आईसी - 38
बीमा विपणन फर्म
संयुक्त

आभार

यह कोर्स भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई) द्वारा निर्धारित, एवं संशोधित पाठ्यक्रम पर आधारित है। इसे भारतीय बीमा संस्थान, मुंबई ने तैयार किया है।

लेखक/समीक्षक (वर्णानुक्रम में)
डॉ. आर.के. दुग्गल
डॉ. शशिधरण के. कुट्टी
सीए पी. कोटेश्वर राव
डॉ. प्रदीप सरकार
प्रो. माधुरी शर्मा
डॉ. जॉर्ज ई. थॉमस
प्रो. अर्चना वझे

इस पाठ्यक्रम का हिन्दी अनुवाद तथा समिक्षक निम्नलिखित सहयोगी से किया गया.

सीडैक, पुणे.
श्री आनंद मिश्रा
सुश्री कृष्णा वशिष्ठ

भारतीय बीमा संस्थान
INSURANCE INSTITUTE OF INDIA
// ज्ञानयोगात सिद्धिः //

जी-ब्लॉक, प्लॉट नंबर सी-४६, बांद्रा कुर्ला कॉम्प्लेक्स, बांद्रा (पूर्व) मुंबई – ४०० ०५१

बीमा विपणन फर्म
संयुक्त
आईसी - 38

संस्करण का वर्ष: 2023

सभी अधिकार सुरक्षित

यह पाठ्य सामग्री भारतीय बीमा संस्थान (III) की कॉपीराइट है। इस कोर्स को भारतीय बीमा संस्थान की परीक्षाओं में बैठने वाले छात्र/छात्राओं के लिए शैक्षणिक जानकारी उपलब्ध कराने के मकसद से डिजाइन किया गया है। इस पाठ्य सामग्री को संस्थान की पहले से ली गई, स्पष्ट लिखित सहमति के बिना, आंशिक या पूर्ण रूप से, व्यावसायिक प्रयोजन के लिए पुनः-प्रस्तुत नहीं किया जा सकता।

इस कोर्स की सामग्रियां प्रचलित सर्वोत्तम प्रथाओं पर आधारित हैं, इनका मकसद कानूनी या अन्य विवादों के मामले में व्याख्या या समाधान उपलब्ध कराना नहीं है।

यह सिर्फ एक सांकेतिक पाठ्य सामग्री है। कृपया ध्यान दें कि परीक्षा में पूछे जाने वाले सवाल सिर्फ इस पाठ्य सामग्री तक ही सीमित नहीं होंगे।

प्रकाशक: महासचिव, भारतीय बीमा संस्थान, जी-ब्लॉक, प्लॉट नं. सी-46, बांद्रा कुर्ला कॉम्प्लेक्स, बांद्रा (पू.) मुंबई – 400 051, मुद्रणालय -

इस पाठ्य सामग्री से जुड़ा कोई भी संवाद ctd@iii.org.in के साथ किया जा सकता है, जहां कवर पेज पर विषय का नाम और यूनीक प्रकाशन संख्या लिखना ज़रूरी होगा।

प्रस्तावना

भारतीय बीमा संस्थान (संस्थान) ने इस पाठ्य सामग्री को भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई) द्वारा निर्धारित पाठ्यक्रम के आधार पर, बीमा एजेंटों के लिए तैयार किया है। इस पाठ्य सामग्री को तैयार करने में उद्योग से जुड़े विशेषज्ञों का सहयोग भी लिया गया है।

यह कोर्स जीवन, साधारण और स्वास्थ्य बीमा के बारे में बुनियादी जानकारी प्रदान करता है। यह बीमा की संबंधित लाइनों में, एजेंटों को उनके पेशेवर कैरियर को सही परिप्रेक्ष्य में समझने और उनका मूल्यांकन करने में मदद करता है।

इस कोर्स को चार खंडों में बाँटा गया है। (1) संक्षिप्त विवरण (ओवरव्यू) – यह एक सामान्य खंड है जिसमें बीमा के सिद्धांतों, कानूनी सिद्धांतों और नियामक मामलों की चर्चा की गई है जिनकी जानकारी बीमा एजेंटों को होना ज़रूरी है। इसके अलावा, तीन अलग-अलग खंड (2) जीवन बीमा एजेंट, (3) साधारण बीमा एजेंट और (4) स्वास्थ्य बीमा एजेंट बनने के आकांक्षी व्यक्ति की मदद के लिए हैं।

इस कोर्स में मॉडल प्रश्नों का एक सेट भी दिया गया है जो छात्र/छात्राओं को परीक्षा के प्रारूप और परीक्षा में पूछे जाने वाले अलग-अलग तरह के वस्तुनिष्ट प्रश्नों का एक अंदाज़ा देगा। मॉडल प्रश्नों की मदद से छात्र-छात्रा अपनी सीखी गई चीज़ों को जांच कर भी देख सकते हैं।

बीमा एक परिवर्तनशील वातावरण में काम करता है। एजेंटों को बाज़ार में हो रहे बदलावों के बारे में जानकारी रखना ज़रूरी है। उन्हें निजी अध्ययन के साथ-साथ संबंधित बीमा कंपनियों द्वारा संस्थान में आयोजित प्रशिक्षण कार्यक्रमों में हिस्सा लेकर अपनी जानकारी को तरोताज़ा रखना चाहिए।

यह संस्थान इस कोर्स को तैयार करने की ज़िम्मेदारी देने के लिए आईआरडीएआई को धन्यवाद करता है। संस्थान इस पाठ्य सामग्री का अध्ययन करने के इच्छुक सभी छात्र-छात्राओं के लिए बीमा मार्केटिंग में एक कामयाब कैरियर की कामना करता है।

विषय-वस्तु

अध्याय सं.	शीर्षक	पृष्ठ सं.
खंड	**सामान्य अध्याय**	
C-01	बीमा का परिचय	2
C-02	बीमा की मुख्य बातें	21
C-03	बीमा के सिद्धांत	32
C-04	बीमा अनुबंधों की विशेषताएं	47
C-05	जोखिम अंकन और रेटिंग	56
C-06	दावों पर कार्रवाई	65
C-07	दस्तावेज़	72
C-08	ग्राहक सेवा	82
C-09	शिकायत निवारण प्रणाली	99
C-10	बीमा विपणन फर्म के लिए विनियामक पहलू	108
खंड	**जीवन बीमा**	
L-01	जीवन बीमा में क्या-क्या शामिल है	124
L-02	वित्तीय नियोजन	131
L-03	जीवन बीमा उत्पाद: पारंपरिक	148
L-04	जीवन बीमा उत्पाद: गैर-पारंपरिक	160
L-05	जीवन बीमा के आवेदन	167
L-06	जीवन बीमा में मूल्य निर्धारण और मूल्यांकन	172
L-07	जीवन बीमा के दस्तावेज़	182
L-08	जीवन बीमा का जोखिम अंकन	199
L-09	जीवन बीमा के दावे	215
खंड	**स्वास्थ्य बीमा**	
H-01	स्वास्थ्य बीमा का परिचय	225
H-02	स्वास्थ्य बीमा संबंधी दस्तावेज़	233
H-03	स्वास्थ्य बीमा उत्पाद	243
H-04	स्वास्थ्य बीमा का जोखिम अंकन	276
H-05	स्वास्थ्य बीमा के दावे	295
खंड	**साधारण बीमा**	
G-01	साधारण बीमा से जुड़े दस्तावेज़	314
G-02	जोखिम अंकन एवं दर निर्धारण	333
G-03	वैयक्तिक एवं खुदरा बीमा	344
G-04	वाणिज्यिक बीमा	356
G-05	सामान्य बीमा संबंधी दावे	385
खंड	**अनुलग्नक**	
A-01	अनुलग्नक – नमूना प्रस्ताव फॉर्म और दावा फॉर्म (भरने के लिए)	395

खंड
संक्षिप्त जानकारी

अध्याय C-01

बीमा का परिचय

अध्याय का परिचय

इस अध्याय का मकसद बीमा की बुनियादी बातों से अवगत कराने के साथ-साथ इसके विकास और कामकाज के तरीके के बारे में बताना है। इसमें यह बताया गया है कि कैसे बीमा अप्रत्याशित घटनाओं के परिणाम स्वरूप होने वाले आर्थिक नुकसानों के विरुद्ध सुरक्षा प्रदान करता है और कैसे यह जोखिम ट्रांसफर(स्थानांतरण) के उपकरण के रूप में काम करता है।

अध्ययन के परिणाम

A. बीमा – इतिहास और विकास

B. जोखिम पूलिंग का सिद्धांत

C. जोखिम प्रबंधन की तकनीकें

D. जोखिम प्रबंधन के साधन के रूप में बीमा

E. बीमा का विकल्प चुनने से पहले विचारणीय बातें

F. बीमा बाज़ार की कंपनियां

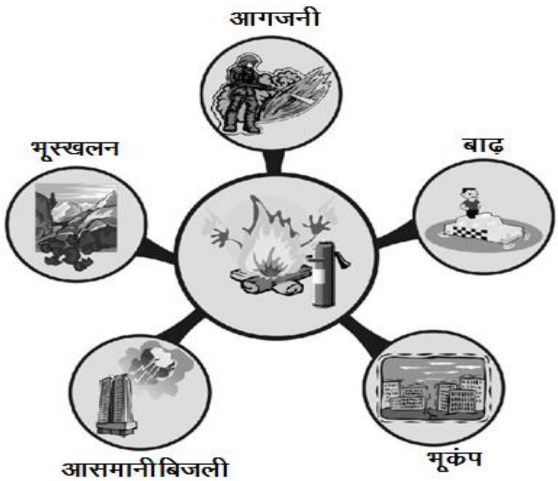
G. समाज में बीमा की भूमिका

A. बीमा – इतिहास और विकास

हम एक अनिश्चितता भरी दुनिया में रहते हैं। हम अक्सर इन घटनाओं के बारे में सुनते हैं:

- ✓ रेल दुर्घटना / ट्रेनों की टक्कर होना
- ✓ बाढ़ से पूरे समुदाय का खात्मा हो जाना
- ✓ भूकंप से इमारतों का नष्ट होना
- ✓ अप्रत्याशित रूप से युवाओं की मौत होना

चित्र 1: हमारे आस-पास होने वाली घटनाएं



ये घटनाएं लोगों को क्यों डराती और चिंतित करती हैं?

इसकी वजह सामान्य है।

- **i.** सबसे पहले, ये **घटनाएं अनिश्चित होती हैं**। अगर किसी घटना का पूर्वानुमान किया जा सकता है और अंदाजा लगाया जा सकता है, तो उसके लिए तैयारी भी की जा सकती है।
- **ii.** दूसरे, ऐसी अप्रत्याशित और अप्रिय घटनाएं अक्सर **आर्थिक नुकसान और दुख का कारण** बनती हैं।

आस-पास के लोग ऐसी घटनाओं से प्रभावित लोगों की मदद के लिए आगे आ सकते हैं। इसके लिए आपसी सहयोग और साझाकरण (शेयरिंग) की एक प्रणाली होना ज़रूरी है। बीमा का विचार हज़ारों साल पुराना है। फिर भी, बीमा का मौजूदा रूप केवल दो या तीन सदी पुराना है।

1. बीमा का इतिहास

बीमा ईसा पूर्व 3000 से ही किसी न किसी रूप में मौजूद रहा है। कई सभ्यताओं ने समुदाय के कुछ सदस्यों को हुए सभी नुकसानों की भरपाई के लिए अपने बीच पूलिंग और शेयरिंग की अवधारणा को लागू किया है। आइए, हम कुछ तरीकों पर नज़र डालें जिनकी मदद से इस अवधारणा को लागू किया गया।

2. सदियों से प्रचलित बीमा – कुछ उदाहरण

बॉटमरी लोन	**बेबीलोन के व्यापारी** अपने ऋणदाताओं को अतिरिक्त पैसे देते थे, ताकि किसी शिपमेंट के गुम या चोरी होने पर, उनके ऋणों को बट्टे खाते में डाल दिया जाए। **भरूच और सूरत** के व्यापारी भी इसी तरह की प्रथाएं अपनाते थे।
परोपकारी समाज / दोस्ताना समाज	सातवीं सदी के यूनानी लोग मृतक सदस्य के परिवार की देखभाल के साथ-साथ सदस्य के अंतिम संस्कार के खर्चों के लिए अग्रिम भुगतान किया करते थे। इंग्लैंड में भी इसी तरह की प्रथाएं अपनाई जाती थीं।
रोड्स	रोड्स के व्यापारी जो समुद्री मार्ग से सामान भेजा करते थे, सामान को बचाने के प्रयास (jettison[1]) में किसी भी सामान के गुम हो जाने पर उसके नुकसानों को आपस में बाँट लेते थे।
चीनी व्यापारी	प्राचीन काल में चीनी व्यापारी अलग-अलग जहाज (शिप) से अपने सामान भेजा करते थे, ताकि कुछ नावों के डूब जाने पर भी उनका नुकसान ज़्यादा न हो।

3. बीमा की आधुनिक अवधारणाएं

भारत में जीवन बीमा का सिद्धांत संयुक्त परिवार की व्यवस्था में देखा जाता था। इसमें, किसी सदस्य की मौत से होने वाले नुकसानों को परिवार के कई सदस्यों द्वारा साझा किया जाता था, ताकि परिवार का हर सदस्य सुरक्षित महसूस करता रहे।

आधुनिक जमाने में संयुक्त परिवार की व्यवस्था के बिखरने और एकाकी परिवार के उभरने के साथ-साथ रोजमर्रा के जीवन के तनाव ने सुरक्षा के लिए वैकल्पिक प्रणालियां विकसित करना आवश्यक बना दिया है। यह किसी व्यक्ति के लिए जीवन बीमा के महत्व को रेखांकित करता है।

i. **लॉयड्स:** आधुनिक व्यावसायिक बीमा का मूल लंदन के लॉयड्स कॉफी हाउस से हुआ। यहाँ व्यापारी समुद्र में विभिन्न जोखिमों के कारण होने वाले नुकसानों को आपस में साझा करने के लिए सहमत होते थे।

ii. **ऐमिकेबल सोसायटी फॉर पर्पेचुअल एश्योरेंस** (**Amicable Society for a Perpetual Assurance**) की स्थापना वर्ष 1706 में, लंदन में हुई थी, जिसे दुनिया की पहली जीवन बीमा कंपनी माना जाता है।

---

[1]Jettison/ Jettisoning' का मतलब है समुद्र में जहाज का वजन कम करने के लिए कार्गो के कुछ हिस्से को फेंक देना।

4. भारत में बीमा का इतिहास

a) **भारतः** भारत में आधुनिक बीमा की शुरुआत 1800 ई. के आस-पास हुई, जब विदेशी बीमा कंपनियों की एजेंसियों ने समुद्री बीमा कारोबार करना शुरू किया।

द ओरिएंटल लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड	भारत में बनाई गई पहली जीवन बीमा कंपनी एक अंग्रेज़ी/ब्रिटिश कंपनी थी
ट्राइटन इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड	यह भारत में स्थापित पहली गैर-जीवन बीमा कंपनी थी
बॉम्बे म्यूचुअल एश्योरेंस सोसायटी लिमिटेड	पहली भारतीय बीमा कंपनी। इसका गठन 1870 में मुंबई में हुआ।
नेशनल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड	भारत की सबसे पुरानी बीमा कंपनी। यह कंपनी 1906 में बनी थी।

बाद में, सदी बदलने के साथ स्वदेशी आंदोलन के परिणाम स्वरूप कई अन्य भारतीय कंपनियां बनाई गईं।

महत्वपूर्ण

a) **बीमा अधिनियम** 1938 भारत में बीमा कंपनियों के आचरण को नियंत्रित करने के लिए बना पहला क़ानून था। यह कानून, समय-समय पर होने वाले संशोधनों के साथ आज भी लागू है।

b) जीवन बीमा कारोबार को 1 सितंबर 1956 को राष्ट्रीयकृत किया गया और **भारतीय जीवन बीमा निगम (एलआईसी)** का गठन किया गया। 1956 से 1999 तक, एलआईसी के पास भारत में जीवन बीमा कारोबार करने का विशिष्ट अधिकार रहा।

c) 1972 में, गैर-जीवन बीमा कारोबार को भी राष्ट्रीयकृत कर दिया गया और **भारतीय साधारण बीमा निगम (जीआईसी)** के साथ-साथ इसकी चार सहयोगी कंपनियों का गठन किया गया।

d) **मल्होत्रा समिति ने 1994 में अपनी रिपोर्ट प्रस्तुत की**, जिसमें प्रतिस्पर्धा के लिए बाज़ार को खोलने की सिफ़ारिश की गई।

e) वर्ष 2000 में बीमा बाज़ार का उदारीकरण किया गया, जब बीमा नियामक एवं विकास अधिनियम, 1999 (आईआरडीएआई) को पारित किया गया। साथ ही, अप्रैल 2000 में बीमा उद्योग के लिए एक वैधानिक नियामक संस्था के रूप में, भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई) का भी गठन किया गया।

f) वर्ष 2021 में बीमा अधिनियम के एक संशोधन से विदेशी निवेशकों को किसी भारतीय बीमा कंपनी में प्रदत्त इक्विटी पूँजी का 74% हिस्सा रखने की अनुमति दी गई। अब विदेशी बीमा कंपनियां, पुनर्बीमा के लिए भारत में शाखाएं खोल सकती हैं।

a. **आज का बीमा उद्योग** (30 **सितंबर** 2021 **तक**)

a) भारत में 24 जीवन बीमा कंपनियां काम करती हैं। बेशक, भारतीय जीवन बीमा निगम (एलआईसी) एक सार्वजनिक क्षेत्र की कंपनी (पीएसयू) है और बाकी 23 जीवन बीमा कंपनियां निजी क्षेत्र की हैं।

b) साधारण बीमा कंपनियों की संख्या 34 है जिनमें से 4 कंपनियां – नेशनल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड, न्यू इंडिया एश्योरेंस कंपनी लिमिटेड, ओरिएंटल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड और यूनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड पीएसयू कंपनियां हैं जो साधारण बीमा के सभी लाइनों में काम करती हैं। 6 साधारण बीमा कंपनियां सिर्फ़ स्वास्थ्य बीमा में काम करती हैं। 2 विशिष्ट बीमा कंपनियां हैं – एग्रीकल्चरल इंश्योरेंस कंपनी [एआईसी] और एक्सपोर्ट क्रेडिट एंड गारंटीज कॉर्पोरेशन [ईसीजीसी] – दोनों का गठन सार्वजनिक क्षेत्र की संस्था के रूप में किया गया है।

c) एक पुनर्बीमा कंपनी है – भारतीय साधारण बीमा निगम [जीआईसी री] और 11 विदेशी पुनर्बीमा कंपनियां शाखा कार्यालयों के माध्यम से काम करती हैं।

d) भारत सरकार का डाक विभाग (जिसे इंडिया पोस्ट कहा जाता है) भी जीवन बीमा करता है जिसे डाक जीवन बीमा कहा जाता है। इंडिया पोस्ट को बीमा नियामक के नियंत्रण क्षेत्र से बाहर रखा गया है।

खुद को जांचें 1

इनमें से कौन सा विकल्प भारतीय बीमा उद्योग के लिए नियामक संस्था है?

I. भारतीय बीमा प्राधिकरण

II. भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण

III. भारतीय जीवन बीमा निगम

IV. भारतीय साधारण बीमा निगम

बीमा कैसे काम करता है

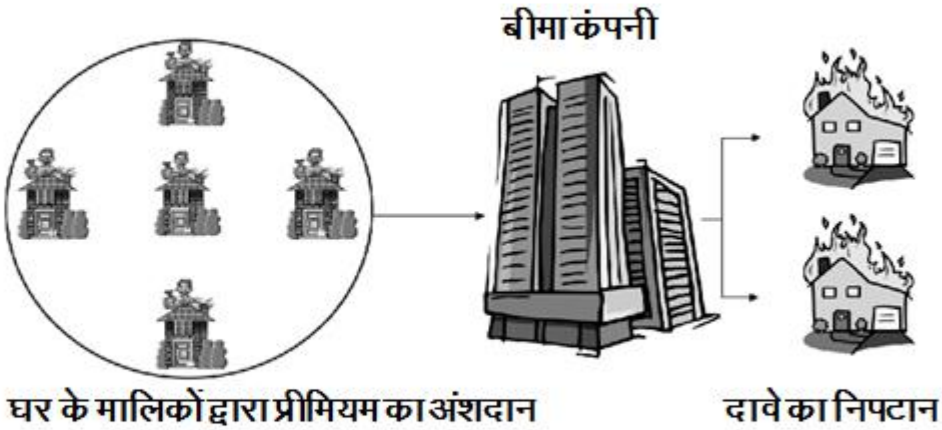
आधुनिक व्यापार की परिकल्पना संपत्ति के मालिकाना हक के सिद्धांत पर की गई थी। जब किसी संपत्ति का मूल्यह्रास होता है (नुकसान या क्षति के कारण), तो संपत्ति के मालिक को आर्थिक नुकसान उठाना पड़ता है। इस नुकसान की भरपाई ऐसी ही कई संपत्तियों के मालिकों के छोटे-छोटे योगदान से बने सामान्य फंड से की जा सकती है। नुकसान करने वाली घटना की संभावना और परिणाम को ट्रांसफर करने की प्रक्रिया ही बीमा है।

जोखिमों की पूलिंग की यह प्रणाली मृत्यु और दिव्यांगता/विकलांगता के मामले में अलग तरह से काम करती है, क्योंकि वहां किसी व्यावसायिक संपत्ति का नुकसान/क्षति नहीं होती है।

परिभाषा

बीमा को एक ऐसी प्रक्रिया माना जा सकता है जिससे कुछ लोगों के नुकसानों को इसी तरह की अनिश्चित घटनाओं/परिस्थितियों के दायरे में आने वाले कई लोगों के बीच बाँट दिया जाता है।

चित्र 2: बीमा कैसे काम करता है



हालांकि, कुछ सवालों के जवाब देना ज़रूरी है।

i. क्या लोग ऐसा सामान्य फंड बनाने के लिए अपनी गाढ़ी कमाई के पैसे देने पर सहमत होंगे?

ii. वे यह भरोसा कैसे कर सकते हैं कि दरअसल उनके योगदानों का इस्तेमाल वांछित प्रयोजन के लिए किया जा रहा है?

iii. उन्हें कैसे पता चलेगा कि वे बहुत ज़्यादा या बहुत कम पैसे दे रहे हैं?

iv. इन फंडों के प्रबंधन और नुकसान उठाने वाले लोगों को पैसे देने की ज़िम्मेदारी कौन लेगा?

इन सभी सवालों के जवाब के तौर पर, एक बीमा कंपनी की ज़रूरत होती है। बीमा कंपनी जोखिम का आकलन करती है, व्यक्तिगत योगदान (जिसे प्रीमियम कहा जाता है) तय करती है और उसे इकट्ठा करती है, जोखिमों और प्रीमियमों का पूल बनाती है, और नुकसान उठाने वाले लोगों को पैसे देने की व्यवस्था करती है। इसके अलावा, बीमा कंपनी को लोगों और समाज का भरोसा भी जीतना होता है।

1. **बीमा का संबंध मूल्य से है**

   a) सबसे पहले, कोई ऐसी संपत्ति होनी चाहिए जिसका आर्थिक मूल्य हो। संपत्ति इस प्रकार की हो सकती है:

      i. **भौतिक** (जैसे कोई कार या भवन) या

      ii. **गैर-भौतिक** (जैसे प्रतिष्ठा, साख, किसी को पैसे चुकाने की देनदारी) या

iii. **व्यक्तिगत** (जैसे, किसी की आँखें, हाथ-पैर, शरीर और शारीरिक क्षमताएं)।

b) अगर कोई घटना होती है, तो संपत्ति अपना मूल्य खो सकती है। नुकसान की इस संभावना को जोखिम कहा जाता है। जोखिम की घटना के कारण को खतरा (पेरिल) कहा जाता है।

c) पूलिंग का एक सिद्धांत होता है। इसमें कई लोगों के व्यक्तिगत योगदानों (जिसे प्रीमियम कहते हैं) को इकट्ठा किया जाता है। इन लोगों के पास एक जैसी संपत्तियां होती हैं और वे एक जैसे जोखिमों के दायरे में आते हैं। कई मामलों में, उनकी संपत्तियों को भी 'जोखिम' कहा जाता है।

d) फंड के इस पूल का इस्तेमाल उन कुछ लोगों को मुआवजा देने के लिए किया जाता है जो खतरे (पेरिल) के कारण नुकसान उठा सकते हैं।

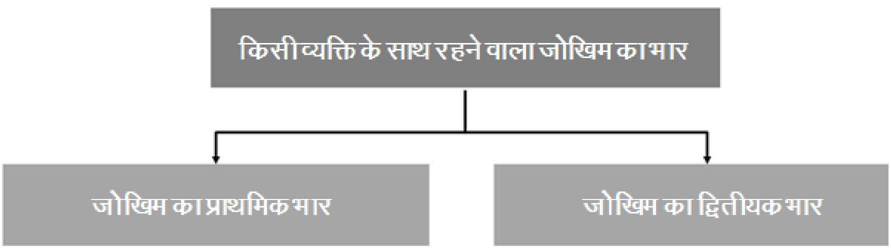
e) फंड की पूलिंग और बदकिस्मत रहे कुछ लोगों को मुआवजा देने की यह प्रक्रिया एक संस्था के माध्यम से पूरी की जाती है जिसे बीमाकर्ता (बीमा कंपनी) कहते हैं।

f) बीमा कंपनी हर उस व्यक्ति के साथ एक बीमा अनुबंध करती है जो पूलिंग की इस प्रणाली में हिस्सा लेना चाहते हैं। इसमें हिस्सा लेने वाले व्यक्ति को बीमाधारक कहा जाता है।

2. बीमा, जोखिम का भार कम करता है

जोखिम के भार का मतलब है वे खर्चे, नुकसान और अक्षमताएं जो किसी निर्दिष्ट नुकसान की स्थिति/घटना के जोखिम में आने के परिणाम स्वरूप व्यक्ति को उठाना पड़ता है।

चित्र 3: किसी व्यक्ति के साथ रहने वाला जोखिम का भार



कोई व्यक्ति दो तरह के जोखिम का भार उठाता है – **प्राथमिक और द्वितीयक** जोखिम।

a) जोखिम का प्राथमिक भार

जोखिम के प्राथमिक भार में ऐसे नुकसान शामिल होते हैं जो वास्तव में परिवारों (और कारोबारी इकाइयों) को शुद्ध जोखिम की घटनाओं के परिणाम स्वरूप उठाने पड़ते हैं। ये नुकसान अक्सर प्रत्यक्ष और मापने योग्य होते हैं और इन्हें बीमा के द्वारा आसानी से क्षतिपूरित किया जा सकता है।

उदाहरण

जब कोई फैक्ट्री आग के कारण नष्ट हो जाती है, तो नष्ट या क्षतिग्रस्त सामानों के वास्तविक मूल्य का अनुमान लगाया जा सकता है और नुकसान उठाने वाली फैक्ट्री के मालिक को मुआवजे का भुगतान किया जा सकता है।

इसी तरह, अगर किसी व्यक्ति की दिल की सर्जरी होती है, तो इसकी चिकित्सा लागत का पता पता लगाकर मुआवजा दिया जाता है। इसके अलावा, कुछ अप्रत्यक्ष नुकसान भी हो सकते हैं।

उदाहरण

आग लगने से कारोबारी गतिविधियों में रुकावट आ सकती है और इसके कारण मुनाफे का नुकसान हो सकता है। इसका अनुमान लगाकर नुकसान उठाने वाले व्यक्ति को मुआवजे का भुगतान किया जा सकता है।

अगर किसी व्यक्ति का स्कूटर किसी पैदल यात्री को ठोकर मार देता है, तो उसे पीड़ित व्यक्ति को मुआवजा देना होता है, जिसकी रकम अदालत तय करती है।

b) जोखिम का द्वितीयक भार

ऐसी कोई घटना नहीं होने पर और कोई नुकसान नहीं होने पर भी, जोखिम के दायरे में आने वाले व्यक्ति को कुछ भार उठाना पड़ता है। अर्थात, प्राथमिक भार के अलावा, व्यक्ति पर जोखिम का द्वितीयक भार भी होता है।

जोखिम के द्वितीयक भार में ऐसे खर्चे और तनाव शामिल होते हैं जो उक्त घटना नहीं होने पर भी व्यक्ति को सहन करने पड़ते हैं। ऐसा सिर्फ़ इस तथ्य के कारण होता है कि व्यक्ति नुकसान की स्थिति के दायरे में आता है।

आइए, इनमें से कुछ भारों के बारे में समझें:

i. सबसे पहले, भय और चिंता के कारण शारीरिक और मानसिक तनाव होता है। इस तनाव के कारण व्यक्ति की सेहत और तंदुरुस्ती पर असर पड़ सकता है।

ii. दूसरे, जब व्यक्ति को यह पता नहीं होता है कि नुकसान होगा या नहीं, तो ऐसी आकस्मिक घटना से निबटने के लिए एक रिजर्व फंड रखना समझदारी होती है। ऐसे फंड को नगदी में रखा जा सकता है और इससे कम आय अर्जित होती है।

बीमा कंपनी को जोखिम ट्रांसफर करके, मानसिक शांति का आनंद लेना और व्यक्ति के फंड को अधिक कुशलता से निवेश करना संभव होता है। इन्हीं वजहों से बीमा की ज़रूरत महसूस होती है।

भारत में, अगर किसी व्यक्ति के पास कोई वाहन है तो उसके लिए तीसरे पक्ष का बीमा खरीदना ही होगा, क्योंकि सार्वजनिक सड़क पर वाहन चलाने के लिए ऐसा करना अनिवार्य है। साथ ही, कार को होने वाली क्षति से हुए नुकसान की संभावना को कवर करना भी समझदारी होगी, भले ही यह अनिवार्य नहीं है। मालिक-चालक के पास व्यक्तिगत दुर्घटना कवर होना भी ज़रूरी है।

खुद को जांचें 2

इनमें से क्या जोखिम का द्वितीयक भार है?

I. कारोबार में रुकावट की कीमत

II. क्षतिग्रस्त सामान की कीमत

III. भविष्य में होने वाले संभावित नुकसानों की भरपाई करने के प्रावधान के तौर पर रिजव अलग करके रखना

IV. हार्ट अटैक के कारण अस्पताल में भर्ती होने के खर्चे

B. जोखिम संयोजन (पूलिंग) का सिद्धांत

बीमा कंपनियां विभिन्न इकाइयों यानी पॉलिसीधारकों के साथ अनुबंध करती हैं, जो व्यक्ति या कॉरपोरेट हो सकते हैं। पॉलिसीधारकों को किए जाने वाले लाभों के भुगतान अनुबंधात्मक दायित्व होते हैं। बीमा अनुबंध सिर्फ़ तभी सार्थक होते हैं जब बीमा कंपनियां नुकसान की घटना के लिए और ऐसी घटना होने पर, जोखिम उठाने और नुकसानों पर मुआवजा देने में आर्थिक रूप से सक्षम होती हैं। यह ढ़ांचा पारस्परिकता या संयोजन (पूलिंग) के सिद्धांत को लागू करने पर तैयार होता है।

पारस्परिकता और विविधीकरण, वित्तीय बाज़ारों में जोखिम को कम करने के दो महत्वपूर्ण तरीके हैं। ये बुनियादी तौर पर अलग-अलग होते हैं।

विविधीकरण	पारस्परिकता
इसमें फंड को विभिन्न संपत्तियों के बीच बाँट दिया जाता है (यानी अंडों को अलग-अलग टोकरी में रखा जाता है)।	पारस्परिकता या पूलिंग में, कई लोगों को फंड को एक साथ जोड़ दिया जाता है (यानी सभी अंडों को एक टोकरी में रखा जाता है)।
फंड एक स्रोत से कई मंज़िलों तक जाता है।	फंड कई स्रोतों से एक जगह आता है।

चित्र 4: पारस्परिकता –परस्पर संबंध (फंड कई स्रोतों से एक जगह जाता है)

पारस्परिकता का सिद्धांत ही बीमा अनुबंधों को शक्ति और विशिष्टता देता है। एक छोटा सा योगदान (प्रीमियम) देकर, बीमाधारक तुरंत एक बड़ा फंड (कॉर्पस) तैयार करता है, जो बीमित जोखिम के कारण होने वाली नुकसान की घटना में उसके लिए उपलब्ध होता है। पैसों का यह

संभावित कॉर्पस बीमा को खास बनाता है और सभी वित्तीय उत्पादों में कोई भी इसकी जगह नहीं ले सकता।

C. जोखिम प्रबंधन की तकनीकें

यह भी पूछा जा सकता है कि क्या बीमा जोखिम की सभी तरह की परिस्थितियों के लिए सही समाधान है। इसका जवाब है 'नहीं'।

बीमा उन कई तरीकों में से एक है जिसके द्वारा लोग अपने जोखिमों को प्रबंधित कर सकते हैं। यहां वे अपने जोखिमों को बीमा कंपनी के पास ट्रांसफर करते हैं। हालांकि, जोखिमों से निबटने के अन्य तरीके भी हैं, जिनके बारे में नीचे बताया गया है:

1. जोखिम से बचाव

किसी नुकसान की परिस्थिति से बचकर जोखिम को कम करना, जोखिम से बचाव कहलाता है। इसलिए, व्यक्ति उन गतिविधियों या परिस्थितियों से बचने या ऐसी संपत्ति या लोगों से बचने की कोशिश कर सकता है जिनके कारण कोई जोखिम हो सकता है।

उदाहरण

i. निर्माण का अनुबंध किसी अन्य को देकर निर्माण के कुछ जोखिमों से बचा जा सकता है।

ii. कोई दुर्घटना हो जाने के डर से व्यक्ति घर से बाहर निकलना बंद कर सकता है या विदेश में बीमार हो जाने के डर से व्यक्ति विदेश यात्रा का विचार त्याग सकता है।

जोखिम से बचाव को जोखिम से निबटने का एक नकारात्मक तरीका माना जाता है। व्यक्तियों और समाज को अपनी प्रगति से जुड़ी गतिविधियों के लिए कुछ जोखिम लेने की ज़रूरत पड़ सकती है। जोखिम लेने वाली ऐसी गतिविधियों से बचने के कारण इन गतिविधियों से होने वाला फायदा नहीं मिलेगा।

2. जोखिम प्रतिधारण

इसमें व्यक्ति जोखिम के प्रभाव को प्रबंधित करने की कोशिश करता है; वह खुद ही जोखिम लेने और इसके प्रभावों को झेलने का फैसला करता है। इसे स्व-बीमा कहा जाता है।

उदाहरण

कोई कारोबारी संगठन एक निश्चित सीमा तक छोटे नुकसानों का भार उठाने की अपनी क्षमता से जुड़े अनुभव के आधार पर, उस जोखिम को अपने पास बनाए रखने का फैसला कर सकता है।

3. जोखिम को कम और नियंत्रित करना

यह जोखिम से बचाव की तुलना में अधिक व्यावहारिक और प्रासंगिक दृष्टिकोण है। इसका मतलब है किसी नुकसान की घटना की संभावना को कम करने के लिए कदम उठाना और/या ऐसी नुकसान की घटना होने पर इसके प्रभाव की गंभीरता को कम करना।

महत्वपूर्ण

नुकसान का कारण बनने वाली घटना होने की संभावना को कम करने के उपायों को '**नुकसान की रोकथाम**' कहा जाता है। नुकसान की घटना होने पर, नुकसान की डिग्री को कम करने के उपायों को '**नुकसान में कमी**'/ नुकसान कम करना कहा जाता है।

जोखिम को कम करने में, नुकसान की आवृत्ति और/या आकार को कम करना शामिल है:

a) **विभिन्न प्रकार के कर्मचारियों को जोखिम कम करने की उचित प्रथाओं के बारे में शिक्षण और प्रशिक्षण देना** – जैसे कि (i) 'फायर ड्रिल' में हिस्सा लेना; (ii) कारों पर सीट बेल्ट लगाना, हेलमेट पहनना।

b) **माहौल में बदलाव लाना** – जैसे कि भौतिक परिस्थितियों में सुधार करना – उदहारण के लिए, (i) फायर अलार्म इंस्टॉल करना; (ii) मलेरिया के फैलाव को कम करने के लिए मच्छड़ मारने वाले रसायनों का छिड़काव करना।

c) **खतरनाक या जोखिम वाली गतिविधियों में बदलाव करना** (मशीनरी और उपकरण का इस्तेमाल करते समय या कोई अन्य कार्य करते समय ऐसा किया जा सकता है) – जैसे कि (i) कंस्ट्रक्शन साइटों के अंदर हेलमेट पहनना; (ii) रसायनों का इस्तेमाल करते समय दस्ताने और फेस शील्ड पहनना।

d) **स्वस्थ जीवनशैली अपनाना** – बीमार पड़ने की घटना को कम करने में मदद करता है – जैसे कि (i) नियमित रूप से चिकित्सा जांच कराना; (ii) नियमित रूप से योगा करना।

e) **अलग करना** या संपत्ति की विभिन्न चीज़ों को एक ही जगह जमा रखने के बजाय उन्हें अलग-अलग जगहों में फैला देना, ताकि किसी एक जगह पर दुर्घटना के प्रभाव को कम किया जा सके – जैसे कि (i) बड़ी मात्रा के ज्वलनशील पदार्थों को अलग-अलग जगहों पर रखना; (ii) कारखानों के खतरनाक इलाकों में फायर प्रूफ दरवाज़े लगाना।

4. जोखिम का वित्तपोषण

इसका मतलब है आगे हो सकने वाले नुकसानों की भरपाई के लिए फंड का प्रावधान करना।

a) **स्व-वित्तपोषण के माध्यम से जोखिम प्रतिधारण** – इसमें, नुकसान की घटना होने पर जोखिम का भार खुद उठाना। कोई फर्म अपने जोखिम को स्वीकार कर, खुद से या उधार के फंड से उसका वित्तपोषण करता है, जिसे **स्व-बीमा** कहा जाता है।

b) **एक बड़े समूह के भीतर जोखिम प्रतिधारण:** अगर जोखिम किसी बड़े समूह, जैसे कि पैरेंट कंपनी का हिस्सा है, तो जोखिम को बड़े समूह में बनाए रखा जा सकता है, जो नुकसानों का वित्तपोषण करेगा। यह आपसी सहमति से बनाया गया समूह भी हो सकता है।

c) **जोखिम ट्रांसफर**, जोखिम प्रतिधारण का एक विकल्प है। इसमें नुकसानों की ज़िम्मेदारी दूसरे पक्ष को ट्रांसफर करना शामिल है।

बीमा जोखिम ट्रांसफर के विभिन्न रूपों में से एक है। कई अलग-अलग प्रकार की अनिश्चितता का सामना करने के बजाय, लोग बीमा को प्राथमिकता देते हैं, क्योंकि यह निश्चितता और मानसिक शांति प्रदान करता है।

5. **बीमा (इंश्योरेंस बनाम एश्योरेंस)**

बीमा (इंश्योरेंस) का इस्तेमाल ज़्यादातर साधारण बीमा अनुबंधों के लिए किया जाता है जो ऐसी किसी घटना के विरुद्ध सुरक्षा प्रदान करता है जो घटित हो सकती है या नहीं भी हो सकती है; जहां नुकसान की मात्रा का आकलन सिर्फ घटना होने के बाद ही किया जा सकता है।

बीमा (एश्योरेंस) का मतलब बढ़ाई गई अवधि या मृत्यु होने तक के लिए वित्तीय कवरेज। जीवन के मामले में, मृत्यु होना (नुकसान वाली घटना) निश्चित है। सिर्फ उसका समय निश्चित नहीं है। इसके अलावा, किसी व्यक्ति की मृत्यु पर होने वाले आर्थिक नुकसान की मात्रा का अनुमान लगाना भी संभव नहीं होता है। नुकसान की भरपाई की रकम पहले से तय की जाती है। यही कारण है कि जीवन बीमा के मामले में लोग बीमा (एश्योरेंस) का इस्तेमाल करते हैं।

हालांकि कुछ सूक्ष्म तकनीकी अंतर भी होते हैं; 'इंश्योरेंस' और 'एश्योरेंस' शब्दों को भारत सहित ज़्यादातर बाज़ारों में अदल-बदलकर इस्तेमाल किया जाता है। *[भारत की सबसे बड़ी बीमा कंपनियों में से एक का नाम – न्यू इंडिया एश्योरेंस कंपनी लिमिटेड है और भारत में कोई भी जीवन बीमा कंपनी अपने नाम में* ***'एश्योरेंस'*** *शब्द का इस्तेमाल नहीं करती है!*

चित्र 5: बीमा कैसे बीमाधारक को क्षतिपूरित करता है

खुद को जांचें 3

इनमें से क्या जोखिम ट्रांसफर का एक तरीका है?

I. बैंक फिक्स डिपॉजिट

II. बीमा

III. इक्विटी शेयर

IV. रीयल एस्टेट

D. जोखिम प्रबंधन के साधन के रूप में बीमा

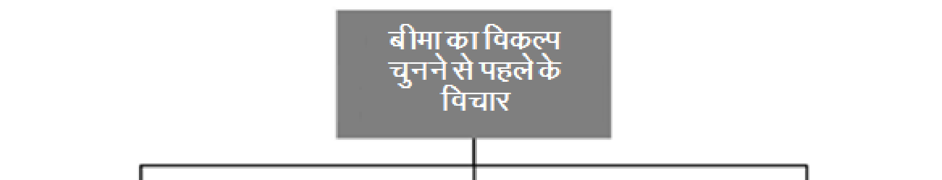
'जोखिम' शब्द का मतलब ऐसा नुकसान नहीं है जो वास्तव में हो चुका है, बल्कि ऐसा नुकसान है जिसके होने की संभावना है। इस प्रकार, यह एक अपेक्षित नुकसान है। इस अपेक्षित नुकसान की लागत दो कारकों का गुणन हैः

i. यह **संभावना** कि जिस खतरे के विरुद्ध बीमा किया गया है वह घटना हो सकती है, जो नुकसान का कारण बन सकती है।

ii. नुकसान की **गंभीरता** (प्रभाव) या मात्रा जो उस घटना के परिणाम स्वरूप हो सकती है।

जोखिम की लागत संभावना और गंभीरता (नुकसान की मात्रा), दोनों के सीधे अनुपात में बढ़ जाएगी। यह अलग-अलग तरीके से काम करता है - (क) अगर नुकसान की मात्रा बहुत अधिक है और इसके होने की संभावना कम है, तो जोखिम की लागत कम होगी, क्योंकि ऐसे मामले बहुत कम हो सकते हैं। (ख) नुकसान की मात्रा कम होने पर भी, अगर उसके होने की संभावना बहुत अधिक है, तो जोखिम की लागत अधिक होगी, क्योंकि ऐसी बहुत सी घटनाएं होंगी। बीमा को व्यक्ति के जोखिम प्रबंधन के शक्तिशाली साधन के रूप में देखा जा सकता है। यह किसी बीमित नुकसान की घटना के कारण व्यक्ति की संपत्तियों/धन के खोने के वित्तीय प्रभाव से उसकी सुरक्षा करता है।

चित्र 6: बीमा का विकल्प चुनने से पहले के विचार



E. बीमा का विकल्प चुनने से पहले के विचार

बीमा करना है या नहीं, इस बात का फैसला लेते समय व्यक्ति को खुद जोखिम उठाने की लागत के विरुद्ध जोखिम को ट्रांसफर करने की लागत [बीमा प्रीमियम] का मूल्यांकन करना ज़रूरी है। बीमा की सबसे अधिक ज़रूरत वहां होगी जहां नुकसान का प्रभाव बहुत अधिक होगा, मगर इसकी संभावना (और इसलिए प्रीमियम) बहुत कम होगी। जैसे, (i) भूकंप आने की संभावना; (ii) जहाज डूब जाने की संभावना।

a) **छोटे से लाभ के लिए बहुत बड़ा जोखिम मत उठाओः** जोखिम को ट्रांसफर करने की लागत और प्राप्त मूल्य के बीच एक उचित संबंध होना चाहिए।

   क्या एक साधारण कलम का बीमा करना समझदारी होगी?

b) **जितनी खोने की क्षमता है उससे ज़्यादा जोखिम मत उठाओ**: अगर किसी घटना के परिणाम स्वरूप हो सकने वाला नुकसान इतना बड़ा है कि उसकी वजह से दिवालियेपन का खतरा हो सकता है, तो जोखिम को बनाए रखना (प्रतिधारण) उचित नहीं होगा।

   अगर कोई बड़ी ऑयल रिफाइनरी नष्ट हो जाती है, तो उसके मालिक उस नुकसान को सहन नहीं कर सकते।

c) **जोखिम के संभावित परिणामों पर सावधानी से विचार करो**: उन संपत्तियों का बीमा करना सबसे अच्छा है जिनके लिए नुकसान की घटना होने की संभावना (आवृत्ति) कम है, लेकिन संभावित प्रभाव (गंभीरता) अधिक है।

   अंतरिक्ष उपग्रह (स्पेस सैटेलाइट) का नुकसान इतना बड़ा हो सकता है कि इसका बीमा करना बेहद ज़रूरी होगा।

खुद को जांचें 4

इनमें से किन परिस्थितियों में बीमा की ज़रूरत होगी?

I. परिवार के एकमात्र कमाऊ व्यक्ति की अकाल मृत्यु हो सकती है

II. कोई व्यक्ति अपना बटुआ खो सकता है

III. शेयर की कीमतों में भारी गिरावट आ सकती है

IV. सामान्य टूट-फूट (इस्तेमाल) के कारण कोई मकान अपना मूल्य खो सकता है

F. बीमा बाज़ार के खिलाड़ी (कंपनियां)

बीमा कंपनियां (बीमाकर्ता) बीमा उद्योग के प्रमुख खिलाड़ी हैं। बीमा कंपनियों के अलावा, कई और पार्टियां बीमा की मूल्य श्रृंखला का हिस्सा होती हैं। बीमा नियामक भी होता है, जो पूरे बाज़ार को नियंत्रित करता है।

मध्यस्थ जैसे कि एजेंट, ब्रोकर, बैंक (बैंकएश्योरेंस के माध्यम से), बीमा मार्केटिंग फ़र्म और पॉइंट ऑफ़ सेल पर्सन, बीमाधारक/संभावित ग्राहकों के साथ संवाद करने के क्षेत्र में कार्यरत होते हैं जो ग्राहकों की ज़रूरतों का पता लगाकर उन्हें कवर करने के लिए उपलब्ध पॉलिसियों के बारे में ग्राहकों को जानकारी प्रदान करते हैं।

सर्वेयर और हानि निर्धारक/समायोजक दावों के मूल्यांकन के साथ-साथ उससे जुड़े अन्य काम करने जाते हैं। थर्ड पार्टी एडमिनिस्ट्रेटर, स्वास्थ्य और यात्रा बीमा दावों पर काम करते हैं। विनियमों में यह प्रावधान किया गया है कि सभी मध्यस्थों (बिचौलियों) की ग्राहक के प्रति ज़िम्मेदारी होती है।

एजेंट, बीमा कंपनी और बीमाधारक के बीच मध्यस्थ होते हैं, उनके पास यह पक्का करने की ज़िम्मेदारी होती है कि जोखिम के बारे में सभी महत्वपूर्ण जानकारी बीमाधारक ने बीमा कंपनी को उपलब्ध करा दी है।

महत्वपूर्ण

संभावित ग्राहक के प्रति बीमा एजेंट/मध्यस्थ का कर्तव्य

आईआरडीएआई के विनियमों में यह प्रावधान किया गया है कि संभावित ग्राहक के प्रति मध्यस्थों की कुछ जिम्मेदारियां होती हैं। इसी प्रकार, बीमा कंपनी के प्रति भी मध्यस्थ की ज़िम्मेदारी होती है।

विनियम के अनुसार संभावित ग्राहक बीमा कंपनी या उसके एजेंट या बीमा मध्यस्थ की सलाह पर निर्भर करता है, ऐसे व्यक्ति को उचित तरीके से संभावित ग्राहक को सलाह देनी चाहिए। इसमें यह भी कहा गया है कि "एक बीमा कंपनी या उसका एजेंट या अन्य मध्यस्थ किसी प्रस्तावित कवर के संबंध में सभी महत्वपूर्ण जानकारी संभावित ग्राहक को प्रदान करेगा, ताकि संभावित ग्राहक अपने हित में सबसे अच्छा कवर लेने के बारे में निर्णय ले सके।"

अगर प्रस्ताव और अन्य संबंधित दस्तावाजों को ग्राहक ने नहीं भरा है, तो प्रस्ताव फॉर्म के अंत में ग्राहक की ओर से इस आशय का एक प्रमाणपत्र शामिल किया जा सकता है कि फॉर्म और दस्तावेज़ में कही गई बातें उसे अच्छी तरह समझा दी गई हैं और उसने प्रस्तावित अनुबंध के महत्व को अच्छी तरह समझ लिया है।

जब ग्राहक बीमा कंपनी को प्रीमियम भुगतान करता है, तो बीमा कंपनी को एक रसीद जारी करना होता है। अग्रिम में प्रीमियम भुगतान करने पर भी ऐसा करना ज़रूरी है।

G. समाज में बीमा की भूमिका

बीमा कंपनियां किसी देश के आर्थिक विकास में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं। वे यह पक्का करती हैं कि देश की संपत्ति सुरक्षित और संरक्षित है। उनके कुछ योगदानों के बारे में नीचे बताया गया है।

a) बीमा की परिकल्पना पारस्परिकता के सिद्धांत के आधार पर की गई है, जिसमें समाज की संयुक्त शक्ति को एक साथ लाकर, आर्थिक नुकसान का सामना करने वाले कुछ बदकिस्मत सदस्यों की मदद की जाती है। बीमा का कोई विकल्प नहीं है।

b) बीमा कंपनियां प्रीमियम की छोटी-छोटी रकम इकट्ठा करके उनका पूल बनाकर एक विशाल फंड बनाती हैं। इन फंडों को पॉलिसीधारकों के हितों और समाज के लाभ के लिए अपने पास रखकर निवेश किया जाता है। अटकलबाजी या सट्टे जैसी चीजों में अनुचित रूप से उनका निवेश नहीं किया जाता है।

c) बीमा कई बीमाधारकों यानी व्यक्तियों और उद्यमों को दुर्घटनाओं या आकस्मिक घटनाओं के कारण होने वाले नुकसानों के विरुद्ध सुरक्षा लाभ प्रदान करता है। यह पूँजी को सुरक्षित रखता है और फिर कारोबार और उद्योग के विकास के लिए उसका इस्तेमाल करता है, जिससे देश की प्रगति में मदद मिलती है।

d) बीमा पूँजी के निवेश को सक्षम बनाता है जिससे व्यावसायिक और औद्योगिक विकास होता है। इससे उद्यमिता के साथ जुड़े भय, आशंका और चिंता को दूर करने में भी मदद मिलती है।

e) कई बैंक और वित्तीय संस्थान संपत्ति पर ऋण नहीं देते हैं, जब तक कि नुकसान या क्षति के विरुद्ध उसका बीमा न किया गया हो। उनमें से कई तो संपार्श्विक जमानत के तौर पर पॉलिसी असाइन करने पर भी जोर देते हैं।

f) साधारण बीमा कंपनियां बड़े और जटिल जोखिमों को स्वीकार करने से पहले सुयोग्य इंजीनियरों/अन्य विशेषज्ञों द्वारा संपत्ति की जांच-पड़ताल की व्यवस्था करती हैं। वे जोखिम का मूल्यांकन कर जोखिम को कम करने और रेटिंग में मदद के लिए जोखिम प्रबंधन के उपाय सुझाते हैं।

g) बीमा देश के लिए विदेशी मुद्रा भी अर्जित करता है, जैसे कि व्यापार, शिपिंग और बैंकिंग सेवाएं।

h) बीमा कंपनियां आग से होने वाले नुकसान की रोकथाम, कार्गो के नुकसान की रोकथाम, औद्योगिक सुरक्षा और सड़क सुरक्षा में शामिल संस्थानों के साथ जुड़ी होती हैं।

i) बीमा से मिली सुरक्षा के कारण उद्यमियों में नए और अपेक्षाकृत अज्ञात क्षेत्रों में निवेश करने का आत्मविश्वास पैदा होता है।

जानकारी

बीमा और सामाजिक सुरक्षा

a) सामाजिक सुरक्षा राज्य का एक दायित्व है। राज्य की सामाजिक सुरक्षा योजनाओं में सामाजिक सुरक्षा के साधन के तौर पर, अनिवार्य या स्वैच्छिक बीमा का इस्तेमाल शामिल होता है। कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम,1948 में, कवर किये गए औद्योगिक कर्मचारियों

और उनके परिवारों की बीमारी, अक्षमता, मातृत्व और मृत्य के खर्चों की भरपाई के लिए **कर्मचारी राज्य बीमा निगम** का प्रावधान किया गया है।

b) बीमा कंपनियां सरकार द्वारा प्रायोजित सामाजिक सुरक्षा योजनाओं में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं, जैसे कि

1. पीएमजेजेबीवाय – प्रधानमंत्री जीवन ज्योति बीमा योजना
2. पीएमएसबीवाय – प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना
3. पीएमएफबीवाय – प्रधानमंत्री फसल बीमा योजना
4. पीएमजेएवाय – प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना (आयुष्मान भारत)
5. पीएमवीवीवाय – प्रधानमंत्री वय वंदना योजना – एक पेंशन योजना
6. एपीवाय – अटल पेंशन योजना

ये और अन्य सरकारी योजनाएं भारतीय समाज/समुदाय को फायदा पहुंचा रही हैं।

c) सरकारी योजनाओं में सहयोग करने के अलावा, बीमा उद्योग व्यावसायिक आधार पर बीमा कवर भी प्रदान करता है, जिसका मुख्य मकसद सामाजिक सुरक्षा प्रदान करना है। व्यावसायिक आधार पर चलाई जाने वाली **ग्रामीण बीमा योजनाएं** ग्रामीण परिवारों को सामाजिक सुरक्षा प्रदान करने के हिसाब से डिजाइन की गई हैं।

खुद को जांचें 5

इनमें से कौन सी बीमा योजनाएं भारत सरकार द्वारा प्रायोजित हैं?

I. पीएम जन आरोग्य योजना – आयुष्मान भारत

II. पीएम फसल बीमा योजना

III. पीएम सुरक्षा बीमा योजना

IV. उपरोक्त सभी

सारांश

- बीमा का मतलब जोखिम पूलिंग के माध्यम से जोखिम ट्रांसफर है।
- आज जिस व्यावसायिक बीमा कारोबार का प्रचलन है उसकी शुरुआत लंदन के लॉयड्स कॉफी हाउस में हुई थी।
- बीमा की व्यवस्था में ये चीज़ें शामिल होती हैं:
  - ✓ संपत्ति,
  - ✓ जोखिम,

- ✓ खतरा,
- ✓ अनुबंध,
- ✓ बीमा कंपनी और
- ✓ बीमाधारक

- जब एक जैसी संपत्तियां रखने वाले और एक जैसे जोखिमों के दायरे में आने वाले लोग फंड के एक सामान्य पूल में योगदान करते हैं, तो इसे पूलिंग कहा जाता है।
- बीमा के अलावा, जोखिम प्रबंधन की अन्य तकनीकों में शामिल हैंः
  - ✓ जोखिम से बचाव,
  - ✓ जोखिम नियंत्रण,
  - ✓ जोखिम प्रतिधारण,
  - ✓ जोखिम वित्तपोषण और
  - ✓ जोखिम ट्रांसफर
- बीमा के आदर्श वाक्य हैंः
  - ✓ जितनी खोने की क्षमता है उससे ज़्यादा जोखिम मत उठाओ,
  - ✓ जोखिम के संभावित परिणामों पर सावधानी से विचार करो और
  - ✓ छोटे से लाभ के लिए बहुत बड़ा जोखिम मत उठाओ

मुख्य शब्द

1. जोखिम
2. पूलिंग
3. संपत्ति/एसेट
4. जोखिम का भार
5. जोखिम से बचाव
6. जोखिम नियंत्रण
7. जोखिम प्रतिधारण
8. जोखिम का वित्तपोषण

9. जोखिम ट्रांसफर

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 - सही विकल्प II है।
उत्तर 2 - सही विकल्प III है।
उत्तर 3 - सही विकल्प II है।
उत्तर 4 - सही विकल्प I है।
उत्तर 5 - सही विकल्प IV है।

अध्याय C-02

बीमा की मुख्य बातें

अध्याय का परिचय

इस अध्याय में, हम बीमा की कार्यप्रणाली को नियंत्रित करने वाले विभिन्न मुख्य तत्वों और सिद्धांतों के बारे में जानेंगे।

अध्ययन के परिणाम

बीमा के तत्व

संपत्तियां और जोखिम

खतरा और जोखिम

जोखिम पूलिंग

इस अध्याय को पढ़ने के बाद, ये बातें समझ में आएंगीः

1. संपत्तियां क्या हैं
2. जोखिम, खतरे और आपदाएं क्या हैं
3. जोखिम प्रबंधन का मूल्यांकन
4. बीमा में जोखिम पूलिंग को समझना

A. बीमा के तत्व

हमने देखा है कि बीमा की प्रक्रिया में तीन तत्व होते हैं

- ✓ संपत्ति/एसेट
- ✓ जोखिम
- ✓ जोखिम पुलिंग

आइए, अब हम बीमा की प्रक्रिया के विभिन्न तत्वों को थोड़ा विस्तार से जानें।

1. संपत्ति/एसेट

परिभाषा

किसी संपत्ति को 'ऐसी चीज़ के रूप में परिभाषित किया जा सकता है जिससे कुछ लाभ मिलता है और जिसमें उसके मालिक के लिए आर्थिक मूल्य होता है।'

किसी संपत्ति की ये विशेषताएं हो सकती हैंः

- **आर्थिक मूल्य**: संपत्ति का आर्थिक मूल्य होना ज़रूरी है। मूल्य दो तरीकों से उत्पन्न हो सकता है।

a) **आय अर्जित करकेः** संपत्ति उत्पादक हो सकती है और उससे आय अर्जित की जा सकती है।

उदाहरण

बिस्किट बनाने के लिए इस्तेमाल होने वाली मशीन या दूध देने वाली गाय, दोनों अपने मालिक के लिए आय अर्जित करती है। एक स्वस्थ कर्मचारी संगठन की संपत्ति होता है।

---

b) **ज़रूरतों को पूरा करकेः** संपत्ति किसी आवश्यकता या आवश्यकताओं के समूह को पूरा करके भी मूल्य अर्जित कर सकती है।

उदाहरण

एक रेफ्रिजरेटर भोजन को ठंडा और सुरक्षित रखता है, जबकि एक कार परिवहन में आराम और सुविधा देता है। इसी तरह, बीमारी से मुक्त शरीर, व्यक्ति के साथ-साथ उसके परिवार के लिए भी बहुमूल्य होता है।

- **अभाव/कमी और मालिकाना हक**

हवा और सूरज की रोशनी के बारे में क्या कहेंगे? क्या वे संपत्तियां नहीं हैं? – **इसका जवाब है 'नहीं'**।

कुछ चीज़ें हवा और सूरज की रोशनी के समान बहुमूल्य हैं। हम उनके बिना नहीं जी सकते। फिर भी, उन्हें आर्थिक संदर्भ में संपत्तियां नहीं माना जाता है।

इसके दो कारण हैंः

- ✓ उनकी आपूर्ति प्रचुर है और कोई कमी नहीं है।
- ✓ उन पर किसी एक व्यक्ति का मालिकाना हक नहीं है, बल्कि वे सभी के लिए स्वतंत्र रूप से उपलब्ध हैं।

इसका मतलब है कि आर्थिक संदर्भ के लिए किसी संपत्ति को दो अन्य शर्तों को पूरा करना ज़रूरी है – इसकी कमी/अभाव हो और किसी के पास उसका अधिकार या मालिकाना हक हो।

➢ **संपत्तियों का बीमा**

बीमा सिर्फ अप्रत्याशित घटनाओं के कारण होने वाले आर्थिक नुकसानों के विरुद्ध सुरक्षा प्रदान करता है; यह समय के साथ संपत्तियों के इस्तेमाल के कारण होने वाली स्वाभाविक टूट-फूट के मामले में सुरक्षा नहीं देता।

हमें यह ध्यान देना होगा कि **बीमा नुकसान या क्षति से किसी संपत्ति की सुरक्षा नहीं कर सकता।** किसी मकान का बीमा किया गया हो या नहीं, भूकंप उसे नष्ट कर देगा। बीमा कंपनी केवल एक धनराशि भुगतान कर सकती है, जो नुकसान के आर्थिक प्रभाव को कम कर देगा।

किसी समझौते के उल्लंघन के कारण भी नुकसान हो सकते हैं।

उदाहरण

निर्यातक को भारी नुकसान हो जाएगा, अगर दूसरी तरफ आयातक सामानों को स्वीकार करने से मना कर देता है या पैसे नहीं चुका पाता है।

➢ **जीवन बीमा**

हमारे जीवन के बारे में क्या कहेंगे? दरअसल, हमारे लिए हमारी अपनी जिंदगी और हमारे प्रियजनों की जिंदगी से ज़्यादा कीमती कुछ भी नहीं है। कोई दुर्घटना या बीमारी होने पर, हमारी जिंदगी पर बहुत बुरा असर पड़ता है।

इसका असर दो तरीकों से पड़ सकता हैः

- ✓ सबसे पहले, किसी विशेष बीमारी के इलाज के अपने खर्चे होते हैं।
- ✓ दूसरे, मृत्यु या अक्षमता, दोनों के कारण आर्थिक आय का नुकसान हो सकता है।

इस तरह के नुकसानों को व्यक्तिगत बीमा या बीमा की व्यक्तिगत लाइनों के माध्यम से कवर किया जा सकता है। बीमा ऐसे किसी भी व्यक्ति के लिए संभव है जिसके पास ऐसी संपत्तियां हों जिनका कोई मूल्य है [अर्थात जिनसे आय अर्जित हो या कुछ ज़रूरतें पूरी हो सकें]; जिनके नुकसान (आकस्मिक या दुर्घटनाओं के कारण) से ऐसी वित्तीय हानि हो सकती है जिसे [पैसों के संदर्भ में] मापा जा सकता।

इसलिए, इन संपत्तियों को आम तौर पर बीमा की विषय-वस्तु कहा जाता है।

2. जोखिम

बीमा की प्रक्रिया में दूसरा तत्व जोखिम की अवधारणा है। जोखिम को नुकसान की संभावना के तौर पर परिभाषित किया जा सकता है। इस प्रकार जोखिम का मतलब वह संभावित नुकसान या क्षति है जो किसी घटना होने के कारण हो सकता है। [कभी-कभी जोखिम को बीमा की विषय-वस्तु भी कहा जाता है] आम तौर पर कोई नहीं चाहता कि उसका घर जल जाए या उसकी कार दुर्घटना का शिकार हो जाए। फिर भी ऐसा होता है।

जोखिमों के उदाहरणों में, किसी मकान के जल जाने या चोरी के कारण होने वाले आर्थिक नुकसान की संभावना या ऐसी दुर्घटना शामिल है जिसमें हाथ या पैर को नुकसान पहुंचा हो।

इसके दो निहितार्थ हैं।

i. सबसे **पहले**, इसका मतलब है कि नुकसान हो सकता है या नहीं भी हो सकता।

ii. **दूसरे**, जिस घटना के कारण वास्तव में नुकसान हुआ है उसे **खतरा** (**पेरिल**) कहा जाता है। यह नुकसान का कारण है।

उदाहरण

खतरे (पेरिल) के उदाहरणों में आग, भूकंप, बाढ़, आसमानी बिजली, चोरी, हृदय गति रुक जाना आदि शामिल हैं।

स्वाभाविक टूट-फूट

यह सच है कि कुछ भी हमेशा के लिए नहीं रहता। हर संपत्ति का एक निश्चित जीवनकाल है जिसके दौरान इसका इस्तेमाल किया जा सकता है और यह लाभ देता है। यह एक स्वाभाविक प्रक्रिया है; कोई व्यक्ति अपना मोबाइल, वाशिंग मशीन और कपड़े पूरी तरह इस्तेमाल कर लेने के बाद नष्ट कर देता है या बदल लेता है। इसलिए, सामान्य टूट-फूट से होने वाले नुकसानों को बीमा में कवर नहीं किया जाता है।

जोखिम का दायरा: खतरे की घटना के कारण यह ज़रूरी नहीं है कि नुकसान हो। तटीय आंध्रप्रदेश में आई बाढ़ के कारण मुंबई में रहने वाले व्यक्ति को कोई नुकसान नहीं होगा। नुकसान होने के लिए संपत्ति/एसेट का खतरे के दायरे में होना ज़रूरी है। सिर्फ़ जोखिम का दायरा भी बीमा के मुआवजे के लिए पर्याप्त आधार नहीं है।

उदाहरण

कारखाने के परिसर में आग लग सकती है जिससे वास्तव में कोई क्षति नहीं भी हो सकती। बीमा सिर्फ़ तभी काम करता है जब खतरे की घटना के कारण कोई वास्तविक आर्थिक (वित्तीय) नुकसान हुआ हो।

जोखिम एक्सपोज़र की डिग्री:

दो संपत्तियां/एसेट एक ही खतरे के दायरे में हो सकती हैं, लेकिन नुकसान की संभावना या नुकसान की मात्रा में काफी फर्क हो सकता है। विस्फोटक लेकर जाने वाले टैंकर को पानी के टैंकर की तुलना में आग से बहुत बड़ा खतरा हो सकता है।

3. **जोखिम प्रबंधन**

- **क्षति की सीमा, जो हो सकती है**

  यह नुकसान की डिग्री और व्यक्ति या कारोबार पर उसके प्रभाव के आधार पर निकाला जाता है। इस आधार पर तीन प्रकार की जोखिम की घटनाओं या परिस्थितियों की पहचान की जा सकती है:

- **गंभीर**

  जहां नुकसान की तीव्रता इतनी अधिक होती है कि उसके कारण पूर्ण नुकसान या दिवालियेपन का खतरा हो सकता है। नुकसान तब संकटपूर्ण हो सकते हैं जब दुर्घटना का प्रभाव बहुत बड़ा और गंभीर हो; शारीरिक अक्षमता हो; उपकरण और वातावरण को ऐसी क्षति हो जिसकी कुछ हद तक भरपाई की जा सके। गंभीर नुकसानों में ऐसे नुकसान शामिल होंगे जिनके परिणाम स्वरूप भारी वित्तीय नुकसान हो, जिससे मजबूर होकर फ़र्म को कामकाज जारी रखने के लिए क़र्ज़ लेना पड़े।

उदाहरण: गंभीर नुकसान

- ✓ गुड़गांव में एक बड़ी बहुराष्ट्रीय कंपनी के संयंत्र में आग लग जाने से 1 करोड़ रुपये के सामान नष्ट हो जाते हैं। यह नुकसान बड़ा है, लेकिन उतना भी बड़ा नहीं कि इसके कारण कंपनी दिवालिया हो जाए।
- ✓ किसी लुटेरे जहाज का तारपीडो एक पूरे यात्री जहाज को डूबा देता है, लेकिन ज़्यादातर यात्री बचा लिए जाते हैं।
- ✓ एक बड़ी दुर्घटना में व्यक्ति की किडनी को क्षति पहुँचती है जिसके कारण किडनी ट्रांसप्लांट का ऑपरेशन करना ज़रूरी हो जाता है; इस खर्च को टाला नहीं जा सकता।

- **आपदाकारी नुकसान**

  आपदाकारी नुकसान से बड़ी संख्या में लोगों की मौत या पूर्ण अक्षमता होती है, संपत्तियों का व्यापक नुकसान होता है, जिसका पर्यावरण पर बहुत बुरा प्रभाव पड़ता है जिनकी व्यावहारिक तौर पर भरपाई नहीं की जा सकती। आपदाकारी नुकसान में आम तौर पर ऐसी आपदाएं शामिल होती हैं जो अचानक और बड़े पैमाने पर होती हैं; जिन्हें रोका नहीं जा सकता।

उदाहरण: आपदाकारी नुकसान

- ✓ ऐसा भूकंप या बाढ़ जिससे कुछ गाँव पूरी तरह तबाह हो जाते हैं
- ✓ एक भयंकर आग जिससे एक बड़े क्षेत्र में फैला, करोड़ों रुपये का प्रतिष्ठान पूरी तरह नष्ट हो जाता है
- ✓ वर्ल्ड ट्रेड टावर पर सितंबर 2011 में हुआ आतंकवादी हमला, जिसके कारण बड़ी संख्या में लोग हताहत हुए थे।
- ✓ कोविड – 19 जैसी महामारी, जिसके कारण दुनिया भर में लाखों लोग बीमार हो गए

- ➢ **आंशिक/मामूली नुकसान**

  जहां संभावित नुकसान मामूली होते हैं; जिनकी भरपाई आसानी से व्यक्ति या फ़र्म की मौजूदा संपत्ति या मौजूदा आय से की जा सकती है और कोई अनुचित आर्थिक दबाव भी नहीं पड़ता है।

उदाहरण

- ✓ एक मामूली कार दुर्घटना में उसकी बगल के हिस्से में हल्की खरोंच आ जाती है, जिसके कारण पेंट का कुछ हिस्सा खराब हो जाता है और फेंडर थोड़ा मुड़ जाता है।
- ✓ कोई व्यक्ति साधारण सर्दी-खांसी का सामना कर रहा है।

---

4. **खतरे और जोखिम**

ऐसी परिस्थिति या परिस्थितियां जो नुकसान की संभावना या उसकी तीव्रता को बढ़ा देती हैं और इस प्रकार जोखिम पर असर डालती हैं, इन्हें खतरा कहा जाता है। जब बीमा कंपनियां जोखिम का आकलन करती हैं, तो यह आम तौर पर उस खतरे के संदर्भ में किया जाता है जिसके दायरे में बीमा की विषय-वस्तु आती है।

बीमा की भाषा में 'खतरा' शब्द का मतलब है ऐसी परिस्थितियां या विशेषताएं या लक्षण जो निर्दिष्ट खतरे से नुकसान की संभावना पैदा करती है या उसे बढ़ा देती है। जिन विभिन्न खतरों के दायरे में कोई जोखिम आता है उसके बारे में पूरी जानकारी होना जोखिम अंकन के लिए बेहद ज़रूरी है। संपत्तियों, खतरे और जोखिमों के बीच संबंधों के उदाहरण नीचे दिए गए हैं।

संपत्ति/एसेट	जोखिम/पेरिल	खतरा
जीवन	कैंसर	अत्यधिक धूम्रपान
फैक्ट्री	आग	खुले में छोड़ी गई विस्फोटक सामग्री
कार	कार दुर्घटना	ड्राइवर द्वारा लापरवाह ड्राइविंग

कार्गो	तूफ़ान	कार्गो में पानी टपकना और उसका खराब हो जाना; कार्गो को वाटरप्रूफ कंटेनर में पैक नहीं किया जाना

महत्वपूर्ण/अहम जानकारी

- **खतरों के प्रकार**

a) **भौतिक खतरा** वह भौतिक परिस्थिति है जो नुकसान की संभावना बढ़ा देती है।

उदाहरण

i. किसी भवन में दोषपूर्ण वायरिंग

ii. वाटर स्पोर्ट में हिस्सा लेना

iii. निष्क्रिय जीवनशैली अपनाना

b) **नैतिक खतरे** का मतलब है किसी व्यक्ति में बेईमानी या चारित्रिक दोष, जो नुकसान की आवृत्ति या तीव्रता को प्रभावित करता है। कोई बेईमान व्यक्ति जालसाजी करके और बीमा की सुविधा का दुरुपयोग करके पैसे कमाने की कोशिश कर सकता है।

उदाहरण

अगर कोई व्यक्ति जान-बूझकर किसी की संपत्ति को आग लगा देता है और पॉलिसी के तहत नुकसानों के विरुद्ध दावा प्राप्त करता है; ऐसे दावे साफ तौर पर धोखाधड़ी वाले होते हैं और उन्हें उचित रूप से अस्वीकार किया जा सकता है।

नैतिक खतरे का एक अच्छा उदाहरण किसी कारखाने के लिए बीमा खरीदना और फिर बीमा राशि प्राप्त करने के लिए उसे जला देना है; कोई बड़ी बीमारी होने के बाद स्वास्थ्य बीमा खरीदना भी इसी दायरे में आता है।

c) **कानूनी खतरा** उन मामलों में अधिक प्रचलित है जिनमें हर्ज़ाने देने का दायित्व शामिल होता है। यह तब होता है जब कानूनी व्यवस्था या नियामक परिवेश की कुछ सुविधाएं नुकसानों की घटना या तीव्रता को बढ़ा सकती हैं।

उदाहरण

कर्मचारी प्रतिकर अधिनियम के लागु होने पर दुर्घटनाओं के मामले में कर्मचारी को मुआवजा और भुगतान की जाने वाली देयता की मात्रा बहुत अधिक बढ़ सकती है।

बीमा की एक बड़ी चिंता जोखिमों और उनसे जुड़े खतरों के बीच संबंध की है। इस आधार पर संपत्तियों को जोखिम की विभिन्न श्रेणियों में बाँटा जाता है और अगर संबद्ध खतरों की मौजूदगी के परिणाम स्वरूप होने वाले नुकसान की संभावना बहुत अधिक होती है, तो बीमा कवरेज के लिए ली जाने वाली कीमत [प्रीमियम] बढ़ जाती है।

5. **बीमा का गणितीय सिद्धांत (जोखिम पूलिंग)**

बीमा में तीसरा तत्व एक गणितीय सिद्धांत है जो बीमा को संभव बनाता है। इसे जोखिम पूलिंग का सिद्धांत कहा जाता है।

उदाहरण

मान लीजिए कि 100000 आरसीसी मकान आग के जोखिम के दायरे में आते हैं जिससे 50000 रुपये का औसत नुकसान हो सकता है। अगर किसी मकान में आग लगने की संभावना 1000 में से 2 [या 2/1000 = 0.002] है, तो इसका मतलब है कि कुल नुकसान की मात्रा 10000000 [= 50000x 0.002 x 100000] होगी।

अगर किसी बीमा कंपनी को 100000 मकानों में हर मकान से 100 रुपये का योगदान प्राप्त होता है और इन योगदानों (100000 x 100 = 10000000 रुपये) का पूल बनाकर एक फंड तैयार किया जाता है, तो यह आग से नुकसान का सामना करने वाले कुछ बदकिस्मत लोगों के नुकसान की भरपाई करने के लिए पर्याप्त होगा।

यह पक्का करने के लिए कि बीमा किये जा रहे सभी लोगों में समानता [निष्पक्षता] हो, तो यह ज़रूरी है कि सभी मकान एक समान तरीके से जोखिम के दायरे में आते हों। ऊपर दिए गए उदाहरण में कच्चे मकानों के लिए जोखिम का दायरा अलग होगा।

a) **बीमा में यह सिद्धांत कैसे काम करता है?**

यह एक समान खतरे और उस खतरे के कारण होने वाली नुकसान की संभावना के दायरे में आने वाले सभी बीमाधारकों के कई जोखिमों का पूल तैयार करके किया जाता है; इसके लिए बीमा कंपनी का उस जोखिम और उसके वित्तीय प्रभाव को स्वीकार करने में सक्षम होना ज़रूरी है।

बड़ी संख्या में लोग	प्रीमियम भुगतान करते हैं	प्रीमियम	नुकसान का सामना करने वाले कुछ लोगों को दावों का भुगतान किया जाता है
कई लोग देते हैं	प्रीमियम के तौर पर एक छोटी सी धनराशि	इन छोटी-छोटी धनराशियों को मिलाकर एक सामान्य पूल तैयार किया जाता है, जो इतना बड़ा होता है कि सांख्यिकीय तौर पर अनुमानित कई दावों का भुगतान करने के लिए पर्याप्त होगा	नुकसान उठाने वाले लोगों को बड़ी धनराशि भुगतान की जाती है

b) **जोखिम पूलिंग और बड़ी संख्याओं का नियम**

नुकसान की संभावना [जो ऊपर दिए गए उदाहरण में 1000 में से 2 या 0.002 तय की गई थी] वह आधार बनती है जिस पर प्रीमियम तय किया जाता है। अगर वास्तविक अनुभव

अपेक्षा के अनुसार होता है, तो बीमा कंपनी को नुकसान के किसी जोखिम का सामना नहीं करना पड़ेगा। ऐसी परिस्थिति में कई बीमाधारकों से मिला प्रीमियम उन लोगों के नुकसानों की भरपाई करने के लिए पर्याप्त होगा जो खतरे से प्रभावित हुए हैं। हालांकि, अगर वास्तविक अनुभव अपेक्षा के अधिक विपरीत होता है, तो बीमा कंपनी को जोखिम का सामना करना पड़ेगा और इकट्ठा किया गया प्रीमियम दावों का भुगतान करने के लिए पर्याप्त नहीं होगा।

बीमा कंपनी अपने पूर्वानुमानों पर आश्वस्त कैसे हो सकती है? यह एक सिद्धांत की वजह से संभव होता है जिसे "बड़ी संख्याओं का नियम" कहा जाता है। यह नियम कहता है कि जोखिमों के पूल का आकार जितना बड़ा होगा, नुकसान का वास्तविक औसत अनुमानित या अपेक्षित औसत नुकसान के आसपास होगा।

c) **बीमा कंपनियां ऋणशोधन में सक्षम होंगी**:

अगर बनाया गया जोखिमों का पूल और प्रीमियम का पूल दावों (अगर वे उत्पन्न होते हैं) का भुगतान करने की देयताओं को पूरा करने के लिए पर्याप्त नहीं है, तो जोखिम पूलिंग और बीमा की प्रणाली विफल हो सकती है। बीमा कंपनियों के पास पर्याप्त धनराशि होना ज़रूरी है ताकि वे पूल के सभी सदस्यों से किए गए वादों को पूरा कर सकें। अगर उनके पास पर्याप्त धनराशि है, तो उन्हें ऋणशोधन में सक्षम माना जाता है; अगर उनके पास अपने दायित्वों को पूरा करने के लिए पर्याप्त धनराशि नहीं है, तो उन्हें ऋणशोधन में असमर्थ (दिवालिया) माना जाता है।

दूसरे शब्दों में, बीमा कंपनियों को अपने पास कुछ अधिशेष धनराशि (या सॉल्वेंसी मार्जिन) रखने की ज़रूरत होती है, ताकि वे अपेक्षित और वास्तविक दावों की परिस्थितियों के बीच के अप्रत्याशित अंतर को पूरा कर सकें। सॉल्वेंसी अनुपात उस दायरे का अनुमान लगाता है जहां तक संपत्तियां भविष्य के भुगतानों के संबंध में बीमा कंपनी की प्रतिबद्धताओं को पूरा करने के लिए उपलब्ध हैं। अलग-अलग देश सॉल्वेंसी अनुपात का आकलन करने के लिए अलग-अलग उपाय अपनाते हैं। भारत में, आईआरडीएआई ने यह अनिवार्य किया है कि बीमा कंपनियों को कम से कम 1.5 का सॉल्वेंसी अनुपात बनाए रखना ज़रूरी है।

उदाहरण

एक सरल उदाहरण के तौर पर, सिक्का उछाले जाने पर हेड मिलने की संभावना 2 में से एक होती है। लेकिन चार बार सिक्का उछाले जाने पर वास्तव में 2 हेड मिलेगा, ऐसा यकीन से नहीं कहा जा सकता।

जब सिक्के उछाले जाने की संख्या बहुत अधिक और अनंत के आसपास होती है, सिर्फ़ तभी दो बार सिक्के उछाले जाने के हर मामले में हेड मिलने की संभावना एक के करीब होगी।

इसका मतलब है कि बीमा कंपनियां अपने आधार पर सिर्फ़ तभी यकीन कर सकती हैं जब वे एक बड़ी संख्या में बीमाधारकों का बीमा करने में सक्षम हों। ऐसी बीमा कंपनी जिसने सिर्फ़ कुछ सौ

मकानों का बीमा किया है, वह ऐसी बीमा कंपनी के मुकाबले बुरी तरह प्रभावित हो सकती है जिसने कई हज़ार मकानों का बीमा किया है।

अहम जानकारी

किसी जोखिम का बीमा करने की शर्तें

बीमा कंपनी के दृष्टिकोण से, किसी जोखिम का बीमा करना कब सार्थक होता है?

किसी जोखिम को बीमा योग्य माने जाने के लिए ज़रूरी छह व्यापक शर्तें नीचे दी गई हैं।

i. **एक बहुत बड़ी संख्या में, जोखिम के दायरे में आने वाली एक जैसी [समान] इकाइयों** के नुकसान का सामना करने का उचित तरीके से अनुमान लगाया जा सकता है। ऐसा बड़ी संख्याओं के सिद्धांत के आधार पर किया जाता है। इसके बिना अनुमान लगाना मुश्किल होगा।

ii. **जोखिम की वजह से होने वाला नुकसान निश्चित और मापने लायक होना चाहिए।** अगर यह यकीन से नहीं कहा जा सकता कि असल में नुकसान हुआ है और कितना नुकसान हुआ है, तो मुआवजा तय करना मुश्किल होगा।

iii. **नुकसान आकस्मिक या दुर्घटना की वजह से होना चाहिए।** यह एक ऐसी घटना का परिणाम होना चाहिए जो हो सकती है या नहीं भी हो सकती है। यह घटना बीमाधारक के नियंत्रण से बाहर की होनी चाहिए। कोई भी बीमा कंपनी ऐसे नुकसान को कवर नहीं करेगी जो जानबूझकर बीमाधारक ने किया है।

iv. **कई लोगों द्वारा कुछ लोगों के नुकसानों को साझा करना** – यह सिर्फ़ तभी काम कर सकता है जब बीमित समूह के एक छोटे से प्रतिशत को किसी निर्दिष्ट समय अवधि में नुकसान का सामना करना पड़ता है।

v. **आर्थिक व्यवहार्यता**: बीमा की लागत संभावित नुकसान के संबंध में बहुत अधिक नहीं होनी चाहिए; ऐसा न होने पर, बीमा आर्थिक रूप से कारगर नहीं होगा।

vi. **सार्वजनिक नीति**: अंत में, अनुबंध सार्वजनिक नीति और नैतिकता के विपरीत नहीं होना चाहिए।

खुद को जांचें 1

इनमें से कौन सा विकल्प बीमा योग्य जोखिम को नहीं दर्शाता है?

I. आग

II. चोरी के सामान

III. चोरी

IV. जहाज पलट जाने के कारण सामानों का नुकसान

सारांश

a) बीमा की प्रक्रिया के चार तत्व हैं (संपत्ति, जोखिम, जोखिम पूलिंग और बीमा अनुबंध)।

b) एक संपत्ति/एसेट वह है जो कुछ लाभ देता है और जिसका अपने मालिक के लिए आर्थिक मूल्य है।

c) नुकसान की संभावना जोखिम को दर्शाती है।

d) वह परिस्थिति या परिस्थितियां जो नुकसान की संभावना या तीव्रता को बढ़ा देती हैं, उन्हें खतरा कहा जाता है।

e) वह गणितीय सिद्धांत जो बीमा को संभव बनाता है, जोखिम पूलिंग का सिद्धांत कहलाता है।

मुख्य शब्द

a) संपत्ति/एसेट

b) जोखिम

c) खतरा

d) जोखिम पूलिंग

e) प्रस्ताव और स्वीकृति

f) कानूनी विचार/प्रतिफल

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प II है।

अध्याय C-03

बीमा के सिद्धांत

अध्याय का परिचय

इस अध्याय में, हम उन सिद्धांतों की चर्चा करेंगे जिनके आधार पर बीमा की प्रणाली काम करती है।

a) परम सद्भाव या "Uberrima fides" को ऐसी व्यवस्था के रूप में परिभाषित किया जाता है जिसमें "प्रस्तावित जोखिम से जुड़े सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का स्वेच्छा से, सही तरीके से और पूरी तरह से खुलासा करने का सकारात्मक दायित्व शामिल है, चाहे इसका अनुरोध किया गया हो या नहीं।" सभी बीमा अनुबंध परम सद्भाव (Uberrima Fides) के सिद्धांत पर आधारित होते हैं।

b) 'बीमा योग्य हित' की मौजूदगी हर अनुबंध का एक अनिवार्य घटक है; इसे बीमा के लिए कानूनी शर्त माना जाता है।

c) क्षतिपूर्ति यह पक्का करती है कि आकस्मिक घटना होने पर बीमाधारक को उसके नुकसान की सीमा तक क्षतिपूरित किया गया है।

d) प्रस्थापन (Subrogation) का मतलब है कि बीमा की विषय-वस्तु के संबंध में सभी अधिकार और उपाय बीमाधारक से बीमा कंपनी को ट्रांसफर किए जाते हैं।

e) योगदान का सिद्धांत कहता है कि अगर एक ही संपत्ति का बीमा एक से अधिक बीमा कंपनी के साथ किया गया है, तो सभी बीमा कंपनियों द्वारा भुगतान किया जाने वाला कुल मुआवजा व्यक्ति को हुए वास्तविक नुकसान से अधिक नहीं हो सकता।

f) आसन्न कारण बीमा का एक मुख्य सिद्धांत है और इसका संबंध इस बात से है कि वास्तव में नुकसान या क्षति कैसे हुई और क्या यह वाकई एक बीमित खतरे के परिणाम स्वरूप हुई है।

अध्ययन के परिणाम

A. परम सद्भाव
B. बीमा योग्य हित
C. आसन्न कारण
D. क्षतिपूर्ति
E. प्रस्थापन
F. योगदान

A. परम सद्भाव

बीमा अनुबंधों की कई ख़ास बातें होती हैं जिनके बारे में नीचे बताया गया है:

1. परम सद्भाव या *'Uberrima Fides'*

परम सद्भाव या "Uberrima fides" किसी बीमा अनुबंध के बुनियादी सिद्धांतों में से एक है; इसे "प्रस्तावित जोखिम से जुड़े सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का स्वेच्छा से, सही तरीके से और पूरी तरह से खुलासा करने के सकारात्मक दायित्व के रूप में परिभाषित किया गया है, चाहे इसका अनुरोध किया गया हो या नहीं।"

सभी व्यावसायिक अनुबंध इस सीमा तक सद्भाव पर आधारित होते हैं जिससे कि जानकारी देते समय या लेनदेन करने समय कोई जालसाजी या धोखाधड़ी न हो। यहाँ "क्रेता सावधान" या **"Caveat Emptor"** के नियम का पालन किया जाता है जिसका मतलब है **खरीदार सावधान रहें**। अनुबंध के पक्षकारों से अनुबंध की विषय-वस्तु की जांच करने की अपेक्षा की जाती है; जब तक एक पक्ष दूसरे पक्ष को गुमराह नहीं करता है और सवालों के जवाब विश्वसनीयता से दिए जाते हैं, दूसरे पक्ष द्वारा अनुबंध से बचने का कोई सवाल नहीं होता।

बीमा अनुबंध एक अलग आधार पर खड़े होते हैं क्योंकि अनुबंध की विषय-वस्तु अप्रत्यक्ष होती है और बीमा कंपनी इसके बारे में आसानी से नहीं जान सकती। साथ ही, कई ऐसे तथ्य होते हैं जिनकी जानकारी सिर्फ प्रस्तावक को हो सकती है। बीमा कंपनी को जानकारी के लिए पूरी तरह प्रस्तावक पर भरोसा करना पड़ता है। इसलिए, बीमा की विषय-वस्तु के बारे में सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा बीमा कंपनियों को करना प्रस्तावक का कानूनी दायित्व है। अर्थात, बीमाधारक को ऐसे किसी तथ्य के संबंध में कोई गलतबयानी नहीं करनी चाहिए जो बीमा अनुबंध के लिए महत्वपूर्ण है। बीमा अनुबंधों के संबंध में पूर्ण प्रस्तुति और पूर्ण प्रकटीकरण का यह बड़ा दायित्व अनुबंधों को परम सद्भाव का अनुबंध बनाता है।

अगर किसी भी पक्ष द्वारा परम सद्भाव का पालन नहीं किया जाता है, तो दूसरा पक्ष अनुबंध को टाल सकता है। इसके पीछे यह तर्क है कि खास तौर पर बीमा का अनुबंध करते समय किसी को भी अपनी खुद की गलती का लाभ लेने की अनुमति नहीं दी जानी चाहिए।

a) **महत्वपूर्ण तथ्य** को ऐसे तथ्य के रूप में परिभाषित किया गया है जो यह तय करने में बीमा के जोखिम अंकक (अंडरराइटर) के निर्णय को प्रभावित करेगा कि जोखिम को स्वीकार किया जाए या नहीं और अगर हाँ, तो प्रीमियम की दर और नियम एवं शर्तें क्या होंगी। किसी अनुबंध से जुड़े सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का पूरी तरह से और सही तरीके से ख़ुलासा करना बीमाधारक का दायित्व है।

जिस तथ्य का ख़ुलासा नहीं किया गया है वह महत्वपूर्ण था या नहीं, यह अलग-अलग मामले की परिस्थितियों पर निर्भर करेगा; आखिर में इसका फैसला सिर्फ़ कानून की अदालत में हो सकता है। बीमाधारक को उन तथ्यों का ख़ुलासा करना होगा जो जोखिम पर असर डालते हैं।

महत्वपूर्ण तथ्य का मतलब है वह जानकारी जो बीमा कंपनियों को ये फैसले लेने में मदद करती है:

- ✓ क्या वे जोखिम को स्वीकार करेंगे?
- ✓ अगर हाँ, तो प्रीमियम की दर और नियम एवं शर्तें क्या होंगी?

परम सद्भाव का यह कानूनी दायित्व सामान्य कानून के तहत उत्पन्न होता है। यह दायित्व सिर्फ़ उन महत्वपूर्ण तथ्यों पर ही लागू नहीं होता जिनके बारे में प्रस्तावक को पता है, बल्कि यह उन महत्वपूर्ण तथ्यों पर भी लागू होता है जिनका पता उसे ज़रूर होना चाहिए। इसी तरह, पॉलिसी के बारे में कोई भी जानकारी बीमाधारक से नहीं छिपाना बीमा कंपनी का दायित्व है।

उदाहरण

महत्वपूर्ण जानकारी के कुछ उदाहरण नीचे दिए गए हैं जिनका ख़ुलासा प्रस्ताव तैयार करते समय प्रस्तावक को करना चाहिए:

i. **जीवन बीमा**: व्यक्ति का अपना चिकित्सा इतिहास, आनुवंशिक बीमारियों का पारिवारिक इतिहास, धूम्रपान करने और शराब पीने जैसी आदतें, काम से अनुपस्थित रहना, उम्र, शौक, वित्तीय जानकारी जैसे कि प्रस्तावक की आय का ब्यौरा, पहले से मौजूद जीवन बीमा पॉलिसियां, पेशा आदि।

ii. **आग बीमा**: निर्माण (कंस्ट्रक्शन), जोखिम की जगह/परिस्थिति और भवन का इस्तेमाल, भवन की उम्र, परिसर में मौजूद सामानों की प्रकृति आदि।

iii. **समुद्री बीमा**: सामानों का ब्यौरा, पैकिंग का तरीका और परिवहन का माध्यम आदि।

iv. **मोटर बीमा**: वाहन का ब्यौरा, खरीद की तारीख और क्षेत्रीय पंजीकरण पाधिकरण आदि।

v. **स्वास्थ्य बीमा**: पहले से मौजूद बीमारी, उम्र आदि

b) **कब कोई तथ्य 'महत्वपूर्ण' बन जाता है: कुछ प्रकार के महत्वपूर्ण तथ्य, जिनका ख़ुलासा करना ज़रूरी होता है**, वे तथ्य हैं जो यह दिखाते हैं कि किसी खास जोखिम में उससे ज़्यादा खतरा है जिसकी सामान्य रूप से अपेक्षा की जा सकती है।

उदाहरण

जहाज से भेजे जा रहे कार्गो की खतरनाक प्रकृति, बीमारी का पिछला इतिहास, मकान में चोरी का पिछला इतिहास।

i. सभी बीमा कंपनियों से ली गई पॉलिसियों की मौजूदगी और उनकी मौजूदा स्थिति।

ii. प्रस्ताव फॉर्म या बीमा के आवेदन में मौजूद सभी सवालों को महत्वपूर्ण माना जाता है, क्योंकि इनका संबंध बीमा की विषय-वस्तु के विभिन्न पहलुओं और जोखिम के दायरे से होता है। इनका सभी मामलों में ईमानदारी से और पूरी तरह से जवाब दिया जाना चाहिए।

नीचे कुछ ऐसे परिदृश्य दिए गए हैं जिनमें महत्वपूर्ण तथ्यों का ख़ुलासा करने की ज़रूरत नहीं है।

जानकारी

a. **महत्वपूर्ण तथ्य जिनका ख़ुलासा करना ज़रूरी नहीं है**: जब तक बीमालेखकों (अंडरराइटर) द्वारा विशेष पूछताछ नहीं की जाती है, प्रस्तावक पर इस तरह के तथ्यों का ख़ुलासा करने का कोई दायित्व नहीं होताः

   i. **जोखिम कम करने के लिए अपनाए गए उपाय**। जैसे, अग्निशामक का मौजूदगी।

   ii. **ऐसे तथ्य जिनके बारे में बीमाधारक को पता नहीं है**। जैसे, ऐसा व्यक्ति जिसे उच्च रक्तचाप की समस्या है, लेकिन पॉलिसी लेने के समय उसे इस बारे में पता नहीं है, उस पर इस तथ्य का खुलासा नहीं करने का इल्जाम नहीं लगाया जा सकता।

   iii. **ऐसे तथ्य जिनका उचित परिश्रम से पता लगाया जा सकता**। हर छोटे से छोटे महत्वपूर्ण तथ्य का ख़ुलासा करना ज़रूरी नहीं है। अगर बीमालेखकों (अंडरराइटर) को और जानकारी की ज़रूरत है, तो उन्हें इस बारे में पूछताछ करने के लिए सजग होना चाहिए। जैसे, किसी कपड़े की दुकान का बीमा करते समय खास तौर पर यह बताना ज़रूरी नहीं है कि दुकान में मौजूद कुछ सिंथेटिक कपड़ों में तेज़ी से आग लग सकती है।

   iv. **कानून के मामलेः** हर किसी से यह अपेक्षा की जाती है कि उसे देश के कानून के बारे में पता है। जैसे, विस्फोटक सामग्री रखने के बारे में नगरपालिका कानून।

   v. **ऐसी जानकारी जिसके प्रति बीमा कंपनी उदासीन है (या अधिक जानकारी की जरूरत को माफ कर दिया है)**

ऐसे मामलों में, बीमा कंपनी बाद में इस आधार पर ज़िम्मेदारी से नहीं बच सकती कि जवाब अधूरे थे।

b. **ख़ुलासा करने का दायित्व**: बीमा अनुबंधों के मामले में, ख़ुलासा करने का दायित्व बातचीत की पूरी अवधि में बना रहता है, जब तक कि प्रस्ताव को स्वीकार नहीं किया जाता और जीवन बीमा पॉलिसी जारी नहीं की जाती।

जीवन बीमा पॉलिसी स्वीकार हो जाने के बाद, ऐसे किसी भी महत्वपूर्ण तथ्य का ख़ुलासा करने की कोई ज़रूरत नहीं होती जो पॉलिसी की अवधि के दौरान आ सकता है।

उदाहरण

श्री राजन ने पंद्रह साल की अवधि के लिए एक जीवन बीमा पॉलिसी ली है। पॉलिसी लेने के छह साल के बाद, श्री राजन को दिल की कोई समस्या हो जाती है और उन्हें दिल की सर्जरी करवानी पड़ती है। श्री राजन को इस तथ्य का ख़ुलासा बीमा कंपनी को करने की कोई ज़रूरत नहीं है।

[हालांकि, अगर प्रीमियम बकाया होने पर उसे चुकाने में विफल रहने के कारण पॉलिसी व्यपगत स्थिति में है और पॉलिसीधारक पॉलिसी अनुबंध को पुनर्जीवित कर उसे फिर से चालू करना चाहता है, तो ऐसे पुनर्जीवन (रिवाइवल) के समय सभी महत्वपूर्ण और प्रासंगिक तथ्यों का ख़ुलासा करना उसका दायित्व है, मानो कि यह एक नई पॉलिसी हो।]

अगर पॉलिसी का नवीनीकरण करने के समय श्री राजन के पास स्वास्थ्य बीमा है, तो उसे इस स्वास्थ्य समस्या के बारे में बीमा कंपनी को जानकारी देना होगा।

इसी तरह, साधारण बीमा के मामले में, किसी उद्यम/फैक्ट्री के लिए आग बीमा पॉलिसी का नवीनीकरण करते समय, बीमाधारक को बीमा कंपनी को यह बताना होगा कि क्या भवन के इस्तेमाल में बदलाव किया गया है।

किसी पोत के लिए हल पॉलिसी का नवीनीकरण करते समय, बीमाधारक को बीमा कंपनी को यह जानकारी देनी होगी कि क्या किसी अलग प्रकार के कार्गो के परिवहन के लिए पोत में बदलाव किया गया है; जैसे कि दालों की जगह खतरनाक रसायन का परिवहन।

c. **तथ्यों का ख़ुलासा न करने की परिस्थितियां** तब पैदा हो सकती हैं जब बीमाधारक महत्वपूर्ण तथ्यों के बारे में मौन है, क्योंकि बीमा कंपनी ने कोई विशेष पूछताछ शुरू नहीं की है। ऐसी परिस्थितियां बीमा कंपनी द्वारा उठाए गए सवालों पर गोलमोल जवाब देने से भी पैदा हो सकती हैं।

   अगर गैर-प्रकटीकरण अनजाने में होता है (जिसका मतलब है कि व्यक्ति की जानकारी या मंशा के बिना ऐसा किया गया है) या इसकी वजह यह है कि प्रस्तावक को लगा होगा वह तथ्य महत्वपूर्ण नहीं है। ऐसे मामले में वह निर्दोष है।

   जब किसी तथ्य को जानबूझकर दबाया जाता है, तो उसे छिपाया गया माना जाता है। यहां धोखा देने की मंशा है।

d. **गलतबयानी**: बीमा के अनुबंध से जुड़ी बातचीत के दौरान दिया गया कोई भी बयान प्रतिनिधित्व (रिप्रजेंटेशन) कहा जाता है। प्रतिनिधित्व किसी तथ्य से जुड़ा एक पक्का बयान या विश्वसनीय बयान, मंशा या अपेक्षा का बयान हो सकता है। यह उम्मीद की जाती है कि बयान बहुत सही होगा। ऐसे प्रतिनिधित्व जिनमें विश्वास या अपेक्षा से जुड़ी बातें हैं सद्भाव में दिए जाने चाहिए। गलतबयानी दो तरह की होती हैः-

   i. **निर्दोष गलतबयानी** का संबंध उन गलत बयानों से है जो धोखा देने की मंशा के बिना दिए गए हैं।

   ii. **धोखाधड़ी वाली गलतबयानी** का मतलब है ऐसे बयान जो बीमा कंपनी को धोखा देने की मंशा से जानबूझकर या सच को जाने बिना लापरवाही से दिए गए हैं।

   कोई बीमा अनुबंध आम तौर पर तब अमान्य हो जाता है जब धोखा देने के इरादे से तथ्यों को जानबूझकर छिपाया जाता है या जब धोखाधड़ी वाली गलतबयानी की जाती है।

   बीमा अधिनियम, 1938 के संशोधन (मार्च 2015) में उन स्थितियों के बारे में कुछ दिशानिर्देश दिए गए हैं जिनके तहत धोखाधड़ी के कारण किसी पॉलिसी पर सवाल उठाए जा सकते हैं। नए प्रावधान इस प्रकार हैंः-

e. **धोखाधड़ी/जालसाजी**: “धोखाधड़ी/जालसाजी” शब्द को **बीमा अधिनियम की धारा** 45 (2) (2015 **में संशोधित**) के तहत निर्धारित किया गया है। इसके अनुसार, किसी जीवन बीमा

पॉलिसी पर एक समय अवधि के भीतर (उसके बाद नहीं) बीमा कंपनी धोखाधड़ी के आधार पर सवाल उठा सकती है। हालांकि, बीमा कंपनी ऐसा सिर्फ़ आगे दी गई तारीख से तीन साल के भीतर कर सकती है: (क) पॉलिसी जारी करने की तारीख (ख) जोखिम शुरू होने की तारीख (ग) पॉलिसी को पुनर्जीवित करने की तारीख या पॉलिसी में राइडर जोड़े जाने की तारीख, जो भी बाद में हो।

बीमा कंपनी को लिखित रूप में उन कारणों के बारे में बीमाधारक या उसके कानूनी प्रतिनिधियों, नामितियों या समनुदेशितियों को बताना ज़रूरी है, जिनके आधार पर पॉलिसी पर सवाल उठाया गया है।

"धोखाधड़ी/जालसाजी" का मतलब है बीमा कंपनी को धोखा देने या बीमा पॉलिसी जारी करने के इरादे से बीमा कंपनी को प्रलोभन देने के इरादे से बीमाधारक द्वारा की गई कोई भी कार्रवाई। इसमें यह भी प्रावधान है कि अगर पॉलिसीधारक जीवित नहीं है, तो धोखाधड़ी को गलत साबित करने का दायित्व लाभार्थियों पर होता है।

B. बीमा योग्य हित

'बीमा योग्य हित' की मौजूदगी हर बीमा अनुबंध का एक अनिवार्य घटक है और इसे बीमा के लिए कानूनी शर्त माना जाता है।

बीमा योग्य हित के तीन अनिवार्य तत्व हैं:

i. कोई संपत्ति, अधिकार, हित, जीवन या संभावित देयता होनी चाहिए जिसका बीमा किया जा सके।

ii. ऐसी संपत्ति, अधिकार, हित, जीवन या संभावित देयता बीमा की विषय-वस्तु होनी चाहिए।

iii. बीमाधारक का विषय-वस्तु से ऐसा कानूनी संबंध होना चाहिए कि उसे संपत्ति, अधिकार, हित और जीवन की सुरक्षा या देयता से मुक्ति का लाभ मिले। इसी आधार पर, कोई भी नुकसान, क्षति, चोट या देयता उत्पन्न होने पर उसे वित्तीय नुकसान हो सके।

आइए, हम देखें कि बीमा किसी जुए या दांव/सट्टे के समझौते से अलग कैसे है।

a) **जुआ और बीमा:** ताश के खेल के विपरीत, जिसमें कोई इंसान जीत या हार सकता है, आग लगने का एक ही परिणाम हो सकता है – मकान के मालिक को नुकसान।

मकान का मालिक यह पक्का करने के लिए बीमा लेता है कि उसे हो सकने वाले नुकसान की किसी न किसी तरह भरपाई की जाए।

दूसरे शब्दों में, बीमा योग्य हित वह हित है जो बीमाधारक का बीमा की विषय-वस्तु में होता है। बीमा योग्य हित किसी बीमा अनुबंध को मान्य और कानून के तहत लागू करने योग्य बनाता है।

उदाहरण

अगर मिस्टर पटेल ने किसी बैंक से 15 लाख रुपये का एक बंधक ऋण लेकर कोई मकान खरीदा है और उसने इस रकम में से 12 लाख रुपये चुका दिए हैं, तो बैंक का ब्याज सिर्फ़ बकाया तीन लाख रुपए के हिसाब से होगा।

इस प्रकार ऋण की बकाया राशि के लिए मकान में बैंक का भी वित्तीय रूप से बीमा योग्य हित होगा और बैंक यह पक्का करेगा कि पॉलिसी में उसे सह-बीमाधारक बनाया जाए।

मिस्टर पटेल एक ऐसे मकान का मालिक है जिस पर उसने बैंक से 15 लाख रुपये का बंधक ऋण लिया है। नीचे दिए गए सवालों पर विचार करें:

- ✓ क्या मकान में उसका बीमा योग्य हित है?
- ✓ क्या मकान में बैंक का बीमा योग्य हित है?
- ✓ उसके पड़ोसी के बारे में क्या कहेंगे?

मिस्टर दास के परिवार में उनकी पत्नी, दो बच्चे और बूढ़े माता-पिता हैं। नीचे दिए गए सवालों पर विचार करें:

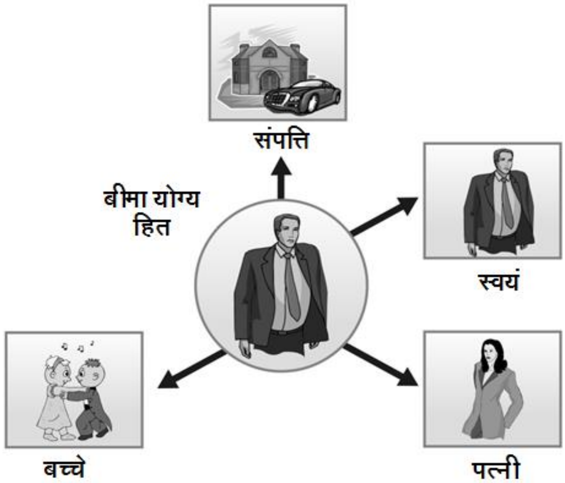
- ✓ क्या उनके सेहतमंद रहने में मिस्टर दास का बीमा योग्य हित है?
- ✓ अगर उनमें से किसी को अस्पताल में भर्ती किया जाता है, तो क्या मिस्टर दास को आर्थिक नुकसान उठाना होगा?
- ✓ उनके पड़ोसी के बच्चों का क्या होगा? क्या उनके लिए भी मिस्टर दास का कोई बीमा योग्य हित होगा?

यहां बीमा की विषय-वस्तु और बीमा अनुबंध की विषय-वस्तु के बीच फ़र्क करना प्रासंगिक होगा।

बीमा की विषय-वस्तु का संबंध उस संपत्ति से है जिसके विरुद्ध बीमा किया जा रहा है और जिसका अपना कोई अंतर्निहित मूल्य है।

दूसरी ओर, **बीमा अनुबंध की विषय-वस्तु** उस संपत्ति में बीमाधारक का वित्तीय हित है। यह सिर्फ़ तभी होता है जब बीमाधारक का संपत्ति में ऐसा हित हो, जिससे कि उसे बीमा करने का कानूनी अधिकार हो। सही मायनों में, बीमा पॉलिसी वास्तव में संपत्ति को नहीं, बल्कि संपत्ति में बीमाधारक के वित्तीय हित को कवर करती है।

चित्र 1: सामान्य कानून के मुताबिक बीमा योग्य हित



b) **वह समय जब बीमा योग्य हित मौजूद होना चाहिए**: जीवन बीमा में, पॉलिसी लेने के समय बीमा योग्य हित मौजूद होना चाहिए। साधारण बीमा में, पॉलिसी लेने के समय और दावा करने के समय, दोनों ही मामलों में बीमा योग्य हित मौजूद होना चाहिए; इसके कुछ अपवाद भी हैं, जैसे कि समुद्री पॉलिसियां जिनके मामले में दावे के समय बीमा योग्य हित मौजूद होना चाहिए।

आग और दुर्घटना बीमा के मामले में, पॉलिसी लेने के समय और नुकसान के समय, दोनों ही स्थितियों में बीमा योग्य हित मौजूद होना चाहिए।

स्वास्थ्य और व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के मामले में प्रस्तावक स्वयं के अलावा परिवार का भी बीमा कर सकता है, क्योंकि अगर परिवार के साथ कोई दुर्घटना हो जाती है या उन्हें अस्पताल में भर्ती होना पड़ता है, तो प्रस्तावक को आर्थिक नुकसान उठाना पड़ सकता है। हालांकि, समुद्री कार्गो बीमा के मामले में, सिर्फ़ नुकसान के समय बीमा योग्य हित मौजूद होना चाहिए, क्योंकि लागत का भुगतान करने पर सामान का मालिकाना हक़ दूसरे व्यक्ति के पास चला जाता है; ऐसा सामान के परिवहन के दौरान हो सकता है।

C. आसन्न कारण

आसन्न कारण बीमा का एक मुख्य सिद्धांत है और इसका संबंध इस बात से है कि वास्तव में नुकसान या क्षति कैसे हुई और क्या यह किसी बीमित खतरे के परिणाम स्वरूप हुआ है। अगर नुकसान किसी बीमित खतरे के कारण हुआ है, तो बीमा कंपनी उत्तरदायी है। अगर आसन्न कारण कोई बीमित खतरा है, तो बीमा कंपनी नुकसान की भरपाई करने के लिए बाध्य है, अन्यथा नहीं। सिद्धांत का यह प्रयोग व्यावहारिक रूप से गैर-जीवन बीमा दावों के मामले में अपनाया जाता है।

जब कोई नुकसान होता है, तो अक्सर घटना का कारण बनने वाली घटनाओं की एक श्रृंखला होती है; इसलिए कभी-कभी सबसे नजदीकी या आसन्न कारण का पता लगाना मुश्किल हो

जाता है। इस नियम के तहत, बीमा कंपनी उस प्रमुख कारण को देखती है जो नुकसान का कारण बनने वाली घटनाओं की श्रृंखला को रफ़्तार देती है। ऐसा ज़रूरी नहीं है कि यह आख़िरी घटना हो जिससे ठीक पहले नुकसान की घटना हुई, अर्थात यह अनिवार्य रूप से ऐसी घटना नहीं है जो नुकसान के कारण के सबसे करीब हो या उसके लिए सीधे तौर पर जिम्मेदार हो। उदाहरण के लिए, आग लगने के कारण पानी की पाइप फट सकती है। इसके बावजूद कि परिणामी नुकसान पानी से हुई क्षति है, लेकिन फिर भी आग को घटना का आसन्न कारण माना जाएगा। अन्य कारणों को दूरस्थ कारणों में वर्गीकृत किया जा सकता है, तो आसन्न कारणों से अलग होते हैं। दूरस्थ कारण मौजूद हो सकते हैं लेकिन घटना का कारण बनने उनका योगदान नहीं होगा।

परिभाषा

आसन्न कारण को ऐसे सक्रिय और प्रभावशाली कारण के रूप में परिभाषित किया जाता है जो उन घटनाओं की श्रृंखला को रफ़्तार देता है जो कोई नतीजा देती है, इसमें किसी नई और स्वतंत्र स्रोत से शुरू हुई और सक्रिय रूप से काम करने वाली किसी ताकत का कोई हस्तक्षेप नहीं होता।

बीमा अनुबंधों में आसन्न कारण का सिद्धांत कैसे लागू होता है? बीमा मृत्यु के कारण की परवाह किए बिना, मृत्यु लाभ के भुगतान का प्रावधान करता है, इसलिए आम तौर पर इसमें आसन्न कारण का सिद्धांत लागू नहीं होता। हालांकि, कई बीमा अनुबंधों में एक अतिरिक्त दुर्घटना लाभ भी शामिल हो सकता है जहां दुर्घटना से मौत होने के मामले में एक अतिरिक्त बीमा राशि देय होती है। ऐसी परिस्थिति में, कारण का पता लगाना आवश्यक हो जाता है – क्या मृत्यु किसी दुर्घटना के परिणाम स्वरूप हुई। ऐसे मामलों में आसन्न कारण का सिद्धांत लागू होगा।

आसन्न कारण के सिद्धांत को समझने के लिए, नीचे दी गई परिस्थिति पर विचार करें:

उदाहरण

परिदृश्य 1: मिस्टर अजय गैराज के सामने अपनी कार पार्क करके लंबी छुट्टी पर चले गए। छह महीने बाद, जब वे वापस लौटे और कार स्टार्ट किया, तो देखा कि कार की एयर-कंडीशनिंग काम नहीं कर रही। मिस्टर अजय ने एयर-कंडिशनिंग की मरम्मत की लागत के लिए बीमा कंपनी के पास एक दावा दायर किया, तो बीमा कंपनी ने दावे को अस्वीकार कर दिया। बीमा कंपनी ने यह तर्क दिया कि नुकसान कार और एयर-कंडिशनिंग सिस्टम की 'सामान्य टूट-फूट' के कारण हुआ था, जो बीमा पॉलिसी में एक अपवर्जित खतरा था। मिस्टर अजय ने अदालत का दरवाज़ा खटखटाया। सर्वे रिपोर्ट की जांच करने के बाद, जिसमें कहा गया था कि कार 12 साल पुरानी है और पिछले 6 सालों के दौरान न तो कार की और न ही एयर-कंडिशनिंग की सर्विस/मरम्मत की गई है, तो यह नुकसान 'सामान्य टूट-फूट' के कारण हुआ और बीमा कंपनी दावे का भुगतान करने के लिए उत्तरदायी नहीं थी।

परिदृश्य 2: मिस्टर पिंटू घोड़े की सवारी करते हुए ज़मीन पर गिर पड़े और उनका पैर टूट गया। वे काफी समय तक गीली ज़मीन पर पड़े रहे, जिसके बाद उन्हें अस्पताल ले जाया गया। गीली ज़मीन पर पड़े रहने के कारण उनको बुखार हो गया जो निमोनिया में बदल गया और अंत में इसी कारण से उनकी मौत हो गई। हालांकि, निमोनिया आसन्न कारण प्रतीत हो सकता है, वास्तव में

दुर्घटना में गिर जाने को आसन्न कारण माना गया और दावे का भुगतान व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के तहत किया गया।

कुछ ऐसे नुकसान होते हैं जो आग लगने के कारण बीमाधारक को उठाने पड़ते हैं, लेकिन उन्हें आग से दुर्घटना का आसन्न कारण नहीं कहा जा सकता। व्यावहारिक तौर पर, इनमें से कुछ नुकसानों की भरपाई परंपरागत रूप से कारोबार द्वारा अग्नि बीमा पॉलिसियों के तहत की जाती है।

ऐसे नुकसानों के उदाहरण ये हो सकते हैं –

- ✓ आग बुझाने के लिए इस्तेमाल किए गए पानी के कारण संपत्ति को हुई क्षति
- ✓ फायर ब्रिगेड द्वारा अपनी ड्यूटी निभाते वक्त संपत्ति को किया गया नुकसान
- ✓ किसी जलती हुई इमारत से किसी सुरक्षित जगह पर ले जाने के कारण संपत्ति को हुई क्षति।

खुद को जांचें 1

घुड़सवारी में हुई एक दुर्घटना के बाद गीली ज़मीन पर पड़े रहने के कारण श्री पिंटू को निमोनिया हो जाता है। निमोनिया से श्री पिंटू की मौत हो जाती है। मृत्यु का आसन्न कारण क्या है?

I. निमोनिया

II. घोड़ा

III. घुड़सवारी में दुर्घटना

IV. बदकिस्मती

D. क्षतिपूर्ति

क्षतिपूर्ति का सिद्धांत गैर-जीवन बीमा पॉलिसियों पर लागू होता है। **इसका मतलब है कि पॉलिसीधारक, जो नुकसान उठाता है, उसे इस तरह क्षतिपूरित किया जाता है कि वह वापस उसी वित्तीय स्थिति में वापस आ जाए जिसमें नुकसान वाली घटना होने से पहले था।** बीमा अनुबंध यह गारंटी देता है कि बीमाधारक को नुकसान की मात्रा तक ही क्षतिपूर्ति या मुआवजा दिया जाएगा, उससे अधिक नहीं।

इसके पीछे का सिद्धांत यह है कि व्यक्ति को अपनी संपत्तियों का बीमा करने से कोई मुनाफ़ा नहीं होना चाहिए और नुकसान से अधिक भरपाई नहीं होनी चाहिए। बीमा कंपनी नुकसान के आर्थिक मूल्य का आकलन करेगी और उसी के अनुसार मुआवजा देगी।

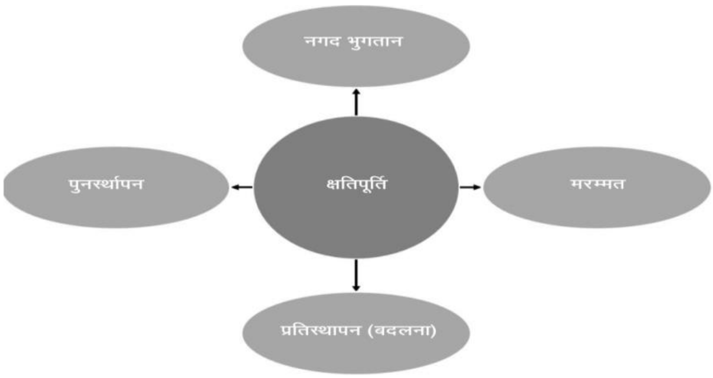
उदाहरण

राम ने 10 लाख रुपये मूल्य की पूरी रकम के लिए अपने मकान का बीमा किया। आग लगाने के कारण उसे 70,000 रुपये का अनुमानित नुकसान उठाना पड़ा। बीमा कंपनी उसे 70,000 रुपये की रकम भुगतान करेगी। बीमाधारक इससे अधिक रकम का दावा नहीं कर सकता।

क्षतिपूर्ति की रकम उस बीमा के प्रकार पर निर्भर करेगी जो व्यक्ति ने लिया है। क्षतिपूर्ति इनमें से किसी एक या अधिक साधनों से की जा सकती है:

- ✓ नगद भुगतान
- ✓ क्षतिग्रस्त सामान की मरम्मत
- ✓ खोए हुए या क्षतिग्रस्त सामान को बदलना
- ✓ पुनर्स्थापन (बहाल करना), जैसे, आग से नष्ट हुए मकान को फिर से बनाना

चित्र 2: **क्षतिपूर्ति**



a) **सहमत मूल्य**: हालांकि, कुछ ऐसी विषय-वस्तु भी है जिसके नुकसान के समय उसके मूल्य का आसानी से अनुमान या निर्धारण नहीं किया जा सकता। उदाहरण के लिए, पारिवारिक विरासत की वस्तु या कलाकृति के मामले में उसकी कीमत का अंदाजा लगना मुश्किल हो सकता है। इसी तरह, समुद्री बीमा पॉलिसियों में, दुनिया भर के सफ़र के आधे रास्ते में किसी पोत की दुर्घटना के मामले में हुए नुकसान का अनुमान लगाना मुश्किल हो सकता है।

ऐसे मामलों में, एक सिद्धांत को अपनाया जाता है जिसे 'सहमत मूल्य' कहते हैं। बीमा कंपनी और बीमाधारक बीमा अनुबंध की शुरुआत में बीमा योग्य संपत्ति के मूल्य पर सहमत होते हैं। पूर्ण नुकसान के मामले में, बीमा कंपनी पॉलिसी की सहमत रकम का भुगतान करने पर सहमत होती है। इस प्रकार की पॉलिसी को **"सहमत मूल्य पॉलिसी"** कहा जाता है।

b) **अल्पबीमा**: अब एक ऐसी स्थिति पर विचार करते हैं जहां संपत्ति के पूरे मूल्य के लिए बीमा नहीं किया गया है। ऐसे में, व्यक्ति सिर्फ़ अपने बीमा के अनुपात में नुकसान की क्षतिपूर्ति पाने का हकदार होगा।

मान लीजिए कि 10 लाख रुपये मूल्य के मकान का बीमा सिर्फ़ 5 लाख रुपये की रकम के लिए किया गया है। अगर आग लगाने के कारण 60,000 रुपये का नुकसान होता है, तो व्यक्ति इस पूरी रकम का दावा नहीं कर सकता। यह माना जाता है कि मकान मालिक ने सिर्फ़ मकान के आधे मूल्य के लिए बीमा किया है और इस प्रकार वह नुकसान की रकम के सिर्फ़ 50% [30,000 रुपये] का दावा करने का हकदार है। इसे अल्पबीमा कहा जाता है।

गैर-जीवन बीमा के ज़्यादातर प्रकारों में, जहां संपत्ति और देयता का बीमा किया जाता है, बीमाधारक को नुकसान की वास्तविक रकम की सीमा तक क्षतिपूरित किया जाता है; अर्थात, वह धनराशि जो खोई हुई या क्षतिग्रस्त संपत्ति को मौजूदा बाज़ार मूल्य पर बदलने के लिए ज़रूरी है; इसमें मूल्यह्रास को घटा दिया जाएगा।

E. प्रस्थापन

प्रस्थापन (Subrogation) का मतलब है बीमा की विषय-वस्तु के संबंध में सभी अधिकारों और उपायों का बीमाधारक से बीमा कंपनी को ट्रांसफर किया जाना। प्रस्थापन क्षतिपूर्ति के सिद्धांत पर आधारित होता है। इसलिए, इसे अक्सर क्षतिपूर्ति का परिणाम (corollary) कहा जाता है।

दूसरे शब्दों में, अगर कोई बीमाधारक नुकसान उठाता है और बीमा कंपनी ने नुकसान की भरपाई कर दी है, तो उस नुकसान के लिए किसी तीसरे पक्ष को मुआवजा दिए जाने का बीमाधारक का अधिकार बीमा कंपनी के पास चला जाता है। ध्यान दें कि बीमा कंपनी द्वारा तीसरे पक्ष से प्राप्त की जा सकने वाली हर्जाने की रकम, सिर्फ़ बीमा कंपनी द्वारा भुगतान की गई रकम तक ही सीमित होगी।

अहम जानकारी

प्रस्थापन (Subrogation): यह एक ऐसी प्रक्रिया है जिसका इस्तेमाल बीमा कंपनी पॉलिसीधारक को भुगतान की गई दावा राशि को किसी लापरवाह तीसरे पक्ष से वसूल करने के लिए करती है।

प्रस्थापन को बीमाधारक द्वारा उस बीमा कंपनी को अपने अधिकारों के समर्पण के रूप में भी परिभाषित किया जा सकता है जिसने तीसरे पक्ष के विरुद्ध दावे का भुगतान किया है।

उदाहरण

मिस्टर किशोर के परिवार के सामानों का परिवहन सिल्वेन ट्रांसपोर्ट सर्विस में किया जा रहा है। ड्राइवर की लापरवाही के कारण 45,000 रुपये तक के सामान क्षतिग्रस्त हो जाते हैं; बीमा कंपनी ने मिस्टर किशोर को 30,000 रुपये की रकम का भुगतान किया। बीमा कंपनी ने सिर्फ़ 30,000 रुपये की सीमा तक प्रस्थापन किया है और वह उस रकम को सिल्वेन ट्रांसपोर्ट से प्राप्त करती है।

अगर इस मामले में मुकदमा किया जाता है और अदालत मिस्टर किशोर को मुआवजे के तौर पर सिल्वेन ट्रांसपोर्ट को 35,000 रुपये भुगतान करने का निर्देश देती है, तो मिस्टर किशोर प्रस्थापन क्लॉज के तहत बीमा कंपनी को 30,000 रुपये की दावा राशि भुगतान करने के लिए उत्तरदायी है और वह 5,000 रुपये की बाकी रकम अपने पास रख सकता है।

प्रस्थापन क्लॉज बीमाधारक को बीमा कंपनी और किसी तीसरे पक्ष से, नुकसान की रकम से अधिक रकम प्राप्त करने से रोकता है। प्रस्थापन सिर्फ़ क्षतिपूर्ति के अनुबंधों के मामले में काम करता है; यह जीवन बीमा पॉलिसी या व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी जैसी लाभ पॉलिसियों के विरुद्ध काम नहीं करता।

उदाहरण

मिस्टर सुरेश की मौत विमान दुर्घटना में हो जाती है। उनका परिवार उस बीमा कंपनी से 50 लाख रुपये की पूरी बीमा राशि प्राप्त करने का हकदार है जिसने एक व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी जारी की है। साथ ही, परिवार को एयरलाइन द्वारा 15 लाख रुपये का मुआवजा भी दिया जाएगा।

F. योगदान

प्रस्थापन की तरह 'योगदान' भी क्षतिपूर्ति के सिद्धांत पर काम करता है। इसलिए, इसे भी क्षतिपूर्ति का परिणाम (corollary) कहा जाता है। योगदान वह सिद्धांत है जो साधारण बीमा अनुबंधों में काम करता है। यह हमें बताता है कि अगर बीमाधारक ने एक से अधिक बीमा कंपनी से बीमा लिया है, तो इस देयता को कैसे पूरा किया जाएगा। योगदान का मतलब है कि अगर एक ही संपत्ति का बीमा एक से अधिक बीमा कंपनी के साथ किया गया है, तो सभी बीमा कंपनियों द्वारा भुगतान किया जाने वाला कुल मुआवजा वास्तविक नुकसान की रकम से अधिक नहीं हो सकता। पॉलिसीधारक प्रत्येक बीमा कंपनी से सिर्फ़ उस रकम के अनुपात में नुकसान के हिस्से का दावा कर सकता है जिसका बीमा उसने अलग-अलग बीमा कंपनी के साथ किया है।

उदाहरण: मिस्टर श्रीनिवास ने अपने मकान पर दो बीमा कंपनियों से अग्नि बीमा पॉलिसी ली है और दोनों के साथ उसने 12 लाख रुपये के पूरे मूल्य का बीमा किया है। मान लीजिए कि मकान में आग लग जाती है और इसके कारण उसे 3 लाख रुपये का नुकसान होता है, तो वह प्रत्येक बीमा कंपनी से 1.5 लाख रुपये की रकम का दावा कर सकता है।

योगदान का सिद्धांत सिर्फ़ क्षतिपूर्ति पॉलिसियों पर लागू होता है। जीवन बीमा के मामले में यह सिद्धांत लागू नहीं होता, क्योंकि यहां ऐसी कोई उच्च सीमा नहीं होती जो जीवन की क्षति के मामले में हुए नुकसानों पर लगाई जा सके।

खुद को जांचें 2

इनमें से क्या ज़बरदस्ती/दबाव का एक उदाहरण है?

I. रमेश फाइन प्रिंट की जानकारी के बिना अनुबंध पर हस्ताक्षर करता है

II. रमेश महेश को धमकी देता है कि अनुबंध पर हस्ताक्षर नहीं करने पर उसे मार डालेगा

III. रमेश महेश से अनुबंध पर हस्ताक्षर कराने के लिए अपनी पेशेवर स्थिति का इस्तेमाल करता है

IV. रमेश महेश से अनुबंध पर हस्ताक्षर कराने के लिए झूठी जानकारी देता है

खुद को जांचें 3

रमेश इनमें से किस विकल्प का बीमा नहीं कर सकता?

I. रमेश का मकान

II. रमेश की पत्नी

III. रमेश का दोस्त

IV. रमेश के माता-पिता

खुद को जांचें 4

योगदान के सिद्धांत का क्या महत्व है?

I. यह पक्का करता है कि बीमा कंपनी के साथ-साथ बीमाधारक भी दावे के कुछ हिस्से का योगदान करे

II. यह पक्का करता है कि वे सभी बीमाधारक जो पूल का हिस्सा हैं, पूल के किसी प्रतिभागी द्वारा किए दावे में, अपने प्रीमियम भुगतान के अनुपात में योगदान करे

III. यह पक्का करता है कि एक ही विषय-वस्तु को कवर करने वाली कई बीमा कंपनियां विषय-वस्तु में अपने एक्सपोज़र के अनुपात में, एक साथ मिलकर दावा राशि में योगदान करे

IV. यह पक्का करता है कि बीमाधारक कई वर्षों तक चलने वाली समान किश्तों में प्रीमियम का योगदान करे

सारांश

- बीमा पॉलिसियों की मुख्य विशेषताओं में शामिल हैं:
    i. परम सद्भाव,
    ii. बीमा योग्य हित,
    iii. आसन्न कारण,
    iv. क्षतिपूर्ति,
    v. प्रस्थापन,
    vi. योगदान

मुख्य शब्द

1. गैर-प्रकटीकरण
2. गलतबयानी
3. महत्वपूर्ण तथ्य

4. सहमत मूल्य

5. अल्प-बीमा

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प III है।

उत्तर 2 – सही विकल्प II है।

उत्तर 3 – सही विकल्प III है।

उत्तर 4 – सही विकल्प III है।

अध्याय C-04

बीमा अनुबंधों की विशेषताएं

अध्याय का परिचय

इस अध्याय में, हम उन तत्वों की चर्चा करेंगे जो बीमा अनुबंध की कार्यप्रणाली और मुख्य विशेषताओं को नियंत्रित करते हैं।

अध्ययन के परिणाम

A. बीमा अनुबंधों के कानूनी पहलू

B. किसी मान्य अनुबंध के तत्व

C. अग्रिम में प्रीमियम भुगतान

D. निवेदन/आग्रह

E. अनुग्रह अवधि और फ्री-लुक जैसे सक्षम करने वाले प्रावधान

A. बीमा अनुबंध – कानूनी पहलू और मुख्य विशेषताएं

इस अध्याय में एक बीमा अनुबंध के कानूनी पहलुओं और मुख्य विशेषताओं की भी चर्चा की गई है।

1. बीमा अनुबंध

बीमा में एक ऐसा अनुबंधात्मक समझौता शामिल होता है जिसमें बीमा कंपनी एक कीमत या प्रतिफल के बदले में कुछ निर्दिष्ट जोखिमों के विरुद्ध आर्थिक सुरक्षा प्रदान करने की सहमति देती है; इस प्रतिफल को प्रीमियम कहा जाता है। यह अनुबंधात्मक समझौता एक बीमा पॉलिसी में बदल जाता है।

2. बीमा अनुबंध के कानूनी पहलू

इस खंड में बीमा अनुबंध की कुछ विशेषताओं पर गौर किया गया है। साथ ही, इसमें उन कानूनी सिद्धांतों पर भी विचार किया गया है जो आम तौर पर बीमा अनुबंधों को नियंत्रित करते हैं।

अहम जानकारी

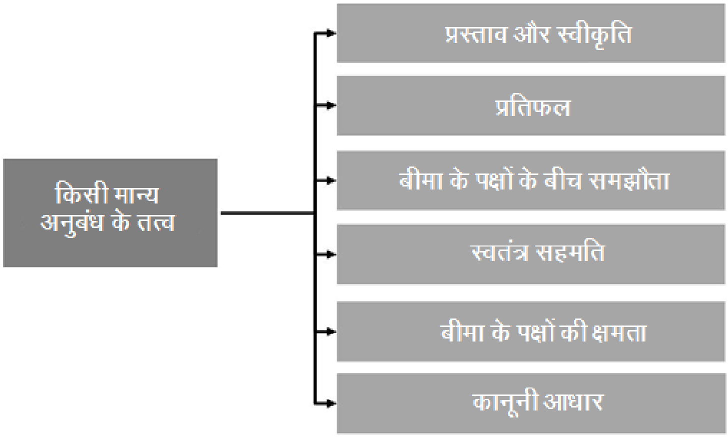
अनुबंध विभिन्न पक्षों के बीच एक समझौता है जिसे कानून के तहत लागू किया जा सकता है। भारतीय संविदा अधिनियम, 1872 के प्रावधान भारत में सभी अनुबंधों को नियंत्रित करते हैं जिनमें बीमा अनुबंध भी शामिल हैं।

बीमा पॉलिसी दो पक्षों अर्थात कंपनी जिसे बीमाकर्ता कहते हैं और पॉलिसी धारक जिसे बीमाधारक कहा जाता है, के बीच किया गया एक अनुबंध है; यह भारतीय संविदा अधिनियम, 1872 में वर्णित शर्तों को पूरा करती है।

चित्र 1: बीमा अनुबंध

B. किसी मान्य अनुबंध के तत्व

चित्र 2: किसी मान्य अनुबंध के तत्व



किसी मान्य अनुबंध के तत्व ये हैं:

1. **प्रस्ताव और स्वीकृति**

जब एक व्यक्ति दूसरे व्यक्ति के सामने किसी काम को करने या उसे करने से बचने की अपनी इच्छा ज़ाहिर करता है, ताकि ऐसा करने के लिए दूसरे व्यक्ति की सहमति ली जा सके, तो उसे ऑफ़र या प्रस्ताव करना कहा जाता है। आम तौर पर, प्रस्ताव (ऑफ़र) प्रस्तावक द्वारा किया जाता है और बीमा कंपनी उसे स्वीकार करती है।

जब कोई ऐसा व्यक्ति जिसे प्रस्ताव किया गया है, उस पर अपनी सहमति देता है, तो इसे एक स्वीकृति माना जाता है। इसलिए, जब प्रस्ताव को स्वीकार किया जाता है, तो वह एक वादा बन जाता है। इस स्वीकृति के बारे में प्रस्तावक को जानकारी दिया जाना ज़रूरी होता है जिसके परिणाम स्वरूप एक अनुबंध बनता है।

जब प्रस्तावक बीमा योजना की शर्तों को स्वीकार कर लेता है और जमा राशि का भुगतान करके अपनी सहमति देता है, तो यह जमा राशि प्रस्ताव की स्वीकृति पर पहले प्रीमियम में बदल जाती है, और प्रस्ताव एक पॉलिसी बन जाता है। अगर कोई शर्त लागू की जाती है, तो यह एक काउंटर ऑफ़र बन जाता है। पॉलिसी बॉन्ड अनुबंध का साक्ष्य बनता है।

2. प्रतिफल

इसका मतलब है कि अनुबंध में सभी पक्षों के लिए कुछ आपसी लाभ मौजूद होना चाहिए। प्रीमियम बीमाधारक से मिलने वाला प्रतिफल है और क्षतिपूर्ति का वादा बीमा कंपनियों से मिलने वाला प्रतिफल है।

3. बीमा के पक्षों के बीच समझौता (आपसी सहमति या Consensus Ad-Idem)

बीमा कंपनी और बीमाधारक, दोनों पक्षों को एक ही बात पर एक ही अर्थ में सहमत होना चाहिए। दूसरे शब्दों में, दोनों पक्षों के बीच आपसी सहमति या "**consensus ad-idem**" होना चाहिए।

4. **स्वतंत्र सहमति**

अनुबंध करते समय स्वतंत्र सहमति होनी चाहिए। सहमति को तब स्वतंत्र कहा जाता है जब यह इन कारणों से न हुई हो -

- ✓ दबाव/जबरदस्ती
- ✓ अनुचित प्रभाव
- ✓ धोखाधड़ी
- ✓ गलतबयानी
- ✓ गलती

जब किसी समझौते पर दबाव, धोखाधड़ी या गलतबयानी के कारण सहमति बनाई जाती है, तो समझौता अमान्य हो जाता है।

5. **बीमा के पक्षों की क्षमता**

दोनों पक्षों को अनुबंध करने के लिए कानूनी तौर पर सक्षम होना चाहिए। प्रस्ताव पर हस्ताक्षर करते समय पॉलिसीधारक कानूनी तौर पर एक वयस्क होना चाहिए, उसकी मानसिक स्थिति अच्छी होनी चाहिए और उसे कानून के तहत अयोग्य नहीं ठहराया गया होना चाहिए। उदाहरण के लिए, नाबालिग बीमा अनुबंध में प्रवेश नहीं कर सकते।

6. **कानूनी आधार**

अनुबंध का उद्देश्य वैध होना चाहिए। उदाहरण के तौर पर, गैरकानूनी कामों के लिए कोई बीमा नहीं लिया जा सकता। ऐसा हर समझौता अमान्य है जिसका उद्देश्य या प्रतिफल गैरकानूनी है। बीमा अनुबंध का उद्देश्य एक कानूनी उद्देश्य है।

इसके अलावा, किसी व्यक्ति का बीमा अनुबंध में प्रवेश उसकी स्वतंत्र इच्छा से होना चाहिए; इसमें कोई दबाव, डर या गलती नहीं होनी चाहिए।

C. अग्रिम में प्रीमियम भुगतान

भारतीय कानून के अनुसार, बीमा कंपनियों को जोखिम स्वीकार करने की अनुमति तब तक नहीं दी जाती है, जब तक उन्हें अग्रिम प्रीमियम नहीं प्राप्त हो जाता। दूसरे शब्दों में, भारत में बीमा सुरक्षा, क्रेडिट के आधार पर नहीं बेची जा सकती।

बीमा अधिनियम 1938 की धारा 64 VB कहती है, "जब तक अग्रिम प्रीमियम नहीं प्राप्त हो जाता, किसी भी जोखिम को स्वीकार नहीं किया जाएगा।" कोई भी बीमा कंपनी तब तक जोखिम को स्वीकार नहीं करेगी जब तक कि अग्रिम प्रीमियम नहीं प्राप्त हो जाता या प्रीमियम भुगतान करने की गारंटी नहीं दी जाती या निर्धारित तरीके से अग्रिम में पैसे जमा नहीं किए जाते। यह भारत में बीमा उद्योग की एक अहम विशेषता है।

बीमा नियमावली, 1939 में, बीमा की विशेष श्रेणियों के मामले में, प्रीमियम के अग्रिम भुगतान की इस शर्त में कुछ छूट दी गई है। बीमा नियमावली का खंड 59 कुछ शर्तों के अधीन, बीमारी बीमा, सामूहिक व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा, चिकित्सा लाभ बीमा और अस्पताल में भर्ती होने की बीमा योजनाओं के मामले में, किस्तों में प्रीमियम स्वीकार करने की अनुमति देता है। बीमा नियमावली का खंड 59 कुछ शर्तों के अधीन, सरकारी और अर्द्ध-सरकारी संस्थाओं को जारी की गई पॉलिसियों, सरकारी और अर्द्ध-सरकारी संगठनों के कर्मचारियों को कवर करने वाली विश्वसनीयता गारंटी बीमा पॉलिसियों, कामगार मुआवजा पॉलिसियों, कैश इन ट्रांज़िट पॉलिसियों और बीमा की कुछ अन्य श्रेणियों के लिए छूट की अनुमति देता है।

निवेदन/आग्रह (सॉलिसिटेशन)

बीमा को हमेशा से उत्पाद के बारे में सही समझ होने के बाद ही खरीदी जाने वाली चीज़ माना गया है, इसे यूं ही खरीदा/बेचा जाना ठीक नहीं है। इसलिए, बीमा का 'आग्रह/निवेदन' किया जाता है या ग्राहक इसकी माँग करता है। परंपरागत रूप से, बीमा कंपनियां यह घोषणा करती हैं कि "बीमा आग्रह की विषय-वस्तु है"। साफ तौर पर, बीमा बिस्कुट के पैकेट या चॉकलेट की पट्टी जैसा कोई पहले से तैयार उत्पाद (रेडीमेड प्रॉडक्ट) नहीं है जिसे सीधे-सीधे बेचा जा सके। ग्राहकों को किसी ऐसे व्यक्ति से अपनी बीमा की आवश्यकताओं पर विचार-विमर्श करना चाहिए जो इसके लिए योग्य हो और पेशेवर सलाह के आधार पर, सही बीमा उत्पाद खरीदा जाना चाहिए। बीमा उत्पाद को अच्छी तरह समझकर, पॉलिसी कवरेज, अपवर्जन, नियमों और शर्तों के संदर्भ में ग्राहक की अपेक्षाओं और विशेष आवश्यकताओं के अनुरूप सबसे उपयुक्त प्रस्ताव पर विचार किया जाना चाहिए।

'आग्रह/निवेदन' आम तौर पर तब किया जाता है जब कोई बीमा कंपनी या अधिकृत मध्यस्थ प्रस्तावक की बीमा संबंधी आवश्यकताओं को समझने के लिए उससे संपर्क करता है और सही बीमा उत्पाद चुनने के लिए पेशेवर सलाह देता है। प्रस्तावक सलाहकार से उचित समाधान माँगता है और उसे सभी आवश्यक जानकारी प्रदान करता है। आईआरडीएआई के विनियमों के अनुसार, बीमा कंपनी आग्रह/निवेदन की प्रक्रिया में शामिल करने और बीमा कारोबार प्राप्त करने के उद्देश्य से **बीमा एजेंटों** की नियुक्ति करती है; इसमें बीमा की पॉलिसियों को जारी रखने, नवीनीकृत करने या पुनर्जीवित करने (रिवाइवल) से जुड़े कारोबार शामिल हैं। बीमा कंपनियों के अधिकृत कर्मचारी और लाइसेंसधारी मध्यस्थ की ओर से निर्धारित व्यक्ति ही बीमा के निवेदन/आग्रह और बिक्री की प्रक्रिया का हिस्सा हो सकते हैं, जिन्हें इस प्रयोजन के लिए प्रशिक्षित और अधिकृत किया जाता है।

D. अधिकृत/सक्षम करने वाले प्रावधान

1. अगुग्रह अवधि (ग्रेस पीरियड)

अनुग्रह अवधि प्रीमियम की देय तारीख के ठीक बाद की निर्धारित समयावधि है जिसके दौरान किसी चालू पॉलिसी को नवीनीकृत करने या जारी रखने के लिए भुगतान किए जा सकते हैं; इस दौरान पॉलिसी जारी रखने के लाभ, जैसे कि प्रतीक्षा अवधि और पहले से मौजूद बीमारियों का

कवरेज पहले की तरह बने रहते हैं। कवरेज उस अवधि के लिए उपलब्ध नहीं होता है जिसके लिए प्रीमियम प्राप्त नहीं हुआ है। अनुग्रह अवधि के दिनों की गणना प्रीमियम भुगतान की नियत तारीख के अगले दिन से की जाती है।

जीवन बीमा के लिए, अगर कोई अनुग्रह अवधि न हो, तो प्रीमियम भुगतान में एक दिन की देरी होने से भी पॉलिसी व्यपगत हो सकती है। यह आम तौर पर पॉलिसीधारक, बीमा कंपनी और बीमा उद्योग के लिए हानिकारक होगा। आईआरडीएआई के विनियम मासिक प्रीमियम भुगतान के मामले में 15 दिन और अन्य मामलों में 30 दिन की अनुग्रह अवधि लागू करने की अनुमति देते हैं।

स्वास्थ्य बीमा के मामले में भी व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के नवीनीकरण के लिए अनुग्रह अवधि के तौर पर कुछ दिन दिए जाते हैं। यह अवधि कंपनी की पॉलिसी और प्रस्तावित उत्पाद पर निर्भर करती है। अगर पॉलिसी को अनुग्रह अवधि के भीतर नवीनीकृत किया जाता है, तो पॉलिसी जारी रखने के सभी लाभ बने रहते हैं। हालांकि, ब्रेक पीरियड (अनुग्रह की अवधि) के दौरान कोई दावा होने पर, उस पर विचार नहीं किया जाएगा। आईआरडीएआई के विनियमों के अनुसार, मासिक प्रीमियम भुगतान के मामले में 15 दिन और अन्य मामलों में 30 दिन की अनुग्रह अवधि होती है।

मोटर बीमा पॉलिसियां आम तौर पर एक साल की अवधि के लिए मान्य होती हैं और इन्हें नियत तारीख से पहले नवीनीकृत करना ज़रूरी होता है। प्रीमियम भुगतान करने के लिए अनुग्रह अवधि लागू नहीं होती। अगर कोई व्यापक पॉलिसी 90 दिन से अधिक समय तक व्यपगत रहती है, तो कोई दावा नहीं (एनसीबी) होने का संचित लाभ भी नहीं मिलता है।

कोविड-19 की महामारी के दौरान गतिविधियों को सुचारू रूप से चलाने के लिए, आईआरडीएआई ने इन रियायतों की अनुमति दी है:

i. जीवन बीमा पॉलिसियों के मामले में, बीमा कंपनियों से अनुग्रह अवधि को 30 अतिरिक्त दिनों तक बढ़ाने के लिए कहा गया था; ऐसा पॉलिसीधारकों के अनुरोध पर किया जा सकता था।

ii. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के मामले में, बीमा कंपनियों को नवीनीकरण में 30 दिन तक की देरी को माफ़ करने के लिए कहा गया था; ऐसे में, इस देरी को पॉलिसी में रुकावट नहीं माना जा सकता था। बीमा कंपनियों से अग्रिम में पॉलिसीधारकों से संपर्क करने का अनुरोध किया गया था, ताकि कवरेज बंद होने से बचा जा सके।

iii. जहां तक मोटर वाहन तृतीय पक्ष बीमा पॉलिसियों की बात है, जिनके नवीनीकरण की तारीख आने पर, कोविड-19 की परिस्थिति के कारण प्रीमियम भुगतान नहीं किया जा सका, उनके लिए आईआरडीएआई ने 15 मई, 2020 तक की अनुग्रह अवधि की अनुमति दी थी।

2. **“आईआरडीएआई” द्वारा शुरू की गई फ्री-लुक अवधि**

बीमा अनुबंध बीमा कंपनियां तैयार करती हैं और अगर दूसरा पक्ष बीमा लेना चाहता है तो उसे इसका पालन करना होता है। ऐसे अनुबंध जहां किसी व्यक्ति को जैसा है वैसे ही अनुबंध को स्वीकार करना होता है और वह इसमें कोई बदलाव भी नहीं कर सकता, तो इसे कानूनी तौर पर बाध्यकारी अनुबंध (Contracts of Adhesion) कहा जाता है। इस एकतरफा स्थिति के कारण, अदालतें ऐसी किसी भी अस्पष्टता या दुविधा के लिए हमेशा बीमा कंपनियों को जिम्मेदार ठहराती हैं, जो इन नियमों एवं शर्तों को समझाने में उत्पन्न हो सकती है।

इस एकतरफा स्थिति को कम करने और बीमा के लेनदेन को ग्राहक के अनुकूल बनाने के लिए, आईआरडीएआई ने अपने विनियमों में एक ग्राहक अनुकूल प्रावधान शामिल किया है जिसे ‘फ्री-लुक अवधि’ कहा जाता है। इस दौरान, अगर कोई ग्राहक पॉलिसी के किसी भी नियम और शर्त से संतुष्ट नहीं है, तो वह इसे वापस करके रिफंड प्राप्त कर सकता है। यह प्रावधान जिससे पॉलिसीधारकों को पॉलिसी दस्तावेज़ प्राप्त होने के बाद 15 दिनों के भीतर पॉलिसी को रद्द करने का विकल्प दिया जाता है (इलेक्ट्रॉनिक पॉलिसियों और दूरस्थ माध्यम से प्राप्त की गई पॉलिसियों के मामले में यह अवधि 30 दिन होती है); ऐसा तब किया जा सकता है जब ग्राहक पॉलिसी से संतुष्ट न हो; यह प्रावधान जीवन बीमा और स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के लिए लागू किया गया है (जिनकी अवधि कम से कम एक वर्ष होता है)। कंपनी को लिखित रूप में सूचना देनी होती है और कवर की अवधि के लिए आनुपातिक जोखिम प्रीमियम, खर्चों और शुल्कों को घटाकर प्रीमियम की रकम का रिफंड दिया जाता है।

पॉलिसियों को रद्द करना: जब बीमा कंपनी पॉलिसियों को रद्द करती है, तो बीमा की समाप्त हुई अवधि के अनुरूप प्रीमियम का अनुपात वसूलती/रखती है और बीमा की असमाप्त अवधि के अनुरूप अनुपात बीमाधारक को वापस कर दिया जाता है, बशर्ते पॉलिसी के तहत कोई दावा भुगतान न किया गया हो। प्रीमियम की इस तरह की आनुपातिक गणना को आनुपातिक प्रीमियम कहा जाता है।

जब बीमित व्यक्ति वार्षिक पॉलिसियों को रद्द करता है, तो बीमा कंपनी आम तौर पर उच्च दर पर प्रीमियम वसूलती/रखती है और यथानुपात प्रीमियम की गणना के बजाय उच्च दरों पर प्रीमियम वापस करती है। इससे बीमा कंपनियों के खिलाफ प्रतिकूल चयन को रोका जाता है और बीमा कंपनी के शुरुआती खर्चों का ध्यान रखा जाता है। ऐसी दरों का खुलासा बीमा अनुबंध के नियमों और शर्तों के हिस्से के रूप में किया जाता है; इसे छोटी अवधि का पैमाना कहा जाता है।

अहम जानकारी

i. जबरदस्ती/दबाव – इसमें आपराधिक साधनों से डाला गया दबाव शामिल है।

ii. **अनुचित प्रभाव का इस्तेमाल** – दूसरे व्यक्ति की इच्छा को प्रभावित करने के लिए अपने प्रभाव का इस्तेमाल करना, ताकि उस व्यक्ति से अनुचित लाभ प्राप्त किया जा सके।

iii. **धोखाधड़ी/जालसाजी** – ऐसे प्रतिनिधित्व के ज़रिए झूठी धारणा बनाकर दूसरे को प्रलोभन देना, जिसे दूसरा व्यक्ति सही नहीं मानता। ऐसा तथ्यों को जानबूझकर छिपाने या उनके बारे में गलत जानकारी देने से हो सकता है।

iv. **गलती** – किसी चीज़ या घटना के बारे में किसी व्यक्ति की जानकारी या धारणा या व्याख्या में गड़बड़ी। इसके कारण अनुबंध की विषय-वस्तु के बारे में समझने और सहमति देने में गड़बड़ी हो सकती है।

खुद को जांचें 1

इनमें से कौन सा विकल्प मान्य बीमा अनुबंध का एक तत्व नहीं हो सकता?

i. प्रस्ताव और स्वीकृति

ii. जबरदस्ती/दबाव

iii. प्रतिफल

iv. कानूनी आधार

सारांश

i. बीमा में एक ऐसा अनुबंधात्मक समझौता शामिल होता है जिसमें बीमा कंपनी एक कीमत या प्रतिफल के बदले में कुछ निर्दिष्ट जोखिमों के विरुद्ध आर्थिक सुरक्षा प्रदान करने की सहमति देती है; इस प्रतिफल को प्रीमियम कहा जाता है।

ii. अनुबंध बीमा के पक्षों के बीच एक समझौता है जिसे कानून के तहत लागू किया जा सकता है।

iii. एक मान्य अनुबंध के तत्वों में ये चीज़ें शामिल हैं:

- प्रस्ताव और स्वीकृति
- प्रतिफल,
- आपसी सहमति (Consensus ad-idem),
- स्वतंत्र सहमति
- बीमा के पक्षों की क्षमता और
- उद्देश्य की वैधता

मुख्य शब्द

1. प्रस्ताव और स्वीकृति
2. कानूनी प्रतिफल
3. आपसी सहमति (Consensus ad idem)

खुद को जांचें 2

फ्री-लुक अवधि के दौरान, अगर पॉलिसीधारक, जिसने किसी एजेंट के माध्यम से पॉलिसी खरीदी है, इसके किसी भी नियम और शर्त से असहमत होता/होती है, तो वह इसे वापस करके रिफंड प्राप्त कर सकता/सकती है; यह रिफंड इन शर्तों के अधीन होगाः

I. वह पॉलिसी दस्तावेज़ प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर इस विकल्प का इस्तेमाल कर सकता/सकती है

II. उसे लिखित रूप में बीमा कंपनी को इस बारे में बताना होगा

III. प्रीमियम रिफंड को कवर की गई अवधि के लिए जोखिम प्रीमियम के अनुपात में समायोजित किया जाएगा; साथ ही, बीमा कंपनी द्वारा चिकित्सा जांच में किए गए खर्च और स्टांप ड्यूटी शुल्क भी प्रीमियम रिफंड की रकम से काट लिए जाएंगे

IV. उपरोक्त सभी

खुद को जांचें 3

अगर पॉलिसीधारक ने कोई पॉलिसी खरीदी है और वह इसे नहीं रखना चाहता है, तो ___________ की अवधि के दौरान इसे वापस करके रिफंड प्राप्त कर सकता है।

I. स्वतंत्र मूल्यांकन

II. फ्री-लुक

III. रद्द करने

IV. फ्री ट्रायल

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प II है।

उत्तर 2 – सही विकल्प IV है।

उत्तर 3 – सही विकल्प II है।

अध्याय C-05

जोखिम अंकन और रेटिंग

अध्याय का परिचय

इस अध्याय में आप जोखिम अंकन (अंडरराइटिंग) और रेटिंग की बुनियादी बातों को जानेंगे। इसके अलावा, आप जोखिमों की रेटिंग की प्रक्रिया में खतरों से निबटने के विभिन्न तरीकों के बारे में भी जानेंगे। आप जोखिम अंकन (अंडरराइटिंग), उत्पाद की मंज़ूरी और रेटिंग के सामान्य पहलुओं का मूल्यांकन करने में सक्षम होंगे।

अध्ययन के परिणाम

A. जोखिम अंकन की बुनियादी बातें

B. उत्पाद को आईआरडीएआई के पास फ़ाइल करना

C. रेटिंग की बुनियादी बातें

D. रेटिंग के कारक

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप इन बातों में सक्षम होंगे:

1. जोखिम अंकन की बुनियादी बातों को परिभाषित करना
2. भारत में उत्पाद की मंज़ूरी की बुनियादी बातों को समझना
3. रेटिंग के कारकों का मूल्यांकन करना और रेटिंग का महत्व

A. जोखिम अंकन की बुनियादी बातें

पिछले अध्यायों में, हमने देखा कि बीमा की अवधारणा में पूलिंग के माध्यम से जोखिम का प्रबंधन करना शामिल है। बीमा कंपनियां कई व्यक्तियों/ व्यावसायिक/औद्योगिक फर्मों/ संगठनों द्वारा दिए गए प्रीमियमों का एक पूल बनाती हैं।

जोखिमों को समझने, जोखिमों को वर्गीकृत करने, उनकी श्रेणी की पहचान करने, **जोखिम को स्वीकार करने या न करने पर निर्णय लेने** की प्रक्रिया और अगर जोखिम को स्वीकार किया जाता है, तो इसके लिए बीमा कंपनी को कितने प्रीमियम की आवश्यकता होगी और क्या जोखिम पर कोई अतिरिक्त शर्त लगाई जाएगी – यह सब **जोखिम अंकन** का हिस्सा है।

यह जानना भी महत्वपूर्ण है कि जोखिम के लिए क्या दर ली जाएगी और दरों का निर्धारण कैसे होगा।

परिभाषा

जोखिम अंकन (अंडरराइटिंग) यह तय करने की प्रक्रिया है कि बीमा के लिए प्रस्तावित जोखिम स्वीकार्य है या नहीं, और अगर ऐसा है, तो इसे किन दरों, नियमों और शर्तों पर स्वीकार किया जाएगा।

जोखिम अंकन में ये चरण शामिल होते हैं:

i. नुकसान की आवृत्ति और गंभीरता के संदर्भ में खतरे और जोखिम का आकलन और मूल्यांकन करना

ii. पॉलिसी कवरेज और नियम एवं शर्तें तैयार करना

iii. प्रीमियम की दरें तय करना

अंडरराइटर यह तय करता है कि जोखिम को स्वीकार किया जाए या नहीं।

अगला चरण **दरें**, **नियम और शर्तें** तय करना होगा, जिनके तहत जोखिम को स्वीकार किया जाएगा।

जोखिम अंकन की योग्यता निरंतर सीखने की प्रक्रिया से हासिल की जा सकती है, जिसमें पर्याप्त प्रशिक्षण, फ़ील्ड में जाना और गहरी समझ हासिल करना शामिल है। अग्नि बीमा का अंडरराइटर होने के लिए आग के संभावित कारणों, विभिन्न भौतिक वस्तुओं और संपत्ति पर आग के प्रभाव, बीमा उद्योग में अपनाई जाने वाली प्रक्रिया, भौगोलिक स्थिति, जलवायु की परिस्थितियों वगैरह की अच्छी जानकारी होना ज़रूरी है।

इसी तरह, समुद्री बीमा के अंडरराइटर को बंदरगाह/सड़क की परिस्थितियों, कार्गो/सामान के पारगमन (transit) या भंडारण में आने वाली समस्याओं, पोतों और उनके समुद्र में चलने लायक होने और इसी तरह की अन्य चीज़ों के बारे में जानकारी होना ज़रूरी है।

स्वास्थ्य बीमा के अंडरराइटर को बीमाधारक की जोखिम प्रोफाइल, उम्र, चिकित्सा से जुड़े पहलुओं, फिटनेस लेवल और पारिवारिक इतिहास को समझना और जोखिम पर असर डालने वाले प्रत्येक कारक के प्रभाव को मापना ज़रूरी है।

जोखिम अंकन के लिए जानकारी के स्रोत

किसी भी अंकीय (या सांख्यिकीय) विश्लेषण में पहला चरण डेटा का संग्रहण है। जोखिम का मूल्य निर्धारण करते समय, सटीक आकलन में मदद के लिए अंडरराइटर को अधिक से अधिक जानकारी इकट्ठा करनी चाहिए।

जानकारी के स्रोत ये हैं:

i. प्रस्ताव फॉर्म या अंडरराइटिंग का प्रज़ेंटेशन

ii. जोखिम सर्वे

iii. पिछले दावों के अनुभव का डेटा: व्यक्तिगत और मोटर लाइन जैसी बीमा की कुछ श्रेणियों के लिए, अंडरराइटर अक्सर पिछले दावों के अनुभव का डेटा इस्तेमाल करते हैं, ताकि भविष्य के संभावित दावों के अनुभव की जानकारी प्राप्त की जा सके और एक उपयुक्त प्रीमियम तय किया जा सके।

अंडरराइटिंग, इक्विटी और कारोबार को बनाए रखना

बीमा में सतर्क जोखिम अंकन और जोखिम के वर्गीकरण की ज़रूरत इस सरल तथ्य के कारण उत्पन्न होती है कि **सभी जोखिम एक समान नहीं होते**। इसलिए, प्रत्येक जोखिम का सही तरीके से आकलन करना चाहिए और नुकसान की घटना की संभावना और गंभीरता के अनुसार उसका मूल्य निर्धारण किया जाना चाहिए।

चूंकि सभी जोखिम एक समान नहीं होते, बीमा के लिए प्रस्तावित सभी लोगों को एक समान प्रीमियम भुगतान करने के लिए कहना सही नहीं होगा। **जोखिम अंकन (अंडरराइटिंग) का उद्देश्य जोखिमों का इस प्रकार वर्गीकरण करना है ताकि उनकी विशेषताओं और जोखिम की डिग्री के आधार पर प्रीमियम की सही दर वसूल की जा सके।** अंडरराइटर के लिए यह पक्का करना महत्वपूर्ण है कि जोखिम का मूल्यांकन सही तरीके से किया जाए और लिया जाने वाला प्रीमियम जोखिम को कवर करने के लिए न तो कम हो और न ही इतना अधिक हो कि इसे गैर-प्रतिस्पर्धी कहा जा सके।

जोखिम अंकन की मुख्य विशेषताएं इस प्रकार हैं:-

i. लक्षणों के आधार पर जोखिम की पहचान करना

ii. प्रस्तावक द्वारा प्रस्तुत जोखिम के स्तर का पता लगाना

संक्षेप में, बीमा की स्वीकार्यता का स्तर, प्रीमियम की पर्याप्तता और अन्य शर्तें तय करके जोखिम अंकन के उद्देश्यों को हासिल किया जाता है।

B. उत्पाद को आईआरडीएआई के पास फ़ाइल करना

प्रत्येक बीमा उत्पाद को बिक्री के लिए उपलब्ध कराने से पहले, मंज़ूरी के लिए आईआरडीएआई के पास फ़ाइल करना ज़रूरी होता है। आईआरडीएआई प्रत्येक बीमा उत्पाद को एक विशेष पहचान संख्या या यूनीक आइडेंटिफिकेशन नंबर (यूआईएन) आवंटित करता है। उत्पादों को बाज़ार में उपलब्ध कराए जाने के बाद, उत्पाद को वापस लेने के लिए भी दिशानिर्देशों का पालन करना ज़रूरी होता है।

1. नियामक बीमा कंपनी के बोर्ड से इस बात का स्पष्ट वादा माँगता है कि वह पॉलिसी में मौजूद जोखिमों को स्वीकार करने को तैयार है और दावों का भुगतान करने के लिए सहमत है। यह बीमा कंपनी को इस बात का वचन देने के लिए भी कहता है कि पॉलिसी में वर्णित बातें को समझा दी गई हैं और मूल्य वैज्ञानिक आधार पर तय किए गए हैं।

2. बीमा कंपनी को भविष्य में उत्पादों को वापस लिए जाने की संभावना और उत्पाद को इस तरह वापस लिए जाने पर पॉलिसीधारक के लिए उपलब्ध विकल्पों के हिसाब से योजना बनानी चाहिए।

3. वापस लिया गया उत्पाद संभावित ग्राहकों को बिक्री के लिए उपलब्ध नहीं कराया जा सकता।

C. रेटिंग की बुनियादी बातें

बीमा का आधार बीमा कंपनी को जोखिम का ट्रांसफर करना है। बीमा पॉलिसी खरीदकर, बीमाधारक उस खतरे से उत्पन्न होने वाले वित्तीय नुकसानों के प्रभाव को कम करने में सक्षम होता है, जिसके विरुद्ध संपत्ति का बीमा किया गया है। बीमा कंपनी को बीमा दावों और खर्चों से जुड़ी भविष्य की लागत के साथ-साथ मुनाफ़े के मार्जिन को कवर करने के लिए मूल्य की गणना करने की एक प्रक्रिया अपनानी होती है। इसे दर निर्धारण या रेटिंग कहा जाता है।

दर बीमा की निर्दिष्ट इकाई का मूल्य है। उदाहरण के लिए, भूकंप के कवरेज के लिए दर को 1.00 रुपये प्रति हज़ार बीमा राशि के रूप में व्यक्त किया जा सकता है। प्रत्येक दर का निर्धारण पिछले रुझानों और मौजूदा परिवेश में उन बदलावों को देखकर किया जाता है जो आने वाले समय में संभावित नुकसानों को प्रभावित कर सकते हैं।

ध्यान दें कि दरें और प्रीमियम, एक समान नहीं हैं।

प्रीमियम = (**बीमा राशि**) x (**दर**)

उदाहरण

स्वास्थ्य बीमा का एक उदाहरण लेते हैं; यहां जोखिम के प्रत्येक घटक के आधार पर अंकीय या प्रतिशत मूल्यांकन किए जाते हैं। उम्र, जाति, पेशा, आदतें आदि जैसे कारकों की जांच की जाती है और पहले से निर्धारित मापदंड के आधार पर अंक तय किए जाते हैं।

प्रत्येक व्यक्ति द्वारा दिए जाने वाले प्रीमियम की रकम दर पर निर्भर करती है, जो दो कारकों के अनुसार तय की जाती है;

- ✓ किसी नुकसान की घटना के कारण (किसी बीमित खतरे के कारण) होने वाले नुकसान की संभावना और
- ✓ नुकसान की घटना के कारण हो सकने वाले नुकसान की अनुमानित मात्रा

उदाहरण

मान लीजिए कि आग से नष्ट होने वाले किसी मकान की औसत मात्रा/रकम 1,00,000 रुपये है।

आग से मकान के नष्ट होने के कारण नुकसान की संभावना 100 में से 1 [या 0.01] है। अर्थात, अनुभव यह है कि 100 बीमित मकानों में से एक मकान आग के कारण नष्ट हो जाता है।

अपेक्षित औसत नुकसान 1,00,000 रुपये x 0.01 = 1000 रुपये होगा।

इसलिए, 1,00,00 रुपये मूल्य के मकान का बीमा करने के लिए, बीमा कंपनियों को कम से कम 1000 रुपये का शुल्क लेना होगा।

बीमा कंपनी यह कैसे पक्का कर सकती है कि पूल उन नुकसानों की क्षतिपूरित करने के लिए पर्याप्त है जिनका वास्तव में बीमा किया गया था?

जैसा कि पहले देखा गया है, बीमा की पूरी कार्यप्रणाली में एक जैसे कई जोखिमों का पूल बनाना शामिल है, ताकि नुकसानों की संख्या (आवृत्ति) की संभावना और नुकसान के दायरे (गंभीरता) का अनुमान लगाया जा सके। यह सिद्धांत, जिसे 'बड़ी संख्याओं का नियम' कहा जाता है, यह कहता है कि जैसे-जैसे सैंपल साइज़ बड़ा होता है, परिणाम अपेक्षित मूल्य के और करीब आता है। बीमा कंपनियों को अधिक से अधिक लोगों को अधिक से अधिक पॉलिसियां बेचनी होती हैं, ताकि उनकी अपेक्षाएं/अनुमान सही साबित हो सकें।

एक उदाहरण यह है कि अगर कोई सिक्का उछाला जाता है, तो 'हेड' या 'टेल' आने की संभावना 50:50 होती है। हालांकि, अगर सिर्फ़ एक बार सिक्का उछाला जाता है, तो परिणाम 100% हेड और 0% 'टेल' या 0% 'हेड' और या 100% टेल हो सकती है। हालांकि, अगर कोई व्यक्ति कई बार सिक्का उछालता है, तो 'हेड' और 'टेल' आने की औसत संख्या 100% और 0% होने की संभावना कम हो जाती है और यह 50:50 के अधिक करीब आ जाता है।

उदाहरण

संपत्ति बीमा के क्षेत्र में, लकड़ी के ढ़ांचे में आग लगने की संभावना पत्थर के ढांचों की तुलना में अधिक होती है। इसलिए, लकड़ी के ढ़ांचे का बीमा करने के लिए अधिक प्रीमियम की आवश्यकता होती है।

यही अवधारणा जीवन और स्वास्थ्य बीमा में भी लागू होती है। उच्च रक्तचाप या मधुमेह से पीड़ित व्यक्ति को हार्ट अटैक की संभावना अधिक होती है।

खुद को जांचें 1

बीमा में रेटिंग को प्रभावित करने वाले दो कारकों की पहचान करें।

I. जोखिम की संभावना और गंभीरता

II. जोखिम का स्त्रोत और प्रकृति

III. जोखिम का स्त्रोत और समय

IV. जोखिम की प्रकृति और प्रभाव

---

1. प्रीमियम की दर तय करना

शुद्ध प्रीमियम की दर पिछले नुकसान के अनुभव के आधार पर तय की जाती है। इसलिए, पिछले नुकसानों से संबंधित सांख्यिकीय डेटा, दरों की गणना करने के प्रयोजन से सबसे ज़रूरी होता है। दरें तय करने के लिए, जोखिमों को 'गणितीय मूल्य' देना आवश्यक होता है।

उदाहरण

अगर 10 साल की अवधि के लिए एक बड़ी संख्या में मोटर साइकलों के नुकसान के अनुभव का डेटा इकट्ठा किया जाता है, तो हमें वाहनों को क्षति पहुँचने से होने वाले नुकसानों का कुल योग प्राप्त हो जाएगा। इस नुकसान की मात्रा को मोटर साइकलों के कुल मूल्य के प्रतिशत के रूप में व्यक्त करके हम जोखिम का 'गणितीय मूल्य' तय कर सकते हैं। इसे नीचे दिए गए सूत्र (फ़ॉर्मूले) में व्यक्त किया जा सकता है:

$M = \frac{L \times 100}{V}$	यहां L का मतलब नुकसानों का कुल योग, V का मतलब सभी मोटर साइकलों का कुल मूल्य और M का मतलब औसत नुकसान का प्रतिशत है।

मान लेते हैं कि:

- ✓ मोटर साइकल का मूल्य: 50,000/- रुपये है
- ✓ नुकसान का अनुभव: 10 सालों की अवधि में, 1000 मोटर साइकलों में से, 50 मोटर साइकलों की चोरी हो जाती है
- ✓ औसतन, हर साल चोरी के कारण 5 मोटर साइकलों का पूर्ण नुकसान होता है

इस फ़ॉर्मूले को लागू करने पर, परिणाम यह होगा:

हर साल होने वाला नुकसान (50,000 रुपये X 5) = 2,50,000 रुपये

1000 **मोटर साइकलों का कुल मूल्य** (50,000 रुपये X 1000) = 5,00,00,000 रुपये

इसका मतलब है कि हर वाहन के लिए औसत नुकसान का प्रतिशत (L/ V) x 100= [2,50,000/ 5,00,00,000] x 100 = 0.5%

इसलिए, एक मोटर साइकल का मालिक जिस प्रीमियम दर का भुगतान करेगा वह 50,000/- रुपये का आधा प्रतिशत, अर्थात 250/- रुपये प्रति वर्ष है। इसे 'शुद्ध' प्रीमियम और 'बर्निंग कॉस्ट' भी कहा जाता है।

प्रति मोटर साइकल 250 रुपये की दर से, 2.5 लाख रुपये इकट्ठा किए जाते हैं, जिसे 5 वाहनों के पूर्ण नुकसान पर किए गए दावे में भुगतान किया जाता है।

अगर ऊपर निकाला गया शुद्ध प्रीमियम इकट्ठा किया जाता है, तो यह एक फंड बन जाएगा, जो सिर्फ़ नुकसानों की भरपाई करने के लिए पर्याप्त होगा।

ऊपर के उदाहरण में हम देख सकते हैं कि यहां कोई अधिशेष (सरप्लस) नहीं है। लेकिन बीमा की कार्यप्रणाली में प्रशासनिक लागतें (प्रबंधन के खर्चे) और कारोबार प्राप्त करने की लागतें (एजेंसी कमीशन) भी शामिल होती हैं। इसके अलावा, अनपेक्षित भारी नुकसानों के लिए मार्जिन का प्रावधान करना भी ज़रूरी होता है।

अंत में, चूंकि बीमा का लेनदेन किसी अन्य कारोबार की तरह एक व्यावसायिक आधार पर होता है, इसलिए मुनाफ़े के मार्जिन का प्रावधान करना आवश्यक हो जाता है, जो कारोबार में निवेशित पूँजी पर मिलने वाला रिटर्न है।

इसलिए, खर्चों, रिज़र्व और मुनाफ़ों का प्रावधान करने के लिए, 'शुद्ध प्रीमियम' में प्रतिशत जोड़कर उसे सही तरीके से बढ़ाया या लोड किया जाता है।

अंतिम रूप से तय प्रीमियम की दर में निम्नलिखित घटक शामिल होंगे:

- ✓ नुकसानों का भुगतान
- ✓ नुकसान के खर्चे (जैसे, सर्वे फीस)
- ✓ एजेंसी कमीशन
- ✓ प्रबंधन के खर्चे
- ✓ अनपेक्षित भारी नुकसानों के रिज़र्व के लिए मार्जिन, जैसे कि 5 अपेक्षित नुकसानों की जगह 7 पूर्ण नुकसान
- ✓ मुनाफ़े के लिए मार्जिन

रेटिंग के सभी प्रासंगिक कारकों पर विचार करके, यह पक्का किया जा सकता है कि एक समान प्रकार और गुणवत्ता के जोखिमों के बीच दरें पर्याप्त, अत्यधिक या अनुचित रूप से भेदभावपूर्ण हैं।

खुद को जांचें 2

शुद्ध प्रीमियम क्या है?

I. इतना अधिक प्रीमियम कि उससे सिर्फ़ नुकसानों की भरपाई की जा सके

II. समाज के सीमान्त सदस्यों के लिए लागू प्रीमियम

III. प्रशासनिक लागतों के लिए लोडिंग के बाद प्रीमियम

IV. नुकसान के सबसे हाल के अनुभव की अवधि से प्राप्त प्रीमियम

2. **कटौतियां** (Deductible)

'कटौतियां' या 'आधिक्य' एक बीमा कंपनी और बीमाधारक के बीच लागत को आपस में बाँटने का प्रावधान है। कटौतियां यह प्रावधान करती हैं कि बीमा कंपनी सिर्फ़ एक विशेष थ्रेशहोल्ड से अधिक के दावों का भुगतान करेगी। दूसरे शब्दों में, बीमा कंपनी निर्धारित स्तर से कम के दावों के लिए उत्तरदायी नहीं होगी। यह स्तर (लेवल) या थ्रेशोल्ड एक निर्धारित रकम या एक प्रतिशत या किसी निर्धारित समयावधि (जब से समय-आधिक्य कहा जाता है) के रूप में तय किया जाएगा। स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के मामले में, एक शर्त यह हो सकती है कि दावों का भुगतान सिर्फ़ तभी किया जाएगा जब बीमाधारक दिनों/घंटों की निर्धारित संख्या से अधिक समय तक अस्पताल में भर्ती रहता है। जीवन बीमा पॉलिसियों में कटौतियों का इस्तेमाल नहीं होता।

संपत्ति, मोटर और मकान बीमा जैसे उत्पादों में, कटौतियां पहले से तय की गई रकम होती हैं जिसका भार एक क्षतिपूर्ति दावे के मामले में बीमाधारक को उठाना पड़ता है। कुछ पॉलिसियों के लिए कटौतियां अनिवार्य या स्वैच्छिक हो सकती हैं। बीमा कंपनियां आम तौर पर तब कम प्रीमियम वसूल करती हैं जब बीमाधारक स्वेच्छा से उच्च कटौतियों का विकल्प चुनता है। एजेंट को यह पता लगाना ज़रूरी होता है कि विशेष कटौतियां कैसे काम करती हैं और उसे बीमाधारक को यह सूचित करना होता है कि कटौतियां 'प्रति वर्ष' या 'प्रति घटना' के आधार पर लागू की जाएंगी।

कटौतियां इस्तेमाल करने के कई कारण हैं। कॉर्पोरेट ग्राहक जो कारखानों, एक से अधिक कार्गो कंसाइनमेंट, बड़ी संख्या में कर्मचारियों, सार्वजनिक देयता जोखिमों आदि को कवर करते हैं और भारी-भरकम बीमा राशि रखते हैं, वे छोटे दावों का खर्च खुद उठाना और दावों को साबित करने वाले दस्तावेज़ प्रस्तुत करने से बचना पसंद कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, लाखों रुपये का प्रीमियम देने वाला एक बड़ी फैक्ट्री का मालिक किसी मशीन की मरम्मत में 2,000 रुपये के मामूली खर्च की परवाह नहीं करेगा।

कुछ प्रकार की पॉलिसियों में बीमाधारक को नुकसान के कुछ हिस्से का भार खुद उठाने की ज़रूरत हो सकती है ताकि यह पक्का किया जा सके कि वह उचित सावधानी बरत रहा/रही है। उदाहरण के लिए, स्वास्थ्य बीमा कंपनियां एक कटौती पर ज़ोर डाल सकती हैं ताकि बीमाधारक सिर्फ़ इस कारण से अस्पताल के महंगे कमरों पर बेवजह ज़्यादा खर्च न करे क्योंकि उसने बीमा लिया है। कुछ बीमा कंपनियां छोटे दावों पर कार्रवाई करने में समय देना पसंद नहीं कर सकती हैं। इसके अलावा, कुछ परिस्थितियों में, ऐसा हो सकता है कि बीमा कंपनियां बड़ी संख्या में छोटे-छोटे नुकसानों के किसी एक जगह पर जमा होने के कारण आर्थिक दबाव के जोखिम में आना न चाहें। उदाहरण के लिए, किसी औद्योगिक क्षेत्र में आई मामूली बाढ़ के कारण उस इलाके के सभी वेयरहाउसों से कम मूल्य के छोटे-छोटे दावे सामने आ सकते हैं।

फ्रेंचाइज़: यहां फ्रेंचाइज़ का मतलब है एक थ्रेशहोल्ड सेट, जो आम तौर पर बीमा राशि के प्रतिशत के रूप में होता है, जिसके नीचे कोई भी दावा स्वीकार्य नहीं होगा, जैसा कि कटौतियों के

मामले में होता है। हालांकि, जब दावा राशि उस फ्रेंचाइज़ सीमा से अधिक होती है, तो बीमा कंपनी को पूरा दावा स्वीकार्य होता है। दूसरे शब्दों में, फ्रेंचाइज़ बीमा कंपनियों की वित्तीय ज़िम्मेदारी का न्यूनतम थ्रेशहोल्ड तय करता है।

पॉलिसी पर फ्रेंचाइज़ उसी तरह से और उन्हीं कारणों से लागू किया जाएगा जैसा थ्रेशहोल्ड से कम के दावों के मामले में कटौतियों को लागू किया जाता है। हालांकि, अगर दावा फ्रेंचाइज़ से अधिक होता है, तो नुकसान की पूरी रकम की भरपाई की जाएगी।

D. रेटिंग के कारक

ऐसे प्रासंगिक तत्व जिनका इस्तेमाल दरों को बढ़ाने और रेटिंग प्लान तैयार करने में किया जाता है उन्हें रेटिंग कारक कहा जाता है। बीमा कंपनियां जोखिम का निर्धारण करने और लिया जाने वाला मूल्य तय करने के लिए 'रेटिंग कारकों' का इस्तेमाल करती हैं।

- ✓ बीमा कंपनी आधार दर तय करने के लिए अपने आकलनों का इस्तेमाल करती है।
- ✓ फिर बीमा कंपनी इस दर को सकारात्मक बातों, जैसे कि संपत्ति जोखिम में आग से उत्कृष्ट सुरक्षा व्यवस्था के लिए लागू की गई छूट से समायोजित करती है; इसी तरह, प्रतिकूल बातों, जैसे कि परिसर में ज्वलनशील पदार्थों की मौजूदगी के लिए लगाई गई लोडिंग से दर को समायोजित किया जाता है।
- ✓ जीवन बीमा में, आम तौर पर खराब सेहत, खराब आदतों, आनुवंशिक या पेशागत कारकों के लिए लोडिंग लागू की जाती है।

मुख्य शब्द

- कटौतियां
- फ्रेंचाइज़ी

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प I है।

उत्तर 2 – सही विकल्प I है।

अध्याय C-06

दावों पर कार्रवाई

अध्याय का परिचय

बीमाधारक को बीमा का लाभ सिर्फ़ तभी मिलता है जब वह नुकसानों से प्रभावित होता है। संपूर्ण बीमा उद्योग बीमाधारक को होने वाले नुकसानों के प्रति संवेदनशील होता है और उत्पन्न होने वाले दावों को अधिक से अधिक सौहार्दपूर्ण ढंग से और जल्द से जल्द निपटाने की कोशिश करता है।

अध्ययन के परिणाम

A. नुकसान का आकलन और दावा निपटान

B. दावों की श्रेणियां

C. मध्यस्थता

D. विवादों के समाधान की अन्य प्रणालियां

इस अध्याय को पढ़ने के बाद, आपको इन बातों की समझ होनी चाहिए:

1. दावों का निपटान
2. दावे की प्रक्रियाओं का महत्व

A. नुकसान का आकलन और दावा निपटान

दावों का आकलन (नुकसान का आकलन) यह निर्धारित करने की प्रक्रिया है कि क्या बीमाधारक को हुआ नुकसान बीमा पॉलिसी में कवर किया गया था, अर्थात नुकसान किसी अपवर्जन के तहत नहीं आता है और किसी वारंटी का उल्लंघन नहीं हुआ है।

दावों का निपटान निष्पक्षता के विचारों के आधार पर होना चाहिए। बीमा कंपनी के लिए, दावों का शीघ्र निपटान उसकी सेवाओं की कार्यकुशलता का एक मानक है। दावों पर कार्रवाई करने में लगने वाले समय को लेकर हर कंपनी के पास आंतरिक दिशानिर्देश होते हैं, जिसका पालन उसके कर्मचारी करते हैं।

इसे आम तौर पर "टर्नअराउंड टाइम" (टीएटी) कहा जाता है। कुछ बीमा कंपनियों ने बीमाधारक के लिए समय-समय पर दावों की स्थिति की ऑनलाइन जांच करने की सुविधा भी प्रदान की है। कुछ बीमा कंपनियों ने दावों पर तेज़ी से कार्रवाई करने के लिए दावा केंद्र भी बनाया है।

बीमा दावे के महत्वपूर्ण पहलू

हालांकि ज़्यादातर कंपनियां अपने टर्नअराउंड टाइम (टीएटी) से बंधी होती हैं, फिर भी एजेंट के लिए उन पहलुओं को जानना महत्वपूर्ण है जिन पर दावे के निपटान के समय विचार किया जाता है। गैर-जीवन बीमा दावों के छह सबसे महत्पूर्ण पहलू नीचे दिए गए हैं।

i. क्या नुकसान का कारण बनने वाली घटना पॉलिसी के दायरे में आती है

ii. क्या बीमाधारक ने अपने हिस्से की पॉलिसी की शर्तों का पालन किया है

iii. वारंटियों का पालन करना। सर्वे की रिपोर्ट यह बताएगी कि वारंटियों का पालन किया गया है या नहीं।

iv. पॉलिसी की चालू अवधि के दौरान, प्रस्तावक द्वारा परम सद्भाव का पालन किया जाना।

v. नुकसान की घटना होने पर, बीमाधारक से इस तरह कार्य करने की अपेक्षा की जाती है मानो उसने बीमा नहीं किया हो। दूसरे शब्दों में, नुकसान को कम से कम करने के उपायों को अपनाना उसका कर्तव्य है।

vi. देय राशि का निर्धारण। हर्जाने की देय राशि बीमा राशि पर निर्भर करती है। हालांकि, देय राशि भी इन बातों पर निर्भर करेगी:

- ✓ प्रभावित संपत्ति में बीमाधारक के बीमा योग्य हित की सीमा
- ✓ बचाए गए सामान का मूल्य
- ✓ अल्पबीमा लागू किया जाना
- ✓ योगदान और प्रस्थापन की शर्तों को लागू किया जाना

जीवन बीमा संबंधी दावों के मामले में, बीमा कंपनी यह जांच करती है कि क्या -

1) पॉलिसी की शर्तों का उल्लंघन नहीं किया गया है

2) परम सद्भाव का पालन किया गया है और

3) धोखा देने के इरादे से किसी महत्वपूर्ण तथ्य को नहीं छिपाया गया है।

B. दावों की श्रेणियां

बीमा दावे इन श्रेणियों के तहत आते हैं:

i. मानक दावे

ये ऐसे दावे हैं जो पॉलिसी के नियमों और शर्तों में साफ तौर पर लिखे होते हैं। दावे का आकलन चुनी गई बीमा राशि और स्कोप के साथ-साथ बीमा की विभिन्न श्रेणियों के लिए निर्धारित क्षतिपूर्ति के अन्य तरीकों को ध्यान में रखकर किया जाता है।

ii. औसत की शर्त या औसत क्लॉज

कुछ पॉलिसियों में एक शर्त होती है जो किसी संपत्ति के वास्तविक मूल्य से कम की बीमा राशि पर बीमा करने के लिए बीमाधारक पर जुर्माना लगाती है, इसे अल्पबीमा कहा जाता है। कोई दावा उत्पन्न होने पर बीमाधारक को वह रकम मिलती है जो अल्पबीमा की मात्रा के अनुसार उसके वास्तविक नुकसान से आनुपातिक रूप से घटाकर तय की जाती है। ऐसी स्थितियां गैर-जीवन बीमा के मामले में ज़्यादा होती हैं।

iii. दैवीय घटनाओं से जुड़े खतरे – आपदाकारी नुकसान

तूफ़ान, चक्रवात, बाढ़, सैलाब और भूकंप जैसे प्राकृतिक खतरों को “दैवीय घटना” से जुड़े खतरे कहते हैं। इन खतरों से प्रभावित क्षेत्र में बीमा कंपनी की कई पॉलिसियों को नुकसान हो सकता है। गैर-जीवन बीमा दावों की कुछ श्रेणियों के आकलन के लिए सर्वेयर नियुक्त किए जाते हैं।

ऐसे बड़े और आपदाकारी नुकसानों में, सर्वेयर से फौरन नुकसान की साइट पर पहुंचकर नुकसान का शीघ्र आकलन करने और नुकसान कम करने के उपाय अपनाने को कहा जाता है। साथ ही साथ, बीमा कंपनियों के अधिकारी भी नुकसान की जगह पर जाते हैं; खास तौर पर जब इसमें शामिल नुकसान की रकम बड़ी होती हो। नुकसान की जगह पर भेजने का उद्देश्य नुकसान की प्रकृति और दायरे का फौरन और तत्काल अंदाजा लगाना होता है।

अगर सर्वेयर को नुकसान के आकलन के संबंध में कुछ समस्याओं का सामना करना पड़ता है, तो प्राथमिक रिपोर्ट भी सबमिट की जाती है; साथ ही, बीमा कंपनियों से मार्गदर्शन और निर्देश माँगा जाता है, जिसके बाद आवश्यक होने पर, सर्वेयर को बीमाधारक के साथ समस्याओं की चर्चा करने का अवसर दिया जाता है।

iv. खाते में भुगतान

गैर-जीवन बीमा दावों में, प्राथमिक रिपोर्ट के अलावा, समय-समय पर अंतरिम रिपोर्ट सबमिट की जा सकती है, जहां एक लंबी अवधि में किसी सामान को बदलने और/या मरम्मत का काम किया गया हो। अंतरिम रिपोर्ट बीमा कंपनी को नुकसान के आकलन में होने वाली प्रगति का एक अंदाजा भी देती है। साथ ही, यह बीमाधारक के अनुरोध पर, दावों के “खाते में भुगतान” की सिफ़ारिश में भी मदद करती है। यह आम तौर पर तब होता है जब नुकसान बड़ा हो और आकलन पूरा होने में कुछ समय लग सकता हो।

अगर दावा सही पाया जाता है, तो दावेदार को भुगतान करके कंपनी के रिकॉर्ड में उसकी एंट्री की जाती है। सह-बीमा कंपनियों और पुनर्बीमा कंपनियों से उचित धनराशि (अगर कोई हो) प्राप्त की जाती है। कुछ मामलों में, ऐसा हो सकता है कि बीमाधारक वह व्यक्ति न हो जिसे पैसे दिये जाने हैं।

v. डिस्चार्ज वाउचर

दावे का निपटान सिर्फ पॉलिसी के तहत डिस्चार्ज प्राप्त होने के बाद ही किया जाता है। व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के तहत चोट के दावों के लिए डिस्चार्ज रसीद का एक नमूना नीचे दिए गए अनुसार होता है: (यह अलग-अलग कंपनी के मामले में अलग-अलग हो सकता है)।

बीमाधारक का नाम	
दावा संख्या	पॉलिसी नंबर
इनसे प्राप्त हुआ	कंपनी लिमिटेड
दिनांक ____________ को या इसके आसपास, दुर्घटना के कारण लगी चोट के मामले में मुझे देय मुआवजे के पूर्ण और अंतिम निपटान के रूप में _______________ रुपये की धनराशि प्राप्त हुई; मैं उक्त दावे के संबंध में प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से उत्पन्न होने वाले मौजूदा या भविष्य के सभी दावों के अपने पूर्ण और अंतिम निपटान में कंपनी को यह डिस्चार्ज रसीद देता/देती हूँ।	
दिनांक	(हस्ताक्षर)

vi. निपटान के बाद की कार्रवाई

जोखिम अंकन के संबंध में, गैर-जीवन बीमा दावों के निपटान के बाद की जाने वाली कार्रवाई बीमा की अलग-अलग श्रेणी के मामले में अलग-अलग होती है।

उदाहरण

किसी अग्नि बीमा पॉलिसी के तहत बीमा राशि दावा भुगतान की रकम की सीमा तक कम हो जाती है। हालांकि, यथानुपात प्रीमियम भुगतान करके उस राशि को बहाल किया जा सकता है जिसे दावा भुगतान की रकम से घटा दिया गया था।

व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी के तहत पूंजीगत बीमा राशि के भुगतान पर, पॉलिसी रद्द हो जाती है।

इसी तरह, व्यक्तिगत विश्वसनीयता गारंटी पॉलिसी के तहत दावे का भुगतान होने पर पॉलिसी अपने-आप ख़त्म हो जाती है।

vii. बचाए गए सामान (साल्वेज)

साल्वेज का मतलब है क्षतिग्रस्त संपत्ति। हर्जाने का भुगतान करने पर, बचाए गए सामान का अधिकार बीमा कंपनी के पास चला जाता है।

उदाहरण

जब मोटर बीमा दावों का भुगतान पूर्ण नुकसान के आधार पर किया जाता है, तो क्षतिग्रस्त वाहन को बीमा कंपनी अपने पास रखती है। अग्नि बीमा दावे, समुद्री कार्गो बीमा दावे आदि जैसे अन्य गैर-जीवन बीमाओं में भी बचाव (साल्वेज) हो सकता है।

साल्वेज का निपटान इस प्रयोजन के लिए बीमा कंपनियों द्वारा निर्धारित प्रक्रिया के अनुसार किया जाता है। नुकसान का आकलन करने वाले सर्वेयर भी निपटान के तरीकों से जुड़े सुझाव दे सकते हैं।

viii. रिकवरी

दावों के निपटान के बाद, बीमा अनुबंधों के लिए लागू प्रस्थापन अधिकारों के तहत बीमा कंपनियां बीमाधारक के अधिकारों और उपायों के साथ-साथ भुगतान की गई हर्जाने की रकम ऐसे तीसरे पक्ष से वसूल करने की हकदार होती हैं जो संबंधित लागू कानूनों के तहत नुकसान के लिए ज़िम्मेदार हो सकते हैं। इस प्रकार, बीमा कंपनियां शिपिंग कंपनियों, रेलवे, सड़क परिवहन कंपनियों, एयरलाइन, पोर्ट ट्रस्ट अथॉरिटी आदि से हर्जानों की वसूली कर सकती हैं।

उदाहरण

कंसाइनमेंट की डिलीवरी नहीं होने के मामले में, परिवहन कंपनियां नुकसान के लिए ज़िम्मेदार होती हैं। इसी तरह, पोर्ट ट्रस्ट उन सामानों के लिए उत्तरदायी होता है जो सुरक्षित तरीके से लैंड कर गए, लेकिन उसके बाद गायब हो गए। इस प्रयोजन के लिए, दावे के निपटान से पहले, बीमाधारक से एक विधिवत मुहर लगा प्रस्थापन पत्र प्राप्त किया जाता है।

---

ix. दावा संबंधी विवाद

सबसे अच्छे प्रयासों के बावजूद, भुगतान में देरी हो सकती है, दावे का भुगतान नहीं किया जा सकता है (अस्वीकरण) या कम राशि के लिए दावा स्वीकार किया जा सकता है, जो बीमा कंपनी और बीमाधारक के बीच असंतोष और विवाद का कारण बन सकता है।

इनके अलावा, कुछ सबसे आम कारण नीचे दिए गए हैं:

- ✓ महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा नहीं करना
- ✓ कवरेज की कमी
- ✓ अपवर्जित जोखिमों के कारण नुकसान
- ✓ पर्याप्त बीमा राशि नहीं होना
- ✓ वारंटी का उल्लंघन
- ✓ अल्पबीमा, मूल्यह्रास आदि के कारण मात्रा निर्धारण से जुड़ी समस्याएं

इन सभी कारणों से बीमाधारक को उस समय काफी तकलीफ़ होती है जब वह नुकसानों के कारण पहले से वित्तीय संकट का सामना कर रहा है। उसकी तकलीफ़ को कम करने के लिए,

शिकायत निवारण और विवादों के समाधान की प्रक्रियाएं पॉलिसी में पहले से निर्धारित होती हैं। अग्नि या संपत्ति बीमा पॉलिसियों में मध्यस्थता या "आर्बिट्रेशन" की शर्त होती है।

C. आर्बिट्रेशन (मध्यस्थता)

आर्बिट्रेशन, अनुबंधों से उत्पन्न होने वाले विवादों के निपटान का एक तरीका है। आर्बिट्रेशन, मध्यस्थता और समाधान अधिनियम, 1996 के प्रावधानों के अनुसार किया जाता है। अनुबंध को लागू करने या उसके अंतर्गत विवाद को निपटाने का सामान्य तरीका कानून की अदालत में जाना है। हालांकि, ऐसे मुकदमों में बहुत देरी होती है और खर्चे भी शामिल होते हैं। मध्यस्थता कानून बीमा के पक्षों को यह अनुमति देती है कि वे अनुबंध के तहत उत्पन्न होने वाले विवादों को आर्बिट्रेशन (मध्यस्थता) की अधिक अनौपचारिक, कम महंगी और निजी प्रक्रिया के लिए सबमिट करें।

आर्बिट्रेशन (मध्यस्थता) एक या एक से अधिक मध्यस्थ (आर्बिट्रेटर) द्वारा किया जा सकता है, जिन्हें विवाद से जुड़े पक्ष खुद ही चुनते हैं। एक मध्यस्थ होने के मामले में, अनुबंध के पक्षों को उस व्यक्ति के बारे में सहमति बनानी होती है। कई व्यावसायिक बीमा पॉलिसियों में एक **आर्बिट्रेशन क्लॉज** होता है जो कहता है कि विवाद मध्यस्थता के अधीन होंगे। अग्नि और ज़्यादातर विविध बीमा पॉलिसियों में एक आर्बिट्रेशन क्लॉज होता है जो कहता है कि अगर कंपनी पॉलिसी के तहत देयता को स्वीकार कर लेती है और भुगतान की जाने वाली रकम से संबंधित कोई अंतर होता है, तो इस तरह के अंतर के मामले को मध्यस्थता के लिए भेजा जाना चाहिए। आम तौर पर, मध्यस्थ का निर्णय अंतिम माना जाता है और यह दोनों पक्षों के लिए बाध्यकारी होता है।

शर्त की बातें अलग-अलग पॉलिसी के मामले में अलग-अलग होती है। आम तौर पर, इसमें ऐसा कहा जाता है:

i. विवाद को अनुबंध के पक्षों द्वारा नियुक्त किए जाने वाले एक मध्यस्थ के निर्णय के लिए सबमिट किया जाता है; एकल मध्यस्थ नियुक्त किए जाने को लेकर दोनों पक्षों के बीच कोई असहमति होने के मामले में, विवाद को अनुबंध के पक्षों द्वारा नियुक्त किए जाने वाले दो मध्यस्थों के निर्णय के लिए भेजा जाता है।

ii. ये दो मध्यस्थ एक अंपायर की नियुक्ति करेंगे जो बैठकों की अध्यक्षता करेगा। इन बैठकों के दौरान अपनाई जाने वाली प्रक्रिया किसी कानून की अदालत में अपनाई जाने वाली प्रक्रिया के समान होती है। आवश्यक होने पर, प्रत्येक पक्ष किसी सलाहकार की मदद से अपने मामले को सामने रखता है और गवाहों की जांच की जाती है।

iii. अगर दोनों मध्यस्थ किसी निर्णय पर सहमत नहीं होते हैं, तो मामले को अंपायर के पास प्रस्तुत किया जाता है, जो फिर अपना फैसला देता है।

iv. फैसला देने वाले मध्यस्थ/मध्यस्थों या अंपायर के विवेक के आधार पर, लागतों पर निर्णय लिया जाता है।

देयता के सवाल से जुड़े विवादों को मुकदमे के ज़रिए निपटाया जाता है।

उदाहरण

अगर बीमा कंपनियां यह तर्क देती हैं कि हर्जाना देय नहीं है क्योंकि नुकसान को पॉलिसी के तहत कवर नहीं किया गया था, इस मामले का फैसला कानून की अदालत में किया जाएगा। फिर, अगर बीमा कंपनियां इस आधार पर दावे का भुगतान करने से इनकार करती हैं कि पॉलिसी अमान्य है क्योंकि इसे धोखा देने के इरादे से, महत्वपूर्ण तथ्यों का ख़ुलासा न करके लिया गया है (जो 'परम सद्भाव' के कानूनी दायित्व का उल्लंघन है), तो मामले को मुकदमे के ज़रिए हल किया जाएगा।

D. विवादों के समाधान की अन्य प्रणालियां

आईआरडीएआई के विनियमों के अनुसार, सभी पॉलिसियों में बीमाधारक के लिए उपलब्ध शिकायत निवारण प्रणाली का उल्लेख करना ज़रूरी होगा, जिसका इस्तेमाल वह किसी भी कारण से बीमा कंपनी की सेवा से संतुष्ट नहीं होने पर कर सकता है।

कारोबार की व्यक्तिगत लाइनों के तहत आने वाले दावों के मामले में, एक असंतुष्ट बीमाधारक बीमा ओम्बड्समैन से संपर्क कर सकता है। इस प्रक्रिया के बारे में अध्याय ९ में विस्तार से चर्चा की गई है। बीमा ओम्बड्समैन के कार्यालय की जानकारी पॉलिसी में दी जाती है। ओम्बड्समैन का निर्णय बीमा कंपनी के लिए बाध्यकारी होता है, लेकिन बीमाधारक के लिए नहीं।

ओम्बड्समैन के वित्तीय अधिकार और सीमाएं जैसी बातों की चर्चा भी अध्याय ९ में विस्तार से की गई है।

खुद को जांचें 1

इनमें से कौन सी गतिविधियों को दावों के पेशेवर निपटान के तहत वर्गीकृत नहीं किया जाएगा?

I. नुकसान के कारण से जुड़ी जानकारी मांगना

II. दावे पर पूर्वाग्रह के साथ विचार करना

III. यह पता लगाना कि क्या नुकसान किसी बीमित खतरे का परिणाम था

IV. दावे के तहत देय राशि का मात्रा निर्धारण करना

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प II है।

मुख्य शब्द

टर्न अराउंड टाइम
बचाए गए सामान
प्राप्तियां (रिकवरी)
दावों का आकलन

अध्याय C-07

दस्तावेज़

अध्याय का परिचय

बीमा उद्योग में हम एक बड़ी संख्या में फॉर्मों और दस्तावेज़ों पर काम करते हैं। बीमाधारक और बीमा कंपनी के बीच संबंधों में स्पष्टता लाने के लिए इन दस्तावेज़ों की ज़रूरत होती है। इस अध्याय में, हम उन दस्तावेज़ों और उनके महत्व के बारे में बात करेंगे जो प्रस्ताव के स्तर पर शामिल होते हैं।

अध्ययन के परिणाम

इन चीज़ों के महत्व को समझें:

A. प्रॉस्पेक्टस

B. प्रस्ताव फॉर्म

C. अपने ग्राहक को जानें (केवायसी) से जुड़े दस्तावेज़

इस अध्याय को जानकर, आप ये काम कर पाएंगे:

- प्रस्ताव के चरण के दस्तावेज़ों और उनके महत्व को समझना
- प्रॉस्पेक्टस के उद्देश्यों को जानना
- प्रस्ताव फॉर्म के महत्व को समझना
- एंटी मनी लॉन्ड्रिंग (एएमएल), अपने ग्राहक को जानें (केवायसी) मानकों और महत्वपूर्ण दस्तावेज़ों का मूल्यांकन करना, जो व्यावहारिक तौर पर सभी पॉलिसियों के लिए समान रूप से लागू होते हैं
- आयु प्रमाण और स्वीकार्य दस्तावेज़ों का महत्व

A. प्रॉस्पेक्टस

प्रॉस्पेक्टस, प्रस्ताव के चरण में इस्तेमाल होने वाला दस्तावेज़ है। प्रॉस्पेक्टस बीमा कंपनियों द्वारा इस्तेमाल किया जाने वाला एक औपचारिक कानूनी दस्तावेज़ है जो उत्पाद के बारे में जानकारी देता है। इसका मतलब बीमा उत्पादों की बिक्री या प्रचार करने के लिए प्रत्यक्ष, इलेक्ट्रॉनिक या किसी अन्य प्रारूप में बीमा कंपनी द्वारा जारी किया गया दस्तावेज़ हो सकता है। इस प्रयोजन के लिए, बीमा उत्पादों में ऐड-ऑन कवर/राइडर के प्रस्ताव (अगर कोई हो) भी शामिल हो सकते हैं। प्रॉस्पेक्टस एक परिचय देने वाले दस्तावेज़ जैसा है जो संभावित पॉलिसीधारक को कंपनी के उत्पादों के बारे में जानने में मदद करता है।

आईआरडीएआई (पॉलिसीधारकों के हितों की सुरक्षा) विनियम, 2017 के अनुसार, प्रॉस्पेक्टस में वे सभी तथ्य शामिल होने चाहिए जो एक संभावित पॉलिसीधारक के लिए आवश्यक हैं, ताकि वह पॉलिसी खरीदने के संबंध में एक जानकार निर्णय ले सके। इसमें बीमा के हर प्लान के लिए नीचे दी गई चीज़ें शामिल होनी चाहिएः

- संबंधित बीमा उत्पाद के लिए प्राधिकरण द्वारा आवंटित विशिष्ट पहचान संख्या या यूनीक आइडेंटिफिकेशन नंबर (यूआईएन)
- बीमा कवर का दायरा
- गारंटीकृत और गैर-गारंटीकृत लाभों/अधिकारों का दायरा (स्कोप)
- बीमा कवर की वारंटियां, अपवर्जन/अपवाद (पूरी जानकारी के साथ)
- बीमा कवर के नियम और शर्तें
- बीमा में कवर की जाने वाली आकस्मिक घटना या घटनाओं का ब्यौरा
- जीवन या संपत्ति की श्रेणी या श्रेणियां, जो ऐसे प्रॉस्पेक्टस की शर्तों में बीमा के लिए ज़रूरी शर्तें पूरी करते हैं
- प्लान प्रतिभागी है या गैर-प्रतिभागी

उत्पाद पर अनुमत ऐड-ऑन कवर (जिन्हें जीवन बीमा में राइडर भी कहते हैं) और उनके लाभों के बारे में भी बताया जाता है।

प्रॉस्पेक्टस में शामिल होने वाली अन्य महत्वपूर्ण जानकारीः

1. कवर और प्रीमियम में कोई अंतर। जैसे, अलग-अलग उम्र समूह के लिए या बीमा में प्रवेश की अलग-अलग उम्र के लिए
2. पॉलिसी नवीनीकरण की शर्तें
3. कुछ परिस्थितियों में पॉलिसी रद्द करने की शर्तें
4. अलग-अलग परिस्थितियों में लागू होने वाली छूटों या लोडिंग की जानकारी

5. प्रीमियम के साथ-साथ पॉलिसी की शर्तों में किसी भी संशोधन या बदलाव की संभावना

6. शीघ्र प्रवेश, एक ही बीमा कंपनी के साथ निरंतर नवीनीकरण, अनुकूल दावा अनुभव आदि पर पॉलिसीधारकों को इनाम देने के लिए कोई भी प्रोत्साहन

7. प्रॉस्पेक्टस में आईआरडीएआई द्वारा आवंटित उत्पाद का यूआईएन अनिवार्य रूप से शामिल होगा

8. आईआरडीएआई के विनियम यह अनिवार्य करते हैं कि प्रॉस्पेक्टस में धारा 41 की एक प्रति शामिल होगी। यह धारा नया बीमा खरीदने, भारत में जीवन या संपत्ति से संबंधित किसी भी प्रकार के बीमा को जारी रखने या उसे नवीनीकृत करने के लिए किसी भी व्यक्ति को प्रलोभन देने से रोकती है; इसमें पॉलिसी पर देय पूर्ण या आंशिक कमीशन की कोई भी छूट देना शामिल है।

विशेष रूप से, प्रॉस्पेक्टस नामांकन की सुविधा उपलब्ध होने के बारे में प्रस्तावक को सूचित करता है।

खुद को जांचें 1

इनमें से क्या आम तौर पर बीमा प्रॉस्पेक्टस का हिस्सा नहीं होता है?

I. ओम्बड्समैन का नाम

II. लाभों के दायरे की तारीख

III. अधिकार (एंटाइटलमेंट)

IV. अपवाद

B. प्रस्ताव फॉर्म

बीमा पॉलिसी बीमा कंपनी और पॉलिसीधारक के बीच एक कानूनी अनुबंध है। जैसा कि किसी भी अनुबंध के लिए आवश्यक है, इसमें एक प्रस्ताव और इसकी स्वीकृति होती है।

“प्रस्ताव फॉर्म” वह आवेदन दस्तावेज़ है जो प्रस्ताव करने के लिए किया जाता है। यह प्रस्ताव द्वारा लिखित में या इलेक्ट्रॉनिक रूप में या प्राधिकरण की मंज़ूरी वाले किसी अन्य प्रारूप में भरा जाने वाला एक फॉर्म है। इसमें बीमा कंपनी द्वारा माँगी गई सभी आवश्यक जानकारी शामिल होती है, जो यह निर्णय लेने में मदद करती है कि जोखिम कवर को स्वीकार किया जाए या उसे अस्वीकार किया जाए। अगर जोखिम को स्वीकार किया जाता है, तो बीमा कंपनी इस जानकारी के आधार पर, दिए जाने वाले कवर की दरें, नियम और शर्तें तय करती है।

परम सद्भाव का सिद्धांत और महत्वपूर्ण जानकारी का ख़ुलासा करने का दायित्व बीमा के प्रस्ताव फॉर्म से शुरू होता है। प्रस्तावक को सारी जानकारी सही तरीके से और पूरी तरह से उपलब्ध करानी होती है क्योंकि यह दस्तावेज़ बीमा प्रदान करने का आधार बनता है; ऐसे में, कोई भी गलत जानकारी देने या जानकारी को छिपाने से दावा अस्वीकार किया जा सकता है।

महत्वपूर्ण जानकारी का ख़ुलासा करने का यह दायित्व प्रस्ताव के चरण के बाद, बीमा अनुबंध को अंतिम रूप दिए जाने के बाद भी जारी रहता है। अर्थात, बीमा की अवधि के दौरान किसी भी समय होने वाले किसी भी महत्वपूर्ण बदलाव का ख़ुलासा करना गैर-जीवन बीमा पॉलिसियों के मामले में ज़रूरी होता है।

किसी बीमा पॉलिसी का आग्रह करने या कोई बीमा पॉलिसी जारी करने के दौरान प्रस्ताव फॉर्म से जुटाई गई जानकारी गोपनीय होती है और इसे किसी तीसरे पक्ष के साथ साझा नहीं किया जाना चाहिए। जहां किसी भी कारण से प्रस्ताव की जमा राशि वापस की जानी है, तो यह प्रस्ताव पर जोखिम अंकन का निर्णय लिए जाने की तारीख से 15 दिनों के भीतर रिफंड कर दिया जाना चाहिए।

आईआरडीएआई के दिशानिर्देशों के अनुसार, प्रस्ताव को स्वीकार किए जाने के 30 दिनों के भीतर, बीमाधारक द्वारा सबमिट किए गए प्रस्ताव की एक प्रति, मुफ़्त में, बीमाधारक को उपलब्ध कराना बीमा कंपनी का दायित्व है। जब भी आवश्यक हो, ग्राहक सेवा के माध्यम से, एजेंट से इन समयसीमाओं का ध्यान रखने, समय-समय पर प्रस्तावक/बीमाधारक से जानकारी लेते रहने और बातचीत करने की अपेक्षा की जाती है।

a) प्रस्ताव फॉर्म - जानकारी

प्रस्ताव फॉर्म उन दस्तावेज़ों को तैयार करने का पहला चरण है जिसके माध्यम से बीमाधारक बीमा कंपनी को यह सूचित करता है:

- ✓ वह कौन है
- ✓ उसे किस तरह के बीमा की ज़रूरत है
- ✓ वह क्या बीमा करना चाहता/चाहती है इसकी जानकारी और
- ✓ कितनी समय अवधि के लिए बीमा किया जाना है
- ✓ जोखिम का विवरण (जैसे, जीवन और स्वास्थ्य बीमा के लिए – स्वास्थ्य या पहले हुई किसी बीमारी की जानकारी दी जानी चाहिए)
- ✓ इस जानकारी में बीमा की विषय-वस्तु पर प्रस्तावित आर्थिक मूल्य और प्रस्तावित बीमा से जुड़े सभी महत्वपूर्ण तथ्य शामिल होंगे।

दूसरे शब्दों में, प्रस्ताव फॉर्म में प्रस्ताव की पहचान से जुड़ी जानकारी इकट्ठा की जाती है, जैसे कि नाम, पिता का नाम, पता और पहचान संबंधी अन्य जानकारी। ग्राहकों की सही पहचान निर्धारित करने के लिए पते का प्रमाण, पैन कार्ड, फ़ोटोग्राफ़ आदि जैसे दस्तावेज़ प्रस्ताव के साथ प्राप्त किए जाते हैं।

जीवन और स्वास्थ्य बीमा के संबंध में, प्रस्तावक के परिवार के सदस्यों (माता-पिता सहित) की जानकारी इकट्ठा की जाती है, जिसमें उनकी उम्र, स्वास्थ्य की स्थिति और पहले हुई किसी भी बीमारी के बारे में बताना ज़रूरी होता है। उत्पाद के आधार पर, बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन की

चिकित्सकीय जानकारी, व्यक्तिगत विशेषताओं और उनकी बीमारी के निजी इतिहास के बारे में भी पूछा जा सकता है।

बीमा की कई लाइनों में, बीमा की विषय-वस्तु पर प्रस्तावित आर्थिक मूल्य और प्रस्तावित बीमा के साथ जुड़े महत्वपूर्ण तथ्यों की जानकारी इकट्ठा की जाएगी।

बीमा सलाहकार की सिफारिशों के साथ ऐसी सिफ़ारिश के कारण भी प्रस्ताव फॉर्म का हिस्सा हो सकते हैं। यह घोषणा भी शामिल होगी कि जिस पॉलिसी की सिफारिश की गई है उसके बारे में प्रस्तावक को अच्छी तरह समझा दिया गया है और प्रस्तावक ने उसे स्वीकार कर लिया है।

प्रस्ताव फॉर्म में नीचे दिए गए खंड शामिल हो सकते हैं, जिसकी शुरुआत बीमा कंपनी और एजेंट की जानकारी, उत्पाद की जानकारी, बीमा राशि, प्रीमियम भुगतान का तरीका आदि से होती है। फॉर्म में इस तथ्य के प्रमाण के रूप में प्रस्तावक का हस्ताक्षर भी शामिल होगा जो प्रमाणित करेगा कि उसने खुद फॉर्म भरकर प्रस्ताव को सबमिट किया है।

माँगी जाने वाली अन्य जानकारी में प्रस्तावक का नाम, जन्म की तारीख, संपर्क की जानकारी, वैवाहिक स्थिति, राष्ट्रीयता, माता/पिता और पत्नी का नाम, शैक्षणिक योग्यताएं, आदतें और आईडी प्रमाण, परिवार का ब्यौरा, रोजगार संबंधी जानकारी, बैंक की जानकारी. नामित/नियुक्त व्यक्ति का नाम, मौजूदा बीमा की जानकारी और पॉलिसी चुनने के कारण शामिल होते हैं।

उत्पाद के आधार पर, बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन की चिकित्सकीय जानकारी, व्यक्तिगत लक्षण और बीमारी से जुड़े उनके निजी इतिहास की जानकारी माँगी जाती है।

बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन के निजी वित्तीय नियोजन से जुड़े पहलुओं के साथ-साथ उसके कामकाज के अनुभव, अनुमानित आय और खर्चे, बचत और निवेश की ज़रूरत, स्वास्थ्य, सेवानिवृत्ति और बीमा के बारे में भी पूछताछ की जा सकती है।

एजेंटों की सिफारिशों के साथ-साथ ऐसी सिफारिश की वजहें भी प्रस्ताव फॉर्म का हिस्सा बन सकती हैं। आईआरडीएआई के उपरोक्त विनियमों के अनुपालन में, एजेंट यह घोषणा करेगा कि जिस पॉलिसी की सिफारिश की गई है उसके बारे में प्रस्तावक को अच्छी तरह समझा दिया गया है और प्रस्तावक ने उसे स्वीकार कर लिया है।

बीमा कंपनियां आम तौर पर बीमा कंपनी के नाम, लोगो, पते और बीमा/उत्पाद की श्रेणी/प्रकार जिसके लिए इसका इस्तेमाल किया गया है, के साथ प्रस्ताव फॉर्म को प्रिंट करती हैं। बीमा कंपनियां परंपरागत रूप से प्रस्ताव फॉर्म में एक प्रिंटेड नोट जोड़ती हैं; हालांकि, इससे जुड़ा कोई मानक प्रारूप या प्रथा नहीं है।

b) प्रस्ताव फॉर्म में घोषणा

बीमा कंपनियां आम तौर पर प्रस्ताव फॉर्म के अंत में एक घोषणा शामिल करती हैं, जिस पर प्रस्तावक का हस्ताक्षर किया जाता है। इससे यह पक्का होता है कि बीमाधारक ने फॉर्म को सही तरीके से भरने की जहमत उठाई है और उसमें दिए गए तथ्यों को समझ लिया है, ताकि दावे के

समय तथ्यों की गलतबयानी के कारण असहमति की कोई गुंजाइश न रहे। ऐसी घोषणा सामान्य कानून से जुड़े परम सद्भाव के सिद्धांत को परम सद्भाव के संविदात्मक दायित्व में बदल देती है।

उदाहरण

ऐसी घोषणाओं के उदाहरण इस प्रकार हैं:

'मैं/हम इसके द्वारा यह घोषणा करता हूँ/करते हैं और वारंटी देता हूँ/देते हैं कि उपरोक्त बयान सभी तरह से सही और पूर्ण हैं; ऐसी कोई अन्य जानकारी नहीं है जो बीमा के आवेदन के लिए प्रासंगिक हो और उसका खुलासा आपको न किया गया हो।'

'मैं/हम इस बात से सहमत हूँ/हैं कि यह प्रस्ताव और घोषणाएं मेरे/हमारे और (बीमा कंपनी का नाम) के बीच अनुबंध का आधार बनेंगी।'

खुद को जांचें 2

इनमें से कौन सा विकल्प प्रस्ताव फॉर्म के संबंध में प्रासंगिक नहीं है?

I. परम सद्भाव

II. दावे की अपेक्षित राशि

III. महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा करने का दायित्व

IV. उपलब्ध कराई गई जानकारी की गोपनीयता

ऐसे नोट के कुछ उदाहरण इस प्रकार हैं:

'जोखिम के आकलन के लिए बीमाधारक द्वारा महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा नहीं करने, गुमराह करने वाली जानकारी देने, धोखाधड़ी करने या सहयोग नहीं करने पर, जारी की गई पॉलिसी के तहत कवर को अमान्य करार दिया जाएगा।'

'कंपनी पर कोई जोखिम नहीं होगा जब तक कंपनी प्रस्ताव को स्वीकार नहीं कर लेती और पूरा प्रीमियम भुगतान नहीं किया जाता।'

C. अपने ग्राहक को जानें (केवायसी) से जुड़े मानक

एंटी-मनी लॉन्ड्रिंग और केवायसी मानक

मनी लॉन्ड्रिंग वह प्रक्रिया है जिसके द्वारा अपराधी किसी आपराधिक गतिविधि से हुई आय के असली मूल और मालिकाना हक को छिपाने के लिए उस फंड को दूसरी जगह ट्रांसफर करते हैं। मनी लॉन्ड्रिंग की प्रक्रिया का इस्तेमाल अपराधी गैरकानूनी गतिविधियों से प्राप्त फंड को इस तरह दिखाने में करते हैं ताकि वह वैध धन लगे। इस प्रक्रिया में, वे धन के आपराधिक मूल को छिपाने और इसे वैध दिखाने की कोशिश करते हैं।

अपराधी अपने गैरकानूनी पैसे को वैध पैसा दिखाने के लिए बैंक और बीमा के साथ-साथ वित्तीय सेवाओं के इस्तेमाल की कोशिश करते हैं। वे झूठी पहचान का इस्तेमाल करके लेनदेन करते हैं।

उदाहरण के लिए, किसी तरह का बीमा खरीदना और फिर उनका मकसद पूरा हो जाने पर उस पैसे को निकालकर गायब हो जाना। भारत सहित दुनिया भर की सरकारें मनी लॉन्ड्रिंग की ऐसी कोशिशों को रोकने में लगी रहती हैं।

परिभाषा

मनी लॉन्ड्रिंग वह प्रक्रिया है जिसके द्वारा गैरकानूनी पैसे के अवैध मूल को छिपाकर उसे इस तरह अर्थव्यवस्था में लाया जाता है जिससे कि वह कानूनी रूप से प्राप्त किया गया पैसा लगे। भारत सरकार ने मनी लॉन्ड्रिंग की गतिविधियों पर लगाम लगाने के लिए पीएमएलए, 2002 की शुरुआत की है।

मनी लॉन्ड्रिंग रोकथाम अधिनियम (पीएमएलए), 2002, मनी लॉन्ड्रिंग गतिविधियों को नियंत्रित करने और मनी लॉन्ड्रिंग से प्राप्त संपत्ति को जब्त करने का प्रावधान करने के मकसद से 2005 में प्रभाव में आया।

इसके कुछ ही समय बाद आईआरडीएआई द्वारा जारी एंटी-मनी लॉन्ड्रिंग संबंधी दिशानिर्देशों में बीमा सेवाओं का अनुरोध करने वाले ग्राहकों की सही पहचान का पता लगाने, संदेहजनक लेनदेनों की रिपोर्ट करने और मनी लॉन्ड्रिंग में शामिल या इसके संदिग्ध मामलों का सही तरीके से रिकॉर्ड रखने के लिए उपयुक्त उपाय बताए गए। अनुबंध की शुरुआत में ही, सतर्क रहकर यह पक्का करना ज़रूरी है कि इसे किसी भी तरह से मनी लॉन्ड्रिंग के साधन के तौर पर इस्तेमाल नहीं किया जाएगा।

मनी लॉन्ड्रिंग रोकथाम अधिनियम, 2002 (पीएमएलए) को भारत सरकार ने 1 जुलाई 2005 से लागू किया था। इस अधिनियम के अनुसार, हर बैंकिंग कंपनी, वित्तीय संस्थान (जिसमें बीमा कंपनियां शामिल हैं) और मध्यस्थ को पीएमएलए के तहत निर्धारित सभी लेनदेनों का रिकॉर्ड रखना होगा। इसी के अनुसार, आईआरडीएआई ने 31 मार्च, 2006 को एंटी-मनी लॉन्ड्रिंग/आतंकवाद के वित्तपोषण को रोकने (एएमएल/सीएफटी) से जुड़े दिशानिर्देश जारी किए।

'अपने ग्राहक को जानें' वह प्रक्रिया है जिसका इस्तेमाल कारोबार अपने ग्राहकों (क्लाइंट) की पहचान की पुष्टि करने के लिए करते हैं। बैंक और बीमा कंपनियां पहचान की चोरी, वित्तीय धोखाधड़ी और मनी लॉन्ड्रिंग को रोकने के लिए, लगातार अपने ग्राहकों से विस्तृत जानकारी उपलब्ध कराने को कहती हैं। केवायसी दिशानिर्देशों का उद्देश्य आपराधिक तत्वों को मनी लॉन्ड्रिंग गतिविधियों के लिए वित्तीय संस्थानों का इस्तेमाल करने से रोकना है।

इसलिए, बीमा कंपनियों को अपने ग्राहकों की सही पहचान का पता लगाना ज़रूरी होता है। एजेंटों को यह पक्का करना चाहिए कि प्रस्तावक केवायसी प्रक्रिया के हिस्से के तौर पर इन चीज़ों के साथ अपना प्रस्ताव फॉर्म सबमिट करें:

i. पहचान का प्रमाण – ड्राइविंग लाइसेंस, पासपोर्ट, वोटर आईडी कार्ड, पैन कार्ड, फ़ोटोग्राफ़ आदि।

ii. पते का प्रमाण – ड्राइविंग लाइसेंस, पासपोर्ट, टेलीफोन बिल, बिजली बिल, बैंक पासबुक आदि। व्यक्तियों, कॉर्पोरेट, पार्टनरशिप फर्म, ट्रस्ट और फाउंडेशन के लिए अलग-अलग दस्तावेज़ निर्धारित किए गए हैं।

iii. आय प्रमाण से जुड़े दस्तावेज़ और वित्तीय स्थिति, खास तौर पर उच्च मूल्य वाले लेनदेनों के मामले में।

iv. बीमा अनुबंध का उद्देश्य

a) आयु प्रमाण – व्यक्तिगत लाइनों के लिए

जीवन, स्वास्थ्य, व्यक्तिगत दुर्घटना आदि जैसे व्यक्ति से जुड़े बीमा के मामले में, बीमा कंपनियां बीमाधारक की जोखिम प्रोफाइल का पता लगाने के लिए उम्र को एक महत्वपूर्ण कारक के रूप में इस्तेमाल करती हैं। चूंकि जीवन बीमा कारोबार में, उम्र बहुत महत्वपूर्ण होता है, जीवन बीमा कंपनियां उम्र संबंधी दस्तावेजों के अधिक विस्तृत मानकों का पालन करती हैं। [हालांकि, सरकार, भारतीय रिजर्व बैंक और आईआरडीएआई, केवायसी मानकों के पालन में अधिक सख्ती बरत रही हैं।] जोखिम अंकन प्रक्रिया का एक महत्वपूर्ण हिस्सा, आयु प्रमाण की पुष्टि करने के बाद, उम्र को स्वीकार करने का है।

i. मानक आयु प्रमाण

दो प्रकार के आयु प्रमाण को बीमा कंपनियां उम्र के प्रमाण के रूप में स्वीकार करती हैं। मान्य आयु प्रमाण मानक या अवमानक हो सकते हैं।

- ✓ मानक आयु प्रमाण आम तौर पर सार्वजनिक प्राधिकरण द्वारा जारी किए जाते हैं। जैसे कि नगरपालिका अन्य सरकारी संस्था द्वारा जारी जन्म प्रमाणपत्र, विद्यालय परित्याग प्रमाणपत्र, पासपोर्ट आदि।
- ✓ अवमानक प्रमाण, जब मानक आयु प्रमाण उपलब्ध न हो (इसे तुरंत स्वीकार नहीं किया जाएगा)

कुछ दस्तावेज़ों को मानक आयु प्रमाण माना जाता है जो ये हैं:

i. स्कूल या कॉलेज का प्रमाणपत्र

ii. नगरपालिका के रिकॉर्ड से निकाला गया जन्म प्रमाणपत्र

iii. पासपोर्ट

iv. पैन कार्ड

v. सेवा पंजी (सर्विस रजिस्टर)

vi. रक्षा कर्मियों के मामले में पहचान पत्र

vii. उपयुक्त प्राधिकरण द्वारा जारी किया गया विवाह प्रमाणपत्र

ii. अवमानक आयु प्रमाण

जब ऊपर बताए गए मानक आयु प्रमाण उपलब्ध नहीं होते हैं, तो जीवन बीमा कंपनी अवमानक आयु प्रमाण प्रस्तुत करने की अनुमति दे सकती है। कुछ दस्तावेज़ों को अवमानक आयु प्रमाण माना जाता है जो ये हैं:

i. जन्मपत्री/जन्मकुंडली

ii. राशन कार्ड

iii. खुद की घोषणा के तौर पर एक शपथपत्र

iv. ग्राम पंचायत का प्रमाणपत्र

खुद को जांचें 3

इनमें से क्या मान्य आयु प्रमाण के रूप में स्वीकार्य नहीं है?

I. नगरपालिका के रिकॉर्ड से निकाला गया जन्म प्रमाणपत्र

II. विधायक द्वारा जारी किया गया जन्म प्रमाणपत्र

III. पासपोर्ट

IV. पैन कार्ड

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प I है।

उत्तर 2 – सही विकल्प II है।

उत्तर 3 – सही विकल्प II है।

सारांश

- प्रॉस्पेक्टस, बीमा कंपनियों द्वारा इस्तेमाल किया जाने वाला एक औपचारिक कानूनी दस्तावेज़ है जो उत्पाद के बारे में जानकारी देता है।
- प्रस्ताव करने के लिए इस्तेमाल किए जाने वाले आवेदन दस्तावेज़ को आम तौर पर 'प्रस्ताव फॉर्म' कहा जाता है।
- कुछ दस्तावेज़ों को मानक आयु प्रमाण माना जाता है जिनमें स्कूल या कॉलेज का प्रमाणपत्र, नगरपालिका के रिकॉर्ड से निकाला गया जन्म प्रमाणपत्र आदि शामिल हैं।
- बीमा कंपनियों को अपने ग्राहकों की सही पहचान निर्धारित करनी होती है। केवायसी प्रक्रिया के हिस्से के तौर पर, पते का प्रमाण, पैन कार्ड और फ़ोटोग्राफ़ जैसे केवायसी दस्तावेज़ प्राप्त करना ज़रूरी होता है।

मुख्य शब्द

1. प्रॉस्पेक्टस
2. प्रस्ताव फॉर्म
3. नैतिक खतरा
4. अपने ग्राहक को जानें (केवायसी)
5. आयु प्रमाण
6. मानक और अवमानक आयु प्रमाण
7. फ्री-लुक अवधि

अध्याय C-08

ग्राहक सेवा

अध्याय का परिचय

इस अध्याय में आप ग्राहक सेवा के महत्व को जानेंगे। आप ग्राहकों को सेवा प्रदान करने में एजेंटों की भूमिका के बारे में जानेंगे। साथ ही, ग्राहकों से संवाद करने और संबंध बनाने का तरीका भी जानेंगे।

अध्ययन के परिणाम

A. ग्राहक सेवा – सामान्य अवधारणाएं

B. ग्राहक सेवा प्रदान करने में बीमा एजेंट की भूमिका

C. ग्राहक सेवा में संचार कौशल

D. गैर-मौखिक संचार

E. नैतिक आचरण

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप ये काम करने में सक्षम होंगेः

ग्राहक सेवा के महत्व को समझना

1. सेवा की गुणवत्ता के बारे में बताना
2. बीमा उद्योग में सेवा के महत्व की पड़ताल करना
3. बेहतर सेवा प्रदान करने में बीमा एजेंट की भूमिका के बारे में चर्चा करना
4. संचार की प्रक्रिया को समझाना
5. गैर-मौखिक संचार के महत्व को दिखाना
6. नैतिक आचरण का सुझाव देना

A. ग्राहक सेवा – सामान्य अवधारणाएं

1. ग्राहक सेवा क्यों?

ग्राहक किसी भी उद्योग का सबसे महत्वपूर्ण हिस्सा हैं; कोई भी उद्यम उनके साथ उपेक्षा का व्यवहार नहीं कर सकता। ग्राहक सेवा और संबंधों की भूमिका सेवा क्षेत्र में महत्वपूर्ण है; बीमा में भी यह उतना ही अहम है।

ग्राहकों को खुश करने के लिए हर उद्यम का अपना एक लक्ष्य होता है। इस बात को यह जांचकर समझाया जा सकता है कि कैसे बीमा खरीदना कार खरीदने से अलग है।

कार को देखकर, छूकर, टेस्ट ड्राइव लेकर और अनुभव करके खरीदा जा सकता है, जबकि कार का बीमा किसी दुर्घटना के कारण कार को नुकसान या क्षति होने पर उसकी भरपाई करने का एक वादा है। यह वादा अप्रत्यक्ष होता है – इसे देखा, छुआ या अनुभव किया नहीं जा सकता।

जहां कार का ग्राहक कार को आसानी से समझने और अनुभव करने में सक्षम होगा, वहीं बीमा का ग्राहक जिस बीमा सुरक्षा को खरीद रहा है उसका मूल्यांकन और अनुभव तभी कर पाएगा जब कोई नुकसान की घटना होगी और बीमा कंपनी दावे का निपटारा करेगी। सभी ग्राहकों को इसका अनुभव करने का मौका नहीं मिलता। बीमा में, जब ऐसी स्थिति पैदा होती है और ग्राहक को उम्मीद से बेहतर सेवा मिलती है, तो उसे बहुत खुशी होगी।

2. सेवा की गुणवत्ता

बीमा कंपनियों और उनके कर्मचारियों के साथ-साथ उनके एजेंटों के लिए उच्च गुणवत्ता वाली सेवा प्रदान करना और ग्राहक को खुश रखना आवश्यक है।

उच्च गुणवत्ता वाली सेवा क्या है? इसकी विशेषताएं क्या हैं?

सेवा की गुणवत्ता के लिए जीथमल, परशुरामन और बेरी का जाना-माना सर्वक्वाल (SERVQUAL) दृष्टिकोण, सेवा की गुणवत्ता के 5 प्रमुख संकेतकों पर प्रकाश डालता है:

a) **विश्वसनीयता:** जिस सेवा का वादा किया गया है उसे विश्वसनीय ढंग से और सही तरीके से पूरा करने की क्षमता को बेहतर सेवा का सबसे महत्वपूर्ण संकेतक माना जाता है। यही वह नींव है जिस पर विश्वास की इमारत खड़ी होती है।

b) **जवाबदेही:** यह ग्राहकों की मदद करने और ग्राहक की ज़रूरतों पर फौरन जवाब देने की सेवा कर्मियों की तत्परता और क्षमता को दर्शाती है। इसे सेवा प्रदान करने की रफ़्तार, सटीकता और प्रवृत्ति जैसे संकेतकों से मापा जा सकता है।

c) **आश्वासन:** इसका मतलब है किसी ग्राहकों की ज़रूरतों को समझने और पूरा करने में किसी कर्मचारी या एजेंट द्वारा दिखाया गया ज्ञान, सामर्थ्य और शिष्टाचार, जिससे विश्वास और भरोसा पैदा होता है।

d) **सहानुभूति:** सहानुभूति को मानवीय पहलू कहा जा सकता है। यह ग्राहकों का खयाल रखने की प्रवृत्ति और अलग-अलग ग्राहक पर विशेष ध्यान देने में दिखता है।

e) **मूर्त वस्तुएंः** यह जगह, लेआउट और स्वच्छता जैसे भौतिक पर्यावरणीय कारकों के अलावा ग्राहक के साथ अपनाए पेशेवर रवैये को दर्शाता है जो किसी सेवा प्रदाता से संपर्क करते समय ग्राहक को महसूस होता है। पहला प्रभाव लंबे समय तक बना रहता है।

3. ग्राहक सेवा और बीमा

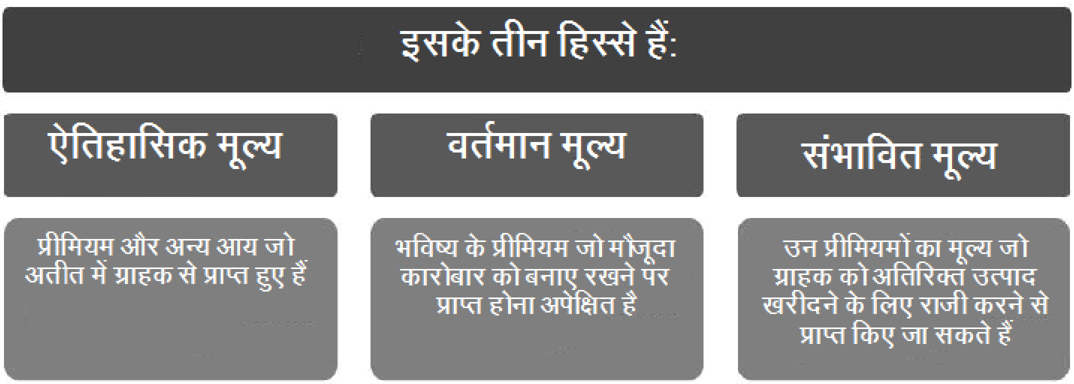
बीमा उद्योग के प्रमुख बीमा विक्रेता कहते हैं कि शीर्ष पर पहुंचने और उस पर बने रहने का रहस्य बड़ी संख्या में उन मौजूदा ग्राहकों की निष्ठा और सहयोग प्राप्त करने में छिपा है जिनकी मदद से कारोबार बढ़ता है। ये ग्राहक मौजूदा अनुबंधों के नवीनीकरण से मिलने वाले कमीशन का स्रोत होते हैं। ये नए ग्राहक प्राप्त करने के लिए महत्वपूर्ण स्रोत हो सकते हैं।

बीमा बेचने में सफलता का एक मूल मंत्र अपने ग्राहकों को अपने क्लाइंट में तब्दील करने की क्षमता है। ग्राहक वे हैं जो उत्पाद को खरीदते हैं। दूसरी ओर, क्लाइंट वे लोग हैं जिनके साथ एजेंट जीवन भर का संबंध बनाता है, जो लगातार उससे बीमा खरीदते हैं और उसकी मदद करते हैं; वे संभवतः दूसरे ग्राहकों तक पहुँचने और उनको बीमा बेचने में भी उसकी मदद करते हैं।

अपने ग्राहक को सेवा प्रदान करने की गहरी प्रतिबद्धता के साथ काम करके क्लाइंट बनाया जाता है। किसी ग्राहक को खुश रखने से एजेंट और कंपनी को कैसे फायदा होता है इसे समझने के लिए ग्राहक के आजीवन मूल्य की अवधारणा को समझना चाहिए।

ग्राहक के आजीवन मूल्य को उन आर्थिक लाभों के योग के रूप में परिभाषित किया जा सकता है जो एक लंबी अवधि में ग्राहक के साथ मजबूत संबंध बनाने से प्राप्त होते हैं।

चित्र 1: ग्राहक का आजीवन मूल्य



ऐसा एजेंट जो अपने ग्राहकों को सेवा प्रदान करता है और उनके साथ नजदीकी संबंध बनाता है, वह अपनी साख और ब्रैंड वैल्यू बनाता है, जिससे उसे कारोबार बढ़ाने में मदद मिलती है।

खुद को जांचें 1

ग्राहक के आजीवन मूल्य का क्या मतलब है?

I. ग्राहक को आजीवन सेवा प्रदान करने में किए गए खर्चों का कुल योग

II. ग्राहक से मिले कारोबार के आधार पर ग्राहक को दिया गया रैंक

III. उन आर्थिक लाभों का योग जो ग्राहक के साथ लंबी अवधि का संबंध बनाने से प्राप्त हो सकते हैं

IV. अधिकतम बीमा जो किसी ग्राहक को दिया जा सकता है

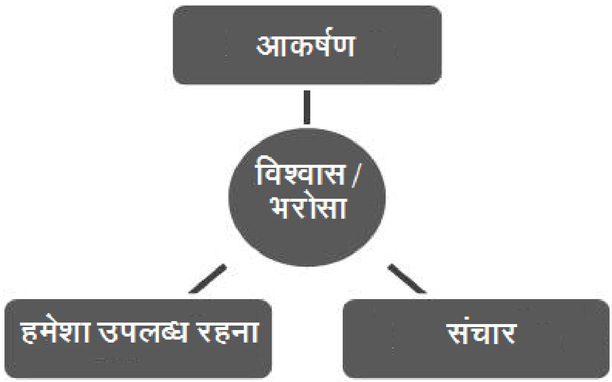
---

4. ग्राहक संबंध और सेवा

जहां ग्राहक सेवा संतुष्ट और भरोसेमंद ग्राहक बनाने में एक मुख्य तत्व है, ग्राहकों के साथ मजबूत संबंध बनाना भी आवश्यक है। बीमा कंपनी के बारे में किसी ग्राहक के विचार बीमा कंपनी द्वारा प्रदान की गई सेवा और संबंधों के अनुभव पर निर्भर करता है।

एक स्वस्थ/बेहतर संबंध कैसे बनता है? बेशक, इसके केंद्र में विश्वास ही होता है। साथ ही, कुछ अन्य तत्व भी होते हैं जो विश्वास/भरोसे को मजबूत करते और बढ़ाते हैं। आइए, इसके कुछ तत्वों को जानें।

चित्र 2: विश्वास/भरोसे के तत्व



i. हर संबंध **आकर्षण** से शुरू होता है: आकर्षण का मतलब है पसंद किया जाना और ग्राहक के साथ घनिष्ठ संबंध बनाना, जो एक शानदार पहला प्रभाव छोड़ने से शुरू होता है। आकर्षण को हर दिल का दरवाज़ा खोलने की कुंजी माना जाता है। इसके बिना कोई संबंध बनाना मुश्किल होता है। अगर ग्राहक किसी विक्रेता (सेल्स पर्सन) को पसंद नहीं करता है, तो वह विक्रेता बहुत आगे नहीं बढ़ सकता।

ii. संबंध का दूसरा तत्व मौजूदगी, अर्थात ज़रूरत होने पर उपलब्ध रहना है।

iii. **संचार**: भले ही कोई विक्रेता पूरी तरह से मौजूद न रहे और अपने ग्राहकों की सभी अपेक्षाओं को पूरा करने में असमर्थ हो, फिर भी वह **इस तरीके से संवाद करके एक मजबूत संबंध बनाए रख रखता है जिसमें आश्वासन, पूरी हमदर्दी और जिम्मेदारी का भाव दिखता हो**।

संचार के उपरोक्त आयामों के लिए अनुशासन और कौशल होना ज़रूरी है। यह आखिरकार व्यक्ति की सोच और देखने के नज़रिए में दिखता है।

कंपनियां ग्राहक संबंध प्रबंधन पर ज़ोर देती हैं, क्योंकि किसी ग्राहक को बनाए रखने की लागत एक नया ग्राहक प्राप्त करने की लागत से बहुत कम होती है। ग्राहक संबंध बनाने का अवसर हर

संपर्क बिंदु पर मौजूद होता है; जैसे कि ग्राहकों की बीमा ज़रूरतों को समझते समय, कवरेज के बारे में समझाते समय, फॉर्म भरने में मदद करते समय।

B. ग्राहक सेवा प्रदान करने में बीमा एजेंट की भूमिका

आइए, अब हम इस बात पर विचार करें कि कैसे कोई एजेंट ग्राहक को बेहतरीन सेवा प्रदान कर सकता है। यह समझना महत्वपूर्ण है कि जब बिक्री प्रतिनिधि किसी ग्राहक से संपर्क करता है तब से लेकर दावा निपटान के अंतिम बिंदु तक, ग्राहक उस अनुभव के सफर पर रहता है जिसे हम '**ग्राहक का सफर**' कहेंगे। एजेंट को अनुबंध की पूरी अवधि के दौरान ग्राहक के साथ भागीदारी करनी होती है; उस सफर के हर चरण में हाथ पकड़कर चलना होता है ताकि हर चरण पर यादगार अनुभव दिया जा सके।

आइए, अब इस सफर के कुछ अहम पड़ावों और हर चरण में निभाई जाने वाली भूमिका को जानें।

1. बिक्री

ऐसा कहा जाता है कि बिक्री एक कला और एक विज्ञान, दोनों है। यह एक विज्ञान है क्योंकि इसके लिए एक निर्धारित प्रक्रिया की ज़रूरत होती है जिसका निरंतर और सही तरीके से पालन किए जाने पर कामयाबी मिलने की संभावना बढ़ जाती है। बिक्री इस मायने में एक कला भी है कि हर बिक्री प्रतिनिधि इस प्रक्रिया में अपनी अलग धारणा, शैली और व्यक्तित्व लेकर आता है; नतीजे इस बात पर निर्भर करते हैं कि हर व्यक्ति इस प्रक्रिया में क्या योगदान करता है।

- **संभावित ग्राहक ढूंढना (प्रोस्पेक्टिंग)**: बिक्री की प्रक्रिया संभावित ग्राहक ढूंढने (प्रोस्पेक्टिंग) के साथ शुरू होती है, जिसका सीधा-सा मतलब है संभावित ग्राहक की खोज करना। खोजना महत्वपूर्ण है क्योंकि '**जब तक खोजा नहीं जाएगा, तब तक मिल नहीं पाएगा।**' यह प्रक्रिया का सबसे महत्वपूर्ण चरण है। एजेंट आम तौर पर अपने स्वाभाविक बाज़ार के साथ शुरुआत करता है, जो जान-पहचान के और आसानी से संपर्क किए जा सकने वाले लोगों से मिलकर बनता है। चुनौती ऐसे लोगों के ज़्यादा नेटवर्क से संपर्क करने की होती है जो व्यक्ति के आस-पास की दुनिया के बाहर के होते हैं – उनके बारे में जानना और उनके बीच पहचान बनाना सबसे अहम होता है।

  जिन लोगों से व्यक्ति की पहचान होती और जिन लोगों से वह संपर्क करता है, वे सभी बीमा के लिए उपयुक्त उम्मीदवार नहीं हो सकते या उनकी दिलचस्पी बीमा खरीदने में नहीं हो सकती। इसलिए, उनकी योग्यता का पता लगाना ज़रूरी होता है, ताकि सिर्फ उन लोगों को लक्ष्य बनाया जा सके जो बीमा खरीद सकते हैं। संभावित ग्राहक ढूंढने की प्रक्रिया सिर्फ तभी सफल होती है जब एजेंट संभावित ग्राहक (प्रोस्पेक्ट) के साथ मजबूत संबंध बनाने में सक्षम होता है। इसलिए, किसी भी बिक्री प्रतिनिधि का पहला काम होता है **भरोसा बेचकर विश्वास बढ़ाना।**

- ***साक्षात्कार के लिए बुलाना:*** जहां व्यक्तिगत संबंध वह नींव है जिस पर बीमा कारोबार खड़ा होता है, वहीं कमाई गई साख को बिक्री में तब्दील करना भी ज़रूरी होता है। इसकी शुरुआत तब होती है जब बिक्री प्रतिनिधि बिक्री संबंधी विस्तृत साक्षात्कार के लिए औपचारिक

मुलाकात का समय (अपॉइंटमेंट) तय करता है। यह चरण अपना पेशेवर क्रेडेंशियल बनाने के साथ-साथ कारोबार को अनौपचारिक चर्चाओं से अलग करने के लिए भी महत्वपूर्ण है।

- ***आवश्यकताओं का पता लगाना और समाधान सुझाना:*** बिक्री संबंधी साक्षात्कार में सबसे अहम वे चरण हैं जिनमें बिक्री एजेंट संभावित ग्राहक की उन सटीक आवश्यकताओं का पता लगाकर उसे बताता है जिनके लिए बीमा एक समाधान है। एक कुशल बिक्री प्रतिनिधि को संभावित ग्राहक का मार्गदर्शन करने में उसके कौशल, अच्छे सवाल पूछने की कला और सुरक्षा में उन खामियों को समझने की योग्यता से पहचाना जाता है जो बीमा की आवश्यकताओं को बढ़ा सकती हैं।

एजेंट संभावित ग्राहक की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए सही प्रकार के बीमा समाधानों के बारे में *सबसे अच्छी सलाह* देने के लिए जिम्मेदार होता है। सबसे पहले, उन सटीक आवश्यकताओं का पता लगाकर उनके बारे में संभावित ग्राहक को बताना होता है जिनके लिए बीमा एक समाधान है। इसमें खरीदे जाने वाले बीमा की रकम के बारे में सही सलाह देना भी शामिल है। उदाहरण के लिए, किसी व्यक्ति को कितनी रकम का जीवन बीमा खरीदना चाहिए, इसका संबंध उसकी आय और प्रीमियम भुगतान करने की क्षमता से जुड़ा होना चाहिए।

खास तौर पर गैर-जीवन बीमा खरीदते समय, मन में एक बुनियादी धारणा होना महत्वपूर्ण है। जहां जोखिम को अन्य तरीकों से प्रबंधित किया जा सकता है, वहां बीमा कराने की सलाह नहीं देनी चाहिए।

बीमा की ज़रूरत है या नहीं, यह परिस्थितियों पर निर्भर करता है। अगर जोखिम में शामिल नुकसान की तुलना में प्रीमियम भुगतान अधिक हैं, तो खुद ही जोखिम उठाना बेहतर होगा। दूसरी ओर, अगर जोखिम से होने वाले नुकसान गंभीर हो सकते हैं, तो उसके विरुद्ध बीमा करना बुद्धिमानी होगी।

उदाहरण

बाढ़ की संभावना वाले इलाके में रहने वाले मकान मालिक के लिए, बाढ़ के विरुद्ध ऐड-ऑन कवर खरीदना मददगार साबित होगा। दूसरी ओर, अगर मकान मालिक का मकान ऐसी जगह पर है जहाँ बाढ़ की संभावना कम है, तो ऐसा कवर लेना ज़रूरी नहीं हो सकता।

कई ग्राहकों को हर रुपये के खर्च पर अधिक से अधिक बीमा लेने की परवाह नहीं हो सकती, मगर उनकी दिलचस्पी **जोखिम से निबटने की लागत कम** करने में हो सकती है। यहाँ चिंता उन जोखिमों की पहचान करने की होगी जिन्हें ग्राहक अपने पास नहीं रख सकते और इसलिए उनका बीमा करना ज़रूरी होगा।

एजेंट तभी कामयाब होता है जब वह सबसे अच्छी सलाह देता है। एजेंट को लगातार खुद से यह पूछने की ज़रूरत होती है कि ग्राहक के सामने उसकी भूमिका क्या है। उसे सिर्फ़ बीमा बेचने के लिए नहीं, बल्कि एक प्रशिक्षक और भागीदार की तरह ग्राहक से संबंध जोड़ने के लिए ग्राहक के

पास जाना चाहिए, ताकि ग्राहक के जोखिमों को अधिक कुशलता से प्रबंधित करने में उसकी मदद कर सके।

- ***आपत्तियों से निबटना और बिक्री पूरी करना:*** सही उत्पाद खरीदने के बारे में ग्राहक को सबसे अच्छी सलाह और सुझाव देना ही काफी नहीं होगा। ग्राहक को बीमा खरीदने के लिए राज़ी करना भी ज़रूरी है। अक्सर ग्राहक के मन में कई सवाल खड़े हो सकते हैं और वे आपत्तियां भी दर्ज कर सकते हैं, जिनका हल उसके द्वारा बीमा खरीदने का फैसला लेने से पहले करना ज़रूरी है। इन सवालों से निबटते समय, यह समझना बेहद महत्वपूर्ण है जो आपत्तियां दर्ज की जा रही हैं उनमें अंतर्निहित चिंताएं छिपी हो सकती हैं जिनकी पहचान करके समाधान करना ज़रूरी है।

संक्षेप में, एक बीमा एजेंट की भूमिका सिर्फ एक बिक्री प्रतिनिधि से कहीं अधिक है। उसे **हानि निर्धारक**, **बीमालेखक (अंडरराइटर)**, **जोखिम प्रबंधन सलाहकार**, **ज़रूरत के मुताबिक समाधान देने वाला और संबंध बनाने वाला** (जो विश्वास और लंबी अवधि के संबंध बनने की कोशिश करता है) हरफनमौला इंसान होना चाहिए।

2. **प्रस्ताव का चरण**

एजेंट को बीमा का प्रस्ताव भरने में ग्राहक की मदद करनी चाहिए। बीमाधारक को प्रस्ताव में दिए गए बयानों की जिम्मेदारी लेनी होगी। प्रस्ताव फॉर्म के मुख्य पहलुओं की चर्चा आगे के अध्याय में की गई है।

एजेंट को प्रस्ताव फॉर्म में पूछे गए हर सवाल का जवाब भरने के लिए, उसके बारे में ग्राहक को अच्छी तरह समझाना और स्पष्ट करना चाहिए। सही और पूरी जानकारी देने में विफल रहने पर ग्राहक का दावा संकट में पड़ सकता है।

कभी-कभी, जब पॉलिसी को पूरा करने के लिए अतिरिक्त जानकारी की आवश्यकता होती है, तो कंपनी सीधे तौर पर या एजेंट/सलाहकार के माध्यम से ग्राहक को सूचित कर सकती है। एजेंट को ऐसी औपचारिकताएं पूरी करने में ग्राहक की मदद करने हुए यह बताना चाहिए कि यह जानकारी क्यों ज़रूरी है।

आईआरडीएआई (ई-बीमा पॉलिसी जारी करना) विनियम, 2016 में ऐसे ई-प्रस्ताव फॉर्म का प्रावधान किया गया है जो प्रत्यक्ष प्रस्ताव फॉर्म के समान होते हैं; इसमें प्रस्तावक को प्रस्ताव पर अपनी सहमति देने का प्रावधान होता है, जिसकी पुष्टि एक बार इस्तेमाल होने वाले पासवर्ड (मोबाइल फ़ोन ओटीपी) से की जा सकती है।

3. **स्वीकृति का चरण**

   a) **कवर नोट/बीमा प्रमाणपत्र**

   जोखिम अंकन की प्रक्रिया पूरी होने के बाद, पॉलिसी जारी होने में कुछ समय लग सकता है। जब पॉलिसी तैयार की जा रही हो या जब बीमा के लिए बातचीत चल रही हो और अस्थायी आधार पर कवर प्रदान करना आवश्यक हो या जब लागू होने वाली वास्तविक दर तय करने

के लिए परिसर का निरीक्षण किया जा रहा हो, तो पॉलिसी के तहत उपलब्ध सुरक्षा की पुष्टि करने के लिए एक कवर नोट जारी किया जाता है।

चूंकि कवर नोट और बीमा प्रमाणपत्र मुख्य रूप से कारोबार की समुद्री और मोटर बीमा श्रेणियों में इस्तेमाल किए जाते हैं, कवर नोट की चर्चा साधारण बीमा खंड में विस्तार से की गई है।

बीमाधारक को यह पक्का करना एजेंट की जिम्मेदारी है कि जहां लागू हो, कंपनी ने कवर नोट जारी किया है। इस संबंध में तत्परता से ग्राहक को पता चलता है कि एजेंट और कंपनी के हाथों में उसके हित सुरक्षित हैं।

b) **पॉलिसी दस्तावेज़**

पॉलिसी एक औपचारिक दस्तावेज़ है जो बीमा के अनुबंध का साक्ष्य प्रदान करता है। इस दस्तावेज़ पर भारतीय स्टांप अधिनियम, 1899 के प्रावधानों के अनुसार मुहर लगाया जाना चाहिए। बीमाधारक को पॉलिसी दस्तावेज़ प्रदान करना बीमा कंपनी का दायित्व है।

4. **प्रीमियम भुगतान**

प्रीमियम, बीमा के अनुबंध के तहत, बीमा की विषय-वस्तु का बीमा करने के लिए बीमाधारक द्वारा बीमा कंपनी को भुगतान की गई रकम या प्रतिफल है।

एक अच्छा एजेंट यह पक्का करने में पूरी दिलचस्पी दिखाता है कि बीमाधारक ने पॉलिसी लेने या उसे जारी रखने या उसका नवीनीकरण करने के लिए प्रीमियम भुगतान किया है और प्रीमियम भुगतान के लिए उपलब्ध विभिन्न विकल्पों के बारे में ग्राहक को जानकारी दी गई है।

5. **प्रीमियम भुगतान का तरीका**

बीमा पॉलिसी लेने का प्रस्ताव करने वाले किसी व्यक्ति या पॉलिसीधारक द्वारा किसी बीमा कंपनी को प्रीमियम भुगतान इनमें से किसी एक या ज़्यादा तरीके से किया जा सकता है:

a) नकदी

b) किसी मान्यता प्राप्त बैंक का नेगोशिएबल इंस्ट्रूमेंट, जैसे कि चेक, डिमांड ड्राफ़्ट, पे-ऑर्डर, बैंकर चेक जिसे भारत के किसी अनुसूचित बैंक में आहरित किया जा सके;

c) डाक मनी ऑर्डर;

d) क्रेडिट या डेबिट कार्ड;

e) बैंक गारंटी या नकद जमाराशि;

f) इंटरनेट;

g) ई-ट्रांसफर;

h) बैंक ट्रांसफर के माध्यम से, प्रस्तावक या पॉलिसीधारक या जीवन बीमाधारक के स्थायी निर्देश के ज़रिए दिए गए डायरेक्ट क्रेडिट;

i) कोई अन्य तरीका या भुगतान जिसे समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा मंज़ूरी दी जा सकती है;

आईआरडीएआई के विनियमों के अनुसार, अगर प्रस्तावक/पॉलिसीधारक नेट बैंकिंग या क्रेडिट कार्ड के माध्यम से प्रीमियम भुगतान करने का विकल्प चुनता है, तो सिर्फ नेट बैंकिंग खाते या ऐसे प्रस्तावक/पॉलिसीधारक के नाम पर जारी क्रेडिट/डेबिट कार्ड के माध्यम से भुगतान किया जाना चाहिए।

6. **पॉलिसी दस्तावेज़ जारी होने और प्रीमियम की रसीद प्राप्त होने के बाद की सेवा**

जब ग्राहक प्रीमियम भुगतान कर देता है, तब बीमा कंपनी रसीद जारी करने के लिए बाध्य होती है। अग्रिम में प्रीमियम भुगतान किए जाने के मामले में भी रसीद जारी की जाती है।

एजेंट बीमाधारक से संपर्क करके यह पूछ सकता है कि उसे बीमा कंपनी से पॉलिसी दस्तावेज़ प्राप्त हुआ है या नहीं। यह एजेंट को ग्राहक के साथ जुड़ने का एक अवसर प्रदान करता है। एजेंट ग्राहक के किसी भी संदेह को दूर कर सकता है; वह पॉलिसी के विभिन्न प्रावधानों, पॉलिसीधारक के अधिकारों और विशेषाधिकारों के बारे में समझा सकता है। इससे ग्राहक के प्रति वचनबद्धता दिखती है; साथ ही, निरंतर सहयोग और सेवा का वचन देने का भी अवसर मिलता है। ग्राहक को फ्री-लुक अवधि के प्रावधान के बारे में भी बताना चाहिए, जिसके दौरान पॉलिसी को वापस लौटाकर प्रीमियम रिफंड प्राप्त किया जा सकता है।

अगर खरीदी जा रही पॉलिसी एक इलेक्ट्रॉनिक बीमा पॉलिसी है, तो एजेंट रजिस्टर्ड इंश्योरेंस रिपॉज़िटरी के माध्यम से एक ई-बीमा खाता (ई-आई-ए) खोलने में ग्राहक की मदद कर सकता है।

इससे अगले चरण का रास्ता भी खुलता है, जो ग्राहक से उसकी पहचान के ऐसे अन्य लोगों के नाम और विवरण जानना है, जिन्हें एजेंट की सेवा से लाभ मिल सकता है। यह और भी बेहतर होगा, अगर ग्राहक/क्लाइंट खुद उन लोगों से संपर्क करके एजेंट से उनका परिचय कराता है।

7. **पॉलिसी का नवीनीकरण**

ज़्यादातर साधारण बीमा पॉलिसियों को हर साल नवीनीकृत करना होता है। साधारण बीमा पॉलिसियों के मामले में, हर बार नवीनीकरण के समय, ग्राहक के पास उसी कंपनी के साथ बीमा जारी रखने या दूसरी कंपनी चुनने का विकल्प होता है। जीवन बीमा के मामले में, अगर ग्राहक प्रीमियम भुगतान की अवधि के हिसाब से नियमित अंतरालों पर प्रीमियम भुगतान करता है, तो पॉलिसी चालू स्थिति में बनी रहेगी। यह एक बार भुगतान करने के मामले में लागू नहीं होता है।

साधारण बीमा कंपनियां आम तौर पर प्रीमियम भुगतान की अवधि खत्म होने की तारीख से पहले नवीनीकरण का नोटिस भेजती हैं, जिसमें पॉलिसी का नवीनीकरण करने के लिए कहा जाता है।

पॉलिसी का नवीनीकरण करने या उसे जारी रखने के लिए ग्राहक का विकल्प अक्सर एजेंट और कंपनी द्वारा बनाई गई साख और भरोसे पर निर्भर करता है। एजेंट को ग्राहक के संपर्क में रहना ज़रूरी होता है ताकि वह प्रीमियम भुगतान की नियत तारीख से पहले पॉलिसी का नवीनीकरण करने या उसे जारी रखने के बारे में ग्राहक को याद दिला सके।

ज़्यादा बीमा बेचने वाले एजेंट लगातार अपने ग्राहकों/क्लाइंट के संपर्क में बने रहते हैं; साथ ही, वे विभिन्न प्रकार की सेवा और संबंधों के माध्यम से उनका भरोसा और विश्वास जीतते हैं। इनमें त्यौहार या पारिवारिक कार्यक्रम जैसे विभिन्न अवसरों पर अपने ग्राहकों/क्लाइंट को शुभकामनाएं देना, उनके हर सुख-दुख में सदैव उनका साथ देना शामिल है।

8. **दावे का चरण**

सबसे बड़ी परीक्षा दावे के निपटान के समय होती है। एजेंट को यह पक्का करना होता है कि दावे को जन्म देने वाली घटना के बारे में बीमा कंपनी को फौरन सूचित किया गया है और ग्राहक सावधानी से सभी औपचारिकताओं का पालन करता है। एजेंट उन सभी जांचों में भी मदद कर सकता है जो नुकसान का आकलन करने के लिए ज़रूरी हो सकती है। एक अच्छा एजेंट दावा दर्ज करने की औपचारिकताएं तेज़ी से, सही तरीके से और अच्छी तरह से पूरी करने में ग्राहक या उसके प्रतिनिधियों की मदद करता है।

खुद को जांचें 2

उस परिदृश्य को पहचानें जहां बीमा की ज़रूरत के लिए विचार-विमर्श करना ज़रूरी नहीं है।

I. संपत्ति बीमा

II. कारोबार देयता बीमा

III. तीसरे पक्ष की देयता के लिए मोटर बीमा

IV. अग्नि बीमा

C. ग्राहक सेवा में संचार कौशल

अपने कामकाज की जगह पर प्रभावशाली प्रदर्शन करने के लिए एजेंट के पास कुछ सामान्य कौशल (सॉफ्ट स्किल) होना ज़रूरी है।

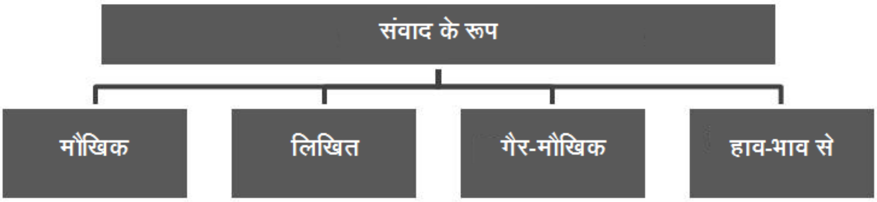
सामान्य कौशल (सॉफ्ट स्किल) कामकाज की जगह पर और बाहर, दोनों जगह दूसरों के साथ प्रभावशाली तरीके से संवाद करने की क्षमता को दर्शाता है। संचार/संवाद कौशल इन सॉफ्ट स्किल में सबसे महत्वपूर्ण है।

1. **संवाद की प्रक्रिया**

संवाद क्या है?

हर संवाद में एक प्रेषक (जो संदेश भेजता है) और एक प्राप्तकर्ता (जो उस संदेश को प्राप्त करता है) होना ज़रूरी है। जब प्राप्तकर्ता, प्रेषक के संदेश को समझ लेता है तब यह प्रक्रिया पूरी होती है।

चित्र 1: संवाद के रूप



संवाद आमने-सामने, फ़ोन पर, ईमेल या इंटरनेट के ज़रिए हो सकता है। यह औपचारिक या अनौपचारिक हो सकता है। संदेश की सामग्री या स्वरूप या इस्तेमाल किया गया साधन (मीडिया) चाहे जो भी हो, संवाद की प्रभावशीलता इस बात पर निर्भर करती है कि संदेश प्राप्त करने वाले व्यक्ति ने वह बात समझी है या नहीं, जिसके बारे में बताने की कोशिश की गई थी।

चूंकि बीमा पॉलिसी वास्तव में एक वादा है, यह बात महत्वपूर्ण है कि बीमा कंपनी ने जो वादा किया है उसे बीमाधारक ने साफ तौर पर समझ लिया है। एक मध्यस्थ के रूप में एजेंट को न केवल बीमा की शर्तों के बारे में पूर्ण, सटीक और स्पष्ट जानकारी बीमाधारक को देना होता है, बल्कि उन आशंकाओं या सवालों को पूछकर स्पष्ट करना होता है जो ग्राहक के मन में हो सकते हैं।

2. प्रभावी संवाद की बाधाएं

उपरोक्त प्रक्रिया के हर चरण में प्रभावशाली संवाद के लिए विभिन्न प्रकार की बाधाएं उत्पन्न हो सकती हैं, जिनके कारण संवाद बिगड़ सकता है। उन बाधाओं को देखना, समझना और दूर करना एक चुनौती होती है।

खुद को जांचें 3

इनमें से किसकी वजह से एक स्वस्थ/बेहतर संबंध नहीं बनता है?

I. आकर्षण

II. विश्वास/भरोसा

III. संवाद/संचार

IV. नापसंद होना

D. गैर-मौखिक संचार

आइए, अब हम उन अवधारणाओं पर गौर करें जिन्हें समझना एजेंट के लिए ज़रूरी है।

अहम जानकारी

1. **एक शानदार पहला प्रभाव छोड़ना**

संभावित ग्राहक किसी एजेंट के रंग-रूप, हाव-भाव, शिष्टाचार, पहनावे और बोली के आधार पर उसके बारे में अपनी राय बनाता है। चूंकि आकर्षण किसी संबंध का पहला स्तंभ है और पहला प्रभाव देर तक रहता है, एक अच्छा पहला प्रभाव बनाने के कुछ उपाय या सुझाव नीचे दिए गए हैं:

i. **हमेशा समय पर रहना (वक्त का पाबंद होना)**। कुछ मिनट पहले पहुँचने की योजना बनाएं, हर तरह की संभावित देरी का ध्यान रखें।

ii. **खुद को सही तरीके से पेश करना**।

✓ रंग-रूप ऐसा होना चाहिए कि एक अच्छा पहला प्रभाव बनाया जा सके

✓ पहनावा किसी बैठक या अवसर के हिसाब से सही होना चाहिए

✓ दिखने में स्वच्छ और साफ-सुथरा होना चाहिए – बाल अच्छी तरह से कटे हुए और दाढ़ी बनी हुई होनी चाहिए, कपड़े साफ-सुथरे होने चाहिए, मेक अप बढ़िया और सुव्यवस्थित होना चाहिए

iii. गर्मजोशी और विश्वास से भरी विजयी मुस्कान किसी व्यक्ति और उसके सामने बैठे इंसान को सुकून और राहत देती है।

iv. सच्चा, आत्मविश्वास से भरा और सकारात्मक होना

✓ हाव-भाव से आत्मविश्वास और भरोसा दिखना चाहिए

✓ सीधे खड़े रहना, मुस्कुराना, आँखों से आँखें मिलाकर बात करना, गर्मजोशी से हाथ मिलाना।

✓ आलोचना होने पर या बैठक अपेक्षा के अनुसार नहीं होने पर भी सकारात्मक बने रहना।

v. दूसरे व्यक्ति में दिलचस्पी – सबसे महत्वपूर्ण बात है दूसरे व्यक्ति में सच्ची दिलचस्पी दिखाना।

✓ एक इंसान के रूप में ग्राहक के बारे में पता लगाने में कुछ समय लगाना।

✓ सामने वाला व्यक्ति जो कहता है उसे अच्छी तरह ध्यान देकर सुनना।

✓ अपने ग्राहक के सामने अच्छी तरह मौजूद और उपलब्ध रहना।

✓ साक्षात्कार के समय मोबाइल फ़ोन पर ध्यान नहीं लगाना।

---

2. **शारीरिक भाषा (हाव-भाव)**

शारीरिक भाषा का मतलब है चाल-ढाल, हाव-भाव, चेहरे पर दिखने वाले भाव। हम किस तरह बात करते हैं; कैसे बैठते, खड़े होते और चलते-फिरते हैं; ये सब हमारे बारे में कुछ न कुछ कहते हैं; इनसे यह भी पता चलता है कि हमारे मन में क्या चल रहा है।

अक्सर ऐसा कहा जाता है कि वास्तव में जो बात कही जाती है लोग उसका सिर्फ एक छोटा सा प्रतिशत ही ध्यान से सुनते हैं। हम जो नहीं कहते हैं वह कहीं ज़्यादा ज़ोरदार तरीके से हमारे बारे में बताता है। ज़ाहिर है कि व्यक्ति को अपनी शारीरिक भाषा (हाव-भाव) के प्रति बहुत सावधान रहना चाहिए।

a) **आत्मविश्वास**

आत्मविश्वास और भरोसे से लबरेज़ दिखने से जुड़ी कुछ सलाहें नीचे दी गई हैं, जिनसे यह संदेश जाता है कि व्यक्ति ध्यान से सुन रहा है:

✓ मुद्रा – कंधों को पीछे रखकर सीधे खड़े रहना।

✓ आँख से आँख मिलाकर बात करना – चेहरे पर "मुस्कान" होना।

✓ सही इरादे के साथ और जान-बूझकर सकारात्मक हाव-भाव दिखाना

b) **भरोसा/विश्वास**

✓ अक्सर बिक्री प्रतिनिधि की बातों पर ज़्यादा ध्यान नहीं दिया जाता, क्योंकि सामने वाली व्यक्ति उस पर भरोसा नहीं करता – उसके हाव-भाव यह आश्वासन नहीं देते हैं कि वह जो कह रहा है उसमें कोई सच्चाई है।

3. **सुनने का कौशल**

संवाद/संचार कौशल का तीसरा सेट जिसके बारे में जानना और समझना ज़रूरी है, वो है सुनने का कौशल। यह निजी कार्यकुशलता के जाने-माने सिद्धांत पर आधारित है – 'अपनी बात समझाने से पहले सामने वाले की बात समझना ज़रूरी है।'

ध्यान देकर सुनने के लिए ज़रूरी है:

✓ कोई सवाल पूछने से पहले, बोलने वाले को अपनी हर बात पूरी करने का मौका देना।

✓ बोलने वाले की बात बीच में काटकर अपनी बात रखने की कोशिश नहीं करना।

✓ इसके लिए यह ज़रूरी होगा कि हम उसके संदेश पर विचार करें और जो बात कही गई है उसे स्पष्ट करने से जुड़े सवाल पूछें।

✓ प्रतिक्रिया देने का दूसरा तरीका है बोलने वाले की बातों को बीच-बीच में या बातचीत ख़त्म होने पर संक्षेप में उसके सामने दोहराना।

आइए, अब हम ध्यान से सुनने के लिए ज़रूरी बातों पर गौर करें:

a) **दिखाना कि वह सुन रहा है**:

✓ जैसे, व्यक्ति ये काम कर सकता है:

✓ बीच-बीच में सिर हिलाना और मुस्कुराना

✓ ऐसी मुद्रा बनाना जिससे कि सामने वाला इंसान खुलकर बात कर सके

✓ छोटी-छोटी टिप्पणियां करना, जैसे कि "समझ रहा हूँ", "सही बात है", "हाँ" और "ओह"।

b) **ध्यान देना**

बोलने वाले की बातें ध्यान देकर सुनना और उसे स्वीकार करना ज़रूरी है। ध्यान देने से जुड़े कुछ पहलू इस प्रकार हैं:

बोलने वाले को सीधे-सीधे देखना

✓ मन को भटकाने वाले विचार अलग रखना

✓ मन ही मन खंडन करने के लिए तैयार होना ठीक नहीं है

✓ ध्यान भंग करने वाली सभी बाहरी चीज़ों से बचना [जैसे, मोबाइल को साइलेंट मोड पर रखना]

✓ बोलने वाले के हाव-भाव पर "ध्यान देना"

c) **फ़िल्टर हटानाः**

हम जो भी सुनते हैं उनमें से बहुत सी बातें कई निजी फ़िल्टर की वजह से छूट जाती हैं, जैसे कि अपने अनुमान, पूर्वाग्रह, धारणाएं आदि।

किसी के प्रति पूर्वाग्रह नहीं रखना: अगर सुनने वाला व्यक्ति पूर्वाग्रह से ग्रस्त है, तो बोलने वाले की बात सुनने के बावजूद, वह सिर्फ अपनी पक्षपातपूर्ण व्याख्या के अनुसार ही उन बातों को समझ पाएगा।

d) **हमदर्दी के साथ सुनना**:

हमदर्दी का मतलब है धैर्य के सुनना और समझना; सामने वाला व्यक्ति जो कह रहा है उन बातों पर पूरा ध्यान देना, भले ही वह उनसे सहमत न हो। बोलने वाले को यह दिखाना महत्वपूर्ण है कि उसकी बात स्वीकार की गई है, सहमत होना ज़रूरी नहीं है।

e) **सही तरीके से जवाब देना**:

ध्यान देकर सुनने का मतलब है बोलने वाले व्यक्ति की बातों को सुनने से कहीं अधिक उन पर ध्यान देना। संवाद तभी पूरा हो सकता है जब सुनने वाला व्यक्ति बोलकर या हाव-भाव से, किसी न किसी तरह जवाब दे। कुछ नियमों का पालन करके यह पक्का किया जाना चाहिए कि बोलने वाले को नीचा नहीं दिखाया जा रहा है बल्कि उसे पूरा सम्मान दिया जा रहा है।

इनमें शामिल हैं:

✓ अपने जवाब में निष्पक्ष, सच्चा और ईमानदार रहना

✓ किसी व्यक्ति की राय को सम्मान के साथ स्वीकार करना

✓ दूसरे व्यक्ति के साथ ऐसा बर्ताव करना जो वह खुद के साथ चाहेगा

उदाहरण

स्पष्ट करने के लिए कहना – "मैं समझता हूँ कि हमारे कुछ हेल्थ प्लान के फायदों के बारे में शायद हम बहुत अच्छी तरह नहीं समझा पाए। क्या आप अपनी आशंकाओं के बारे में पूछकर हमारी मदद करना चाहेंगे?"

बोलने वाले की बातों को सटीक तरीके से दूसरे शब्दों में दोहराना – "आपका कहना है कि 'हमारे हेल्थ प्लान उतने आकर्षक नहीं हैं' – क्या मैंने आपकी बात को ठीक से समझा है?"

खुद को जांचें 4

इनमें से क्या सक्रिय रूप से सुनने का एक तत्व नहीं है?

I. अच्छी तरह ध्यान देना

II. बेहद पूर्वाग्रह रखना

III. हमदर्दी से सुनना

IV. सही तरीके से जवाब देना

E. नैतिक आचरण

हाल के वर्षों में, अनुचित आचरण की कई रिपोर्टें सुनने को मिली हैं, जहां कारोबार में नैतिक आचरण को लेकर गंभीर सवाल उठाए गए हैं, जो विश्वासघात का कारण बना है।

इसकी वजह से बीमा में जवाबदेही, कॉर्पोरेट गवर्नेंस और ग्राहकों के साथ निष्पक्ष तरीके से पेश आने जैसी धारणाओं पर चर्चा जारी है, जो कारोबार में "नैतिकता" का हिस्सा बनते हैं।

अपने हितों का ध्यान रखना गलत नहीं है, लेकिन दूसरों के हितों को ताक पर रखकर ऐसा करना गलत है। अनैतिक आचरण वहां होता है जहां दूसरों के लिए कोई चिंता नहीं की जाती है और खुद की चिंता बहुत अधिक होती है।

बीमा एक विश्वास का काबोबार है। विश्वासधात का मतलब धोखा है। जब संभावित ग्राहक को बीमा खरीदने के लिए लुभाने के इरादे से गलत जानकारी दी जाती है या दिया गया बीमा संभावित ग्राहक की विशिष्ट आवश्यकताओं को पूरा नहीं करता है, तो चीज़ें गलत दिशा में जाती हैं।

विभिन्न विनियमों में आईआरडीएआई द्वारा निर्धारित आचार संहिता, नैतिक आचरण की ओर ही निर्देशित है। सिर्फ़ नियमों को जान लेना ही काफी नहीं है। बीमा कंपनियों और उनके प्रतिनिधियों के लिए यह बात अधिक महत्वपूर्ण है कि प्रस्तावक/पॉलिसीधारक के हितों को हमेशा प्रमुखता दी जाए।

विशेषताएं/लक्षण: नैतिक आचरण की कुछ विशेषताएं इस प्रकार हैं:

a) ग्राहक/क्लाइंट के सर्वोत्तम हितों को खुद के प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष हितों से ऊपर रखना।

b) ग्राहक/क्लाइंट के मामलों से जुड़ी सभी कारोबारी और निजी जानकारी को लेकर पूरी गोपनीयता बरतना और उसे विशेषाधिकार मानना।

c) सभी तथ्यों का पूरी तरह से और पर्याप्त रूप से खुलासा करना, ताकि ग्राहक/क्लाइंट जानकार निर्णय ले सकें।

नीचे दी गई परिस्थितियों में नैतिकता से समझौता किए जाने की संभावना हो सकती है:

a) ऐसे दो प्लान के बीच चयन करना जिनमें से एक प्लान दूसरे के मुकाबले बहुत कम प्रीमियम या कमीशन देता हो।

b) किसी मौजूदा पॉलिसी को बंद करके एक नई पॉलिसी लेने के लिए प्रलोभन देना।

c) उन परिस्थितियों की जानकारी होना जिनके बारे में पता चलने पर ग्राहक/क्लाइंट के हितों या दावे के लाभार्थियों पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ सकता है।

खुद को जांचें 5

इनमें से क्या नैतिक आचरण की विशेषता नहीं है?

I. सटीक खुलासे करना ताकि ग्राहक को जानकार निर्णय लेने में सक्षम बनाया जा सके

II. ग्राहक/क्लाइंट के कारोबार और निजी जानकारी की गोपनीयता बनाए रखना

III. खुद के हितों को ग्राहक/क्लाइंट के हितों से आगे रखना

IV. ग्राहक/क्लाइंट के हितों को खुद के हितों से आगे रखना

सारांश

a) ग्राहक सेवा और संबंधों की भूमिका अन्य उत्पादों की तुलना में बीमा के मामले में कहीं अधिक महत्वपूर्ण है।

b) सेवा की गुणवत्ता के पाँच प्रमुख संकेतकों में विश्वसनीयता, जवाबदेही, आश्वासन, हमदर्दी और मूर्त वस्तुएं शामिल हैं।

c) ग्राहक के आजीवन मूल्य को उन आर्थिक लाभों के योग के रूप में परिभाषित किया जा सकता है जो एक लंबी अवधि में ग्राहक के साथ मजबूत संबंध बनाने से प्राप्त होते हैं।

d) ग्राहक सेवा के क्षेत्र में एक बीमा एजेंट की भूमिका बेहद महत्वपूर्ण है।

e) सक्रिय रूप से सुनने में ध्यान से सुनना, प्रतिक्रया देना और सही तरीके से जवाब देना शामिल है।

f) नैतिक आचरण में ग्राहक के हितों को खुद के हितों से आगे रखना शामिल है।

मुख्य शब्द

a) सेवा की गुणवत्ता

b) हमदर्दी

c) शारीरिक भाषा (हाव-भाव)

d) ध्यान देकर सुनना

e) नैतिक आचरण

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 - सही विकल्प III है।

उत्तर 2 - सही विकल्प III है।

उत्तर 3 - सही विकल्प IV है।

उत्तर 4 - सही विकल्प II है।

उत्तर 5 - सही विकल्प III है।

अध्याय C-09

शिकायत निवारण प्रणाली

अध्याय का परिचय

बीमा उद्योग वास्तव में एक सेवा उद्योग है जहां ग्राहक की अपेक्षाएं लगातार बढ़ रही हैं। सेवाओं के मानक को लेकर असंतोष रहता है। आधुनिक तकनीक के इस्तेमाल की मदद से, उत्पादों में निरंतर नवाचार और ग्राहक सेवा के स्तर में काफी सुधार के बावजूद, बीमा उद्योग को ग्राहक के असंतोष और खराब छवि के संदर्भ में बुरी तरह नुकसान उठाना पड़ता है। सरकार और नियामक ने स्थिति में सुधार के लिए कई तरह की पहल की है।

पॉलिसीधारक के हितों की सुरक्षा पर आईआरडीएआई का विनियम 2017 यह अनिवार्य करता है कि हर बीमा कंपनी के पास पॉलिसीधारक के हितों की सुरक्षा के लिए बोर्ड द्वारा मंज़ूर की गई अपनी नीति होनी चाहिए, जिसमें ये बातें शामिल होंगी -

i. प्रदान की जाने वाली विभिन्न सेवाओं के लिए टर्नअराउंड टाइम के साथ सेवा के पैरामीटर।

ii. शिकायतों के तेज़ी से समाधान की प्रक्रिया।

अध्ययन के परिणाम

A. शिकायत निवारण प्रणाली

B. एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस)

C. उपभोक्ता अदालतें

D. उपभोक्ता विवाद निवारण एजेंसियां

E. बीमा लोकपाल (ओम्बड्समैन)

F. सूचना का अधिकार

A. शिकायत निवारण प्रणाली

उच्च प्राथमिकता वाली कार्रवाई का समय तब होता है जब ग्राहक को कोई शिकायत होती है। याद रखें कि शिकायत के मामले में, सेवा प्रदान करने में विफल रहने के कारण ग्राहक नाराज़ हो जाता है। यह कहानी का सिर्फ एक हिस्सा है।

कई बार, ग्राहक इसलिए परेशान हो जाते हैं कि वे हालात को गलत तरीके से समझ लेते हैं। सेवा की विफलता से दो तरह की भावना पैदा होती है:

1. एक यह कि बीमा कंपनी निष्पक्ष नहीं थी (धोखा दिए जाने का भाव)
2. आत्मसम्मान को चोट पहुँचने का भाव (छोटा दिखाने और महसूस कराने की कोशिश)

ग्राहक चाहता है कि उसे महत्व दिया जाए; इस स्थिति में मानवीय स्पर्श महत्वपूर्ण होता है। एक पेशेवर बीमा सलाहकार के रूप में, सबसे पहले तो एजेंट ऐसी शिकायत वाली स्थिति पैदा होने ही नहीं देगा। वह मामले को कंपनी के उपयुक्त अधिकारी के पास लेकर जाएगा।

ग्राहक संबंध में, शिकायत एक महत्वपूर्ण "**सच्चाई का पल**" है। अगर एजेंट/कंपनी हालात का इस्तेमाल करके अपनी स्थिति स्पष्ट कर पाती है, तो दरअसल इन हालात से ग्राहक की विश्वसनीयता में सुधार हो सकता है।

याद रखें, कंपनी में कोई अन्य व्यक्ति ग्राहक/क्लाइंट की समस्याओं पर उतना ध्यान नहीं दे सकता जितना कि एक एजेंट देता है।

शिकायतें/समस्याएं हमें यह दिखाने का मौका देती हैं कि हम ग्राहक के हितों की कितनी परवाह करते हैं। वास्तव में, ये ऐसे स्तंभ हैं जिन पर बीमा एजेंट अपनी साख बनाकर कारोबार बढ़ाता है। **मौखिक प्रचार (अच्छा/बुरा), बीमा की बिक्री और सेवा प्रदान करने में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है।**

हर पॉलिसी दस्तावेज़ के अंत में शिकायत निवारण की प्रक्रिया के बारे में विस्तार से बताया जाता है। इस पर ग्राहकों का ध्यान दिलाया जाना चाहिए। विनियमों के अनुसार, पॉलिसीधारक की कोई भी शिकायत पहले बीमा शिकायत प्रकोष्ठ में भेजी जानी चाहिए। अगर संतोषजनक तरीके से इसका हल नहीं किया जाता है, तो शिकायतकर्ता एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली के माध्यम से नियामक को संपर्क कर सकता है।

B. एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस)

हर बीमा कंपनी के पास अपनी शिकायत निवारण प्रणाली होती है। बीमा कंपनियों के सभी ऑपरेटिंग/कंट्रोलिंग/कॉर्पोरेट कार्यालयों में शिकायत निवारण अधिकारी होते हैं। पॉलिसीधारक कोई भी शिकायत लेकर उनसे सीधे संपर्क कर सकता है।

आईआरडीएआई ने एक एकीकृत शिकायत निवारण प्रणाली (आईजीएमएस) शुरू की है जो एक ऑनलाइन उपभोक्ता शिकायत पंजीकरण प्रणाली के रूप में काम करती है। बीमा कंपनियों को इस प्रणाली में प्राप्त होने वाली सभी शिकायतों को पंजीकृत करना होता है। यह प्रणाली

आईआरडीएआई की आईजीएमएस के साथ एकीकृत होती है। आईजीएमएस बीमा उद्योग में शिकायतों के निवारण पर नज़र रखने में आईआरडीएआई की मदद करती है; यह बीमा शिकायत डेटा की सेन्ट्रल रिपॉज़िटरी के रूप में भी काम करती है।

पॉलिसीधारक कोई भी शिकायत लेकर पहले संबंधित बीमा कंपनी से संपर्क कर सकते हैं। अगर उसे बीमा कंपनी से कोई जवाब नहीं मिलता है या अगर वह जवाब/समाधान से संतुष्ट नहीं है, तो आईजीएमएस के तहत नियामक से संपर्क कर सकता है। शिकायत पंजीकरण प्रक्रिया में दो चरण शामिल हैं - (i) अपनी पॉलिसी की जानकारी डालकर खुद पंजीकृत करना और (ii) अपनी शिकायत पंजीकृत करके शिकायत की स्थिति देखना। उसके बाद, शिकायतें संबंधित बीमा कंपनियों के पास भेजी जाती हैं और आईआरडीएआई शिकायतों के निपटान की सुविधा प्रदान करता है।

आईजीएमएस शिकायतों और उनके निपटान में लगने वाले समय पर नज़र रखती है। शिकायतें नीचे दिए गए यूआरएल पर पंजीकृत की जा सकती हैं:

http://www.policyholder.gov.in/Integrated_ Grievance_Management.aspx

C. उपभोक्ता संरक्षण

उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम, 2019: 1986 का यह मूल अधिनियम *"उपभोक्ताओं के हितों की बेहतर सुरक्षा का प्रावधान करने और उपभोक्ता के विवादों के निपटान के लिए उपभोक्ता काउंसिलों और अन्य प्राधिकरणों के गठन का प्रावधान करने के मकसद से*" पारित किया गया था। इस अधिनियम को उपभोक्ता संरक्षण (संशोधन) अधिनियम, 2002 लाकर और उसके बाद 2019 में संशोधित किया गया। इस अधिनियम में दी गई कुछ परिभाषाएं इस प्रकार हैं:

"**सेवा**" का मतलब है ऐसी किसी भी तरह की सेवा जो संभावित उपयोगकर्ताओं को उपलब्ध कराई जाती है; इसमें बैंकिंग, फाइनेंसिंग, **बीमा**, परिवहन, प्रोसेसिंग, विद्युतीय या अन्य ऊर्जा की आपूर्ति, बोर्डिंग या लॉजिंग या दोनों, आवासीय निर्माण, मनोरंजन आदि से संबंधित सुविधाएं प्रदान करना शामिल है। **बीमा को सेवा रूप में शामिल किया गया है।** हालांकि, "सेवा" में, मुफ़्त या निजी सेवा के अनुबंध के तहत प्रदान की जाने वाली कोई भी सेवा शामिल नहीं है।

"**उपभोक्ता**" का मतलब है ऐसा व्यक्ति जो

- ✓ किसी प्रतिफल के बदले में सामान खरीदता है। इसमें ऐसे सामान का कोई भी उपयोगकर्ता शामिल है। (इसमें ऐसा व्यक्ति शामिल नहीं है जो दोबारा बिक्री के लिए या किसी कारोबारी मकसद से ऐसे सामान प्राप्त करता है) या
- ✓ किसी प्रतिफल के बदले में कोई सेवा किराये पर लेना या उसका लाभ उठाना। इसमें ऐसी सेवाओं का लाभार्थी शामिल है। (इसमें ऐसा व्यक्ति शामिल नहीं है जो किसी कारोबारी मकसद से ऐसी सेवा का लाभ उठाता है।)

"**दोष/खराबी**" का मतलब है परफ़ॉर्मेंस की गुणवत्ता, प्रकृति और तरीके में ऐसी कोई खराबी, त्रुटि, कमी, अपूर्णता जिसे किसी कानून के तहत या उसके मुताबिक बनाए रखना आवश्यक है या किसी सेवा से जुड़े अनुबंध के अनुपालन में या अन्यथा व्यक्ति ने पूरा करने का वचन दिया है।

"शिकायत" का मतलब है शिकायतकर्ता द्वारा लिखित में लगाया गया आरोप किः

- ✓ व्यापार की अनुचित प्रथा या व्यापार की प्रतिबंधात्मक प्रथा अपनाई गई है
- ✓ उसके द्वारा खरीदे गए सामानों में एक या ज़्यादा खराबियां हैं
- ✓ उसके द्वारा किराये पर ली गई या प्राप्त की गई सेवाओं में किसी प्रकार की कमी है
- ✓ वसूल की गई कीमत उस कीमत से अधिक है जो कानून ने तय की है या पैकेज पर दिखाई गई है
- ✓ ऐसे सामान जो इस्तेमाल किए जाने पर जीवन और सुरक्षा के लिए खतरनाक होंगे, उन्हें ऐसे किसी कानून के प्रावधानों के ख़िलाफ़ सार्वजनिक तौर पर बिक्री के लिए उपलब्ध कराया गया है जिसके अनुसार व्यापारी को ऐसे सामानों की सामग्री, तौर-तरीके और प्रभाव के संबंध में जानकारी प्रदर्शित करना आवश्यक है।

"**उपभोक्ता विवाद**" का मतलब है ऐसा विवाद जहां जिस व्यक्ति के ख़िलाफ़ शिकायत दर्ज की गई है, वह शिकायत में मौजूद आरोपों से इनकार करता है और विवाद दर्ज करता है।

D. उपभोक्ता विवाद निवारण एजेंसियां

उपभोक्ता विवाद निवारण एजेंसियां जिला, राज्य और राष्ट्रीय स्तरों पर गठित की गई हैं।

i. जिला उपभोक्ता विवाद निवारण आयोग

- ✓ **जिला उपभोक्ता विवाद निवारण आयोग** (जिला आयोग) का अधिकार क्षेत्र उन शिकायतों पर ध्यान देने का है जहां सामानों या सेवाओं का मूल्य 1 करोड़ रुपये से अधिक नहीं है। जिला आयोग के पास एक सिविल कोर्ट के अधिकार हैं।

ii. राज्य उपभोक्ता विवाद निवारण आयोग

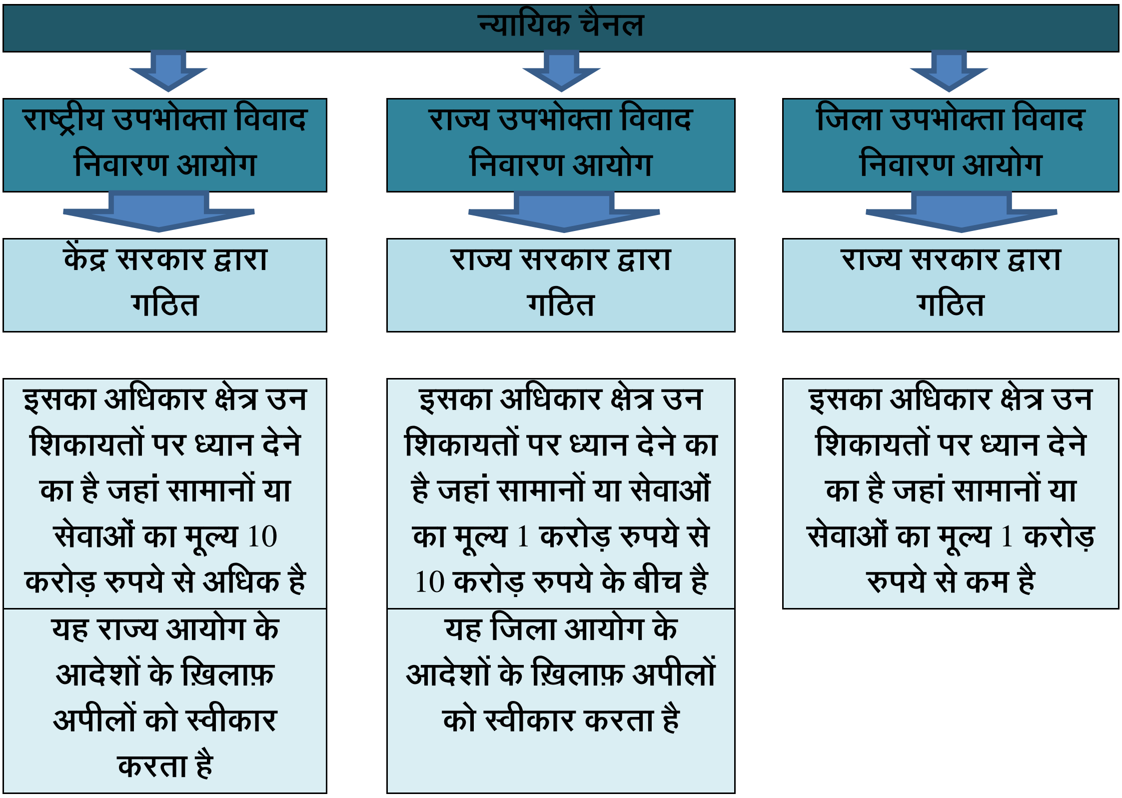
- ✓ **राज्य उपभोक्ता विवाद निवारण आयोग** (राज्य आयोग) का मूल अधिकार क्षेत्र उन शिकायतों पर ध्यान देने का है जहां सामानों/सेवाओं का मूल्य और मुआवजे का दावा (यदि कोई हो) 1 करोड़ रुपये से अधिक है लेकिन 10 करोड़ रुपये से अधिक नहीं है।
- ✓ इसके लिए अपील और निगरानी का अधिकार क्षेत्र जिला आयोग की अपीलों पर ध्यान देने का भी है।
- ✓ अन्य शक्तियां और अधिकार जिला आयोग की शक्तियों और अधिकारों के समान हैं।

iii. राष्ट्रीय उपभोक्ता विवाद निवारण आयोग

- ✓ राष्ट्रीय उपभोक्ता विवाद निवारण आयोग (राष्ट्रीय आयोग) अधिनियम के तहत गठित अंतिम प्राधिकरण है।
- ✓ इसका मूल अधिकार क्षेत्र उन विवादों को निपटाने का है जहां सामानों/सेवाओं और मुआवजे का दावा 10 करोड़ रुपये से अधिक होता है।
- ✓ इसके लिए अपील और निगरानी का अधिकार क्षेत्र राज्य आयोग द्वारा पारित आदेशों पर की गई अपीलों की सुनवाई करने का है।

जिला आयोग, राज्य आयोग या राष्ट्रीय आयोग द्वारा दिए गए हर आदेश को उसी तरीके से लागू किया जाएगा मानो यह किसी अदालत द्वारा पहले के किसी मुकदमे में दिया गया फैसला हो। राष्ट्रीय आयोग के आदेशों के ख़िलाफ़ अपील सिर्फ़ सर्वोच्च न्यायालय में की जानी चाहिए।

चित्र 1: उपभोक्ता विवाद निवारण के चैनल



a) शिकायत दर्ज करने की प्रक्रिया

उपरोक्त सभी तीन एजेंसियों में शिकायत दर्ज करने की प्रक्रिया बहुत सरल है। राज्य आयोग या राष्ट्रीय आयोग के पास शिकायत दर्ज करने या अपील दायर करने का कोई शुल्क नहीं है। शिकायतकर्ता खुद ही या अपने अधिकृत एजेंट के ज़रिए शिकायत दर्ज कर सकता है। इसे खुद दायर किया जा सकता है या डाक से भी भेजा जा सकता है। यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि शिकायत दर्ज कराने के लिए किसी वकील की मदद लेना ज़रूरी नहीं है।

b) **उपभोक्ता आयोग के आदेश**

अगर आयोग इस बात से संतुष्ट है (क) कि जिन सामानों पर विवाद दर्ज किया गया है उनमें शिकायत में बताए गए दोष मौजूद हैं या (ख) कि सेवाओं के बारे में लगाए गए आरोप साबित हो गए हैं; तो वह दूसरे पक्ष को इनमें से कोई काम करने के लिए आदेश जारी कर सकता है:

i. शिकायतकर्ता को वह मूल्य (या बीमा के मामले में प्रीमियम) और/या शुल्क वापस करना जो उसने भुगतान किया था।

ii. दूसरे पक्ष की लापरवाही के कारण उपभोक्ता को हुए किसी भी नुकसान या चोट के लिए उपभोक्ता को मुआवजे की रकम भुगतान करने का आदेश देना।

iii. जिस सेवा पर विवाद किया गया है उसकी कमियों या खराबियों को दूर करना।

iv. व्यापार के अनुचित तौर-तरीके या व्यापार की प्रतिबंधात्मक प्रथा को अपनाना बंद करना या उन्हें नहीं दोहराना।

v. शिकायतकर्ताओं के लिए पर्याप्त लागतों का प्रावधान करना।

c) **शिकायतों की प्रकृति**

बीमा कारोबार के संबंध में तीनों आयोगों के पास ज़्यादातर उपभोक्ता विवाद इन मुख्य श्रेणियों के अंतर्गत आते हैं:

i. दावों के निपटान में देरी

ii. दावों का निपटारा नहीं करना

iii. दावों को अस्वीकार करना

iv. नुकसान की रकम या मात्रा

v. पॉलिसी के नियम, शर्तें आदि

E. बीमा लोकपाल (ओम्बड्समैन)

केंद्र सरकार ने बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 के अधिकारों के तहत 25 अप्रैल 2017 को सरकारी राजपत्र में प्रकाशित अधिसूचना के ज़रिए **बीमा ओम्बड्समैन नियमावली**, 2017 बनाई है।

बीमा लोकपाल (ओम्बड्समैन) से संबंधित नियम बीमा की सभी व्यक्तिगत लाइनों, समूह बीमा पॉलिसियों, एकल प्रोप्राइटरशिप या माइक्रो एंटरप्राइज़ को जारी की गई पॉलिसियों से जुड़ी शिकायतों के संबंध में सभी बीमा कंपनियों, उनके एजेंटों और मध्यस्थों/बिचौलियों पर लागू होते हैं। [यहां 'व्यक्तिगत लाइनों' का मतलब है कॉर्पोरेट इकाइयों को बेचे जाने वाले बीमा के विपरीत,

व्यक्तिगत क्षमता में लिया गया बीमा।] इनसे जुड़ी शिकायतें - (क) दावों के निपटान में आईआरडीएआई द्वारा निर्धारित समयसीमा से अधिक की देरी, (ख) बीमा कंपनी द्वारा आंशिक या पूर्ण रूप से दावे को अस्वीकार किया जाना, (ग) बीमा पॉलिसी के संबंध में देय या भुगतान किए गए प्रीमियम से जुड़े विवाद, (घ) पॉलिसी दस्तावेज़ या पॉलिसी अनुबंध में किसी भी समय पॉलिसी के नियमों और शर्तों की गलतबयानी, (ङ) बीमा पॉलिसियों का कानूनी ढ़ांचा जो दावे पर असर डालता है; और (च) बीमा कंपनियों, उनके एजेंटों और मध्यस्थों के ख़िलाफ़ पॉलिसी की सेवा प्रदान करने और उनसे जुड़ी शिकायतें।

a) ऐसी जीवन बीमा पॉलिसी, साधारण बीमा पॉलिसी और स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी जारी करना जो प्रस्तावक द्वारा जमा किए गए प्रस्ताव फॉर्म के अनुरूप नहीं है।
b) जीवन बीमा, साधारण बीमा और स्वास्थ्य बीमा में प्रीमियम प्राप्त होने के बाद भी बीमा पॉलिसी जारी नहीं करना और
c) बीमा अधिनियम, 1938 के प्रावधानों या आईआरडीएआई द्वारा समय-समय पर जारी किए गए विनियमों, नियमों, दिशानिर्देशों या निर्देशों अथवा पॉलिसी अनुबंध के नियमों और शर्तों के उल्लंघन के परिणाम स्वरूप होने वाला कोई अन्य मामला, जहां तक क्लॉज (a) से लेकर (f) तक में वर्णित बातों से उसका संबंध है।

इन नियमों का उद्देश्य उपरोक्त सभी प्रकार की शिकायतों का किफ़ायती और निष्पक्ष तरीके से समाधान करना है।

ओम्बड्समैन, बीमाधारक और बीमा कंपनी की आपसी सहमति से, संदर्भ की शर्तों के दायरे में, एक मध्यस्थ और सलाहकार के रूप में काम कर सकता है।

शिकायत को स्वीकार या अस्वीकार करने के संबंध में ओम्बड्समैन का निर्णय अंतिम है।

a) ओम्बड्समैन से शिकायत

ओम्बड्समैन से कोई भी शिकायत लिखित में की जानी चाहिए और उस पर बीमाधारक या उसके कानूनी वारिसों, नामिती या समनुदेशिती का हस्ताक्षर होना चाहिए; इसे उस ओम्बड्समैन के पास भेजा जाना चाहिए जिसके अधिकार क्षेत्र में बीमा कंपनी की शाखा/कार्यालय है। इसमें वे तथ्य मौजूद होने चाहिए जो शिकायत को जन्म देते हैं; इसमें समर्थक दस्तावेज़, शिकायतकर्ता को हुए नुकसान की प्रकृति और सीमा के अलावा माँगी गई राहत की जानकारी भी मौजूद होनी चाहिए।

ओम्बड्समैन से तक शिकायत की जा सकती है जबः

i. शिकायतकर्ता ने बीमा कंपनी को पहले कोई लिखित प्रतिनिधित्व दिया हो औरः
   - ✓ बीमा कंपनी ने शिकायत को अस्वीकार कर दिया हो या
   - ✓ बीमा कंपनी को शिकायत प्राप्त होने के एक महीने के भीतर शिकायतकर्ता को कोई जवाब नहीं मिला हो।

ii. शिकायतकर्ता बीमा कंपनी द्वारा दिए गए जवाब से संतुष्ट नहीं है

iii. बीमा कंपनी द्वारा अस्वीकार किए जाने की तारीख से एक साल के भीतर शिकायत की गई है

iv. शिकायत किसी भी अदालत या उपभोक्ता आयोग या मध्यस्थता में लंबित नहीं है

v. खर्चों के दावे के साथ दावे का मूल्य 30 लाख रुपये से अधिक नहीं है।

b) **ओम्बड्समैन की सिफ़ारिशें/सुझाव**

ओम्बड्समैन शिकायतों की प्रतियां शिकायतकर्ता और बीमा कंपनी, दोनों को भेजेगा। ओम्बड्समैन शिकायत प्राप्त होने के एक महीने के भीतर अपनी सिफ़ारिशें/सुझाव देगा।

c) **फैसला/अवार्ड**

विवाद का निपटारा मध्यस्थता से किया जा सकता है। अगर यह संभव नहीं है, तो ओम्बड्समैन शिकायतकर्ता से माँगी गई सभी जानकारी प्राप्त होने की तारीख से 3 महीने की अवधि के भीतर बीमाधारक के लिए एक अवार्ड पारित करेगा जो उसके विचार में सही होगा और इस अवार्ड की एक प्रति शिकायतकर्ता और बीमा कंपनी को भेजेगा।

बीमा कंपनी अवार्ड प्राप्त होने की तारीख से 30 दिनों के भीतर उस अवार्ड का पालन करेगी और उसके अनुपालन के बारे में ओम्बड्समैन को सूचित करेगी। ओम्बड्समैन का अवार्ड बीमा कंपनी के लिए बाध्यकारी होगा।

F. सूचना का अधिकार

बीमा में शिकायत निवारण के लिए निर्धारित नियमों और विनियमों के अलावा, कुछ ऐसे सामान्य कानून हैं जो देश में सभी के लिए समान रूप से लागू होते हैं। भारत सरकार द्वारा लागू किया गया सूचना का अधिकार (आरटीआई) अधिनियम, 2005 एक महत्वपूर्ण कानून है जो भारत के नागरिकों को सार्वजनिक प्राधिकरणों के पास उपलब्ध जानकारी की पहुंच प्रदान करता है जिससे इन संगठनों में पारदर्शिता और जवाबदेही को बढ़ावा मिलता है। यह अधिनियम जानकारी प्राप्त करने के अनुरोधों का जवाब देने के लिए एक मुख्य लोक सूचना अधिकारी (सीपीआईओ) की नियुक्ति का प्रावधान करता है। आईआरडीएआई उक्त अधिनियम के प्रावधानों के अनुसार, आम जनता को जानकारी प्रदान करने के लिए बाध्य है। एजेंटों को यह पता होना चाहिए कि आरटीआई अधिनियम के तहत, आईआरडीएआई और बीमा कंपनियों को ग्राहकों और अन्य लोगों के पास कुछ जानकारी का ख़ुलासा करना पड़ सकता है; साथ ही, कार्य, दस्तावेज़, रिकॉर्ड, दस्तावेज़ों/रिकॉर्ड के एक्स्ट्रैक्ट या प्रमाणित प्रतियां और इलेक्ट्रॉनिक फॉर्म में संग्रहित जानकारी की जांच करने की अनुमति भी देनी पड़ सकती है। हालांकि, जानकारी की कुछ ऐसी श्रेणियां भी हैं जिन्हें ख़ुलासा करने की बाध्यता से अलग रखा गया है।

खुद को जांचें 1

__________________ का अधिकार क्षेत्र उन शिकायतों पर ध्यान देना है जहां सामानों या सेवाओं का मूल्य और मुआवजे का दावा 1 करोड़ रुपये तक का है।

I. जिला आयोग

II. राज्य आयोग

III. जिला परिषद्

IV. राष्ट्रीय आयोग

सारांश

- आईआरडीएआई ने एक एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस) लागू की है जो बीमा शिकायत डेटा की सेन्ट्रल रिपॉज़िटरी के रूप में और बीमा उद्योग में शिकायत निवारण की निगरानी करने के एक साधन के तौर पर काम करती है।
- उपभोक्ता विवाद निवारण एजेंसियां हर जिले और राज्य के साथ-साथ राष्ट्रीय स्तर पर गठित की गई हैं।
- जहां तक बीमा कारोबार का संबंध है, ज़्यादातर उपभोक्ता विवाद दावे के निपटान में देरी, दावे का निपटान नहीं करने, दावों को अस्वीकार करने, नुकसान की मात्रा, पॉलिसी के नियम और शर्तें आदि जैसी श्रेणियों में आते हैं।
- ओम्बड्समैन, बीमाधारक और बीमा कंपनी की आपसी सहमति से, संदर्भ की शर्तों के दायरे में, एक मध्यस्थ और सलाहकार के तौर पर काम कर सकता है।
- अगर मध्यस्थता से दावों का निपटारा नहीं किया जाता है, तो ओम्बड्समैन बीमाधारक को ऐसा अवार्ड पारित करेगा जो उसकी नज़र में सही होगा; यह उस रकम से अधिक का नहीं होगा जो बीमाधारक के नुकसान को कवर करने के लिए आवश्यक है।

मुख्य शब्द

1. एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस)
2. उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम, 2019
3. जिला आयोग
4. राज्य आयोग
5. राष्ट्रीय आयोग
6. बीमा लोकपाल (ओम्बड्समैन)

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही उत्तर I है।

अध्याय C-10

बीमा विपणन फर्म के लिए विनियामक पहलू

अध्याय से परिचय

इस अध्याय में हम, बीमा विपणन फर्म के लिए विनियामक पहलू पर चर्चा करेंगे

सीखने के परिणाम

A. बीमा विपणन फर्म के लिए विनियामक पहलू

A. बीमा विपणन फर्म

बीमा विपणन फर्म विनियमों का पंजीकरण 21 जनवरी 2015 से प्रभावी हुआ.

1. परिभाषाएँ:

i) "अधिनियम" से तात्पर्य बीमा अधिनियम,1938 (1938 का 4) से है, जिसे समय-समय पर संशोधित किया जाता है.

ii) "आवेदक" से तात्पर्य

a. कंपनी अधिनियम, 2013 (2013 का 18) या उसका कोई अधिनियम या किसी पूर्व कंपनी कानून के अंतर्गत जो उस समय प्रभावी था के अंतर्गत गठित कंपनी; या

b. सीमित देयता भागीदारी और सीमित देयता भागीदारी अधिनियम 2008 के अंतर्गत पंजीकृत और गठित; या

c. को-ओपरेटिव सोसाइटी अधिनियम, 1912 या को-ओपरेटिव सोसाइटी के कानून के अंतर्गत पंजीकृत को-ओपरेटिव सोसाइटी; या

d. कोई अन्य व्यक्ति जिसे बीमा विपणन फर्म के रूप में कार्य करने के लिए प्राधिकरण द्वारा मान्यता दी जा सकती है.

iii) 'अनुमोदित संस्थान' से तात्पर्य शिक्षा और/या विशेष रूप से बीमा बिक्री, सेवा और विपणन के क्षेत्र में प्रशिक्षण में लगी संस्थानों को समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित और अधिसूचित है.

iii-a 'आकांक्षी जिल्हे' से तात्पर्य वह जिला जिसे भारत सरकार के नीति आयोग या किसी अन्य आर्थिक रूप से पिछड़े जिल्हे के रूप में प्राधिकरण द्वारा मान्यता प्राप्त हो सकता है.

iv) 'प्राधिकरण' से तात्पर्य

v) 'परीक्षण निकाय इन विनियमों के प्रयोजन के लिए परीक्षा आयोजित करने के लिए प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित परीक्षा निकाय है.

vi) 'वित्तीय सेवा कार्यकारी'(एफएसई) वह व्यक्ति है जो बीमा विपणन फर्म द्वारा नियोजित है और नियामक द्वारा विनिर्दिष्ट उत्पादों को बाजार के लिए प्राधिकृत करने के अलावा संबधित वित्तीय नियामक द्वारा जारी वैध लाईसेंसधारक है.

vii) 'उपयुक्त और उचित' से तात्पर्य बीमा विपणन फार्म के रूप में कार्य करने के लिए प्रमुख अधिकारी, निदेशकों या हिस्सेदारों सहित किसी आवेदक को लाईसेंस देने के लिए उपुक्तता निर्धारित करने का मानदंड देता है.

viii) 'बीमा विपणन फर्म' वह निकाय है जो नियामक द्वारा निर्दिष्ट बीमा उत्पादों की मांग या खरीद करने के लिए प्राधिकरण द्वारा पंजीकृत, नियामक द्वारा विनिर्दिष्ट बीमा सेवा गतिविधियों को करने के लिए नियामक' द्वारा निर्दिष्ट और अन्य वित्तीय उत्पादों को वितरित करने के लिए निर्दिष्ट व्यक्तियों को बाज़ार में लाइसेन्स देने, वितरित करने और सेवा प्रदान करने के लिए ऐसे अन्य वित्तीयउत्पादों हेतु नियुक्त व्यक्ति.

ix) "बीमा बिक्री करने वाले व्यक्ति"(आईएसपी) वह एकल नियुक्त जो बीमा विपणन फर्म द्वारा बीमा उत्पादों की मांग या खरीद करने के लिए नियोजित किया गया है.

x) "बीमा सेवा गतिविधियों से है जो निम्नलिखित विनियामक में बताई गई है.

xi) बीमा विपणन फर्म में “प्रमुख अधिकारी” से तात्पर्य निदेशक या हिस्सेदार या अन्य अधिकारी या कर्मचारी जिसे पदस्थ किया गया है और जो प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित है जिसे बीमा विपणन फर्म की गतिविधियों का विशेष रूप से पर्यविक्षण करने के लिए और जिसे अपेक्षित योग्यता और व्यावहारिक प्रशिक्षण प्राप्त किया है और जिन्होंने इन विनियमों के अंतर्गत आवश्यक परीक्षा उत्तीर्ण की है.

xii) “विनियम” का तात्पर्य है भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (बीमा विपणन फर्म का पंजीकरण) विनियम 2015.

2. इन विनियमों का दायरा और प्रयोज्यता :

यह विनियम आवरित करेंगे

a. (i) बीमाकर्ताओं के साथ टाई-अप

बीमा विपणन फर्म (आईएमएफ) बीमा बिक्री करने वाले व्यक्तियों (आईएसपी) को किसी भी समय अधिनियम दो जीवन बीमाकर्ताओं, दो साधारण बीमाकर्ताओं और दो स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं के बीमा उत्पादों की याचना और खरीद के उद्देश्य से नियुक्त करेगा, जिसकी सूचना प्राधिकरण के अंतर्गत हो.

बशर्ते कि, दो साधारण बीमाकर्ताओं के अलावा, बीमा विपणन फर्म के पास अग्रीकल्चर इंश्योरंस कंपनी ऑफ इंडिया लिमिटेड (एआईसी) और एक्सपोर्ट क्रेडिट के साथ जुडने का विकल्प होगा (ईसीजीसी).

बशर्ते कि, बीमाकर्ताओं के साथ जुड़ाव में कोई भी परिवर्तन बीमा विपणन फर्म और बीमाकर्ता के बीच किए गए समझौते की शर्तों द्वारा नियंत्रित किया जाएगा, जिसमें संबन्धित बीमाकर्ता द्वारा मौजूदा पोलिसिधारकों को सेवा प्रदान करने के लिए, रद्दीकरण/समाप्ती/समझौते की निरंतरता की उपयुक्त व्यवस्था की जाएगी.

बीमा विपणन फर्म इस संबंध में प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट प्रारूप में बीमाकर्ताओं के साथ जुड़ाव में ऐसे किसी भी बदलाव के बारे में प्राधिकरण को सूचित करेगी.

(ii) बीमा विपणन फर्मो के लिए अनुमत उत्पाद:
बीमा विपणन फर्म को निंलिखित मांग और खरीद की अनुमति दी जाएगी:

1. फसल बीमा सहित व्यक्तिगत और/ या खुरदुरा आधार पर बेचे जाने वाले सभी प्रकार के उत्पाद गैर ऋणी किसानों और कोम्बी उत्पादों के लिए.
2. सूक्ष्म, लघु और मध्यम उद्यमों (एसएसएमआई) के लिए संपत्ति, समूह व्यक्तिगत दुर्घटना, समूह स्वस्थय, जी एसएलआई और आवधिक बीमा पॉलिसियाँ, आईएमएफ को एमएसएमआई को छोडकर किसी ही खंड के लिए व्यवसाय की वाणिज्यिक लाइनों की मांग और खरीद करने कीअनुमति नहीं होगी.

स्पष्टीकरण: इन विनियमों के प्रयोजन के लिए,

a. “कौम्बी उत्पाद” से तात्पर्य प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित जीवन, साधारण और स्वस्थ्य बीमा के उत्पादों के किसी भी संयोजन से है.
b. “सूक्ष्म, लघु और मध्यम उद्यम”से तात्पर्य जैसाकि “सूक्ष्म, लघु और मध्यम इकाई विकास अधिनियम, 2006 में परिभाषित किया गया है, जो यथा संशोधित किए जाते हैं.

b. बीमा सेवा गतिविधियां : बीमा विपणन फर्म द्वारा बीमा सेवा गतिविधियां हैं:
   i) भारतीय बीमा नियामक और विकास प्राधिकरण (भारतीय बीमाकर्ताओं द्वारा गतिविधियों की आउटसोर्सिंग) विनियम, 2017 में यथा संशोधित.
   ii) बीमा कोषो का अनुमोदित व्यक्ति बनना;
   iii) प्राधिकरण द्वारा समय-सामी पर अनुमत कोई अन्य बीमासमाबंधी गतिविधि.

   स्पष्टीकरण: इन विनियमों के प्रयोजन के लिए बीमा विपणन फर्म केवल उन बीमा कंपनियों के संबंध में बीमा सेवा प्रदान करने की गतिविधियों को शुरू करेगी जिनके साथ बीमा उत्पादों की मांग या खरीद के लिए उनका समझौता है;

c. बीमा द्वारा ल्लागाए गए एफएसई के माध्यम से परमुखत: अन्य वित्तीय उत्पादों का बीमा विपणन फर्म:
   i) सेबी द्वारा निगमित म्यूचुअल फंड कंपनियों के म्यूचुअल फंड;
   ii) पीएफआरदीए द्वरा निगमित पेंशनउत्पाद;
   iii) सेबी द्वारा लाइसेन्स प्राप्त निवेश सलाहकारों द्वारा वितरित अन्य वित्तीय उत्पाद;
   iv) आरबीआई द्वरा विनियमित बैंकों / एनबीएफसी के बैंकिंग/वित्तीय उत्पाद
   v) डाक विभाग, भारत सरकार द्वरा प्रस्तावित गैर बीमा उत्पाद;

प्राधिकरण द्वरा समय-समय पर अनुमत कोई अन्य वित्तीय उत्पाद या गतिविधि.

d. आईएमएफ प्राधिकरण द्वरा समय-समय पर जारी दिशा-निर्देशों/विनियमों/परिपत्रों का पालन निम्नलिखित बीमा उत्पादों के दूरस्थ विपणन के अध्याधीन करेगा:

दूरस्थ विपणन हेतु
   i) आईएमएफ द्वरा टेली-मार्केटर(रों) को शामिल किए बिना किया गया.
   ii) प्राधिकरणसे पूर्व अनुमोदन प्राप्त करने के बाद किया गया.
   iii) केवा आईएसपी केमाध्यम से किया गया.
   iv) उन बीमाकर्ताओं की ओर से जिनके साथ आईएमएफ द्वारा समझोटा किया गया है और निर्दिष्ट के अनुसार बीमा व्यवसाय गतिविधि करना.

बीमा विपणन फ़र्म का पंजीकरण

3. बीमा विपणन फर्म का पनिजीकरण करने के लिए आवेदन:

आवेदक जो बीमा विपणन फर्म के रूप में कार्य करने के लिए पंजीकरण प्राप्त करना चाहता है वह निम्नलिखित प्रक्रिया का फलां करे:
   a. प्राधिकरण को आवेदन प्रस्तुत करे (फार्म ए).
   b. पाँच हज़ार रुपये की गैर वापसी योग्य आवेदन शुल्क के साथ पंजीकरणप्रदान करने के लिए आवेदन प्रस्तुत करे.
   c. आवेदन के फार्म ए में विस्तृत रूप से वर्णित सभी आवश्यक दस्तावेजों को प्रमुख अधिकारी/निदेशकों/ प्रबंधन हिस्सेदारों की घोषणा के साथ फिट और उचित मापदंड को संतुष्ट करने के लिए निर्धारित फार्म या प्राधिकरण द्वारा अतिरिक्त रूप से निर्धारित को प्रस्तुत करे.

d. बीमा विपणन फर्म द्वारा नियुक्त किए जाने वाले प्रस्तावित प्रमुख अधिकारी और आईएसपी के बीमा विपणन फर्म परीक्षा उत्तीर्ण प्रमाण पत्र की प्रति प्रस्तुत करे.
e. बीमा विपणन फर्म के बीमा शायक द्वारा अनुमोदित व्यक्ति से प्राप्त प्रमाण पत्र की प्रति प्रस्तुत करे.
f. प्रस्तावित गतिविधि की लाइन केलिए सेबी, आरबीआई, पीएफआरडीए, डाक घर द्वारा जारी बीमा विपणन फर्म द्वारा नियोजित किए जाने केलिए प्रस्तावित लाइसेन्स या प्राधिकरण या पंजीकरण की प्रति प्रस्तुत करे.
g. यह वचन पत्र प्रस्तुत करे कि टेली-मार्केतर (रों) को बीमा व्यवसाय की याचना/प्रमुख बीमा कारोबार को तैयार करने के लिए नहीं करेगा.

4. बीमा विपणन फर्म के लिए आवेदन और पात्रता मापदंड पर विचार:

a. प्राधिकरण पंजीकरण के लिए प्रदत्त आवेदन पर विचार करते समय बीमा विपणन फर्म द्वारा कार्यों कोकरने के लिए प्रासंगिक सभी मामलों को ध्यान में रखेगा.
b. उपरोक्त पर प्रतिकूल प्रभाव डाले बिना, प्राधिकरण विशेषरूप से निम्नलिखित पर विचार करेगा, प्रमुखत:
   i) क्या कोई निदेशक, भागीदार, प्रमुख अधिकारी या उसके एक या अधिक अधिकारी या उसके द्वारा इस प्रकार नामित अन्य कर्मचारी और किसी अन्य व्यक्ति के मामले में, मुख्य कार्यकारी अधिकारी, चाहे वह किसी भी नाम से जाना जाता हो, या उसके एक या अधिक कर्मचारी हों आवेदक द्वारा नामित व्यक्ति बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 42 डी की उप-धारा (5) के तहत निर्दिष्ट किसी भी अयोग्यता से ग्रसित है, जैसा कि समय-समय पर संशोधित किया गया है;
   ii) क्या आवेदक से प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से जुड़े किसी व्यक्ति को प्राधिकरण द्वारा किसी लाइसेंस या पंजीकरण प्रदान करने से पहले मना कर दिया गया है.
   iii) क्या आवेदक नीचे निर्दिष्ट पूंजी पर्याप्तता आवश्यकताओं को पूरा करता है.
   iv) क्या 'प्रमुख अधिकारी और आईएसपी प्राधिकरण द्वारा निर्धारित मानदंडों को पूरा करते हैं.
   v) क्या आवेदक के पास अपनी बीमा मार्केटिंग फर्म की गतिविधियों, उपकरण और प्रशिक्षित जनशक्ति के लिए पर्याप्त कार्यालय स्थान जैसी आवश्यक बुनियादी सुविधाएं हैं, ताकि वे अपनी गतिविधियों को प्रभावी ढंग से कर सकें.
   vi) क्या आवेदक के नाम में "बीमा विपणन फर्म" या "आईएमएफ" शब्द है.
   vii) क्या आवेदक जो बीमा गतिविधियों के अलावा अन्य गतिविधियों में भी संलग्न है, के पास संबंधित प्राधिकारियों से आवश्यक अनुमोदन/प्राधिकार हैं;
   viii) क्या प्राधिकरण की राय है कि पंजीकरण प्रदान करना पॉलिसीधारकों और अन्य ग्राहकों के हित में होगा.

5. बीमा विपणन फर्म की पूंजी आवश्यकताएं:

a. आवेदक का निवल मूल्य होगा:
   i) पांच लाख रुपये से कम नहीं, यदि आवेदक केवल एक जिले का चयन कर रहा है, जो वह आकांक्षी जिला है. बशर्ते कि, पंजीकरण के नवीनीकरण के समय आकांक्षी जिले की स्थिति में परिवर्तन से उत्पन्न होने वाली निवल संपत्ति में वृद्धि अनिवार्य है.

ii) अन्य सभी मामलों के लिए कम से कम दस लाख रुपये.

स्पष्टीकरण: इन विनियमों के प्रयोजनों के लिए, "निवल मूल्य" से तात्पर्य कंपनी अधिनियम, 2013 में निर्दिष्ट किया गया है और जो समय-समय पर यथा संशोधित है.

b. आवेदक यह सुनिश्चित करेगा कि निवल संपत्ति हर समय बनी रहे और बीमा विपणन फर्म वित्तीय वर्ष की समाप्ति से तीन महीने के भीतर इस आशय का एक चार्टर्ड एकाउंटेंट द्वारा विधिवत प्रमाणित प्रमाण पत्र प्रस्तुत करेगी.

c. पोर्टफोलियो निवेशकों सहित विदेशी निवेशकों द्वारा इक्विटी शेयरों की कुल नियंत्रक या बीमा मार्केटिंग फर्म का योगदान, भारतीय बीमा कंपनियों (विदेशी निवेश) नियमों, 2015 के अंतर्गत समय-समय पर केंद्र सरकार द्वारा निर्धारित सीमा के उस प्रतिशत से अधिक नहीं होगा. इन विनियमों के प्रयोजनों के लिए,विदेशी निवेश की गणना उसी तरीके से की जाएगी जैसा कि बीमा नियामक और विकास प्राधिकरण (भारतीय बीमा कंपनियों का पंजीकरण) विनियम, 2000 में एक बीमाकर्ता के लिए निर्दिष्ट है, जो समय-समय पर यथा संशोधित है.

6. बीमा विपणन फर्म के पंजीकरण की वैधता की अवधि:

a. बीमा विपणन फर्म का पंजीकरण उसके जारी होने की तारीख से तीन वर्ष की अवधि के लिए वैध होगा, जब तक कि इसे प्राधिकरण द्वारा निलंबित या रद्द नहीं किया जाता है [या बीमा विपणन फर्म द्वारा अभ्यर्पित किया जाता है]. इस तरह के आवेदन, दस्तावेज और निर्धारित शुल्क के प्राप्त होने पर प्राधिकरण द्वारा पंजीकरण का नवीनीकरण किया जा सकता है.

b. किसी भी बीमा विपणन फर्म के पंजीकरण की समाप्ति के बाद उस रूप में कार्य करने की अनुमति नहीं है जब तक कि प्राधिकरण द्वारा इसका नवीनीकरण नहीं किया जाता है. वे बीमा विपणन फर्म के कार्यों को करने के प्रयोजनों के लिए वैध पंजीकरण के बिना किसी भी व्यक्ति को नियुक्त नहीं करेंगे.

7. बीमा विपणन फर्म के प्रमुख अधिकारी:

a. बीमा विपणन फर्म प्रमुख अधिकारी को नामित करेगी जो समग्र प्रभारी होगा और प्राधिकरण के नियामक अनुपालन के लिए जिम्मेदार होगा.

b. प्रमुख अधिकारी के इस्तीफे या बर्खास्तगी या मृत्यु पर, बीमा विपणन फर्म जल्द से जल्द नया प्रमुख अधिकारी नियुक्त करने का प्रयास करेगी, और इसका अनुमोदन प्राधिकरण से 60 दिनों से अधिक की अवधि के अधिक नहीं होनी चाहिए.

बशर्ते कि, प्राधिकरण को सूचित करने के बाद प्रमुख अधिकारी की अनुपस्थिति में, एक पूर्णकालिक निदेशक या प्रबंध भागीदार या बीमा विपणन फर्म के किसी अन्य वरिष्ठ नामित अधिकारी को प्रमुख अधिकारी के कर्तव्यों को पूरा करने के लिए कार्य करने और . केवल नियामक अनुपालन आवश्यकताएं और कर्तव्यों का पालन करने के लिए अधिकृत किया जा सकता है; और तब तक बीमा व्यवसाय की याचना नहीं करेंगे जब तक कि वे भी प्रशिक्षण प्राप्त न कर लें और परीक्षा उत्तीर्ण न कर लें तथा प्रमुख अधिकारी के सभी पात्रता मानदंडों को पूरा न करें.

8. बीमा विपणन फर्म के प्रधान अधिकारी - पात्रता मानदंड

बीमा विपणन फर्म का प्रमुख अधिकारी नीचे दी गई पात्रता शर्तों में से किसी एक को पूरा करेगा:

(a) भारतीय बीमा संस्थान, मुंबई के एसोसिएट / फेलो; या

(b) इंस्टीट्यूट ऑफ एक्चुरीज ऑफ इंडिया के एसोसिएट / फेलो; या

(c) चार्टर्ड बीमा संस्थान, लंदन के एसोसिएट / फेलो; या

(d) बीमा और जोखिम प्रबंधन संस्थान, हैदराबाद की स्नातकोत्तर योग्यता; या
(e) जिस वर्ष आवेदन किया गया है, उससे पहले दो साल के बीमा अनुभव के साथ स्नातक; या
(f) स्नातक के साथ वित्तीय सेवा क्षेत्र में आवेदन करने के वर्ष से पहले 5 वर्ष का अनुभव
(g) यूजीसी / एआईसीटीई / किसी भी राज्य सरकार या भारत सरकार द्वारा मान्यता प्राप्त किसी भी संस्थान / विश्वविद्यालय से बिजनेस एडमिनिस्ट्रेशन में मास्टर या इसके समकक्ष; या
(h) इंस्टीट्यूट ऑफ चार्टर्ड अकाउंटेंट्स ऑफ इंडिया, नई दिल्ली के एसोसिएट / फेलो; या
(i) इंस्टीट्यूट ऑफ कॉस्ट अकाउंटेंट्स ऑफ इंडिया, कोलकाता के एसोसिएट / फेलो; या
(j) भारतीय कंपनी सचिव संस्थान, नई दिल्ली के कार्यकारी/पेशेवर; या
(k) प्राधिकरण द्वारा समय-समय पर निर्दिष्ट कोई अन्य योग्यता.

9. प्रमुख अधिकारी का प्रशिक्षण, परीक्षा और प्रमाण पत्र

बीमा विपणन फर्म के प्रमुख अधिकारी प्रशिक्षण, परीक्षा और प्रमाण पत्र की आवश्यकताओं को नीचे उल्लिखित अनुसार पूरा करेंगे:

a. प्रमुख अधिकारी को प्राधिकरण द्वारा मान्यता प्राप्त संस्थान से पचास घंटे का बीमा विपणन फर्म प्रशिक्षण प्राप्त करना होगा,और प्राधिकरण द्वारा मान्यता प्राप्त परीक्षा निकाय द्वारा आयोजित प्रशिक्षण की अवधि के अंत में एक परीक्षा उत्तीर्ण करनी चाहिए.

b. यदि बीमा विपणन फर्म के प्रमुख अधिकारी के पास निम्नलिखित में से कोई एक योग्यता है, तो उसे पच्चीस घंटे का प्रशिक्षण प्राप्त करना होगा और परीक्षा उत्तीर्ण करनी होगी:
(i) भारतीय बीमा संस्थान, मुंबई के एसोसिएट / फेलो; या
(ii) इंस्टीट्यूट ऑफ एक्चुअरीज ऑफ इंडिया के एसोसिएट / फेलो; या
(iii) चार्टर्ड इंश्योरेंस इंस्टीट्यूट, लंदन के एसोसिएट / फेलो; या
(iv) बीमा और जोखिम प्रबंधन संस्थान, हैदराबाद की स्नातकोत्तर योग्यता.

c. यदि प्रस्तावित प्रमुख अधिकारी ने बीमा ब्रोकिंग कंपनी/कॉर्पोरेट एजेंट/वेब एग्रीगेटर के प्रमुख अधिकारी के लिए आवश्यक प्रशिक्षण प्राप्त किया है और परीक्षा उत्तीर्ण की है, तो उसे बीमा विपणन फर्म का प्रमुख अधिकारी बनने के लिए प्रशिक्षण और परीक्षा की आवश्यकता से छूट दी जाएगी.

d. बशर्ते कि, प्रशिक्षण और परीक्षा आईएमएफ के प्रमुख अधिकारी के रूप में आवेदन की तारीख से पहले पांच साल की अवधि के अंदर की गई हो.

10. बीमा विपणन फर्म के प्रमुख अधिकारी के लिए उपयुक्त और उचित मानदंड

पंजीकरण की मांग करने वाले बीमा विपणन फर्म के प्रमुख अधिकारी को 'उपयुक्त और उचित व्यक्ति' के रूप में माना जाएगा, यदि वह शर्तों को पूरा करता है, जिसमें निम्नलिखित मानदंड शामिल हैं, लेकिन इन्हीं तक सीमित नहीं है –
i. वित्तीय अखंडता;
ii. दोषसिद्धि या नागरिक दायित्वों की अनुपस्थिति;
iii. योग्यता;
iv. अच्छी प्रतिष्ठा और चरित्र;
v. दक्षता और ईमानदारी; तथा
vi. समय-समय पर यथा संशोधित अधिनियम में यथा निर्धारित मध्यस्थ के रूप में कार्य करने के लिए किसी
अयोग्यता का अभाव.

11. आईएसपी और एफएसई के लिए प्रमाणन हेतु आवश्यकताएं

a. बीमा विपणन फर्म व्यक्तियों को बीमा और/या वित्तीय उत्पादों के विपणन के लिए नियुक्त कर सकती है जैसा कि पहले निर्दिष्ट किया गया है.

b. बीमा विपणन फर्म को ऊपर निर्दिष्ट वित्तीय उत्पादों के अलावा किसी अन्य वित्तीय उत्पाद के विपणन में संलग्न होने की अनुमति नहीं है.

c. बीमा विपणन फर्म द्वारा नियुक्त आईएसपी को उन बीमाकर्ताओं के बीमा उत्पादों की मांग और खरीद करने की अनुमति है जिनके साथ आईएमएफ ने समझौता/समझौता किया है.

d. वित्तीय उत्पादों के विपणन के लिए बीमा विपणन फर्म द्वारा नियुक्त एफएसई के पास इन विनियमों में निर्दिष्ट के अनुसार संबंधित नियामक द्वारा जारी वैध लाइसेंस या प्रमाण पत्र होना चाहिए.

e. एफएसई संबंधित नियामकों के नियमों द्वारा शासित होंगे और किसी भी चूक और कमीशन के लिए जिम्मेदार होंगे और संबंधित नियामक/सांविधिक प्राधिकरणों द्वारा शुरू की गई किसी भी अनुशासनात्मक कार्रवाई के अधीन होंगे.

12. आईएसपी के लिए योग्यता और पात्रता मानदंड:

आईएसपी के पास न्यूनतम योग्यता होगी:

a. किसी मान्यता प्राप्त बोर्ड/संस्थान से 12वीं कक्षा या समकक्ष परीक्षा उत्तीर्ण.

b. प्राधिकरण द्वारा निर्धारित बीमा मार्केटिंग फर्म प्रशिक्षण से गुजरना चाहिए और नीचे बताए गए प्राधिकरण द्वारा मान्यता प्राप्त संस्थान से बीमा मार्केटिंग फर्म परीक्षा में उत्तीर्ण होना चाहिए.

c. आईएमएफ के पंजीकरण के क्षेत्र में निवासी होना चाहिए.

13. आईएसपी का प्रशिक्षण, परीक्षा और प्रमाणन

बीमा विपणन फर्म का आईएसपी प्रशिक्षण, परीक्षा और प्रमाणन की वही आवश्यकताओं को पूरा करेगा जो बीमा विपणन फर्म के प्रमुख अधिकारी के लिए निर्धारित हैं.

14. एफएसई की नियुक्ति

a. विनियमन द्वारा निर्दिष्ट अन्य वित्तीय उत्पादों के विपणन के लिए बीमा विपणन फर्म द्वारा नियुक्त एफएसई के पास ऐसे लाइसेंस/प्रमाणपत्र/प्राधिकरण जारी करने के लिए अधिकृत संबंधित प्राधिकरणों द्वारा जारी वैध लाइसेंस/प्रमाण पत्र/प्राधिकरण होगा.

b. बीमा विपणन फर्म में तैनात एफएसई आवश्यक प्रशिक्षण, योग्यता, अनुभव और अन्य आवश्यकताओं को पूरा करेगा जैसा कि अन्य नियामक/सांविधिक प्राधिकरणों द्वारा निरंतर आधार पर की जाने वाली गतिविधि के लिए निर्दिष्ट लागू कानून,विनियम, नियम, दिशानिर्देश, परिपत्र आदि का पूरी तरह से अनुपालन किया जा सके.

15. बीमा विपणन फर्म को देय पारिश्रमिक

i) बीमाकर्ता किसी बीमा विपणन फर्म द्वारा ली गई बीमा पॉलिसियों की मांग और खरीद के लिए सभी पारिश्रमिक केवल संबंधित बीमा विपणन फर्म को देगा, न कि किसी अन्य व्यक्ति या संस्था को.बीमाकर्ता द्वारा बीमा विपणन फर्म को पारिश्रमिक और/या पुरस्कार का भुगतान भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (बीमा एजेंटों और बीमा मध्यस्थों को

कमीशन या पारिश्रमिक या पुरस्कार का भुगतान) विनियम, 2016 (यथा समय संशोधित) के अनुसार होगा.

इसके अलावा, बीमा विपणन फर्म अपने आईएसपी की भर्ती, प्रशिक्षण और सलाह के लिए जीवन बीमाकर्ताओं से खर्चों की प्रतिपूर्ति प्राप्त कर सकती है। यह प्रतिपूर्ति प्रथम वर्ष के कमीशन के 50% और जीवन बीमाकर्ताओं के मामले में आईएमएफ द्वारा प्राप्त नवीनीकरण कमीशन 10% से अधिक नहीं होनी चाहिए.

ii) बीमा विपणन फर्म बीमा सेवा गतिविधियों को शुरू करने के लिए शुल्क प्राप्त करने का भी हकदार होगा जैसा कि बीमा विपणन फर्म और बीमा कंपनी के बीच पारस्परिक रूप से सहमत हो सकता है जो समय और प्रयास के आधार पर उचित होगा और समझौते द्वारा प्रमाणित होना चाहिए आरंभ में शुल्क के आधार पर स्पष्ट रूप से संबोधित किया जा रहा है.

iii) बीमा विपणन फर्म, बीमा विपणन फर्म द्वारा नियोजित एफएसई द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं के लिए वित्तीय संस्थाओं से 'लागू सेवा शुल्क' एकत्र करने की भी हकदार होगी.

iv) बीमा विपणन फर्म के पारिश्रमिक के संबंध में बीमाकर्ताओं द्वारा खातों का निपटान मासिक आधार पर किया जाएगा.

16. आईएसपी और एफएसई का पारिश्रमिक और आईएसपी का अंतरण

1. आईएसपी और एफएसई का न्यूनतम निश्चित वेतन:

   (i) बीमा विपणन फर्म द्वारा नियोजित प्रत्येक आईएसपी को लागू कानूनों के अनुसार निश्चित न्यूनतम मासिक वेतन का भुगतान किया जाएगा. आईएमएफ और आईएसपी के बीच व्यवस्था के आधार पर निश्चित मासिक पूर्ण वेतन के ऊपर परिवर्तनीय वेतन भी देय हो सकता है.

   (ii) एफएसई को संबंधित नियामकों के लागू दिशानिर्देशों के अनुसार वित्तीय संस्थाओं द्वारा पारिश्रमिक का भुगतान किया जाएगा.

   (iii) उपरोक्त खंड (i) में निर्धारित शर्तों का उल्लंघन करने वाली बीमा विपणन फर्म सूचना के साथ पंजीकरण रद्द करने के लिए उत्तरदायी होगी.

2. **बीमा एजेंटों का बीमा विपणन फर्म में स्थानांतरण**

   (i) व्यक्तिगत एजेंट बीमा विपणन फर्म में पीओ/आईएसपी/प्रबंध भागीदार/निदेशक के रूप में तब तक माइग्रेट या शामिल नहीं हो सकता है जब तक कि उसने अपनी मौजूदा एजेंसी नियुक्ति से इस्तीफा नहीं दिया हो और इन विनियमों में निर्दिष्ट पात्रता मानदंडों को पूरा नहीं करता है.

   (ii) बशर्ते कि, किसी बीमा विपणन फर्म में अंतरण करने वाले या उसमें शामिल होने वाले एजेंट के एजेंसी लाभों की निरंतरता संबंधित बीमाकर्ताओं की बोर्ड द्वारा अनुमोदित नीति द्वारा शासित होगी.

   (iii) बीमा विपणन फर्म में आईएसपी के रूप में कार्यरत व्यक्ति को किसी बीमा कंपनी, बीमा विपणन फर्म या बीमा ब्रोकिंग फर्म में तब तक अंतरण करने की अनुमति नहीं दी जाएगी जब तक कि उसने मौजूदा बीमा विपणन फर्म से अनापत्ति प्रमाणपत्र (एनओसी) प्राप्त नहीं कर लिया हो.

17. बीमा विपणन फर्म का प्रचालन क्षेत्र

1. बीमा विपणन फर्म आईएसपी को नियुक्त करेगी जो उस क्षेत्र के निवासी हैं जिसके लिए आवेदन में पंजीकरण के लिए अनुरोध किया गया है और प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित किया

गया है। हालांकि, आईएमएफ पूरे देश से बीमा कारोबार मांगने या खरीदने के लिए स्वतंत्र होगा;

2. "क्षेत्र" को उस जिले के रूप में परिभाषित किया गया है जिसके लिए बीमा विपणन फर्म का पंजीकरण वैध है. एक राज्य के भीतर अधिकतम तीन जिलों को पंजीकरण/नवीकरण के लिए अनुमति है.
3. प्राधिकरण को आवेदन प्रस्तुत करते समय बीमा विपणन फर्म द्वारा चुने गए क्षेत्र का आवेदन फॉर्म ए और नवीनीकरण आवेदन फॉर्म एए में स्पष्ट रूप से उल्लेख किया जाए.
   बशर्ते कि, यदि कोई आवेदक एक से अधिक जिल्हो का चयन कर रहा है, तो कम से कम एक जिल्हा आकांक्षी होगा.
4. बशर्ते यह भी कि बीमा विपणन फर्म द्वारा कार्यालय में किसी प्रकार की वृद्धि या पंजीकृत पते में परिवर्तन केवल प्राधिकरण के पूर्वानुमोदन से ही किया जाएगा. कार्यालय जोड़ने या पंजीकृत पते में परिवर्तन के लिए अनुरोध इस संबंध में निर्दिष्ट प्रारूप में प्राधिकरण को किया जाएगा;
5. प्राधिकरण बीमा विपणन फर्म को प्रपत्र बी में किए गए पंजीकरण में क्षेत्र को शामिल करेगा.
6. बीमा विपणन फर्म पंजीकरण के नवीनीकरण हेतु आवेदन दाखिल करते समय अधिक से अधिक तीन जिलों के अध्यधीन अधिक क्षेत्रों के लिए आवेदन कर सकती है.
7. बीमा विपणन फर्म नए पंजीकरण और नवीनीकरण के लिए आवेदन पत्र में चुने गए क्षेत्र में स्थापित किए जाने वाले कार्यालयों का विवरण को जनशक्ति की तैनाती सहित निर्दिष्ट करेगी. नवीनीकरण के समय चुने गए अतिरिक्त क्षेत्रों पर वरीयता के आधार पर विचार किया जाएगा.
   बशर्ते कि, यदि बीमा विपणन फर्म के एक से अधिक कार्यालय हों, तो यह सुनिश्चित करेगी कि प्रत्येक कार्यालय में कम से कम एक आईएसपी हो.
8. यदि नवीनीकरण आवेदन में बीमा विपणन फर्म द्वारा अतिरिक्त क्षेत्रों का चयन नहीं किया जाता है, तो नवीकरण को उस मूल अधिकार क्षेत्र के लिए माना जाएगा जिसके लिए पंजीकरण किया गया था.
9. बीमा विपणन फर्म पंजीकरण के नवीनीकरण के लिए आवेदन करते समय क्षेत्र में परिवर्तन का विकल्प चुन सकती है. प्राधिकरण अनुरोध पर विचार कर सकता है बशर्ते कि, बीमा विपणन फर्म नए चुने गए क्षेत्रों में स्थापित किए जाने वाले कार्यालयों का विवरण जनशक्ति की तैनाती आदि सहित नवीकरण आवेदन पत्र में प्रस्तुत करे;

18. आईएसपी के प्रति बीमा विपणन फर्म के कर्तव्य और दायित्व

1. बीमा विपणन फर्म, प्राधिकरण से पंजीकरण प्राप्त करने पर, बीमा व्यवसाय गतिविधि करने के लिए बीमा कंपनियों के साथ समझौता कर सकती है.
2. बीमा विपणन फर्म वेतन और प्रोत्साहन के आधार पर लाइसेंस प्राप्त आईएसपी और एफएसई को नियुक्त करेगी.
3. बीमा विपणन फर्म निम्नलिखित से संबंधित मामलों पर फर्म द्वारा नियुक्त आईएसपी के साथ समझौते में प्रासंगिक शर्तों और खंडों को शामिल करेगी-
   a. बीमा विपणन फर्म के साथ जुड़ाव
   b. निर्धारित आचार संहिता,
   c. बिक्री प्रक्रिया/नियम आदि
   d. पारिश्रमिक-

i. बीमा विपणन फर्म द्वारा आईएसपी को देय पारिश्रमिक, आईएसपी द्वारा पॉलिसियों की याचना और खरीद के लिए वेतन और प्रोत्साहन के आधार पर होगा.
ii. ऊपर निर्दिष्ट न्यूनतम राशि के अलावा, बीमा विपणन फर्म, आईएसपी के प्रदर्शन के आधार पर उसे अतिरिक्त प्रोत्साहन का भुगतान कर सकती है, जो कि अग्रिम घोषित किया जाता है और जो उसके और बीमा विपणन फर्म के बीच रोजगार समझौते का हिस्सा बनता है.

e. बीमा विपणन फर्म किसी भी परिस्थिति में पंजीकरण की अवधि के दौरान आईएसपी को रोजगार से बर्खास्त नहीं कर सकती है, सिवाय इसके कि पंजीकरण 27 (2) (बी) के अंतर्गत अनुमति दी गई है.
f. आईएसपी द्वारा नियोक्ता का कोई भी परिवर्तन बीमा विपणन फर्म के पंजीकरण के नवीनीकरण के समय या विनियम 27(2)(बी) में निर्धारित इन नियमों की शर्तों की पूर्ति के अधीन बीमा विपणन फर्म को प्रस्तुत त्यागपत्र के माध्यम से होगा.

4. बीमा विपणन फर्म आईएसपी बनने के इच्छुक व्यक्तियों को निर्धारित प्रशिक्षण और प्रमाणन प्राप्त
करने में सहायता करेगी .
5. बीमा विपणन फर्म आईएसपी की गतिविधियों की निरंतर निगरानी सुनिश्चित करेगी और इन विनियमों और आईएसपी द्वारा आचार संहिता के अनुपालन के लिए जिम्मेदार होगी.

19. प्राधिकरण के प्रति बीमा विपणन फर्म के कर्तव्य और दायित्व

बीमा विपणन फर्म

a. निम्नलिखित के 30 दिनों के अंदर प्राधिकरण को तुरंत लिखित रूप में सूचित करने का वचन दें:
   i) प्राधिकरण द्वारा जारी बीमा विपणन फर्म की गतिविधियों के दायरे के संबंध में पंजीकरण की स्थिति में कोई परिवर्तन;
   ii) बीमाकर्ताओं के साथ जुड़ाव में कोई परिवर्तन;
   iii) आईएसपी का कोई जोड़ या विलोपन;
   iv) स्वामित्व, निदेशकों/साझेदारों(शेयरधारिता परिवर्तन सहित) के गठन में कोई परिवर्तन;
   v) किसी अन्य नियामक/सांविधिक प्राधिकरण द्वारा कोई अनुशासनात्मक कार्यवाही या जांच.
b. सुनिश्चित करें कि बीमा व्यवसाय की याचना के लिए जिम्मेदार आईएसपी सक्षम, योग्य होंगे, आवश्यक प्रशिक्षण प्राप्त करेंगे और प्राधिकरण द्वारा निर्दिष्ट परीक्षा उत्तीर्ण करेंगे;
c. अपने ग्राहक के बारे में कोई भी गोपनीय जानकारी, जो उसके संज्ञान में आई है, अपने ग्राहक की पूर्व अनुमति के बिना प्रकट नहीं करेगा, सिवाय इसके कि जहां ऐसे खुलासे को किसी कानून के अनुपालन में किया जाना आवश्यक है.
d. बिचौलियों पर लागू आईआरडीए (विज्ञापन और प्रकटीकरण) विनियम, 2000 का पालन करें, यथा समय संशोधित और बीमा के बारे में जागरूकता बढ़ाने के उपाय करता है.
e. पंजीकरण का विवरण जैसे उनके कार्यस्थल/कार्यालय, प्राधिकरण द्वारा जारी उनके पंजीकरण जारी करने की तारीख और इसकी वैधता, और अनुमत व्यावसायिक गतिविधियों की सूची, शिकायत प्रबंधन प्रक्रिया, लोकपाल की सूची और ऐसी अन्य प्रासंगिक जानकारी प्रदर्शित करें जो अन्य लागू क़ानून के तहत आवश्यक हो.

f. समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा जारी नियमों, विनियमों, परिपत्रों और दिशानिर्देशों सहित, यथा समय संशोधित अधिनियम के अंतर्गत सभी लागू प्रावधानों का पालन करें.
g. अपने कर्तव्यों, कार्यों को पंजीकरण की शर्तों के अनुसार इस तरह से करें कि वे फ्रंटिंग व्यवस्था या एक फ्रेंचाइजी संस्थान के रूप में काम न करें और सार्वजनिक हित में कार्य करें और ऐसे कर्मचारियों/व्यक्तियों द्वारा किए गए उल्लंघनों के मामले में उनके द्वारा नियुक्त व्यक्ति अपने स्वयं के कर्मचारियों की चूक और कमीशन के लिए न्यासी क्षमता में जवाबदेह हों;
h. विनियमों के अंतर्गत आवश्यकतानुसार पेशेवर क्षतिपूर्ति बीमा आवारण बनाए रखें;

20. बीमा कंपनियों के प्रति बीमा विपणन फर्म के कर्तव्य और दायित्व

बीमा विपणन फर्म, अधिनियम कि धारा 42डी के अंतर्गत जो समय-सामी पर संशोधित है में प्राधिकरण से पंजीकरण प्राप्त करने पर,बीमा मध्यस्थ के रूप में कार्य करने के लिए, बीमा व्यवसाय गतिविधि करने के लिए बीमा कंपनियों के साथ अनुबंध कर सकता है. समझौते में संबंधित शर्तें शामिल होंगी:

a. बीमा विपणन फर्म के साथ जुड़ाव
b. निर्धारित आचार संहिता,
c. बिक्री प्रक्रिया / नियम आदि।
d. पारिश्रमिक आधार
e. न्यूनतम अवधि
f. अभिलेखों को साझा करना
g. उत्पाद प्रशिक्षण
h. भारतीय रिजर्व बैंक (आरबीआई) के माध्यम से भुगतान के मान्यता प्राप्त मोड के माध्यम से प्रीमियम का संग्रह और समझौते में आईएमएफ और बीमाकर्ता के बीच पारस्परिक रूप से सहमत है.

21. सूचना के साथ बीमा विपणन फर्म का पंजीकरण रद्द करना

प्राधिकरण निम्नलिखित में से किसी एक या अधिक कारणों से बीमा विपणन फर्म के पंजीकरण को निलंबित या रद्द कर सकता है:

i) अधिनियम की धारा 42डी की उपधारा (5) के अंतर्गत निर्दिष्ट जो समय-समय पर संशोधित किसी भी अयोग्यता से पंजीकरण की अवधि के दौरान अक्षमता;
ii) आईआरडीए अधिनियम 1999 और यथा समय संशोधित अधिनियम के प्रावधानों, और उसके तहत बनाए गए नियमों, विनियमों, दिशानिर्देशों, नोटिस, परिपत्रों का उल्लंघन करता है, जैसे:
   a. प्राधिकरण द्वारा अपेक्षित बीमा विपणन फर्म के रूप में अपनी गतिविधियों से संबंधित कोई भी जानकारी प्रस्तुत करने में विफल रहता है;
   b. गलत या झूठी जानकारी देता है; या पंजीकरण प्राप्त करने के लिए प्रस्तुत आवेदन में महत्वपूर्ण तथ्यों को छुपाता है या प्रकट करने में विफल रहता है;
   c. किसी ग्राहक या ग्राहक के किसी निदेशक या अन्य कर्मचारियों या परिचयकर्ता के रूप में कार्य करने वाले किसी भी व्यक्ति को छूट या नकद या वस्तु के रूप में प्रलोभन देना;
   d. इन विनियमों में निर्दिष्ट अपने दायित्वों को पूरा करने में विफल रहता है;

e. किसी भी शर्त का पालन करने में विफल रहता है जिसके अधीन पंजीकरण प्रदान किया गया
है;
f. आईएसपी के प्रति बीमा विपणन फर्म के कर्तव्यों और दायित्वों का पालन करने में विफल;
g. प्राधिकरण के प्रति बीमा विपणन फर्म के कर्तव्यों और दायित्वों का पालन करने में विफल;
h. बीमा कंपनियों के प्रति बीमा विपणन फर्म के कर्तव्यों और दायित्वों का पालन करने में विफल;

iii) नकली कॉल या गलत बिक्री का सहारा लेना;
iv) पॉलिसीधारकों के हित के विरुद्ध या जनहित के विरुद्ध कार्य करता है.

22. आईएसपी और एफएसई की आचार संहिता

वैध प्रमाण पत्र रखने वाले प्रत्येक आईएसपी को नीचे निर्दिष्ट आचार संहिता का पालन करना होगा:

(i) प्रत्येक आईएसपी करेगा:

a. अपनी और उस बीमा मार्केटिंग फर्म की पहचान करें, जिसका वह आईएसपी है;
b. मांग पर संभावित को अपने प्रमाणपत्र विवरण का खुलासा करें;
c. प्रस्तावित बीमा उत्पादों के संबंध में अपेक्षित सूचना का प्रसार करना; और बीमा उत्पाद की सिफारिश करते समय संभावना की जरूरतों को ध्यान में रखना;
d. ग्राहकों के लिए उपक्रम की जरूरतों का विश्लेषण;
e. बीमाकर्ताओं के उत्पादों की तुलना करें जिनके साथ उनकी व्यवस्था है;
f. ग्राहकों की जरूरतों के आधार पर उत्पाद की सिफारिश करें;
g. प्रस्तावित बीमा उत्पाद के लिए बीमाकर्ता द्वारा प्रभारित किए जाने वाले प्रीमियम का इंगित करें;
h. संभावित द्वारा पूछे जाने पर प्रस्तावित बीमा उत्पाद के संबंध में पारिश्रमिक के पैमाने का खुलासा करें;
i. बीमाकर्ता द्वारा संभावित व्यक्ति को प्रस्ताव प्रपत्र में अपेक्षित सूचना की प्रकृति और बीमा अनुबंध की खरीद के संबंध में महत्वपूर्ण जानकारी के प्रकटीकरण के महत्व के बारे में समझाएं;
j. बीमाकर्ता को प्रस्तुत किए गए प्रत्येक प्रस्ताव के साथ एक रिपोर्ट (जिसे "बीमा गोपनीय रिपोर्ट" कहा जाता है) के रूप में, किसी भी प्रतिकूल आदतों या संभावना की आय असंगति, बीमाकर्ता के ध्यान में लाना, और कोई भी भौतिक तथ्य जो बीमालेखक को प्रतिकूल रूप से प्रभावित कर सकता है संभावना के बारे में सभी उचित पूछताछ करके प्रस्ताव की स्वीकृति के संबंध में बीमाकर्ता का निर्णय;
k. बीमाकर्ता द्वारा प्रस्ताव की स्वीकृति या अस्वीकृति के बारे में संभावना को तुरंत सूचित करें;
l. बीमाकर्ता के पास प्रस्ताव प्रपत्र दाखिल करते समय अपेक्षित दस्तावेज प्रदान करें और प्रस्ताव को पूरा करने के लिए बाद में बीमाकर्ता द्वारा मांगे गए अन्य दस्तावेज प्रस्तुत करें;

m. बीमाकर्ता द्वारा दावों के निपटान के लिए आवश्यकताओं के अनुपालन में पॉलिसीधारकों या दावेदारों या लाभार्थियों को आवश्यक सहायता प्रदान करना;
n. प्रत्येक व्यक्तिगत पॉलिसीधारक को नामांकन या कार्यभार या पते में परिवर्तन या विकल्पों का प्रयोग, जैसा भी मामला हो, जो प्रभावित करते हैं का परामर्श दें, और जहां भी आवश्यक हो, इस संबंध में आवश्यक सहायता प्रदान करें;
o. किसी दावे या घटना के संबंध में ग्राहक से प्राप्त किसी भी जानकारी को बिना किसी देरी के अग्रेषित करें जो अन्य दावे को जन्म दे सकती है;
p. बीमाकर्ता के निर्णय के बारे में और अन्य दावे के विषय में बिना किसी देरी किए ग्राहक को परामर्श देना;
q. सुनिश्चित करें कि ग्राहक को पॉलिसी के संबंध में दिए गए बयान भ्रामक या अतिरंजित नहीं हैं;
r. समय-समय पर संशोधित अधिनियम की धारा 64-वीबी(4) का अनुपालन सुनिश्चित करें;
s. समय-समय पर संशोधित अधिनियम की धारा 41 की ओर ग्राहक का ध्यान आकर्षित करें, जो छूट और कमीशन/पारिश्रमिक के बंटवारे पर रोक लगाता है;
t. लागू एएमएल और केवाईसी दिशानिर्देशों का अनुपालन सुनिश्चित करें;
u. अपने ग्राहकों के प्रति एक भरोसेमंद क्षमता में कार्य करें और हितों के सभी टकरावों का खुलासा जब और जब वे उत्पन्न हों;
v. पेशेवर आचरण के मान्यता प्राप्त मानकों का पालन करें और पॉलिसीधारकों के हित में अपने कार्यों का निर्वहन करें. यथासमय संशोधित अधिनियम के प्रावधानों, आईआरडीए अधिनियम, 1999, आईआरडीए (पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण) विनियम, 2002 और प्राधिकरण द्वारा समय-समय पर जारी किसी भी अन्य विनियमों, दिशानिर्देशों, परिपत्रों, निर्देशों का अनुपालन करना.

(ii) कोई आईएसपी नहीं करेगा—
a. वैध प्रमाण पत्र धारण किए बिना बीमा व्यवसाय मांगना या प्राप्त करना
b. प्रस्ताव प्रपत्र में किसी भी भौतिक जानकारी को छोड़ने की संभावना को प्रेरित करें;
c. प्रस्ताव की स्वीकृति के लिए बीमाकर्ता को प्रस्तुत किए गए प्रस्ताव फॉर्म या दस्तावेजों में गलत जानकारी प्रस्तुत करने के लिए संभावना को प्रेरित करना;
d. संभावित के साथ अभद्र तरीके से व्यवहार करें;
e. किसी अन्य बीमा मध्यस्थ द्वारा पेश किए गए किसी प्रस्ताव में हस्तक्षेप करना;
f. उसके बीमाकर्ता द्वारा दी जाने वाली दरों के अलावा विभिन्न दरों, लाभों, नियमों और शर्तों की पेशकश करें;
g. बीमा अनुबंध के अंतर्गत लाभार्थी से आय का हिस्सा मांगना या प्राप्त करना;
h. पॉलिसीधारक को मौजूदा पॉलिसी को समाप्त करने के लिए बाध्य करना और इस तरह की समाप्ति की तारीख से तीन साल के अंदर उसके माध्यम से एक नया प्रस्ताव लागू करना;

iii) प्रत्येक आईएसपी, उसके माध्यम से पहले से खरीदे गए बीमा व्यवसाय को संरक्षित करने की दृष्टि से, पॉलिसीधारक को मौखिक और लिखित रूप से सूचना देकर, पॉलिसीधारकों द्वारा निर्धारित समय के अंदर प्रीमियम का प्रेषण सुनिश्चित करने का हर संभव प्रयास करेगा;

iv) एफएसई: प्रत्येक एफएसई संबंधित नियामक/सांविधिक प्राधिकरण द्वारा निर्धारित आचार संहिता का पालन करेगा जो उस विशेष गतिविधि की देखरेख करता है.

v) आईएसपी द्वारा आचार संहिता का उल्लंघन: ऊपर निर्दिष्ट आचार संहिता का पालन आईएसपी द्वारा किया जाना है. प्राधिकरण किसी भी गैर-अनुपालन के लिए आईएसपी और आईएमएफ का प्रतिनिधित्व करने वाले आईएसपी के खिलाफ अनुशासनात्मक कार्रवाई शुरू करेगा.

खंड

जीवन बीमा

अध्याय L-01

जीवन बीमा में क्या-क्या शामिल है

अध्याय का परिचय

सामान्य अध्यायों में हमने बीमा से जुड़े कुछ पहलुओं को जाना। हालांकि, जहां तक जीवन बीमा की बात है, हमें कुछ और बातों को गहराई से जानना होगा।

- ✓ एसेट/संपत्ति
- ✓ जोखिम जिसके विरुद्ध बीमा किया गया
- ✓ पूलिंग का सिद्धांत
- ✓ अनुबंध/कॉन्ट्रैक्ट

आइए, अब हम जीवन बीमा की विशेषताओं की जांच करें। इस अध्याय में हम जीवन बीमा के उन विभिन्न घटकों पर नज़र डालेंगे जिनके बारे में ऊपर बताया गया है।

अध्ययन के परिणाम

A. जीवन बीमा कारोबार – घटक, मानव जीवन मूल्य, परस्पर संबंध

B. जोखिम और जीवन बीमा

A. जीवन बीमा कारोबार – घटक, मानव जीवन मूल्य, परस्पर संबंध

a) एसेट/संपत्ति – मानव जीवन मूल्य (एचएलवी)

हमने पहले ही देखा है कि एसेट एक प्रकार की संपत्ति है जो मूल्य या रिटर्न अर्जित करती है। ज्यादातर प्रकार की संपत्ति के लिए मूल्य और मूल्य के नुकसान दोनों की रकम को स्पष्ट आर्थिक संदर्भों में मापा जा सकता है।

उदाहरण

अगर किसी दुर्घटना का शिकार हुई कार का अनुमानित नुकसान 50000 रुपये है, तो बीमा कंपनी इस नुकसान के लिए कार के मालिक को मुआवजा देगी।

किसी व्यक्ति की मौत होने पर, हम नुकसान की रकम का अनुमान कैसे लगाते हैं?

क्या उसका मूल्य 50,000 रुपये या 5,00,000 रुपये है?

किसी ग्राहक से मिलते समय एक एजेंट को उपरोक्त सवाल का जवाब देने में सक्षम होना चाहिए। इसी के आधार पर एजेंट यह पता लगा सकता है कि ग्राहक कि बीमा की कितनी रकम की सिफारिश की जाए। वास्तव में यही वह पहला पाठ है जो जीवन बीमा एजेंट को सीखना ज़रूरी है।

संयोगवश हमारे पास एक उपाय है जो करीब सत्तर साल पहले प्रोफ़ेसर ह्यूबनर ने दिया था। इसे **मानव जीवन मूल्य (एचएलवी)** कहते हैं; इसे दुनिया भर में इस्तेमाल किया जाता है।

एचएलवी की अवधारणा मानव जीवन को एक प्रकार की संपत्ति या एसेट मानती है, जो आय अर्जित करती है। इसलिए, मानव जीवन मूल्य को किसी व्यक्ति की भविष्य की अपेक्षित शुद्ध आय के आधार पर मापा जाता है। शुद्ध आय का मतलब है भविष्य में हर साल कोई व्यक्ति जितनी आय अर्जित करने की उम्मीद करता है, जिसमें उसके द्वारा खुद पर खर्च की जाने वाली रकम को घटा दिया जाता है। इसलिए, यह परिवार के उस आर्थिक नुकसान को दर्शाता है जो आय अर्जित करने वाले व्यक्ति की असामयिक मौत पर हो सकता है। इस संभावना को ध्यान में रखते हुए, इस तरह की आय को उचित ब्याज दर का इस्तेमाल करके पूंजीकृत किया जाता है।

हालांकि एचएलवी की गणना करके के लिए कई पैरामीटर इस्तेमाल किए जाते हैं जिनमें महंगाई (मुद्रास्फ़ीति), वेतन वृद्धि, भविष्य में आय अर्जित करने की क्षमता आदि को ध्यान में रखा जाना शामिल है, फिर भी एचएलवी की गणना करने का एक मूल नियम है ब्याज के माध्यम से उस रकम का पता लगाना जिससे परिवार की ज़रूरत पूरी करने वाली सालाना आय उत्पन्न हो सकती है। दूसरे शब्दों में, एचएलवी कमाऊ व्यक्ति द्वारा परिवार के लिए दिए गए सालाना योगदान को ब्याज की मौजूदा दर से भाग देकर निकाली गई रकम है।

उदाहरण

राजन साल में 1,20,000 रुपये कमाता है और 24,000 रुपये खुद पर खर्च करता है। अगर उसकी असमय मौत हो जाती है, तो उसके परिवार को 96,000 रुपये सालाना की शुद्ध आय का नुकसान होगा। मान लेते हैं कि ब्याज की दर 8% है (जिसे 0.08 के रूप में व्यक्त किया गया है)।

मानव-जीवन-मूल्य (एचएलवी) = आश्रितों के लिए सालाना योगदान ÷ ब्याज की दर

एचएलवी = 96000/ 0.08 = 12,00,000 रुपये

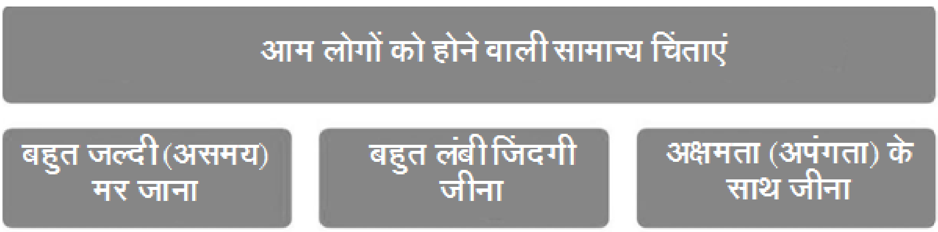
एलएलवी यह पता लगाने में मदद करता है कि पूरी सुरक्षा के लिए व्यक्ति को कितनी रकम का बीमा लेना चाहिए। हमें उस उच्च सीमा का भी पता चलता है जिससे अधिक जीवन बीमा देना उचित नहीं होगा।

आम तौर पर, बीमा की रकम व्यक्ति की सालाना आय के 10 से 15 गुणा के आसपास होनी चाहिए। इसलिए, अगर राजन सिर्फ 1.2 लाख रुपये की सालाना आय अर्जित करते हुए 2 करोड़ रुपये का बीमा माँगता है, तो संदेह पैदा होना जायज है। बीमा खरीद की वास्तविक रकम कई कारकों पर निर्भर करेगी, जैसे कि कितनी रकम का बीमा करने का खर्च व्यक्ति उठा सकता है और वह कितना बीमा खरीदना चाहता है।

B. जोखिम और जीवन बीमा

जैसा कि हमने ऊपर देखा, जीवन बीमा जोखिम की उन घटनाओं के विरुद्ध सुरक्षा प्रदान करता है जो एक एसेट के रूप में मानव जीवन के मूल्य को कम कर सकती हैं या उसे नष्ट कर सकती हैं। ऐसी तीन प्रकार की परिस्थितियां हैं जहां इस तरह का नुकसान हो सकता है। ये आम लोगों को होने वाली सामान्य चिंताएं हैं।

चित्र 1: आम लोगों को होने वाली सामान्य चिंताएं



दूसरी ओर, साधारण बीमा का संबंध आम तौर पर उन जोखिमों से होता है जो संपत्ति पर असर डालती हैं – जैसे कि आग, समुद्र में कार्गो का नुकसान, चोरी और सेंधमारी, मोटर दुर्घटनाएं। इसमें ऐसी घटनाएं भी शामिल हैं जो नाम और साख के नुकसान का कारण बनती हैं। इन्हें देयता बीमा से कवर किया जाता है।

अंत में, ऐसे जोखिम होते हैं जो किसी व्यक्ति पर असर डाल सकते हैं, जिन्हें व्यक्तिगत जोखिम कहा जाता है। इन जोखिमों को साधारण बीमा से कवर किया जा सकता है।

उदाहरण

दुर्घटना बीमा जो किसी दुर्घटना के कारण होने वाले नुकसानों के विरुद्ध सुरक्षा देता है।

a) **जीवन बीमा साधारण बीमा से कैसे अलग है?**

साधारण बीमा	जीवन बीमा
• क्षतिपूर्ति: व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के अपवाद के साथ साधारण बीमा पॉलिसियां आम तौर पर क्षतिपूर्ति का अनुबंध होती हैं, अर्थात आग लगने जैसी किसी घटना के बाद बीमा कंपनी उसमें हुए नुकसान की सटीक रकम का आकलन करती है और नुकसान की उसी रकम का मुआवजा देती है – न तो कम, न ज़्यादा।	• **आश्वासन**: जीवन बीमा पॉलिसियां आश्वासन का अनुंध होती हैं। • मृत्यु की घटना होने पर भुगतान की जाने वाली लाभ की रकम अनुबंध की शुरुआत में ही तय की जाती है। • बीमाधारक की मौत होने पर उसके नामितियों या लाभार्थियों को उस रकम का भुगतान किया जाता है जिसका वादा किया गया था।
• अवधि: अनुबंध आम तौर पर छोटी अवधि का होता है या एक साल पर उसे नवीनीकृत किया जा सकता है।	• अनुबंध आम तौर पर लंबी अवधि का होता है – हालांकि, एक साल में नवीनीकृत किए जा सकने वाले कुछ अनुबंध भी प्रचलित हैं।
• अनिश्चितता: साधारण बीमा अनुबंधों में, संबंधित जोखिम की घटना अनिश्चित होती है। कोई यकीन से नहीं कह सकता कि मकान को आग लगेगी या नहीं, कार दुर्घटना का शिकार होगी या नहीं।	• इसमें कोई सवाल नहीं है –कोई पैदा हुआ है तो उसकी मौत भी पक्की है। भले ही मौत का समय अनिश्चित है। जीवन बीमा असामयिक मौत के जोखिम के विरुद्ध सुरक्षा प्रदान करता है।
• संभाव्यता में वृद्धि: साधारण बीमा के मामले में, आग या भूकंप जैसे खतरों की घटना होने की संभावना समय के साथ नहीं बढ़ती है.	• जीवन बीमा में, उम्र बढ़ने के साथ मौत की संभावना बढ़ती जाती है।

b) **जीवन बीमा जोखिम की प्रकृति**

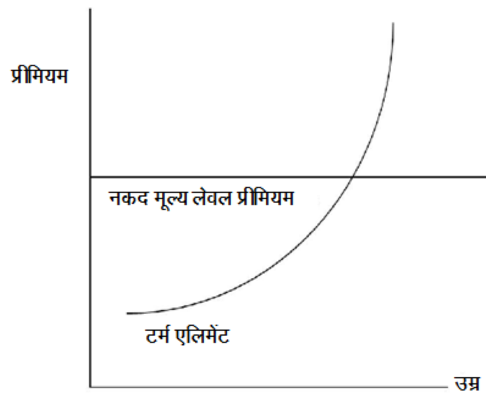
चूंकि उम्र के साथ मौत की संभावना बढ़ती जाती है, इसलिए कम उम्र के लोगों (युवाओं) से कम प्रीमियम लिया जाता है और अधिक उम्र के लोगों से अधिक प्रीमियम लिया जाता है। एक नतीजा यह था कि अधिक उम्र के जिन लोगों की सेहत अच्छी थी, वे बीमा सुरक्षा छोड़ दिया करते थे, जबकि अस्वस्थ सदस्य योजना में बने रहते थे। इसी वजह से बीमा कंपनियों को गंभीर समस्याओं का सामना करना पड़ता था। ऐसी जीवन बीमा पॉलिसियां तैयार करने की उनकी कोशिशों से, जिनका खर्च लोग उठा सकें, लेवल प्रीमियमों का विकास हुआ।

c) **लेवल प्रीमियम**

लेवल प्रीमियम इस प्रकार तय किया जाता है यह उम्र के साथ नहीं बढ़ता है, बल्कि अनुबंध की पूरी अवधि में स्थिर बना रहता है। इसका मतलब है शुरुआती वर्षों में लिया जाने वाला प्रीमियम युवावस्था में मरने वाले लोगों के मृत्यु दावों को कवर करने के लिए आवश्यक रकम से अधिक होता है, जबकि बाद के वर्षों में लिया जाने वाला प्रीमियम अधिक उम्र में मरने वाले लोगों के दावों

को पूरा करने के लिए आवश्यक रकम की तुलना में कम होता है। लेवल प्रीमियम दोनों का एक औसत होता है। शुरुआती उम्र का अधिक प्रीमियम बाद की उम्र में होने वाली प्रीमियमों की कमी की भरपाई करता है। लेवल प्रीमियम की सुविधा का चित्रण नीचे किया गया है।

चित्र 2: लेवल प्रीमियम



लेवल प्रीमियमों की ज़रूरत इसलिए होती है क्योंकि जीवन बीमा अनुबंध लंबी अवधि के बीमा अनुबंध होते हैं जो 10, 20 या इससे भी अधिक सालों तक चलते हैं। लेवल प्रीमियमों की अवधारणा साधारण बीमा पॉलिसियों के लिए उत्पन्न नहीं होती हैं, जो आम तौर पर छोटी अवधि के अनुबंध होते हैं और सालाना आधार पर समाप्त हो जाते हैं।

उदाहरण

बीमा कंपनियों द्वारा लेवल प्रीमियम दर पॉलिसी की अवधि के दौरान मर्त्यता (मृत्यु होने की संभावना) के आधार पर तय की जाती है, क्योंकि बीमाधारक की उम्र हर साल बढ़ती जाएगी। एक बार तय की गई दर पॉलिसी की पूरी अवधि के दौरान स्थिर बनी रहेगी।

d) जोखिम पूलिंग का सिद्धांत और जीवन बीमा

हमने पूलिंग और पारस्परिकता के सिद्धांत की चर्चा पहले ही कर ली है। पूलिंग का सिद्धांत जीवन बीमा में दो विशेष भूमिकाएं निभाता है।

i. **यह व्यक्ति की असामयिक मौत के परिणाम स्वरूप होने वाले आर्थिक नुकसान के विरुद्ध सुरक्षा प्रदान करता है**। यह काम एक ऐसा फंड बनाकर किया जाता है जो कई ऐसे लोगों के योगदानों का पूल बनाता है जिन्होंने जीवन बीमा अनुबंध खरीदा है।

e) जीवन बीमा अनुबंध

पॉलिसी दस्तावेज़ **बीमा अनुबंध का साक्ष्य होता है** जिसमें बीमा के सभी नियमों और शर्तों की जानकारी होती है।

इस अनुबंध में जीवन बीमा पॉलिसी की बीमा राशि निर्धारित होती है। जीवन बीमा को एक वित्तीय सुरक्षा माना जाता है क्योंकि अनुबंध के द्वारा बीमा राशि की गारंटी दी जाती है। गारंटी का मतलब

है कि जीवन बीमा को कुशलता से और सतर्कता से प्रबंधित किया गया है; इसे दृढ़ता से नियंत्रित किया जाता है और सख्त निगरानी की जाती है।

चूंकि जीवन बीमा अनुबंधों में जोखिम कवर और बचत, दोनों शामिल होते हैं, इनकी तुलना अक्सर वित्तीय उत्पादों से की जाती है। इन्हें सुरक्षा के बजाय धन संचय के तरीके के रूप में भी देखा जाता है। वास्तव में, कई जीवन बीमा उत्पादों में एक बड़ा नगद मूल्य या बचत का घटक होता है जो किसी व्यक्ति की बचत का एक बड़ा हिस्सा हो सकता है। कुछ लोग यह तर्क देते हैं कि किसी बीमा कंपनी से सिर्फ अवधि बीमा (टर्म इंश्योरेंस) खरीदना और बाकी प्रीमियमों को ऐसे उपकरणों में निवेश करना बेहतर हो सकता है जो अधिक रिटर्न (आय) देते हैं।

आइए, अब हम पारंपरिक नकद मूल्य बीमा अनुबंधों के फायदों और नुकसानों से जुड़े तर्कों पर विचार करें।

a) **फायदे**

i. बीमा हमेशा से निवेश का एक सुरक्षित और संरक्षित विकल्प साबित हुआ है, जो आय की न्यूनतम गारंटीकृत दर की पेशकश करता है, जो अनुबंध की अवधि के साथ बढ़ सकती है।

ii. प्रीमियम भुगतानों की नियमितता बनाए रखने के लिए व्यक्ति की बचत का अनिवार्य रूप से नियोजन करना होता है, जिससे बचत में अनुशासन आता है।

iii. बीमा कंपनी पेशेवर निवेश प्रबंधन का ध्यान रखती है और व्यक्ति को उसकी जिम्मेदारी से मुक्त करती है।

iv. बीमा तरलता (नकदी की सुविधा) उपलब्ध कराता है। बीमाधारक पॉलिसी पर ऋण ले सकता है या उसका समर्पण करके उसे नकदी में बदल सकता है।

v. नकद मूल्य प्रकार के जीवन बीमा और वार्षिकियों, दोनों में आयकर में छूट का कुछ लाभ मिल सकता है।

vi. बीमा **लेनदारों के दावों से सुरक्षित** हो सकता है, जो आम तौर पर बीमाधारक की मौत या उसके दिवालिया होने पर हो सकता है।

b) **नुकसान**

i. चूंकि बीमा अपेक्षाकृत निश्चित और स्थिर आय देता है, यह महंगाई से बुरी तरह प्रभावित हो सकता है।

ii. शुरुआत में मार्केटिंग और अन्य उच्च लागतें जीवन बीमा पॉलिसियों के शुरुआती वर्षों में संचित होने वाली नकद मूल्य की रकम को कम कर सकती हैं।

iii. गारंटीकृत आय अन्य वित्तीय उपकरणों की तुलना में कम हो सकती है।

खुद को जांचें 1

विविधीकरण से वित्तीय बाज़ारों में जोखिम कैसे कम होता है?

I. एकाधिक स्रोतों से फंड इकट्ठा करना और उसे किसी एक जगह पर निवेश करना।

II. एसेट की विभिन्न श्रेणियों में फंड का निवेश करना

III. निवेशों के बीच समय का अंतराल बनाए रखना

IV. सुरक्षित एसेट/संपत्तियों में निवेश करना

सारांश

a) एसेट एक प्रकार की संपत्ति है जो मूल्य या रिटर्न अर्जित करती है।

b) एचएलवी की अवधारणा मानव जीवन को एक प्रकार की संपत्ति या एसेट मानती है, जो आय अर्जित करती है। इसलिए, मानव जीवन मूल्य को किसी व्यक्ति की भविष्य की अपेक्षित शुद्ध आय के आधार पर मापा जाता है।

c) लेवल प्रीमियम वह प्रीमियम है जो इस तरह तय किया जाता है ताकि इसमें उम्र के साथ बढ़त न हो, बल्कि अनुबंध की पूरी अवधि के दौरान स्थिर बना रहे।

d) आपसी संबंध (पारस्परिकता) वित्तीय बाज़ारों में जोखिम कम करने के महत्वपूर्ण तरीकों में से एक है; दूसरा तरीका है विविधीकरण।

e) किसी जीवन बीमा अनुबंध में गारंटी के तत्व का निहितार्थ यह है कि जीवन बीमा कड़े नियम और सख्त निगरानी के अधीन है।

मुख्य शब्द

1. एसेट
2. मानव जीवन मूल्य
3. लेवल प्रीमियम
4. आपसी संबंध (पारस्परिकता)
5. विविधीकरण

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही उत्तर II है।

अध्याय L-02

वित्तीय नियोजन

अध्याय का परिचय

पिछले अध्यायों में हमने जीवन बीमा और वित्तीय सुरक्षा प्रदान करने में उसकी भूमिका के बारे में चर्चा की। सुरक्षा उन लोगों की कई चिंताओं में से सिर्फ एक है जो वर्तमान और भविष्य की कई ज़रूरतों को पूरा करने के लिए अपनी आय और धन को आवंटित करना चाहते हैं। जीवन बीमा को "निजी वित्तीय नियोजन" के व्यापक संदर्भ में समझा जाना चाहिए। इस अध्याय का मकसद वित्तीय नियोजन के विषय से अवगत कराना है।

अध्ययन के परिणाम

A. वित्तीय नियोजन और व्यक्ति का जीवन चक्र

B. वित्तीय नियोजन की भूमिका

C. वित्तीय नियोजन - प्रकार

A. वित्तीय नियोजन और व्यक्ति का जीवन चक्र

1. वित्तीय नियोजन क्या है?

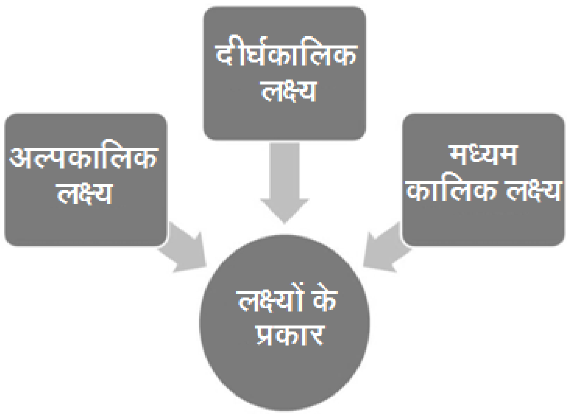
हममें से ज़्यादातर लोग अपनी जिंदगी का एक बड़ा हिस्सा पैसे कमाने में बिताते हैं। वित्तीय नियोजन हमारे लिए पैसे कमाने का एक स्मार्ट तरीका है।

परिभाषा

वित्तीय नियोजन अपने जीवन के लक्ष्यों की पहचान करने, इन लक्ष्यों को वित्तीय लक्ष्यों में परिवर्तित करने और इन लक्ष्यों को हासिल करने के लिए अपने पैसों का प्रबंधन करने की एक प्रक्रिया है।

वित्तीय नियोजन में वर्तमान और भविष्य की उन ज़रूरतों को पूरा करने के लिए एक रोडमैप तैयार करना शामिल है, जो अप्रत्याशित हो सकती हैं। यह कम चिंता वाला जीवन बनाने में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। सतर्क नियोजन से, अपनी प्राथमिकता तय करने और अपने विभिन्न लक्ष्यों को हासिल करने के लिए काम करने में मदद मिलती है।

चित्र 1: लक्ष्यों के प्रकार



i. लक्ष्य छोटी अवधि के हो सकते हैं: एलसीडी टीवी खरीदना या परिवार के साथ छुट्टी मनाना

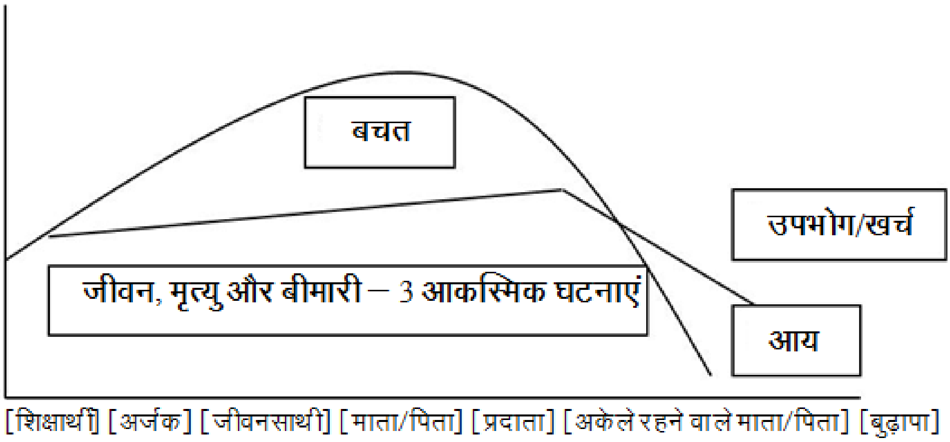
ii. ये मध्यम अवधि के हो सकते हैं: मकान खरीदना या विदेश में छुट्टी मनाना

iii. लंबी अवधि के लक्ष्यों में ये लक्ष्य शामिल हो सकते हैं: बच्चे की शिक्षा या शादी या सेवानिवृत्ति के बाद के लिए प्रावधान

2. व्यक्ति का जीवन चक्र

जन्म के दिन से लेकर मृत्यु के दिन तक, व्यक्ति जीवन की विभिन्न अवस्थाओं से गुजरता है, जिनके दौरान उससे कई तरह की भूमिकाएं निभाने की अपेक्षा की जाती है। इन अवस्थाओं को नीचे दिए गए चित्र में समझाया गया है।

चित्र 2: आर्थिक जीवन चक्र



जीवन की अवस्थाएं और प्राथमिकताएं

a) **शिक्षार्थी** (20-25 **साल तक**)**:** वह अवस्था जब व्यक्ति अपने ज्ञान और कौशल में सुधार करके अपने भविष्य के लिए तैयारी करता है। शिक्षा के वित्तपोषण के लिए फंड की ज़रूरत होती है। उदाहरण के लिए, चिकित्सा या प्रबंधन की शिक्षा से जुड़ी फीस की उच्च लागत को पूरा करना।

b) **अर्जक** (25 **साल के बाद**)**:** जब व्यक्ति को रोजगार मिलता है और संभवतः वह इतना कमाने लगता है कि अपनी ज़रूरतों को पूरा कर सके; साथ ही खर्च करने के लिए भी कुछ पैसे होते हैं। परिवार की जिम्मेदारियां होती हैं; व्यक्ति निकट भविष्य में उत्पन्न हो सकने वाली ज़रूरतों को पूरा करने के लिए पैसे बचाने के मकसद से बचत और निवेश भी कर सकता है। उदाहरण के लिए, कोई युवा आवासीय ऋण लेता है और किसी मकान में निवेश करता है।

c) **जीवनसाथी** (**शादी होने पर यानी** 28-30 **साल की उम्र**)**:** वह अवस्था जब व्यक्ति की शादी होती है और उसका अपना परिवार होता है। इससे नई ज़रूरतें पैदा होती हैं, जैसे कि खुद का मकान होना, संभवतः कार, उपभोक्ता वस्तुएं होना, बच्चों के भविष्य के लिए योजना बनाना आदि।

d) **साथी** (**यानी** 28 **से** 35 **साल**)**:** वे साल जब कोई एक या अधिक बच्चों का पिता बनाता है। अब उसे उनकी सेहत और शिक्षा – उन्हें अच्छे स्कूल में दाखिला दिलाने आदि की चिंता होती है।

e) **प्रदाता/प्रोवाइडर** (**यानी** 35 **से** 55 **साल** की उम्र)**:** वह अवस्था जब बच्चे किशोरावस्था में पहुंच जाते हैं; उनके हाई स्कूल और कॉलेज के दिन शुरू हो जाते हैं। तब व्यक्ति अपने बच्चे को जीवन की चुनौतियों का सामना करने के काबिल बनाने के लिए शिक्षा की उच्च लागत के बारे में सोचने लगता है। उदाहरण के लिए, पाँच साल चलने वाले मेडिकल कोर्स को फाइनेंस करने के लिए ज़रूरी रकम पर

विचार किया जाता है। कई भारतीय घरों में, लड़की की शादी करना और उसका घर बसाना एक बड़ी चिंता होती है। वास्तव में, बच्चे की शादी और शिक्षा आज ज़्यादातर भारतीय परिवारों के लिए बचत करने का सबसे अहम उद्देश्य है।

f) **अकेले रहने वाले माता/पिता** (**एम्प्टी नेस्टर**) (55 **से** 65 **साल की उम्र**): 'एम्प्टी नेस्टर' शब्द का अर्थ है कि संतान (चिड़िया) अपने घोंसले (परिवार) को वीरान छोड़कर उड़ गई है। यही वह अवधि होती है जब बच्चों की शादी हो जाती है और कभी-कभी वे माता/पिता को छोड़कर, काम करने के लिए दूसरी जगहों पर चले जाते हैं। उम्मीद की जाती है कि इस अवस्था के आने तक व्यक्ति ने अपनी देनदारियों [जैसे कि आवासीय ऋण और अन्य बंधक चीज़ें] को पूरा कर लिया होगा और सेवानिवृत्ति के लिए फंड बना लिया होगा। यही वह अवधि भी होती है जब बीपी और डायबिटीज जैसी बीमारियाँ पैदा होने लगती हैं और व्यक्ति के जीवन को तबाह करने लगती हैं। स्वास्थ्य की देखभाल, वित्तीय स्वतंत्रता और आय की सुरक्षा इस अवस्था में सबसे महत्वपूर्ण हो जाती हैं।

g) **सेवानिवृत्ति – जीवन के अंतिम वर्ष** (60 **साल और उसके बाद की उम्र**): वह उम्र जब व्यक्ति अपने सक्रिय कामकाजी जीवन से सेवानिवृत्त होता है और अपनी बचत को जीवन की ज़रूरतें पूरी करने में खर्च करता है। जब तक पति और पत्नी जीवित रहते हैं, उनकी आजीविका संबंधी ज़रूरतों पर ध्यान रहता है। व्यक्ति अपनी स्वास्थ्य समस्याओं, पर्याप्त आय और अकेलेपन को लेकर फ़िक्रमंद रहता है। यही वह अवधि भी होती है जब व्यक्ति जीवन की गुणवत्ता बेहतर करने की कोशिश करेगा और अपने कई ऐसे सपनों को पूरा करने की कोशिश करेगा जो वह हासिल नहीं कर पाया था – जैसे कि किसी शौक को पूरा करना, छुट्टी या तीर्थयात्रा पर जाना। कोई व्यक्ति सम्मान के साथ अपना बुढ़ापा गुजारेगा या गरीबी में, यह इस बात पर निर्भर करता है कि उसने इन सालों में क्या-क्या प्रावधान किया है।

जैसा कि हम ऊपर देख सकते हैं, आर्थिक जीवन चक्र के तीन चरण होते हैं: छात्र या नौकरी से पहले का चरण; कामकाजी चरण जो 18 से 25 साल के बीच शुरू होता है और 35 से 40 साल तक चलता है; और सेवानिवृत्ति के साल जो कामकाज छोड़ने के बाद शुरू होते हैं।

3. व्यक्ति को बचत करने और वित्तीय वित्तीय एसेट खरीदने की ज़रूरत क्यों होती है?

इसका कारण यह है कि व्यक्ति के जीवन की हर अवस्था के दौरान, जब वह कोई विशेष भूमिका निभाता है, कई तरह की ज़रूरतें पैदा होती हैं जिनके लिए फंड का प्रावधान करना ज़रूरी होता है।

उदाहरण

जब कोई व्यक्ति शादी करता है और अपना परिवार शुरू करता है, तो उसे अपना घर/मकान खरीदने की ज़रूरत हो सकती है। जब बच्चे बड़े होते हैं, तो उनकी उच्च शिक्षा के लिए फंड की ज़रूरत होती है। व्यक्ति अपनी युवावस्था के दिन अच्छी तरह बिताता है, चिंता स्वास्थ्य संबंधी खर्चों के लिए पैसे जुटाने और सेवानिवृत्ति के बाद के लिए बचत करने की होती है, ताकि उसे अपने बच्चों पर निर्भर नहीं रहना पड़े और बोझ नहीं बनना पड़े। आजादी और आत्मसम्मान के साथ जीना महत्वपूर्ण हो जाता है।

बचत – ऐसा माना जा सकता है कि निवेश की प्रक्रिया दो निर्णयों से से बनी है।

i. **उपभोग/खर्च को स्थगित करना:** मौजूदा और भविष्य के खर्चों के बीच संसाधनों का आवंटन करना।

ii. कम तरल संपत्तियों (जिन्हें आसानी से नकदी में नहीं बदला जा सके) के बदले में नकदी (खरीदने के लिए तैयार पैसों) से दूर रहना। उदाहरण के लिए, एक जीवन बीमा पॉलिसी खरीदने का मतलब होगा एक ऐसे अनुबंध के बदले में पैसे देना जिसे आसानी से नकदी में नहीं बदला जा सके।

वित्तीय नियोजन में दोनों प्रकार के निर्णय शामिल होते हैं। भविष्य के लिए बचत करना हो तो योजना बनाना और उचित संपत्तियों में समझदारी से निवेश करना ज़रूरी होता है, ताकि भविष्य में पैदा होने वाली विभिन्न ज़रूरतों को पूरा किया जा सके।

4. व्यक्तिगत आवश्यकताएं

अगर हम जीवन चक्र की उन अवस्थाओं को देखें जिनकी चर्चा ऊपर की गई है, तो हम देखेंगे कि तीन तरह की ज़रूरतें पैदा हो सकती हैं। ये तीन प्रकार के वित्तीय उत्पादों को जन्म देती हैं।

a) **भविष्य के लेनदेनों को सक्षम करना**

ज़रूरतों का पहला सेट उन प्रत्याशित खर्चों की एक श्रृंखला को पूरा करने के फंड से उत्पन्न होता है, जिनके उत्पन्न होने उम्मीद जीवन चक्र की विभिन्न अवस्थाओं में की जाती है। ऐसी ज़रूरतें दो प्रकार की होती हैं:

i. **विशेष लेनदेन संबंधी ज़रूरतें:** जो जीवन की विशेष घटनाओं से जुड़ी होती हैं, जिनके लिए संसाधनों की वचनबद्धता होना ज़रूरी है। उदहारण के लिए, आश्रितों की शिक्षा/शादी के लिए प्रावधान करना या मकान खरीदा या टिकाऊ उपभोक्ता वस्तुएं खरीदना।

ii. **सामान्य लेनदेन संबंधी ज़रूरतें**: ऐसी रकम जिसे किसी विशेष प्रयोजन के लिए चिह्नित किए बिना, मौजूदा खर्च से अलग करके रखा जाता है – ये आम तौर पर "भविष्य के प्रावधानों" के रूप में जाने जाते हैं।

b) **आकस्मिक ज़रूरतों को पूरा करना**

आकस्मिक घटनाएं जीवन की ऐसी अप्रत्याशित घटनाएं हैं जिनके लिए बड़े फंड की ज़रूरत पड़ सकती है। इन्हें मौजूदा आय से पूरा नहीं किया जा सकता और इनके लिए पहले से फंड जुटाना ज़रूरी होता है। इनमें से कुछ घटनाएं, जैसे कि मृत्यु और अपंगता या बेरोजगारी के कारण आय का नुकसान होता है। आग लगने जैसी अन्य घटनाओं में धन का नुकसान हो सकता है।

ऐसी ज़रूरतों को बीमा के ज़रिए पूरा किया जा सकता है, अगर उनके होने की संभावना कम है लेकिन लागत अधिक है। वैकल्पिक रूप से, नगदी में परिवर्तित की जा सकने वाली संपत्तियों की बड़ी मात्रा को एक रिजर्व के रूप में अलग करके रखा जा सकता है।

c) **धन संचय**

संचय का मकसद व्यक्ति की धन संचय के लिए निवेश करने और बाज़ार के अनुकूल अवसरों का लाभ लेने की इच्छा को दर्शाता है। कुछ लोग निवेश करते समय सतर्क नज़रिया अपना सकते हैं, जबकि कुछ लोग ज़्यादा आय अर्जित करने के दृष्टिकोण से ज़्यादा जोखिम लेने को तैयार होते हैं। ज़्यादा आय अर्जित करने की इच्छा इसलिए होती है क्योंकि इससे व्यक्ति के धन या निवल संपत्ति को अधिक तेज़ी से बढ़ाने में मदद मिलती है। धन का संबंध आत्मनिर्भरता, उद्यम, शक्ति और प्रभाव से जुड़ा होता है।

5. वित्तीय उत्पाद

ज़रूरतों के उपरोक्त सेट के अनुसार वित्तीय बाज़ार में तीन प्रकार के उत्पाद मौजूद हैं:

लेनदेन संबंधी उत्पाद	बैंक डिपॉज़िट और बचत के अन्य उपकरण जो व्यक्ति को सही समय पर और सही मात्रा में पर्याप्त क्रय शक्ति (नगदी) उपलब्ध कराने में सक्षम होते हैं।
आकस्मिकता वाले उत्पाद, जैसे बीमा	ये ऐसे बड़े नुकसानों के विरुद्ध सुरक्षा प्रदान करते हैं जो अचानक होने वाली अप्रत्याशित घटनाओं के कारण उठाने पड़ सकते हैं।
धन संचय वाले उत्पाद	शेयर और उच्च आय वाले बॉन्ड या रीयल एस्टेट ऐसे उत्पादों के उदाहरण हैं। यहां अधिक पैसे कमाने के लिए पैसे लगाने के नज़रिये से निवेश किया जाता है।

किसी व्यक्ति के पास आम तौर पर उपरोक्त सभी ज़रूरतों की मिश्रण होना चाहिए; इसलिए, उसे सभी तीन प्रकार के उत्पाद की ज़रूरत हो सकती है। संक्षेप में, यह कहा जा सकता है:

i. बचत की ज़रूरत – नकदी की आवश्यकताओं के लिए

ii. बीमा की ज़रूरत – अनिश्चितताओं के लिए

iii. निवेश की ज़रूरत – धन संचय के लिए

6. जोखिम प्रोफाइल और निवेश

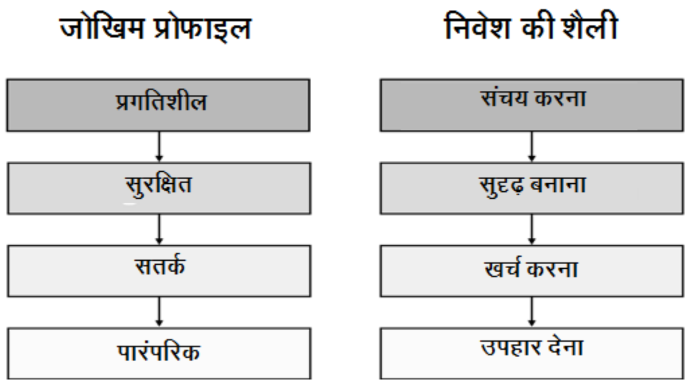
जैसे-जैसे व्यक्ति जीवन चक्र की विभिन्न अवस्थाओं से होकर गुजरता है; जैसे कि वह युवा अर्जक से मध्यम उम्र की ओर, उसके बाद कामकाजी जीवन के अंतिम वर्षों की ओर बढ़ता है, उसकी जोखिम प्रोफाइल या जोखिम उठाने के प्रति उसका नज़रिया भी बदलता जाता है।

जब व्यक्ति युवा होता है, तो वह अधिक से अधिक धन संचय करने के मामले में काफी आक्रामक और जोखिम उठाने के लिए तैयार हो सकता है। हालांकि, उम्र बढ़ने के साथ, व्यक्ति निवेश को लेकर समझदार और सतर्क होता जाता है। अब उसे अपने निवेशों को सुरक्षित और सुदृढ़ बनाने की फ़िक्र रहती है।

अंत में, जब व्यक्ति सेवानिवृत्ति के करीब आता, तो वह और भी अधिक सतर्क हो जाता है। अब उसका ध्यान एक ऐसा कॉर्पस बनाने पर होता है जिससे वह सेवानिवृत्ति के बाद के खर्चों को पूरा कर सके। वह अपने बच्चों के लिए दान करने, चैरिटी में उपहार देने आदि के बारे में भी सोच सकता है।

जोखिम प्रोफाइल के साथ तालमेल बनाए रखने के लिए भी व्यक्ति की निवेश की शैली बदलती है। इसे नीचे दिखाया गया है:

चित्र 3: जोखिम प्रोफाइल और निवेश की शैली



खुद को जांचें 1

इनमें से कौन सा विकल्प अप्रत्याशित घटनाओं के विरुद्ध विशेष सुरक्षा प्रदान करता है?

I. बीमा

II. लेनदेन वाले उत्पाद जैसे कि बैंक में फिक्स्ड डिपॉजिट

III. शेयर

IV. डिबेंचर

B. वित्तीय नियोजन की भूमिका

1. वित्तीय नियोजन

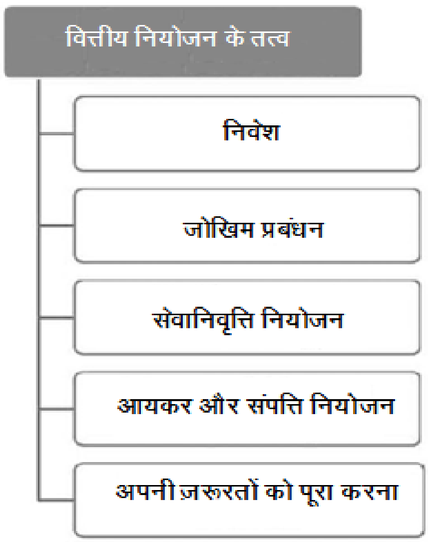
वित्तीय नियोजन ग्राहक/क्लाइंट की मौजूदा और भविष्य की ज़रूरतों के साथ-साथ उसकी जोखिम प्रोफाइल और आय का सावधानी से मूल्यांकन करने की प्रक्रिया है, ताकि उपयुक्त वित्तीय उत्पादों की सिफ़ारिश करके विभिन्न प्रत्याशित/अप्रत्याशित ज़रूरतों को पूरा करने के लिए एक रोडमैप तैयार किया जा सके।

वित्तीय नियोजन के तत्वों में शामिल हैं:

- ✓ निवेश करना – अपनी जोखिम उठाने की क्षमता के आधार पर संपत्तियों का आवंटन करना,
- ✓ जोखिम प्रबंधन,
- ✓ सेवानिवृत्ति नियोजन,
- ✓ कर और संपत्ति नियोजन, और
- ✓ अपनी ज़रूरतों का वित्तपोषण

संक्षेप में, वित्तीय नियोजन में 360 डिग्री नियोजन करना शामिल है।

चित्र 4: वित्तीय नियोजन के तत्व



2. वित्तीय नियोजन की भूमिका

वित्तीय नियोजन कोई नया विषय नहीं है। इसे हमारे पूर्वजों द्वारा सरल रूप में अपनाया जाता था। तब निवेश के सीमित विकल्प होते थे। कुछ दशक पहले कई लोग इक्विटी (शेयर) को जुए/सट्टे के बराबर मानते थे। बचत को ज़्यादातर बैंक डिपॉज़िट, डाक बचत योजनाओं और निश्चित आय

के अन्य उपकरणों में डालकर रखा जाता था। आज हमारे समाज और हमारे ग्राहकों के सामने चुनौतियां अलग हैं। इनमें से कुछ इस प्रकार हैं:

i. संयुक्त परिवार का बिखरना

संयुक्त परिवार से एकल परिवार का रास्ता निकाला है जिसमें सिर्फ पिता, माता और बच्चे शामिल होते हैं। इस परिवार के मुखिया और कमाऊ सदस्य को खुद की और अपने परिवार का ध्यान रखने की जिम्मेदारी उठानी पड़ती है। इसके लिए सही तरीके से योजना बनाने और एक पेशेवर वित्तीय नियोजक की सलाह की ज़रूरत हो सकती है।

ii. निवेश के कई विकल्प

आज धन संचय के लिए बड़ी संख्या में निवेश के उपकरण उपलब्ध हैं; हर विकल्प में अलग-अलग स्तर के जोखिम और आय की पेशकश होती है। वित्तीय लक्ष्यों को हासिल करने के लिए, व्यक्ति को बुद्धिमानी से सही विकल्प चुनने और अपनी जोखिम उठाने की क्षमता के आधार पर निवेश के लिए सही निर्णय लेने की ज़रूरत होती है। वित्तीय नियोजन से संपत्ति के आवंटन में मदद मिल सकती है।

iii. बदलती जीवनशैली

तात्कालिक खुशी आज की ज़रूरत बन गई है। लोग सबसे नया मोबाइल फ़ोन, कार, बड़ा घर, प्रतिष्ठित क्लब की सदस्यता आदि की चाह रखते हैं। इन चाहतों को पूरा करने के लिए, लोग अक्सर बहुत अधिक कर्ज लेते हैं और अपने जीवन का एक बड़ा हिस्सा ऋण चुकाने में खर्च करते हैं, जिससे बचत की गुंजाइश कम रहती है। वित्तीय नियोजन से अपने खर्च की योजना बनाने में मदद मिलती है, ताकि समय के साथ अपने जीवन स्तर को ऊँचा उठाते हुए उसे बनाए रखा जा सके।

iv. महंगाई (मुद्रास्फ़ीति)

महंगाई एक समयावधि में किसी अर्थव्यवस्था में सामानों और सेवाओं के मूल्यों के सामान्य स्तर में होने वाली बढ़त है। इससे पैसे का मूल्य गिरने लगता है। नतीजतन, पैसे की क्रय शक्ति घट जाती है। महंगाई, सेवानिवृत्ति के बाद तबाही ला सकती है। वित्तीय नियोजन से यह पक्का करने में मदद मिल सकती है कि व्यक्ति खास तौर पर जीवन के अंतिम वर्षों में महंगाई से लड़ने के लिए तैयार है।

v. अन्य आकास्मिकताएं और ज़रूरतें

वित्तीय नियोजन लोगों को कई अन्य ज़रूरतों और चुनौतियों से लड़ने में भी सक्षम बनाता है, जैसे कि चिकित्सकीय आकस्मिक्ताएं और कर संबंधी देनदारियां। व्यक्ति को यह भी पक्का करना होता है कि उसकी अचल संपत्तियां, जिसमें उनका धन और संपत्ति शामिल हैं, उसकी मृत्यु के बाद आसानी से उसके प्रियजनों के पास चली जाएं। कुछ अन्य ज़रूरतें भी होती हैं, जैसे कि अपने जीवनकाल में और उसके बाद परोपकार (चैरिटी) करने या कुछ सामाजिक

और धार्मिक दायित्वों को पूरा करने की ज़रूरत। वित्तीय नियोजन इन सभी लक्ष्यों को हासिल करने का साधन है।

3. वित्तीय नियोजन शुरू करने का सही समय कब होता है?

वित्तीय नियोजन सिर्फ अमीर बनने के लिए नहीं होता है। वास्तव में, नियोजन तभी शुरू हो जाना चाहिए जब व्यक्ति को अपना सबसे पहला वेतन मिलता है। यह बताने का कोई ट्रिगर पॉइंट नहीं है कि व्यक्ति को कब निवेश शुरू करना चाहिए।

हालांकि, एक महत्वपूर्ण सिद्धांत यह है – हमारे निवेश की समयावधि जितनी अधिक होगी, उसमें उतनी ही अधिक बढ़त होगी।

इसलिए, निवेश की शुरुआत जल्द से जल्द करनी चाहिए। तब व्यक्ति को निवेश से समय का अधिकतम लाभ मिलेगा। फिर, नियोजन सिर्फ अमीर लोगों के लिए नहीं है। यह सभी के लिए है। अपने वित्तीय लक्ष्यों को हासिल करने के लिए, व्यक्ति को अनुशासित दृष्टिकोण अपनाना चाहिए। वित्तीय नियोजन का अनियोजित और आवेगपूर्ण दृष्टिकोण लोगों के वित्तीय संकट का मुख्य कारण है।

खुद को जांचें 2

वित्तीय नियोजन शुरू करने का सबसे अच्छा समय कौन सा है?

I. सेवानिवृत्ति के बाद

II. सबसे पहला वेतन मिलते ही

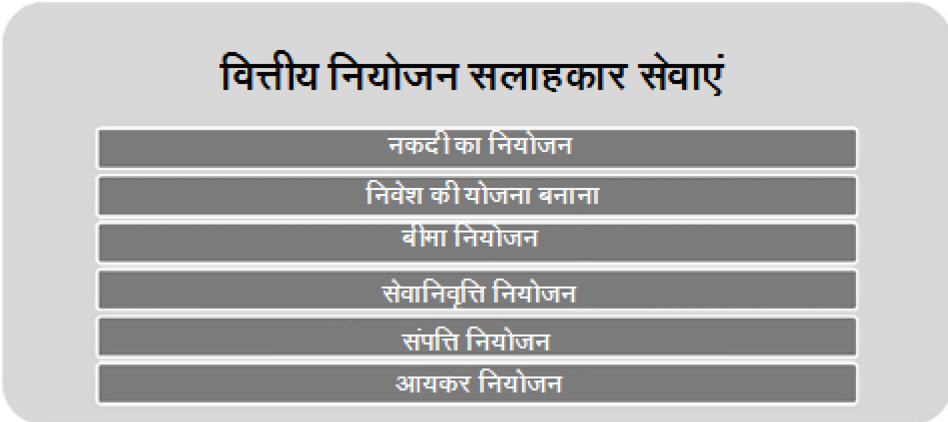
III. शादी के बाद

IV. सिर्फ अमीर बनने के बाद

C. वित्तीय नियोजन - प्रकार

आइए, अब हम उन विभिन्न प्रकार के वितीय नियोजन के अभ्यासों पर गौर करें जो किसी व्यक्ति को करना पड़ सकता है।

चित्र 5: वित्तीय नियोजन सलाहकार सेवाएं



उन विभिन्न सलाहकार सेवाओं पर विचार करें जो प्रदान की जा सकती हैं। ऐसे छह क्षेत्र हैं जिन पर विचार किया जाता है:

- ✓ नकदी नियोजन
- ✓ निवेश नियोजन
- ✓ बीमा नियोजन
- ✓ सेवानिवृत्ति नियोजन
- ✓ अचल संपत्ति नियोजन
- ✓ आयकर नियोजन

1. नकदी नियोजन

नकदी प्रवाह को प्रबंधित करने के दो प्रयोजन हैं

i. आय और खर्च के प्रवाह को प्रबंधित करना, जिसमें अप्रत्याशित ज़रूरतों को पूरा करने के लिए, नकदी में परिवर्तित की जा सकने वाली (लिक्विड) संपत्तियों का एक रिजर्व बनाना और उसे बनाए रखना शामिल है।

ii. पूँजी निवेश के लिए व्यवस्थित रूप से नकदी का अधिशेष बनाना और बनाए रखना।

नकदी नियोजन में कई चरण शामिल होते हैं। व्यक्ति को एक बजट तैयार करना और अपने आय-व्यय के प्रवाह का विश्लेषण करना चाहिए, ताकि यह ध्यान रखा जा सके कि कौन सी नियमित और एकमुश्त लागतें खर्च की गई हैं। जहां निश्चित खर्चों को आसानी से नियंत्रित नहीं किया जा सकता, परिवर्तनीय खर्चों को स्थगित, प्रबंधित और कम किया जा सकता है। अगला

चरण पूरे साल में भविष्य की मासिक आय और खर्च का पूर्वानुमान करने और इन नकदी प्रवाहों को प्रबंधित करने के लिए योजना बनाने का है।

नकदी नियोजन प्रक्रिया का दूसरा भाग विवेकाधीन आय को बढ़ाने के लिए रणनीतियां डिजाइन करना है।

उदाहरण

व्यक्ति अपने बकाया ऋणों का पुनर्गठन कर सकता है।

व्यक्ति क्रेडिट कार्ड के बकाया ऋणों को समेकित करके कम ब्याज वाले बैंक ऋण के माध्यम से उसे चुका सकता है।

व्यक्ति अपने निवेशों से अधिक आय अर्जित करने के लिए उसे नए सिरे से आवंटित कर सकता है।

---

2. बीमा नियोजन

कुछ लोग ऐसे जोखिमों के दायरे में आते हैं जो उन्हें अपने निजी वित्तीय लक्ष्यों को हासिल करने से दूर कर सकते हैं। बीमा नियोजन में ऐसे जोखिमों के विरुद्ध पर्याप्त बीमा प्रदान करने के लिए एक कार्ययोजना बनाना शामिल है।

यहां यह अनुमान लगाना होता है कि कितनी रकम के बीमा की ज़रूरत है; साथ ही, यह पता लगाना होता है कि किस तरह की पॉलिसी सबसे उपयुक्त है।

i. **जीवन बीमा** का निर्णय कमाऊ व्यक्ति की असामयिक मौत होने पर उसके आश्रितों की आय और खर्च की आवश्यकताओं का अनुमान लगाकर लिया जा सकता है।

ii. **स्वास्थ्य बीमा** की आवश्यकताओं का आकलन अस्पताल में भर्ती होने के उन खर्चों के संदर्भ में किया जा सकता है जिन्हें परिवार की किसी चिकित्सकीय इमरजेंसी में खर्च किए जाने की संभावना रहती है।

iii. अंत में, अपनी संपत्तियों का बीमा कराने के निर्णय पर, नुकसान के जोखिम से अपने मकान/वाहन/फैक्ट्री आदि की सुरक्षा के लिए आवश्यक कवर के प्रकार और मात्रा के संदर्भ में विचार किया जा सकता है।

3. निवेश का नियोजन

निवेश करने का कोई एक सही तरीका नहीं है। अलग-अलग लोगों के लिए निवेश का तरीका अलग-अलग होगा। निवेश नियोजन व्यक्ति की जोखिम उठाने की क्षमता, वित्तीय लक्ष्यों और इन लक्ष्यों को पूरा करने में लगने वाले समय के आधार पर, सबसे उपयुक्त निवेश और संपत्ति के आवंटन की रणनीतियों का पता लगाने की एक प्रक्रिया है।

a) **निवेश के पैरामीटर**

चित्र 6: निवेश के पैरामीटर

यहां पहला चरण निवेश के कुछ पैरामीटर को परिभाषित करना है। इनमें शामिल हैंः

i. **रिटर्न/आयः** निवेश पर आय (रिटर्न) अक्सर सबसे महत्वपूर्ण पैरामीटर होता है जिस पर लोग अपने पैसों का निवेश करते समय विचार करते हैं। रिटर्न की दर यह तय करती है कि निवेश से किसी व्यक्ति का धन समय के साथ कितनी तेज़ी से बढ़ेगा। रिटर्न की भूमिका का मूल्यांकन तब किया जा सकता है जब व्यक्ति 'चक्रवृद्धि ब्याज की शक्ति' पर विचार करता है। उदाहरण के लिए, अगर 1000 रुपये की रकम को आज 8% की ब्याज दर पर निवेश किया जाता है, तो पाँच साल के बाद यह संचित होकर 1469 रुपये हो जाएगा; 10 साल के अंत में, यह दोगुना से अधिक होकर 2159 रुपये बन जाएगा। आय की यह अपेक्षा, जो धन संचय में मदद करती है, निवेश के प्रमुख उद्देश्यों में से एक है। साथ ही साथ, यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि रिटर्न की अधिक दर के साथ आम तौर पर उच्च स्तर का जोखिम जुड़ा हो सकता है। व्यक्ति को रिटर्न और जोखिम के बीच तालमेल बनाना चाहिए। यह व्यक्ति की जोखिम सहने की क्षमता पर निर्भर करता है।

ii. **जोखिम सहने की क्षमताः** यह एक माप है कि व्यक्ति किसी निवेश को खरीदने में कितना जोखिम उठाने के लिए तैयार है।

iii. **समयावधिः** यह एक वितीय लक्ष्य हासिल करने के लिए उपलब्ध समयावधि है। समयावधि जितनी अधिक होगी, छोटी अवधि की देनदारी की चिंता उतनी ही कम होगी। व्यक्ति लंबी अवधि में, कम तरल संपत्तियों में निवेश कर सकता है जो अधिक रिटर्न दे सके।

iv. **नगदी (तरलता):** निवेश की सीमित क्षमता या आय-व्यय के अनिश्चित प्रवाह वाले लोग या ऐसे लोग जो किसी निजी या कारोबारी खर्च को पूरा करने के लिए निवेश करते हैं, उन्हें नगदी की चिंता रहती है [इसका मतलब है मूल्य के नुकसान के बिना निवेश को नकदी में परिवर्तित करने की क्षमता।]

v. **बेचने की योग्यता:** किसी संपत्ति को कितनी आसानी से बेचा या खरीदा जा सकता है।

vi. **विविधीकरण:** वह सीमा जहां तक व्यक्ति जोखिमों को कम करने के लिए अपने निवेशों का विविधीकरण (अलग-अलग जगह निवेश) करता है।

vii. **कर (टैक्स):** कई निवेश कुछ आयकर संबंधी लाभ देते हैं; व्यक्ति विभिन्न निवेशों में कर (टैक्स) के बाद के रिटर्न पर विचार कर सकता है।

b) निवेश के उचित साधनों का चयन करना

अगला चरण उपरोक्त पैरामीटर के आधार पर निवेश के उचित साधनों का चयन करना है। वास्तविक चयन रिटर्न और जोखिम के बारे में व्यक्ति की अपेक्षाओं पर निर्भर करेगा।

भारत में कई ऐसे उत्पाद हैं जिन पर निवेश के प्रयोजन से विचार किया जा सकता है। इनमें शामिल हैं:

- ✓ बैंक/कॉर्पोरेट के फिक्स्ड डिपॉजिट,
- ✓ डाक घर की लघु बचत योजनाएं,
- ✓ शेयरों के पब्लिक इश्यू (आईपीओ),
- ✓ डिबेंचर या अन्य प्रतिभूतियां,
- ✓ म्यूचुअल फंड
- ✓ यूनिट लिंक्ड पॉलिसियां जो जीवन बीमा कंपनियों आदि द्वारा जारी की जाती है।

4. सेवानिवृत्ति नियोजन

यह ऐसी धनराशि का निर्धारण करने की प्रक्रिया है जिसकी ज़रूरत व्यक्ति को सेवानिवृत्ति के बाद अपनी ज़रूरतों को पूरा करने के लिए होती है; साथ ही, इन ज़रूरतों को पूरा करने के लिए सेवानिवृत्ति संबंधी विभिन्न विकल्पों पर भी विचार किया जाता है। सेवानिवृत्ति नियोजन में तीन चरण शामिल हैं:

a) **संचय**: फंड का संचय, इस प्रयोजन के साथ निवेश के लिए धनराशि अलग करके रखने की विभिन्न रणनीतियों के माध्यम से किया जाता है।

b) **संरक्षण**: संरक्षण यह पक्का करने की कोशिशों को दर्शाता है कि व्यक्ति के निवेशों को आय अर्जित करने के लिए लगाया गया है और व्यक्ति के कामकाजी सालों के दौरान मूलधन में लगातार बढ़त होती है।

c) **वितरण (डिस्ट्रीब्यूशन)**: वितरण का मतलब है कॉर्पस या मूलधन को सेवानिवृत्ति के बाद आय की ज़रूरतों को पूरा करने के लिए आहरणों/वार्षिकी भुगतानों में परिवर्तित करने का इष्टतम तरीका।

5. संपत्ति नियोजन

यह व्यक्ति की मृत्यु के बाद उसकी अचल संपत्ति को ट्रांसफर करने या उसके वारिसों को सौंपने की एक योजना है। इसके लिए कई प्रक्रियाएं हैं, जैसे कि नामांकन और समनुदेशन या वसीयत तैयार करना। बुनियादी विचार यह पक्का करने का है कि व्यक्ति की मौत के बाद उसकी संपत्ति और एसेट को उसकी इच्छा के अनुसार आसानी से बाँटा और/या इस्तेमाल किया जाता है।

6. कर नियोजन (टैक्स प्लानिंग)

कर नियोजन यह पता लगाने के लिए किया जाता है कि मौजूदा कर क़ानून से अधिकतम कर लाभ कैसे प्राप्त किया जा सके। साथ ही, यह भी पता लगाया जाता है कि करों में छूट का पूरा लाभ लेते हुए आय, खर्च और निवेशों की योजना कैसे बनाई जाए। भारतीय कर कानूनों के अनुसार, किसी व्यक्ति द्वारा खुद के जीवन पर, अपने पति/पत्नी और बच्चों के जीवन पर ली गई जीवन बीमा पॉलिसी पर भुगतान किया गया जीवन बीमा प्रीमियम, कर योग्य आय की गणना करने के लिए आयकर अधिनियम की धारा 80सी के तहत छूट (कटौती) के योग्य होता है। वर्तमान में, यह कटौती शर्तों के अधीन 1,50,000 रुपये तक मान्य है। ऐसी पॉलिसियों की परिपक्वता की आय (बीमा राशि और बोनस) पर भी धारा 10 (10डी) के तहत छूट मिलाती है। इसी प्रकार, प्राप्तकर्ता के हाथों में मिली मृत्यु दावा राशि पर भी आयकर से छूट मिलती है। यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि यहाँ मकसद कर (टैक्स) को कम करना है, उससे बचना नहीं।

जीवन बीमा एजेंटों को अक्सर उनके ग्राहकों/क्लाइंट और संभावित ग्राहकों को सिर्फ उनकी बीमा संबंधी ज़रूरतें पूरी करने में ही नहीं, बल्कि उनकी अन्य वित्तीय ज़रूरतों को पूरा करने में भी सहयोग देना पड़ सकता है। वित्तीय नियोजन की अच्छी जानकारी किसी भी बीमा एजेंट के लिए काफी मददगार साबित होगी।

खुद को जांचें 3

इनमें से कौन सा विकल्प कर नियोजन का एक मकसद नहीं है?

I. अधिकतम कर लाभ

II. विवेकपूर्ण निवेश के परिणाम स्वरूप कर का बोझ कम करना

III. आयकर से बचना

IV. टैक्स ब्रेक का पूरा फायदा उठाना

सारांश

- वित्तीय नियोजन इसकी एक प्रक्रिया है:

- ✓ अपने जीवन के लक्ष्यों की पहचान करने,
- ✓ पहचाने गए इन लक्ष्यों को वित्तीय लक्ष्यों में परिवर्तित करना और
- ✓ अपने पैसों का प्रबंधन इस तरह से करना ताकि उन लक्ष्यों को पूरा करने में मदद मिल सके

- व्यक्ति के जीवन चक्र के आधार पर तीन प्रकार के वित्तीय उत्पादों की ज़रूरत होती है। ये उत्पाद इन कामों में मदद करते हैं:
  - ✓ भविष्य के लेनदेनों को सक्षम करना,
  - ✓ आकस्मिक ज़रूरतों को पूरा करना और
  - ✓ धन संचय
- संयुक्त परिवार के बिखरने, निवेश के अनेक विकल्प उपलब्ध होने और बदलती जीवनशैली आदि जैसे सामाजिक बदलावों के कारण वित्तीय नियोजन की ज़रूरत और बढ़ गई है।
- वित्तीय नियोजन शुरू करने का सबसे अच्छा समय वह है जब व्यक्ति को अपना सबसे पहला वेतन मिलता है।
- वित्तीय नियोजन सलाहकार सेवाओं में शामिल हैं:
  - ✓ नकदी नियोजन,
  - ✓ निवेश नियोजन,
  - ✓ बीमा नियोजन,
  - ✓ सेवानिवृत्ति नियोजन,
  - ✓ संपत्ति नियोजन और
  - ✓ आयकर नियोजन

मुख्य शब्द

1. वित्तीय नियोजन
2. जीवन की अवस्थाएं
3. जोखिम प्रोफाइल
4. नकदी नियोजन
5. निवेश नियोजन
6. बीमा नियोजन
7. सेवानिवृत्ति नियोजन

8. संपत्ति नियोजन

9. उपयुक्तता के बारे में जानकारी

10. आयकर नियोजन

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प I है।

उत्तर 2 – सही विकल्प II है।

उत्तर 3 – सही विकल्प III है।

अध्याय L-03

जीवन बीमा उत्पादः पारंपरिक

अध्याय का परिचय

यह अध्याय जीवन बीमा उत्पादों की दुनिया से आपका परिचय कराता है। इसकी शुरुआत सामान्य उत्पादों के बारे में चर्चा से शुरू होती है। फिर, जीवन बीमा उत्पादों की ज़रूरत और जीवन के विभिन्न लक्ष्यों को हासिल करने में उनकी भूमिका की चर्चा की गई है। अंत में, हम कुछ पारंपरिक जीवन बीमा उत्पादों पर गौर करेंगे।

अध्ययन के परिणाम

A. जीवन बीमा उत्पादों की खास जानकारी

B. पारंपरिक जीवन बीमा उत्पाद

A. जीवन बीमा उत्पादों की खास जानकारी

1. उत्पाद (प्रॉडक्ट) क्या है?

सबसे पहले, हम यह समझें कि 'उत्पाद' का क्या मतलब है। लोकप्रिय अर्थों में उत्पाद को आम तौर पर ऐसी वस्तु या सामान माना जाता है जिसे बाज़ार में खरीदा और बेचा जा सकता हो।

यह समझना ज़रूरी है कि हर उत्पाद ऐसी सुविधाओं या विशेषताओं का एक बंडल होता है जो कुछ फायदे/लाभ देता है।

सभी कंपनियां अपने उत्पादों को ग्राहकों के लिए अधिक आकर्षक बनाकर और विभिन्न प्रकार की सुविधाओं और लाभ की पेशकश करके उन्हें दूसरों से अलग बनाने की कोशिश करती हैं। एक जीवन बीमा एजेंट की भूमिका इन सुविधाओं और लाभों को समझना और उनके बारे में बताना है, ताकि उनकी कंपनियों के उत्पादों को दूसरों के मुकाबले खास और आकर्षक बनाया जा सके।

उदाहरण

कोलगेट, क्लोज़ अप और प्रॉमिस टूथपेस्ट के अलग-अलग ब्रांड हैं, लेकिन हर ब्रांड की विशेषताएं एक दूसरे से अलग हैं।

उत्पाद ऐसे हो सकते हैं:

i. **मूर्त (प्रत्यक्ष):** ये ऐसे उत्पाद हैं जिन्हें सीधे देखा या छूकर महसूस किया जा सकता है (उदाहरण के लिए, कोई कार या टेलीविज़न सेट)

ii. **अमूर्त (अप्रत्यक्ष)**: ये ऐसे उत्पाद हैं जिन्हें अप्रत्यक्ष रूप से समझा जा सकता है।

जीवन बीमा एक अमूर्त (अप्रत्यक्ष) उत्पाद है।

2. जीवन बीमा उत्पादों का मकसद

मनुष्य के पास **एक बेहद कीमती संपत्ति – मानव पूँजी – होती है, जो हमारी उत्पादक अर्जन क्षमता का स्रोत है।** हालांकि, जीवन और मनुष्य की सेहत को लेकर अनिश्चितता बनी रहती है। मृत्यु और बीमारी जैसी घटनाएं हमारी अर्जन क्षमताओं और जीवन भर की बचत को खत्म कर सकती हैं। बीमा ऐसे हालात के लिए सुरक्षा प्रदान करता है।

जीवन बीमा उत्पाद मृत्यु या अक्षमता के कारण किसी व्यक्ति की उत्पादक क्षमताओं के आर्थिक मूल्य में होने वाले नुकसान के ख़िलाफ़ सुरक्षा की पेशकश करते हैं। जैसे ही कोई व्यक्ति जीवन बीमा पॉलिसी लेता है और पहले प्रीमियम का भुगतान करता है, उसके नाम पर **एक तत्काल संपत्ति बनाई जाती है** और इससे होने वाली आय उसके आश्रितों या प्रियजनों के लिए उपलब्ध होती है।

जीवन बीमा किसी व्यक्ति की अप्रत्याशित मौत के मामले में उसके करीबी रिश्तेदारों को मानसिक शांति और सुरक्षा प्रदान करता है। ऐसी सुरक्षा प्रदान करने के अलावा, जीवन बीमा बाज़ार की

अन्य ज़रूरतों जैसे कि बचत, धन संचय, निवेश की सुरक्षा और संरक्षण के साथ-साथ आय (रिटर्न) की निश्चित दरों को भी पूरा करता है, जिसकी चर्चा इस कोर्स में नहीं की गई है।

जीवन बीमा उद्योग ने पिछली दो सदियों में उत्पाद की पेशकश के मामले में काफी नवाचार देखे हैं। इसकी शुरुआत मृत्यु लाभ उत्पादों से हुई, लेकिन समय के साथ कई तरह के जीवन लाभ उत्पाद जैसे बंदोबस्ती, अक्षमता लाभ, खतरनाक रोग कवर आदि जोड़े गए।

हाल के वर्षों के प्रमुख नवाचारों में से एक मार्केट लिंक्ड पॉलिसियां बनाना रहा, जहां बीमाधारक को अपनी निवेश की संपत्तियों को चुनने और उनका प्रबंधन करने के लिए आमंत्रित किया जाता है। दूसरा बड़ा नवाचार बिना बंडल वाले लचीले उत्पादों का विकास रहा जिसमें विभिन्न लाभों के साथ-साथ लागत के घटकों में भी बदलती ज़रूरतों, जीवन की अवस्थाओं और उनके किफ़ायती होने के अनुसार पॉलिसी धारक द्वारा बदलाव किया जा सकता है।

3. उपयुक्तता संबंधी जानकारी

एजेंटों और ब्रोकरों के साथ-साथ बीमा मध्यस्थों को अधिक जवाबदेह बनाने और बीमा की गलत बिक्री को कम करने के लिए, आईआरडीएआई ने 'उत्पाद की उपयुक्तता' की एक अवधारणा बनाई है। 'उपयुक्तता की जानकारी' किसी प्रस्तावक की उम्र, आय, पारिवारिक स्थिति, जीवन की अवस्था, वित्तीय और पारिवारिक लक्ष्य, निवेश के उद्देश्य, पहले से मौजूद बीमा पोर्टफोलियो आदि से जुड़ी जानकारी है। अर्थात, किसी ग्राहक/क्लाइंट को बीमा पॉलिसी बेचने से पहले, एजेंट को ग्राहक/क्लाइंट की ज़रूरतों के हिसाब से उत्पाद की उपयुक्तता को सही ठहराने में सक्षम होना चाहिए।

दूसरे शब्दों में, एजेंट विशेष प्रस्तावक की जोखिम प्रोफाइल – उम्र, आय, पारिवारिक स्थिति, जीवन की अवस्था, वित्तीय और पारिवारिक लक्ष्य, निवेश के उद्देश्य, पहले से मौजूद बीमा पोर्टफोलियो आदि से जुड़ी जानकारी को ध्यान में रखकर यह निर्णय लेता है कि क्या उत्पाद उस प्रस्तावक के लिए उपयुक्त है। उत्पाद की प्रकृति, प्रीमियम की राशि, प्रीमियम भुगतान का मोड और पॉलिसी की अवधि के साथ-साथ प्रीमियम भुगतान का तरीका भी 'उपयुक्तता' के पैरामीटर का हिस्सा बनता है।

आईआरडीएआई यह अनिवार्य करता है कि उपयुक्तता संबंधी एकत्रित जानकारी पर प्रस्तावक और एजेंट का हस्ताक्षर होना चाहिए; इसे पॉलिसी रिकॉर्ड के हिस्से के तौर पर बीमा कंपनी के पास सुरक्षित रखा जाना चाहिए और प्राधिकरण द्वारा जांच के लिए उपलब्ध कराया जाना चाहिए।

4. जीवन बीमा उत्पादों में राइडर

राइडर आम तौर पर एक पृष्ठांकन के माध्यम से जोड़ा गया प्रावधान होता है, जो बीमा का हिस्सा बनता है। राइडरों को आम तौर पर पूरक लाभ देने के लिए इस्तेमाल किया जाता है, जैसे कि दुर्घटनाओं के कारण, पॉलिसी में उपलब्ध मृत्यु लाभ की रकम को बढ़ाना। जीवन बीमा कंपनियां कई तरह के राइडर उपलब्ध कराती हैं, जिनके माध्यम से उनकी पेशकश का मूल्य बढ़ जाता है। राइडर किसी व्यक्ति की विभिन्न आवश्यकताओं को उसकी पसंद के हिसाब से एक ही प्लान में शामिल करने में मदद करते हैं।

राइडर किसी सामान्य जीवन बीमा अनुबंध में अतिरिक्त लाभों के रूप में अक्षमता कवर, दुर्घटना कवर और गंभीर बीमारी कवर जैसे लाभ प्रदान करने का प्रावधान करते हैं। पॉलिसी धारक एक अतिरिक्त प्रीमियम भुगतान करके उनका लाभ उठा सकते हैं।

खुद को जांचें 1

इनमें से कौन सा एक अमूर्त (अप्रत्यक्ष) उत्पाद है?

I. कार

II. मकान

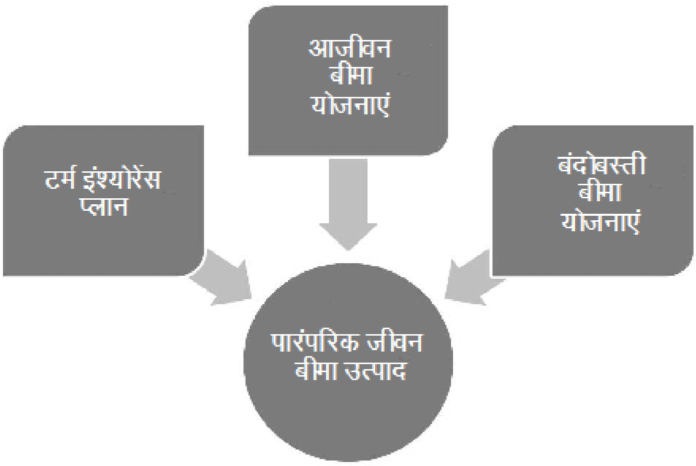
III. जीवन बीमा

IV. साबुन

B. पारंपरिक जीवन बीमा उत्पाद

अब हम जीवन बीमा उत्पादों के कुछ पारंपरिक प्रकारों के बारे में जानेंगे।

चित्र 1: पारंपरिक जीवन बीमा उत्पाद



1. अवधि बीमा योजनाएं (टर्म इंश्योरेंस प्लान)

टर्म इंश्योरेंस एक ऐसा अनुबंध है जो सिर्फ एक निश्चित समय अवधि के लिए मान्य होता है। यह किसी हवाई यात्रा को पूरा करने के लिए आवश्यक छोटी अवधि से लेकर कई वर्षों तक के लिए हो सकता है। सुरक्षा 65 से 70 वर्ष तक की हो सकती है। एक वर्षीय टर्म पॉलिसियां संपत्ति और दुर्घटना बीमा अनुबंधों के काफी सामान होती हैं। इस पॉलिसी में बचत या नकद मूल्य का कोई तत्व नहीं होता है।

अक्टूबर 2020 में, आईआरडीएआई ने एक मानक व्यक्तिगत अवधि जीवन बीमा उत्पाद की शुरुआत की थी जिसे "सरल जीवन बीमा" कहा जाता है (इसमें उत्पाद के नाम से पहले बीमा

कंपनी का नाम जोड़ा जाता है); यह एक नॉन-लिंक्ड गैर-प्रतिभागी व्यक्तिगत शुद्ध जोखिम प्रीमियम जीवन बीमा प्लान है, जो पॉलिसी अवधि के दौरान जीवन बीमाधारक की असामयिक मौत के मामले में नामांकित व्यक्ति को बीमा राशि के भुगतान के रूप में एकमुश्त रकम उपलब्ध कराता है।

नियामक द्वारा निर्धारित कुछ लाभों और राइडरों के अलावा, किसी अन्य राइडर/ लाभ/ विकल्प/ वैरिएंट की पेशकश करने की अनुमति नहीं दी जाती है। इसके अलावा, आत्महत्या के अपवर्जन के अलावा, उत्पाद के तहत कोई अन्य अपवर्जन नहीं होगा। सरल जीवन बीमा व्यक्तियों के लिंग, निवास स्थान, यात्रा, पेशा या शैक्षणिक योग्यताओं से जुड़ी किसी भी पाबंदी के बिना उपलब्ध कराया जाएगा।

a) मकसद/उद्देश्य

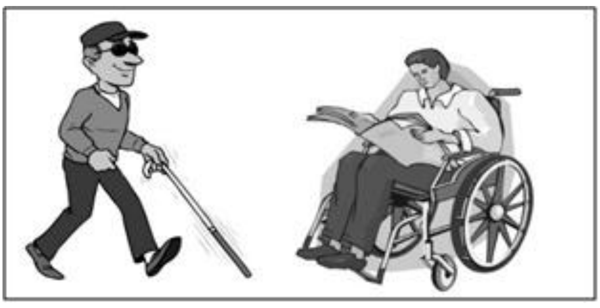
अवधि जीवन बीमा योजना जीवन बीमा के पीछे के मुख्य और बुनियादी मकसद को पूरा करती है, जो बीमाधारक की मृत्यु होने पर उसके आश्रितों को वादे के अनुसार एक निश्चित धनराशि उपलब्ध कराना है।

यह पॉलिसी आय प्रतिस्थापन योजना के रूप में भी काम करती है। यहां मासिक, तिमाही या इसी तरह के आवधिक भुगतानों की श्रृंखला की जगह आश्रित लाभार्थियों को एकमुश्त रकम का भुगतान किया जाता है।

b) अक्षमता/अपंगता

आम तौर पर टर्म इंश्योरेंस पॉलिसी सिर्फ मृत्यु को कवर करती है। हालांकि, मुख्य पॉलिसी पर अपंगता सुरक्षा राइडर खरीदा जा सकता है। ऐसे मामले में, अगर बीमाधारक अनुबंध की अवधि के दौरान किसी निर्धारित अक्षमता का सामना करता है, तो लाभार्थियों/बीमित व्यक्ति को अक्षमता लाभ भुगतान किया जाएगा। ये लाभ बीमित व्यक्ति की मृत्यु होने तक मिलते रहेंगे।

चित्र 2: अक्षमता/अपंगता



c) राइडर के रूप में अवधि बीमा

अवधि जीवन (टर्म लाइफ़) बीमा के तहत सुरक्षा आम तौर पर एक स्टैंड-अलोन पॉलिसी के रूप में प्रदान की जाती है, लेकिन इसे पॉलिसी में राइडर के माध्यम से भी उपलब्ध कराया जा सकता है।

उदाहरण

किसी पेंशन प्लान का राइडर तब मृत्यु लाभ देय होने का प्रावधान करता है, जब पेंशन शुरू होने की तारीख से पहले व्यक्ति की मौत हो जाती है।

d) परिवर्तनीयता (बदले जा सकने लायक)

परिवर्तनीय अवधि बीमा पॉलिसियां किसी पॉलिसीधारक के लिए अवधि बीमा पॉलिसी को "आजीवन बीमा" जैसे किसी स्थायी प्लान में बदलने या परिवर्तित करने की अनुमति देती हैं, जहां बीमा योग्यता का नया साक्ष्य देने की ज़रूरत नहीं होती। इस विशेषाधिकार से उन लोगों को मदद मिलती है जो स्थायी नकद मूल्य बीमा लेना चाहते हैं लेकिन इसके उच्च प्रीमियमों का खर्च उठाने में असमर्थ होते हैं। जब अवधि बीमा पॉलिसी को स्थायी बीमा पॉलिसी में बदला जाता है, तो प्रीमियम की नई दर अधिक होती है।

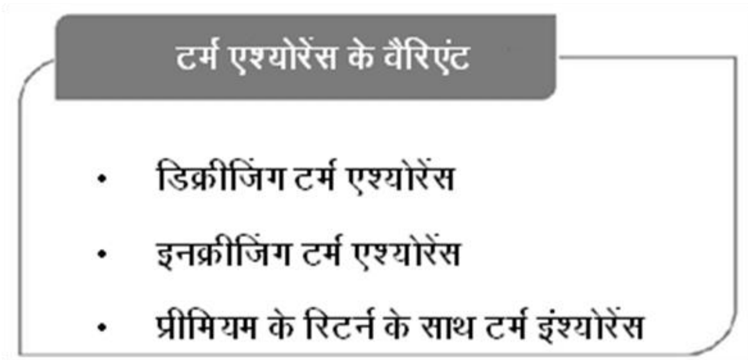
e) यूनीक सेलिंग प्रोपोजिशन (यूएसपी)

टर्म इंश्योरेंस का यूनीक सेलिंग प्रोपोजिशन (यूएसपी) इसका किफ़ायती रूप है, जो व्यक्ति को एक सीमित बजट में जीवन बीमा की अपेक्षित बड़ी मात्रा खरीदने में सक्षम बनाता है।

f) भिन्न-रूप (वैरिएंट)

टर्म बीमा के कई वैरिएंट हो सकते हैं।

चित्र 3: टर्म एश्योरेंस के वैरिएंट



i. डिक्रीजिंग टर्म एश्योरेंस (ह्रासमान अवधि बीमा)

इस तरह के प्लान में आम तौर पर घटती अवधि वाला बीमा शामिल होता है, जो किसी ऋण पर बकाया रकम के बराबर मृत्यु लाभ की रकम प्रदान करता है, जब ऋण लेने वाले व्यक्ति की मौत ऋण चुकाने से पहले हो जाती है। इन्हें अक्सर बंधक मोचन (जिसकी चर्चा अध्याय 15 में की गई है) या क्रेडिट लाइफ इंश्योरेंस के रूप में बेचा जाता है। ये प्लान आम तौर पर प्रमुख संस्थानों को समूह बीमा के रूप में बेचे जाते हैं, ताकि उनके ऋणकर्ताओं के जीवन को कवर किया जा सके। बंधक मोचन बीमा की खरीद अक्सर बंधक ऋण की एक शर्त होती है। ऐसे प्लान ऑटोमोबाइल या अन्य व्यक्तिगत ऋणों के लिए भी उपलब्ध हो सकते हैं।

ii. इनक्रीजिंग टर्म एश्योरेंस (बढ़ती अवधि का बीमा)

जैसा कि नाम से पता चलता है, यह प्लान ऐसा मृत्यु लाभ प्रदान करता है जो पॉलिसी की अवधि के साथ बढ़ता जाता है। आम तौर पर कवरेज की रकम बढ़ने के साथ प्रीमियम की रकम बढ़ जाती है।

iii. प्रीमियम के रिटर्न के साथ टर्म इंश्योरेंस

अन्य प्रकार की पॉलिसी (जो भारत में काफी लोकप्रिय है) प्रीमियमों के रिटर्न के साथ टर्म एश्योरेंस की है। हालांकि, इसमें भुगतान किया जाने वाला प्रीमियम इसी तरह की उन योजनाओं की तुलना में बहुत अधिक होगा जहां प्रीमियमों की वापसी के बिना अवधि बीमा योजना प्रदान की जाती है, फिर भी कुछ ग्राहकों को ऐसी पॉलिसियों की ज़रूरत हो सकती है।

g) प्रासंगिक परिदृश्य

टर्म इंश्योरेंस इन परिस्थितियों में प्रासंगिक हो सकता है:

i. जहां बीमा सुरक्षा की ज़रूरत पूरी तरह से अस्थायी होती है, जैसा कि बंधक मोचन के मामले में होता है।

ii. किसी बचत प्लान के अतिरिक्त पूरक के रूप में।

iii. "अवधि बीमा खरीदें और बाकी रकम निवेश करें" के सिद्धांत के हिस्से के तौर पर, जहां व्यक्ति बीमा कंपनी से सिर्फ किफायती अवधि बीमा सुरक्षा माँगता है और प्रीमियमों में अंतर को अन्य आकर्षक निवेशों में निवेशित करना चाहता है।

अहम जानकारी

टर्म प्लान की सीमाएं: टर्म इंश्योरेंस सिर्फ निश्चित अवधियों के लिए उपलब्ध होता है; व्यक्ति एक निश्चित उम्र अर्थात 65 या 70 साल की उम्र के बाद कवरेज जारी नहीं रख सकता है।

2. आजीवन बीमा

आजीवन बीमा स्थायी जीवन बीमा पॉलिसी का एक उदाहरण है। यहां, जीवन बीमा कंपनी बीमाधारक की मृत्यु होने पर सहमत मृत्यु लाभ के भुगतान की पेशकश करती है, चाहे बीमाधारक की मृत्यु कभी भी हो। व्यक्ति अपने जीवन भर या किसी निर्धारित सीमित अवधि तक प्रीमियम भुगतान कर सकता है।

आजीवन प्रीमियम टर्म प्रीमियमों की तुलना में बहुत अधिक होते हैं, क्योंकि आजीवन पॉलिसियों को बीमाधारक की मृत्यु होने तक चालू रहने के लिए डिजाइन किया जाता है, इसमें मृत्यु लाभ कभी भी भुगतान किया जा सकता है। यह प्लान पॉलिसी धारक के खाते में नकद मूल्य की सुविधा भी प्रदान करता है। इस नकद मूल्य से पॉलिसी ऋण के रूप में नकदी को निकाला जा सकता है या नकद मूल्य के बदले में पॉलिसी का समर्पण (सरेंडर) करके उसे छुड़ा भी सकता है।

बकाया ऋणों के मामले में, मृत्यु होने पर लाभार्थियों को किए जाने वाले भुगतान से ऋण और ब्याज की रकम को काट लिया जाता है।

आजीवन पॉलिसी परिवार के मुख्य कमाऊ व्यक्ति के लिए एक अच्छा प्लान है, जो अपनी असामयिक मौत के मामले में अपने प्रियजनों की सुरक्षा चाहता है और घातक बीमारी जैसी विभिन्न घटनाओं के कारण अपनी पूँजी खत्म होने के विरुद्ध सुरक्षा चाहता है। आवश्यक होने पर, व्यक्ति आजीवन पॉलिसी के नकद मूल्य का इस्तेमाल सेवानिवृत्ति की ज़रूरतों को पूरा करने में भी कर सकता है। इस प्रकार, आजीवन बीमा परिवार की बचत के साथ-साथ अगली पीढ़ी को सौंपा जाने वाला धन तैयार करने में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है।

3. बंदोबस्ती बीमा

यह एक ऐसा अनुबंध है जिसमें पॉलिसी की अवधि के दौरान बीमाधारक की मृत्यु होने के मामले में नामांकित व्यक्तियों को बीमा राशि देय होती है। अगर बीमाधारक पॉलिसी अवधि ख़त्म होने तक जीवित रहता है, तो बीमा राशि बीमाधारक को भुगतान की जाती है।

इस उत्पाद में मृत्यु और उत्तरजीविता, दोनों के तत्व मौजूद होते हैं। बंदोबस्ती बीमा बचत के संचय का एक सुरक्षित और अनिवार्य तरीका उपलब्ध कराते हुए व्यक्ति के बीमा और बचत कार्यक्रमों को एक साथ जोड़ता है।

लोग बुढ़ापे के लिए प्रावधान करने के एक पक्के तरीके के तौर पर या विशेष प्रयोजनों को पूरा करने के लिए बंदोबस्ती बीमा खरीदते हैं, जैसे कि इन कामों के लिए फंड जुटानाः (क) शैक्षणिक प्रयोजन, (ख) बच्चों की शादी के खर्चे पूरे करना या (ग) बंधक (आवासीय) ऋण को चुकाना।

सरकार आम तौर पर प्रीमियमों के भुगतान पर कर संबंधी लाभ प्रदान करती है, जो इसे आकर्षक बनाता है। कई बंदोबस्ती पॉलिसियां 55 से 65 साल की उम्र में परिपक्व होती हैं, जब बीमाधारक अपनी सेवानिवृत्ति की योजना बना रहा होता है। ऐसे मामलों में, इस तरह की पॉलिसियां सेवानिवृत्ति में बचत का पूरक बन सकती हैं।

वैरिएंट: बंदोबस्ती बीमा के कुछ वैरिएंट भी हैं, जिनकी चर्चा नीचे की गई है।

4. मनी बैक पॉलिसी

मनी बैक पॉलिसी भारत में एक लोकप्रिय बंदोबस्ती योजना है। इसमें बीमा अवधि के दौरान किश्तों में बीमा राशि का कुछ हिस्सा वापस करने और बची हुई बीमा राशि अवधि के अंत में भुगतान करने का प्रावधान होता है।

उदाहरण

20 वर्षों की एक मनी बैक पॉलिसी पांचवें, दसवें और पंद्रहवें वर्ष के अंत में बीमा राशि के 20% का उत्तरजीविता लाभ भुगतान करने और 20 वर्षों की पूरी अवधि के अंत में बाकी बची 40% राशि भुगतान करने की सुविधा प्रदान कर सकती है। मान लीजिए कि अगर 18 वर्ष के अंत में जीवन बीमाधारक की मृत्यु हो जाती है, तो मृत्यु लाभ के रूप में पूरी बीमा राशि और संचित बोनस

(जिसके बारे में अगले खंड में समझाया गया है) का भुगतान किया जाता है, भले ही बीमाधारक को मनी बैक के रूप में पहले ही अंकित मूल्य के 60% का लाभ भुगतान किया गया हो।

मनी बैक प्लान अपने नकदी (कैश बैक) तत्व के कारण लोकप्रिय रहे हैं, जो उन्हें छोटी और मध्यम अवधि की ज़रूरतों को पूरा करने के लिए आकर्षक बनाती हैं। ऐसे प्लान पॉलिसी की अवधि के दौरान कभी भी व्यक्ति की मौत हो जाने के मामले में, मृत्यु से पूर्ण सुरक्षा भी प्रदान करते हैं।

5. प्रतिभागी (पार) और गैर-प्रतिभागी (नॉन-पार) प्लान

जीवन बीमा उत्पादों को प्रतिभागी (पार) और गैर-प्रतिभागी (नॉन-पार) उत्पादों के रूप में भी वर्गीकृत किया जा सकता है। यहां "पार" शब्द का मतलब है ऐसी पॉलिसियां जो जीवन बीमा कंपनी के मुनाफ़ों में भागीदारी करती हैं। दूसरी ओर, "नॉन-पार" में ऐसी पॉलिसियां शामिल हैं जो मुनाफ़ों में भागीदारी नहीं करती हैं। पारंपरिक जीवन बीमा में दोनों प्रकार के उत्पाद मौजूद हैं। सभी पारंपरिक योजनाओं (प्लान) में, पॉलिसीधारकों के प्रीमियमों से प्राप्त होने वाले, पूल किए गए लाइफ़ फंड का नियामक मानकों के अनुसार निवेश किया जाता है। 'पार प्रॉडक्ट' का विकल्प चुनने वाले पॉलिसीधारक, एक गारंटीकृत बीमा राशि के अलावा, बीमा कंपनी द्वारा अर्जित अधिशेष (बोनस) में एक हिस्सा प्राप्त करने के योग्य होते हैं। इन्हें 'लाभ सहित' (With Profit) प्लान कहा जाता है।

6. गैर-प्रतिभागी उत्पाद

ऐसे पॉलिसीधारक जो नॉन-लिंक्ड लाभ रहित [नॉन-पार] प्लान खरीदते हैं, उन्हें एक निश्चित और अनुबंध की शुरुआत में गारंटीकृत लाभ का भुगतान किया जाता है, इसके अलावा और कुछ नहीं दिया जाता है। गैर-प्रतिभागी उत्पाद एक 'लिंक्ड प्लैटफॉर्म' या 'नॉन-लिंक्ड' प्लैटफॉर्म के तहत उपलब्ध कराए जा सकते हैं। इन्हें 'लाभ रहित' (Without Profits) प्लान कहते हैं।

उदाहरण

किसी व्यक्ति के पास बीस साल की एक बंदोबस्ती पॉलिसी हो सकती है जो पॉलिसी अवधि के प्रत्येक वर्ष के लिए बीमा राशि की 2% की दर से गारंटीकृत बढ़त प्रदान कर सकती है, ताकि परिपक्वता लाभ बीमा राशि के साथ-साथ बीमा राशि के 40 की कुल बढ़त हो सके।

पारंपरिक नॉन-पार पॉलिसियों पर आईआरडीएआई के दिशानिर्देशों के तहत, कोई निर्धारित घटना होने पर भुगतान किए जाने वाले लाभों को शुरुआत में साफ तौर पर बताया जाना चाहिए और उसे किसी इंडेक्स या बेंचमार्क से लिंक नहीं करना चाहिए। यही बात नियमित अंतरालों पर संचित होने वाले अतिरिक्त लाभों पर लागू होती है। इसका मतलब है कि इन पॉलिसियों पर मिलने वाले रिटर्न के बारे में पॉलिसी लेते समय बताया जाना चाहिए।

अहम जानकारी

मृत्यु लाभ आईआरडीएआई द्वारा समय-समय पर जारी किए जाने वाले विनियमों के अधीन होते हैं। वर्तमान में, पारंपरिक उत्पादों से संबंधित आईआरडीएआई (नॉन-लिंक्ड) उत्पाद विनियम, 2019 के नए विनियम 9 के अनुसार, न्यूनतम मृत्यु कवर इस प्रकार होता है:

सभी नॉन-लिंक्ड व्यक्तिगत जीवन बीमा उत्पादों के लिए, सीमित या नियमित प्रीमियम उत्पादों के मामले में, पॉलिसी की पूरी अवधि के दौरान मृत्यु होने पर न्यूनतम बीमा राशि वार्षिक प्रीमियम के 7 गुणे से कम नहीं होगी; वहीं एकल प्रीमियम उत्पादों के मामले में एकल प्रीमियम के 1.25 गुणे से कम नहीं होगी।

प्रतिभागी उत्पादों के मामले में, मृत्यु पर बीमा राशि के अलावा, बोनस और पॉलिसी में वर्णित अन्य लाभ और मृत्यु की तारीख तक संचित लाभ, अगर पहले भुगतान नहीं किया गया है, तो मृत्यु होने पर मृत्यु लाभ के हिस्से के तौर पर देय होंगे। संक्षेप में, इसके दो वैरिएंट हैं, प्रतिभागी और गैर-प्रतिभागी प्लान।

i. **प्रतिभागी पॉलिसियों** के लिए, बोनस फंड के निवेश की परफ़ॉर्मेंस से जुड़ा होता है; यह पहले से घोषित या गारंटीकृत नहीं होता है। **बोनस की घोषणा हो जाने पर यह एक गारंटी बन जाता है**। इसे आम तौर पर पॉलिसीधारक की मृत्यु होने या परिपक्वता लाभ के मामले में भुगतान किया जाता है। बोनस को **प्रत्यावर्ती बोनस** भी कहा जाता है।

ii. **गैर-प्रतिभागी पॉलिसियों** के मामले में, पॉलिसी पर मिलने वाला रिटर्न पॉलिसी की शुरुआत में ही बता दिया जाता है।

7. पेंशन प्लान और वार्षिकियां

पेंशन प्लान आम तौर पर एक ऐसा फंड होता है जिसमें व्यक्ति के रोजगार के वर्षों के दौरान पैसे जमा किए जाते हैं और काम से सेवानिवृत होने के बाद व्यक्ति की मदद के लिए आवधिक भुगतानों के रूप में पैसे निकाले जाते हैं।

पेंशन प्लान, ग्रुप (आम तौर पर नियोक्ता संचालित) या व्यक्तिगत आधार पर डिजाइन किए जाते हैं। ग्रुप पेंशन एक "निर्धारित लाभ प्लान" हो सकता है, जहां व्यक्ति को नियमित रूप से एक निश्चित राशि भुगतान की जाती है; यह एक "निर्धारित योगदान योजना" भी हो सकती है, जिसके तहत एक निश्चित रकम का निवेश किया जाता है, जो सेवानिवृत्ति की उम्र में उपलब्ध हो जाता है। पेंशन वास्तव में गारंटीकृत जीवन वार्षिकियां हैं, इसलिए लंबी उम्र के जोखिम के विरुद्ध इसका बीमा किया जाता है। किसी कर्मचारी के लाभ के लिए नियोक्ता द्वारा शुरू किए गए पेंशन को पेशागत या नियोक्ता पेंशन कहा जाता है।

सेवानिवृत्ति पर, सदस्य के खाते में उपलब्ध रकम का इस्तेमाल सेवानिवृत्ति लाभ देने के लिए किया जाता है; इसके लिए आम तौर पर वार्षिकी खरीदी जाती है, जो फिर एक नियमित आय देती है। वार्षिकी किसी बीमा कंपनी द्वारा जारी किया गया एक लंबी अवधि का निवेश है, जिसे व्यक्ति की आय से ज्यादा खर्च होने के मामले में उसकी सुरक्षा में मदद करने के लिए डिजाइन किया गया है। वार्षिकी की मदद से, व्यक्ति के योगदानों को आवधिक भुगतानों में बदल दिया जाता है जो जिंदगी भर चल सकता है।

लोग बीमा कंपनियों से पेंशन प्लान खरीदकर पेंशन से जुड़े लाभों का फायदा उठा सकते हैं। पेंशन प्लान संचय या स्थगित आधार पर हो सकते हैं, जो व्यक्ति को दो तरीके से योगदान करने की अनुमति देते हैं, (i) एकमुश्त में, या (ii) एक समयावधि में; ताकि उसे इच्छित उम्र/तारीख (जिसे

'वेस्टिंग' तारीख कहा जाता है) से पेंशन प्राप्त हो सके। कोई व्यक्ति मासिक, तिमाही, छमाही या वार्षिक मोड पर पेंशन/वार्षिकियां प्राप्त करने का विकल्प चुन सकता है। पेंशन प्लान एकमुश्त राशि के भुगतान पर **तत्काल आधार** पर भी उपलब्ध होते हैं, जो खरीद के अगले महीने से शुरू हो जाते हैं; ये तत्काल वार्षिकियां कहलाते हैं।

भारतीय बीमा उद्योग में जीवन बीमा कंपनियों द्वारा बेचे जाने वाले कई स्थगित और तत्काल वार्षिकी उपलब्ध हैं। हर उत्पाद की अपनी अलग विशेषताएं, नियम, शर्तें और वार्षिकी के विकल्प होते हैं।

सरल पेंशन: सभी बीमा कंपनियों में एकरूपता रखने, वार्षिकी योजनाओं के बारे में बाज़ार में बनी दुविधा को कम करने और ऐसा उत्पाद उपलब्ध कराने के लिए, जो मोटे तौर पर एक औसत ग्राहक की ज़रूरतों को पूरा कर सके, आईआरडीएआई ने जनवरी 2021 में सभी जीवन बीमा कंपनियों के लिए एक मानक, तत्काल वार्षिकी उत्पाद शुरू करना अनिवार्य बनाया है; इन उत्पादों में व्यक्तिगत (ग्रुप नहीं) आधार पर सरल सुविधाएं, मानक नियम और शर्तें होनी चाहिए। ऐसा मानक उत्पाद ग्राहकों के लिए जानकारी के आधार पर सही विकल्प चुनना आसान बनाएगा, बीमा कंपनियों और बीमाधारक के बीच भरोसा बढ़ाएगा और गलत बिक्री के मामलों के साथ-साथ संभावित विवादों को भी कम करेगा।

मानक व्यक्तिगत तत्काल वार्षिकी उत्पाद को "सरल पेंशन" कहा जाता है, जिसका नाम बीमा कंपनी के नाम से शुरू होता है। यह उत्पाद वार्षिकी के दो (और सिर्फ दो) विकल्प देता है जो इस प्रकार हैं:

a) खरीद मूल्य की 100% वापसी के साथ जीवन वार्षिकी; और

b) संयुक्त जीवन वार्षिकी, जिसमें प्राथमिक वार्षिकी-ग्राही की मृत्यु होने पर द्वितीयक वार्षिकी-ग्राही को 100% वार्षिकी भुगतान करने और अंतिम उत्तरजीवी की मृत्यु होने पर 100% खरीद मूल्य की वापसी का प्रावधान होता है।

वार्षिकी भुगतान का मोड मासिक, तिमाही, छमाही और सालाना होगा। अधिक जानकारी आईआरडीएआई की वेबसाइट पर उपलब्ध है जिसका लिंक यहां दिया गया है –

https://www.irdai.gov.in/ADMINCMS/cms/whatsNew_Layout.aspx?page=PageNo4353&flag=1

खुद को जांचें 2

आजीवन बीमा के लिए भुगतान किया जाने वाला प्रीमियम अवधि बीमा (टर्म इंश्योरेंस) के लिए भुगतान किए जाने वाले प्रीमियम से _____________ होता है।

I. अधिक

II. कम

III. बराबर

IV. बहुत अधिक

सारांश

- जीवन बीमा उत्पाद व्यक्ति की उत्पादक क्षमताओं से जुड़े आर्थिक मूल्य के नुकसान के विरुद्ध सुरक्षा की पेशकश करते हैं, जो खुद उसे या उसके आश्रितों को उपलब्ध होती है।
- जीवन बीमा पॉलिसी मुख्य रूप से किसी व्यक्ति के साथ कोई अप्रत्याशित घटना होने के मामले में उसके करीबी रिश्तेदारों और प्रियजनों को मन की शांति और सुरक्षा प्रदान करती है।
- टर्म इंश्योरेंस सिर्फ अनुबंध में निर्धारित एक निश्चित समय अवधि के दौरान मान्य कवर प्रदान करता है।
- टर्म इंश्योरेंस का यूनीक सेलिंग प्रोपोजिशन (यूएसपी) इसका किफ़ायती होना है, जिससे व्यक्ति एक सीमित बजट में अपेक्षाकृत बड़ी रकम का जीवन बीमा खरीद सकता है।
- हालांकि, टर्म इंश्योरेंस पॉलिसियां अस्थायी बीमा के उदाहरण हैं, जहां एक अस्थायी समय अवधि के लिए सुरक्षा उपलब्ध होती है, वहीं आजीवन बीमा स्थायी जीवन बीमा पॉलिसी का एक उदाहरण है।

मुख्य शब्द

1. अवधि बीमा (टर्म इंश्योरेंस)
2. आजीवन बीमा
3. बंदोबस्ती बीमा
4. मनी बैक पॉलिसी
5. पार और नॉन-पार स्कीम
6. प्रत्यावर्ती बोनस

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प III है।

उत्तर 2 – सही विकल्प I है।

अध्याय L-04

जीवन बीमा उत्पाद: गैर-पारंपरिक

अध्याय का परिचय

यह अध्याय आपको गैर-पारंपरिक जीवन बीमा उत्पादों की दुनिया से परिचित कराता है। हम पारंपरिक जीवन बीमा उत्पादों की सीमाओं की जांच-पड़ताल से शुरुआत करेंगे और फिर गैर-पारंपरिक जीवन बीमा उत्पादों की खूबियों पर गौर करेंगे। अंत में हम बाज़ार में उपलब्ध कुछ विभिन्न प्रकार के गैर-पारंपरिक जीवन बीमा उत्पादों पर नज़र डालेंगे।

अध्ययन के परिणाम

A. गैर-पारंपरिक जीवन बीमा उत्पादों की खास जानकारी

B. गैर-पारंपरिक जीवन बीमा उत्पाद

A. गैर-पारंपरिक जीवन बीमा उत्पादों की खास जानकारी

1. गैर-पारंपरिक जीवन बीमा उत्पाद – मकसद और ज़रूरत

पिछले अध्यायों में हमने कुछ पारंपरिक जीवन बीमा उत्पादों पर विचार किया, जिनमें बीमा के साथ-साथ बचत का तत्व भी शामिल है।

लोग वित्तीय बाज़ार में मौजूद अन्य संपत्तियों/एसेट की तुलना में पारंपरिक जीवन बीमा पॉलिसियों की रिटर्न की दर प्रदान करने की क्षमता पर सवाल उठाते रहे हैं। उन्होंने लाभों और प्रीमियमों के एकल पैकेज के रूप में बनाए जाने के तरीकों पर भी सवाल उठाए हैं।

2. पारंपरिक उत्पादों की सीमाएं

एक गहन जाँच से चिंता के इन क्षेत्रों का पता चल जाएगा:

नकद मूल्य घटक: पारंपरिक पॉलिसियों में बचत या नकद मूल्य के घटक को अच्छी तरह परिभाषित नहीं किया गया है। यह बात इसे मर्त्यता, ब्याज दरों, खर्चों और बनाए गए अन्य पैरामीटर के मामले में कम पारदर्शी बनाती है।

रिटर्न की दर: पारंपरिक पॉलिसियों पर रिटर्न की दर तय करना आसान नहीं है, क्योंकि "लाभ सहित पॉलिसियों" के तहत लाभों का मूल्य सिर्फ अनुबंध पूरा होने पर ही पता चल सकता है। यह बात इन पॉलिसियों की तुलना अन्य वित्तीय उपकरणों से करना मुश्किल बनाती है।

समर्पण मूल्य (सरेंडर वैल्यू): नकद मूल्य और समर्पण मूल्य का पता लगाने का तरीका (किसी भी समय) जीवन बीमा कंपनी द्वारा निर्धारित किया जाता है और यह पारदर्शी नहीं होता।

यील्ड (लाभ): इन पॉलिसियों पर यील्ड अन्य निवेशों की तुलना में बहुत कम होता है।

3. **गैर-पारंपरिक पॉलिसियों की विशेषताएं**: जीवन बीमा कंपनियां कुछ अभिनव विशेषताओं के साथ पॉलिसियां डिजाइन करने लगी हैं; इनमें से कुछ की जानकारी नीचे दी गई है:

   a) **निवेश के लाभों के साथ सीधा लिंक**: निवेश से लाभ प्राप्त करने की कोशिश में, पूँजी बाज़ार से सीधा लिंक रखने वाली पॉलिसियां डिजाइन की गई हैं।

   b) **ऐसी पॉलिसियां जो मुद्रास्फीति को मात दे सकती हैं**: ये पॉलिसियां महंगाई की दरों के करीब रिटर्न देने के लिए डिजाइन की गई हैं। बदलाव का कारण था कि बीमा कंपनियां यह सोचने लगी थीं कि जीवन बीमा पॉलिसियां मुद्रास्फीति को मात नहीं दे सकें, तो इन्हें कम से कम बराबरी ज़रूर करनी चाहिए।

   c) **लचीली पॉलिसियां**: ऐसी पॉलिसियां डिजाइन की गई हैं जो ग्राहकों को अपनी पसंद की प्रीमियम की रकम, मृत्यु लाभ की रकम और अपनी पसंद का नकद मूल्य तय करने (कुछ सीमाओं के भीतर) की अनुमति देती हैं।

   d) **समर्पण मूल्य**: बीमा कंपनियों ने ऐसी पॉलिसियां भी डिजाइन की हैं जो पारंपरिक पॉलिसियों के तहत उपलब्ध बेहतर समर्पण मूल्य प्रदान करती हैं।

ये पॉलिसियां काफी लोकप्रिय हो गई हैं और यहाँ तक कि भारत सहित कई देशों में पारंपरिक उत्पादों की जगह लेने लगी हैं।

खुद को जांचें 1

इनमें से कौन सा एक गैर-पारंपरिक जीवन बीमा उत्पाद है?

I. टर्म इंश्योरेंस

II. यूनिवर्सल लाइफ़ इंश्योरेंस

III. बंदोबस्ती बीमा

IV. आजीवन बीमा

B. गैर-पारंपरिक जीवन बीमा उत्पाद

कुछ गैर-पारंपरिक उत्पाद

हम भारतीय बाज़ार में और दूसरी जगहों पर उपलब्ध कुछ गैर-पारंपरिक उत्पादों के बारे में चर्चा करेंगे।

1. यूनिवर्सल लाइफ़ और वैरिएबल लाइफ़

यूनिवर्सल लाइफ़ पॉलिसी 1979 में संयुक्त राज्य अमेरिका में शुरू की गई थी और जल्दी ही यह काफी लोकप्रिय हो गई। इसकी विशेषताओं में **लचीला प्रीमियम**, **लचीला अंकित मूल्य और मृत्यु लाभ की रकम** शामिल हैं। पारंपरिक पॉलिसियों के विपरीत, जहां अनुबंध को चालू रखने के लिए समय-समय पर निर्धारित प्रीमियमों का भुगतान करना होता है, यूनिवर्सल लाइफ़ पॉलिसियां पॉलिसीधारकों को प्रीमियम की रकम तय करने (सीमाओं के भीतर) की अनुमति देती हैं, जो वह कवरेज के लिए भुगतान करना चाहता/चाहती है।

वैरिएबल लाइफ़ की शुरुआत 1977 में संयुक्त राज्य अमेरिका में हुई। यह एक प्रकार की “आजीवन” पॉलिसी है, जहां मृत्यु लाभ और पॉलिसी का नकद मूल्य एक ऐसे खास निवेश खाते में निवेश की परफ़ॉर्मेंस के अनुसार बदलता रहता है जिनमें प्रीमियम जमा होते हैं।

उपरोक्त दोनों प्रकार के उत्पादों को डिजाइन करना और बेचना बंद कर दिया गया है; दोनों को वैरिएबल बीमा उत्पाद कहा जाता था; 2019 से और फिर आईआरडीएआई (यूलिप) विनियम, 2019 के जारी होने के बाद, भारत में इन्हें डिजाइन करने और बेचने की अनुमति नहीं है।

2. यूनिट लिंक्ड बीमा

यूनिट लिंक्ड प्लान, जिन्हें यूलिप भी कहा जाता है, 1960 के दशक के दौरान पहली बार ब्रिटेन (यूके) में शुरू किया गया। आज ये सबसे लोकप्रिय और महत्वपूर्ण उत्पाद बनकर उभरे हैं और कई बाज़ारों में पारंपरिक प्लान की जगह ले ली है।

यूनिट लिंक्ड पॉलिसियां पारंपरिक उत्पादों की सीमाओं को तोड़ने में मदद करती हैं। यहां पॉलिसीधारक द्वारा भुगतान किया गया प्रीमियम दो प्रमुख हिस्सों में बंट जाता है -

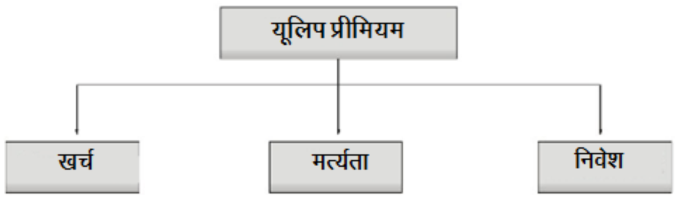
- पहला हिस्सा, जिसका इस्तेमाल बीमा कवर देने के लिए किया जाता है, और
- दूसरा हिस्सा, जिसे बीमाधारक द्वारा चुने गए फंड में निवेश किया जाता है।

ऐसे अनुबंधों के तहत मिलने वाले लाभ पूरी तरह से या आंशिक रूप से उस तारीख को पॉलिसीधारक के खाते में जमा हुए यूनिट के मूल्य के आधार पर तय होते हैं जब प्रीमियम देय होता है।

कई बाज़ारों में इन पॉलिसियों को एक संलग्न बीमा घटक के साथ निवेश के साधनों के रूप में दिखाया और बेचा जाता था।

बंडल की जाने वाली पारंपरिक बचत पॉलिसियों के विपरीत, यूनिट लिंक्ड अनुबंध बिना बंडल वाले होते हैं। इनकी संरचना पारदर्शी होती है, जहां बीमा और खर्चों के घटक के लिए भुगतान किए जाने वाले शुल्क स्पष्ट रूप से बताए जाते हैं।

चित्र 1: प्रीमियम का ब्यौरा



प्रीमियम से खर्चों/शुल्कों को घटाने के बाद, खाते और आय की बाकी बची रकम को यूनिटों में निवेश किया जाता है।

यूनिट का मूल्य

यूनिट का मूल्य एक नियम या फार्मूले के आधार पर तय किया जाता है, जो पहले से निर्धारित होता है। आम तौर पर, यूनिटों का मूल्य नेट एसेट वैल्यू (एनएवी) के अनुसार निकाला जाता है, जो उन संपत्तियों के बाज़ार मूल्य को दर्शाता है जिनमें फंड का निवेश किया गया है। इस फार्मूले का इस्तेमाल करके, अलग-अलग लोग एक ही देय लाभ निकाल सकते हैं।

फार्मूला इस प्रकार है:

नेट एसेट वैल्यू [एनएवी] = फंड के एसेट का बाज़ार मूल्य / फंड के यूनिटों की संख्या

इस प्रकार, पॉलिसीधारक के लाभ जीवन बीमा कंपनी के अनुमानों पर निर्भर नहीं करते हैं।

यूनिट लिंक्ड पॉलिसियां पॉलिसीधारकों को विभिन्न प्रकार के फंड के बीच अपनी पसंद का विकल्प चुनने की अनुमति देती हैं। हर फंड में पोर्टफोलियों का एक मिश्रण होता है। निवेशक को डेट (ऋण), बैलेंस्ड और इक्विटी फंडों के व्यापक विकल्पों के बीच से चुनना होता है, जिनके बारे में नीचे बताया गया है। इन व्यापक श्रेणियों में भी अन्य प्रकार के विकल्प उपलब्ध हो सकते हैं।

इक्विटी फंड	डेट फंड	बैलेंस्ड फंड	मनी मार्केट फंड
यह फंड पैसे का अधिकाँश हिस्सा इक्विटी और इक्विटी से जुड़े उपकरणों में निवेश करता है।	यह फंड पैसों का अधिकाँश हिस्सा सरकारी बांड, कॉपोरेट बांड, फिक्स्ड डिपॉज़िट आदि में निवेश करता है।	यह फंड इक्विटी और डेट उपकरणों के एक मिश्रण में निवेश करता है।	यह फंड मुख्य रूप से ट्रेज़री बिलों, सर्टिफिकेट ऑफ़ डिपॉज़िट, कमर्शियल पेपर आदि जैसे उपकरणों में पैसों का निवेश करता है।

अगर एक या अधिक फंडों की परफ़ॉर्मेंस उम्मीद के मुताबिक नहीं पाई जाती है, तो एक प्रकार के फंड से दूसरे प्रकार के फंड में जाने का प्रावधान भी होता है।

यूलिप पॉलिसियों की कुछ मुख्य विशेषताएं नीचे दी गई हैं:

i. यूनिट में बांटना

यूलिप पॉलिसियों के तहत लाभ पॉलिसीधारक के खाते में क्रेडिट होने वाली यूनिटों की संख्या के आधार पर उस तारीख को तय किए जाते हैं जब दावा भुगतान करने की तारीख आती है। किसी निवेश फंड को कई बराबर हिस्सों में बांटकर यूनिट बनाया जाता है।

ii. पारदर्शी संरचना

यूलिप में बीमा कवर के शुल्कों और खर्चों को स्पष्ट रूप से बताया जाता है। प्रीमियम से इन शुल्कों को घटाने के बाद, खाते में बची बाकी रकम और उससे हुई आय का यूनिटों में निवेश किया जाता है।

iii. मूल्य निर्धारण

यूलिप के तहत, बीमाधारक प्रीमियम की राशि तय करता है, जिसका योगदान वह नियमित अंतरालों पर कर सकता है।

सभी जीवन बीमा पॉलिसियों में, शुरुआती खर्चे बहुत अधिक होते हैं। पारंपरिक पॉलिसियों में, इन खर्चों को पूरा करने के लिए जो प्रीमियम शुल्क लिया जाता है उसे पॉलिसी की पूरी अवधि में बाँट दिया जाता है।

यूलिप के मामले में, इन खर्चों को प्रारंभिक प्रीमियम से ही काट लिया जाता है। इससे निवेश के लिए आवंटित होने वाली रकम काफी कम हो जाती है। यही कारण है कि अनुबंध के शुरुआती वर्षों में, प्रीमियम भुगतानों के मुकाबले लाभों का मूल्य बहुत कम होता है; यह प्रीमियम भुगतान की रकम से भी कम हो सकता है।

iv. मृत्यु लाभ

पारंपरिक पॉलिसियों के विपरीत, यूलिप पॉलिसियों में मृत्यु लाभ की रकम प्रीमियम भुगतान के गुणन में होती है। पॉलिसी की अवधि के दौरान मृत्यु होने के मामले में, लाभार्थी को अधिकतम

बीमा राशि [जो प्रीमियम के गुणन में होती है] या उसके खाते में उपलब्ध फंड वैल्यू (यूनिट मूल्य गुणा यूनिटों की संख्या) का भुगतान किया जाता है।

v. निवेश का जोखिम उठाना

यूनिटों का मूल्य जीवन बीमा कंपनी के निवेशों के मूल्य पर निर्भर करता है, जो गारंटीकृत नहीं होता है।

हालांकि, जीवन बीमा कंपनी यूनिटों के मूल्यों को लेकर कोई गारंटी नहीं देती है, लेकिन उससे पोर्टफ़ोलियो का कुशलता से प्रबंधन करने की उम्मीद की जाती है। इस प्रकार, निवेश का जोखिम पॉलिसीधारक/यूनिट धारक को उठाना पड़ता है।

खुद को जांचें 2

इनमें से कौन सा/से कथन गलत है/हैं?

I. वैरिएबल लाइफ़ इंश्योरेंस एक अस्थायी जीवन बीमा पॉलिसी है

II. वैरिएबल लाइफ़ इंश्योरेंस एक स्थायी जीवन बीमा पॉलिसी है

III. पॉलिसी में एक नकद मूल्य खाता होता है

IV. पॉलिसी न्यूनतम मृत्यु लाभ की गारंटी देती है

सारांश

- जीवन बीमा पॉलिसियों के संबंध में एक बड़ी चिंता वित्तीय बाज़ार में मौजूद अन्य एसेट की तुलना में प्रतिस्पर्धी रिटर्न की दर देने की थी।
- गैर-पारंपरिक जीवन बीमा उत्पादों में बढ़त का कारण बनने वाले कुछ रुझानों में बंडल नहीं बनाना, निवेश का लिंकेज देना और पारदर्शिता रखना शामिल है।
- यूनिवर्सल लाइफ़ इंश्योरेंस स्थायी जीवन बीमा का एक रूप है जिसकी पहचान इसके लचीले प्रीमियमों, लचीले अंकित मूल्य और मृत्यु लाभ राशियों और मूल्य निर्धारण कारकों का बंडल नहीं बनाने से होती है।
- यूलिप कई बाज़ारों में पारंपरिक प्लान की जगह लेते हुए, सबसे लोकप्रिय और महत्वपूर्ण उत्पादों में एक बन गया है।
- यूलिप जीवन बीमा कंपनी के निवेश की परफ़ॉर्मेंस के लाभों को सीधे तौर पर और तत्काल भुनाने (नगदी प्राप्त करने) की सुविधा प्रदान करते हैं।

मुख्य शब्द

1. यूनिवर्सल लाइफ़ इंश्योरेंस
2. वैरिएबल लाइफ़ इंश्योरेंस

3. यूनिट लिंक्ड इंश्योरेंस

4. नेट एसेट वैल्यू

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प II है।

उत्तर 2 – सही विकल्प I है।

अध्याय L-05

जीवन बीमा के आवेदन

अध्याय परिचय

जीवन बीमा सिर्फ असामयिक मृत्यु से लोगों की सुरक्षा ही नहीं करता है, इसके अन्य इस्तेमाल भी हैं। इसे परिणामी बीमा लाभों वाला ट्रस्ट बनाने के लिए भी इस्तेमाल किया जा सकता है। इसका इस्तेमाल उद्योगों के मुख्य कर्मियों को कवर करने वाली पॉलिसी बनाने और बंधक संपत्तियों को छुड़ाने में भी हो सकता है। हम जीवन बीमा के इन विभिन्न इस्तेमालों के बारे में यहां संक्षेप में बताएंगे।

अध्ययन के परिणाम

A. विवाहित महिला संपत्ति अधिनियम, 1874

B. कीमैन इंश्योरेंस

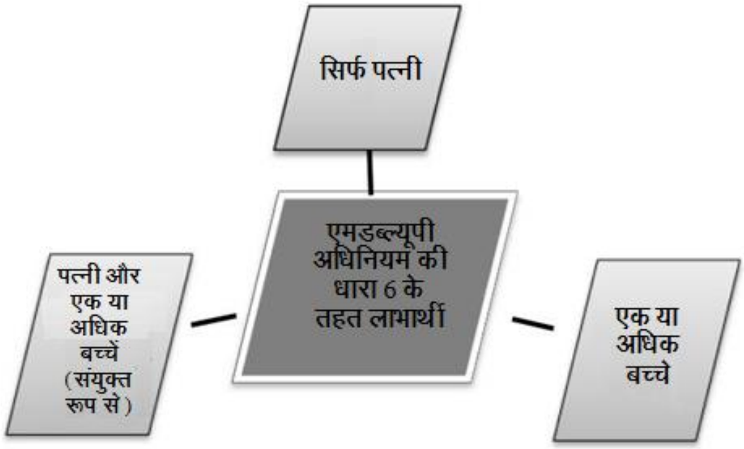
C. बंधक मोचन बीमा

A. जीवन बीमा के इस्तेमाल

1. विवाहित महिला संपत्ति अधिनियम

विवाहित महिला संपत्ति अधिनियम, 1874 की धारा 6 यह पक्का करने की कोशिश करता है कि जीवन बीमा पॉलिसी के तहत मिलने वाले लाभ एक सुरक्षित तरीके से बीमित व्यक्ति की पत्नी और बच्चों को मिल सकें; इस प्रयोजन के लिए एक ट्रस्ट बनाना ज़रूरी होता है।

चित्र 1: एमडब्ल्यूपी अधिनियम के तहत लाभार्थी



इस धारा में यह प्रावधान है कि जब कोई विवाहित पुरुष अपने जीवन पर कोई पॉलिसी लेता है और ऐसी पॉलिसी पर स्पष्ट रूप से लिख देता है कि यह उसकी पत्नी या उसकी पत्नी और बच्चों के लाभ के लिए है; साथ ही, इस पॉलिसी को सिर्फ़ उनके लाभों के लिए एक ट्रस्ट में रखा जाएगा, तो जब तक इस ट्रस्ट का उद्देश्य कायम रहता है, ऐसी पॉलिसी की आय पर पति या उसके लेनदारों का कोई नियंत्रण नहीं होगा या यह उसकी संपत्ति का हिस्सा नहीं बनेगी।

एमडब्ल्यूपी अधिनियम के तहत पॉलिसी की विशेषताएं

i. प्रत्येक पॉलिसी एक अलग ट्रस्ट बनी रहेगी। पत्नी या बच्चा (18 साल से अधिक उम्र का) एक ट्रस्टी हो सकता है।

ii. पॉलिसी अदालत की कुर्की, लेनदारों और यहां तक की जीवन बीमाधारक के नियंत्रण से बाहर होगी।

iii. दावा राशि का भुगतान ट्रस्टियों को किया जाएगा।

iv. पॉलिसी को न तो सरेंडर किया जा सकता है, न ही नामांकन या समनुदेशन की अनुमति होती है।

v. अगर पॉलिसीधारक पॉलिसी के तहत मिलने वाले लाभों को प्राप्त और नियंत्रित करने के लिए कोई विशेष ट्रस्टी नियुक्त नहीं करता है, तो पॉलिसी के तहत अर्जित राशि उस राज्य के सरकारी ट्रस्टी को देय होती है जिसमें वह कार्यालय मौजूद है जहां बीमा शुरू किया गया था।

लाभ/फायदे

ट्रस्ट का गठन एक ऐसे विलेख के तहत किया जाता है जिसे रद्द या संशोधित नहीं किया जा सकता। इसमें एक या अधिक बीमा पॉलिसियां मौजूद हो सकती हैं। एक ट्रस्टी नियुक्त करना ज़रूरी होता है जो लाभार्थियों की ओर से, बीमा की आय का निवेश करने के साथ-साथ ट्रस्ट की संपत्ति को प्रबंधित करने के लिए जिम्मेदार होगा। ये लाभ भविष्य में लेनदारों के पास जाने से सुरक्षित होते हैं।

2. कीमैन इंश्योरेंस

कीमैन इंश्योरेंस, कारोबारी बीमा का एक महत्वपूर्ण रूप है।

परिभाषा

कीमैन बीमा को किसी कारोबार द्वारा ऐसे वित्तीय नुकसानों की क्षतिपूर्ति करने के मकसद से ली जाने वाली बीमा पॉलिसी के रूप में परिभाषित किया जा सकता है, जो कारोबार के किसी महत्वपूर्ण सदस्य की मृत्यु होने या उसके अधिक समय तक अक्षम रहने की स्थिति में कारोबार को उठाने पड़ सकते हैं।

कई कारोबारों के पास ऐसे मुख्य व्यक्ति होते हैं जो उसके मुनाफ़ों के एक बड़े हिस्से के लिए जिम्मेदार होते हैं या जिनके पास ऐसी जानकारी और कौशल होते हैं जो संगठन के लिए काफी अहम होते हैं और उनकी जगह दूसरे को देना मुश्किल होता है। कीमैन बीमा नियोक्ताओं द्वारा कारोबार की निरंतरता बनाए रखने और उन लागतों एवं नुकसानों की भरपाई करने के लिए मुख्य व्यक्तियों के जीवन पर लिया जाता है जो मुख्य व्यक्ति के खोने की स्थिति में कारोबार को उठाने पड़ सकते हैं। कीमैन बीमा वास्तविक नुकसानों को क्षतिपूर्ति नहीं करता है, बल्कि बीमा पॉलिसी पर वर्णित एक निश्चित धनराशि मुआवजे के तौर पर देता है।

कीमैन इंश्योरेंस एक अवधि बीमा पॉलिसी के रूप में दिया जाता है, जहां बीमा राशि मुख्य व्यक्ति की अपनी आय के बजाय कंपनी की लाभप्रदता से जुड़ी होती है। प्रीमियम का भुगतान कंपनी करती है। अगर मुख्य व्यक्ति की मृत्यु हो जाती है, तो लाभ का भुगतान कंपनी को किया जाता है। कीमैन इंश्योरेंस की आय कंपनी के हाथों में कर-योग्य होती है।

a) की-मैन कौन हो सकता है?

कीमैन ऐसा कोई भी व्यक्ति हो सकता है जो कारोबार से सीधे तौर पर जुड़ा होता है, जिसके खोने/नुकसान से कारोबार पर आर्थिक दबाव आ सकता है। उदाहरण के लिए, वह व्यक्ति कंपनी का निदेशक (डायरेक्टर), पार्टनर, मुख्य बिक्री प्रतिनिधि, मुख्य प्रोजेक्ट मैनेजर या विशेष जानकारी या कौशल रखने वाला व्यक्ति हो सकता है जो कंपनी के लिए खास तौर पर बेशकीमती हो।

b) बीमा योग्य नुकसान

ये ऐसे नुकसान हैं जिनके लिए की-मैन/की-पर्सन इंश्योरेंस मुआवजा प्रदान कर सकता है:

i. उस बढ़ाई गई अवधि से जुड़े नुकसान जब कोई मुख्य व्यक्ति काम करने में असमर्थ था; मुआवजे की रकम का इस्तेमाल अस्थायी कर्मी की व्यवस्था करने और आवश्यक होने पर उसकी जगह दूसरे व्यक्ति की भर्ती करने और प्रशिक्षण देने में किया जा सकता है।

ii. मुनाफ़ों की सुरक्षा के लिए बीमा। उदाहरण के लिए, बिक्री घटने के कारण आय कम होने की भरपाई करना; किसी ऐसे कारोबारी प्रोजेक्ट में देरी या उसके रद्द होने के कारण हुए नुकसान, जिसमें मुख्य व्यक्ति शामिल था; कारोबार बढ़ाने का अवसर चूक जाना, विशेष जानकारी या कौशल का नुकसान।

3. बंधन मोचन बीमा (एमआरआई)

कोई संपत्ति खरीदने के लिए ऋण लेने वाले व्यक्ति को ऋण की व्यवस्था के हिस्से के तौर पर, बैंक द्वारा बंधक मोचन बीमा के लिए भुगतान करने को कहा जा सकता है। "बंधक मोचन बीमा" को "क्रेडिट लाइफ़ इंश्योरेंस पॉलिसी" भी कहा जाता है।

a) एमआरआई क्या है?

यह एक ऐसी बीमा पॉलिसी है जो होम लोन लेने वालों के लिए वित्तीय सुरक्षा प्रदान करती है। यह मूलतः एक बंधकदाता द्वारा किसी बंधक ऋण पर बकाया राशि की अदायगी के लिए ली गई घटती अवधि की जीवन बीमा पॉलिसी है; ऋण की पूरी अदायगी होने से पहले बंधकदाता की मृत्यु होने पर पॉलिसी की राशि से उस ऋण को चुका दिया जाता है। इसे एक ऋण सुरक्षा पॉलिसी भी कहा जा सकता है। यह प्लान उन लोगों के लिए उपयुक्त है जिनके आश्रितों को पॉलिसीधारक की अप्रत्याशित मृत्यु होने की स्थिति में उनके ऋण चुकाने में मदद की ज़रूरत हो सकती है।

b) विशेषताएं

इस पॉलिसी के तहत बीमा कवर अवधि बीमा पॉलिसी के विपरीत हर साल घटता जाता है; अवधि बीमा पॉलिसी में पॉलिसी अवधि के दौरान बीमा कवर स्थिर रहता है।

खुद को जांचें 1

बंधक मोचन बीमा के पीछे क्या उद्देश्य है?

I. बंधक की किफ़ायती दरों की सुविधा पाना

II. होम लोन लेने वालों के लिए वित्तीय सुरक्षा प्रदान करना

III. बंधक संपत्ति के मूल्य की सुरक्षा करना

IV. चूक (डिफॉल्ट) के मामले में बेदखली से बचना

सारांश

- विवाहित महिला संपत्ति अधिनियम, 1874 की धारा 6 किसी जीवन बीमा पॉलिसी के तहत पत्नी और बच्चे के लिए लाभों की सुरक्षा का प्रावधान करती है।

- एमडब्ल्यूपी अधिनियम के तहत शुरू की गई पॉलिसी अदालत की कुर्की, लेनदारों और यहां तक कि जीवन बीमाधारक के नियंत्रण से भी बाहर होगी।
- कीमैन इंश्योरेंस कारोबारी बीमा का एक महत्वपूर्ण रूप है। इसे किसी कारोबार द्वारा उन वित्तीय नुकसानों के लिए क्षतिपूर्ति करने के मकसद से ली गई बीमा पॉलिसी के रूप में परिभाषित किया जा सकता है जो कारोबार के किसी महत्वपूर्ण सदस्य की मृत्यु होने या अधिक समय तक अक्षम रहने के कारण उत्पन्न हो सकते हैं।
- बंधक मोचन बीमा मूलतः एक बंधकदाता द्वारा किसी बंधक ऋण पर बकाया राशि की अदायगी के लिए ली गई घटती अवधि की जीवन बीमा पॉलिसी है; ऋण की पूरी अदायगी होने से पहले बंधकदाता की मृत्यु होने पर पॉलिसी की राशि से उस ऋण को चुका दिया जाता है।

मुख्य शब्द

1. विवाहित महिला संपत्ति अधिनियम
2. कीमैन इंश्योरेंस
3. बंधक मोचन बीमा

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प II है।

अध्याय L-06

जीवन बीमा में मूल्य निर्धारण और मूल्यांकन

अध्याय का परिचय

इस अध्याय का उद्देश्य शिक्षार्थियों को जीवन बीमा अनुबंधों के मूल्य निर्धारण और लाभों में शामिल बुनियादी बातों से अवगत कराना है। हम पहले उन बातों पर चर्चा करेंगे जिनसे प्रीमियम बनता है; उसके बाद अधिशेष और बोनस की अवधारणा पर चर्चा करेंगे।

अध्ययन के परिणाम

A. बीमा मूल्य निर्धारण – बुनियादी बातें

B. अधिशेष और बोनस

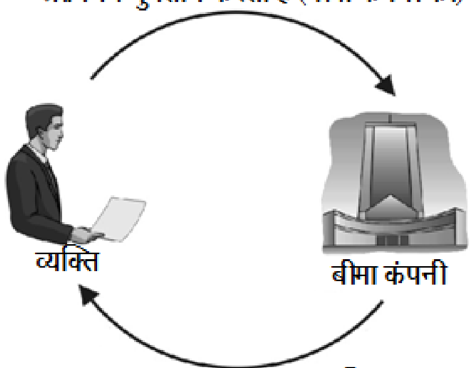
A. बीमा का मूल्य निर्धारण – बुनियादी बातें

1. प्रीमियम

साधाराण भाषा में, प्रीमियम शब्द उस मूल्य को दर्शाता है जिसका भुगतान कोई बीमाधारक बीमा पॉलिसी खरीदने के लिए करता है। इसे आम तौर पर बीमा राशि के हर हज़ार रुपये पर प्रीमियम की दर के रूप में व्यक्त किया जाता है। प्रीमियम की दरें प्रस्तावक की उम्र और प्लान पर निर्भर करती हैं।

दरों की तालिका के रूप में, ये प्रीमियम दरें बीमा कंपनियों के पास उपलब्ध होती हैं:

चित्र 1: प्रीमियम



इन तालिकाओं में वर्णित दरों को "ऑफिस प्रीमियम" कहा जाता है। ये ज़्यादातर मामलों में पॉलिसी की पूरी अवधि में एक समान होती हैं; इन्हें एक सालाना दर के रूप में व्यक्त किया जाता है।

उदाहरण

अगर किसी निर्दिष्ट उम्र के लिए बीस साल की बंदोबस्ती पॉलिसी के लिए प्रीमियम 4,800 रुपये है, तो इसका मतलब है कि 4,800 रुपये बीस साल तक हर साल भुगतान करने होंगे।

हालांकि, कुछ ऐसी पॉलिसियां होना संभव है जिनमें पहले कुछ सालों में ही प्रीमियम देय होते हैं। कंपनियों के पास एकल प्रीमियम वाले अनुबंध भी होते हैं जिनमें अनुबंध की शुरुआत में ही, सिर्फ एक प्रीमियम देय होता है। ऐसी पॉलिसियां आम तौर पर निवेश से जुड़ी होती हैं।

2. छूट

जीवन बीमा कंपनियां देय प्रीमियम में कुछ प्रकार की छूट/रियायत भी दे सकती हैं। ऐसी दो प्रकार की छूट है:

- ✓ बीमा राशि के लिए
- ✓ प्रीमियम मोड के लिए

a) **बीमा राशि के लिए छूट**

बीमा राशि के लिए छूट की पेशकश उन लोगों को की जाती है जो अधिक बीमा राशि वाली पॉलिसियां खरीदते हैं। इसकी पेशकश उन लाभों को ग्राहक तक पहुँचाने के लिए की जाती है जो अधिक मूल्य वाली पॉलिसियों की सेवा प्रदान करने पर बीमा कंपनी को हो सकती हैं। इसके पीछे तर्क यह है कि 50,000 रुपये या 5,00,000 रुपये की पॉलिसी को प्रोसेस करने के लिए आवश्यक प्रयास और लागत एक समान रहती है। हालांकि, अधिक बीमा राशि वाली पॉलिसियां अधिक प्रीमियम और इसलिए अधिक मुनाफ़ा अर्जित करती हैं।

b) **प्रीमियम के मोड के लिए छूट**

इसी तरह, प्रीमियम के मोड के लिए भी छूट की पेशकश की जा सकती है। जीवन बीमा कंपनियां सालाना, छमाही, तिमाही या मासिक आधार पर प्रीमियम भुगतान की अनुमति दे सकती हैं। प्रीमियम जितनी अधिक बार दिया जाएगा, उसे प्राप्त करने और लेखांकन की प्रशासनिक लागतें उतनी ही अधिक होंगी। फिर, सालाना मोड में, बीमा कंपनी उस रकम को पूरे साल के दौरान इस्तेमाल कर उस पर ब्याज अर्जित कर सकती हैं। इसलिए, बीमा कंपनियां सालाना और छमाही मोड पर छूट देकर, इनके माध्यम से प्रीमियम भुगतान करने को बढ़ावा देती हैं। इसके अलावा, वे भुगतान के मासिक मोड के लिए कुछ अतिरिक्त शुल्क ले सकती हैं, ताकि इसमें शामिल अतिरिक्त प्रशासनिक खर्चों को पूरा किया जा सके।

3. अतिरिक्त शुल्क

उन लोगों से तालिका के अनुसार प्रीमियम लिया जाता है जो ऐसे किसी कारक के दायरे में नहीं आते हैं जिनकी वजह से अतिरिक्त जोखिम हो। उन्हें मानक जीवन कहा जाता है; उनसे ली जाने वाली दरों को सामान्य दरें कहते हैं।

अगर बीमा का प्रस्ताव करने वाला कोई व्यक्ति दिल की बीमारी या डायबिटीज जैसी कुछ स्वास्थ्य समस्याओं से पीड़ित है जिससे उसके जीवन को खतरा हो सकता है, तो उसे अवमानक जोखिम माना जाता है। बीमा कंपनी स्वास्थ्य के लिए अतिरिक्त शुल्क लेकर प्रीमियम पर अतिरिक्त लोड लगाने का फैसला कर सकती है। इसी तरह, सर्कस एक्रोबैट जैसे खतरनाक पेशे में शामिल लोगों से पेशागत अतिरिक्त शुल्क लिया जा सकता है। इन अतिरिक्त शुल्कों की वजह से प्रीमियम तालिका वाले प्रीमियम से अधिक हो जाता है।

फिर, बीमा कंपनी ऐसी पॉलिसी के तहत कुछ अतिरिक्त लाभ की पेशकश कर सकती है जो अतिरिक्त प्रीमियम भुगतान करने पर मिल सकती हैं।

उदाहरण

कोई जीवन बीमा कंपनी दोहरे दुर्घटना लाभ या डीएबी की पेशकश कर सकती है (जहां दुर्घटना के कारण मृत्यु होने पर दावे के रूप में दोगुनी बीमा राशि देय होती है)। इसके लिए, बीमा कंपनी प्रति हज़ार रुपये की बीमा राशि पर एक रुपया अतिरिक्त प्रीमियम वसूल सकती है।

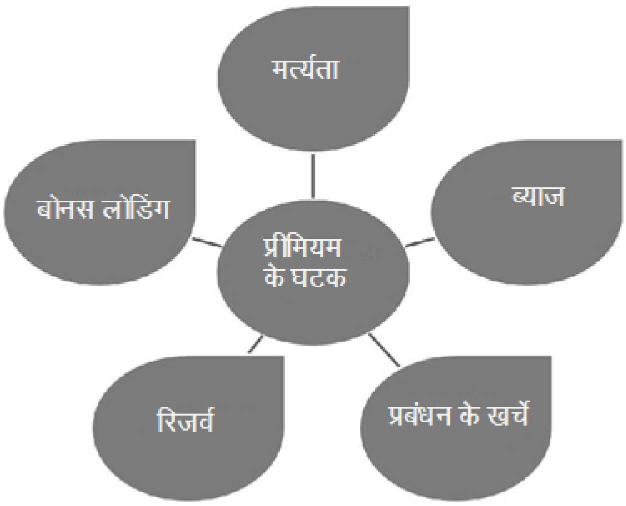
इसी तरह, स्थायी अक्षमता लाभ (पीडीबी) का फायदा प्रति हज़ार रुपये की बीमा राशि पर अतिरिक्त शुल्क देकर उठाया जा सकता है।

4. प्रीमियम तय करना

आइए, अब हम देखें कि बीमा कंपनियां उन दरों को कैसे तय करती हैं जिन्हें प्रीमियम की तालिकाओं में प्रस्तुत किया जाता है। यह कार्य एक बीमांकिक द्वारा किया जाता है। अवधि बीमा, आजीवन बीमा और बंदोबस्ती बीमा जैसी पारंपरिक जीवन बीमा पॉलिसियों के मामले में प्रीमियम तय करने की प्रक्रिया में इन बातों पर विचार किया जाता है:

- ✓ मर्त्यता
- ✓ ब्याज
- ✓ प्रबंधन के खर्चे
- ✓ रिजर्व
- ✓ बोनस लोडिंग

चित्र 2: **प्रीमियम के घटक**



पहली दो बातें हमें शुद्ध प्रीमियम देती हैं। शुद्ध प्रीमियम में अन्य बातों (जिन्हें लोडिंग कहते हैं) को जोड़ने पर, हमें सकल या ऑफिस प्रीमियम मिलता है।

a) मर्त्यता और ब्याज

प्रीमियमों में पहला तत्व है मर्त्यता। यह किसी खास उम्र के व्यक्ति की एक निर्धारित वर्ष के दौरान मर जाने की आशंका या संभावना है। किसी व्यक्ति की अपेक्षित मर्त्यता का पता लगाने के लिए “मर्त्यता तालिकाओं” का इस्तेमाल किया जाता है।

उदाहरण

अगर 35 साल की उम्र के लिए मर्त्यता दर 0.0035 है, तो इसका मतलब है कि 35 साल की उम्र में जीवित हर 1000 लोगों में से, 3.5 (या 10,000 में से 35) लोगों के 35 और 36 साल की उम्र में मर जाने की संभावना है।

इस तालिका का इस्तेमाल अलग-अलग उम्र के लिए मर्त्यता लागत की गणना करने में किया जा सकता है। उदाहरण के तौर पर, 35 साल की उम्र के लिए 0.0035 की दर का मतलब है प्रति हज़ार रुपये की बीमा राशि पर 0.0035 x 1000 (बीमा राशि) = 3.50 रुपये की बीमा लागत।

उपरोक्त लागत को "जोखिम प्रीमियम" भी कहा जा सकता है। अधिक उम्र के लिए जोखिम प्रीमियम अधिक होगा।

उदहारण

अगर पाँच साल के बाद बीमा की लागत को पूरा करने के लिए हमारे पास 5 हज़ार रुपये होना ज़रूरी है और अगर हम मान लेते हैं कि ब्याज की दर 6% है, तो पाँच साल के बाद देय 5 रुपये का वर्तमान मूल्य $5 \times 1/(1.06)^5 = 3.74$ होगा।

अगर इस दर को 6% के बजाय 10% मान लेते हैं, तो वर्तमान मूल्य सिर्फ 3.10 होगा। दूसरे शब्दों में, ब्याज की दर जितनी अधिक मानी जाएगी, वर्तमान मूल्य उतना ही कम होगा।

मर्त्यता और ब्याज के हमारे अध्ययन से हम दो अहम निष्कर्ष निकाल सकते हैं:

- ✓ मर्त्यता तालिका में मर्त्यता दर जितनी अधिक होगी, उतना ही अधिक प्रीमियम देय होगा
- ✓ ब्याज दर जितनी अधिक मानी जाएगी, प्रीमियम उतना ही कम होगा

शुद्ध प्रीमियम

मर्त्यता और ब्याज के अनुमानों से हमें "शुद्ध प्रीमियम" मिलता है।

सकल प्रीमियम

सकल प्रीमियम में शुद्ध प्रीमियम और एक राशि शामिल है जिसे लोडिंग कहते हैं। लोडिंग की रकम तय करते समय इन तीन विचारों या मार्गदर्शक सिद्धांतों को ध्यान में रखना ज़रूरी है:

b) खर्चे और रिजर्व

जीवन बीमा कंपनियों को कई प्रकार के परिचालन संबंधी खर्चे करने पड़ते हैं जिनमें ये शामिल हैं:

- ✓ एजेंटों का प्रशिक्षण और भर्ती,
- ✓ एजेंटों का कमीशन,

- ✓ कर्मचारियों का वेतन,
- ✓ ऑफिस का किराया,
- ✓ ऑफिस की स्टेशनरी,
- ✓ बिजली शुल्क,
- ✓ अन्य विविध खर्चे आदि

इन सभी का भुगतान बीमा कंपनियों को इकट्ठा किये गए प्रीमियमों से करना होता है। इन खर्चों को उचित तरीके से शुद्ध प्रीमियम में जोड़ा जाता है।

c) चूक और आकस्मिक घटनाएं

इन खर्चों के अलावा, कुछ अन्य कारक भी हैं जो जीवन बीमा कंपनियों के हिसाब को गलत ठहरा सकते हैं।

जोखिम का एक स्रोत चूक और वापसी का है। चूक (लैप्स) का मतलब है कि पॉलिसीधारक प्रीमियम भुगतान करना बंद कर देता है। पॉलिसी वापसी के मामले में, पॉलिसीधारक पॉलिसी का समर्पण (सरेंडर) करके पॉलिसी में अर्जित नकद मूल्य से एक रकम प्राप्त करता है।

चूक (लैप्स) आम तौर पर पहले तीन सालों में, खास तौर पर अनुबंध के पहले साल में होती है।

d) लाभ सहित (प्रतिभागी) पॉलिसियां और बोनस की लोडिंग

'लाभ सहित' पॉलिसियों की अवधारणा तब उत्पन्न हुई जब बीमा कंपनियों ने अग्रिम में अधिक लोडिंग वसूल करने की प्रथा शुरू की, ताकि एक ऐसा बफर बनाया जा सके जिससे प्रतिकूल परिस्थितियों में भी उनके पास नकदी मौजूद रहे (या वे ऋणशोधन में सक्षम हों)। अगर बाद का अनुभव अधिक अनुकूल साबित हुआ, तो जीवन बीमा कंपनी इसकी वजह से हुए मुनाफ़ों का कुछ हिस्सा बोनस के माध्यम से पॉलिसीधारकों के साथ साझा करेगी।

संक्षेप में, हम कह सकते हैं कि:

सकल प्रीमियम = शुद्ध प्रीमियम + खर्चों के लिए लोडिंग + आकस्मिक घटनाओं के लिए लोडिंग + बोनस लोडिंग

खुद को जांचें 1

पॉलिसी में चूक (लैप्स) होने का क्या मतलब है?

I. पॉलिसीधारक किसी पॉलिसी के लिए प्रीमियम भुगतान पूरा करता है

II. पॉलिसीधारक किसी पॉलिसी के लिए प्रीमियम भुगतान करना बंद कर देता है

III. पॉलिसी परिपक्व हो जाती है

IV. पॉलिसी को बाज़ार से वापस ले लिया जाता है

B. अधिशेष और बोनस

1. अधिशेष और बोनस की परिभाषा

हर जीवन बीमा कंपनी से अपनी संपत्तियों और देनदारियों का समय-समय पर मूल्यांकन करने की अपेक्षा की जाती है। इस तरह के मूल्यांकन के दो मकसद होते हैं:

i. जीवन बीमा कंपनी की वित्तीय स्थिति का आकलन करना और तय करना कि वह ऋणशोधन में सक्षम या अक्षम (दिवालिया) है

ii. पॉलिसीधारकों/शेयरधारकों के बीच बाँटने के लिए उपलब्ध अधिशेष (सरप्लस) तय करना

परिभाषा

अधिशेष (सरप्लस) देनदारियों के मूल्य पर संपत्तियों के मूल्य का आधिक्य है। अगर यह ऋणात्मक होता है, तो इसे एक दबाव माना जाता है।

आइए, अब हम देखें कि जीवन बीमा में अधिशेष की अवधारणा किसी कंपनी के मुनाफ़े से अलग कैसे है।

आम तौर पर कंपनियां (फर्म) दो तरीके से मुनाफा कमाना चाहती हैं। पहला, किसी निर्दिष्ट लेखा अवधि के लिए **खर्च पर आय का आधिक्य**, जैसा कि लाभ-हानि खाते में दिखता है। मुनाफा किसी कंपनी की बैलेंस शीट का हिस्सा भी बनता है – इसे **देनदारियों पर संपत्तियों के आधिक्य** के रूप में परिभाषित किया जा सकता है। दोनों मामलों में, मुनाफ़े लेखा अवधि के अंत में तय किए जाते हैं।

अधिशेष = संपत्तियां - देनदारियां

आइए, अब हम जीवन बीमा में देनदारियों का मतलब समझें। जीवन बीमा पॉलिसियों के किसी निर्दिष्ट खंड के लिए, जीवन बीमा कंपनी को भविष्य के दावों और उत्पन्न हो सकने वाले अन्य अपेक्षित खर्चों को पूरा करने के लिए प्रावधान करना होता है। बीमा कंपनी इन पॉलिसियों के लिए भविष्य में प्रीमियम प्राप्त होने की भी अपेक्षा करती है।

इस प्रकार, देनदारियों का मतलब है किए जाने वाले सभी भुगतानों के वर्तमान मूल्य से इन पॉलिसियों पर प्राप्त होने के लिए अपेक्षित प्रीमियमों के वर्तमान मूल्य को घटाकर मिलने वाली रकम। छूट की उचित दर [ब्याज दर] लागू करके वर्तमान मूल्य निकाला जाता है।

जीवन बीमा कंपनी का वास्तविक अनुभव उसके द्वारा किए गए अनुमान से बेहतर होने पर अधिशेष उत्पन्न होता है। इसके परिणाम स्वरूप होने वाले लाभों को जीवन बीमा कंपनियां लाभ सहित पॉलिसियां लेने वाले अपने बीमाधारकों के साथ साझा करने के लिए बाध्य होती हैं।

उदाहरण

31 मार्च 2013 को एक्सवायजेड फर्म का मुनाफ़ा उस तारीख को उसकी आय में से खर्चों को घटाकर या उसकी संपत्तियों में से देनदारियों को घटाकर निकाला जाता है।

दोनों मामलों में, मुनाफा स्पष्ट रूप से परिभाषित और ज्ञात है।

2. बोनस

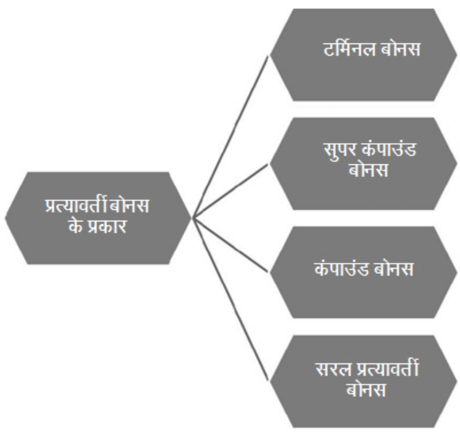
बीमा कंपनियों को अपने विभाजन योग्य अधिशेष को कंपनी के पॉलिसी धारकों और शेयर धारकों के बीच [अगर कोई हो] एक बोनस के रूप में बांटना होता है। भारत, यूनाइटेड किंगडम (ब्रिटेन) और कई अन्य देशों में, अधिशेष का वितरण लोकप्रिय है।

किसी अनुबंध के तहत देय बुनियादी लाभ के अतिरिक्त बोनस भुगतान किया जाता है। आम तौर पर, यह मूल बीमा राशि या प्रति वर्ष मूल पेंशन के अतिरिक्त के रूप में दिख सकता है। उदाहरण के लिए, इसे 60 रुपये प्रति हज़ार की बीमा राशि के रूप में व्यक्ति किया जाता है।

बोनस का सबसे आम रूप है **प्रत्यावर्ती बोनस**। एक बार घोषित हो जाने पर, हर साल दिया जाने वाला यह बोनस अतिरिक्त पॉलिसी से जुड़ जाता है और इसे हटाया नहीं जा सकता। इन्हें 'प्रत्यावर्ती' बोनस कहा जाता है, क्योंकि ये सिर्फ मृत्यु या परिपक्वता दावे के समय प्राप्त किए जा सकते हैं। पॉलिसी सरेंडर करने पर भी बोनस देय हो सकते हैं, बशर्ते अनुबंध एक न्यूनतम अवधि (जैसे कि 5 साल] तक चालू रहा हो।

प्रत्यावर्ती बोनस के प्रकार

चित्र 3: प्रत्यावर्ती बोनस के प्रकार



i. सरल प्रत्यावर्ती बोनस

यह एक ऐसा बोनस है जिसे अनुबंध के तहत बुनियादी नकद लाभ के प्रतिशत के रूप में व्यक्त किया जाता है। उदाहरण के लिए, भारत में इसे प्रति हज़ार बीमा राशि की रकम के रूप में घोषित किया जाता है।

ii. कंपाउंड बोनस

यहां कंपनी बोनस को बुनियादी लाभ के प्रतिशत और पहले से संलग्न बोनस के रूप में व्यक्त करती है। इस प्रकार, यह बोनस पर एक बोनस है। इसे व्यक्त करने का एक तरीका मूल बीमा राशि और संलग्न बोनस का 8% हो सकता है।

iii. टर्मिनल बोनस

जैसा कि नाम से पता चलता है, यह बोनस सिर्फ अनुबंध के समापन [मृत्यु या परिपक्वता के कारण] के समय अनुबंध से जुड़ता है। यह सिर्फ आगामी वर्ष में उत्पन्न होने वाले दावों के लिए लागू होता है। वर्ष 2013 के लिए घोषित टर्मिनल बोनस सिर्फ दावों पर लागू होगा जो वर्ष 2013-14 के दौरान उत्पन्न हुए होंगे, उसके बाद के वर्षों में उत्पन्न हुए दावों पर नहीं। टर्मिनल बोनस अनुबंध की समय अवधि पर निर्भर करता है और इसके साथ बढ़ता है। 15 साल तक चले अनुबंध के मुकाबले 25 साल तक चले अनुबंध पर अधिक टर्मिनल बोनस मिलेगा।

3. योगदान विधि

उत्तरी अमेरिका में अपनाया गया अधिशेष के वितरण का एक और तरीका "योगदान" विधि है। यहां, अधिशेष यानी मर्त्यता, ब्याज और खर्चों के संबंध में बीते सालों में जो कुछ होने की उम्मीद की गई थी और जो वास्तव में हुआ, उनका अंतर घोषित किया जाता है और लाभाशों के रूप में बाँटा जाता है।

लाभांश भविष्य के प्रीमियमों में समायोजन/कमी करते हुए नकद में भुगतान किए जा सकते हैं; इसके लिए पॉलिसी में गैर-जब्ती वाले प्रदत्त संयोजन खरीदने की अनुमति दी जाती है या ये पॉलिसी की क्रेडिट में जमा होते हैं।

4. यूनिट लिंक्ड पॉलिसियां

यूलिप पॉलिसियों के मूल्य निर्धारण के सिद्धांतों और अन्य विशेषताओं की चर्चा पहले के अध्याय में की जा चुकी है।

सारांश

- सामान्य भाषा में, टर्म प्रीमियम उस मूल्य को दर्शाता है जिसका भुगतान बीमाधारक कोई बीमा पॉलिसी खरीदने के लिए करता है।
- जीवन बीमा पॉलिसियों के लिए प्रीमियम तय करने की प्रक्रिया में मर्त्यता, ब्याज, प्रबंधन का खर्च और रिजर्व पर विचार किया जाता है।
- सकल प्रीमियम का मतलब है शुद्ध प्रीमियम और एक रकम जिसे लोडिंग कहते हैं।
- लैप्स (व्यपगत) होने का मतलब है पॉलिसीधारक ने प्रीमियम भुगतान करना बंद कर दिया है। पॉलिसी वापस लिए जाने के मामले में, पॉलिसीधारक पॉलिसी को सरेंडर करता है और पॉलिसी के अर्जित नकद मूल्य से एक रकम प्राप्त करता है।

- जीवन बीमा कंपनी का वास्तविक अनुभव उसके अनुमानित अनुभव के मुकाबले बेहतर होने पर अधिशेष उत्पन्न होता है।
- अधिशेष का आवंटन ऋणशोधन क्षमता की ज़रूरी शर्तें पूरी करने, मुक्त संपत्तियां बढ़ाने आदि के लिए किया जा सकता है।
- बोनस का सबसे आम रूप प्रत्यावर्ती बोनस है।

मुख्य शब्द

1. प्रीमियम
2. छूट
3. बोनस
4. अधिशेष
5. रिजर्व
6. लोडिंग
7. प्रत्यावर्ती बोनस

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प II है।

अध्याय L-07

जीवन बीमा के दस्तावेज़

अध्याय का परिचय

अध्याय 7 में हमने देखा कि बीमा उद्योग को बड़ी संख्या में फ़ॉर्मों और दस्तावेज़ों के साथ काम करना होता है। कुछ दस्तावेज़ खास तौर पर जीवन बीमा के लिए होते हैं, जिनकी चर्चा इस अध्याय में की गई है। यहां, हम पॉलिसी दस्तावेज़ में शामिल किए जाने वाले मूल प्रावधानों के बारे में चर्चा करेंगे। यहां अनुग्रह अवधि, पॉलिसी व्यपगत होने और गैर-जब्ती से जुड़े प्रावधानों के साथ-साथ कुछ अन्य विशेषाधिकारों के बारे में भी बात की गई है।

अध्ययन के परिणाम

A. प्रस्ताव चरण के दस्तावेज़

B. पॉलिसी चरण के दस्तावेज़

C. पॉलिसी की शर्तें और विशेषाधिकार

A. प्रस्ताव चरण के दस्तावेज़

अध्याय 7 में प्रॉस्पेक्टस और प्रस्ताव फॉर्म के बारे में बताई गई सामान्य बातों के अलावा, कुछ और बातें भी हैं जिनकी समझ जीवन बीमा कंपनियों को होना ज़रूरी है।

प्रॉस्पेक्टस: बीमा में, 'प्रॉस्पेक्टस' का मतलब है बीमा उत्पाद बेचने या प्रचारित करने के लिए बीमा कंपनी द्वारा प्रत्यक्ष, इलेक्ट्रॉनिक या किसी अन्य फॉर्मेट में जारी किया गया दस्तावेज़। किसी बीमा उत्पाद के प्रॉस्पेक्टस में ये बातें साफ तौर पर बताई जाएंगी :

(a) संबंधित बीमा उत्पाद के लिए प्राधिकरण द्वारा आवंटित यूनीक आइडेंटिफिकेशन नंबर (यूआईएन);

(b) लाभों का दायरा (स्कोप);

(c) बीमा कवर की सीमा;

(d) बीमा कवर की वारंटियों, अपवर्जनों/अपवादों और शर्तों के साथ-साथ उनका स्पष्टीकरण।

प्रॉस्पेक्टस में यह भी बताया जाएगा:

(a) उस आकस्मिक घटना या घटनाओं का विवरण जिन्हें बीमा में कवर किया जाएगा;

(b) ऐसे प्रॉस्पेक्टस की शर्तों के तहत बीमा के लिए योग्य जीवन या संपत्ति की श्रेणी या श्रेणियां।

जीवन बीमा के प्रॉस्पेक्टस में उत्पाद पर अनुमत राइडरों (जिन्हें स्वास्थ्य और साधारण बीमा में ऐड-ऑन कवर भी कहा जाता है) और उनके लाभों का भी उल्लेख होगा।

प्रस्ताव फॉर्म: जीवन बीमा के संबंध में, प्रस्तावक के परिवार के सदस्यों (माता-पिता सहित) की उम्र, स्वास्थ्य की स्थिति और उनमें से किसी को कोई बीमारी होने से जुड़ी जानकारी प्रस्ताव फॉर्म के ज़रिए इकट्ठा की जाती है। बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन की चिकित्सकीय जानकारी, उसकी बीमारियों के निजी इतिहास और व्यक्तिगत लक्षणों के बारे में भी पूछा जा सकता है, जो उत्पाद के प्रकार पर निर्भर करता है। प्रस्ताव फॉर्म वह दस्तावेज़ है जिसके ज़रिए बीमा कंपनियां प्रस्तावक के बारे में ज़रूरी सभी तरह की जानकारी प्राप्त करती हैं।

बीमा अधिनियम की धारा 45 का प्रावधान है कि पॉलिसी पर तीन सालों के बाद, गलतबयानी के आधार पर सवाल नहीं उठाया जाएगा। धारा 45 के संदर्भ में, प्रस्ताव फॉर्म/चिकित्सा फॉर्म आदि में शामिल सभी सवालों का ईमानदारी से जवाब देने के लिए प्रस्तावक का मार्गदर्शन करने और ऐसा नहीं करने के निहितार्थों को समझाने में एजेंटों की अहम भूमिका है।

जीवन बीमा के प्रस्ताव फ़ॉर्मों में अधिनियम की धारा 45 की शर्तों के बारे में बताया जाना चाहिए। जीवन बीमा कवर लेने के लिए प्रस्ताव फॉर्म में शामिल सवालों के जवाब देते समय, अधिनियम की धारा 45 के प्रावधानों के अनुसार प्रस्तावक का मार्गदर्शन किया जाएगा।

इसी तरह, अधिनियम की धारा 39 नामांकन के प्रावधान से जुड़ी है। जहां कहीं भी प्रस्तावक के लिए नामांकन की सुविधा उपलब्ध है, एजेंट उसे अधिनियम की धारा 39 के प्रावधानों के बारे में सूचित करेगा और इस सुविधा का लाभ उठाने के लिए प्रोत्साहित करेगा।

जीवन बीमा के प्रस्ताव फॉर्म में, प्रस्तावित जीवन के व्यक्तिगत वित्तीय नियोजन से जुड़े पहलुओं, काम से जुड़े उसके अनुभव, अनुमानित आय और खर्चों के साथ-साथ बचत और निवेश, स्वास्थ्य, सेवानिवृत्ति और बीमा की ज़रूरतों के बारे में भी पूछा जा सकता है।

उम्र का प्रमाण: बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन की जोखिम प्रोफाइल का आकलन करने के लिए उम्र एक अहम कारक होता है, इसलिए बीमा कंपनियां सही उम्र की पुष्टि करने के लिए दस्तावेजी साक्ष्य प्राप्त करती हैं। उम्र के मान्य प्रमाण मानक या अवमानक हो सकते हैं, जिनकी चर्चा अध्याय 7 में की गई है।

जीवन बीमा कंपनियां इन दस्तावेजों की माँग भी करती हैं:

a) एजेंट की गोपनीय रिपोर्ट

एजेंट प्राथमिक बीमालेखक होता है। पॉलिसीधारक के बारे में उन सभी महत्वपूर्ण तथ्यों और बातों का ख़ुलासा एजेंट को अपनी रिपोर्ट में करना होता है, जो जोखिम के आकलन के लिए प्रासंगिक हैं। इसका मतलब है कि रिपोर्ट में व्यक्ति के स्वास्थ्य, आदतों, पेशे, आय और पारिवारिक जानकारी से जुड़ी बातों का उल्लेख करना ज़रूरी होता है।

b) चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट

कई मामलों में, बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन का चिकित्सा परीक्षण किसी ऐसे चिकित्सक से कराया जाता है जिसे बीमा कंपनी ने अपने पैनल में शामिल किया है। व्यक्ति की ऊंचाई, वजन, रक्तचाप, हृदय की स्थिति आदि जैसी शारीरिक विशेषताओं की जानकारी रिकॉर्ड की जाती है और चिकित्सक अपनी रिपोर्ट में उन बातों का उल्लेख करता है; इसे चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट कहते हैं। इससे, बीमा कंपनी के जोखिम अंकक (अंडरराइटर) को बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन की मौजूदा स्वास्थ्य स्थिति की पूरी जानकारी मिल जाती है।

कई प्रस्तावों को बीमा कंपनी चिकित्सा परीक्षण की माँग किए बिना जोखिम अंकन करके स्वीकार कर लेती है। इन्हें गैर-चिकित्सकीय मामले कहते हैं। चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट की ज़रूरत आम तौर पर तब होती है जब गैर-चिकित्सकीय जोखिम अंकन के तहत प्रस्ताव पर विचार नहीं किया जा सकता, क्योंकि बीमा राशि या प्रस्तावित जीवन की उम्र अधिक है या प्रस्ताव में कुछ ऐसे लक्षणों का खुलासा किया गया है जिनके लिए चिकित्सा परीक्षक से जांच कराना और उनकी रिपोर्ट प्राप्त करना ज़रूरी है।

c) नैतिक खतरे की रिपोर्ट

नैतिक खतरा यह संभावना है कि जीवन बीमा पॉलिसी खरीदने के कारण क्लाइंट का व्यवहार बदल सकता है और ऐसे बदलाव से नुकसान की संभावना बढ़ जाएगी। यह एक ऐसा कारक है

जिस पर जीवन बीमा के जोखिम अंकक (अंडरराइटर) जोखिम का आकलन करते समय गंभीरता से विचार करते हैं।

जीवन बीमा कंपनियां व्यक्तियों के जीवन बीमा खरीदकर खुद के जीवन को या दूसरे के जीवन को ख़त्म करने जैसे कामों से मुनाफ़ा कमाने की संभावना के विरुद्ध अपने आपको बचाना चाहती हैं। इसलिए, जीवन बीमा कंपनियों के जोखिम अंकक (अंडरराइटर) ऐसे सभी कारकों पर ध्यान देते हैं जो ऐसे खतरों की ओर इशारा करते हों। इस प्रयोजन से, बीमा कंपनी अपनी कंपनी के किसी अधिकारी से नैतिक खतरे की रिपोर्ट सबमिट करने के लिए कह सकती हैं।

उदाहरण

विकास ने हाल ही में एक जीवन बीमा पॉलिसी खरीदी थी। फिर उसने एक ऐसी जगह पर स्कीइंग के लिए जाने का फ़ैसला किया जिसे धरती पर स्कीइंग के लिए सबसे खतरनाक जगहों के रूप में जाना जाता है। इससे पहले, उसने ऐसी जगहों पर (अभियानों में) जाने से मना कर दिया था।

B. पॉलिसी चरण के दस्तावेज़

1. पहली प्रीमियम रसीद

कोई बीमा अनुबंध तब शुरू होता है जब जीवन बीमा कंपनी पहली प्रीमियम रसीद (एफपीआर) जारी करती है।

एफपीआर इस बात का साक्ष्य है कि पॉलिसी अनुबंध शुरू हो गया है। पहली प्रीमियम रसीद में नीचे दी गई जानकारी शामिल होती है:

i. जीवन बीमाधारक का नाम और पता

ii. पॉलिसी नंबर

iii. प्रीमियम भुगतान की राशि

iv. प्रीमियम भुगतान की विधि और आवृत्ति

v. प्रीमियम भुगतान की अगली देय तिथि

vi. जोखिम शुरू होने की तारीख

vii. पॉलिसी की अंतिम परिपक्वता की तारीख

viii. अंतिम प्रीमियम भुगतान की तारीख

ix. बीमा राशि

पहली प्रीमियम रसीद जारी होने के बाद, बीमा कंपनी अगली प्रीमियम रसीद तब जारी करती है जब उसे प्रस्तावक से आगे के प्रीमियम प्राप्त होते हैं। इन रसीदों को नवीनीकरण प्रीमियम रसीद (आरपीआर) के रूप में जाना जाता है। आरपीआर, प्रीमियम भुगतान से जुड़े किसी भी विवाद के मामले में भुगतान के साक्ष्य के रूप में काम करते हैं।

2. पॉलिसी दस्तावेज़

पॉलिसी दस्तावेज़ बीमा से जुड़ा सबसे महत्वपूर्ण दस्तावेज़ है। यह बीमाधारक और बीमा कंपनी के बीच अनुबंध का साक्ष्य है। यह अपने आप में अनुबंध नहीं है। अगर पॉलिसीधारक से पॉलिसी दस्तावेज़ खो जाता है, तो इससे बीमा अनुबंध पर कोई असर नहीं पड़ता। बीमा कंपनी अनुबंध में कोई बदलाव किए बिना एक डुप्लीकेट पॉलिसी जारी करेगी। पॉलिसी दस्तावेज़ पर किसी सक्षम अधिकारी का हस्ताक्षर होना चाहिए और उस पर भारतीय स्टांप अधिनियम के अनुसार स्टांप लगा होना चाहिए। जीवन बीमा कंपनियां पॉलिसी दस्तावेज़ डिजाइन करते समय बहुत सावधानी बरतती हैं, क्योंकि पॉलिसी दस्तावेज़ के विवरण में किसी भी तरह की स्पष्टता या दुविधा की जिम्मेदारी का भार उन्हें उठाना पड़ता है।

आम तौर पर, मानक पॉलिसी दस्तावेज़ के तीन भाग होते हैं:

a) पॉलिसी की अनुसूची

पॉलिसी की अनुसूची पहला भाग बनती है। यह आम तौर पर पॉलिसी के सामने वाले पेज पर होती है। जीवन बीमा अनुबंधों की अनुसूचियां आम तौर पर एक समान होती हैं। उनमें सामान्यतः नीचे दी गई जानकारी मौजूद होती है:

चित्र 1: पॉलिसी दस्तावेज़ के घटक

i. बीमा कंपनी का नाम

ii. पॉलिसी की कुछ सामान्य जानकारी इस प्रकार है:

- ✓ पॉलिसी मालिक का नाम और पता
- ✓ जन्म की तारीख और पिछली जन्मतिथि को उम्र
- ✓ प्लान और पॉलिसी अनुबंध की अवधि
- ✓ बीमा राशि
- ✓ प्रीमियम की राशि
- ✓ प्रीमियम भुगतान की अवधि

- ✓ पॉलिसी शुरू होने की तारीख, परिपक्वता की तारीख और अंतिम प्रीमियम की देय तारीख
- ✓ पॉलिसी लाभ सहित है या लाभ रहित
- ✓ नामिती की नाम
- ✓ प्रीमियम भुगतान की विधि – सालाना; छमाही; तिमाही; मासिक; वेतन से कटौती के रूप में
- ✓ पॉलिसी नंबर – जो पॉलिसी अनुबंध की विशेष पहचान संख्या है

iii. बीमा कंपनी भुगतान का वादा करती है। यह भुगतान उन घटनाओं के होने पर और उन राशियों के रूप में किया जाता है जिनका वादा किया गया है। यह बीमा अनुबंध का मुख्य भाग होता है।

iv. अधिकृत हस्ताक्षरी का हस्ताक्षर और पॉलिसी स्टांप।

v. स्थानीय बीमा लोकपाल (ओम्बड्समैन) का पता।

b) मानक प्रावधान

पॉलिसी दस्तावेज़ का दूसरा तत्व पॉलिसी के मानक प्रावधानों से बना होता है, जैसे कि उम्र के प्रमाण, प्रीमियम भुगतान, अनुग्रह अवधि आदि से जुड़े प्रावधान, जो आम तौर पर सभी जीवन बीमा अनुबंधों में मौजूद होते हैं। ऐसा हो सकता है कि इनमें से कुछ प्रावधान अनुबंधों के कुछ प्रकारों के मामले में लागू न हों, जैसे कि टर्म (अवधि), एकल प्रीमियम या गैर-प्रतिभागी (लाभ सहित) पॉलिसियां। ये मानक प्रावधान अनुबंध के तहत लागू होने वाले अधिकार, विशेषाधिकार और अन्य शर्तों को परिभाषित करते हैं।

c) पॉलिसी विशेष के प्रावधान

पॉलिसी दस्तावेज़ के तीसरे भाग में उन विशेष प्रावधानों को शामिल किया जाता है जो अलग-अलग पॉलिसी अनुबंध के लिए विशेष होते हैं। इन्हें दस्तावेज़ के सामने वाले हिस्से पर प्रिंट किया जाता है या एक अनुलग्नक के रूप में अलग से शामिल किया जाता है।

जहां पॉलिसी के मानक प्रावधानों, जैसे कि अनुग्रह के दिन या व्यपगत होने के मामले में गैर-जब्ती को अक्सर वैधानिक रूप से अनुबंध के तहत शामिल किया जाता है, वहीं विशेष प्रावधानों को आम तौर पर बीमा कंपनी और बीमाधारक के बीच हुए विशेष अनुबंध से जोड़ा जाता है।

उदाहरण

ऐसी महिला के लिए गर्भावस्था के कारण होने वाली मौत को रोकने का क्लॉज, जो अनुबंध लिखे जाने के समय गर्भवती है।

खुद को जांचें 1

पहली प्रीमियम रसीद (एफपीआर) का क्या महत्व है? सबसे उपयुक्त विकल्प चुनें।

I. फ़्री-लुक पीरियड ख़त्म हो गया है

II. यह इस बात का प्रमाण है कि पॉलिसी अनुबंध शुरू हो गया है

III. अब पॉलिसी को रद्द नहीं किया जा सकता

IV. पॉलिसी ने कुछ नकद मूल्य अर्जित किया है

C. पॉलिसी की शर्तें और विशेषाधिकार

अनुग्रह अवधि (ग्रेस पीरियड)

जैसा कि अध्याय 4 में बताया गया है, अनुग्रह अवधि के प्रावधान ऐसी पॉलिसी को अनुग्रह अवधि के दौरान चालू रखने में सक्षम बनाते हैं जो अन्यथा प्रीमियम भुगतान न होने के कारण व्यपगत (लैप्स) हो जाते। हर जीवन बीमा अनुबंध इस शर्त पर मृत्यु लाभ भुगतान करने का वचन देता है कि सही समय पर प्रीमियम भुगतान किया जाता हो और पॉलिसी चालू स्थिति में हो। "अनुग्रह अवधि" का क्लॉज पॉलिसीधारक को प्रीमियम देय होने के बाद प्रीमियम भुगतान करने के लिए अतिरिक्त समय देता है।

हालांकि, प्रीमियम देय रहता है और अगर इस अवधि के दौरान पॉलिसीधारक की मृत्यु हो जाती है, तो बीमा कंपनी मृत्यु लाभ से प्रीमियम की रकम को घटा देती है। अगर अनुग्रह अवधि खत्म होने के बाद भी प्रीमियम बकाया रह जाते हैं, तो पॉलिसी को व्यपगत (लैप्स) माना जाता है और कंपनी पर मृत्यु लाभ भुगतान करने का कोई दायित्व नहीं रहता है। ऐसी स्थिति में एकमात्र देय राशि वह होगी जो गैर-जब्ती के प्रावधानों के तहत लागू होता है।

अहम जानकारी

व्यपगत और पुनर्स्थापन/पुनर्जीवन

हमने पहले ही देखा है कि अगर अनुग्रह के दिनों के दौरान भी प्रीमियम भुगतान नहीं किया जाता है, तो पॉलिसी को व्यपगत (लैप्स) स्थिति में माना जा सकता है। अच्छी बात यह है कि ज़्यादातर जीवन बीमा पॉलिसियों को पुनर्स्थापित [पुनर्जीवित] किया जा सकता है। आईआरडीएआई के उत्पाद विनियमों के अनुसार, किसी नॉन-लिंक्ड पॉलिसी को बकाया प्रीमियम की तारीख से 5 सालों के भीतर पुनर्जीवित किया जा सकता है, जबकि लिंक्ड पॉलिसी को 3 सालों के अंदर पुनर्जीवित किया जा सकता है।

परिभाषा

पुनर्स्थापन वह प्रक्रिया है जिसके द्वारा जीवन बीमा कंपनी ऐसी पॉलिसी को वापस चालू स्थिति में लाती है जो प्रीमियम भुगतान नहीं करने के कारण समाप्त हो गई थी या जिसे किसी गैर-जब्ती प्रावधान के तहत जारी रखा गया है।

हालांकि, पॉलिसी को पुनर्जीवित (रिवाइवल) करना बीमाधारक का बिना शर्त अधिकार नहीं है। ऐसा सिर्फ कुछ शर्तों के तहत किया जा सकता है:

i. **निर्धारित समय अवधि के भीतर पुनर्जीवित (रिवाइवल) करने का आवेदन**: पॉलिसी के मालिक को ऐसे पुनर्स्थापन के प्रावधान में वर्णित समय-सीमा, जैसे कि व्यपगत होने की तारीख से पाँच सालों के भीतर रिवाइवल का आवेदन पूरा करना होगा।

ii. **निरंतर बीमा योग्यता का संतोषजनक साक्ष्य**: बीमाधारक को बीमा कंपनी के पास अपनी निरंतर बीमा योग्यता का संतोषजनक साक्ष्य प्रस्तुत करना होगा। सिर्फ उसका स्वास्थ्य ही संतोषजनक नहीं होना चाहिए, बल्कि वित्तीय आय और नैतिक खतरे जैसे अन्य कारकों में कोई बड़ा नकारात्मक बदलाव नहीं होना चाहिए।

iii. **ब्याज के साथ बकाया प्रीमियमों का भुगतान**: पॉलिसी के मालिक को प्रत्येक प्रीमियम की देय तारीख से ब्याज के साथ सभी बकाया प्रीमियमों का भुगतान करना ज़रूरी है।

iv. निरंतर बीमा योग्यता के साक्ष्य का मूल्यांकन करने के बाद, बीमा कंपनी मौजूदा शर्तों और प्रीमियम के अनुसार पॉलिसी को पुनर्जीवित करने का फैसला कर सकती है या प्रीमियम बढ़ाकर पॉलिसी को पुनर्जीवित करने या जोखिम कवर को कम करने या दोनों काम करने की पेशकश कर सकती है।

संभवतः उपरोक्त शर्तों में सबसे महत्वपूर्ण शर्त वह है जिसमें पुनर्जीवन के समय बीमा योग्यता के साक्ष्य की आवश्यकता होती है। किस तरह का साक्ष्य माँगा जाएगा, यह हर अलग-अलग पॉलिसी की परिस्थितियों पर निर्भर करेगा। अगर पॉलिसी बहुत छोटी अवधि के लिए व्यपगत स्थिति में रही है, तो बीमा कंपनी बीमा योग्यता के किसी साक्ष्य के बिना ही पॉलिसी को पुनर्स्थापित कर सकती है या बीमाधारक से सिर्फ यह प्रमाणित करते हुए एक सामान्य सा बयान माँग सकती है कि उसकी सेहत अच्छी है।

हालांकि, कंपनी कुछ परिस्थितियों के तहत चिकित्सा परीक्षण या बीमा योग्यता के अन्य साक्ष्य की माँग कर सकती है:

i. अगर अनुग्रह अवधि काफी समय पहले समाप्त हो गई है और पॉलिसी करीब एक साल (उदाहरण के लिए) से व्यपगत स्थिति में है।

ii. अगर बीमा कंपनी के पास यह संदेह करने का कारण है कि स्वास्थ्य संबंधी या कोई अन्य समस्या मौजूद हो सकती है। अगर पॉलिसी की बीमा राशि या अंकित राशि बहुत बड़ी है, तब भी नए सिरे से चिकित्सा परीक्षण की आवश्यकता हो सकती है।

अहम जानकारी

व्यपगत (लैप्स) पॉलिसियों को पुनर्जीवित (रिवाइव) करना एक महत्वपूर्ण सेवा कार्य है जिसे बीमा कंपनियां काफी प्रोत्साहन देती हैं, क्योंकि व्यपगत स्थिति में रही पॉलिसियां बीमा कंपनी या बीमाधारक, दोनों में से किसी के लिए फायदेमंद नहीं होती हैं।

गैर-जब्ती के प्रावधान

बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 113 पॉलिसियों में आगे के प्रीमियमों का भुगतान नहीं करने पर भी, प्रदत्त बीमा राशि की सीमा तक जीवित बनाए रखकर, पॉलिसियों को व्यपगत (लैप्स) होने से बचाती है। इसका कारण यह है कि पॉलिसी के तहत संचित नकद मूल्य पर पॉलिसीधारक का दावा होता है।

a) समर्पण मूल्य

समर्पण मूल्य वह राशि है जो आपको तब मिलती है जब आप असमय प्लान से बाहर निकलने का फैसला करते हैं, यानी जब आपने पॉलिसी के परिपक्व होने से पहले ही उसे पूरी तरह वापस लेने या पॉलिसी को समाप्त करने का फैसला किया हो।

जीवन बीमा कंपनियों के पास आम तौर पर एक चार्ट होता है जिसमें अलग-अलग समय के लिए समर्पण मूल्य लिखा होता है; इसमें उस तरीके का भी उल्लेख होता है जिसका इस्तेमाल समर्पण मूल्य का हिसाब लगाने के लिए किया जाएगा। इस फ़ॉर्मूले में बीमा के प्रकार और प्लान, पॉलिसी की उम्र के साथ-साथ पॉलिसी प्रीमियम भुगतान करने की अवधि कितनी है उसका भी ध्यान रखा जाता है।

पॉलिसी का समर्पण करने पर व्यक्ति को हाथ में मिलाने वाली वास्तविक नकदी पॉलिसी में निर्धारित समर्पण मूल्य की राशि से अलग हो सकती है। किसी संचित बोनस, रिकवरी (वसूली) आदि के कारण भी वास्तविक रकम में अंतर हो सकता है।

गारंटीकृत समर्पण मूल्य [जीएसवी]: आईआरडीएआई के दिशानिर्देश (2019 में संशोधित) के अनुसार भारत का कानून गारंटीकृत समर्पण मूल्य [जीएसवी) देय होने का प्रावधान करता है, अगर कम से कम दो लगातार सालों के लिए सभी प्रीमियमों का भुगतान किया गया है। प्रीमियम भुगतान के प्रतिशत (जैसे 30%) के रूप में तय किया गया मूल्य गारंटीकृत समर्पण मूल्य कहलाता है। यह मूल्य प्रीमियम भुगतान की अवधि पर निर्भर करता है। पॉलिसी दस्तावेज़ में जीएसवी का उल्लेख करना आवश्यक होता है।

b) पॉलिसी ऋण

ऐसी जीवन बीमा पॉलिसियां जो एक नकद मूल्य संचित करती हैं, उनमें पॉलिसीधारक को ऋण की जमानत के रूप में पॉलिसी के नकद मूल्य का इस्तेमाल करके बीमा कंपनी से पैसे उधार लेने का अधिकार देने का भी प्रावधान होता है। पॉलिसी ऋण आम तौर पर पॉलिसी के समर्पण मूल्य के प्रतिशत (जैसे, 90%) तक सीमित होता है। ध्यान दें कि पॉलिसीधारक अपने ही खाते से ऋण लेता है। अगर पॉलिसी का समर्पण किया गया होता, तो उसे वह राशि प्राप्त हो सकती थी। ऐसे मामले में बीमा समाप्त हो गया होता।

बीमा कंपनियां पॉलिसी ऋणों पर ब्याज वसूल करती हैं, जो छमाही या सालाना आधार पर देय होती हैं। हालांकि, ऋण और ब्याज समय-समय चुकाया जा सकता है; अगर ऋण नहीं चुकाया जाता है, तो बीमा कंपनी बकाया ऋण की रकम और ब्याज को पॉलिसी के तहत देय लाभ से काट

लेती है। ऋण की सुविधा वित्तीय संकट के मामले में बीमा को चालू रखकर पॉलिसीधारक को राहत प्रदान करती है।

चूंकि पॉलिसी को जमानत के रूप में रखकर उस पर ऋण दिया जाता है, ऐसे में पॉलिसी को बीमा कंपनी के पक्ष में समनुदेशित करना होता है (जिसकी चर्चा बाद के अनुच्छेद में की गई है)। जहां पॉलिसीधारक ने बीमाधारक की मृत्यु होने के मामले में पॉलिसी राशि प्राप्त करने के लिए किसी व्यक्ति को नामांकित किया है (जिसकी चर्चा बाद के अनुच्छेद में की गई है), इस नामांकन को रद्द नहीं किया जाएगा, बल्कि नामांकित व्यक्ति का अधिकार पॉलिसी में बीमा कंपनी के हित की सीमा तक प्रभावित होगा।

उदाहरण

अर्जुन ने एक जीवन बीमा पॉलिसी खरीदी, जिसमें पॉलिसी के तहत देय कुल मृत्यु दावा 2.5 लाख रुपये था। पॉलिसी के तहत अर्जुन का कुल बकाया ऋण और ब्याज 1.5 लाख रुपये है। इसलिए, अर्जुन की मृत्यु होने के मामले में, नामांकित व्यक्ति 1 लाख रुपये की बाकी रकम प्राप्त करने का हकदार होगा।

पॉलिसी विशेष के प्रावधान और पृष्ठांकन

a) **नामांकन**

i. बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 39 के तहत, अपने खुद के जीवन पर पॉलिसी का धारक उस व्यक्ति या व्यक्तियों को नामांकित कर सकता है जिसे/जिन्हें उसकी मृत्यु होने की स्थिति में पॉलिसी द्वारा सुरक्षित राशि का भुगतान किया जाएगा।

ii. जीवन बीमाधारक नामितियों के रूप में **एक या एक से अधिक व्यक्ति को नामांकित** कर सकता है।

iii. नामिती **मान्य डिस्चार्ज** के हकदार हैं; उन्हें उन लोगों की ओर से **पॉलिसी राशि को एक ट्रस्टी की तरह रखना होगा** जो इसके हकदार हैं।

iv. नामांकन **पॉलिसी खरीदे जाने के समय या बाद में** किसी भी समय पॉलिसी परिपक्व होने से पहले किया जा सकता है।

v. नामांकन को पॉलिसी के विवरण में शामिल किया जा सकता है या पॉलिसी में पृष्ठांकन किया जा सकता है। नामांकन के बारे में बीमा कंपनी को सूचित करना और बीमा कंपनी के पॉलिसी से संबंधित रिकॉर्ड में पंजीकृत किया जाना ज़रूरी है।

vi. नामांकन को पॉलिसी परिपक्व होने से पहले किसी भी समय, पृष्ठांकन के ज़रिए या बाद के पृष्ठांकन या वसीयत के रूप में (जैसा भी मामला हो), बदला या रद्द किया जा सकता है।

अहम जानकारी

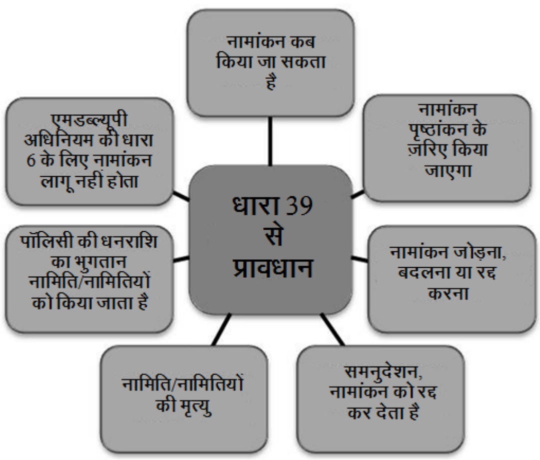
नामांकन में नामांकित व्यक्ति को सिर्फ जीवन बीमाधारक की मौत होने की स्थिति में बीमा कंपनी से पॉलिसी राशि प्राप्त करने का अधिकार देता है। हालांकि, यह राशि सिर्फ कानूनी वारिस की होगी। **नामांकित व्यक्ति का दावे पर पूर्ण (या आंशिक) कोई अधिकार नहीं है।** हालांकि, बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 39(7) के अनुसार, 26 दिसंबर, 2014 के बाद भुगतान के लिए परिपक्व होने वाली सभी पॉलिसियों के संबंध में, पॉलिसी के मालिक द्वारा अपने खुद के जीवन पर माता-पिता, पत्नी/पति, बच्चों या पत्नी/पति और बच्चों के पक्ष में किया गया नामांकन, नामांकित व्यक्तियों को लाभार्थियों के तौर पर बीमा कंपनी द्वारा देय राशि का हकदार बनाता है।

जहां नामिती (नॉमिनी) एक नाबालिग है, पॉलिसी धारक को नियुक्त व्यक्ति (अपॉइंटी) की नियुक्ति करना ज़रूरी होता है। नियुक्त व्यक्ति को पॉलिसी दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करके नियुक्त व्यक्ति के रूप में काम करने की सहमति देनी होती है। जब नामिती वयस्क होने की उम्र में पहुंच जाता है, तब नियुक्त व्यक्ति अपना वह दर्जा खो देता है। पॉलिसी धारक किसी भी समय नियुक्त व्यक्ति को बदल सकता है। अगर कोई नियुक्त व्यक्ति नहीं रखा गया है और नामिती एक नाबालिग है, तो जीवन बीमाधारक की मृत्यु होने के मामले में, मृत्यु दावा पॉलिसी धारक के कानूनी वारिसों को भुगतान किया जाता है।

जहां एक से अधिक नामिती नियुक्त किया गया है, मृत्यु दावा उन्हें संयुक्त रूप से या जीवित व्यक्ति या व्यक्तियों को देय होगा। पॉलिसी शुरू होने के बाद किए गए नामांकन प्रभावी हों, इसके लिए उनके बारे में बीमा कंपनियों को सूचित करना ज़रूरी है।

बीमा अधिनियम की धारा 39(11) कहती है कि जहां पॉलिसी परिपक्व होने के बाद पॉलिसीधारक की मौत होती है, लेकिन उसकी मौत होने के कारण पॉलिसी की आय और लाभ का भुगतान उसे नहीं किया गया है, तो उसकी पॉलिसी की आय और लाभ का हकदार नामांकित व्यक्ति (नॉमिनी) होगा।

चित्र 2: नामांकन से जुड़े प्रावधान



b) **समनुदेशन**

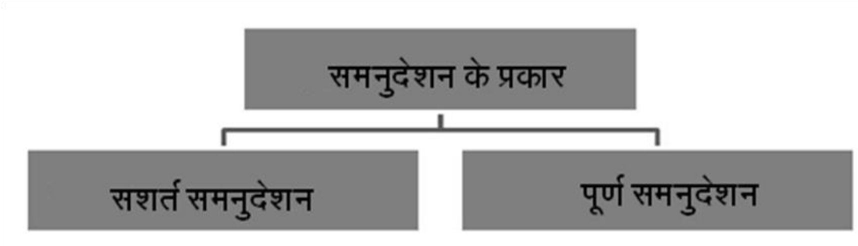
चूंकि जीवन बीमा पॉलिसी में एक वादा या ऋण शामिल होता है कि बीमा कंपनी बीमाधारक की ऋणी होती है, इसे पैसे या संपत्ति के लिए एक जमानत माना जाता है। हमने देखा है कि बीमा कंपनियां पॉलिसी के समर्पण मूल्य के बदले में ऋण देती हैं। इसी तरह, बैंक सहित कई वित्तीय संस्थान बीमा पॉलिसी को अपने पक्ष में समनुदेशित करके बीमा पॉलिसी की जमानत पर ऋण देते हैं।

समनुदेशन (असाइनमेंट) शब्द का मतलब सामान्य तौर पर दूसरे व्यक्ति के पक्ष में, लिखित में संपत्ति को ट्रांसफर करना है।

जीवन बीमा पॉलिसी के समनुदेशन का मतलब है पॉलिसी (संपत्ति के रूप में) के अधिकारों, हक (टाइटल) और हित का एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति को ट्रांसफर करना। जो व्यक्ति अधिकारों को ट्रांसफर करता है उसे समनुदेशक (असाइनर) कहा जाता है और जिस व्यक्ति को संपत्ति ट्रांसफर की जाती है उसे समनुदेशिती (असाइनी) कहते हैं। समनुदेशन (असाइनमेंट) करने पर, पॉलिसी का मालिकाना हक बदल जाता है और इसलिए नामांकन रद्द हो जाता है; सिवाय उस मामले के जब पॉलिसी ऋण के लिए बीमा कंपनी को समनुदेशन किया गया हो।

समनुदेशन (असाइनमेंट) दो प्रकार के होते हैं।

चित्र 3: समनुदेशन के प्रकार



सशर्त समनुदेशन	पूर्ण समनुदेशन
सशर्त समनुदेशन में यह प्रावधान होता है कि पॉलिसी परिपक्व होने की तारीख तक जीवन बीमाधारक के जीवित रहने या समनुदेशिती की मृत्यु होने पर पॉलिसी वापस बीमाधारक के पास चली जाएगी।	• पूर्ण समनुदेशन में यह प्रावधान होता है कि पॉलिसी में समनुदेशक के सभी अधिकार, हक और हित समनुदेशिती को ट्रांसफर कर दिए जाते हैं और किसी भी स्थिति में समनुदेशक या उसकी संपत्ति वापस उसके पास नहीं जाती है। • इस प्रकार, पॉलिसी पूरी तरह समनुदेशिती के पक्ष में होती है। समनुदेशिती अपनी पसंद के अनुसार, समनुदेशक की सहमति के बिना, पॉलिसी के साथ जैसे चाहे वैसे पेश आ सकता है।

पूर्ण समनुदेशन कई व्यावसायिक परिस्थितियों में बहुत आम होता है, जहां पॉलिसी को आम तौर पर पॉलिसीधारक द्वारा लिए गए ऋण, जैसे कि आवासीय ऋण के बदले में बंधक रखा जाता है।

मान्य समनुदेशन की शर्तें

आइए, अब हम उन शर्तों पर गौर करें जो एक मान्य समनुदेशन के लिए ज़रूरी हैं।

i. समनुदेशक का समनुदेशित की जाने वाली पॉलिसी पर **पूर्ण अधिकार और हक या समनुदेशन योग्य हित** होना चाहिए।

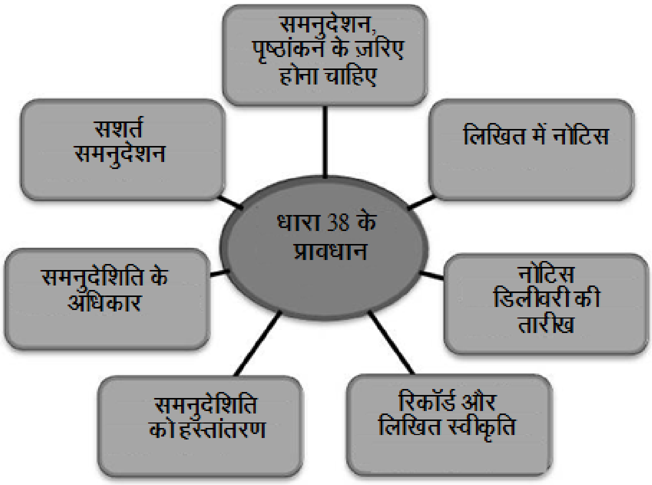
ii. समनुदेशन **किसी भी लागू कानून के विरुद्ध नहीं** होना चाहिए।

iii. समनुदेशिती दूसरा समनुदेशन कर सकता है, लेकिन नामांकन नहीं कर सकता, क्योंकि समनुदेशिती जीवन बीमाधारक नहीं है।

अहम जानकारीः

- किसी जीवन बीमा पॉलिसी को पूर्णतः या आंशिक रूप से समनुदेशित किया जा सकता है।
- समनुदेशन पर ट्रांसफर करने वाले व्यक्ति या समनुदेशक या विधिवत अधिकृत एजेंट का हस्ताक्षर होना चाहिए और इसे कम से कम एक गवाह द्वारा प्रमाणित किया जाना चाहिए।
- हक (टाइटल) के ट्रांसफर के बारे में विशेष रूप से पॉलिसी पर पृष्ठांकन के रूप में या एक अलग उपकरण के तौर पर बताया जाना चाहिए।
- पॉलिसीधारक को समनुदेशन के बारे में बीमा कंपनी को नोटिस देना होगा, जिसके बिना समनुदेशन मान्य नहीं होगा।
- धारा 38(2) कहती है कि बीमा कंपनी समनुदेशन को स्वीकार या अस्वीकार कर सकती है, अगर उसके पास यह मानने का पर्याप्त कारण है कि ऐसा समनुदेशन प्रामाणिक नहीं है या वह पॉलिसीधारक के हित में या सार्वजनिक हित में नहीं है या उसका मकसद बीमा पॉलिसी का व्यापार करना है।
- हालांकि, बीमा कंपनी पृष्ठांकन पर कार्रवाई से इनकार करने से पहले, इस इनकार के कारणों को लिखित रूप में दर्ज करेगी और इसके बारे में पॉलिसीधारक को सूचित करेगी; यह पॉलिसीधारक द्वारा ऐसे ट्रांसफर या समनुदेशन का नोटिस दिए जाने की तारीख से अधिक से अधिक 30 दिनों के भीतर किया जाना चाहिए।

चित्र 4: बीमा पॉलिसियों के समनुदेशन से जुड़े प्रावधान



पॉलिसीधारकों को आम तौर पर दिए जाने वाले विशेषाधिकार

a) डुप्लीकेट पॉलिसी:

जीवन बीमा पॉलिसी दस्तावेज़ सिर्फ एक वादे का प्रमाण है। पॉलिसी दस्तावेज़ के खोने या नष्ट होने से, अनुबंध के तहत बीमा कंपनी किसी भी तरह इसकी देयता से मुक्त नहीं होती है। जीवन बीमा कंपनियों के पास आम तौर पर पॉलिसी दस्तावेज़ खोने के मामले में अपनाई जाने वाली मानक प्रक्रियाएं होती हैं।

आम तौर पर कार्यालय यह जानने के लिए मामले की जांच करेगा कि कथित रूप से पॉलिसी के खोने पर संदेह करने का कोई कारण तो नहीं है। इस बात का संतोषजनक प्रमाण प्रस्तुत करना ज़रूरी हो सकता है कि पॉलिसी खो गई है और इसके साथ किसी अन्य तरीके पेश नहीं आया जाएगा। आम तौर पर, दावेदार द्वारा जमानत के साथ या इसके बिना क्षतिपूर्ति बांड प्रस्तुत करने पर दावे का निपटारा किया जा सकता है।

अगर भुगतान हाल ही में देय है और भुगतान की जाने वाली रकम बड़ी है, तो बीमा कार्यालय इस बात पर भी ज़ोर दे सकता है कि बड़े पैमाने पर बिकने वाले किसी राष्ट्रीय अखबार में नुकसान की सूचना देते हुए एक विज्ञापन दिया जाए। इस बात का यकीन हो जाने पर कि किसी अन्य व्यक्ति से कोई आपत्ति नहीं है, एक डुप्लीकेट पॉलिसी जारी की जा सकती है।

b) बदलाव/संशोधन

पॉलिसीधारक पॉलिसी के नियमों और शर्तों में बदलाव करने की माँग कर सकता है। बीमा कंपनी और बीमाधारक, दोनों की सहमति से ऐसे बदलाव करने का प्रावधान है। आम तौर पर, पॉलिसी के पहले वर्ष के दौरान बदलाव करने की अनुमति नहीं दी जा सकती है, सिवाय उस मामले के जहां प्रीमियम के मोड में बदलाव करने की माँग की गई हो या जो बदलाव अनिवार्य प्रकृति के हों – जैसे कि

✓ नाम या पते में बदलाव;

- ✓ अगर उम्र अधिक या कम प्रमाणित की गई है, तो उसे नए सिरे से स्वीकार करना;
- ✓ दोहरा दुर्घटना लाभ या स्थायी अक्षमता लाभ आदि देने के लिए अनुरोध

बदलाव करने की अनुमति बाद के वर्षों में दी जा सकती है। इनमें से कुछ बदलाव पॉलिसी पर उचित पृष्ठांकन या एक अलग दस्तावेज़ जोड़कर प्रभावी किए जा सकते हैं। अन्य बदलाव, जिनके लिए पॉलिसी की शर्तों में तथ्यात्मक बदलाव करना ज़रूरी होता है, उनमें मौजूदा पॉलिसियों को रद्द करने और नई पॉलिसियां जारी करने की ज़रूरत हो सकती है।

कुछ मुख्य प्रकार के बदलाव ये हैं, जिनकी अनुमति दी जा सकती है -

i. बीमा की कुछ श्रेणियों या अवधि बदलाव [जहां जोखिम में बढ़त नहीं हुई है]

ii. बीमा राशि में कमी

iii. प्रीमियम भुगतान के मोड में बदलाव

iv. पॉलिसी शुरू होने की तारीख में बदलाव

v. पॉलिसी को दो या दो से अधिक पॉलिसियों में बाँटना

vi. अतिरिक्त प्रीमियम या प्रतिबंधात्मक क्लॉज को हटाया जाना

vii. लाभ रहित से लाभ सहित प्लान में बदलाव करना

viii. नाम में सुधार करना

ix. दावे के भुगतान या दोहरा दुर्घटना लाभ देने के लिए निपटान के विकल्प

इन बदलावों में आम तौर पर जोखिम में बढ़त शामिल नहीं होता है। पॉलिसियों में कुछ अन्य बदलावों की भी अनुमति दी जाती है। ये ऐसे बदलाव हो सकते हैं जिनमें प्रीमियम को कम किया जाता है। उदाहरण के लिए, प्रीमियम भुगतान की अवधि बढ़ाना; लाभ सहित से लाभ रहित प्लान में जाना; बीमा की एक श्रेणी से दूसरी श्रेणी में जाना, जहां जोखिम में बढ़त होती है और बीमा राशि में बढ़त होती है।

खुद को जांचें 2

किन परिस्थितियों में पॉलिसीधारक को 'नियुक्त व्यक्ति' की नियुक्ति करना ज़रूरी होगा?

I. बीमाधारक नाबालिग है

II. नामिती नाबालिग है

III. पॉलिसीधारक की मानसिक स्थिति ठीक नहीं है

IV. पॉलिसीधारक शादीशुदा नहीं है

सारांश

- एजेंट को प्रस्तावक के स्वास्थ्य से जुड़ी बातों, आदतों और पेशे, आय और परिवार की जानकारी का उल्लेख एजेंट की रिपोर्ट में करना चाहिए।
- ऊंचाई, वजन, रक्तचाप, हृदय की स्थिति आदि जैसी शारीरिक विशेषताओं से संबंधित जानकारी चिकित्सक द्वारा उनकी रिपोर्ट में दर्ज की जाती है जिसे चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट कहते हैं।
- नैतिक खतरा यह संभावना है कि जीवन बीमा पॉलिसी खरीदने के कारण क्लाइंट का व्यवहार बदल सकता है और ऐसे बदलाव से नुकसान की संभावना बढ़ जाएगी।
- बीमा अनुबंध तब शुरू होता है जब जीवन बीमा कंपनी पहली प्रीमियम रसीद (एफपीआर) जारी करती है। एफपीआए यह साक्ष्य है कि पॉलिसी अनुबंध शुरू हो गया है।
- पॉलिसी दस्तावेज़ बीमा से जुड़ा सबसे महत्वपूर्ण दस्तावेज़ है। यह बीमाधारक और बीमा कंपनी के बीच अनुबंध का साक्ष्य है।
- आम तौर पर मानक पॉलिसी दस्तावेज़ के तीन भाग होते हैंः पॉलिसी की अनुसूची, मानक प्रावधान और पॉलिसी के विशेष प्रावधान।
- अनुग्रह अवधि का क्लॉज पॉलिसीधारक को प्रीमियम देय होने के बाद प्रीमियम भुगतान करने का अतिरिक्त समय देता है।
- पुनर्स्थापन वह प्रक्रिया है जिससे कोई जीवन बीमा कंपनी ऐसी पॉलिसी को वापस चालू करती है जिसे या तो प्रीमियम भुगतान नहीं होने के कारण समाप्त कर दिया गया था या जिसे किसी गैर-जब्ती प्रावधान के तहत जारी रखा गया है।
- पॉलिसी ऋण दो मामलों में एक सामान्य व्यावसायिक ऋण से अलग है; पहला, पॉलिसी मालिक कानूनी तौर पर ऋण चुकाने के लिए बाध्य नहीं होता है और बीमा कंपनी को बीमाधारक के क्रेडिट की जांच कराने की ज़रूरत नहीं होती है।
- नामांकन तब होता है जब जीवन बीमाधारक उस व्यक्ति(व्यक्तियों) का नाम प्रस्तावित करता है जिसे बीमाधारक की मौत के बाद बीमा कंपनी द्वारा बीमा राशि का भुगतान किया जाएगा।
- किसी जीवन बीमा पॉलिसी के समनुदेशन (असाइनमेंट) का मतलब है पॉलिसी (संपत्ति के रूप में) के अधिकारों, हक़ और हित को एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति के पास ट्रांसफर किया जाना। जो व्यक्ति अधिकारों को ट्रांसफर करता है उसे समनुदेशक (असाइनर) कहा जाता है और जिस व्यक्ति को संपत्ति ट्रांसफर की जाती है उसे समनुदेशिती (असाइनी) कहते हैं।
- पॉलिसी में बदलाव बीमा कंपनी और बीमाधारक, दोनों की सहमति से होता है। आम तौर पर, कुछ सामान्य बातों को छोड़कर, पॉलिसी के पहले वर्ष के दौरान पॉलिसी में बदलाव करने की अनुमति नहीं दी जाती है।

मुख्य शब्द

1. एजेंट की गोपनीय रिपोर्ट
2. चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट
3. नैतिक खतरे की रिपोर्ट
4. पहली प्रीमियम रसीद (एफपीआर)
5. पॉलिसी दस्तावेज़
6. पॉलिसी की अनुसूची
7. मानक प्रावधान
8. विशेष प्रावधान
9. अनुग्रह अवधि (ग्रेस पीरियड)
10. पॉलिसी व्यपगत होना
11. पॉलिसी रिवाइवल
12. समर्पण मूल्य (सरेंडर वैल्यू)
13. नामांकन (नॉमिनेशन)
14. समनुदेशन (असाइनमेंट)

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प II है।

उत्तर 2 – सही विकल्प II है।

अध्याय L-08

जीवन बीमा का जोखिम अंकन

अध्याय का परिचय

संभावित ग्राहक से प्रस्ताव प्राप्त हो जाने के बाद ही जीवन बीमा एजेंट का काम नहीं रुकता है। प्रस्ताव को बीमा कंपनी द्वारा स्वीकार भी किया जाना चाहिए और इसके परिणाम स्वरूप पॉलिसी जारी की जानी चाहिए।

प्रत्येक जीवन बीमा प्रस्ताव को एक गेटवे से गुजरना पड़ता है, जहां जीवन बीमा कंपनी यह निर्णय लेती है कि प्रस्ताव को स्वीकार करना है या नहीं और अगर हां, तो किन शर्तों पर। इस अध्याय में हम जोखिम अंकन की प्रक्रिया और इस प्रक्रिया में शामिल तत्वों के बारे में जानेंगे।

अध्ययन के परिणाम

A. जोखिम अंकन – बुनियादी अवधारणाएं

B. गैर-चिकित्सकीय जोखिम अंकन

C. चिकित्सकीय जोखिम अंकन

A. जोखिम अंकन – बुनियादी अवधारणाएं

1. जोखिम अंकन का उद्देश्य

जोखिम अंकन (अंडरराइटिंग) के दो उद्देश्य हैं -

i. जोखिम का आकलन करना, जोखिम का वर्गीकरण करना और जोखिम को स्वीकार या अस्वीकार करने की शर्तें तय करना।

ii. बीमा कंपनी के विरुद्ध प्रतिकूल चयन को रोकना।

परिभाषा

जोखिम अंकन (अंडरराइटिंग) शब्द का अर्थ जीवन बीमा के प्रत्येक प्रस्ताव का उसमें शामिल जोखिम की डिग्री के संदर्भ में मूल्यांकन करना और फिर यह तय करना है कि बीमा देना है या नहीं और अगर देना है तो किन शर्तों पर।

प्रतिकूल चयन ऐसे लोगों की प्रवृत्ति है जिन्हें यह आशंका रहती है या जो यह जानते हैं कि उनके जोखिम का अनुभव करने की संभावना अधिक है और वे बीमा की प्रक्रिया में लाभ प्राप्त करने के नज़रिए से बीमा लेना चाहते हैं।

उदाहरण

अगर जीवन बीमा कंपनियां इस बात को लेकर सतर्क नहीं हों कि उन्होंने किसे बीमा की पेशकश की है, तो इस बात की संभावना रहती है कि हृदय की समस्या या कैंसर जैसी गंभीर बीमारी से पीड़ित लोग बीमा खरीदना चाहेंगे, जिन्होंने लंबे समय तक जीवित रहने की उम्मीद नहीं की है।

दूसरे शब्दों में, अगर किसी बीमा कंपनी ने जोखिम अंकन में विवेक का इस्तेमाल नहीं किया, तो उसके ख़िलाफ़ प्रतिकूल चयन होगा और इस प्रक्रिया में उसे नुकसान उठाना पड़ेगा।

2. जोखिमों के बीच समानता (इक्विटी)

"समानता" (इक्विटी) शब्द का मतलब है कि एक समान डिग्री वाले जोखिम के दायरे में आने वाले आवेदकों को प्रीमियम की एक समान श्रेणी में रखा जाना चाहिए। प्रीमियम तय करने के लिए इस्तेमाल की जाने वाली मर्त्यता तालिका, मानक जीवन या औसत जोखिमों के मर्त्यता अनुभव को दर्शाती है। इनमें बड़ी संख्या में ऐसे लोग शामिल हैं जो जीवन बीमा लेना चाहते हैं।

a) जोखिम का वर्गीकरण

समानता (इक्विटी) बनाये रखने के लिए, बीमालेखक एक ऐसी प्रक्रिया अपनाते हैं जो जोखिम वर्गीकरण के रूप में जानी जाती है; अर्थात व्यक्तिगत जीवन को वर्गीकृत किया जाता है और उनके जोखिम की डिग्री के आधार पर उन्हें अलग-अलग श्रेणियों में बाँटा जाता है। जोखिम की ऐसी चार श्रेणियां हैं।

चित्र 1: जोखिम का वर्गीकरण

i. मानक जीवन

इनमें ऐसे जोखिम शामिल हैं जिनकी प्रत्याशित मर्त्यता उन मानक जीवनों से जुड़ी होती है जिन्हें मर्त्यता तालिका में दर्शाया गया है।

ii. पसंदीदा जोखिम

ये ऐसे जोखिम हैं जिनकी प्रत्याशित मर्त्यता मानक जीवनों के मुकाबले कम है और इसलिए कम प्रीमियम लिया जा सकता है।

iii. अवमानक जोखिम

ये ऐसे जोखिम हैं जिनकी प्रत्याशित मर्त्यता औसत या मानक जीवनों के मुकाबले अधिक होती है, मगर फिर भी उन्हें बीमा योग्य माना जाता है। उन्हें अधिक (या अतिरिक्त) प्रीमियम के साथ या कुछ प्रतिबंधों के अधीन बीमा के लिए स्वीकार किया जा सकता है।

iv. अस्वीकृत जीवन

ये ऐसे जोखिम हैं जिनकी दुर्बलता और प्रत्याशित अतिरिक्त मर्त्यता इतनी अधिक होती है कि उन्हें किफ़ायती लागत पर बीमा कवरेज नहीं दिया जा सकता है। कभी-कभी अगर व्यक्ति ऑपरेशन जैसी किसी हाल की चिकित्सकीय घटना के दायरे में आया है, तो उसके प्रस्ताव को अस्थायी तौर पर अस्वीकार भी किया जा सकता है।

3. जोखिम अंकन प्रक्रिया

जोखिम अंकन प्रक्रिया दो स्तरों पर होती है:

- ✓ फ़ील्ड स्तर पर
- ✓ जोखिम अंकन विभाग के स्तर पर

a) फ़ील्ड या प्राथमिक स्तर

फ़ील्ड स्तरीय जोखिम अंकन को प्राथमिक जोखिम अंकन भी कहा जाता है। इसमें एक एजेंट या कंपनी के प्रतिनिधि द्वारा जानकारी इकट्ठा करना शामिल है, ताकि यह तय किया जा सके

कि आवेदक बीमा कवरेज देने के लिए सही है या नहीं। एजेंट प्राथमिक बीमालेखक के रूप में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। वह बीमा योग्य जीवन को सबसे अच्छी तरह जानने की स्थिति में होता है।

कई बीमा कंपनियों की शर्त हो सकती है कि एजेंट एक बयान या गोपनीय रिपोर्ट प्रस्तुत करे, जिसमें प्रस्तावित जीवन के संबंध में एजेंट द्वारा प्रदान की जाने वाली विशेष जानकारी, राय और सिफारिशें मांगी गई हों।

धोखाधड़ी पर नज़र रखना और प्राथमिक बीमालेखक के रूप में एजेंट की भूमिका

जोखिम की स्वीकृति के संबंध में ज़्यादातर निर्णय उन तथ्यों पर निर्भर करता है जिनका खुलासा प्रस्तावक द्वारा प्रस्ताव फॉर्म में किया गया है। जोखिम अंकन विभाग में बैठे बीमालेखक के लिए यह जानना मुश्किल हो सकता है कि क्या ये तथ्य असत्य हैं और जानबूझकर धोखा देने के इरादे से तथ्यों की गलतबयानी की गई है।

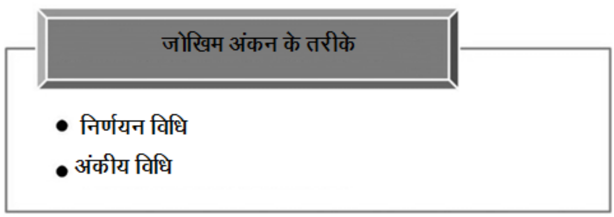
यहां एजेंट एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। वह प्रस्तावित जीवन के साथ अपने प्रत्यक्ष और व्यक्तिगत संपर्क के कारण, यह पक्का करने के लिए सबसे अच्छी स्थिति में होता है कि जिन तथ्यों को प्रस्तुत किया गया है वे सत्य हैं।

b) विभाग के स्तर पर जोखिम अंकन

जोखिम अंकन के मुख्य स्तर का काम विभाग में या कार्यालय स्तर पर होता है। इसमें ऐसे विशेषज्ञ और लोग शामिल होते हैं जो मामले से जुड़े सभी प्रासंगिक डेटा पर विचार करते हैं, ताकि यह तय किया जा सके कि जीवन बीमा के प्रस्ताव को स्वीकार किया जाए या नहीं और अगर हाँ, तो किन शर्तों पर।

4. जोखिम अंकन के तरीके

चित्र 2: जोखिम अंकन के तरीके



इस प्रयोजन के लिए बीमालेखक दो तरीके इस्तेमाल कर सकते हैं:

निर्णयन विधि	अंकीय विधि
इस विधि में व्यक्तिपरक निर्णय का इस्तेमाल किया जाता है, खासकर पेचीदे मामले पर निर्णय	इस विधि में बीमालेखक सभी नकारात्मक या प्रतिकूल कारकों के लिए सकारात्मक रेटिंग पॉइंट (किसी सकारात्मक या अनुकूल कारक के लिए नकारात्मक

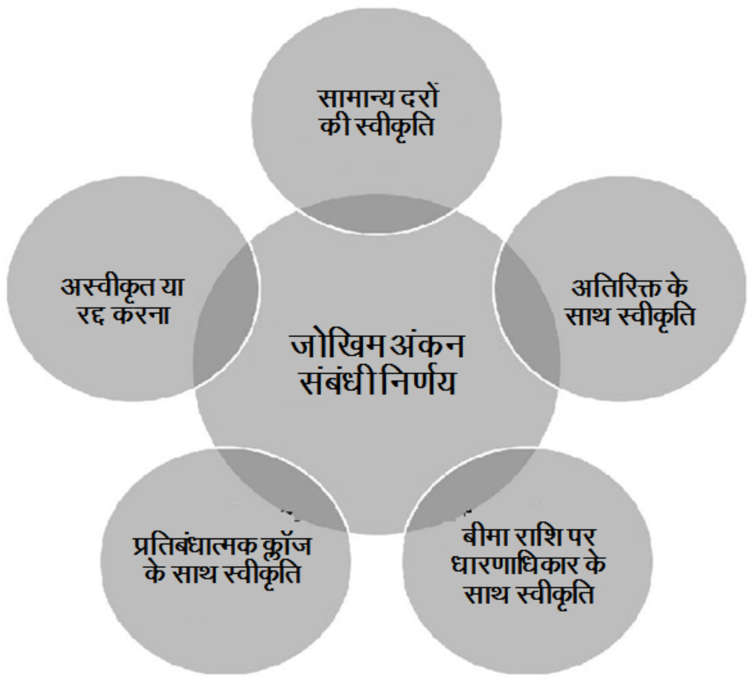
लेते समय।	पॉइंट) असाइन करते हैं।
उदाहरण: यह तय करना कि किसी संकटग्रस्त देश/इलाके में रहने वाले व्यक्ति को जीवन बीमा दिया जा सकता है या नहीं।	**उदाहरण**: परिवार में हृदय की बीमारियों और/या कम उम्र में मौत का इतिहास रखने वाले व्यक्ति को सकारात्मक पॉइंट दिए जा सकते हैं। इस प्रकार असाइन किए गए कुल पॉइंट, इसमें शामिल जोखिम का दायरा तय करने में बीमालेखक की मदद करेंगे।
ऐसी परिस्थितियों में, विभाग ऐसे चिकित्सक की विशेषज्ञ राय प्राप्त कर सकता है, जिसे मेडिकल रेफरी भी कहा जाता है।	इन सकारात्मक/नकारात्मक पॉइंट के कुल योग और/या अतिरिक्त मर्त्यता रेटिंग (ईएमआर) कहते हैं। अधिक ईएमआर यह दर्शाता है कि जीवन अवमानक है। अगर ईएमआर अधिक है, तो बीमालेखक बीमा को अस्वीकार कर सकते हैं।

जोखिम अंकन संबंधी निर्णय

आइए, अब हम विभिन्न प्रकार के निर्णयों पर विचार करें जो जोखिम अंकन के लिए प्रस्तावित जीवन के संबंध में बीमालेखक ले सकते हैं।

a) **सामान्य दरों (ओआर) पर स्वीकृति** सबसे आम निर्णय है। इस रेटिंग से पता चलता है कि जोखिम को उसी प्रीमियम दर पर स्वीकार किया गया है जो एक सामान्य या मानक जीवन पर लागू होगी।

चित्र 3: **जोखिम अंकन संबंधी निर्णय**



a) **अतिरिक्त के साथ स्वीकृति**: यह बड़ी संख्या में मौजूद अवमानक जोखिमों से निबटने का सबसे आम तरीका है। इसमें प्रीमियम की तालिका वाली दर पर अतिरिक्त शुल्क लिया जाना शामिल है।

b) **बीमा राशि पर धारणाधिकार के साथ स्वीकृति**: धारणाधिकार एक प्रकार का होल्ड है जिसका इस्तेमाल जीवन बीमा कंपनी दावे की स्थिति में भुगतान की जाने वाली लाभ की राशि पर (आंशिक या पूर्ण रूप से) कर सकती है।

उदाहरण: **एक ऐसे बीमाधारक के मामले पर विचार करते हैं** जो टीबी जैसी एक निश्चित बीमारी से पीड़ित रहा और ठीक हो गया। धारणाधिकार के इस्तेमाल का अर्थ होगा कि अगर इस व्यक्ति की मृत्यु दोबारा टीबी होने से होती है, तो एक निश्चित अवधि के भीतर, मृत्यु लाभ की घटी हुई राशि ही देय हो सकती है।

c) **एक प्रतिबंधात्मक क्लॉज के साथ स्वीकृति**: कुछ प्रकार के खतरों के लिए एक प्रतिबंधात्मक क्लॉज लागू किया जा सकता है, जो कुछ परिस्थितियों में मृत्यु की स्थिति में मृत्यु लाभ को सीमित करता है।

इसका **उदाहरण** गर्भवती महिलाओं पर लगाया गया गर्भावस्था का क्लॉज है जो प्रसव के तीन महीने के भीतर (मान लेते हैं) होने वाली गर्भावस्था से संबंधित मौतों की स्थिति में देय बीमा को सीमित करता है।

d) **अस्वीकार या स्थगित करना**: अंत में, जीवन बीमा का बीमालेखक बीमा के प्रस्ताव को अस्वीकार या अस्वीकार करने का निर्णय ले सकता है। यह तब होगा जब कुछ स्वास्थ्य/अन्य समस्याएं इतनी प्रतिकूल हों कि वे जोखिम को बहुत अधिक बढ़ा दें।

उदाहरण: ऐसा व्यक्ति जो कैंसर से पीड़ित है और उसके ठीक होने की संभावना बहुत कम है, उसका अनुरोध अस्वीकृत कर दिया जाएगा।

इसी तरह, कुछ मामलों में जोखिम की स्वीकृति को तब तक के लिए स्थगित करना समझदारी हो सकती है जब तक स्थिति में सुधार न हो और यह अधिक अनुकूल न बन जाए।

उदाहरण

एक ऐसी महिला जिसने हाल ही में गर्भाशय निकालने का ऑपरेशन कराया है, उसके जीवन पर बीमा देने से पहले उसे कुछ महीनों तक इंतज़ार करने के लिए कहा जा सकता है, ताकि ऑपरेशन के बाद उत्पन्न हो सकने वाली समस्या पूरी तरह खत्म हो जाए।

खुद को जांचें 1

कोई जीवन बीमा कंपनी इनमें से किन मामलों को अस्वीकार या स्थगित कर सकती हैं?

I. 18 साल की उम्र का स्वस्थ व्यक्ति

II. कोई खिलाड़ी

III. एड्स से पीड़ित कोई व्यक्ति

IV. गृहिणी जिसकी अपनी कोई आय नहीं है

B. गैर-चिकित्सकीय जोखिम अंकन

1. गैर-चिकित्सकीय जोखिम अंकन (नॉन-मेडिकल अंडरराइटिग)

बड़ी संख्या में जीवन बीमा प्रस्तावों को आम तौर पर किसी चिकित्सा जांच के बिना बीमा के लिए चुना जा सकता है; चिकित्सा जांच इसलिए की जाती है, ताकि बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन की बीमा योग्यता की जांच की जा सके। ऐसे मामलों को **गैर-चिकित्सकीय प्रस्ताव** कहा जाता है।

कुछ प्रकार की पॉलिसियों में शामिल लागतों सहित कई अन्य कारणों को ध्यान में रखते हुए, जीवन बीमा कंपनियां चिकित्सा जांच पर जोर दिए बिना बीमा प्रदान करती हैं।

2. गैर-चिकित्सकीय जोखिम अंकन की शर्तें

हालांकि, गैर-चिकित्सकीय जोखिम अंकन के लिए कुछ शर्तों का पालन करना ज़रूरी होता है, जैसे कि जीवन की कुछ खास श्रेणियों, बीमा के कुछ प्लान, बीमा राशि की कुछ ऊपरी सीमा, प्रवेश की आयु सीमा, बीमा की अधिकतम अवधि आदि का लागू होना।

3. गैर-चिकित्सकीय जोखिम अंकन में रेटिंग के कारक

रेटिंग कारक का मतलब है वित्तीय स्थिति, जीवन शैली, आदतों, पारिवारिक इतिहास, स्वास्थ्य के व्यक्तिगत इतिहास और संभावित बीमाधारक के जीवन की अन्य व्यक्तिगत परिस्थितियों से संबंधित विभिन्न पहलू, जो खतरा पैदा कर सकते हैं और जोखिम बढ़ा सकते हैं। जोखिम अंकन में इन खतरों और उनके संभावित प्रभाव की पहचान करना और उसी के अनुसार जोखिम को वर्गीकृत करना शामिल है।

रेटिंग कारकों को मोटे तौर पर दो भागों में बाँटा जा सकता है - ऐसे कारक जो नैतिक खतरे को बढ़ाते हैं और ऐसे कारक जो शारीरिक [चिकित्सकीय] खतरों को बढ़ाते हैं। जीवन बीमा कंपनियां अक्सर अपने जोखिम अंकन को उसी के अनुसार श्रेणियों में विभाजित करती हैं। आय, पेशा, जीवन शैली और आदत जैसे कारक, जो नैतिक खतरे में योगदान करते हैं, उनका मूल्यांकन वित्तीय जोखिम अंकन के हिस्से के रूप में किया जाता है, जबकि स्वास्थ्य के चिकित्सकीय पहलू चिकित्सकीय जोखिम अंकन के दायरे में आते हैं।

a) महिलाओं का बीमा

महिलाओं का जीवनकाल आम तौर पर पुरुषों की तुलना में अधिक होता है। हालांकि, उन्हें नैतिक खतरे के संबंधित कुछ समस्याओं का सामना करना पड़ सकता है। ऐसा इसलिए है क्योंकि भारतीय समाज में कई महिलाएं पुरुषों की प्रधानता और सामाजिक शोषण की शिकार हैं। दहेज हत्या जैसी बुराई आज भी मौजूद है। गर्भावस्था से जुड़ी समस्याओं से भी महिलाओं की लंबी उम्र प्रभावित हो सकती है।

महिलाओं की बीमा योग्यता, बीमा की आवश्यकता और प्रीमियम भुगतान करने की क्षमता से नियंत्रित होती है। इस प्रकार, बीमा कंपनियां केवल उन महिलाओं को पूर्ण बीमा प्रदान करने का निर्णय ले सकती हैं जिन्होंने स्वयं की आय अर्जित की है; महिलाओं की अन्य श्रेणियों पर सीमाएं लगाई जा सकती हैं। इसी तरह, गर्भवती महिलाओं पर भी कुछ शर्तें लगाई जा सकती हैं।

b) नाबालिग

नाबालिगों की अपनी कोई अनुबंध क्षमता नहीं होती है। इसलिए, किसी नाबालिग के जीवन पर प्रस्ताव किसी अन्य व्यक्ति द्वारा प्रस्तुत किया जाना चाहिए जो माता-पिता या कानूनी अभिभावक की क्षमता में नाबालिग से संबंधित हो। बीमा की आवश्यकता का पता लगाना भी ज़रूरी होगा, क्योंकि आम तौर पर नाबालिगों की अपनी कोई अर्जित आय नहीं होती है। नाबालिगों के बीमा पर विचार करते समय आम तौर पर तीन शर्तों को पूरा किया जाएगाः

i. क्या उनका शारीरिक गठन सुविकसित है

खराब शारीरिक गठन का कारण कुपोषण या अन्य स्वास्थ्य समस्याएं हो सकती हैं जो जोखिमों को बढ़ाती हैं।

ii. उचित पारिवारिक इतिहास और व्यक्तिगत इतिहास

अगर यहां प्रतिकूल संकेतक हैं, तो ये जोखिमों को बढ़ा सकते हैं।

iii. क्या परिवार के पास पर्याप्त बीमा है

यह जांचना आवश्यक है कि क्या परिवार में बीमा लेने का चलन है। अगर नाबालिग के परिवार के किसी अन्य सदस्य का बीमा नहीं कराया गया है तो उसे सतर्क रहना चाहिए। बीमा की राशि आम तौर पर माता-पिता की बीमा राशि से जुड़ी होती है।

c) उच्च बीमा राशि

जब बीमा की राशि प्रस्तावित बीमाधारक की वार्षिक आय के मुकाबले बहुत अधिक होने पर बीमालेखक को चौकस रहने की आवश्यकता है। आम तौर पर बीमा राशि को व्यक्ति की वार्षिक आय का करीब दस से बारह गुना माना जा सकता है। अगर अनुपात इससे बहुत अधिक है, तो यह बीमा कंपनी के विरुद्ध चयन की संभावना को बढ़ाता है।

उदाहरण

अगर किसी व्यक्ति की सालाना आय 5 लाख रुपये है और वह 3 करोड़ रुपये के जीवन बीमा कवर के लिए प्रस्ताव करता है, तो यह चिंता का कारण बनाता है।

आम तौर पर ऐसे मामलों में इस संभावना के कारण चिंताएं पैदा हो सकती हैं कि आत्महत्या करने की चाह में या स्वास्थ्य स्थिति में अपेक्षित गिरावट की वजह से इतनी बड़ी राशि का बीमा प्रस्तावित किया जा रहा है। इतनी बड़ी रकम का बीमा कराने का तीसरा कारण बीमा विक्रेता द्वारा बहुत गलत तरीके से बीमा बेचना हो सकता है।

बड़ी बीमा राशि का मतलब यह भी होगा कि प्रीमियम अनुपात में बढ़ रहा है और इससे यह सवाल उठता है कि इस तरह के प्रीमियम का भुगतान जारी रखा जाएगा या नहीं। आम तौर पर, देय प्रीमियम व्यक्ति की सालाना आय के एक तिहाई के भीतर होना चाहिए।

d) उम्र/आयु

मर्त्यता (मृत्यु दर) का उम्र से गहरा संबंध है। अधिक उम्र के लोगों के बीमा पर विचार करते समय बीमालेखक को सावधान रहना ज़रूरी है।

उदाहरण

अगर 50 साल की उम्र के बाद पहली बार बीमा का प्रस्ताव किया जा रहा है, तो नैतिक खतरे का संदेह करना और इस बारे में पूछताछ करना आवश्यक है कि ऐसा बीमा पहले क्यों नहीं लिया गया था।

हमें यह भी ध्यान रखना चाहिए कि हृदय रोग और गुर्दे की खराबी जैसे क्षयकारी रोगों के होने की संभावना उम्र के साथ बढ़ती है और बुढ़ापे में अधिक हो जाती है। जब उच्च बीमा राशि/अधिक उम्र या दोनों के संयोजन के लिए प्रस्ताव प्रस्तुत किए जाते हैं, जीवन बीमा कंपनियां कुछ विशेष रिपोर्ट की मांग भी कर सकती हैं।

उदाहरण

ऐसी रिपोर्ट के उदाहरणों में ईसीजी; ईईजी; छाती का एक्स-रे और ब्लड शुगर की जांच शामिल हैं। इन जांचों से प्रस्ताव फॉर्म या सामान्य चिकित्सा परीक्षण में मिले जवाबों के मुकाबले प्रस्तावित जीवन के स्वास्थ्य के बारे में गहरी जानकारी मिल सकती है।

उदाहरण

जब प्रस्तावित बीमाधारक के निवास स्थान से बहुत दूर स्थित शाखा में प्रस्ताव प्रस्तुत किया जाता है।

व्यक्ति के निवास स्थान के पास एक योग्य चिकित्सा परीक्षक उपलब्ध होने पर भी कहीं और चिकित्सा परीक्षण किया जाता है।

तीसरा मामला तब होता है जब स्पष्ट बीमा योग्य हित के बिना किसी अन्य व्यक्ति के जीवन पर प्रस्ताव बनाया जाता है, या जब नामित व्यक्ति प्रस्तावित जीवन का करीबी आश्रित नहीं होता है।

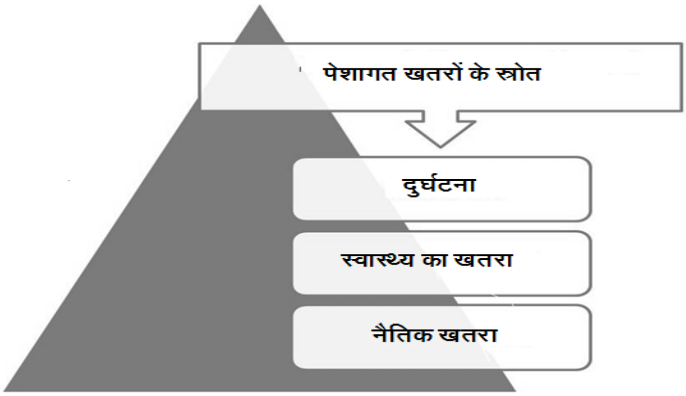
ऐसे हर मामले में पूछताछ की जा सकती है। अंत में, जब एजेंट जीवन बीमाधारक से संबंधित होता है, तो एजेंसी प्रबंधक/विकास अधिकारी जैसे किसी शाखा अधिकारी से नैतिक खतरे की रिपोर्ट मांगी जा सकती है।

e) पेशा

पेशागत खतरे तीन स्रोतों से पैदा हो सकते हैं:

- ✓ दुर्घटना
- ✓ स्वास्थ्य का खतरा
- ✓ नैतिक खतरा

चित्र 4: **पेशागत खतरों के स्रोत**



i. **दुर्घटना के खतरे** उत्पन्न होते हैं क्योंकि कुछ प्रकार की नौकरियां लोगों को दुर्घटना के जोखिम के दायरे में लाती हैं। इस श्रेणी में बहुत सी नौकरियां हैं - जैसे कि सर्कस के कलाकार, मचान बनने वाले कर्मी, विध्वंस विशेषज्ञ और फिल्म के स्टंट कलाकार।

ii. **स्वास्थ्य संबंधी खतरे** तब उत्पन्न होते हैं जब कार्य की प्रकृति ऐसी होती है जो चिकित्सकीय अक्षमता की संभावना को जन्म देती है। स्वास्थ्य संबंधी खतरे विभिन्न प्रकार के होते हैं।

- ✓ **रिक्शा चालक** जैसे कुछ कामों में बहुत अधिक शारीरिक दबाव शामिल होता है और यह श्वसन तंत्र को प्रभावित करता है।
- ✓ ऐसी स्थितियां जहां व्यक्ति **जहरीले पदार्थ**, जैसे कि खनन की धूल या कैंसरकारी पदार्थ (जो कैंसर का कारण बनता है) जैसे कि रसायन और परमाणु विकिरण के दायरे में आ सकता है।
- ✓ भूमिगत सुरंगों या गहरे समुद्र जैसे **उच्च दबाव वाले वातावरण** में काम करने से एक्यूट डीकंप्रेसन की बीमारी हो सकती है।
- ✓ अंत में, कुछ कामों की परिस्थितियों (जैसे कंप्यूटर के सामने सिकुड़कर बैठना या अधिक शोर वाले माहौल में काम करना) से लंबी अवधि में शरीर के कुछ हिस्सों की कार्यप्रणाली प्रभावित हो सकती है।

iii. **नैतिक खतरा** तब उत्पन्न हो सकता है जब किसी नौकरी में आपराधिक तत्वों या ड्रग्स और अल्कोहल से निकटता शामिल हो या इनके प्रति झुकाव पैदा हो सकता हो। इसका एक उदाहरण किसी नाइट क्लब के डांसर या शराब के बार में काम करने वाले एन्फोर्सर या संदिग्ध आपराधिक लिंक वाले किसी व्यवसायी के 'अंगरक्षक' का है। फिर, सुपरस्टार

एंटरटेनर जैसे कुछ व्यक्तियों की जॉब प्रोफाइल उन्हें नशे की जीवन शैली की ओर ले जा सकती है, जिसका कभी-कभी दुखद अंत होता है।

जब कोई पेशा ऐसी किसी खतरनाक श्रेणी के अंतर्गत आता है, तो बीमा के आवेदक को एक पेशागत प्रश्नावली भरने की आवश्यकता हो सकती है, जिसमें नौकरी की विशेष जानकारी, उसमें शामिल दायित्वों और जोखिम के दायरे के बारे में सवाल पूछे जाते हैं। ऐसे पेशे के लिए निर्धारित अतिरिक्त के रूप में एक रेटिंग भी लगाई जा सकती है (उदाहरण के लिए, दो रुपये प्रति हजार बीमा राशि।) बीमाधारक का पेशा बदलने पर, इस तरह के अतिरिक्त शुल्क को घटाया या हटाया जा सकता है।

f) जीवनशैली और आदतें

जीवनशैली और आदतें ऐसे शब्द हैं जो व्यक्तिगत जीवन शैली की विशेषताओं की एक विस्तृत श्रृंखला को कवर करते हैं, जिन्हें एजेंट की गोपनीय रिपोर्ट और नैतिक खतरे की रिपोर्ट में शामिल किया जा सकता है, जिनसे व्यक्ति के जोखिम के दायरे में होने का पता चलता है। तीन विशेषताएं खास तौर पर महत्वपूर्ण हैं:

धूम्रपान और तंबाकू का सेवन: तंबाकू का सेवन न केवल अपने आप में एक जोखिम है बल्कि यह अन्य चिकित्सा जोखिमों को बढ़ाने में भी योगदान देता है। बीमा कंपनियां *धूम्रपान करने वालों* और *धूम्रपान न करने वालों*, *गुटखा* और *पान मसाला* जैसे तंबाकू पदार्थों के इस्तेमाल के अन्य रूपों का इस्तेमाल करने वाले लोगों के लिए अलग-अलग दरें वसूल रही हैं।

अल्कोहल/शराब: कभी-कभार या कम मात्रा में शराब पीना खतरनाक नहीं माना जाता है। हालांकि, लंबे समय तक भारी मात्रा में शराब पीने से लीवर की कार्यप्रणाली ख़राब हो सकती है, पाचन तंत्र प्रभावित हो सकता है और मानसिक विकार हो सकते हैं। शराब के सेवन का संबंध दुर्घटनाओं, हिंसा, पारिवारिक दुर्व्यवहार, अवसाद और आत्महत्याओं से भी जुड़ा होता है।

मादक पदार्थों का सेवन: मादक पदार्थों के सेवन का मतलब है ड्रग्स या नशीले पदार्थों, शामक औषधियों और इसी तरह के अन्य उत्तेजक पदार्थ जैसे विभिन्न प्रकार के पदार्थों का सेवन करना। इनमें से कुछ अवैध पदार्थ भी होते हैं और उनका इस्तेमाल आपराधिक प्रवृत्ति और नैतिक खतरे को दर्शाता है।

खुद को जांचें 2

इनमें से कौन सा विकल्प नैतिक खतरे का एक उदाहरण है?

I. स्टंट दिखाते हुए स्टंट कलाकार की मौत हो जाती है

II. कोई व्यक्ति बहुत अधिक मात्रा में शराब पीता है क्योंकि उसने बीमा कराया है

III. बीमाधारक प्रीमियम भुगतानों में चूक करता है

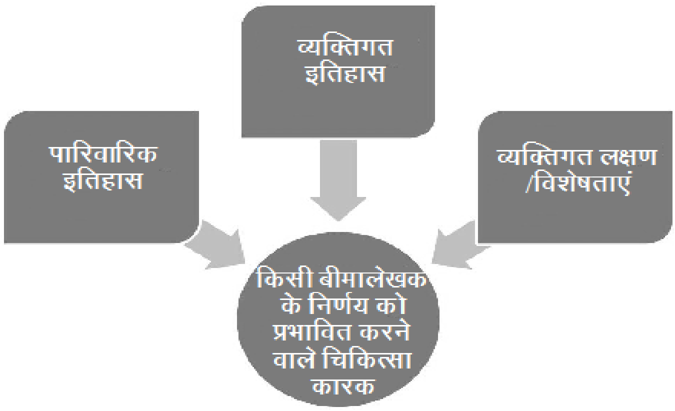
IV. प्रस्तावक पॉलिसी दस्तावेज़ खो देता है

C. चिकित्सकीय जोखिम अंकन

1. चिकित्सकीय जोखिम अंकन (मेडिकल अंडरराइटिंग)

आइए, अब हम कुछ ऐसे चिकित्सा कारकों पर विचार करें जो एक बीमालेखक (अंडरराइटर) के निर्णय को प्रभावित करेंगे। इनका मूल्यांकन आम तौर पर चिकित्सकीय जोखिम अंकन के माध्यम से किया जाता है। इनके लिए अक्सर एक चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट माँगी जाती है। अब कुछ ऐसे कारकों को देखें जिनकी जाँच की जाती है।

चित्र 5: चिकित्सा कारक जो किसी बीमालेखक के निर्णय को प्रभावित करते हैं



a) पारिवारिक इतिहास

मर्त्यता जोखिम पर पारिवारिक इतिहास के प्रभाव का तीन कोणों से अध्ययन किया गया है।

i. **आनुवंशिकता**: कुछ रोग एक पीढ़ी से दूसरी पीढ़ी, जैसे माता-पिता से बच्चों में संचारित हो सकते हैं।

ii. **परिवार का औसत जीवनकाल**: जब माता-पिता की मृत्यु हृदय की समस्या या कैंसर जैसी कुछ बीमारियों के कारण हुई हो, तो यह इस बात का संकेत हो सकता है कि संतान भी लंबे समय तक जीवित नहीं रह सकती है।

iii. **पारिवारिक वातावरण**: तीसरा, वह वातावरण जिसमें परिवार रहता है, संक्रमण और अन्य जोखिमों के दायरे में आने का कारण बन सकता है।

इसलिए जीवन बीमा कंपनियों को प्रतिकूल पारिवारिक इतिहास वाले व्यक्तियों के मामलों पर विचार करते समय सावधान रहना चाहिए। वे अन्य रिपोर्ट की माँग कर सकती हैं और ऐसे मामलों में अतिरिक्त मर्त्यता रेटिंग लगा सकती हैं।

b) व्यक्तिगत इतिहास

व्यक्तिगत इतिहास का मतलब है मानव शरीर की विभिन्न प्रणालियों की पिछली समस्याएं, जिनसे बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन को नुकसान उठाना पड़ा है। जीवन बीमा के प्रस्ताव

फॉर्म में आम तौर पर ऐसे प्रश्नों का एक सेट होता है जिसमें यह पूछा जाता है कि क्या बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन का इनमें से किसी कारण से इलाज किया गया है।

बीमालेखकों द्वारा जिन प्रमुख प्रकार की बीमारियों पर विचार किया जाता है उनमें हृदय रोग, श्वसन प्रणाली के रोग, घातक ट्यूमर/कैंसर, गुर्दे की बीमारी, अंतःस्रावी तंत्र की गड़बड़ी, पाचन तंत्र के रोग जैसे गैस्ट्रिक अल्सर और सिरोसिस, लीवर और तंत्रिका तंत्र के रोग शामिल हैं।

c) व्यक्तिगत लक्षण/विशेषताएं

ये भी रोग की प्रवृत्ति के महत्वपूर्ण कारक हो सकते हैं।

i. कद-काठी (बिल्ड)

किसी व्यक्ति की कद-काठी में उसकी ऊंचाई, वजन, छाती और पेट का घेरा शामिल होता है। निर्दिष्ट उम्र और ऊंचाई के लिए, एक मानक वजन होता है जिसे परिभाषित किया गया है; अगर व्यक्ति का वजन इस मानक वजन के संबंध में बहुत अधिक या कम है, तो हम कह सकते हैं कि व्यक्ति अधिक वजन या कम वजन का है।

इसी तरह, यह अपेक्षा की जाती है कि एक सामान्य व्यक्ति में छाती को फुलाकर कम से कम चार सेंटीमीटर तक बढ़ाया जाना चाहिए और पेट का घेरा व्यक्ति की छाती फुलाकर ली गई माप से अधिक नहीं होना चाहिए।

ii. रक्तचाप (ब्लड प्रेशर)

दूसरा संकेतक व्यक्ति का रक्तचाप है। इसकी माप दो तरह की होती है -

- ✓ सिस्टोलिक
- ✓ डायस्टोलिक

जब वास्तविक रीडिंग सामान्य मानों से बहुत अधिक होती है, तो हम कहते हैं कि व्यक्ति को उच्च रक्तचाप या हाइपरटेंशन की समस्या है। जब यह बहुत कम हो जाता है, तो इसे हाइपोटेंशन कहा जाता है। उच्च रक्तचाप के गंभीर परिणाम हो सकते हैं।

iii. मूत्र/पेशाब – विशिष्ट घनत्व (स्पेसिफिक ग्रेविटी)

अंत में, व्यक्ति के मूत्र के विशिष्ट घनत्व की रीडिंग से मूत्र प्रणाली में विभिन्न लवणों के बीच संतुलन का पता चल सकता है। इससे सिस्टम में मौजूद किसी खराबी का पता चल सकता है।

d) बैकडेटिंग:

बैकडेटिंग का मतलब है पॉलिसी शुरू होने की तारीख को इससे पहले की किसी तारीख में बदलना। उदाहरण के लिए, आपने 1 जून, 2013 को एक जीवन बीमा पॉलिसी खरीदी थी, लेकिन बाद में आपको लगता है कि अगर आपने इसे अप्रैल 2013 में खरीदा होता, तो पॉलिसी

से बेहतर रिटर्न मिल सकता था। आप और आपकी बीमा कंपनी पॉलिसी को बदलकर इसे आधिकारिक तौर पर अप्रैल, 2013 से शुरू करने के लिए सहमत हैं। इस मामले में, आपने पॉलिसी को बैकडेट कर दिया है। आम तौर पर, अगर पॉलिसी को एक महीने से कम पर बैकडेट (पीछे) किया गया हो, तो कोई ब्याज नहीं लिया जाता है।

बैकडेटिंग इन वजहों से की जाती है:

(i) **उम्र के आधार पर कम प्रीमियम प्राप्त करना**: पॉलिसी जारी करते समय, बीमा कंपनियां पॉलिसीधारक की निकटतम उम्र पर विचार करती हैं। इसका मतलब है कि अगर आपकी उम्र 32 साल और 7 महीने है, तो बीमा कंपनी आपकी उम्र को 33 साल मानेगी। यह निकटतम उम्र आपको उच्च प्रीमियम स्लैब में डाल सकती है। हालांकि, अगर आप पॉलिसी को 2 महीने पीछे कर देते हैं, तो बीमा कंपनी आपकी उम्र को केवल 32 वर्ष और 5 महीने मानेगी। अब आप 32 साल की उम्र के प्लान के आधार पर कम प्रीमियम का भुगतान करेंगे।

(ii) **भुगतान का समय निर्धारित करना**: ऐसे विशेष पेशे हैं जहां आय का प्रवाह स्थिर नहीं रहता है। ऐसे मामलों में, अगर कोई व्यक्ति दुर्घटनावश अपने ऑफ-सीजन में जीवन बीमा पॉलिसी खरीदता है, तो पॉलिसी को अधिकतम आय की अवधि के लिए बैकडेट किया जा सकता है। उदाहरण के लिए, एक किसान की आय मौसम पर निर्भर कर सकती है। वह अपनी फसल की आय प्राप्त करने के बाद ही बीमा भुगतान करना पसंद करेगा। इस मामले में, किसान फसल कटाई के मौसम में पॉलिसी शुरू करने के लिए इसे बैकडेट (पीछे) कर सकता है।

(iii) **विशेष तारीखों के साथ मेल खाने के लिए**: आप अपनी महत्वपूर्ण तारीखों, जैसे कि जन्मदिन और वर्षगांठ के साथ मेल खाने के लिए पॉलिसी को बैकडेट कर सकते हैं। इससे, आपके लिए अपनी प्रीमियम देय की तारीख याद रखना आसान हो जाता है।

(iv) **शीघ्र परिपक्वता दावे**: बैकडेटिंग से पॉलिसी की अवधि कम हो जाती है और इससे शीघ्र परिपक्व होने की सुविधा मिलती है। उदाहरण के लिए, अगर मार्च 2000 को खरीदा गया 30 साल का जीवन बीमा कवर अप्रैल 1999 तक चलने वाला है, तो पॉलिसी मार्च 2030 के बजाय अप्रैल, 2029 को परिपक्व होगी। बंदोबस्ती पॉलिसियों के मामले में, यह फायदेमंद हो सकता है, क्योंकि इसमें परिपक्वता लाभ पहले अर्जित होते हैं।

खुद को जांचें 3

चिकित्सकीय जोखिम अंकन में आनुवंशिक इतिहास क्यों महत्वपूर्ण है?

I. अमीर माता-पिता के बच्चे स्वस्थ होते हैं

II. कुछ बीमारियाँ माता-पिता से बच्चों में आ सकती हैं

III. गरीब माता-पिता के बच्चे कुपोषित होते हैं

IV. पारिवारिक वातावरण एक महत्वपूर्ण कारक है

सारांश

- समानता (इक्विटी) लाने के लिए, बीमालेखक जोखिम का वर्गीकरण करते हैं, जहां अलग-अलग जीवन को वर्गीकृत किया जाता है और विभिन्न जोखिम श्रेणियों में बाँटा जाता है, जो उनकी जोखिम की डिग्री के आधार पर तय होता है।
- जोखिम अंकन प्रक्रिया दो स्तरों पर शुरू हो सकती है:
  - ✓ फ़ील्ड स्तर पर और
  - ✓ जोखिम अंकन विभाग के स्तर पर
- बीमालेखकों द्वारा लिए जाने वाले जोखिम अंकन संबंधी निर्णयों में मानक जोखिम को मानक दरों पर स्वीकार करना या अवमानक जोखिमों के लिए अतिरिक्त शुल्क लेना शामिल है। कभी-कभी बीमा राशि पर धारणाधिकार के साथ स्वीकृति होती है या स्वीकृति प्रतिबंधात्मक क्लॉज पर आधारित होती है। जहां जोखिम अधिक होता है वहां प्रस्ताव को अस्वीकार या स्थगित कर दिया जाता है।
- बड़ी संख्या में जीवन बीमा प्रस्ताव आम तौर पर चिकित्सा जांच किए बिना बीमा के लिए चुने जा सकते हैं। ऐसे मामलों को गैर-चिकित्सकीय प्रस्ताव कहा जाता है।
- गैर-चिकित्सीय जोखिम अंकन के कुछ रेटिंग कारकों में शामिल हैं -
  - ✓ उम्र
  - ✓ बड़ी बीमा राशि
  - ✓ नैतिक खतरा आदि
- चिकित्सकीय जोखिम अंकन में विचार किए जाने वाले कुछ कारकों में शामिल हैं -
  - ✓ पारिवारिक इतिहास,
  - ✓ आनुवंशिकता और व्यक्तिगत इतिहास आदि।

मुख्य शब्द

1. जोखिम अंकन (अंडरराइटिंग)
2. मानक जीवन
3. गैर-चिकित्सकीय जोखिम अंकन
4. रेटिंग कारक
5. चिकित्सकीय जोखिम अंकन

6. प्रतिकूल चयन

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प III है।

उत्तर 2 – सही विकल्प II है।

उत्तर 3 – सही विकल्प II है।

अध्याय L-09

जीवन बीमा के दावे

अध्याय का परिचय

यह अध्याय दावे की अवधारणा और दावों का पता लगाने के तरीकों के बारे में समझाता है। फिर, इस अध्याय में दावों के प्रकारों के बारे में बताया गया है। अंत में, आप मृत्यु दावे के लिए प्रस्तुत किए जाने वाले फॉर्मों और बीमा कंपनी द्वारा लाभार्थी का दावा अस्वीकार किए जाने से बचाने के लिए मौजूद सुरक्षा उपायों के बारे में जानेंगे, बशर्ते बीमाधारक ने कोई महत्वपूर्ण जानकारी नहीं छिपाई हो।

अध्ययन के परिणाम

A. दावों के प्रकार और दावा प्रक्रिया

B. यह तय करना कि क्या दावे की परिस्थिति आ गई है

C. जीवन बीमा पॉलिसियों के लिए दावा प्रक्रिया

A. दावों के प्रकार और दावा प्रक्रिया

दावों की अवधारणा

बीमा कंपनी और बीमा पॉलिसी की असली परीक्षा तब होती है जब कोई पॉलिसी दावा में परिवर्तित होती है। जीवन बीमा का सही मूल्य दावे के निपटान और लाभों का भुगतान करने के तरीके से आंका जाता है।

आईआरडीएआई के पॉलिसीधारकों के हितों के संरक्षण विनियम, 2017 में कहा गया है कि जीवन बीमा कंपनियां, मृत्यु की सूचना प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर, बिना किसी देरी के मृत्यु दावों पर कार्रवाई करेंगी और सभी आवश्यक चीज़ों की माँग एक साथ ही करेंगी।

सभी प्रासंगिक कागजात/स्पष्टीकरण प्राप्त होने की तारीख से 30 दिनों के भीतर, सभी प्रासंगिक कारण बताते हुए, मृत्यु दावे का भुगतान, अस्वीकार या खंडन कर दिया जाएगा।

अगर, बीमा कंपनी की राय में, दावे की जांच की आवश्यकता होती है, तो वह इसे सूचना मिलने की तारीख से 90 दिनों के भीतर तेजी से पूरा करेगी और उसके बाद 30 दिनों के भीतर दावे का निपटारा करेगी।

आईआरडीएआई कहता है कि परिपक्वता दावों, उत्तरजीविता लाभ के दावों और वार्षिकियों के संबंध में, जीवन बीमा कंपनी अग्रिम सूचना भेजकर, पोस्ट-डेटेड चेक भेजकर या आरबीआई द्वारा स्वीकृत किसी भी इलेक्ट्रॉनिक मोड के माध्यम से दावेदार के बैंक खाते में सीधे क्रेडिट देकर दावा प्रक्रिया शुरू करेगी, ताकि नियत तारीख को या उससे पहले दावे का भुगतान किया जा सके।

परिभाषा

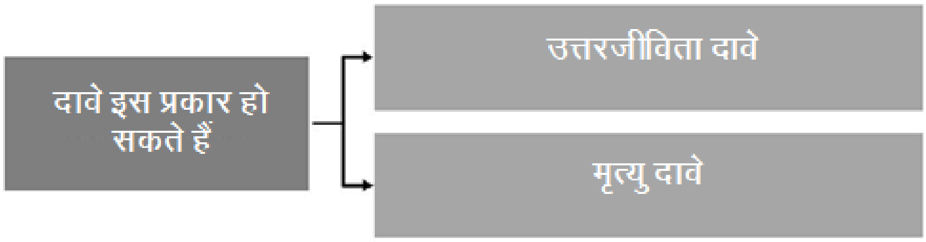
दावा एक मांग है कि बीमा कंपनी को अनुबंध में निर्दिष्ट वादे को पूरा करेगी.

जीवन बीमा अनुबंध के तहत दावा बीमा अनुबंध के तहत कवर की गई एक या एक से अधिक घटनाएं होने से शुरू होता है। जबकि कुछ दावों में, अनुबंध जारी रहता है, जबकि अन्य में, अनुबंध समाप्त हो जाता है।

दावे दो प्रकार के हो सकते हैं:

- **i.** जीवन बीमाधारक के जीवित रहने पर देय उत्तरजीविता दावे और
- **ii.** मृत्यु दावा

चित्र 1: दावों के प्रकार



जहां **मृत्यु दावा** केवल जीवन बीमाधारक की मौत होने पर ही उत्पन्न होता है, वहीं **उत्तरजीविता दावे** पॉलिसी में निर्दिष्ट घटनाएं होने पर देय होते हैं।

अहम जानकारी

दावे की सभी परिस्थितियों में, बीमा कंपनी को यह पक्का करना होता है कि केवायसी मानकों के अनुसार दावेदार की पहचान प्रमाणित की गई है और उसकी जानकारी दस्तावेज़ों में दर्ज की गई है।

उदाहरण

ऐसी निर्धारित घटनाएं जहां बीमाधारक को दावों का भुगतान किया जाता है।

i. बीमाधारक पॉलिसी परिपक्व होने की अवधि पर पहुंच गया है;

ii. बीमाधारक मनी-बैक पॉलिसी के तहत पूर्व-निर्धारित अवधि(अवधियों) तक पहुंच गया है, जब किश्त देय होते हैं; या वह वार्षिकी योजनाओं के तहत ऐसी स्थिति में आ गया है।

iii. पॉलिसी के तहत कवर की गई गंभीर बीमारी होने पर (राइडर लाभ या अन्यथा के रूप में);

iv. पॉलिसीधारक या समनुदेशिती द्वारा पॉलिसी का समर्पण किए जाने पर;

B. यह तय करना कि क्या दावे की परिस्थिति आ गई है

i. बीमाधारक के पॉलिसी परिपक्व होने की अवधि तक पहुंचने या पॉलिसी में निर्धारित शर्तों को पूरा करने पर **उत्तरजीविता दावा** देय होता है।

ii. **परिपक्वता के दावे और मनी-बैक की किश्त के दावे** आसानी से निर्धारित हो जाते हैं, क्योंकि वे उन तारीखों पर आधारित होते हैं जो अनुबंध की शुरुआत में ही निर्धारित किए जाते हैं। उदाहरण के लिए, परिपक्वता की तारीख और वे तारीखें जब मनी बैक पॉलिसी के तहत उत्तरजीविता लाभ की किश्तों का भुगतान किया जा सकता है, अनुबंध तैयार करते समय स्पष्ट रूप से निर्धारित कर दी जाती हैं।

iii. **समर्पण मूल्य का भुगतान** अन्य दावा भुगतानों से अलग है। यहां, अन्य दावों के विपरीत, पॉलिसी धारक या समनुदेशिती द्वारा अनुबंध को रद्द करने और अनुबंध के तहत उसे देय राशि को वापस लेने के निर्णय से शुरू होती है। आम तौर पर, समय से पहले पॉलिसी वापस

लेने पर जुर्माना देय होता है। भुगतान की जाने वाली राशि एक पूर्ण दावे के तहत देय राशि से कम होगी और इसलिए यह पूर्ण दावे का भुगतान किए जाने के मामले में देय राशि के मुकाबले कम होगी।

iv. **गंभीर बीमारी** के दावों का पता पॉलिसीधारक द्वारा अपने दावे के समर्थन में उपलब्ध कराए गए चिकित्सकीय और अन्य रिकॉर्ड के आधार पर लगाया जाता है।

v. **वार्षिकियां**: वार्षिकी भुगतान (पेंशन योजना) के मामले में, बीमाधारक को समय-समय पर जीवन प्रमाण पत्र उपलब्ध कराने की आवश्यकता होती है।

गंभीर बीमारी लाभ का उद्देश्य पॉलिसीधारक को गंभीर बीमारी की स्थिति में अपने खर्चों को चुकाने में सक्षम बनाना है। अगर यह पॉलिसी समनुदेशित की जाती है, तो सभी लाभ समनुदेशिती को देय होंगे और यह गंभीर बीमारी के लाभ के इच्छित उद्देश्य को पूरा नहीं करेगी। इस स्थिति से बचने के लिए, पॉलिसी धारकों को उन लाभों के दायरे की जानकारी देना आवश्यक है जिसे सशर्त समनुदेशन के माध्यम से समनुदेशित (असाइन) कर सकते हैं।

परिपक्वता या मृत्यु दावा या पॉलिसी का समर्पण अनुबंध के तहत बीमा कवर को समाप्त कर देता है और आगे कोई बीमा कवर उपलब्ध नहीं होता है।

दावों के प्रकार: पॉलिसी अवधि के दौरान ये भुगतान किए जा सकते हैं:

a) उत्तरजीविता लाभों का भुगतान

पॉलिसी की अवधि के दौरान निर्धारित समय पर बीमा कंपनी द्वारा बीमाधारक को आवधिक भुगतान किए जाते हैं।

I. पॉलिसी का समर्पण

समर्पण मूल्य निवेशों के मूल्य को दर्शाता है और यह बीमा राशि, बोनस, पॉलिसी अवधि और भुगतान किए गए प्रीमियम जैसे विभिन्न कारकों पर निर्भर करता है। जीवन बीमा पॉलिसी का समय से पहले बंद होना पॉलिसी अनुबंध को स्वेच्छा से समाप्त करना है। किसी पॉलिसी को तभी सरेंडर किया जा सकता है जब उसने पेड-अप वैल्यू हासिल कर ली हो। बीमित व्यक्ति को देय राशि **समर्पण मूल्य** है, जो आम तौर पर भुगतान किए गए प्रीमियमों का प्रतिशत होता है। बीमाधारक को भुगतान किया जाने वाला वास्तविक समर्पण मूल्य गारंटीकृत समर्पण मूल्य (जीएसवी) से अधिक होता है।

II. राइडर लाभ

राइडर के तहत बीमा कंपनी द्वारा नियमों और शर्तों के अनुसार कोई निर्धारित घटना होने पर भुगतान किया जाता है।

गंभीर बीमारी राइडर के तहत, गंभीर बीमारी का पता चलने पर, शर्तों के अनुसार एक निर्दिष्ट राशि का भुगतान किया जाता है। बीमारी को बीमा कंपनी द्वारा निर्दिष्ट गंभीर बीमारियों की सूची में शामिल किया गया होना चाहिए।

हॉस्पिटल केयर राइडर के तहत, बीमा कंपनी बीमाधारक के अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में, नियम और शर्तों के अधीन, इलाज के खर्चों का भुगतान करती है।

राइडर भुगतान किए जाने के बाद भी पॉलिसी अनुबंध जारी रहता है।

बीमा अनुबंध में निर्दिष्ट पॉलिसी अवधि के अंत में ये दावा भुगतान किए जाते हैं।

III. परिपक्वता दावा

ऐसे दावों में, बीमा कंपनी बीमाधारक को पॉलिसी अवधि के अंत में एक निर्दिष्ट राशि भुगतान करने का वादा करती है, अगर बीमाधारक प्लान की पूरी अवधि तक जीवित रहता है। इसे **परिपक्वता दावा** कहा जाता है।

i. **प्रतिभागी प्लान**: किसी प्रतिभागी प्लान के तहत देय परिपक्वता दावा राशि बीमा राशि और संचित बोनस है, जिसमें बकाया प्रीमियम, पॉलिसी ऋण और उस पर ब्याज जैसे बकायों को घटा दिया जाता है।

ii. **प्रीमियम की वापसी (आरओपी) प्लान**: कुछ मामलों में पॉलिसी अवधि के दौरान भुगतान किए गए प्रीमियम पॉलिसी परिपक्व होने पर वापस कर दिए जाते हैं।

iii. **यूनिट लिंक्ड इंश्योरेंस प्लान (यूलिप)**: यूलिप के मामले में, बीमा कंपनी परिपक्वता दावे के रूप में फंड मूल्य का भुगतान करती है।

iv. **मनी-बैक प्लान**: मनी-बैक पॉलिसी के मामले में, बीमा कंपनी पॉलिसी की अवधि के दौरान पहले से भुगतान किए गए उत्तरजीविता लाभों को घटाकर परिपक्वता दावे का भुगतान करती है।

दावे का भुगतान होने पर बीमा अनुबंध समाप्त हो जाता है।

b) मृत्यु दावा

अगर अपनी पॉलिसी की अवधि के दौरान दुर्घटनावश या अन्य कारणों से बीमाधारक की मौत हो जाती है, तो प्रतिभागी पॉलिसी के मामले में बीमा कंपनी बीमा राशि और संचित बोनस का भुगतान करती है; इसमें बीमा कंपनी वसूल किए जाने वाले बकायों [जैसे कि बकाया पॉलिसी ऋण और ब्याज या प्रीमियम और ब्याज] को घटा देती है। यह मृत्यु दावा है, जो नामिती (नॉमिनी) या समनुदेशिती (असाइनी) या कानूनी वारिस हो, चाहे जो भी स्थिति हो, भुगतान किया जाता है। मृत्यु दावे का मतलब आम तौर पर मृत्यु के परिणाम स्वरूप अनुबंध का समाप्त होना है।

मृत्यु दावा इस प्रकार हो सकता है:

- ✓ शीघ्र दावा (पॉलिसी अवधि तीन साल से कम रहने पर) या
- ✓ गैर-शीघ्र दावा (तीन साल से अधिक की पॉलिसी अवधि)

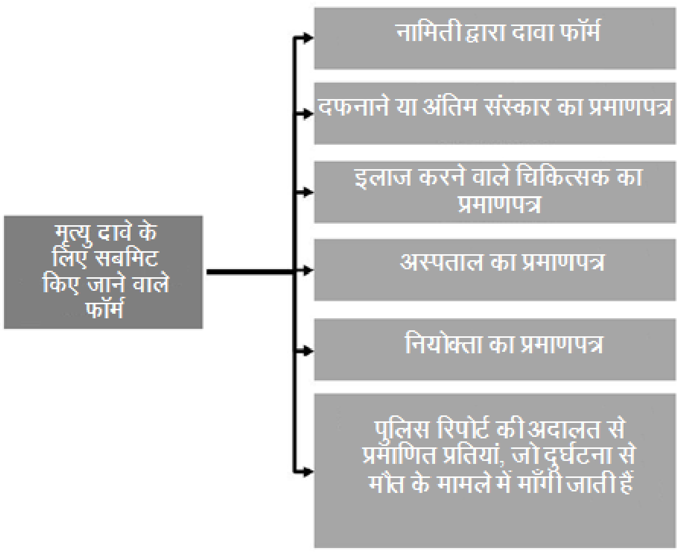
नामिती या समनुदेशिती या कानूनी वारिस को मृत्यु के कारण, तारीख और जगह के बारे में बीमा कंपनी को सूचित करना होता है।

i. मृत्यु दावे के लिए प्रस्तुत किए जाने वाले फॉर्म

आम तौर पर, दावे पर कार्रवाई के लिए लाभार्थी को नीचे दिए गए फॉर्म बीमा कंपनी के पास जमा करने होते हैं:

- ✓ नामिती द्वारा दावा फॉर्म
- ✓ दफनाने या अंतिम संस्कार का प्रमाणपत्र
- ✓ इलाज करने वाले चिकित्सक का प्रमाणपत्र
- ✓ अस्पताल का प्रमाणपत्र
- ✓ नियोक्ता का प्रमाणपत्र
- ✓ मृत्यु के प्रमाण के रूप में नगरपालिका अधिकारियों आदि द्वारा जारी किया गया मृत्यु प्रमाणपत्र
- ✓ पुलिस रिपोर्ट की अदालत से प्रमाणित प्रतियां, जैसे कि प्रथम सूचना रिपोर्ट (एफआईआर), तहकीकात की रिपोर्ट, पोस्ट-मॉर्टम रिपोर्ट और अंतिम रिपोर्ट – दुर्घटना के कारण मौत होने के मामले में इन रिपोर्ट की माँग की जाती है।

चित्र 2: मृत्यु दावे के लिए सबमिट किए जाने वाले फॉर्म



ii. मृत्यु दावे को अस्वीकार किया जाना

मृत्यु दावा भुगतान किया जा सकता है या उसे अस्वीकार किया जा सकता है। अगर दावे पर कार्रवाई करते समय बीमा कंपनी को पता चलता है कि प्रस्तावक ने कोई गलत बयाँ दिया है

या पॉलिसी से संबंधित किसी महत्वपूर्ण तथ्य को छिपाया है, तो अनुबंध को अमान्य करार दिया जाएगा। ऐसे में, पॉलिसी के तहत मिलने वाले सभी लाभों को जब्त कर लिया जाता है।

iii. धारा 45: **निर्विवादिता क्लॉज**

हालांकि, यह जुर्माना बीमा अधिनियम, 1938 की **धारा** 45 के अधीन है।

अहम जानकारी

धारा 45 **कहती है**:

"जीवन बीमा की किसी भी पॉलिसी पर, पॉलिसी की तारीख से तीन साल पूरा होने के बाद, यानी पॉलिसी जारी करने की तारीख या जोखिम के शुरू होने की तारीख या रिवाइवल की तारीख से पॉलिसी में राइडर जोड़े जाने की तारीख के बाद, जो भी बाद में हो, किसी भी आधार पर सवाल नहीं उठाया जाएगा।"

C. जीवन बीमा पॉलिसी के लिए दावा प्रक्रिया

हालांकि, सभी बीमा कंपनियों के लिए कोई मानक दावा प्रक्रिया निर्धारित नहीं है, लेकिन आईआरडीएआई ने दावा निपटान के मामले में बीमा कंपनियों के लिए दिशानिर्देश निर्धारित किए हैं।

विनियम 8: **जीवन बीमा पॉलिसी के संबंध में दावा प्रक्रिया**

i. जीवन बीमा पॉलिसी में उन प्राथमिक दस्तावेजों के बारे में बताया जाएगा, जो आम तौर पर अपने दावे के समर्थन में दावेदार को प्रस्तुत करना आवश्यक होता है।

ii. दावा प्राप्त होने पर, जीवन बीमा कंपनी, बिना किसी देरी के दावे पर कार्रवाई करेगी। कोई भी सवाल या अतिरिक्त दस्तावेजों की माँग, जहां तक संभव हो, दावा प्राप्त होने के 15 दिनों की अवधि के भीतर एक बार में ही की जाएगी, टुकड़े-टुकड़े में नहीं।

iii. आईआरडीएआई (पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण) विनियम, 2017 के अनुसार, जीवन बीमा पॉलिसी के तहत मृत्यु दावे का भुगतान, अस्वीकार या खंडन, सभी प्रासंगिक कारण बताते हुए, सभी प्रासंगिक कागजात और मांगे गए स्पष्टीकरण प्राप्त होने की तारीख से 30 दिनों के भीतर किया जाएगा। हालांकि, अगर बीमा कंपनी को दावे की जांच करने की जरूरत महसूस होती है, तो वह जल्द से जल्द जांच शुरू करेगी और उसे पूरा करेगी; ऐसा किसी भी मामले में दावे की सूचना प्राप्त होने की तारीख से 90 दिनों के बाद नहीं किया जाएगा। जांच पूरी होने के 30 दिनों के भीतर दावे का निपटारा किया जाना चाहिए।

iv. जहां कोई दावा भुगतान के लिए तैयार है, लेकिन भुगतान प्राप्तकर्ता की उचित पहचान से जुड़े किसी भी कारण से दावा भुगतान नहीं किया जा सकता है, तो जीवन बीमा कंपनी उस रकम को प्राप्तकर्ता के लाभ के लिए अपने पास रखेगी; उस रकम पर किसी

अनुसूचित बैंक के बचत खाते में लागू दर से ब्याज अर्जित होगा (यह सभी कागजात और जानकारी प्रस्तुत करने के बाद 30 दिनों से प्रभावी होगा)।

v. जहां बीमा कंपनी की ओर से उप-विनियम (iv) द्वारा कवर किए गए कारण के अलावा किसी अन्य कारण से दावे पर कार्रवाई करने में देरी होती है, जीवन बीमा कंपनी **दावा राशि पर बैंक दर से 2% अधिक की दर से ब्याज** का भुगतान करेगी; यह दर उस वित्तीय वर्ष की शुरुआत में प्रचलित बैंक दर के अनुसार होगी जिसमें इसके द्वारा दावे की समीक्षा की गई है।

एजेंट की भूमिका

एजेंट नामिती/कानूनी उत्तराधिकारी या लाभार्थी को दावा फॉर्म सटीक रूप से भरने और बीमा कंपनी के कार्यालय में इन्हें जमा करने में सहायता करने के लिए हर संभव सेवा प्रदान करेगा।

ऐसी स्थिति से दायित्वों के निर्वहन के अलावा साख भी बनती है, जिससे एजेंट को भविष्य में मृतक के परिवार से कारोबार या रेफरल प्राप्त करने का पर्याप्त अवसर मिलता है।

खुद को जांचें 1

इनमें से कौन सा कथन दावे की अवधारणा को सबसे अच्छी तरह बताता है? सबसे उपयुक्त विकल्प चुनें।

I. दावा एक ऐसा अनुरोध है जिससे बीमा कंपनी अनुबंध में निर्दिष्ट वादे को पूरा करेगी

II. दावा एक ऐसी माँग है जिससे बीमा कंपनी अनुबंध में निर्दिष्ट वादे को पूरा करेगी

III. दावा एक ऐसी माँग है जिससे बीमाधारक समझौते में निर्दिष्ट वादे को पूरा करेगा

IV. दावा एक ऐसा अनुरोध है जिससे बीमाधारक समझौते में निर्दिष्ट वादे को पूरा करेगा

सारांश

- दावा एक माँग है कि बीमा कंपनी अनुबंध में निर्दिष्ट वादे को पूरा करेगी।
- कोई दावा उत्तरजीविता दावा या मृत्यु दावा हो सकता है। जहां मृत्यु दावा केवल जीवन बीमाधारक की मृत्यु होने पर उत्पन्न होता है, वहीं उत्तरजीविता दावे एक या एक से अधिक घटनाओं के कारण उत्पन्न हो सकते हैं।
- उत्तरजीविता दावे के भुगतान के लिए, बीमा कंपनी को यह पक्का करना होता है कि घटना पॉलिसी में निर्धारित शर्तों के अनुसार हुई है।
- पॉलिसी अवधि के दौरान इस तरह के भुगतान हो सकते हैं:
  - ✓ उत्तरजीविता लाभों का भुगतान
  - ✓ पॉलिसी का समर्पण
  - ✓ राइडर लाभ

- ✓ परिपक्वता लाभ
- ✓ मृत्यु दावा

- बीमा अधिनियम की धारा 45 (निर्विवादिता क्लॉज) मामूली आधार पर बीमा कंपनी द्वारा दावे को अस्वीकार किए जाने के विरुद्ध सुरक्षा प्रदान करती है; यह बीमा कंपनी के लिए किसी पॉलिसी पर सवाल उठाने को लेकर 3 साल की समय-सीमा निर्धारित करती है।
- आईआरडीएआई (पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण) विनियम, 2017 के तहत, आईआरडीएआई ने दावों के मामले में बीमाधारक या लाभार्थी की सुरक्षा/संरक्षण के लिए नियम निर्धारित किए हैं।

खुद को जांचें के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प II है।

खंड

स्वास्थ्य खंड

अध्याय H-01

स्वास्थ्य बीमा का परिचय

अध्याय का परिचय

यह अध्याय आपको यह बताएगा कि समय के साथ बीमा का विकास कैसे हुआ। यह आपको यह भी समझाएगा कि हेल्थकेयर क्या है, हेल्थकेयर के स्तर और हेल्थकेयर के प्रकार क्या हैं। इसके अलावा, आप भारत के हेल्थकेयर व्यवस्था और इसे प्रभावित करने वाले कारकों के बारे में भी जानेंगे। अंत में, यह आपको समझाएगा कि भारत में स्वास्थ्य बीमा का विकास कैसे हुआ और भारत के स्वास्थ्य बीमा बाज़ार में मौजूद विभिन्न कंपनियां कौन-कौन सी हैं।

अध्ययन के परिणाम

A. हेल्थकेयर को समझना

B. हेल्थकेयर के स्तर

C. हेल्थकेयर के प्रकार

D. भारत में स्वास्थ्य बीमा का विकास

E. स्वास्थ्य बीमा बाज़ार

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप यह पाएंगेः

a) यह समझना कि बीमा का विकास कैसे हुआ।

b) हेल्थकेयर की अवधारणा, हेल्थकेयर के प्रकारों और स्तरों की व्याख्या।

c) भारत में हेल्थकेयर को प्रभावित करने वाले कारकों का मूल्यांकन करना और आज़ादी के बाद से हेल्थकेयर में हुई प्रगति।

d) भारत में स्वास्थ्य बीमा के विकास पर चर्चा करना।

e) भारत के स्वास्थ्य बीमा बाज़ार के बारे में जानना।

A. हेल्थकेयर को समझना

'हेल्थ' शब्द 'hoelth' शब्द से निकला है, जिसका मतलब है 'शरीर की मजबूती'।

पुराने ज़माने में, हेल्थ (स्वास्थ्य) को 'दैविक उपहार' माना जाता था और बीमारी होने का कारण संबंधित व्यक्ति द्वारा किये गए पापों को माना जाता था। हिप्पोक्रेटस (460 से 370 ईसा पूर्व) ने बीमारी के पीछे के कारणों को बताया। उनके अनुसार, बीमारी पर्यावरण, स्वच्छता, व्यक्तिगत स्वच्छता और आहार से संबंधित विभिन्न कारकों की वजह से होती है। प्राचीन भारत के वैदिक ग्रंथों में 'आरोग्यमे महाभाग्यम' कहा गया है, जिसका अर्थ है 'स्वास्थ्य सौभाग्य है' या दूसरे शब्दों में, 'स्वास्थ्य ही धन है'। प्राचीन भारत के कई ग्रंथ जैसे, *अथर्ववेद, चरक संहिता, सुश्रुत संहिता, अष्टांगहृदयम्, अष्टांगसंग्रह, भेला संहिता* और *कश्यप संहिता* पुराने ज़माने में भारत में प्रचलित चिकित्सा परंपराओं के बारे में बताते हैं।

परिभाषा

विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) ने स्वास्थ्य की परिभाषा बड़े पैमाने स्वीकार्य की – *'स्वास्थ्य केवल बीमारी या दुर्बलता का होना नहीं, बल्कि पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की स्थिति है।'*

स्वास्थ्य के निर्धारक

आम तौर पर ऐसा माना जाता है कि नीचे दिए गए कारक किसी भी व्यक्ति के स्वास्थ्य को निर्धारित करते हैं:

a) जीवन शैली के कारक

जीवन शैली कारक वे हैं जो अधिकतर संबंधित व्यक्ति के नियंत्रण में होते हैं। जैसे कि व्यायाम करना और सीमा के भीतर खान-पान, चिंता से बचना और अच्छे स्वास्थ्य की ओर बढ़ना; कैंसर, एड्स, उच्च रक्तचाप और मधुमेह जैसी कई बीमारियों को बढ़ावा देना।

b) पर्यावरणीय कारक

संक्रामक रोग जैसे इन्फ्लुएंजा और चिकनपॉक्स आदि खराब स्वच्छता के कारण फैलते हैं; मलेरिया और डेंगू जैसी बीमारियां खराब पर्यावरणीय स्वच्छता के कारण फैलती हैं, जबकि कुछ बीमारियां पर्यावरणीय कारकों के कारण भी होती हैं।

c) आनुवंशिक कारक

माता-पिता से बच्चों में जीन के माध्यम से बीमारियां पहुंच सकती हैं। इस तरह के आनुवंशिक कारकों से नस्ल, भौगोलिक स्थिति और यहां तक कि समुदायों के आधार पर दुनिया भर में फैली आबादी के बीच स्वास्थ्य के अलग-अलग रुझान होते हैं।

यह बात बिल्कुल साफ है कि किसी देश की सामाजिक और आर्थिक प्रगति उसके लोगों के स्वास्थ्य पर निर्भर करती है। इससे यह सवाल उठता है कि क्या अलग-अलग परिस्थितियों के लिए अलग-अलग प्रकार की स्वास्थ्य देखभाल की आवश्यकता होती है।

स्वमूल्यांकन 1

इनमें से कौन सी बीमारी के लिए जीवनशैली के कारक जिम्मेदार नहीं हैं (यानि वे व्यक्ति के नियंत्रण में नहीं हैं)?

I. कैंसर

II. एड्स

III. मलेरिया

IV. उच्च रक्तचाप

B. हेल्थकेयर के स्तर

हेल्थकेयर (स्वास्थ्य सेवा) और कुछ नहीं बल्कि सरकार सहित विभिन्न एजेंसियों और प्रदाताओं द्वारा प्रदान की जाने वाली सेवाओं का एक समूह है। इसका मकसद लोगों के स्वास्थ्य को बढ़ावा देना, उसे बनाए रखना, उसकी निगरानी करना या बहाल करना है। स्वास्थ्य सेवा के प्रभावी होने के लिए ये बातें ज़रूरी हैं:

- लोगों की जरूरतों के हिसाब से सही
- व्यापक
- पर्याप्त
- आसानी से उपलब्ध
- किफायती

स्वास्थ्य देखभाल की सुविधाएं आबादी के लिए बीमारी होने की संभावना पर आधारित होनी चाहिए। उदाहरण के लिए, किसी व्यक्ति को वर्ष में कई बार बुखार, सर्दी, खांसी, त्वचा की एलर्जी आदि हो सकती है, लेकिन उसके हेपेटाइटिस बी से पीड़ित होने की संभावना, सर्दी-खांसी की तुलना में कम होती है।

इसलिए, चाहे गाँव हो या जिला या राज्य, किसी भी क्षेत्र में स्वास्थ्य सुविधाएं स्थापित करने की आवश्यकता स्वास्थ्य सेवा के विभिन्न कारकों पर आधारित होगी, जो उस क्षेत्र के संकेतक कहलाते हैं, जैसे कि:

- ✓ जनसंख्या का आकार
- ✓ मृत्यु दर
- ✓ बीमारी की दर
- ✓ अपंगता/अक्षमता दर
- ✓ लोगों का सामाजिक और मानसिक स्वास्थ्य
- ✓ लोगों की सामान्य पोषण स्थिति
- ✓ पर्यावरणीय कारक जैसे कि खनन क्षेत्र या औद्योगिक क्षेत्र है

- ✓ संभावित स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता प्रणाली, जैसे कि दिल की बीमारी के डॉक्टर गांव में आसानी से उपलब्ध नहीं हो सकते, लेकिन जिले के शहर में हो सकते हैं
- ✓ स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली का कितना इस्तेमाल होने की संभावना है
- ✓ सामाजिक-आर्थिक कारक, जैसे कि सेवा का किफायती होना

उपरोक्त कारकों के आधार पर, सरकार प्राथमिक, माध्यमिक और तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल केंद्र स्थापित करने का निर्णय लेती है; साथ ही, उचित स्वास्थ्य सेवा को किफायती और आबादी के लिए सुलभ बनाने के मकसद से अन्य उपाय करती है।

C. हेल्थकेयर के प्रकार

हेल्थकेयर को प्रमुखतः पर इस प्रकार वर्गीकृत किया जाता है:

1. **प्राथमिक स्वास्थ सेवा (प्राइमरी हेल्थकेयर)**

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा का अर्थ डॉक्टरों, नर्सों और अन्य छोटे क्लीनिकों द्वारा दी जाने वाली सेवा है, जिनसे किसी भी बीमारी के लिए रोगी सबसे पहले संपर्क करते हैं; अर्थात प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा किसी स्वास्थ्य प्रणाली में सभी रोगियों के लिए संपर्क का पहला बिंदु है।

उदाहरण के लिए, अगर कोई व्यक्ति बुखार के लिए डॉक्टर के पास जाता है और पहले उसे डेंगू बुखार होने का संकेत मिलता है, तो प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाता कुछ दवाएं लिखेंगे, लेकिन रोगी को विशेष उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती होने का निर्देश भी देंगे।

देश भर में, प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केंद्र सरकारी और निजी, दोनों तरह की कंपनियों द्वारा स्थापित किए जाते हैं। सरकारी प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केंद्र जनसंख्या के आकार के आधार पर स्थापित किए जाते हैं और किसी न किसी रूप में ग्राम स्तर तक मौजूद होते हैं।

2. **माध्यमिक स्वास्थ्य सेवा (सेकंडरी हेल्थकेयर)**

माध्यमिक स्वास्थ्य सेवा का अर्थ चिकित्सा विशेषज्ञों और अन्य स्वास्थ्य पेशेवरों द्वारा प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य सेवा है, जिनका आम तौर पर रोगी के साथ पहला संपर्क नहीं होता है। इसमें गहन देखभाल सेवाओं (इंटेंसिव केयर सर्विस), एम्बुलेंस सुविधाओं, पैथोलॉजी, डायग्नोसिस और अन्य प्रासंगिक चिकित्सा सेवाओं सहित, किसी गंभीर बीमारी के लिए कम अवधि की उपचार सेवाएं शामिल हैं, जिनके लिए अक्सर (लेकिन जरूरी नहीं) अंतः-रोगी के रूप में उपचार की आवश्यकता होती है।

3. **तृतीयक स्वास्थ्य सेवा (टेर्टियरी हेल्थकेयर)**

तृतीयक स्वास्थ्य सेवा एक विशेष सलाहकार स्वास्थ्य सेवा है, जो आम तौर पर अंतः-रोगियों के लिए और प्राथमिक/माध्यमिक सेवा प्रदाताओं के रेफरल पर होती है।

तृतीयक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के उदाहरण वे हैं जिनके पास माध्यमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के दायरे से बाहर की उन्नत चिकित्सा सुविधाएं और पेशेवर चिकित्सक होते हैं। जैसे कि

ऑन्कोलॉजी (कैंसर उपचार), अंग प्रत्यारोपण सुविधाएं, उच्च जोखिम वाली गर्भावस्था के विशेषज्ञ आदि।

यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि जैसे-जैसे सेवा का स्तर बढ़ता है, सेवा से जुड़े खर्च भी बढ़ते हैं। सेवा के विभिन्न स्तरों के लिए बुनियादी ढांचा भी अलग-अलग देशों, ग्रामीण-शहरी क्षेत्रों में भिन्न होता है, जबकि सामाजिक-आर्थिक कारक भी इसे प्रभावित करते हैं।

स्वमूल्यांकन 2

इनमें से क्या प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा का हिस्सा है?

I. बुखार

II. कैंसर

III. अंग प्रत्यारोपण

IV. उच्च जोखिम वाली गर्भावस्था

D. भारत में स्वास्थ्य बीमा का विकास

जहां सरकार स्वास्थ्य सेवा से जुड़े अपने नीतिगत फैसलों में व्यस्त रही, और स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को भी लागू किया। बीमा कंपनियां बाद में अपनी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां लेकर आईं। यहां बताया गया है कि भारत में स्वास्थ्य बीमा का विकास कैसे हुआः

1. **कर्मचारी राज्य बीमा योजना**

   भारत में औपचारिक रूप से स्वास्थ्य बीमा की शुरुआत कर्मचारी राज्य बीमा योजना लागू करने के साथ शुरू हुई, जो 1947 में देश की स्वतंत्रता के कुछ ही समय बाद, ईएसआई अधिनियम, 1948 के तहत लाई गई थी। यह योजना औपचारिक निजी क्षेत्र में कार्यरत मेहनतकश श्रमिकों के लिए शुरू की गई थी; इसके तहत ईएसआई अपने स्वयं के औषधालयों और अस्पतालों के नेटवर्क के माध्यम से व्यापक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान की करती है।

   ईएसआईसी (कर्मचारी राज्य बीमा निगम) कार्यान्वयन एजेंसी है जो अपने स्वयं के अस्पतालों और औषधालयों को चलाती है; साथ ही, जहां इसकी अपनी सुविधाएं पर्याप्त नहीं हैं, वहां सार्वजनिक/निजी प्रदाताओं को भी अनुबंधित करती है।

2. **केंद्र सरकार की स्वास्थ्य योजना**

   ईएसआईएस के बाद जल्दी ही केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना (सीजीएचएस) लाई गई, जिसे 1954 में पेंशनभोगियों और नागरिक सेवा में काम करने वाले उनके परिवार के सदस्यों सहित केंद्र सरकार के कर्मचारियों के लिए पेश किया गया था। इसका उद्देश्य कर्मचारियों और उनके परिवारों को व्यापक चिकित्सा सेवा प्रदान करना है; इसे आंशिक रूप से कर्मचारियों द्वारा और बड़े पैमाने पर नियोक्ता (केंद्र सरकार) द्वारा वित्तपोषित किया जाता है।

3. **व्यावसायिक स्वास्थ्य बीमा**

बीमा उद्योग के राष्ट्रीयकरण से पहले और उसके बाद, कुछ गैर-जीवन बीमा कंपनियों ने व्यावसायिक स्वास्थ्य बीमा की शुरुआत की।

1986 में, सभी चार राष्ट्रीयकृत गैर-जीवन बीमा कंपनियों (ये तब भारतीय साधारण बीमा निगम की सहायक कंपनियां थीं) द्वारा व्यक्तियों और उनके परिवारों के लिए पहला मानकीकृत स्वास्थ्य बीमा उत्पाद भारतीय बाजार में लाया गया। **मेडिक्लेम** नाम का यह उत्पाद, अस्पताल में भर्ती होने खर्चों के लिए भरपाई करने के लिए लाया गया, जिसमें क्षतिपूर्ति की एक निश्चित वार्षिक सीमा तक कवरेज प्रदान करने की व्यवस्था के साथ-साथ कुछ अपवर्जन भी शामिल हैं, जैसे कि मातृत्व (माँ बनना), पहले से मौजूद बीमारियां आदि।

अस्पताल में भर्ती होने के लिए क्षतिपूर्ति-आधारित वार्षिक अनुबंध आज भी भारत में निजी स्वास्थ्य बीमा का सबसे लोकप्रिय रूप है। 2001 में निजी कंपनियों के बीमा क्षेत्र में आने से स्वास्थ्य बीमा के क्षेत्र में जबरदस्त प्रगति हुई है। हालांकि, आज भी एक बड़ा बाजार इसकी पहुंच से बाहर है।

सरकार ने लोगों को स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां खरीदने के लिए प्रोत्साहित किया है। जहां व्यक्ति स्वयं, पत्नी/पत्नी और परिवार के सदस्यों के स्वास्थ्य बीमा के लिए प्रीमियम भुगतान करते हैं, ऐसे मामलों में आयकर अधिनियम की धारा 80डी के तहत कर योग्य आय से कटौती करने की अनुमति है। यह धारा 60 वर्ष से अधिक उम्र के माता-पिता/सास-ससुर के प्रीमियम का भुगतान करने के लिए छूट की उच्च सीमा की अनुमति देती है।

आवरण, अपवर्जन और नए ऐड-ऑन आवरण में काफी बदलाव किए गए हैं, जिनकी चर्चा बाद के अध्यायों में की जाएगी।

स्वमूल्यांकन 3

व्यक्तियों और उनके परिवारों के लिए पहला मानकीकृत स्वास्थ्य बीमा उत्पाद भारतीय बाजार में सभी चार राष्ट्रीयकृत गैर-जीवन बीमा कंपनियों द्वारा वर्ष ______ में लॉन्च किया गया था।

I. 1948
II. 1954
III. 1986
IV. 2001

E. स्वास्थ्य बीमा बाज़ार

स्वास्थ्य बीमा बाजार में आज कई कंपनियां शामिल हैं जिनमें से कुछ स्वास्थ्य सेवा सुविधाएं प्रदान करती हैं जिन्हें सेवा प्रदाता कहा जाता है; अन्य बीमा सेवाएं और विभिन्न मध्यस्थ भी मौजूद हैं। कुछ बुनियादी ढांचे का काम करते हैं जबकि अन्य सहायता सुविधाएं प्रदान करती हैं। कुछ कंपनियां सरकारी क्षेत्र की हैं तो अन्य कंपनियां निजी क्षेत्र की हैं।

1. **निजी क्षेत्र के स्वास्थ्य सेवा प्रदाता**

भारत में एक बहुत बड़ा निजी स्वास्थ्य क्षेत्र है जो प्राथमिक, माध्यमिक और तृतीयक, तीनों प्रकार की स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करता है। इनमें स्वैच्छिक, गैर-लाभकारी संगठनों और व्यक्तियों से लेकर लाभकारी कॉर्पोरेट, ट्रस्ट, एकल व्यवसायी, स्टैंड-अलोन विशेषज्ञ सेवाएं, डायग्नोसिस लैबोरेटरी, दवाओं की दुकानें और अशिक्षित प्रदाता (झोला-छाप) भी शामिल हैं।

भारत में चिकित्सा की अन्य प्रणालियों (आयुर्वेद/सिद्ध/यूनानी/होम्योपैथी) में भी सुयोग्य चिकित्सकों की सबसे बड़ी संख्या है, जो 7 लाख से अधिक हैं। ये सार्वजनिक और निजी क्षेत्र, दोनों में काम करते हैं। स्वास्थ्य सेवा के लाभकारी निजी प्रदाताओं के अलावा, गैर सरकारी संगठन और स्वैच्छिक क्षेत्र भी समुदाय को स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने में लगे हुए हैं।

साधारण बीमा क्षेत्र की बीमा कंपनियां स्वास्थ्य बीमा सेवाओं के बड़े हिस्से में योगदान करती हैं। स्टैंड-अलोन हेल्थ इंश्योरस (एसएएचआई) कंपनियों को सभी प्रकार का स्वास्थ्य बीमा करने की अनुमति है, जबकि जीवन बीमा कंपनियों को कुछ प्रकार का स्वास्थ्य बीमा करने की अनुमति है।

2. **मध्यस्थ (बिचौलिये)**:

बीमा उद्योग के हिस्से के रूप में सेवाएं प्रदान करने वाले कई लोग और संगठन भी स्वास्थ्य बीमा बाजार का हिस्सा बनते हैं। बीमा मध्यस्थों को आईआरडीएआई अधिनियम, 1999 की धारा 2 के तहत परिभाषित किया गया है। इनमें बीमा ब्रोकर, पुनर्बीमा ब्रोकर, बीमा सलाहकार, सर्वेयर और हानि निर्धारक के साथ-साथ तृतीय पक्ष प्रशासक (टीपीए) शामिल हैं।

तृतीय पक्ष प्रशासक (टीपीए), आईआरडीएआई के साथ पंजीकृत और किसी बीमा कंपनी के साथ स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए कार्यरत एक कंपनी है जो शुल्क लेकर सेवाएं प्रदान करती है। टीपीए, स्वास्थ्य बीमा कारोबार से जुड़े अनुबंध के तहत किसी बीमा कंपनी को निम्नलिखित सेवाएं प्रदान कर सकता है:

a. संबंधित पॉलिसी के अंतर्निहित नियमों और शर्तों के अनुसार और दावों के निपटान के लिए बीमा कंपनियों द्वारा जारी किए गए दिशानिर्देशों के ढांचे के भीतर, कैशलेस उपचार या कैशलेस दावों के अलावा अन्य दावों या दोनों के निपटान की पूर्व अनुमति के माध्यम से स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के तहत दावों की सेवा प्रदान करना।

b. व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी और घरेलू यात्रा पॉलिसी के तहत अस्पताल में भर्ती होने के लिए दावों की सेवा प्रदान करना, अगर कोई हो।

c. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के जोखिम अंकन के संबंध में बीमा से पहले की चिकित्सा परीक्षाएं कराने की सुविधा।

सारांश

a) बीमा किसी न किसी रूप में कई सदियों पहले अस्तित्व में था, लेकिन इसका आधुनिक रूप कुछ ही सदियों पुराना है। भारत में बीमा सरकारी विनियमन के साथ कई चरणों से होकर गुजरा है।

b) अपने नागरिकों का स्वास्थ्य बहुत महत्वपूर्ण होने के कारण, सरकारें एक उपयुक्त स्वास्थ्य सेवा प्रणाली बनाने में प्रमुख भूमिका निभाती हैं।

c) प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य सेवा का स्तर किसी देश की जनसंख्या से संबंधित कई कारकों पर निर्भर करता है।

d) आवश्यक चिकित्सकीय देखभाल के स्तर के आधार पर तीन प्रकार की स्वास्थ्य सेवाएं प्राथमिक, माध्यमिक और तृतीयक सेवाएं हैं। प्रत्येक स्तर के साथ स्वास्थ्य सेवा की लागत बढ़ जाती है जिसमें तृतीयक सेवा सबसे महंगी होती है।

e) भारत की अपनी विशेष चुनौतियाँ हैं, जैसे कि जनसंख्या वृद्धि और शहरीकरण, जिसके लिए उचित स्वास्थ्य सेवा की आवश्यकता होती है।

f) सार्वजनिक क्षेत्र की बीमा कंपनियां स्वास्थ्य बीमा के लिए सबसे पहले योजनाएं लेकर आईं, बाद में निजी बीमा कंपनियों ने व्यावसायिक बीमा की शुरुआत की।

g) स्वास्थ्य बीमा बाजार कई कंपनियों से मिलकर बना है, जिनमें से कुछ कंपनियां बुनियादी ढांचा प्रदान करती हैं, अन्य बीमा सेवाएं प्रदान करती हैं, मध्यस्थ जैसे कि ब्रोकर, एजेंट और स्वास्थ्य बीमा कारोबार में सेवा प्रदान करने वाले तृतीय पक्ष प्रशासक और अन्य नियामक, शैक्षिक और कानूनी संस्थाएं भी इसमें अपनी भूमिका निभा रही हैं।

स्वमूल्यांकन के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प III है।

उत्तर 2 – सही विकल्प I है।

उत्तर 3 – सही विकल्प III है।

मुख्य शब्द

a) स्वास्थ्य सेवा (हेल्थकेयर)

b) व्यावसायिक बीमा

c) राष्ट्रीयकरण

d) प्राथमिक, माध्यमिक और तृतीयक स्वास्थ्य सेवा

e) तृतीय पक्ष प्रशासक

अध्याय H-02

स्वास्थ्य बीमा संबंधी दस्तावेज़

अध्याय का परिचय

बीमा उद्योग में, हम बड़ी संख्या में फ़ॉर्मों, दस्तावेज़ों आदि के साथ काम करते हैं। इस अध्याय में स्वास्थ्य बीमा अनुबंध से जुड़े दस्तावेज़ों और उनके महत्व के बारे में समझाया गया है।

अध्ययन के परिणाम

A. प्रस्ताव प्रपत्र

B. प्रस्ताव की स्वीकृति (जोखिम अंकन)

C. प्रॉस्पेक्टस

D. पॉलिसी दस्तावेज़

E. शर्तें और वारंटियां

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद, आप ये काम कर पाएंगेः

a) प्रस्ताव प्रपत्र में लिखी बातों को समझाना।

b) प्रॉस्पेक्टस के महत्व को बताना।

c) बीमा पॉलिसी दस्तावेज़ में मौजूद शर्तों और शब्दांकन को समझाना।

d) पॉलिसी की शर्तों और वारंटियों की चर्चा करना।

e) यह मूल्यांकन करना कि पृष्ठांकन क्यों जारी किए जाते हैं।

f) प्रीमियम की रसीद को समझना।

g) यह मूल्यांकन करना कि क्यों नवीनीकरण की सूचना जारी की जाती हैं।

A. प्रस्ताव प्रपत्र

1. स्वास्थ्य बीमा के प्रस्ताव प्रपत्र

जैसी कि सामान्य अध्यायों में चर्चा की गई, प्रस्ताव प्रपत्र में ऐसी जानकारी होती है जो बीमा के लिए प्रस्तावित जोखिम को स्वीकार करने के मकसद से बीमा कंपनी के लिए उपयोगी होती है। स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के प्रस्ताव प्रपत्र के बारे में कुछ जानकारी नीचे दी गई है:

1. प्रस्ताव प्रपत्र में एक प्रॉस्पेक्टस शामिल होता है जिसमें आवरण का ब्यौरा मौजूद देता है, जैसे कि आवरण, अपवर्जन, प्रावधान आदि। प्रॉस्पेक्टस, प्रस्ताव प्रपत्र का हिस्सा होता है; प्रस्तावक को यह बताते हुए इस पर हस्ताक्षर करना होता है कि उसने इसमें कही गई बातों को समझ लिया है।

2. प्रस्ताव प्रपत्र में प्रस्तावक के साथ प्रत्येक बीमित व्यक्ति का नाम, पता, पेशा, जन्मतिथि, लिंग और संबंध के अलावा, औसत मासिक आय और आयकर पैन नंबर, पेशेवर चिकित्सक का नाम और पता, उसकी योग्यता और पंजीकरण संख्या से संबंधित जानकारी इकट्ठा की जाती है। आजकल बीमाधारक के बैंक का विवरण भी इकट्ठा किया जाता है, ताकि सीधे बैंक ट्रांसफर के माध्यम से सीधे दावा राशि का भुगतान किया जा सके।

3. इसके अलावा, बीमित व्यक्ति की चिकित्सा स्थिति से संबंधित सवाल होते हैं। प्रपत्र में ये विस्तृत सवाल पिछले दावों के अनुभव पर आधारित होते हैं; ये सवाल इसलिए पूछे जाते हैं, ताकि सही तरीके से जोखिम अंकन किया जा सके।

4. प्रपत्र में निर्दिष्ट किसी भी बीमारी से पीड़ित होने पर, बीमित व्यक्ति को उसकी पूरी जानकारी देना ज़रूरी है।

5. इसके अलावा, किसी अन्य बीमारी या रोग से पीड़ित होने या दुर्घटना का सामना करने पर, नीचे दिए गए अनुसार जानकारी माँगी जाती है:

   a. बीमारी/चोट की प्रकृति और इलाज
   b. पहले उपचार की तारीख
   c. इलाज करने वाले चिकित्सक का नाम और पता
   d. क्या पूरी तरह से ठीक हो गया

6. प्रस्तावक को ऐसे किसी भी अतिरिक्त तथ्य का खुलासा करना होता है जिसके बारे में बीमा कंपनियों को बताया जाना ज़रूरी है; क्या उसे किसी बीमारी या चोट की सकारात्मक मौजूदगी या संभावना के बारे में कोई जानकारी है जिसके इलाज पर ध्यान देने की ज़रूरत हो सकती है।

7. प्रपत्र में पिछले बीमा और दावों के इतिहास के साथ-साथ किसी अन्य बीमा कंपनी के साथ मौजूद अतिरिक्त बीमा से संबंधित सवाल भी शामिल होते हैं।

8. जिस घोषणा पर प्रस्तावक का हस्ताक्षर किया जाएगा उसकी ख़ास बातों पर ज़रूर ध्यान दिया जाना चाहिए।

9. बीमित व्यक्ति बीमा कंपनी को किसी ऐसे अस्पताल/चिकित्सक से चिकित्सा संबंधी जानकारी प्राप्त करने पर सहमति देता है और इसके लिए उसे अधिकृत करता है, जिसने किसी भी समय उसके शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाली किसी बीमारी के लिए उसका इलाज किया हो या करने की संभावना हो।

10. बीमित व्यक्ति इस बात की पुष्टि करता है कि उसने प्रपत्र का हिस्सा बनने वाले प्रॉस्पेक्टस को पढ़ लिया है और वह नियम एवं शर्तों को स्वीकार करने के लिए तैयार है।

11. घोषणा में बयानों की सच्चाई और अनुबंध का आधार बनने वाले प्रस्ताव प्रपत्र के संबंध में सामान्य वारंटी शामिल होती है।

2. **चिकित्सा प्रश्नावली**

प्रस्ताव प्रपत्र में प्रतिकूल चिकित्सा इतिहास होने के मामले में, बीमित व्यक्ति को मधुमेह, उच्च रक्तचाप, सीने में दर्द या कोरोनरी समस्या या रोधगलन (मेयोकार्डियल इनफार्क्शन) जैसी बीमारियों से संबंधित एक विस्तृत प्रश्नावली को पूरा करना होगा।

इनके समर्थन में किसी सलाहकार चिकित्सक द्वारा भरा गया फॉर्म प्रस्तुत करना ज़रूरी है। इस फॉर्म की जांच कंपनी के पैनल चिकित्सक द्वारा की जाती है, जिसकी राय के आधार पर प्रस्ताव की स्वीकृति, अपवर्जन आदि का निर्णय लिया जाता है।

घोषणा का मानक फॉर्म

आईआरडीएआई ने स्वास्थ्य बीमा प्रस्ताव में मानक घोषणा का प्रारूप इस प्रकार निर्धारित किया है:

1. मैं/हम इसके द्वारा, मेरी ओर से और बीमा के लिए प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से घोषणा करता हूँ/करते हैं कि मेरे द्वारा दिए गए उपरोक्त बयान, जवाब और/या विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सभी प्रकार से सही और पूर्ण हैं; और यह कि मैं/हम इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव करने के लिए अधिकृत हूं/हैं।

2. मैं समझता हूं कि मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी बीमा पॉलिसी का आधार बनेगी, यह बीमा कंपनी की बोर्ड द्वारा स्वीकृत जोखिम अंकन नीति के अधीन है और यह कि प्रीमियम की पूरी रकम प्राप्त होने के बाद ही पॉलिसी शुरू होगी।

3. मैं/हम आगे यह घोषणा करता हूँ/करते हैं कि मैं/हम प्रस्ताव प्रस्तुत करने के बाद लेकिन कंपनी द्वारा जोखिम की स्वीकृति की सूचना दिए जाने से पहले बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन/प्रस्तावक के पेशे या सामान्य स्वास्थ्य में होने वाले किसी भी बदलाव के बारे में लिखित रूप में सूचित करूंगा/करेंगे।

4. मैं/हम यह घोषणा करता हूँ/करते हैं और कंपनी को ऐसे किसी भी चिकित्सक या अस्पताल से चिकित्सा संबंधी जानकारी मांगने की सहमति देता हूँ/देते हैं जिसने किसी भी समय बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन/प्रस्तावक का इलाज किया है; यह जानकारी किसी पिछले या वर्तमान नियोक्ता से माँगी जा सकती है और इसमें बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन/प्रस्तावक

से जुड़ी ऐसी किसी भी चीज़ की जानकारी माँगी जाती है जो उसके शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करती हो; साथ ही, ऐसी किसी भी बीमा कंपनी से जानकारी माँगी जाती है जिसके पास बीमाधारक/प्रस्तावक के जीवन पर प्रस्ताव के जोखिम अंकन और/या दावा निपटान के प्रयोजन से बीमा के लिए आवेदन किया गया है।

5. मैं/हम कंपनी को प्रस्ताव के जोखिम अंकन और/या दावों के निपटान के एकमात्र प्रयोजन से मेडिकल रिकॉर्ड सहित मेरे प्रस्ताव से संबंधित जानकारी साझा करने और किसी भी सरकारी और/या नियामक प्राधिकरण के साथ यह जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत करता हूँ/करते हैं।

3. प्रस्ताव प्रपत्र में शामिल सवालों की प्रकृति

किसी प्रस्ताव प्रपत्र में शामिल सवालों की संख्या और प्रकृति संबंधित बीमा के प्रकार के अनुसार बदलती रहती है। बीमा राशि पॉलिसी के तहत बीमा कंपनी की देयता की सीमा को दर्शाती है और इसे सभी प्रस्ताव प्रपत्रों में दिखाया जाना चाहिए।

स्वास्थ्य, व्यक्तिगत दुर्घटना और यात्रा बीमा जैसी **व्यक्तिगत लाइनों** में, प्रस्ताव प्रपत्रों को प्रस्तावक के पेशे, व्यवसाय या कारोबार के साथ-साथ प्रस्तावक के स्वास्थ्य, जीवन जीने के तरीके और आदतों, पहले से मौजूद स्वास्थ्य समस्याओं, चिकित्सा इतिहास, वंशानुगत लक्षणों, स्वास्थ्य बीमा के पिछले अनुभव आदि के बारे में जानकारी प्राप्त करने के लिए तैयार किया गया है जो इसलिए महत्वपूर्ण है क्योंकि वे तथ्यात्मक रूप से जोखिम पर असर डाल सकते हैं।

उदाहरण 1

- ✓ एक फास्ट-फूड रेस्तरां का डिलीवरी मैन, जिसे अपने ग्राहकों तक खाना पहुंचाने के लिए मोटर बाइक पर अक्सर तेज रफ़्तार से यात्रा करनी पड़ती है, उसके रेस्तरां में कार्यरत एकाउंटेंट के मुकाबले दुर्घटनाओं का शिकार होने की अधिक संभावना रहती है।
- ✓ कोयले की खान या सीमेंट प्लांट में काम करने वाला व्यक्ति धूल के कणों के संपर्क में आ सकता है जिससे फेफड़ों की बीमारियां हो सकती हैं।

उदाहरण 2

- ✓ विदेश यात्रा बीमा के प्रयोजन से, प्रस्तावक को यह बताना होगा कि कौन, कब, किस प्रयोजन से, किस देश की यात्रा कर रहा है) या
- ✓ स्वास्थ्य बीमा के प्रयोजन से प्रस्तावक से मामले के आधार पर उसके स्वास्थ्य (व्यक्ति के नाम, पते और पहचान के साथ) आदि के बारे में पूछा जाता है।

उदाहरण 3

- ✓ स्वास्थ्य बीमा के मामले में, यह अस्पताल के इलाज की लागत हो सकती है, जबकि व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के मामले में यह जीवन की हानि, किसी अंग (हाथ या पैर) के नुकसान या दुर्घटना के कारण दिखना बंद होने से जुड़ी एक निश्चित राशि हो सकती है।

---

a) पिछला और वर्तमान बीमा

प्रस्तावक को अपने पिछले बीमा के बारे में बीमा कंपनी को जानकारी देना आवश्यक होता है। यह उसके बीमा इतिहास को समझने के लिए ज़रूरी है। कुछ बाजारों में ऐसी प्रणालियां हैं जिनके द्वारा बीमा कंपनी बीमाधारक के बारे में गोपनीय रूप से डेटा साझा करती हैं।

प्रस्तावक को यह बताना भी आवश्यक है कि क्या किसी बीमा कंपनी ने उसके प्रस्ताव को अस्वीकार किया है, विशेष शर्तें लगाई हैं, नवीनीकरण पर बढ़े हुए प्रीमियम की माँग की है या पॉलिसी को नवीनीकृत करने से इनकार या उसे रद्द कर दिया है। बीमा कंपनियों के नाम के साथ-साथ किसी अन्य बीमा कंपनी के साथ वर्तमान बीमा का विवरण भी प्रस्तुत करना आवश्यक है। इसके अलावा, व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा में बीमा कंपनी उसी बीमाधारक द्वारा ली गई अन्य पीए पॉलिसियों के तहत बीमा राशि के आधार पर आवरण की राशि (बीमा राशि) को सीमित करना चाहेगी।

b) दावे का अनुभव

प्रस्तावक से उसके सभी नुकसानों की पूरी जानकारी देने के लिए कहा जाता है, चाहे उनका बीमा किया गया हो या नहीं। इससे बीमा कंपनी को बीमा की विषय-वस्तु के बारे में जानकारी मिलेगी और यह भी पता चलेगा कि बीमाधारक ने इससे पहले जोखिम का प्रबंधन कैसे किया है। इसका मतलब है कि बीमा कंपनी का कर्तव्य है कि वह मौखिक रूप से भी प्राप्त सभी सूचनाओं को रिकॉर्ड करे, जिसे एजेंट को फॉलोअप के रूप में ध्यान में रखना होता है।

B. प्रस्ताव की स्वीकृति (जोखिम अंकन या अंडरराइटिंग)

पूरी तरह भरे गए प्रस्ताव फॉर्म में मोटे तौर पर इस तरह की जानकारी शामिल होती है:

- ✓ बीमाधारक का विवरण
- ✓ विषय-वस्तु की जानकारी
- ✓ आवश्यक आवरण का प्रकार
- ✓ सकारात्मक और नकारात्मक, दोनों तरह की शारीरिक विशेषताओं की जानकारी
- ✓ बीमा और दावा अनुभव का पिछला इतिहास

स्वास्थ्य बीमा प्रस्ताव के मामले में, बीमा कंपनी संभावित ग्राहक को, जैसे कि 45 वर्ष से अधिक उम्र के व्यक्ति को चिकित्सक के पास और/या चिकित्सा जांच के लिए भी भेज सकती है। प्रस्ताव में उपलब्ध जानकारी के आधार पर और जहां चिकित्सा जांच की सलाह दी गई है, बीमा कंपनी

चिकित्सा रिपोर्ट और चिकित्सक की सिफारिश के आधार पर निर्णय लेता है। कभी-कभी, जहां चिकित्सा इतिहास संतोषजनक नहीं होता है, संभावित ग्राहक से अधिक जानकारी प्राप्त करने के लिए एक अतिरिक्त प्रश्नावली की भी आवश्यकता होती है। उसके बाद, बीमा कंपनी जोखिम कारक पर लागू होने वाली दर के बारे में निर्णय लेती है और विभिन्न कारकों के आधार पर प्रीमियम की गणना करती है, जिसे बाद में बीमाधारक को बता दिया जाता है।

C. प्रॉस्पेक्टस

प्रॉस्पेक्टस बीमा कंपनी द्वारा या उसकी ओर से बीमा के संभावित खरीदारों को जारी किया गया एक दस्तावेज़ है। यह आम तौर पर ब्रोशर या लीफलेट के रूप में होता है; यह इलेक्ट्रॉनिक रूप में भी हो सकता है और ऐसे संभावित खरीदारों को उत्पाद की जानकारी देने के प्रयोजन से काम करता है। प्रॉस्पेक्टस जारी करना बीमा अधिनियम, 1938 के साथ-साथ पॉलिसीधारकों के हितों का संरक्षण विनियम, 2017 और आईआरडीएआई के स्वास्थ्य बीमा विनियम, 2016 द्वारा नियंत्रित होता है। स्वास्थ्य पॉलिसियों के बीमाकर्ता आम तौर पर अपने स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के बारे में प्रॉस्पेक्टस प्रकाशित करते हैं। ऐसे मामलों में, प्रस्ताव प्रपत्र में एक घोषणा मौजूद होती है कि ग्राहक ने प्रॉस्पेक्टस को पढ़ लिया है और वह इससे सहमत है।

जैसी कि अध्याय 4 में चर्चा की गई है, बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 64 वीबी में यह प्रावधान है कि प्रीमियम अग्रिम में लेना होगा। हालांकि, कोविड-19 के प्रकोप के कारण पैदा हुए हालात के मद्देनजर स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम के भुगतान को आसान बनाने की आवश्यकता पर विचार करते हुए, आईआरडीएआई ने बीमा कंपनियों को किश्तों में व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के प्रीमियम स्वीकार करने की अनुमति दी। यह भी अनिवार्य किया गया कि बीमा कंपनियां अपनी वेबसाइटों पर किश्तों में प्रीमियम भुगतान की सुविधा की उपलब्धता और उसकी शर्तों की घोषणा करेंगी। यह सुविधा सभी पॉलिसीधारकों को बिना किसी भेदभाव के प्रदान की जाएगी।

D. पॉलिसी दस्तावेज़

पॉलिसीधारक के हितों की रक्षा के अधिनियम, 2017 से जुड़े आईआरडीएआई के विनियम यह निर्धारित करते हैं कि किसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी दस्तावेज़ में ये बातें शामिल होनी चाहिए:

a) बीमाधारक और विषय-वस्तु में बीमा योग्य हित रखने वाले किसी अन्य व्यक्ति का/के नाम और पता/पते;

b) बीमित व्यक्ति या हित का पूरा विवरण;

c) व्यक्ति और/या जोखिम के अनुसार, पॉलिसी के तहत बीमा राशि;

d) उत्पाद का यूआईएन, नाम, कोड नंबर, बिक्री प्रक्रिया में शामिल व्यक्ति का संपर्क विवरण;

e) बीमाधारक की जन्म तिथि और पूर्ण वर्षों में संबंधित उम्र;

f) बीमा की अवधि और वह तारीख जब से पॉलिसीधारक लगातार भारत में किसी भी बीमा कंपनी से बिना किसी रुकावट के स्वास्थ्य बीमा आवरण प्राप्त कर रहा है;

g) पॉलिसी के संबंधित खंड के प्रति संदर्भ के साथ उप-सीमाएं, आनुपातिक कटौतियां और पैकेज दरों की मौजूदगी, अगर कोई हो;

h) सह-भुगतान की सीमाएं, अगर कोई हो;

i) पहले से मौजूद बीमारी (पीईडी) की प्रतीक्षा अवधि, अगर लागू हो;

j) लागू होने वाली विशेष प्रतीक्षा अवधि;

k) लागू होने वाली कटौती - सामान्य और विशेष, अगर कोई हो, आवरण किए गए खतरे और अपवर्जन;

l) देय प्रीमियम और जहां प्रीमियम समायोजन के अधीन अस्थायी है, किश्तों की अवधि के साथ प्रीमियम के समायोजन का आधार, अगर कोई हो;

m) पॉलिसी के नियम, शर्तें और वारंटियां;

n) पॉलिसी के तहत दावे को जन्म देने की संभावना वाली आकस्मिक घटना होने पर बीमाधारक द्वारा की जाने वाली कार्रवाई;

o) दावे को जन्म देने वाली घटना होने पर बीमा की विषय-वस्तु के संबंध में बीमाधारक के दायित्व और इन परिस्थितियों में बीमा कंपनी के अधिकार;

p) कोई विशेष शर्त

q) गलतबयानी, धोखाधड़ी, महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा न करने या बीमाधारक के असहयोग के आधार पर पॉलिसी को रद्द करने का प्रावधान;

r) ऐड-ऑन आवरण का विवरण, अगर कोई हो;

s) शिकायत निवारण प्रणाली का विवरण और बीमा लोकपाल का पता

t) बीमा कंपनी की शिकायत निवारण प्रणाली का विवरण;

u) फ्री-लुक अवधि की सुविधा और पोर्टेबिलिटी की शर्तें;

v) पॉलिसी माइग्रेशन की सुविधा और शर्तें, जहां लागू हो।

E. शर्तें और वारंटियां

यहां, पॉलिसी की बातों में इस्तेमाल होने वाले दो महत्वपूर्ण शब्दों की व्याख्या करना ज़रूरी है। इन्हें शर्तें और वारंटी कहा जाता है।

1. **शर्तें**: शर्त किसी बीमा अनुबंध में एक प्रावधान है जो समझौते का आधार बनता है।

उदाहरण:

a. अधिकांश बीमा पॉलिसियों की मानक शर्तों में से एक यह है:

अगर दावा किसी भी तरह से कपटपूर्ण है या अगर कोई झूठी घोषणा की जाती है या उसके समर्थन में इसे इस्तेमाल किया जाता है या अगर बीमाधारक द्वारा या पॉलिसी के तहत कोई लाभ प्राप्त करने के लिए उसकी ओर से काम करने वाले किसी व्यक्ति द्वारा किसी कपटपूर्ण साधन या उपकरण का इस्तेमाल किया जाता है या अगर जानबूझकर नुकसान हानि या क्षति की जाती है या बीमित व्यक्ति की मिलीभगत से ऐसा किया जाता है, तो इस पॉलिसी के तहत सभी लाभ जब्त कर लिए जाएंगे।

b. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में दावे की सूचना देने की शर्त यह हो सकती है:

दावा अस्पताल से छुट्टी होने की तारीख से कुछ दिनों के भीतर दायर किया जाना चाहिए। हालांकि, बहुत अधिक परेशानी वाले मामलों में, इस शर्त में छूट देने पर विचार किया जा सकता है

इस शर्त का उल्लंघन होने पर पॉलिसी को रद्द किया जा सकता है, जो बीमा कंपनी के विकल्प पर निर्भर करता है।

2. **वारंटियां** : वारंटी बीमा कंपनी और बीमाधारक के बीच एक समझौता है जिसका पूरी तरह से पालन किया जाना चाहिए। यह पॉलिसी दस्तावेज़ का एक हिस्सा है। उदाहरण के लिए, बीमा कंपनी किसी विशेष बीमारी के जोखिम को इस शर्त पर आवरित कर सकती है कि बीमाधारक हर तीन महीने में किसी विशेषज्ञ चिकित्सक के साथ परामर्श करेगा। उपरोक्त उदाहरण में, अगर बीमाधारक समझौते के अपने हिस्से का पालन करने में विफल रहता है, तो बीमा कंपनी उस विशेष खंड/वारंटी के संबंध में देयता को नकार देगी या कम कर देगी।

   वारंटियों को कड़ाई से और अक्षरशः माना और पालन किया जाना चाहिए, चाहे वह जोखिम के लिए महत्वपूर्ण हो या न हो।

स्वमूल्यांकन 1

वारंटी के संबंध में इनमें से कौन सा कथन सही है?

I. वारंटी एक ऐसी शर्त है जो पॉलिसी में बताए बिना लागू होती है

II. वारंटी पॉलिसी दस्तावेज़ का हिस्सा बनती है

III. वारंटी के बारे में हमेशा अलग से बीमाधारक को बताया जाता है और यह पॉलिसी दस्तावेज़ का हिस्सा नहीं हो सकती

IV. वारंटी का उल्लंघन होने पर भी दावा भुगतान किया जाएगा।

स्वास्थ्य बीमा में पृष्ठांकन (एंडोर्समेंट)

कुछ खतरों को आवरित करके और कुछ अन्य को छोड़कर, मानक रूप में पॉलिसी जारी करना बीमा कंपनियों की प्रथा है।

परिभाषा
अगर पॉलिसी जारी करने के समय उसके कुछ नियमों और शर्तों को बदलने की आवश्यकता होती है, तो यह एक दस्तावेज के माध्यम से संशोधन/परिवर्तन निर्धारित करके किया जाता है जिसे पृष्ठांकन (एंडोर्समेंट) कहा जाता है।

यह पॉलिसी से जुड़ जाता है और इसका हिस्सा बनता है। पॉलिसी और पृष्ठांकन एक साथ मिलकर अनुबंध बनाते हैं। पॉलिसी की अवधि के दौरान भी परिवर्तन/संशोधन को दर्ज करने के लिए पृष्ठांकन जारी किए जा सकते हैं।

जब भी तथ्यात्मक जानकारी में परिवर्तन होता है, तो बीमाधारक को इसके बारे में बीमा कंपनी को सूचित करना ज़रूरी होता है, जो इस पर ध्यान देगी और इसे पृष्ठांकन के माध्यम से बीमा अनुबंध के हिस्से के रूप में शामिल करेगी।

आम तौर पर इन बातों के लिए पॉलिसी के तहत पृष्ठांकन की आवश्यकता होती है:

a) बीमा राशि में अंतर/बदलाव

b) बीमाधारक के परिवार के सदस्यों को जोड़ना और हटाना

c) ऋण लेने और बैंक के पास पॉलिसी गिरवी रखने के कारण बीमा योग्य हित में बदलाव।

d) अतिरिक्त खतरों को आवरित करने के लिए बीमा को बढ़ाना/पॉलिसी अवधि बढ़ाना

e) जोखिम में बदलाव, जैसे कि विदेश यात्रा पॉलिसी के मामले में गंतव्यों को बदलना

f) बीमा रद्द करना

g) नाम या पता आदि में बदलाव।

स्वमूल्यांकन 2
अगर पॉलिसी जारी करते समय उसके कुछ नियमों और शर्तों को संशोधित करने की आवश्यकता होती है, तो ____________ के माध्यम से संशोधन निर्धारित करके ऐसा किया जाता है।

I. वारंटी

II. पृष्ठांकन

III. संशोधन/बदलाव

IV. संशोधन संभव नहीं हैं

स्वमूल्यांकन के उत्तर

उत्तर 1 - सही विकल्प ॥ है।

उत्तर 2 – सही विकल्प ॥ है।

अध्याय H-03

स्वास्थ्य बीमा उत्पाद

अध्याय का परिचय

यह अध्याय आपको भारत में बीमा कंपनियों द्वारा उपलब्ध कराए जाने वाले विभिन्न स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के बारे में गहरी समझ देगा। मेडिक्लेम नामक सिर्फ एक उत्पाद से विभिन्न प्रकार के सैकड़ों उत्पादों तक, ग्राहक के पास सही आवरण चुनने के लिए उत्पाद की एक व्यापक श्रेणी मौजूद है। इस अध्याय में विभिन्न स्वास्थ्य बीमा उत्पादों की विशेषताएं बताई गई हैं, जो व्यक्तियों, परिवार और समूह को आवरण कर सकते हैं।

अध्ययन के परिणाम

A. स्वास्थ्य बीमा उत्पादों का वर्गीकरण

B. स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण पर आईआरडीए के दिशानिर्देश

C. अस्पताल में भर्ती होने के लिए क्षतिपूर्ति उत्पाद

D. टॉप-अप आवरण या उच्च कटौती वाले बीमा प्लान

E. वरिष्ठ नागरिक पॉलिसी

F. निश्चित लाभ आवरण – हॉस्पिटल कैश, गंभीर बीमारी

G. कॉम्बो उत्पाद

H. गरीब तबकों के लिए माइक्रो बीमा और स्वास्थ्य बीमा

I. राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना

J. प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना

K. प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना

L. व्यक्तिगत दुर्घटना और अक्षमता आवरण

M. विदेश यात्रा बीमा

N. समूह स्वास्थ्य आवरण

O. विशेष उत्पाद

P. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की मुख्य शर्तें

इस अध्याय को पढ़ने के बाद, आप ये काम कर पाएंगेः

a) स्वास्थ्य बीमा की विभिन्न श्रेणियों के बारे में समझाना

b) स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण पर आईआरडीएआई के दिशानिर्देशों का वर्णन करना

c) आज भारतीय बाज़ार में उपलब्ध विभिन्न प्रकार के स्वास्थ्य बीमा उत्पादों की चर्चा करना

d) व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा को समझाना

e) विदेश यात्रा बीमा की चर्चा करना

f) स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की मुख्य शर्तों और खंडों को समझना

A. स्वास्थ्य बीमा उत्पादों का वर्गीकरण

1. स्वास्थ्य बीमा उत्पादों का परिचय

परिभाषा

बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 2(6सी) के तहत "स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय" को इस प्रकार परिभाषित किया गया है, "*ऐसे अनुबंधों का प्रभावी होना जो बीमारी लाभ या चिकित्सा, शल्य चिकित्सा (सर्जरी) या अस्पताल के खर्चों के लिए लाभ का प्रावधान करता है, चाहे वह अंतः-रोगी हो या बाह्य-रोगी, यात्रा आवरण और व्यक्तिगत दुर्घटना आवरण*।" आईआरडीएआई स्वास्थ्य बीमा कारोबार की इस परिभाषा को मानता है।

भारतीय बाजार में उपलब्ध स्वास्थ्य बीमा उत्पाद ज्यादातर अस्पताल में भर्ती होने के उत्पादों की प्रकृति के होते हैं। ये उत्पाद अस्पताल में भर्ती होने के दौरान किसी व्यक्ति द्वारा किए गए खर्चों को आवरित करते हैं।

इसलिए स्वास्थ्य बीमा मुख्य रूप से दो वजहों से महत्वपूर्ण है:

- ✓ किसी भी बीमारी के मामले में **चिकित्सा सुविधाओं के लिए भुगतान में वित्तीय सहायता प्रदान करना।**
- ✓ **किसी व्यक्ति की बचत को सुरक्षित करना** जो अन्यथा बीमारी के कारण खत्म हो सकती है।

आज, स्वास्थ्य बीमा खंड काफी हद तक विकसित हो गया है, जिसमें लगभग सभी साधारण बीमा कंपनियों, स्टैंड-अलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियों और जीवन बीमा कंपनियों द्वारा सैकड़ों उत्पाद उपलब्ध कराए जाते हैं। हालांकि, मेडिक्लेम पॉलिसी की मूल लाभ संरचना यानी अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों के विरुद्ध आवरण अभी भी बीमा का सबसे लोकप्रिय रूप है।

2. स्वास्थ्य बीमा उत्पादों का व्यापक वर्गीकरण

उत्पाद का डिज़ाइन चाहे जैसा भी हो, स्वास्थ्य बीमा उत्पादों को मोटे तौर पर दो श्रेणियों में बाँटा जा सकता है:

a) क्षतिपूर्ति आवरण

ये उत्पाद स्वास्थ्य बीमा बाजार के बड़े हिस्से का गठन करते हैं; ये अस्पताल में भर्ती होने के कारण होने वाले वास्तविक चिकित्सा खर्चों के लिए भुगतान करते हैं।

b) निश्चित लाभ आवरण

ये उत्पाद 'हॉस्पिटल कैश' के रूप में भी जाने जाते हैं; ये अस्पताल में भर्ती होने की अवधि के लिए प्रति दिन एक निश्चित राशि का भुगतान करते हैं। कुछ उत्पाद विभिन्न प्रकार की सर्जरी के लिए पहले से तय की गई राशि भी प्रदान करते हैं।

3. ग्राहक खंड के आधार पर वर्गीकरण

उत्पादों को लक्षित ग्राहक खंड के आधार पर भी बाँटा जा सकता है। ग्राहक खंडों के आधार पर वर्गीकृत उत्पाद हैं:

a) **व्यक्तिगत आवरण** जो खुदरा ग्राहकों और उनके परिवार के सदस्यों को दिया जाता है।

b) **सामूहिक आवरण** जो कॉर्पोरेट ग्राहकों को दिया जाता है; यह कर्मचारियों और समूहों के साथ-साथ उनके सदस्यों को आवरित करता है।

c) सरकारी योजनाओं जैसे कि प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना / विभिन्न राज्य स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के लिए **आम जनता की पॉलिसियां**, जो आबादी के बेहद गरीब तबके को आवरित करती हैं।

प्रत्येक खंड के लिए लाभ का ढ़ांचा, मूल्य निर्धारण, जोखिम अंकन और बिक्री के तरीके काफी अलग होते हैं।

स्वास्थ्य बीमा के लिए विनियम: स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के संबंध में स्वास्थ्य विनियम, 2016 में कुछ महत्वपूर्ण बदलाव किए गए हैं, जिनमें से कुछ बदलाव इस प्रकार हैं:

1. जीवन बीमा कंपनियां लंबी अवधि के स्वास्थ्य बीमा उत्पादों की पेशकश कर सकती हैं, लेकिन ऐसे उत्पादों के लिए कम से कम तीन साल के प्रत्येक खंड की अवधि के लिए प्रीमियम में कोई बदलाव नहीं होगा, उसके बाद प्रीमियम की समीक्षा की जा सकती है और आवश्यकता के अनुसार उसे संशोधित किया जा सकता है।
2. गैर-जीवन और स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियां एक वर्ष की न्यूनतम अवधि और तीन वर्ष की अधिकतम अवधि के साथ व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा उत्पादों की पेशकश कर सकती हैं, बशर्ते कि पॉलिसी अवधि के दौरान प्रीमियम में कोई बदलाव न हो।
3. बीमा कंपनियां अभिनव 'पायलट-उत्पाद' की पेशकाश कर सकती हैं। साधारण बीमा कंपनियां और स्वास्थ्य बीमा कंपनियां इन उत्पादों की पेशकश 1 वर्ष की पॉलिसी अवधि के लिए कर सकती हैं, लेकिन 5 वर्ष से अधिक के लिए नहीं। कोई भी बीमा कंपनी एक वर्ष की अवधि के लिए समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां शुरू कर सकती हैं; हालांकि, इसमें क्रेडिट लिंक्ड उत्पाद शामिल नहीं हैं, जहां अवधि को पांच वर्ष तक की ऋण अवधि के लिए बढ़ाया जा सकता है।
4. ऐसे मामलों में कोई भी समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी जारी नहीं की जाएगी जहां सिर्फ बीमा का लाभ उठाने के मुख्य उद्देश्य से समूह का गठन किया गया है। समूह का आकार बीमा कंपनी तय करेगी, जो उसकी सभी समूह पॉलिसियों के लिए लागू होगा और इनकी अवधि कम से कम 7 वर्ष होगी।
5. साधारण बीमा कंपनियां और स्वास्थ्य बीमा कंपनियां क्रेडिट लिंक्ड ग्रुप व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियों की पेशकश भी कर सकती हैं, जिन्हें पांच वर्ष की ऋण अवधि तक बढ़ाया जा सकता है।

6. एकाधिक पॉलिसियां – अगर बीमाधारक ने एक से अधिक बीमा कंपनी से ऐसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां ली हैं जो निश्चित लाभ प्रदान करती हैं, तो प्रत्येक बीमा कंपनी कोई बीमित घटना होने पर, पॉलिसियों के नियमों और शर्तों के अनुसार अन्य समान पॉलिसियों से प्राप्त भुगतानों पर विचार किए बिना दावे का भुगतान करेगी।

   अगर किसी बीमाधारक ने इलाज के खर्चों की क्षतिपूर्ति के लिए एक या अधिक बीमा कंपनियों से एक अवधि के दौरान दो या अधिक पॉलिसियां ली हैं, तो पॉलिसीधारक को अपनी किसी भी पॉलिसी के संदर्भ में अपने दावे के निपटान के लिए पूछने का अधिकार होगा। जिस बीमा कंपनी से दावा किया गया है, वह दावे का भुगतान करेगी और शेष दावा या पहले चुनी गई पॉलिसी/पॉलिसियों के तहत अस्वीकृत दावे अन्य पॉलिसी/पॉलिसियों से भी किए जा सकते हैं, अगर बीमा राशि पहले चुनी गई पॉलिसी/पॉलिसियों में समाप्त न हो गई हो।

B. स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण पर आईआरडीए के दिशानिर्देश

जहां इतनी सारी बीमा कंपनियां कई अलग-अलग प्रकार के उत्पाद प्रदान करती हैं; विभिन्न शर्तों और अपवर्जनों की परिभाषाएं अलग-अलग होती हैं, जिसके कारण बाजार में भ्रम पैदा हुआ। ग्राहक के लिए उत्पादों की तुलना करना और सोच-समझकर निर्णय लेना मुश्किल हो गया। इसके अलावा, गंभीर बीमारी पॉलिसियों में, गंभीर बीमारी का क्या अर्थ है और क्या नहीं, इसकी कोई स्पष्ट समझ नहीं है।

बीमा कंपनियों, सेवा प्रदाताओं, टीपीए और अस्पतालों के बीच भ्रम और बीमा करने वाली जनता की शिकायतों को दूर करने के लिए, नियामक ने स्वास्थ्य बीमा में किसी प्रकार का मानकीकरण करने का प्रयास किया। एक सामान्य समझ के आधार पर, आईआरडीए ने 2016 में स्वास्थ्य बीमा के मानकीकरण से जुड़े दिशानिर्देश जारी किए, जिसे 2020 में और संशोधित किया गया। ये उन सभी साधारण और स्वास्थ्य बीमा कंपनियों पर लागू होते हैं, जो क्षतिपूर्ति आधारित स्वास्थ्य बीमा (व्यक्तिगत दुर्घटना यानी और घरेलू/विदेशी यात्रा को छोड़कर) उत्पादों (व्यक्तिगत और समूह, दोनों) की पेशकश करती हैं।

दिशानिर्देश अब इन चीज़ों के मानकीकरण का प्रावधान करते हैं:

1. आम तौर पर इस्तेमाल की जाने वाली बीमा शब्दावली की परिभाषा
2. गंभीर बीमारियों की परिभाषा
3. अस्पताल में भर्ती होने की क्षतिपूर्ति पॉलिसियों में खर्च के वैकल्पिक मदों की सूची
4. दावा प्रपत्र और पूर्व-प्राधिकार प्रपत्र
5. बिलिंग का फ़ॉर्मेट
6. अस्पतालों से डिस्चार्ज की जानकारी
7. टीपीए, बीमा कंपनियों और अस्पतालों के बीच मानक अनुबंध

8. नई पॉलिसियों के संबंध में आईआरडीएआई की मंज़ूरी पाने के लिए मानक फ़ाइल और उपयोग फ़ॉर्मेट

9. अपवर्जनों का मानकीकरण

10. अपवर्जन जिनकी अनुमति नहीं है

C. अस्पताल में भर्ती होने के लिए क्षतिपूर्ति उत्पाद

अस्पताल में भर्ती होने के लिए क्षतिपूर्ति उत्पाद लोगों को उस खर्च से बचाते हैं जिसकी उन्हें अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में खर्च करने की ज़रूरत हो सकती है। ज्यादातर मामलों में, वे अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के दिनों की एक विशेष संख्या को भी आवरित करते हैं, लेकिन अस्पताल में भर्ती नहीं होने से जुड़े किसी भी खर्च को शामिल नहीं करते हैं।

अस्पताल में भर्ती होने के लिए क्षतिपूर्ति पॉलिसी, जो मेडिक्लेम के रूप में भी लोकप्रिय है, 'क्षतिपूर्ति' के आधार पर काम करती है। यह अस्पताल में भर्ती होने के दौरान होने वाले खर्चों को आवरित करके पॉलिसीधारक की क्षतिपूर्ति करती है। इसमें आवरित नहीं किए गए जाने वाले कुछ खर्चों के बारे में पॉलिसी दस्तावेज़ में बताया जाता है।

उदाहरण

रघु का एक छोटा सा परिवार है, जिसमें उनकी पत्नी और एक 14 साल का बेटा है। उसने एक स्वास्थ्य बीमा कंपनी से अपने परिवार के प्रत्येक सदस्य को आवरण करने वाली एक मेडिक्लेम पॉलिसी ली है, जिसमें प्रत्येक के लिए 1 लाख रुपये का व्यक्तिगत आवरण शामिल है। अस्पताल में भर्ती होने के मामले में, उनमें से प्रत्येक को 1 लाख रुपये तक के चिकित्सा खर्च की क्षतिपूर्ति मिल सकती है।

रघु को दिल का दौरा पड़ने और सर्जरी की ज़रूरत होने के कारण अस्पताल में भर्ती कराया गया। इस पर 1.25 लाख रुपये का मेडिकल बिल बना। बीमा कंपनी ने प्लान के आवरण के अनुसार 1 लाख रुपये का भुगतान किया और शेष 25,000 रुपये की रकम का भुगतान रघु को अपनी जेब से करना पड़ा।

क्षतिपूर्ति आधारित मेडिक्लेम पॉलिसी की मुख्य विशेषताएं नीचे दी गई हैं; हालांकि, आवरण की सीमा में बदलाव, अतिरिक्त अपवर्जन या लाभ या कुछ ऐड-ऑन प्रत्येक बीमा कंपनी द्वारा बेचे गए उत्पादों पर लागू हो सकते हैं।

1. **अंतःरोगी के रूप में अस्पताल में भर्ती होने के खर्चे**

   यह पॉलिसी बीमित व्यक्ति को बीमारी/दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती होने के खर्च का भुगतान करती है। पॉलिसी में अस्पताल में भर्ती होने की न्यूनतम निर्धारित अवधि (आम तौर पर 24 घंटे) होती है, जिसके बाद पॉलिसी के प्रावधान लागू होते हैं। हालांकि, यह अवधि पूरी हो जाने के बाद, पूरी अवधि के लिए खर्चे देय हो जाते हैं।

उपचार से संबंधित अधिकांश खर्चों का भुगतान किया जाता है, फिर भी निजी आराम की चीज़ें, कॉस्मेटिक सर्जरी जैसे कुछ खर्चे इसमें शामिल नहीं होते हैं। इसलिए, ग्राहक के लिए यह महत्वपूर्ण है कि उसे उन खर्चों के अपवर्जित मदों से अवगत कराया जाए जिन्हें पॉलिसी के तहत शामिल नहीं किया गया है।

i. अस्पताल/नर्सिंग होम द्वारा उपलब्ध कराए जाने वाले कमरे, बोर्डिंग और नर्सिंग के खर्चे। इसमें नर्सिंग केयर, आरएमओ शुल्क, आइवी फ्लूड/ब्लड ट्रांसफ्यूजन/इंजेक्शन लगाने के शुल्क और इसी तरह के खर्चे शामिल हैं।

ii. गहन देखभाल इकाई (आईसीयू) के खर्चे।

iii. सर्जन, एनेस्थेटिस्ट, चिकित्सक (मेडिकल प्रैक्टिशनर), सलाहकार, विशेषज्ञ के शुल्क।

iv. एनेस्थेटिक, रक्त, ऑक्सीजन, ऑपरेशन थियेटर शुल्क, सर्जिकल उपकरण।

v. दवाएं और औषधियां।

vi. डायलिसिस, कीमोथेरेपी, रेडियोथेरेपी।

vii. पेसमेकर, आर्थोपेडिक प्रत्यारोपण, इन्फ्रा कार्डियक वाल्व रिप्लेसमेंट, वैस्कुलर स्टेंट जैसी सर्जिकल प्रक्रिया के दौरान लगाए गए कृत्रिम उपकरणों की लागत।

viii. प्रासंगिक लैबोरेटरी/डायग्नोस्टिक परीक्षण और उपचार से संबंधित अन्य चिकित्सा खर्चे।

ix. बीमित व्यक्ति को अंग प्रत्यारोपण के संबंध में दाता को अस्पताल में भर्ती करने पर किए गए खर्चे (अंग की लागत को छोड़कर)।

2. **डे-केयर प्रक्रियाएं**

ऐसी कई तरह की सर्जरी है जिनकी आवश्यकता नहीं होती है, वे विशेष अस्पतालों में की जा सकती हैं। आँखों की सर्जरी, कीमोथेरेपी, डायलिसिस आदि जैसे उपचारों को डे-केयर सर्जरी के तहत वर्गीकृत किया जा सकता है; यह सूची लगातार बढ़ रही है। इन्हें भी पॉलिसी के तहत आवरित किया जाता है।

3. **ओपीडी आवरण**

भारत में आउटपेशेंट (बाह्य-रोगी) खर्चों का आवरण अभी भी बहुत सीमित है; ऐसे कुछ उत्पाद ओपीडी आवरण उपलब्ध करते हैं। हालांकि, कुछ ऐसे प्लान हैं जो बाह्य-रोगी के रूप में आवरित उपचार का प्रावधान करते हैं; इनमें डॉक्टर के दौरे, नियमित चिकित्सा परीक्षण, दंत चिकित्सा और फार्मेसी लागत से संबंधित स्वास्थ्य सेवा के खर्चों का भी प्रावधान होता है।

4. **अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्चे**

i. **अस्पताल में भर्ती होने से पहले के खर्चे**

अस्पताल में भर्ती होने की ज़रूरत या तो आपातकालीन स्थिति में हो सकती है या यह पूर्व नियोजित हो सकता है। अगर कोई मरीज पूर्व नियोजित सर्जरी के लिए जाता है, तो उसे

अस्पताल में भर्ती होने से पहले के खर्चे करने पड़ सकते हैं। इस तरह के खर्चों को अस्पताल में भर्ती होने से पहले के खर्चे कहते हैं।

परिभाषा

इसका मतलब है कि बीमित व्यक्ति के अस्पताल में भर्ती होने से पहले के दिनों की एक पूर्व-निर्धारित संख्या के दौरान किए गए चिकित्सा खर्चे, बशर्ते ये खर्चे बीमित व्यक्ति के अस्पताल में भर्ती होने से ठीक पहले किए गए हों और

a) इस तरह के चिकित्सा खर्चे उसी बीमारी के लिए किए गए हों जिसके लिए बीमित व्यक्ति के अस्पताल में भर्ती होने की ज़रूरत थी, और

b) अस्पताल में भर्ती होने के ऐसे मामलों के लिए, अंतःरोगी अस्पताल में भर्ती होने का दावा बीमा कंपनी स्वीकार करती है।

अस्पताल में भर्ती होने से पहले के खर्चे परीक्षण, दवाओं, डॉक्टरों की फीस आदि के रूप में हो सकते हैं। इस तरह के प्रासंगिक और अस्पताल में भर्ती होने से संबंधित खर्चों को स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के तहत आवरित किया जाता है।

ii. **अस्पताल में भर्ती होने के बाद के खर्चे**

अस्पताल में भर्ती रहने के बाद, ज्यादातर मामलों में, बीमित व्यक्ति के अस्पताल से छुट्टी मिलने के तुरंत बाद रिकवरी और फॉलो-अप से संबंधित खर्चे भी होंगे।

ये दोनों प्रकार के खर्चे स्वीकार किए जाते हैं अगर

a) वे उसी बीमारी के लिए खर्च किए जाते हैं जिसके लिए बीमित व्यक्ति के अस्पताल में भर्ती होने की ज़रूरत थी, और

b) अस्पताल में भर्ती होने के ऐसे मामलों के लिए अंतः-रोगी अस्पताल में भर्ती होने के दावों को बीमा कंपनी स्वीकार करती है।

अस्पताल में भर्ती होने के बाद के खर्चे, अस्पताल में भर्ती होने के बाद निर्धारित दिनों तक की अवधि के दौरान किए गए प्रासंगिक चिकित्सा खर्चे होंगे और उन्हें दावे का हिस्सा माना जाएगा।

अस्पताल में भर्ती होने के बाद के खर्चे, अस्पताल से छुट्टी मिलने के बाद दवाओं, औषधियों, डॉक्टरों की समीक्षा आदि के खर्चों के रूप में हो सकते हैं। इस तरह के खर्चे अस्पताल में किए गए इलाज से संबंधित होने चाहिए और इन्हें स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के तहत आवरित किया जाना चाहिए।

हालांकि, अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्चों के लिए आवरण की अवधि अलग-अलग बीमा कंपनी के मामले में अलग-अलग होगी; इन्हें पॉलिसी में परिभाषित किया जाता है। सबसे आम आवरण अस्पताल में भर्ती होने से तीस दिन पहले और अस्पताल में भर्ती होने के साठ दिन बाद के लिए होता है।

अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्चे समग्र बीमा राशि का हिस्सा होते हैं जिसके लिए पॉलिसी के तहत आवरण दिया जाता है।

iii. आवासीय अस्पताल में भर्ती होना

iv. उन रोगियों के लिए भी एक लाभ उपलब्ध है जिनकी बीमारी के लिए अन्यथा अस्पताल में भर्ती होने की ज़रूरत होती है, लेकिन वे अस्पताल में रहने की व्यवस्था न होने के कारण या अस्पताल ले जाने की स्थिति नहीं होने के कारण घर पर ही उपचार का लाभ उठाते हैं।

इस प्रावधान के दुरुपयोग को रोकने के लिए, इस आवरण में आम तौर पर तीन से पांच दिनों का एक अतिरिक्त खंड होता है, जिसका अर्थ है कि पहले तीन से पांच दिनों के लिए इलाज का खर्च बीमाधारक को उठाना होगा। आवरण में कुछ पुरानी या सामान्य बीमारियों जैसे अस्थमा, ब्रोंकाइटिस, डायबिटीज मेलिटस, उच्च रक्तचाप, इन्फ्लुएंजा, खांसी, सर्दी और बुखार आदि के लिए आवासीय उपचार को शामिल नहीं किया जाता है।

उदाहरण

मीरा ने अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में खर्चों के आवरण के लिए एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी ली थी। पॉलिसी में 30 दिनों की प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि का एक खंड था। दुर्भाग्य से, पॉलिसी लेने के 20 दिन बाद ही, मीरा को मलेरिया हो गया और वह 5 दिनों तक अस्पताल में भर्ती रही। उसे अस्पताल के भारी बिलों का भुगतान करना पड़ा।

जब उसने बीमा कंपनी से खर्चों की प्रतिपूर्ति के लिए कहा, तो कंपनी ने दावे के भुगतान से इनकार कर दिया, क्योंकि अस्पताल में भर्ती होने की घटना पॉलिसी लेने के 30 दिनों की प्रतीक्षा अवधि के भीतर हुई थी।

a) आवरण में उपलब्ध विकल्प

i. **व्यक्तिगत आवरण**: बीमित व्यक्ति अपने परिवार के सदस्यों, जैसे कि पत्नी या पति, आश्रित बच्चों, आश्रित माता-पिता, आश्रित सास-ससुर, आश्रित भाई-बहन आदि के साथ खुद को आवरित कर सकता है। कुछ बीमा कंपनियों के पास आवरित किए जा सकने वाले आश्रितों पर कोई पाबंदी नहीं होती है। एक ही पॉलिसी के तहत ऐसे प्रत्येक आश्रित बीमाधारक को आवरित करना संभव है, जहां प्रत्येक बीमित व्यक्ति के लिए एक अलग बीमा राशि चुनी जाती है। ऐसे आवरणों में, पॉलिसी के तहत बीमित प्रत्येक व्यक्ति पॉलिसी की अवधि के दौरान अपनी बीमा राशि की अधिकतम राशि का दावा कर सकता है। प्रत्येक बीमित व्यक्ति के लिए उसकी आयु और चुनी गई बीमा राशि और किसी अन्य दर-निर्धारण कारक के अनुसार प्रीमियम लिया जाएगा।

ii. **फैमिली फ्लोटर**: फैमिली फ्लोटर पॉलिसी के रूप में जाने जाने वाले वैरिएंट में, पति या पत्नी, आश्रित बच्चों और आश्रित माता-पिता के साथ परिवार को एक ही बीमा राशि की पेशकश की जाती है जो पूरे परिवार के साथ रहती है।

उदाहरण

अगर चार लोगों के परिवार के लिए 5 लाख रुपये की एक फ्लोटर पॉलिसी ली जाती है, तो इसका अर्थ है कि पॉलिसी अवधि के दौरान, यह परिवार के एक से अधिक सदस्य या परिवार के एक सदस्य के कई दावों से संबंधित दावों के लिए भुगतान करेगी। ये सभी दावे एक साथ 5 लाख रुपये के कुल आवरण से अधिक नहीं हो सकते। बीमा के लिए प्रस्तावित परिवार के सबसे बड़े सदस्य की उम्र के आधार पर सामान्य प्रीमियम लिया जाएगा

इन दोनों पॉलिसियों के तहत आवरण और अपवर्जन एक समान होंगे। फैमिली फ्लोटर पॉलिसियां बाजार में लोकप्रिय हो रही हैं, क्योंकि पूरे परिवार को एक समग्र बीमा राशि के लिए आवरण मिलता है, जिसे उचित प्रीमियम पर उच्च स्तर पर चुना जा सकता है।

पहले से मौजूद बीमारियां

बीमा को अप्रत्याशित रूप से होने वाली दुर्घटनाओं/बीमारियों आदि को आवरित करने के लिए तैयार इन किया गया है। मौजूदा चिकित्सा समस्याओं के इलाज की लागत को आवरित करना बीमा का हिस्सा नहीं है, क्योंकि यह स्वस्थ लोगों के लिए अनुचित है, जिन्हें कुछ अन्य लोगों की मौजूदा बीमारियों के लिए भुगतान करना होगा। यह एक समान जोखिमों को आवरित करने वाले जोखिम पूल बनाने के सिद्धांत के खिलाफ जाता है। इसलिए, स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी जारी करने से पहले प्रत्येक बीमित व्यक्ति की मौजूदा बीमारियों/चोटों की जानकारी इकट्ठा करना बहुत महत्वपूर्ण है। इससे बीमा कंपनी को बीमा के प्रस्ताव को स्वीकार करने, उचित प्रीमियम वसूल करने और/या उन लोगों के लिए अतिरिक्त शर्तें लगाने में मदद मिलेगी जिनके दावे करने की संभावना अधिक रहती है।

पहले से मौजूद बीमारी क्या है?

पॉलिसी शुरू होने से 48 महीने के भीतर बीमित व्यक्ति को होने वाली बीमारियों को पहले से मौजूद बीमारियां माना जाता है। इसी तर्क के आधार पर, जब किसी व्यक्ति को लगातार 48 महीनों तक बीमा के लिए आवरित किया जाता है, तो उसके लिए बीमा कंपनियों को पहले से मौजूद बीमारियों को बाहर रखने की अनुमति नहीं होती है।

नवीकरणीयता: हालांकि हेल्थकेयर पॉलिसियों में एक वर्ष का अनुबंध जीवन होता है; और हर साल एक नई पॉलिसी जारी की जानी है, आईआरडीएआई ने सभी पॉलिसियों के लिए आजीवन नवीनीकरण को अनिवार्य कर दिया है।

प्रमुख विशेषताएं

उत्पाद में नई सुविधाएं प्रदान करने के साथ-साथ मूल्य निर्धारण को बनाए रखने के लिए, बीमा कंपनियों ने उत्पादों में अभिनव संशोधन किए हैं। उदाहरण के लिए, मेडिक्लेम पॉलिसी, जो वर्ष 2000 से पहले सबसे लोकप्रिय पॉलिसी थी, उसमें कई बदलाव हुए हैं और आवरण में नई मुख्य्य विशेषताएं जोड़ी गई हैं। मूल क्षतिपूर्ति आवरण में कुछ विशेषताएं जोड़ी गई हैं। ये विशेषताएं

अलग-अलग बीमा कंपनी और अलग-अलग उत्पाद के मामले में भिन्न हो सकती हैं; हो सकता है कि ये सभी उत्पादों के लिए समान रूप से उपलब्ध न हों।

i. उप-सीमाएं और विशेष बीमारी की कैपिंग

कुछ उत्पादों में विशेष बीमारी की कैपिंग होती है, जैसे कि मोतियाबिंद। कुछ उत्पादों में बीमा राशि से जुड़े कमरे के किराये पर उप-सीमाएं होती हैं, जैसे कि प्रति दिन का कमरे का किराया बीमा राशि के 1% और आईसीयू शुल्क बीमा राशि के 2% तक सीमित है। चूंकि आईसीयू शुल्क, ओटी शुल्क और यहां तक कि सर्जन की फीस जैसे अन्य मदों के तहत खर्चे, चुने गए कमरे के प्रकार से जुड़े होते हैं, कमरे के किराये की कैपिंग अन्य मदों के तहत खर्चों को और इस प्रकार अस्पताल में भर्ती होने के कुल खर्चों को सीमित करने में भी मदद करती है।

ii. सह-भुगतान या को-पेमेंट (जिसे को-पे भी कहा जाता है)

सह-भुगतान (को-पेमेंट) को आईआरडीएआई ने एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के तहत लागत साझा करने की आवश्यकता के रूप में परिभाषित किया है जिसमें यह प्रावधान है कि पॉलिसीधारक/बीमाधारक स्वीकार्य दावों की राशि के एक निर्दिष्ट प्रतिशत का खर्च खुद उठाएगा। सह-भुगतान, बीमा राशि को कम नहीं करता है।

सह-भुगतान किसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के तहत प्रत्येक दावे के एक हिस्से का खर्च बीमित व्यक्ति द्वारा उठाए जाने की अवधारणा है। ये उत्पाद के आधार पर, अनिवार्य या स्वैच्छिक हो सकते हैं। सह-भुगतान, बीमित व्यक्ति में अनावश्यक रूप से अस्पताल में भर्ती होने से बचने का एक निश्चित अनुशासन लाता है। यह पक्का करता है कि बीमाधारक अपने स्वास्थ्य देखभाल के विकल्पों का चयन करने में सावधानी बरतता है और विलासिता वाले खर्चों से बचता है।

जब कोई बीमित घटना होती है, तो कई स्वास्थ्य पॉलिसियों में बीमाधारक को बीमित नुकसान के एक हिस्से को साझा करने की आवश्यकता होती है। जैसे कि अगर बीमित नुकसान 20,000 रुपये का है और पॉलिसी में सह-भुगतान की राशि 10% है, तो बीमित व्यक्ति 2,000 रुपये का भुगतान करता है।

iii. कटौती/आधिक्य

जैसा कि अध्याय 5 में बताया गया है, 'कटौती', जिसे 'आधिक्य' भी कहा जाता है, यह खर्च साझा करने का एक प्रावधान है। स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के तहत, यह प्रावधान होता है कि बीमा कंपनी क्षतिपूर्ति पॉलिसियों के मामले में एक निर्धारित रकम के लिए और हॉस्पिटल कैश पॉलिसियों के मामले में निर्धारित दिनों/घंटे के लिए उत्तरदायी नहीं होगी, जो बीमा कंपनी द्वारा देय किसी भी लाभ के भुगतान से पहले लागू होगी। स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में, बीमा कंपनी द्वारा दावे का भुगतान करने से पहले बीमाधारक को शुरू में एक निश्चित धनराशि भुगतान करना आवश्यक होता है। जैसे कि अगर किसी पॉलिसी में कटौती 10,000 रुपये की है, तो बीमित व्यक्ति प्रत्येक बीमित नुकसान के दावे में पहले 10,000 रुपये का भुगतान करता है। उदाहरण के लिए, अगर दावा 80,000 रुपये के लिए है, तो बीमाधारक पहले 10,000 रुपये का खर्च उठाएगा और बीमा कंपनी 70,000 रुपये का भुगतान करेगी। कटौती, बीमा राशि को कम नहीं करती है।

हॉस्पिटल कैश पॉलिसियों के मामले में कटौती दिनों/घंटों की एक निर्धारित संख्या भी हो सकती है, जो बीमा कंपनी द्वारा देय किसी भी लाभ से पहले लागू होगी।

एजेंट को यह जांच करनी चाहिए और बीमाधारक को सूचित करना चाहिए कि क्या कटौती प्रति वर्ष, प्रति जीवन या प्रति घटना लागू होगी और विशेष कटौती क्या होगी।

iv. प्रतीक्षा अवधि

पॉलिसी की शुरुआत से 30 दिनों की प्रतीक्षा अवधि आम तौर पर कोई भी दावा करने के लिए अधिकांश पॉलिसियों पर लागू होती है। हालांकि यह दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती होने के मामले में लागू नहीं होगी।

v. विशेष बीमारियों के लिए प्रतीक्षा अवधि

यह उन बीमारियों के लिए लागू होती है जिनके उपचार में देरी की जा सकती है और योजना बनाई जा सकती है। उत्पाद के आधार पर बीमा कंपनियां एक/दो/चार साल की प्रतीक्षा अवधि लागू करती हैं; यह अवधि पूरी होने के बाद ही इन बीमारियों के लिए दावों का भुगतान किया जाता है। ऐसी कुछ बीमारियां हैं: मोतियाबिंद, मामूली प्रोस्टेटिक हाइपरट्रॉफी, मेनोरेजिया या फाइब्रोमायोमा के लिए हिस्टेरेक्टॉमी, हर्निया, हाइड्रोसील, जन्मजात आंतरिक रोग, गुदा में फिस्टुला, बवासीर, साइनसाइटिस और संबंधित समस्याएं आदि।

vi. डे-केयर प्रक्रिया के लिए आवरण

जैसी कि पहले चर्चा की जा चुकी है, चिकित्सा विज्ञान की प्रगति के साथ बड़ी संख्या में प्रक्रियाओं को डे-केयर श्रेणी के तहत शामिल किया गया है।

vii. पॉलिसी से पहले चेकअप की लागत

चिकित्सा जांच का खर्च पहले संभावित ग्राहकों को उठाना पड़ता था। अब बीमा कंपनी लागत की प्रतिपूर्ति करती है, बशर्ते प्रस्ताव को जोखिम अंकन के लिए स्वीकार किया गया हो; प्रतिपूर्ति 50% से 100% तक भिन्न होती है। अब आईआरडीएआई ने यह भी अनिवार्य कर दिया है कि बीमा कंपनी स्वास्थ्य जांच के खर्चों का कम से कम 50% खुद वहन करेगी।

viii. ऐड-ऑन आवरण

कुछ बीमा कंपनियों ने ऐड-ऑन आवरण नामक कई नए अतिरिक्त आवरण पेश किए हैं। उनमें से कुछ हैं:

- ✓ **मैटरनिटी आवरण**: पहले खुदरा या रिटेल पॉलिसियों के तहत मैटरनिटी (मातृत्व) आवरित करने की पेशकश नहीं की जाती थी, लेकिन अब ज्यादातर बीमा कंपनियां अलग-अलग प्रतीक्षा अवधि के साथ यह आवरण उपलब्ध कराती है।
- ✓ **गंभीर बीमारी आवरण**: कुछ ऐसी बीमारियों के लिए उच्च स्तरीय उत्पादों के तहत एक विकल्प के रूप में यह आवरण उपलब्ध है, जो जीवन के लिए खतरा बनती हैं और जहां महंगे उपचार की आवश्यकता होती है।

- ✓ **बीमा राशि का पुनर्स्थापन**: दावे के भुगतान के बाद, बीमा राशि (जो किसी दावे के भुगतान पर कम हो जाती है) को अतिरिक्त प्रीमियम का भुगतान करके मूल सीमा तक बहाल किया जा सकता है।
- ✓ **आयुष यानी आयुर्वेद - योग - यूनानी - सिद्ध – होम्योपैथ के लिए कवरेज**: कुछ पॉलिसियां अस्पताल में भर्ती होने के खर्च के एक निश्चित प्रतिशत तक आयुष उपचार के खर्च को आवरित करती हैं।

ix. मूल्य वर्धित आवरण

कुछ क्षतिपूर्ति उत्पादों में नीचे बताए गए अनुसार मूल्य वर्धित आवरण शामिल होते हैं। पॉलिसी की अनुसूची में प्रत्येक आवरण के लिए निर्दिष्ट बीमा राशि की सीमा तक लाभ देय होते हैं, जो कुल बीमा राशि से अधिक नहीं होता है।

- ✓ **आउटपेशेंट आवरण**: भारत में स्वास्थ्य बीमा उत्पाद ज्यादातर केवल रोगी के अस्पताल में भर्ती होने के खर्च को आवरित करते हैं। कुछ कंपनियां अब कुछ हाई-एंड प्लान के तहत आउटपेशेंट (बाह्य-रोगी) खर्चों के लिए सीमित आवरण की पेशकश करती हैं।
- ✓ **अस्पताल कैश**: यह एक निर्दिष्ट अवधि तक अस्पताल में भर्ती होने के प्रत्येक दिन के लिए निश्चित एकमुश्त भुगतान का प्रावधान करता है। आम तौर पर 2/3 दिनों की कटौती वाली पॉलिसियों को छोड़कर, यह अवधि 7 दिनों के लिए दी जाती है। इस प्रकार, लाभ तभी ट्रिगर होगा जब अस्पताल में भर्ती होने की अवधि कटौती की अवधि से अधिक हो। यह अस्पताल में भर्ती होने के दावे के अतिरिक्त है, लेकिन पॉलिसी की कुल बीमा राशि के भीतर या एक अलग उप-सीमा के साथ हो सकता है।
- ✓ **रिकवरी लाभ**: बीमारी और/या दुर्घटना के कारण अस्पताल में रहने की कुल अवधि 10 दिनों से कम नहीं होने पर एकमुश्त लाभ का भुगतान किया जाता है।
- ✓ **डोनर के खर्चे**: पॉलिसी में परिभाषित नियमों और शर्तों के अनुसार, प्रमुख अंग प्रत्यारोपण के मामले में, पॉलिसी में डोनर के खर्चों की प्रतिपूर्ति का प्रावधान होता है।
- ✓ **एम्बुलेंस की प्रतिपूर्ति**: बीमाधारक/बीमित व्यक्ति द्वारा एम्बुलेंस पर किए गए खर्च की प्रतिपूर्ति पॉलिसी की अनुसूची में निर्दिष्ट एक निश्चित सीमा तक की जाती है।
- ✓ **अस्पताल में साथ जाने वाले व्यक्ति के लिए खर्चे**: इसका उद्देश्य अस्पताल में भर्ती होने की अवधि के दौरान बीमित रोगी की देखभाल के लिए साथ रहने वाले व्यक्ति के भोजन, परिवहन आदि पर किए गए खर्चों को आवरित करना है। पॉलिसी की शर्तों के अनुसार एकमुश्त भुगतान या प्रतिपूर्ति भुगतान पॉलिसी की अनुसूची में निर्दिष्ट सीमा तक किया जाता है।
- ✓ **परिवार की परिभाषा**: कुछ स्वास्थ्य बीमा उत्पादों में परिवार की परिभाषा में बदलाव आया है। इससे पहले, प्राथमिक बीमाधारक, पति या पत्नी, आश्रित बच्चों को आवरण दिया जाता था। अब ऐसी पॉलिसियां हैं जहां माता-पिता और ससुराल वालों को भी एक ही पॉलिसी के तहत आवरण दिया जा सकता है।

x. चिकित्सा सलाह लेने या उसका पालन करने में विफल रहना या उपचार की व्यवस्था का पालन करने में विफल रहना

शुरुआत में, पहले से मौजूद बीमारियों से पीड़ित व्यक्तियों को स्वास्थ्य बीमा आवरण देने से इनकार किया जाता था। ऐसे मामलों में अब ऐसी बीमारियों को छोड़कर आवरण की पेशकश की जा रही है।

मानक स्वास्थ्य बीमा उत्पाद - आरोग्य संजीवनी: कोविड-19 महामारी की पृष्ठभूमि में, आईआरडीएआई ने सभी बीमा कंपनियों को आरोग्य संजीवनी नामक एक मानक स्वास्थ्य उत्पाद लाने के लिए कहा, जिसमें नियमों और शर्तों में कोई बदलाव न हो, ताकि इसे समझना आसान हो सके। हालांकि, प्रीमियम प्रत्येक कंपनी की मूल्य निर्धारण नीति के अनुसार भिन्न हो सकता है। यह बाजार में स्वास्थ्य बीमा की बेहतर पहुंच पक्की करने के लिए है। सभी बीमा कंपनियों को आरोग्य संजीवनी नामक इस उत्पाद की पेशकश करना आवश्यक है। [इस कदम का संदर्भ यह था कि बाजार में अलग-अलग स्वास्थ्य बीमा उत्पाद उपलब्ध थे और ग्राहक उनकी तुलना करने में सक्षम नहीं थे, जिससे भ्रम पैदा होता था।]

आरोग्य संजीवनी बीमा पॉलिसी के तहत ये दो प्रकार के प्लान उपलब्ध हैं:

- **व्यक्तिगत प्लान**: एक अकेला पॉलिसीधारक आरोग्य संजीवनी पॉलिसी का लाभार्थी होगा।
- **फैमिली फ्लोटर प्लान**: पॉलिसीधारक के परिवार के कई सदस्य आरोग्य संजीवनी योजना के लाभार्थी बन सकते हैं।

यह उत्पाद कमरे के किराये और आईसीयू शुल्क पर कैपिंग के साथ आता है, लेकिन इसमें 50% कैपिंग के साथ आधुनिक उपचार और स्टेम सेल थेरेपी भी शामिल है।

D. टॉप-अप आवरण या उच्च कटौती वाले बीमा प्लान

टॉप-अप आवरण को उच्च कटौती पॉलिसी के रूप में भी जाना जाता है। बीमा कंपनियों की टॉप-अप पॉलिसियां, एक निर्दिष्ट राशि (जिसे थ्रेशोल्ड कहा जाता है) से अधिक बीमा राशि के लिए आवरण प्रदान करती हैं। यह पॉलिसी कम बीमा राशि वाले मूल स्वास्थ्य आवरण के साथ काम करती है और तुलनात्मक रूप से उचित प्रीमियम पर आती है। उदाहरण के लिए, अपने नियोक्ताओं द्वारा आवरित लोग अतिरिक्त सुरक्षा के लिए टॉप-अप आवरण का विकल्प भी चुन सकते हैं (जहां पहली पॉलिसी की बीमा राशि को थ्रेशोल्ड के रूप में रखा जाता है)।

टॉप-अप पॉलिसी के तहत दावा प्राप्त करने के योग्य होने के लिए, चिकित्सा लागत प्लान के तहत चुनी गई कटौती (या थ्रेशोल्ड) के स्तर से अधिक होनी चाहिए; उच्च कटौती वाले प्लान के तहत प्रतिपूर्ति खर्च की गई राशि यानी कटौती से अधिक राशि होगी।

उदाहरण

एक व्यक्ति को उसके नियोक्ता द्वारा 3 लाख रुपये की बीमा राशि के लिए आवरित किया जाता है। वह तीन लाख रुपये के अतिरिक्त 10 लाख रुपये की टॉप-अप पॉलिसी का विकल्प चुन

सकता है। अगर एक बार अस्पताल में भर्ती होने का खर्च 5 लाख रुपये है, मूल पॉलिसी सिर्फ तीन लाख रुपये तक आवरित करेगी। टॉप-अप आवरण के साथ, टॉप-अप पॉलिसी द्वारा बाकी के दो लाख रुपये की रकम का भुगतान किया जाएगा।

टॉप-अप पॉलिसियां सस्ती होती हैं। 10 लाख रुपये की एक अकेली पॉलिसी की लागत तीन लाख रुपये के अतिरिक्त 10 लाख रुपये की टॉप-अप पॉलिसी के मुकाबले कहीं अधिक होगी।

ये आवरण व्यक्तिगत आधार पर और परिवार के आधार पर उपलब्ध होते हैं; टॉप-अप प्लान के लिए अस्पताल में भर्ती होने की हर एक घटना में कटौती की राशि को पार करना आवश्यक होता है। हालांकि, कुछ टॉप-अप प्लान जो पॉलिसी अवधि के दौरान लगातार कई बार अस्पताल में भर्ती होने के बाद कटौती को पार करने की अनुमति देते हैं, उन्हें भारतीय बाजार में समग्र आधारित उच्च कटौती प्लान या सुपर टॉप-अप आवरण के रूप में जाना जाता है। एक सुपर टॉप-अप प्लान कटौती की राशि से ऊपर अस्पताल में भर्ती होने के सभी बिलों (सुपर टॉप-अप प्लान की सीमा तक) को आवरित करता है, अर्थात कटौती एक वर्ष में होने वाले कुल दावों पर लागू होती है। इस प्रकार, एक बार कटौती का भुगतान हो जाने के बाद, प्लान बाद के दावों के लिए चालू हो जाता है।

E. वरिष्ठ नागरिक पॉलिसी

यह प्लान उन बुजुर्ग लोगों को आवरण प्रदान करने के लिए तैयार किए गए हैं जिन्हें अक्सर निश्चित आयु के बाद आवरित से इनकार कर दिया गया था (उदाहरण के लिए, 60 वर्ष से अधिक आयु के लोग)। आवरण और अपवर्जनों का ढ़ांचा अस्पताल में भर्ती होने की पॉलिसियों की तरह है।

आवरण और प्रतीक्षा अवधि निर्धारित करने में बुजुर्ग व्यक्ति की बीमारियों पर विशेष ध्यान दिया जाता है। प्रवेश की आयु ज्यादातर 60 वर्ष के बाद होती है और पॉलिसी को आजीवन नवीनीकृत किया जा सकता है। बीमा राशि 50,000 रुपये से लेकर 5,00,000 रुपये तक होती है। कुछ बीमारियों के लिए लागू प्रतीक्षा अवधि अलग-अलग होती है।

उदाहरण: मोतियाबिंद के मामले में एक बीमा कंपनी के लिए 1 वर्ष की प्रतीक्षा अवधि और किसी अन्य बीमा कंपनी के लिए 2 वर्ष की प्रतीक्षा अवधि हो सकती है।

उदाहरण: साइनसाइटिस कुछ बीमा कंपनियों के प्रतीक्षा अवधि खंड में नहीं आता है, लेकिन कुछ अन्य कंपनियां इसे अपने प्रतीक्षा अवधि खंड में शामिल करती हैं।

कुछ पॉलिसियों में पहले से मौजूद बीमारियों के संबंध में प्रतीक्षा अवधि या कैपिंग होती है। अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्चों का भुगतान अस्पताल के दावों के प्रतिशत के रूप में या एक उप-सीमा तक (जो भी अधिक हो) किया जाता है। कुछ पॉलिसियों में वे विशेष क्षतिपूर्ति प्लान के अनुसार चलते हैं, जैसे कि खर्च 30/60 दिनों या 60/90 दिनों की निर्दिष्ट अवधि के भीतर होने वाले खर्चे।

आईआरडीएआई ने यह अनिवार्य किया है कि सभी स्वास्थ्य बीमा कंपनियां और टीपीए वरिष्ठ नागरिकों के स्वास्थ्य बीमा संबंधी दावों और शिकायतों को दूर करने के लिए एक अलग चैनल स्थापित करेंगे।

F. निश्चित लाभ आवरण – हॉस्पिटल आवरण, गंभीर बीमारी

इस आवरण के तहत, बीमित व्यक्ति को दावा राशि के रूप में एक निश्चित राशि मिलती है, भले ही उसके द्वारा नामित उपचार के लिए खर्च की गई राशि कुछ भी हो। इस उत्पाद में, आम तौर पर होने वाले उपचारों को ईएनटी, नेत्र विज्ञान, प्रसूति और स्त्री रोग आदि जैसे खंडों के तहत रखा गया है; इनमें से प्रत्येक के लिए अधिकतम भुगतान की रकम पॉलिसी में निर्धारित होती है।

ये पॉलिसियां सरल होती हैं, क्योंकि केवल अस्पताल में भर्ती होने का प्रमाण और पॉलिसी के तहत बीमारी का आवरण दावे पर कार्रवाई करने के लिए पर्याप्त होता है। कुछ उत्पाद निश्चित लाभ आवरण के साथ दैनिक नकद लाभ का पैकेज भी देते हैं।

ऐसी सर्जरी/उपचार के लिए एक निश्चित राशि का भुगतान करने का प्रावधान किया जाता है, जो पॉलिसी में नामित सूची में शामिल नहीं होते हैं। पॉलिसी अवधि के दौरान विभिन्न उपचारों के लिए कई दावे संभव होते हैं। हालांकि, दावे आख़िरकार पॉलिसी के तहत चुनी गई बीमा राशि तक सीमित होते हैं।

निश्चित लाभ वाली कुछ बीमा योजनाएं हैं:

- ✓ अस्पताल दैनिक कैश बीमा प्लान
- ✓ गंभीर बीमारी बीमा प्लान

1. अस्पताल दैनिक कैश पॉलिसी

a) प्रति दिन की रकम की सीमा

अस्पताल कैश आवरण अस्पताल में भर्ती होने के प्रत्येक दिन के लिए बीमित व्यक्ति को एक निश्चित राशि प्रदान करता है। प्रति दिन का कैश आवरण (उदाहरण के लिए) 1,500 रुपये प्रति दिन से 5,000 रुपये प्रति दिन तक या उससे भी अधिक के लिए भिन्न हो सकता है। हर बीमारी और पॉलिसी की अवधि के लिए (जो आम तौर पर एक वार्षिक पॉलिसी होती है) दैनिक नकद भुगतान पर एक ऊपरी सीमा प्रदान की जाती है।

b) भुगतान के दिनों की संख्या

इस पॉलिसी के कुछ वैरिएंट में, डेली कैश के लिए अनुमत दिनों की संख्या उस बीमारी से जुड़ी होती है जिसका इलाज किया जा रहा है। उपचार की एक विस्तृत सूची और हर बार ठहरने की अवधि निर्धारित की गई है, जो प्रत्येक प्रकार की प्रक्रिया/बीमारी के लिए अनुमत दैनिक नकद लाभ को सीमित करती है।

c) स्टैंडअलोन आवरण या ऐड-ऑन आवरण

हॉस्पिटल डेली कैश पॉलिसी कुछ बीमा कंपनियों की स्टैंडअलोन पॉलिसी के रूप में उपलब्ध है, जबकि अन्य मामलों में यह नियमित क्षतिपूर्ति पॉलिसी पर एक ऐड-ऑन आवरण है। ये पॉलिसियां बीमाधारक को आकस्मिक खर्चों को आवरित करने में मदद करती हैं, क्योंकि इसमें एक निश्चित राशि भुगतान की जाती है और यह भुगतान उपचार की वास्तविक लागत से संबंधित नहीं होता है। यह क्षतिपूर्ति आधारित स्वास्थ्य बीमा योजना के तहत प्राप्त किसी भी आवरण के अतिरिक्त पॉलिसी के तहत भुगतान प्रदान करने की भी अनुमति देता है।

d) पूरक आवरण

ये पॉलिसियां एक समान्य अस्पताल के खर्चों वाली पॉलिसी का पूरक बन सकती हैं, क्योंकि यह किफायती होती है; ये आकस्मिक खर्चों के लिए और क्षतिपूर्ति पॉलिसी के तहत देय नहीं होने वाले खर्चों के लिए भी मुआवजा प्रदान करती है, जैसे कि अपवर्जन, सह-भुगतान आदि।

e) आवरण के अन्य फायदे

बीमा कंपनी के नज़रिए से, इस योजना के कई फायदे हैं, क्योंकि यह ग्राहक को समझाना आसान है और इसलिए इसे अधिक आसानी से बेचा जा सकता है। यह चिकित्सा संबंधी महंगाई को मात देती है, क्योंकि अस्पताल में भर्ती होने की अवधि के लिए प्रति दिन एक निश्चित राशि का भुगतान किया जाता है, चाहे वास्तविक खर्च जितना भी हो। साथ ही, ऐसे बीमा आवरणों की स्वीकृति और दावों का निपटान बहुत आसान होता है।

2. गंभीर बीमारी पॉलिसी

चिकित्सा विज्ञान में प्रगति के साथ, लोग कैंसर, स्ट्रोक और दिल का दौरा आदि जैसी कुछ प्रमुख बीमारियों से बच रहे हैं, जिनके कारण पहले के समय में मृत्यु हो जाती थी। हालांकि, एक बड़ी बीमारी से बचने के लिए इलाज के साथ-साथ इलाज के बाद रहने के लिए भी भारी खर्च करना पड़ता है। गंभीर बीमारी की शुरुआत से व्यक्ति की वित्तीय सुरक्षा को खतरा होता है। ऐसे मामलों में सभी चिकित्सा लागतों को आवरित करने के लिए एक बुनियादी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी पर्याप्त नहीं हो सकती।

गंभीर बीमारी पॉलिसी में कुछ नामित गंभीर बीमारी का पता चलने पर एकमुश्त राशि भुगतान करने का प्रावधान है। बड़े खर्चों का ध्यान रखने के हिसाब से बीमा राशि अधिक होती है।

भारत में, गंभीर बीमारी (सीआई) लाभ आम तौर पर जीवन बीमा कंपनियों द्वारा जीवन बीमा पॉलिसियों के राइडर के रूप में बेची जाती हैं; वे दो प्रकार के आवरण उपलब्ध कराती हैं - एक्सेलरेटेड सीआई लाभ प्लान और स्टैंडअलोन सीआई लाभ प्लान। भ्रम से बचने के लिए, आईआरडीए स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देशों के तहत 22 सबसे आम गंभीर बीमारियों की परिभाषाओं को मानकीकृत किया गया है।

बीमा कंपनियों और उत्पादों में आवरित की जाने वाली गंभीर बीमारियां अलग-अलग हैं। आम तौर पर, गंभीर बीमारी का पता चलने पर बीमा राशि का 100% भुगतान किया जाता है। कुछ मामलों

में पॉलिसी के नियमों एवं शर्तों और बीमारी की गंभीरता के आधार पर मुआवजा बीमा राशि के 25% से 100% तक भिन्न हो सकता है।

पॉलिसी के तहत किसी भी लाभ के देय होने के लिए, पॉलिसी की शुरुआत से 90 दिनों की प्रतीक्षा अवधि और बीमारी का पता चलने के बाद 30 दिनों का उत्तरजीविता खंड होता है। विशेष रूप से 45 वर्ष से अधिक आयु के लोगों के लिए कठोर चिकित्सा परीक्षण करवाना ज़रूरी होता है।

किसी भी बीमित व्यक्ति के संबंध में पॉलिसी के तहत मुआवजे का भुगतान करने के बाद, पॉलिसी समाप्त हो जाती है। यह पॉलिसी समूहों को भी प्रदान की जाती है, विशेष रूप से कॉरपोरेट जो अपने कर्मचारियों के लिए पॉलिसियां लेते हैं।

विशेष बीमारी से जुड़े उत्पाद- कोरोना कवच

जून 2020 में, जब देश कोरोना वायरस संक्रमण (कोविड-19) के कई मामलों का सामना कर रहा था, बाजार ने कई लाभ आधारित उत्पादों की शुरुआत की, जो कोविड-19 पॉजिटिव का पता चलने पर एकमुश्त भुगतान करते हैं। बाद में, कुछ कंपनियों ने क्षतिपूर्ति आधारित उत्पाद भी शुरू किए। हालांकि, पीपीई किट, ऑक्सीमीटर आदि जैसे कई उपभोक्ता सामान और क्वारंटीन करने के खर्चे भी थे, जिनका इन उत्पादों में ध्यान नहीं रखा गया था।

आईआरडीएआई दो मानक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां लेकर आया, जिन्हें *कोरोना कवच* और *कोरोना रक्षक* (जिनकी चर्चा जीवन बीमा खंड में अलग से की गई है) कहा जाता है। जहां साधारण और स्वास्थ्य बीमा कंपनियों के लिए क्षतिपूर्ति-आधारित मानक कोविड-19 उत्पाद के रूप में *कोरोना कवच* उपलब्ध कराना अनिवार्य है, वहीं लाभ-आधारित उत्पाद की पेशकश करने वाला *कोरोना रक्षक*, सभी बीमा कंपनियों के लिए वैकल्पिक है। दोनों उत्पादों की प्रतीक्षा अवधि 15 दिनों की है।

कोरोना रक्षक एक मानक लाभ आधारित स्वास्थ्य बीमा है जिसे कोविड-19 से प्रभावित बीमाधारकों को एकमुश्त लाभ देने के लिए तैयार किया गया है; इसके लिए कम से कम 72 घंटों की निरंतर अवधि के लिए अस्पताल में भर्ती होना आवश्यक है। यह प्लान 18 वर्ष से 65 वर्ष की आयु के लोगों के लिए व्यक्तिगत आधार पर एकमुश्त लाभ पॉलिसी के रूप में 3.5 महीने, 6.5 महीने और 9.5 महीने की विभिन्न पॉलिसी शर्तों के साथ आवरण प्रदान करता है; लाभ का भुगतान होने पर पॉलिसी समाप्त हो जाती है। *कोरोना रक्षक* 50,000 के गुणकों में, 50,000 रुपये से लेकर 2.5 लाख रुपये तक बीमा राशि के विकल्प प्रदान करता है। पॉलिसी इन चीज़ों का प्रावधान करती है: (i) पूर्ण बीमा राशि लाभ, (ii) किफायती प्रीमियम, (iii) दावे की एकमुश्त राशि, (iv) 15 दिनों की छोटी प्रतीक्षा अवधि और (v) कर लाभ।

कोरोना कवच जून 2020 में आईआरडीएआई द्वारा जारी दिशानिर्देशों के तहत ये आवरण प्रदान करता है:

1. सरकार द्वारा अधिकृत डायग्नोसिस सेंटर में कोविड-19 पॉजिटिव का पता चलने पर, कोविड-19 के उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों में इन चीज़ों को आवरित किया

जाता है: (कम से कम 24 घंटे की अवधि के लिए अस्पताल में भर्ती होने के खर्चे स्वीकार्य होते हैं।)

a. अस्पताल/नर्सिंग होम द्वारा उपलब्ध कराए गए कमरे, बोर्डिंग, नर्सिंग के खर्चे।

b. सर्जन, एनेस्थेटिस्ट, चिकित्सक (मेडिकल प्रैक्टिशनर), परामर्शदाता, विशेषज्ञ की फीस।

c. एनेस्थेसिया, रक्त, ऑक्सीजन, ऑपरेशन थियेटर शुल्क, सर्जिकल उपकरण, वेंटिलेटर शुल्क, दवाएं और ड्रग्स, डायग्नोसिस की लागत, डायग्नोस्टिक इमेजिंग के तौर-तरीके, पीपीई किट, दस्ताने, मास्क और इसी तरह के अन्य खर्चे।

d. गंभीर देखभाल इकाई (आईसीयू) / गंभीर हृदय देखभाल इकाई (आईसीसीयू) के खर्चे।

e. हर बार अस्पताल में भर्ती होने पर सड़क एम्बुलेंस पर होने वाला अधिकतम 2000/- रुपये का खर्च।

2. होम केयर ट्रीटमेंट (घर में देखभाल वाला उपचार) के खर्चे, जहां हर घटना के लिए अधिकतम 14 दिनों तक घर पर उपचार कराने के लिए इन शर्तों (संपूर्ण नहीं) का पालन करना ज़रूरी है:

   a. चिकित्सक बीमित व्यक्ति को घर पर उपचार कराने की सलाह देता है।

   b. चिकित्सक द्वारा हर दिन स्वास्थ्य की स्थिति की निरंतर निगरानी और दिए गए उपचार की जांच की जाती है।

3. इलाज करने वाले चिकित्सक द्वारा निर्धारित और कोविड के उपचार से संबंधित अन्य खर्चों को आवरित किया जाता है;

   a. घर पर या डायग्नोस्टिक सेंटर में किए गए डायग्नोस्टिक टेस्ट

   b. लिखित रूप में निर्धारित दवाएं

   c. चिकित्सक के परामर्श शुल्क

   d. चिकित्सा कर्मी से संबंधित नर्सिंग शुल्क

   e. दवाओं के पैरेंट्रल एडमिनिस्ट्रेशन तक सीमित चिकित्सा प्रक्रियाएं

   f. पल्स ऑक्सीमीटर, ऑक्सीजन सिलेंडर और नेबुलाइजर की कीमत

अतिरिक्त आवरण – हॉस्पिटल डेली कैश: बीमा कंपनी इस पॉलिसी के तहत स्वीकार्य अस्पताल में भर्ती होने के दावे के बाद, कोविड के इलाज के लिए लगातार अस्पताल में भर्ती होने के प्रत्येक 24 घंटे के लिए प्रति दिन बीमा राशि का 0.5% भुगतान करेगी।

मानक वेक्टर जनित रोग स्वास्थ्य पॉलिसी:

आईआरडीएआई ने 3 फरवरी 2021 के दिशानिर्देशों के आधार पर निर्णय लिया कि वेक्टर जनित रोगों के लिए मानक उत्पाद ये आवरण प्रदान करेंगेः

1. **अस्पताल में भर्ती होने का लाभ**: बीमा राशि के 100% के बराबर एकमुश्त लाभ इनमें से किसी भी वेक्टर जनित रोग(रोगों) के लिए पॉजिटिव होने का पता चलने पर देय होगा, जहां कम से कम 72 घंटे की निरंतर अवधि के लिए अस्पताल में भर्ती होना आवश्यक है।

   a) डेंगू बुखार

   b) मलेरिया

   c) फाइलेरिया (लिम्फैटिक फाइलेरिया)

   d) कालाज़ार

   e) चिकनगुनिया

   f) जापानी इंसेफेलाइटिस

   g) जीका वायरस

2. **डायग्नोसिस आवरण**: आवरण की अवधि के दौरान, आवरित किए गए प्रत्येक वेक्टर जनित रोग के लिए पहली बार पॉजिटिव होने का पता चलने पर (प्रयोगशाला जांच के माध्यम से और चिकित्सक से पुष्टि होने पर) पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अधीन बीमा राशि का 2% देय होगा। पॉलिसीधारक पॉलिसी वर्ष में केवल एक बार प्रत्येक बीमारी के लिए "डायग्नोसिस आवरण" भुगतान के तहत भुगतान पाने का हकदार है।

G. कॉम्बो-उत्पाद

हेल्थ प्लस लाइफ कॉम्बो उत्पाद जीवन बीमा कंपनी के जीवन बीमा आवरण और गैर-जीवन और/या स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनी द्वारा उपलब्ध कराए गए स्वास्थ्य बीमा आवरण के संयोजन की सुविधा देते करते हैं।

इस उत्पाद को व्यक्तिगत बीमा पॉलिसी और समूह बीमा, दोनों आधार पर उपलब्ध कराया जा सकता है। हालांकि, स्वास्थ्य बीमा फ्लोटर पॉलिसियों के संबंध में, परिवार के कमाऊ सदस्यों में से किसी एक के जीवन पर शुद्ध टर्म जीवन बीमा आवरण की अनुमति है; कमाऊ सदस्य स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी का प्रस्तावक भी होता है; यह उत्पाद बीमा योग्य हित और संबंधित बीमा कंपनियों के अन्य लागू जोखिम अंकन मानकों के अधीन दिया जाता है।

पैकेज पॉलिसियां

पैकेज या अम्ब्रेला आवरण, एक ही दस्तावेज़ में आवरणों का संयोजन प्रदान करते हैं।

स्वास्थ्य बीमा में पैकेज पॉलिसी के उदाहरणों में गंभीर बीमारी आवरण के लाभों को क्षतिपूर्ति पॉलिसियों और यहां तक कि जीवन बीमा पॉलिसियों और हॉस्पिटल डेली कैश लाभों को क्षतिपूर्ति पॉलिसियों के साथ जोड़ना शामिल है।

यात्रा बीमा:

यात्रा बीमा पॉलिसी को पैकेज पॉलिसी के रूप में भी उपलब्ध कराया जाता है, जिसमें न केवल स्वास्थ्य बीमा बल्कि दुर्घटना में मृत्यु/अक्षमता लाभ के साथ-साथ बीमारी/दुर्घटना के कारण होने वाले चिकित्सा खर्चों और चेक-इन बैगेज के नुकसान या आने में देरी, पासपोर्ट और दस्तावेजों के खोने, संपत्ति/व्यक्तिगत क्षति के लिए तीसरे पक्ष की देयता, यात्रा रद्द होने और यहां तक कि अपहरण आवरण भी पारंपरिक तौर पर यात्रा पॉलिसियों के तहत उपलब्ध कराया जाता है। (यात्रा बीमा की ज़्यादा जानकारी आगे दी गई है।)

H. गरीब तबके के लिए माइक्रो बीमा और स्वास्थ्य बीमा

माइक्रो-बीमा उत्पादों को विशेष रूप से ग्रामीण और अनौपचारिक क्षेत्रों के कम आय वाले लोगों की सुरक्षा के उद्देश्य से तैयार किया गया है। यह किफायती प्रीमियम और लाभ पैकेज के साथ एक कम मूल्य वाला उत्पाद है। माइक्रो-बीमा आईआरडीए माइक्रो-बीमा विनियम, 2005 द्वारा नियंत्रित होता है।

इस तरह के आवरण ज्यादातर समूह के आधार पर, विभिन्न सामुदायिक संगठन या गैर-सरकारी संगठन (एनजीओ) अपने सदस्यों के लिए लेते हैं।

सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रमों (पीएसयू) द्वारा समाज के गरीब तबकों की ज़रूरतों को पूरा करने के लिए विशेष रूप से बनाई गई दो पॉलिसियां जन आरोग्य बीमा पॉलिसी और यूनिवर्सल हेल्थ स्कीम हैं। निजी क्षेत्र की बीमा कंपनियां भी इस लक्षित खंड की ज़रूरतों को पूरा करने के लिए बीमा कवच योजना, ग्रामीण जीवन रक्षा प्लान, भाग्य लक्ष्मी जैसे कई नए माइक्रो-बीमा स्वास्थ्य उत्पाद लेकर आई हैं - पूरी सूची आईआरडीएआई की वेबसाइट पर देखी जा सकती है।

I. राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना

सरकार ने विभिन्न स्वास्थ्य योजनाएं भी शुरू की हैं, जिनमें से कुछ विशेष राज्यों में लागू हैं। गरीबी रेखा से नीचे (बीपीएल) परिवारों के लिए स्वास्थ्य बीमा आवरण प्रदान करने के मकसद से बीमा कंपनियों के साथ मिलकर राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) लागू की गई थी। हालांकि, आरएसबीवाई ने केवल 30,000 रुपये की बीमा राशि का प्रावधान किया था, जिसे बड़ी सर्जरी/अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों को आवरित करने के लिए पर्याप्त नहीं माना गया।

J. प्रधानमंत्री जन आरोग्य योजना

राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति 2017 की सिफारिश के अनुसार, आरएसबीवाई की कमियों को दूर करने के लिए, भारत सरकार ने 2017 में 'आयुष्मान भारत योजना' शुरू की, जो यूनिवर्सल हेल्थ आवरण (यूएचसी) की दूरदृष्टि हासिल करने की एक प्रमुख योजना है। इसे प्रधानमंत्री जन आरोग्य

योजना (पीएमजेएवाई) आयुष्मान भारत के रूप में भी जाना जाता है, जो 5,00,000 रुपये की बीमा राशि के साथ आई है।

इसमें तत्कालीन मौजूदा राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाय) को शामिल कर लिया गया। पीएम-जेएवाय पूरी तरह से सरकार द्वारा वित्तपोषित है; इसके कार्यान्वयन की लागत केंद्र और राज्य सरकारों के बीच साझा की जाती है।

K. प्रधानमंत्री सुरक्षा बीमा योजना

व्यक्तिगत दुर्घटना मृत्यु और अक्षमता को आवरित करने वाली हाल ही में घोषित पीएमएसबीवाई की विशेषताएं इस प्रकार हैं:

आवरणों का दायरा: प्रतिभागी बैंकों में 18 से 70 वर्ष की आयु के सभी बचत बैंक खाताधारक केवल एक बचत बैंक खाते से जुड़ने के हकदार हैं; अगर वे एक से अधिक बैंकों में नामांकन करता है, तो उन्हें कोई अतिरिक्त लाभ नहीं मिलता है; अतिरिक्त प्रीमियम भुगतान को जब्त कर लिया जाएगा। आधार, बैंक खाते के लिए प्राथमिक केवाईसी होगा।

नामांकन मोड/अवधि: आवरण 1 जून से 31 मई तक एक वर्ष की अवधि के लिए होगा, जिसके लिए निर्धारित फॉर्म पर नामित बचत बैंक खाते से ऑटो-डेबिट में शामिल होने/भुगतान करने का विकल्प हर साल 31 मई तक देना आवश्यक होगा।

पूर्ण वार्षिक प्रीमियम के भुगतान पर बाद में शामिल होना निर्दिष्ट शर्तों पर संभव हो सकता है। किसी भी समय योजना से बाहर निकलने वाले व्यक्ति भविष्य के वर्षों में उपरोक्त तरीके से योजना में फिर से शामिल हो सकते हैं।

बीमा के तहत लाभ इस प्रकार हैं:

लाभों की तालिका	बीमा राशि
मृत्यु लाभ	2 लाख रुपये
दोनों आंखों की पूर्ण और अपूरणीय क्षति या दोनों हाथों या पैरों के इस्तेमाल की हानि या एक आंख की दृष्टि की हानि और हाथ या पैर के इस्तेमाल की हानि।	2 लाख रुपये
एक आंख की पूर्ण और अपूरणीय क्षति या एक हाथ या पैर के इस्तेमाल की हानि।	1 लाख रुपये

योजना में शामिल होने और नामांकन की सुविधा एसएमएस, ईमेल के माध्यम से या बैंक में खुद जाकर उपलब्ध है।

प्रीमियम: 12/- रुपये प्रति सदस्य प्रति वर्ष। प्रीमियम 'ऑटो डेबिट' सुविधा के माध्यम से खाताधारक के बचत बैंक खाते से काट लिया जाएगा

आवरण का समापन: सदस्य के लिए दुर्घटना आवरण इन स्थितियों में समाप्त हो जाएगा:

1. सदस्य के 70 वर्ष की आयु (निकटतम जन्मदिन पर उम्र) का होने पर या

2. बैंक में खाता बंद करने या बीमा को चालू रखने के लिए शेष राशि उपलब्ध न होने पर

अगर किसी तकनीकी कारण से बीमा आवरण समाप्त हो जाता है, जैसे कि नियत तारीख पर खाते में पर्याप्त बैलेंस उपलब्ध न होने या किसी प्रशासनिक समस्या के कारण, तो इसे पूर्ण वार्षिक प्रीमियम प्राप्त होने पर, निर्धारित शर्तों के अधीन बहाल किया जा सकता है।

L. व्यक्तिगत दुर्घटना और अक्षमता आवरण

व्यक्तिगत दुर्घटना (पीए) आवरण अप्रत्याशित दुर्घटना की स्थिति में मृत्यु और विकलांगता के कारण मुआवजा देता है।

पीए पॉलिसी में ये बातें शामिल होती हैं:

a) बीमा राशि के 100% का मृत्यु लाभ भुगतान किया जाता है,

b) अक्षमता/विकलांगता की स्थिति में, स्थायी विकलांगता के मामले में मुआवजा बीमा राशि के एक निश्चित प्रतिशत से भिन्न होता है

c) अस्थायी विकलांगता के लिए साप्ताहिक मुआवजा दिया जाता है।

साप्ताहिक मुआवज़े का अर्थ है हर सप्ताह की अक्षमता पर एक निश्चित राशि का भुगतान, जो उन सप्ताहों की संख्या के संदर्भ में अधिकतम सीमा के अधीन है जिसके लिए मुआवजा देय होगा।

1. आवरित की गई अक्षमता/विकलांगता के प्रकार

अक्षमता/विकलांगता के प्रकार, जो आम तौर पर पॉलिसी के तहत आवरित किए जाते हैं:

i. **स्थायी पूर्ण विकलांगता (पीटीडी)**: इसका अर्थ है जीवन भर के लिए पूरी तरह से विकलांग हो जाना। अर्थात चारों अंगों (हाथ-पैर) का पक्षाघात, बेहोशी की स्थिति, दोनों आंखों/दोनों हाथों/दोनों अंगों या एक हाथ और एक आंख या एक आंख और एक पैर या एक हाथ और एक पैर का नुकसान,

ii. **स्थायी आंशिक विकलांगता (पीपीडी)**: इसका अर्थ है जीवन भर के लिए आंशिक रूप से अक्षम होना। अर्थात हाथ की उंगलियों, पैर की उंगलियों, पंजे आदि का नुकसान।

iii. **अस्थायी पूर्ण विकलांगता (टीटीडी)**: इसका अर्थ है अस्थायी अवधि के लिए पूरी तरह से अक्षम हो जाना। आवरण के इस भाग का मकसद विकलांगता अवधि के दौरान आय के नुकसान को आवरित करना है।

ग्राहक/क्लाइंट के पास केवल मृत्यु आवरण या मृत्यु और स्थायी विकलांगता या मृत्यु और स्थायी विकलांगता के साथ-साथ अस्थायी पूर्ण विकलांगता में से चुनने का विकल्प होता है।

2. बीमा राशि

व्यक्तिगत दुर्घटना (पीए) पॉलिसियों के लिए बीमा राशि आम तौर पर सकल मासिक आय के आधार पर तय की जाती है। आम तौर पर, यह सकल मासिक आय का 60 गुना होती है। हालांकि, कुछ बीमा कंपनियां आय के स्तर पर विचार किए बिना, निश्चित योजना (फिक्स्ड प्लान) के

आधार पर भी पॉलिसी प्रदान करती हैं। ऐसी पॉलिसियों में आवरण के प्रत्येक खंड के लिए बीमा राशि चुनी गई योजना के अनुसार भिन्न होती है।

3. **व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा - एक लाभ योजना**

एक लाभ योजना होने के नाते, पीए पॉलिसियां दावे के समय 'योगदान' के सिद्धांत के अधीन नहीं होती हैं। इस प्रकार, अगर किसी व्यक्ति की विभिन्न बीमा कंपनियों के साथ एक से अधिक पॉलिसी है, तो सभी पॉलिसियों के तहत दावों का भुगतान किया जाएगा।

4. **आवरण का दायरा**

इन पॉलिसियों को अक्सर चिकित्सा खर्चों को आवरण करने, यानी दुर्घटना के बाद अस्पताल में भर्ती होने/चिकित्सा लागत की प्रतिपूर्ति करने के लिए बढ़ाया जाता है।

5. **मूल्य वर्धित लाभ**

व्यक्तिगत दुर्घटना के साथ, कई बीमा कंपनियां मूल्य वर्धित लाभ भी प्रदान करती हैं, जैसे कि दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती होने पर हॉस्पिटल कैश, मृत शरीर के अवशेषों के परिवहन की लागत, एक निश्चित राशि के लिए शिक्षा लाभ और वास्तविक या निश्चित सीमा के आधार पर एम्बुलेंस शुल्क, जो भी कम हो।

6. **अपवर्जन**

व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के तहत सामान्य अपवर्जन में पॉलिसी की शुरुआत से पहले मौजूद विकलांगता के कारण होने वाली दुर्घटनाएं, मानसिक विकार या किसी बीमारी के कारण मृत्यु या विकलांगता, युद्ध के कारण चोट, आक्रमण, गैर-इरादतन हत्या या हत्या, जानबूझकर खुद को चोट पहुंचाना, आत्महत्या, ड्रग्स/शराब का सेवन, विमानन या बैलूनिंग जैसी निर्धारित अतिरिक्त खतरनाक गतिविधि में संलग्न होने के दौरान चोट लगना शामिल है। यह एक सांकेतिक सूची है जो अलग-अलग कंपनी के मामले में भिन्न हो सकती है।

पीए पॉलिसियां व्यक्तियों, परिवार और समूहों को उपलब्ध कराई जाती हैं।

समूह व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियां

समूह व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियां आम तौर पर वार्षिक पॉलिसियां होती हैं, जिन्हें वर्षगांठ पर नवीनीकृत की अनुमति दी जाती है। हालांकि, गैर-जीवन और स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियां विशिष्ट घटनाओं के लिए आवरण प्रदान करने के मकसद से एक वर्ष से कम अवधि वाली समूह व्यक्तिगत दुर्घटना उत्पादों की पेशकश कर सकती हैं।

हड्डी टूटने की पॉलिसी और रोजमर्रा की गतिविधियों के नुकसान के लिए मुआवजा

यह एक विशेष पीए पॉलिसी है। इस पॉलिसी को सूची में वर्णित टूट-फूट (फ्रैक्चर) के विरुद्ध आवरण प्रदान करने के लिए डिज़ाइन किया गया है। प्रत्येक फ्रैक्चर के लिए दावे के समय, पॉलिसी में वर्णित निश्चित लाभ या बीमा राशि का प्रतिशत भुगतान किया जाता है। लाभ की मात्रा आवरित की गई हड्डी के प्रकार और फ्रैक्चर की प्रकृति पर निर्भर करती है।

M. विदेश यात्रा बीमा

पॉलिसी की आवश्यकता: कारोबार, छुट्टियों या पढ़ाई के लिए भारत से बाहर यात्रा करते समय दुर्घटना में चोट लगने या अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों को आवरण करने के लिए। चिकित्सा देखभाल की लागत, विशेष रूप से संयुक्त राज्य अमेरिका और कनाडा जैसे देशों में बहुत अधिक है और इससे बड़ी वित्तीय समस्याएं हो सकती हैं।

आवरण का दायरा

ऐसी पॉलिसियां मुख्य रूप से दुर्घटना और बीमारी के लाभों के लिए होती हैं, लेकिन बाजार में उपलब्ध अधिकांश उत्पाद एक उत्पाद के भीतर कई तरह के आवरण प्रदान करते हैं।

उपलब्ध कराए जाने वाले सामान्य आवरण हैं:

a) **चिकित्सा और बीमारी का खंड:**

   i. दुर्घटना में मृत्यु/विकलांगता

   ii. बीमारी/दुर्घटना के कारण होने वाले चिकित्सा खर्चे

b) **देश-प्रत्यावर्तन और निकासी**

c) **व्यक्तिगत दुर्घटना आवरण**

d) **व्यक्तिगत देयता**

e) **अन्य गैर-चिकित्सा आवरण में शामिल हैं:**

   i. यात्रा रद्द होना

   ii. यात्रा में देरी

   iii. यात्रा में रुकावट

   iv. कनेक्शन छूट जाना

   v. चेक इन वाले बैगेज में देरी

   vi. चेक इन वाले बैगेज का खोना

   vii. पासपोर्ट खो जाना

   viii. इमरजेंसी कैश ऐडवांस

   ix. अपहरण भत्ता

   x. बेल बांड बीमा

   xi. अपहरण आवरण

   xii. प्रायोजक संरक्षण

xiii. सांत्वना यात्रा

xiv. पढ़ाई में रुकावट

xv. घर में चोरी/सेंधमारी

1. प्लान के प्रकार

लोकप्रिय पॉलिसियां बिजनेस और हॉलिडे प्लान, स्टडी प्लान और रोजगार प्लान हैं।

2. पॉलिसी कौन ले सकता है

कारोबार करने, छुट्टी मनाने या पढ़ाई के लिए विदेश यात्रा करने वाला भारतीय नागरिक इस पॉलिसी का लाभ उठा सकता है। विदेशों में अनुबंध पर भेजे गए भारतीय नियोक्ताओं के कर्मचारियों को भी आवरित किया जा सकता है।

3. बीमा राशि और प्रीमियम

आवरण अमेरिकी डॉलर में दिया जाता है; यह आम तौर पर चिकित्सा खर्चों, निकासी और प्रत्यावर्तन को आवरित करने वाले खंड के लिए, 1,00,000 अमेरिकी डॉलर से 5,00,000 अमेरिकी डॉलर तक भिन्न होता है। देयता आवरण को छोड़कर, अन्य खंडों के लिए बीमा राशि कम होती है। प्रीमियम का भुगतान भारतीय रुपये में किया जा सकता है, सिवाय रोजगार प्लान के, जहां प्रीमियम का भुगतान डॉलर में करना होता है। प्लान आम तौर पर दो प्रकार के होते हैं:

- ✓ अमेरिका/कनाडा को छोड़कर दुनिया भर में
- ✓ अमेरिका/कनाडा सहित दुनिया भर में

कुछ उत्पाद देशों के समूह के लिए आवरण प्रदान करते हैं। उदाहरणों में केवल एशियाई देशों की यात्रा, केवल यूरोपीय देशों की यात्रा या केवल किसी विशेष देश की यात्रा शामिल है।

कॉर्पोरेट फ्रीक्वेंट फ़्लायर प्लान

यह एक वार्षिक पॉलिसी है जिसके तहत एक कॉर्पोरेट/नियोक्ता अपने उन अधिकारियों के लिए अलग-अलग पॉलिसियां लेते हैं, जो अक्सर भारत से बाहर यात्राएं करते हैं। यह आवरण उन व्यक्तियों द्वारा भी लिया जा सकता है जो एक वर्ष के दौरान कई बार विदेश यात्रा करते हैं। कंपनी के कर्मचारियों द्वारा एक वर्ष में यात्रा के अनुमानित दिनों के आधार पर एक अग्रिम प्रीमियम भुगतान किया जाता है। उपरोक्त पॉलिसियां केवल कारोबार और अवकाश यात्राओं के लिए दी जाती हैं। पहले से मौजूद बीमारियों को आम तौर पर विदेशी चिकित्सा/यात्रा बीमा से बाहर रखा जाता है।

N. समूह स्वास्थ्य आवरण

1. समूह पॉलिसियां

जैसा कि पहले के अध्याय में बताया गया है, समूह पॉलिसी किसी समूह के मालिक द्वारा ली जाती है जो कोई नियोक्ता, एसोसिएशन, बैंक का क्रेडिट कार्ड प्रभाग हो सकता है, जहां एक पॉलिसी

व्यक्तियों के पूरे समूह को आवरित करती है। ये पॉलिसियां आम तौर पर एक साल में नवीनीकृत किए जाने वाले अनुबंध हैं।

समूह पॉलिसियों की विशेषताएं - अस्पताल में भर्ती होने के लाभ आवरण।

1. **आवरण का दायरा**

   समूह स्वास्थ्य बीमा का सबसे सामान्य रूप नियोक्ता द्वारा कर्मचारियों और उनके परिवारों को आवरित करने वाली पॉलिसी है, जिसमें आश्रित पति या पत्नी, बच्चे और माता-पिता/सास-ससुर शामिल हैं।

2. **ज़रूरत के अनुसार आवरण**

   समूह पॉलिसियां अक्सर समूह की आवश्यकताओं के अनुरूप तैयार की जाती हैं। इस प्रकार, समूह पॉलिसियों में, समूह पॉलिसी के तहत आवरित की जा रही व्यक्तिगत पॉलिसी के कई मानक अपवर्जन देखने को मिलेंगे।

3. **प्रसूति आवरण**

   समूह पॉलिसी में सबसे आम विस्तार में से एक प्रसूति आवरण है। प्रसूति आवरण बच्चे की डिलीवरी के लिए अस्पताल में भर्ती होने से जुड़े खर्चों के लिए प्रावधान करेगा; इसमें सी-सेक्शन डिलीवरी भी शामिल है। यह आवरण आम तौर पर परिवार की कुल बीमा राशि के भीतर एक निश्चित राशि तक सीमित होता है।

4. **शिशु आवरण**

   शिशुओं को पहले दिन से ही आवरण दिया जाता है; कभी-कभी प्रसूति आवरण की सीमा तक सीमित होता है और कभी-कभी परिवार की पूरी बीमा राशि को शामिल करने के लिए बढ़ाया जाता है।

5. **पहले से मौजूद बीमारियों का आवरण, प्रतीक्षा अवधि में छूट**

   कई सामान्य अपवर्जन, जैसे पहले से मौजूद बीमारी का अपवर्जन, तीस दिन की प्रतीक्षा अवधि, दो साल की प्रतीक्षा अवधि; जन्मजात बीमारियों को ज़रूरत के मुताबिक बनाई गई पॉलिसी में माफ किया जा सकता है।

6. **प्रीमियम की गणना**

   समूह पॉलिसी के लिए लिया जाने वाला प्रीमियम, समूह के सदस्यों की उम्र प्रोफ़ाइल, समूह के आकार और सबसे महत्वपूर्ण, समूह के दावा अनुभव पर आधारित होता है।

7. **गैर-नियोक्ता कर्मचारी समूह**

   भारत में, नियामक प्रावधान मुख्य रूप से समूह बीमा आवरण लेने के मकसद से समूह बनाने पर सख्ती से रोक लगाते हैं। जब समूह पॉलिसियां नियोक्ताओं के अलावा अन्य को

दी जाती हैं, तो समूह के मालिक का उसके सदस्यों के साथ संबंध निर्धारित करना महत्वपूर्ण है।

उदाहरण

एक बैंक जो अपने बचत बैंक खाताधारकों या क्रेडिट कार्ड धारकों के लिए कोई पॉलिसी लेता है, वह एक समरूप समूह बनाता है, जिससे एक बड़ा समूह अपनी आवश्यकताओं के अनुरूप तैयार की गई पॉलिसी का लाभ उठाने में सक्षम होता है।

8. **मूल्य निर्धारण**

   समूह पॉलिसियों में, समूह के आकार के साथ-साथ समूह के दावा अनुभव के आधार पर प्रीमियम में छूट का प्रावधान होता है।

2. **कॉर्पोरेट बफर या फ्लोटर आवरण**

अधिकांश समूह पॉलिसियों में, प्रत्येक परिवार को एक निश्चित बीमा राशि के लिए आवरित किया जाता है, जो एक लाख रुपये से पांच लाख रुपये तक भिन्न होता है; कभी-कभी यह ज़्यादा भी होता है। ऐसी स्थितियां उत्पन्न होती हैं जहां परिवार की बीमा राशि समाप्त हो जाती है, खास तौर पर परिवार के किसी सदस्य की बड़ी बीमारी के मामले में। ऐसी परिस्थितियों में, अगर बफर आवरण को चुना जाता है, तो इससे राहत मिलती है; इस बफर राशि से परिवार की बीमा राशि से अधिक के अतिरिक्त खर्च को पूरा किया जाता है।

परिवार की बीमा राशि खत्म हो जाने के बाद, बफर से राशियां निकाली जाती हैं। हालांकि, यह उपयोग आम तौर पर बड़ी बीमारी/गंभीर बीमारी के खर्चों तक ही सीमित होता है, जहां एक बार अस्पताल में भर्ती होने पर बीमा राशि खत्म हो जाती है।

O. विशेष उत्पाद

1. **बीमारियों का आवरण**

हाल के वर्षों में, भारतीय बाजार में कैंसर, मधुमेह, कोविड-19 के लिए रोग विशेष आवरणों की शुरुआत की गई है। आवरण या तो अल्पकालिक या दीर्घकालिक यानी 5 वर्ष से 20 वर्ष तक का होता है और इसमें एक कल्याण लाभ भी शामिल होता है। बीमा कंपनी नियमित स्वास्थ्य जांच के लिए भुगतान करती है। रक्त शर्करा, रक्तचाप जैसे कारकों के बेहतर नियंत्रण के लिए पॉलिसी के दूसरे वर्ष के बाद से कम प्रीमियम के रूप में प्रोत्साहन दिया जाता है। दूसरी ओर, इन चीज़ों के खराब नियंत्रण के लिए उच्च प्रीमियम लिया जाता है।

2. **मधुमेह से पीड़ित लोगों के लिए तैयार किए गए**

यह पॉलिसी 26 से 65 वर्ष के बीच के लोगों द्वारा ली जा सकती है; इसे 70 वर्ष तक नवीनीकृत किया जा सकता है। बीमा राशि 50,000 रुपये से लेकर 5,00,000 रुपये तक होती है। कमरे के किराये पर कैपिंग लागू होता है। इस उत्पाद का उद्देश्य डायबेटिक रेटिनोपैथी (आंख), किडनी,

डायबेटिक फुट, किडनी ट्रांसप्लांट जैसे मधुमेह से जुड़ी समस्याओं के लिए, डोनर के खर्च सहित मरीज के अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों को आवरित करना है।

स्वमूल्यांकन 1

हालांकि, अस्पताल में भर्ती होने के पहले के खर्चों के लिए आवरण की अवधि अलग-अलग बीमा कंपनी के मामले में अलग-अलग होगी और इसे पॉलिसी में निर्धारित किया जाता है, अस्पताल में भर्ती होने से पहले के खर्चों के लिए सबसे आम आवरण __________ का है।

I. पंद्रह दिन

II. तेरह दिन

III. पैंतालीस दिन

IV. साठ दिन

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की मुख्य शर्तें (**सभी शर्तें स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के मानकीकरण पर आईआरडीएआई के मास्टर परिपत्र**, **दिनांक** 22.07.2020 **में परिभाषित हैं**)

1. **नेटवर्क प्रदाता**

नेटवर्क प्रदाता का अर्थ एक ऐसा अस्पताल/नर्सिंग होम/डे-केयर सेंटर है जो बीमित रोगियों को कैशलेस उपचार देने के लिए किसी बीमा कंपनी/टीपीए के साथ गठजोड़ करता है। मरीज़ नेटवर्क से बाहर के प्रदाताओं के पास जाने के लिए स्वतंत्र हैं, लेकिन वहां उनसे आम तौर पर बहुत अधिक शुल्क लिया जाता है।

2. **पसंदीदा प्रदाता नेटवर्क** (**पीपीएन**)

बीमा कंपनी के पास गुणवत्तापूर्ण उपचार और सर्वोत्तम दरें उपलब्ध कराने के लिए अस्पतालों का पसंदीदा नेटवर्क बनाने का विकल्प होता है। जब इस समूह को बीमा कंपनी द्वारा अनुभव, उपयोग और सेवा प्रदान करने की लागत के आधार पर केवल कुछ चुनिंदा लोगों तक सीमित कर दिया जाता है, तो पसंदीदा प्रदाता नेटवर्क बनता है।

3. **कैशलेस सेवा**

कैशलेस सेवा बीमाधारक को अस्पतालों से बिना किसी भुगतान के आवरण की सीमा तक उपचार का लाभ उठाने में सक्षम बनाती है। बीमाधारक को केवल एक नेटवर्क अस्पताल से संपर्क करना होता है और बीमा के प्रमाण के रूप में अपना मेडिकल कार्ड प्रस्तुत करना होता है। बीमा कंपनी स्वास्थ्य सेवा तक कैशलेस पहुंच की सुविधा देती है और स्वीकार्य राशि के लिए सीधे नेटवर्क प्रदाता को भुगतान करती है। हालांकि, बीमाधारक को पॉलिसी की सीमा से अधिक राशि और पॉलिसी शर्तों के अनुसार देय नहीं होने वाले खर्चों के लिए भुगतान करना होता है।

4. **तृतीय पक्ष प्रशासक (टीपीए)**

स्वास्थ्य बीमा के क्षेत्र में एक प्रमुख प्रगति तृतीय पक्ष प्रशासक या टीपीए की शुरूआत है। दुनिया भर में कई बीमा कंपनियां स्वास्थ्य बीमा दावों के प्रबंधन के लिए स्वतंत्र संगठनों की सेवाओं का इस्तेमाल करती हैं। इन एजेंसियों को टीपीए के रूप में जाना जाता है। भारत में, स्वास्थ्य सेवाओं के प्रावधान के लिए बीमा कंपनी द्वारा टीपीए की सेवा ली जाती है, जिसमें अन्य बातों के अलावा ये चीज़ें शामिल हैं:

i. पॉलिसीधारक को एक पहचान पत्र देना जो उसकी बीमा पॉलिसी का प्रमाण है और इसे अस्पताल में प्रवेश के लिए इस्तेमाल किया जा सकता है

ii. नेटवर्क अस्पतालों में कैशलेस सेवा प्रदान करना

iii. दावों पर कार्रवाई करना

टीपीए स्वास्थ्य बीमा के पॉलिसीधारकों को अस्पताल में प्रवेश के लिए विशेष पहचान पत्र जारी करने से लेकर कैशलेस आधार पर या प्रतिपूर्ति आधार पर दावों के निपटान तक की सेवा प्रदान करते हैं। तृतीय पक्ष प्रशासक अस्पतालों या स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के साथ एक समझौता ज्ञापन (एमओयू) करते हैं और यह सुनिश्चित करते हैं कि नेटवर्क अस्पतालों में इलाज कराने वाले किसी भी व्यक्ति को कैशलेस सेवा दी जाए। वे बीमा कंपनी(कंपनियों) और बीमाधारक(बीमाधारकों) के बीच मध्यस्थ का काम करते हैं; वे अस्पतालों के साथ समन्वय करके स्वास्थ्य बीमा दावों को अंतिम रूप देते हैं।

5. **अस्पताल**

अस्पताल का अर्थ है बीमारी और/या चोटों के अंतः-रोगी देखभाल और दे-केयर उपचार के लिए स्थापित कोई संस्था, जिसे स्थानीय प्राधिकरण के साथ अस्पताल के रूप में पंजीकृत किया गया है, जहां कहीं भी लागू हो; साथ ही, उसका एक पंजीकृत और योग्य चिकित्सक की देखरेख में होना और इन सभी न्यूनतम मानदंडों का पालन करना ज़रूरी है:

a) इसके पास 10,00,000 से कम आबादी वाले शहरों में कम से कम 10 अंतःरोगी बिस्तर (इनपेशेंट बेड) और अन्य सभी जगहों पर 15 इनपेशेंट बेड होते हैं;

b) चौबीसों घंटे अपने नियोजन के तहत योग्य नर्सिंग स्टाफ होते हैं;

c) चौबीसों घंटे कार्यरत प्रभारी चिकित्सक होते हैं;

d) इसका अपना एक पूरी तरह से सुसज्जित ऑपरेशन थियेटर होता है जहां सर्जिकल प्रक्रियाएं की पूरी जाती हैं;

e) यह रोगियों का दैनिक रिकॉर्ड रखता है और इसे बीमा कंपनी के अधिकृत कर्मियों के इस्तेमाल के लिए सुलभ बनाता है।

6. **चिकित्सक (मेडिकल प्रैक्टिशनर)**

चिकत्सक (मेडिकल प्रैक्टिशनर) वह व्यक्ति होता है जिसके पास भारत के किसी भी राज्य की मेडिकल काउंसिल से या होम्योपैथी के लिए वैध पंजीकरण होता है; इस तरह वह अपने अधिकार क्षेत्र में दवाओं का अभ्यास करने का हकदार होता है; साथ ही, वह अपने लाइसेंस के दायरे और अधिकार क्षेत्र के भीतर कार्य कर रहा होता है। हालांकि, बीमा कंपनियां यह प्रतिबंध लगाने के लिए स्वतंत्र हैं कि पंजीकृत चिकित्सक बीमाधारक या उसके परिवार का कोई करीबी सदस्य नहीं होना चाहिए। इससे यह सुनिश्चित किया जाता है कि रिश्तेदारों से या स्वयं या उनमें से किसी के मालिकाना हक वाले अस्पतालों से इलाज करके धोखाधड़ी वाले दावे दर्ज नहीं किए जाते हैं।

सुयोग्य (क्वालिफाइड) नर्स: सुयोग्य नर्स का अर्थ है वह व्यक्ति जिसके पास भारतीय नर्सिंग काउंसिल या भारत के किसी भी राज्य की नर्सिंग काउंसिल का वैध पंजीकरण हो।

7. **उचित और आवश्यक खर्चे**

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में हमेशा यह खंड होता है, क्योंकि पॉलिसी उन खर्चों के लिए मुआवजे का प्रावधान करती है जिन्हें किसी विशेष बीमारी के इलाज के लिए और एक विशेष भौगोलिक क्षेत्र में उचित समझा जाएगा।

8. **दावे की सूचना**

प्रत्येक बीमा पॉलिसी दावे की तत्काल सूचना देने और दस्तावेज़ प्रस्तुत करने के लिए निर्दिष्ट समयसीमा का प्रावधान करती है। स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में, जहां ग्राहक द्वारा कैशलेस सुविधा माँगी जाती है, वहां अस्पताल में भर्ती होने से पहले बीमा कंपनी को सूचित करना होता है। हालांकि, प्रतिपूर्ति दावों के मामले में दावा दस्तावेज़ प्रस्तुत करने की समय सीमा आम तौर पर अस्पताल से छुट्टी मिलने की तारीख से 15 दिन निर्धारित होती है।

9. **मुफ़्त स्वास्थ्य जांच**

व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में, दावा मुक्त पॉलिसीधारक को किसी प्रकार का प्रोत्साहन देने के लिए आम तौर पर एक प्रावधान उपलब्ध होता है। कई पॉलिसियां चार निरंतर, दावा मुक्त पॉलिसी अवधि के अंत में स्वास्थ्य जांच की लागत की प्रतिपूर्ति प्रदान करती हैं।

10. **संचयी बोनस**

प्रत्येक दावा मुक्त वर्ष के लिए बीमा राशि पर संचयी बोनस दिया जाता है। इसका अर्थ यह है कि नवीनीकरण पर बीमा राशि एक निश्चित प्रतिशत, जैसे कि सालाना 5% तक बढ़ जाती है; दस दावा मुक्त नवीनीकरण के लिए अधिकतम 50% तक बढ़त की अनुमति होती है। इसके अलावा, अगर किसी विशेष वर्ष में दावा किया जाता है, तो अर्जित संचयी बोनस केवल उसी दर पर कम किया जा सकता है जिस पर यह अर्जित किया गया है।

उदाहरण

कोई व्यक्ति 5,000 रुपये के प्रीमियम पर 3 लाख रुपये की एक पॉलिसी लेता है। पहले वर्ष में कोई दावा न करने की स्थिति में, दूसरे वर्ष में उसे 5,000 रुपये के उसी प्रीमियम पर 3.15 लाख रुपये (पिछले वर्ष की तुलना में 5% अधिक) की बीमा राशि मिलती है। दस वर्ष के दावा मुक्त नवीनीकरण पर यह बीमा राशि 4.5 लाख रुपये तक जा सकती है।

11. मैलस/बोनस

जिस प्रकार स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी को दावों से मुक्त रखने के लिए प्रोत्साहन दिया जाता है, उसी प्रकार इसके विपरीत स्थिति को मैलस कहा जाता है। यहां, अगर किसी पॉलिसी के तहत दावे बहुत अधिक हैं, तो नवीनीकरण पर मैलस या प्रीमियम की लोडिंग से की जाती है। हालांकि, समूह पॉलिसियों के मामले में, दावा अनुपात को उचित सीमा के भीतर बनाए रखने के लिए समग्र प्रीमियम को उपयुक्त रूप से लोड करके मैलस वसूल किया जाता है।

12. दावा न होने पर छूट (नो क्लेम डिस्काउंट)

कुछ उत्पाद बीमा राशि पर बोनस के बजाय प्रत्येक दावा मुक्त वर्ष के लिए प्रीमियम पर छूट देते हैं।

13. कमरे के किराये पर पाबंदियां

कुछ स्वास्थ्य योजनाएं उस कमरे की श्रेणी पर पाबंदियां लगाती हैं जिसे बीमित व्यक्ति बीमा राशि से जोड़कर चुनता है। इसलिए, अगर पॉलिसी में प्रति दिन के हिसाब से बीमा राशि के 1% के कमरे के किराये पर पाबंदी लगाईं गई है, तो एक लाख की बीमा राशि वाला व्यक्ति 1,000 रुपये प्रति दिन के कमरे का हकदार होगा।

14. नवीकरणीयता खंड

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के नवीनीकरण पर आईआरडीए के दिशानिर्देश, धोखाधड़ी और गलतबयानी के आधार को छोड़कर, स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के आजीवन गारंटीकृत नवीनीकरण को अनिवार्य बनाता है। आईआरडीएआई स्वास्थ्य बीमा विनियम 2016 के प्रावधानों के अनुसार, एक बार स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी (व्यक्तिगत दुर्घटना और यात्रा बीमा पॉलिसियों को छोड़कर) के संबंध में कोई प्रस्ताव स्वीकार कर लिया जाता है और पॉलिसी जारी कर दी जाती है, जिसे बाद में बिना किसी रुकावट के समय-समय पर नवीनीकृत किया जाता है, तो आगे बीमित व्यक्ति की आयु के आधार पॉलिसी के नवीनीकरण से इनकार नहीं किया जाएगा। इस प्रकार, स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों को आजीवन नवीनीकृत किया जा सकता है।

15. रद्द करने का खंड

बीमा कंपनी किसी भी समय केवल गलतबयानी, धोखाधड़ी, और महत्वपूर्ण तथ्य का खुलासा न करने या बीमित व्यक्ति द्वारा असहयोग के आधार पर पॉलिसी को रद्द कर सकती है।

जब बीमा कंपनी द्वारा पॉलिसियों को रद्द किया जाता है, तो बीमा की असमाप्त अवधि के अनुसार प्रीमियम का अनुपात बीमाधारक को वापस कर दिया जाता है, बशर्ते पॉलिसी के तहत किसी दावे का भुगतान नहीं किया गया हो। यह आम तौर पर यथानुपात आधार पर होता है।

जब बीमित व्यक्ति द्वारा वार्षिक पॉलिसियों को रद्द किया जाता है, तो बीमा कंपनी आम तौर पर यथानुपात (प्रो-राटा) प्रीमियम के बजाय छोटी अवधि के पैमाने पर प्रीमियम वसूल करती है। यह बीमा कंपनियों के खिलाफ प्रतिकूल चयन को रोकेगा और बीमा कंपनी के शुरुआती खर्चों का ध्यान रखेगा।

16. **नवीनीकरण के लिए अनुग्रह अवधि**

जैसा कि अध्याय 4 में बताया गया है, अनुग्रह अवधि (बढ़ी हुई अवधि) का प्रावधान एक ऐसी पॉलिसी को अनुग्रह अवधि के दौरान चालू रखना संभव बनाता है जो अन्यथा प्रीमियम का भुगतान न करने के कारण समाप्त हो जाती।

अनुग्रह अवधि से संबंधित उपरोक्त अधिकांश प्रमुख खंड, परिभाषाओं, अपवर्जनों को आईआरडीएआई द्वारा जारी स्वास्थ्य बीमा विनियमों और स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण के दिशानिर्देशों के तहत मानकीकृत किया गया है; इन्हें समय-समय पर अद्यतन किया जाता है।

स्वमूल्यांकन 2

आईआरडीए के दिशानिर्देशों के अनुसार, व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के नवीनीकरण के लिए ___________ की अनुग्रह अवधि की अनुमति है।

I. पंद्रह दिन

II. तेरह दिन

III. पैंतालीस दिन

IV. साठ दिन

स्वमूल्यांकन के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प II है।

उत्तर 2 – सही विकल्प II है।

अध्याय H-04

स्वास्थ्य बीमा का जोखिम अंकन

अध्याय का परिचय

इस अध्याय का उद्देश्य आपको स्वास्थ्य बीमा में जोखिम अंकन के बारे में विस्तृत जानकारी देना है। जोखिम अंकन किसी भी प्रकार के बीमा का एक बहुत ही महत्वपूर्ण पहलू है; यह बीमा पॉलिसी जारी करने में अहम भूमिका निभाता है। इस अध्याय में, आप जोखिम अंकन के बुनियादी सिद्धांतों, साधनों, तरीकों और प्रक्रिया के बारे में समझेंगे। इसमें आपको समूह स्वास्थ्य बीमा के जोखिम अंकन के बारे में भी जानकारी दी जाएगी।

अध्ययन के परिणाम

A. बीमालेखन क्या है?

B. बीमालेखन – बुनियादी अवधारणाएं

C. आईआरडीएआई के अन्य स्वास्थ्य बीमा विनियम

D. स्वास्थ्य बीमा की पोर्टेबिलिटी

E. बीमालेखन के बुनियादी सिद्धांत और साधन

F. बीमालेखन प्रक्रिया

G. समूह स्तर पर स्वास्थ्य बीमा

H. विदेश यात्रा बीमा का बीमालेखन

I. व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा का बीमालेखन

इस अध्याय को पढ़ने के बाद, आप ये काम कर पाएंगेः

a) बीमालेखन के मतलब को समझाना

b) बीमालेखन की बुनियादी अवधारणाओं का वर्णन करना

c) बीमालेखकों द्वारा अपनाए जाने वाले सिद्धांतों और साधनों के बारे में समझाना

d) व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के बीमालेखन की प्रक्रिया का मूल्यांकन करना

e) समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के बीमालेखन के तरीके को समझाना

इस परिदृश्य को देखें

एक सॉफ्टवेयर इंजीनियर के रूप में कार्यरत 48 वर्ष के मनीष ने अपने लिए एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी लेने का फैसला किया। वह एक बीमा कंपनी के पास गया, जहां उन्होंने उसे एक प्रस्ताव प्रपत्र दिया, जिसमें उसे अपनी शारीरिक कद-काठी और सेहत, मानसिक स्वास्थ्य, पहले से मौजूद बीमारियों, उसके परिवार के स्वास्थ्य संबंधी इतिहास, आदतों आदि से संबंधित कई सवालों के जवाब देने थे।

अपना प्रस्ताव प्रपत्र मिलने पर, उसे पहचान और आयु प्रमाण, पते का प्रमाण और पिछले मेडिकल रिकॉर्ड जैसे कई अन्य दस्तावेज भी जमा करने थे। फिर उन्होंने उसे एक स्वास्थ्य जांच और कुछ चिकित्सा परीक्षण कराने के लिए कहा, जिससे वह निराश हो गया।

मनीष जो खुद को एक स्वस्थ व्यक्ति और अच्छी आय स्तर वाला इंसान मानता था, सोचने लगा कि उसके मामले में बीमा कंपनी इतनी लंबी प्रक्रिया क्यों अपना रही है। इन सब से गुजरने के बाद भी बीमा कंपनी ने उसे बताया कि उसकी चिकित्सा जांच में उच्च कोलेस्ट्रॉल और उच्च रक्तचाप का पता चला था, जिससे बाद में दिल की बीमारियों की संभावना बढ़ गई थी। हालांकि, उन्होंने उसे एक पॉलिसी की पेशकश की, लेकिन प्रीमियम उसके दोस्त द्वारा किए जाने वाले भुगतान से बहुत अधिक था; इसलिए उसने पॉलिसी लेने से इनकार कर दिया।

इधर, बीमा कंपनी अपनी बीमालेखन प्रक्रिया के तहत इन सभी चरणों का पालन कर रही थी। जोखिम आवरण प्रदान करते समय, बीमा कंपनी को जोखिमों का ठीक से मूल्यांकन करने और उचित लाभ कमाने की आवश्यकता होती है। अगर जोखिम का ठीक से आकलन नहीं किया जाता है और फिर कोई दावा किया जाता है, तो इसका परिणाम नुकसान ही होगा। इसके अलावा, बीमा कंपनियां सभी बीमित व्यक्तियों की ओर से प्रीमियम इकट्ठा करती हैं और उसे इन पैसों को एक ट्रस्ट की तरह संभालना होता है।

A. बीमालेखन क्या है?

1. बीमालेखन (अंडरराइटिंग)

बीमा कंपनियां उन लोगों का बीमा करने का प्रयास करती हैं जिनसे यह अपेक्षा की जाती है कि वे बीमा पूल में लाए गए जोखिम के अनुपात में पर्याप्त प्रीमियम का भुगतान करें। प्रस्तावक से जानकारी इकट्ठा करने और उसका विश्लेषण करने की इस प्रक्रिया को बीमालेखन (अंडरराइटिंग) के रूप में जाना जाता है। इस प्रक्रिया के माध्यम से इकट्ठा की गई जानकारी के आधार पर, कंपनियां यह तय करती हैं कि वे प्रस्तावक का बीमा करना चाहती हैं या नहीं। अगर वे ऐसा करने का फैसला करती हैं, तो किस प्रीमियम पर, नियम और शर्तें क्या होंगी, ताकि इस तरह के जोखिम से उचित लाभ प्राप्त किया जा सके।

परिभाषा

बीमालेखन जोखिम का उचित तरीके से आकलन करने और उन शर्तों को तय करने की प्रक्रिया है जिन पर बीमा आवरण दिया जाना है। इस प्रकार, यह जोखिम के मूल्यांकन और जोखिम के मूल्य निर्धारण की एक प्रक्रिया है।

2. बीमालेखन की आवश्यकता

बीमालेखन एक बीमा कंपनी की रीढ़ है, क्योंकि लापरवाही से या अपर्याप्त प्रीमियम के साथ जोखिम को स्वीकार करने से बीमा कंपनी का दिवाला हो जाएगा। दूसरी ओर, बहुत अधिक चयन करना या सावधान रहना बीमा कंपनी को एक बड़ा पूल बनाने से रोकेगा, ताकि जोखिम को समान रूप से फैलाया जा सके। इसलिए, जोखिम और कारोबार के बीच सही संतुलन बनाना अहम है, ताकि यह संगठन के लिए प्रतिस्पर्धी होने के साथ-साथ लाभदायक भी हो।

संतुलन बनाने की यह प्रक्रिया संबंधित बीमा कंपनी के सिद्धांत, नीतियों और जोखिम की उठाने की क्षमता के अनुसार बीमालेखक द्वारा पूरी की जाती है। हालांकि, उम्र बढ़ने से बीमारी के साथ-साथ मृत्यु की संभावना भी बढ़ जाती है, यह याद रखना चाहिए कि बीमारी आम तौर पर मृत्यु से बहुत पहले आती है और बार-बार हो सकती है। इसलिए, यह बात काफी तर्कपूर्ण है कि मृत्यु आवरण की तुलना में स्वास्थ्य आवरण के लिए जोखिम अंकन के मानदंड और दिशानिर्देश बहुत सख्त हैं।

3. बीमालेखन - जोखिम का मूल्यांकन

स्वास्थ्य बीमा में, वित्तीय या आय आधारित बीमालेखन की तुलना में चिकित्सा या स्वास्थ्य से जुड़े निष्कर्षों पर अधिक ध्यान दिया जाता है। हालांकि, आय को नजरअंदाज नहीं किया जा सकता, क्योंकि एक बीमा योग्य हित होना चाहिए और किसी भी प्रतिकूल चयन को रोकने और स्वास्थ्य बीमा में निरंतरता बनाए रखने के लिए वित्तीय बीमालेखन महत्वपूर्ण है।

उदाहरण

मधुमेह (डायबिटीज) से पीड़ित व्यक्ति में मृत्यु की तुलना में हृदय या गुर्दे की समस्या पैदा होने की अधिक संभावना होती है, जिसके लिए अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता होती है; बीमा आवरण के दौरान कई बार स्वास्थ्य संबंधी समस्याएं भी हो सकती हैं। जीवन बीमा के जोखिम अंकन संबंधी दिशानिर्देश ऐसे व्यक्ति को औसत जोखिम के रूप में आंक सकते हैं। हालांकि, चिकित्सा जोखिम अंकन के लिए, उसे उच्च जोखिम की श्रेणी में रखा जाएगा।

4. बीमारी की संभावना को प्रभावित करने वाले कारक

जोखिम का आकलन करते समय रुग्णता (बीमार पड़ने के जोखिम) को प्रभावित करने वाले इन कारकों पर सावधानी से विचार किया जाना चाहिए:

a) **आयु/उम्र**: प्रीमियम उम्र और जोखिम की डिग्री के अनुरूप लिया जाता है। उदाहरण के लिए, संक्रमण और दुर्घटनाओं के अधिक जोखिम के कारण, युवा वयस्कों की तुलना में शिशुओं और बच्चों के लिए अधिक प्रीमियम लिया जाता है। इसी तरह, 45 वर्ष से अधिक आयु के वयस्कों के लिए, प्रीमियम अधिक होता है, क्योंकि व्यक्ति की मधुमेह, अचानक होने वाले हृदय रोग जैसी पुरानी बीमारी या ऐसी अन्य रुग्णता से पीड़ित होने की संभावना बहुत अधिक होती है।

b) **लिंग**: बच्चे पैदा करने की अवधि के दौरान महिलाओं को बीमारी के अतिरिक्त जोखिम का सामना करना पड़ता है। हालांकि, महिलाओं की तुलना में पुरुषों के दिल के दौरे से प्रभावित होने या महिलाओं की तुलना में नौकरी से संबंधित दुर्घटनाओं का शिकार होने की संभावना अधिक होती है, क्योंकि वे खतरनाक रोजगार में अधिक शामिल हो सकते हैं।

c) **आदतें**: किसी भी रूप में तंबाकू, शराब या नशीले पदार्थों के सेवन का रुग्णता जोखिम पर सीधा असर पड़ता है।

d) **व्यवसाय/पेशा**: कुछ व्यवसायों में दुर्घटनाओं के लिए अतिरिक्त जोखिम संभव है, जैसे कि ड्राइवर, ब्लास्टर, एविएटर आदि। इसी तरह, कुछ व्यवसायों में उच्च स्वास्थ्य जोखिम होते हैं, जैसे कि एक्स-रे मशीन ऑपरेटर, एस्बेस्टस उद्योग के कर्मी, खनन मजदूर आदि।

e) **पारिवारिक इतिहास**: इसकी प्रासंगिकता अधिक है, क्योंकि आनुवंशिक कारक अस्थमा, मधुमेह और कुछ प्रकार के कैंसर जैसी बीमारियों को प्रभावित करते हैं। यह रुग्णता को प्रभावित करता है और जोखिम को स्वीकार करते समय इसे ध्यान में रखा जाना चाहिए।

f) **कद-काठी**: कुछ समूहों में मोटे, पतले या औसत कद-काठी को भी रुग्णता से जोड़ा जा सकता है।

g) **पिछली बीमारी या सर्जरी**: यह पता लगाया जाना चाहिए कि क्या पिछली बीमारी से शारीरिक कमजोरी बढ़ने या फिर इसके दोबारा होने की कोई संभावना है; इसी के

अनुसार पॉलिसी की शर्तों पर फैसला लिया जाना चाहिए। उदाहरण के लिए, गुर्दे की पथरी बार-बार होने की संभावना रहती है; इसी तरह, एक आंख में मोतियाबिंद होने से दूसरी आंख में मोतियाबिंद होने की संभावना बढ़ जाती है।

h) **मौजूदा स्वास्थ्य स्थिति और अन्य कारक या शिकायतें**: जोखिम और बीमा योग्यता की डिग्री का पता लगाने के लिए यह महत्वपूर्ण है; उचित प्रकटीकरण और चिकित्सा परीक्षा से इसका पता लगाया जा सकता है।

i) **पर्यावरण और निवास स्थान**: इनका भी रुग्णता दरों पर असर पड़ता है।

स्वास्थ्य बीमा में नैतिक जोखिम को समझना

जहां उम्र, लिंग, आदतें आदि जैसे कारक स्वास्थ्य जोखिम के भौतिक खतरे को दर्शाते हैं, वहीं कुछ और कारक भी हैं जिन पर बारीकी से नजर रखने की ज़रूरत है। यह ग्राहक का नैतिक जोखिम है, जो बीमा कंपनी के लिए बहुत महंगा साबित हो सकता है।

खराब नैतिक खतरे का एक चरम उदाहरण यह जानते हुए भी स्वास्थ्य बीमा लेने वाले बीमाधारक का है कि उसे कुछ समय के भीतर सर्जिकल ऑपरेशन कराना होगा, लेकिन वह बीमा कंपनी को इसका खुलासा नहीं करता है। इस प्रकार, यहां जानबूझकर केवल दावा प्राप्त करने के लिए बीमा लेने का एक इरादा है।

स्वमूल्यांकन 1

जोखिम अंकन ________________ की एक प्रक्रिया है।

I. बीमा उत्पादों की बिक्री
II. ग्राहकों से प्रीमियम इकट्ठा करने
III. जोखिम का मूल्यांकन और जोखिम का मूल्य निर्धारण
IV. विभिन्न बीमा उत्पादों की बिक्री

B. बीमालेखन – बुनियादी अवधारणाएं

1. जोखिम अंकन का उद्देश्य

जोखिम अंकन के दो मुख्य उद्देश्य हैं।

i. प्रतिकूल चयन अर्थात बीमा कंपनी के विरुद्ध चयन को रोकना
ii. जोखिमों को वर्गीकृत करना और जोखिमों के बीच समानता पक्की करना

परिभाषा

जोखिम का मूल्यांकन शब्द स्वास्थ्य बीमा के प्रत्येक प्रस्ताव का मूल्यांकन करने की प्रक्रिया को दर्शाता है, जो जोखिम की डिग्री के संदर्भ में किया जाता है; फिर यह तय किया जाता है कि बीमा देना है या नहीं और किन शर्तों पर।

प्रतिकूल चयन (एंटी-सलेक्शन) उन लोगों की प्रवृत्ति है जो यह अपेक्षा करते या जानते हैं कि उनके नुकसान का सामना करने की संभावना अधिक है, वे उत्सुकता से बीमा की तलाश करते हैं और इस प्रक्रिया में लाभ प्राप्त करना चाहते हैं।

उदाहरण

अगर बीमा कंपनियां इस बारे में चुनकर फैसला न करें कि वे किसको और कैसे बीमा की पेशकश करती हैं, तो यह संभावना है कि मधुमेह, उच्च रक्तचाप, हृदय की समस्याओं या कैंसर जैसी गंभीर बीमारियों से पीड़ित लोग, जो जानते थे कि उन्हें जल्द ही अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता होगी, स्वास्थ्य बीमा खरीदने की कोशिश करेंगे। इससे बीमा कंपनी को नुकसान होगा। दूसरे शब्दों में, अगर कोई बीमा कंपनी जोखिम का ठीक से आकलन नहीं करती है, तो उसका प्रतिकूल चयन किया जाएगा और इस प्रक्रिया में उसे नुकसान उठाना पड़ेगा।

2. जोखिमों के बीच समानता

आइए, अब जोखिमों के बीच समानता (इक्विटी) पर विचार करें। "इक्विटी" का अर्थ है कि समान प्रकार और जोखिम की डिग्री के दायरे में आने वाले आवेदकों को समान प्रीमियम की श्रेणी में रखा जाएगा। प्रीमियम का निर्धारण करने के लिए बीमा कंपनी कुछ प्रकार का मानकीकरण करना चाहेगी। बीमालेखक के पास आने वाले प्रस्तावों को इन जोखिम प्रकारों में बाँटा जाता है:

i. मानक जोखिम

ये ऐसे लोग हैं जिनकी अपेक्षित रुग्णता (बीमार पड़ने की संभावना) औसत है।

ii. पसंदीदा जोखिम

कुछ मामलों में, अपेक्षित रुग्णता औसत से काफी कम होती है; इसलिए वे पसंदीदा जोखिम कहलाते हैं। इनसे कम प्रीमियम लिया जा सकता है।

iii. अवमानक जोखिम

कुछ अन्य मामलों में, अपेक्षित रुग्णता औसत से अधिक हो सकती है। हालांकि, ये जोखिम बीमा योग्य भी हो सकते हैं, बीमा कंपनियां कुछ शर्तों और पाबंदियों के साथ उच्च प्रीमियम वसूल कर सकती हैं और/या उन्हें स्वीकार कर सकती हैं।

iv. अस्वीकृत जोखिम

कुछ लोग ऐसे होते हैं जिनकी कुछ चिकित्सीय या अन्य समस्याएं होती हैं, जो उन्हें बीमारियों और दावे के लिए अत्यधिक संवेदनशील बनाती हैं। इस बात की बहुत अधिक संभावना रहती है कि ऐसे व्यक्ति बीमार पड़ जाते हैं और सामान्य पूल पर गैर-आनुपातिक स्तर की देयता का कारण बनते हैं। दूसरे शब्दों में, जहां पूल में अन्य लोगों के बीमार पड़ने की औसत या कम औसत संभावना होती है, इन व्यक्तियों के बीमार पड़ने की बहुत अधिक संभावना होती है, जिससे प्रीमियम की उच्च दरों पर भी उनका बीमा करना मुश्किल हो जाता है। [कभी-कभी, ऐसे व्यक्ति नैतिक जोखिम पैदा कर सकते हैं, जब वे बीमार पड़ने की अपनी उच्च संभावना

को प्रकट नहीं करते हैं और अन्य सामान्य लोगों की तरह बीमा कराने का प्रयास करते हैं।] अधिकांश बीमा कंपनियां ऐसे जोखिमों को अस्वीकार करती हैं और भविष्य में इस्तेमाल के लिए ऐसे लोगों का डेटाबेस बनाती हैं।

'अस्वीकृत जोखिम' होने का अर्थ सिर्फ यह है कि एक विशेष बीमा कंपनी उस विशेष समय पर उस प्रकार के बीमा उत्पाद के लिए व्यक्ति का बीमा नहीं करना चाहती है। हालांकि, यह संभव है कि कोई अन्य बीमा कंपनी अलग प्रीमियम पर और/या अलग शर्तों के साथ उसका बीमा कर सकती है। वही बीमा कंपनी उस पर किसी अन्य प्रकार की पॉलिसी के लिए या यहां तक कि उसी पॉलिसी के लिए बाद की तारीख में, शर्तें बदल जाने पर, उस पर विचार कर सकती हैं।

3. बीमालेखन प्रक्रिया

जोखिम अंकन प्रक्रिया दो स्तरों पर होती है:

- ✓ प्राथमिक या फील्ड स्तर पर या
- ✓ जोखिम अंकन विभाग स्तर पर

a) प्राथमिक बीमालेखन

प्राथमिक बीमालेखन (या फील्ड स्तर के जोखिम अंकन) में यह तय करने के लिए एजेंट या कंपनी के प्रतिनिधि द्वारा जानकारी इकट्ठा करना शामिल है कि क्या आवेदक बीमा आवरणों को देने के लिए उपयुक्त है। एजेंट प्राथमिक जोखिम अंकन की यह महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। वह इस बात को जानने की सबसे अच्छी स्थिति में होता है कि संभावित ग्राहक बीमा योग्य है या नहीं।

कुछ बीमा कंपनियों को प्रस्तावक के संबंध में विशेष जानकारी, राय और सिफारिशों के साथ एक स्टेटमेंट या गोपनीय रिपोर्ट देने के लिए एजेंटों की आवश्यकता होती है।

इसी प्रकार की रिपोर्ट, जिसे **नैतिक जोखिम रिपोर्ट** कहा जाता है, बीमा कंपनी के किसी अधिकारी से भी मांगी जा सकती है। ऐसी रिपोर्ट आम तौर पर स्वास्थ्य बीमा के लिए प्रस्तावित व्यक्ति के पेशे, आय और वित्तीय स्थिति और प्रतिष्ठा को आवरित करती है।

4. एजेंट की धोखाधड़ी की निगरानी वाली भूमिका

बीमा के लिए जोखिम के चयन के संबंध में निर्णय प्रस्तावक द्वारा प्रस्ताव प्रपत्र में ज़ाहिर किए गए तथ्यों पर निर्भर करता है। कार्यालय में बैठे बीमालेखक के लिए यह जानना मुश्किल होगा कि क्या ये तथ्य सही हैं या बीमा कंपनी को धोखा देने के इरादे से कपटपूर्वक गलतबयानी से प्रस्तुत किए गए हैं।

प्राथमिक बीमालेखक के रूप में एजेंट यहां एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। चूंकि एजेंट का प्रस्तावक के साथ सीधा व्यक्तिगत संपर्क होता है, वह इस बात का पता लगाने के लिए सबसे

अच्छी स्थिति में होता है कि क्या प्रस्तुत की गई जानकारी सही है और क्या कोई जानबूझकर गैर-प्रकटीकरण या गलत बयानी तो नहीं की गई है।

a) बीमालेखन विभाग की भूमिका

बीमा कंपनी के कार्यालय में जोखिम अंकन विभाग बीमालेखन की प्रमुख भूमिका निभाता है। यहां, ऐसे विशेषज्ञ जो इस तरह के काम में कुशल हैं, विशेष जोखिम से जुड़े सभी प्रासंगिक डेटा पर और यहां तक कि कुछ जनसांख्यिकीय डेटा पर विचार और विश्लेषण करते हैं। अंत में, वे यह तय करते हैं कि बीमा के प्रस्ताव को स्वीकार करना है या नहीं, शर्तें क्या होंगी और उचित प्रीमियम कितना होगा।

C. आईआरडीएआई के अन्य स्वास्थ्य बीमा विनियम

बीमाधारक के लाभ के लिए नियामक ने नीचे दिए गए कुछ बदलाव भी किए हैं।

a. बीमित व्यक्ति को प्रीमियम के अतिरिक्त ली गई जोखिम अंकन संबंधी किसी भी प्रभार के बारे में सूचित किया जाएगा और पॉलिसी जारी करने से पहले ऐसे लोडिंग के लिए पॉलिसीधारक की विशेष सहमति प्राप्त करनी होगी।

b. अगर बीमा कंपनी को किसी और जानकारी की आवश्यकता होती है, जैसे कि किसी पॉलिसी के बाद के चरण में या उसके नवीनीकरण के समय पेशे में बदलाव, तो बीमाधारक को निर्धारित मानक प्रपत्र भरना होगा जो पॉलिसी दस्तावेज़ का हिस्सा बनेगा।

c. बीमा कंपनियां एक ही बीमा कंपनी के साथ पॉलिसीधारकों को शीघ्र प्रवेश, निरंतर नवीनीकरण, अनुकूल दावों के अनुभव आदि के संबंध में इनाम देने के लिए विभिन्न प्रणालियां लेकर आई हैं; वे प्रॉस्पेक्टस और पॉलिसी दस्तावेज़ में इस तरह की प्रणाली या प्रोत्साहन का खुलासा करती हैं।

D. स्वास्थ्य बीमा की पोर्टेबिलिटी

पोर्टेबिलिटी को आईआरडीएआई ने व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा के पॉलिसीधारकों (पारिवारिक आवरण के तहत सभी सदस्यों सहित) के लिए, पहले से मौजूद बीमारियों और समयबद्ध अपवर्जनों के लिए प्राप्त क्रेडिट को एक बीमा कंपनी से दूसरी बीमा कंपनी को या एक ही बीमा कंपनी के एक प्लान से दूसरे प्लान में अंतरित करने के अधिकार के रूप में परिभाषित किया है, बशर्ते पिछली पॉलिसी को बिना किसी रुकावट के चालू रखा गया हो।

पोर्टेबिलिटी वह प्रावधान है जिसके द्वारा बीमाधारक एक समयावधि में अर्जित सभी लाभों को अपने साथ लेकर एक बीमा कंपनी से दूसरी बीमा कंपनी के पास जा सकता है। छात्र स्वास्थ्य बीमा कारोबार में उत्पाद की फाइलिंग पर आईआरडीएआई के समेकित दिशानिर्देश, दिनांक 22 जुलाई, 2020 को पढ़ सकते हैं, जिसमें पोर्टेबिलिटी सहित कई प्रथाओं के मानकीकरण के लिए मानदंड निर्धारित किए गए हैं।

आईआरडीएआई ने यह अनिवार्य किया है कि परिवार फ्लोटर पॉलिसियों सहित साधारण बीमा कंपनियों और स्वास्थ्य बीमा कंपनियों द्वारा जारी सभी व्यक्तिगत क्षतिपूर्ति स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के तहत पोर्टेबिलिटी की अनुमति दी जाएगी।

हालांकि, नवीनीकरण के समय ही पोर्टिंग की जा सकती है। प्रतीक्षा अवधि क्रेडिट के अलावा, प्रीमियम सहित नई पॉलिसी की अन्य शर्तें नई बीमा कंपनी द्वारा तय की जाएंगी। प्रक्रियात्मक रूप से, बीमाधारक को नवीनीकरण से कम से कम 45 दिन पहले पुरानी बीमा कंपनी के पास पोर्टिंग के लिए अनुरोध करना चाहिए, यह बताते हुए कि पॉलिसी को किस कंपनी में पोर्ट किया जाना है। पॉलिसी को बिना किसी रुकावट के नवीनीकृत किया जाएगा (अगर पोर्टिंग की प्रक्रिया जारी है, तो 30 दिन की अनुग्रह अवधि होती है)। आईआरडीए ने एक वेब-आधारित सुविधा बनाई है जहां पास बीमा कंपनियों द्वारा व्यक्तियों को जारी की गई सभी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों का डेटा रहता है, ताकि नई बीमा कंपनी को पोर्टिंग करने वाले पॉलिसीधारक के स्वास्थ्य बीमा इतिहास के बारे में एक सहज तरीके से डेटा ऐक्सेस करने और प्राप्त करने में सक्षम बनाया जा सके।

E. स्वास्थ्य बीमा का माइग्रेशन

माइग्रेशन को आईआरडीएआई द्वारा स्वास्थ्य बीमा के पॉलिसीधारकों (पारिवारिक आवरण के तहत सभी सदस्यों और समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के सदस्यों सहित) के लिए पहले से मौजूद बीमारियों और समयबद्ध अपवर्जन के लिए प्राप्त क्रेडिट को उसी बीमा कंपनी के पास अंतरित करने के अधिकार के रूप में परिभाषित किया गया है।

स्वास्थ्य बीमा कारोबार में उत्पाद फाइल करने से जुड़े आईआरडीएआई के समेकित दिशानिर्देश, दिनांक 22 जुलाई, 2020 में स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के माइग्रेशन संबंधी दिशानिर्देशों को संशोधित किया गया है। इसमें यह प्रावधान है कि क्षतिपूर्ति आधारित व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के तहत आवरित किए गए प्रत्येक व्यक्तिगत पॉलिसीधारक (फैमिली फ्लोटर पॉलिसी के तहत सदस्यों सहित) को पॉलिसीधारक द्वारा इस्तेमाल किए जाने वाले स्पष्ट विकल्प पर माइग्रेशन का एक विकल्प दिया जाएगा। समूह पॉलिसियों से व्यक्तिगत पॉलिसी में माइग्रेशन जोखिम अंकन के अधीन होगा।

अपनी पॉलिसी को अंतरित करने के इच्छुक पॉलिसीधारक को अपनी मौजूदा पॉलिसी की प्रीमियम नवीनीकरण तिथि से कम से कम 30 दिन पहले परिवार के सभी सदस्यों, यदि कोई हो, के साथ पॉलिसी माइग्रेट करने के लिए बीमा कंपनी के पास आवेदन करने की अनुमति दी जाएगी। हालांकि, अगर बीमा कंपनी 30 दिन से कम की अवधि पर भी विचार करने को तैयार है, तो बीमा कंपनी ऐसा कर सकती है। बीमा कंपनियां विशेष रूप से माइग्रेशन के लिए कोई शुल्क नहीं लेंगी।

F. बीमा के बुनियादी सिद्धांत और जोखिम अंकन के साधन

1. बीमालेखन के लिए प्रासंगिक बुनियादी सिद्धांत

बीमा के किसी भी रूप में, चाहे वह जीवन बीमा हो या साधारण बीमा, कुछ कानूनी सिद्धांत होते हैं जो जोखिमों की स्वीकृति के साथ काम करते हैं। स्वास्थ्य बीमा समान रूप से इन सिद्धांतों द्वारा नियंत्रित होता है; सिद्धांतों के किसी भी उल्लंघन के परिणाम स्वरूप बीमा कंपनी देयता से बचने का निर्णय ले सकती है। (इन सिद्धांतों पर सामान्य अध्यायों में चर्चा की गई है।)

2. बीमालेखन के लिए साधन

ये बीमालेखक (अंडरराइटर) के लिए सूचना के स्रोत हैं; इनके आधार पर ही जोखिम का वर्गीकरण किया जाता है और अंतिम रूप से प्रीमियम पर निर्णय लिया जाता है। जोखिम अंकन के लिए प्रमुख साधन इस प्रकार हैं:

a) प्रस्ताव प्रपत्र

यह दस्तावेज़ अनुबंध का आधार है, जहां प्रस्तावक के स्वास्थ्य और व्यक्तिगत जानकारी (यानी उम्र, पेशा, कद-काठी, आदतें, स्वास्थ्य स्थिति, आय, प्रीमियम भुगतान विवरण आदि) से संबंधित सभी महत्वपूर्ण जानकारी इकट्ठा की जाती है। बीमित व्यक्ति द्वारा किसी भी प्रकार की जानकारी का उल्लंघन या छुपाया जाना पॉलिसी को अमान्य कर देगा। (इस बारे में सामान्य अध्यायों में चर्चा की गई है।)

b) आयु प्रमाण

प्रीमियम का निर्धारण बीमित व्यक्ति की आयु के आधार पर किया जाता है। इसलिए, यह अनिवार्य है कि नामांकन के समय प्रकट की गई आयु का सत्यापन आयु प्रमाण प्रस्तुत करके किया जाए।

उदाहरण

भारत में, ऐसे कई दस्तावेज हैं जिन्हें आयु प्रमाण माना जा सकता है, लेकिन वे सभी कानूनी रूप से स्वीकार्य नहीं हैं। अधिकतर वैध दस्तावेजों को दो व्यापक श्रेणियों में बांटा गया है। वे इस प्रकार हैं:

a) मानक आयु प्रमाण: इनमें से कुछ में स्कूल प्रमाणपत्र, पासपोर्ट, आवासीय प्रमाणपत्र, पैन कार्ड आदि शामिल हैं।
b) अवमानक आयु प्रमाण: इनमें से कुछ में राशन कार्ड, मतदाता पहचान पत्र, बुजुर्ग की घोषणा, ग्राम पंचायत प्रमाणपत्र आदि शामिल हैं।

वित्तीय दस्तावेज

प्रस्तावक की वित्तीय स्थिति को जानना लाभ उत्पादों के लिए और नैतिक खतरे को कम करने के लिए विशेष रूप से प्रासंगिक है। हालांकि, आम तौर पर वित्तीय दस्तावेज केवल इन मामलों में मांगे जाते हैं:

a) व्यक्तिगत दुर्घटना आवरण या

b) उच्च बीमा राशि आवरण या

c) जब मांगे गए आवरण की तुलना में बताई गई आय और पेशे में कोई तालमेल न हो।

c) चिकित्सा रिपोर्ट

चिकित्सा रिपोर्ट (मेडिकल रिपोर्ट) की आवश्यकता बीमा कंपनी के मानकों पर आधारित होती है; यह आम तौर पर बीमित व्यक्ति की आयु और कभी-कभी चुने गए आवरण की राशि पर निर्भर करती है। प्रस्ताव फॉर्म के कुछ जवाबों में कुछ ऐसी जानकारी भी हो सकती है जिसके कारण चिकित्सा रिपोर्ट मांगी जाती है।

d) बिक्री कर्मियों की रिपोर्ट

बिक्री कर्मियों (सेल्स पर्सन) को कंपनी के लिए जमीनी स्तर के बीमालेखक (अंडरराइटर) के रूप में भी देखा जा सकता है; उनके द्वारा अपनी रिपोर्ट में दी गई जानकारी एक महत्वपूर्ण विचार हो सकती है। हालांकि, बिक्री कर्मियों को अधिक कारोबार देने के लिए प्रोत्साहन मिलता है, इसलिए हितों का टकराव संभव है, जिस पर ध्यान दिया जाना चाहिए।

स्वमूल्यांकन 2

जोखिम अंकन में परम सद्भाव का सिद्धांत का पालन करना _________ के लिए ज़रूरी है।

I. बीमा कंपनी

II. बीमाधारक

III. बीमा कंपनी और बीमाधारक, दोनों

IV. चिकित्सा परीक्षक

स्वमूल्यांकन 3

बीमा योग्य हित का अर्थ है _________________।

I. बीमा के लिए प्रस्तावित संपत्ति में व्यक्ति का वित्तीय हित

II. वह संपत्ति जो पहले से बीमित है

III. नुकसान में प्रत्येक बीमा कंपनी का हिस्सा, जब एक से अधिक बीमा कंपनी एक ही नुकसान को आवरित करती हो

IV. नुकसान की रकम जिसे बीमा कंपनी से वसूल किया जा सकता है

G. बीमालेखन प्रक्रिया

आवश्यक जानकारी प्राप्त होने के बाद, बीमालेखक पॉलिसी की शर्तें तय करता है। स्वास्थ्य बीमा कारोबार के जोखिम अंकन के लिए इस्तेमाल किए जाने वाले सामान्य प्रपत्र नीचे दिए गए हैं:

1. **चिकित्सा बीमालेखन (मेडिकल अंडरराइटिंग)**

चिकित्सा बीमालेखन (मेडिकल अंडरराइटिंग) एक ऐसी प्रक्रिया है जिसमें स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए आवेदन करने वाले व्यक्ति की स्वास्थ्य स्थिति का निर्धारण करने के लिए प्रस्तावक से मेडिकल रिपोर्ट मांगी जाती है। बीमा कंपनियां इकट्ठा की गई स्वास्थ्य संबंधी जानकारी का मूल्यांकन यह निर्धारित करने के लिए करती हैं कि क्या अवरणों की पेशकश की जानी चाहिए, अगर हाँ, तो किस सीमा तक और किन शर्तों एवं अपवर्जनों पर। इस प्रकार, मेडिकल बीमालेखन जोखिम की स्वीकृति या अस्वीकृति और आवरण की शर्तों को भी निर्धारित कर सकती है।

उदाहरण

उच्च रक्तचाप, अधिक वजन/मोटापा और बढ़ा हुआ शर्करा स्तर जैसी चिकित्सा समस्याओं में ह्रदय, गुर्दे और तंत्रिका तंत्र के रोगों के लिए भविष्य में अस्पताल में भर्ती होने की उच्च संभावना रहती है। इसलिए, चिकित्सा जोखिम अंकन के लिए जोखिम का आकलन करते समय इन शर्तों पर सावधानीपूर्वक विचार किया जाना चाहिए।

चिकित्सा जोखिम अंकन संबंधी दिशानिर्देशों के अनुसार, प्रस्तावक की स्वास्थ्य स्थिति के बारे में उसके पारिवारिक चिकित्सक की हस्ताक्षरित घोषणा भी माँगी जा सकती है।

पहली बार शामिल होने वाले, 45-50 वर्ष से अधिक आयु के व्यक्तियों को स्वास्थ्य जोखिम प्रोफाइल का आकलन करने और उनकी मौजूदा स्वास्थ्य स्थिति के बारे में जानकारी प्राप्त करने के लिए आम तौर पर निर्दिष्ट रोग संबंधी जांच से गुजरना पड़ता है। इस तरह की जांच पहले से मौजूद किसी भी चिकित्सा समस्याओं या बीमारियों के प्रसार का संकेत भी देती है।

2. **गैर-चिकत्सा बीमालेखन**

स्वास्थ्य बीमा के लिए आवेदन करने वाले अधिकांश प्रस्तावकों को चिकित्सा जांच की आवश्यकता नहीं होती है।

अगर प्रस्तावक ने सभी भौतिक तथ्यों को पूरी तरह से और सच्चाई से ज़ाहिर किया था और एजेंट ने सावधानीपूर्वक जांच की थी, तब भी चिकित्सा जांच की आवश्यकता बहुत कम हो सकती है।

उदाहरण

अगर किसी व्यक्ति को चिकित्सा परीक्षाओं, प्रतीक्षा अवधि और प्रोसेसिंग में देरी की लंबी प्रक्रिया से गुजरे बिना जल्दी से स्वास्थ्य बीमा आवरण लेना है, तो वह एक गैर-चिकित्सा जोखिम अंकन पॉलिसी का विकल्प चुन सकता है। गैर-चिकित्सीय जोखिम अंकन पॉलिसी में, प्रीमियम दरों और बीमा राशि का निर्धारण आम तौर पर उम्र, लिंग, धूम्रपान की श्रेणी, कद-काठी आदि पर आधारित कुछ स्वास्थ्य संबंधी सवालों के जवाब के आधार पर किया जाता है। प्रक्रिया तेज होती है, लेकिन प्रीमियम अपेक्षाकृत अधिक हो सकता है।

3. **संख्यात्मक दर निर्धारण विधि**

यह जोखिम अंकन में अपनाई जाने वाली एक ऐसी प्रक्रिया है जिसमें जोखिम के प्रत्येक घटक पर संख्यात्मक या प्रतिशत मूल्यांकन किया जाता है।

आयु, लिंग, जाति, व्यवसाय, निवास, पर्यावरण, कद-काठी, आदतों, परिवार और व्यक्तिगत इतिहास जैसे कारकों की जांच की जाती है और पूर्व-निर्धारित मानदंड के आधार पर संख्यात्मक रूप से स्कोर दिया जाता है।

4. **बीमालेखन संबंधी निर्णय**

बीमालेखन प्रक्रिया तब पूरी होती है जब प्राप्त जानकारी का सावधानीपूर्वक मूल्यांकन किया जाता है और उपयुक्त जोखिम श्रेणियों में वर्गीकृत किया जाता है। उपरोक्त साधनों और उनके निर्णय के आधार पर, बीमालेखक जोखिम को इन श्रेणियों में वर्गीकृत करता है:

a) मानक दरों पर जोखिम को स्वीकार करना

b) एक अतिरिक्त प्रीमियम (लोडिंग) पर जोखिम स्वीकार करना, हालांकि हो सकता है सभी कंपनियों में यह तरीका न अपनाया जाए

c) एक निर्धारित अवधि के लिए आवरण को स्थगित करना

d) आवरण को अस्वीकार करना

e) काउंटर ऑफ़र (आवरण के किसी हिस्से पर पाबंदी लगाना या अस्वीकार करना)

f) उच्च कटौती या सह-भुगतान लागू करना

g) पॉलिसी के तहत स्थायी अपवर्जन लागू करना

अगर किसी बीमारी को स्थायी रूप से बाहर रखा गया है, तो उसे पॉलिसी प्रमाणपत्र पर पृष्ठांकित किया जाता है। यह मानक पॉलिसी अपवर्जन के अलावा एक अतिरिक्त अपवर्जन बन जाता है और अनुबंध का हिस्सा बनेगा।

5. **सामान्य या मानक अपवर्जनों का इस्तेमाल**

अधिकांश पॉलिसियों में अपवर्जन लागू किया जाता है, जो उनके सभी सदस्यों पर लागू होती हैं। इन्हें मानक अपवर्जन के रूप में जाना जाता है या कभी-कभी सामान्य अपवर्जन भी कहा जाता है। बीमा कंपनियां मानक अपवर्जन लागू करके अपने जोखिम को सीमित करती हैं। इन बातों पर पहले के एक अध्याय में चर्चा की जा चुकी है।

6. **क्षेत्रवार प्रीमियम**

आम तौर पर, प्रीमियम बीमित व्यक्ति की उम्र और चुनी गई बीमा राशि पर निर्भर करेगा। प्रीमियम के अंतर को दिल्ली और मुंबई जैसे कुछ क्षेत्रों में उच्च दावा लागत के साथ पेश किया गया है, जो कुछ बीमा कंपनियों के कुछ उत्पादों के लिए उच्चतम प्रीमियम क्षेत्र का हिस्सा हैं। उदाहरण के लिए, इंदौर या जम्मू जैसे शहर में समान आयु वर्ग की समान पॉलिसी की तुलना में महानगरों और

'ए श्रेणी' के शहरों में 55-65 वर्ष के आयु वर्ग की व्यक्तिगत पॉलिसी का उच्च दर पर मूल्यांकन किया जाएगा।

स्वमूल्यांकन 4

चिकित्सकीय बीमालेखन के बारे में इनमें से कौन सा कथन गलत है?

I. इसमें चिकित्सा रिपोर्ट प्राप्त करने और मूल्यांकन करने की उच्च लागत शामिल है।

II. स्वास्थ्य बीमा के लिए चिकित्सकीय जोखिम अंकन में मौजूदा स्वास्थ्य स्थिति और आयु प्रमुख कारक हैं।

III. प्रस्तावकों को अपने स्वास्थ्य जोखिम प्रोफाइल का आकलन करने के लिए चिकित्सा और रोग संबंधी (पैथोलोजिकल) जांच से गुजरना पड़ता है।

IV. जोखिम के प्रत्येक घटक पर प्रतिशत मूल्यांकन किया जाता है।

H. समूह स्तर पर स्वास्थ्य बीमा

स्वास्थ्य बीमा के किसी समूह को स्वीकार करते समय, बीमा कंपनियां समूह में कुछ सदस्यों की मौजूदगी की संभावना को ध्यान में रखती हैं, जिन्हें गंभीर और लगातार स्वास्थ्य समस्याएं हो सकती हैं।

1. समूह स्वास्थ्य बीमा

समूह स्वास्थ्य बीमा के जोखिम अंकन के लिए समूह की विशेषताओं का विश्लेषण करने की आवश्यकता होती है, ताकि यह मूल्यांकन किया जा सके कि क्या यह बीमा कंपनी के जोखिम अंकन संबंधी दिशानिर्देशों के साथ-साथ बीमा नियामकों द्वारा समूह बीमा के लिए निर्धारित दिशानिर्देशों के तहत आता है।

समूह स्वास्थ्य बीमा के लिए मानक जोखिम अंकन प्रक्रिया में इन कारकों पर प्रस्तावित समूह के मूल्यांकन की आवश्यकता होती है:

a) समूह का प्रकार

b) समूह का आकार

c) उद्योग का प्रकार

d) आवरण लेने के लिए योग्य व्यक्ति

e) क्या पूरे समूह को आवरित किया जा रहा है या सदस्यों के पास ऑप्ट आउट करने (शामिल नहीं होने) का विकल्प है

f) आवरण का स्तर –सभी के लिए एक समान हो या अलग-अलग

g) लिंग, आयु, एक या एकाधिक स्थानों, समूह के सदस्यों के आय के स्तर, कर्मचारी टर्नओवर दर के संदर्भ में समूह का ढ़ांचा; क्या प्रीमियम समूह के मालिक ने पूरी तरह से प्रीमियम भुगतान किया है या प्रीमियम भुगतान में सदस्यों के भाग लेने की आवश्यकता है

h) विभिन्न भौगोलिक स्थानों में फैले कई स्थानों के मामले में सभी क्षेत्रों की स्वास्थ्य सेवा लागत में अंतर

i) किसी तृतीय पक्ष प्रशासक (उसकी पसंद के या बीमा कंपनी द्वारा चुने गए) या स्वयं बीमा कंपनी द्वारा समूह बीमा के प्रबंधन के लिए समूह के मालिक की पसंद

j) प्रस्तावित समूह के पिछले दावों का अनुभव

उदाहरण

खानों या कारखानों में काम करने वाले सदस्यों के समूह को वातानुकूलित कार्यालयों में काम करने वाले सदस्यों के समूह की तुलना में अधिक स्वास्थ्य जोखिम होता है। साथ ही, रोगों की प्रकृति (जिससे दावा किया जाता है) भी दोनों समूहों के लिए काफी भिन्न होने की संभावना रहती है। इसलिए, बीमा कंपनी दोनों मामलों में समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी की कीमत तदनुसार तय करेगी।

इसी तरह, आईटी कंपनियों जैसे उच्च टर्नओवर वाले समूहों के मामले में प्रतिकूल चयन से बचने के लिए, बीमा कंपनियां एहतियाती मानदंड पेश कर सकती हैं, जिसमें कर्मचारियों को बीमा के योग्य बनने से पहले उनकी परिवीक्षा अवधि पूरी करने की आवश्यकता होती है।

2. **नियोक्ता-कर्मचारी समूहों के अलावा अन्य का जोखिम अंकन**

नियोक्ता-कर्मचारी समूह परंपरागत रूप से समूह स्वास्थ्य बीमा की पेशकश करने वाले सबसे आम समूह हैं, समूह की संरचना का चरित्र समूह का जोखिम अंकन करते समय महत्वपूर्ण विचारों में से एक होता है।

गैर-नियोक्ता कर्मचारी समूहों को भी स्वास्थ्य बीमा की पेशकश की जा सकती है। आईआरडीएआई ने विभिन्न समूहों के साथ काम करने में बीमा कंपनियों द्वारा अपनाए जाने वाले दृष्टिकोण को विनियमित करने के लिए समूह बीमा संबंधी दिशानिर्देश जारी किए हैं। ऐसे गैर-नियोक्ता समूहों में शामिल हैं:

a) नियोक्ता कल्याण संघ

b) विशेष कंपनी द्वारा जारी किए गए क्रेडिट कार्ड धारक

c) किसी विशेष व्यवसाय के ग्राहक, जहां ऐड-ऑन लाभ के रूप में बीमा दिया जाता है

d) किसी बैंक और पेशेवर संघों या सोसाइटियों के उधारकर्ता

I. विदेश यात्रा बीमा का जोखिम अंकन

चूंकि विदेश यात्रा बीमा पॉलिसियों के तहत प्रमुख आवरण स्वास्थ्य आवरण है, इनके जोखिम अंकन में आम तौर पर स्वास्थ्य बीमा के प्रतिरूपों को अपनाया जाएगा।

प्रीमियम दर निर्धारण और स्वीकृति अलग-अलग कंपनी के दिशानिर्देशों के अनुसार होगी, लेकिन कुछ महत्वपूर्ण विचार नीचे दिए गए हैं:

1. प्रीमियम दर प्रस्तावक की आयु और विदेश यात्रा की अवधि पर निर्भर करेगी।
2. चूंकि विदेशों में चिकित्सा उपचार महंगा है, घरेलू स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की तुलना में प्रीमियम दरें आम तौर पर बहुत अधिक होती हैं।
3. अमेरिका और कनाडा जैसे देशों में प्रीमियम सबसे ज्यादा है।
4. विदेश में चिकित्सा उपचार कराने के मकसद से प्रस्तावक द्वारा पॉलिसी का इस्तेमाल करने की संभावना को दूर करने के लिए सावधानी बरती जानी चाहिए; इसलिए पहले से मौजूद किसी भी बीमारी के होने पर प्रस्ताव स्तर पर सावधानी से विचार किया जाना चाहिए।

J. व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा का जोखिम अंकन

व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियों के लिए जोखिम अंकन संबंधी विचार नीचे दिए गए हैं:

दर निर्धारण

व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा में, बीमाधारक का पेशा मुख्य कारक माना जाता है। पेशे या व्यवसाय से जुड़े जोखिम, किए जाने वाले काम की प्रकृति के अनुसार भिन्न होते हैं। उदाहरण के लिए, एक कार्यालय प्रबंधक को उस स्थान पर काम करने वाले सिविल इंजीनियर की तुलना में काम पर जोखिम कम होता है जहां किसी इमारत का निर्माण किया जा रहा है। दर तय करने के लिए, पेशों को समूहों में वर्गीकृत किया जाता है, प्रत्येक समूह कमोवेश समान जोखिम को दर्शाता है।

जोखिम का वर्गीकरण

पेशे/व्यवसाय के आधार पर, बीमित व्यक्ति से जुड़े जोखिमों को तीन समूहों में वर्गीकृत किया जा सकता है:

- **जोखिम समूह I**

  लेखाकार, डॉक्टर, वकील, वास्तुकार और प्रशासनिक कार्यों में लगे व्यक्ति, मुख्य रूप से समान खतरे वाले पेशों में लगे व्यक्ति।

- **जोखिम समूह II**

  अधीक्षण कार्यों में लगे बिल्डर, ठेकेदार और इंजीनियर और समान खतरे वाले पेशे में लगे व्यक्ति। शारीरिक श्रम में लगे सभी व्यक्ति (समूह III के तहत आने वालों को छोड़कर)।

- **जोखिम समूह III**

  भूमिगत खानों में काम करने वाले या पहियों पर दौड़ने जैसी गतिविधियों में लगे हुए व्यक्ति और समान जोखिम वाले पेशों/गतिविधियों में शामिल लोग।

  जोखिम समूहों को क्रमशः 'सामान्य', 'मध्यम' और 'उच्च' जोखिम के रूप में भी जाना जाता है।

आयु सीमाएं

कामकाजी आबादी (नियोक्ता कर्मचारी) के लिए सामान्य आयु सीमा 18-70 वर्ष है। हालांकि, छात्रों के लिए न्यूनतम आयु 5 वर्ष भी हो सकती है।

आवरण और नवीनीकरण के लिए न्यूनतम और अधिकतम आयु अलग-अलग कंपनी के मामले में भिन्न होती है।

फैमिली पैकेज आवरण

व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी में एक पारिवारिक पैकेज आवरण भी होता है, जिसमें बच्चों और कमाई नहीं करने वाले पति या पत्नी को केवल मृत्यु और स्थायी विकलांगता (पूर्ण या आंशिक) के लिए आवरण किया जाता है।

समूह पॉलिसियों में प्रीमियम की छूट

अगर बीमित व्यक्तियों की संख्या एक निश्चित संख्या, जैसे 100 से अधिक होती है, तो प्रीमियम में समूह छूट की अनुमति है। हालांकि, समूह पॉलिसी तब जारी की जा सकती है जब संख्या कम हो, जैसे कि 25 - लेकिन बिना किसी छूट के।

समूह छूट (ग्रुप डिस्काउंट) का मानदंड

समूह पॉलिसियां केवल नामित समूहों के संबंध में ही जारी की जानी चाहिए। समूह छूट और अन्य लाभों का फायदा उठाने के मकसद से, प्रस्तावित "समूह" को नीचे दी गई श्रेणियों में से किसी एक के तहत स्पष्ट रूप से आना चाहिए:

- नियोक्ता-कर्मचारी संबंध, कर्मचारी के आश्रितों सहित
- पंजीकृत सहकारी समिति के सदस्य
- पंजीकृत सेवा क्लबों के सदस्य
- बैंकों/डाइनर्स/मास्टर/वीज़ा के क्रेडिट कार्ड धारक

उपरोक्त श्रेणियों से अलग किसी अन्य श्रेणी से संबंधित प्रस्तावों के मामले में, संबंधित बीमा कंपनियों के तकनीकी विभाग द्वारा उन पर विचार-विमर्श करके उन पर निर्णय लिया जा सकता है।

प्रीमियम

जोखिम के वर्गीकरण और चुने गए लाभों के अनुसार नामित कर्मचारियों पर प्रीमियम की भिन्न दरें लागू होती हैं।

ऑन-ड्यूटी आवरण

व्यक्तिगत दुर्घटना (पीए पॉलिसियों) में ऑन-ड्यूटी और ऑफ-ड्यूटी, दोनों अवधि के लिए या अलग-अलग आवरण हो सकते हैं। प्रीमियम बीमा राशि, ड्यूटी के घंटों की संख्या आदि पर निर्भर करता है। कुछ नियोक्ता केवल ड्यूटी अवधि को आवरित करने तक सीमित करना पसंद कर सकते हैं।

मृत्यु आवरण का अपवर्जन

मृत्यु लाभ को छोड़कर समूह पीए पॉलिसियां जारी करना संभव है। यह अलग-अलग कंपनी के दिशानिर्देशों के अधीन है।

समूह छूट और बोनस/मैलस

समूह पॉलिसियों के नवीनीकरण के तहत दर निर्धारण दावा अनुभव के संदर्भ में तय की जाती है।

- अनुकूल अनुभव को नवीनीकरण प्रीमियम में छूट (बोनस) का इनाम दिया जाता है
- प्रतिकूल अनुभव के मामले में एक पैमाने के अनुसार, नवीनीकरण प्रीमियम प्रभार (मैलस) लगाकर दंडित किया जाता है
- नवीनीकरण के लिए सामान्य दरें लागू होंगी, अगर दावा अनुभव, मान लीजिए कि 70 प्रतिशत है

स्वमूल्यांकन 5

1) समूह स्वास्थ्य बीमा में, समूह का हिस्सा बनने वाला कोई भी व्यक्ति बीमा कंपनी के ख़िलाफ़ प्रतिकूल चयन कर सकता है।

2) समूह स्वास्थ्य बीमा केवल नियोक्ता-कर्मचारी समूहों को आवरण प्रदान करता है।

I. कथन 1 सही है और कथन 2 गलत है

II. कथन 2 सही है और कथन 1 गलत है

III. कथन 1 और कथन 2 सही हैं

IV. कथन 1 और कथन 2 गलत हैं

स्वमूल्यांकन के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प III है।

उत्तर 2 – सही विकल्प III है।

उत्तर 3 – सही विकल्प I है।

उत्तर 4 – सही विकल्प IV है।

उत्तर 5 – सही विकल्प IV है।

अध्याय H-05

स्वास्थ्य बीमा के दावे

अध्याय का परिचय

इस अध्याय में हम स्वास्थ्य बीमा में दावा प्रबंधन प्रक्रिया, दावा संबंधी प्रक्रियाओं और दस्तावेज़ों के बारे में चर्चा करेंगे। इसे अलावा, हम व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के तहत दावा प्रबंधन के बारे में भी जानेंगे और टीपीए की भूमिका को समझेंगे।

अध्ययन के परिणाम

A. बीमा में दावा प्रबंधन

B. स्वास्थ्य बीमा दावों का प्रबंधन

C. स्वास्थ्य बीमा दावों से जुड़े दस्तावेज़

D. तृतीय पक्ष प्रशासक (टीपीए) की भूमिका

E. दावा प्रबंधन – व्यक्तिगत दुर्घटना

F. दावा प्रबंधन – विदेशी यात्रा बीमा

इस अध्याय को पढ़ने के बाद, आप ये काम कर पाएंगेः

a) बीमा दावों में विभिन्न हितधारकों के बारे में समझाना

b) यह बताना कि स्वास्थ्य बीमा दावों का प्रबंधन कैसे किया जाता है

c) स्वास्थ्य बीमा दावों के निपटान के लिए आवश्यक विभिन्न दस्तावेज़ों की चर्चा करना

d) यह समझाना कि बीमा कंपनियों द्वारा दावों के लिए संचयी कैसे उपलब्ध कराया जाता है

e) व्यक्तिगत दुर्घटना दावों की चर्चा करना

f) टीपीए की अवधारणा और भूमिका को समझना

A. बीमा में दावा प्रबंधन

यह अच्छी तरह से समझा जाता है कि बीमा एक '**वादा**' है और पॉलिसी उस वादे की '**गवाह**' है। किसी बीमित घटना का होना, जिसके कारण पॉलिसी के तहत दावा किया जाता है, उस वादे की सच्ची परीक्षा होती है। कोई बीमा कंपनी कितना अच्छा प्रदर्शन करती है, इसका मूल्यांकन इस बात से किया जाता है कि वह दावों के वादों को कितनी अच्छी तरह पूरा करती है। बीमा में प्रमुख रेटिंग कारकों में से एक बीमा कंपनी की दावा भुगतान करने की क्षमता है।

1. दावा प्रक्रिया में हितधारक

दावों को कैसे प्रबंधित किया जाता है, यह देखने से पहले दावा प्रक्रिया में हित रखने वाले पक्षों को समझने की जरूरत है।

चित्र 1: दावा प्रक्रिया में हितधारक

ग्राहक	बीमा खरीदने वाला व्यक्ति पहला हितधारक और 'दावे का प्राप्तकर्ता' होता है।
मालिक	बीमा कंपनी के मालिकों के पास 'दावों के भुगतानकर्ता' के रूप में एक बड़ा हित होता है। भले ही दावे पॉलिसीधारकों की निधि से पूरे किए जाते हैं, ज्यादातर मामलों में, ये वादे को निभाने के लिए उत्तरदायी होते हैं।
बीमालेखक	किसी बीमा कंपनी में और सभी बीमा कंपनियों में बीमालेखक (अंडरराइटर) की जिम्मेदारी है कि वे दावों को समझें और उत्पाद तैयार करें, पॉलिसी के नियम, शर्तें और मूल्य निर्धारण आदि तय करें।
विनियामक	विनियामक (भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण) अपने इन उद्देश्यों में एक प्रमुख हितधारक है: ✓ बीमा के वातावरण में व्यवस्था बनाए रखना ✓ पॉलिसीधारक के हितों की रक्षा करना

	✓ बीमा कंपनियों की दीर्घकालिक वित्तीय सेहत सुनिश्चित करना।
तृतीय पक्ष प्रशासक	सेवा के मध्यस्थों को तृतीय पक्ष प्रशासक के रूप में जाना जाता है, जो स्वास्थ्य बीमा दावों पर कार्रवाई करते हैं।
बीमा एजेंट / ब्रोकर	बीमा एजेंट/ब्रोकर न केवल पॉलिसियां बेचते हैं, बल्कि उनसे दावे के मामले में ग्राहकों को सेवा प्रदान करने की अपेक्षा की जाती है।
प्रदाता/अस्पताल	ये यह सुनिश्चित करते हैं कि ग्राहक को आसान दावा अनुभव मिलता है, खास तौर पर जब अस्पताल टीपीए के पैनल में शामिल हो और बीमा कंपनी को अस्पताल में भर्ती होने के लिए कैशलेस सुविधा प्रदान करनी होती है।

इस प्रकार दावों के बेहतर प्रबंधन का मतलब है दावों से संबंधित इन हितधारकों में से प्रत्येक के उद्देश्यों का प्रबंधन करना। बेशक, ऐसा हो सकता है कि इनमें से कुछ उद्देश्य आपस में टकरा जाएं।

संचयी (रिजर्व/संचिती बनाना): कई मामलों में, बीमा कंपनियां तुरंत दावों का निपटान करने में सक्षम नहीं हो सकती हैं; उन्हें जानकारी या विवादों, मुकदमे आदि के नतीजों की प्रतीक्षा करनी पड़ सकती है। इसलिए, उन्हें भुगतान बकाया होने तक दावा राशि को रिजर्व में रखना होता है। रिजर्व आम तौर पर बकाया दावों पर भुगतान की जाने वाली राशियों के बीमांकिक अनुमान होते हैं।

संचयी बनाने का अर्थ है दावों की स्थिति के आधार पर बीमा कंपनी के बही-खातों में सभी दावों के लिए प्रावधान की गई राशि।

स्वमूल्यांकन 1

इनमें से कौन स्वास्थ्य बीमा दावा प्रक्रिया में हितधारक नहीं है?

I. ग्राहक

II. पुलिस विभाग

III. विनियामक

IV. टीपीए

B. स्वास्थ्य बीमा दावों का प्रबंधन

1. स्वास्थ्य बीमा में दावा प्रक्रिया

दावे की सेवा बीमा कंपनी द्वारा या बीमा कंपनी द्वारा अधिकृत किसी तृतीय पक्ष प्रशासक (टीपीए) की सेवाओं के माध्यम से प्रदान की जा सकती सकती है।

बीमा कंपनी/टीपीए को किसी दावे की जानकारी दिए जाने से लेकर पॉलिसी की शर्तों के अनुसार भुगतान किए जाने तक, स्वास्थ्य दावा सुपरिभाषित चरणों के एक सेट से होकर गुजरता है, जिनमें से प्रत्येक की अपनी प्रासंगिकता होती है।

नीचे बताई गई प्रक्रियाएं स्वास्थ्य बीमा (अस्पताल में भर्ती होने) के क्षतिपूर्ति उत्पादों के विशेष संदर्भ में हैं, जो स्वास्थ्य बीमा कारोबार का प्रमुख हिस्सा हैं।

निश्चित लाभ (फिक्स्ड बेनिफिट) उत्पाद या गंभीर बीमारी या दैनिक कैश उत्पाद आदि के तहत दावे के लिए सामान्य प्रक्रिया और सहायक दस्तावेज काफी समान होंगे, इस तथ्य को छोड़कर कि हो सकता है ऐसे उत्पाद कैशलेस सुविधा के साथ न आएं।

क्षतिपूर्ति और प्रतिपूर्ति, दोनों प्रकार के दावे के मामलों में, बुनियादी चरण समान रहते हैं।

चित्र 2: दावा प्रक्रिया में मोटे तौर पर ये चरण शामिल होते हैं (हो सकता है ये उसी क्रम में न हों)

a) सूचना देना

दावे की सूचना ग्राहक और दावा टीम के बीच संपर्क का पहला उदाहरण है। ग्राहक कंपनी को सूचित कर सकता है कि वह अस्पताल में भर्ती होने की योजना बना रहा है या अस्पताल में भर्ती होने के बाद इसकी सूचना दी जाएगी, खासकर आपात स्थिति में अस्पताल में भर्ती होने के मामले में।

कुछ समय पहले तक, दावे की घटना की सूचना देने का कार्य एक औपचारिकता थी। हालांकि, हाल ही में बीमा कंपनियों ने दावे की सूचना जल्द से जल्द देने पर जोर देना शुरू कर दिया है। आम तौर पर, योजना बनाकर अस्पताल में भर्ती होने के मामले में, अस्पताल में भर्ती होने से पहले और आपात स्थिति में अस्पताल में भर्ती होने के 24 घंटों के भीतर इसकी आवश्यकता होती है। अब मोबाइल ऐप/बीमा कंपनियों द्वारा चलाए जा रहे और 24 घंटे खुले रहने वाले कॉल सेंटरों/टीपीए के माध्यम से और इंटरनेट या ई-मेल के माध्यम से भी सूचना दी जा सकती है।

b) **पंजीकरण/रजिस्ट्रेशन**

जब कंपनी को सीधे या टीपीए के माध्यम से सूचना प्राप्त हो जाती है, तो उसके विवरण का सटीकता के लिए मिलान किया जाता है और एक संदर्भ संख्या या दावा नियंत्रण संख्या जनरेट करके दावेदार को सूचित किया जाता है। फिर प्रथम दृष्टया आवरण के लिए दस्तावेजों की जांच की जाती है और कैशलेस योजना (जिसके बारे में बाद के खंड में बताया गया है) के तहत नियोजित सर्जरी की सूचना मिलने पर अस्पताल को संभावित खर्च का पूर्व-प्राधिकार दिया जाता है।

प्रतिपूर्ति के आधार पर अंतिम निपटान के लिए आने वाले दावों की स्वीकार्यता, बीमा राशि, कटौती, उप-सीमा आदि के बारे में विस्तार से जांच की जाती है। दस्तावेजों में कमी होने के मामले में एक साथ सूचित करना होता है, टुकड़ों में नहीं। यह जानना ज़रूरी है कि दावे की कार्रवाई में न केवल यह पक्का करना शामिल है कि अनुबंध की शर्तों को पूरा किया जाएगा, बल्कि यह भी पक्का करना होगा कि अस्पताल अधिक शुल्क लेने, दोहरा प्रभार आदि में संलग्न न हों।

उदाहरण

अस्पताल में भर्ती होना आम तौर पर उपचार की एलोपैथिक पद्धति से जुड़ा होता है। हालांकि, रोगी उपचार के अन्य तरीके भी अपना सकता है, जैसेः

- ✓ यूनानी
- ✓ सिद्ध
- ✓ होम्योपैथी
- ✓ आयुर्वेद
- ✓ नैचरोपैथी या प्राकृतिक चिकित्सा आदि।

अधिकांश पॉलिसियों में अब ये उपचार शामिल होते हैं, हालांकि उप-सीमाएं हो सकती हैं।

टेलीमेडिसिन : आईआरडीएआई ने बीमा कंपनियों से कहा है कि वे चिकित्सा बीमा पॉलिसियों के नियमों और शर्तों के तहत जहां कहीं भी नियमित चिकित्सा परामर्श की अनुमति है, वहां टेलीमेडिसिन की अनुमति दें।

इससे उन पॉलिसी धारकों को मदद मिलेगी जो अपने घरों से बाहर जाने से बचने के लिए ऑनलाइन या टेलीफोन पर चिकित्सकों से परामर्श करना पसंद कर सकते हैं या अगर वे कोरोना वायरस संक्रमण के कारण स्वयं क्वारंटीन में हैं।

देय अंतिम दावे पर पहुंचना: देय दावा राशि का निर्धारण करने वाले कारक हैं:

a) पॉलिसी के तहत सदस्य के लिए उपलब्ध बीमा राशि

b) पहले से किए गए किसी भी दावे को ध्यान में रखते हुए, सदस्य के लिए पॉलिसी के तहत उपलब्ध शेष बीमा राशि

c) उप-सीमाएं

d) बीमारी के लिए किसी भी विशेष सीमा की जाँच करना

e) यह जांचना कि संचयी बोनस के हकदार हैं या नहीं

f) सीमा के साथ आवरित अन्य खर्चे

अंतिम रूप से जो भुगतान किया जाएगा, वे उचित और प्रथागत शुल्क हैं, जिसका मतलब है सेवाओं या आपूर्ति के लिए शुल्क, जो विशेष प्रदाता के लिए मानक शुल्क हैं और समान या एक जैसी सेवाओं के लिए इसमें शामिल बीमारी/चोट की प्रकृति को ध्यान में रखते हुए, भौगोलिक क्षेत्र में प्रचलित शुल्कों के अनुरूप हैं।

पहले प्रत्येक टीपीए/बीमा कंपनी के पास गैर-देय मदों की अपनी सूची होती थी, अब इसे आईआरडीएआई स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देशों के तहत मानकीकृत कर दिया गया है।

c) दावे का भुगतान

एक बार देय दावा राशि तय हो जाने के बाद, ग्राहक या अस्पताल को, जैसा भी मामला हो, दावा भुगतान किया जाता है। भुगतान चेक द्वारा या ग्राहक के बैंक खाते में दावा राशि ट्रांसफर करके किया जा सकता है।

d) दावों को अस्वीकार करना

स्वास्थ्य दावों के अनुभव से पता चलता है कि प्रस्तुत किए गए दावों में से 10% से 15% पॉलिसी की शर्तों के अधीन नहीं आते हैं। ऐसा कई कारणों से हो सकता है, जिनमें से कुछ इस प्रकार हैं:

i. प्रवेश की तारीख बीमा की अवधि के भीतर नहीं है।

ii. जिस सदस्य के लिए दावा किया गया है उसे आवरित नहीं किया गया है।

iii. पहले से मौजूद बीमारी के कारण (जहां पॉलिसी में ऐसी स्थिति को बाहर रखा जाता है)।

iv. बिना वैध कारण के प्रस्तुत करने में अनुचित देरी।

v. कोई सक्रिय उपचार नहीं; प्रवेश केवल जांच के लिए है।

vi. इलाज की गई बीमारी को पॉलिसी के तहत बाहर रखा गया है।

vii. बीमारी का कारण शराब या नशीली दवाओं का दुरुपयोग है।

viii. अस्पताल में 24 घंटे से कम भर्ती रहा।

किसी दावे को अस्वीकार या इनकार करने (किसी भी कारण से) पर ग्राहक को बीमा कंपनी द्वारा लिखित रूप में सूचित करना होगा। आम तौर पर, इस तरह के इनकार का पत्र स्पष्ट रूप से इनकार करने का कारण बताते हैं, जिसमें पॉलिसी के नियम/शर्तें बतायी जाती हैं जिसके आधार पर दावा अस्वीकार किया गया था।

बीमाकर्ता को अभ्यावेदन देने के अलावा, दावे के इनकार के मामले में ग्राहक के पास इन लोगों से संपर्क करने का विकल्प होता है:

- ✓ बीमा लोकपाल या
- ✓ उपभोक्ता आयोग या
- ✓ आईआरडीएआई या
- ✓ कानून की अदालतें।

e) संदिग्ध दावों के मामले में कंपनियों/टीपीए द्वारा अधिक विस्तृत जांच की आवश्यकता होती है

जहां कहीं भी बीमा कंपनी को गड़बड़ी का संदेह होता है, वह दावों की जांच करवा सकती है। स्वास्थ्य बीमा में की गई धोखाधड़ी के कुछ उदाहरण हैं:

i. किसी की नकल करना, बीमित व्यक्ति उपचारित व्यक्ति से अलग होता है।

ii. ऐसा दावा करने के लिए नकली दस्तावेज़ बनाना, जहां को अस्पताल में भर्ती नहीं हुआ।

iii. अस्पताल की मदद से या धोखा देने के इरादे से बनाए गए अतिरिक्त बिलों को जोड़कर, खर्चों को बढ़ा-चढ़ाकर बताना।

iv. बाह्य-रोगी उपचार को अंतः-रोगी उपचार बनाकर दिखाना, ताकि डायग्नोसिस की लागत की भरपाई की जा सके, जो कुछ स्थितियों में बहुत अधिक हो सकती है।

यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि जिन दावों की जांच की आवश्यकता है, जांच जल्द से जल्द शुरू की जानी चाहिए और पूरी की जानी चाहिए; यह किसी भी मामले में दावे की सूचना मिलने की तारीख से 90 दिनों के बाद नहीं होनी चाहिए। जांच पूरी होने के 30 दिनों के भीतर दावे का निपटारा किया जाना चाहिए। (कृपया आईआरडीएआई (पॉलिसीधारक की सुरक्षा), 2017 विनियम देखें और उसके अनुसार खुद को अद्यतन करें)

f) टीपीए द्वारा कैशलेस निपटान की प्रक्रिया

कैशलेस सुविधा कैसे काम करती है? इसके केंद्र में एक समझौता है जो बीमा कंपनी का टीपीए अस्पताल के साथ करता है। अन्य चिकित्सा सेवा प्रदाताओं के साथ भी समझौते संभव हैं। कैशलेस सुविधा प्रदान करने के लिए इस्तेमाल की जाने वाली प्रक्रिया की चर्चा इस खंड में की गई है:

तालिका 3.1

चरण 1	• स्वास्थ्य बीमा के तहत आवरित किया गया ग्राहक किसी बीमारी से पीड़ित है या उसे चोट लगी है और इसके लिए उसे अस्पताल में भर्ती होने की सलाह दी जाती है। वह (या उसकी ओर से कोई व्यक्ति) बीमा के विवरण के साथ अस्पताल के बीमा डेस्क से संपर्क करता है, जैसे कि: i. टीपीए का नाम, ii. ग्राहक की सदस्यता संख्या, iii. बीमा कंपनी का नाम आदि
चरण 2	• अस्पताल आवश्यक जानकारी संकलित करता है, जैसे कि: i. बीमारी का पता लगाना (डायग्नोसिस) ii. इलाज, iii. इलाज करने वाले डॉक्टर का नाम, iv. अस्पताल में भर्ती होने के लिए प्रस्तावित दिनों की संख्या और v. अनुमानित लागत • यह जानकारी एक फॉर्मेट में प्रस्तुत की जाती है, जिसे कैशलेस प्राधिकार प्रपत्र कहा जाता है।
चरण 3	• टीपीए *कैशलेस प्राधिकार प्रपत्र* में दी गई जानकारी का अध्ययन करता है और यह निर्णय लेता है कि क्या कैशलेस प्राधिकार दिया जा सकता है और अगर हां, तो इसे कितनी राशि के लिए अधिकृत किया जाना चाहिए; इसके बारे में बिना किसी देरी के अस्पताल को सूचित किया जाता है।
चरण 4	• टीपीए द्वारा अधिकृत राशि को रोगी के खाते में क्रेडिट के रूप में रखते हुए, अस्पताल रोगी का इलाज करता है। सदस्य को गैर-उपचार के खर्चों और पॉलिसी के तहत आवश्यक किसी भी सह-भुगतान को आवरित करने के लिए पैसे जमा करने को कहा जा सकता है।
चरण 5	• जब मरीज अस्पताल से छुट्टी के लिए तैयार होता है, तो अस्पताल बीमा द्वारा आवरण किए गए वास्तविक उपचार शुल्क के विरुद्ध स्वीकृत रोगी के खाते में मौजूद टीपीए द्वारा क्रेडिट की राशि की जांच करता है। • अगर क्रेडिट कम है, तो अस्पताल कैशलेस उपचार के लिए क्रेडिट की अतिरिक्त स्वीकृति के लिए अनुरोध करता है। • टीपीए इसका विश्लेषण करता है और अतिरिक्त राशि को मंजूरी देता है।

चरण 6	• रोगी गैर-स्वीकार्य शुल्क का भुगतान करता है और उसे अस्पताल से छुट्टी मिल जाती है। दस्तावेज की प्रक्रिया पूरी करने के लिए उसे दावा प्रपत्र और बिल पर हस्ताक्षर करने के लिए कहा जाएगा।
चरण 7	• अस्पताल सभी दस्तावेजों को समेकित करता है और बिल की प्रोसेसिंग के लिए टीपीए को दस्तावेज प्रस्तुत करता है।
चरण 8	• टीपीए दावे पर कार्रवाई करेगा और विवरणों की पुष्टि के बाद अस्पताल को भुगतान की सिफारिश करेगा।

g) ग्राहक को यह पक्का करना होगा कि उसका बीमा विवरण उसके पास है।

इसमें उसका टीपीए कार्ड, पॉलिसी की कॉपी, आवरण के नियम और शर्तें आदि शामिल हैं।

जब ये उपलब्ध नहीं होते हैं, तो वह टीपीए (24 घंटे की हेल्पलाइन के माध्यम से) से संपर्क करके जानकारी मांग सकता है।

i. ग्राहक को यह जांचना होगा कि उसके परामर्शदाता चिकित्सक का सुझाया गया अस्पताल टीपीए के नेटवर्क में शामिल है या नहीं। अगर नहीं, तो उसे टीपीए के साथ उपलब्ध विकल्पों की खोज करनी होगी, जहां इस तरह के उपचार के लिए कैशलेस सुविधा उपलब्ध है।

ii. उसे यह सुनिश्चित करना होगा कि पूर्व-प्राधिकार प्रपत्र में सही विवरण दर्ज किया गया है। इस प्रपत्र को आईआरडीएआई के 2013 में जारी स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण संबंधी दिशानिर्देशों के अनुसार मानकीकृत किया गया है। अगर मामला स्पष्ट नहीं है, तो टीपीए कैशलेस सुविधा देने से इनकार कर सकता है या उस पर सवाल उठा सकता है।

iii. उसे सुनिश्चित करना होगा कि अस्पताल के शुल्क, कमरे के किराये या मोतियाबिंद जैसे निर्दिष्ट उपचारों पर कैप जैसी सीमाओं के अनुरूप हैं।

iv. ग्राहक को अस्पताल से छुट्टी मिलने से पहले टीपीए को सूचित करना होगा और अस्पताल से टीपीए को कोई अतिरिक्त स्वीकृति भेजने का अनुरोध करना होगा जो छुट्टी से पहले ज़रूरी हो सकता है। इससे यह सुनिश्चित होगा कि मरीज अस्पताल में बेवजह इंतजार न करे।

यह भी संभव है कि ग्राहक अस्पताल में कैशलेस उपचार के लिए अनुरोध करके इसकी स्वीकृति लेता है, लेकिन रोगी को कहीं और भर्ती करने का निर्णय लेता है। ऐसे मामलों में, ग्राहक को सूचित करना चाहिए और अस्पताल से टीपीए को सूचित करने के लिए कहना चाहिए कि कैशलेस सुविधा का इस्तेमाल नहीं किया जा रहा है।

अगर ऐसा नहीं किया जाता है, तो स्वीकृत राशि ग्राहक की पॉलिसी में रोककर रखी जा सकती है और यह बाद के अनुरोध की स्वीकृति पर प्रतिकूल असर डाल सकती है।

C. स्वास्थ्य बीमा दावों से जुड़े दस्तावेज़

यह खंड ग्राहकों द्वारा प्रस्तुत किए जाने वाले आवश्यक दस्तावेजों में से प्रत्येक की आवश्यकता और सामग्री के बारे में समझाता है:

1. अस्पताल से छुट्टी मिलने (डिस्चार्ज) का ब्यौरा

अस्पताल से छुट्टी मिलने के ब्यौरे को सबसे महत्वपूर्ण दस्तावेज कहा जा सकता है, जो स्वास्थ्य बीमा दावे पर कार्रवाई करने के लिए आवश्यक है। इसमें रोगी की स्थिति और उपचार की लाइन के बारे में पूरी जानकारी दी जाती है; यह दावे पर कार्रवाई करने वाले व्यक्ति को बीमारी/चोट और उपचार की लाइन को समझने में बहुत मदद करता है। जहां रोगी बदकिस्मती से जीवित नहीं रहता है, वहां कई अस्पतालों में डिस्चार्ज के ब्यौरे को **"डेथ समरी"** कहा जाता है। डिस्चार्ज का ब्यौरा हमेशा मूल रूप में मांगा जाता है।

2. जांच रिपोर्ट

जांच रिपोर्ट डायग्नोसिस और उपचार की तुलना करने में मदद करती है, जिसमें रोगी की सटीक स्थिति को समझने के लिए आवश्यक जानकारी प्रदान की जाती है, जिसके कारण उपचार और अस्पताल में भर्ती होने के दौरान विभिन्न प्रक्रियाएं पूरी की गईं; उदाहरण के लिए, रक्त परीक्षण रिपोर्ट, एक्स-रे रिपोर्ट और बायोप्सी रिपोर्ट। बीमा कंपनी विशेष अनुरोध पर ग्राहक को एक्स-रे और अन्य फिल्में लौटा सकती है।

3. समेकित और विस्तृत बिल:

यही वह दस्तावेज है जो तय करता है कि बीमा पॉलिसी के तहत कितना भुगतान करना है। जहां समेकित बिल समग्र तस्वीर प्रस्तुत करता है, विस्तृत बिल में संदर्भ कोड के साथ पूरा ब्यौरा दिया जाएगा। बिल मूल रूप में लेने होंगे।

4. भुगतान की रसीद

स्वास्थ्य बीमा दावे की प्रतिपूर्ति के लिए अस्पताल से भुगतान की गई राशि की औपचारिक रसीद भी लेनी होगी, जो बिल के कुल योग के हिसाब से होनी चाहिए।

रसीद पर नंबर और/या मुहर लगी होनी चाहिए और उसे मूल रूप में प्रस्तुत किया जाना चाहिए।

5. दावा प्रपत्र

दावा प्रपत्र दावे पर कार्रवाई करने के लिए औपचारिक और कानूनी अनुरोध है; इसे ग्राहक के हस्ताक्षर के साथ मूल रूप में प्रस्तुत किया जाता है। दावा प्रपत्र को अब आईआरडीएआई ने मानकीकृत कर दिया है।

बीमारी, उपचार आदि की जानकारी के अलावा, बीमित व्यक्ति दावा प्रपत्र में जो घोषणा करता है, वह कानूनी मायनों में सबसे महत्वपूर्ण दस्तावेज होता है।

6. **पहचान का प्रमाण**

हमारे जीवन में विभिन्न गतिविधियों में पहचान के प्रमाण के बढ़ते इस्तेमाल के साथ, पहचान का सामान्य प्रमाण यह पुष्टि करने में मदद करता है कि क्या जिस व्यक्ति को आवरित किया गया है और जिस व्यक्ति का इलाज किया गया है, दोनों एक ही है। आम तौर पर मांगे जाने वाले पहचान के दस्तावेज मतदाता पहचान पत्र, ड्राइविंग लाइसेंस, पैन कार्ड, आधार कार्ड आदि हो सकते हैं।

7. **विशेष दावों के लिए आकस्मिक दस्तावेज**

कुछ ऐसे दावे होते हैं जिनके लिए ऊपर बताए गए दस्तावेज़ों के अलावा अतिरिक्त दस्तावेजों की आवश्यकता होती है। ये हैं:

a) दुर्घटना के दावे, जहां पंजीकृत पुलिस स्टेशन को अस्पताल द्वारा जारी प्राथमिकी या (चिकित्सीय-विधिक प्रमाण पत्र) मेडिको-लीगल सर्टिफिकेट की आवश्यकता हो सकती है।

b) पेचीदे या उच्च मूल्य के दावों के मामले में केस इनडोर पेपर।

c) डायलिसिस/कीमोथेरेपी/फिजियोथेरेपी चार्ट, जहां लागू हो।

d) अस्पताल पंजीकरण प्रमाणपत्र, जहां अस्पताल की परिभाषा के अनुपालन की जांच करना ज़रूरी है।

स्वमूल्यांकन 2

इनमें से कौन सा दस्तावेज़ अस्पतालों के पास होता है जिसमें किसी अंतः-रोगी पर किए गए सभी उपचारों की जानकारी होती है?

I. जांच रिपोर्ट

II. डिस्चार्ज की जानकारी

III. केस पेपर

IV. अस्पताल पंजीकरण प्रमाणपत्र

स्वमूल्यांकन 3

दावे की स्थिति के आधार पर बीमा कंपनी के बही-खातों में सभी दावों के लिए किए गए प्रावधान की राशि को __________ के रूप में जाना जाता है।

I. पूलिंग

II. अकाउंटिंग

III. रिजर्विंग

IV. निवेश

D. तृतीय पक्ष प्रशासक (टीपीए) की भूमिका

टीपीए की भूमिका के बारे में पहले के अध्यायों में भी चर्चा की जा चुकी है। टीपीए द्वारा दी जाने वाली सेवाओं को जानना महत्वपूर्ण है, ताकि ग्राहक को विक्रेता द्वारा उपयुक्त सेवाएं प्रदान की जा सकें।

टीपीए सेवाओं का दायरा बीमा पॉलिसी बेचने और पॉलिसी जारी होने के बाद शुरू होता है। टीपीए का इस्तेमाल नहीं करने वाली बीमा कंपनियों के मामले में, कंपनी की टीम इस तरह की सेवाएं प्रदान करती है।

1. स्वास्थ्य बीमा की बिक्री के बाद की सेवा

a) प्रस्ताव (और प्रीमियम) स्वीकार कर लिए जाने के बाद, आवरण शुरू हो जाती है।

b) अगर पॉलिसी की सेवा प्रदान करने के लिए टीपीए का इस्तेमाल किया जाना है, तो बीमा कंपनी ग्राहक और पॉलिसी के बारे में जानकारी टीपीए को देती है।

c) टीपीए सदस्यों को नामांकित करता है (जहां प्रस्तावक पॉलिसी लेने वाला व्यक्ति है, सदस्य वे हैं जिन्हें पॉलिसी के तहत आवरित किया गया है) और प्रत्यक्ष या इलेक्ट्रॉनिक कार्ड के रूप में सदस्यता पहचान जारी कर सकता हैं।

d) टीपीए के साथ सदस्यता का इस्तेमाल कैशलेस सुविधा प्राप्त करने के साथ-साथ दावों पर कार्रवाई के लिए किया जाता है, जब सदस्य को अस्पताल में भर्ती होने या आवरित किए गए इलाज के लिए पॉलिसी के समर्थन की आवश्यकता होती है।

e) टीपीए दावे या कैशलेस अनुरोध पर कार्रवाई करता है और बीमा कंपनी के साथ सहमत समय के भीतर सेवाएं प्रदान करता है।

f) बीमित व्यक्तियों के पास एक पहचान पत्र होना चाहिए, जो उनका संबंध पॉलिसी और टीपीए से जोड़ता हो।

g) टीपीए, कैशलेस सुविधा का अनुरोध करने के लिए दी गई जानकारी के आधार पर अस्पताल को पूर्व-प्राधिकार या गारंटी पत्र जारी करता है।

h) जहां जानकारी स्पष्ट नहीं है या उपलब्ध नहीं है, टीपीए कैशलेस अनुरोध को अस्वीकार कर सकता है। ऐसे मामलों में प्रतिपूर्ति के आधार पर दावे की जांच की जा सकती है।

2. ग्राहक संबंध और संपर्क प्रबंधन

चूंकि टीपीए दावे की सेवा प्रदान करने में शामिल होते हैं, उनके पास आम तौर पर एक शिकायत निवारण प्रणाली होती है।

E. दावा प्रबंधन – व्यक्तिगत दुर्घटना

दावे की सूचना मिलने पर, इन पहलुओं पर ध्यान दिया जाना चाहिए:

a) जिस व्यक्ति के संबंध में दावा किया गया है उसे पॉलिसी के तहत आवरित किया गया है

b) पॉलिसी दुर्घटना की तारीख को वैध है और प्रीमियम प्राप्त हो गया है

c) नुकसान पॉलिसी अवधि के भीतर हुआ है

d) नुकसान "दुर्घटना" से हुआ है न कि बीमारी से

e) किसी भी धोखाधड़ी के कारण की जांच करना और आवश्यक होने पर, जांच कराना

f) दावा पंजीकृत करना और उसके लिए रिजर्व बनाना

g) टर्न अराउंड टाइम (दावे की सेवा देने का समय) का ध्यान रखना और ग्राहक को दावे की प्रगति के बारे में सूचित करते रहना।

1. **दावों की जांच**

दावे की जांच का मतलब है दावे की वैधता, नुकसान के वास्तविक कारण और नुकसान के दायरे का पता लगाना। दावा दस्तावेज प्राप्त होने पर, अगर कोई दावा संदिग्ध लगता है, तो दावे की पुष्टि के लिए उसे किसी आंतरिक/पेशेवर जांचकर्ता को सौंपा जा सकता है।

उदाहरण

मामले से जुड़े दिशानिर्देश का उदाहरणः

सड़क यातायात दुर्घटना

i. घटना कब हुई - सही समय, तारीख और जगह क्या थी? तारीख और समय

ii. क्या बीमित व्यक्ति पैदल यात्री चल रहा था, यात्री/पिछली सीट पर यात्रा कर रहा था या दुर्घटना में शामिल वाहन चला रहा था?

व्यक्तिगत दुर्घटना दावों में संभावित धोखाधड़ी और लीकेज के कुछ उदाहरण:

i. टीटीडी अवधि को बढ़ा-चढ़ाकर बताना।

ii. बीमारी को दुर्घटना के रूप में प्रस्तुत किया जाना, जैसे कि पैथोलॉजिकल कारणों से होने वाला पीठ दर्द, घर पर 'गिरने/फिसलने' होने की सूचना मिलने के बाद पीए दावे में बदल जाता है

डिस्चार्ज वाउचर व्यक्तिगत दुर्घटना दावे के निपटान के लिए एक महत्वपूर्ण दस्तावेज है, विशेष रूप से जिन मामलों में मृत्यु दावे शामिल होते हैं। प्रस्ताव के समय नामांकित व्यक्ति का विवरण प्राप्त करना भी महत्वपूर्ण है और यह पॉलिसी दस्तावेज़ का हिस्सा बनेगा।

2. **दावे से जुड़े दस्तावेज- प्रत्येक कंपनी एक सूची देती है**

a) दावेदार के नामिती/परिवार के सदस्य के हस्ताक्षर वाला व्यक्तिगत दुर्घटना दावा प्रपत्र, जो विधिवत भरा हुआ होना चाहिए।

b) प्रथम सूचना रिपोर्ट की मूल या सत्यापित प्रति।

c) मृत्यु प्रमाण पत्र की मूल या सत्यापित प्रति।

d) अगर पोस्ट मार्टम किया गया है, तो उसकी रिपोर्ट की सत्यापित प्रति।

e) एएमएल (एंटी-मनी लॉन्ड्रिंग) दस्तावेजों की सत्यापित प्रति - नाम के सत्यापन के लिए (पासपोर्ट / पैन कार्ड / वोटर आईडी / ड्राइविंग लाइसेंस), पाते के सत्यापन के लिए (टेलीफोन बिल / बैंक खाता विवरण, बिजली बिल / राशन कार्ड)।

f) कानूनी उत्तराधिकारी प्रमाणपत्र, जिसमें हलफनामा और क्षतिपूर्ति बांड, दोनों शामिल हैं, इन पर सभी कानूनी उत्तराधिकारियों का विधिवत हस्ताक्षर और नोटरी की मुहर होनी चाहिए।

g) बीमित व्यक्ति की विकलांगता/अक्षमता को प्रमाणित करने वाले सिविल सर्जन या किसी समकक्ष सक्षम डॉक्टर से स्थायी विकलांगता/अक्षमता प्रमाणपत्र।

h) इलाज करने वाले डॉक्टर का चिकित्सा प्रमाणपत्र, जिसमें विकलांगता/अक्षमता के प्रकार और विकलांगता/अक्षमता अवधि का उल्लेख हो। अवकाश की सटीक अवधि का विवरण देते हुए, नियोक्ता के विधिवत हस्ताक्षर के साथ और मुहरबंद, नियोक्ता से अवकाश प्रमाणपत्र।

उपरोक्त सूची केवल सांकेतिक है, मामले के विशेष तथ्यों, विशेष रूप से संदिग्ध धोखाधड़ी वाले मामलों की जांच के आधार पर आगे अन्य दस्तावेजों (जख्म के निशान, दुर्घटना स्थल आदि की तस्वीरों सहित) की आवश्यकता हो सकती है।

स्वमूल्यांकन 4

स्थायी पूर्ण विकलांगता दावे के लिए इनमें से कौन से दस्तावेज जमा करने की आवश्यकता नहीं है?

I. विधिवत भरा हुआ व्यक्तिगत दुर्घटना दावा प्रपत्र, जिस पर दावेदार का हस्ताक्षर हो।

II. बीमा पॉलिसी की प्रति।

III. बीमित व्यक्ति की विकलांगता को प्रमाणित करने वाले सिविल सर्जन या किसी समकक्ष सक्षम चिकित्सक से स्थायी विकलांगता प्रमाणपत्र।

IV. इलाज करने वाले डॉक्टर से फिटनेस प्रमाणपत्र, जो यह प्रमाणित करेगा कि बीमाधारक अपने सामान्य कामकाज करने के हिसाब से फिट (तंदुरुस्त) है।

F. दावा प्रबंधन – विदेश यात्रा बीमा

इस पॉलिसी के तहत आवणरणों के बारे में पहले ही उत्पाद वाले अध्याय में चर्चा की जा चुकी है। इस खंड में यह समझाने की कोशिश की गई है कि विदेश यात्रा के दौरान उत्पन्न होने वाले दावों को कैसे देखा जाता है।

दावा सेवाओं में अनिवार्य रूप से ये बातें शामिल होती हैं:

a) दावे की सूचना 24*7 आधार पर लेना;

b) दावा प्रपत्र और प्रक्रिया की जानकारी भेजना;

c) नुकसान के तुरंत बाद क्या करना है, इस पर ग्राहक का मार्गदर्शन करना;

d) चिकित्सा और बीमारी के दावों के लिए कैशलेस सेवाएं प्रदान करना;

e) प्रत्यावर्तन और निकासी की व्यवस्था करना, अपातकालीन अग्रिम नकद।

सहायक कंपनियां - विदेशी दावों में भूमिका

सहायक कंपनियों के अपने कार्यालय होते हैं और वे दुनिया भर में इसी तरह के अन्य सेवा प्रदाताओं के साथ करार करती हैं। ये कंपनियां पॉलिसी के तहत आवरित की गई आकस्मिक घटनाओं के मामले में बीमा कंपनियों के ग्राहकों को सहायता प्रदान करती हैं।

ये कंपनियां दावे के पंजीकरण और जानकारी के लिए अंतरराष्ट्रीय टोल फ्री नंबरों सहित 24*7 कॉल सेंटर चलाती हैं। वे नीचे दी गई सेवाएं भी प्रदान करती हैं; सेवाओं के लिए शुल्क विशेष बीमा कंपनी के साथ समझौते, आवरित किए गए लाभों आदि के आधार पर भिन्न होते हैं।

a) चिकित्सा सहायता सेवाएं:

   i. चिकित्सा सेवा प्रदाता के रेफरल

   ii. अस्पताल में भर्ती होने की व्यवस्था

   iii. आपातकालीन चिकित्सा निकासी की व्यवस्था

   iv. आपातकालीन चिकित्सा प्रत्यावर्तन की व्यवस्था

   v. मृत शरीर के अवशेषों का प्रत्यावर्तन

   vi. सांत्वना यात्रा की व्यवस्थाएं

   vii. नाबालिग बच्चे की सहायता/मदद

b) अस्पताल में भर्ती होने के दौरान और उसके बाद चिकित्सा स्थिति की निगरानी

c) आवश्यक दवाओं की डिलीवरी

d) अस्पताल में भर्ती होने के दौरान किए गए चिकित्सा खर्चों की गारंटी, जिसके लिए पॉलिसी के नियमों एवं शर्तों का पालन और बीमा कंपनी की मंज़ूरी ज़रूरी है।

e) यात्रा से पहले की सूचना सेवाएं और अन्य सेवाएं:

   i. वीजा और टीकाकरण संबंधी आवश्यकताएं

   ii. दूतावास रेफरल सेवाएं

   iii. खोया पासपोर्ट और खोया सामान सहायता सेवाएं

iv. आपातकालीन संदेश प्रसारण सेवाएं

v. जमानत बांड व्यवस्था

vi. वित्तीय संकट में सहायता

f) दुभाषिया रेफरल

g) कानूनी रेफरल

h) वकील के साथ अपॉइंटमेंट

a) अस्पताल में भर्ती होने की प्रक्रियाएं

i. बीमाधारक द्वारा वैध स्वास्थ्य या विदेश यात्रा बीमा पॉलिसी प्रदान करने के बाद, अधिकांश अस्पताल सभी अंतरराष्ट्रीय बीमा कंपनियों से भुगतान की गारंटी स्वीकार करते हैं।

ii. अस्पताल तुरंत इलाज शुरू करते हैं। अगर बीमा आवरण है, तो बीमा पॉलिसी भुगतान करती है या रोगी व्यक्ति को भुगतान करना पड़ता है। भुगतान में देरी होने के कारण अस्पताल शुल्क बढ़ा देते हैं।

iii. सहायक कंपनियों द्वारा उपलब्ध कराए गए टोल फ्री नंबरों पर बीमाधारक को नेटवर्क अस्पतालों और प्रक्रियाओं के बारे में जानकारी उपलब्ध होती है।

iv. अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता के मामले में बीमाधारक को कॉल सेंटर पर इसकी सूचना देनी होगी और वैध यात्रा बीमा पॉलिसी के साथ किसी निर्दिष्ट अस्पताल में जाना होगा।

v. पॉलिसी की वैधता की जांच करने और आवरणों को सत्यापित करने के लिए अस्पताल आम तौर पर कॉल सेंटर नंबरों पर सहायक कंपनियों/बीमा कंपनियों से संपर्क करते हैं।

vi. अस्पताल द्वारा पॉलिसी स्वीकार कर लिए जाने के बाद, बीमित व्यक्ति का अस्पताल में कैशलेस आधार पर इलाज किया जाता है।

vii. स्वीकार्यता तय करने के लिए बीमा कंपनी/सहायता प्रदाता द्वारा कुछ बुनियादी जानकारी माँगी जाती है, जो इस प्रकार है:

1. बीमारी की जानकारी

2. बीमारी के किसी भी पिछले इतिहास के मामले में, भारत में अस्पताल, स्थानीय चिकित्सा अधिकारी का विवरण:

   ✓ पिछला इतिहास, मौजूदा उपचार और अस्पताल में आगे की योजना और तत्काल दस्तावेज़ भेजने के लिए अनुरोध

   ✓ इलाज करने वाले चिकित्सकों के बयान के साथ दावा प्रपत्र

✓ पासपोर्ट की कॉपी

✓ चिकित्सा जानकारी प्रपत्र जारी करना

b) चिकित्सा खर्चों और अन्य गैर-चिकित्सा दावों की प्रतिपूर्ति:

प्रतिपूर्ति दावे आम तौर पर भारत लौटने के बाद बीमाधारक द्वारा दायर किए जाते हैं। दावों के कागजात प्राप्त होने पर, सामान्य प्रक्रिया के अनुसार दावे पर कार्रवाई की जाती है। सभी स्वीकार्य दावों का भुगतान भारतीय रुपये (आईएनआर) में किया जाता है, कैशलेस दावों के विपरीत, जहां भुगतान विदेशी मुद्रा में किया जाता है।

प्रतिपूर्ति दावों पर कार्रवाई करते समय, भारतीय रुपये (आईएनआर) में देयता तय करने के लिए मुद्रा परिवर्तन दर को नुकसान की तारीख के अनुसार लागू किया जाता है। फिर चेक या इलेक्ट्रॉनिक ट्रांसफर के माध्यम से भुगतान किया जाता है।

c) चिकित्सा दुर्घटना और बीमारी के खर्चों के लिए दावा दस्तावेज

i. दावा प्रपत्र

ii. डॉक्टर की रिपोर्ट

iii. मूल प्रवेश/डिस्चार्ज कार्ड

iv. मूल बिल / रसीदें / दवाओं की पर्ची

v. मूल एक्स-रे रिपोर्ट/पैथोलॉजिकल/जांच रिपोर्ट

vi. प्रवेश और निकास की मुहर के साथ पासपोर्ट / वीजा की प्रति

उपरोक्त सूची केवल सांकेतिक है। विशेष मामले के विवरण के आधार पर या विशेष बीमा कंपनी द्वारा अपनाई गई दावा निपटान नीति/प्रक्रिया के आधार पर अतिरिक्त जानकारी/दस्तावेजों की आवश्यकता हो सकती है।

स्वमूल्यांकन 5

जब बीमाधारक द्वारा वैध ___________ बीमा पॉलिसी उपलब्ध कराइ जाती है, तो अधिकांश अस्पताल सभी अंतरराष्ट्रीय बीमा कंपनियों से भुगतान की गारंटी स्वीकार करते हैं।

I. कानूनी देयता

II. कोरोना रक्षक

III. विदेश यात्रा

IV. बंदोबस्ती

स्वमूल्यांकन के उत्तर

उत्तर 1 – सही विकल्प II है।

उत्तर 2 – सही विकल्प II है।

उत्तर 3 – सही विकल्प III है।

उत्तर 4 – सही विकल्प IV है।

उत्तर 5 – सही विकल्प III है।

सारांश

a) बीमा एक 'वादा' है और पॉलिसी उस वादे की 'गवाह' है। बीमित घटना का होना पॉलिसी के तहत दावेका कारण बनता है, यही उस वादे की असली परीक्षा है।

b) बीमा में प्रमुख दर निर्धारण मापदंडों में से एक बीमा कंपनी की दावा भुगतान करने की क्षमता है।

c) ग्राहक, जो बीमा खरीदता है, प्राथमिक हितधारक होने के साथ-साथ दावा पाने वाला भी होता है।

d) कैशलेस दावे में नेटवर्क अस्पताल बीमा कंपनी/टीपीए से पहले ली गई मंज़ूरी के आधार पर चिकित्सा सेवाएं प्रदान करता है; बाद में दावे के निपटान के लिए दस्तावेज जमा करता है।

e) प्रतिपूर्ति दावे में, ग्राहक अस्पताल को अपने संसाधनों से भुगतान करता है और फिर भुगतान के लिए बीमा कंपनी/टीपीए के पास दावा दायर करता है।

f) दावे की सूचना ग्राहक और दावा टीम के बीच संपर्क का पहला उदाहरण है।

g) अगर बीमा दावे के मामले में बीमा कंपनी को धोखाधड़ी का संदेह होता है, तो उसे जांच के लिए भेजा जाता है। किसी दावे की जांच बीमा कंपनी/टीपीए द्वारा आंतरिक रूप से की जा सकती है या किसी पेशेवर जांच एजेंसी को सौंपी जा सकती है।

h) संचयी बनाने का अर्थ है दावों की स्थिति के आधार पर बीमा कंपनी के बही-खातों में सभी दावों के लिए व्यवस्था करके रखी गई रकम।

i) दावे से इनकार के मामले में, ग्राहक के पास बीमा कंपनी को प्रतिनिधित्व देने के अलावा बीमा ओम्बड्समैन या उपभोक्ता आयोग या यहां तक कि कानूनी अधिकारियों से संपर्क करने का विकल्प होता है।

j) धोखाधड़ी ज्यादातर अस्पताल में भर्ती होने की क्षतिपूर्ति पॉलिसियों में होती है, लेकिन व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियों का इस्तेमाल भी धोखाधड़ी के दावों में किया जाता है।

k) टीपीए बीमा कंपनी को कई महत्वपूर्ण सेवाएं प्रदान करता है और शुल्क के रूप में पारिश्रमिक प्राप्त करता है।

अनुभाग
साधारण बीमा

अध्याय G-01

साधारण बीमा से जुड़े दस्तावेज़

अध्याय का परिचय

अध्याय 7 में की गई चर्चा के अनुसार, प्रस्ताव प्रपत्र में दी गई जानकारी, बीमा हेतु प्रस्तुत जोखिम को स्वीकृत करने हेतु साधारण बीमा कंपनी के लिए उपयोगी होते हैं।

हमने देखा है कि, बीमा की विभिन्न शाखाओं में, बीमाकृत विषयवस्तु, बीमा के प्रकार एवं उत्पन्न होने वाले दावों के आधार पर प्रलेखन की आवश्यकताएं भिन्न-भिन्न होती हैं।

अध्ययन के परिणाम

A. प्रस्ताव प्रपत्र

B. प्रस्ताव की स्वीकृति(जोखिमअंकन)

C. प्रीमियम की रसीद

D. मुखपृष्ठ/बीमासुरक्षा का प्रमाणपत्र/पॉलिसी दस्तावेज़

E. वारंटियां

F. पृष्ठांकन

G. पॉलिसियों की व्याख्या

H. नवीनीकरण सूचना

इस अध्याय के अध्ययन के बाद, आप निम्नलिखित कार्रवाई कर सकेंगे:

a) प्रस्ताव प्रपत्र की विषयवस्तु का स्पष्टीकरण।

b) सूचीपत्र के महत्व का वर्णन।

c) प्रीमियम की रसीद को समझना।

d) बीमा पॉलिसी दस्तावेज़ में विद्यमान शब्दावलियों की व्याख्या।

e) पॉलिसी की शर्तों एवं वारंटियों की चर्चा।

f) इस बात को समझना की वारंटी क्यों जारी की जाती हैं।

g) इस बात को समझना कि क्या नवीनीकरण सूचना जारी की जाती हैं।

A. प्रस्ताव प्रपत्र

प्रस्ताव प्रपत्र में ऐसी सूचना विद्यमान होती है जो कि बीमा कंपनियों के लिए बीमा हेतु पेश की गई जोखिम को स्वीकृत करने के लिए उपयोगी होती है। परम सद्भावना का सिद्धांत एवं महत्वपूर्ण सूचना के प्रकटीकरण का कर्तव्य, बीमा के प्रस्ताव प्रपत्र से ही शुरू हो जाता है।

उदाहरण

यदि बीमाकृत को अलार्म लगाने की आवश्यकता पड़े अथवा यदि उसने यह बताया है कि उसने सोने के गहने के शोरूम में स्वतः अलार्म सिस्टम लगा रखा है, तो उसे न केवल उसका प्रकटीकरण करना होता है, परंतु साथ ही उसे यह भी सुनिश्चित करना होता है कि पॉलिसी की संपूर्ण अवधि के दौरान वह अलार्म कार्य करने की स्थिति में ही रहेगा। अलार्म की उपस्थिति, बीमाकर्ता के लिए एक महत्वपूर्ण तथ्य होगा क्योंकि इन तथ्यों के आधार पर उसके द्वारा प्रस्ताव को स्वीकृत किया जाएगा तथा तदनुसार जोखिम का मूल्यनिर्धारण किया जाएगा।

1. प्रस्ताव प्रपत्र में प्रश्नों का स्वरूप

प्रस्ताव प्रपत्र में प्रश्नों की संख्या एवं स्वरूप, संबंधित बीमा के वर्ग के अनुसार भिन्न-भिन्न होते हैं।

i. **अग्नि बीमा** के प्रस्ताव प्रपत्रों का प्रयोग सामान्यतः अपेक्षाकृत सरल/मानक जोखिमों जैसे घर, दुकान आदि के लिए किया जाता है। बृहत् औद्योगिक जोखिमों के लिए, जोखिम की स्वीकृति से पहले, बीमाकर्ता द्वारा जोखिम के निरीक्षण की व्यवस्था की जाती है। विशिष्ट सूचना प्राप्त करने के लिए कभी-कभी प्रस्ताव प्रपत्र के अतिरिक्त विशेष प्रश्नावली का भी प्रय़ोग किया जाता है।

   अग्नि बीमा प्रस्ताव प्रपत्र में, अन्य विषयों के साथ-साथ, संपत्ति के विवरण की भी पूछताछ की जाती है जिसमें निम्नलिखित सूचनाओं को शामिल किया जाता है:

   - ✓ बाह्य दीवारों एवं छत का निर्माण, मंज़िलों की संख्या
   - ✓ इमारत के प्रत्येक अंश का प्रयोग
   - ✓ खतरनाक वस्तुओं की उपस्थिति
   - ✓ निर्माण की प्रक्रिया, जिसमें कच्ची माल एवं तैयार सामग्रियां, दोनों को शामिल किया जाता है।
   - ✓ बीमा हेतु प्रस्तावित धनराशि
   - ✓ बीमा की अवधि, आदि.

ii. **मोटर बीमा के लिए**, वाहन, उसका प्रयोग, उसकी बनावट, वहन क्षमता, चालक द्वारा उसकी व्यवस्था एवं बीमा संबंधी इतिहास पर प्रश्न पूछे जाते हैं।

iii. **वैयक्तिक विषयों** जैसे स्वास्थ्य, वैयक्तिक दुर्घटना एवं यात्रा बीमा में, प्रस्तावकर्ता का स्वास्थ्य, जीवन शैली एवं आदतें, स्वास्थ्य की पूर्व-विद्यमान स्थिति, चिकित्सकीय इतिहास, वंशानुगत लक्षण, बीमा का पिछला अनुभव आदि के संबंध में सूचनाएं प्राप्त करने हेतु तदनुसार प्रस्ताव प्रपत्र तैयार की जाती है।

iv. **अन्य विविध बीमाओं में**, प्रस्ताव प्रपत्र अनिवार्य होते हैं तथा उसमें एक घोषणा शामिल की जाती है जो कि परम सद्भावना की सामान्य कानूनी कर्तव्य को विस्तारित करती है।

2. **प्रस्ताव के तत्व**

i. **प्रस्तावकर्ता का पूरा नाम**

प्रस्तावकर्ता द्वारा स्वयं की पहचान स्पष्ट रूप से की जानी चाहिए। बीमाकर्ता के लिए यह जानना अनिवार्य है कि किसके साथ अनुबंध किया गया है, ताकि पॉलिसी के तहत लाभ, केवल बीमाकृत द्वारा ही प्राप्त किया जा सके।

ii. **प्रस्तावकर्ता का पता एवं संपर्क विवरण**

उपरोक्त उद्धृत कारण, प्रस्तावकर्ता का पता एवं साथ ही संपर्क विवरण संग्रहित करने के लिए लागू होते हैं।

iii. **प्रस्तावकर्ता का पेशा, व्यवसाय अथवा कारोबार**

कुछ मामलों में जैसे स्वास्थ्य एवं वैयक्तिक दुर्घटना, प्रस्तावकर्ता का पेशा, व्यवसाय अथवा कारोबा बहुत महत्वपूर्ण होते हैं क्योंकि जोखिम पर उनका महत्वपूर्ण प्रभाव हो सकता है।

iv. **बीमा की विषयवस्तु का विवरण एवं पहचान**

प्रस्तावकर्ता द्वारा बीमा हेतु प्रस्तावित विषयवस्तु का स्पष्ट विवरण प्रस्तुत करना आवश्यक होता है।

उदाहरण

प्रस्तावकर्ता को निम्नलिखित सूचना अनिवार्यतः प्रस्तुत करनी पड़ती है**:**

i. एक निजी मोटर वाहन [उसक पहचान सहित जैसे इंजिन संख्या, चैसिस संख्या, पंजीकरण संख्या] अथवा

ii. एक आवासीय घर [उसका पूरा पता एवं पहचान संख्या सहित] अथवा

iii. एक विदेश यात्रा [किसके द्वारा, किस देश की, किसी प्रयोजन हेतु] अथवा

iv. एक व्यक्ति का स्वास्थ्य [व्यक्ति का नाम, पता एवं पहचान सहित] आदि, मामले पर निर्भर करते हुए

v. बीमित राशि, पॉलिसी के तहत बीमाकर्ता की देयता की सीमा की ओर इंगित करती है तथा प्रस्ताव के सभी प्रपत्रों में इसकी सूचना दी जानी चाहिए।

vi. **पिछला और वर्तमान बीमा:** जैसा की सामान्य अध्यायों में देखा गया है, प्रस्तावकर्ता द्वारा बीमकर्ता को, अनिवार्य रूप से पिछली बीमा के विवरण की सूचना देनी पड़ती है।

संपत्ति बीमा में, ऐसा हो भी सकता है कि बीमाकृत द्वारा विभिन्न बीमाकृताओं से पॉलिसी की खरीदी की जाती है तथा हानि की स्थिति में एक से अधिक बीमाकर्ता से दावा किया जा

सकता है। यह सुनिश्चित करने के लिए यह सूचना प्राप्त की जाती है कि अंशदान का सिद्धांत लागू किया जाता है ताकि बीमाकृत को क्षतिपूर्ति प्रदान की जा सके तथा वह एक ही जोखिम हेतु बहुविध बीमा पॉलिसियों से फायदा/लाभ प्राप्त न कर सके।

इसके अतिरिक्त, वैयक्तिक दुर्घटना बीमा में, बीमाकर्ता, बीमाकृत राशि के आधार पर, एक ही बीमाकृत द्वारा ली गई वैयक्तिक दुर्घटना पॉलिसियों के तहत सुरक्षा(बीमाकृत राशि) की राशि को सीमित भी कर सकता है।

vii. हानि का अनुभव

प्रस्तावकर्ता से, उसके द्वारा वहन की गई हानियों का संपूर्ण विवरण प्रस्तुत करने की मांग की जाती है, चाहे उनका बीमा करवाया गया हो अथवा नहीं। इससे बीमाकर्ता को बीमा की विषयवस्तु तथा पूर्व में बीमाकृत द्वारा जोखिम के प्रबंधन हेतु की गई कार्रवाई की जानकारी प्राप्त होती है। बीमालेखक, उक्त जवाबों के ज़रिए बेहतर रूप से जोखिम का अंकन कर सकते हैं तथा जोखिम संबंधी निरीक्षण अथवा अत्यधिक विवरण प्राप्त करने के संबंध में निर्णय ले सकते हैं।

viii. बीमाधारक द्वारा घोषणा

चूंकि प्रस्ताव प्रपत्र का प्रयोजन, बीमाकर्ताओं को महत्वपूर्ण सूचना प्रदान करना होता है, अतः उक्त प्रपत्र में, **बीमाधारक द्वारा घोषणा शामिल की जाती है कि प्रस्तुत उत्तर सही और सटीक हैं तथा वह सहमत है कि उक्त प्रपत्र ही बीमा अनुबंध का आधार होगा।** गलत उत्तर दिए जाने पर बीमाकर्ताओं को अनुबंध को टालने का अधिकार प्राप्त होगा। प्रस्ताव के सभी प्रपत्रों में उपस्थित अन्य अनुभाग सामान्यतः **हस्ताक्षर**, **दिनांक तथा कुछ मामलों में एजेंट की सिफारिश से संबंधित होते हैं।**

B. प्रस्ताव की स्वीकृति (बीमालेखन)

जैसे की पहले ही देखा गया है, विधिवत भरे गए प्रस्ताव प्रपत्र से निम्नलिखित जानकारी स्पष्ट रूप से प्राप्त की जा सकती है :

- ✓ बीमाधारक का विवरण
- ✓ विषयवस्तु का विवरण
- ✓ आवश्यक आवरण का प्रकार
- ✓ भौतिक विशेषताओं का विवरण, सकारात्मक एवं नकारात्मक, दोनों ही – जिसमें निर्माण का प्रकार एवं गुणवत्ता, आयु, अग्निशमन यंत्र की उपस्थिति, सुरक्षा का प्रकार आदि को शामिल किया जाता है.,
- ✓ बीमा एवं हानि का पूर्व इतिहास

संपत्ति, वाहन अथवा माल बीमा के मामले में, बीमाकर्ता द्वारा, जोखिम के स्वरूप एवं मूल्य के आधार पर, स्वीकृति से पहले जोखिम की पूर्व-निरीक्षण अवलोकन की भी व्यवस्था की जा सकती

है। बीमाकर्ता, प्रस्ताव, जोखिम निरीक्षण रिपोर्ट, अतिरिक्त प्रश्नावली के उत्तर एवं अन्य दस्तावेज़ों (जैसा कि बीमाकर्ता द्वारा मांग की गई हो) में उपलब्ध सूचना के आधार पर अपना निर्णय लेते हैं। उसके बाद, बीमाकर्ता द्वारा जोखिम घटक पर लागू किए जाने वाले दर के संबंध में निर्णय लिया जाता है तथा विभिन्न घटकों के आधार पर प्रीमियम की गणना की जाती है, जिसकी सूचना बीमाधारक को दी जाती है। बीमाकर्ता द्वारा गति एवं दक्षता से प्रस्तावों का संसाधन किया जाता है तथा सभी निर्णयों की सूचना लिखित रूप से, उपयुक्त अवधि के तहत भेजी जाती है।

परिभाषा

बीमालेखन: पॉलिसीधारकों के हित की सुरक्षा विनियम, 2017 के अनुसार, कंपनी को 15 दिनों की अवधि के तहत प्रस्ताव का संसाधन करना होता है। एजेंट से, उक्त समयावधि पर ध्यान रखने, आंतरिक रूप से अनुवर्ती कार्रवाई करने तथा ग्राहक सेवा के तहत संभावित व्यक्ति/बीमाकृत को आवश्यक सूचना प्रदान करने की अपेक्षा की जाती है। प्रस्ताव के जांच की संपूर्ण प्रक्रिया एवं स्वीकृति के निर्णयन को ही बीमालेखन कहा जाता है।

स्वमूल्यांकन 1

पॉलिसीधारकों के हित की सुरक्षा विनियमन, 2017 के अनुसार, बीमा कंपनी को .... दिनों के अंदर बीमा प्रस्ताव का संसाधन किया जाना चाहिए।

I. 7 दिन

II. 15 दिन

III. 30 दिन

IV. 45 दिन

C. प्रीमियम का भुगतान

प्रीमियम, बीमा अनुबंध के तहत, बीमा की विषयवस्तु की बीमा हेतु बीमाकर्त्ता द्वारा बीमाधारक को प्रदत्त की जाने वाली धनराशि होती है। अध्याय 4 में की गई चर्चा के अनुसार, एजेंट को हमेशा ध्यान रखना चाहिए कि बीमा अधिनियम की धारा 64 वीबी के अनुसार, **प्रीमियम का भुगतान, बीमा अनुबंध की शुरुआती तिथि से पहले, अग्रिम रूप से किया जाता है।**

महत्वपूर्ण

a) बीमा अधिनियम-1938 की धारा 64वीबी में उल्लिखित है कि किसी भी बीमाकर्ता द्वारा जोखिम का अनुमान तब तक नहीं लगाया जाएगा जब तक प्रीमियम की राशि अग्रिम रूप से प्राप्त न हुई हो अथवा भुगतान की गारंटी नहीं गई हो अथवा निर्धारित प्रणाली में अग्रिम की राशि जमा न की गई हो। बीमा नियम 58 एवं 59 में, कुछ परिस्थितियों में प्रीमियम के अग्रिम भुगतान की शर्त से संबंधित कुछ छूट प्रदान की गई हैं।

b) यदि बीमा एजेंट द्वारा बीमाकर्ता की ओर से बीमा पॉलिसी पर प्रीमियम संग्रहित किया जाता है, तो उसे इस प्रकार संग्रहित की गई प्रीमियम की संपूर्ण राशि को, अपनी कमीशन की कटौती किए बिना, संग्रहण के 24 घंटों के अंदर जमा करनी होगी अथवा डाक द्वारा बीमकर्ता को भेजनी होगी, जिसमें बैंक एवं डाक की छुट्टी को शामिल नहीं किया गया है।

c) यह भी उल्लिखित है कि, नकद अथवा चेक के ज़रिए प्रदत्त प्रीमियम की तिथि से ही जोखिम को स्वीकृत किया जाएगा।

d) यदि प्रीमियम का भुगतान, डाक अथवा मनिऑर्डर अथवा पोस्ट से भेजे गए चेक के ज़रिए किया जाता है, तो मनि ऑर्डर जिस दिन अंकित की गई हो अथवा चेक जिस दिन भेजा गया हो, जैसा भी मामला हो, की तिथि पर ही जोखिम स्वीकृत किया जाता है।

e) पॉलिसी के रद्दीकरण अथवा उसकी शर्तों एवं निबंधनों में संशोधन अथवा अन्य कारणों से बीमाकृत को प्रीमियम की धनराशि वापस किए जाने की स्थिति में, बीमाकर्ता द्वारा बीमाकृत को सीधे ही, रेखांकित अथवा आदेश चेक अथवा डाक/मनिऑर्डर अथवा इलेक्ट्रॉनिक माध्यम से भुगतान किया जाएगा तथा बीमाकर्ता द्वारा बीमाकृत से उचित रसीद प्राप्त की जाएगी एवं उक्त धनराशि को एजेंट के खाते में कतई जमा नहीं किया जाएगा।

D. सुरक्षा नोट/बीमा प्रमाणपत्र/पॉलिसी दस्तावेज़

बीमालेखन की कार्रवाई के बाद, पॉलिसी जारी करने में थोड़ा समय लग सकता है। **पॉलिसी तैयार करने की लंबित अवधि अथवा बीमा संबंधी बात-चीत के दौरान, अनंतिम आधार पर सुरक्षा प्रदान करना अनिवार्य होता है अथवा जब लागू की जाने वाली वास्तविक दर के निर्णयन हेतु परिसर का निरीक्षण किया जा रहा हो**, पॉलिसी के तहत सुरक्षा की पुष्टि करने हेतु सुरक्षा नोट जारी किया जाता है। इसमें सुरक्षा का विवरण प्रस्तुत किया जाता है। कभी-कभी, बीमाकर्ता द्वारा, बीमा आवरण के बजाए, अनंतिम बीमा की पुष्टि करते हुए पत्र जारी किया जाता है।

हालांकि, कवर नोट पर मुहर नहीं लगाई जाती है, कवर नोट की शब्दावली से यह स्पष्ट हो जाता है कि यह संबंधित बीमा के वर्ग हेतु बीमाकर्ता की पॉलिसी के सामान्य शर्तों एवं निबंधनों के अधीन है। यदि जोखिम, किसी भी प्रकार की वारंटियों से शासित होता है, तो कवर नोट में उल्लिखित किया जाता है कि बीमा उक्त वारंटियों के अधीन है। कवर नोट की रचना, यदि लागू हो तो, विशेष खंड़ों के अधीन भी की जाती है, उदाहरण के लिए बैंक का सहमत खंड़, घोषणा खंड़ आदि।

सुरक्षा नोट में निम्नलिखित को शामिल किया जाता है:

a) बीमाधारक का नाम एवं पता

b) बीमित राशि

c) बीमा की अवधि

d) आवरित जोखिम

e) दर एवं प्रीमियम, दर की जानकारी न होने पर, अनंतिम प्रीमियम

f) **आवरित जोखिम का विवरणः** उदाहरण के लिए, अग्नि कवर नोट में इमारत की विशेषताओं की पहचान, उसका निर्माण एवं उसके प्रयोग की सूचना दी गई होगी।

g) कवर नोट की क्रम संख्या

h) जारी करने की तिथि

i) **कवर नोट की वैधता** सामान्यतः 15 दिनों की होती है तथा शायद ही कभी 60 दिनों की होती है।

कवर नोट का अधिकतम प्रयोग कारोबार के मरीन एवं मोटर वाहन वर्गों के लिए किया जाता है।

1. **मरीन कवर नोट**

इन्हें सामान्यतः तब जारी किया जाता है जब पॉलिसी जारी करने हेतु आवश्यक विवरण जैसे जहाज का नाम, पैकेजों की संख्या, अथवा सटीक मूल्य आदि की जानकारी प्राप्त न हो। निर्यात के मामलों में भी, कवर नोट जारी किया जा सकता है, उदाहरण के लिए लदान के लिए रखे गए माल की कुछ मात्रा को निर्यातक द्वारा बंदरगाह भेजा जाता है। ऐसा हो सकता है कि, लदान हेतु पर्याप्त स्थान के मिलने में कठिनाई के कारण, जिस जहाज़ से लदान किया जाना होता है, वह हो नहीं पाता है। अतः किसी विशिष्ट जहाज में भेजे जाने वाले माल का पता नहीं लगाया जा सकता है। ऐसी परिस्थितियों में, कवर नोट की आवश्यकता पड़ सकती है, तथा इसके बाद सामान्य पॉलिसी जारी करनी पड़ती है जिसमें बीमा कंपनी को दिए गए सभी विवरण पूर्ण रूप से उपलब्ध होते हैं। .

मरीन कवर नोट में निम्नलिखित शब्दावलियों का प्रयोग किया जा सकता है:

i. मरीन कवर नोट संख्या

ii. जारी करने की तिथि

iii. बीमाधारक का नाम

iv. वैध अवधि

"अनुरोधानुसार, एतद्द्वारा, रु. .... की सीमा तक, कंपनी की पॉलिसी के सामान्य शर्तों के अधीन आपको सुरक्षा प्रदान की जाती है।"

a) **खंड़**: संस्था माल खंड़, क, ख अथवा ग जिसमें संस्था खंड़ों के अनुसार युद्ध एसआरसीसी जोखिम शामिल हैं, परंतु रद्दीकरण की 7 दिनों की सूचना के अधीन।

b) **शर्तें**: पॉलिसी जारी करने हेतु लदान के दस्तावेज़ की प्राप्ति पर लदान का विवरण प्रस्तुत किया जाना चाहिए। घोषणा एवं/अथ वा जहाज़ में लदान से पूर्व हानि अथवा क्षति की स्थिति में, एतद्द्वारा इस विषय पर सहमति जाहिर की जाती है कि माल का मूल लागत एवं वास्तविक रूप से वहन किए गए प्रभार ही मूल्यांकन का आधार होगा, जिसके लिए आश्वासित व्यक्ति उत्तरदायी होता है।

अंतर्देशीय परिवहन के मामले में, सामान्यतः पॉलिसी जारी करने हेतु आवश्यक सभी सुसंगत डाटा उपलब्ध होते हैं अतः कभी-कभार ही कवर नोट की आवश्यकता पड़ती है। हालांकि, ऐसी कुछ परिस्थितियां हो सकती हैं जब कवर नोट जारी किए जाते हैं तथा बाद में उन्हें, माल, परिवहन आदि के पूर्ण विवरण सहित पॉलिसियों से बदल दिया जाता है।

2. मोटर कवर नोट

संबंधित कंपनियों द्वारा निर्धारित प्रपत्र में इन्हें जारी करना पड़ता है। मोटर कवर नोट की क्रियाशील खंड़ की शब्दावली निम्नानुसार हो सकती है:

"प्रपत्र में वर्णित बीमाकृत, जिसका उल्लेख नीचे किया गया है, मोटर वाहन(नों) के संबंध में बीमा हेतु प्रस्ताव प्रस्तुत किया है, जिसका वर्णन उसमें किया गया है, तथा रु. .... का भुगतान प्रीमियम के रूप में किए जाने के फलस्वरूप, कंपनी के सामान्य प्रपत्र की .... पॉलिसी के अनुरूप जोखिम को सुरक्षा प्रदान की जाती है, जो कि लागू होगा(नीचे उद्धृत किसी भी प्रकार की विशेष शर्तों के अधीन) बशर्ते कि कंपनी द्वारा लिखित रूप से सूचना प्रस्तुत करते हुए सुरक्षा को रद्द किया जा सकता है, तथा ऐसी स्थिति में, बीमा समाप्त कर दिया जाएगा तथा कंपनी जितनी अवधि तक जोखिम के अधीन रही हो, उस अवधि तक, कंपनी द्वारा ऐसे बीमा हेतु अन्यथा देय प्रीमियम का आनुपातिक अंश प्रभारित किया जाएगा।"

मोटर कवर नोट में सामान्यतः निम्नलिखित विवरणों को शामिल किया जाता है :

a) पंजीकरण चिन्ह एवं संख्या अथवा बीमाकृत वाहनों का विवरण/क्यूबिक क्षमता/ वहन योग्य क्षमता/बनावट/निर्माण का वर्ष, इंजिन संख्या, चैसिस संख्या

b) बीमाधारक का नाम एवं पता

c) अधिनियम के प्रयोजन हेतु बीमा के शुरुआत की प्रभावी तिथि एवं समय। समय......, दिनांक......

d) बीमा के समापन की तिथि

e) व्यक्तिगण अथवा व्यक्तियों का वर्ग जिन्हें गाड़ी चलाने की पात्रता प्राप्त हो

f) प्रयोग की सीमाएं

g) अतिरिक्त जोखिम, यदि कोई हो

मोटर कवर नोट में, यह स्पष्ट करते हुए एक प्रमाणपत्र शामिल किया जाता है कि, मोटर वाहन अधिनियम, 1988 के अध्याय X एवं XI की प्रावधानों के अनुसार इसे जारी किया गया है।

महत्वपूर्ण

कवर नोट की वैधता को एक बार में, 15 दिनों की अतिरिक्त अवधि तक विस्तारित किया जा सकता है, परंतु कवर नोट की वैधता की संपूर्ण अवधि किसी भी मामले में, 60 दिनों से अधिक नहीं हो सकती है।

टिप्पणी : कवर नोट की शब्दावली, बीमाकर्ता के अनुसार भिन्न-भिन्न हो सकती है।

अधिकांश कंपनियों द्वारा कवर नोट के प्रयोग को हतोत्साहित किया जा रहा है। वर्तमान की औद्योगिक प्रणालियों की सहायता से पॉलिसी दस्तावेजों को तात्कालिक रूप से जारी करने की सुविधा उपलब्ध है।

3. **बीमा का प्रमाणपत्र – मोटर बीमा**

बीमा प्रमाणपत्र में, ऐसे मामलों हेतु बीमा की विद्यमानता प्रस्तुत करती है जहाँ साक्ष्य की आवश्यकता पड़ सकती है। उदाहरण के लिए, मोटर वाहन बीमा में, मोटर वाहन अधिनियम में दिए गए अनुसार, पॉलिसी के अतिरिक्त, बीमा प्रमाणपत्र भी जारी की जाती है। **इस प्रमाण पत्र के ज़रिए पुलिस एवं पंजीकरण प्राधिकारियों को बीमा का सबूत प्रदान किया जाता है।** नीचे, निजी वाहनों हेतु प्रमाणपत्र का एक नमूना प्रस्तुत है, जिसमें मुख्य विशेषताओं का विवरण दर्शाया गया है:

मोटर वाहन अधिनियम, 1988

बीमा प्रमाणपत्र

प्रमाणपत्र संख्या   पॉलिसी संख्या

1. पंजीकरण चिन्ह एवं संख्या, पंजीकरण का स्थान, इंजिन संख्या/चैसिस संख्या/बनावट/निर्माण का वर्ष।
2. मुख्य भाग का प्रकार/सी.सी/बैठने की कुल क्षमता/शुद्ध प्रीमियम/पंजीकरण प्राधिकारी का नाम,
3. भौगोलिक क्षेत्र – भारत `
4. बीमित घोषित मूल्य(आईडीवी)
5. बीमाधारक का नाम एवं पता, कारोबार अथवा व्यवसाय।
6. अधिनियम के प्रयोजन हेतु बीमा के शुरुआत की प्रभावी तिथि। .... दिनांक को ....बजे से
7. बीमा के समापन की तिथि, ... को अर्धरात्रि पर
8. गाड़ी चलाने हेतु पात्रता प्राप्त व्यक्तिगण अथवा व्यक्तियों का वर्ग।

निमनलिखित में से कोई भी:

a) बीमाधारकः

b) कोई अन्य व्यक्ति जो बीमाधारक के आदेश अथवा अनुमति सहित गाड़ी चला रहा हो

बशर्ते कि, गाड़ी चलाने वाले व्यक्ति के पास दुर्घटना के दौरान वैध ड्राइविंग लाइसेंस हो तथा वह उक्त लाइसेंस धारित रखने अथवा प्राप्त करने में अयोग्य घोषित न किया गया है। बशर्ते कि साथ ही, व्यक्ति जिसके पास वैध लर्नर लाइसेंस हो, वह भी वाहन चला सकता है और ऐसा व्यक्ति केंद्रीय मोटर वाहन नियम 1989 के नियम 3 की आवश्यकताओं की पूर्ति करता है।

प्रयोजन की सीमाएं

पॉलिसी, निम्नलिखित प्रयोजन के अलावा अन्य हेतु आवरण प्रदान करती हैः :

a) किराया अथवा इनाम;

b) माल की ढुलाई(वैयक्तिक सामग्री के अलावा)

c) संगठित दौड़,

d) दौड़ का गठन,

e) गति का परीक्षण

f) विश्वसनीयता का परीक्षण

g) वाहन व्यापार के संबंध में कोई प्रयोजन

मैं/हम, एतद्द्वारा प्रमाणित करता/ते हूँ/हैं कि यह प्रमाणपत्र जिस पॉलिसी से संबंधित है और साथ ही बीमा का यह प्रमाणपत्र, मोटर वाहन अधिनियम, 1988 के अध्याय X एवं XI के प्रावधानों के अनुसार जारी किया गया है।

जांच किया गया ..

(प्राधिकृत बीमाकर्ता)

मोटर बीमा प्रमाणपत्र, हमेशा वाहन में रखे रहना चाहिए ताकि सुसंगत प्राधिकारियों द्वारा जांच की जा सके।

4. **पॉलिसी दस्तावेज़**

पॉलिसी, एक औपचारिक दस्तावेज़ होता है जो कि बीमा अनुबंध को एक साक्ष्य प्रदान करता है। भारतीय मुहर अधिनियम, 1899 की प्रावधानों के अनुसार, इस दस्तावेज़ को मुहरबंद किया जाना चाहिए।

एक सामान्य बीमासुरक्षा पॉलिसी में सामान्यतः निम्नलिखित विवरण प्रस्तुत किया जाता हैः

a) बीमाधारक/(को) के नाम एवं पता तथा अन्य कोई भी व्यक्ति जिसका विषयवस्तु में बीमायोग्य हित हो;

b) संपत्ति अथवा बीमित वस्तु का पूर्ण विवरण;

c) पॉलिसी के तहत संपत्ति अथवा बीमायोग्य वस्तु का स्थान तथा जहाँ भी उचित हो, क्रमशः उनका बीमित मूल्य;

d) बीमा की अवधि;

e) बीमित राशि;

f) आवरित आपदाएं एवं अपवर्जन;

g) लागू अधिशेष/कटौती योग्य;

h) देय प्रीमियम एवं जहाँ समायोजन के अधीन प्रीमियम अनंतिम हो, वहाँ प्रीमियम के समायोजन का आधार;

i) पॉलिसी की शर्तें, नियम तथा वारंटियां;

j) आपातकालीन स्थिति में, बीमाधारक द्वारा की जाने वाली कार्रवाई से पॉलिसी के तहत दावा उत्पन्न होने की संभावना;

k) किसी घटना के कारण उत्पन्न दावे पर बीमा की विषयवस्तु के संबंध में बीमाधारक की बाध्यताएं तथा उक्त परिस्थितियों में बीमाकर्ता के अधिकार;

l) कोई भी विशेष शर्त;

m) गलतबयानी, छल, महत्वपूर्ण तथ्यों के गैर-प्रकटीकरण अथवा बीमाकृत द्वारा सहयोग प्रदान न करने की स्थिति में पॉलिसी के रद्दीकरण का प्रावधान;

n) बीमाधारक का पता, जिसपर पॉलिसी के संबंध में सभी संप्रेषणों को भेजा जाएगा;

o) अतिरिक्त आवरणों एवं/अथवा पृष्ठांकन, यदि कोई हो, का विवरण;

p) शिकायत निवारण तंत्र एवं लोकपाल के पते का विवरण

स्वमूल्यांकन 2

कवर नोट के संबंध में निम्नलिखित में से कौन से कथन सही हैं?

I. कवर नोट का प्रयोग अधिकांशतः जीवन बीमा में किया जाता है

II. कवर नोट का प्रयोग अधिकांशतः सामान्य बीमा के सभी वर्गों में किया जाता है

III. कवर नोट का प्रयोग अधिकांशतः स्वास्थ्य बीमा में किया जाता है

IV. कवर नोट का प्रयोग अधिकांशतः सामान्य बीमा के मरीन एवं मोटर वर्ग में किया जाता है

E. वारंटियां

वारंटी, पॉलिसी में स्पष्ट रूप से विवरणित शर्त है, अनुबंध की वैधता हेतु इसका पूर्ण अनुपालन किया जाना चाहिए। वारंटी कोई अलग दस्तावेज़ नहीं है। यह, कवर नोट एवं पॉलिसी दस्तावेज़ दोनों का ही भाग होता है। यह, अनुबंध तैयार करने से पहले तैयार किया जाता है। इसका अवलोकन एवं अनुपालन सख्त तथा पूर्ण रूप से किया जाना चाहिए, चाहे वह जोखिम के संबंध में महत्वपूर्ण हो या न हो। यदि वारंटी का उल्लंघन किया जाता है, तो बीमाकर्ता के विकल्प पर पलिसी रद्द की जा सकती है,चाहे क्यों न स्पष्ट रूप से दर्शाया गया हो कि उक्त उल्लंघन के कारण कोई हानि नहीं हुई है। हालांकि, सामान्यतः यदि वारंटी के उल्लंघन का स्वरूप पूर्ण रूप से तकनीकी है तथा किसी भी उपाय से, हानि का कारण नहीं है अथवा हानि में बढ़ोत्तरी नहीं करता है, तो बीमाकर्ता अपनी निर्णयानुसार, कंपनी की पॉलिसी के मानदंड़ों तथा दिशानिर्देशों के अनुसार दावों का संसाधन कर सकते हैं।

1. **अग्नि बीमा वारंटियां(कुछ उदाहरण) नीचे प्रस्तुत हैं**

यह वारंटी दी जाती है कि, पॉलसी की वैध अवधि के दौरान बीमाकृत परिसरों में किसी भी प्रकार की खतरनाक सामग्रियों का संचयन नहीं किया जाएगा।

सुसुप्त जोखिम: यह वारंटी दी जाती है कि, लगातार 30 दिन अथवा उससे अधिक अवधि तक बीमाकृत परिसरों में किसी भी प्रकार की विनिर्माण गतिविधि नहीं की जाएगी।

सिगरेट फिल्टर का निर्माण: यह वारंटी दी जाती है कि, परिसरों में, 30 डिग्री सेंटीग्रेड़ से कम फ्लैश पाइंट की द्रावकों(सॉल्वेंट्स) का प्रयोग/संचयन नहीं किया जाता है

2. **मरीन बीमा** में, **वारंटी** की परिभाषा निम्नानुसार प्रस्तुत की जाती है: एक प्रतिज्ञापत्र वारंटी, अर्थात्, ऐसी वारंटी जिसके ज़रिए आश्वासित व्यक्ति यह स्पष्ट करता है कि कोई विशेष कार्य किया जाएगा अथवा नहीं किया जाएगा, अथवा कोई शर्त पूरी की जाएगी, अथवा एतद्वारा वह, कुछ विशेष तथ्यों की विद्यमानता की पुष्टि करता है अथवा उसे नकारता है।"

मरीन कार्गो बीमा में, **वारंटी** को इस आशय से शामिल किया जाता है कि, माल(उदाहरण,चाय) की पैकिंग टिन के डिब्बों में की जाएगी। **मरीन हल बीमा में वारंटी** को इस आशय से शामिल किया जाता है कि, बीमित जहाज़, उक्त विशिष्ट क्षेत्र में यात्रा नहीं करेगी, इससे बीमाकर्ता को, ज्ञात हो सकेगा कि किस सीमा तक उसने जोखिम की सुरक्षा हेतु सहमति प्रदान की है। यदि वारंटी का उल्लंघन किया जाता है तो, शुरुआत में सहमत जोखिम को बदल दिया जाएगा तथा बीमाकर्ता को उल्लंघन की तिथि से अतिरिक्त देयता से मुक्त होने की अनुमति दी जाएगी।

3. **चोरी बीमा में**, यह वारंटी दी जाती है कि चौबीस घंटे चौकीदार द्वारा संपत्ति की पहरेदारी की जाएगी। पॉलिसी से जुड़ी हुई वारंटियों का अनुपालन किए जाने पर, पॉलिसी की दरें, शर्त एवं निबंधन लगातार एक समान ही रहती हैं।

स्वमूल्यांकन 3

वारंटी के संबंध में निम्नलिखित में से कौन से कथन सही हैं?

I. वारंटी एक ऐसी शर्त होती है, जिसका उल्लेख कभी भी पॉलिसी में नहीं किया जाता है

II. वारंटी, पॉलिसी दस्तावेज़ का एक अंश होती है

III. वारंटी की सूचना, बीमाधारक को हमेशा अलग रूप से दी जाती है, वह पॉलिसी दस्तावेज़ का अंश नहीं होती है

IV. वारंटी का उल्लंघन किए जाने पर भी दावे देय होते हैं।

F. पृष्ठांकन

बीमाकर्ताओं द्वारा प्रायः, मानक स्वरूप में पॉलिसियां जारी की जाती हैं; जिसमें कुछ जोखिमों को शामिल किया जाता है तथा कुछ अन्य को अपवर्जित कर दिया जाता है।

परिभाषा

पॉलिसी जारी करने के दौरान अथवा पॉलिसी की अवधि के दौरान कुछ शर्तों एवं नियमों में संशोधन की आवश्यकता उत्पन्न होने पर, पृष्ठांकन नामक दस्तावेज़ के ज़रिए उक्त संशोधन/परिवर्तन की सूचना दी जाती है।

यह, पॉलिसी से जुड़ी होती है तथा उसका एक अंश होती है। पॉलिसी तथा पृष्ठांकन साथ मिलकर, अनुबंध का साक्ष्य गठित करते हैं। परिवर्तन/संशोधन रिकार्ड़ करने हेतु पॉलिसी की वैधता के दौरान भी पृष्ठांकन को जारी किया जा सकता है।

जब कभी महत्वपूर्ण सूचना में परिवर्तन होता है, बीमाकृत द्वारा बीमा कंपनी को सूचना देनी पड़ती है कि उक्त परिवर्तन का उत्तरदायी कौन होगा तथा किसके द्वारा पृष्ठांकन के ज़रिए बीमा अनुबंध के अंश के रूप में इसे शामिल किया जाएगा।

पॉलिसी के तहत सामान्यतः आवश्यक पृष्ठांकन निम्नलिखित से संबंधित होते हैं:

a) बीमित राशि में घटबढ़/परिवर्तन

b) बिक्री, गिरवी आदि के ज़रिए, बीमायोग्य हित में परिवर्तन

c) अतिरिक्त जोखिम की सुरक्षा हेतु बीमा में विस्तार/पॉलिसी की अवधि में विस्तार

d) जोखिम में परिवर्तन, उदाहरण के लिए, निर्माण में परिवर्तन अथवा अग्नि बीमा में इमारत का अधिभोग

e) अन्य स्थान पर संपत्ति का अंतरण

f) बीमा का रद्दीकरण

g) नाम अथवा पता आदि में परिवर्तन।

नमूना

उदाहरण के प्रयोजन हेतु, कुछ पृष्ठांकनों की शब्दावलियों के नमूने नीचे प्रस्तुत हैं:

रद्दीकरण

बीमाकृत के अनुरोध पर, इस पॉलिसी द्वारा की गई बीमा को एतद्दवारा दिनांक................. से रद्द घोषित किया जाता है। चूंकि, पिछले .... महीनों की अवधि से बीमा लागू था, अतः बीमाधारक को कोई भी धनराशि देय नहीं है।

स्टॉक के मूल्य के आवरण में बढ़ोत्तरी:

"बीमाधारक द्वारा सूचना दी गई है कि उक्त पॉलिसी के ज़रिए प्रदत्त आवरण के स्टॉक में बढ़ोत्तरी की गई है, अतः एतद्दवारा यह सहमति दी जाती है कि चर्चा के पश्चात् बीमित राशि में निम्नानुसार परिवर्तन किए गए हैं:

दिनांक (विवरण) रु.

दिनांक (विवरण) रु.

इस को ध्यान में रखते हुए, एतद्वारा अतिरिक्त प्रीमियम प्रभारित की जाती है।

इसके अतिरिक्त वार्षिक प्रीमियम रु. ....

वर्तमान की कुल बीमा, रु. .... हो गई है।

अन्यथा उक्त पॉलिसी की शर्तों, प्रावधानों तथा नियमों के अधीन।

मरीन पॉलिसी में बाहरी जोखिम को शामिल करने हेतु आवरणों में विस्तार

बीमाधारक के अनुरोध पर, एतद्दवारा उपरोक्त पॉलिसी के तहत टूट-फूट की जोखिम को शामिल करने हेतु सहमति प्रदान की गई है।

अतः इसे ध्यान में रखते हुए, निम्नानुसार रु. .... की अतिरिक्त प्रीमियम, बीमाकृत से प्रभारित की जाएगी।

स्वमूल्यांकन 1

यदि पॉलिसी जारी करने के दौरान अथवा पॉलिसी की अवधि के दौरान कुछ शर्तों एवं नियमों को संशोधित करने की आवश्यकता उत्पन्न हो तो .... के ज़रिए कार्रवाई करते हुए उक्त संशोधन कियाजाता है।

I. वारंटी

II. पृष्ठांकन

III. परिवर्तन

IV. संशोधन संभव नहीं हैं

G. पॉलिसियों की व्याख्या

बीमा के अनुबंधो की अभिव्यक्ति लिखित रूप से की जाती है तथा बीमा पॉलिसी की शब्दावली का मसौदा, बीमाकर्ताओं द्वारा तैयार किया जाता है। इन पॉलिसियों की व्याख्या, गठन अथवा स्पष्टीकरण, कुछ भली-भांति परिभाषित नियम, जिन्हें विभिन्न न्यायालयों द्वारा परिभाषित किया गया है, के अनुसार की जानी चाहिए। **गठन का सर्वाधिक महत्वपूर्ण नियम यह है कि, पक्षों का अभिप्राय अवश्य प्रचलित होना चाहिए तथा उक्त अभिप्राय का अवलोकन स्वयं पॉलिसी में किया जाना चाहिए।** यदि पॉलिसी, अस्पष्ट रूप से जारी की जाती है, तो इसकी व्याख्या, न्यायालयों द्वारा इस सामान्य सिद्धांत पर कि बीमाकर्ता द्वारा पॉलिसी का मसौदा तैयार किया गया था,बीमाकृत के पक्ष में तथा बीमाधारक के विरुद्ध की जाएगी।

पॉलिसी की शब्दावलियों को नीचे दिए गए नियमों के अनुसार समझते हुए इसका स्पष्ट अर्थ प्राप्त किया जा सकता है:

a) एक अभिव्यक्त शर्त, अस्पष्ट शर्त से अधिक महत्वपूर्ण होता है, सिवाय जहाँ ऐसा किया जाना अनुचित प्रतीत होता हो।

b) मानक मुद्रित पॉलिसी प्रपत्र तथा टाइप की गई अथवा हस्तलिखित भागों के बीच शब्दावलियों के संबंध में विरुद्धता की स्थिति में, विशिष्ट अनुबंध में, टाइप की गई अथवा हस्तलिखित अंश को ही पक्षों का अभिप्राय अभिव्यक्त करने वाला माना जाएगा, तथा उनका आशय ही, मूल रूप से मुद्रित शब्दों की तुलना में स्वीकृत किया जाएगा।

c) पृष्ठांकन, अनुबंध के अन्य भागों के विरुद्ध होने की स्थिति में, पृष्ठांकन में दिए गए अर्थ को ही प्रचलित माना जाएगा, चूंकि इस दस्तावेज़ की रचना बाद में की गई है।

d) तिरछे अक्षरों में लिखित खंड़, सामान्य रूप से मुद्रित शब्दावली, जहाँ असंगत हो, की तुलना में प्रचलित माने जाएंगे।

e) पॉलिसी के हाशिए में मुद्रित अथवा टाइप किए गए खंड़ों को, पॉलिसी के मुख्य भाग में दी गई शब्दावलियों से अधिक महत्व दिया जाना चाहिए।

f) पॉलिसी में संलग्न अथवा चिपकाए गए खंड़ ही, पॉलिसी के मुख्य भाग में प्रस्तुत खंड़ों से अधिक महत्वपूर्ण होते हैं।

g) टाइपलिखित शब्दावली अथवा स्याही से चिन्हित रबड़ स्टाम्प की शब्दावली, मुद्रित शब्दावली को निरस्त कर देती है।

h) हस्तलेखन, टाइप की गई अथवा मुद्रित शब्दावली से अधिक महत्वपूर्ण होती है।

i) अंततः, किसी भी प्रकार की संदिग्धता अथवा अस्पष्टता की स्थिति में, व्याकरण एवं विराम चिन्हों के सामान्य नियमों को लागू किया जाता है।

महत्वपूर्ण

1. पॉलिसियों का गठन

बीमा पॉलिसी, वाणिज्यिक अनुबंध का साक्ष्य होती है एवं न्यायालय द्वारा अंगीकृत गठन एवं व्याख्या संबंधी सामान्य नियम, अन्य अनुबंधों की तरह ही बीमा अनुबंधों पर भी लागू होते हैं।

गठन का सैद्धांतिक नियम यह है कि, अनुबंध के पक्षों का अभिप्राय प्रचलित होना चाहिए, यह कि, अभिप्राय, पॉलिसी दस्तावेज़ से ही प्राप्त कर लिया जाना चाहिए तथा प्रस्ताव प्रपत्र, खंड़, पृष्ठांकन, वारंटियां आदि उससे जुड़ी होंनी चाहिए तथा अनुबंध का अंश होंनी चाहिए।

2. शब्दावलियों का अर्थ

प्रयुक्त शब्दों का अर्थ सामान्य एवं लोकप्रिय होना चाहिए। **शब्दों में प्रयुक्त किया जाने वाला अर्थ, एक आम आदमी की समझ के अनुरूप होना चाहिए। अतः "आग" का अर्थ होगा, ज्वाला अथवा वास्तविक रूप से जलना।**

इसके विपरीत, शब्द, जिनका अर्थ आम कारोबार अथवा व्यापार का हो, को उसी रूप में समझा जाएगा, सिवाय यदि वाक्य के संदर्भ में उसका अर्थ भिन्न हो। जहाँ शब्दों को कानून से परिभाषित किया जाता है, उसी परिभाषा के अर्थ का प्रयोग किया जाएगा, जैसे भारतीय दंड़ संहिता में "चोरी" का किया जाता है।

बीमा पॉलिसियों में प्रयुक्त कई शब्द, पिछली कानूनी निर्णयों के विषय रह चुके हैं, तथा उच्च न्यायालय के उक्त निर्णय, निम्न न्यायालयों के निर्णय पर बाध्य होंगे। तकनीकी शब्दावलियों को हमेशा तकनीकी अर्थ ही जिया जाना चाहिए, सिवाय यदि उनका अर्थ इसके विपरीत इंगित करता हो।

G. नवीनीकरण सूचना

अधिकांश गैर-जीवन बीमा पॉलिसियों की बीमा वार्षिक आधार पर किया जाता है।

हालांकि, बीमाकर्ता, बीमाधारक को, पॉलिसी के किसी विशिष्ट तिथि पर समाप्त होने की सूचना देने हेतु कानूनी रूप से बाध्य नहीं होते हैं, फिर भी, विनम्रता एवं कारोबार की सकारात्मक प्रथा के रूप में, बीमाकर्ता द्वारा समापन की तिथि से पहले, नवीनीकरण सूचना जारी की जाती है, जिसमें पॉलिसी के नवीनीकरण का न्यौता दिया जाता है। सूचना में पॉलिसी से संबंधित सभी सुसंगत सूचनाएं जैसे बीमित राशि, वार्षिक प्रीमियम आदि का विवरण शामिल किया जाता है। इसके साथ ही,एक टिप्पणी भी रखी जाती है जिसमें बीमाधारक को जानकारी दी जाती है कि जोखिम में किसी प्रकार के महत्वपूर्ण परिवर्तन होने की स्थिति में, उसकी सूचना दी जानी चाहिए।

उदाहरण के लिए, मोटर नवीनीकरण सूचना में, वर्तमान आवश्यकताओं को मद्देनज़र रखते हुए बीमित राशि(अर्थात् वाहन से संबंधित बीमाधारक द्वारा घोषित मूल्य) की ओर बीमाधारक का ध्यान आकर्षित किया जाता है।

बीमाधारक का ध्यान इस सांविधिक प्रावधान पर भी आकर्षित किया जाना चाहिए कि जब तक अग्रिम रूप से प्रीमियम का भुगतान नहीं किया जाता है, तब तक जोखिम का अनुमान नहीं लगाया जा सकता है।

स्वमूल्यांकन 5

नवीनीकरण सूचना के संबंध में निम्नलिखित में से कौन सा कथन सही है ?

I. विनियमों के अनुसार, पॉलिसी के समापन से 30 दिन पहले बीमाकर्ता, बीमाधारक को नवीनीकरण सूचना भेजने हेतु कानूनी रूप से बाध्य होते हैं।

II. विनियमों के अनुसार, पॉलिसी के समापन से 15 दिन पहले बीमाकर्ता, बीमाधारक को नवीनीकरण सूचना भेजने हेतु कानूनी रूप से बाध्य होते हैं।

III. विनियमों के अनुसार, पॉलिसी के समापन से 7 दिन पहले बीमाकर्ता, बीमाधारक को नवीनीकरण सूचना भेजने हेतु कानूनी रूप से बाध्य होते हैं।

IV. विनियमों के अनुसार, पॉलिसी के समापन से पहले बीमाकर्ता, बीमाधारक को नवीनीकरण सूचना भेजने हेतु कानूनी रूप से बाध्य नहीं होते हैं।

सारांश

a) प्रलेखन का पहला स्तर अनिवार्य रूप से प्रस्ताव प्रपत्र होता है जिसके ज़रिए बीमाधारक अपनी निजी जानकारी प्रदान करता/ती है।

b) महत्वपूर्ण सूचना के प्रकटीकरण का कर्तव्य, पॉलिसी के शुरू होने से पहले उत्पन्न होता है, तथा अनुबंध के समापन के बाद भी जारी रहता है।

c) बीमा कंपनियों द्वारा सामान्यतः, प्रस्ताव प्रपत्र के अंत में घोषणा शामिल की जाती है, जिसपर बीमाकर्ता को हस्ताक्षर करना पड़ता है।

d) प्रस्ताव प्रपत्र में निम्नलिखित तत्वों को शामिल किया जाता है:

   i. प्रस्तावक का पूरा नाम
   ii. प्रस्तावक का पता एवं संपर्क विवरण
   iii. प्रस्तावक का पेशा, व्यवसाय अथवा कारोबार
   iv. बीमा की विषयवस्तु का विवरण एवं पहचान
   v. बीमित राशि

vi. पूर्ववर्ती एवं वर्तमान बीमा

vii. हानि का अनुभव

viii. बीमाधारक द्वारा घोषणा

e) एक एजेंट, जो कि मध्यस्थ के रूप में कार्य करता है, की जिम्मेदारी होती है कि वह सुनिश्चित करे कि बीमाकृत द्वारा बीमाकर्ता को जोखिम के संबंध में सभी महत्वपूर्ण जानकारी प्रदान की गई है।

f) प्रस्ताव के जांच की प्रक्रिया तथा स्वीकृति के निर्णयन को ही बीमालेखन कहा जाता है।

g) प्रीमियम, बीमा के अनुबंध के तहत, बीमा की विषयवस्तु की बीमा कराने हेतु बीमाकृत द्वारा बीमाधारक को प्रदत्त की जाने वाली धनराशि होती है।

h) प्रीमियम का भुगतान, नकद राशि, किसी मानक बैंक के परक्राम्य लिखत, डाक मनिऑर्डर, क्रेडिट अथवा डेबिट कार्ड़, इंटरनेट, ई-अंतरण, प्रत्यक्ष क्रेडिट अथवा समय-समय पर आईआरडीएआई द्वारा अनुमोदित कोई भी प्रणाली के ज़रिए की जा सकती है।

i) पॉलिसी तैयार करने में देरी अथवा बीमा के संबंध में बात-चीत अग्रसर होने की स्थिति में कवर नोट जारी की जाती है तथा अनंतिम आधार पर बीमा प्रदान करना अनिवार्य होता है।

j) कवर नोट का प्रयोग अधिकांशतः मरीन एवं कारोबार के मोटर वर्गों के लिए किया जाता है।

k) बीमा प्रमाणपत्र, ऐसे मामलों में जहाँ साक्ष्य की आवश्यकता पड़ सकती है, बीमा की विद्यमानता प्रदान करता है।

l) पॉलिसी एक औपचारिक दस्तावेज़ होता है जो कि बीमा के अनुबंध का सबूत प्रदान करता है।

m) वारंटी, पॉलिसी में स्पष्ट रूप से उद्धृत एक शर्त होती है, अनुबंध की वैधता हेतु पूर्ण रूप से इसका अनुपालन किया जाना चाहिए।

n) यदि पॉलिसी जारी करने के दौरान अथवा पॉलिसी की अवधि के दौरान कुछ शर्तों और नियमों में संशोधन करना की आवश्यकता हो, तो पृष्ठांकन नामक दस्तावेज़ के ज़रिए संशोधन/परिवर्तन लागू किए जाते हैं।

o) निर्माण का सर्वाधिक महत्वपूर्ण नियम यह है कि, पक्षों का अभिप्राय प्रचलित किया जाना चाहिए तथा इस अभिप्राय की उपस्थिति का अवलोकन स्वयं पॉलिसी में किया जाना चाहिए।

प्रमुख शब्दावलियां

a) पॉलिसी प्रपत्र

b) प्रीमियम का अग्रिम भुगतान

c) कवर नोट

d) बीमा प्रमाणपत्र

e) नवीनीकरण सूचना

f) वारंटी

स्वमूल्यांकन के उत्तर

उत्तर 1 - II सही विकल्प है।

उत्तर 2 - IV सही विकल्प है।

उत्तर 3 - II सही विकल्प है।

उत्तर 4 - II सही विकल्प है।

उत्तर 5 - IV सही विकल्प है।

अध्याय G-02

जोखिम अंकन एवं दर निर्धारण

अध्याय का परिचय

हमने, सामान्य बीमा से संबंधित विभिन्न अवधारणाओं तथा सिद्धांतों की जानकारी प्राप्त की है। बीमालेखन ऐसी प्रक्रिया है जिसके द्वारा बीमाकर्ता जोखिम स्वीकृत करने या न करने का निर्णय लेता है। इसके लिए, बीमालेखकों द्वारा जोखिम का विश्लेषण किया जाता है। वे समझते हैं कि जोखिम कितना जोखिमभरा हो सकता है। साथ ही, प्रीमियम के रूप में कितनी धनराशि संग्रहित की जानी चाहिए। इसके अतिरिक्त, कभी-कभी, जोखिम में सुधार लाने हेतु शर्तों के अधीन ही जोखिमों को स्वीकृत किया जा सकता है। इन सभी दृष्टिकोण की चर्चा इस अध्याय में की गई है।

अध्ययन के परिणाम

A. भौतिक खतरे

B. भौतिक खतरे – जोखिम प्रबंधन का महत्व, खंड़ एवं दर निर्धारण

C. अधिशेष/कटौती योग्य पर निर्णय एवं आवरण प्रतिबंध

D. नैतिक खतरा

E. बीमित राशि का निश्चयन

इस अध्याय के अध्ययन के पश्चात् आप निम्नलिखित कार्रवाई कर सकेंगेः

1. भौतिक खतरों को समझना
2. एक कार्रवाई के रूप में बीमालेखन के महत्व को समझना
3. जोखिम कम करने हेतु बीमालेखकों द्वारा अपनाए जाने वाले उपायों की जानकारी प्राप्त करना
4. बीमित राशि के निश्चयन की प्रक्रिया की जानकारी प्राप्त करना

A. भौतिक खतरे

बीमालेखन में, संपत्ति एवं व्यक्तियों द्वारा सामना की जाने वाली विभिन्न खतरों का विस्तृत ज्ञान, अत्यंत अनिवार्य होता है।

प्रस्ताव प्रपत्र में दी गई सूचना से भौतिक खतरों का पता लगाया जा सकता है। जोखिम के सर्वेक्षण अथवा निरीक्षण से इस संबंध में बेहतर जानकारी प्राप्त की जा सकती है। बीमा के विभिन्न वर्गों में भौतिक खतरों के कुछ उदाहरण नीचे प्रस्तुत हैं।

a) अग्नि

i. **विनिर्माण** : विनिर्माण का आशय, दीवारों तथा छत में प्रयुक्त निर्माण की सामग्रियों से है। कॉन्क्रीट की इमारत, लकड़ी की इमारत से अधिक बेहतर होती है।

ii. **ऊँचाई**: मंज़िलों की संख्या जितनी अधिक होती है, खतरा उतना अधिक होता है क्योंकि आग बुझाना अत्यंत मुश्किल होता है। साथ ही, अधिक मंज़िलों की उपस्थिति से ऊपर की मंज़िलों के गिरने का जोखिम अधिक होता है, जिससे बहतु ही भारी क्षति हो सकती है।

iii. **मंज़िलों का स्वरूप**: लकड़ी की मंज़िलों से आग का खतरा अधिक होता है। साथ ही, लकड़ी की मंज़िलें, आग की स्थिति में अधिक आसानी से क्षतिग्रस्त हो जाती हैं जिससे ऊपर की मंज़िलों से मशीनरी अथवा वस्तुओं के गिरने के कारण, निचली मंज़िलों की संपत्ति भी क्षतिगस्त हो सकती है।

iv. **अधिभोग**: इमारत का अधिभोग, एवं उपयोग का प्रयोजन। अधिभोग से विभिन्न प्रकार के खतरे उत्पन्न होते हैं।

v. **प्रज्वलन खतरा** : इमारत जिनमें बृहत् मात्रा में रसायनों का उत्पादन अथवा प्रयोग किया जाता है, **प्रज्वलन खतरे** के अधीन होते हैं। लकड़ी का यार्ड, उच्च दहनशील खतरा प्रस्तुत करता है क्योंकि आग के लगने पर लकड़ियां अतिशीघ्र जलने लगती हैं। आग के लगने पर यह सामग्रियां, क्षति के प्रति अत्यधिक संवेदनशील होती हैं।

   उदाहरण के लिए, कागज़, कपड़े आदि न केवल आग से क्षति के प्रति संवेदनशील होते हैं, अपितु पानी, उष्णता आदि से भी क्षतिग्रस्त हो सकते हैं।

vi. **निर्माण की प्रक्रिया**: यदि रात के अंधेरे में कार्य किया जाता है, तो कृत्रिम रोशनी, मशीनरी के लगातार प्रयोग के कारण घर्षण एवं थके होने के कारण कारीगरों की असावधानियों से खतरा बढ़ जाने की संभावना होती है।

vii. **जोखिम की परिस्थिति/स्थान**: भीड़भाड़ के क्षेत्र में उपस्थिति, खतरनाक परिसरों के निकट एवं अग्निशामक ब्रिगेड़ से दूरी, भौतिक खतरों का उदाहरण होते हैं।

b) मरीन

i. **जहाज़ की आयु एवं स्थिति : पुराने जहाज़, निम्न जोखिम के होते हैं।**

ii. **यात्रा का विवरण : यात्रा का मार्ग, लदान एवं उतराई की परिस्थितियां तथा बंदरगाहों में रखरखाव की सुविधाएं ही घटक होती हैं।**

iii. **माल का स्वरूप : उच्च मूल्य की वस्तुओं के चोरी हो जाने तथा परिवहन के दौरान मशीनरी की टूट-फूट की संभावना होती है।**

iv. **पैकिंग का तरीका : थैलियों में माल की पैकिंग की तुलना में गठरियों में माल की पैकिंग को बेहतर माना जाता है। साथ ही, एकल थैलियों की अपेक्षा, दोहरी थैलियां अधिक सुरक्षित होती है। पुराने डिब्बों में तरल वस्तुओं के भंडारण को बहतु ही अनुपयुक्त खतरा माना जाता है।**

c) **मोटर**

i. **वाहन की आयु एवं स्थिति**: पुराने वाहनों में दुर्घटना की संभावना अधिक होती है।

ii. **वाहन का प्रकार** : : स्पोर्ट्स कार से भौतिक खतरे आदि की संभावना अधिक होती है।

d) **चोरी**

i. **वस्तुओं का स्वरूप** : छोटी मात्रा में उच्च मूल्य की वस्तुएं(उदाहरण गहने) तथा जिनका निपटान आसानी से किया जा सकता है, को अनुपयुक्त जोखिम माना जाता है।

ii. **परिस्थिति**: भू तल की जोखइमें, ऊपरी मंज़िलों के जोखिम से निम्न होती है: एकान्त क्षेत्रों में स्थित निजी आवास, खतरनाक होती हैं।

iii. **निर्माण के खतरे** : बहुत अधिक दरवाज़े और खिड़कियां से भी अनुपयुक्त भौतिक खतरे बढ़ जाते हैं।

e) **वैयक्तिक दुर्घटना**

i. **व्यक्ति की आयु** : बहुत ही बूढ़े व्यक्ति, दुर्घटना प्रवृत्त होते हैं, साथ ही, दुर्घटन की स्थिति में, ठीक होने में उन्हें अधिक समय लगता है।

ii. **पेशे का स्वरूप** : जॉकी, खनन इंजीनियर, मज़दूर, हानिकारक भौतिक खतरे का उदाहरण हैं।

iii. **स्वास्थ्य एवं भौतिक स्थिति** : डायबटीज़ से पीडित व्यक्ति को दुर्घटनात्मक शारीरिक चोट के लगने पर, सर्जिकल चिकित्सा उसके लिए उपयोगी नहीं भी हो सकती है।

B. भौतिक खतरे – जोखिम प्रबंधन का महत्व, उसके खंड़ तथा दर निर्धारण

भौतिक खतरों से झूझने के लिए जोखिमअंककों द्वारा निम्नलिखित उपायों का प्रयोग किया जाता है :

- ✓ प्रीमियम का लदान
- ✓ पॉलिसी पर वारंटी लागू करना

- ✓ कुछ खंड़ों को लागू करना
- ✓ अधिशेष/कटौतीयोग्य लागू करना
- ✓ प्रदत्त आवरण को सीमित करना
- ✓ आवरण को कम कर देना

a) **प्रीमियम प्रभार**

जोखिम अनावरण की कुछ प्रतिकूल विशेषताएं हो सकती हैं जिसके लिए बीमालेखकों द्वारा, उसकी स्वीकृति से पहले अतिरिक्त प्रीमियम प्रभारित करने का निर्णय लिया जा सकता है। प्रीमियम के प्रभार द्वारा, दावों की उच्च संभावनाएं अथवा बृहत् दावों की घटनाओं को ध्यान में रखा जाता है।

उदाहरण

यात्री पोत अथवा अन्य जहाज़ों द्वारा भेजे गए माल पर प्रीमियम का सामान्य दर प्रभारित किया जाता है, जो कि निर्धारित मानकों का अनुपालन करते हैं। हालांकि, यदि अधिक-आयु अथवा कम-भरा की जहाज़ों से माल भेजा जाता है, तो अतिरिक्त प्रीमियम प्रभारित किया जाता है।

वैयक्तिक दुर्घटना बीमासुरक्षा में, यदि बीमाकृत खतरनाक गतिविधियों जैसे पहाड़ पर चढ़ना, पहियों पर दौड़ना, शिकार करना आदि का शौकीन हो तो अतिरिक्त प्रीमियम प्रभारित किया जाता है।

कभी-कभी, दावों के प्रतिकूल अनुपात हेतु भी प्रीमियम प्रभारित किया जाता है, उदाहरण के लिए, मोटर बीमा अथवा स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के मामले में।

b) **वारंटियां लागू करना**

बीमाकर्ताओं द्वारा भौतिक खतरों को कम करने के लिए उपयुक्त वारंटियों को शामिल किया जाता है। ऐसे कुछ उदाहरण नीचे प्रस्तुत हैं।

उदाहरण

i. **मरीन कार्गो** : माल (जैसे चाय) को टिन के डिब्बों में पैक किए जाने पर वारंटी शामिल की जाती है।

ii. **चोरी**: यह वारंटी दी जाती है कि 24 घंटे, चौकीदार द्वारा संपत्ति की पहरेदारी की जाती है।

iii. **अग्नि**: अग्नि बीमा में, यह वारंटी दी जाती है कि सामान्य कार्यकारी अवधि के पश्चात् परिसरों का प्रयोग नहीं किया जाएगा।

iv. **मोटर**: यह वारंटी दी जाती है कि, गति के परीक्षण अथवा दौड़ के लिए वाहनों का प्रयोग नहीं किया जाएगा।

उदाहरण

मरीन कार्गो: पुर्जों की छोटी सी क्षति से महंगी मशीनरी के कारण निर्माण संबंधि कुल हानि का सामना करना पड़ सकता है। ऐसी मशीनरी, प्रतिस्थापन खंड़ के अधीन होते हैं, जो कि प्रतिस्थापन, टूटे हुए पुर्जों के अग्रेषण एवं मरम्मत की लागत तक ही केवल बीमालेखकों की देयता को सीमित करते हैं।

कभी-कभी, कास्ट पाइप, सख्त बोर्ड़, केवल किनारों पर क्षतिग्रस्त हो जाते हैं। कास्ट पाइप, सख्त बोर्ड़, आदि पर समुद्री पॉलिसियां, पुनर्बीमा अनुबंध प्रावधान(कटिंग क्लॉज़) के अधीन होती हैं जिसके तहत वारंटी दी जाती है कि क्षतिग्रस्त अंश को काट कर शेष का प्रयोग किया जाना चाहिए।

---

c) अधिशेष/कटौती योग्य पर निर्णय एवं आवरण पर प्रतिबंध

जब हानि की राशि, उल्लिखित कटौती योग्य/अधिशेष से अधिक हो जाती है, ऐसी स्थिति में, शेष का भुगतान, 'अधिशेष' खंड़ के तहत किया जाता है। सीमा के नीचे की हानि, देय नहीं होती है।

इन खंड़ों का उद्देश्य, छोटे दावों को दूर करना होता है। चूंकि, बीमाधारक से हानि के अंश का भुगतान कराया जाता है, उससे अधिक सावधानी बरतने तथा हानि की रोकथाम का अभ्यास करने हेतु प्रोत्साहित किया जाता है।

उदाहरण

i. **मोटरः** एक पुरानी मोटर वाहन हेतु प्रस्ताव को बृहत् शर्तों पर स्वीकृत नहीं किया जाता है परंतु बीमाकर्ताओं द्वारा प्रतिबंधित आवरण अर्थात्, केवल तृतीय पक्ष की जोखिमों के विरुद्ध ही आवरण की पेशकश की जाएगी।

ii. **वैयक्तिक दुर्घटनाः** एक वैयक्तिक दुर्घटना प्रस्तावकर्ता, जो कि अधिकतम स्वीकृति आयु सीमा को पार कर चुका है को, बृहत् शर्तों अर्थात् विकलांगता संबंधी हितों के बजाए केवल मृत्यु जोखिम की आवरण ही दिया जा सकता है।

d) छूट

यदि जोखिम अनुकूल हो तो निम्न दरें प्रभारित की जाती है अथवा सामान्य प्रीमियम में छूट दी जाती है। अग्नि बीमा में जोखिम में सुधार के योगदान में निम्नलिखित विशेषताओं को शामिल किया जाता है।

i. परिसरों के अंदर, स्प्रिंक्लर सिस्टेम की स्थापना

ii. कॉम्पाउंड़ में हाइड्रेंट सिस्टेम की स्थापना

iii. हस्तचालित उपकरण जिसमें बालटी, वहनीय अग्निशामक एवं हस्तचालित अग्नि पंप शामिल हैं, की स्थापना

iv. स्वतः चालित अग्नि अलार्म की स्थापना

उदाहरण

मोटर बीमा के तहत, प्रीमियम में छूट दी जाती है यदि मोटरसाइकिल का प्रयोग हमेशा, साथ में जुड़े वाहन के साथ किया जाता है, क्योंकि यह विशेषता, वाहन की बेहतर स्थिरता के कारण संशोधित जोखिम में सहायक होती है।

मरीन बीमा में, बीमाकर्ता, "पूर्ण भार" के कंटेनर वाहन हेतु प्रीमियम पर छूट देने पर विचार कर सकता है, क्योंकि इससे चोरी और कमी की घटनाएं कम हो जाती हैं।

सामुहिक वैयक्तिक दुर्घटना आवरण के तहत, बृहत् समूह की सुरक्षा हेतु छूट दी जाती है, जिससे बीमाकर्ता का प्रशासनिक कार्य एवं बीमाकर्ता के व्यय घट जाते हैं।

---

e) अदावा बोनस (एनसीबी)

प्रत्येक दावा रहित नवीनीकरण वर्ष हेतु, एक निश्चित प्रतिशत, बोनस के रूप में दिया जाता है, प्राप्त की जाने वाली बोनस की अधिकतम सीमा पहले से ही निश्चित होती है। केवल नवीनीकरण पर, कुल प्रीमियम पर कटौती के रूप में इसकी अनुमति दी जाती है जो कि दावा रहित निःशुल्क वर्षों के लिए, संपूर्ण समूह हेतु वहन किए गए दावे के अनुपात अथवा मोटर वाहन निजी क्षति पॉलिसी धारकों पर निर्भर करती है।

बीमालेखन में सुधार लाने हेतु दावा रहित बोनस एक शक्तिशाली रणनीति है तथा यह दर निर्धारण प्रणाली का एक मुख्य अंश होता है। यह बोनस, बीमाकृत में नैतिक खतरे के घटक की पहचान करता है। यह, बीमाधारक द्वारा दावा दायर न करने पर पुरस्कार प्रदान करता है, चाहे वह, मोटर बीमा में ड्राइविंग की बेहतर क्षमता का अनुसरण करते हुए हो अथवा स्वास्थ्य पॉलिसियों में स्वास्थ्य की बेहतर देखभाल के ज़रिए हो।

f) बीमा आवेदन की अस्वीकृति की कार्रवाई (डेक्लिनेचर)

यदि अंतर्निहित भौतिक खतरा अत्यंत खराब हो, जोखिम गैर बीमायोग्य हो जाता है तथा उसे अस्वीकृत कर दिया जाता है। पूर्व की हानि, खतरों का ज्ञान एवं बीमालेखन की संपूर्ण पॉलिसी के आधार पर, बीमाकर्ताओं ने, बीमा के प्रत्येक वर्ग हेतु अस्वीकृत की जाने वाली जोखिमों की एक सूची बनाई है।

C. नैतिक खतरा

नैतिक खतरा, निम्नानुसार उत्पन्न हो सकता है:

a) बेईमानी

बीमाधारक द्वारा दावा प्राप्त करने हेतु जान बूझकर हानि की स्थिति निर्मित अथवा उत्पन्न करना, खराब नैतिक खतरे का चरम उदाहरण है। एक इमानदार बीमाधारक भी, यदि वित्तीय रूप से परेशान हो तो हानि की स्थिति उत्पन करने हेतु बहक सकता है।

b) लापरवाही

हानि के प्रति उपेक्षा, लापरवाही का उदाहरण होता है। बीमा के विद्यमान होने के कारण, बीमाधारक, बीमित संपत्ति के प्रति लापरवाहीपूर्ण नज़रिया अपना सकता है।

यदि बीमाधारक, एक सक्षम एवं बुद्धिमान व्यक्ति जिसने बीमा नहीं कराया है, के समान संपत्ति का रखरखाव नहीं करता है, तो नैतिक खतरा असंतोषजनक होता है।

c) औद्योगिक संबंध

नियोक्ता-कर्मचारी संबंध में खराब नैतिक खतरे का तत्व शामिल हो सकता है।

d) गलत दावे

दावों के घटित होने पर इस प्रकार के नैतिक खतरे उत्पन्न होते हैं। बीमाधारक द्वारा जानबूझकर हानि की स्थिति उत्पन्न नहीं की जाती है, परंतु हानि के घटने पर वह, क्षतिपूर्ति के सिद्धांत को पूर्ण रूप से नज़रअंदाज़ करते हुए, क्षतिपूर्ति की अनुपयुक्त उच्च राशि की मांग करने की कोशिश कर सकता है।

सूचना

उप-सीमाएं : बीमाकर्ता द्वारा, अत्यधिक बढ़ा-चढ़ा कर प्रस्तुत की जाने वाली बिल के रोकथाम हेतु अलग-अलग रूप से, अर्थात् कमरे के व्यय, ऑपरेशन की प्रक्रियाओं अथवा डॉक्टर शुल्क के मामले में कुल भुगतान पर सीमा लागू की जा सकती है।

बीमाकृत के नैतिक खतरे पर संदेह उत्पन्न हो जाने पर, एजेंट को, बीमा कंपनी के पास इस प्रस्ताव को नहीं लाना चाहिए। उसे ऐसे मामलों की जानकारी, बीमा कंपनी के अधिकारियों के समक्ष प्रस्तुत करनी चाहिए।

1. लघु अवधि के मापन

सामान्यतः, प्रीमियम के दरों का उद्धरण 12 महीनों की अवधि हेतु किया जाता है। यदि पॉलिसी, लघु अवधि के लिए ली जाती है, तो विशेष मापन अर्थात् लघु अवधि मापन के अनुसार प्रीमियम प्रभारित किया जाता है। लघु अवधि बीमा हेतु आनुपातिक आधार पर प्रीमियम प्रभारित नहीं किया जाता है।

लघु अवधि के मापन की आवश्यकता

a) इन दरों को लागू किया जाता है क्योंकि, पॉलिसी जारी करने हेतु किए जाने वाले व्यय, चाहे 12 महीने की अवधि हो अथवा लघु अवधि हो, लगभग एक समान होते हैं।

b) इसके अतिरिक्त, वार्षिक पॉलिसी का नवीकरण वर्ष में केवल एक बार किया जाता है जबकि लघु अवधि बीमा में बारंबार नवीनीकरण करना पड़ता है। आनुपातिक प्रीमियम की अनुमति दिए जाने पर, लघु अवधि पॉलिसियों की खरीदी हेतु प्रवृत्त होंगे जिससे प्रभावी रूप से किस्तों मं प्रीमियम का भुगतान करना पड़ेगा।

c) इसके साथ ही, कुछ बीमा का स्वरूप मौसमी होता है तथा उक्त मौसम के दौरान जोखिम की संभावना अधिक होती है। कभी-कभी ऐसी अवधि के दौरान बीमा की खरीदी की जाती है, जब जोखिम उच्चतम होता है, जिसके परिणामस्वरूप बीमाकर्ताओं के विरुद्ध चयन किया जाता है। बीमाकर्ताओं के विरुद्ध ऐसे चयन की रोकथाम के लिए लघु अवधि मापन की शुरुआत की गई है। बीमाकृत द्वारा वार्षिक बीमा रद्द की जाने की स्थिति में भी इन्हें लागू किया जाता है। ऐसे मामलों में, बीमाकर्ता की जोखिम अवधि हेतु लघु अवधि मापन को ध्यान में रखते हुए धन की वापसी की जाती है।

न्यूनतम प्रीमियम

प्रत्येक पॉलिसी के तहत न्यूनतम प्रीमियम प्रभारित करने का प्रचलन है, ताकि पॉलिसी जारी करने हेतु वहन किए गए प्रशासनिक व्यय की आपूर्ति की जा सके।

स्वमूल्यांकन 1

नैतिक खतरे की पहचान हो जाने पर, एजेंट से क्या अपेक्षा की जाती है ?

I. पूर्व के समान ही बीमा को जारी रखना

II. बीमाकर्तो को उक्त की सूचना देना

III. दावे में हिस्से के मांग करना

IV. नज़रअंदाज़ कर देना

D. बीमित राशि का निर्धारण

पॉलिसी की शर्त के अनुसार, यह, बीमा कंपनी द्वारा क्षतिपूर्ति की अधिकतम राशि होती है। क्षतिपूर्ति की सीमा का चयन करते समय बीमाकृत को अत्यंत सावधानी बरतनी चाहिए क्योंकि दावे की स्थिति में वही क्षतिपूर्ति की अधिकतम धनराशि होगी।

बीमित राशि का निर्धारण, हमेशा बीमाधारक द्वारा किया जाता है। यह ऐसी राशि होती है, जिसपर पॉलिसी के तहत प्रीमियम के निर्धारण हेत दर, लागू की जाती है।

इसे, संपत्ति के वास्तविक मूल्य का प्रतिनिधित्व करना चाहिए। बीमा की मात्रा अधिक होने पर, बीमाधारक को किसी प्रकार का लाभ प्रदान नहीं किया जाता है, तथा बीमा की मात्रा कम होने पर, दावे की राशि, आनुपातिक रूप से कम कर दी जाती है।

बीमित राशि का निर्णय

कारोबार के प्रत्येक वर्ग के तहत, बीमाधारक को निम्नलिखित मुद्दों की जानकारी दी जानी चाहिए, क्योंकि बीमित राशि के निर्णय के दौरान, उक्त विषयों पर ध्यान देना आवश्यक होता हैः

a) **वैयक्तिक दुर्घटना बीमासुरक्षाः** कंपनी द्वारा पेश की जाने वाली बीमित राशि, एक निश्चित राशि हो सकती है अथवा यह बीमाधारक के आय पर भी आधारित हो सकती है। बीमा की कुछ कंपनियों द्वारा, किसी विशेष विकलांगता हेतु बीमाधारक की मासिक आय से 60 गुना

अथवा 100 गुना के समान लाभ भी प्रदान किया जा सकता है। अधिकतम राशि पर ऊपरी सीमा अथवा 'कैप' भी लगाया जा सकता है। क्षतिपूर्ति, प्रत्येक कंपनी के मामले में भिन्न-भिन्न हो सकती है। सामुहिक वैयक्तिक दुर्घटना पॉलिसियों में, बीमित राशि का निर्णय, प्रत्येक बीमाधारक व्यक्ति के लिए अलग रूप से किया जा सकता है अथवा बीमाधारक व्यक्ति को देय धनराशि से भी जुड़ा हो सकता है।

b) **मोटर बीमाः** मोटर बीमा के मामले में, बीमित राशि, बीमाधारक व्यक्ति का घोषित मूल्य(आईडीवी) होता है। यह, वाहन का मूल्य होता है, जिसकी गणना वर्तमान निर्माता की वाहन संबंधी सूचीबद्ध बिक्री मूल्य का पूर्ववर्ती भारतीय मोटर टैरिफ में निर्धारित मूल्यह्रास के प्रतिशत से समायोजित करते हुए किया जाता है। निर्माता की सूचीबद्ध बिक्री मूल्य में स्थानीय कर्तव्यों/कर को शामिल किया जाता है जिसमें पंजीकरण तथा बीमा शामिल नहीं होता है।

आईडीवी = (निर्माता की सूचीबद्ध बिक्री मूल्य) + (सहायक सामग्रियां जिन्हें सूचीबद्ध बिक्री मूल्य-मूल्यह्रास में शामिल नहीं किया जाता है) तथा पंजीकरण एवं बीमा की लागतों को शामिल नहीं किया जाता है।

वाहन, जो चलाने योग्य नहीं हैं अथवा 5 वर्ष पुराने हैं, की गणना, बीमाकर्ता एवं बीमाधारक के बीच सहमति से की जाती है। मूल्यह्रास के बजाय, पुराने वाहनों की आडीवी की गणना, सर्वेक्षकों, वाहन के विक्रेताओं आदि द्वारा किए गए आकलन के ज़रिए की जाती है।

आईडीवी, वाहन के चोरी हो जाने अथवा पूर्ण रूप में क्षतिग्रस्त हो जाने पर दी जाने वाली क्षतिपूर्ति की धनराशि होती है। यह सिफारिश की जाती है कि, आईडीवी, वाहन के बाज़ार के मूल्य के निकटतम होनी चाहिए। बीमाकर्ता, बीमाधारक की आईडीवी को घटाने के लिए 5% से 10% की सीमा प्रदान करते हैं। कम आईडीवी का अर्थ होता है, निम्नतम प्रीमियम।

c) **अग्नि बीमाः** अग्नि बीमा में, इमारत/यंत्र एवं मशीनरी तथा उपकरणों हेतु बीमाधारक राशि का निर्धारण क्षतिपूर्ति अथवा पुनःस्थापन के मूल्य के आधार पर किया जाता है। सामग्रियों को, उसके बाज़ार मूल्य के आधार पर सुरक्षा प्रदान की जाती है जो कि मूल्यह्रास को घटाते हुए वस्तु की लागत होती है। (पुनःस्थापन मूल्य का विस्तृत विवरण अध्याय 28- वाणिज्यिक बीमा में प्रस्तुत किया गया है।)

d) **भंडारण(स्टॉक) बीमाः** स्टॉक के मामले में, बीमित राशि, इनके बाज़ार का मूल्य होती है। हानि के पश्चात्, क्षतिग्रस्त कच्ची साम्रगी के प्रतिस्थापन हेतु बाज़ार में जिस मूल्य पर उक्त स्टॉक की खरीदी की जा सकती हो, उसके आधार पर ही बीमाधारक को क्षतिपूर्ति की राशि प्रदान की जाती है।

e) **मरीन कार्गो बीमाः** यह सहमत मूल्य की पॉलिसी होती है तथा अनुबंध के दौरान बीमाकर्ता एवं बीमाधारक के बीच हुआ सहमत के अनुसार बीमित राशि निर्धारित की जाती है। सामान्यतः, इसमें, वस्तु की लागत एवं बीमा एवं माल का भाड़ा अर्थात् सीआईएफ मूल्य को शामिल किया जाता है।

f) **मरीन हल बीमाः** मरीन हल बीमा में, अनुबंध के शुरुआत के दौरान बीमाधारक एवं बीमाकर्ता के बीच सहमत मूल्य ही बीमित राशि होती है। प्रमाणित मूल्यांकक द्वारा हल/जहाज़ के निरीक्षण के बाद, उक्त मूल्य निर्धारित की जाती है।

g) **देयता बीमा** : देयता पॉलिसियों के मामले में, बीमित राशि, जोखिम की मात्रा, भौगोलिक सीमा के आधार पर औद्योगिक यूनिटों की जोखिम देयता के आधार पर निर्धारित की जाती है। अतिरिक्त कानूनी लागत एवं व्यय भी, दावे की प्रतिपूर्ति का अंश हो सकते हैं। उपरोक्त मानदंडों के अधार पर बीमाधारक द्वारा बीमित राशि निर्णीत की जाती है।

स्वमूल्यांकन 1

एक चिकित्सक के लिए ऐसी एक बीमा योजना का सुझाव पेश करें जिससे वे स्वयं को उनके विरुद्ध दायर लापरवाही के दावों से अपनी रक्षा कर सकें।

I. वैयक्तिक दुर्घटना बीमा

II. व्यावसायिक देयता बीमा

III. मरीन हल बीमा

IV. स्वास्थ्य बीमा

सारांश

a) जोखिम के वर्गीकरण की प्रक्रिया तथा उन्हें किसी वर्ग में शामिल किया जाने का निर्णयन, दर निर्धारण हेतु आवश्यक होता है।

b) बीमालेखन, बीमा द्वारा पेश की गई जोखिम स्वीकृत है या नहीं के निर्णय की प्रक्रिया होती है, और यदि स्वीकृत हो, तो किस दर, शर्तों एवं नियमों पर बीमा स्वीकृत किया जाएगा।

c) दर, बीमा की इकाई का मूल्य होता है।

d) दर निर्धारण का मूलभूत उद्देश्य, यह सुनिश्चित करना होता है कि बीमा का मूल्य पर्याप्त एवं उपयुक्त होगा।

e) व्यय, आरक्षित निधि एवं लाभ की पूर्ति हेतु 'शुद्ध प्रीमियम' को उपयुक्त रूप से भारित किया जाता है अथवा प्रतिशत जोड़ते हुए बढ़ाया जाता है।

f) बीमा की भाषा में खतरा नामक शब्द, उन स्थितियों विशेषताओं एवं अभिलक्षणों का संदर्भ प्रदान करता है जो कि किसी नामित जोखिम से उत्पन्न होने वाली हानि को उत्पन्न करते हैं अथवा बढ़ाते हैं।

g) कटौती योग्य/अधिशेष खंडों को लागू करने का उद्देश्य, छोटे दावों को रद्द करना होता है।

h) अदावी बोनस, बीमालेखन के अनुभव में सुधार लाने की एक शक्तिशाली रणनीति तथा दर निर्धारण प्रणालियों का एक महत्वपूर्ण अंश होती है।

i) बीमित राशि, बीमा कंपनी द्वारा पॉलिसी के शर्तों के अनुसार क्षतिपूर्ति की जाने वाली अधिकतम राशि होती है।

प्रमुख शब्दावलियां

a) बीमालेखन

b) दर निर्धारण

c) भौतिक खतरे

d) नैतिक खतरे

e) क्षतिपूर्ति

f) प्रीमियम प्रभार

g) वारंटियां

h) कटौती योग्य

i) अधिशेष

स्वमूल्यांकन के उत्तर

उत्तर 1- सही विकल्प II है।

उत्तर 2- सही विकल्प II है।

अध्याय G-03

वैयक्तिक एवं खुदरा बीमा

अध्याय का परिचय

पिछले अध्यायों में, हमने सामान्य बीमा से संबंधित विभिन्न अवधारणों तथा सिद्धांतों का अध्ययन किया है। सामान्य बीमा उत्पादों का वर्गीकरण, भिन्न-भिन्न बाज़ारों में अलग-अलग रूप से किया जाता है। कुछ बीमाकर्ताओं द्वारा इनका वर्गीकरण, संपत्ति, दुर्घटना एवं देयता के रूप में किया जाता है। कहीं-कहीं, इन्हें अग्नि, मरीन, मोटर एवं विविध के रूप में भी वर्गीकृत किया जाता है। इस अध्याय में, आम उत्पाद जैसे वैयक्तिक दुर्घटना, यात्रा, आवास एवं दुकानदारों तथा वाहन बीमा जिनकी खरीदी ग्राहकों द्वारा की जाती है, की चर्चा की गई है।

अध्ययन के परिणाम

A. खुदरा बीमा उत्पाद

B. 'सभी जोखिम' एवं 'नामित खतरे' बीमा पॉलिसी

C. पैकेज पॉलिसियां

D. दुकानदार की बीमा

E. गृहस्वामी बीमा

F. बीमित राशि एवं प्रीमियम

G. मोटर वाहन बीमा

इस अध्याय के अध्ययन के बाद, आप निम्नलिखित कार्रवाई में सक्षम बन जाएंगेः

1. गृहस्वामी बीमा की व्याख्या
2. दुकान हेतु बीमा तैयार करना
3. मोटर वाहन बीमा की चर्चा

A. खुदरा बीमा उत्पाद

बीमा के ऐसे कुछ उत्पाद उपलब्ध हैं जिनकी खरीदी वैयक्तिकों के लिए कुछ हितों की सुरक्षा हेतु की जाती है। यद्यपि, ऐसी बीमा के लिए कुछ छोटे वाणिज्यिक अथवा कारोबारी हित विद्यमान हो सकते हैं, सामान्यतः, वैयक्तिक व्यक्तियों को ही इनकी बिक्री की जाती है। कुछ बाज़ारों में, इन्हें 'छोटी टिकट' पॉलिसियां अथवा 'खुदरा पॉलिसियां' अथवा 'खुदरा उत्पाद' कहा जाता है। आवास, मोटर वाहन, दो-पहिए, छोटे कारोबार जैसे दुकान आदि का बीमा, को इस वर्ग में शामिल किया जाता है। उक्त उत्पादों की बिक्री, सामान्यतः एक ही एजेंटों/वितरण माध्यमों के ज़रिए की जाती है जो कि बीमा की वैयक्तिक वर्गों से ही कारोबार करते है क्योंकि खरीददार भी अनिवार्यतः समान प्रकार के उपभोग्ता वर्ग से ही जुड़े होते हैं।

B. 'सभी जोखिम' एवं 'नामित खतरे' बीमा पॉलिसी

गैर-जीवन बीमा पॉलिसियों को विस्तृत रूप से दो वर्गों में वर्गीकृत किया जाता है :

- ✓ नामित खतरे की पॉलिसियां
- ✓ सभी जोखिम पॉलिसियां

i. "सभी जोखिम" का विशिष्ट अर्थ है- कोई भी जोखिम, जिसे बीमा अनुबंध द्वारा, शर्तों एवं नियमों के अधीन।

ii. सभी-जोखिम बीमा, सर्वाधिक बृहत् प्रकार की उपलब्ध सुरक्षा है। अतः इसकी लागत, अन्य प्रकार की पॉलिसियों की तुलना में आनुपाति रूप से उच्चतम होती है, तथा इस प्रकार की बीमा की लागत का मापन, दावे की संभाव्यता के आधार पर किया जाता है।

iii. नामित खतरा पॉलिसियों में शामिल खतरों को विशेष रूप से सूचीबद्ध करते हुए परिभाषित किया जाता है।

C. पैकेज पॉलिसियां

i. पैकेज आवरण में, एकल दस्तावेज़ के तहत, कई आवरणों के संयोजन की पेशकश की जाती है।

ii. उदाहरण के लिए कुछ आवरण जैसे गृहस्वामी की पॉलिसी, दुकानदार की पॉलिसी, कार्यालय पैकेज पॉलिसी आदि, जिसमें कि, एक पॉलिसी के तहत ही विभिन्न भौतिक आस्तियां जैसे इमारत, विषयवस्तु आदि का आवरण प्रदान किया जाता है।

iii. ऐसी पॉलिसियों में, वैयक्तिक वर्गों अथवा देयता आवरण को भी शामिल किया जा सकता है।

iv. पैकेज आवरणों की शर्तें एवं नियम, सभी अनुभागों के लिए एक समान हो सकते हैं और साथ ही पॉलिसी की विशिष्ट अनुभागों के लिए विशिष्ट शर्तों को भी शामिल किया जा सकता है.

D. दुकानदार बीमा

एक दुकानदार, कार्पोरेट घराना, जिनके पास कारोबार के पुनःशुरुआत हेतु धनराशि का बृहत् भंडार होता है, के समान नहीं होता है। एक छोटी अनहोनी से उसका दुकान बंद करने की स्थिति उत्पन्न हो सकती है तथा उसके परिवार के बर्बाद होने की भी संभावना होती है। पुनर्भुगतान हेतु बैंक के ऋण भी विद्यमान हो सकते हैं। दुकानदार की कार्रवाइयों से हमेशा, जनता के कोई सदस्य द्वारा वैयक्तिक चोट अथवा उसकी संपत्ति की क्षति की संभावना बनी रहती है तथा क्षति के भुगतान हेतु न्यायालय द्वारा दुकानदार के बी उत्तरदायी माना जाता है। ऐसी परिस्थितों से भी दुकानदार बर्बाद हो सकते हैं। अतः इस प्रकार की जीविका को सुरक्षित करना अत्यंत अनिवार्य होता है।

दुकानदार संबंधी बीमा पॉलिसियां, वाणिज्यिक दुकानों/खुदरा कारोबार की ऐसी कई पहलुओं को आवरित करने हेतु तैयार की जाती है। कई प्रकार की दुकानों जैसे प्राचीन वस्तुओं की दुकान, नाई की दुकान, ब्यूटीपार्लर, किताबों की दुकान, डिपार्टमेंट स्टोर, ड्राईक्लीनर, उपहारों की दुकान, औषधालय, स्टेशनरी की दुकान, खिलौनों की दुकान, परिधान की दुकान की विशेष हितों की सुरक्षा हेतु भी पॉलिसियां तैयार की जाती हैं।

1. दुकानदार बीमा के ज़रिए क्या आवरण प्रदान किए जाते हैं?

खुदरा कारोबार की विशिष्ट क्षेत्रों को आवरित करने हेतु इस पॉलिसी में संशोधन किया जा सकता है। यह सामान्यतः; आग, भूकंप, बाढ़ अथवा दुर्भावनापूर्ण क्षति, अथवा चोरी से दुकान की इमारत तथा सामग्रियों की क्षति की स्थिति में, सुरक्षा प्रदान करती है। दुकान का बीमा में, कारोबार में बाधा उत्पन्न होने पर भी आवरण प्रदान किया जा सकता है। इसके तहत, अनपेक्षित जोखिम के कारण कारोबार के संचालन में बाधा पड़ने पर, आय की हानि अथवा अतिरिक्त व्यय हेतु भी आवरण प्रदान किया जाता है। बीमाधारक द्वारा, इस सुरक्षा का चयन, उसकी गतिविधियों के विभिन्न प्रकारों अनुरूप किया जा सकता है।

बीमाधारक द्वारा चयन की जाने वाले अतिरिक्त आवरण, प्रत्येक बीमाकर्ता के अनुसार भिन्न-भिन्न हो सकती हैं और इसकी जांच, गैर-जीवन बीमा कंपनियों की निजी वेबसाइट के ज़रिए की जा सकती है। यह निम्नानुसार हो सकती हैं :

i. **चोरी एवं सेंधमारी**: सेंधमारी, लूट, तथा कार्यलय की विषयवस्तु की चोरी

ii. **मशीनरी की खराबी**: इलेक्ट्रिकल/मेकैनिकल उपकरणों की खराबी हेतु सुरक्षा

iii. **इलेक्ट्रॉनिक यंत्र एवं उपकरण** :

- ✓ सभी इलेक्ट्रॉनिक उपकरणों के लिए सभी-जोखिम आवरण प्रदान करती है
- ✓ इलेक्ट्रॉनिक स्थापनाओं की हानि पर सुरक्षा

iv. **धनराशि बीमाः** निम्नलिखित परिस्थितियों में हुई दुर्घटना के कारण धनराशि की हानि पर आवरण प्रदान करता हैः

- ✓ बैंक से कारोबार के परिसरों में परिवहन, तथा इसकी विपरीत स्थिति
- ✓ कारोबारी परिसरों की तिजोरी
- ✓ कारोबारी परिसरों पर संदूक(डिब्बा/ड्रायर/काउंटर)

v. **सामान :** कार्यालयी प्रयोजनों हेतु दौरे के दोरान सामान की हानि की क्षतिपूर्ति प्रदान करता है।

vi. **स्थिर प्लेट गिलास एवं सैनिटरी उपकरण**, **निम्नलिखित की दुर्घटनात्मक हानि के संबंध में आवरण प्रदान करता है** :

- ✓ स्थिर प्लेट गिलास
- ✓ सैनिटरी उपकरण
- ✓ नियोन साइन/ग्लो साइन/होर्डिंग

vii. **वैयक्तिक दुर्घटना**

viii. **अविश्वसनीयता/कर्मचारियों की बेइमानीः** कर्मचारियों की बेइमानी से उत्पन्न हानि अथवा क्षति पर आवरण प्रदान करता है

ix. **कानूनी वैधताः**

- ✓ नियुक्ति के कारण एवं उसके दौरान हुई दुर्घटनाओं हेतु क्षतिपूर्ति
- ✓ तृतीय पक्षों की कानूनी देयता हेतु आवरण प्रदान करता है

अग्नि/चोरी/सामान/प्लेट गिलास/विश्वस्तता की गारंटी/कर्मचारी क्षतिपूर्ति एवं सार्वजनिक देयता पॉलिसियां(जिनकी चर्चा अगले अध्याय में की जाएगी) को भी अलग से भी लिया जा सकता है।

आतंकवाद आवरण को भी विस्तारित किया जा सकता है। इसके अपवर्जन, सामान्यतः, ग्राहक संबंधी बीमा के समान ही होते हैं।

E. गृहस्वामी बीमा

गृहस्वामी बीमा पॉलिसी के तहत आवरण अत्यंत विस्तृत होती हैं। सामान्यतः यह एक गृहस्वामी की सभी आवश्यकताओं का पैकेज होती है।

इसमें सामान्यतः निम्नलिखित हानियों से आवरण प्रदान किया जाता है- आग, बिजली, विस्फोट एवं हवाईजहाज़ का गिरना/प्रभावी क्षति(जिसे आमतौर पर एफएलईएक्सए कहा जाता है); आँधी, तूफान, बाढ़ एवं सैलाब(जिसे आमतौर पर एसटीएफआई कहा जाता है); तथा चोरी सुरक्षा, प्रत्येक संपनी एवं प्रत्येक पॉलिसी के अनुरूप भिन्न-भिन्न होती है।

संरचना के अलावा, यह घर की सामग्रियों की चोरी, सेंधमारी, लूट-पाट एवं डकैती पर भी सुरक्षा प्रदान करती है। गहने, पहनने के दौरान अथवा तिज़ोरी में सुरक्षित रखी जाने की स्थिति में भी गृहस्वामी बीमा के तहत बीमाकृत किए जा सकते हैं। घरेलू इलेक्ट्रॉनिक उपकरणों की इलेक्ट्रिकल एवं मैकेनिकल खराबी पर भी आवरण प्रदान किया जाता है।

साथ ही, गृहस्वामी बीमा पैकेज, वैयक्तिक सामान की हानि, यात्रा के दौरान खो जाने पर,सुरक्षा प्रदान करते हैं, अथवा पड़ोसियों/मेहमानों के प्रति देयताएं भी गृहस्वामी बीमा पैकेज का अंश हो सकती हैं । कुछ बीमाकर्ता, पेडल साइकिल, वैयक्तिक दुर्घटना एवं कर्मचारी क्षतिपूर्ति हेतु भी सुरक्षा प्रदान करते हैं।

आईआरडीएआई ने 1 अप्रैल, 2021 से भारत गृह रक्षा पॉलिसी नामक एक मानक उत्पाद की शुरुआत की है, जिसकी अवधि 10 वर्षों तक की है, तथा अग्नि एवं सहायक खतरों की बीमासुरक्षा कारोबार के सभी सामान्य बीमाकर्ताओं द्वारा अनिवार्यतः इसकी पेशकश की जाएगी।

भारत गृह रक्षा(घर के निर्माण एवं घर की वस्तुओं के लिए)पॉलिसी, खतरों की विस्तृत प्रकार जैसे आग, प्राकृतिक आपदा, जंगल एवं झाड़ी की आग, किसी भी प्रकार की प्रभावी क्षति, दंगे, फसाद, दुर्भावनापूर्ण क्षति, आतंकवाद की गतिविधियां, पानी की टंकी का विस्फोटन एवं बहाव, स्वतः स्प्रिंक्लर से लीकेज एवं चोरी, उपरोक्त किसी भी स्थितियों की घटना से 7 दिनों के अंदर की रिपोर्टिंग पर आवरण प्रदान करती है। यह पॉलिसी 1 से 10 वर्षों की अवधि की हो सकती है।

गृह के निर्माण के अतिरिक्त, पॉलिसी स्वतः ही (बिना किसी विवरण की आवश्यकता के), इमारत की बीमित राशि पर रु. 20 लाख की अधिकतम राशि के अधीन 20% तक, घर की सामान्य विषयवस्तुओं पर सुरक्षा प्रदान करती है। विवरणों की घोषणा करते हुए उच्चतम बीमित राशि के विकल्प का भी चयन किया जा सकता है।

उक्त पॉलिसी आवरण के दो विकल्प प्रस्तुत करती है, जैसे (i) मूल्यवान वस्तुएं जैसे गहने तथा कलाकृतियों के लिए बीमा तथा (ii) पॉलिसी के तहत बीमित जोखिम के कारण बीमाधारक व्यक्ति एवं उसके जीवन साथी की वैयक्तिक दुर्घटना।

पॉलिसी, निम्नतम बीमा की पूरी छूट देती है। अर्थात्, पॉलिसीधारक द्वारा घोषित बीमित राशि, संबंधित संपत्ति हेतु घोषित राशि से कम होने की स्थिति में, पॉलिसीधारक के दावे का निपटान आनुपातिक रूप से नहीं अपितु घोषित बीमित राशि की सीमा तक किया जाता है।

F. बीमित राशि एवं प्रीमियम

औद्योगिक इकाइयों अथवा कार्यालयों में बही खाता उपलब्ध होती है जिसमें आस्तियों का तय मूल्य दर्ज किया जाता है, अतः बीमित राशि निर्धारित करना कठिन नहीं होता है। दुकान तथा घर के मामले में, यह हमेशा संभव नहीं हो सकता है।

जैसे कि गृहस्वामी बीमा के तहत पहले ही बताया जा चुका है, सामान्यतः, बीमित राशि का निर्धारण दो उपायों के ज़रिए किया जा सकता है, अर्थात् बाज़ार मूल्य एवं पुनःस्थापन/प्रतिस्थापन मूल्य।

अतिरिक्त आवरण जैसे धनराशि, सामान, वैयक्तिक दुर्घटना हेतु प्रीमियम, बीमित राशि एवं चुने गए आवरणों पर निर्भर करता है।

बीमित राशि का निर्धारण कैसे किया जाता है?

i. सामान्यतः अग्नि बीमा में, बीमित राशि निर्धारित करने हेतु दो विधियों का प्रयोग किया जाता है। एक, बाज़ार मूल्य(एमवी) तथा अन्य प्रतिस्थापना मूल्य(आरआईवी)। एमवी के मामले में, हानि की स्थिति में, आस्ति की आयु के आधार पर मूल्यह्रास लागू की जाती है। इस विधि के तहत, बीमाकृत को संपत्ति के प्रतिस्थापन हेतु पर्याप्त धनराशि का भुगतान नहीं किया जाता है।

ii. आरआईवी विधि में, बीमा कंपनी द्वारा बीमित राशि की सीमा के अधीन प्रतिस्थापन की लागत का भुगतान किया जाता है। इस विधि के तहत, मूल्यह्रास लागू नहीं किया जाता है। एक शर्त यह होती है कि, दावा प्राप्त करने हेतु क्षतिग्रस्त आस्ति की मरम्मत/प्रतिस्थापना की जानी चाहिए। यह नोट किया जाए कि, केवल अचल वस्तुओं के लिए ही आरआईवी विधि की अनुमति दी जाती है, स्टॉक अथवा प्रक्रियागत स्टॉक जैसी अन्य आस्तियों के लिए अनुमति नहीं दी जाती है।

अधिकांश पॉलिसियां, पुनःनिर्माण हेतु घर की संरचना, जिसे 'प्रतिस्थापना मूल्य' ('बाज़ार मूल्य' नहीं) कहा जाता है, की बीमा प्रस्तुत करती है। घर के क्षतिग्रस्त होने पर उसके पुनःनिर्माण हेतु वहन की गई लागत को प्रतिस्थापना मूल्य कहा जाता है। इसके विपरीत, बाज़ार का मूल्य, संपत्ति की आय़ु, मूल्यह्रास आदि घटकों पर निर्भर करता है।

बीमित राशि की गणना, सामानयतः, बीमाधारक व्यक्ति के घर की निर्मित क्षेत्रफल की प्रतिदर के निर्माण दर से गुना करते हुए की जाती है। घर की सामग्रियां – फर्नीचर, टिकाऊ वस्तुएं, परिधान, बर्तन आदि- का मूल्यांकन, बाज़ार मूल्य अर्थात् मूल्यह्रास के पश्चात समान प्रकार की वस्तुओं की वर्तमान बाज़ार मूल्य के आधार पर किया जाता है।

प्रीमियम, बीमित मूल्य एवं लिए गए आवरणों पर निर्भर करता है।

स्व-मूल्यांकन 1

पैकेज पॉलिसी के संबंध में निम्नलिखित में से कौन से कथन सही हैं?

I. पैकेज पॉलिसी, एकल दस्तावेज़ के तहत आवरणों का संयोजन प्रस्तुत करती है।

II. पैकेज पॉलिसी में इमारत जैसी भौतिक आस्तियों को ही केवल आवरण प्रदान किए जाते है।

III. एक नामित जोखिम पॉलिसी अथवा पैकेज पॉलिसी का मूल्य एक समान होता है।

IV. केवल नामित जोखिम पॉलिसियां की ही खरीदी की जा सकती है तथा पैकेज पॉलिसियां उपलब्ध नहीं होती हैं।

परिभाषा

कुछ महत्वपूर्ण परिभाषाएं

a) **चोरी** का अर्थ है बीमाकृत परिसरों से, चोरी के आशय सहित आक्रामक एवं पता लगाने योग्य माध्यम द्वारा आकस्मिक एवं अनाधिकृत प्रवेश अथवा निकास।

b) अपराध करने के आशय से घर में प्रवेश करने हेतु किए गए अतिक्रमण को **सेंधमारी** कहा जाता है।

c) बीमाधारक के परिसरों में बीमाधारक एवं/अथवा बीमाधारक के कर्मचारियों के विरुद्ध आक्रामक एवं हिसंक उपायों के ज़रिए सामग्रियों की चोरी को डकैती कहा जाता है।

d) तिजोरी का अर्थ है बीमाधारक के परिसरों में उपलब्ध सशक्त पेटी, जिसका निर्माण, मूल्यवान वस्तुओं के सुरक्षित भंडारण हेतु किया गया है तथा जिस तक पहुँच पाना प्रतिबंधित होता है।

e) **चोरी**, सभी प्रकार के अपराधों के लिए एक सामान्य शब्द है जिसमें व्यक्ति जानबूझकर एवं थल से अन्य की संपत्ति, उसकी अनुमति अथवा सहमति के बिना छीन लेता है तथा उसका आशय, संभाव्य बिक्री अथवा उसके प्रयोग हेतु उसे परिवर्तित करना होता है। छल, डकैती, चोरी के समानार्थी शब्द हैं।

स्व-मूल्यांकन 2

दुकानदार पैकेज पॉलिसी के तहत, बीमाधारक द्वारा 'फिक्स्ड़ प्लेट गिलास एवं सैनिटरी उपकरण' की अतिरिक्त सुरक्षा के विकल्प का चयन किया जा सकता है। इससे निम्नलिखित में से किस विकल्प के कारण क्षति की दुर्घटनात्मक हानि से सुरक्षा प्राप्त की जा सकती हैः

I. फिक्स्ड़ प्लेट गिलास

II. सैनिटरी उपकरण

III. नियॉन चिन्ह

IV. उपरोक्त में से कोई नहीं

G. मोटर बीमा

उक्त परिस्थिति पर विचार करें- रेवती ने अपनी संपूर्ण बचत राशि का प्रयोग करते हुए नई मोटर गाड़ी खरीदी है तथा ड्राइव के लिए जाती है। अचानक से एक कुत्ता, बीच रास्ते में आ जाता है तथा उसे टक्कर से बचाने के लिए रेवती तेजी से गाड़ी को घुमाती है तथा गाड़ी डिवाइडर पर चढ़ जाती है, एक अन्य गाड़ी को टक्कर मारती है तथा सड़क पर चल रहे एक व्यक्ति को घायल कर देती है। एकल दुर्घटना के परिणामस्वरूप, रेवती की अपनी मोटरगाड़ी, सार्वजनिक संपत्ति, एक अन्य गाड़ी क्षतिग्रस्त हो गए हैं तथा साथ ही एक अन्य व्यक्ति भी घायल हो गया है।

इस परिस्थिति में, यदि रेवती ने मोटरवाहन बीमा की खरीदी न की हो तो उसे गाड़ी की खरीदी लागत से अत्यधिक धनराशि का भुगतान करना पड़ सकता है।

- ✓ क्या रेवती अथवा उसके जैसे लोगों के पास भुगतान हेतु उतनी धनराशि होगी ?
- ✓ रेवती की कार्रवाइयों के लिए क्या अन्य पक्ष द्वारा बीमा का भुगतान किया जाएगा?
- ✓ यदि उनके पास बीमा नहीं है, तो क्या होगा?

इसीलिए, देश के कानून ने तृतीय-पक्ष देयता बीमा को अनिवार्य बना दिया है। यद्यपि मोटर वाहन बीमा, उक्त घटनाओं के घटने की रोकथाम नहीं करता है, यह गाड़ी के मालिक को वित्तीय सुरक्षा कवच प्रदान करती है।

दुर्घटना के अतिरिक्त, गाड़ी की चोरी, दुर्घटना द्वारा क्षति अथवा आग से क्षति भी हो सकती है जिससे मालिक को वित्तीय परेशानियों का सामना करना पड़ सकता है।

गाड़ी के मालिक(अर्थात् जिस व्यक्ति के नाम पर भारत के क्षेत्रीय परिवहन प्राधिकारी के समक्ष वाहन पंजीकृत किया गया है) द्वारा मोटर वाहन बीमा की खरीदी अवश्य की जानी चाहिए।

महत्वपूर्ण

अनिवार्य तृतीय पक्ष बीमा

मोटर वाहन अधिनियम, 1988 के अनुसार, सार्वजनिक सड़कों पर चलायमान वाहन के प्रत्येक मालिक के लिए बीमा की खरीदी अनिवार्य होती है, उस धनराशि की सुरक्षा के लिए जिसके लिए मालिक, दुर्घटनात्मक मृत्यु, शारीरिक चोट अथवा संपत्ति की क्षति के परिणामस्वरूप तृतीय पक्षों की क्षति के भुगतान हेतु कानूनी रूप से उत्तरदायी होता है। उक्त बीमा के साक्ष्य के रूप में वाहन में बीमा प्रमाणपत्र अवश्य उपलब्ध होना चाहिए।

1. मोटर बीमा

देश में वाहन की जनसंख्या बहुत अधिक है। प्रति दिन सड़क पर नए वाहनों की संख्या बढ़ती जा रही है। इनमें से कई काफी महंगे होते हैं। लोग कहते हैं कि भारत में, वाहनों को कबाड़ में नहीं डाला जाता है, अपितु लोग अदला-बदली करते रहते हैं। इसका यह अर्थ है कि पुराने वाहन सड़क पर चलते रहते हैं तथा नए वाहन भी जुड़ते रहते हैं। वाहनों की संख्या के अनुरूप सड़कों की चौड़ाई में (चलाने के लिए जगह) बढ़ोत्तरी नहीं हो रही है। सड़क पर चलने वाले लोगों की संख्या भी बढ़ती जा रही है। पुलिस तथा अस्पताल की सांख्यिकी कहती है कि देश में सड़क की दुर्घटनाएं बढ़ती जा रही हैं। न्यायालयों द्वारा दुर्घटना के पीड़ितों को दी जाने वाली धनराशि में भी बढ़ोत्तरी हो रही है। वाहन के मरम्मत की लागत भी बढ़ रही है। **उपरोक्त विषय, देश में मोटर वाहन बीमा के महत्व को दर्शाते हैं।**

मोटर वाहन बीमा में दुर्घटनाओं तथा अन्य कुछ कारणों से वाहनों की हानि तथा उनकी क्षति पर सुरक्षा प्रदान की जाती है। मोटर वाहन बीमा, वाहन के मालिकों को उनके वाहन का कारण हुई दुर्घटनाओं के पीडितों की क्षतिपूर्ति हेतु कानूनी देयता को भी आवरण प्रदान करता है।

सरकारी जनादेश के बावजूद, देश में सभी वाहन, बीमाकृत नहीं हैं।

मोटर वाहन बीमा में सार्वजनिक सड़कों पर चलने वाली सभी प्रकार के वाहनों को बीमा प्रदान किए जाते है जैसेः

- ✓ **दुपहिए**
- ✓ **निजी मोटर/गाड़ियां**
- ✓ **सभी प्रकार के वाणिज्यिक वाहनः माल की ढुलाई करने वाले, यात्रियों को ले जाने**
- ✓ **विविध प्रकार के वाहन, उदाहरण के लिए क्रेन,**
- ✓ **मोटर व्यापार (शोरूम एवं गराज में रखे गए वाहन)**

'तृतीय-पक्ष बीमा'

एक बीमा पॉलिसी जिसकी खरीदी, अन्य पक्ष की कानूनी कार्रवाइयों के विरुद्ध सुरक्षा प्राप्त करने हेतु की जाती है। तृतीय-पक्ष बीमा की खरीदी, बीमाधारक (प्रथम पक्ष) द्वारा किसी बीमा कंपनी (द्वितीय पक्ष) से, बीमाधारक की कार्रवाई से उत्पन्न होने वाली देयता से अन्य पक्ष के दावों(तृतीय पक्ष) से सुरक्षा प्राप्त करने हेतु की जाती है।

तृतीय पक्ष बीमा को 'देयता बीमा' भी कहा जाता है।

बाज़ार में लोकप्रिय दो प्रकार की महत्वपूर्ण आवरणों की चर्चा नीचे प्रस्तुत है:

केवल देयता पॉलिसीः मोटर वाहन अधिनियम के अनुसार यह अनिवार्य है कि सार्वजनिक जगहों पर चलाई जाने वाली गाड़ियों के लिए तृतीय पक्षों के प्रति देयताओं हेतु बीमा कराया जाए।

उक्त पॉलिसी, निम्नलिखित हेतु क्षतिपूर्ति के भुगतान के प्रति वाहन के मालिक की कानूनी देयता के लिए ही केवल आवरण प्रदान करता है।

- ✓ तृतीय पक्ष की शारीरिक चोट अथवा मृत्यु
- ✓ तृतीय पक्ष संपत्ति की क्षति

मृत्यु अथवा चोट अथवा क्षति के मामले में असीमित धनराशि की देयता हेतु आवरण प्रदान किया जाता है।

मोटर दुर्घटना द्वारा हुई मृत्यु अथवा लगी चोट के मामले में तृतीय पक्ष के दावों को शिकायतकर्ता द्वारा दुर्घटना दावा ट्रिब्युनल(एमएसीटी) में दर्ज किया जाना चाहिए।

'अनिवार्य वैयक्तिक दुर्घटना(सीपीए) बीमा'

आईआरडीएआई ने, 1 जनवरी, 2019 से मालिक-ड्राइवर हेतु एकल अनिवार्य वैयक्तिक दुर्घटना आवरण की अनुमति प्रदान की है। यह आवरण, वाहन को चलाने के दौरान मालिक-ड्राइवर को प्रदान किया जाता है जिसमें वाहन चलाने के साथ वाहन में चढ़ना/उससे उतरना अथवा सह-ड्राइवर के रूप में बीमित वाहन में यात्रा करना भी शामिल होता है। हालांकि, पॉलिसीधारक,

केवल देयता पॉलिसी अथवा पैकेज पॉलिसी के अंश के रूप में सीपीए आवरण के विकल्प का चयन भी कर सकता है। पॉलिसीधाक द्वारा एकल सीपीए पॉलिसी का चयन किए जाने पर, केवल देयता अथवा पैकेज पॉलिसी के ज़रिए प्रस्तुत की गई सीपीए आवरण, रद्द कर दिया है।

पैकेज/व्यापक पॉलिसी: (**निजी क्षति + तृतीय पक्ष की देयता**)

उपरोक्त के अतिरिक्त, पॉलिसी में घोषित मूल्य(जिसे आईडीवी कहा जाता है – जिसकी चर्चा ऊपर की गई है), अन्य शर्तों एवं नियमों के अधीन, बीमा बीमित कृत वाहन को हुई हानि अथवा क्षति को भी आवरण प्रदान किया जाता है। उदाहरण के लिए, आग, चोरी, दंगे-फसाद, भूकंप, बाढ़, दुर्घटना आदि।

कुछ बीमाकर्ता, दुर्घटना से वर्कशॉप के स्थल तक वाहन को लाने हेतु वहन किए गए प्रभार का भी भुगतान कर सकते हैं। केवल कार्रवाई(देयता) की पॉलिसी के तहत प्रदत्त अनिवार्य आवरण के अतिरिक्त, आग एवं/अथवा केवल चोरी के जोखिम से सुरक्षा हेतु प्रतिबंधित आवरण भी उपलब्ध है।

पॉलिसी में, वाहन में जोड़े गए सहायक उपकरणों की हानि अथवा क्षति, यात्रियों के लिए निजी मोटर वाहन पॉलिसियों के तहत वैयक्तिक दुर्घटना आवरण, वेतनभोगी ड्राइवर, कर्मचारियों के प्रति कानूनी देयता एवं वाणिज्यिक वाहनों में निःशुल्क यात्रा कर रहे यात्रियों को भी आवरण प्रदान किया जा सकता है। बीमाकर्ताओं द्वारा निःशुल्क आपातकालीन सेवाएं अथवा खराबी पर वैकल्पिक मोटर वाहन के प्रयोग की सुविधा भी प्रदान की जाती है।

2. **अपवर्जन**

टूट-फूट, खराबी, परिणामी हानियां तथा अवैध ड्राइविंग लाइसेंस सहित ड्राइविंग अथवा शराब के प्रभाव के अधीन ड्राइविंग, पॉलिसी के तहत उल्लिखित अपर्वजन के कुछ महत्वपूर्ण उदाहरण हैं। 'प्रयोग की सीमाएं' के अनुसार वाहन का प्रयोग(उदाहरण- निजी वाहन का टैक्सी के रूप में प्रयोग) नहीं किए जाने पर, सुरक्षा प्रदान नहीं की जाती है।

3. **बीमित राशि एवं प्रीमियम**

मोटर वाहन पॉलिसी में वाहन की बीमित राशि को बीमाधारक द्वारा घोषित मूल्य(आईडीवी) कहा जाता है।

वाहन की चोरी अथवा दुर्घटना पर मरम्मत से परे कुल क्षति के मामले में, आईडीवी के आधार पर ही दावे की राशि निर्णीत की जाती है।

दर निर्धारण/प्रीमियम की गणना, बीमाधारक का घोषित मूल्य, क्यूबिक क्षमता, भौगोलिक क्षेत्र, वाहन की आयु आदि पर निर्भर करती है।

स्वमूल्यांकन 3

मोटर वाहन बीमा किस के नाम पर ली जानी चाहिए?

I. वाहन के मालिक के नाम पर जिसका नाम क्षेत्रीय परिवहन प्राधिकारी के नाम पर पंजीकृत है।

II. यदि वाहन चलाने वाला व्यक्ति, मालिक से भिन्न हो, तो, क्षेत्रीय परिवहन प्राधिकारी से अनुमोदन के अधीन, उस व्यक्ति के नाम पर जो वाहन को चलाएगा।

III. वाहन के मालिक के परिवार के किसी भी सदस्य के नाम पर, जिसमें वाहन का मालिक भी शामिल है, बशर्ते क्षेत्रीय परिवहन प्राधिकारी से अनुमोदन प्राप्त किया गया हो।

IV. यदि वाहन, मालिक के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा चलाया जाता है, ऐसी स्थिति में, प्राथमिक पॉलिसी, वाहन के मालिक के नाम पर होनी चाहिए तथा अतिरिक्त पॉलिसियों की खरीदी, वाहने के सभी चालकों के नाम पर खरीदी जानी चाहिए।

सारांश

a) गृहस्वामी बीमा पॉलिसी, पॉलिसी में नामित खतरों अथवा घटनाओं से बीमित संपत्ति को हुई हानि हेतु ही केवल बीमा प्रदान करती है। आवरण में शामिल किए गए जोखिमों का उल्लेख स्पष्ट रूप से किया जाना चाहिए।

b) गृहस्वामी बीमा में आग, दंगे, पाइप का विस्फोटन, भूकंप आदि से इमारत एवं उसकी को हुई क्षति हेतु आवरण प्रदान किया जाता है। इमारत के अतिरिक्त, इसमें सामग्रियों की चोरी, सेंधमारी, डकैती एवं लूटपाट से भी आवरण प्रदान किया जाता है।

c) पैकेज आवरण, एकल दस्तावेज़ के तहत, आवरणों का संयोजन प्रदान करते हैं।

d) गृहस्वामी बीमा पॉलिसी में बीमित राशि के निर्धारण हेतु सामान्यतः दो विधियों का प्रयोग किया जाता है: बाज़ार मूल्य(एमवी) एवं पुनःस्थापना मूल्य(आरआईवी)।

e) दुकानदार बीमा में सामान्यतः, दुकान की संरचना की क्षति एवं आग, भूकंप, बाढ़ अथवा दुर्भावनापूर्ण क्षति एवं चोरी से सामग्रियों को आवरण प्रदान किया जाता है। दुकानदार बीमा में कारोबार में बाधा पर सुरक्षा को भी शामिल किया जा सकता है।

f) मोटर वाहन बीमा में वाहनों की हानि तथा दुर्घटनाओं अथवा अन्य कुछ कारणों से हुई क्षति पर बीमा प्रदान किया जाता है। मोटर वाहन बीमा में, वाहन के मालिकों के वाहन के कारण हुई दुघटनाओं से पीड़ितों की क्षतिपूर्ति हेतु वहान के मालिकों को कानूनी देयता की सुरक्षा भी प्रदान की जाती है। मालिक-ड्राइवर हेतु वाहन चलाते समय, जिसमें चढ़ना/उतरना अथवा सह-ड्राइवर के रूप में बीमाकृत वाहन में यात्रा भी शामिल है, अनिवार्य वैयक्तिक दुर्घटना सुरक्षा, आवरित की जाती है।

प्रमुख शब्दावलियां

a) गृहस्वामी बीमा

b) दुकानदार बीमा

c) मोटर वाहन बीमा

स्वमूल्यांकन के उत्तर

उत्तर 1 - I, सही विकल्प है।

उत्तर 2 - IV, सही विकल्प है।

उत्तर 3 - I, सही विकल्प है।

अध्याय G-04

वाणिज्यिक बीमा

अध्याय का परिचय

पिछले अध्याय में हमने बीमा के ऐसे विभिन्न उत्पादों पर चर्चा की थी जो कि वैयक्तिक वैयक्तिक व्यक्तियों एवं गृहस्वामी द्वारा सामना किए गए जोखिमों को आवरण प्रदान करते हैं। ग्राहकों का एक अन्य समूह भी उपस्थित है, जिनकी सुरक्षा की आवश्यकताएं, भिन्न होती हैं। यह, वाणिज्यिक अथवा अथवा कारोबारी उद्यम अथवा संस्थाएं होती हैं जो कि विभिन्न प्रकार की सामग्रियों एवं सेवाओं से जुड़े होते हैं अथवा उनका कारोबार करते हैं। हम, इस अध्याय में, उक्त वर्ग द्वारा सामना किए जाने वाले जोखिमों की सुरक्षा हेतु उपलब्ध बीमा के उत्पादों पर विचार-विमर्श करेंगे।

अध्ययन के परिणाम

बीमासुरक्षा की निम्नलिखित विषयों के मूलभूत विशेषताओं की जानकारीः

A. संपत्ति/अग्नि बीमा

B. कारोबार की बाधा पर बीमा

C. चोरी बीमा

D. धन बीमा

E. विश्वस्तता गारंटी बीमा

F. बैंकर क्षतिपूर्ति बीमा

G. जौहरी ब्लॉक पॉलिसी

H. इंजीनियरिंग बीमा

I. औद्योगिक सर्व जोखिम बीमा

J. मरीन बीमा

K. देयता बीमा पॉलिसियां

इस अध्याय के अध्ययन के बाद, आप 11 प्रकार की चर्चित बीमा के महत्व एवं मूलभूत प्रयोजन को भली-भांति समझ सकेंगे।

A. संपत्ति/अग्नि बीमा

वाणिज्यिक उद्यमों को विस्तृत रूप से दो प्रकार में विभाजित किया जाता है:

- ✓ छोटे एवं मध्यम उद्यम (एसएमई)
    - भारत सूक्ष्म पॉलिसी
    - भारत लघु पॉलिसी
- ✓ बृहत् कारोबारी उद्यम

    -मानक अग्नि एवं विशेष खतरों की पॉलिसी (एसएफएसपी), आईएआर आदि

ऐतिहासिक रूप से, सामान्य बीमा क्षेत्र, ऐसे ग्राहकों की आवश्यकताओं की पूर्ति के ज़रिए ही बृहत् रूप से विकसित हुआ है।

वाणिज्यिक उद्यमों को सामान्य बीमा उत्पादों की बिक्री के दौरान, उनकी आवश्यकताओं से बीमा उत्पादों के मिलान हेतु अत्यंत सावधानी बरतनी पड़ती है। एजेंटों को उपलब्ध उत्पादों की उचित समझ होनी चाहिए। नीचे, सामान्य बीमा के कुछ उत्पादों का संक्षिप्त विवरण प्रस्तुत किया गया है।

1. **मानक अग्नि एवं विशेष आपदा की पॉलिसी** (**एसएफएसपी**)

अग्नि बीमा पॉलिसी, वाणिज्यिक स्थापनाओं और साथ ही संपत्ति का मालिक, जो कि संपत्ति को विश्वसनीयता के कारण अथवा कमीशन हेतु धारित रखता है, तथा वैयक्तिक व्यक्ति/वित्तीय संस्थान जिनका संपत्ति में वित्तीय हित विद्यमान हो, के लिए उपयुक्त होती है। किसी विशेष परिसरों पर स्थापित अचल एवं चल संपत्ति जैसे इमारत, कारखाना एवं मशीनरी, फर्नीचर, जुड़नार, उपकरण एवं अन्य सामग्रियां, स्टॉक एवं प्रक्रियागत स्टॉक जिसमें आपूर्तिकर्ता/ग्राहक के परिसरों पर उपलब्ध स्टॉक भी शामिल हैं, विश्वास के बल पर धारित स्टॉक, यदि विशेष रूप से घोषित किए गए हों, मरम्मत हेतु अस्थायी रूप से परिसर से हटाई गई मशीनरी को बीमित किया जा सकता है। क्षतिग्रस्त संपत्ति के पुनर्निर्माण एवं नवीनीकरण हेतु धनराशि संबंधी सहायता अनिवार्य होती है ताकि कारोबार को सामान्य पथ पर पुनः लाया जा सके। ऐसी स्थिति में ही अग्नि बीमा अपनी भूमिका निभाती है।

2.1.**मानक अग्नि पॉलिसी में क्या आवरण प्रदान किए जाते है**?

अग्नि पॉलिसी (पूर्ववर्ती अखिल भारतीय अग्नि टैरिफ के अनुसार) द्वारा पारंपरिक रूप से आवरण प्रदान किए जाने वाले कुछ आपदाओं की जानकारी नीचे प्रस्तुत है।

वाणिज्यिक जोखिम हेतु अग्नि पॉलिसी में निम्नलिखित आपदाओं को शामिल किया जाता है:

- ✓ आग
- ✓ बिजली
- ✓ विस्फोट/अन्तःस्फोट

- ✓ दंगे फसाद एवं दुर्भावनापूर्ण क्षति
- ✓ प्रभावी क्षति
- ✓ हवाईजहाज़ की क्षति
- ✓ आँधी, तूफान, प्रचंड़ तूफान, सैलाब, बवंडर, बाढ़ एवं जलप्लावन
- ✓ घटाव एवं भूस्खलन जिसमें चट्टानों का गिरना भी शामिल है
- ✓ पानी की टंकी, उपकरणों एवं पाइप में प्रस्फोटन तथा पानी का अत्यधित बहाव
- ✓ मिसाइल परीक्षण संचालन
- ✓ स्वचालित छिड़काव स्थापना से रिसाव(लीकेज)
- ✓ झाड़ी की आग

निम्नलिखित दो महत्वपूर्ण विशेषताओं से वाणिज्यिक बीमा को वैयक्तिक एवं खुदरा प्रकारों से भिन्न दर्शाया जा सकता है।

a) संस्थानों अथवा कारोबारी उद्यमों की बीमा संबंधी आवश्यकताएं, वैयक्तिक व्यक्तियों से बहुत अधिक होती हैं। इसका कारण यह है कि, वाणिज्यिक उद्यम की आस्तियों का मूल्य, वैयक्तिक आस्तियों से बहुत अधिक होता है। उनकी हानि अथवा क्षति से कंपनी की उत्तरजीविता एवं भविष्य, प्रतिकूल रूप से प्रभावित हो सकता है।

b) वाणिज्यिक उद्यम की बीमा की मांग, प्रायः अनिवार्य होती है अथवा कानूनी या अन्य आवश्यकताओं से ज़रूरी बना दी जाती है। उदाहरण के लिए, बैंक ऋण के ज़रिए कारखानों तथा आस्तियों की स्थापना किए जाने पर, उनकी बीमासुरक्षा, ऋण संबंधी एख शर्त हो सकती है। भारत में कई कार्पोरेट उद्यम, व्यावसायिक रूप से संचालित कंपनियां हैं तथा उनमें से कई बहुराष्ट्रीय भी हैं।

   वैश्विक स्तर की गुणवत्ता कायम रखना इनके लिए अनिवार्य होता है, जिसमें जोखिम प्रबंधकीय उपयुक्त रणनीतियों का अभिग्रहण तथा उनकी आस्तियों की सुरक्षा हेतु बीमा भी शामिल है।

पॉलिसी द्वारा उपरोक्त आपदाओं से उत्पन्न होने वाली किसी भी हानि हेतु आवरण प्रदान किया जाता है परंतु यह कुछ अपवर्जन के अधीन होता है।

2.2. **संशोधित मानक अग्नि एवं विशेष आपदा (एसएफएसपी) की पॉलिसियां** :

आईआरडीएआई ने 1 अप्रैल, 2021 से प्रभावी कुछ दिशानिर्देश जारी किए हैं, जिसके ज़रिए मानक अग्नि एवं विशेष आपदा (एसएफएसपी) पॉलिसी को, **नीचे दिए गए जोखिमों के लिए**, दो मानक उत्पादों से प्रतिस्थापित किया जाएगा तथा अग्नि एवं सहायक खतरों का बीमा कारोबार से संबंधित सभी साधारण बीमाकर्ताओं द्वारा अनिवार्यतः इसकी पेशकश की जाएगी।

i. **भारत सूक्ष्म उद्यम सुरक्षा(ऐसे उद्यमों के लिए जहाँ जोखिम का कुल मूल्य रु. 5 करोड़ है)** – एमएसएमई की वित्तीय सुरक्षा के लिए तैयार की गई है।

यह पॉलिसी, इमारत/संरचनाएं, कारखाने तथा मशीनरी, उद्यमों के स्टॉक एवं अन्य आस्तियों को आवरण प्रदान करती है, जहाँ एक ही स्थान पर बीमायोग्य सभी आस्ति वर्गों को जोखिम का कुल मूल्य रु. 5 करोड़ होता है। यह पॉलिसी, निवास हेतु तैयार की गई पॉलिसी के समान ही खतरों की विस्तृत प्रकार हेतु आवरण भी प्रदान करती है।

मूलभूत आवरण के अतिरिक्त इस पॉलिसी में कई अंतर्निहित आवरण भी प्रदान किया जाता है, जैसे -संशोधन, जोड़ अथवा विस्तार हेतु आवरण, फ्लोटर आधार पर स्टॉक्स हेतु आवरण, स्टॉक को अस्थाई रूप से हटाने पर आवरण, विशिष्ट सामग्रियों हेतु आवरण, कारोबार की शुरुआती व्यय (हानि के पश्चात्) हेतु आवरण, वास्तुकार, सर्वेक्षक, परामर्शी इंजिनियर की व्यावसायिक शुल्क के भुगतान हेतु आवरण, मलबा हटाने की लागत एवं नगर पालिका के विनियमनों के कारण मजबूरन की गई लागतों के प्रति आवरण।

उक्त पॉलिसी, माइक्रो स्तर के उद्यम जैसे कार्यालय, होटल, उद्योग, भंड़ारण जोखिम आदि द्वारा ली जा सकती है। पॉलिसी की निम्न बीमा में 15% की सीमा तक छूट दी जाती है। भारत सूक्ष्म उद्यम पॉलिसियां, पृष्ठांकन के ज़रिए पॉलिसी की अवधि के दौरान, बीमित राशि में बढ़ोत्तरी की अनुमति देती है।

ii. **भारत लघु उद्यम सुरक्षा(ऐसे उद्यमों के लिए जहाँ जोखिम का कुल मूल्य, रु.5 करोड़ से अधिक तथा रु.50 करोड़ तक की होती है)**, एमएसएमई की वित्तीय सुरक्षा हेतु तैयार की गई है।

यह पॉलिसी, इमारतों/संरचनाएं, कारखाने तथा मशीनरी, उद्यमों के स्टॉक एवं अन्य आस्तियों को आवरण प्रदान करती है, जहाँ एक ही स्थान पर बीमायोग्य सभी आस्ति वर्गों की जोखिम का कुल मूल्य, पॉलिसी की शुरुआत की तिथि को रु. 5 करोड़ से अधिक परंतु, रु. 50 करोड़ से कम होता है। इस पॉलिसी में भी, उपरोक्त उल्लिखित माइक्रो स्तर के उद्यमों के लिए पॉलिसी द्वारा पेश की गई अंतर्निहित आवरण उपलब्ध होते हैं। जिन खतरों के विरुद्ध बीमा की पेशकश की जाती है, वह माइक्रो स्तर के उद्यमों हेतु तैयार की गई पॉलिसी के समान ही होती है

इसके अतिरिक्त, उक्त पॉलिसी को सभी प्राकर के जोखिम, जैसे कार्य़ालय, होटल, उद्योग, भंडारण जोखिम आदि हेतु भी लिया जा सकता है। भारतीय लघु उद्यम पॉलिसियां, पृष्ठांकन द्वारा पॉलिसी की अवधि के दौरान बीमाकृत राशि में बढ़ोत्तरी की अनुमति देती हैं।

iii. **अग्नि पॉलिसियों के तहत अपवर्जन**

बीमाकर्ता पारंपरिक रूप से निम्नलिखित को अग्नि पॉलिसियों के दायरे में शामिल नहीं करती हैं-

निम्नलिखित शामिल न किए गए आपदाओं के कारण हानि:

i. युद्ध तथा युद्ध के समान गतिविधियां

ii. परमाणु संबंधी आपदा

iii. आयोनाइज़ेशन एवं विकीरण(रेडिएशन)

iv. प्रदूषण एवं मैलापन के कारण हुई हानि

सामान्य बीमा में अन्य पॉलिसियों द्वारा आवरित आपदाएं

i. मशीनरी की खराबी,

ii. कारोबार में बाधा

iv. **अतिरिक्त आवरण** (**एड ऑन आवरण**)

हालांकि, कुछ आपदाएं अतिरिक्त प्रीमियम के भुगतान से सुरक्षा प्रदान की जा सकती है, जैसे भूकंप, आग एवं कंपन, बीमाकृत जोखिम के परिणामस्वरूप, बिजली गुल हो जाने के कारण शीत भंडारण की सामग्री की क्षति, पॉलिसी द्वारा आवरित की जाने वाली धनराशि के अतिरिक्त मलबा हटाने में प्रयुक्त व्यय, वास्तुकार, परामर्शी इंजीनियरों का शुल्क, जंगल की आग, स्वतःप्रज्वलन तथा निजी वाहनों के कारण प्रभावी क्षति, आतंकवाद।

v. **अग्नि पॉलिसी के भिन्न प्रकार**

सामान्यतः, 12 महीनों की अवधि के लिए अग्नि बीमा पॉलिसी जारी की जाती है। केवल आवासीय घरों के लिए बीमा कंपनियों द्वारा 12 महीनों की अवधि के लिए दीर्घावधि पॉलिसियों की पेशकश की जाती है। कुछ मामलों में, लघु अवधि की पॉलिसियां भी जारी की जाती हैं ; जिसपर लघु अवधि के मापन भी लागू होते हैं।

a. **बाज़ार मूल्य एवं पुनःस्थापना मूल्य की पॉलिसियां**: हानि की स्थिति में, बीमाकर्ता द्वारा सामान्यतः, बाज़ार मूल्य (जो की ह्रासित मूल्य होता है) का भुगतान किया जाता है। पुनःस्थापना मूल्य पॉलिसी के तहत हालांकि, बीमाकर्ताओं द्वारा, समान प्रकार की नई आस्ति द्वारा क्षतिग्रस्त आस्ति के प्रतिस्थापन की लागत का भुगतान किया जाता है।

   इमारतों, कारखाने, मशीनरी एवं फर्नीचर, फिक्सचर, उपकरण की सुरक्षा हेतु पुनःस्थापना मूल्य की पॉलिसियां जारी की जाती हैं। स्टॉक, जिन्हें सामान्यतः बाज़ार मूल्य के आधार पर आवरित किया जाता है, को पुनःस्थापना मूल्य की पॉलिसियों द्वारा आवरण प्रदान नहीं किया जाता है।

b. **घोषणा पॉलिसी**: गोदाम में स्टॉक के मूल्य में उतार-चढ़ाव पर ध्यान देने हेतु घोषणा पॉलिसी, कुछ शर्तों के अधीन प्रदान की जाती है। बीमित राशि का मूल्य उच्चतम होना चाहिए, जिस वस्तु को पॉलिसी की अवधि के दौरान गोदाम में संचित रखने की अपेक्षा की जाती है। उक्त मूल्य पर अस्थाई प्रीमियम प्रभारित किया जाता है। पॉलिसी की लागू अवधि के दौरान, बीमाधारक द्वारा, सहमत अंतरालों पर स्टॉक के मूल्य की घोषणा करती रहनी चाहिए। पॉलिसी की अवधि के अंत में, प्रीमियम सहित इसका समायोजन किया जा सकता है।

c. **फ्लोटर पॉलिसियां**: फ्लोटर पॉलिसियां, एक ही बीमित राशि के तहत विभिन्न विनिर्दिष्ट स्थलों पर संचित माल के स्टॉक हेतु जारी की जा सकती है। गैर-विनिर्दिष्ट स्थलों पर सुरक्षा

नहीं दी जाती है। प्रीमियम दर, किसी भी स्थल पर 10% के लदान सहति बीमाकृत स्टॉक हेतु लागू उच्चतम दर होता है। इन्हें अग्नि फ्लोटर पॉलिसियां भी कहा जाता है क्योंकि बीमित राशि, बहुविध स्थलों पर 'तैरती(फ्लोट करती)' है।

vi. **प्रीमियम का दर निर्धारण निम्नलिखित पर निर्भर करता है** :

a) अधिभोग का प्रकार, चाहे औद्योगिक हो अथवा अन्यथा।

b) एक औद्योगिक कॉम्प्लेक्स में स्थित सभी संपत्तियों पर, बनाए गए उत्पाद(ओं) के आधार पर, एक समान दर प्रभारित किया जाएगा।

c) औद्योगिक कॉम्प्लेक्स के बाहर उपलब्द सुविधाओं को वैयक्तिक स्थल पर अधिभोग के स्वरूप के अनुसार मूल्यांकित किया जाएगा।

d) भंडारण क्षेत्रों का मूल्यांकन, धारित सामग्रियों के खतरनाक स्वरूप के आधार पर किया जाएगा।

e) "सहायक(जोड़ी गए)" आवरणों को शामिल करने हेतु अतिरिक्त प्रीमियम प्रभारित किया जाता है.

f) पूर्व दावों के इतिहास एवं परिसरों में प्रदत्त अग्नि सुरक्षा की सुविधाओं के आधार पर प्रीमियम में छूट दी जाती है।

g) प्रीमियम की राशि को कम करने के लिए, दंगे, फसाद, हड़ताल, दुर्भावनापूर्ण क्षति एवं बाढ़ समूह खतरों के विकल्प को नकारा जा सकता है।

मूल्यांकन की प्रक्रिया, बीमाकर्ता के अनुसार भिन्न-भिन्न हो सकती है।

स्वमूल्यांकन 1

वाणिज्यिक जोखिमों हेतु अग्नि पॉलिसी .... आपदा को आवरित करती है।

I. हाइवे पर जल रहा वाहन

II. जहाज पर आग लगना

III. कारखाने में विस्फोट

IV. आग के कारण अस्पताल में भर्ती करना

B. कारोबार में बाधा संबंधी बीमा

कारोबार में बाधा संबंधी बीमा को परिणामी हानि बीमा अथवा लाभ की हानि संबंधी बीमा भी कहा जाता है।

अग्नि बीमा, बीमित खतरों के ज़रिए, सामग्री अथवा संपत्ति की क्षति अथवा इमारत, कारखाना, मशीनरी जुड़नार, उपकरण, व्यापारिक माल की हानि पर क्षतिपूर्ति प्रदान करता है। **इसके परिणामस्वरूप**, **बीमाधारक के कारोबार में संपूर्ण अथवा आंशिक बाधा उत्पन्न हो सकती है**,

जिससे, बाधा की अवधि के दौरान, विभिन्न प्रकार की आर्थिक हानियों का सामना करना पड़ सकता है।

कारोबार संबंधी बाधा पॉलिसी के तहत आवरण

परिणामी हानि(सीएल) पॉलिसी में, {कारोबार में बाधा(बीआई)} सकल लाभ में हुई हानि हेतु क्षतिपूर्ति प्रदान की जाती है- जिसमें शुद्ध लाभ एवं जितनी शीघ्र हो सके, कुल हानि को कम करने हेतु, कारोबार को पुनः सामान्य स्तर पर लाने के लिए बीमाधारक द्वारा वहन की गई कार्यशील बढ़ी हुई लागत के साथ स्थाई प्रभारों को शामिल किया जाता है। शामिल खतरे तथा शर्तें, अग्नि पॉलिसी के तहत शामिल विषयों के समान ही होती हैं।

उदाहरण

यदि आग लगने के परिणामस्वरूप, मोटर वाहन निर्माता का कारखाना क्षतिग्रस्त हो जाता है, ऐसी स्थिति में, उत्पादन हानि के परिणामस्वरूप, निर्माता को आय की हानि का सामना करना पड़ता है। आय की उक्त हानि और साङ ही वहन की गई अतिरिक्त व्यय को बीमित किया जा सकता है बशर्ते कि यह बीमित आपदा के परिणामस्वरूप उत्पन्न हुआ हो।

यह पॉलिसी, मानक अग्नि एवं विशेष आपदा पॉलिसी के संयोजन सहित ही खरीदी जा सकती है क्योंकि मानक अग्नि एवं विशेष आपदा पॉलिसी के तहत दावा दायर किए जाने पर ही केवल इस पॉलिसी के तहत दावों को स्वीकृत किया जा सकता है।

स्वमूल्यांकन 2

कारोबार में बाधा संबंधी बीमा पॉलिसी की खरीदी केवल, ... के संयोजन सहित ही की जा सकती है।

I. मानक अग्नि एवं विशेष आपदा बीमा पॉलिसी

II. मानक समुद्री बीमा पॉलिसी

III. मानक मोटर वाहन बीमा पॉलिसी

IV. मानक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी

C. चोरी बीमा

यह पॉलिसी, कारोबार के परिसर जैसे फैक्टरी, दुकान, कार्यालय, कारखाने एवं गोदाम जिनमें कुछ स्टॉक, माल, फर्नीचर के फिक्सचर तथा ताला लगाई गई तिजोरी में नकद राशि जिसकी चोरी हो सकती है, के लिए उपयुक्त होती है। इस पॉलिसी में आवरण के दायरे का स्पष्ट विवरण प्रस्तुत किया गया है।

चोरी बीमा के तहत आवरित जोखिम

a) परिसर में वास्तविक बलपूर्वक अथवा हिंसक प्रवेश अथवा परिसर से वास्तविक, बलपूर्क एवं आक्रामक निकास अथवा लूटमार से संपत्ति की हानि।

b) चोरों के कारण बीमाकृत संपत्ति अथवा परिसरों की क्षति। बीमाकृत राशि को सुरक्षा तभी प्रदान की जाती है जब, किसी अन्य परिसरों से नहीं अपितु बीमित परिसरों से उसकी क्षति हुई हो।

नकद राशि आवरण: चोरी बीमा का एक महत्वपूर्ण भाग है, नकद राशि आवरण। इसका संचालन, तभी होता है जब नकद राशि को ऐसी तिजोरी में रखा जाता है जो कि चोर के लिए प्रवेश्य है तथा जिसका निर्माण अनुमोदित बनावट एवं डिज़ाइन के ज़रिए किया गया है। नकद राशि आवरण हेतु लागू सामान्य शर्तों का विवरण नीचे प्रस्तुत है:

a) मूल चाबी के प्रयोग से तिजोरी से निकाली गई नकद राशि को तभी आवरण प्रदान किया जाता है जहाँ ऐसी चाबी को हिंसक उपायों तथा हिंसा की धमकियों अथवा बलपूर्वक छीन कर लिया गया हो। इसे सामान्यतः "चाबी खंड़" कहा जाता है।

b) तिजोरी में नकद राशि की संपूर्ण सूची को तिजोरी के अलावा अन्य जगह पर सुरक्षित रखा जाता है। बीमाकर्ता की देयता, ऐसी रिकाड़ मे दर्शाई गई वास्तविक राशि तक ही सीमित होती है।

1. **प्रथम हानि बीमा**

ऐसे मामलों में, जहाँ उच्च परिमाण(जैसे कपास की गांठें, अनाज, शक्कर आदि) का मूल्य निम्न होता है, एकल परिस्थिति में संपूर्ण स्टॉक की हानि का जोखिम अत्यंत असंभव होता है। जितने मूल्य की चोरी की जा सकती है को संभाव्य अधिकतम हानि(पीएमएल) माना जाता है तथा उक्त अधिकतम संभाव्य हानि हेतु संपूर्ण प्रीमियम प्रभारित किया जाता है तथा संपूर्ण प्रीमियम की कुछ प्रतिशत को स्टॉक की शेष राशि पर प्रभारित किया जाता है क्योंकि पीएमएल, संपूर्ण स्टॉक पर तैरता है। यह अनुमान लगाया जाता है कि, तत्काल रूप से दूसरी बार चोरी नहीं होगी अथवा बीमाधारक द्वारा पुनर्घटना से सुरक्षा हेतु अतिरिक्त उपायों का अनुसरण किया जाता है।

2. **अग्नि बीमा के समान ही स्टॉक के संबंध में, घोषणा बीमा एवं फ्लोटर आवरण भी संभव होता है।**

3. **अपवर्जन**

उक्त पॉलिसी में कर्मचारियों, परिवार के सदस्यों अथवा अन्य व्यक्ति जो कि कानूनी तौर पर परिसर में उपस्थित रहते हैं द्वारा चोरी हेतु और न ही लूटपाट अथवा सामान्य चोरी पर, आवरित किया जाता है। इसमें, अग्नि अथवा प्लेट गिलास पॉलिसी द्वारा आवरित हानियों को भी शामिल नहीं किया जाता है।

4. **विस्तार**

अतिरिक्त प्रीमियम पर, दंगे, हड़ताल एवं आतंकवाद की जोखिमों से आवरण हेतु पॉलिसी में विस्तार किया जा सकता है।

5. **प्रीमियम**

चोरी की पॉलिसी हेतु प्रीमियम की दरें, बीमित संपत्ति के स्वरूप, स्वयं बीमाधारक के नैतिक खतरे, परिसरों का निर्माण एवं स्थल, सुरक्षा उपाय(उदाहरण चौकीदार, चोर अलार्म), पिछली दावों के अनुभव आदि पर निर्भर करते हैं।

प्रस्ताव प्रपत्र में दिए गए विवरण के अतिरिक्त, उच्च मूल्यों की स्थिति में, बीमाकर्ताओं द्वारा स्वीकृति-पूर्व निरीक्षण आयोजित की जाती है।

स्वमूल्यांकन 3

चोरी की पॉलिसी हेतु प्रीमियम, ... पर निर्भर करता है।

I. बीमित संपत्ति का स्वरूप

II. बीमित के निजी नैतिक खतरे

III. परिसरों का निर्माण एवं स्थल

IV. उपरोक्त सभी

D. धनराशि बीमा

नकद राशि का प्रबंधन, किसी भी कारोबार का महत्वपूर्ण अंश होता है। धनराशि बीमा पॉलिसी का आशय, बैंक एवं औद्योगिक कारोबारी स्थापनाओं को धनराशि की हानि से सुरक्षित रखना होता है। धनराशि हमेशा, परिसरों में और साथ ही बाहर भी जोखिमयुक्त होती है। धनराशि के आहरण, जमा के दौरान, भुगतान अथवा संग्रहण के दौरान गैरकानूनी रूप से उसे छीना जा सकता है।

1. **धनराशि बीमा आवरण**

धनराशि बीमा पॉलिसी की रचना, नकदराशि, चेक/डाक आदेश/डाक स्टैंप के प्रबंधन के दौरान उत्पन्न होने वाली हानियों को आवरण प्रदान करने हेतु की गई है। उक्त पॉलिसी सामान्यतः दो अनुभागों के तहत आवरण प्रदान करती है

a. **पारगमन अनुभाग :** यह, डकैती अथवा चोरी या अन्य आकस्मिक कारणों से धनराशि की हानि, यद्यपि उसे बीमाधारक अथवा उसके प्राधिकृत कर्मचारियों द्वारा बाहर किया जाता है, हेतु आवरण प्रदान करता है।

पारगमन अनुभाग में दो प्रकार की राशियों को विनिर्दिष्ट किया जाता है:

i. **प्रत्येक ढुलाई की सीमाः** यह, प्रत्येक हानि के संबंध में बीमाकर्ताओं द्वारा भुगतान की जाने वाली अधिकतम राशि होती है।

ii. **पॉलिसी की अवधि के दौरान, पारगमन में अनुमानित राशिः** यह, प्रीमियम की राशि की गणना हेतु लागू किए गए दर की राशि का प्रतिनिधित्व करती है।

अग्नि बीमा के समान ही,"**घोषणा के आधार**" पर पॉलिसियां जारी की जा सकती हैं। अतः बीमाकर्ताओं द्वारा पारगमन में अनुमानित राशि पर अस्थई प्रीमियम प्रभारित किया जाता है तथा पॉलिसी के समापन के दौरान, पॉलिसी की अवधि में पारगमन में वास्तविक राशि के आधार पर, बीमाधारक द्वारा घोषित किए गए अनुसार प्रीमियम का समायोजन किया जाता है।

b. **परिसर अनुभाग**: इस अनुभाग के तहत, चोरी, सेंधमारी, लूटपाट आदि के कारण किसी के परिसर/ताला लगाई गई तिजोरी से हुई धनराशि की हानि पर आवरण प्रदान किया जाता है। पॉलिसी की अन्य विशेषताएं सामान्यतः, चोरी बीमा (कारोबारी परिसरों का) के समान ही होती हैं जिसकी चर्चा ऊपर अध्ययन के परिणाम ग में प्रस्तुत की गई है।

2. **महत्वपूर्ण अपवर्जन**

इसमें निम्नलिखित को शामिल किया जाता है:

a) त्रुटि अथवा चूक के कारण कमी,

b) धनराशि की हानि जिसे प्राधिकृत व्यक्ति के अलावा अन्य के सुपुर्द किया गया हो तथा

c) दंगे, हड़ताल एवं आतंकवाद

3. **विस्तार**

अतिरिक्त प्रीमियम के भुगतान पर, पॉलिसी में सुरक्षा के संबंध में निम्नलिखित विस्तार किया जा सकता है:

a) धनराशि का प्रबंधन करने वाले व्यक्तियों की बेईमानी,

b) दंगे, हड़ताल एवं आतंकवाद संबंधी जोखिम

c) वितरण जोखिम, जो कि कर्मचारियों को वेतन के भुगतान के दौरान घटने वाली हानि होती है।

4. **प्रीमियम**

प्रीमियम दर का निर्धारण, बीमाधारक द्वारा एकल अवसर पर कंपनी की धनराशि के प्रबंधन की उत्तरदायिता, परिवहन का माध्यम, दूरी, सुरक्षा संबंधी किए गए उपाय आदि पर निर्भर करता है। पॉलिसी के समापन से 30 दिन पहले की गई घोषणा के आधार पर संपूर्ण वर्ष के दौरान वास्तविक धनिराशि के प्रबंधन के आधार पर, प्रीमियम का समायोजन किया जा सकता है।

स्वमूल्यांकन 4

धनराशि बीम पॉलिसी के तहत निम्नलिखित में से किस विकल्प को आवरण प्रदान किया जाता है?

I. त्रुटी अथवा चूक के कारण कमी

II. चोरी के कारण किसी के परिसर से धनराशि की हानि

III. प्राधिकृत व्यक्ति के अलावा अन्य व्यक्ति के पास सुपुर्द की गई धनराशि की हानि

IV. दंगे, हड़ताल एवं आतंकवाद

E. विश्वस्तता गारंटी बीमा

कंपनियों को सफेदपोश अपराध अर्थात् उनके कर्मचारियों द्वारा छलकपट अथवा बेईमानी के कारण वित्तीय हानियों का सामना करना पड़ता है। विश्वस्तता गारंटी बीमा के ज़रिए, नियोक्ताओं को उनके कर्मचारियों की छलकपट, गबन, लूट-पाट, दुर्विनियोजन एवं चूक के कारण हुई वित्तीय हानियों के लिए आवरण प्रदान किया जाता है।

1. विश्वस्तता गारंटी बीमा की परिसीमा

प्रत्यक्ष वित्तीय हानि पर सुरक्षा प्रदान की जाती है तथा इसमें परिणामी हानियों को शामिल नहीं किया जाता है।

a) हानि, धनाराशि, प्रतिभूतियां अथवा माल के संबंध में होनी चाहिए

b) उक्त कार्रवाई, निर्दिष्ट कर्तव्यों के अनुसरण के दौरान की जानी चाहिए

c) हानि की जानकारी पॉलिसी के समापन से 12 महीने पहले अथवा कर्मचारी की मृत्यु, रिटायरमेंट अथवा बर्खास्तगी, जो भी पहले हो, प्राप्त कर लेनी चाहिए

d) बेइमान कर्मचारी जिसे पुनः नियुक्त किया गया हो के संबंध में कोई आवरण प्रदान नहीं किया जाता है।

2. विश्वस्तता गारंटी पॉलिसी के प्रकार

नीचे प्रस्तुत विवरणानुसार, विश्वस्तता गारंटी पॉलिसियों के कई प्रकार होते हैं-

a) **वैयक्तिक पॉलिसी**: इस पॉलिसी का प्रयोग ऐसी स्थिति में की जाती है, जहाँ एक व्यक्ति को गारंटीकृत करना हो। कर्मचारी का नाम, पदनाम एवं गारंटी की राशि विनिर्दिष्ट की जानी चाहिए।

b) **सामुहिक पॉलिसी**: इस पॉलिसी में, जिन कर्मचारियों पर गारंटी लागू होती है, उनके नाम की सूची को शामिल किया जाता है और साथ ही, प्रत्येक कर्मचारी के कर्तव्य एवं बीमाकृत भिन्न भिन्न वैयक्तिक राशि की भी सूची तैयार की जाती है।

c) **फ्लोटिंग पॉलिसी अथवा फ्लोटर**: इस पॉलिसी में, एक अनुसूची में, सुरक्षा प्रदान किए जा रहे व्यक्तियों के नाम एवं कर्तव्यों को शामिल किया जाता है, परंतु गारंटी की वैयक्तिक धनराशियों के बजाय, संपूर्ण समूप पर गारंटी की एक विनिर्दिष्ट राशि "निश्चित" की जाती है। किसी एक कर्मचारी के संबंध में किए गए दावे पर, अतः फ्लोट की गई गारंटी कम हो जाएगी बशर्ते कि अतिरिक्त प्रीमियम के भुगतान से मूल राशि को प्रतिस्थापित किया जाए।

d) **पोज़ीशन(पदनाम) पॉलिसी** : यह सामूहिक पॉलिसी के समान होती ही होती है परंतु यह अंतर होता है कि, अनुससूची में, विनिर्दिष्ट राशि हेतु गारंटीकृत किए जाने वाले "पदनाम"(जैसे रोकडिया, लेखा अधिकारी आदि) की ही सूची तैयार की जाती है, नाम का उल्लेख नहीं किया जाता है।

क. ब्लैंकट पॉलिसी : इस पॉलिसी में बिना नाम अथवा पदनाम का उल्लेख करते हुए, संपूर्ण स्टाफ को शामिल किया जाता है। बीमाकर्ताओं द्वारा कर्मचारियों की किसी प्रकार की पूछ-ताछ नहीं की जाती है। ऐसी पॉलिसियां बृहत् स्टाफ युक्त नियोक्ता के लिए ही उपयुक्त होती है तथा संस्था द्वारा कर्मचारियों की पूर्ववर्ती जीवन के संबंध में पर्याप्त जानकारी प्राप्त की जाती है। दावे की स्थिति में, नियोक्ता द्वारा प्राप्त किए संदर्भ अवश्य उपलब्ध होंने चाहिए. उक्त पॉलिसी, ख्याति प्राप्त बृहत् संस्थाओं को ही प्रदान की जाती है।

3. प्रीमियम

प्रीमियम का दर, कारोबारी व्यवसाय के प्रकार, कर्मचारी का स्तर, जांच एवं निरीक्षण की प्रणाली पर निर्भर करता है।

स्वमूल्यांकन 5

विश्वस्तता गारंटी बीमा द्वारा .... की क्षतिपूर्ति प्रदान की जाती है।

I. नियोक्ताओं को, जिनके कर्मचारियों की छलकपट अथवा बेईमानी के कारण, वित्तीय हानि हुई हो।

II. कर्मचारियों को, जिनके नियोक्ता की छलकपट अथवा बेईमानी से वित्तीय हानि हुई हो।

III. तृतीय पक्ष को, कार्पोरेट की छलकपट अथवा बेईमानी के कारण वित्तीय हानि हुई हो

IV. शेयरधारकों को, कंपनी के प्रबंधन की छलकपट अथवा बेईमानी के कारण वित्तीय हानि हुई हो।

F. बैंकर क्षतिपूर्ति बीमा

इस व्यापक सुरक्षा की रचना, बैंक, एनबीएपसी एवं अन्य संस्थाएं जो की धनराशि का संचालन करती हैं के लिए, उनके द्वारा धनराशि एवं प्रतिभूतियों के संबंध में सामना की जाने वाली विशेष जोखिमों को ध्यान में रखते हुए की गई है।

1. बैंकर क्षतिपूर्ति बीमा के तहत सुरक्षा

बैंकर की आवश्यकता के आधार पर उक्त पॉलिसी में विभिन्न विविधताएं होती हैं।

a) परिसर के अंदर ही आग लगने, चोरी, दंगे तथा हड़ताल के कारण नकद प्रतिभूतियों की हानि अथवा क्षति।

b) आस्ति को प्राधिकृत कर्मचारियों द्वारा परिसर के बाहर ले जाने के दौरान हुई हानि जो कि किसी भी कारणवश हो, जिसमें कर्मचारियों की लापरवाही भी शामिल है।

c) चेक, ड्राफ्ट, मियादी जमा की रसीद आदि की धोखाधड़ी अथवा हेरफेर।

d) नकदराशि/प्रतिभूतियों अथवा गिरवी रखे गए मान के संबंध में कर्मचारियों की बेईमानी

e) पंजीकृत डाक पार्सल द्वारा भेजी गई वस्तुएं

f) मूल्यांककों की बेईमानी

g) 'जनता एजेंट', 'छोटी बचत योजना एजेंट' जैसे बैंक के एजेंटों के कारण नकद राशि की हानि।

खोज के आधार पर सुरक्षा जारी की जाती है, इसका आशय यह है कि हानि की खोज की अवधि के दौरान पॉलिसी प्रभावी होगी, यह आवश्यक नहीं कि घटित अवधि के दौरान हो। परंतु हानि के वास्तव में घटित होने के दौरान सुरक्षा विद्यमान होनी चाहिए।

पारंपरिक रूप से खोज की तिथि से 2 वर्ष पूर्व की अवधि तक ही हानि, देय होती हैं, बशर्ते कि सुरक्षा, हानि के घटने की तिथि से पहले से ही लगातार विद्यमान रही हो।

2. **महत्वपूर्ण अपवर्जन**

व्यापार का घाटा, लापरवाही, सॉफ्टवेयर संबंधी अपराध तथा भागीदार/निदेशों की बेइमानी, इसके प्रमुख अपवर्जन हैं।

3. **दायरा**

पॉलिसी में 7 अनुभाग शामिल हैं जैसे-

1. परिसरों पर
2. परिवहन में
3. धोखाधड़ी अथवा हेरफेर
4. बेईमानी
5. गिरवी रखे गए माल
6. पंजीकृत डाक सेवा
7. मूल्यांकक
8. जनता एजेंट

4. **बीमित राशि**

बैंक को बीमित राशि निर्धारित करनी पड़ती है जो कि पहले 5 अनुभागों के लिए सामान्यतः एक समान होती हैं। इसे 'मूलभूत बीमित राशि' कहा जाता है। मूलभूत बीमित राशि पर्याप्त न होने की स्थिति में अनुभाग (1) एवं (2) के लिए अतिरिक्त बीमित राशि की खरीदी की जा सकती है। अतिरिक्त प्रीमियम के भुगतान के ज़रिए पॉलिसी, बीमित राशि के एक अनिवार्य एवं स्वचालित पुनःस्थापना की अनुमति भी प्रदान करती है।

5. **दर निर्धारण**

प्रीमियम की गणना निम्नलिखित पर आधारित होती है:

a) मूलभूत बीमित राशि

b) अतिरिक्त बीमित राशि

c) स्टाफ की संख्या

d) शाखाओं की संख्या

स्वमूल्यांकन 6

बैंकर क्षतिपूर्ति बीमा पॉलिसी के तहत निम्नलिखित में से कौन से विकल्प हेतु आवरण प्रदान किया जा सकता है?

I. आग लगने के कारण परिसर के अंदर ही नकद प्रतिभूतियों की हानि अथवा क्षति

II. चेक की धोखाधड़ी अथवा हेरफेर

III. नकद राशि के संदर्भ में कर्मचारियों की बेईमानी

IV. उपरोक्त सभी

G. जौहरियों की ब्लॉक पॉलिसी

पिछले कुछ वर्षों में, भारत, गहने, विशेष रूप से हीरों के संबंध में विश्व व्यापार के अग्रणी केंद्र के रूप में उभर कर प्रकट हुआ है। आयातित कच्चे हीरों को काट कर, तराश कर निर्यात किया जाता है। इसमें, जौहरी, जिसके कारोबार में, छोटी मात्रा में उच्च मूल्य की वस्तुओं की बिक्री शामिल हो जैसे स्वर्ण एवं चांदी की वस्तुएं तथा कीमती पत्थर, घड़ियां आदि, हेतु सुरक्षा प्रदान की जाती है। इस व्यापार में, उक्त कीमती वस्तुओं को बृहत मात्रा में संचित करना तथा विभिन्न परिसरों के बीच परिवहन, शामिल होता है।

1. **जौहरी की ब्लॉक पॉलिसी में प्रदत्त आवरण**

जौहरी ब्लॉक पॉलिसी, एक पैकेज पॉलिसी है जिसे पारंपरिक रूप से 4 अनुभागों में विभाजित किया गया है। अनुभाग 1 के तहत सुरक्षा सामान्यतः अनिवार्य होती है जबकि बीमाधारक को अन्य अनुभागों के तहत उनके विकल्प प्राप्त करने की अनुमति होती है। इलेक्ट्रॉनिक उपकरण, प्लेट गिलास, सिग्नेज आदि जैसी आस्तियों तथा कर्मचारी क्षतिपूर्ति,कर्मचारियों की बेवफाई को आवरित करने हेतु भी बाज़ार की प्रथा के अनुसार कुछ अन्य अनुभागों को शामिल किया जाता है।

बीमाधारक द्वारा संपूर्ण सुरक्षा हेतु भी विश्वस्तता गारंटी बीमा की खरीदी की जानी चाहिए, यदि उक्त सुरक्षा हेतु कोई अलग अनुभाग उपलब्ध न हो।

प्रत्येक मामले की आवश्यकतुनसार जोखिमों का मूल्यांकन किया जाता है। प्रत्येक अनुभाग के लिए प्रीमियम की विभिन्न दरें लागू की जाती हैं जिसमें विशिष्ट दिन-रात लगातार चौकीदार की

उपस्थिति, क्लोज़ सर्किट टीवी/अलार्म सिस्टेम, विशिष्ट सुरक्षित कक्ष तथा सुरक्षा के किसी अन्य घटक आदि हेतु छूट प्रदान की जाती है।

स्वमूल्यांकन 7

जौहरी की ब्लॉक पॉलिसी के मामले में, पारंपरिकरूप से बहुविध अनुभाग विद्यमान हैं, जिसमें से एक सामान्यतः अनिवार्य होता है जबकि अन्य शेष अनुभाग .... होते हैं।

I. अनिवार्य

II. पूर्वव्यापी

III. वैकल्पिक

IV. क्षतिपूरक

H. इंजीनियरिंग बीमा

इंजीनियरिंग बीमा, सामान्य बीमा की एक शाखा होती है, जो कि अग्नि बीमा की वृद्धि के साथ-साथ समानांतर रूप से विकसित हुई है। इसकी उत्पत्ति को औद्योगीकरण के विकास से पता लगाया जा सकता है, जिससे कारखानों एवं मशीनरी हेतु अलग सुरक्षा की आवश्यकता पर ध्यान आकर्षित हुआ था। इंजीनियरिंग उत्पादों के संबंध में, **सभी प्रकार की जोखिमों** की सुरक्षा की अवधारणा को भी विकसित किया गया था – किसी भी कारणवश हुई क्षति को सुरक्षा प्रदान करना- सिवाय उन कारणों के, जिन्हें विशिष्ट रूप से अपवर्जित किया गया हो। उत्पादों के ज़रिए विभिन्न स्तरों को आवरण प्रदान किए जाते हैं – निर्माण से परीक्षण तक, जब तक यंत्र संचालनयोग्य नहीं हो जाता है। इस बीमासुरक्षा के ग्राहक, बृहत् एवं छोटी, दोनों प्रकार की औद्योगिक इकाइयों होती हैं। इसमें इलेक्ट्रॉनिक उपकरण की इकाइयां तथा ठेकेदारों द्वारा बड़ी परियोजनाओं को भी शामिल किया जाता है। इंजीनियरिंग बीमा पॉलिसियों के दो प्रकार उपलब्ध हैं :

1) वार्षिक पॉलिसियां – सामान्यतः एक वर्ष की अवधि की -
   a) मशीनरी की खराबी पॉलिसी
   b) बॉयलर प्रेशर प्लांट पॉलिसी
   c) इलेक्ट्रॉनिक उपकरण पॉलिसी
   d) ठेकेदार की यंत्र एवं मशीनरी पॉलिसी
   e) स्टॉक की क्षति पॉलिसी
   f) सिविल इंजीनियरिंग पूर्ण जोखिम
2) परियोजना अवधि के आधार पर विविध अवधि सहित परियोजना पॉलिसियां -
   a) ठेकेदारों की सर्व जोखिम पॉलिसी

b) इरेक्शन सर्व जोखिम पॉलिसी

इंजीनियरिंग पॉलिसियों के साथ, दो "परिणामी हानि" की पॉलिसियां भी जुड़ी हुई हैं :

a) मशीनरी की खराबी, लाभ की हानि पॉलिसी(एमबीएलओपी), जिसे मशीनरी खराबी पॉलिसी अथवा बॉयलर एवं प्रेशर प्लांट पॉलिसी के साथ ली गई हो तथा

b) लाभ क अग्रिम हानि(एएलओपी) अथवा शुरुआत में विलंब(डीएसयू पॉलिसी) जिसे परियोजना पॉलिसी के साथ लिया जाता है।

उक्त पॉलिसियों की संक्षिप्त चर्चा नीचे प्रस्तुत है:

A. <u>वार्षिक पॉलिसियां</u>

1. **मशीनरी की खराबी पॉलिसी(एमबी)** : यह पॉलिसी, मंशीनों पर संचालित प्रत्येक उद्योग के लिए उपयुक्त होती है एवं जिसके लिए यंत्र तथा मशीनरी की खराबी से परिणाम, गंभीर स्वरूप के होते हैं। यह पॉलिसी, जेनरेटर, ट्रांसप्रपत्रर एवं अन्य इलेक्ट्रिकल, मैकेनिकल तथा उत्तोलक उपकरणों को सुरक्षा प्रदान करती है।

पॉलिसी, बीमित संपत्ति की किसी भी कारणवश(अपेक्षित जोखिमों के अधीन) मेकैनिकल अथवा इलेक्ट्रिकल खराबी, अनपेक्षित एवं आकस्मिक भौतिक क्षति को आवरण प्रदान करती है:

a) क्रियाशील अथवा स्थिर स्थिति में।

b) सफाई अथवा पूरी जांच एवं मरम्मत के दौरान

c) सफाई अथवा जांच एवं मरम्मत के संचालन के दौरान तथा बाद में उनके पुनःगठन के दौरान।

d) परिसर के अंदर ही स्थानांतरण के दौरान।

वैयक्तिक मशीनरी की पुनःस्थापना/प्रतिस्थापना मूल्य पर प्रीमियम प्रभारित कि जाता है। संपूर्ण मशीन को बीमित किया जाना चाहिए। दरें, मशीन के प्रकार पर निर्भर करती हैं; उद्योग जिसमें उसका प्रयोग होता है तथा इसे उपयोगी माना जाता है।

2. **बॉयलर एवं प्रेशर प्लांट पॉलिसी**: यह बॉयलर एवं दबाव वाहिकाओं को निम्निलखित आवरण प्रदान करता है:

a) आग के सिवाय अन्य कारणों से, बॉयलर एवं/अथवा दबाव के अन्य यंत्र तथा बीमित की संपत्ति के आस-पास की क्षति; तथा

b) व्यक्ति की शारीरिक चोट के कारण कानूनी देयता अथवा उक्त बॉयलर एवं/अथवा दबाव यंत्र के आंतरिक दबाव के कारण विस्फोट अथवा टूट-फूट से संपत्ति, तृतीय पक्ष की क्षति।

चूंकि अग्नि पॉलिसी तथा बॉयलर बीमा पॉलिसी, पारस्परिक रूप से विशिष्ट हैं, पर्याप्त आवरण के लिए, दोनों पॉलिसियों की खरीद की जानी चाहिए। सभी इंजीनियरिंग पॉलिसियों के तहत बीमित राशि, वर्तमान की प्रतिस्थापना मूल्य होनी चाहिए।

3. **इलेक्ट्रॉनिक उपकरण पॉलिसी**: इसमें, इलेक्ट्रॉनिक उपकरण के विविध प्रकारों को आवरण प्रदान कि जाता है जिसमें संपूर्ण कंप्यूटर सिस्टेम, सीपीयू, कीबोर्ड़, मॉनिटर, प्रिंटर, यूपीएस, सिस्टेम सॉफ्टवेयर आदि को शामिल किया जाता है। सहायक उपकरण जैसे एयरकंडीशनिंग, तापन एवं बिजली का रूपांतरण आदि को भी आवरण प्रदान किया जाता है।

यह पॉलिसी, अग्नि पॉलिसी, मशीनरी बीमा पॉलिसी एवं चोरी पॉलिसी का संयोजन होती है। पॉलिसी में, दोषपूर्ण डिज़ाइन(जो वारंटी के तहत शामिल नहीं होती है), प्राकृतिक घटनाओं के प्रभाव, वोल्टेज के उतार-चढ़ाव के कारण दोषपूर्ण गतिविधियां, प्रभावी झटके आदि, सेंधमारी एवं चोरी को भी आवरित किया जाता है।

पॉलिसी, मालिक, पट्टादाता, किराएदार के लिए, प्रत्येक मामले में उनकी उत्तरदायिता अथवा देयता पर निर्भर करते हुए, उपलब्ध होती है। इसमें सामान्यतः तीन अनुभाग होते हैं जो कि विभिन्न प्रकार की हानियों को आवरण प्रदान करते हैं :

a) **अनुभाग** 1- उपकरण की हानि एवं क्षति

b) **अनुभाग** 2: बाह्य डाटा मीडिया जैसे कंप्यूट के बाह्य हार्ड़ डिस्क की हानि एवं क्षति

c) **अनुभाग** 3: काम की लागत में बढ़ोत्तरी – 12,26,40, अथवा 52 सप्ताहों तक स्थानापन्न उपकरण पर डाटा का संसाधन सुनिश्चित करना।

4. **ठेकेदारों की यंत्र एवं मशीनरी (सीपीएम) पॉलिसी**: निर्माण कारोबार के ठेकेदारों के लिए उपयुक्त। सभी प्रकार की मशीनरी जैसे क्रेन, खोदक मशीनों की नीचे उल्लिखित किसी भी कारणवश, अनपेक्षित एवं आकस्मिक भौतिक हानि अथवा क्षति से आवरण प्रदान करती है :

a) चोरी, सेंधमारी, दंगे, आँधी, दुर्भावनापूर्ण क्षति, तूफान

b) आग और बिजली, बाह्य विस्फोट, भूकंप एवं दैवकृत आपदा से जोखिम

c) गलत प्रकार के प्रयोग, गिराना अथवा गिरना, टूटफूट, टकराव एवं प्रभाव के कारण कार्य करते समय दुर्घटनात्मक क्षति को तृतीय पक्ष की क्षति हेतु विस्तारित किया जा सकता है।

प्रभारित प्रीमियम, उपकरण के प्रकार एवं संचालन स्थल पर निर्भर करता है।

उक्त आवरण, उपकरण के क्रियाशील अथवा स्थिर होने पर अथवा सफाई एवं जांच तथा मरम्मत विघटित करने पर अथवा उसके पश्चात् उसके पुनर्गठन के दौरान संचालनीय होती है। उक्त आवरण, ठेकेदार के निजी परिसरों पर उपस्थित रहने के दौरान भी लागू होती है। हालांकि, 10% की अतिरिक्त प्रीमियम के प्रभार के ज़रिए, कुछ शर्तों सहित "भारत में कहीं भी के आधार पर" उपकरण को शामिल करते हुए फ्लोटर पॉलिसी भी उपलब्ध होती है।

5. **स्टॉक पॉलिसी का ह्रासः** यह पॉलिसी, शीत भंडारण(वैयक्तिक अथवा सहकारी सोसाइटी) के मालिक के लिए अथवा जो खराब होने वाली वस्तुओं के भंडारण के लिए शीत भंडारण को पट्टे पर अथवा किराए पर लेते हैं, के लिए उपयुक्त होती है। रेफ्रिजरेशन यंत्र एवं मशीनरी की

खराबी के कारण क्षति अथवा संक्रमण की जोखिम और साथ ही तापमान के आकस्मिक बढ़ोत्तरी तथा शीत भंडारण कक्षों में रेफ्रिजरेंट तत्वों की आकस्मिक एवं अनपेक्षित पलायन के कारण उत्पन्न जोखिम हेतु यह सुरक्षा प्रदान की जाती है।

6. **सिविल इंजीनियरिंग निपटान जोखिमः** सामान्यतः यह, ऐसे ठेकेदारों द्वारा खरीदी जाती है जिन्हें समापन के बाद सिविल परियोजनाओं का प्रबंधन करना पड़ता है। सिविल परियोजनाएं जैसे पुल, शुष्क बंदरगाह, पोताश्रय, जेट्टी रेलवे लाइन, पत्थर से बनाए गए पुल, सिमेट के बांध, मिट्टी के बांध, नाले, सिंचाई प्रणाली को इस पॉलिसी के तहत शामिल किया जाता है। इसमें शामिल जोखिम निम्नानुसार हैं -

   1. आग
   2. बिजली
   3. विस्फोट/अन्तःस्फोट
   4. दंगे, हड़ताल, दुर्भावनापूर्ण क्षति
   5. रेल/सड़क अथवा जल के वाहन अथवा पशु द्वारा मुठभेड़
   6. आँधी, तूफान, बवंडर, बालू का तुफान, समुद्री तूफान, बाढ़ एवं सैलाब, पानी के लहरों की गतिविधियां
   7. धसकन एवं भूस्खलन(पत्थर स्लाड़ भी) क्षति
   8. भूकंप, आग एवं शॉक (भूकंप के कारण बाढ़ भी शामिल है), सुनामी
   9. पाला, बर्फ की सरकती चट्टान, बरफ

B. <u>**परियोजना की पॉलिसियां**</u>

यह पॉलिसियां विशेष रूप से वार्षिक आधार पर नहीं अपितु परियोजना की अवधि हेतु जारी की जाती हैं।

1. **ठेकेदारों की सर्व जोखिम** (**सी.ए.आर**) **पॉलिसी**: ठेकेदारों की हितों तथा सिविल इंजीनियरिंग में प्रवृत्त परियोजनाएं, छोटी इमारतों से बृहत् बांध, इमारतें, पुल, सुरंग आदि के सिद्धातों की सुरक्षा हेतु यह पॉलिसी तैयार की जाती है। उक्त पॉलिसी "सर्व जोखिम" सुरक्षा प्रदान करती है – अतः निर्माण स्थल पर बीमित संपत्ति की आकस्मिक एवं अनपेक्षित हानि अथवा क्षति पर क्षतिपूर्ति प्रदान करती है। तृतीय पक्ष की देयता एवं अन्य जोखिम हेतु भी इसे विस्तारित किया जा सकता है। प्रभारित प्रीमियम, परियोजना के स्वरूप, परियोजना की लागत, परियोजना की अवधि, भौगोलिक क्षेत्र तथा परीक्षण की अवधि पर निर्भर करता है।

2. **एरेक्शन सर्व जोखिम**(**ईएआर पॉलिसी**) – इस पॉलिसी को भंडारण एवं एरेक्शन(एससीई) पॉलिसी भी कहा जाता है। यह परियोजना के प्रधान अथवा ठेकेदारों के लिए उपयुक्त होती है जब यंत्र एवं मशीनरी की स्थापना की जा रही हो, क्योंकि इसमें विविध प्रकार की बाह्य जोखिमों का सामना करना पड़ सकता है। यह एक बृहत् बीमा पॉलिसी है जो परियोजना

स्थल पर सामग्री उतारने के क्षण से ही सुरक्षा प्रदान करना शुरू करती है तथा परियोजना की संपूर्ण अवधि के दौरान लागू रहती है, जब तक परियोजना का परीक्षण, कमीशन एवं सुपुर्दगी पूरी न हो जाए।

प्रभारित प्रीमियम, परियोजना के स्वरूप, लागत, परियोजना अवधि, भौगोलिक स्थल, एवं परीक्षण की अवधि पर निर्भर करता है।

आवश्यकतानुसार, पारगमन अवधि के दौरान, परियोजना के स्थल पर उपकरणों एवं सामग्रियों की सुपुर्दगी तक, आवरण प्रदान करने हेतु एरेक्शन पॉलिसी के साथ मरीन सुरक्षा भी जारी की जा सकती है।

C. परिणामी हानि की पॉलिसियां

इस प्रकार की पॉलिसियां, अन्य हानियों के परिणामस्वरूप होने वाली हानियों की सुरक्षा हेतु जारी की जाती हैं। इन्हें, 'कारोबार बाधा पॉलिसियां' अथवा 'लाभ की हानि' पॉलिसी भी कहा जाता है।

3. लाभ की मशीनरी हानि(एमएलओपी) पॉलिसी

यह पॉलिसी, ऐसे उद्योग के लिए उपयुक्त होती है, जहाँ मशीनरी की खराबी अथवा बॉयलर विस्फोट के परिणामस्वरूप बृहत् परिणामी हानियों के कारण बाधा अथवा विलंब उत्पन्न होता है।

जहाँ, खराबी अथवा हानि एवं पुनःस्थापन के बीच की अवधि, बहुत अधिक होती है, यह पॉलिसी, कुल बिक्री में कमी एवं कार्यशीलता की लागत में बढ़ोत्तरी के कारण बीच की अवधि के दौरान लाभ की हानि की क्षतिपूर्ति करती है। कारोबार बाधा पॉलिसी के शर्त एवं नियमों तथा सुरक्षा, अग्नि पॉलिसी हानि, जिसकी चर्चा इस अध्याय में की जा चुकी है, के कारण कारोबार बाधा पॉलिसी के समान ही होती है।

4. लाभ की सुरक्षा हेतु अग्रिम हानि(एएलओपी) अथवा शुरुआत में विलंब पॉलिसी (डी.एस.यू)

यह, परियोजना के दौरान दुर्घटनात्मक क्षति के कारण, परियोजना विलंबित होने से उत्पन्न वित्तीय हानि हेतु आवरण प्रदान करती है। यह, प्रत्याशित आय से वंचित बीमाधारक के लिए उपयुक्त है तथा वित्तीय संस्थानों के लिए, परियोजना में उनकी अंतर्निहित हित सीमा तक उपयुक्त होती है। इसे, परियोजना की वास्तविक शुरूआत से पहले एमसीई/ईएआर/सीएआर पॉलिसी के विस्तार के रूप में जारी किया जाता है।

यह पॉलिसी, निरंतर व्यय के रूप में वित्तीय हानियां जैसे मियादी ऋण, डिबेंचर, दैनिक मज़दूरी एवं वेतन आदि पर ब्याज एवं निर्धारित तिथि को कारोबार की शुरुआत किए जाने पर अर्जित की जाने वाली प्रत्याशित शुद्ध लाभ हेतु भी सुरक्षा प्रदान करती है।

प्रीमियम का मूल्यांकन, विभिन्न महत्वपूर्ण घटकों तथा उपलब्ध पुनर्बीमा आवरण समर्थन पर निर्भर करता है। प्रत्याशित सकल लाभ अथवा कुल बिक्री एवं क्षतिपूर्ति अवधि भी देय प्रीमियम के निर्णयन हेतु महत्वपूर्ण घटक होते हैं।

स्वमूल्यांकन 8

शुरुआत में विलंब की पॉलिसी को .... कहा जाता है।

I. मशीनरी लाभ की हानि आवरण

II. लाभ की अग्रिम हानि आवरण

III. ठेकेदारों की सर्व जोखिम आवरण

IV. ठेकेदारों की यंत्र एवं मशीनरी आवरण

I. औद्योगिक सर्व जोखिम बीमा

औद्योगिक सभी जोखिम पॉलिसी की रचना, एक पॉलिसी के तहत भारत में कहीं भी औद्योगिक विशेषताएं- निर्माण एवं भंडारण सुविधाएं दोनों हेतु आवरण प्रदान करती है। यह सामग्री की क्षति एवं कारोबार की बाधा पर क्षतिपूर्ति प्रदान करती है।

सामान्यतः, पॉलिसी निम्नलिखित हेतु आवरण प्रदान करती है:

i. अग्नि बीमा प्रचलन के अनुसार आग एवं विनिर्दिष्ट आपदाएं,

ii. चोरी (लूटपाट के सिवाए)

iii. मशीनरी की खराबी/बॉयलर विस्फोट/इलेक्ट्रॉनिक उपकरण

iv. उपरोक्त उल्लिखित खतरों के संचालन से कारोबार में बाधा

(टिप्पणी : उपरोक्त (iii) के तहत सामान्यतः कारोबार बाधा को पैकेज आवरण में शामिल नहीं किया जाता है, परंतु यह वैकल्पिक आवरण के रूप में उपलब्ध होता है)

- ✓ उक्त पॉलिसी, वैयक्तिक संचालनीय पॉलिसियों द्वारा प्रदान की जाने वाले आवरणों की तुलना में विस्तृत श्रेणी के आवरणों की पेशकश करती है।
- ✓ पॉलिसी हेतु प्रीमियम की दरें, चयनित आवरण, दावों का अनुभव एवं चयनित कटौती योग्य, एमएलओपी हेतु जोखिम आकलन रिपोर्ट आदि पर निर्भर करता है।

स्वमूल्यांकन 9

निम्नलिखित में से कौन से विकल्प को औद्योगिक सभी जोखिम बीमा को शामिल नहीं किया गया है ?

I. अग्नि बीमा प्रथा के अनुसार अग्नि एवं विशेष आपदाएं

II. लूटपाट

III. मशीनरी की खराबी

IV. इलेक्ट्रॉनिक उपकरण

J. मरीन बीमा

मरीन बीमा को दो प्रकार से वर्गीकृत किया गया है: मरीन कार्गो एवं मरीन हल

1. मरीन कार्गो बीमा

यद्यपि, 'मरीन' शब्द, समुद्र(मरीन)की दुर्घटनाओं से हुई हानि की ओर ही संकेत करता है, परंतु मरीन कार्गो बीमा में इससे अधिक विषयों को शामिल किया जाता है। यह, रेल, सड़क, समुद्र, हवाई अथवा पंजीकृत डाक द्वारा देश अथवा विदेश में परिवहन के दौरान सामग्रियों की हानि अथवा क्षति पर क्षतिपूर्ति प्रदान करता है। सामग्रियों का प्रकार, हीरे से लेकर गृहस्थी के सामान, बृहत् परिमाण की वस्तुएं जैसे सीमेंट, अनाज, परियोजनाओं हेतु अधिक आयामी माल हो सकता है।

कार्गो बीमा, घरेलु व्यापार और साथ ही अंतर्राष्ट्रीय व्यापार में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। बिक्री के अधिकांश अनुबंधों के अनुसार यह अनिवार्य है कि हानि अथवा क्षति के विरुद्ध विक्रेता अथवा खरीददार, किसी के भी द्वारा, सामग्रियों का बीमा अवश्य कराना पड़ता है।

बीमा को कौन प्रभावित करता है : सामग्रियों(प्रेषण) का विक्रता अथवा क्रेता, बिक्री के अनुबंध के आधार पर, बीमा करा सकता है।

मरीन बीमा अनुबंध में अंतर्राष्ट्रीय रूप से लागू प्रावधान अवश्य विद्यमान होंने चाहिए। इसलिए क्योंकि इसमें देश की सीमाओं से परे परिवहन में सामग्रियों को आवरण प्रदान किया जाता है। उक्त सुरक्षाओं का प्रशासन, पॉलिसी से जुड़ी अंतर्राष्ट्रीय सम्मलनों एवं कुछ खंड़ों के अनुसार की जाती है।

यद्यपि, मूलभूत पॉलिसी दस्तावेज़ में सामान्य शर्तों को शामिल किया जाता है, आवरण का दायरा एवं अपवाद तथा विशेष अपवर्जन को अलग खंड़ में जोड़ा जाता है जिसे संस्थागत कार्गो खंड़(आईसीसी) कहा जाता है। लंदन के बीमालेखकों की संस्था द्वारा इसका मसौदा तैयार किया जाता है।

a) मरीन कार्गो बीमा के तहत आवरण

कार्गो पॉलसियां अनिवार्य रूप से यात्रा की पॉलिसियां होती हैं, अर्थात् वे एक स्थान से अन्य स्थान के परिवहन के अधीन विषयवस्तु को आवरित किया जाता हैं। हालांकि, बीमाधारक को सभी परिस्थितियों में हमेशा उचित सावधानी से, अपने नियंत्रण की सीमा कमें कार्य करना चाहिए। इस पॉलिसी की मुख्य विशेषता यह है कि यह एक सहमत मूल्य पॉलिसी होती है। बीमाकर्ता एवं बीमाधारक के बीच मूल्यांकन स्वीकृत किया जाता है तथा छलकपट के संदेह के सिवाय, यह पुनर्मूल्यांकन के अधीन नहीं होता है। बीमित राशि की गणना, सीआईएफ + 10% (लागत बीमा एवं भाड़ा + 10%) के ज़रिए की जाती है। एक अन्य मुख्य विशेषता यह है कि, पॉलिसी को आसानी से आबंटित किया जा सकता है।

उक्त आवरण सामान्यतः, बिक्री के अनुबंध की शर्तों के अनुसार, गोदाम से, पॉलिसी में नामित स्थान के लिए प्रेषित किए जाने पर ही शुरू हो जाती है तथा पॉलिसी में नामित निर्दिष्ट स्थल पर पहुँचते ही अमान्य हो जाती है।

लागू शर्त एवं नियमों, निम्नलिखित द्वारा प्रशासित होते हैः

i. अंतर्देशीय परिवहन हेतु, अंतर्देशीय परिवहन खंड़(आईटीसी) ए, बी अथवा सी

ii. समुद्र द्वारा यात्रा हेतु संस्थागत कार्गो खंड़(आईसीसी) ए,बी अथवा सी

iii. हवाई परिवहन हेतु संस्था कार्गो(हवाई) खंड़ -ए

संस्था कार्गो खंड़ सी, न्यूनतम सुरक्षा प्रदान करती है, जो कि कार्गों की ढुलाई करने वाली मोटर वाहन अथवा जहाज की दुर्घटना के निम्नलिखित कारण हेतु हानि अथवा क्षति होती हैः

i. आग अथवा विस्फोट

ii. मोटर वाहन का पटरी से उतरना अथवा उलट जाना

iii. वाहन का फंस जाना, खराब हो जाना अथवा डूब जाना (जहाज के मामले में)

iv. किसी बाह्य वस्तु से टक्कर

v. संकटमय बंदरगाह पर कार्गो उतार देना

vi. सामान्य औसत त्याग

vii. प्रक्षिप्त माल (जेटिसन)

संस्थागत कार्गो खंड़ बी, सी से अधिक विस्तृत होता है। ग में शामिल आपदाओं के अतिरिक्त यह निम्नलिखित के कारण हुई हानि अथवा क्षति की भी आवरण प्रदान करता हैः

i. दैविक कार्य(एओजी) खतरे जैसे भूकंप, लावा का फूटना एवं बिजली

ii. अंतर्देशीय परिवहन में पुल का टूट जाना

iii. समुद्री परिवहन के मामले में लदान अथवा उतराई के दौरान सामान का गिर जाना

iv. जहाज़ में पानी का प्रवेश

संस्था कार्गो खंड ए, सर्वाधिक विस्तृत आवरण है क्योंकि यह बी और सी के सभी खतरों और साथ ही विनिर्दिष्ट कुछ अपवर्जन के सिवाय अन्य जोखिम के कारण हानि अथवा क्षति हेतु आवरण प्रदान करता है जैसेः

i. बीमाकृत की जानबूझकर की गई कार्रवाई के कारण हानि अथवा क्षति

ii. सामान्य रिसाव, खराबी, टूटफूट अथवा भार/मात्रा में सामान्य हानि

iii. पैकिंग की अपर्याप्तता

iv. निहित बुराइयां

v. विलंब

vi. मालिकों के दिवालियेपन के कारण हानि

vii. परमाणु आपदाएं

यह अपवर्जन, अंतर्देशीय, हवाई एवं समुद्री, सभी के लिए एक समान होते हैं। विशिष्ट उत्पाद जैसे कोयला, बड़ी मात्रा में तेल एवं चाय आदि के व्यापार हेतु भिन्न-भिन्न खंड़ भी उपलब्ध हैं। युद्ध, दंगे, हड़ताल, नागरिक हंगामा एवं आतंकवाद से सुरक्षा हेतु अतिरिक्त प्रीमियम के भुगतान से समुद्री पॉलिसी को विस्तारित किया जा सकता है। समुद्री एवं हवाई पॉलिसियां, बीमा की केवल शाखाएं हैं तथा युद्ध संबंधी आपदाओं के विरुद्ध बीमा प्रदान करते हैं।

महत्वपूर्ण

पॉलिसी को तीन वर्गों में, अर्थात् मरीन पॉलिसी के तहत शामिल जोखिम, मानक पॉलिसी प्रपत्र के तहत एवं पॉलिसी से जुड़ी विभिन्न खंड़ों के तहत, विस्तृत रूप से विभाजित किया जाता है:

i. मरीन आपदाएं,

ii. बाहरी आपदाएं एवं

iii. युद्ध, हड़ताल, दंगे, नागरिक हंगामा एवं आतंकवाद के जोखिम।

b) विभिन्न प्रकार की मरीन पॉलिसियां

i. विनिर्दिष्ट पॉलिसी

यह पॉलिसी, एकल लदान को आवरित करती है। यह विशेष यात्रा अथवा परिवहन हेतु वैध होती है। नियमित आयात एवं निर्यात व्यापार से जुड़े अथवा अंतर्देशीय परिवहन द्वारा नियमित रूप से माल प्रेषित कर रहे व्यापारीगण को विशेष व्यवस्थाओं जैसे खुली पॉलिसी के तहत बीमा व्यवस्थित करना सुविधाजनक प्रतीत होगा।

ii. खुली पॉलिसी

देश के अंदर माल के परिवहनको खुली पॉलिसी के तहत आवरित किया जा सकता है। उक्त पॉलिसी एक वर्ष के लिए वैध होती है तथा इस अवधि के दौरान माल के सभी प्रेषण की घोषणा, बीमाधारक द्वारा बीमाकर्ता को उनके बीच सहमत पाक्षिक, मासिक अथवा त्रैमासिक आधार पर प्रस्तुत की जानी चाहिए।

iii. खुला आवरण

खुला आवरण, एक वर्ष का आवरण ही है जो बीमाधारक को जहाज से परिवहन/प्रेषण की बृहत् संख्या की लगातार आवरण प्रदान करता है। प्रेषित माल पर प्रीमयम, को बीमाधारक द्वारा धारित संबंधित नकद जमा राशि खाते से समायोजित किया जाता है। बृहत् आयातक एवं निर्यातक जिनका व्यापार लगातार कायम रहता है, हेतु खुला आवरण जारी किया जाता है।

खुला आवरण, समुद्री प्रेषण के लेनदेन हेतु सुरक्षा की शर्तें तथा प्रीमियम की दरें एक वर्ष हेतु निर्धारित करती हैं। खुला आवरण, एक पॉलिसी नहीं है तथा इस पर मुहर नहीं लगाई जाती है। प्रत्येक घोषणा हेतु, उचित मूल्य पर विधिवत मुहर सहित बीमा का प्रमाणपत्र जारी किया जाता है।

iv. **शुल्क एवं बीमा का बढ़ाया गया मूल्य**

यह पॉलिसियां, माल की उतराई की तिथि को गंतव्य स्थल पर सीमाशुल्क के भुगतान अथवा माल के बाज़ार मूल्य में बढ़ोत्तरी के कारण कार्गो के मूल्य के बढ़ जाने पर अतिरिक्त बीमा प्रदान करती है।

2. **मरीन हल बीमा**

'हल' शब्द, जहाज अथवा जल के किसी अन्य परिवहन जहाज़ के मुख्य भाग का संदर्भ प्रस्तुत करता है।

मरीन हल बीमा, विभिन्न देशों में लागू अंतर्राष्ट्रीय खंड़ों के अनुसार तैयार की जाती है। मरीन हल आवरण अनिवार्य रूप से दो प्रकार को होते हैं:

a) **किसी विशिष्ट यात्रा हेतु आवरण : यहाँ प्रयुक्त खंडों के समूह को संस्थागत यात्रा खंड़ कहा जाता है**

b) **समयावधि आवरण : सामान्यतः एक वर्ष। यहाँ प्रयुक्त खंड़ों के प्रयोग को संस्थागत(समय) खंड़ कहा जाता है**

c) युद्ध जोखिमों का प्रशासन, विशेष विनियमों से किया जाता है तथा संग्रहित प्रीमियम को केंद्रीय सरकार के समक्ष जमा किया जाएगा।

सूचना

हल बीमा में निम्नलिखित बीमा को शामिल किया जाता है:

i. अंतर्देशीय जहाज जैसे नौका, मोटर नाव, यात्री जहाज़ आदि।

ii. निकर्षण पोत(ड्रेड्जर्स) (यांत्रिक अथवा गैर-यांत्रिक)

iii. मछली पकड़ने की नाव (यांत्रिक अथवा गैर-यांत्रिक)

iv. जलयान(यांत्रिक अथवा गैर-यांत्रिक)

v. घाट एवं किनारे

vi. निर्माण के दौरान जहाज़

जहाज के मालिक का बीमायोग्य हित न केवल जहाज़ पर होता है, परंतु बीमा की अवधि के दौरान अर्जित जहाज पर लादे गए माल पर भी होता है। लादे गए माल के अतिरिक्त, जहाज के मालिक का बीमायोग्य हित, जहाज़ को उपकरणों से सुसज्जित करने हेतु व्यय की गई राशि पर

भी होता है, जिसमें खाद्य वस्तुएं तथा दुकान भी शामिल होते हैं। **उक्त व्यय को संवितरण कहा जाता है तथा इन्हें साथ-साथ ही निश्चित अवधि हेतु हल पॉलिसी के साथ बीमा कराया जाता है।**

महत्वपूर्ण

विमानन बीमा : हवाईजहाज़ हेतु भी एक व्यापक पॉलिसी उपलब्ध है जो कि हवाईजहाज़ को हुई हानि अथवा क्षति हेतु और साथ ही तृतीय पक्ष की कानूनी देयता एवं हवाईजहाज़ के संचालन से उत्पन्न यात्रियों के प्रति देयता हेतु भी सुरक्षा प्रदान करती है।

स्वमूल्यांकन 10

बीमा की कौन सी शाखा, युद्ध संबंधी आपदाओं हेतु आवरण प्रदान करती है?

I. मरीन पॉलिसियां

II. विमानन पॉलिसियां

III. उपरोक्त दोनों

IV. उपरोक्त में से कोई नहीं

K. देयता संबंधी पॉलिसियां

दुर्घटनाओं को पूर्ण रूप से टाला नहीं जा सकता है, चाहे व्यक्ति कितना भी सतर्क क्यों न हो। इसके परिणामस्वरूप स्वयं को चोट एवं संपत्ति की क्षति हो सकती है और साथ ही तृतीय पक्ष को चोट लग सकती है अथवा उनकी संपत्ति नष्ट हो सकती है। इस प्रकार से प्रभावित व्यक्तिगण, उक्त हानि हेतु क्षतिपूर्ति की मांग कर सकते हैं।

निर्मित एवं बेच दिए गए उत्पाद में दोष से भी देयता उत्पन्न हो सकती है, उदाहरण के लिए चाकलेट अथवा दवाइयाँ, जो उपभोग्ता को हानि पहुँचा सकती है। इसी तरह, रोगी के गलत निदान/चिकित्सा अथवा अधिवक्ता द्वारा उसके ग्राहक के मामले के अनुचित प्रबंधन से भी देयता उत्पन्न हो सकती है।

ऐसी सभी मामलों में, जहाँ तृतीय पक्ष, उपभोग्ता अथवा रोगी, गलत गतिविधि हेतु क्षतिपूर्ति की मांग करता है, वहाँ क्षतिपूर्ति के भुगतान अथवा दावेदारों द्वारा दायर किए गए मुकदमों के बचाव में शामिल व्यय की पूर्ति करने की आवश्यकता उत्पन्न हो सकती है। अन्य शब्दों में, भुगतान की देयता से वित्तीय हानि उत्पन्न होती है। ऐसी देयता की उपस्थिति एवं प्रदत्त की जाने वाली क्षतिपूर्ति की राशि का निर्णय, नागरिक न्यायालय द्वारा किया जाता है, जिसे जानबूझकर की गई लापरवाही/छलकपट की पहलू के रूप में माना जाता है। देयता संबंधी बीमा पॉलिसियां ऐसी देयताओं हेतु आवरण प्रदान करती है। चलिए हम ऐसी कुछ देयता संबंधी पॉलिसियों पर चर्चा करते हैं-

सांविधिक देयता

ऐसे कुछ कानून अथवा विधियां विद्यमान हैं, जो क्षतिपूर्ति हेतु भुगतान प्रदान करते हैं। इनकी जानकारी नीचे प्रस्तुत हैः

- ✓ जन दायित्व बीमा अधिनियम, 1991

  एवं

- ✓ कर्मचारी क्षतिपूर्ति अधिनियम 1923 जिसका संशोधन 2010 में किया गया है

ऐसी देयताओं के संबंध में आवरण हेतु बीमा की पॉलिसियां उपलब्ध हैं। इनमें से कुछ का विवरण नीचे प्रस्तुत हैः

1. **अनिवार्य जन दायित्व पॉलिसी**

जन दायित्व बीमा अधिनियम, 1991, जो की खतरनाक वस्तुओं का प्रबंधन करते हैं उन पर कोई गलती नहीं के आधार पर देयता लागू करती है, यदि उक्त प्रबंधन के दौरान तृतीय पक्ष को चोट लगी हो अथवा उसकी संपत्ति क्षतिग्रस्त हुई हो। खतरनाक वस्तुओं के नाम तथा प्रत्येक की मात्रा, 'अधिनियम' में सूचीबद्ध की गई है। प्रति व्यक्ति देय क्षतिपूर्ति की राशि का निर्धारण, निम्नानुसार किया जाता है।

देय क्षतिपूर्ति

घातक दुर्घटना	रु. 25,000
स्थाई कुल विकलांगता	रु. 25,000
स्थाई आंशिक विकलांगता	रु. 25,000 के % के आधार पर विकलांगता का %
अस्थाई आंशिक विकलांगता	प्रति महीना रु.1000, अधिकतम 3 महीने
वास्तविक चिकित्सकीय व्यय	अधिकतम रु.12,500 तक
संपत्ति की वास्तविक क्षति	रु. 6,000 तक

प्रीमियम, एओए(कोई एक दुर्घटना) सीमा पर एवं ग्राहक की कुल बिक्री पर आधारित होता है। इस पॉलिसी की एक विशिष्ट विशेषता यह है कि बीमाधारक को अनिवार्यतः प्रीमियम के समान राशि, पर्यावरण राशि कोष में प्रदान करनी पड़ती है। यदि बृहत् संख्या में तृतीय पक्ष प्रभावित होते हैं तथा ऐसी स्थिति में, यदि देय राहत की कुल राशि, एओए की सीमा से अधिक हो जाती है, तो शेष राशि का भुगतान फंड़ द्वारा किया जाएगा।

2. जन दायित्व पॉलिसी (औद्योगिक/गैर-औद्योगिक जोखिम)

इस प्रकार की पॉलिसी, बीमाधारक की भूल/लापरवाही के कारण तृतीय पक्ष को हुई वैयक्तिक चोट अथवा उसकी संपत्ति की क्षति(टीपीपीआई अथवा टीपीपीडी) की देयता को आवरित करती है।

औद्योगिक जोखिमों के आवरण और साथ ही गैर-औद्योगिक जोखिम जो होटल, सिनेमा हॉल, ऑडिटोरियम, आवासीय परिसर, कार्यालय, स्टेडियम, गोदाम एवं दुकान को प्रभावित करते हैं,

की सुरक्षा हेतु भिन्न-भिन्न पॉलिसियां उपलब्ध हैं। यह, टीपीपीआई/टीपीपीडी के संबंध में भारतीय कानून के अनुसार क्षतिपूर्ति के भुगतान की देयता को सुरक्षा प्रदान करती है जिसमें, दावेदार की लागत, शुल्क एवं व्यय को भी शामिल किया जाता है।

पॉलिसी निम्नलिखित हेतु सुरक्षा प्रदान नहीं करती है:

a) उत्पादों की देयता
b) प्रदूषण की देयता
c) परिवहन एवं
d) कामगार/कर्मचोरियों को लगी चोट

3. उत्पाद देयता पॉलिसी

उत्पाद देयता बीमा की मांग बढ़ चुकी है क्योंकि उत्पादों की विस्तृत विविधता(उदाहरण के लिए डिब्बा बंद भोजन, सोडा, दवाइयाँ एवं इन्जेक्शन, इलेक्ट्रिकल उपकरण, मेकैनिकल उपकरण, रसायन आदि) जिनका वर्तमान में निर्माण किया जाता है तथा जनता को बेचा जाता है। यदि उत्पाद में किसी प्रकार के दोष से मृत्यु, शारीरिक चोट अथवा बीमारी का सामना करना पड़ता है अथवा तृतीय पक्षों की संपत्ति क्षतिग्रस्त हो जाती है, तो ऐसी स्थिति में दावा दायर करने हेतु कारण उत्पन्न हो सकता है। उत्पाद देयता पॉलिसियां, बीमाकृत की इस देयता को आवरित करते हैं।

उक्त सुरक्षा, निर्यात और साथ ही घरेलू बिक्री के लिए उपलब्ध होते हैं।

4. लिफ्ट(तृतीय पक्ष) देयता बीमा

यह पॉलिसी, लिफ्ट के प्रयोग एवं संचालन से उत्पन्न होने वाली देयताओं के संबंध में इमारतों के मालिकों को क्षतिपूर्ति प्रदान करती है। यह निम्नलिखित हेतु कानूनी देयताओं की आवरण प्रदान करती है:

a) किसी भी व्यक्ति की मृत्यु/शारीरिक चोट (बीमाधारक के कर्मचारियों को शामिल न करते हुए)
b) संपत्ति की क्षति (बीमाधारक की निजी अथवा कर्मचारी की संपत्ति को शामिल न करते हुए)

प्रीमियम की दरें, क्षतिपूर्ति की सीमा, कोई एक व्यक्ति, कोई एक दुर्घटना एवं कोई एक वर्ष पर निर्भर करती है।

5. व्यावसायिक देयता

व्यावसायिक क्षतिपूर्तियों की रचना, व्यावसायिक व्यक्तियों के लिए, उनकी व्यावसायिक कर्तव्यों के निष्पादन के दौरान, लापरवाही से उत्पन्न होने वाली क्षति के भुगतान हेतु उनकी कानूनी

देयता के विरुद्ध बीमा प्रदान करती है। ऐसी सुरक्षा, डॉक्टर, अस्पताल, इंजीनियर, वास्तुकार, सनदी लेखाकार, वित्तीय परामर्शदाता, वकील, बीमासुरक्षा के दलाल हेतु उपलब्ध होती है।

6. निदेशकों तथा अधिकारियों की देयता पॉलिसी

किसी भी कंपनी के निदेशक एवं अधिकारी, विश्वास और उत्तरदायिता का पद धारित करते हैं। वे शेयरधारकों, कर्मचारियों, देनदारों एवं कंपनी के अन्य हकदारों को, कंपनी की कार्रवाइयों के प्रबंधन तथा उनके निरीक्षण के अधीन की गई गलत गतिविधियों हेतु क्षति के भुगतान हेतु उत्तरदायी हो सकते हैं। ऐसी देयता को आवरण प्रदान करने हेतु एक पॉलिसी तैयार की गई है तथा सभी निदेशकों को शामिल करते हुए कंपनी को जारी की जाती है।

7. कर्मचारी बीमा क्षतिपूर्ति

यह पॉलिसी, नियुक्ति के दौरान दुर्घटना अथवा रोग से उसके कर्मचारियों को लगी वैयक्तिक चोट हेतु क्षतिपूर्ति की कानूनी देयता के संबंध में बीमाधारक को क्षतिपूर्ति प्रदान करता है। **इसे कर्मचारी क्षतिपूर्ति बीमा भी कहा जाता है।**

बाज़ार में बीमा के दो प्रकार प्रचलित हैः

a) **सारणी ए** : कर्मचारी क्षतिपूर्ति अधिनियम, 1923, घातक दुर्घटना अधिनियम, 1855 एवं सामान्य कानून के तहत कर्मचारियों को दुर्घटना हेतु कानूनी देयता के विरुद्ध क्षतिपूर्ति।

b) **सारणी बी :** घातक दुर्घटना अधिनियम, 1855 एवं सामान्य कानून के तहत कानूनी देयता के विरुद्ध क्षतिपूर्ति।

प्रीमियम की दर, प्रस्ताव प्रपत्र में घोषित किए गए अनुसार, कर्मचारियों की अनुमानित वेतन पर लागू की जाती है।

पॉलिसी को निम्नलिखित आवरण प्रदान करने हेतु विस्तारित किया जा सकता हैः

i. कर्मचारी को लगी चोट की चिकित्सा हेतु बीमाधारक द्वारा वहन किए गए चिकित्सकीय एवं अस्पताल के व्यय, विशिष्ट धनराशि की सीमा तक।

ii. अधिनियम में सूचीबद्ध व्यावसायिक बीमारियों हेतु देयता

iii. ठेकेदारों के कर्मचारियों के प्रति देयता

स्वमूल्यांकन 11

जन दायित्व बीमा अधिनियम, 1991 के तहत, गैर-घातक दुर्घटनों के वास्तविक चिकित्सीय व्यय हेतु देय क्षतिपूर्ति क्या होगी?

I. रु. 6,250

II. रु. 12,500

III. रु. 25,000

IV. रु. 50,000

स्वमूल्यांकन के उत्तर

उत्तर 1 - III सही विकल्प है।
उत्तर 2 - I सही विकल्प है।
उत्तर 3- IV सही विकल्प है।
उत्तर 4- II सही विकल्प है।
उत्तर 5- I सही विकल्प है।
उत्तर 6- IV सही विकल्प है।
उत्तर 7- III सही विकल्प है।
उत्तर 8- II सही विकल्प है।
उत्तर 9- II सही विकल्प है।
उत्तर 10- III सही विकल्प है।
उत्तर 11- II सही विकल्प है।

अध्याय G-05

सामान्य बीमा संबंधी दावे

अध्याय का परिचय

बीमा के किसी भी अनुबंध का मुख्य मुद्दा होता है, शुरुआत में किया गया वादा, अर्थात् हानि की स्थिति में, बीमाधारक को क्षतिपूर्ति प्रदान करना। इस अध्याय में, हानि की शुरुआत के समय से की जाने वाली प्रक्रियाओं तथा दस्तावेज़ों का विवरण प्रस्तुत है, जिससे दावे के निपटान की संपूर्ण प्रक्रिया को समझना आसान हो जाता है। इसमें, बीमाधारक अथवा बीमाकर्ता किसी के भी द्वारा विवादित दावों के प्रबंधन की विधि का विवरण भी प्रस्तुत किया गया है।

अध्ययन के परिणाम

A. दावे के निपटान की प्रक्रिया

B. सर्वेक्षकों तथा हानि के आकलनकर्ता

अध्याय के अध्ययन के बाद, आप निम्नलिखित कार्रवाई कर सकेंगे-

1. दावे के निपटान की गतिविधियों के संबंध मे वादविवाद
2. हानि की सूचना हेतु प्रक्रियाओं का विवरण
3. दावे की जांच एवं आकलन का मूल्यांकन
4. सर्वेक्षकों एवं हानि के आकलनकर्ताओं के महत्व का विवरण
5. दावे के प्रपत्रों की विषयवस्तु का चित्रण
6. दावों के समायोजन एवं निपटान की परिभाषा

A. दावे के निपटान की प्रक्रिया

1. दावों के निपाटान का महत्व

बीमा कंपनी की अत्यधिक महत्वपूर्ण गतिविधि, हानि की स्थिति में पॉलिसीधारकों के दावों का निपटान होता है। बीमाकर्ता, तात्कालिक, उचित एवं न्यायसंगत सेवा प्रदान करते हुए अपने वादों की पूर्ति करता है चाहे पॉलिसीधारको को भुगतान करना हो या तृतीय पक्ष द्वारा बीमाधारक के विरुद्ध दायर दावों का भुगतान करना हो।

एक, गैर-जीवन बीमा कंपनी ने अपने बोर्ड़ रूम में निम्नलिखित अभिलेख का प्रयोग किया था - "यदि संभव हो तो भुगतान करें; आवश्यक हो तो अस्वीकार करें"। यही बीमा के नेक कारोबार की भावना होती है।

व्यावसायिक रूप से दावों के निपटान को ही बीमा कंपनी का सर्वाधिक वृहद् विज्ञापन माना जाता है।

a) तत्परता

बीमाधारक, कार्पोरेट ग्राहक हो या वैयक्तिक व्यक्ति अथवा चाहे हानि का आकार बड़ा या छोटा हो, दावों का तात्कालिक निपटान ही महत्वपूर्ण होता है। यह अवश्य समझ लेना चाहिए कि, हानि के तुरंत बाद, बीमाधारक को बीमा क्षतिपूर्ति की आवश्यकता पड़ती है।

यदि उसे तात्कालिक रूप से धनराशि प्राप्त हो जाती है, तो यह उसके लिए अधिकतम उपयोगी सिद्ध होती है। बीमा कंपनी का कर्तव्य होता है कि उसके द्वारा, बीमाधारक की अत्यंत आवश्यकता के दौरान- हानि के पश्चात् जितना शीघ्र संभव हो सके, दावे की राशि का भुगतान किया जाना चाहिए।

b) व्यावसायिकता

बीमा अधिकारी, प्रत्येक दावे को उसके गुण-दोष के आधार पर मान्यता देते हैं तथा सभी दस्तावेज़ों, जिनसे नीचे उल्लिखित प्रश्नों का उत्तर प्राप्त होता है, की जांच किए बिना, पक्षपात अथवा पूर्वाग्रही विचारों से दावे को अस्वीकृत नहीं करते हैं।

i. क्या वास्तव में हानि घटित हुई थी ?

ii. यदि हाँ, क्या हानि की घटना ही क्षति का कारण थी?

iii. उक्त घटना से क्षति की मात्रा क्या थी?

iv. हानि का कारण क्या था?

v. क्या पॉलिसी के तहत हानि का बीमा करवाया गया था?

vi. क्या पॉलिसी के अनुबंध/शर्तों के अनुसार, दावा देय है?

vii. यदि हाँ, तो कितनी राशि देय होगी?

उपरोक्त प्रश्नों का उत्तर, बीमा कंपनी द्वारा पता लगाया जाना चाहिए।

दावों का संसाधन, एक महत्वपूर्ण गतिविधि होती है। दावों के सभी प्रपत्र, प्रक्रियाएं एवं संसाधनों की रचना कंपनी द्वारा ध्यानपूर्वक की गई है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि पॉलिसी के तहत सभी 'देय' दावों का भुगतान तात्कालिक रूप से किया जाता है तो जो देय नहीं होते हैं, का भुगतान नहीं किया जाता है।

एजेंट जो कि बीमाधारक के पहचान की कंपनी का प्रतिनिधि होता है, को सुनिश्चित करना पड़ता है कि सभी सुंसंगत प्रपत्रों को सही सूचना सहित विधिवत भरा गया है, हानि के साक्ष्य के सभी दस्तावेज़ों को संलग्न किया गया है तथा समय पर निर्धारित प्रक्रियाओं का अनुसरण किया जाता है तथा कंपनी को विधिवत प्रस्तुत किया जाता है। हानि के दौरान, एजेंट की भूमिका की चर्चा पहले ही की जा चकी है।

2. **हानि की सूचना अथवा नोटिस**

पॉलिसी की शर्तों में उल्लिखित होता है कि हानि की सूचना बीमाकर्ता को तुरंत प्रदान करनी चाहिए। तात्कालिक सूचना का यह प्रयोजन होता है कि बीमाकर्ता द्वारा शुरुआती स्तर पर ही हानि की जांच की जा सकती है। विलंब से, हानि संबंधी महत्वपूर्ण सूचना प्राप्त नहीं भी हो सकती है। साथ ही बीमाकर्ता को हानि को न्यूनतम करने हेतु उपाय सुझाने में आसानी होती है तथा शेष संपत्ति की सुरक्षा हेतु प्रयास करने में मदद मिलती है। हानि की सूचना यथोचित रूप से शीघ्र प्रदान की जानी चाहिए।

प्रारंभिक जांच/तहकीकात के बाद, दावा को एक संख्या आबंटित की जाती है तथा पॉलिसी की संख्या, बीमाधारक का नाम, हानि की राशि का अनुमान, हानि की तिथि, दावा आदि विवरण सहित दावे को रजिस्टर में दर्ज किया जाता है, अब दावा संसाधन हेतु तैयार माना जाता है।

कुछ प्रकार की पॉलिसियों(उदाहरण चोरी) के तहत, पुलिस के प्राधिकारियों को भी सूचना दी जाती है। कार्गो रेल परिवहन पॉलिसियों के तहत, रेलवे को भी सूचना दी जानी चाहिए।

3. **जांच एवं आकलन**

a) **समीक्षा**

बीमाधारक से दावा प्रपत्र की प्राप्ति पर, बीमाकर्ताओं द्वारा हानि की जांच एवं आकलन का निर्णय लिया जाता है। दावे की राशि छोटी होने की स्थिति में, बीमाकर्ताओं के अधिकारी द्वारा कारण की जांच तथा हानि की सीमा का पता लगाया जाता है।

अन्य दावों की जांच, स्वतंत्र लाइसेंसधारी व्यावसायिक सर्वेक्षकों को सुपुर्द की जाती है जो कि हानि के आकलन में विशेषज्ञ होते हैं। स्वतंत्र सर्वेक्षकों द्वार हानि का आकलन, इस सिद्धांत पर आधारित होता है कि, बीमाकर्ता एवं बीमाधारक दोनों ही हितपरायण पक्ष हैं, स्वतंत्र व्यावसायिक व्यक्त का गैरपक्षपाती विचार, दोनों पक्षों को तथा विवाद की स्थिति में न्यायालय को स्वीकृत होना चाहिए।

b) **दावे का आकलन**

आग लगने पर, दावे का आकलन सहायक दस्तावेज सहित सर्वेक्षण रिपोर्ट के आधार पर किया जाता है। जहाँ आवश्यकतानुसार, पुलिस की रिपोर्ट/अग्नि शामक की रिपोर्ट, जांचकर्ता की रिपोर्ट की भी मांग की जाती है। वैयक्तिक दुर्घटनात्मक दावों के मामले में, बीमाधारक की देखभाल कर रहे डॉक्टर से दुर्घटना का कारण अथवा रोग का स्वरूप, जैसा भी मामला हो, तथा विकलांगता की अवधि के संबंध में रिपोर्ट प्राप्त कर, प्रस्तुत की जानी चाहिए।

पॉलिसी की शर्तों के तहत, बीमाकर्ताओं को स्वतंत्र चिकित्सकीय जांच की व्यवस्था करने का अधिकार प्राप्त होता है। 'कर्मचारी क्षतिपूर्ति' दावों के समर्थन में चिकित्सकीय साक्ष्य की भी मांग की जाती है। पशु धन संबंध दावों का आकलन, पशुचिकित्सक की रिपोर्ट के आधार पर किया जाता है।

सूचना

हानि अथवा क्षति की सूचना की प्राप्ति पर बीमाकर्ता द्वारा निम्नलिखित जांच की जाती है:

1. हानि अथवा क्षति के घटने की तिथि पर बीमा पॉलिसी वैध थी या नहीं
2. हानि अथवा क्षति, बीमाकृत खतरा द्वारा घटित है या नहीं
3. हानि से प्रभावी संपत्ति (बीमा की विषयवस्तु) क्या पॉलिसी के तहत बीमित की गई संपत्ति ही है या नहीं
4. हानि की सूचना, बिना विलंब के प्राप्त की गई है या नहीं।

मृत्यु एवं वैयक्तकि चोट संबंधी मोटर तृतीय पक्ष दावों का आकलन, डॉक्टर की रिपोर्ट के आधार पर किया जाता है। उक्त दावों का निपटान, मोटर दुर्घटना दावा ट्रिब्यूनल द्वारा किया जाता है एवं प्रदत्त की जाने वाली राशि का निर्णय, आयु, दावेदार की आय जैसे घटकों से किया जाता है।

तृतीय पक्ष की संपत्ति की क्षति संबंधी दावों का आकलन, सर्वेक्षण रिपोर्ट के आधार पर किया जाता है।

- ✓ मोटर निजी क्षति दावा का आकलन सर्वेक्षक की रिपोर्ट के आधार पर किया जाता है।
- ✓ तृतीय पक्ष की क्षति शामिल होने पर पुलिस के रिपोर्ट की आवश्यकता पड़ सकती है।

सूचना

जांच, हानि के आकलन से भिन्न होती है। यह सुनिश्चित करने हेतु कि वैध दावा दायर किया गया है तथा महत्वपूर्ण विवरणों के सत्यापन एवं संदेह जैसे बीमायोग्य हित की अनुपस्थिति, महत्वपूर्ण तथ्यों का सत्यापन का दमन अथवा गलत बयानी, जानबूझकर हानि की स्थिति उत्पन्न करना आदि को दूर करने के लिए जांच की जाती है।

बीमा सर्वेक्षकों द्वारा भी जांच की कार्रवाई की जाती है। सर्वेक्षक द्वारा उक्त कार्य की शुरुआत शीघ्र किए जाने पर अत्यंत सहायक होती है। अतः दावा प्राप्त होने की सूचना प्राप्त होने पर तुरंत ही जितनी जल्दी हो सके, सर्वेक्षक को नियुक्त किया जाता है।

B. सर्वेक्षकों तथा हानि के आकलनकर्ताओं की भूमिका

a) सर्वेक्षक

सर्वेक्षक, आईआरडीआई से लाइसेंस प्राप्त व्यावसायिक होते हैं। वे विशिष्ट विषयों में निरीक्षण तथा हानि के आकलन में विशेषज्ञ होते हैं। सर्वेक्षकों को शुल्क, उन्हें नियुक्त किए गए बीमाकर्ताओं द्वारा दी जाती है। सर्वेक्षकों एवं हानि के आकलनकर्ताओं को सामान्य बीमा कंपनियों द्वारा सामान्यतः दावा दायर किए जाने पर नियुक्त किया जाता है। वे संबंधित संपत्ति का निरीक्षण करते हैं, उसकी जांच कर हानि की परिस्थितियों एवं कारणों का सत्यापन करते हैं। साथ ही वे हानि की मात्रा का भी अनुमान लगाते हैं तथा बीमा कंपनी को रिपोर्ट प्रस्तुत करते हैं।

वे भविष्य में हानियों की रोकथाम हेतु उचित उपायों के संबंध में बीमाकर्ताओं को सुझाव भी देते हैं। सर्वेक्षक बीमा अधिनियम, 1938, बीमा नियम 1939 एवं आईआरडीएआई द्वारा जारी विशिष्ट विनियमों द्वारा प्रशासित होते हैं।

'यात्रा पॉलिसी' के मामले में देश के बाहर किए गए दावे अथवा निर्यात हेतु 'मरीन खुले आवरण' के तहत आकलन, पॉलिसी में नामित, विदेश में उपस्थित एजेंटों द्वारा किया जाता है। इन एजेंटों द्वारा हानि का आकलन कर भुगतान किया जाता है, जिसकी प्रतिपूर्ति बीमाकर्ताओं द्वारा उनके शुल्क के निपटान सहित की जाती है। वैकल्पिक रूप से, दावा संबंधी सभी दस्तावेजों को बीमा दावा निपटान एजेंटों द्वारा संग्रहित किया जाता है तथा उनके आकलन सहित बीमाकर्ताओं को प्रस्तुत किया जाता है।

महत्वपूर्ण

बीमा अधिनियम की धारा 64

मोटर स्वयं क्षति की रु. 50 हज़ार से अधिक दावा तथा संपत्ति की अन्य क्षति हेतु एक लाख रुपए के संबंध में बीमाकर्ताओं को ऐसे दावों के लिए सर्वेक्षक एवं आकलनकर्ताओं की नियुक्ति अवश्य करनी पड़ती है। अन्य दावों के लिए बीमाकर्ताओं द्वारा आकलन के लिए अन्य व्यक्ति(ऐसा व्यक्ति न हो जिसे वर्तमान में सर्वेक्षक अथावा हानि आकलक के रूप में नियुक्ति हेतु जिसे अयोग्य घोषित किया गया हो) की नियुक्ति का जा सकती है।

5. दावा प्रपत्र

दावा प्रपत्र की विषयवस्तु, बीमा के प्रत्येक वर्ग हेतु भिन्न-भिन्न होती हैं। सामान्यत, हानि संबंधी संपूर्ण सूचना प्राप्त करने हेतु दावा प्रपत्र तैयार की जाती है, जैसे हानि की तारीख, समय, हानि का कारण, हानि की मात्रा आदि। अन्य प्रश्न, बीमा के वर्गों के अनुसार भिन्न-भिन्न हो सकते हैं।

उदाहरण

अग्नि दावा प्रपत्र में प्राप्त की जाने वाली सूचना, उदाहरण स्वरूप, नीचे प्रस्तुत हैः

i. बीमाधारक का नाम, पॉलिसी संख्या एवं पता

ii. आग लगने की तिथि, समय एवं कारण

iii. क्षतिग्रस्त संपत्ति का विवरण

iv. आग क दौरान संपत्ति का सशक्त मूल्य। बीमा में कई वस्तुएं शामिल किए जाने की स्थिति में, किस के तहत दावा किया गया है, संबंधी सूचना। (दावा, हानि के घटने के स्थल एवं समय पर, जिसमें मूल्यह्रास टूट-फूट को शामिल किया गया है, वास्तविक मूल्य पर आधारित होनी चाहिए(सिवाय यह की बिल्डिंग, यंत्र एवं मशीनरी के संबंध में पॉलिसी, "पुनःस्थापना मूल्य" के आधार पर नहीं ली गई है। इसमें लाभ को शामिल नहीं किया जाता है।]

v. साल्वेज मूल्य की कटौती के बाद दावा की गई राशि

vi. आग जिस परिसर में लगी है, की परिस्थिति एवं अधिभोग

vii. जिस योग्यता से दावों की बीमा कराई गई हो चाहे मालिक के रूप में, गिरवी पर अथवा ऐसी अन्य विषयों के समान।

viii. यदि कोई अन्य व्यक्ति भी क्षतिग्रस्त संपत्ति में रुचि रखता हो

ix. उक्त संपत्ति पर कोई अन्य प्रकार की बीमा लागू होने पर, उसके विवरण।

इसके पश्चात्, बीमाधारक के हस्ताक्षर एवं तिथि के रूप में विवरण की सत्यता एवं सटीकता के संबंध में घोषणा प्रस्तुत की जाती है।

बीमा कंपनी द्वारा दावा प्रपत्र जारी करने का यह आशय नहीं होता है कि बीमाकर्ताओं द्वारा दावा की देयता को स्वीकृत कर लिया गया है। दावा प्रपत्रों को, 'बिना किसी पूर्वाग्रह के' टिप्पणी सहित जारी किया जाता है।

सहायक दस्तावेज़

दावा प्रपत्र के अतिरिक्त, दावे के साक्ष्य के रूप में दावेदार द्वारा कुछ दस्तावेजों की प्रस्तुति आवश्यक होती है अथवा बीमाकर्ताओं द्वारा प्राप्त की जाती है।

i. अग्नि दावों के लिए, अग्नि शामक से रिपोर्ट आवश्यकता होती है।

ii. तूफान से क्षति की स्थिति में, मौसम विज्ञान कार्यालय से रिपोर्ट की मांग की जा सकती है

iii. चारी के दावों में, पुलिस से रिपोर्ट, आवश्यक हो सकती है

iv. घातक दुर्घटना के दावों में, मृत्यु समीक्षक एवं पुलिस से रिपोर्ट आवश्यक हो सकती है।

v. मोटर वाहन दावों के लिए, बीमाकर्ता द्वारा ड्राइविंग लाइसेंस, पंजीकरण पुस्तिका, पुलिस रिपोर्ट आदि की जांच की जा सकती है।

vi. मरीन कार्गो दावों में, हानि के प्रकार के अनुसार, दस्तावेज़ भिन्न-भिन्न हो सकते हैं, अर्थात् कुल हानि, विशेष औसत, अंतर्देशीय अथवा विदेशी पारगमन दावे आदि।

स्वमूल्यांकन 1

निम्नलिखित में से कौन सी गतिविधियों को दावों के निपटान में, व्यावसायिक नहीं माना जाता है?

I. हानि के कारण की जानकारी प्राप्त करना

II. पूर्वाग्रह के साथ दावे का संसाधन करना

III. यह जानना कि हानि, बीमित आपदा के परिणामस्वरूप हुई या नहीं

IV. दावे के तहत तेय राशि का परिमाण निर्धारित करना

स्वमूल्यांकन 2

राज की दुर्घटना हुई है। उसकी गाड़ी मोटर वाहन व्यापक पॉलिसी के तहत बीमित है। निम्नलिखित में से राज दवारा की जाने वाली सर्वाधिक उपयक्त कार्रवाई क्या होगी ?

I. जितनी जल्दी संभव हो सके, बीमाकर्ता को हानि की सूचना देना

II. बीमा नवीनीकरण के दौरान बीमाकर्ता को सूचित करना

III. मोटर गाड़ी को और अधिक क्षति पहुँचाना ताकि अधिक प्रतिपूर्ति प्राप्त की जा सके

IV. क्षति को नज़रअंदाज़ कर देना

स्वमूल्यांकन 3

दावों की जांच एवं दावों के आकलन के संबंध में निम्नलिखित में से कौन से कथन सही हैं?

I. दावे की जांच एवं दावे का आकलन, एक ही होता है

II. दावे की जांच, दावे की वैधता निर्णीत करने हेतु की जाती है जबकि आकलन, यह जानने के लिए कि हानि बीमित आपदा के कारण हुई थी या नहीं एवं क्या किसी प्रकार का उल्लंघन हुआ था, किया जाता है।

III. दावे के आकलन से दावे क वैधता निर्णीत करने की कोशिश की जाती है जबकि जांच में हानि का कारण तथा उसके परिमाण पर अधिक ध्यान दिया जाता है।

IV. दावा प्रदत्त किए जाने से पहले दावे की जांच की जाती है तथा दावे का आकलन, दावा प्रदत्त किए जाने के बाद किया जाता है।

स्वमूल्यांकन 4

सर्वेक्षकों का लाइसेंस प्रदान करने वाले प्राधिकारी कौन होते हैं?

I. भारतीय सर्वेक्षक संस्था

II. सर्वेक्षक, विनियामक एवं विकास प्राधिकारी

III. भारतीय, बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकारी

IV. भारत सरकार

स्वमूल्यांकन 5

आँधी से क्षति पर दावा की जांच करते समय, निम्नलिखित में से किन दस्तावेज़ों की मांग की संभावना अधिक होती है?

I. मृत्यु समीक्षक(कोरोनर) की रिपोर्ट

II. अग्नि शामक से रिपोर्ट

III. पुलिस की रिपोर्ट

IV. मौसम विज्ञान विभाग से रिपोर्ट

स्वमूल्यांकन 6

निम्नलिखित में से किस सिद्धांत के तहत बीमाकर्ता द्वारा पॉलिसी के तहत प्रदत्त तृतीय पक्ष की हानि से धन की वापसी हेतु बीमाधारक के अधिकारों का अनुमान लगाया जा सकता है?

I. अंशदान

II. अदायगी (डिस्चार्ज)

III. प्रत्यासन (सब्रोगेशन)

IV. क्षतिपूर्ति

स्वमूल्यांकन 7

यदि, बीमाकर्ता द्वारा यह निर्णय लिया जाता है कि पॉलिसी के तहत उक्त हानि को आवरित न किए जाने के कारण वह देय नहीं है, ऐसे मामलों का निर्णय कौन लेता है?

I. बीमाकर्ता का निर्णय अंतिम होता है

II. अंपायर

III. मध्यस्थ

IV. न्यायालय

सारांश

a) व्यावसायिक रूप से दावों के निपटान को बीमा कंपनी का सर्वाधिक बृहत् विज्ञापन माना जाता है।

b) पॉलिसी की शर्तों में दिया गया है कि, हानि की सूचना बीमाकर्ता को तात्कालिक रूप से दी जानी चाहिए।

c) दावे की राशि, छोटी होने की स्थिति में, हानि का कारण एवं परिमाण का निर्णयन बीमाकर्ता के अधिकारी द्वारा किया जाता है। परंतु अन्य दावों के लिए, स्वतंत्र लाइसेंसयुक्त व्यावसायिक सर्वेक्षक, जो कि हानि के आकलन के विशेषज्ञ होते हैं, को सुपुर्द किया जाता है।

d) सामान्यतः, दावे के प्रपत्र की रचना, हानि की परिस्थियों की संपूर्ण जानकारी हेतु तैयार की जाती है, जैसे हानि की तिथि, समय हानि का कारण, हानि का परिमाण आदि।

e) दावे का आकलन ऐसी प्रक्रिया है जिसमें यह निर्णीत किया जाता है कि, बीमाकृत द्वारा वहन की गई हानि, बीमित आपदा के कारण ही घटी थी अथवा उसमें वारंटी का किसी प्रकार का उल्लंघन किया गया था। बीमाधारक द्वारा वहन की गई हानि का परिमाण एवं पॉलिसी के तहत बीमाकर्ता की देयता, दोनों का आकलन किया जाता है। यह प्रक्रिया, दावे के भुगतान से पहले की जाती है।

f) पॉलिसी के तहत अदायगी(डिस्चार्ज) प्राप्त करने के बाद ही दावे का निपटान किया जाता है।

मुख्य शब्दावलियां

a) हानि की सूचना

b) जांच एवं आकलन

c) सर्वेक्षक एवं हानि के आकलनकर्ता

d) दावा के प्रपत्र

e) समायोजन एवं निपटान

स्वमूल्यांकन के उत्तर

उत्तर 1 - II सही विकल्प है।

उत्तर 2 - I सही विकल्प है।

उत्तर 3- II सही विकल्प है।

उत्तर 4- III सही विकल्प है।

उत्तर 5- IV सही विकल्प है।

उत्तर 6- III सही विकल्प है।

उत्तर 7- IV सही विकल्प है।

अनुभाग
परिशिष्ट

अध्याय A-01

परिशिष्ट

यह परिशिष्ट इसीलिए प्रस्तुत किए गए हैं ताकि विद्यार्थियों को सामान्य बीमा में प्रयुक्त प्रस्ताव प्रपत्रों के संबंध में बेहतर जानकारी प्राप्त हो सके।

परिशिष्ट ए

मोटर बीमा प्रस्ताव प्रपत्र

निजी मोटर वाहन/दुपहिया- पैकेज पॉलिसी

प्रस्तावकर्ता का नाम		
पत्र-व्यवहार हेतु पता	बीमाधारक की पहचान	
टेलीफोन एवं फैक्स नंबर		मोबाइल नंबर
ईमेल पता		
बैंक खाता संख्या बचत/चालू		पैन संख्या
एचपीए/हाइपोथिकेशन		
आवश्यक पॉलिसी का प्रकार	**पैकेज पॉलिसी**	
बीमा की अवधि	......समय से दिनांक-	सेवा में

मोटर वाहन का विवरण

पंजीकरण संख्या	इंजिन सं. और चैसिस सं	निर्माण का वर्ष	बनावट और मॉडल मुख्य भाग का प्रकार	क्यूबिक क्षमता	बैठने की व्यवस्था	रंग	प्रयुक्त फ्यूल
	बीमित वाहन की सही पहचान						

पंजीकरण प्राधिकारीः नाम एवं स्थान

वाहन का मूल्यः

बिल का मूल्य	इलेक्ट्रिक/इलेक्ट्रॉनिक उपकरण	गैर-इलक्ट्रिकल उपकरण	साइड़ मोटर/ट्रेलर	एलपीजी/सीएनजी किट	कुल मूल्य	आईडीवी

यह दावे के निपाटन एवं प्रीमियम का आधार होता है

वाहन का इतिहास

पिछली पॉलिसी की संख्या	सुरक्षा का प्रकार	बीमाकर्ता का नाम एवं पता	अदावी बोनस की पात्रता	पॉलिसी के समापन की तिथि	दावे का अनुभव पिछले 3 वर्ष का	पहली खरीद की तिथि एवं पंजीकरण
				बीमालेखन घटक – मूल्यांकन पर प्रभाव		

वाहन का प्रयोग			
वाहन का प्रयोग	**वाहन के पार्किंग का विवरण**	ड्राइवर का विवरण	एक वर्ष में चलाई गई औसत करकिलोमीटर

मनोरंजन	**सुरक्षित गराज**	निजी	बीमाकर्ता को जोखिम को समझने में सहायक होता है
व्यावसायिक	**असुरक्षित गराज**	वेतनभोगी ड्राइवर	
कारोबार/व्यापार	**कॉम्पाउंड़ के अंदर**	सगे-संबंधी	
कार्पोरेट	**सड़क के किनारे**	मित्र	
	जोखिम न्यूनीकरण/प्रतिकूल जोखिम की जानकारी		

छूट एवं प्रभार

स्वैच्छिक अधिशेषः क्या आप पॉलिसी की अनिवार्य अधिशेष से भी अधिक, स्वैच्छिक अधिशेष के विकल्प का चयन करना चाहते हैं?	हाँ/नहीं – यदि हाँ, कृपया राशि की मात्रा विनिर्दिष्ट करें, दुपहिया – रु.500/700/1000/1500/3000 निजी
क्या आप, भारत की ऑटोमोबाइल संस्था के सदस्य हैं	हाँ/नहीं यदि हाँ, कृपया विवरण प्रस्तुत करें- 1. संस्था का नाम 2. सदस्यता संख्याः समापन की तिथिः
क्या वाहन में एआरएआई अनुमोदित चोरी विरोधी उपकरण लगाया गया है	हाँ/नहीं, यदि हाँ, एएएसआई द्वारा जारी स्थापना प्रमाणपत्र संलग्न करें
क्या वाहन को गैर-पारंपरिक स्रोत द्वारा चलाया जाता है	हाँ/नहीं, यदि हाँ, विवरण प्रस्तुत करें
क्या वाहन को द्वि-ईंधन किट/फाइबर गिलास टैंक लगाकर चलाया जाता है	हाँ/नहीं, यदि हाँ, विवरण प्रस्तुत करें
क्या आप, टीपीपीडी सुरक्षा की सांविधिक सीमा को रु.6000/- तक ही प्रतिबंधित रखना चाहते हैं	हाँ/नहीं **कंपनी की पॉलिसी के अनुसार प्रभार एवं छूट हेतु शामिल किए गए बीमालेखन के घटक**
अतिरिक्त सुरक्षा की आवश्यकता	
सहायक उपकरणों की चोरी(केवल दुपहिए के लिए)	
ड्राइवर के प्रति कानूनी देयता	
वेतनभोगी ड्राइवर के लिए व्यक्तिगत दुर्घटना	
अनिवार्य- मालिक ही ड्राइवर होने पर वैयक्तकि दुर्घटना आवरण	

मालिक ही ड्राइवर के लिए वैयक्तिक दुर्घटना आवरण अनिवार्य होती है। कृपया नामांकन विवरण प्रस्तुत करें

क. नामिति का नाम एवं आयुः
ख. संबंधः
ग. नियुक्त व्यक्ति का नामः **अतिरिक्त प्रीमियम के अधीन अतिरिक्त आवरण**
(नामिति के अवयस्क होने पर)
घ. नामिति से संबंधः

टिप्पणी : 1. दो व्यक्तियों के लिए, वैयक्तिक दुर्घटना आवरण, मालिक-ड्राइवर हेतु रु.1,00,000/- कि बीमित राशि हेतु अनिवार्य होती है।

1. अनिवार्य व्यक्तिगत दुर्घटना की राशि रु. 15 लाख होती है

2. कंपनी के स्वामित्व की वाहन, एक साझेदारी कंपनी अथवा समान प्रकार की निकाय कार्पोरेट अथवा मालिक-ड्राइवर के पास वैध लाइसेंस न होने की स्थिति में, मालिक-ड्राइवर के लिए अनिवार्य व्यक्तिगत दुर्घटना आवरण प्रदान नहीं की जा सकती है।

नामित व्यक्तियों के लिए पी. ए. आवरण

नामित निवासियों के लिए पीए आवरण	(एमटी-15)	क्या आप नामित व्यक्तियों के लिए वैयक्तिक दुर्घटना आवरण शामिल करना चाहते हैं?			
		नाम	चयनित सीएसआई	नामिति	संबंध
		1.			
		2.			
		3.			
		हाँ/नहीं, यदि हाँ, नाम तथा चयनित पूंजीगत बीमित राशि(सीएसआई) का उल्लेख करें (टिप्पणी : प्रति व्यक्ति, सीएसआई की उपलब्ध अधिकतम राशि, निजी वाहन हेतु रु.2लाख एवं मोटरकृत दुपहिए के लिए रु.1 लाख होती है)			
गैर-नामित व्यक्तियों/पिलियन/गैरनामित यात्रियों हेतु पी.ए. सुरक्षा					

अतिरिक्त आवरण		
शून्य मूल्यह्रास		
कर्टसी कार		
चिकित्सकीय व्यय		
वैयक्तिक प्रभाव		

ऐसी सूचना, जो मूल्यांकन और साथ ही कुछ सांख्यिकीयों के प्रयोजन पर प्रभावी हो सकती है।

अन्य विवरण	
जारी अतिरिक्त आवरणों का विवरण	
क्या वाहन का प्रयोजन निजी परिसरों तक सीमित है	हाँ/नहीं
क्या वाहन,विदेशी दूतावास के स्वामित्व की है	हाँ/नहीं
क्या वाहन को विन्टेज वाहन के रूप में प्रमाणित किया गया है	हाँ/नहीं
क्या वाहन का निर्माण नेत्रहीन/विकलांग व्यक्तियों को ध्यान में रखते हुए किया गया है	हाँ/नहीं, यदि हाँ, आरटीए द्वारा पृष्ठांकन का विवरण विनिर्दिष्ट करें
क्या वाहन का प्रयोग ड्राइविंग ट्यूशन के लिए किया जाता है	हाँ/नहीं
क्या भौगोलिक क्षेत्र के विस्तार की आवश्यकता है	नेपाल, बांग्लादेश, भूटान, मालदीव, पाकिस्तान, श्रीलंका

क्या आप एक पृष्ठ की पॉलिसी के इच्छुक हैं?   हाँ/नहीं

परम सद्भावना के सिद्धांत पर आधारित

बीमाधारक द्वारा प्रस्तुत घोषणा

मैं/हम एतद्दवारा घोषित करता/ते हूँ/हैं कि, इस प्रस्ताव प्रपत्र में मेर/हमारे द्वारा प्रस्तुत विवरण, सत्य हैं तथा मेरी/हमारी ज्ञान एवं विश्वास के अनुरूप हैं तथा मैं/हम, एतद्वारा सहमत हैं कि उक्त घोषणा ही मेरे/हमारे बीच अनुबंध का आधार होगी तथा ________________

मैं/हम, साथ ही एतद्दवार घोषणा करता/ते हूँ/हैं कि, उक्त प्रस्ताव प्रपत्र की प्रस्तुति के बाद संलग्न विषय अथवा संशोधन की सूचना, बीमाकर्ता को तात्कालिक रूप से दी जाएगी।

मैं/हम, पुष्टि करता/ते, हूँ/हैं कि पिछली पॉलिसी की समापन तिथि से वर्तमान तक मेरी/हमारी वाहन दुर्घटनाग्रस्त नहीं हुई है। मैं/हम, पुष्टि करता/ते, हूँ/हैं कि मैंने/हमने ___________को ___________पर प्रीमियम का भुगतान किया है।

उपरोक्त वाहन के प्रति आपसे की गई बीमा के संबंध में यह स्पष्ट है तथा इस विषय पर सहमित है कि, इससे पहले(समय) घटित किसी भी प्रकार की दुर्घटना से उत्पन्न हानि/क्षति/ देयता हेतु किसी भी प्रकार से आप उत्तरदायी नहीं होंगे।

मैं/हम यह घोषणा करता/ते, हूँ/हैं कि, वाहन सर्वोत्तम एवं सडक योग्य स्थिति में है।

स्थानः

दिनांक

प्रस्तावकर्ता का हस्ताक्षर

भारत गृह रक्षा, भारत सूक्ष्म एवं भारत लघु उद्यम के प्रस्ताव प्रपत्र

मानक उत्पादों तथा उनसे संबंधित प्रस्ताव प्रपत्रों अर्थात् भारत गृह रक्षा, भारत सूक्ष्म एवं भारत लघु उद्यम की स्पष्ट जानकारी प्राप्त करने के लिए, कृपया आईआरडीएआई वेबसाइट की नीचे उल्लखित लिंक को देखें।

https://www.irdai.gov.in/ADMINCMS/cms/Uploadedfiles/StandardProducts/Annexure-I-BharatGrihaRaksha.pdf