



परिवार मेडीक्लेम-फेमिली के लिए पॉलिसी

जब कि यहाँ अनुसूची में नामनिर्दिष्ट बीमा धारक ने अनुसूची में दिये गये प्रस्ताव और चोपचा द्वारा, जो प्रस्ताव और चोपचा इस सविदा आधार माने जाएंगे और जिन्हें यहाँ समाहित किया गया समझा जाता है नेशनल इन्श्योरेंस कंपनी लि (जिसें एतदपरचात "कंपनी" कहा गया है) के पास यहाँ अनुसूची में उल्लिखित व्यक्ति (व्यक्तियों) (जिसें एतदपरचात "बीमाकृत व्यक्ति" कहा गया है) के संबंध में एतदपरचात बीमा के लिए आवेदन किया है और ऐसे बीमा के प्रतिफलस्वरूप प्रीमियम का भुगतान किया है।

अब यह पॉलिसी इस बात को साक्षी है कि यहाँ समाविष्ट या गुच्छांकित या अन्यथा यहाँ उल्लिखित शर्तों, प्रतिबंधों, अपवादों और परिभाषाओं, के अध्वधीन कंपनी वचन देती है कि यदि अनुसूची में विहित अर्वाध के अंदर और नवीकरण द्वारा इस पॉलिसी के जारी रहते हुए, किसी बीमाकृत व्यक्ति को बीमारी होती है अथवा वह किसी रूपगत (जिसें एतदपरचात "बीमारी" कहा गया है) से पीड़ित होता है अथवा दुर्घटना से उसे कोई शारीरिक जखम पहुंचता है (जिसें एतदपरचात "जखम" कहा गया है) और यदि ऐसी बीमारी या ऐसे जखम के लिए विधिवत अर्हताप्राप्त फिजिशियन/चिकित्सा विशेषज्ञ/मैडिकल प्रैक्टीशनर (जिसें एतदपरचात "मैडिकल प्रैक्टीशनर" कहा गया है) अथवा विधिवत अर्हता प्राप्त मर्जन (जिसें एतदपरचात "मर्जन" कहा गया है) के सलाह पर ऐसे किसी बीमाकृत व्यक्तिको (क) यथा परिभाषित शयन में किसी नर्सिंग होम/अस्पताल (जिसें एतदपरचात "अस्पताल" कहा गया है) में यथा रूप मरीज के रूप में चिकित्सा/सर्जिकल व्यव करना पड़े तो कंपनी द्वारा बीमाकृत व्यक्तिको को ऐसे व्यक्तिको को राशि का भुगतान किया जाएगा जिन्हें उसको संबंध में ऐसे बीमाकृत व्यक्ति या उसको एवज में किसी द्वारा व्यक्ति द्वारा व्यर्थचित और अनिवार्यतः व्यय किया गया हो किंतु यह किसी एक बीमा अर्वाध के दौरान उस व्यक्ति को लिए अनुसूची में उल्लिखित बीमित राशि से अधिक नहीं होगी।

1.0 इस पॉलिसी के अंतर्गत कियी भी राये के खर्चकार्य होने पर, कंपनी बीमाकृत व्यक्ति को, व्यय की उस राशि का भुगतान करेगी, जो नीचे उल्लिखित विभिन्न मदों के अंतर्गत आते हैं और उस बीमाकृत व्यक्ति द्वारा अथवा उसकी ओर से किसी अन्य व्यक्ति द्वारा उस प्रयोजन के लिए व्यर्थचित और अनिवार्य रूप में किए गए हैं किंतु यह राशि किसी एक बीमा अर्वाध में, यहाँ अनुसूची में उल्लिखित बीमित धनराशि से अधिक नहीं होगी।

(क) अस्पताल/नर्सिंग होम द्वारा प्रदत्त कमरा, भोजन व्यय जो बीमित राशि का अधिकतम 1% प्रतिदिन तथा आई सी यू/आई सी यू के लिए बीमित राशि का 2% प्रतिदिन कमरे के किराये में मरीज को देखभाल पर व्यय, आर एम ओ शुल्क, आई सी यू फ्लूइड्स/ब्लड ट्रांसफ्यूजन/इन्जेक्शन लगाने के व्यय सम्मिलित होंगे।

(ख) मर्जन, संज्ञाहरक (एनेस्थेटिस्ट), मैडिकल प्रैक्टीशनर, परामर्शदाता, विशेषज्ञ शुल्क

(ग) संज्ञाहरण (एनेस्थीसिया) रक्त, आक्सिजन, आपरेशन थियेटर प्रभार, सर्जिकल उपकरण (कोई भी डिस्पोनेबल उपकरण उपकरण जो कि बीमित राशि के 10% तक के उच्च सीमा के अधीन होगा) औषधियाँ तथा दवाइयाँ, निदान (डायग्नोस्टिक) सामग्री तथा एक्स-रे, डायलिसिस, केमोथेरीपी, रेडियोथेरीपी, पेसमेकर लागत, कृत्रिम अवयव तथा स्टेन्ट्स एवं इम्प्लान्ट्स के खर्च

नोट क) कंपनी का दायित्व तभी उत्पन्न होगा यदि रोग/बीमारी या जखम पॉलिसी अर्वाध के दौरान हुआ हो। किसी बीमारी पर कुल खर्च प्रति परिवार को बीमितराशि के 50% तक सीमित रहेगा। कंपनी का दायित्व पॉलिसी अर्वाध के दौरान मान्य दावों के संबंध में अनुसूची में लिखित बीमित राशि से अधिक नहीं होगा।

ख) अंग प्रत्यारोपण के दौरान अंग दान कर रहे व्यक्ति के समग्र बीमित राशि के उपरलिखित "ग" के अंतर्गत बीमाधारक के लिए विनिर्दिष्ट उप सीमा के अन्तर्गत सीमित होगा।

2. परिभाषाएँ

2.1 अस्पताल/नर्सिंग होम से तात्पर्य भारत में कोई ऐसी संस्था जिसकी स्थापना बीमारी तथा जखमों को, चर के अंदर देखभाल तथा उपचार के लिए की गई हो और जो

या तो

क) स्थानोप प्रधिकरण में अस्पताल या नर्सिंग होम के रूप में पंजीकृत हो तथा पंजीकृत एवं अर्हताप्राप्त मैडिकल प्रैक्टीशनर को देखरेख में चलाया जाता हो।

या

ख) नीचे उल्लिखित न्यूनतम अपेक्षाओं का पालन करता हो:

- उसमें कम से कम 15 शैयाएँ होनी चाहिए
- शल्यक्रिया (सर्जिकल ऑपरेशन) को जरूरत पड़ने पर उसका अपना पूर्णतः उपकरणयुक्त आपरेशन थियेटर होना चाहिए।
- 24 घंटे पूर्णतः योग्य नर्सिंग स्टाफ होने चाहिए।
- 24 घंटे पूर्णतः योग्य डॉक्टर उसके प्रभार होने चाहिए।

(एन.बी. श्रेणी "ग" के शर्तों के लिए शैयाओं की संख्या १० होगी)

2.1.1 "अस्पताल/नर्सिंग होम" अभिव्यक्ति के अंतर्गत आरामगृह, वृद्धों के आश्रम, नशीली दवाइयों का दुरुतेमाल करने वालों या नशेबाजों के स्थान या होटल या इस तरह के स्थान का समावेश नहीं किया जाएगा।

2.2 "शल्यक्रिया" (सर्जिकल ऑपरेशन) से तात्पर्य है

अनुसूची में उल्लिखित व्यक्तिको के लिए हाथ से की गई तथा व्यवहारिक एपेंडिसाइटी, जखमों की इलाज, बीमारियों का निदान तथा उपचार, पौड़ा से रहत तथा जीवन का प्रयत्न।

PARIVAR-Mediclaim for Family Policy

WHEREAS the Insured designated in the Schedule hereto has by a Proposal and declaration dated as stated in the Schedule which shall be the basis of this Contract and is deemed to be incorporated herein applied to NATIONAL INSURANCE COMPANY LTD. (hereinafter called the COMPANY) for the insurance hereinafter set forth in respect of persons(s) named in the Schedule hereto (hereinafter called, the INSURED PERSON) and has paid premium 'as consideration for such insurance.

NOW THIS POLICY WITNESSES that subject to the terms, conditions, exclusions and definitions contained herein or endorsed or otherwise expressed hereon, the Company undertakes that if during the period stated in the Schedule or during the continuance of this policy by renewal any Insured Person shall contract any disease or suffer from any illness (hereinafter called DISEASE) or sustain any body injury through accident (hereinafter called INJURY) and if such disease or injury shall require any such Insured Person, upon the advice of a Medical Practitioner (hereinafter called MEDICAL PRACTITIONER) or a duly qualified Surgeon (hereinafter called SURGEON) to incur (a) hospitalization expenses for medical/surgical treatment at any Nursing Home/Hospital in India as herein defined (hereinafter called HOSPITAL) as an inpatient, the Company will pay to the Insured the amount of such expenses as are reasonably and necessarily incurred in respect thereof by or on behalf of such insured person but not exceeding the sum insured in aggregate in anyone period of insurance stated in the schedule hereto.

1.0 In the event of any claim(s) becoming admissible under this scheme the Company will pay to the Insured Person the amount of such expenses as would fall under different heads mentioned below, and as are reasonably and necessarily incurred there of by or on behalf of such Insured Person, but not exceeding the Sum insured in aggregate mentioned in the schedule hereto.

A. Room, Boarding Expenses as provided by the hospital/nursing home upto the maximum of 1% of Sum Insured per day and 2% for ICU/CCU. Room rent shall include nursing care, RMO charges, IV Fluids/Blood Transfusion/Injection administration charges.

B. Surgeon, Anaesthetist, Medical Practitioner, Consultants and Specialist Fees.

C. Anaesthesia, Blood, Oxygen, Operation Theatre Charges, Surgical Appliances (any disposal surgical consumable subject to upper limit of 10% of the S.I.), Medicines and Drugs, Diagnostic Materials and X-ray, Dialysis, Chemotherapy, Radiotherapy, Cost of Pacemaker, Artificial Limbs and cost of stent and implants.

Note: (a) Company's liability would arise if the treatment of disease or injury contracted / suffered is incepted during the policy period. Total expenses incurred for anyone illness is limited to 50% of Sum Insured per family. Company's liability in respect of all claims admitted during the period of insurance shall not exceed the Sum Insured mentioned in the Schedule.

(b) Hospitalization expenses of person donating an organ during the course of organ transplant will also be payable subject to the sub limits under "C" if above applicable to the insured person within the overall sum insured of the insured person.

2. DEFINITIONS:

'HOSPITAL / NURSING HOME' means any institution in India established for indoor care and treatment of sickness and injuries and which:

EITHER

a. Has been registered as a Hospital or Nursing Home with the local authorities and is under the supervision of a registered and qualified medical practitioner of Allopathic system of medicine.

OR

b. Should comply with minimum criteria as under:

- It should have at least 15 inpatient beds.
- Fully equipped operation theatre of its own where surgical operations are carried out. Contact us:
- Fully qualified Nursing Staff under its employment round the clock.
- Fully qualified Doctor(s) should be available 24 hours a day.

2.1.1 The term "Hospital/Nursing Home" shall mean a place of residence, establishment, which is a place of rest, for the treatment of alcoholics, a hotel or a similar place. www.healthinsuranceindia.org

2.2 "Surgical Operation" means manual and/or operative correction of deformities and defects, repair of ir and cure of disease, relief of suffering and prolr

RIA INSURANCE BROKERS PVT. LTD.
449, Mount Kailash Apartment,
Kolkata-700 071
Phone: - 011-26417566, 24525374
983000856, 9871120428

2.3 न्यूनतम 24 घंटों को अवधि के लिए काई अस्पताल भर्ती पर हुए व्ययों का स्विकृत किया जाएगा। तथापि यह समय सीमा निर्दिष्ट उपचारों अर्थात् जखम/जख्मों पर टाँके लगाने, क्लॉज रिडक्शन एवं ड्रास्ट्र ऑफ पैरिस के लेप लगाने के लिए 'डे केयर' (Day Care) के अंतर्गत ही लागू रहेगी। यदि उपरोक्त उपचारों के अंतर्गत चिकित्सा, दवाओं की शल्यचिकित्सा, लियार्डिपसी (किडनी से स्ट्रेन हटायी जाय) टॉन्सिलेक्टोमी, अस्पताल/नर्सिंग होम से काई गई डी हेंड सी और जिसमें बीमाकृत व्यक्ति को उसी दिन छुट्टी दे दी गई हो, के लिए खर्च नहीं होगी और उपचार को अस्पताली लाभ खण्ड के अंतर्गत लिया गया माना जाएगा।

3.0 कोई एक बीमारी

कोई एक बीमारी से तात्पर्य बीमारी की लगातार अवधि से होगा तथा जिसमें अस्पताल/नर्सिंग होम, जहाँ उपचार लिया गया हो, में अंतिम परामर्श की तिथि से 45 दिनों के अंदर बीमारी का पुनः उत्पन्न होना भी शामिल होगा। उपरोक्त स्पष्टीकरण के अनुसार 45 दिनों की समाप्ति के पश्चात् उसी बीमारी के घटित होने पर उसे इस पॉलिसी के प्रयोजन से नई बीमारी के रूप में माना जाएगा।

3.1 अस्पताल भर्ती से पूर्व

बीमारी/रोग/जखम लगने पर की गई अस्पताल भर्ती के 30 दिनों को अधिक के दौरान हुए संबद्ध चिकित्सा व्ययों को उपरोक्त मद सं. 1.0 के अंतर्गत उल्लिखित दावे का भाग माना जाएगा।

3.2 अस्पताल भर्ती के पश्चात्

बीमारी/रोग/जखम लगने पर की गई अस्पताल भर्ती के बाद 60 दिनों की अवधि के दौरान हुए संबद्ध चिकित्सा व्ययों को उपरोक्त मद सं. 1.0 के अंतर्गत उल्लिखित दावे का भाग माना जाएगा।

3.3 मेडिकल प्रैक्टिशनर

मेडिकल प्रैक्टिशनर में त्वाय्य उस व्यक्ति से है जिसने मान्यता प्राप्त संस्थान से डिग्री/डिप्लोमा प्राप्त किया हो तथा जो भारत सरकार के या संबंधित राज्य कौन्सिल या मेडिकल कौन्सिल द्वारा पंजीकृत हो। मेडिकल प्रैक्टिशनर अधिव्यक्ति में फिजीशियन, विशेषज्ञ तथा सर्जन शामिल होंगे।

3.4 अर्हता प्राप्त नर्स

वह व्यक्ति जिसने मान्यता प्राप्त नर्सिंग कौन्सिल से प्रमाणपत्र प्राप्त किया हो तथा जो उपचार कर रहे मेडिकल प्रैक्टिशनर के परामर्श पर नियोजित हो।

4 अपवर्जन

निम्नांकित से संबंधित या उससे प्रति किसी बीमाकृत व्यक्ति द्वारा किए गए किसी व्यय के संबंध में बीमा कंपनी इस पॉलिसी के अंतर्गत कोई भुगतान करने के लिए प्यो नहीं होगी।

4.1 एंसी सभी बीमारियाँ/जखम, जो बीमा संरक्षण के पहली बार प्रारम्भ होते समय पूर्व-विद्यमान रहा हो पॉलिसी के अंतर्गत लगातार चार वर्षों तक कोई दावा न हो तो उन बीमारियों को आवर्तित किया जायेगा इस शर्त के लागू होने के लिए केवल नेशनल इश्योरन्स कम्पनी से की गई मेडिकल पॉलिसी के तहत बीमा अवधि ही मान्य होगी। बीमाधारक द्वारा अतिरिक्त प्रीमियम के भुगतान किये जाने पर पॉलिसी के प्रारम्भ होने के समय से ही मधुमेह एवं उच्च रक्तचाप जैसे पूर्व बीमारियों को आवर्तित किया जाएगा।

4.1.1 यदि बीमाधारक मधुमेह या उच्च रक्तचाप को बीमारियों से प्रस्त है तो मान्य दावे का 10% उन्हें स्वयं वहन करना पड़ेगा तथा यदि वे मधुमेह एवं उच्च रक्तचाप जैसे दोनों बीमारियों से प्रस्त हैं तो उन्हें मान्य दावे के 25% तक की राशि स्वयं वहन करना पड़ेगा। यह शर्त केवल भारत मधुमेह एवं/या उच्च रक्तचाप से उत्पन्न दावों पर ही प्रभावी होगी।

4.2 धारा 4.3 में उल्लिखित बीमारों के अलावा कोई भी बीमारी जिससे बीमाधारक पॉलिसी के शुरुआत होने की तिथि से 30 दिनों के दौरान संक्रमित हुआ हो। मगर यह धारा 4.2 ऐसे बीमाकृत व्यक्ति पर लागू नहीं होगी जो इस या अन्य स्वास्थ्य बीमा योजना के तहत किसी भारतीय बीमा कम्पनी से लगातार पिछले 12 महीनों के अविच्छिन्न अवधि हेतु संरक्षित रहे हों।

4.3 बीमा संरक्षण के प्रचालन के प्रथम दो वर्षों के दौरान मोटिविडि, सोप्य प्रोस्टेटिक हाइपरट्राफी, मनोसहजिया या फाइब्रोमिओम के लिए की गई हिस्टरेक्टोमी, इर्निया हाइड्रोसिल, जन्मजात आंतरिक रोग, मलद्वार के नासूर, बवासीर, राइनोसाइटिस पथरी रोग, विनायन लोप्य/शोरी के किसी भाग की वृद्धि, क्रानिक सुप्युरेटिव आरिटिस मोडिया (सी एस ओ एस) किसी प्रकार के जोड़ों का प्रतिस्थापन जब तक कि वह किसी भी दुर्घटना के कारण आवश्यक न हुआ हो, टॉन्सिल को शल्य चिकित्सा, एडेनॉयड्स तथा नासिक प्रणाली में परिवर्तन तथा उससे संबंधित गडबड़इयों के इलाज पर किया गया खर्च भुगतान योग्य नहीं है।

यदि वे बीमारियों प्रस्तव के समय विद्यमान थीं तो उनको नवोपकरण के समय भी आवर्तित नहीं किया जायेगा।

4.4 युद्ध, आक्रमण, विदेशी शत्रु के क्रियाकलाप, युद्ध सदृश गतिविधियों (चाह युद्ध की घोषणा हुई हो अथवा नहीं) द्वारा प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से उत्पन्न जखम या रोग।

4.5 खतरा (सर्कमिशन) जब तक कि यह किसी बीमारी के इलाज के लिए अनिवार्य न हो जिसमें यहाँ अपवर्जित न किया गया हो अथवा दुर्घटना के फलस्वरूप यह किया जाना अनिवार्य हो, टोका लगना या संरोपन (इन्फ्लुएन्जा) या जीवन क्रम में परिवर्तन या सुरक्षा बढ़ाने के लिए किया गया किसी प्रकार का इलाज, प्लास्टिक सर्जरी-उस छोड़कर जिसका दुर्घटना के कारण था किसी बीमारी के भाग के रूप में किया जाना अनिवार्य हो।

4.6 चर्म, कॉन्टैक्ट लेंस तथा श्रवण यंत्र की लागत।

4.7 दंत चिकित्सा कार्य जो कि टूट-फूट सहित किसी भी प्रकार के चिकित्सा कार्य के अंतर्गत ही प्रयोजन हेतु किया जाए तो देय नहीं होगी जब तक कि यह किसी दुर्घटना से हुए जखम के कारण उत्पन्न न हुआ हो और उसको चक्रे से चिकित्सा हेतु अस्पताल में भर्ती कराना आवश्यक न हो।

4.8 स्वास्थ्य लाभ, सामान्य कमजोरी, "स डाउन" अवस्था या आगम द्वारा स्वास्थ्य

2.3 Expenses on Hospitalization for treatment period of 24 hours are admissible. However, this time limit is not applicable to specific treatments i.e. stitching of wounds, close reductions of fractures and application of POP cast/s, D&C, Tonsillectomy, Chemotherapy, Radiotherapy, Arthroscopy, Laparoscopic Surgery, Dialysis, Eye operations, ENT operations, Angiographies, Endoscopies, Lithotripsy and minor surgical procedures taken in the hospital/nursing home and the insured is discharged on the same day, the treatment will be considered to be taken under hospitalization benefit.

3.0 ANY ONE ILLNESS

Any one illness will be deemed to mean continuous period of illness and it includes relapse within 45 days from the date of last consultation with Hospital/Nursing Home where treatment may have been taken. Occurrence of same illness after a lapse of 45 days as stated above will be considered as fresh illness for the purpose of this policy.

3.1 PRE-HOSPITALISATION

Relevant medical expenses incurred during period upto 15 days prior to Hospitalization on disease/illness/injury sustained will be considered as part of claim as mentioned under item 1.0 above.

3.2 POST-HOSPITALISATION

Relevant medical expenses incurred during period upto 30 days after Hospitalization on disease/illness/ injury sustained will be considered as part of claim as mentioned under item 1.0 above.

3.3 MEDICAL PRACTITIONER

Means a person, who holds a degree/diploma of a recognized institution and is registered by Medical Council for respective State of India in Allopathic system of medicine. The Term Medical Practitioner would include Physician, Specialists and Surgeon.

3.4 QUALIFIED NURSE

Means a person, who holds a certificate of a recognized Nursing Council and who is employed on recommendation of the attending Medical Practitioner.

4. EXCLUSIONS :

4.0 The Company shall not be liable to make any payment under the policy in respect of any expenses whatsoever incurred by any Insured Person in connection with or in respect of :

4.1 All diseases/injuries which are pre existing when the cover incept for the first time. However, those diseases will be covered after four continuous claim free policy years. For the purpose of applying this condition, the period of cover under Mediclaim policy taken from National Insurance Company only will be considered. Preexisting disease like Diabetes and Hypertension will be covered fro the inception of the policy on payment of additional premium by the insured.

4.1.1 Insured shall bear 10% of any admissible claim if he is suffering from either Diabetes or Hypertension, and 25% of the admissible claim amount in case he is suffering from both Diabetes and Hypertension. This provision is applicable only for claims arising out of Diabetes and/or Hypertension.

4.2 Any disease other than those stated in clause 4.3, contracted by the insured person during the first 30 days from the commencement date of the policy. This condition 4.2 shall not however, apply in case of the insured person having been covered under this scheme or group insurance scheme with any of the Indian insurance Companies for a continuous period of preceding 12 months without any break.

4.3 During the first two years of the operation of insurance cover, the expenses on the treatment of diseases such as Cataract, Benign Prostatic Hypertrophy, Hysterectomy, Hernia, Hysrococle, Internal Congenital Defects/Diseases or Anomalies, Fistula in Arius, Piles, Chronic Fissure in Anus, Pilonidal congenital Defects/Diseases or Anomalies, Fistula in Anus, Piles, Chronic Fissure in Anus, Pilonidal Sinus, Sinusitis, Stone disease of any size, Benign Lumps/ growths in any part of the body, CSOM (Chronic Suppurative Otitis Media) Joint replacement of any kind unless arising out of accident, Surgical treatment of Tonsils & Adenoids, Deviated Nasal Septum and Chronic Diseases are not payable. If these diseases are preexisting at the time of proposal, they will not be covered even during subsequent period of renewal too.

4.4 Injury or diseases directly or indirectly caused by or arising from or attributable to War, Invasion and Foreign Enemy War like operation (whether war be declared or not) or Injury or Diseases directly or indirectly caused by an atom power to east of Kanash. New Delhi, India-110065.

4.5 Circumcision unless necessary for medical purposes shall be excluded hereunder or as may be necessary for medical purposes, vaccination or inoculation or change of life, cosmetic or aesthetic treatment of any description, plastic surgery other than as may be necessitated due to an accident or as a part of any illness. www.mainsurance.com

4.6 Cost of spectacles, contact lenses and hearing aids.

4.7 Any Dental treatment or surgery which is a corrective, cosmetic or aesthetic procedure, including wear and tear, unless arising from accidental injury and which requires hospitalization for treatment.

For any Question/Clarifications, E-mail: hal@surviva.com

आत्मघात तथा नशीली दवाइयों/एलकोहॉल का प्रयोग, किसी भी प्रकार का स्वास्थ लाभ चिकित्सा

RIA Insurance Brokers प्राथमिक वाइरस टाइप III (एच टी एल बी III) या निमोफिलेन्स एंजाइमेटिक वाइरस (एल ए वी) या म्यूटेटेड डेरिवेटिव या वेरिएंट्स डीफिन्सिवो सिंड्रोम या कोई सिंड्रोम या इसी तरह के अन्य लक्षण जिन्हें आम तौर से एड्स के रूप में संदर्भित किया जाता है, से प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से उत्पन्न या संज्ञकृत नहीं होंगे।

- 4.10 प्राथमिक गैंग निदान, एक्स-रे या लेबोरेटरी परीक्षण पर अस्पताल/नर्सिंग होम में किए गए खर्च जो इस बीमारी, रूग्णता या जख्म के निदान या इलाज से संबंधित या प्रासंगिक न हों जिनके लिए अस्पताल/नर्सिंग होम में भरती किया जाना जरूरी हो।
- 4.11 विटामिन और टॉनिकों पर किया गया खर्च जब तक कि इलाज करने वाले डॉक्टर द्वारा यह प्रमाणित न किया जाए कि वह जख्म या बीमारी के उपचार का भाग है।
- 4.12 सौजेरियन संवर्धन सहित गर्भावस्था, बच्चे का जन्म देने के परिणाम स्वरूप या अनुसर्गणीय इलाज।
- 4.13 एलोपैथिक इलाज पद्धति के अलावा अन्य चिकित्सा

5.0 शर्तें

5.1 इस पॉलिसी के अंतर्गत कोई नोटिस अथवा सूचना पॉलिसी अनुमूर्त्नी में दिये गये पते पर लिखित रूप में दी जायगी।

5.2 इस पॉलिसी के अंतर्गत प्रीमियम का अग्रिम भुगतान किया जायेगा। कोई रसीद तब तक वैध नहीं होगी जब तक कि वह कम्पनी के फॉर्म पर न हो तथा कम्पनी के अधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित न हो बीमाकृत व्यक्ति द्वारा प्रीमियम का विधिवत भुगतान और इस पॉलिसी को शर्तों, प्रतिबंधों और प्युअरकों का, जहाँ तक वह विधिवत व्यक्ति द्वारा किया काम के लिए जाने अथवा न किये जाने से सम्बद्ध हो, का अनुपालन और पूरा किया जाना कम्पनी द्वारा इस पॉलिसी के अंतर्गत भुगतान के प्रति पूर्वागामी शर्त होगी। इस पॉलिसी को किसी भी शर्तें उपबंध, प्रतिबंध और प्युअरकन को हटाया गया जब तक विधिमन्त्र नहीं होगा जबतक कि वह लिखित रूप में और कम्पनी के प्राधिकृत अधिकारियों द्वारा हस्ताक्षरित न हो।

5.3 किसी ऐसी घटना के घटित होने पर जिसके कारण इस पॉलिसी के अंतर्गत दावा उत्पन्न हो सकता है, उसको सूचना, पूर्ण विवरण सहित कम्पनी को बख्त होने/अस्पताल में भर्ती होने के 7 दिनों के भीतर दिया जाना चाहिए।

5.4 अस्पताल में छुट्टी मिलने के 30 दिनों के भीतर दावा निरिखत रूप से प्रस्तुत करना होगा।

नोट: इस सत के अधित्याग पर विचार, कठिनाइयों के आत्यंतिक प्रकरणों में किया जाएगा जबकि कंपनी को संतोषप्रद प्रमाण द्वारा यह सिद्ध हो जाए कि जिन परिस्थितियों से बीमाकृत व्यक्ति गुजर रहा था उनमें उसके लिए या किसी अन्य व्यक्ति के लिए विहित समय नोमा के अंदर ऐसा नोटिस दिया जाना या दावा प्रस्तुत किया जाना संभव नहीं था।

5.5 बीमाकृत व्यक्ति द्वारा समस्त मूल दस्तावेज (बिल रसीदें और अन्य दस्तावेज प्राप्त किए जाएंगे जिन पर दावा आधारित हो और उन्हें कंपनी को पास प्रस्तुत करना होगा तथा साथ ही उसे कंपनी को ऐसी अतिरिक्त जानकारी और सहायता प्रदान करनी होगी जिसे कंपनी दावेपर कारवाई के लिए आवश्यक समझे।

5.6 किसी भी अधिगोपित जख्म या बीमारी के प्रकरण में, जिसके लिए अस्पताली चिकित्सा या घर पर अस्पताली चिकित्सा की जरूरत हो, कंपनी द्वारा प्राधिकृत किसी भी मेडिकल प्रैक्टिशनर को जब कभी और जितनी बार यथाचित रूप से जरूरी समझे जाए कंपनी को और से बीमाकृत व्यक्ति की जांच को अनुमति होगी।

5.7 इस पॉलिसी के अंतर्गत कंपनी किसी भी दावे के भुगतान के प्रति दायी नहीं होगी, यदि ऐसा दावा किसी भी रूप में धोखाधड़ी से किया गया हो अथवा जिसके समर्थन में कोई धोखाधड़ीपूर्ण साधन या पद्धति अपनाई गयी हो चाहे यह बीमाकृत व्यक्ति द्वारा किया गया हो या बीमाकृत व्यक्ति के एजेंट में काम करने वाले किसी अन्य व्यक्ति द्वारा।

5.8 यदि इस पॉलिसी के अंतर्गत दावा शर्तें समय उसी हानि, दायित्व, क्षतिपूर्ति, लागत या व्यय को आवरित करने वाला किसी अन्य बीमाकर्ता द्वारा जारी मेडिकलेम/स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी विद्यमान हो (इंडियन कैंसर सोसायटी के संयोजन में कैंसर बीमा पॉलिसी को छोड़कर) चाहे इसे ऐसे बीमाकृत व्यक्ति जिसके संबंध में दावा उत्पन्न हुआ हो उसके द्वारा या उसकी तरफ से किसी अन्य व्यक्ति द्वारा कसया गया हो, तो कंपनी किसी हानि दायित्व, क्षतिपूर्ति, लागत या व्यय पर अपने आनुपातिक अंश से अधिक अंशदान के भुगतान के लिए दायी नहीं होगी। तथापि, इस पॉलिसी के अंतर्गत भाग, कैंसर बीमा पॉलिसी के अंतर्गत उपलब्ध लाभों के अतिरिक्त होंगे।

5.9 आपगो सहमति से पॉलिसी का नवीकरण किया जा सकता है तथापि पॉलिसी नवीकरण हेतु नोटिस दिए जाने को कंपनी पर बाध्यता नहीं होगी और कंपनी द्वारा बीमाधारक का उसके अंतिम ज्ञाप पते पर पंजीकृत पत्र द्वारा 30 दिनों का नोटिस दिए जाने पर किसी भी समय पॉलिसी को निरस्त किया जा सकता है और ऐसी स्थिति में कंपनी द्वारा बीमाधारक को बीमा को रोक अवधि के लिए यथायुक्त आधार पर प्रीमियम लौटा दिया जाएगा। तथापि निरसन तिथि से पूर्व उत्पन्न किसी भी दावे के प्रति कंपनी दायी होगी। बीमाधारक किसी भी समय इस पॉलिसी को रद्द कर सकता है और ऐसी स्थिति में कंपनी केवल अपनी अल्पकालिक प्रीमियम दर, (साधारण नोच हो गई है) पर बीमाधारक को प्रीमियम वापस लौटाएगी यशतः निरसन की तिथि तक कोई दावा उत्पन्न न हुआ हो।

congenital external disease or defects or anomalies, sterility, venereal disease, intentional self-injury and use of intoxicating drugs/alcohol.

4.9 All expenses arising out of any condition directly or indirectly caused to or associated with Human T-Cell Lymphotropic Virus type III (HTLV-III) or Lymphadenopathy Associated Virus (LAV) or the Mutants Derivative or Variations Deficiency syndrome or any Syndrome or condition of a similar kind commonly referred to as AIDS.

4.10 Charges incurred at Hospital or Nursing Home primarily for diagnostic, x-ray or laboratory examinations not consistent with nor incidental to the diagnosis and treatment of positive existence or presence of any ailment, sickness or injury, for which confinement is required at a Hospital/Nursing Home.

4.11 Expenses on vitamins and tonics unless forming part of treatment for injury or disease as certified by the attending Physician.

4.12 Treatment arising from or traceable to pregnancy or childbirth including caesarian section.

4.13 Any treatment other than Allopathic System of Medicine.

5.0 CONDITIONS :

5.1 Every notice or communication to be given or made under this policy shall be delivered in writing at the address as shown in the schedule.

5.2 The premium payable under this Policy shall be paid in advance. No receipt for Premium shall be valid except on the official form of the company signed by a duly authorized official of the company. The due payment of premium and the observance and fulfillment of the terms, provisions, conditions and endorsements of this Policy by the Insured Person in so far as they relate to anything to be done or claimed with by the Insured Person shall be a condition precedent to any liability of the Company to make any payment under this Policy. No waiver of any terms, provisions, conditions and endorsements of this policy shall be valid unless made in writing and signed by an authorized official of the Company.

5.3 Upon the happening of any event, which may give rise to a claim under this Policy, notice with full particulars shall be sent to the Company within 7 days from the date of Death, Injury, Hospitalization.

5.4 Claim papers must be filed within 30 days from the date of discharge from the hospital.

Note : Waiver of this Condition may be considered in extreme cases of hardship where it is proved to the satisfaction of the Company that under the circumstances, in which the Insured was placed, it was not possible, for him or any other person to give such notice or file claim within the prescribed time-limit.

5.5 The Insured Person shall obtain and furnish the Company / TPA with all original bills, receipts and other documents upon which a claim is based and shall also give the Company such additional information and Assistance as the Company may require in dealing with the claim.

5.6 Any medical practitioner authorized by the Company shall be allowed to examine the Insured Person. In case of any alleged injury disease requiring Hospitalization when and so often as the same may reasonably be required on behalf of the Company.

5.7 The Company shall not be liable to make any payment under this Policy in respect of any claim if such claim be in any manner fraudulent or supported by any fraudulent means or device whether by the Insured Person or by any other person acting on his behalf.

5.8 If at the time when any claim arises under this Policy there is in existence of any other Insurance (other than Cancer Insurance Policy in Collaboration with Indian Cancer Society) whether it be effected by or on behalf of any Insured Person in respect of whom the claim may have arisen covering the same loss liability, compensation, costs or expenses, the Company shall not be liable to pay or contribute more than its ratable proportion of any loss, liability, compensation costs or expenses. The benefits under the Policy shall be in excess of the benefits available under Cancer Insurance Policy.

5.9 The Policy may be renewed by mutual consent. The Company shall not however, be bound to give notice that it is due for cancellation if the Company may at any time cancel this Policy by sending the Insured 30 days notice by registered letter to the address shown in the schedule and in such event the Company shall refund a pro-rata premium for unexpired term. The Insured shall, however, remain liable for any claim which arises during the term of the policy and in such event the Company shall allow a refund of the premium at Company's short period rate only (table given here for reference) if no claim has occurred up to the date of cancellation.

For any Questions/Clarifications: E-mail: na@surekha.com	प्रभाति प्रीमियम/दर वार्षिक दर का 1/4 त्रैमासिक दर का 1/2
एक माह तक तीन माह तक छह माह तक	

PERIOD OF RISK	RATE OF PREMIUM TO BE CHARGED
Upto one month	1/4th of the annual rate
Up to three months	

Website: - www.healthinsuranceindia.org

RIA Insurance Brokers Pvt. Ltd.
5.10 यदि इस पॉलिसी के अन्तर्गत भुगतान को जानेवाली राशि को मात्रा के संबंध में कोई विवाद या मतभेद होगा (दायित्व अथवा खर्चा किये जाने पर) तो ऐसे मतभेद को अन्य सभी प्रश्नों से निरपेक्ष रखकर मध्यस्थ (आर्बिट्रेटर) के सामने प्रस्तुत किया जाएगा जिनकी नियुक्ति विवाद से संबंधित पक्षकारों द्वारा लिखित रूप में की जाएगी अथवा यदि वे किसी एक पक्ष द्वारा मध्यस्थता की याचना करने के 30 दिनों के अन्दर एकमात्र मध्यस्थ पर सहमत नहीं होते हैं तो उसे तीन मध्यस्थों के पैनल के पास प्रेषित किया जाएगा जिसमें से दो मध्यस्थों में से एक-एक मध्यस्थ की नियुक्ति मतभेद/विवाद से संबंधित प्रत्येक पक्ष द्वारा की जाएगी तथा तीसरे मध्यस्थ की नियुक्ति ऐसे नियुक्त दोनों मध्यस्थों द्वारा की जाएगी तथा मध्यस्थता का संचालन मध्यस्थता तथा सुलझ अधिनियम 1996 के प्रावधानों के अन्तर्गत तथा के अनुसार किया जाएगा स्पष्ट रूप से यह सहमत हो जाती है और घोषित किया जाता है कि यदि कम्पनी ने इस पॉलिसी के अन्तर्गत अथवा के संबंध में विवाद किया है अथवा देयता अस्वीकार किया है, तो कोई भी विवाद इसके अन्तर्गत पूर्व प्रावधानित मध्यस्थता के लिए प्रणवीय नहीं होगा।

एतद्वारा अभिव्यक्त रूप से यह निर्धारित किया जाता है कि घोषित किया जाता है कि पॉलिसी पर कार्यवाही अथवा दावा करने के अधिकार को यह एक पूर्ववर्ती शर्त होगी कि ऐसे मध्यस्थों द्वारा हानि अथवा क्षति की राशि के संबंध में अभिनियम को पहले प्राप्त किया जाएगा।

5.11 एतद्वारा अभिव्यक्त रूप से यह पुनः सहमत व्यक्त की जाती है तथा घोषित किया जाता है कि यदि यहाँ किसी दावे के संबंध में कंपनी/टीपीए द्वारा बीमाधारक को प्रति दायित्व अस्वीकार किया जाता है और यदि ऐसे अस्वीकरण नोटिस को प्राप्त के 12 कैलेंडर माह के अन्दर कंपनी को लिखित रूप में सूचित नहीं किया जाता कि वे ऐसे अस्वीकरण से सहमत नहीं हैं, और कंपनी से अपना दावा वसूल करने का इरादा रखते हैं, तो सभी प्रयोजनों के लिए दावे का परित्याग किया गया समझा जाएगा और इसके पश्चात यह यहाँ वसूली योग्य नहीं होगा।

5.12 इस पॉलिसी के अन्तर्गत सभी मेडिकल/शल्य चिकित्सा भारत में ही लेनी होगी एवं मान्य दावा का भुगतान भारतीय मुद्रा में किया जायेगा

6. दावा का भुगतान

इस पॉलिसी के अन्तर्गत सभी दावों का भुगतान भारतीय मुद्रा में किया जायेगा। इस बीमा पॉलिसी के संबंध में सभी मेडिकल चिकित्सा भारत में ही लेनी होगी

नेटवर्क में शामिल अस्पताल/नर्सिंग होम में कैशलेस एक्सेस सर्विसेज का उपयोग करने के लिए प्रक्रिया

कैशलेस एक्सेस सर्विसेज सम्बन्धी दावे नेटवर्क में शामिल अस्पताल/नर्सिंग होम के माध्यम से निपटारा जाएंगे बशर्ते इसके लिए प्रवेश प्राधिकार पूर्व में ही प्राप्त किया गया हो। टीपीए, बीमाधारक/नेटवर्क सुविधा देने वाले से पूर्ण सूचना प्राप्त करके यह प्रमाणित करेगा कि वह व्यक्ति पॉलिसी के तहत दावा करने का अधिकारी है, इस सम्बन्ध में पूर्व आवेदन होकर टीपीए अस्पताल/नर्सिंग होम को पूर्व प्राधिकार पत्र/भुगतान की गारण्टी का पत्र जारी करेगा जिसमें भुगतान योग्य गारण्टीयुक्त राशि एवं उस बीमारों का स्पष्ट उल्लेख होगा जिसके लिए वह व्यक्ति एक रोगी के रूप में प्रतीत किया जाने वाला है

सम्बन्धित व्यक्ति यदि टीपीए द्वारा मांगे गए चिकित्सा सम्बन्धी विवरण उपलब्ध कराने में असफल रहता है, तो टीपीए को पूर्ण अधिकार है कि वह प्राधिकार पत्र जारी करने से मना कर दे। टीपीए बीमाधारक को यह भी स्पष्ट करेगा कि कैशलेस एक्सेस सर्विसेज को अस्वीकार करने का अर्थ किसी भी रूप में यह नहीं लगाया जाना चाहिए कि उपचार को अस्वीकृत किया जा रहा है। बीमाधारक अपना उपचार कर रहे चिकित्सक को सलाह को अनुसार पूरा उपचार लेकर बाद में दावा सम्बन्धी समस्त कागजात दावा राशि प्रतिपूर्ति के लिए टीपीए के पास भेज सकता है। बशर्ते की दावा पॉलिसी को शर्तों एवं उपबंधों के अधीन ग्राह्य हो।

यदि पॉलिसी नियमों के अन्तर्गत दावा आवरित नहीं है तो टीपीए निरस्तीकरण का कारण बताते हुए दावे को निरस्त कर सकता है। बीमा धारक यदि यह समझता है कि दावा भुगतान योग्य है, तो उसे बीमा कंपनी में दावा भुगतान हेतु अपील करने का अधिकार रहेगा। इस सम्बन्ध में बीमा कंपनी का निर्णय अंतिम रूप से मान्य होगा जिसका अनुपालन टीपीए/बीमित व्यक्ति के लिए बाध्य होगा।

नोट: कानूनी विवेचना के लिए अंग्रेजी पाठ विधिमाम्य होगा

शिकायत निवारण कार्यालय का पता

दिल्ली क्षेत्रीय कार्यालय-१
"जीवन भारती" टॉवर-II
तल-IV, 124, कनाउट सर्कस
नई दिल्ली-110001
फोन : 23329504, 23311101

दिल्ली क्षेत्रीय कार्यालय-२
2ई/9, झण्डेवाला एक्सटेंशन,
नई दिल्ली-110055
फोन : 23515019, 23515020

For any Question/Clarifications:
E-mail : ria@surekhae.com

बीमा लोकपाल का पता
यूनियर्सल इन्शोरेंस बिल्डिंग

5.10 If any dispute of difference shall arise as to the quantum to be paid under the Policy (liability being otherwise admitted) such difference shall independently of all other questions be referred to the decision of a sole arbitrator to be appointed in writing by the parties to or if they can not agree upon a single arbitrator within 30 days of any party invoking arbitration the same shall be referred to a panel of three arbitrators, comprising of two arbitrators, one to be appointed by each of the parties to the dispute/difference and the third arbitrator to be appointed by such two arbitrators and arbitration shall be conducted under and in accordance with the provisions of the Arbitration and Conciliation Act, 1996.

It is clearly agreed and understood that no difference or dispute shall be referable to arbitration as herein before provided, if the Company has disputed or not accepted liability under or in respect of this policy.

It is hereby expressly stipulated and declared that it shall be a condition precedent to any right of action or suit upon this policy that award by such arbitrator/arbitrators of the amount of the loss or damage shall be first obtained.

5.11 If the Company shall disclaim liability to the Insured for any claim hereunder and if the Insured shall not within 12 calendar months from the date of receipt of the notice of such disclaimer notify the Company, in writing, that he does not accept such disclaimer and intends to recover his claim from the company then the claim shall for all purposes be deemed to have been abandoned and shall not thereafter be recoverable hereunder.

5.12 All medical/surgical treatment under this policy shall have to be taken in India and admissible claims thereof shall be payable in Indian currency.

6. PAYMENT OF CLAIM

All claims under this policy shall be payable in Indian currency. All medical treatments for the purpose of this insurance will have to be taken in India only.

Procedure for availing Cashless Access Services in Network Hospital/Nursing Home.

Claims in respect of Cashless Access Services will be through the list of the network of Hospitals/ Nursing Homes and is subject to pre admission authorization. The TPA shall, upon getting the related medical information from the insured persons/ network provider, verify that the person is eligible to claim under the policy and after satisfying itself will issue a pre-authorization letter/guarantee of payment letter to the Hospital/Nursing Home mentioning the sum guaranteed as payable, also the ailment for which the person is seeking to be admitted as a patient.

The TPA reserves the right to deny pre-authorization in case the insured person is unable to provide the relevant medical details as required by the TPA. The TPA will make it clear to the insured person that denial of Cashless Access is in no way construed to be denial of treatment. The insured person may obtain the treatment as per his/her treating doctors advice and later on submit the full claim papers to the TPA for reimbursement subject to admissibility of claim under terms and conditions of the policy.

The TPA may repudiate the claim, giving reasons, if not covered under the terms of the policy. The insured person shall have right of appeal to the insurance company if he/she feels that the claim is payable. The insurance company's decision in this regard will be final and binding on TPA.

Note : For legal Interpretation, English version will hold good.

Address of Grievances Redressal Office :

D.R.O.-I
Jeevan Bharti, Tower-II
Level-IV,
124, Connaught Circus,
New Delhi-110001

Contact us:

RIA INSURANCE BROKERS PVT. LTD.
Tel.: 23329504, 23311101

D.R.O.-II
2E/9, Jhandewalan Extension,
New Delhi-110055
Tel.: 23515019, 23515020

Phone: 011-26417566, 24525374
Mob: 9810090853, 9871420428

Email: ria@surekhae.com
Website: www.healthinsuranceindia.org
www.riainsurance.com

Address of Insurance Ombudsman Office
Universal Insurance Building
1st Floor, 2/2A, Asaf Ali road,