



## स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमाकर्ता क्या वे आपको कवर करने के लिए अतिरिक्त विस्तृत हैं?

क्या स्वसंपूर्ण स्वास्थ्य बीमा कंपनियां आपको बेहतर कवरेज देती हैं? क्या वे उच्च प्रीमियम दरों पर शुल्क लगाते हैं? आपको किस निष्कर्ष और बहिष्करण की अपेक्षा करनी चाहिए? क्या कुल मिलाकर उनके उत्पाद अधिक आकर्षक हैं? ये ऐसे प्रश्न हैं, जिन्हें आपने अपने स्वास्थ्य-बीमा विकल्पों पर विचार करते समय सोचा होगा। निम्नलिखित रिपोर्ट में, जैसा कि हम स्टैंडअलोन बीमाकर्ताओं द्वारा व्यक्तियों के लिए विभिन्न स्वास्थ्य-बीमा योजनाओं की तुलना करते हैं, हम ऐसी योजनाओं की बुनियादी विशेषताओं की भी व्याख्या करते हैं जो यह तय करने में आपकी मदद करेंगे कि क्या ये आपके लिए उपयुक्त हैं।

– सुबास तिवारी और गोपाल रवि कुमार

**इ**स अध्ययन के लिए, हमने उपभोक्ता प्रतिक्रिया और उत्पाद संरचना के आधार पर सात बीमा योजनाओं को चुना। जिन मापदंडों पर हमने उनकी तुलना की है, उनमें न्यूनतम और अधिकतम प्रवेश आयु, न्यूनतम और अधिकतम बीमा राशि, पूर्व और बाद के दिनों में अस्पताल में भर्ती के खर्च, दिन-प्रतिदिन की प्रक्रियाओं (संख्या), अस्पताल में भर्ती होने वाले एम्बुलेंस कवर, दैनिक नकदी, पहले से मौजूद बीमारियां कवर (प्रतीक्षा

अवधि), मुफ्त स्वास्थ्य जांच और नीति कार्यकाल का प्रावधान शामिल किया गया है।

हमने 35 वर्षीय स्वस्थ पुरुष द्वारा खरीदी गई पॉलिसी के लिए कंपनियों द्वारा लगाए गए एक साल के प्रीमियम के लिए (20 अंक) के साथ-साथ उपभोक्ता प्रतिक्रिया (20 अंक) को सबसे अधिक वेटेज दिया है। उत्तरार्द्ध ने सेवाओं की गुणवत्ता और साथ ही सबसे महत्वपूर्ण और लाभकारी चर निर्धारित करने में मदद की है। इन चर का उत्पाद संरचना पर सीधा असर पड़ता है।

**व्यक्तिगत रूप से स्टैंडअलोन हेल्थ इंश्योरेंस के प्लान्स :**

सीवी वेटेज अंक (100)		आदित्या बिरला	रेलिंगियर हेल्थ	
		एक्टिव एश्योर डायमंड	केयर	
3	न्यूनतम प्रवेश आयु	5 years (1)	No limit (3)	
2	अधिकतम प्रवेश आयु (वर्ष)	No limit (2)	No limit (2)	
10	बीमित राशि – न्यूनतम (रु, लाख में)	2.00 (10)	3.00 (7)	
15	बीमित राशि – अधिकतम (रु, लाख में)	200 (15)	75 (11)	
3	पूर्व अस्पताल में भर्ती (दिन)	30 (1)	30 (1)	
3	पोस्ट-हॉस्पिटलाइज़ेशन (दिन)	60 (1)	60 (1)	
5	डे-केयर प्रक्रियाओं (संख्या)	586 (4)	500 (3)	
2	पहले से मौजूद बीमारी कवर (प्रतीक्षा अवधि, वर्षों में)	4 (1)	4 (1)	
4	निः शुल्क स्वास्थ्य जांच	Yearly (4)	Yearly (4)	
3	पॉलिसी का कार्यकाल (वर्ष)	1, 2, 3 (3)	1, 2, 3 (3)	
5	प्रति अस्पताल में प्रति एम्बुलेंस कवर (अधिकतम, रु में)	2,000 (4)	2,000 (4)	
5	दैनिक नकद (रु। प्रति दिन)	NS (0)	NS (0)	
20	*35 साल की उम्र के लिए 1 साल का प्रीमियम	7,938 (20)	8,479 (16)	
20	उपभोक्ता की प्रतिक्रिया	10	12	
<b>कुल</b>		<b>76</b>	<b>68</b>	

**टिप्पणियाँ:**

- क) यहाँ दी गई जानकारी वेबसाइटों / ब्रोशर / ग्राहक सेवा से प्राप्त की गई है।
- ख) बीमित राशि और प्रीमियम व्यक्ति की आयु, स्वास्थ्य-जोखिम प्रोफाइल, बीमा की अवधि और बीमा-जोखिम वाले मानदंडों के लिए चुने गए लाभों पर निर्भर हैं।
- ग) हमने इस अध्ययन के लिए स्टैंडअलोन स्वास्थ्य-बीमा कंपनियों के लिए चुना है जो व्यक्तिगत स्वास्थ्य-बीमा नीतियों की पेशकश करते हैं।
- घ) इस अध्ययन के लिए, केवल व्यक्तिगत नीतियों को लिया गया है (पारिवारिक प्लान्स नहीं)।
- ङ) एनएस – निर्दिष्ट नहीं है
- च) कई कंपनियों में लैज प्रीमियम में शामिल / बहिष्कृत है और इसलिए यहाँ निर्दिष्ट नहीं है।  
\*संकेतित प्रीमियम राशि एक स्वस्थ पुरुष के लिए 10 लाख रुपये की बीमा राशि के लिए है।

**कंज्यूमर वॉयस का सुझाव**

**सर्वोच्च खरीद- किफायती ब्रांड  
आदित्या बिरला  
(एक्टिव एश्योर डायमंड)**



**तुलनात्मक चार्ट**

रियलायंस हेल्थ	अपोलो म्यूनिक	सिग्ना टीटीके	मैक्स बूपा	स्टार हेल्थ
मोर हेल्थ	ईजी हेल्थ इंडिविजुअल एक्क्लुसिव	प्रो हेल्थ प्लस	गो एक्टिव	कॉम्प्रिहेंसिव बीमा
91 days (2)	5 years (1)	91 days (2)	91 days (2)	3 months (2)
65 (1)	65 (1)	No limit (2)	65 (1)	65 (1)
3.00 (7)	3.00 (7)	4.50 (4)	4.00 (4)	5.00 (1)
100 (11)	50 (2)	50 (2)	25 (2)	25 (2)
90 (3)	60 (2)	60 (2)	90 (3)	30 (1)
180 (3)	90 (2)	180 (3)	180 (3)	60 (1)
Covered (5)	Covered (5)	500 (3)	Covered (5)	405 (2)
3 (2)	3 (2)	4 (1)	3 (2)	4 (1)
NS (0)	Every 3 years (3)	Yearly (4)	Yearly (4)	Every 3 claim-free years (1)
1, 2 (2)	1, 2 (2)	1, 2, 3 (3)	1, 2 (2)	1 (1)
NS (0)	2,000 (4)	3,000 (5)	3,000 (5)	3,500 per policy period (2)
NS (0)	800 (3)	2,000 (5)	NS (0)	750 per day up to 7 days (1)
8,600 (16)	10,226 (8)	11,372 (4)	12,449 (1)	11,475 (4)
11	11	11	10	10
63	53	51	44	30





स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियों को 'स्वास्थ्य विशेषज्ञों' के रूप में भी जाना जाता है। बीमाकर्ताओं की इस श्रेणी से जुड़े कुछ अलग फायदे हैं। चूंकि वे एक उत्पाद पर ध्यान केंद्रित करते हैं, इसलिए आजीवन स्वास्थ्य सेवा की आवश्यकता वाली गंभीर बीमारियों के संबंध में भिन्नता और कवरेज के लिए अधिक गुंजाइश है। इस

प्रकार, कोई उनसे कुछ विशिष्ट बीमारियों के लिए नए उत्पादों की अपेक्षा कर सकता है, जिससे बीमाकर्ता की जिम्मेदारी और अधिक बढ़ जाती है। जबकि, जिन्हें आमतौर पर बाहर रखा जाता है या लंबे समय तक प्रतीक्षा अवधि के अधीन किया जाता है – उदाहरण के लिए, कैंसर-विशिष्ट और मधुमेह-विशिष्ट उत्पाद।

सामान्य निष्कर्ष	सामान्य बहिष्करण
प्रवेश खर्च सहित मरीज के खर्च में	मृत्यु लाभ
पूर्व-अस्पताल में भर्ती और अस्पताल में भर्ती के बाद के खर्च	पहले से मौजूद रोग (पीईडी)
उपचारात्मक-उपचार खर्च	आत्म रूप से घायल
डे-केयर प्रक्रिया	आत्महत्या के प्रयास के कारण अस्पताल में भर्ती
स्वास्थ्य जांच	दवा, शराब आदि के उपयोग के कारण अस्पताल में भर्ती
आयुष उपचार	दंत चिकित्सा
दैनिक नकद	मनोवैज्ञानिक / मानसिक विकार
दूसरी राय	एचआईवी + / एड्स
एम्बुलेंस शुल्क	युद्ध / परमाणु हमले का जोखिम उठाती है
अंग-दाता खर्च	मोटापा / कॉस्मेटिक सर्जरी
कर लाभ	
पुनर्भरण / पुनर्स्थापना लाभ	

### कर लाभ

स्वास्थ्य-बीमा पॉलिसियों के लिए भुगतान किया गया प्रीमियम आपको आयकर अधिनियम की धारा 80 डी के तहत कर कटौती का दावा करने की अनुमति देता है। यह लाभ स्वयं, पति / पत्नी, बच्चों और माता-पिता के लिए भुगतान किए गए स्वास्थ्य-बीमा प्रीमियम पर व्यक्तियों को उपलब्ध है। महत्वपूर्ण रूप से, इससे कोई फर्क नहीं पड़ता कि बच्चे या माता-पिता आप पर निर्भर हैं या नहीं। कर लाभ की मात्रा उस व्यक्ति की आयु पर निर्भर करती है जो चिकित्सकीय रूप से बीमाकृत है।

### अपने लिए

स्वास्थ्य-बीमा प्रीमियम की ओर भुगतान के लिए प्रति वर्ष 25,000 रुपये की अधिकतम कटौती उपलब्ध है। इसके अलावा, प्रत्येक आकलन वर्ष के लिए वार्षिक मेडिकल चेकअप की ओर 5,000 रुपये की कर कटौती का हकदार है।

धारा 80डीडीबी निर्दिष्ट बीमारी (ओं) या स्वयं या आश्रित रिश्तेदारों के 40,000 रुपये तक के चिकित्सा उपचार के लिए किए गए खर्च के संबंध में कर कटौती का प्रावधान करता है।

### आश्रित माता-पिता के लिए

सेक्शन 80डी के तहत, एक स्वास्थ्य कर पॉलिसी कवर के लिए महिला/पुरुष आश्रित माता-पिता के लिए एक व्यक्तिगत करदाता द्वारा भुगतान किए गए प्रीमियम के लिए, कर छूट 60,000 रुपये तक उपलब्ध है। धारा 80डीडीबी के तहत, अगर माता-पिता / आश्रित वरिष्ठ नागरिकों के लिए व्यक्तिगत करदाता द्वारा चिकित्सा उपचार के लिए खर्च किया जाता है, तो कर छूट प्रति वर्ष 100,000 रु. होती है।

### वरिष्ठ नागरिकों के लिए

एक वरिष्ठ नागरिक के लिए, धारा 80 डी के तहत कर छूट स्वयं और आश्रितों के लिए 50,000 रुपये तक है।



चिकित्सा खर्चों की प्रतिपूर्ति के लिए जहां उनके नाम पर कोई स्वास्थ्य-बीमा पॉलिसी कवर नहीं है, कर छूट के रूप में 50,000 रुपये तक की राशि का दावा किया जा सकता है। इस कटौती का दावा करने के लिए, यह अनिवार्य है कि स्वास्थ्य-बीमा प्रीमियम / चिकित्सा व्यय का भुगतान नकद के अलावा एक मोड द्वारा किया जाए।

### टेकअवे

- क) कर के लाभों के साथ उचित प्रीमियम पर अधिकतम लाभ प्राप्त करने के लिए प्रवेश की प्रारंभिक उम्र में एक पॉलिसी खरीदें।
- ख) लंबी-अवधि की नीतियों और प्रीमियम पर छूट के लिए जाएं।
- ग) अधिकतम प्री-हॉस्पिटलाइजेशन और पोस्ट-हॉस्पिटलाइजेशन दिनों के साथ पॉलिसी देखें।
- घ) कोई उप-सीमा / कोई कैपिंग / कोई सह-भुगतान नहीं करना बेहतर है।

### क्या करें व क्या न करें

#### क्या करें

जब आप स्वास्थ्य-बीमा पॉलिसी खरीदते हैं, तो आपको यह करना चाहिए:

- पता है कि कवरेज पर प्रतिबंध हैं
- पॉलिसी में नियम और शर्तों पर विशेष ध्यान दें:
  - क) पहले से मौजूद बीमारियों को छोड़कर खंड
  - ख) कुछ बीमारियों को कवर करने से पहले प्रतीक्षा की अवधि
  - ग) अस्पताल में भर्ती से संबंधित विभिन्न खर्चों पर प्रतिबंध या सीमा
  - घ) सह-भुगतान, जिसका अर्थ है कि आपको दावे का एक हिस्सा साझा करना होगा
  - ई) नवीकरण के लिए पूर्व शर्तें
  - च) प्रवेश पर और नवीकरण के लिए उम्र की ऊपरी सीमा
- पहले से मौजूद स्वास्थ्य समस्याओं सहित सभी विवरणों का खुलासा करें
  - एं) प्रमुख बीमारियाँ
  - बी) उच्च रक्तचाप या मधुमेह जैसी स्थितियाँ

- पता है कि अगर कंपनी मेडिकल टेस्ट रिपोर्ट (प्रवेश के समय आयु के आधार पर) चाहती है, तो आपको सभी प्रक्रियाओं और प्रलेखन आवश्यकताओं का पालन करना चाहिए
- जाँच करें कि परीक्षणों के लिए लागत कौन वहन करे
- बीमाकर्ता आपके प्रस्ताव को स्वीकार करने के बाद ही प्रीमियम का भुगतान करें
- जीवन के लिए सावधानीपूर्वक नीति को नवीनीकृत करें
- जाँच करें कि चिकित्सा परीक्षण कहाँ और कैसे किया जाएगा

### क्या न करें

- तथ्यों को मत छुपाइए या आप दावे के समय किसी विवाद का सामना कर सकते हैं।
- आपकी पॉलिसी के नवीनीकरण में एक दिन का भी अंतर नहीं है या आपका कवर अपर्याप्त या बेकार हो सकता है।

## आवश्यक प्रश्न

### • स्वास्थ्य बीमा क्यों महत्वपूर्ण है?

स्वास्थ्य बीमा खरीदना हमें अस्पताल में भर्ती होने की अचानक, अप्रत्याशित लागतों (और गंभीर बीमारियों की तरह अन्य कवर किए गए स्वास्थ्य कार्यक्रमों) से बचाता है, जो अन्यथा किसी की घरेलू बचत में एक बड़ी सेंध लगा सकते हैं या ऋणग्रस्तता की ओर ले जा सकते हैं। हम में से प्रत्येक विभिन्न स्वास्थ्य खतरों से अवगत कराया गया है और एक चिकित्सा आपातकाल हम में से किसी को भी पूर्व चेतावनी के बिना हड़ताल कर सकता है। हेल्थकेयर तेजी से महंगा हो रहा है, तकनीकी विकास, नई प्रक्रियाओं और अधिक प्रभावी दवाओं के साथ जो स्वास्थ्य देखभाल की लागत को भी बढ़ाती है। हालांकि इस तरह के उच्च उपचार खर्च कई लोगों की पहुंच से परे हो सकते हैं, स्वास्थ्य बीमा की सुरक्षा लेना अधिक किफायती है।

### • कैशलेस सुविधा क्या है?

बीमा कंपनियों ने अपने नेटवर्क के हिस्से के रूप में पूरे देश में कई अस्पतालों के साथ टाई-अप व्यवस्था की है। कैशलेस सुविधा की पेशकश करने वाली स्वास्थ्य-बीमा पॉलिसी के तहत, कोई भी पॉलिसीधारक अस्पताल के बिलों का भुगतान किए बिना किसी भी नेटवर्क अस्पताल में इलाज करा सकता है क्योंकि भुगतान बीमा कंपनी की ओर से सीधे तीसरे पक्ष के प्रशासक को किया जाता है। हालांकि, बीमा पॉलिसी द्वारा अनुमत सीमा या उप-सीमा से परे खर्च या पॉलिसी के तहत कवर किए गए खर्चों को पॉलिसीधारक द्वारा सीधे अस्पताल के साथ निपटाना होगा। यदि कोई ऐसे अस्पताल में उपचार लेता है जो नेटवर्क में नहीं है, तो कैशलेस सुविधा उपलब्ध नहीं है।

### • स्वास्थ्य-बीमा प्रीमियम को प्रभावित करने वाले कारक क्या हैं?

आयु एक प्रमुख कारक है जो प्रीमियम को निर्धारित करता है – आप जितने अधिक उम्र के हैं, प्रीमियम लागत उतनी ही अधिक होगी, क्योंकि आप बीमारियों के अधिक शिकार हो सकते हैं। पिछला चिकित्सा इतिहास एक और प्रमुख कारक है जो प्रीमियम निर्धारित करता है।

### • स्वास्थ्य-बीमा पॉलिसी क्या कवर नहीं करती है?

आपको प्रॉस्पेक्टस / पॉलिसी को पढ़ना चाहिए और समझना चाहिए कि इसके तहत क्या कवर नहीं है। आम तौर पर, पूर्व-मौजूदा बीमारियों (यह समझने के लिए पॉलिसी पढ़ें कि पहले से मौजूद बीमारी को किस रूप में परिभाषित किया गया है) को स्वास्थ्य-बीमा पॉलिसी के तहत बाहर रखा गया है। इसके अलावा, पॉलिसी आम तौर पर कवरेज के पहले वर्ष से कुछ बीमारियों को बाहर कर देती है और प्रतीक्षा अवधि भी लगाती है। कुछ निश्चित मानक बहिष्करण भी होते हैं जैसे कि चश्मे की कीमत, कॉन्टैक्ट लेंस और श्रवण यंत्र को कवर नहीं किया जाना, दंत चिकित्सा उपचार / सर्जरी (जब तक अस्पताल में भर्ती की आवश्यकता नहीं है) कवर नहीं किया जा रहा है, आक्षेप, सामान्य दुर्बलता, जन्मजात बाहरी दोष, वीनर रोग, जानबूझकर स्व-चोट, नशीली दवाओं का उपयोग / शराब, एड्स, निदान के लिए खर्च, एक्स-रे या प्रयोगशाला परीक्षण अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता के अनुरूप नहीं है, और सीजेरियन सेक्शन सहित गर्भावस्था या प्रसव से संबंधित उपचार।

• **क्या पॉलिसी के तहत दावों की कोई प्रतीक्षा अवधि है?**

हाँ, जब आप एक नई पॉलिसी लेते हैं, तो आमतौर पर पॉलिसी की स्थापना तिथि से 30 दिनों की प्रतीक्षा अवधि शुरू होती है, उस अवधि के दौरान कोई भी अस्पताल में भर्ती शुल्क बीमा कंपनी द्वारा देय नहीं होगा। हालांकि, यह किसी दुर्घटना के कारण होने वाले आपातकालीन अस्पताल में लागू नहीं होता है। यह प्रतीक्षा अवधि नवीनीकरण के तहत बाद की नीतियों के लिए लागू नहीं होगी।

• **स्वास्थ्य-बीमा पॉलिसी में पहले से मौजूद स्थिति क्या है?**

यह एक चिकित्सा स्थिति / बीमारी है जो आपके द्वारा स्वास्थ्य-बीमा पॉलिसी प्राप्त करने से पहले मौजूद थी, और यह महत्वपूर्ण है क्योंकि बीमा कंपनी बीमाकर्ता द्वारा जारी की गई पहली पॉलिसी से पहले 48 महीनों के भीतर ऐसी पूर्व-मौजूदा स्थितियों को कवर नहीं करती है। इसका मतलब है कि मौजूदा बीमा कवर के 48 महीने पूरे होने के बाद भुगतान के लिए पहले से मौजूद स्थितियों पर विचार किया जा सकता है।

• **यदि मेरी पॉलिसी की समाप्ति तिथि से पहले नवीनीकरण नहीं किया जाता है, तो क्या मुझे नवीकरण के लिए मना कर दिया जाएगा?**

यह पॉलिसी अक्षय हो जाएगी जब आप समाप्ति तिथि के 15 दिनों के भीतर प्रीमियम का भुगतान करेंगे ('ग्रेस अवधि' के रूप में संदर्भित)। हालांकि, उस अवधि के लिए कवरेज उपलब्ध नहीं होगा जिसके लिए बीमा कंपनी द्वारा कोई प्रीमियम प्राप्त नहीं किया गया है। अगर पॉलिसी ग्रेस अवधि के भीतर प्रीमियम का भुगतान नहीं किया जाता है तो पॉलिसी लैप्स हो जाएगी।

• **ए आई क्या मैं नवीनीकरण लाभों को खोए बिना अपनी पॉलिसी को एक बीमा कंपनी से दूसरी में स्थानांतरित कर सकता हूँ?**

हाँ, इंडियोरेंस रेगुलेटरी एंड डेवलपमेंट अथॉरिटी (IRDA) ने एक सर्कुलर जारी किया था, जिससे यह 1 अक्टूबर 2011 से प्रभावी हो गया, बीमा कंपनियों को निर्देश दिया कि वे एक बीमाकर्ता से दूसरे में और एक योजना से दूसरी में पोर्टेबिलिटी की अनुमति दें। इसका मतलब है कि व्यक्ति समय-सीमा के बहिष्करण और नो-क्लेम बोनस पर क्रेडिट पोर्ट कर सकता है। हालांकि, यह क्रेडिट पिछली पॉलिसी के तहत बीमित राशि (बोनस सहित) तक सीमित होना चाहिए। विवरण के लिए, कोई बीमा कंपनी से जांच कर सकता है।

• **स्वास्थ्य जांच 'सुविधा क्या है?**

कुछ स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी कुछ वर्षों में एक बार सामान्य स्वास्थ्य जांच की ओर निर्दिष्ट खर्चों का भुगतान करती हैं। आम तौर पर यह चार साल में एक बार उपलब्ध होता है।

आईआरडीए की वेबसाइट श्रोत है।

