আইসি -3৪

বীমা এজেন্ট (স্বাস্থ্য)

স্বীকৃতি

এই কোর্সের উপর ভিত্তি করে সংশোধিত বীমা ইনস্টিটিউট কর্তৃক প্রণীত সিলেবাস ভারত , মুম্বাই এর

भारतीय बीमा संस्थान
INSURANCE INSTITUTE OF INDIA

জী – ব্লক , প্লট নং সি – ৪৬
বান্দ্রা কুরলা কমপ্লেক্স, বান্দ্রা (ই), মুম্বাই - ৪০০ ০৫১

বীমা এজেন্ট (স্বাস্থ্য)

আইসি -38

সংশোধিক সংস্করণ: **2016**

সমস্ত স্বত্ব সংরক্ষিত

এই কোর্সটি মুম্বাইয়ের ইনসুরেন্স ইনস্টিটিউট অব ইন্ডিয়ার গ্রন্থস্বত্ব দ্বারা সংরক্ষিত। কোনো পরিস্থিতিতেই এই পাঠক্রমের কোনো অংশ নকল করা যাবে না।

যে ছাত্রছাত্রী ইনসুরেন্স ইনস্টিটিউট অব ইন্ডিয়ার পরীক্ষাগুলিতে বসতে চলেছেন, তাঁদের বিষয়গুলি পুরোপুরি বোঝানোর লক্ষ্যে এবং প্রচলিত সর্বোত্তম শিল্প রীতি অনুসারেই এই কোর্সটি তৈরি হয়েছে। বিরোধ বা আইনী যুক্তি সম্পর্কিত বিষয়ের ব্যাখ্যা বা সমাধানসূত্র দেওয়ার জন্য এই কোর্স তৈরি হয়নি।

পি. বেণুগোপাল, মহাসচিব, ইনসুরেন্স ইনস্টিটিউট অব ইন্ডিয়া, জি- ব্লক, প্লট নং. সি-46, বান্দ্রা কুরলা কমপ্লেক্স, বান্দ্রা (পূর্ব), মুম্বাই - 400 051

মুখবন্ধ

সংস্থাটি **বীমা এজেন্ট** জন্য পাঠ্য উপাদানগুলির বিকাশ ঘটিয়েছে শিল্পটিতে সংযুক্ত ব্যক্তিবর্গের সঙ্গে পরামর্শের মাধ্যমে। পাঠ্য উপাদানগুলি IRDAI–এর দ্বারা অনুমোদিত পাঠক্রমের ভিত্তিতে প্রস্তুত করা হয়েছে।

পাঠক্রমটি, সেই কারণে, জীবন, সাধারণ এবং স্বাস্থ্য বীমা সম্পর্কে প্রাথমিক জ্ঞানটি প্রদান করে যেটি এজেন্টদের সঠিক দৃষ্টিভঙ্গীতে তাঁদের পেশাদারি বৃত্তিটিকে অনুধাবন করতে এবং মূল্যায়ন করতে সক্ষম করে। বলা বাহুল্য, যেহেতু বীমা ব্যবসাটি একটি গতিময় পরিবেশে পরিচালিত হয়, এজেন্টদের, ব্যক্তিগত পাঠ এবং বীমাকারীদের দ্বারা প্রদত্ত গৃহাভ্যন্তরীণ প্রশিক্ষণগুলিতে অংশগ্রহনের মাধ্যমে আইন এবং রীতিসমূহের পরিবর্তনগুলি সম্পর্কে ওয়াকিবহাল থাকতে হবে।

এই দায়িত্বটি III–এর উপর ন্যস্ত করার জন্য আমরা IRDAI–কে ধন্যবাদ জানাই। সংস্থাটি সকল ব্যক্তিকে, যাঁরা এই পাঠক্রমটি পাঠ করেন এবং পরীক্ষায় উত্তীর্ণ হন, শুভেচ্ছা জানায়।

ইনসিওরেন্স ইন্‌স্টিটিউট অফ ইন্ডিয়া

বিষয়বস্তু

অধ্যায় নং	শিরোনাম	পাতা নং.
অধ্যায় 1	সাধারণ অধ্যায়	
1	বীমা পরিচিতি	2
2	ক্রেতা পরিষেবা	24
3	অভিযোগ প্রতিবিধানের ব্যবস্থাসমূহ	55
4	বীমা এজেন্ট রেগুলেশন	65
5	জীবন বীমা আইন সম্পর্কিত নীতি	74
অধ্যায় 2	স্বাস্থ্য বীমা	
6	স্বাস্থ্য বীমার ভূমিকা	95
7	বীমা দলিল রচনা	111
8	স্বাস্থ্য বীমা পণ্য	132
9	স্বাস্থ্য বীমা আন্ডাররাইটিং	188
10	স্বাস্থ্য বীমার ক্লেইম	225

অধ্যায় 1
সাধারণ অধ্যায়

অধ্যায় 1
বীমা পরিচিতি

অধ্যায় সূচনা

এই অধ্যায় বীমা বুনিয়াদ সম্বন্ধে পরিচয় করিয়ে দিতে, তার বিবর্তন এবং কিভাবে এটি কাজ করে তা চিহ্নিত করার লক্ষ্যে কাজ করে। আপনি আরো শিখবেন বীমা অপ্রত্যাশিত ঘটনার ফলে উদ্ভূত অর্থনৈতিক ক্ষতির বিরুদ্ধে কিভাবে সুরক্ষা প্রদান করে এবং ঝুঁকি স্থানান্তরের একটি যন্ত্র হিসেবে কাজ করে ।

শিক্ষণ ফলাফল

A. জীবন বীমা – ইতিহাস ও বিবর্তন
B. কিভাবে বীমা কাজ করে
C. ঝুঁকি ব্যবস্থাপনা কৌশল
D. ঝুঁকি পরিচালনার জন্য একটি হাতিয়ার হিসেবে বীমা
E. সমাজে বীমার ভূমিকা

A. জীবন বীমা – ইতিহাস ও বিবর্তন

আমরা অনিশ্চয়তার একটি পৃথিবীতে বাস করি। আমরা শুনতে পাই:

- ✓ রেল সংঘর্ষ
- ✓ বন্যায় সমগ্র সম্প্রদায়ের ধ্বংস
- ✓ ভূমিকম্প যা শোক আনে
- ✓ হঠাৎ অল্পবয়সী মানুষের হঠাৎ অকাল মৃত্যু

চিত্র 1 : আমাদের চারপাশে ঘটছে এমন ঘটনা

কেন এই ঘটনা আমাদের উদ্বিগ্ন এবং ভীত করে?

কারণটি সহজ.

i. প্রথমতঃ এই ঘটনা অনির্দেশ্য ।যদি আমরা একটি ঘটনার পূর্বানুমান এবং পূর্বাভাস দিতে পারি, তাহলে আমরা এটার জন্য প্রস্তুত থাকতে পারি ।

ii. দ্বিতীয়ত, এমন অনির্দেশ্য এবং দুর্ভাগ্যজনক ঘটনা প্রায়ই অর্থনৈতিক ক্ষতি এবং বিষাদ এর একটি কারণ.

একটি সম্প্রদায়, ভাগ এবং পারস্পরিক সমর্থনের একটি সিস্টেম দ্বারা এই ধরনের ঘটনা দ্বারা যারা প্রভাবিত হয় সেই সব ব্যাক্তিদের সাহায্য করতে আসতে পারে

বীমা ধারণা হাজার হাজার বছর আগে জন্ম হয় ।বর্তমানে আমরা যে, বীমা ব্যবসা জানি তা মাত্র দুই বা তিন শতাব্দী আগে প্রচলিত হয়েছে ।

1. বীমা ইতিহাস

খ্রিস্টপূর্ব ৩০০০ সাল থেকে বীমা কিছু আকারে বা অন্যান্য আকারে , পরিচিত ছিল। বিভিন্ন সভ্যতা বছরের পর বছর ধরে, সম্প্রদায়ের কিছু ভুক্তভোগী সদস্যদের ক্ষতি পুলিং এবং ভাগ করে নেওয়ার ধারণাকে অনুশীলন করেছে। এই ধারণা কীভাবে প্রয়োগ হত – তার উপর আমাদের দৃষ্টি দেওয়া যাক ।

2. বছরের পর বছর ধরে বীমা

ব্যাবিলনীয় ব্যবসায়ীরা	ব্যাবিলনীয় ব্যবসায়ীদের চুক্তি ছিল যেখানে তারা ঋণদাতাদের অতিরিক্ত অঙ্কের অর্থ দিত হারিয়ে বা চুরি হয়ে যাওয়া একটি চালানের ক্ষেত্রে, ঋণ লেখার জন্য একটি মূল্য হিসাবে। এটিকে 'নৌ ঋণ' বলা হয়। এই চুক্তি অনুযায়ী, জাহাজ বা তার পণ্যের নিরাপত্তার প্রতি গৃহীত ঋণ পরিশোধ করা হবে শুধুমাত্র যদি এবং যখন জাহাজ তার গন্তব্যে সমুদ্রযাত্রার পরে নিরাপদে পৌঁছোয় ।
বারুক এবং সুরাটের ব্যবসায়ীরা	শ্রীলঙ্কা, মিশর এবং গ্রীস এ ভারতীয় জাহাজ নিয়ে সমুদ্রযাত্রা করা বারুক এবং সুরাত-এর ব্যবসায়ীদের মধ্যে ব্যাবিলনীয় ব্যবসায়ীদের অনুরূপ অভ্যাস প্রচলিত ছিল.
গ্রীক	গ্রীকরা ৭ শতাব্দির শেষে হিতৈষী সমিতি শুরু করেছিল, মৃত সদস্যদের অন্ত্যেষ্টিক্রিয়ার এবং পরিবারের যত্ন নিতে। ইংল্যান্ডের বন্ধুত্বপূর্ণ সমিতি একইভাবে গঠিত হয়েছিল ।
রোডস এর বাসিন্দারা	রোডস এর অধিবাসীরা একটি প্রথা প্রচলন করেছিল যদ্দ্বারা , যদি দুর্দশার সময় পরিত্যাগের কারণে কিছু পণ্য নষ্ট হয়, পণ্যের মালিক (এমনকি যাদের কিছুই হারায় নি) কিছু অনুপাতে লোকসান বহন করবে ।
চীনা ব্যবসায়ীরা	প্রাচীন দিনের চীনা ব্যবসায়ীরা দুর্দম নদীর উপর যাত্রা করার সময় বিভিন্ন নৌকা বা জাহাজে তাদের পণ্য রাখতো। তারা ধরে নিত যে কোনো নৌকা যদি প্রতিকূল পরিণতি ভোগ করে, পণ্যের ক্ষতি শুধুমাত্র আংশিক হবে, মোট হবে না। ক্ষতি বিতরণ করা যেতে পারে এবং যার ফলে ক্ষতি হ্রাস করা যেতে পারে ।

3. মার আধুনিক ধারণা

ভারতে জীবন বীমা নীতি প্রতিফলিত হয়েছিল ভারতের যৌথ পরিবার ব্যবস্থার প্রতিষ্ঠানে, যা ছিল অনেক বছর ধরে জীবন বীমার এক সেরা ধরন। একজন সদস্যের দু: খজনক মৃত্যুর ঘটনায় বিভিন্ন পরিবারের সদস্যদের দ্বারা দু: খ ও লোকসান ভাগ করা হয়, যার ফলে পরিবারের প্রতিটি সদস্যর নিরাপত্তাবোধ অব্যাহত থাকে ।

যৌথ পরিবার ব্যবস্থার ভাঙ্গন এবং আধুনিক যুগে অনু পরিবারের আশু প্রয়োজনীয়তা দৈনন্দিন জীবনের চাপের সঙ্গে মিলিত হয়ে এটি প্রয়োজনীয় করে তুলেছে নিরাপত্তার জন্য বিকল্প ব্যবস্থা অভিব্যক্ত করতে। এটি একটি ব্যক্তির জীবন বীমার গুরুত্ব তুলে ধরে ।

i. **লয়েড:** আধুনিক বাণিজ্যিক বীমা ব্যবসার উত্স আজ যেভাবে চর্চা করা হয় তার চিহ্ন লন্ডনে লয়েড এর কফি হাউস পাওয়া যাবে। ব্যবসায়ীরা যারা সেখানে জড়ো হত, লোকসান ভাগ করতে সম্মত হত জাহাজ দ্বারা বাহিত তাদের পণ্যের জন্য সামুদ্রিক বিপদর কারণে। সামুদ্রিক বিপদ যেমন জলদস্যুদের দূরসমুদ্রের উপর ডকাতি, অথবা খারাপ সমুদ্র আবহাওয়ায় পণ্য নষ্ট বা সামুদ্রিক বিপদের কারণে জাহাজ ডুবে যাওয়ার কারণে এরকম ক্ষতি সংঘটিত হত ।

ii. **চিরস্থায়ী নিশ্চয়তার জন্য লন্ডনে** 1706 সালে প্রতিষ্ঠিত বন্ধুত্বপূর্ণ সমিতিটিকে বিশ্বের প্রথম জীবন বীমা কোম্পানী বলে মনে করা হয় ।

4. ভারতে বীমা ইতিহাস

a) **ভারত:** ভারতে আধুনিক বীমা সামুদ্রিক বীমা ব্যবসা আরম্ভকারী বিদেশী বীমা প্রদানকারী সংস্থা দ্বারা 1800 সালের প্রথম দিকে বা কাছাকাছি সময়ে শুরু হয়.

ওরিয়েন্টাল লাইফ ইন্স্যুরেন্স কোং লিমিটেড	ভারতে স্থাপিত প্রথম জীবন বীমা কোম্পানী ছিল একটি ইংরেজি কোম্পানী ।
ট্রিটন ইন্স্যুরেন্স কোং লিমিটেড	ভারতে স্থাপিত করা প্রথম অ-জীবন বিমা
বোম্বে মিউচুয়াল অ্যাসিউরেন্স সোসাইটি লিমিটেড	প্রথম ভারতীয় বীমা কোম্পানী. এটা মুম্বাই এ 1870 সালে গঠিত হয়
ন্যাশনাল ইনসিওরেন্স কোম্পানি লিমিটেড	ভারতের প্রাচীনতম বীমা কোম্পানী. এটা 1906 সালে প্রতিষ্ঠিত হয় এবং এটা এখনও ব্যবসায়িক

অন্য অনেক ভারতীয় কোম্পানি বিংশ শতাব্দীর শুরুতে স্বদেশী আন্দোলনের ফলে পরবর্তীকালে স্থাপন করা হয়.

গুরুত্ব

1912 সালে, **জীবন বীমা কোম্পানি আইন** ও প্রভিডেন্ট ফান্ড আইন বীমা ব্যবসা নিয়ন্ত্রণ করতে গৃহীত হয়। জীবন বীমা কোম্পানী আইন, 1912 এটা বাধ্যতামূলক করে যে প্রিমিয়াম হার টেবিল এবং কোম্পানীর পর্যাবৃত্ত মূল্যনির্ধারণ একটি অ্যাকচুয়্যারি দ্বারা প্রত্যয়িত করা হবে। তবে, ভারতীয় এবং বিদেশী কোম্পানীর মধ্যে অসমতা ও বৈষম্য অব্যাহত ছিল ।

বীমা আইন 1938 ***ভারতে বীমা কোম্পানি পরিচালনা নিয়ন্ত্রণ করতে বিধিবদ্ধ প্রথম আইন ছিল। এই আইন, সময়ে সময়ে সংশোধিত হয়ে এখনও কার্যকরী। বীমা আইনের বিধান অনুযায়ী বীমা নিয়ন্ত্রক সরকার দ্বারা নিযুক্ত করা হয়েছিল।***

b) **জীবনবীমা জাতীয়করণ :** 1956 সালে জীবনবীমা ব্যবসা জাতীয়করণ হয় এবং জীবনবীমা কর্পোরেশন (LIC of India) স্থাপিত হয়। সেই সময় 170 কোম্পানী এবং 75 প্রভিডেন্ট ফান্ড সোসাইটি জীবনবীমা ব্যবসা করত। 1956 থেকে 199 অবধি একমাত্র অধিকার জীবনবীমা ব্যবসা করার ছিল LIC'র সত্ত্বাধীন।

c) **অ জীবন বীমা জাতীয়করণ :** 1972 সালে সাধারণ বীমা ব্যবসা জাতীয়করণ আইন (GIBNA) বিধিবদ্ধ হওয়ার সঙ্গে, অ জীবন বীমা ব্যবসাও রাষ্ট্রায়ত্ত হয়েছিল এবং ভারতের সাধারণ বীমা কর্পোরেশন (GIC) এবং তার চার অধীনস্থ কোম্পানী স্থাপন করা হয়েছিল।সে সময়ে অ জীবন বীমা ব্যবসা করছেন এমন ভারতের 106 বীমা প্রদানকারী মিশ্রিত হয়েছিল ভারতের GIC-র চার সহায়ক সংগঠনের সঙ্গে

d) **মালহোত্রা কমিটি এবং আইআরডিএ :** 1993 সালে, মালহোত্রা কমিটি স্থাপিত হয় প্রতিযোগিতার একটি উপাদানের পুনঃপ্রবর্তন সহ শিল্প উন্নয়নের জন্য অন্বেষণ এবং পরিবর্তন সুপারিশ করতে। কমিটি এর রিপোর্ট জমা করে 1994সালে। 1997 সালে বীমা নিয়ন্ত্রণ কর্তৃপক্ষ (IRA) প্রতিষ্ঠিত হয়। বীমা নিয়ন্ত্রক ও উন্নয়ন আইন, 1999 (আইআরডিএ)-এ পাশ হওয়া বীমা নিয়ন্ত্রক ও উন্নয়ন কর্তৃপক্ষ (আইআরডিএ) গঠন করে 2000 সালের এপ্রিলে: জীবন এবং অ জীবন বীমা উভয় শিল্পের জন্য একটি বিধিসম্মত নিয়ন্ত্রক সংস্থা হিসেবে, আইআরডিএ পরবর্তীকালে ২০১৪ সালে আইআরডিএআই হিসেবে নামকরণ করা হয়েছে।

২০১৫ সালে বীমা আইন সংশোধনে, কিছু ভিন্ন শর্ত যোগ করা হয়েছে যা ভারতে বীমা কোম্পানীর সংজ্ঞা ও গঠন নিয়ন্ত্রণ করে।

ভারতীয় বীমা কোম্পানীতে এমন এক কোম্পানী আছে যাতে পোর্টফোলিও বিনিয়োগকারী সহ বিদেশী বিনিয়োগকারী দ্বারা ইক্যুইটি শেয়ারের সমষ্টিগত হোল্ডিং, এইভাবে নির্ধারণ করা যেতে পারে, ভারতীয় মালিকানাধীন ও নিয়ন্ত্রণযুক্ত ভারতীয় বীমা কোম্পানীর প্রদেয় ইক্যুইটি বিনিয়োগ শতকরা উনপঞ্চাশের বেশি না হয়।

বীমা নিয়মের সংশোধন ভারতে বিদেশী কোম্পানি সম্বন্ধেও শর্ত রাখে। এক বিদেশী বীমা কোম্পানী ভারতে স্থাপিত কোন শাখার মাধ্যমে পুনর্বীমায় লিপ্ত হতে পারে। "পুনর্বীমা" মানে হল "এক বীমাকর্তার ঝুঁকির এক ভাগ অন্য বীমাকর্তা দ্বারা বীমা যা এক পারস্পরিক গ্রহণযোগ্য প্রিমিয়ামের জন্য ঝুঁকি গ্রহণ করে"

5. আজকের জীবন বীমা শিল্প

বর্তমানে, এই পর্যন্ত বিস্তারিত, ভারতে কর্মরত ২৪টি জীবন বীমা কোম্পানি আছে ।

a) জীবন বীমা কর্পোরেশন (এলআইসি) ভারতের একটি পাবলিক সেক্টর কোম্পানি

b) বেসরকারি খাতে ২৩ জীবন বীমা কোম্পানি আছে

c) পোস্টাল বিভাগও, ভারত সরকারের অধীনে, ডাক জীবন বীমার মাধ্যমে জীবন বীমা ব্যবসা পরিচালনা করে, কিন্তু নিয়ন্ত্রকের এক্তিয়ার বহির্ভূত।

পরীক্ষা – **1**

নিম্নলিখিত কোনটি ভারতের বীমা শিল্প নিয়ন্ত্রক?

I. ভারতের বীমা কর্তৃপক্ষ
II. বীমা নিয়ন্ত্রণ ও উন্নয়ন কর্তৃপক্ষ
III. ভারতীয় জীবন বীমা কর্পোরেশন
IV. ***ভারতের সাধারণ বীমা কর্পোরেশন***

B. কিভাবে বীমা কাজ করে

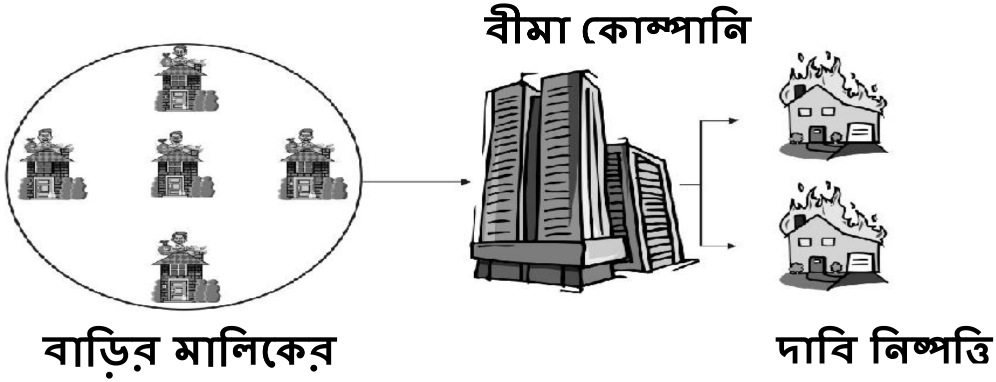
আধুনিক বাণিজ্য সম্পত্তির মালিকানা নীতির উপর প্রতিষ্ঠিত হয়েছিল। যখন একটি সম্পত্তি একটি নির্দিষ্ট ঘটনার কারণে (ক্ষতি বা ধ্বংস দ্বারা) মান হারায়, সম্পত্তির মালিক একটি অর্থনৈতিক ক্ষতি ভোগ করেন।. তবে যদি একটি সাধারণ তহবিল তৈরি হয়, যা অনুরূপ সম্পদের এই ধরনের মালিকদের ক্ষুদ্র অবদান নিয়ে গঠিত হয়, এই পরিমাণ দুর্ভাগ্যজনক কয়েকজনর দ্বারা ভুক্ত ক্ষতিপূরণ করতে ব্যবহার করা যেতে পারে.

সহজ কথায়, একটি নির্দিষ্ট অর্থনৈতিক ক্ষতি এবং তার ফল সহন সম্ভাবনা বীমা প্রক্রিয়ার মাধ্যমে এক ব্যক্তি থেকে অনেকের সঙ্গে স্থানান্তরিত করা যেতে পারে ।

সংজ্ঞা

এইভাবে বীমাকে একটি প্রক্রিয়া হিসেবে বিবেচনা করা যেতে পারে যার দ্বারা কয়েকজনের লোকসান,যারা দুর্ভাগ্যজনকভাবে এইরকম ক্ষতি ভোগ করে, অনুরূপ অনিশ্চিত ঘটনা / অবস্থায় উন্মুক্ত তাদের মধ্যে ভাগ করা হয়

চিত্র 2 : কিভাবে বীমা কাজ করে



তবে এখানে একটি প্রশ্ন আছে

i. এই ধরনের একটি সাধারণ তহবিল তৈরি করতে মানুষ কি তাদের কষ্টার্জিত অর্থের সাথে অংশ করতে সম্মত হবে?

ii. তারা কিভাবে বিশ্বাস করবে যে তাদের অবদান আসলে কাঙ্ক্ষিত উদ্দেশ্যে ব্যবহার করা হচ্ছে?

iii. তারা কিভাবে জানতে পারবে যে তারা যা অর্থপ্রদান করছে তা খুব বেশী না খুব সামান্য

স্পষ্টতঃ কাউকে প্রক্রিয়াটি শুরু এবং সংগঠিত করতে হবে এবং এই উদ্দেশ্যের জন্য সম্প্রদায়ের সদস্যদের একজোট করছে। যে 'কেউ' একজন যে 'বিমা প্রদানকারী' হিসাবে পরিচিত, তিনি অবদান নির্ধারণ করবেন প্রত্যেক ব্যাক্তিকে অবশ্যই সাধারণ ভাঁড়ারে দিতে হবে এবং তিনিই ক্ষতিগ্রস্তদের অর্থ প্রদান করতে আয়োজন করবেন।

বিমা প্রদানকারীকে অবশ্য ব্যক্তি ও সম্প্রদায়ের আস্থা জয় করতে হবে।

1. কিভাবে বীমা কাজ করে

a) প্রথমত, এই সমস্ত একটি সম্পদ হতে হবে যার একটি অর্থনৈতিক মূল্য আছে। পরিসম্পদ :
   i. ভৌত হতে পারে (একটি গাড়ী বা একটি ভবনের মত) বা
   ii. অপ্রকৃত (নাম এবং সহৃদয়তার মতো) হতে পারে বা
   iii. ব্যক্তিগত হতে পারে (যেমন একজনের চোখ, অঙ্গসমূহ এবং শরীরের অন্যান্য দিক)

b) যদি একটি নির্দিষ্ট ঘটনা ঘটে তাহলে সম্পদ তার মান হারাতে পারে। ক্ষতির এই সম্ভাবনাকে ঝুঁকি বলা হয়। ঝুঁকি ঘটনার কারণ সংশয় হিসাবে পরিচিত।

c) পুলিং নামে পরিচিত একটি নীতি আছে। এটি বিভিন্ন ব্যক্তি থেকে নেওয়া অবদানসমূহের (প্রিমিয়াম হিসাবে পরিচিত) সংগ্রহ নিয়ে গঠিত। এইসব ব্যক্তিদের সম্পদ অনুরূপ এবং অনুরূপ ঝুঁকিতে উন্মুক্ত।

d) তহবিলের এই পরিমাণ কয়েকের ক্ষতিপূরণ করতে ব্যবহৃত হয়, যারা একটি সংশয় দ্বারা সৃষ্ট ক্ষতির সম্মুখীন হতে পারে

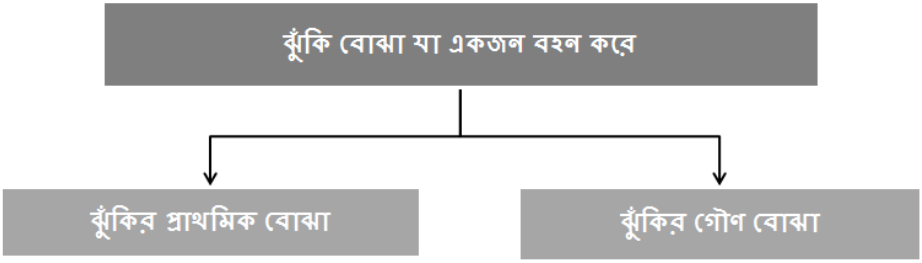
e) তহবিল পুলিং এবং হতভাগ্য কয়েকের ক্ষতিপুরণের এই প্রক্রিয়া একটি প্রতিষ্ঠানের মাধ্যমে নির্বাহিত হয় যা বিমা প্রদানকারী হিসাবে পরিচিত।.

f) বিমা প্রদানকারী প্রতিটি ব্যক্তির সাথে একটি বীমা চুক্তি করে যারা প্রকল্পে অংশগ্রহণ করতে চায়। এইরকম একজন অংশগ্রহণকারী বীমাকৃত ব্যাক্তি হিসেবে পরিচিত।

2. বীমার বোঝা হ্রাস করা

ঝুঁকি বোঝা বলতে বোঝায় খরচ, লোকসান এবং অক্ষমতাকে যা একটি প্রদত্ত ক্ষতি পরিস্থিতি / ঘটনায় উন্মুক্ত হওয়ার ফলে একজনকে সহ্য করতে হয়।

চিত্র 3: ঝুঁকি বোঝা যা একজন বহন করে



ঝুঁকি বোঝা দুই ধরনের হয়, যা একজন বহন করে – **প্রাথমিক ও মাধ্যমিক**

a) ঝুঁকির প্রাথমিক বোঝা

ঝুঁকির প্রাথমিক বোঝা লোকসান নিয়ে গঠিত যা আসলে ভোগ করে বাড়ীর লোকেরা (এবং ব্যবসা ইউনিট) ,খাঁটি ঝুঁকি ঘটনার একটি ফলাফল হিসাবে। এই ক্ষতি প্রায়ই প্রত্যক্ষ ও পরিমাপযোগ্য এবং সহজেই বীমা দ্বারা ক্ষতিপূরণ করতে পারা যায়।

উদাহরণ

যখন একটি কারখানা অগ্নিকান্ডে ধ্বংস হয়, ক্ষতিগ্রস্ত বা ধ্বংস পণ্যের প্রকৃত মূল্য অনুমান করা যেতে পারে এবং ক্ষতিপূরণ দেওয়া যেতে পারে তাকে যে লোকসানে ভুগছে.

যদি কোনও ব্যাক্তির হার্ট সার্জারি হয়, তার চিকিৎসার খরচ জ্ঞাত হয় এবং ক্ষতিপূরণ করা হয়.

এ ছাড়াও কিছু পরোক্ষভাবে ক্ষতি হতে পারে ।

উদাহরণ

অগ্নিকান্ডে ব্যবসায়িক কাজকর্ম বিঘ্নিত হতে পারে এবং লাভের ক্ষতি হতে পারে যা অনুমান করা যায় এবং যে লোকসানে ভুগছে তাকে ক্ষতিপূরণ দেওয়া যেতে পারে।

b) ঝুঁকির গৌণ বোঝা

ধরুন,এরকম কোন ঘটনা ঘটে না এবং কোন ক্ষতি হয় না।তার মানে এই কি যে যারা সংশয়ে উন্মুক্ত তারা কোন বোঝা বহন করে না? উত্তরটি হল যে প্রাথমিক বোঝা বাদ দিলে, একজন একটি ঝুঁকির গৌণ বোঝা বহন করে ।

ঝুঁকির গৌণ বোঝা খরচ এবং প্রয়াস নিয়ে গঠিত যা একজনকে বহন করতে হয়, শুধুমাত্র ঘটনা থেকে যা ক্ষতি পরিস্থিতিতে উন্মুক্ত। এমনকি যদি বলা ঘটনা না ঘটে, এই বোঝা তখনও বহন করতে হবে।.

আমাদের এই ভার সম্বন্ধে কিছু বোঝা যাক:

i. প্রথমত ভয় এবং দুশ্চিন্তা দ্বারা সৃষ্ট শারীরিক ও মানসিক চাপ আছে। উদ্বেগ ব্যক্তি থেকে ব্যক্তিতে পৃথক হতে পারে, কিন্তু একজন ব্যক্তির ভালো থাকাকে প্রভাবিত করে এবং তার উপর চাপ সৃষ্টি করতে পারে।

ii. দ্বিতীয়ত একটি ক্ষতি ঘটবে বা ঘটবে না তা সম্পর্কে যখন অনিশ্চিত, তখন বিচক্ষণ তা হল এরকম একটি পরিণাম পূরণের জন্য একটি সংরক্ষিত তহবিল একপাশে সরিয়ে রাখা। এরকম একটি তহবিল রাখার জন্য খরচ। উদাহরণস্বরূপ বলা যায়, এরকম তহবিল একটি স্বচ্ছ আকারে অনুষ্ঠিত হয় এবং কম আয় ফলন হতে পারে।

বিমা প্রদানকারীকে একটি ঝুঁকি হস্তান্তর করে, মনের শান্তি ভোগ করা সম্ভব হয়ে ওঠে যখন তহবিল বিনিয়োগ যা অন্যথায় একটি সংরক্ষণ হিসাবে সরানো হয়েছে এবং একজনের ব্যবসা পরিকল্পনা আরো কার্যকর করা হয়েছে। সঠিকভাবে এই কারণে বীমার প্রয়োজন হয়।

পরীক্ষা 2

নিম্নলিখিতর মধ্যে কোনটি ঝুঁকির একটি গৌণ বোঝা ?

I. ব্যবসা প্রতিবন্ধক মূল্য
II. সামগ্রী ক্ষতিগ্রস্ত মূল্য
III. ভবিষ্যতের সম্ভাব্য ক্ষতির পূরণের জন্য একটি সংস্থান হিসাবে মজুদ একপাশে সরিয়ে রাখা
IV. ***হার্ট অ্যাটাকের ফলে হাসপাতালে চিকিত্সাধীন খরচ***

C. *ঝুঁকি ব্যবস্থাপনা কৌশল*

আরেকটি প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করা যেতে পারে: বীমা সব ধরণের ঝুঁকি পরিস্থিতিতে সঠিক সমাধান কি না.। উত্তর হয় 'না'।

বীমা হল শুধুমাত্র এক পদ্ধতি যা দ্বারা ব্যক্তি তাদের ঝুঁকি পরিচালনা চাইতে পারে। এখানে তারা একটি বীমা কোম্পানীকে তাদের সম্মুখীন হওয়া ঝুঁকি হস্তান্তর করে। তবে ঝুঁকির সঙ্গে সম্পর্কিত কিছু অন্যান্য পদ্ধতি আছে, যা নীচে ব্যাখ্যা করা হল :

1. ঝুঁকি পরিহার

একটি ক্ষতি পরিস্থিতি এড়িয়ে ঝুঁকি নিয়ন্ত্রণ ঝুঁকি পরিহার হিসাবে পরিচিত। এইভাবে একজন কোনো সম্পত্তি, ব্যক্তি বা কার্যকলাপ এড়ানোর চেষ্টা করতে পারে যা দিয়ে একটি উন্মুক্ততা যুক্ত হতে পারে ।

উদাহরণ

i. অন্য কাউকে উত্পাদন চুক্তিবদ্ধ করার দ্বারা একজন নির্দিষ্ট উত্পাদন ঝুঁকি বহন করতে অস্বীকার করতে পারে ।

ii. একজন একটি দুর্ঘটনা ঘটার ভয়ে বাড়ির বাইরে ঝুঁকি নেবে না বা যখন বিদেশে অসুস্থ হবার ভয়ে ভ্রমণ করতে পারে না.

কিন্তু ঝুঁকি পরিহার ঝুঁকি মোকাবিলায় নেতিবাচক উপায়। ব্যক্তিগত এবং সামাজিক অগ্রগতি সেইসব কার্যক্রম থেকে আসে যার কিছু ঝুঁকি গ্রহণ করা প্রয়োজন এই ধরনের কার্যক্রম এড়ানোর দ্বারা,ব্যক্তি ও সমাজ সেইসব সুবিধা হারাবে যা এইধরনের ঝুঁকি গ্রহণ কার্যক্রম প্রদান করতে পারে ।

2. ঝুঁকি ধারণ

একজন ঝুঁকি প্রভাব পরিচালনা করার চেষ্টা করে এবং ঝুঁকি এবং তার প্রভাব সহ্য করার সিদ্ধান্ত নেয় নিজেই ।এটি আত্ম বীমা হিসাবে পরিচিত ।

উদাহরণ

একটি ব্যবসা কেন্দ্র এমন সিদ্ধান্ত নিতে পারে, যে একটি নির্দিষ্ট সীমা পর্যন্ত ছোট ক্ষতি সহ্য করতে নিজের সঙ্গে ঝুঁকি বজায় রাখতে এটি নির্ভর করবে ক্ষমতা এবং অভিজ্ঞতার উপর।

3. ঝুঁকি হ্রাস ও নিয়ন্ত্রণ

ঝুঁকি পরিহারের তুলনায় এটি আরো বাস্তব এবং প্রাসঙ্গিক পন্থা ।এটির মানে একটি ক্ষতি সংঘটনের সম্ভাবনা কমাতে পদক্ষেপ গ্রহণ এবং / অথবা এই ধরনের ক্ষতি ঘটলে তার প্রভাবের ভয়াবহতা কমানো।

গুরুত্ব

পদক্ষেপ সংঘটন সম্ভাবনা কমানো 'ক্ষতি প্রতিরোধ হিসাবে পরিচিত ।. ক্ষতির মাত্রা কমাতে ব্যবস্থাকে'ক্ষতি নিরসন বলা হয়।.

ঝুঁকি হ্রাস এক অথবা অধিক মাধ্যমে ক্ষতির দ্রুতি এবং / অথবা আকৃতির হ্রাস করার সঙ্গে জড়িত:

a) **শিক্ষা ও প্রশিক্ষণ** যেমন কর্মীদের জন্য নিয়মিত "আগুন ড্রিলস", হেলমেট এবং সীট বেল্ট এবং আরো কিছু পরে চালকদের, ট্রাক অপারেটরদের, জন্য পর্যাপ্ত প্রশিক্ষণ নিশ্চিত করে।

   এর একটা উদাহরণ হতে পারে জাঙ্ক ফুড এড়ানোর জন্য স্কুলের শিশুদের শিক্ষা দেওয়া ।

b) **পরিবেশগত পরিবর্তন**, যেমন "প্রকৃত" অবস্থার উন্নতি ,উদাহরণস্বরূপ ভাল তালা, জানালায় বার বা শাটার, চোরের বা ফায়ার এলার্ম বা নির্বাপক যন্ত্র লাগানো। রাষ্ট্র দূষণ এবং শব্দ মাত্রা নিয়ন্ত্রণের জন্য ব্যবস্থা গ্রহণ করতে পারে জনগণের স্বাস্থ্য অবস্থা উন্নত করতে। ম্যালেরিয়া ঔষধ, নিয়মিত ছড়ানো রোগের প্রাদুর্ভাব প্রতিরোধ করতে সাহায্য করে।

c) **বিপজ্জনক বা ঝুঁকিপূর্ণ অভিযান তৈরি পরিবর্তন,** যন্ত্রপাতি ও সরঞ্জাম ব্যবহার করার সময় বা অন্যান্য কাজগুলো করার সময়

   উদাহরণস্বরূপ: একটি সুস্থ জীবনধারা অবলম্বন করা এবং সঠিক সময়ে সঠিকভাবে খাওয়া অসুস্থ হওয়ার প্রকোপ কমাতে সাহায্য করে.

d) **বিচ্ছেদ,** এক স্থানে সম্পত্তি কেন্দ্রীভূত করার বদলে বিভিন্ন অবস্থানের মধ্যে সম্পত্তির বিভিন্ন বিষয় ছড়ানো, হল ঝুঁকি নিয়ন্ত্রণ করার একটি পদ্ধতি । ধারণাটি হল , যদি একটি দুর্ঘটনা এক স্থানে ঘটে , এর প্রভাব হ্রাস করা যেতে পারে এক জায়গায় সবকিছু না রেখে।

উদাহরণস্বরূপ: বিভিন্ন গুদামে সঞ্চয় করে পরিসংখ্যাপত্রের ক্ষতি কমানো যেতে পারে। এমনকি যদি এগুলির একটিও ধ্বংস হয়, প্রভাব অনেক হ্রাস পাবে।

4. ঝুঁকি অর্থায়ন

যে লোকসান ঘটতে পারে তা পূরণ করতে যে তহবিল সংস্থান তা বোঝায় এটি।

a) স্ব অর্থায়নের মাধ্যমে ঝুঁকি ধারণ যে কোনো ক্ষতির জন্য স্ব পরিশোধ করতে হয়। এই প্রক্রিয়ায়, ফার্ম অনুমান করে এবং তার নিজস্ব ঝুঁকির অর্থায়ন করে, তার নিজের বা ধার তহবিল মাধ্যমে, এটি আত্ম বীমা হিসাবে পরিচিত। এছাড়াও ফার্ম ক্ষতির প্রভাব কম করতে বিভিন্ন ঝুঁকি হ্রাস পদ্ধতি নিয়োজিত করতে পারে, তদ্বারা ক্ষতি তাদের ধারনে থাকবে।

b) ঝুঁকি স্থানান্তর ঝুঁকি ধারণের একটি বিকল্প। ঝুঁকি স্থানান্তর অন্য পক্ষকে ক্ষতির জন্য দায়িত্ব হস্তান্তর করে থাকে।এখানে.লোকসান যা একটি আকস্মিক ঘটনার (বা বিপদ) ফলে হতে পারে অন্য সত্তায় স্থানান্তর করা হয় ।

বীমা হল ঝুঁকি স্থানান্তরের এক প্রধান ধরন , এবং এটা বীমা ক্ষতিপূরণের মাধ্যমে নিশ্চয়তা দ্বারা অনিশ্চয়তা প্রতিস্থাপন করার অনুমতি দেয়।

বীমা বনাম নিশ্চিতকরণ

বীমা এবং নিশ্চিতকরণ উভয় বাণিজ্যিকভাবে পরিচালিত কোম্পানি দ্বারা দেওয়া আর্থিক পণ্য। ইদানীং দুই এর মধ্যে পার্থক্য ক্রমবর্ধমানভাবে ঝাপসা হয়ে গেছে এবং কিছুটা অনুরূপ হিসাবে গৃহীত হয়। তবে নিম্নলিখিত আলোচনায় দুই এর মধ্যে সূক্ষ্ম পার্থক্য বোঝা যায়।

বীমা একটি ঘটনার সুরক্ষা বোঝায় যেটা ঘটতে পারে যেখানে নিশ্চিতকরণ একটি ঘটনার সুরক্ষা বোঝায় যেটা ঘটবে। বিমা ঝুঁকিতে অন্তর্ভুক্তি প্রদান করে, আর নিশ্চিতকরণ একটি নির্দিষ্ট ঘটনা যেমন মৃত্যু যা অন্তর্ভুক্তি করে নিশ্চিত, শুধুমাত্র ঘটনার সময় অনিশ্চিত। নিশ্চিতকরণ পলিসি জীবন কভারের সঙ্গে সংযুক্ত।

চিত্র 4: বীমা কিভাবে বীমাকারীকে ক্ষতিপূরণ করে।

ঝুঁকি স্থানান্তর করার অন্য উপায় আছে। উদাহরণস্বরূপ, যখন একটি ফার্ম একটি দলের অংশ, ঝুঁকি স্থানান্তরিত হতে পারে উর্ধ্বতন দলে যা তারপর ক্ষতির আর্থিক সংস্থান করবে।

সুতরাং, বীমা ঝুঁকি স্থানান্তরের একটি পদ্ধতি ।

পরীক্ষা 3

নিম্নলিখিতের মধ্যে কোনটি ঝুঁকি স্থানান্তর করার একটি পদ্ধতি ?

I. ব্যাংক এফডি
II. বীমা
III. ইক্যুইটি শেয়ার
IV. রিয়েল এস্টেট

D. ঝুঁকি পরিচালনার একটি হাতিয়ার হিসেবে বীমা

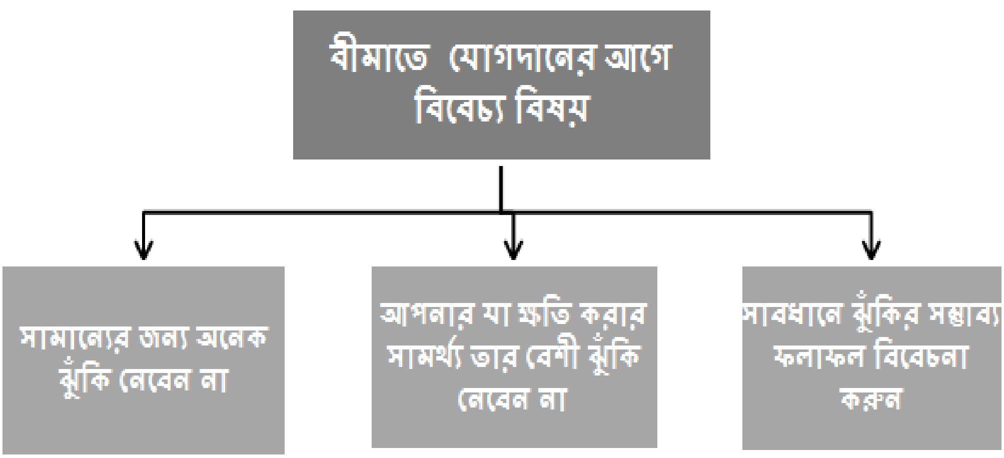
যখন আমরা একটি ঝুঁকি সম্পর্কে কথা বলি, আমরা আসলে ঘটে গেছে এরকম একটি ক্ষতির উল্লেখ করি না কিন্তু ঘটতে পারে এমন একটি ক্ষতির কথা উল্লেখ করি। অতএব এটা একটি প্রত্যাশিত ক্ষতি। এই প্রত্যাশিত ক্ষতির খরচ (যা ঝুঁকির খরচের সমান হয়) দুই বিষয়ের পণ্য:

i. যে বিপত্তির সম্ভাবনা বীমা করা হচ্ছে, তা যদি ঘটে তার ক্ষতি

ii. প্রভাব বা ক্ষতির পরিমাণ যা ফল হিসাবে ভোগ করতে হতে পারে

ঝুঁকি খরচ বৃদ্ধি পাবে সম্ভাবনা এবং ক্ষতির পরিমাণ উভয়ের সঙ্গে সরাসরি অনুপাতে ।তবে,যদি ক্ষতির পরিমাণ খুব উচ্চ হয়, এবং তার সংঘটনের সম্ভাবনা কম হয়, ঝুঁকি খরচ কম হবে।

চিত্র 5: বীমাতে যোগদানের আগে বিবেচ্য বিষয়



1. বীমাতে যোগদানের আগে বিবেচ্য বিষয়

বীমা করবেন কিনা সিদ্ধান্ত নেওয়ার সময়, একজনের নিজের, ক্ষতি যা হবে তার ভারবহন খরচের প্রতি ঝুঁকি হস্তান্তর খরচ তৌল করা প্রয়োজন। ঝুঁকি হস্তান্তর খরচ হল বীমা প্রিমিয়াম – এটি পূর্ববর্তী অনুচ্ছেদে উল্লেখীকৃত দুই বিষয় দেওয়া আছে। বীমার জন্য শ্রেষ্ঠ পরিস্থিতি হবে সেখানে যেখানে সম্ভাবনা খুবই কম কিন্তু ক্ষতি প্রভাব খুব বেশী। এরকম ক্ষেত্রে, এর বীমা (প্রিমিয়াম) মাধ্যমে ঝুঁকি হস্তান্তর খরচ অনেক কম হবে অথচ নিজের উপর এটির বহন খরচ খুব বেশী হতে পারে।

a) **সামান্যের জন্য অনেক ঝুঁকি নেবেন না:** একটি যুক্তিসঙ্গত সম্পর্ক হতে হবে ঝুঁকি হস্তান্তর খরচ এবং প্রাপ্ত মানের মধ্যে ।

উদাহরণ

এটির অর্থ কি একটি সাধারণ বল পেন বীমা করা?

b) **আপনার যা ক্ষতি করার সামর্থ্য তার বেশী ঝুঁকি নেবেন না:** যদি একটি ঘটনার ফলে উত্থিত ক্ষতি এত বড় হয় যে এটি দেউলিয়ার কাছাকাছি অবস্থা তৈরি করতে পারে, ঝুঁকি ধারণ বাস্তবসম্মত এবং উপযুক্ত. প্রতীয়মান হয় না।

উদাহরণ

একটি বড় তেল শোধনাগার ধ্বংস বা ক্ষতিগ্রস্ত হতে হলে কি হবে? একটি কোম্পানি কি ক্ষতি বহন করতে সমর্থ্য?

c) **সাবধানে ঝুঁকির সম্ভাব্য ফলাফল বিবেচনা করুন:** সেইসব সম্পদের বীমা করলে ভাল হয় যার জন্য একটি ক্ষতি সংঘটনের (তীব্রতা) সম্ভাবনা কম, কিন্তু সম্ভাব্য কাঠিন্য (প্রভাব), উচ্চ।

উদাহরণ

কেউ কি একটি মহাকাশ উপগ্রহ বীমা না করতে সামর্থ্য?

পরীক্ষা 4

নিম্নলিখিত পরিস্থিতির মধ্যে কোনটি বীমা পরোয়ানা জারি করে ?

I. একটি পরিবারের একমাত্র উপার্জনকারী অসময়ে মারা যেতে পারে

II. একজন ব্যক্তি তার টাকার ব্যাগ হারাতে পারেন

III. স্টক মূল্যের চরম পতন হতে পারে

IV. ***একটি বাড়ী প্রাকৃতিক ক্ষতির কারণে৪ মান হারাতে পারে।***

E. *সমাজে বীমার ভূমিকা*

বীমা কোম্পানি একটি দেশের অর্থনৈতিক উন্নয়নে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে। দেশের সম্পদ রক্ষা করা এবং সংরক্ষিত করা হচ্ছে তা নিশ্চিত করার জন্য তারা গুরুত্বপূর্ণ অর্থে একটি অবদান রাখছে। তাদের অবদানের কিছু নীচে দেওয়া হল।

a) তাদের বিনিয়োগগুলি বৃহৎভাবে সমাজের উপকার করে। একটি বীমা কোম্পানীর শক্তি এই বিষয়ে যে বিপুল পরিমাণ সংগ্রহ করা এবং প্রিমিয়াম আকারে পরিমাণ একত্রিত করা ।

b) এই তহবিল সংগ্রহ করা হয় এবং পলিসিধারকদের সুবিধার জন্য ধরে রাখা হয়।বীমা কোম্পানিগুলির মধ্যে এই দৃষ্টিভঙ্গি রাখা প্রয়োজন এবং এই তহবিল নিয়ে কাজ করার ক্ষেত্রে তাদের সমস্ত সিদ্ধান্ত করা প্রয়োজন এমন উপায়ে যা সম্প্রদায়কে উপকৃত করে। এটি তার বিনিয়োগেও প্রযোজ্য। সেজন্য সফল বীমা কোম্পানিগুলোকে ফটকামূলক উদ্যোগ অর্থাৎ স্টক এবং শেয়ারে বিনিয়োগ করতে দেখা যায় না।

c) বীমা পদ্ধতি অনেক প্রত্যক্ষ ও পরোক্ষ সুবিধা প্রদান করে ব্যক্তিকে,তার পরিবারকে, শিল্প ও বাণিজ্যকে এবং সম্প্রদায় এবং একটি সম্পূর্ণ জাতিকে। বীমাকারী –ব্যক্তি ও ব্যবসায় প্রতিষ্ঠান উভয়– সরাসরি উপকৃত হয় কারণ একটি দুর্ঘটনা বা আকস্মিক ঘটনা দ্বারা সৃষ্ট ক্ষতির পরিণতি থেকে তাদের রক্ষা করা হয়। এইভাবে, বীমা একটি অর্থে শিল্পে মূলধন রক্ষা করে এবং ব্যবসা এবং শিল্পে আরও সম্প্রসারণ এবং উন্নয়নের জন্য মূলধন মুক্ত করে।

d) বীমা ব্যক্তির ভবিষ্যতের সঙ্গে যুক্ত থাকা ভয়, চিন্তা ও উদ্বেগকে সরিয়ে ফেলে এবং এইভাবে ব্যবসা উদ্যোগে বিনামূল্যে মূলধন বিনিয়োগে উত্সাহ দেয় এবং বিদ্যমান সম্পদের দক্ষ ব্যবহারের উন্নতি করে। এইভাবে বীমা কর্মসংস্থান সুযোগের প্রজন্মের সঙ্গে বাণিজ্যিক এবং শিল্প উন্নয়নে উত্সাহ দেয়, যার ফলে একটি সুস্থ অর্থনীতি এবং বর্ধিত জাতীয় উত্পাদনশীলতায় অবদান রাখে।

e) একটি ব্যাংক বা আর্থিক প্রতিষ্ঠান সম্পত্তির উপরআগাম ঋণ দিতে পারে না, যদি না এটা বীমাযোগ্য বিপদ দ্বারা ক্ষতি বা হানির বিরুদ্ধে বীমা করা হয়। তাদের অধিকাংশই সমান্তরাল নিরাপত্তা হিসাবে পলিসি নির্ধারণের উপর জোর দেয়।.

f) একটি ঝুঁকি গ্রহণ করার আগে, বীমা প্রদানকারীরা বীমা করা হবে সেই সম্পত্তির সমীক্ষা ও পরিদর্শনের ব্যবস্থা করে যোগ্য প্রকৌশলী এবং অন্য বিশেষজ্ঞদের দ্বারা। তারা শুধুমাত্র রেটিং উদ্দেশ্যে ঝুঁকি নির্ণয় করে না, এছাড়া বীমাকারীকে পরামর্শ এবং সুপারিশ করে, ঝুঁকিতে বিভিন্ন উন্নতি, যা প্রিমিয়ামের নিম্ন হার আকর্ষিত করে।

g) বীমা দেশে বৈদেশিক মুদ্রা উপার্জনকারী একটি খাত হিসেবে রপ্তানি বাণিজ্য, শিপিং এবং ব্যাঙ্কিং পরিষেবার সঙ্গে শ্রেণীবদ্ধ থাকে। ভারতীয় বীমা প্রদানকারীরা 30 টিরও বেশি দেশে কাজ করে। এইসব কাজকর্ম বৈদেশিক মুদ্রা এবং অদৃশ্য রপ্তানি প্রতিনিধিত্ব উপার্জন করে।

h) বীমা প্রদানকারীরা ঘনিষ্ঠভাবে বিভিন্ন সংস্থা এবং আগুন ক্ষতি প্রতিরোধ, পণ্যসম্ভার ক্ষতি প্রতিরোধ, শিল্প নিরাপত্তা এবং সড়ক নিরাপত্তায় জড়িত প্রতিষ্ঠানের সঙ্গে যুক্ত থাকে।.

তথ্য

বীমা এবং সামাজিক নিরাপত্তা

a) এটা এখন স্বীকৃত যে সামাজিক নিরাপত্তা বিধান হল রাষ্ট্রের একটি বাধ্যবাধকতা। এই উদ্দেশ্যে রাজ্য দ্বারা গৃহীত বিভিন্ন আইন, সামাজিক নিরাপত্তার একটি হাতিয়ার হিসেবে বাধ্যতামূলক বা স্বেচ্ছাসেবী বীমার ব্যবহারকে অন্তর্ভুক্ত করে। কেন্দ্রীয় ও রাজ্য সরকার এইভাবে তাদের সামাজিক অঙ্গীকার পূরণ করে নির্দিষ্ট সামাজিক নিরাপত্তা প্রকল্পের অধীনে প্রিমিয়াম দান করে। শিল্প কর্মচারী এবং তাদের পরিবার যারা বীমাকৃত ব্যক্তি তাদের সুবিধার জন্য, অসুস্থতা, অঙ্গহানি, মাতৃত্ব এবং মৃত্যুর খরচের অর্থ প্রদান করতে কর্মচারী রাজ্য বীমা আইন, 1948 কর্মচারী রাজ্য বীমা কর্পোরেশন-এর জন্য অর্থ প্রদান করে। সরকার কর্তৃক বিজ্ঞপ্তি দেওয়া নির্দিষ্ট শিল্প এলাকায় প্রকল্পটি কাজ করে ।

b. সরকারি পৃষ্ঠপোষকতায় সামাজিক সুরক্ষা প্রকল্পে বীমাকারী এক গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে যেমন

1. রাষ্ট্রীয় কৃষি বীমা যোজনা
2. রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বীমা যোজনা
3. প্রধান মন্ত্রী জীবন জ্যোতি বীমা যোজনা
4. প্রধান মন্ত্রী সুরক্ষা বীমা যোজনা

এইগুলি সাধারণভাবে সম্প্রদায়ের উপকার করে।

c) একটি বাণিজ্যিক ভিত্তিতে পরিচালিত সব গ্রামীণ বীমা স্কিম, গ্রামীণ পরিবারের সামাজিক নিরাপত্তা প্রদান করতে শেষ পর্যন্ত নক্সায়িত করা হয়.

d) ***সরকারি প্রকল্পের এই সমর্থন ছাড়া , বীমা শিল্প নিজেই একটি বাণিজ্যিক ভিত্তিতে বীমা কভার উপলব্ধ করে যার সামাজিক নিরাপত্তার চরম উদ্দেশ্য আছে।উদাহরণ: জনতা ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা, জন আরোগ্য ইত্যাদি।***

পরীক্ষা **5**

নীচের বীমা প্রকল্পের মধ্যে কোনটি একজন বিমা প্রদানকারী দ্বারা চালানো হয় এবং সরকার দ্বারা আয়োজন করা হয় না?

I. কর্মচারী রাজ্য বীমা কর্পোরেশন
II. শস্য বীমা প্রকল্প
III. জন আরোগ্য
IV. ***উপরের সবগুলি***

সংক্ষিপ্ত বিবরণ

- বীমা হল ঝুঁকি পুলিং-এর মাধ্যমে ঝুঁকি স্থানান্তর ।
- বাণিজ্যিক বীমা ব্যবসার উত্‌স আজ যেভাবে চর্চা করা হয় লন্ডনে লয়েড এর কফি হাউস থেকে তার সূত্র পাওয়া গেছে।।
- একটি বীমা ব্যবস্থায় নিম্নলিখিত সত্ত্বা জড়িত থাকে :
  - ✓ সম্পত্তি,
  - ✓ ঝুঁকি,
  - ✓ বিপত্তি,
  - ✓ চুক্তি,
  - ✓ বীমা প্রদানকারি এবং
  - ✓ বীমাকারি
- যখন অনুরূপ ঝুঁকিতে উন্মুক্ত থাকা অনুরূপ সম্পদসম্পন্ন ব্যক্তি তহবিলের একটি সাধারণ পরিমানের মধ্যে অবদান করে, এটি পুলিং হিসাবে পরিচিত হয় ।
- বীমা ছাড়া অন্যান্য ঝুঁকি ব্যবস্থাপনা কৌশলগুলি হল:
  - ✓ ঝুঁকি পরিহার,
  - ✓ ঝুঁকি নিয়ন্ত্রণ,
  - ✓ ঝুঁকি ধারণ,
  - ✓ অর্থায়নে ঝুঁকি এবং
  - ✓ ঝুঁকি হস্তান্তর
- বীমাতে মূল নিয়মগুলি হল:
  - ✓ আপনার হারানোর সামর্থ্যের চেয়ে বেশী ঝুঁকি নেবেন না,
  - ✓ সাবধানে ঝুঁকির সম্ভাব্য ফলাফল বিবেচনা করুন এবং
  - ✓ সামান্যের জন্য বেশী ঝুঁকি নেবেন না

মূল শর্তাবলী

1. ঝুঁকি
2. পুলিং
3. সম্পত্তি
4. ঝুঁকির বোঝা
5. ঝুঁকি পরিহার
6. ঝুঁকি নিয়ন্ত্রণ
7. ঝুঁকি ধারণ
8. অর্থায়নে ঝুঁকি

নিজেকে পরীক্ষা করতে উত্তর দিন

উত্তর 1

সঠিক উত্তর হল II

বীমা নিয়ন্ত্রণ ও উন্নয়ন কর্তৃপক্ষ ভারতের বীমা শিল্পের নিয়ন্ত্রক.

উত্তর 2

সঠিক উত্তর হল III

ভবিষ্যতের সম্ভাব্য ক্ষতির জন্য একটি সংস্থান হিসাবে মজুদ একপাশে সরিয়ে রাখার প্রয়োজনীয়তা ঝুঁকির একটি গৌণ বোঝা

উত্তর 3

সঠিক উত্তর হল II

বীমা ঝুঁকি স্থানান্তর করার একটি পদ্ধতি.

উত্তর 4

সঠিক উত্তর হল I

একটি পরিবারের উপার্জনকারী অকালে মারা যেতে পারে, সমগ্র পরিবার রেখে, এবং তাদেরই ভরণপোষণের ব্যবস্থা করতে হবে এই ধরনের একটি পরিস্থিতি পরোয়ানা জারি করে জীবন বীমা ক্রয় করার উপর

উত্তর 5

সঠিক উত্তর হল III

জন আরোগ্য বীমা স্কিম একটি বিমা প্রদানকারী দ্বারা চালানো হয় এবং সরকার দ্বারা উদ্যোগ নেওয়া হয় না.

স্ব-পরীক্ষণ প্রশ্নাবলি

প্রশ্ন 1

ঝুঁকি পুলিং-এর মাধ্যমে ঝুঁকি স্থানান্তরকে বলা হয় ________ .

I. সঞ্চয়

II. বিনিয়োগ

III. বীমা

IV. ঝুঁকি প্রশমন

প্রশ্ন 2

ঝুঁকি সংঘটন সম্ভাবনা কমানোর ব্যবস্থা পরিচিত হয় _____

I. ঝুঁকি ধারণ

II. ক্ষতি প্রতিরোধ

III. ঝুঁকি স্থানান্তর

IV. ঝুঁকি পরিহার

প্রশ্ন 3

বীমা প্রদানকারীকে ঝুঁকি স্থানান্তর করে, এটি সম্ভব হয়ে ওঠে ___________ .

I. আমাদের সম্পদ সম্পর্কে অমনযোগী হয়ে পড়া

II. একটি ক্ষতির ঘটনায় বীমা থেকে অর্থ উপার্জন করা

III. আমাদের সম্পত্তির সম্মুখীন সম্ভাব্য ঝুঁকি উপেক্ষা করা

IV. মনের শান্তি উপভোগ করা এবং আরো কার্যকরভাবে একজনের ব্যবসায়িক পরিকল্পনা করা

প্রশ্ন 4

আধুনিক বীমা ব্যবসার উদ্ভবের চিহ্ন পাওয়া যাবে __________

I. নৌ

II. লয়েড

III. রোডস

IV. মালহোত্রা কমিটি

প্রশ্ন 5

বীমা প্রসঙ্গে 'ঝুঁকি ধারণ' একটি অবস্থা নির্দেশ করে যেখানে _____ .

I. ক্ষতি বা নষ্টের সম্ভাবনা নেই

II. ঘটনা উৎপাদনকারী ক্ষতির কোন মান নেই

III. সম্পত্তি বীমা দ্বারা আওতাভুক্ত করা হয়

IV. একজন ঝুঁকি এবং তার প্রভাব বহন করার সিদ্ধান্ত নেয়

প্রশ্ন 6

নিম্নলিখিত বিবৃতির কোনটি সত্য?

I. বীমা সম্পদ সুরক্ষিত করে

II. বীমা এর ক্ষতি রোধ করে

III. বীমা ক্ষতির সম্ভাবনা হ্রাস করে

IV. যখন সম্পত্তির ক্ষতি হয় বীমা অর্থ বহন করে

প্রশ্ন 7

400 ঘরের মধ্যে, যেগুলির একেকটির মূল্য ২০০০০টাকা, প্রতি বছর গড়ে 4টি ঘর পুড়ে গেলে ৪0,000টাকার একটি সম্মিলিত ক্ষতি হয়। এই ক্ষতিপূরণ ভাল করতে প্রতিটি মালিকের বার্ষিক অবদান কি হবে ?

I. টা: ১০০ / -

II. টা: ২০০ / -

III. টা: ৮০ / -

IV. টা: ৪০০ / -

প্রশ্ন 8

নিম্নলিখিত বিবৃতি কোনটি সত্য?

I. বীমা 'অনেক'-এর দ্বারা 'কয়েক'-এর লোকসান ভাগ করার একটি পদ্ধতি

II. বীমা হল একজন ব্যক্তির অন্য ব্যক্তিকে ঝুঁকি স্থানান্তরের একটি পদ্ধতি

III. বীমা হল কয়েকের দ্বারা 'অনেক'-র লোকসান ভাগ করার একটি পদ্ধতি

IV. বীমা হল কয়েকের লাভ অনেককে স্থানান্তরের একটি পদ্ধতি

প্রশ্ন 9

বীমা প্রদানকারী একটি ঝুঁকি গ্রহণ করার আগে সম্পত্তির সমীক্ষা ও পরিদর্শনের জন্য কেন ব্যবস্থা নেন?

I. মূল্য নির্ধারণের উদ্দেশ্যে ঝুঁকি মূল্যায়ন

II. বিমাকৃত ব্যক্তি কিভাবে সম্পত্তি ক্রয় করে তা খুঁজে বের করা

III. অন্য বীমা প্রদানকারীরাও সম্পত্তি পরিদর্শন করেছেন কি না তা খুঁজে বের করা

IV. প্রতিবেশী সম্পত্তি বীমাকৃত করা যাবে কি না তা খুঁজে বের করা

প্রশ্ন 10

নিচের বিকল্পের কোনটি বীমা প্রক্রিয়াকে ভালভাবে বর্ণনা করে?

I. কয়েকের দ্বারা অনেকের ক্ষতি ভাগ করা

II. অনেকের দ্বারা কয়েকের লোকসান ভাগ করা

III. একের দ্বারা কয়েকের লোকসান ভাগ

IV. ***ভর্তুকি দিয়ে ক্ষতির ভাগ করা***

স্ব-পরীক্ষণ প্রশ্নাবলির উত্তর

উত্তর 1

সঠিক উত্তর হল III

ঝুঁকি পুলিং-এর মাধ্যমে ঝুঁকি স্থানান্তরকে বীমা বলা হয়

উত্তর 2

সঠিক উত্তর হল I

ঝুঁকি সংঘটন সম্ভাবনা কমাতে ব্যবস্থা ক্ষতি প্রতিরোধ ব্যবস্থা হিসাবে পরিচিত হয়.

উত্তর 3

সঠিক উত্তর হল IV

বীমা প্রদানকারীকে ঝুঁকি স্থানান্তর করে, মনের শান্তি উপভোগ করা এবং আরো কার্যকরভাবে একজনের ব্যবসা পরিকল্পনা করা সম্ভব হয়ে ওঠে.

উত্তর 4

সঠিক উত্তর হল II

আধুনিক বীমা ব্যবসার উদ্ভব লয়েডে চিহ্নিত করা যাবে

উত্তর 5

সঠিক উত্তর হল IV

বীমা প্রসঙ্গে 'ঝুঁকি ধারণ' নির্দেশ করে এমন একটি অবস্থা যেখানে একজন ঝুঁকি এবং তার প্রভাব সহ্য করার সিদ্ধান্ত নেয়

উত্তর 6

সঠিক উত্তর হল IV

যখন সম্পত্তির ক্ষতি হয়,বীমা খরচ বহন করে

উত্তর 7

সঠিক উত্তর হল II

পরিবার প্রতি 200টাকা ক্ষতিপূরণের ব্যবস্থা থাকতে হবে

উত্তর 8

সঠিক উত্তর হল I

বীমা 'অনেক' দ্বারা 'কয়েক'-এর লোকসান ভাগ করার একটি পদ্ধতি.

উত্তর 9

সঠিক উত্তর হল I

একটি ঝুঁকি গ্রহণ করার আগে, বীমা প্রদানকারী মূল্য নির্ধারণের উদ্দেশ্যে ঝুঁকি মূল্যায়ন করতে সম্পত্তির সমীক্ষা ও পরিদর্শন ব্যবস্থা করেন

উত্তর 10

সঠিক উত্তর হল II

বীমা একটি প্রক্রিয়া হিসেবে বিবেচনা করা যেতে পারে যা দ্বারা কয়েকের লোকসান, যারা এই ধরনের দুঃখজনক ক্ষতির সম্মুখীন, একই ধরনের অনিশ্চিত ঘটনা /অবস্থায় উন্মুক্ত যারা, তাদের মধ্যে ভাগ করা হয়

অধ্যায় 2
ক্রেতা পরিষেবা

অধ্যায় পরিচিতি

এই অধ্যায়ে আপনারা ক্রেতা পরিষেবার গুরুত্ব শিখবেন। আপনারা জানবেন ক্রেতাকে পরিষেবা দিতে এজেন্টদের কী ভূমিকা। আপনারা জানবেন পলিসি হোল্ডারদের অভিযোগ প্রতিবিধানের জন্য উপলব্ধ বিভিন্ন নিয়মাবলীর কথা। এছাড়াও আপনারা শিখবেন কীভাবে ক্রেতার সঙ্গে যোগাযোগ স্থাপন ও সম্পর্ক স্থাপন করতে হয়।

শিক্ষার বিষয়

A. ক্রেতা পরিষেবা – সাধারণ ধারণা
B. উন্নত ক্রেতা পরিষেবা দিতে বীমা এজেন্টের ভূমিকা
C. অভিযোগ প্রতিবিধান
D. যোগাযোগ প্রক্রিয়া
E. অ-মৌখিক যোগাযোগ
F. নৈতিক আচরণ

এই অধ্যায়টি অধ্যয়নের পর আপনি সক্ষম হবেন:

1. ক্রেতা পরিষেবার গুরুত্ব বর্ণনা করতে
2. পরিষেবার গুণমান বর্ণনা করতে
3. বীমা শিল্পে পরিষেবার গুরুত্ব যাচাই করতে
4. উন্নত পরিষেবা দিতে একজন বীমা এজেন্টের ভূমিকা আলোচনা করতে
5. বীমায় অভিযোগ প্রতিবিধানের নিয়মাকানুন পর্যালোচনা করতে
6. যোগাযোগের প্রক্রিয়া ব্যাখ্যা করতে
7. অ-মৌখিক যোগাযোগের গুরুত্ব প্রদর্শণ করতে
8. নৈতিক আচরণ সুপারিশ করতে

A. *ক্রেতা পরিষেবা – সাধারণ ধারণাসমূহ*

1. ক্রেতা পরিষেবা কেন?

ক্রেতারাই ব্যবসায়ের প্রধান স্তম্ভ এবং কোনো উদ্যোগী তাঁদের সঙ্গে নির্লিপ্ত আচরণ করতে পারেন না। অন্যান্য যে কোনো পণ্যের তুলনায় বীমার ক্ষেত্রে ক্রেতা পরিষেবা এবং সম্পর্ক আরো অনেক বেশি কঠিন।

তার কারণ হলো বীমা একটি পরিষেবা এবং বাস্তবিক জিনিসপত্রের তুলনায় অনেক ভিন্ন।

আসুন আমরা দেখি গাড়ি কেনার তুলনায় কীভাবে বীমা কেনার পার্থক্য রয়েছে।

একটি গাড়ি	গাড়ির বীমা
এটি একটি বাস্তবিক পণ্য, যা দেখা যায়, পরীক্ষামূলকভাবে চালানো যায় এবং অভিজ্ঞতাসম্পন্ন।	এটি একটি চুক্তি যা ভবিষ্যতে কোনো অপ্রত্যাশিত দুর্ঘটনার কারণে, গাড়ির কোনোরকম লোকসান অথবা ক্ষতি হলে, পরিবর্তে ক্ষতিপূরণ পাওয়া যাবে।
গাড়িটি কেনার সময় ক্রেতার মনে কিছু আনন্দ পাওয়ার আশা থাকে। অভিজ্ঞতাটি বাস্তবিক এবং খুব সহজেই বোধগম্য।	তাৎক্ষণিক আনন্দ পাওয়ার আশা থেকে বীমা কেনা যায়, তা কেনা হয় সম্ভাব্য কোনো দুঃখজনক ঘটনার ভয় বাআশঙ্কা থেকে। এটি অসম্ভব যে কোনো বীমা ক্রেতা একটি পরিস্থিতির দিকে তাকিয়ে থাকেন যেখানে সুবিধাটি পরে পরিশোধযোগ্য হয়ে যায়।
একটি গাড়ি কারখানায় তৈরি হয়, শো-রুম থেকে তা বিক্রি হয় এবং রাস্তায় ব্যবহৃত হয়। উৎপাদন, বিক্রি এবং ব্যবহারের এই তিন প্রক্রিয়া তিনটি ভিন্ন সময়ে এবং জায়গায় ঘটে।	বীমার ক্ষেত্রে দেখা যায় যে উৎপাদন এবং ব্যয় একইসময়ে ঘটে। উৎপাদন এবং ব্যয়ের এই একই সময়ে ঘটা হলো প্রত্যেকটি পরিষেবার স্বাতন্ত্র্য বৈশিষ্ট্য।

ক্রেতা সত্যিই যেটি আহরণ করেন তা হলো পরিষেবার অভিজ্ঞতা। যদি সেটি তাঁর সন্তোষজনক না হয়, তবে সেটি তাঁর অসন্তোষের কারণ হয়। যদি পরিষেবা তাঁর প্রত্যাশাকে ছাপিয়ে যায়, তবে ক্রেতা খুশি হন। সেই কারণে প্রতিটি প্রতিষ্ঠানের লক্ষ্য হলো তাঁর ক্রেতাকে খুশি করা।

2. পরিষেবার গুণমান

বীমা কোম্পানি এবং তাঁদের কর্মীদের কাছে এটি খুবই প্রয়োজনীয়, কোম্পানীর তাদের এজেন্টরাও, ক্রেতাদের উচ্চ গুণমানসম্পন্ন পরিষেবা দেবেন এবং তাঁদের খুশি করবেন।

কিন্তু উচ্চ গুণসম্পন্ন পরিষেবা কী? এর অবদানগুলি কী কী?

পরিষেবা গুণের একটি সুপরিচিত মডেল [নাম হলো সার্ভকোয়াল] আমাদের কিছু অন্তর্দৃষ্টি দেবে। এটি পরিষেবা গুণমানের পাঁচটি মুখ্য সূচককে আলোকপাত করে:

a) **বিশ্বাসযোগ্যতা**: নির্ভরযোগ্যভাবে এবং নির্ভুলভাবে প্রতিজ্ঞাবদ্ধ পরিষেবা দেওয়ার ক্ষমতা। অধিকাংশ ক্রেতা মনে করেন বিশ্বাসযোগ্যতা হলো পরিষেবা গুণের পাঁচটি মাত্রার মধ্যে সর্বাধিক গুরুত্বপূর্ণ। এটি হলো বিশ্বাস গড়ে ওঠার ভিত্তি।

b) **সংবেদনশীলতা**: পরিষেবা কর্মীদের ক্রেতাকে সহায়তা করার ইচ্ছা এবং সক্ষমতা এবং ক্রেতার চাহিদায় দ্রুত সাড়া দেওয়াকে বোঝায়। এটি পরিমাপ করার মাপকাঠি হলো পরিষেবা দেওয়ার ক্ষেত্রে দ্রুততা, নির্ভুলতা, এবং ইতিবাচক মনোভাব।

c) **প্রতিশ্রুতি**: পরিষেবা প্রদানকারীর জ্ঞান, কর্মদক্ষতা এবং সৌজন্য এবং বিশ্বাস ও আস্থা জ্ঞাপন করার ক্ষমতাকে বোঝায়। এটি দেওয়া হয় কতো ভালোভাবে পরিষেবা কর্মী ক্রেতার চাহিদাকে বুঝতে পেরেছেন এবং তা মেটানোর সক্ষমতা আছে তার মূল্যায়নের ভিত্তিতে।

d) **সহানুভূতি**: মানবিক স্পর্শ হিসেবে বর্ণণা করা হয়। এর প্রতিফলন ঘটে ক্রেতার প্রতি যত্নশীল আচরণ এবং ব্যক্তিগতভাবে মনোযোগ দেওয়ার মাধ্যমে।

e) **বাস্তব**: বাস্তবিক পরিবেশগত কারণ যা ক্রেতা দেখতে, শুনতে এবং স্পর্শ করতে পারবেন তার প্রতিনিধিত্ব করে। উদাহরণ হিসেবে, যখন কেউ বীমা কোম্পানির অফিসে যান সেসময় স্থান, বিন্যাস এবং পরিচ্ছন্নতা এবং শৃঙ্খলাবোধ এবং পেশাদারিত্ব ক্রেতার মনে গভীর ছাপ ফেলে। আসল পরিষেবা অনুভব করার আগে এবং পরে, বাস্তবিক পরিবেশ খুবই গুরুত্বপূর্ণ হয়ে ওঠে কারণ এটি প্রথম এবং চূড়ান্ত প্রভাব তৈরি করে।

3. ক্রেতা পরিষেবা এবং বীমা

বীমা শিল্পের নেতৃত্বে থাকা যে কোনো সেলস প্রডিউসারকে জিজ্ঞাসা করুন কীভাবে তিনি শীর্ষে পৌঁছেছেন এবং সেখানে টিকে আছেন। আপনি সম্ভবত একটি সাধারণ উত্তরই পাবেন, যে তাঁদের চলতি ক্রেতার পৃষ্ঠপোষকতা এবং সমর্থনই এই ব্যবসা গড়ে তুলতে সাহায্য করেছে।

আপনি এটিও জানতে পারবেন যে তাঁদের আয়ের একটি বড় অংশ আসে, পাওয়া কমিশন এবং চুক্তির পুনর্নবীকরণ থেকে। তাঁদের গ্রাহকরাই হলেন নতুন ক্রেতা পাওয়ার সূত্র।

তাঁদের সফলতার চাবিকাঠি কী?

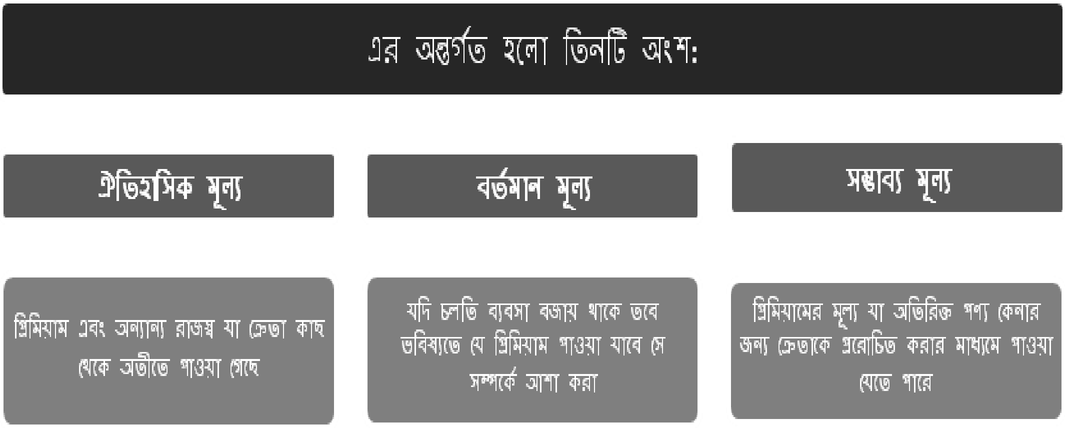
খুব সম্ভবত এর উত্তর হলো, **তাঁদের ক্রেতাকে পরিষেবা দেওয়ার দায়বদ্ধতা।**

একজন ক্রেতাকে খুশী রাখা কীভাবে একজন এজেন্ট এবং কোম্পানির পক্ষে সুবিধাজনক হতে পারে?

এই প্রশ্নের উত্তর দিতে, ক্রেতার সারা জীবনের মূল্যের দিকে তাকানোই কার্যকরী হবে।

ক্রেতার সারা জীবনের মূল্যকে হয়তো বর্ণনা করা যাবে তার পূর্ণ আর্থিক সুবিধা যা পাওয়া যায় দীর্ঘ সময় ধরে একজন ক্রেতার সঙ্গে একটি দৃঢ় সম্পর্ক গড়ে তোলার মাধ্যমে।

চিত্র ১ : ক্রেতার সারা জীবনের মূল্য



একজন এজেন্ট যিনি পরিষেবা দেন এবং তাঁর ক্রেতার সঙ্গে ঘনিষ্ঠ সম্পর্ক গড়ে তুলেছেন, ব্যবসাতে সুনাম গড়ে তুলেছেন, যা তাঁর ব্যবসাকে সম্প্রসারিত করতে সহায়তা করেছে।

নিজেকে পরীক্ষা করুন **1**

ক্রেতার সারা জীবনের মূল্যের মানে কী?

I. আজীবন ক্রেতাকে পরিষেবা দেওয়ার সময় সমস্ত রকম খরচ

II. যা ব্যবসা উৎপন্ন হয়েছে তার ভিত্তিতে ক্রেতাকে মর্যাদা দেওয়া

III. ক্রেতার সঙ্গে দীর্ঘমেয়াদী সম্পর্ক গড়ে তোলার মাধ্যমে সম্পূর্ণ আর্থিক সুবিধা

IV. সর্বোচ্চ বীমা যার অবদান দেওয়া যেতে পারে ক্রেতাকে

B. *ক্রেতাকে দারুণ পরিষেবা দেওয়ার ক্ষেত্রে বীমা এজেন্টের ভূমিকা*

আসুন এবার আমরা বিবেচনা করে দেখি যে একজন এজেন্ট কীভাবে ক্রেতাকে দারুণ পরিষেবা দিতে পারেন। এই ভূমিকা শুরু হয় বিক্রির পর্যায় থেকে এবং তা চলতে থাকে চুক্তি চলাকালীন সময় পর্যন্ত, এবং নিম্নলিখিত ধাপগুলি এর অন্তর্ভুক্ত থাকে। আসুন আমরা চুক্তির কয়েকটি মাইলফলক এবং প্রতিটি ধাপে যে ভূমিকা পালন করছে সেটি দেখি।

1. বিক্রির পয়েন্ট–সবচেয়ে ভালো উপদেশ

পরিষেবার প্রথম ধাপ হলো বিক্রির পয়েন্ট। সাধারণ বীমা কেনার ক্ষেত্রে অন্যতম সঙ্কটপূর্ণ ইস্যু হলো **কী পরিমাণ [বীমাকৃত রাশি] কভারেজ কেনা হবে** তা স্থির করা।

এখানে গুরুত্বপূর্ণ হলো মনে একটি প্রাথমিক ধারণা মনে রাখা – যখন ঝুঁকিটি অন্য কোনোভাবে সামাল দেওয়া যাবে সেখানে বীমার সুপারিশ না করা। বীমার খরচের তুলনায় এর সঙ্গে যুক্ত প্রত্যাশিত লোকসান বেশি হতে পারে বীমাকৃতের সেই নিশ্চয়তা সুনিশ্চিত করতে হবে।

যদি সম্পর্কিত লোকসানের তুলনায় প্রিমিয়াম বেশি দিতে হয়, তবে উপদেশ দেওয়া যেতে পারে যে শুধু ঝুঁকিটি বহন করার।

অন্যদিকে, যদি কোনো আকস্মিক ঘটনা আর্থিক বোঝার দিকে টেনে নিয়ে যায়, তাহলে সেই আকস্মিক ঘটনার পরিপ্রেক্ষিতে বীমা করাই উচিত হবে।

বীমার প্রয়োজন আছে কী নেই, তা নির্ভর করে পরিস্থিতির উপর। যদি সম্পত্তির লোকসান অথবা ক্ষতির সম্ভাবনা উপেক্ষনীয় হয়, তবে তিনি বীমা করার পরিবর্তে ঝুঁকিটিকেই রেখে দিতে পারেন। একইভাবে যদি কোনো বিষয়ের উল্লেখযোগ্য মূল্য না থাকে, তবে তিনি এটির বীমা নাও করাতে পারেন।

উদাহরহণ

বন্যাপ্রবণ এলাকায় থাকা একজন গৃহমালিকের কাছে, বন্যার বিরুদ্ধে আচ্ছাদন দিচ্ছে এমন বীমা কেনা সহায়তামূলক।

আবার অন্যদিকে, যদি একজন বাড়ির মালিকের এমন এক জায়গায় বাড়ি থাকে যেখানে বন্যার আশঙ্কা যথেষ্ট নগন্য, সেখানে তাঁর এই সুরক্ষা নেওয়ার কোনো প্রয়োজনীয়তাই নেই।

ভারতে, আইনের অধীনে তৃতীয় পার্টির বিরুদ্ধে গাড়ির বীমা নেওয়া বাধ্যতামূলক। এইক্ষেত্রে, একজনের বীমার প্রয়োজনীয়তা আছে কিনা তা নিয়ে তর্ক করা অপ্রাসঙ্গিক।

যদি কোনো ব্যক্তির গাড়ি থাকে তবে তাঁর অবশ্যই তৃতীয় পক্ষ বীমা কেনা উচিত কারণ তিনি যদি সরকারি রাস্তায় গাড়ি চালাতে চান তবে এটি বাধ্যতামূলক। একইসময়ে এটিই বিচক্ষণ হবে গাড়িতে নিজের ক্ষতির লোকসানের সম্ভাবনাকে সুরক্ষা দেওয়া যা বাধ্যতামূলক নয়।

যদি কোনো সম্ভাব্য লোকসানের অংশ নিজে বহন করতে পারেন, তবে **কেটে নেওয়া (ডিডাক্টিবল**) বেছে নেওয়াই বীমাকৃতের পক্ষে লাভজনক হবে। একজন কর্পোরেট ক্রেতার চাহিদা বিভিন্ন হতে পারে, কারখানার সুরক্ষা থেকে শুরু করে, লোক, গাড়ি, উন্মুক্ত দায়বদ্ধতা ইত্যাদি। সুরক্ষা সংক্রান্ত কোন পলিসি তিনি নেবেন তারজন্য সঠিক পরামর্শ তাঁর প্রয়োজন।

অধিকাংশ সাধারণ বীমা পলিসিগুলি মোটামুটিভাবে দুটি ভাগে পড়ে:

- ✓ অভিহিত বিপদ পলিসি
- ✓ সব ঝুঁকির পলিসি

২য় টি অনেক বেশি ব্যয়সাপেক্ষ যেহেতু সেটি পলিসির অধীনে নির্দিষ্টভাবে বাদ দেওয়া নেই এমন সমস্ত ক্ষেত্রে লোকসানের জন্য আচ্ছাদন দেয়। যেখানে লোকসানের সবচেয়ে বেশি সম্ভাব্য কারণগুলিকে পলিসিতে অভিহিত বিপদের মাধ্যমে আচ্ছাদন দেওয়া হয় সেক্ষেত্রে 'অভিহিত বিপদ' পলিসি বেছে নেওয়া অনেক বেশি লাভজনক হবে, যে পদক্ষেপটি প্রিমিয়াম বাঁচাবে এবং বীমাকৃতকে চাহিদা ভিত্তিক সুরক্ষা দেবে।

একজন এজেন্ট যথার্থভাবে তখনই তাঁর কমিশন আয় করা শুরু করেন যখন তিনি এই বিষয়ে সবচেয়ে ভালো পরামর্শটি দেন। এটি মনে রাখা এজেন্টের পক্ষে মূল্যবান হবে যে হয়তো কেউ মনে করতে পারেন ঝুঁকি সামলানোর জন্য বীমা হলো একটি সঠিক মাপকাঠি, সেক্ষেত্রে বীমার খরচ কমানোর জন্য ঝুঁকি ধরে রাখা অথবা লোকসান ঠেকানোর যথেষ্ট উপায়।

একজন বীমাকৃতের দৃষ্ঠিভঙ্গি থেকে নিদর্শণের জন্য প্রাসঙ্গিক প্রশ্নগুলি হতে পারে:

- ✓ বিয়োজনযোগ্যতা বিবেচনা করলে কতোটা প্রিমিয়াম বাঁচানো সম্ভব হবে?
- ✓ লোকসান ঠেকানোর কাজকর্মের ফলে প্রিমিয়াম কতোটা কমতে পারে?

একজন সাধারণ বীমা বিক্রয়কারী ব্যক্তি হিসেবে ক্রেতার কাছে আবেদন করার সময় একজন এজেন্টের যে প্রশ্নটি নিজেকে করা প্রয়োজন তা হলো নিজের এবং বিপরীতে ক্রেতার ভূমিকা। তিনি কী সেখানে যাচ্ছেন শুধু বীমা বিক্রয় করতে পারার জন্য, নাকি ক্রেতার কাছে এমন একজন কোচ এবং একজন সঙ্গী হিসেবে সম্পর্ক গড়ে তুলতে যিনি তাঁর ঝুঁকিগুলিকে আরও কার্যকরীভাবে সামাল দিতে সাহায্য করতে পারবেন।

ক্রেতার দৃষ্টিভঙ্গি হলো ভিন্ন। তিনি বীমার জন্য টাকা পিছু খরচের অধিকাংশটি ফিরে পেতে উদ্বিগ্ন নন, তাঁর আগ্রহ **ঝুঁকি সামলানোর খরচ কমানোতে।** তাঁর উদ্বেগ হলো সেই ঝুঁকিগুলিকে চিহ্নিত করা যেগুলি ক্রেতা সামলাতে পারেন না, সেই কারণেই বীমা করা আবশ্যিক।

অর্থাৎ, একজন বীমা এজেন্টের ভূমিকা শুধুমাত্র একজন বিক্রয়কারীর থেকেও অনেক বেশি। তাঁকে একাধারে **ঝুঁকি নির্ধারক হওয়া, আন্ডাররাইটার, ঝুঁকি সামলানোর কাউন্সেলর, কাস্টমাইজড সমাধানের ডিজাইনার এবং সম্পর্ক নির্মাণাকারী যিনি বিশ্বাস এবং দীর্ঘমেয়াদী সম্পর্ক গড়ে তুলতে পারেন** এমন হওয়ার প্রয়োজন আছে।

2. **প্রস্তাবের পর্যায়**

বীমার প্রস্তাবটি পূরণ করার জন্য ক্রেতাকে সাহায্য করতে হবে এজেন্টকে। তারপর সেখানে যে বিবৃতি দেওয়া হয়েছে তার দায়িত্ব নেবেন বীমাকৃত। প্রস্তাব ফর্মের বিভিন্ন বৈশিষ্ট্যমূলক অভিমুখ নিয়ে আলোচনা করা হয়েছে অধ্যায় ৫-এ।

এটি খুবই গুরুত্বপূর্ণ যে, একজন এজেন্টই প্রস্তাবের ফর্মের প্রত্যেকটি প্রশ্নের বিস্তারিত উত্তর কীভাবে দিতে হবে সে বিষয়ে প্রস্তাবককে ব্যাখ্যা করে এবং বিশদে প্রস্তাবককে জানাবেন। দাবি জানানোর সময়, যথাযথ এবং সম্পূর্ণ তথ্য না দিতে পারার ব্যর্থতা ক্রেতার দাবিকে বিপন্ন করে দিতে পারে।

কখনো কখনো পলিসিটি সম্পূর্ণ করার জন্য অতিরিক্ত তথ্যের প্রয়োজন হতে পারে। এই ধরণের ঘটনার ক্ষেত্রে, কোম্পানি ক্রেতাকে সরাসরি জানাতে পারে অথবা এজেন্ট/পরামর্শদাতার মাধ্যমে জানাতে পারে। যে কোনো ক্ষেত্রেই, যাবতীয় প্রয়োজনীয় আনুষ্ঠানিকতা পূরন করতে ক্রেতাকে সাহায্য করা প্রয়োজনীয় হয়ে পড়ে এবং এমনকী তাঁকে এই প্রয়োজনীয়তার কারণ ব্যাখ্যা করাও প্রয়োজনীয় হয়ে পড়ে।

3. স্বীকৃতির পর্যায়

a) **কভার নোট**

কভার নোট নিয়ে অধ্যায় 5-এ আলোচনা করাহয়েছে। যেখানে প্রযোজ্য, বীমাকৃতকে, কোম্পানি যাতে কভার নোট ইস্যু করে তা সুনিশ্চিত করা হলো এজেন্টের দায়িত্ব। এইক্ষেত্রে তৎপরতা গ্রাহককে বোঝায় যে তাঁর স্বার্থ এজেন্ট এবং কোম্পানির হাতে সুরক্ষিত রয়েছে।

b) **পলিসির দলিল বিলি**

পলিসিটি বিলি করা হলো এজেন্টের কাছে আরো একটি বড় সুযোগ যার মাধ্যমে তিনি ক্রেতার সঙ্গে যোগাযোগের সুযোগ পাবেন। যদি কোম্পানির নিয়মে ব্যক্তিগতভাবে পলিসির দলিল বিলি করার অনুমতি থাকে, তাহলে ক্রেতার কাছ থেকে সেটি সংগ্রহ করা এবং দলিলটি তাঁর কাছে পৌঁছে দেওয়া একটি ভালো উপায়।

যদি পলিসিটি সরাসরি ডাকে পাঠানো হয়, পলিসির দলিলটি পাঠানো হয়ে গেছে একবার সেটি জানার পর, তবে অবশ্যই ক্রেতার সঙ্গে যোগাযোগ করা উচিত। ক্রেতার সঙ্গে দেখা করার এবং ঐ প্রাপ্ত দলিলে কোনো কিছু যদি অস্পষ্ট থাকে তবে সেটি ব্যখ্যা করার এটি একটি সুযোগ। পলিসির বিভিন্ন ধরণের বিধান, এবং পলিসি ধারকের অধিকার এবং বিশেষ সুবিধা যা একজন ক্রেতা পেতে পারেন তা স্পষ্ট করে দেওয়ার এটি একটি সুযোগ। এই আইনটি বিক্রির বাইরেও পরিষেবার একটি পর্যায় দেওয়ার ইচ্ছাকে তুলে ধরে।

এই বৈঠকটি এজেন্টের ক্রেতাকে পরিষেবা দেওয়ার দায়বদ্ধতা এবং পূর্ণ সমর্থন জানানোর অঙ্গীকারের সুযোগ।

যুক্তিগ্রাহ্য পরবর্তী পদক্ষেপ হলো ক্রেতার চেনা অন্য ব্যক্তির নাম এবং অন্যান্য নির্দিষ্ট বিষয় সম্পর্কে তাঁর কাছে জানতে চাওয়া যিনি এই এজেন্টের পরিষেবা থেকে সম্ভাব্য উপকার পেতে পারেন। যদি ক্রেতা নিজে এঁদের সঙ্গে যোগাযেগ করেন এবং এজেন্টকে নিজে পরিচয় করিয়ে দেন তবে সেটি ব্যবসার ক্ষেত্রে বিরাট সাফল্য অর্জন করা হবে।

c) **পলিসির পুনর্নবীকরণ**

সাধারণ বীমা পলিসি প্রতি বছরপুনর্নবীকরণ করতে হবে এবং প্রত্যেক পুনর্নবীকরণের সময় ক্রেতার বাছাই করার স্বাধীনতা আছে, যে তিনি একই কোম্পানির সঙ্গে বীমা প্রকল্প চালিয়ে যেতে চান নাকি অন্য কোম্পানি বাছাই করতে চান।

যদিও বীমাকারীর এমন কোনো আইনী বাধ্যবাধকতা নেই যে বীমাকৃতকে তাঁর পলিসির মেয়াদ শেষ হওয়ার নির্ধারিত দিন সম্পর্কে পরামর্শ দেওয়ার, কিন্তু তবুও সৌজন্যতার খাতিরে এবং স্বাস্থ্যকর ব্যবসায়িক অনুশীলনের জন্য, বীমাকারীরা, পলিসিটি পুনর্বীকরণের আহ্বান জানিয়ে,

মেয়াদ শেষ হওয়ার একমাস আগেই ''**পুনর্নবীকরণ নোটিস**'' পাঠায়। পুনর্নবীকরণের মেয়াদী তারিখের যথেষ্ট আগে ক্রেতাকে তাঁর পুনর্নবীকরণ সম্পর্কে মনে করিয়ে দিতে এবং যাতে তিনি তারজন্য আগে থেকে ব্যবস্থা করে রাখতে পারেন সেইকারণে ক্রেতার সঙ্গে যোগাযোগ রেখে চলার প্রয়োজন রয়েছে এজেন্টের।

উৎসব অথবা পারিবারিক উৎসবের সময় ক্রেতাকে শুভেচ্ছা জানানোর মাধ্যমে, সময়ে সময়ে ক্রেতার সঙ্গে যোগাযোগ রাখলে সম্পর্কটি শক্তিশালী হয়। একইভাবে, যখন কোনো কঠিন সময় আসে বা দুঃখজনক ঘটনা ঘটে সেসময় সহায়তার প্রস্তাব দিতে পারেন।

4. দাবির পর্যায়

দাবি মেটানোর সময় একজন এজেন্টের গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রয়েছে। যে কারণের জন্য দাবিটি উঠে এসেছে সেই তথ্য যেন অবিলম্বে বীমাকারীর কাছে পৌঁছে যায় এবং ক্রেতা যেন খুব যত্নসহকারে যাবতীয় আনুষ্ঠানিকতা অনুসরণ করেন এবং লোকসানটি পরিমাপ করতে প্রয়োজনীয় অনুসন্ধানের জন্য সহায়তা সুনিশ্চিত করা এজেন্টের কাজ।

নিজেকে পরীক্ষা করুন 2

একটি দৃশ্য চিহ্নিত করুন যেখানে বীমার প্রয়োজনীয়তা নিয়ে বিতর্কের চাহিদা নেই।

I. সম্পত্তি বীমা

II. ব্যবসায়িক দায়বদ্ধতা বীমা

III. গাড়ি বীমার জন্য তৃতীয় পার্টি দায়বদ্ধতা

IV. অগ্নি বীমা

C. *অভিযোগ নিষ্পত্তিকরণ*

1. পরিদর্শণ

ক্রেতার যখন অভিযোগ থাকে সেসময়টি হলো উচ্চ অগ্রাধিকার কর্মের সময়। মনে রাখবেন একটি অভিযোগের সময়, পরিষেবার ব্যর্থতার বিষয়টি [যার বিস্তৃতি হতে পারে বীমাকারীর রেকর্ড সংশোধন করা থেকে শুরু করে দাবির মীমাংসা করার দ্রুততায় থামতি পর্যন্ত] যা ক্রেতাকে ক্ষতিগ্রস্ত করতে পারে সেটি হলো কাহিনীর অন্য অংশ।

ক্রেতারা বিপর্যস্ত এবং আরো অনেক বেশি ক্ষুব্ধ হয়ে পড়েন কারণ এমন ধরণের ব্যর্থতার ব্যাখ্যার জন্য। প্রত্যেক পরিষেবা ব্যর্থতার জন্য এখানে দু ধরণের অনুভূতি এবং এসংক্রান্ত আবেগ উঠে আসে:

- ✓ প্রথমত এখানে একটি অন্যায়ের অনুভূতি, প্রতারিত হওয়ার অনুভূতি
- ✓ দ্বিতীয় অনুভূতিটি হলো অহংবোধে আঘাত লাগা–নিজেকে অন্যের সামনে ক্ষুদ্র প্রতিপন্ন করা

ক্রেতা সম্পর্কে অভিযোগ একটি গুরুত্বপূর্ণ **''সত্যের মুহূর্ত''**; যদি কোনো কোম্পানি এটিকে সঠিকভাবে নিতে পারে তবে সেখানে যথার্থই ক্রেতার বিশ্বস্ততা অর্জনের সুযোগ থাকে। এক্ষেত্রে মানবিক স্পর্শ খুবই গুরুত্বপূর্ণ; ক্রেতারা চান, নিজের মূল্য অনুভব করতে।

যদি আপনি একজন পেশাদার বীমা পরামর্শদাতা হন, তাহলে আপনিগোড়া থেকেই কোনোভাবেই এমন পরিস্থিতির উদ্ভব হতে দেবেন না। আপনি কোম্পানির যথাযথ অফিসারের সঙ্গে বিষয়টি নিয়ে আলোচনা করবেন। **মনে রাখবেন, কোম্পানিতে আপনার উপর ক্রেতার সমস্যার দায়িত্ব যতোটা রয়েছে আর কারোর উপর তা নেই।**

অভিযোগ/ক্ষোভ আমাদের সুযোগ দেয় দেখানোর যে আমরা ক্রেতার স্বার্থ সম্পর্কে কতোটা যত্নশীলতা প্রকাশ করার বস্তুত ক্রেতাই হলেন কোম্পানির পোক্ত স্তম্ভ যাঁর উপর একজন বীমা এজেন্টের কল্যাণ এবং ব্যবসা গড়ে ওঠে। প্রতিটি পলিসি দলিলের শেষে, বীমা কোম্পানিগুলি ক্ষোভ প্রশমন করার প্রক্রিয়া বিস্তারিত করেছে, যা অবশ্যই ক্রেতার নজরে নিয়ে আসতে হবে দলিলের বিধান ব্যাখ্যা করার সময়েই।

বিক্রি এবং পরিষেবার মুখে মুখে প্রচারের (ভালো/খারাপ) একটি গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রয়েছে। মনে রাখবেন ভালো পরিষেবা পুরষ্কৃত হয় তথ্য পাওয়া ৫জন মানুষের মাধ্যমে, যেখানে খারাপ পরিষেবা সম্পর্কে ২০জন মানুষ প্রচার করবেন।

2. সুসংহত ক্ষোভ ম্যানেজমেন্ট ব্যবস্থা (আই জি এম এস)

আই আর ডি এ একটি সুসংহত ক্ষোভ ম্যানেজমেন্ট ব্যবস্থা (আই জি এম এস) চালু করেছে যা কাজ করে বীমা ক্ষোভ তথ্যের ভাণ্ডার হিসেবে এবং এই শিল্পে ক্ষোভ নিয়ন্ত্রণ করার একটি যন্ত্র হিসেবে।

এই ব্যবস্থায় পলিসিধারকরা তাঁদের পলিসির বিস্তারিত তথ্য জানিয়ে তাঁদের অভিযোগ নথিভুক্ত করতে পারেন। অভিযোগগুলি এরপর সংশ্লিষ্ট কোম্পানিতে পাঠিয়ে দেওয়া হয়। আই জি এম এস অভিযোগগুলির এবং ক্ষোভ প্রশমনে কতো সময় নেয় তার খোঁজ রাখে। অভিযোগ নথিবদ্ধ করা যাবে:

http://www.policyholder.gov.in/Integrated Grievance Management.aspx

3. ক্রেতা সুরক্ষা আইন, ১৯৮৬

এই আইনটি পাস করা হয়েছে ''*ক্রেতার স্বার্থ আরো ভালোভাবে সুরক্ষিত রাখার জন্য এবং বিধান তৈরি করার জন্য ক্রেতা পর্ষদ এবং অন্যান্য কর্তৃপক্ষ প্রতিষ্ঠার দ্বারা যাতে ক্রেতার দ্বন্দ্বগুলি মেটানো সম্ভব হয়।*'' এই আইনটি ক্রেতা সুরক্ষা (সংশোধনী) আইন, ২০০২-এর মাধ্যমে সংশোধণ করা হয়েছে।

a) এই আইনটির অধীনে সংজ্ঞা

আইনে যে কয়েকটি সংজ্ঞা দেওয়া রয়েছে তা নিম্নলিখিতের মতো:

সংজ্ঞা

''**পরিষেবা**'' মানে যে কোনো বর্ণনার পরিষেবা যা সম্ভাব্য ব্যবহারকারীর কাছে উপলব্ধ করা হয়েছে এবং ব্যাঙ্কিং, ফাইন্যান্সিং, বীমা, পরিবহন, প্রক্রিয়াকরণ, বিদ্যুৎ অথবা অন্যান্য শক্তি সরবরাহ, আরোহণ করা অথবা থাকা অথবা উভয়ই, বাড়ি নির্মাণ, আমোদ প্রমোদ, বিনোদন অথবা সংবাদ সংগ্রহ করা অথবা অন্যান্য তথ্য থাকার সুবিধাও এরমধ্যে অন্তর্ভুক্ত। কিন্তু এরমধ্যে অন্তর্ভুক্ত নয় হলো বিনামূল্যে অথবা চুক্তির অধীনে ব্যক্তিগত পরিষেবার মতো কোনো পরিষেবা দেওয়া।

বীমা হলো পরিষেবা হিসেবে অন্তর্ভুক্ত

''**ক্রেতা**'' মানে হলো যে কোনো ব্যক্তি যিনি:

i. বিবেচনার জন্য কোনো পণ্য কেনেন এবং এই পণ্যের ব্যবহারকারীরূপে তিনি ক্রেতার অন্তর্ভুক্ত। তবে যিনি এই পণ্য কিনে তা ফের বিক্রি করেন বা ব্যবসায়িক উদ্দেশ্যে কেনেন তিনি এর অন্তর্ভুক্ত নন অথবা

ii. বিবেচনার জন্য ভাড়া করে যদি কোনো পরিষেবা লাভ করেন এবং এমন পরিষেবার দ্বারা লাভবান ব্যক্তি হিসাবে তিনি ও ক্রেতা।

'**ত্রুটি**' মানে কোনো দোষ, অসম্পূর্ণতা, গুণে অপর্যাপ্ততার ঘাটতি, যে কোনো আইনের মাধ্যমে বা তার অধীনে কার্যসম্পাদনের প্রকৃতি এবং পদ্ধতি যা বজায় রাখা প্রয়োজনীয় ছিল অথবা কোনো চুক্তি অনুসারে কোনো ব্যক্তির দ্বারা কার্যসম্পাদনের জন্য নেওয়া হয়েছে অথবা অন্য যে কোনো পরিষেবার সঙ্গে সম্পর্কিত।

'**অভিযোগ**' মানে অভিযোগকারীর মাধ্যমে লিখিতভাবে কোনো দোষারোপ করা:

i. অন্যায্য ব্যবসায়িক কাজকর্ম অথবা নিয়ন্ত্রিত ব্যবসায়িক কাজকর্ম গ্রহণ করা হয়েছে

ii. যে পণ্যটি কেনা হয়েছে সেটি এক বা একাধিক ত্রুটি বহন করছে

iii. যে পরিষেবাটি তিনি ভাড়া দিয়েছেন তা থেকে লাভ করেছেন সেটি যে কোনো ধরণের অভাব বহন করছে

iv. আইন অথবা প্যাকেটে প্রদর্শিত মূল্য যা নির্ধারিত করা আছে তার থেকে বেশি দাবি করা

যে ধরণের পণ্য জীবন এবং নিরাপত্তার ক্ষেত্রে বিপজ্জনক হতে পারে,তা যখন আইনের বিধান ভেঙে জনগণের কাছে ব্যবহৃত পণ্য বিক্রির লক্ষ্যে প্রস্তাব দেওয়া হয় এবং এই পণ্য ব্যবহারের ক্ষেত্রে সে-সংক্রান্ত বিষয়, প্রকৃতি এবং তার প্রভাব নিয়ে তথ্য ব্যবসায়ীকে প্রদর্শন করতে হবে

'ক্রেতা বিবাদ' –এর অর্থ হলো একটি বিবাদ যেখানে একজন ব্যক্তি যাঁর বিরুদ্ধে অভিযোগটি করা হয়েছে, তিনি সেটি অস্বীকার করেন এবং অভিযোগে থাকা বিষয় সম্পর্কে বিবাদ করেন।

b) ক্রেতা বিবাদ প্রতিবিধান এজেন্সি

ক্রেতা বিবাদ প্রতিবিধান এজেন্সি প্রতিটি জেলায় এবং রাজ্যে এবং জাতীয় স্তরে প্রতিষ্ঠা করা হয়েছে।

i. **জেলা ফোরাম:** এই ফোরামের আইনী অধিকার আছে যেখানে পণ্য অথবা পরিষেবা এবং ক্ষতিপূরণের দাবি ২০লক্ষ টাকা পর্যন্ত সেইসব অভিযোগ গ্রহণ করা। জেলা ফোরামের ক্ষমতা আছে তার নির্দেশ/ডিক্রি কার্যকর করার জন্য যথাযথ দেওয়ানি আদালতে পাঠানোর।

ii. **রাজ্য কমিশন:** এই কর্তৃপক্ষের মূল অধিকার হল, আপীল এবং তত্ত্বাবধানের আইনী অধিকার আছে। এই কমিশনের অধিকার আছেজেলা ফোরাম থেকে আসা আপীলগুলি গ্রহণ করার। এর মূল আইনী অধিকার হলো যেখানে পণ্য/পরিষেবা এবং ক্ষতিপূরণ, যদি কোনো দাবি ২০লক্ষ টাকার বেশি হয় কিন্তু ১০০লক্ষ টাকার বেশি না হয়, সেই অভিযোগগুলি গ্রহণ করা। অন্যান্য ক্ষমতা এবং কর্তৃত্ব জেলা ফোরামের মতোই সমান।

iii. **জাতীয় কমিশন:** এই আইনের অধীনে চূড়ান্ত যে কর্তৃপক্ষ প্রতিষ্ঠা করা হয়েছে তা হলো জাতীয় কমিশন। এই কমিশনের মূল অধিকার হল: আপীল এবং তত্ত্বাবধানের আইনী ক্ষমতা। রাজ্য কমিশন যে নির্দেশ দান করেছে সেই আপীলগুলি এই কমিশন শুনতে পারে এবং মূল আইনী ক্ষমতায় কমিশন বিবাদ গ্রহণ করতে পারে, যেখানে পণ্য/পরিষেবা এবং ক্ষতিপূরণের দাবি ১০০লক্ষ টাকার বেশি। রাজ্য কমিশনের উপর তত্ত্বাবধান করার আইনী অধিকার রয়েছে এই কমিশনের।

এই তিনটি এজেন্সির দেওয়ানি আদালতের ক্ষমতা রয়েছে।

c) অভিযোগ দায়ের করার প্রক্রিয়া

অভিযোগ দায়ের করার প্রক্রিয়াউপরিল্লিখিত তিনটি প্রতিবিধান মূলক সংস্থায় অভিযোগ দায়ের করার প্রক্রিয়া খুবই সহজ। রাজ্য কমিশন অথবা জাতীয়কমিশনে অভিযোগ দায়ের অথবা আপীল করার জন্য কোনো ফি লাগে না।

অভিযোগকারী নিজে অথবা তাঁর কোনো স্বীকৃত প্রতিনিধি অভিযোগ দায়ের করতে পারেন। ব্যক্তিগতভাবে অথবা ডাকযোগেও অভিযোগ দায়ের করা যায়। এটি উল্লেখযোগ্য যে অভিযোগ দায়ের করার জন্য কোনো আইনজীবীর প্রয়োজন নেই।

d) ক্রেতা ফোরাম নির্দেশ

যে পণ্যের বিরুদ্ধে অভিযোগ করা হয়েছে সেটি অভিযোগে নির্ধারিত কোনো একটি ত্রুটি বহন করছে সে বিষয়ে যদি ফোরাম সন্তুষ্ট হয় অথবা পরিষেবা সম্পর্কে অভিযোগে থাকা কোনো

একটি অভিযোগ যদি প্রমাণিত হয়, তবে বিপক্ষ দলকে নির্দেশ দিয়ে ফোরাম আদেশ ইস্যু করতে পারে নিম্নলিখিত এক বা একাধিক ক্ষেত্রে যেমন,

i. অভিযোগকারীকে **টাকাফেরৎ** দিতে, [অথবা বীমার ক্ষেত্রে প্রিমিয়াম], অভিযোগকারী কৃত দাবী অনুযায়ী।

ii. বিপক্ষ দলের কোনো অবহেলার জন্য যদি ক্রেতাকে কোনো লোকসান বা আঘাত সহ্য করতে হয় তবে সেই পরিমাণটি **ক্ষতিপূরণ** হিসেবে ক্রেতাকে দেওয়া

iii. বিচারাধীন পরিষেবা থেকে ত্রুটি অথবা **অভাব দূর করতে** হবে

iv. **অনৈতিক ব্যবসায়িক কার্যাবলী বন্ধ করা** অথবা নিয়ন্ত্রিত ব্যবসায়িক অনুশীলন অথবা সেগুলির পুনরাবৃত্তি না করা

v. বাদীপক্ষকে**পর্যাপ্ত খরচের**সংস্থান দেওয়া

e) ক্রেতা বিবাদের বিভাগ

তিনটি ফোরামের সঙ্গে ক্রেতার অধিকাংশ বিবাদ নিম্নলিখিত মূল পর্যায়ে পড়ে, যতো দূর সম্ভব বীমা ব্যবসা বিবেচনাধীন:

i. দাবি মেটানোয় দেরি
ii. দাবি না-মেটানো
iii. দাবির প্রত্যাখ্যান
iv. লোকসানের পরিমাণ
v. পলিসি মেয়াদ, শর্ত ইত্যাদি

4. বীমা ন্যায়পাল

বীমা আইন, ১৯৩৮-এর ক্ষমতার অধীনে কেন্দ্রীয় সরকার, **জনগণের ক্ষোভ প্রতিবিধান আইন, ১৯৯৮**, তৈরি করেছে যা ১৯৯৮সালের ১১ই নভেম্বর একটি সরকারী মুখপত্রে বিজ্ঞপ্তি প্রকাশের মাধ্যমে জারি করা হয়। এই আইনগুলি জীবন এবং সাধারণ বীমার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য, যাবতীয় ব্যক্তিগত নির্ভর বীমায়, যা হলো, ব্যক্তিগত ক্ষমতায় যে বীমা নেওয়া হয়েছে।

এই আইনগুলির উদ্দেশ্য হলো সাশ্রয়ী, কার্যকরী এবং নিরপেক্ষ ভঙ্গিতে বীমা কোম্পানির পক্ষে দাবি নিষ্পত্তি সংক্রান্ত অভিযোগের সমাধান করা।

বীমাকৃত এবং বীমাকারীর মধ্যে পারস্পরিক বোঝাপড়ার মাধ্যমে, ন্যায়পাল, নির্দেশের শর্তাদির মধ্যে থেকে মধ্যস্থতাকারী এবং কাউন্সেলর হিসেবে কাজ করতে পারেন।

অভিযোগটি গ্রহণ করা হবে নাকি প্রত্যাখ্যান করা হবে, সে সম্পর্কে ন্যায়পাল যা সিদ্ধান্ত নেবেন, সেটিই চূড়ান্ত।

a) ন্যায়পালকে অভিযোগ

ন্যায়পালকে জানানোর জন্য যে কোনো অভিযোগ বীমাকৃত অথবা তাঁর আইনী উত্তরাধিকার দ্বারা লিখিত, স্বাক্ষর করা হতে হবে, ন্যায়পালকে উদ্দেশ্য করে করতে হবে যাঁর বিচারাধীনে, বীমাকারীর কোনো শাখা/অফিস আছে, সেটিকে তথ্য সমর্থিত হতে হবে, যদি থাকে, পাশাপাশি

অভিযোগকারীর ক্ষতির প্রকৃতি এবং পরিমাণের হিসাব এবং মীমাংসা উপায়ের চেষ্টা সমন্বিত হিসেব হতে হবে।

ন্যায়পালকে অভিযোগ জানানো যাবে যদি:

i. অভিযোগকারী আগে বীমা কোম্পানিকে লিখিতভাবে অভিযোগ জানিয়ে থাকেন এবং বীমা কোম্পানি:
   - ✓ অভিযোগটি প্রত্যাখ্যান করেছে অথবা
   - ✓ বীমাকারীকে অভিযোগটি দেওয়ার একমাসের মধ্যে অভিযোগকারী যদিকোনো উত্তর না পান
   - ✓ বীমাকারী যে জবাব দিয়েছেন তাতে যদি অভিযোগকারী সন্তুষ্ট না হন।

ii. বীমা কোম্পানির দ্বারা প্রত্যাখ্যানের দিন থেকে এক বছরর মধ্যে অভিযোগটি করলে

iii. অভিযোগটি কোনো আদালতে অথবা কোনো ক্রেতা ফোরামে বা মধ্যস্থতায় বিচারাধীন নেই।

b) ন্যায়পালের সুপারিশগুলি

কিছু নির্দিষ্ট কর্তব্য বা রীতি নীতি রয়েছে যা আশা করা হয় ন্যায়পাল অনুসরণ করবেন:

i. এমন অভিযোগ পাওয়ার এক মাসের মধ্যে সুপারিশগুলি করতে হবে

ii. যার কপি অভিযোগকারী এবং বীমা কোম্পানি উভয়কেই পাঠাতে হবে

iii. এমন সুপারিশ পাওয়ার ১৫দিনের মধ্যে অভিযোগকারীকে সুপারিশগুলি গ্রহণ করতে হবে

iv. বীমাকৃতকে গ্রহণ করার চিঠির একটি কপি বীমাকারীকে পাঠাতে হবে এবং তাঁর লিখিত অঙ্গীকার পেতে হবে গ্রহণ করার চিঠি পাওয়ার ১৫দিনের মধ্যে জানাতে হবে

মধ্যস্থতার মাধ্যমে যদি বিবাদের মীমাংসা না হয়, ন্যায়পাল তাহলে বীমাকৃতকেই পুরস্কৃত করবেন যা তিনি যথার্থ মনে করবেন, এবং সেটি হলো বীমাকৃতকে তাঁর ক্ষতির জন্য প্রয়োজনীয় সুরক্ষা নিশ্চিত করবেন।

c) ন্যায়পালের দ্বারা পুরস্কার

ন্যায়পাল যে পুরস্কার দেন তা পরিচালিত হয় নিম্নলিখিত নিয়মের দ্বারা:

i. এই পুরস্কার অবশ্যই ২০লক্ষের বেশি হবে না (এককালীন প্রদেয় এবং অন্যান্য খরচাপাতি অন্তর্ভুক্ত করে)

ii. এমন অভিযোগ পাওয়ার দিন থেকে ৩মাসের মধ্যে এই পুরস্কার দিয়ে দিতে হবে, এবং বীমাকৃতকে এই পুরস্কার পাওয়াটি একমাসের মধ্যে সম্পূর্ণভাবে পাওয়ার বিষয়টি স্বীকার করে নিতে হবে

iii. বীমাকারীকে অবশ্যই এই পুরস্কার মেনে নিতে হবে এবং গ্রহণ করার এই চিঠি পাওয়ার ১৫দিনের মধ্যে তাকে ন্যায়পালকে লিখিতভাবে সেটি জানাতে হবে

iv. এই পুরস্কার গ্রহণ করার বিষয়টি যদি বীমাকৃত লিখিতভাবে না জানান, তাহলে বীমাকারী পুরস্কারটি রূপায়ণ নাও করতে পারেন

নিজেকে পরীক্ষা করুন 3

ক্রেতা সুরক্ষা আইন, ১৯৮৬ অনুযায়ী, কাকে ক্রেতা হিসেবে চিহ্নিত করা যাবে না?

I. ব্যক্তিগত ব্যবহারের জন্য পণ্য/পরিষেবা ভাড়া করেন

II. পুনরায় বিক্রির লক্ষ্যে যে ব্যক্তি পণ্য কেনেন

III. বিবেচনার জন্য পণ্য এবং পরিষেবা কেনেন এবং তাকে ব্যবহার করেন

IV. বিবেচনার জন্য অন্যের পরিষেবা ব্যবহার করেন

D. *যোগাযোগের প্রক্রিয়া*

ক্রেতা পরিষেবায় যোগাযোগের দক্ষতা

কর্মক্ষেত্রে ফলপ্রসূ দক্ষতার সঙ্গে কাজ করে দেখাতে, একজন এজেন্টের এবং একজন পরিষেবা কর্মীর যা অবশ্যই থাকা প্রয়োজন তার অন্যতম গুরুত্বপূর্ণ হলো– নমনীয় দক্ষতা।

কঠিন দক্ষতা–যা একজন ব্যক্তির নির্দিষ্ট ধরণের করণীয় কাজ অথবা কাজকর্ম সম্পাদন করার সক্ষমতাকে বোঝায়, তার থেকে আলাদা।**নমনীয় দক্ষতা, কর্মচারী এবং ক্রেতাদের সঙ্গে একজনের কার্যকরীভাবে আলোচনা করার সক্ষমতার সঙ্গে সম্পর্কিত, যা কর্মক্ষেত্র এবং বাইরে উভয় জায়গাতেই প্রযোজ্য আবার এই নমনীয় দক্ষতার অন্যতম এবং সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ হলো যোগাযোগের দক্ষতা।**

1. যোগাযোগ এবং ক্রেতা সম্পর্ক

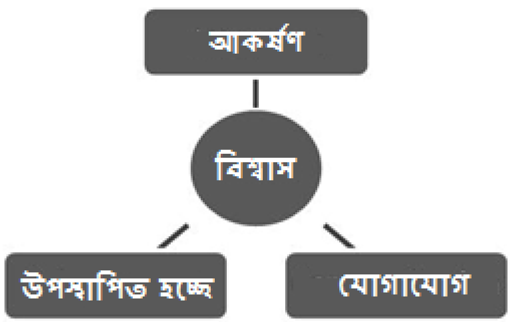
সন্তুষ্ট এবং অনুগত ক্রেতা তৈরি করার অন্যতম মূল উপাদান হলো ক্রেতা পরিষেবা। কিন্তু এটিই যথেষ্ট নয়। ক্রেতারা হলেন সেই মানুষ যাঁদের সঙ্গে কোম্পানির প্রয়োজন দৃঢ় সম্পর্ক গড়ে তোলা।

এটি হলো পরিষেবা এবং সম্পর্ক উভয়ের অভিজ্ঞতাই যা শেষপর্যন্ত ক্রেতা কীভাবে কোম্পানিটিকে দেখবে তার আকার দেয়।

একটি সুস্থ সম্পর্ক গড়ে তুলতে কী লাগে?

এর মূলে, অবশ্যই, হলো বিশ্বাস। একইসময়ে অন্য আরো উপাদান রয়েছে, যা তাঁদের বিশ্বাসকে শক্তিশালী করে এবং বাড়িয়ে তোলে। আসুন আমরা কয়েকটি উপাদানের দৃষ্টান্ত দিই

চিত্র 2 : বিশ্বাসের উপাদানসমূহ



i. প্রত্যেকসম্পর্কশুরুহয়আকর্ষণেরমাধ্যমে:

ক্রেতার সঙ্গে একজনের প্রয়োজন শুধু পছন্দ হওয়ার এবং সম্পর্ক গড়ে তোলার সক্ষমতা থাকার আকর্ষণ হলো অনেক সময়ই প্রথম আলাপের ফলাফল যা আসে প্রথম যখন কোনো ক্রেতা সেই সংগঠন বা তার কোনো প্রতিনিধির সংস্পর্শে প্রথম আসেন। প্রতিটি হৃদয়ের দরজা খুলতে আকর্ষণই হলো প্রথম চাবিকাঠি। যেটি ছাড়া কোনো সম্পর্ক

অনেকটাই অসম্ভব। ভেবে দেখুন এমন একজন বিক্রয়কারী ব্যক্তি যাঁকে কেউ পছন্দ করে না। আপনি কী মনে করেন তিনি সত্যিই বিক্রির পেশায় খুব বেশিদূর এগোতে পারবেন?

ii. একটি সম্পর্কের দ্বিতীয় উপাদান হলো একজনের উপস্থিতি–যখন প্রয়োজন তখন সেখানে উপস্থিত থাকা:

এর সবচেয়ে উৎকৃষ্ট উদাহরণ সম্ভবত হলো বিয়ে। যখন স্ত্রী তাঁর স্বামীকে চাইছেন সেইসময় তাঁর উপস্থিত থাকা কী স্বামীর জন্য গুরুত্বপূর্ণ নয়? **একইভাবে ক্রেতা সম্পর্কের ক্ষেত্রে, বিষয়টি হলো কখন এবং কীভাবে কোম্পানি অথবা তাঁর প্রতিনিধি যখন প্রয়োজন সেসময় উপলব্ধ হবেন। ক্রেতার প্রয়োজনে তিনি কী পুরোপুরি উপস্থিত থাকছেন বা শুনছেন?**

একজন ক্রেতার যাবতীয় প্রত্যাশার সময় পুরোপুরি উপস্থিত থাকা এবং তার সুবিচার না করার উদাহরণ হয়তো রয়েছে। **তা সত্ত্বেও একজন দৃঢ় সম্পর্ক বজায় রাখতে পারেন যদি তিনি ক্রেতার সঙ্গে কথা বলতে পারেন, এমনভাবে যাতে সেটি আশ্বস্তকারী, সহানুভূতিপূর্ণ এবং একটি দায়িত্ববোধ জ্ঞাপনকারী হয়।**

উপরিউক্ত সবকটির সারাংশ হলো যেমন:

- ✓ একজন যেভাব মূর্তি তৈরি করেন অথবা
- ✓ উপস্থিতি এবং সহানুভূতি জানানোর সাহায্যে
- ✓ যে বার্তা একজন আরেকজনকে পাঠান

এগুলি হলো যোগাযোগের মাত্রা এবং শৃঙ্খলাবদ্ধতা এবং দক্ষতার দাবি করে। একার্থে একজন কীভাবে যোগাযোগ করছেন সেটিই হলো শেষপর্যন্ত তাঁর কাজ নিয়ে তিনি কী ভাবছেন এবংদেখছেন।

যেহেতু একজন নতুন ক্রেতা তৈরি করার তুলনায় একজন পুরানো ক্রেতাকে বজায় রাখার খরচ অনেক কম সেই কারণে কোম্পানিগুলি অনেকবেশি জোর দেয় ক্রেতা সম্পর্ক পরিচালনার উপর। বহু স্পর্শকাতর যুক্তির ক্ষেত্রেই ক্রেতা সম্পর্ক জরুরী, যেমন, ক্রেতার বীমার চাহিদা বোঝার ক্ষেত্রে, সুরক্ষা ব্যাখ্যা করার সময়, ফর্ম হাতে দেওয়ার সময়। সেই কারণে, এজেন্টের জন্য বহু সুযোগ আসে এই প্রতিটি যুক্তিতে সম্পর্কটি দৃঢ় করার।

2. **যোগাযোগের প্রক্রিয়া**

যোগাযোগকী?

সমস্ত যোগাযোগেরই একটা প্রেরক প্রয়োজন, যিনি বার্তা প্রেরণ করেন ,এবংসেইবার্তার একজন গ্রাহক প্রয়োজন। প্রক্রিয়াটি তখনই সম্পূর্ণ হয় যখন গ্রাহক প্রেরকের বার্তা বুঝতে পারেন।

চিত্র 3 : যোগাযোগের আকার

যোগাযোগ বিভিন্ন আকারে হতে পারে

- ✓ মৌখিক
- ✓ লিখিত
- ✓ অ-মৌখিক
- ✓ শরীরী ভাষা ব্যবহার করে

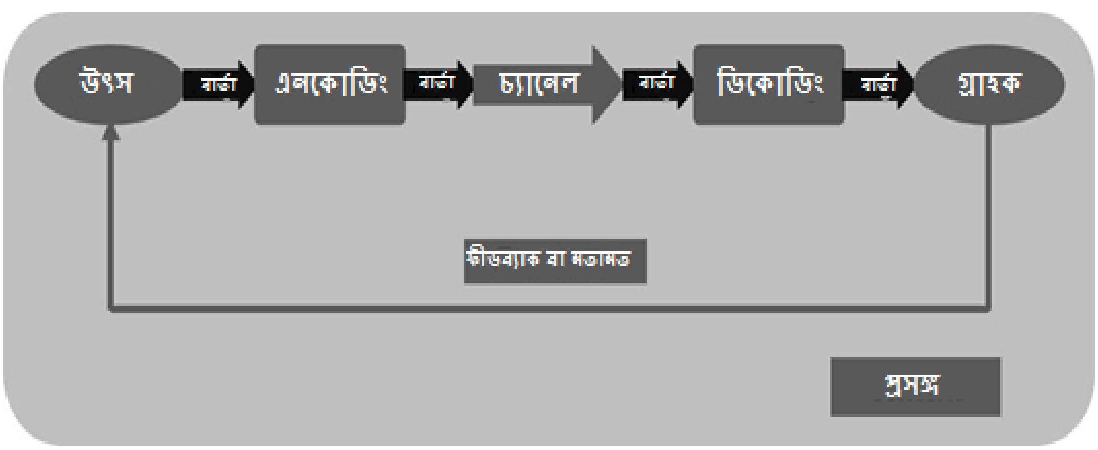
এটা হতে পারে মুখোমুখি, ফোনে, বা মেল বা ইন্টারনেটের মাধ্যমে। এটা আনুষ্ঠানিক বা অ-অনুষ্ঠানিক উভয়ই হতে পারে। যা বিষয়বস্তুই থাক বা বার্তার আকার যাই হোক বা যে ধরনের মাধ্যমই ব্যবহার করা হোক, যোগাযোগের সারাংশটা হলো গ্রাহক বুঝতে পারলেন সেটাই যা তাঁকে পাঠানো হয়েছিল।

একটা ব্যবসায় এটা গুরুত্বপূর্ণ যে কখন ও কীভাবে কাঙ্খিত প্রেরককে বার্তা পাঠানো হবে তা বাছাই করা।

যোগাযোগ প্রক্রিয়াটা নিচে ছবি দিয়ে দেখানো হয়েছে।

আসুন আমাদের ছবির পরিভাষাগুলি সংজ্ঞায়িত করা যাক:

চিত্র 4: যোগাযোগ প্রক্রিয়া



সংজ্ঞা

i. **উৎস:** বার্তার উৎস হিসেবে, এজেন্টকে অবশ্যই স্পষ্ট হতে হবে কেন তিনি যোগযোগ তৈরি করছেন, এবং তিনি কী বলতে চাইছেন, এবং আত্মবিশ্বাসী হতে হবে যে তিনি যা তথ্য জানাচ্ছেন তা দরকারী ও নির্ভুল।

ii. **বার্তা** হলো সেই তথ্য যা দিয়ে একজন যোগাযোগ তৈরি করতে চায়।

iii. **এনকোডিং** হলো তথ্য সরবরাহের একটা প্রক্রিয়া যা একজন যোগাযোগ তৈরির জন্য কোনো একটা আকারে পাঠাবে এবং অন্য প্রান্ত তাকে সঠিকভাবে ডিকোড করবে। এনকোডিংয়ের সাফল্য নির্ভর করে কত ভালোভাবে একজন তথ্যটাকে বহন করতে পেরেছে এবং বিভ্রান্তির উৎসকে দূর করতে পেরেছে। এর জন্য তাঁকে তাঁর শ্রোতাকে জানতে হবে। এই কাজটা করায় ব্যর্থতা হলে পাঠানো বার্তা ভুলভাবে বোঝা হবে।

iv. একটা বার্তা বাহিত হয় একটা **চ্যানেলের** মাধ্যমে। যা এই উদ্দেশ্যের জন্য বেছে নিতে হয়। চ্যানেলটা মৌখিক হতে পারে, যার মধ্যে রয়েছে ব্যাক্তিগতভাবে মুখোমুখি বৈঠক, টেলিফোন ও ভিডিওকনফারেন্সিং; অথবা এটা লিখিত আকারেও হতে পারে যার মধ্যে রয়েছে চিঠি, ইমেল, মেমো ও রিপোর্ট।

v. **ডিকোডিং** হলো সেই ধাপ যেখানে তথ্য গৃহীত হয়, ব্যাখ্যা করা হয় এবং তার বক্তব্যটি নির্দিষ্ট উপায়ে বোঝা হয়। এটা দেখা গেছে যে এনকোডিং [কীভাবে একজন বার্তা বহন করবে] –এর মতোই ডিকোডিং [অথবা কীভাবে একজন বার্তা গ্রহণ করবে] ও গুরুত্বপূর্ণ।

vi. **গ্রাহক:** সবশেষে রয়েছেন গ্রাহক, সেই ব্যক্তি [শ্রোতা] যাঁকে বার্তাটা পাঠানো হয়েছে। এই শ্রোতাদের প্রত্যেক সদস্যের নিজস্ব ধারণা, বিশ্বাস ও অনুভূতি থাকে যা তাঁকে প্রভাবিত করবে কীভাবে তিনি বার্তাটাকে গ্রহণ করবেন ও তার উপর প্রতিক্রিয়া জানাবেন। প্রেরককে অবশ্যই এই বিষয়গুলি বিবেচনা করতে হবে যখন তিনি সিদ্ধান্ত নেবেন যে, কী বার্তা পাঠাবেন।

vii. **ফীডব্যাক বা মতামত:** বার্তা পাঠান ও গৃহীত হওয়ার পর গ্রাহক হয়তো মৌখিক বা অ-মৌখিক বার্তার মাধ্যমে প্রেরককে মতামত জানাবেন। প্রেরককে এই মতামতগুলি দেখতে হবে এবং সতর্কতার সঙ্গে এই প্রতিক্রিয়াগুলি বুঝতে হবে, কারণ এটাই তাঁকে নির্ধারণ করতে সাহায্য করবে কীভাবে বার্তা পাঠানো হয়েছে এবং তার উপর কি প্রতিক্রিয়া তৈরি হয়েছে। প্রয়োজন পড়লে বার্তার বদল বা ভিন্নরূপ দেওয়া যেতে পারে।

3. কার্যকরী যোগাযোগের বাধা

উপরের প্রক্রিয়াগুলির প্রতিটা ধাপেই কার্যকরী যোগাযোগ তৈরির বাধা আসতে পারে। যিনি বার্তা দিচ্ছেন তাঁর কোন ভাবমূর্তির কারণে যোগাযোগটা বিঘ্নিত হতে পারে। অথবা যে বার্তাদেওয়া হয়েছে তা খুব দুর্বলভাবে সাজানো অথবা খুব ছোট কিংবা খুব বড় অথবা প্রেরক গ্রাহকের সংস্কৃতিটাই বোঝেননি, এইসব কারণেও যোগাযোগ বিকৃত হতে পারে। এই সমস্ত বাধা অতিক্রম করাটাই হলো চ্যালেঞ্জ।

নিজেকে পরীক্ষা করুন **4**

কোনটা সুস্থ সম্পর্ক তৈরি করতে পারে না?

I. আকর্ষণ

II. বিশ্বাস

III. যোগাযোগ

IV. সন্দিগ্ধচিত্ততা

E. *অ-মৌখিক যোগাযোগ*

আসুন এখন আমরা কয়েকটি ধারণা দেখি যা এজেন্টদের বোঝা জরুরী।

গুরুত্বপূর্ণ

খুব ভালো একটা প্রথম ভাবমূর্তি তৈরি করা

ইতিমধ্যেই আমরা দেখেছি যে আকর্ষণই হলো যে কোনো সম্পর্ক গড়ার প্রথম স্তম্ভ। যে ক্রেতা আপনাকে পছন্দ করবে না তাঁর কাছ থেকে আপনার ব্যবসা পাওয়ার কথা আশা করাই দুষ্কর। আসলে অনেকেই সামান্য একটা মুহূর্তে বা এক নিমেষে, আপনার সম্পর্কে একটা ধারণা করে নিতে পারে ও একটা মূল্যায়ণ করে ফেলতে যখন আপনি প্রথমবার তাঁর সঙ্গে মিলিত হবেন। আপনার সম্পর্কে তাঁদের মতামতের ভিত্তি হবে আপনার আবির্ভাব, আপনার শরীরী ভাষা, আপনার আদব-কায়দা, এবং আপনার পোশাক পরিচ্ছদ ও কীভাবে আপনি কথা বলছেন তার উপর। মনে রাখবেন প্রথম ছাপটাই দীর্ঘসময় থেকে যাবে। একটা আকর্ষণীয় ভাবমূর্তির জন্য দরকারী বিষয়:

1. **সবসময় সময়মত কাজ করা।** প্ল্যান করুন কয়েক মিনিট আগে পৌঁছনোর, সম্ভাব্য সব ধরনের বিলম্বের জন্য নমনীয়তা অনুমোদন করুন।

2. **নিজেকে যথাযথভাবে উপস্থাপন করুন।** আপনার সম্ভাব্য ক্রেতা, যাঁর সঙ্গে আপনি প্রথমবার মিলিত হচ্ছেন, আপনাকে চেনেন না এবং আপনার আবির্ভাবই তাঁর কাছে আপনার বিষয়ে প্রথম সূত্র হবে।

   ✓ আপনার আবির্ভাব কি সঠিক ভাবমূর্তি তৈরি করতে সাহায্য করলো?
   ✓ যে পোশাকে আপনি এসেছেন সেটা কি এই ধরনের সাক্ষাতের ক্ষেত্রে যথাযথ?
   ✓ আপনার পরিচর্যা কি পরিষ্কার-পরিচ্ছন্ন – ভালোভাবে চুল কাটা ও দাড়ি কামানো, পরিষ্কার জামাকাপড়, ফিটফাট ও পরিপাটি সাজসজ্জা?

3. একটা উষ্ণ, আত্মবিশ্বাসী ও বিজয়ী হাসি আপনাকে আপনার দর্শকের কাছে তৎক্ষণাৎ সহজ করে দেবে।

4. **খোলা মনে, আত্মবিশ্বাসী ও ইতিবাচক থাকুন**

   ✓ আপনার শরীরী ভাষা কি আত্মবিশ্বাস ও আত্মপ্রত্যয়কে তুলে ধরে?

   ✓ আপনি কি সোজা হয়ে দাঁড়ান, হাসেন, চোখে চোখে যোগাযোগ তৈরি করেন, দৃঢ়ভাবে হাত মিলিয়ে সম্ভাষণ করেন?

   ✓ এমনকি সমালোচনার মুখে বা আশানুরূপ সাক্ষাৎকার না হলেও আপনি কি ইতিবাচক থাকতে পারেন?

5. **অন্যদের প্রতি আগ্রহ –** সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ বিষয় হলো অন্য ব্যক্তি সম্পর্কে সত্যিকারের আগ্রহী হওয়া।

   ✓ আপনি কি ক্রেতার ব্যক্তিত্ব জানতে খানিকটা সময় নিয়েছেন?

   ✓ তার বক্তব্য সে ব্যাপারে কি আপনি যত্ন নিয়েছেন ও মনোযোগী হয়েছেন?

- ✓ আপনি কি আপনার ক্রেতার কাছে পুরোপুরি হাজির হয়েছেন ও তাঁর কাছে পুরোপুরি উপলব্ধ হয়েছেন নাকি তাঁর সঙ্গে কথা বলা সময় অর্ধেকটাই আপনি মোবাইলে ব্যস্ত ছিলেন?

1. শরীরী ভাষা

শরীরী ভাষা বলতে বোঝায় নড়াচড়া, অঙ্গভঙ্গি, মুখের হাবভাব। যেভাবে আমরা কথা বলি, হাঁটি, বসি ও দাঁড়াই, সেটাই আমাদের সম্পর্কে এবং আমাদের মনে কী ঘটছে তার সবকিছু বলে দেয়।

প্রায়শই বলা হয়ে থাকে আসলে যা বলা হয় মানুষ তার খুব সামান্য অংশই শোনে। এখানে অতিরিক্ত কথা বলা বা জোরে বলার কথা হচ্ছে না। অবশ্যই নিজের শরীরী ভাষা সম্পর্কে একজনকে সতর্ক থাকতে হবে।

a) আত্মবিশ্বাস

কীভাবে নিজেকে আত্মবিশ্বাসী ও আত্মপ্রত্যয়ী হিসেবে পেশ করতে হবে তার কিছু টিপস এখানে দেওয়া হলো, যাতে কারো কাছে নিজের ভাবমূর্তি বজায় রাখা যায় যাতে তিনি আপনার কথা আন্তরিকভাবে শোনেন:

- ✓ অঙ্গস্থিতি – কাঁধ পেছনদিকে রেখে সোজা হয়ে লম্বাভাবে দাঁড়ানো
- ✓ দৃঢ় চক্ষু যোগাযোগ – হাসি মুখে
- ✓ উদ্দেশ্যপূর্ণ ও সুচিন্তিত অঙ্গভঙ্গি

b) বিশ্বাস বা আস্থা

বলা হয়, বেশিরভাগ সময়েই একজন সেলসম্যানের কথা বধির কানে যায় কারণ শ্রোতা তাঁকে বিশ্বাস করেন না– তাঁর শরীরী ভাষা শ্রোতাকে সেই আশ্বাস দিতে পারে না যে তিনি যা বলছেন সেব্যাপারে তিনি আন্তরিক। যে সাধারণ ইঙ্গিত থেকে মনে হতে পারে যে একজন সৎ নন তার সম্পর্কে সচেতন থাকাটা খুবই গুরুত্বপূর্ণ এবং এগুলি ঠেকাতে কী করা যায় তার কিছু নিচে দেওয়া হলো:

- ✓ চোখে চোখে সামান্য যোগাযোগ বা কোনো যোগাযোগ না করা, অথবা দ্রুত চোখের নড়াচড়া
- ✓ কথা বলার সময় মুখের সামনে হাত বা আঙুল রাখা
- ✓ একজনের শরীর ছেতে শারিরীকভাবে থেকে দূরে থাকা
- ✓ একজনের শ্বাসপ্রশ্বাসের গতি বেড়ে যাওয়া
- ✓ গাত্রবর্ণ বদলে যাওয়া; মুখ ও গলার জায়গাটা লাল হয়ে যাওয়া
- ✓ ঘাম বেড়ে যাওয়া
- ✓ গলার স্বর বদলে যাওয়া যেমন শব্দ বৈশিষ্ট্য বা পিচ বদলে যাওয়া, তোতলানো, গলা পরিষ্কার
- ✓ বক্তব্য – ধীরে ও স্পষ্ট মাঝারি থেকে নিচু স্বরে রেখে

রক্ষণাত্মক ও ধারণক্ষমতাবর্জিত বলে ইঙ্গিত করে এমন কিছু শরীরের নড়াচড়া হলো:

- ✓ হাত/বাহুর অঙ্গভঙ্গি ছোট ও শরীরের কাছাকাছি রাখা

- ✓ মুখের অভিব্যক্তি সংক্ষিপ্ত
- ✓ শরীর যেন শারীরিকভাবে আপনার থেকে দূরে রয়েছে
- ✓ বাহুগুলি শরীরের সামনে আড়াআড়ি রাখা
- ✓ চোখে চোখে সামান্য যোগাযোগ বা হতাশ ভাব

আপনার ক্রেতা যদি এগুলির মধ্যে কোনোটা প্রকাশ করে, তাহলে এই হলো সময় আপনার নিজেকে নিয়ন্ত্রণ করার সময় এবং বাড়তি মনোযোগ দেওয়া যে ক্রেতার মনে কী চলছে সেটা বোঝার জন্য।

2. শ্রবণ দক্ষতা

যোগাযোগ দক্ষতার তৃতীয় যুক্তি যাতে শ্রবণ দক্ষতা সম্পর্কে আর তা তৈরি করতে নিজেকে সচেতন রাখা জরুরী। এগুলি আসে ব্যক্তিগত সক্রিয়তার সুবিদিত নীতি থেকে – 'বুঝে নেওয়ার আগে প্রথমে বুঝুন।'

আপনি কত ভালোভাবে শুনছেন তা যেমন আপনার কাজের কার্যকারিতার উপর বড় প্রভাব ফেলে তেমনি অন্যদের সঙ্গে আপনার সম্পর্কের উপরেও। আসুন শ্রবণের কিছু টিপস দেখে নিই।

a) সক্রিয় শ্রবণ

এটা হলো যেখানে আমরা শুধু কথাগুলি মন দিয়ে শোনার চেষ্টা করবো তাই নয়, বরং অন্যের গোটা বার্তাটা বোঝার চেষ্টা করবো।

আসুন সক্রিয় শ্রবণের কিছু উপাদান দেখি। সেগুলি হলো:-

i. মনোযোগ দেওয়া

বক্তাকে আমাদের একনিষ্ঠ মনোযোগ দেওয়া দরকার, এবং বার্তাটাকে স্বীকার করা দরকার। মনে রাখুন, অ-মৌখিক বার্তাও সোচ্চারে ''বলতে পারে''। মনোযোগ দেওয়ার কিছু দিক নিচে তুলে ধরা হলো:

- ✓ বক্তার দিকে সরাসরি তাকান
- ✓ বিক্ষিপ্ত চিন্তাভাবনা সরিয়ে রাখুন
- ✓ মানসিকভাবে কখনও খন্ডন করবেন না
- ✓ বহিরাগত সমস্ত চিত্তবিক্ষেপ এড়িয়ে চলুন [উদাহরণস্বরূপ, আপনার মোবাইল ফোনটা সাইলেন্ট মোডে রাখুন]
- ✓ বক্তার শরীরী ভাষা ''মনোযোগ দিয়ে শুনুন''

ii. আপনি যে শুনছেন তা দেখান:

শরীরী ভাষার ব্যবহার এখানে একটা গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা নেয়। উদাহরণস্বরূপ একজন করতে পারেন:

- ✓ মাঝেমধ্যে মাথা নাড়ুন ও হাসুন
- ✓ এমন একটা ভঙ্গি নিন যাতে অন্য লোক খোলামেলা ও অবাধে কথা বলতে পারে
- ✓ হ্যাঁ এবং ওহ, এর মতো ছোট ছোট মৌখিক মতামত দিন

iii. মতামত দেওয়া:

অনেক কিছুই আমরা শুনি যেগুলি আমাদের ব্যক্তিগত ছাঁকনিতে বাতিল হয়ে যায়, যেমন আমাদের অনুমান, রায় ও বিশ্বাস যা আমরা বয়ে বেড়াই। একজন শ্রোতা হিসেবে, এই ছাঁকনিগুলি সম্পর্কে আমাদের সচেতন থাকতে হবে এবং বোঝার চেষ্টা করতে হবে যে আসলে কী বলা হচ্ছে।

- ✓ এরজন্য আপনার দরকার হতে পারে বক্তব্যের প্রতি মনোযোগ দেওয়া এবং প্রশ্ন করে স্পষ্ট করে বুঝে নেওয়া কী বলা হচ্ছে
- ✓ মতামত দেওয়ার আরেকটা গুরুত্বপূর্ণ উপায় হলো বক্তার কথাগুলির ভাষান্তর করা
- ✓ তৃতীয় আরেকটা উপায় রয়েছে, তা হলো খানিকটা সময় অন্তর বক্তাকে থামিয়ে সংক্ষেপে পুনরাবৃত্তি করা তিনি যা যা বলেছেন।

উদাহরণ

স্পষ্টতা চাওয়া – আমি যা শুনেছি, তা থেকে কি আমি ধরে নিতে পারি যে আমাদের হেল্থ প্ল্যানগুলির কয়েকটির সুবিধা আপনার কাজে আসতে পারে, আপনি আরো কিছু নির্দিষ্ট করে জানাতে পারেন?

বক্তার সঠিক শব্দগুলির ভাষান্তর করা– তাহলে আপনি বলছেন যে 'আমাদের হেল্থ প্ল্যানগুলি আপনাকে যথেষ্ট পরিমাণে সুবিধা দিতে পারবে না' – আমি কি সঠিক বুঝেছি?

iv. নিজেই মতামত ঠিক করে না ফেলা:

সক্রিয় শ্রবণের সবচেয়ে বড় বাধাগুলির অন্যতম হলো বক্তা সম্পর্কে **আমাদের মতামত ঠিক করে ফেলা ও পক্ষপাতী হয়ে পড়ার প্রবনতা।** ফলটা হয় যে বক্তা যা বলছেন তা হয়তো শ্রোতা শুনতে পাচ্ছেন কিন্তু মনযোগ দিয়ে শুনছেন শুধু সেটুকুই যা তাঁর নিজস্ব মত অনুযায়ী মনে হচ্ছে, সেটাই।

এই ধরনের মতামত স্থির করে ফেলার মনোভাবের ফল হতে পারে শ্রোতা আর বক্তার সঙ্গে কথা চালিয়ে যেতে আগ্রহী নন, তাঁর মনে হতে পারে এতে সময় নষ্ট হবে। এর ফলে এটাও হতে পারে যে তিনি বক্তার কথায় বারবার ব্যাঘাত ঘটাবেন ও পাল্টা যুক্তি দিয়ে বক্তার যুক্তিকে খণ্ডন করবেন, এমনকি বক্তা তাঁর পুরো কথা বলে ওঠার আগেই।

এটা কেবল বক্তাকে প্রতিহত করবে এবং বার্তা পুরোপুরি বুঝে নেওয়ার সীমিত হয়ে যাবে। সক্রিয় শ্রবণের জন্য চাই:

- ✓ প্রশ্ন করার আগে বক্তাকে প্রত্যেকটা যুক্তি শেষ করতে দিন
- ✓ কোনো পাল্টা যুক্তি দিয়ে বক্তাকে থামাবেন না

6. সঠিকভাবে সাড়া দেওয়া:

সক্রিয় শ্রবণ বলতে বোঝায় একজন বক্তা যা বলছেন তা কেবল শোনার থেকে আরো বেশি কিছু। যোগাযোগটা সম্পূর্ণ হতে পারে কেবলমাত্র যখন শ্রোতা কোনো ভাবে সাড়া দেন, যেমন

কিছু শব্দ বা কাজের মাধ্যমে। বক্তাকে দমন করা হচ্ছে না বরং তাঁকে পূর্ণ সম্মান ও শ্রদ্ধা দেওয়া হচ্ছে, এটা নিশ্চিত করতে নির্দিষ্ট কিছু নিয়ম অনুসরণ করতে হয়। এগুলি হলো:

- ✓ আপনার জবাবের ক্ষেত্রে স্পষ্টবাদী, খোলা মন ও সৎ হোন
- ✓ সসম্মানে একজনের মতামত জাহির করুন
- ✓ কারো সঙ্গে ব্যবহার করার ক্ষেত্রে এটাও মনে রাখতে হবে এমনটা কেউ আপনার সঙ্গে করতে পারেন

7. সহানুভূতির সঙ্গে শোনা:

সহানুভূতিশীল হওয়া মানে নিজেকে আরেকজনের জায়গায় বসিয়ে অনুভব করা তিনি কেমন বোধ করবেন।

ভালো ক্রেতা পরিষেবার একটা গুরুত্বপূর্ণ দিক হলো সহানুভূতির সঙ্গে শোনা। এটা বিশেষভাবে জটিল হয়ে যায় যখন আরেকজন একটা অভিযোগ ও ব্যাপক ব্যথা নিয়ে ক্রেতা হন।

সহানুভূতি বলতে বোঝায় ধৈর্য্যসহকারে ও পূর্ণ মনোযোগ দিয়ে শোনা ও বোঝা যে আরেকজন কী বলতে চাইছেন, যদি আপনি তাঁর সঙ্গে একমত না হন তা হলেও। অবশ্যই চুক্তি নয়, বক্তার গ্রহণযোগ্যতা দেখানো খুবই জরুরী। ''আমি বুঝতে পারছি'' বা ''আমি দেখছি'' এই ধরনের ছোট বাক্য বলে সেটা সহজেই করা যায়।

নিজেকে পরীক্ষা করুন **5**

নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে কোনটা সক্রিয় শ্রবণের উপাদান নয়?

I. ভালো মনোযোগ দেওয়া

II. একেবারেই নিজে নিজেই মতামত তৈরি করে ফেলা

III. সহানুভূতিশীল শ্রবণ

IV. উপযুক্তভাবে শ্রবণ

F. *নীতিগত আচরণ*

1. পরিদর্শন

ব্যবসারস্বচ্ছতা ও নীতিনিয়মের শুদ্ধতা নিয়ে ব্যাপক উদ্বেগ লক্ষ্য করা যায়। কারণ অসৎ আচরণের খবর এখন ক্রমেই বাড়ছে। বিশ্বের বৃহত্তম কোম্পানিগুলির কয়েকটিকে ভুয়ো অ্যাকাউন্ট ও মিথ্যা অডিট সার্টিফিকেট ব্যবহারের মাধ্যমে প্রতারিত হতে দেখা গেছে। ব্যাঙ্কের কর্তৃপক্ষই তাদের কিছু বন্ধুকে সুবিধা পাইয়ে দিতে ব্যাঙ্কের তহবিলের অপব্যবহার করছেন। আধিকারিকরা ব্যক্তিগত সুবিধার জন্য তাঁদের ক্ষমতা প্রয়োগ করছেন। লক্ষ্য করা যাচ্ছে যাঁদের কাজের উপর মানুষের ভরসা থাকে তাঁরাই বিশ্বাসভঙ্গ করছেন। ব্যাক্তিগত সম্পদ বাড়ানোর চাহিদা ও লোভই জয়ী হচ্ছে।

পরিণামে, দায়বদ্ধতা ও সংস্থার শাসন, যেগুলি মিলে ব্যবসার 'নৈতিকতা', সেগুলি নিয়েই বড় বেশি প্রশ্ন উঠছে। **'তথ্য জানার অধিকার আইন' এবং 'জনস্বার্থ আইন'-এর মতো আইনের উন্নতিকে আরো ভালো দায়বদ্ধতা ও শাসন পাওয়ার হাতিয়ার হিসেবে ধরে নেওয়া হচ্ছে।**

নৈতিক আচরণ স্বয়ংক্রিয়ভাবে ভালো শাসন এনে দিতে পারে। একজন যদি বিবেকবান হিসেবে ও আন্তরিকভাবে তাঁর কাজ করেন, তাহলেই ভালো শাসন পাওয়া যায়। অনৈতিক আচরণ অন্যদের জন্য সামান্য মাথা ঘামায় ও নিজের কথাই বেশি ভাবায়। যখন একজন ব্যক্তি সরকারী পদমর্যাদা ব্যবহার করে নিজের স্বার্থ চরিতার্থের চেষ্টা করেন, সেটাই হলো অনৈতিক আচরণ। একজনের স্বার্থ দেখাটা কোনো ভুল নয়। তবে ভুল হলো, যদি সেটা করা হয় অন্য কারো স্বার্থের বিনিময়ে।

বীমা হলো একটা বিশ্বাসের ব্যবসা। সঙ্গতি ও নৈতিকতার বিষয়টাই হলো বীমা ব্যবসায় খুবই গুরুত্বপূর্ণ। বিশ্বাস ভঙ্গ মানেই হলো প্রতারণা আর এটা ভুল। সম্ভাব্য ক্রেতাকে দিয়ে একটা বীমা কেনানোর জন্য তাঁকে ভুল তথ্য দিয়ে প্রলুব্ধ করা বা তাঁর সমস্ত প্রয়োজন মেটাবে এমন একটা বীমার প্ল্যান তাঁকে সুপারিশ করাটাই ভুল হবে।

যখন নিজের সুবিধাকে অন্যদের তুলনায় বেশি গুরুত্ব পাবে তখনই অনৈতিক আচরণ হবে। নৈতিক আচরণ কায়েম করার জন্য বিভিন্ন বিধির মাধ্যমে আইআরডিএ নৈতিকতার বিধির কথা বলেছে (অধ্যায় ৪-এ এগুলি আলোচিত হয়েছে)।

যাতে বিধির কোনো লঙ্ঘন না হয় তা নিশ্চিত করতেই আচরণবিধির প্রত্যেকটি ধারা জানা গুরুত্বপূর্ণ। বীমাকারক ও তার প্রতিনিধি যদি সম্ভাব্য ক্রেতার স্বার্থকেই সবসময় মাথায় রাখে তাহলে এমনিতেই সম্মতি চলে আসবে। বীমা কোম্পানির আধিকারিকরা যদি সম্ভাব্য ক্রেতার সুবিধার বদলে তাদের ব্যবসার লক্ষ্যমাত্রা পূরণ নিয়ে বেশি মাথা ঘামান তাহলেই ভুল হবে।

2. বৈশিষ্ট্যসমূহ

নৈতিক আচরণের কিছু বৈশিষ্ট্য হলো:

a) গ্রাহকের স্বার্থকে একজনের প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষ সুবিধার উপরে জায়গা দেওয়া

b) গ্রাহক বিষয়ক সমস্ত ব্যবসায়িক ও ব্যক্তিগত তথ্যকে দৃঢ় আত্মবিশ্বাস ও মর্যাদার সঙ্গে প্রাধাণ্য রাখা

c) গ্রাহক যাতে জ্ঞাতসারে সিদ্ধান্ত নিতে পারেন তার জন্য তাঁকে পর্যাপ্ত বাস্তব তথ্যগুলি সরবরাহ করা

নিম্নলিখিত পরিস্থিতিগুলিতে নৈতিকতার সঙ্গে আপসের একটা সম্ভাবনা থাকতে পারে:

a) দুটি পরিকল্পনার মধ্যে বাছাই, একটায় আরেকটার তুলনায় অনেক কম প্রিমিয়াম দিতে হবে

b) একটা চালু পলিসিকে বন্ধ করে দিয়ে একটা নতুন পলিসি নেওয়ার প্রলোভন

c) বীমাকারক যদি পরিস্থিতি সম্পর্কে সচেতন থাকেন যা গ্রাহক বা দাবী উপভোক্তার স্বার্থের উপর বিরূপ প্রভাব ফেলতে পারে

নিজেকে পরীক্ষা করুন **6**

নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে কোনটা নৈতিক আচরণের বৈশিষ্ট্য নয়?

I. গ্রাহক যাতে জ্ঞাতসারে একটা সিদ্ধান্ত নিতে পারেন তার জন্য পর্যাপ্ত উন্মোচন করা

II. গ্রাহকের ব্যবসা ও ব্যক্তিগত তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করা

III. গ্রাহকের স্বার্থের আগে নিজের স্বার্থকে রাখা

IV. নিজের স্বার্থের আগে গ্রাহকের স্বার্থকে রাখা

সারাংশ

a) অন্য পণ্যের তুলনায় বীমার ক্ষেত্রে ক্রেতা পরিষেবা ও সম্পর্কের ভূমিকা আরো অনেক বেশি জটিল।

b) পরিষেবার গুণমানে পাঁচটি প্রধান সূচকের মধ্যে অন্তর্ভুক্ত নির্ভরযোগ্যতা, আত্মবিশ্বাস, সংবেদনশীলতা, সহানুভূতি ও শরীরী বোধগম্য।

c) ক্রেতার সারা জীবনের মানকে সংজ্ঞায়িত করা যেতে পারে একটি আর্থিক সুবিধার সমষ্টি হিসেবে যা দীর্ঘ সময় ধরে একজন ক্রেতার সঙ্গে সুসম্পর্ক স্থাপনের থেকে পাওয়া যেতে পারে।

d) ক্রেতা পরিষেবায় একজন বীমা প্রতিনিধির ভূমিকা পুরোপুরিই জটিল।

e) আইআরডিএ চালু করেছে একটা ইন্টিগ্রেটেড গ্রিভেন্স ম্যানেজমেন্ট সিস্টেম (আইজিএমএস) যা বীমা অভিযোগের তথ্যগুলির কেন্দ্রীয় সংগ্রহস্থল হিসেবে কাজ করে এবং এই শিল্পের অভিযোগগুলির প্রতিকারে পর্যবেক্ষণের একটা হাতিয়ার হিসেবে কাজ করে।

f) বীমাকারক ও বীমাকৃতের মধ্যে পারস্পরিক চুক্তি অনুযায়ী উল্লেখিত শর্তাবলীর মধ্যে একজন মধ্যস্থতাকারী ও পরামর্শদাতা হিসেবে কাজ করেন ওমবাডসম্যান।

g) সক্রিয় শ্রবণের মধ্যে রয়েছে বক্তার প্রতি মনোযোগ দেওয়া, মতামত দেওয়া ও সঠিকভাবে সাড়া দেওয়া।

h) নৈতিক আচরণের মধ্যে পড়ে নিজের স্বার্থের আগে ক্রেতার স্বার্থকে রাখা।

প্রধান প্রতিশব্দসমূহ

a) পরিষেবার গুণমান
b) কোনো বিষয়ে আত্মনিবিষ্ট হওয়া
c) ইন্টিগ্রেটেড গ্রিভেন্স ম্যানেজমেন্ট সিস্টেম (আইজিএমএস)
d) ক্রেতা সুরক্ষা আইন, ১৯৮৬
e) জেলা ক্রেতা ফোরাম
f) বীমা ওমবাডসম্যান
g) শরীরী ভাষা
h) সক্রিয় শ্রবণ
i) *নৈতিক আচরণ*

নিজেকে পরীক্ষার উত্তরসমূহ

উত্তর 1

সঠিক বিকল্পটি হল ৩।

ক্রেতার সঙ্গে দীর্ঘমেয়াদী সম্পর্ক গড়ে তোলার মাধ্যমে সম্পূর্ণ আর্থিক সুবিধাই হলো ক্রেতার সারা জীবনের মূল্য।

উত্তর 2

সঠিক বিকল্পটি হল ৩।

গাড়ি বীমার জন্য তৃতীয় পার্টি দায়বদ্ধতা নিয়ে বীমার প্রয়োজনীয়তা নিয়ে বিতর্কের চাহিদা নেই।

উত্তর 3

সঠিক বিকল্পটি হল ২।

পুনরায় বিক্রির লক্ষ্যে যে ব্যক্তি পণ্য কেনেন, ক্রেতা সুরক্ষা আইন, ১৯৮৬ অনুযায়ী তাঁকে ক্রেতা হিসেবে চিহ্নিত করা যাবে না।

উত্তর 4

সঠিক বিকল্পটি হল ৪।

সন্দিগ্ধচিত্ততা সুস্থ সম্পর্ক তৈরি করতে পারে না।

উত্তর 5

সঠিক বিকল্পটি হল ২।

একেবারেই নিজে নিজেই মতামত তৈরি করে ফেলাটা মোটেই সক্রিয় শ্রবণের উপাদান নয়।

উত্তর 6

সঠিক বিকল্পটি হল ৩।

ক্লায়েন্টের স্বার্থের আগে নিজের স্বার্থকে রাখা নৈতিক আচরণ নয়।

নিজেকে পরীক্ষা প্রশ্নসমূহ

প্রশ্ন 1

_______________ একটি বাস্তব পণ্য নয়।

I. বাড়ি

II. বীমা

III. মোবাইল ফোন

IV. এক জোড়া জিনস

প্রশ্ন 2

_______________ কোনো পরিষেবার গুণমানের সূচক নয়।

I. চাতুর্য

II. নির্ভরযোগ্যতা

III. কোনো বিষয়ে আত্মনিবিষ্ট হওয়া

IV. সংবেদনশীলতা

প্রশ্ন 3

ভারতে _________________ বীমা হলো বাধ্যতামূলক।

I. গাড়ির তৃতীয় পক্ষের দায়বদ্ধতা

II. বাড়ির জন্য অগ্নি বীমা

III. অন্তর্দেশীয় পর্যটনের জন্য পর্যটন বীমা

IV. ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা

প্রশ্ন 4

একজন বীমাকৃতের বীমার খরচ কমানোর অন্যতম পদ্ধতি হলো ___________

I. রিইনস্যুরেন্স

II. ডিডাক্টেবল ক্লজ বা ছাড়ের ধারা

III. কো-ইনস্যুরেন্স

IV. রিবেট

প্রশ্ন 5

একজন ক্রেতার তাঁর বীমা পলিসি নিয়ে কোনো অভিযোগ থাকলে তার জন্য তিনি আইআরডিএ-র কাছে যেতে পারেন

I. আইজিএমএস-এর মাধ্যমে

II. জেলা কনজিউমার ফোরাম-এর মাধ্যমে

III. ওমবাডসম্যান-এর মাধ্যমে

IV. আইজিএমএস বা জেলা কনজিউমার ফোরাম বা ওমবাডসম্যান-এর মাধ্যমে

প্রশ্ন 6

ক্রেতা সুরক্ষা আইন দেখভাল করে:

I. বীমা কোম্পানির বিরুদ্ধে অভিযোগগুলি

II. দোকানদারদের বিরুদ্ধে অভিযোগগুলি

III. ব্র্যান্ডগুলির বিরুদ্ধে অভিযোগগুলি

IV. বীমা কোম্পানি, দোকানদার ও ব্র্যান্ডগুলির বিরুদ্ধে ওঠা অভিযোগগুলি

প্রশ্ন 7

_____________ এক্তিয়ার রয়েছে, যেখানে ২০লক্ষ টাকা পর্যন্ত ক্ষতিপূরণের দাবি করা যেতে এমন মূল্যের পণ্য বা পরিষেবার বিষয়গুলি দেখার

I. হাইকোর্ট

II. জেলা ফোরাম

III. রাজ্য কমিশন

IV. জাতীয় কমিশন

প্রশ্ন 8

গ্রাহকের সঙ্গে সম্পর্কের ক্ষেত্রে প্রথম ভাবমূর্তিটা তৈরি হয়:

I. আত্মবিশ্বাসী হয়ে

II. সময় মতো হাজির হয়ে

III. আগ্রহ দেখিয়ে

IV. আত্মবিশ্বাসী হয়ে, সময় মতো হাজির হয়ে এবং আগ্রহ দেখিয়ে

প্রশ্ন 9

সঠিক বিবৃতিটি বাছুন:

I. বীমা বিক্রির সময় নৈতিক আচরণ অসম্ভব

II. বীমা এজেন্টের ক্ষেত্রে নৈতিক আচরণ মোটেই জরুরী নয়

III. নৈতিক আচরণ এজেন্ট ও বীমাকারকের মধ্যে বিশ্বাস তৈরি করতে সাহায্য করে।

IV. নৈতিক আচরণ কেবলমাত্র শীর্ষ কর্তৃপক্ষের থেকেই আশা করা হয়

প্রশ্ন 10

সক্রিয় সক্রিয় শ্রবণের মধ্যে রয়েছে:

I. বক্তার প্রতি মনোযোগ দেওয়া

II. মাঝেমধ্যে মাথা নাড়া ও হাসা

III. মতামত দেওয়া

IV. বক্তার প্রতি মনোযোগ দেওয়া, মাঝেমধ্যে মাথা নাড়া ও হাসা, মতামত দেওয়া

নিজেকে পরীক্ষা উত্তরসমূহ

উত্তর 1

সঠিক বিকল্পটি হল ২।

বীমা একটি বাস্তব পণ্য নয়।

উত্তর 2

সঠিক বিকল্পটি হল ১।

চাতুর্য কোনো পরিষেবার গুণমানের সূচক নয়।

উত্তর 3

সঠিক বিকল্পটি হল ১।

ভারতেগাড়ির তৃতীয় পক্ষের দায়বদ্ধতাবীমা হলো বাধ্যতামূলক।

উত্তর 4

সঠিক বিকল্পটি হল ২।

একজন বীমাকৃতের বীমার খরচ কমানোর অন্যতম পদ্ধতি হলো একটা পলিসির ডিডাক্টেবল ক্লজ বা ছাড়ের ধারা।

উত্তর 5

সঠিক বিকল্পটি হল ১।

একজন ক্রেতার তাঁর বীমা পলিসি নিয়ে কোনো অভিযোগ থাকলে তার জন্য তিনি আইআরডিএ-র কাছে যেতে পারেন আইজিএমএস-এর মাধ্যমে।

উত্তর 6

সঠিক বিকল্পটি হল ৪।

ক্রেতা সুরক্ষা আইন বীমা কোম্পানি, দোকানদার ও ব্র্যান্ডগুলির বিরুদ্ধে ওঠা অভিযোগগুলি দেখভাল করে।

উত্তর 7

সঠিক বিকল্পটি হল ২।

জেলা ফোরামের এক্তিয়ার রয়েছে, যেখানে ২০লক্ষ টাকা পর্যন্ত ক্ষতিপূরণের দাবি করা যেতে এমন মূল্যের পণ্য বা পরিষেবার বিষয়গুলি দেখার।

উত্তর 8

সঠিক বিকল্পটি হল ৪।

গ্রাহকের সঙ্গে সম্পর্কের ক্ষেত্রে প্রথম ভাবমূর্তিটা তৈরি হয় আত্মবিশ্বাসী হয়ে, সময় মতো হাজির হয়ে এবং আগ্রহ দেখিয়ে।

উত্তর 9

সঠিক বিকল্পটি হল ৩।

নৈতিক আচরণ এজেন্ট ও বীমাকারকের উপর বিশ্বাস তৈরি করতে সাহায্য করে।

উত্তর 10

সঠিক বিকল্পটি হল ৪।

সক্রিয় শ্রবণের মধ্যে রয়েছে বক্তার প্রতি মনোযোগ দেওয়া, মাঝেমধ্যে মাথা নাড়া ও হাসা, মতামত দেওয়া।

অধ্যায় 3
অভিযোগ প্রতিবিধানের ব্যবস্থাসমূহ

অধ্যায় ভূমিকা

বীমা শিল্প মূলত একটি পরিষেবা শিল্প.বর্তমান প্রেক্ষাপটে, গ্রাহক প্রত্যাশা ক্রমাগত ক্রমবর্ধমান হয় এবং অনুষ্ঠিত পরিষেবার মানে কখনও অসন্তোষ উপস্থিত হয়। একটানা পণ্য নতুনত্ব এবং আধুনিক প্রযুক্তির ব্যবহার দ্বারা গ্রাহক পরিষেবা স্তরের উল্লেখযোগ্য উন্নতি হওয়া সত্ত্বেও, শিল্প অসন্তোষ এবং খারাপ প্রতিচ্ছবির কারণে ভুগছে। জীবন্ত এই অবস্থা থেকে সরকার এবং নিয়ন্ত্রক অনেক পদক্ষেপ গ্রহণ করেছেন।

আইআরডিএ-এর প্রবিধান বিভিন্ন পরিষেবার জন্য একটি টার্নঅ্যারাউন্ড সময় (টিএটি) উপস্থাপন করে যেটি বীমা কোম্পানী গ্রাহককে পরিশোধ করতে হবে। এটি আইআরডিএ (পলিসিধারকের স্বার্থ রক্ষা আইন),২০০২-এর অংশ। বীমা কোম্পানি একটি কার্যকর অভিযোগ প্রতিবিধান ব্যবস্থা থাকা আবশ্যক, এবং আইআরডিএ তার জন্য নির্দেশিকা তৈরি করেছে।

শিক্ষণের ফলাফল

A. অভিযোগ প্রতিবিধানের ব্যবস্থাসমূহ - উপভোক্তা আদালত, ন্যায়পাল

A. *অভিযোগ প্রতিবিধানের ব্যবস্থাসমূহ – উপভোক্তা আদালত, ন্যায়পাল*

1. ইন্টিগ্রেটেড গ্রেভেন্স ম্যানেজমেন্ট সিস্টেম (আইজিএমএস)

আইআরডিও একটি ইন্টিগ্রেটেড গ্রেভেন্স ম্যানেজমেন্ট সিস্টেম (আইজিএমএস) উপস্থাপন করে যেটি বীমা অভিযোগ তথ্যের একটি কেন্দ্রিয় সংগ্রহস্থল এবং শিল্প পর্যবেক্ষণ অভিযোগ প্রতিকার জন্য একটি হাতিয়ার হিসেবে কাজ করে।

পলিসিধারকরা এই সিস্টেমে রেজিস্টার করতে পারে তাদের পলিসির বিবরণ দিয়ে এবং অভিযোগ দাখিল করতে পারে। অভিযোগ তার পর নিজ নিজ বীমা কোম্পানি পাঠিয়ে দেওয়া হয়।

অভিযোগ প্রতিবিধানের ব্যবস্থাসমূহ

আইজিএমএস অভিযোগকারী এবং তাদের প্রতিবিধানের জন্য নেওয়া সময় অনুসরণ করে। অভিযোগ নিম্নলিখিত URL–এ রেজিস্টার করা যাবে:

http://www.policyholder.gov.in/Integrated_Grievance_Management.aspx

2. ক্রেতা সুরক্ষা আইন, ১৯৮৬

গুরুত্বপূর্ণ

এই আইন পাস করা হয় "ক্রেতাদের স্বার্থের ভাল সুরক্ষা প্রদান এবং ক্রেতা বিরোধ নিষ্পত্তির জন্য ক্রেতা কাউন্সিল এবং অন্যান্য কর্তৃপক্ষ প্রতিষ্ঠা"। এই আইন ক্রেতা সুরক্ষা (সংশোধন) আইন, ২০০২ দ্বারা সংশোধন করা হয়েছে।

আইনে প্রদত্ত কিছু সংজ্ঞা নিম্নরূপ:

সংজ্ঞা

"**পরিষেবা**" মানে যেকোনো সংজ্ঞার পরিষেবা যা সম্ভাব্য ব্যবহারকারীদের জন্য উপলব্ধ এবং ব্যাঙ্ক, আর্থিক, বীমা, পরিবহন, প্রক্রিয়াজাতকরণ, বৈদ্যুতিক বা অন্যান্য শক্তি সরবরাহ, বোর্ড বা বাসস্থান অথবা উভয়ই, বাড়ি নির্মাণ, বিনোদন, চিত্তবিনোদন বা সংবাদ বা অন্যান্য তথ্য সরবরাহর সাথে সুবিধার শর্ত অন্তর্ভুক্ত করা হয়। কিন্তু এটিতে ব্যক্তিগত পরিষেবা একটি চুক্তির অধীন বিনামূল্যে কোনো পরিষেবা সমর্পণ অন্তর্ভুক্ত নয়। বীমা পরিষেবার অন্তর্ভুক্ত।

"ক্রেতা" মানে যেকোনো ব্যক্তি যিনি

- ✓ একটি বিবেচনার জন্য কোনো পণ্য ক্রয় করুন এবং এই ধরনের পণ্যের ব্যবহারকারী অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। কিন্তু একজন ব্যক্তি যিনি অন্তর্ভুক্ত নয় যিনি এটা বিক্রয় জন্য বা কোনো বাণিজ্যিক উদ্দেশ্যে বা এই ধরনের পণ্য গ্রহণ করেছেন বা
- ✓ ভাড়া করা বা বিবেচনার জন্য যেকোনো পরিষেবার সদ্ব্যবহার করা এবং এই ধরনের পরিষেবা সুবিধাভোগীও অন্তর্ভুক্ত।

"ত্রুটি" অর্থ যে কোন দোষ, অসম্পূর্ণতা, সংক্ষিপ্ত অপ্রাচুর্যতা মান, প্রকৃতি এবং কর্মক্ষমতা পদ্ধতি যা কোন আইন দ্বারা বা অধীনে রক্ষণাবেক্ষণের প্রয়োজন হয় বা চুক্তি অনুসারে একজন ব্যক্তির দ্বারা সঞ্চালিত করা হবে বলে গ্রহণ করা হয়েছে বা অন্যথায় যেকোনো পরিষেবার সঙ্গে সম্পর্ক।

"অভিযোগ" মানে অভিযোগকারী লিখিত যেকোনো অভিযোগ যা:

- ✓ একটি অন্যায্য বাণিজ্য চর্চা বা নিয়ন্ত্রণমূলক বাণিজ্য অনুশীলন গ্রহণ করা হয়েছে
- ✓ তাদের কেনা পণ্যের এক বা একাধিক অপূর্ণতা থেকে ভোগেন
- ✓ তাদের ভাড়া বা কাজে লাগানো পরিষেবা যেকোনো দিক থেকে অভাবে ভোগে
- ✓ আইন দ্বারা সংশোধিত বা প্যাকেজ প্রদর্শিত অভিযুক্ত দাম অনেক বেশী
- ✓ পণ্য যা ব্যবহার করলে জীবন এবং নিরাপত্তা ক্ষেত্রে বিপজ্জনক হতে পারে তা জনসাধারণের কাছে বিক্রির জন্য দেওয়া হচ্ছে ব্যবসায়িক প্রয়োজনে এই ধরনের পণ্যের বিষয়বস্তু, পদ্ধতি এবং ব্যবহারের প্রভাব বিষয়ে তথ্য প্রদর্শনের আইন বিধান লঙ্ঘন করে।

"*ক্রেতা বিরোধ*" ***মানে একটি বিতর্ক যেখানে একজন ব্যক্তি যার বিরুদ্ধে অভিযোগ করা হয়েছে, তিনি অভিযোগ অন্তর্গত অভিযোগ অস্বীকার করেন এবং বিরোধ করেন।***

a) ক্রেতা বিরোধ প্রতিবিধান সংস্থা

"ক্রেতা বিরোধ প্রতিবিধান সংস্থা" প্রতিটি জেলায় তৈরী করা হয়েছে এবং রাজ্য এবং জাতীয় পর্যায়ে।

i. জেলা ফোরাম

- ✓ ফোরামের কিছু অভিযোগের ক্ষেত্রে আইনগত অধিকার আছে, যেখানে পণ্যের মূল্য বা পরিষেবা এবং ক্ষতিপূরণ দাবি ২০ লাখ পর্যন্ত
- ✓ জেলা ফোরাম দেওয়ানি আদালেত যথাযথ সঞ্চালনের জন্য তার আদেশ / ফরমান পাঠানোর ক্ষমতাপ্রাপ্ত হয।

ii. রাজ্য কমিশন

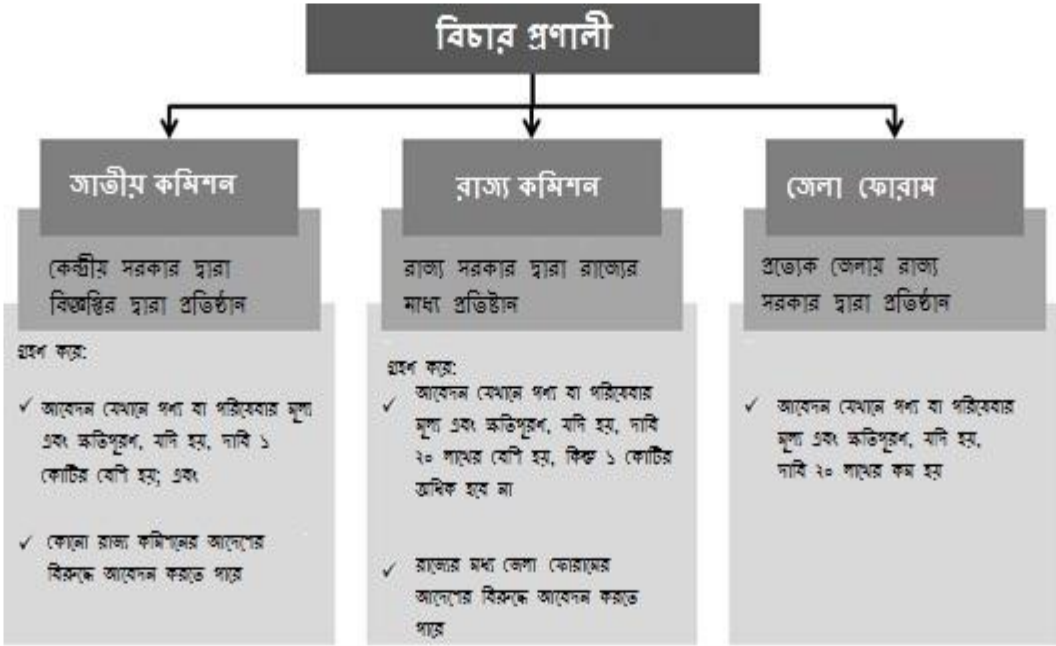
- ✓ এই প্রতিবিধান কর্তৃপক্ষ মূল, আবেদনকারী এবং তত্ত্বাবধানের এখতিয়ার আছে।
- ✓ এটি জেলা ফোরাম থেকে আসা আবেদন বিবেচনা করে।
- ✓ এটির বিচারের অধিকার আছে অভিযোগ বিবেচনা করার যেখানে পণ্য / সেবা এবং ক্ষতিপূরণ মান, যদি কোনো দাবি ২০ লাখ টাকা অতিক্রম করে কিন্তু 100 লাখ টাকা অতিক্রম করে।
- ✓ অন্যান্য ক্ষমতা ও কর্তৃত্ব জেলা ফোরামের মতোই।

iii. জাতীয় কমিশন

- ✓ চূড়ান্ত কর্তৃপক্ষ আইনের অধীন জাতীয় কমিশন প্রতিষ্ঠিত হয়।
- ✓ এটি মূল, আবেদনকারী হিসেবে তত্ত্বাবধান বিচারের অধিকার আছে।
- ✓ এটা রাজ্য কমিশন কর্তৃক গৃহীত আদেশ থেকে আপিল শুনতে পারেন এবং তার মূল বিচারক্ষেত্রে প্রতিরোধ করবেন, যেখানে পণ্য / পরিষেবা ও ক্ষতিপূরণ 100 লাখ টাকা ছাড়িয়ে গেছে।
- ✓ এটির রাজ্য কমিশনের উপর আবেক্ষণিক বিচারের অধিকার আছে।

এই তিনটি সংস্থার দেওয়ানি আদালতের ক্ষমতা আছে।

রেখাচিত্র 2: অভিযোগ প্রতিবিধান জন্য প্রণালী



b) অভিযোগ পূরণ করার পদ্ধতি

অভিযোগ পূরণ করার পদ্ধতি উপরোক্ত তিনটি প্রতিবিধান সংস্থা মধ্যে খুব সহজ। অভিযোগ পূরণ করার জন্য কোনো ফি নেই বা রাজ্য কমিশন বা জাতীয় কমিশনের কাছে আবেদন পূরণ করা। অভিযোগ অভিযোগকারী নিজে বা তার নিযুক্ত এজেন্ট পূরণ করতে পারে। এটি ব্যক্তিগতভাবে পূরণ করা যেতে পারে বা পোস্ট দ্বারা পাঠানোও যেতে পারে। এটি লক্ষনীয় যে অভিযোগ পূরণ উদ্দেশ্যের জন্য কোনো উকিলের প্রয়োজন নেই।

c) ক্রেতা ফোরামের আদেশ

ফোরাম যদি সন্তুষ্ট হন যে পণ্য যার বিরুদ্ধে অভিযোগ হয়েছে তা অভিযোগে উল্লেখিত কোনো অপূর্ণতা ভোগে বা অভিযোগ অন্তর্গত অভিযোগ পরিষেবা সম্পর্কে প্রমাণিত হয়, ফোরাম একটি আদেশ জারি করতে পারেন বিপরীত পক্ষকে নিম্নলিখিত এক বা বেশি করার,

i. অভিযোগকারীকে **মূল্য ফেরত** করা, (বা বীমার ক্ষেত্রে প্রমিয়াম), অভিযোগকারী দ্বারা খরচ করা টাকা
ii. বিপরীত পক্ষের অবহেলার জন্য গ্রাহককে কোনো ক্ষতি বা ক্ষতের জন্য এই ধরনের পুরস্কারকে **ক্ষতিপূরণ** করে
iii. প্রশ্নে সেবা অপূর্ণতা বা **ঘাটতি** অপসারণ
iv. **অন্যায্য বাণিজ্য চর্চা** বা নিয়ন্ত্রণমূলক বাণিজ্য অনুশীলন বন্ধ বা তাদের পুনরাবৃত্তি না করা
v. দলগুলোর **পর্যাপ্ত খরচ** প্রদান

d) অভিযোগের প্রকৃতি

যতদূর বীমা ব্যবসা সম্পর্কযুক্ত **বেশির ভাগ ক্রেতা প্রতিরোধ** তিন ফোরাম সঙ্গে নিম্নলিখিত প্রধান ভাগে পড়ে

i. দাবি নিষ্পত্তিতে দেরী
ii. নিষ্পত্তি না করা দাবি
iii. দাবি পরিত্যাগ
iv. ক্ষতির পরিমাণ
v. পলিসি নীতি, শর্ত ইত্যাদি

3. বীমা ন্যায়পাল

বীমা আইন,১৯৩৮-এর ক্ষমতার অধীন কেন্দ্রীয় সরকার **জন অভিযোগ বিধি প্রতিবিধান, ১৯৯৮** তৈরী করেছেন, ১১-ই নভেম্বর ১৯৯৮-এ সরকারী গেজেটে প্রকাশিত প্রজ্ঞাপন দ্বারা। এই বিধি জীবন বীমা এবং অন্যান্য বীমায় প্রযোজ্য, সমস্ত ব্যক্তিগত বীমা, অর্থাৎ, একজনের সামর্থ অনুযায়ী নেওয়া বীমা।

এই নিয়মের উদ্দেশ্য হল কার্যকর, দক্ষ ও নিরপেক্ষ পদ্ধতিতে বীমা কোম্পানি তরফ থেকে দাবি নিষ্পত্তি সংক্রান্ত সব অভিযোগের সমাধান করা হয়।

ন্যায়পাল, বীমাকৃত এবং বিমাকারী উল্লেখিত শর্তাবলী মধ্যে একটি মধ্যস্থ এবং পরামর্শদাতা হিসাবে কাজ করতে পারেন পারস্পরিক চুক্তি দ্বারা।

অভিযোগ গ্রাহ্য হবে না প্রত্যাখ্যান হবে সে সম্পর্কে ন্যায়পালের সিদ্ধান্তই চূড়ান্ত।

a) ন্যায়পালের কাছে অভিযোগ

ন্যায়পালের কাছে করা কোন অভিযোগ লিখিতভাবে হতে হবে, বীমাকৃত বা তার আইনগত উত্তরাধিকারী দ্বারা স্বাক্ষরিত, বিচারের অধিকারের মধ্যে ন্যায়পালকে উদ্দেশ্য করে, বীমাকারীর নথি দ্বারা সমর্থিত একটি শাখা / অফিস, আছে, যদি থাকে, প্রকৃতি একটি অনুমান করে এবং অভিযোগকারীর ক্ষতি ও ত্রাণ পরিমাণ অনুমান করে।

ন্যায়পালের কাছে অভিযোগ করা যাবে যদি:

i. অভিযোগকারী বীমা কোম্পানিকে একটি পূর্ববর্তী লিখিত উপস্থাপনা তৈরি করেছে এবং বীমা কোম্পানী কাছে ছিল:
   - ✓ অভিযোগ প্রত্যাখ্যাত করা বা
   - ✓ বীমাকারী দ্বারা অভিযোগ গৃহীত হওয়ার এক মাস পরেও অভিযোগকারী কোনো উত্তর পায় নি

ii. বীমাকারী দ্বারা গৃহিত উত্তরে অভিযোগকারী সন্তুষ্ট নয়
iii. অভিযোগ বীমা কোম্পানির দ্বারা প্রত্যাখ্যান তারিখ থেকে এক বছরের মধ্যে তৈরি করা হয়
iv. অভিযোগ কোনো আদালত বা ক্রেতা ফোরাম বা সালিসি মধ্যে অমীমাংসিত হয় না

b) ন্যায়পাল দ্বারা সুপারিশ

নির্দিষ্ট কিছু কর্তব্য / বিধি আছে যা ন্যায়পাল পালন করবেন বলে আশা করা যায়:

i. এই ধরনের অভিযোগ পাওয়ার একমাসের মধ্যে সুপারিশ করতে হবে
ii. কপি অভিযোগকারী এবং বীমা কোম্পানীকে পাঠাতে হবে
iii. এই ধরনের সুপারিশ পাওয়ার ১৫ দিনের মধ্যে অভিযোগকারী দ্বারা লিখিতভাবে সুপারিশ স্বীকার করতে হবে
iv. বীমাকৃত দ্বারা স্বীকৃতি পত্র বীমাকারীকে পাঠাতে হবে এবং তাকে এরকম স্বীকৃতি পত্র পাওয়ার ১৫ দিনের মধ্যে তার লিখিত নিশ্চিয়তা প্রয়োজন

c) রায়

যদি বিরোধ মধ্যস্থতায় নিষ্পত্তি না হয়, ন্যায়পাল তিনি ন্যায্য মনে করে বীমাকৃতকে রায় দেবেন যা বীমাকৃতের প্রয়োজনীয় ক্ষতি পূরণের বেশী নয়।

ন্যায়পালের রায় নিম্নলিখিত বিধি দ্বারা পরিচালিত হয়:

i. রায় ২০ লাখ টাকার (কৃপাপূর্বক কৃত পেমেন্ট এবং অন্যান্য খরচ অন্তর্ভুক্ত)বেশি নয়
ii. যেমন একটি অভিযোগ প্রাপ্তির তারিখ থেকে 3 মাসের একটি নির্দিষ্ট সময়ের মধ্যে তৈরি রায় করা উচিত, এবং এই ধরনের রায় প্রাপ্তির এক মাসের মধ্যে একটি চূড়ান্ত নিষ্পত্তি হওয়া উচিত।
iii. নিষ্পত্তির হিসাবে বীমাকৃতকে পূর্ণ রায় প্রাপ্তি স্বীকার করা উচিত।
iv. বিমাকারীকে রায় মেনে নিতে হবে এবং এই ধরনের স্বীকৃতি পত্র প্রাপ্তির 15 দিনের মধ্যে ন্যায়পালকে একটি লিখিত অবহিত পাঠাতে হবে
v. বীমাকৃত যদি রায় গ্রহণ লিখিত ভাবে অবগত না করেন, বিমাকারী রায় বাস্তবায়ন করতে পারেন না।

আত্ম পরীক্ষা **1**

_____________-এর অভিযোগ গ্রহণ বিচারের অধিকার আছে, যেখানে পণ্য বা পরিষেবা এবং ক্ষতিপূরণ মান ২০ লাখ টাকা পর্যন্ত।

I. জেলা ফোরাম
II. রাজ্য কমিশন
III. জেলা পরিষদ
IV. জাতীয় কমিশন

সারাংশ

- আইআরডিও একটি ইন্টিগ্রেটেড গ্রেভেন্স ম্যানেজমেন্ট সিস্টেম (আইজিএমএস) উপস্থাপন করে যেটি বীমা অভিযোগ তথ্যের একটি কেন্দ্রিয় সংগ্রহস্থল এবং শিল্প পর্যবেক্ষণ অভিযোগ প্রতিকার জন্য একটি হাতিয়ার হিসেবে কাজ করে।

- ক্রেতা বিরোধ প্রতিবিধান সংস্থা প্রতিটি জেলায় তৈরী করা হয়েছে এবং রাজ্য এবং জাতীয় পর্যায়ে।

- যতদূর বীমা ব্যবসা সম্পর্কযুক্ত, বেশির ভাগ ক্রেতা প্রতিরোধ শ্রেণীতে পরে যেমন দাবি নিষ্পত্তিতে দেরী, নিষ্পত্তি না করা দাবি, দাবি পরিত্যাগ, ক্ষতির পরিমাণ এবং পলিসি নীতি, শর্ত ইত্যাদি।

- ন্যায়পাল, বীমাকৃত এবং বিমাকারী উল্লেখিত শর্তাবলী মধ্যে একটি মধ্যস্থ এবং পরামর্শদাতা হিসাবে কাজ করতে পারেন পারস্পরিক চুক্তি দ্বারা।
- যদি বিরোধ মধ্যস্থতায় নিষ্পত্তি না হয়, ন্যায়পাল তিনি ন্যায্য মনে করে বীমাকৃতকে পুরস্কৃত করবেন, এবং বীমাকৃতের প্রয়োজনীয় ক্ষতি পূরণের বেশী নয়।

প্রধান বিষয়সমূহ

1. ইন্টিগ্রেটেড গ্রেভেন্স ম্যানেজমেন্ট সিস্টেম (আইজিএমএস)
2. ক্রেতা সুরক্ষা আইন, ১৯৮৬
3. জেলা ফোরাম
4. রাজ্য কমিশন
5. জাতীয় কমিশন
6. বীমা ন্যায়পাল

আত্ম পরীক্ষার উত্তর

উত্তর 1

সঠিক বিকল্পটি হল I.

জেলা আলোচনাস্থল-এর অভিযোগ গ্রহণ বিচারের অধিকার আছে, যেখানে পণ্য বা পরিষেবা এবং ক্ষতিপূরণ মান ২০ লাখ টাকা পর্যন্ত।

আত্ম-পরীক্ষণ প্রশ্নাবলী

প্রশ্ন 1

আইজিএমএস শব্দটি বিস্তৃত করুন।

I. ইনসুরেন্স জেনেরাল ম্যানেজমেন্ট সিস্টেম
II. ইন্ডিয়ান জেনেরাল ম্যানেজমেন্ট সিস্টেম
III. ইন্টিগ্রেটেড গ্রেভেন্স ম্যানেজমেন্ট সিস্টেম
IV. ইন্টেলিজেন্ট গ্রেভেন্স ম্যানেজমেন্ট সিস্টেম

প্রশ্ন 2

নিচের কোনটি ক্রেতা বিরোধ প্রতিবিধান সংস্থা ২০ লাখ এবং ১০০ লাখের মধ্যে ক্রেতা বিরোধ পরিচালনা করতে পারে?

I. জেলা আলোচনাস্থল
II. রাজ্য কমিশন
III. জাতীয় কমিশন
IV. জেলা পরিষদ

প্রশ্ন 3

নিম্নলিখিত কোনটি বৈধ ক্রেতা অভিযোগের ভিত্তি তৈরী করতে পারে না?

I. দোকানদাররা পণ্যের জন্য এমআরপি থেকে বেশি মূল্য চায়
II. দোকনদাররা ক্রেতাদের একটি শ্রেণীর শ্রেষ্ঠ পণ্যের পরামর্শ দেয় না
III. ঔষধের বোতলে অ্যালার্জি সতর্কীকরণ থাকে না
IV. ত্রুটিপূর্ণ পণ্য

প্রশ্ন 4

নীচের কোনটি গ্রাহকের জন্য বীমা পলিসি সম্পর্কিত অভিযোগের জন্য সবচেয়ে উপযুক্ত বিকল্প হবে?

I. পলিসি
II. সুপ্রিম কোর্ট
III. বীমা ন্যায়পাল
IV. জেলা আদালত

প্রশ্ন 5

নীচের বিবৃতির কোনটি বীমা ন্যায়পাল আঞ্চলিক বিচারের বিষয়ে সঠিক?

I. বীমা ন্যায়পালের জাতীয় বিচারক্ষেত্র আছে
II. বীমা ন্যায়পালের রাজ্য বিচারক্ষেত্র আছে
III. বীমা ন্যায়পালের জেলা বিচারক্ষেত্র আছে
IV. বীমা ন্যায়পাল শুধুমাত্র নির্দিষ্ট আঞ্চলিক সীমায় পরিচালিত হয়

প্রশ্ন 6

বীমা ন্যায়পালের মধ্য কিভাবে অভিযোগ আরম্ভ করা যায়?

I. অভিযোগ লিখিত করতে হবে
II. অভিযোগ মুখোমুখি ফোনে করতে হবে
III. অভিযোগ সামনা-সামনি করতে হবে
IV. অভিযোগ খবরের কাগজের বিজ্ঞাপনে করতে হবে

প্রশ্ন 7

একজন বীমা ন্যায়পালের দারস্থ হওয়ার সময় সীমা কি?

I. বীমাকারী দ্বারা অভিযোগ প্রত্যাখ্যাত হওয়ার দু-বছরের মধ্যে
II. বীমাকারী দ্বারা অভিযোগ প্রত্যাখ্যাত হওয়ার তিন বছরের মধ্যে
III. বীমাকারী দ্বারা অভিযোগ প্রত্যাখ্যাত হওয়ার এক বছরের মধ্যে
IV. বীমাকারী দ্বারা অভিযোগ প্রত্যাখ্যাত হওয়ার এক মাসের মধ্যে

প্রশ্ন 8

নিম্নলিখিত মধ্যে কোনটি ন্যায়পাল সঙ্গে একটি অভিযোগ চালু জন্য একটি পূর্বশর্ত নয়?

I. অভিযোগ অবশ্যই একটি 'ব্যক্তিগত লাইন' বীমায় একজন ব্যক্তি দ্বারা হতে হবে
II. বীমাকারী অভিযোগ প্রত্যাখ্যাত হওয়ার ১ বছরের মধ্যে অভিযোগ আরম্ভ করতে হবে
III. অভিযোগকারী ন্যায়পালের পূর্বে একটি ক্রেতা ফোরামের দ্বারস্থ হতে হবে

IV. চাওয়া মোট ত্রাণ ২০ লাখ টাকার পরিমাণ মধ্যে হতে হবে।

প্রশ্ন 9

ন্যায়পালের কাছে অভিযোগ দ্বারস্থ করার জন্য কোনো ফি/ চার্জ আছে কি?

I. ১০০ টাকা ফি পরিশোধ করতে হবে
II. কোনো ফি বা চার্জ দিতে হবে না
III. ত্রাণের ২০% ফি হিসেবে পরিশোধ করতে হবে
IV. ত্রাণের ১০% ফি হিসেবে পরিশোধ করতে হবে

প্রশ্ন 10

ব্যক্তিগত বীমাকারীর বিরুদ্ধে অভিযোগ আরম্ভ করা যাবে কি?

I. অভিযোগ শুধুমাত্র সরকারী বীমাকারীর বিরুদ্ধে আরম্ভ করা যাবে
II. হ্যাঁ, অভিযোগ বেসরকারী বীমাকারীর বিরুদ্ধে আরম্ভ করা যাবে
III. জীবনবীমা সেক্টরের বেসরকারী বীমাকারীর বিরুদ্ধে অভিযোগ আরম্ভ করা যাবে
IV. শুধুমাত্র জীবনবীমা সেক্টর ছাড়া বেসরকারী বীমাকারীর বিরুদ্ধে অভিযোগ আরম্ভ করা যাবে

আত্ম-পরীক্ষণ প্রশ্নের উত্তর

উত্তর 1

সঠিক বিকল্পটি হল গ।

আইজিএমএস বলতে বোঝায় ইন্টিগ্রেটেড গ্রিভেন্স ম্যানেজমেন্ট সিস্টেম।

উত্তর 2

সঠিক বিকল্পটি হল খ।

রাজ্য কমিশন ক্রেতা বিরোধ প্রতিবিধান সংস্থা ২০ লাখ এবং ১০০ লাখ টাকার মধ্যে ক্রেতা প্রতিরোধ পরিচালনা করতে পারে।

উত্তর 3

সঠিক বিকল্পটি হল খ।

দোকনদাররা ক্রেতাদের একটি শ্রেণীর শ্রেষ্ঠ পণ্যের পরামর্শ দেয় না এটি বৈধ ক্রেতা অভিযোগের ভিত্তি তৈরী করতে পারে না।

উত্তর 4

সঠিক বিকল্পটি হল গ।

অভিযোগ আরম্ভ করতে হবে বীমা ন্যায়পালের সঙ্গে যার আঞ্চলিক বিচারাঞ্চলের অধিনে বীমাকারীর অন্তর্গত।

উত্তর 5

সঠিক বিকল্পটি হল ঘ।

বীমা ন্যায়পাল শুধুমাত্র নির্দিষ্ট আঞ্চলিক সীমায় পরিচালিত হয়।

উত্তর 6

সঠিক বিকল্পটি হল ক।

ন্যায়পালের কাছে অভিযোগ লিখিত হতে হবে।

উত্তর 7

সঠিক বিকল্পটি হল গ।

বীমাকারী দ্বারা অভিযোগ প্রত্যাখ্যাত হওয়ার এক বছরের মধ্যে বীমা ন্যায়পালের দারস্থ হতে হবে।

উত্তর 8

সঠিক বিকল্পটি হল গ।

অভিযোগকারী ন্যায়পালের পূর্বে একটি ক্রেতা ফোরামের দ্বারস্থ হওয়ার প্রয়োজন নেই।

উত্তর 9

সঠিক বিকল্পটি হল খ।

ন্যায়পালের কাছে অভিযোগ দ্বারস্থ করার জন্য কোনো ফি / চার্জ দিতে হবে না

উত্তর 10

সঠিক বিকল্পটি হল খ।

হ্যাঁ, বেসরকারী বীমাকারীর বিরুদ্ধে অভিযোগ আরম্ভ করা যাবে।

অধ্যায় 4
বীমা এজেন্ট রেগুলেশন

বীমা এজেন্ট

বীমা এজেন্ট নিয়োগ বিধি চালু হয়েছে ২০১৬সালের ১লা এপ্রিল থেকে।

এই বিষয়ে নিম্নলিখিত সংজ্ঞাগুলি প্রাসঙ্গিক।

1. সংজ্ঞা:

1) ''আইন'' অর্থে বীমা আইন, ১৯৩৮ (১৯৩৮-এর ৪) সময়ে সময়ে যেমন সংশোধম হয়েছে
2) ''নিয়োগ পত্র'' মানে হলো বীমা এজেন্ট হিসেবে কাজ করতে কোনো ব্যক্তিকে বীমাকারীর দেওয়া নিয়োগের একটি চিঠি।
3) ''আপিল অফিসার'' মানে হলো বীমাকারীর অনুমোদিত একজন আধিকারিক যাঁর কাজ হলো একজন বীমা এজেন্টের থেকে প্রাপ্ত প্রতিনিধিত্ব ও আবেদন সম্পর্কে বিবেচনা ও তার নিষ্পত্তি করা।
4) ''বীমা এজেন্ট'' মানে হলো বীমার পলিসি চালিয়ে যাওয়া, তার পুনর্নবীকরণ বা নতুন করে তা চালু করা সম্পর্কিত কাজ সহ বীমা ব্যবসার জন্য অনুরোধ ও তা সংগ্রহ করতে বীমাকারীর নিযুক্ত এক ব্যক্তি।
5) ''কর্তৃপক্ষ'' মানে হলো ইনসুরেন্স রেগুলেটারি অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি অ্যাক্ট, ১৯৯০ (১৯৯৯-র ৪১)-এর ৩নং ধারায় শর্ত দ্বারা প্রতিষ্ঠিত ইনসুরেন্স রেগুলেটারি অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি অব ইন্ডিয়া।
6) ''কম্পোজিট ইনসুরেন্স এজেন্ট'' মানে হলো একজন বীমা এজেন্ট হিসেবে নিযুক্ত একজন ব্যক্তি যাকে দুই বা তার বেশি বীমাকারী নিয়েগ করেছে এই শর্তে যে তিনি একটির বেশি জীবন বীমাকারী, সাধারণ বীমাকারী, স্বাস্থ্য বীমাকারী এবং মোনো-লাইন বীমাকারীর একটির বেশি বীমাকারীর হয়ে কাজ করবেন না।
7) ''এজেন্টদের কেন্দ্রীয় তালিকা'' বলতে বোঝায় কর্তৃপক্ষের রক্ষিত এজেন্টদের একটি তালিকা যার মধ্যে সমস্ত বীমাকারীর নিযুক্ত এজেন্টদের যাবতীয় বিবরণ থাকে।
8) ''কালো তালিকাভুক্ত এজেন্টদের কেন্দ্রীয় তালিকা'' মানে হলো কর্তৃপক্ষের রক্ষিত এজেন্টদের সেই তালিকা যার মধ্যে আচরণবিধি লঙ্ঘন এবং / অথবা জালিয়াতির জন্য বীমাকারীর মনোনীত আধিকারিক দ্বারা যাঁদের নিয়োগ স্থগিত/বাতিল করা হয়েছে।
9) ''মনোনীত আধিকারিক'' বলতে বোঝায় একজন বীমা এজেন্ট হিসেবে কাউকে নিয়োগ করতে বীমাকারীর মনোনীত একজন অফিসার।
10) ''পরীক্ষা সংস্থা'' হলো সেই প্রতিষ্ঠান, যারা বীমা এজেন্টদের জন্য প্রাক-নিয়োগ পরীক্ষা পরিচালনা করে এবং যারা কর্তৃপক্ষ দ্বারা এর জন্য স্বীকৃত।

11) এই বিধিগুলির উদ্দেশ্যের জন্য ‘‘মোনো-লাইন বীমাকারী’’ বলতে সেই বীমাকারীকে বোঝায় যারা বীমা আইন, ১৯৩৮-এর ২(৯) ধারার অধীনে সংজ্ঞায়িত এবং ব্যবসায় কোনো নির্দিষ্ট বিশেষ ক্ষেত্র পরিচালনা করো থাকে যেমন কৃষি বীমা, এক্সপোর্ট ক্রেডিট গ্যারান্টি বিজনেস।

12) ‘‘বহুস্তরীয় বিপণন প্রকল্প’’ মানে হলো এমন কোনো প্রকল্প যা বীমা আইনের ৪২এ ধারায় ব্যাখ্যা অনুযায়ী সংজ্ঞায়িত।

2. বীমাকারী দ্বারা বীমা এজেন্টের নিয়োগ:

1) একটি বীমাকারীর একজন বীমা এজেন্ট হিসেবে নিয়োগ প্রত্যাশী আবেদনকারীকে বীমাকারীর মনোনীত অফিসারের কাছে ফর্ম I-A-তে আবেদন জানাতে হবে।

2) আবেদন পাওয়ার পর বীমাকারীর মনোনীত আধিকারিক নিজে সংশয়মুক্ত হবেন যে আবেদনকারী:-

   a) ফর্ম I-A-র এজেন্সির আবেদন সর্ব অর্থে সরবরাহ করেছেন;
   b) এজেন্সির আবেদন পত্রের সঙ্গে প্যান-এর বিস্তারিত বিবরণ পেশ করেছেন;
   c) বিধি ৬-এর অধীনে নির্ধারিত বীমা পরীক্ষা পাশ করেছেন;
   d) বিধি ৭-এ উল্লেখিত অযোগ্যতার কোনো একটি দ্বারা দুষ্ট নন;
   e) বীমা ব্যবসার জন্য প্রচার করা ও তা সংগ্রহ করার বিষয়ে প্রয়োজনীয় জ্ঞান রয়েছে; এবং পলিসি হোল্ডারকে প্রয়োজনীয় পরিষেবা প্রদান করতে সক্ষম;

3) মনোনীত আধিকারিক এজেন্সির আবেদনপত্রটি অধ্যাবসায়ের সাথে যাচাই করবেন এবং নিশ্চিত হবেন যে আবেদনকারীর একের বেশি জীবন বীমাকারী, সাধারণ বীমাকারী, স্বাস্থ্য বীমাকারী এবং মোনো-লাইন বীমাকারীর একটির বেশি বীমাকারীর হয়ে নিযুক্ত এজেন্সি নেই এবং কালো তালিকাভুক্ত এজেন্টের কেন্দ্রীয় তালিকায় তাঁর নাম নেই।

4) মনোনীত আধিকারিক এছাড়াও যাচাই করবেন

   a) উপরে বর্ণিত তথ্য সম্পর্কে নিশ্চিত হতে আবেদনকারীর প্যান নম্বর দিয়ে কর্তৃপক্ষের রক্ষিত এজেন্টদের কেন্দ্রীয় তালিকা যাচাই করবেন।
   b) আবেদনকারী কালো তালিকাভুক্ত তা নিশ্চিত হতে কর্তৃপক্ষের রক্ষিত কালো তালিকাভুক্ত এজেন্টদের কেন্দ্রীয় তালিকা যাচাই করবেন।

5) উপরের বিধিতে উল্লেখিত সমস্ত শর্ত আবেদনকারী পূরণ করেছে এবং বীমা আইনের ৪২ধারার উপ-ধারা (৩)-এ উল্লেখিত অযোগ্যতার কোনো একটি দ্বারা দুষ্ট নন, এমনটা নিজে নিশ্চিত হওয়ার পরই মনোনীত আধিকারিক এজেন্সির আবেদনের প্রক্রিয়া শুরু এবং একজন বীমা এজেন্ট হিসেবে আবেদনকারীর নিয়োগ মঞ্জুর করতে পারেন, এর জন্য আবেদনকারীর থেকে সমস্ত নথিপত্র পাওয়ার ১৫দিনের মধ্যে তাঁকে এক নিয়োগপত্র দেবেন। নিযুক্ত এজেন্টকে মনোনীত আধিকারিক একটি এজেন্সি কোড নম্বর দেবেন এবং সেই এজেন্সি নম্বরের আগে বীমাকারীর নামের সংক্ষিপ্ত আকার যুক্ত থাকবে।

6) উপরে উল্লেখ অনুযায়ী এজেন্সি নিয়োগপত্রে নিয়োগের শর্তাবলীগুলি উপস্থাপিত হবে, যার মধ্যে থাকবে বীমা এজেন্ট হিসেবে আবেদনকারীর নিয়োগ ও কার্যকলাপের সমস্ত শর্তগুলি এবং নিচে বর্ণিত আচরণবিধি। উপরে উল্লেখ অনুযায়ী নিয়োগপত্র পাঠানো হবে তবে তা কোনোভাবেই নিয়োগের পর ৭দিনের পর নয়।

7) একজন বীমা এজেন্ট হিসেবে নিযুক্ত আবেদনকারীকে বীমাকারী একটা পরিচিতি পত্র দেবে যা বীমাকারীর সাথে এজেন্টকে পরিচিত করাবে যার এজেন্ট হিসেবে তিনি প্রতিনিধিত্ব করছেন।

৪) আবেদনকারী যদি এই বিধিগুলিতে উল্লেখিত শর্তগুলির কোনো একটি পূরণ না করেন তাহলে মনোনীত আধিকারিক এজেন্সির নিয়োগ মঞ্জুর করতে অস্বীকার করতে পারেন। তাহলে মনোনীত আধিকারিক আবেদন পাওয়ার 21দিনের মধ্যে এজেন্ট নিয়োগ না করার কারণ লিখিতভাবে আবেদনকারীকে জানিয়ে দেবেন।

9) এজেন্সির নিয়োগ নামঞ্জুর করার মনোনীত আধিকারিকের সিদ্ধান্তে ক্ষুব্ধ আবেদনকারী সিদ্ধান্ত পুনর্বিবেচনার জন্য বীমাকারীর মনোনীত আপিল অফিসারের কাছে রিভিউ আবেদন পেশ করতে পারেন। আবেদনকারীর রিভিউ আবেদন বিবেচনার জন্য বীমাকারী একজন আপিল অফিসার মনোনীত করবে। আপিল অফিসার আবেদনটি বিবেচনা করা রিভিউ আবেদন প্রাপ্তির ১৫দিনের মধ্যে চূড়ান্ত সিদ্ধান্ত লিখিত আকারে জানিয়ে দেবেন।

3. বীমাকারীর কম্পোজিট বীমা এজেন্ট নিয়োগ:

1) 'কম্পোজিট বীমা এজেন্টে'র জন্য নিয়োগ প্রত্যাশী একজন আবেদনকারীকে অবশ্যই সংশ্লিষ্ট লাইফ, সাধারণ, স্বাস্থ্য বীমা বা মনো-লাইন বীমাকারীর মনোনীত আধিকারিকের কাছে আবেদন জানাতে হবে কম্পোজিট এজেন্সি অ্যাপ্লিকেশন ফর্ম I-B-এ। সংশ্লিষ্ট বীমাকারীর মনোনীত আধিকারিক উপরে উল্লেখিত উপায় ও পদ্ধতি অনুযায়ী আবেদনপত্রটি যাচাই করবেন।

4. বীমা এজেন্সির পরীক্ষা:-

1) একজন আবেদনকারীকে পরীক্ষা সংস্থার পরিচালিত বীমা এজেন্সি পরীক্ষায় পাস করতে হবে, জীবন বীমা, সাধারণ বীমা বা স্বাস্থ্য বীমা বিষয়ে, বিষয়টি নির্ভর করবে কেসটি যে বীমা সংক্রান্ত তার উপর, এবং একজন বীমা এজেন্ট নিয়োগের জন্য যোগ্য হতে গেলে কর্তৃপক্ষের নির্ধারিত সিলেবাস অনুযায়ী। এজেন্সি পরীক্ষায় উত্তীর্ণ হওয়ার জন্য বীমা সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় পর্যাপ্ত জ্ঞান যুগিয়ে প্রার্থীকে তৈরি হতে প্রয়োজনীয় সহায়তা ও নির্দেশ বীমাকারীই যোগান দেবেন।

2) উপরে উল্লেখিত বীমা এজেন্সি পরীক্ষায় যে আবেদনকারীরা সাফল্যের সঙ্গে উত্তীর্ণ হবেন পরীক্ষা সংস্থা তাঁদের একটা পাস সার্টিফিকেট প্রদান করবে। পরীক্ষা সংস্থার দেওয়া পাস সার্টিফিকেট প্রথম বার কোনো বীমাকারীর হয়ে এজেন্ট হিসেবে নিয়োগের জন্য বারো মাসের জন্য কার্যকরী থাকবে।

3) উপরে উল্লেখিত বীমা এজেন্সির পরীক্ষায় যাঁরা উত্তীর্ণ হবেন কেবলমাত্র তাঁরাই এবং যাঁদের কাছে পরীক্ষা সংস্থার ইস্যুর করা বৈধ পাস সার্টিফিকেট থাকবে তাঁরাই এজেন্ট হিসেবে নিয়োগে যোগ্য হিসেবে বিবেচিত হবেন।

5. **একজন বীমা এজেন্ট হিসেবে কাজ করতে অযোগ্যতার কারণ:** অযোগ্যতার শর্তগুলি হবে আইনের ৪২(৩) ধারার অধীনে শর্ত অনুযায়ী।

6. **আচরণ বিধি**

1) প্রত্যেক বীমা এজেন্টকে নিচে নির্ধারিত আচরণবিধিগুলি মেনে চলতে হবে:-

a) প্রত্যেক বীমা এজেন্ট, ---

i. নিজেকে এবং বীমা কোম্পানির পরিচয় দেবেন যার হয়ে তিনি একজন বীমা এজেন্ট;

ii. প্রত্যাশীকে এজেন্সির পরিচিতি পত্র দেখাবেন এবং দাবি করা হলে প্রত্যাশীকে তাঁর এজেন্সির নিয়োগপত্র দেখাবেন;

iii. তাঁর বিমাকারীর দ্বারা বিক্রয়ের জন্য প্রস্তাবিত বীমা পণ্য সম্পর্কিত প্রয়োজনীয় তথ্য প্রচার এবং একটি নির্দিষ্ট বীমা পরিকল্পনা সুপারিশ করার সময় প্রত্যাশীর চাহিদা মাথায় রাখবেন;

iv. বীমা এজেন্ট যেখানে একাধিক বীমাকারীর প্রতিনিধিত্ব করেন একই ধরনের পণ্যের, তাঁর উচিত যে বীমাকারীদের তিনি প্রতিনিধিত্ব করছেন তাঁদের পণ্যগুলি সম্পর্কে পক্ষপাতহীনভাবে এবং প্রত্যাশীর নির্দিষ্ট চাহিদার সঙ্গে মানানসই পণ্য সম্পর্কে পলিসিহোল্ডারকে পরামর্শ দেওয়া;

v. প্রত্যাশী জানতে চাইলে বীমা পণ্য বিক্রির জন্য কমিশনের মাত্রা তাঁর কাছে প্রকাশ করবেন;

vi. প্রস্তাবিত বীমা পণ্যের জন্য বীমাকারী যে প্রিমিয়াম চার্জ করবেন তার ইঙ্গিত দেবেন;

vii. প্রোপোজাল ফর্মে বীমাকারীর চাওয়া তথ্যের প্রকৃতি সম্পর্কে বীমাপ্রত্যাশীকে ব্যাখ্যা করবেন এবং একটা বীমা চুক্তি কেনার জন্য এই তথ্য প্রকাশের গুরুত্বও তাঁকে বুঝিয়ে দেবেন;

viii. বীমা আন্ডাররাইটিংয়ের সঙ্গে সম্পর্কিত বীমা প্রত্যাশীর প্রতিটি বিষয় বীমাকারীর নজরে আনবেন, যার মধ্যে প্রত্যাশীর খারাপ অভ্যাস বা আয়ের অস্থিরতাও অন্তর্ভুক্ত যা এজেন্টের জানার মধ্যে থাকবে, এবং বীমাকারীর কাছে পেশ করা প্রত্যেকটি

প্রস্তাবের সঙ্গে এগুলি একটা রিপোর্ট আকারে দিতে হবে, যাকে বলা হয় ‘‘বীমা এজেন্টের গোপন রিপোর্ট’’, তাতে থাকবে বীমা প্রত্যাশীর ব্যাপারে যাবতীয় যুক্তিগ্রাহ্য অনুসন্ধানের মাধ্যমে পাওয়া সমস্ত প্রযোজ্য ও এমন কোনো বিষয় যা বীমার প্রস্তাব গ্রহনে বীমাকারীর আন্ডারাইটিং প্রক্রিয়াকে প্রভাবিত করতে পারে।

ix. বীমাকারীর কাছে প্রোপোজাল ফর্ম পূরণের সময় প্রয়োজনীয় সমস্ত নথিপত্র এবং প্রস্তাব সম্পূর্ণ করার জন্য বীমাকারী গরে চাইতে পারে এমন অন্য সমস্ত কাগজপত্র চেয়ে নেওয়া;

x. পলিসির অধীনে মনোনয়ন প্রভাবিত হতে পারে এমন প্রত্যেকটি সম্ভাবনা নিয়ে পরামর্শ দেবেন

xi. বীমাকারী প্রস্তাব গ্রহণ করলে বা খারিজ করে দেওয়া মাত্র তা সঙ্গে সঙ্গেই বীমাপ্রত্যাশীকে জানাবেন;

xii. তাঁর মাধ্যমে পরিচিত প্রত্যেক পলিসিহোল্ডারকে পলিসির পরিষেবা সংক্রান্ত সমস্ত বিষয়ে প্রয়োজনীয় সহাবতা ও পরামর্শ দেবেন, যার মধ্যে পলিসি বরাদ্দ, ঠিানার পরিবর্তন বা পলিসির অধীনে কোনো সুবিধা প্রয়োগ বা অন্যান্য পলিসি পরিষেবা যেখানে যা প্রয়োজন সবকিছুই অন্তর্ভুক্ত রয়েছে;

xiii. বীমাকারীর কাছ থেকে ক্লেইমের নিষ্পত্তির জন্য পলিসিহোল্ডার বা ক্লেইমকারী বা উপভোক্তাকে প্রয়োজনীয় সাহায্য করবেন;

2) কোনো বীমা এজেন্ট করবেন না, ----

a. একটা বৈধ লাইসেন্স ছাড়া বীমা ব্যবসায় রাজি করাতে অনুরোধ বা ব্যবসা সংগ্রহ;

b. প্রোপোজাল ফর্মে কোনো বস্তুগত তথ্য বর্জন করতে প্রত্যাশীকে উৎসাহিত করা;
c. প্রস্তাব গ্রহণের জন্য বীমাকরীর কাছে পেশ করা প্রোপোজাল ফর্ম বা নথিতে ভুল তথ্য পেশ করতে প্রত্যাশীকে উৎসাহিত করা;
d. বীমা ব্যবসার জন্য সওয়াল বা তা সংগ্রহের জন্য কোনো ধরনের বহু-স্তরীয় বিপণন ব্যবস্থার অবলম্বন এবং/অথবা কোনো প্রত্যাশী/পলিসিহোল্ডারকে বহু-স্তরীয় বিপণন ব্যবস্থায় উৎসাহিত করা;
e. প্রত্যাশীর সঙ্গে অভদ্র আচরণ;
f. অন্য কোনো বীমা এজেন্টের পেশ করা প্রস্তাবে হস্তক্ষেপ;
g. বীমাকারীর প্রস্তাবিত হার, সুবিধা, শর্তাবলীর বাইরে আলাদা কিছুর প্রস্তাব দেওয়া;
h. বীমা চুক্তির আওতায় উপভোক্তার থেকে আয়ের ভাগ দাবি করা বা নেওয়া;
i. বর্তমান পলিসিকে বন্ধ করে দিয়ে সেই বন্ধ করার তিন বছরের মধ্যে তাঁর থেকেই একটা নতুন প্রস্তাব কার্যকরী করার জন্য একজন পলিসিহোল্ডারকে চাপ দেওয়া;

j. মনোনীত ব্যক্তি যদি তার লাইসেন্স আগেই বাতিল করে থাকেন এবং সেই বাতিলের পর পাঁচ বছর সময় কাল না পার হওয়া পর্যন্ত একজন বীমা এজেন্ট হিসেবে কাজ করার জন্য নতুন লাইসেন্সের জন্য আবেদন;

k. কোনো বীমা কোম্পানির একজন ডিরেক্টর হওয়া বা থাকা;

3) ইতিমধ্যেই তাঁর মাধ্যমে সংগৃহীত বীমা ব্যবসা ধরে রাখার লক্ষ্যে প্রত্যেক বীমা এজেন্টই নির্ধারিত সময়ের মধ্যে পলিসিহোল্ডারের প্রিমিয়াম জমা নিশ্চিত করতে সবরকম চেষ্টা চালাবেন, পলিসি হোল্ডারকে মৌখিক এবং লিখিতভাবে নজর করিয়ে;

4) বীমা এজেন্ট হিসেবে কর্মরত কোনো ব্যক্তি বীমা আইন, ১৯৩৮—এর ধারা এবং ওই আইনের অধীনে কোনো বিধি ভঙ্গ করলে তিনি দশ হাজার টাকা পর্যন্ত জরিমানা দিতে বাধ্য থাকবেন এবং কোনো বীমাকারী বা বীমাকারীর তরফে কাজ করছেন এমন কোনো ব্যক্তি যদি এমন কোনো লোককে বীমা এজেন্ট হিসেবে নিয়োগ করেন যার এই ধরনের কাজ করার এক্তিয়ার নেই অথবা এই ধরনের কোনো ব্যক্তির মাধ্যমে ভারতের বীমা ব্যবসায় লেনদেন করে থাকেন তাহলে সেই বীমাকারী বা তার হয়ে কর্মরত ব্যক্তি জরিমানা দিতে দায়বদ্ধ থাকবেন যার পরিমাণ এক কোটি টাকা পর্যন্ত হতে পারে।

5) এই সমস্ত বিধির অধীনে নির্ধারিত আচরণ বিধি লঙ্ঘন সহ তার এজেন্টের তরফে যাবতীয় কাজ ও ভ্রান্তির জন্য বীমাকারীই দায়ী থাকবেন, এবং তার তজন্য জরিমানা দিতে দায়বদ্ধ থাকবেন যার পরিমাণ এক কোটি টাকা পর্যন্ত হতে পারে।

7. একজন এজেন্টর নিয়োগ স্থগিত:

1) একজন এজেন্টের নিয়োগ বাতিল বা স্থগিত করা হতে পারে তাঁকে তা জানানোর পর এবং তাঁকে তাঁর আত্মপক্ষ সমর্থনের জন্য যথাযথ সময় দেওয়ার পরই, যদি নিম্নলিখিত দোষে তিনি দুষ্ট হন:-

a. বীমা আইন ১৯৩৮ (১৯৩৮-এর ৪), ইনসুরেন্স রেগুলেটারি অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি অ্যাক্ট, 1999 (১৯৯৯-র ৪১) বা বিভিন্ন সময়ান্তরে সংশোধন অনুযায়ী নিয়ম বা বিধির ধারা লঙ্ঘন করেন;

b. উপরে বর্ণিত অযোগ্যতার কোনো একটা লক্ষ্য করা যায়।

c. উপরের বিধিবদ্ধ আচরণ বিধি ও সময়ে সময়ে কর্তৃপক্ষের জারি করা নির্দেশ মানতে ব্যর্থ হন।

d. নিয়োগের শর্ত লঙ্ঘন করেন।

e. বীমাকারী বা কর্তৃপক্ষের চাহিদা অনুযায়ী একজন এজেন্ট হিসেবে তাঁর কার্যকলাপ সংক্রান্ত তথ্য সরবরাহ করতে ব্যর্থ হলে;

f. কর্তৃপক্ষের জারি করা নির্দেশ পালনে ব্যর্থ হলে;

g. ভুল বা মিথ্যা তথ্য সরবরাহ করলে; অথবা এজেন্ট হিসেবে নিয়োগ বা তার বৈধতার পর্যায়ের জন্য পেশ করা আবেদনপত্রে কোনো বস্তুগত বিষয় প্রকাশ করতে ব্যর্থ হলে।

h. বীমাকারী/কর্তৃপক্ষের চাহিদা অনুযায়ী পর্যায়ক্রমিক রিটার্ন দাখিল না করলে;

i. কর্তৃপক্ষ পরিচালিত কোনো অনুসন্ধান বা তদন্তে সহযোগিতা না করলে;

j. পলিসিহোল্ডারের অভিযোগের প্রতিবিধান করতে ব্যর্থ হলে বা এর জন্য কর্তৃপক্ষকে সন্তোষজনক জবাব না দিতে পারলে।

k. বীমাকারীর তরফে পলিসিহোল্ডার/বীমাপ্রত্যাশীর থেকে সংগৃহীত প্রিমিয়ম/নগদ টাকা আত্মসাতের সঙ্গে প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে যদি জড়িত থাকেন। যদিও এই ধারা বীমাকারীর নির্দিষ্ট অনুমোদন ছাড়া নগদ টাকা/প্রিমিয়াম সংগ্রহ করার কোনো অধিকারই দেয় না বীমা এজেন্টকে।

8. এজেন্সি বাতিল করার পদ্ধতি:

বীমা এজেন্টের এজেন্সি বাতিলের চূড়ান্ত নির্দেশ জারি হওয়ার সাথে সাথেই চূড়ান্ত নির্দেশের তারিখ থেকেই এজেন্ট বীমা এজেন্ট হিসেবে কাজ করা বন্ধ করে দেবেন।

9. এজেন্সি নিয়োগ স্থগিত/বাতিল করার প্রভাব: –

1) এজেন্সি নিয়োগ স্থগিত বা বাতিলের তারিখ থেকেই সেই বীমা এজেন্ট একজন বীমা এজেন্ট হিসেবে কাজ করা বন্ধ করে দেবেন।

   a. এই নির্দেশিকার অধীনে যে এজেন্টের নিয়োগ বাতিল হয়েছে সেই নিয়োগ বাতিল কার্যকরী হওয়ার চূড়ান্ত নির্দেশ জারি হওয়ার ৭ দিনের মধ্যে বীমাকারী সেই এজেন্টের থেকে নিয়োগপত্র ও আইডেন্টিটি কার্ডটি ফিরিয়ে নেবেন।

   b. বীমাকারী এজেন্টটিকে কালো তালিকাভুক্ত করবেন এবং কর্তৃপক্ষের রক্ষণাবেক্ষণে থাকা কালো তালিকাভুক্ত এজেন্টের ডেটাবেসে এবং কর্তৃপক্ষের তত্ত্বাবধানে থাকা এজেন্টদের কেন্দ্রীয় তালিকায় বরখাস্ত/বাতিল হওয়া এজেন্টের বিস্তারিত বিবরণ ঢুকিয়ে দেবেন। এজেন্সি বরখাস্ত/বাতিল হওয়ার নির্দেশ জারির সঙ্গে সঙ্গেই অনলাইন মোডে এটা করা হবে।

c. মৌখিক আধিকারিকের মৌখিক নির্দেশের মাধ্যমে শাস্তিমূলক ব্যবস্থার সমাপ্তির ফলে কোনো এজেন্টের সাসপেনশন উঠে গেলে তাঁর সাসপেনশন ওঠার মৌখিক নির্দেশ আসার সঙ্গে সঙ্গেই কালো তালিকাভুক্ত এজেন্টদের তালিকা থেকে ওই এজেন্টের নাম সরিয়ে ফেলতে হবে।

d. যাদের সঙ্গে তিনি এজেন্ট হিসেবে কাজ করছেন অন্যান্য সেই বীমাকারী, জীবন বা সাধারন বা স্বাস্থ্য বীমাকারী বা মোনো-লাইন বীমাকারীদেরও ওই এজেন্টের বিরুদ্ধে নেওয়া ব্যবস্থা সম্পর্কে বীমাকারী জানিয়ে দেবেন যাতে তারা সেই বিষয়গুলি রেকর্ডে রাখতে পারে এ প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা নিতে পারে।

10. একজন বীমা এজেন্টের ইস্তফা/ নিয়োগ সমর্পণ করার ক্ষেত্রে অনুসৃত পদ্ধতি:

1) একজন বীমাকারীর নিযুক্ত কোনো বীমা এজেন্ট বীমাকারীর কাছে তাঁর এজেন্সি সারেন্ডার করতে চাইলে তিনি তাঁর নিয়োগ পত্র ও পরিচিতি পত্র ফিরিয়ে দেবেন বর্তমানে যার এজেন্সি তাঁর কাছে রয়েছে সেই বীমাকারীর মনোনীত আধিকারিকের কাছে।
2) ইস্তফা বা নিয়োগ সারেন্ডার করার ১৫দিনে মধ্যে ফর্ম 1-C-তে উল্লেখ অনুযায়ী একটা বিরতি শংসাপত্র ইস্যু করবে বীমাকারী।
3) নিয়োগ সারেন্ডার করেছেন এমন একজন এজেন্ট অন্য বীমাকারীর কাছে নতুন করে নিয়োগ চাইতে পারেন। এই ধরনের ক্ষেত্রে এজেন্টকে নতুন বীমাকারীর কাছে তাঁ আগের এজেন্সি সম্পর্কিত যাবতীয় বিবরণ পেশ করতে হবে এবং তাঁর এজেন্সি অ্যাপ্লিকেশন ফর্ম সহ ফর্ম I-C-তে ইস্যু করা আগের বীমাকারীর বিরতি শংসাপত্রও পেশ করতে হবে।
4) পূর্বতন বীমাকারীর বিরতি শংসাপত্র ইস্যুর তারিখ থেকে নব্বই দিন পর বীমাকারী প্রয়োজনীয় শর্ত অনুযায়ী এজেন্সির আবেদন বিবেচনা করবে।

11. বীমাকারীর দ্বারা এজেন্ট নিয়োগের জন্য সাধারণ শর্তাবলী:

1) কর্তৃপক্ষের নির্দেশ অনুযায়ী এজেন্সি বিষয়গুলিকে কভার করে বীমাকারী একটা 'বোর্ড অনুমোদিত নীতি' প্রণয়ন করবে এবং প্রতি বছর ৩১শে মার্চের আগে কর্তৃপক্ষের কাছে সেটা দাখিল করবে।
2) কোনো ব্যক্তিই একের অধিক জীবন বীমাকারী, সাধারণ বীমাকারী, স্বাস্থ্য বীমাকারী ও অন্যান্য মোনো-লাইন বীমাকারীর প্রত্যেকের একটির বেশি সংস্থার বীমা এজেন্ট হিসেবে কাজ করবেন না।
3) বীমা এজেন্ট হিসেবে কর্মরত কোনো ব্যক্তি এই আইন লঙ্ঘিত হয় এমন কোনো কাজ করলে তিনি একটা জরিমানা দিতে বাধ্য থাকবেন যার পরিমাণ দশ হাজার টাকা পর্যন্ত হতে পারে।
4) কোনো বীমাকারী বা বীমাকারীর তরফে কর্মরত তার কোনো প্রতিনিধি যিনি এমন কোনো একজন ব্যক্তিকে বীমা এজেন্ট হিসেবে নিয়োগ করেন যার ভারতে বীমা ব্যবসায় লেনদেন করার অনুমতি নেই তাহলে তা জরিমানাযোগ্য হবে যার পরিমাণ এক কোটি টাকা পর্যন্ত হতে পারে।

5) বীমা আইন (সংশোধিত) অধ্যাদেশ ২০১৫ কার্যকরী হওয়া বা তার পর কোনো বীমাকারীই কোনো প্রিন্সিপাল এজেন্ট, চিফ এজেন্ট, ও বিশেষ এজেন্ট নিয়োগ করতে পারবেন না এবং তাঁদের মাধ্যমে ভারতে বীমা ব্যবসায় কোনো লেনদেনও করতে পারবেন না।

6) একটা বীমা পলিসি ছেড়ে দিতে বা রিনিউ করতে বা চালু রাখতে বহুস্তরীয় বিপণন প্রকল্পের মাধ্যমে প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে বা কোনো ব্যক্তিকে উৎসাহিত করার বিষয়টি কোনো ব্যক্তিই বরদাস্ত করবেন না বা এব্যাপারে অনুমোদনের প্রস্তাব স্বীকার করবেন না।

7) একজন অনুমোদিত অফিসারের মাধ্যমে এব্যাপারে কর্তৃপক্ষ যথাযথ পুলিশ প্রশাসনের কাছে বহুস্তরীয় বিপণন প্রকল্পের সঙ্গে জড়িত সত্বা বা ব্যক্তিদের সম্পর্কে অভিযগ দায়ের করবে।

৪) বীমা এজেন্ট নিয়োগের ক্ষেত্রে প্রত্যেক বীমাকারী এবং বীমাকারীর তরফে এই ব্যাপারে কর্মরত প্রত্যেক মনোনীত আধিকারিকই তাঁর মাধ্যমে নিযুক্ত প্রত্যেক বীমা এজেন্টেরই নাম ঠিকানা সহ একটা রেজিস্টার রাখবেন এবং তাতে এজেন্টের নিয়োগ শুরুর তারিখ ও তাঁর নিয়োগে কোনো বিরতি থাকলে সেই তারিখও উল্লেখ করতে হবে রেজিস্টারে।

9) উপরে উল্লেখিত রেকর্ডগুলি বীমাকারী ততদিন পর্যন্ত রক্ষণাবেক্ষণ করবে যতদিন ওই বীমা এজেন্ট কাজে যূক্ত থাকবেন এবং তাঁর নিয়োগের বিরতি থেকে পাঁচ বছর মেয়াদকাল পর্যন্ত।

অধ্যায় 5

জীবন বীমা আইন সম্পর্কিত নীতি

অধ্যায় ভূমিকা

এই অধ্যায়ে, আমরা একটি জীবন বীমা চুক্তির জন্য প্রয়োজনীয় উপাদানগুলো নিয়ে আলোচনা করব। অধ্যায়টি একটি জীবন বীমা চুক্তির বিশেষ বৈশিষ্ট্য সঙ্গেও সম্পর্কিত।

শিক্ষণের ফলাফল

A. বীমা চুক্তি - আইনগত দিক এবং বিশেষ বৈশিষ্ট্য

A. বীমা চুক্তি - আইনগত দিক এবং বিশেষ বৈশিষ্ট্য

1. বীমা চুক্তি – আইনি দিক

a) বীমা চুক্তি

বীমা একটি চুক্তিমূলক চুক্তিতে জড়িত যেখানে বিমাকারীরা কিছু বিশেষ ঝুঁকির বিরুদ্ধে আর্থিক সুরক্ষা প্রদান করে একটি মূল্য বা প্রমিয়াম হিসেবে যা পরিচিত। চুক্তিমূলক চুক্তি একটি বিমা পলিসির আকার ধার করে।

b) বীমা চুক্তির আইনগত দিক

আমরা এখন একটি বীমা চুক্তি কিছু বৈশিষ্ট্য দেখব এবং তারপর সাধারণভাবে বীমা চুক্তিকে যে আইন সম্পর্কিত নীতিকে যা নিয়ন্ত্রণ করে সেগুলো বিবেচনা করব।

গুরুত্বপূর্ণ

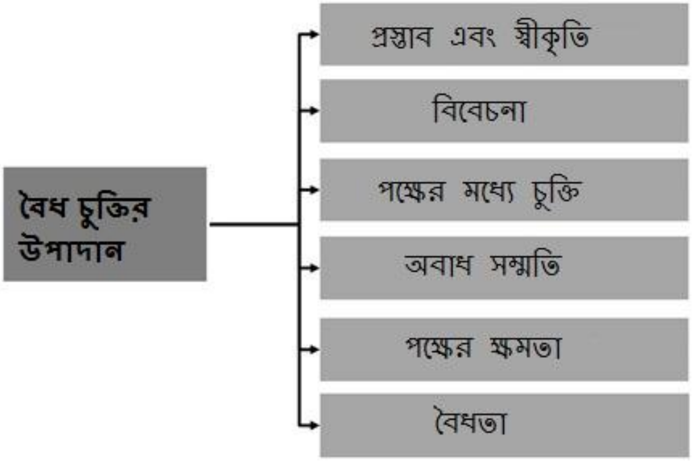
একটি চুক্তি হল আইন সম্মত ভাবে দুই পক্ষের সম্মতি। বীমা চুক্তি সহ ভারতের সমস্থ চুক্তি ভারতীয় চুক্তি আইন, ১৮৭২ দ্বারা নিয়ন্ত্রিত।

একটি বীমা পলিসি দুই পক্ষের মধ্যে একটি চুক্তি, যেমন কোম্পানিকে, বিমাকারক , এবং পলিসিধারকদের বীমাকৃত বলা হয় এবং ভারতীয় চুক্তি আইন, ১৮৭২ সংরক্ষিক প্রয়োজনীয়তা পূর্ণ করে।

রেখাচিত্র 1 : বীমাচুক্তি

c) বৈধ চুক্তির উপাদান

রেখাচিত্র 2 : বৈধ চুক্তির উপাদান



বৈধ চুক্তির উপাদান:

i. প্রস্তাব এবং স্বীকৃতি

একজন ব্যক্তি যখন অন্য আরেকজনের সঙ্গে কিছু কাজ করতে সম্মতি অথবা এই ধরনের, অন্যান্য সম্মতি পাওয়া থেকে বিরত থাকেন তখন তিনি একটি প্রস্তাব তৈরী করেন বলে উল্লেখ করা হয় হয়।সাধারণত, উপস্থাপক দ্বারা প্রস্তাব তৈরী হয়, এবং বীমাকারীর স্বীকৃতি দ্বারা গঠিত হয়।

একজন ব্যক্তি যাকে প্রস্তাব দেওয়া হয়, অধিকন্তু তার সম্মতি প্রকাশ করে, এটি একটি স্বীকৃতি বলে গণ্য করা হয়। অতঃপর যখন একটি প্রস্তাব গ্রহণ করা হয় তখন সেটি একটি প্রতিশ্রুতি হয়ে যায়।

একটি চুক্তি গঠনের জন্য উপস্থাপক দ্বারা স্বীকৃতি প্রয়োজন।

যখন একজন উপস্থাপক বীমা পরিকল্পনা স্বীকার করেন এবং আমানতের পরিমাণ পরিশোধে সম্মতি প্রদান করেন, যেটি, প্রস্তাব পদ গ্রহণের পর প্রথম প্রিমিয়াম রূপান্তরিত হয় প্রস্তাব তখন পলিসির আকার ধারণ করে।

যদি কোনো শর্ত দেওয়া হয় তখন এটি একটি পাল্টা প্রস্তাব হয়ে যায়.

পলিসি বন্ড চুক্তির প্রমাণ হয়ে যায়।

ii. বিবেচনা

এর অর্থ হল যে চুক্তিতে পক্ষগুলোর জন্য কিছু পারস্পরিক সুবিধার থাকতে হবে। প্রিমিয়াম বীমাকৃত দ্বারা বিবেচনা করা হয়, এবং বিমাকারী বিবেচনা করে ক্ষতিপূরণের প্রতিশ্রুতি দিয়ে।

iii. পক্ষদের মধ্যে সম্মতি

উভয় পক্ষ একই অর্থে একই জিনিস করতে সম্মত হওয়া উচিত। অন্যভাবে, উভয় পক্ষের মধ্যে "**অভিন্ন ঐক্যমত্য**" থাকা উচিত। বীমা কোম্পানী এবং পলিসিধারক উভয়কে একই অর্থে একই জিনিসে সম্মত হতে হবে।

iv. অবাধ সম্মতি

একটি চুক্তির মধ্যে প্রবেশ করার সময় অবাধ সম্মতি থাকা উচিত।

সম্মতিকে অবাধ বলা হয় যখন এটি প্রভাবিত হয না নিম্নলিখিত কারণ থেকে:

- ✓ দমন
- ✓ অনুচিত প্রভাব
- ✓ প্রতারণা
- ✓ মিথ্যা বিবরণ
- ✓ ভুল

চুক্তি বাতিলযোগ্য হয় যখন চুক্তিটি দমন, প্রতারণা বা মিথ্যা বিবরণ দ্বারা সৃষ্ট হয়।

v. পক্ষের ক্ষমতা

চুক্তির উভয় পক্ষে চুক্তিতে প্রবেশ করার জন্য আইনতভাবে উপযুক্ত হতে হবে। পলিসিধারীকে অবশ্যই প্রস্তাব সই করার সময় প্রাপ্তবয়স্ক হতে হবে এবং সুস্থ মস্তিস্ক এবং আইন অনুযায়ী যোগ্য হতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, নাবালকরা বীমা চুক্তি প্রবেশ করতে পারে না।

vi. বৈধতা

চুক্তির বিষয়বস্তুর বৈধতা আবশ্যক, উদাহরণস্বরূপ, কোনো বীমা অবৈধ কাজ করতে পারে না। প্রতিটি চুক্তি যার বিষয়বস্তু বা বিবেচনা বেআইনী তা অকার্যকর হয়। একটি বীমা চুক্তির বিষয়বস্তু বৈধ বিষয়বস্তু।

গুরুত্বপূর্ণ

i. **দমন** - অপরাধমূলক উপায় প্রয়োগে চাপ জড়িত।

ii. **অনুচিত প্রভাব**- যখন একজন ব্যক্তি যিনি অন্য আরেকজনের ইচ্ছা নিয়ন্ত্রণ করতে সক্ষম হয় সে অযৌক্তিক সুবিধা প্রাপ্তের জন্য তাঁর অবস্থান ব্যবহার করে।

iii. **প্রতারণা**- একজন ব্যক্তি যখন অন্য কাউকে মিথ্যা বিশ্বাস, যা সে সত্য বলে বিশ্বাস করে না তা উপস্থাপনা করে কাজ করাতে সক্রিয় করে। এটা ইচ্ছাকৃত সংবরণ থেকে বা মিথ্যাবর্ণন করে হতে পারে।

iv. **ভুল** – একজনের জ্ঞান বা বিশ্বাস বা একটি জিনিস অথবা ঘটনা ব্যাখ্যা করার ত্রুটি। এটি চুক্তির বিষয়বস্তু বোঝার ক্ষেত্রে এবং চুক্তিবদ্ধের জন্য ভুল দিকে নিয়ে যেতে পারে।

2. বীমা চুক্তি– বিশেষ বৈশিষ্ট্য

a) ইউবরিম ফাইডিজ বা যথাসাধ্য ভাল প্রতিশ্রুতি

এটি বীমা চুক্তির একটি মৌলিক নীতি। ইউবরিম ফাইডিজ বলা হয়, এর মানে হল চুক্তির প্রত্যেক পক্ষ অবশ্যই বীমা বিষয় সংক্রান্ত সব অত্যাবশ্যক তথ্যের প্রকাশ করবে।

যথাসাধ্য ভাল প্রতিশ্রুতি এবং ভাল প্রতিশ্রুতির মধ্যে একটি পার্থক্য তৈরী করা যায়। সব বাণিজ্যিক চুক্তির সাধারণত প্রয়োজন তাদের লেনদেনের সময় ভাল প্রতিশ্রুতি যেখানে কোনো তথ্য প্রদানের প্রতারণা বা প্রবঞ্চনা থাকবে না। ভাল প্রতিশ্রুতি নীরিক্ষণে এই আইনি দায়িত্ব ছাড়া বিক্রেতা ক্রেতা চুক্তি বিষয় সম্পর্কে কোনো তথ্য প্রকাশ করতে বাধ্য নয়।

এখানে পরিলক্ষিত নিয়মটি হল যে **"ক্রেতা সাবধান নীতি"** যার মানে ক্রেতা সাবধান। প্রত্যাশিত চুক্তির পক্ষরা চুক্তির বিষয়বস্তু পরীক্ষা করবেন এবং যেখানে বিশ্বস্তভাবে উত্তর দেওয়া হয়েছে সেখানে অন্য পক্ষের চুক্তি এড়ানোর কোনো প্রশ্নই নেই।

যথাসাধ্য ভাল প্রতিশ্রুতি: বীমা চুক্তি ভিন্ন পথ চলে। প্রথমত, চুক্তির বিষয় দুরধিগম্য এবং বিমাকারীর সরাসরি পর্যবেক্ষণ বা সহজ অভিজ্ঞতা মাধ্যমে পরিচিত নয়। আবার অনেক ঘটনা আছে, যা প্রকৃতি হিসেবে শুধুমাত্র উপস্থাপক জানতে পারেন। বিমাকারীকে প্রায়ই তথ্যের জন্য উপস্থাপকের তথ্যের উপর নির্ভর করতে হয়।

অতঃএব উপস্থাপকের আইনগত দায়িত্ব হল যাদের কাছে এই তথ্য নেই সেই সব বীমাকারীকে বীমা বিষয়ক সমস্ত তথ্য প্রকাশ করা।

উদাহরণ

ডেভিড একটি জীবন বীমা পলিসির জন্য একটি প্রস্তাব তৈরি করে। পলিসির জন্য আবেদনের সময় ডেভিড ডায়াবেটিসে ভুগছিল এবং চিকিৎসা অধিন ছিল কিন্তু ডেভিড বীমা কোম্পানীর কাছে এই সত্যটির প্রকাশ করে নি। ডেভিড ত্রিশের কোঠায় ছিল তাই জীবন বীমা কোম্পানী ডেভিডকে কোনো স্বাস্থ্য পরীক্ষার জন্য না বলেই পলিসি প্রেরণ করে কিছু বছর পরে ডেভিডের স্বাস্থ্য খারাপ হয় এবং তাকে হাসপাতালে ভর্তি করতে ডেভিড আরোগ্যলাভ করে না এবং কিছু দিনের মধ্যে মারা যায়। জীবন বীমা কোম্পানীতে দাবি উপস্থাপিত হয়েছিল।

ডেভিডের মনোনীত ব্যক্তি অপ্রত্যাশিত হয় যখন জীবন বীমা কোম্পানী দাবি প্রত্যাখ্যান করে। তদন্তে, বীমা কোম্পানী জানতে পারে যে পলিসির জন্য আবেদন করার সময় ডেভিড ইতিমধ্যে ডায়াবেটিস ভুগছিল এবং এই সত্যটি ডেভিড ইচ্ছাকৃতভাবে গোপন করে ছিল। অতঃপর বীমা চুক্তিটি নাকচ এবং বাতিল করা হয় এবং দাবী প্রত্যাখান করা হয়।

উপাদান তথ্য হল সেই তথ্য যা বীমাকারীকে সিদ্ধান্ত নিতে সক্ষম করে যে:

- ✓ তারা ঝুঁকিটি গ্রহণ করবেন কিনা?

✓ যদি গ্রহণ করে তাহলে কত প্রমিয়াম হার এবং কোন শর্তাবলী ধর্তব্যে নেবেন?

যথাসাধ্য ভাল প্রতিশ্রুতির এই আইনি দায়িত্ব সাধারণ আইনের অধীনে আসে। এই দায়িত্ব উপস্থাপকের জানা অত্যাবশ্যক তথ্যে শুধুমাত্র প্রযোজ্য নয়, যা তাঁর জানা কর্তব্য সেখানেও প্রযোজ্য।

উদাহরণ

এগুলি অত্যাবশ্যক তথ্যের কিছু উদাহরণ যেগুলো প্রস্তাব তৈরীর সময় প্রস্তাবকের প্রকাশ করা উচিত:

i. **জীবন বীমা:** নিজস্ব চিকিৎসাবিষয়ক ইতিহাস, বংশগত অসুস্থতার পারিবারিক ইতিহাস, ধূমপান এবং মদ্যপানের মত অভ্যাস, কাজ থেকে অনুপস্থিতি, বয়স, শখ, আর্থিক তথ্য যেমন প্রস্তাবকের আয় সংক্রান্ত বিবরণ, পূর্বে বিদ্যমান জীবন বীমা পলিসি, পেশা ইত্যাদি।
ii. **অগ্নি বীমা:** নির্মাণ এবং বিল্ডিং-এর ব্যবহার, বিল্ডিং-এর বয়স, সীমানায় পণ্যের প্রকৃতি ইত্যাদি।
iii. **নৌ বীমা:** পণ্যের বিবরণ, প্যাকিং পদ্ধতি ইত্যাদি।
iv. **মোটরগাড়ী বীমা**: গাড়ির বিবরণ, ক্রয় তারিখ, ড্রাইভারের বিবরণ ইত্যাদি।
v. স্বাস্থ্য বীমা

এইভাবে বীমা চুক্তি একটি উচ্চ বাধ্যবাধকতার বিষয়। যখন এটি বীমার ক্ষেত্রে আসে, তখন ভাল প্রতিশ্রুতি চুক্তি যথাসাধ্য ভাল প্রতিশ্রুতি চুক্তি হয়ে যায়।

সংজ্ঞা

"স্বেচ্ছায় প্রকাশ করার একটি ইতিবাচক দায়িত্ব, সঠিকভাবে এবং সম্পূর্ণরূপে ঝুঁকির সব ঘটনা উপাদান অনুরোধ বা প্রস্তাব করা হচ্ছে কিনা, এর সঙ্গে জড়িত হিসাবে "ইউবরিম ফাইডিজ " ধারণাটিকে এইভাবে সংজ্ঞায়িত করা হয়।

যদি যথাসাধ্য ভাল প্রতিশ্রুতি উভয় পক্ষের দ্বারা পালন করা না হয়, চুক্তিটি অপরের দ্বারা এড়ানো যেতে পারে।মূলত কেউ তার নিজের ভুলের সুবিধা গ্রহণ করতে পারবে না, বিশেষত একটি বীমা্ কন্ট্র্যাক্টে প্রবেশের সময়।

এ বীমাকৃত বীমা চুক্তি সংক্রান্ত যে কোনো সত্য উপাদানকে মিথ্যা বর্ণনা করবেন না বলে আশা করা যায়। বীমাকৃতকে সমস্ত প্রাসঙ্গিক তথ্য প্রকাশ করতে হবে।যদি এই আইনগত বাধ্যবাধকতা অস্তিত্ব না থাকে, একজন ব্যক্তি যিনি বীমা গ্রহণ করছেন তিনি হয়তো বিষয়বস্তুতে ঝুঁকি প্রভাবিত নির্দিষ্ট ঘটনা গোপন করে অনুচিত সুবিধা পেতে পারেন।

আশা করা যায় কেনো সত্য গোপন না করে পলিসিধারী তার স্বাস্থ্যের অবস্থা, পারিবারিক ইতিহাস, আয়, পেশা ইত্যাদি প্রকাশ করবেন যাতে বীমাচুক্তির দায় গ্রহণকারী ঝুঁকির যথার্থভাবে মূল্যায়ন করতে সক্ষম হবে। প্রস্তাব ফর্মে অপ্রকাশ বা মিথ্যা বর্ণনা বীমাচুক্তির দায় গ্রহণকারীর অলিখিত সিদ্ধান্তে প্রভাব ফেললে বীমাকৃতের কন্ট্র্যাক্ট বাতিল করার অধিকার আছে।

সব অত্যাবশ্যক তথ্য প্রকাশ করা আইনগত বাধ্যবাধকতা।

উদাহরণ

একজন কার্যনির্বাহী উচ্চ রক্তচাপ থেকে ভুগছেন এবং সম্প্রতি তার একটি মৃদু হার্ট অ্যাটাক হয়েছ যার জন্য তিনি নিম্নলিখিত মেডিকেল নীতি গ্রহণ করার সিদ্ধান্ত নেন কিন্তু সম্পূর্ণ তথ্যের প্রকাশ করেন না। বিমাকারীর ঘটনার মিথ্যা বর্ণনের জন্য বীমাকৃত বীমা প্রস্তাব গ্রহণে প্রতারিত হন।

একজন ব্যক্তির হৃদয়ে একটি জন্মগত ছিদ্র আছে এবং প্রস্তাব ফর্মে এটি প্রকাশ করেন। এটি বিমাকৃতের দ্বারা গৃহিত হয় এবং প্রস্তাবকারীকে অবগত করা হয়না যে পূর্ব বিদ্যমান রোগ অন্তত কমপক্ষে আগামী 4 বছর পূরণ করা হয় না। এটি বীমাকৃতের দ্বারা একটি মিথ্যা বর্ণন।

b) অত্যাবশ্যক তথ্য

সংজ্ঞা

অত্যাবশ্যক তথ্য বলতে বোঝায় একটি সত্য যা বীমাচুক্তির দায়গ্রহণ কারীর সিদ্ধান্তকে প্রভাবিত করতে পারেন যে তিনি ঝুঁকি গ্রহণ করবেন কিনা এবং সেটি হলেও প্রমিয়ামের হার এবং শর্তাবলী কি হবে।

একটি অপ্রকাশিত সত্য অত্যাবশ্যক কিনা তা নির্ভর করবে পৃথক ক্ষেত্রের পরিস্থিতির উপর এবং শুধুমাত্র আদালতের আইন শেষ সিদ্ধান্ত নিতে পারে। ঝুঁকিকে প্রভাবিত করবে এমন ঘটনার প্রকাশ বীমায়িতকে করতে হবে।

বীমা সংক্রান্ত কিছু ধরনের অত্যাবশ্যক তথ্য যা একজনের প্রকাশ করা উচিত সেগুলো দেখা যাক এবার:

i. তথ্য, স্বাভাবিকের চেয়ে অধিক উদ্ঘাটর ব্যাখ্যা করে যে ঝুঁকি তা নির্দেশ করে।

উদাহরণ

সমুদ্র বাহিত পণ্যসম্ভারের বিপজ্জনক প্রকৃতি, অসুস্থতার পূর্ব ইতিহাস

ii. অন্যান্য বীমাকৃত থেকে নেওয়া পুরোনো সব পলিসির অস্তিত্ব এবং তাদের বর্তমান অবস্থা

iii. প্রস্তাব ফর্মের সব প্রশ্ন বা বীমার জন্য আবেদনের উপাদান হিসেবে বিবেচনা করা হয়, কারণ এটি বীমার বিষয়বস্তুর বিভিন্ন অংশের এবং ঝুঁকির সঙ্গে জড়িত এবং সবদিক থেকে বিবেচিত। প্রশ্নের উত্তর সঠিক এবং সম্পূর্ণভাবে দিতে হবে।

নিম্নলিখিত কিছু পরিস্থিতিতে যেখানে অত্যাবশ্যক তথ্য প্রকাশ করার দরকার নেই

তথ্য

অত্যাবশ্যক তথ্য যা প্রকাশ করার দরকার নেই

এটিও ধরে নেওয়া যায় বীমাচুক্তির দায়গ্রহণকারী দ্বারা যদি নির্দিষ্ট তদন্ত না হয় তাহলে প্রস্তাবকের নিম্নলিখিত তথ্য প্রকাশ করার কোন বাধ্যবাধকতা নেই:

i. ঝুঁকি কমাতে সমুচিত ব্যবস্থার প্রয়োগ।

উদাহরণ: অগ্নি নির্বাপক যন্ত্রের উপস্থিতি

ii. বীমাকৃতের অজানা বা অজ্ঞাত তথ্য

উদাহরণ: একজন ব্যক্তি, যিনি উচ্চ রক্ত চাপ ভুগছেন কিন্তু পলিসি গ্রহণ করার সময় এই বিষয়ে অজ্ঞাত ছিলেন, এটিকে সত্য অপ্রকাশ সঙ্গে অভিযুক্ত করা যাবে না।

iii. কোনটি যুক্তিসঙ্গত অধ্যবসায় দ্বারা আবিষ্কৃত হতে পারে?

প্রত্যেকটি পুঙ্খানুপুঙ্খ অত্যাবশ্যক তথ্য প্রকাশ করার প্রয়োজন নেই। বীমাচুক্তি গ্রহণকারীর আরও তথ্য প্রয়োজন হলে তা জিজ্ঞাসা করার জন্য যথেষ্ট সচেতন হতে হবে।

iv. আইনি বিষয়

সবাই প্রচলিত আইন জানবে এটিই অনুমান করা যায়।

উদাহরণ: বিস্ফোরক মজুত সম্পর্কে পৌর আইন

v. যা সম্পর্কে বিমাকৃত উদাসীন (অথবা আরও তথ্যের জন্য প্রয়োজন পরিহার করে)

বিমাকৃত পরে অসম্পূর্ণ উত্তরের অজুহাতে দায়িত্ব অস্বীকার করতে পারেন না।

কখন প্রকাশ করার দায়িত্ব আছে?

জীবন বীমা চুক্তির ক্ষেত্রে, প্রস্তাব গ্রহণ না করা এবং একটি নীতি জারি আলোচনার পুরো সময়ের মধ্যে প্রকাশের দায়িত্ব থাকে। একবার নীতি গৃহীত হলে, পলিসির মেয়াদে ঘটতে পারে এমন যে কোনো অত্যাবশ্যক তথ্য প্রকাশ করার আর প্রয়োজন নেই।

উদাহরণ

শ্রী রাজন পনেরো বছরের জন্য একটি জীবন বীমা পলিসি নিয়েছেন। পলিসি গ্রহণের ছয় বছর পর শ্রী রাজনের হৃদযন্ত্রে কিছু সমস্যা হয় এবং তাকে কিছু অস্ত্রপচারের মধ্যে দিয়ে যেতে হয়।শ্রী রাজনের এই সত্যটি বীমাকৃতের কাছে প্রকাশের দরকার নেই।

অবশ্য যদি পাওনা প্রিমিয়াম না দেওয়ার কারণে পলিসি ব্যর্থ হয় এবং পলিসিধারীর চুক্তি সক্রিয় করার দরকার হয় এবং এটি চালু করতে চাইছে, এরকম সক্রিয়তার সময়, তার কর্তব্য হল সব সত্য যা অত্যাবশ্যক এবং প্রাসঙ্গিক তা প্রকাশ করা। যেন এটি একটি নতুন পলিসি।

যথাসাধ্য ভাল বিশ্বাস ভঙ্গ

আমদের এখন পরিস্থিতির বিবেচনা করবে যা যথাসাধ্য ভাল বিশ্বাস ভঙ্গের সঙ্গে জড়িত। এমন লঙ্ঘন অপ্রকাশ বা মিথ্যা বর্ণনার মাধ্যমে উদ্ভূত হয়।

অপ্রকাশ: উদ্ভূত হতে পারে যখন বিমাকৃত অত্যাবশ্যক তথ্য সম্পর্কে সাধারণত নীরব থাকেন কারণ বীমাকারী কোনো নির্দিষ্ট তদন্ত উত্থাপিত করেননি। এটি বিমাকৃত দ্বারা উত্থাপিত প্রশ্নের অসরল উত্তরের মাধ্যমে উদ্ভূত হতে পারে। প্রায়ই প্রকাশ হয়ত অবহেলিত হতে পারে (মানে এটা হয়তো কারো জ্ঞান বা উদ্দেশ্য ছাড়াই তৈরি করা হতে পারে) অথবা প্রস্তাবক ভেবেছেন সত্যটি অত্যাবশ্য নয়।

এই ক্ষেত্রে এটি নির্দোষ। একটি সত্য যখন ইচ্ছাকৃতভাবে চাপা হয় তখন তা সংবরণ হিসাবে গণ্য করা হয়। পরেরটির ক্ষেত্রে ছলনার অভিপ্রায় আছে।

মিথ্যা বর্ণনা: বীমা কন্ট্র্যাক্টের আপসের সময় কোন বিবৃতিকে উপস্থাপনা বলা হয়। একটি উপস্থাপনা আসলে একটি ঘটনার নির্দিষ্ট বিবৃতি বা বিবৃতির বিশ্বাস, উদ্দেশ্য বা প্রত্যাশা হতে পারে। এই প্রসঙ্গে আশা করা যায় যে ঘটনার যে বিবৃতিটি তা যথেষ্ট সঠিক হবে। যখন উপস্থাপনা আসে যেটি বিশ্বাসের বিষয় বা প্রত্যাশা, যে উদ্বেগ উপস্থাপনা বিষয়ে আসে, এটা ধরে নেওয়া যেতে পারে যে এটি সরল বিশ্বাসে তৈরী করা হয়েছে।

দু'ধরনের মিথ্যা বর্ণনা হতে পারে:

i. **সরল মিথ্যা বর্ণনা** ভুল বিবৃতি, যেগুলো কোনো প্রতারণাপূর্ণ উদ্দেশ্য ছাড়াই তৈরী হয় তার সঙ্গে সম্পর্কিত।
ii. অন্যদিকে **প্রতারণাপূর্ণ মিথ্যা বর্ণনা** বলতে বোঝায় মিথ্যা বিবৃতি যেগুলো বীমাকৃতকে প্রতারণা জন্য ইচ্ছাকৃত অভিপ্রায় করা হয় বা সত্যের যথোচিত প্রসঙ্গ ছাড়াই বেপরোয়াভাবে তৈরি করা হয়।

সাধারণত একটি বীমা কন্ট্র্যাক্ট অকার্যকর হয়ে যায় যখন এখানে প্রতারণা জন্য ইচ্ছাকৃত অভিপ্রায়ের স্পষ্ট ব্যপার থাকে বা যখন এখানে প্রতারণাপূর্ণ মিথ্যা বর্ণন থাকে।

সাম্প্রতিক সংশোধন (মার্চ, ২০১৫) বীমা অধিনিয়ম, ১৯৩৮ এই সব শর্ত সম্বন্ধে কিছু গাইডলাইন আছে যার অধীনে কোনো পলিসির প্রতি জালিয়াতির প্রশ্ন তোলা যেতে পারে। নতুন বিধানগুলি হল এই রকম

<u>জালিয়াতি</u>

জীবন বীমার পলিসির পলিসি শুরু হওয়ার তারিখ বা ঝুঁকি শুরু হওয়ার তারিখ বা পলিসির পুনঃপ্রবর্তনের তারিখ বা পলিসি রাইডারের তারিখ, যা পরে আসে, তার থেকে তিন বছরের মধ্যে যে কোনো সময়ে জালিয়াতির ভিত্তিতে প্রশ্ন তোলা যেতে পারে:

বীমা কোম্পানীর তেমন সিদ্ধান্তের ভিত্তিতে বীমাকারীর উপকরণ ও ভিত্তিতে বীমাকর্তা বা আইনত প্রতিনিধি বা মনোনীত বা অধিকারপ্রাপ্ত প্রতিনিধির সঙ্গে লিখিতভাবে যোগাযোগ করতে হবে।

"জালিয়াতি" শব্দটি নিম্নরূপে সংজ্ঞায়িত ও নির্দিষ্ট করা হয়েছে:

"জালিয়াতি"-র মানে হল বীমাকর্তাকে বঞ্চিত করার উদ্দেশ্যে বা বীমাকর্তাকে প্ররোচিত করে বীমা পলিসি প্রদান করতে বীমাকারী বা তার এজেন্ট দ্বারা কৃত নিম্নলিখিত কার্যকলাপের যে কোনো একটি

(ক) পরামর্শ যা সত্য নয় বা বীমাকৃত সত্য বলিয়া বিশ্বাস করে না
(খ) বীমাকর্তার তথ্য জ্ঞান বা বিশ্বাস দ্বারা সক্রিয়ভাবে তথ্য গোপন করা
(গ) প্রতারণা করতে অন্য যে কোন উপযুক্ত কার্য এবং
(ঘ) যে কোনো তেমন কার্য বা ভ্রান্তি যা আইন বিশেষভাবে প্রতারণাপূর্ণ হিসেবে ঘোষণা করে।

বীমা কোম্পানী দ্বারা ঝুঁকি মূল্যায়নের সম্ভাবিতভাবে প্রভাবিত হওয়ার ঘটনা সম্বন্ধে নিছক নীরবতা জালিয়াতি নয় যদি না মামলার পরিস্থিতি এরকমের না হয় যেমন তাঁর সন্মান করা হয়েছে, কথা বলার মামলাতে নীরবতা পালন বীমাকর্তা বা তাঁর এজেন্টের কর্তব্য অথবা তাঁর নীরবতা, নিজের সঙ্গে কথা বলার সমতুল্য হয়।

কোন বীমাকারী জালিয়াতির ভিত্তিতে বীমা পলিসি অস্বীকার করতে পারে না যদি বীমাকর্তা প্রমাণ করতে পারেন যে বাস্তবিক তথ্যের দমন বা ভুল-বিবৃতি তার জ্ঞান ও বিশ্বাসে সত্য ছিল অথবা সত্য লুকানোর কোন ইচ্ছাকৃত উদ্দেশ্য ছিল না বা এইধরনের বাস্তবিক তথ্যের দমন বা ভুল-বিবৃতি বীমাকারীর অবগতির মধ্যে আছে:

এটি এমনও প্রদান করা যে জালিয়াতির মামলায়, পলিসিধারক জীবিত না থাকলে মিথ্যা প্রমাণ করার দায়িত্ব সুবিধাভোগীর উপর থাকে।

কোনো ব্যক্তি যিনি বীমার চুক্তি আবেদন এবং দর কষাকষি করেন তাঁকে চুক্তি গঠনের উদ্দেশ্যে বলিয়া গণ্য করা যাবে, বীমাকারী এজেন্ট হতে পারে।

c) বীমাযোগ্য স্বার্থ

'বীমাযোগ্য স্বার্থ' অস্তিত্ব প্রত্যেক বীমা চুক্তির অপরিহার্য উপাদান এবং বীমা জন্য আইনি পূর্বশর্ত হিসেবে বিবেচিত হয়। দেখা যাক বীমা একটি জুয়া বা বাজি চুক্তি থেকে কিভাবে পৃথক।

i. জুয়া এবং বীমা

তাস খেলা বিবেচনা করা যাক, যেখানে কেউ একজন জিতবেন বা হারবেন। একজন ব্যক্তির শুধুমাত্র বাজি ধরার কারণে লাভ বা ক্ষতি হয়। একজন ব্যক্তি যিনি কোনো স্বার্থ ছাড়াই খেলাটি খেলেন তিনি খেলা জিততে পারেন এইভাবেই খেলার সঙ্গে তিনি সম্পর্কিত। বাজি আইনত বৈধ নয় এবং এই অনুসারে করা কোনো চুক্তি অবৈধ।কেউ যদি তাস খেলার সময় তার বাড়ি বন্ধক রাখে, অন্য পক্ষ তার কার্যোদ্ধারের জন্য আদালতে সরণাপন্ন হতে পারেন না।

এখন একটি বাড়ি এবং তা পুড়ে যাওয়াকে বিবেচনা করা যাক।একজন ব্যক্তি যিনি বাড়ি বীমা করছেন তাঁর বীমার বিষয়বস্তুর সঙ্গে একটা আইনি সম্পর্ক আছে। তিনি এটির মালিক এবং এটি ধ্বংস বা ক্ষতিগ্রস্ত হলে তার আর্থিকভাবে ভোগান্তি হবে। এই মালিকানা সম্পর্ক অগ্নিকাণ্ড ঘটলে বা না ঘটলেও স্বাধীনভাবে বিদ্যমান, এবং এটি সেই সম্পর্ক যেটি ক্ষতির দিকে নিয়ে যায়।একটি ঘটনা (অগ্নি বা চুরি) নির্বিশেষে ক্ষতিকারক বীমা থাকুক বা না থাকুক।

তাসের মত নয়, যেখানে একজন হয় জিতবে বা হারবে, আগুন বাড়ির মালিকের একটিই পরিণতি ক্ষতি।

মালিক বীমা করেন এটি নিশ্চিত করার জন্য যে ক্ষতিটির কিছু উপায়ে ক্ষতিপূরণ হবে।

বীমাকারীর যে স্বার্থ আছে তাঁর বাড়ির বা তার অর্থের প্রতি তাকে বীমাযোগ্য সুদ বলা হয়।বীমাযোগ্য স্বার্থের উপস্থিতি আইন অনুযায়ী একটি বীমা কন্ট্র্যাক্টকে কার্যকর এবং প্রয়োগযোগ্য করে তোলে।

উদাহরণ

শ্রী চন্দ্রশেখর একটি বাড়ির মালিক যার জন্য তিনি ব্যাঙ্ক থেকে 15 লাখ টাকা বাড়ি বন্ধকী ঋণ গ্রহণ করেছেন। নিচের প্রশ্নগুলো বিবেচনা করুন:

- ✓ বাড়ির জন্য তার কি কোনো বীমাযোগ্য স্বার্থ আছে?
- ✓ বাড়ির জন্য কি ব্যাঙ্কের কোনো বীমা স্বার্থ আছে?
- ✓ তার প্রতিবেশীদের কি খবর ?

শ্রী শ্রীনিবাসনের স্ত্রী, দুই বাচ্চাদের এবং বয়স্ক বাবা নিয়ে একটি পরিবার। নিচের প্রশ্নগুলো বিবেচনা করুন:

- ✓ তাদের কল্যানের জন্য তার কি কোনো বীমাযোগ্য স্বার্থ আছে?
- ✓ তাদের কেউ হাসপাতালে গেলে সে আর্থিক ক্ষতিগ্রস্থ হবে?
- ✓ প্রতিবেশীর বাচ্চাদের জন্য কি তার বীমাযোগ্য স্বার্থ আছে?

বীমার বিষয় এবং একটি বীমা চুক্তি বিষয়ের মধ্যে পার্থক্য করা এখানে প্রাসঙ্গিক।

বীমা বিষয় সম্পত্তি যাকে বীমা করা হচ্ছে তার সাথে সম্পর্কিত, যার একটি নিজস্ব স্বকীয় মান আছে।

অন্যদিকে একটি বীমা চুক্তির বিষয়বস্তু হল সেই সম্পত্তিতে বীমাকৃতের যেখানে আর্থিক সুদ আছে। এটা শুধুমাত্র হয় যখন বীমাকৃতর সম্পত্তির সুদ যেখানে তার বীমা করার আইনি অধিকার আছে। সঠিক অর্থে বীমা পলিসি শুধুমাত্র সম্পত্তি পূরণ করেনা, কিন্তু বীমাকৃতের সম্পত্তির ওপর আর্থিকসুদও পূরণ করে। সম্পত্তি বীমাযোগ্য স্বার্থ নিজে বাচ্চারা স্ত্রী।

রেখাচিত্র 3 : সাধারণ আইন অনুসারে বীমাযোগ্য স্বার্থ

ii. সময় যখন বীমাযোগ্য স্বার্থ থাকবে

জীবন বীমাতে বীমাযোগ্য স্বার্থ পলিসি গ্রহণ করার সময় উপস্থিত থাকতে হবে। সাধারণ বীমাতে, বীমাযোগ্য স্বার্থ, পলিসি গ্রহণ করার সময় এবং ব্যতিক্রম যেমন নৌবাহিনী সম্পর্কিত পলিসি সময় দাবির, উপস্থিত থাকবে।

d) সম্ভাব্য কারণ

আইনি নীতির শেষ কারণটি হল সম্ভাব্য কারণ।

সম্ভাব্য কারণ বীমার মূল নীতি এবং আসলে ক্ষয়-ক্ষতি কিভাবে ঘটেছে এবং আদৌ এটি বীমাকৃত বিপদের ফল কিনা তার সাথে সম্পর্কিত। ক্ষতিটি বীমাকৃত বিপদের দ্বারা সৃষ্ট হয় তবে বিমাকৃত দায়ী। অবিলম্ব কারণটি একটি বীমাকৃত বিপদ হলে বিমাকৃত ক্ষতি পূরণ করতে বাধ্য, অন্যথায় নয়।

এই নিয়ম অনুযায়ী, বিমাকৃত উদীয়মান ক্রমাগত ক্ষতি উৎপাদন ঘটনার কারণ অনুসন্ধান করেন। এই যে এটি জরুরী নয় ক্ষতি পূর্বে যে শেষ ঘটনা নাও হতে পারে অর্থাৎ এটি জরুরী নয় যে একটি ঘটনা যেটি নিকটস্থ বা ক্ষতির কারণের জন্য তৎক্ষণাত দায়ী।

অন্যান্য কারণ, যেগুলো সম্ভাব্য কারণ থেকে পৃথক, সেগুলো পরোক্ষ কারণ হিসাবে শ্রেণীবদ্ধ করা যেতে পারে। পরোক্ষ কারণ হয়তো উপস্থিত কিন্তু ঘটনা ঘটানোর জন্য প্রভাবশীল নাও হতে পারে।

সংজ্ঞা

সম্ভাব্য কারণ সংজ্ঞায়িত করা হয় এইভাবে যে এটি সক্রিয় এবং কার্যকর কারণ যা ক্রমাগত ঘটনা তৈরী করে, কোন কোন শক্তির হস্তক্ষেপ ছাড়াই শুরু করে এবং একটি নতুন এবং স্বতন্ত্র উৎস থেকে সক্রিয়ভাবে কাজ করে।

কিভাবে সম্ভাব্য কারণ নীতির জীবন বীমা চুক্তি ক্ষেত্রে প্রযোজ্য? সাধারণভাবে, যেহেতু জীবন বীমা মৃত্যুর সুবিধা প্রদান করে, মৃত্যুর কারণ সম্পর্কে বিবেচনা না করে, সম্ভাব্য কারণ নীতি প্রযোজ্য হবে না। অবশ্য অনেক জীবন বীমা চুক্তিতে একটি দুর্ঘটনা সুযোগ-সুবিধা আছে যেখানে আকস্মিক মৃত্যুর ঘটনায় আশ্বস্ত অতিরিক্ত মূল্য প্রদান করা হবে। এই পরিস্থিতিতে, কারণ নিরুপণ করা প্রয়োজন - মৃত্যু দুর্ঘটনা ফলে ঘটেছে কিনা। এক্ষেত্রে সম্ভাব্য কারণ নীতি প্রযোজ্য হবে।

আনুগত্য চুক্তি

আনুগত্য চুক্তি হল সেগুলো যেগুলো যে পক্ষের বৃহত্তর কারবারী সুবিধা আছে সেই পক্ষ খসড়া তৈরী করে এবং অন্য পক্ষকে দেয়, যার শুধুমাত্র চুক্তি গ্রহণ বা প্রত্যাখ্যান করার জন্য সুযোগ থাকে। এখানে বীমা কোম্পানীর চুক্তির শর্তাবলী সংক্রান্ত সব কারবারী ক্ষমতা আছে।

এটি প্রতিরোধ করতে, একটি স্বাধীন-দৃষ্টি মেয়াদ চালু করা হয়েছে, যেখানে পলিসি গ্রহনের ১৫ দিনের মধ্যে পলিসিধারী পলিসি নেওয়ার পর মতভেদের কারণে সেটিকে বাতিল করতে পারেন। কোম্পানিকে লিখিত এবং প্রিমিয়াম কম খরচ এবং মাসুল ফেরত সম্পকে অবগত করতে হবে।

e. ক্ষতিপূরণ

ক্ষতিপূরণের নীতিটি সাধারণ বীমার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য। **এটির অর্থ হল, পলিসিধারক, যিনি একটি ক্ষতির সম্মুখীন হয়েছেন, তাঁকে এই প্রকারে ক্ষতিপূরণ প্রদান করা যা তাঁকে এই ক্ষতির ঘটনাটির পূর্বের আর্থিক অবস্থানে পুনর্সংস্থাপন করে।** বীমার চুক্তিটি (বীমা পলিসির মাধ্যমে প্রমাণিত) অঙ্গীকার প্রদান করে যে বীমাকৃত ক্ষতির অংকটি পর্যন্ত এবং সেটির অপেক্ষা অনধিক রাশি দ্বারা ক্ষতিপূরণ প্রাপ্ত হবেন।

বীমার মূল সত্যটি হল যে কোন ব্যক্তি তাঁর সম্পদের বীমাকরণের মাধ্যমে লাভবান হতে পারবেন না এবং তাঁর ক্ষতির অপেক্ষা অধিক উদ্ধার করতে পারবেন না। বীমাকারী ক্ষতিটির অর্থনৈতিক মূল্যায়ন করবেন এবং সেই অনুযায়ী ক্ষতিপূরণ প্রদান করবেন।

উদাহরণ

রাম তাঁর ১০ লক্ষ টাকা মূল্যের বাড়িটি পূর্ণ অংকের জন্য বীমা করান। অগ্নিকান্ডের জন্য তিনি ৭০০০০ টাকা অংকের ক্ষতির সম্মুখীন হন। বীমা সংস্থা তাঁকে ৭০০০০ টাকার একটি রাশি প্রদান করবে। বীমাকৃত কোন প্রকার অধিকঅর্থের জন্য দাবি করতে পারবেন না।

এখন এমন একটি পরিস্থিতি বিবেচনা করুন যেখানে সম্পদটি পূর্ণ মূল্যের জন্য বীমাকৃত নয়। সেক্ষেত্রে একজন শুধুমাত্র তাঁর বীমার আনুপাতিক হারেই ক্ষতিপূরণের জন্য অধিকারী হবেন।

ধরে নেওয়া যাক, ১০ লক্ষ টাকা মূল্যের বাড়িটি শুধুমাত্র ৫ লক্ষ টাকা মূল্যের জন্য বীমাকৃত। যদি অগ্নিকান্ডের জন্য ক্ষতিটি ৬০০০০ টাকা হয়, তিনি এই সম্পূর্ণ টাকাটি দাবি করতে পারবেন না। এটি ধরে নেওয়া হবে যে বাড়িটির মালিক শুধুমাত্র অর্ধেক মূল্যের জন্য বীমা গ্রহণ করেছেন এবং তার ফলে তিনি তাঁর ক্ষতির ৫০% (৩০০০০ টাকা)-র দাবির অধিকারী হবেন। এটিকে আন্ডারইনস্যুরেন্স বলা হয়।

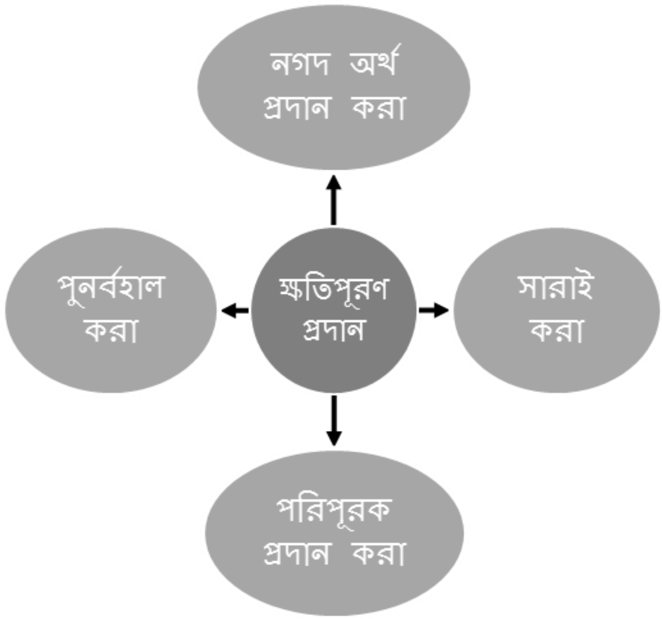
একজন ব্যক্তি কি প্রকারের বীমা গ্রহণ করছেন তার উপর প্রদত্ত ক্ষতিপূরণের পরিমাণটি নির্ভরশীল হয়।

বেশীরভাগ সাধারণ বীমা পলিসির প্রকারের ক্ষেত্রেই, যেগুলি সম্পত্তি এবং দায় সম্পর্কিত হয়, বীমাকৃতকে ক্ষতির প্রকৃত পরিমাণ, অর্থাৎ, ব্যবহারজনিত ক্ষয়ের মূল্যটি বাদে বর্তমান বাজার দরে বিনষ্ট হওয়া অথবা ক্ষতি হওয়া সম্পদটির পরিপূরণের জন্য প্রয়োজনীয় অর্থ পর্যন্তই ক্ষতিপূরণ প্রদান করা হয়।

ক্ষতিপূরণ নিষ্পত্তির জন্য নিম্নলিখিত এক বা অধিক পন্থার অবলম্বন করা হতে পারে :

- ✓ নগদ অর্থ প্রদানকরা
- ✓ একটি ক্ষতিগ্রস্ত উপাদানের সারাই করা
- ✓ বিনষ্ট অথবা ক্ষতিগ্রস্ত হওয়া উপাদানের পরিপূরণ করা
- ✓ পুনঃসংস্থাপন, (পুনর্বহাল) উদাহরণস্বরূপ, অগ্নিকান্ডে ধ্বংসপ্রাপ্ত একটি বাড়ির পুনর্গঠন।

চিত্র 1 : ক্ষতিপূরণ



কিন্তু, যখন এমন কিছু বিষয়বস্তু থাকে যেগুলির মূল্য ক্ষতিটি ঘটার সময়ে নির্ধারণ অথবা গণনা করা সম্ভব হয় না। যেমন, একটি সংরক্ষিত পারিবারিক সম্পদ অথবা দূর্লভ শিল্পসামগ্রী যার মূল্য নির্ধারণ করা কঠিন হতে পারে। একই ভাবে, সমুদ্রবীমা পলিসিগুলির ক্ষেত্রে পৃথিবীর অপর প্রান্তে ঘটা একটি জাহাজডুবির দরুণ সম্মুখীন হওয়া ক্ষতির পরিমাণ নির্ধারণ করা কঠিন হয়।

এই প্রকার ঘটনাগুলিতে, স্বীকৃত মূল্য নামে পরিচিত একটি নীতি গ্রহণ করা হয়। বীমা চুক্তির প্রারম্ভে বীমাকারী এবং বীমাকৃত বীমাকরণের জন্য সম্পত্তিটির একটি স্বীকৃত মূল্য স্বীকৃত হন। সম্পূর্ণ ক্ষতির ক্ষেত্রে, বীমাকারী পলিসির স্বীকৃত মূল্যটি প্রদানে অঙ্গীকারবদ্ধ থাকেন। এই প্রকারের পলিসিগুলিকে "স্বীকৃত মূল্য পলিসি" বলা হয়।

f) **সাব্রোগেশন**

ক্ষতিপূরণ প্রদানের নীতিটি থেকে সাব্রোগেশনের উদ্ভব হয়।

সাব্রোগেশনের অর্থ হল, কোন একটি বীমার সঙ্গে সম্পর্কযুক্ত বিষয়ের সকল প্রকার অধিকার এবং প্রতিকারসমূহের বীমাকৃতের থেকে বীমাকারীর প্রতি স্থানান্তকরণ।

অর্থাৎ, যদি কোনা বীমাকৃত ব্যক্তি কোন একজন তৃতীয় পক্ষের অবহেলার কারণে কোন সম্পদের ক্ষতির সম্মুখীন হন এবং সেই ক্ষতিটির জন্য বীমাকারী দ্বারা ক্ষতিপূরণ প্রাপ্ত হয়েছেন, সেক্ষেত্রে অবহেলাকারী পক্ষের নিকট হতে ক্ষতিপূরণ আদায়ের অধিকারটি বীমাকারীর উপর বর্তায়। মনে রাখবেন যে বীমা সংস্থা দ্বারা প্রদত্ত ক্ষতিপূরণের অংকের সমান অংকই শুধুমাত্র ক্ষতিপূরণ হিসাবে আদায় করা যাবে।

গুরুত্বপূর্ণ

সাব্রোগেশন : এটি হল, বীমা সংস্থা দ্বারা কোন বীমা পলিসির জন্য একটি অবহেলাকারী পক্ষের নিকট হতে ক্ষতিপূরণ আদায় করার একটি প্রক্রিয়া বিশেষ।

সাব্রোগেশনকে, বীমাকৃতের দ্বারা তার অধিকারসমূহ একটি বীমা সংস্থার, যেটি কোন তৃতীয় পক্ষের বিরুদ্ধে তার দাবির নিষ্পত্তি করেছে, প্রতি ন্যস্ত করা।

উদাহরণ

শ্রী কিশোরের গৃহে ব্যবহার্য সামগ্রীসমূহ সিলভেইন ট্রান্সপোর্ট সার্ভিস দ্বারা পরিবহন করা হচ্ছিল। চালকের অবহেলার কারণে সেগুলি ৪৫০০০ টাকা মূল্যের ক্ষতিগ্রস্ত হয় এবং বীমাকারী শ্রী কিশোরকে ৩০০০০ টাকার একটি রাশি প্রদান করে। এই বীমাটি বীমাকারীর প্রতি সাব্রোগেট হবে শুধুমাত্র ৩০০০০ টাকা পর্যন্ত এবং সেটি সিলভেইন ট্রান্সপোর্টের থেকে আদায়যোগ্য।

ধরা যাক, দাবির অংকটি ৪৫,০০০ টাকা, বীমাকারী দ্বারা বীমাকৃত ৪০,০০০ টাকা ক্ষতিপূরণ প্রদত্ত হয়েছেন, এবং বীমাসংস্থা সিলভেইন ট্রান্সপোর্টের নিকট হতে ৪৫,০০০ টাকা আদায় করতে পারলেন, তাহলে বীমাকারীকে অবশিষ্ট ৫০০০ টাকা প্রদান করতে হবে।

এটি বীমাকৃতের দুই বার অর্থ সংগ্রহ প্রতিরোধ করে – একবার বীমাকারী সংস্থাটি থেকে এবং তারপর আবার তৃতীয় পক্ষটি থেকে। শুধুমাত্র ক্ষতিপূরণের চুক্তির ক্ষেত্রেই সাব্রোগেশনের উল্লেখ হতে পারে।

উদাহরণ

একটি বিমান দুর্ঘটনায় শ্রী সুরেশের মৃত্যু হয়। তাঁর পরিবার জীবন বীমা সংস্থার থেকে ৫০ লক্ষ টাকার সম্পূর্ণ বীমার টাকাটি এবং বিমান সংস্থা দ্বারা প্রদত্ত ধরে নেওয়া যাক, ১৫ লক্ষ টাকার ক্ষতিপূরণটি সংগ্রহ করতে পারেন।

আত্ম পরীক্ষা 1

নিম্নলিখিতের মধ্যে কোনটি বলপ্রয়োগ একটি উদাহরণ?

I. রমেশ সূক্ষ্ম মুদ্রণ জ্ঞান ছাড়াই একটি চুক্তি স্বাক্ষর করে
II. মহেশ চুক্তি স্বাক্ষর না করলে রমেশ তাকে মেরে ফেলবে এমন হুমকি দেয়
III. মহেশের কাছ থেকে চুক্তিতে স্বাক্ষর পেতে রমেশ তার পেশাদারী ক্ষমতার ব্যবহার করে
IV. চুক্তিতে মহেশের সাক্ষর পাওয়ার জন্য রমেশ ভুল তথ্য প্রদান করে

আত্ম পরীক্ষা **2**

নিম্নলিখিত বিকল্পগুলির মধ্যে কোন বীমাটি রমেশ করতে পারবে না?

I. রমেশের বাড়ি
II. রমেশের স্ত্রী
III. রমেশের বন্ধু
IV. রমেশের মাতা-পিতা

সারাংশ

- বীমা একটি চুক্তিমূলক সমঝোতা যেখানে বিমাকৃত প্রিমিয়াম হিসাবে পরিচিত একটি মূল্য বা বিবেচনার জন্য নির্দিষ্ট ঝুঁকি বিরুদ্ধে আর্থিক সুরক্ষা প্রদান করতে সম্মত হয়।
- একটি কন্ট্র্যাক্ট পক্ষের মধ্যে আইনে প্রয়োগযোগ্য একটি চুক্তি।
- বৈধ কন্ট্র্যাক্টের অন্তর্ভুক্ত উপাদান:

  i. প্রস্তাব এবং স্বীকৃতি
  ii. বিবেচনা
  iii. অনুরূপ ঐক্যমত,
  iv. অবাধ সম্মতি
  v. পক্ষের ক্ষমতা
  vi. বিষয়বস্তুর বৈধতা

- বীমা কন্ট্র্যক্টের অন্তর্গত বিশেষ বৈশিষ্ট্য হল:

  i. ইউবরিম ফাইডিজ,
  ii. বীমাযোগ্য স্বার্থ,
  iii. সম্ভাব্য কারণ

প্রধান বিষয়সমূহ

1. প্রস্তাব এবং স্বীকৃতি
2. আইনি বিবেচনা
3. অনুরূপ ঐক্যমত
4. ইউবরিম ফাইডিজ
5. অত্যাবশ্যক তথ্য
6. বীমাযোগ্য স্বার্থ
7. সম্ভাব্য কারণ

আত্ম পরীক্ষার উত্তর

উত্তর 1

সঠিক বিকল্পটি হল II

বলপ্রয়োগের উদাহরণ হল মহেশ চুক্তি স্বাক্ষর না করলে রমেশ তাকে মেরে ফেলবে এমন হুমকি দেওয়া।

উত্তর 2

সঠিক বিকল্পটি হল **III**

রমেশের তার বন্ধুর জীবনের উপর কোনো বীমাযোগ্য স্বার্থ নেই তাই বীমা করতে পারবে না।

আত্ম-পরীক্ষণ প্রশ্নাবলী

প্রশ্ন 1

একটি বৈধ কন্ট্র্যাক্টের কোন উপাদানটি প্রিমিয়ামের সঙ্গে জড়িত?

I. প্রস্তাব এবং স্বীকৃতি
II. বিবেচনা
III. অবাধ সম্মতি
IV. কন্ট্যাক্টের জন্য পক্ষের ক্ষমতা

প্রশ্ন 2

_______________ ভুল বিবৃতি সঙ্গে সম্পর্কিত যেটি কোনো প্রতারণার উদ্দেশ্য ছাড়াই তৈরি করা হয়।

I. মিথ্যা বর্ণনা
II. অবদান
III. প্রস্তাব
IV. উপস্থাপনা

প্রশ্ন 3

__________________ -এ অপরাধমূলক উপায়ে বল প্রয়োগ জড়িত থাকে।

I. প্রতারণা
II. অনুচিত প্রভাব
III. দমন
IV. ভুল

প্রশ্ন 4

নিম্নলিখিতের মধ্যে কোনটি জীবন বীমা চুক্তি ক্ষেত্রে সত্য?

I. সেগুলো মৌখিক চুক্তি, বৈধভাবে প্রয়োগযোগ্য নয়
II. সেগুলো মৌখিক চুক্তি যেগুলো বৈধভাবে প্রয়োগযোগ্য
III. সেগুলো ভারতীয় চুক্তি আইন, ১৮৭২-এর প্রয়োজন অনুযায়ী দুই পক্ষের (বিমাকারী এবং বীমাকৃত) মধ্যে চুক্তি
IV. সেগুলো বাজি চুক্তির অনুরূপ

প্রশ্ন 5

নীচের কোন একটি কন্ট্র্যাক্টের জন্য একটি যুক্তিপূর্ণ বিবেচনা নয়?

I. টাকা
II. সম্পত্তি
III. ঘুষ
IV. অলঙ্কার

প্রশ্ন 6

নীচের কোন পক্ষটি জীবন বীমা চুক্তিতে প্রবেশ যোগ্য নয়?

I. ব্যবসার মালিক
II. নাবালক
III. গৃহবধূ
IV. সরকারী কর্মচারী

প্রশ্ন 7

নীচের কোন কাজটি “ইউবরিম ফাইডিজ” তত্ব প্রদর্শন করে**?**

I. বীমা প্রস্তাব ফর্মে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত অবস্থা সম্পর্কে মিথ্যা বলা
II. একটি বীমা প্রস্তাব ফর্মে পরিচিত গুরুত্বপূর্ণ ঘটনা প্রকাশ না করা
III. একটি বীমা প্রস্তাব ফর্মে পরিচিত গুরুত্বপূর্ণ ঘটনা প্রকাশ করা
IV. সময়ে প্রিমিয়াম পরিশোধ করা

প্রশ্ন 8

বীমাযোগ্য স্বার্থের ক্ষেত্রে নিচের কোনটি সঠিক নয়?

I. পিতা তার পুত্রের বীমা নীতি গ্রহণ
II. স্বামী-স্ত্রীর এক অপরের বীমা গ্রহণ
III. বন্ধুদের এক অপরের বীমা গ্রহণ
IV. মালিকতার কর্মীদের উপর বীমা গ্রহণ

প্রশ্ন 9

কখন জীবন বীমার ক্ষেত্রে বীমাযোগ্য স্বার্থ উপস্থিত থাকা অপরিহার্য?

I. বীমা গ্রহণের সময়
II. দাবী করার সময়

III. জীবন বীমার ক্ষেত্রে বীমাযোগ্য স্বার্থ অপ্রয়োজনীয়
IV. হয় পলিসি কেনার সময় অথবা দাবী করার সময়

প্রশ্ন 10

নিম্নলিখিত দৃশ্যে মৃত্যুর জন্য সম্ভাব্য খুঁজে বার করুন?

অজয় ঘোড়া থেকে পড়ে যায় এবং তাঁর মেরুদণ্ড ভেঙ্গে যায়। সে পুলের জলে পড়ে থাকে এবং নিউমোনিয়া হয়ে যায়। তাকে হাসপাতালে ভর্তি করা হয় এবং নিউমোনিয়ার কারণে তার মৃত্যু হয়।

I. নিউমোনিয়া
II. ভাঙ্গা মেরুদণ্ড
III. ঘোড়া থেকে পড়ে যাওয়া
IV. অস্ত্রোপচার

আত্ম-পরীক্ষণ প্রশ্নের উত্তর

উত্তর 1

সঠিক বিকল্পটি হল **II.**

প্রিমিয়ামের সঙ্গে জড়িত, একটি বৈধ কন্ট্র্যাক্টের উপাদানটি হল বিবেচনা।

উত্তর 2

সঠিক বিকল্পটি হল I.

মিথ্যা বর্ণন ভুল বিবৃতি সঙ্গে সম্পর্কিত যেটি কোনো প্রতারণার উদ্দেশ্য ছাড়াই তৈরি করা হয়।

উত্তর 3

সঠিক বিকল্পটি হল III.

দমনে অপরাধমূলক উপায়ে বল প্রয়োগ জড়িত থাকে।

উত্তর 4

সঠিক বিকল্পটি হল III

জীবন বীমা চুক্তি হল ভারতীয় চুক্তি আইন, ১৮৭২-এর প্রয়োজন অনুযায়ী দুই পক্ষের (বিমাকারী এবং বীমাকৃত) মধ্যে চুক্তি।

উত্তর 5

সঠিক বিকল্পটি হল III.

ঘুষ একটি কন্ট্র্যাক্টের জন্য একটি যুক্তিপূর্ণ বিবেচনা নয়।

উত্তর 6

সঠিক বিকল্পটি হল II.

নাবালকরা জীবন বীমা চুক্তিতে প্রবেশ যোগ্য নয়।

উত্তর 7

সঠিক বিকল্পটি হল III.

বীমা প্রস্তাব ফর্মে পরিচিত গুরুত্বপূর্ণ ঘটনা প্রকাশ করা “ইউবরিম ফাইডিজ” তত্ব প্রদর্শন করে।

উত্তর 8

সঠিক বিকল্পটি হল III.

বন্ধুরা কোন বীমাযোগ্য স্বার্থ উপস্থিত না থাকার জন্য অন্য কারো বীমা গ্রহণ করতে পারে না।

উত্তর 9

সঠিক বিকল্পটি হল I.

জীবন বীমার ক্ষেত্রে বীমা গ্রহণ সময় বীমাযোগ্য কোনো স্বার্থ থাকতে হবে।

উত্তর 10

সঠিক বিকল্পটি হল III.

ঘোড়া থেকে পড়ে যাওয়াই অজয়ের মৃত্যুর জন্য সম্ভাব্য কারণ।

অধ্যায় 2
স্বাস্থ্য বীমা

অধ্যায় 6

স্বাস্থ্য বীমার ভূমিকা

অধ্যায়ের ভূমিকা

যত সময় যাচ্ছে বীমার কীভাবে বিবর্তন হচ্ছে সেই সম্পর্কে এই অধ্যায়ে আপনাকে বলা হবে। স্বাস্থ্য পরিষেবা কী, স্বাস্থ্য পরিষেবার স্তর ও স্বাস্থ্য পরিষেবার ধরন সম্পর্কেও আপনাকে বুঝিয়ে দেওয়া হবে। ভারতের স্বাস্থ্য পরিষেবা ব্যবস্থা ও কোন কোন বিষয়গুলি তাকে প্রভাবিত করে সে সম্পর্কে আপনি জানতে পারবেন। পরিশেষে, এই অধ্যায়ে আপনাকে ব্যাখ্যা করে বুঝিয়ে দেবে ভারতে কীভাবে স্বাস্থ্য বীমা বিকশিত হচ্ছে এবং ভারতে স্বাস্থ্য বীমা বাজারের বিভিন্ন কোম্পানি সম্পর্কেও আপনাকে জানানো হবে।

শিক্ষার ফলাফল

A. স্বাস্থ্য পরিষেবা কী
B. স্বাস্থ্য পরিষেবার স্তর
C. স্বাস্থ্য পরিষেবার ধরন
D. ভারতের স্বাস্থ্য ব্যবস্থায় প্রভাবকারী বিষয়গুলি
E. স্বাস্থ্য পরিষেবা-স্বাধীনতার সময় থেকে অগ্রগতি
F. স্বাস্থ্য বীমার বাজার

এই অধ্যায় পড়ার পর, আপনি সক্ষম হবে:

1. বীমার কীভাবে বিকাশ হচ্ছে, তা বুঝতে।
2. স্বাস্থ্য পরিষেবার ধারণা এবং স্বাস্থ্য পরিষেবার ধরন ও স্তর ব্যাখ্যা করতে।
3. ভারতে স্বাস্থ্য পরিষেবায় প্রভাবকারী বিষয়গুলি ও স্বাধীনতার পর যা অগ্রগতি হয়েছে তা উপলব্ধি করতে।
4. ভারতে স্বাস্থ্য বীমার বিবর্তন নিয়ে আলোচনা করতে।
5. ভারতের স্বাস্থ্য বীমার বাজার জানতে।

A. স্বাস্থ্য পরিষেবা কী

''স্বাস্থ্যই সম্পদ'', এই কথা আপনারা শুনেছেন। কিন্তু কখনও কি জানার চেষ্টা করেছেন স্বাস্থ্য বলতে বাস্তবে কী বোঝায়? 'স্বাস্থ্য' বা 'হেল্থ' শব্দটি এসেছে 'হোয়েল্থ' শব্দ থেকে, যার মানে হলো 'শরীরের সুস্থতা'।

প্রাচীন কালে স্বাস্থ্যকে 'স্বর্গীয় উপহার' বলে বিবেচনা করা হতো এবং বিশ্বাস করা হতো, অসুস্থতা হলো সংশ্লিষ্ট ব্যক্তির কৃত পাপের ফল। হিপোক্র্যাটস (460 থেকে 370 খ্রীষ্ট-পূর্বাব্দ)-ই প্রথম অসুস্থতার পেছনের কারণগুলি সামনে নিয়ে আসেন। তাঁর কথা অনুযায়ী, অসুখ নানা কারণে হতে পারে, তারসঙ্গে পরিবেশ, নিকাশী, ব্যক্তিগত পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতা ও খাদ্যাভ্যাসের সম্পর্ক থাকতে পারে।

হিপোক্র্যাটসের আগে বহু শতাব্দী ধরেই চালু ছিল ভারতীয় আয়ুর্বেদ ব্যবস্থা, আয়ুর্বেদে স্বাস্থ্যকে চারটি তরল: রক্ত, হলুদ পিত্ত, কালো পিত্ত ও শ্লেষ্মার একটা সূক্ষ্ম ভারসাম্য হিসেবে বিবেচনা করা হয় এবং মনে করা হয় এই তরল পদার্থগুলির মধ্যে ভারসাম্যহীনতার কারণেই অসুখ হয়। ভারতীয় চিকিৎসার জনক সুশ্রুতের জটিল অস্ত্রোপচারের কৃতিত্ব রয়েছে, সেইসময়ে পাশ্চাত্যে এই অস্ত্রোপচারের ধারণা একেবারেই অজানা ছিল।

সময়ের সাথে সাথে আধুনিক চিকিৎসাবিজ্ঞান এক জটিল বিজ্ঞানে বিবর্তিত হয়েছে এবং আধুনিক চিকিৎসা কেবলমাত্র আর অসুস্থতার চিকিৎসাতেই থেমে না থেকে বরং তার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত হয়েছে রোগ প্রতিরোধ ও জীবনের মানোন্নয়নও। **1948** সালে বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা স্বাস্থ্যের যে সংজ্ঞা দিয়েছে সেটাই একটি সর্বজনগ্রাহ্য সংজ্ঞা; এতে বলা হয়েছে, ''স্বাস্থ্য হলো পূর্ণাঙ্গ শারীরিক, মানসিক, ও সামাজিক কল্যাণের একটি পরিস্থিতি এবং তা নিছকই রোগের অনুপস্থিতি নয়।'' এটাই লক্ষ্য করার যে আয়ুর্বেদের মতো ভারতীয় চিকিৎসা ব্যবস্থা প্রাচীন কাল থেকেই স্বাস্থ্যের এই পূর্ণাঙ্গ রূপকেই একত্রীভূত করেছে।

সংজ্ঞা

বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (হু): স্বাস্থ্য হলো পূর্ণাঙ্গ শারীরিক, মানসিক, ও সামাজিক কল্যাণের একটি পরিস্থিতি এবং তা নিছকই রোগের অনুপস্থিতি নয়।

স্বাস্থ্যের নির্ধারক

সাধারণভাবে মনে করা হয়ে থাকে নিম্নলিখিত বিষয়গুলিই কোনো স্বতন্ত্র ব্যক্তির স্বাস্থ্য নির্ধারণ করে:

a) লাইফস্টাইল সংক্রান্ত বিষয়

লাইফস্টাইল সংক্রান্ত বিষয়গুলির মধ্যে সেগুলিই পড়ে যার বেশিরভাগেরই নিয়ন্ত্রণ থাকে সংশ্লিষ্ট ব্যক্তির হাতে যেমন সীমার মধ্যে ব্যায়াম করা ও খাওয়াদাওয়া, দুশ্চিন্তা দূর করা ও সুস্বাস্থ্যকর বিষয় পছন্দ করা; এবং ধূমপান, মাদক সেবন, অসুরক্ষিত যৌন সম্পর্ক ও শুধু বসে থাকার মতো লাইফস্টাইল (ব্যায়াম ছাড়া)-এর মতো কু-অভ্যাস ও খারাপ লাইফস্টাইল থেকে ক্যান্সার, এইডস, হাইপারটেনশন ও ডায়াবেটিসের মতো রোগের ঝুঁকি থাকে।

এই ধরনের আচরণ নিয়ন্ত্রণ করতে (যেমন মাদক সেবনের জন্য জামিন-অযোগ্য কারাবাসের দণ্ড দিয়ে, তামাকজাত পণ্যে চড়া হারে কর চাপিয়ে) সরকার যদিও গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা নেয়, কিন্তু লাইফস্টাইল সংক্রান্ত বিষয় থেকে আসা রোগগুলি নিয়ন্ত্রণ করে সিদ্ধান্তকারী ভূমিকা পালন করা একজন ব্যক্তিগত দায়িত্বই।

b) পরিবেশগত বিষয়

স্বাস্থ্যের জন্য নিরাপদ পানীয় জল, নিকাশী ও পুষ্টি হলো অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ, এগুলির অভাবে বিশ্বজুড়েই, বিশেষ করে উন্নয়নশীল দেশগুলিতেই স্বাস্থ্য সংক্রান্ত গুরুতর সমস্যা তৈরি হচ্ছে। ইনফ্লুয়েঞ্জা, চিকেন পক্স প্রভৃতির মতো সংক্রামক ব্যাধি ছড়িয়ে পড়ে অপরিষ্কার ও অপরিচ্ছন্নতার কারণে, ম্যালেরিয়া ও ডেঙ্গুর মতো রোগ ছড়ায় খারাপ নিকাশী পরিবেশের জন্য, কিছু রোগের কারণ আবার একেবারের পরিবেশগত বিষয় যেমন, কারখানায় কাজ করেন যে শ্রমিকরা তাঁদের পেশাগত ঝুঁকির কারণে রোগের সম্ভাবনা বেশি থাকে, যেমন অ্যাসবেস্টস তৈরির কারখানায় কর্মরত শ্রমিক। আবারকয়লা খনির শ্রমিকদের থাকে ফুসফুসের রোগ হওয়ার সম্ভাবনা।

c) জিনগত বিষয়

জিনের মাধ্যমে বাবা-মা'র থেকে সন্তানদের মধ্যে রোগ চলে যেতে পারে। এই ধরনের জিনগত কারণ থেকে দুনিয়াজুড়ে মানুষের মধ্যে জাতি, ভৌগোলিক অবস্থান ও এমনকি সম্প্রদায়ের ভিত্তিতেও ভিন্ন ভিন্ন রোগের প্রবনতা দেখা যায়।

স্পষ্টতই একটা দেশের সামাজিক ও অর্থনৈতিক সেই দেশের মানুষের স্বাস্থ্যের উপর নির্ভর করে। একটা সুস্থ জনগণ শুধুমাত্র অর্থনৈতিক কার্যকলাপে উৎপাদনশীল শ্রমশক্তিরই যোগান দেয়, তাই নয়, তাছাড়াও ভারতের মতো উন্নয়নশীল দেশের পক্ষে যে সব অতি গুরুত্বপূর্ণ তেমন মূল্যবান সম্পদ বাঁচায়। একটা ব্যক্তিগত স্তরে, অসুস্থ শরীরের কারণ্ রুটিরুজির লোকসান হতে পারে, দৈনন্দিন আবশ্যিক কাজগুলি করতে অসুবিধা হতে পারে এবং মানুষকে দারিদ্র্যের দিকে ঠেলে দেয়, এমনকি আত্মহত্যার দিকেও ঠেলে দেয়।

তাই বিশ্বজুড়েই সরকার তার দেশের মানুষের সুস্থতা ও স্বাস্থ্য পরিষেবায় বেশ কিছু পদক্ষেপ নেয় এবং এটাই নিশ্চিত করে যাতে সমস্ত নাগরিকের কাছে স্বাস্থ্য পরিবারের সুযোগ পৌঁছাতে পারে ও তা নাগালের মধ্যে থাকে।

এতে একটাই প্রশ্ন উঠে আসে যে বিভিন্ন পরিস্থিতির জন্য কি ভিন্ন ভিন্ন ধরনের স্বাস্থ্য পরিষেবার প্রয়োজন।

B. স্বাস্থ্য পরিষেবার স্তর

স্বাস্থ্য পরিষেবা আর কিছুই নয়, এটা হলো মানুষের স্বাস্থের উন্নতি, তা বজায় রাখা, তাতে নজর দেওয়া বা সেই স্বাস্থ্যের পুনরুদ্ধার করতে সরকার সহ বিভিন্ন এজেন্সি ও প্রদানকারীর দেওয়া একগুচ্ছ পরিষেবা। স্বাস্থ্য পরিষেবাকে কার্যকরী হতে হলে অবশ্যই তা হতে হবে

- মানুষের চাহিদার উপযুক্ত
- সমন্বিত
- পর্যাপ্ত
- সহজলভ্য
- সামর্থ্যের মধ্যে

মানুষের স্বাস্থ্য জনে জনে আলাদা হয়। সব ধরনের স্বাস্থ্য সমস্যার জন্য একই ধরনের পরিকাঠামো বানানো সম্ভবও নয় আবার তার প্রয়োজনও নেই। স্বাস্থ্য পরিচর্যার সুবিধা হওয়া উচিত জনসংখ্যা যে যে রোগগুলি বেশি ঘটছে বা যার সম্ভাবনা বেশি সেই অনুযায়ী। যেমন, এক বছরে একজন মানুষের অনেকবার জ্বর হতে পারে, ঠাণ্ডা লাগতে পারে, সর্দি হতে পারে, ত্বকে অ্যালার্জি হতে পারে, তবে ঠাণ্ডা লাগা বা সর্দি কাশি হওয়ার তুলনায় তাঁর হেপাটাইটিস বি–তে ভোগার সম্ভবান কম।

একইভাবে, ওই একই ব্যক্তির হেপাটাইটিস বি–এর তুলনায় ক্যানসার বা হৃদরোগের মতো জটিল অসুখে ভোগার সম্ভাবনাও কম। তাই যে কোনো জায়গায় তা সে গ্রাম হোক, বা জেলা কিংবা একটা রাজ্য, সেখানে স্বাস্থ্য পরিষেবার সুবিধাগুলি সেই এলাকার বিভিন্ন স্বাস্থ্য পরিষেবা বিষয় যাকে সূচক বলা হয় তার ভিত্তিতে হওয়া উচিত, যেমন:

- ✓ জনসংখ্যার পরিমাণ
- ✓ মৃত্যু হার
- ✓ অসুস্থতার হার
- ✓ অক্ষমতার হার
- ✓ মানুষের সামাজিক ও মানসিক স্বাস্থ্য
- ✓ পরিবেশগত বিষয় যেমন যদি সেই জায়গাটা একটা খনি এলাকা হয় অথবা এক শিল্পাঞ্চল
- ✓ সম্ভাব্য স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রদানকারী ব্যবস্থা যেমন হার্টের ডাক্তার হয়তো একটা গ্রামে পাওয়া যাবে না কিন্তু জেলা সদরে থাকতে পারে
- ✓ কতটা স্বাস্থ্য পরিচর্যা ব্যবস্থা ব্যবহৃত হতে পারে
- ✓ আর্থ–সামাজিক বিষয় যেমন সামর্থ্য

উপরের বিষয়গুলির ভিত্তিতে সরকার প্রথম, দ্বিতীয় ও তৃতীয় স্তরের স্বাস্থ্য পরিচার্যা কেন্দ্র বানানো ও অন্যান্য পদক্ষেপ নেওয়ার সিদ্ধান্ত নেয় যাতে জনগণের কাছে উপযুক্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা উপলব্ধ হয় এবং তা সামর্থ্যের মধ্যে থাকে।

C. *স্বাস্থ্য পরিষেবার ধরন*

স্বাস্থ্য পরিষেবাকে বিস্তৃতভাবে নিম্নরূপে ভাগ করা যায়:

1. প্রথম স্বাস্থ্য পরিষেবা

প্রাথমিক স্বাস্থ্য পরিষেবা বলতে সেই পরিষেবাগুলিকে বোঝায় যা ডাক্তার, নার্স ও অন্যান্য ছোট ক্লিনিক দিয়ে থাকে, অসুখ করলে রোগীরা প্রথমে এখানেই যোগাযোগ করেন। এই কারণেই এটাকে প্রথম স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী বলা হয় কারণ একটা স্বাস্থ্য ব্যবস্থার মধ্যে সমস্ত রোগীর প্রথম যোগাযোগ কেন্দ্র এটাই।

উন্নত দেশে, এই প্রথম স্বাস্থ্য পরিষেবাতেই আরো নজর দেওয়া হয় যাতে স্বাস্থ্য সমস্যাটা আরো ছড়িয়ে পড়া, জটিল হওয়া ও দীর্ঘস্থায়ী বা তীব্র হওয়ার আগেই তা সামাল দেওয়া যায়। প্রথম স্বাস্থ্য পরিচর্যা প্রতিষ্ঠান সুরক্ষামূলক স্বাস্থ্য পরিষেবা, টীকাকরণ, সচেতনতা, মেডিক্যাল পরামর্শ প্রভৃতির উপরও নজর দেয় এবং যখন দরকার পড়ে তখন পরবর্তী পর্যায়ের বিশেষজ্ঞের কাছে রোগীকে পাঠায়।

উদাহরণস্বরূপ, যদি একজন জ্বরের জন্য একজন ডাক্তারের কাছে যান এবং প্রথম রোগনির্ণয়েই ডেঙ্গু জ্বরের ইঙ্গিত থাকে, সেই প্রথম স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী তাঁকে কিছু ওষুধ প্রেসক্রাইব করবেন তবে বিশেষ চিকিৎসার জন্য সেই রোগীকে একটা হাসপাতালে ভর্তির জন্য পাঠাতেও পারেন। বেশিরভাগ প্রথম পরিচর্যার ক্ষেত্রে চিকিৎসক একজন 'পারিবারিক চিকিৎসকের' মতো কাজ করেন, যাঁর কাছে ছোটখাটো যে কোনো অসুখবিসুখের জন্য পরিবারের সকলেই গিয়ে থাকেন।

এই পদ্ধতিটি চিকিৎসককে জিনগত বিষয়ের ভিত্তিতে উপসর্গের জন্য পরামর্শ দিতেও সাহায্য করে এবং তাঁকে উপযুক্ত মেডিক্যাল পরামর্শ দিতে সুবিধা করে দেয়। উদাহরণস্বরূপ, বাবা-মা'র ডায়াবেটিস থাকলে চিকিৎসক একজন রোগীকে অল্প বয়স থেকেই যতটা সম্ভব ডায়াবেটিস এড়ানোর মত লাইফস্টাইলের প্রতি নজর দিতে বলবেন।

একটা দেশের স্তরে, প্রাথমিক স্বাস্থ্য পরিচর্যা কেন্দ্র সরকারী ও বেসরকারী কেউ বানিয়ে থাকে। সরকারী প্রাথমিক স্বাস্থ্য পরিচর্যা কেন্দ্র তৈরি হয় জনসংখ্যার ভিত্তিতে এবং কোনো না কোনো আকারে তা গ্রাম স্তর পর্জন্ত থাকে।

2. দ্বিতীয় স্বাস্থ্য পরিষেবা

দ্বিতীয় স্বাস্থ্য পরিষেবা বলতে বোঝায় কোনো মেডিক্যাল বিশেষজ্ঞ বা অন্য কোনো স্বাস্থ্য পেশাজীবীর দেওয়া স্বাস্থ্য পরিষেবা যাঁর সাধারণত রোগীর সঙ্গে প্রথম সাক্ষাৎ নয়। এর মধ্যে একটা গুরুতর অসুখের জন্য একটা স্বল্প সময়ের জন্য তীক্ষ্ণ চিকিৎসার প্রয়োজনীয়তাও রয়েছে, প্রায়শই (তবে অপরিহার্য নয়) ইন-পেশেন্ট হিসেবে থাকতে হয়, এর মধ্যে ইন্টেন্সিভ কেয়ার সার্ভিস, অ্যাম্বুলেন্সের সুবিধা, প্যাথলজি, ডায়াগনোসিস ও অন্যান্য মেডিক্যাল পরিষেবা অন্তর্ভুক্ত।

বেশিরভাগ সময়েই প্রথম স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী / প্রাথমিক চিকিৎসকই দ্বিতীয় পরিচার্যাকারীর কাছে রোগীকে পাঠান। কিছু ক্ষেত্রে এই দ্বিতীয় পরিচার্যাকারী সমন্বিত পরিষেবা দেওয়ার জন্য একটা 'ইন-হাউস' প্রাথমিক স্বাস্থ্য পরিচর্যা কেন্দ্র চালিয়ে থাকেন।

বেশিরভাগ ক্ষেত্রেই, জনসংখ্যার মাপ অনুসারে দ্বিতীয় পরিচার্যাকারী তালুক / ব্লক স্তরে হাজির থাকে।

৩. তৃতীয় স্বাস্থ্য পরিষেবা

তৃতীয় স্বাস্থ্য পরিষেবা হলো বিশেষ পরামর্শমূলক স্বাস্থ্য পরিষেবা, সাধারণত এটা হলো ইনপেশেন্টদের জন্য এবং প্রথম বা দ্বিতীয় পরিচর্যাকারীদের পাঠানো রোগীদের জন্য। তৃতীয় স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীরা থাকে মূলত রাজ্য রাজধানী ও কিছু জেলা সদরে।

তৃতীয় স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর উদাহরণ হলো যাঁদের কাছে দ্বিতীয় স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীর সুযোগের থেকেও উন্নত মেডিক্যাল সুবিধা ও মেডিক্যাল পেশাজীবী রয়েছে। যেমন অঙ্কোলজি (ক্যানসারের চিকিৎসা), অঙ্গ প্রতিস্থাপনের সুবিধা, অতি ঝুঁকির প্রসবের জন্য বিশেষজ্ঞ প্রভৃতি।

এটা লক্ষ্য করতে হবে যে পরিচর্যার স্তর বেড়ে যাওয়ার ফলে পরিচর্যার সঙ্গে জড়িত খরচও বেড়ে যায়। মানুষ যেখানে প্রথম পরিচর্যার জন্য আপেক্ষিকভাবে সহজেই খরচ বহন করতে পারেন, দ্বিতীয় পর্যায়ে গেলে সেই খরচ বহন তাঁদের পক্ষে কষ্টের হয় এবং যখন সেটা তৃতীয় পর্যায়ে আসে সেই খরচ বহন আরও বেশি কঠিন হয়ে পড়ে। এক দেশ থেকে আরেক দেশ, গ্রাম থেকে শহরে পরিচর্যার বিভিন্ন স্তরের জন্য পরিকাঠামোও ভিন্ন ভিন্ন হয়, সেখানে এর উপর আর্থ-সামাজিক প্রভাবও কাজ করে।

D. *ভারতের স্বাস্থ্য ব্যবস্থায় প্রভাবকারী বিষয়গুলি*

ভারতীয় স্বাস্থ্য ব্যবস্থা বহু সমস্যা ও চ্যালেঞ্জের মুখোমুখি হয়েছে এবং লাগাতার সেই সমস্যা চলেছে। এগুলি স্বাস্থ্য পরিষেবা ব্যবস্থার চৌহদ্দি ও প্রকৃতিতে প্রভাবিত করেছে এবং ব্যক্তিগত স্তর ও কাঠামোগত স্তরে স্বাস্থ্য পরিষেবা সংস্থার চাহিদাতেও প্রভাব ফেলেছে। নিচে এগুলি নিয়েই আলোচনা করা হলো:

1. ডেমোগ্রাফিক বা জনসংখ্যা সম্পর্কিত প্রবনতা

a) বিশ্বে দ্বিতীয় বৃহত্তম জনসংখ্যার দেশ হলো ভারত।

b) এটা আমাদের জনসংখ্যার বৃদ্ধির সঙ্গে সম্পর্কিত সমস্যার মুখোমুখি দাঁড় করিয়েছে।

c) দারিদ্র্যের স্তরও চিকিৎসার জন্য মানুষের খরচ করার ক্ষমতায় প্রভাব ফেলেছে।

2. সামাজিক প্রবনতা

a) নগরায়ন বৃদ্ধি বা গ্রাম থেকে মানুষ শহর এলাকায় চলে আসায় স্বাস্থ্য পরিষেবা দেওয়ার ক্ষেত্রে চ্যালেঞ্জ হিসেবে দেখা দিয়েছে।

b) মূলত চিকিৎসার সুবিধার অভাবের পাশপাশি তার জন্য সাধ্যের অভাবের কারণে গ্রামীণ এলাকায় স্বাস্থ্য একটা সমস্যা।

c) আরো বসে থাকার মতো লাইফস্টাইলের দিকে চলে যাওয়ায় নিজেদের ব্যায়ামের চাহিদা কমে গিয়ে ডায়াবেটিস ও উচ্চ রক্ত চাপের মতো নতুন ধরনের রোগের প্রবনতা বেড়ে চলেছে।

3. আয়ু

a) আয়ু বলতে বোঝায় আজকে যে শিশু জন্মাচ্ছে তার কত বছর বেঁচে থাকার আশা রয়েছে, সেটাই।

b) স্বাধীনতার সময় এই আয়ু ছিল 30বছর, এখন সেটাই বেড়ে হয়েছে 60বছর, তবে দীর্ঘ আয়ুর গুণমান সম্পর্কিত বিষয়গুলিতে নজর দেওয়া হয়নি।

c) এটাই 'সুস্থ আয়ু'র একটা নতুন ধারণ নিয়ে এসেছে।

d) এর জন্য প্রয়োজন 'বয়স্ক' (বৃদ্ধ বয়স সম্পর্কিত) অসুখের জন্য পরিকাঠামো তৈরি।

E. স্বাস্থ্য পরিষেবা-স্বাধীনতার সময় থেকে অগ্রগতি

স্বাস্থ্য পরিষেবার নীতি সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার ব্যস্ততার মধ্যেও সরকার স্বাস্থ্য বীমা প্রকল্প নিয়ে এসেছে। কেবলমাত্র তারপরই বীমা কোম্পানিগুলি তাদের নিজস্ব স্বাস্থ্য বীমা পলিসি নিয়ে এসেছে। এখানে ব্যাখ্যা করা হলো ভারতে কীভাবে স্বাস্থ্য বীমার বিকাশ ঘটেছে:

a) এমপ্লয়িজ স্টেট ইনসুরেন্স স্কিম

ভারতে আনুষ্ঠানিকভাবে স্বাস্থ্য বীমা চালু হয়েছিল এমপ্লয়িজ স্টেট ইনসুরেন্স স্কিম শুরুর মাধ্যমে, 1947-এ দেশ স্বাধীন হওয়ার পরপরই ইএসআই অ্যাক্ট 1948 চালু হয়ে। এই প্রকল্পটির প্রচলন হয়েছিল সংগঠিত বেসরকারী ক্ষেত্রে কর্মরত শ্রমিকদের জন্য এবং নিজস্ব ডিস্পেন্সরি ও হাসপাতালে একটা নেটওয়ার্কের মাধ্যমে সর্বাঙ্গীণ স্বাস্থ্য পরিষেবার যোগান দিয়ে।

ইএসআইসি (এমপ্লয়িজ স্টেট ইনসুরেন্স কর্পোরেশন) হলো রুপায়নকারী সংস্থা যারা নিজেদের হাসপাতাল ও ডিস্পেন্সরি চালায় এবং যেখানে নিজস্ব ব্যবস্থা পর্যাপ্ত নয় সেখানে সরকারী/বেসরকারী পরিষেবা প্রদানকারীর সঙ্গে বন্দোবস্তও করে রাখে।

15,000 টাকা পর্যন্ত উপার্জন এমন সমস্ত শ্রমিকই এই সাহায্যকারী প্রকল্পের আওতায় পড়েন যেখানে কর্মচারী ও নিয়োগকর্তা বেতনের উপর যথাক্রমে 1.75% ও 4.75% দিয়ে থাকে; মেডিক্যাল খরচের 12.5% দেয় রাজ্য সরকার।

এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত সুবিধাগুলি হলো:

a) ইএসআইএস কেন্দ্রে নিখরচায় সর্বাঙ্গীন স্বাস্থ্য পরিষেবা

b) মাতৃত্বকালীন সুবিধা

c) বিকলাঙ্গতা জনিত সুবিধা

d) অসুস্থতা ও সন্তান জন্মের জন্য মজুরির লোকসান পোষাতে নগদ ক্ষতিপূরণ

e) কর্মীর মৃত্যুর ক্ষেত্রে শেষকৃত্যের খরচ।

এর সঙ্গে অতিরিক্ত হিসেবে জুড়ে যায় স্বীকৃত মেডিক্যাল অ্যাটেন্ডন্ট ও বেসরকারী হাসপাতাল থেকে নেওয়া পরিষেবাও। 2012-র মার্চ পর্যন্ত ইএসআইএস 6 কোটি 55লক্ষেরও বেশি সুবিধাভোগীকে সুবিধা দিয়েছে।

b) সেন্ট্রাল গভর্নমেন্ট হেল্থ স্কিম

ইএসআইএস-এর পরই আসে সেন্ট্রাল গভর্নমেন্ট হেল্থ স্কিম (সিজিএইচএস), অবসরপ্রাপ্ত ও পরিবারের সদস্য সহ সরকারী কাজে কর্মরত কেন্দ্রীয় সরকারী কর্মচারীদের জন্য এটি চালু হয় 1954সালে। এর উদ্দেশ্য ছিল কর্মচারী ও তাঁদের পরিবারকে সমন্বিত চিকিৎসা পরিষেবা দেওয়া এবং এর আংশিক খরচ কর্মচারীরা নিজেই বহন করেন তবে অধিকাংশটাই করে নিয়োগকর্তা (কেন্দ্রীয় সরকার)।

সিজিএইচএস-এর নিজস্ব ডিস্পেন্সরি, পলিক্লিনিক ও প্যানেলভুক্ত বেসরকারী হাসপাতালের মাধ্যমে এই পরিষেবা দেওয়া হয়ে থাকে।

এতে কভার করা হয় সব ধরনের ওষুধ, অ্যালোপ্যাথি ব্যবস্থায় ইমার্জেন্সি পরিষেবা, বিনে পয়সার ওষুধ, প্যাথোলজি ও রেডিওলজি, সঙ্কটজনক রোগীর বাড়িতে গিয়ে রোগী পরীক্ষা, বিশেষজ্ঞের পরামর্শ প্রভৃতি।

করমচারীর অবদান একেবারে নামমাত্র, যা বেতন কাঠামোর সঙ্গে যুক্ত– প্রতি মাসে 15 থেকে 150টাকার মধ্যে।

2010 সালে সিজিএইচএস-এর সদস্য সংখ্য ছিল 8লক্ষ পরিবারেরও বেশি, মোট সুবিধাভোগী[1]-র সংখ্যা ছিল 30লক্ষেরও বেশি।

c) বাণিজ্যিক স্বাস্থ্য বীমা

বীমা শিল্পের রাষ্ট্রীয়করণের পরে ও আগেও কিছু নন-লাইফ বীমাকারী বাণিজ্যিক স্বাস্থ্য বীমা দিত। তবে শুরুতে এটা বীমাকারীর পক্ষে বেশিরভাগই লোকসানের ছিল, তাদের বড় বড় কর্পোরেট ক্লায়েন্ট পাওয়ার সম্ভাবনা খুবই সীমিত ছিল।

1986-সালেই ভারতীয় বাজারে ব্যক্তি ও তার পরিবারের জন্য প্রথম মনোপযোগী স্বাস্থ্য বীমা পণ্যটি চালু করে রাষ্ট্রীয় চার নন-লাইফ বীমা কোম্পানিই (এগুলি তখন জেনারেল ইনস্যুরেন্স কর্পোরেশন অব ইন্ডিয়ার সহায়ক সংস্থা ছিল) **মেডিক্লেইম** নামের এই পণ্যটি আনা হয়েছিল বার্ষিক একটা নির্দিষ্ট পরিমাণের হাসাপাতাল খরচ পরিশোধের জন্য, এতে সন্তান প্রসব, আগে থেকে থাকা রোগ প্রভৃতির মতো নির্দিষ্ট কিছু ব্যতিক্রম থাকতো।

তবে, বারংবার পুনর্বিবেচনার পর হাসপাতালে ভর্তি ক্ষতিপূরণ ভিত্তিক বার্ষিক চুক্তিই আজকেও ভারতে বেসরকারী স্বাস্থ্য বীমার সবচেয়ে জনপ্রিয় আকার, এখনও মেডিক্লেইমের বর্তমান সংস্করণই এগিয়ে রয়েছে। এই পণ্যটি এতই জনপ্রিয় যে বেসরকারী স্বাস্থ্য বীমা পণ্যগুলিকেও প্রায় সময়েই বেশিরভাগ লোক 'মেডিক্লেইম কভার' বলে ভুল করে থাকে, যদিও বীমাকারীর এই পণ্যের অন্য নাম থাকে।

2001সালে বীমাক্ষেত্রে বেসরকারী ক্ষেত্র এসেছে, স্বাস্থ্য বীমার অতিদ্রুত গতিতে বিকাশ হয়েছে তবে আজও একটা বিশাল চাহিদা বজায় রয়ে গেছে। কভারের ক্ষেত্রে যথেষ্ট বৈচিত্র্য, ব্যতিক্রম ও নতুন নতুন অ্যাড-অন কভার চালু হয়েছে, যেগুলি নিয়ে পরবর্তী অধ্যায়ে আলোচনা করা হবে।

ভারতীয় বাজারে আজ 300-রও বেশি স্বাস্থ্য বীমা পণ্য উপলব্ধ রয়েছে।

F. স্বাস্থ্য বীমার বাজার

আজকের স্বাস্থ্য বীমা বাজারে অসংখ্য পক্ষ রয়েছে যাদের কেউ স্বাস্থ্য পরিষেবার সুযোগ দিয়ে থাকে এদের বলা হয় পরিষেবা দাতা, অন্যরা বীমা পরিষেবা দেয় আবার বিভিন্ন মধ্যস্থতাকারীও রয়েছে। কেউ যেমন মৌলিক পরিকাঠামো তৈরি করে আবার অন্যরা সহায়তা সুবিধা প্রদান করে। এধের কেউ সরকারী ক্ষেত্রে রয়েছে, আবার অন্যরা রয়েছে বেসরকারী ক্ষেত্রে। নিচে এগুলিরই বিস্তারিত বর্ণনা দেওয়া হলো :

A. পরিকাঠামো :

1. জনস্বাস্থ্য ক্ষেত্র

জনস্বাস্থ্য ব্যবস্থা কাজ করে জাতীয়, রাজ্য, জেলা স্তরে ও খানিকটা পর্যন্ত গ্রাম স্তরেও। গ্রামে যেখানে জাতীয় স্বাস্থ্য নীতি রূপায়ন করতে হয় সেখানে কাজ করে এই ব্যবস্থা। গ্রাম সমাজ এবং সরকারী পরিকাঠামোর মধ্যে যোগসূত্র হিসেবে কাজ করে কমিউনিটি স্বেচ্ছাসেবকরা। এগুলির মধ্যে রয়েছেন:

a) **অঙ্গনওয়াড়ি কর্মী** (1000জনসংখ্যা পিছু 1জন), এঁরা মানব সম্পদ উন্নয়ন মন্ত্রকের সুসংহত শিশু বিকাশ পরিষেবা প্রকল্প (আইসিডিএস) ও পুষ্টি সম্পূরক কর্মসূচীর অধীনে নথিভুক্ত হন।

b) **প্রশিক্ষিত ধাই (টিবিএ)** এবং **গ্রাম স্বাস্থ্য গাইড** (রাজ্যগুলির স্বাস্থ্য বিভাগের আগের প্রকল্প)

c) **আশা (**অ্যাক্রিডিটেড সোসাল হেল্থ অ্যাক্টিভিস্ট) স্বেচ্ছসেবক, এনআরএইচএম (জাতীয় গ্রামীণ স্বাস্থ্য মিশন) কর্মসূচীর অধীনে কমিউনিটিই এই আশা কর্মীদের বাছাই করে। গ্রাম-স্তরে নতুন, স্বেচ্ছা স্বাস্থ্য কর্মীকে প্রশিক্ষণ দিয়ে গ্রামীণ এলাকায় স্বাস্থ্য ক্ষেত্রের সঙ্গে যুক্ত করানো হয়।

সাব-সেন্টারগুলি তৈরি করা হয়েছে প্রতি 5000জনসংখ্যা পিছু একটি করে (পার্বত্য এলাকা, আদিবাসী ও অনগ্রসর এলাকায় 3000জনসংখ্যা পিছু) এবং সেখানে একজন মহিলা স্বাস্থ্য কর্মী ও একজন পুরুষ স্বাস্থ্য কর্মী থাকেন, মহিলা স্বাস্থ্য কর্মীদের অক্সিলিয়ারি নার্স মিড-ওয়াইফ (এএনএম) বলা হয়ে থাকে।

প্রাথমিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র, 30000 জনসংখ্যা পিছু, অন্তত ছটা সাব-সেন্টারের রেফারেল ইউনিট হিসেবে এগুলি কাজ করে (পার্বত্য এলাকা, আদিবাসী ও অনগ্রসর এলাকায় 20000জনসংখ্যা পিছু)। সমস্ত পিএইচসি-তে আউটপেশেন্ট পরিষেবা দেওয়া হয়ে থাকে, এবং এগুলির বেশিরভাগেরই চার থেকে ছটি ইন-পেশেন্ট বেড থাকে। এখানে কর্মীদের মধ্য একজন মেডিক্যাল অফিসার ও 14জন প্যারা-মেডিক্যাল কর্মী থাকেন (যার মধ্যে রয়েছে একজন পুরুষ ও একজন মহিলা স্বাস্থ্য সহায়ক, একজন নার্স-মিডওয়াইফ, একজন ল্যাবোরেটরি টেকনিসিয়ান, একজন ফার্মাসিস্ট ও অন্যান্য সহায়ক কর্মী)।

কমিউনিটি হেল্থ সেন্টার হলো চারটি পিএইচসি-র প্রথম রেফারেল ইউনিট ও এখান থেকে বিশেষজ্ঞ পরিচর্যাও দেওয়া হয়ে থাকে। নিয়ম অনুযায়ী (প্রতি 1লক্ষ জনসংখ্যার জন্য) প্রত্যেক সিএইচসি-তে অন্তত 30টা বেড থাকতে হয়, একটা অপারেশন থিয়েটার, এক্স-রে মেশিন, লেবার

রুম ও ল্যাবোরেটরির সুবিধা থাকা উচিত এবং সেখানে অন্তত চারজন বিশেষজ্ঞ থাকা জরুরী যেমম, একজন সার্জন, একজন ফিজিশিয়ান, একজন গায়নোকলজিস্ট ও একজন শিশুরোগ বিশেষজ্ঞ, এদের সহায়তা করতে 21জন প্যারা-মেডিক্যাল ও অন্যন্য কর্মী থাকতে হবে।

গ্রামীণ হাসপাতালও তৈরি করা হয়েছে এবং এগুলির মধ্যে রয়েছে সাব-ডিস্ট্রিক্ট হাসপাতাল যাদের বলা হয় সাব-ডিভিশনাল / তালুক হাসপাতাল / স্পেশালিটি হাসপাতাল (মোটামুটি গোটা দেশে এমন হাসপাতালের সংখ্যা প্রায় 2000),

স্পেশালিটি অ্যান্ড টিচিং হসপিটালের সংখ্যা কম এবং এতে রয়েছে মেডিক্যাল কলেজ (বর্তমানে সংখ্যায় প্রায় 300) এবং অন্যান্য তৃতীয় পর্যায়ের রেফারেল সেন্টার। এগুলির বেশিরভাগই থাকে জেলা সদর ও শহর এলাকায় তবে এদের কয়েকটি অতি উচ্চ বিশেষজ্ঞ ও উন্নত মেডিক্যাল পরিষেবা দিয়ে থাকে।

সরকারের **অন্যান্য সংস্থা,** যেমন রেল, প্রতিরক্ষা ও একইরকমের বড় ডিপার্টমেন্ট (বন্দর/খনি প্রভৃতি) হাসপাতাল ও ডিস্পেন্সারিও স্বাস্থ্য পরিষেবা দেওয়ার ক্ষেত্রে বড় ভূমিকা পালন করে। যদিও এগুলির পরিষেবা সীমাবদ্ধ থাকে সংশ্লিষ্ট সংস্থার কর্মচারী ও তাঁদের উপর নির্ভরশীলদের মধ্যেই।

2. বেসরকারী পরিষেবা দাতা

ভারতে একটা বিশাল বড় বেসরকারী স্বাস্থ্য ক্ষেত্র রয়েছে, যারা তিন ধরনের স্বাস্থ্য পরিষেবাই জুগিয়ে থাকে- তৃতীয় পর্যায়ের পাশপাশি প্রথম, দ্বিতীয় পর্যায়ও।এগুলির মধ্যে রয়েছে স্বেচ্ছসেবী থেকে শুরু করে নট-ফর-প্রফিট সংস্থা ও ব্যাক্তি থেকে মুনাফার জন্য কর্পোরেট, ট্রাস্ট, সোলো প্র্যাক্টিশনার, স্বতন্ত্র বিশেষজ্ঞ পরিষেবা, ডায়াগনোস্টিক ল্যাবোরেটরি, ফার্মাসির দোকান ও স্বীকৃতিবিহীন পরিষেবাদাতা (কোয়াক ডাক্তার)। ভারতে প্রায় 77% অ্যালোপ্যাথিক (এমবিবিএস ও তার বেশি ডিগ্রিধারী) চিকিৎসক বেসরকারী ক্ষেত্রে প্র্যাক্টিস করছেন। ভারতে স্বাস্থ্য খাতে মোট যা ব্যয় হয় তার 75%-রও বেশি হলো বেসরকারী স্বাস্থ্য ব্যয়। সর্বভারতীয় স্তরে[2] সমস্ত আউটপেশেন্টের 82% এবং হাসপাতালে ভর্তি 52%-ই রয়েছে বেসরকারী ক্ষেত্রের দখলে।

ভারতেই সবচেয়ে বেশি সংখ্যক অন্যান্য মেডিসিন ব্যবস্থা (আয়ুর্বেদ / সিদ্ধা / ইউনানি / হোমিওপ্যাথি)-র স্বীকৃত প্র্যাক্টিশনার রয়েছেন, যার সংখ্যা 7লক্ষেরও বেশি। এগুলি বেসরকারী ক্ষেত্রের পাশাপাশি সরকারী ক্ষেত্রে দেখা যায়।

স্বাস্থ্য পরিষেবার লাভের জন্য আসা বেসরকারী পরিষেবা দাতা ছাড়াও এনজিও এ স্বেচ্ছাসেবী ক্ষেত্রে সমাজকে স্বাস্থ্য পরিচর্যা পরিষেবা যোগাতে যুক্ত রয়েছে।

অনুমান করা যায় 7000-এরও বেশি স্বেচ্ছাসেবী সংস্থা স্বাস্থ্য সম্পর্কিত কার্যকলাপে যুক্ত রয়েছে। বড় সংখ্যার দ্বিতীয় ও তৃতীয় পর্যায়ের হাসপাতালও নন-প্রফিট সোসাইটি অথবা ট্রাস্ট হিসেবে নথিবদ্ধ রয়েছে এবং বীমাকৃত ব্যক্তিকে ইনপেশেন্ট পরিষেবা দিয়ে উল্লেখযোগ্য অবদান রাখে।

3. ফার্মাসিউটিক্যাল শিল্প

এবার আসা যাক ওষুধ ও স্বাস্থ্য সম্পর্কিত পণ্যের প্রদানকারীর বিষয়ে, ভারতে এক বিশাল ফার্মাসিউটিক্যাল শিল্প রয়েছে, 1950-এর 10কোটি টাকার সেই শিল্প আজ বেড়ে 55,000কোটি টাকার ব্যবসায় (রপ্তানি সহ) দাঁড়িয়েছে। এতে প্রায় 50লক্ষ মানুষেত কর্মসংস্থান জুড়ে রয়েছে এবং দেশে 6000-রও বেশি কারখানায় ওষুধ উৎপাদন হয়।

ফার্মা ক্ষেত্রটি যেহেতু রাসায়নিক মন্ত্রকের অধীন, কেন্দ্রীয় স্তরে তাই এই শিল্পে মূল্য নিয়ন্ত্রক হলো **ন্যাশনাল ফার্মাসিউটিক্যালস প্রাইসিং অথরিটি (এনপিপিএ)।** ওষুধের মধ্যে একটা সামান্য সংখ্যক (500বা তার বেশি ওষুধের মধ্যে 76) ওষুধের দাম নিয়ন্ত্রণে রয়েছে, বাকি ওষুধগুলির দাম ও উৎপাদন সেখানে ফ্রি-প্রাইসিং ব্যবস্থার অধীনে রয়েছে, তবে মূল্য নিয়ন্ত্রক এর ওপর সতর্ক নজর রাখে। রাজ্যের ড্রাগ কন্ট্রোলার একটা ফিল্ড বাহিনী সামলান, যাঁদের দিয়ে সংশ্লিষ্ট অঞ্চলে ওষুধের গুণমান ও দামের উপর নজরদারি করা হয়।

B. বীমা দাতা :

বীমা কোম্পানিগুলি বিশেষ করে সাধারণ বীমা ক্ষেত্র বড় মাপের স্বাস্থ্য বীমা পরিষেবার জোগান দেয়। আগেই এগুলির তালিকা দেওবা হয়েছে। সবচেয়ে উৎসাহব্যঞ্জক হলো স্বতন্ত্র স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানির উপস্থিতি - আজ পর্যন্ত তেমন পাঁচটি সংস্থা রয়েছে- স্বাস্থ্য বীমা দাতা নেটওয়ার্ক বাড়াতে আগামী দিনে আরো কিছু আসছে।

C. মধ্যস্থতাকারী :

বীমা শিল্পের অংশ হিসেবে পরিষেবা দিচ্ছে এমন বহু মানুষ ও সংগঠনও স্বাস্থ্য বীমা বাজারের অংশ। এই ধরনের সমস্ত মধ্যস্থতাকারীই আইআরডিএ-র মাধ্যমে পরিচালিত হয়। এগুলির মধ্যে রয়েছে:

1. **ইনসুরেন্স ব্রোকার** এরা কোনো ব্যক্তি হতে পারেন অথবা করপোরেট সংস্থা। এই ব্রোকাররা স্বাধীনভাবে বীমা কোম্পানির কাজ করেন। তাঁরা সেই মানুষের কাছে প্রতিনিধি হয়ে যান যাঁরা বীমা চান এবং সম্ভাব্য সবচেয়ে ভালো প্রিমিয়ামের হারে সম্ভাব্য সবচেয়ে ভালো বীমা কভার সম্পর্কে এই ব্রোকাররাই তাঁদের বীমা কোম্পানির সঙ্গে যোগযোগ করিয়ে দেন। ক্ষতির সময় তাঁরা বীমাকৃত ব্যক্তিকে সহায়তা করে এবং বীমা ক্লেইম করিয়ে দেন। ব্রোকাররা এই ধরনের ব্যবসার কারবার করে এমন যে কোনো বীমা কোম্পানির সঙ্গেই বীমা ব্যবসা করতে পারেন। বীমা কমিশন হিসেবে বীমা কোম্পানিগুলি তাঁদের পুরস্কৃত করে।
2. **বীমা এজেন্টরা** সাধারণত কোনো ব্যক্তিই হন তবে কেউ কেউ কর্পোরেট এজেন্টও হতে পারেন। ব্রোকারদের মতো এজেন্টরা যে কোনো বীমা কোম্পানির বীমা নিয়ে কাজ করতে পারেন না তবে কেবলমাত্র সেই কোম্পানির হয়েই তাঁরা কাজ করতে পারেন যারা তাঁর এজেন্সি মঞ্জুর করেছেন। বর্তমান বিধি অনুযায়ী, একজন এজেন্ট শুধুমাত্র একটি সাধারণ বীমা কোম্পানি ও একটি জীবন বীমা কোম্পানির হয়েই কাজ করতে পারেন। তাঁদেরও বীমা কোম্পানিগুলি বীমা কমিশনের মাধ্যমে পারিশ্রমিক দেয়।
3. **থার্ড পার্টি অ্যাডমিনিস্ট্রেটর** হলো একটা নতুন ধরনের পরিষেবা প্রদানকারী, 2001 সাল থেকে এরা এই ব্যবসায় এসেছে। এদের বীমা বিক্রির অনুমোদন নেই তবে বীমা কোম্পানিগুলিকে এরা প্রশাসনিক পরিষেবা দিয়ে থাকে। একবার একটা বীমা পলিসি বিক্রি হয়ে গেলে বীমাকৃত ব্যক্তির বিস্তারিত বিবরণ নিযুক্ত একটি টিপিএ-র সঙ্গে শেয়ার করা হয় যারা তারপর ডেটাবেস তৈরি করে এবং বীমাকৃত ব্যক্তিকে হেল্থ কার্ড ইস্যু করে। এই হেল্থ কার্ড বীমাকৃত ব্যক্তিকে হাসপাতাল ও ক্লিনিকে ক্যাশলেস মেডিক্যাল ফেসিলিটি (তৎক্ষণাৎ নগদ টাকা না দিয়ে চিকিৎসা) পেতে সক্ষম করে। বীমাকৃত ব্যক্তি যদি ক্যাশলেস মেডিক্যাল ফেসিলিটি না ব্যবহার করেন, তাহলে তিনি বিল অনুযায়ী টাকা দেবেন এবং নিযুক্ত টিপিএ-র কাছ থেকে সেই টাকা পরিশোধ

চাইবেন। বীমা কোম্পানিগুলি তাদের সংশ্লিষ্ট ক্লেইমের জন্য টিপিএ-কে অর্থ দেয় এবং টিপিএ-গুলিকে ওই বীমা কোম্পানিই পারিশ্রমিক হিসেবে প্রিমিয়ামের একটা শতাংশ দিয়ে থাকে।

4. আইআরডিএ বিধি দ্বারা নিয়ন্ত্রিত একেবারেই নতুন ধরনের পরিষেবা প্রদানকারীর অন্যতম হলো ইনসুরেন্স ওয়েব এগ্রিগেটর বা বীমা ওয়েব সংযোগকারী। সম্ভাব্য ক্রেতার মুখোমুখি না হয়েই তাদের ওয়েবসাইট এবং/অথবা টেলিমার্কেটিংয়ের মাধ্যমে বীমাকারীর সঙ্গে চুক্তিবদ্ধ এই সংযোগকারী দূরনিয়ন্ত্রিত বিপণন বা ডিস্টেন্স মার্কেটিংয়ের মাধ্যমে বীমা ব্যবসার জন্য আবেদন করেন এবং বীমা নেওয়ার জন্য সম্ভাব্য ক্রেতার মধ্যে আগ্রহ তৈরি করে। এগুলি তুলনার জন্য সেই ধরনের বীমা কোম্পানিগুলির পণ্যগুলি তুলে ধরে। অনলাইন পোর্টালের মাধ্যমে প্রিমিয়াম সংগ্রহ, প্রিমিয়াম দেওয়ার সময় মনে করিয়ে দেওয়া এবং পলিসি সংক্রান্ত বিভিন্ন ধরনের পরিষেবার মতো বীমাকারীর জন্য টেলিমার্কেটিং ও আউটসোর্সিংয়ের কাজ করার জন্য এরা আইআরডিএআই-র অনুমোদন চাইতে পারে। তাদের দেওয়া আউটসোর্সিংয়ের কাজের পাশাপাশি যত সংখ্যক লিডকে তারা ব্যবসায় পরিণত করতে পারে এবং বীমা পণ্যের প্রদর্শনের ভিত্তিতে বীমা কোম্পানিগুলি এদের পারিশ্রমিক দিয়ে থাকে।

5. বীমা বিপণন সংস্থাগুলি হলো আইআরডিএআই দ্বারা পরিচালিত মধ্যস্থতাকারীর সাম্প্রতিকতম উদাহরণ। এই ধরনের পণ্যের বিপণন, বিতরণ ও পরিষেবা দেওয়ার লাইসেন্সপ্রাপ্ত নিযুক্ত ব্যক্তিদের মাধ্যমে এরা নিম্নলিখিত কাজগুলি করতে পারে :

বীমা বিক্রয় কার্যকলাপ: কর্তৃপক্ষকে অবগত করে যে কোনো সময়ে দুটি জীবন, দুটি সাধারণ এবং দুটি স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানির বীমাপণ্য ইনসুরেন্স সেলস পার্সন (আইএসপি)-কে দিয়ে বিক্রি করা। সাধারণ বীমার ক্ষেত্রে, আইএমএফ কেবলমাত্র খুচরো লাইনে বীমা পণ্যের আবেদন ও সংগ্রহ করার অনুমোদন পেয়েছে, তা করতে হয় প্রদত্ত ফাইল অ্যান্ড ইউজ গাইডলাইন অনুযায়ী যেমন মোটর, স্বাস্থ্য, ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা, পরিবার, দোকানদার ও সময়ে সময়ে কর্তৃপক্ষের অনুমোদিত অন্য বীমা পণ্য। বীমা কোম্পানীর সঙ্গে লিখিত অঙ্গীকারের কোন রকম পরিবর্তন করা যেতে পারে কেবলমাত্র কর্তৃপক্ষের আগাম অনুমোদনের ভিত্তিতে এবং বর্তমান পলিসিহোল্ডারকে পরিষেবা দেওয়ার উপযুক্ত ব্যবস্থার মাধ্যমেই।

বীমা পরিষেবা কার্যকলাপ: এই পরিষেবা কার্যকলাপগুলি হবে কেবলমাত্র সেই বীমা কোম্পানির জন্য যার সঙ্গে বীমা পণ্যের অনুরোধ ও সংগ্রহের একটা চুক্তি থাকবে এবং নিম্নোক্তভাবে এক এক করে নামোল্লেখ করা থাকবে:

a. বীমা কোম্পানির ব্যাক অফিসের কাজের দায়িত্ব নিয়ে, যেগুলি কর্তৃপক্ষের ইস্যু করা বীমা কোম্পানির আউটসোর্সিং কার্যকলাপ সম্পর্কে নির্দেশিকায় অনুমোদিত;

b. ইনসুরেন্স রিপোজিটারির অনুমোদিত ব্যক্তি হয়ে;

c. লাইসেন্সপ্রাপ্ত সার্ভেয়ার বা সমীক্ষক ও লোকসান মূল্যায়নকারীর ভূমিকা কাজে লাগিয়ে সমীক্ষা ও লোকসান মূল্যায়নের দায়িত্ব নেওয়া ;

d. সময়ে সময়ে কর্তৃপক্ষের অনুমোদিত বীমা সংক্রান্ত অন্যান্য কার্যকলাপ।

আর্থিক পণ্য বিতরণ : ফিনান্সিয়াল সার্ভিস এক্সিকিউটিভ (এফএসই)=কে দিয়ে বিতরণ করতে, যারা আর্থিক আর্থিক পন্যের বিপণন, বিতরণ ও পরিষেবা দেওয়ার লাইসেন্সপ্রাপ্ত যেমন:

a. সেবি নিয়ন্ত্রিত মিউচুয়াল ফান্ড কোম্পানির মিউচুয়াল ফান্ড;

b. পিএফআরডিএ দ্বারা নিয়ন্ত্রিত পেনশন পণ্য;

c. সেবি লাইসেন্সপ্রাপ্ত বিনিয়োগ উপদেষ্টাদের মাধ্যমে বিতরিত অন্যান্য আর্থিক পণ্যগুলি;

d. আরবিআই নিয়ন্ত্রিত ব্যাঙ্ক/এনবিএফসি-র ব্যাঙ্কিং/আর্থিক পণ্য;

e. ভারত সরকারের ডাক বিভাগের নন-ইনসুরেন্স পণ্য;

f. সময়ে সময়ে কর্তৃপক্ষের অনুমোদিত অন্যান্য আর্থিক পণ্য বা কার্যকলাপ।

D. অন্যান্য গুরুত্বপূর্ণ সংগঠন

আরো কিছু সত্বা রয়েছে যাদের নিয়ে স্বাস্থ্য বীমা বাজারের অংশ তৈরি হয়, এবং সেগুলির মধ্যে রয়েছে:

1. **ইনসুরেন্স রেগুলেটারি অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি অব ইন্ডিয়া (আইআরডিএআই)** এটা হলো সংসদে আইন পাস করে তৈরি করা বীমা নিয়ন্ত্রক যা বীমা বাজারের সমস্ত ব্যবসা ও পক্ষকে নিয়ন্ত্রণ করে। এটা 2000 সালে এসেছে এবং এদের উপর শুধুমাত্র বীমা ব্যবসাকে নিয়ন্ত্রণের কাজই ন্যাস্ত হয়নি, পাশাপাশি এঁদের দেওয়া হয়েছে এই ব্যবসার বিকাশের কাজও।

2. **জেনারেল ইনসুরেন্স অ্যান্ড লাইফ ইনসুরেন্স কাউন্সিল,** এরা আইআরডিএআই-কে সুপারিশ করে তাদের সংশ্লিষ্ট জীবন ও সাধারণ বীমা ব্যবসা নিয়ন্ত্রণের জন্য।

3. আইআরডিএ 2009সালে স্থাপন করে ইনসুরেন্স ইনফর্মেশন ব্যুরো অব ইন্ডিয়া এবং এটি হলো 20সদস্যের পরিচালন পরিষদ সহ একটি রেজিস্ট্রিকৃত সোসাইটি, যার বেশিরভাগ সদস্যই বীমা ক্ষেত্র থেকে আসা। বীমা ক্ষেত্রের জন্য এরা সংগ্রহ করে বিশ্লেষণ করে বিভিন্ন ক্ষেত্র-স্তরের রিপোর্ট তৈরি করে যাতে ব্যবসায়িক কৌশল তৈরি করতে ও মূল্য নির্ধারণ সহ বিভিন্ন সিদ্ধান্ত বৈজ্ঞানিক ও তথ্য নির্ভরভাবে নেওয়া সম্ভব হয়। পলিসি বা নীতি তৈরি করার জন্যও এরা নিয়ন্ত্রক ও সরকারকে গুরুত্বপূর্ণ তথ্য যুগিয়ে থাকে। বীমা শিল্পের উপকারের জন্য এই ব্যুরো পাক্ষিক ও এককালীন বহু রিপোর্ট তৈরি করেছে।

   আইআইবি সেন্ট্রাল ইন্ডেক্স সার্ভার পরিচালনা করে, এই সার্ভারটি বিভিন্ন বীমা রিপোজিটারদের মধ্যে একটা নোডাল পয়েন্ট হিসেবে কাজ করে এবং একটা নতুন অ্যাকাউন্ট তৈরির পর্যায়ে ডিম্যাট অ্যাকাউন্টের ডি-ডুপ্লিকেশনে বা প্রতিলিপি ঠেকাতে সাহায্য করে। প্রত্যেকটি পলিসির লেনদেন সম্পর্কিত তথ্য একজন বীমাকারী ও বীমা রিপোজিটারির মধ্যে ট্রান্সমিশন/রাউটিংয়ের জন্য একটা এক্সচেঞ্জ হিসেবেও কাজ করে এই সেন্ট্রাল ইন্ডেক্স সার্ভার।

   স্বাস্থ্য বীমা ক্ষেত্রে পরিষেবাদানকারী 'দ্য প্রেফার্ড প্রোভাইডার নেটওয়ার্কে' হাসপাতালগুলির নাম তালিকাবদ্ধ করে ইতিমধ্যেই আইআইবি তার হসপিটাল ইউনিক আইডি মাস্টার প্রোগ্রাম চালু করেছে।

   আইআইবি-র সর্বশেষ উদ্যোগটা হলো টিপিএ, বীমাকারী ও হাসপাতালগুলির সংযোগকারী একটা স্বাস্থ্য বীমা গ্রিড রক্ষণাবেক্ষণ করা। এই উদ্যোগের উদ্দেশ্য হলো স্বাস্থ্য বীমা ক্ষেত্রকে এমন একটা ব্যবস্থা নিয়ে হাজির করা যেখানে চিকিৎসার খরচ ও স্বাস্থ্য বীমা পণ্যের কার্যকরী মূল্য নির্ধারণে স্বচ্ছতার মাধ্যমে একটা বীমা ক্লেইমের ব্যবস্থাপনার সুযগ থাকে।

4. **শিক্ষা প্রতিষ্ঠান** যেমন ইনসুরেন্স ইনস্টিটিউট অব ইন্ডিয়া এবং ন্যাশনাল ইনসুরেন্স অ্যাকাডেমি, এরা বিভিন্ন ধরনের বীমা ও ম্যানেজমেন্ট সম্পর্কিত প্রশিক্ষণ দিয়ে থাকে এবং হবু এজেন্টদের প্রশিক্ষণ দিতে বেসরকারী প্রশিক্ষণ প্রতিষ্ঠানের ব্যবস্থা করে।
5. **মেডিক্যাল প্র্যাক্টিশনাররাও** বীমা কোম্পানি ও টিপিএ–গুলিকে ঝুঁকি গ্রহণের সময় সহায়তা করে সম্ভাব্য ক্লায়েন্টের স্বাস্থ্য বীমা ঝুঁকির মূল্যায়ন করে এবং জটিল ক্লেইমের ক্ষেত্রে বীমা কোম্পানিগুলিকে পরামর্শ দিয়ে।
6. **আইনী সত্বা** যেমন ইনসুরেন্স ওমবাডসম্যান, ক্রেতা আদালতের পাশাপাশি দায়রা আদালতও স্বাস্থ্য বীমা বাজারে একটা ভূমিকা পালন করে যখন ক্রেতার অভিযোগ প্রতিবিধানের সময় আসে তখন এগুলিই দায়িত্ব পালন করে।

সারাংশ

a) বহু শতাব্দী আগে থেকেই কোনো না কোনো আকারে বীমা ছিলই, তবে এর আধুনিকা আকারটা শুধুমাত্র কয়েক শতাব্দীর পুরোনো। ভারতের বীমা সরকারী নিয়ন্ত্রণের বিভিন্ন পর্যায়ের মধ্যে দিয়ে গেছে।

b) নাগরিকদের স্বাস্থ্য খুবই গুরুত্বপূর্ণ বিষয় হওয়ায় সরকার একটা উপযুক্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা ব্যবস্থা তৈরি করতে মুখ্য ভূমিকা পালন করে।

c) প্রদত্ত স্বাস্থ্য পরিষেবার স্তর দেশের জনসংখ্যার সঙ্গে সম্পর্কিত বিভিন্ন বিষয়ের উপর নির্ভর করে।

d) যে স্তরের মেডিক্যাল মনোযোগ জরুরী তার ভিত্তিতে তিন ধরনের স্বাস্থ্য পরিষেবা রয়েছে, সেগুলি হলো প্রথম, দ্বিতীব ও তৃতীয় পর্যায়। প্রত্যেক স্তরে স্বাস্থ্য পরিষেবার খরচ বাড়তে থাকে, তাই তৃতীয় স্তরই হলো সবচেয়ে বেশি খরচের।

e) ভারতে সামনে নিজস্ব অদ্ভুত কিছু চ্যালেঞ্জ রয়েছে যেমন জনসংখ্যা বৃদ্ধি ও নগরায়ন যার জন্য উপযুক্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা জরুরী।

f) সরকারই প্রথম স্বাস্থ্য বীমার প্রকল্প নিয়ে এসেছিল, পরে বেসরকারী বীমা কোম্পানিগুলি তার বাণিজ্যিকীকরণ করেছে।

g) স্বাস্থ্য বীমার বাজারটা তৈরি হয়েছে অনেকগুলি পক্ষ নিয়ে, কেউ পরিকাঠামো দেয়, কেউ আবার বীমা পরিষেবার যোগান দেয়, মধ্যবর্তী যেমন ব্রোকার, এজেন্ট ও থার্ড পার্টি অ্যাডমিনিস্ট্রেটর, এরাও স্বাস্থ্য বীমা ব্যবসায় পরিষেবা দিয়ে থাকে এবং এছাড়াও রয়েছে অন্য নিয়ন্ত্রক, শিক্ষামূলকের পাশাপাশি কিছু আইনী সত্বা, তারাও তাদের ভূমিকা পালন করে।

মূল পরিভাষা

a) স্বাস্থ্য পরিষেবা
b) বাণিজ্যিক বীমা
c) রাষ্ট্রীয়করণ
d) প্রথম, দ্বিতীয় ও তৃতীয় পর্যায়ের স্বাস্থ্য পরিষেবা

e) মেডিক্লেইম
f) ব্রোকার
g) এজেন্ট
h) থার্ড পার্টি অ্যাডমিনিস্ট্রেশন
i) আইআরডিএ
j) ওমবাডসম্যান

অধ্যায় 7

বীমা দলিল রচনা

অধ্যায়ের ভূমিকা

বীমা শিল্পে, আমরা অসংখ্য ফর্ম, নথি প্রভৃতি নিয়ে নাড়াচাড়া করি। এই অধ্যায় একটা বীমা চুক্তিতে বিভিন্ন নথি ও তার গুরুত্ব সম্পর্কে আমাদের জানাবে। এই অধ্যায়টি প্রতিটি ফর্মের সঠিক প্রকৃতি সম্পর্কেও একটা সম্যক জ্ঞান দেবে, কীভাবে সেটা পূরণ করতে হয় এবং নির্দিষ্ট তথ্য চাওয়ার পেছনে কারণগুলি কী কী সেই সম্পর্কে।

শিক্ষার ফলাফল

A. প্রোপোজাল ফর্ম
B. প্রস্তাব স্বীকার (আন্ডাররাইটিং)
C. প্রস্পেক্টাস
D. প্রিমিয়াম প্রাপ্তি
E. পলিসি নথি
F. শর্ত ও ওয়ারান্টি
G. এনডোর্সমেন্ট বা সত্যায়ন
H. পলিসির ব্যাখ্যা
I. রিনিউয়াল নোটিস
J. মানি লন্ডারিং বিরোধী এবং 'নো ইওর কাস্টোমার' বা 'আপনার গ্রাহককে জানুন' নির্দেশিকা

এই অধ্যায় অধ্যয়নের পর আপনার সক্ষম হওয়া উচিত:

a) প্রোপোজাল ফর্মের বিষয়বস্তু ব্যাখ্যা করতে।
b) প্রস্পেক্টাসের গুরুত্ব বর্ণনা করতে।
c) প্রিমিয়াম প্রাপ্তি ও বীমা আইন, 1938-এর 64B ধারা ব্যাখ্যা করতে।
d) বীমা পলিসি নথির বয়ান ও শর্ত ব্যাখ্যা করতে।
e) পলিসির শর্ত, ওয়ারান্টি ও এন্ডোর্সমেন্ট বা সত্যায়ন নিয়ে আলোচনা করতে।
f) এন্ডোর্সমেন্ট বা সত্যায়ন কেন ইস্যু করা হয় তা উপলব্ধি করতে।
g) আইনী আদালতে পলিসির বয়ানকে কীভাবে দেখা হয় তা বুঝতে।
h) রিনিউয়াল নোটিস কেন ইস্যু করা হয় তা উপলব্ধি করতে।
i) মানি লন্ডারিং কী এবং নো ইওর কাস্টোমার নির্দেশিকা সম্পর্কে একজন এজেন্টকে কী করতে হয় তা জানতে।

A. *প্রোপোজাল ফর্ম*

আগেই যেমন বলা হয়েছে, বীমা হলো একটি চুক্তি যাকে একটি লেখায় পর্যবসিত করে পলিসিতে নিয়ে আসা হয়। বীমার নথিপত্রকরণ পলিসিটি চালু করার মধ্যেই সীমাবদ্ধ নয়। যেহেতু তার মধ্যে অনেক মধ্যস্থতাকারী যেমন দালাল এবং এজেন্ট যাঁরা সেগুলি চালনা করেন তাঁরা আছেন, এটি সম্ভব যে একজন বীমাকৃত এবং তাঁর বীমাকারীর মধ্যে কোনোদিনই দেখা নাও হতে পারে।

একটি বীমা কোম্পানি তাঁর ক্রেতা এবং সেই পুরুষ/মহিলার বীমার চাহিদা সম্পর্কে জানতে পারেন একমাত্র সেই ক্রেতা যে নথিপত্র জমা দিয়েছেন তার মাধ্যমে। এমন নথিপত্র বীমাকারীকে তাঁর ঝুঁকিটি সম্পর্কেও ভালো করে জানতে সাহায্য করে। সেই কারণে, বীমাকৃত এবং বীমাকারীর মধ্যে বোঝাপড়া এবং স্বচ্ছতা নিয়ে আসার উদ্দেশ্যে নথিপত্রকরণ প্রয়োজনীয়। এখানে নির্দিষ্ট কিছু নথিপত্র আছে যা বীমা ব্যবসায় রীতিমাফিক ব্যবহার করা হয়।

বীমার এজেন্ট, যিনি ক্রেতার সবচেয়ে কাছের ব্যক্তি হন, তাঁকে ক্রেতার সামনাসামনি হতেই হয় এবং এর সঙ্গে জড়িত সব নথিপত্র সম্পর্কে সবরকম সন্দেহ দূর করার জন্য ব্যাখ্যা করতে হয় এবং সেগুলি পুরণে সেই পুরুষ/মহিলাকে সাহায্য করতে হয়। বীমার সঙ্গে জড়িত সব নথিপত্রের উদ্দেশ্য এবং বীমায় ব্যবহৃত নথিপত্রে থাকা তথ্যের গুরুত্ব এবং প্রাসঙ্গিকতা এজেন্টকে অবশ্যই বুঝতে হবে।

1. প্রোপোজাল ফর্ম

নথিপত্রকরণের প্রাথমিক পর্যায় সাধারণত হলো প্রস্তাব ফরমটি যার মাধ্যমে বীমাকৃত জানান:

- ✓ সেই পুরুষ/মহিলা কে
- ✓ সেই পুরুষ/মহিলার কোন ধরণের বীমার চাহিদা রয়েছে
- ✓ সেই পুরুষ/মহিলা কোনটির বীমা করতে চাইছেন তার বিস্তারিত এবং
- ✓ কত সময়ের জন্য তা চাইছেন

বিস্তারিতের অর্থ হলো বীমার বিষয় বস্তুর আর্থিক মূল্য এবং প্রস্তাবিত বীমার সঙ্গে সম্পর্কিত **উপাদানগত বিষয়ক তথ্য।**

a) বীমাকারীর দ্বারা ঝুঁকির মূল্যায়ন

i. ঝুঁকির পরিপ্রেক্ষিতে বীমাকারীর যাবতীয় যে আবশ্যিক তথ্যের প্রয়োজন তা জানানোর জন্য প্রস্তাবককেই প্রস্তাবের ফরমটি পুরণ করে দিতে হবে, সেটি করে দিতে হবে যাতে বীমাকারী সিদ্ধান্ত নিতে পারেন :

- ✓ বীমাটি গ্রহণ অথবা খারিজের অনুমোদন করা হবে কী না এবং
- ✓ ঝুঁকিটি গ্রহণ করার ঘটনার ক্ষেত্রে, যে কভারের অনুমতি দেওয়া হবে তার হার, শর্ত এবং শর্তাবলী নিশ্চিত করতে

প্রস্তাবের ফরমটির মধ্যে থাকে বীমার জন্য যে ঝুঁকির প্রস্তাব করা হয়েছে তা গ্রহণ করতে বীমা কোম্পানির জন্য কার্যকরী তথ্য। সবচেয়ে সরল বিশ্বাসের নীতি এবং আবশ্যিক তথ্য প্রকাশের কর্তব্যের শুরু হয় বীমার জন্য দেওয়া প্রস্তাব ফরমটি থেকে।

আবশ্যিক তথ্য প্রকাশের কর্তব্য পলিসিটির ধারণার আগে থেকেই দেখা দেয়, এবং বীমা চলাকালীন পুরো সময় পর্বটি ধরে তা চলে এবং এমনকী চুক্তিটি সম্পূর্ণ হয়ে যাওয়ার পরেও সেটি চলে।

উদাহরণ

ব্যক্তিগত দূর্ঘটনা পলিসির ক্ষেত্রে, যদি বীমাকৃত প্রস্তাবের ফরমটিতে ঘোষণা করেন যে তিনি গাড়ি সংক্রান্ত খেলা অথবা ঘোড়ায় চড়ার সঙ্গে যুক্ত নন, তবে তাঁকে চেষ্টা চালিয়ে যেতে হবে পলিসিটির গোটা সময় পর্ব ধরে এমন কোনো অভিযানের সঙ্গে নিজেকে যুক্ত না করতে। এটি হলো বীমাকারীর কাছে আবশ্যিক তথ্য কারণ এই তথ্যের উপর ভিত্তি করেই তিনি প্রস্তাবটি গ্রহণ করছেন এবং সেই অনুযায়ী ঝুঁকিটির মূল্য নির্ধারণ করছেন।

প্রস্তাব ফরমগুলি সাধারণত বীমা কোম্পানির নাম, লোগো, ঠিকানা এবং বীমা/পণ্যের শ্রেণী/ধরণ যা ব্যবহার করা হবে সেইসব সহ বীমাকারীই ছাপিয়ে দেন। প্রস্তাব ফরমটিতে একটি ছাপানো টীকা যুক্ত করা বীমা কোম্পানিগুলির জন্য বাধ্যতামূলক, যদিও এই সংক্রান্ত কোনো মাপকাঠি করা আকার বা অনুশীলন নেই।

উদাহরণ

এই ধরনের নোটের কয়েকটি উদাহরণ:

'ঝুঁকির মূল্যায়নের সময় বীমাকৃত যদি অত্যাবশ্যকীয় তথ্য অ-প্রকাশ করে রাখেন, বিভ্রান্তিমূলক তথ্য দেন, জালিয়াতি অথবা অসহযোগিতা করেন তাহলে পলিসির অধীনে যে কভার চালু করা হয়েছে সেটি খারিজ হয়ে যাবে',

'যতক্ষণ না প্রস্তাবটি কোম্পানি গ্রহণ করবে এবং পুরো প্রিমিয়াম না দেওয়া হয়ে যাবে সেই সময় পর্যন্ত কোম্পানি ঝুঁকিতে থাকবে না'।

প্রস্তাব ফর্ম ঘোষণা: বীমা কোম্পানিগুলি সাধারণত প্রস্তাব ফর্মের শেষে একটি ঘোষণা যুক্ত করেন যা প্রস্তাবককে স্বাক্ষর করতে হয়। এটি বীমাকৃত যাতে ফরমটি সঠিকভাবে পূরণ করেন এবং যা তথ্য সেখানে দেওয়া হয়েছে সেটি বুঝে নিতে পারেন সেই কষ্টটি সুনিশ্চিত করার জন্য করা হয়, যাতে ক্লেইম করার সময় কোনোরকম তথ্যের ভুল প্রতিনিধিত্বের ভিত্তিতে মতনৈক্য হওয়ার সুযোগ না থাকে।

এটি একইসঙ্গে বীমাকৃতের প্রতি সর্বাধিক সরল বিশ্বাস এবং যাবতীয় আবশ্যিক তথ্য প্রকাশ করার মূল নীতির উপর জোর দেওয়ার কাজও করে।

এই ঘোষণাটি সর্বাধিক সরল বিশ্বাসের নীতির সাধারণ আইনটিকে সর্বাধিক সরল বিশ্বাসের চুক্তিগত কর্তব্যে পরিণত করে।

ঘোষণার স্ট্যান্ডার্ড ফর্ম

আইআরডিএআই স্বাস্থ্য বীমার প্রস্তাবের জন্য ঘোষণার যে স্ট্যান্ডার্ড ফর্মটি নির্দিষ্ট করে দিয়েছে তা নিম্নরূপ:

1. আমি/আমরা এখানে ঘোষণা করছি, আমার পক্ষ হয়ে এবং বাকি সকল বীমাকৃত হতে চান প্রস্তাবকের পক্ষ হয়ে, যে উপরে দেওয়া বিবৃতি, উত্তর এবং/অথবা বিবরণ যা আমি

দিয়েছি তা সত্য এবং আমার জানা সবরকম তথ্যের পরিপ্রেক্ষিতে তা সম্পূর্ণ এবং আমি/আমরা আরো যাঁরা ব্যক্তি আছেন তাঁদের পক্ষ হয়ে প্রস্তাব করার জন্য অনুমোদিত।

2. আমি জানি যে তথ্য আমি দিয়েছি সেটিই বীমা পলিসির ভিতটি গঠন করবে, যা বীমা কোম্পানির বোর্ডের অনুমোদিত আন্ডাররাইটিং নীতির বিষয়াধীন এবং ধার্য করা প্রিমিয়ামটি দেওয়া সম্পূর্ণ হলে তবেই পলিসিটি কার্যকরী হয়ে উঠবে।

3. আমি/আমরা আরো ঘোষণা করছি যে প্রস্তাবটি জমা দেওয়ার পর যদি বীমাকৃত/প্রস্তাবকের পেশায় অথবা সাধারণ স্বাস্থ্যে কোনো পরিবর্তন দেখা দেয় আমি/আমরা সেটি লিখিতভাবে নোটিস দিয়ে জানাবো এবং সেটি জানাবো কোম্পানির দ্বারা ঝুঁকিটি গ্রহণ করার কথা জানানোর আগেই।

4. আমি/আমরা ঘোষণা করছি এবং অনুমতি দিচ্ছি যে কোম্পানি যে কোনো চিকিৎসক অথবা হাসপাতাল যারা কখনো বীমাকৃত/প্রস্তাবকের জীবনে একবারও চিকিৎসা করেছে তাদের কাছ থেকে চিকিৎসাগত তথ্য জানতে চাইতে পারে অথবা পূর্ববর্তী বা বর্তমান নিয়োগকর্তার থেকে জানতে চাইতে পারে অ্যাসুয়োর্ড/প্রস্তাবকের জীবনে শারীরিক বা মানসিক প্রভাব ফেলতে পারে এমন কোনো বিষয় থাকলে তা এবং অ্যাসুয়োর্ড/প্রস্তাবকের জীবনে বীমার একটা আবেদন যা প্রস্তাব আন্ডাররাইটিং এবং/অথবা ক্লেইম নিষ্পত্তির জন্য ব্যবহৃত হয়েছে এমন কিছু যে কোনো বীমা কোম্পানির থেকে জানতে চাইতে পারে।

5. আমি/আমরা মেডিক্যাল রেকর্ড সহ আমার প্রস্তাবনা সংক্রান্ত তথ্যগুলি কেবলমাত্র প্রস্তাব আন্ডাররাইটিংয়ের উদ্দেশ্যে এবং/অথবা ক্লেইম মীমাংসার জন্য এবং কোনো সরকারী এবং/অথবা বিধিবদ্ধ সংস্থার সঙ্গে আদান প্রদানের ক্ষমতা দিলাম কোম্পানিকে।

b) একটা প্রোপোজাল ফর্মে প্রশ্নাবলীর প্রকৃতি

নির্দিষ্ট বীমাটির শ্রেণীর পরিপ্রেক্ষিতে একটি প্রোপোজাল ফর্মে প্রশ্নের সংখ্যা এবং প্রকৃতি ভিন্ন ভিন্ন হয়।

স্বাস্থ্য, ব্যক্তিগত দূর্ঘটনা এবং ভ্রমণ বীমার মতো **ব্যক্তিগত লাইনে**, প্রস্তাব ফরমটি এমনভাবে নকশা করা হয় যাতে প্রস্তাবকের স্বাস্থ্য, জীবনযাত্রা এবং অভ্যাস, স্বাস্থ্যের পূর্ব-উপস্থিত অবস্থা, চিকিৎসাগত ইতিহাস, উত্তরাধিকারের লক্ষণ, অতীতের বীমা অভিজ্ঞতা ইত্যাদি তথ্য জানা যায়।

একটা প্রস্তাবের উপাদান

i. প্রস্তাবকের পুরো নাম

কোনোরকম আড়াল না রেখেই প্রস্তাবকের উচিত তাঁর নিজেকে চিহ্নিত করা। বীমাকারীর কাছে এটি জানা খুবই গুরুত্বপূর্ণ যে কার সঙ্গে সে চুক্তিতে প্রবেশ করছে, যাতে পলিসির অধীনে থাকা সুবিধাগুলি শুধুমাত্র বীমাকৃতই পেতে পারেন। নিজের পরিচিতি প্রতিষ্ঠা করা আরো একটি কারণে গুরুত্বপূর্ণ যেখানে অপর কেউ (যেমন মৃত্যুর ক্ষেত্রে আইনী উত্তরাধিকারী) বীমাকৃত ঝুঁকিটির উপর তাঁর স্বার্থ অর্জন করেছেন এবং যাঁকে ক্লেইম করতেই হবে।

ii. প্রস্তাবকের ঠিকানা ও যোগাযোগের বিবরণ

উপরে বর্ণিত কারণগুলি প্রস্তাবকের ঠিকানা এবং একইসঙ্গে যোগাযোগের বিস্তারিত সংগ্রহ করার জন্য প্রযোজ্য।

iii. প্রস্তাবকের পেশা, বৃত্তি বা ব্যবসা

স্বাস্থ্য এবং ব্যক্তিগত দূর্ঘটনার মতো কিছু বীমার ক্ষেত্রে , প্রস্তাবকের পেশা, জীবিকা অথবা ব্যবসাও গুরুত্বপূর্ণ কারণ যেহেতু ঝুঁকির উপর তাদের তথ্যগত প্রভাব আছে।

উদাহরণ

একটি ফাস্ট-ফুড রেস্তোঁরার একজন ডেলিভারি ম্যান, যাঁকে ক্রেতাদের কাছে খাবার পৌঁছে দেওয়ার জন্য ঘন ঘন উচ্চ গতিতে মোটর বাইকে করে ভ্রমণ করতে হবে, তিনি ঐ একই রেস্তোঁরায় কর্মরত অ্যাকাউন্ট্যান্টের থেকে হয়তো দূর্ঘটনার ক্ষেত্রে আরো বেশি উন্মুক্ত।

iv. বীমার বস্তুগত বিষয়ের বিবরণ ও পরিচয়

বীমার জন্য প্রস্তাবিত বিষয় বস্তু সম্পর্কে প্রস্তাবকের প্রয়োজন স্পষ্ট করে জানানো।

উদাহরণ

প্রস্তাবকের জানানো প্রয়োজন যদি:

i. একটি বিদেশ ভ্রমণ হয় (কে, কখন, কোন দেশে, কী উদ্দেশ্যে) অথবা
ii. ঘটনার উপর ভিত্তি করে একজন ব্যক্তির স্বাস্থ্য (ব্যক্তির নাম, ঠিকানা এবং পরিচিতি সহ) ইত্যাদি

---

v. বীমাকৃত রাশি পলিসির অধীনে বীমাকারীর দায়বদ্ধতার সীমা নির্দেশ করে এবং প্রতিটি প্রস্তাবকের ফর্মে তার উল্লেখ থাকতে হবে।

উদাহরণ

স্বাস্থ্য বীমার ক্ষেত্রে, এটি হাসপাতালে চিকিৎসার খরচ হতে পারে, আবার ব্যক্তিগত দূর্ঘটনা বীমার ক্ষেত্রে এটি জীবনহানির জন্য, অঙ্গহানির জন্য অথবা দূর্ঘটনার কারণে দৃষ্টিশক্তি চলে যাওয়ার জন্য একটি নির্দিষ্ট পরিমাণ হতে পারে।

---

vi. পূর্ববর্তী ও বর্তমান বীমা

বীমাকারীর কাছে তাঁর পূর্ববর্তী বীমা সম্পর্কে বিস্তারিতভাবে প্রস্তাবকের জানানো প্রয়োজন। তাঁর বীমার ইতিহাস বোঝার জন্যই এটি প্রয়োজন।কিছু বাজার আছে যেখানে এমন ব্যবস্থা আছে যে যার মাধ্যমে বীমাকারীরা গোপনে বীমাকৃত সম্পর্কে তথ্য ভাগ করে নেন।

প্রস্তাবকের এও জানানো প্রয়োজন যে কোনো বীমাকারী তাঁর প্রস্তাবটি খারিজ করেছে কী না, বিশেষ শর্ত আরোপ করেছেন কী না, পুনর্নবীকরণের সময় বাড়তি প্রিমিয়ামের প্রয়োজন ছিল কী না অথবা পুনর্নবী করতে অস্বীকার করেছে কী না অথবা পলিসিটি বাতিল করে দিয়েছে কী না।

বীমাকারীদের নাম সহ অপর কোনো বীমাকারীর সঙ্গে বর্তমান বীমার বিস্তারিত প্রকাশ করার প্রয়োজন আছে। বিশেষত সম্পত্তির বীমায়, বীমাকৃতের বিভিন্ন বীমাকারীর কাছ থেকে পলিসি করানোর সম্ভাবনা থাকে এবং যখন কোনো ক্ষতি হয়, একের বেশি বীমাকারীর কাছে ক্লেইম

দাবি করেন। এই তথ্যটির প্রয়োজন হয় যাতে অবদানের নীতি প্রযোজ্য হয় যাতে বীমাকৃত নিরাপত্তার প্রতিবিধান পান তা সুনিশ্চিত করতে এবং একই ঝুঁকির জন্য যাতে বহু বীমার পলিসির কারণে লাভ/মুনাফা না করতে পারেন।

আরো, ব্যক্তিগত দূর্ঘটনা বীমায় একজন বীমাকারী কভারেজের (বীমাকৃত রাশি) পরিমাণটি স্থির করে দিতে চান। সেটি নির্ভর করে একই বীমাকৃত অন্য পিএ পলিসির অধীনে নেওয়া বীমাকৃত রাশির উপর।

vii. লোকসানের অভিজ্ঞতা

প্রস্তাবককে বলা হয় তাঁর যা কিছু ক্ষতি হয়েছে, সেটি বীমাকৃত করা থাকুক আর নাই থাকুক, তার বিস্তারিত ঘোষণা করতে। এটি বীমাকারীকে বীমার বিষয় বস্তু সম্পর্কে তথ্য দেবে এবং বীমাকৃত কীভাবে অতীতে ঝুঁকিটি সামলেছেন সে বিষয়েও তথ্য দেবে। এমন উত্তরগুলি থেকে আন্ডাররাইটাররা ঝুঁকিটি আরো ভালো করে বুঝতে পারেন এবং চিকিৎসাগত পরীক্ষা করানোর ব্যাপারে সিদ্ধান্ত নিতে পারেন অথবা আরো বিস্তারিত তথ্য সংগ্রহ সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিতে পারেন।

viii. বীমাকৃতের ঘোষণা

যেহেতু প্রস্তাব ফর্মটির উদ্দেশ্য হলো বীমাকারীকে যাবতীয় অত্যাবশ্যকীয় তথ্য জানানো, ফর্মটির মধ্যে বীমাকৃতের একটি ঘোষণা থাকে যে উত্তরগুলি সত্য এবং যথাযথ এবং ফর্মটি যে বীমা চুক্তির ভিত্তি হবে সেটি মেনে নিতে তিনি রাজি আছেন। প্রতিটি প্রস্তাব ফর্মের অন্য যে সব প্রচলিত বিষয় যেমন, স্বাক্ষর, তারিখ এবং কিছু ক্ষেত্রে এজেন্টের সুপারিশের মতো বিষয়ও থাকে।

ix. যেখানে প্রস্তাব ফর্মটি ব্যবহৃত হয় না, বীমাকারীকে সেখানে যে তথ্য পেয়েছেন সেগুলি মৌখিকভাবে অথবা লিখিতভাবে রেকর্ড করে রাখবেন, এবং ১৫দিনের মধ্যে সেটি তিনি প্রস্তাবকের কাছ থেকে নিশ্চিত করবেন এবং সেই পলিসির মধ্যে সেটিকে অন্তর্ভুক্ত করবেন। যেখানে বীমাকারী পরে দাবি করবেন যে প্রস্তাবক কোনো অত্যাবশ্যকীয় তথ্য প্রকাশ করেননি অথবা কভারের অনুমোদনের জন্য যে কোনো বিষয়ের তথ্য সম্পর্কে বিভ্রান্তিমূলক অথবা মিথ্যা তথ্য দিয়েছেন, এমনটি দেওয়ার বোঝা এসে পড়ে বীমাকারীর উপর।

তার মানে হলো **মৌখিকভাবে পাওয়া গেলেও সমস্ত তথ্যের রেকর্ড রাখা বীমা কোম্পানির কর্তব্য, যা ফলো আপ করার মাধ্যমে এজেন্টকে মনে রাখতে হবে।**

গুরুত্বপূর্ণ

একটা স্বাস্থ্য বীমা পলিসির জন্য প্রোপাজাল ফর্মের বিস্তারিত বিবরণের কিছু নিচে দেওয়া হলো:

1. প্রোপোজাল ফর্মে একটা প্রস্পেক্টাসও অন্তর্ভুক্ত থাকে যাতে কভারের বিস্তারিত বিবরণ দেওয়া হয় যেমন কভারেজ, বর্জন, ধারা প্রভৃতি। প্রস্পেক্টাস প্রোপোজাল ফর্মেরই একটা অংশ ও প্রস্তাবককে তাতে তার বিষয়বস্তু নজর করেছেন বলে স্বাক্ষর করতে হয়।

2. নাম, ঠিকানা। পেশা, জন্ম তারিখ, লিঙ্গ এবং প্রস্তাবকের কাছ থেকে প্রত্যেক বীমাকৃত ব্যক্তির সম্পর্ক নিয়ে তথ্যগুলি প্রোপোজাল ফর্মে সংগৃহীত হয়, সেখানে গড় মাসিক আয় ও আয়কর প্যান নম্বর, চিকিৎসকের নাম ও ঠিকানা, তাঁর যোগ্যতা ও রেজিস্ট্রেশন নম্বরও

অন্তর্ভুক্ত থাকে। আজকাল ক্লেইমের টাকা ব্যাঙ্ক ট্রান্সফারের মাধ্যমে সরাসরি দিয়ে দেওয়ার জন্য বীমাকৃত ব্যক্তির ব্যাঙ্ক বিবরণও আজকাল সংগ্রহ করা হয়।

3. উপরন্তু, এখানে বীমাকৃত ব্যক্তির মেডিক্যাল অবস্থা সম্পর্কিত প্রশ্নও থাকে। ফর্মের এই বিস্তারিত প্রশ্নগুলি অতীত ক্লেইমের অভিজ্ঞতার ভিত্তিতে হয় এবং ঝুঁকির যথার্থ আন্ডাররাইটিং পেতে করা হয়।

4. বীমাকৃত ব্যক্তি যদি ফর্মে উল্লেখিত রোগের কোনো একটিতে ভোগেন তাহলে তাঁকে তার পূর্ণাঙ্গ বিবরণ দিতে হবে।

5. এর উপর, আগে ভোগা অন্য যে কোনো অসুখ বা রোগ অথবা দুর্ঘটনার বিবরণও নিম্নোক্তভাবে চাওয়া হয়:

   a. রোগ/আঘাতের প্রকৃতি ও চিকিৎসা
   b. প্রথম চিকিৎসার তারিখ
   c. চিকিৎসাকারী ডাক্তারের নাম ও ঠিকানা
   d. পুরোপুরি সেরে গেছে কিনা

6. বীমাকৃত ব্যক্তিকে যে কোনো অতিরিক্ত ঘটনাও জানাতে হয় যা বীমাকারীকে জানানো উচিত এবং তাঁর কাছে এমন কোনো রোগ বা চোট থাকার খবর থাকে যার জন্য চিকিৎসা করার প্রয়োজন পড়তে পারে, সেখবরও বীমাকৃতের বীমাকারীকে জানানো উচিত।

7. ফর্মের মধ্যে অতীতের বীমা ও ক্লেইম ইতিহাস ও অন্য কোনো বীমাকারীর কাছে কোনো বীমা করা থাকলে সে সম্পর্কিত প্রশ্নও অন্তর্ভুক্ত থাকে।

8. প্রস্তাবের স্বাক্ষর করার জন্য ঘোষণাপত্রে বিশেষ বৈশিষ্ট্যও উল্লেখ করতে হবে।

9. বীমাকৃত ব্যক্তি সম্মত হন এবং বীমাকারীকে কোনো হাসপাতাল বা চিকিৎসকের কাছ থেকে মেডিক্যাল তথ্য চাওয়ার অনুমতি দেন, যিনি কোনো না কোনো সময় বীমাকৃতকে শারীরিক বা মানসিক ভাবে ক্ষতিগ্রস্ত হয়েছে এমন রোগের জন্য চিকিৎসা করেছেন।

10. বীমাকৃত ব্যক্তিকে নিশ্চিত করতে হবে যে তিনি ফর্মের অংশ হিসেবে প্রস্পেক্টাস পড়েছেন এবং শর্তাবলী মেনে নিতে আগ্রহী।

11. ঘোষণাপত্রে অন্তর্ভুক্ত থাকে বিবৃতির সত্যতা ও চুক্তির ভিত্তি হিসেবে প্রোপোজাল ফর্মের সত্যতা সম্পর্কে।

মেডিক্যাল প্রশ্নাবলী

প্রোপোজাল ফর্মে প্রতিকূল মেডিক্যাল ইতিহাসের ক্ষেত্রে বীমাকৃত ব্যক্তিতে সেই রোগ সম্পর্কিত বিস্তারিত প্রশ্নাবলী পূরণ করতে হয় যেমন ডায়াবেটিস, হাইপারটেনশন, বুকে ব্যথা বা করোনারি অপ্রতুলতা বা মায়োকার্ডিয়াল ইনফার্কশন।

এগুলি একজন কনসাল্টিং ফিজিশিয়ানের পূরণ করা একটা ফর্ম দিয়ে সহায়তা করা হয়। এই ফর্মটি পরীক্ষা করে দেখেন কোম্পানির প্যানেল ডাক্তার, যাঁর মতামতের ভিত্তিতে স্বীকৃতি, বর্জন প্রভৃতির বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়া হয়।

আইআরডিএআই প্রোপোজাল ফর্ম ও তার সংযোজনীর এক কপিকে উপস্থাপন করে যা পলিসি বথির সঙ্গে জুড়তে হয় এবং সেটা বীমাকৃতকে তাঁর রেকর্ডের জন্য পাঠানো উচিত।

2. মধ্যস্থতাকারীর ভূমিকা

মধ্যস্থতাকারীর উভয়ের প্রতিই একটা দায়িত্ব থাকে অর্থাৎ বীমাকৃত ও বীমাকারী

একজন এজেন্ট বা একজন ব্রোকার, যিনি বীমা কোম্পানি ও বীমাকৃতর মধ্যে মধ্যস্থতাকারী হিসেবে কাজ করেন তাঁর দায়িত্ব হলো ঝুঁকি সম্পর্কে বীমাকৃতের দেওয়া যাবতীয় বস্তুগত তথ্য বীমাকারীকে জানানো নিশ্চিত করা।

আইআরডিএআই বিধি মধ্যস্থতাকারীকে ক্লায়েন্টের প্রতিও দায়িত্ব দিয়েছে।

গুরুত্বপূর্ণ

সম্ভাব্য (ক্লায়েন্টের) প্রতি একজন মধ্যস্থতাকারীর কর্তব্য

আইআরডিএআই বিধিতে বলা হয়েছে যে ''একজন বীমাকারী বা তার এজেন্ট বা অন্য মধ্যস্থতাকারী সম্ভাব্যের প্রস্তাবিত কভার সম্পর্কে সমস্ত বস্তুগত তথ্যের যোগান দেবে যাতে সম্ভাব্য ক্রেতাকে তাঁর স্বার্থের পক্ষে সবচেয়ে ভালো কভার সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নিতে সক্ষম করে।

যেখানে সম্ভাব্য ক্রেতা বীমাকারী বা তার এজেন্ট বা একজন বীমা মধ্যস্থতাকারীর পরামর্শের উপর নির্ভর করে, এই ধরনের একজন লোককে অবশ্যই ন্যায্য পরামর্শ দিতে হবে।

কোনো কারণে যেখানে ক্রেতা প্রস্তাব ও অন্যান্য সংশ্লিষ্ট কাগজপত্র পূরণ করেন না, ক্রেতার প্রোপোজাল ফর্মের সঙ্গে সেক্ষেত্রে একটা সার্টিফিকেট জুড়ে দেওয়া জএতে পারে যেখানে জানাতে হয় যে ফর্ম ও নথিপত্রের বিষয়বস্তু তাঁকে পুরোপুরি বুঝিয়ে দেওয়া হয়েছে এবং তিনি প্রস্তাবিত চুক্তির গুরুত্ব পুরোপুরি বুঝেছেন।''

B. *প্রস্তাব স্বীকার (আন্ডাররাইটিং)*

প্রস্তাব স্বীকার (আন্ডাররাইটিং)

আমরা একটা পূরণ করা প্রোপোজাল ফর্ম দেখেছি যা নিম্নলিখিত তথ্যগুলি দেয়:

- ✓ বীমাকৃতের বিবরণ
- ✓ বস্তুগত বিষয়ের বিবরণ
- ✓ প্রয়োজনীয় কভারের ধরন
- ✓ ইতিবাচক ও নেতিবাচক উভয় বাস্তব বৈশিষ্ট্যের বিবরণ
- ✓ বীমা ও লোকসানের পূর্ববর্তী ইতিহাস

একটা স্বাস্থ্য বীমার প্রস্তাবের ক্ষেত্রে বীমাকারী সম্ভাব্য ক্রেতাকে একজন ডাক্তারের কাছে এবং/অথবা মেডিক্যাল চেকআপে পাঠাতে পারেন যেমন তাঁর বয়স যদি 45বছরের বেশি হয়। প্রস্তাবে পাওয়া তথ্য এবং যেখানে মেডিক্যাল চেক-আপের পরামর্শ দেওয়া হয়েছে, মেডিক্যাল রিপোর্ট ও ডাক্তারের সুপারিশের ভিত্তিতে বীমাকারী সিদ্ধান্ত নেন। কোনো কোনো সময় যেখানে মেডিক্যাল হিস্ট্রি সন্তোষজনক থাকে না, সম্ভাব্য ক্লায়েন্টের থেকে আরো তথ্য জানতে একটা অতিরিক্ত প্রশ্নাবলীর দরকার হতে পারে। বীমাকারী তারপরই সিদ্ধান্ত নেন ঝুঁকির জন্য কোন হার প্রযোজ্য হবে এবং বিভিন্ন ফ্যাক্টরের ভিত্তিতে প্রিমিয়াম গণনা করা হয়, তারপর তা বুমাকৃতকে জানিয়ে দেওয়া হয়।

দ্রুততা ও দক্ষতার সাথে বীমাকারী প্রস্তাবগুলির প্রসেস করেন এবং তারপর সমস্ত সিদ্ধান্ত একটা যুক্তিসঙ্গত সময়ের মধ্যে লিখিতভাবে জানিয়ে দেওয়া হয়।

আন্ডাররাইটিং ও প্রস্তাবের প্রসেসিং সম্পর্কে নোট

আইআরডিএআই নির্দেশিকা অনুসারে, বীমাকারীকে 15দিন সময়ের মধ্যে প্রস্তাবের প্রক্রিয়া করতে হয়। এজেন্ট এই সময়সীমার উপর নজর রাখেন, অভ্যন্তরীণভাবে ফলো-আপ করেন এবং সেইমতো সম্ভাব্য ক্রেতা / বীমাকৃতকে জানান এবং যখন দরকার পড়ে কাস্টোমার সার্ভিসের মাধ্যমে তাঁদের খবর দেন। প্রস্তাব স্ক্রুটিনি ও তা স্বীকার করার বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার এই গোটা প্রক্রিয়াটিকে বলা হয় আন্ডাররাইটিং।

নিজেকে যাচাই 4

নির্দেশিকা অনুযায়ী, একটা বীমা কোম্পানিকে ___________-এর মধ্যে একটা বীমার প্রস্তাবের প্রসেস করতে হয়।

I. 7 দিন
II. 15 দিন
III. 30 দিন
IV. 45 দিন

C. *প্রস্পেক্টাস*

প্রস্পেক্টাস হলো বীমাকারী বা তার তরফে বীমার সম্ভাব্য ক্রেতাকে ইস্যু করা একটা নথি। সাধারণত এটা একটা ব্রোসিওর বা লিফলেটের আকারে হয় এবং ওই সম্ভাব্য ক্রেতার কাছে পণ্যটিকে পরিচিত করানোর কাজে লাগে। প্রোটেকশন অব পলিসিহোল্ডারস ইন্টারেস্ট রেগুলেশন, 2002 এবং

আইআরডিএআই-র হেল্থ ইনসুরেন্স রেগুলেশনস 2013-র পাশাপাসি বীমা আইন, 1938 দ্বারাও প্রস্পেক্টাস ইস্যুর কাজ পরিচালিত হয়।

যে কোনো বীমাপণ্যের প্রস্পেক্টাসে স্পষ্টভাবে বেনিফিটগুলির সুযোগ, বীমার কভারের প্রসার উল্লেখ থাকা উচিত এবং এতে পরিষ্কার ভাবে বীমা কভারের ওয়ারান্টি, ব্যতিক্রম ও শর্তগুলির ব্যাখ্যা থাকা উচিত।

পণ্যের উপর অনুমোদনযোগ্য রাইডার (একে অ্যাড-অন কভারও বলা হয়ে থাকে) গুলিও বেনিফিটগুলির সুযোগ সম্পর্কে স্পষ্টভাবে উল্লেখ থাকা উচিত। এছাড়াও, সমস্ত রাইডার সংক্রান্ত প্রিমিয়াম একযোগে মূল পণ্যের প্রিমিয়ামের 30%-র বেশি হওয়া উচিত নয়।

অন্য গুরুত্বপূর্ণ তথ্য যা একটা প্রস্পেক্টাসে প্রকাশিত হওয়া উচিত তার মধ্যে রয়েছে:

1. বিভিন্ন বয়স গোষ্ঠী বা বিভিন্ন প্রবেশিকা বয়সের জন্য কভার ও প্রিমিয়ামে কোনো ফারাক থাকলে সেগুলি
2. পলিসির রিনিউয়াল বা পুনর্নবীকরণ শর্ত
3. কোনো নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে পলিসি বাতিলের শর্ত
4. বিভিন্ন পরিস্থিতিতে প্রযোজ্য কোনো ছাড় বা লোডিংয়ের বিবরণ
5. প্রিমিয়াম সহ পলিসির কোনো শর্তের সংশোধন বা পরিমার্জনের সম্ভাবনা
6. একই বীমাকারী কাছে গোড়ায় এন্ট্রি, রিনিউয়াল অব্যাহত রাখা, অনুকূল ক্লেইমের অভিজ্ঞতা প্রভৃতির জন্য পলিসিহোল্ডার পুরস্কার হিসেবে কোনো ইনসেনটিভ
7. একটা ঘোষণা বা প্রজ্ঞাপন যে সমস্ত স্বাস্থ্য বীমা পলিসিগুলিই হলো বহনযোগ্য যার মানে এই পলিসিগুলি অন্য যে কোনো বীমাকারীর কাছে রিনিউ করা যেতে পারে যারা একই রকম বেনিফিট সহ একই কভারের প্রস্তাব দেয়, যা তিনি বর্তমান বীমাকারীর কাছে রাখলেও পেতে পারেন।

স্বাস্থ্য পলিসির বীমাকারীরা সাধারণত তাদের স্বাস্থ্য বীমা পণ্য সম্পর্কে প্রস্পেক্টাস প্রকাশ করে থাকে। এই সব ক্ষেত্রে প্রোপোজাল ফর্মে একটা ঘোষণাপত্র থাকে, প্রস্পেক্টাস পড়ে ক্রেতাকে তাতে সম্মতি জানাতে হয়।

D. *প্রিমিয়াম প্রাপ্তি*

ক্রেতা প্রিমিয়াম হিসেবে বীমাকারীকে প্রিমিয়াম জমা দিলেই বীমাকারী একটা রিসিপ্ট বা রসিদ ইস্যু করতে বাধ্য। আগাম প্রিমিয়াম জমা দেওয়ার ক্ষেত্রেও রিসিপ্ট ইস্যু করতে হয়।

সংজ্ঞা

প্রিমিয়াম হলো পারিশ্রমিক বা অর্থ যা একটা বীমা চুক্তির অধীনে বীমাকৃত বীমাকারীকে দেন বীমার বস্তুগত বিষয় বীমা করার জন্য।

---

1. আগাম প্রিমিয়াম প্রদান (বীমা আইন, 1938-এর 64 VB ধারা)

বীমা আইন অনুযায়ী, **বীমার কভার শুরুর আগে অগ্রিম প্রিমিয়াম জমা দিতে হয়।** এটা হলো একটা গুরুত্বপূর্ণ ধারা, যা নিশ্চিত করে যে কেবলমাত্র বীমা কোম্পানি প্রিমিয়াম পেয়ে গেলে তবেই একটা বৈধ বীমা চুক্তি সম্পূর্ণ হতে পারে এবং বীমা কোম্পানি ঝুঁকির দায়িত্ব নিতে পারে। এই ধারাটি ভারতের নন-লাইফ বীমা শিল্পের বিশেষ বৈশিষ্ট্য।

গুরুত্বপূর্ণ

a) বীমা আইন-1938-এর 64 VB ধারায় বলা হয়েছে যে আগাম প্রিমিয়াম জমা না দেওয়া পর্যন্ত বা জমা দেওয়ার গ্যারান্টি বা নির্ধারিত উপায়ে অগ্রিম ডিপোজিট না করা পর্যন্ত কোনো বীমাকারী কোনো ঝুঁকির দায়িত্বই গ্রহণ করবে না।

b) যেখানে একজন বীমা এজেন্ট বীমা কোম্পানির হয়ে একটা বীমা পলিসির প্রিমিয়াম সংগ্রহ করেন, ব্যাঙ্ক ও ডাকঘরের ছুটি ছাড়া সেই সংগ্রহের চব্বিশ ঘন্টার মধ্যে তাঁকে সেই সংগৃহীত তাঁর কমিশন হিসেবে কিছু বাদ না দিয়েই পুরোটাই বীমাকারীর কাছে জমা করতে হবে অথবা পোস্টে পাঠাতে হবে।

c) প্রিমিয়াম নগদে বা চেকে জমা পড়ার তারিখ থেকেই কেবলমাত্র ঝুঁকির দায়িত্ব নেওয়া হয়।

d) প্রিমিয়াম যেখানে পোস্টাল বা মানি অর্ডার অথবা চেকে ডাক মারফত পাঠানো হয়, যেদিন মানি অর্ডার বুক করা হয় অথবা চেক পোস্ট করা হয় সেই তারিখ থেকেই ঝুঁকির দায়িত্ব নেওয়া হতে পারে।

e) পলিসি বাতিল বা শর্তাবলীর পরিবর্তন বা অন্য কোনো কারণে প্রিমিয়াম ফেরত দেওয়ার থাকলে বীমাকারী তা সরাসরি বীমাকৃতকে একটা ক্রশড বা অর্ডার চেক বা পোস্টাল/মানি অর্ডার মারফত ফেরত দেবেন এবং বীমাকৃতর কাছ থেকে এর জন্য বীমাকারী একটা উপযুক্ত রশিদ নেবেন। আজকাল অবশ্য বীমাকৃতর ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টে সরাসরি ওই ক্রেডিট করে দেওয়ার চল হয়েছে। এই ধরনের ফেরত অবশ্য কোনোভাবেই এজেন্টের অ্যাকাউন্টে ক্রেডিট করা হবে না।

উপরের প্রিমিয়াম প্রদানের পূর্ব-শর্তের ব্যতিক্রমের সুযোগ বীমা নিয়ম 58 এবং 59-এ দেওয়া হয়েছে। একটা হলো 12মাসের বেশি ধরে চালু পলিসিগুলির ক্ষেত্রে কিস্তিতে প্রদান যেমন জীবন বীমা পলিসির ক্ষেত্রে। অন্যগুলির মধ্যে রয়েছে নির্ধারিত ক্ষেত্রে একটা ব্যাঙ্ক গ্যারান্টির মাধ্যমে প্রিমিয়াম দেওয়া যেখানে সঠিক প্রিমিয়াম আগাম নির্ধারণ করা যায় না অথবা ক্লায়েন্টের ক্যাশ ডিপোজিট অ্যাকাউন্টে ডেবিট করে।

2. প্রিমিয়াম প্রদানের পদ্ধতি

গুরুত্বপূর্ণ

একটা বীমা পলিসি নিতে প্রস্তাবকারী কোনো একজন অথবা পলিসি হোল্ডার বীমাকারীকে প্রদেয় প্রিমিয়াম নিম্নলিখিত পদ্ধতিগুলির কোনো একটি বা একাধিক উপায়ে দিতে পারে:

a) নগদে

b) কোনো স্বীকৃত ব্যাঙ্কিং বিনিময় দলিল যেমন চেক, ডিমান্ড ড্রাফ্ট, পে অর্ডার, ভারতের কোনো তফসিলভুক্ত ব্যাঙ্ক থেকে তোলা ব্যাঙ্কার্স চেক দিয়ে;

c) পোস্টাল মানি অর্ডার;

d) ক্রেডিট বা ডেবিট কার্ড দিয়ে;

e) ব্যাঙ্ক গ্যারান্টি বা নগদ জমা দিয়ে;

f) ইন্টারনেটের মাধ্যমে;

g) ই-ট্রান্সফার করে

h) প্রস্তাবক বা পলিসি হোল্ডার বা জীবন বীমাকৃতে স্থায়ী সিদ্ধান্তের মাধ্যে ডাইরেক্ট ক্রেডিটের ব্যাঙ্ক ট্রান্সফার করে;

i) বিভিন্ন সময়ে কর্তৃপক্ষের অনুমোদিত অন্য যে কোনো পদ্ধতিতে;

আইআরডিএআই বিধি অনুসারে, প্রস্তাবক / পলিসিহোল্ডার যদি নেট ব্যাঙ্কিং বা ক্রেডিট / ডেবিট কার্ডের প্রিমিয়াম প্রদানের পছন্দ বাছাই করে থাকেন, তাহলে সেই পেমেন্ট কেবলমাত্র নেট ব্যাঙ্কিং বা সেই প্রস্তাব / পলিসিহোল্ডারের নামে ইস্যু করা ক্রেডিট / ডেবিট কার্ডের মাধ্যমেই করতে হবে।

নিজেকে যাচাই 3

প্রিমিয়াম চেকে দেওয়ার ক্ষেত্রে নিচের বিবৃতিগুলির কোনটি সত্য?

I. যে তারিখে চেক পোস্ট করা হয় সেদিনই ঝুঁকির দায়িত্ব গৃহীত হতে পারে

II. যে তারিখে চেকটি বীমা কোম্পানি জমা দেয় সেদিনই ঝুঁকির দায়িত্ব গৃহীত হতে পারে

III. বীমা কোম্পানি যে তারিখে চেকটি হাতে পায় সেদিনই ঝুঁকির দায়িত্ব গৃহীত হতে পারে

IV. যে তারিখে বীমাকৃত চেকটি ইস্যু করে সেদিনই ঝুঁকির দায়িত্ব গৃহীত হতে পারে

E. *পলিসি নথি*

পলিসি হলো একটা আনুষ্ঠানিক নথি যা বীমার চুক্তির একটা প্রমাণপত্র। ভারতীয় স্ট্যাম্প আইন, 1899-র বিধান অনুযায়ী এই নথিটি স্ট্যাম্পকৃত হতেই হবে।

পলিসি হোল্ডারের স্বার্থ রক্ষার জন্য আইআরডিএআই বিধিতে যা অবশ্যই একটা স্বাস্থ্য বীমা পলিসিতে থাকা উচিত বলে নির্ধারিত হয়েছে তা হলো:

a) বীমাকৃত ও বস্তুগত বিষয়ে বীমাযোগ্য স্বার্থ রয়েছে এমন অন্য যে কোনো ব্যক্তির নাম (গুলি) ও ঠিকানা (গুলি)
b) বীমাকৃত স্বার্থ বা ব্যক্তির পূর্ণাঙ্গ বিবরণ
c) পলিসির অধীনে ব্যক্তি এবং/অথবা বিপদ ওয়াড়ি বীমাকৃত রাশি
d) বীমার মেয়াদ
e) কভারকৃত ও বহিষ্কৃত বিপদগুলি
f) প্রযোজ্য কোনো অতিরিক্ত / ছাড়যোগ্য
g) প্রদেয় প্রিমিয়াম এবং যেখানে প্রিমিয়াম সমন্বয়যোগ্য, প্রিমিয়াম সমন্বয়ের ভিত্তি
h) পলিসির শর্তবলী, পরিস্থিতি ও ওয়ারান্টি
i) আকস্মিক কোনো ঘটনা ঘটলে যা থেকে বীমার আওতায় ক্লেইম করা করা যেতে সে ব্যাপারে বীমাকৃতর নেওয়া ব্যবস্থা
j) যে ঘটনা ঘটার ভিত্তিতে ক্লেইম হতে পার তার বীমার বস্তুগত বিষয় সম্পর্কে বীমাকৃতের বাধ্যবাধকতা এবং সেই পরিস্থিতিতে বীমাকারীর অধিকারগুলি
k) যে কোনো বিশেষ পরিস্থিতি
l) মিথ্যা বর্ণনা, জালিয়াতি, বস্তুগত ঘটনা প্রকাশ না করা বা বীমাকৃতের তরফে অসহযোগিতার কারণে পলিসি বাতিলের সংস্থান
m) বীমাকৃতের ঠিকানাগুলি যেখানে পলিসি সংক্রান্ত বার্তা পাঠানো উচিত
n) যদি কোনো রাইডার থাকে তার বিবরণ
o) অভিযোগ প্রতিবিধান ব্যবস্থা ও ওমবাডসম্যানের ঠিকানার বিস্তারিত বিবরণ

পলিসির শর্ত অনুযায়ী একটা ক্লেইম দাখিল সম্পর্কে এবং বীমাকারী যাতে দ্রুত একটা ক্লেইমের মীমাংসা করতে পারেন তার জন্য অনুসৃত পদ্ধতি অনুসারে বীমাকৃতকে যে সমস্ত প্রয়োজন মেটাতে হবে তা পর্যায়ক্রমে বীমাকৃতকে অবশ্যই বীমাকারীকে জানাতে হবে এবং তাঁকে জ্ঞাত রাখতে হবে।

নিজেকে যাচাই 4

এখানে কোন প্রশ্ন

F. *শর্ত ও ওয়ারান্টি*

এখানে, পলিসির বয়ানে ব্যবহৃত দুটি গুরুত্বপূর্ণ পরিভাষা ব্যাখ্যা করা গুরুত্বপূর্ণ। এইগুলি হলো শর্ত ও ওয়ারান্টি।

1. শর্ত

চুক্তির হলো বীমা চুক্তির সেই সংস্থান যা চুক্তির ভিত্তি গঠন করে।

উদাহরণসমূহ :

a. বেশিরভাগ বীমা পলিসির অন্যতম স্ট্যান্ডার্ড শর্তে বলা হয়েছে :

জালিয়াতি করে কোনো ক্লেইম করা হলে, অথবা ক্লেইমের সমর্থনে কোনো মিথ্যা ঘোষণা করা হয়ে থাকলে অথবা বীমাকৃত জালিয়াতির কোনো উপায় বা যন্ত্র ব্যবহার করে থাকলে অথবা তাঁর হয়ে কেউ পলিসির অধীনে সুবিধা পেতে চাইলে অথবা ইচ্ছাকৃত কোনো কার্যকলাপ থেকে বা বীমাকৃতের সঙ্গে যোগসাজশে যদি কোনো লোকসান বা ক্ষতি হয়ে থাকে, এই পলিসির অধীনে সমস্ত সুবিধা বাজেয়াপ্ত হবে।

b. একটা স্বাস্থ্য পলিসিতে ক্লেইম ইন্টিমেশন শর্তে বলা হতে পারে :

হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার নির্দিষ্ট দিনের মধ্যে ক্লেইম দাখিল করতেই হবে। যদিও, কোনো জটিল ক্ষেত্রে বা সমস্যার ক্ষেত্রে এই শর্তে ছাড় পাওয়া যেতে পারে যেখানে কোম্পানি যদি সেই যুক্তিতে সন্তুষ্ট হয় যে এই পরিস্থিতিতে বীমাকৃতের পক্ষে বা অন্য কাউকে দিয়ে নির্ধারিত সময়ের মধ্যে ক্লেইম দাখিল করা সম্ভব ছিল না।

এই শর্ত লঙ্ঘনের ক্ষেত্রে বীমাকারীর মত সাপেক্ষে পলিসিটি বাতিলযোগ্য হবে।

2. ওয়ারান্টি

নির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে বীমাকারীর দায়বদ্ধতায় লাগাম টানতে একটা বীমা চুক্তিতে ওয়ারান্টি ব্যবহৃত হয়। বিপদ কমাতেও বীমাকারীরা একটা পলিসিতে ওয়ারান্টির ব্যবহার করেন। একটা ওয়ারান্টির মাধ্যমে বীমাকৃত নির্দিষ্ট কিছু বাধ্যবাধকতা মেনে নেয় যা তাঁদের একটা নির্দিষ্ট সময়ের মধ্যে মেনে চলা জরুরী এবং বীমাকারীর বাধ্যবাধকতাও নির্ভর করে বীমাকৃতের এই বাধ্যবাধকতাগুলি মেনে চলার উপরেই। ঝুঁকি সামলানো ও তার উন্নয়নে ওয়ারান্টিগুলি একটা অপরিহার্য ভূমিকা পালন করে।

ওয়ারান্টি হলো পলিসিতে স্পষ্টভাবে উল্লেখিত একটা শর্ত যা চুক্তির বৈধতার জন্য আক্ষরিকভাবে মেনে চলতে হবে। ওয়ারান্টি কোনো পৃথক নথি নয়। এটা পলিসি নথিরই অংশ। এটা হলো চুক্তির পূর্বশর্ত (যা অন্য শর্তের আগে কাজ করে)। ঝুঁকির উপাদান হোক বা না হোক এটা পালন করা এবং কঠোরভাবে এবং আক্ষরিক মেনে চলা আবশ্যিক।

যদি একটা ওয়ারান্টি পূরণ না হয়, তাহলে বীমাকারীর মত অনুযায়ী পলিসিটা বাতিলযোগ্য হয়ে যাবে, এমনকি যখন স্পষ্টভাবে এও প্রমাণিত হয় যে এই ওয়ারান্টি লঙ্ঘন কোনো একটি নির্দিষ্ট লোকসানের কারণে হয়নি। বাস্তবে যদিও ওয়ারান্টির লঙ্ঘন একেবারেই একটা কৌশলগত প্রকৃতির এবং কোনোভাবেই লোকসান বাড়াতে এর কোনো ভূমিকা নেই, বীমা কোম্পানীর নীতি অনুযায়ী নিয়ম ও নির্দেশাবলী অনুযায়ী বীমাকারীরা ক্লেইমের প্রক্রিয়া করতে পারেন। এই ধরনের ক্ষেত্রে লোকসানকে সমঝোতা ক্লেইম হিসেবে বিবেচনা করা হয় এবং ক্লেইমের অধিকাংশ সাধারণত মীমাংসা করা হয় তবে 100শতাংশই নয়।

একটা ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা পলিসিতে নিম্নোক্ত ওয়ারান্টি থাকতে পারে:

ওয়ারান্টি দেওয়া হয়েছে যে পাঁচজনের বেশি বীমাকৃত ব্যক্তির একসঙ্গে একই সময়ে একই বিমানে সফর করা উচিত নয়। এই ওয়ারান্টি লঙ্ঘিত হলে ক্লেইমগুলি কীভাবে বিবেচনা করা হবে ওয়ারান্টি তা বলতে পারে।

নিজেকে যাচাই 5

একটা ওয়ারান্টি সম্পর্কে নিচের বিবৃতির কোনটি সঠিক?

I. ওয়ারান্টি হলো একটা শর্ত যা পলিসিতে উল্লেখ না করেই প্রযোজ্য হয়
II. ওয়ারান্টি হলো একটা শর্ত যা পলিসিতে স্পষ্টভাবেই উল্লেখিত হয়
III. ওয়ারান্টি হলো একটা শর্ত যা পলিসিতে স্পষ্টভাবেই উল্লেখিত হয় এবং পলিসি নথির অংশ হিসেবে নয়, আলাদাভাবেই বীমাকৃতকে জানিয়ে দেওয়া হয়
IV. ওয়ারান্টি লঙ্ঘিত হলেও ক্লেইম প্রদান করা যায় যদি তা ঝুঁকির কোনো উপাদান না হয়

G. *এন্ডোর্সমেন্ট বা সত্যায়ন*

এ হলো নির্দিষ্ট বিপদগুলি কভার করে এবং অন্যগুলিকে বাইরে রেখে একটা স্ট্যান্ডার্ড ফর্মে পলিসিগুলি ইস্যু করা বীমাকারীর রীতি।

সংজ্ঞা

ইস্যু করার সময় যদি পলিসির নির্দিষ্ট কোনো শর্তাবলী পরিবর্তন করার দরকার পড়ে, একটা নথির মাধ্যমে সেই সংশোধন / পরিবর্তনগুলি করতে হয় যাকে বলা হয় এন্ডোর্সমেন্ট বা সত্যায়ন।

এটা পলিসির সঙ্গে সংযুক্ত থাকে এবং এটা এর অংশ হয়। পলিসি এবং এন্ডোর্সমেন্ট একযোগে চুক্তি গঠন করে। পলিসি চালুর সময় পরিবর্তন / সংশোধনগুলি রেকর্ড করার জন্য এন্ডোর্সমেন্ট ইস্যু করা যেতে পারে।

যেখানে বস্তুগত তথ্য পরিবর্তিত হয়, বীমাকৃতকেই বীমা কোম্পানিকে তা জানাতে হয় যাতে তিনি সেটার নোট নিতে পারেন এবং এন্ডোর্সমেন্টের মাধ্যমে বীমা চুক্তির অংশ হিসেবে সেটাকে অন্তর্ভুক্ত করতে পারেন।

একটা পলিসির অধীনে সাধারণভাবে যে সম্পর্কে এন্ডোর্সমেন্ট প্রয়োজন হয় সেগুলি হলো:

a) বীমাকৃত রাশির হেরফের / পরিবর্তন
b) একটা ঋণ নিয়ে ও ব্যাঙ্কে পলিসি জমা রাখার মাধ্যমে বীমাকৃত স্বার্থের পরিবর্তন।
c) অতিরিক্ত বিপদ কভার করতে / পলিসির মেয়াদ বাড়াতে বীমার সম্প্রসারণ
d) ঝুঁকির পরিবর্তন, যেমন একটা বিদেশ সফরের পলিসির ক্ষেত্রে গন্তব্যের পরিবর্তন
e) অন্য জায়গায় সম্পত্তির স্থানান্তর
f) বীমা বাতিল
g) নাম বা ঠিকানা প্রভৃতির পরিবর্তন

নমুনা এনডোর্সমেন্ট বা সত্যায়ন

নিদর্শন হিসেবে কয়েকটি এন্ডোর্সমেন্টের নমুনার বয়ান নিচে তুলে দেয়া হলো :

পলিসি বাতিল

বীমাকৃত অনুরোধ সাপেক্ষে এতদ্বারা <তারিখ> থেকে এই পলিসির বীমা বাতিল বলে ঘোষিত হলো। বীমাটি নয় মাসের বেশি সময় ধরে চালু ছিল, এর জন্য বীমাকৃতের কোনো টাকা ফেরত বকেয়া নেই।

<u>পলিসিতে অতিরিক্ত সদস্য কভারের সম্প্রসারণ</u> বীমাকৃতের অনুরোধ সাপেক্ষে, এতদ্বারা <তারিখ> থেকে বীমাকৃতের 5 বছর বয়সী কন্যা কুমারী রত্না মিস্ত্রিকে 3 লক্ষ টাকার বীমাকৃত রাশির এই পলিসিতে অন্তর্ভুক্ত করা হলো। বিবেচনাসাপেক্ষে, এর ফলে …………………..টাকার অতিরিক্ত প্রিমিয়াম এতদ্বারা বীমাকৃতকে ধার্য করা হলো।

নিজেকে যাচাই 6

পলিসির নির্দিষ্ট কোনো শর্তাবলী যদি ইস্যু করার সময় সংশোধন করার দরকার পড়ে, ___________মাধ্যমে সেই সংশোধনগুলি করা হয়।

I. ওয়ারান্টি
II. এন্ডোর্সমেন্ট
III. অল্টারেশন
IV. সংশোধন সম্ভব নয়

H. *পলিসির ব্যাখ্যা*

বীমার চুক্তি লিখিতভাবে প্রকাশিত হয় এবং বীমা পলিসির বয়ানের খসড়া করেন বীমাকারী। বিভিন্ন আদালতের প্রতিষ্ঠিত গঠন বা ব্যাখ্যার সুনির্দিষ্ট নীতি অনুযায়ী এই পলিসিগুলিকে ব্যাখ্যা করতে হবে। **গঠনের সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ নিয়ম হলো পক্ষগুলির উদ্দেশ্য অবশ্যই বিরাজ করবে এবং এই উদ্দেশ্য পলিসিতেও দেখা যাবে।** পলিসিটি যদি সন্দেহজনক উপায়ে ইস্যু করা হয়, আদালত তাহলে সাধারণ নীতি অনুযায়ী সেক্ষেত্রে বীমাকৃতের পক্ষেই এবং বীমাকারীর বিপক্ষে রায় দেবে, কারণ পলিসিটির খসড়া তৈরি করেছেন বীমাকারী।

নিম্নলিখিত নিয়ম অনুযায়ী **পলিসির বয়ানগুলি** বোঝা ও ব্যাখ্যা করা হয় :

a) যেখানে তা করার ক্ষেত্রে অসঙ্গতি থাকে সেখানে ছাড়া একটা প্রকাশিত বা লিখিত শর্ত একটা উহ্য শর্তকে অগ্রাহ্য করে।

b) স্ট্যান্ডার্ড ছাপানো ফর্ম ও টাইপ করা বা হাতে লেখা অংশের মধ্যে কোনো অসঙ্গতির ক্ষেত্রে টাইপ করা বা হাতে লেখা অংশকে একটা নির্দিষ্ট চুক্তিতে পার্টিগুলি তাদের অভিপ্রায় প্রকাশ করেছে বলেই ধরে নেওয়া হয় এবং সেগুলির অর্থই মূল ছাপানো শব্দগুলির অর্থকে অগ্রাহ্য করবে।

c) একটা এন্ডোর্সমেন্ট যদি চুক্তির অন্যান্য অংশের সঙ্গে বিসদৃশ হয়, তাহলে এন্ডোর্সমেন্টের অর্থই বিরাজ করবে কারণ সেটা পরের নথি।

d) ইটালিকে লেখা ধারাগুলি সাধারণ ছাপানো বয়ানকে অগ্রাহ্য করবে যেখানে সেগুলি অসঙ্গত।

e) পলিসির মার্জিনের মধ্যে ছাপানো বা টাইপ করা ধারাগুলিকে পলিসির বডিতে থাকা বয়ানের তুলনায় বাড়তি গুরুত্ব দেওয়া হয়।

f) পলিসির মার্জিনের মধ্যে ও বডির মধ্যে থাকা ধারাগুলিকে অগ্রাহ্য করে পলিসির সঙ্গে জুড়ে দেওয়া বা পেস্ট করা ধারাগুলি।

g) টাইপ করা বা রাবার স্ট্যাম্প মারা হাতে লেখা বয়ান ছাপানো শব্দগুলিকে অগ্রাহ্য করে।

h) টাইপ করা বা স্ট্যাম্পকৃত বয়ানের উপরে থাকে হাতে লেখা বয়ান।

i) অবশেষে, ব্যকরণ ও যতিচিহ্নের সাধারণ নিয়মগুলি প্রযোজ্য হয় যদি কোনো অস্পষ্টতা বা স্বচ্ছতার অভাব থাকে।

গুরুত্বপূর্ণ

1. পলিসির গঠন

একটা বীমা পলিসি হলো একটা বাণিজ্যিক চুক্তি এবং আদালত দ্বারা গৃহীত গঠন ও ব্যাখ্যার সাধারণ নিয়মগুলি বীমা চুক্তিতে প্রযোজ্য হবে যেমনটা অন্য চুক্তির ক্ষেত্রে হয়।

চুক্তির পক্ষগুলির উদ্দেশ্যই সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ, এটাই হলো গঠনের প্রধান নিয়ম। এই উদ্দেশ্যটা পলিসি নথি এবং প্রোপোজাল ফর্ম, ধারা, এন্ডোর্সমেন্ট, ওয়ারান্টি প্রভৃতি থেকেও সংগৃহীত হতেই হবে এবং এটাই চুক্তির একটা অংশ হবে।

2. বয়ানের অর্থ

ব্যবহৃত শব্দগুলিরও তাদের সাধারণ ও জনপ্রিয় অর্থেই ভাষান্তরিত হতে হবে। **ব্যবহার্য শব্দের অর্থ হলো সেই অর্থ যা রাস্তার সাধারণ মানুষেরও বোঝার উপযোগী হবে।**

অন্যদিকে, **যে শব্দগুলির একটা সাধারণ ব্যাবসায়িক বা বাণিজ্যিক অর্থ থাকে এখানেও সেই অর্থই ফুটে উঠবে যদি না বাক্যের বিষয়বস্তু অন্য কিছু ইঙ্গিত করে।** আইন দ্বারা সংজ্ঞায়িত শব্দগুলির সংজ্ঞাও আইন অনুযায়ী সংজ্ঞার অর্থই হবে।

বীমা পলিসিগুলিতে ব্যবহৃত বহু শব্দই পূর্ববর্তী আইনী রায় থেকে নেওয়া যা সাধারণভাবে প্রযোজ্য হবে। আবার, একটা উচ্চতর আদালতের রায়ও নিম্ন আদালতের রায়ের উপর সীমাবদ্ধ থাকবে। টেকনিকাল শব্দগুলিই অবশ্যই তাদের টেকনিকাল অর্থই দেবে, যদি না চুক্তিতে অন্য কোনো ইঙ্গিত থাকে।

I. *রিনিউয়াল নোটিস*

বেশিরভাগ নন-লাইফ বীমা পলিসিগুলিই বার্ষিক ভিত্তিতে ইস্যু করা হয়।

একটা বিশেষ দিনে তাঁর পলিসির মেয়াদ শেষ হয়ে যাচ্ছে একথা বীমাকৃতকে জানানোর বিষয়ে বীমাকারীর তরফে কোনো আইনী বাধ্যবাধকতা নেই। যদিও, সৌজন্য ও সুস্থ ব্যবসায়িক রীতি হিসেবে বীমাকারী পলিসির রিনিউয়াল আহ্বান করে মেয়াদ শেষ হওয়ার আগে আগাম একটা রিনিউয়াল নোটিস ইস্যু করে। সেই নোটিসে পলিসির যাবতীয় প্রাসঙ্গিক বিবরণ দেওয়া থাকে যেমন বীমাকৃত রাশি, বার্ষিক প্রিমিয়াম প্রভৃতি। এর সঙ্গে একটা নোট অন্তর্ভুক্ত করাও রীতি যেখানে বীমাকৃতকে পরামর্শ দেওয়া হয় যে ঝুঁকির কোনো রকম বস্তুগত পরিবর্তন হলে তা তাঁর জানানো উচিত।

বীমাকৃতের মনোযোগ সেই বিধিবদ্ধ শর্তের দিকেও আকর্ষণ করা হয় যে প্রিমিয়াম আগাম জমা না পড়লে কোনো ঝুঁকির দায়িত্বই নেওয়া যায় না।

নিজেকে যাচাই 7

রিনিউয়াল নোটিস সম্পর্কে নিচের বিবৃতিগুলির মধ্যে কোনটি সঠিক?

I. বিধি অনুযায়ী, পলিসির মেয়াদ শেষ হওয়ার 30দিন আগে বীমাকৃতকে একটা রিনিউয়াল নোটিস পাঠানোর আইনী বাধ্যবাধকতা থাকে বীমাকারীর

II. বিধি অনুযায়ী, পলিসির মেয়াদ শেষ হওয়ার 15দিন আগে বীমাকৃতকে একটা রিনিউয়াল নোটিস পাঠানোর আইনী বাধ্যবাধকতা থাকে বীমাকারীর

III. বিধি অনুযায়ী, পলিসির মেয়াদ শেষ হওয়ার 7দিন আগে বীমাকৃতকে একটা রিনিউয়াল নোটিস পাঠানোর আইনী বাধ্যবাধকতা থাকে বীমাকারীর

IV. বিধি অনুযায়ী, পলিসির মেয়াদ শেষ হওয়ার আগে বীমাকৃতকে একটা রিনিউয়াল নোটিস পাঠানোর কোনো আইনী বাধ্যবাধকতা নেই বীমাকারীর

J. ***মানি লন্ডারিং বিরোধী এবং 'নো ইওর কাস্টোমার' বা 'আপনার গ্রাহককে জানুন' নির্দেশিকা***

অপরাধীরা বেআইনী কার্যকলাপের মাধ্যমে পাওয়া অর্থ যে প্রক্রিয়ার মাধ্যমে আইনী অর্থে পরিণত করতে চায় তাকে বলা হয় মানি লন্ডারিং।

মানি লন্ডারিং হলো সেই প্রক্রিয়া যার মাধ্যমে অপরাধীরা প্রকৃত উৎস ও অপরাধমূলক কার্যকলাপ প্রক্রিয়ার মালিকানা গোপন রেখে তহবিল হস্তান্তর করে। এই প্রক্রিয়ার মাধ্যমে, অর্থ তার অপরাধ সত্বা খুইয়ে বৈধ হিসেবে দৃশ্যমান হয়।

অপরাধীরা তাদের টাকা লন্ডার করতে অর্থাৎ অবৈধভাবে পাওয়া টাকাকে বৈধ করতে ব্যাঙ্ক ও বীমা সহ আর্থিক পরিষেবাগুলিকে ব্যবহার করার চেষ্টা করে। ভুয়ো পরিচয় দিয়ে তাঁরা লেনদেন করে, যেমন, বীমার আকারে কিছু কিনে এবং তারপর সেই টাকা তুলে নেয় এবং তাদের উদ্দেশ্য পূরণ হয়ে গেলে দৃষ্টির বাইরে চলে যায়।

ভারত সহ বিশ্বজুড়েই সরকারী স্তরে এই ধরনের মানি লন্ডারিংয়ের প্রচেষ্টা পদক্ষেপ নেওয়ার চেষ্টা চলছে।

2002 সালে সরকার মানি লন্ডারিং প্রতিরোধ আইন প্রণয়ন করেছে। তারপরই আইআরডিএআই মানি-লন্ডারিং বিরোধী নির্দেশিকা জারি করেছে, সেখানে বীমা পরিষেবার অনুরোধকারী ক্রেতার সত্য পরিচয় নির্ধারণ করতে উপযুক্ত পদক্ষেপ সূচিত হয়েছে, সন্দেহজনক কোনো লেনদেন হলে তা রিপোর্ট করা এবং কেস সম্পর্কিত অথবা মানি লন্ডারিংয়ের সন্দেহ সম্পর্কিত যথাযথ রেকর্ড রাখার বিধানও রয়েছে।

নো ইওর কাস্টোমার নির্দেশিকা অনুযায়ী, নিম্নলিখিত নথিগুলি সংগ্রহ করে প্রত্যেক ক্রেতাকে যথাযথভাবে চিহ্নিত করা জরুরী:

1. ঠিকানা যাচাই
2. সাম্প্রতিক ফোটোগ্রাফ
3. আর্থিক অবস্থা
4. বীমা চুক্তির উদ্দেশ্য

তাই ব্যবসা আনার সময় ক্রেতার পরিচয় প্রতিষ্ঠিত করতে এজেন্টকে নথিগুলি সংগ্রহ করা জরুরী:

1. ব্যক্তির ক্ষেত্রে – আইডি ও ঠিকানার প্রমাণপত্র, প্যান নম্বর ও এনইএফটি উদ্দেশ্যে ব্যাঙ্কের পূর্ণাঙ্গ বিবরণ দিয়ে পুরো নাম, ঠিকানা ও যোগাযোগের নম্বর সংগ্রহ করা
2. কর্পোরেটের ক্ষেত্রে – সার্টিফিকেট অব ইনকর্পোরেশন, মেমোরেন্ডাম ও আর্টিকেলস অব অ্যাসোসিয়েশন, ব্যবসার লেনদেন করতে পাওয়ার অব অ্যাটর্নি, প্যান কার্ডের কপি সংগ্রহ করা
3. পার্টনারশিপ ফার্মের ক্ষেত্রে –রেজিস্ট্রেশন সার্টিফিকেট (রেজিস্ট্রিকৃত হলে), পার্টনারশিপ ডিড, ফার্মের তরফে ব্যবসায়িক লেনদেন চালানোর জন্য একজন পার্টনার বা ফার্মের একজন কর্মচারীকে মঞ্জুর করা পাওয়ার অব অ্যাটর্নি, এই ধরনের ব্যক্তির পরিচিতির প্রমাণপত্র সংগ্রহ করা
4. ট্রাস্ট ও ফাউন্ডেশনের ক্ষেত্রে- পার্টনারশিপের মতো একইরকম

এখানে নোট রাখা গুরুত্বপূর্ণ যে এই ধরনের তথ্য পণ্যের ক্রস-সেলিংয়েও সাহায্য করবে এবং এটা একা সহায়ক বিপণন সরঞ্জামও।

সারাংশ

a) দলিল রচনার প্রথম পর্যায় হলো প্রোপোজাল ফর্ম যার মাধ্যমে বীমাকৃত নিজের সম্পর্কে ও তাঁর কী বীমা করার প্রয়োজন তা জানায়

b) পলিসি শুরুর আগে থেকেই বস্তুগত তথ্য প্রকাশের কর্তব্য দেখা দেয়, এবং পলিসির গোটা মেয়াদজুড়েই তা বহাল থাকে

c) প্রোপোজাল ফর্মের শেষে বীমা কোম্পানিগুলি সাধারণত একটি ঘোষণা বা প্রজ্ঞাপন জুড়ে দেয়, যা প্রস্তাবককে স্বাক্ষর করতে হয়।

d) একটা প্রোপোজাল ফর্মের উপাদানগুলির মধ্য সাধারণত অন্তর্ভুক্ত থাকে:

i. প্রস্তাবকের পুরো নাম
ii. প্রস্তাবকের ঠিকানা ও যোগাযোগের বিবরণ
iii. স্বাস্থ্য বীমার ক্ষেত্রে ব্যাঙ্কের বিস্তারিত বিবরণ
iv. প্রস্তাবকের পেশা, বৃত্তি ও ব্যবসা
v. বীমার বস্তুগত বিষয়ের বিবরণ ও পরিচিতি
vi. বীমাকৃত রাশি
vii. পূর্ববর্তী ও বর্তমান বীমা
viii. লোকসানের অভিজ্ঞতা
ix. বীমাকৃত দ্বারা ঘোষণা বা প্রজ্ঞাপন

e) মধ্যস্থতাকারী হিসেবে কাজ করেন এমন একজন এজেন্টের দায়িত্ব থাকে ঝুঁকি সম্পর্কে বীমাকৃতের দেওয়া যাবতীয় বস্তুগত তথ্য বীমাকারীকে জানানো নিশ্চিত করতে।

f) প্রস্তাবনা খুঁটিয়ে পরীক্ষা করা ও তা গ্রহণ সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নেওয়ার প্রক্রিয়া আন্ডাররাইটিং নামে পরিচিত।

g) স্বাস্থ্য পলিসিতে বীমাকৃতকে একটা প্রস্পেক্টাসও দেওয়া হয় এবং প্রস্তাবে তাঁকে ঘোষণা করতে হয় যে তিনি এটা পড়েছেন এবং বুঝেছেন

h) প্রিমিয়াম হলো পারিশ্রমিক বা অর্থ যা একটা বীমা চুক্তির অধীনে বীমাকৃত বীমাকারীকে দেন বীমার বস্তুগত বিষয় বীমা করার জন্য।

i) নগদ, কোনো স্বীকৃত ব্যাঙ্কিং বিনিময় দলিল, পোস্টাল মানি অর্ডার, ক্রেডিট বা ডেবিট কার্ড, ইন্টারনেট, ই-ট্রান্সফার, ডাইরেক্ট ক্রেডিট বা অন্যান্য পদ্ধতিতে প্রিমিয়াম দেওয়া যায় যা কর্তৃপক্ষ সময়ে সময়ে অনুমোদন করে থাকে।

j) বীমার সারাংশপত্র বীমার একটা প্রমাণ যেখানে এটা লাগতে পারে

k) পলিসি হলো একটা আনুষ্ঠানিক নথি যা বীমার চুক্তির একটা প্রমাণপত্র।

l) ওয়ারান্টি হলো পলিসিতে স্পষ্টভাবে উল্লেখিত একটা শর্ত যা চুক্তির বৈধতার জন্য আক্ষরিকভাবে মেনে চলতে হয়।

m) পলিসির নির্দিষ্ট কোনো শর্তাবলী যদি ইস্যু করার সময় সংশোধন করার দরকার পড়ে, একটা নথির মাধ্যমে সেই সংশোধন / পরিবর্তনগুলি করতে হয় যাকে বলা হয় এন্ডোর্সমেন্ট বা সত্যায়ন।

n) গঠনের সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ নিয়ম হলো পক্ষগুলির উদ্দেশ্য অবশ্যই বিরাজ করবে এবং এই উদ্দেশ্য পলিসিতেও দেখা যাবে।

o) মানি লন্ডারিং মানে হলো অপরাধমূলক উপায়ে পাওয়া টাকাকে আইনী টাকায় রুপান্তর এবং বিশ্বজুড়ে ও ভারতে এর বিরুদ্ধে মোকাবিলার আইন চালু হয়েছে।

p) একজন এজেন্টকে নো ইওর কাস্টোমার নির্দেশিকা মেনে চলার দায়িত্ব পালন করতে হয় এবং এই নির্দেশিকা অনুযায়ী জরুরী কাগজপত্রগুলি নেওয়ার দায়িত্ব পালন করতে হবে।

মূল পরিভাষা

a) পলিসি ফর্ম
b) অগ্রিম প্রিমিয়াম প্রদান
c) বীমার শংসাপত্র
d) রিনিউয়াল নোটিস
e) ওয়ারান্টি
f) শর্ত
g) এন্ডোর্সমেন্ট বা সত্যায়ন
h) মানি লন্ডারিং
i) নো ইওর কাস্টোমার

অধ্যায় 4

স্বাস্থ্য বীমা পণ্য

অধ্যায়ের ভূমিকা

ভারতের বীমা কোম্পানিগুলি যে বিভিন্ন ধরণের স্বাস্থ্য বীমার প্রস্তাব দেয়, এই অধ্যায় সেসম্পর্কে আপনাকে একটি পূর্ণাঙ্গ ধারণা দেবে। শুধুমাত্র একটি পণ্য-মেডিক্লেম থেকে শুরু করে শতাধিক ভিন্ন ধরণের পণ্য, উপযুক্ত কভার খুঁজে নেওয়ার জন্য জন্য ক্রেতার কাছে রয়েছে বিরাট বিস্তৃত পছন্দ। এই অধ্যায়ে ব্যক্তি, পারিবারিক এবং গোষ্ঠীর জন্য রয়েছে এমন বিভিন্ন স্বাস্থ্য পণ্যের বৈশিষ্ট্যগুলি ব্যাখ্যা করা হয়েছে।

শিক্ষার ফলাফল

A. স্বাস্থ্য বীমা পণ্যের শ্রেণীবিভাগ
B. স্বাস্থ্য বীমার মান নির্ধারণে আইআরডিএ-র নির্দেশিকা
C. হাসপাতালে ভর্তির ক্ষতিপূরণ বীমা
D. টপ-আপ কভার বা হাই ডিডাক্টেবল বীমা প্ল্যান
E. বরিষ্ঠ নাগরিক পলিসি
F. স্থায়ী বেনিফিট কভার – হসপিটাল ক্যাশ, জটিল অসুখ
G. দীর্ঘ মেয়াদী পরিচর্যা পণ্য
H. কম্বি-প্রোডাক্ট
I. প্যাকেজ পলিসি
J. গরিব অংশের জন্য মাইক্রো বীমা ও স্বাস্থ্য বীমা
K. রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বীমা যোজনা
L. প্রধানমন্ত্রী সুরক্ষা বীমা যোজনা
M. প্রধানমন্ত্রী জনধন যোজনা
N. ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা ও বিকলাঙ্গতা কভার
O. বৈদেশিক ভ্রমণ বীমা
P. গ্রুপ স্বাস্থ্য কভার
Q. স্বাস্থ্য সেভিংস অ্যাকাউন্ট
R. স্বাস্থ্য বীমা পলিসির মূল ধারাগুলি
S. ফাইল করা ও নির্দেশিকা ব্যবহার করা

এই অধ্যায়টি পড়ার পর, আপনি সক্ষম হবেন:

a) স্বাস্থ্য বীমার বিভিন্ন শ্রেণীগুলি ব্যাখ্যা করতে
b) স্বাস্থ্য বীমার মান নির্ধারণে আইআরডিএ-এর নির্দেশিকা ব্যাখ্যা করতে
c) আজকের ভারতীয় বাজারে যতো ধরণের স্বাস্থ্য বীমা পাওয়া যায় সে বিষয়ে আলোচনা করতে
d) ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বীমা ব্যাখ্যা করতে

e) সমুদ্রপাড়ের ভ্রমণ বীমা আলোচনা করতে
f) স্বাস্থ্য নীতিতে মূল শর্তাবলী এবং ধারাগুলি বুঝতে
g) আইআরডিএ দ্বারা ইস্যু করা ফাইল এবং নির্দেশিকা সম্পর্কে জানতে।

A. *স্বাস্থ্য বীমা পণ্যের শ্রেণীবিভাগ*

1. স্বাস্থ্য বীমা পণ্যের ভূমিকা

আইআরডিএ-এর স্বাস্থ্য বীমা নিয়ন্ত্রণের সংজ্ঞায় স্বাস্থ্য কভার হলো নিম্নরূপ

সংজ্ঞা

''স্বাস্থ্য বীমা ব্যবসা'' অথবা ''স্বাস্থ্য কভার''-এর অর্থ হলো বীমা চুক্তির কার্যকারিতা যা অসুস্থতার সময় সুবিধা অথবা মেডিক্যাল, অস্ত্রোপচার অথবা হাসপাতালের খরচের সুবিধা, যার অন্তর্গত হলো আশ্বাসিত সুবিধা এবং দীর্ঘমেয়াদী যত্ন, ভ্রমণ বীমা এবং ব্যাক্তিগত দুর্ঘটনার সময়ের কভার।

ভারতীয় বাজারে যে ধরণের স্বাস্থ্য বীমা পণ্যগুলি পাওয়া যায় প্রকৃতিগতভাবে তার বেশির ভাগ হলো **হাসপাতালে ভর্তি করার পণ্য**। এই পণ্যগুলি হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময় একজন ব্যক্তির যে খরচগুলি হয় তাকে কভার করে। আবার, এই ধরণের খরচগুলি খুবই বেশি এবং অধিকাংশ সময়ই তা সাধারণ মানুষের নাগালের বাইরে হয়। তার কারণ হলো স্বাস্থ্যসেবার খরচ বেড়ে যাওয়া, অস্ত্রোপচারের প্রক্রিয়া, নতুন এবং আরো বেশি খরচসাপেক্ষ প্রযুক্তির বাজারে আসা এবং নতুন প্রজন্মের ওষুধের ধরণ। সত্যি বলতে, একজন ব্যক্তি আর্থিকভাবে সক্ষম হলেও সেই ব্যক্তির পক্ষেও স্বাস্থ্য বীমা ছাড়া এতো উচ্চ হারের খরচ সামলানো কঠিন হয়ে যাচ্ছে।

সেই কারণে, স্বাস্থ্য বীমা খুব গুরুত্বপূর্ণ মূলত দুটি কারণের জন্য:

- ✓ কোনো অসুস্থতার ক্ষেত্রে **মেডিক্যালের সুযোগ সুবিধা পেতে আর্থিক সহায়তা দেওয়া**।
- ✓ **একজন ব্যক্তির সঞ্চয়কে বাঁচিয়ে রাখা** যা হয়তো অসুস্থতার জন্য অন্যভাবে খরচ হয়ে যেতে পারে।

হাসপাতালে ভর্তি থাকার খরচের কভার দেওয়া প্রথম খুচরো স্বাস্থ্য বীমা পণ্য হলো-মেডিক্লেম- ১৯৮৬সালে ৪টি রাষ্ট্রায়ত্ত ক্ষেত্রের বীমাকারীরা এর প্রবর্তন করেছিল। এই কোম্পানিগুলি আরো কয়েকটি কভারের প্রবর্তন করেছিল যেমন প্রস্তাবকের অল্প বয়সে তাঁদের অবসর-পরবর্তী মেডিক্যাল খরচের জন্য ভবিষ্য আরোগ্য পলিসি, ভ্রমণ বীমার প্রস্তাবসহ ওভারসীজ মেডিক্লেম পলিসি এবং দরিদ্র মানুষের জন্য জন আরোগ্য বীমা পলিসি।

পরবর্তী সময়ে বেসরকারী ক্ষেত্রের বীমা কোম্পানির জন্য বীমা ক্ষেত্র উন্মুক্ত করা হয়, যার ফলে স্বাস্থ্য বীমা ক্ষেত্র সহ আরো বহু কোম্পানি এ ক্ষেত্রে প্রবেশ করে। তারফলে এই ব্যবসা আরো প্রসারিত হয়, এই কভারগুলিতে এলো আরো বহু সংখ্যক প্রকার এবং এলো আরো কয়েকটি নতুন কভারও।

বর্তমানে, স্বাস্থ্য বীমা ক্ষেত্রটি ব্যাপক পরিমাণে উন্নতি করেছে, স্বাস্থ্য বীমাকারীরা এবং জীবন বীমাকারীরা ছাড়াও প্রায় সব কটি সাধারণ বীমা কোম্পানি শতাধিক পণ্যের প্রস্তাব নিয়ে উপস্থিত

হয়েছে। যদিও, মেডিক্লেম পলিসির প্রাথমিক সুবিধার কাঠামো, যেমন, হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার খরচ, এখনো সর্বাধিক জনপ্রিয় ধরণের বীমা রয়ে গেছে।

ইনসুরেন্স রেগুলেটারি অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি (হেল্থ ইনসুরেন্স) রেগুলেশন, 2013 অনুযায়ী

1. জীবন বীমা কোম্পানিগুলি দীর্ঘ মেয়াদী স্বাস্থ্য বীমা পণ্যের প্রস্তাব দিতে পারে তবে তিন বছরের প্রত্যেক ব্লকের একটা ন্যুনতম মেয়াদের জন্য এই ধরনের পণ্যগুলির প্রিমিয়াম অপরিবর্তিত থাকবে, তারপর প্রিমিয়াম পুনর্বিবেচিত হতে পারে এবং প্রয়োজনমতো সংশোধিত হতে পারে।

2. নন-লাইফ এবং স্বতন্ত্র স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানিগুলিও ন্যুনতম এক বছর ও সর্বোচ্চ তিন বছরের মেয়াদে ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য বীমার প্রস্তাব দিতে পারে, তবে এক্ষেত্রে পুরো মেয়াদের জন্যই প্রিমিয়াম অপরিবর্তিত থাকবে।

2. স্বাস্থ্য নীতির বৈশিষ্ট্য

স্বাস্থ্য বীমা সাধারণত অসুস্থতা সংক্রান্ত লেনদেন করে এবং তারফলে অসুস্থতার জন্য যে খরচপাতি হয়েছে। মাঝে মাঝে, হয়তো ব্যক্তি এমন অসুখে আক্রান্ত হন যা ক্রনিক অথবা দীর্ঘকাল স্থায়ী, আজীবনের অথবা প্রতিদিনের জীবনধারণের কাজকর্মে প্রভাব ফেলতে পারে এবং কঠিন অসুখে। দুর্ঘটনাজনিত আঘাতের কারণেও অথবা দুর্ঘটনার কারণে যদি কোনোরকম বিকলাঙ্গতা দেখা দেয় তারজন্যও খরচাপাতি হতে পারে।

বিভিন্ন ধরণের ক্রেতার বিভিন্ন ধরণের জীবনশৈলী, খরচের ক্ষমতা এবং স্বাস্থ্যের অবস্থার কারণে তাঁদের চাহিদাও ভিন্ন রকমের হবে। প্রত্যেক ক্রেতা ক্ষেত্রের জন্য তাঁদের উপযুক্ত কেমন ধরণের পন্যের প্রস্তাব দেওয়া হবে তার নকশা করার সময় এই বিষয়গুলিও মনে রাখা প্রয়োজন। ক্রেতারা স্বাস্থ্যবীমা কেনার সময় চান তা যেন সুসংহত হয় যেটি তাঁদের সবরকম চাহিদাকে কভার করবে। একইসময়ে, বৃহত্তর গ্রহণযোগ্যতা এবং বৃহত্তর পরিমাণ অর্জন করার জন্য, স্বাস্থ্য বীমা পণ্যকে সাশ্রয়ী মূল্যের রাখা প্রয়োজন, ক্রেতাদের এবং যে দলটি এই পণ্যগুলিকে বাজারজাত করবে তাঁদের বোঝার জন্য যেন সেটি সহজ থাকে।

স্বাস্থ্য বীমা পণ্যের এই কয়েকটি কাম্য বৈশিষ্ট্য যা বীমা কোম্পানিগুলি ক্রেতাদের জন্য বিভিন্ন আকারে অর্জন করার চেষ্টা করে।

3. স্বাস্থ্য বীমা পণ্যের বিস্তৃত শ্রেণীকরণ

পণ্যের নকশা যেমনই হোক না কেন, স্বাস্থ্য বীমা পণ্যকে বিস্তৃতভাবে 3টিবিভাগে শ্রেণীকরণ করা যায়:

a) ক্ষতিপুরণের কভার

এই পণ্যগুলি স্বাস্থ্য বীমা বাজারের বৃহৎ অংশ গঠন করে এবং হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময় যে মেডিক্যাল খরচপাতি হয়েছে সেই সঠিক খরচটি বহন করে

b) স্থায়ী সুবিধা কভার

'হাসপাতালের ক্যাশ' হিসেবেও পরিচিত, এই পণ্যগুলি হাসপাতালে থাকার সময় প্রতিদিন একটি নির্দিষ্ট অঙ্কের টাকা দেয়। কিছু পণ্যের সঙ্গে অন্তর্গত করা থাকে নির্ধারিত মাত্রার অস্ত্রোপচারের সুবিধার মতো পণ্যও।

c) গুরুতর অসুস্থ্যার কভার

পূর্ব-বর্ণিত গুরুতর অসুস্থতা যেমন হৃদরোগ, স্ট্রোক, ক্যানসার ইত্যাদির মতো ঘটনার ক্ষেত্রে এটি হোলো পরিশোধের জন্য স্থায়ী সুবিধা পরিকল্পনা।

বিশ্ব জুড়ে স্বাস্থ্য এবং বিকলাঙ্গতার বীমা একসঙ্গেই করা হয় কিন্তু ভারতে, ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভারকে সাধারণত স্বাস্থ্য বীমা থেকে স্বাধীনভাবে বিক্রি করা হয়।

এমনকী দেশের বাইরে থাকাকলীন খরচাপাতিও স্বাস্থ্য বীমার মধ্যে সাধারণত অন্তর্ভুক্ত করা হয় না। এই উদ্দেশ্যে, অপর একটি পণ্য-ওভারসিজ স্বাস্থ্য বীমা ওরট্রাভেল-কেনার প্রয়োজনীয়তা আছে। শুধুমাত্র সাম্প্রতিক সময়ে, বেসরকারী বীমাকারীদের কিছু দামী স্বাস্থ্য বীমা পণ্যের মধ্যে নিয়মিত স্বাস্থ্য বীমা কভারের সঙ্গে অন্তর্ভুক্ত করা আছে ওভারসিজ বীমা কভার। এরজন্য অবশ্য কিছু নির্দিষ্ট শর্ত এবং শর্তাবলী প্রযোজ্য।

4. ক্রেতার ক্ষেত্র অনুযায়ী শ্রেণীকরণ

নির্দিষ্ট লক্ষ্যের ক্রেতা ক্ষেত্রকে মাথায় রেখেও পণ্যের পরিকল্পনা করা হয়। প্রতি ক্ষেত্রের জন্য সুবিধার কাঠামো, মূল্য নির্ধারণ, আন্ডাররাইটিং এবং মার্কেটিং যথেষ্ট ভিন্ন ধরণের। ক্রেতার ক্ষেত্রের ভিত্তিতে পণ্যের শ্রেণীকরণ হলো:

a) **ব্যক্তিগত কভার**-এর প্রস্তাব দেওয়া হয় খুচরো ক্রেতাদের এবং তাদের পরিবারের সদস্যদের

b) **গোষ্ঠী কভার**-এর প্রস্তাব দেওয়া হয় কর্পোরেট ক্লায়েন্টদের। যার অন্তর্গত হলেন কর্মচারী এবং গোষ্ঠী, কভার পেয়ে থাকেন তাদের সদস্যরাও

c) **সরকারী প্রকল্প** যেমন আরএসবিওয়াই-এর মতো মাস পলিসি যেখানে জনসংখ্যার অত্যন্ত দরিদ্র অংশ কভার পান।

B. স্বাস্থ্য বীমার মান নির্ধারণে আইআরডিএ-র নির্দেশিকা

এখন বীমাকারীর সংখ্যা অনেক বেড়ে গেছে। তারা বিভিন্ন ধরণের পণ্যের প্রস্তাব নিয়ে আসছে। সেই পণ্যগুলির বিভিন্ন বর্ণনা এবং তাদের নানা ধরণের শর্ত এবং বর্জনের ফলে, বাজারে বিভ্রান্তি তৈরি হয়েছিল। ক্রেতাদের পক্ষে পণ্যগুলির তুলনা করা এবং থার্ড পার্টি প্রশাসকের পক্ষে একেকটি কোম্পানির পণ্যের প্রেক্ষিতে ক্লেইম দেওয়ার বিষয়টি অত্যন্ত জটিল হয়ে গিয়েছিল। তার উপর, জটিল অসুস্থতার নীতিতে, কোনো স্পষ্ট নীতি ছিল না যে কোনটি জটিল অসুখ বা কোনটি নয়। স্বাস্থ্য বীমা শিল্পের জন্য বৈদ্যুতিন ডেটা রক্ষণাবেক্ষণ করাও খুব কঠিন হয়ে যাচ্ছিল।

বীমাকারী, পরিষেবা প্রদানকারী, টিপিএ–রা এবং হাসপাতালগুলি এবং বীমাকারী জনগনের অভিযোগ সংক্রান্ত বিভ্রান্তি কাটানোর জন্য, আইআরডিএ, পরিষেবা প্রদানকারীরা, হাসপাতালগুলি, ফেডারেশন অব চেম্বার অব কমার্স অ্যান্ড ইন্ডাস্ট্রি'র স্বাস্থ্য পরামর্শ কমিটি একসঙ্গে বৈঠকে বসে স্বাস্থ্য বীমায় কোনো এক ধরণের মান নির্ধারণ করে দেওয়ার জন্য। একটি সাধারণ বোঝাপড়ার ভিত্তিতে, আইআরডিএ ২০১৩সালে স্বাসথ্য বীমায় নির্দিষ্ট মান নির্ধারণের জন্য নির্দেশিকা জারি করে।

মান নির্ধারণের জন্য এখন জারি করা নির্দেশিকায়:

1. বীমার পরিভাষায় সাধারণভাবে ব্যবহৃত সংজ্ঞা
2. জটিল অসুখের সংজ্ঞা
3. হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময় ক্ষতিপূরণ নীতির আওতা থেকে যে বস্তুগুলি বাদ তার তালিকা
4. ক্লেইম ফর্ম এবং প্রাক–অনুমোদিত ফর্ম
5. বিল করার পদ্ধতি
6. হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার সময়ের সংক্ষিপ্তসার
7. টিপিএগুলি, বীমাকারী এবং হাসপাতালের মধ্যে পাকা চুক্তি
8. নতুন পলিসির জন্য আইআরডিএ পাওয়ার জন্য মাপকাঠিকৃত ফাইল এবং ব্যবহাররের পদ্ধতি

স্বাস্থ্য প্রদানকারী এবং বীমা শিল্পের পরিষেবার মানোন্নয়নের দিকে এটি একটি বিরাট বড় পদক্ষেপ এবং এটি স্বাস্থ্য ও স্বাস্থ্য বীমার ডেটা সংগ্রহে অর্থপূর্ণ সাহায্য করবে।

C. হাসপাতালে ভর্তির ক্ষতিপূরণ পণ্য

একটি ক্ষতিপুরণ ভিত্তিক স্বাস্থ্য বীমা পলিসি হলো ভারতের মধ্যে সবচেয়ে প্রচলিত এবং সর্বাধিক বিক্রিত স্বাস্থ্য বীমা পণ্য। পিএসইউ-র বীমাকারীদের দ্বারা আশিতে যে **মেডিক্লেইম পলিসি** নিয়ে আসা হয়েছিল, সেটিই একদম গোড়ার দিকের মন সম্পন্ন স্বাস্থ্য পণ্য এবং দীর্ঘ সময় বাজারে উপলব্ধ একমাত্র পণ্য ছিল। যদিও এই পণ্য, অল্প কিছু পরিবর্তন করে, বিভিন্ন বীমাকারীরা ভিন্ন ব্র্যান্ড নামের অধীনে বাজারে প্রচলন করছে। তবুও দেশের মধ্যে এখনও মেডিক্লেইমই সর্বাধিক বিক্রিত স্বাস্থ্য বীমা।

হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময় ক্ষতিপূরণের পণ্যগুলি হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ে যে খরচপাতি করার প্রয়োজন হয় তার থেকে ব্যক্তিকে সুরক্ষা দেয়। অধিকাংশ ঘটনার ক্ষেত্রে, তারা হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের নির্দিষ্ট কিছু দিন আগে এবং পরের কভারও দিয়ে থাকে, কিন্তু হাসপাতালে ভর্তি থাকার সঙ্গে যুক্ত নয় এমন সব খরচ এর থেকে বাদ থাকে।

এমন কভার দেওয়া হয়ে থাকে 'ক্ষতিপুরণ'-এর ভিত্তিতে, যা, ভালো অংশ কভার করে অথবা যাবতীয় খরচপাতি যা ঘটেছে অথবা হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময় যে পরিমাণ অর্থ খরচ করা হয়েছে। এটি হয়তো 'সুবিধা'র ভিত্তিতে বীমা কভারেজের বিপরীত হতে পারে, যেখানে নির্দিষ্ট ঘটনা (যেমন হাসপাতালে ভর্তি থাকা, জটিল অসুস্থতার রোগ নির্ণয় অথবা ভর্তি থাকার প্রতিদিন) ঘটার সময় যে পরিমাণটি দেওয়া হবে, সেটি বীমা পলিসিতে যেমন উল্লেখ করা আছে সেরকম এবং তার সঙ্গে আসলে যে খরচ হয়েছে সেটির কোনো সম্পর্ক নেই।

উদাহরণ

স্ত্রী এবং ১৪বছরের পুত্র সন্তানকে নিয়ে রঘুর ছোটো সংসার। একটি স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানির কাছ থেকে তিনি একটি মেডিক্লেইম পলিসি গ্রহণ করেছেন, তাঁর পরিবারের সব সদস্যই যার অধীনে কভার পাবে। প্রত্যকের জন্য ১লক্ষ টাকার ব্যক্তিগত কভারসহ এই বীমা তিনি করেছেন। হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময় তাঁদের প্রত্যেকে মেডিক্যাল খরচপাতির জন্য ১লক্ষ টাকা পর্যন্ত পাবেন।

হৃদরোগে আক্রান্ত হওয়ার কারণে রঘু হাসপাতালে ভর্তি হলেন এবং তাঁর অস্ত্রোপচারের প্রয়োজন। মেডিক্যাল বিল হলো ১.২৫লক্ষ টাকা পর্যন্ত। বীমা কোম্পানি পরিকল্পনার কভারেজ অনুযায়ী দিল ১লক্ষ টাকা এবং রঘু তাঁর নিজের পকেট থেকে বাকি ২৫,হাজার টাকা দিতে বাধ্য হলেন।

ক্ষতিপুরণ ভিত্তিক মেডিক্লেইম পলিসির প্রধান বৈশিষ্ট্য বিস্তারিতভাবে নিচে দেওয়া হলো, **যদিও কভারের বিভিন্ন সীমা, অতিরিক্ত বর্জন অথবা সুবিধা অথবা কিছু সংযোজন পণ্যের ক্ষেত্রে যা বীমাকারীরা বাজারে নিয়ে আসছে প্রয়োগ করা হতে পারে**। ছাত্রকে পরামর্শ দেওয়া হচ্ছে যে নিম্নলিখিত পণ্য সম্পর্কে শুধুমাত্র একটি বৃহৎ ভাবনা এবং তিনি নির্দিষ্ট যে বীমাকারীর পণ্য সম্পর্কে আরো বেশি জানতে ইচ্ছুক সেক্ষেত্রে তাঁকে অবশ্যই নিজেকে সেবিষয়ে পরিচিত করিয়ে নিতে হবে। তাঁর আরো **প্রয়োজন হলো কিছু মেডিক্যাল পরিভাষা যা ব্যবহার করা হতে পারে, সেই সম্পর্কে নিজের জ্ঞান অর্জন করে নেওয়া।**

1. ইনপেশেন্ট হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের খরচ

অসুস্থতা/দুর্ঘটনার ফলে হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ে যে ব্যয় হয়েছে একটি ক্ষতিপুরণ পলিসিতে বীমাকৃতকে সেই খরচ দেওয়া হয়।

সব ব্যয় হয়তো বহনযোগ্য নয় এবং অধিকাংশ পণ্য যে খরচগুলি কভার করে তা নির্ধারণ করে সাধারণভাবে যার অন্তর্ভুক্ত হলো:

i. হাসপাতাল/নার্সিং হোম যেমন ঘর, থাকা এবং নার্সিংয়ের খরচ দিয়েছে। এর অন্তর্ভুক্ত হলো নার্সিংয়ের যন্ত্র, আরএমও-র চার্জ, আইভি ফ্লুইড/রক্ত বহন/ইঞ্জেকশন দেওয়ার চার্জ এবং একইরকম খরচ।

ii. ইনটেনসিভ কেয়ার ইউনিট (আইসিইউ)-এর খরচ

iii. শল্য চিকিৎসক, অ্যানাস্থেসিস্ট, চিকিৎসক, পরামর্শকারী, বিশেষজ্ঞের ফি

iv. অ্যানাস্থেটিক, রক্ত, অক্সিজেন, অপারেশন থিয়েটারের চার্জ, শল্য চিকিৎসার প্রয়োজনীয় যন্ত্রপাতি

v. মেডিসিন এবং ড্রাগস

vi. ডায়ালিসিস, কেমোথেরাপি, রেডিওথেরাপি

vii. পেসমেকার, অস্থি স্থাপন, ইনফ্রা কার্ডিয়াক ভালভের প্রতিস্থাপন, ভাসকুলার স্টেনটসের মতো শল্য চিকিৎসার প্রক্রিয়ায় যে কৃত্রিম যন্ত্র প্রতিস্থাপন করা হয় তার খরচ

viii. চিকিৎসার সঙ্গে যুক্ত প্রাসঙ্গিক ল্যাবরেটরি/ডায়াগনস্টিক পরীক্ষা এবং অন্যান্য মেডিক্যাল খরচপাতি

ix. বীমাকৃতের যদি কোনো অঙ্গ প্রতিস্থাপন করা হয় তবে দাতার হাসপাতালে ভর্তি থাকার জন্য (অঙ্গটির খরচ বাদে) যে খরচ হবে

একটি নিয়মিত হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের ক্ষতিপুরণ পলিসি শুধুমাত্র তখনই কভার দেয় যদি বীমাকৃত ২৪ঘন্টা বা তার বেশি সময় হাসপাতালে ভর্তি থাকেন। যদিও, অনেক অস্ত্রোপচারের ক্ষেত্রে চিকিৎসা প্রযুক্তি, চিকিৎসার প্রক্রিয়ার এতোটাই উন্নতি হয়েছে যে তারজন্য হাসপাতালে ভর্তি থাকার প্রয়োজন হয় না। বর্তমানে যেমন ডে-কেয়ার প্রক্রিয়াগুলি, পৃথক পৃথক ঘটনা অনুযায়ী সেগুলি বিশেষ ডে-কেয়ার সেন্টার বা হাসপাতালেই পরিচালনা করা যেতে পারে। চোখের অস্ত্রোপচার, কেমোথেরাপি; ডায়ালিসিস, ইত্যাদির মতো চিকিৎসাকে ড-কেয়ার অস্ত্রোপচারের তালিকার অধীনে শ্রেনীকরণ করা যায় এবং এই তালিকা ক্রমান্বয়ে বেড়েই চলেছে। এইগুলিও পলিসির অধীনে কভার করা হয়।

বহির্বিভাগে দেখানে রোগীদের খরচের কভারের বিষয়টি এখনো ভারতে খুবই সীমাবদ্ধ, খুব কম সংখ্যক পণ্যই রয়েছে যা ওপিডি-র জন্যও কভার দিয়ে থাকে। যদিও, কিছু পরিকল্পনা রয়েছে যেখানে বহির্বিভাগে চিকিৎসার কভার দেওয়া হয় এবং তারসঙ্গে যুক্ত চিকিৎসকের ভিজিট, নিয়মিত মেডিক্যাল পরীক্ষা, দাঁত এবং ফার্মেসির খরচও এই কভারের আওতায় পড়ে।

2. হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের প্রাক এবং পরবর্তী খরচ

i. হাসপাতালে ভর্তির প্রাক খরচ

হাসপাতালে ভর্তি হয় আপৎকালীন অথবা পরিকল্পিত হয়। যদি রোগী পরিকল্পিত অস্ত্রোপচারের জন্য যায়, তাহলে তাঁর হাসপাতালে ভর্তির আগে কিছু খরচ হয়ে থাকে।

সংজ্ঞা

আইআরডিএ স্বাস্থ্য বীমা মান নির্ধারণকারী নির্দেশিকায় প্রাক-হাসপাতালের খরচকে বর্ণনা করা আছে এমনভাবে:

বীমাকৃত ব্যক্তির হাসপাতালে ভর্তির ঠিক আগে যে চিকিৎসাগত খরচ হয়ে থাকে, যদি সেটি :

a) এই চিকিৎসাগত খরচগুলি করা হয়েছে ঠিক যে কারণে বীমাকৃত ব্যক্তিকে হাসপাতালে ভর্তি করা হচ্ছে সেই একই কারণে, এবং

b) এমন হাসপাতালে ভর্তি থাকার ক্ষেত্রে ইন-পেশেন্ট হাসপাতালে ভর্তি থাকা বীমা কোম্পানি অনুমোদন করে।

প্রাক হাসপাতালে ভর্তি থাকার খরচের অন্তর্ভুক্ত হতে পারে পরীক্ষা, ওষুধ, চিকিৎসকের ফি ইত্যাদি। এই ধরণের প্রাসঙ্গিক খরচ এবং হাসপাতালে ভর্তি থাকার সঙ্গে যুক্ত বিষয়গুলি স্বাস্থ্য নীতির অধীনে কভার পাওয়া যায়।

ii. হাসপাতালে ভর্তি থাকার পরবর্তী খরচ

হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়, অধিকাংশ ঘটনার ক্ষেত্রে পুনরুদ্ধার এবং ফলো আপ সংক্রান্ত খরচ হতে পারে।

সংজ্ঞা

হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার পরই বীমাকৃত ব্যক্তির চিকিৎসাগত খরচপাতি হয়ে থাকে, যদি সেটি:

a) বীমাকৃত ব্যক্তির ঠিক যে কারণে হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার প্রয়োজন হয়েছিল ঠিক সেরকম কারণেই এমন চিকিৎসাগত খরচ হলে, এবং

b) এরকম হাসপাতালে ভর্তি থাকার ক্লেইমে ইন-পেশেন্টের হাসপাতালে ভর্তি থাকার খরচ বীমা কোম্পানি অনুমোদন দিয়ে থাকে।

হাসপাতালে ভর্তি থাকার পরে একটি নির্দিষ্ট সময়সীমা পর্যন্ত চিকিৎসাগত যে প্রাসঙ্গিক খরচ হয় সেটাই হাসপাতালে ভর্তি থাকার পরবর্তী খরচ এবং তাকেই ক্লেইমের অংশ হিসেবে বিবেচনা করা হতে পারে।

ওষুধ, ড্রাগ, চিকিৎসকের পর্যালোচনা ইত্যাদির আকারে যে হাসপাতালে ভর্তি থাকার পরবর্তী খরচ হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার পর হতে পারে।এই খরচের সঙ্গে অবশ্যই সঙ্গতি থাকতে হবে হাসপাতালে থাকার সময়ের চিকিৎসার সঙ্গে এবং সেটিকে স্বাস্থ্য পলিসির অধীনে কভার হতে হবে।

যদিও হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের প্রাক এবং পরবর্তী খরচ কভার করার সময়সীমার মধ্যে বীমাকারী থেকে বীমাকারী পার্থক্য হতে পারে, কিন্তু সবচেয়ে প্রচলিত হলো **হাসপাতালে ভর্তি থাকার প্রাক তিরিশ দিন এবং পরবর্তী ষাট দিন** পর্যন্ত কভার পাওয়া যায়।

পলিসির অধীনে যে কভার দেওয়ার অনুমোদন রয়েছে সেই সার্বিক বীমাকৃত রাশির অংশ হিসেবেই হাসপাতালে ভর্তি থাকার প্রাক এবং পরবর্তী খরচ দেওয়া হয়।

a) ডমিসিলিয়ারি হসপিটালাইজেশন

পলিসিধারকরা যদিও সাধারণত এই সুবিধাটি ব্যবহার করেন না, একটি ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য পলিসিতে এমনও ব্যবস্থা করা আছে যে হাসপাতালে ভর্তি না করেও বাড়িতে থেকেই যে চিকিৎসা করা হবে তার খরচ বহন করা হবে। যদিও, এর শর্ত হলো অসুস্থতাটির জন্য হাসপাতালে ভর্তি থাকারই প্রয়োজন আছে, কিন্তু রোগীর অবস্থাটি এমন যে তাঁকে হাসপাতালে স্থানান্তর করা সম্ভব হচ্ছে না অথবা হাসপাতালে স্থানসঙ্কুলানের জন্য তাঁকে ভর্তি করা সম্ভব হচ্ছে না।

এই কভারে **সাধারণত তিন থেকে পাঁচ দিনের** বাড়তি দফা থাকে যার অর্থ হলো প্রথম তিন থেকে পাঁচদিনের চিকিৎসার খরচ বীমাকৃতকেই বহন করতে হবে। নির্দিষ্ট কয়েকটি ক্রনিক অথবা প্রচলিত অসুস্থতা যেমন হাঁপানি, ব্রঙ্কাইটিস, ক্রনিক নেফ্রাইটিস এবং নেফ্রাইটিক সিন্ড্রোম, ডায়েরিয়া এবং গ্যাসট্রোএনটেরাইটিস সহ সব ধরণের ডিসেন্ট্রি, ডায়াবেটিস মেলিটাস এপিলেপসি, হাইপারটেনশন, ইনফ্লুয়েঞ্জা, কাশি এবং সর্দি, জ্বরের মতো অসুখের চিকিৎসা ডমিসিলিয়ারি ট্রিটমেন্টের আওতা থেকে বাদ রাখা হয়েছে।

b) প্রচলিত বর্জন

হাসপাতালে ভর্তি থাকাকালীন ক্ষতিপুরণ পলিসির অদীনে কিছু প্রচলিত বর্জনগুলি নিচে দেওয়া হলো : স্বাস্থ্য বীমার মান নির্ধারণে আইআরডিএ-র নির্দেশিকা, বিশেষ করে পরিশিষ্ট IV-এ বিস্তারিতভাবে প্রস্তাবিত ব্যতিক্রমের ভিত্তিতেই এগুলি হয়। আইআরডিএআই ওয়েবসাইটে প্রাপ্ত নির্দেশিকার সঙ্গে নিজেকে ভালো ভাবে পরিচিত করাতে পরামর্শ দেওয়া হচ্ছে ছাত্রদের।

অবশ্যই একথা উল্লেখ করতে হবে যে ফাইল অ্যান্ড ইউজ অনুমোদিত শর্তাবলী অনুযায়ী যদি কোনো বর্জনকে ছাড় দেওয়া হয় এবং কোনো অতিরিক্ত বর্জন চাপানো নয়, তাহলে কাস্টোমার ইনফর্মেশন শিট ও পলিসিতে আলাদাভাবে সেকথা উল্লেখ করতেই হবে।

1. পূর্ব-উপস্থিত অসুখ

ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য পরিকল্পনার অধীনে এটি প্রায় সুনিশ্চিতভাবেই বাদ থাকে নতুবা যেহেতু এর অর্থ হলো নিশ্চিত অসুস্থতাকে কভার দেওয়া যা বীমাকারীর পক্ষে অত্যন্ত ঝুঁকির বিষয় হিসেবে প্রতিপন্ন হতো। স্বাস্থ্য পলিসি গ্রহণ করার সময় কভারের আওতায় আসা প্রত্যেক বীমাকৃত ব্যক্তিকেই অন্যতম গুরুত্বপূর্ণ বিষয় যা প্রকাশ্যে জানাতে হবে তা হলো তাঁর কোনো পূর্ব অসুস্থতা/আঘাতের ইতিহাস রয়েছে কী না। এটিই বীমাকারীকে সাহায্য করবে বীমার প্রস্তাবটি গ্রহণ করা হবে কী না তা স্থির করতে।

সংজ্ঞা

পূর্ব-উপস্থিত সম্পর্কে আইআরডিএ-এর মান নির্ধারণকারী বর্ণনা হলো এমন

''এমন যে কোনো অবস্থা, অসুস্থতা অথবা আঘাত অথবা তারসঙ্গে সম্পর্কিত অবস্থা(গুলি) যারজন্য বীমাকারীর দ্বারা প্রথম পলিসির অনুমোদন করার ৪৮মাস আগে যার লক্ষণ বা চিহ্ন ছিল এবং/অথবা সেটি নির্নয় করা হয়েছে, এবং/অথবা তারজন্য চিকিৎসাগত পরামর্শ/চিকিৎসা লাভ করেছেন।''

বহিষ্কৃতটি হলো: কোম্পানির সঙ্গে সেই মহিলা/পুরুষের প্রথম পলিসি হওয়ার সময় থেকে, পলিসিতে বর্ণনা করা এমন যে কোনো ধরণের পূর্ব-উপস্থিত অবস্থা যা ৪৮মাস পর্যন্ত লাগাতার বীমাকৃত ব্যক্তি

---

1. ওজন নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচী/সরবরাহ/পরিষেবা
2. চশমা/কন্টাক্ট লেন্স/হিয়ারিং এইড বা শ্রবণ সহায়িকা প্রভৃতির খরচ
3. দাঁতের চিকিৎসার খরচ যার জন্য হাসপাতালে ভর্তি হতে হয় না
4. হর্মোন প্রতিস্থাপন
5. হোম ভিজিট চার্জ
6. বন্ধ্যাত্ব/সাবফার্টিলিটি/সহায়তায় গর্ভধারণ পদ্ধতি
7. অতিস্থূলতা (মরবিড অবেসিটি সহ)-র চিকিৎসা
8. সাইকিয়াট্রিক ও সাইকোসোম্যাটিক সমস্যা
9. প্রতিসরণজনিত ত্রুটির সংশোধনী অস্ত্রোপচার
10. যৌন রোগের চিকিৎসা
11. দাতা বাছাইয়ের চার্জ
12. অ্যাডমিশন/রেজিস্ট্রেশন চার্জ
13. মূল্যায়ন/রোগ নির্ণয়ের উদ্দেশ্যে হাসপাতালে ভর্তি
14. যে রোগের জন্য ভর্তি হয়েছে বা যে রোগ নির্ণয় হয়েছে তার সঙ্গে প্রাসঙ্গিক নয় এমন ইনভেস্টিগেশন/চিকিৎসার খরচ
15. রোগী যখন রেটেরো ভাইরাস নির্ণয় হয় এবং/অথবা এইচআইভি/এইডস প্রভৃতিতে ভোগেন, তার সঙ্গে প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে সনাক্ত যে কোনো খরচ
16. স্টেম সেল প্রতিস্থাপন / অস্ত্রোপচার এবং মজুত করা
17. যুদ্ধ ও পারমাণবিক সংক্রান্ত কারণগুলি
18. রেজিস্ট্রেশন চার্জ, অ্যাডমিশন ফি, টেলিফোন, টেলিভিশনের খরচ, প্রসাধন প্রভৃতির মতো সমস্ত নন-মেডিক্যাল আইটেম
19. কোনো ক্লেইম করার জন্য বেশিরভাগ পলিসিতেই সাধারণভাবে পলিসি শুরুর থেকে 30দিনের একটা অপেক্ষমান পর্ব প্রযোজ্য হয়। এটা অবশ্য একটা দুর্ঘটনার কারণে হাসপাতালে ভর্তির ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হবে না।

উদাহরণ

হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের খরচপাতির কভারের জন্য মীরা একটি স্বাস্থ্য বীমা পলিসি করিয়েছিলেন। পলিসিতে একটি শর্ত ছিল ৩০দিনের প্রাথমিক অপেক্ষার সময়পর্বের।

দুর্ভাগ্যজনকভাবে, তিনি পলিসিটি গ্রহণ করার ২০দিন পর, মীরার ম্যালেরিয়া হলো এবং ৫দিনের জন্য তাঁকে হাসপাতালে ভর্তি থাকতে হলো। তাঁকে বিরাট পরিমাণে হাসপাতালের বিল মেটাতে হলো।

যখন তিনি বীমা কোম্পানির কাছে তাঁর ব্যয় সম্পর্কে পরিশোধের জন্য বললেন, তাঁরা ক্লেইমটির পেমেন্ট দিতে অস্বীকার করলো। কারণ হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার ঘটনাটি ঘটেছিল পলিসি গ্রহণ করার দিন থেকে ৩০দিনের অপেক্ষার সময়পর্বের মধ্যেই।

i. **অপেক্ষার সময় :** এটি এমন রোগের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য যার জন্য সাধারণ চিকিৎসা পিছিয়ে দেওয়া এবং পরিকল্পনা করা যেতে পারে। পণ্যের উপর নির্ভর করে, অপেক্ষার সময়

এক/দুই/তিন বছর পর্যন্ত প্রযোজ্য হতে পারে। সেই রোগগুলি হলো ছানি, বিনাইন প্রস্ট্যাটিক হাইপারট্রফি, মেনোরোজিয়া অথবা ফাইব্রোমায়োমার কারণে হিস্টেরেকটমি, হার্নিয়া, হাইড্রোসিল, কনজেনিটাল ইন্টারনাল রোগ, মলদ্বারে ফিসচুলা, অর্শ, সাইনাইটিস এবং তারসঙ্গে সম্পর্কিত রোগ, গলব্লাডার থেকে পাথর সরানো, গাউট এবং বাত, ক্যালকুলাস রোগ, গাউট এবং বাত, বয়সজনিত কারণে অস্টিওআর্থারাইটিস, অস্টিওপোরোসিস।

c) উপলব্ধ কভারেজের বাছাই

i. ব্যক্তিগত কভারেজ

বীমাকৃত একজন ব্যক্তি নিজেকে এবং তারসঙ্গে তাঁর পরিবারের সদস্য যেমন স্ত্রী, নির্ভরশীল সন্তান, নির্ভরশীল মা-বাবা, নির্ভরশীল শ্বশুর বা শাশুড়ি, নির্ভরশীল ভাই বা বোন ইত্যাদির জন্যও কভার পেতে পারেন। কিছু বীমাকারী আছেন যাঁদের কোনো বাধ্যবাধকতা নেই যে কোন নির্ভরশীলরা কভার পেতে পারেন। এমন নির্ভরশীল প্রত্যেকের জন্য একটি মাত্র পলিসির অধীনে কভার করা সম্ভব। শুধুমাত্র প্রতি বীমাকৃত ব্যক্তির জন্য পৃথক বীমাকৃত রাশি নির্দিষ্ট করতে হবে। এই ধরণের কভারে, পলিসিটি চলাকালীন প্রতি বীমাকৃত ব্যক্তি তাঁর জন্য নির্ধারিত বীমাকৃত রাশির সর্বাধিক পর্যন্ত ক্লেইম করতে পারেন। প্রতি বীমাকৃত ব্যক্তির জন্য তাঁর বয়স এবং যে পরিমাণ বীমাকৃত রাশি নির্বাচন করা হয়েছে এবং অন্যান্য রেটিং ফ্যাক্টর অনুযায়ী প্রিমিয়াম ধার্য করা হবে।

ii. পারিবারিক ফ্লোটার

পারিবারিক ফ্লোটার পলিসি হিসেবে পরিচিত বিকল্পে, স্ত্রী, নির্ভরশীল সন্তানরা এবং নির্ভরশীল মা-বাবাকে একটি একক বীমাকৃত রাশির প্রস্তাব দেওয়া হয় যা গোটা পরিবারের মধ্যেই ফ্লোট করবে।

উদাহরণ

একটি চারজনের পরিবার যদি ৫লক্ষ টাকার একটি ফ্লোটার পলিসি নেয়, এর অর্থ হলো পলিসিটি চলাকালীন সময়ে, পরিবারের একজনের বেশি সদস্যের ক্লেইম সংক্রান্ত দাবি মেটাবে অথবা একটি পরিবারের একজন সদস্যের বহু দাবি সংক্রান্ত ক্লেইম মেটাবে। এই সবকিছু মিলিয়ে কোনোভাবেই তা ৫লক্ষ টাকার বেশি কভারেজ হবে না। বীমার জন্য প্রস্তাবিত পরিবারের সবচেয়ে বেশি বয়সের ব্যক্তির বয়সের ভিত্তিতেই সাধারণত প্রিমিয়াম ধার্য করা হবে।

এই পলিসিগুলির অধীনে কভার এবং বাদ দেওয়ার বিষয়গুলি একইরকম হবে। বাজারে পারিবারিক ফ্লোটার পলিসিগুলি জনপ্রিয় হয়ে উঠছে। কারণ একটি সার্বিক বীমাকৃত রাশির অধীনে গোটা পরিবার কভার পেয়ে যায়। যুক্তিসঙ্গত প্রিমিয়ামে উচ্চতর স্তরে যা বাছাই করা যেতে পারে।

d) বিশেষ বৈশিষ্ট্য

আগের যে মেডিক্লেইম পণ্যগুলি ছিল তার অধীনে প্রাথমিক ক্ষতিপূরণের যে প্রস্তাবের সঙ্গে চলতি কভারেজে বেশ কিছু পরিবর্তন এবং নতুন মূল্য যুক্ত বৈশিষ্ট্য যোগ করা হয়েছে। আমাদের অবশ্যই এরকম কিছু পরিবর্তন নিয়ে আলোচনা করতে হবে। এটি মনে রাখা দরকার যে সব

কটি পণ্য নিম্নে উল্লিখিত সব কটি বৈশিষ্ট্য বহন করবে না, এবং এটি বীমাকারী থেকে বীমাকারী এবং পণ্য থেকে পণ্যের মধ্যে পার্থক্য থাকতে পারে।

i. উপ সীমা এবং রোগ নির্ধারিত সীমা

কিছু পণ্যের ক্ষেত্রে রোগ নির্ধারিত সীমা আছে, যেমন, ক্যাটার্যাক্ট বা ছানি। কয়েকটির ক্ষেত্রে আবার বীমাকৃত রাশির সঙ্গে ঘরের ভাড়াকে সংযুক্ত করে উপ সীমা করা আছে, যেমন, প্রতিদিন ঘরের ভাড়া বীমাকৃত রাশির ১শতাংশ বা আইসিইউ-র ক্ষেত্রে বীমাকৃত রাশির ২শতাংশতে সীমাবদ্ধ করা আছে। অন্যান্য বিভাগের অধীনে খরচ যেমন আইসিইউ-র চার্জ, ওটি-র চার্জ এবং এমনকী শল্য চিকিৎসকের ফি-ও কী ধরণের ঘর নেওয়া হচ্ছে তারসঙ্গে যুক্ত থাকে। ঘরের ভাড়ার ক্ষেত্রে উর্ধ্ব সীমা থাকলে সেটি অন্যান্য বিভাগের ক্ষেত্রেও খরচও সীমাবদ্ধ করে দেয় এবং তারফলে হাসপাতালে ভর্তি থাকার সার্বিক খরচই কমে যায়।

ii. কো-পেমেন্ট (লোকমুখে কো-পে বলে)

কো-পেমেন্ট হলো একটা স্বাস্থ্য বীমা পলিসির অধীনে খরচ ভাগাভাগির চাহিদা যাতে বলা হয় পলিসিহোল্ডার/বীমাকৃত গ্রহনীয় ক্লেইমের পরিমাণের একটা নির্দিষ্ট অংশ বহন করবেন। কো-পেমেন্ট বীমাকৃত রাশিকে কমিয়ে দেয় না।

বীমাকৃত যাতে তাঁর পছন্দ বাছাইয়ের ক্ষেত্রে সতর্ক থাকতে পারেন এবং স্বেচ্ছায় তাঁর সামগ্রিক হাসপাতাল খরচ কমাতে পারে তা এটা নিশ্চিত করে।

iii. ডিডাক্টিবল বা বিয়োজ্য

ডিডাক্টিবল বা বিয়োজ্য হলো একটা স্বাস্থ্য বীমা পলিসির অধীনে খরচ ভাগাভাগির চাহিদা যাতে বলা হয় ক্ষতিপূরণ পলিসির ক্ষেত্রে কোনো নির্দিষ্ট পরিমাণ টাকার জন্য এবং হসপিটাল ক্যাশ পলিসির ক্ষেত্রে একটা নির্ধারিত দিন/ঘন্টার সুবিধা দেওয়ার জন্য দায়বদ্ধ থাকবে না বীমাকারী যা বীমা প্রযোজ্য হবে বীমাকারীর প্রদেয় সুবিধার আগে। ডিডাক্টিবল বা বিয়োজ্য বীমাকৃত রাশিকে কমিয়ে দেয় না।

বীমাকারীদের এটা নির্দিষ্ট করতে হয় যে বছর পিছু, জীবন পিছু বা ঘটনা পিছু বিয়োজ্য প্রযোজ্য হবে কিনা এবং প্রযোজ্য নির্ধারিত বিয়োজ্যের পরিমাণ।

iv. আইআরডিএআই দ্বারা নতুন বর্জন (এক্সক্লুশন) চালু হয়েছে এবং পরে তার মান নির্ধারিত হয়েছে :

- ✓ জেনেটিক রোগ এবং স্টেম সেল প্রতিস্থাপন/অস্ত্রোপচার।
- ✓ বাহ্যিক এবং বা দীর্ঘস্থায়ী চিকিৎসাগত/অ-চিকিৎসাগত যে কোনো ধরণের যন্ত্রপাতি যা ব্যবহার করা হয়েছে রোগ নির্ণয় এবং অথবা চিকিৎসার জন্য। এর অন্তর্ভুক্ত হলো সিপিএপি, সিএপিডি, ইনফিউশন পাম্প ইত্যাদি, চলার যন্ত্রপাতি যেমন যে কোনো ধরণের ওয়াকার, ক্রাচ, বেল্ট, কলার, ক্যাপ, স্প্লিন্টস, স্লিঙ্গস, ব্রেস, স্টকিং ইত্যাদি, ডায়াবেটিক ফুট ওয়্যার, গ্লুকোমিটার/থার্মোমিটার এবং একইরকম সম্পর্কিত

জিনিসপত্র ইত্যাদি এবং যেকোনো ধরণের চিকিৎসাগত যন্ত্রপাতি যা পরবর্তীকালে বাড়ি ইত্যাদিতে ব্যবহৃত হবে

- ✓ হাসপাতালের ধার্য করা যে কোনো ধরণের পরিষেবা চার্জ, সারচার্জ, অ্যাডমিশন ফি/রেজিস্ট্রেশনের চার্জ ইত্যাদি
- ✓ হাসপাতালে ভর্তির প্রাক অথবা পরবর্তী সময়কালে চিকিৎসকের বাড়িতে ভিজিটের চার্জ, অ্যাটেনড্যান্ট/ নার্সিংয়ের চার্জ

সাধারণ বর্জনীয় বিষয়গুলির মাননির্ধারণ করে দিয়েছে আইআরডিএআই। দয়া করে শেষে অতিরিক্ত সংযোজনটি দেখুন।

v. জোন ভিত্তিক প্রিমিয়াম

সাধারণত, প্রিমিয়ামটি নির্ভর করে বীমাকৃত ব্যক্তির বয়স এবং বীমাকৃত রাশি যা নির্ধারিত করা হয়েছে তার উপর। ক্লেইমের উচ্চতর খরচের জন্য নির্দিষ্ট কিছু জোনে প্রিমিয়ামের পার্থক্য চালু করা হয়েছে, যেমন দিল্লি এবং মুম্বাইকে কয়েকটি বীমাকারী কিছু নির্দিষ্ট পণ্যের ক্ষেত্রে সবচেয়ে বেশি প্রিমিয়াম জোনের অন্তর্গত করেছে।

vi. পূর্ব উপস্থিত রোগের কভারেজ

নিয়ন্ত্রণের প্রয়োজনের দৃষ্টিভঙ্গিতে, পূর্ব-উপস্থিত রোগ যা আগে বাদ দেওয়া হয়েছিল তা নির্দিষ্ট করে চার বছরের অপেক্ষার সময়ের জন্য উল্লেখ করা আছে। কিছু বীমা কোম্পানি তাদের বেশি প্রিমিয়ামের কিছু পণ্যের ক্ষেত্রে এই সময়কালটি কমিয়ে 2 এবং 3 বছর করেছে।

vii. পুনর্নবীকরণ

কয়েকটি বীমাকারী আজীবনের পুনর্নবীকরণ চালু করেছে। এখন, আইআরডিএআই সব পলিসির জন্য এটিকে বাধ্যতামূলক করে দিয়েছে।

viii. . ডে-কেয়ার প্রক্রিয়ার জন্য কভারেজ

চিকিৎসা বিজ্ঞানের উন্নতির ফলে বিরাট সংখ্যক প্রক্রিয়াই এখন ডে-কেয়ার বিভাগের অধীনে চলে এসেছে। আগে শুধুমাত্র সাতটি প্রক্রিয়া বিশেষভাবে ডে-কেয়ারের অধীনে উল্লেখিত ছিল- ছানি, ডি এবং সি, ডায়ালিসিস, কেমোথেরাপি, রেডিওথেরাপি, লিথোট্রিপসি এবং টনসিলেকটমি। এখন, ১৫০টিরও বেশি প্রক্রিয়া কভার করা হয় এবং তালিকাটি বেড়েই চলেছে।

ix. প্রাক পলিসি চেক আপের খরচ

চিকিৎসাগত পরীক্ষার খরচ আগে সম্ভাব্য ক্রেতাই বহন করতেন। এখন বীমাকারী সেই খরচ পরিশোধ করে দেয়। তবে অবশ্যই যদি প্রস্তাবটি দায়গ্রহণের জন্য গৃহীত হয়। ৫০% থেকে ১০০শতাংশ পর্যন্ত এই পরিশোধের পার্থক্য হয়। এখন আইআরডিএআই বাধ্যতামূলক করে দিয়েছে যে স্বাস্থ্য পরীক্ষার খরচের অন্তত ৫০শতাংশ বীমাকারীকে বহন করতেই হবে।

x. প্রাক এবং পরবর্তী হাসপাতাল কভারের সময়পর্ব

অধিকাংশ বীমাকারী বিশেষত তাঁদের বেশি প্রিমিয়ামের পণ্যগুলির ক্ষেত্রে হাসপাতালে ভর্তির কভারের প্রাক এবং পরবর্তী সময় বাড়িয়ে ৬০দিন এবং ৯০দিনের সময়পর্ব করেছে। কয়েকটি

বীমাকারী এই খরচগুলির পরিমাণ একটি নির্দিষ্ট শতাংশ পর্যন্ত ক্লেইমের পরিমাণের সঙ্গে যুক্ত করে দিয়েছে, যা সর্বোচ্চসীমার বিষয়াধীন।

xi. অ্যাড অন কভার

বিভিন্ন নতুন অতিরিক্ত কভারকেই অ্যাড-অন কভার বলা হয়। কয়েকটি বীমাকারী এটি চালু করেছে। তারমধ্যে কয়েকটি হলো :

- ✓ **মাতৃত্বকালীন কভার :** ব্যক্তিগত পলিসির অধীনে আগে মাতৃত্ব কে কভার করা হোতো না। কিন্তু এখন বিভিন্ন ধরণের অপেক্ষমান সময়পর্ব সহ অধিকাংশ বীমাকারীই এর প্রস্তাব দিয়ে থাকেন।
- ✓ **গুরুতর অসুস্থতার কভার :** নির্দিষ্ট কিছু অসুস্থতা যেগুলি জীবন সংশয়মূলক এবং ব্যয়সাপেক্ষ চিকিৎসার যোগ্য, তারজন্য কিছু বেশি দামের পণ্যের অধীনে এই বিকল্পটি পাওয়া যায়।
- ✓ **বীমাকৃত রাশির পুনর্বহাল :** ক্লেইমের পেমেন্ট করার পর, বীমাকৃত রাশিটি (যা ক্লেইমটি দেওয়ার পর কমে যায়) বাড়তি প্রিমিয়াম দিয়ে পুনরায় তার মূল আকারে পুনর্বহাল করা যায়।
- ✓ **এওয়াইইউএসএইচ-এর জন্য কভারেজ-আয়ুর্বেদিক-ইউনানি-সিদ্ধা- হোমিওপ্যাথ :** কিছু পলিসি এওয়াইইউএসএইচ-এর চিকিৎসার খরচ বহন করে। একটি নির্দিষ্ট শতাংশ পর্যন্ত হাসপাতালে ভর্তি থাকার খরচ বহন করা হয়।

xii. মূল্যযুক্ত কভার

মূল্য যুক্ত কভার কয়েকটি ক্ষতিপূরণ পণ্যের অন্তর্ভুক্ত আছে যার তালিকা নিচে দেওয়া হলো। এর সুবিধা বীমাকৃত রাশির সীমা পর্যন্ত পাওয়া যাবে। যা পলিসির প্রতিটি কভারের তালিকায় নির্দিষ্ট করা আছে। তবে এটি কোনোভাবেই সার্বিক বীমাকৃত রাশির থেকে বেশি হবে না।

- ✓ **বহির্বিভাগের রোগীর কভার:** যেমন আমরা জানি যে ভারতে স্বাস্থ্যবীমা পণ্যগুলি অধিকাংশ শুধুমাত্র হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের খরচই কভার করে। কিছু কোম্পানি এখন কয়েকটি বেশি প্রিমিয়ামের পরিকল্পনার অধীনে সীমাবদ্ধ কিছু কভার বহির্বিভাগের রোগীদের খরচের ক্ষেত্রে দিয়ে থাকে।
- ✓ **হাসপাতালের ক্যাশ:** নির্দিষ্ট কিছু সময়ের জন্য হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের প্রতিদিনের খরচের একটি নির্দিষ্ট বৃহৎ অংশ দেওয়া হয়ে থাকে। সাধারণত এই সময়পর্বটি হলো ৭দিনের যার থেকে বাদ থাকে পলিসির বাদ দেওয়ার যোগ্য ২/৩দিন। সুতরাং, এই সুবিধা শুধুমাত্র তখনই পাওয়া যাবে যদি হাসপাতালে ভর্তি থাকার এই সময়পর্বটি বাদ দেওয়ার যোগ্য এই সময়পর্বের পরে হয়। এটি হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের ক্লেইমের অতিরিক্ত কিন্তু পলিসির সার্বিক বীমাকৃত রাশির মধ্যে অথবা একটি পৃথক উপ-সীমার মধ্যে।
- ✓ **রিকভারির সুবিধা:** বৃহৎ অংশের সুবিধা দেওয়া হয় যদি অসুস্থতা এবং/অথবা দুর্ঘটনার জন্য হাসপাতালে থাকার পুরো সময়পর্বটি ১০দিনের কম না হয়।

- ✓ **দাতার খরচ:** পলিসিতে যে শর্ত এবং শর্তাবলী বর্ণনা করা আছে সেই অনুযায়ী বড় কোনো অঙ্গ প্রতিস্থাপনের ঘটনায় পলিসিটি দাতার জন্য যা খরচ হয় তা পরিশোধ করে থাকে।
- ✓ **অ্যাম্বুলেন্সের পরিশোধ:** পলিসির তালিকাভুক্ত নির্দিষ্ট করা একটি সীমা পর্যন্ত বীমাকৃত/বীমাকৃত ব্যক্তি অ্যাম্বুলেন্সের জন্য যে খরচ করবেন তার খরচ বহন করা হবে।
- ✓ **সঙ্গে থাকা ব্যক্তির জন্য খরচ:** এটির লক্ষ্য হলো বীমাকৃত ব্যক্তির হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময় যে সঙ্গী তাঁর সঙ্গে থাকবেন তাঁর খাবার, পরিবহনের খরচ কভার করা। বৃহৎ অংশের পেমেন্ট অথবা পরিশোধমূলক পেমেন্ট পলিসির শর্ত অনুযায়ী দেওয়া হয়ে থাকে, যা পলিসির তালিকা অনুযায়ী সীমা নির্ধারণ করা আছে।
- ✓ **পারিবারিক বর্ণনা:** কয়েকটি স্বাস্থ্য পণ্যে পরিবারের বর্ণনা একটি পরিবর্তনের মধ্যে দিয়ে গেছে। আগে, প্রাথমিক বীমাকৃত, স্ত্রী, নির্ভরশীল সন্তানকে কভার দেওয়ার অনুমতি ছিল। এখন অনেক পলিসি আছে যেখানে মা-বাবা এবং শ্বশুর-শাশুড়িও একই পলিসির অধীনে কভার পেতে পারেন।

D. *টপ-আ কভার বা হাই ডিডাক্টেবল বীমা প্ল্যান*

টপ-আপ কভার বা হাই ডিডাক্টেবল পলিসি নামেও পরিচিত। আন্তর্জাতিক বাজারে অধিকাংশ মানুষ উচ্চ কো-পে পলিসি অথবা কভার বিহীন রোগ অথবা চিকিৎসার জন্য অতিরিক্ত হিসেবে টপ-আপ কভার কেনেন। যদিও ভারতে, টপ আপ কভার প্রথমে চালু করার ক্ষেত্রে উচ্চ বীমাকৃত রাশির অভাব থাকাকেই মনে করা হয়, কিন্তু এখন আর ঘটনাটি তা নয়। দীর্ঘ সময় ধরে একটি স্বাস্থ্য পলিসির অধীনে ৫,০০,০০০টাকাই সর্বাধিক কভার পাওয়া যেতো। কেউ যদি বেশি মূল্যের কভার চাইতেন তবে তিনি বাধ্য হতেন দ্বিগুণ প্রিমিয়াম দিয়ে দুটি পলিসি কিনতে। এইকারণেই বীমাকারীদের দ্বারা টপ-আপ পলিসিগুলি জনপ্রিয় হয়েছিল, অধিকন্তু যা নির্দিষ্ট একটি পরিমাণের (যাকে বলা হয় সীমা) উচ্চ বীমাকৃত রাশি উপর কভার দিত।

এই পলিসিটি বরাবর কাজ করে একটি কম বীমাকৃত রাশির প্রাথমিক স্বাস্থ্য কভারের সঙ্গে এবং সেটি পাওয়া যায় তুলনামূলকভাবে যুক্তিসঙ্গত প্রিমিয়ামে। যেমন উদাহরণস্বরূপ, যে ব্যক্তিরা তাঁদের নিয়োগকর্তার দ্বারা কভারের সুবিধা পাচ্ছেন তাঁরাও অতিরিক্ত সুরক্ষার জন্য টপ-আপ কভারও বেছে নিতে পারেন (প্রথম পলিসির বীমাকৃত রাশিকে সীমা হিসেবে রেখে)। এটি নিজের জন্য এবং পরিবারের জন্য হতে পারে, যা দুর্ভাগ্যজনকভাবে বিপুল খরচের চিকিৎসার সময় কাজে লেগে যেতে পারে।

টপ-আপ পলিসির অধীনে ক্লেইম পাওয়ার জন্য যোগ্য বিবেচিত হতে হলে, চিকিৎসাগত খরচকে (অথবা সীমাকে) পরিকল্পনার অধীনে যে ডিডাক্টিবল স্তর বাছা হয়েছে তার বেশি হতে হবে এবং বেশি ডিডাক্টিবল পরিকল্পনার অধীনে পরিশোধটি হবে যে পরিমাণ খরচ হয়েছে সেটিই, যেমন, তা ডিডাক্টিবলের বেশি হবে

উদাহরণ

একজন ব্যক্তিকে তাঁর নিয়োগকর্তা ৩লক্ষ টাকার বীমাকৃত রাশির কভার করে দিয়েছেন। তিনি ঐ 3লক্ষের অতিরিক্ত পলিসি হিসেবে একটি ১০লক্ষ টাকার টপ-আপ নিতে পারেন।

যদি একবার হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার খরচ 5লক্ষ টাকা হয়, প্রাথমিক যে পলিসিটি রয়েছে সেটি তিন লক্ষ টাকা পর্যন্ত কভার দেবে, কিন্তু বাকি দু লক্ষ টাকার ব্যালেন্স দেবে এই টপ-আপ পলিসি।

টপ-আপ পলিসি বেশ সস্তা এবং একক ১০লক্ষ টাকার একটি পলিসিতে খরচ একটি ১০লক্ষ টাকার টপ-আপ পলিসি (৩ লক্ষের অতিরিক্ত) তুলনায় অনেক বেশি হবে।

এই কভারগুলি ব্যক্তির ভিত্তিতে এবং পারিবারিক ভিত্তিতে পাওয়া যায়। এখন বাজারে পরিবারের প্রত্যেক সদস্যকে কভার করার জন্য ব্যক্তিগত বীমাকৃত রাশি বা পরিবারের সদস্যদের মধ্যে ফ্লোট করবে এমন একক বীমাকৃত রাশির প্রস্তাব পাওয়া যায়।

যদি টপ-আপ পরিকল্পনার ক্ষেত্রে এমন প্রয়োজন থাকে যে হাসপাতালে ভর্তির প্রতিটি ঘটনার সময় ডিডাক্টিবল পরিমাণটিকে বেশি হতে হবে, তাহলে সেই পরিকল্পনাকে বলা হয় **ক্যাটাস্ট্রোফ ভিত্তিক** উচ্চ ডিডাক্টিবল পরিকল্পনা। এর অর্থ হলো, উপরের উদাহরণে যেমন বলা হয়েছে, প্রত্যেকটি ক্লেইমকে অবশ্যই ৩লক্ষ টাকার বেশি হতে হবে।

যদিও যে টপ-আপ পরিকল্পনায় পলিসির সময়পর্বের মধ্যে পর পর হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার পরও ডিডাক্টিবলের বেশি খরচের অনুমতি দেওয়া হয় তাকে বলা হয় অ্যাগ্রিগেট ভিত্তিক উচ্চ ডিডাক্টিবল পরিকল্পনা অথবা ভারতীয় বাজারে যার পরিচিতি হলো সুপার টপ-আপ। এর অর্থ হলো যে, উপরে যে উদাহরণ দেওয়া হয়েছে, প্রতিটি ক্লেইম যুক্ত করা হয় এবং যখন তা ৩লক্ষের বেশি হয়ে যায়, তখন টপ-আপ কভার ক্লেইমের টাকা দেওয়া শুরু করে।

হাসপাতালের ক্ষতিপূরণ পলিসিতে অধিকাংশ মান নির্ধারণকারী শর্তাবলীতে, শর্তে এবং বাদ দেওয়ার ব্যাপার এই পণ্যগুলিতে প্রযোজ্য হয়। কিছু বাজারে, যেখানে প্রাথমিক স্বাস্থ্য কভার সরকার দিয়ে থাকে, সেখানে সাধারণত বেশিরভাগ ক্ষেত্রে বীমাকারীরা শুধুমাত্র টপ-আপ কভার দেওয়ার ব্যাপারেই অনুমতি দেয়।

E. *বরিষ্ঠ নাগরিক পলিসি*

নির্দিষ্ট বয়স (যেমন, ৬০বছরের বেশি বয়সী মানুষ) পেরোনোর পর বরিষ্ঠ মানুষদের অনেক সময়ই কভারেজের আওতা থেকে বাদ দেওয়া হয়। এই পরিকল্পনাটি তাঁদের জন্যই নকশা করা। কভারেজের কাঠামো এবং বাদ দেওয়ার বিষয়গুলি অনেকটাই হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের পলিসির মতো।

কভারেজটি নির্ধারণ করা এবং অপেক্ষার সময়পর্বটি নিয়ে বয়স্ক মানুষদের অসুখের বিষয়টিতে বিশেষ নজর দেওয়া হয়েছে। বীমায় প্রবেশের বয়স অধিকাংশ হলো ৬০বছরের পরে এবং আজীবন তা পুনর্নবীকরণ করা যাবে। বীমাকৃত রাশির ব্যাপ্তি হলো ৫০,০০০ থেকে ৫,০০,০০০টাকা পর্যন্ত। নির্দিষ্ট কিছু অসুস্থতার ক্ষেত্রে অপেক্ষার সময়পর্বটি বিভিন্নভাবে প্রযোজ্য। উদাহরণ: একজন বীমাকারী ছানির জন্য হয়তো ১বছরের অপেক্ষার সময়পর্ব রেখেছে এবং অন্য কোনো বীমাকারীরা হয়তো অপেক্ষার সময়পর্বটিকে ২বছরের জন্য রেখেছে।

আবার হয়তো নির্দিষ্ট কোনো বীমাকারী নির্দিষ্ট কোনো অসুস্থতার ক্ষেত্রে অপেক্ষার সময়পর্ব রাখে না কিন্তু হয়তো অপর কোনো বীমাকারীর জন্য আছে, উদাহরণ: কিছু বীমাকারীর জন্য সাইনাসাইটিস হয়তো অপেক্ষার সময়পর্বের আওতায় পড়ে না কিন্তু আবার কয়েকটি বীমাকারী হয়তো এটিকে তাদের অপেক্ষার সময়পর্বের ধারার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত করে রেখেছে।

কিছু পলিসিতে পূর্ব-উপস্থিত অসুখের জন্য হয়তো একটি অপেক্ষার সময়পর্ব অথবা সীমা নির্ধারণ করা আছে। হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের প্রাক-পরবর্তী খরচের ক্ষেত্রে হয় হাসপাতালের ক্লেইমের একটি শতাংশ দেওয়া হয় অথবা একটি উপ-সীমা দেওয়া হয়। এক্ষেত্রে যেটি বেশি হবে সেটিই দেওয়া হয়। কিছু পলিসিতে যেখানে খরচগুলি ৩০/৬০দিন বা ৬০/৯০দিনের নির্ধারিত সময়পর্বের মধ্যে হয় সেখানে তারা সাধারণ ক্ষতিপুরণ পরিকল্পনা অনুসরণ করে।

বরিষ্ঠ নাগরিক এমন বীমাকৃত ব্যক্তির জন্য আইআরডিএআই বিশেষ বিধান বাধ্যতামূলক করেছে:

1. বরিষ্ট নাগরিকদের অফার করা স্বাস্থ্য বীমা পণ্যের জন্য ধার্য প্রিমিয়াম হবে ন্যায্য, সমর্থনযোগ্য, স্বচ্ছ ও যথাযথভাবে প্রকাশিত।
2. প্রিমিয়ামের উপর কোনো আন্ডাররাইটিং লোডিং ফার্য করা হলে বীমাকৃতকে লিখিতভাবে তা জানানো হবে এবং পলিসি শুরুর আগেই এই ধরনের লোডিংয়ের জন্য পলিসিহোল্ডারের থেকে নির্দিষ্ট সম্মতি নিয়ে নেওয়া হবে।
3. সমস্ত স্বাস্থ্য বীমাকারী এবং টিপিএ-কে বয়স্ক নাগরিকদের ক্লেইম ও অভিযোগ সংক্রান্ত সমস্ত ঘটনাকে সমাধানের জন্য আলাদা ব্যবস্থা রাখার প্রয়োজন।

F. স্থায়ী বেনিফিট কভার – হসপিটাল ক্যাশ, জটিল অসুখ

স্বাস্থ্য বীমা পলিসিতে একজন বীমাকারীর সবচেয়ে বড়ো ঝুঁকি হলো পলিসির সুবিধাগুলির অপ্রয়োজনীয় এবং অযৌক্তিক ব্যবহার। যখন জানা যায় যে রোগী একটি স্বাস্থ্য পলিসির কভারের অধীনে আছে, তখন চিকিৎসক, শল্য চিকিৎসকরা এবং হাসপাতালগুলি সেই রোগীদের অতিরিক্ত চিকিৎসা করার চেষ্টা করে। তারা হাসপাতালে থাকার সময়পর্বটিকে দীর্ঘায়িত করে, অপ্রয়োজনীয় রোগ নির্ণয়কারী পরীক্ষা এবং ল্যাবোরেটরির পরীক্ষা চালিয়ে যায় এবং তারফলে চিকিৎসার খরচ প্রয়োজনীয় পরিমাণের থেকেও বাড়িয়ে দেয়। বীমাকারীর খরচের উপর আরো একটি বিষয় প্রভাব ফেলে তা হলো ক্রমাগত চিকিৎসাগত খরচ বেড়ে যাওয়া, সাধারণত প্রিমিয়ামের হার বাড়ানোর তুলনায়ও বেশি।

এর উত্তর হলো সুবিধার নির্দিষ্ট কভার। বীমাকৃত ব্যক্তিকে পর্যাপ্ত সুরক্ষা দেওয়ার পাশাপাশি, সুবিধার নির্দিষ্ট কভার বীমাকারীকেও যুক্তিসঙ্গত সময়ের জন্য কার্যকরীভাবে তাঁর পলিসির দাম ঠিক করতে সাহায্য করে। এই পণ্যে, প্রতিটি ব্যবস্থার অধীনে সাধারণভাবে হওয়া চিকিৎসাগুলি যেমন,

ইএনটি, অপথ্যালমোলজি, ওবসটেট্রিকস এবং গায়নোকলজি, ইত্যাদির মতো চিকিৎসাগুলি তালিকাবদ্ধ করা আছে এবং পলিসি এই প্রত্যেকটির জন্য সর্বোচ্চ কতো টাকা দেওয়া হবে সেটিও বলা আছে।

উল্লিখিত চিকিৎসার জন্য যে পরিমাণ টাকাই বীমাকৃত খরচ করে থাকুন না কেন তিনিও ক্লেইমের পরিমাণ হিসেবে নির্দিষ্ট ঐ পরিমাণ টাকাই পাবেন। এই সমস্ত প্রতিটি চিকিৎসার জন্য যে প্যাকেজ চার্জ প্রদেয় রয়েছে সাধারণত তার ভিত্তি হলো এই ধরণের চিকিৎসার জন্য যুক্তিসঙ্গত কী পরিমাণ করচ হতে পারে তার একটি সমীক্ষা।

খরচের সবকটি উপাদান প্যাকেজ চার্জের মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকে যেমন:

a) ঘর ভাড়া,
b) পেশাদারের ফি,
c) রোগ নির্ণয়কারী পরীক্ষা,
d) ওষুধ,
e) হাসপাতালে ভর্তি থাকার প্রাক-পরবর্তী খচর ইত্যাদি।

পণ্যের উপর নির্ভর করে প্যাকেজ চার্জের মধ্যে এমনকী খাবার, পরিবহন, অ্যাম্বুলেন্সের ভাড়া ইত্যাদিও অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

এই পলিসিগুলি পরিচালনা করা খুব সহজ কারণ ক্লেইম করার জন্য প্রমাণ হিসেবে হাসপাতালে ভর্তি থাকা এবং পলিসির অধীনে যে অসুস্থতাটি কভারের যোগ্য সেইগুলি জমা দিলেই যথেষ্ট।

কিছু পণ্যের প্যাকেজে নির্দিষ্ট সুবিধার কভারের সঙ্গে প্রতিদিনের টাকার সুবিধা পাওয়া যায়। কভারের আওতাভুক্ত এমন চিকিৎসার তালিকা ৭৫ থেকে ২০০টি পর্যন্ত বিস্তৃত হতে পারে। এই বিস্তৃত হওয়াটি নির্ভর করবে পণ্যটির মধ্যে এই চিকিৎসাগুলির সংজ্ঞার উপর।

পলিসিতে লেখা তালিকার মধ্যে যে অস্ত্রোপচার/চিকিৎসার উল্লেখ করা নেই তারজন্য নির্দিষ্ট একটি রাশি দেওয়ার ব্যবস্থা করা হয়েছে। পলিসির সময়কালের মধ্যে বিভিন্ন চিকিৎসার জন্য বহু ক্লেইম করা যাবে। যদিও শেষ পর্যন্ত পলিসির অধীনে যে বীমাকৃত রাশি বাছাই করা হয়েছে তারমধ্যেই সীমাবদ্ধ থাকবে।

কয়েকটি নির্দিষ্ট সুবিধার বীমা পরিকল্পনা হলো:

- ✓ হাসপাতালের দৈনন্দিন নগদ বীমা পরিকল্পনা
- ✓ জটিল অসুস্থতা বীমা পরিকল্পনা

1. হাসপাতালের দৈনন্দিন নগদ বীমা পরিকল্পনা

a) প্রতিদিনের পরিমাণের সীমা

হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ে প্রতিদিন বীমাকৃত ব্যক্তিকে হাসপাতালের নগদ কভারেজে একটি নির্দিষ্ট রাশি দেওয়া হয়। দৈনন্দিনের নগদ কভারেজ ভিন্ন হতে পারে (উদাহরণ হিসেবে) প্রতিদিন ১৫০০ থেকে ৫০০০টাকা অথবা তার বেশিও হতে পারে। দৈনন্দিন নগদ টাকা দেওয়ার ক্ষেত্রে একটি উচ্চ সীমা দেওয়া হয় প্রতি অসুস্থতা এবং একইসঙ্গে পলিসির সময়সীমার জন্য, সাদারণত যা একটি বার্ষিক পলিসি হয়।

b) টাকা দেওয়ার দিনের সংখ্যা

এই পলিসির কিছু আকারের মধ্যে, দৈনন্দিন নগদ দেওয়ার দিনের সংখ্যার সঙ্গে যুক্ত করা আছে যে অসুখটির জন্য চিকিৎসা করা হচ্ছে তার। চিকিৎসা এবং প্রতিটির ক্ষেত্রে কতো দিন থাকা হচ্ছে তার সময় বিস্তারিত তালিকা চুক্তির শর্তে দেওয়া আছে। এটি প্রত্যেক ধরণের প্রক্রিয়া/অসুস্থতার জন্য যে দৈনন্দিন নগদের সুবিধার অনুমতি দেওয়া আছে তাকে সীমাবদ্ধ করা।

c) পৃথক কভার বা অ্যাড-অন কভার

কিছু বীমাকারী যেমন প্রস্তাবেই হাসপাতালের দৈনন্দিন নগদের পলিসি একটি পৃথক পলিসি হিসেবে পাওয়া যায়, যখন, অন্য কিছু ক্ষেত্রে, এটি প্রচলিত ক্ষতিপুরণ পলিসিতে একটি অ্যাড-অন কভার। এই পলিসিগুলি বীমাকৃতকে আনুষঙ্গিক খরচের কভারে সাহায্য করে কারণ যেহেতু একটি নির্দিষ্ট রাশি দেওয়া হয় এবং এরসঙ্গে চিকিৎসার আসল খরচ সম্পর্কিত থাকে না। একটি ক্ষতিপুরণ ভিত্তিক স্বাস্থ্য বীমা পরিকল্পনার অধীনে পাওয়া অতিরিক্ত যে কোনো যে কভার পলিসির অধীনে দেওয়া হয় সেখানে এই নগদ দেওয়ারও অনুমতি আছে।

d) সাপ্লিমেন্টারি কভার

এই পলিসি প্রচলিত হাসপাতালের খরচের পলিসিকে সাপ্লিমেন্ট করতে পারে কারণ যেহেতু এটি সাশ্রয়কারী এবং আনুষঙ্গিক খরচের জন্য এবং ক্ষতিপুরণ পলিসির অধীনে যেমন বাদ দেওয়া, কো-পে ইত্যাদির ক্ষেত্রে যে খরচ দেওয়া হয় না তারও ক্ষতিপুরণ দেয়।

e) কভারের অন্যান্য সুবিধা

বীমাকৃতের দৃষ্টিভঙ্গী থেকে, এই পরিকল্পনাটির বেশ কয়েকটি সুবিধা আছে কারণ যেহেতু এটি একজন ক্রেতার কাছে ব্যাখ্যা করা সহজ এবং সেইকারণে এটি আরো সহজে বিক্রি করা যায়। হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়পর্বোর মধ্যে আসল খরচ যাই হোক না কেন, এই পলিসিটি চিকিৎসাগত মুদ্রাস্ফীতিকে জয় করে কারণ যেহেতু প্রতিদিন একটি নির্দিষ্ট রাশি দেওয়া হয়। একইসঙ্গে, এমন বীমার কভার গ্রহণ করা এবং ক্লেইমের মীমাংসা করা সত্যিই সহজ করে দেওয়া হয়েছে।

2. **জটিল অসুস্থতা পলিসি**

এই পণ্যটি **ভয়াবহ রোগের কভার** অথবা **ট্রমা কেয়ার কভার** হিসেবে পরিচিত।

চিকিৎসা বিজ্ঞানের উন্নতির সঙ্গে সঙ্গে, মানুষ এখন বেশ কিছু বড় ধরণের অসুখ যেমন ক্যান্সার, স্ট্রোক, হৃদরোগ ইত্যাদি থেকেও বেঁচে যাচ্ছেন। আগে এমন রোগ হলে তার ফলাফল হতো মৃত্যু। আবার, এমন বড় ধরণের অসুস্থতা থেকে বেঁচে ফিরলে মানুষের আয়ুও যথেষ্ট পরিমাণে বেড়ে যায়। যদিও, একটি বড় ধরণের অসুস্থতা থেকে বেঁচে ফেরার পর চিকিৎসার জন্য বিপুল খরচ হয় যেমন তখন হয় আবার তেমনি চিকিৎসার পরবর্তী জীবনধারণের খরচও অনেক বেড়ে যায়। সেইকারণে জটিল অসুস্থতার শুরু হওয়ার অর্থ হলো একজন ব্যক্তির অর্থনৈতিক নিরাপত্তারও ঝুঁকিও বেড়ে যাওয়া।

a) জটিল অসুস্থতা পলিসি হলো এমন একটি সুবিধার পলিসি যেখানে নির্দিষ্টভাবে উল্লিখিত জটিল অসুস্থতা রোগ নির্ণয়ের পর একটি বড় রাশির অঙ্ক পাওয়ার সুবিধা থাকে।

b) এটি বিক্রি করা হয়

✓ একটি পৃথক পলিসি হিসেবে অথবা

✓ কয়েকটি স্বাস্থ্য পলিসিতে অ্যাড-অন হিসেবে অথবা

✓ কিছু জীবন বীমা পলিসিতে অ্যাড-অন কভার হিসেবে

ভারতে, জীবনের পলিসিগুলির উপর ভর করে বীমাকারীরা জটিল অসুস্থতার সুবিধাগুলি সবচেয়ে প্রচলিতভাবে বিক্রি করে এবং তারা দুটি ধরণের আকারে তা বিক্রি করে-দ্রুততর সিআই সুবিধা পরিকল্পনা এবং পৃথক সিআই সুবিধা পরিকল্পনা। যখন এই সুবিধাগুলি বিক্রি করা হয় সেসময় যে অসুখগুলি কভার করা হবে তার সুনির্দিষ্ট বর্ণনা এবং ভালো দায়গ্রহণ খুবই গুরুত্বপূর্ণ। বিভ্রান্তি দূর করার জন্য, ২০টি খুব প্রচলিত জটিল অসুস্থতার সংজ্ঞা আইআরডিএ স্বাস্থ্য বীমা মাননির্ধারণকারী নির্দেশিকার অধীনে দেওয়া আছে। (দয়া করে শেষে দেওয়া সংযোজনী দেখুন)।

যদিও, প্রতিকূল বাছাইয়ের সম্ভাবনা (অধিকাংশ যে মানুষদের এর মাধ্যমে প্রভাবিত হওয়ার সম্ভাবনা বেশি তারা এই বীমাটি নেয়) ইস্যু করার স্তরেই খুব বেশি এবং এটি গুরুত্বপূর্ণ হলো প্রস্তাবকের স্বাস্থ্যের অবস্থাটি নিশ্চিত করে নেওয়া। যথেষ্ট তথ্য না থাকার দরুণ, বর্তমানে জটিল অসুস্থতার পরিকল্পনার মূল্য নির্ধারণ করতে সাহায্য নেওয়া হচ্ছে রিইন্সুরার্সের তথ্যের মাধ্যমে।

c) জটিল অসুস্থতা হলো বড় ধরণের অসুস্থতা যারফলে শুধুমাত্র যে হাসপাতালে ভর্তি থাকার খরচ বেড়ে যাবে তা নয়, এরফলে বিকলাঙ্গতা, অঙ্গহানি, আয়েরও ক্ষতি ইত্যাদিও হতে পারে এবং হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার পরেও দীর্ঘ পরিচর্যার প্রয়োজন হতে পারে।

d) জটিল অসুস্থতার এই পলিসিগুলি অনেক সময়ই হাসপাতালের ক্ষতিপূরণ পলিসির সঙ্গে অতিরিক্ত হিসেবে নেওয়ার জন্য সুপারিশ করা হয়, যাতে যে পরিবারের সদস্য এমন অসুখে আক্রান্ত হয়েছে সেই পরিবারটি পলিসির অধীনে যে ক্ষতিপূরণ দেওয়া হয় তা তাদের আর্থিক বোঝা কমিয়ে আনতে সাহায্য করতে পারে।

e) বীমাকারী এবং পণ্যের মধ্যে জটিল অসুস্থতার ক্ষেত্রে যে কভার দেওয়া হয় তার তারতম্য হতে পারে, কিন্তু সাদারণ যেগুলি অন্তর্ভুক্ত:

✓ নির্দিষ্ট তীব্রতার ক্যান্সার
✓ গভীর মায়োকারডিয়াল ইনফারকশন
✓ করোনারি আর্টারির অস্ত্রোপচার
✓ হৃদয়ের ভালভের প্রতিস্থাপন
✓ নির্দিষ্ট তীক্ষ্ণতার কোমা
✓ রেনাল ফেইলিওর
✓ স্ট্রোকের ফলে স্থায়ী লক্ষণ
✓ বড় অঙ্গ/বোন ম্যারো প্রতিস্থাপন
✓ মাল্টিপল স্ক্লেরোসিস
✓ মোটর নিউরন রোগ
✓ অঙ্গের স্থায়ী পক্ষাঘাত
✓ বড় দুর্ঘটনার কারণে স্থায়ী বিকলাঙ্গতা

জটিল অসুস্থতার তালিকাটি স্থির নয় এবং তা বিবর্ধিত হতেই থাকে। কয়েকটি আন্তর্জাতিক বাজারে বীমাকারীরা শর্তকে শ্রেণীবদ্ধ করে 'প্রধান' এবং 'অতিরিক্ত' হিসেবে, এমনকী

অ্যালঝেইমার রোগের মতো পরিস্থিতিতেও তারা কভার দিয়ে থাকে। কখনো 'মরণাপন্ন অসুস্থতা'ও এই কভারেজের আওতায় থাকে তবে অবশ্যই তারজন্য অনেক বেশি হারে প্রিমিয়াম দিতে হয়।

f) অধিকাংশ জটিল অসুস্থতার পলিসি যখন অসুখটির রোগনির্ণয়ের জন্য একটি বড় পরিমাণ টাকা দেয়, সেখানে এমন কয়েকটি পলিসি আছে যেগুলি খরচের পরিশোধের আকারে হাসপাতালে ভর্তি থাকার খরচ দেয়। কয়েকটি পণ্য উভয় কভারই যৌথভাবে প্রস্তাব দিয়ে থাকে, যেমন, ইন পেশেন্টের হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের খরচের ক্ষতিপুরণ এবং পলিসিতে উল্লিখিত বড় কোনো রোগ নির্ণয় করা হলে থোক টাকা দেওয়া হয়।

g) জটিল অসুস্থতার পলিসি সাধারণত ২১ থেকে ৬৫বছর বয়সী ব্যক্তিদের জন্য উপলব্ধ।

h) এই পলিসির অধীনে যে বীমাকৃত রাশির প্রস্তাব দেওয়া হয় তা যথেষ্ট বেশি। কারণ এমন অসুখের সঙ্গে যে দীর্ঘ মেয়াদী পরিচর্যার জন্য যে আর্থিক বোঝার বিষয়টি জড়িয়ে আছে, সেটিই হলো এই পলিসিগুলির প্রাথমিক কারণ।

i) এই পলিসিগুলির অধীনে সাধারণত বীমাকৃত রাশির ১০০% জটিল অসুখটি নির্ণিত হওয়ার পর দিয়ে দেওয়া হয়। কিছু ক্ষেত্রে ক্ষতিপুরণের তারতম্য বীমাকৃত রাশির ২৫% থেকে ১০০% পর্যন্ত হতে পারে। সেটি নির্ভর করে পলিসির শর্ত এবং শর্তাবলী ও অসুস্থতার তীব্রতার উপর।

j) একটি মাপকাঠিকৃত শর্ত যা সব জটিল অসুস্থতার নীতিতে থাকে তা হলো এই পলিসির অধীনে কোনো সুবিধা পাওয়ার যোগ্য হতে হলে তা পলিসি শুরুর সময় থেকে ৯০দিনের অপেক্ষার সময়পর্বের পরই পাওয়া যাবে এবং অসুস্থতার রোগ নির্ণয়ের পর ৩০দিন বেঁচে থাকার ধারাটি। বেঁচে থাকার ধারাটি যুক্ত করা হয়েছে যাতে এই সুবিধাটি ''মৃত্যুর সুবিধা''র সঙ্গে বিভ্রান্তিকর না হয়ে যায়। এটিকে আরো বেশি করে ''বেঁচে থাকা (বাঁচা)র সুবিধা'' হিসেবে ব্যাখ্যা করা হয়, যা হলো, জটিল অসুস্থতার কারণে যে সব কঠিন অবস্থা আসে তাকে অতিক্রম করতে পারার জন্য যে সুবিধা দেওয়া হয়।

k) জটিল অসুস্থতার পলিসি নেওয়ার জন্য যে সমস্ত ৪৫ বছরের বেশী বয়সী ব্যক্তি ইচ্ছুক তাঁদের অবশ্যই কঠোর চিকিৎসাগত পরীক্ষার মধ্যে দিয়ে যেতে হবে। সাধারণত যেগুলি বর্জনীয় তা স্বাস্থ্য বীমা পণ্যের মতো একই, চিকিৎসাগত পরামর্শ নেওয়া অথবা অনুসরণ করতে ব্যর্থ হলে, অথবা অপেক্ষার সময়পর্বটিকে এড়ানোর লক্ষ্যে মেডিক্যাল চিকিৎসা পিছিয়ে দেওয়াও নির্দিষ্টভাবে বাদ দেওয়া হয়েছে।

l) পলিসিতে কভারকৃত যে কোনো একটি বা একাধিক রোগের জন্য বীমাকৃতকে বীমাকারী মাত্র একবারই ক্ষতিপুরণ দিতে পারে অথবা একাধিকবার অর্থ-পরিশোধ করতে পারে তবে সেটাও নির্দিষ্ট সীমিত সংখ্যক বার। একটা বীমার আওতায় কোনো বীমাকৃত ব্যক্তির সম্পর্কে একবার ক্ষতিপূরণ দেওয়া হয়ে গেলেই পলিসি সমাপ্ত হয়ে যায়।

m) জটিল ব্যধি পলিসিরও প্রস্তাব দেওয়া হয়ে থাকে গ্রুপগুলিকে বিশেষ করে কর্পোরেটদের যারা তাদের কর্মচারীদের জন্য পলিসি নেয়।

G. *দীর্ঘ মেয়াদী পরিচর্যা বীমা*

প্রত্যাশিত আয়ু বেড়ে যাওয়ায় আজ বিশ্বে বয়স্ক মানুষের সংখ্যাও বাড়ছে। বয়স্ক জনসংখ্যা বাড়ার সাথে সাথেই বিশ্বজুড়ে দীর্ঘ মেয়াদী পরিচর্যা বীমারও গুরুত্ব বাড়ছে।বয়স্ক মানুষের দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যার প্রয়োজন এবং এরা যে কোনো ধরনের বিকলাঙ্গতা বা পঙ্গুত্বে আক্রান্ত হতে পারেন। দীর্ঘ মেয়াদী পরিচর্যা মানে হলো যাঁরা কোনো এক স্তরের সহায়তা ছাড়া নিজেদের দেখভাল করতে পারেন না এবং ভবিষ্যতে যাঁদের স্বাস্থ্য ভালো থাকবে না, তাঁদের জন্য সব ধরনের ধারাবাহিক কর্মী বা নার্সিং পরিচর্যা।

দীর্ঘমেয়াদী পরিচর্যার জন্য এখানে দু ধরণের পরিকল্পনা আছে:

a) পূর্ব-তহবিল পরিকল্পনা যেটি একজন স্বাস্থ্যবান বীমাকৃত কিনেছেন তাঁদের ভবিষ্যৎ চিকিৎসাগত খরচের জন্য এবং

b) যখন বীমাকৃতের দীর্ঘ মেয়াদী যত্নের প্রয়োজন হবে সেই সময় বিরাট অঙ্কের টাকার প্রিমিয়ামের বিনিময়ে জরুরী চাহিদার পরিকল্পনা কিনে রাখে।

বিকলাঙ্গতার তীব্রতা (বেঁচে থাকার সম্ভাব্য সময়সীমা) নির্ধারণ করে সুবিধার পরিমাণ। দীর্ঘ মেয়াদী পণ্যগুলির ভারতীয় বাজারে জনপ্রিয় হতে এখনো সময় লাগবে।

ভবিষ্য আরোগ্য পলিসি

প্রথম প্রি-ফান্ডেড বীমা পরিকল্পনা হলো ভবিষ্য আরোগ্য পলিসি যা বাজারে নিয়ে এসেছিল চারটি রাষ্ট্রায়ত্ত সংস্থার সাধারণ বীমা কোম্পানিগুলি। ১৯৯০সালে প্রথম চালু হয়েছিল, এর প্রাথমিক লক্ষ্য ছিল বীমাকৃত ব্যক্তির অবসরের পর তাঁর স্বাস্থ্যের যত্নের জন্য যত্ন নেওয়া, এরজন্য তিনি তাঁর উৎপাদনে সক্ষম জীবনকালে প্রিমিয়াম দেবেন। এটি জীবন বীমা পলিসি নেওয়ার মতো একইরকম ছিল। শুধু পার্থক্য হলো এটি মৃত্যুর পরিবর্তে ভবিষ্যতে তাঁর চিকিৎসাগত খরচ বহন করবে।

a) ডেফার্ড মেডিক্লেইম

পলিসিটি হলো একধরণের ডেফার্ড অথবা ভবিষ্যতের মেডিক্লেইম পলিসির মতো এবং মেডিক্লেইম পলিসির মতোই কভার দেয়। প্রস্তাবক তাঁর ২৫ থেকে ৫৫বছর বয়সের মধ্যে যে কোনো সময়ে এই প্রকল্পে যোগ দিতে পারেন।

b) অবসরের বয়স

গ্রাহক ৫৫ থেকে ৬০ বছরের মধ্যে তাঁর অবসরের বয়স বেছে নিতে পারেন। কিন্তু শর্ত হলো তাঁর যোগদানের দিনের থেকে তাঁর পছন্দ করা অবসরের বয়সের মধ্যে স্পষ্টতই ৪বছরের পার্থক্য থাকতে হবে। পলিসির অবসরের বয়সের অর্থ হলো প্রস্তাবটি সই করার সময় বীমাকৃত যে বয়স বাছাই করেছেন সেটি এবং পলিসির অধীনে সুবিধাগুলি পাওয়া শুরু করার লক্ষ্যে তালিকায় যা নির্দিষ্ট করা আছে। সেই বয়স এগিয়ে আনা যাবে না।

c) অবসর-পূর্ব সময়

অবসর-পূর্ব সময়ের অর্থ হলো প্রস্তাবটি গ্রহণ করার দিন থেকে শুরু হয়ে এবং তালিকায় যেমন নির্দিষ্ট করা আছে সেই পলিসির অবসরের বয়সে শেষ হয়। এই সময়পর্বের মধ্যে বীমাকৃত ইনস্টলমেন্ট/একক প্রিমিয়ামের পরিমাণ যেমন প্রযোজ্য তা দিতে থাকবেন। বীমাকৃতের একটি বিরাট অঙ্কের প্রিমিয়াম বা ইনস্টলমেন্টে দেওয়ার বাছাইয়ের সুযোগ আছে।

d) **প্রত্যাহার**

যদি, বীমাকৃতের অবসরের বয়সের আগে অথবা অবসরের যে বয়স তিনি বাছাই করেছেন তার যে কোনো একটির আগে তাঁর মৃত্যু হয় অথবা প্রকল্পটি থেকে প্রত্যাহার করে নেওয়ার ইচ্ছা প্রকাশ করেন, তবে প্রিমিয়ামের উপযুক্ত প্রত্যর্পণের অনুমতি দেওয়া হতে পারে। অবশ্য বিষয়টি পলিসির অধীনে যদি কোনো ক্লেইম না করা হয় তাহলেই বিবেচিত হবে। যদি পুনর্নবীকরণে দেরি হয় তাহলে তার সন্তোষজনক ব্যাখ্যার ক্ষেত্রে সেখানে প্রিমিয়াম দেওয়ার জন্য ৭দিনের একটি অন্তর্বর্তী সময়পর্ব দেওয়া হয়।

e) **বরাদ্দকরণ**

প্রকল্পটি বরাদ্দকরণের জন্য প্রদান করে।

f) **বর্জন**

পূর্ব-উপস্থিত রোগ, ৩০দিনের অপেক্ষার সময়পর্ব এবং যেমন মেডিক্লেইমে নির্দিষ্ট কিছু অসুখের ক্ষেত্রে প্রথম বছরটি বাদ দেওয়া থাকে এই পলিসিটিতে সেরকম নেই। যেহেতু এটি একটি ভবিষ্যৎ মেডিক্লেইম পলিসি, সেই কারণে এটি যথেষ্ট যুক্তিসঙ্গত।

g) গোষ্ঠী বীমার তারতম্য

পলিসি গোষ্ঠী ভিত্তিতেও পাওয়া যায়, সেক্ষেত্রে, গোষ্ঠীতে ছাড়ের যে সুবিধা আছে সেটি উপলব্ধ করা যায়।

H. *কম্বি-প্রোডাক্ট*

কখনো, জীবন বীমা সংক্রান্ত পণ্যগুলি স্বাস্থ্য বীমা পণ্যগুলির সঙ্গে সংযুক্ত থাকে। প্যাকেজ পদ্ধতিতে আরো পণ্যকে তুলে ধরার এটি একটি ভালো উপায় যেখানে দুটি বীমা একসঙ্গে আসছে এবং একটি বোঝাপড়ায় প্রবেশ করছে।

সেইকারণে, **স্বাস্থ্য প্লাস জীবন সংযুক্ত পণ্যে**র অর্থ হলো একটি জীবন বীমা কোম্পানির জীবন বীমা কভার এবং একটি সাধারণ এবং/অথবা পৃথক স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানির স্বাস্থ্য বীমার প্রস্তাব একযোগে পাওয়া।

পণ্যগুলি যৌথভাবে দুটি বীমাকারী পরিকল্পনা করে এবং তাকে বাজারজাত করে দুটি বীমাকারীর বন্টনকারী চ্যানেলের মাধ্যমে। যদিও, ক্লেইম মেটানোর সময় পলিসির যে ভাগটি আক্রান্ত হবে সেই নির্দিষ্ট বীমাকারীই তা মেটাবেন।

এই পণ্যগুলির ডিজাইন করেন দুজন বীমাকারী একযোগে এবং উভয় বীমাকারীরই বিতরণ চ্যানেলের মাধ্যমে এর বিপণন করা হয়। স্পষ্টতই এই দুই কোম্পানির টাই-আপের ফলেই এটা ঘটে এবং বর্তমান নির্দেশিকা অনুসারে এই ধরনের টাই-আপ যে কোনো সময়েই কেবলমাত্র অনুমোদিত একজন জীবন বীমাকারী ও একজন নন-লাইফ বীমাকারীর মধ্যেই। বিপণন, পলিসি পরিষেবা দান ও অভিন্ন খরচগুলি ভাগাভাগি করতে এই কোম্পানিগুলির মধ্যে একটা সমঝোতা পত্র স্বাক্ষরিত হতে হবে এবং পলিসি পরিষেবা দানের মাপকাঠি ও প্রিমিয়াম ট্রান্সমিশনেও এই সমঝোতা থাকতে হবে। বীমাকারীদের মধ্যে যে কেউ টাই-আপের জন্য আইআরডিএআই-র অনুমোদন চাইতে পারে। চুক্তিটা একটা দীর্ঘমেয়াদী প্রকৃতির হওয়া উচিত এবং ব্যতিক্রমী পরিস্থিতি ও আইআরডিএআই-র সন্তুষ্টি ছাড়া টাই-আপ থেকে প্রত্যাহার অনুমোদিত হবে না।

বিভিন্ন পরিষেবা দেওয়ার জন্য একটা সংযোগ বিন্দু হিসেবে পলিসি পরিষেবা সহজতর করায় একটা গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করতে একটি লিড বীমাকারী হিসেবে কাজ করতে পারস্পরিকভাবে সম্মত হয় বীমা কোম্পানিগুলির একটি। লিড বীমাকারী আন্ডাররাইটিং ও পলিসি পরিষেবাকে সহজতর করতে একট বড় ভূমিকা পালন করে। তবে ক্লেইম ও কমিশন পরিশোধ সামলায় সংশ্লিষ্ট বীমাকারীরাই, পলিসির কোন সেকশন ক্ষতিগ্রস্থ হয়েছে তার ভিত্তিতে।

'কম্বি পণ্য' ফাইল করার সময়ে ইস্যু করা ফাইল ও ব্যবহার নির্দেশিকা অনুসরণ করতে হবে এবং পৃথক পৃথকভাবে অনুমতি নিতে হবে। উভয় ঝুঁকির প্রিমিয়াম উপাদান পলিসিহোল্ডারদের কাছে আলাদা আলাদাভাবে চিহ্নিত ও প্রকাশ করা হবে, প্রাক-বিক্রি এবং বিক্রি-পরবর্তী উভয় পর্যায়েই এবং পলিসি নথি, সেলস লিটারেচার প্রভৃতির মতো সমস্ত নথিতে তা থাকবে।

ব্যক্তিগত বীমা পলিসি হিসেবে এবং গ্রুপ বীমা ভিত্তি উভয়ভাবেই পণ্য ব্যবহার করা হতে পারে। তবে স্বাস্থ্য বীমা ফ্লোটার পলিসির ক্ষেত্রে, বিশুদ্ধ মেয়াদী জীবন বীমা কভারেজ পরিবারের অন্যতম রোজগেরে সদস্যের উপর অনুমোদিত হবে যিনি বীমাযোগ্য স্বার্থের স্বাস্থ্য বীমা পলিসির এবং সংশ্লিষ্ট বীমাকারীর আন্ডাররাইটিং বিধি অনুযায়ী একজন প্রস্তাবকও।

বীমাকৃতের কাছে ফ্রি লুক অপশানের সুযোগ থাকে এবং সামগ্রিকভাবে কম্বি পণ্যের ক্ষেত্রেও এটা প্রযোজ্য হয়। তবে কম্বি পণ্যের স্বাস্থ্য অংশের সংশ্লিষ্ট -নন-লাইফ/স্বতন্ত্র স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানির কাছ থেকে পলিসিহোল্ডারের পুনর্নবীকরণের অধিকার থাকে।

উভয় বীমাকারীর প্রত্যক্ষ বিপণন চ্যানেল, ব্রোকার ও যৌগিক ব্যক্তিগত ও কর্পোরেট এজেন্টের মাধ্যমে কম্বি পণ্যের বিপণন করা যেতে পারে, তবে ব্যাঙ্ক রেফারেল ব্যবস্থার মাধ্যমে নয়। তবে যাঁরা কোনো বীমাকারীর পণ্যের বিপণনের জন্য অনুমোদিত নন তাঁরা মধ্যস্থতাকারী হতে পারেন না।

প্রোপোজাল ও সেলস লিটারেচারে নির্দিষ্ট কিছু প্রকাশ করতে হয় যেমন যে বৈশিষ্ট্যগুলিতে দুই বীমাকারী জড়িত নয়, কারা ক্লেইম নিষ্পত্তি করবে, উভয়ের পুনর্নবীকরণ সম্পর্কিত বিষয় অথবা বীমাকৃতের পছন্দমাফিক কভারের অন্যতম, পরিষেবার সুবিধা প্রভৃতি।

এই ব্যবসার পরিষেবায় তথ্যপ্রযুক্তিকে শক্তসমর্থ এবং বিজোড় হতে হবে, যার অর্থ হলো প্রয়োজন অনুযায়ী দুটো বীমাকারীর মধ্যে ডেটার ব্যাপক ইন্টিগ্রেশন হয় এবং আইআরডিএআই-তে ডেটা জেনারেশন করা যায়।

I. *প্যাকেজ পলিসি*

একটি মাত্র তথ্যের অধীনে, প্যাকেজ অথবা আম্ব্রেলা কভার সংযুক্ত কভার দেয়।

উদাহরণ হিসেবে বলা যায়, ব্যবসার অন্যান্য শ্রেণীতে যেমন হাউসহোল্ডার পলিসি, শপকিপার্স পলিসি, অফিস প্যাকেজ পলিসি ইত্যাদিতে কভার আছে। যেখানে, একটি পলিসির অধীনে বিভিন্ন বাস্তবিক সম্পদ যেমন বাড়ি, সামগ্রী ইত্যাদির জন্য কভার খোঁজা হয়। এই ধরণের পলিসিগুলিতে একটি নির্দিষ্ট ব্যক্তিগত সীমানা বা দায়িত্বের কভারও অন্তর্ভুক্ত হয়।

স্বাস্থ্য বীমার প্যাকেজ পলিসির উদাহরণে সংযুক্তভাবে জটিল অসুস্থতা কভারের সুবিধার সঙ্গে ক্ষতিপূরণের পলিসি এবং এমনকী জীবন বীমা পলিসি এবং হাসপাতালে দৈনন্দিন নগদের সুবিধা সহ ক্ষতিপূরণের পলিসিও অন্তর্ভুক্ত।

ভ্রমণ বীমার ক্ষেত্রে, যে পলিসির প্রস্তাব করা হয় সেটিও একটি প্যাকেজ পলিসি। তারমধ্যে শুধু স্বাস্থ্য বীমা কভার করা থাকে না, একইসঙ্গে দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু/বিকলাঙ্গতার সুবিধার পাশাপাশি অসুস্থতা/দুর্ঘটনা, পরীক্ষিত মালপত্রের হারিয়ে যাওয়া বা দেরিতে আসা, পাসপোর্ট এবং ডকুমেন্ট হারিয়ে যাওয়া, সম্পদ/ব্যক্তিগত ক্ষতির জন্য তৃতীয় পক্ষের দায়বদ্ধতা, ভ্রমণ বাতিল হয়ে যাওয়া এবং এমনকী হাইজ্যাকের কভারের সুবিধাও থাকে।

J. *গরিব অংশের জন্য মাইক্রো বীমা ও স্বাস্থ্য বীমা*

মাইক্রো-বীমা পণ্য নির্দিষ্টভাবে পরিকল্পনা করা হয়েছে গ্রামীণ এবং অসংগঠিত ক্ষেত্রের কম আয়ের ব্যক্তিদের সুরক্ষা দেওয়ার লক্ষ্য নিয়ে। কম আয়ের মানুষদের নিয়ে তৈরি হয়েছে আমাদের জনসংখ্যার একটা বড় অংশ এবং সাধারণত তাঁদের কোনো স্বাস্থ্য নিরাপত্তার কভার থাকে না। সেইকারণে, সাধ্যের মধ্যে থাকা প্রিমিয়াম সহ এই কম মূল্যের পণ্য এবং সুবিধার প্যাকেজ চালু করা হয়েছে যাতে এই মানুষদের সাহায্য করা যায়। তাঁরা যাতে প্রচলিত ঝুঁকিগুলির মোকাবিলা করতে পারেন এবং তার থেকে পুনরুদ্ধার করতে পারেন সেই লক্ষ্যে। মাইক্রো বীমাটি আইআরডিএ মাইক্রো বীমা নিয়ন্ত্রণ, ২০০৫-এর অধীনে।

এই পণ্যগুলিতে প্রিমিয়াম লাগে খুব কম এবং আইআরডিএ মাইক্রো বীমা নিয়ন্ত্রণ, ২০০৫-এর পরামর্শ অনুযায়ী সাধারণভাবে, বীমাকৃত রাশি ৩০,০০০টাকার কম হয়। এই কভারগুলি বেশিরভাগ বিভিন্ন সম্প্রদায়ের সংগঠন অথবা বেসরকারী স্বেচ্ছাসেবী সংগঠন (এনজিওগুলি) তাদের সদস্যদের জন্য নেয়। আইআরডিএ'এর গ্রামীণ এবং সামাজিক ক্ষেত্রের বাধ্যবাধকতায় আরো প্রয়োজন হয় যে বীমাকারীরা তাদের পলিসিগুলির একটি নির্দিষ্ট অনুপাত তারা মাইক্রো-বীমা পণ্য হিসেবে বিক্রি করবে। এর মাধ্যমে বীমা আরো বেশি মানুষের কাছে পৌঁছে যাবে।

সমাজের দরিদ্র অংশের মানুষদের চাহিদা পুরণ করার জন্য পিএসইউগুলি যে দুটি পলিসি নির্দিষ্টভাবে তৈরি করেছে তা নিচে বর্ণনা করা হোলো:

1. জন আরোগ্য বীমা পলিসি

নিম্নলিখিতগুলি জন আরোগ্য বীমা পলিসির বৈশিষ্ট্য:

a. সমাজের দরিদ্র অংশের মানুষকে সস্তায় চিকিৎসা বীমা দেওয়ার জন্য এই পলিসির পরিকল্পনা করা হয়েছে।

b. কভারেজটি ব্যক্তিগত মেডিক্লেইম পলিসির সাথে পাওয়া যায় শুধু ক্রমবর্ধমান বোনাস এবং মেডিক্যাল চেক- আপের সুবিধা এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত নয়।

c. ব্যক্তি এবং পরিবারের সদস্যরা পলিসিটি পেতে পারেন।

d. বয়সের সীমা হলো পাঁচ বছর থেকে ৭০বছর বয়স পর্যন্ত।

e. তিন মাস থেকে পাঁচ বছর বয়সের শিশুরাও কভার পেতে পারে যদি তাদের মা-বাবার মধ্যে একজন বা দুজনেই একইসময়ে কভারের আওতায় থাকেন।

f. মাথা পিছু বীমাকৃত রাশি সীমিত করা আছে ৫,০০০টকা পর্যন্ত এবং নিম্নলিখিত টেবিল অনুযায়ী প্রিমিয়াম দিতে হবে।

টেবিল ২.১

বীমাকৃত ব্যক্তির বয়স	৪৬বছর বয়স পর্যন্ত	৪৬-৫৫	৫৬-৬৫	৬৬-৭০
পরিবারের প্রধান	৭০	১০০	১২০	১৪০
স্ত্রী	৭০	১০০	১২০	১৪০
২৫বছর পর্যন্ত নির্ভরশীল সন্তান	৫০	৫০	৫০	৫০
২+১ নির্ভরশীল সন্তানের পরিবারের জন্য	১৯০	২৫০	২৯০	৩৩০
২+২ নির্ভরশীল সন্তানের পরিবারের জন্য	২৪০	৩০০	৩৪০	৩৮০

- আয়কর আইনের ৮০ডি ধারায় কর ছাড় পাওয়া যাবে প্রিমিয়ামের জন্য।
- এই পলিসির ক্ষেত্রে পরিষেবা কর প্রযোজ্য নয়।

2. **সর্বজনীন স্বাস্থ্য বীমা প্রকল্প (ইউএইচআইএস)**

এই পলিসিটি ১০০জনের একটি গোষ্ঠী বা তার বেশি পরিবারে পাওয়া যাবে। সাম্প্রতিক সময়ে, ব্যক্তিগত ইউএইচআইএস পলিসি জনগণের জন্য উপলব্ধ করা হয়েছে।

সুবিধা

সার্বজনীন স্বাস্থ্য বীমা প্রকল্পের সুবিধার তালিকা নিম্নলিখিত:

- **চিকিৎসাগত পরিশোধ**

পলিসিটি হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের খরচের পরিশোধ হিসেবে ৩০,০০০টাকা পর্যন্ত ব্যক্তি/পরিবারকে দেয় যা নিম্নলিখিত উপ সীমার অন্তর্গত।

টেবিল 2.2

বিবরণ	সীমা
ঘর, থাকার খরচ	দৈনিক ১৫০টাকা পর্যন্ত
যদি আইসিইউ-তে ভর্তি হয়	দৈনিক ৩০০টাকা পর্যন্ত
শল্য চিকিৎসক, অ্যানাস্থেসিস্ট, পরামর্শদাতা, বিশেষজ্ঞের ফি, নার্সিংয়ের খরচ	প্রতি অসুস্থতা/আঘাত পিছু ৪,৫০০টাকা পর্যন্ত
অ্যানাস্থেসিয়া, রক্ত, অক্সিজেন, ওটির খরচ, ওষুধ, রোগ নির্ণয়ের পরীক্ষার উপাদান এবং এক্স-রে, ডায়ালিসিস, রেডিওথেরাপি, কেমোথেরাপি, পেস মেকারের খরচ, কৃত্রিম অঙ্গ ইত্যাদি	প্রতি অসুস্থতা/আঘাতের জন্য ৪,৫০০টাকা পর্যন্ত
যে কোনো একটি অসুস্থতার জন্য সামগ্রিক যে খরচ	১৫,০০০টাকা পর্যন্ত

- **ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভার**

পরিবারের রোজগেরে প্রধানের (তালিকায় যেমন নাম আছে) যদি দুর্ঘটনায় মৃত্যু হয় তাহলে ২৫,০০০ টাকার কভারেজ পাওয়া যাবে

- **বিকলাঙ্গতার কভার**

খদি পরিবারের প্রধান রোজগেরে ব্যক্তি দুর্গটনা/অসুস্থতার জন্য হাসপাতলে ভর্তি হন তাহলে দৈনিক ৫০টাকা করে ক্ষতিপূরণ পাওয়া যাবে। এই ক্ষতিপূরণ দেওয়া হবে তিনদিনের অপেক্ষার সময়পর্বের পর হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ে এবং তা সর্বোচ্চ ১৫দিন পর্যন্ত হবে।

- **প্রিমিয়াম**

টেবিল ২.৩

স্বত্বা	**প্রিমিয়াম**
একজন ব্যক্তি জন্য	৩৬৫টাকা প্রতি বছর
পাঁচজনের একটি পরিবারের জন্য (প্রথম তিনটি সন্তানসহ)	৫৪৮টাকা প্রতি বছর
সাত জনের পরিবারের জন্য (প্রথম তিনটি সন্তান এবং নির্ভরশীল মা-বাবা সহ)	৭৩০টাকা প্রতি বছর
বিপিএল তালিকাভুক্ত পরিবারের জন্য প্রিমিয়ামে ভরতুকি	দারিদ্র্য সীমার নিচে থাকা পরিবারগুলির জন্য সরকার প্রিমিয়ামে ভরতুকি দেবে

K. *রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বীমা যোজনা*

সরকার আরো কয়েক ধরণের স্বাস্থ্য প্রকল্প চালু করেছে, তারমধ্যে কয়েকটি নির্দিষ্ট রাজ্যের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য। জনগণের জন্য স্বাস্থ্য সুবিধাকে আরো প্রসারিত করতে, সরকার বীমা কোম্পানিগুলির সঙ্গে মিলে, রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বীমা যোজনা রূপায়ণ করছে। দারিদ্র্য সীমার নিচে বসবাসকারী (বিপিএল) পরিবারগুলিকে যাতে স্বাস্থ্য বীমার কভারেজ দেওয়া যায়, তার দিকে লক্ষ্য রেখেই ভারত সরকারের শ্রম এবং কর্মনিয়োগ দপ্তর আরএসবিওয়াই চালু করেছে।

রাষ্ট্রীয় স্বাস্থ্য বীমা যোজনার বৈশিষ্ট্যগুলি নিম্নলিখিত:

a. পরিবারে ফ্লোটারের ভিত্তিতে প্রতি বিপিএল পরিবার পিছু ৩০,০০০টাকা বীমাকৃত রাশি।

b. ব্যক্তিগত মেডিক্লেইম পলিসির লাইন মেনেই কভারেজ হয়। পুঞ্জীভূত বোনাস এবং মেডিক্যাল চেক-আপ বেনিফিট এর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত নয়।

c. হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের স্বাস্থ্য পরিষেবা এবং শল্য চিকিৎসার বৈশিষ্ট্যগতভাবে দৈনিক-যত্নের ভিত্তিতে পরিষেবা দেওয়া যাবে তার কভারেজ পাওয়া যাবে।

d. যোগ্য সমস্ত স্বাস্থ্য পরিষেবায় ক্যাশলেস কভারেজের সুবিধা পাওয়া যাবে।

e. স্মার্ট কার্ডের ব্যবস্থা।

f. হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের পূর্ব ও পরবর্তী খরচ পাওয়া যাবে।

g. প্রতি ভিজিট পিছু ১০০টাকা করে পরিবহনের খরচ।

h. বীমাকারীকে কেন্দ্র এবং রাজ্য সরকার প্রিমিয়ামটি দিয়ে দেয়।

i. একটি প্রতিযোগিতামূলক নিলামের ভিত্তিতে বীমাকারীদের বাছাই করে রাজ্য সরকার।

j. সরকারী এবং বেসরকারী হাসপাতালের মধ্যে সুবিধাভোগীর বেছে নেওয়ার সুবিধা।

k. কেন্দ্র এবং রাজ্য সরকারকে ৩:১ অনুপাতের ভিত্তিতে প্রিমিয়ামটি বহন করতে হয়। কেন্দ্রীয় সরকার প্রতি পরিবার পিছু সর্বোচ্চ ৫৬৫টাকার অবদান দেবে।

l. রাজ্য সরকারের অবদান হলো: বার্ষিক প্রিমিয়ামের ২৫ শতাংশ এবং ৭৫০টাকার বেশি হলে সেই অতিরিক্ত প্রিমিয়াম।

m. নথিভুক্তকরণের ফি/পুনর্নবীকরণের ফি হিসেবে সুবিধাভোগীকে বছরে ৩০টাকা দিতে হবে।

n. প্রশাসনিক ব্যয় বহন করবে রাজ্য সরকার।

o. স্মার্ট কার্ডের খরচের অতিরিক্ত পরিমাণ ৬০টাকা প্রতি সুবিধাভোগী পিছু এই লক্ষ্যে পাওয়া যাবে।

p. স্মার্ট কার্ড দেওয়ার দিনের থেকে পরবর্তী মাসের প্রথম থেকে প্রকল্পটি কাজ করা শুরু করবে। সুতরাং, যদি কোনো জেলায় ফেব্রুয়ারি মাসের কোনো সময়ে যদি প্রাথমিক স্মার্ট কার্ডগুলি চালু করা হয়, তবে প্রকল্পটি শুরু হবে এপ্রিলের ১লা থেকে।

q. প্রকল্পটি এক বছর অর্থাৎ পরের বছরের ৩১শে মার্চ পর্যন্ত চলবে। নির্দিষ্ট ঐ জেলায় এটিই হবে প্রকল্পটি বাতিল হয়ে যাওয়ার দিন। সুতরাং, মধ্যবর্তী সময়েও যেসব কার্ড চালু করা হবে তাদেরও সেই বছরেরই ৩১শে মার্চ প্রকল্পটি বাতিলের দিন হবে।

ক্লেইমের মীমাংসা তালিকায় উল্লেখ করা টিপিএ'র মাধ্যমেই হবে অথবা বীমা কোম্পানি করবে। তালিকাভুক্ত হাসপাতালগুলির মাধ্যমে এই মীমাংসাগুলিকে যতোটা সম্ভব ক্যাশলেস করতে হবে।

কোনো একটি অসুস্থতার মানে মনে করা হবে একটানা অসুস্থতার সময় এবং এর অন্তর্গত হলো সর্বশেষ যেদিন হাসপাতালে ভর্তির পরামর্শ করা হয়েছে তার থেকে ৬০দিনের মধ্যে আবার তা হওয়া।

L. প্রধানমন্ত্রী সুরক্ষা বীমা যোজনা

দুর্ঘটনায় ব্যক্তিগত মৃত্যু ও পঙ্গুত্বকে বীমার কভার দিতে সম্প্রতি ঘোষিত পিএমএসবিওয়াই ব্যাপক আগ্রহ আকর্ষণ করেছে এবং এই প্রকল্পের বিস্তারিত বিবরণ হলো নিম্নরূপ:

কভারেজের সুযোগ: ব্যাঙ্কের 18 থেকে 70বছর বয়সী সমস্ত সেভিংস ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট হোল্ডাররা এতে যুক্ত হতে পারেন। অংশগ্রহণকারী ব্যাঙ্ককে অবশ্যই কোনো অনুমোদিত নন-লাইফ বীমাকারীর সঙ্গে টাই আপ করতে হবে যারা সেই ব্যাঙ্ককে কভারের জন্য একটা মাস্টার পলিসি অফার করবে। শুধুমাত্র একটা সেভিংস ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট রয়েছে এমন যে কেউ এই প্রকল্পে যুক্ত হতে পারবেন এবং তিনি যদি একাধিক ব্যাঙ্কে তালিকাবদ্ধ হন, তাহলেও তিনি অতিরিক্ত কোনো সুবিধা পাবেন না এবং অতিরিক্ত প্রিমিয়াম দিলে তা খোয়া যাবে। ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের জন্য প্রাথমিক কেওয়াইসি হবে আধার।

তালিকাভুক্তির প্রকারতা / মেয়াদ: কভারটা হবে 1লা জুন থেকে 31শে মে পর্যন্ত এক বছরের জন্য, এই পছন্দের জন্য দায়িত্বপ্রাপ্ত সেভিংস ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট থেকে নির্ধারিত ফর্মে প্রতি বছর 31শে মে'র মধ্যে অটো-ডেবিট প্রদানের অনুমোদন করতে হবে, প্রারম্ভিক বছরে এই সুযোগ 2015-র 31শে আগস্ট পর্যন্ত করা হয়েছে। প্রকল্প শুরুর প্রারম্ভেই ভারত সরকার এই প্রক্পের যোগদানেস সময়সীমা আরো তিন মাস বাড়িয়ে 2015-র 30শে নভেম্বর পর্যন্ত করেছে।

পূর্ণ বার্ষিক কিস্তি প্রদান করলে পরবর্তীকালে যোগদানের ক্ষেত্রে অনির্দিষ্ট মেয়াদের সুযোগ পাওয়া সম্ভব হতে পারে। আবেদনকারী এনরোলমেন্ট / অটো ডেবিটের জন্য একটা অনির্দিষ্ট / দীর্ঘতর পছন্দ বাছাই করতে পারেন, তবে অতীত অভিজ্ঞতার ভিত্তিতে প্রকল্পের চালুর শর্ত বদল হবে। কোনো সময়ে কেউ যদি প্রকল্প থেকে বেরিয়ে যান উপরোক্ত প্রকারে তিনি ভবিষ্যতে ফের যুক্ত হতে পারেন। বছর বছর যোগ্য ক্যাটাগোরিতে নতুন আসা বা বর্তমানে যোগ্য ব্যক্তিরা যাঁরা আগে যুক্ত হননি তাঁরা প্রকল্প চলাকালীন ভবিষ্যতে ঢুকতে পারেন না।

বীমার আওতায় সুবিধাগুলি নিম্নরূপ :

সুবিধার টেবিল	বীমাকৃত রাশি
মৃত্যু	2লক্ষ টাকা
উভয় চোখের অথবা উভয় হাতের সম্পূর্ণ ও অপ্রতিবিধেয় লোকসান বা একটি চোখের	2লক্ষ টাকা

দৃষ্টিহানি ও হাত বা পা ব্যবহারের ক্ষতি	
একটা চোখের সম্পূর্ণ ও অপ্রতিবিধেয় লোকসান অথবা একটা হাত বা পা ব্যবহারের ক্ষতি	1লক্ষ টাকা

এসএমএস, ইমেল বা ব্যক্তিগত সাক্ষাতের মাধ্যমে জয়েনিং ও নমিনেশনের সুবিধা উপলব্ধ।

প্রিমিয়াম: বছরে সদস্য প্রতি 12/-টাকা। প্রত্যেক বার্ষিক কভারেজ মেয়াদের 1লা জুন তারিখে বা তার আগে 'অটো ডেবিট' ফেসিলিটির মাধ্যমে একটা কিস্তিতেই অ্যাকাউন্ট হোল্ডারের সেভিংস ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট থেকে প্রিমিয়ম কেটে নেওয়া হবে। তবে যদি কোথাও 1লা জুনের পর অটো ডেবিট হয় সেক্ষেত্রে যে মাসে অটো ডেবিট হবে তার পরবর্তী মাসের প্রথম দিন থেকে বীমার কভার শুরু হবে। যখন অটো ডেবিট পছন্দ দেওয়া হবে, বিশেষ করে প্রতি বছরের মে মাসে অংশগ্রহণকারী ব্যাঙ্ক প্রিমিয়ামের অর্থ কেটে নেবে এবং সেই মাসেই বীমা কোম্পানিকে সেই অর্থ পাঠিয়ে দেবে।

বার্ষিক ক্লেইম অভিজ্ঞতার ভিত্তিতে প্রিমিয়াম পুনর্বিবেচিত হয় তবে প্রথম তিন বছরে যাতে প্রিমিয়াম না বাড়ে তা নিশ্চিত করারও একটা প্রচেষ্টা হবে।

কভার সমাপ্তি : সদস্যের দুর্ঘটনা কভার সমাপ্ত হবে :

1. সদস্যের 70 বছর বয়স হতেই (নিকটতম জন্মদিনে) অথবা
2. ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট বন্ধ করা হলে বা বীমা চালু রাখার জন্য পর্যাপ্ত ব্যালান্স না থাকায়
3. একজন সদস্যের যদি একাধিক অ্যাকাউন্টের মাধ্যমে কভারকৃত হলে, বীমার কভার কেবলমাত্র একটিতেই সীমাবদ্ধ থাকবে এবং অন্যান্য কভারগুলি সমাপ্ত করে দেওয়া হবে এবং প্রিমিয়াম খোয়া যাবে।

বীমার কভার যদি কোনো টেকনিকাল কারণে বন্ধ হয়ে যায় যেমন নির্ধারিত দিনে অপর্যাপ্ত ব্যালান্স বা কোনো প্রশাসনিক ইস্যুর কারণে, পুরো বার্ষিক প্রিমিয়াম প্রাপ্ত হতেই সেটা আবার চালু হয়ে যাবে, তার জন্য শর্তগুলি পূরণ করতে হবে। এই মেয়াদকালের জন্য ঝুঁকি কভার আটকে থাকবে এবং ঝুঁকির কভার নতুন করে চালুর বিষয়টি একেবারেই বীমা কোম্পানির বিবেচনাধীন।

M. প্রধানমন্ত্রী জন ধন যোজনা

একটা সাশ্রয়ী উপায়ে ব্যাঙ্কিং সঞ্চয় ও আমানত অ্যাকাউন্ট, রেমিটেন্স, ক্রেডিট, বীমা এবং পেনশনে ভারতীয় নাগরিকদের জন্য এই আর্থিক অন্তর্ভুক্তি প্রচারাভিযানটি 2014সালের 28শে আগস্ট ভারতের প্রধানমন্ত্রী নরেন্দ্র মোদী শুরু করেন। এক সপ্তাহের মধ্যে ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট খোলায় একটি বিশ্বরেকর্ড তৈরি করেছে এই প্রকল্পটি। এর লক্ষ্যহলো ব্যাঙ্কিংয়ের মূল স্রোতে সর্বাধিক মানুষকে নিয়ে আসা

যে কোনো ব্যাঙ্কের শাখা বা বিজনেস করেসপন্ডেন্ট (ব্যাঙ্ক মিত্র) আউটলেটে একটা অ্যাকাউন্ট খোলা যায়। পিএমজেডিওয়াই অ্যাকাউন্টগুলি খোলা হচ্ছে জিরো ব্যালান্সে। তবে যদি অ্যাকাউন্ট-হোল্ডার চেক বই পেতে চান তবে তাঁকে ন্যূনতম ব্যালান্সের মাপকাঠি পূরণ করতে হবে।

পিএমজেডিওয়াই প্রকল্পের আওতায় বিশেষ সুবিধা

1. জমার উপর সুদ
2. 1লক্ষ টাকার দুর্ঘটনা বীমা
3. কোনো ন্যুনতম ব্যালান্স প্রয়োজন নেই।
4. 30,000/-টাকা পর্যন্ত জীবন বীমার কভার
5. ভারতজুড়ে সহজেই টাকা ট্রান্সফার
6. সরকারী প্রকল্পের উপভোক্তারা এই অ্যাকাউন্টগুলিতে সরাসরি বেনিফিট ট্রান্সফার পাবেন।
7. 6মাসের জন্য অ্যাকাউন্ট সন্তোষজনকভাবে চালানোর পর একটা ওভারড্রাফ্টের সুবিধা পাওয়া যাবে
8. পেনশন ও বীমা পণ্যের সুযোগ
9. দুর্ঘটনা বীমার কভার
10. রুপে কার্ড যেটি 45দিনের মধ্যে অন্তত একবার ব্যবহার করতেই হবে।
11. পরিবার পিছু মাত্র একটা অ্যাকাউন্টেই 5000/- টাকা পর্যন্ত ওভারড্রাফ্টের সুবিধা, পরিবারের মহিলাই অগ্রাধিকার পাবেন।

2015-র 13ই মে-র হিসেবে 16,918.91 কোটি টাকার ব্যালান্স সহ রেকর্ড সংখ্যক 15.59কোটি অ্যাকাউন্ট খোলা হয়েছে। এর মধ্যে 8.50 কোটি অ্যাকাউন্ট খোলা হয়েছে জিরো ব্যালান্সে।

N. *ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা ও বিকলাঙ্গতা কভার*

একটি অপ্রত্যাশিত দুর্ঘটনার ঘটনার কারণে যদি মৃত্যু এবং বিকলাঙ্গতা দেখা দেয় তাহলে **ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা (পিএ)** কভারে ক্ষতিপুরণ পাওয়া যাবে। অনেক সময়ই এই পলিসিগুলি দুর্ঘটনার সুবিধার সাথে সাথে এক ধরণের চিকিৎসাগত কভারও দিয়ে থাকে।

একটি পিএ পলিসিতে, যেখানে মৃত্যুকালীন সুবিধার ক্ষেত্রে বীমাকৃত রাশির ১০০% দেওয়া হয়, সেখানে বিকলাঙ্গতার ক্ষেত্রে তারতম্য ঘটে। যদি স্থায়ীভাবে বিকলাঙ্গতা দেখা দেয় তবে বীমাকৃত রাশির নির্দিষ্ট শতাংশের বিচারে ক্ষতিপুরণ দেওয়া হয় এবং যদি অস্থায়ীভাবে বিকলাঙ্গতা দেখা দেয় তবে সাপ্তাহিক ক্ষতিপুরণ দেওয়া হয়।

সাপ্তাহিক ক্ষতিপুরণের অর্থ হলো বিকলাঙ্গতার প্রতি সপ্তাহে একটি নির্দিষ্ট পরিমাণ অর্থ দেওয়া হবে। কতো সংখ্যক সপ্তাহের সর্বোচ্চ সীমার প্রেক্ষিতে এই ক্ষতিপুরণ দেওয়া হবে তা বিবেচনাধীন বিষয়।

1. কোন ধরণের বিকলাঙ্গতা কভার করা হয়

পলিসির অধীনে সাধারণত যে ধরণের বিকলাঙ্গতা কভার করা হয় তা হলো:

i. **স্থায়ী সম্পূর্ণ বিকলাঙ্গতা (পিটিডি)** : এর অর্থ হলো আজীবনের জন্য সম্পূর্ণ অক্ষম হয়ে যাওয়া, যেমন, চারটি অঙ্গ-প্রত্যঙ্গের পক্ষাঘাত, কোমার অবস্থা, দুটি চোখ/দুটো হাত/দুটো পা অথবা একটি হাত এবং একটি চোখ অথবা একটি চোখ এবং একটি পা অথবা একটি হাত এবং একটি পা হারানো,

ii. **স্থায়ী আংশিক বিকলাঙ্গতা (পিপিডি)** : এর অর্থ হলো চির জীবনের জন্য আংশিকভাবে বিকলাঙ্গ হয়ে যাওয়া, যেমন, আঙুল, পায়ের আঙুল, ফ্যালাঞ্জেস ইত্যাদি হারিয়ে ফেলা

iii. **অস্থায়ী সম্পূর্ণ বিকলাঙ্গতা (টিটিডি)** : এর অর্থ হলো একটি আংশিক সময়ের জন্য সম্পূর্ণ বিকলাঙ্গ হয়ে যাওয়া। এই বিভাগের কভারের উদ্দেশ্য হলো বিকলাঙ্গতার সময়ে আয়হীনতাকে কভার করা।

ক্রেতা পছন্দমতো বেছে নিতে পারেন শুধু মৃত্যুকালীন অথবা মৃত্যু তারসঙ্গে স্থায়ী বিকলাঙ্গতা অথবা মৃত্যু এবং তারসঙ্গে স্থায়ী বিকলাঙ্গতা এবং অস্থায়ী সার্বিক বিকলাঙ্গতার কভার।

2. বীমাকৃত রাশি

পিএ পলিসির জন্য বীমাকৃত রাশি সাধারণত স্থির করা হয় মোট মাসিক আয়ের উপর ভিত্তি করে। সাধারণত, মোট মাসিক আয়ের ৬০গুণ হয়। যদিও, কিছু বীমাকারী আয়ের স্তরের বিবেচনা না করে স্থায়ী পরিকল্পনার ভিত্তিতে বীমার প্রস্তাব দেয়। এই ধরণের পলিসিতে কভারের প্রতিটি বিভাগের জন্য বীমাকৃত রাশির পার্থক্য ঘটে, যেরকম পরিকল্পনা নেওয়া হবে সেই অনুযায়ী।

3. সুবিধা পরিকল্পনা

একটি সুবিধা পরিকল্পনা হিসেবে, পিএ পলিসি অবদান আকর্ষণ করে না। সেইকারণে, যদি একজন ব্যক্তি বিভিন্ন বীমাকারীর কাছে একাধিক পলিসি করেন, দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যুর ঘটনার ক্ষেত্রে, পিটিডি অথবা পিপিডি, সব কটি পলিসির অধীনেই ক্লেইমের টাকা দেওয়া হবে।

4. কভারের প্রসার

এই পলিসিগুলি অনেক সময় চিকিৎসাগত খরচ কভার করার জন্য প্রসারিত করা হয়, দুর্ঘটনার পরে হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময় যে চিকিৎসাগত এবং অন্যান্য খরচ হয়েছে তা পরিশোধ করার জন্য। একটি দুর্ঘটনা পরবর্তী ঘটনাবলীর জন্য যে চিকিৎসাগত/হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের খরচপাতি হয়, বর্তমানে আমাদের যে স্বাস্থ্য পলিসি আছে সেটি দিয়েই এই খরচ মেটানো হয়। এই ধরণের পলিসিগুলি অসুস্থতা এবং তার চিকিৎসাতে কোনো কভার দেয় না এবং তার পরিবর্তে শুধুমাত্র দুর্ঘটনাজনিত অসুস্থতারই খরচপাতি দেয়।

5. মূল্য যুক্ত সুবিধা

ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার সঙ্গে, অনেক বীমাকারী মূল্য যুক্ত সুবিধা যেমন দুর্ঘটনার কারণে হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার ফলে যে খরচ হয় সেক্ষেত্রে হাসপাতালের নগদ, মৃতের পরিবহণ, নির্দিষ্ট রাশির শিক্ষার সুবিধা এবং সঠিক অথবা নির্দিষ্ট সীমার যেটি কম হবে সেই অনুযায়ী অ্যাম্বুলেন্সের খরচ দেওয়ারও প্রস্তাব করে।

6. বাদ দেওয়া

ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার কভারের অধীনে প্রচলিত বাদ দেওয়াগুলি হলো:

i. পলিসিটির সূত্রপাতের আগে কোনো উপস্থিত বিকলাঙ্গতা ছিল কী না

ii. মানসিক ভারসাম্যতা অথবা কোনো অসুস্থতার ফলে মৃত্যু অথবা বিকলাঙ্গতা

iii. প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে যৌনব্যাধি সংক্রান্ত অসুখ, যৌন রোগ, এডস অথবা মানসিক ভারসাম্যহীন হওয়ার কারণে।

iv. রেডিয়েশন, সংক্রমণ, দুর্ঘটনার কারণ ছাড়া বিষাক্ত হয়ে যাওয়ার ফলে মৃত্যু অথবা বিকলাঙ্গতা।

v. অপরাধমূলক উদ্দেশ্য নিয়ে বীমাকৃত ব্যক্তি বা তাঁর পরিবারের কেউ আইন ভঙ্গ করেন এবং তারফলে যদি কোনো আঘাত দেখা দেয় বা ঘটে থাকে।

vi. দুর্ঘটনাজনিত আঘাত যা প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে যোগ আছে অথবা যুদ্ধ, আক্রমণ, বিদেশী শত্রুর কাজ, যুদ্ধবিগ্রহ(সেখানে যুদ্ধ ঘোষণা করা হোক বা না হোক), গৃহ যুদ্ধ, বিদ্রোহ, বিপ্লব, উপবিপ্লব, প্রকাশ্যে বিদ্রোহ, সামরিক অথবা করায়ত্ত ক্ষমতা,

বাজেয়াপ্ত, বন্দী করা, গ্রেপ্তার, দমন এবং আটক করার সঙ্গে যুক্ত থাকার ফলে যদি মৃত্যু অথবা বিকলাঙ্গতা অথবা আঘাত ঘটে।

vii. বীমাকৃত ব্যক্তি যদি নিন্দনীয় হত্যা, যেমন, খুনের শিকার হন সেই ঘটনার ক্ষেত্রে। যদিও, বেশিরভাগ পলিসিতে, হত্যার ঘটনায় যেখানে বীমাকৃত নিজে কোনো অপরাধমূলক কাজকর্মের সঙ্গে জড়িত নন, সেখানে এমন ঘটনাকে দুর্ঘটনা বলে মনে করা হয় এবং পলিসির অধীনে কভারও দেওয়া হয়ে থাকে।

viii. শিশুর জন্ম, সন্তান সম্ভবা অথবা তার পরবর্তী পরিণামের কারণ, অবদান, অথবা বাড়িয়ে তোলা অথবা দীর্ঘায়িত করার জন্য প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে, মৃত্যু/বিকলাঙ্গতা/হাসপাতালে ভর্তি।

ix. যখন বীমাকৃত/বীমাকৃত ব্যক্তি পেশাদার খেলোয়াড় হিসেবে অংশগ্রহণ করছে বা প্রশিক্ষণ নিচ্ছে, শান্তি বা যুদ্ধের সময় যে কোনো দেশের সেণা বা সশস্ত্র বাহিনীতে যোগ দিচ্ছেন।

x. ইচ্ছাকৃতভাবে নিজেকে আহত করা, আত্মহত্যা বা আত্মহত্যার চেষ্টা করা (সেটি প্রকৃতিস্থ বা অপ্রকৃতিস্থভাবে)

xi. মাদকদ্রব্য বা ড্রাগস এবং মদের অপব্যবহার

xii. বিমান অথবা বেলুন চালনার সঙ্গে যুক্ত থাকার সময়, বিশ্বের যে কোনো জায়গায় লাইসেন্সপ্রাপ্ত মাপকাঠিকৃত বিমান যাত্রী (ভাড়া দিয়ে অথবা অন্যভাবে) হিসেবে ছাড়া অন্য কোনোভাবে বিমানে বা বেলুনে চড়া, সেখান থেকে নামা বা ভ্রমণের সময়

বৈধ চালকের লাইসেন্স ছাড়া যে কোনো গাড়ি চালানোর ফলে যে ক্ষতি হবে সেটি কভারের আওতা থেকে বাদ থাকে নির্দিষ্ট পলিসিগুলিতে।

পিএ পলিসির জন্য ব্যক্তি, পরিবার এবং গোষ্ঠীকেও প্রস্তাব দেওয়া হয়।

ফ্যামিলি প্যাকেজ কভার

ফ্যামিলি প্যাকেজ কভার মঞ্জুর করা হতে পারে নিম্নোক্ত প্যাটার্নে:

- **রোজগেরে সদস্য (বীমাকৃত ব্যক্তি) ও তাঁর স্বামী বা স্ত্রী, যদি রোজগেরে হন :** ব্যক্তি হিসেবে স্বাভাবিক সীমাবদ্ধতার মধ্যে প্রত্যেকের জন্য কাঙ্খিত স্বাধীন মুলধনী বীমাকৃত রাশি।
- **স্বামী বা স্ত্রী (রোজগেরে সদস্য না হলে) :** সাধারণভাবে রোজগেরে সদস্যের বীমাকৃত রাশির 50শতাংশ। এর একটা নির্ধারিত উর্ধসীমা টানা যেতে পারে যেমন 1,00,000 টাকা বা 3,00,000 টাকা।
- **সন্তান (5 ও 25বছরের মধ্যে) :** সাধারণভাবে রোজগেরে সদস্যের বীমাকৃত রাশির 25শতাংশ। এরও একটা নির্ধারিত উর্ধসীমা থাকতে পারে যেমন সন্তান প্রতি 50,000 টাকা।

গ্রুপ ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা পলিসি

গ্রুপ ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা পলিসি হলো সাধারণত একটা বার্ষিক পলিসি যা কেবলমাত্র বার্ষিকীতেই পুরনর্নবীকরণ করার অনুমোদন পায়। যদিও নন-লাইফ ও স্বতন্ত্র স্বাস্থ্য বীমাকারীরা কোনো নির্দিষ্ট ইভেন্টে কভারেজ দিতে এক বছরের কম সময়ের জন্য গ্রুপ ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা পলিসির প্রস্তাব দিতে পারে।

নিম্নোক্তগুলি হলো বিভিন্ন ধরনের গ্রুপ পলিসি :

- **নিয়োগকর্তা ও কর্মচারী সম্পর্ক**

  এই পলিসিগুলি ফার্ম, অ্যাসোসিয়েশন প্রভৃতিকে মঞ্জুর করা হয়:

  - নাম উল্লেখিত কর্মচারীদের কভার করতে
  - নাম উল্লেখিত নয় এমন কর্মচারীদের কভার করতে

- **নন এমপ্লয়ার-এমপ্লয়ি সম্পর্ক**

  এই পলিসিগুলি অ্যাসোসিয়েশন, সোসাইটি, ক্লাব প্রভৃতিকে মঞ্জুর করা হয়:

  - নাম উল্লেখিত সদস্যদের কভার করতে
  - নাম দিয়ে চিহ্নিত নয় এমন সদস্যদের কভার করতে

  (নোট : কর্মচারীদের আলাদাভাবে কভার দেওয়া যেতে পারে)

হাড় ভেঙে যাওয়ার পলিসি এবং দৈনন্দিন কাজকর্ম হারানোর ক্ষতিপূরণ

এটি একটি বিশেষ পিএ পলিসি। এই পলিসিটি পরিকল্পনা করা হয়েছে তালিকাভুক্ত অস্থিভঙ্গকে কভার দেওয়ার জন্য।

i. নির্দিষ্ট সুবিধা অথবা বীমাকৃত রাশির শতাংশ যা প্রতি অস্থিভঙ্গের সঙ্গে উল্লেখ করা আছে তা ক্লেইম করার সময় দেওয়া হয়

ii. কী ধরণের হাড় কভার করা আছে এবং কী ধরণের অস্থিভঙ্গ হয়েছে তার ধরণের উপর নির্ভর করে সুবিধার পরিমাণ কতোটা হবে।

iii. আরো বিস্তারিতভাবে বললে, সাধারণ অস্থিভঙ্গের তুলনায় মিশ্র অস্থিভঙ্গে বেশি শতাংশ হারে সুবিধা পাওয়া যাবে। আবার, আঙুলের হাড় ভাঙার সুবিধার তুলনায় অনেক বেশি শতাংশ হারে সুবিধা পাওয়া যাবে যদি ফেমার বোন (থাইয়ের হাড়) ভাঙে।

iv. এই পলিসিতে প্রতিদিনের কাজকর্ম হারালে সেক্ষেত্রেও পলিসিতে বর্ণনা করা নির্দিষ্ট সুবিধার কভার পাওয়া যায়, যেমন, খাওয়া, মল ত্যাগ, জামা কাপড় পরা, আত্মসংযম (মূত্র অথবা মল ধরে রাখার ক্ষমতা) অথবা অচলতার জন্য যাতে বীমাকৃত পুরষ/মহিলা তাঁর জীবনযাত্রা বজায় রাখার জন্য খরচের যন্ত্র নিতে পারেন।

v. এটি হাসপাতালের নগদের সুবিধার কভার এবং দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যুর কভারও দেওয়া হয়। বীমাকৃত রাশির পার্থক্য এবং সুবিধা পাওয়ার জন্য বিভিন্ন পরিকল্পনা পাওয়া যায়।

O. *বৈদেশিক ভ্রমণ বীমা*

1. পলিসির জন্য প্রয়োজনীয়তা

ব্যবসা, ছুটি অথবা পড়াশোনার জন্য ভারতের বাইরে যাচ্ছেন এমন একজন ভারতীয় নাগরিক তাঁর বিদেশে থাককালীন সময়ে দুর্ঘটনা, আঘাত এবং অসুস্থতার ঝুঁকির মুখোমুখী হতে পারেন। চিকিৎসাগত যত্নের খরচ, বিশেষত, ইউএসএ এবং কানাডাতে খুবই বেশি এবং এই সমস্ত দেশে ভ্রমণরত ব্যক্তি যদি কোনো দূর্ভাগ্যজনক দুর্ঘটনা/অসুস্থতার সম্মুখীন হন তাহলে বড় ধরণের আর্থিক সমস্যা দেখা দিতে পারে। এমন কোনো দূর্ভাগ্যজনক পরিস্থিতিতে সুরক্ষা দেওয়ার জন্য, ভ্রমণ পলিসি এবং বিদেশে স্বাস্থ্য এবং দুর্ঘটনার পলিসি পাওয়া যায়।

2. কভারেজের সুবিধা

এমন পলিসি প্রাথমিকভাবে দুর্ঘটনা এবং অসুস্থতার সুবিধার জন্য করা হয়, কিন্তু অধিকাংশ পণ্য যা বাজারে পাওয়া যায় সেগুলিতে একটি পণ্যের মধ্যেই বেশ কয়েকটি কভার প্যাকেজ করা থাকে। যে কভারগুলি প্রস্তাব করা হয়:

i. দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু/বিকলাঙ্গতা
ii. অসুস্থতা/দুর্ঘটনার কারণে চিকিৎসাগত খরচ
iii. পরীক্ষিত ব্যাগের হারিয়ে যাওয়া
iv. পরীক্ষিত ব্যাগের দেরিতে আসা
v. পাসপোর্ট এবং তথ্যের হারিয়ে যাওয়া
vi. সম্পত্তি/ব্যক্তিগত ক্ষতির জন্য তৃতীয় পক্ষের দায়বদ্ধতা
vii. ভ্রমণ বাতিল
viii. হাইজ্যাকের কভার

3. পরিকল্পনার ধরণ

জনপ্রিয় পলিসিগুলি হলো বিজনেস এবং হলিডে প্ল্যান, স্টাডি প্ল্যান এবং এমপ্লয়মেন্ট প্ল্যান।

4. যারা এই বীমা দিতে পারেন

বিদেশ বা দেশীয় ভ্রমণ বীমা পলিসিগুলি কেবলমাত্র নন-লাইফ ও স্বতন্ত্র স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানিগুলিই হয় একটা স্বতন্ত্র পণ্য হিসেবে নয়তো বর্তমান স্বাস্থ্য পলিসির একটা অ্যাড-অন হিসেবে অফার করতে

পারে, তবে অ্যাড-অন কভারের জন্য প্রিমিয়াম ফাইল অ্যান্ড ইউজ প্রক্রিয়ার অধীনে কর্তপক্ষের অনুমোদিত হতে হবে।

5. এই পলিসি কারা নিতে পারেন

একজন ভারতীয় নাগরিক যিনি ব্যবসার কাজে, ছুটিতে অথবা শিক্ষার জন্য বিদেশ ভ্রমণ করছেন তিনি এই পলিসি গ্রহণ করতে পারেন। ভারতীয় নিয়োগকর্তাদের কর্মচারীরা যাঁদের চুক্তির ভিত্তিতে বিদেশে পাঠানো হচ্ছে তাঁরা এর কভারের আওতাভুক্ত।

6. বীমাকৃত রাশি এবং প্রিমিয়াম

ইউএস ডলারে এই কভার দেওয়া হয় এবং সাধারণত তা ১০০,০০০ থেকে ৫০০,০০০ ইউএস ডলারের মধ্যে পরিবর্তিত হয়। এই বিভাগে থাকছে চিকিৎসার খরচ স্থানান্তর, প্রত্যাবাসন, যা হলো মূল বিভাগ। অন্যান্য বিভাগে এস.আই. হলো কম, দায়বদ্ধতার কভার আশা করা যায়। এমপ্লয়মেন্ট পরিকল্পনা ছাড়া, যেখানে একমাত্র ডলারেই প্রিমিয়াম দিতে হবে, বাকি ক্ষেত্রে ভারতীয় মুদ্রায় প্রিমিয়াম দেওয়া যাবে। সাধারণত প্ল্যানগুলি হলো দুধরণের:

- ✓ ইউএসএ/কানাডা বাদে বাকি সারা বিশ্ব
- ✓ ইউএসএ/কানাডা সহ বাকি সারা বিশ্ব

কিছু পণ্য আছে যেগুলি শুধুমাত্র এশীয় দেশগুলি, শেকনজেন দেশগুলি ইত্যাদির জন্য কভার দেয়।

1. কর্পোরেটের ঘন ঘন ভ্রমণকারীর প্ল্যান

যে কর্পোরেট/নিয়োগকর্তা তাঁদের কর্মচারী, যাঁরা ঘন ঘন ভারতের বাইরে ভ্রমণ করেন তাঁদের জন্য ব্যক্তিগতভাবে পলিসি নেন তাঁদের জন্য এটি একটি বার্ষিক পলিসি। এই কভার একজন ব্যক্তিও নিতে পারেন, যদি তিনি বছরে বহু বার বিদেশে যান। প্রতিটি ভ্রমণের সর্বোচ্চ সময়সীমার উপর এবং এক বছরে সর্বোচ্চ কতো সংখ্যক ভ্রমণ করা যাবে তার উপর সীমা স্থির করা আছে।

বর্তমানে একটি কভারের জনপ্রিয়তা খুব বাড়ছে। এই পলিসিটিতে বার্ষষিক ঘোষণা করতে হবে। যেখানে কোনো কোম্পানির কর্মচারীরা এক বছরে আনুমানিক কতোগুলি শ্রম দিবসে ভ্রমণ করতে পারেন তার ভিত্তিতে আগাম প্রিমিয়াম দিয়ে দেওয়া।

কর্মচারী পিছু ভ্রমণের দিনের সংখ্যা সাপ্তাহিক/পাক্ষিক হিসেবে ঘোষণা করা হয় এবং ঐ আগামের প্রেক্ষিতে প্রিমিয়াম স্থির করা হয়। পলিসিটি চলার সময় শ্রম দিবসের সংখ্যা বাড়ানোর ব্যবস্থাও করা আছে, যেহেতু এটি অতিরিক্ত আগাম প্রিমিয়াম প্রদানের উপর ব্যয় করা হয়।

উপরিউক্ত পলিসিগুলি শুধুমাত্র ব্যবসা এবং ছুটির ভ্রমণের ক্ষেত্রেই অনুমতি দেওয়া হয়।

ওএমপি'র অধীনে প্রচলিত যেগুলি বাদ দেওয়া হয় তার অন্তর্ভুক্ত হলো পূর্ব-উপস্থিত অসুখ। যে ব্যক্তির অসুস্থতা রয়েছেই তিনি বিদেশে চিকিৎসা নেওয়ার জন্য কভার পাবেন না।

এই পলিসিগুলির অধীনে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ক্লেইমগুলি সম্পূর্ণ ক্যাশলেস হবে। যেখানে প্রত্যেক বীমাকারী একটি আন্তর্জাতিক পরিষেবা প্রদানকারীর সঙ্গে যুক্ত হয়ে যায়। এই প্রদানকারীদের প্রধান দেশগুলির সঙ্গে নেটওয়ার্ক আছে যারা বিদেশে পলিসির পরিষেবা দিয়ে থাকে।

P. *গ্রুপ স্বাস্থ্য কভার*

1. গ্রুপ পলিসি

অধ্যায়ে আগে যেমন ব্যাখ্যা করা হয়েছে যে গ্রুপ পলিসি নিতে পারেন একজন গোষ্ঠীর মালিক যিনি নিয়োগকর্তা, একটি সংগঠন, ব্যাঙ্কের ক্রেডিট কার্ড বিভাগ, যেখানে এই একটি পলিসির মাধ্যমেই পুরো গোষ্ঠীর প্রত্যেক ব্যক্তিই কভার পেতে পারেন।

যে কোনো বীমা কোম্পানিই গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমা পলিসি অফার করতে পারে, এর জন্য এই ধরনের সমস্ত পণ্যগুলির এক বছরের পুনর্নবীকরণ চুক্তি থাকবে।

গ্রুপ পলিসির বৈশিষ্ট্য-হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের সুবিধার কভার।

1. কভারেজের সুযোগ

গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমার সবচেয়ে প্রচলিত আকার হলো যে নিয়োগকারী পলিসিটি গ্রহণ করেন। এই পলিসিতে কর্মচারী এবং তাঁদের পরিবারের অন্তর্গত নির্ভরশীল স্ত্রী, সন্তান এবং মা-বাবা/শ্বশুর শাশুড়ি সকলেই অন্তর্ভুক্ত থাকেন।

2. টেলর-মেড কভার

গ্রুপের প্রয়োজন অনুযায়ী গ্রুপ পলিসিগুলিতে অনেক সময় টেলর-মেড কভারের সুবিধা পাওয়া যায়। সেই কারণে, ব্যক্তিগত পলিসিতে বেশ কয়েকটি প্রচলিত বাদ দেওয়ার বিষয়গুলিও, গ্রুপ পলিসির অধীনে কভার হিসেবে পাওয়া যায়।

3. মাতৃত্বকালীন কভার

গ্রুপ পলিসিতে অন্যতম সবচেয়ে প্রচলিত প্রসারিত যে কভারটি পাওয়া যায় তা হলো মাতৃত্বকালীন কভার। এখন কিছু বীমাকারী ব্যক্তিগত পলিসির অধীনেও এই কভার দিচ্ছে, কিন্তু তারজন্য অপেক্ষার সময়পর্ব হলোদুই থেকে তিন বছর পর্যন্ত। গ্রুপ পলিসিতে সাধারণত মাত্র নয় মাসের অপেক্ষার সময়পর্ব থাকে এবং এমনকী কিছু ক্ষেত্রে তাও তুলে দেওয়া হয়। মাতৃত্বকালীন কভারে শিশুর জন্মের জন্য হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময় এবং তার অন্তর্গত সি-সেকশন জন্মদানেরও

কভার দেওয়া হয়ে থাকে। পরিবারের জন্য সামগ্রিক যে রাশি বীমাকৃত করা হয়েছে তার আওতায় ২৫,০০০ থেকে ৫০,০০০টাকার মধ্যে এই কভার সীমাবদ্ধ করা থাকে।

4. শিশুর কভার

শিশুরা সাধারণত ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য বীমার অধীনে তিন মাস বয়স থেকে কভার পেয়ে থাকে। গ্রুপ পলিসিতে, শিশুদের একদিন বয়স থেকেই কভারেজ দেওয়া হয়ে থাকে, কখনো তা মাতৃত্বকালীন কভার সীমার মধ্যে সীমাবদ্ধ থাকে এবং কখনো তা পরিবারের জন্য বীমাকৃত রাশি অন্তর্ভুক্ত করার জন্য প্রসারিত করা হয়।

5. পূর্ব-উপস্থিত রোগ কভার করা হয়, অপেক্ষার সময়পর্ব মকুব

একটি টেলর-মেড গ্রুপ পলিসিতে বিভিন্ন বাদ দেওয়ার বিষয়গুলি যেমন পূর্ব-উপস্থিত রোগ, তিরিশ দিবের অপেক্ষার সময়, দুই বছরের অপেক্ষার সময়, জন্মগত রোগও হয়তো কভার করা হতে পারে।

6. প্রিমিয়ামের গণনা

গ্রুপ পলিলিসিতে যে প্রিমিয়াম ধার্য করা হয় তার ভিত্তি হলো গ্রুপটির সদস্যদের বয়সের রূপরেখা, গ্রুপটির সদস্য সংখ্যা এবং সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ হলো গ্রুপটির ক্লেইম করার অভিজ্ঞতা। অভিজ্ঞতা, উপরে উল্লেখ করা হয়েছে এমন অতিরিক্ত কভার যা গোষ্ঠীকে বিনা ব্যয়ে দেওয়ার ভিত্তিতে বছর বছর প্রিমিয়ামের যে পার্থক্য ঘটে, সেটি হয় গ্রুপের পলিসিধারকদের স্বার্থে। যাতে যে প্রিমিয়াম দেওয়া হয়েছে তার মধ্যেই ক্লেইমগুলি সামলাতে পারেন।

7. অ-নিয়োগকর্তার কর্মচারী গ্রুপ

ভারতে, নিয়ন্ত্রণকারী ব্যবস্থায় গ্রুপ বীমার কভার পাওয়ার উদ্দেশ্যেই প্রাথমিকভাবে একটি গ্রুপ গঠন করার ক্ষেত্রে কঠোর নিষেধাজ্ঞা রয়েছে। যখন নিয়োগকারী ছাড়া অন্য কাউকে গ্রুপ পলিসি দেওয়া হয়, তখন গ্রুপের মালিকের সঙ্গে তার সদস্যদের সম্পর্ক নিশ্চিত করা গুরুত্বপূর্ণ।

উদাহরণ

ব্যাঙ্ক তার সেভিংস ব্যাঙ্ক ধারক অথবা ক্রেডিট কার্ড ধারকদের জন্য যদি কোনো পলিসি নিতে চায় তবে তা একটি সমগোত্রীয় গোষ্ঠী গঠন করবে, যেখানে একটি বিরাট গোষ্ঠী তাদের নিজেদের চাহিদা মতো পরিকল্পনা করা টেলর-মেড পলিসির সুবিধা নিতে পারবে।

এখানে প্রতি অ্যাকাউন্ট ধারকদের যে প্রিমিয়াম সংগৃহীত হবে তা হয়তো খুবই কম হবে, কিন্তু একটি গোষ্ঠী হিসেবে বীমাকারী তার কাছ থেকে যে প্রিমিয়াম পাবে সেটি যথেষ্টই হবে এবং তার উপর ব্যাঙ্ক তার ক্রেতাদের জন্য উচ্চতর পলিসি এবং সেটিও ভালো প্রিমিয়ামের হারের আকারে মূল্য যুক্ত প্রস্তাব দেবে।

8. মূল্য নির্ধারণ বা প্রাইসিং

গোষ্ঠী পলিসিতে, গোষ্ঠীটির মাপের উপর নির্ভর করে এবং তার সঙ্গে গোষ্ঠীর ক্লেইমের অভিজ্ঞতার ভিত্তিতে প্রিমিয়ামে ছাড় পাওয়ারও সুবিধা আছে। গোষ্ঠী বীমা প্রতিকূল নির্বাচনের ঝুঁকি কমিয়ে দেয়, যেহেতু একটি সম্পূর্ণ গোষ্ঠী পলিসির অধীনে কভার পাচ্ছে এবং সেটি গোষ্ঠীর ধারককে আরো ভালো দরদাম করার সুযোগ করে দেয়। যাইহোক, সাম্প্রতিক সময়ে, এই ক্ষেত্রটি বড় অনুপাতের ক্ষতির মুখ দেখছে, তার প্রাথমিক কারণ হলো প্রতিযোগিতার কারণে প্রিমিয়ামের দাম অনেক কমিয়ে দেওয়া। যদিও, এরফলে কয়েকজন বীমাকারীর দেওয়া প্রিমিয়াম এবং কভারগুলি পর্যালোচনা করে দেখছে, কিন্তু এখনো এটি বলা খুব কঠিন যে পরিস্থিতি আগের থেকে শুধরেছে।

9. প্রিমিয়াম প্রদান

প্রিমিয়ামটি সম্পূর্ণভাবে নিয়োগকারী বা গোষ্ঠীর মালিক দিয়ে দিতে পারেন, তবে সাধারণত এটি কর্মচারী অথবা গোষ্ঠীর সদস্যদের অবদানের ভিত্তিতে হয়। যদিও, এটি বীমাকারীদের সঙ্গে একটি একক চুক্তি, যেখানে নিয়োগকারী/গোকষ্ঠীর মালিক প্রিমিয়ামটি সংগ্রহ করেন এবং সকল সদস্যকে কভার করে প্রিমিয়ামটি দেন।

10. অ্যাড-অনের সুবিধা

টেলর-মেড গ্রুপ পলিসি দাঁতের যত্ন, দৃষ্টির যত্ন এবং স্বাস্থ্য পরীক্ষা এবং কখনো, জটিল অসুস্থতার কভারও দিয়ে থাকে। এরজন্য অতিরিক্ত প্রিমিয়াম দিতে হয় বা এটি অভিনন্দনসূচক সুবিধা হিসেবেও পাওয়া যেতে পারে।

বিশেষ দ্রষ্টব্য :

আইআরডিএআই গোষ্ঠীর দুর্ঘটনা এবং স্বাস্থ্য কভারের অনুমতি দেওয়ার ক্ষেত্রে কিছু শর্ত রেখেছে। এটি করা হয়েছে কারণ যাতে জালিয়াতদের অবৈধ টাকা আয়ের গ্রুপ পলিসির প্রকল্পের হাত থেকে ব্যক্তিকে সুরক্ষা দেওয়া যায়।

সম্প্রতি যে সরকারী স্বাস্থ্য বীমা প্রকল্প এবং সর্বজনীন পণ্য চালু করেছে তাকেও গোষ্ঠী স্বাস্থ্য কভারের শ্রেণীর অন্তর্ভুক্ত করা যায় কারণ যেহেতু জনসংখ্যার একটি বিরাট অংশের জন্য সরকার এই পলিসিগুলি কিনেছে।

সংজ্ঞা

গোষ্ঠীর সংজ্ঞাকে সংক্ষিপ্তসার করা যায় নিম্নলিখিতভাবে:

a) একটি গোষ্ঠীতে এমন ব্যক্তিরাই থাকবেন যাঁদের উদ্দেশ্যের মধ্যে সাযুজ্য আছে, এবং গোষ্ঠীর সংগঠকের প্রতি গোষ্ঠীর অধিকাংশ সদস্যের সমর্থন থাকতে হবে যে তিনি তাঁদের হয়ে বীমার ব্যবস্থা করছেন।

b) শুধুমাত্র বীমার সুবিধা পাওয়ার প্রধান লক্ষ্য নিয়ে কোনো গোষ্ঠী তৈরি হতে পারবে না।

c) যে প্রিমিয়াম ধার্য করা হয়েছে এবং যেসব সুবিধা পাওয়া যাবে সেটি প্রত্যেক সদস্যকে স্পষ্ট করে জানিয়ে দিতে হবে।

d) গোষ্ঠী যে ছাড় পাবে তা ব্যক্তি সদস্যদেরকেও দিতে হবে এবং যে প্রিমিয়াম ধার্য করা হবে তা যেন বীমা কোম্পানিকে দেওয়া প্রিমিয়ামের থেকে বেশি না হয়।

2. কর্পোরেটের বাফার অথবা ফ্লোটার কভার

অধিকাংশ গ্রুপ পলিসিতে, নির্দিষ্ট বীমাকৃত রাশির প্রেক্ষিতে প্রত্যেক পরিবার কভারের আওতায় থাকে, এক লক্ষ টাকা থেকে পাঁচ লক্ষ টাকা পর্যন্ত পার্থক্য হতে পারে এবং কখনো তার বেশি । সেখানে এমন পরিস্থিতি দেখা দিতে পারে যেখানে পরিবারের জন্য বীমাকৃত রাশি শেষ হয়ে যেতে পারে, বিশেষত যদি পরিবারের কোনো একজন সদস্যের বড় কোনো অসুখ ঘটে। এমন পরিস্থিতিতে, এই বাফার কভারটি স্বস্তি দিতে পারে, যেখানে পরিবারের বীমাকৃত রাশির থেকে বেশি টাকা খরচ হয়ে যায় সেখানে এই বাফার পরিমাণটি থেকে তা মেটানো হয়।

সংক্ষিপ্তভাবে বললে, এই বাফার কভারে বীমাকৃত রাশির পরিমাণ দশ লক্ষ টাকা থেকে এক কোটি টাকা বা তার বেশিও পর্যন্ত বিস্তৃত হতে পারে। পরিবারের বীমাকৃত রাশি শেষ হয়ে গেলে, বাফার থেকে টাকা নেওয়া হয়। যদিও, এর ব্যবহার বড় কোনো অসুখ/ জটিল কোনো অসুখ যেখানে একবার হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার ফলেই বীমাকৃত রাশি শেষ হয়ে গেছে, সেরকম ক্ষেত্রেই সীমাবদ্ধ।

এই বাফার থেকে প্রত্যেক সদস্য কতো পরিমাণ ব্যবহার করতে পারবেন তাও সীমাবদ্ধ করা আছে, অনেক সময়ই তা আসল বীমাকৃত রাশি পর্যন্ত হয়। এমন বাফার কভার মধ্যবর্তী মাপের পলিসিগুলির ক্ষেত্রে দেওয়া হয়ে থাকে এবং একজন বিচক্ষণ আণ্ডাররাইটার কখনোই কম পরিমাণের বীমাকৃত পলিসির জন্য এই কভার দেবে না।

Q. *বিশেষ পণ্য*

1. অসুখের কভার

সাম্প্রতিক বছরগুলিতে, ভারতের বাজারে ক্যান্সার, ডায়াবেটিসের মতো অসুখের জন্য রোগ নির্দিষ্ট কভারের প্রচলন শুরু হয়েছে, তার বেশির ভাগটিই হয়েছে জীবন বীমা কোম্পানির মাধ্যমে। কভারটি দীর্ঘ মেয়াদী–৫বছর থেকে ২০বছরের জন্য এবং একটি কল্যাণমূলক সুবিধাও এর অন্তর্গত থাকে–বীমাকারীর দ্বারা নিয়মিত স্বাস্থ্য পরীক্ষার জন্য যে টাকা দেওয়া হয়। রক্তের শর্করা, এলডিএল, রক্তচাপ ইত্যাদির ভালো নিয়ন্ত্রণের জন্য একটি উৎসাহ ভাতাও পাওয়া যায়। ভাতাটি পলিসিটি চালিয়ে নিয়ে যাওয়ার দ্বিতীয় বছরে প্রিমিয়াম কমিয়ে দেওয়ার আকারে পাওয়া যায়। অপরদিকে, যদি এই নিয়ন্ত্রণ ভালো না হয় তবে উচ্চ হারে প্রিমিয়াম দিতে হবে।

2. ডায়াবেটিক ব্যক্তিদের জন্য পরিকল্পিত পণ্য

এই পলিসিটি ২৬ থেকে ৬৫ বছর বয়সী ব্যক্তিরা গ্রহণ করতে পারেন এবং এটি ৭০বছর বয়স পর্যন্ত পুনর্নবী করা যাবে। বীমাকৃত রাশির পরিমাপের প্রসার হলো ৫০,০০০টাকা থেকে ৫,০০,০০০টাকা পর্যন্ত। ঘর ভাড়ার উপর নিয়ন্ত্রণ প্রযোজ্য। ডায়াবেটিসের জটিলতা যেমন রেটিনোপ্যাথি (চোখ), কিডনি, ডায়াবেটিক ফুট, দাতার জন্য খরচ সহ কিডনি প্রতিস্থাপনের মতো ঘটনার ক্ষেত্রে হাসপাতালে ভর্তি থেকে চিকিৎসার কভারের দিকে লক্ষ্য রেখেই এই পণ্যের পরিকল্পনা করা হয়েছে।

নিজেকে যাচাই 1

যদিও বীমাকারী থেকে বীমাকারী হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময় পূর্বের খরচের কভারের সময়ের পার্থক্য ঘটে এবং তা পলিসিতে নির্দিষ্টও করা থাকে, হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময় পূর্বের মধ্যে সবচেয়ে প্রচলিত কভার হলো ————।

I. পনেরো দিন
II. তিরিশ দিন
III. চল্লিশ দিন
IV. ষাট দিন

R. *স্বাস্থ্য বীমা পলিসির মূল ধারাগুলি*

1. নেটওয়ার্ক প্রদানকারী

নেটওয়ার্ক প্রদানকারী বীমাকারী/ টিপিএ-র অধীনে যুক্ত আছে এমন হাসপাতাল/ নার্সিং হোম/ ডে কেয়ার সেন্টারের খোঁজ দেয় যারা বীমাকৃত রোগীদের ক্যাশলেস চিকিৎসার সুবিধা দিতে পারে। বীমাকারী/টিপিএরা এমন প্রদানকারীদের কাছ থেকে চার্জ এবং ফি'র ক্ষেত্রে অনুকূল ছাড় পাওয়ার জন্য দরাদরি করে। এরা ভালো স্তরের পরিষেবা দেওয়ার ব্যপারেও নিশ্চয়তা দেয়। রোগীদের এমন কোনো বাধ্যবাধকতা থাকে না যে তাঁদের নেটওয়ার্ক প্রদানকারীদের মাধ্যমেই যেতে হবে, কিন্তু সেখানে সাধারণত তাঁদের অনেক বেশি ফি ধার্য করা হয়।

2. নেটওয়ার্কের পছন্দসই প্রদানকারী (পিপিএন)

গুণগত চিকিৎসা এবং সেটিও সবচেয়ে ভালো হারে পাওয়া সুনিশ্চিত করার জন্য পছন্দসই হাসপাতালের নেটওয়ার্ক প্রদানকারী গড়ে তোলার বাছাই করতে পারবেন বীমাকারী। যখন এই গোষ্ঠীটি বীমাকারীর অভিজ্ঞতা, ব্যবহার এবং পরিচর্যা দেওয়ার খরচের ভিত্তিতে অল্প কয়েকটি সংখ্যায় সীমাবদ্ধ থাকে, তখন আমরা জানতে পারি, কাকে নেটওয়ার্কের পছন্দসই প্রদানকারী বলা হয়।

3. ক্যাশলেস পরিষেবা

অভিজ্ঞতায় দেখা গেছে, ঋণের অন্যতম কারণ হলো অসুস্থতার চিকিৎসা করার জন্য ধার করা। একটি ক্যাশলেস পরিষেবা বীমাকৃতকে সেই সুবিধা দেয় যেখানে তিনি তাঁর কভারের সীমার মধ্যে থেকে চিকিৎসাটি পেতে পারেন কিন্তু তারজন্য তাঁকে হাসপাতালকে কোনো টকা দিতে হয় না। তাঁকে শুধুমাত্র নেটওয়ার্কের মধ্যে থাকা হাসপাতালে যেতে হয় এবং সেখানে গিয়ে তাঁকে বীমার প্রমাণ হিসেবে মেডিক্যাল কার্ডটি দেখাতে হয়। বীমাকারী স্বাস্থ্য পরিষেবাটির জন্য ক্যাশলেস সুবিধাটি পাওয়ার জন্য অনুমতি দেয় এবং অনুমতিযোগ্য পরিমাণের জন্য নেটওয়ার্ক প্রদানকারীকে সরাসরি টাকা দিয়ে দেন। যদিও, বীমাকৃতকে পলিসি সীমার বাইরের পরিমাণের জন্য এবং পলিসির শর্ত অনুযায়ী যে সব খরচ দেওয়ার যোগ্য নয় তারজন্য টাকা দিতে হবে।

4. তৃতীয় পক্ষ প্রশাসক বা থার্ড পার্টি অ্যাডমিনিস্ট্রেটর (টিপিএ)

স্বাস্থ্য বীমার ক্ষেত্রে একটি বড় ধরণের পরিবর্তন হলো থার্ড পার্টি অ্যাডমিনিস্ট্রেটর বা টিপিএ চালু করা। সারা বিশ্বে বিভিন্ন বীমাকারীরা স্বাস্থ্য বীমার ক্লেইম সামলানোর জন্য স্বাধীন সংগঠনের পরিষেবা ব্যবহার করে। এই এজেন্সিগুলিই টিপিএ হিসেবে পরিচিত।

ভারতে, একজন বীমাকারী স্বাস্থ্য পরিষেবা দেওয়ার জন্য টিপিএ-কে নিযুক্ত করে, অন্যান্য বিষয়ের মধ্যে যার অন্তর্ভুক্ত হলো :

i. পলিসিধারককে একটি আইডেন্টিটি কার্ড দেওয়া যেটি তাঁর বীমা পলিসির প্রমাণ হিসেবে কাজ করবে এবং হাসপাতালে ভর্তির সময় কাজে লাগবে
ii. নেটওয়ার্কভুক্ত হাসপাতালগুলিতে ক্যাশলেস পরিষেবা দেওয়া
iii. ক্লেইমের প্রক্রিয়াকরণ করা

টিপিএরা হলো স্বাধীন পরিচিতি যাদের বীমাকারীরা নিযুক্ত করে স্বাস্থ্য ক্লেইমগুলির প্রক্রিয়াকরণ এবং চূড়ান্ত করার জন্য। টিপিএদের স্বাস্থ্য পলিসিধারকদের পরিষেবা দেওয়া শুরু হয় হাসপাতালে ভর্তির জন্য ইউনিক পরিচিতি পত্র দেওয়া থেকে ক্যাশলেসের ভিত্তিতে অথবা পরিশোধের ভিত্তিতে ক্লেইমগুলির মীমাংসা না হওয়া পর্যন্ত।

থার্ড পার্টি অ্যাডিমিনিস্ট্রটর চালু করা হয় ২০০১সাল থেকে। তাঁরা আইআরডিএআই থেকে লাইসেন্সপ্রাপ্ত এবং নিয়ন্ত্রিত এবং তাঁদের স্বাস্থ্য পরিষেবা দেওয়া বাধ্যতামূলক। টিপিএ হিসেবে যোগ্যতা অর্জন করার জন্য ন্যূনতম যে মূলধন এবং অন্যান্য যে বিভিন্ন শর্তের প্রয়োজন হয় তা আইআরডিএআই–তে নির্দেশিত আছে।

সেইকারণে এখন স্বাস্থ্যের ক্লেইমগুলির পরিষেবা বীমাকারীরা, সংগৃহীত প্রিমিয়ামের পাঁচ–ছয় শতাংশ পারিশ্রমিকে, টিপিএগুলির কাছে আউটসোর্স করে দিয়েছে।

থার্ড পার্টি অ্যাডিমিনিস্ট্রটররা হাসপাতালগুলিঅথবা স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারীদের সঙ্গে একটি MOU স্বাক্ষর করে এবং এই নেটওয়ার্ক হাসপাতালে যাঁরা চিকিৎসা গ্রহণ করবেন তাঁদের যেন ক্যাশলেস পরিষেবা দেওয়া হয় তা সুনিশ্চিত করে। এঁরা হলেন বীমাকারী(রা) এবং বীমাকৃত(দের) মধ্যে মধ্যস্থতাকারী, যাঁরা হাসপাতালের সঙ্গে কো–অর্ডিনেট করে এবং স্বাস্থ্য ক্লেইমগুলি চূড়ান্ত করে।

5. **হাসপাতাল**

একটি হাসপাতাল হলো যেকোনো প্রতিষ্ঠান যেখানে অসুস্থতা এবং/অথবা আঘাতের জন্য আন্তর্বিভাগীয় রোগীর পরিচর্যা এবং ডে কেয়ারের জন্য প্রতিষ্ঠা করা হয়েছে। যেখানে প্রযোজ্য, স্থানীয় কর্তৃপক্ষের কাছে হাসপাতাল হিসেবে নথিভুক্ত করা আছে এবং নথিভুক্ত ও স্বীকৃত ম্যাডিক্যাল প্র্যাক্টিশনারদের তত্ত্বাবধানে পরিচালিত হয় এবং অবশ্যই নিম্নলিখিত ন্যূনতম বিচার্য বিষয়গুলিকে পূরণ করে:

a) ১০,০০,০০০ জনসংখ্যার কম আছে এমন শহরগুলির ক্ষেত্রে অন্তত ১০টি আন্তর্বিভাগীয় রোগীর জন্য শয্যা থাকতে হবে এবং অন্যান্য জায়গাগুলির জন্য অন্তত ১৫শয্যা থাকতে হবে ;
b) সারা দিন রাত্রির জন্য স্বীকৃত নার্সিং কর্মী তার অধীনে কর্মচারী হিসেবে থাকতে হবে ;
c) সারা দিনরাত্রির জন্য স্বীকৃত মেডিক্যাল প্র্যাক্টিশনার(রা) থাকবেন :
d) তাদের নিজস্ব একটি সম্পূর্ণ সজ্জিত অপারেশন থিয়েটার থাকতে হবে যেখানে অস্ত্রোপচারের প্রক্রিয়া সম্পূর্ণ করা যাবে;
e) রোগীর দৈনিক রেকর্ড রক্ষা করা এবং সেগুলি বীমা কোম্পানির অনুমোদিত ব্যক্তির কাছে সহজপ্রাপ্য রাখতে হবে।

6. **মেডিক্যাল প্র্যাক্টিশনার**

একজন মেডিক্যাল প্র্যাক্টিশনার হলেন এমন একজন ব্যক্তি যিনি ভারতের যে কোনো রাজ্যের মেডিক্যাল কাউন্সিল থেকে বৈধ রেজিস্ট্রিশনের অধিকারী এবং তারফলে তার আইনী সীমানার মধ্যে মেডিসিন অনুশীলন করার যোগ্য; এবং তাঁর লাইসেন্সের সুযোগ এবং আইনী সীমার মধ্যে থেকেই

কাজ করেন। বীমা কোম্পানিগুলি যদিও অবাধেই এমন বিধিনিষেধ রাখতে পারেন যে রেজিস্টার্ড প্র্যাক্টিশনার বা তাঁর নিকট কোনো পরিবার সদস্যের বীমাকৃত হওয়া উচিত নয়।

৭. স্বীকৃত নার্স

স্বীকৃত নার্স মানে এমন একজন ব্যক্তি যাঁর কাছে ভারতের নার্সিং কাউন্সিল অথবা ভারতের যে কোনো রাজ্যের নার্সিং কাউন্সিলের বৈধ রেজিস্ট্রেশন আছে।

৪. যুক্তিগ্রাহ্য এবং প্রয়োজনীয় খরচ

একটি স্বাস্থ্য বীমা পলিসিতে সবসময় এই ধারাটি থাকে। কারণ যেহেতু নির্দিষ্ট একটি চিকিৎসার জন্য এবং একটি নির্দিষ্ট ভৌগোলিক এলাকায় সেই চিকিৎসার জন্য যুক্তিগ্রাহ্য যে খরচ হবে সেই খরচের ক্ষতিপূরণ দেওয়া হবে।

একটি সাধারণ সংজ্ঞা হলো ঐ পরিস্থিতিটির চিকিৎসার জন্য যে খরচ করা হয়েছে সেটি চিকিৎসাগতভাবে প্রয়োজনীয় ছিল। সেই খরচ অবশ্যই একইরকম চিকিৎসার জন্য যে এলাকায় ঐ চিকিৎসা হয়েছে তার প্রচলিত স্তরের থেকে বেশি হবে না। ঐ চিকিৎসার জন্য এমন কোনো খরচ অন্তর্ভুক্ত করা হবে না যা কোনো বীমা না থাকলে করা হোতো না।

আইআরডিএ পরিষেবা বা সরবরাহের চার্জ হিসেবে যুক্তিগ্রাহ্য চার্জ নির্ধারিত করেছে, যেগুলি নির্দিষ্ট পরিষেবাদাতার জন্য স্ট্যান্ডার্ড চার্জ এবং রোগ/আঘাতের প্রকৃতি বিচার করে একই ধরনের পরিষেবার জন্য ভৌগোলিক এলাকা অনুযায়ী সঙ্গতিপূর্ণ হয়।

প্রদানকারীর বিল বাড়িয়ে দেওয়া থেকে বীমাকারীকে সুরক্ষা দেওয়ার জন্য এই ধারাটি রাখা হয়েছে। যে অসুস্থতার অনেক কম খরচে চিকিৎসা করা যায়, এমন সাধারণ অসুস্থতার জন্য বীমাকারীকে বেশি খরচের হাসপাতালে যাওয়া থেকেও প্রতিরোধ করে।

৯. ক্লেইমের নোটিস দেওয়া

প্রতিটি বীমা পলিসি ক্লেইমের জন্য অবিলম্বে জানাতে এবং সমস্ত তথ্য নির্দিষ্ট সময়সীমার মধ্যে জমা দেওয়ার জন্য সময় দেয়। স্বাস্থ্য বীমা পলিসিতে, যেখানেই ক্রেতা ক্যাশলেসের সুবিধা পেতে চাইবেন, হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার যথেষ্ট আগেই তা জানানো হয়। যদিও, পরিশোধের ক্লেইমগুলোর ঘটনায়, বীমাকৃত অনেকসময় বীমাকারীকে ক্লেইম সম্পর্কে জানানোর প্রয়োজন মনে করেন না, এবং বহু দিন/মাস চলে যাওয়ার পর তথ্যগুলি জমা দেন। বিল জমা দেওয়ার ক্ষেত্রে দেরি হলে তা বিলটি বাড়িয়ে দিতে পারে, বীমাকৃত/ হাসপাতাল জালিয়াতি করতে পারে ইত্যাদি। এরফলে বীমা কোম্পানির ক্লেইমের জন্য যথাযথ ব্যবস্থা করা প্রভাবিত হয়। সেইকারণে বীমা কোম্পানিগুলি ক্লেইমের জন্য অবিলম্বে জানানোর উপর জোর দেয়। ক্লেইমের জন্য তথ্য জমা দেওয়ার দিনের সময়সীমা সাধারণত ছাড়া পাওয়ার দিন থেকে ১৫দিনে স্থির করা আছে। এটি ক্লেইমের দ্রুত এবং সঠিক রিপোর্ট করাকে সম্ভব করে, এবং একইসঙ্গে এটি বীমাকারীকে যেখানে প্রয়োজন তদন্ত করে দেখার ক্ষেত্রেও সহায়তা করে।

আইআরডিএ নির্দেশিকায় নির্দিষ্ট করা আছে যে নির্ধারিত সময়ের পরে ক্লেইম সম্পর্কে জানানো/কাগজপত্র জমা দেওয়ার বিষয়টি অবশ্যই বিবেচনা করতে হবে যদি তারজন্য কোনো যুক্তিগ্রাহ্য কারণ থাকে।

10. ফ্রি-তে স্বাস্থ্য পরীক্ষা

একটি ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য পলিসিতে, একজন ক্লেইম মুক্ত পলিসিধারককে ছাড়ের আকারে এই সাধারণত এই ব্যবস্থাটির সুবিধা দেওয়া হয়। পলিসি চলাকালীন সময়ে পর পর চার বছর তা যদি ক্লেইম-বিহীন থাকে, তাহলে তার শেষে, স্বাস্থ্য পরীক্ষার খরচটি বহু পলিসিতে পরিশোধ করে দেওয়া হয়। এটি সাধারণত চলতি তৃতীয় বর্ষে বীমাকৃত রাশির ১%গড় হারে নির্দিষ্ট করা আছে।

11. **ক্রমবর্ধিত বোনাস**

একজন ক্লেইম-বিহীন পলিসিধারককে উৎসাহিত করার আরো একটি উপায় হলো প্রত্যেকটি ক্লেইম-বিহীন বছরের জন্য একটি ক্রমবর্ধিত বোনাস দেওয়া। এর অর্থ হলো, পুনর্নবীকরণের সময় একটি নির্দিষ্ট শতাংশে বীমাকৃত রাশিটি বেড়ানো হবে, ধরা যাক বার্ষিক ৫% হারে এবং তাকে ৫০% পর্যন্ত বাড়ানো যেতে পারে যদি টানা দশ বছর ক্লেইম-বিহীন পুনর্নবীকরণ করা হয়।

আইআরডিএআই নির্দেশিকা অনুযায়ী, স্বাস্থ্য বীমা পলিসির ভিত্তিতে শুধুমাত্র ক্ষতিপূরণের উপর পুঞ্জীভুত বোনাস দেওয়া হতে পারে এবং বেনিফিট পলিসির জন্য নয় (ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার পলিসি ছাড়া)। পুঞ্জীভুত বোনাসের অপারেশন স্পষ্টভাবে প্রস্পেক্টাস ও পলিসি নথিতে উল্লেখ থাকা উচিত। তারউপর কোনো একটি নির্দিষ্ট বছরে যদি একটা ক্লেইম করা হয়, জমা পুঞ্জীভুত বোনাস সেই হারেই কমবে যে হারে তা জমা হয়েছে।

উদাহরণ

একজন ব্যক্তি ৫,০০০টাকার প্রিমিয়াম দিয়ে ৩লক্ষ টাকার একটি পলিসি নিয়েছেন। দ্বিতীয় বছরে, যদি প্রথম বছরে কোনো ক্লেইম না ঘটে থাকে, তাহলে তিনি সেই একই প্রিমিয়াম দিয়েও ৩.১৫লক্ষ টাকা (আগের বছরের তুলনায় ৫% বেশি) বীমাকৃত রাশি হিসেবে পাচ্ছেন। দশ বছরের বেশি যদি ক্লেইম-বিহীন পুনর্নবীকরণ করা হয় তাহলে সেই পরিমাণ গিয়ে দাঁড়াতে পারে ৪.৫লক্ষ টাকায়।

---

12. **ম্যালাস/বোনাস**

স্বাস্থ্য পলিসিটিকে ক্লেইম-বিহীন রাখার জন্য যেমন উৎসাহভাতার ব্যবস্থা আছে, তার বিপরীতটিকে ঠিক বলা হয় ম্যালাস। এখানে, যদি একটি পলিসির অধীনে ক্লেইমগুলি খুব বেশি থাকে, তবে পুনর্নবীকরণের সময় ম্যালাস বা বোঝা প্রিমিয়াম সংগ্রহের সময় চাপানো হয়।

স্বাস্থ্য পলিসি একটি সামাজিক সুবিধার পলিসি এই দৃষ্টিভঙ্গি থেকে, এতোদিন পর্যন্ত ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য পলিসিগুলিতে এই ম্যালাস চাপানো হয়নি।

যদিও, গ্রুপ পলিসির ক্ষেত্রে, ম্যালাস চার্জ করা হয়। ক্লেইমের অনুপাত যুক্তিগ্রাহ্য সীমার মধ্যে রাখার জন্য সার্বিক প্রিমিয়ামের উপর উপযুক্তভাবে বোঝা চাপানো হয়। আবার অন্যদিকে অভিজ্ঞতা যদি ভালো হয় তাহলে প্রমিয়াম হারের উপর ছাড়ের অনুমতি দেওয়া হয় যাকে বলা হয় বোনাস।

13. **ক্লেইম না করার ছাড়**

কিছু পণ্য আছে যারা বীমাকৃত রাশির উপর বোনাস দেওয়ার পরিবর্তে ক্লেইম বিহীন প্রতি বছরের জন্য প্রিমিয়ামের উপর ছাড় দেয়।

14. **কো-পেমেন্ট/কো-শেয়ারিং**

কো-পেমেন্ট হলো একটি ধারণা যেখানে একটি স্বাস্থ্য পলিসির অধীনে প্রত্যেকটি ক্লেইমের জন্য বীমাকৃত একটি অংশ বহন করবেন। এটি পণ্যটির উপর নির্ভর করে বাধ্যতামূলক বা স্বেচ্ছামূলক হতে পারে। কো-পেমেন্ট বীমাকৃতের মধ্যে নির্দিষ্ট একটি নিয়মানুবর্তীতা নিয়ে আসে যাতে অপ্রয়োজনীয় হাসপাতালে ভর্তি এড়ানো যায়।

কো-শেয়ারিং যাকে অতিরিক্ত বলা হয় এমন একটি স্থায়ী রাশি হতে পারে, অথবা অনুমোদনযোগ্য ক্লেইম পরিমাণের একটি শতাংশও হতে পারে। বাজারে কিছু পণ্য আছে যেখানে কিছু ধরণের অসুখের জন্যই শুধু কো-পেমেন্ট একটি ধারা হিসেবে রয়েছে। যেমন বড় কোনো অস্ত্রোপচার, অথবা সাধারণভাবে ঘটা কোনো অস্ত্রোপচার, অথবা নির্দিষ্ট একটি বয়স হয়ে যাওয়া ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে।

15. **ডিডাক্টিবল/অতিরিক্ত**

স্বাস্থ্য পলিসিতে একে অতিরিক্ত-ও বলা হয়ে থাকে, এটা হলো স্থায়ী পরিমাণ একটা অর্থ যা বীমাকারীর ক্লেইম দেওয়ার আগে প্রারম্ভিকভাবে বীমাকৃতকে প্রদান করতে হয়, যেমন, একটা পলিসিতে যদি ডিডাক্টিবল বা বিয়োজ্য হয় 10,000টাকা হয়, বীমাকৃতকে প্রত্যেকটি বীমাকৃত লোকসানের জন্য 10,000টাকা জমা দিতে হয়। বর্ণনা করার জন্য, ক্লেইম যদি 80,000টাকার হয়, বীমাকৃতকে প্রথমে 10,000টাকা বহন করতে হবে এবং বীমকারী 70,000টাকা দেবেন।

হসপিটাল ক্যাশ পলিসির ক্ষেত্রে ডিডাক্টিবল বা বিয়োজ্য একটা নির্ধারিত সংখ্যক দিন/ঘন্টাও হতে পারে যা বীমাকারীর প্রদেয় যে কোনো সুবিধার আগে প্রযোজ্য হবে।

16. **ঘর ভাড়ার নিয়ন্ত্রণ**

বেশ কিছু পণ্য ওপেন এন্ডেড হয় যেখানে ক্লেইমের সময় বীমাকৃত রাশিই হলো সর্বোচ্চ পরিমাণ টাকা যা দেওয়া হয়। এখন বেশ কিছু পণ্য আছে যেখানে বীমাকৃতের ঘরের শ্রেণী বাছাইটিকে বীমাকৃত রাশির সঙ্গে সম্পর্কযুক্ত করে সীমাবদ্ধ করে দেওয়া হয়েছে। অভিজ্ঞতায় দেখা গেছে, হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের সব খরচ ঘরের ভাড়া অনুসারে হয়, বেশি ভাড়ার ঘরে থাকলে খরচের সব তালিকার অধীনে খরচও সেই অনুপাতে বেড়ে যায়। যদি পলিসিটিতে ঘর ভাড়ার সীমাবদ্ধতা প্রতিদিন বীমাকৃত রাশির ১% করে থাকে, তাহলে যদি কোনো ব্যক্তির বীমাকৃত রাশির পরিমাণ ১লক্ষ টাকা হয়, তবে তিনি প্রতিদিনের ঘর ভাড়ার জন্য ১০০০টাকা পাবেন। এর থেকে একটি ইঙ্গিত স্পষ্ট যে যদি কোনো ব্যক্তি বেশ দামি হাসপাতালে বিলাসবহুল চিকিৎসা পেতে চান, তবে তাঁকে যথাযথ প্রিমিয়ামে বেশি পরিমাণের বীমাকৃত রাশি কিনতে হবে।

17. **পুনর্নবীকরণযোগ্যতার ধারা**

স্বাস্থ্য বীমা সংক্রান্ত আইআরডিএ-র নির্দেশিকায় স্বাস্থ্য বীমাকে আজীবনের জন্য পুনর্নবীকরণযোগ্য হিসেবে বাধ্যতামূলক করে দিয়েছে। একটি বীমা কোম্পানি পুনর্নবী করতে একমাত্র তখনই অস্বীকার করতে পারে যদি দেখা যায় যে বীমাকৃত ব্যক্তি (বা তাঁর পক্ষ নিয়ে কেউ) হয় বীমাটি করানোর জন্য বা পরবর্তীকালে তাঁর সঙ্গে সম্পর্কিত কোনো জালিয়াতি, মিথ্যা বর্ণনা অথবা চেপে যাওয়ার মতো ভিত্তি পাওয়া যায়।

18. **খারিজের ধারা**

নিয়ন্ত্রণ বিধানকারীরা খারিজের ধারাটিকেও মাপকাঠিকৃত করে দিয়েছে এবং একটি বীমা কোম্পানি যেকোনো সময়ে পলিসিটি খারিজ করে দিতে পারে যদি দেখা যায় যে বীমাকৃত মিথ্যা বর্ণনা, জালিয়াতি, প্রকৃত ঘটনা না প্রকাশ করা অথবা অসহযোগিতার মতো কাজ করছেন।

অন্তত পনেরো দিনের লিখিত নোটিস রেজিস্টার্ড এ/ডি করে বীমাকৃতের শেষ যে ঠিকানা জানিয়েছেন সেখানে পাঠানো প্রয়োজন। যখন বীমাকারী পলিসিটি খারিজ করেন, তখন বীমার অনুত্তীর্ণ মেয়াদকালের সঙ্গে সংশ্লিষ্ট শেষ প্রিমিয়ামের একটি অনুপাত বীমাকৃতকে ফিরিয়ে দিতে হবে। অবশ্য যদি কোনো ক্লেইম পলিসিটির অধীনে না করা হয়ে থাকে।

যদি বীমাকৃত বীমাটি খারিজ করেন, তাহলে রিফান্ডটি কম সময়ের হারে হবে। এর অর্থ হলো, বীমাকৃত প্রিমিয়ামের রিফান্ড পাবেন তবে সেটি প্রো-রাটা বা অনুপাতিক হারের তুলনায় কম শতাংশের হারে। যদি কোনো ক্লেইম করা হয়ে থাকে তবে কোনো রিফান্ডও হবে না।

19. ফ্রি লুক ইন সময়

জদি একজন ক্রেতা একটি নতুন বীমা পলিসি কেনেন এবং তারপর পলিসির ডকুমেন্টগুলি পাওয়ার পর দেখেন যে শর্ত এবং শর্তাবলীগুলি যা তিনি চাইছেন তেমন নয়, তখন তাঁর বিকল্প কী?

আইআরএডিএআই এমন ধরণের সমস্যার দিকে নজর রেখে তার আইনে এরজন্য ক্রেতা-বন্ধুত্বমূলক ব্যবস্তা রেখেছে। ক্রেতা এটি ফিরিয়ে দিয়ে পারেন এবং রিফান্ডও পেতে পারেন তবে সেটি হবে নিম্নলিখিত শর্তাবলীগুলির বিষয়াধীন:

1. এটা কেবলমাত্র জীবন বীমা পলিসি এবং অন্তত এক বছরের মেয়াদের স্বাস্থ্য বীমা পলিসির ক্ষেত্রেই প্রযোজ্য হয়।
2. পলিসির ডকুমেন্ট পাওয়ার ১৫দিনের মধ্যে ক্রেতাকে এই অধিকার প্রয়োগ করতে হবে
3. সে কথা তাঁকে অবশ্যই বীমাকারীকে লিখিতভাবে জানাতে হবে
4. পলিসিতে কোনো ক্লেইম করা না হলেই কেবলমাত্র প্রিমিয়াম ফেরত হবে এবং সেইমতো অ্যাডজাস্ট করা হবে।
   a) যে সময়টির জন্য কভার থাকছে তখন আনুপাতিক হারে ঝুঁকির প্রিমিয়াম
   b) চিকিৎসাগত পরীক্ষার জন্য বীমাকারীর যে খরচ হয়েছে এবং
   c) স্ট্যাম্প ডিউটির চার্জ

20. পুনর্নবীর জন্য অন্তর্বর্তী সময়কাল

স্বাস্থ্য বীমা পলিসির একটি গুরুত্বপূর্ণ বৈশিষ্ট্য হলো বীমার ধারাবাহিকতা বজায় রাখা। একটি পলিসির অধীনে সুবিধাগুলি তখনই বজায় থাকে যদি সেই পলিসি কোনোরকম বিরতি ছাড়াই পুনর্নবী করা হয়ে থাকে, সময়মতো পুনর্নবী করা হলো খুবই গুরুত্বপূর্ণ।

আইআরডিএআই-এর নির্দেশিকা অনুযায়ী, ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য পলিসির পুনর্নবীকরণের জন্য একটি ৩০দিনের অন্তর্বর্তী সময়পর্ব দেওয়া হয়ে থাকে।

আগের বীমাটির মেয়াদ শেষ হয়ে যাওয়ার ৩০দিনের মধ্যে যদি পুনর্নবী করা হয়ে থাকে তাহলে ধারাবাহিকতা বজায় রাখার জন্য সব সুবিধা পাওয়া যাবে। বিরতির সময়ে যদি কোনো ক্লেইম করা হয়, তবে তা গণ্য করা হবে না।

পুনর্নবীকরণ করার জন্য বীমাকারী দীর্ঘতর অন্তর্বর্তী সময়পর্বের অনুমোদন দেওয়ার বিষয়টি বিবেচনা করতে পারে, সেটি অবশ্য স্বতন্ত্র্য পণ্যের উপর নির্ভরশীল।

উপরিল্লিখিত অধিকাংশ মূল ধারা, সংজ্ঞা, বাদ দেওয়া আইআরডিএ-এর জারি করা নির্দেশিকা অনুযায়ী স্বাস্থ্য নিয়ন্ত্রণ এবং স্বাস্থ্য বীমা মান নির্ধারণকারীর অধীনে মান নির্দারিত করা। ছাত্রদের পরামর্শ দেওয়া হচ্ছে একই বিষয়ের মধ্যে দিয়ে আবার যাওয়ার জন্য এবং সময়ে সময়ে আইআরডিএ যে নির্দেশিকা এবং সার্কুলার দেয় সেসম্পর্কে তাঁদের নিজেদেরকেও আপডেট রাখতে।

নিজেকে যাচাই 2

আইআরডিএ নির্দেশিকা অনুযায়ী, ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য পলিসি পুনর্নবীকরণ করার জন্য ———— একটি অন্তর্বর্তী সময়কাল পাওয়া যায়।

I. পনেরো দিন
II. তিরিশ দিন
III. পঁয়তাল্লিশ দিন
IV. ষাট দিন

সারাংশ

a) অপ্রত্যাশিত দুর্ঘটনা/ অসুস্থতা যার জন্য হাসপাতালে ভর্তি থাকতে হতে পারে এমন ঘটনার ক্ষেত্রে একটি স্বাস্থ্য বীমা পলিসি একজন বীমাকৃত ব্যক্তিকে আর্থিক সুরক্ষা দেয়।

b) কতোজন মানুষ পলিসির অধীনে কভার পাচ্ছেন তার ভিত্তিতে স্বাস্থ্য বীমা পণ্যের শ্রেণীকরণ করা হয়: ব্যক্তিগত পলিসি, ফ্যামিলি ফ্লোটার পলিসি, গ্রুপ পলিসি।

c) একটি হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের খরচের পলিসি অথবা মেডিক্লেইম, অসুস্থতা/দুর্ঘটনার ক্ষেত্রে হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের খরচটি পরিশোধ করে।

d) হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার সময়ের আগে যতোদিন পর্যন্ত নির্দিষ্ট করা আছে (সাধারণত ৩০দিন) সেই সময়ের মধ্যে যে প্রাসঙ্গিক চিকিৎসাগত খরচ হয়েছে সেটিই হলো হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময় পূর্ব খরচ, এবং যাকে ক্লেইমের অংশ হিসেবে বিবেচনা করা হবে।

e) হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার সময়ের পরবর্তী যতোদিন পর্যন্ত নির্দিষ্ট করা আছে (সাধারণত ৬০দিন) সেই সময়ের মধ্যে যে প্রাসঙ্গিক চিকিৎসাগত খরচ হয়েছে, এবং যাকে ক্লেইমের অংশ হিসেবে বিবেচনা করা হবে, সেটিই হলো হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময় পরবর্তী খরচ।

f) একটি ফ্যামিলি ফ্লোটার পলিসিতে, পরিবার যার মধ্যে স্ত্রী, নির্ভরশীল সন্তান এবং নির্ভরশীল মা-বাবা আছেন, তাঁদের একটি একক বীমাকৃত রাশির প্রস্তাব দেওয়া হয় যেটি গোটা পরিবারটির মধ্যে ফ্লোট করে।

g) হাসপাতালের দৈনন্দিন নগদ পলিসি হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের দৈনন্দিন খরচের জন্য বীমাকৃত ব্যক্তিকে একটি নির্দিষ্ট পরিমাণ টাকা দেয়।

h) নির্দিষ্ট কিছু উল্লিখিত জটিল অসুখ ধরা পড়লে একটি বিরাট পরিমাণ টাকা দেওয়ার ব্যবস্থা আছে যে পলিসিতে তাকে জটিল অসুখ পলিসি বলে।

i) একটি নির্দিষ্ট মনোনীত পরিমাণ (যাকে সীমা অথবা ডিডাক্টিবল বলা হয়)-এর অধিকন্তু একটি উচ্চতর বীমাকৃত রাশির জন্য উচ্চ ডিডাক্টিবল অথবা টপ-আপ কভার কভারের প্রস্তাব দেয়।

j) একটি নির্দিষ্ট সুবিধার কভার বীমাকৃতকে পর্যাপ্ত সুবিধা দেয় এবং বীমাকারীকে তাঁর পলিসিটির কার্যকরীভাবে মূল্য নির্ধারণ করতে সাহায্য করে

k) একটি ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা (পিএ) কভার অপ্রত্যাশিত দুর্ঘটনার জন্য মৃত্যু এবং বিকলাঙ্গতার ক্ষেত্রে ক্ষতিপূরণের সুবিধা দিয়ে থাকে।

l) বহির্বিভাগের রোগীদের কভার যেমন দাঁতের চিকিৎসা, দৃষ্টির যন্ত্রের খরচ, রুটিন চিকিৎসাগত পরীক্ষা এবং পরীক্ষা ইত্যাদির জন্য, যেখানে হাসপাতালে ভর্তি থাকার প্রয়োজন নেই সেরকম চিকিৎসাগত খরচ দেওয়া হয়।

m) একটি গ্রুপ পলিসি একজন গোষ্ঠীর মালিক যিনি একজন নিয়োগকর্তা হতে পারেন, একটি সংগঠন, ব্যাঙ্কের ক্রেডিট কার্ড ডিভিশনও নিতে পারে, যেখানে একটি একক পলিসি ব্যক্তিদের একটি সম্পূর্ণ কভার দিতে পারে।

n) পরিবারের জন্য বীমাকৃত রাশির অধিকন্তু খরচ হয়ে গেলে কর্পোরেট ফ্লোটার অথবা বাফার কভারের পরিমাণ সেই অধিক খরচ মেটাতে সাহায্য করে।

o) ওভারসিজ মেডিক্লেইম /ভ্রমণ পলিসি একজন ব্যক্তিকে কভার দেয় যখন তিনি বিদেশে থাকাকালীন সময়ে দুর্ঘটনা, আঘাত এবং অসুস্থতার ঝুঁকির ক্ষেত্রে উন্মুক্ত থাকেন।

p) কর্পোরেট ঘন ঘন ভ্রমণ পরিকল্পনা হলো একটি বার্ষিক পলিসি যেখানে কর্পোরেটরা তাঁদের এক্জিকিউটিভ যাঁরা ঘন ঘন ভারতের বাইরে যান তাঁদের জন্য ব্যক্তিগত পলিসি গ্রহণ করেন।

q) বিভ্রান্তি এড়াতে বিশেষত বীমাকৃতদের জন্য স্বাস্থ্য বীমায় অনেক শর্ত ব্যবহার করা হয় আইন করে যার মান নির্ধারণ করে দিয়েছে আইআরডিএ।

নিজেকে পরীক্ষার উত্তর

উত্তর 1

সঠিক উত্তরটি হলো II.

হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময় পূর্ব খরচের কভারের সময়পর্বটি যদিও বীমাকারী থেকে বীমাকারীর মধ্যে তারতম্য থাকে এবং সেটি পলিসিতে নির্দিষ্ট করা থাকে, সবচেয়ে প্রচলিত কভার হলো হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময় পূর্ব তিরিশ দিন।

উত্তর 2

সঠিক বাছাইটি হলো I.

আইআরডিএ-এর নির্দেশিকা অনুযায়ী, ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য পলিসির পুনর্নবীকরণের জন্য একটি ৩০দিনের অন্তর্বর্তীকালীন সময়ের অনুমতি পাওয়া যায়।

নিজেকে যাচাইয়ের প্রশ্নাবলী

প্রশ্ন 1

হাসপাতালে ভর্তি থাকার খরচের পলিসির প্রেক্ষিতে নিম্নলিখিত কোন বিবৃতিটি সঠিক?

I. শুধুমাত্র হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়টিই কভার করা হয়

II. হাসপাতালে ভর্তি থাকা একইসঙ্গে হাসপাতালে ভর্তি থাকার পূর্ব এবং পরবর্তী খরচও কভার করা হয়

III. হাসপাতালে ভর্তি থাকা একইসঙ্গে হাসপাতালে ভর্তি থাকার পূর্ব এবং পরবর্তী খরচ কভার করা এবং একটি বিরাট পরিমাণ টাকা বীমাকৃতের মৃত্যুর গটনার ক্ষেত্রে পরিবারের সদস্যদের দেওয়া হয়ে থাকে

IV. প্রথম বছর থেকেই হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের খরচ কভার করা হয় এবং যদি প্রথম বছর কোনো ক্লেইম না করা হয় তবে হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের পূর্ব এবং প্রাক সময়ের খরচেরও কভার দেওয়া হয়ে থাকে

প্রশ্ন 2

নিম্নলিখিত কোন বিবৃতিটি সঠিক তা চিহ্নিত করুন?

I. স্বাস্থ্য বীমা রোগ বিষয়টি সামলায়

II. স্বাস্থ্য বীমা মৃত্যু হারের বিষয়টি সামলায়

III. স্বাস্থ্য বীমা রোগ এবং একইসঙ্গে মৃত্যু হারও সামলায়

IV. স্বাস্থ্য বীমা রোগ এবং মৃত্যু হার কোনোটিই সামলায় না

প্রশ্ন 3

স্বাস্থ্য বীমায় যে ক্যাশলেস পরিষেবা দেওয়া হয় তার প্রেক্ষিতে নিম্নলিখিত কোন বিবৃতিটি সঠিক?

I. বীমা কোম্পানিগুলির শুরু করা এটি একটি পরিবেশ বান্ধব গো-গ্রিন উদ্যোগ। এটি শুরু করা হয়েছে বৈদ্যুতিন পেমেন্টকে উৎসাহ দিতে যাতে বাস্তিবিক টাকার নোটের প্রচলন কম করা যায় এবং গাছ বাঁচানো যায়।

II. বীমাকৃতকে কোনোরকম খরচ ছাড়াই বিনে পয়সায় পরিষেবা দেওয়া হয় এবং এরজন্য কোনো টাকা দিতে হয় না কারণ যেহেতু একটি বিশেষ প্রকল্পের অধীনে সরকার বীমা কোম্পানিকে এই টাকা দিয়ে দেয়।

III. যাবতীয় পেমেন্ট যা বীমাকৃত করবেন তা শুধুমাত্র ইন্টারনেট ব্যাঙ্কিংয়ের মাধ্যমেই অথবা কার্ডের মাধ্যমেই করতে হবে কারণ যেহেতু বীমা কোম্পানি টাকা গ্রহণ করবে না

IV. বীমাকৃত টাকা দেন না এবং বীমা কোম্পানি সরাসরি হাসপাতালের সঙ্গে বিলের মীমাংসা করে

প্রশ্ন 4

স্বাস্থ্য বীমায় হাসপাতালের প্রেক্ষিতে পিপিএন-এর সম্পূর্ণ আকারটি সঠিকভাবে চিহ্নিত করুন।

I. পাবলিক প্রেফার্ড নেওয়ার্ক

II. প্রেফার্ড প্রোভাইডার নেটওয়ার্ক

III. পাবলিক প্রাইভেট নেটওয়ার্ক

IV. প্রোভাইডার প্রেফারেন্সিয়াল নেটওয়ার্ক

প্রশ্ন 5

নিম্নলিখিত কোন বিবৃতিটি সঠিক নয় তা চিহ্নিত করুন?

I. একজন নিয়োগকর্তা তাঁর কর্মচারীদের জন্য গ্রুপ পলিসি করাতে পারেন

II. একটি ব্যাঙ্ক তাঁর ক্রেতাদের জন্য গ্রুপ পলিসি নিতে পারে

III. একজন দোকানদার তাঁর ক্রেতাদের জন্য গ্রুপ পলিসি নিতে পারেন

IV. কর্মচারীদের জন্য একজন নিয়োগকর্তার নেওয়া গ্রুপ পলিসিটিতে কর্মচারীদের পরিবারকেও অন্তর্ভুক্ত করার জন্য প্রসারিত করা যেতে পারে।

নিজেকে পরীক্ষার প্রশ্নের উত্তর

উত্তর 1

সঠিক বাছাইটি হলো II।

হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের খরচের একটি পলিসিতে, হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময় একইসঙ্গে হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের পূর্ব এবং পরবর্তী খরচও কভার করে।

উত্তর 2

সঠিক বাছাইটি হলো I।

স্বাস্থ্য বীমা রোগের (অসুখের হওয়ার হার) বিষয়টি সামলায়।

উত্তর 3

সঠিক বাছাইটি হলো IV।

ক্যাশলেস পরিষেবার অধীনে, বীমাকৃত টাকা দেন না এবং বীমা কোম্পানি সরাসরি হাসপাতালের সঙ্গে বিলের মীমাংসা করেন।

উত্তর 4

সঠিক বাছাইটি হলো II।

পিপিএন-এর অর্থ হলো প্রেফার্ড প্রোভাইডার নেটওয়ার্ক বা নেটওয়ার্কের পছন্দসই প্রদানকারী।

উত্তর 5

সঠিক বাছাইটি হলো III।

I, II, **এবং** IV নম্বর বিবৃতিটি হলো সঠিক। **III** নম্বর বিবৃতিটি ভুল কারণ একজন দোকানদার তাঁর ক্রেতাদের জন্য গ্রুপ পলিসি নিতে পারেন না।

অধ্যায় 9

স্বাস্থ্য বীমা আন্ডাররাইটিং

অধ্যায়ের ভূমিকা

এই অধ্যায়ের উদ্দেশ্য হলো স্বাস্থ্য বীমায় আন্ডাররাইটিং সম্পর্কে আপনাকে বিস্তারিত জ্ঞান দেওয়া। যে কোনো ধরনের বীমার ক্ষেত্রেই আন্ডাররাইটিং একটি গুরুত্বপূর্ণ দিক এবং একটা বীমা পলিসি ইস্যু করার ক্ষেত্রে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে। এই অধ্যায়ে, আপনি আন্ডাররাইটিংয়ের মূল নীতি, সরঞ্জাম ও এর প্রক্রিয়া সম্পর্কে একটা আন্দাজ পাবেন। এখানে আপনাকে গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমার আন্ডাররাইটিং সম্পর্কেও তথ্য জানানো হবে।

শিক্ষার ফলাফল

A. আন্ডাররাইটিং কী?
B. আন্ডাররাইটিং–মৌলিক ধারণা
C. ফাইল এবং ব্যবহারের নির্দেশিকা
D. আইআরডিএআই-এর অন্যান্য স্বাস্থ্য বীমা আইন
E. আন্ডাররাইটিংয়ের জন্য মূলনীতি ও স্তর
F. আন্ডাররাইটিং প্রক্রিয়া
G. গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমা
H. বিদেশ সফর বীমার আন্ডাররাইটিং
I. ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বীমার অন্ডাররাইটিং

এই অধ্যায় পড়ার পর আপনি সক্ষম হবেন :

a) আন্ডাররাইটিং বলতে কী বোঝায় তা বুঝিয়ে দিতে
b) আন্ডাররাইটিংয়ের মৌলিক ধারণা বর্ণনা করতে
c) আন্ডাররাইটাররা যে নীতি মেনে চলে ও সরঞ্জাম নিয়ে কাজ করে তা ব্যাখ্যা করতে
d) আন্ডাররাইটিং ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য বীমা পলিসির প্রক্রিয়া সম্পূর্ণ করাকে বাহবা দিতে
e) কীভাবে গ্রুপ স্বাস্থ্য পলিসির আন্ডাররাইটিং করা হয় তা নিয়ে আলোচনা করতে

এই পরিস্থিতিটা নজর করুন

48 বছর বয়সী মনীশ একজন সফ্টওয়্যার ইঞ্জিনিয়ার হিসেবে কাজ করেন। মনীশ সিদ্ধান্ত নিয়েছেন নিজের জন্য একটা স্বাস্থ্য বীমা পলিসি নেবেন। তিনি একটা ইনসুরেন্স কোম্পানিতে গেলেন, সেখানে তাঁকে একটা প্রোপোজাল ফর্ম দেওয়া হলো, যার মধ্যে তাঁর শরীরের গড়ন ও স্বাস্থ্য, মানসিক স্বাস্থ্য, আগে থেকে থাকা অসুখ, তাঁর পরিবারের স্বাস্থ্য সম্পর্কিত ইতিহাস, অভ্যাস ও আরো বেশ কিছু সম্পর্কে একগুচ্ছ প্রশ্নের জবাব দিতে হবে।

প্রোপোজাল ফর্মটা পাওয়ার পর তাঁকে বেশ কিছু নথিও পেশ করতে হবে যেমন তাঁর পরিচিতি ও বয়সের প্রমাণপত্র, ঠিকানার প্রমাণ ও অতীতের মেডিক্যাল রেকর্ড। তারপর তাঁরা তাঁকে একটা হেল্থ চেক-আপ ও আরো কিছু মেডিক্যাল টেস্ট করাতে বললেন, এতে তিনি হতাশ হলেন।

মনীশ নিজেকে একজন স্বাস্থ্যবান মানুষ বলেই মনে করেন এবং তাঁর আয়ও বেশ ভালো। মনীশ খুব অবাক হলেন যে তাঁর ক্ষেত্রে বীমা কোম্পানি কেন এই ধরনের একটা দীর্ঘ প্রক্রিয়া নিচ্ছে। এমনকি এই সমস্ত কিছুর পর বীমা কোম্পানি তাঁকে বললো যে মেডিক্যাল পরীক্ষায় তাঁর হাই কোলেস্টেরল ও হাই ব্লাড প্রেসার ধরা পড়েছে, যা পরবর্তীকালে তাঁর হৃদরোগের সম্ভাবনা বাড়িয়ে দিচ্ছে। যদিও তাঁরা তাঁকে একটা পলিসির প্রস্তাব দিচ্ছে, কিন্তু তার জন্য চড়া প্রিমিয়াম দিতে হবে, যে অঙ্কটা তাঁর এক বন্ধু যা দিচ্ছে তার তুলনায় অনেক বেশি। তাই মনীশ ওই পলিসিটা নিতে অস্বীকার করলেন।

এখানে, ইনসুরেন্স কোম্পানি তাদের আন্ডাররাইটিং প্রক্রিয়ার অংশ হিসেবে এই সমস্ত পদক্ষেপগুলি অনুসরণ করেছে। কোনো ঝুঁকি কবারেজ দেওয়ার সময় একজন বীমাকারীর সঠিকভাবে ঝুঁকির মূল্যায়ণ করা জরুরী এবং একটা যুক্তিসঙ্গত লাভ করার কথাও ভাবা দরকার। ঝুঁকিটা যদি সঠিকভাবে মূল্যায়ন করা না হয় এবং কোনো ক্লেইম হয়, তাহলে একটা লোকসান হবে। তারওপর বীমাকারী সমস্ত বীমাকৃত ব্যক্তির থেকে প্রিমিয়াম সংগ্রহ করে এবং এই অর্থটাকে তাকে একটা ট্রাস্টের মতো করে সামলাতে হয়।

A. আন্ডাররাইটিং কী ?

1. আন্ডাররাইটিং

বীমা কোম্পানি সেই মানুষদেরই বীমা করাতে চায়, আশা করা যায় যাঁরা বীমা পুলে যে ঝুঁকি নিয়ে আসছেন তার অনুপাতে পর্যাপ্ত পরিমাণ প্রিমিয়াম তাঁরা ভরবেন। ঝুঁকি বাছাইয়ের জন্য একজন প্রস্তাবকের থেকে তথ্য সংগ্রহ ও তা বিশ্লেষণের এই প্রক্রিয়াই আন্ডারারাইটিং বলে পরিচিত। এই প্রক্রিয়ার মাধ্যমে সংগৃহীত তথ্যের ভিত্তিতে তারা সিদ্ধান্ত নেবে যে তাঁরা একজন প্রস্তাবকের বীমা করাবেন কি করাবেন না। যদি তাঁরা বীমা করানোর সিদ্ধান্ত নেন তাহলে এই ধরনের ঝুঁকির থেকে যুক্তিসঙ্গত লাভ করতে হলে কত প্রিমিয়াম হওয়া উচিত, শর্ত কী হবে তা ঠিক করতে হবে।

রোগহারের ধারণার উপর ভিত্তি করেই দাঁড়িয়ে আছে স্বাস্থ্য বীমা। এখানে রোগহার বলতে বোঝায় একজন ব্যক্তির অসুস্থ হওয়ার সম্ভাবনা ও তার জন্য প্রয়োজনীয় চিকিৎসা ও হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার সম্ভাবনা কেমন রয়েছে। একটা বড় পরিসরে রোগহার বয়সের দ্বারা প্রভাবিত হয় (সাধারণত কমবয়সীদের তুলনায় বরিষ্ঠ নাগরিকদের মধ্যে এটা বেশি) এবং অন্যান্য প্রতিকূল বিষয়ের কারণেও এটা বাড়ে যেমন বেশি ওজন বা কম ওজন, অতীত ও বর্তমানের নির্দিষ্ট রোগ বা অসুস্থতার ইতিহাস, ধূমপানের মতো ব্যক্তিগত অভ্যাস, বর্তমান স্বাস্থ্যের অবস্থা এবং প্রস্তাবকের পেশা যদি সেটাকে বিপজ্জনক বলে বিবেচনা করা হয়। উলটোদিকে রোগহার নির্দিষ্ট কিছু অনুকূল বিষয়ের কারণে কমে যায় যেমন কম বয়স, একটা সুস্থ লাইফস্টাইল প্রভৃতি।

সংজ্ঞা

আন্ডাররাইটিং হলো একটি যথাযথভাবে ঝুঁকি মূল্যায়ণ এবং যে শর্তাবলীর উপর দাঁড়িয়ে বীমা কভার মঞ্জুর করা হবে সে ব্যাপারে সিদ্ধান্ত নেওয়ার একটি পদ্ধতি।

2. আন্ডাররাইটিংয়ের চাহিদা

আন্ডাররাইটিং হলো একটা বীমা কোম্পানির মেরুদণ্ড কারণ অগোছালোভাবে ঝুঁকি গ্রহণ করলে অথবা অপর্যাপ্ত প্রিমিয়ামের কারণে বীমাকারী দেউলিয়া হয়ে যেতে পারে।অন্যদিকে, অতিরিক্ত খুঁতখুঁতে বা সতর্ক হলে বীমা কোম্পানিটি যেখান থেকে ঝুঁকি একরকমভাবে ছড়িয়ে দেওয়া যায় এমন একটা বড় পুল বানাতে ব্যর্থ হবে। তাই ঝুর্কি ও ব্যবসার মধ্যে সঠিক ভারসাম্য রাখাটাই গুরত্বপূর্ণ, তা করেই সংগঠনটাকে প্রতিযোগিতামুখী ও লাভদায়ক করা যায়।

সংশ্লিষ্ট বীমা কোম্পানি দর্শন, নীতি ও ঝুঁকির ক্ষুধার সঙ্গে তাল মিলিয়ে এই ভারসাম্য রাখার প্রক্রিয়াটা সম্পন্ন করে আন্ডাররাইটার। তাঁর কাজটা হলো ঝুঁকির শ্রেণীবিভাগ করে একটা সঠিক মূল্যে তা গ্রহণ করার বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়া। এই খেয়াল রাখা জরুরী যে ঝুঁকি গ্রহণ মানে হলো ভবিষ্যতে বীমাকারী ক্লেইম নিষ্পত্তির একটা প্রতিশ্রুতি।

3. আন্ডাররাইটিং - ঝুঁকি মূল্যায়ণ

আন্ডাররাইটিং হলো ঝুঁকি বাছাইয়ের একটা প্রক্রিয়া যা ব্যক্তি বা গোষ্ঠীর বৈশিষ্ট্যের ভিত্তিতে ঠিক হয়। এখানে ঝউরকির স্তরের ভিত্তিতে আন্ডাররাইটার সিদ্ধান্ত নেন ঝুঁকি গ্রহণ করা হবে কি হবে না এবং নিলে তা কত মূল্যে নেওয়া হবে।যে কোনো পরিস্থিতিতেই ঝুঁকি গ্রহণ করতে হয় সততা ও ন্যায়সঙ্গত ভিত্তিতে অর্থাৎ কোনো পক্ষপাত একই ধরনের প্রত্যেকটি ঝুঁকিকে শ্রেণীবদ্ধ করা উচিত।

এই শ্রেণীবিভাগটা হয় সাধারণত স্ট্যান্ডার্ড স্বীকৃতি চার্টের মাধ্যমে যেখানে প্রত্যেকটি ঝুঁকির পরিমাণ নির্ধারিত হয়েছে এবং সেই অনুযায়ী কত প্রিমিয়াম দাঁড়াবে তা বলা রয়েছে।

বয়স যদিও রোগের সম্ভাবনা পাশাপাশি মৃত্যুর সম্ভাবনাকে প্রভাবিত করে, তবে অবশ্যই মনে রাখতে হবে যে অসুস্থতা মৃত্যুর অনেক আগে আসে এবং সেটা মাঝেমধ্যেই হতে পারে। তাই এটা পুরোপুরিই যুক্তিসঙ্গত যে মৃত্যুর কভারেজের তুলনায় স্বাস্থ্য কভারেজের জন্য আন্ডাররাইটিং নিয়ম ও নির্দেশাবলী অনেক বেশি কঠিন হবে।

উদাহরণ

ডায়াবেটিস রয়েছে এমন একজন ব্যক্তির মৃত্যুর তুলনায় হৃদরোগ বা কিডনির সমস্যা তৈরি হওয়ার সম্ভাবনা বেশি থাকে, এবং বীমার কভারেজ থাকাকালীন অবস্থাতেই তাঁর বারে বারেই স্বাস্থ্যের সমস্যা দেখা দিতে পারে। একটি জীবন বীমা আন্ডাররাইটিং নির্দেশিকা এই ব্যক্তিকে একটা গড় ঝুঁকি হিসেবে বিবেচনা করবে। যদিও মেডিক্যাল আন্ডাররাইটিংয়ের জন্য তাঁকে উচ্চ ঝুঁকি হিসেবে বিবেচনা করা হবে।

স্বাস্থ্য বীমায় আর্থিক বা আয় ভিত্তিক আন্ডাররাইটিংয়ের তুলনায় বাড়তি নজর দেওয়া হয় মেডিক্যাল বা স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যের উপর। যদিও আর্থিক বা আয়ের দিকটা অবজ্ঞা করা যায় না কারণ সেখানে একটা বীমাযোগ্য স্বার্থ থাকতেই হবে এবং কোনো ধরনের প্রতিকূল বাছাই দুর করতে এবং স্বাস্থ্য বীমা চালিয়ে যাওয়া নিশ্চিত করতে আর্থিক আন্ডারারাইটিংও গুরুত্বপূর্ণ।

4. যে বিষয়গুলি অসুস্থতার সম্ভাবনাকে প্রভাবিত করে

ঝুঁকির মূল্যায়ণের সময় যে বিষয়গুলি রোগের সম্ভাবনা (অসুস্থ হয়ে পড়ার ঝুঁকি)-কে প্রভাবিত করে সেগুলি সতর্কতার সঙ্গে বিবেচনা করা উচিত, সেগুলি হলো নিম্নরূপ:

a) **বয়স:** বয়স ও ঝুঁকির স্তর অনুযায়ী প্রিমিয়াম ধার্য করা হয়। উদাহরণস্বরূপ, সংক্রমণ ও দুর্ঘটনার ঝুঁকি বেশি থাকায় শিশুর ক্ষেত্রে রোগ-সম্ভাবনার প্রিমিয়াম তরুণ প্রাপ্তবয়স্কদের তুলনায় বেশি। একইভাবে 45বছরের বেশি বয়সী প্রাপ্তবয়স্কদের জন্য প্রিমিয়াম বেশি হয়, কারণ এই ধরনের ব্যক্তির ডায়াবেটিসের মতো দীর্ঘস্থায়ী অসুখ থাকা, হঠাৎ হৃদরোগ বা অন্য ধরনের রোগের সম্ভাবনা বেশি থাকে।

b) **লিঙ্গ:** গর্ভধারনের সময় মহিলাদের রোগের অতিরিক্ত ঝুঁকি থাকে। তবে মহিলাদের তুলনায় পুরুষরা হৃদরোগে বেশি আক্রান্ত হন অথবা চাকরি সম্পর্কিত দুর্ঘটনার সম্ভাবনাও পুরুষদেরই বেশি থাকে কারণ তাঁরাই বেশি বিপজ্জনক কাজে যুক্ত থাকেন।

c) **অভ্যাস:** তামাক, অ্যালকোহল বা যে কোনো ধরনের মাদক সেবনের রোগের ঝুঁকির সঙ্গে সরাসরি সম্পর্ক থাকে।

d) **পেশা:** গাড়িচালক, ব্লাস্টার বা বিমানচালক প্রভৃতি নির্দিষ্ট পেশার ক্ষেত্রে সম্ভাবনা থাকে দুর্ঘটনার বাড়তি ঝুঁকির। একইভাবে এক্স-রে মেশিনচালক, অ্যাসবেস্টস শিল্পের শ্রমিক, খনিশ্রমিকরের কিছু নির্দিষ্ট পেশায় স্বাস্থ্য সম্পর্কির্ত ঝুঁকি বেশি থাকে।

e) **পারিবারিক ইতিহাস:** এরও বৃহত্তর প্রাসঙ্গিকতা রয়েছে কারণ জিনগত বিষয়গুলি অ্যাস্থমা, ডায়াবেটিস ও নির্দিষ্ট কিছু ক্যানসারের মতো রোগের ঝুঁকি তৈরি করে। এটা রোগের

সম্ভবনায় প্রভাব ফেলে এবং তাই ঝুঁকি গ্রহণের সময় এই বিষয়টাকে বিবেচনায় রাখা উচিত।

f) **গড়ন:** তাগড়াই, রোগা বা গড়পরতা গড়নও নির্দিষ্ট কিছু গোষ্ঠীর রোগের সম্ভাবনার সঙ্গে যুক্ত।

g) **অতীতের রোগ বা অস্ত্রোপচার:** এটা নির্ধারণ করে নিতে হবে যে আগের কোনো অসুখ থেকে শারীরিক দুর্বলতা তৈরির কোনো কারণ ঘটেছে কিনা অথবা তা নতুন করে হতে পারে কিনা এবং সেই মতো পলিসির শর্তাবলী ঠিক করা উচিত। উদাহরণস্বরূপ, কিডনির পাথর আবার তৈরি হয় বলে জানা এবং একইভাবে এক চোখে ছানি থাকলে আরেক চোখেও ছানির সম্ভাবনা বাড়িয়ে দেয়।

h) **বর্তমানে স্বাস্থ্যের হাল ও অন্যান্য বিষয় বা অভিযোগ:** ঝুঁকি ও বীমাযোগ্যতার স্তর নির্ধারণ গুরুত্বপূর্ণ এবং তা উপযুক্ত উন্মোচন ও মেডিক্যাল পরীক্ষার মাধ্যমে প্রতিষ্ঠা করা সম্ভব।

i) **পরিবেশ ও বাড়ি:** রোগের হারের উপর এগুলিরও প্রভাব রয়েছে

নিজেকে যাচাই 1

আন্ডাররাইটিং হলো ____________-এর প্রক্রিয়া।

I. বীমা পণ্যের বিপণন
II. ক্রেতাদের থেকে প্রিমিয়াম সংগ্রহ
III. ঝুঁকির নির্বাচন ও ঝুঁকির মূল্য নির্ধারণ
IV. বিভিন্ন বীমা পণ্য বিক্রি

B. *আন্ডাররাইটিং – মৌলিক ধারণা*

1. আন্ডাররাইটিংয়ের উদ্দেশ্য

আমরা আন্ডাররাইটিংয়ের উদ্দেশ্য খতিয়ে দেখে শুরু করছি। দু'টি উদ্দেশ্য রয়েছে

i. বিরুদ্ধ-বাছাই ঠেকানো যা হলো বীমাকারীর বিরুদ্ধে বাছাই
ii. ঝুঁকির শ্রেণীবিভাগ করা ও ঝুঁকির প্রতি সুবিচার নিশ্চিত করা

সংজ্ঞা

ঝুঁকির বাছাই পরিভাষাটি দিয়ে বোঝানো হয় ঝুঁকির স্তরের নিরিখে স্বাস্থ্যবীমার প্রত্যেক প্রস্তাব মূল্যায়ণের প্রক্রিয়া এবং তারপর সিদ্ধান্ত নেওয়া আদৌ বীমা মঞ্জুর করা হবে কি হবে না, হলে কোন শর্তের ভিত্তিতে হবে তা ঠিক করা।

বিরুদ্ধ-বাছাই (বা প্রতিকূল বাছাই) হলো মানুষের প্রবনতা, যাঁরা আশঙ্কা করেন বা জানেন যে তাঁদের লোকসান হওয়ার সম্ভাবনা খুব বেশি, তাই বীমা আগ্রহী হন ও সেই প্রক্রিয়ায় ফয়দা তুলতে চান।

উদাহরণ

কাকে ও কীভাবে বীমার প্রস্তাব দেওবা হবে সেব্যাপারে বীমাকারী যদি বাছবিচার না করেন তবে ডায়াবেটিস, উষ্চ রক্তচাপ, হার্টের সমস্যা বা ক্যানসারের মতো গুরুতর রোগে আক্রান্ত মানুষ, যাঁরা জানেন যে শীঘ্রই তাঁদের হাসপাতালে ভর্তি হতে হবে, তাঁদেরও স্বাস্থ্য বীমা কিনতে চেয়ে আগ্রহ প্রকাশ করার সম্ভাবনা থাকে, এতে বীমাকারী লোকসান হবে।

অন্যভাবে বললে, বীমাকারী যদি বাছবিচার না করে থাকেন তবে সেটা বিরুদ্ধ-বাছাই হয়ে যাবে এবং এই প্রক্রিয়ায় তাঁর লোকসান হবে।

2. ঝুঁকির প্রতি সুবিচার

আসুন আমরা এখন ঝুঁকির প্রতি সুবিচার বিষয়টা বিবেচনা করে দেখি। ''সুবিচার'' শব্দটির মানে হলো যে আবেদনকারীরা একই স্তরের ঝুঁকির মুখোমুখি তাঁদের অবশ্যই একই প্রিমিয়ামের শ্রেণীতে ফেলতে হবে। কতটা প্রিমিয়াম ধার্য করা হবে তা নির্ধারণ করতে বীমাকারীকে কোনো ধরনের মাপকাঠি রাখতে হবে। এতে গড়পরতা ঝুঁকি রয়েছে একই ধরনের প্রিমিয়াম দেবেন আবার যাঁদের ঝুঁকি বেশি তাঁরা বেশি প্রিমিয়াম দেবেন। বিপুল পরিমাণ মানুষ যাঁদের ঝুঁকিটা গড়পরতা তাঁদের জন্য একটা মাপকাঠি প্রয়োগ করা হবে আবার যাঁদের ঝুঁকির হার বেশি তাঁদের ঝুঁকির হারটা ঠিক করতে আরো বেশি সময় দেওয়া হবে।

a) ঝুঁকির শ্রেণীবিভাগ

সুবিচার আনতে আন্ডাররাইটার যে প্রক্রিয়ায় যুক্ত থাকেন সেটাই হলো **ঝুঁকির শ্রেণীবিভাগ** অর্থাৎ ব্যক্তিদের ক্যাটাগরিতে ভাগ করে তাঁদের ঝুঁকির স্তর অনুযায়ী বিভিন্ন ঝুঁকির শ্রেণীতে তাঁদের সাজানো হবে। এই ধরনের ঝুঁকির চারটি শ্রেণী রয়েছে।

i. স্ট্যান্ডার্ড ঝুঁকি

এর মধ্যে সেই ব্যক্তিরা পড়েন যাঁদের অপেক্ষিত রোগ-সম্ভাবনা (অসুস্থ হয়ে পড়ার সম্ভাবনা) হলো গড়পড়তা।

ii. প্রেফার্ড ঝুঁকি

এরা হলেন তাঁরা যাঁদের অপেক্ষিত রোগ-সম্ভাবনা গড়ের তুলনায় কম এবং তাই এদের থেকে কম প্রিমিয়াম ধার্য করা হতে পারে।

iii. সাবস্ট্যান্ডার্ড ঝুঁকি

এঁরা হলেন তাঁরা যাঁদের অপেক্ষিত রোগ-সম্ভাবনা গড়ের তুলনায় বেশি, তবে এখনও বীমাযোগ্য বলে বিবেচনা করা যায়। বীমার জন্য তাঁদের গ্রহণ করা হতে পারে তবে এর জন্য চড়া (বা অতিরিক্ত) প্রিমিয়াম দার্য করা হবে অথবা নির্দিষ্ট কিছু বিধিনিষেধ আরোপ হতে পারে।

iv. ডিক্লাইন্ড ঝুঁকি

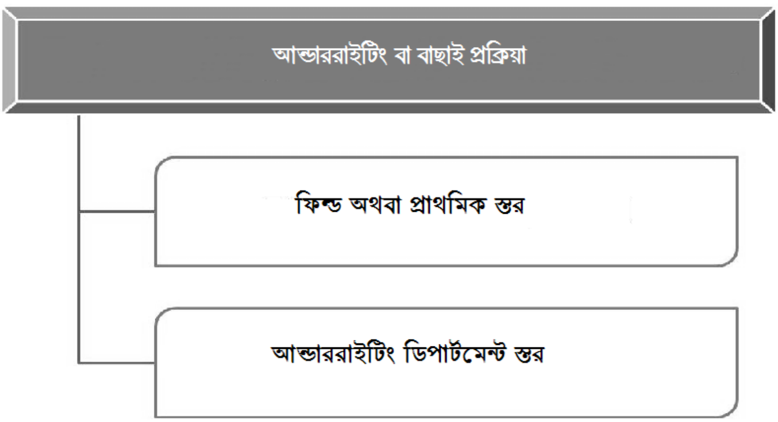
এঁরা হলেন তাঁরা যাঁদের বিকলত্ব ও অপেক্ষিত বাড়তি রোগ-সম্ভাবনা এতটাই বেশি যে একটা সামর্থ্যের মধ্যে থাকা খরচে এঁদের বীমার আওতায় আনা যায় না। কখনও কখনও একটা ব্যক্তিগত প্রস্তাব সাময়িকভাবে খারিজ করে দেওয়া হতে পারে যদি সম্প্রতি সেই ব্যক্তির অস্ত্রোপচারের মতো কোনো মেডিক্যাল সম্পর্কিত ঘটনা ঘটে থাকে।

3. বাছাই প্রক্রিয়া

আন্ডাররাইটিং বা বাছাই প্রক্রিয়া দুটি স্তরে হতে পারে:

- ✓ ফিল্ড স্তরে
- ✓ আন্ডাররাইটিং ডিপার্টমেন্ট লেভেলের স্তরে

Diagram 1: আন্ডাররাইটিং বা বাছাই প্রক্রিয়া



b) ফিল্ড বা প্রাথমিক স্তর

ফিল্ড স্তরে আন্ডাররাইটিংয়ে **প্রাথমিক বা প্রাইমারি আন্ডাররাইটিংও** বলা যেতে পারে। এর মধ্যে একজন এজেন্ট বা কোম্পানি প্রতিনিধির সংগৃহীত তথ্য থাকে, যার ভিত্তিতে সিদ্ধান্ত নেওয়া

যায় বীমা কভারেজ মঞ্জুর করতে একজন আবেদনকারী উপযুক্ত কিনা। প্রাথমিক আন্ডাররাইটার হিসেবে এজেন্টই একটা গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করেন। বীমাকৃত করার জন্য সম্ভাব্য ক্লায়েন্ট সম্পর্কে জানতে–বুঝতে তিনিই সবচেয়ে ভালো জায়গায় থাকেন।

কিছু বীমা কোম্পানির এজেন্টদের একটা বিবৃতি বা একটা গোপন রিপোর্ট দিতে হয়। সেখানে এজেন্টকে প্রস্তাবক সম্পর্কে নির্দিষ্ট তথ্য, মতামত ও সুপারিশ জানাতে হয়।

মরাল হ্যাজার্ড রিপোর্ট বা নৈতিক বিপদ রিপোর্ট নামে একই ধরনের একটা রিপোর্ট বীমা কোম্পানির একজন আধিকারিকের থেকে চাওয়া হতে পারে। এই রিপোর্টগুলিতে সাধারণত প্রস্তাবিত জীবনের পেশা, আয়, আর্থিক অবস্থা ও সামাজিক পরিচিতি থাকে।

নৈতিক বিপদ কী ?

বয়স, লিঙ্গ, অভ্যাস প্রভৃতির মতো বিষয়গুলি একটা স্বাস্থ্য ঝুঁকির শারীরিক বিপদকে উল্লেখ করে, এছাড়াও আরো কিছু বিষয় গভীরভাবে নজর করা উচিত। এটাই হলো ক্লায়েন্টের নৈতিক বিপদ যা বীমা কোম্পানির কাছে খুবই দামী প্রমাণিত হতে পারে।

খারাপ নৈতিক বিপদের একটা চরম উদাহরণটা হলো একজন বীমাকৃত জেনেবুঝেই একটা স্বাস্থ্য বীমা নিলেন যে খুব কম সময়ের মধ্যেই তাঁর একটা অস্ত্রোপচার হবে অথচ বীমাকারীর কাছে তিনি সেটা প্রকাশ করলেন না। এইভাবে এটা হলো শুধুমাত্র একটা ক্লেইম সংগ্রহ করার জন্য বীমা নেওয়ার একটা মরিয়া চেষ্টা।

লোকসান সম্পর্কে উদাসীনতা হলো আরেকটা উদাহরণ। কারণ বীমার থাকার কারণে বীমাকৃত তাঁর স্বাস্থ্য সম্পর্কে অসতর্ক মনোভাব নিতে পারেন, কারণ তিনি জানেন হাসপাতালের খরচ তো বীমাকারী সামলাবে।

'নৈতিক বিপদ'–এর আরেকটা ধরনও উল্লেখ করা জরুরী। এখানে বীমাকৃত হয়তো কোনো জালিয়াতি, কিন্তু যেহেতু তাঁর বিরাট অঙ্কের বীমা করা রয়েছে তাই সবচেয়ে দামী হাসপাতালে রুমে থেকে যা হয়তো তিনি বীমাকৃত না করলে করতেন না, তেমন সবচেয়ে ব্যয়বহুল চিকিৎসা ব্যবস্থাটাই তিনি পছন্দ করেন।

প্রতারণামূলক নজরদারি ও প্রাথমিক আন্ডাররাইটার হিসেবে এজেন্টের ভূমিকা

একটা ঝুঁকি বাছাইয়ের ক্ষেত্রে বেশিরভাগ সিদ্ধান্তটাই নেওয়া হয়ে থাকে প্রোপোজাল ফর্মে প্রস্তাবক যে তথ্য জানিয়েছেন তার ভিত্তিতেই। আন্ডাররাইটিংয়ে বসে থাকা একজন আন্ডাররাইটারের পক্ষে এটা জানা খুবই কঠিন যে এই তথ্যগুলি সত্য নয় বা প্রতারণা করতে ইচ্ছাকৃতভাবে ভুল তথ্য দেওবা হয়েছে।

এখানেই এজেন্ট উল্লেখযোগ্য ভূমিকা পালন করে। তথ্যগুলি সত্য কিনা তা নিশ্চিত করার জন্য তিনিই সঠিক জায়গায় রয়েছেন, যেহেতু প্রস্তাবকের সঙ্গে এজেন্টেরই সরাসরি ও ব্যক্তিগত যোগাযোগ থাকে এবং তিনিই নজর করতে পারেন যে বিপথে চালনার উদ্দেশ্যে ইচ্ছাকৃতভাবে কোনো তথ্য চেপে যাওয়া হলো কিনা বা ভুল জানানো হলো কিনা।

c) আন্ডাররাইটিং ডিপার্টমেন্ট স্তর

আন্ডাররাইটিংয়ের দ্বিতীয় স্তরটা হলো ডিপার্টমেন্ট বা অফিস স্তর। এখানে বিশেষজ্ঞ ও এমন ব্যক্তিরা থাকেন যাঁরা এই কাজে দক্ষ এবং যাঁরা কেসের সমস্ত প্রাসঙ্গিক তথ্য বিবেচনা করে সিদ্ধান্ত নেবেন বীমার জন্য প্রস্তাব গ্রহণ করা হবে কি হবে না এবং হলে কোন শর্তে হবে।

C. ফাইল এবং ব্যবহারের নির্দেশিকা

এটি অবশ্যই মনে রাখতে হবে যে প্রত্যেক বীমাকারীকে তাদের পণ্যের মার্কেটিংয়ের আগে সেটিকে তৈরি করতে হবে এবং এটি আন্ডাররাইটিং দপ্তরের অন্যতম একটি কাজও। এর জন্য আইআরডিএআই নির্দেশিকাও চালু করেছে যা নিচে সারসংক্ষেপে দেওয়া হলো :

প্রতিটি কোম্পানি তাদের লক্ষ্যের ক্রেতাদের প্রয়োজনীয়তা, চাহিদা এবং ক্রয়ক্ষমতা, আন্ডাররাইটিংয়ের বিবেচনা, বীমার মূল্য, বাজারে প্রতিযোগিতার অবস্থা ইত্যাদিকে নজরে রেখে তাদের পণ্যগুলির নকশা করে। সেই কারণেই আমরা দেখি যে বিভিন্ন শ্রেণীর ক্রেতাদের জন্য বহু সংখ্যক পছন্দ বাছাই করার সুযোগ থাকে যদিও ভারতীয় বাজারের ভিত্তি স্তরে, এখনো হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময়ের খরচের নিরাপত্তার প্রতিবিধানমূলক পণ্যগুলিরই আধিপত্য বেশি।

প্রত্যেক নতুন পণ্যের প্রবর্তন করার আগে আইআরডিএ-এর অনুমোদনের প্রয়োজন। পণ্যটিকে নিচে যেমন উল্লেখ করা হয়েছে সেইমতো 'ফাইল এবং ব্যবহার' ধারার অধীনে নিয়ন্ত্রকের কাছে ফাইল করা প্রয়োজন। একবার প্রবর্তিত হয়ে গেলে, সেই পণ্যটি প্রত্যাহারের জন্য নির্দেশিকা অনুসরণ করা প্রয়োজন। ছাত্রদের পরামর্শ দেওয়া হচ্ছে যে ফাইল এবং ব্যবহারের নির্দেশিকা সংক্রান্ত সমস্ত ধারা, ফর্ম, আয় ইত্যাদির সঙ্গে নিজেদের পরিচিত করে নেওয়ার জন্য।

আইআরডিএ নির্দেশিকা অনুযায়ী স্বাস্থ্য বীমা পণ্যের জন্য ফাইল এবং ব্যবহার প্রক্রিয়া :

a) কোনো বীমাকারী কোনো ধরণের স্বাস্থ্য বীমা পণ্যকে বাজার প্রচলন করতে পারবে না যতোক্ষণ না সেটি ফাইল এবং ব্যবহার প্রক্রিয়া অনুযায়ী কোনো কর্তৃপক্ষের কাছ থেকে আগাম অনুমোদন পাচ্ছে।

b) অনুমোদিত কোনো স্বাস্থ্য পণ্যের ক্ষেত্রে যদি পরবর্তীতে কোনো সংস্কার বা পরিমর্জন করতে হয় তবে তারজন্যও সময়ে সময়ে যে নির্দেশিকা জারি করা হয় সেই অনুযায়ী কর্তৃপক্ষের আগাম অনুমতির প্রয়োজন আছে।

1. কর্তৃপক্ষের দ্বারা অনুমোদিত কোনো নীতির যদি কোনো সংস্কার বা পরিমার্জন করা হয় তবে এমন সংস্কার বা পরিমার্জন কার্যকরী করার দিনের থেকে অন্তত তিন মাস আগে প্রত্যেক পলিসি ধারককে সে বিষয়ে নোটিস দিয়ে জানাতে হবে। এই সংস্কার এবং পরিমার্জনের কারণটি নোটিসে অবশ্যই জানাতে হবে, বিশেষত প্রিমিয়াম যদি বাড়ানো হয় এবং সেটি কতো সময়ের জন্য বাড়ানো হচ্ছে তার কারণ জানাতে হবে।
2. প্রস্তাব পত্রে অবশ্যই প্রিমিয়াম সহ পলিসির শর্তের সংস্কার এবং পরিমার্জনের সম্ভাবনার বিষয়টি উল্লেখ করতে হবে।

c) ফাইল এবং ব্যবহারের আবেদনের ফর্মটির মান নির্ধারণ করে দিয়েছে আইআরডিএ এবং সেটি ডাটাবেস শিট এবং ক্রেতা সংক্রান্ত তথ্যের শিট সহ বহু সংযোজনীর সঙ্গে পাঠাতে হবে।

প্রত্যেক বীমাকৃতকে কাস্টমার ইনফর্মেশন শিট সহ প্রস্তাব পত্র এবং কভারের আওতায় থাকা পলিসির বিস্তারিতের সঙ্গে দিতে হবে, যেগুলি বাদ দেওয়া হচ্ছে, ক্লেইমটি প্রদানযোগ্য হওয়ার আগে যদি কোনো অপেক্ষার পর্ব থাকে, যে অর্থ প্রদান করা হবে সেটি ক্ষতিপূরণের ভিত্তিতে

বা নির্দিষ্ট পরিমাণের ভিত্তিতে হবে, পুনর্নবীকরণের শর্ত এবং সুবিধা, কো-পে অথবা বাদ দেওয়ার যোগ্য এবং খারিজের শর্ত ইত্যাদি।

কর্তৃপক্ষের আগাম অনুমতির জন্য ফাইল এবং ব্যবহারের আবেদনটিকে অবশ্যই নিযুক্ত বীমা গণনাকারী এবং বীমা কোম্পানির সিইও-র দ্বারা শংসয়িত হতে হবে এবং সেগুলিকে এমন আকারে এবং এমন নথিপত্র সহ হতে হবে যা সময়ে সময়ে কর্তৃপক্ষ জানিয়ে দেবেন।

d) স্বাস্থ্য বীমা পণ্যের প্রত্যাহার

1. একটি স্বাস্থ্য বীমা পণ্য প্রত্যাহার করতে হলে, বীমাকারীকে প্রত্যাহার করার কারণ জানাতে হবে এবং বর্তমান পলিসি ধারকদের চিকিৎসার সম্পূর্ণ বিস্তারিত জানিয়ে কর্তৃপক্ষের আগাম অনুমতি নিতে হবে।

2. পলিসির নথিপত্রটিতে স্পষ্ট করে ভবিষ্যতে পণ্যটি প্রত্যাহারের সম্ভাবনার ইঙ্গিত দিতে হবে এবং পলিসিটি প্রত্যাহৃত হলে পলিসি ধারকের কাছে কী কী বিকল্প তিনি পেতে পারেন তারও ইঙ্গিত দিতে হবে।

3. বীমাকারীর অবগতিতেও যদি বর্তমান ক্রেতা সাড়া না দেন, তাহলে পলিসিটি পুনর্নবীকরণের দিন পলিসিটি প্রত্যাহার করে নিতে হবে এবং বীমাকারীর কাছে যে পলিসি উপলব্ধ আছে বীমাকৃতকে সেই নতুন পলিসিটিই নিতে হবে, যা বহনযোগ্যতার শর্তের বিষয়াধীন।

4. সম্ভাব্য ক্রেতার কাছে প্রত্যাহৃত পণ্যটিকে প্রস্তাব হিসেবে দেওয়া যাবে না।

e) যে কোনো পণ্য বাজারে প্রচলিত হওয়ার পর বছরে অন্তত একবার তার সমস্ত উপাদানগুলি নিযুক্ত বীমা গণনাকারীর পর্যালোচনা করতে হবে। যদি দেখা যায় যে পণ্যটি আর্থিকভাবে লাভজনক হচ্ছে না, অথবা কোনো নির্দিষ্ট একটি উপাদানের অভাব হচ্ছে, তাহলে নিযুক্ত বীমা গণনাকারী পণ্যটি যথাযথভাবে পর্যালোচনা করে দেখতে পারেন এবং ফাইল এবং ব্যবহার প্রক্রিয়ার অধীনে পর্যালোচনার জন্য আবেদন করতে পারেন।

f) একটি পণ্যকে ফাইল এবং ব্যবহারের অনুমতি দেওয়ার পাঁচ বছর পর, নিযুক্ত বীমা গণনাকারী পণ্যটির কাজ পর্যালোচনা করে দেখবেন। তিনি উপসর্গ, বাতিল হয়ে যাওয়া, সুদের হার, মূল্যবৃদ্ধি, খরচ এবং অন্যান্য প্রাসঙ্গিক উপাদান যা এমন পণ্যটির নকশা করার সময় বাস্তবে যে ধারণা করা হয়েছিল তার তুলনার পরিপ্রেক্ষিতে বিষয়টি দেখবেন এবং আগে যে ধারণা করা হয়েছিল তার উপযুক্ত যুক্তিগুলি অথবা পরিবর্তনগুলির জন্য নতুন করে অনুমতি চাইবেন।

D. আইআরডিএআই-এর অন্যান্য স্বাস্থ্য বীমা আইন

ফাইল এবং ব্যবহারের নির্দেশিকার অতিরিক্ত হিসেবে, স্বাস্থ্য বীমা আইনের নিম্নলিখিতগুলিও প্রয়োজন:

a) সব বীমা কোম্পানিকেই একটি স্বাস্থ্য বীমা আন্ডাররাইটিং পলিসির বিবর্তন ঘটাতে হবে যা বোর্ড অব কোম্পানির মাধ্যমে অনুমোদিত হবে। পলিসিটিকে অন্যান্য বিষয়ের মধ্যেই প্রস্তাব ফর্মটির সুপারিশ করতে হবে যার মধ্যেই সম্ভাব্য স্বাস্থ্য পলিসিটি কেনার জন্য আবেদন করতে পারেন। এমন ফর্মে কোম্পানির জ্ঞাত পলিসি অনুযায়ী একটি প্রস্তাবকে আন্ডাররাইট করার জন্য যাবতীয় তথ্য অবশ্যই থাকতে হবে।

b) আন্ডারারইটিংয়ের নীতিটিকে কর্তৃপক্ষের সঙ্গে ফাইল করতে হবে। প্রয়োজনীয়তা অনুভব করলে পলিসিটিকে পরিবর্তন করার অধিকার কোম্পানি রেখে দেবে, কিন্তু সব ক'টি পরিবর্তনকে অবশ্যই কর্তৃপক্ষের কাছে ফাইল করতে হবে।

c) স্বাস্থ্য বীমার জন্য কোনো প্রস্তাব বোর্ড অনুমোদিত আন্ডাররাইটিং পলিসির উপর সম্পূর্ণ ভিত্তি করেই গ্রহণ বা খারিজ করা হয়। একটি প্রস্তাব যদি খারিজ হয়ে যায় তবে সেটি সম্ভাব্যকে চিঠি দিয়েই লিখিতভাবে জানিয়ে দিতে হবে, যাতে খারিজ করার কারণটি রেকর্ড হয়ে থাকে।

d) প্রিমিয়ামের উপর যদি কোনো আন্ডাররাইটিং অতিরিক্ত চার্জ ধার্য করা হয় তবে সে বিষয়ে অবশ্যই বীমাকৃতকে জানানো হবে এবং একটি পলিসিটি চালু করার আগে এই অতিরিক্ত সম্পর্কে পলিসি ধারকের কাছ থেকে সুনির্দিষ্ট অনুমতি অবশ্যই নেওয়া হবে।

e) যদি পলিসিটির কোনো পরবর্তী পর্যায়ে অথবা সেটি পুনর্নবীকরণ করার সময়, কোনো বীমা কোম্পানির আরো কোনো তথ্যের প্রয়োজন হয়, যেমন পেশার পরিবর্তন, তাহলে বীমাকৃতকে নির্ধারিত মানের ফর্ম পুরণ করার জন্য নির্দেশ দেবে এবং এমন ফর্মগুলিকে পলিসির নথিপত্রের অংশই করবে, স্পষ্ট করে সেখানে জানাতে হবে যে কোন ঘটনার পরিপ্রেক্ষিতে এমন তথ্য জমা দেওয়ার প্রয়োজনীয়তা রয়েছে এবং এমন ঘটনার ক্ষেত্রে যে শর্তগুলি প্রযোজ্য।

f) একই বীমাকারীর সঙ্গে সময় থাকতে প্রবেশ করা, পুনর্নবীকরণ চালিয়ে যাওয়া, ক্লেইমের পছন্দসই অভিজ্ঞতা ইত্যাদিতে পলিসিধারকদের পুরস্কৃত করার জন্য বীমাকারীরা কোনো উপায় অথবা উৎসাহদায়ক কিছু উদ্ভাবন করে নেবে এবং ফাইল ও ব্যবহারের নির্দেশিকা অনুযায়ী প্রস্তাবপত্রে এবং পলিসির নথিপত্রে এমন উপায় অথবা উৎসাহদায়কের সম্পর্কে খোলাখুলিই জানাতে হবে।

স্বাস্থ্য পলিসির পরিবর্তন সংক্রান্ত নির্দেশিকা

আইআরডিএআই জীবন এবং স্বাস্থ্য বীমা পলিসির পরিবর্তন সংক্রান্ত নির্দেশিকা খুব স্পষ্টভাবে বের করে এনেছে। সেগুলি পর পর উল্লেখ করা হয়েছে নিম্নলিখিতভাবে :

1. নিম্নলিখিত ঘটনাগুলির ক্ষেত্রে বহনযোগ্যতা অনুমোদিত হবে :

a. পারিবারিক ফ্লোটার পলিসি সহ সাধারণ বীমা কোম্পানির চালু করা সব কটি ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য বীমা পলিসিগুলি

b. একটি সাধারণ বীমা কোম্পানির কোনো গোষ্ঠী স্বাস্থ্য বীমা পলিসির অধীনে পরিবারের সদস্যদের কভার থাকা সহ, কোনো ব্যক্তি সদস্যের অধিকার আছে একই বীমাকারীর অধীনে এমন গোষ্ঠী পলিসি থেকে ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য পলিসিতে অথবা একটি পারিবারিক ফ্লোটার পলিসিতে পরিবর্তিত হয়ে যাওয়ার।

2. শুধু পুনর্নবীকরণের সময় পলিসি ধারক পরিবর্তনের জন্য নির্বাচন করতে পারেন এবং পলিসিটি চলার সময়পর্বের মধ্যে না।

3. একজন পলিসিধারক তাঁর পলিসিটি অপর একটি বীমা কোম্পানিতে পরিবর্তন করে নিয়ে যেতে চাইলে তাঁকে, পরিবারের সব সদস্যসহ গোটা পলিসিটি বহন করার জন্য, এমন বীমা কোম্পানিতে আবেদন করতে হবে, যদি তাই হয় তবে, সেই আবেদন করতে হবে বর্তমান পলিসিটির প্রিমিয়াম পুনর্নবীকরণ করার দিনের অন্তত ৪৫দিন আগে।

4. আইআরডিএ-প্রস্তাবিত ফর্মে পুনর্নবীকরণের দিনের অন্তত ৪৫দিন আগে যদি পলিসিধারক আবেদন করতে ব্যর্থ হন তাহলে নতুন বীমাকারী পরিবর্তনের প্রস্তাব হয়তো দিতেও পারেন অথবা হয়তো নাও দিতে পারেন।

5. এমন তথ্য পাওয়ার পর, বীমা কোম্পানি আবেদনকারীকে জানাবে, প্রস্তাবের ফর্ম এবং বিভিন্ন স্বাস্থ্য বীমা পণ্য যেগুলির প্রস্তাব দেওয়া যেতে পারে সেই প্রাসঙ্গিক পণ্য সংক্রান্ত তথ্য আইআরডিএআই নির্দেশিকার সঙ্গে থাকা সংযোজনী '১'-এর সঙ্গে পোর্টেবিলিটি ফর্মটিও দেওয়া আছে।

6. পলিসি ধারক প্রস্তাব ফর্মটির পাশাপাশি পোর্টেবিলিটি ফর্মটিও পুরণ করবেন এবং সেই একই ফর্মগুলি বীমা কোম্পানির কাছে জমা দেবেন।

7. পোর্টেবিলিটি ফর্মটি পাওয়ার পর, বীমা কোম্পানি সম্পর্কিত পলিসিধারকের বিস্তারিত চিকিৎসাগত ইতিহাস এবং ক্লেইমের ইতিহাস সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় তথ্য জানার জন্য বর্তমান বীমা কোম্পানির সঙ্গে যোগাযোগ করবে।

8. পোর্টেবিলিটি নিয়ে এই অনুরোধ পাওয়ার পর বীমা কোম্পানিটি এই অনুরোধ পাওয়ার ৭টি কর্মদিবসের মধ্যে আইআরডিএ-এর ওয়েব পোর্টালে বীমা পলিসি বহনের যে প্রস্তাবিত ডেটা ফরম্যাট রয়েছে সেখানে প্রয়োজনীয় তথ্য জানিয়ে দেবে।

9. নির্ধারিত সময় সীমার মধ্যে যদি বর্তমান বীমাকারী প্রয়োজনীয় তথ্য ডেটা ফরম্যাটে নতুন বীমা কোম্পানিকে দিতে ব্যর্থ হয়, তবে সেটিকে আইআরডিএ প্রচলিত নির্দেশিকাকে লঙ্ঘণ করা হিসেবে দেখতে হবে এবং সেই বীমাকারী বীমা আইন ১৯৩৮-এর অধীনে শাস্তিমূলক ধারার বিষয়াধীন হবে।

10. বর্তমান বীমা কোম্পানির কাছ থেকে তথ্য পাওয়ার পর, নতুন বীমা কোম্পানি প্রস্তাবটি আন্ডাররাইট করতে পারে এবং আইআরডিএ আইন(পলিসিধারকের স্বার্থের সুরক্ষা), ২০০২-এর আইন ৪(৬) অনুযায়ী পলিসিধারককে তাদের সিদ্ধান্ত জানিয়ে দিতে পারে।

11. উপরে উল্লিখিত সময় সীমার মধ্যে তথ্য পাওয়ার পর যদি, বীমা কোম্পানি কর্তৃপক্ষের কাছে ফাইল করা তাদের আন্ডাররাইটিং পলিসি অনুযায়ী ১৫দিনের সময়সীমার মধ্যে পলিসি ধারকের অনুরোধ সম্পর্কে তাঁকে কিছু না জানায়, তাহলে বীমা কোম্পানির আর অধিকার থাকবে না এই প্রস্তাবটি বাতিল করার এবং তাকে প্রস্তাবটি গ্রহণ করতেই হবে।

12. যখন পুনর্নবীকরণে সময় যদি নতুন বীমাকারীর কাছ থেকে পোর্টেবিলিটি গ্রহণ করা সংক্রান্ত সিদ্ধান্তটি অপেক্ষার পর্যায়ে থেকে থাকে

a. যদি পলিসিধারক অনুরোধ করেন, তাহলে, এই অল্প সময়ের জন্য একটি প্রো-রেট প্রিমিয়াম গ্রহণের মাধ্যমে চলতি পলিসিটিকে বর্ধিত করার অনুমতি দিতে হবে যা অবশ্যই অন্তত একমাসের জন্য হতে হবে এবং

b. নতুন বীমাকারীর কাছে থেকে নিশ্চিত পলিসি পাওয়ার সময় পর্যন্ত এবং বীমাকৃতের কাছ থেকে নির্দিষ্ট লিখিত অনুরোধ না পাওয়া পর্যন্ত বর্তমান পলিসিটি বাতিল করা যাবে না

c. এমন সমস্ত ঘটনার ক্ষেত্রে, নতুন বীমাকারী, যেখানেই প্রসঙ্গিক, সেখানে ঝুঁকি শুরু হওয়ার দিনটিকে স্বল্প সময়সীমা শেষ হয়ে যাওয়ার দিনটির সঙ্গে যাতে মিলে যায় সেটিকে স্বীকৃত করবে

d. যদি কোনো কারণের জন্য বীমাকৃত তাঁর বর্তমান বীমাকারীর সঙ্গেই পলিসিটি চালিয়ে যাওয়ার ইচ্ছা প্রকাশ করেন, তাহলে কোনো নতুন শর্ত প্রয়োগ না করে অবশ্যই নিয়মিত প্রিমিয়াম ধার্য করার মাধ্যমেই তাঁকে পলিসিটি চালিয়ে যাওয়ার অনুমতি দিতে হবে।

13. উপরে যেমন উল্লেখ করা হয়েছে পলিসি ধারক যদি সেই মতো স্বল্প সময়ের জন্য বর্ধিত সময়সীমাকে বেছে নেন এবং সেখানে যদি কোনো ক্লেইমের বিষয় থাকে সেক্ষেত্রে, যদি বর্তমান বীমাকারী ক্লেইমটি গ্রহণ করে নেন তবে পলিসি বছরের বাকি সময়ের জন্য বাকি থাকা প্রিমিয়ামটি বর্তমান বীমাকারী ধার্য করতে পারেন।

14. যে পলিসিটি বহন করা হচ্ছে সেটিকে গ্রহণ করার জন্য, বীমাকারী কোনো অতিরিক্ত বোঝা অথবা মাশুল শুধুমাত্র বহন করার লক্ষ্যের জন্য ধার্য করতে পারবে না।

15. একটি বহন করে আনা পলিসি গ্রহণ করার জন্য কোনো মধ্যস্থতাকারীকে কোনো কমিশন প্রদান করতে হবে না।

16. যে কোনো স্বাস্থ্য বীমা পলিসির জন্য, বর্তমান পলিসির অধীনে পূর্বে উপস্থিত রোগের পরিপ্রেক্ষিতে অপেক্ষার সময়পর্ব ইতিমধ্যেই অতিক্রান্ত হয়ে গেলে এবং সময় নির্ধারিত ছাড়গুলিকে বিবেচনায় নিতে হবে এবং নতুন করে বহন করা পলিসির অধীনে ঠিক সেই পরিমাণই কমিয়ে আনতে হবে।

টীকা 1: নির্দিষ্ট ধরণের রোগ অথবা চিকিৎসার জন্য নতুন পলিসিতে যদি আগের পলিসিতে সেই একইরকম রোগ এবং চিকিৎসার ক্ষেত্রে অপেক্ষার সময়পর্বের জন্য যদি বেশি সময় থাকে সেক্ষেত্রে, তাহলে অপেক্ষার অতিরিক্ত সময়পর্বটিকে বহনযোগ্য (পোর্টেবিলিটি) ফর্ম যেটি বহনকারী পলিসিধারককে জমা দিতে হবে সেটি নতুন আসা পলিসিধারকের কাছে স্পষ্ট করে ব্যাখ্যা করে দিতে হবে।

টীকা 2: গোষ্ঠী স্বাস্থ্য বীমা পলিসির ক্ষেত্রে, আগের পলিসিটিতে কোনো পূর্বে উপস্থিত রোগ বাদ দেওয়া/সময় নির্ধারিত বাদ দেওয়ার বিষয় থাকুক আর নাই বা থাকুক, সব নির্বিশেষে, লাগাতার বীমার কভার চালিয়ে যাওয়ার বছরের সংখ্যার ভিত্তিতে ব্যক্তিগত সদস্যদের উপরে উল্লিখিত কৃতিত্ব দিতেই হবে।

17. আগের পলিসিটির অধীনে বীমাকৃত রাশি এবং বর্ধিত বীমাকৃত রাশির উপর বহনযোগ্যতা অবশ্যই প্রযোজ্য হবে, বীমাকৃত যদি অনুরোধ করেন, তাহলে সেটি আগের পলিসির অধীনে আগের বীমাকারী (দের) কাছ থেকে পাওয়া ক্রম সঞ্চিত বোনাস পর্যন্ত বিস্তৃত করতে হবে।

উদাহরণ হিসেবে বলা যায়, যদি একজন ব্যক্তির বীমাকারী এ-এর কাছে ২লক্ষ টাকার এসআই থাকে এবং ক্রম সঞ্চিত বোনাস থাকে ৫০,০০০টাকা; যখন তিনি বীমাকারী বি-এর কাছে চলে যাচ্ছেন এবং সেটি গৃহীত হয়েছে, তাহলে বীমাকারী বি-কে সেই ব্যক্তিকে ২.৫০লক্ষ টাকার এসআই-এর প্রস্তাব দিতেই হবে এবং তারজন্য তিনি সেই ২.৫০লক্ষ টাকার উপরে প্রযোজ্য প্রিমিয়াম ধার্য করবেন। যদি বীমাকারী বি-এর কাছে ২.৫০লক্ষ টাকার কোনো পণ্য না থেকে, তাহলে বীমাকারী সবচেয়ে কাছের উচ্চতর যেমন ধরুণ ৩লক্ষ টাকার বীমার প্রস্তাব দেবেন এবং তারজন্য তিনি সেই ৩লক্ষ টাকার এসআই-এর উপর প্রযোজ্য প্রিমিয়ামই ধার্য করবেন। যদিও, বহনযোগ্যতা উপলব্ধ হবে শুধু ২.৫০লক্ষ টাকার উপরই।

18. পলিসি চুক্তিতে বীমাকারী স্পষ্ট করে পলিসি ধারকের মনোযোগ আকর্ষণ করবেন এবং প্রচার পুস্তিকা, বিক্রয়ের পুস্তিকা অথবা অন্য যে কোনো ধরণের নথিপত্রের মতো প্রচারমূলক উপাদান, যা কিছুই হোক না কেন, সেটি:

a. সব স্বাস্থ্য বীমা পলিসিই হলো বহনযোগ্য (পোর্টেবেল)

b. পলিসি ধারকের উচিত, বহনযোগ্যতার সুবিধা নেওয়ার জন্য, অপর বীমাকারীর প্রস্তাবটি গ্রহণে দেরি হয়ে যাওয়ার কারণে পলিসি কভারেজে যাতে কোনো ফাঁক না আসে তারজন্য পুনর্নবীকরণের বহু দিন আগেই অপর বীমাকারীর কাছে আবেদন করার উদ্যোগ নেওয়া।

E. আন্ডাররাইটিংয়েরজন্যমূলনীতিওসরঞ্জাম

1. আন্ডাররাইটিংয়ের সঙ্গে প্রাসঙ্গিক মূল নীতিগুলি

জীবন বীমা বা সাধারণ বীমা, যে কোনো ধরনের বীমার ক্ষেত্রেই নির্দিষ্ট কিছু বৈধ নীতি থাকে, ঝুঁকি গ্রহণের সময় যা কাজে লাগে। স্বাস্থ্য বীমাগুলিও একইভাবে এই নীতিগুলি দ্বারা পরিচালিত হয় এবং কোনো লঙ্ঘিত হলে বীমাকারী দায় এড়ানোর সিদ্ধান্ত নিতেই পারেন। এই মূল নীতিগুলি হলো:

1. পরম বিশ্বাস (উবেরিমা ফাইডস) এবং বীমাযোগ্য স্বার্থ

2. আন্ডাররাইটিংয়ের জন্য সরঞ্জাম

এগুলি হলো আন্ডাররাইটারের জন্য তথ্যের উৎস এবং ভিত্তি যার উপর দাঁড়িয়ে ঝুঁকির শ্রেনীবিভাগ করা হয় এবং পরিশেষে প্রিমিয়াম ঠিক করা হয়। নিম্নলিখিতগুলিই হলো আন্ডাররাইটিংয়ের মূল সরঞ্জাম:

a) প্রোপোজাল ফর্ম

এই নথিটাই হলো চুক্তির ভিত্তি যেখানে জড়ো করা থাকে প্রস্তাবকের স্বাস্থ্য ও ব্যক্তিগত বিবরণ সম্পর্কে সমস্ত গুরুত্বপূর্ণ তথ্য (অর্থাৎ বয়স, পেশা, গড়ন, অভ্যাস, স্বাস্থ্যের অবস্থা, আয়, প্রিমিয়াম পেমেন্টের বিবরণ প্রভৃতি)। পণ্য অনুসারে ও কোম্পানির চাহিদা ও নীতি অনুযায়ী এর মধ্যে কিছু সরল প্রশ্ন থেকে একবারে বিস্তারিত প্রশ্নাবলী থাকে, যাতে জানানো তথ্যগুলি শম্পর্কে নিশ্চিত হওবা যায় এবং সেই মতো কভারেজ দেওয়া হয়। বীমাকৃত বিশ্বাস ভঙ্গ করলে বা কোনো তথ্য গোপন করলে পলিসি বাতিল হয়ে যেতে পারে।

b) বয়সের প্রমাণপত্র

বীমাকৃতের বয়সের ভিত্তিতে প্রিমিয়াম নির্ধারিত হয়। তাই এটা অপরিহার্য যে নথিভুক্তির সময় দেখানো বয়স উপযুক্ত প্রমাণপত্র দেখিয়ে যাচাই করাতে হবে।

উদাহরণ

ভারতে এমন অনেক নথি রয়েছে যেগুলিকে বয়সের প্রমাণপত্র হিসেবে বিবেচনা করা যায় তবে সেগুলির সবগুলিই আবার আইনত গ্রহণযোগ্য নয়। বেশিরভাগ বৈধ নথিই দুটি বৃহৎ ক্যাটাগোরিতে ভাগ করা যায়। সেগুলি হলো :

a) বয়সের স্ট্যান্ডার্ড প্রমাণপত্র: এগুলির মধ্যে কয়েকটি হলো স্কুল সার্টিফিকেট, পাসপোর্ট, ডোমিসাইল সার্টিফিকেট, প্যান কার্ড প্রভৃতি।

b) বয়সের নন-স্ট্যান্ডার্ড প্রমাণপত্র: এগুলির মধ্যে কিছু হলো রেশন কার্ড, ভোটার আইডি, অগ্রজের ঘোষণা, গ্রাম পঞ্চায়েতের শংসাপত্র প্রভৃতি।

---

c) **আর্থিক নথি**

বেনিফিট পণ্যের জন্য ও নৈতিক বিপদ কমাতে প্রস্তাবকের আর্থিক অবস্থাটা জানাও বিশেষভাবে প্রাসঙ্গিক। সাধারণত যদিও আর্থিক নথি চাওয়া হয় কেবলমাত্র

a) ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভারের ক্ষেত্রে অথবা

b) হাই সাম অ্যাসুয়োর্ড কভারেজের ক্ষেত্রে অথবা

c) যখন যে কভারেজ চাওয়া হয়েছে তার সঙ্গে বর্ণিত আয় ও পেশা মেলে না।

d) **মেডিক্যাল রিপোর্ট**

মেডিক্যাল রিপোর্টের চাওয়া হয়বীমাকারীর নিয়মের ভিত্তিতে এবং সাধারণত এটা বীমাকৃতের বয়স এবং কখনও কখনও পছন্দ করা কভারের পরিমাণের উপর নির্ভর করে। প্রোপোজাল ফর্মের কিছু প্রশ্নের জবাব দেওয়ার ক্ষেত্রে এমন কিছু তথ্য থাকে যেখানে মেডিক্যাল রিপোর্টের দরকার হয়।

e) **বিক্রয়কর্মীর রিপোর্ট**

বিক্রয়কর্মীদের কোম্পানির তৃণমূল স্তরের আন্ডাররাইটার হিসেবে দেখা যেতে পারে এবং তাঁদের রিপোর্টে তাঁদের দেওয়া তথ্য একটা গুরুত্বপূর্ণ বিবেচনার বিষয় হতে পারে। যদিও আরো ব্যবসা করার জন্য বিক্রয়কর্মীদের একটা ইনসেভটিভ থাকে, তাই একটা স্বার্থের সংঘাতও থাকে যেটা নজর রাখা দরকার।

নিজেকে যাচাই 2

আন্ডাররাইটিংয়ে ______________-এর পরম বিশ্বাসের নীতি মেনে চলা জরুরী।

I. বীমাকারী
II. বীমাকৃত
III. বীমাকারী ও বীমাকৃত উভয়
IV. মেডিক্যাল পরীক্ষক

নিজেকে যাচাই 3

বীমাযোগ্য স্বার্থ বলতে বোঝায়_______________.

I. বীমা করা হবে যে সম্পত্তির তাতে ব্যক্তির আর্থিক স্বার্থ
II. যে সম্পত্তি ইতিমধ্যেই বীমাকৃত
III. যখন একই ক্ষতির জন্য একাধিক কোম্পানি কভার দেয় তখন প্রত্যেক বীমাকারীর লোকসানের অংশভাগ
IV. লোকসানের পরিমাণ যা বীমাকারীর থেকে উদ্ধার করা যাবে

F. আন্ডাররাইটিংপ্রক্রিয়া

প্রয়োজনীয় তথ্য পাওয়া গেলেই আন্ডাররাইটার পলিসির শর্তের বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেন। স্বাস্থ্য বীমা ব্যবসায়ে যে সাধারণ ধরণগুলি ব্যবহৃত হয় সেগুলি নিম্নরূপ:

1. মেডিক্যাল আন্ডারাইটিং

মেডিক্যাল আন্ডাররাইটিং হলো এমন একটি প্রক্রিয়া যেখানে প্রস্তাবকে মেডিক্যাল রিপোর্ট চাওয়া হয় স্বাস্থ্য বীমা পলিসির জন্য আবেদনকারীর স্বাস্থ্যের অবস্থা নির্ধারণ করতে। তারপর স্বাস্থ্য সংক্রান্ত সংগৃহীত তথ্য মূল্যায়ণ করে বীমাকারী সিদ্ধান্ত নেন কভারেজ দেওয়া হবে কি হবে না, দিলেও কতটা সীমা পর্যন্ত দেওয়া হবে এবং কোন শর্তের ভিত্তিতে দেওয়া হবে এবং ব্যতিক্রম কী থাকবে। এইভাবেই মেডিক্যাল আন্ডাররাইটিং নির্ধারণ করতে পারে ঝুঁকি গ্রহণ বা অস্বীকার করার বিষয়ে এবং কভারের শর্ত সম্পর্কেও।

মেডিক্যাল আন্ডাররাইটিংয়ে যদিও মেডিক্যাল রিপোর্ট পাওয়া ও তার পরীক্ষার জন্য প্রচুর খরচ জড়িয়ে আছে। বীমাকারী যখন উচ্চ স্তরের মেডিক্যাল আন্ডাররাইটিং করে তাদের বিরুদ্ধে 'মাখন-তোলা' (কেবলমাত্র সবচেয়ে ভালো ধরনের ঝুঁকি স্বীকার এবং অন্যগুলি খারিজ করা) -র দোষারোপ করা হয়। এতে সম্ভাব্য ক্লায়েন্টদের মধ্যেও একটা হতাশা তৈরি হয় এবং ওই বীমাকারীদের কাছে বীমা করাতে আগ্রহী মানুষের সংখ্যাও কমে যায় কারণ অনেকেই প্রয়োজনীয় যাবতীয় তথ্য জানাতে ও প্রয়োজনীয় পরীক্ষা করাতে রাজি হন না।

ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য বীমার জন্য স্বাস্থ্যের অবস্থা ও বয়স বিবেচনা করা আন্ডাররাইটিংয়ে গুরুত্বপূর্ণ। বর্তমান স্বাস্থ্যের হাল, ব্যক্তিগত ও পারিবারিক মেডিক্যাল ইতিহাসও আগে থেকে কোনো রোগ রয়েছে কিনা বা ভবিষ্যতে সম্ভাব্য স্বাস্থ্য সমস্যা ও অবস্থা যার জন্য হাসপাতালে ভর্তি হওয়ার প্রয়োজন পড়তে পারে বা অস্ত্রোপচারের দরকার হতে পারে সেব্যাপারে আন্ডাররাইটার আন্দাজ করতে সক্ষম হন।

তাছাড়াও প্রোপোজাল ফর্মটার ডিজাইন করা হয়েছে এমনভাবে যাতে অতীতে কোনো চিকিৎসা হয়ে থাকলে, হাসপাতালে ভর্তি হতে হলে ও কোনো অস্ত্রোপচার হয়ে থাকলে তার খবর টেনে বের করাযায়। আগের অসুখ আবার হতে পারে কিনা তার সম্ভাবনা, বর্তমান ও ভবিষ্যতে স্বাস্থ্যের উপর তার প্রভাব বা ভবিষ্যৎ জটিলতা সম্পর্কে মূল্যায়ণ করতে এটা আন্ডাররাইটারকে সাহায্য করে। কিছু রোগ যার জন্য প্রস্তাবক ওষুধ নিচ্ছেন শীঘ্রই যে কোনো সময়ে তার জন্য তাকে হাসপাতালে ভর্তি হতে পারে কিনা তাও খাতিয়ে দেখা যায়।

উদাহরণ

হাইপারটেনশন, অতিরিক্ত ওজন/স্থূলকায় ও শর্করার হার বেশি, এই ধরনের মেডিক্যাল অবস্থা হার্ট, কিডনি ও নার্ভাস সিস্টেমের জন্য ভবিষ্যতে হাসপাতালে ভর্তির খুব বেশি সম্ভাবনা থাকে। তাই মেডিক্যাল আন্ডাররাইটিংয়ে ঝুঁকি মূল্যায়ণের সময় এই অবস্থাগুলি সতর্কতার সঙ্গে বিবেচনা করা উচিত।

---

40 বছরের পর থেকেই সাধারণত স্বাস্থ্যের অবস্থার প্রতিকূল পরিবর্তন হয়, এটা হয় মূলত স্বাভাবিক বয়স বাড়ার কারণে, 45 বছরের আগে প্রস্তাবকের কোনো মেডিক্যাল পরীক্ষা করানোর

প্রয়োজন নেই (কোনো কোনো বীমাকারী আবার চাহিদাটাকে 50 অথবা 55 বছরও করে দিতে পারে)। মেডিক্যাল আন্ডাররাইটিং নির্দেশিকায় অবশ্য প্রস্তাবকের স্বাস্থ্যের অবস্থা সম্পর্কে তাঁর পারিবারিক ডাক্তারের স্বাক্ষরিত একটা ঘোষণাপত্র চাওবা হতে পারে।

ভারতীয় স্বাস্থ্য বীমার বাজারে ব্যক্তিগত স্বাস্থ্য বীমার জন্য মূল মেডিক্যাল আন্ডাররাইটিং বিষয় হলো ব্যক্তির বয়স। 45-50 বছরের বেশি বয়সী যখন প্রথম বারের জন্য নাম নথিভুক্ত করাবেন তখন তাঁর স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ঝুঁকি অনুমান করতে সাধারণত তাঁর নির্ধারিত প্যাথলজিকাল পরীক্ষা করানো দরকার, তাঁর বর্তমান স্বাস্থ্য অবস্থা সম্পর্কেও নির্দিষ্ট তথ্য পাওয়া দরকার। আগে থেকে কোনো রোগ থাকলে এই ধরনের পরীক্ষাগুলি তারও ইঙ্গিত দেবে।

উদাহরণ

মাদক, অ্যালকোহল বা তামাক সেবন সনাক্ত করা বেশ কঠিন এবং প্রোপোজাল ফর্মে প্রস্তাবক হয়তো জানান যে মাঝেমধ্যে তিনি এগুলি সেবন করে থাকেন। এগুলি সঠিকভাবে না জানালে স্বাস্থ্য বীমার জন্য আন্ডাররাইটিংয়ের কাজটা বেশ চ্যালেঞ্জিং। অতিস্থূলতা আরেকটা সমস্যা যা জনস্বাস্থ্যের একটা বড় বিপদ হয়ে দেখা দিচ্ছে এবং এর থেকে তৈরি হওয়া জটিলতার জন্য পর্যাপ্ত মূল্য নির্ধারন করতে আন্ডাররাইটিং সরঞ্জাম তৈরি করা দরকার।

2. **নন-মেডিক্যাল আন্ডারারাইটিং**

স্বাস্থ্য বীমার জন্য আবেদনকারী বেশিরভাগ প্রস্তাবকেরই কোনো মেডিক্যাল পরীক্ষার দরকার নেই। যদি নির্ভুলতার স্তর খতিয়ে দেখা যায় তবে লক্ষ্য করা যাবে এই ধরনের কেসের মাত্র এক-দশমাংশ বা তারও কমের মেডিক্যাল পরীক্ষায় খারাপ ফল আসবে, বীমাকারী কেসগুলির বেশিরভাগ ক্ষেত্রে মেডিক্যাল পরীক্ষা এড়িয়েই যেতে পারেন।

প্রস্তাবক যদি সমস্ত তথ্য সম্পূর্ণভাবে ও সততার সঙ্গে জানিয়েও থাকেন এবং সেগুলি এজেন্ট সতর্কতার সঙ্গে যাচাইও করে থাকেন তাহলেও মেডিক্যাল পরীক্ষার প্রয়োজনীয়তা কম হতে পারে। বাস্তবে ক্লেইমের হার সামান্য বাড়লে তা মেনে নেওয়া যেতে পারে যদি মেডিক্যাল চেকআপ বাবদ খরচ ও অন্যান্য খরচ বাঁচানো যায় এবং এতে প্রস্তাবকের অসুবিধাও খানিকটা কমবে।

বীমা কোম্পানিগুলি তাই এমন বেশ কিছু মেডিক্যাল পলিসি নিয়ে আসছে যেখানে প্রস্তাবককে কোন মেডিক্যাল পরীক্ষা করাতে হয় না। এই ধরনের ঘটনায়, কোম্পানিগুলি সাধারনত একটা 'মেডিক্যাল গ্রিড' তৈরি করে এটা চিহ্নিত করতে যে কোন বয়সে বা পর্যায়ে মেডিক্যাল আন্ডাররাইটিং করাতে হবে, এবং এই নন-মেডিক্যাল সীমাগুলি সতর্কতার সঙ্গে ডিজাইন করা হয় যাতে ব্যবস্থা ও ঝুঁকির মধ্যে একটা যথার্থ ভারসাম্য রাখা যায়।

উদাহরণ

মেডিক্যাল পরীক্ষার কোনো দীর্ঘ প্রক্রিয়ার মধ্যে না গিয়ে, অপেক্ষায় না থেকে ও প্রক্রিয়ার বিলম্ব এড়িয়ে এক ব্যক্তির দ্রুত একটা স্বাস্থ্য কভারেজ নেওয়ার দরকার ছিল, তাই তিনি একটা নন-মেডিক্যাল আন্ডাররাইটিং পলিসি বেছে নিয়েছেন। একটা নন-মেডিক্যাল আন্ডাররাইটিং পলিসিতে প্রিমিয়ামের হার ও বীমাকৃত রাশি ঠিক করা হয় স্বাস্থ্য সম্পর্কে কতগুলি প্রশ্নের জবাবের ভিত্তিতে, যার বেশিরভাগটাই বয়স, লিঙ্গ, ধূমপানের শ্রেণী, গড়ন প্রভৃতি। প্রক্রিয়াটা খুবই দ্রুত তবে প্রিমিয়ামটা আপেক্ষিকভাবে বেশি।

3. সংখ্যাসূচক রেটিং পদ্ধতি

আন্ডাররাইটিংয়ে এই প্রক্রিয়াটি অবলম্বন করা হয়, যেখানে ঝুঁকির প্রত্যেকটি উপাদানের উপর সংখ্যাসূচক বা শতাংশে মূল্যায়ন করা হয়।

বয়স, লিঙ্গ, জাতি, বৃত্তি, বাসভবন, পরিবেশ, শারীরিক গড়ন, অভ্যাস, পারিবারিকএবংব্যক্তিগতইতিহাসের মতো বিষয়গুলি যাচাই করা হয় এবং পূর্ব–নির্ধারিত মাপকাঠির ভিত্তিতে সংখ্যাসূচক ভিত্তিতে স্কোর দেওয়া হয়।

4. আন্ডাররাইটিং সিদ্ধান্ত

প্রাপ্ত তথ্য সতর্কতার সঙ্গে মূল্যায়ন করে যথাযথভাবে ঝুঁকির শ্রেনীবিভাগ করা হলে তবেই আন্ডারারাইটিং প্রক্রিয়া সম্পূর্ণ হয়। উপরের সরঞ্জাম এবং তাঁর বিবেচনার ভিত্তিতে আন্ডাররাইটার ঝুঁকিকে নিম্নলিখিত ক্যাটাগোরিগুলিতে শ্রেণীবিভাগ করে:

a) স্ট্যান্ডার্ড হারে ঝুঁকি গ্রহণ
b) অতিরিক্ত প্রিমিয়াম(লোডিং)–এর বিনিময়ে ঝুঁকি গ্রহণ, যদিও সব কোম্পানি এটা নাও করতে পারে
c) একটা শর্তাধীন মেয়াদ/শর্তের জন্য কভার খারিজ
d) কভার অস্বীকার
e) কাউন্টার অফার (বিধিনিষেধ অথবা কভারের অংশ অগ্রাহ্য)
f) উচ্চতর ডিডাক্টিবল অথবা কো–পে প্রয়োগ করা
g) পলিসির অধীনে লেভি স্থায়ী বর্জন

কোনো রোগকে স্থায়ীভাবে বর্জন করা হলে, পলিসি শংসাপত্রে তা অনুমোদিত হতে হবে। স্ট্যান্ডার্ড পলিসি বর্জনের থেকে এটা একটা অতিরিক্ত বর্জন হয় এবং চুক্তিতে এটাও একটা অংশ হয়।

আন্ডাররাইটারের বিশেষজ্ঞ ব্যক্তিগত ঝুঁকি মূল্যায়ন বীমা কোম্পানির ক্ষেত্রে গুরুত্বপূর্ণ কারণ এটা বীমা ব্যবস্থায় ভারসাম্য রক্ষা করে। আন্ডাররাইটিং বীমাকারীদের একসঙ্গে নিয়ে গোষ্ঠী বানিয়ে প্রস্তাবিত ঝুঁকিগুলির জন্য একই স্তর ও যা তাঁরা সুরক্ষা দেওয়ার জন্য বাছবেন সেগুলির জন্য একই ধরনের প্রিমিয়াম ধার্য করে। পলিসিহোল্ডারদের কাছে এর সুবিধা হলো তাঁরা একটা মেলার মতো জায়গায় বীমার উপলব্ধতা দেখতে পান এবং প্রতিযোগিতামূলক দামে সেগুলি পান যেখানে একজন বীমাকারীর সুবিধা হয় রোগ সম্ভাবনার আন্দাজ দিয়ে তাদের পোর্টফোলিও রক্ষা করতে।

5. সাধারণ বা স্ট্যান্ডার্ড বর্জনের (এক্সক্লুশন) ব্যবহার

যা তাদের সমস্ত সদস্যের উপর প্রযোজ্য, অধিকাংশ পলিসি সেই বর্জনগুলি আরোপ করে। এগুলি স্ট্যান্ডার্ড বর্জন হিসেবে পরিচিত অথবা কখনও কখনও এগুলিকে সাধারণ বর্জন বলেও উল্লেখ করা হয়। স্ট্যান্ডার্ড বর্জন রূপায়ন করে বীমাকারীরা তাদের প্রয়োগে রাশ টানে।

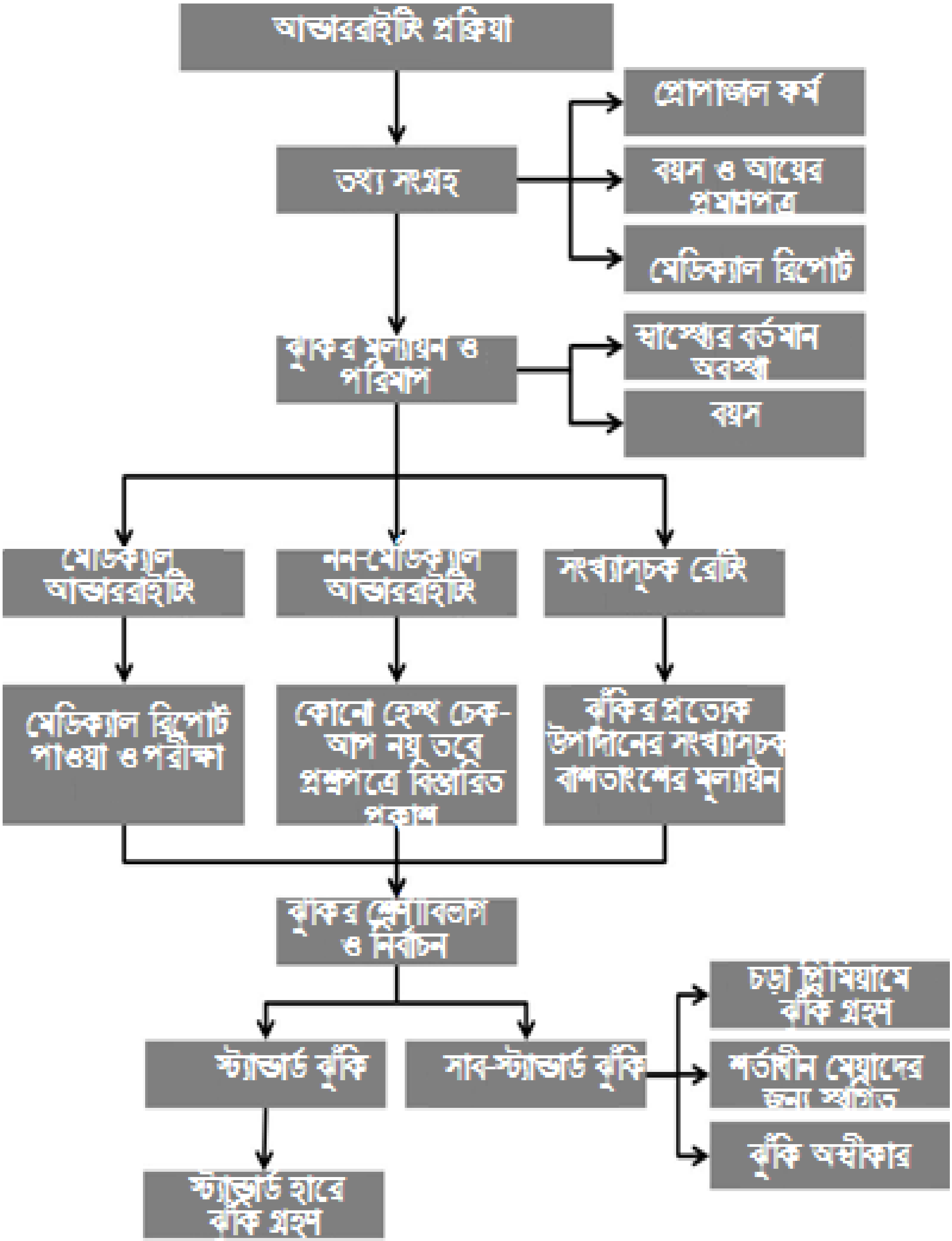
আগের অধ্যায়ে এই একই বিষয় আলোচনা করা হয়েছে।

নিজেকে যাচাই 4

মেডিক্যাল আন্ডাররাইটিং সম্পর্কে নিচের কোন বিবৃতিটি বেঠিক?

I. মেডিক্যাল রিপোর্ট সংগ্রহ ও মূল্যায়নে প্রচুর খরচ যুক্ত।
II. স্বাস্থ্য বীমার জন্য মেডিক্যাল আন্ডাররাইটিংয়ে মূল বিষয়গুলি হলো বর্তমানে স্বাস্থ্যের হাল ও বয়স।
III. স্বাস্থ্য ঝুঁকির মূল্যায়নের জন্য প্রস্তাবককে মেডিক্যাল ও প্যাথলজিক্যাল পরীক্ষা করাতে হয়।
IV. ঝুঁকির প্রত্যেকটি উপাদানের উপর শতাংশ মূল্যায়ন করা হয়।

Diagram 1: আন্ডাররাইটিং প্রক্রিয়া


আন্ডাররাইটিং প্রক্রিয়া
তথ্য সংগ্রহ
প্রোপোজাল ফর্ম
বয়স ও আয়ের প্রমাণপত্র
মেডিক্যাল রিপোর্ট
ঝুঁকির মূল্যায়ন ও পরিমাপ
স্বাস্থ্যের বর্তমান অবস্থা
বয়স
মেডিক্যাল আন্ডাররাইটিং
নন-মেডিক্যাল আন্ডাররাইটিং
সংখ্যাসূচক রেটিং
মেডিক্যাল রিপোর্ট পাওয়া ও পরীক্ষা
কোনো হেল্থ চেক-আপ নয় তবে প্রশ্নপত্রে বিস্তারিত প্রকাশ
ঝুঁকির প্রত্যেক উপাদানের সংখ্যাসূচক বা শতাংশের মূল্যায়ন
ঝুঁকির শ্রেণীবিভাগ ও নির্বাচন
স্ট্যান্ডার্ড ঝুঁকি
সাব-স্ট্যান্ডার্ড ঝুঁকি
চড়া প্রিমিয়ামে ঝুঁকি গ্রহণ
শর্তাধীন মেয়াদের জন্য স্থগিত
ঝুঁকি অস্বীকার
স্ট্যান্ডার্ড হারে ঝুঁকি গ্রহণ

G. *গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমা*

1. গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমা

মূলত গড় সূত্র প্রয়োগ করে গ্রুপ বীমার আন্ডাররাইটিং হয়, গ্রুপ বীমা বলতে বোঝায় একটা স্ট্যান্ডার্ড গ্রুপের সকল সদস্য একটা গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমা পলিসির আওতায় কভার পান, গ্রুপের ব্যক্তিরা বীমাকারীর কাছে বিরুদ্ধ-বাছাই হতে পারেন না। তাই একটা গ্রুপকে স্বাস্থ্য বীমার জন্য স্বীকার করার সময় বীমাকারীদের এটা বিবেচনার মধ্যে রাখতেই হয় যে গ্রুপের কিছু সদস্যের মারাত্মক ও ঘন ঘন স্বাস্থ্যের সমস্যা হতে পারে।

গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমার আন্ডাররাইটিংয়ে গ্রুপের বৈশিষ্ট্য বিশ্লেষণ প্রয়োজন যাতে মূল্যায়ন করা যায় যে এই গ্রুপটা বীমা কোম্পানির আন্ডাররাইটিং নির্দেশিকার মধ্যে পড়ছে কিনা পাশাপাশি গ্রুপ বীমা সম্পর্কে বীমা নিয়ন্ত্রকের দেওয়া নির্দেশিকা মেনে হচ্ছে কিনা।

গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমার জন্য স্ট্যান্ডার্ড আন্ডাররাইটিং প্রক্রিয়া নিমনিলখিত বিষয়গুলির ভিত্তিতে প্রস্তাবিত গ্রুপের মূল্যায়ন জরুরী:

a) গ্রুপের ধরন

b) গ্রুপের মাপ

c) শিল্পের ধরন

d) কভারেজের জন্য যোগ্য ব্যক্তি

e) গোটা গ্রুপটাকেই কভার করাহচ্ছে কিনা অথবা সদস্যদের কভার না করার কোনো সুযোগ রয়েছে কিনা

f) কভারেজের স্তর - সকলের একইরকম কিনা বা আলাদা আলাদা

g) লিঙ্গ, বয়স, একক বা বহু অবস্থান, গ্রুপ সদস্যদের আয়ের স্তর, সদস্যদের টার্নওভারের হার, প্রিমিয়াম কি গোটাটাই গ্রুপ হোল্ডার দেবেন নাকি সদস্যদেরই প্রিমিয়াম প্রদান করতে হবে, এই সমস্ত বিষয়ের ভিত্তিতে গ্রুপ রচনা

h) বিভিন্ন ভৌগোলিক অবস্থানের মধ্যে ছড়িয়ে থাকা বিভিন্ন জায়গার ক্ষেত্রে স্বাস্থ্য পরিষেবার জন্য খরচের পার্থক্য

i) গ্রুপ বীমা পরিচালনায় একটি থার্ড পার্টি অ্যাডমিনিস্ট্রেটর (তাঁর নিজের পছন্দের বা বীমাকারীর বেছে দেওয়া একজন) থাকবে নাকি বীমাকারী নিজেই থাকবে সে ব্যাপারে গ্রুপ হোল্ডারের পছন্দ

j) প্রস্তাবিত গ্রুপের অতীত ক্লেইমের অভিজ্ঞতা

উদাহরণ

শীততাপনিয়ন্ত্রিত অফিসে কর্মরত সদস্যদের তুলনায় খনি বা কারখানায় কর্মরত শ্রমিকদের একটা গ্রুপের স্বাস্থ্যের ঝুঁকি বেশি। উভয় গ্রুপের রোগের ধরনও (যার জন্য ক্লেইম করা হয়) একেবারেই আলাদা। তাই উভয় ক্ষেত্র অনুযায়ীই বীমাকারী গ্রুপ বীমা পলিসির জন্য মূল্য ধার্য করবে।

একইভাবে তথ্য প্রযুক্তি কোম্পানিগুলির মতো হাই টার্নওভারের গ্রুপগুলির ক্ষেত্রে প্রতিকূল নির্বাচন এড়াতে বীমাকারীরা সতর্কতামূলক মাপকাঠি চালু করতে পারেন যেখানে বীমার উপযুক্ত হওয়ার জন্য কর্মচারীদের নির্দিষ্ট শিক্ষানবিসি সময়ের জন্য কাজ সম্পন্ন করতে হবে।

গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমা ব্যবসার অতি প্রতিযোগিতামূলক চরিত্রের ফলে বীমাকারীরা গ্রুপ বীমা প্ল্যানের সুবিধায় টেকসই নমনীয়তা ও স্বনির্ধারণ মঞ্জুর করে। নিয়োগকর্তা–কর্মচারী গ্রুপ বীমা প্ল্যানে সময়ের সাথে সাথে সুবিধার ধরণগুলি বদলানো হয় এবং মানব সম্পদ বিভাগ এটাকেই কর্মচারী ধরে রাখার একটা সরঞ্জাম হিসেবে ব্যবহার করে। বেশিরভাগ সময়েই নমনীয়তাটা আসে বীমাকারীদের মধ্যে প্রতিযোগিতার ফলে, অন্য বীমাকারী বর্তমানের গ্রুপ বীমা প্ল্যানে যে সুযোগ–সুবিধা দিচ্ছে তার সঙ্গে থাপ খাওয়াতে বা তার থেকে আরও সুবিধা দিয়ে ব্যবসায় করায়ত্ত করে নিজেদের দিকে টেনে নিতে এই নমনীয়তা।

2. নিয়োগকর্তা–কর্মচারী গ্রুপের থেকে আলাদা আন্ডাররাইটিং

প্রথাগতভাবে নিয়োগকর্তা–কর্মচারী গ্রুপই গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমা দেওয়ার জন্য সবচেয়ে সাধারণ গ্রুপ। স্বাস্থ্য পরিষেবার খরচ যোগাতে যদিও স্বাস্থ্য বীমা গ্রহন একটা কার্যকরী মাধ্যম হয়ে উঠেছে, তাই এখন বিভিন্ন ধরনের গ্রুপ তৈরি হচ্ছে। এই ধরনের পরিস্থিতিতে গ্রুপের আন্ডাররাইটিংয়ের সময় গ্রুপ রচনার চরিত্রটা বিবেচনা করা গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমা আন্ডাররাইটারের পক্ষে খুবই গুরুত্বপূর্ণ।

নিয়োগকর্তা–কর্মচারী গ্রুপ ছাড়াও বীমাকারীরা বিভিন্ন ধরনের গ্রুপকে গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমা কভারেজ দিয়ে থাকেন যেমন: শ্রমিক সংগঠন, ট্রাস্ট ও সোসাইটি, মাল্টিপল–এমপ্লয়ার গ্রুপ, ফ্র্যাঞ্চাইসি ডিলার, পেশাদার সমিতি, ক্লাব ও অন্য ভ্রাতৃপ্রতিম সংগঠন।

বিভিন্ন দেশের সরকার সমাজের গরিব অংশের জন্য গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমার কভারেজের ক্রেতা হয়ে থাকে। ভারতে কেন্দ্রীয় ও রাজ্য উভয় স্তরের সরকারই গরিবদের জন্য জোরালোভাবেই গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমা প্রকল্পের পৃষ্ঠপোষকতা করে যেমন আরএসবিওয়াই, যশস্বীনি প্রভৃতি।

এই ধরনের বিভিন্ন গ্রুপের ক্ষেত্রে মৌলিক আন্ডাররাইটিং বিবেচ্যগুলি সাধারণভাবে স্বীকৃত গ্রুপ আন্ডাররাইটিং বিষয়, অন্তর্ভুক্ত অতিরিক্ত বিষয়গুলির সঙ্গে একইরকম:

a) গ্রুপের মাপ (ছোট আকারের গ্রুপে মাঝে মধ্যেই পরিবর্তন হতে পারে)
b) বিভিন্ন ভৌগোলিক অঞ্চলে স্বাস্থ্য পরিষেবার খরচের স্তর বিভিন্ন
c) সমস্ত গ্রুপ শরিকই যদি গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমা পরিকল্পনায় অংশ না নেন সেক্ষেত্রে প্রতিকূল বাছাইয়ের ঝুঁকি
d) পলিসিতে গ্রুপের সদস্যদের ধারাবাহিকতা

সস্তা দামে এই ধরনের গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমার সুবিধা নিতে এলোমেলো গ্রুপ তৈরি খুব বেড়ে গেছে, একে বলা হয় 'সুবিধাবাদী গ্রুপ'। বীমা নিয়ন্ত্রক আইআরডিএ তাই গ্রুপ বীমার নির্দেশিকা জারি করেছে, বিভিন্ন ধরনের গ্রুপ সামলানোয় বীমাকারীর অবলম্বন করা মনোভাবকে নিয়ন্ত্রণ করতে। এই ধরনের নন–এমপ্লয়ার গ্রুপের মধ্যে রয়েছে:

a) কর্মচারী কল্যান সমিতি
b) একটা নির্দিষ্ট কোম্পানির ইস্যু করা ক্রেডিট কার্ড হোল্ডার
c) একটা নির্দিষ্ট ব্যবসার ক্রেতারা যেখানে বীমাটা অ্যাড–অন সুবিধা হিসেবে দেওয়া হয়ে থাকে

d) একটা ব্যাঙ্ক ও পেশাদার সমিতি বা সোসাইটির ঋণগ্রহীতারা

গ্রুপ বীমা নির্দেশিকার মূলনীতি হলো ব্যক্তিগত পলিসিতে যে সুবিধার কভারেজ পাওয়া যায় না কেবলমাত্র সেই নমনীয় ডিজাইন-এর সুবিধা পেতে ও খরচ কমাতে গ্রুপ তৈরি ঠেকানো। লক্ষ্য করা গেছে যে এই ধরনের 'সুবিধাবাদী গ্রুপ' প্রায়শই বীমাকারীর পক্ষে প্রতিকূল বাছাই হয়ে দাঁড়ায় এবং অবশেষে ক্লেইমের অনুপাত বেশি হয়। নিয়ন্ত্রক কর্তৃপক্ষের গ্রুপ বীমা নির্দেশিকা বীমাকারীকে দায়িত্বশীল বাজার আচরণ পালন করতে সাহায্য করে। এগুলিই বীমা কোম্পানির আন্ডাররাইটিংয়ে শৃঙ্খলা আরোপ করে এবং গ্রুপ প্রকেপর জন্য পরিচালন মাপকাঠি তৈরিতে গ্রুপ বীমা প্রকল্পের প্রচারেও নিয়মানুবর্তিতা নিয়ে আসে।

H. বিদেশ সফর বীমার আন্ডাররাইটিং

বিদেশ সফর বীমার অধীনে মূল কভারটা যেহেতু স্বাস্থ্য কভার, আন্ডাররাইটিংয়ে তাই সাধারণভাবে স্বাস্থ্য বীমার রীতিই অনুসরণ করা হয়।

প্রিমিয়ামের হার নির্ণয় ও ঝুঁকি গ্রহণ করা হবে কোম্পানির নিজস্ব নির্দেশিকা মেনেই তবে নিচে কিছু গুরুত্বপূর্ণ বিবেচ্য বিষয় দেওয়া হলো :

1. প্রস্তাবকের বয়স ও বিদেশ সফরের মেয়াদকালের উপর প্রিমিয়ামের হার নির্ভর করবে।
2. বিদেশে যেহেতু চিকিৎসা বেশ খরচসাপেক্ষ, তাই দেশীয় স্বাস্থ্য বীমা পলিসির তুলনায় স্বাভাবিকভাবেই প্রিমিয়ামের হার বেশি হয়।
3. বিদেশের মধ্যেও এমনকি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র ও কানাডার প্রিমিয়াম সর্বোচ্চ।
4. পলিসি ব্যবহার করে একজন প্রস্তাবকের বিদেশে চিকিৎসা করিয়ে নেওয়ার সম্ভাবনা দূর করতে সতর্কতা নেওয়া উচিত এবং তাই প্রস্তাবের পর্যায়েই পূর্ব-বিদ্যমান রোগের অস্তিত্ব সতর্কতার সঙ্গে বিবেচনা করতেই হবে।

I. ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বীমার অন্ডাররাইটিং

ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বীমার জন্য অন্ডাররাইটিংয়ে বিবেচ্য বিষয়গুলি নিম্নরূপ :

রেটিং বা হার নির্ধারণ

ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বীমায়, প্রধান যে বিষয়টি বিবেচ্য তা হলো বীমাকৃতর পেশা। সাধারণভাবে বললে ঘরে, রাস্তায় প্রভৃতি জায়গায় ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার সম্ভাবনা অনাবৃত অবস্থা সমস্ত মানুষের ক্ষেত্রে একই। তবে পেশার সঙ্গে সম্পর্কিত ঝুঁকিগুলি কাজের প্রকৃতির সঙ্গে হেরফের করে। উদাহরণস্বরূপ, একজন অফিস ম্যানেজারের কাজে ঝুঁকির সম্ভাবনা একটা বিল্ডিং তৈরি হচ্ছে সেই সাইটে কর্মরত সিভিল ইঞ্জিনিয়ারের থেকে অবশ্যই কম।

প্রত্যেক পেশা বা চাকরির জন্য হার নির্দিষ্ট করে দেওয়া মোটেই ব্যবহারিক নয়। তাই পেশাগুলিকে কয়েকটি গ্রুপে ভাগ করা হয়েছে, প্রত্যেক গ্রুপ কম বা বেশী একই ধরনের ঝুঁকির অনাবৃত অবস্থাকে তুলে ধরে। শ্রেণীবিভাগের নিম্নলিখিত পদ্ধতি খুবই সরল এবং ব্যবহারিকভাবে যুক্তিসঙ্গত বলে দেখা গেছে। ভিন্ন ভিন্ন কোম্পানির শ্রেণীবিভাগের নিজস্ব ভিত্তি থাকতেই পারে।

ঝুঁকির শ্রেণীবিভাগ

পেশার ভিত্তিতে বীমাকৃত ব্যক্তির সঙ্গে ঝুঁকিগুলিকে তিনটি গ্রুপে ভাগ করা যেতে পারে:

- **ঝুঁকি গ্রুপ** I

  অ্যাকাউন্ট্যান্ট, ডাক্তার, আইনজীবী, স্থপতি, কনসাল্টিং ইঞ্জিনিয়ার, শিক্ষক, ব্যাঙ্কার, প্রশাসনিক কাজকর্মে যুক্ত ব্যক্তি, প্রাথমিকভাবে একই ধরনের বিপদের পেশায় যুক্ত ব্যক্তিরা।

- **ঝুঁকি গ্রুপ** II

  কেবলমাত্র তত্ত্বাবধানের কাজে যুক্ত বিল্ডার, কন্ট্রাক্টর ও ইঞ্জিনিয়ার, পশু চিকিৎসক, মোটরগাড়ি ও হালকা মোটর গাড়ির বেতনভুক্ত চালক এবং একই ধরনের বিপদের পেশায় যুক্ত ব্যক্তিরা।

  কায়িক শ্রমে যুক্ত সমস্ত ব্যক্তি (শুধু যাঁরা গ্রুপ III-তে পড়ছেন তাঁরা বাদে), নগদ টাকা বহনকারী কর্মচারী, গ্যারেজ ও মোটর মেকানিক, মেশিন চালক, ট্রাক বা লরি ও অন্যান্য ভারী গাড়ির চালক, পেশাদার অ্যাথলিট ও স্পোর্টসমেন, কাঠের মিস্ত্রি ও একই ধরনের বিপদের পেশায় যুক্ত ব্যক্তিরা।

- **ঝুঁকি গ্রুপ** III

  মাটির নিচে খনিতে কর্মরত ব্যক্তি, বিস্ফোরক ম্যাগাজিন, হাই টেনশন সাপ্লাই সহ বৈদ্যুতিক ইনস্টলেশনে যে শ্রমিকরা কাজ করেন, জকি, সার্কাস কর্মী, চাকা বা ঘোড়ার পিঠে রেস, শিকার, পর্বতারোহণ, উইন্টার স্পোর্টস, স্কিয়িং, আইস হকি, বেলুনিং, হ্যাং গ্লাইডিং, রিভার র‍্যাফটিং, পোলোর মতো কাজে যুক্ত ব্যক্তিরা এবং একই ধরনের বিপদের পেশা/কার্যকলাপে যুক্ত ব্যক্তিরা।

  ঝুঁকির গ্রুপগুলি যথাক্রমে 'স্বাভাবিক', 'মাঝারি' ও 'উচ্চ' হিসেবেও পরিচিত।

বয়স সীমা

কভারকৃত হওয়া ও পুনর্নবীকৃত হওয়ার জন্য সর্বোচ্চ ও সর্বনিম্ন বয়স সীমা একেকটা কোম্পানির ক্ষেত্রে একেক রকম। সাধারণত আদর্শ মাপকাঠিটা হলো 5 বছর থেকে 70বছরের সময়। তবে কোনো ব্যক্তির যদি ইতিমধ্যেই একটা কভার থাকে, তাঁর 70বছর পূরণ করার পরও পলিসি পুনর্নবীকরণ হতে পারে তবে 80বছর বয়স পর্যন্তই, এর জন্য একটা রিনিউয়াল প্রিমিয়াম বহন করতে হয়।

পুনর্নবীকরণ বা নতুন কভারের জন্য সাধারণত কোনো মেডিক্যাল পরীক্ষার দরকার হয় না।

মেডিক্যাল খরচ

মেডিক্যাল খরচ কভার হলো নিম্নরূপ:

- অতিরিক্ত প্রিমিয়াম দিয়ে দুর্ঘটনাজনিত শারীরিক আঘাতের সঙ্গে সম্পর্কিত মেডিক্যাল খরচের কভার পেতে এন্ডোর্সমেন্ট দিয়ে একটা ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা পলিসিকে বাড়ানো যায়।
- পলিসির অধীনে অন্যান্য সুবিধার সঙ্গে এই সুবিধাগুলিও যুক্ত থাকে।
- এটা জরুরী নয় যে ব্যক্তিকে হাসপাতালে ভর্তি হতেই হবে।

যুদ্ধ ও সম্বন্ধযুক্ত ঝুঁকি

অতিরিক্ত প্রিমিয়াম দিয়ে বিদেশে অসামরিক দায়িত্বে কর্মরত ভারতীয় সেনা / বিশেষজ্ঞদের যুদ্ধের ঝুঁকি কভার দেওয়া হতে পারে।

- শান্তিপূর্ণ সময় বা স্বাভাবিক পর্বে ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা পলিসি স্বাভাবিক হারের থেকে 50শতাংশ অতিরিক্ত হয় (অর্থাৎ স্বাভাবিক হারের 150 শতাংশ)
- সাধারণ হারের উপর 150শতাংশ অতিরিক্ত হিসেবে (অর্থাৎ স্বাভাবিক হারের 250শতাংশ হারে) ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা পলিসি ইস্যু করা হয় অস্বাভাবিক/শঙ্কিত সময়কালে (অর্থাৎ এমন একটা সময়কাল যখন বিদেশে ইতিমধ্যেই যুদ্ধের মতো পরিস্থিতি হয়েছে বা হওয়া অবশ্যসম্ভাবী হয়ে গেছে অর্থাৎ যেখানে অসামরিক কর্তব্য পালনে ভারতীয় সেনাদের কাজ করতে হচ্ছে)

প্রোপোজাল ফর্ম

ফর্ম নিম্নলিখিতগুলি সম্পর্কে তথ্য প্রকাশ করে:

- ব্যক্তিগত বিবরণ
- শারীরিক অবস্থা
- অভ্যাস ও অবসর বিনোদন
- অন্যান্য বা পূর্ববর্তী বীমা
- পূর্ববর্তী দুর্ঘটনা বা অসুস্থতা
- উপকার ও বীমাকৃত রাশি নির্বাচন
- ঘোষণা

উপরে বর্ণিত চাহিদাগুলি নিম্নোক্তভাবে ব্যাখ্যা করা যেতে পারে:

- প্রসঙ্গত, বয়স, উচ্চতা এবং ওজন, পেশা পূর্ণ বিবরণ এবং গড় মাসিক আয়ের সঙ্গে সম্পর্কযুক্ত ব্যক্তিগত বিবরণ।
- বয়স এটাই দেখিয়ে দেয় যে কাঙ্খিত পলিসিতে প্রবেশের বয়সসীমার মধ্যে প্রস্তাবক রয়েছেন কিনা। ওজন ও উচ্চতা তুলনা করা উচিত লিঙ্গ, উচ্চতা ও বয়স অনুযায়ী গড় ওজনের টেবিলের সঙ্গে এবং প্রস্তাবক যদি গড়ের 15শতাংশ বেশি বা কম জানিয়ে থাকেন তাহলে আরো অনুসন্ধান করতে হবে।
- কোনো শারীরিক অপূর্ণতা বা খুঁত, দূরারোগ্য রোগ প্রভৃতি সম্পর্কিত শারীরিক অবস্থার বিবরণ
- যাঁর একটা অঙ্গ হানি হয়েছে বা একটা চোখের দৃষ্টিশক্তি চলে গেছে এমন প্রস্তাবকদেরই কেবলমাত্র অনুমোদিত কেসে বিশেষ শর্তে স্বীকার করা হয়। এরা অস্বাভাবিক ঝুকি গঠন করেন কারণ তাঁরা 'নির্দিষ্ট ধরনের দুর্ঘটনা এড়াতে কম সক্ষম এবং যদি অন্য হাত বা পা চোটগ্রস্ত হয় বা আরেকটা চোখের দৃষ্টিশক্তি প্রভাবিত হয় তাহলে নিষ্ক্রিয়তার স্তর ও মেয়াদ স্বাভাবিক তুলনায় আরো বেশি হবে।
- ডায়াবেটিস পুনরুদ্ধারকে মন্দীভূত করতে পারে কারণ ক্ষত দ্রুত নাও সারতে পারে এবং নিষ্ক্রিয়তা অসঙ্গতভাবে দীর্ঘায়িত হতে পারে। প্রস্তাবকের মেডিক্যাল হিস্ট্রি পরীক্ষা করতেই হবে এটা নির্ধারণ করার জন্য যে ক্ষত বা অসুস্থতা তাঁর ভবিষ্যতের দুর্ঘটনার ঝুঁকিকে প্রভাবিত করবে কিনা এবং কতটা করবে। এই ধরনের অবশ্যসম্ভাবী গুরুতর প্রকৃতির বহু অভিযোগ রয়েছে যা ঝুঁকিটাকে বীমার অযোগ্য করে দেয় যেমন হার্টের ভালভের অসুখ।
- পর্বতারোহণ, পোলো, মোটর রেসিং, অ্যাক্রোবেটিক্স প্রভৃতির মতো বিপজ্জনক অবসর বিনোদনে অতিরিক্ত প্রমিয়াম লাগে।

বীমাকৃত রাশি

একটা ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বীমা বীমাকৃত রাশি সতর্কতার সঙ্গে নির্দিষ্ট করতে হয় যাতে সেগুলি উপকারী পলিসি হয় এবং কঠোর খেসারতের মধ্যে আটকে না থাকে। 'বৈতনিক কর্মসংস্থান'-এর মাধ্যমে উপার্জিত আয় বিবেচনায় সতর্কতা নেওয়া উচিত। অন্যভাবে বললে, বীমাকৃত রাশি নির্ধারণের সময় সেই আয়কে বিবেচনা করা উচিত নয় যা দুর্ঘটনার ফলে প্রস্তাবককে প্রভাবিত করবে।

বীমাকারী/আন্ডাররাইটারদের বীমাকৃত রাশি নির্দিষ্ট করার রীতি অনুযায়ী, যার জন্য কভার মঞ্জুর করা হবে সেই সঠিক অর্থ নির্ভর করে আন্ডাররাইটারের উপর। তবে সাধারণ অভ্যাসটা হলো মঞ্জুরকৃত কভার কোনোভাবেই বীমাকৃতের 72মাস/6বছরের উপার্জনের বেশি হওয়া উচিত নয়।

পলিসিটা যদি শুধুমাত্র মূলধনী সুবিধার জন্য হয় তবে বিধিনিষেধ কঠোরভাবে প্রযোজ্য হয় না। তবে অস্থায়ী মোট নিষ্ক্রিয় কভারের জন্য এটা হওয়া উচিত নয় যে প্রদেয় ক্ষতিপূরণের ক্ষেত্রে সেটা সেই মেয়াদকালে তাঁর উপার্জনের সঙ্গে অনুপাতহীন হবে। কভারটা যদি টিটিডি-র জন্য সাপ্তাহিক ক্ষতিপূরণ হয়, বীমাকৃত রাশি সাধারণত তাঁর বার্ষিক উপার্জনের দ্বিগুণ ছাড়াবে না।

বৈতনিক কর্মে নিযুক্ত নন এমন কোনো ব্যক্তিকে কভার দেওয়ার সময় যেমন গৃহবধূ, ছাত্র প্রভৃতি ক্ষেত্রে বীমাকারীকে নিশ্চিত হতে হয় যে তাঁরা এটা দিচ্ছেন শুধুমাত্র মূলধনী সুবিধার জন্য এবং এর জন্য কোনো সাপ্তাহিক ক্ষতিপূরণ দেওয়া হয় না।

ফ্যামিলি প্যাকেজ কভার

শিশু ও রোজগেরে নন এমন স্বামী বা স্ত্রীর জন্য কভার সীমাবদ্ধ থাকে মৃত্যু ও স্থায়ী বিকলাঙ্গতায় (আংশিক বা সম্পূর্ণ)। যদিও কোম্পানির নিজস্ব নিয়মের ভিত্তিতে সুবিধার টেবিল বিবেচনা করা যেতে পারে। কিছু কোম্পানি একটা নির্দিষ্ট সীমা পর্যন্ত রোজগেরে নন এমন স্বামী বা স্ত্রীর জন্য টিটিডি কভার অনুমোদন করে থাকে।

মোট প্রিমিয়ামের উপর সাধারণভাবে 5শতাংশ হারে একটা ছাড় মঞ্জুর করা হয়।

গ্রুপ পলিসি

বীমাকৃত ব্যক্তির সংখ্যা যদি নির্দিষ্ট সংখ্যা ছাড়িয়ে যায়, যেমন 100 তাহলে প্রিমিয়ামে একটা গ্রুপ ছাড় দেওয়া হয়। সংখ্যা কম হলেও যেমন 25হলেও গ্রুপ পলিসি ইস্যু করা হয় তবে কোনো ছাড় ছাড়া।

সাধারণভাবে নামবিহীন ভিত্তিতে পলিসি ইস্যু করা হয় কেবলমাত্র খুবই মূল্যবান ক্লায়েন্টকে, যেখানে সদস্যের পরিচিতি সন্দেহাতীতভাবে স্পষ্টতই প্রতিপাদ্য হয়।

গ্রুপ ডিসকাউন্ট মাপকাঠি

গ্রুপের নাম পাওয়ার নিরিখেই গ্রুপ পলিসি ইস্যু করা উচিত। গ্রুপ ছাড় ও অন্যান্য সুবিধা পাওয়ার জন্য প্রস্তাবিত ''গ্রুপ''কে স্পষ্টভাবেই নিম্নলিখিত ক্যাটাগোরির যে কোনো একটির আওতায় পড়া উচিত:

- কর্মচারীর উপর নির্ভরশীল ব্যক্তি সহ নিয়োগকর্তা – কর্মচারী সম্পর্ক
- প্রাক চিহ্নিত সেগমেন্ট / গ্রুপ যেখানে রাজ্য / কেন্দ্রীয় সরকারকে প্রিমিয়াম দিতে হয়
- একটা রেজিস্টার্ড কো-অপারেটিভ সোসাইটির সদস্যরা
- রেজিস্টার্ড পরিষেবা ক্লাবের সদস্যরা
- ব্যাঙ্ক/ডাইনার/মাস্টার/ভিসা ক্রেডিট কার্ড হোল্ডাররা
- ব্যাঙ্ক/এনবিএফসি-র ইস্যু করা ডিপোজিট সার্টিফিকেট হোল্ডাররা
- ব্যাঙ্ক/রাষ্ট্রায়ত্ত কোম্পানির শেয়ারহোল্ডার

উপরের ক্যাটাগোরিগুলি থেকে আলদা অন্য আরো ক্যাটাগোরির সঙ্গে সম্পর্কিত প্রস্তাবগুলির ক্ষেত্রে তাঁরা বিবেচিত হতে পারেন এবং সংশ্লিষ্ট বীমাকারীর টেকনিকাল ডিপার্টমেন্টের মাধ্যমে সিদ্ধান্ত নেবেন।

'আনুমানিক' গ্রুপ মাপের উপর কোনো গ্রুপ ছাড় দেওবা যায় না। পলিসি নেওয়ার সময় গ্রুপের রেজিস্ট্রিকৃত সদস্যে প্রকৃত সংখ্যার ভিত্তিতেই কেবলমাত্র গ্রুপ ছাড় বিবেচনা করতে হবে এবং তার হিসেব করতে হবে। পুনর্নবীকরণের সময় এটা পুনর্বিবেচনা করা যেতে পারে।

বীমাকৃত রাশি

বীমাকৃত রাশি প্রতিটি বীমাকৃত ব্যক্তির জন্য আলাদাভাবে নির্দিষ্ট পরিমাণ অর্থে জন্য নির্দিষ্ট করা যেতে পারে অথবা এটা বীমাকৃত ব্যক্তিকে প্রদেয় সুবিধার সঙ্গে যুক্ত করা যেতে পারে।

একটা গ্রুপ বীমায় 'সকলেই অথবা কেউ নয়' নীতি প্রযোজ্য হয়। অতিরিক্ত প্রিমিয়াম বা রিফান্ডের হার অনুসারে তারপর সংযোজন ও বিয়োজন হয়।

প্রিমিয়াম

প্রিমিয়ামের তারতম্য হার যাদের নাম পলিসিতে আছে সেই কর্মচারীদের ক্ষেত্রে প্রযোজ্য হয় ঝুঁকির শ্রেনীবিভাগ ও নির্বাচিত সুবিধা অনুযায়ী। এই হারগুলি কভারকৃত ব্যক্তির পেশা অনুযায়ী হেরফের হবে।

উদাহরণ

কর্মাচারীদের সুনির্দিষ্ট গ্রুপের সকলের ক্ষেত্রে একই হার প্রযোজ্য হবে, বিস্তৃতভাবে বললে, একই ধরনের পেশার ক্ষেত্রে।

নাম না থাকা কর্মচারীদের ক্ষেত্রে নিয়োগকর্তাকে তাঁর দ্বারা রক্ষিত প্রকৃত রেকর্ডের ভিত্তিতে প্রত্যেক শ্রেণীবিভাগের কর্মচারীর সংখ্যা ঘোষণা করতে হবে।

একটা সমিতি, ক্লাব প্রভৃতি নাম উল্লেখিত সদস্যের জন্য প্রিমিয়ামের হার প্রযোজ্য হবে ঝুঁকির শ্রেণীবিভাগ অনুযায়ী।

সদস্যপদটা যখন একটা সাধারণ প্রকৃতির হয় এবং কোনো নির্দিষ্ট পেশায় সীমাবদ্ধ থাকে না, আন্ডাররাইটাররা হার প্রয়োগ করার জন্য তাঁদের বিচক্ষণতাকে কাজে লাগান।

অন-ডিউটি কভার

অন-ডিউটি সময়ে দেওয়া কভার হলো নিম্নরূপ:

- ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভার যদি ডিউটি সময়ের মধ্যেই সীমাবদ্ধ থাকে (এবং দিনের 24ঘন্টার জন্য না হয়), একটা হ্রাসপ্রাপ্ত প্রিমিয়াম ধরুন যথার্থ প্রিমিয়ামের 75শতাংশ ধার্য করা হয়।
- কর্মচারীদের দুর্ঘটনার কভার শুধুমাত্র প্রযোজ্য হয় কাজের থাকাকালীন সময়েই।

অফ-ডিউটি কভার

কভারটা যদি কেবলমাত্র সেই সময়ের মধ্যেই সীমাবদ্ধ থাকে যখন কর্মচারীটি কাজ করেন না এবং/অথবা সরকারী কাজে থাকেন না, একটা হ্রাসপ্রাপ্ত প্রিমিয়াম ধরুন যথার্থ প্রিমিয়ামের 50শতাংশ ধার্য করা হয়।

মৃত্যু কভারের বর্জন

কোম্পানির নিজস্ব নির্দেশিকা অনুযায়ী মৃত্যু কভার বর্জন করে গ্রুপ ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা পলিসি ইস্যু করা সম্ভব।

গ্রুপ ছাড় এবং বোনাস/ম্যালাস

একটা পলিসির অধীনেই যেহেতু অনেকগুলি মানুষকে কভার দেওয়া হয়, তাই এর জন্য প্রশাসনিক কাজ ও খরচ কম হয়। তাছাড়াও, সাধারণত গ্রুপের সমস্ত সদস্যই বীমাকৃত হবেন এবং বীমাকারীর জন্য সেখানে কোনো বিরূপ বাছাই থাকবে না। তাই একটা স্কেল অনুযায়ী প্রিমিয়ামে একটা ছাড় অনুমোদন করা হয়।

গ্রুপ পলিসির পুনর্নবীকরণ জন্য নির্ধারণ ক্লেইম অভিজ্ঞতার নিরিখে নির্ধারিত হয়।

- অনুকূল অভিজ্ঞতাকে নবীকরণের প্রিমিয়ামে একটি ডিসকাউন্ট বা ছাড় (বোনাস) দিয়ে পুরস্কৃত করা হয়
- প্রতিকূল অভিজ্ঞতাকে একটি স্কেল অনুযায়ী, নবীকরণের প্রিমিয়াম লোড চাপিয়ে (ম্যালাস) জরিমানা করা হয়
- ক্লেইম অভিজ্ঞতা যদি 70শতাংশ হয় তাহলে নবীকরণে স্বাভাবিক হারই প্রযোজ্য হবে।

প্রোপোজাল ফর্ম

- নিয়মমাফিক সদস্যদের দিয়ে ফর্ম পূরণ করা ও বীমাকৃতের দ্বারা পূরণ করা একটাই নথি থাকা প্রযোজ্য।
- তাঁর একটা ঘোষণা করা জরুরী যে কোনো সদস্য এমন কোনো শারীরিক রোগ বা অপূর্ণতায় ভুগছেন না যা তাঁর অংশগ্রহণকে অগ্রহণযোগ্য করে দিতে পারে।
- এমনকি কখনো কখনো এই সতর্কতা অস্বীকার করা হয়, এটা বোঝা যায় এবং/অথবা এন্ডোর্সমেন্ট দিয়ে স্পষ্ট হয়ে যায় যে কভার শুরুর আগেই কোনো অক্ষমতা থাকে এবং এই ধরনের অক্ষমতার কারণে যে কোনো ক্রমবর্ধমান প্রভাব বর্জিত হবে।

কোম্পানিগুলির মধ্যে যদিও এই রীতির হেরফের হতে পারে।

নিজেকে যাচাই 5

1) একটা গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমায় গ্রুপের কোনো এক ব্যক্তি বীমাকারী বিপক্ষে বিরুদ্ধ-বাছাই হতে পারেন।
2) গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমা কোবলমাত্র নিয়োগকর্তা-কর্মচারী গ্রুপকেই কভারেজ দেয়।

I. বিবৃতি 1 সত্য এবংবিবৃতি 2 মিথ্যা
II. বিবৃতি 2 সত্য এবংবিবৃতি 1 মিথ্যা
III. বিবৃতি 1 এবংবিবৃতি 2 সত্য
IV. বিবৃতি 1 এবংবিবৃতি 2 মিথ্যা

তথ্য

ঝুঁকি পরিচালনা প্রক্রিয়ার অংশ হিসেবে আন্ডাররাইটার বিশেষ করে বড় গ্রুপ পলিসির জন্য হস্তান্তরের দুটো পদ্ধতি ব্যবহার করে:

কোইনসুরেন্স : এটা বলতে বোঝায় একাধিক বীমাকারীর কোনো একটি ঝুঁকি গ্রহণ করাকে। সাধারণত এটা করা হয় ঝুঁকি একটা শতাংশ প্রত্যেক বীমাকারীর মধ্যে বন্টন করে। এইভাবে পলিসিটা দুজন বীমাকারী গ্রহণ করতে পারে। যেমন ধরুন বীমাকারী A-এর কাছে 60% এবং বীমাকারী B-র কাছে 40%। এক্ষেত্রে সাধারনত পলিসি ইস্যু করা ও ক্লেইমের নিষ্পত্তি সহ পলিসি সংক্রান্ত বিষয়গুলি সামলানোর জন্য বীমাকারী A-ই হবে লিড বীমাকারী। যে ক্লেইম প্রদান করা হবে বীমাকারী B তার 40%বীমাকারী A-কে পরিশোধ করবে।

রিইনসুরেন্স : বীমাকারী বিভিন্ন ধরনের ও বিভিন্ন মাপের ঝুঁকি গ্রহণ করে থাকে। কীভাবে তিনি তাঁর ভিন্ন ঝুঁকিকে সুরক্ষা দেবেন? এই কাজটা তিনি করেন, তাঁর ঝুঁকিগুলিকে অন্য বীমা কোম্পানিতে পুনরায় বীমা করিয়ে এবং একেই বলা হয় রিইনসুরেন্স বা পুনর্বীমাকরণ। তাই রিইনসুরার বা পুনর্বীমাকারীরা বীমাকারীর ঝুঁকি গ্রহণ করা হয় একটা স্থায়ী ব্যবস্থার মাধ্যমে যাকে চুক্তি বা ট্রিটি বলে, অথবা এক একটা কেসের ভিত্তিতে, যাকে বলা হয় ফ্যাকাল্টিভ রিইনসুরেন্স বা ঐচ্ছিক পুনর্বীমাকরণ। পুনর্বীমাকরণ সম্পন্ন করা হয় শব্দ-ব্যাপী এবং সেইজন্য সেটা ঝুঁকিকে ছড়িয়ে দেয় দূর-দূরান্তে।

সারাংশ

a) স্বাস্থ্য বীমা দাঁড়িয়ে আছে রোগহারের ধারণার উপর ভিত্তি করেই যা দিয়ে একজন ব্যক্তির অসুস্থ হওয়ার ঝুঁকি নির্ধারিত হয়।

b) আন্ডাররাইটিং হলো ঝুঁকি নির্বাচন ও ঝুঁকির জন্য মূল্য নির্ধারণ।

c) ঝুঁকি ও ব্যবসার মধ্যে একটা সঠিক ভারসাম্য রক্ষা করতে আন্ডাররাইটিং জরুরী, এর মাধ্যমে সংস্থার প্রতিযোগিতামূলক ভূমিকা যেমন বজায় রাখা যায় তেমনও মুনাফাও ধরে রাখা যায়।

d) একজন ব্যক্তির রোগহার প্রভাবিত করতে পারে এমন কিছু বিষয় হলো বয়স, লিঙ্গ, অভ্যাস, পেশা, শরীরের গড়ন, পারিবারিক ইতিহাস, অতীতের অসুখ বা অস্ত্রোপচার, বর্তমান স্বাস্থ্য অবস্থা ও বাসস্থানের জায়গা।

e) বীমাকারীর বিরুদ্ধে প্রতিকূল বাছাই আটকানোই আন্ডাররাইটিংয়ের উদ্দেশ্য এবং ঝুঁকিগুলির সঠিক শ্রেণীবিভাগ ও সেগুলির মধ্যে সুবিচার নিশ্চিত করাও এর উদ্দেশ্য।

f) এজেন্ট হলেন প্রথম স্তরের আন্ডাররাইটার কারণ বীমাকৃত হতে চলেছেন এমন সম্ভাব্য ক্লায়েন্টকে জানার জন্য তিনিই সবচেয়ে ভালো জায়গায় থাকেন।

g) বীমার মূল নীতিগুলি হলো: পরম বিশ্বাস, বীমাযোগ্য স্বার্থ, ক্ষতিপূরণ, অবদান, প্রতিস্থাপন ও নিকটতম কারণ।

h) আন্ডাররাইটিংয়ের জন্য মূল সরঞ্জামগুলি হলো: প্রোপোজাল ফর্ম, বয়সের প্রমাণপত্র, আর্থিক নথি, মেডিক্যাল রিপোর্ট ও সেলস রিপোর্ট

i) মেডিক্যাল আন্ডাররাইটিং হলো এমন একটি প্রক্রিয়া বীমা কোম্পানিগুলি যেটা ব্যবহার করে স্বাস্থ্য বীমা পলিসির জন্য আবেদনকারী একজ ব্যক্তির স্বাস্থ্যের অবস্থা নির্ধারণ করতে।

j) নন-মেডিক্যাল আন্ডারারাইটিং হলো সেই প্রক্রিয়া যেখানে প্রস্তাবককে কোনো মেডিক্যাল পরীক্ষা করাতে হয় না।

k) সংখ্যাসূচক রেটিং পদ্ধতি হলো আন্ডাররাইটিংয়ে অবলম্বন করা একটা প্রক্রিয়া যেখানে ঝুঁকির প্রত্যেকটা দিকের উপর সংখ্যাসূচক ও শতাংশের মূল্যায়ন করা হয়।

l) প্রাপ্ত তথ্য সতর্কতার সঙ্গে মূল্যায়ন করে যথাযথভাবে ঝুঁকির শ্রেনীবিভাগ করা হলে তবেই আন্ডারারাইটিং প্রক্রিয়া সম্পূর্ণ হয়।

m) মূলত গড় সূত্র প্রয়োগ করে গ্রুপ বীমার আন্ডাররাইটিং হয়, গ্রুপ বীমা বলতে বোঝায় একটা স্ট্যান্ডার্ড গ্রুপের সকল সদস্য একটা গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমা পলিসির আওতায় কভার পান, গ্রুপের ব্যক্তিরা বীমাকারীর কাছে বিরুদ্ধ-বাছাই হতে পারেন না।

নিজেকে পরীক্ষার উত্তরসমূহ

উত্তর 1

সঠিক উত্তরটি হলো III

আন্ডাররাইটিং হলো ঝুঁকি নির্বাচন ও ঝুঁকির জন্য মূল্য নির্ধারণ।

উত্তর 2

সঠিক উত্তরটি হলো III

বীমাকারী ও বীমাকৃত উভয়কেই আন্ডাররাইটিংয়ে পরম বিশ্বাসের নীতি মেনে চলতে হয়।

উত্তর 3

সঠিক উত্তরটি হলো I

বীমাযোগ্য স্বার্থ বলতে বোঝায় এক ব্যক্তি যে সম্পত্তি বীমা করতে চলেছেন তার টাকা কড়ি সংক্রান্ত বা আর্থিক স্বার্থ এবং এই ধরনের সম্পত্তি কোনোভাবে নষ্ট হলে তাঁর যে আর্থিক লোকসান হতে পারে সেটাই।

উত্তর 4

সঠিক উত্তরটি হলো IV

সংখ্যাসূচক রেটিং পদ্ধতিতে ঝুঁকির প্রত্যেকটি উপাদানের সংখ্যাসূচক ও শতাংশের মূল্যায়ন হয়, তবে মেডিক্যাল আন্ডাররাইটিং পদ্ধতিতে এমনটা হয় না।

উত্তর 5

সঠিক উত্তরটি হলো IV

একটা গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমায় যখন একটা গ্রুপের সমস্ত সদস্যকে একটা গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমা পলিসির আওতায় কভার করা হয়, তখন গ্রুপের কেউই বীমাকারীর বিরুদ্ধ-বাছাই হতে পারেন না।

একইসঙ্গে কর্মচারী-নিয়োগকর্তা গ্রুপে বীমাকারী বিভিন্ন ধরনের গ্রুপকে গ্রুপ স্বাস্থ্য বীমার কভারেজ দিয়ে থাকে যেমন: শ্রমিক ইউনিয়ন, ট্রাস্ট ও সোসাইটি, পেশাদার সমিতি, ক্লাব ও অন্যান্য ভ্রাতৃত্বমূলক সংগঠন।

নিজেকে পরীক্ষার প্রশ্ন

প্রশ্ন 1

নিম্নলিখিত বিষয়গুলির মধ্যে কোনটি একজন ব্যক্তির রোগহারকে প্রভাবিত করে না?

I. লিঙ্গ

II. পতি বা পত্নীর চাকরি

III. অভ্যাস

IV. বাসস্থানের জায়গা

প্রশ্ন 2

ক্ষতিপূরণের নীতি অনুযায়ী বীমাকৃতকে পয়সা দেওয়া হয় ___________-এর জন্য।

I. বীমাকৃত রাশি পর্যন্ত প্রকৃত লোকসান

II. প্রকৃতপক্ষে কত খরচ হয়েছে তা নির্বিশেষেই বীমাকৃত রাশি

III. উভয় পক্ষের মধ্যে চুক্তিবদ্ধ একটা নির্দিষ্ট পরিমাণ অর্থ

IV. বীমাকৃত রাশি নির্বিশেষে প্রকৃত লোকসান

প্রশ্ন 3

আন্ডারারাইটারের জন্য একজন আবেদনকারী সম্পর্কে তথ্যের প্রথম ও প্রাথমিক উৎস হলো তাঁর ___________________

I. বয়সের প্রমাণপত্র

II. আর্থিক নথিপত্র

III. আগের মেডিক্যাল রেকর্ড

IV. প্রোপোজাল ফর্ম

প্রশ্ন 4

______________________ তবেই আন্ডারারাইটিং প্রক্রিয়া সম্পূর্ণ হয়।

I. প্রোপোজাল ফর্মের মাধ্যমে প্রস্তাবকের স্বাস্থ্য সম্পর্কিত ও ব্যক্তিগত বিবরণ সম্পর্কে সমস্ত গুরুত্বপূর্ণ তথ্য সংগৃহীত হলে

II. প্রস্তাবকের সমস্ত মেডিক্যাল পরীক্ষা সম্পূর্ণ হলে

III. প্রাপ্ত তথ্য সতর্কতার সঙ্গে মূল্যায়ন করে যথাযথভাবে ঝুঁকির শ্রেনীবিভাগ করা হলে

IV. ঝুঁকি নির্বাচন ও ঝুঁকির মূল্য নির্ধারণের পর প্রস্তাবককে পলিসি ইস্যু করা হয়।

প্রশ্ন 5

সংখ্যাসূচক রেটিং পদ্ধতি সম্পর্কে কোন বিবৃতিটি বেঠিক?

I. প্রশিক্ষিত কর্মীর সাহায্যে একটা বড় ব্যবসা সামলাতে দ্রুত গতি এনে দেয় সংখ্যাসূচক রেটিং পদ্ধতি

II. মেডিক্যাল বিশেষজ্ঞ ছাড়া সংখ্যাসূচক পয়েন্টের ভিত্তিতে কঠিন ও সন্দেহজনক কেসের আরো সতর্ক বিশ্লেষণ সম্ভব নয়

III. মেডিক্যাল সায়েন্সের নির্দিষ্ট জ্ঞান ছাড়াও কেউ এই পদ্ধতি ব্যবহার করতে পারেন।

IV. বিভিন্ন আন্ডাররাইটারে সিদ্ধান্তের মধ্যে এটাই সামঞ্জস্য রক্ষা করে।

নিজেকে পরীক্ষার উত্তরসমূহ

উত্তর 1

সঠিক উত্তরটি হলো II

তার পতি বা পত্নীর চাকরি কোনো ব্যক্তির রোগহারকে প্রভাবিত করে না, যদিও তাঁদের নিজের পেশা একটা গুরুত্বপূর্ণ বিষয় যা তাঁদের রোগহারকে প্রভাবিত করতে পারে।

উত্তর 2

সঠিক উত্তরটি হলো I

ক্ষতিপূরণের নীতি অনুযায়ী বীমাকৃত পয়সা দেওয়া হয় তাঁরপ্রকৃত লোকসান বা খরচের জন্য, তবে বীমাকৃত রাশি পর্যন্তই।

উত্তর 3

সঠিক উত্তরটি হলো IV

আন্ডারারাইটারের জন্য একজন আবেদনকারী সম্পর্কে তথ্যের প্রথম ও প্রাথমিক উৎস হলো তাঁর প্রোপোজাল ফর্ম বা আবেদন পত্র, যেখানে প্রস্তাবকের স্বাস্থ্য সম্পর্কিত ও ব্যক্তিগত বিবরণ সম্পর্কে গুরুত্বপূর্ণ তথ্য সংগৃহীত থাকে।

উত্তর 4

সঠিক উত্তরটি হলো III

প্রাপ্ত তথ্য সতর্কতার সঙ্গে মূল্যায়ন করে যথাযথভাবে ঝুঁকির শ্রেনীবিভাগ করা হলে তবেই আন্ডারারাইটিং প্রক্রিয়া সম্পূর্ণ হয়।

উত্তর 5

সঠিক উত্তরটি হলো II

কঠিন বা সন্দেহজনক কেসের আরো সতর্ক বিশ্লেষণ সম্ভব হয় সংখ্যাসূচক রেটিং পদ্ধতির মাধ্যমে কারণ সন্দেহজনক পয়েন্টের সঙ্গে অতীতের অভিজ্ঞতা একটা জ্ঞাত স্ট্যান্ডার্ড ও শেডিংয়ের পরিভাষায় সংখ্যাসূচকভাবে প্রকাশ করা হয়।

অধ্যায় 10

স্বাস্থ্য বীমার ক্লেইম

অধ্যায়ের ভুমিকা

এই অধ্যায়ে আমরা স্বাস্থ্য বীমায় ক্লেইম ব্যবস্থাপনা প্রক্রিয়া, প্রয়োজনীয় নথিপত্র ও ক্লেইম আটকে রাখার প্রক্রিয়া নিয়ে আলোচনা করবো। এছাড়াও এখানে আমরা ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বীমার অধীনে ক্লেইম ব্যবস্থাপনার দিকটাও দেখবো এবং টিপিএ-র ভূমিকাও বুঝবো।

শিক্ষার ফলাফল

A. বীমায় ক্লেইম ব্যবস্থাপনা
B. স্বাস্থ্য বীমার ক্লেইমের ব্যবস্থাপনা
C. স্বাস্থ্য বীমা ক্লেইমের দলিল রচনা
D. ক্লেইম আটকে রাখা
E. ক্লেইম ব্যবস্থাপনা: ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা
F. থার্ড পার্টি অ্যাডমিনিস্ট্রেটরের ভূমিকা (টিপিএ)
G. ক্লেইম ব্যবস্থাপনা – বিদেশ সফর বীমা

এই অদ্যায় পড়ার পর আপনি সক্ষম হবেন:

a) বীমা ক্লেইমে বিভিন্ন স্টেকহোল্ডার সম্পর্কে ব্যাখ্যা দিতে
b) স্বাস্থ্য বীমার ক্লেইমের কীভাবে ব্যবস্থাপনা হবে তার ব্যাখ্যা দিতে
c) স্বাস্থ্য বীমার ক্লেইমের নিষ্পত্তির জন্য প্রয়োজনীয় বিভিন্ন নথিপত্র নিয়ে আলোচনা করতে
d) বীমাকারী কীভাবে ক্লেইম আটকে রাখেন তা আলোচনা করতে
e) ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা ক্লেইম নিয়ে আলোচনা করতে
f) টিপিএ-র ভূমিকা ও ধারণা বুঝতে

A. *বীমায় ক্লেইমের ব্যবস্থাপনা*

বীমা যে একটা '**প্রতিশ্রুতি**' এবং পলিসি হলো একটা সেই প্রতিশ্রুতির '**সাক্ষী**' একথাটা খুব ভালোভাবেই বোঝা যায়। কোনো বীমাকৃত ঘটনা ঘটে যাওয়ার ফলে পলিসির অধীনে ক্লেইমটাই হলো সেই প্রতিশ্রুতির প্রকৃত পরীক্ষা। একজন বীমাকারীর কত ভালো কার্যকর, তার মূল্যায়ন করা হয় তিনি তার ক্লেইমের প্রতিশ্রুতি কতটা ভালোভাবে রেখেছেন তার উপর। বীমায় রেটিংয়ে অন্যতম মূল বিষয় হলো বীমা কোম্পানির ক্লেইম পরিশোধের ক্ষমতা।

1. ক্লেইম প্রক্রিয়ায় স্টেকহোল্ডাররা

ক্লেইমের ব্যবস্থাপনা করা হয় তা দেখার আগে আমাদের বোঝা দরকার ক্লেইম প্রক্রিয়ায় আগ্রহী পক্ষ কারা।

Diagram 1: ক্লেইম প্রক্রিয়ায় স্টেকহোল্ডার

ক্রেতা	বীমাটা যিনি কেনেন তিনিই হলেন প্রথম স্টেকহোল্ডার এবং 'ক্লেইমের প্রাপক'।
মালিক	'ক্লেইমের প্রদাতা' হিসেবে বীমা কোম্পানির মালিকদের একটা বড় স্টেক থাকে। বেশিরভাগ ক্ষেত্রেই পলিসি হোল্ডারদের তহবিল থেকেই যদি ক্লেইমগুলি মেটানো হয়ে থাকে তাহলে তারাই প্রতিশ্রুতি রক্ষা করতে দায়বদ্ধ থাকে।
আন্ডাররাইটার	একটা বীমা কোম্পানি ও সমস্ত বীমাকারীর আন্ডাররাইটারদেরই দায়িত্ব থাকে ক্লেইম বোঝা ও বীমা পণ্যের ডিজাইন করা, পলিসির শর্ত, দামের বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়া।

নিয়ন্ত্রক	নিয়ন্ত্রক (ইনসুরেন্স রেগুলেটরি অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি অব ইন্ডিয়া) হলো তার উদ্দেশ্য পূরণে একজন মূল স্টেকহোল্ডার: ✓ বীমা পরিবেশে ক্রম বজায় রাখা ✓ পলিসি হোল্ডারদের স্বার্থ রক্ষা ✓ বীমাকারী দীর্ঘমেয়াদী আর্থিক স্বাস্থ্য রক্ষা
থার্ড পার্টি অ্যাডমিনিস্ট্রেটর	পরিষেবা মধ্যস্থতাকারী যারা স্বাস্থ্য বীমার ক্লেইম প্রক্রিয়া করেন তারা থার্ড পার্টি অ্যাডমিনিস্ট্রেটর নামে পরিচিত।
বীমা এজেন্ট / ব্রোকার	বীমা এজেন্ট / ব্রোকাররা কেবলমাত্র পলিসিই বিক্রিই করেন না, ক্লেইমের ক্ষেত্রে তাঁরাই ক্রেতাকে পরিষেবা দেবেন, এটাই আশা করা হয়।
সরবরাহকারী / হাসপাতাল	ক্রেতা যাতে মসৃণভাবে ক্লেইম পেয়ে যান তারা এটাই নিশ্চিত করে বিশেষ করে যেখানে হাসপাতালটা টিপিএ-র প্যানেলে থাকে সেখানে ক্যাশলেস হাসপাতাল খরচ দেওয়ার জন্য।

এইভাবে ক্লেইম ভালোভাবে সামলানো মানে হলো ক্লেইমের সঙ্গে সম্পর্কযুক্ত প্রত্যেক স্টেকহোল্ডারের উদ্দেশ্য সামলানো। অবশ্যই এই উদ্দেশ্যগুলির কয়েকটির মধ্যে পারস্পরিক সংঘাত হতেই পারে।

2. বীমা কোম্পানিতে ক্লেইম ব্যবস্থাপনার ভূমিকা

বীমা শিল্প সংক্রান্ত তথ্য অনুযায়ী ''বিভিন্ন বীমাকারীর স্বাস্থ্য বীমা সংক্রান্ত লোকসানের অনুপাত 65% থেকে 120%-র মধ্যে থাকে, যেখানে বাজারের বড় অংশ পরিচালিত হয় 100%-র বেশি লোকসান অনুপাতে''। স্বাস্থ্য বীমা ব্যবসায় বেশিরভাগ কোম্পানিই লোকসান করে।

তার মানে কোম্পানি ও পলিসিহোল্ডারদের আরো ভালো ফলাফল আনতে একটা জোরদার আন্ডাররাইটিং অনুশীলন ও ক্লেইমের দক্ষ ব্যবস্থাপনার একটা চাহিদা রয়েছে।

নিজেকে যাচাই 1

নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে কোনটি বীমা ক্লেইম প্রক্রিয়ার একজন স্টেকহোল্ডার নন?

I. বীমা কোম্পানির শেয়ারহোল্ডার

II. মানব সম্পদ বিভাগ

III. নিয়ন্ত্রক

IV. টিপিএ

B স্বাস্থ্য বীমা ক্লেইমের ব্যবস্থাপনা

1. স্বাস্থ্য বীমায় চ্যালেঞ্জগুলি

স্বাস্থ্য বীমা পোর্টফোলিওর অদ্ভুত বৈশিষ্ট্যগুলি গভীরভাবে বোঝা খুবই গুরুত্বপূর্ণ যাতে স্বাস্থ্য ক্লেইমগুলির দক্ষতার সাথে ব্যবস্থাপনা করা যায়। এগুলি হলো :

a) বেশিরভাগ পলিসিই হলো হাসপাতালে ভর্তির জন্য ক্ষতিপূরণ যেখানে কভারকৃত বিষয় হলো একজন মানুষ। তাই এর সঙ্গে আবেগের বিষয়ও জড়িয়ে থাকে, অন্য ধরনের বীমায় সাধারণত যা থাকে না।

b) ভারতে রোগ, তার চিকিৎসার মনোভাব ও ফলো আপের ধরনটা খুবই অদ্ভুত। এখানে কিছু মানুষ যেমন তাঁদের রোগ ও চিকিৎসা নিয়ে মোটেই চিন্তিত নন আবার কেউ কেউ অতিরিক্ত সতর্ক।

c) স্বাস্থ্য বীমা একজন ব্যক্তি কিনতে পারেন, কর্পোরেট সংস্থার মতো একটা গ্রুপ অথবা একটা ব্যাঙ্কের মতো খুচরো বিক্রয় চ্যানেলের মাধ্যমেও কেনা যায়। এর ফলে পণ্যটা একদিকে একটা স্ট্যান্ডার্ড পণ্যের মতোও বিক্রি হয় আবার ক্রেতার পছন্দের চাহিদা মতো কাটছাঁট করা হয়ে থাকে।

d) পলিসির অধীনে ক্লেইম করার জন্য হাসপাতালে ভর্তি করার উপর নির্ভর করে স্বাস্থ্য বীমা। তবে উপলব্ধতা, স্পেসালাইজেশন, চিকিৎসার পদ্ধতি, বিলিংয়ের ধরন ও সমস্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী, তা চিকিৎসক, সার্জেন বা হাসপাতাল যাই হোক, এগুলির মধ্যে বিরাট পার্থক্য থাকে, এগুলিই ক্লেইম মূল্যায়নের ক্ষেত্রে খুবই কঠিন হয়ে যায়।

e) স্বাস্থ্য পরিষেবা ক্ষেত্রটি দ্রুত গতিতে উন্নতি করছে। নতুন নতুন রোগ বা পরিস্থিতি যেমন তৈরি হচ্ছে তেমনই ফলস্বরূপ নতুন নতুন চিকিৎসা পদ্ধতিরও বিকাশ ঘটছে। এরই উদাহরণ হলো কী-হোল সার্জারি, লেজার চিকিৎসা প্রভৃতি।
এটাই স্বাস্থ্য বীমাকে আরো টেকনিকাল বানিয়ে দিচ্ছে এবং এই ধরনের পদ্ধতির জন্য বীমার ক্লেইম সামলানোর দক্ষতাকেও ধারাবাহিক বিকাশ ঘটানো জরুরী হয়ে পড়ছে।

f) এই সমস্ত বিষয়ের থেকেও বেশি, বাস্তবটা হলো একটা মানবদেহ স্ট্যান্ডার্ডভাবে একটা সম্পূর্ণ নতুন আঙ্গিক যোগ করতে পারে না। একই অসুখের জন্য একই চিকিৎসায় দুজন লোক আলাদা আলাদা রকম সাড়া দেবে অথবা তাঁদের আলাদা আলাদা চিকিৎসা দরকার হবে অথবা তাঁদের হাসপাতালে ভর্তি থাকার মেয়াদ আলাদা আলাদা হবে।

স্বাস্থ্য বীমার পোর্টফোলিও দ্রুত বাড়ছে। এই ধরনের দ্রুত বিকাশের চ্যালেঞ্জ হলো বিপুল সংখ্যক পণ্য। বাজারে এখন শয়ে শয়ে স্বাস্থ্য বীমা পণ্য রয়েছে এবং এমনকি কেউ এক একটা কোম্পানিরই আলাদা আলাদা বহু পণ্য পেতে পারে। প্রত্যেকটা পণ্য ও তার বিকল্পগুলির নিজস্ব বিশেষত্ব রয়েছে এবং তাই একটা ক্লেইম সামলানোর আগে এগুলি ভালো করে দেখে নেওয়া দরকার।

স্বাস্থ্য পোর্টফোলিওর বিকাশও সংখ্যার চ্যালেঞ্জ নিয়ে হাজির হয়েছে - খুচরো ক্রেতাদের 100,000 স্বাস্থ্য পলিসি বিক্রি করে একটা কোম্পানি বলা যায় 300,000 সদস্যকে এই পলিসিগুলির আওতায় নিয়ে এসেছে, যার জন্য সেই কোম্পানিকে অন্ততপক্ষে প্রায় 20,000 ক্লেইমের পরিষেবা দেওয়ার জন্য তৈরি থাকতে হবে! ক্যাশলেস পপরিষেবার প্রত্যাশা অনুযায়ী ক্লেইমের দ্রুত মীমাংসা, স্বাস্থ্য বীমা ক্লেইম ডিপার্টমেন্টে সঙ্ঘবদ্ধ করা একটা উল্লেখযোগ্য চ্যালেঞ্জ।

সাধারণত ভারতে লেখা স্বাস্থ্য বীমা পলিসিগুলি দেশের মধ্যে যে কোনো জায়গায় হাসপাতালে ভর্তিকে কভার করে। যে টিমটা ক্লেইম সামলায় তাদের অবশ্যই দেশজুড়ে কীভাবে কাজ হয় সেটা বুঝতে হবে যাতে উপস্থাপিত ক্লেইমের সঠিকভাবে মূল্যায়ন করা সম্ভব হয়।

দক্ষতা, অভিজ্ঞতা ও তাঁর কাছে থাকা বিভিন্ন সরঞ্জাম দিয়ে হেল্থ ক্লেইম ম্যানেজাররা এই চ্যালেঞ্জগুলির মোকাবিলা করেন।

চূড়ান্ত বিশ্লেষণে, যার সাহায্য দরকার এবং যাঁর নিজের বা তাঁর পরিবারের কারোর অসুস্থতার জন্য যিনি শারীরিক ও মানসিকভাবে চাপের মধ্যে থাকেন তাঁকে সন্তুষ্টি দিতে পারে স্বাস্থ্য বীমা।

দক্ষ ক্লেইম ব্যবস্থাপনা এটাই নিশ্চিত করে যে সঠিক ক্লেইমটা সঠিক মানুষকে সঠিক সময়ে দেওয়া হচ্ছে।

2. স্বাস্থ্য বীমায় ক্লেইম প্রক্রিয়া

একটা ক্লেইমের পরিষেবা দিয়ে থাকে হয় বীমা কোম্পানি নিজেই বা সেই বীমা কোম্পানির অনুমোদিত একটি থার্ড পার্টি অ্যাডমিনিস্ট্রেটর (টিপিএ)-র পরিষেবার মাধ্যমে।

যে সময় থেকে একটা ক্লেইম বীমাকারী / টিপিএ-র কাছে জানানো হয় সেই থেকে পলিসির শর্ত অনুযায়ী যে সময়ে পেমেন্ট দেওয়া হয় সেই পর্যন্ত স্বাস্থ্য ক্লেইমটি একটা সুনির্দিস্ট ধাপের মধ্য দিয়ে যায়, যার প্রত্যেকটিরই নিজস্ব প্রাসঙ্গিকতা রয়েছে।

নিচে যে প্রক্রিয়াগুলির বিস্তারিত বিবরণ দেওয়া হয়েছে সেগুলি স্বাস্থ্য বীমা (হাসপাতালে ভর্তির জন্য) ক্ষতিপূরণ পণ্যে নির্দিষ্ট উল্লেখ রয়েছে যা স্বাস্থ্য বীমা ব্যবসার বড় অংশ তৈরি করে।

স্থায়ী সুবিধা পণ্য বা জটিল ব্যাধি বা ডেইলি ক্যাশ পণ্যের অধীনে একটা পণ্যের জন্য সাধারণ প্রক্রিয়া ও সহযোগী নথিপত্র একেবারেই একইরকম হবে, ব্যতিক্রমটা হলো ক্যাসলেস ফেসিলিটির ক্ষেত্রে এই ধরনের পণ্যগুলি নাও আসতে পারে।

একটা ক্ষতিপূরণ পলিসির অধীনে ক্লেইম হতে পারে:

a) **ক্যাশলেস ক্লেইম**

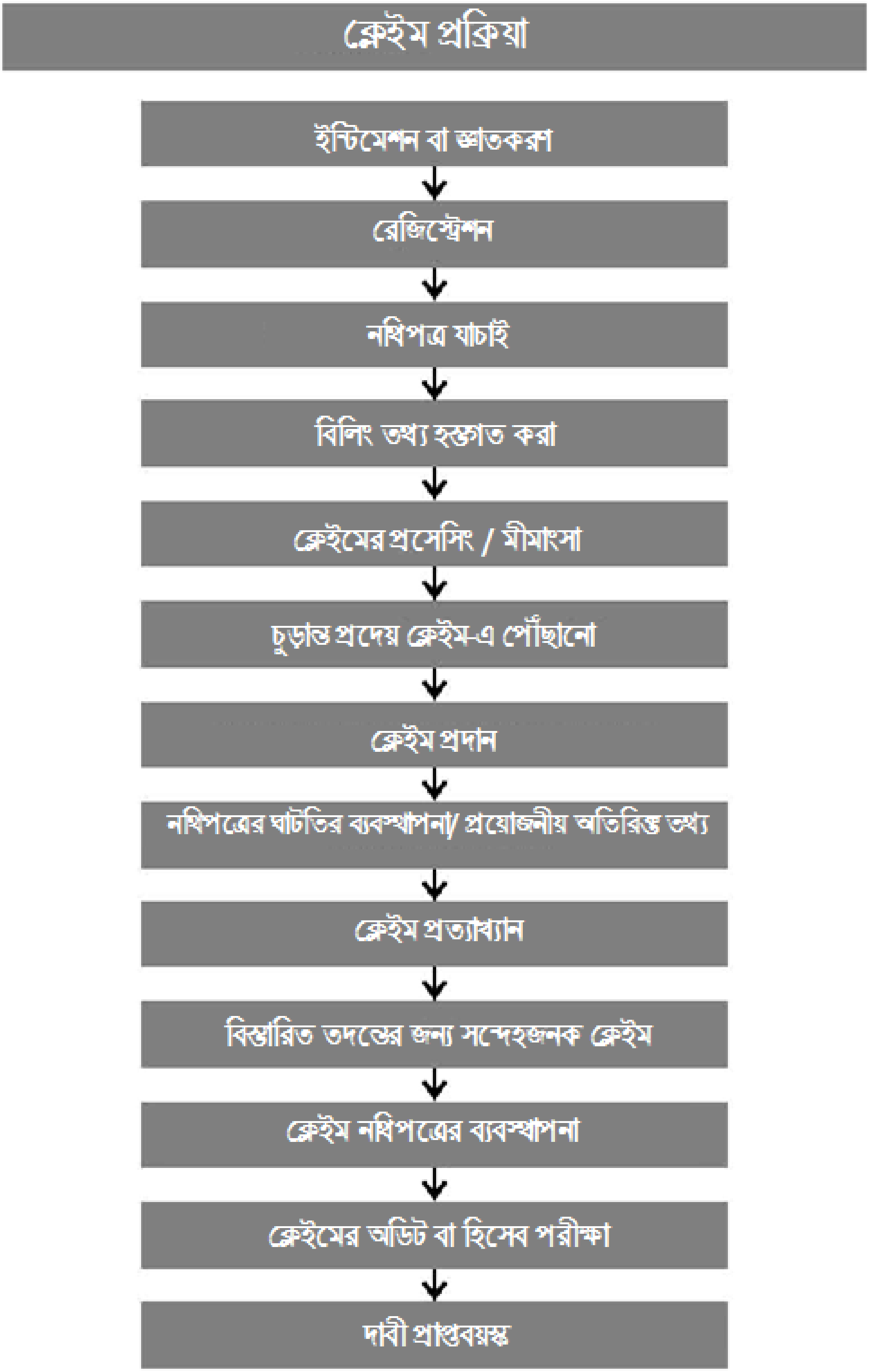
   হাসপাতালে ভর্তি বা চিকিৎসার সময় ক্রেতাকে খরচ দিতে হয় না। বীমাকারী/টিপিএ-র প্রাক-অনুমোদনের ভিত্তিতে নেটওয়ার্কে থাকা হাসপাতালে পরিষেবা দিয়ে থাকে এবং ক্লেইমের মীমাংসার জন্য বীমাকারী/টিপিএ-র কাছে নথিপত্র পেশ করে।

b) **ক্লেইম পরিশোধ**

   ক্রেতা তাঁর নিজস্ব সম্পদ থেকে হাসপাতালকে অর্থ দেয় এবং গ্রাহ্য ক্লেইমের পরিশোধের জন্য বীমাকারী/টিপিএ-র কাছে তাঁর ক্লেইম ফাইল করেন।

উভয় ক্ষেত্রেই মৌলিক ধাপগুলি একই থাকে।

চিত্র 2: ক্লেইম প্রক্রিয়ায় বিস্তৃতভাবে নিম্নলিখিত ধাপগুলি রয়েছে (একেবারে সঠিক ক্রমে নয়)



a) **ইন্টিমেশন বা অনুবেদন**

ক্লেইম ইন্টিমেশনই হলো ক্রেতা ও ক্লেইম টিমের মধ্যে সংযোগের প্রথম নিদর্শন। ক্রেতা কোম্পানিকে আগে থেকে জানাতে পারেন যে তিনি হাসপাতালে ভর্তি হতে যাচ্ছেন অথবা হাসপাতালে ভর্তি হয়ে যাওয়ার পরও সেটা জানাতে পারেন, বিশেষ করে কোনো হাসপাতলে আপৎকালীন ভর্তি হতে হলে।

সাম্প্রতিক সময় পর্যন্ত, একটা ক্লেইমের ক্ষেত্রে ইন্টিমেশনের কাজটা ছিল একটা আনুষ্ঠানিক ব্যাপার। সম্প্রতি যদিও যত শীঘ্র সম্ভব এই ইন্টিমেশন করাটাকেই অভ্যাসে পরিণত করতে জোর দেওয়া হচ্ছে। সাধারণত পরিকল্পিত ভর্তির ক্ষেত্রে হাসপাতালে ভর্তির আগেই এটা করা দরকার এবং আপৎকালীন ক্ষেত্রে হাসপাতালে ভর্তির 24ঘন্টার মধ্যে এটা করতে হয়।

হাসপাতালে ভর্তির সমপর্কে সময় মতো তথ্য পাওয়া গেলে ক্রেতার হাসপাতালে ভর্তিটা আসল কিনা তা খতিয়ে দেখতে টিপিএ/বীমাকারী সুবিধা হয় এবং সেখানে কোনো ছদ্মবেশিতা বা জালিয়াতি হয় না এবং কখনও কখনও চার্জ নিয়েও দর কষাকষি করা যায়।

আগেই ইন্টিমেশন বলতে বোঝায় 'একটা চিঠি লিখে, সাবমিট করে ও প্রাপ্তিস্বীকার করে' বা ফ্যাক্স করে।

b) **রেজিস্ট্রেশন**

ক্লেইমের রেজিস্ট্রেশন হলো ক্লেইমটাকে সিস্টেমে ঢোকানোর একটা প্রক্রিয়া এবং এর জন্য একটা রেফারেন্স নম্বর তৈরি করা যা দিবে যে কোনো সময় ক্লেইমটা খুঁজে পাওয়া যায়। এই নম্বরটাকে বলে ক্লেইম নম্বর, ক্লেইম রেফারেন্স নম্বর বা ক্লেইম কন্ট্রোল নম্বর। ক্লেইম নম্বর নিউমেরিক হতে পারে আবার আলফা-নিউমেরিকও হতে পারে, সেটা সিস্টেমের উপর নির্ভর করে এবং প্রসেসিং অর্গানাইজেশন যে প্রক্রিয়া ব্যবহার করছে তার উপর নির্ভর করে।

রেজিস্ট্রেশন ও একটা রেফারেন্স নম্বর জেনারেট করা সাধারণত করা ক্লেইম ইন্টিমেশন পাওয়ার পরই এবং সঠিক পলিসি নম্বর ও বীমাকৃত ব্যক্তির বিস্তারিত বিবরণের সঙ্গে মিললে তবেই।

সিস্টেমে একবার ক্লেইমটা রেজিস্টার্ড হয়ে গেলে সাথেসাথেই বীমাকারীর অ্যাকাউন্টে সেই ক্লেইমের জন্য একটা রিজার্ভ বা ভান্ডার তৈরি করা হয়। ইন্টিমেশন বা রেজিস্ট্রেশনের সময়ে সঠিক ক্লেইম অ্যামাউন্ট বা আনুমানিক হিসেবটা নাও জানা যেতে পারে। প্রারম্ভিক রিজার্ভ অ্যামাউন্টটা তাই একটা স্ট্যান্ডার্ড রিজার্ভ হয় (বেশিরভাগ ক্ষেত্রেই অতীতের গড় ক্লেইমের হিসেবে)। দায়বদ্ধতার অনুমিত বা প্রত্যাশিত অ্যামাউন্টটা জানা গেলেই রিজার্ভটাকে কমিয়ে বা বাড়িয়ে তার জন্য সংশোধন করা হয়।

c) **নথিপত্র যাচাই**

ক্লেইম একবার নথিবদ্ধ হয়ে গেলে পরবর্তী ধাপ হলো প্রসেসিংয়ের জন্য জরুরী সমস্ত নথিপত্রের প্রাপ্তি হয়েছে কিনা তা পরীক্ষা করে দেখা।

অবশ্যই সঠিকভাবে মূল্যায়ন করতে হবে যে ক্লেইমটা প্রসেস হবে তার জন. নিম্নলিখিতগুলি সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ আবশ্যিক:

1. অসুস্থতার প্রমাণপত্র
2. প্রদত্ত চিকিৎসা

3. ইন-পেশেন্টের মেয়াদ
4. ইনভেস্টিগেশন রিপোর্ট
5. হাসপাতালকে করা পেমেন্ট
6. চিকিৎসার জন্য পরবর্তী পরামর্শ
7. প্রতিস্থাপন প্রভৃতির ক্ষেত্রে পেমেন্টের প্রমাণপত্র

নথিপত্রগুলির যাচাইয়ের জন্য একটা চেকলিস্ট তাকে যেটা ক্লেইম প্রসেসর পরীক্ষা করেন। বেশিরভাগ কোম্পানিই নিশ্চিত করে যে এই ধরনের চেকলিস্টগুলি হলো ডকুমেন্টেশন প্রসেসিংয়েরই অংশ।

এই পর্যায়েই না-পাওয়া ডকুমেন্টকে চিহ্নিত করা হয়- যাতে এই পয়েন্টেই ক্রেতা বা হাসপাতালের না পেশ করা ডকুমেন্টগুলি চেয়ে পাঠানো যেতে পারে, বেশিরভাগ কোম্পানিই প্রথমে পেশ করা সমস্ত ডকুমেন্টগুলি খতিয়ে দেখে তারপর অতিরিক্ত তথ্য চেয়ে পাঠায় যাতে ক্রেতার অসুবিধা না হয়।

d) **বিলিং তথ্য করায়ত্ত**

ক্লেইম প্রক্রিয়া চক্রের একটা গুরুত্বপূর্ণ অংশ হলো বিলিং। সাধারণ স্বাস্থ্য বীমা পলিসিগুলি বিভিন্ন খাতে নির্দিষ্ট সীমার মধ্যে চিকিৎসার জন্য খরচের ক্ষতিপূরণ দেয়। চিকিৎসার চার্জগুলিকে ভাগ করার স্ট্যান্ডার্ড অভ্যাসটা হলো:

✓ রেজিস্ট্রেশন ও সার্ভিস চার্জ সহ রুম, বোর্ড ও নার্সিংয়ের খরচ।
✓ আইসিইউ বা কোনো ইন্টেনসিভ কেয়ার অপারেশনের চার্জ।
✓ অপারেশন থিয়েটার চার্জ, অ্যানেস্থেসিয়া, রক্ত, অক্সিজেন, অপারেশন থিয়েটার চার্জ, সার্জিকাল অ্যাপ্লায়েন্স, মেডিসিন ও ড্রাগস, রোগনির্ণয়ের উপাদান ও এক্স-রে, ডায়ালিসিস, কেমোথেরাপি, রেডিওথেরাপি, পেসমেকারের খরচ, কৃত্রিম অঙ্গ ও অস্ত্রোপচারের অবিচ্ছেদ্য অংশ হিসেবে কোনো মেডিক্যাল খরচ;
✓ সার্জেন, অ্যানাস্থেসিস্ট, মেডিক্যাল প্র্যাক্টিশনার, কনসাল্টেন্ট, স্পেশালিস্টের ফি
✓ অ্যাম্বুলেন্স চার্জ
✓ রক্ত পরীক্ষা, এক্স-রে, স্ক্যান প্রভৃতি সহ ইনভেস্টিগেশন চার্জ
✓ মেডিসিন ও ড্রাগ

ক্রেতার পেশ করা নথিপত্রগুলি পরীক্ষা করা হয় সেখান থেকে এই খাতের আওতায় তথ্যগুলি বের করার জন্য যাতে ক্লেইমের মীমাংসাটা নিখুঁতভাবে করা যায়।

হাসপাতালগুলির বিলিং প্যাটার্নটার স্ট্যান্ডার্ডাইজ করার চেষ্টা যদিও চলছে তবে প্রত্যেক হাসপাতালের ক্ষেত্রে বিলিংয়ের পদ্ধতিটা আলাদা হওয়া খুব স্বাভাবিক এবং এতে যে চ্যালেঞ্জগুলির মুখে পড়তে হয় সেগুলি হলো:

✓ রুম চার্জের মধ্যে কিছু অ-প্রদেয় আইটেম থাকতে পারে যেমন সার্ভিস চার্জ বা ডায়েট
✓ সিঙ্গল বিলে বিভিন্ন খাত অন্তর্ভুক্ত হতে পারে অথবা সমস্ত ইনভেস্টিগেশন বা সমস্ত ওষুধের জন্য একটা এককালীন বিল
✓ নন-স্ট্যান্ডার্ড নাম ব্যবহৃত হয় যেমন নার্সিং চার্জকে সার্ভিস চার্জ বলা হয়ে থাকে

- ✓ বিলের মধ্যে ''সিমিলার চার্জ'', ''প্রভৃতি'', ''অ্যালায়েড এক্সপেন্স''-এর মতো শব্দের ব্যবহার

বিলিং যেখানে স্পষ্ট নয়, প্রসেসর সেক্ষেত্রে ব্রেক আপ বা অতিরিক্ত তথ্য চাইতে পারেন, যাতে শ্রেণীবিভাগ ও গ্রাহ্যতার ব্যাপারে সন্দেহ কাটানো যায়।

এই বিষয়টার মোকাবিলায় আইআরডিএআই হেল্থ ইনসুরেন্স স্ট্যান্ডার্ডাইজেশন গাইডলাইন ইস্যু করেছে যেখানে এই ধরনের বিলগুলি ও অ-প্রদেয় আইটেমগুলির তালিকা স্ট্যান্ডার্ডাইজ করা হয়েছে।

প্যাকেজ রেট

নির্দিষ্ট রোগের চিকিৎসার জন্য বহু হাসপাতালেরই সম্মত প্যাকেজ রেট থাকে। এটা প্রসিডিওর চিকিৎসার স্ট্যান্ডার্ডাইজ করতে ও সম্পদ ব্যবহার করতে হাসপাতালের সামর্থ্যের ভিত্তিতে হয়। সাম্প্রতিক কালে পছন্দের প্রোভাইডার নেটওয়ার্কে চিকিৎসা করাতে এবং আরএসবিওয়াই-এর ক্ষেত্রে বহু প্রক্রিয়ারই প্যাকেজ খরচ পূর্ব-নির্ধারিত।

উদাহরণ

a) কারডিয়াক প্যাকেজ : অ্যাঞ্জিওগ্রাম, অ্যাঞ্জিওপ্লাস্টি, সিএবিজি অথবা ওপেন হার্ট সার্জারি প্রভৃতি
b) গায়নোকোলজিকাল প্যাকেজ: স্বাভাবিক প্রসব, সিজারিয়ান প্রসব, হিস্টেরেক্টমি প্রভৃতি
c) অর্থোপেডিক প্যাকেজ
d) অপথ্যালমোলজিকাল প্যাকেজ

অস্ত্রোপচারের পর জটিলতার কারণে অতিরিক্ত খরচ আলাদাভাবে প্রকৃত খরচের সাপেক্ষে চার্জ করা হয় যদি তা প্যাকেজের মধ্যেই থাকে বা তার বেশি হয়ে যায়।

প্যাকেজে খরচের নিশ্চয়তার সুবিধা রয়েছে এবং প্রক্রিয়াগুলির স্ট্যান্ডার্ডাইজেশনের সুবিধা থাকে ফলে এই ধরনের ক্লেইম সামলানো সহজতর হয়।

e) **ক্লেইমের কোডিং**

সবচেয়ে বেশি ব্যবহৃত গুরুত্বপূর্ণ কোড সেটটি হলো ওয়ার্ল্ড হেল্থ অর্গানাইজেশন (হু)-র তৈরি **ইন্টারন্যাশনাল ক্লাসিফিকেশন অব ডিজিজি (আইসিডি) কোড।**

আইসিডি যেখানে ব্যবহৃত হয় একটা স্ট্যান্ডার্ডাইজড ফরম্যাট, প্রসিডিওর কোডে রোগকে ক্যাপচার করতে, যেমন **কারেন্ট প্রসিডিওর টার্মিনোলজি (সিপিটি) কোডগুলি** রোগের চিকিৎসায় যে প্রক্রিয়াগুলি করা হয় সেগুলিকে ক্যাপচার করে।

বীমাকারীদের ক্রমশই নির্ভরতা বাড়ছে কোডিং ও ইনসুরেন্স ইনফরমেশন বুরো (আইআইবি)-র উপর, যা হলো ইনসুরেন্স রেগুলেটারি অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অথরিটি (আইআরডিএআই)-র অংশ। আইআইবি একটা তথ্য ব্যাঙ্ক শুরু করেছে যেখানে এই ধরনের তথ্য বিশ্লেষণ করা যেতে পারে।

f) **ক্লেইমের প্রসেসিং**

স্বাস্থ্য বীমা পলিসিটি একবার পড়লেই দেখা যায় যে এটা হলো একটা বাণিজ্যিক চুক্তি, এর সঙ্গে বেশ কিছু মেডিক্যাল পরিভাষা জড়িত যা নির্ধারণ করে ক্লেইমটা প্রদেয় হবে কি হবে না এবং কতটা হবে। যে কোনো বীমা পলিসির ক্লেইম প্রসেসিংয়ের অন্তরটি থাকে দুটি মূল প্রশ্নের জবাবের মধ্যে:

- ✓ পলিসির আওতায় ক্লেইমটা কি প্রদেয়?
- ✓ যদি হয়, তাহলে মোট প্রদেয়র পরিমাণ কী?

এই প্রশ্নগুলির প্রত্যেকটার জন্য ইস্যু করা পলিসির এক গুচ্ছ শর্তাবলী বোঝা দরকার পাশপাশি একটা নেটওয়ার্ক হাসপাতালে চিকিৎসা হয়ে থাকলে হাসপাতালের সঙ্গে সম্মত হার অনুযায়ী কিনা।

একটা ক্লেইমের গ্রাহ্যতা

একটা স্বাস্থ্য ক্লেইমকে গ্রাহ্য হতে হলে নিম্নলিখিত শর্তগুলি অবস্যই পূরণ করতে হবে।

i. হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন যে সদস্য তাঁকে অবশ্যই বীমা পলিসির অধীনে কভারকৃত হতে হবে

এটা দেখে খুব সরল মনে হলেও, আমরা এমন অনেক পরিস্থিতি দেখেছি যেখানে কভারকৃত ব্যক্তির নাম (এবং বহু ক্ষেত্রেই বয়স) এবং হাসপাতালে ভর্তি হওয়া ব্যক্তির সঙ্গে মিলছে না। এমনটা হতে পারে কারণ:

এটা খুবই গুরুত্বপূর্ণ যে পলিসির আওতায় কভারকৃত ব্যক্তি ও হাসপাতালে ভর্তি হওয়া ব্যক্তি যেন একই হন। স্বাস্থ্য বীমায় এই ধরনের জালিয়াতি খুবই সাধারণ।

ii. বীমার মেয়াদের মধ্যে রোগীর ভর্তি

iii. হাসপাতাল সংজ্ঞা

হাসপাতাল যেখানে মানুষকে ভর্তি করা হয়েছে সেটা যেন পলিসির অধীনে ''হসপিটাল বা নার্সিং হোম''-এর সংজ্ঞা অনুযায়ী হয়, অন্যথায় ক্লেইম প্রদেয় হয় না।

iv. ডোমিসিলিয়ারি হসপিটালাইজেশন

কিছু পলিসিতে ডোমিসিলিয়ারি হসপিটালাইজেশনকে কভার দেয় অর্থাৎ ভারতে বাড়িতে থেকে চিকিৎসা নেওয়া, তবে 3 দিনের বেশি মেয়াদের জন্য এমন একটা রোগের কারণে সাধারণত যার জন্য হাসপাতাল/নার্সিং হোমে চিকিৎসা করাতে হয়।

একটা পলিসিতে কভার করা থাকলে ডোমিসিলিয়ারি হসপিটালাইজাইশেন কেবলমাত্র প্রদেয় হয় যদি:

- ✓ রোগীর অবস্থা এমন হয় যে তাঁকে হাসপাতাল বা নার্সিংহোমে সরানো যাচ্ছে না
- ✓ হাসপাতাল বা নার্সিংহোমে জায়গা না থাকায় রোগীকে সেখানে নিয়ে যাওয়া যায়নি

v. হাসপাতালে থাকার মেয়াদ

স্বাস্থ্য বীমা পলিসিগুলি সাধারণত ইন-পেশেন্ট হিসেবে 24 ঘন্টার বেশি হাসপাতালে থাকাকে কভার করে। তাই ডিসচার্জের পাশাপাশি হাসপাতলে ভর্তির তারিখ ও সময় গুরুত্বপূর্ণ হয়ে গেছে কারণ এই শর্ত পূরণ হয়েছে কিনা তা দেখার জন্য।

ডে-কেয়ার ট্রিটমেন্ট

স্বাস্থ্য পরিষেবা শিল্পে প্রযুক্তির বিকাশের সাথে সাথে অনেক জটিল প্রক্রিয়ায় এখন সরল হয়ে গেছে, আগে হয়তো যার জন্য দীর্ঘদিন ধরে হাসপাতলে ভর্তি থাকতে হতো ও জটিল প্রক্রিয়ার দরকার পড়তো। আজকাল ডে কেয়ার ভিত্তিতেই অনেক প্রক্রিয়া করে ফেলা যাচ্ছে, 24 ঘন্টার বেশি হাসপাতালে না রেখেই।

বেশিরভাগ ডে কেবার প্রক্রিয়া হয় পূর্ব-সম্মত প্যাকেজ রেটের ভিত্তিতে, ফলত খরচের বাঁধা-ধরা ব্যাপার থাকে।

vi. ওপিডি

কিছুতে পলিসিতে আউট-পেশেন্ট হিসেবে নেওয়া চিকিৎসা/কনসাল্টেশানকে কভার করে, তবে একটা নির্দিষ্ট বীমাকৃত রাশি পর্যন্তই যা সাধারণত হাসপাতালে ভর্তির বীমাকৃত রাশির থেকে কম হয়।

ওপিডি-র অধীনে কভারেজ একেক পলিসিতে একেক রকম হয়। এই ধরনের পরিশোধের ক্ষেত্রে 24 ঘন্টার জন্য হাসপাতালে ভর্তির শর্ত প্রযোজ্য নয়।

vii. চিকিৎসার প্রক্রিয়া/চিকিৎসার গতিপ্রকৃতি

হাসপাতালে ভর্তির বিষয়টি সাধারণত অ্যালপ্যাথিক চিকিৎসার সঙ্গে জড়িত। রোগী যদিও অন্যান্য ধরনের চিকিৎসাও করাতে পারেন যেমন:

- ✓ ইউনানি
- ✓ সিদ্ধ
- ✓ হোমিওপ্যাথি
- ✓ আয়ুর্বেদ
- ✓ ন্যাচারোপ্যাথি প্রভৃতি

বেশিরভাগ পলিসিতেই এই চিকিৎসাগুলিতে বর্জন করা হয়, আবার কিছু পলিসিতে এই চিকিৎসাগুলিরই এক বা একাধিককে কভার দেয় সাব-লিমিট সহ।

viii. পূর্বেই বিদ্যমান অসুস্থতা

সংজ্ঞা

পূর্বে বিদ্যমান অসুস্থতা বলতে বোঝায় ''কোনো পরিস্থিতি, অসুস্থতা বা চোট বা সে সম্পর্কিত অবস্থান যার লক্ষণ বা উপসর্গে বীমাকৃত ব্যক্তির মধ্যে আগেই ছিল এবং / অথবা রোগ নির্ণয় হয়েছিল এবং / অথবা তাঁর জানা থাক বা না থাক কোম্পানির সঙ্গে তাঁর স্বাস্থ্য পলিসি করার 48মাস আগে এর জন্য তিনি মেডিক্যাল পরমর্শ বা চিকিৎসা নিয়েছেন।''

পূর্ব-উপস্থিত অসুস্থতাকে বাদ দেওয়ার কারণ হলো বীমার মৌলিক নীতি। যেখানে বলা হয়েছে বীমার অধীনে একটি নিশ্চিত বিষয়কে কভার করা যায় না।

যদিও, এই নীতির প্রয়োগ বেশ কঠিন এবং সেই ব্যক্তি বীমা করানোর সময় রোগে আক্রান্ত ছিলেন কী না তা খুঁজে দেখার জন্য উপসর্গগুলির একটি নিয়মমাফিক পরীক্ষা এবং চিকিৎসা যুক্ত থাকে। যেহেতু চিকিৎসার পেশাদাররা অসুস্থতাটির সময় নিয়ে ভিন্ন মত জানাতে পারেন, এই অসুখটি কখন প্রথম শুরু হয়েছিল সেই শর্তে ক্লেইমটি খারিজ করার আগে, সেটি খুব যত্ন সহকারে বিচার করা হয়।

স্বাস্থ্য বীমার বিবর্তনে, এই বাদ দেওয়ার ক্ষেত্রে আমরা দুটি পরিমার্জনের মুখোমুখী হয়েছি।

- ✓ প্রথমটির ক্ষেত্র হলো গোষ্ঠী বীমা। যেখানে গোষ্ঠীর সব মানুষই বীমাকৃত, বীমাকারীর বিরুদ্ধে কোনো বাছাই থাকে না। গ্রুপ পলিসিতে কভারিং, যেমন ধরুণ সব সরকারী কর্মচারী, দারিদ্র্য সীমার নিচে বসবাসকারী সব পরিবার, বড় কোনো কর্পোরেট গোষ্ঠীর কর্মচারীদের সব পরিবার, ইত্যাদিকে একটি একক পরিবারের প্রথমবার কভার বেছে নেওয়ার তুলনায় সুবিধাজনকভাবে চিকিৎসা পেয়ে থাকে। এই পলিসিগুলি অনেক সময় বাদ দেওয়াকে বাতিল করে, যেখানে বাদ দেওয়ার যথাযথ মূল্য ধরাই থাকে।
- ✓ দ্বিতীয় পরিমার্জনটি হলো একটি নির্দিষ্ট সময় ধরে লাগাতার কভারের পর পূর্ব-উপস্থিত অসুস্থতাকে কভার করা হয়। এটি এই নীতিকে অনুসরণ করে হয় যেখানে একজন ব্যক্তির মধ্যে যদি একটি অবস্থা থাকেও, একটি নির্দিষ্ট সময়পর্ব ধরে যদি সেই অসুস্থতাটি আর দেখা না যায়, তবে তাকে নিশ্চয়তা বলে ধরে নেওয়া যাবে না।

ix. অপেক্ষার প্রাথমিক সময়পর্ব

একটি প্রাথমিক ৩০দিনের পরই (দুর্ঘটনাজনিত কারণে হাসপাতালে ভর্তি থাকা ছাড়া) কোনো প্রচলিত স্বাস্থ্য বীমা পলিসি অসুস্থতার জন্য কভার দেয়।

একইভাবে, সেখানে অসুস্থতার তালিকা আছে:

✓ ছানি, ✓ বিনাইন প্রোস্টেটিক হাইপারট্রফি, ✓ হিস্টেরেক্টমি, ✓ ফিশচুলা ✓ পাইলস	✓ হার্নিয়া, ✓ হাইড্রোসিল ✓ সাইনাসাইটিস ✓ হাঁটু/হিপ জয়েন্ট প্রতিস্থাপন ইত্যাদি।

এগুলি একটি প্রাথমিক সময়পর্ব যা, এক বছর বা দুই বছর বা তার বেশিও হতে পারে, সেই সময়ে কভারের আওতায় থাকে না। এটি আরো বেশি করে নির্ভর করে নির্দিষ্ট বীমা কোম্পানির পণ্যের উপর।

যদি এরমধ্যে কোনো একটি কারণে অসুস্থতা হয় তবে ক্লেইমের প্রক্রিয়াকারী বিষয়টিকে চিহ্নিত করেন এবং সেটি গ্রহণযোগ্যতার অবস্থায় পড়ছে কী না

x. বাদ দেওয়া

এক গুচ্ছ বাদ দেওয়ার বিষয়গুলি পলিসির তালিকায় থাকে যাকে সাধারণভাবে শ্রেণীবদ্ধ করা যায় যেমন:

✓ যেমন মাতৃত্বকালীন সুবিধা (যদিও কিছু পলিসিতে এটি কভার করা হয়)।

✓ বহির্বিভাগের রোগী এবং দাঁতের চিকিৎসা

✓ এমন অসুস্থতা যেগুলি কভার করা লক্ষ্য নয় যেমন এইচআইভি, হরমোন চিকিৎসা, স্থূলতার চিকিৎসা, ফার্টিলিটির চিকিৎসা, কসমেটিক অস্ত্রোপচার ইত্যাদি।

✓ মদ্যপান/ড্রাগ নেওয়ার কারণে যে অসুখগুলি হয়েছে।

✓ ভারতের বাইরে মেডিক্যাল চিকিৎসা।

✓ উচ্চ ঝুঁকির কাজকর্ম, আত্মহত্যার চেষ্টা, তেজস্ক্রিয়তার জন্য দূষণ।

✓ শুধুমাত্র পরীক্ষা/অনুসন্ধানের জন্য ভর্তি হলে।

এরকম ঘটনার ক্ষেত্রে ক্লেইম যাঁরা সামলাচ্ছেন তাঁদের কাছে পরিস্থিতিটি সুনির্দিষ্ট করে ব্যাখ্যা করা খুবই গুরুত্বপূর্ণ যাতে বিশেষজ্ঞও তাঁর মতামত একদম সঠিকভাবে দিতে পারেন। কারণ যদি আদালতে চ্যালেঞ্জ হয়, তাহলে আইনের আদালতে সেই পুঙ্খানুপুঙ্খ তদন্ত যেন গ্রহণযোগ্য হতে পারে।

xi. ক্লেইমের পরিপ্রেক্ষিতে অবস্থার সঙ্গে সম্মতি

ক্লেইমের ক্ষেত্রে বীমাকৃতকে নির্দিষ্ট যে কার্যকলাপ করতে হয় তাও বীমা পলিসি নির্দিষ্ট করে বলা রয়েছে, যার কয়েকটি ক্লেইম গ্রাহ্যতার পক্ষে গুরুত্বপূর্ণ।

সাধারণভাবে এগুলির সঙ্গে সম্পর্ক রয়েছে:

✓ নির্দিষ্ট সময়ের মধ্যে ক্লেইমের ইন্টিমেশন বা অনুবেদন – আগেই আমরা ইন্টিমেশন বা জ্ঞাতকরণের গুরুত্বের বিষয়টা দেখেছি।

✓ নির্দিষ্ট সময়ের মধ্যে ক্লেইমের নথিপত্র পেশ।

✓ মিথ্যা বর্ণনা, ভুল বিবরণ বা বস্তুগত ঘটনা চেপে যাওয়ায় জড়িয়ে না পড়া।

g) **চূড়ান্ত প্রদেয় ক্লেইম-এ পৌঁছে যাওয়া**

ক্লেইম একবার গ্রাহ্য হয়ে গেলে পরবর্তী ধাপটা হলো কী পরিমাণ ক্লেইম প্রদান করা হবে তার সিদ্ধান্ত নেওয়া। এটা গণনা করতে আমাদের সেই বিষয়গুলি বুঝতে হবে যা প্রদেয় ক্লেইমের পরিমাণ ঠিক করবে। এই বিষয়গুলি হলো:

i. পলিসির আওতায় সদস্যদের জন্য উপলভ্য বীমাকৃত রাশি

বেশ কিছু পলিসি ইস্যু করা হয় ব্যক্তিগত বীমাকৃত রাশি হিসেবে, কিছু আবার ইস্যু করা হয় ফ্লোটার ভিত্তিতে যেখানে বীমাকৃত রাশি গোটা পরিবারের কাছেই উপলভ্য হয় অথবা এমন পলিসিও রয়েছে যেগুলি হলো ফ্লোটার ভিত্তিতে তবে সদস্য পিছু একটা সীমা নির্ধারণ করা থাকে।

ii. কোনো সদস্যের জন্য পলিসির আওতায় বাকি বীমাকৃত রাশি উপলভ্য হবে ইতিমধ্যেই কোনো ক্লেইম করা হয়েছে কিনা তা খতিয়ে দেখার পরই:

ইতিমধ্যেই যে ক্লেইম দেওয়া হয়ে গেছে তা বাদ দেওয়ার পর বীমাকৃত রাশি কতটা বাকি পড়ে রইলো তার হিসেব করে হাসপাতালগুলিকে পরবর্তী ক্যাশলেস অনুমোদন দেওয়ার কথাও নোট করাতে হবে।

iii. সাব-লিমিট

বেশিরভাগ পলিসিতে রুম রেন্ট সীমাবদ্ধতা, নার্সিং চার্জ প্রভৃতি নির্দিষ্ট করা আছে, হয় বীমাকৃত রাশির শতাংশ হিসেবে অথবা একটা দৈনিক সীমা হিসেবে। কনসাল্টেশন ফি, অথবা অ্যাম্বুলেন্স চার্জ প্রভৃতির ক্ষেত্রেও একইরকম সীমাবদ্ধতা বহাল হতে পারে।

iv. অসুস্থতার কোনো নির্ধারিত সীমা খতিয়ে দেখা

পলিসিটা একটা নির্দিষ্ট পরিমাণ পর্যন্ত বেঁধে দিতে পারে অথবা মাতৃত্ব বা হৃদরোগের মতো অন্য কোন রোগের কভারের জন্য উর্ধ্বসীমা বেঁধে দিতে।

v. ক্রমসঞ্চিত বোনাস পাওয়ার অধিকার আছে কি নেই তা খতিয়ে দেখা

বীমাকৃত আদৌ কোনো নো-ক্লেইম বোনাস (আগের বছর/গুলিতে তাঁর পলিসি থেকে বীমাকৃত কোনো ক্লেইম না করে থাকলে) পাওয়ার অধিকারী কিনা খতিয়ে দেখা। নো-ক্লেইম বোনাস বেশিরভাগ সময় আসে অতিরিক্ত বীমাকৃত রাশির আকারে, যা বাস্তবে রোগী/বীমাকৃতের বীমাকৃত রাশিকে বাড়িয়ে দেয়। কখনও কখনও ক্রমসঞ্চিত বোনাসকে ভুলভাবে বর্ণনা করা হয় যেন গতবছরের একেবারে শেষ দিকে অবহিত করা ক্লেইমগুলি হিসেবে নাও ধরা হতে পারে।

vi. সীমাবদ্ধতা সহ কভারকৃত অন্যান্য খরচ:

অন্যান্য সীমাও থাকতে পারে যেমন আয়ুর্বেদ চিকিৎসা করালে সাধারণত অনেকটা কম সীমা থাকতে পারে। কেবলমাত্র একটা নির্দিষ্ট পরিমাণ পর্যন্ত হেল্থ চেক-আপের খরচ আওতায় থাকতে পারে পলিসির চার বছর পর থেকে। হসপিটাল ক্যাশ পেমেন্টও একটা দিন পিছু সীমা থাকে।

vii. কো-পেমেন্ট

এটি সাধারণত পেমেন্ট করার আগে মূল্যায়ন করা ক্লেইমের সোজা শতকরা হিসাব। এই কো-পে'র বিষয়টি বাছাই করা পরিস্থিতিতেও ঘটতে পারে-শুধু মা-বাবার ক্লেইমে, শুধু মাতৃত্বকালীন ক্লেইমে, শুধুমাত্র দ্বিতীয় ক্লেইম পরবর্তী ক্ষেত্রে বা শুধুমাত্র যে ক্লেইমগুলি নির্ধারিত মাত্রা পেরিয়ে যায় সেক্ষেত্রেও।

প্রদানযোগ্য পরিমাণটি এই সীমার সঙ্গে সমন্বয় করার আগে, প্রদেয় ক্লেইমের পরিমাণটি হবে অ-প্রদানযোগ্য

স্বাস্থ্য ক্লেইমে অ-প্রদানযোগ্য বিষয়

কটি অসুস্থতার চিকিৎসায় হওয়া খরচকে শ্রেণীবদ্ধ করা যায়:

- ✓ সেরে ওঠার জন্য খরচ এবং
- ✓ পরিচর্যার জন্য যন্ত্র।

একটা অসুস্থতা সারানোর খরচের মধ্যে সমস্ত মেডিক্যাল খরচ ও সম্পর্কিত স্বাভাবিক সুবিধাগুলি থাকে। এর সঙ্গে হাসপাতালে আরো আরামে ও এমনকি বিলাসবহুলভাবে থাকার জন্য খরচও জুড়তে পারে।

একটা সাধারণ স্বাস্থ্য বীমা পলিসি একটা অসুখ সারানোর জন্য খরচ সামলায় এবং বিশেভাবে বলা না থাকে বিলাসিতার জন্য কোনো অতিরিক্ত খরচ প্রদেয় হয় না।

এই খরচগুলিকে শ্রেনীবদ্ধ করা যায় নন-ট্রিটমেন্ট চার্জ হিসেবে যেমন রেজিস্ট্রেশন চার্জ, ডকুমেন্টেশন চার্জ প্রভেতি এবং সেই আইটেম যেগুলি আরোগ্যের সঙ্গে সরাসরি সম্পর্কিত বলে বিবেচিত হতে পারে (যেমন ইনপেশেন্ট থাকাকালীন বিশেষভাবে প্রেসক্রাইব করা প্রোটিন সাপ্লিমেন্ট)।

আগে প্রত্যেক টিপিএ/বীমাকারীর কাছে অ-প্রদেয় আইটেমের তার নিজস্ব তালিকা থাকতে, এখন সেইটাই আইআরডিএ হেল্থ ইনসুরেন্স স্ট্যান্ডার্ডাইজেশন গাইডলাইনের অধীনে স্ট্যান্ডার্ডাইজ করা হয়েছে।

চূড়ান্ত প্রদেয় ক্লেইমে পৌঁছাতে পরপর যে ধাপগুলি পেরোতে হয় তা নিম্নরূপ:

টেবিল 2.1

ধাপ I	সমস্ত বিল ও রিসিপ্টের তালিকা করা বিভিন্ন খাতের আওতায় যেমন রুম রেন্ট, কনসাল্টেন্ট ফি প্রভৃতি
ধাপ II	প্রত্যেকটা খাতের অধীনে ক্লেইম করা অর্থ থেকে অ-প্রদেয় আইটেম বাদ দেওয়া
ধাপ III	খরচের প্রত্যেকটা খাতের জন্য যদি কোনো সীমারেখা থাকে তা প্রয়োগ করা
ধাপ IV	মোট প্রদেয় অর্থে পৌঁছানো এবং এটা সামগ্রিকভাবে বীমাকৃত রাশির মধ্যেই রয়েছে কিনা তা খতিয়ে দেখা
ধাপ V	নীট প্রদেয় ক্লেইমে পৌঁছাতে যদি কোনো কো-পে থাকে তাহলে তা বাদ দেওয়া

h) **ক্লেইম প্রদান**

প্রদেয় ক্লেইম অর্থ পৌঁছে গেলেই ক্রেতাকে অথবা হাসপাতালকে পেমেন্ট দিয়ে দেওয়া হয়। অনুমোদিত ক্লেইম অর্থ ফিনান্স/অ্যাকাউন্টস বিভাগে পাঠানো হয় এবং পেমেন্ট হয় চেকে দেওয়া হয় নয়তো ক্রেতার ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টে ট্রান্সফার করে দেওয়া হয়।

হাসপাতালকে যখন পেমেন্ট দেওয়া হয়, যদি কোনো কর বাদ দেওয়ার প্রয়োজন থাকে তাহলে তা পেমেন্ট থেকে বাদ দিয়ে দেওয়া হয়।

যেখানে থার্ড পার্টি অ্যাডমিনিস্ট্রেশন পেমেন্ট সামলায়, পেমেন্ট প্রক্রিয়াটা আলাদা আলাদা বীমাকারীর ক্ষেত্রে আলাদা আলাদা রকমের হয়। এব্যাপারে আরো বিস্তারিত জানানো হয়েছেপরে টিপিএ-র কাজের জায়গায়।

ক্রেতার জিজ্ঞাস্য সামলানোর জন্য সিস্টেমে পেমেন্টের আপডেট থাকা গুরুত্বপূর্ণ। সাধারণত এই সমস্ত বিস্তারিত বিবরণগুলি সিস্টেমের মাধ্যমে কল সেন্টার বা ক্রেতা পরিষেবা টিমের সঙ্গে শেয়ার করা হয়।

একবার পেমেন্ট দেওয়া হয়ে গেলে ক্লেইমটাকে মীমাংসিত বলে বিবেচনা করা হয়। কোম্পানির ম্যানেজমেন্ট, মধ্যস্থতাকারী, ক্রেতা ও আইআরডিএআই-কে মীমাংসিত ক্লেইমের নম্বর ও মোট অর্থ সহ পর্যায়ক্রমে রিপোর্ট পাঠানো হয়। মীমাংসিত ক্লেইমের বিশ্লেষণের মধ্যে থাকে কত শতাংশের মীমাংসা হয়েছে, অ-প্রদেয় অর্থের অনুপাত কত, ক্লেইমের মীমাংসা করতে গড়ে কত সময় নেওয়া হয়েছে প্রভৃতি।

i) **নথিপত্রের ঘাটতির ব্যবস্থাপনা / প্রয়োজনীয় অতিরিক্ত তথ্য**

ক্লেইমের প্রসেসিংয়ের জন্য মূল নথিপত্রগুলির তালিকার যাচাই দরকার। এগুলি হলো:

- ✓ অ্যাডমিশন নোট সহ ডিসচার্জ সামারি
- ✓ সহযোগী ইনভেস্টিগেশান রিপোর্ট
- ✓ বিভিন্ন অংশে ব্রেক আপ সহ চূড়ান্ত একত্রিত বিল
- ✓ প্রেসক্রিপশন ও ওষুধের বিল
- ✓ প্রাপ্ত পেমেন্ট
- ✓ ক্লেইম ফর্ম এবং
- ✓ ক্রেতার পরিচিতি

অভিজ্ঞতা থেকেই দেখা গেছে যে সাবমিট হওয়া চারটি ক্লেইমের মধ্যে একটিতে মৌলিক নথিপত্রের নিরিখে অসম্পূর্ণতা থাকে। তাই এটা জরুরী নির্দিষ্ট সময়ের মধ্যে সাবমিট না হওয়া নথিপত্রগুলি ক্রেতা যাতে পেশ করে ক্লেইমের সঙ্গে জুড়ে দিতে পগারেন তার পরামর্শ দেওয়া।

একইভাবে, ক্লেইমটি প্রক্রিয়াকরণ করার সময় এমনও হতে পারে, অতিরিক্ত তথ্যের প্রয়োজন হতে পারে কারণ:

i. ডিসচার্জের সময় যে সামারি দেওয়া হয়েছে তা সঠিক রীতিতে নেই বা হয়তো সেখানে রোগ নির্ণয়ের বিস্তারিত সেখানে উল্লেখ নেই অথবা অসুস্থতার ইতিহাস উল্লেখ করা নেই।

ii. যে চিকিৎসা করা হয়েছে যথেষ্ট বিস্তারিতভাবে হয়তো সেটি বর্ণণা করা নেই বা তারজন্য ব্যাখ্যার প্রয়োজন আছে।

iii. ডিসচার্জের সামারি অনুযায়ী যে রোগ নির্ণয় করা হয়েছে সেই অনুযায়ী চিকিৎসা হয়নি অথবা যারজন্য চিকিৎসা হয়েছে তারজন্য যে ওষুধ দেওয়া হয়েছে তা অসুস্থতার সঙ্গে সম্পর্কিত নয়।

iv. যে বিল জমা দেওয়া হয়েছে সেখানে প্রয়োজনীয় ব্রেক-আপ দেওয়া নেই।

v. দুটি ডকুমেন্টের মধ্যে বয়স না মেলা।

vi. ডিসচার্জ সামারি এবং বিলের মধ্যে উল্লেখিত ভর্তি হওয়ার দিন/ডিসচার্জের দিনের মধ্যে মিল না থাকা।

vii. হাসপাতালে ভর্তি থাকার সময় নিয়ে ক্লেইমটির আরো বিস্তারিত তদন্তের প্রয়োজন এবং তার জন্য, হাসপাতালের ইনডোর কেসের কাগজপত্রের প্রয়োজন।

দুটি ঘটনার ক্ষেত্রেই, অতিরিক্ত তথ্যের প্রয়োজনীয়তা জানিয়ে ক্রেতাকে লিখিতভাবে অথবা ইমেলের মাধ্যমে জানানো হয়। অধিকাংশ ক্ষেত্রে, ক্রেতা যে তথ্য চাওয়া হয়েছে তা দিতে সক্ষম থাকেন। যদিও, অনেক সময় এমনও ঘটেছে যে তথ্যটি প্রয়োজন সেটি এতোটাই গুরুত্বপূর্ণ যে তাকে নজর এড়ানো যাচ্ছে না, কিন্তু ক্রেতা সেক্ষেত্রে কোনো সাড়া দিচ্ছেন না। এমন ঘটনার ক্ষেত্রে, ক্লেইমটি প্রক্রিয়াকরণ করার জন্য যে তথ্যগুলি প্রয়োজন সে কথা ক্রেতাকে মনে করিয়ে দেওয়া হয় এবং এরকমভাবে তিনবার মনে করিয়ে দেওয়ার পর, ক্লেইমটি বন্ধ করে দেওয়ার একটি নোটিস পাঠিয়ে দেওয়া হয়।

একটি ক্লেইম প্রক্রিয়াধীন থাকাকালীন সময়ে যা কিছু আদানপ্রদান হয়, সেসময় আপনি নজর করবেন যে চিঠির উপরের দিকে ''কোনোরকম কুসংস্কার ছাড়া' কথাগুলি লেখা আছে। এটি একটি আইনী প্রয়োজনীয়তা যেখানে এই পত্রবিনিময়গুলি অটুট থাকার পর যাতে ক্লেইমগুলি খারিজ করার অধিকার বীমাকারীর থাকে।

উদাহরণ

বীমাকারী বিষয়টি আরো বিস্তারিতভাবে পড়ে দেখার জন্য ইনডোর কেসের কাগজপত্রগুলি চাইতে পারেন। সেটি দেখার সময় তিনি সিদ্ধান্ত নিতে পারেন যে প্রক্রিয়া/চিকিৎসা পলিসির শর্ত অনুযায়ী হয়নি। আরো তথ্যের জন্য জিজ্ঞাসা করার কাজটিকে এমন মনে করার কারণ নেই যে এর থেকে বোঝা যাচ্ছে বীমাকারী ক্লেইমটি গ্রহণ করেছেন।

ক্লেইমগুলি সামলানোর প্রশ্নে প্রয়োজনীয় ডকুমেন্ট তৈরি এবং ব্যাখ্যা করা এবং অতিরিক্ত তথ্য কম থাকার বিষয়টি সামলানোই হলো প্রধান চ্যালেঞ্জ। যদিও প্রয়োজনীয় তথ্য ছাড়া ক্লেইমগুলি প্রক্রিয়াকরণ করা সম্ভব নয়, ক্রেতাকে আরো এবং আরো তথ্যের জন্য বার বার অনুরোধ করে অসুবিধার মধ্যে ফেলাও সম্ভব নয়।

একটি ভালো পদ্ধতির প্রয়োজন হলো একবারই মাত্র যা কিছু তথ্যের প্রয়োজন তার একটি সুসংহত তালিকা তৈরি করে তার ভিত্তিতে অনুরোধ পাঠানো এবং এরপর নতুন কোনো প্রয়োজনীয়তার তালিকা তৈরি না করা।

j) **দাবি অস্বীকার**

স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ক্লেইমের অভিজ্ঞতায় দেখা গেছে যে জমা দেওয়া হয়েছে এমন ১০% থেকে ১৫%ক্লেইম পলিসির শর্তের অধীনে পড়ে না। বিভিন্ন কারণে এমন হতে পারে যারমধ্যে কয়েকটি হলো:

i. ভর্তি হওয়ার দিনটি বীমার সময়পর্বের মধ্যে নয়।

ii. যে সদস্যের জন্য ক্লেইম করা হয়েছে তিনি কভারের আওতাধীন নন।

iii. পূর্ব-উপস্থিত অসুস্থতার জন্য (যেখানে পলিসি এমন অবস্থা বাদ দেওয়া আছে)।

iv. যুক্তি গ্রাহ্য কারণ ছাড়াই জমা দিতে অহেতুক দেরি।

v. কোনো কার্যকরী চিকিৎসা নয়; শুধুমাত্র তদন্ত করার লক্ষ্যেই ভর্তি করা।

vi. যে অসুস্থতার চিকিৎসা করা হয়েছে সেটি পলিসির অধীনে বাদ দেওয়া আছে।

vii. মদ্যপান এবং ড্রাগসের কারণে অসুস্থতা

viii.হাসপাতালে ভর্তি করার সময়পর্ব হলো ২৪ঘন্টার কম সময়।

একটি ক্লেইমের অস্বীকার বা প্রত্যাখ্যান (সেটি যে কোনো কারণেই হোক) লিখিতভাবে ক্রেতাকে জানাতে হবে। পলিসির যে শর্ত/শর্তাবলীর ভিত্তিতে ক্লেইমটি অস্বীকার করা হয়েছে তা জানিয়ে, সাধারণত, এইসব অস্বীকারের চিঠিতে স্পষ্ট করে সেই কারণ জানানো থাকে।

অধিকাংশ বীমাকারীর একটি প্রক্রিয়া থাকে যার দ্বারা সেই অস্বীকারটি অনুমোদিত হয়। এটি করেন ক্লেইমটি অনুমোদন দেওয়ার কর্তৃপক্ষের থেকেও পদস্থ একজন ম্যানেজার। এটি করা হয় প্রত্যাখ্যানটি যে সম্পূর্ণ যুক্তিসঙ্গত তা সুনিশ্চিত করার জন্য এবং যদি কোনো কারণে বীমাকৃত এর বিরুদ্ধে কোনো আইনী প্রতিকার খোঁজেন তাহলে যাতে সেসময় বিষয়টি ব্যাখ্যা করা যায়।

বীমাকারীর কাছে প্রতিনিধিত্ব করা ছাড়াও, ক্লেইমটি যদি অস্বীকার করা হয় তবে ক্রেতার কাছে বিকল্প আছে নিম্নলিখিতদের কাছে আবেদন করার:

- ✓ বীমা ওমবাডসম্যান অথবা
- ✓ ক্রেতা ফোরাম অথাব
- ✓ আইআরডিএআই অথবা
- ✓ আইনী আদালত।

কোনো ক্লেইম অস্বীকার করার ঘটনা ঘটলে সেরকম প্রতিটি ফাইল পরীক্ষা করে দেখা হয় যে স্বাভাবিক প্রক্রিয়ায় এই অস্বীকারটি কোনো আইনী পরীক্ষার অধীনে পড়তে পারে কী না এবং ডকুমেন্টগুলি নিরাপদ স্থানে সংরক্ষণ করে রাখা হয়। যাতে যদি কখনো এই সিদ্ধান্তকে রক্ষা করার প্রয়োজন হয় সেসময় তথ্যগুলি হাজির করা যেতে পারে।

k) **আরো বিস্তারিত তদন্তের জন্য সন্দেহের ক্লেইম**

ব্যবসার সবদিকে জালিয়াতির সমস্যাকে সামলানোর চেষ্টা করছেন বীমাকারীরা। যতো সংখ্যক মিথ্যা ক্লেইম সামলাতে হয়েছে শুধু তার সংখ্যার দিক বিবেচনা করলেও, বীমাকারীর কাছে স্বাস্থ্য বীমা একটি বড় চ্যালেঞ্জ।

স্বাস্থ্য বীমায় যে জালিয়াতি করা হয় তার কয়েকটি উদাহরণ হলো:

i. **অন্যের রূপ নেওয়া**, বীমাকৃত ব্যক্তি এবং যে ব্যক্তির চিকিৎসা করা হয়েছে দুজনে পৃথক।

ii. হাসপাতালে ভর্তি না হলেও ক্লেইম করার জন্য **তথ্যের (ডকুমেন্টের) জালিয়াতি** করা হয়।

iii. **খরচ বাড়িয়ে দেখানো**, হয় হাসপাতালের সহযোগিতায় অথবা জালিয়াতি করে তৈরি করা অতিরিক্ত বাইরের বিলের সহযোগিতায়।

iv. রোগ নির্ণয়ের খরচকে, কভার করার জন্য বহির্বিভাগে চিকিৎসা হওয়াকে ইন-পেশেন্ট/হাসপাতালে ভর্তি হওয়াতে পরিণত করা, কিছু ক্ষেত্রে যা অনেক বেশি হতে পারে।

প্রতিদিনের ভিত্তিতে যেভাবে জালিয়াতির নতুন পদ্ধতি উঠে আসছে, তাতে বীমাকারীকে এবং টিপিএদের ক্রমাগত বাস্তব পরিস্থিতির দিকে নজর রাখতে হবে এবং এমন জালিয়াতি নিয়ন্ত্রণ করার জন্য পদক্ষেপও নিতে হবে।

দুটি পদ্ধতির উপর নির্ভর করে ক্লেইমগুলি তদন্তের জন্য বাছাই করা হয়:

✓ নিয়মিত ক্লেইম এবং
✓ উৎপন্ন হওয়া ক্লেইম

একজন টিপিএ বা বীমাকারী একটি আভ্যন্তরীণ মাপকাঠি স্থির করে রাখতে পারেন যে একটি নির্দিষ্ট শতাংশের ক্লেইম বাস্তবিকভাবে পরীক্ষা করে দেখা হবে; এই শতাংশ ক্যাশলেস এবং পরিশোধের ক্লেইমগুলির ক্ষেত্রে ভিন্ন হতে পারে।

এই প্রক্রিয়ার অধীনে, এলোপাতাড়ি নমুনা প্রক্রিয়ার মাধ্যমে ক্লেইমগুলি বাছাই করা হয়। কিছু বীমাকারী স্থির করে দেয় যে একটি নির্দিষ্ট মূল্যের উপরে হলে সব ক্লেইমই তদন্ত করে দেখতে হবে এবং সেই সীমার নিচে থাকা কিছু নমুনা ক্লেইম তদন্তের জন্য গ্রহণ করা হয়।

দ্বিতীয় পদ্ধতিতে, প্রত্যেক ক্লেইম একগুচ্ছ চেকপয়েন্টের মধ্যে দিয়ে যায় যদি সেটি একই লাইনে না থাকে, তাহলে সেগুলি তদন্তের উদ্রেক করবে যেমন

i. ক্লেইমের একটি বড় অংশ রয়েছে চিকিৎসাগত পরীক্ষা অথবা ওষুধের জন্য
ii. ক্লেইমটির মীমাংসার জন্য ক্রেতা যদি অতিরিক্ত আগ্রহী হন
iii. অতিরিক্ত-লেখনী সহ বিল, ইত্যাদি।

যদি সন্দেহ করা হয় যে ক্লেইমটি আসল নয়, তাহলে, সেটি যতো ছোটোই হোক না কেন, ক্লেইমটি তদন্ত করে দেখা হয়।

1) **টিপিএ-র ক্যাশলেস নিষ্পত্তি প্রক্রিয়া**

ক্যাশলেস ফেসিলিটি কীভাবে কাজ করে? এর অন্তরে থাকে একটা চুক্তি যা হাসপাতালের সঙ্গে টিপিএ বীমাকারী করে থাকে। পাশাপাশি অন্যান্য মেডিক্যাল পরিষেবা প্রদানকারীর সঙ্গেও চুক্তি করা সম্ভব। এই বিভাগে ক্যাশলেস ফেসিলিটি দেওয়ার জন্য যে প্রক্রিয়া ব্যবহৃত হয় আমার তাই দেখবো:

টেবিল 3.1

ধাপ 1	স্বাস্থ্য বীমার আওতায় কভারকৃত একজন ক্রেতা একটা অসুস্থতায় ভুগছেন অথবা কোনো চোট পেয়েছেন এবং তাই তাঁকে হাসপাতালে ভর্তির পরামর্শ দেওয়া হয়েছে। তিনি (বা তাঁর হয়ে অন্য কেউ) হাসপাতালের বীমা ডেস্কে যোগাযোগ করেন, সঙ্গে বীমার বিস্তারিত বিবরণ নিয়ে আসেন যেমন i. টিপিএ-র নাম ii. তাঁর সদস্যপদ নম্বর iii. বীমাকারীর নাম, প্রভৃতি

ধাপ 2	হাসপাতাল প্রয়োজনীয় তথ্যগুলি সঙ্কলন করে যেমন: i. রোগ নির্ণয় ii. চিকিৎসা iii. চিকিৎসারত ডাক্তারের নাম iv. হাসপাতালে থাকার প্রস্তাবিত দিন সংখ্যা v. আনুমানিক খরচ এটা একটা ফরম্যাটে উপস্থাপন করে, যাকে বলা হয় **ক্যাশলেস অথরাইজেশন ফর্ম**
ধাপ 3	*ক্যাশলেস অথরাইজেশন ফর্ম* দেওয়া তথ্যগুলি খতিয়ে দেখে টিপিএ। পলিসির শর্তাবলী ও হাসপাতালের সঙ্গে যদি কোনো সম্মত মূল্য তালিকা থাকে সেগুলর পরীক্ষা করে টিপিএ সিদ্ধান্তে পৌঁছায় যে আদৌ ক্যাশলেস অনুমোদন করা হবে কিনা এবং যদি হয় তাহলে কত পরিমাণ অর্থ অনুমোদন করা হবে। সিদ্ধান্তে পৌঁছানোর জন্য টিপিএ আরো তথ্য চাইতে পারে। সিদ্ধান্ত নেওয়া হয়ে গেলে কালবিলম্ব না করে তা হাসপাতালকে জানিয়ে দেওয়া হয়। আইআরডিএ হেল্থ ইনসুরেন্স স্ট্যান্ডার্ডাইজেশন গাইডলাইনের আওতায় দুটো ফর্মই এখন সঙ্গতিপূর্ণ করা হয়েছে; শেষের পরিশিষ্ট দেখুন।)
ধাপ 4	রোগীর হাসপাতালে চিকিৎসা হলে, টিপিএ-র অনুমোদিত পরিমাণ অর্থ রোগীর অ্যাকাউন্টে ক্রেডিট হিসেবে জমা হয়। নন-ট্রিটমেন্ট খরচ ও পলিসির অধীনে জরুরী কোনো কো-পে কভার করতে সদস্যকে ডিপোজিট জমা করতে বলা হতে পারে।
ধাপ 5	রোগীকে যখন হাসপাতাল থেকে ছাড়ার সময় আসবে, হাসপাতাল রোগীর অ্যাকাউন্টে টিপিএ-র অনুমোদন করা ক্রেডিটের পরিমাণ খতিয়ে দেখবেন বীমায় কভার করা চিকিৎসার প্রকৃত মাসুল। ক্রেডিট যদি কম হয়, ক্যাশলেস চিকিৎসার জন্য হাসপাতাল অতিরিক্ত ক্রেডিটের অনুমোদন চায়। টিপিএ সেটা বিচার বিশ্লেষণ করে অতিরিক্ত পরিমাণ অর্থ অনুমোদন করে।
ধাপ 6	রোগী অ-গ্রাহ্য চার্জ বহন করে হাসপাতাল থেকে ছাড়া পায়। ডকুমেন্টেশন সম্পূর্ণ করতে তাকে ক্লেইম ফর্ম ও বিলে সই করতে বলা হয়।

ধাপ 7	হাসপাতাল সমস্ত কাগজপত্র একত্রিত করে এবং বিল প্রক্রিয়াকরণের জন্য নিম্নলিখিত নথিপত্র টিপিএ-র কাছে পেশ করে: i. ক্লেইম ফর্ম ii. ডিসচার্জ সামারি / অ্যাডমিশন নোটস iii. টিপিএ-র ইস্যু করা রোগী / প্রস্তাবকের আইডেন্টিফিকেশন কার্ড এবং সচিত্র পরিচিতি পত্র iv. চূড়ান্ত একত্রীকৃত বিল v. বিস্তারিত বিল vi. ইনভেস্টিগেশন রিপোর্ট vii. প্রেসক্রিপশন ও ওষুধের বিল viii. টিপিএ-র পাঠানো অনুমোদন পত্র
ধাপ 8	টিপিএ ক্লেইমের প্রসেস করবে এবং নিম্নলিখিতগুলির মতো বিস্তারিত বিষয় যাচাই করে হাসপাতালকে পেমেন্ট দেওয়ার জন্য সুপারিশ করবে: i. যে রোগীর চিকিৎসা হয়েছে তিনি সেই ব্যক্তিই যার জন্য অণুমোদন দেওয়া হয়েছে। ii. যার জন্য অনুমোদন চাওয়া হয়েছিল সেই পরিস্থিতির জন্যই রোগীর চিকিৎসা করা হয়েছে। iii. চিকিৎসার জন্য বহির্ভূত অসুখ যদি কিছু থাকে, তার চিকিৎসার খরচ বিলে নেই। iv. হাসপাতালকে যে সমস্ত সীমা বেঁধে দেওয়া হয়েছিল, তার সবই মানা হয়েছিল। v. নীট প্রদেয় অর্থের পরিমাণ গণনা করতে হাসপাতালের সঙ্গে সম্মত টারিফ রেট মানা হয়েছে।

ক্যাশলেস ফেসিলিটির পরিমাণ নিয়ে কোনো সন্দেহ নেই। ফেসিলিটির সর্বোত্তম ব্যবহার জানাটাও ক্রেতার ক্ষেত্রে গুরুত্বপূর্ণ। নোট করার মতো পয়েন্টগুলি হলো:

i. ক্রেতাকে অবশ্যই নিশ্চিত করতে হবে যে তাঁর বীমার বিস্তারিত বিবরণ তাঁর কাছে আছে। এর মধ্যে রয়েছে তাঁর:

✓ টিপিএ কার্ড
✓ পলিসি কপি
✓ কভারের শর্তাবলী প্রভৃতি

যখন এটা পাওয়া যাবে নাম, তিনি টিপিএ-র সঙ্গে যোগাযোগ করতে পারেন (একটা 24ঘন্টার হেল্পলাইনের মাধ্যমে) এবং বিস্তারিত জানতে চাইতে পারেন।

ii. ক্রেতাকে অবশ্যই দেখে নিতে হবে যে তাঁর চিকিৎসক তাঁকে যে হাসাপাতালে যাওয়ার পরামর্শ দিয়েছেন সেটা টিপিএ-র নেটওয়ার্কের মধ্যে রয়েছে কিনা। যদি না হয়, তাহলে

টিপিএ-র থেকে তাঁকে জানা জরুরী যে এই ধরনের চিকিৎসার জন্য সেখানে তিনি ক্যাশলেস সুবিধার সুযোগ পাবেন কিনা।

iii. তাঁকে নিশ্চিত করতে হবে যে প্রাক-অনুমোদন ফর্মে দেওয়া তথ্যগুলি সঠিক। কেসটা যদি স্পষ্ট না হয় তবে টিপিএ ক্যাশলেস সুবিধা অস্বীকার করতে পারেন অথবা প্রশ্ন তুলতে পারেন।

iv. তাঁকেই নিশ্চিত করতে হবে যে হাসপাতালের চার্জগুলি সীমার সঙ্গে সঙ্গতিপূর্ণ যেমন রুম রেন্ট বা ক্যাটারাক্টের মতো বিশেষ চিকিৎসার ক্যাপগুলি।

পলিসিতে যা অনুমোদিত, তিনি তার চেয়ে আরো বেশি খরচ করতে চাইলে, আগে থেকে এটা জেনে নেওয়াই ভালো যে তাঁকে খরচের ভাগ দিতে হবে।

v. হাসপাতাল থেকে ছাড়া পাওয়ার কথা ক্রেতাকে আগে থেকে টিপিএ-কে জানাতে হবে এবং হাসপাতালকে অনুরোধ করতে হবে ছাড়ার আগে যদি কোনো অতিরিক্ত অনুমোদন লাগে তারজন্য তারা যেন টিপিএ-র কাছে অনুমোদন চেয়ে নেয়। তাতে রোগীকে অকারণে হাসপাতালে থেকে অপেক্ষা করতে হবে না।

এও সম্ভব যে ক্রেতা একটা হাসপাতালে ক্যাশলেস চিকিৎসার জন্য আরজি জানালেন এবং একটা অনুমোদনও নিলেন কিন্তু অন্য কোথাও রোগীকে ভর্তির সিদ্ধান্ত নেওয়া হলো। এই ধরনের ক্ষেত্রে, ক্রেতাকে অবশ্যই জানাতে হবে এবং হাসপালকে বলতে হবে যাতে তারা টিপিএ-কে জানিয়ে দেয় যে ক্যাশলেসের অনুমোদন ব্যবহৃত হচ্ছে না।

যদি এমনটাই করা হয় যে পরিমাণ অর্থ অনুমোদিত হয়েছে ক্রেতার পলিসিতে তা ব্লক হয়ে যেতে পারে এবং পরবর্তী আরজির অনুরোধ আটকে যেতে পারে।

C. *স্বাস্থ্য বীমা ক্লেইমের ডকুমেন্টেশন বা দলিল রচনা*

স্বাস্থ্য বীমা ক্লেইমের প্রসেসসিংয়ের জন্য প্রচুর কাগজপত্র দরকার, আগেই যেমনটা ব্যাখ্যা করা হয়েছে। প্রতিটি নথিই দুটি মূল প্রশ্নের উত্তর দিয়ে সহায়তা করবে বলে মনে হয় - গ্রাহ্যতা (এটা কি প্রদেয়?) এবং ক্লেইমের পরিমাণ (কত?)।

এই বিভাগটি পরিষ্কার করে ব্যাখ্যা করবে ক্রেতাকে যে নথিপত্রগুলি জমা দিতে হবে তার প্রত্যেকটির চাহিদা ও বিষয়বস্তু:

1. ডিসচার্জ সামারি

ডিসচার্জ সামারিকে বলা যেতে পারে সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ ডকুমেন্ট যা একটা স্বাস্থ্য বীমা ক্লেইমের প্রক্রিয়ায় জরুরী। এর মধ্যে রোগীর অবস্থা ও চিকিৎসার গতিপ্রকৃতি সম্পর্কে সম্পূর্ণ তথ্যের বিস্তারিত বিবরণ থাকে।

ডিসচার্জ সার্টিফিকেটে অবস্যই থাকতে হবে:

1. রোগীর নাম
2. টেলিফোন নম্বর / মোবাইল নম্বর

3. আইপিডি নম্বর
4. অ্যাডমিশন নম্বর
5. চিকিৎসারত কনসাল্টেন্টের নাম, যোগাযোগের নম্বর ও ডিপার্টমেন্ট / স্পেশালিটি
6. সময় সহ অ্যাডমিশনের তারিখ
7. সময় সহ ডিসচার্জের তারিখ
8. এমএলসি নম্বর / এফআইআর নম্বর
9. ভর্তির সময় প্রভিশনাল বা শর্তাধীন রোগনির্ণয়
10. ডিসচার্জের সময় চূড়ান্ত রোগনির্ণয়
11. চূড়ান্ত রোগনির্ণয়ের জন্য কর্তৃপক্ষের সুপারিশ মতো আইসিডি-10 কোড(সমূহ) বা অন্যান্য কোডগুলি
12. ভর্তির মেয়াদ ও কারণ সহ অভিযোগ উপস্থাপনা
13. উপস্থাপিত অসুস্থতার সংক্ষিপ্ত বিবরণ
14. ভর্তির সময় শারীরিক পরীক্ষায় মেলা মূল ফলাফল
15. মাদকাসক্তি, তামাক সেবন বা মাদকের অপব্যবহারের যদি কোনো ইতিহাস থাকে
16. যদি উল্লেখযোগ্য কোনো অতীত মেডিক্যাল বা অস্ত্রোপচারের ইতিহাস থাকে
17. রোগনির্ণয় বা চিকিৎসার সঙ্গে প্রাসঙ্গিক বা উল্লেখযোগ্য পারিবারিক ইতিহাস
18. হাসপাতালে থাকার সময় মূল ইনভেস্টিগেশনগুলির সংক্ষিপ্ত বিবরণ
19. হাসাপাতালের কোর্স, জটিলতাসহ, যদি তেমন কিছু থাকে
20. ডিসচার্জের সময় পরামর্শ
21. চিকিৎসারত কনসাল্টেন্ট / অনুমোদিত টিম ডক্টরের নাম ও স্বাক্ষর
22. রোগী / অ্যাটেন্ডেন্টের নাম ও স্বাক্ষর

ভালোভাবে লেখা একটা ডিসচার্জ সামারি ক্লেইম প্রসেসিং কর্মীদের অসুস্থতা / আঘাত ও চিকিৎসার গতিপ্রকৃতি বুঝতে ব্যাপকভাবে সাহায্য করে, এভাবেই মীমাংসার প্রক্রিয়াও দ্রুত হয়। আইআরডিএ স্ট্যান্ডার্ডাইজেশ গাইডলাইনসের মধ্যে থাকে ক্লেইমের কার্যকরী প্রসেসিংয়ের জন্য ডিসচার্জ সামারির জন্য প্রস্তাবিত বিষয়বস্তু।

ডিসচার্জ সামারি সবসময়েই অরিজিনাল চাওয়া হয়।

2. ইনভেস্টিগেশন রিপোর্ট

ইনভেস্টিগেশন রিপোর্টগুলি রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসার তুলনায় সহায়তা করে, এভাবেই বাস্তব অবস্থাটা বুঝতে প্রয়োজনীয় তথ্য যোগায় যা চিকিৎসাকে সম্পাদন করেছে এবং হাসপাতালে ভর্তি থাকাকালীন যে অগ্রগতি হয়েছে।

ইনভেস্টিগেশন রিপোর্টে সাধারণত থাকে:

a) রক্ত পরীক্ষার রিপোর্টগুলি;

b) এক্সরে রিপোর্টগুলি;

c) স্ক্যান রিপোর্টগুলি ও

d) বায়োপসি রিপোর্টগুলি

সমস্ত ইনভেস্টিগেশন রিপোর্টে থাকে নাম, বয়স, লিঙ্গ, টেস্টের তারিখ প্রভৃতি এবং সাধারণত এগুলিরও অরিজিনাল দিতে হয়। নির্দিষ্ট অনুরোধের ভিত্তিতে বীমাকারী এক্স-রে ও অন্যান্য ফিল্ম ক্রেতাকে ফেরত দিতে পারেন।

3. একত্রিত ও বিস্তারিত বিল:

এই নথিটাই সিদ্ধান্ত করে বীমা পলিসির আওতায় কী দেওয়া প্রয়োজন। আগে বিলের কোনো স্ট্যান্ডার্ড ফরম্যাট ছিল না, তবে আইআরডিএআই মান নির্ধারণ নির্দেশকা একত্রীভূত ও বিস্তারিত বিলের ফরম্যাট প্রদান করেছে। ছাত্রছাত্রীদের পরামর্শ দেওয়া হচ্ছে তাঁরা যেন আইআরডিএআই ওয়েবসাইটে উপলব্ধ বিবরণ বুঝে নেন।

একত্রীভূত বিল যেমন সামগ্রিক ছবিটা তুলে ধরে, বিস্তারিত বিল দেবে ব্রেক আপ অনুসারে, রেফারেন্স কোড সহ।

বিস্তারিত বিল কাজে লাগিয়ে অ-প্রদেয় খরচগুলির যাচাই করা হয়, যেখানে অ-গ্রাহ্য খরচগুলি মিলিয়ে খরচ খাত থেকে বাদ দেয়া হয়।

বিলগুলি অবশ্যই আসল পেতে হবে।

4. পেমেন্ট প্রাপ্তি :

ক্ষতিপূরণের চুক্তি হিসেবে একটা স্বাস্থ্য বীমা ক্লেইম পরিশোধের জন্য হাসপাতালে যে টাকা দেওয়া হয়েছে, হাসপাতাল থেকে তার একটা আনুষ্ঠানিক প্রাপ্তি দরকার হবে।

যে অর্থ দেওয়া হবে বিলের মোট অঙ্কের সঙ্গে তা মেলা দরকার, অনেক হাসপাতালই প্রদেয় অর্থের উপর ছাড় দিয়ে থাকে। এই ধরনের ক্ষেত্রে বীমাকারীকে দিতে বলা হবে রোগীর তরফে দেওয়া সেই প্রকৃত পরিমাণ অর্থই।

রিসিপ্টে নাম্বার ও অথবা স্ট্যাম্প থাকা উচিত এবং এটা অরিজিনালই পেশ করতে হয়।

5. ক্লেইম ফর্ম

ক্লেইম ফর্ম হলো ক্লেইম প্রক্রিয়ার জন্য আনুষ্ঠানিক ও আইনী আরজি এবং ক্রেতার স্বাক্ষর সহ এটা আসলটাই পেশ করতে হয়। এখন ক্লেইম ফর্মে মাপকাঠি ঠিক করে দিয়েছে আইআরডিএআই এবং বিস্তৃতভাবে তার মধ্যে থাকে:

a) প্রাথমিক বীমাকৃতের বিবরণ ও পলিসি নম্বর যার অধীনে ক্লেইম করা হয়েছে।

b) বীমা ইতিহাসের বিবরণ

c) হাসপাতালে ভর্তি হওয়া বীমাকৃত ব্যক্তির বিবরণ।

d) হাসপাতালে থাকার বিবরণ যেমন হাসপাতাল, রুমের ক্যাটাগোরি, ভর্তি ও ডিসচার্জের তারিখ ও সময়, দুর্ঘটনার ক্ষেত্রে পুলিসকে জানানো হয়েছে কিনা, মেডিসিনের ধরন প্রভৃতি।

e) ক্লেইমের বিবরণ যার জন্য হাসপাতালে থাকতে হয়েছে, খরচের ব্রেক আপ, হাসপাতালে থাকার পূর্ব ও পরবর্তী পর্ব, ক্লেইম করা বড় অঙ্কের বিবরণ সহ।

f) জুড়ে দেওয়া বিলগুলির বিবরণ

g) অনুমোদিত ক্লেইমের টাকা পাঠানোর জন্য প্রাথমিক বীমাকৃতের ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্টের বিবরণ

h) বীমাকৃতের থেকে প্রজ্ঞাপণ।

রোগ, চিকিৎসা প্রভৃতির তথ্য ছাড়াও বীমাকৃত ব্যক্তির থেকে ঘোষণা বা প্রজ্ঞাপণ আইনী অর্থে ক্লেইম ফর্মের সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ নথি।

এটাই হলো সেই প্রজ্ঞাপণ যা ক্লেইমে "**পরম সরল বিশ্বাসে মতবাদ**" প্রয়োগ করে, যা লঙ্ঘিত হলে পলিসির আওতায় মিথ্যা বর্ণনার ধারা প্রয়োগ হবে।

6. পরিচিতি প্রমাণপত্র

আমাদের জীবনের বিভিন্ন কাজে পরিচিতি প্রমাণপত্রের ব্যবহার বেড়ে যাওয়ায়, পরিচিতির সাধারণ প্রমাণপত্র একটা গুরুত্বপূর্ণ উদ্দেশ্য পালন করে – তার যাচাই করা যে আদৌ সেই ব্যক্তি কভারকৃত কিনা ও তাঁর চিকিৎসা হয়েছে কিনা এবং তিনিই সেই ব্যক্তি কিনা যাঁর চিকিৎসা হয়েছে।

সাধারণত যে পরিচিতি পত্র চাওয়া হতে পারে :

a) ভোটার আইডেন্টিটি কার্ড

b) ড্রাইভিং লাইসেন্স

c) প্যান কার্ড

d) আধার কার্ড প্রভৃতি

পরিচয় প্রমাণপত্রের জন্য কড়াকড়ির ফলে ক্যাসলেস ক্লেইমের ক্ষেত্রে ছদ্মবেশী জালিয়াতির সম্ভাবনা উল্লেখযোগ্যভাবে কমিয়ে দিয়েছে কারণ হাসপাতালে ভর্তি আগে পরিচিতি প্রমাণপত্র চাওয়া হয়, হাসপাতালেরই এটা যাচাই করা কর্তব্য এবং সেটা বীমাকারী বা টিপিএ–র কাছে পেশ করা।

পরিশোধ ক্লেইমে, পরিচিতি প্রমাণপত্রের দরকার খানিকটা কম।

7. নির্দিষ্ট ক্লেইমের সাপেক্ষ নথিপত্র

কিছু নির্দিষ্ট ধরনের ক্লেইম রয়েছে, উপরে যা বর্ণিত রয়েছে তার বাইরেও অতিরিক্ত নথিপত্র দরকার পড়ে। সেগুলি হলো :

a) দুর্ঘটনা ক্লেইম, যেখানে এফআইআর বা নিবন্ধিত থানায় হাসপাতালের ইস্যু করা মেডিকো–লিগাল সার্টিফিকেট দরকার পড়তে পারে। এতে দুর্ঘটনার কারণ বলা থাকে এবং ট্রাফিক দুর্ঘটনার ক্ষেত্রে সেই ব্যক্তি মদ খেয়ে ছিলেন কিনা জানা যায়।

b) জটিল বা চড়া মূল্যের ক্লেইমের ক্ষেত্রে কেস ইন্ডোর পেপার। ইন্ডোর কেস পেপার বা কেস শীট হলো একটা ডকুমেন্ট যা হাসপাতালের দিকে রক্ষণাবেক্ষণ করা হয়, যেখানে হাসপাতালে ভর্তি থাকাকালীন গোটা পর্বে রোগীকে যে সমস্ত চিকিৎসা দেওয়া হয়েছে তার প্রতিদিনের বিস্তারিত বিবরণ থাকে।

c) যেখানে প্রযোজ্য সেখানে ডায়ালিসিস / কেমোথেরাপি / ফিসিওথেরাপির চার্ট।

d) হসপিটাল রেজিস্ট্রেশন সার্টিফিকেট, যেখানে হসপিটালের সংজ্ঞার সঙ্গে মিলিয়ে দেখা জরুরী।

ক্লেইম টিম একটা ক্লেইম প্রসেস করার জন্য নির্দিষ্ট ইন্টার্নাল ডকুমেন্ট ফরম্যাট ব্যবহার করে থাকে। এগুলি হলো:

i. নথিপত্র যাচাইয়ের চেকলিস্ট,

ii. স্ক্রুটিনি / সেটেলমেন্ট শীট,

iii. কোয়ালিটি চেকস / কন্ট্রোল ফরম্যাট

এই ফরম্যাটগুলি যদিও সমস্ত বীমাকারীর কাছে একই ধরনের হয় না, আসুন সাধারণ বিষয়বস্তুর একটা নমুনা দিয়ে নথিপত্রগুলির উদ্দেশ্য দেখে নেওয়া যাক।

টেবিল 2 . 2

1.	**ডকুমেন্ট ভেরিফিকেশন শীট**	সবগুলির মধ্যে এটাই হলো সরলতম, প্রাপ্ত নথিপত্রের তালিকায় একটা চেক মার্ক থাকে যাতে নোট রাখা যায় যে এই এইগুলি ক্রেতা পেশ করেছেন। কিছু বীমাকারী প্রাপ্তি স্বীকার হিসেবে ক্রেতাকে একটা প্রতিলিপি দিতে পারে।
2.	**সিকিউরিটি/প্রসেস শীট**	সাধারণত এটা একটা সিঙ্গল শীট যেখানে গোটা প্রসেসিং নোটগুলি ধরে রাখা থাকে। a) ক্রেতার নাম ও আইডি নম্বর b) ক্লেইম নম্বর, ক্লেইমের কাগজপত্র প্রাপ্তির তারিখ c) পলিসি সংক্রান্ত সংক্ষিপ্ত বিবরণী, অনুচ্ছেদ 64VB-এ সম্মতি d) বীমাকৃত রাশি এবং বীমাকৃত রাশির সদ্ব্যবহার e) হাসপাতালে ভর্তি ও সেখান থেকে ছাড়া পাওয়ার তারিখ f) রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসা g) তার থেকে ক্লেইম গ্রাহ্যতা / কারণ সহ প্রসেসিং মন্তব্য h) ক্লেইমের পরিমাণ গণনা i) তারিখ সহ ক্লেইম চলাচল ও যারা প্রক্রিয়া করেছেন তাদের নাম
3.	**গুণমাণ পরীক্ষা/ নিয়ন্ত্রণ ফরম্যাট**	ক্লেইম হ্যান্ডলার ছাড়া যারা ক্লেইমের চেকিংয়ের জন্য ফাইনাল চেক বা কোয়ালটিটি কন্ট্রোল ফরম্যাট চেকলিস্ট ও ক্লেইম স্ক্রুটিনি কোশ্চেনিয়ার ছাড়া, কোয়ালিটি কন্ট্রোল/ অডিট ফরম্যাট অন্তর্ভুক্ত হবে যে সংক্রান্ত তথ্যের সঙ্গে তা হলো: a) ক্লেইমের মীমাংসা b) ক্লেইম প্রত্যাখ্যান বা c) অতিরিক্ত তথ্যের জন্য অনুরোধ

নিজেকে যাচাই 2

নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে ইন-পেশেন্টের সমস্ত চিকিৎসার বিবরণ সংক্রান্ত কোন নথিপত্রটি হাসপাতালে রেখে দেওয়া হয় ?

I. অনুসন্ধান রিপোর্ট

II. সেটলমেন্ট শীট বা মীমাংসা পত্র

III. কেস পেপার

IV. হসপিটাল রেজিস্ট্রেশন সার্টিফিকেট

D. *ক্লেইম ভাণ্ডার*

1. জমিয়ে রাখা

এর মানে সমস্ত ক্লেইমের জন্য ক্লেইমের স্ট্যাটাসের ভিত্তিতে বীমাকারীর বইতে অর্থের সংস্থান ধরে রাখা। এটা খুব সহজ মনে হলেও এই মজুত রাখার ব্যাপারে যথেষ্টই সতর্কতা দরকার – অর্থ জমার রাখার কাজে যে কোনো ভুল বীমাকারীর লাভ ও সচ্ছলতা মার্জিন হিসেবে প্রভাব ফেলে।

আজকের প্রসেসিং সিস্টেম যে কোনো সময়ে মজুত ভাণ্ডারের পরিমাণ হিসেব করার সামর্থ্য তৈরি করেছে।

নিজেকে যাচাই 3

সমস্ত ক্লেইমের জন্য ক্লেইমের স্ট্যাটাসের ভিত্তিতে বীমাকারীর বইতে অর্থের সংস্থান ধরে রাখা __________ বলে পরিচিত।

I. পুলিং

II. প্রভিশনিং

III. রিজার্ভিং বা মজুত রাখা

IV. বিনিয়োগ করা

E. থার্ড পার্টি অ্যাডমিনিস্ট্রেটর (টিপিএ)-র ভূমিকা

1. ভারতের টিপিএ প্রচলন

বেসরকারী ক্ষেত্রের জন্য বীমা ক্ষেত্রকে খুলে দেওয়া হয় 2000সালে। এরইমধ্যে নতুন নতুন পণ্য চালু হওয়ায় স্বাস্থ্যপরিষেবা পণ্যের জন্য চাহিদাও বেড়ে গেছে। তাই স্বাস্থ্য বীমায় বিক্রয়-পরবর্তী পরিষেবার জন্য একটা চ্যানেল চালুর জন্য প্রয়োজনও অনুভব হতে থাকে। এতেই পেশাদার থার্ড পার্টি অ্যাডমিনিস্ট্রেটরের সুযোগও তৈরি হয়।

এটা দেখেই বীমা নিয়ন্ত্রক ও ডেভেলপমেন্ট অথরিটি বাজারে আইআরডিএআই-এর লাইসেন্সের অধীনে টিপিএ অনুমোদন করা চালু করে, শর্ত অনুযায়ী 2001-এর 17ই সেপ্টেম্বরের বিজ্ঞপ্তি অনুযায়ী এদের আইআরডিএআই (থার্ড পার্টি অ্যাডমিনিস্ট্রেটর - স্বাস্থ্য বীমা) বিধি, 2001 মেনে চলতে হয়।

সংজ্ঞা

বিধি অনুযায়ী,

''থার্ড পার্টি অ্যাডমিনিস্ট্রেটর বা টিপিএ মানে হলো আইআরডিএআই (থার্ড পার্টি অ্যাডমিনিস্ট্রেটর – স্বাস্থ্য বীমা) বিধি, 2001-র অধীনে কর্তৃপক্ষের লাইসেন্সপ্রাপ্ত যে কোনো ব্যক্তি এবং যিনি বীমা কোম্পানির দেওয়া ফি বা পারিশ্রমিকের বিনিময়ে স্বাস্থ্য পরিষেবা যোগানোর কাজে যুক্ত থাকেন।

''টিপিএ-র মাধ্যমে স্বাস্থ্য পরিষেবা'' বলতে বোঝায় একজন টিপিএ স্বাস্থ্য বীমা সংক্রান্ত চুক্তির আওতায় একজন বীমাকারীকে যে পরিষেবা দিয়ে থাকে কিন্তু একটা বীমা কোম্পানির ব্যবসায় অন্তর্ভুক্ত হয় না বা প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে স্বাস্থ্য বীমা ব্যবসার সওয়াল করে না অথবা ক্লেইম স্বীকার বা প্রত্যাখ্যানের বিষয়েও সিদ্ধান্ত নেয় না।

এই ভাবেই বীমা পলিসি বিক্রি ও ইস্যুর পরই টিপিএ পরিষেবার সুযোগ তৈরি হয়। বীমাকারী যদি টিপিএ-দের ব্যনহার না করে তাহলে এই পরিষেবাগুলি ইন-হাউস টিমই সম্পন্ন করে।

2. স্বাস্থ্য বীমার বিক্রি পরবর্তী পরিষেবা

a) প্রোপোজাল (এবং প্রিমিয়াম) একবার নেওয়া হয়ে গেলেই কভারেজ শুরু হয়ে যায়।

b) পলিসির পরিষেবার জন্য একজন টিপিএ ব্যবহৃত হলে বীমাকারী ক্রেতা ও পলিসি সম্পর্কে তথ্য টিপিএ-কে দেয়।

c) টিপিএ সদস্যদের (যেখানে প্রস্তাবক ব্যক্তি পলিসি নিচ্ছেন ও সেই পলিসির অধীনে যে সদস্যদের কভার করা হচ্ছে) তালিকাবদ্ধ করে এবং ফিজিকাল বা ইলেক্ট্রনিক ভাবে সদস্যদের চিহ্নিতকরনের জন্য একটা কার্ড ইস্যু করতে পারে।

d) টিপিএ-র সদস্যপদ ব্যবহৃত ক্যাশলেস সুবিধা নেওয়ার জন্য, পাশাপাশি যখন কোনো সদস্যের হাসপাতালে ভর্তি হতে হয় বা কভারকৃত চিকিৎসা নিতে হয় তখন ক্লেইম প্রক্রিয়াকরনের জন্যও এটা কাজে লাগে।

e) টিপিএ ক্লেইম বা ক্যাশলেজের অনুরোধ প্রক্রিয়া করে এবং বীমাকারী সঙ্গে চুক্তি মতো সময়সীমার মধ্যে পরিষেবা দিয়ে থাকে।

যে কাট-অফ পয়েন্ট থেকে টিপিএ-র ভূমিকা শুরু হয় তা হলো পরিষেবাদাতা সত্বা হিসেবে টিপিএ-র নামে পলিসি বন্টনের মুহূর্তটি। গোটা পলিসি মেয়াদ জুড়েই পরিষেবা দান প্রয়োজন এবং আরো কিছুটা সময়সীমা যা একটা ক্লেইম রিপোর্ট করার জন্য পলিসির আওতায় অনুমোদন করা হয়।

যখন হাজার হাজার পলিসির পরিষেবা দেওয়া হয়, এই কাজটা হলো ধারাবাহিক, বিশেষত যখন একই পলিসির পুনর্নবীকরণ হয় ও একই টিপিএ পলিসির পরিষেবা দেয়।

3.থার্ড পার্টি অ্যাডমিনিস্ট্রেশন (টিপিএ)-র উদ্দেশ্য

স্বাস্থ্য বীমায় থার্ড পার্টি অ্যাডমিনিস্ট্রেটরের ধারণাটি বলা যেতে পারে নিম্নলিখিত উদ্দেশ্যগুলি সৃষ্টি করেছে:

a) প্রয়োজনের সময় সম্ভাব্য সবরকমভাবে স্বাস্থ্য বীমার একজন ক্রেতাকে পরিষেবা দেওয়া সহজতর করতে।

b) নেটওয়ার্কে থাকা হাসপাতালে বীমাকৃত রোগীর জন্য ক্যাশলেস চিকিৎসার আয়োজন করতে।

c) পেশ করা নথিপত্র ও বীমা কোম্পানির পদ্ধতি ও নির্দেশিকা অনুসারে ক্রেতার ক্লেইম ন্যায্য ও দ্রুত নিষ্পত্তি করতে।

d) স্বাস্থ্য বীমা ক্লেইম ও সংশ্লিষ্ট পরিষেবা সামলাতে কার্যকরী বিশেষজ্ঞ তৈরি করতে।

e) সময়মতো ও সঠিক উপায়ে ক্রেতাকে সাড়া দিতে।

f) এমন একটা পরিবেশ তৈরি করতে যেখানে একজন বীমাকৃত ব্যক্তির যার লক্ষ্য একটা যুক্তিসঙ্গত খরচে ভালো মানের স্বাস্থ্য পরিষেবা পেতে সক্ষম হয় এবং

g) রোগহার, খরচ, প্রক্রিয়া, থাকার মেয়াদ প্রভৃতি প্রাসঙ্গিক তথ্য তৈরি/ক্রমানুসারে সাজাতে সাহায্য করতে

4. বীমাকারী ও টিপিএ-র মধ্যে সম্পর্ক

বহু বীমাকারী টিপিএ-র পরিষেবা কাজে লাগায় স্বাস্থ্য বীমা পলিসির বিক্রিয়-পরবর্তী পরিষেবার জন্য, আবার কিছু বীমাকারী, বিশেষ করে জীবন বীমা সেক্টর থেকে আসা বীমাকারীরাও একজন টিপিএ-র সহায়তা নেয়, তারা এটা কাজে লাগায় প্রাক-পলিসি মেডিক্যাল চেক-আপ পরিষেবার জন্য।

একজন বীমাকারী ও টিপিএ-র মধ্যে সম্পর্কটা হলো চুক্তির অধীন যেখানে চাহিদা ও প্রক্রিয়ার ধাপগুলি দিয়ে চুক্তিটা তৈরি হয়। আইআরডিএআই হেল্থ ইনসুরেন্স স্ট্যান্ডার্ডাইজেশন গাইডলাইন এখন টিপিএ এবং বীমা কোম্পানির মধ্যে চুক্তির জন্য পরামর্শ মত স্ট্যান্ডার্ড ধারার একটা সেটের যোগান দেয় ও নির্দেশিকা দেয়।

টিপিএ-র থেকে একজন বীমাকারী যে পরিষেবাগুলি আশা করে থাকে, সেগুলি হলো নিম্নরূপ:

A. নেটওয়ার্কিং পরিষেবার যোগানদার

দেশজুড়ে হাসপাতালগুলির একটা নেটওয়ার্কের সঙ্গে টিপিএ সম্পর্ক স্থাপন করবে বলে আশা করা হয়, যার লক্ষ্য হবে বীমাকৃত ব্যক্তিকে স্বাস্থ্য ক্লেইমের জন্য ক্যাশলেস ক্লেইম পেমেন্টের সুবিধা যোগানো।

আইআরডিএআই-র সাম্প্রতিক নির্দেশিকায় সম্পর্কটা শুধুমাত্র টিপিএ এবং পরিষেবার যোগানদারের মধ্যে না থেকে বীমাকারী সহ ত্রিপাক্ষিক হওয়া জরুরী।

বিভিন্ন হসপিটালাইজেশন প্রক্রিয়ার জন্য তারা ভালো নির্ধারিত হার নিয়েও দর কষাকষি করে এবং এই ধরনের নেটওয়ার্কের হাসপাতাল থেকে পাওয়া প্যাকেজগুলি বীমাকৃত ও বীমাকারীরও খরচ কমায়।

B. কল সেন্টার সার্ভিস

টিপিএ সাধারণত একটা কলসেন্টার চালায় যেখানে টোল-ফ্রি নম্বরগুলি দিয়ে রাত, সপ্তাহান্ত ও ছুটির দিন সহ সবসময় অর্থাৎ 24*7*365 যোগাযোগ করা যায়। টিপিএ-র লক সেন্টার যে সম্পর্কিত তথ্যগুলি জানায়:

a) পলিসির অধীনে কভারেজ ও বেনিফিট বা সুবিধা।

b) স্বাস্থ্য ক্লেইম সম্পর্কিত পদ্ধতি ও প্রক্রিয়া।

c) পরিষেবা ও ক্যাশলেস হসপিটালাইজেশন সম্পর্কিত নির্দেশিকা।

d) নেটওয়ার্ক হাসপাতালগুলি সম্পর্কে তথ্য।

e) পলিসির আওতায় উপলব্ধ বাকি থাকা বীমাকৃত রাশি সম্পর্কিত তথ্য।

f) ক্লেইম স্ট্যাটাসের তথ্য।

g) ক্লেইমের ক্ষেত্রে না পাওয়া নথিপত্রের বিষয়ে পরামর্শ।

একটা জাতীয় টোল ফ্রি নম্বর দিয়ে কল সেন্টার উপলভ্য হওয়া উচিত এবং ক্রেতা সাধারনত যে প্রধান প্রধান ভাষায় কথা বলেন সেই ভাষায় ক্রেতা পরিষেবা কর্মীর কথা বলতে পারা উচিত। অবশ্যই এই বিস্তারিত বিষয়গুলি বীমাকারক ও তাদের টিপিএ-র মধ্যে চুক্তির মাধ্যমে পরিচালিত হওয়া উচিত।

C. ক্যাশলেস অ্যাক্সেস পরিষেবা

সংজ্ঞা

''ক্যাশলেস ফেসিলিটি'' মানে হলো এমন একটা সুবিধা যা বীমাকারী বীমাকৃতকে দিয়ে থাকে যেখানে পলিসির শর্তাবলীর অনুযায়ী পেমেন্ট, বীমাকৃতর চিকিৎসা খরচ বীমাকারী প্রাক-স্বীকৃত মতো সরাসরি নেটওয়ার্ক যোগানদারকে দিয়ে দেয়।

এই পরিষেবা যোগাতে চুক্তির অধীনে বীমাকারীরা প্রয়োজনীয়তাগুলি হলো:

a) পলিসি সংক্রান্ত সমস্ত তথ্য, টিপিএ-র কাছে পাওয়া যেতেই হবে। টিপিএ-কে এটা দেওয়া বীমাকারীর কর্তব্য।

b) পলিসিতে অন্তর্ভুক্ত সদস্যদের বিষয়ে তথ্য কোনো ভুল বা ঘাটতি ছাড়াই উপলব্ধ ও সুলভ হওয়া উচিত।

c) বীমাকৃত ব্যক্তিদের অবশ্যই একটা আইডেন্টিটি কার্ড বা পরিচয় পত্র সঙ্গে রাখতে হবে যা তাঁদের পলিসি ও টিপিএ-র সঙ্গে সম্বন্ধ স্থাপন করবে। আইডেন্টিটি কার্ডটা টিপিএ-কেই ইস্যু

করতে হবে একটা সম্মত ফরম্যাটে, একটা যুক্তিসঙ্গত সময়ের মধ্যে সদস্যের কাছে সেটা পৌঁছতে হবে এবং পলিসির গোটা মেয়াদেই সেটা বৈধ থাকা উচিত।

d) টিপিএ-কে অবশ্যই হাসপাতালকে একটা প্রি-অথরাইজেশন বা একটি লেটার অব গ্যারান্টি ইস্যু করতে হবে, এটা হবে ক্যাশলেস সুবিধার জন্য আরিজেতে যোগানো তথ্যের ভিত্তিতে। অসুস্থতার প্রকৃতি, প্রস্তাবিত চিকিৎসা ও জড়িত খরচ বুঝে নিতে এটা আরো তথ্য চাইতে পারে।

e) তথ্য যেখানে স্পষ্ট নয় বা উপলব্ধ নয়, টিপিএ সেখানে ক্যাশলেসের আরজি খারিজ করে দিতে পারে, স্পষ্ট করে দেয় যে ক্যাশলেস সুবিধার প্রত্যাখ্যানকে চিকিৎসার প্রত্যাখ্যান বলে ধরা উচিত নয়। সদস্য অর্থ প্রদান করেও পরে একটা ক্লেইম ফাইল করতে পারেন, যা পরে তার যোগ্যতার ভিত্তিতে বিবেচিত হবে।।

f) আপতকালীন ক্ষেত্রে ভর্তি হওয়ার 24ঘন্টার মধ্যে জানানো উচিত এবং ক্যাশলেস সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত জানিয়ে দেওয়া দরকার।

D. ক্রেতা সম্পর্ক ও যোগাযোগ ব্যবস্থাপনা

টিপিএ-কে একটা বিশেষ ব্যবস্থার যোগান দিতে হয়, যার মাধ্যমে ক্রেতা তাঁর অভিযোগ জানাতে পারেন। স্বাস্থ্য বীমার ক্লেইম খতিয়ে দেখা ও তা যাচাই করা খুবই দরকারী। এও লক্ষ্য করা যায় যে স্বাস্থ্য বীমা ক্লেইমের কিছু শতাংশ প্রত্যাখ্যাত হয় যেগুলি পলিসির শর্তের মধ্যে পড়ে না।

এরই সঙ্গে প্রায় সমস্ত স্বাস্থ্য বীমা ক্লেইমে ক্লেইমের খানিকটা অর্থ ছাঁটাই হয়। এই ছাঁটাইটা ক্রেতার অসন্তোষের কারণ হয়, বিশেষ করে যেখানে ছাঁটাই বা প্রত্যাখ্যানের কারণ যথাযথভাবে ক্রেতাকে ব্যাখ্যা করা হয় না।

যত দ্রুত সম্ভব এই ধরনের অভিযোগের সমাধান নিশ্চিত করতো বীমাকারীর টিপিএ=কে দরকার পরে যাদের একটা কার্যকরী অভিযোগ মেটানর ব্যবস্থাপনা রয়েছে।

E. বিলিং পরিষেবা

বিলিং পরিষেবার অধীনে বীমাকারী টিপিএ-র থেকে তিনটি কাজ আশা করে থাকে:

a) স্ট্যান্ডার্ডাইজড বিলিং প্যাটার্ন যা বীমাকারীকে মূল্য নির্ধারণের পাশাপাশি বিভিন্ন খাতের আওতায় কভারেজ ব্যবহারের বিশ্লেষণ করতেও সাহায্য করে।

b) যে অর্থ ধার্য করা হয়েছে তা রোগের জন্য জরুরী চিকিৎসার সঙ্গে প্রাসঙ্গিক, তা নিশ্চিতকরণ।

c) ডায়গনসিস ও প্রসিডিওর কোড আয়ত্ব করা হয় যাতে জাতীয় বা আন্তর্জাতিক মানের সঙ্গে খাপ খাইয়ে সমস্ত টিপিএ কাছে ডেটার স্ট্যান্ডার্ডাইজেশন সম্ভব হয়।

এর জন্য টিপিএ-তে প্রশিক্ষিত ও দক্ষ লোকবল লাগে যারা কোডিং করতে সক্ষম, মূল্য সারণী যাচাই করতে পারেন এবং বিলিংয়ের তথ্য আয়ত্বকে স্ট্যান্ডার্ডাইজ করতে পারে।

F. ক্লেইম প্রসেসিং ও পেমেন্ট পরিষেবা

এটাই হলো টিপিএ-র দেওয়া সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ পরিষেবা। বীমাকারীকে টিপিএ-র দেওয়া ক্লেইম প্রসেসিং পরিষেবা সাধারণত জানানো বা অনুবেদন থেকে অনুমোদন ও পেমেন্টের সুপারিশ পর্যন্ত প্রসেসিং এই এন্ড-টু-এন্ড পরিষেবাকে বোঝায়।

ক্লেইমের পেমেন্ট করা হয় বীমাকারীর থেকে পাওয়া তহবিলের মাধ্যমে। অগ্রিম অর্থ হিসেবে এই তহবিল টিপিএ-কে দেওয়া হতে পারে অথবা বীমাকারী সরাসরি তার ব্যাঙ্কের মাধ্যমে ক্রেতা বা হাসপাতালের সঙ্গে বিষয়টার বন্দোবস্ত করে দিতে পারে।

আশা করা যায়, টিপিএ এর জন্য অর্থের একটা অ্যাকাউন্ট ধরে রাখবে এবং বীমা কোম্পানির থেকে পাওয়া অর্থ দিয়ে পর্যায়ক্রমে মিটমাট করে।

G. ম্যানেজমেন্ট ইনফর্মেশন পরিষেবা

টিপিএ যেহেতু ক্লেইম প্রসেসিং করে থাকে, তাই ব্যক্তিগত বা সমষ্টিগতভাবে ক্লেইম সম্পর্কিত যাবতীয় তথ্য টিপিএ-র কাছে উপলব্ধ হয়। বীমাকারীর বিভিন্ন উদ্দেশ্যে তথ্য প্রয়ীজন হয় এবং টিপিএ-কেই এই ধরনের তথ্যগুলি নিখুঁতভাবে ও সঠিক সময়ে যোগাতে হবে।

এইভাবেই টিপিএ পরিষেবার সুযোগকে বীমাকারীর ইস্যু করা স্বাস্থ্য বীমা পলিসির এন্ড-টু-এন্ড পরিষেবা হিসেবে উল্লেখ করা যায়, সেখানে নির্দিষ্ট বীমাকারীর সঙ্গে সমঝোতা পত্র এবং চাহিদার উপর নির্ভর করে কিছু কার্যকলাপে বিধিনিষেধ থাকতে পারে।

H. টিপিএ পরিশ্রমিক

এই পরিষেবাগুলির জন্য টিপিএ-কে নিম্নলিখিত ভিত্তিত কোনো একটিভাবে একটা ফি প্রদান করা হয়:

a) ক্রেতাকে ধার্য করা প্রিমিয়াম (সার্ভিস ট্যাক্স বাদ দিয়ে)-এর একটা শতাংশ,

b) একটা নির্ধারিত সময়সীমার জন্য টিপিএ যাঁদের পরিষেবা দিয়ে থাকে সেই প্রত্যেক সদস্য পিছু একটা স্থায়ী অর্থ, অথবা

c) টিপিএ-র যোগানো প্রত্যেক লেনদেনের জন্য একটা স্থায়ী অর্থ যেমন ইস্যু করা মেম্বার কার্ড পিছু খরচ, ক্লেইম পিছু প্রভৃতির।

এইভাবেই টিপিএ পরিষেবার মাধ্যমে বীমাকারী প্রবেশাধিকার পায়:

i. ক্যাশলেস পরিষেবার

ii. তথ্য সংকলন ও বিশ্লেষণ

iii. একটা 24 ঘন্টার কল সেন্টার ও ক্রেতাদের জন্য সহায়তা

iv. হাসপাতাল ও অন্যান্য মেডিক্যাল ফেসিলিটির নেটওয়ার্ক

v. মেজর গ্রুপ কাস্টোমারকে সহায়তা

vi. ক্রেতার সঙ্গে ক্লেইম সংক্রান্ত আলোচনা সহজতর করা

vii. হাসপাতালগুলির সঙ্গে ট্যারিফ ও প্রক্রিয়ার খরচ নিয়ে দর কষাকষি

viii. ক্রেতা পরিষেবা সহজ করতে প্রযুক্তি নির্ভর পরিষেবা

ix. সন্দেহজনক কেসগুলির যাচাই ও তদন্ত

x. কোম্পানিগুলির মধ্যে ক্লেইমের প্যাটার্ন বিশ্লেষণ ও খরচের গুরুত্বপূর্ণ তথ্য, চিকিৎসার নতুনতর পদ্ধতি, উঠতি প্রবনতা ও জালিয়াতি নিয়ন্ত্রণের ব্যবস্থা

xi. দ্রুত পরিষেবার নাগাল সম্প্রসারণ

F. ক্লেইম ব্যবস্তাপনা – ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা

1. ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা

সংজ্ঞা

ব্যাক্তিগত দুর্ঘটনা হলো একটা বেনেফিট পলিসি এবং এতে কভার দেওয়া হয় দুর্ঘটনাজনিত মৃত্যু, দুর্ঘটনার ফলে বিকলাঙ্গতা (স্থায়ী / আংশিক), অস্থায়ী সম্পূর্ণ বিকলাঙ্গতাকে এবং নির্দিষ্ট পণ্যের উপর নির্ভর করে এর সঙ্গে দুর্ঘটনাজনিত চিকিৎসার খরচ, শেষকৃত্যের খরচ, শিক্ষামূলক খরচ প্রভৃতি অ্যাড-অন কভারেজ হিসেবে যুক্ত হতে পারে।

ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা পলিসির অধীনে কভারকৃত বিপদ হলো ''দুর্ঘটনা''।

সংজ্ঞা

দুর্ঘটনা সংজ্ঞায়িত হয় হঠাৎ, অভূতপূর্ব, অনিচ্ছাকৃত, বাহ্যিক, হিংসাত্মক এবং দৃশ্যত কিছু ঘটা।

ক্লেইম ম্যানেজারের উচিত সতর্কতা অবলম্বন করা এবং ক্লেইমের নোটিফিকেশন পাওবার পর নিম্নলিখিত জায়গাগুলি খতিয়ে দেখা :

a) যার জন্য ক্লেইম করা হয়েছে সেই ব্যক্তিকে পলিসির অধীনে কভার করা হয়েছিল কিনা

b) লোকসানের দিনে পলিসি বৈধ ছিল কিনা এবং প্রিমিয়াম পাওয়া গেছে কিনা

c) পলিসির মেয়াদের মধ্যে লোকসান হয়েছে কিনা

d) ''দুর্ঘটনা'' থেকেই লোকসান হয়েছে এবং কোনো রোগ থেকে নয়

e) কোনো রকম জালিয়াতি রয়েছে কিনা খতিয়ে দেখা ও দরকার পড়লে তদন্ত করানো

f) ক্লেইম নথিবদ্ধ করা এবং সেটার জন্য সংরক্ষণ করা

g) টার্নঅ্যারাউন্ড টাইন (ক্লেইম পরিষেবা সময়) বজায় রাখা ও ক্রেতাকে ক্লেইমের অগ্রগতি সম্পর্কে অবগত করা।

2. ক্লেইমের তদন্ত

ক্লেইম অনুবেদনে অথবা ক্লেইম নথি পাওয়ায় কোনো রকম সতর্কবাণী পাওয়া গেলে একইসঙ্গে যাচাইয়ের জন্য ক্লেইমটাকে একজন পেশাদারের কাছে পাঠানো হতে পারে

উদাহরণ

ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা ক্লেইমের জন্য সতর্কবাণীর উদাহরণ (আরো তদন্তের জন্য তবে তার মানেই জালিবাতি বা ক্লেইমটা প্রতারণাপূর্ণ হওয়ার ইতিবাচক ইঙ্গিত নয়)

- ✓ ক্লোজ প্রক্সিমিটি ক্লেইম বা খুব কাছাকাছি সময়ের ক্লেইম (বীমা শুরুর খুব কম সময়ের মধ্যে ক্লেইম)
- ✓ বিকলাঙ্গতার দীর্ঘ সময়ের জন্য চড়া সাপ্তাহিক বেনিফিট অ্যামাউন্ট
- ✓ ক্লেইম নথিতে অনৈক্য
- ✓ একই বীমাকৃতের একাধিক ক্লেইম
- ✓ অ্যালকোহলের ইঙ্গিত
- ✓ আত্মহত্যার সন্দেহ
- ✓ বীমাকৃত গাড়ি চালানোর সময় গভীর রাতে সড়ক দুর্ঘটনা
- ✓ সাপের কামড়
- ✓ জলে ডোবা
- ✓ উঁচু থেকে পড়া
- ✓ সন্দেহজনক অসুস্থতা সম্পর্কিত কেস
- ✓ বিষপ্রয়োগ
- ✓ খুন
- ✓ বুলেট ক্ষত
- ✓ তুষার ক্ষত অন্তর্ধান
- ✓ নরহত্যা প্রভৃতি

তদন্তের মূল উদ্দেশ্য হলো :

a) লোকসানের কারণ খতিয়ে দেখা।

b) লোকসানের পরিমাণ ও প্রকৃতি নির্ধারণ

c) প্রমাণ ও তথ্য সংগ্রহ

d) কোন জালিয়াতি হয়ে থাকলে বা ক্লেইম অ্যামাউন্টকে বাড়িয়ে দেখানো হয়েছে কিনা তা নির্ধারণ করা।

অনুগ্রহ করে নোট করুন : তদন্তের উদ্দেশ্য হলো কেসটার সততা খতিবে দেখা ও প্রয়োজনীয় তথ্য সংগ্রহ করা।

ক্লেইম পরীক্ষকের তদন্তকারীকে তদন্তে নজর দিতে গাইড করাটা গুরুত্বপূর্ণ।

উদাহরণ

কেস নির্দেশিকার উদাহরণ :

সড়ক দুর্ঘটনা

i. কখন দুর্ঘটনা হয়েছে – সঠিক সময় ও তারিখ? তারিখ ও সময়

ii. বীমাকৃত কি একজন পথচারী, দুর্ঘটনায় জড়িত গাড়ির তিনি কি যাত্রী/ সহযাত্রী ছিলেন, নাকি নিজেই চালাচ্ছিলেন?

iii. দুর্ঘটনার বিবরণ, কীভাবে ঘটলো?

iv. দুর্ঘটনার সময় বীমাকৃত কি মাদকাচ্ছন্ন ছিলেন?

v. মৃত্যুর ক্ষেত্রে, মৃত্যুর সঠিক সময় ও তারিখ, মৃত্যু আগে কোনো চিকিৎসা হয়েছিল কিনা, কোন হাসপাতালে হয়েছিল প্রভৃতি?

দুর্ঘটনার সম্ভাব্য কারণ :

বীমাকৃত বা উল্টোদিকের গাড়ির মেকানিকাল গোলোযোগ (স্টিয়ারিং, ব্রেক প্রভৃতি ফেল করা), গাড়ির চালকের কোনো অসুস্থতার কারণে (হার্ট অ্যাটাক, সিজার প্রভৃতি), অ্যালকোহলের প্রভাব, খারাপ রাস্তা, আবহাওয়ার অবস্থা, গাড়ির গতিবেগ প্রভৃতি।

ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা ক্লেইমে সম্ভাব্য জালিয়াতি ও ফাঁকের কিছু উদাহরণ :

i. টিটিডি পর্বের অতিরঞ্জিত করা

ii. অসুস্থতাকে দুর্ঘটনা হিসেবে উপস্থাপন করা যেমন প্যাথলজিকাল কারণে পিঠের ব্যথাকে বাড়িতে 'পড়ে যাওয়া/পিছলে যাওয়ার' পর ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা হিসেবে দেখানো।

iii. আগেই ঘটা দুর্ঘটনাকে নতুন করে দাবি করা, কাগজপত্র জাল করে–স্বাভাবিক মৃত্যুকে দুর্ঘটনার কেস হিসেবে অথবা আগে ঘটা মৃত্যুকে দুর্ঘটনায় মৃত্যু হিসেবে পেশ করা

iv. আত্মহত্যায় মৃত্যুকে দুর্ঘটনায় মৃত্যু হিসেবে উপস্থাপন করা

ব্যক্তিগত দুর্ঘটনার ক্লেইমের বন্দোবস্তের জন্য ডিসচার্জ ভাউচার একটা গুরুত্বপূর্ণ নথি, বিশেষ করে যেখানে মৃত্যু ক্লেইম জড়িত। প্রস্তাবের সময় নমিনির বিবরণ পাওয়াও খুবই জরুরী এবং সেটা পলিসি নথির অংশ হওয়া উচিত।

A.ক্লেইমের দলিল রচনা

টেবিল 2.3

মৃত্যু ক্লেইম	a) ক্লেইমকারী নমিনি/পরিবারের সদস্যের স্বাক্ষরিত যথাযথভাবে পূরণ করে রাখা ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা ক্লেইম ফর্ম b) ফার্স্ট ইনফরমেশন রিপোর্টের আসল অথবা অ্যাটেস্টেড বা প্রত্যয়িত কপি (এফআইআর / পঞ্চনামা / তলাশ পঞ্চনামার প্রত্যয়িত কপি) c) মৃত্যু শংসাপত্রের আসল অথবা অ্যাটেস্টেড কপি d) ময়না তদন্ত হয়ে থাকলে তার রিপোর্টের প্রত্যয়িত কপি e) এএমএল ডকুমেন্টের (অ্যান্টি-মানি লন্ডারিং) প্রত্যয়িত কপি - নাম যাচাইয়ের জন্য (পাসপোর্ট / প্যান কার্ড / ভোটার আইডি / ড্রাইভিং লাইসেন্স) ঠিকানা যাচাইয়ের জন্য (টেলিফোন বিল / ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট স্টেটমেন্ট / ইলেক্ট্রিসিটি বিল / রেশন কার্ড) f) আইনী উত্তরাধিকার শংসাপত্র যাতে থাকবে হলফনামা ও ক্ষতিপূরণ বন্ড, দুটোতেই সমস্ত আইনী উত্তরাধিকারের আগে থেকে স্বাক্ষর করা থাকতে হবে এবং সেগুলির দলিলপত্র সম্পাদন করতে হবে
স্থায়ী সম্পূর্ণ বিকলাঙ্গতা (পিটিডি) এবং স্থায়ী আংশিক বিকলাঙ্গতা (পিপিডি) ক্লেইম	a) যথাযথভাবে পূরণ করে রাখা ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা ক্লেইম ফর্ম, যাতে ক্লেইমকারীর স্বাক্ষর রয়েছে। b) প্রযোজ্য হলে ফার্স্ট ইনফরমেশন রিপোর্টের প্রত্যয়িত কপি। c) একজন সরকারী সার্জেনের থেকে স্থায়ী বিকলাঙ্গতা শংসাপত্র অথবা সমতুল্য উপযুক্ত কোনো ডাক্তারকে দিয়ে বীমাকৃতের বিকলাঙ্গতার প্রত্যয়ন।
অস্থায়ী সম্পূর্ণ বিকলাঙ্গতা (টিটিডি)	a) চিকিৎসারত ডাক্তারের থেকে মেডিক্যাল সার্টিফিকেট যেখানে বিকলাঙ্গতার ধরন ও বিকলাঙ্গতার মেয়াদ উল্লেখ থাকবে। নিয়োগকর্তার থেকে লিভ বা ছুটির শংসাপত্র যেখানে যথার্থ ছুটির সময়সীমার বিস্তারিত বিবরণ থাকবে এবং যথাযথভাবে নিয়োগকর্তার সই ও সিল থাকবে। b) চিকিৎসারত ডাক্তারের থেকে ফিটনেস সার্টিফিকেট যেখানে প্রত্যয়িত করা হবে যে বীমাকৃত তাঁর স্বাভাবিক কর্তব্য পালনের জন্য ফিট বা যোগ্য।

উপরের তালিকাটা শুধুমাত্র নির্দেশকই, কেস অনুযায়ী নির্দিষ্ট বিষয়ের উপর আরো নথিপত্র (কাটা দাগ, দুর্ঘটনার জায়গা প্রভৃতির ফোটোগ্রাফ সহ) দরকার পড়তে পারে, বিশেষ করে যেখানে জালিয়াতির সন্দেহ থাকে যে কেসে যার তদন্ত করতে হয়।

নিজেকে যাচাই 4

স্থায়ী সম্পূর্ণ বিকলাঙ্গতা ক্লেইমের জন্য নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে কোন ডকুমেন্টটি সাবমিট করার দরকার নেই?

I. ক্লেইমকারী স্বাক্ষরিত যথাযথভাবে পূরণ করা ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা ক্লেইম ফর্ম।

II. প্রযোজ্য হলে ফার্স্ট ইনফরমেশন রিপোর্টের প্রত্যয়িত কপি।

III. একজন সরকারী সার্জেনের থেকে স্থায়ী বিকলাঙ্গতা শংসাপত্র অথবা সমতুল্য উপযুক্ত কোনো ডাক্তারকে দিয়ে বীমাকৃতের বিকলাঙ্গতার প্রত্যয়ন।

IV. চিকিৎসারত ডাক্তারের থেকে ফিটনেস সার্টিফিকেট যেখানে প্রত্যয়িত করা হবে যে বীমাকৃত তাঁর স্বাভাবিক কর্তব্য পালনের জন্য ফিট বা যোগ্য।

G. ক্লেইম ব্যবস্থাপনা – বিদেশ সফর বীমা

1. বিদেশ সফর বীমা পলিসি

বিদেশ সফর বীমা পলিসিতে যদিও বহু নন-মেডিক্যাল সুবিধাকেই কভার দেওয়া হয়, এর আন্ডাররাইটিং ও ক্লেইম ব্যবস্থাপনা রীতি অনুযায়ী স্বাস্থ্য বীমা পোর্টফোলিওর অধীনেই করা হয়ে থাকে কারণ এই পলিসির আওতায় প্রধান কভারটা হলো মেডিক্যাল ও অসুস্থতার সুবিধা।

পলিসির অধীনে কভারগুলিকে বিস্তৃতভাবে নিম্নলিখিত বিভাগে বিভক্ত করা যায়। একটা নির্দিষ্ট পণ্য নিম্নে উল্লেখিত সুবিধাগুলির সবকটিই বা কয়েকটি কভার করতে পারে:

a) মেডিক্যাল বা অসুস্থতার অংশ

b) প্রত্যাবাশন ও পরিত্যাগ

c) ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা কভার

d) ব্যক্তিগত দায়বদ্ধতা

e) অন্যান্য নন-মেডিক্যাল কভার

i. সফর বাতিল
ii. সফরে বিলম্ব
iii. সফরে বিঘ্ন
iv. যোগাযোগ ছিন্ন
v. চেক করা ব্যাগেজের বিলম্ব
vi. চেক করা ব্যাগেজ খোয়া যাওয়া
vii. পাসপোর্ট হারানো
viii. জরুরী অগ্রিম নগদ
ix. হাইজ্যাক ভাতা
x. বেইল বন্ড বীমা
xi. হাইজ্যাক কভার
xii. স্পন্সর সুরক্ষা

xiii. সহানুভূতিশীল সফর
xiv. পড়াশোনায় বিঘ্ন
xv. বাড়িতে চুরি

নাম থেকে বোঝা যাচ্ছে এই পলিসিটা হলো বিদেশ সফরে আগ্রহী ব্যক্তির জন্য, এটা স্বাভাবিক যে ভারতের বাইরেও লোকসান হতে পারে এবং যখন রিপোর্ট করা হবে সেই অনুযায়ী যথাযতভাবে ক্লেইমের পরিষেবা পেতে হবে। বিদেশ সফর বীমার ক্ষেত্রে ক্লেইম পরিষেবায় সাধারণত একটি থার্ড পার্টি সার্ভিস প্রোভাইডার (সহায়ক কোম্পানি) জড়িত থাকে যারা প্রয়োজনীয় সাহায্য ও সহায়তা দিতে বিশ্বব্যাপী একটা নেটওয়ার্ক প্রতিষ্ঠা করেছে।

ক্লেইম পরিষেবায় আবশ্যিকভাবে অন্তর্ভুক্ত :

a) 24*7 ভিত্তিতে ক্লেইম নোটিফিকেশন গ্রহণ;
b) ক্লেইম ফর্ম পাঠানো ও প্রক্রিয়া;
c) লোকসানের পর তৎক্ষণাৎ কী করতে হবে সেব্যাপারে ক্রেতাকে গাইড করা;
d) মেডিক্যাল ও অসুস্থতার ক্লেইমের জন্য ক্যাশলেস পরিষেবার সুযোগ দেওয়া
e) প্রত্যাবাশন ও পরিত্যাগের ব্যবস্থা করা, জরুরী অগ্রিম নগদ

2. সহযোগী কোম্পানিসমূহ – বিদেশ সফর ক্লেইমে ভূমিকা

বিশ্বজুড়েই সহায়ক কোম্পানির নিজস্ব অফিস থাকে এবং একই ধরনের অন্যান্য পরিষেবাদাতাদের সঙ্গে তাঁদের টাই-আপ থাকে। পলিসির অধীনে কভার করা সম্ভাব্য ঘটনার ক্ষেত্রে এই কোম্পানিগুলি বীমা কোম্পানির ক্রেতাদের সহায়তা দিয়ে থাকে।

ক্লেইম রেজিস্ট্রেশন ও তথ্যের জন্য এই কোম্পানিগুলি আন্তার্জাতিক টোল ফ্রি নম্বর সহ একটা 24*7 কল সেন্টার চালায়। তারা নিম্নলিখিত পরিষেবাগুলিও দিয়ে থাকে এবং পরিষেবার জন্য মাসুলের হেরফের হতে পারে নির্দিষ্ট বীমা কোম্পানির সঙ্গে চুক্তি, কভারকৃত সুবিধা প্রভৃতির ভিত্তিতে।

a) মেডিক্যাল সহায়তা পরিষেবা:

i. চিকিৎসা পরিষেবা প্রদানকারী রেফারেলগুলি
ii. হাসপাতালে ভর্তির ব্যবস্থা
iii. জরুরী মেডিক্যাল পরিত্যাগের ব্যবস্থা
iv. জরুরী মেডিক্যাল প্রত্যাবাসনের ব্যবস্থা
v. মরদেহ প্রত্যাবাসন
vi. সহানুভূতিশীল সফরের ব্যবস্থাপনা
vii. নাবালক সন্তানকে সহায়তা/সহচর হওয়া

b) হাসপাতালে থাকার সময় ও তার পরে মেডিক্যাল অবস্থার নজরদারি

c) অত্যাবশ্যক ওষুধ বিতরণ

d) বীমা কোম্পানির অনুমোদন ও পলিসির শর্ত অনুসারে হাসপাতালে থাকার সময় মেডিক্যাল খরচের গ্যারান্টি।

e) প্রাক-সফর তথ্য পরিষেবা ও অন্যান্য পরিষেবা:

i. ভিসা ও টীকাকরণের আবশ্যকতা
ii. দূতাবাস রেফারেল পরিষেবা
iii. পাসপোর্ট হারানো ও লাগেজ বা মালপত্র খোয়া গেলে সহায়তা
iv. জরুরী বার্তা পাঠানোর পরিষেবা
v. বেইল বন্ড ব্যবস্তাপনা
vi. জরুরী আর্থিক সহায়তা

f) দোভাষী রেফারেল

g) আইনী রেফারেল

h) আইনজীবীর সঙ্গে সাক্ষাৎ

3. ক্যাশলেস মেডিক্যাল কেসের ক্ষেত্রে ক্লেইম ব্যবস্থাপনা

ক্যাশলেস মেডিক্যাল কেস, পরিশোধ মেডিক্যাল কেস ও অন্যান্য নন-মেডিক্যাল কেসের ক্ষেত্রে ক্লেইম ব্যবস্থাপনা পদ্ধতির হেরফের হয়। আবার মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে ক্যাশলেস মেডিক্যাল ক্লেইম ব্যবস্থাপনা অন্য দেশের থেকে আলাদা হয়। আমরা এখন সেই প্রক্রিয়াটা ধাপে ধাপে জেনে নেব

a) ক্লেইম নোটিফিকেশন

যখন ও যেভাবে লোকসান হয়েছে, রোগী হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন এবং অ্যাডমিশন কাউন্টারে বীমার বিবরণ দেখিয়েছেন। হাসপাতাল এবং/অথবা রোগীর কোনো আত্মীয়/বন্ধুর থেকে সহায়ক কোম্পানি নতুন কেসের নোটিফিকেশন পেয়েছে। ক্লেইম প্রক্রিয়াটা তারপর ক্লেইমকারীকে ব্যাখ্যা করে দেওয়া হয়েছে।

b) কেস ব্যবস্থাপনা পদক্ষেপ :

এক কোম্পানি থেকে আরেক কোম্পানিতে এগুলির হেরফের হয়, অভিন্ন পদক্ষেপগুলি নিচে তালিকাবদ্ধ করা হয়েছে :

i. সহায়ক কোম্পানির কেস ম্যানেজার বেনিফিট বা সুবিধা, বীমাকৃত রাশি, পলিসির মেয়াদ, পলিসি হোল্ডারের নাম যাচাই করে দেখেন।

ii. তারপর রোগীর মেডিক্যাল অবস্থার হালনাগাদের জন্য ক্লিনিকাল/মেডিক্যাল রিপোর্ট, বিলিং তথ্য, খরচের আনুমানিক হিসেব পেতে হাসপাতালের সঙ্গে যোগাযোগ করেন। সহায়ক কোম্পানি ক্লিনিকাল নোট ও মেডিক্যাল খরচের আনুমানিক হিসেব হাতে পেলে বীমাকারীকে একটা আপডেট পাঠায়।

iii. বীমা কোম্পানির অনুমোদন সাপেক্ষে ক্লেইমের গ্রাহ্যতা নির্ধারিত হয় এবং হাসপাতালকে পেমেন্টের গ্যারান্টি দেওয়া হয়।

iv. এমন পরিস্থিতি তৈরি হতে পারে যে ভারতে (বীমাকৃতের স্থান) এবং/অথবা লোকসানের অবস্থানে অনুসন্ধানের প্রয়োজন পড়তে পারে। ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা ক্লেইম সেকশনে যেমন ব্যাখ্যা করা হয়েছে অনুসন্ধানের প্রক্রিয়া ঠিক তেমনই হবে। সহায়ক কোম্পানির সাহায্যে

বা বীমা কোম্পানির প্রত্যক্ষ যোগাযোগের মাধ্যমে বিদেশের অনুসন্ধানকারী বাছাই করা হয়।

v. সহায়ক কোম্পানির কেস ম্যানেজার বীমাকারীকে একটা ক্লিনিকাল ও খরচের আপডেট, অগ্রগতি সম্পর্কিত নোট প্রভৃতি দেওয়ার জন্য দৈনিক ভিত্তিতে কেসটায় নজরদারি চালিয়ে যাবেন যাতে চিকিৎসা চালিয়ে যাওয়ার ব্যাপারে অধিকার পাওয়া যায়।

vi. রোগীকে ডিশচার্জ করা হয়ে গেলে কেস ম্যানেজার চূড়ান্ত চার্জ নিশ্চিত করতে হাসপাতালের সঙ্গে অধ্যাবসায়ের সঙ্গে কাজ করবেন।

vii. সহায়ক কোম্পানি আশ্বস্ত করবেন যে বিলটা যথাযথভাবে পরীক্ষা করা হয়েছে, ঘষামাজা ও হিসেব করা হয়েছে। কোনো ত্রুটি ধরা পড়লে সংশোধনের জন্য হাসপাতালের বিলিং বিভাগে পাঠানো হয়েছে।

viii. তারপর পরিষেবাদাতা ও সহায়ক কোম্পানি বা তাঁর সহযোগী রিপ্রাইজিং এজেন্টের মধ্যে সম্মত হারে চূড়ান্ত বিলটা রি-প্রাইজ করা হয়েছে। হাসপাতালকে আগেই পেমেন্টের আশ্বাস দেওয়া হলে ভালো ছাড় দিয়ে রি-প্রাইসিং সম্ভব।

রি-প্রাইসিং স্বাভাবিকভাবেই হলো মার্কিন স্বাস্থ্য পরিষেবার চরিত্র এবং অ-মার্কিন কেসগুলিতে এটা প্রায় প্রযোজ্যই নয়। মার্কিন ও অ-মার্কিন ক্যাশলেস মেডিক্যাল কেসের মধ্যে এটাই হলো বড় পার্থক্য।

c) ক্লেইম প্রক্রিয়ার ধাপ :

i. ক্লেইম মূল্যায়নকারী রি-প্রাইজ করা/আসল বিল পেয়ে, সেটা যাচাই করবেন এবং নিশ্চিত করবেন যে পরিষেবা ও চিকিৎসা দেওয়ার তারিখগুলির জন্য কভারেজ ছিল। সহায়ক কোম্পানির পাওয়া বিলের হিসেব পরীক্ষা করা হবে ক্লেইম ডিপার্টমেন্টে যাতে নিশ্চিত করা যায় যে চার্জগুলি লাইনেই রয়েছে এবং চিকিৎসার রীতি অনুসারেই রয়েছে। ছাড়টা রি-কনফার্ম করে বিল প্রসেস হবে।

ii. তারপর পেমেন্টের জন্য রি-প্রাইজিং নোটিফিকেশন শিট ও এক্সপ্ল্যানেশন অব বেনিফিট (ইওবি) সহ বিলটা পাঠানো হবে বীমাকারীর কাছে।

iii. বীমা কোম্পানি বিল পেয়েই তৎক্ষণাৎ পেমেন্টের জন্য সহায়ক কোম্পানিকে অধিকার দিয়ে দেবে।

d) পেমেন্ট প্রক্রিয়ার ধাপ:

i. স্থানীয় অফিসের মাধ্যমে হাসপালকে পেমেন্ট রিলিজ করার জন্য সহায়ক কোম্পানি বীমাকারীর থেকে অধিকার পান।

ii. তারপর ফিনান্স ডিপার্টমেন্ট পেমেন্ট রিলিজ করে।

e) হাসপাতালে থাকার প্রক্রিয়া

i. ভারতের হাসপাতালের থেকে বিদেশে বিশেষ করে মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র ও ইউরোপের ব্যবস্থা একেবারেই আলাদা, কারণ সেখানে জনসংখ্যার অধিকাংশেরই বেসরকারী বীমা বা সরকারী প্রকল্পের মাধ্যমে সর্বজনীন স্বাস্থ্য কভারেজ থাকে। বীমাকৃত একটা বৈধ স্বাস্থ্য বা বিদেশ সফর বীমা পলিসি দেখালেই বেশিরভাগ হাসপাতালই সমস্ত আন্তর্জাতিক বীমা কোম্পানির থেকে পেমেন্টর গ্যারান্টি স্বীকার করে।

বেশিরভাগ দেশেই বীমার কভারেজের কনফার্মেশন বা নগদ জমার জন্য চিকিৎসা বিলম্বিত হয় না।

হাসপাতাল তৎক্ষণাৎই চিকিৎসা শুরো করে দেয়। বীমার কভারেজ থাকলে বীমা পলিসি টাকা দেয় অথবা রোগীকেই তা শোধ করতে হয়। পেমেন্ট পেতে বিলম্ব হলে হাসপাতালগুলির চার্জ বাড়িয়ে দেওয়ার প্রবনতা আছে।

আর পেমেন্ট যদি তৎক্ষণাৎ দিয়ে দেওয়া হয় তাহলে তৎক্ষণাৎ পেমেন্ট হাসপাতাল বড় ছাড় দিতে পারে। হাসপাতালের বিলের দ্রুত বন্দোবস্তের জন্য রি-প্রাইসিং এজেন্সি সাধারণত হাসপাতালের সঙ্গে আলাপ-আলোচনা করে।

ii. সহায়ক কোম্পানির দেওয়া টোল ফ্রি নম্বরে ফোন করে নেটওয়ার্ক হাসপাতাল ও প্রক্রিয়া সম্পর্কে তথ্য বীমাকৃত জানতে পারবেন।

iii. হাসপাতালে ভর্তি করার প্রয়োজন পড়লে কল সেন্টারে ফোন করে বীমাকৃতের সেটা জানানো দরকার এবং বৈধ সফর বীমা পলিসি সহ একটা নির্ধারিত হাসপাতালেই যেতে হবে।

iv. হাসপাতালগুলিও সাধারণত পলিসির বৈধতা পরীক্ষা করতে ও কভারেজ যাচাই করতে কল সেন্টারে নম্বরে ফোন করে সহায়ক কোম্পানি/বীমাকারীর সঙ্গে যোগাযোগ করে।

v. পলিসিটা হাসপাতাল একবার গ্রহণ করে নিলেই ওই হাসপাতালে ক্যাশলেস ভিত্তিতে বীমাকৃতের চিকিৎসা হয়।

vi. গ্রহণযোগ্যতা নির্ধারণ করতে বীমাকারী/সহায়তা প্রদানকারীর প্রয়োজন পড়ে এমন মৌলিক কিছু তথ্য হলো

1. অসুস্থতার বিস্তারিত বিবরণ
2. কোনো অতীত ইতিহাসের ক্ষেত্রে ভারতের হাসপাতাল, স্থানীয় মেডিক্যাল অফিসারের বিবরণ:
   - ✓ অতীত ইতিহাস, বর্তমান চিকিৎসা ও হাসপাতালে আরো পরিকল্পিত কোর্স ও সঙ্গে সঙ্গে পাঠানোর জন্য অনুরোধ
   - ✓ চিকিৎসারত চিকিৎসকের বিবৃতি সহ ক্লেইম ফর্ম
   - ✓ পাসপোর্টের কপি
   - ✓ মেডিক্যাল ইনফর্মেশন ফর্মের প্রকাশ

f) মেডিক্যাল খরচ ও অন্যান্য নন-মেডিক্যাল ক্লেইম পরিশোধ :

বীমাকৃত দেশে ফিরে আসার পরেই সাধারণত পরিশোধ ক্লেইম ফাইল করেন। ক্লেইমের কাগজপত্র প্রাপ্তির পর, স্বাভাবিক পদ্ধতিতেই ক্লেইমের প্রক্রিয়া হয়। গ্রহণীয় যাবতীয় ক্লেইমের পেমেন্ট করা হয় ভারতীয় মূদ্রায়, ক্যাশলেস ক্লেইমের ক্ষেত্রেও যেখানে পেমেন্ট করা হয়েছে বিদেশী মূদ্রায়।

ক্লেইম পরিশোধ প্রক্রিয়ায় ভারতীয় মূদ্রায় দায়বদ্ধতার পরিমাণ জানতে লোকসানের দিনে মূদ্রা বিনিময়ের হার প্রযোজ্য হয়। তারপর চেক বা ইলেক্ট্রনিক ট্রান্সফারের মাধ্যমে পেমেন্ট করা হয়।

i. ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা ক্লেইমগুলি একইভাবে প্রসেস করা হয় যেমনটা ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা ক্লেইম সেকশনে ব্যাখ্যা করা হয়েছে।

ii. বেইল বন্ড কেসগুলি ও জরুরী আর্থিক কেসগুলিতে সহায়ক কোম্পানিই অর্থ প্রদান করে এবং পরে তা বীমা কোম্পানির থেকে ক্লেইম করে।

iii. অন্য সকল ক্লেইমের ক্ষেত্রে যে প্রক্রিয়া অনুসরণ করা হয় অসমর্থনীয় ক্লেইম অস্বীকারের ক্ষেত্রেও একই পদ্ধতি নেওয়া হয়।

g) দুর্ঘটনা ও অসুস্থতার মেডিক্যাল খরচের জন্য ক্লেইমের ডকুমেন্টেশন

i. ক্লেইম ফর্ম

ii. ডাক্তারের রিপোর্ট

iii. আসল অ্যাডমিশন/ডিসচার্জ কার্ড

iv. আসল বিল/রসিদ/প্রেস্ক্রিপশন

v. আসল এক্স-রে রিপোর্ট/প্যাথোলজিকাল/ইনভেস্টিগেটিভ রিপোর্ট

vi. প্রবেশ ও প্রস্থানের স্ট্যাম্প সহ পাসপোর্ট/ভিসার কপি

উপরের তালিকাটা শুধুমাত্র নির্দেশকই। নির্দিষ্ট কেস বিবরণ বা নির্দিষ্ট বীমাকারীর ক্লেইম ব্যবস্থাপনা নীতি/প্রক্রিয়ার ভিত্তিতে অতিরিক্ত তথ্য/নথির দরকার পড়তে পারে।

নিজেকে যাচাই 5

____________________ সহায়ক কোম্পানিই অর্থ প্রদান করে এবং পরে তা বীমা কোম্পানির থেকে ক্লেইম করে।

I. বেইল বন্ড কেসগুলিতে

II. ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা ক্লেইমগুলিতে

III. বিদেশ সফর বীমা ক্লেইমগুলিতে

IV. অসমর্থনীয় ক্লেইমগুলিতে

সারাংশ

a) বীমা হলো একটা **'প্রতিশ্রুতি'** এবং পলিসি হলো সেই প্রতিশ্রুতির একটা **'সাক্ষী'**। কোনো বীমাকৃত ঘটনা ঘটে যাওয়ার ফলে পলিসির অধীনে ক্লেইমটাই হলো সেই প্রতিশ্রুতির প্রকৃত পরীক্ষা।

b) বীমায় অন,তম মূল রেটিং মাপকাঠি হলো বীমা কোম্পানির ক্লেইম প্রদানের সামর্থ্য।

c) ক্রেতা একজন প্রাথমিক স্টেকহোল্ডার হিসেবে বীমাটা কেনেন, পাশাপাশি তিনিই হলেন ক্লেইমের প্রাপক।

d) ক্যাশলেস ক্লেইমে একটা নেটওয়ার্ক হাসপাতাল বীমাকারী / টিপিএ-র থেকে পূর্ব-অনুমোদনের ভিত্তিতে মেডিক্যাল পরিষেবা দিয়ে থাকে এবং পরে ক্লেইমের নিষ্পত্তির জন্য নথিপত্র পেশ করেন।

e) ক্লেইম পরিশোধে ক্লেইমে ক্রেতার তাঁর নিজের সম্পদ থেকে হাসপাতালের বিল মেটান, এবং পরে সেই টাকা ফেরতের জন্য বীমাকারী / টিপিএ-র কাছে ক্লেইম দাখিল করেন।

f) ক্লেইম সম্পর্কে অবহিত করাই হলো ক্রেতা ও ক্লেইম টিমের মধ্যে সাক্ষাতের প্রথম উদাহরণ।

g) বীমার ক্লেইমের ক্ষেত্রে বীমা কোম্পানি কোনো জালিয়াতির সন্দেহ করলে সেটা তদন্তের জন্য পাঠানো হয়। একটা ক্লেইমের তদন্ত করা হতে পারে ইন-হাউসই একজন বীমাকারী / টিপিএ-কে দিয়ে অথবা সেই দায়িত্ব একটা পেশাদার তদন্ত সংস্থার হাতেও তুলে দেওয়া যায়।

h) ধরে রাখা মানে হলো ক্লেইমের স্ট্যাটাসের ভিত্তিতে সমস্ত ক্লেইমের জন্য বীমাকারকের বইয়ে অর্থের সংস্থান।

i) ক্লেইম প্রত্যাখ্যাত হলে বীমাকারীর কাছে যাওয়া ছাড়াও ক্রেতার সুযোগ থাকে ইনসুরেন্স ওম্বাডসম্যান বা কনজিউমার ফোরাম এমনকি আইনের দ্বারস্থ হওয়ার সুযোগ থাকে।

j) হাসপাতালে ভর্তির ক্ষতিপূরণ পলিসিগুলিতেই বেশিরভাগ ক্ষেত্রে জালিয়াতির ঘটনা ঘটে তবে ব্যক্তিগত দুর্ঘটনা বীমার ক্ষেত্রেও প্রতারণামূলক ক্লেইম হয়ে থাকে।

k) টিপিএ বীমাকারীকে অনেক গুরুত্বপূর্ণ পরিষেবা দিয়ে থাকে এবং এর জন্য ফি'র আকারে পারিশ্রমিক পায়।

নিজেকে যাচাইয়ের প্রশ্ন

প্রশ্ন 1

নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে কোনটিকে বীমা ক্লেইম প্রক্রিয়ায় প্রাথমিক স্টেকহোল্ডার হিসেবে বিবেচনা করা হয়?

I. ক্রেতা

II. মালিক

III. আন্ডাররাইটার

IV. বীমা এজেন্ট/ব্রোকার

প্রশ্ন 2

গিরিশ সাক্সেনার বীমার ক্লেইম বীমা কোম্পানি খারিজ করে দিয়েছে। একটি প্রত্যাখ্যানের ক্ষেত্রে বীমাকারী প্রতিনিধির কাছে যাওয়া ছাড়া বীমাকারীর আর কোন উপায় রয়েছে?

I. সরকারের দ্বারস্থ হওয়া

II. আইনের দ্বারস্থ হওয়া

III. বীমা এজেন্টের দ্বারস্থ হওয়া

IV. ক্লেইম প্রত্যাখ্যানের ক্ষেত্রে কিছুই করার থাকে না

প্রশ্ন 3

রাজীব মেহতার পেশ করা একটা স্বাস্থ্য বীমার ক্লেইমের তদন্তে করতে গিয়ে বীমা কোম্পানি জানতে পারে রাজীব মেহতার বদলে চিকিৎসার জন্য হাসপাতালে ভর্তি হয়েছিলেন তাঁর ভাই রাজেশ মেহতা। রাজীব মেহতার পলিসিটা একটা ফ্যামিলি ফ্লোটার প্ল্যান নয়। এটা হলো একটা ______________জালিয়াতির উদাহরণ

I. ছদ্মবেশিতা

II. নথি নির্মাণ

III. ব্যায়ের অত্যুক্তি

IV. আউটপেশন্ট চিকিৎসাকে ইন-পেশেন্ট বা হাসপাতালে ভর্তি হওয়া হিসেবে দেখানোর

প্রশ্ন 4

নিম্নলিখিতগুলির মধ্যে কোন পরিস্থিতিতে ডেমিসিলিয়ারি হসপিটালাইজেশন একটা স্বাস্থ্য বীমা পলিসিতে কভার পায়?

I. রোগীর অবস্থা যখন এমন হয় যে তাঁকে হাসপাতাল/নার্সিংহোমে নিয়ে যাওয়া যায় তবে সেটা করা হয়নি

II. জায়গার অভাবে রোগীকে হাসপাতাল/নার্সিংহোমে সরানো যায়নি

III. চিকিৎসা কেবলমাত্র হাসপাতাল/নার্সিংহোমেই করা সম্ভব

IV. হাসপাতালে থাকার মেয়াদ 24ঘন্টার বেশি হয়ে গেছে

প্রশ্ন 5

নিম্নলিখিত কোডগুলির মধ্যে কোনটি অসুখের চিকিৎসায় যে প্রক্রিয়া সম্পন্ন তা করায়ত্ত করতে পারে?

I. আইসিডি

II. ডিসিআই

III. সিপিটি

IV. পিসিটি

নিজেকে যাচাইয়ে প্রশ্নসমূহের উত্তর

উত্তর 1

সঠিক উত্তরটি হলো I.

বীমা ক্লেইম প্রক্রিয়ায় ক্রেতাই হলো প্রাথমিক স্টেকহোল্ডার

উত্তর 2

সঠিক উত্তরটি হলো II

বীমার ক্লেইম প্রত্যাখ্যানের ক্ষেত্রে ব্যক্তি আইনের দ্বারস্থ হতে পারেন।

উত্তর 3

সঠিক উত্তরটি হলো I.

এটা হলো একটা ছদ্মবেশিতা জালিয়াতির উদাহরণ, কারণ চিকিৎসা হয়েছে যে ব্যক্তি আর বীমা রয়েছে যার, দুজনে আলাদা।

উত্তর 4

সঠিক উত্তরটি হলো II

জায়গার অভাবে রোগীকে হাসপাতাল/নার্সিংহোমে সরানো না গেলে তবেই স্বাস্থ্য বীমা পলিসিতে ডোমিসিলিয়ারি ট্রিটমেন্ট দেওয়া হয়

উত্তর 5

সঠিক উত্তরটি হলো III

কারেন্ট প্রসিডিওর টার্মিনোলজি (সিপিটি) কোড অসুখের চিকিৎসায় যে প্রক্রিয়া সম্পন্ন তা করায়ত্ত করতে পারে।