p>
2.	Purchase of Life insurance policy <ul style="list-style-type: none">i. Life Insurance products are offered only by Life insurers registered with IRDAI. A prospect can buy such products from a life insurer directly or through any of the distribution channels.ii. Such purchase can be made either by visiting the office of an Insurer/ distribution channel or online by visiting the website of the insurer /distribution channel.

	<ul style="list-style-type: none"> iii. "Distribution channel" for purchasing insurance products, includes individual agents, corporate agents, insurance brokers, web aggregators, insurance marketing firms, Common Service Centres, etc. Authorized distribution channels to sell insurance products may be verified from the respective websites of insurance companies whose products are offered for sale. iv. In case of availing insurance cover for loans like housing or any other kind of loans, the prospect may note as under: <ul style="list-style-type: none"> a. it is not compulsory to purchase insurance policy through the financial institution giving loan. He / She is free to buy insurance policy from any insurer or through any distribution channel through any mode. b. he/she may check whether the features /options of the insurance policy like type of policy; tenure of policy; periodicity of premium payment etc., are matching with the type of loan being taken.
3	<p>Advertisements</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Insurance companies and distribution channels may advertise the insurance products offered for sale. Such advertisements could be in the form of television advertisements, radio announcements, social media circulations, newspaper advertisements, pamphlets or leaflets etc. Generally, the information available in such advertisements are indicative and may not provide complete details of the product. ii. Insurance advertisements carry the registered name of the insurers and unique identification number (UIN) of the insurance products, wherever insurance product is advertised. iii. Before purchasing any insurance product, the prospect should read the prospectus of the product along with the customized benefit illustrations shared by the insurer/distribution channels. The prospect may also verify the details of the product from the website of the insurer.
4	<p>Prospectus</p> <ul style="list-style-type: none"> i. In order to explain the features, benefits, exclusions, and various other details offered in insurance products, insurers are required to have prospectus for each of the product offered by them for sale. They are uploaded on their website. ii. To understand specific details of any insurance product/s, a prospect may read the prospectus available on the insurer's website or may ask the representative of the insurer or distribution channel to provide the same.
5	<p>Suitability for life insurance:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Assessment of suitability for life insurance shall be carried out in respect of savings related life insurance products and annuity products except those annuities purchased from proceeds of NPS and from employer offered superannuation fund. Insurer/distribution channel who source insurance policy obtain details like need for buying insurance, income of the prospect and affordability, various needs to be

	<p>met by insurance policy, expected benefits, type of benefits needed etc., duly confirmed by the Prospect and the concerned sales person involved in solicitation. Based on the information obtained from the prospect, the insurer or distribution channel, as the case may be, shall recommend a suitable product(s) meeting the needs of the prospect. Such need analysis shall be documented and copy of the same is provided to the prospect and copies of such need analysis shall be part of the policy document.</p> <p>ii. A prospect can benefit from recommendations of the insurer/distribution channel / sales person to decide on a suitable insurance product. However, he/she is also free to choose any other insurance product/s, if he/she desires so.</p>
II	At proposal stage
1	<p>Benefit Illustration (BI)</p> <p>While prospectus provides an overall general information about the insurance product, customized benefit illustration provides specific benefits that would become payable on occurrence of various events covered in the policy based on the customer specific details like age, premium amount, premium paying term, policy term etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. In addition to the prospectus of the relevant insurance product, every life insurer/ distribution channel/ authorized sales person must provide customized benefit illustration to proposer / prospective policyholder, at the point of sale. b. Customized benefit illustration is a document which gives details of the benefits that a prospective policyholder may get on various events covered in the policy throughout the term of the policy, taking into account details like age of the prospect, proposed policy term, premium, premium paying term of the policy etc. c. The prospective policyholder should examine the benefit illustration and on being satisfied that the benefits offered under the product meet his / her needs, he / she should sign the benefit illustration. It shall also be signed by the authorized sales person. d. Customized Benefit illustration format is as specified at Schedule B. After it is signed by the prospective policyholder and the authorized sales person, it shall be part of the policy document.
2	<p>Splitting of Policies</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Insurance policies with respect to an insurance product, can be taken for desired sum assured as a single policy or can be split into multiple policies with varied sum assured as per the needs of the prospect. However, if multiple policies of the same nature are sold to a prospect at the same time, it will be deemed as splitting of policies. Splitting of policies shall be done only at the option and specific request of the prospect after recording his/her consent. ii. In case the prospect is planning to take more than one policy of the same product, the prospect should examine the possible discounts that the insurer generally offers on premiums and sum assured. Insurance policies may provide discounts on premium in case of higher sum assured or higher premium amounts. If such policies

	<p>are split into more than one policy, the policyholder may not be able to get such premium or sum assured based discounts offered by the insurer. Further, in case of Unit Linked Insurance policies, splitting of policies may result in deduction of higher amount of charges, as some charges may be levied on per policy basis.</p> <p>iii. In case of splitting of policies, unless there is a specific request from the Prospect, such action shall not result into any additional cost to the policyholder by way of increase (directly or indirectly) in fees or charges or the commission in whatsoever name either at the inception of the policy or at any time during the term of the policy.</p>
3	<p>Proposal Form</p> <ul style="list-style-type: none"> i. For purchasing a life insurance policy, the life insurer will require a proposal form to be submitted by the prospect. ii. Proposal form will be made available in Hindi or English. However, if sought by the prospect, it will also be provided in regional language. iii. A prospect, while buying an insurance policy, is required to provide the information / details sought in the proposal form, including the following: <ul style="list-style-type: none"> a. mobile no, email id, present and permanent address; b. bank account details; c. name of the nominee and his/her mobile no, email id, present, permanent address, relationship of the nominee, details of authorized person for minor nominees and details of bank accounts of the nominee; iv. Certain products may require the prospect to undergo medical examination as per the information given by the insurer and need to provide health and other medical details, if asked in the proposal form. Also, insurer may ask for details of occupation, income details along with proof of income to ascertain the premium paying capacity and other requirements before issuance of the policy. If asked for, such details need to be provided by the prospect. v. For the purpose of underwriting and KYC, insurers would require prospects to submit age proof, identity proof and address proof. KYC process may be online or offline. vi. In case, the prospect is not familiar with the language printed in the proposal form, insurer or the distribution channel shall explain the details sought in the proposal form. In such case, a declaration shall be obtained from the prospect that the details have been explained to him/her. vii. A policyholder or prospect, who is a person with disability, may duly authorize a representative to give declaration on his/her behalf, if required. viii. Prospects should exercise due care and provide required information in the proposal form which forms the basis of issuance of an insurance policy. True and complete information in the proposal form enables insurers to assess the risks appropriately and to decide on the proposal form. This also facilitates hassle-free claim servicing by the insurer. Hence, the information should be given responsibly.

	<ul style="list-style-type: none"> ix. In case of buying immediate annuity product from the proceeds of the National Pension System (NPS), the “Exit Form” provided to the NPS will be considered as the proposal form. x. In case, there is a change in any of the information already provided in the proposal form like mobile number, email IDs, residential address, bank account details, nominee details during the term of the policy, policyholder should update such information with the insurer, to enable the insurer to provide efficient policy servicing. xi. Proposer before signing the proposal form in case of group insurance should ensure that all the details as required therein have been provided.
4	<p>Payment of premium / premium deposit:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Premium is required to be paid only after the insurer communicates the decision of acceptance of the proposal. ii. Risk Cover shall commence only after receipt of premium. iii. No premium deposit / proposal deposit is required to be paid to the insurer along with the proposal form except in case of policies issued basis declaration of good health where risk cover commences immediately on receipt of premium. There should not be scope for either short or excess collection of premium. iv. Insurers shall ensure that explicit consent is obtained from the prospect/policyholder for deduction of amount towards premium payment from bank account.
5	<p>Nomination</p> <ul style="list-style-type: none"> i. While filling the proposal form, prospect is required to provide the details of the nominee. ii. Nomination is mandatory to facilitate payment of claim amount in case of death of life assured. iii. Policyholder may nominate one or more persons and specify the percentage of claim amount payable to each nominee. iv. Where any nominee is a minor, it shall be lawful for the policyholder to appoint any person in the manner laid down by the insurer, to receive the money secured by the policy in the event of his/her death during the minority of the nominee. v. Nomination can be changed at any time during the term of the policy.
6	<p>Processing of proposal forms (Underwriting of the proposal):</p> <ul style="list-style-type: none"> i. On receipt of the proposal form, the insurer shall process the proposal with speed and efficiency. In case of requirement of further details/clarifications on details given in the proposal form, the same should be called for in one-go and not on piecemeal basis within 7 days from the date of receipt of the proposal form. ii. In such case, the prospect should provide such information at the earliest so that the decision on the proposal form can be taken with speed and efficiency.

	<p>iii. The insurer shall take decision on the proposal form within 7 days of receipt of information at para 6 (i) or 6 (ii) as applicable. On acceptance of the proposal form, the insurer shall:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) promptly communicate its decision to the prospect along with the premium payable. b) provide coverage from the date of receipt of premium. <p>iv. In case of non-acceptance of proposal, insurer shall inform the prospect its decision within 7 days along the reasons for non-acceptance.</p> <p>v. After the acceptance of a proposal, the prospect will be referred to as the “policyholder or life assured or insured”. The person whose risk of loss of life is covered is called ‘life assured’ or ‘insured’. The person in whose name insurance policy is issued is called “policyholder.”</p> <p>vi. A policyholder or a life assured can be same or different.</p>
7	<p>Issuance of the insurance policy</p> <p>Insurer, on acceptance of the proposal and upon receipt of the premium, issues the insurance policy in electronic form. Choice of the prospect/policyholder/customer for availing physical policy document shall be mandatorily sought in the proposal form.</p> <p>All policies issued in electronic form by the insurer directly to the policyholder shall also be issued in physical form, if requested by the policyholder.</p> <p>Policies issued in electronic form shall be digitally signed by the insurer.</p>
8.	<p>Insurers shall, within 15 days of acceptance of a proposal, furnish the following to the prospect without any additional charge:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Covering letter for the policy document informing the free look period, ii. Policy document, iii. Copy of the proposal form submitted by the prospect, iv. Copy of Benefit Illustration, v. Customer Information Sheet, vi. Copy of Need Analysis document under Suitability Assessment, if any, vii. Any other document as may be required by the specific product.
III	<p>At the time of receipt of policy document</p>
1	<p>Customer Information Sheet (CIS)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CIS is a statement provided by the insurer along with the policy document that provides in simple words, important information and basic features of the policy issued at one place. 2. CIS is to be provided with every policy in the format as given in Schedule D for Life insurance policy. The CIS shall <ul style="list-style-type: none"> i. be provided to every policyholder in case of both Individual Insurance policy holder as well as a Member of a Group Insurance Policy. ii. have details like

	<ul style="list-style-type: none"> a) type of insurance, b) sum assured, c) benefits, d) summary of exclusions which policy does not cover, e) certain important details such as Free Look Period, Policy Renewal date, options like revival of policy, policy loan and any other options. <p>iii. contain information regarding the Claims Procedure, Policy Servicing and Grievance Redressal Mechanism including contact details of Insurance Ombudsman of appropriate jurisdiction.</p> <p>3. Acknowledgment in physical or digital will have to be obtained from the Policyholder. On request, CIS will be made available in regional language.</p> <p>4. While CIS provides in simple words basic and important features of a policy, the policyholder may refer the policy document for complete details about the policy issued.</p> <p>5. Where the policyholder finds any inconsistency in the coverage or scope of the policy, the same may be taken up with the insurer either directly or through the distribution channel engaged in procuring the policy for suitable rectification.</p>
2	<p>Free Look Period:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. From the date of receipt of the life insurance policy having policy term of one year or more, a policyholder will have 30 days called as "Free Look period" for reviewing the terms and conditions of the policy. ii. In case the policyholder is satisfied with policy terms or conditions, he/she has the option to return the policy within this 30 days period to the insurer for cancellation. iii. Irrespective of the reasons mentioned, insurer must accept the request of the policyholder to exercise the option of free look cancellation. iv. The policyholder shall be entitled to a refund of the premium paid subject only to a deduction of a proportionate risk premium for the period of cover and the expenses, if any, incurred by the insurer on medical examination of the proposer and stamp duty charges. v. In respect of a linked insurance product, subject to deductions mentioned under para (iv) above, the insurer shall refund the proceeds by repurchase of the units at the Net Asset Value (NAV) of the units on the date of cancellation. vi. The applicable refund of premium upon free look cancellation shall be refunded within 7 days of receipt of request for free look cancellation. In case of any delay in refund, the insurer shall: <ul style="list-style-type: none"> a) refund such amounts along with interest at the bank rate plus 2 percent on the refundable amount, from the date of receipt of the request for free look cancellation till the date of refund. This penal interest is without prejudice to any other penalty that may be levied by the Authority for non-compliance. b) Such interest shall be paid suo-moto by the insurer.

3	<p>Lapse and revival of the insurance policy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Where the insured do not make the payment of premium within the grace period, the policy will lapse. Policy lapse is a situation where insured can no longer avail the benefits and coverage provided under a policy. 2. A lapsed policy can be revived during the period specified in the policy document. For revival of the policy, the policyholder have to pay the unpaid premiums, along with interest or a late fee, and may be required to submit a health declaration or undergo a medical examination, depending on the terms and conditions of the policy.
4.	<p>Digilocker</p> <p>The policyholder has an option to store the soft copy of the policy document in Digilocker.</p>
IV	<p>During the currency of the policy</p>
1	<p>Payment of premium</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Insurance policy will remain in-force and continue to offer the coverage as indicated in the policy as long as the policyholder pays the premium as specified in the policy. ii. To avail the benefits of an insurance policy, the policyholder must pay premium on or before due date throughout the premium payment term subject to the grace period, as applicable. iii. Premium shall be paid only to the account of the insurer. It can be paid either directly to the insurer or through its authorized distribution channel. iv. Insurer/authorized distribution channel shall issue valid premium acknowledgement immediately.
2	<p>Grace Period for payment of premium:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Grace Period is the additional time given for payment of premium after the due date, without any penalty or late fee. It is available in other than single premium policies. ii. Grace period from the due date of premium is: <ul style="list-style-type: none"> o Fifteen days where premium is paid in monthly instalments; and o Thirty days where premium is paid in quarterly/half-yearly/annual instalments. iii. During the grace period, the policy is considered to be in-force and the risk cover continues without any interruption as per the terms and conditions of the policy.
3	<p>Service request</p> <ol style="list-style-type: none"> a. During the term of the policy, Policyholders can change the details already provided to the insurer such as address, contact details, nominee details, etc. When such requests are received from the policyholder, Insurers shall acknowledge the same immediately and update the changes requested for within 7 days.

	b. Where the requests have not been attended to, a grievance can be registered as detailed in para VI (1).
4	<p>Loans under life insurance policies:</p> <p>In case of life insurance policies, except in pure risk policies and linked insurance policies, a policyholder can take repayable policy loan, during the currency of the policy, as per the terms and conditions specified in the policy document, in order to meet financial exigencies/needs, if any.</p>
5	<p>Partial withdrawals under linked life insurance policies:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. In case of linked life insurance policies, in the initial period of five years of the term of the policy called the lock-in-period, the policyholder is not allowed to withdraw any amount. ii. After the lock-in period, policyholder may make partial withdrawals from the unit fund as per the terms specified in the policy, to meet financial exigencies, if any.
6	<p>Policy cannot be contested:</p> <p>No policy of life insurance shall be contestable on any ground whatsoever after the expiry of three years from the date of the policy i.e. from the date of issuance of the policy or the date of commencement of risk or the date of revival of the policy or the date of the rider to the policy, whichever is later.</p> <p>No claim shall be repudiated by the insurer without obtaining legally tenable evidence to substantiate such repudiation.</p>
V	<p>At the time of claim</p>
1	<p>On happening of the insured event as specified in the policy document</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Policyholder or the claimant, as applicable, is required to intimate the insurer, about the happening of the insured event resulting into a claim under the insurance policy, at the earliest possible time either in person or through: <ul style="list-style-type: none"> a) Online mode; b) distribution channel; c) authorized call centre of the insurer; d) any other mode as may be specified in the policy document. ii. No claim shall be rejected or closed for want of documents or for delayed intimation of claim.
2	<p>Processing of claim and Turn Around Time (TAT) for settlement of claims</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Claim intimation received by the insurers shall be processed and settled within timelines specified as under:

	S. No.	Particulars	Times lines for settlement of claims
1.	Death claim, except in cases warranting investigation		Within 15 days from the date of intimation of claim.
2.	Death claim warranting investigation		Within 45 days from the date of intimation of claim.
3.	Surrender, partial withdrawal		Within 7 days of receipt of request.
4.	Maturity Benefits, Survival benefits, Annuity payouts, Income benefits etc.		On due date.
2.	<p>In case the claim is not settled within the specified timelines, then the claimant is entitled for interest at bank rate plus 2 percent from the date of receipt of intimation till the date of payment. Such interest shall be paid by the insurers suo-moto along with the claim amount.</p> <p>Documents to be submitted for making a claim:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Claim form and other documents such as death certificate, annual survival certificate (for annuity policies), First Information Report (in case of claim due to accident), Post Mortem Report (in case of claim due to accident), Discharge summary (in case of death at the hospital), as applicable. ii. Insurers shall <ul style="list-style-type: none"> a) state the documents required for processing of the claim in the policy document; and b) display the same on their websites. <p>In case of death of the policyholder, where the policy is assigned, the nominee should check</p> <ul style="list-style-type: none"> a) whether there is a valid assignment made in favour of the financial institution. b) the outstanding balance on the loan and give consent to the insurer to pay to the financial institution only the outstanding dues on loan. c) that the balance, if any, from the death benefit is paid to the nominee's bank account directly. 		
3.	<p>Surrender of life insurance policies:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. It is advisable to keep a life insurance policy in-force without surrendering the same to avail the benefits under the policy. Surrender of a life insurance policy involves payment of surrender penalty. In case a policyholder chooses to surrender an insurance policy in case of financial exigencies, on payment of surrender value, the insurance policy will terminate. 		

	<ul style="list-style-type: none"> ii. All individual non-linked savings and protection oriented products such as non-linked life insurance products and non-linked pension products including deferred annuity products, other than pure risk products and immediate annuity products shall acquire surrender value iii. In case of surrender of policy in the first year, higher of the Guaranteed Surrender Value (GSV) or "Special Surrender Value" (SSV) becomes payable after completion of first policy year provided one full year premium is paid by the policyholders. iv. In case of policies with limited premium payment term of less than five years and single premium, higher of GSV or SSV shall be payable immediately after receipt of first full year premium or single premium. v. For linked insurance policies, unit fund value less the surrender charge will be paid on surrender subject to lock in of five years.
4.	<p>Group Insurance Policies</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. There are two types of group insurance policies viz Employer-Employees and Non-Employer-Employees policies. 2. In case a group insurance policy is issued to an employer-employee group: <ul style="list-style-type: none"> i. the employer shall be treated as the group master policyholder and the employees shall be treated as the members of the group. ii. the employer shall share the group insurance policy to all the members of the group in confirmation of insurance protection of each individual member. iii. except for group fund-based products, in all other cases, claims shall be paid directly to the employee or the beneficiary as the case may be. 3. In case a group insurance policy is issued to a non-employer-employee group: <ul style="list-style-type: none"> i. the individual group member shall be the insured member and the holder of the policy shall be the master policyholder. ii. the insurer shall issue a certificate of insurance giving details of group policies viz., schedule of benefits, period of cover, premium to be paid, terms of the policy, exclusion etc. to all the members of the group. iii. The insurer shall ensure that the premium paid by the members of the Group is remitted directly to them. Hence, individual members should directly pay the premium to the insurer preferably through electronic transfer. Insurer shall settle claims directly to the members/beneficiary of the group. iv. The insurer shall ensure that the claim payment is made: <ul style="list-style-type: none"> a) in the name of the insured member or his/her nominee directly through electronic transfer to the claimant's bank account except for cases referred to clause (b) below. b) in the name of the master policyholder, if it is a financial institution, in whose favour there is a valid assignment, subject to the following conditions being satisfied:

	<ul style="list-style-type: none"> • there is authorized assignment made by the insured member in favor of the group holder of the policy on the date of event; • such authorized assignment shall only be to the extent of outstanding dues on loan as per the outstanding loan schedule on the date of occurrence of the event; • the balance of the claim (i.e., the difference between the sum assured and the outstanding loan amount on the date of occurrence of the event) must be paid directly to the claimant or the insured member; • complete details of the claim amount settled, the remittances made to the holder of the group insurance policy towards outstanding loan balance and the balance claim amount payable to the member / nominee / beneficiary shall be communicated by the Insurer directly to the insured member / nominee / beneficiary. <p>c) The policyholder / beneficiary / nominee should be informed in advance about the existence of the assignment. He/she should give his/her confirmation to the outstanding loan amount as on the date of occurrence of the event. Consent for payment of such outstanding loan amount to the master policyholder of the policy shall also be obtained from the policyholder/beneficiary/nominee.</p>
VI	Complaints Mechanism: In case the policyholder or the claimant is required to raise any complaint against the insurer, distribution channel, authorized entity to collect premiums, third party administrators (TPA), he/she may use the Grievance redressal procedure given below:
1	<p>Lodging of complaint</p> <p>i. Where the policyholder / beneficiary is not satisfied with the services of the insurer or the distribution channel, he / she can lodge the complaints directly with the insurer or with the distribution channel including TPA or with both using any one of the following mode:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ By visiting their nearest branch ○ Through letters or email ○ On insurer's website or ○ by calling at designated call centre of the insurer <p>ii. The policyholder or the claimant also has the option to register the complaint on-line at IRDAI's Bima Bharosa by visiting https://bimabharosa.irdai.gov.in/.</p> <p>iii. Insurers shall integrate its grievance portal with the Bima Bharosa portal to facilitate the registering/ tracking of grievance on-line by the policyholders. The insurer's system must be equipped with a real-time mirroring functionality that ensures their grievance database is consistently synchronized with the Bima Bharosa.</p>
2	Turnaround time for resolution of complaints / grievance

	<ul style="list-style-type: none"> i. On receipt of a complaint, the complainant will have to be given an acknowledgement immediately. Insurers should provide resolution to the complaint within 14 days along with the reasons for not accepting the complaint with specific reference to the relevant terms and conditions of the policy. ii. The complainant can track the status of the complaint by logging-in to the Bima Bharosa or to the insurer's grievance portal or on the call centre of the insurer. iii. The insurer shall have in place robust technology-based infrastructure for handling Grievance Redressal which also has functionality to identify unrelated/unidentifiable complaints sourced by fraudsters.
3	<p>Filing of complaint before Insurance Ombudsman</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) In case the complainant is not satisfied with the resolution of grievance provided by the insurer, they can escalate the unresolved / partially resolved complaints to Insurance Ombudsman of concerned jurisdiction, in case the claim amount is up to Rs. 50 lakhs. (ii) A policyholder has the option to take up the matter before insurance ombudsman of competent jurisdiction without any charge / fee in any of the following manner: <ul style="list-style-type: none"> a. In person; b. Online by visiting https://cioins.co.in/Complaint/Online; c. In writing, by post or by email by giving complete details. (iii) Details such as name and address of the Insurance Ombudsman of competent jurisdiction shall be available in the policy document. It shall also be provided in the resolution letter given by the insurer. It is also available at <u>https://cioins.co.in/Complaint/Online</u>.
4	<p>Implementation of Ombudsman Award</p> <ul style="list-style-type: none"> i. The Insurer is required to comply with the award of the Insurance Ombudsman within 30 days of receipt of award. ii. In case the Insurer does not honour the Insurance Ombudsman award within 30 days, a penalty of Rs. 5000/- per day shall be payable to the complainant for each day of delay. iii. Such penalty is in addition to the penal interest liable to be paid by the Insurer under the Insurance Ombudsman Rules, 2017. iv. This provision will not be applicable in case insurer chooses to appeal against the award of the Insurance Ombudsman within 30 days. In such case, due intimation shall be sent to the Policyholder.
VII	Miscellaneous provisions
1	<p>Caution against spurious/fraudulent calls</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Policyholders or the prospects should be aware of spurious phone calls and fictitious / fraudulent offers through messages or any other means of communication.

	<ul style="list-style-type: none"> ii. IRDAI or its officials do not involve in any activities of insurance business like selling insurance policies, announcing bonus or investment of premiums, refund of amounts. Policyholders or the prospects receiving such phone calls are requested to lodge a police complaint. iii. Insurers and Insurance Intermediaries sending commercial communications to their existing or prospective customers shall fulfil the extant regulatory requirements prescribed by the Telecom Regulatory Authority of India.
2	<p>Unclaimed amount</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Policyholder or the claimants are required to provide his/her correct mobile number, address, bank details in the proposal form and update such information as and when it is changed. In the absence of such details, settlement of claims by the insurers will be delayed, as the policyholder or the claimants can't be reachable and/or bank account details may not be available for claim settlement. This results in unclaimed amounts lying with the insurer. ii. “Unclaimed Amount” is an amount payable to consumers, including income accrued thereon, remaining unpaid beyond twelve months from the due date of such payment, on account of their non-contactability. iii. A claimant / policyholder can search if there is any unclaimed amount payable to him / her by any insurer at Bima Bharosa website of IRDAI at https://bimabharosa.irdai.gov.in/Home/UnclaimedAmount which provides at one place access to website links of various insurers where unclaimed amounts held by them are displayed. It can also be verified from the website of the concerned insurer. iv. Unclaimed amount belonging to policyholder / claimant can be identified by matching any two of the following fields: <ul style="list-style-type: none"> o Policy Number o PAN of the Policyholder o Name of the Policyholder o Date of birth of the Policyholder v. The unclaimed amounts can be claimed from the concerned insurer by following due process as specified by the insurer. vi. In case the unclaimed amount is not claimed within 10 years, the same is transferred to Senior Citizens' welfare fund (SCWF) by the insurer. vii. The claimant / policyholder can claim the unclaimed amounts up to 25 years from the date of transfer of the same to the SCWF through the concerned insurer. If no claim is made up to a period of 25 years after transfer to the SCWF, such amounts shall be escheat to the Central Government.

3	For more information about the life insurance products, surrender value, benefits, charges, funds, NAV, disclosures, past performance, annual statement, disclosures, top-up premium, partial withdrawal, discontinuance, reduction in yield etc., please refer to master Circular no. IRDAI / ACTL / MSTCIR / MISC / 89 / 6 / 2024 dated 12th June, 2024 at https://irdai.gov.in/document-detail?documentId=5032913 and IRDAI (Insurance Products) Regulations, 2024 at https://irdai.gov.in/consolidated-gazette-notified-regulations .
---	--

PART B: Health Insurance Policies

I	Prior to Sale
1	<p>1. Insurers are required to make available products/add-ons/riders to provide wider choice to the policyholders/prospects catering to</p> <ul style="list-style-type: none"> a. all ages; b. all types of existing medical conditions; c. pre-existing diseases and chronic conditions; d. all systems of medicine and treatments including Allopathy, AYUSH and other systems of medicine; e. every situation of treatment including domiciliary hospitalization, outpatient treatment (OPD), Day Care and Homecare treatment; f. all regions, all occupational categories, persons with disabilities and any other categories; g. all types of Hospitals and Health Care Providers to suit the affordability of the policyholders/prospects. Policyholder shall not be denied coverage in case of emergency situations. <p>Note: The above does not imply that the Insurer shall have one product to cater to all of the above.</p> <p>2. Insurers shall allow for customization of products by customer by providing the flexibility to choose products / add-ons / riders as per his / her medical conditions / specific needs.</p>
2.	<p>Products are to be made available in compliance with various laws: Insurers shall offer products in accordance with relevant provisions of the following Laws:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) The Mental Healthcare Act, 2017; b) The Rights of Persons with Disabilities Act, 2016; c) The Surrogacy (Regulation) Act, 2021; d) The Transgender Persons (Protection of Rights) Act, 2019, and e) The HIV and AIDS (Prevention and Control) Act, 2017.

3.	<p>Purchase of insurance policy</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Insurance products are offered only by insurers registered with IRDAI. A prospect can buy such products from an insurer directly or through any of the distribution channels. ii. Such purchase can be made either by visiting the office of Insurer / distribution channel or online by visiting the website the insurer /distribution channel. iii. “Distribution channel” for purchasing the insurance products, includes individual agents, corporate agents, insurance brokers, web aggregators, insurance marketing firms, Common Service Centre, etc. Authorized distribution channels to sell insurance products may be verified from the respective websites of the insurance companies whose products are offered for sale.
4.	<p>Advertisements</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Insurance companies and the distribution channels may advertise the insurance products offered for sale. Such advertisements could be in the form of television advertisements, radio announcements, social media circulations, newspaper advertisements, pamphlets or leaf lets etc. Generally, the information available in such advertisements are indicative and may not provide complete details of the product. ii. Insurance advertisements carry the registered name of the insurers and unique identification number (UIN) of the insurance products, wherever insurance product is advertised. iii. Before purchasing any insurance product, the prospect should read the prospectus of the product shared by the insurer/distribution channels. The prospect may also verify the details of the product from the website of the insurer.
5.	<p>Prospectus</p> <ul style="list-style-type: none"> i. In order to explain the features, benefits, exclusions, and various other details offered in insurance products to customers, insurers are required to have prospectus for each of the product offered by them for sale and are uploaded in their website. ii. To understand specific details of any insurance product/s, a prospect may read the prospectus available on the insurers website or may ask the representative of the insurer or distribution channel to provide the same.
II	<p>At proposal stage</p>
1	<p>Proposal Form:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. For purchasing an insurance policy, insurer will require a proposal form to be submitted by the prospect. ii. Proposal form will be made available in Hindi or English. However, if sought by the prospect, it will also be provided in regional language.

	<p>iii. A prospect, while buying an insurance policy, is required to provide the information / details sought in the proposal form, including the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. mobile no, email id, present and permanent address; b. bank account details; c. name of the nominee and his/her mobile no, email id, present, permanent address, relationship of the nominee, details of authorized person for minor nominees and details of bank accounts of the nominee; <p>iv. If asked in the proposal form, prospects are required to provide health and other medical details.</p> <p>v. Ayushman Bharat Health Account (ABHA) number is a hassle-free method of accessing and sharing health records digitally. With specific consent of the policyholder, insurers may facilitate creation of ABHA number as per the procedures laid down. Further, express consent of the policyholder shall be obtained for sharing of medical records and any other related information in every instance.</p> <p>vi. In case, the prospect is not familiar with the language printed in the proposal form, insurer or the distribution channel shall explain the details sought in the proposal form. In such case, a declaration shall be obtained from the prospect that the details have been explained to him/her.</p> <p>vii. A policyholder or prospect, who is a person with disability, may duly authorize a representative to give declaration on his/her behalf.</p> <p>viii. Prospects should exercise due care and provide required information in the proposal form which forms the basis of issuance of an insurance policy. True and complete information in the proposal form enables insurers to assess the risks appropriately and to decide on the proposal form. This also facilitates hassle-free claim servicing by the insurer. Hence, the information should be given responsibly.</p> <p>ix. In case there is a change in any of the information already provided in the proposal form like mobile number, email IDs, residential address, bank account details, nominee details during the term of the policy, policyholder should update such information with the insurer, to enable the insurer to provide efficient policy servicing.</p> <p>x. Proposer before signing the proposal form or enrolment form in case of group insurance should ensure that all the details as required therein have been provided.</p>
2	<p>Nomination</p> <ul style="list-style-type: none"> i. While filling the proposal form, prospect is required to provide the details of the nominee. ii. Nomination is mandatory to facilitate payment of claim amount in the event of death of policyholder. iii. Policyholder may nominate one or more person and specify the percentage of claim amount payable in the event of death of the policyholder.

	<ul style="list-style-type: none"> iv. Where any nominee is a minor, it shall be lawful for the policyholder to appoint any person in the manner laid down by the insurer, to receive the money secured by the policy in the event of his/her death during the minority of the nominee. v. Nomination can be changed at any time during the term of the policy.
3	<p>Payment of premium / premium deposit:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Premium is required to be paid only after the insurer communicates the decision of acceptance of the proposal. ii. Risk Cover shall commence only after receipt of premium. iii. No premium deposit / proposal deposit is required to be paid to the insurer along with the proposal form except in case of policies issued basis declaration of good health where risk cover commences immediately on receipt of premium. There should not be scope for either short or excess collection of premium. iv. Insurers shall ensure that explicit consent is obtained from the prospect/policyholder for deduction of amount towards premium payment from bank account.
4	<p>Processing of proposal forms (Underwriting of the proposal)</p> <ul style="list-style-type: none"> i. On receipt of the proposal form, the insurer shall process the proposal with speed and efficiency. In case of requirement of further details/clarifications on details given in the proposal form, the same should be called for in one-go and not on piecemeal basis within 7 days from the date of receipt of the proposal form. ii. In such case, the prospect should provide such information at the earliest so that the decision on the proposal form can be taken with speed and efficiency. iii. The insurer shall take decision on the proposal form within 7 days. On acceptance of the proposal form, the insurer shall: <ul style="list-style-type: none"> a) promptly communicate its decision to the prospect along with the premium payable. b) provide coverage from the date of receipt of premium. iv. In case of non-acceptance of proposal, insurer shall inform the prospect its decision within 7 days along the reasons for non-acceptance. v. After the acceptance of a proposal, the prospect will be referred to as the "policyholder or insured". The person whose risks are covered is called 'insured'. The person in whose name insurance policy is issued is called "policyholder".
5	<p>Issuance of the insurance policy</p> <p>Insurer, on acceptance of the proposal and upon receipt of the premium, issues the insurance policy in electronic form. Choice of the prospect/policyholder/customer for availing physical policy document shall be mandatorily sought in the proposal form.</p> <p>All policies issued in electronic form by the insurer directly to the policyholder shall also be issued in physical form, if requested by the policyholder.</p>

	Policies issued in electronic form shall be digitally signed.
6	<p>Insurers shall, within 15 days of the acceptance of a proposal, furnish the following to the prospect without any additional charge:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Policy document, ii. Copy of the proposal form submitted by the prospect, iii. Customer Information Sheet, iv. Medical Reports, if applicable.
III	At the time of receipt of policy document
1	<p>Customer Information Sheet (CIS)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CIS is a statement provided by the insurer along with the policy document that provides in simple words, important information and basic features of the policy issued at one place. 2. CIS is to be provided with every policy in the format as given in Schedule D for Health insurance. It is a document provided by the Insurer along with the policy document that explains in simple words, the basic features of a policy at one place. The CIS shall: <ul style="list-style-type: none"> a. be provided to every policyholder in case of both Individual Insurance policy holder as well as a Member of Group Insurance Policy. b. have details like <ul style="list-style-type: none"> i. type of insurance, ii. sum Insured, iii. coverage provided, iv. summary of exclusions which policy does not cover, v. sub-limits (a pre-defined limit above which insurer will not pay), vi. deductibles (specified amount upto which an insurer will not pay any claim/which will be deducted from total claim, if the claim amount is more than the specified amount), co-payment, vii. waiting period(s) (time period during which specified diseases / treatments are not covered), and viii. certain important things such as Free Look Period, Policy Renewal, Migration, Portability and Moratorium Period. c. contain information regarding the Claims Procedure, Policy Servicing and Grievance Redressal Mechanism including contact details of Insurance Ombudsman of appropriate jurisdiction. 3. Acknowledgment in physical or digital will have to be obtained from the Policyholder. On request, CIS will be made available in regional language. 4. While CIS provides in simple words basic and important features of a policy, the policyholder may refer the policy document for complete details about the policy issued.

	<p>5. Where the policyholder finds any inconsistency in the coverage or scope of the policy, the same may be taken up with the insurer either directly or through the distribution channel engaged for procuring the policy for suitable rectification.</p>
2	<p>Free Look Period:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. A period of 30 days, from the date of receipt of the policy document is available to the policyholder to review the terms and conditions of the policy. If he/she is not satisfied with any of the terms and conditions, he/she has the option to cancel his/her policy. This option is available in case of policies with a term of one year or more. ii. Irrespective of the reasons mentioned, insurer must accept the request of the policyholder to exercise the option of free look period. The policyholder shall be entitled to a refund of the premium paid subject only to a deduction of a proportionate risk premium for the period of cover and the expenses, if any incurred by the insurer on medical examination of the proposer and stamp duty charges.
3.	<p>Digilocker</p> <p>The policyholder has an option to store the soft copy of the policy document in Digilocker.</p>
IV	During the currency of the policy
1	<p>Payment of premium</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Insurance policy will remain in-force and continue to offer the coverage as indicated in the policy, as long as the policyholder pays the premium as specified in the policy. ii. To avail the benefits of an insurance policy, the policyholder must pay premium on or before due date throughout the premium payment term subject to the grace period as applicable. iii. Premium shall be paid only to the account of the insurer. It can be paid either directly to the insurer or through its authorized distribution channel. iv. Insurer/authorized distribution channel shall issue valid premium acknowledgement immediately.
2	<p>Grace Period for payment of premium:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. “Grace period” is the additional time given for payment of premium after the due date, without any penalty or late fee. It is available in other than single premium policies. However, coverage will be available during the period of grace based on policy terms and conditions. ii. Grace period from the due date of premium is: <ul style="list-style-type: none"> a. Fifteen days where premium is paid in monthly instalments; and b. Thirty days where premium is paid in quarterly / half-yearly / annual instalments.

	<ul style="list-style-type: none"> iii. If the premium is paid in instalments during the policy period, coverage will be available for the grace period also. iv. If the policy is renewed during grace period, all the credits (sum insured, No Claim Bonus, Specific Waiting periods, waiting periods for pre-existing diseases, Moratorium period etc.) accrued under the policy shall be protected. The same is applicable for both Indemnity and Benefit products.
3	<p>Service request</p> <ul style="list-style-type: none"> i. During the term of the policy, Policyholders are allowed to change the details already provided to the insurer such as address, contact details, nominee details, etc. When such requests are received from the policyholder, Insurers shall acknowledge the same immediately and update the changes requested for within 7 days. ii. Where the requests have not been attended to, a grievance can be registered as detailed in para VI (1).
4	<p>Cancellation of indemnity based health insurance policy by the policyholder:</p> <p>The policyholder may cancel his/her policy at any time during the term, by giving 7 days' notice in writing. The Insurer shall:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) refund proportionate premium for unexpired policy period, if the term of policy upto one year and there is no claim (s) made during the policy period. b) refund premium for the unexpired policy period, in respect of policies with term more than 1 year and risk coverage for such policy years has not commenced. <p>In case of any delay in refund, the insurer shall refund such amounts along with interest at the bank rate plus 2 percent on the refundable amount, from the date of receipt of the request for free look cancellation till the date of refund. Such interest shall be paid suo-moto by the insurer.</p>
5	<p>Renewal of Health Insurance Policy:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. A health insurance policy is renewable provided the product is not withdrawn, except in case of established fraud or non-disclosure or misrepresentation by the Insured. If the product is withdrawn, the policyholder shall be provided with suitable options to migrate to another product. ii. An Insurer shall not deny the renewal on the ground that the policyholder had made a claim (s) in the preceding policy years. iii. An Insurer shall not resort to fresh underwriting unless there is an increase in sum insured. In case increase in sum insured is requested by the policyholder, the Insurer may underwrite only to the extent of increased sum insured.
6	<p>Migration in case of Indemnity policies:</p> <p>In case of migration of one policy to another with the same Insurer, the policyholder (including all members under family cover and group insurance policies) can transfer the credits gained to the extent of the Sum Insured, No Claim Bonus, Specific Waiting</p>

	periods, waiting period for pre-existing diseases, Moratorium period etc. in the previous policy to the migrated policy.
7	<p>No Claim Bonus:</p> <p>The Insurer may reward the policyholders who do not make claim in the form of No Claim Bonus (NCB). Such NCB shall be paid as per the choice/ express consent of the policyholder in the following forms at the time of every renewal:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Cumulative Bonus: Addition in the Sum Insured without an associated increase in premium; and/or b. Discount in renewal Premium.
8	<p>Policy/Claim cannot be contested</p> <p>No policy and claim of health insurance shall be contestable on any grounds of non-disclosure and/or misrepresentation except for established fraud, after the completion of the Moratorium Period, i.e. 60 months of continuous coverage</p> <p>Note: The accrued credits gained under the ported and migrated policies shall be counted for the purpose of calculating the Moratorium period.</p>
V	At the time of claim
1	<p>On happening of the contingency (ies) / claim</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Policyholder or the claimant, as applicable, is required to intimate the insurer, about the happening of a claim under the insurance policy, at the earliest possible time either in person or through: <ul style="list-style-type: none"> a) Online mode; b) distribution channel; c) Third Party Administrator (TPA); d) Hospital /Health care Provider where such facility is provided; e) authorized call centre of the insurer; f) any other mode as may be specified in the policy document. ii. No claim shall be rejected or closed for want of documents or for delayed intimation of claim.
2	<p>Processing of claim</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Claim intimation received by the insurers shall be processed and settled within timelines specified. For time line for settlement of the claims of health, please refer para 3. ii. In case the claim is not settled within the specified timelines, then the claimant is entitled for interest at bank rate plus 2 percent from the date of receipt of intimation to till the date of payment. Such interest shall be suo-moto paid by the insurers.
3	Claim settlement under health Insurance policies

3 (i)	<p>Cashless facility for health insurance</p> <p>1. Approval for Cashless facility:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Insurer shall decide on the request for cashless authorization immediately but not more than one hour of receipt of request. ii. Insurers may arrange for dedicated Help Desks in physical mode at the hospital to deal and assist with the cashless requests. iii. Insurers shall also provide pre-authorization to the policyholder through Digital mode. <p>2. Final authorization for Discharge from the hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Insurer shall grant final authorization within three hours of the receipt of discharge authorization request from the hospital. In no case, the policyholder shall be made to wait to be discharged from the Hospital. ii. If there is any delay beyond three hours, the additional amount if any charged by the hospital shall be borne by the insurer from shareholder's fund.
3(ii)	<p>In the event of the death of the policyholder during the treatment, the insurer shall:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. immediately process the request for claim settlement. ii. get the mortal remains (dead body) released from the hospital immediately.
3(iii)	<p>Settlement of health insurance Claims</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TPAs are registered with the Authority, and may be engaged by insurers to provide services related to health insurance policies on behalf of insurers, in particular, at the time of claim. 2. Insurer shall ensure that the claims registered are attended to at speed and the claims are settled at the earliest possible time. 3. Pursuant to intimation of the claim, Insurers and Third-Party Administrators (TPAs), shall collect the required documents from the Hospitals. Policyholder shall not be required to submit the documents. 4. No claim shall be repudiated without the approval of Product Management Committee (PMC) or a three-member sub-group of PMC called the Claims Review Committee (CRC). 5. In case, the claim is repudiated or rejected or disallowed partially, details shall be communicated to the claimant along with full details giving reference to the specific terms and conditions of the policy document. 6. Settlement of claims (other than cashless) shall be settled within fifteen days from submission of claim.
4	Group Insurance Policies

	<ol style="list-style-type: none"> 1. There are two types of group insurance policies viz. Employer-Employees and Non-Employer-Employees policies. 2. In case a group insurance policy is issued to an employer-employee group: <ol style="list-style-type: none"> i. the employer shall be treated as the group master policyholder and the employees shall be treated as the members of the group. ii. the employer shall share the group insurance policy to all the members of the group in confirmation of insurance protection of each individual member. iii. claims shall be paid directly to the employee or the beneficiary as the case may be. iv. In order to provide cashless claim settlement for health insurance from the date of commencement of cover, the Insurer shall obtain the details of members of the group from the master policyholder, at the earliest. No claim shall be denied for non-availability of details of members of the group. 3. In case a group insurance policy is issued to a non-employer-employee group: <ol style="list-style-type: none"> i. the individual group member shall be the insured member and the holder of the policy shall be the master policyholder. ii. the insurer shall issue a certificate of insurance giving details of group policies viz., schedule of benefits, period of cover, premium to be paid, terms of the policy, exclusion etc. to the members of the group. 4. Claims shall be paid directly to the employee or the beneficiary as the case may be.
5	<p>Claims in respect of multiple Policies held by policyholders:</p> <p>1. Indemnity Policies:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) If a policyholder has more than one health insurance policy from different insurers he/she can file for claim settlement as per his/her choice under any policy. b) The Insurer of that chosen policy shall be treated as the primary Insurer. c) In case the available coverage under the said policy is less than the admissible claim amount, the primary Insurer shall seek the details of other available policies of the policyholder, his/her choice of the other insurer(s) and shall coordinate with other Insurers to ensure settlement of the balance amount as per the policy conditions, without causing any hassles to the policyholder. <p>2. Benefit based Policies:</p> <p>On occurrence of the insured event the policyholder, can claim from all Insurers under all policies.</p>
VI	<p>Complaints Mechanism: In case the policyholder or the claimant is required to raise any complaint against the insurer, distribution channel, authorized entity to</p>

	collect premium, third party administrators, he/she may use the Grievance redressal procedure given below:
1	<p>Lodging of complaint</p> <p>i. Where the policyholder / beneficiary is not satisfied with the services of the insurer or the distribution channel, he / she can lodge complaints directly with the insurer or with the distribution channel including TPA or with both using any one of the following mode:</p> <ul style="list-style-type: none"> o By visiting their nearest branch; o Through letters or email; o On insurer's website; or o by calling at their designated call centre of the insurer. <p>The policyholder or the claimant also has the option to register the complaint on-line at IRDAI's Bima Bharosa by visiting https://bimabharosa.irdai.gov.in/.</p> <p>Insurers shall integrate its grievance portal with the Bima Bharosa portal to facilitate the registering/ tracking of grievance on-line by the policyholders. The insurer's system must be equipped with a real-time mirroring functionality that ensures their grievance database is consistently synchronized with the Bima Bharosa.</p>
2	<p>Turnaround time for resolution of complaints / grievance</p> <p>i. On receipt of a complaint, the complainant will have to be given an acknowledgement immediately. Insurers should provide resolution to the complaint within 14 days along with the reasons for not accepting the complaint with specific reference to the relevant terms and conditions of the policy.</p> <p>ii. The complainant can track the status of a complaint by logging-in to the Bima Bharosa or to the insurer's grievance portal or on the call centre of the insurer.</p> <p>iii. The insurer shall have in place robust technology-based infrastructure for handling Grievance Redressal which also has functionality to identify unrelated / unidentifiable complaints sourced by fraudsters.</p>
3	<p>Filing of complaint before Insurance Ombudsman</p> <p>i. In case the complainant is not satisfied with the resolution of grievance provided by the insurer, they can escalate the unresolved / partially resolved complaints to Insurance Ombudsman of concerned jurisdiction, in case the claim amount is up to Rs. 50 lakhs.</p> <p>ii. The policyholder has option to take up the matter before insurance ombudsman of competent jurisdiction without any charge / fee through any of the following options:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. In person; b. Online by visiting https://cioins.co.in/Complaint/Online; c. In writing through post or through email by giving complete details.

	<p>iii. Details such as name and address of the Insurance Ombudsman of competent jurisdiction shall be available in the policy document. It shall also be provided in the resolution letter given by the insurer. It is also available at https://cioins.co.in/Complaint/Online.</p>
4	<p>Implementation of Ombudsman Award</p> <ul style="list-style-type: none"> i. The Insurer is required to comply with the award of the Insurance Ombudsman within 30 days of receipt of award. ii. In case the Insurer does not honour the Insurance Ombudsman award within 30 days, a penalty of Rs. 5000/- per day shall be payable to the complainant for each day of delay. iii. Such penalty is in addition to the penal interest liable to be paid by the Insurer under the Insurance Ombudsman Rules, 2017. iv. This provision will not be applicable in case insurer chooses to appeal against the award of the Insurance Ombudsman within 30days. In such case, due intimation shall be sent to the Policyholder.
VII	<p>Miscellaneous provisions</p>
1	<p>Caution against spurious/fraudulent calls</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Policyholders or the prospects should be aware of spurious phone calls and fictitious / fraudulent offers through messages or any other means of communications. ii. IRDAI or its officials do not involve in any activities of insurance business like selling insurance policies, announcing bonus or investment of premiums, refund of amounts. Policyholders or the prospects receiving such phone calls are requested to lodge a police complaint. iii. Insurers and Insurance Intermediaries sending commercial communications to their existing or prospective customers shall fulfil the extant regulatory requirements prescribed by the Telecom Regulatory Authority of India.
2	<p>Unclaimed amount</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Policyholder or the claimants are required to provide his/her correct mobile number, address, bank details in the proposal form and update such information as and when it is changed. In the absence of such details, settlement of claims by the insurers will be delayed, as the policyholder or the claimants can't be reachable and/or bank account details may not be available for claim settlement. This results in unclaimed amounts lying with the insurer. 2. "Unclaimed Amount" is an amount payable to consumers, including income accrued thereon, remaining unpaid beyond twelve months from the due date of such payment, on account of their non-contactability. 3. A claimant / policyholder can search if there is any unclaimed amount payable to him / her by any insurer at Bima Bharosa website of IRDAI at

	<p>https://bimabharosa.irdai.gov.in/Home/UnclaimedAmount which provides at one place access to website links of various insurers where unclaimed amounts held by them are displayed. It can also be verified from the website of the concerned insurer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Unclaimed amount belonging to policyholder / claimant can be identified by matching any two of the following fields: <ul style="list-style-type: none"> o Policy Number o PAN of the Policyholder o Name of the Policyholder o Date of birth of the policyholder 5. The unclaimed amounts can be claimed from the concerned insurer by following the due process as specified by the insurer. 6. In case the unclaimed amount is not claimed within 10 years, the same is transferred to Senior Citizens' welfare fund (SCWF). 7. The claimant / policyholder can claim the unclaimed amounts up to 25 years from the date of transfer of the same to the SCWF through the concerned insurer. If no claim is made up to a period of 25 years after transfer to the SCWF, such amounts shall be escheat to the Central Government.
3	<p>Portability in case of Health Indemnity Policies</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Portability means a facility provided to the health insurance policyholders (including all members under family cover), to transfer the credits gained from one insurer to another insurer. ii. By porting, the policyholder is entitled to transfer the credits gained to the extent of the Sum Insured, No Claim Bonus, specific waiting periods, waiting period for pre-existing disease, Moratorium period etc. from the Existing Insurer to the Acquiring Insurer in the previous policy. iii. The Acquiring and the Existing Insurers shall jointly, ensure that the entire underwriting details and claim history of the Policyholders are seamlessly transferred. iv. The existing insurer shall provide the information sought by the Acquiring insurer immediately but not more than 72 hours of receipt of request through Insurance Information Bureau of India (IIB) https://iib.gov.in/ portal. v. The Acquiring insurer shall decide and communicate on the proposal at the earliest possible time but not more than 5 days of receipt of information from Existing insurer. vi. A policyholder desirous of porting his/her policy to another insurer shall apply to such insurer to port the entire policy along with all the members of the family, if any, at least 30 days before, but not earlier than 60 days from the due date for renewal. Insurers are free to consider proposal for portability even if the policyholder has approached within 15 days from the renewal date of the existing

	<p>policy, but in all such cases acquiring insurer shall ensure that there is no break in policy.</p> <p>vii. No charges shall be levied on the policyholder for porting-in or porting-out.</p>
4	<p>To know more details as regards health insurance business, please refer IRDAI's Master circular no. IRDAI/HLT/CIR/PRO/84/5/ 2024 dated 29.05.2024 at https://irdai.gov.in/document-detail?documentId=4942918 and IRDAI (Insurance Products) Regulations, 2024 at https://irdai.gov.in/consolidated-gazette-notified-regulations.</p>
Part C: For Retail General Insurance Policies	
	<p>This section is applicable in case of retail products ie., an insurance product designed for individuals or households as also for micro or small businesses.</p>
I	Prior to Sale
1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insurers are required to make available products/ add-ons: <ul style="list-style-type: none"> i. to provide wider choice to the retail policyholders / prospects covering his / her assets, risks, properties, liabilities against various perils, exposures and lines of business. ii. for individuals, farmers, MSME and other retail segments. iii. that are easy to understand and in simple language. iv. which are less than one year, annual and more than one year as per the needs and choice of the customer. v. which covers different risks of the customer/ policyholder by way of package products. vi. which can be customized to meet the needs of different regions; geographies; segments. 2. Insurers shall allow for customization of products by providing flexibility to choose products/ add-ons as per his/her specific needs. The insurer shall offer different products for different risks or perils depending upon customer requirements. 3. Insurers shall strive to create innovative products which are beneficial to the customer.
2.	<p>Base Product - Every Insurer shall have a retail product which is identified and designated as base product defining the necessary minimum coverage in each Line of Business. The same will be displayed on its website allowing customers to compare with its variants or alternatives.</p>
3	<p>Insurers are required to specify the following under Retail General Insurance products:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. <u>Scope of coverage (perils or contingencies insured)</u> – whether coverage is on named perils basis (covers the policyholder only for the risks named in the policy)

	<p>or all-risk basis (covers all causes of loss except those specifically excluded) or any other basis.</p> <ul style="list-style-type: none"> ii. <u>Exclusions and limitations</u> – what are the exclusions and limitations that will impact the coverage under the policy. iii. <u>Warranties & conditions</u> - what are the warranties & conditions whose non-compliance in the context of circumstances of a loss can make the claim void or voidable. Conditions and Warranties applied on retail products will be simple and precise. iv. <u>Application of condition of average/ underinsurance</u> – whether the loss will be subject to underinsurance and how much percentage of underinsurance is waived. Underinsurance is the amount of loss that will be borne by the policyholder in a situation when the sum insured declared in the policy is less than the actual value of the asset. v. <u>Salvage</u> – the amount that is assessed which the damaged asset will fetch in the open market. This amount is deducted from the claim amount. vi. <u>Deductible or excess</u> –what is the deductible or excess (the amount of loss that will be borne by the policyholder) under the policy, which will reduce the amount of the claim. vii. <u>Basis of settlement of loss</u> – The following basis on which amount will be arrived, at namely:- <ul style="list-style-type: none"> a. Indemnity (after application of depreciation, condition of average/ underinsurance, salvage, deductible, etc.); b. Reinstatement value (indemnity amount without application of depreciation / underinsurance); c. Agreed value (stated amount in policy without adjustment or average); d. First loss (cover for an amount below the full value of the items insured); e. Parametric basis (on specified loss occurrence, the stated limit of liability shall be settled without evaluation or measurement of the actual extent or amount of loss or damage incurred).
4.	<p>Purchase of insurance policy</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Insurance products are offered only by insurers registered with IRDAI. A prospect can buy such products from an insurer directly or through any of the distribution channel. ii. Such purchase can be made either by visiting the office of an Insurer/ distribution channel or online by visiting the website of the insurer /distribution channel. iii. “Distribution channel” for purchasing the insurance products, includes individual agents, corporate agents, insurance brokers, web aggregators, insurance marketing firms, Common Service Centre etc. Authorised distribution channels to sell insurance products may be verified from the respective websites of the insurance companies whose products are offered for sale.

5.	<p>Advertisements</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Insurance companies and the distribution channels may advertise the insurance products offered for sale. Such advertisements could be in the form of television advertisements, radio announcements, social media circulations, newspaper advertisements, pamphlets or leaf lets etc. Generally, the information available in such advertisements are indicative and may not provide complete details of the product. ii. Insurance advertisements carry the registered name of the insurers and unique identification number (UIN) of the insurance products, wherever insurance product is advertised. iii. Before purchasing any insurance product, the prospect should read the prospectus of the product shared by the insurer/distribution channels. The prospect may also verify the details from the website of the insurer.
6.	<p>Prospectus</p> <ul style="list-style-type: none"> i. In order to explain the features, benefits, exclusions, and various other details offered in insurance products to customers, insurers are required to have prospectus for each of the product offered by them for sale. They are uploaded in their website. ii. To understand specific details of any insurance product/s, a prospect may read the prospectus available on the insurers website or may ask the representative of the insurer or distribution channel to provide the same.
II	<p>At proposal stage</p>
1	<p>Proposal Form:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. For purchasing an insurance policy, insurer will require a proposal form to be submitted by the prospect. ii. Proposal form will be made available in Hindi or English. However, if sought by the prospect, it will also be provided in regional language. iii. A prospect, while buying an insurance policy, is required to provide the information / details sought in the proposal form, including the following: <ul style="list-style-type: none"> a) mobile no, email id, present and permanent address; b) bank account details; c) name of the nominee and his/her mobile no, email id, present, permanent address, relationship of the nominee, details of authorized person for minor nominees and details of bank account of the nominee. iv. In case, the prospect is not familiar with the language printed in the proposal form, insurer or the distribution channel shall explain the details sought in the proposal form. In such case, a declaration shall be obtained from the prospect that the details have been explained to him/her.

	<ul style="list-style-type: none"> v. A policyholder or prospect, who is a person with disability, may duly authorize a representative to give declaration on his/her behalf. vi. Prospects should exercise due care and provide required information in the proposal form which forms the basis of issuance of an insurance policy. True and complete information in the proposal form enables insurers to assess the risks appropriately and to decide on the proposal form. This also facilitates hassle-free claim servicing by the insurer. Hence, the information should be given responsibly. vii. In case there is a change in any of the information already provided in the proposal form like mobile number, email IDs, residential address, bank account details, nominee details during the term of the policy, policyholder should update such information with the insurer, to enable the insurer to provide efficient policy servicing.
2	<p>Nomination</p> <ul style="list-style-type: none"> i. While filling the proposal form, prospect is required to provide the details of the nominee. ii. Nomination is mandatory to facilitate payment of claim amount in the event of death of policyholder. iii. Policyholder may nominate one or more person and specify the percentage of claim amount payable in the event of death of the policyholder. iv. Where any nominee is a minor, it shall be lawful for the policyholder to appoint any person in the manner laid down by the insurer, to receive the money secured by the policy in the event of his/her death during the minority of the nominee. v. Nomination can be changed at any time during the term of the policy.
3	<p>Processing of proposal forms (Underwriting of the proposal)</p> <ul style="list-style-type: none"> i. On receipt of the proposal form, the insurer shall process the proposal with speed and efficiency. In case of requirement of further details/clarifications on details given in the proposal form, the same should be called for in one-go and not on piecemeal basis within 7 days from the date of receipt of the proposal form. ii. In such case, the prospect should provide such information at the earliest so that the decision on the proposal form can be taken with speed and efficiency. iii. The insurer shall take decision on the proposal form within 7 days. On acceptance of the proposal form, the insurer shall: <ul style="list-style-type: none"> a) promptly communicate its decision to the prospect along with the premium payable. b) provide coverage from the date of receipt of premium. iv. In case of non-acceptance of proposal, insurer shall inform the prospect its decision within 7 days informing the reasons for non-acceptance.

	v. After the acceptance of a proposal, the prospect will be referred to as the "policyholder or insured".
4.	<p>Insurers shall, within 15 days of the acceptance of a proposal, furnish the following to the prospect without any additional charge:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Policy document, ii. Copy of the proposal form submitted by the prospect, iii. Customer Information Sheet.
5	<p>Issuance of the insurance policy</p> <p>Insurer, on acceptance of the proposal and upon receipt of the premium, issues the insurance policy in electronic form. Choice of the prospect/policyholder/customer for availing physical policy document shall be mandatorily sought in the proposal form.</p> <p>All policies issued in electronic form by the insurer directly to the policyholder shall also be issued in physical form, if requested by the policyholder.</p> <p>Policies issued in electronic form shall be digitally signed.</p>
6	<p>Motor and Homeowner (Fire) Insurance largely cater to retail customers. Therefore, following additional options are to be made available to the policyholder/ customer for motor and home owner (fire) insurance.</p> <p>1) Motor Insurance –</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Customer may be given the following options as first choice under motor insurance: <ul style="list-style-type: none"> i) "Pay as you Drive"/ "Pay as you Go" insurance cover. ii) comprehensive cover that includes coverage for depreciation. b) Towing/ Road Assistance Service: Every retail customer can avail road side assistance services offered by the insurer either on cashless or reimbursement basis as per the product design. c) Salvage: In case of partial loss, the retail customer will not be burdened with disposal of salvage. The policyholder shall be paid his/ her claim amount. It shall be the responsibility of the insurer to collect the salvage from the customer. d) Add-on cover: Premium where applicable, for each Add-on Cover opted for by the retail customer, is to be shown separately in the Premium Computation Table. e) Insured's Declared Value (IDV): The Insured's Declared Value (IDV) of the vehicle will be deemed to be the 'Sum Insured' and it will be fixed at the commencement of each policy period for each insured vehicle. <p>The criteria for determining the IDV and any associated scale of value depreciation shall be approved by the Product management committee (PMC) and published by the Insurer on their website. The basis of IDV shall form part of CIS. An illustration of calculation of IDV should also be provided.</p>

	<p>f) Depreciation on Non-OEM/ Non-OES parts – The insurer will not apply depreciation on Non-OEM/ Non-OES parts that are used in repairs of motor vehicle following a loss.</p> <p>2) Homeowner (Fire) Insurance</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Every retail customer will be covered for “fire” peril under a homeowner (fire) policy for the building (if owned by the customer) and / or contents and personal belongings (clothing, personal articles, electrical & electronic gadgets, TV, fridge, washing machine, air conditioner, air cooler, geyser, etc.), furniture (sofa sets, beds, diwans, recliners, dining/ study/ computer table, etc.), fixtures (tube-lights, fans, etc.), fittings (electrical, kitchen, bathroom, etc.). b) The policyholder/ customer shall have the option in Stand-alone “fire” only insurance policy to include other perils such as <ul style="list-style-type: none"> i) Earthquake; ii) Cyclone, Storm, Hurricane, etc.; iii) Flood, Inundation; iv) Lightning; v) Landslide, Rockslide, Avalanche; vi) Explosion of domestic pressure vessels. <p>Alternatively, he/ she will have the option to exclude one or more above mentioned perils from the fire insurance policy. For example, the policyholder/ customer can ask insurers for insurance coverage against earthquake risks in seismic active zones, cyclone cover along the coastal areas, flood and inundation along rivers, lakes, water bodies, etc., landslide, rockslide in hilly areas.</p> <p>The policyholder/ customer can ask the insurer to include i) burglary/ theft of contents and personal belongings; ii) electrical damage / non-working of electrical items (microwave, fridge, air conditioner, air cooler, TV, mixie, washing machine, computer, laptop, mobile phone, etc.) in the Homeowner (Fire) Insurance.</p> <p>No warranties shall apply on Homeowners Insurance Product.</p>
III	At the time of receipt of policy document
1	<p>Customer Information Sheet (CIS)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CIS is a statement provided by the insurer along with the policy document that provides in simple words, important information and basic features of the policy issued at one place. 2. CIS is to be provided with every policy in the format as given in Schedule D for Retail General insurance policy. It is a document provided by the Insurer along with the policy document that explains in simple words, basic features of a policy at one place.

	<p>3. It contains in brief the scope of coverage, add-ons, basis of sum insured, sum insured, exclusions, deductibles, special conditions & warranties, endorsements, etc.</p> <p>4. It shall also contain information regarding the claims procedure, claims intimation and processing, principle for admissibility of claim, sample claim calculation process for retail products, policy servicing and grievance redressal mechanism including contact details of Insurance Ombudsman of appropriate jurisdiction.</p> <p>5. Acknowledgment of receipt of CIS will have to be obtained from the Policyholder in physical or digital form.</p> <p>6. On request, CIS will be made available in regional language.</p> <p>7. While CIS provides in simple words basic and important features of a policy, the policyholder may refer the policy document for complete details about the policy issued.</p> <p>8. Where the policyholder finds any inconsistency in the coverage or scope of the policy, the same may be taken up with the insurer either directly or through the distribution channel engaged for procuring the policy for suitable rectification.</p>
2.	<p>Digilocker</p> <p>The policyholder has an option to store the soft copy policy document in Digilocker.</p>
IV	<p>During the currency of the policy</p>
1.	<p>Payment of premium</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Premium shall be paid only to the account of the insurer. It can be paid either directly to the insurer or through its authorized distribution channel. ii. Insurer/distribution channel shall issue premium acknowledgement immediately.
2.	<p>Service request</p> <ul style="list-style-type: none"> i. During the term of the policy, Policyholders are allowed to change the details already provided to the insurer such as address, contact details, nominee details, etc. When such requests are received from the policyholder, Insurers shall acknowledge the same immediately and update the changes requested for within 7 days. ii. Where the requests have not been attended to, a grievance can be registered as detailed in para VI (1).
3	<p>Cancellation of policies issued under Retail General Insurance business:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. The retail policyholder can cancel the policy at any time during the term, by informing the insurer. In case the Policyholder cancels the policy, he/ she is not required to give reasons for cancellation. ii. The insurer can cancel the policy only on the grounds of established fraud, by giving minimum notice of 7 days to the retail policyholder.

	<ul style="list-style-type: none"> iii. Under no circumstances can the insurer cancel statutory Motor Third Party Liability insurance or any other compulsory insurance mandated by law except in case of double insurance or total loss. iv. The insurer shall – <ul style="list-style-type: none"> a) refund proportion premium for unexpired policy period, if the term of the policy is upto one year and there is no claim(s) made during the policy period. b) refund premium for the unexpired policy period, in respect of policy with the term more than one year and the risk coverage for such policy years has not commenced.
V	At the time of claim
1	<p>On happening of the contingency (ies) / claim</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Policyholder or the claimant, as applicable, is required to intimate the insurer, about the happening of a claim under the insurance policy, at the earliest possible time either in person or through: <ul style="list-style-type: none"> a) Online mode; b) distribution channel; c) authorized call centre of the insurer; d) any other mode as may be specified in the policy document. ii. No claim shall be rejected or closed for want of documents or for delayed intimation of claim.
2	<p>Documentation</p> <ul style="list-style-type: none"> i. All the required documents for acceptance of risk shall be called at the time of underwriting the proposal. No claim shall be rejected for want of documents. ii. The customer will submit only those documents that are directly related to the claim such as claim form, Driving License, Permit, Fitness, FIR, Un-traced Report, Fire Brigade Report, Post Mortem Report, books of accounts, stock register, wage register, repair bills (only in cases where cashless is not available), wherever applicable.
3	<p>Processing of claim</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Claim intimation received by the insurers shall be processed and settled within timelines specified. For time line for settlement of the claims of retail general insurance, please refer para 4. ii. In case the claim is not settled within the specified timelines, then the claimant is entitled for interest at bank rate plus 2 percent from the date of receipt of intimation to till the date of payment. Such interest shall be paid by the insurers suo-moto.

4	<p>Settlement of Claims under Retail General Insurance Policies</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In case of a claim under general insurance policy, loss assessment is made by the surveyor. Any loss that is reported under a general insurance product that exceeds Rs 50,000/- or more (in case of motor insurance) and Rs. 1 lakh or more (in case of other than motor insurance) needs to be mandatorily surveyed by a registered surveyor and loss assessor. 2. The allocation of the surveyor should happen within 24 hours of reporting of claim. 3. On allocation of Surveyor, Insurer shall communicate the details of the appointment of surveyor, including the role, duties and responsibilities of the surveyor to the insured immediately. 4. The surveyor shall submit the survey report to the insurer within fifteen days of allocation. It shall be the duty of the insurer to obtain the survey report within the specified time limits. In case surveyor delays submission of the survey report beyond fifteen days, Rs. 500 per day for each day of delay shall be paid to the claimant. 5. The insurer shall decide on the claim within seven days of receipt of the survey report or after expiry of fifteen days from allocation of the claim to the surveyor whichever is earlier. This timeline will not apply in case of policies issued on the property/building on reinstatement value basis. 6. The insurer cannot repudiate the claim in full or part: <ol style="list-style-type: none"> a) where the breach of warranty or condition is not relevant to nature or circumstances of loss. b) on account of any delay on part of the Policyholder, where such delay has not resulted in the amount of assessed loss being increased.
5.	<p>Multiple policies involving Bank or other lending or financing entity</p> <p>In case there is more than one insurance policy issued to the customer/ policyholder covering the same risk, the insurer will not apply contribution clause. Underinsurance will be applied on an overall basis taking into consideration the sum assured under all policies and comparing it with the value at risk.</p>
VI	<p>Complaints Mechanism: In case the policyholder or the claimant is required to raise any complaint against the insurer, distribution channel, entity authorized to collect premiums, third party administrators, he/she may use the Grievance redressal procedure given below:</p>
1	<p>Lodging of complaint</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Where the policyholder / beneficiary is not satisfied with the services of the insurer or the distribution channel, he / she can lodge the complaints directly with the insurer or with the distribution channel including TPA or with both using any one of the following mode: <ol style="list-style-type: none"> o By visiting their nearest branch;

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Through letters or email; ○ On insurer's website; or ○ by calling at their designated call centre of the insurer. <p>ii. The policyholder or the claimant also has the option to register the complaint on-line at IRDAI's Bima Bharosa by visiting https://bimabharosa.irdai.gov.in/.</p> <p>iii. Insurers shall integrate its grievance portal with the Bima Bharosa portal to facilitate the registering/ tracking of grievance on-line by the policyholders. The insurer's system must be equipped with a real-time mirroring functionality that ensures their grievance database is consistently synchronized with the Bima Bharosa.</p>
2	<p>Turnaround time for resolution of complaints / grievance</p> <ul style="list-style-type: none"> i. On receipt of a complaint, the complainant will have to be given an acknowledgement immediately. Insurers should provide resolution to the complaint within 14 days along with the reasons for not accepting the complaint with specific reference to the relevant terms and conditions of the policy. ii. The complainant can track the status of the complaint by logging-in to the Bima Bharosa or to the insurer's grievance portal or on the call centre of the insurer. iii. The insurer shall have in place robust technology based infrastructure for handling Grievance Redressal which also has functionality to identify unrelated/unidentifiable complaints sourced by fraudsters.
3	<p>Filing of complaint before Insurance Ombudsman</p> <ul style="list-style-type: none"> i. In case the complainant is not satisfied with the resolution of grievance provided by the insurer, they can escalate the unresolved / partially resolved complaints to Insurance Ombudsman of concerned jurisdiction, in case the claim amount is up to Rs. 50 lakhs. ii. The policyholder has an option to take up the matter before insurance ombudsman of competent jurisdiction without any charge / fee through any of the following options: <ul style="list-style-type: none"> a. In person; b. Online by visiting https://cioins.co.in/Complaint/Online; c. In writing through post or through email by giving complete details. iii. Details such as name and address of the Insurance Ombudsman of competent jurisdiction shall be available in the policy document. It shall also be provided in the resolution letter given by the insurer. It is also available at https://cioins.co.in/Complaint/Online.
4	<p>Implementation of Ombudsman Award</p> <ul style="list-style-type: none"> i. The Insurer is required to comply with the award of the Insurance Ombudsman within 30 days of receipt of award.

	<ul style="list-style-type: none"> ii. In case the Insurer does not honour the Insurance Ombudsman award within 30 days, a penalty of Rs. 5000/- per day shall be payable to the complainant for each day of delay. iii. Such penalty is in addition to the penal interest liable to be paid by the Insurer under the Insurance Ombudsman Rules, 2017. iv. This provision will not be applicable in case insurer chooses to appeal against the award of the Insurance Ombudsman within 30 days. In such case, due intimation shall be sent to the Policyholder
VII	Miscellaneous provisions
1	<p>Caution against spurious/fraudulent calls</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Policyholders or the prospects should be aware of spurious phone calls and fictitious / fraudulent offers through messages or any other means of communications. ii. IRDAI or its officials do not involve in any activities of insurance business like selling insurance policies, announcing bonus or investment of premiums, refund of amounts. Policyholders or the prospects receiving such phone calls are requested to lodge a police complaint. iii. Insurers and Insurance Intermediaries sending commercial communications to their existing or prospective customers shall fulfil the extant regulatory requirements prescribed by the Telecom Regulatory Authority of India.
2	<p>Unclaimed amount</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Policyholder or the claimants are required to provide his/her correct mobile number, address, bank details in the proposal form and update such information as and when it is changed. In the absence of such details, settlement of claims by the insurers will be delayed, as the policyholder or the claimants can't be reachable and/or bank account details may not be available for claim settlement. This results in unclaimed amounts lying with the insurer. ii. "Unclaimed Amount" is an amount payable to consumers, including income accrued thereon, remaining unpaid beyond twelve months from the due date of such payment, on account of their non-contactability. iii. A claimant / policyholder can search if there is any unclaimed amount payable to him / her by any insurer at Bima Bharosa website of IRDAI at https://bimabharosa.irdai.gov.in/Home/UnclaimedAmount which provides at one place access to website links of various insurers where unclaimed amounts held by them are displayed. It can also be verified from the website of the concerned insurer. iv. Unclaimed amount belonging to policyholder / claimant can be identified by matching any two of the following fields: <ul style="list-style-type: none"> o Policy Number

	<ul style="list-style-type: none"> ○ PAN of the Policyholder ○ Name of the Policyholder ○ Date of birth of the Policyholder <p>v. The unclaimed amounts can be claimed from the concerned insurer by following the due process as specified by the insurer.</p> <p>vi. In case the unclaimed amount is not claimed within 10 years, the same is transferred to Senior Citizens' welfare fund (SCWF).</p> <p>vii. The claimant / policyholder can claim the unclaimed amounts up to 25 years from the date of transfer of the same to the SCWF through the concerned insurer. If no claim is made up to a period of 25 years after transfer to the SCWF, such amounts shall be escheat to the Central Government.</p>
3	<p>To know more about provisions on general insurance business, please refer IRDAI's Master circular no. IRDAI/ NL / MSTCIR/MISC/90/ 06/ 2024 dated 11.06.2024 at https://irdai.gov.in/document-detail?documentId=5025428 and IRDAI (Insurance Products) Regulations, 2024 at https://irdai.gov.in/consolidated-gazette-notified-regulations.</p>

Section 2
Broad requirements to be complied with by the Insurers
Chapter I
CITIZENS' CHARTER

1. Citizens' Charter

- 1.1.** To empower customers with information about availability of products, standards of service, time limits that the consumers can reasonably expect, and avenues of grievance redressal, every Insurer shall put in place Citizens' Charter specifying the service standards both in qualitative and quantitative terms. A schedule of timelines in servicing of policies of Life, General and Health insurer is placed at Schedule A.
- 1.2.** To bring awareness, the citizen's charter shall be widely publicized.
- 2. Fair treatment to customers:** All prospects or policyholders shall be treated equitably, honestly and fairly at all stages of their relationship. Treating customers fairly shall be an integral part of the corporate culture of all insurers and distribution channels. Special attention shall be given to the needs of vulnerable groups. All insurers and distribution channels shall endeavour to deliver, inter-alia, following outcomes in their dealings with customers:
 - 2.1.** prospects or policyholders can be confident that they are dealing with insurers and distribution channels where the 'fair treatment of customers' is central to the corporate culture and core values.
 - 2.2.** products solicited and services offered are designed to meet the needs of prospects or policyholders and are targeted accordingly; and are affordable.
 - 2.3.** prospects or policyholders are provided with clear and updated information and are kept appropriately informed before, during and after sale, including the costs (Premium, charges etc.), risks, and exclusions or limitations.
 - 2.4.** Where prospects or policyholders receive advice, the advice is suitable and takes account of their needs and circumstances.
 - 2.5.** prospects or policyholders are provided with product(s) which suit their requirement and meet their reasonable expectation.
 - 2.6.** prospects or policyholders do not face post-sale barriers imposed by insurers and distribution channels, if any, to change product, submit a claim or make a complaint.

Chapter II

ACTIVITIES PRIOR TO SALE OF INSURANCE POLICIES

- 3.** Prospectus (refer Regulation 9 (c) of the Regulations)— A prospectus of insurance product shall be legible, avoid fine print and have font size of atleast 11. Minimum Information to be given to customers at the time of sale:
 - 3.1.** Unique Identification Number (UIN) for the insurance product.
 - 3.2.** scope of benefits.
 - 3.3.** extent of insurance cover.
 - 3.4.** warranties, exclusions/exceptions and conditions of the insurance cover along with explanations.
 - 3.5.** status of continuance of insurance coverage during the grace period.
 - 3.6.** a description of the contingency or contingencies to be covered by insurance.
 - 3.7.** class or classes of lives or property or any other subject eligible for insurance
 - 3.8.** In case of linked or index linked products, the funds/index offered, charges levied, including the upper limits, underlying risks with each of the funds offered.
 - 3.9.** Criteria on which discounts in premium can be allowed and percentage of such discount on meeting of one or more criteria.
 - 3.10.** allowable riders or add-on covers on the insurance products.
 - 3.11.** in case of life insurance, whether the product is participating (with-profits) or non-participating (without-profits).
 - 3.12.** Exclusions specific to the policy, which can be covered on payment of additional premium.
 - 3.13.** Terms & conditions applicable in case of lapse, revival, discontinuance, surrender.

4. Benefit Illustration for Life insurance products

- 4.1.** Every Insurer carrying on life insurance business shall provide at the point of sale to the prospect or policyholder, a customized benefit illustration. It shall be in addition to the prospectus. A minimum font size of eleven (11) shall be used to print the same as per Schedule B.
- 4.2.** Such benefit illustration shall form part of the policy document.
- 4.3.** In case of online sale: Before the prospect is directed to fill up the proposal form, explicit confirmation for Benefit Illustration from the prospect shall be obtained about their understanding the benefits illustrated. A customized Benefit Illustration shall be provided to the proposer immediately, thereafter.

5. Suitability requirements for Life insurance products

- 5.1.** Suitability assessment shall be done in case of savings related life insurance products and annuity products except those annuities purchased from proceeds of NPS and from employer offered superannuation fund.

 - i. 'Suitability information' is the information of a prospect on age, income, family status, life stage, financial and family goals, investment objectives, insurance portfolio already held, etc.
 - ii. 'Suitability Assessment' means evaluation of suitability of a product for the prospect, based on the suitability information collected from them and considering the nature of product, mode of premium payment and tenure of policy as well as premium payment period.
 - iii. Suitability information collected and the recommendations of the sales person involved in solicitation, shall be preserved by the Insurer making them part of the policy records.
- 5.2.** Every life insurer shall have a Board approved policy on assessing the suitability of a product to the prospect /policyholder and recommending suitable products to them. The policy shall also dwell on the measures to curb mis-selling, force-selling and mis-leading sales. It shall also deal with record keeping and retention thereof.
- 5.3.** Consent of the prospect and the concerned sales person involved in the solicitation of the business shall be obtained on the Suitability Information. In case of Suitability assessment in online sales, express consent of the prospect/policyholder shall be obtained for capturing suitability information. Consent can be in the form of One Time Password (OTP) from the registered mobile number /email of the prospect only.

6. Premium Acknowledgement

- 6.1.** Every insurer shall ensure that:

 - i. the electronic premium payment option is made available to enable the premium payments directly to the insurer.
 - ii. distribution channels, if authorized to collect premiums, shall ensure that such premium payments are not collected into their own bank account or to any third party bank accounts except specifically permitted under the relevant Regulations / Guidelines.
 - iii. acknowledgements are issued immediately on collection of premium at the point of collection.
- 6.2.** Where an insurer has authorised any distribution channel or any other person to collect and acknowledge the receipt of premium, the Insurer shall be accountable to the premium acknowledgements issued by such entity.

7. Mis-selling : Insurers or distribution channels, as applicable, shall be responsible for the solicitation process and conduct of business applicable to them. To avoid mis-selling of insurance policies, a mechanism shall be put in place to inter-alia include

- 7.1** Ensure that fair treatment to customers is integral part of corporate culture.

- 7.2** Personnel authorized to solicit insurance business must use only the approved prospectus issued by the insurer.
- 7.3** Sales persons of insurers or the distribution channels, as applicable, involved in the solicitation are duly qualified and appropriately trained periodically.
- 7.4** Lay down a mechanism of obtaining customer feedback.
- 7.5** Punitive action for breach of market conduct including blacklisting the sales person who indulge in unhealthy solicitation practices or market misconduct.
- 7.6** **Strengthen Financial Underwriting:** Insurers shall ensure that the financial underwriting requirements are clearly spelt out to assess the continued financial capacity of the prospect to pay the premium for the duration of the premium paying term along with the sources available to the prospect for such premium payments.
- 7.7** **Provide training -** Periodical training shall be provided to Intermediaries, distribution channels and their employees on their products (existing and new), TATs in policy servicing, changes in the regulations etc.
- 7.8** A return in this regard shall be filed in the format specified in Master Circular on Submission of Returns.

CHAPTER III

PROPOSAL FOR SALE OF INSURANCE POLICIES

8. Matters to be included in proposal form [refer Regulation 10(2)]

Every Proposal form shall contain provisions to capture:

- i. relevant and necessary information to underwrite the risks, to enable policy servicing and claim servicing;
 - ii. nominations as per regulation 18 of IRDAI (Protection of Policyholders' Interests, Operations and Allied Matters of Insurers) Regulations, 2024;
 - iii. Bank account details of prospect and the nominee;
 - iv. Mobile number of the prospect and email-id, if available;
 - v. relevant provisions of section 41 and section 45 of the Act.
- 9.** Insurers shall consider the “Exit Form” submitted to the National Pension Scheme (NPS) by its subscriber at the time of exit from NPS as the proposal form in case of offering immediate annuity products to the NPS subscribers. Further details, if any required, such as nomination, if not available in the exit form may be collected from the NPS subscriber.
- 10.** Insurers shall endeavour to obtain the proposal form in electronic form, with proper authentication from the concerned prospect.
- 11.** In case of a physical proposal form, it may be made available in Hindi or English. However, if requested by the prospect, the same may be made available in any of the regional languages.

12. Processing of the proposal Form/Underwriting:

- 12.1.** Insurers shall process the proposal form as per Board approved underwriting policy specific to the insurance product for which the proposal is submitted and ensure that the information sought in the proposal form:
- a) is duly filled in and complete in all aspects, and
 - b) put in place a mechanism to verify the correctness of the mobile numbers and the emails provided in the proposal form and ensure that the details provided belong to the prospect / policyholders.
- 12.2.** Any further requirements as required under the respective underwriting policy or consequential documents shall be called for within 7 days from the date of receipt of the proposal form at one time and not on piece-meal basis.
- 12.3.** The decision on the proposal thereof, shall be communicated to the proposer within a reasonable period but not exceeding 7 days from the date of receipt of proposal(s) or any requirements called for by the insurer, whichever is later.
- 12.4.** It is the duty of the insurer to furnish to the insured, with no additional charges, either a soft copy or a hard copy of the proposal form submitted by the prospect, along with the policy document within 15 days of the acceptance of a proposal.

13. Declaration

- 13.1.** Insurer shall ensure that the proposal form has a provision for obtaining declaration by the prospect/policyholder, in case the prospect is not familiar with the language used in the proposal form, that details of the form are explained to him/her.
- 13.2.** A policyholder or prospect who is a person with disability and requires assistance in completing the proposal form, may duly authorize a representative to give declaration on his/her behalf.

14. E-Proposal Form

- 14.1.** Every insurer soliciting insurance business through electronic mode shall create an e--proposal form similar to the physical proposal form.
- 14.2.** The insurer shall obtain the consent directly from the prospect only from their registered mobile number or email ID to conclude online sale, by adopting latest technological security protocols. The insurer shall maintain evidence for the proposer's consent received on the duly filled proposal form.

CHAPTER IV **ISSUANCE OF INSURANCE POLICIES**

15. Matters to be stated in Insurance policies [refer regulation 11(b)]

- 15.1.** Insurers shall use at least font size eleven (11) in insurance policies.
- 15.2.** Policy documents shall include such other details as specified in Schedule C.

General Principles governing issuance of life, General and Health insurance policies

16. Insurers shall endeavour to

- 16.1.** classify the exclusions, wherever possible as under:
 - (a) Standard exclusions applicable to all policies;
 - (b) Exclusions specific to the policy which cannot be waived;
 - (c) Exclusions which can be opted for cover by paying additional premium.
- 16.2.** categorize policy conditions into following:
 - (a) Conditions precedent to the contract;
 - (b) Conditions applicable during the contract;
 - (c) Conditions when a claim arises;
 - (d) Conditions for renewal of the contract;
 - (e) Conditions for cancellation of the contract; and
 - (f) Conditions for grievances redressal.
- 16.3.** Insurers shall mandatorily include in the policy document all the applicable exclusions for a particular product. No further deductions shall be made from the claim amount in the name of any other exclusions.

17. Customer Information Sheet (CIS)

- 17.1.** Every Insurer shall have in place a Customer Information Sheet (CIS) that explains policyholders in simple words, the basic features, terms and conditions of the policy in the format specified in **Schedule D separately for Life, General and health insurance products.**
- 17.2.** Every insurer shall forward the Customer Information Sheet (CIS) to the policyholder, along with the policy document and shall ensure compliance with the following:
 - b. All details provided for in the CIS shall be duly filled in.
 - c. The CIS shall have minimum font size 11.
 - d. CIS shall be made available in regional languages if the policyholder so desires.

- e. Insurers or distribution channels, as the case may be, shall forward the CIS to all policyholders and shall obtain acknowledgement either in physical or digital form.
 - f. The policy document forwarding letter shall contain a cross reference to the CIS.
- 17.3.** Where any inconsistency has been pointed out by the prospect / policyholder, the insurer shall ensure that the same is addressed in a time bound manner.

Use of Digilocker facility

- 18.** To enable the policyholder to use Digilocker, Insurers shall enable their IT systems to interact with the Digilocker and shall publish such enablement for the information of the policyholders.

CHAPTER V

SERVICING OF POLICYHOLDERS AND SETTLEMENT OF CLAIMS

Servicing of Policyholders

- 19.** All insurers shall endeavour to establish appropriate technology based infrastructure to handle servicing of policyholders and list all possible services that the policyholder can avail. It may facilitate submission of service request from the policyholder through online, check the status of service request, seeking further information or clarification, submission of details or clarifications amongst others.

Settlement of claims

- 20.** If a claim intimation is received at the distribution channels or TPA or Hospital as the case may be, it shall have necessary system in place to immediately forward the claim intimation details to the insurer.
- 21.** Insurers shall endeavour to establish appropriate technology based infrastructure to handle all the claims processing facilitating registration of claims intimation, providing acknowledgements, submission of documents etc.
- 22.** No claim shall be rejected or closed for want of documents or for delayed intimation of claim.
- 23.** Insurers shall have claims manual/ standard operating procedures (SOPs) that are reviewed periodically and must ensure that claims are settled as per the specified Turn Around Times (TATs).

CHAPTER VI

PORABILITY OF HEALTH INSURANCE POLICIES

24. Portability of Health Insurance Policies

- 24.1.** Insurers shall allow portability in respect of all individual, family floater and group health insurance policies at the time of renewal.
- 24.2.** A policyholder desirous of porting his/her policy to another insurer shall apply to such insurer to port the entire policy along with all the members of the family, if any, at least 30 days before, but not earlier than 60 days from the due date for renewal.

Provided that Insurers are free to consider proposal for portability even if the policyholder has approached within 15 days from the renewal date of the existing policy, but in all such cases acquiring insurer shall ensure that there is no break in policy.

- 24.3.** The acquiring insurer shall furnish to the policyholder, the Portability Form authorizing it to obtain policy and claim related information from the existing insurer. The policyholder shall fill in the portability form along with proposal form and submit the same to the acquiring insurer.
- 24.4.** On receipt of the Portability Form, the acquiring insurer shall seek the necessary details of policy and previous claim information, if any, from the existing insurer through the portal maintained by Insurance Information Bureau of India (IIB) <https://iib.gov.in/> portal.
- 24.5.** The existing insurer, shall furnish the requisite data for porting insurance policies within 72 hours of the receipt of the request. The Acquiring insurer shall decide and communicate on the proposal immediately but not more than 5 days of receipt of information from Existing insurer.
- 24.6.** The policyholder is entitled to transfer the credits gained to the extent of the Sum Insured, No Claim Bonus, specific waiting periods, waiting period for pre-existing disease, Moratorium period etc. from the policy of Existing Insurer to the new policy issued by the Acquiring Insurer.
- 24.7.** On the port-in policies during the port-in year, acquiring insurer shall not pay any commission or incentive to its own employees or distribution channel or employees of the distribution channel. No charges shall be levied on the policyholder for porting-in or porting-out.

CHAPTER VII

COMPLIANCE WITH JUDICIAL / QUASI JUDICIAL AWARDS ETC.

Ombudsman Awards

25. All insurers and distribution channel shall ensure that:

- 25.1.** As specified in rule 17 (6), all the ombudsman awards passed in favour of the policyholders / claimant are to be paid within 30 days from the date of receipt of the awards.
- 25.2.** The insurer, in terms of rule 17 (7) of Insurance Ombudsman Rules, 2017, shall also pay penal interest at a rate, which is 2 percent above bank rate from the date the claim ought to have been settled.
- 25.3.** In cases where the Insurer prefers an appeal against the award of the Ombudsman, such appeal against the award shall be filed within the stipulated time limit of 30 days only.
- 25.4.** The Insurer is required to comply with the award of the Insurance Ombudsman within 30 days of receipt of award by the Insurer. In case the Insurer does not honour the ombudsman award, a penalty of Rs. 5000/- per day shall be payable to the complainant. Such penalty is in addition to the penal interest liable to be paid by the Insurer under the Insurance Ombudsman Rules, 2017. This provision will not be applicable in case insurer chooses to appeal against the award of the Insurance Ombudsman.

26. Other Judicial / Quasi-Judicial Awards

- 26.1.** Orders of Judicial / Quasi-Judicial bodies are to be complied within the time frame stipulated in the order or award.
- 26.2.** In cases where time frame is not specified in the order / award, the order/award should be complied within 45 days of the receipt of the order / award by the Insurer.
- 26.3.** In cases where the Insurer prefers an appeal against the order of the Judicial / Quasi-Judicial body, such appeal should be preferred within the stipulated time limit as per the rules applicable. The Complainant should be informed in the matter immediately.
- 26.4.** Quarterly statement on the status of court cases as per the format provided in Master Circular on Submission of Returns shall be submitted to the Authority.

CHAPTER VIII

OTHER SERVICES RELATED ASPECTS

27. Life Verification Certification

Insurers shall put in place necessary technology based systems like using biometric enabled digital service to have life verification certification for annuity payouts.

28. Website

Every insurer should have a website publishing information about services offered, FAQs on policy servicing aspects, facilities for enquiry, lodging of complaints, etc. in addition to the disclosure mandated by the Authority. Insurers shall provide a search tool on their website for verification of distribution channels they are engaged with. There should be a facility for a prospect/policyholder to fetch the distribution channels in a specified location to whom they can approach, for purchasing an insurance policy and service the lead generated.

29. Training:

Insurer shall provide periodical training to distribution channels and employees of the Insurers on their products (existing and new), TATs in policy servicing, changes in the regulations etc.

30. Technology solutions:

The insurer shall endeavor to put in place technology solutions so as to ensure an effective, efficient and a seamless onboarding of policyholders, objective suitability assessment (in case of life insurance policies), renewal of policy, servicing of policies, registering and changing nominations, grievance redressal and claim settlement process.

CHAPTER IX

Repeal of the Guidelines and Circulars

31. List of Circulars / Guidelines repealed

31.1. This Master Circular supersedes the following Guidelines/Circulars:

S. No.	Circular/Guideline Reference Number	Description
1.	028/IRDA/LIFE/PAN/Aug-2009	Requirement of PAN for Insurance Products
2.	3/CA/GRV/YPB/10-11 DATED 27.07.2010	Guidelines on Grievance Redressal by Insurance Companies
3.	IRDA/ CAD/CIR/AGN/137/08 DATED 25.08.2010	Disclosure of Agency detail on policy document
4.	IRDA/IT/ORD/MIS/15/2/09/2010	Implementation of Integrated Grievances Management System (IGMS)
5.	CAD/Insu.Omb/10-11 dated 23.11.2010	Awards passed by Insurance Ombudsman
6.	CAD/01/10-11 DATED 21.01.2011	Verification of the Authenticity of calls
7.	IRDA/HLTH/MISC/CIR/216/09/2011	Circular on Delay in claim intimation/documents submission with respect to All life insurance contracts and All Non-life individual and group insurance contracts
8.	IRDAL/ HLT/ REG / CIR / 298 / 12 / 2020	Disclosure of benefit / premium illustration for Health insurance policies issued on floater basis
9.	IRDA/Life/MISC/Cir/153/08/2013	ECS mandate under Life Insurance Policies
10.	IRDA/LIFE/CIR/GDL/034/01/2014	Standard Format for Filing of Policy Documents with the Authority
11.	IRDA/Life/Misc/Cir/106/05/2015	Guidelines on issuance of Premium Acknowledgements
12.	IRDAL/Cir/Misc/194/11/2015 dated 03.11.2015	Non-compliance of Awards of Insurance Ombudsman or Order of MACT of consumer
13.	IRDA/LIFE/CIR/MISC/140/8/2015	Obtaining Annuity Options from the Policy holders
14.	IRDAL/CAD/CIR/MISC/01/2016 Dated 31.01.2016	Grievance Redressal Processes-Instruction

S. No.	Circular/Guideline Reference Number	Description
15.	IRDAI/CAD/CIR/MISC/03/2016 Dated 31.03.2016	Non-compliance of awards
16.	IRDAI/SDD/MISC/CIR/135/07/2016	Operationalisation of Central KYC Records Registry (CKYCR)
17.	IRDA/LIFE/CIR/MISC/134/07/2016	Advance Discharge Voucher
18.	IRDA/NL/CIR/MISC/149/06/2017	Delay in Claim Intimation/ Documents Submission
19.	IRDAI/Life/Misc/Cir/202/12/2018	Intimation of receipt of premium through SMS by the Insurer to the Policyholders
20.	IRDAI/LIFE/CIR/173/09/2019 DATED 26.09.2019	Benefit Illustration and other market conduct aspects
21.	IRDAI/CAD/CIR/MISC/001/01/2019 DATED 21.01.2019	Submission of quarterly statement on mis-selling complaints
22.	IRDAI/CAD/CIR/MISC/038/03/2019 DATED 05.03.2019	Non-compliance of awards passed by Ombudsman
23.	Nil dated 04.09.2020	Cell for Redressal of grievance of Policyholders
24.	INSTRUCTION DATED 18.04.2022	Revised Instruction on PRAGATI
25.	IRDAI/CAD/CIR/MISC/105/05/2022 DATED 26.05.2022	Adhering the timelines of awards settlement as per Ombudsman Rules.
26.	IRDAI/ INT/ CIR/ DGLKR/ 0301 O2/2021	Issuance of digital insurance policies by insurance companies via Digilocker
27.	IRDAI/ Life/ Misc/CIR/116/05/2020	Circular on Pre-Issuance Verification Call (PIVC)
28.	LC/SP/SI/VER 1.0	Illustrations - Life Insurance Business: Standards of Practices
29.	IRDA/NL/CIR/MISC/214/2016	Delay in Claim Intimation and documents submission with respect to individual life, non-life and group non-life insurance contracts
30.	IRDAI/ Life/ CIR/MISC/188/09/2022	Immediate Annuity Products

SCHEDULE A- Citizens' Charter

(refer clause 1.1)

CITIZENS' CHARTER (LIFE)**BASIC SERVICE STANDARDS**

S. No.	SERVICE	DESCRIPTION OF ITEM OF SERVICE	Regulatory Turnaroun d Time
1	New Business Proposal Processing	Processing of Insurance Proposal and seeking further requirements for consideration of the proposal	7 days
		Decision on proposal from the date of receipt of proposal or from the date of receipt of additional requirement whichever is later	
		Providing copy of the policy along with the proposal form	
2	Post Policy Service Request	Post Policy Service Requests concerning mistakes / corrections in the Policy document	7 days
3	Free-Look Cancellation	Free Look Cancellation & Refund from the date of receipt of request	
4	Policy Servicing (from the date of receipt of request for the service specified)	Change of Address (KYC Norms to be complied)	7 days
		Registration /Change of Nomination, Assignment.	
		Inclusion of new member in case of group policy	
		Alteration in ORIGINAL POLICY CONDITIONS (where applicable)	
		Policy loan	
		Unit / Index Linked Insurance Policy– Switch, Top-up, and other related Services.	
		Decision on Policy Revival after receipt of all requirements.	
		Issue of Premium Payment Certificates (PPC)	
		Issue of Duplicate Policy	7 days
5	Death claims	Death claims settlements (not requiring investigations)	15 days

S. No.	SERVICE	DESCRIPTION OF ITEM OF SERVICE	Regulatory Turnaroun d Time
		Early death claims requiring investigations – decision & payment	45 days
6	Survival, Maturity, annuity payments	Settlement of Maturity Claims	On due date
		Settlement of Survival Benefits	
		Annuity payments / Pension Payment	
		Surrender or partial withdrawal of Policy	7 days
7	Auto Action by the Insurer	Premium Due Intimation	One month before due date
		Policy payments information (Survival Benefits, Maturity Benefits, etc.)	
8	Complaints	Acknowledgement to complainant	Immediately
		Action on Complaint & Intimation of Decision to the complainant	14 days
		If complaint is NOT resolved by the Insurer, communicate the details to the Policyholder of options including referring the complainant to Insurance Ombudsman / Consumer Court .	14 days from original date of receipt of complaint.*

*(The policyholder may approach the Insurance Ombudsman if his / her complaint is not resolved within 30 days or if the decision of the company is not acceptable to the policyholder.)

CITIZENS' CHARTER (General)
BASIC SERVICE STANDARDS

S. No	SERVICE	DESCRIPTION OF ITEM OF SERVICE	Regulatory Turnaroun d Time
1	New Business Proposal Processing	Processing of Insurance Proposal and seeking further requirements for consideration of the proposal.	7 days
		Decision on proposal from the date of receipt of proposal or from the date of receipt of additional requirement whichever is later.	
		Providing copy of the policy along with the proposal form	
2	Post Policy Service Request	Post Policy Service Requests concerning mistakes / corrections in the Policy document	7 days
3	Policy Servicing (from the date of receipt of request for the service specified)	Change of Address (KYC Norms to be complied)	
		Registration /Change of Nomination, Assignment.	
		Alteration in Original Policy conditions (where applicable)	
		Change of location of risk	
		Inclusion of new member in case of group policies	
		Any other non-claim related changes	
		Cancellation of policy and refund of premium	
		Appointment of Surveyors (through Tech based solution)	24 hours
4	Claims	Submission of final report after receiving Insurer's request	15 days
		Communicating acceptance or rejection of the claim	7 days
5	Auto Action by the Insurer	Premium Due Intimation	One month before due date
6	Complaints	Acknowledgement to complainant	Immediately

S. No	SERVICE	DESCRIPTION OF ITEM OF SERVICE	Regulatory Turnaroun d Time
		Action on Complaint & Intimation of Decision to the complainant	14 days
		If complaint is NOT resolved by the Insurer, communicate the details to the Policyholder of options including referring the complainant to Insurance Ombudsman / Consumer Court.	14 days from original date of receipt of complaint.*

*(The policyholder may approach the Insurance Ombudsman if his / her complaint is not resolved within 30 days or if the decision of the company is not acceptable to the policyholder.)

Expectation from the Policyholder -

1. Immediate intimation of claims in writing.
2. Preservation of Salvage.
3. Filing of first information report with Police Authorities
4. In case of Fire, Theft and Accidental Death claims
5. Preservation of recovery rights by filing claims with carriers in case of marine claims
6. Intimating the Fire brigade and obtaining Fire brigade report.
7. Preservation of all records for Company's verification.

NOTE: For detailed information regarding other related documents required for claims, reference may be made for policy document and / or Claim procedure manual available in their website.

CITIZENS' CHARTER (HEALTH)
BASIC SERVICE STANDARDS

S. No	SERVICE	DESCRIPTION OF ITEM OF SERVICE	Regulatory Turnaroun d Time
1	New Business Proposal Processing	Processing of Insurance Proposal and seeking further requirements for consideration of the proposal	7 days
		Decision on proposal from the date of receipt of proposal or from the date of receipt of additional requirement whichever is later	
		Providing copy of the policy along with the proposal form	15 days
		Free look cancellation and refund of deposit from the date of receipt of the request	7 days
2	Post Policy Service Request	Post Policy Service Requests concerning mistakes / corrections in the Policy document	7 days
3	(from the date of receipt of request for the service specified)	Change of Address (KYC Norms to be complied)	
		Registration /Change of Nomination, Assignment.	
		Alteration in Original Policy Conditions (where applicable)	
		Issuance of duplicate policy	7 days
		Inclusion of new member in case of group policies	
		Any other non-claim related changes	
		Cancellation of policy and refund of premium	
4	Claims	Acceptance of cashless claims by TPA /company to Hospital and communicate to them	1 hour
		TPA's offer of settlement to the Insurer / Hospital after submission of document	3 hours
		Settlement of claims (other than cashless)	15 days
5	Auto Action by the Insurer	Premium Due Intimation	One month before due date
6	Complaints	Acknowledgement to complainant	Immediately

S. No	SERVICE	DESCRIPTION OF ITEM OF SERVICE	Regulatory Turnaroun d Time
		Action on Complaint & Intimation of Decision to the complainant	14 days
		If complaint is NOT resolved by the Insurer, communicate the details to the Policyholder of options including referring the complainant to Insurance Ombudsman / Consumer Court.	14 days from original date of receipt of complaint.*

*(The policyholder may approach the Insurance Ombudsman if his / her complaint is not resolved within 30 days or if the decision of the company is not acceptable to the policyholder.)

Schedule B

Form and manner of policy documents and Benefits Illustration
(refer clause 4.1)

1. All insurers shall provide benefit illustration as per the requirements of each product or combination of products and is customized as per requirements of the prospect, if required.
2. Insurers shall also provide customized benefit illustration in the format on their websites so as to enable the customers to make out the difference while opting for coverage.
3. Every insurer shall, as applicable, provide benefit illustrations to prospects or policyholders at the point of sale for all products, except for the following products:
 - a. Regular Premium Pure term products
 - b. Regular Premium Pure health products
 - c. Group term products
 - d. Group credit life products
 - e. Group fund based products
4. The calculation of net yield for Linked products is illustrated for the information of insurers.
5. The illustrations shall be clear and fair to enable a customer to make an informed decision. They shall clearly distinguish between guaranteed and non-guaranteed benefits and state that the quantum of benefits in respect of non-guaranteed category may vary.
6. Insurers shall review the assumptions used in the benefit illustrations during the annual actuarial valuation and revise the benefit illustrations wherever required.
7. Except for those life insurance products where all the benefits are assured in absolute amounts at the outset of the contract, all other life insurance products shall provide the prospective policyholder a customized benefit illustration at the point of sale, illustrating the guaranteed and non-guaranteed benefits at gross investment returns as stipulated by the Authority. Considering the dynamic nature of movement of interest rates, such gross investment returns are currently stipulated as 4% p.a. and 8% p.a, for other than annuity products.
8. The benefit illustration shall be part of the sales literature and shall be furnished to the prospective policyholder along with the sales literature before concluding the sale.
9. The format of benefit illustration is given as under
 - 9.1. Annexure 1: BI for Linked Life Insurance Products
 - 9.2. Annexure 2: BI for Linked Pension Products

- 9.3. Annexure 3: Annual Disclosure for pension products
- 9.4. Annexure 4: BI for Non-Linked Participating Life Insurance Products
- 9.5. Annexure 5: BI for Non-Linked Participating Pension Products
- 9.6. Annexure 6: BI for Non-Linked Non-Participating Life Insurance Products
- 9.7. Annexure 7: BI for non-Linked Non-Participating Pension Products
- 9.8. Annexure 8: BI for Non-Linked Non-Participating Annuity Products
- 9.9. Annexure 9: Illustration for calculation of Reduction in Yield (RIY) for Linked Life Insurance Products.

Annexure 1 : BI for Linked Insurance Products - Life

Proposal No.

Name of the Prospect/Policy holder:		Name of the Product:	
Age:		Tag line:	
Name of life assured:		Unique identification no.	
Age:		GST rate:	
Sum assured:		Investment Strategy opted for	
Policy Term & Premium Payment Term:		Funds opted along with their risk level	
Amount of Instalment premium		(Please specify the customer specific fund option)	
Mode of payment of premium			

How to read and understand this benefit illustration?

This benefit illustration is intended to show what charges are deducted from your premiums and how the unit fund, net of charges and taxes, may grow over the years of the policy term if the fund earns a gross return of 8% p.a. or 4% p.a. These rates, i.e., 8% p.a. and 4% p.a. are assumed only for the purpose of illustrating the flow of benefits if the returns are at this level. It should not be interpreted that the returns under the plan are going to be either 8% p.a. or 4% p.a.

Net yield mentioned corresponds to the gross investment return of 8% p.a. net of all charges but does not consider mortality, morbidity charges, underwriting extra if any, guarantee charges and cost of riders, if deducted by cancellation of units. It demonstrates the impact of charges and taxes on the net yield. Please note that the mortality charges per thousand sum assured, in general increases with age.

The actual returns can vary depending on the performance of the chosen fund, charges towards mortality, morbidity, underwriting extra, cost of riders etc., The investment risk in this policy is borne by the policy holder, hence, for more details on terms and conditions please read sales literature carefully.

Part A of this statement presents a summary view of year-by-year charges deducted under the policy, fund value surrender Value and the death benefit, at two assumed rates of return. Part B of this statement presents a detailed break-up of the charges and other values.

Part A

(Amount in Rupees.)

Policy Year	Annualized Premium	At 4% p.a. Gross Investment Return						At 8% p.a. Gross Investment Return					
		Mortality, Morbidity Charges	Other Charges*	GS T	Fund at End of Year	Surrender Value	Death Benefit	Mortality, Morbidity Charges	Other Charges *	GST	Fund at End of Year	Surrender Value	Death Benefit
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

*See Part B for details.

IN THIS POLICY, THE INVESTMENT RISK IS BORNE BY THE POLICYHOLDER AND THE ABOVE INTEREST RATES ARE ONLY FOR ILLUSTRATIVE PURPOSE.

I,(name), have explained the premiums, charges and benefits under the policy fully to the prospect / policyholder.
Place
Date:
Signature of Agent/Intermediary/ Official of the Insurer

I,(name), having received the information with respect to the above, have understood the above statement before entering into the contract.
Date:
Signature of Prospect / Policyholder

Part B							Gross Yield	8% p.a	Net Yield		Amount in Rupees			
Policy Year	Annualized Premium (AP)	Premium Allocation Charge (PAC)	Annualized Premium — Premium Allocation Charges	Mortality charge, Morbidity Charges	GST	Policy Admin. Charge	Guarantee charge	Other charges*	Additions to the fund*	Fund before FMC	FMC	Fund at End of Year	Surrender Value	Death Benefit
							Gross Yield	4% p.a	Amount in Rupees					
Policy Year	Annualized Premium (AP)	Premium Allocation Charge (PAC)	Annualized Premium — Premium Allocation Charges	Mortality charge, Morbidity Charges	GST	Policy Admin. Charge	Guarantee charge	Other charges*	Additions to the fund*	Fund before FMC	FMC	Fund at End of Year	Surrender Value	Death Benefit

*Specify details, if any.

Notes:

1. Refer the sales literature for explanation of terms used in this illustration.
2. Fund management charge is based on the specific fund option(s) chosen.
3. In case rider charges are collected explicitly through collection of rider premium, and not by way of cancellation of units, then, such charges are not considered in this illustration. In other cases, rider charges are included in other charges.

I, (name), have explained the premiums, charges and benefits under the policy fully to the prospect / policyholder.

Place & Date

Signature of Agent/ Intermediary/ Official of the Insurer

I (name), having received the information with respect to the above, have understood the above statement before entering into the contract.

Date:

Signature of Prospect / Policyholder

Annexure 2 : BI for Linked Insurance Products - Pension

Proposal No.

Name of the Prospect/Policy holder:	
Age:	
Name of life assured:	
Age:	
Sum assured:	
Policy Term & Premium Payment Term:	
Amount of Instalment premium	
Mode of payment of premium	

Name of the Product:	
Tag line:	
Unique identification no.	
GST rate:	
Investment Strategy opted for	
Funds opted along with their risk level (Please specify the customer specific fund option)	
Vesting age	

How to read and understand this benefit illustration?

This benefit illustration is intended to show what charges are deducted from your premiums and how the unit fund, net of charges and taxes, may grow over the years of the policy term if the fund earns a gross return of 8% p.a. or 4% p.a. These rates, i.e., 8% p.a. and 4% p.a. are assumed only for the purpose of illustrating the flow of benefits if the returns are at this level. It should not be interpreted that the returns under the plan are going to be either 8% p.a. or 4% p.a.

Net yield mentioned corresponds to the gross investment return of 8% p.a. net of all charges but does not consider mortality, morbidity charges, underwriting extra if any, guarantee charges and cost of riders, if deducted by cancellation of units. It demonstrates the impact of charges and taxes on the net yield. Please note that the mortality charges per thousand sum assured in general, increases with age.

The actual returns can vary depending on the performance of the chosen fund, charges towards mortality, morbidity, underwriting extra, cost of riders etc., The investment risk in this policy is borne by the policy holder. Hence, for more details on terms and conditions please read sales literature carefully.

Part A of this statement presents a summary view of year-by-year charges deducted under the policy, fund value surrender Value, and the death benefit, at two assumed rates of return. Part B of this statement presents a detailed break-up of the charges and other values.

Part A

(Amount in Rupees.)

Policy Year	Annualized Premium	At 4% p.a. Gross Investment Return						At 8% p.a. Gross Investment Return					
		Mortality, Morbidity Charges	Other Charges*	GST	Fund at End of Year	Surrender Value	Death Benefit	Mortality, Morbidity Charges	Other Charges*	GST	Fund at End of Year	Surrender Value	Death Benefit
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

*See Part B for details.

Annuity Option Selected (The option can be changed any time before vesting)						
Fund Value (FV) at Vesting				*Annuity Payable p.a.		
Accumulated at 4% p.a. (Rs.)	Accumulate d at 8% p.a. (Rs.)	Minimum Assured Benefit if any		Based on FV accumulated at 4% p.a. (Rs.)	Based on FV accumulated at 8% p.a. (Rs.)	Based on the Minimum Assured Benefit, if any. (Rs.)
		(Rs.)	Minimum rate of return on the premiums paid (% p.a.)			

The values shown above are for illustration purpose only. The actual annuity amount depends on the prevailing annuity rates at the time of vesting. The amounts of annuity based on the assumed investment returns of 8% p.a., and 4% p.a. are not upper or lower limits of what you might get back. For more details on risk factors, terms and conditions please read sales brochure carefully.

*without commutation

IN THIS POLICY, THE INVESTMENT RISK IS BORNE BY THE POLICYHOLDER AND THE ABOVE INTEREST RATES ARE ONLY FOR ILLUSTRATIVE PURPOSE.

Part B

							Gross Yield	8% p.a	Net Yield	Amount in Rupees					
Policy Year	Annualized Premium (AP)	Premium Allocation Charge (PAC)	Annualized Premium-Premium Allocation Charges	Mortality charge, Morbidity charge	GST	Policy Admin. Charge	Guarantee charge	Other charges*	Additions to the fund"	Fund before FMC	FMC	Fund at End of Year	Surrender Value	Death Benefit	

							Gross Yield	4% p.a	Amount in Rupees					
Policy Year	Annualized Premium (AP)	Premium Allocation Charge (PAC)	Annualized Premium - Premium Allocation Charges	Mortality charge, Morbidity charge	GST	Policy Admin. Charge	Guarantee charge	Other charges*	Additions to the fund*	Fund before FMC	FMC	Fund at End of Year	Surrender Value	Death Benefit

*Specify details, if any.

Notes: 1. Refer the sales literature for explanation of terms used in this illustration

2. Fund management charge is based on the specific fund option(s) chosen.

3. In case rider charges are collected explicitly through collection of rider premium, and not by way of cancellation of units, then, such charges are not considered in this illustration. In other cases, rider charges are included in other charges.

I, (name), have explained the premiums, charges and benefits under the policy fully to the prospect / policyholder.

Place & Date:

Signature of Agent/Intermediary/Official of the insurer

I, (name), having received the information with respect to the above, have understood the above statement before entering into the contract.

Date:

Signature of Prospect/Policyholder

Annexure 3 : Annual Disclosure for Pension Products (For Linked and Non-Linked)

Policy number:	
Date of commencement:	

Name of the Policy holder:	
Age:	
Sum assured:	
Policy Term & Premium Payment Term:	
Amount of instalment premium	
Mode of payment of premium	
Vesting age:	

Name of the Product:	
Unique Identification No:	

Assured Benefit*	Annuity payable p.a. on the basis of prevailing annuity rates	
Minimum Rate of Return on the premiums paid (% p.a)	Annuity option selected (The option can be changed any time before vesting)	
Absolute amount on vesting Rs.	Commutation Percentage assumed	

Amount in Rs.

Policy Year	Available / accumulated amount		Amount of Annuity based on prevailing annuity rates	Expected accumulated Amount based on		Expected amount of annuity based on	
	For commutation	For annuitization		4% p.a.	8% p.a.	4% p.a	8% p.a

Current year						
Vesting year						

*Mandatory for Non-linked Products. For Linked Products, as per the approved terms and conditions.

Notes: The values above are for illustration purpose only. The actual annuity amount receivable depends on the prevailing annuity rates at the time of vesting. The assumed investment returns of 8% p.a. and 4% p.a, these are not upper or lower limits or what you might get back.

Place:

Date:

Signature of Authorized official of the Insurer

Company Seal

Annexure 4 : BI for Non – Linked Par Products - Life

Proposal No.

Name of the Prospect/Policy holder:		Name of the Product:	
Age:		Tag line:	
Name of life assured:		Unique Identification No.	
Age:		GST Rate:	
Policy Term			
Premium Payment Term:			
Amount of Instalment premium			
Mode of Payment of Premium:			

How to read and understand this benefit illustration?

This benefit illustration is intended to show year-wise premiums payable and benefits under the policy, at two assumed rates of interest, i.e., 8% p.a and 4% p.a.

Some benefits are guaranteed and some benefits are variable with returns based on the future performance of your insurer carrying on life insurance business. If your policy offers guaranteed benefits, then these will be clearly marked 'guaranteed' in the illustration table on this page. If your policy offers variable benefits, then the illustration on this page will show two different rates of assumed future investment returns of 8% p.a. and 4% p.a. These assumed rates of return are not guaranteed and they are not the upper or lower limits of what you might get back, as the value of your policy is dependent on a number of factors including future investment performance.

Policy Details			
Policy option		Sum Assured Rs.	
Bonus type		Sum Assured on Death (at inception of the policy) Rs.	

Premium Summary			
	Base Plan	Riders	Total instalment Premium
Instalment Premium without GST			
Instalment Premium with first year GST			
Instalment Premium with GST 2 nd year onwards			

Notes: annualised premium excludes underwriting extra premium, frequency loadings on premiums, the premiums paid towards the riders, if any and Goods & Service Tax. Refer Sales literature for explanation of terms used in this literature.

Policy Year	Single/ Annualized premium	Guaranteed benefits					Non - Guaranteed Benefits @4% p.a				Non - Guaranteed Benefits @ 8% p.a				Total Benefits Including Guaranteed and Non-Guaranteed Benefits			
							Maturity Benefits		Death Benefits									
		Guaranteed Additions/other guarantees	Survival Benefits	GSV	Death Benefits	Maturity Benefits	Reversionary Bonus	Cash Bonus	SSV	Surrender Benefits	Reversionary Bonus	Cash Bonus	SSV	Surrender Benefits	Total Maturity Benefits Incl Terminal Bonus if any @ 4%	Total Maturity Benefits Incl Terminal Bonus if any @ 8%	Total Death Benefits incl of Terminal Bonus if any @8%	Total Death Benefits incl of Terminal Bonus if any @4%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

I, (name), have explained the premiums and benefits under the product fully to the prospect/policyholder.

Place:

Date:

Signature of Agent/Intermediary/Official of the insurer

I, (name), having received the information with respect to the above, have understood the above statement before entering into the contract

Date:

Signature of prospect/ Policyholder

Annexure 5: BI for Non-Linked Par Products - Pension

Proposal No.

Name of the prospect/Policyholder:	
Age:	
Name of the Life Assured:	
Age:	
Policy Term:	
Premium Payment term:	
Amount of Instalment Premium:	
Mode of Payment of Premium:	

Name of the Product:	
Tag Line:	
Unique Identification No:	
GST Rate:	
Vesting Age:	

How to read and understand this benefit illustration?

This benefit illustration is intended to show year-wise premiums payable and benefits under the policy, at two assumed rates of interest i.e. 8% p.a. and 4% p.a.

Some benefits are guaranteed, and some benefits are variable with returns based on the future performance of your insurer carrying on the life insurance business. If your policy offers guaranteed benefits, then these will be clearly marked “guaranteed” in the illustration table on this page. If your policy offers variable benefits, then the illustrations on this page will show two different rates assumed future investment returns of 8%. p.a. and 4%. p.a. These assumed rates of return are not guaranteed and they are not the upper or lower limits of what you might get back, as the value of your policy is dependent on a number of factors including future investment performance.

Policy Details		
Policy Option	Sum Assured Rs.	
Bonus Type	Sum Assured on Death (at inception of the policy) Rs.	

Premium Summary			
Instalment Premium without GST	Base Plan	Riders	Total Instalment Premium
Instalment Premium with First Year GST			
Instalment Premium with GST 2 nd Year Onwards			

Policy Year	Single / Annualized premium	Guaranteed benefits				Non - Guaranteed Benefits @ 4% p.a				Non - Guaranteed Benefits @ 8% p.a				Total Benefits Including Guaranteed and Non-Guaranteed Benefits				
														Maturity Benefits		Death Benefits		
		Guaranteed Additions	Survival Benefit	GSV	Death Benefit	Maturity Benefit	Revers ionary Bonus	Cash Bonus	S S V	Surrender Bene fit	Revers ionary Bonus	Cash Bonus	S S V	Surrender Bene fit	Total Maturity Benefit Incl Terminal Bonus if any @ 4%	Total Maturity Benefits Incl Terminal Bonus if any @ 8%	Total Death Benefit incl of Terminal Bonus if any @4%	Total Death Benefit incl of Terminal Bonus if any @8%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Annuity Option Selected (The option can be changed any time before vesting)							
Proceeds at Vesting				*Annuity payable p.a based on prevailing annuity rates			
Accumulated at 4% p.a. Rs.	Accumulated at 8% p.a. Rs.	Minimum Assured benefit		Based on FV accumulated at 4% p.a Rs.	Based on FV accumulated at 8% p.a Rs.	Based on the Minimum Assured Benefit Rs.	
		Rs.	Minimum rate of return on the premium paid (% p.a.)				

***without commutation**

Note: The values shown above are for illustration purpose only. The actual annuity amount receivable depends on the prevailing annuity rates at the times of vesting. The guaranteed values are based on the minimum investment return guaranteed at the outset of the policy. Whereas the non-guaranteed values are based on the assumed investment returns of 4% p.a. and 8% p.a. these are not upper or lower limits of what you might get back. For more details on risk factors, terms and conditions please read sales brochure carefully. Annualized premium excludes underwriting extra premium frequency loadings on premium, the premium paid towards the riders, If any, and Goods & Services Tax. Refer the sales literature for explanation of terms used in this illustration.

I..... (name), have explained the premiums and benefits under the product fully to the prospect/policyholder.

Place:

Date:

Signature of Agent/Intermediary/Official of the insurer

I..... (name), having received the information with respect to the above, have understood the above statement before entering into the contract

Date:

Signature of prospect/ Policyholder

Annexure 6 : BI for Non – Linked Non Par Products-Life

Name of the Prospect/Policy holder:		Proposal No:	
Age:		Name of the Product:	
Name of life assured:		Tag line:	
Age:		Unique Identification No.	
Policy term:		GST Rate:	
Premium Payment Term:			
Amount of Instalment premium:			

This benefit illustration is intended to show year – wise premiums payable and benefits under the Policy.

Policy Details			
Policy option		Sum Assured Rs.	
		Sum Assured on Death(at inception of the policy) Rs.	

Premium Summary			
	Base Plan	Riders	Total instalment Premium
Instalment Premium without GST			
Instalment Premium with first year GST			

Instalment Premium with GST 2 nd year onwards			
--	--	--	--

Policy year	Single/Annualized Premium	Guaranteed					Non-Guaranteed	
		Survival benefits/Loyalty Additions	Other Benefits if any	Maturity Benefit	Death Benefit	guaranteed surrender value (GSV)		

Note : Annualized premium excludes underwriting extra premium, frequency loadings on premiums, the premiums paid towards the riders, if any and Goods & Service Tax.

I.....(name), have explained the premiums and benefits under the product fully to the prospect/policyholder. Place: Date: Signature of Agent/Intermediary/Official of the insurer	I.....(name), having received the information with respect to the above, have understood the above statement before entering into the contract Date: _____ Signature of prospect/ Policyholder
--	---

Annexure 7: BI for Non – Linked non par Products - Pension

Name of the Proposed/Policy holder:		Proposal No:	
Age:		Name of the Product:	
Name of life assured:		Tag line:	
Age:		Unique Identification No.	
Sum assured:		GST Rate:	
Policy Term		Vesting Age:	
Premium Payment Term:			
Amount of Instalment premium:			
Mode of Premium Payment:			

This benefit illustration is intended to show year – wise premiums payable and benefits under the Policy.

Policy Details			
Policy option		Sum Assured Rs.	
		Sum Assured on Death (at inception of the policy) Rs.	

Premium Summary			
	Base Plan	Riders	Total instalment Premium

Instalment Premium without GST			
Instalment Premium with first year GST			
Instalment Premium with GST 2 nd year onwards			

(Amounts in rupees)

Policy year	Single/Annualized Premium	Guaranteed					Non-Guaranteed		
		Survival benefits/Loyalty Additions	Other Benefits if any	Maturity Benefit	Death Benefit	guaranteed surrender value			
Annuity payable p.a, based on prevailing annuity rates (Rs.) (without commutation)									
Annuity Option Selected (The option can be changed any time before vesting)									

Notes:

1. The values shown above are for illustration purpose only. The actual annuity amount receivable depends on the prevailing annuity rates at the time of vesting.
2. Annualized Premium excludes underwriting extra premium, frequency loadings on premiums, the premiums paid towards the riders, if any and Goods & Service Tax.
3. Refer the sales literature for explanation of terms used in this illustration.

<p>I..... (name), have explained the premiums and benefits under the product fully to the prospect/policyholder.</p> <p>Place:</p> <p>Date:</p> <p>Signature of Agent/Intermediary/Official of the insurer</p>	<p>I..... (name), having received the information with respect to the above, have understood the above statement before entering into the contract</p> <p>Date: _____ Signature of prospect/ Policyholder</p>
--	---

Annexure 8: BI for Non – Linked Non par Products - Annuity

Name of the Primary Annuitant:	
Age:	
Name of Secondary Annuitant (In case of Joint Life Annuity):	
Age:	
Annuity (Deferred/Immediate)	
Purchase Price:	

Proposal No:	
Name of the Product:	
Tag line:	
Unique Identification No.	
GST Rate:	

This benefit illustration is intended to show year – wise premiums payable and benefits under the Policy.

Policy Details						
Annuity option (1)	Specified Period for which Annuity is Certain (if Applicable) (2)	Percentages of annuity to Secondary Annuitant on death of the Primary Annuitant (if Applicable) (3)	Frequency of Annuity Payment (4)	Annuity Amount		Benefits Payable on Death Rs. (7)
				Guaranteed Annuity Payout Rs. (5)	Initial Variable Annuity Payout (if applicable) Rs. (6)	

Premium/Purchase Price Summary			
	Base Plan	Riders	Total instalment Premium

Instalment Premium without GST			
Instalment Premium with first year GST			
Instalment Premium with GST 2 nd year onwards			

How to read and understand this benefit illustration?

- (1) This benefit illustration is intended to show the guaranteed annuity pay-out and variability of annuity pay-outs (in case of variable annuity pay-out option) with the movement of publicly available benchmark for the lifetime of annuitant(s).
- (2) The values shown are for illustration purpose only. The actual annuity amount under variable annuity pay-out may go up or down depending on the volatility and risks associated with the publicly available benchmark.
- (3) For more details on risk factors, terms and conditions please read sales brochure carefully. Annualized premium excludes underwriting extra premium frequency loadings, if any on premium, the premium paid towards the riders, If any, and Goods & Services Tax. Please refer the sales literature for explanation of terms used in this illustration.

(In case of variable annuity pay-out option, investment risk is partially borne by the policyholder or annuitants)

Projection of Annuity pay-out									
Details of the publicly available benchmark used for variable annuity payout, if applicable:									
Policy Year	Single/ Annualized premium	Guaranteed Annuity Payout	Variable Annuity Payout (if applicable)	Projected value of the benchmark	Surrender Benefits, if any			Total Benefits Including Guaranteed and Variable Benefits	
					Guaranteed Surrender Value	Special Surrender Value	Surrender Value	Annuity Payout (3+4)	Death Benefit
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Note: The benchmark shown in the column (5) is based on the projection made by the insurer based on expected movement (both positive and negative) of the benchmark.

I..... (name), have explained the premiums payable, benefits receivable and the Terms & Conditions under the product fully to the prospect/policyholder.

Place:

Date:

Signature of Agent/Intermediary/Official of the Insurer

I..... (name), having received the information with respect to the above, have understood the above statement before entering into the contract.

Date:

Signature of prospect/ Policyholder

Annexure 9 - Illustration for calculation of RIY for Linked Insurance Product

	Year	Month	Age	Premium	Premium allocation Charge	Fund At start	Death Benefit	Mortality charge, Morbidity Charge	Service Tax	Rider charges	Admin Charge	Fund Before FMC	FMC	Fund At end	Gross yield: 8% Net yield:.....
Assumptions	1	1	35												RIY
Age - 35 years	1	2	35												Year
Term - 15 years	1	3	35												1
PPT – 15 years	1	4	35												2
Sex – Male	1	5	35												3
premium – Rs.	1	6	35												4
Sum insured – Rs.	1	7	35												5
Mortality Charges-	1	8	35												6
Morbidity charges-	1	9	35												7
Service Tax -	1	10	35												8
Fund growth rate -	1	11	35												9
FMC - p.a	1	12	36												10
Admin charges –	2	13	36												11
Premium allocation charge	2	14	36												12
Year 1 – %	2	15	36												13
Year 2 – %	2	16	36												14
Thereafter -%	2	17	36												15
	2	18	36												

	2	19	36											
	15	180	49											

Note:- The above calculation sheet is for illustrative purpose and exhibits the application of principles stated in the circular. This is NOT a point or sale document

SCHEDULE - C

Matters to be stated in Insurance policies

(refer clause 14.2)

1. Matters to be stated in Life Insurance policies

1.1 A life insurance policy shall clearly state:

- i. the name and UIN, its terms and conditions;
- ii. name, code number, contact details of the person involved in sales process;
- iii. whether it is participating in profits or not, whether it is linked or non-linked;
- iv. funds / index offered, charges, switching of funds etc., in case of linked;
- v. the manner of vesting or payment of profits such as cash bonus, deferred bonus, simple or compound reversionary bonus;
- vi. the benefits payable and the contingencies upon which these are payable and the other terms and conditions of the insurance contract;
- vii. the name of Nominee (s), age of nominee(s) and their relationship and name of guardian in case of minor nominees;
- viii. the details of the riders being attached to the main policy;
- ix. the date of commencement of risk, the date of maturity and the date(s) on which survival benefits, if any, are payable;
- x. the premiums payable, periodicity of payment, grace period allowed for payment of the premium, the date of last instalment of premium, the implication of discontinuing the payment of an instalment(s) of premium and also the provisions of guaranteed surrender value;
- xi. the details of revival schemes provided for reviving a lapsed policy and requirements to be submitted for revival there under.
- xii. Name, Address, Date of birth and age of the insured as at the date of commencement of the policy.
- xiii. the policy conditions for
 - a) conversion of the policy into paid up policy,
 - b) surrender,
 - c) foreclosure,
 - d) non-forfeiture,
 - e) discontinuance provisions in case of Linked Policies,
 - f) the provisions of guaranteed surrender value;
- xiv. reference no. of Customer Information Sheet;

- xv. contingencies excluded from the scope of the cover, both in respect of the main policy and the riders;
- xvi. the provisions for nomination, assignment, loans on security of the policy and a statement that the rate of interest payable on such loan shall be as prescribed by the insurer at the time of taking the loan;
- xvii. any special clauses, exclusions or conditions imposed on the policy;
- xviii. the address, email id of the insurer to which all communications in respect of the policy shall be sent;
- xix. the notes to policyholder highlighting the significance of notifying timely the change of his/her address;
- xx. details of insurer's Internal Grievance Redressal Mechanism along with address and contact details of Insurance Ombudsman within whose territorial jurisdiction the branch or office of the insurer or the residential address or place of residence of the policyholder is located;
- xi. Procedure to register a claim/grievance;
- xxii. the list of documents that are required to be submitted by a claimant in case of a claim under the policy.

2. Matters to be Stated in General Insurance Policy

2.1 A general insurance policy shall clearly state:

- i. the name(s) and address(s) of the insured and of any bank / financial institution (s) or any other person having financial interest in the subject matter of insurance,
- ii. UIN of the product, name, code number,
- iii. contact details of the person involved in sales process,
- iv. full description of the property or interest insured,
- v. the location or locations of the property or interest insured under the policy and, where appropriate, with respective insured values,
- vi. period of Insurance,
- vii. sums insured,
- viii. perils covered and not covered,
- ix. any franchise or deductible applicable,
- x. any special conditions attaching to the policy,
- xi. premium payable and where the premium is provisional subject to adjustment, the basis of adjustment of premium be stated,
- xii. Reference of Customer Information Sheet (CIS),
- xiii. policy terms, conditions and warranties, Exclusions, if any,

- xiv. action to be taken by the insured upon occurrence of a contingency likely to give rise to a claim under the policy,
- xv. the obligations of the insured in relation to the subject matter of insurance upon occurrence of an event giving rise to a claim and the rights of the insurer in the circumstances,
- xvi. any special conditions attaching to the policy,
- xvii. the grounds for cancellation of the policy which in the case of a retail policy, for the insurer, can be only on the grounds of mis-representation, non-disclosure of material facts, fraud or non-co-operation of the insured,
- xviii. the address of the insurer to which all communications in respect of the insurance contract should be sent,
- xix. the details of the endorsements, add-on covers attaching to the main policy,
- xx. that, on renewal, the benefits provided under the policy and/or terms and conditions of the policy including premium rate may be subject to change,
- xi. Action to be taken on the occurrence of a claim and the list of the documents that needs to be attached for filing of claim;
- xxii. details of insurer's internal grievance redressal mechanism along with address and contact details of Insurance Ombudsman within whose territorial jurisdiction the branch or office of the insurer or the residential address or place of residence of the policyholder is located,
- xxiii. Procedure to register a claim/grievance,
- xxiv. the list of documents that are required to be submitted by a claimant in case of a claim under the policy.

3. Matters to be Stated in a Health Insurance Policy

- 3.1 A health insurance policy shall clearly state:
- i. The name of the policyholder and the names of each beneficiary covered,
 - ii. Product Name, UIN of the product, code number,
 - iii. contact details of the person involved in sales process,
 - iv. Date of birth of the insured and corresponding age in completed years,
 - v. The address of the insured,
 - vi. The sums Insured,
 - vii. The period of insurance and the date from which the policyholder has been continuously obtaining health insurance cover from any of the insurers without break,
 - viii. Reference of Customer Information Sheet (CIS),
 - ix. The sub-limits, Proportionate Deductions and the existence of Package rates if any, with cross reference to the concerned policy section,
 - x. Co-pay limits if any,

- xi. The pre-existing disease (PED) waiting period, if applicable,
- xii. Specific waiting periods as applicable,
- xiii. Deductible as applicable – general and specific, if any,
- xiv. Cumulative Bonus, if any,
- xv. Periodicity of payment of premium instalment,
- xvi. Policy period,
- xvii. Grace Period and its implication on insurance coverage,
- xviii. Policy terms, conditions, exclusions, warranties,
- xix. Action to be taken on the occurrence of a claim for cashless and reimbursement options separately,
- xx. Procedure for claims submission, timelines and possible course of action, if timelines for claim submission are not adhered to along with all the claims documents required for claim processing,
- xxi. the list of documents that are required to be submitted by a claimant in case of a claim under the policy,
- xxii. Details of TPA, if any engaged and their address, toll free number, website details,
- xxiii. Details of Grievance Redressal mechanism of insurer,
- xxiv. Free look period facility and portability conditions,
- xxv. Policy migration facility and conditions wherever applicable,
- xxvi. that, on renewal, the policy could be subject to certain changes in terms and conditions including change in premium rate,
- xxvii. Provision for cancellation of the policy,
- xxviii. Procedure to register a claim/grievance,
- xxix. Address and other contact details of Ombudsman within whose territorial jurisdiction the branch or office of the insurer or the residential address or place of residence of the policyholder is located.

4. Mandatory Minimum Disclosures for Combi-Life Products

- 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 policyholders of the ‘Combi Product’ under reference are eligible to continue with either part of the policy, discontinuing the other during the policy term,
 - v. Where guaranteed renewability of health insurance plan is allowed, the health insurance portion of this ‘Combi Product’ is entitled to that facility,
 - vi. Specific disclosures on the available premium payment options on these ‘Combi Products’,
 - vii. Specific disclosures about the available policy servicing facilities including claims servicing, for these ‘Combi Products’,
 - viii. Specific disclosures on the availability of services of ‘Third Party Administrators (TPAs)’ for health insurance portion of risk, if available,
 - ix. Specific disclosures on the available Grievances Redressal Options including particulars of Ombudsman under these ‘Combi products’,
 - x. 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,
 - xi. Policy documents of ‘Combi Products’ shall contain the above referred points (iii) to (xi) as minimum disclosures,
 - xii. the list of documents that are required to be submitted by a claimant in case of a claim under the policy,
 - xiii. Declaration from the prospect shall be obtained and attached to proposal form that he/she has understood the disclosures mentioned above.
5. In case of pilot products, 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:
- i. The product offered is a pilot product and that it is a close-ended one,
 - ii. 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,
 - iii. 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,
 - iv. The product shall carry a tag line of “PILOT PRODUCT” to demonstrate that the health insurance product promoted is a pilot product.

SCHEDULE-D**(Refer clause 16.1)****CUSTOMER INFORMATION SHEET/KNOW YOUR POLICY- HEALTH**

This document provides key information about your policy. You are also advised to go through your policy document.

Sl No	Title	Description (Please refer to applicable Policy Clause Number in next column)	Policy Clause Number
1	Name of Insurance Product/Policy	XXXXXX	
2	Policy number		
3	Type of Insurance Product/ Policy	<ul style="list-style-type: none"> • Indemnity (Where insured losses are covered up to the Sum Insured under the policy) • Benefit (Where an Insurance Policy pays a fixed amount under the policy on the occurrence of a covered event) • Both Indemnity and Benefit (where policy has elements of both the above) 	
4	Sum Insured (Basis) (Along with amount)	<ul style="list-style-type: none"> • Individual Sum Insured -Where each member has a separate sum insured under the policy), or • Floater Sum Insured-Where all members under the policy have a single sum insured limit which may be utilized by any or all members 	
5	Policy Coverage (What the policy covers?) (Policy Clause Number/s)	Expenses in respect of: Admission in Hospital beyond xx hours Pre-hospitalisation (treatment prior to admission in hospital) of xx days amounting to x% of claim Post-hospitalisation (treatment after discharge from hospital) within xx days from date of discharge amounting to x% of claim. Specified / Listed procedures requiring less than xx hours of hospitalization (day care) Undergoing specified procedure in case of xx Critical	

SI No	Title	Description (Please refer to applicable Policy Clause Number in next column)	Policy Clause Number		
		<p>illnesses</p> <p>Diagnosis of an illness of specified severity</p> <p>Daily cash benefit of Rs. ____ per day during admission in hospital</p> <p>OPD / Dental/ Maternity coverage</p> <p>Emergency or Travel Medical Assistance</p> <p>Personal Accident Cover</p> <p>Travel Cover</p> <p>(Note: This is an indicative list. Insurer must ensure that all the benefits of the policy are listed above)</p>			
6	Exclusions (what the policy does not cover)	(Note: Insurer has to ensure that all the applicable exclusions are listed here)			
7	<p>Waiting period</p> <p>Time period during which specified diseases / treatments are not covered</p> <ul style="list-style-type: none"> • It is counted from the beginning of the policy coverage. 	<p>Initial waiting Period: xx days for all illnesses (not applicable in case of continuous renewal or accidents)</p> <p>Specific Waiting periods (Not applicable for claims arising due to an accident):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ xx months for xx diseases/procedures ○ yy months for yy diseases/procedures <p>Pre-existing diseases: Covered after xx months</p>			
8	<p>Financial limits of coverage</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Sub-limit (It is a pre-defined limit and the insurance company will not pay any amount in excess of this limit) ii. Co-payment (It is a specified amount / 	<p>The policy will pay only up to the limits specified hereunder for the following diseases/procedures:</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">XX</td> <td style="width: 50%;">XX</td> </tr> </table> <p>In case of a claim, this policy requires you to share the following costs: Expenses exceeding the following Sub-limits</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Room / ICU charges beyond ----- 	XX	XX	
XX	XX				

Sl No	Title	Description (Please refer to applicable Policy Clause Number in next column)	Policy Clause Number
	<p>percentage of the admissible claim amount to be paid by policyholder / insured).</p> <p>iii. Deductible (It is a specified amount:</p> <ul style="list-style-type: none"> - up to which an insurance company will not pay any claim, and - which will be deducted from total claim amount (if claim amount is more than the specified amount) <p>iv. Any other limit (as applicable)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ For the following specified diseases: ▪ _____ ▪ _____ <p>XXXX</p> <p>Deductible of Rs. XXX per claim / per year / both</p>	
9	Claims/Claims Procedure	<p>Details of procedure to be followed for cashless service as well as for reimbursement of claim including pre and post hospitalization.</p> <p>Turn Around Time (TAT) for claims settlement:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. TAT for preauthorization of cashless facility XXX ii. TAT for cashless final bill authorization: XXX <p><i>Provide the details /web link for following:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> i. Network Hospital details ii. Helpline number iii. Hospitals which are blacklisted or from where no claims will be accepted by insurer iv. Downloading/getting claim form 	

SI No	Title	Description (Please refer to applicable Policy Clause Number in next column)	Policy Clause Number
10	Policy Servicing	Call center number of the insurer Details of Company officials	
11	Grievances/Complaints	Details of <ul style="list-style-type: none"> - Grievance Redressal Officer of the insurer - Insurance company grievance portal/ Department - Ombudsman <i>(Please provide contact details, Toll free number and email)</i>	
12	Things remember to	<p>Free Look cancellation: You may cancel the insurance policy if you do not want it, within xx days from the beginning of the policy.</p> <p>Insurer to specify the process for free look cancellation</p> <p>Policy renewal: Except on grounds of fraud, moral hazard or misrepresentation or non-cooperation, renewal of your policy shall not be denied, provided the policy is not withdrawn.</p> <p>Migration and Portability: When your policy is due for renewal, you may migrate to another policy with us or port your policy to another insurer.</p> <p>Insurer to specify the process for migration and portability</p> <p>Change in Sum Insured: Sum Insured can be changed (increased/decreased) only at the time of renewal or at any time, subject to underwriting by the company. For increase in SI, the waiting period if any shall start afresh only for the enhanced portion of the sum insured</p> <p>Moratorium Period: After completion of Five continuous years under the policy no look back to be applied. This period of Five years is called as moratorium period. The moratorium would be applicable for the sums insured of the first policy and subsequently completion of Five continuous years would be</p>	

SI No	Title	Description (Please refer to applicable Policy Clause Number in next column)	Policy Clause Number
		<p>applicable from date of enhancement of sums insured only on the enhanced limits.</p> <p>After the expiry of Moratorium Period no health insurance policy shall be contestable except for proven fraud and permanent exclusions specified in the policy contract.</p>	
13	Your Obligations	<p>Please disclose all pre-existing disease/s or condition/s before buying a policy. Non-disclosure may affect the claim settlement.</p> <p>Disclosure of other material information during the policy period.)</p> <p>Insurer to specify the material information</p>	

Declaration by the Policyholder:

I have read the above and confirm having noted the details.

Place:

Date: _____ (Signature of the Policyholder) _____

Note:

- i. Insurer shall provide web-link where the product related documents including the Customer Information sheet are available on the website of the Insurer.
- ii. In case of any conflict, the terms and conditions mentioned in the policy document shall prevail.
- iii. **Insurer to take confirmation of the Policyholder regarding receiving of the Customer Information Sheet.**

CUSTOMER INFORMATION SHEET- GENERAL INSURANCE

This document provides only key information about your policy. Please refer to the policy document for detailed terms and conditions.

SI No	Title	Description (Please refer to applicable Policy Clause Number in next column)	Policy / Clause Number
1	Product Name		
2	Unique Identification Number (UIN) allotted by IRDAI		
3	Structure	<ul style="list-style-type: none"> • State basis of Sum / Limit Insured <ul style="list-style-type: none"> • Indemnity / Modified Indemnity • Fixed Benefit • Parametric Limit 	
4	Interests Insured	<ul style="list-style-type: none"> • List broad categories 	
5	Sum Insured / Motor Insured Declared Value Scope	List the main Sums/ Limits insured per Coverage/ Coverage Section	
6	Policy Coverage	<ul style="list-style-type: none"> • List and describe each insured Coverage: 	
7	Add-on Cover	<ul style="list-style-type: none"> • List and describe with Sum/Limit Insured, each Add-on Cover opted by the Policyholder 	
8	Loss Participation	State and explain how Deductible is applied. (List separate Deductibles per Coverage)	
9	Exclusions	List all the applicable exclusions	

Sl No	Title	Description (Please refer to applicable Policy Clause Number in next column)	Policy / Clause Number
10.	Special Conditions and Warranties (if any)	State and specify context Explain obligations of the Policyholder.	
11.	Admissibility of Claim	<ul style="list-style-type: none"> • Mention the broad principle of admissibility / denial of claims [Example: Reporting of loss occurrence; Duty of care & loss minimization; Exclusion of Willful Negligence] • Include a sample claim calculation process for retail products 	
12.	Policy Servicing - Claim Intimation and Processing	<ul style="list-style-type: none"> • Toll free / IVRS number of the Insurer • Website / Email • Details of designated company officials to be contacted in time of claim • Details of procedure to be followed for cashless service (In case of Motor Insurance) as well as for reimbursement of claim • Turn Around Time (TAT) for claims settlement • Escalation Matrix when TAT is not satisfied 	
13.	Grievance Redressal and Policyholders Protection	<ul style="list-style-type: none"> • State the brief details of Protection of Policyholder's Interest • Details of Grievance Redressal Officer of the Insurer • Bima Bharosa Portal • Ombudsman <p><i>(Please provide contact details, Toll free number and email)</i></p>	

Sl No	Title	Description (Please refer to applicable Policy Clause Number in next column)	Policy / Clause Number
14.	Obligations of the Policyholder	<ul style="list-style-type: none"> • To disclose all information correctly sought by the insurer at time of filling the proposal form • In case of any change / modification / addition to the already declared information the same shall be brought to the notice of the Insurer immediately • Non-disclosure of material information may affect the claim settlement. <p>Disclosure of other material information during the policy period.</p> <p><i>(Insurer to specify the material information)</i></p>	

Declaration by the Policyholder:

I have read the above and confirm having noted the details.

Place:

Date: _____ (Signature of the Policyholder)

Note:

- i. Insurer shall provide web-link where the product related documents including the Customer Information sheet are available on the website of the Insurer.
- ii. In case of any conflict, the terms and conditions mentioned in the policy document shall prevail.
- iii. Insurer to take confirmation of the Policyholder regarding receiving of the Customer Information Sheet.

LIFE INSURANCE
CUSTOMER INFORMATION SHEET / KNOW YOUR POLICY

This document provides key information about your policy. You are also advised to go through your policy document.

Sl. no.	Title	Description in Simple Words <i>(Please refer to applicable Policy Clause Number in next column)</i>	Policy Clause Number
1.	Name of the Insurance Product and Unique Identification Number (UIN)		
2.	Policy Number		
3.	Type of Insurance Policy	<ul style="list-style-type: none"> • Pure Risk • Linked • Non-Linked other than pure risk and pension • Immediate Annuity • Deferred Annuity • Linked Pension • Non-Linked Pension. 	
4.	Basic Policy details	<ul style="list-style-type: none"> • Instalment Premium • Mode of premium payment (e.g. Monthly, Quarterly, half yearly or Yearly) • Sum Assured on death • Sum Assured on Maturity • Premium payment Term • Policy Term 	
5.	Policy Coverage/benefits payable	<ul style="list-style-type: none"> • Benefits payable on maturity • Benefits payable on death • Survival Benefits excluding that payable on maturity • Surrender benefits • Options to policyholders for availing benefits, if any, covered under the policy. • Other benefits/options payable, specific to the policy, if any. • Lock-in period for Linked Insurance products 	
6.	Options available (in case of Linked Insurance Products)	<ul style="list-style-type: none"> • Partial Withdrawal • Top –up Provision • Switches • Settlement option 	

Sl. no.	Title	Description in Simple Words <i>(Please refer to applicable Policy Clause Number in next column)</i>	Policy Clause Number
		<ul style="list-style-type: none"> Any other option. 	
7.	Option available(in case of Annuity product)	<ul style="list-style-type: none"> Type of immediate annuity, for example Life annuity with Return of Purchase price etc. Proportion of annuity amount guaranteed for variable pay-out option. Any other option. 	
8.	Riders opted, if any	Summary of coverage	
9.	Exclusions (events where insurance coverage is not payable), if any.	Brief list of the applicable exclusions, if any	
10.	Waiting /lien Period, if any	Number of Days	
11.	Grace period	Number of Days	
12.	Free Look Period	Number of days	
13.	Lapse, paid-up and revival of the Policy	Brief description	
14.	Policy Loan, if applicable	Brief description	
15.	Claims/Claims Procedure	<ul style="list-style-type: none"> Turn Around Time (TAT) for claims settlement and brief procedure Helpline/Call Centre number Contact details of the insurer Link for downloading claim form and list of documents required including bank account details. 	
16.	Policy Servicing	<ul style="list-style-type: none"> Turn Around Time (TAT) Helpline/Call Centre number Contact details of the insurer Link for downloading applicable forms and list of documents required including bank account details. 	
17.	Grievances /Complaints	<ul style="list-style-type: none"> Contact details of Grievance Redressal Officer of the insurer Link for registering the grievance with the insurer's portal 	

Sl. no.	Title	Description in Simple Words <i>(Please refer to applicable Policy Clause Number in next column)</i>	Policy Clause Number
		<ul style="list-style-type: none"> • Contact details of Ombudsman 	

Declaration by the Policyholder

I have read the above and confirm having noted the details.

Place: _____ (Signature of the Policyholder)

Date:

Note:

- i. Insurer shall provide web-link where the product related documents including the Customer Information sheet are available on the website of the insurer.
- ii. In case of any conflict, the terms and conditions mentioned in the policy document shall prevail.
- iii. Insurer to take confirmation of the policyholder regarding receiving of the Customer Information Sheet.