



भारत का राजपत्र

The Gazette of India

सी.जी.-टी.एल.-अ.-22032024-253325
CG-TL-E-22032024-253325

असाधारण
EXTRAORDINARY
भाग III—खण्ड 4
PART III—Section 4
प्राधिकार से प्रकाशित
PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 206]
No. 206]

नई दिल्ली, शुक्रवार, मार्च 22, 2024/चैत्र 2, 1946
NEW DELHI, FRIDAY, MARCH 22, 2024/CHAITRA 2, 1946

भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

अधिसूचना

हैदराबाद, 20 मार्च, 2024

भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (बीमा उत्पाद) विनियम, 2024

फा. सं. भा.बी.वि. वि.प्रा./ विनियम /8/202/2024.—बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 114ए की उप-धारा (2) के खंड (जेडबीए) और खंड (जेडडी), बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 की धारा 14 की उप-धारा (2) के खंड (i) और धारा 26 के अंतर्गत प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, प्राधिकरण बीमा सलाहकार समिति के साथ परामर्श करने के बाद, इसके द्वारा निम्नलिखित विनियम बनाता है, अर्थात् :-

अध्याय- I

प्रारंभिक

1. संक्षिप्त नाम, प्रयोज्यता और प्रारंभ

- (1) ये विनियम भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (बीमा उत्पाद) विनियम, 2024 कहलाएँगे।
- (2) ये विनियम सरकारी राजपत्र में इनके प्रकाशन की तारीख से या 1 अप्रैल, 2024, प्रवृत्त होंगे, जो भी बाद में हो।
- (3) जब तक इन विनियमों में अन्यथा विनिर्दिष्ट नहीं किया जाता, ये विनियम उन बीमाकर्ताओं के लिए लागू होंगे जिन्हें भारत में जीवन बीमा या साधारण बीमा या स्वास्थ्य बीमा का व्यवसाय करने के लिए पंजीकरण प्रमाणपत्र प्रदान किया गया है।

(4) इन विनियमों की समीक्षा इनके प्रकाशन की तारीख से प्रत्येक तीन वर्ष में एक बार की जाएगी, जब तक उसके पूर्व समीक्षा अथवा निरसन अथवा संशोधन की आवश्यकता न हो।

2. उद्देश्य: इन विनियमों के मुख्य उद्देश्य निम्नानुसार हैं :

- (1) उभरती हुई बाजार आवश्यकताओं के प्रति अधिक तेजी से प्रतिक्रिया व्यक्त करने, और नवोन्मेष उत्पादों का भी अभिकल्पना करना, व्यवसाय करने की सुगमता का संवर्धन करने तथा बीमा व्यापन में सुधार लाने के लिए बीमाकर्ताओं को मदद देना।
- (2) उत्पादों का अभिकल्पन और कीमत-निर्धारण करते समय अच्छे अभिशासन को अपनाने के लिए बीमाकर्ताओं को समर्थ बनाने के द्वारा पालिसीधारकों के हितों का संरक्षण करना।
- (3) पालिसीधारकों के हितों को ध्यान में रखते हुए नवोन्मेष उत्पादों सहित, बीमा उत्पादों के संबंध में प्रभावी निगरानी और पर्याप्त समुचित सावधानी के लिए सुदृढ़ और अनुक्रियाशील प्रबंधन पद्धतियों को सुनिश्चित करना।

3. परिभाषाएँ

इन विनियमों में, जब तक संदर्भ से अन्यथा अपेक्षित न हो-

- (1) “अधिनियम” से बीमा अधिनियम, 1938 (1938 का 4) अभिप्रेत है
- (2) “प्राधिकरण” से बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 की धारा 3 के उपबंधों के अधीन स्थापित भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अभिप्रेत है
- (3) “सक्षम प्राधिकारी” से अभिप्रेत है
 - (क) अध्यक्ष या
 - (ख) ऐसा पूर्णकालिक सदस्य या ऐसे पूर्णकालिक सदस्यों की समिति या प्राधिकरण का ऐसा/के ऐसे अधिकारी जैसे कि अध्यक्ष के द्वारा निर्धारित किये जाएँगे।
- (4) “फाइल एण्ड यूज़” से एक प्रक्रिया अभिप्रेत है जहाँ बीमाकर्ताओं को केवल पूर्व-फाइलिंग और विशिष्ट पहचान संख्या (यूआईएन) के आवंटन के बाद ही उत्पाद का विषयन करने की अनुमति दी जाती है।
- (5) “समूह” में ऐसे व्यक्ति होते हैं जो किसी प्रयोजन की समानता के साथ या किसी सामान्य आर्थिक गतिविधि में सक्रिय होने के कारण एकसाथ सम्मिलित होते हैं तथा इसमें नियोक्ता – कर्मचारी समूह और गैर-नियोक्ता – कर्मचारी समूह शामिल है।
 - क. नियोक्ता–कर्मचारी समूह एक ऐसा समूह है जहाँ प्रासंगिक विधियों के अनुसार मास्टर पालिसीधारक और सदस्य के बीच नियोक्ता–कर्मचारी संबंध विद्यमान है।
 - ख. गैर-नियोक्ता – कर्मचारी समूह नियोक्ता-कर्मचारी से इतर एक ऐसा समूह है जहाँ बीमा को छोड़कर अन्य सेवाओं/गतिविधियों के लिए सदस्य और समूह पालिसीधारक के बीच स्पष्ट रूप से व्यक्त संबंध विद्यमान है।
- (6) सरकार प्रायोजित बीमा योजना: केन्द्र सरकार और/या राज्य सरकार द्वारा अभिकल्पित या अधिसूचित या प्रायोजित तथा बीमाकर्ताओं द्वारा प्रस्तावित कोई बीमा योजना। उक्त सीमाओं को केन्द्र सरकार और/या राज्य सरकार द्वारा वित्तीय सहायता दी जा सकती है अथवा नहीं दी जा सकती।
- (7) सूक्ष्म बीमा व्यवसाय से इन विनियमों के अंतर्गत सूक्ष्म-बीमा उत्पादों के रूप में श्रेणीकृत उत्पादों के माध्यम से उपलब्ध कराये जानेवाले बीमा व्यवसाय की श्रेणी अभिप्रेत है।
- (8) सूक्ष्म-बीमा पॉलिसी से ऐसी बीमा पॉलिसी अभिप्रेत है जो सूक्ष्म-बीमा उत्पाद की अपेक्षा (सलिसिटेशन) के माध्यम से जारी की गई है।
- (9) सूक्ष्म-बीमा उत्पाद में निम्नलिखित शामिल हैं :
 - क. इन विनियमों में बताई गई शर्तों के अनुसार अभिकल्पित जीवन सूक्ष्म-बीमा उत्पाद या साधारण सूक्ष्म-बीमा उत्पाद या स्वास्थ्य सूक्ष्म-बीमा उत्पाद
 - ख. शीर्ष “सूक्ष्म-बीमा” के अंतर्गत केन्द्र सरकार और/या राज्य सरकार द्वारा अभिकल्पित या अधिसूचित या प्रायोजित बीमा उत्पाद

- ग. केन्द्र सरकार और/या राज्य सरकार द्वारा पूर्णतः या अंशतः वित्तीय सहायता प्रदत्त बीमा उत्पाद तथा
- घ. प्राधिकरण द्वारा सूक्ष्म-बीमा उत्पाद के रूप में अनुमोदित कोई अन्य उत्पाद।
- (10) “उत्पाद प्रबंध समिति (पीएमसी)” बीमाकर्ता के अंदर बोर्ड द्वारा गठित एक समिति होगी जो इन विनियमों के अनुसार निर्धारित कार्यों से युक्त होगी।
- (11) “वरिष्ठ नागरिक” से ‘माता-पिता और वरिष्ठ नागरिकों का संपोषण और कल्याण अधिनियम, 2007’ और उसके बाद किये गये संशोधनों, यदि कोई हों, में यशापरिभाषित व्यक्ति अभिप्रेत है।
- (12) “विशिष्ट पहचान संख्या (यूआईएन)” से प्रत्येक उत्पाद को आवंटित एक विशिष्ट संख्या अभिप्रेत है जिसका प्रकटीकरण उत्पाद संबंधी साहित्य, पॉलिसी दस्तावेजों और ऐसे उत्पादों के लिए किन्हीं अन्य समर्थक दस्तावेजों में करना अपेक्षित है।
- (13) “यूज़ एण्ड फाइल” से वह प्रक्रिया अभिप्रेत है जहाँ बीमाकर्ता को विशिष्ट पहचान संख्या (यूआईएन) के आवंटन के बाद पूर्व-फाइलिंग के बिना बाजार में उत्पाद का विपणन प्रारंभ करने की अनुमति दी जाती है।
- (14) इन विनियमों में उल्लिखित “उत्पादों” में मूल उत्पाद और राइडर या ऐड-आन शामिल हैं।
- (15) इन विनियमों में प्रयुक्त और अपरिभाषित, परंतु बीमा अधिनियम, 1938 (1938 का 4), अथवा बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 का 41) अथवा उनके अधीन बनाये गये किन्हीं नियमों या विनियमों में परिभाषित सभी शब्दों और अभिव्यक्तियों के अर्थ वही होंगे जो क्रमशः उन अधिनियमों या नियमों या विनियमों में उनके लिए निर्धारित किये गये हैं।

अध्याय-II

उत्पाद विकास, कीमत-निर्धारण और अभिकल्प के सिद्धांत

4. बीमा उत्पादों के अभिकल्पन और कीमत-निर्धारण के सिद्धांत

- (1) उत्पाद अभिकल्पन और विकास चक्र के भाग के रूप में, प्रत्येक बीमाकर्ता सुनिश्चित करेगा कि:
- क. नये उत्पाद विकसित करने और मौजूदा उत्पादों का संशोधन करने के समय ग्राहक की विकसित हो रही जोखिम कवरेज आवश्यकताओं को ध्यान में रखा जाएगा;
- ख. उत्पाद एक अंतर्निहित जोखिम अंतरण के साथ एक बीमायोग्य जोखिम को कवर करेगा;
- ग. प्रस्तावित उत्पाद समझने के लिए आसान हैं और जटिल नहीं हैं;
- घ. वाक्यरचना, शब्दावली, कवरेज, अपवर्जनों और शर्तों में पारदर्शिता और स्पष्टता होगी;
- ड. पालिसीधारक के हितों का संरक्षण किया जाएगा;
- च. बीमा के मूल सिद्धांत जैसे बीमायोग्य हित, क्षतिपूर्ति, परम सद्भावना, निकटस्थ कारण, अंशदान खंड, बचाव और प्रतिस्थापन आदि का पालन किया जाएगा;
- छ. कीमत-निर्धारण में उत्पादों के लिए प्रासंगिक सभी जोखिमों पर उपयुक्त रूप से विचार किया जाएगा;
- ज. प्रीमियम दरें उचित होंगी तथा अत्यधिक, अपर्याप्त, या अनुचित रूप से पक्षपातपूर्ण नहीं होंगी और धनराशि को मूल्य प्रदान करेंगी;
- झ. सभी प्रासंगिक कारक जैसे जोखिम वहन-क्षमता, पूँजी की उपलब्धता, दावा अनुभव, पुनर्बीमा लागतों, गारंटियों, विकल्पों पर विचार किया जाएगा;
- ज. उत्पाद अर्थक्षम और स्वयं-धारणीय होंगे;
- ट. बाजार व्यवहार प्रथाएँ उपयुक्त और निष्पक्ष होंगी;

ठ. उत्पाद के लिए प्रासंगिक उपयुक्त प्रणालियाँ और प्रक्रियाएँ, जैसे जोखिम-अंकन, कीमत-निर्धारण, पुनर्वर्ती, दावा प्रबंध विद्यमान होंगी;

(2) इसके अतिरिक्त, उत्पाद निम्नानुसार निर्धारित प्रयोज्य उपबंधों का पालन करेंगे:

क. अनुसूची I और II – जीवन बीमा उत्पाद

ख. अनुसूची II और III – साधारण बीमा उत्पाद

ग. अनुसूची III – स्वास्थ्य बीमा उत्पाद

5. **सूक्ष्म-बीमा उत्पाद:** सूक्ष्म-बीमा उत्पाद के रूप में श्रेणीकृत किये जानेवाले बीमा उत्पाद संबंधित उपबंधों के साथ, जैसा लागू हो, समय-समय पर सक्षम प्राधिकारी द्वारा विनिर्दिष्ट किये जाएँगे।

6. **उत्पाद प्रबंध और अभिशासन:**

(1) **बोर्ड अनुमोदित नीतियाँ और उत्पाद प्रबंध समिति (पीएमसी):**

क. प्रत्येक बीमाकर्ता के पास बोर्ड द्वारा अनुमोदित नीतियाँ होंगी जिनमें उत्पाद अभिकल्पन, जोखिम-अंकन, विज्ञापन और बीमा उत्पादों का समग्र प्रबंध सम्मिलित होंगे।

ख. बोर्ड द्वारा गठित उत्पाद प्रबंध समिति बोर्ड अनुमोदित नीति के कार्यान्वयन एवं निम्नलिखित को सुनिश्चित करने के लिए उत्तरदायी होगी:

i. बीमा उत्पादों के अभिकल्पन और कीमत-निर्धारण के सिद्धांतों का पालन,

ii. लक्ष्य बाजार के लिए उत्पाद अभिकल्प की उपयुक्तता,

iii. फाइल एण्ड यूज़ प्रक्रिया के अंतर्गत फाइलिंग के लिए विनियामक अनुपालन और उत्पादों की संस्तुति, जैसा लागू हो,

iv. यूज़ एण्ड फाइल श्रेणी के अंतर्गत आनेवाले उत्पादों का अनुमोदन किया जाए,

v. उत्पाद के कार्यनिष्पादन, आवश्यकता के अनुसार शिकायतों और सुधारक कार्रवाइयाँ करने सहित बाजार व्यवहार संबंधी विषयों की आवधिक समीक्षा,

vi. उत्पाद का आशोधन या उसका प्रतिसंहरण, यदि अपेक्षित हो,

vii. बीमा उत्पादों का समग्र प्रबंध,

viii. सक्षम प्राधिकारी के निरीक्षणों के लिए प्रत्येक उत्पाद के लिए लिये गये निर्णयों के प्रलेखीकरण का रखरखाव

ग. बीमाकर्ता और उनके वितरण माध्यमों के द्वारा जारी किये जानेवाले सभी विज्ञापन प्रबंधन के प्रमुख व्यक्तियों (केएमपी) और बीमाकर्ता की पीएमसी से एक स्थायी आमंत्रिती से युक्त बोर्ड द्वारा अनुमोदित एक विज्ञापन समिति के द्वारा अनुमोदित किये जाएँगे। इस समिति की संरचना सक्षम प्राधिकारी के द्वारा विनिर्दिष्ट रूप में होगी। उक्त समिति के द्वारा उक्त विज्ञापन ऐसे विज्ञापनों से निर्मित होनेवाली प्रत्याशाओं और संभव बाजार व्यवहार विषयों को ध्यान में रखते हुए स्वीकार किये जाएँगे। ये अनुमोदन इस प्रकार के उत्पादों पर पीएमसी द्वारा विनिर्दिष्ट रूपरेखा और दिये गये अनुमोदनों के अनुसार होंगे।

(2) **प्रणाली और नियंत्रण:**

क. पीएमसी अनुमोदित बीमा उत्पादों के प्रारंभ की सिफारिश केवल यह सुनिश्चित करने के बाद ही करेगी कि दैनंदिन आधार पर पालिसीधारकों की सर्विसिंग सहित बीमाकर्ता की आरक्षित निधियों और शोधन-क्षमता मार्जिन के निर्धारण के साथ ही, बीमाकर्ता के निर्बाध परिचालनों के लिए, पॉलिसी निर्गम से दावा निपटान तक निरंतर आधार पर सभी प्रक्रियाएँ, उपयुक्त बुनियादी संरचना, प्रणालीगत अपेक्षाएँ और मानक परिचालन प्रक्रियाएँ विद्यमान हैं।

ख. बीमाकर्ता पर्याप्त नियंत्रणों के अनुरक्षण और कार्यान्वयन सहित, बीमा उत्पादों के विवेकपूर्ण प्रबंध और निगरानी का निष्पादन करेगा।

ग. बीमाकर्ता धोखाधियों का निवारण, पहचान और न्यूनीकरण करने के लिए निगरानी तंत्र, प्रणालियाँ और प्रक्रियाएँ लागू करेगा।

(3) बीमा उत्पादों की समीक्षा:

क. विक्रय के लिए प्रस्तावित सभी उत्पादों की समीक्षा नियुक्त बीमांक के द्वारा निम्नलिखित को ध्यान में रखते हुए कम से कम वर्ष में एक बार की जाएगी:

- i. पालिसीधारकों सहित, सभी हितधारकों की उचित प्रत्याशा
- ii. उत्पाद की वित्तीय व्यवहार्यता
- iii. उत्पाद के अंतर्गत उभरते हुए जोखिम और अनुभव
- iv. कोई अन्य प्रासंगिक कारक

ख. नियुक्त बीमांक ऐसी समीक्षा के परिणाम पीएमसी को प्रस्तुत करेगा तथा उत्पाद के किन्हीं आशोधनों या प्रतिसंहरण के लिए उपयुक्त सिफारिशें करेगा।

ग. वर्तमान उत्पादों के संबंध में प्रीमियम दरों अथवा तदनुरूपी लाभों अथवा दोनों का कोई भी संशोधन प्रासंगिक जोखिम मानदंडों के अंतर्निहित अनुभव पर आधारित होगा। उक्त संशोधन पालिसीधारकों की शिकायतों और बाजार की प्रतिसूचना (फीडबैक), यदि कोई हो, के विश्लेषण पर भी विचार करेगा।

अध्याय III

विविध

7. समय-समय पर परिपत्र, दिशानिर्देश और निदेश जारी करने के लिए शक्तियाँ :

(1) सध्यम प्राधिकारी यदि आवश्यक हो तो समय-समय पर इन विनियमों के संबंध में परिपत्र, दिशानिर्देश और निदेश जारी कर सकता है जिनमें शामिल हैं, परंतु जो इन्हीं तक सीमित नहीं हैं, इन विनियमों की कार्यान्वयन प्रक्रिया से संबंधित अस्थायी उपबंध, उत्पाद अनुमोदन प्रक्रिया, उत्पादों का श्रेणीकरण, उत्पाद अभिकल्प से संबंधित कोई भी विषय, मानक उत्पाद, सम्मिलित (काम्बी)-उत्पाद, उत्पाद प्रबंध समिति और विज्ञापन समिति से संबंधित विषयों सहित उत्पादों का संचालन और समग्र प्रबंध, उत्पादों का प्रत्याहरण और संशोधन, अंतरण (माइग्रेशन) और सुवाहृता (पोर्टविलिटी), बाजार व्यवहार, अभिलेखों का अनुरक्षण, विवरणियों और विवरणों का प्रस्तुतीकरण, प्रकटीकरण मानदंड तथा ग्राहक सूचना पत्रक सहित अन्य परिचालनगत पहलू।

(2) सध्यम प्राधिकारी बीमाकर्ता को किसी उत्पाद को वापस लेने के लिए निदेश दे सकता है, यदि वह पालिसीधारकों या उद्योग के हित में नहीं है।

8. कठिनाइयाँ दूर करने और स्पष्टीकरण जारी करने की शक्ति:

इन विनियमों के किसी भी उपबंध को लागू करने या उसका अर्थनिर्णय करने में उत्पन्न होनेवाली किसी भी शंका या कठिनाई को दूर करने के लिए, सध्यम प्राधिकारी आवश्यक समझे जाने पर उपयुक्त स्पष्टीकरण या दिशानिर्देश जारी कर सकता है।

9. निरसन और बचत

(1) इन विनियमों के प्रवृत्त होने की तारीख से निम्नलिखित विनियमों को निरस्त कर दिया जाएगा:

- i. आईआरडीएआई (सूक्ष्म बीमा) विनियम, 2015;
- ii. आईआरडीएआई (वार्षिकियों और अन्य लाभों के लिए न्यूनतम सीमाएँ) विनियम, 2015;
- iii. आईआरडीएआई (अभ्यर्पण और प्रदत्त मूल्यों का अधिग्रहण) विनियम, 2015;
- iv. आईआरडीएआई (स्वास्थ्य बीमा) विनियम, 2016;
- v. आईआरडीएआई (यूनिट सहबद्ध बीमा उत्पाद) विनियम, 2019;
- vi. आईआरडीएआई (असंबद्ध बीमा उत्पाद) विनियम, 2019;

- (2) अन्य उपबंध जो ऊपर विनियम 9 के उप-विनियम (1) के अंतर्गत उल्लिखित विनियमों में विद्यमान थे तथा इन विनियमों में जिनका उल्लेख नहीं किया गया है, इन विनियमों के विनियम 7 के उपबंध के अंतर्गत अथवा प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट अन्य प्रयोज्य विनियमों के अंतर्गत आवश्यक समझे गये रूप में उपलब्ध कराये जाएँगे।
- (3) इन विनियमों में जब तक अन्यथा उल्लेख नहीं किया जाता, तब तक इन विनियमों में विद्यमान किसी भी बात के संबंध में यह नहीं समझा जाएगा कि वह इन विनियमों के प्रवृत्त होने से पहले की गई बीमा संविदाओं को अमान्य ठहराएँगी।

देवाशीष पण्डा, अध्यक्ष

[विज्ञापन-III/4/असा./862/2023-24]

अनुसूची I: जीवन बीमा उत्पादों के लिए लागू विशिष्ट उपबंध (विनियम 4 देखें)

1. परिभाषाएँ:

क. सामान्य परिभाषाएँ:

- 1.1 “मृत्यु पर देय लाभ” से पॉलिसी दस्तावेज में बताये गये रूप में बीमाकृत जीवन (व्यक्ति) की मृत्यु होने पर देय लाभ अभिप्रेत है।
- 1.2 “एकल प्रीमियम पालिसियों को छोड़कर अन्य पालिसियों के लिए” “अनुग्रह अवधि” से बीमाकर्ता द्वारा किसी अर्थदंड या विलंब शुल्क के बिना प्रीमियम के भुगतान की नियत तारीख से प्रदत्त समय अभिप्रेत है, जिस समय के दौरान पॉलिसी की शर्तों और निबंधनों के अनुसार पॉलिसी को किसी व्यवधान के बिना जोखिम कवर के साथ प्रचलन में विद्यमान माना जाता है। सभी प्रकार की जीवन बीमा पालिसियों के लिए प्रीमियम भुगतान की अनुग्रह अवधि पन्द्रह दिन होगी, जहाँ पालिसीधारक प्रीमियम का भुगतान मासिक आधार पर करता है तथा अन्य सभी मामलों में यह 30 दिन होगी।
- 1.3 “सामान्य वार्षिकी व्यवसाय” से मानव जीवन पर वार्षिकियों का भुगतान करने के लिए संविदाओं को प्रवृत्त करने का व्यवसाय अभिप्रेत है, परंतु इसमें पेंशन व्यवसाय के अंतर्गत संविदा सम्मिलित नहीं है।
- 1.4 “सामूहिक निधि आधारित उत्पाद” से वे उत्पाद अभिप्रेत हैं जिनमें जीवन बीमाकर्ता मास्टर पालिसीधारक और/या समूह के सदस्यों से प्राप्त आवधिक या एकमुश्त अंशदान के द्वारा निर्मित मूल निधि (कार्पस) पर प्रतिलाभ का, चाहे गारंटीकृत हो या अन्य प्रकार का, आश्वासन देता है। मास्टर पालिसीधारक सामान्यतः नियोक्ता अथवा न्यासी होता है।
- 1.5 “सूचकांक संबद्ध बीमा उत्पाद” से वे उत्पाद अभिप्रेत हैं जहाँ पॉलिसी के अंतर्गत लाभ एक सार्वजनिक तौर पर उपलब्ध सूचकांक के साथ प्रत्यक्ष रूप से संबद्ध हैं।
- 1.6 “असंबद्ध बीमा उत्पाद” से संबद्ध बीमा उत्पादों को छोड़कर अन्य उत्पाद अभिप्रेत हैं।
- 1.7 “सममूल्यतर उत्पाद” या “लाभों में सहभागिता से रहित उत्पाद” से वे उत्पाद अभिप्रेत हैं जहाँ पॉलिसी की अवधि के दौरान अधिशेष (लाभ) में किसी साझेदारी के लिए पालिसियाँ हकदार नहीं हैं।
- 1.8 “सममूल्य उत्पाद” या “लाभों में सहभागिता से युक्त उत्पाद” से वे उत्पाद अभिप्रेत हैं जहाँ बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 49 के अनुसार पॉलिसी की अवधि के दौरान अधिशेष (लाभों) में साझेदारी करने के लिए पालिसियाँ हकदार हैं।
- 1.9 “पेंशन व्यवसाय” से पेंशन निधियों के निवेश या अधिवर्षिता योजना का प्रबंध करने के लिए संविदाओं को कार्यान्वित करने का व्यवसाय अभिप्रेत है जो अंततः सामान्य वार्षिकी व्यवसाय के अंतर्गत वार्षिकी के भुगतान के लिए मार्ग प्रशस्त कर सकता है।
- 1.10 “पॉलिसी का पुनःप्रवर्तन” से प्रीमियम का भुगतान न करने के कारण बीमाकर्ता के द्वारा समाप्त की गई पॉलिसी का पुनःस्थापन, पॉलिसी दस्तावेज में उल्लिखित सभी लाभों के साथ, बोर्ड द्वारा अनुमोदित जोखिम-अंकन नीति के अनुसार, पालिसीधारक द्वारा प्रस्तुत की गई सूचना, दस्तावेजों और रिपोर्टों के आधार पर बीमाकृत व्यक्ति या पालिसीधारक की निरंतर बीमायोग्यता के विषय में संतुष्ट होने पर, पॉलिसी की शर्तों और निबंधनों

के अनुसार, पुनःप्रवर्तन अवधि के दौरान देय सभी प्रीमियमों और अन्य प्रभारों या विलंब शुल्क, यदि कोई हो, की प्राप्ति के बाद राइडर लाभों, यदि कोई हों, के साथ या उनके बिना करना अभिप्रेत है।

- 1.11 "राइडर" से वे बीमा कवर अभिप्रेत हैं, जो अतिरिक्त प्रीमियम या शुल्क के लिए मूल उत्पाद में जोड़े जाते हैं।
- 1.12 "राइडर लाभ" से राइडर के अंतर्गत कवर की गई विषिष्ट घटना के घटित होने पर देय लाभ की राशि अभिप्रेत है, तथा यह मूल उत्पाद के अंतर्गत लाभ के साथ एक अतिरिक्त लाभ है, और अन्य लागू राइडरों पर प्रीमियम लाभ का अधित्याग (वेवर) इसमें शामिल हो सकता है।
- 1.13 "बचत उत्पाद" से "शुद्ध जोखिम" उत्पादों को छोड़कर अन्य उत्पाद अभिप्रेत हैं।
- 1.14 "मृत्यु पर बीमित राशि" से लाभ की एक समग्र राशि अभिप्रेत है जो पॉलिसी की शर्तों और निवंधनों के अनुसार बीमाकृत व्यक्ति की मृत्यु होने पर देय होने के लिए गारंटीकृत है।
- 1.15 "स्वास्थ्य कवर के अंतर्गत बीमित राशि" से लाभ की एक समग्र राशि अभिप्रेत है जो बीमित व्यक्ति के स्वास्थ्य संबंधी आकस्मिकता घटित होने पर स्वास्थ्य कवर के अंतर्गत पालिसी की शर्तों और निवंधनों के अनुसार देय होने के लिए गारंटीकृत है। बीमित स्वास्थ्य संबंधी आकस्मिकता के होने पर
- 1.16 "अभ्यर्पण" से पूरी पॉलिसी संविदा का संपूर्ण प्रत्याहरण या समापन अभिप्रेत है।
- 1.17 "अभ्यर्पण मूल्य" से वह राशि, यदि कोई हो, अभिप्रेत है जो पॉलिसी की शर्तों और निवंधनों के अनुसार उसकी अवधि के दौरान पॉलिसी के अभ्यर्पण पर देय होती है।
- 1.18 "यूनिट सहबद्ध बीमा उत्पाद" वे उत्पाद हैं जहाँ लाभ अंशतः या पूर्णतः प्रस्तावित प्रत्येक वियोजित निधि के अंतर्गत अंतर्निहित आस्तियों के निष्पादन के आधार पर हैं।

ख. सहबद्ध बीमा उत्पाद के लिए लागू परिभाषा:

- 1.19 सहबद्ध बीमा उत्पाद के लिए "आबंटन" से जब भी प्रीमियम प्राप्त किये जाते हैं या एक निधि से किसी अन्य निधि में अंतरण किये जाते हैं तब सहबद्ध बीमा उत्पाद के अंतर्गत प्रस्तावित वियोजित निधियों में प्रचलित यूनिट की कीमत पर यूनिट निर्मित करने के लिए प्रीमियम आवंटित करने की प्रक्रिया अभिप्रेत है।
 - 1.20 "वार्षिकीकृत प्रीमियम" से करों, राइडर प्रीमियमों और राइडरों, यदि कोई हों, पर जोखिम-अंकन अतिरिक्त प्रीमियम को छोड़कर एक वर्ष में देय प्रीमियम राशि अभिप्रेत है।
 - 1.21 "प्रीमियम के भुगतान की तारीख" से वह तारीख अभिप्रेत है जब अधिनियम की धारा 64वीं (2) के उपबंधों के अनुसार बीमाकर्ता द्वारा प्रीमियम का भुगतान प्राप्त किया जाता है।
 - 1.22 "समापन" से पॉलिसी की वह स्थिति अभिप्रेत है जो अनुग्रह अवधि की समाप्ति से पहले पॉलिसी के अभ्यर्पण या देय प्रीमियम का भुगतान न करने के कारण उत्पन्न हो सकती है।
- बशर्ते कि उपर्युक्त प्रीमियम का भुगतान न करने पर किसी पॉलिसी को समाप्त न समझा जाए यदि अनुग्रह अवधि के अंदर बीमाकृत व्यक्ति की मृत्यु होने के कारण या पॉलिसी के अंतर्गत कवर की गई किसी अन्य आकस्मिकता के घटित होने पर प्रीमियम का भुगतान नहीं किया गया है।
- 1.23 "समाप्त पॉलिसी निधि" से अवरुद्धता (लाक-इन) अवधि के दौरान समाप्त सभी संबद्ध बीमा पालिसियों के निधि मूल्य, जैसा लागू हो, के द्वारा बनाई गई बीमाकर्ता की वियोजित निधि अभिप्रेत है।
 - 1.24 "अवरुद्धता अवधि" (लाक-इन पीरियड) से पॉलिसी के प्रारंभ की तारीख से पाँच निरंतर संपूर्ण वर्षों की अवधि अभिप्रेत है, जिसके दौरान बीमाकर्ता द्वारा मृत्यु की स्थिति या पॉलिसी के अंतर्गत कवर की गई किसी अन्य आकस्मिकता के घटित होने की स्थिति को छोड़कर पालिसीधारक या बीमाकृत व्यक्ति, जैसी स्थिति हो, को पालिसियों की आगम राशि का भुगतान नहीं किया जा सकता।
 - 1.25 "निवल आस्ति मूल्य (एनएवी)" से वियोजित निधि की प्रति यूनिट कीमत अभिप्रेत है।
 - 1.26 "आंशिक आहरण" से पॉलिसी की अवधि के दौरान पालिसीधारक द्वारा यूनिट निधि से आंशिक रूप से आहरित कोई भी राशि अभिप्रेत है।

- 1.27 “प्रीमियम पुनःनिदेशन” से एक विकल्प अभिप्रेत है जो पालिसीधारक को संबद्ध बीमा पॉलिसी के अंतर्गत विभिन्न वियोजित निधियों में नवीकरण प्रीमियम की राशि के आवंटन को आशोधित करने की अनुमति देता है।
- 1.28 “पुनःप्रवर्तन अवधि” से पहले अदत्त प्रीमियम की तारीख से तीन निरंतर संपूर्ण वर्षों की अवधि अभिप्रेत है।
- 1.29 “वियोजित निधि” से संबद्ध बीमा व्यवसाय के अंतर्गत उद्दिष्ट निधियाँ अभिप्रेत हैं।
- 1.30 “निपटान विकल्प” से संविदा के प्रारंभ में अग्रिम रूप से बताई गई शर्तों और निबंधनों के अनुसार परिपक्वता या मृत्यु होने पर आगम राशि किस्तों में प्राप्त करने के लिए उपलब्ध कराई गई सुविधा अभिप्रेत है।
- 1.31 “अंतरण” (स्विचेस) से पॉलिसी की शर्तों और निबंधनों के अनुसार प्रस्तावित वियोजित निधियों के बीच एक वियोजित निधि से, पूर्णतः या अंशतः, अन्य वियोजित निधि(यों) में अंतरण करने के लिए पालिसीधारक को अनुमति देने की सुविधा अभिप्रेत है।
- 1.32 “टाप-अप प्रीमियम” संविदागत प्रीमियम के साथ-साथ पालिसीधारक द्वारा स्वैच्छिक रूप से अदा की गई राशि है और यह सभी प्रयोजनों के लिए एकल प्रीमियम के रूप में माना जाता है।
- 1.33 “प्रदत्त कुल प्रीमियम” से भुगतान किये गये टाप-अप प्रीमियमों, यदि कोई हों, सहित मूल उत्पाद के अंतर्गत प्राप्त सभी प्रीमियमों का कुल जोड़ अभिप्रेत है।
- 1.34 “यूनिट” से अंतर्निहित वियोजित संबद्ध निधि का एक विशिष्ट अंश या भाग अभिप्रेत है जो ऐसी निधियों में पालिसीधारक की पात्रता का व्योतन करता है।
- 1.35 “यूनिट निधि मूल्य” से उस पॉलिसी के अंतर्गत संबंधित वियोजित निधि के लिए निवल आस्ति मूल्य प्रति यूनिट (एनएवी) द्वारा गुना की गई प्रत्येक वियोजित निधि में यूनिटों की संख्या का जोड़ अभिप्रेत है।

ग. असंबद्ध बीमा उत्पाद के लिए लागू परिभाषा:

- 1.36 “वार्षिकीकृत प्रीमियम” करों, राइडर प्रीमियमों, जोखिम-अंकन अतिरिक्त प्रीमियमों और रूपात्मक (माडल) प्रीमियमों के लिए लोडिंगों को छोड़कर एक वर्ष में देय प्रीमियम राशि होगा।
- 1.37 “परिपक्वता लाभ” से परिपक्वता पर आश्वासित राशि, कोई अतिरिक्त और उपचित लाभ अभिप्रेत है, जो पॉलिसी की शर्तों और निबंधनों के अनुसार परिपक्वता पर देय है।
- 1.38 “शुद्ध जोखिम उत्पाद” से वे बीमा उत्पाद (किसी बचत तत्व से रहित) अभिप्रेत हैं जहाँ पालिसी की अवधि के अंदर वीमित व्यक्ति की मृत्यु होने पर या स्वास्थ्य संबंधी आकस्मिकता घटित होने पर सहमत राशि का भुगतान आश्वासित है।
- 1.39 “पुनःप्रवर्तन अवधि” से प्रथम अदत्त प्रीमियम की तारीख से पाँच निरंतर संपूर्ण वर्षों की अवधि अभिप्रेत है।
- 1.40 “परिपक्वता पर आश्वासित राशि” से लाभ की एक समग्र राशि अभिप्रेत है जो पॉलिसी की अवधि अर्थात् पॉलिसी की शर्तों और निबंधनों के अनुसार पॉलिसी की परिपक्वता के अंत में देय होती है।
- 1.41 “प्रदत्त कुल प्रीमियम” से किसी अतिरिक्त प्रीमियम और करों, यदि सुनिश्चित रूप से वसूल किये गये हों, को छोड़कर मूल उत्पाद के अंतर्गत अदा किये गये सभी प्रीमियमों का जोड़ अभिप्रेत है।

2. उत्पाद की संरचना

- जीवन बीमाकर्ताओं के द्वारा प्रस्तावित सभी बीमा उत्पाद संबद्ध बीमा उत्पादों के अंतर्गत या असंबद्ध बीमा उत्पादों के अंतर्गत श्रेणीकृत किये जाएँगे।
- सभी संबद्ध बीमा उत्पाद आगे निम्नलिखित के अंतर्गत श्रेणीकृत किये जाएँगे
 - यूनिट सहबद्ध बीमा उत्पाद
 - सूचकांक सहबद्ध बीमा उत्पाद
- सभी असंबद्ध बीमा उत्पाद आगे निम्नानुसार और श्रेणीकृत होंगे:
 - सहभागिता सहित बीमा उत्पाद और इन्हें सममूल्य उत्पादों के रूप में संदर्भित किया जा सकता है; तथा

- ख. सहभागिता रहित बीमा उत्पाद और इन्हें सममूल्येतर उत्पादों के रूप में संदर्भित किया जा सकता है।
- iv. सभी संबद्ध बीमा उत्पाद सममूल्येतर उत्पाद श्रेणी में प्रस्तावित किये जाएँगे।
- v. जीवन बीमा उत्पाद व्यक्तियों के आधार पर अथवा समूह आधार पर प्रस्तावित किये जाएँगे।
- क. **यूनिट सहबद्ध बीमा उत्पाद**
- i) यूनिट सहबद्ध बीमा उत्पाद एक या उससे अधिक वियोजित निधियों को प्रस्तावित करते हुए परिचालित किये जाएँगे, जिनमें प्रत्येक वियोजित निधि उसके जोखिम प्रोफाइल के साथ सुपरिभाषित आस्ति वर्गीकरण से युक्त होगी।
- ii) प्रीमियमों का उपयोग, आवंटन प्रभारों, यदि कोई हों, को घटाकर, पालिसीधारक द्वारा चुनी गई वियोजित निधियों में यूनिटों का आवंटन उसके निवल आस्ति मूल्य पर करने के लिए किया जाएगा।
- iii) एक यूनिट सहबद्ध पॉलिसी निम्नलिखित में से कोई एक मृत्यु या स्वास्थ्य लाभ प्रदान करेगी:
- क. पॉलिसी में सहमति-प्राप्त आश्वासित राशि और (प्लस) यूनिट निधि में शेष राशि;
- ख. पॉलिसी में सहमति-प्राप्त आश्वासित राशि अथवा यूनिट निधि में शेष राशि, जो भी अधिक हो।
- iv) यूनिट सहबद्ध बीमा उत्पादों के लिए निवेश की गारंटी हो सकती है। ऐसी गारंटी उचित तथा वर्तमान और दीर्घावधिक व्याज दर परिदृश्य के संबंध में सुसंगत हो सकती है और इसका कीमत-निर्धारण उपयुक्त रूप में हो सकता है। किसी यूनिट सहबद्ध बीमा उत्पाद के अंतर्गत लाभों में दी गई कोई भी गारंटी केवल उत्पाद स्तर पर ही होगी और किसी भी अंतर्निहित निधि से संबंधित नहीं होगी।
- v) निवल आस्ति मूल्य (एनएवी) का निर्धारण ऐसी वियोजित निधियों की अंतर्निहित आस्तियों के कार्यनिष्पादन के आधार पर, प्रत्येक वियोजित निधि के लिए दैनिक आधार पर किया जाएगा। एनएवी का उपयोग पॉलिसी के अंतर्गत लाभों की संगणना के लिए किया जाएगा।
- वियोजित निधि के एनएवी की संगणना निम्नानुसार की जाएगी:
- (निधि द्वारा धारित निवेश का बाजार मूल्य + चालू आस्तियों का मूल्य – चालू देयताओं और प्रावधानों, यदि कोई हों, का मूल्य)
- मूल्यांकन की तारीख को विद्यमान यूनिटों की संख्या (यूनिटों के निर्माण / मोचन से पूर्व)
- टिप्पणी: i) चालू आस्तियों का मूल्य उपचित व्याज, प्राप्त लाभांश, बैंक शेष, निवेशों की विक्री के लिए प्राप्त राशि तथा अन्य चालू आस्तियों (निवेशों के लिए) को निरूपित करता है।
- ii) चालू देयताओं का मूल्य निवेशों के लिए देय राशि को निरूपित करता है।
- iii) निवेश लेखांकन प्रणाली से व्युत्पन्न यूनिटों की संख्या का समाधान पॉलिसी प्रबंध प्रणाली के साथ दैनंदिन आधार पर किया जाएगा।
- iv) प्रावधानों में दलाली के लिए व्यय और लेनदेन लागत, एनपीए, निधि प्रबंधन प्रभार (एफएमसी) और यथाविनिर्दिष्ट कोई अन्य प्रभार शामिल किये जाएँगे।
- vi) बीमाकर्ता निम्नलिखित शर्तों के अधीन प्रभार, जैसे लागू हों, सुस्पष्ट रूप से विनिर्दिष्ट करेंगे:
- क. इस विनियम के अनुसार सभी यूनिट सहबद्ध बीमा उत्पादों के अंतर्गत प्रभारों के लिए एकसमान परिभाषाओं का उपयोग करेंगे।
- ख. एकल प्रीमियम उत्पादों को छोड़कर सभी अन्य यूनिट सहबद्ध बीमा उत्पादों में समग्र प्रभारों का वितरण अवरुद्धता अवधि (लाक-इन पीरियड) के दौरान एक समान रूप से इस प्रकार किया जाएगा कि:
- i. प्रीमियम आवंटन प्रभार और पॉलिसी प्रबंधन प्रभार का विस्तार किसी विस्तृत उतार-चढ़ाव के बिना, पॉलिसी संविदा के प्रथम 5 वर्ष के दौरान समान रूप से होगा।
- ii. प्रभार वर्ष-दर-वर्ष एक उचित रूप से सुव्यवस्थित तरीके से परिवर्तित हो सकते हैं ताकि प्रथम 5 वर्ष के दौरान अधिकतम और न्यूनतम प्रभारों के बीच अंतर 3 गुने से अधिक भिन्न नहीं होगा।

- iii. अवरुद्धता अवधि (लाक-इन पीरियड) के दौरान प्रभारों की संरचना इस प्रकार की जाएगी कि प्रतिफल (यील्ड) में निवल कमी पर उच्चतम सीमा (कैप) संविदा के प्रथम पॉच वर्ष के दौरान और उनके अंत में किसी भी समय निधि मूल्य में किसी अतिरिक्त परिवर्धन के बिना प्राप्त की जा सके। बशर्ते कि यह प्रावधान दोनों एकल प्रीमियम उत्पादों और एकल प्रीमियम उत्पादों को छोड़कर अन्य उत्पादों के लिए लागू है।

ग. यूनिट सहबद्ध बीमा उत्पादों के अंतर्गत लगाये गये प्रभार निम्नानुसार होंगे:

- I. **प्रीमियम आबंटन प्रभार:** यह प्राप्त प्रीमियम से प्रभारों के लिए विनियुक्त प्रीमियम का प्रतिशत है। यूनिट सहबद्ध बीमा उत्पादों के लिए आबंटन दर के रूप में जानी जानेवाली शेष राशि प्रीमियम के उस भाग का गठन करती है जिसका उपयोग पॉलिसी में निधि के यूनिट खरीदने के लिए किया जाता है। उक्त प्रतिशत सुस्पष्ट रूप से बताया जाएगा और यह उस पॉलिसी वर्ष द्वारा जिसमें प्रीमियम अदा किया जाता है, प्रीमियम आकार और प्रीमियम के प्रकार (नियमित, एकल या टाप-अप प्रीमियम) द्वारा परिवर्तित हो सकता है।

- यह प्रीमियम की प्राप्ति के समय लगाया जानेवाला प्रभार है।
- प्रीमियम आबंटन प्रभार किसी भी वर्ष में वार्षिकीकृत प्रीमियम के 12.5% की अधिकतम सीमा पर निर्धारित हैं।

II. निधि प्रबंधन प्रभार (एफएमसी):

- यह आस्तियों के मूल्य के प्रतिशत के रूप में लगाया जानेवाला प्रभार है तथा इसका विनियोजन निवल आस्ति मूल्य को समायोजित करने के द्वारा किया जाएगा।
- यह एनएवी की संगणना के समय लगाया जानेवाला प्रभार है, जो दैनिक आधार पर किया जाता है।
- समाप्त पॉलिसी निधि को छोड़कर अन्य प्रत्येक वियोजित निधि के संबंध में निधि प्रबंध प्रभारों संबंधी उच्चतम सीमा 135 आधार अंक प्रति वर्ष होगी। समाप्त पॉलिसी निधि के लिए, निधि प्रबंध प्रभार संबंधी उच्चतम सीमा 50 आधार अंक प्रति वर्ष होगी।

III. गारंटी प्रभार:

- यह आस्तियों के मूल्य के प्रतिशत के रूप में लगाया जानेवाला प्रभार है तथा इसका विनियोजन निवल आस्ति मूल्य का समायोजन करने के द्वारा किया जाएगा।
- यह एक ऐसा प्रभार है जिसे एनएवी की संगणना के समय लगाया जाता है जो सामान्यतः दैनिक आधार पर किया जाता है।
- गारंटी प्रभारों पर उच्चतम सीमा 50 आधार अंक हैं।

IV. पॉलिसी प्रबंध प्रभार:

यह प्रभार प्रीमियम आबंटन प्रभारों और निधि प्रबंध प्रभार द्वारा कवर किये गये व्ययों को छोड़कर अन्य व्ययों का निरूपण करेगा। यह एक ऐसा प्रभार है जिसे प्रीमियम के प्रतिशत के रूप में अथवा बीमित राशि के प्रतिशत के रूप में व्यक्त किया जा सकता है।

- यह प्रभार समान राशि के लिए यूनिटों को निरस्त करने के द्वारा यूनिट निधि से प्रत्येक पॉलिसी महीने के प्रारंभ में लगाया जाता है।
- यह प्रभार पूरी पॉलिसी अवधि के दौरान एकसमान हो सकता है अथवा 5% प्रति वर्ष से अनधिक परिवर्तन की पूर्व-निर्धारित दर पर भिन्न हो सकता है।
- अधिकतम पॉलिसी प्रबंध प्रभार जो लगाया जा सकता है ₹.500/- प्रति माह होगा।

V. अभ्यर्पण प्रभार या समाप्तन प्रभार:

- यह वैयक्तिक यूनिट सहबद्ध उत्पादों के लिए यूनिट निधि पर लगाया जानेवाला प्रभार है जहाँ पालिसीधारक इन विनियमों के अंतर्गत निर्धारित रूप में अभ्यर्पण अथवा संविदा के समाप्तन के लिए विकल्प देता है।
- यह प्रभार सामान्यतः उक्त निधि के प्रतिशत के रूप में अथवा वार्षिकीकृत प्रीमियमों (नियमित प्रीमियम संविदाओं के लिए) के प्रतिशत के रूप में व्यक्त किया जाता है।
- टाप-अप प्रीमियमों पर कोई समाप्तन प्रभार नहीं लगाये जाएँगे।

iv. समापन की तारीख को लगाये जानेवाले प्रभार (निधि मूल्य के प्रतिशत के रूप में या एक वार्षिकीकृत प्रीमियम या एकल प्रीमियम के प्रतिशत के रूप में) निम्नलिखित सीमाओं से अधिक नहीं होंगे:

वार्षिक प्रीमियमों पॉलिसियों के लिए:

जहाँ पॉलिसी का समापन निम्न पॉलिसी वर्ष के दौरान किया गया है	रु. 50,000/- तक वार्षिकीकृत प्रीमियम से युक्त पालिसियों के लिए अधिकतम समापन प्रभार	रु. 50,000/- से अधिक वार्षिकीकृत प्रीमियम से युक्त पालिसियों के लिए अधिकतम समापन प्रभार
1	20% का निम्नतर * (एपी या एफवी) अधिकतम रु. 3000 के अधीन	6% का निम्नतर * (एपी या एफवी) अधिकतम रु. 6000 के अधीन
2	15% का निम्नतर * (एपी या एफवी) अधिकतम रु. 2000 के अधीन	4% का निम्नतर * (एपी या एफवी) अधिकतम रु. 5000 के अधीन
3	10% का निम्नतर * (एपी या एफवी) अधिकतम रु. 1500 के अधीन	3% का निम्नतर * (एपी या एफवी) अधिकतम रु. 4000 के अधीन
4	5% का निम्नतर * (एपी या एफवी) अधिकतम रु. 1000 के अधीन	2% का निम्नतर * (एपी या एफवी) अधिकतम रु. 2000 के अधीन
5 और उससे आगे	कुछ नहीं	कुछ नहीं

एकल प्रीमियम पालिसियों के लिए:

जहाँ पॉलिसी का समापन निम्न पॉलिसी वर्ष के दौरान किया गया है	रु. 3,00,000/- तक एकल प्रीमियम से युक्त पालिसियों के लिए अधिकतम समापन प्रभार	रु. 3,00,000/- से अधिक एकल प्रीमियम से युक्त पालिसियों के लिए अधिकतम समापन प्रभार
1	2% का निम्नतर *(एसपी या एफवी) अधिकतम रु. 3000/- के अधीन	1% का निम्नतर *(एसपी या एफवी) अधिकतम रु. 6000/- के अधीन
2	1.5% का निम्नतर *(एसपी या एफवी) अधिकतम रु. 2000/- के अधीन	0.70% का निम्नतर *(एसपी या एफवी) अधिकतम रु. 5000/- के अधीन
3	1% का निम्नतर *(एसपी या एफवी) अधिकतम रु. 1500/- के अधीन	0.50% का निम्नतर *(एसपी या एफवी) अधिकतम रु. 4000/- के अधीन
4	0.5% का निम्नतर *(एसपी या एफवी) अधिकतम रु. 1000/- के अधीन	0.35% का निम्नतर *(एसपी या एफवी) अधिकतम रु. 2000/- के अधीन
5 और उससे आगे	कुछ नहीं	कुछ नहीं

एपी – वार्षिकीकृत प्रीमियम

एसपी – एकल प्रीमियम

एफवी – निधि का मूल्य

VI. अंतरण (स्विचिंग) प्रभार: यह एक वियोजित निधि से उत्पाद के अंदर उपलब्ध किसी अन्य वियोजित निधि में अंतरण (स्विचिंग) पर लगाया जानेवाला प्रभार है। प्रति प्रत्येक अंतरण प्रभार, यदि कोई हो, अंतरण को निष्पादित करते समय लगाया जाएगा। अधिकतम अंतरण (स्विचिंग) प्रभार रु.500 प्रति अंतरण होगा।

VII. मृत्यु (मोर्टलिटी) या अस्वस्थता (मार्बिंडिटी) प्रभार: यह जीवन या स्वास्थ्य बीमा कवर की लागत है। यह किन्हीं व्यय लोडिंगों को छोड़कर है और यूनिटों के निरस्तीकरण द्वारा लगाये जाते हैं। यह प्रभार, यदि कोई हो, निधि से प्रत्येक पॉलिसी महीने के प्रारंभ में लगाया जाएगा।

- i. संगणना की पद्धति पॉलिसी दस्तावेज में स्पष्ट रूप से बताई जाएगी। मृत्यु या अस्वस्थता प्रभार सारणी पॉलिसी दस्तावेज का भाग बनेगी।
- ii. मृत्यु प्रभार सारणी संविदा की अवधि में गारंटीकृत होगी।

- iii. कवर किये गये मृत्यु या अस्वस्थता जोखिम के लिए मृत्यु या अस्वस्थता प्रभार:
- प्रस्तावित कवर के लिए केवल शुद्ध जोखिम प्रभारों को निरूपित करेगा तथा इसमें व्ययों और किन्हीं अन्य मानदंडों के लिए कोई छूट शामिल नहीं होगी।
 - विनिर्दिष्ट मृत्यु सारणियों या अस्वस्थता सारणियों, यदि कोई हों, के साथ युक्तियुक्त और सुसंगत होगा।
 - जहाँ भी लागू हो, वहाँ बीमाकर्ता के स्वयं के अनुभव के समर्थन के साथ प्रदर्शित किया जाएगा।
 - प्रत्येक आयु के लिए जोखिम पर रु. 1000/- राशि के अनुसार व्यक्त किया जाएगा।

VIII. राइडर प्रभार या राइडर प्रीमियम:

- यदि राइडर किसी यूनिट सहबद्ध बीमा उत्पाद के साथ संलग्न किया जाता है, तो ऐसे राइडर कवर की लागत या तो राइडर के माध्यम से लगाई जाएगी या स्तर राइडर प्रीमियम के माध्यम से, परंतु दोनों के द्वारा नहीं। यह पॉलिसी दस्तावेज में और अन्य उत्पाद फाइलिंग दस्तावेजों में, जैसी स्थिति हो, सुस्पष्ट रूप से उल्लिखित होना चाहिए।
- राइडर कवर की लागत उपलब्ध कराये गये स्तर राइडर प्रीमियम के माध्यम से लगाई जा सकती है:
 - राइडर प्रीमियम में कोई व्यय लोडिंग निहित नहीं होगा; तथा
 - राइडरों की प्रीमियम भुगतान अवधि पॉलिसी अवधि मूल यूनिट सहबद्ध बीमा उत्पाद की प्रीमियम भुगतान अवधि और पॉलिसी अवधि के साथ सुसंगत होंगे; तथा
 - स्तर राइडर प्रीमियम मूल प्रीमियम के अतिरिक्त लगाया जाएगा।
- यदि राइडर की लागत प्रभार के माध्यम से लगाई जाती है, तो ऐसे प्रभार व्यय लोडिंगों को छोड़कर होंगे और राइडर लाभ की लागत को कवर करने के लिए अलग से लगाये जाएँगे। राइडर प्रभार, यदि कोई हो, यूनिटों के निरसन के द्वारा लगाया जाएगा। यह प्रभार निधि से प्रत्येक पॉलिसी महीने के प्रारंभ में लगाया जाता है। राइडर प्रभार सारणी पॉलिसी दस्तावेज का भाग बनेगी। राइडर प्रभार प्रत्येक आयु के लिए रु.1000/- बीमित राशि के अनुसार व्यक्त किया जाएगा।

IX. आंशिक आहरण प्रभार: यह संविदा अवधि के दौरान निधि के आंशिक आहरण के समय यूनिट निधि पर लगाया जानेवाला प्रभार है। अधिकतम आंशिक आहरण प्रभार रु. 500/- प्रति लेनदेन होगा।

X. विविध प्रभार:

- यह प्रभार संविदा के अंदर किसी भी परिवर्तन के लिए लगाया जाता है, जैसे, बीमित राशि में वृद्धि, प्रीमियम पुनर्निर्देशन, पॉलिसी अवधि में परिवर्तन आदि। यह प्रभार एकसमान (फ्लैट) राशि के रूप में व्यक्त किया जाएगा। यह प्रभार यूनिटों के निरसन के द्वारा लगाया जाएगा।
- यह प्रभार केवल परिवर्तन के समय ही लगाया जाता है। अधिकतम विविध प्रभार रु. 500/- प्रति परिवर्तन होगा।

XI. प्रभारों संबंधी अन्य शर्तें :

- उक्त प्रभार यहाँ उल्लिखित उपयुक्त अनुमोदन प्राप्त किये विना आशोधित या परिवर्तित नहीं किये जाएँगे।
- सभी प्रभार, जहाँ उच्चतर सीमा का उल्लेख इस अनुसूची के खंड 2(क)(vi)(ग) में किया गया है, उच्चतर सीमाओं के अंदर उपयुक्त अनुमोदन प्राप्त करने के बाद समर्थक डेटा के साथ आशोधित किये जा सकते हैं।
- यूनिट निधियों का प्रबंध, एनएवी की संगणना, यूनिटों का परिकलन और प्रभारों की कटौती करने के लिए प्रणालियों और प्रक्रियाओं की समीक्षा बीमाकर्ता द्वारा वित्तीय वर्ष में एक बार की जाएगी।

XII. उत्पाद प्रारंभ करने से पहले, बीमाकर्ता सुनिश्चित करेंगे कि लाभ में कमी अर्थात् सकल और निवल प्रतिफल के बीच अंतर नीचे की सारणी में उल्लिखित सीमाओं से अधिक नहीं होगा:

प्रारंभ से लेकर पूरे किये गये वर्षों की संख्या	प्रतिफल में अधिकतम अनुमति योग्य कटौती (% प्रति वर्ष)
5	4.00%
6	3.75%
7	3.50%

प्रारंभ से लेकर पूरे किये गये वर्षों की संख्या	प्रतिफल में अधिकतम अनुमति योग्य कटौती (% प्रति वर्ष)
8	3.30%
9	3.15%
10	3.00%
11 और 12	2.75%
13 और 14	2.50%
15 और उसके बाद	2.25%

- i. पालिसीधारक द्वारा अदा किये गये प्रीमियमों तथा प्रदर्शनाधीन प्रत्येक पॉलिसी वर्ष के लिए प्रतिफलों की 6%, 8% और 10% प्रति वर्ष की सकल दर के साथ पूर्वानुमानित निधि मूल्य को ध्यान में रखते हुए, मूल्य का समीकरण विक्री केन्द्र में संविदा पर अर्जित किया जानेवाला प्रत्याशित प्रभावी निवल प्रतिफल देगा। निधि का पूर्वानुमान सभी प्रभारों का ध्यान रखेगा। तथापि, मृत्यु-दर, अस्वस्थता दर, राइडर लाभों की लागत, निवेश गारंटी, प्रभारों पर कर (जैसा लागू हो), और असाधारण स्वास्थ्य स्थितियों से उत्पन्न होनेवाले जोखिम-अंकन के कारण अतिरिक्त प्रीमियम को निवल प्रतिफल के परिकलन में छोड़ा जा सकता है।
- ii. पालिसीधारकों के विकल्प जैसे आंशिक आहरण, प्रीमियम पुनःनिर्देशन, अंतरण, निपटान विकल्प, टाप-अप प्रीमियम, जो निवल प्रतिफल को प्रभावित करते हैं, की कटौती-प्रतिफल के प्रदर्शन के लिए विचार नहीं किया जाएगा।

vii) समाप्त पॉलिसी निधि:

प्रत्येक बीमाकर्ता के पास तीन अलग समाप्त पॉलिसी निधियाँ होंगी: एक सभी पेंशन उत्पादों के लिए, एक सभी जीवन बीमा उत्पादों के लिए तथा एक सभी स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के लिए। इनमें से प्रत्येक निधि में संबंधित यूनिट सहबद्ध बीमा उत्पादों के अंतर्गत दी गई सभी पालिसियों की सभी समाप्त पॉलिसी निधियाँ होंगी। ऐसी निधियों पर केवल निधि प्रबंध प्रभार लागू होंगे।

viii) न्यूनतम गारंटीकृत व्याज दर:

- (क) समाप्त निधि के लिए लागू न्यूनतम गारंटीकृत व्याज दर समय-समय पर सक्षम प्राधिकारी द्वारा विनिर्दिष्ट की जाएगी।
- (ख) न्यूनतम गारंटीकृत व्याज दर से ऊपर समाप्त निधि में अर्जित अधिक आय का भी प्रभाजन, समाप्त पालिसियों की आगम राशियाँ प्राप्त करने में समाप्त पॉलिसी निधि को किया जाएगा तथा शेरधारकों को उपलब्ध नहीं कराया जाएगा।

ix) परिपक्वता लाभ कम से कम परिपक्वता की तारीख को उपलब्ध यूनिट निधि मूल्य में शेष राशि के समान होगा।

ख. सूचकांक सहबद्ध बीमा उत्पाद

- क. बीमाकर्ता सूचकांकों की पारदर्शिता, सरलता, निष्पक्षता, जागरूकता और चलनिधि के सिद्धांतों का अनुपालन सुनिश्चित करेगा।
- ख. एनएवी को अंतर्निहित सार्वजनिक तौर पर उपलब्ध सूचकांक के साथ संबद्ध किया जाएगा। यूनिट सहबद्ध बीमा उत्पादों के अन्य सभी उपबंध आवश्यक परिवर्तनों सहित सूचकांक सहबद्ध बीमा उत्पादों के लिए लागू होंगे।

ग. असंबद्ध बीमा उत्पाद:

क. असंबद्ध सममूल्य उत्पादों के अंतर्गत, परिपक्वता लाभ आस्ति अंश को निकट से प्रतिबिंबित करेंगे तथा उक्त अवधि के दौरान बोनस उपचय निम्नानुसार होंगे:

(i) नियमित बोनस केवल वार्षिक आधार पर घोषित किया जाएगा;

(ii) अंतरिम बोनस वार्षिक मूल्यांकन अवधि में घोषित किया जाएगा;

(iii) अंतिम बोनस या अन्य प्रकार का बोनस, यदि कोई हो, विशेष घटनाओं पर अथवा पालिसी की अवधि के अंत में देय होगा।

ख. असंबद्ध समसूल्येतर वैयक्तिक बचत उत्पादों के अंतर्गत उक्त लाभ पॉलिसी के प्रारंभ में एक समग्र राशि के तौर पर गारंटीकृत होगा।

ग. प्रीमियम की वापसी सहित मीयादी बीमा उत्पाद को छोड़कर अन्य बचत उत्पादों के मामले में परिपक्वता लाभ सहित उत्तरजीविता लाभ पालिसीधारक के लिए कम से कम शून्येतर सकारात्मक प्रतिफल में परिणत होगा।

घ. पेंशन उत्पाद:

क. पेंशन उत्पाद संबद्ध बीमा उत्पाद अथवा असंबद्ध बीमा उत्पाद के अंतर्गत प्रस्तावित किये जा सकते हैं।

घ. व्यक्तियों को प्रस्तावित किये जानेवाले पेंशन उत्पाद:

i) सुस्पष्ट रूप से निश्चित आश्वासित लाभ से युक्त होंगे जो मृत्यु पर अथवा किसी स्वास्थ्य की आकस्मिकता, यदि कवर की गई हो, पर देय है;

ii) सुस्पष्ट रूप से निश्चित आश्वासित लाभ से युक्त होंगे जो असंबद्ध उत्पादों के अंतर्गत निहित करने पर देय है;

iii) संबद्ध बीमा उत्पादों के लिए निहित करने की स्थिति में आश्वासित लाभ देने के लिए वैकल्पिक होंगे।

ग. पेंशन उत्पादों के अंतर्गत लाभ का उपयोग पॉलिसी की शर्तों और निवंधनों के अनुसार निहित करने या अभ्यर्पण करने या मृत्यु होने की तारीख को किया जाएगा।

घ. नियोक्ता के द्वारा अभिदत्त निश्चित लाभ योजना के अंतर्गत सभी समूह निधि आधारित असंबद्ध पेंशन उत्पादों के लिए, एक आश्वासित लाभ होगा जो किसी सदस्य की मृत्यु पर उपलब्ध होगा।

ड. नियोक्ता के द्वारा अभिदत्त निश्चित अंशदान योजना से युक्त सभी समूह निधि आधारित असंबद्ध पेंशन उत्पादों के लिए, जहाँ उक्त योजना वैयक्तिक सदस्यों के खाते रखती है, एक आश्वासित लाभ होगा जो ऐसे प्रत्येक वैयक्तिक खाते पर लागू होगा।

च. आश्वासित लाभ से निम्नलिखित विकल्पों में से कम से कम एक गारंटी होगा:

i) भुगतान किये गये प्रीमियमों पर प्रतिलाभ की शून्येतर सकारात्मक दर, भुगतान की तारीख से निहित करने की तारीख तक लागू कर को छोड़कर अथवा

ii) मृत्यु या परिपक्वता या स्वास्थ्य की आकस्मिकता पर अदा की जानेवाली एक समग्र राशि (जो शून्येतर सकारात्मक प्रतिलाभ में परिणत होगी)।

ड. वार्षिकी उत्पाद: तात्कालिक वार्षिकी और आस्थगित वार्षिकियाँ शामिल हैं जिनमें अंतर्निहित वार्षिकी आजीवन गारंटीकृत होगी। वार्षिकी संबंधी भुगतान सक्षम प्राधिकारी द्वारा विनिर्दिष्ट की जानेवाली शर्तों के अधीन सार्वजनिक तौर पर उपलब्ध न्यूनतम बेंचमार्क के साथ भिन्न हो सकते हैं।

3. न्यूनतम बीमाकृत राशि:

सभी जीवन बीमा उत्पादों के लिए, पॉलिसी की पूरी अवधि के दौरान मृत्यु होने पर न्यूनतम बीमाकृत राशि अथवा स्वास्थ्य कवर के अंतर्गत न्यूनतम बीमाकृत राशि, जैसा लागू हो, यहाँ नीचे यथाविनिर्दिष्ट से कम नहीं होगी:

न्यूनतम बीमाकृत राशि		
प्रवेश के समय आयु	एकल प्रीमियम	नियमित प्रीमियम और सीमित प्रीमियम
50 वर्ष से कम	एकल प्रीमियम का 1.25 गुना	वार्षिकीकृत प्रीमियम का 7 गुना
50 वर्ष और उससे अधिक	एकल प्रीमियम का 1.10 गुना	वार्षिकीकृत प्रीमियम का 5 गुना

न्यूनतम बीमाकृत राशि का उपबंध घटी दर वाली प्रदत्त पालिसियों, पेंशन उत्पादों, वार्षिकी उत्पादों, ह्लासमान कवर शुद्ध जोखिम उत्पादों और सामूहिक निधि आधारित उत्पादों पर लागू नहीं होगा।

इस खंड में उल्लिखित गुणज न्यूनतम हैं तथा वीमाकर्ताओं को चाहिए कि वे पालिसीधारकों को उच्चतर गुणज प्रस्तावित करें। ये उच्चतर गुणज जोखिम-वहन क्षमता और बोर्ड द्वारा अनुमोदित वीमाकर्ता की जोखिम-अंकन नीतियों के अनुसार होंगे।

एकल प्रीमियम को छोड़कर अन्य सभी जीवन वीमा उत्पादों के लिए मृत्यु पर देय न्यूनतम लाभ अथवा स्वास्थ्य कवर तात्कालिक वार्षिकी उत्पादों और सामूहिक निधि आधारित उत्पादों को छोड़कर, कवर की गई आकस्मिकता के घटित होने की तारीख तक प्रदत्त कुल प्रीमियमों का कम से कम 105% (एक सौ पाँच प्रतिशत) होगा।

4. अभ्यर्पण मूल्य:

अभ्यर्पण मूल्य सामान्य रूप से स्वीकृत वीमांकिक सिद्धांतों का उपयोग करते हुए व्युत्पन्न किया जाएगा, जिसमें निम्नलिखित शामिल हैं, परंतु जो इन्हीं तक सीमित नहीं हैं :

- (1) अभ्यर्पण के समय पालिसीधारकों के प्रति साम्यक रूप से व्यवहार किया जाएगा।
 - (2) देय अभ्यर्पण मूल्य पालिसीधारकों के प्रति उचित और युक्तियुक्त होगा।
 - (3) अभ्यर्पण मूल्य एक सुचारू प्रगामी अनुक्रम का अनुसरण करेगा तथा पॉलिसी अवधि के अंत की दिशा में प्रत्याशित परिपक्वता मूल्य के निकट होगा।
 - (4) उत्पाद अभिकल्प के भाग के रूप में, वीमाकर्ता इस अनुसूची में खंड 4(क)(क) में उल्लिखित उत्पादों के लिए न्यूनतम गारंटीकृत अभ्यर्पण मूल्यों की तुलना में उच्चतर अभ्यर्पण मूल्य प्रस्तावित करें।
 - (5) विशेष अभ्यर्पण मूल्यों के परिकलन के लिए विशेष अभ्यर्पण मूल्य कारक, आस्ति अंश अथवा आनुमानिक आस्ति अंश, जैसा लागू हो, पर आधारित होंगे, तथा ऐसी आस्ति अंश संगणना के प्रयोजन के लिए:
 - (i) आस्ति अंश की संगणना समय-समय पर भारतीय वीमांकक संस्थान द्वारा जारी किये गये प्रचलित मार्गदर्शी नोट अथवा वीमांकिक व्यवहार मानक के अनुसार होगी।
 - (ii) आनुमानिक आस्ति अंश परिकलन उक्त मार्गदर्शी नोट अथवा वीमांकिक व्यवहार मानक में निर्धारित सिद्धांतों के भी अनुरूप, निम्नलिखित के अधीन होगा:
 - (क) व्यय कीमत-निर्धारण आधार के अनुरूप होंगे। तथापि, उक्त व्यय भारतीय वीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (कमीशन सहित, वीमाकर्ताओं के प्रबंधन-व्यय) विनियम, 2024 में विनिर्दिष्ट लागू सीमाओं से अधिक नहीं होंगे तथा,
 - (ख) ब्याज दर “कीमत-निर्धारण व्याज दर से 50 आधार अंक (वीपीएस) घटाकर” से कम नहीं होगी।
 - (6) वीमाकर्ता निम्नलिखित अतिरिक्त उपाय सुनिश्चित करने के द्वारा प्रकटीकरणों में वृद्धि करें और विक्रय प्रक्रिया में पारदर्शिता में सुधार लाएँ :
 - (i) ग्राहक को पालिसी के व्यपगमन और अभ्यर्पण से संबंधित शर्तों सहित, विस्तार में पालिसी की सभी शर्तों और निबंधनों के संबंध में सूचित किया जाना चाहिए।
 - (ii) आवश्यकतानुरूप विद्यमान लाभ निर्दर्शनों में अभ्यर्पण मूल्य शामिल किये जाएँगे तथा उन पर संभावित पालिसीधारक एवं वीमा एजेंट व्यक्ति या मध्यवर्ती या सक्षम प्राधिकारी द्वारा विनिर्दिष्ट किये जानेवाले किसी अन्य वितरण माध्यम, अथवा विक्रय की प्रक्रिया में संबद्ध वीमाकर्ता के प्राधिकृत व्यक्ति, जैसी स्थिति हो, के द्वारा हस्ताक्षर किये जाएँगे, जिससे सभी प्रकार की अवधियों में गारंटीकृत और विशेष अभ्यर्पण मूल्यों सहित, पालिसी के अंतर्गत विद्यमान लाभों को समझने एवं विक्री केन्द्र पर एक प्रामाणिक निर्णय लेने में ग्राहक को समर्थ बनाया जा सके।
- क. असंबद्ध वीमा उत्पादों के अंतर्गत अभ्यर्पण मूल्य**
- क) सभी वैयक्तिक असंबद्ध बचत और संरक्षण उन्मुख उत्पाद जैसे शुद्ध जोखिम उत्पादों को छोड़कर अन्य आस्थगित वार्षिकी उत्पादों सहित, असंबद्ध जीवन वीमा उत्पाद, और असंबद्ध पेंशन उत्पाद, और तात्कालिक वार्षिकी उत्पाद, एक गारंटीकृत अभ्यर्पण मूल्य अर्जित करेंगे।
- (1) एकल प्रीमियम उत्पादों को छोड़कर अन्य उत्पाद: कम से कम दो निरंतर वर्षों के लिए प्रीमियम का भुगतान करने पर पॉलिसी एक गारंटीकृत अभ्यर्पण मूल्य प्राप्त करेगी। उक्त गारंटीकृत अभ्यर्पण मूल्य कम से कम निम्नानुसार होगा:

- i. अदा किये गये कुल प्रीमियमों के 30% में से, पहले से भुगतान किये गये किन्हीं उत्तरजीविता लाभों को घटाकर, यदि पॉलिसी के दूसरे वर्ष में अभ्यर्पण किया जाता है,
- ii. अदा किये गये कुल प्रीमियमों के 35% में से, पहले से भुगतान किये गये किन्हीं उत्तरजीविता लाभों को घटाकर, यदि पॉलिसी के तीसरे वर्ष में अभ्यर्पण किया जाता है।
- iii. अदा किये गये कुल प्रीमियमों के 50% में से, पहले से भुगतान किये गये किन्हीं उत्तरजीविता लाभों को घटाकर, यदि पॉलिसी के चौथे और सातवें वर्ष के बीच, दोनों वर्षों को सम्मिलित करते हुए, अभ्यर्पण किया जाता है।
- iv. अदा किये गये कुल प्रीमियमों के 90% में से, पहले से भुगतान किये गये किन्हीं उत्तरजीविता लाभों को घटाकर, यदि पॉलिसी के अंतिम दो वर्षों के दौरान अभ्यर्पण किया जाता है वशर्ते सातवें वर्ष के बाद अभ्यर्पण मूल्य एक सुचारू प्रगामी अनुक्रम का अनुसरण करेगा और भुगतान किये गये कुल प्रीमियमों के कम से कम 90% में से, पहले से भुगतान किये गये किन्हीं उत्तरजीविता लाभों को घटाकर शेष राशि के अभिमुख होगा, जैसे ही पॉलिसी परिपक्वता तक पहुँचेगी।

(2) एकल प्रीमियम उत्पाद: गारंटीकृत अभ्यर्पण मूल्य कम से कम निम्नानुसार होगा:

- i. प्रदत्त कुल प्रीमियमों के 75% में से, पहले से भुगतान किये गये कोई भी उत्तरजीविता लाभ घटाकर, यदि तीसरे पॉलिसी वर्ष के अंदर किसी भी समय अभ्यर्पण किया जाता है।
- ii. (iii) के अधीन, प्रदत्त कुल प्रीमियमों के 90% में से, पहले से भुगतान किये गये कोई भी उत्तरजीविता लाभ घटाकर, यदि चौथे पॉलिसी वर्ष में अभ्यर्पण किया जाता है।
- iii. कुल प्रीमियमों के 90% में से, पहले से भुगतान किये गये कोई भी उत्तरजीविता लाभ घटाकर, यदि पॉलिसी के अंतिम दो वर्ष के दौरान अभ्यर्पण किया जाता है वशर्ते चौथे वर्ष के बाद अभ्यर्पण मूल्य एक सुचारू प्रगामी अनुक्रम का अनुसरण करेगा, तथा प्रदत्त कुल प्रीमियम के 90% में से, पहले से भुगतान किये गये कोई भी उत्तरजीविता लाभ घटाकर शेष राशि के अभिमुख होगा, जैसे ही पॉलिसी परिपक्वता तक पहुँचेगी।

(3) किसी भी अवस्थित बोनस का अभ्यर्पण मूल्य और कोई भी उपचित गारंटीकृत परिवर्धन उपर्युक्त गारंटीकृत अभ्यर्पण मूल्य के साथ जोड़े जाएँगे।

(4) विशेष अभ्यर्पण मूल्य सममूल्य पॉलिसियों के मामले में आस्ति अंश को निरूपित करेगा, जहाँ आस्ति अंश का निर्धारण भारतीय बीमांकक संस्थान द्वारा जारी किये गये मार्गदर्शन नोट अथवा बीमांकिक व्यवसाय के मानदंडों के अनुसार किया जाएगा। सममूल्येतर बचत पॉलिसियों के लिए विशेष अभ्यर्पण मूल्य आनुमानिक (नोशनल) आस्ति अंश, गारंटीकृत परिपक्वता अथवा पॉलिसी के अंतर्गत उत्तरजीविता लाभों को प्रतिविवित करेगा।

(5) अभ्यर्पण मूल्य इनमें से जो उच्चतर होगा:

- क) इस अनुसूची के खंड 4(क)(1), 4(क)(2) और 4(क)(3) के अनुसार परिकलित किए गए अभ्यर्पण मूल्य अथवा
- ख) विशेष अभ्यर्पण मूल्य।

(6) पॉलिसी जिसने अभ्यर्पण मूल्य प्राप्त किया है, आगे के प्रीमियमों का भुगतान न करने के कारण से व्यपगत नहीं होगी, बल्कि उन पॉलिसियों को छोड़कर जिनकी प्रदत्त बीमित राशि इस अनुसूची के खंड 4 (क)(8) में उल्लिखित राशियों से कम है, अन्य पॉलिसियों के संबंध में गारंटीकृत परिवर्धन सहित, प्रदत्त बीमित राशि और अवस्थित प्रत्यावर्ती बोनसों की सीमा तक प्रचलन में रखी जाएगी।

(7) एकल प्रीमियम पॉलिसियों को छोड़कर अन्य पॉलिसियों के लिए, प्रदत्त बीमित राशि (प्रत्यावर्ती बोनसों अथवा गारंटीकृत बोनसों के समावेश के पहले, यदि कोई हों):

- i. मूल्य होने पर अथवा स्वास्थ्य कवर के लिए: उस कुल अवधि के अनुपात के रूप में गणना की गई राशि से कम नहीं होगी जिसके लिए प्रीमियम पहले ही अदा किये जा चुके हैं, जो उस अधिकतम अवधि को वहन करती है जिसके लिए प्रीमियमों का भुगतान मूल रूप से किये गये थे, जिसे “मूल्य पर बीमित राशि” अथवा “स्वास्थ्य कवर के अंतर्गत बीमित राशि”, जैसा लागू हो, द्वारा गुणा किया गया हो।

ii. परिपक्वता पर कुल अवधि के अनुपात के रूप में प्राप्त राशि से कम नहीं होगी जिसके लिए प्रीमियम अदा किये जा चुके हैं, अधिकतम अवधि के लिए धारित करती है जिसके लिए प्रीमियम मूल रूप से देय थे, जिसे परिपक्वता पर बीमित राशि के द्वारा गुणा किया गया हो।

iii. अदा किये गये उत्तरजीविता लाभों, यदि कोई हों, के कारण उपर्युक्तानुसार परिकलित प्रदत्त बीमित राशि में समायोजन किया जा सकता है।

(8) इस अनुसूची के खंड 4(क)(क)(6) वहाँ लागू नहीं होगा जहाँ पॉलिसी की प्रदत्त बीमित राशि:

i. संलग्न बोनसों और गारंटीकृत परिवर्धनों, यदि कोई हों, (सूक्ष्म बीमा व्यवसाय से इतर) को छोड़कर दो हजार पॉच सौ रुपये से कम है।

ii. सूक्ष्म बीमा व्यवसाय के अंतर्गत संलग्न बोनसों और गारंटीकृत परिवर्धनों, यदि कोई हों, को छोड़कर पॉच सौ रुपये से कम है।

iii. दो सौ पचास रुपये प्रति माह से कम की वार्षिकी का रूप लेती है।

(9) यदि पॉलिसी की प्रदत्त बीमित राशि इस अनुसूची के खंड 4(क)(क)(8) में यथा उल्लिखित से कम है, तो पॉलिसी का समापन अभ्यर्पण मूल्य का भुगतान करते हुए पुनःप्रवर्तन अवधि की समाप्ति के बाद किया जाए।

(ख) सामूहिक निधि आधारित उत्पाद अधिकतम पॉच लाख रुपये (₹. 5,00,000/-) की उच्चतम सीमा (कैप) के साथ कुल निधि मूल्य के 0.05 प्रतिशत से अनधिक अभ्यर्पण प्रभार लगा सकते हैं, यदि पालिसी का अभ्यर्पण पालिसी के तीसरे वार्षिक नवीकरण के अंदर किया जाता है।

(छ) संबद्ध बीमा पॉलिसी के अंतर्गत अभ्यर्पण मूल्य:

क) सभी वैयक्तिक संबद्ध बीमा और पेंशन उत्पाद निम्नलिखित तरीके से अभ्यर्पण मूल्य अर्जित करेंगे:

(1) अवरुद्धता अवधि के दौरान पालिसी की समाप्ति: अवरुद्धता अवधि (लाक-इन पीरियड) के दौरान अभ्यर्पण करने पर, लागू समापन प्रभारों की कटौती करने के बाद यूनिट निधि मूल्य समापन पालिसी निधि में जमा किया जाएगा तथा जोखिम कवर और राइडर कवर, यदि कोई हो, समाप्त हो जाएगा। समापन पालिसी निधि की आगम राशि अवरुद्धता अवधि के अंत में देय होगी।

(2) अवरुद्धता अवधि के बाद पालिसी का समापन:

i. पालिसी का अभ्यर्पण करने की स्थिति में, उक्त अभ्यर्पण मूल्य कम से कम अभ्यर्पण की तारीख को यथाविद्यमान यूनिट निधि मूल्य के समान होगा।

ii. अनुग्रह अवधि समाप्त होने के बाद, प्रीमियम का भुगतान न करने के कारण पालिसी का समापन होने की स्थिति में, एकल प्रीमियम पालिसियों को छोड़कर अन्य पालिसियों के लिए, पालिसी को घटाई गई प्रदत्त पालिसी के रूप में परिवर्तित किया जाएगा, जहाँ बीमाकृत प्रदत्त राशि अर्थात् पालिसी की शर्तों के अनुसार “अधिकतम अवधि जिसके लिए प्रीमियम मूल रूप से देय थे” की तुलना में “कुल अवधि जिसके लिए प्रीमियम अदा किये जा चुके हैं” के अनुपात के द्वारा गुणा की गई मूल बीमाकृत राशि से युक्त होगी। पालिसी राइडर कवर, यदि कोई हो, के बिना घटी हुई प्रदत्त स्थिति में जारी रहेगी। पालिसी की शर्तों के अनुसार सभी प्रभारों की कटौती पुनःप्रवर्तन (रिवाइवल) अवधि के दौरान की जाए। तथापि, मृत्यु-दर प्रभार केवल घटी हुई प्रदत्त बीमाकृत राशि के आधार पर ही काटे जाएँगे। यदि पालिसीधारक पुनःप्रवर्तन अवधि के अंदर पालिसी का अभ्यर्पण नहीं करता या उसका पुनःप्रवर्तन नहीं करता, तो पालिसी घटी हुई प्रदत्त स्थिति में जारी रहेगी। पुनःप्रवर्तन अवधि के अंत में पालिसी निधि की आगम राशि पालिसीधारक को अदा की जाएगी तथा पालिसी समाप्त हो जाएगी।

ख) सामूहिक यूनिट सहबद्ध बीमा उत्पाद अधिकतम पॉच लाख रुपये (₹. 5,00,000/-) की उच्चतम सीमा (कैप) के साथ उक्त निधि के 0.05 प्रतिशत से अनधिक अभ्यर्पण प्रभार लगा सकते हैं, यदि पालिसी का अभ्यर्पण तीसरे नवीकरण से पहले किया जाता है।

5. न्यूनतम लाभ:

कोई भी बीमाकर्ता बीमा पॉलिसी पर किसी लाभ या बोनस को छोड़कर लाभ की राशि का भुगतान नहीं करेगा या भुगतान करने का वचन नहीं देगा, जो निम्नलिखित से कम है:

- i. सरकार द्वारा प्रायोजित बीमा योजना और राष्ट्रीय पेंशन योजनाओं से इतर, अन्य पॉलिसियों के लिए, रूपये एक हजार रुपये (1,000/-) प्रति माह की वार्षिकी जहाँ वार्षिकी संबंधित योजना के अनुसार होगी।
- ii. रुपये दस हजार (₹.10,000/-) की सकल राशि सूक्ष्म बीमा के अंतर्गत को छोड़कर अन्य
- iii. सूक्ष्म बीमा के लिए रुपये पाँच हजार (₹.5,000/-) की सकल राशि

बशर्ते कि यह किसी बीमाकर्ता को किसी पॉलिसी का परिवर्तन किसी भी मूल्य की प्रदत्त पॉलिसी के रूप में करने अथवा किसी भी राशि के अभ्यर्पण मूल्य का भुगतान करने से नहीं रोकेगा।

तथापि, सक्षम प्राधिकारी परिस्थितियों के अंतर्गत इस खंड में उल्लिखित राशि से कम की वार्षिकियों और अन्य लाभों का अनुमोदन कर सकता है।

अनुसूची-II: साधारण बीमा उत्पादों के लिए लागू विशिष्ट उपबंध (विनियम 4 देखें)

1. परिभाषाएँ:

- (क) “वाणिज्यिक उत्पाद” एक साधारण बीमा उत्पाद है जो व्यक्तियों और घर-परिवारों को छोड़कर अन्यों के लिए अभिकल्पित हैं।
- (ख) “ज्ञात संचयन” से बीमाकृत जोखिमों या बीमाकृत हितों का सम्मिलित एक्सपोज़र अभिप्रेत होगा जो हानि के घटित होने के द्वारा प्रभावित संपूर्ण संभावना से युक्त होगा। “ज्ञात संचयन” उसी अर्थ से युक्त होगा जैसा कि बीमाकर्ता के जोखिम-अंकन दिशानिर्देशों और/या एकल जोखिम और/या एक संचयन संबंधी सामान्य दिशानिर्देशों को परिभाषित करने या निश्चित करनेवाले संबंधित पुनर्बीमा समझौता करार से सुस्पष्ट रूप में बताया जाएगा अथवा अनुमानित किया जाएगा।
- (ग) “बड़ा जोखिम” एक एकल एक्सपोज़र है (एकल जोखिम या ज्ञात संचयन) जो बीमाकर्ता के जोखिम-अंकन एक्सपोज़र से अधिक है।
- (घ) “खुदरा उत्पाद” व्यक्तियों या घर-परिवारों के लिए एवं सूक्ष्म या लघु व्यवसायों के लिए अभिकल्पित बीमा उत्पाद है।
- (ङ) “एकल जोखिम” से अभिप्रेत होगा इस प्रकार से निर्धारित एक जोखिम तथा इसमें शामिल है बीमाकर्ता के जोखिम-अंकन दिशानिर्देशों के द्वारा यथापरिभाषित जोखिमों का एक ज्ञात संचयन और जो परिभाषा व्यवसाय की व्यवस्था(ओं) और/या उत्पाद के लिए प्रयोज्य रूप में बीमाकर्ता की समझौता पुनर्बीमा संरक्षण व्यवस्था की शर्तों में विनिर्दिष्ट परिभाषा के साथ सुयोजित की जाएगी।
- (च) “जोखिम-अंकन क्षमता” से अभिप्रेत है एकल जोखिम की सबसे बड़ी मौद्रिक राशि जो एक बीमाकर्ता समझौता पुनर्बीमा संरक्षण के समर्थन के साथ ग्रहण कर सकता है।

2. उत्पादों का वर्गीकरण:

साधारण बीमा उत्पाद दो श्रेणियों में अर्थात् खुदरा उत्पाद और वाणिज्यिक उत्पाद के रूप में वर्गीकृत किये जाएँगे।

3. बड़े जोखिम:

किसी भी बड़े जोखिम का जोखिम-अंकन केवल जोखिम प्रबंध समिति (आरएमसी) के पूर्व-अनुमोदन से ही किया जाएगा।

अनुसूची-III: स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के लिए लागू विशिष्ट उपबंध (विनियम 4 देखें)

1. परिभाषाएँ:

- 1.1. “आयुष चिकित्सा” आयुर्वेद, योग और प्राकृतिक चिकित्सा, यूनानी, सिद्ध और होमियोपैथी प्रणालियों के अंतर्गत दी गई औषधीय और / या अस्पताल में भर्ती द्वारा चिकित्साओं को निरूपित करती है।
- 1.2. “पॉलिसी में क्रमभंग” से अंतराल की वह अवधि अभिप्रेत है जो वर्तमान पॉलिसी अवधि/ किस्त प्रीमियम की नियत तारीख की समाप्ति पर घटित होती है, जब किसी निर्दिष्ट पॉलिसी अथवा किस्त के नियत प्रीमियम का भुगतान प्रीमियम नवीकरण तारीख को या अनुग्रह अवधि या उसके पहले नहीं किया जाता।

- 1.3. अनुग्रह अवधि से प्रीमियम की नियत तारीख से तत्काल अनुवर्ती समय की विनिर्दिष्ट अवधि अभिप्रेत है जिसके दौरान प्रतीक्षा अवधियों से संबंधित निरंतरता लाभों और पहले से चल रही बीमारियों के कवरेज की हानि के बिना पॉलिसी को प्रचलन में जारी रखने या उसका नवीकरण करने के लिए भुगतान किया जा सकता है। पॉलिसी की उस अवधि के दौरान जिसके लिए कोई प्रीमियम प्राप्त नहीं हुआ है, कवरेज उपलब्ध होने की आवश्यकता नहीं है। सभी प्रकार की बीमा पालिसियों के लिए प्रीमियम के भुगतान के लिए अनुग्रह अवधि होगी: मासिक भुगतान के लिए पन्द्रह दिन, और सभी अन्य मामलों में तीस दिन।

बशर्ते बीमाकर्ता अनुग्रह अवधि के दौरान कवरेज की पेशकश करेंगे, यदि पॉलिसी अवधि के दौरान किश्तों में प्रीमियम का भुगतान किया जाता है।

- 1.4. “अंतरण” (माइग्रेशन) से एक ही बीमाकर्ता के पास एक स्वास्थ्य बीमा पालिसी से किसी अन्य स्वास्थ्य बीमा पालिसी में पहले से चल रही बीमारियों और विशिष्ट प्रतीक्षा अवधि के लिए प्राप्त क्रेडिट का अंतरण करने के लिए प्राप्त क्रेडिटों (परिवार कवर और सामूहिक पालिसियों के अंतर्गत सभी सदस्यों सहित) को प्रदान की गई सुविधा अभिप्रेत है।

- 1.5. “सुवाह्यता” (पोर्टबिलिटी) से स्वास्थ्य बीमा पालिसीधारकों को (परिवार कवर के अंतर्गत सभी सदस्यों सहित) एक बीमाकर्ता से किसी अन्य बीमाकर्ता को पहले से चल रही बीमारियों और विशिष्ट प्रतीक्षा अवधियों के लिए प्राप्त क्रेडिटों का अंतरण करने के लिए उपलब्ध कराई गई एक सुविधा अभिप्रेत है।

- 1.6. “पहले से चल रही बीमारी (पीईडी)” से ऐसी कोई स्थिति, पीड़ा, क्षति या रोग अभिप्रेत है:

(क) जिसका/जिनका निदान चिकित्सक द्वारा बीमाकर्ता द्वारा जारी की गई पालिसी की प्रभावी तारीख से 36 महीने से अनधिक अवधि से पहले किया गया है।

(छ) जिसके/जिनके लिए डाक्टरी सलाह या चिकित्सा पालिसी की प्रभावी तारीख से 36 महीने से अनधिक अवधि से पहले चिकित्सक द्वारा सिफारिश की गई थी, अथवा चिकित्सक से प्राप्त की गई थी।

बशर्ते कि पहले से चल रही बीमारी की परिभाषा विदेश यात्रा पालिसियों पर लागू नहीं होगी।

जीवन बीमाकर्ता पुनःस्थापन पर पीईडी की प्रयोज्यता के लिए मानदंड परिभाषित करें।

- 1.7. विशिष्ट प्रतीक्षा अवधि से स्वास्थ्य बीमा पालिसी के प्रारंभ से 36 महीने तक की अवधि अभिप्रेत है जिस अवधि के दौरान विनिर्दिष्ट बीमारियों/चिकित्सा (दुर्घटना के कारण को छोड़कर) को कवर नहीं किया जाता। उक्त अवधि की समाप्ति के बाद, बीमारियों / चिकित्साओं को कवर किया जाएगा बशर्ते कि पालिसी को किसी क्रमभंग के बिना लगातार नवीकृत किया गया हो।

2. उत्पादों का वर्गीकरण:

इन विनियमों के प्रयोजन के लिए, स्वास्थ्य बीमा उत्पादों का वर्गीकरण क्षतिपूर्ति अथवा लाभ आधारित उत्पादों के रूप में किया जाएगा तथा इन्हें व्यक्ति या परिवारों या समूहों को प्रस्तावित किया जा सकता है।

2.1 पालिसियों के प्रकार:

- 2.1.1 क्षतिपूर्ति आधारित स्वास्थ्य बीमा पालिसी से अभिप्रेत है एक ऐसी बीमा पालिसी जो बीमाकृत व्यक्ति को पालिसी में विनिर्दिष्ट किये गये अनुसार बीमाकृत घटना के घटित होने के कारण हानि के लिए क्षतिपूर्ति करती है।

- 2.1.2 लाभ आधारित स्वास्थ्य बीमा पालिसी से अभिप्रेत है एक ऐसी बीमा पालिसी जो पालिसी में विनिर्दिष्ट रूप में बीमाकृत घटना के घटित होने पर नियत राशि का भुगतान करती है।

3. स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय का विस्तार:

- 3.1 साधारण बीमाकर्ता और स्वास्थ्य बीमाकर्ता क्षतिपूर्ति और/या लाभ आधार पर वैयक्तिक और सामूहिक स्वास्थ्य बीमा उत्पाद प्रस्तावित कर सकते हैं।

- 3.2 जीवन बीमाकर्ता लाभ आधार पर वैयक्तिक और सामूहिक स्वास्थ्य बीमा उत्पाद प्रस्तावित कर सकते हैं। जीवन बीमाकर्ता यूनिट सहबद्ध प्लेटफार्म के अंतर्गत स्वास्थ्य बीमा उत्पाद भी प्रस्तावित कर सकते हैं।

बशर्ते कि एक जीवन बीमाकर्ता वैयक्तिक या सामूहिक तौर पर क्षतिपूर्ति आधारित उत्पाद प्रस्तावित नहीं करेगा।

3.3 क्रृष्ण सहबद्ध उत्पाद पाँच वर्ष से अनधिक क्रृष्ण अवधि तक प्रस्तावित किये जा सकते हैं।

3.4 विदेश यात्रा या देशी यात्रा बीमा पालिसियाँ केवल साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा ही प्रस्तावित की जा सकती हैं।

3.5 जीवन बीमाकर्ताओं के स्वास्थ्य बीमा उत्पाद भी जहाँ भी लागू हों, इन विनियमों की अनुसूची I में निहित उपबंधों के अधीन होंगे।

4. कीमत-निर्धारण:

4.1 प्रीमियम पालिसी की अवधि के लिए अपरिवर्तित रहेगा। बीमाकर्ता प्रीमियम के भुगतान की सुविधा किस्तों में प्रस्तावित कर सकते हैं।

4.2 बीमाकर्ता पालिसीधारकों को शीघ्र प्रवेश, निरंतर नवीकरणों, अनुकूल दावा अनुभव, निवारक और संपूर्ण स्वास्थ्य की आदतों के लिए पुरस्कृत करने हेतु व्यवस्था(एँ) अथवा प्रोत्साहनों के उपाय करें तथा ऐसी व्यवस्था अथवा प्रोत्साहनों का प्रकटीकरण प्रारंभ में ही प्रासेक्टस और पालिसी दस्तावेज में करें। बशर्ते कि संपूर्ण स्वास्थ्य और निवारक आदतों के भाग के रूप में क्या-क्या कवर करने का प्रस्ताव है, इसे स्पष्ट रूप से प्रत्येक उत्पाद में निश्चित किया जाना चाहिए।

5. आयुष कवरेज:

बीमाकर्ताओं के पास आयुष कवरेज देने के लिए एक बोर्ड अनुमोदित नीति होगी, जो अन्य बातों के साथ-साथ स्वास्थ्य बीमा के प्रयोजन के लिए अन्य चिकित्साओं के समान ही आयुष चिकित्साओं को रखने के लिए उनका दृष्टिकोण शामिल किया जाएगा, जिससे पालिसीधारकों को अपनी पसंद की चिकित्सा का चयन करने के लिए एक विकल्प उपलब्ध कराया जा सके।

6. उत्पाद अभिकल्प:

6.1 बीमाकर्ता सुनिश्चित करेंगे कि वे सभी आयु समूहों की आवश्यकताएँ पूरी करने के लिए स्वास्थ्य बीमा उत्पाद प्रस्तावित करेंगे।

6.2 वरिष्ठ नागरिकों, छात्रों, बच्चों, प्रसूति तथा बीमाकर्ता सक्षम प्राधिकारी द्वारा विनिर्दिष्ट किये गये रूप में किसी अन्य समूह के लिए विशिष्ट रूप से उत्पादों का अभिकल्पन करें।

6.3 बीमाकर्ता सभी प्रकार की वर्तमान स्वास्थ्य स्थितियों से युक्त व्यक्तियों के लिए कवरेज प्रस्तावित करने हेतु प्रयास करेंगे।

7. पहले से चल रही बीमारियाँ और विशिष्ट प्रतीक्षा अवधि:

बीमाकृत किये जानेवाले व्यक्तियों द्वारा प्रकटीकृत पहले से चल रही बीमारियों के लिए प्रतीक्षा अवधि स्वास्थ्य बीमा पालिसी के अंतर्गत निरंतर कवरेज के अधिकतम 36 महीने होगी। बीमाकर्ता स्वास्थ्य बीमा उत्पादों में पहले से चल रही बीमारी के लिए इससे कम प्रतीक्षा अवधि और विशिष्ट प्रतीक्षा अवधि रखने के लिए प्रयास करें।

बशर्ते कि पहले से चल रही बीमारी का उपर्युक्त प्रतीक्षा अवधि मानदंड विदेश यात्रा पालिसियों के लिए लागू नहीं होगा।

8. अधिस्थगन (मोरटोरियम) (साधारण और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा जारी की गई स्वास्थ्य बीमा पालिसियों के लिए लागू):

स्वास्थ्य बीमा पालिसी में कवरेज के साठ निरंतर महीने पूरे करने के बाद (सुवाह्यता और अंतरण सहित) बीमाकर्ता के द्वारा किसी भी पालिसी और दावे के संबंध में प्रमाणित धोखाधड़ी को छोड़कर अप्रकटीकरण, गलतवयानी के आधार पर विवाद नहीं किया जा सकता। साठ निरंतर महीने की यह अवधि अधिस्थगन अवधि कही जाती है। उक्त अधिस्थगन प्रथम पालिसी की बीमाकृत राशियों के लिए लागू होगी। जहाँ भी बीमाकृत राशि बढ़ाई जाती है, वहाँ साठ निरंतर महीनों की समाप्ति केवल बढ़ी हुई सीमाओं पर बीमाकृत राशियों की वृद्धि की तारीख से लागू होगी।

9. साधारण और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा जारी की गई स्वास्थ्य पालिसियों का नवीकरण (यात्रा और वैयक्तिक दुर्घटना पालिसियों पर लागू नहीं):

9.1 स्वास्थ्य बीमा पालिसी बीमाकृत व्यक्ति के द्वारा प्रमाणित धोखाधड़ी अथवा अप्रकटीकरण अथवा गलतवयानी के कारणों को छोड़कर नवीकरणयोग्य होगी, बशर्ते कि पालिसी को वापस नहीं लिया गया हो और इस अनुसूची के खंड 8 में बताई गई शर्तों के अधीन हो।

9.2 बीमाकर्ता इस कारण से स्वास्थ्य बीमा पालिसी के नवीकरण को अस्वीकार नहीं करेगा कि बीमाकृत व्यक्ति ने पूर्ववर्ती पालिसी वर्षों में दावा या दावे प्रस्तुत किये थे, केवल लाभ आधारित पालिसियों को छोड़कर जहाँ गंभीर बीमारी पालिसी जैसी पालिसी के अंतर्गत कवर किये गये लाभ के भुगतान के अनुसरण में पालिसी समाप्त होती है।

- 9.3 बीमाकर्ता नवीकरण की तारीख से अनुग्रह अवधि तक नवीकरण में विलंब को छूट प्रदान करेगा, ऐसी छूट को पालिसी में क्रमबंग के रूप में नहीं माना जाएगा।
- 9.4 वैयक्तिक उत्पादों के लिए, नवीकरण प्रीमियम पर लोडिंग समूचे संविभाग पर होंगे, न कि किसी वैयक्तिक पालिसी के अनुभव पर आधारित। तथापि, बीमाकर्ताओं के द्वारा वैयक्तिक पालिसीधारकों को अच्छे दावा अनुभव के लिए प्रीमियम में छूट प्रदान की जा सकती है।
- 9.5 कोई भी बीमाकर्ता नवीकरण के स्तर पर डाक्टरी जाँच, नये प्रस्ताव फार्म आदि की माँग करने के द्वारा नये जोखिम-अंकन का सहारा नहीं लेंगे जहाँ प्रस्तावित बीमित राशि में कोई परिवर्तन न हो। बशर्ते कि जहाँ जोखिम प्रोफाइल में सुधार है, वहाँ बीमाकर्ता नवीकरण के समय लोडिंग हटाने के लिए उसकी पहचान करने हेतु प्रयास करे।

10. स्वास्थ्य बीमा पालिसी का अंतरण और सुवाहृता:

- 10.1 वैयक्तिक दुर्घटना और यात्रा पालिसियों को छोड़कर क्षतिपूर्ति स्वास्थ्य बीमा पालिसी प्रस्तावित करनेवाले साधारण बीमाकर्ता और स्वास्थ्य बीमाकर्ता बीमाकृत राशि और पिछली पालिसी में उपलब्ध लाभों की सीमा तक किसी वैकल्पिक स्वास्थ्य बीमा उत्पाद में अंतरण (माइग्रेशन) का विकल्प उपलब्ध कराएँगे। बीमाकर्ता अंतरण की स्थिति में प्रस्ताव का जोखिम-अंकन कर सकता है, यदि बीमाकृत व्यक्ति 36 महीनों के लिए लगातार कवर नहीं किया गया हो।
- 10.2 वैयक्तिक दुर्घटना और यात्रा पालिसियों को छोड़कर साधारण और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा जारी की गई सभी क्षतिपूर्ति आधारित स्वास्थ्य बीमा पालिसियाँ इस बात का विचार किये बिना कि वैयक्तिक या सामूहिक पालिसी बीमाकर्ता की बोर्ड द्वारा अनुमोदित जोखिम-अंकन नीति के अधीन हैं या नहीं, बीमाकृत राशि और पिछली पालिसी में उपलब्ध लाभों की सीमा तक पालिसियों की सुवाहृता (पोर्टबिलिटी) की अनुमति देंगी।
- 10.3 जीवन बीमाकर्ता जहाँ भी संभव है वहाँ पालिसी की शर्तों के अनुसार सुवाहृता की अनुमति दे सकते हैं।

11. वरिष्ठ नागरिकों के लिए विशेष उपबंध:

सभी बीमाकर्ता वरिष्ठ नागरिकों के स्वास्थ्य बीमा से संबंधित दावों और शिकायतों का समाधान करने के लिए एक अलग माध्यम स्थापित करेंगे। ऐसे माध्यम का ब्योरा बीमाकर्ताओं की वेबसाइट में उपलब्ध होगा।

INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY OF INDIA NOTIFICATION

Hyderabad, the 20th March, 2024

Insurance Regulatory and Development Authority of India (Insurance Products) Regulations, 2024

F. No. IRDAI/Reg/8/202/2024.—In exercise of the powers conferred under clause (zba) and clause (zd) of sub section (2) of section 114A of the Insurance Act, 1938, and clause (i) of sub section (2) of section 14 and section 26 of the Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999, the Authority, in consultation with the Insurance Advisory Committee, hereby makes the following regulations, namely:

CHAPTER-I PRELIMINARY

1. Short title, applicability and commencement:

- (1) These regulations may be called the Insurance Regulatory and Development Authority of India (Insurance Products) Regulations, 2024.
- (2) These regulations shall come into force from the date of its publication in the Official Gazette or 1st April, 2024, whichever is later.
- (3) Unless otherwise specified herein, these regulations shall be applicable to insurers who have been granted certificate of registration to transact the business of life insurance or general insurance or health insurance in India, as applicable.
- (4) These regulations shall be reviewed once in every three years from the date of its publication, unless the review or repeal or amendment is warranted earlier.

2. **Objectives:** The key objectives of these regulations are as under:

- (1) To facilitate insurers to respond faster to the emerging market needs and also to design innovative products, to promote ease of doing business and to improve insurance penetration.
- (2) To protect the policyholders' interests by enabling insurers to adopt good governance while designing and pricing the products.
- (3) To ensure sound and responsive management practices for effective oversight and adequate due diligence with regard to insurance products, including innovative products considering the interests of policyholders.

3. **Definitions:**

In these regulations, unless the context otherwise requires—

- (1) “Act” means the Insurance Act, 1938 (4 of 1938).
- (2) “Authority” means the Insurance Regulatory and Development Authority of India established under the provisions of section 3 of the Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999.
- (3) “Competent Authority” means
 - (a) Chairperson or
 - (b) such whole-time member or such committee of the whole-time members or such officer (s) of the Authority, as may be determined by the Chairperson.
- (4) “File and use” means the procedure where the insurers are permitted to market the product only after prior filing to the Authority and assignment of Unique Identification Number (UIN).
- (5) “Group” consists of persons who join together with a commonality of purpose or engaging in a common economic activity and includes employer– employee group and non-employer– employee group:
 - a. Employer– employee group is a group where an employer-employee relationship exists between the master policyholder and the member in accordance with the applicable laws.
 - b. Non-Employer– employee group is a group other than employer– employee where a clearly evident relationship between the member and the group policyholder exists for services/activities other than insurance.
- (6) “Government sponsored insurance scheme” means any insurance scheme, designed or notified or sponsored by the Central Government and/or the State Government and offered by insurers. The schemes may or may not be subsidized by the Central Government and/or the State Government.
- (7) “Micro-insurance business” means category of insurance business provided through the products categorized as micro-insurance products under these regulations.
- (8) “Micro-insurance policy” means an insurance policy which has been issued through solicitation of micro-insurance product.
- (9) “Micro-insurance product” includes:
 - a. life micro-insurance product or general micro-insurance product or health-micro insurance product;
 - b. insurance products designed or notified or sponsored by the Central Government and/or the State Government under the head “Micro-insurance”;
 - c. insurance products subsidized either fully or partly by the Central Government and/or the State Government; and
 - d. any other product approved as “Micro-insurance” product by the Competent Authority.
- (10) “Product management committee (PMC)” shall be a Board constituted committee within the insurer with functions as per these regulations.
- (11) “Senior citizen” shall have the same meaning assigned to it under Maintenance and Welfare of Parents and Senior Citizens Act, 2007.
- (12) “Unique identification number (UIN)” means a unique number allotted to each product which is required to be disclosed in product related literature, policy documents and any other supporting documents for such product.
- (13) “Use and file” means the procedure where the insurer is allowed to launch the product to market after assignment of unique identification number (UIN) and without prior filing to the Authority.

- (14) “Products” include base products and riders or add-ons.
- (15) All words and expressions used herein and not defined in these regulations but defined in the Insurance Act, 1938 (4 of 1938), or the Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999 (41 of 1999) or any Rules or Regulations made thereunder shall have the meanings respectively assigned to them in those Acts or Rules or Regulations.

CHAPTER-II

PRINCIPLES OF PRODUCT DEVELOPMENT, PRICING AND DESIGN

4. Principles of design and pricing of insurance products:

- (1) As part of product design and development cycle, every insurer shall ensure that:
 - a. evolving risk coverage needs of the customer are taken into account while developing new products and revising existing products;
 - b. product covers an insurable risk with an underlying risk transfer;
 - c. the products offered are simple to understand and not complex;
 - d. there is transparency and clarity in wordings, terms, coverage, exclusions and conditions;
 - e. policyholder’s interests are protected;
 - f. the basic principles of insurance like insurable interest, indemnity, utmost good faith, proximate cause, contribution clause, salvage and subrogation etc. are adhered to;
 - g. all the risks relevant to the products are appropriately considered in the pricing;
 - h. the premium rates are fair and not excessive, inadequate, unfairly discriminatory and provide value for money;
 - i. all relevant factors such as risk appetite, capital availability, claim experience, reinsurance costs, guarantees, options are considered;
 - j. products are viable and self-sustainable;
 - k. market conduct practices are appropriate and fair;
 - l. appropriate systems, procedures relevant to the product, such as underwriting, pricing, reinsurance, claims management are in place.
- (2) Additionally, the products shall follow the applicable provisions set out as under:
 - a. Schedule I & III - Life insurance products;
 - b. Schedule II & III - General insurance products;
 - c. Schedule III - Health insurance products.

5. Micro-insurance products: Insurance products to be categorized as micro-insurance product along with related provisions, as applicable, shall be specified by the Competent Authority from time to time.

6. Product management and governance:

- (1) **Board approved policies and Product management committee (PMC):**
 - a. Every insurer shall have in place Board approved policies covering all areas of product design, underwriting, advertisements and overall management of the insurance products.
 - b. The Board constituted Product management committee shall be responsible for implementation of the Board approved policies and ensuring:
 - i. adherence to principles of design and pricing of insurance products;
 - ii. appropriateness of the product design for the target market;
 - iii. regulatory compliance and recommending products for filing under File and use procedure, as applicable;
 - iv. products falling under Use and file category are approved;
 - v. periodical review of product performance, market conduct issues including grievances and taking up corrective actions, as may be necessary;
 - vi. modification or withdrawal of the product, if required;

- vii. overall management of the insurance products;
- viii. maintenance of documentation of the decisions taken for each product for inspections of the Competent Authority.
- c. All advertisements issued by the insurer and their distribution channels shall be approved through a Board approved advertisement committee of some of the Key Management Persons (KMPs) and one permanent invitee from PMC of the insurer. The constitution of this committee shall be as specified by the Competent Authority. The approvals may be granted by the committee considering the expectations that may get created from such advertisements and possible market conduct issues. These approvals shall be in accordance with the specified framework and the approvals given by the PMC on such products.

(2) System and control:

- a. PMC shall recommend the launch of approved insurance products, only after ensuring that all the processes, suitable infrastructure, system requirements and standard operating procedures are in place on an ongoing basis from policy issuance to claim settlement, including determination of reserves & solvency margin and for seamless operations of the insurer including policyholders' servicing on a day-to-day basis.
- b. Insurers shall exercise prudent management and oversight of insurance products including maintaining and implementing adequate controls.
- c. Insurers shall put in place monitoring mechanism, systems and procedures to prevent, identify and mitigate frauds.

(3) Review of insurance products:

- a. All products, offered for sale, shall be reviewed by Appointed Actuary at least once a year taking into account:
 - i. the reasonable expectation of all stakeholders, including policyholders;
 - ii. financial viability of the products;
 - iii. emerging risks and experience under the products;
 - iv. any other relevant factors.
- b. Appointed Actuary shall present the results of such review to the PMC and make suitable recommendations for any modifications or withdrawal of the product.
- c. Any revision either of the premium rates or the corresponding benefits or both with respect to the existing products shall be based on credible underlying experience of relevant risk parameters. The revision shall also consider the analysis of policyholders' grievances and market feedback, if any.

CHAPTER III
MISCELLANEOUS

7. Powers to issue circular, guidelines and directions from time to time:

- (1) The Competent Authority may issue circulars, guidelines and directions, if necessary, from time to time, relating to these regulations including, but not limited to, transitory provisions regarding implementation process of these regulations, product approval process, categorization of products, any matter relating to product design, standard products, combi-products, administration and overall management of products including matters related to Product management committee and advertisement committee, withdrawal and revision of products, migration and portability, market conduct, maintenance of records, submission of returns and statements, disclosure norms and other operational aspects including customer information sheet.
- (2) The Competent Authority may direct insurer to withdraw any product, if it is not in the interest of policyholders or the insurance industry.

8. Power to remove difficulties and issue clarifications:

In order to remove any doubts or difficulties that may arise in the application or interpretation of any of the provisions of these regulations, the Competent Authority may issue appropriate clarifications or guidelines as deemed necessary.

9. Repeal and Savings:

- (1) The following regulations shall be repealed from the date these regulations come into force:
 - a. IRDAI (Micro Insurance) Regulations, 2015;
 - b. IRDAI (Minimum Limits for Annuities and other benefits) Regulations, 2015;
 - c. IRDAI (Acquisition of Surrender and Paid up values) Regulations, 2015;
 - d. IRDAI (Health Insurance) Regulations, 2016;
 - e. IRDAI (Unit Linked Insurance Products) Regulations, 2019;
 - f. IRDAI (Non-Linked Insurance Products) Regulations, 2019;
- (2) Other provisions which were in existence in the regulations mentioned under sub regulation (1) of regulation 9 above and not mentioned in these regulations shall be provided separately by the circular issued under provision of regulation 7 of these regulations or under other applicable regulations specified by the Authority as deemed necessary.
- (3) Unless otherwise mentioned herein, nothing in these regulations shall be deemed to invalidate the insurance contracts entered into prior to these regulations coming into force.

DEBASISH PANDA, Chairperson

[ADVT.-III/4/Exty./862/2023-24]

Schedule I: Specific provisions applicable to life insurance products (refer regulation 4)

1. Definitions:

A. General definitions:

- 1.1. “Death benefit” means the benefit which is payable on death of life assured, as stated in the policy document.
- 1.2. “Grace period for other than single premium policies” means the time granted by the insurer from the due date of payment of premium, without any penalty or late fee, during which time the policy is considered to be in-force with the risk cover without any interruption, as per the terms & conditions of the policy. The grace period for payment of the premium for all types of life insurance policies shall be fifteen days, where the policyholder pays the premium on a monthly basis and 30 days in all other cases.
- 1.3. “General annuity business” means the business of effecting contracts to pay annuities on human life but does not include contracts under pension business.
- 1.4. “Group fund based products” means products wherein a life insurer assures a return, whether guaranteed or otherwise, on the corpus created through periodic or lump-sum contribution received from the master policyholder and/or members of the group. The master policyholder is generally the employer or trustee.
- 1.5. “Index linked insurance products” are the products where the benefits under the policy are directly linked to a publicly available index.
- 1.6. “Non-Linked insurance products” are the products other than Linked insurance products.
- 1.7. “Non-par products” or “Products without participation in profits” means products where policies are not entitled for any share in surplus (profits) during the term of the policy;
- 1.8. “Par products” or “Products with participation in profits” means products where policies are entitled to share in surplus (profits) during the term of the policy as per section 49 of the Act.
- 1.9. “Pension business” means the business of effecting contracts under pension products or superannuation scheme which may eventually lead to payment of annuity under general annuity business.
- 1.10. “Revival of a policy” means restoration of the policy, which was discontinued due to the non-payment of premium, by the insurer with all the benefits mentioned in the policy document, with or without rider benefits if any, upon the receipt of all the premiums due and other charges or late fee if any, during the revival period, as per the terms and conditions of the policy, upon being satisfied as to the continued insurability of the insured or policyholder on the basis of the information, documents and reports furnished by the policyholder, in accordance with Board approved underwriting policy.

- 1.11. "Rider" means the insurance cover(s) added to a base product for additional premium or charge.
- 1.12. "Rider benefits" means an amount of benefit payable on occurrence of a specified event covered under the rider, and is an additional benefit to the benefit under the base product, and may include waiver of premium benefit on other applicable riders.
- 1.13. "Savings products" means those products other than "Pure risk products".
- 1.14. "Sum assured on death" means an absolute amount of benefit which is guaranteed to become payable on death of the life assured in accordance with the terms and conditions of the policy.
- 1.15. "Sum assured under health cover" means an absolute amount of benefit which is guaranteed to become payable on happening of insured health related contingency in accordance with the terms and conditions of the policy under health cover.
- 1.16. "Surrender" means complete withdrawal or termination of the entire policy contract.
- 1.17. "Surrender value" means an amount, if any, that becomes payable on surrender of a policy during its term, in accordance with the terms and conditions of the policy.
- 1.18. "Unit linked insurance products (ULIP)" are the products where the benefits are partially or wholly dependent on the performance of the underlying assets under each of the segregated fund offered.

B. Definitions applicable to linked insurance products:

- 1.19. "Allocation" for linked insurance product means the process of allocating premium to create units, at the prevailing unit price, in the segregated funds offered under the linked insurance product, as and when the premiums are received or switches from one fund to another fund are made.
- 1.20. "Annualized premium" means the premium amount payable in a year excluding taxes, rider premiums and underwriting extra premium on riders, if any.
- 1.21. "Date of payment of premium" means the date on which premium payment is received by the insurer in accordance with the provisions of Section 64 VB (2) of the Act.
- 1.22. "Discontinuance" means the state of a policy that could arise on account of surrender of the policy or non-payment of the premium due before the expiry of the grace period.
- 1.23. "Discontinued policy fund" means the segregated fund of the insurer constituted by the fund value, as applicable, of all the linked insurance policies discontinued during lock-in period.
- 1.24. "Lock-in period" means the period of five consecutive completed years from the date of commencement of the policy, during which period the proceeds of the policies cannot be paid by the insurer to the policyholder or to the insured, as the case may be, except in the case of death or upon the happening of any other contingency covered under the policy.
- 1.25. "Net asset value (NAV)" means the price per unit of the segregated fund.
- 1.26. "Partial withdrawals" means any amount withdrawn partially out of unit fund by the policyholder during the term of the policy.
- 1.27. "Premium re-direction" means an option which allows the policyholder to modify the allocation of amount of renewal premium to various segregated funds under a linked insurance policy.
- 1.28. "Revival period" means the period of three consecutive complete years from the date of first unpaid premium.
- 1.29. "Segregated fund" means funds earmarked under linked insurance business.
- 1.30. "Settlement option" means a facility made available to receive the maturity or death proceeds in instalments in accordance with the terms and conditions stated in advance at the inception of the contract.
- 1.31. "Switches" means a facility allowing the policyholder to move from one segregated fund, either wholly or in part, to other segregated fund(s) amongst the segregated funds offered as per the terms and conditions of the policy.
- 1.32. "Top-up premium" is an amount that is paid voluntarily by the policyholder besides contractual premium and is treated as single premium for all purposes.
- 1.33. "Total premiums paid" means total of all the premiums received under the base product including top-ups premium paid, if any.

- 1.34. “Unit” means a specific portion or part of the underlying segregated linked fund which represents policyholder’s entitlement in such funds.
- 1.35. “Unit fund value” means the summation of number of units in each segregated fund multiplied by the net asset value (NAV) for respective segregated fund under that policy.

C. Definition applicable to non-linked insurance product:

- 1.36. “Annualized premium” shall be the premium amount payable in a year excluding taxes, rider premiums, underwriting extra premiums and loadings for modal premiums.
- 1.37. “Maturity benefit” means sum assured on maturity, any additional and accrued benefit, which is payable on maturity in accordance with the terms and conditions of the policy.
- 1.38. “Pure risk products” means insurance products (without any savings element) where the payment of agreed amount is assured on the happening of death of life assured or on happening of insured health related contingency within the term of the policy.
- 1.39. “Revival period” means the period of five consecutive complete years from the date of first unpaid premium.
- 1.40. “Sum assured on maturity” means an absolute amount of benefit which is guaranteed to become payable at the end of the policy term i.e. on maturity of the policy in accordance with the terms and conditions of the policy.
- 1.41. “Total premiums paid” means total of all the premiums paid under the base product, excluding any extra premium and taxes, if collected explicitly.

2. Product structure:

- i) All insurance products offered by life insurers shall be categorized either under linked insurance products or under non-linked insurance products.
- ii) All linked insurance products shall further be categorized under:
 - a. Unit linked insurance products;
 - b. Index linked insurance products.
- iii) All non-linked insurance products shall be further categorized under:
 - a. With participation insurance products and the same may be referred to as Par products; and
 - b. Without participation insurance products and the same may be referred to Non-Par products.

IV) ALL LINKED INSURANCE PRODUCTS SHALL BE OFFERED UNDER NON-PAR PRODUCT CATEGORY.

V) LIFE INSURANCE PRODUCTS MAY BE OFFERED EITHER ON INDIVIDUAL BASIS OR GROUP BASIS.

A. UNIT LINKED INSURANCE PRODUCTS:

- i) Unit linked insurance products shall operate by offering one or more segregated funds, wherein each segregated fund shall have well defined asset categorization along with its risk profile.
- ii) The premiums, net of allocation charges, if any, shall be utilised to allocate units in the segregated funds chosen by the policyholder at its NAV.
- iii) A Unit linked insurance policy shall offer one of the following death or health benefits:
 - a. the sum assured as agreed in the policy plus the balance in the unit fund;*
 - b. the sum assured as agreed in the policy or the balance in the unit fund whichever is higher.*
- iv) Unit linked insurance products may have investment guarantee. Such guarantee shall be reasonable and consistent in relation to the current and long term interest rate scenario and shall be priced appropriately. Any guarantee offered in the benefits under a unit linked insurance product shall be at the product level only and shall not be related to any of the underlying funds.

- v) NAV shall be determined for each of the segregated funds on a daily basis, based on the performance of the underlying assets of such segregated funds. NAV shall be used for the computation of benefits under the policy.

The NAV of each segregated fund shall be computed as:

(Market value of investment held by the fund + value of current assets – value of current liabilities and provisions, if any)

Number of units existing on valuation date (before creation / redemption of units)

Note: i) Value of current assets represents accrued interest, dividend receivable, bank balance, receivable for sale of investments and other current assets (for investments).

ii) Value of current liabilities represents payable for investments.

iii) Number of units derived from the investment accounting system shall be reconciled on a day to day basis with the policy administration system.

iv) Provisions shall include expenses for brokerage and transaction cost, NPA, fund management charges (FMC) and any other charges, as specified.

- vi) Insurers shall explicitly specify charges, as applicable, subject to the following conditions:

a. use uniform definitions for charges under all the unit linked insurance products in accordance with these regulations.

b. Except for single premium products, the overall charges in all other unit linked insurance products shall be distributed evenly during the lock-in period such that the:

i. Premium allocation charge and policy administration charge shall be spread evenly during first 5 years of the policy contract, without wide fluctuations.

ii. Charges could change from year to year in a reasonably orderly manner so that the difference between the maximum and minimum charges during first 5 years shall not vary by more than 3 times.

iii. Charges during lock-in period shall be so structured such that the cap on net reduction in yield is achieved without any further additions to fund value at any time during and at the end of the first five years of the contract. Provided that this provision is applicable to both single premium products and other than single premium products.

c. The charges levied under the unit linked insurance products shall be:

I. **Premium allocation charge:** This is a percentage of the premium appropriated towards charges from the premium received. For unit linked insurance products, the balance amount known as allocation rate constitutes that part of premium which is utilized to purchase the units of the fund in the policy. The percentage shall be explicitly stated and could vary by the policy year in which the premium is paid, the premium size and the premium type (regular, single or top-up premium).

i. This is a charge levied at the time of receipt of premium.

ii. The Premium allocation charge is capped at 12.5% of annualized premium in any year.

II. **Fund management charge (FMC):**

i. This charge is levied as a percentage of the value of assets and shall be appropriated by adjusting the NAV.

ii. This is a charge levied at the time of computation of NAV, which is done on daily basis.

iii. The cap on fund management charges in respect of each of the segregated fund other than discontinued policy fund shall be 135 basis points per annum. For discontinued policy fund, the cap on fund management charge shall be 50 basis points per annum.

III. Guarantee charge:

- i. This charge is levied as a percentage of the value of assets and shall be appropriated by adjusting the NAV.
- ii. This is a charge levied at the time of computation of NAV, which is usually done on daily basis.
- iii. The cap on guarantee charges shall be 50 basis points.

IV. Policy administration charge: This charge shall represent the expenses other than those covered by premium allocation charges and the fund management charge. This is a charge which may be expressed as a fixed amount or a percentage of the premium or a percentage of sum assured.

- i. This charge is levied at the beginning of each policy month from the unit fund by cancelling units for equivalent amount.
- ii. This charge could be flat throughout the policy term or vary at a pre-determined rate of change not exceeding 5% per annum.
- iii. The maximum policy administration charge that can be levied shall be Rs.500/- per month.

V. Surrender charge or discontinuance charge:

- i. This is a charge levied on the unit fund for individual unit linked insurance products where the policyholder opts for surrender or on discontinuance of the contract as stipulated under these regulations.
- ii. This charge is usually expressed either as a percentage of the fund or as a percentage of the annualized premiums (for regular premium contracts).
- iii. No discontinuance charge shall be imposed on top-up premiums.
- iv. The charges levied on the date of discontinuance (as a percentage of fund value or one annualized premium or a percentage of single premium) shall not exceed the following limits:

For annual premiums policies:

Where the policy is discontinued during the policy year	Maximum discontinuance charges for the policies having annualized premium up to Rs. 50,000/-	Maximum discontinuance charges for the policies having annualized premium above Rs. 50,000/-
1	Lower of 20% * (AP or FV) subject to a maximum of Rs. 3,000/-	Lower of 6% * (AP or FV) subject to a maximum of Rs. 6,000/-
2	Lower of 15% * (AP or FV) subject to a maximum of Rs. 2,000/-	Lower of 4% * (AP or FV) subject to a maximum of Rs. 5,000/-
3	Lower of 10% * (AP or FV) subject to a maximum of Rs. 1,500/-	Lower of 3% * (AP or FV) subject to a maximum of Rs. 4,000/-
4	Lower of 5% * (AP or FV) subject to a maximum of Rs. 1,000/-	Lower of 2% * (AP or FV) subject to a maximum of Rs. 2,000/-
5 and onwards	Nil	Nil

For single premium policies:

Where the policy is discontinued during the policy year	Maximum discontinuance charges for the policies having single premium up to Rs. 3,00,000/-	Maximum discontinuance charges for the policies having single premium above Rs. 3,00,000/-
1	Lower of 2% *(SP or FV) subject to a maximum of Rs.3,000/-	Lower of 1% *(SP or FV) subject to a maximum of Rs.6,000/-
2	Lower of 1.5% *(SP or FV) subject to a maximum of Rs. 2,000/-	Lower of 0.70% *(SP or FV) subject to a maximum of Rs. 5,000/-
3	Lower of 1% *(SP or FV) subject to a maximum of Rs.1,500/-	Lower of 0.50%*(SP or FV) subject to a maximum of Rs. 4,000/-
4	Lower of 0.5% *(SP or FV) subject to a maximum of Rs. 1,000/-	Lower of 0.35% *(SP or FV) subject to a maximum of Rs. 2,000/-
5 and onwards	Nil	Nil

AP- Annualized premium

SP-Single premium

FV- Fund value

VI. **Switching charge:** This is a charge levied on switching from one segregated fund to another available within the product. The charge per each switch, if any, shall be levied at the time of executing the switch. The maximum switching charge shall be Rs.500 per switch.

VII. **Mortality or morbidity charge:** This is the cost of life or health insurance cover. It is exclusive of any expense loadings and is levied by cancellation of units. This charge, if any, shall be levied at the beginning of each policy month from the fund.

- i. The method of computation shall be explicitly stated in the policy document. The mortality or morbidity charge table shall form part of the policy document.
- ii. Mortality charge table shall be guaranteed during the contract period.
- iii. The mortality or morbidity charge for the mortality or morbidity risk covered shall:
 - a. only reflect the pure risk charges for the cover offered and shall not include any allowance for expenses or any other parameters;
 - b. be reasonable and consistent with the specified mortality tables or morbidity tables, if any;
 - c. be demonstrated with the support of insurer's own experience, wherever applicable;
 - d. be expressed as per Rs. 1,000/- sum at risk for each age.

VIII. Rider charge or rider premium:

i. In case rider is attached to a unit linked insurance product, the cost of such rider cover shall be levied either through rider charge or level rider premium, but not both. This should be explicitly mentioned in policy document and other product filing documents, as the case may be.

ii. The cost of rider cover can be levied through level rider premium provided:

- a. the rider premium does not contain any expense loading; and
- b. the premium payment term and policy term of the riders are consistent with premium payment term and policy term of the base unit linked insurance product; and
- c. the level rider premium shall be levied in addition to the base premium.

iii. In case the rider cost is levied through charge, such charges shall be exclusive of expense loadings and levied separately to cover the cost of rider benefit. The rider charge, if any, shall be levied by cancellation of units. This charge is levied at the beginning of each policy month from the fund. The rider charge table shall form part of the policy document. The rider charge shall be expressed as per Rs. 1,000/- sum assured for each age

IX. **Partial withdrawal charge:** This is a charge levied on the unit fund at the time of partial withdrawal of the fund during the contract period. The maximum partial withdrawal charge shall be Rs.500/- per transaction.

X. Miscellaneous charge:

- i. This is a charge levied for any alterations within the contract, such as, increase in sum assured, premium redirection, change in policy term etc. This charge shall be expressed as a flat amount. This charge shall be levied by cancellation of units.
- ii. This charge is levied only at the time of alteration. The maximum miscellaneous charge shall be Rs.500/- per alteration.

XI. Other conditions on charges:

- i. The charges mentioned herein shall not be modified or changed without obtaining appropriate approval.
- ii. All the charges, where upper limit is mentioned in clause 2(A)(vi)(c) of this schedule, may be modified within the upper limits, with supporting data after obtaining appropriate approval.
- iii. The systems and processes for managing unit funds, computation of NAV, calculation of units and deduction of charges shall be reviewed once in a financial year by the insurer.

XII. Before launch of a product, insurers shall ensure the reduction in yield i.e. difference between gross and net yield, for policies, does not exceed the limits mentioned in the table below:

Number of years completed since inception	Maximum permissible reduction in yield (% per annum)
5	4.00%
6	3.75%
7	3.50%
8	3.30%
9	3.15%
10	3.00%
11 and 12	2.75%
13 and 14	2.50%
15 and thereafter	2.25%

- i. The equation of value, considering the premiums paid by policyholder and the fund value projected with gross rate of returns 6%, 8% and 10% per annum for each policy year under demonstration, shall give the effective net yield per annum expected to be earned on the contract at the point of sale. The projection of fund shall consider all the charges. However, charges for mortality, morbidity, cost of rider benefits, investment guarantee, tax on charges (as applicable) and extra premium due to underwriting emanating from extraordinary health conditions may be excluded in the calculation of the net yield.
- ii. The policyholders' options such as partial withdrawals, premium redirection, switches, settlement options, top up premium, which affect the net yield, shall not be considered for the demonstration of reduction yield.

vii) Discontinued policy fund:

Each insurer shall have three separate discontinued policy funds: one for all pension products, one for all life insurance products and one for all health insurance products. Each of these funds shall comprise of all the discontinued policy funds of all the policies offered under the respective unit linked insurance products. Only fund management charges shall be applicable on such funds.

viii) Minimum guaranteed interest rate:

- (a) The minimum guaranteed interest rate applicable to the discontinued fund shall be specified by the Competent Authority from time to time.
- (b) The excess income earned in the discontinued fund over and above the minimum guaranteed interest rate shall also be apportioned to the discontinued policy fund in arriving at the proceeds of the discontinued policies and shall not be made available to the shareholders.
- ix) The maturity benefit shall be at least equal to the balance in the unit fund value available on the date of maturity.

B. INDEX LINKED INSURANCE PRODUCT:

- a. The insurer shall ensure compliance with the principles of transparency, simplicity, fairness, awareness and liquidity of indices.

- b. The NAV shall be linked to underlying publicly available index. All other provisions of unit linked insurance products shall be applicable in mutatis mutandis to index linked insurance products.

C. NON-LINKED INSURANCE PRODUCTS:

- a. Under non-linked par products, the maturity benefits shall closely reflect the asset share and the bonus accruals during the term shall be as follows:
 - i. regular bonus shall be declared only on an annual basis;
 - ii. interim bonus shall be declared at the annual valuation period, which shall become payable during the inter-valuation period.
 - iii. terminal bonus or other forms of bonus, if any, shall become payable on the specified events or at the end of the term of the policy.
- b. Under non-linked non par individual savings products, the benefit shall be guaranteed in terms of an absolute amount at the inception of policy.
- c. In case of savings products, other than term insurance product with return of premium, survival benefits including maturity benefit shall result in at least non-zero positive return to the policyholder.

D. PENSION PRODUCTS:

- a. Pension products may be offered either under linked insurance product or non-linked insurance product.
- b. Pension products offered to individuals shall:
 - i) have explicitly defined assured benefit that is payable either on death or on any health contingency, if covered;
 - ii) have explicitly defined assured benefit that is payable on vesting under non-linked products;
 - iii) be optional to offer the assured benefit in case of vesting for Linked Insurance Products.
- c. The benefit under the pension products shall be utilized on the date of vesting or surrender or death, as per the policy terms and conditions.
- d. For all group fund based non-linked pension products under defined benefits scheme, subscribed by an employer, there shall be an assured benefit that is available on death of a member.
- e. For all group fund based non-linked pension products with the defined contributions scheme, subscribed by an employer where the scheme maintains individual member accounts, there shall be an assured benefit that shall be applicable on each of such individual accounts.
- f. An assured benefit means at least one of the guarantees from the following options:
 - i) non-zero positive rate of return on the premiums paid, excluding applicable tax, from the date of payment to date of vesting; or
 - ii) an absolute amount to be paid on death or maturity or health contingency (which shall result in non-zero positive return).

E. ANNUITY PRODUCTS INCLUDE IMMEDIATE ANNUITY AND DEFERRED ANNUITIES WHEREIN UNDERLYING ANNUITY SHALL BE GUARANTEED FOR LIFE. ANNUITY PAYMENTS MAY VARY WITH A PUBLICLY AVAILABLE BENCHMARK SUBJECT TO CONDITIONS AS MAY BE SPECIFIED BY THE COMPETENT AUTHORITY.

3. Minimum sum assured:

For all life insurance products, the minimum sum assured on death or minimum sum assured under health cover, as applicable during the entire term of the policy, shall not be less than as mentioned herein:

Minimum Sum Assured		
Age at Entry	Single Premium	Regular Premium and Limited Premium
Less than 50 years	1.25 times of single premium	7 times the annualized premium
50 years and above	1.10 times of single premium	5 times the annualized premium

The provision of the minimum Sum Assured shall not be applicable to reduced paid-up policies, pension products, annuity products, decreasing cover pure risk products and group fund based products.

The multiples mentioned in this clause are minimum and insurers should also offer higher multiple(s) to policyholders. These higher multiples shall be in accordance with the risk appetite and Board approved underwriting policies of the insurer.

The minimum death benefit or health cover for all life insurance products other than single premium shall be at least 105% (one hundred and five percent) of the total premiums paid up to the date of occurrence of covered contingency, except for immediate annuity products and group fund based products.

4. Surrender value:

The surrender value shall be derived using generally accepted actuarial principles, including but not limited to:

- (1) The policyholders are treated equitably at the time of surrender.
- (2) The surrender value payable shall be fair and reasonable to the policyholders.
- (3) Surrender value shall follow a smooth progression and shall be close to the expected maturity value towards the end of the policy term.
- (4) As part of the product design, insurers may offer higher surrender value than the minimum guaranteed surrender values for the products referred in clause 4 (A) (a) of this schedule.
- (5) Special surrender value factors for the calculation of the special surrender values shall be based on the asset share or notional asset share, as applicable, and for the purpose of such asset share computation:
 - (i) The computation of asset share shall be as per the prevailing Guidance Note or Actuarial Practice Standard issued by the Institute of Actuaries of India from time to time.
 - (ii) The notional asset share calculation shall also be consistent with the principles set out in the Guidance Note or Actuarial Practice Standard, subject to:
 - (a) expenses being consistent with the pricing basis. However, the expenses shall not exceed the applicable limits specified in the Insurance Regulatory and Development Authority of India (Expenses of Management, including Commission, of Insurers) Regulations, 2024 and,
 - (b) interest rate shall not be less than the “pricing interest rate less 50 basis points (bps)”.
- (6) Insurers shall enhance the disclosures and improve transparency in the sales process by ensuring the following additional measures:
 - (i) The customer is informed regarding all the terms and conditions of the policy in detail including those related to the lapse and surrender of the policy.
 - (ii) Customised benefit illustrations shall incorporate surrender values and shall be signed by the prospective policyholder as well as the insurance agent or authorized person of intermediary or such other distribution channel, as may be specified by the Competent Authority, or authorized person of the insurer involved in sales process, as the case may be, to enable the customer to understand the benefits under the policy including guaranteed and special surrender values across all durations and to take an informed decision at the point of sale.

A. Surrender value under non-linked insurance products:

- a) 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 a guaranteed surrender value.

- (1) Other than single premium products: The policy shall acquire a guaranteed surrender value on payment of premium for at least two consecutive years. The guaranteed surrender value shall be at least:
 - i. 30% of the total premiums paid less any survival benefits already paid, if surrendered during the second year of the policy.
 - ii. 35% of the total premiums paid less any survival benefits already paid, if surrendered during third year of the policy.
 - iii. 50% of the total premiums paid less any survival benefits already paid, if surrendered between the fourth year and seventh year of the policy, both years inclusive.
 - iv. 90% of the total premiums paid less any survival benefits already paid, if surrendered during the last two years of the policy provided the surrender value beyond the seventh year shall follow a smooth progression and converge to at least 90% of the total premiums paid less any survival benefits already paid, as the policy approaches maturity.
- (2) Single premium products: The guaranteed surrender value shall be at least:
 - i. 75% of the total premiums paid less any survival benefits already paid, if surrendered any time within third policy year.
 - ii. Subject to (iii), 90% of the total premiums paid less any survival benefits already paid, if surrendered in the fourth policy year.
 - iii. 90% of the total premiums paid less any survival benefits already paid, if surrendered during the last two years of the policy provided the surrender value beyond the fourth year shall follow a smooth progression and converge to at least 90% of the total premium paid less any survival benefits already paid, as the policy approaches maturity.
- (3) The surrender value of the any subsisting bonus and any accrued guaranteed additions shall be added to the guaranteed surrender value.
- (4) The special surrender value shall represent the asset share in case of the par policies, where the asset share shall be determined in accordance with the Guidance Note or Actuarial Practice Standards issued by the Institute of Actuaries of India. For non-par savings policies, the special surrender value shall reflect the notional asset share, guaranteed maturity or survival benefits under the policy.
- (5) The surrender value shall be the higher of the:
 - a) surrender value as calculated in accordance with clauses 4(A)(a)(1), 4(A)(a)(2) and 4(A)(a)(3) of this schedule; or
 - b) the special surrender value.
- (6) A policy which has acquired a surrender value shall not lapse by reason of the non-payment of further premiums but shall be kept in-force to the extent of the paid-up sum assured and the subsisting reversionary bonuses including guaranteed addition, if any, except for policies whose paid up sum assured is less than the amounts mentioned in clause 4(A)(a)(8) of this schedule.
- (7) For other than single premium policies, the paid up sum assured (before inclusion of reversionary bonuses or the guaranteed additions, if any):
 - i. On death or for health cover: shall not be less than the amount arrived as the ratio of the total period for which premiums have already been paid bears to the maximum period for which premiums were originally payable multiplied by the “Sum assured on death” or “Sum assured under health cover”, as applicable.
 - ii. On maturity: shall not be less than amount arrived as the ratio of the total period for which premiums have already been paid bears to the maximum period for which premiums were originally payable multiplied by the sum assured on maturity.
 - iii. Adjustment may be made to the paid up sum assured calculated as above on account of survival benefits paid, if any.
- (8) Clause 4(A)(a)(6) of this schedule shall not apply where the paid up sum assured:
 - i. of the policy exclusive of attached bonuses and the guaranteed additions, if any, (other than micro insurance business) is less than rupees two thousand five hundred.

- ii. of the policy exclusive of attached bonuses and the guaranteed additions, if any, under micro insurance business is less than rupees five hundred.
 - iii. takes the form of an annuity of less than rupees two hundred fifty per month.
- (9) In case the paid up sum assured of a policy is less than as mentioned in clause 4(A)(a)(8) of this schedule, policy may be terminated after expiry of revival period by paying the surrender value.
- b) The group fund based products may levy a surrender charge not exceeding 0.05 per cent of the total fund value with a maximum cap of rupees five lakh (Rs.5,00,000/-), if the policy is surrendered within third annual renewal of the policy.

B. Surrender value under linked insurance policy:

- a) All individual linked insurance and pension products shall acquire surrender value in the following manner:
- (1) **Discontinuance of policy during the lock-in period:** On surrender during the lock-in period, the unit fund value after deducting applicable discontinuance charges shall be credited to the discontinuance policy fund and risk cover and rider cover, if any, shall cease. The proceeds of the discontinuance policy fund shall become payable at the end of the lock-in period.
- (2) **Discontinuance of policy after the lock-in-period:**
- i. In case of surrender of policy, the surrender value shall be at least equal to the unit fund value as on the date of surrender.
 - ii. Upon expiry of the grace period, in case of discontinuance of policy due to non-payment of premium, for other than single premium policies, the policy shall be converted into a reduced paid up policy with the paid-up sum assured i.e. original sum assured multiplied by a ratio of “total period for which premiums have already been paid” to the “maximum period for which premiums were originally payable” as per the terms and conditions of the policy. The policy shall continue to be in reduced paid-up status without rider cover, if any. All charges as per terms and conditions of the policy may be deducted during the revival period. However, the mortality charges shall be deducted based on the reduced paid up sum assured only. In case the policyholder does not surrender or revive the policy within the revival period, the policy will continue to be in reduced paid up status. At the end of the revival period the proceeds of the policy fund shall be paid to the policyholder and the policy shall terminate.
- b) The group unit linked insurance products may levy a surrender charge not exceeding 0.05 per cent of the fund, with a maximum cap of rupees five lakh (Rs. 5,00,000/-), if the policy is surrendered within the third renewal of the policy.

5. Minimum benefit:

No life insurer shall pay or undertake to pay an amount of benefit excluding any profit or bonus on policy of insurance, which is less than the following:

- i. annuity of rupees one thousand (Rs. 1,000/-) per month, for policies for other than Government sponsored insurance scheme and National Pension Schemes where annuity shall be as per respective scheme;
- ii. gross sum of rupees ten thousand (Rs. 10,000/-) except under micro-insurance;
- iii. gross sum of rupees five thousand (Rs. 5,000/-) for micro-insurance.

Provided that this shall not prevent any insurer from converting any policy into a paid-up policy of any value or payment of surrender value of any amount.

The Competent Authority may, however, approve annuities and other benefits lower than the amount mentioned in this clause under extraordinary circumstances.

Schedule-II: Specific provisions applicable to general insurance products (refer regulation 4)

1. Definitions:

- (a) “Commercial product” is a general insurance product that is designed for other than individuals or households.
- (b) “Known accumulation” shall mean the combined exposure of insured risks or insured interests that would in all likelihood be impacted by a loss occurrence. “Known accumulation” shall bear the same meaning as may be expressly stated or may be inferred from the underwriting guidelines of the insurer

and/or relevant reinsurance treaty agreement defining or setting general guidelines on single risk and/ or one accumulation.

- (c) “Large risk” is a single exposure (Single risk or Known accumulation) that exceeds the Underwriting capacity of the insurer.
- (d) “Retail product” is an insurance product designed for individuals or households as also for micro or small businesses.
- (e) “Single risk” shall mean one risk assessed as such and shall include one Known accumulation of risks as defined by the underwriting guidelines of the insurer and which definition shall be aligned to that specified in the terms and conditions of the Treaty Reinsurance protection arrangement of the insurer applying to the Line(s) of Business and/or Product.
- (f) “Underwriting capacity” means the largest monetary amount of a Single risk that an insurer can assume with the support of Treaty Reinsurance protection.

2. Classification of Products:

General insurance products shall be classified into two categories viz. Retail products and Commercial products.

3. Large Risks:

Any large risk shall be underwritten only with the prior approval of the Risk Management Committee (RMC).

Schedule III: Specific provisions applicable to health insurance products (refer regulation 4)

1. Definitions:

- 1.1. “AYUSH treatment” refers to the medical and / or hospitalization treatments given under Ayurveda, Yoga and Naturopathy, Unani, Siddha and Homeopathy systems.
 - 1.2. “Break in policy” means the period of gap that occurs at the end of the existing policy term/installment premium due date, when the premium due for renewal on a given policy or installment premium due is not paid on or before the premium renewal date or grace period.
 - 1.3. “Grace period” means the specified period of time, immediately following the premium due date during which premium payment can be made to renew or continue a policy in force without loss of continuity benefits pertaining to waiting periods and coverage of pre-existing diseases. Coverage need not be available during the period for which no premium is received. The grace period for payment of the premium for all types of insurance policies shall be: fifteen days where premium payment mode is monthly and thirty days in all other cases.
- Provided the insurers shall offer coverage during the grace period, if the premium is paid in instalments during the policy period.
- 1.4. “Migration” means a facility provided to policyholders (including all members under family cover and group policies), to transfer the credits gained for pre-existing diseases and specific waiting periods from one health insurance policy to another with the same insurer.
 - 1.5. “Portability” means a facility provided to the health insurance policyholders (including all members under family cover), to transfer the credits gained for, pre-existing diseases and specific waiting periods from one insurer to another insurer.
 - 1.6. “Pre-existing disease (PED)” means any condition, ailment, injury or disease:
 - a) that is/are diagnosed by a physician not more than 36 months prior to the date of commencement of the policy issued by the insurer; or
 - b) for which medical advice or treatment was recommended by, or received from, a physician, not more than 36 months prior to the date of commencement of the policy.

Provided that the definition of the pre-existing disease shall not be applicable for Overseas Travel Policies.

Life insurers may define norms for applicability of PED at reinstatement.

- 1.7. “Specific waiting period” means a period up to 36 months from the commencement of a health insurance policy during which period specified diseases/treatments (except due to an accident) are not covered. On completion of the period, diseases/treatments shall be covered provided the policy has been continuously renewed without any break.

2. Classification of products:

For the purpose of these regulations, health insurance products shall be classified into either indemnity or benefit based products and may be offered to individual or families or groups.

2.1. Types of policies:

- 2.1.1 Indemnity based health insurance policy means an insurance policy that compensates an insured for the loss due to occurrence of an insured event as specified in the policy.
- 2.1.2 Benefit based health insurance policy means an insurance policy that pays fixed amount on the occurrence of an insured event as specified in the policy.

3. Scope of health insurance business:

- 3.1. General insurers and health insurers may offer individual and group health insurance products on either indemnity and/or benefit basis.
- 3.2. Life insurers may offer individual and group health insurance products on benefit basis. Life insurers may also offer health insurance product under unit linked platform.
Provided that a life insurer shall not offer indemnity based products either individual or group.
- 3.3. Credit linked products can be offered up to the loan period not exceeding five years.
- 3.4. Overseas or domestic travel insurance policies may only be offered by general insurers and health insurers.
- 3.5. Health insurance products of life insurers shall also be subject to the provisions in the Schedule I of these regulations, wherever applicable.

4. Pricing:

- 4.1 Premium shall remain unchanged for the policy term. Insurers may offer facility of premium payment in instalment.
- 4.2 Insurers may devise mechanism(s) or incentive(s) to reward policyholders for early entry, continued renewals, favourable claims experience, preventive and wellness habits and disclose upfront such mechanism or incentives in the prospectus and the policy document. Provided that what is proposed to be covered as part of wellness and preventive habits be clearly defined in each and every product.

5. AYUSH coverage:

Insurers shall have a Board approved policy for providing AYUSH coverage, which *interalia*, shall include their approach towards placing AYUSH treatments at par with other treatments for the purpose of health insurance so as to provide an option for the policyholders to choose treatment of their choice.

6. Product design:

- 6.1 Insurers shall ensure that they offer health insurance products to cater to all the age groups.
- 6.2 Insurers may design products specifically for senior citizens, students, children, maternity and any other group as specified by the Competent Authority.
- 6.3 Insurers shall endeavor to offer coverage for persons with all types of existing medical conditions.

7. Pre-existing diseases and specific waiting period:

Waiting period for pre-existing diseases disclosed by the persons to be insured, shall be maximum up to 36 months of continuous coverage under the Health Insurance policy. Insurers may endeavor to have lesser pre-existing disease waiting period and specific waiting period in the health insurance products.

Provided that the above waiting period norm of pre-existing disease shall not be applicable for Overseas Travel Policies.

8. Moratorium (applicable for health insurance policies issued by general and health insurers):

After completion of sixty continuous months of coverage (including portability and migration) in health insurance policy, no policy and claim shall be contestable by the insurer on grounds of non-disclosure, misrepresentation, except on grounds of established fraud. This period of sixty continuous months is called as moratorium period. The moratorium would be applicable for the sums insured of the first policy. Wherever,

the sum insured is enhanced, completion of sixty continuous months would be applicable from the date of enhancement of sums insured only on the enhanced limits.

9. Renewal of health policies issued by general insurers and health insurers (not applicable for travel and personal accident policies):

- 9.1 A health insurance policy shall be renewable except on grounds of established fraud or non-disclosure or misrepresentation by the insured, provided the policy is not withdrawn and also subject to conditions stated at clause 8 of this schedule.
- 9.2 An insurer shall not deny the renewal of a health insurance policy on the ground that the insured had made a claim or claims in the preceding policy years, except for benefit based policies where the policy terminates following payment of the benefit covered under the policy like critical illness policy.
- 9.3 The insurer shall condone a delay in renewal up to the grace period from the due date of renewal without considering such condonation as a break in policy.
- 9.4 For individual products, the loadings on renewal premium shall be at portfolio and not based upon any individual policy claim experience. However, discount in premium may be provided by insurers to individual policyholders for good claims experience.
- 9.5 No insurer shall resort to fresh underwriting by calling for medical examination, fresh proposal form etc. at renewal stage where there is no change in sum insured offered. Provided that where there is an improvement in the risk profile, the insurer may endeavour to recognize that for removal of loadings at the point of renewal.

10. Migration and portability of health insurance policy:

- 10.1 General insurers and health insurers offering indemnity based health insurance policy except Personal Accident and Travel Policies, shall provide an option of migration to an alternative health insurance product to the extent of the sum insured and the benefits available in the previous policy. The insurer may underwrite the proposal in case of migration, if the insured is not continuously covered for 36 months.
- 10.2 All indemnity based health insurance policies issued by general and health insurers except Personal Accident and Travel Policies, shall allow the portability of policies to the extent of the sum insured and the benefits available in the previous policy, irrespective of individual or group policy subject to the Board approved underwriting policy of the insurers.
- 10.3 Life insurers may allow portability, wherever possible, as per the policy terms.

11. Special provisions for senior citizens:

All insurers shall establish a separate channel to address the health insurance related claims and grievances of senior citizens. The details of such channel shall be available in the website of the insurers.

