

ग्राहक सूचना पत्रक/अपनी पॉलिसी - वन हेल्थ के बारे में जानें

इस दस्तावेज़ में आपकी पॉलिसी के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी दी गई है। आपको सलाह दी जाती है कि अपने पॉलिसी दस्तावेज़ और पॉलिसी अनुसूची को ध्यान से पढ़ें।

क्र. सं.	शीर्षक	विवरण (कृपया अगले कॉलम में पॉलिसी खंड संख्या देखें)	पॉलिसी खंड संख्या
1	बीमा उत्पाद/पॉलिसी का नाम	वनहेल्थ	
2	पॉलिसी संख्या	XXXX	
3	बीमा उत्पाद/पॉलिसी का प्रकार	क्षतिपूर्ति (जहाँ बीमाकृत नुकसान पॉलिसी के अंतर्गत बीमा राशि तक बीमारक्षित हैं।	
4	बीमा राशि (मूल) (राशि के साथ)	<input type="checkbox"/> व्यक्तिगत बीमा राशि - जहाँ प्रत्येक सदस्य की पॉलिसी के अंतर्गत एक अलग बीमा राशि है) या <input checked="" type="checkbox"/> फ्लोटर बीमा राशि - जहाँ पॉलिसी के अंतर्गत आने वाले सभी सदस्यों की एक ही बीमा राशि सीमा है जिसका किसी भी या सभी सदस्यों द्वारा उपयोग किया जा सकता है	
5	पॉलिसी का विस्तार (यह पॉलिसी क्या बीमारक्षित करती है?) (पॉलिसी खंड संख्या/संख्याएँ)	निम्नांकित के संबंध में व्यय : आंतरिक रोगी देखभाल : 'आंतरिक रोगी देखभाल' के लिए लगातार कम से कम 24 घंटे तक अस्पताल में भर्ती होना. अस्पताल में भर्ती होने से पहले का व्यय : XX दिन का (अस्पताल में भर्ती होने से पहले का उपचार). अस्पताल में भर्ती होने के बाद का व्यय : अस्पताल से डिस्चार्ज होने की तिथि से XX दिन के भीतर (अस्पताल से डिस्चार्ज के बाद का उपचार). डे केयर उपचार: सूचीबद्ध प्रक्रियाएँ जिसके लिए 24 घंटे से कम समय तक अस्पताल में भर्ती होने (डे केयर) की आवश्यकता होती है. एम्बुलेंस संबंधी बीमा-सुरक्षा : एम्बुलेंस व्यय के लिए रु. XX तक का उचित शुल्क जो किसी आपातकालीन स्थिति के बाद सड़क परिवहन द्वारा बीमित व्यक्ति को निकटतम अस्पताल ले जाने के लिए किया जाता है. अंग दाता व्यय : अंग दाता के बीमित व्यक्ति की अंग प्रत्यारोपण सर्जरी के लिए अस्पताल में आंतरिक रोगी के रूप में भर्ती होने पर होने वाला चिकित्सीय व्यय. घर पर चिकित्सीय उपचार : यदि कम से कम 3 दिनों की निर्बाध अवधि तक उपचार जारी रहता है, तो घर पर किए गए चिकित्सीय उपचार का चिकित्सीय व्यय. आयुष उपचार : आंतरिक रोगी आयुष उपचार के लिए बीमा राशि तक का चिकित्सीय व्यय. आईवीएफ उपचार के लिए बीमा-सुरक्षा : आईवीएफ उपचार के लिए रु. 50,000 तक का चिकित्सीय व्यय, बशर्ते यह उपचार 40 वर्ष की आयु से पहले कराया गया हो. बैरियाट्रिक सर्जरी के लिए बीमा-सुरक्षा: चिकित्सीय दृष्टि से आवश्यक बैरियाट्रिक सर्जरी के लिए रु. 1,00,000 तक का चिकित्सीय व्यय. मनोरोग के उपचार के लिए बीमा-सुरक्षा : मनोरोग की विनिर्दिष्ट स्थितियों के लिए बीमा राशि तक आंतरिक रोगी चिकित्सीय उपचार का व्यय जिसकी उप-सीमा रु. 50,000 है. लेसिक सर्जरी के लिए बीमा-सुरक्षा : लेसिक सर्जरी करवाने के लिए रु. 25,000 तक का चिकित्सीय व्यय, बशर्ते कि बीमित व्यक्ति का अपवर्तक सूचकांक प्लस/माइनस 7.5 या उससे अधिक हो.	धारा 2.1 धारा 2.2 धारा 2.3 धारा 2.4 अनुलग्नक III धारा 2.5 धारा 2.6 धारा 2.7 धारा 2.8 धारा 2.9 धारा 2.10 धारा 2.11 धारा 2.12

	एचआईवी/एड्स के लिए बीमा-सुरक्षा : एचआईवी/एड्स से संबंधित उपचार के लिए अस्पताल में आंतरिक रोगी भर्ती, डे केयर उपचार और अस्पताल में भर्ती होने से पहले-बाद का व्यय.	धारा 2.13
	आधुनिक उपचार प्रक्रियाएँ : सूचीबद्ध आधुनिक उपचार प्रक्रियाओं के लिए बीमा-सुरक्षा.	धारा 2.14
	गंभीर बीमारी के लिए ई राय : आप गंभीर बीमारी के लिए हमारे चिकित्सकों के पैनल से दूसरी ई-राय प्राप्त कर सकते हैं.	धारा 2.16
	निः शुल्क स्वास्थ्य जांच - 25 वर्ष से अधिक आयु के बीमित व्यक्ति की वार्षिक स्वास्थ्य जांच चाहे पॉलिसी वर्ष में दावा किया गया हो या नहीं.	धारा 2.17
	फिटनेस रिवॉर्ड और वेलनेस सेवाएँ : मौजूदा पॉलिसी की प्रीमियम के अधिकतम 10% तक पॉइंट अर्जित कर पॉलिसी के नवीनीकरण के समय प्रीमियम पर छूट के रूप में भुनाए जा सकते हैं. पॉलिसी दस्तावेज़ में निर्दिष्टानुसार चिकित्सीय जांच करवाकर या विभिन्न फिटनेस गतिविधियों में भाग लेकर पॉइंट अर्जित किए जा सकते हैं. कॉल पर डॉक्टर, विशेषज्ञ ई-राय, पोषण संबंधी ई-परामर्श और स्वास्थ्य सेवा से संबंधित पेशकशों की जानकारी जैसी वेलनेस सेवाओं का भी लाभ उठाया जा सकता है.	धारा 2.18
	जल्दी शामिल होने का लाभ : यदि आपने 40 वर्ष की आयु से पहले सर्वप्रथम हमसे यह पॉलिसी खरीदी है और हमारे साथ नवीनीकरण जारी रखा है तो हम आपको 5 दावा-मुक्त वर्षों के लिए रु. 2,500 और 10 दावा-मुक्त वर्षों के लिए रु. 5000 की एकमुश्त हितलाभ की राशि देंगे बशर्ते कि पॉलिसी आरंभ होने की तिथि से पॉलिसी दावा-मुक्त रही हो.	धारा 2.19
	ग्रीन चैनल लाभ : यदि आप पीपीएन (पसंदीदा प्रदाता नेटवर्क) में आंतरिक रोगी उपचार का लाभ प्राप्त करने का विकल्प चुनते हैं, तो हम आपको रु. 50,000 तक के दावों के लिए रु. 1,000 और रु. 50,000 से अधिक के दावों के लिए रु. 2,000 की एकमुश्त हितलाभ की राशि देंगे.	धारा 2.20
	बीमा राशि का रिचार्ज : यदि पॉलिसी वर्ष में पिछले दावों के कारण मूल बीमा राशि और कोई दावा नहीं बोनस अपर्याप्त है, तो मूल बीमा राशि के 100% तक असीमित रिचार्ज.	धारा 2.21
	अस्पताल नकदी : अस्पताल में भर्ती होने के निरंतर और पूर्ण प्रत्येक 24 घंटे की अवधि के लिए प्रति दिन रु. XX का एकमुश्त हितलाभ.	धारा 2.22
	गंभीर बीमारी की स्थिति में अनुकंपा मुलाकात : यदि बीमाधारक निवास से कम से कम 100 कि.मी. दूर किसी अस्पताल में गंभीर बीमारी के लिए भर्ती होता है, तो परिवार के दो निकट सदस्यों के लिए रु. XX तक दो-तरफ़ा हवाई किराया या प्रथम श्रेणी का रेलवे टिकट बीमारक्षित किया जाएगा.	धारा 2.23
	आय हानि लाभ : स्थायी पूर्ण विकलांगता का कारण बनने वाली किसी चोट या बीमारी की स्थिति में, हम देय बीमा राशि के 1/12वें भाग या वार्षिक वेतन के 1/12वें भाग, जो भी कम हो, का 6 महीने तक प्रत्येक महीने एकमुश्त भुगतान करेंगे.	धारा 2.24
	अधिक दैनिक नकद राशि : नेटवर्क प्रदाता के यहाँ साझा निवास-स्थान में अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में प्रतिदिन रु. XX की दैनिक नकद राशि देय होगी.	धारा 2.25
	गृह उपचार अतिरिक्त दैनिक नकद हितलाभ : हमारे द्वारा अधिकृत सेवा प्रदाता द्वारा गृह देखभाल उपचार को बीमारक्षित किया जाता है. रु. XX की अतिरिक्त दैनिक नकद राशि देय होगी.	धारा 2.26
	सहचर हितलाभ : 12 वर्ष से कम आयु के बीमित व्यक्ति के अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में रु. XX की दैनिक नकद राशि देय होगी.	धारा 2.27
	मातृत्व हितलाभ: मातृत्व बीमा-सुरक्षा : बीमित व्यक्ति के बच्चे के प्रसव के लिए रु. 1,00,000 तक का चिकित्सीय व्यय.	धारा 2.28

	<p>नवजात शिशु के लिए बीमा-सुरक्षा : बीमित व्यक्ति के नवजात शिशु के अस्पताल में भर्ती होने पर रु. 50,000 तक का चिकित्सीय व्यय.</p> <p>नवजात शिशु का टीकाकरण : नवजात शिशु के विनिर्दिष्ट टीकाकरण (नवजात शिशु के लिए बीमा-सुरक्षा हेतु परिभाषित सीमा के भीतर शामिल है) के लिए रु. 10,000 तक का टीकाकरण व्यय.</p>	<p>धारा 2.28(1)</p> <p>धारा 2.28(2)</p> <p>धारा 2.28(3)</p>
	<p>बाह्य रोगी के लिए बीमा-सुरक्षा : रु. 20,000 तक का चिकित्सीय व्यय जो बाह्य रोगी आधार पर चिकित्सीय रूप से आवश्यक परामर्श, रोग-पहचान परीक्षण और दवाओं के लिए किया जाता है (इस सीमा की दंत चिकित्सा, चश्मों, कॉन्टैक्ट लेंस और श्रवण यंत्रों के प्रति 30% की उप-सीमा)</p>	<p>धारा 2.29</p>
	<p>स्वास्थ्यलाभ हितलाभ : हम 15 दिनों से अधिक अस्पताल में भर्ती होने पर स्वास्थ्यलाभ के प्रति रु. 20,000 की एकमुश्त राशि का भुगतान करेंगे.</p>	<p>धारा 2.30</p>
	<p>विश्व भर में अस्पताल में आपातकालीन भर्ती के लिए बीमा-सुरक्षा : आपके संबंध में भारत के बाहर किया गया बीमा राशि के 50% या रु. 20,00,000 तक का चिकित्सीय व्यय, जो भी कम हो, जहाँ इस तरह के उपचार को किसी चिकित्सक द्वारा आपातकालीन प्रमाणित किया गया हो और आपके भारत वापस नहीं लौट आने तक स्थगित नहीं किया जा सकता है। रु. 2 लाख की कटौती राशि।</p>	<p>धारा 2.31</p>
	<p>हवाई एम्बुलेंस के लिए बीमा-सुरक्षा : किसी बीमारी या चोट लगने के बाद आपातकालीन स्थिति में पर्याप्त सुविधाओं वाले निकटतम अस्पताल तक किसी हवाई जहाज या हेलीकॉप्टर जो एम्बुलेंस के रूप में उपयोग के लिए प्रमाणित हो, में आपके परिवहन पर किया गया रु. 1,00,000 तक का व्यय.</p>	<p>धारा 2.32</p>
	<p>वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा</p>	
	<p>गंभीर बीमारी के लिए बीमा-सुरक्षा : पॉलिसी दस्तावेज़ में बताई गई 11 सूचीबद्ध गंभीर बीमारियों में से किसी का भी पता चलने पर बीमा राशि या रु. 10,00,000 के बराबर राशि, जो भी कम हो, का एकमुश्त भुगतान किया जाएगा.</p>	<p>वैकल्पिक हितलाभ 1</p>
	<p>व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा-सुरक्षा : दुर्घटनावश चोट के कारण मृत्यु या स्थायी पूर्ण विकलांगता पर रु. XX का एकमुश्त भुगतान.</p>	<p>वैकल्पिक हितलाभ 2</p>
	<p>कुल कटौती : पॉलिसी वर्ष के दौरान रु. XX की कटौती राशि समाप्त हो जाने के बाद ही उस पॉलिसी वर्ष में किए गए किसी भी दावे के संबंध में पॉलिसी के अंतर्गत भुगतान करने का हमारा दायित्व आरंभ होगा.</p>	<p>वैकल्पिक हितलाभ 3</p>
	<p>स्वैच्छिक सह-भुगतान : प्रत्येक दावे के लिए आपको स्वीकार्य दावा राशि का XX प्रतिशत वहन करना होगा.</p>	<p>वैकल्पिक हितलाभ 4</p>
	<p>अस्पताल नकदी के लिए वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा : अस्पताल में भर्ती होने के निरंतर और पूर्ण प्रत्येक 24 घंटे की अवधि के लिए प्रति दिन रु. 1,000 का एकमुश्त हितलाभ.</p>	<p>वैकल्पिक हितलाभ 5</p>
	<p>बोनस बूस्टर : इस वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा के साथ, पॉलिसी पर लागू संचयी बोनस सीमाएँ अधिकतम 100% मूल बीमा राशि तक प्रति पॉलिसी वर्ष मूल बीमा राशि का 20% होंगी.</p>	<p>वैकल्पिक हितलाभ 6</p>
	<p>मातृत्व हितलाभ वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा :</p> <p>मातृत्व के लिए बीमा-सुरक्षा : बीमित व्यक्ति के बच्चे के प्रसव के लिए रु. 1,00,000 तक का चिकित्सीय व्यय.</p> <p>नवजात शिशु के लिए बीमा-सुरक्षा : बीमित व्यक्ति के नवजात शिशु के अस्पताल में भर्ती होने पर रु. 25,000 तक का चिकित्सीय व्यय.</p> <p>नवजात शिशु का टीकाकरण : नवजात शिशु के विनिर्दिष्ट टीकाकरण के प्रति रु. 5,000 तक का टीकाकरण व्यय.</p>	<p>वैकल्पिक हितलाभ 7</p>
	<p>गृह उपचार अतिरिक्त दैनिक नकदी हितलाभ : हमारे द्वारा अधिकृत सेवा प्रदाता द्वारा गृह देखभाल उपचार के लिए प्रतिदिन रु. 1,000 की दैनिक नकद राशि देय होगी.</p>	<p>वैकल्पिक हितलाभ 8</p>

	<p>अस्पताल भर्ती पूर्व व बाद अधिक बीमा-सुरक्षा : इस वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा के साथ, अस्पताल में भर्ती पूर्व सीमा को 60 दिनों तक और अस्पताल में भर्ती बाद सीमा को 90 दिनों तक बढ़ा दिया गया है.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 9
	<p>विश्व भर में अस्पताल में आपातकालीन भर्ती के लिए वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा : आपके संबंध में भारत के बाहर किया गया बीमा राशि के 50% या रु. 10,00,000 तक का चिकित्सीय व्यय, जो भी कम हो, जहाँ इस तरह के उपचार को किसी चिकित्सक द्वारा आपातकालीन प्रमाणित किया गया हो और आपके भारत वापस नहीं लौट आने तक स्थगित नहीं किया जा सकता है। रु. 2 लाख की कटौती राशि.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 10
	<p>कोविड-19 के लिए ओपीडी और गृह चिकित्सा : यदि कोविड-19 पॉजिटिव पाए जाने पर बीमित व्यक्ति द्वारा उपचार का लाभ लिया जाता है, जहाँ उसे घर पर या कोविड आइसोलेशन सुविधा में क्वारंटीन या आइसोलेशन की सलाह दी जाती है, तो हम घर पर चिकित्सीय उपचार व्यय के रूप में रु. XX तक की राशि की प्रतिपूर्ति करेंगे.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 11
	<p>गैर-भुगतान योग्य व्यय के लिए बीमा-सुरक्षा : इस पॉलिसी के अनुलग्नक II की "सूची I - मद जिसके लिए पॉलिसी में बीमा-सुरक्षा उपलब्ध नहीं है" के अंतर्गत सूचीबद्ध व्यय को बीमारक्षित किया जाएगा.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 12
	<p>समान बीमारियों के लिए रिचार्ज हितलाभ : धारा 2.21 के अंतर्गत उल्लिखित हितलाभ (बीमा राशि का रिचार्ज) का उसी या संबंधित बीमारी के लिए रिचार्ज हितलाभ के प्रावधान को शामिल करने के लिए विस्तार किया गया है.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 13
	<p>क्षेत्रवार सह-भुगतान छूट : यदि लागू क्षेत्र से उच्चतर क्षेत्र में उपचार करवाया जाता है, तो इस पॉलिसी की धारा 5.5 के अनुसार लागू सह-भुगतान को हम माफ कर देंगे.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 14
	<p>स्मार्ट फ्लेक्सी सेवर : हम आपको कटौती राशि माफ कर अपनी वनहेल्थ पॉलिसी को समग्र कटौती राशि के साथ 4 पॉलिसी वर्षों के बाद निरंतरता हितलाभ के साथ मूल पॉलिसी में बदलने का विकल्प देते हैं.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 15
	<p>हवाई एम्बुलेंस के लिए बीमा-सुरक्षा : किसी बीमारी या चोट लगने के बाद आपातकालीन स्थिति में पर्याप्त सुविधाओं वाले निकटतम अस्पताल तक किसी हवाई जहाज या हेलीकॉप्टर जो एम्बुलेंस के रूप में उपयोग के लिए प्रमाणित हो, में आपके परिवहन पर किया गया व्यय.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 16
	<p>अनिवार्य सह-भुगतान हटाना : यदि पॉलिसी की शुरुआत में बीमित व्यक्ति की आयु 61 वर्ष या उससे अधिक है तो यह वैकल्पिक हितलाभ बीमाधारक/बीमित व्यक्ति के लिए स्वीकार्य दावा राशि पर लागू होने वाले अनिवार्य सह-भुगतान की छूट प्राप्त करना संभव बनाता है.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 17
	<p>पहले से चली आ रही बीमारी की प्रतीक्षा अवधि में कमी: यह वैकल्पिक हितलाभ बीमाधारक/बीमित व्यक्ति के लिए पॉलिसी अनुसूची/उत्पाद हितलाभ तालिका में निर्दिष्ट अवधि तक पहले से चली आ रही बीमारी की न्यूनीकृत प्रतीक्षा अवधि का विकल्प चुनना संभव बनाता है.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 18
	<p>पहले तीस दिनों की प्रतीक्षा अवधि में कमी : यह वैकल्पिक हितलाभ बीमाधारक/बीमित व्यक्ति के लिए पॉलिसी अनुसूची/उत्पाद हितलाभ तालिका में निर्दिष्ट अवधि तक पहले तीस दिनों की न्यूनीकृत प्रतीक्षा अवधि (कोड- अप03) का विकल्प चुनना संभव बनाता है.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 19
	<p>बाह्यरोगी के लिए बीमा-सुरक्षा : चिकित्सीय रूप से आवश्यक परामर्श, रोग-पहचान परीक्षण और दवाओं के लिए बाह्यरोगी आधार पर किया गया चिकित्सीय व्यय.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 20
	<p>प्रीमियम प्लान को छोड़कर सभी प्लान</p>	
	<p>वैश्विक बीमा-सुरक्षा : बीमित व्यक्ति द्वारा भारत के बाहर किया गया चिकित्सीय व्यय, बशर्ते कि रोग-पहचान भारत में की गई हो और बीमित व्यक्ति उपचार के लिए विदेश यात्रा करे.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 21
	<p>अधिक मातृत्व हितलाभ : यह हितलाभ पॉलिसी में केवल महिला बीमाधारक के लिए उपलब्ध है. इस हितलाभ के लिए 24 महीने की प्रतीक्षा अवधि लागू होगी.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 22

	<p>अस्पताल में भर्ती होने के बाद का व्यापक हितलाभ: यह वैकल्पिक हितलाभ बीमाधारक/बीमित व्यक्ति के लिए अस्पताल में भर्ती होने के 180 दिन बाद तक व्यय के लिए बीमा-सुरक्षा का विकल्प चुनना संभव बनाता है.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 23
	<p>बोनस बूस्टर प्लस : इस वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा के साथ, पॉलिसी पर लागू संचयी बोनस सीमाएँ इस प्रकार होंगी :</p> <p>5 लाख के बराबर या उससे अधिक बीमा राशि के लिए :- बीमा राशि का 100%, अधिकतम 500% के अधीन</p>	वैकल्पिक हितलाभ 24
	<p>इन्फिनिट बोनस बूस्टर : इस वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा के साथ, पॉलिसी पर लागू संचयी बोनस सीमाएँ इस प्रकार होंगी :</p> <p>10 लाख के बराबर या उससे अधिक बीमा राशि के लिए :- बीमा राशि का 100%, अधिकतम असीमित बीमा राशि के अधीन</p>	वैकल्पिक हितलाभ 25
	<p>अधिक बीमा सुरक्षा : इस वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा के साथ, बीमा राशि मूल बीमा राशि की 2 गुना होगी और पॉलिसी के जीवनकाल में पहले दावे पर लागू होगी.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 26
	<p>प्रति दावा कटौती राशि : यदि यह बीमा-सुरक्षा चुनी जाती है, तो पॉलिसी एक टॉप-अप पॉलिसी बन जाती है, जिसमें पॉलिसी वर्ष में प्रत्येक दावा कटौती राशि सीमा के पार चले जाने के बाद ही हमारे द्वारा देय होता है. प्रत्येक दावे के लिए कटौती राशि रु. XXXXXX (ग्राहक द्वारा चुने गए अनुसार) होगी.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 27
	<p>विशिष्ट रोग प्रतीक्षा अवधि में कमी : यह वैकल्पिक हितलाभ बीमाधारक/बीमित व्यक्ति के लिए 1 वर्ष तक की अवधि तक विशिष्ट रोग प्रतीक्षा अवधि में कमी का विकल्प चुनना संभव बनाता है.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 28
	<p>टिकाऊ उपकरण के लिए बीमा-सुरक्षा : इस वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा का लाभ उठाने पर, हम रु. 5 लाख की संयुक्त उप-सीमा या मूल बीमा राशि तक, जो भी कम हो, सूचीबद्ध टिकाऊ चिकित्सीय उपकरणों में से किसी को खरीदने या किराए पर लेने के व्यय की प्रतिपूर्ति करेंगे.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 29
	<p>मातृत्व के लिए 1 वर्ष की प्रतीक्षा अवधि : यह हितलाभ पॉलिसी में केवल महिला बीमाधारक के लिए उपलब्ध है. इस हितलाभ के लिए 12 महीने की प्रतीक्षा अवधि लागू होगी. उपर्युक्त प्रतीक्षा अवधि बीमाधारक महिला की पॉलिसी आरंभ होने की तिथि से शुरू होगी. यह बीमा-सुरक्षा केवल 3 वर्ष की पॉलिसी अवधि के साथ चुना जा सकता है.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 30
	<p>सरोगेसी के लिए बीमा-सुरक्षा : यह हितलाभ 25-35 वर्ष के आयु वर्ग की सरोगेट माँ के लिए उपलब्ध है, जो 36 महीने की पॉलिसी अवधि के लिए परोपकारी सरोगेट है.</p> <p>उप-सीमाएँ निम्नानुसार हैं :-</p> <p>रु. 7.5 लाख तक की बीमा राशि के लिए - रु. 25,000</p> <p>रु. 7.5 लाख से रु. 25 लाख से अधिक की बीमा राशि के लिए - रु. 50,000</p> <p>रु. 25 लाख तक की बीमा राशि के लिए - रु. 1,00,000</p>	वैकल्पिक हितलाभ 31
	<p>अंडाणु दाता के लिए बीमा-सुरक्षा : यह हितलाभ 23-35 वर्ष की आयु की अंडाणु दाता के लिए उपलब्ध है, जो 12 महीने या पॉलिसी अवधि के लिए अंडाणु दाता है.</p> <p>उप-सीमाएँ निम्नानुसार हैं :-</p> <p>रु. 7.5 लाख तक की बीमा राशि के लिए - रु. 25,000</p> <p>रु. 7.5 लाख से रु. 25 लाख से अधिक की बीमा राशि के लिए - रु. 50,000</p> <p>रु. 25 लाख तक की बीमा राशि के लिए - रु. 1,00,000</p>	वैकल्पिक हितलाभ 32

	<p>सुपर सेवर पैक : अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद - अस्पताल में भर्ती होने से पहले की सीमा बढ़ाकर 60 दिन और अस्पताल में भर्ती होने के बाद की सीमा 180 दिन कर दी गई है. बोनस बूस्टर - पॉलिसी पर लागू संचयी बोनस सीमा अधिकतम 100% मूल बीमा राशि तक प्रति पॉलिसी वर्ष मूल बीमा राशि का 20% होगी. समान बीमारियों के लिए रिचार्ज हितलाभ - धारा 2.21 के अंतर्गत उल्लिखित लाभ (बीमा राशि का रिचार्ज) को उसी या संबंधित बीमारी के लिए रिचार्ज हितलाभ के प्रावधान को शामिल करने के लिए बढ़ाया गया है.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 33
	<p>स्मार्ट नेटवर्क हितलाभ : इस वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा का लाभ उठाने पर, पॉलिसीधारक केवल 'स्मार्ट नेटवर्क' के रूप में सूचीबद्ध अस्पताल में धारा 2 के अंतर्गत लागू अनुसार नकदीरहित उपचार करवाने का अधिकारी होगा. अस्पताल में आपातकालीन देखभाल के लिए भर्ती होने की स्थिति में, पॉलिसीधारक द्वारा किसी भी अस्पताल में उपचार का विकल्प चुना जा सकता है.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 34
	<p>इंस्टा कवर : कंपनी बीमित व्यक्ति (व्यक्तियों) के अस्पताल में भर्ती होने पर किए गए चिकित्सीय व्यय की क्षतिपूर्ति करेगी जो पॉलिसी अनुसूची में उल्लिखित पॉलिसी आरंभ होने की तिथि के पहले दिन से सूचीबद्ध रोगों/बीमारियों/स्थितियों के लिए आंतरिक रोगी उपचार या डे केयर उपचार या आयुष उपचार के अंतर्गत स्वीकार्य होगा.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. अस्थमा 2. रक्तचाप जिसे चिकित्सीय भाषा में उच्च रक्तचाप के नाम से जाना जाता है 3. कोलेस्ट्रॉल जिसे हाइपरलिपिडिमिया के नाम से जाना जाता है 4. मधुमेह 5. मोटापा 6. पीटीसीए के साथ कोरोनरी धमनी रोग 7. कोरोनरी धमनी बाईपास ग्राफ्ट 8. लंबे समय से चला आ रहा ऑब्स्ट्रक्टिव पल्मोनरी डिज़ीज़ (सीओपीडी) <p>बीमारक्षित करने का विकल्प</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. सभी बीमारियाँ (इंस्टा 8) 2. पहली चार बीमारियाँ (इंस्टा 4) 	वैकल्पिक हितलाभ 35
	<p>असीमित देखभाल : हम पॉलिसीधारक के लिखित अनुरोध पर पॉलिसी के जीवनकाल के दौरान किसी भी एक दावे के लिए बिना किसी सीमा के आंतरिक रोगी उपचार/डेकेयर प्रक्रियाओं/ उपचार/आंतरिक रोगी आयुष अस्पताल में भर्ती खंड के अंतर्गत बीमित व्यक्ति के अस्पताल में भर्ती होने के संबंध में किए गए चिकित्सीय व्यय को बीमारक्षित करेंगे.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 36
	<p>फ्यूचरिस्टिक बीमा-सुरक्षा : हम सदस्य द्वारा पूरी गई सभी प्रतीक्षा अवधियों प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि, पहले से चली आ रही बीमारी (पीईडी) प्रतीक्षा अवधि, विशिष्ट बीमारी प्रतीक्षा अवधि और मातृत्व प्रतीक्षा अवधि (यदि मातृत्व विकल्प चुना गया है) के लिए भविष्य में जोड़े गए जीवनसाथी को निरंतरता हितलाभ प्रदान करेंगे और यह केवल तभी दिया जाएगा जब प्रवेश के समय प्रस्तावित नए जोड़े गए जीवनसाथी की आयु 35 वर्ष तक होगी.</p>	वैकल्पिक हितलाभ 37
	<p>रूम रेंट मॉडिफ़ायर : यदि बीमित व्यक्ति ने वैकल्पिक बीमा-सुरक्षा का यह विकल्प सिक्वोर प्लान के लिए चुना है, तो बीमित व्यक्ति के पास सिंगल प्राइवेट रूम के बजाय नीचे दी गई रूम कटेगरी का विकल्प होगा :</p> <p>ए. बिना किसी प्रतिबंध के किसी भी रूम कटेगरी में रूम रेंट की पात्रता में संशोधन करने का या</p> <p>बी. द्विन शेयरिंग रूम में रूम रेंट की पात्रता में संशोधन करने का</p>	वैकल्पिक हितलाभ 38

6	अपवर्जन (यह पॉलिसी क्या बीमारक्षित नहीं करती है)	<p>मानक अपवर्जन</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. जांच और मूल्यांकन (कोड- अप 04) 2. विश्राम उपचार, पुनर्वास और राहत देखभाल (कोड- अप 05) 3. लिंग परिवर्तन उपचार (कोड- अप 07) 4. कॉस्मेटिक या प्लास्टिक सर्जरी (कोड- अप 08) 5. खतरनाक या साहसिक खेलकूद: (कोड- अप 09) 6. कानून का उल्लंघन (कोड- अप 10) 7. बहिष्कृत प्रदाता (कोड- अप 11) 8. शराब, नशीली दवाओं या मादक पदार्थों के सेवन या किसी भी नशे की लत की स्थिति और उसके परिणामों के लिए उपचार. 9. हेल्थ हाइड्रो, प्राकृतिक उपचार क्लीनिकों, स्पा या इसी तरह के प्रतिष्ठानों या ऐसे प्रतिष्ठानों से संलग्न नर्सिंग होम के रूप में पंजीकृत प्राइवेट बेड में प्राप्त उपचार या जहाँ घरेलू कारणों से पूरी तरह या आंशिक रूप से भर्ती की व्यवस्था की गई हो. (कोड- अप 13) 10. पूरक आहार और पदार्थ जिन्हें बिना डॉक्टर के पर्चे के खरीदा जा सकता है, जिसमें विटामिन, मिनरल्स और कार्बनिक पदार्थ शामिल हैं, लेकिन जो इन्हीं तक सीमित नहीं हैं, जब तक कि अस्पताल में भर्ती होने के दावे या डे केयर प्रक्रिया के हिस्से के रूप में किसी चिकित्सक द्वारा निर्धारित न किया गया हो. (कोड- अप 14) 11. अपवर्तक त्रुटि (कोड- अप 15) 12. अप्रमाणित उपचार (कोड- अप 16) 13. बांझपन और नपुंसकता (कोड- अप 17) 14. मातृत्व व्यय (कोड अप18) ध्यान रखें: यह अपवर्जन मातृत्व हितलाभ (धारा 2.28) पर लागू नहीं होता है. <p>विशिष्ट अपवर्जन</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. धारा 2.8 (आयुष उपचार) के अंतर्गत हितलाभों को छोड़कर कोई भी वैकल्पिक उपचार 2. अस्पताल में रहने से संबंधित शुल्क जिनका स्पष्ट रूप से बीमारक्षित होना उल्लेखित नहीं है. अस्पताल द्वारा किसी भी शीर्षक के अंतर्गत लगाए गए सेवा शुल्क. इस पॉलिसी के अनुलग्नक II में इन अपवर्जित व्ययों की पूरी सूची का उल्लेख किया गया है. यह सूची हमारी वेबसाइट www.magmainurance.com पर उपलब्ध है. यह अपवर्जन धारा 2.20 (ग्रीन चैनल हितलाभ) के लिए लागू नहीं होता है 3. कृत्रिम जीवन अनुरक्षण के लिए व्यय, जिसमें किसी व्यक्ति को जीवित रखने के लिए उपयोग की जाने वाली जीवन रक्षक मशीन शामिल है, जो उपचार करने वाले चिकित्सक द्वारा यह पुष्टि किए जाने के बाद किया जाता है कि रोगी निष्क्रिय अवस्था में है. 4. किसी भी बीमारी या चोट के लिए अस्पताल में भर्ती/डे केयर उपचार की किसी भी अवधि से संबंधित किसी भी चिकित्सा प्रमाण पत्र, चिकित्सीय अभिलेख, उपचार या बीमारी से संबंधित चोट से संबंधित दस्तावेज़ प्राप्त करने के लिए वहन किया गया कोई भी शुल्क. 5. खतना जब तक कि किसी बीमारी या रोग के उपचार के लिए आवश्यक न हो या किसी दुर्घटना के कारण आवश्यक न हो. 6. परमाणु या रासायनिक संदूषण, युद्ध, दंगा, क्रांति या आतंकवाद के कृत्यों (प्राकृतिक आपदा या आपदा के अलावा) के परिणामस्वरूप होने वाली किसी भी बीमारी या चोट के लिए उपचार. 7. किसी भी बाहरी जन्मजात विसंगति के लिए उपचार. 3.2.10) मसूड़ों की बीमारी या क्षति से संबंधित होने पर हड्डी की बीमारी के उपचार के लिए सर्जिकल प्रक्रियाओं सहित दंत चिकित्सा उपचार, या टेम्पोरोमैडिबुलर जोड़ के विकारों के लिए उपचार, या उससे उत्पन्न होने वाले उपचार. यह अपवर्जन बाह्य रोगी के लिए बीमा-सुरक्षा (धारा 2.29) पर नहीं लागू होता है. अपवाद : हम ऐसी सर्जिकल प्रक्रिया के लिए भुगतान करेंगे जिसमें बीमित व्यक्ति किसी दुर्घटना के परिणामस्वरूप अस्पताल में भर्ती होता है और जो किसी अस्पताल में आंतरिक रोगी देखभाल के लिए और किसी चिकित्सक द्वारा किया जाता है. 	धारा 3
---	---	--	--------

		<p>8. ओपीडी उपचार के मामले में या किसी भी स्थिति के लिए बीमित व्यक्ति के लिए अस्पताल छोड़ने पर घर ले जाने के लिए प्रदान की गई या निर्धारित की गई कोई भी दवाएँ या सर्जिकल ड्रेसिंग, सिवाय इसके जैसा कि धारा 2.3 के अंतर्गत अस्पताल में भर्ती होने के बाद के चिकित्सीय व्यय में शामिल है. यह अपवर्जन बाह्य रोगी के लिए बीमा-सुरक्षा (धारा 2.29) पर लागू नहीं होता है.</p> <p>9. हम सामान्य नेत्र परीक्षण, कॉन्टैक्ट लेंस चश्मे, श्रवण यंत्र, नकली दांतों और कृत्रिम दांतों के लिए भुगतान नहीं करेंगे. यह अपवर्जन बाह्य रोगी के लिए बीमा-सुरक्षा (धारा 2.29) पर लागू नहीं होता है.)</p> <p>10. क्रोन्स रोग, अल्सरेटिव कोलाइटिस, सिस्टिक किडनी, न्यूरोफाइब्रोमैटोसिस, फैक्टर वी लीडेन थ्रोम्बोफिलिया, पारिवारिक हाइपरकोलेस्ट्रॉलेमिया, हीमोफिलिया, वंशानुगत फ्रुक्टोज असहिष्णुता, वंशानुगत हेमोक्रोमैटोसिस, वंशानुगत स्फेरोसाइटोसिस से उत्पन्न हो वाले और/या इनके लिए लिया गया कोई भी उपचार.</p> <p>11. अस्पताल में भर्ती होने से पहले या अस्पताल में भर्ती होने के बाद प्राइवेट नर्सिंग/अटेंडेंट का व्यय.</p> <p>12. डॉक्टरी पर्चे द्वारा समर्थित नहीं दवाएँ या उपचार.</p> <p>13. फिटनेस प्रमाणपत्र जारी करना और फिटनेस जाँचें.</p> <p>14. अस्पताल में भर्ती होने/बीमारी की किसी भी अवधि से संबंधित किसी भी उपचार/बीमारी से संबंधित दस्तावेज़ प्राप्त करने के लिए वहन किया गया कोई भी शुल्क.</p> <p>15. रोग-पहचान और/या उपचार, सीपीएपी, सीएपीडी, इन्फ्यूजन पंप के लिए प्रयुक्त बाहरी और/या टिकाऊ चिकित्सीय/गैर-चिकित्सीय उपकरण.</p> <p>16. चलने-फिरने के उपकरण, वॉकर, बैसाखी, बेल्ट, कॉलर, कैप, स्प्लिंट, स्लिंग, ब्रेसिंग, किसी भी तरह की स्टॉकिंग्स, मधुमेह के जूते, ग्लूकोमीटर/थर्मामीटर और कोई भी चिकित्सीय उपकरण जिसका बाद में घर पर उपयोग किया जाता है.</p> <p>17. ओपीडी उपचार बीमारक्षित नहीं है. हालाँकि यह अपवर्जन निम्नलिखित के लिए लागू नहीं होता है :</p> <p>ए. बाह्य रोगी के लिए बीमा-सुरक्षा (धारा 2.29)</p> <p>बी. नवजात शिशु का टीकाकरण (धारा 2.28 (3))</p> <p>18. नवजात शिशु के टीकाकरण (धारा 2.28 (3)) के मामले को छोड़कर सभी निवारक देखभाल, टीकाकरण जिसमें टीका और प्रतिरक्षण शामिल है.</p> <p>19. आत्महत्या के प्रयास सहित जानबूझकर अपने आपको पहुँचाई गई चोट या उससे उत्पन्न होने वाली चोट के लिए उपचार.</p> <p>20. स्लीप एपनिया, खरटे या नींद से संबंधित किसी अन्य श्वास संबंधी समस्या के लिए उपचार.</p> <p>21. भारत के बाहर प्राप्त कोई भी उपचार. यह अपवर्जन धारा 2.31 (विश्व भर में आपातकालीन अस्पताल में भर्ती के लिए बीमा-सुरक्षा) पर लागू नहीं होता है.</p> <p>22. किसी ऐसे चिकित्सक द्वारा प्रदान किया गया उपचार जो भारतीय चिकित्सा परिषद द्वारा मान्यता प्राप्त न हो.</p> <p>23. बीमित व्यक्ति के निवास स्थान के किसी व्यक्ति या बीमित व्यक्ति के निकटतम परिवार के सदस्य द्वारा प्रदान किया गया उपचार.</p> <p>24. एक्स-रे या प्रयोगशाला परीक्षण या अन्य नैदानिक अध्ययन, जो किसी बीमारी या चोट के सकारात्मक अस्तित्व या उपस्थिति की पहचान और उपचार के अनुरूप या आकस्मिक न हों, चाहे अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता हो या न हो.</p>	
7	प्रतीक्षा अवधि	<ul style="list-style-type: none"> • पहले तीस दिन की प्रतीक्षा अवधि (कोड- अप03) : सभी बीमारियों के लिए 30 दिन (नवीनीकरण या दुर्घटनाओं के लिए लागू नहीं) • गंभीर बीमारी के लिए प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि : पॉलिसी दस्तावेज़ में निर्दिष्टानुसार सभी गंभीर बीमारियों के लिए 90 दिन. • विशिष्ट प्रतीक्षा अवधि : निर्दिष्ट रोगों के उपचार पर 24 महीने इन रोगों की सूची इस प्रकार है: 	<p>धारा 3.1.3</p> <p>धारा 3.2.1</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. मोतियाबिंद 2. पित्त और मूत्र प्रणाली में पथरी 3. हर्निया / हाइड्रोसील 4. किसी भी सुदम विकार के लिए हिस्टेरेक्टॉमी 5. गांठ / सिस्ट / नोड्यूल / पॉलीप / आंतरिक ट्यूमर 6. गैस्ट्रिक और डुओडेनल अल्सर 7. टॉन्सिल / एडेनोइड की सर्जरी 8. ऑस्टियोआर्थ्रोसिस / आर्थराइटिस / गाउट / गठिया / स्पोण्डिलोसिस / स्पोण्डिलाइटिस / इंटरवर्टेब्रल डिस्क प्रोलैप्स 9. फिशर / फिस्टुला / बवासीर 10. साइनसाइटिस / डिविएटेड नसल सेप्टम / टिम्पेनोप्लास्टी / क्रोनिक सप्युरेटिव ओटिटिस मीडिया 11. सुदम प्रोस्टेटिक हाइपरट्रॉफी 12. घुटने / कूल्हे के जोड़ का प्रतिस्थापन और किसी लिगामेंट, टेंडन या मांसपेशी का फटना 13. फैलाव और क्यूरेटेज 14. वैरिकॉज़ नसें 15. डिसफंक्शनल यूटेरिन ब्लीडिंग / फाइब्रॉएड / प्रोलैप्स यूटेरस / एंडोमेट्रियोसिस 16. लंबे समय से चला आ रहा किडनी का फेल्योर या अंतिम चरण का किडनी का फेल्योर 17. आंतरिक जन्मजात विसंगतियाँ/रोग/दोष <ul style="list-style-type: none"> • पहले से चली आ रही बीमारियाँ (कोड- अप01) : घोषित और स्वीकृत पहले से चली आ रही बीमारियों की बीमा सुरक्षा के लिए प्रतीक्षा अवधि लागू है – XX • आईवीएफ के लिए बीमा-सुरक्षा : पॉलिसी आरंभ होने की तिथि से 3 वर्ष की प्रतीक्षा अवधि लागू होगी. • मातृत्व हितलाभ के लिए : पॉलिसी आरंभ होने की तिथि से 48 महीने. • मनोरोग के उपचार और लेसिक सर्जरी के लिए : पॉलिसी आरंभ होने की तिथि से 36 महीने. • बैरिएट्रिक सर्जरी के लिए बीमा-सुरक्षा - पॉलिसी आरंभ होने की तिथि से 3 वर्ष की प्रतीक्षा अवधि • लेसिक सर्जरी के लिए बीमा-सुरक्षा - पॉलिसी आरंभ होने की तिथि से 3 वर्ष की प्रतीक्षा अवधि. 	<p>धारा 3.1.2</p> <p>धारा 3.1.1</p> <p>धारा 2.9</p> <p>धारा 2.28</p>
8	बीमा सुरक्षा की वित्तीय सीमाएँ	<ol style="list-style-type: none"> 1. उप-सीमा (यह पूर्व-निर्धारित सीमा है, और हम इस सीमा से अधिक किसी भी राशि का भुगतान नहीं करेंगे) दावे की स्थिति में, आपको इस पॉलिसी के लिए निम्नलिखित खर्चों को साझा करना होगा: निम्नलिखित उप-सीमाओं के पार चले जाने वाला व्यय- <ul style="list-style-type: none"> • XX के पार चला जाने वाला कमरे/आईसीयू का शुल्क • निम्नलिखित निर्दिष्ट बीमारियों के लिए: <ul style="list-style-type: none"> • मोतियाबिंद के उपचार के लिए, प्रति पॉलिसी वर्ष प्रति आँख निम्नलिखित उप-सीमा लागू होगी: XX • विश्व भर में आपातकालीन अस्पताल में भर्ती के लिए बीमा-सुरक्षा के अंतर्गत, 2 लाख रुपये की कटौती राशि लागू होगी 	<p>धारा 2.1.</p> <p>धारा 2.1</p> <p>धारा 2.31</p>

		<p>2. सह-भुगतान (यह स्वीकार्य दावा राशि की वह निर्दिष्ट राशि/प्रतिशत है जिसका भुगतान पॉलिसीधारक/बीमित व्यक्ति द्वारा किया जाना होता है)</p> <p>सह-भुगतान सभी दावों पर लागू होगा जो उच्चतर क्षेत्र के अस्पतालों में उपचार के लिए किए जाते हैं -</p> <ul style="list-style-type: none"> क्षेत्र 2 से क्षेत्र 1 : 25% क्षेत्र 3 से क्षेत्र 2 : 20% क्षेत्र 3 से क्षेत्र 1 : 35% <p>ऐसा सह-भुगतान बीमित व्यक्ति के पॉलिसी अनुसूची में लागू अनुसार क्षेत्र से बाहर रहने के दौरान दुर्घटना होने के कारण आवश्यक आपातकालीन अस्पताल में भर्ती और आपातकालीन उपचार के लिए लागू नहीं होगा.</p> <p>यदि बीमित व्यक्ति पॉलिसी आरंभ होने की तिथि के समय 61 वर्ष या उससे अधिक आयु का होगा, तो प्रत्येक दावे के लिए स्वीकार्य दावा राशि पर 20% सह-भुगतान लागू होगा</p>	<p>धारा 5.5</p> <p>धारा 5.2</p>
		<p>3. कटौती राशि (यह वह निर्दिष्ट राशि है)</p> <ul style="list-style-type: none"> जिस राशि तक किसी बीमा कंपनी द्वारा किसी भी दावे का भुगतान नहीं किया जाएगा और जिसे कुल दावा राशि से काट लिया जाएगा (यदि दावे की राशि निर्दिष्ट राशि से अधिक हो) <p>XX</p>	
9	दावा/दावा संबंधी प्रक्रियाएँ	<p>नकदी रहित सेवा के लिए:</p> <ul style="list-style-type: none"> मानक दावा प्रपत्र (भाग ए और भाग बी) और नकदी रहित पूर्व प्राधिकरण अनुरोध प्रपत्र सुलभ संदर्भ के लिए हमारी वेबसाइट www.magmainurance.com पर उपलब्ध हैं. यह अनुरोध पर हमारे किसी भी कार्यालय से भी प्राप्त किया जा सकता है. टोल फ्री नंबर- 1800 266 3202 नेटवर्क अस्पतालों की अद्यतन सूची और बहिष्कृत अस्पतालों की अद्यतन सूची हमारी वेबसाइट www.magmainurance.com और हमारे टीपीए की वेबसाइट से भी प्राप्त की जा सकती है. कृपया इस बात का ध्यान रखें कि टीपीए के नेटवर्क अस्पताल परिवर्तनाधीन हैं. https://www.magmainurance.com/web/magmainurance/downloads से दावा प्रपत्र डाउनलोड करें आवश्यक दस्तावेजों के साथ अनुरोध प्राप्त होने के एक घंटे के भीतर नेटवर्क प्रदाता को प्राधिकरण जारी कर दिया जाएगा. डिस्चार्ज के समय अंतिम नकदीरहित प्राधिकरण आवश्यक दस्तावेजों के साथ डिस्चार्ज प्राधिकरण का अनुरोध मिलने के 3 घंटे के भीतर होता है. <p>दावे की प्रतिपूर्ति के लिए:</p> <ul style="list-style-type: none"> दावे की सूचना : योजनाबद्ध अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में कृपया भर्ती से कम से कम 72 घंटे पहले हमसे संपर्क करें. आपातकालीन अस्पताल में भर्ती के लिए, कृपया अस्पताल में भर्ती होने के 24 घंटे के भीतर संपर्क करें. दावा प्रस्तुत करना : बीमाधारक द्वारा सभी प्रासंगिक दावा दस्तावेजों को प्रस्तुत किया जाएगा, और सूचना (अपेक्षित दस्तावेजों के साथ) की तिथि से 15 दिनों के भीतर दावों को निपटा या अस्वीकार, जैसा भी मामला हो, कर दिया जाएगा. 	<p>धारा 5.6-1</p> <p>धारा 5.61 (2) (a)</p> <p>धारा 5.6 (3)</p>
10	पॉलिसी की सेवा	<p>हमें कॉल करें: 1800 266 3202</p> <p>पता: व्यावसायिक घंटों के दौरान हमारा कोई भी शाखा कार्यालय या कॉर्पोरेट कार्यालय. शाखा कार्यालयों की सूची www.magmainurance.com पर मिल सकती है.</p>	

11	शिकायतें/परिवाद	<p>कंपनी अधिकारी: यदि बीमित व्यक्ति किसी भी तरह से व्यथित है, तो बीमित व्यक्ति द्वारा हमसे संपर्क किया जा सकता है:</p> <p>ईमेल भेज कर: Gro@magmainsurance.com</p> <p>हमें कॉल कर: 1800 266 3202</p> <p>आईआरडीआई शिकायत प्रकोष्ठ:</p> <p>टोल फ्री नंबर: 155255 (या) 1800 4254 732</p> <p>समय: सुबह 8 बजे से शाम 8 बजे तक -- (सोमवार से शनिवार)</p> <p>यदि आप समाधान से संतुष्ट नहीं हैं, तो आप सीधे आईआरडीआई के ऑनलाइन पोर्टल - बीमा भरोसा सिस्टम-https://bimabharosa.irdai.gov.in/ पर शिकायत दर्ज करा सकते हैं.</p> <p>लोकपाल :</p> <p>यदि आप अभी भी निर्णय/समाधान से संतुष्ट नहीं हैं, तो आप शिकायत दर्ज कराने की तिथि से 30 दिनों की निर्धारित अवधि समाप्त हो जाने के बाद बीमा लोकपाल के कार्यालय से संपर्क कर सकते हैं. अद्यतन स्थिति के लिए, कृपया www.irdai.gov.in या https://www.cioins.co.in वेबसाइट पर जाएं.</p>	<p>धारा 4.1.16</p> <p>अनुलग्नक I</p>
12	याद रखी जाने वाली बातें	<p>निःशुल्क अवधि निरस्तीकरण : यदि आप पॉलिसी नहीं चाहते हैं तो पॉलिसी की शुरुआत से 30 दिनों के भीतर बीमा पॉलिसी को निरस्त कर सकते हैं.</p> <p>निःशुल्क अवधि से संबंधित प्रक्रिया के लिए हमें कॉल करें: 1800 266 32022</p> <p>पॉलिसी का नवीनीकरण: सिवाय बीमाधारक द्वारा धोखाधड़ी, अप्रकटीकरण या गलत बयानी के आधार पर, आम तौर पर पॉलिसी का नवीनीकरण किया जा सकता है.</p> <p>माइग्रेशन और पोर्टेबिलिटी: जब आपकी पॉलिसी नवीनीकरण के लिए नियत हो, आप हमारी किसी अन्य पॉलिसी में माइग्रेट कर सकते हैं या अपनी पॉलिसी को किसी अन्य बीमाकर्ता को पोर्ट कर सकते हैं.</p> <p>बीमा राशि में परिवर्तन: बीमा राशि में केवल नवीनीकरण के समय या कंपनी द्वारा बीमांकन के अधीन किसी भी समय परिवर्तन किया (बढ़ाया/घटाया) जा सकता है. बीमा राशि में वृद्धि के लिए, यदि कोई प्रतीक्षा अवधि है तो केवल बीमा राशि के संवर्धित हिस्से के लिए नए सिरे से शुरू होगी.</p> <p>स्थगन अवधि: पॉलिसी के अंतर्गत लगातार 60 महीने पूरे होने के बाद कोई पुनर्विलोकन नहीं लागू होगा. इस अवधि को स्थगन अवधि कहा जाता है. स्थगन पहली पॉलिसी की बीमा राशियों पर और बाद में लगातार 60 महीने पूरे होने पर केवल बढ़ी हुई सीमा पर ही बीमा राशि में वृद्धि की तिथि से लागू होगा.</p> <p>स्थगन अवधि की समाप्ति के बाद सिवाय पॉलिसी अनुबंध में निर्दिष्ट सिद्ध धोखाधड़ी और स्थायी अपवर्जनों के कोई भी स्वास्थ्य बीमा दावा विवाद योग्य नहीं होगा.</p>	<p>धारा 4.1.15</p> <p>धारा 4.1.10</p> <p>धारा 4.1.8 और 4.1.9</p> <p>धारा 5.3</p> <p>धारा 4.1.12</p>
13	आपके दायित्व	<p>कृपया पॉलिसी खरीदने से पूर्व पहले से चली रही बीमारी/सभी बीमारियों या स्थिति/सभी स्थितियों से अवगत करा दें. अवगत न कराने से दावे का निपटान प्रभावित हो सकता है.</p>	<p>धारा 4.1.1</p>

		<p>पॉलिसी अवधि के दौरान अन्य महत्वपूर्ण जानकारी का प्रकटीकरण. इस पॉलिसी के उद्देश्य से "महत्वपूर्ण तथ्यों" से तात्पर्य प्रस्ताव प्रपत्र और अन्य संबंधित दस्तावेजों में हमारे द्वारा मांगी गई सभी प्रासंगिक जानकारी से होगा जिससे कि हमारे लिए जोखिम का बीमांकन करने के संदर्भ में सूचित निर्णय लिया जा सके.</p> <p>व्यवसाय या कारोबार की प्रकृति में परिवर्तन के कारण जोखिम में किसी भी महत्वपूर्ण परिवर्तन के संबंध में कृपया हमें लिखित रूप में सूचित करें</p>	धारा 4.2.8
<p style="text-align: center;"><u>पॉलिसी धारक द्वारा घोषणा</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> मैं विवरणों को पढ़ने और नोट कर लेने की पुष्टि करता/करती हूँ.</p> <p>स्थान:</p> <p>दिनांक: (पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर)</p> <p>ध्यान रखें: किसी भी टकराव की स्थिति में, पॉलिसी दस्तावेज़ में उल्लिखित नियम और शर्तें अभिभावी होंगी.</p>			