Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
1	पुराने ज़माने में, चीनी व्यापारी खतरनाक समुद्री मार्ग से सामान का परिवहन करते हुए अपना सामान अलग-अलग नावों में रखा करते थे। ऐसा क्यों किया जाता था?	चीनी नौकाएं छोटी होती थीं और उन पर भारी सामान ढोए जाते थे	चीन की सरकार ने यह अनिवार्य किया था कि सामान को कई शिपिंग कंपनियों में बाँट दिया जाये, ताकि कारोबार का समान वितरण हो सके	चीन के व्यापारी अपने सामान कई नावों में डालते थे, क्योंकि इससे पूर्ण नुकसान के विरुद्ध बीमा की सुविधा मिलती थी	चीन के व्यापारी अपने सामान कई नावों में डालते थे, क्योंकि यह किफायती होता था	3
2	भारतीय जीवन बीमा निगम (LIC) की स्थापना इनमें से किस अधिनियम के अंतर्गत की गई थी?	जीवन बीमा निगम अधिनियम, 1956	बीमा अधिनियम, 1938	जीवन बीमा कंपनियां अधिनियम, 1912	भारतीय बीमा कंपनियां अधिनियम, 1928	1
3	जोखिम की लागत किसके सीधे आनुपात में होती है?	हानि की संभावना और प्रभाव	केवल हानि की संभावना	हानि की संभावना और बीमा का उद्देश्य	हानि का प्रभाव और बीमा का उद्देश्य	1
4	इनमें से कौन सी सामाजिक सुरक्षा योजना, एक स्वास्थ्य बीमा योजना है?	पीएमवीवीवाई	पीएमएफबीवाई	पीएमजेएवाई	पीएमएसबीवाई	3
5	इनमें से कौन सा कथन गलत है?	पारस्परिकता के तहत, विभिन्न व्यक्तियों के फंड को एक साथ जोड़ा जाता है	पारस्परिकता को पूलिंग भी कहा जाता है	पारस्परिकता के तहत हमारे पास एक स्रोत से कई स्रोतों में फंड का प्रवाह होता है	पारस्परिकता किसी व्यक्ति की असामयिक मौत के कारण उत्पन्न होने वाले आर्थिक नुकसान के विरुद्ध सुरक्षा देता है। इस नुकसान को एक ऐसे फंड का सहारा देकर पूरा किया जाता है जो जीवन बीमा अनुबंध करने वाले कई लोगों के योगदानों का पूल बनाता है	3

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	**प्रश्न**	**विकल्प-1**	**विकल्प-2**	**विकल्प-3**	**विकल्प-4**	**विकल्प-उचित**
6	आधुनिक बीमा का प्रारंभिक प्रकार यूरोप में, विशेष रूप से 14वीं शताब्दी में ______, व्यापारिक सहकारी समितियों या सोसायटी द्वारा सुरक्षा के रूप में था।	स्पेन	फ्रांस	विकसित देशों में, तृतीयक स्वास्थ्य सेवा पर ज़्यादा ध्यान दिया जाता है, ताकि स्वास्थ्य समस्याओं के व्यापक, जटिल और दीर्घकालिक या गंभीर होने से पहले उनका समाधान कर लिया जाए	इटली	4
7	परम सद्भाव के उल्लंघन के संदर्भ में, इनमें से कौन सा कथन सही नहीं है?	छिपाने का मतलब इरादतन गैर-प्रकटीकरण है	छिपाने का मतलब निर्दोष गैर-प्रकटीकरण है	धोखाधड़ी का मतलब इरादतन गलतबयानी है	किसी बीमारी की मौजूदगी को छिपाना इरादतन गैर-प्रकटीकरण है	2
8	आपदा और खतरे में अंतर को स्पष्ट करें	आपदा(पेरिल) नुकसान का कारण है और खतरा (हैजार्ड) उस नुकसान का परिणाम है	आपदा (पेरिल) नुकसान का प्रत्यक्ष कारण है जबकि खतरा (हैजार्ड) नुकसान की संभावना को बढ़ाता/घटाता है	खतरा नुकसान नुकसान का प्रत्यक्ष कारण है जबकि आपदा (पेरिल) नुकसान की संभावना को बढ़ाता/घटाता है	आपदा (पेरिल) नुकसान की संभावना है जबकि खतरा (हैजार्ड) का संबंध नुकसान के प्रभाव से है	2
9	आईआरडीएआई का गठन आईआरडीए अधिनियम, 1999 के तहत वर्ष ________ में किया गया था।	1999	2000	2002	2003	2
10	भूकंप से होने वाले नुकसान ______ हैं।	गंभीर	सहयोगी	स्वाभाविक परिणाम	सामान्य	1
11	जीवन-बीमा-पॉलिसी के अंतर्गत शामिल निर्विवादिता-खण्ड के तहत, किनकी सुरक्षा की जाती हैं?	बीमा-कर्ता	बीमा-धारक	बीमा-अभिकर्ता	बीमा-दलाल (ब्रोकर)	2
12	निम्नलिखित में से कौन, अपने पेशे में दुर्घटना की जोखिम के दायरे में आने की संभाव्यता हैं? सबसे उचित विकल्प चुनिए।	चिकित्सकीय-पेशेवर	पर्यटक-मार्गदर्शक	विध्वंस-विशेषज्ञ	विपणन-कार्यकारी, जो, नियमित रूप से, क्षेत्र में रहते हैं।	3

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
13	यदि एक ही संपत्ति का एक से अधिक बीमा कंपनियों से बीमा कराया जाता है तो बीमा का कौनसा सिद्धांत लागू होता है?	अंशदान	परम सद्भाव	प्रस्थापन	आसन्न कारण	1
14	____________________ क्षतिपूर्ति का एक सहायक सिद्धांत है	बीमा हित	परम सद्भाव	प्रस्थापन	आसन्न कारण	3
15	निम्नलिखित पेशों में से किस में, स्वास्थ्य-जोखिम की संभाव्यता अधिक हैं?	योग-प्रशिक्षक	फिल्म करतब कलाकार	रात्रि-क्लब के नर्तक	खनन धूल के दायरे में रहने वाले लोग	4
16	बीमा कंपनियों को तथ्यात्मक जानकारी की आवश्यकता क्यों होती हैं?	दस्तावेजीकरण-प्रयोजन	जोखिम की स्वीकृति और संबद्ध नियमों एवं शर्तों पर निर्णय लेना	नियामक आवश्यकताओं का पालन करना	ग्राहक-सेवा में सुधार करना	2
17	जुआ और बीमा की तुलना कीजिए।	जुआ और बीमा, दोनों, एक समान हैं।	जुआ में कोई बीमा-योग्य-हित शामिल नहीं होता हैं, लेकिन, बीमा में यह होता हैं।	बीमा का केवल लाभकारी परिणाम होता हैं, जब कि, जुआ का परिणाम नुकसान हो सकता हैं।	जुआ, कानूनी रूप से लागू करने योग्य हैं, जब कि, बीमा ऐसा नहीं हैं।	2
18	परम सद्भाव के सिद्धांत को दर्शाने वाले परिदृश्य का चयन कीजिए।	प्रीमियम का समय पर भुगतान करना।	एक बीमा प्रस्ताव-प्रपत्र पर, सभी तथ्यात्मक जानकारियों का खुलासा करना।	एक बीमा प्रस्ताव-प्रपत्र पर, सभी तथ्यात्मक जानकारियाँ, झूठी बताना।	एक बीमा प्रस्ताव-प्रपत्र पर, सभी अप्रासंगिक जानकारियों का खुलासा करना।	2
19	जीवन-बीमा की विषय-वस्तु में बीमा-धारक के हित को रेखांकित करें। सबसे उचित विकल्प चुनिए।	सट्टा हित	दांव का हित	बीमा-योग्य-हित	क्षतिपूर्ति का हित	3

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
20	प्रीमियम के अग्रिम भुगतान के लिए बीमा नियम 1939 की धारा 59 के अंतर्गत उल्लेखित अपेक्षाएं।	प्रीमियम अग्रिम रूप से प्राप्त न हो जाने तक कोई जोखिम स्वीकार नहीं माना जाएगा।	भारत में बीमा क्रेडिट आधार पर नहीं बेचा जा सकता है।	कुछ निश्चित शर्तों के अधीन रूग्णता बीमा, समूह व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा, चिकित्सा लाभ बीमा और अस्पताल में भर्ती बीमा योजनाओं के लिए किश्तों में प्रीमियम स्वीकार करना।	इनमें से कोई नहीं	3
21	नीचे दी गई शर्तों की जांच करें और हमें बताएं कि फ्री-लुक अवधि के दौरान पॉलिसी वापस करने के लिए कौन सी वैध शर्त नहीं है। I: पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर इस विकल्प का प्रयोग किया जाना चाहिए II: संचार लिखित रूप में होना चाहिए III: संचार मौखिक या लिखित हो सकता है	केवल I	केवल II	केवल III	I और III	3
22	बीमा अधिनियम की धारा 45 (निर्विवादिता खण्ड), बीमा-कंपनी द्वारा दावे को अस्वीकार किए जाने से, पॉलिसी-धारक की रक्षा करता हैं, बशर्ते कि पॉलिसी ने --- का अवधि पूरा कर लिया हैं। सबसे उचित विकल्प चुनिए।	एक वर्ष	तीन वर्ष	पाँच वर्ष	सात वर्ष	2

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
23	आत्महत्या-खण्ड के अनुसार, अगर पॉलिसी जारी होने के 3 वर्षों के बाद, आत्महत्या के परिणाम-स्वरूप, बीमा-धारक की मृत्यु होती हैं, तो, लाभार्थी को, दावे के रूप में क्या प्राप्त होता हैं?	कुछ नहीं	बीमा-धारक द्वारा भुगतानित प्रीमियम	बीमा-धारक द्वारा भुगतानित प्रीमियम का 2 गुणा	पॉलिसी की पूरी बीमित-राशि	4
24	प्रथम प्रीमियम रसीद का क्या महत्व हैं?	मुक्त-अभिमुख (फ्री-लुक) अवधि समाप्त हो गयी हैं।	यह प्रमाण हैं, कि, पॉलिसी-अनुबंध शुरू हो गया हैं।	अब पॉलिसी रद्द नहीं की जा सकती हैं।	पॉलिसी ने एक निश्चित नकद-मूल्य प्राप्त कर लिया हैं।	2
25	उस दस्तावेज़ की पहचान कीजिए, जो, बीमा-कर्ता और बीमा-धारक के बीच, एक अनुबंध का प्रमाण बनता हैं।	प्रस्ताव-प्रपत्र	दावा-प्रपत्र	नामांकन-प्रपत्र	पॉलिसी-दस्तावेज़	4
26	निम्नलिखित कथनों में से कौन सा एक, जोखिम-अंकन की अंकीय-दर्जांकन-विधि के संबंध में, असत्य हैं?	इस विधि में, जोखिम-अंकन-कर्ता, सभी नकारात्मक अथवा प्रतिकूल कारकों के लिए, सकारात्मक दराकंन देते हैं।	इस विधि में, जोखिम-अंकन-कर्ता, किसी भी सकारात्मक अथवा अनुकूल कारकों के लिए, सकारात्मक दराकंन देते हैं।	इस विधि में, इस प्रकार दिए गए अंकों की कुल संख्या, यह तय करती हैं, कि, इसे कितनी अतिरिक्त मर्त्यता सकारात्मक दराकंन दी गयी हैं।	इस विधि में, अगर अतिरिक्त मृत्यु-दर दराकंन (ई.एम.आर.) बहुत अधिक होते हैं, तो, बीमा को अस्वीकार भी किया जा सकता हैं।	2
27	निम्नलिखित कथनों में से कौन सा एक, जोखिम-अंकन के निर्णय-विधि के संबंध में, असत्य हैं?	इस विधि में, व्यक्ति-परक निर्णय का प्रयोग किया जाता हैं।	इस विधि का प्रयोग, विशेष रूप से, जटिल मामलों में किया जाता हैं।	इस विधि में, कंपनी, चिकित्सक की विशेषज्ञ राय मांग सकती हैं।	इस विधि में, जोखिम-अंकन-कर्ता, प्रतिकूल कारकों के लिए, सकारात्मक दराकंन अथवा नकारात्मक दराकंन देते हैं।	4

क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
28	श्री. विमल, एक 32-वर्षीय, स्वस्थ, धूम्रपान न करने वाले, पूर्णतः मद्यत्यागी व्यक्ति हैं, जो, ए.बी.सी. बीमा कम्पनी मर्यादित को, जीवन-बीमा के लिए आवेदन करते हैं। निम्नलिखित कथनों में से कौन सा एक, बीमा-कंपनी द्वारा जोखिम की स्वीकृति के संबंध में, सही होगा?	जोखिम को, सामान्य दरों पर, स्वीकार किया जाएगा।	जोखिम को, प्रीमियम की तालिका दर पर अतिरिक्त प्रीमियम के साथ, स्वीकार किया जाएगा।	जोखिम को, बीमा-राशि पर ग्रहणाधिकार के साथ, स्वीकार किया जाएगा।	जोखिम को, एक प्रतिबंधात्मक खण्ड के साथ, स्वीकार किया जाएगा।	1
29	अगर, एक 40-वर्षीय व्यक्ति, श्री. बृजेश को बीमा-कंपनी द्वारा “अव-मानक जोखिम” समझा जाता हैं, तो, निम्नलिखित कथनों में से कौन सा एक, बीमा-कंपनी द्वारा जोखिम की स्वीकृति के संबंध में, सही होगा?	जोखिम को सामान्य दरों पर स्वीकार किया जाएगा।	जोखिम को कम दरों पर स्वीकार किया जाएगा।	जोखिम को प्रीमियम की तालिकाबद्ध दर पर एक अतिरिक्त के साथ स्वीकार किया जाएगा ।	जोखिम को अस्वीकार किया जाएगा।	3
30	जोखिम-वर्गीकरण का क्या मतलब हैं? सबसे उचित विकल्प चुनिए।	वह प्रक्रिया, जिस में, व्यक्तिगत जीवनों को, उनके जोखिमों के स्तर के आधार पर, विभिन्न जोखिम-श्रेणियों में वर्गीकृत और आवंटित किया जाता हैं।	ऐसे लोगों की प्रवृत्ति हैं, जो, यह संदेह करते अथवा जानते हैं, कि, एक नुकसान का अनुभव करने की उनकी संभाव्यता अधिक हैं, व्यग्रता से, बीमा की माँग करने और इस प्रक्रिया में लाभ अर्जित करना चाहते हैं।	जीवन-बीमा के प्रत्येक प्रस्ताव का मूल्यांकन, इसमें प्रदर्शित जोखिम के स्तर के संदर्भ में करने, और फिर यह तय करने की प्रक्रिया, कि, बीमा प्रदान किया जाए अथवा नहीं, और किन शर्तों पर ऐसा किया जाए।	वह प्रक्रिया, जिस में, समान जोखिम-स्तर के दायरे में आने वाले आवेदकों को, एक ही प्रीमियम-श्रेणी में रखा जाता हैं।	1
31	दावे के भुगतान पर, जीवन बीमा पॉलिसी-	आनुपातिक प्रीमियम के भुगतान पर बहाल की जा सकती है।	निरस्त रहेगी।	स्वतः समाप्त हो जाएगी।	पॉलिसी अवधि के अंत तक जारी रहेगी।	3

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
32	दावे के भुगतान पर, व्यक्तिगत विश्वस्तता (फिडेलिटी) गारंटी पॉलिसी-	आनुपातिक प्रीमियम के भुगतान पर बहाल की जा सकती है।	निरस्त रहेगी।	स्वतः समाप्त हो जाएगी।	पॉलिसी अवधि के अंत तक जारी रहेगी।	3
33	मध्यस्थ ________________को नियुक्त करते हैं, जो बैठक की अध्यक्षता करता है।	अध्यक्ष	सभापति	अम्पायर	न्यायाधीश	3
34	देयता के प्रश्न से संबंधित विवाद __________________ के माध्यम से सुलझाया जाता है।	मध्यस्थता	चर्चा	मुकदमेबाजी	आपसी समझ	3
35	श्री. निमेष ने, एक, 20-वर्षीय, युनिट-सहबद्ध बीमा-योजना (युनिट-लिंक्ड इन्श्युरन्स-प्लॅन (यू.एल.आई.पी. (यूलिप))) खरीदी हैं। अगर, पॉलिसी-अवधि के भीतर, श्री. निमेष की मृत्यु हो जाती हैं, तो, निम्नलिखित में से क्या भुगतान किया जाएगा?	समर्पण-मूल्य	भुगतान किए गए प्रीमियम, बकायों की कटौती करने के बाद	बीमा-राशि अथवा निधि-कोष मूल्य, इन में से कम	बीमा-राशि अथवा निधि-कोष मूल्य, में से अधिक देय होगा	4
36	जीवन-बीमा-धारक की मृत्यु की धारणा के मामले में, नामिती द्वारा, निम्नलिखित दस्तावेजों में से, कौन से को प्रस्तुत किया जाना आवश्यक हैं?	नगर निगम का मृत्यु प्रमाण-पत्र	एक सक्षम न्यायालय से आदेश	नियोक्ता का प्रमाण-पत्र	तहकीकात का प्रतिवेदन	2

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
37	श्री. ब्रिजेश ने, ए.बी.सी. बीमा कंपनी से, एक 20-वर्षीय युनिट-सहबद्ध बीमा-योजना (युनिट-लिंक्ड इन्श्युरन्स-प्लॅन (यू.एल.आई.पी. (यूलिप))) योजना खरीदी हैं। अगर, पॉलिसी की परिपक्वता से पहले, श्री. ब्रिजेश की मृत्यु हो जाती हैं, तो, बीमा-कंपनी को --- का भुगतान करना होगा।	समर्पण-मूल्य	बकाया राशियों की कटौती के बाद, प्रीमियम	बीमा-राशि अथवा अंकित मूल्य से कम	बीमा-राशि अथवा निधी / कोष मूल्य से अधिक देच होगा	4
38	निम्नलिखित दावों में से कौन सा, केवल समनुदेशिती अथवा नामिती को ही, देय हो सकता हैं?	मृत्यु-दावा	परिपक्वता-दावा	उत्तरजीविता-लाभ	समर्पण-मूल्य	1
39	निम्नलिखित दस्तावेज़ों में से कौन सा, बीमा-धारक की प्राकृतिक मृत्यु के मामले में, नामिती द्वारा प्रस्तुत किया जाना आवश्यक हैं? सबसे उचित विकल्प चुनिए।	तहकीकात का प्रतिवेदन	मृत्यु प्रमाण पत्र	शव-परीक्षा प्रतिवेदन	प्रथम सूचना प्रतिवेदन (एफ.आई.आर.)	2

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
40	प्रस्ताव प्रपत्र के संबंध में इनमें से कौनसा/से कथन/कथन सत्य है/हैं? A) प्रस्ताव प्रपत्र को, प्रस्तावक द्वारा लिखित या इलेक्ट्रॉनिक प्रारूप में भरा जा सकता है। B) प्रस्ताव प्रपत्र में बीमा कवर, वारंटी, नियम और शर्तों का विवरण होता है। C) प्रस्ताव प्रपत्र में दी गई जानकारी के आधार पर बीमाकर्ता, बीमा प्रस्ताव को स्वीकार या अस्वीकार करने का निर्णय ले सकता है।	A और B	A और C	केवल C	यह सभी	2
41	प्रस्ताव प्रपत्र में प्रस्तावक की घोषणा पर परम सद्भाव के _______________________________ को परम सद्भाव के ___________________________ में परिवर्तित करती है।	कानूनी कर्तव्य, सामान्य कानून सिद्धांत	संविदात्मक कर्तव्य, सामान्य कानून सिद्धांत	सामान्य कानून सिद्धांत, संविदात्मक कर्तव्य	सामान्य कानून सिद्धांत, कानूनी कर्तव्य	3

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
42	आप बीमा एजेंट हैं। श्री महेश ने कोई बीमा खरीदने के लिए ग्राहक के रूप में आपसे संपर्क किया है। आपने दोस्तों से सुना है कि श्री महेश पायरेटेड सामान की बिक्री में शामिल हैं और इससे प्राप्त होने वाली सारी नकदी जीवन बीमा खरीदने में निवेश की जाती है। आपको क्या करना चाहिए?	बिक्री पूरी करने और कमीशन सुरक्षित करने पर ध्यान देना	श्री महेश के बारे में आपके पास मौजूद सारी जानकारी के साथ संदेहजनक लेनदेन की रिपोर्ट करना	श्री महेश को ब्लैकमेल करना और उससे कुछ आर्थिक लाभ पाने की कोशिश करना	लेनदेन के बारे में चुप्पी साध लेना	2
43	प्रॉस्पेक्टस द्वारा प्रकट की जाने वाली महत्वपूर्ण जानकारी में शामिल है: I. पॉलिसीधारकों को शीघ्र बीमा कराने के लिए पुरस्कृत करने से जुड़ा कोई प्रोत्साहन II. निरंतर नवीनीकरण के लिए पॉलिसीधारकों को पुरस्कृत करने से जुड़ा कोई प्रोत्साहन III. अनुकूल दावों के अनुभव के लिए पॉलिसीधारकों को पुरस्कृत करने से जुड़ा कोई प्रोत्साहन	केवल I	I और II	II और III	I, II और III	1

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
44	अगर, एक निश्चित पॉलिसी-दस्तावेज़ का वर्णन करने के लिए, जटिल भाषा का प्रयोग किया जाता हैं, और इससे एक अस्पष्टता उत्पन्न होती हैं, तो, आम तौर पर, इसे कैसे समझा जाएगा?	बीमा-धारक के पक्ष में	बीमा-कर्ता के पक्ष में	पॉलिसी, अमान्य घोषित की जाएगी, और, बीमा-कंपनी से बीमा-धारक को, ब्याज के साथ, प्रीमियम, वापस करने के लिए कहा जाएगा।	पॉलिसी, अमान्य घोषित की जाएगी, और, बीमा-कंपनी से, किसी ब्याज के बिना, बीमा-धारक को, प्रीमियम, वापस करने के लिए कहा जाएगा।	1
45	निम्नलिखित में से क्या, एक मानक पॉलिसी-दस्तावेज़ का हिस्सा नहीं हैं?	पॉलिसी-अनुसूची	मानक प्रावधान	पॉलिसी के विशेष प्रावधान	पॉलिसी-जब्ती के प्रावधान	4
46	पॉलिसी के मानक प्रावधान का एक उदाहरण दीजिए।	अनुबंध लिखने के समय, गर्भवती महिला के लिए, गर्भावस्था के कारण मृत्यु को प्रतिबंधित करने वाला एक खण्ड	आत्महत्या का खण्ड	कुछ बीमारियों को प्रतिबंधित करने वाला एक खण्ड	पॉलिसी-धारक को कुछ विशेषाधिकार देने वाला एक खण्ड	2
47	संभावित मूल्य का क्या अर्थ है-	प्रीमियम का वह मूल्य जो ग्राहक को अतिरिक्त उत्पाद खरीदने के लिए प्रेरित करते हुए किया जाता है।	वर्तमान व्यवसाय बना रहने पर भावी प्रीमियम, जिनके प्राप्त होने की उम्मीद की जा सकती है।	प्रीमियम का वह मूल्य जो ग्राहक को अतिरिक्त उत्पाद खरीदने के लिए प्रेरित करते हुए किया जा सकता है।	वर्तमान व्यवसाय बना रहने पर भावी प्रीमियम, जिनके प्राप्त होने की उम्मीद होती है।	3
48	भरोसे (ट्रस्ट) के तत्व कौन से हैं A) सम्प्रेषण , B) आकर्षण, C) विश्वास, D) उपस्थिति	A और B	A, B और C	A, C और D	A, B और D	4
49	___________ बिक्री की प्रक्रिया का सबसे महत्वपूर्ण चरण है।	साक्षात्कार	खोज	आपत्तियों का निवारण करना	बिक्री लेनदेन पूरा करना	2

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
50	एक एजेंट को कुछ विशेष स्थितियों में बीमा की अनुशंसा करने की आवश्यकता नहीं होती है। ऐसी एक स्थिति निम्न हो सकती है-	जहां संभावित व्यक्ति को जोखिम से निपटने की लागत को कम करने में रुचि हो।	जहां संबंधित जोखिम गैर-बीमायोग्य हो।	जहां संबंधित जोखिम को बीमा के अलावा अन्य माध्यमों से प्रबंधित किया जा सकता हो।	उपरोक्त सभी	3
51	प्रस्तावक के लिए कवर नोट कब जारी किया जाता है?	जब बीमालेखन की प्रक्रिया पूरी हो गई हो, और पॉलिसी जारी हो गई हो।	जब बीमा के लिए बातचीत चल रही हो और पॉलिसी दस्तावेज़ तैयार किए जा रहे हों।	जब बीमालेखन की प्रक्रिया पूरी हो गई हो, और पॉलिसी जारी नहीं हुई हो।	जब बीमा के लिए बातचीत चल रही हो और पॉलिसी दस्तावेज़ जारी हो गए हों।	3
52	किस अवधि के दौरान, बीमा पॉलिसी वापस की जा सकती है, और प्रीमियम वापस प्राप्त किया जा सकता है?	कवरेज अवधि	फ्री लुक पीरियड	प्रतीक्षा अवधि	अनुग्रह अवधि	2
53	यदि पॉलिसी इलेक्ट्रॉनिक रूप से खरीदी जा रही है, तो यह एजेंट का कर्तव्य है कि -	रजिस्टर्ड बीमा रिपॉजिटरी के माध्यम से ग्राहक को ई-बीमा खाता खोलने में मदद करें।	रजिस्टर्ड बीमा रिपॉजिटरी के माध्यम से ग्राहक को ओटीपी के साथ ई-बीमा पॉलिसी के लिए रजिस्टर कराने में मदद करें।	रजिस्टर्ड बीमा रिपॉजिटरी के माध्यम से ग्राहक को बीमा पॉलिसी के लिए ई-वॉल्ट खोलने में मदद करें।	रजिस्टर्ड बीमा रिपॉजिटरी के माध्यम से ग्राहक को ई-बीमा पॉलिसी निर्गत करने में मदद करें।	1
54	किस प्रकार की पॉलिसियों में ग्राहक के पास उसी बीमाकर्ता के साथ बने रहने या किसी अन्य बीमा कंपनी में स्विच करने का विकल्प होता है:	टर्म बीमा पॉलिसी	मोटर तृतीय पक्ष (थर्ड पार्टी) पॉलिसी	एंडोमेन्ट पॉलिसी	यूनिट लिंक्ड बीमा पॉलिसी	2
55	निम्न में से कौन सा विकल्प ग्राहक के आजीवन मूल्य में योगदान नहीं करता है?	ऐतिहासिकता	वर्तमान	संभावना	अनुमान	4
56	इनमें से क्या गैर-मौखिक संचार का एक उदाहरण नहीं है?	हाथ की मुद्रा से सब ठीक होने का संकेत देना	खाली कमरे में हाव-भाव दिखाना	आभूषण पहनना	अपनी आवाज़ ऊँची करना (जोर से चिल्लाना)	2

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
57	जिस सेवा का वादा किया गया है उसे भरोसेमंद और सटीक तरीके से पूरा करने की क्षमता को _________ कहा जा सकता है।	मूर्त/प्रत्यक्ष	विश्वसनीयता	आश्वासन	जवाबदेही	2
58	सेवा प्रदाताओं की जानकारी, क्षमता और शिष्टाचार के साथ-साथ भरोसा और विश्वास व्यक्त करने की उनकी क्षमता को _________ कहा जा सकता है।	विश्वसनीयता	आश्वासन	जवाबदेही	मूर्त/प्रत्यक्ष	2
59	अनुग्रह-अवधि के संबंध में, सही कथन का चयन कीजिए। सबसे उचित विकल्प चुनिए।	अनुग्रह-अवधि की मानक अवधि एक महीना अथवा 31 दिन होती हैं।	अनुग्रह-अवधि की मानक अवधि एक तिमाही होती हैं।	अनुग्रह-अवधि की मानक अवधि एक सप्ताह होती हैं।	अनुग्रह-अवधि की मानक अवधि एक पखवाड़ा होती हैं।	1
60	बीमा कंपनी में, क्लाइंट की समस्याओं_____________ जितनी किसी एजेंट की होती है, उतनी किसी और की नहीं होती।	की जिम्मेदारी	के प्रति उत्तरदायित्व	के प्रति कर्तव्य	के निराकरण में भूमिका	1
61	यदि किसी ग्राहक की शिकायत का समाधान संतोषजनक ढंग से नहीं होता है, तो निम्न में से किससे शिकायत की जा सकती है-	बीमा शिकायत निवारण तंत्र	शिकायत निवारण अधिकारी	उपभोक्ता शिकायत पंजीकरण प्रणाली	एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली	4
62	आईजीएमएस का क्या अर्थ है-	इंश्योरेंस ग्रीवियंस मैनेजमेन्ट सिस्टम	इंटीग्रेटेड ग्रीवियंस मैनेजमेन्ट सिस्टम	आईआरडीएआई ग्रीवियंस मैनेजमेन्ट सिस्टम	इनीशियल ग्रीवियंस मैनेजमेन्ट सिस्टम	2
63	दोष का क्या अर्थ है-	उत्पाद/सेवा की गुणवत्ता में अपूर्णता	उत्पाद/सेवा की प्रकृति में कमी	उत्पाद के कार्य निष्पादन के तरीके में अपर्याप्तता	उपरोक्त सभी	4
64	उपभोक्ता विवाद निवारण एजेंसियों की स्थापना इनमें से किस स्तर पर नहीं की जाती है-	राष्ट्रीय स्तर	जिला स्तर	शहर स्तर	राज्य स्तर	3

क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
65	जिला आयोग के पास _______________ की शक्तियां हैं।	उच्च न्यायालय	भारत के सर्वोच्च न्यायालय	लघु वाद न्यायालय	सिविल न्यायालय	4
66	राज्य उपभोक्ता विवाद निवारण आयोग द्वारा पारित आदेशों के विरूद्ध अपीलें_____________ में सुनवाई के लिए स्वीकार की जाती हैं।	उच्च न्यायालय	राज्य आयोग	सिविल न्यायालय	राष्ट्रीय आयोग	4
67	केंद्र सरकार द्वारा किस उपभोक्ता विवाद निवारण एजेंसी की स्थापना की गई है?	राज्य आयोग	राष्ट्रीय आयोग	जिला आयोग	जिला और राज्य आयोग दोनों	2
68	किसके द्वारा, उपभोक्ता विवाद निवारण एजेंसियों के समक्ष शिकायत दर्ज की जा सकती है-	अधिवक्ता	उपभोक्ता द्वारा अधिकृत एजेंट	उपभोक्ता या उसका अधिकृत एजेंट	केवल उपभोक्ता	3
69	बीमाधारक और बीमाकर्ता से सभी आवश्यकताएं प्राप्त होने की तारीख से ________ के अंदर लोकपाल, बीमाधारक के लिए अधिनिर्णय पारित करता है।	2 माह	15 दिन	3 माह	1 माह	3
70	उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम में ________ अर्ध-न्यायिक मशीनरी शामिल है।	एक टीयर	तीन टीयर	दो टीयर	चार टीयर	2
71	उपभोक्ता न्यायालय में शिकायत दर्ज करने की प्रक्रिया के संबंध में इनमें से कौन सा कथन गलत है?	खुद शिकायतकर्ता के अलावा कोई अन्य व्यक्ति राज्य या राष्ट्रीय आयोग के पास शिकायत दायर नहीं कर सकता है	राज्य आयोग या राष्ट्रीय आयोग के पास शिकायत दायर करने के लिए कोई शुल्क नहीं लिया जाता	शिकायत निजी तौर पर दायर की जा सकती है या इसे डाक से भेजा जा सकता है	शिकायत दायर करने के लिए किसी वकील की ज़रूरत नहीं है	1

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
72	यदि कोई पॉलिसीधारक किसी बीमा कंपनी के खिलाफ सीधे राज्य आयोग के पास शिकायत दर्ज कराना चाहता/चाहती है, तो वह इनमें से किस मामले में ऐसा कर सकता/सकती है?	जहां वस्तुओं / सेवाओं का मूल्य और मुआवजे का दावा 20 लाख रुपये तक का है	जहां वस्तुओं / सेवाओं का मूल्य और मुआवजे का दावा 20 लाख रुपये से अधिक लेकिन 100 लाख रुपये से अधिक का नहीं है	जहां वस्तुओं / सेवाओं का मूल्य और मुआवजे का दावा 100 लाख रुपये से अधिक का है	जहां वस्तुओं / सेवाओं का मूल्य और मुआवजे का दावा 10 करोड़ रुपये से अधिक का है	2
73	राज्य आयोग के संबंध में इनमें से कौन सा कथन गलत है?	इस शिकायत निवारण प्राधिकरण के पास मूल, अपीलीय और पर्यवेक्षी अधिकार क्षेत्र होता है	यह राष्ट्रीय आयोग की अपीलों पर विचार करता है	इसका अधिकार क्षेत्र उन शिकायतों पर विचार करना है जहां वस्तुओं / सेवाओं का मूल्य और मुआवजा, अगर इसका दावा किया जाता है, 1 करोड़ रुपये से अधिक लेकिन 10 करोड़ रुपये से अधिक का नहीं है	राज्य आयोग के पास शिकायत दायर करने के लिए कोई शुल्क नहीं लिया जाता है	2
74	लोकपाल (ओम्बड्समैन) द्वारा दिए जा सकने वाले फैसले के संबंध में, इनमें से कौन सा नियम गलत है?	अवार्ड (फैसला) 50 लाख रुपये से अधिक का होना चाहिए	अवार्ड (फैसला) शिकायत प्राप्त होने की तारीख से 3 महीने के भीतर दिया गया होना चाहिए	बीमा कंपनी अवार्ड (फैसले) का पालन करेगी और ऐसा स्वीकृति पत्र प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर लोकपाल को लिखित सूचना देगी	यदि बीमाधारक ऐसे अवार्ड (फैसले) की स्वीकृति की लिखित सूचना नहीं देता है, तो हो सकता है कि बीमा कंपनी अवार्ड को लागू न करे	1
75	कॉर्पोरेट बीमा एजेंटों को जारी किया जाने वाला लाइसेंस कितनी अवधि के लिए मान्य होता है?	3 वर्ष	5 वर्ष	10 वर्ष	आजीवन	1
76	कॉर्पोरेट एजेंटों को ___________ द्वारा नियमित किया जाता है।	कार्पोरेट मामलों का मंत्रालय (एमसीए)	आईआरडीएआई	भारत सरकार	सेबी	2

क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
77	मुकेश एक्सवायजेड कॉर्पोरेट एजेंट के प्रमुख अधिकारी हैं। वे सीआईआई, लंदन के फेलो हैं। उन्हें कितने घंटे सैद्धांतिक और व्यावहारिक प्रशिक्षण की आवश्यकता हो सकती है?	25 घंटे	50 घंटे	60 घंटे	75 घंटे	1
78	नए कॉर्पोरेट एजेंट विनियम के अनुसार आवेदक से तात्पर्य क्या -	कंपनी अधिनियम 2013 के तहत बनाई गई कंपनी	सहकारी समिति अधिनियम, 1912 के तहत पंजीकृत सहकारी समिति	सीमित देयता भागीदारी अधिनियम, 2008 के तहत निर्मित और पंजीकृत एक सीमित देयता भागीदारी	उपरोक्त में से कोई भी	4
79	कॉर्पोरेट एजेंट का टेलीमार्केटर संभावित ग्राहक के पास ___________ का प्रकटन करेगा।	कार्पोरेट एजेंट का नाम और पंजीकरण संख्या	टेलीमार्केटर और / या कॉर्पोरेट एजेंट का संपर्क नंबर	टेली-कॉल करने वाले व्यक्ति का नाम और पहचान संख्या	उपरोक्त सभी	4
80	स्वास्थ्य अच्छा बनाए रखने के लिए इनमें से कौनसे कारक, प्रायः व्यक्ति के नियंत्रण में होते हैं-	सामाजिक कारक	आनुवंशिक कारक	पर्यावरणीय कारक	जीवनशैली से जुड़े कारक	4
81	अनुचित साफ-सफाई और पर्यावरणीय स्वच्छता के कारण कौनसे रोग फैलते हैं-	कैंसर और एड्स	उच्च रक्तचाप और मधुमेह	इन्फ्लुएंजा और चिकनपॉक्स	इनमें से कोई नहीं	3
82	क्या किसी देश की सामाजिक और आर्थिक प्रगति वहां के लोगों के स्वास्थ्य पर निर्भर होती है-	नहीं, दोनों के बीच कोई संबंध नहीं है।	हां, दोनों के बीच सीधा संबंध है।	परोक्ष संबंध है।	अनिश्चित संबंध है।	2
83	स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं का मुख्य उद्देश्य क्या होता है-	स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्रदाताओं के लिए अधिक रोजगार सृजित करना।	लोगों के स्वास्थ्य को बढ़ावा देना, उसे बनाए रखना, उसकी निगरानी करना या उसे बहाल करना।	स्वास्थ्य सेवा सुविधाओं को महंगा बनाना।	स्वास्थ्य सेवा सेवाओं तक पहुंच कठिन बनाना।	2

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
84	स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं की स्थापना के संबंध में इनमें से कौनसा कथन सही है-	स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं, हेपेटाइटिस बी जैसी अधिक गंभीर बीमारियों की घटनाओं की संभावना पर आधारित होनी चाहिए।	स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं सर्दी और खांसी जैसी कम गंभीर बीमारियों के प्रचलन पर आधारित होनी चाहिए।	स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं निकटतम रेलवे स्टेशन की उपलब्धता पर आधारित होनी चाहिए।	स्वास्थ्य देखभाल सुविधाएं, स्वास्थ्य देखभाल सेवाप्रदाताओं की निवेश क्षमता पर आधारित होनी चाहिए	1
85	द्वितीयक स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं के संबंध में इनमें से कौनसा कथन सही है।	वे प्राथमिक देखभालकर्ता चिकित्सकों द्वारा प्रदान की जाती हैं।	वे केवल अंतःरोगियों के लिए उपलब्ध होती हैं।	वे स्वास्थ्य तंत्र में रोगियों के लिए प्रथम संपर्क बिंदु हैं।	इनमें एम्बुलेंस सुविधाएं और डायग्नोस्टिक सेवाएं शामिल हैं।	4
86	यदि श्री सागर बीमार महसूस कर रहे हैं तो सबसे पहले किस स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्रदाता के पास उनके जाने की संभावना है।	अस्पताल में एक विशेषज्ञ।	प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्रदाता।	दंत्य चिकित्सक।	फार्मासिस्ट।	2
87	इनमें से कौनसा, प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल सेवा को परिभाषित करता है।	डॉक्टरों, नर्सों और छोटे क्लीनिकों द्वारा प्रदान की जानेवाली स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं।	चिकित्सकीय विशेषज्ञों द्वारा प्रदान की जानेवाली स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं।	विशेष परामर्शवाली स्वास्थ्य देखभाल सेवा।	एम्बुलेंस सेवाएं और पैथोलॉजी सेवाएं।	1
88	केंद्र सरकार के कर्मचारियों और उनके परिवारों को व्यापक चिकित्सकीय देखभाल प्रदान करना, इनमें से किस स्वास्थ्य बीमा योजना का उद्देश्य होता है-	केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना	कर्मचारी राज्य बीमा योजना	वाणिज्यिक स्वास्थ्य बीमा	इनमें से कोई नहीं	1
89	आयकर अधिनियम की इनमें से कौनसी धारा, लोगों को स्वास्थ्य बीमा के लिए भुगतान किए गए प्रीमियम को उनकी कर योग्य आय में से घटाने की सुविधा देती है-	धारा 80 B	धारा 80 C	धारा 80 E	धारा 80 D	4

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
90	आयकर अधिनियम की धारा 80 D के अंतर्गत, इनमें से किस प्रकार की स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए कर योग्य आय से कटौती की अनुमति है।	कोई भी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी	केवल सरकार द्वारा प्रदान की जानेवाली पॉलिसियां।	केवल जीवन बीमाकर्ताओं द्वारा प्रदान की जानेवाली पॉलिसियां।	केवल जीवनेतर बीमाकर्ताओं द्वारा प्रदान की जानेवाली पॉलिसियां।	1
91	भारत में स्वास्थ्य बीमा के विकास के बारे में इनमें से कौनसा कथन सही है-	भारत में व्यक्तियों और उनके परिवारों के लिए पहला मानकीकृत स्वास्थ्य बीमा उत्पाद 2001 में बीमा क्षेत्र में निजी कंपनियों द्वारा प्रस्तुत किया गया था।	औपचारिक निजी क्षेत्र में कार्यरत, शारीरिक परिश्रम करनेवाले कर्मचारियों के लिए केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना (सीजीएचएस) शुरू की गई थी	कर्मचारी राज्य बीमा योजना (ईएसआईएस) औपचारिक निजी क्षेत्र में कार्यरत शारीरिक परिश्रम करनेवाले कर्मचारियों के लिए अपने स्वयं के दवाखानों और अस्पतालों के नेटवर्क के माध्यम से व्यापक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं उपलब्ध कराती है।	1986 में जीवनेतर बीमाकर्ताओं द्वारा व्यावसायिक स्वास्थ्य बीमा शुरु करने के साथ भारत में स्वास्थ्य बीमा की शुरुआत हुई।	3
92	इनमें से कौन, भारत में एक प्रकार का निजी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता नहीं है।	एकल चिकित्सक	डायग्नोस्टिक लैबोरेटरी	कॉर्पोरेट अस्पताल	सरकारी क्लीनिक	4
93	निम्न मध्यस्थ, स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के बीमालेखन के संबंध में बीमा पूर्व चिकित्सकीय परीक्षणों की सुविधा प्रदान करता है।	बीमा ब्रोकर	तृतीय पक्ष प्रशासक (टीपीए)	सर्वेक्षक और हानि निर्धारक	पुनर्बीमा दलाल	2
94	कर्मचारी राज्य बीमा योजना से संबंधित नीचे दिए गए सभी कथन सही हैं एक को छोड़ कर:	यह योजना केंद्र सरकार के कर्मचारियों के लिए लाई गई थी और यह अपनी डिस्पेंसरी और अस्पतालों के नेटवर्क के माध्यम से व्यापक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करती है	ईएसआईसी (कर्मचारी राज्य बीमा निगम) इसकी कार्यान्वयन एजेंसी है	सभी कर्मचारी जिनकी आय रु. 15,000 तक है इस अंशदायी योजना के अंतर्गत आवरित हैं	कर्मचारी और नियोक्ता क्रमशः पेरोल के 1.75% और 4.75% का योगदान करते हैं; राज्य सरकारें चिकित्सा खर्चों में 12.5% का योगदान करती हैं	1

क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
95	केंद्र सरकार की स्वास्थ्य योजना से संबंधित नीचे दिए गए सभी कथन सही हैं एक को छोड़ कर:	केंद्र सरकार स्वास्थ्य योजना (सीजीएचएस), 1954 में आरंभ की गई थी	सीजीएचएस केवल केंद्र सरकार के कर्मचारियों के लिए है, जिनमें पेंशनभोगी कर्मचारी और सिविल जॉब में कार्यरत उनके परिवार के सदस्य शामिल हैं	इसका उद्देश्य कर्मचारियों और उनके परिवारों को व्यापक चिकित्सा सुविधा प्रदान करना है; इसे आंशिक रूप से कर्मचारियों द्वारा और ज़्यादातर नियोक्ता (केंद्र सरकार) द्वारा वित्तपोषित किया जाता है	सीजीएचएस की अपनी डिस्पेंसरी, पोलीक्लिनिक और पैनल में शामिल निजी अस्पतालों के माध्यम से सेवाएं प्रदान की जाती हैं	3
96	नीचे दिए गए सभी विकल्प जीवनशैली के कारक हैं जो किसी व्यक्ति के स्वास्थ्य का निर्धारण करते हैं एक को छोड़ कर:	कसरत करना	सीमाओं के भीतर खानपान	सुरक्षित पेय जल	चिंता से बचाव	3
97	इनमें से क्या खराब स्वच्छता जैसे पर्यावरणीय कारकों के कारण होने वाले संचारी रोग का एक उदाहरण है?	इन्फ्लुएंजा	मलेरिया	डेंगू	एस्बेस्टोसिस	1
98	इनमें से क्या खराब स्वच्छता जैसे पर्यावरणीय कारकों के कारण होने वाले संचारी रोग का एक उदाहरण है?	चिकन पॉक्स	मलेरिया	डेंगू	एस्बेस्टोसिस	1
99	प्रस्ताव प्रपत्र में प्रतिकूल चिकित्सकीय इतिहास के मामले में, आवश्यक चिकित्सकीय प्रश्नावली में किस प्रकार की जानकारी शामिल है।	पैन नंबर	निजी बैंक विवरण	मधुमेह, उच्च रक्तचाप, सीने में दर्द या कोरोनरी इनसफीशिएंसी या मायोकार्डियल इन्फार्क्शन जैसी बीमारियों के बारे में विस्तृत जानकारी।	अन्य बीमाकर्ता से किसी अन्य बीमा के विवरण।	3
100	किसी प्रस्ताव को स्वीकार करने का निर्णय लेते समय बीमाकर्ता किन सूचनाओं पर विचार करता है-	बीमाधारक के विवरण।	संबंधित व्यक्ति (विषय वस्तु) के विवरण।	बीमा का पिछला इतिहास और दावा अनुभव।	उपरोक्त सभी	4

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
101	स्वास्थ्य बीमा में यूआईएन का क्या अर्थ है-	पॉलिसी दस्तावेज़ की विशिष्ट पहचान संख्या।	बीमाकर्ता की विशिष्ट पहचान संख्या।	उत्पाद की विशिष्ट पहचान संख्या।	पॉलिसीधारक की विशिष्ट पहचान संख्या।	3
102	बीमा अनुबंध में शर्त क्या है।	यह अनुबंध में एक प्रावधान है, जो किसी भी समय बदला जा सकता है।	यह अनुबंध में एक प्रावधान है, जो पॉलिसीधारक के अधिकारों को रेखांकित करता है।	यह एक वैकल्पिक प्रावधान है, जो समझौते में शामिल हो भी सकता है, और नहीं भी हो सकता है।	यह अनुबंध में एक प्रावधान है, जो समझौते का आधार होता है।	4
103	बीमा पॉलिसी में शर्तों के बारे में इनमें से कौनसा कथन सही है।	शर्त का उल्लंघन, बीमाधारक के विकल्प पर पॉलिसी को रद्द करने योग्य बनाता है।	शर्त का उल्लंघन, बीमाकर्ता के विकल्प पर पॉलिसी को रद्द करने योग्य बनाता है।	समझौते के आधार का निर्धारण करने के लिए वे महत्वपूर्ण नहीं हैं।	वे बीमा अनुबंध में वैकल्पिक प्रावधान होते हैं।	2
104	बीमा पॉलिसी में पृष्ठांकन (एंडोर्समेन्ट) क्या होता है।	पॉलिसी से जुड़ा एक दस्तावेज़, जो सभी आपदाओं और अपवर्जनों को कवर करता है।	एक दस्तावेज़, जो पॉलिसी के मानक नियमों और शर्तों को निर्दिष्ट करता है।	एक दस्तावेज़, जो पॉलिसी में परिवर्तन या संशोधन निर्धारित करता है।	एक दस्तावेज़, जो पॉलिसी को अतिरिक्त कवरेज प्रदान करता है।	3
105	सही कथन की पहचान करें I. गंभीर बीमारी पॉलिसियां आम तौर पर 21 वर्ष से 65 वर्ष के आयु वर्ग के लोगों के लिए उपलब्ध होती हैं। II. इन पॉलिसियों के तहत दी जाने वाली बीमित राशि काफी कम होती है।	केवल I सही है	केवल II सही है	I और II दोनों सही हैं	I और II दोनों गलत हैं	1
106	इनमें से कौन सा पैकेज पॉलिसी का एक उदाहरण है? I. हेल्थ प्लस लाइफ कॉम्बी उत्पाद II. दुकानदार पॉलिसी III. गृहस्वामी पॉलिसी	केवल I	I और II	II और III	I, II और III	3
107	स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के लिए फ्री लुक इन पीरियड क्या है?	15 दिन	20 दिन	30 दिन	45 दिन	1

क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
108	एक जीवन-बीमा-कंपनी ने, पॉलिसी-अवधि के दौरान, बीमा-धारक को, अस्पताल में भर्ती कराए जाने की स्थिति में, बीमा-धारक को, उपचार की लागतों का भुगतान किया। यह --- का एक उदाहरण हैं।	उत्तरजीविता लाभों का भुगतान	समर्पण-मूल्य	अतिरिक्त तथा ऐच्छिक लाभ (राइडर)-लाभ	सशर्त समनुदेशन	3
109	सुश्री. कविता, ए.बी.सी. बीमा कंपनी से, एक अवधि-बीमा योजना के साथ-साथ, एक गंभीर-बीमारी (सी.आई) ऐच्छिक तथा अतिरिक्त लाभ (राईडर) खरीदती हैं। कंपनी गंभीर-बीमारी (सी.आई) ऐच्छिक तथा अतिरिक्त लाभ (राईडर) के लिए, दावा, कैसे निर्धारित करेगी? सबसे उचित विकल्प चुनिए।	दावा, पॉलिसी में निर्धारित शर्तों के अनुसार, तय किया जाएगा।	दावा, उन तिथियों के आधार पर तय किया जाएगा, जो, अनुबंध की शुरुआत में, निर्धारित किए जाते हैं।	दावा, उस समय उत्पन्न होगा, जब, पॉलिसी-धारक, अनुबंध को रद्द करने का फैसला करते हैं।	दावा, पॉलिसी-धारक द्वारा, अपने दावे के समर्थन में, उपलब्ध कराए गए, चिकित्सीय और अन्य प्रतिवेदनों के आधार पर, निर्धारित किए जाएगा।	4
110	स्वास्थ्य बीमा उत्पादों की दो व्यापक श्रेणियां कौनसी हैं-	होम-केयर कवर और व्यक्तिगत दुर्घटना कवर	क्षतिपूर्ति कवर और अस्पताल नकद (निश्चित लाभ) कवर	डेंटल कवर और गंभीर बीमारी (क्रिटिकल इलनेस) कवर	बाह्य रोगी कवर और यात्रा कवर	2
111	स्वास्थ्य बीमा उत्पादों की कौनसी श्रेणी, स्वास्थ्य बीमा का बड़ा हिस्सा है।	क्षतिपूर्ति कवर।	होम-केयर कवर।	व्यक्तिगत दुर्घटना कवर।	अस्पताल नकद (निश्चित लाभ) कवर।	1
112	निश्चित लाभ कवर का दूसरा नाम क्या है-	बाह्य रोगी कवर	यात्रा कवर	डेंटल कवर	अस्पताल नकद (हॉस्पिटल कैश)	4

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
113	जीवन बीमा कंपनियों द्वारा प्रदान किए जानेवाले लंबे समय के स्वास्थ्य उत्पादों के बारे में इनमें से कौनसा कथन सही है-	ऐसे उत्पादों के लिए प्रीमियम, कम से कम चार वर्षों की प्रत्येक कालावधि के लिए अपरिवर्तित रहता है।	ऐसे उत्पादों के लिए प्रीमियम, कम से कम दो वर्षों की प्रत्येक कालावधि के लिए अपरिवर्तित रहता है।	ऐसे उत्पादों के लिए प्रीमियम, कम से कम तीन वर्षों की प्रत्येक कालावधि के लिए अपरिवर्तित रहता है।	ऐसे उत्पादों के लिए प्रीमियम, कम से कम पाँच वर्षों की प्रत्येक कालावधि के लिए अपरिवर्तित रहता है।	3
114	किस न्यूनतम आकारवाले समूह के लिए सामूहिक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी जारी की जा सकती है।	3	5	9	7	4
115	साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा प्रस्तावित क्रेडिट लिंक्ड सामूहिक व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियों की अधिकतम अवधि कितनी होती है-	5 साल	1 वर्ष	2 साल	3 साल	1
116	यदि किसी बीमाधारक ने कई बीमा कंपनियों से, निश्चित लाभ प्रदान करनेवाली स्वास्थ्य पॉलिसियां ली हों तो उस स्थिति में क्या प्रावधान है-	बीमा कंपनियां दावा भुगतान को समान रूप से विभाजित करेंगी।	प्रत्येक बीमा कंपनी अपनी पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अनुसार दावे का स्वतंत्र रूप से भुगतान करेगी।	बीमाधारक को सभी दावों के भुगतान के उपयोग हेतु एक पॉलिसी चुननी होगी।	बीमाधारक को इस बात का प्रमाण देना होगा कि वह प्रत्येक दावे के लिए किस पॉलिसी का उपयोग करना चाहता है।	2
117	स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण से संबंधित आईआरडीएआई के दिशानिर्देशों का क्या उद्देश्य है।	बीमाकर्ताओं और ग्राहकों के बीच अधिक भ्रम उत्पन्न करना।	ग्राहकों के लिए उत्पादों की तुलना करना और सुविचारित निर्णय लेना कठिन बनाना।	बीमाकर्ताओं, सेवा प्रदाताओं, टीपीए और अस्पतालों के बीच भ्रम को दूर करना।	बाजार में स्वास्थ्य बीमा प्रदाताओं की संख्या सीमित करना।	3

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
118	स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण से संबंधित आईआरडीएआई के दिशानिर्देश किस प्रकार के बीमा उत्पादों पर लागू होते हैं-	सभी बीमा उत्पाद	पीए और घरेलू/विदेश यात्रा सहित सभी स्वास्थ्य बीमा उत्पाद।	सामूहिक पॉलिसियों को छोड़कर सभी स्वास्थ्य बीमा उत्पाद।	पीए और घरेलू/विदेशी यात्रा को छोड़कर सभी सामान्य और स्वास्थ्य बीमा उत्पाद - साधारण/स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा प्रस्तुत क्षतिपूर्ति आधारित स्वास्थ्य उत्पाद।	4
119	अस्पतालीकरण क्षतिपूर्ति पॉलिसी का क्या उद्देश्य होता है।	केवल अस्पतालीकरण से पहले और बाद के खर्चों के लिए कवरेज प्रदान करना।	अस्पतालीकरण के दौरान होनेवाले खर्चों को कवर करके पॉलिसीधारक को क्षतिपूरित रखना।	सभी चिकित्सकीय खर्चों के लिए कवरेज प्रदान करना।	अस्पतालीकरण से संबंधित खर्चों को अपवर्जित करना।	2
120	अस्पतालीकरण की वह न्यूनतम निर्धारित अवधि कितनी है, जिसके पश्चात पॉलिसी के प्रावधान लागू हो जाते हैं-	24 घंटे	12 घंटे	36 घंटे	48 घंटे	1
121	पॉलिसी के अंतर्गत इनमें से किन प्रक्रियाओं को कवर किया जाता है-	डेंटल प्रक्रियाएं	आंखों की सर्जरी	कॉस्मेटिक सर्जरी	इनमें से कोई नहीं	2
122	क्षतिपूर्ति आधारित मेडिक्लेम पॉलिसी के बारे में, इनमें से कौनसा कथन सही है-	इस पॉलिसी में शिशुओं को कवर नहीं किया जाता है।	इस पॉलिसी में वरिष्ठ नागरिक को कवर नहीं किया जाता है।	इस पॉलिसी अस्पतालीकरण से संबंधित खर्चों को कवर नहीं किया जाता है।	इस पॉलिसी में केवल अंतः रोगी अस्पतालीकरण के व्ययों को कवर किया जाता है।	4
123	अस्पतालीकरण-पश्चात खर्च क्या होते हैं-	अस्पतालीकरण के दौरान होनेवाले खर्चे।	अस्पतालीकरण के पश्चात होनेवाले खर्चे।	अस्पतालीकरण से पहले होनेवाले खर्चे।	बीमा द्वारा कवर न किए गए खर्चे।	2
124	अस्पतालीकरण पूर्व और पश्चात के खर्चों के लिए कवर की अवधि क्या है-	अस्पतालीकरण के 60 दिन पहले और 30 दिन बाद तक।	अस्पतालीकरण के 90 दिन पहले और 30 दिन बाद तक।	अस्पतालीकरण के 30 दिन पहले और 90 दिन बाद तक।	अस्पतालीकरण के 30 दिन पहले और 60 दिन बाद तक।	4
125	फैमिली फ्लोटर पॉलिसी क्या है।	इस पॉलिसी के अंतर्गत केवल व्यक्ति को ही कवर किया जा सकता है।	इस पॉलिसी के अंतर्गत केवल आश्रित पारिवारिक सदस्यों को ही कवर किया जा सकता है।	ऐसी पॉलिसी जो एकल बीमा राशि प्रदान करती है, जो पूरे परिवार के लिए लागू होती है।	इनमें से कोई नहीं	3

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
126	फैमिली फ्लोटर पॉलिसी में प्रीमियम की गणना कैसे की जाती है-	परिवार के सबसे बुजुर्ग सदस्य की आयु के आधार पर।	परिवार के सबसे छोटे सदस्य की आयु के आधार पर।	प्रत्येक बीमित व्यक्ति के लिए चुनी गई बीमा राशि के आधार पर।	इनमें से कोई नहीं	1
127	बीमा कंपनियां पहले से मौजूद बीमारियों का विवरण क्यों संकलित करती हैं-	अनुचित प्रीमियम चार्ज करने के लिए।	किसी भावी बीमारी को कवरेज से बाहर करने के लिए।	ऐसी बीमारियों के लिए निःशुल्क उपचार प्रदान करने के लिए।	बीमा के प्रस्ताव को स्वीकार करने संबंधित निर्णय लेने के लिए।	4
128	पहले से मौजूद बीमारी क्या है-	पॉलिसी शुरू होने से पूर्व 12 माह के दौरान बीमित व्यक्ति को हुई कोई बीमारी।	पॉलिसी शुरू होने से पूर्व 48 माह के दौरान बीमित व्यक्ति को हुई कोई बीमारी।	पॉलिसी शुरू होने से पूर्व 24 माह के दौरान बीमित व्यक्ति को हुई कोई बीमारी।	पॉलिसी शुरू होने से पूर्व 36 माह के दौरान बीमित व्यक्ति को हुई कोई बीमारी।	2
129	स्वास्थ्य बीमा में रोग-विशिष्ट कैपिंग क्या है-	कुछ विशेष बीमारियों को कवर करनेवाली पॉलिसियों के लिए, वसूल किए जाने वाले प्रीमियम की सीमा।	किसी विशेष बीमारी के लिए, किए जा सकनेवाले दावों की संख्या की सीमा।	विशेष बीमारियों के लिए प्रदान की जानेवाली कवरेज की मात्रा पर एक सीमा।	पॉलिसी के अंतर्गत कवर किए जा सकनेवाले रोगों की संख्या पर एक सीमा।	3
130	स्वास्थ्य बीमा में सह-भुगतान क्या होता है-	दावा राशि का वह भाग जो पॉलिसीधारक/बीमाधारक को वहन करना पड़ता है।	विशेष बीमारियों को कवर करने के लिए पॉलिसीधारक द्वारा अलग से ली गई पॉलिसी।	पॉलिसीधारक/बीमाधारक द्वारा भुगतान किए गए प्रीमियम का प्रतिशत।	प्रत्येक दावे के पश्चात बीमा राशि से कटौती की गई राशि।	1
131	इनमें से कौनसा स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में लागत-साझेदारी का प्रावधान है।	प्रतीक्षा अवधि	डे केयर प्रक्रिया के लिए कवरेज	अंशवहन / आधिक्य	पॉलिसी-पूर्व जाँच की लागत	3

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
132	सही कथन की पहचान करें I. हेल्थ प्लस लाइफ कॉम्बी उत्पादों को दो बीमाकर्त्ताओं द्वारा संयुक्त रूप से तैयार किया जाता है और दोनों बीमाकर्त्ताओं के वितरण चैनलों के माध्यम से बेचा जाता है। II. हेल्थ प्लस लाइफ कॉम्बी उत्पादों के लिए, दावों को बीमाकर्त्ता संयुक्त रूप से नियंत्रित करते हैं	केवल I सही है	केवल II सही है	I और II दोनों सही हैं	I और II दोनों गलत हैं	1
133	स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में पॉलिसी-पूर्व जाँच की लागत कौन वहन करता है।	संभावित ग्राहक	बीमाकर्ता	सरकार	स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता	2
134	'गंभीर बीमारी कवर' के तहत प्रदान किए जाने वाले लाभ भुगतान क्या हैं?	अस्पताल में भर्ती होने के कारण किए गए वास्तविक चिकित्सा खर्चे	अस्पताल में भर्ती होने की अवधि के लिए हर दिन एक निश्चित रकम	हार्ट अटैक, स्ट्रोक, कैंसर आदि जैसी पूर्व-निर्धारित गंभीर बीमारी होने पर भुगतान	उपरोक्त सभी	3
135	स्वास्थ्य बीमा में टॉप-अप कवर क्या है।	ऐसी पॉलिसी जो केवल पहले से मौजूद रोगों को कवर करती है।	ऐसी पॉलिसी जो केवल डे-केयर प्रक्रियाओं को कवर करती है।	ऐसी पॉलिसी जो एक निर्दिष्ट राशि से अधिक बीमा राशि के लिए कवर प्रदान करती है।	ऐसी पॉलिसी जो केवल दुर्घटनाओं को कवर करती है।	3
136	अस्पताल दैनिक नकदी पॉलिसी इसके लिए लाभ प्रदान करती है: I. आकस्मिक खर्चे II. ऐसे खर्चे जो क्षतिपूर्ति पॉलिसी के तहत देय नहीं होते हैं III. ऐसे खर्चे जो सह-भुगतान के तहत देय नहीं होते हैं	केवल I	I और II	II और III	I II और III	2

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
137	वृद्धों के लिए स्वास्थ्य बीमा योजनाओं हेतु प्रवेश आयु कितनी है-	50 साल	55 साल	60 साल	65 साल	3
138	एबीसी बीमा कंपनी अपनी प्रीमियम गणना में उच्च ब्याज दर लेती है। इसका मतलब है कि:	अधिक प्रीमियम लिया जाएगा	कम प्रीमियम लिया जाएगा	लिया जाने वाला प्रीमियम अपरिवर्तित रहेगा	लिए जाने वाले प्रीमियम में जबरदस्त उतार-चढ़ाव होगा	2
139	निश्चित लाभ बीमा प्लान में दावा राशि क्या है।	उल्लिखित उपचार के लिए बीमाधारक द्वारा खर्च की गई राशि से पृथक एक निश्चित राशि।	उल्लिखित उपचार के लिए बीमाधारक द्वारा खर्च की गई राशि।	बीमारी की गंभीरता के आधार पर एक परिवर्तनीय राशि।	कोई दावा राशि नहीं दी जाती	1
140	इनमें से कौन सा स्वास्थ्य बीमा उत्पाद दिल का दौरा, स्ट्रोक, कैंसर आदि जैसी किसी पूर्व-निर्धारित गंभीर बीमारी होने पर भुगतान के लिए एक निश्चित लाभ योजना है?	क्षतिपूर्ति आवरण	निश्चित लाभ आवरण	गंभीर बीमारी आवरण	उपरोक्त सभी	3
141	निश्चित लाभ बीमा प्लान में दावे पर कार्यवाही करने के लिए आवश्यक प्रमाण कौनसा हैं-	उपचार के विस्तृत बिल और इनवाइस।	अस्पतालीकरण और पॉलिसी के अंतर्गत बीमारी के कवरेज का प्रमाण।	डॉक्टर के प्रेस्क्रिप्शन और चिकित्सकीय रिपोर्टें।	इनमें से कोई नहीं	2
142	गंभीर बीमारी पॉलिसी क्या है।	ऐसी पॉलिसी, जो अस्पतालीकरण के दौरान बीमित व्यक्ति को दैनिक नकद लाभ प्रदान करती है।	ऐसी पॉलिसी, जो कुछ उल्लिखित गंभीर रोगों के निदान पर एक निश्चित राशि प्रदान करती है।	ऐसी पॉलिसी, जो मामूली रोगों के उपचार के खर्च को कवर करती है।	ऐसी पॉलिसी जो केवल पहले से मौजूद रोगों को कवर करती है।	2
143	कोरोना कवच और कोरोना रक्षक की प्रतीक्षा अवधि कितनी है।	90 दिन	30 दिन	15 दिन	60 दिन	3
144	कोरोना रक्षक के अंतर्गत उपलब्ध अधिकतम बीमा राशि का विकल्प कौनसा है-	रू. 1 लाख	रू. 2.5 लाख	रू. 2 लाख	रू. 1.5 लाख	2

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
145	वेक्टर जनित रोगों का पॉजिटिव निदान हो जाने पर, जिसके लिए कम से कम 72 घंटों के तक अस्पतालीकरण की आवश्यकता होती है, उसके लिए मानक पॉलिसी के अंतर्गत देय एकमुश्त लाभ कितना है।	बीमा राशि का 50%	बीमा राशि का 75%	बीमा राशि का 100%	बीमा राशि का 125%	3
146	हेल्थ प्लस लाइफ कॉम्बो उत्पाद क्या प्रदान करते हैं।	केवल जीवन बीमा कवर।	केवल स्वास्थ्य बीमा कवर।	जीवन और स्वास्थ्य बीमा दोनों कवर।	इनमें से कोई नहीं	3
147	सूक्ष्म बीमा (माइक्रो इंश्योरेंस) उत्पादों का क्या उद्देश्य होता है -	शहरी क्षेत्रों में उच्च आयवाले लोगों के संरक्षण का लक्ष्य।	ग्रामीण और अनौपचारिक क्षेत्रों में कम आयवाले लोगों के संरक्षण का लक्ष्य।	अर्ध-शहरी क्षेत्रों से मध्यम आयवाले लोगों के संरक्षण का लक्ष्य।	विकसित क्षेत्रों के लोगों के संरक्षण का लक्ष्य।	2
148	गरीबी रेखा से नीचे (बीपीएल) परिवारों के लिए बीमा कंपनियों के सहयोग से स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्रदान करने के लिए, सरकार द्वारा इनमें से कौनसी पॉलिसी शुरू की गई थी?	आयुष्मान भारत योजना	राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई)	जन आरोग्य बीमा पॉलिसी	बीमा कवच योजना	2
149	राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाई) के लिए बीमा राशि कितनी है-	रु. 5,00,000	रु. 1,00,000	रु. 50,000	रु. 30,000	4
150	यूनिवर्सल हेल्थ कवरेज (यूएचसी) की दूरदर्शी सोच को साकार करने के लिए इनमें से कौनसी योजना शुरू की गई थी-	आयुष्मान भारत योजना	मनी बैक स्कीम	एंडोमेन्ट स्कीम	बीमा कवच योजना	1
151	प्रधान मंत्री सुरक्षा बीमा योजना (पीएमएसबीवाई) के लिए प्रीमियम राशि कितनी है-	रु.10/- प्रति वर्ष प्रति सदस्य	रु.12/- प्रति वर्ष प्रति सदस्य	रु.15/- प्रति वर्ष प्रति सदस्य	रु.20/- प्रति वर्ष प्रति सदस्य	2

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
152	प्रधान मंत्री सुरक्षा बीमा योजना (पीएमएसबीवाई) के अंतर्गत मृत्यु पर प्रदान की जानेवाली अधिकतम बीमा राशि कितनी है-	रू. 1 लाख	रू. 3 लाख	रू. 5 लाख	रू. 2 लाख	4
153	विदेश यात्रा बीमा पॉलिसी का लाभ कौन ले सकता है-	केवल भारतीय नागरिक जो छुट्टी मनाने के लिए विदेश यात्रा कर रहे हों।	केवल भारतीय नागरिक जो व्यापार के लिए विदेश यात्रा कर रहे हों।	व्यवसाय करने, छुट्टियां मनाने या अध्ययन करने के लिए विदेश यात्रा करनेवाले भारतीय नागरिक और अनुबंध पर विदेश भेजे गए भारतीय नियोक्ताओं के कर्मचारी।	केवल भारतीय नियोक्ताओं के कर्मचारी जो अनुबंध पर विदेश भेजे गए हों।	3
154	सामूहिक स्वास्थ्य बीमा का सबसे आम रूप कौनसा है-	व्यक्तिगत पॉलिसी	कर्मचारियों को कवर करनेवाले नियोक्ताओं द्वारा ली गई सामूहिक पॉलिसी।	निजी पॉलिसी।	पारिवारिक पॉलिसी।	2
155	नीचे दिए गए आयु प्रमाण दस्तावेजों में से, उस दस्तावेज़ की पहचान करें जिसे बीमा कंपनियां अवमानक दस्तावेज़ के रूप में वर्गीकृत करती हैं।	विद्यालय प्रमाणपत्र	रक्षा कर्मियों के मामले में पहचान कार्ड	राशन कार्ड	बप्तिस्मा का प्रमाणपत्र	3
156	बीमालेखन की इन विधियों में बीमालेखन की प्रक्रिया तेज होती है लेकिन प्रीमियम अपेक्षाकृत अधिक हो सकता हैं, एक को छोड़ कर :	चिकित्सा बीमालेखन	गैर-चिकित्सीय बीमालेखन	संख्यात्मक दर निर्धारण विधि	समूह बीमा	1
157	समूह बीमा का बीमालेखन मुख्य रूप से _________ के आधार पर किया जाता है।	परम सद्भाव का नियम	बीमा योग्य हित का नियम	औसत का नियम	पारस्परिक लाभ का नियम	3

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
158	गंभीर-बीमारी ऐच्छिक तथा अतिरिक्त लाभ (राईडर) के संबंध में, निम्नलिखित कथनों में से कौन सा कथन गलत हैं? सबसे उचित विकल्प चुनिए।	एक गंभीर-बीमारी का पता चलने पर, पॉलिसी की शर्तों के अनुसार, एक निर्दिष्ट राशि भुगतान की जाती हैं।	बीमारी, बीमा-कंपनी द्वारा निर्धारित, गंभीर बीमारियों की सूची में शामिल की गई होनी चाहिए।	गंभीर-बीमारी ऐच्छिक तथा अतिरिक्त लाभ (राईडर), ऐसे दावों का एक उदाहरण हैं, जो, पॉलिसी-अवधि के दौरान, उत्पन्न हो सकते हैं।	ऐच्छिक तथा अतिरिक्त लाभ (राईडर) का भुगतान करने के बाद, जीवन-बीमा-पॉलिसी-अनुबंध समाप्त हो जाता हैं।	4
159	तृतीय-पक्ष प्रशासक (टी.पी.ए.) को, निम्नलिखित संस्थाओं में से किस के द्वारा, नियंत्रित किया जाता हैं?	जीवन-बीमा परिषद और साधारण-बीमा परिषद, संयुक्त रूप से।	भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आई.आर.डी.ए.आई.)	भारतीय बीमा-दलाल (ब्रोकर) संगठन	वित्त-मंत्रालय	2
160	बीमालेखन क्यों आवश्यक है-	बीमा कंपनी के लिए जोखिमों का एक बड़ा पूल बनाने के लिए।	बीमा कंपनी को दिवालिया होने से बचाने के लिए।	प्रीमियमों पर विचार किए बिना, सभी जोखिम स्वीकार करने के लिए।	न्यूनतम संभव प्रीमियम पर बीमा की पेशकश करने के लिए।	2
161	इनमें से कौनसी वज़ह, स्वास्थ्य बीमा में रुग्णता दरों को प्रभावित करती है।	वित्तीय स्थिति	लिंग	वैवाहिक स्थिति	शैक्षिक योग्यता	2
162	स्वास्थ्य बीमा में नैतिक जोखिम क्या है-	स्वास्थ्य जोखिम से जुड़े भौतिक (शारीरिक) खतरे।	स्वास्थ्य जोखिम से जुड़ी लागत।	केवल दावा प्राप्त करने के इरादे से बीमा कराना।	बीमालेखक द्वारा किया गया जोखिम मूल्यांकन और कीमत निर्धारण।	3
163	स्वास्थ्य बीमा में नैतिक जोखिम के बारे में इनमें से कौनसा कथन सही है-	यह बीमा कंपनी के लिए महंगा साबित हो सकता है।	यह स्वास्थ्य जोखिम के शारीरिक खतरों को संदर्भित करता है।	बीमा कंपनी पर इसका कोई प्रभाव नहीं होता है।	यह बीमा कंपनी के लिए लाभप्रद हो सकता है।	1
164	बीमाकर्ता इनमें से किस प्रकार के जोखिम के लिए कम प्रीमियम लेते हैं-	मानक जोखिम	अवमानक जोखिम	वरीयता प्राप्त जोखिम	अस्वीकृत जोखिम	3
165	प्राथमिक बीमालेखन में कौन महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है।	बीमालेखक	एजेंट या कंपनी का प्रतिनिधि।	पॉलिसीधारक।	बीमा ब्रोकर	2

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
166	पॉलिसी जारी करने से पहले, प्रीमियम के अलावा और अतिरिक्त प्रभारित किसी बीमालेखन लोडिंग के लिए पॉलिसीधारक की विशिष्ट सहमति प्राप्त की जानी चाहिए। यह नियम किसके हित में है-	बीमा कंपनी।	नियामक।	पॉलिसीधारक।	बीमा एजेंट।	3
167	पोर्टिंग कब की जा सकती है-	पॉलिसी अवधि के दौरान कभी भी।	केवल पॉलिसी जारी करने के समय।	केवल पॉलिसी में रूकावट के पश्चात।	केवल पॉलिसी नवीकरण के समय।	4
168	पोर्टिंग के लिए बीमित को किससे अनुरोध करना चाहिए-	नए बीमाकर्ता	पुराने बीमाकर्ता	आईआरडीएआई	कोई बीमा एजेंट	2
169	बीमाधारक व्यक्ति द्वारा बीमा में सूचना का उल्लंघन करने या छिपाने का क्या परिणाम होता है-	प्रीमियम में वृद्धि,	पॉलिसी शून्य हो जाती है।	प्रीमियम में कमी,	पॉलिसी अप्रभावित रहती है।	2
170	बीमा में प्रायः वित्तीय दस्तावेज़ कब मांगे जाते हैं-	केवल बीमा कवरेज अधिक होने पर	जब उल्लेखित आय/व्यवसाय और मांगे गए कवरेज के बीच तालमेल न हो।	(B) और (C) दोनों	इनमें से कोई नहीं	4
171	स्वास्थ्य बीमा में चिकित्सकीय बीमालेखन का क्या उद्देश्य होता है-	प्रीमियम की राशि निर्धारित करना।	कवरेज प्रदान करना है, या नहीं, इसे निर्धारित करना।	कवर किए जानेवाले पारिवारिक सदस्यों की संख्या निर्धारित करना।	अस्पताल के प्रकार का निर्धारण करना, जहां बीमाधारक को भर्ती किया जा सकता है।	2
172	जोखिम की विभिन्न श्रेणियां कौनसी हैं जिनमें बीमालेखक किसी प्रस्ताव को वर्गीकृत कर सकता है-	मानक दरों, अतिरिक्त प्रीमियम पर जोखिम स्वीकृत करना , या कवर को अस्वीकृत करना।	अतिरिक्त प्रीमियम पर जोखिम स्वीकृत करना।	निर्धारित अवधि/कालावधि तक के लिए कवर को स्थगित करना।	उपरोक्त सभी	4
173	दावों की अधिक लागत के कारण किन शहरों में कुछ विशेष उत्पादों के प्रीमियम अधिक होते हैं-	छोटे शहर और गांव	पर्यटन स्थल	मेट्रो और 'A श्रेणी'वाले शहर	औद्योगिक केंद्र	3

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
174	इनमें से किस गैर-नियोक्ता समूह के लिए, सामूहिक स्वास्थ्य बीमा प्रस्तावित किया जा सकता है।	एम्प्लायर वेलफेयर एसोसिएशन	किसी विशेष व्यवसाय के ग्राहक, जहां बीमा को अतिरिक्त लाभ के रूप में प्रस्तावित किया जाता है-	बैंक के ऋणी	उपरोक्त सभी	4
175	विदेशी यात्रा बीमा पॉलिसियों के अंतर्गत मुख्य कवर कौनसा होता है-	जीवन कवर	गृह बीमा	स्वास्थ्य कवर	वाहन बीमा	3
176	भूमिगत खदानों में काम करनेवाला व्यक्ति किस जोखिम समूह के अंतर्गत आता है-	जोखिम समूह I	जोखिम समूह II	जोखिम समूह III	इनमें से कोई नहीं	3
177	नियोक्ता-कर्मचारी समूहों में कार्यशील जनसंख्या के लिए सामान्य आयु सीमा कितनी है।	5-70	18-70	30-70	50-70	2
178	किसी दावे पर कार्रवाई करने के लिए, इनमें से कौन से सबसे महत्वपूर्ण दस्तावेज हैं? I. बीमारी के दस्तावेजी प्रमाण II. अस्पताल को किया गया भुगतान III. उपचार के लिए आगे की सलाह IV. प्रत्यारोपण के लिए भुगतान का प्रमाण	केवल I और II	केवल I और IV	I, II और III	I, II, III और IV	3

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
179	टीपीए द्वारा प्रदान की जाने वाली 'दावों पर कार्रवाई और भुगतान सेवाओं' के संबंध में इनमें से कौन सा/से कथन सही है/हैं? I. टीपीए आम तौर पर दावा निपटान के लिए बीमा कंपनी से अग्रिम राशि प्राप्त करते हैं। टीपीए से अपेक्षा की जाती है कि वह पैसों का लेखा-जोखा रखेगा और बीमा कंपनी से प्राप्त राशियों का समय-समय पर समाधान करेगा। II. पैसे का इस्तेमाल स्वीकृत दावों के भुगतान और ग्राहकों को अन्य सेवाएं प्रदान करने के मकसद से किया जा सकता है	केवल I	केवल II	I और II दोनों	न तो I और न II	1
180	निम्नलिखित माध्यमों में से, किस के ज़रिए, बीमा-कंपनी को, अस्पताल में भर्ती होने की सूचना दी जा सकती हैं?	फैक्स	कॉल सेंटर को फोन करना	ई-मेल	उपरोक्त में से कोई भी।	4

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
181	स्वास्थ्य बीमा दावे की प्रक्रिया के लिए, निम्नलिखित में से कौन से दस्तावेज, सर्वाधिक महत्वपूर्ण हैं? I. बीमारी की दस्तावेजी साक्ष्य II. प्रदान की गई चिकित्सा III. मरीज के अस्पताल में भर्ती रहने की अवधि IV. स्वास्थ जाँच रिपोर्ट	केवल, I एवं II.	केवल, I एवं IV.	I, II, एवं IV.	I, II, III, एवं IV.	4
182	सही कथन की पहचान कीजिए। I. रुग्णता-दर, विभिन्न प्रतिकूल घटकों के कारण, बढ़ती हैं, जैसे, अधिक वजनदार अथवा दुबला-पतला होना, पूर्व एवं वर्तमान की कुछ बीमारियों का व्यक्तिमत ब्यौरा। II. रुग्णता-दर, कुछ अनुकूल घटकों, जैसे, कम आयु, स्वस्थ जीवनशैली, आदि के कारण, घटती हैं।	केवल कथन-I सत्य हैं।	केवल कथन-II सत्य हैं।	दोनों, कथन-I एवं कथन-II, सत्य हैं।	दोनों, कथन-I एवं कथन-II, असत्य हैं।	3
183	बीमा में बीमाकर्ता के प्रदर्शन की सही जाँच कौनसी है-	बीमा कंपनी के लोगो का रंग।	बीमा कंपनी के कर्मचारियों की संख्या।	बीमा कंपनी की दावा भुगतान क्षमता।	कंपनी के कार्यालय परिसर का स्थान।	3
184	दावे का पहला हितधारक और प्राप्तकर्ता कौन होता है-	बीमा एजेंट, जिसने पॉलिसी बेची थी।	वह व्यक्ति, जो बीमा दावे पर कार्यवाही करता है।	बीमा कंपनी के शेयरधारक।	वह ग्राहक, जो बीमा पॉलिसी खरीदता है।	4
185	स्वास्थ्य बीमा दावे की सेवा (सर्विसिंग) के संबंध में इनमें से कौनसा कथन सही है-	केवल बीमा कंपनी द्वारा ही दावे सर्विस किए जा सकते हैं।	केवल तृतीय पक्ष प्रशासक (टीपीए) द्वारा ही दावे सर्विस किए जा सकते हैं।	बीमा कंपनी द्वारा, या बीमा कंपनी के अधिकृत टीपीए द्वारा दावे सर्विस किए जा सकते हैं।	केवल प्रदाताओं/अस्पतालों द्वारा ही दावे सर्विस किए जा सकते हैं।	3

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
186	बीमाकर्ता/टीपीए को स्वास्थ्य दावे की जानकारी दिए जाने के समय से लेकर, पॉलिसी की शर्तों के अनुसार भुगतान किए जाने तक, क्या होता है-	दावा तत्काल अस्वीकार किया जाता है।	बिना किसी सत्यापन के भुगतान किया जाता है।	दावा भलीभांति निर्धारित चरणों के सेट के माध्यम से गुजरता है।	बीमाकर्ता/टीपीए दावे की उपेक्षा करता है।	3
187	बीमा दावा प्रक्रिया में, दावा सूचना क्या है-	दावा प्रक्रिया का अंतिम चरण।	दावे की जांच की प्रक्रिया।	नियोजित या आकस्मिक अस्पतालीकरण के बारे में बीमा कंपनी को सूचित करने का कार्य।	दावे के लिए भुगतान की जानेवाली राशि को निर्धारित करने की प्रक्रिया।	3
188	स्वास्थ्य बीमा में दावा सूचना के संबंध में इनमें से कौनसा कथन सही है-	दावा सूचना अनिवार्य नहीं है।	आपात स्थिति में अस्पतालीकरण के 48 घंटे पूर्व दावा सूचना देने की आवश्यकता होती है।	आपात स्थिति में अस्पतालीकरण के बाद 48 घंटों के अंदर दावा सूचना देने की आवश्यकता होती है।	नियोजित भर्ती के मामले में अस्पतालीकरण से पहले, और आपातकालीन स्थिति में अस्पतालीकरण के बाद 24 घंटे के अंदर दावा सूचना देने की आवश्यकता होती है।	4
189	कथन के अनुसार बीमाकर्ता/टीपीए को दावे की सूचना कैसे संभव है-	केवल टेलीग्राम के माध्यम से।	केवल फैक्स द्वारा।	मोबाइल ऐप/कॉल सेंटर/इंटरनेट/ई-मेल के माध्यम से।	केवल डाक मेल द्वारा।	3
190	श्री एक्स के दावे के बारे में, कंपनी या टीपीए को सूचना मिलने के पश्चात क्या होता है-	दावा तत्काल स्वीकृत किया जाता है।	दस्तावेज़ों की उपेक्षा की जाती है।	सटीकता के लिए विवरणों का मिलान किया जाता है और एक संदर्भ संख्या निर्मित की जाती है।	दावाकर्ता से अन्य दस्तावेज़ उपलब्ध कराने को कहा है।	3
191	प्रतिपूर्ति के आधार पर अंतिम निपटान के लिए, दावों की जांच के संबंध में इनमें से कौनसा कथन सही है-	दावों को किसी जांच, या दस्तावेज़ों के सत्यापन के बिना स्वीकृत किया जाता है।	दावों की, स्वीकार्यता, बीमा राशि, अंशवहन और उप-सीमाओं के लिए जांच की जाती है।	दावों की केवल स्वीकार्यता के लिए जांच की जाती है, लेकिन बीमा राशि, अंशवहन और उप-सीमाओं के लिए नहीं।	बीमा राशि के लिए दावों की जांच की जाती है।, लेकिन स्वीकार्यता, अंशवहन और उप-सीमाओं के लिए नहीं।	2
192	कैश-लेस योजना के अंतर्गत नियोजित सर्जरी के लिए सूचना देने की स्थिति में, कंपनी द्वारा क्या कार्यवाही की जाती है-	संभावित व्यय के लिए अस्पताल को पूर्व-अधिकृत किया जाता है।	दावा सीधे संसाधित किया जाता है।	अधिक जानकारी के लिए अस्पताल से संपर्क किया जाता है।	दावा अस्वीकार कर दिया जाता है।	1

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
193	उपचार के इनमें से कौनसे वैकल्पिक तरीके, स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों द्वारा कवर किए जा सकते हैं, लेकिन इनकी उप-सीमाएं हो सकती हैं-	यूनानी	सिद्ध	होम्योपैथी	उपरोक्त सभी	4
194	चिकित्सकीय बीमा पॉलिसियों में टेलीमेडिसिन के संबंध में आईआरडीएआई ने हाल ही में क्या निर्देश दिए हैं-	बीमाकर्ताओं को अपनी पॉलिसियों में टेलीमेडिसिन को शामिल करने की अनुमति नहीं है।	केवल गैर-कोरोनावायरस-संबंधी चिकित्सकीय परामर्शों के लिए टेलीमेडिसिन की अनुमति है।	जहां भी नियमित चिकित्सकीय परामर्श की अनुमति है, वहां टेलीमेडिसिन की भी अनुमति है।	पॉलिसीधारकों को सभी चिकित्सकीय परामर्शों के लिए अस्पताल जाना आवश्यक है।	3
195	इनमें से कौनसा कारक, देय दावा राशि का निर्धारण नहीं करता है-	पॉलिसी के अंतर्गत सदस्य के लिए उपलब्ध बीमा राशि।	अंशवहन राशि।	पहले से किए गए किसी दावे को ध्यान में रखते हुए, सदस्य के लिए पॉलिसी के अंतर्गत उपलब्ध शेष बीमा राशि।	उप-सीमा	2
196	उचित और प्रथागत प्रभार क्या हैं-	ऐसे प्रभार, जो उस भौगोलिक क्षेत्र में प्रचलित प्रभारों से अधिक होते हैं।	सेवाओं या आपूर्तियों के लिए ऐसे प्रभार, जो किसी विशेष प्रदाता के लिए अद्‌वितीय होते हैं।	ऐसे प्रभार, जो पूरी तरह से बीमाकर्ता द्‌वारा तय किए जाते हैं।	एक जैसी या समान सेवाओं के लिए उस भौगोलिक क्षेत्र में प्रचलित प्रभारों के अनुरूप सेवाओं या आपूर्तियों के लिए प्रभार।	4
197	आईआरडीएआई स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देशों के अंतर्गत क्या मानकीकृत किया गया है-	पॉलिसी के अंतर्गत सदस्य के लिए उपलब्ध बीमा राशि।	पहले से किए गए किसी दावे को ध्यान में रखते हुए, सदस्य के लिए पॉलिसी के अंतर्गत उपलब्ध शेष बीमा राशि।	स्वास्थ्य बीमा में गैर-भुगतानयोग्य मदें	अंशवहन राशि।	3
198	भुगतानयोग्य दावा राशि के लिए भुगतान कैसे किए जाते हैं-	चैक या बैंक हस्तांतरण द्‌वारा।	केवल नकद द्‌वारा।	केवल चैक द्‌वारा।	क्लेम की राशि, बीमा कंपनी के खाते में अंतरित (ट्रांसफर) करके।	1
199	इनमें से कौनसा, स्वास्थ्य बीमा दावों को अस्वीकृत करने का एक संभावित कारण नहीं है-	कोई सक्रिय उपचार नहीं; केवल जांच के उद्देश्य से भर्ती किया गया हो।	उपचार की गई बीमारी को पॉलिसी में अपवर्जित हो।	अस्पतालीकरण 24 घंटे से अधिक हो।	बीमारी का कारण, शराब या नशीली दवाओं का दुरुपयोग हो।	3

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
200	आम तौर पर , प्रस्तुत किए गए स्वास्थ्य दावों का कितना प्रतिशत भाग अस्वीकृत कर दिया जाता है-	5% से 10%	10% से 15%	15% से 20%	20% से 25%	2
201	किस समय सीमा के अंदर संदिग्ध दावों की जांच पूरी की जानी चाहिए?	दावा सूचना प्राप्त होने की तारीख से 30 दिन।	दावा सूचना प्राप्त होने की तारीख से 60 दिन।	दावा सूचना प्राप्त होने की तारीख से 90 दिन।	दावा सूचना प्राप्त होने की तारीख से 120 दिन।	3
202	जांच पूरी होने के बाद कितने दिनों के अंदर दावे का निपटान किया जाना चाहिए?	30 दिन	15 दिन	60 दिन	90 दिन	1
203	स्वास्थ्य बीमा में की गई धोखाधड़ी के कुछ उदाहरण कौनसे हैं-	प्रतिरूपण।	दस्तावेज़ों में हेराफेरी।	खर्च बढ़ा-चढ़ाकर दिखाना।	उपरोक्त सभी	4
204	यदि ग्राहक का दावा अस्वीकृत हो जाता है, तो उसके लिए कौनसे विकल्प उपलब्ध हैं-	आईआरडीएआई	उपभोक्ता आयोग।	बीमा लोकपाल।	उपरोक्त सभी	4
205	कैशलेस सुविधा का लाभ लेने के लिए स्वास्थ्य बीमा के अंतर्गत कवर ग्राहक के लिए पहला कदम क्या है-	भर्ती होने के लिए ग्राहक, उपचार करनेवाले डॉक्टर के पास जाता है।	ग्राहक बीमा विवरण के साथ अस्पताल के बीमा डेस्क से संपर्क करता है।	ग्राहक अस्पताल के शुल्क का अग्रिम भुगतान करता है।	ग्राहक सीधे टीपीए से संपर्क करता है।	2
206	कैशलेस ऑथराइज़ेशन प्रदान किया जा सकता है या नहीं, इसके बारे में निर्णय कौन लेता है-	अस्पताल	रोगी	टीपीए	बीमाकर्ता	3
207	जब रोगी छुट्टी के लिए तैयार होता है तो अस्पताल क्या करता है-	बीमा द्वारा कवर किए गए वास्तविक उपचार प्रभार के सापेक्ष, टीपीए द्वारा अनुमोदित रोगी के खाते में क्रेडिट की राशि की जाँच करता है।	रोगी से पूरे उपचार शुल्क के नकद भुगतान करने का अनुरोध करता है।	रोगी को आगे का उपचार कराने के लिए कहा जाता है।	रोगी को दूसरे अस्पताल में ट्रांसफर किया जाता है।	1

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
208	बीमा कंपनियों के संदर्भ में प्रारक्षित करने (रिजर्विंग) का क्या उद्देश्य है-	दावों की स्थिति के आधार पर बीमाकर्ता की लेखा पुस्तकों में सभी दावों के लिए प्रावधान करना।	भुगतान देय होने तक दावा राशियों को रोकना।	यह सुनिश्चित करना कि पॉलिसीधारक समय पर अपने प्रीमियम का भुगतान करें।	बीमाकर्ता द्वारा निवेश से अर्जित किए जानेवाले लाभों का अनुमान लगाना।	1
209	कैशलेस ऑथराइज़ेशन फार्म में दी गई जानकारी का अध्ययन करने के पश्चात टीपीए क्या करता है-	कैशलेस ऑथराइज़ेशन को अविलंब मंज़ूरी देता है।	यह निर्णय लेता है कि क्या कैशलेस ऑथराइज़ेशन प्रदान किया जा सकता है, और यदि हां, तो कितनी राशि तक।	कैशलेस ऑथराइज़ेशन को तुरंत अस्वीकृत करता है।	इनमें से कोई नहीं	2
210	यदि श्री एक्स के पास उसका बीमा विवरण न हो तो उसे क्या करना चाहिए -	उसे अस्पताल से संपर्क करना चाहिए।	उसे 24 घंटेवाली हेल्पलाइन के माध्यम से टीपीए से संपर्क करना चाहिए।	उसे तब तक प्रतीक्षा करनी चाहिए जब तक कि उसके पास उसका बीमा विवरण उपलब्ध न हो जाए।	उसे उपचार के लिए अपने पास से भुगतान करना चाहिए।	2
211	यदि श्री एक्स के डॉक्टर द्वारा सुझाया गया अस्पताल टीपीए नेटवर्क में न हो तो उसे क्या करना चाहिए-	उसे टीपीए के नेटवर्क में दूसरा अस्पताल चुनना चाहिए।	उसे टीपीए से संपर्क करके विकल्पों का पता लगाना चाहिए जहां कैशलेस सुविधा उपलब्ध हो।	उसे उपचार के लिए अपने पास से भुगतान करना चाहिए।	आगे की सलाह के लिए उसे परामर्शदाता डॉक्टर से संपर्क करना चाहिए।	2
212	डिस्चार्ज के बारे में ग्राहक द्वारा टीपीए को कब सूचित करना चाहिए?	रोगी के डिस्चार्ज होने के बाद।	मरीज के अस्पतालीकरण से पहले।	अस्पतालीकरण-पूर्व फार्म भरने के समय।	डिस्चार्ज से पहले, और अस्पताल से टीपीए को कोई अतिरिक्त अनुमोदन भेजने का अनुरोध करना चाहिए जिसकी आवश्यकता हो सकती हो।	4
213	स्वास्थ्य बीमा दावे पर कार्यवाही के लिए सबसे महत्वपूर्ण आवश्यक दस्तावेज़ कौनसा है-	जांच रिपोर्ट।	समेकित और विस्तृत बिल।	भुगतान के लिए रसीद।	डिस्चार्ज सारांश	4
214	स्वास्थ्य बीमा दावों में जांच रिपोर्टों का क्या उद्देश्य होता है-	रोगी की स्थिति का सारांश प्रदान करना।	बिलों का विभाजन प्रदान करना।	निदान और उपचार की तुलना करने में सहायता करना।	रोगी की पहचान सत्यापित करना।	3
215	स्वास्थ्य बीमा दावों में दावा प्रपत्र का क्या उद्देश्य होता है-	रोगी की स्थिति का सारांश प्रदान करना।	दावे पर कार्यवाही (प्रोसेसिंग) का अनुरोध करना।	बिलों का विभाजन प्रदान करना।	निदान और उपचार की तुलना करने में सहायता करना।	2

क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
216	बीमा एजेंटों/दलालों से, पॉलिसी बेचने के अलावा और कौनसी अपेक्षाएं की जाती हैं-	ग्राहकों को कानूनी सलाह देना।	ग्राहकों को किराने का सामान पहुंचाना।	दावे की स्थिति में ग्राहकों को सेवा (सर्विस) देना।	ग्राहकों के घर की मरम्मत करना।	3
217	दुर्घटना दावों के लिए किन दस्तावेज़ों की आवश्यकता हो सकती है-	समेकित और विस्तृत बिल।	पहचान का प्रमाण	डायलिसिस/कीमोथेरेपी/फिजियोथेरेपी चार्ट	एफआईआर या मेडिको-लीगल सर्टिफिकेट	4
218	टीपीए की सदस्यता लेने का क्या उद्देश्य होता है-	अस्पतालों में चिकित्सकीय उपचार में छूट प्राप्त करने के लिए।	पॉलिसी में कवर न किए गए चिकित्सकीय खर्चों की प्रतिपूर्ति प्राप्त करने के लिए।	अस्पतालीकरण के लिए, या पॉलिसी द्वारा कवर किए गए उपचार हेतु कैशलेस सुविधा का लाभ लेने के लिए, और ज़रूरत पड़ने पर दावों पर कार्यवाही के लिए।	स्वास्थ्य पेशेवरों की टीम से चिकित्सकीय सलाह और परामर्श प्राप्त करने के लिए।	3
219	कैशलेस उपचार के लिए टीपीए द्वारा अस्पताल को कौनसे दस्तावेज़ जारी किए जाते हैं-	चिकित्सकीय रिपोर्ट	डिस्चार्ज सारांश	प्री-ऑथराइज़ेशन या गारंटी पत्र	दवा के लिए प्रेस्क्रिप्शन	3
220	दावों की जांच किस बारे में की जाती है-	दावे की वैधता का निर्धारण करना और हानि के वास्तविक कारण और सीमा का पता लगाना।	दावेदार के व्यवसाय की विश्वसनीयता का आकलन करना	दावेदार के पहचान संबंधी दस्तावेज़ों की प्रामाणिकता की पुष्टि करना।	पॉलिसी के लिए प्रभारित किए जानेवाले प्रीमियम की गणना करना।	1
221	एएमएल (एंटी-मनी लॉन्ड्रिंग) प्रयोजनों के लिए नाम और पते के सत्यापन के लिए कौनसे दस्तावेज़ आवश्यक हैं-	जन्म प्रमाण-पत्र और किरायेदारी समझौता।	पासपोर्ट और बैंक खाता विवरण।	आधार कार्ड और क्रेडिट कार्ड का विवरण।	पैन कार्ड और टेलीफोन बिल।	4
222	विदेशी दावों में सहायता करनेवाली कंपनियों की क्या भूमिका होती है-	वे बीमा कंपनियों की ओर से दावे प्रोसेस करती हैं।	वे पॉलिसी के अंतर्गत कवर की गई आकस्मिकताओं के मामले में ग्राहकों को सहायता प्रदान करती हैं।	वे कैशलेस उपचार के लिए अस्पतालों के साथ करार प्रस्तावित करती हैं।	वे दावों पर कार्यवाही (प्रोसेसिंग) के दौरान ग्राहकों को कानूनी सहायता प्रदान करती हैं।	2

क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
223	विदेश यात्रा बीमा दावों के दौरान सहायक कंपनियों द्वारा इनमें से कौनसी सेवा प्रदान नहीं की जाती है-	चिकित्सकीय सेवा प्रदाता रेफरल।	दुभाषिया रेफरल।	आवश्यक दवाओं का वितरण।	किराये की कार की बुकिंग।	4
224	सहायक कंपनियां अपनी सेवाओं के लिए कितनी फीस लेती हैं-	यह विशिष्ट बीमा कंपनी के साथ समझौते, कवर किए गए लाभों आदि के आधार पर अलग-अलग होती है।	यह बीमा कंपनी के सभी ग्राहकों के लिए एक निश्चित राशि होती है।	यह बीमा कंपनी द्वारा निर्धारित किया जाता है, और सभी सहायक कंपनियों के लिए समान होती है।	सहायता कंपनियों द्वारा प्रदान की जानेवाली सेवाओं के लिए कोई फीस नहीं ली जाती है।	1
225	यात्रा बीमा दावे के मामले में अस्पतालीकरण के लिए इनमें से कौनसे कदम लिए जाना आवश्यक है-	बीमा कंपनी के समक्ष एक लिखित अनुरोध प्रस्तुत करना।	पसंद के किसी अस्पताल में जाना।	कॉल सेंटर को सूचित करना और वैध यात्रा बीमा पॉलिसी के साथ निर्दिष्ट अस्पताल में जाना।	इनमें से कोई नहीं	3
226	अस्पताल, विदेशी यात्रा बीमा पॉलिसी की वैधता को कैसे सत्यापित करते हैं-	अस्पताल, उपचार से पहले पॉलिसी की वैधता की पुष्टि नहीं करते हैं।	अस्पताल, पॉलिसी की वैधता की जांच करने और कवरेज को सत्यापित करने के लिए कॉल सेंटर नंबरों पर सहायता कंपनियों/बीमाकर्ताओं से संपर्क करते हैं।	अस्पताल, बीमाधारक के परिवार या मित्रों को कॉल करके पॉलिसी विवरण की पुष्टि करते हैं।	अस्पताल, बीमाधारक के इस कथन पर भरोसा करते हैं, कि उनके पास वैध पॉलिसी है।	2
227	किस प्रकार के दावे का भुगतान विदेशी मुद्रा में किया जाता है-	कैशलेस दावे	प्रतिपूर्ति के दावे	कैशलेस और प्रतिपूर्ति दोनों प्रकार के दावे	इनमें से कोई नहीं	1
228	प्रतिपूर्ति दावों को प्रोसेस करते समय उपयोग की जानेवाली मुद्रा रूपांतरण दर क्या है-	हानि की तारीख के अनुसार दर।	दावा दायर करने की तारीख के अनुसार दर।	अस्पताल से डिस्चार्ज की तारीख के अनुसार दर।	अस्पतालीकरण की तारीख के अनुसार दर।	1
229	विदेशी यात्रा बीमा के प्रतिपूर्ति दावों में, स्वीकार्य दावों के भुगतान के लिए किस मुद्रा का उपयोग किया जाता है-	ब्रिटिश पाउंड (जीबीपी)	भारतीय रुपया (आईएनआर)	अमरीकी डॉलर (यूएसडी)	यूरो (ईयूआर)	2

Corporate Agents (Health) Question Bank - Hindi						
क्र.	प्रश्न	विकल्प-1	विकल्प-2	विकल्प-3	विकल्प-4	विकल्प-उचित
230	बीमाधारक व्यक्ति की विकलांगता को प्रमाणित करने के लिए किन दस्तावेज़ों की आवश्यकता होती है-	जन्म प्रमाण-पत्र	पासपोर्ट	सिविल सर्जन या समकक्ष सक्षम डॉक्टरों द्वारा जारी स्थायी विकलांगता प्रमाण-पत्र।	ड्राइविंग लाइसेंस	3
					Uploaded on dt. 21-7-23	