



भारत का राजपत्र The Gazette of India

असाधारण

EXTRAORDINARY

भाग III—खण्ड 4

PART III—Section 4

प्राधिकार से प्रकाशित

PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 262]

नई दिल्ली, शुक्रवार, जून 30, 2017/आषाढ़ 9, 1939

No. 262]

NEW DELHI, FRIDAY, JUNE 30, 2017/ASADHA 9, 1939

भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

अधिसूचना

हैदराबाद, 22 जून, 2017

भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

(पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण) विनियम, 2017

फा.सं.भा.बी.वि.वि.प्रा./विनियम/8/145/2017- बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 का 41) की धारा 14 की उप-धारा (2) के खंड (ख) और धारा 26 के साथ पठित बीमा अधिनियम, 1938 (1938 का 4) की धारा 114ए की उप-धारा (2) के खंड (जेडसी) द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, प्राधिकरण बीमा सलाहकार समिति के साथ परामर्श करने के बाद इसके द्वारा निम्नलिखित विनियम बनाता है, अर्थात् :-

1. संक्षिप्त नाम और प्रारंभ:

1. ये विनियम भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण) विनियम, 2017 कहलाएँगे।
2. ये विनियम भारत सरकार के आधिकारिक राजपत्र में इनके प्रकाशन की तारीख को प्रवृत्त होंगे तथा बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण) विनियम, 2002 और इस संबंध में जारी किये गये किसी भी स्पष्टीकरण परिपत्रों/ दिशानिर्देशों का अधिक्रमण करेंगे।

2. प्रयोज्यता

1. ये विनियम प्राधिकरण द्वारा बनाये गये किन्हीं अन्य विनियमों के लिए पूरक हैं, जो अन्य बातों के साथ-साथ पॉलिसीधारकों के हितों के संरक्षण की व्यवस्था करते हैं।

2. ये विनियम सभी बीमाकर्ताओं, वितरण माध्यमों, मध्यवर्ती संस्थाओं, बीमा मध्यवर्तियों, अन्य विनियमित संस्थाओं और पॉलिसीधारकों पर लागू हैं।

3. उद्देश्य:

1. यह सुनिश्चित करना कि बीमा पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण किया जाए।
2. यह सुनिश्चित करना कि बीमाकर्ता, वितरण माध्यम और अन्य विनियमित संस्थाएँ पॉलिसीधारकों के प्रति अपने दायित्वों को पूरा करें तथा बीमा पॉलिसियों की बिक्री और सेवा में मानक क्रियाविधियाँ और सर्वोत्तम प्रथाएँ स्थापित करें।
3. शिकायत निवारण पर बल देते हुए बीमाकर्ताओं द्वारा पॉलिसीधारक-केन्द्रित अभिशासन सुनिश्चित करना।

4. 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 (1999 का 41) की धारा 3 के उपबंधों के अधीन स्थापित भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई) अभिप्रेत है;
3. "बैंक दर" से "वित्तीय वर्ष, जिसमें दावा देय हो गया हो, के प्रारंभ में भारतीय रिज़र्व बैंक (आर बी आई) द्वारा निर्धारित बैंक दर" अभिप्रेत है;
4. "शिकायत" अथवा "परिवाद" से शिकायतकर्ता के द्वारा बीमाकर्ता, वितरण माध्यमों, मध्यवर्ती संस्थाओं, बीमा मध्यवर्तियों अथवा अन्य विनियमित संस्थाओं से इस प्रकार के बीमाकर्ता, वितरण माध्यमों, मध्यवर्ती संस्थाओं, बीमा मध्यवर्तियों अथवा अन्य विनियमित संस्थाओं की सेवा के मानक अथवा सेवा की कमी के बारे में किसी कार्रवाई अथवा कार्रवाई के अभाव के बारे में असंतोष की अभिव्यक्ति (जिसमें इलेक्ट्रॉनिक मेल के रूप में अथवा अन्य इलेक्ट्रॉनिक लिपियों में सूचना शामिल है) अभिप्रेत है;

स्पष्टीकरण: कोई पूछताछ अथवा अनुरोध "शिकायत" अथवा "परिवाद" की परिभाषा के अंतर्गत नहीं आता।

5. "शिकायतकर्ता" से बीमा पॉलिसी का वह पॉलिसीधारक अथवा भावी ग्राहक अथवा कोई लाभार्थी अभिप्रेत है, जिसने बीमाकर्ता अथवा वितरण माध्यम के विरुद्ध शिकायत अथवा परिवाद दाखिल किया हो;
6. "रक्षा" (कवर) से बीमा संविदा अभिप्रेत है, चाहे वह किसी बीमा संविदा के अस्तित्व के प्रमाणस्वरूप प्राधिकरण द्वारा यथाअनुमोदित एक पॉलिसी अथवा एक कवर नोट के रूप में हो अथवा बीमा प्रमाणपत्र के रूप में;
7. "वितरण माध्यम" से बीमा उत्पादों के विक्रय और सेवा के साथ संबद्ध होने के लिए प्राधिकरण द्वारा प्राधिकृत व्यक्ति और संस्थाएँ अभिप्रेत हैं;
8. "प्रस्ताव फार्म" से भावी ग्राहक (प्रॉस्पेक्ट) के द्वारा लिखित में अथवा इलेक्ट्रॉनिक रूप में अथवा प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित किसी अन्य फार्मेट में भरा जानेवाला फार्म अभिप्रेत है जो जोखिम के अंकन के संदर्भ में प्रामाणिक निर्णय लेने के लिए, तथा जोखिम की स्वीकृति की स्थिति में दरों, लाभों, प्रदान की जानेवाली बीमारक्षा की शर्तों के निर्धारण हेतु बीमाकर्ता को समर्थ बनाने के लिए जोखिम के संबंध में बीमाकर्ता द्वारा अपेक्षित रूप में समस्त महत्वपूर्ण सूचना प्रस्तुत करने के लिए उद्दिष्ट है;

स्पष्टीकरण: इन विनियमों के प्रयोजन के लिए "महत्वपूर्ण सूचना" से जोखिम के अंकन के संदर्भ में प्रामाणिक निर्णय लेने में बीमाकर्ता को समर्थ बनाने के लिए प्रस्ताव फार्म और अन्य संबंधित दस्तावेजों में बीमाकर्ता के द्वारा अपेक्षित समस्त महत्वपूर्ण, अत्यावश्यक और संगत सूचना अभिप्रेत होगी;

9. "भावी ग्राहक" (प्रॉस्पेक्ट) से ऐसा कोई व्यक्ति अभिप्रेत है जो बीमाकर्ता का एक भावित ग्राहक है तथा बीमाकर्ता के साथ सीधे अथवा किसी वितरण माध्यम के द्वारा बीमा संविदा करने की संभावना से युक्त है;
10. "विवरण-पत्र" (प्रॉस्पेक्टस) से बीमा उत्पाद बेचने या उन्हें बढ़ावा देने के लिए बीमाकर्ता द्वारा जारी किया गया दस्तावेज अभिप्रेत है जो भौतिक या इलेक्ट्रॉनिक या किसी अन्य फॉर्मेट में हो;

स्पष्टीकरण: यहाँ इन विनियमों में उल्लिखित बीमा उत्पादों में, बीमाकर्ता के द्वारा प्रदान की जानेवाली अनुवृद्धियाँ (राइडर्स), यदि कोई हों, भी शामिल होंगी। जहाँ कोई अनुवृद्धि मूल पॉलिसी के साथ संबद्ध की गई हो, वहाँ उक्त परिभाषा में उल्लिखित अनुवृद्धि की सभी शर्तें विवरण-पत्र में उल्लिखित की जाएँगी। जहाँ मूल उत्पाद के साथ कोई स्टैंडअलोन अनुवृद्धि प्रदान की जाती हो, वहाँ उसके साथ उपलब्ध होनेवाले लाभों के स्वरूप को निर्दिष्ट करते हुए मूल पॉलिसी के विवरण-पत्र में उक्त अनुवृद्धि का उल्लेख किया जाएगा।
11. इन विनियमों में प्रयुक्त और अपरिभाषित, परंतु अधिनियम, अथवा बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 का 41) अथवा बीमा नियम, 1939 अथवा प्राधिकरण द्वारा जारी किये गये किन्हीं अन्य विनियमों में परिभाषित शब्दों और अभिव्यक्तियों के अर्थ वही होंगे जो उन अधिनियमों या विनियमों या दिशानिर्देशों में क्रमशः उनके लिए निर्धारित किये गये हैं।

5. पॉलिसीधारकों के हितों के संरक्षण के लिए बोर्ड द्वारा अनुमोदित नीति:

1. प्रत्येक बीमाकर्ता के पास पॉलिसीधारकों के हितों के संरक्षण के लिए बोर्ड द्वारा अनुमोदित नीति होगी जिसमें कम से कम निम्नलिखित शामिल होंगे:
 - (i) बीमा जागरूकता बढ़ाने के लिए उठाये जानेवाले कदम जिससे भावी ग्राहकों और पॉलिसीधारकों को बीमा उत्पादों, लाभों तथा उनके अधिकारों और दायित्वों के बारे में शिक्षित किया जा सके।
 - (ii) प्रदत्त विभिन्न सेवाओं के लिए टर्नअराउंड समयों सहित सेवा के मानदंड।
 - (iii) शिकायतों के शीघ्र समाधान के लिए प्रक्रिया।
 - (iv) विक्रय और सेवा के स्थान पर अपविक्रय (मिस-सेलिंग) और अनुचित व्यापार पद्धतियों को रोकने के लिए उठाये जानेवाले कदम।
 - (v) यह सुनिश्चित करने के लिए उठाये जानेवाले कदम कि पॉलिसी की अपेक्षा और विक्रय के स्तरों के दौरान भावी ग्राहकों को उत्पाद के साथ संबद्ध विशेषताओं और उत्पाद की शर्तों की तुलना में विक्रय किये जा रहे उत्पाद के लाभों के बारे में पूरी तरह सूचित किया जाए और अवगत कराया जाए जिससे उत्पाद के लाभों / प्रतिलाभों के बारे में कोई गलत कथन / गलत निरूपण नहीं हो सके।
2. प्रत्येक बीमाकर्ता अपनी वेबसाइट में बोर्ड द्वारा यथा अनुमोदित सेवा मानदंडों और टर्नअराउंड समयों को प्रदर्शित करेगा तथा जब भी बोर्ड द्वारा सेवा मानदंडों में संशोधन किया जाएगा तब उन्हें अद्यतन रखेगा।

6. बिक्री केन्द्र:

1. किसी भी बीमा उत्पाद का विवरण-पत्र (प्रॉस्पेक्टस) स्पष्ट रूप से यह कहेगा

(i) (क) संबंधित बीमा उत्पाद के लिए प्राधिकरण के द्वारा आबंटित विलक्षण पहचान संख्या (यूआईएन)

(ख) लाभों का दायरा;

(ग) बीमा रक्षा की सीमा;

(घ) स्पष्टीकरणों के साथ बीमा रक्षा की वारंटियाँ, अपवर्जन/अपवाद और शर्तें।

(ii) (क) बीमा के द्वारा रक्षित की जानेवाली आकस्मिकता अथवा आकस्मिकताओं का वर्णन;

(ख) ऐसे विवरण-पत्र की शर्तों के अंतर्गत बीमा के लिए पात्र जीवन अथवा संपत्ति की श्रेणी अथवा श्रेणियाँ;

(ग) परिस्थितियों, यदि कोई हों, का पूरा विवरण जिसमें विवरण-पत्र अथवा सारणी में बताये गये प्रीमियमों की छूटों (रिबेटों) के लिए अनुमति पॉलिसी के प्रभावी होने या उसके नवीकृत होने पर, प्रत्येक स्थिति के लिए लागू छूट की दरों सहित दी जाएगी; तथा

(घ) अधिनियम की धारा 41 की एक प्रति, परंतु उसकी उप-धारा (1) के परंतुक के साथ नहीं।

(iii) बीमा उत्पादों पर अनुमति-योग्य अनुवृद्धियों अथवा वर्धित (एड-ऑन) रक्षाओं के विषय में उनके लाभों के दायरे के संबंध में स्पष्ट रूप से बताया जाएगा,

(iv) स्वास्थ्य संबंधी अथवा गंभीर बीमारियों की अनुवृद्धियों (राइडर्स) से संबंधित प्रीमियम मूल उत्पाद के अंतर्गत प्रीमियम के 100% से अधिक नहीं होगा, अन्य सभी जीवन बीमा अनुवृद्धियों को एकसाथ लेने पर उनके अंतर्गत प्रीमियम मूल उत्पाद के अंतर्गत प्रीमियमों के 30% से अधिक नहीं होंगे तथा उपर्युक्त में से प्रत्येक अनुवृद्धि के अंतर्गत उत्पन्न होनेवाला कोई भी लाभ मूल उत्पाद के अंतर्गत बीमित राशि से अधिक नहीं होगा।

(v) जीवन बीमा के मामले में क्या उत्पाद सहभागी (लाभ-सहित) है अथवा गैर-सहभागी (लाभ-रहित)।

बशर्ते कि किसी जीवन बीमा पॉलिसी में लाभ की राशि बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 2(11) के अधीन होगी।

स्पष्टीकरण: किसी जीवन बीमा पॉलिसी के साथ संबद्ध अनुवृद्धि अथवा अनुवृद्धियाँ मुख्य पॉलिसी के स्वरूप अथवा लक्षण से युक्त अर्थात् लाभसहित या लाभरहित होगी/ होंगी, तथा तदनुसार जीवन बीमाकर्ता अपनी बहियों में प्रावधान आदि करेगा।

2. बीमाकर्ता अथवा उसका एजेंट अथवा अन्य मध्यवर्ती भावी ग्राहक को प्रस्तावित बीमारक्षा के संबंध में समस्त महत्वपूर्ण सूचना उपलब्ध कराएगा ताकि अपने हित में सर्वोत्तम बीमारक्षा के संबंध में निर्णय करने में भावी ग्राहक को समर्थ बनाया जा सके।
3. जहाँ भावी ग्राहक बीमाकर्ता अथवा उसके एजेंट अथवा किसी बीमा मध्यवर्ती की सलाह पर निर्भर है, तो ऐसे व्यक्ति से अपेक्षित है कि वह अनिवार्यतः भावी ग्राहक को तटस्थता के साथ परामर्श दे।
4. जहाँ किसी कारण से यदि भावी ग्राहक द्वारा प्रस्ताव और अन्य संबद्ध कागज-पत्र दाखिल नहीं किये जाते, तो बीमाकर्ता अथवा वितरण माध्यम, फार्म की विषय-वस्तु को स्पष्ट करेगा तथा प्रस्ताव फार्म के अंत में भावी ग्राहक से लिया जानेवाला एक प्रमाणपत्र शामिल किया जाएगा कि प्रस्तावित फार्म और संबद्ध दस्तावेजों की विषय-वस्तु उसे स्पष्ट की गई है तथा उसने प्रस्तावित संविदा के अभिप्राय को पूरी तरह समझ लिया है।

5. बीमाकर्ता यह सुनिश्चित करेंगे कि दूरस्थ विपणन पद्धतियों, जैसे इंटरनेट, एसएमएस, दूर-विपणन, परस्पर सक्रिय इलेक्ट्रॉनिक माध्यम आदि के द्वारा निष्पादित विक्रय प्राधिकृत और अर्हता-प्राप्त विक्रेताओं के द्वारा किया जाएगा जो प्राधिकरण द्वारा इस आशय के लिए विनिर्दिष्ट किये गये हों। यह अधिदेशात्मक है कि अनुयाचन करने से पहले भावी ग्राहक की सहमति प्राप्त कर ली जाए। यह सुनिश्चित करने के लिए ध्यान रखना चाहिए कि संपर्क किये गये भावी ग्राहक को बीमाकर्ता की पहचान, वितरण माध्यम, उत्पाद, प्रस्ताव के लाभों और शर्तों आदि के संबंध में स्पष्टता हो। किये गये अनुयाचन के साथ भावी ग्राहक के लिए किसी भी प्रकार की अनिवार्यता, असुविधा अथवा परेशानी संबद्ध नहीं होगी।

7. प्रस्ताव पर उत्पाद / हटाये गये उत्पाद

1. प्रत्येक बीमाकर्ता अपनी वेबसाइट में ऐसे प्रत्येक बीमा उत्पाद की शर्तें रखेगा जो बीमाकर्ता द्वारा विक्रय के लिए प्रस्तावित है जैसा कि वह आशोधित उत्पादों अथवा हटाये गये उत्पादों सहित, यूज़ एण्ड फाइल प्रक्रिया के अंतर्गत प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित हो अथवा यूज़ एण्ड फाइल प्रक्रिया के अंतर्गत प्राधिकरण के पास फाइल किया गया हो। प्राधिकरण द्वारा आर्बाईएन का भी उल्लेख प्रत्येक उत्पाद के समक्ष किया जाएगा।

2. बीमाकर्ता उक्त सूची को हर समय अद्यतन रखेगा।

8. बीमा के लिए प्रस्ताव:

1. मरीन (समुद्री) बीमारक्षा के मामले को, अथवा प्रस्ताव फार्म के प्रयोग से छूट देते हुए प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित ऐसी अन्य बीमारक्षाओं के मामले को छोड़कर, जीवन बीमा व्यवसाय हेतु अथवा साधारण बीमा व्यवसाय हेतु अथवा स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय हेतु बीमारक्षा प्रदान करने के लिए प्रस्ताव को लिखित में या इलेक्ट्रॉनिक तौर पर अथवा प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित रूप में किसी अन्य फार्मेट में एक दस्तावेज के द्वारा अनिवार्यतः प्रमाणित किया जाना चाहिए। यह बीमाकर्ता का कर्तव्य है कि वह बीमित व्यक्ति को प्रस्ताव की स्वीकृति से 30 दिन के अंदर बीमित व्यक्ति के द्वारा प्रस्तुत प्रस्ताव की एक प्रति निःशुल्क प्रेषित करे।
2. मरीन बीमा रक्षा अथवा अन्य बीमा रक्षाओं के मामले में जहाँ किसी प्रस्ताव फार्म का उपयोग नहीं किया जाता, वहाँ बीमाकर्ता मौखिक रूप से अथवा लिखित में अथवा इलेक्ट्रॉनिक तौर पर प्राप्त जानकारी को अभिलिखित करेगा और भावी ग्राहक के साथ उसकी पुष्टि 15 दिन की अवधि के अंदर करेगा तथा अपने कवर नोट या पॉलिसी में उक्त सूचना को शामिल करेगा। जहाँ बीमाकर्ता यह दावा करता है कि भावी ग्राहक ने किसी महत्वपूर्ण सूचना को दबाया है तथा बीमारक्षा प्रदान करने से संबंधित किसी महत्वपूर्ण विषय पर कोई भ्रामक या गलत सूचना दी है, तब इस प्रकार अभिलिखित नहीं की गई किसी भी सूचना के संबंध में प्रमाण का दायित्व केवल बीमाकर्ता पर ही रहेगा।
3. जीवन बीमारक्षा प्रदान करने के लिए सूचना अपेक्षित करनेवाले किसी भी प्रस्ताव फार्म में प्रमुख रूप से अधिनियम की धारा 45 की अपेक्षाएँ बताई जाएँगी।
4. जीवन बीमारक्षा प्राप्त करने के लिए प्रस्ताव फार्म में प्रश्नों का उत्तर देते समय भावी ग्राहक का मार्गदर्शन अधिनियम की धारा 45 के उपबंधों के द्वारा किया जाना चाहिए।
5. जहाँ भी प्रस्तावकर्ता के लिए नामांकन का लाभ उपलब्ध है, वहाँ अधिनियम के अनुसार अथवा पॉलिसी की शर्तों के अनुसार बीमाकर्ता अथवा वितरण माध्यम प्रस्तावकर्ता का ध्यान इसकी ओर आकर्षित करेगा तथा प्रस्तावकर्ता को इस सुविधा का उपयोग करने के लिए प्रोत्साहित करेगा और उसको अधिनियम की धारा 39 के उपबंधों की जानकारी देगा।

6. बीमाकर्ता प्रस्तावों पर कार्रवाई शीघ्रता और दक्षता के साथ करेगा तथा उसके प्रस्ताव पर निर्णय की सूचना लिखित में प्रस्तावकर्ता को एक उचित अवधि के अंदर, परंतु प्रस्तावों अथवा बीमाकर्ता द्वारा माँगी गई किन्हीं भी अपेक्षाओं की प्राप्ति से 15 दिन से अनधिक अवधि में दी जाएगी।
7. जहाँ किसी भी परिस्थिति में किसी प्रस्ताव की जमाराशि भावी ग्राहक को वापस करने योग्य है, तो यह प्रस्ताव पर जोखिम-अंकन की तारीख से 15 दिन के अंदर वापस की जाएगी।

9. जीवन बीमा पॉलिसी में उल्लेखनीय विषय:

1. किसी भी जीवन बीमा पॉलिसी में यह स्पष्ट रूप से कहा जाएगा:

- (i) उत्पाद का नाम और पॉलिसी को नियंत्रित करते हुए उत्पाद के लिए प्राधिकरण के द्वारा आबंटित यूआईएन, उसकी शर्तें; नाम, कूट संख्या, विक्रय की प्रक्रिया में संबद्ध व्यक्ति के संपर्क का ब्योरा;
- (ii) क्या यह लाभों में सहभागिता कर रहा है अथवा नहीं, क्या यह संबद्ध है अथवा असंबद्ध है;
- (iii) लाभों को निहित करने अथवा उनका भुगतान करने का तरीका जैसे नकदी बोनस, आस्थगित बोनस, साधारण अथवा यौगिक प्रत्यावर्ती बोनस;
- (iv) देय लाभ और वे आकस्मिकताएँ जिनके आधार पर ये देय हैं तथा बीमा संविदा की अन्य शर्तें;
- (v) नामित व्यक्ति(यों) का नाम, नामित व्यक्ति(यों) की आयु और उनका संबंध तथा अवयस्क नामितियों की स्थिति में अभिभावक का नाम;
- (vi) मुख्य पॉलिसी के साथ संबद्ध की जा रही अनुवृद्धियों (राइडर्स) का विवरण;
- (vii) जोखिम के प्रारंभ की तारीख, परिपक्वता की तारीख और वह तारीख (वे तारीखें) जब उत्तरजीविता लाभ, यदि कोई हों, देय हैं;
- (viii) देय प्रीमियम, भुगतान की आवधिकता, प्रीमियम के भुगतान के लिए अनुमतिप्राप्त अनुग्रह अवधि, प्रीमियम की अंतिम किस्त की तारीख, प्रीमियम की किस्त (किस्तों) का भुगतान बंद करने का निहितार्थ एवं साथ ही, गारंटीकृत अभ्यर्पण मूल्य के उपबंध;
- (ix) व्यपगत पॉलिसी का पुनःप्रवर्तन करने के लिए व्यवस्थित पुनःप्रवर्तन योजनाओं और उनके अंतर्गत पुनःप्रवर्तन हेतु प्रस्तुति के लिए आवश्यकताओं का विवरण। बीमाकर्ता किसी व्यपगत बीमा पॉलिसी का नवीकरण करने के लिए प्रचलित शब्द "पुनःप्रवर्तन" (रिवाइवल) का प्रयोग करेंगे;
- (x) पॉलिसी के प्रारंभ की तारीख की स्थिति के अनुसार बीमित व्यक्ति का नाम, पता, जन्मतिथि और आयु;
- (xi) निम्नलिखित के लिए पॉलिसी की शर्तें
 - क. प्रदत्त पॉलिसी के रूप में पॉलिसी का परिवर्तन,
 - ख. अभ्यर्पण
 - ग. मोचन-निषेध (फोरक्लोज़र)
 - घ. गैर-जब्ती
 - ङ. संबद्ध (लिंकड) पॉलिसियों के मामले में समाप्ति के प्रावधान

- (xii) मुख्य पॉलिसी और अनुवृद्धियों, दोनों के संबंध में बीमारक्षा के दायरे से अपवर्जित आकस्मिकताएँ;
- (xiii) नामांकन, समनुदेशन, पॉलिसी की जमानत पर ऋणों के लिए प्रावधान तथा एक विवरण कि ऐसे ऋण पर देय ब्याज की दर ऋण लेते समय बीमाकर्ता द्वारा निर्धारित रूप में होगी;
- (xiv) पॉलिसी के संबंध में लागू किये गये कोई भी विशेष खंड, अपवर्जन अथवा शर्तें;
- (xv) बीमाकर्ता का पता, ई-मेल आईडी जहाँ पॉलिसी के संबंध में सभी पत्रादि भेजे जाएँगे;
- (xvi) पॉलिसीधारक को समय पर अपने पते में परिवर्तन की सूचना देने के महत्व पर बल देते हुए नोट्स;
- (xvii) उस बीमा लोकपाल के पते और संपर्क के व्योरे के साथ बीमाकर्ता की आंतरिक शिकायत निवारण व्यवस्था का विवरण, जिसके भौगोलिक अधिकार-क्षेत्र में बीमाकर्ता की शाखा अथवा कार्यालय अथवा पॉलिसीधारक का आवासीय पता अथवा निवास का स्थान स्थित हो;
- (xviii) उन दस्तावेजों की सूची जिन्हें पॉलिसी के अंतर्गत दावे की स्थिति में दावेदार के द्वारा प्रस्तुत किये जाने की सामान्यतः अपेक्षा होती है।

10. जीवन बीमा पॉलिसियों के निःशुल्क अवलोकन (फ्री लुक) का निरसन:

1. (i) बीमाकर्ता पॉलिसीधारक को पॉलिसी अग्रेषित करने के पत्र के द्वारा यह स्पष्ट रूप से सूचित करेगा कि उसके पास पॉलिसी की शर्तों का पुनरीक्षण करने के लिए पॉलिसी दस्तावेज की प्राप्ति की तारीख से 15 दिन के निःशुल्क अवलोकन (फ्री लुक) की अवधि तथा इलेक्ट्रॉनिक पॉलिसियों और दूरस्थ पद्धति के माध्यम से प्राप्त पॉलिसियों के मामले में 30 दिन की अवधि है तथा जहाँ पॉलिसीधारक उन शर्तों से सहमत नहीं है, वहाँ उसके पास यह विकल्प है कि वह निरसन के लिए बीमाकर्ता को अपनी आपत्ति के लिए कारण बताते हुए पॉलिसी लौटा सकता है, तथा तब वह अदा किये गये प्रीमियम की वापसी के लिए हकदार होगा, केवल इस शर्त के अधीन कि बीमारक्षा की अवधि के लिए आनुपातिक जोखिम प्रीमियम और प्रस्तावकर्ता की डॉक्टरी जाँच के लिए बीमाकर्ता के द्वारा किये गये व्यय और मुद्रांक शुल्क के प्रभारों की कटौती की जाएगी।
- (ii) संबद्ध बीमा उत्पाद के संबंध में, उपर्युक्त उप-विनियम (i) के अंतर्गत कटौतियों के अतिरिक्त, बीमाकर्ता निरसन की तारीख को विद्यमान यूनियों की कीमत पर यूनियों का पुनःक्रय (रीपर्चेज) करने के लिए भी पात्र होगा।
- (iii) बीमाकर्ता द्वारा निःशुल्क अवलोकन (फ्री लुक) निरसन के लिए प्राप्त अनुरोध पर कार्रवाई की जाएगी और उक्त अनुरोध की प्राप्ति से 15 दिन के अंदर प्रीमियम वापस अदा किया जाएगा, जैसा कि उपर्युक्त उप खंड (i), (ii) पर बताया गया है।

11. साधारण बीमा पॉलिसी में उल्लेखनीय विषय:

1. साधारण बीमा पॉलिसी में निम्नलिखित विषय स्पष्ट रूप से बताये जाएँगे:

- (i) बीमाकृत व्यक्ति(यों) का(के) नाम, पता(पते) तथा बीमा की विषय-वस्तु में वित्तीय हित रखनेवाले किसी(किन्हीं) बैंक(बैंकों) अथवा किसी/किन्हीं अन्य व्यक्ति(यों) का(के) नाम और पता(पते); उत्पाद की विलक्षण पहचान संख्या (यूआईएन), विक्रय की प्रक्रिया में संबद्ध व्यक्ति का नाम, कूट संख्या, संपर्क का विवरण;
- (ii) बीमित संपत्ति अथवा हित का पूरा विवरण;

- (iii) पॉलिसी के अंतर्गत बीमाकृत संपत्ति अथवा हित का/के स्थान तथा जहा उपयुक्त हो वहाँ संबंधित बीमित मूल्यों के साथ उक्त विवरण;
- (iv) बीमा की अवधि;
- (v) बीमित राशियाँ;
- (vi) बीमारक्षा प्राप्त और अप्राप्त जोखिम;
- (vii) कोई विशेषाधिकार अथवा कटौती-योग्य, प्रयोज्य मद;
- (viii) देय प्रीमियम तथा जहाँ प्रीमियम अनंतिम हो वहाँ समायोजन के अधीन, प्रीमियम के समायोजन का आधार बताया जाना चाहिए;
- (ix) पॉलिसी की शर्तें और वारंटियाँ, अपवर्जन, यदि कोई हों;
- (x) आकस्मिकता के घटित होने पर बीमाकृत व्यक्ति के द्वारा की जानेवाली कार्रवाई जिसके संबंध में पॉलिसी के विषय में दावा उत्पन्न होने की संभावना हो;
- (xi) दावा उत्पन्न करनेवाली घटना के घटित होने पर बीमा की विषय-वस्तु के संबंध में बीमित व्यक्ति के दायित्व तथा उक्त परिस्थितियों में बीमाकर्ता के अधिकार;
- (xii) पॉलिसी के साथ संबद्ध कोई विशेष शर्तें;
- (xiii) पॉलिसी के निरसन के लिए आधार जो खुदरा पॉलिसी के मामले में बीमाकर्ता के लिए केवल गलत बयानी, महत्वपूर्ण तथ्यों को प्रकट नहीं करने, धोखाधड़ी करने अथवा बीमाकृत व्यक्ति के असहयोग के कारणों पर ही हो सकते हैं;
- स्पष्टीकरण:* समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा अधिसूचित फाइल एण्ड यूज़ दिशानिर्देशों के अंतर्गत खुदरा पॉलिसियों के रूप में अनुमोदित उत्पाद ऊपर उल्लिखित खुदरा पॉलिसी के दायरे में आते हैं।
बशर्ते कि केवल वाणिज्यिक पॉलिसियों के मामले में धनवापसी के परिकलन के तरीके और निरसन के लिए नोटिस अवधि के साथ, अन्य परिस्थितियाँ जिनके अंतर्गत पॉलिसी निरस्त की जा सकती है, दी जानी चाहिए।
- (xiv) बीमाकर्ता का पता, जहाँ बीमा संविदा के संबंध में सभी पत्रादि भेजे जाने चाहिए;
- (xv) मुख्य पॉलिसी के साथ संबद्ध की जानेवाले पृष्ठांकनों, वर्धित (ऐड-ऑन) बीमारक्षाओं का विवरण;
- (xvi) यह कि नवीकरण करने पर पॉलिसी के अंतर्गत प्रदत्त लाभ और/या प्रीमियम दर सहित पॉलिसी की शर्तें परिवर्तन के अधीन हो सकती हैं; तथा
- (xvii) उस बीमा लोकपाल के पते और संपर्क के ब्योरे के साथ बीमाकर्ता के आंतरिक शिकायत निवारण व्यवस्था का विवरण, जिसके भौगोलिक अधिकार-क्षेत्र में बीमाकर्ता की शाखा या कार्यालय अथवा पॉलिसीधारक का आवासीय पता अथवा निवास का स्थान स्थित हो।

12. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में उल्लेखनीय विषय:

1. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में निम्नलिखित विषय स्पष्ट रूप से बताये जाएँगे:

- (i) पॉलिसीधारक का नाम और बीमारक्षा प्राप्त प्रत्येक लाभार्थी का नाम, उत्पाद की विलक्षण पहचान संख्या (यूआईएन), विक्रय की प्रक्रिया में संबद्ध व्यक्ति का नाम, कूट संख्या और संपर्क का विवरण;

- (ii) बीमाकृत व्यक्ति की जन्मतिथि और संपूर्ण वर्षों में तदनुसूची आयु;
- (iii) बीमाकृत व्यक्ति का पता;
- (iv) बीमा की अवधि और वह तारीख जब से पॉलिसीधारक किसी अंतराल के बिना किसी भी बीमाकर्ता से भारत में स्वास्थ्य बीमा रक्षा निरंतर प्राप्त कर रहा है;
- (v) बीमित राशियाँ;
- (vi) उप-सीमाएँ, अनुपातिक कटौतियाँ और पैकेज दरों की मौजूदगी, यदि कोई हो, संबंधित पॉलिसी खंड के विषय में प्रति-संदर्भ के साथ;
- (vii) सह-भुगतान की सीमाएँ, यदि कोई हों;
- (viii) पहले से चल रही बीमारी (पीईडी) प्रतीक्षा अवधि, यदि लागू हो;
- (ix) विशिष्ट प्रतीक्षा अवधियाँ, जैसी लागू हों;
- (x) यथाप्रयोज्य रूप में कटौती-योग्य – सामान्य और विशिष्ट, यदि कोई हो;
- (xi) संचयी बोनस, यदि कोई हो;
- (xii) प्रीमियम किस्त के भुगतान की आवधिकता;
- (xiii) पॉलिसी की अवधि;
- (xiv) पॉलिसी की शर्तें, अपवर्जन, वारंटियाँ;
- (xv) अलग से नकदीरहित और प्रतिपूर्ति विकल्पों के लिए दावा उत्पन्न होने पर की जानेवाली कार्रवाई;
- (xvi) यदि कोई टीपीए नियुक्त हो तो उनका विवरण, उनका पता, निःशुल्क (टोलफ्री) नंबर, वेबसाइट का विवरण;
- (xvii) बीमाकर्ता की शिकायत निवारण व्यवस्था का विवरण;
- (xviii) निःशुल्क अवलोकन (फ्री लुक) सुविधा और सुवाह्यता की स्थितियाँ;
- (xix) पॉलिसी अंतरण सुविधा और शर्तें जहाँ लागू हों;
- (xx) कि नवीकरण होने पर पॉलिसी, प्रीमियम दर में परिवर्तन सहित शर्तों में कुछ परिवर्तनों के अधीन हो सकती है;
- (xxi) पॉलिसी के निरसन के लिए प्रावधान; तथा
- (xxii) लोकपाल का पता और अन्य संपर्क का विवरण जिनके भौगोलिक अधिकारक्षेत्र में बीमाकर्ता की शाखा अथवा कार्यालय अथवा पॉलिसीधारक का आवासीय पता या निवास का स्थान स्थित हो।

13. साधारण और स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के निर्गम को नियंत्रित करनेवाले सामान्य सिद्धांत:

1. पॉलिसी के अपवर्जनों को निर्धारित करने में बीमाकर्ता जहाँ भी संभव हो वहाँ अपवर्जनों का वर्गीकरण निम्नानुसार करने के लिए प्रयास करेंगे:
 - (i) सभी पॉलिसियों में लागू मानक अपवर्जन;
 - (ii) पॉलिसी के लिए विशिष्ट अपवर्जन जिनसे छूट नहीं दी जा सकती;
 - (iii) पॉलिसी के लिए विशिष्ट अपवर्जन, जिनसे अतिरिक्त प्रीमियम के भुगतान पर छूट दी जा सकती है।

2. बीमाकर्ता निम्नलिखित रूप में पॉलिसी शर्तों का मोटे तौर पर श्रेणीकरण करने के लिए भी प्रयास कर सकते हैं, जिससे पॉलिसीधारक को शर्तों की स्पष्टता और समझ दी जा सके:
 - (i) संविदा की पूर्ववर्ती शर्तें;
 - (ii) संविदा के दौरान लागू शर्तें;
 - (iii) शर्तें जब दावा उत्पन्न होता है;
 - (iv) संविदा के नवीकरण के लिए शर्तें।
3. प्रत्येक बीमाकर्ता बीमाकृत व्यक्ति को पॉलिसी के अनुसार उत्पन्न होने वाला दावा दर्ज कराने के संबंध में पूरी की जाने वाली अपेक्षाओं और उसके द्वारा अनुसरण की जाने वाली प्रक्रियाओं के संबंध में सूचित करेगा जिससे दावे का निपटान शीघ्रता से किया जा सके।

14. जीवन बीमा पॉलिसी के संबंध में दावा प्रक्रिया

1. जीवन बीमाकर्ता मृत्यु दावा प्राप्त करने के बाद दावे पर कार्रवाई अविलंब करेगा। कोई भी प्रश्न अथवा अतिरिक्त दस्तावेजों की अपेक्षा दावे की प्राप्ति से 15 दिन की अवधि के अंदर एकसाथ की जाएगी और खंडों में नहीं।
2. (i) जीवन बीमा पॉलिसी के अंतर्गत मृत्यु दावा सभी संबंधित कागज-पत्र और अपेक्षित स्पष्टीकरण प्राप्त होने की तारीख से 30 दिन के अंदर अदा किया जाएगा अथवा संगत कारण देते हुए अस्वीकृत किया जाएगा अथवा निराकृत किया जाएगा। तथापि, जहाँ बीमाकर्ता की राय में दावे की परिस्थितियों में जाँच-पड़ताल की आवश्यकता होगी, वहाँ वह ऐसी जाँच-पड़ताल शीघ्रातिशीघ्र प्रारंभ करेगा और शीघ्रतापूर्वक, परंतु दावा सूचना की प्राप्ति की तारीख से 90 दिन से अनधिक अवधि में ऐसी जाँच-पड़ताल को पूरा करेगा तथा दावे का निपटान उसके बाद 30 दिन के अंदर किया जाएगा।
 - (ii) यदि बीमाकर्ता की ओर से उपर्युक्त उप-विनियम (i) में उल्लिखित समय-सीमाओं से अधिक विलंब किया जाता है, तो बीमाकर्ता अंतिम आवश्यक दस्तावेज की प्राप्ति की तारीख से बैंक दर से 2% अधिक दर पर ब्याज का भुगतान करेगा।
 - (iii) उन दावों के मामले को छोड़कर जहाँ अधिनियम की धारा 47 के अधीन आवेदन न्यायालय में प्रस्तुत किया गया हो, यदि दावा भुगतान के लिए तैयार है लेकिन आदाता (पेई) की उचित पहचान संबंधी किन्हीं कारणों से भुगतान नहीं किया जा सकता हो, वहाँ जीवन बीमाकर्ता दावा राशि पर ब्याज का भुगतान बैंक दर से उस तारीख से करेगा जब से वह भुगतान के लिए तैयार हो।
 - (iv) परिपक्वता, उत्तरजीविता लाभ दावों और वार्षिकियों के संबंध में, जीवन बीमाकर्ता पर्याप्त रूप से पहले सूचना भेजने के द्वारा दावा प्रक्रिया प्रारंभ करेगा अथवा उत्तर-दिनांकित चेक भेजेगा अथवा भारतीय रिज़र्व बैंक द्वारा अनुमोदित किसी इलेक्ट्रॉनिक पद्धति के माध्यम से दावेदार के बैंक खाते में सीधे जमा कर देगा, जिससे दावे का भुगतान नियत तारीख को या उससे पहले किया जा सके। नियत दिनांक को दावे का निपटान करने में बीमाकर्ता की ओर से कोई विलंब होने की स्थिति में जीवन बीमाकर्ता भुगतान की नियत तारीख अथवा बीमाकृत व्यक्ति/ दावेदार से अंतिम आवश्यक दस्तावेज की प्राप्ति की तारीख, जो भी बाद में हो, से ऐसी दर से ब्याज अदा करेगा जो बैंक दर से 2% अधिक होगी।
 - (v) निःशुल्क अवलोकन (फ्री लुक) निरसन, अभ्यर्पण, प्रत्याहार, प्रस्ताव जमाराशि की वापसी के लिए अनुरोध, बकाया प्रस्ताव जमाराशि, यदि कोई हो, की वापसी के संबंध में, अनुरोध अथवा अंतिम आवश्यक दस्तावेज की प्राप्ति

से 15 दिन के अंदर कार्रवाई की जाएगी और भुगतान किया जाएगा तथा ऐसा न करने पर बीमाकर्ता दंडात्मक ब्याज का भुगतान बीमाकृत व्यक्ति/ दावेदार से अनुरोध की तारीख अथवा अंतिम आवश्यक दस्तावेज, यदि कोई हो, की प्राप्ति की तारीख, जो भी बाद में हो, से बैंक दर की तुलना में 2% अधिक दर से करेगा।

स्पष्टीकरण: जीवन बीमाकर्ताओं द्वारा जारी की गई स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों का प्रबंध भी आईआरडीएआई (स्वास्थ्य बीमा) विनियम, 2016 के अध्याय IV द्वारा किया जाएगा।

(vi) उपर्युक्त उप-विनियम (ii), (iii), (iv) और (v) में उल्लिखित ब्याज भुगतान जीवन बीमाकर्ता के द्वारा बीमाकृत व्यक्ति/ दावेदार से विशिष्ट माँग की प्रतीक्षा किये बिना अपने आप किये जाएँगे।

15. साधारण बीमा पॉलिसी के संबंध में दावा प्रक्रिया

1. बीमाकृत व्यक्ति अथवा दावेदार बीमा की संविदा के अंतर्गत उत्पन्न होने वाली किसी हानि की सूचना बीमाकर्ता को शीघ्रातिशीघ्र अथवा ऐसी बढाई गई अवधि के अंदर देगा जिसकी अनुमति बीमाकर्ता द्वारा दी जा सकती है। ऐसी सूचना के प्राप्त होने पर साधारण बीमाकर्ता तत्काल इसका उत्तर देगा तथा बीमाकृत व्यक्ति को उन प्रक्रियाओं के संबंध में स्पष्ट रूप से सूचना देगा जिनका अनुसरण उसे करना चाहिए। उन मामलों में जहाँ किसी हानि/ दावे का आकलन करने के लिए सर्वेक्षक की नियुक्ति करनी होगी, वहाँ वह इस प्रकार तत्काल और किसी भी स्थिति में बीमाकृत व्यक्ति से सूचना की प्राप्ति से 72 घंटे के अंदर करेगा। सर्वेक्षक की नियुक्ति के बाद बीमाकर्ता तत्काल बीमाकृत व्यक्ति को पत्र, ई-मेल अथवा किसी अन्य इलेक्ट्रॉनिक रूप में सर्वेक्षक की भूमिका, कर्तव्यों और दायित्वों सहित, सर्वेक्षक की नियुक्ति का विवरण सूचित करेगा।
2. बीमाकर्ता / सर्वेक्षक दावा सूचना प्राप्त होने के 7 दिन के अंदर बीमाकृत व्यक्ति / दावेदार को उन आवश्यक दस्तावेजों और अन्य अपेक्षाओं के बारे में सूचित करेगा जिन्हें दावे के समर्थन में दावेदार को प्रस्तुत करने चाहिए। जहाँ दस्तावेज सार्वजनिक पहुँच (पब्लिक डोमेन) में उपलब्ध हैं, वहाँ सर्वेक्षक / बीमाकर्ता उन्हें प्राप्त करेगा।
3. सर्वेक्षक सर्वेक्षण का काम तत्काल प्रारंभ करेगा, जब तक कि तत्काल सर्वेक्षण में विलंब के लिए कारणभूत कोई विशेष स्थिति न हो, परंतु किसी भी स्थिति में अपनी नियुक्ति से 48 घंटे के अंदर वह अपना सर्वेक्षण प्रारंभ करेगा। हानि के प्रत्यक्ष विवरण की अंतरिम रिपोर्ट अभिलिखित की जाएगी और बीमाकर्ता को अल्पतम समय के अंदर, परंतु सर्वेक्षक द्वारा पहले निरीक्षण की तारीख से 15 दिन से अनधिक समय के अंदर अपलोड/ प्रेषित की जाएगी। उक्त अंतरिम रिपोर्ट की एक प्रति बीमाकृत व्यक्ति / दावेदार को प्रेषित की जाएगी, यदि वह ऐसा चाहता हो।
4. जहाँ बीमाकृत व्यक्ति सर्वेक्षक द्वारा अपेक्षित सभी विवरण प्रस्तुत करने में असमर्थ है अथवा जहाँ सर्वेक्षक को बीमाकृत व्यक्ति का पूरा सहयोग नहीं मिलता, वहाँ बीमाकर्ता अथवा सर्वेक्षक, जैसी स्थिति हो, बीमाकर्ता को सूचित करते हुए बीमाकृत व्यक्ति को लिखित में जो परिणामी विलंब दावे के निर्धारण में हो सकता है, उसके बारे में सूचित करेगा। यह बीमाकर्ता और सर्वेक्षक का समान रूप से कर्तव्य होगा कि वे की जाने वाली प्रस्तुतियों के संबंध में बीमित व्यक्ति का मार्गदर्शन करते हुए लंबित सूचना / दस्तावेजों के लिए बीमाकृत व्यक्ति के साथ अनुवर्तन करें।
5. (i) सर्वेक्षक उपर्युक्त उप-विनियम 4 के अधीन अंतिम रिपोर्ट अपनी नियुक्ति से 30 दिन के अंदर बीमाकर्ता को प्रस्तुत करेगा। सर्वेक्षक की रिपोर्ट की एक प्रति बीमाकर्ता द्वारा बीमाकृत व्यक्ति / दावेदार को प्रेषित की जाएगी, यदि वह ऐसा चाहता हो। यहाँ इस विनियम में उल्लिखित किसी बात के होने के बावजूद, वाणिज्यिक और बड़े जोखिमों के संबंध में किये गये दावों की स्थिति में सर्वेक्षक बीमाकर्ता को अंतिम रिपोर्ट अपनी नियुक्ति से 90 दिन के अंदर

प्रस्तुत करेगा। तथापि, बीमाकर्ता के द्वारा ऐसे दावों का निपटान अंतिम सर्वेक्षण रिपोर्ट और/या अंतिम संगत और आवश्यक दस्तावेज, जैसी स्थिति हो, की प्राप्ति से 30 दिन के अंदर किया जाएगा।

(ii) जहाँ किसी दावे के संबंध में विशेष परिस्थितियाँ विद्यमान हों जो उसके विशेष/ जटिल स्वरूप के कारण अथवा प्रतिस्थापन/ पुनःस्थापन के साथ जुड़ी हुई कठिनाइयों के कारण हों, वहाँ सर्वेक्षक अपनी रिपोर्ट प्रस्तुत करने के लिए बीमाकर्ता से समय-विस्तार की माँग करेगा। ऐसी स्थिति में बीमाकर्ता जहाँ भी आवश्यक हो वहाँ बीमाकृत व्यक्ति/ दावेदार को पाक्षिक तौर पर स्थिति की सूचना देगा। बीमाकर्ता स्वीकृत दावा देयता के आधार पर अनंतिम/ लेखागत अदायगी कर सकता है।

6. यदि बीमाकर्ता सर्वेक्षण रिपोर्ट प्राप्त होने पर पाता है कि वह किसी भी प्रकार से अधूरी है, तो वह बीमाकृत व्यक्ति/ दावेदार को सूचना देते हुए सर्वेक्षक से अपेक्षा करेगा कि वह बीमाकर्ता के द्वारा अपेक्षित किये जाने वाले कुछ विशिष्ट विषयों पर एक अतिरिक्त रिपोर्ट प्रस्तुत करे। ऐसा अनुरोध बीमाकर्ता के द्वारा अंतिम सर्वेक्षण रिपोर्ट की प्राप्ति से 15 दिन के अंदर की जा सकती है।

वशत कि बीमाकर्ता के द्वारा एक अतिरिक्त रिपोर्ट माँगने की सुविधा का उपयोग एक दावे के मामले में एक बार से अधिक नहीं किया जाएगा।

7. सर्वेक्षक उक्त सूचना प्राप्त होने पर बीमाकर्ता से सूचना की प्राप्ति की तारीख से तीन सप्ताह के अंदर एक अतिरिक्त रिपोर्ट प्रस्तुत करेगा।

8. अंतिम सर्वेक्षण रिपोर्ट अथवा अतिरिक्त सर्वेक्षण रिपोर्ट, जैसी स्थिति हो, प्राप्त होने पर तथा दावे के लिए संगत और आवश्यक सभी अपेक्षित सूचना/ दस्तावेज प्राप्त होने के बाद बीमाकर्ता 30 दिन की अवधि के अंदर बीमाकृत व्यक्ति/दावेदार को दावे का निपटान प्रस्तावित करेगा। यदि बीमाकर्ता लिखित में दर्ज किये जानेवाले और बीमाकृत व्यक्ति/ दावेदार को सूचित किये जानेवाले किसी भी कारण से पॉलिसी के अंतर्गत दावे को अस्वीकार करने का निर्णय करता है, तो वह अंतिम सर्वेक्षण रिपोर्ट और/या अतिरिक्त सूचना/ दस्तावेजों अथवा अतिरिक्त सर्वेक्षण रिपोर्ट, जैसी स्थिति हो, की प्राप्ति से 30 दिन की अवधि के अंदर इस प्रकार करेगा।

9. यदि स्वीकृत राशि दावा की गई राशि से कम है, तो बीमाकर्ता बीमाकृत व्यक्ति/ दावेदार को लिखित में निपटान के आधार के बारे में सूचित करेगा। विशेष रूप से, जहाँ दावा अस्वीकृत किया गया हो, वहाँ बीमाकर्ता पॉलिसी दस्तावेज की विशिष्ट शर्तों की ओर ध्यान आकर्षित करते हुए इसके लिए कारण लिखित में देगा।

10. उस स्थिति में जहाँ ऊपर निर्धारित रूप में दावे का निपटान 30 दिन के अंदर नहीं किया जाता है, वहाँ बीमाकृत व्यक्ति/ दावेदार से अंतिम संगत और आवश्यक दस्तावेज बीमाकर्ता को प्राप्त होने की तारीख से वास्तविक भुगतान की तारीख तक बैंक दर से 2% अधिक दर पर ब्याज अदा करने के लिए बीमाकर्ता बाध्य होगा।

16. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के संबंध में दावा प्रक्रिया

1. प्रत्येक बीमाकर्ता स्वास्थ्य बीमा दावों के निपटान के लिए भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (स्वास्थ्य बीमा) विनियम, 2016 के अंतर्गत निर्धारित प्रक्रिया का पालन करेगा।

(i) बीमाकर्ता आईआरडीएआई (स्वास्थ्य बीमा) विनियम, 2016 के विनियम 27 के उपबंधों के अनुसार अंतिम आवश्यक दस्तावेज की प्राप्ति की तारीख से 30 दिन के अंदर दावे का निपटान करेगा।

(ii) किसी दावे के भुगतान में विलंब होने की स्थिति में बीमाकर्ता अंतिम आवश्यक दस्तावेज की प्राप्ति की तारीख से दावे के भुगतान की तारीख तक बैंक दर से 2% अधिक दर पर ब्याज का भुगतान करने के लिए बाध्य होगा।

2. तथापि, जहाँ बीमाकर्ता की राय में किसी दावे की परिस्थितियों को देखते हुए जाँच-पड़ताल की आवश्यकता है, वहाँ वह ऐसी जाँच-पड़ताल शीघ्रातिशीघ्र, परंतु किसी भी स्थिति में अंतिम आवश्यक दस्तावेज की प्राप्ति की तारीख से 30 दिन के अंदर ऐसी जाँच-पड़ताल को प्रारंभ करेगा और समाप्त करेगा। ऐसे मामलों में, बीमाकर्ता दावे का निपटान अंतिम आवश्यक दस्तावेज की प्राप्ति की तारीख से 45 दिन के अंदर करेगा।

(i) निर्धारित 45 दिन से अधिक विलंब होने की स्थिति में बीमाकर्ता अंतिम आवश्यक दस्तावेज की प्राप्ति की तारीख से दावे के भुगतान की तारीख तक बैंक दर से 2% अधिक दर से ब्याज का भुगतान करने के लिए बाध्य होगा।

3. निःशुल्क अवलोकन (फ्री लुक) अवधि के दौरान निरसन पर प्रीमियम की धनवापसी के संबंध में आईआरडीआई (स्वास्थ्य बीमा) विनियम, 2016 के विनियम 14 के उपबंधों के अनुसार कार्रवाई की जाएगी। किसी भी धनवापसी के संबंध में कार्रवाई शीघ्रता के साथ की जाएगी तथा ऐसी धनवापसी निःशुल्क अवलोकन (फ्री लुक) निरसन के लिए अनुरोध की प्राप्ति की तारीख से 15 दिन के अंदर की जाएगी।

स्पष्टीकरण: इस विनियम के प्रयोजन के लिए स्वास्थ्य बीमा दावे अधिनियम की धारा 2 (6सी) में परिभाषित रूप में स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय के संबंध में जीवन, साधारण और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा जारी की गई सभी बीमा पॉलिसियों के अंतर्गत उत्पन्न होनेवाले दावे होंगे।

17. शिकायत निवारण प्रक्रिया

1. प्रत्येक बीमाकर्ता के पास पॉलिसीधारकों, दावेदारों की शिकायतों और परिवादों का समाधान कुशलतापूर्वक और गति के साथ करने के लिए उचित प्रक्रियाएँ और प्रभावी व्यवस्था होगी।
2. सभी बीमाकर्ताओं के द्वारा अनुबंध-1 में दी गई रूपरेखा के अनुसार शिकायत निवारण प्रक्रिया का सावधानीपूर्वक पालन किया जाएगा।

18. स्पष्टीकरण जारी करने की शक्ति:

इन विनियमों में से किसी भी विनियम की प्रयोज्यता अथवा उसके अर्थनिर्णय के संबंध में किसी भी कठिनाई को दूर करने के लिए प्राधिकरण का अध्यक्ष जब भी आवश्यकता होगी तब उचित स्पष्टीकरण अथवा दिशानिर्देश जारी कर सकता है।

19. सामान्य सिद्धांत:

1. प्रत्येक जीवन बीमाकर्ता उन पॉलिसीधारकों को, जिनकी सहभागी पॉलिसियाँ प्रचलित हैं, वर्ष में कम से कम एक बार उनकी पॉलिसियों में उपचित बोनस अथवा उनकी यूलिप पॉलिसियों का मूल्य, जैसी स्थिति हो, पत्र / ई-मेल/ किसी अन्य इलेक्ट्रॉनिक विधि द्वारा सूचित करेगा।
2. इन विनियमों के अंतर्गत किसी प्रस्ताव अथवा पॉलिसी के संबंध में "महत्वपूर्ण सूचना के प्रकटीकरण" की अपेक्षाएँ दोनों बीमाकर्ता और बीमाकृत व्यक्ति पर लागू होंगी। जहाँ तक बीमित व्यक्ति का संबंध है, जहाँ भी आवश्यक हो वहाँ इसे सुनिश्चित करने के लिए वह वितरण माध्यमों के साथ सहयोग करेगा।
3. यदि बीमाकर्ता इस प्रकार की अपेक्षा करेगा तो पॉलिसीधारक किसी अभियोजन, कार्यवाही अथवा अन्य पक्षकारों के विरुद्ध बीमाकर्ता के द्वारा दावों की वसूली के विषय में बीमाकर्ता की सहायता करेगा।
4. बीमाकर्ता के द्वारा पॉलिसीधारक से माँगी जाने वाली समस्त सूचना पॉलिसीधारक सीधे अथवा वितरण माध्यमों के जरिये प्रस्तुत करेगा, जिसका संबंध बीमाकर्ता के विचार में जोखिम के साथ हो जिससे बीमा के किसी प्रस्ताव के अंतर्गत रक्षाप्राप्त जोखिम का उचित रूप से आकलन करने में बीमाकर्ता समर्थ हो सके।

5. बीमाकर्ता हर समय पॉलिसीधारक से संबंधित सूचना की संपूर्ण गोपनीयता बनाये रखेंगे, जब तक कि किसी कानून के परिचालन के कारण सांविधिक प्राधिकारियों को उक्त सूचना प्रकट करने की आवश्यकता उत्पन्न न हो।
6. इन विनियमों के अनुसार बीमाकर्ता अथवा वितरण माध्यमों अथवा सर्वेक्षकों पर रखे गये दायित्वों का कोई भी भंग प्राधिकरण को अधिनियम और/ या बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 के अधीन उनमें से प्रत्येक के विरुद्ध संयुक्त रूप से अथवा पृथक् रूप से कार्रवाई प्रारंभ करने के लिए समर्थ बनायेगा।

20. अस्थायी उपबंध

बीमाकर्ता उन सभी पॉलिसी दस्तावेज फार्मेटों का संशोधन करेंगे जो इन विनियमों के विनियम 9, 11, 12 में निर्धारित उपबंधों के अनुसार नहीं हैं तथा वे मुख्य कार्यकारी अधिकारी (सीईओ) द्वारा विधिवत् हस्ताक्षरित अनुपालन प्रमाणपत्र प्राधिकरण को 31.12.2017 को अथवा उससे पहले प्रस्तुत करेंगे।

टी. एस. विजयन, अध्यक्ष

[विज्ञापन.III/4/असा./130/17]

अनुबंध - I

शिकायत निवारण प्रक्रिया

1. शिकायतकर्ता जो बीमा विक्रय और सेवाओं के साथ संबद्ध बीमाकर्ता, मध्यवर्ती संस्था, बीमा मध्यवर्ती, वितरण माध्यम अथवा अन्य विनियमित संस्थाओं के विरुद्ध शिकायत करना चाहता है, बीमाकर्ता के संबंधित शिकायत निवारण अधिकारी से संपर्क करेगा। यदि बीमाकर्ता का शिकायत निवारण अधिकारी कोई उत्तर नहीं देता अथवा उसके द्वारा प्रदान किया गया समाधान शिकायतकर्ता के संतोष के अनुरूप नहीं है तो वह प्राधिकरण की शिकायत निवारण प्रबंध प्रणाली में शिकायत पंजीकृत कर सकता है। प्राधिकरण उक्त शिकायत के पुनः परीक्षण में सहायता करता है ताकि बीमाकर्ता द्वारा अंतिम रूप से समाधान प्रदान किया जा सके।
2. प्रत्येक बीमाकर्ता के पास कुशलतापूर्वक और शीघ्रता से पॉलिसीधारकों की शिकायतों का समाधान करने तथा शिकायतकर्ता की शिकायत पर बीमाकर्ता द्वारा की गई कार्रवाई की सूचना, आवश्यकतानुसार बीमा लोकपाल के संबंध में जानकारी सहित, देने के लिए एक प्रभावी शिकायत निवारण प्रक्रिया विद्यमान होगी।
3. शिकायत निवारण अधिकारी
 - i. प्रत्येक बीमाकर्ता के पास कॉरपोरेट कार्यालय में वरिष्ठ स्तर का एक पदनामित शिकायत निवारण अधिकारी (जीआरओ) होगा। कॉरपोरेट कार्यालय में स्थित उक्त जीआरओ प्राधिकरण के लिए संपर्क व्यक्ति होगा।
 - ii. बीमाकर्ता के प्रत्येक अन्य कार्यालय में भी एक पदनामित शिकायत अधिकारी होगा जो उस कार्यालय का प्रधान होगा। पूर्णतः संपर्क के ब्योरे के साथ उक्त जीआरओ/ पदनामित शिकायत अधिकारी का विवरण बीमाकर्ता की वेबसाइट में प्रकाशित किया जाएगा तथा संबंधित कार्यालय के पदनामित शिकायत अधिकारी एवं कॉरपोरेट कार्यालय में जीआरओ तक पदानुक्रम में अन्य शिकायत अधिकारियों के नाम और संपर्क विवरण संबंधित कार्यालयों के नोटिस बोर्ड पर भी प्रदर्शित किये जाएँगे।
 - iii. बीमाकर्ता के प्रत्येक कार्यालय में एक प्रमुख स्थान पर उस बीमा लोकपाल का नाम, पता और अन्य संपर्क विवरण भी प्रदर्शित किये जाएँगे जिनके अधिकार-क्षेत्र में उक्त कार्यालय स्थित हो।

4. शिकायत निवारण प्रणाली/प्रक्रिया:
- i. प्रत्येक बीमाकर्ता के पास उसके प्रत्येक कार्यालय में आईटी प्रणालियों सहित शिकायतें प्राप्त करने, उन्हें पंजीकृत करने और उनका निपटान करने के लिए एक प्रणाली और प्रक्रिया विद्यमान होगी। प्रत्येक बीमाकर्ता अपनी शिकायत निवारण प्रक्रिया को सार्वजनिक करेगा तथा यह सुनिश्चित करेगा कि वह उसकी वेबसाइट पर विशिष्ट रूप से उपलब्ध कराई जाए।
 - ii. सभी बीमाकर्ता पॉलिसीधारकों द्वारा शिकायतों के ऑन-लाइन पंजीकरण/ अन्वेषण को सुसाध्य बनाने के लिए प्राधिकरण द्वारा उपलब्ध कराई गई समन्वित शिकायत प्रबंध प्रणाली (आईजीएमएस) का अनिवार्यतः भाग बनेंगे। बीमाकर्ता की प्रणाली में आईजीएमएस के साथ बीमाकर्ताओं के शिकायत संबंधी डेटाबेस को प्रतिबिंबित करना संबद्ध होगा तथा निरंतर समीक्षा के द्वारा शिकायतों के विश्लेषण, न्यूनीकरण, प्रक्रियाओं और प्रणाली के सुधार को भी इसके द्वारा सुसाध्य बनाया जायेगा।
 - iii. बीमाकर्ताओं के पास भावी ग्राहकों और पॉलिसीधारकों से शिकायतों से संबंधित वॉइस/ ई-मेल सहित सभी प्रकार के कॉलों को प्राप्त करने और उनके संबंध में कार्रवाई करने के लिए प्रणाली उपलब्ध होगी। उक्त प्रणाली कॉलों/ ई-मेलों को सँभालने की प्राधिकरण की प्रणाली के साथ अपेक्षित इंटरफेसिंग को समर्थ और सुसाध्य बनाएगी।
5. शिकायत/ परिवाद का समापन:
- i. किसी भी शिकायत के संबंध में तब माना जाएगा कि उसका निपटान किया गया है और उसका समापन किया गया है जब
 - क. बीमाकर्ता ने शिकायतकर्ता के अनुरोध को पूर्णतः स्वीकार किया हो
(अथवा)
 - ख. जहाँ शिकायतकर्ता ने लिखित में बीमाकर्ता की प्रतिक्रिया की स्वीकृति निर्दिष्ट की हो,
(अथवा)
 - ग. जहाँ शिकायतकर्ता ने बीमाकर्ता के लिखित प्रत्युत्तर पर 8 सप्ताह के अंदर कोई प्रतिक्रिया व्यक्त नहीं की हो।
 - ii. जहाँ शिकायत का समाधान पॉलिसीधारक के पक्ष में नहीं किया गया हो अथवा आंशिक रूप से पॉलिसीधारक के पक्ष में उसका समाधान किया गया हो, वहाँ बीमाकर्ता सक्षम क्षेत्राधिकार के लोकपाल का नाम और पते का विवरण देते हुए बीमा लोकपाल के समक्ष मामला उठाने का विकल्प शिकायतकर्ता को सूचित करेगा।

INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY OF INDIA

NOTIFICATION

Hyderabad, the 22nd June, 2017

Insurance Regulatory and Development Authority of India

(Protection of Policyholders' Interests) Regulations, 2017

F. No. IRDAI/Reg/8/145/2017.— In exercise of the powers conferred by clause (zc) of sub-section (2) of section 114A of the Insurance Act, 1938 (4 of 1938) read with clause (b) of sub section (2) of section 14 and section 26

of the Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999 (41 of 1999), the Authority, in consultation with the Insurance Advisory Committee, hereby makes the following regulations, namely:

1. **SHORT TITLE AND COMMENCEMENT**

1. These regulations may be called The Insurance Regulatory and Development Authority of India (Protection of Policyholders' Interests) Regulations, 2017.
2. These regulations shall come into force from the date of their publication in the official Gazette of the Government of India and supersede Insurance Regulatory and Development Authority (Protection of Policyholders' Interests) Regulations, 2002 and any clarification circulars/guidelines issued in this regard.

2. **APPLICABILITY**

1. These Regulations are complementary to any other regulations made by the Authority, which, inter alia, provide for protection of the interests of policyholders.
2. These Regulations apply to all insurers, distribution channels, intermediaries, insurance intermediaries, other regulated entities and policyholders.

3. **OBJECTIVE:**

1. To ensure that interests of insurance policyholders' are protected.
2. To ensure that insurers, distribution channels and other regulated entities fulfil their obligations towards policyholders and have in place standard procedures and best practices in sale and service of insurance policies.
3. To ensure policyholder-centric governance by insurers with emphasis on grievance redressal.

4. **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 (41 of 1999);
3. "Bank Rate" means "Bank rate fixed by the Reserve Bank of India (RBI) at the beginning of the financial year in which claim has fallen due";
4. "Complaint" or "Grievance" means written expression (includes communication in the form of electronic mail or other electronic scripts), of dissatisfaction by a complainant with insurer, distribution channels, intermediaries, insurance intermediaries or other regulated entities about an action or lack of action about the standard of service or deficiency of service of such insurer, distribution channels, intermediaries, insurance intermediaries or other regulated entities;

Explanation: An inquiry or request would not fall within the definition of the "complaint" or "grievance".

5. "Complainant" means a policyholder or prospect or any beneficiary of an insurance policy who has filed a complaint or grievance against an insurer or a distribution channel
6. "Cover" means an insurance contract whether in the form of a policy or a cover note or a Certificate of Insurance or any other form as approved by the Authority to evidence the existence of an insurance contract;
7. "Distribution Channels" means persons and entities authorised by the Authority to involve in sale and service of insurance products;
8. "Proposal form" means a form to be filled in by the prospect in written or electronic or any other format as approved by the Authority, for furnishing all material information as required by the insurer in respect of a risk, in order to enable the insurer to take informed decision in the context of

underwriting the risk, and in the event of acceptance of the risk, to determine the rates, advantages, terms and conditions of the cover to be granted;

Explanation: "Material Information" for the purpose of these regulations shall mean all important, essential and relevant information sought by insurer in the proposal form and other connected documents to enable him to take informed decision in the context of underwriting the risk;

9. "Prospect" means any person who is a potential customer of an insurer and likely to enter into an insurance contract either directly with the insurer or through a distribution channel;

10. "Prospectus": means a document either in physical or electronic or any other format issued by the insurer to sell or promote the insurance products;

Explanation: Insurance products referred herein shall also include the riders offered, if any. Where a rider is tied to a base policy all the terms and conditions of the rider referred in the definition shall be mentioned in the prospectus. Where a standalone rider is offered to a base product, a reference to the rider shall be made in the prospectus of the base policy indicating the nature of benefits flowing thereupon.

11. Words and expressions used and not defined in these regulations, but defined in the Act, or the Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999 (41 of 1999) or the Insurance Rules, 1939 or any other regulations issued by the Authority shall have the meanings respectively assigned to them in those Acts or Rules or Regulations;

5. **BOARD APPROVED POLICY FOR PROTECTION OF INTERESTS OF POLICYHOLDERS:**

1. Every insurer shall have in place a board approved policy for protection of policyholders' interests which shall at the minimum, include

- (i) steps to be taken for enhancing Insurance Awareness so as to educate prospects and policyholders about insurance products, benefits and their rights and responsibilities.
- (ii) service parameters including turnaround times for various services rendered.
- (iii) procedure for expeditious resolution of complaints
- (iv) steps to be taken to prevent mis-selling and unfair business practices at point of sale and service.
- (v) steps to be taken to ensure that during policy solicitation and sale stages, the prospects are fully informed and made aware of the benefits of the product being sold vis-a-vis the product features attached thereto and the terms and conditions of the product so that the benefits / returns of the product are not mis-stated / mis-represented.

2. Every insurer shall display the service parameters and turnaround times as approved by the Board in its website and keep the same updated as and when the service parameters are revised by the Board.

6. **POINT OF SALE:**

1. A prospectus of any insurance product shall clearly state

- (i) (a) the Unique Identification Number (UIN) allotted by the Authority for the concerned insurance product
- (b) the scope of benefits;
- (c) the extent of insurance cover;
- (d) warranties, exclusions/exceptions and conditions of the insurance cover along with explanations.
- (ii) (a) a description of the contingency or contingencies to be covered by insurance;
- (b) the class or classes of lives or property eligible for insurance under the terms of such prospectus;

- (c) a full statement of the circumstances, if any, in which rebates of the premiums quoted in the prospectus or table shall be allowed on the effecting or renewal of a policy, together with the rates of rebate applicable to each case; and
- (d) a copy of Sec. 41 of the Act but not including the proviso to sub-section (1) thereof.
- (iii) the allowable riders or add-on covers on the insurance products shall be clearly spelt out with regard to their scope of benefits,
- (iv) the premium pertaining to health related or critical illness riders shall not exceed 100% of premium under the basic product, the premiums under all other life insurance riders put together shall not exceed 30% of premiums under the basic product and any benefit arising under each of the above mentioned riders shall not exceed the sum assured under the basic product.
- (v) in case of life insurance, whether the product is participating (with-profits) or non-participating (without-profits).

Provided that the benefit amount under riders in a life insurance policy shall be subject to section 2(11) of the Insurance Act, 1938.

Explanation: The rider or riders attached to a life insurance policy shall bear the nature and character of the main policy, viz. participating or non-participating and accordingly the life insurer shall make provisions, etc., in its books.

2. An insurer or its agent or other intermediary shall provide all material information in respect of a proposed cover to the prospect to enable the prospect to decide on the best cover that would be in his or her interest.
3. Where the prospect depends upon the advice of the insurer or his agent or an insurance intermediary, such a person must advise the prospect dispassionately.
4. Where for any reason, the proposal and other connected papers are not filled in by the prospect, the insurer or the distribution channel shall explain the contents of the form, and a certificate shall be incorporated at the end of the proposal form from the prospect that the contents of the proposal form and connected documents have been fully explained to him and he has fully understood the significance of the proposed contract.
5. The Insurers shall ensure, that a sale executed over distance-marketing modes such as Internet, SMS, Tele Marketing, interactive electronic medium etc., shall be undertaken by authorized and qualified sales persons who are specified in this behalf by the Authority. It is mandatory that the consent of the prospect be obtained before canvassing. Care should be exercised to ensure that the prospect contacted has clarity as to the identity of the insurer, the distribution channel, the product, benefits and conditions of offer etc. The canvassing so made shall not involve compulsion, inconvenience or nuisance of any kind to the prospect.

7. PRODUCTS ON OFFER/ PRODUCTS WITHDRAWN:

1. Every insurer shall place in its website the terms and conditions of every insurance product that is offered for sale by the insurer as it was approved by the Authority under File and Use procedure or filed with the Authority under Use and File procedure, including products modified or products withdrawn. The UIN allotted by the Authority to every insurance product shall also be mentioned against each product.
2. The insurer shall keep the list updated at all times.

8. PROPOSAL FOR INSURANCE:

1. Except in case of a marine insurance cover, or such other covers approved by the Authority exempting usage of proposal form, a proposal for grant of insurance cover, either for life insurance business or for general insurance business or for health insurance business, must be evidenced by a document in written or electronic or any other format as approved by the Authority. It is the duty of the insurer to

furnish to the insured, free of charge, within 30 days of the acceptance of a proposal, a copy of the proposal submitted by the Insured.

2. In case of marine insurance cover or other insurance covers where a proposal form is not used, the insurer shall record the information obtained orally or in writing or electronically, and confirm it within a period of 15 days thereof with the prospect and incorporate the information in its cover note or policy. Where the insurer claims that the prospect suppressed any material information or provided misleading or false information on any matter material to the grant of a cover, then the onus of proof rests with the insurer only in respect of any information not so recorded.
3. Any proposal form seeking information for grant of life cover shall prominently state therein the requirements of Section 45 of the Act.
4. While answering the questions in the proposal form for obtaining life insurance cover, the prospect is to be guided by the provisions of Section 45 of the Act.
5. Wherever the benefit of nomination is available to the proposer, in terms of the Act or the conditions of policy, the insurer or the distribution channel shall draw the attention of the proposer to it and encourage the proposer to avail the facility and inform him of the provisions of section 39 of the Act.
6. Insurer shall process the proposals with speed and efficiency and the decision on the proposal thereof, shall be communicated in writing to the proposer within a reasonable period but not exceeding 15 days from the date of receipt of proposals or any requirements called for by the insurer.
7. Where a proposal deposit is refundable to a prospect under any circumstances, the same shall be refunded within 15 days from the date of underwriting decision on the proposal.

9. **MATTERS TO BE STATED IN LIFE INSURANCE POLICY:**

1. A life insurance policy shall clearly state:
 - (i) the name and UIN allotted by the Authority for the product governing the policy, its terms and conditions; name, code number, contact details of the person involved in sales process;
 - (ii) whether it is participating in profits or not, whether it is linked or non-linked;
 - (iii) the manner of vesting or payment of profits such as cash bonus, deferred bonus, simple or compound reversionary bonus;
 - (iv) the benefits payable and the contingencies upon which these are payable and the other terms and conditions of the insurance contract;
 - (v) the name of Nominee (s), age of nominee(s) and their relationship and name of guardian in case of minor nominees.
 - (vi) the details of the riders being attached to the main policy;
 - (vii) the date of commencement of risk, the date of maturity and the date(s) on which survival benefits, if any, are payable;
 - (viii) the premiums payable, periodicity of payment, grace period allowed for payment of the premium, the date of last instalment of premium, the implication of discontinuing the payment of an instalment(s) of premium and also the provisions of guaranteed surrender value;
 - (ix) the details of revival schemes provided for reviving a lapsed policy and requirements to be submitted for revival there under. The insurers shall use term "revival" which is in vogue for renewing a lapsed insurance policy.
 - (x) Name, Address, Date of birth and age of the insured as at the date of commencement of the policy.
 - (xi) the policy conditions for

- a. conversion of the policy into paid up policy,
 - b. surrender
 - c. foreclosure
 - d. non-forfeiture
 - e. discontinuance provisions in case of Linked Policies
- (xii) contingencies excluded from the scope of the cover, both in respect of the main policy and the riders;
- (xiii) the provisions for nomination, assignment, loans on security of the policy and a statement that the rate of interest payable on such loan shall be as prescribed by the insurer at the time of taking the loan;
- (xiv) any special clauses, exclusions or conditions imposed on the policy;
- (xv) the address, email id of the insurer to which all communications in respect of the policy shall be sent;
- (xvi) the notes to policyholder highlighting the significance of notifying timely the change of his/her address;
- (xvii) details of insurer's Internal Grievance Redressal Mechanism along with address and contact details of Insurance Ombudsman within whose territorial jurisdiction the branch or office of the insurer or the residential address or place of residence of the policyholder is located;
- (xviii) the list of documents that are normally required to be submitted by a claimant in case of a claim under the policy.

10. **FREE LOOK CANCELLATION OF LIFE INSURANCE POLICIES:**

1. (i) The insurer shall inform clearly by the letter forwarding the policy to the policyholder that he has a free look period of 15 days from the date of receipt of the policy document and period of 30 days in case of electronic policies and policies obtained through distance mode, to review the terms and conditions of the policy and where the policyholder disagrees to any of those terms or conditions, he has the option to return the policy to the insurer for cancellation, stating the reasons for his objection, then he shall be entitled to a refund of the premium paid subject only to a deduction of a proportionate risk premium for the period of cover and the expenses incurred by the insurer on medical examination of the proposer and stamp duty charges.
- (ii) In respect of a linked insurance product, in addition to the deductions under sub-regulation (i) above, the insurer shall also be entitled to repurchase the units at the price of the units on the date of cancellation.
- (iii) A request received by insurer for free look cancellation of the policy shall be processed and premium refunded within 15 days of receipt of the request, as stated at sub clause (i), (ii) above.

11. **MATTERS TO BE STATED IN GENERAL INSURANCE POLICY:**

1. A general insurance policy shall clearly state:
 - (i) the name(s) and address(s) of the insured and of any bank(s) or any other person having financial interest in the subject matter of insurance, UIN of the product, name, code number, contact details of the person involved in sales process;
 - (ii) full description of the property or interest insured;
 - (iii) the location or locations of the property or interest insured under the policy and, where appropriate, with respective insured values;
 - (iv) period of Insurance;

- (v) sums insured;
- (vi) perils covered and not covered;
- (vii) any franchise or deductible applicable;
- (viii) premium payable and where the premium is provisional subject to adjustment, the basis of adjustment of premium be stated;
- (ix) policy terms, conditions and warranties, Exclusions, if any.
- (x) action to be taken by the insured upon occurrence of a contingency likely to give rise to a claim under the policy;
- (xi) the obligations of the insured in relation to the subject matter of insurance upon occurrence of an event giving rise to a claim and the rights of the insurer in the circumstances;
- (xii) any special conditions attaching to the policy;
- (xiii) the grounds for cancellation of the policy which in the case of a retail policy, for the insurer, can be only on the grounds of mis – representation, non-disclosure of material facts, fraud or non co-operation of the insured

Explanation: Products approved as retail policies under File and Use guidelines notified by the Authority from time to time fall within the purview of retail policy referred above.

Provided that in the case of Commercial policies alone, other circumstances under which the policy may be cancelled be given, along with the manner of calculation of refund and notice period for cancellation.

- (xiv) the address of the insurer to which all communications in respect of the insurance contract should be sent;
- (xv) the details of the endorsements, add-on covers attaching to the main policy;
- (xvi) that, on renewal, the benefits provided under the policy and/or terms and conditions of the policy including premium rate may be subject to change; and
- (xvii) details of insurer's internal grievance redressal mechanism along with address and contact details of Insurance Ombudsman within whose territorial jurisdiction the branch or office of the insurer or the residential address or place of residence of the policyholder is located.

12. MATTERS TO BE STATED IN A HEALTH INSURANCE POLICY:

1. A health insurance policy shall clearly state:
 - (i) The name of the policyholder and the names of each beneficiary covered, UIN of the product, name, code number, contact details of the person involved in sales process;
 - (ii) Date of birth of the insured and corresponding age in completed years;
 - (iii) The address of the insured;
 - (iv) The period of insurance and the date from which the policyholder has been continuously obtaining health insurance cover in India from any of the insurers without break;
 - (v) The sums Insured;
 - (vi) The sub-limits, Proportionate Deductions and the existence of Package rates if any, with cross-reference to the concerned policy section;
 - (vii) Co-pay limits if any;
 - (viii) The pre-existing disease (PED) waiting period, if applicable;
 - (ix) Specific waiting periods as applicable;
 - (x) Deductible as applicable – general and specific, if any;

- (xi) Cumulative Bonus, if any;
- (xii) Periodicity of payment of premium instalment;
- (xiii) Policy period;
- (xiv) Policy terms, conditions, exclusions, warranties;
- (xv) Action to be taken on the occurrence of a claim for cashless and reimbursement options separately;
- (xvi) Details of TPA, if any engaged, their address, toll free number, website details;
- (xvii) Details of Grievance Redressal mechanism of insurer;
- (xviii) Free look period facility and portability conditions;
- (xix) Policy migration facility and conditions where applicable;
- (xx) that, on renewal, the policy could be subject to certain changes in terms and conditions including change in premium rate;
- (xxi) Provision for cancellation of the policy; and
- (xxii) Address and other contact details of Ombudsman within whose territorial jurisdiction the branch or office of the insurer or the residential address or place of residence of the policyholder is located.

13. **GENERAL PRINCIPLES GOVERNING ISSUANCE OF GENERAL AND HEALTH INSURANCE POLICIES:**

1. In stipulating the exclusions of the policy, insurers shall endeavour to classify the exclusions, wherever possible as under:
 - (i) Standard exclusions applicable in all policies;
 - (ii) Exclusions specific to the policy which cannot be waived;
 - (iii) Exclusions specific to the policy, which can be waived on payment of additional premium.
2. The insurers may also endeavour to broadly categorize policy conditions into following, so as to give clarity and understanding of the conditions to the policyholder:
 - (i) Conditions precedent to the contract;
 - (ii) Conditions applicable during the contract;
 - (iii) Conditions when a claim arises;
 - (iv) Conditions for renewal of the contract.
3. Every insurer shall keep the insured informed on the requirements to be fulfilled regarding lodging of a claim arising in terms of the policy and the procedures to be followed by him so as to settle claim early.

14. **CLAIMS PROCEDURE IN RESPECT OF A LIFE INSURANCE POLICY**

1. A life insurer, upon receiving a death claim, shall process the claim without delay. Any queries or requirement of additional documents, shall be raised all together and not in a piece-meal manner, within a period of 15 days of the receipt of the claim.
2. (i) A death claim under a life insurance policy shall be paid or be rejected or repudiated giving all the relevant reasons, within 30 days from the date of receipt of all relevant papers and required clarifications. However, where the circumstances of a claim warrant an investigation in the opinion of the insurer, it shall initiate the same at the earliest and complete such investigation expeditiously, in any case not later than 90 days from the date of receipt of claim intimation and the claim shall be settled within 30 days thereafter.

(ii) If there is delay on the part of Insurer beyond the timelines mentioned in sub regulation (i) above, the insurer shall pay interest at a rate, which is 2% above bank rate from the date of receipt of last necessary document

(iii) Except in the case of claims where an application is made under section 47 of the Act to the court, if a claim is ready for payment but the payment cannot be made due to any reasons of proper identification of the payee, the life insurer shall pay interest on the claim amount at the bank rate from the date on which claim is ready for payment.

(iv) In respect of Maturity, Survival Benefit claims and Annuities, the Life Insurer shall initiate the claim process by sending intimation sufficiently in advance or send post-dated cheque or give direct credit to the bank account of claimant through any electronic mode approved by RBI, so as to pay the claim on or before the due date. In case of any delay on the part of the Insurer in settling the claim on due date, the life insurer shall pay interest at a rate, which is 2% above bank rate from the due date of payment or date of receipt of last necessary document from the insured/claimant, whichever is later.

(v) In respect of free look cancellation, surrender, withdrawal, request for refund of proposal deposit, refund of outstanding proposal deposit if any, shall be processed and paid within 15 days of receipt of request or last necessary document, failing which the insurer shall pay penal interest at a rate, which is 2% above bank rate from the date of request or receipt of last necessary document if any whichever is later, from the insured/claimant.

Explanation: Administration of Health Insurance Policies issued by Life Insurers shall also be governed by Chapter IV of IRDAI (Health Insurance) Regulations, 2016.

(vi) The interest payments referred above in sub regulations (ii), (iii), (iv), (v) shall be paid by the Life Insurer *suo moto* without waiting for specific demand from the insured/claimant.

15. CLAIM PROCEDURE IN RESPECT OF A GENERAL INSURANCE POLICY

1. An insured or the claimant shall give notice to the insurer of any loss arising under contract of insurance at the earliest or within such extended time as may be allowed by the insurer. On receipt of such a communication, a general insurer shall respond immediately and give clear information to the insured on the procedures that he should follow. In cases where a surveyor has to be appointed for assessing a loss/claim, it shall do so immediately, in any case within 72 hours of the receipt of intimation from the insured. Insurer shall communicate the details of the appointment of surveyor, including the role, duties and responsibilities of the surveyor to the insured by letter, email or any other electronic form immediately after the appointment of the surveyor.
2. The insurer / surveyor shall within 7 days of the claim intimation, inform the insured / claimant of the essential documents and other requirements that the claimant should submit in support of the claim. Where documents are available in public domain or with a public authority, the surveyor/insurer shall obtain them.
3. The surveyor shall start the survey immediately unless there is a contingency that delays immediate survey, in any case within 48 hours of his appointment. Interim report of the physical details of the loss shall be recorded and uploaded/forwarded to the insurer within the shortest time but not later than 15 days from the date of first visit of the surveyor. A copy of the interim report shall be furnished by the insurer to the insured/claimant, if he so desires.
4. Where the insured is unable to furnish all the particulars required by the surveyor or where the surveyor does not receive the full cooperation of the insured, the insurer or the surveyor, as the case may be, shall inform in writing to the insured under information to the insurer about the consequent delay that may result in the assessment of the claim. It shall be the duty equally of the insurer and the surveyor to follow up with the insured for pending information/documents guiding the insured with regard to submissions to be made. The insurer and/or surveyor shall not call for any information/document that is not relevant for the claim.
5. (i) The surveyor shall, subject to sub-regulation 4 above, submit his final report to the insurer

within 30 days of his appointment. A copy of the surveyor's report shall be furnished by the insurer to the insured/claimant, if he so desires. Notwithstanding anything mentioned herein, in case of claims made in respect of commercial and large risks the surveyor shall submit the final report to the insurer within 90 days of his appointment. However, such claims shall be settled by the insurer within 30 days of receipt of final survey report and/or the last relevant and necessary document as the case may be.

(ii) Where special circumstances exist in respect of a claim either due to its special / complicated nature, or due to difficulties associated with replacement/reinstatement, the surveyor shall, seek an extension from insurer for submission of his report. In such an event, the insurer shall give the status to the insured/claimant fortnightly wherever warranted. The insurer may make provisional/ on account payment based on the admitted claim liability.

6. If an insurer, on the receipt of a survey report, finds that it is incomplete in any respect, he shall require the surveyor, under intimation to the insured/claimant; to furnish an additional report on certain specific issues as may be required by the insurer. Such a request may be made by the insurer within 15 days of the receipt of the final survey report.

Provided that the facility of calling for an additional report by the insurer shall not be resorted to more than once in the case of a claim.

7. The surveyor, on receipt of this communication, shall furnish an additional report within three weeks from the date of receipt of communication from the insurer.
8. On receipt of the final survey report or the additional survey report, as the case may be, and on receipt of all required information/documents that are relevant and necessary for the claim, an insurer shall, within a period of 30 days offer a settlement of the claim to the insured/claimant. If the insurer, for any reasons to be recorded in writing and communicated to the insured/claimant, decides to reject a claim under the policy, it shall do so within a period of 30 days from the receipt of the final survey report and/or additional information/documents or the additional survey report, as the case may be.
9. In case, the amount admitted is less than the amount claimed, then the insurer shall inform the insured/claimant in writing about the basis of settlement in particular, where the claim is rejected, the insurer shall give the reasons for the same in writing drawing reference to the specific terms and conditions of the policy document.
10. In the event the claim is not settled within 30 days as stipulated above, the insurer shall be liable to pay interest at a rate, which is 2% above the bank rate from the date of receipt of last relevant and necessary document from the insured/claimant by insurer till the date of actual payment.

16. CLAIM PROCEDURE IN RESPECT OF A HEALTH INSURANCE POLICY

1. Every insurer shall adhere to the procedure laid down under Insurance Regulatory and Development Authority of India (Health Insurance) Regulations, 2016 for settlement of health insurance claims.
- (i) An Insurer shall settle the claim within 30 days from the date of receipt of last necessary document in accordance with the provisions of Regulation 27 of IRDAI (Health Insurance) Regulations, 2016.
- (ii) In the case of delay in the payment of a claim, the insurer shall be liable to pay interest from the date of receipt of last necessary document to the date of payment of claim at a rate 2% above the bank rate.
2. However, where the circumstances of a claim warrant an investigation in the opinion of the insurer, it shall initiate and complete such investigation at the earliest, in any case not later than 30 days from the date of receipt of last necessary document. In such cases, Insurer shall settle the claim within 45 days from the date of receipt of last necessary document.

- (i) In case of delay beyond stipulated 45 days the Insurer shall be liable to pay interest at a rate 2% above the bank rate from the date of receipt of last necessary document to the date of payment of claim.

3. Return of premium on cancellation during Free Look Period shall be processed in accordance with the provisions of Regulation 14 of IRDAI (Health Insurance) Regulations, 2016. Any refund shall be processed with speed and shall be refunded within 15 days from the date of receipt of request for free look cancellation.

Explanation: Health Insurance claims for the purpose of this Regulation shall be claims arising under all insurance policies issued by Life, General and Health Insurers in respect of Health Insurance Business as defined in Section 2 (6C) of the Act.

17. GRIEVANCE REDRESSAL PROCEDURE

1. Every insurer shall have in place proper procedures and effective mechanism to resolve complaints and grievances of policyholders, claimants efficiently and with speed.
2. The Grievance Redressal Procedure as outlined in Annexure - I shall be followed scrupulously by all Insurers.

18. POWER TO ISSUE CLARIFICATIONS:

In order to remove any difficulties in respect of the application or interpretation of any of the provisions of these regulations, the Chairperson of the Authority may issue appropriate clarifications or guidelines, as and when required.

19. GENERAL PRINCIPLES:

1. Every life insurer shall inform policyholders whose participating policies are in force, at least once in a year, the bonus accrued to their policies or the value of their ULIP policies as the case may be, through a letter/e-mail/any other electronic mode.
2. The requirements of "disclosure of material information" regarding a proposal or policy apply, under these regulations, both to the insurer and the insured. As far as the insured is concerned, wherever required, he shall co-operate with the distribution channels to ensure this.
3. The policyholder shall assist the insurer, if the insurer so requires, in any prosecution, proceeding or in the matter of recovery of claims by the insurer against third parties.
4. The policyholder shall furnish all information that is sought from him by the insurer, either directly or through the distribution channels, which the insurer considers as having a bearing on the risk to enable the insurer to assess properly the risk covered under a proposal for insurance.
5. Insurers shall at all times maintain total confidentiality of policyholder information, unless it becomes necessary to disclose the information to statutory authorities due to operation of any law.
6. Any breach of the obligations cast on an insurer or distribution channels or surveyors in terms of these regulations may enable the Authority to initiate action against each or all of them, jointly or severally, under the Act and/or the Insurance Regulatory and Development Authority Act, 1999.

20. TRANSITORY PROVISIONS

The insurers shall revise all the policy document formats which are not in compliance with provisions laid down at Regulation 9,11,12 of these Regulations and submit a compliance certificate to the Authority signed by CEO on or before 31.12.2017.

[ADVT. III/4/Exty/130/17]

T.S. VIJAYAN, Chairman

Annexure - I
Grievance Redressal Procedure

1. A complainant who wishes to make a complaint against insurer, intermediary, insurance intermediary, distribution channel or other regulated entities involved in insurance sales and services shall approach the respective grievance redressal officer of insurer. In case either grievance redressal officer of insurer does not respond or the resolution provided by him is not to the satisfaction of the complainant he may register a complaint in grievance redressal management system of the Authority. The Authority facilitates re-examination of the complaint so as to provide final resolution by insurer.
2. Every insurer shall have in place an effective grievance redressal procedure to address complaints of policyholders efficiently and with speed and communicate the action taken by the insurer on the complaint to the complainant along with the information in respect of Insurance Ombudsman as may be necessary.
3. **Grievance Redressal Officer**
 - i. Every insurer shall have a designated Grievance Redressal Officer (GRO) of a senior level at the corporate office. The GRO at the corporate office will be the contact person for the Authority.
 - ii. Every other office of the insurer shall also have a designated Grievance Officer who shall be head of that office. The details of the GRO/designated Grievance Officer along with the contact details in full shall be published in the website of the insurer and the name and contact details of designated Grievance Officer of respective office and the other Grievance Officers in hierarchy up to GRO at corporate office shall also be displayed in the notice board of respective offices.
 - iii. Every office of the insurer shall also display in prominent place, the name, address and other contact details of the insurance ombudsman within whose jurisdiction the office falls.
4. **Grievance Redressal System/Procedure:**
 - i. Every insurer shall have a system including IT systems and a procedure for receiving, registering and disposing of grievances in each of its offices. Every insurer shall publicize its grievance redressal procedure and ensure that it is specifically made available on its website.
 - ii. All insurers shall necessarily form part of the Integrated Grievance Management System (IGMS) put in place by the Authority to facilitate the registering/ tracking of complaint on-line by the policyholders. The Insurer's system, shall involve, mirroring of the Grievance database, of Insurers with IGMS and shall also facilitate analysis of complaints, mitigation, improvement of processes and system, through constant review.
 - iii. Insurers shall also have in place system to receive and deal with all kinds of calls including voice/e-mail, relating to grievances, from prospects and policyholders. The system shall enable and facilitate the required interfacing with the Authority's system of handling calls/e-mails
5. **Closure of complaint/grievance:**
 - i. A complaint shall be considered as disposed of and closed when
 - a. The insurer has acceded to the request of the complainant fully
(or)
 - b. Where the complainant has indicated in writing, acceptance of the response of the insurer.
(or)
 - c. Where the complainant has not responded to the insurer within 8 weeks of the insurer's written response.
 - ii. Where the grievance is not resolved in favour of the policyholder or partially resolved in favour of the policyholder, the insurer shall inform the complainant of the option to take up the matter before insurance ombudsman giving details of the name and address of the Ombudsman of competent jurisdiction.