आई.सी. ३८

कार्पोरेट एजंट [जीवन बीमा]

आभार प्रदर्शन

इस पाठ्यक्रम का हिन्दी में अनुवाद भारतीय विमा संस्था, मुबंइ के सहयोग से तैयार किया गया है ।

भारतीय बीमा संस्थान
INSURANCE INSTITUTE OF INDIA

जी ब्लॉक, प्लॉट न. सी-46,

बांद्रा कुर्ला कॉम्प्लेक्स, बांद्रा (पूर्व), मुंबई – 400 051.

कार्पोरेट एजंट [जीवन बीमा]

आई.सी. ३८

सभी अ धकार सुर क्षत

यह पाठ्यक्रम भारतीय बीमा संस्थान, मुंबई की कॉपीराइट है। कसी भी परिस्थिति में इस पाठ्यक्रम के कसी भी भाग को पुनर्प्रस्तुत नहीं कया जा सकता है।

यह पाठ्यक्रम पूरी तरह से भारतीय बीमा संस्थान की स्वास्थ्य बीमा एजेंटों की परीक्षाओं में बैठने वाले उम्मीदवारों के अध्ययन के प्रयोजन से तैयार कया गया है और यह आईआरडीएआई द्वारा अनुमोदित सलेबस पर आधारित है। यह कानूनी बहसों को शा मल करने वाले ववादों या बातों के मामले में व्याख्या या समाधान प्रस्तुत करने के लए नहीं है।

पी. वेणुगोपाल, महास चव, भारतीय बीमा संस्थान, जी-ब्लॉक, प्लॉट सी-46, बांद्रा कुर्ला कॉम्प्लेक्स, बांद्रा (पूर्व) मुंबई – 400 051 **द्वारा प्रकाशित**

प्रस्तावना

संस्थान ने बीमा उद्योग के साथ सलाह-मशविरा करते हुए कॉर्पोरेट एजेंटों के लिए यह पाठ्य सामग्री तैयार की है । इस पाठ्य सामग्री को आईआरडीएआई द्वारा अनुमोदित पाठ्यक्रम के आधार पर तैयार किया गया है ।

इस प्रकार,यह अध्ययन पाठ्यक्रम जीवन साधारण और स्वास्थ्य बीमा की बुनियादी जानकारी प्रदान करता है जिससे एजेंट अपने पेशेवर कैरियर को सही परिप्रेक्ष्य में समझने और मूल्याकंन करने में सक्षम होंगे कहना न होगा कि बीमा कारोबार एक ऐसे गतिशील वातावरण में काम करता है जहां एजेंटों को व्यक्तिगत अध्ययन और बीमा कंपनियों द्वारा दिये जाने वाले आंतरिक प्रशिक्षण में भागीदारी करते हुए विधि एवं व्यवहार में होनेवाले परिवर्तनों से अपने आपको अद्यतन रखना होगा ।

इस पाठ्यक्रम को चार खंडो में बांटा गया है । यह जीवन बीमा, स्वास्थ्य बीमा और साधारण बीमा से संबंधित विषयों के साथ-साथ वैधानिक सिध्दांतों तथा कॉर्पोरेट एजेंटों के विनियामक पहलुओं को समाहित किये हुए हैं, अध्ययन पाठ्यक्रम में एक मॉडल प्रश्नावली को शामिल करते हुए मूल्य-वर्धन किया गया है । इससे परीक्षा में बैठने वाले छात्रों को वस्तुनिष्ठ प्रश्नों के प्रारुप और प्रकारों का एक अंदाजा मिल जाएगा । इसके अलावा मॉडल प्रश्नावली प्रशिक्षण के दौरान प्राप्त जानकारी की समीक्षा और सुदृढ़ीकरण का उद्देश्य भी पूरा करेगी ।

हम यह कार्य भारतीय बीमा संस्थान को सौंपने के लिए आईआरडीएआई का धन्यवाद करते हैं । संस्थान इस पाठ्यक्रम का अध्ययन करने और परीक्षा में उत्तीर्ण होने के लिए सभी को शुभकामनाएं देता है।

भारतीय बीमा संस्थान

विषय-सूची

अध्याय सं.	शीर्षक	पृष्ठ सं.
अनुभाग 1	**COMMON CHAPTERS**	
1	बीमा का परिचय	2
2	ग्राहक सेवा	23
3	शिकायत निवारण प्रणाली	51
4	कॉरपोरेट एजेंट की नियामक पहलु	63
5	जीवन बीमा के कानूनी सिद्धांत	81
अनुभाग 2	जीवन बीमा	
6	जीवन बीमा में क्या शामिल है	100
7	वित्तीय नियोजन	114
8	जीवन बीमा उत्पाद – I	134
9	जीवन बीमा उत्पाद – II	153
10	जीवन बीमा के प्रयोग	168
11	जीवन बीमा में मूल्य निर्धारण और मूल्यांकन	177
12	दस्तावेजीकरण - प्रस्ताव चरण	198
13	दस्तावेजीकरण - पॉलिसी चरणः I	209
14	दस्तावेजीकरण - पॉलिसी चरणः II	219
15	बीमालेखन (अन्डरराइटिंग)	242
16	जीवन बीमा पॉलिसी के अंतर्गत भुगतान	263
अनुभाग 3	स्वास्थ्य बीमा	
17	स्वास्थ्य बीमा का परिचय	278
18	बीमा दस्तावेज़	298
19	स्वास्थ्य बीमा उत्पाद	320
20	स्वास्थ्य बीमा का जोखिम अंकन (बीमालेखन)	373

21	स्वास्थ्य बीमा दावे	407

अनुभाग 1

COMMON CHAPTERS

अध्याय 1

बीमा का परिचय

पाठ का परिचय

इस **अध्याय** का उद्देश्य बीमा के मूलभूत तत्वों का परिचय, उसका विकास एवं उसके कार्यस्वरूप से अवगत कराना है। आप यह भी जान पाएंगे कि बीमा किस तरह से आकस्मिक घटनाओं के फलस्वरूप उत्पन्न होने वाली आर्थिक हानियों से सुरक्षा प्रदान करता है एवं अपनी जोखिम किसी और को देने (रिस्क ट्रांसफर) के माध्य के रूप में कार्य करता है।

अध्ययन का परिणाम

A. जीवन बीमा - इतिहास एवं विकास
B. बीमा का कार्यस्वरुप
C. जोखिम प्रबंधन की तकनीक
D. जोखिम प्रबंधन के साधन के रूप में बीमा
E. समाज में बीमा की भूमिका

A. जीवन बीमा - इतिहास एवं विकास

हम अनिश्चितत से भरे इस विश्व में जीवन यापन करते हैं। हमें प्रायः निम्नलिखित के बारे में सुनने को मिलता है :

- ✓ ट्रेनों का आपस में टकराना
- ✓ बाढ़ के कारण कई बस्तियों का नष्ट होना
- ✓ भूकम्प द्वारा असहनीय पीड़ा
- ✓ युवा लोगों की अकस्मात समय-पूर्व मृत्यु

चित्र 1 : हमारे आस-पास घट रही घटनाएं

ये घटनाएं हमें विचलित और भयभीत क्यों करती हैं ?

इसका कारण बहुत ही साधारण हैः

i. सर्वप्रथम, ये **घटनाएं अप्रत्याशित होती हैं।** यदि हमें किसी घटना का पूर्वानुमान एवं पूर्वाभास होता है उसका सामाना करने के लिए तैयारी कर सकते हैं।

ii. दूसरी बात यह कि ऐसी अप्रत्याशित एवं अप्रिय घटनाएं प्रायः **आर्थिक हानि और शोक का कारण** बनती हैं।

एक समुदाय, हिस्से दारी एवं पारस्परिक सहारे की प्रणाली के ज़रिए इन घटनाओं से प्रभावित व्यक्तियों की मदद कर सकता है।

बीमा के विचार का जन्म हज़ारों वर्ष पूर्व हुआ था। फिर भी, हम जिस बीमा-कारोबार से आज परिचित हैं, उसका विकास केवल 2 या 3 शताब्दी पहले ही हुआ है।

1. बीमा का इतिहास

ईसा पूर्व 3000 वर्ष से ही बीमा किसी न किसी रूप में विद्यमान रहा है। कई वर्षों से विभिन्न सभ्यताओं ने समाज के कुछ सदस्यों की सभी हानियों को आपस में पूलिंग(धनराशि एकप्रीकरण) करने तथा हिस्से दारी की अवधारणा का पालन किया है। चलिए, हम ऐसे ही कुछ उदाहरणों पर नज़र डालते हैं जहाँ इस अवधारणा को लागू किया गया था ।

2. सदियों से चला आ रहा बीमा

बेबिलोनियन व्यापारी	**बेबिलोनियन व्यपारियों** द्वारा किए गए करार के अनुसार, जहाज में लादी गई वस्तु के गुम या चोरी हो जाने पर, ऋणदाताओं द्वारा ऋण माफ किए जाने के लिये, व्यापारियों द्वारा ऋणदाताओं को अतिरिक्त राशि का भुगतान किया जाएगा। इसे 'बॉटमरी ऋण' कहा जाता था। ऐसे करार के तहत, जहाज या माल को गिरवी रखकर लिए गए ऋण की वापिसी, समुद्री यात्रा के पश्चात् जहाज के गंतव्य पर सुरक्षित पहुँच जाने पर ही की जाती था।
बरूच एवं सूरत के व्यापारी	भारतीय जहाजों में श्रीलंका, मिस्त्र एवं यूनान की ओर समुद्री यात्रा करने वाले **भड़ौच एवं सूरत** के व्यापारियों में भी बेबिलोनियन व्यापारियों के समान प्रथा प्रचलित थी।
यूनानी	**यूनानियों** ने ईसा पश्चात् 7वीं शताब्दी के अंत में, मृत सदस्य के अंतिम संस्कार तथा उसके परिवार की देखरेख के लिए परोपकारी संस्थाओं की शुरुआत की थी। इसी प्रकार से **इंग्लैंड़ में भी मित्रवत् समितियाँ (फ्रेंडली सोसायटी)** गठित की गई थीं।
रोड्स के निवासी	**रोड्स के निवासियों ने** एक ऐसी प्रथा अपनाई जिसके तहत संक्ट के दौरान जहाज का भार कम करने और संतुलन बनाये रखने के लिए जहाज में से कुछ माल फैंक दिया जाता है, जिसे 'जेटिसनिंग' कहा जाता है इस प्रकार माल के नुकसान हो जाने पर माल के सभी मालिकों (वे भी जिनका कोई माल नष्ट न हुआ हो) को कुछ अनुपात में हानि वहन करनी पड़ती थी।
चीन के व्यापारी	प्राचीन काल में **चीन के व्यापारी**, जोखिम भरी नदियों से यात्रा के दौरान विभिन्न जहाजों और नावों में अपना माल रखा करते थे। उनका मानना था कि यदि कोई नाव डूब भी जाए तो माल का नुकसान आंशिक होगा, पूरा नहीं। इस प्रकार के विस्तारण से हानि की मात्रा को कम किया जाता था।

3. बीमा की आधुनिक अवधारणाएं (माडर्न कन्सेप्टस्)

भारत में जीवन बीमा का सिद्धांत भारत की संयुक्त परिवार की व्यवस्था में प्रतिबिंबित होता है जो कि पिछली कई सदियों में जीवन बीमा का सर्वश्रेष्ठ स्वरूप रहा है। परिवार के किसी सदस्य की आकस्मिक मृत्यु होने पर

परिवार के विभिन्न सदस्यों द्वारा दुख एवं हानि आपस में बांट ली जाती थी, जिसके परिणामस्वरूप परिवार का प्रत्येक सदस्य सुरक्षित महसूस करता था।

आधुनिक युग में संयुक्त परिवार प्रणाली का विघटन एवं छोटे परिवारों के उभरने से तथा दैनिक जीवन के तनाव के कारण यह आवश्यक हो गया है कि सुरक्षा हेतु वैकल्पिक प्रणालियों को विकसित किया जाए। यह किसी एकल व्यक्ति के लिए बीमा की आवश्यकता की विशिष्टता दर्शाता है।

i. **लॉयड्स** - वर्तमान में प्रचलित आधुनिक वाणिज्यिक बीमा कारोबार की शुरुआत के संकेत, लंदन के लॉयड कॉफी हाउस में ढुढे जा सकते हैं। यहाँ एकत्रित होने वाले कारोबारी, सामुद्रिक खतरों के कारण जहाज द्वारा ले जा रहे उनके माल की क्षति होने पर ऐसी हानि को आपस में बांटने हेतु सहमत रहते थे। उन्हें समुद्री खतरे जैसे समुद्र के बीचों-बीच समुद्री डाकुओं द्वारा लूट-पाट अथवा खराब मौसम में माल का नष्ट हो जाना अथवा जहाज के डूब जाने के कारण ऐसी हानियों का सामना करना पड़ता था।

ii. वर्ष 1706 में लंदन में शुरू की गई **एमिकेबल सोसाइटी फॉर परपीचुअल एश्योरेन्स** ही विश्व की सर्वप्रथम जीवन बीमा कंपनी मानी जाती है।

4. भारत में बीमा का इतिहास

a) **भारत :** आधुनिक बीमा की शुरुआत लगभग 18 वीं सदी के आरंभिक वर्षों में हुई। इस दौरान विदेशी बीमाकर्ताओं की एजेंसियों ने मरीन बीमा समुद्री बीमा कारोबार की शुरुआत की।

द ओरिएंटल लाइफ इन्श्योरेन्स कंपनी लि.	भारत में स्थापित की जाने वाली पहली इंग्लिश जीवन बीमा कंपनी, की थी।
ट्रिटन बीमा कंपनी लि.,	भारत में स्थापित पहली गैर-जीवन बीमा कंपनी।
बॉम्बे म्यूचुअल अश्योरेन्स सोसाइटी लि.,	पहली भारतीय बीमा कंपनी। इसका गठन वर्ष 1870 में मुंबई में हुआ था।
नेशनल इंश्योरेंस कंपनी लि.,	भारत की सर्वाधिक पुरानी बीमा कंपनी। इसकी स्थापना वर्ष 1906 में की गई थी और इसका कारोबार आज भी निरंतर चल रहा है।

तत्पश्चात्, इस सदी की शुरुआत में स्वदेशी आंदोलन के परिणामस्वरूप कई अन्य भारतीय कंपनियों की स्थापना की गई।

महत्वपूर्ण

वर्ष 1912 में बीमा कारोबार को नियंत्रण करने हेतु **जीवन बीमा कंपनी अधिनियम** एवं **भविष्य निधि अधिनियम** पारित किए गए। जीवन बीमा कंपनी अधिनियम, 1912 के तहत यह अनिवार्य किया गया कि प्रीमियम-दर की सारणी तथा कंपनियों के सामयिक मूल्यांकन का प्रमाणीकरण बीमांकक (एक्चुअरी) द्वारा किया जाए। फिर भी, भारतीय एवं विदेशी कंपनियों के बीच असमानता एवं भेदभाव बना रहा।

बीमा अधिनियम 1938, पहला ऐसा कानून था जिसे भारत में बीमा कंपनियों के संचालन को नियंत्रण करने हेतु बनाया गया था। यह अधिनियम, जिसे समय-समय पर संशोधित किया जाता है, आज भी लागू है। बीमा अधिनियम के प्रावधानों के तहत सरकार द्वारा बीमा नियंत्रक (कंट्रोलर ऑफ श्योरेंस) की नियुक्ति की गई थी।

---

b) **जीवन बीमा का राष्ट्रीयकरणः** 1 सितंबर, 1956 को जीवन बीमा कारोबार का राष्ट्रीयकरण किया गया तथा **भारतीय जीवन बीमा निगम(एलआईसी)** की स्थापना की गई। उस समय भारत में 170 कंपनियां एवं 75 भविष्य निधि समितियां जीवन बीमा कारोबार में शामिल थीं। वर्ष 1956 से वर्ष 1999 तक भारत में जीवन बीमा कारोबार का एकमात्र अधिकार एलआईसी को ही प्राप्त था।

c) **गैर-जीवन बीमा का राष्ट्रीयकरणः** वर्ष 1972 में साधारण बीमा कारोबार {जनरल इंश्योरेंस बिज़नेज़ नेशन्लाइजेशन एक्ट (जीआईबीएनए)} राष्ट्रीयकरण अधिनियम के लागू करने के साथ ही गैर-जीवन बीमा कारोबार को भी राष्ट्रीयकृत किया गया एवं **भारतीय साधारण बीमा निगम (जीआईसी) तथा इसकी चार सहायक कंपनियों** की स्थापना की गई। **जीआईसी की चार सहायक कंपनियों की स्थापना पर** उस समय भारत में गैर जीवन बीमा कारोबार कर रही 106 कंपनियों का उनमें विलय कर दिया गया।

d) **मल्होत्रा समिति एवं आईआरडीएः** उद्योग के विकास के लिए परिवर्तन की खोज एवं सिफारिश और साथ ही प्रतिस्पर्धा की पुनः शुरुआत हेतु वर्ष 1993 में मल्होत्रा समिति का गठन किया गया। समिति ने अपनी रिपोर्ट वर्ष 1994 में प्रस्तुत की। वर्ष 1997 में बीमा विनियामक प्राधिकरण (आईआरए) की स्थापना की गई। वर्ष 1999 में बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण अधिनियम (आईआरडीए) के पारित किए जाने के बाद अप्रैल 2000 में जीवन एवं गैर-जीवन दोनों ही बीमा उद्योग की सांविधिक नियामक निकाय के रूप में भारतीय बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण(आईआरडीएआई) की स्थापना की गई।

2014 में जारी किए गए अध्यादेश के तहत कुछ शर्तें जोड़ी गयी हैं जो भारत में बीमा कंपनियों की परिभाषा और गठन को नियंत्रित करने से संबंधित हैं।

भारतीय बीमा कंपनी में एक ऐसी कंपनी शामिल है जिसमें पोर्टफोलियो निवेशकों सहित विदेशी निवेशकों द्वारा इक्विटी शेयरों की कुल होल्डिंग, उस तरीके से जो निर्धारित किया जा सकता है, भारतीय स्वामित्व और नियंत्रण वाली भारतीय बीमा कंपनी की चुकता इक्विटी पूंजी की उनचास फीसदी से अधिक नहीं है।

अध्यादेश भारत में विदेशी कंपनियों के बारे में भी शर्तें लगाता है।

एक विदेशी बीमा कंपनी भारत में स्थापित किसी शाखा के माध्यम से पुनर्बीमा कारोबार में शामिल हो सकती है। "पुनर्बीमा" शब्द का मतलब है 'एक बीमाकर्ता के जोखिम के एक हिस्से का दूसरे बीमाकर्ता द्वारा बीमा जो एक परस्पर स्वीकार्य प्रीमियम के बदले जोखिम को स्वीकार करता है।'

---

5. वर्तमान जीवन बीमा उद्योग

इस समय वर्तमान में भारत में 24 जीवन बीमा कंपनियां परिचालनरत हैं जिसका विवरण नीचे दिया गया है :

a) भारतीय जीवन बीमा निगम(एलआईसी) सार्वजनिक क्षेत्र की एक कंपनी है।

b) निजी क्षेत्र में 23 जीवन बीमा कंपनियां हैं।

c) भारत सरकार के अधीन डाक विभाग भी डाक जीवन बीमा के ज़रिए जीवन बीमा कारोबार कर रहा है, परंतु यह नियामक के अधिकार क्षेत्र से मुक्त है।

स्व परीक्षण 1

निम्नलिखित में से भारत में बीमा उद्योग का नियामक रेग्युलेटर कौन है ?

I. भारतीय बीमा प्राधिकरण (इंश्योरेंस ऑथारिटि ऑफ इंडिया)
II. भारतीय बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण (इंश्योरेंस रेग्युलेटिरि एण्ड डिवेलपमेंट ऑथारिटि
III. भारतीय जीवन बीमा निगम (लाइफ इंश्योरेंस कार्पोरेशन ऑफ इंडिया)
IV. भारतीय साधरण बीमा निगम (जनरल इंश्योरेंस कार्पोरेशन ऑफ इंडिया)

B. बीमा किस प्रकार कार्य करता है

आधुनिक वाणिज्य की शुरुआत संपत्ति के स्वामित्व के सिद्धांत के आधार पर की गई थी। यदि किसी घटना के कारण परिसंपत्ति (ऐसेह) का मूल्य कम (नुकसान या नष्ट हो जाने पर) हो जाता है, तो परिसंपत्ति के मालिक को आर्थिक हानि का सामना करना पड़ता है। फिर भी, परिसंपत्ति मालिकों से छोटे छोटे अंशदान द्वारा सामूहिक निधि (कामन फंड) का निर्माण किए जाने पर ऐसे कुछ दुर्भाग्यपूर्ण मालिकों की हानि की क्षतिपूर्ति हेतु इस निधि का प्रयोग किया जा सकता है।

सरल शब्दों में, बीमा की प्रक्रिया के ज़रिए एक व्यक्ति की संभावित आर्थिक हानि एवं उसके परिणामों को कई व्यक्तियों के बीच बाँटा जा सकता है।

परिभाषा

बीमा एक ऐसी प्रक्रिया है जिसके ज़रिए कुछ लोगों की हानि, जिन्हें दुर्भाग्यवश ऐसी हानि वहन करनी पड़ती है, को ऐसे व्यक्तियों में पहले पहले आपस में बांटा जाता है जिनके साथ ऐसी एक जैसी अनिश्चित घटनाओं/परिस्थितियों के घटने की संभावना हो।

चित्र 2 बीमा किस प्रकार कार्य करता है

तथापि, इसमें एक परेशानी है।

i. क्या लोग ऐसी सामूहिक निधि को बनाने में मुश्किल से अर्जित अपनी कमाई में से कुछ राशि का अंशेदान करने के लिये सहमत होंगे?

ii. वे कैसे विश्वास करेंगे कि इच्छित उद्देश्य के लिए उनके द्वारा दी गई राशि का प्रयोग हो रहा है?

iii. उन्हें यह कैसे ज्ञात होगा कि उनके द्वारा दी जा रही राशि बहुत कम है या बहुत अधिक?

स्पष्ट रूप से किसी को तो इस प्रक्रिया पर पहल करके एवं संगठित करके उपरोक्त उद्देश हेतु समुदाय के सदस्यों को साथ लाना होगा। वह 'किसी न किसी को ', 'बीमाकर्ता' (इंश्योरर) के रुप में जाना जाता है जो जमा राशि (पूल) हेतु प्रत्येक व्यक्ति द्वारा किए जाने वाले अंशदान का निर्णय लेता है तथा हानिग्रस्त सदस्यों के लिए भुगतान की व्यवस्था करता है।

बीमाकर्ता(इंश्योरर) को समुदाय एवं व्यक्तिगत सदस्यों का विश्वास भी जीतना पड़ेगा।

i. बीमा किस प्रकार कार्य करता है

a) सर्वप्रथम, परिसंपत्ति ऐसी होनी चाहिए जिसमें आर्थिक मूल्य विद्यमान हो। यह **परिसंपत्तिः**

   i. **वस्तुगत (फिजिकल)** हो सकती है (जैसे गाड़ी अथवा भवन) या
   ii. **व्यक्तिपरक (नान-फिजिकल)** हो सकती है (जैसे नाम या रण्याति (गुडविल)या
   iii. **व्यक्तिगत (पर्सनल)** हो सकते हैं(जैसे किसी की आँख, हाथ-पैर एवं शरीर के अन्य अंग)

b) किसी निश्चित घटना घटित होने से संपत्ति का मूल्य नष्ट हो सकता है। हानि की इस संभावित स्थिति को **जोखिम (रिस्क)** कहते हैं। जोखिम भरी घटना के कारण को **आपदा (पेरिल)** कहते हैं।

c) एक सिद्धान्त जिसे पूलिंग धनूराशि एक प्रकीया के नाम से जाना जाता है। इसके तहत, विभिन्न व्यक्तियों से वैयक्तिक अंशदान (जिसे प्रीमियम कहते हैं) एकत्रित किया जाता है। इन व्यक्तियों के पास एक जैसी सम्पत्ति जिनमें एक जैसी जोखिम की संभावना होती है।)

d) आपदा के कारण कुछ लोगों को हुई हानि की क्षतिपूर्ति हेतु इस सामूहिक निधि का प्रयोग किया जाता है।

e) निधि (फंड) एकत्रित (पूलिंग) करना एवं कुछ दुर्भाग्यशाली लोगों की क्षतिपूर्ति करने की प्रक्रिया एक संस्था द्वारा की जाती है जिसे बीमाकर्ता कहते हैं।

f) बीमाकर्ता, प्रत्येक व्यक्ति जो इस योजना में भाग लेना चाहता है, के साथ बीमा अनुबंध करता है। ऐसे सहभागी को बीमित कहते हैं।

2. बीमा, बोझ हलका करता है

जोखिम के बोझ का आशय, किसी परिस्थिति/घटना के घटने के परिणामस्वरूप सहन की जाने वाली लागत, हानि एवं विकलांगताओं से है।

चित्र 3 व्यक्ति द्वारा ढ़ोए जाने वाले जोखिम बोझ

व्यक्ति दो प्रकार के जोखिम के बोझ को ढ़ोता है- महत्वपुर्ण एवं कम महत्वपुर्ण (गौण)

a) **जोखिम का महत्वपुर्ण बोझ**

जोखिम के महत्वपुर्ण बोझ में ऐसी हानियों को शामिल किया जाता है, जिन्हें शुद्ध जोखिम

घटनाओं के फलस्वरूप वास्तविक रूप में परिवार(एवं कारोबारी यूनिटों) द्वारा सहन किया जाता है। ऐसी हानियां प्रायः प्रत्यक्ष एवं मापने योग्य होती हैं तथा बीमा द्वारा सरलता से इनकी क्षतिपूर्ति की जा सकती है।

उदाहरण

आग से किसी कारखाने के नष्ट हो जाने पर, नष्ट अथवा विध्वस्त माल के वास्तविक मूल्य का आकलन किया जा सकता है, जिस व्यक्ति को हानि उठानी पड़ी है , उसे क्षतिपूर्ति का भुगतान किया जा सकता है।

किसी व्यक्ति द्वारा ह्रदय शल्य चिकित्सा (हार्ट सर्जरी) कराने पर, उसकी चिकित्सा लागत की जानकारी होने पर उसकी क्षतिपूर्ती की जा सकती है।

इसके अतिरिक्त कुछ अप्रत्यक्ष हानियाँ भी हो सकती हैं।

उदाहरण

आग के कारण व्यावसायिक परिचालनों (आपरेशन)में रूकावट आने से लाभ की हानि हो सकती है जिसका आकलन किया जा सकता है जिस व्यक्ति को हानि पहुंची है उसे क्षतिपूर्ति का भुगतान किया जा सकता है।

---

b) **जोखिम का कम महत्वपूर्ण बोझ**

मान लें कि कोई घटना नहीं घटी एवं किसी प्रकार की कोई हानि नहीं हुई। क्या इसका यह अर्थ हे कि जिनके समक्ष आपदा की संभावना है, उन्हें किसी प्रकार का बोझ नहीं है? इसका जवाब यह है कि महत्वपूर्ण बोझ के साथ-साथ व्यक्ति जोखिम के कम महत्वपूर्ण बोझ के भी वहन करता है।

जोखिम के कम महत्वपूर्ण बोझ में, यह तथ्य कि हानि की परिस्थिति की संभावना है, इस कारण व्यक्ति द्वारा वहन की जा सकने वाली लागतें एवं तनाव शामिल हैं। ऐसी किसी सिर्फ घटना के न घटने पर भी इस प्रकार की जोखिमों को वहन करना पड़ता है।

आइए, हम ऐसे कुछ बोझों के बारे में जानकारी प्राप्त करे:

i. सर्वप्रथम, **भय एवं चिन्ता के कारण शारीरिक एवं मानसिक तनाव** उत्पन्न होता है। चिन्ता की मात्रा प्रत्येक व्यक्ति के लिए भिन्न हो सकती है परंतु वह विद्यमान रहती है तथा तनाव का कारण बनते हुए व्यक्ति के स्वास्थ्य को बिगाड़ सकती है।

ii. दूसरी बात यह है कि **हानि से संबंधित अनिश्चितता की स्थिति में**, दूरदर्शिता यह होगी कि ऐसी संभावित घटना का सामना करने के लिए आरक्षित निधि (रिजर्व फंड) बचा कर रखी जाए। ऐसी निधि के गठन में कीमत चुकानी पड़ती है। उदाहरण के लिए, ऐसे फंड, नकदी के रूप में रखे जा सकते हैं जिनसे मिलने वाला प्रतिफल न्यून होता है।

बीमाकर्ता को जोखिम देकर मानसिक शांति का आनन्द लें सकते हैं, निधि जिसे रिज़र्व के रूप में बचा कर रखना पडता उसका निवेश कर सकते हैं तथा अपने कारोबार को और प्रभावी बनाने की योजना बना सकते हैं। इन कारणों से यह सुस्पष्ट है कि बीमा की आवश्यकता है।

स्व परीक्षण 2

निम्नलिखित में से जोखिम का कम महत्वपूर्ण (सेकंडरी) बोझ कौन सा है?

I. कारोबार व्यवधान लागत
II. माल नष्ट हो जाने की लागत
III. भविष्य में संभावित हानियों को पूरा करने हेतु आरक्षित निधि (रिजर्वस) को अलग बचा कर रखना
IV. ह्रदयाघात के कारण अस्पताल में भरती होने के परिणामस्वरूप आने वाली चिकित्सकीय लागत

C. जोखिम प्रबंधन की तकनीक (रिस्क मैनेजमेंट टेकनीक)

एक अन्य प्रश्न यह पूछा जा सकता है कि क्या जोखिम की सभी प्रकार की परिस्थितियों में बीमा ही इसका सही समाधान है। इसका जवाब है - नहीं।

बीमा कई उपायों में से एक उपाय है जिसके ज़रिए लोग अपने जोखिमों का प्रबंधन कर सकते हैं। इसके ज़रिए वे बीमा कंपनी को अपने जोखिम दे देते हैं। तथापि, जोखिम से जूझने के लिए कुछ अन्य उपाय भी हैं जिनका विवरण नीचे प्रस्तुत है -

1. जोखिम से बचाव

हानि की स्थिति से बचते हुए जोखिम को नियंत्रित करना ही जोखिम से बचाव कहा जाता है। इस प्रकार ऐसी संपत्ति, व्यक्ति अथवा गतिविधि से बचाना चाहिए जिसमें हानि की संभावना हो।

उदाहरण

i. कुछ लोग कुछ निश्चित निर्माण के कार्य का ठेका किसी अन्य व्यक्ति को सौंपते हुए निर्माण से जुड़े कुछ जोखिमों को झेलने से मना कर सकते हैं।

ii. कोई दुर्घटनाग्रस्त हो सकने के भय से घर से बाहर ही नहीं निकलते अथवा विदेशों में स्वास्थ्य के बिगड़ जाने के भय से विदेश यात्रा ही नहीं करें।

परंतु जोखिम से बचाव, जोखिम संभालने का नकारात्मक उपाय है। कुछ जोखिम भरी गतिविधियों का सामना करने से ही वैयक्तिक एवं सामाजिक विकास होता है। ऐसी गतिविधियों से बचने से व्यक्ति एवं समाज जोखिम भरी जाति विधियों से प्राप्त होने वाले लाभ से वंचित रह सकते हैं।

2. जोखिम अपने पास रखना (रिस्क रिटेंशन)

व्यक्ति जोखिम के प्रभाव को संभालने करने की कोशिश करता है एवं स्वयं ही जोखिम तथा उस्के

प्रभाव को सहने का निर्णय लेता है। यह स्व-बीमा (स्ल्फ इंश्योरंस) के रुप में जाना जाता है।

उदाहरण

कारोबारी घराने कुछ निश्चित सीमा तक छोटी-छोटी हानियों को वहन करने की अपनी क्षमता के अनुभव के आधार पर स्वयं ही जोखिम अपने पास रखने का निर्णय ले सकते हैं।

---

3. जोखिम कम करना एवं नियंत्रण (रिस्क रिडकशन एण्ड कंट्रोल)

यह जोखिम बचाव की तुलना में अधिक व्यावहारिक एवं उपयुक्त उपाय है। इसका अर्थ है कि हानि की घटना के अवसर को कम करने हेतु कदम उठाना एवं/अथवा ऐसी हानि के घटने पर उसके प्रभाव की गंभीरता को कम करना।

महत्वपूर्ण

घटना के अवसर को कम करने के लिए उठाए गए उपायों को **'हानि रोकथाम (लॉस प्रिवेशन)'** कहते हैं। हानि की मात्रा को कम करने के उपायों को **'हानि कम करना (लॉस रिडक्शन)'** कहते हैं।

जोखिम की कटौती के लिये निम्नलिखित एक या अधिक उपायों के ज़रिए हानि की बाराबारता फ्रीकवेंसि एवं/अथवा मात्रा को कम करने में शामिल किया जाता हैः

a) **शिक्षा एवं प्रशिक्षणः-** जैसे आग फैलने पर उससे बचने की प्रक्रिया से कर्मचारियों को नियमित रूप से ड्रिल करवाना अथवा ड्राइवरों, फोर्कलिफ्ट के चालकों को हेल्मेट व सीट बेल्ट पहनने की विधि आदि के संबंध में पर्याप्त प्रशिक्षण सुनिश्चित करवाना।

   इसका एक उदाहरण स्कुल जाने वाले बच्चों को यह सिखाना है कि वे जंक फुड न खाएं।

b) **पर्यावरण संबंधी परिवर्तनः** जैसे " भौतिक " हालातों में सुधार। जैसे उदाहरण के लिए दरवाज़ों पर बेहतर ताले, खिड़कियों पर सिटकनियाँ अथवा शटर, चोर घंटी या अग्नि चेतावनी अथवा अग्निशामक लगाना। शासन (सरकार) प्रदूषण एवं ध्वनि प्रदूषण के स्तर को कम करते हुए अपने नागरिकों के स्वास्थ्य स्तर में सुधार के उपाय कर सकता है। मलेरिया दवाई को नियमित रूप से छिड़कने से बीमारी के फैलाव को रोका जा सकता है।

c) मशीनरी एवं उपकरण के प्रयोग के दौरान अथवा अन्य कार्यों के प्रयोग के दौरान खतरनाक या जोखिमभरे संचालनों में किए गए परिवर्तन।

उदाहरण के लिए सही समय पर सही ढंग का खाना खाने से बीमार पड़ने की घटनाएं कम हो जाती हैं जिससे जीवनशैली भी स्वास्थ्यवर्धक हो जाती है।

d) **अलग-अलग रखना,** प्रापर्टी के विभिन्न आईटमों को एक ही स्थान पर इकाठ्ठा रखने के बजाए विभिन्न स्थानों पर रखने पर जोखिम को नियंत्रित किया जा सकता है। यह विचार है कि यदि एक स्थान पर कोई दुर्घटना घटती है तो सभी वस्तुओं के उस को एक ही स्थान पर न रखते हुए नुकसान के प्रभाव को कम किया जा सकता है।

   उदाहरण के लिए, माल को अलग-अलग गोदामों में रखने पर हानि को कम किया जा सकता है। इनमें से एक के नष्ट होने पर भी, इसके प्रभाव को काफी मात्रा में कम किया जा सकता है।

4. जोखिम का वित्तप्रबंध (रिस्क फाइनैन्सिंग)

इसका आशय, हानि के घटने पर आवश्यक निधि का प्रावधान करना है।

a) **स्व-वित्तीयन के ज़रिए जोखिम अपने पास रखना** में किसी भी प्रकार की हानि होने पर स्वयं ही भुगतान किया जाता है। इस प्रक्रिया में, फर्म अपने जोखिम का आकलन स्वयं करते हुए अपनी निजी अथवा उधार ली हुई निधि के ज़रिए भुगतान करती है। इस प्रक्रिया को **स्व-बीमा** कहते हैं। फर्म द्वारा, हानि के प्रभाव को स्वयं ही सहन करने योग्य बनाने हेतु जोखिम कम करने के विभिन्न उपायों को भी अपनाया जा सकता है।

b) **जोखिम को किसी और को दे देना (रिस्क ट्रांसफर),** जोखिम को अपने पास रखना का विकल्प है। जोखिम को किसी और को दे देने में हानि से संबंधित जिम्मेदारियों को अन्य पक्ष को दे दिया जाता है। इसके तहत, आकस्मिक घटना(या आपदा) के परिणामस्वरूप उत्पन्न होने वाली हानि को अन्य पक्ष को दे दिया जाता है।

बीमा जोखिम को किसी और को दे देने का एक मुख्य स्वरूप है, और यह बीमा क्षतिपूर्ति के ज़रिए अनिश्चितता को निश्चितता में बदलने की अनुमति प्रदान करता है।

इंश्योरेंस बनाम एश्योरेंस

इंश्योरेंस एवं एश्योरेंस दोनों ही, कंपनियों द्वारा प्रस्तुत किए जाने वाले वित्तीय उत्पाद हैं जिनका संचालन वाणिज्यिक रूप से किया जाता है। इन दोनों के बीच का अंतर अत्यंत अस्पष्ट होता जा रहा है तथा दोनों को एक समान अर्थ में माना जाने लगा है। परंतु दोनों के बीच अति सूक्ष्म भिन्नताएं विद्यमान हैं जिनकी चर्चा नीचे की गई है।

इंश्योरेंस का आशय, घट सकने वाली घटना से सुरक्षा प्रदान करना है जबकि एश्योरेंस का आशय अवश्य घटने वाली घटना से सुरक्षा प्रदान करना है। इंश्योरेंस, जोखिम के लिये सुरक्षा प्रदान करती है जबकि एश्योरेंस निश्चित घटना जैसे मृत्यु, जो निश्चित है किंतु उसका समय अनिश्चित है, के लिये सुरक्षा प्रदान करती है। एश्योरेंस पालिसी जीवन सुरक्षा से जुड़ी होती हैं।

चित्र 4 : बीमा किसी बीमित की किस प्रकार क्षतिपूर्ति करता है

जोखिम ट्रांसफर के अन्य उपाय भी हैं। उदाहरण के लिए, जब कोई फर्म किसी समूह का सदस्य होती है, जोखिम का ट्रांसफर मूल समूह में हो सकता है और उसके द्वारा हानियों की वित्त से पूर्ति की जाएगी।

अतः बीमा, जोखिम ट्रांसफर के बिभिन्न उपायों में से एक है।

स्व परीक्षण 3

निम्नलिखित में से कौन सी विधि जोखिम ट्रांसफर से संबंधित है ?

I. बैंक एफ डी

II. बीमा
III. इक्विटी शेयर
IV. भू सम्पदा (रिअल इस्टेट)

D. जोखिम प्रबंधन के साधन के रूप में बीमा

जब हम जोखिम के विषय में बात करते हैं, तो हम उस हानि की बात नहीं करते हैं जो घट चुकी है, परंतु उस हानि की बात करते हैं, जिसके घटने की संभावना हो। अतः यह एक अपेक्षित हानि होती है। इस अपेक्षित हानि का मूल्य (जो कि जोखिम के मूल्य के समान होता है)दो तत्वों पर निर्भर होती हैः

i. यह **संभावना (प्रॉबेबिलिटि)** कि जिस खतरे को बीमित किया जा रहा है, घटित हो सकता है, जिससे हानि होगी।
ii. प्रभाव (इम्पेक्ट) इसके परिणामस्वरूप हो सकने वाली हानि की **धन राशि**।

जोखिम के मूल्य में, हानि की संभावना एवं हानि की धन राशि दोनों से संबंधित प्रत्यक्ष अनुपात में वृद्धि होगी। तथापि, यदि हानि की धनराशि बहुत अधिक होती है, तथा उसकी संभावना बहुत कम होती है तो जोखिम का मूल्य भी कम होगा।

चित्र 5 : बीमा के चयन से पूर्व ध्यान दी जाने वाली बातें

1. बीमा चयन से पूर्व ध्यान दी जाने वाली बातें

बीमा लेने या न लेने का निर्णय लेने से पूर्व हानि घटने से आने वाली लागत एवं जोखिम ट्रांसफर के मूल्य में तुलना करनी चाहिए एवं यह समझना होगा कि क्या स्वयं ही हानि की लागत वहन करना बेहतर होगा। जोखिम ट्रांसफर की लागत ही बीमा का प्रीमियम है- जिसकी गणना उपरोक्त परिच्छेद में उल्लिखित दो तत्वों द्वारा की जाती है। बीमा की बेहतरीन परिस्थितियां वे होती हैं जहाँ संभावना बहुत की कम होती हैं परंतु हानि का प्रभाव बहुत अधिक हो सकता है। ऐसे उदाहरण में बीमा (प्रीमियम)के ज़रिए जोखिम के ट्रांसफर का मूल्य बहुत कम होगा जबकि स्वयं ही हानि के वहन करने की लागत बहुत अधिक होगी।

a) **थोड़े के लिए बहुत ज्यादा जोखिम न लें :** जोखिम ट्रांसफर का मूल्य और इससे उत्पन्न मूल्य (वेल्यू) के बीच अवश्य ही संतुलित संबंध होना चाहिए।

उदाहरण

क्या एक साधारण सी बॉल पेन का बीमा करना सार्थक होगा ?

b) **हानि सह सकने की समर्थ्य से ज्यादा जोखिम न लें :** यदि किसी घटना के कारण होने वाली हानि इतनी बृहत् हो कि उससे लगभग दिवालियापन की स्थिति उत्पन्न हो जाए, तो जोखिम प्रतिधारण, उचित एवं उपयुक्त नहीं होगा।

उदाहरण

किसी तेल रिफाइनेरी के क्षतिग्रस्त या नष्ट हो जाने पर क्या होगा ?क्या कोई कंपनी इस हानि को सहन कर पाएगी?

c) **जोखिम के संभवित परिणामों के बारे में ध्यानपूर्वक सोचें :** ऐसी सम्पतियों का बीमा कराना सर्वश्रेष्ठ होता है जिसमें हानि के घटने (बारंबारता) की संभावना बहुस कम हो परंतु संभाव्य प्रभाव बहुत अधिक हो।

उदाहरण

क्या कोई अंतरिक्ष उपग्रह का बीमा नहीं करा कर खर्च उठा सकता है?

स्व परीक्षण 4

निम्नलिखित परिदृश्यों किसके लिए बीमा की आवश्यकता हो सकती है?

I. परिवार का एकमात्र कमाने लाला जिसकी असामयिक मृत्यु हो सकती है।
II. किसी व्यक्ति का बटुआ (पर्स) गुम हो सकता है।
III. शेयर मूल्यों में बहुत तेजी से गिरावट आ सकती है।
IV. प्राकृतिक टूटफूट से घर का मूल्य कम हो सकता है।

E. समाज में बीमा की भूमिका

बीमा कंपनियां, देश के आर्थिक विकास में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं। देश की संपत्ति की सुरक्षा एवं बचाव सुनिश्चित करने हेतु उनका योगदान महत्वपूर्ण है। उनके योगदानों में से कुछ की चर्चा निम्नलिखित है –

a) उनके द्वारा किए गए निवेश से समाज को बहुत अधिक लाभ होता है। बीमा कंपनी की मजबूती इस बात पर कायम है कि भारी मात्रा में राशि एकत्रित कर प्रीमियम के रूप में पूलिंग की जाती है।

b) इन निधियों को एकत्रित कर, पॉलिसीधारकों के लाभ हेतु रखा जाता है। बीमा कंपनियों द्वारा इस पहलू पर ध्यान देते हुए हमेशा समुदाय के लाभ हेतु इस निधि के प्रयोग से संबंधित अपने सभी निर्णय लिये जाते हैं। यह निवेशों पर भी लागू होता है। इसीलिए सफल बीमा कंपनियां कभी भी जोखिम भरे निवेश जैसे स्टॉक एवं शेयर में निवेश नहीं करती हैं।

c) बीमा प्रणाली, व्यक्ति, उसके परिवार, उद्योग एवं वाणिज्य तथा समुदाय और संपूर्ण राष्ट्र को प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष कई लाभ प्रदान करती है। बीमित- व्यक्ति एवं उद्यम दोनों ही प्रत्यक्ष रूप से लाभान्वित

होते हैं क्योंकि उन्हें ऐसी हानि के परिणामों से सुरक्षित रखा जाता है जो दुर्घटना अथवा आकस्मिक घटनाओं के कारण उत्पन्न हो सकती हैं। अतः बीमा उद्योग की पूँजी को सुरक्षा प्रदान करता है एवं कारोबार तथा उद्योगों के अतिरिक्त विस्तार एवं विकास हेतु पूंजी प्रदान करता है।

d) बीमा भविष्य से जुड़े भय, चिंता एवं आशंकाओं को दूर करता है और इसके फलस्वरूप कारोबारी उद्यमों में खुलकर पूंजी निवेश को प्रोत्साहित करता है तथा विद्यमान संसाधनों के सफल उपयोग को बढ़ावा देता है। अतः बीमा रोजगार के अवसरों में बढ़ोत्तरी केसाथ वाणिज्यिक और औद्योगिक विकास का भी प्रोत्साहन करता है साथ ही स्वस्थ अर्थव्यवस्था एवं राष्ट्रीय उत्पादन में वृद्धि में भी योगदान प्रदान करता है।

e) बैंक अथवा वित्तीय संस्था, संपत्ति के बीमायोग्य आपदाओं या हानि के संबंध में बीमित होने पर ही ऋण प्रदान करती है, अन्यथा नहीं। अधिकांश संस्थाएं, यह जोर डालती हैं कि पॉलिसी का समनुदेशन सम्पार्श्विक जमानत (कोलेट्रल सेक्युरिटी) के रूप में किया जाना चाहिए।

f) जोखिम स्वीकृत करने से पहले बीमाकर्ता योग्यता प्राप्त इंजीनियरों एवं विशेषज्ञों से बीमित की जाने वाली संपत्ति के सर्वेक्षण एवं निरीक्षण की व्यवस्था करते हैं। वे मूल्यांकन के प्रय़ोजन हेतु न केवल जोखिम का आकलन करते हैं परंतु साथ ही बीमित को जोखिम में विभिन्न सुधारों की सिफारिश एवं टिप्पणी करते हैं जिससे उन पर प्रीमियम की न्यून लागात आए।

g) बीमा का स्थान निर्यात कारोबार, नौपरिवहन एवं बैंकिंग सेवाओं के समान है क्योंकि यह देश के लिए विदेशी मुद्रा अर्जित करता है। भारतीय बीमाकर्ता 30 से अधिक देशों में कार्यरत हैं। ये परिचालन, विदेशी मुद्रा अर्जित करते हैं तथा अदृश्य निर्यात का प्रतिनिधित्व करते हैं।

बीमाकर्ता अग्नि हानि रोकथाम, कार्गो हानि रोकथाम, औद्योगिक सुरक्षा एवं सड़क सुरक्षा में शामिल कई एजेंसियों एवं संस्थाओं से निकटता से जुड़े हैं।

जानकारी

बीमा एवं सामाजिक सुरक्षा

a) अब यह सर्वमान्य है कि सामाजिक सुरक्षा राज्य का दायित्व है। इस प्रयोजन हेतु पारित विभिन्न कानूनों में बीमा का प्रय़ोग सामाजिक सुरक्षा के एक साधन के रूप में अनिवार्य़ अथवा स्वैच्छिक रूप से शामिल है। केंद्रीय एवं राज्य सरकारें, सामाजिक सुरक्षा की कुछ योजनाओं के तहत प्रीमियम का अंशदान करती हुए अपनी सामाजिक प्रतिबध्दता पूरी करते हैं। कर्मचारी राज्य बीमा अधिनियम, 1948, औद्योगिक कर्मचारियों को जो बीमित सदस्य हैं तथा उनके परिवारों के लाभ हेतु बीमारी, विकलांगता, प्रसूति एवं मृत्युसंबंधी व्यय का भुगतान **कर्मचारी राज्य बीमा निगम** करता है। यह योजना सरकार द्वारा अधिसूचित कुछ औद्योगिक क्षेत्रों में संचालित है।

b) सरकार द्वारा प्रायोजित सामाजिक सुरक्षा योजनाओं में बीमाकर्ता मुख्य भूमिका निभाते हैं। **फसल बीमा योजना(आरकेबीवाई),** सामाजिक गौरव का एक प्रमुख उपाय है। यह योजना केवल बीमित किसानों को ही नहीं अपितु प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष रूप से पूरे समुदाय को लाभान्वित करती है।

c) वाणिज्यिक आधार पर संचालित सभी **ग्रामीण बीमा योजनाएं** अंततः ग्रामीण परिवारों को सामाजिक सुरक्षा प्रदान करने के लिए तैयार की गई हैं।

d) सरकारी योजनाओं को सहयोग प्रदान करने के अलावा, बीमा उद्योग वाणिज्यिक आधार पर स्वयं ही ऐसी बीमा सुरक्षा प्रदान करते हैं जिसका परम उद्देश्य सामाजिक सुरक्षा प्रदान करना है। उदाहरण हैं – **जनता वैयक्तिक दुर्घटना, जन आरोग्य** आदि।

स्व परीक्षण 5

निम्नलिखित में से कौन सी बीमा योजना सरकार द्वारा नहीं बल्कि बीमाकर्ता द्वारा प्रायोजित है ?

I. कर्मचारी राज्य बीमा निगम
II. फसल बीमा योजना
III. जन आरोग्य
IV. उपरोक्त सभी

सारांश

- बीमा जोखिम पूलिंग के ज़रिए जोखिम ट्रांसफर है।
- आजकल प्रचलित वाणिज्यिक बीमा कारोबार की शुरुआत लंदन में लॉयड्स कॉफी हाउस में हुई थी।
- बीमा व्यवस्था में निम्नलिखित जैसे तत्व शामिल हैं:
  - ✓ सम्पति
  - ✓ जोखिम
  - ✓ आपदा
  - ✓ अनुबंध
  - ✓ बीमाकर्ता एवं
  - ✓ बीमित
- जब एक जैसी सम्पति **या परिसंपत्तियों** के मालिक, जो एक जैसी जोखिम वहन करते हैं, निधि (फंड) के सामूहिक पूल में अपना-अपना अंश देते हैं तो उसे पूलिंग कहते हैं।
- बीमा के अलावा, जोखिम प्रबंधन की अन्य तकनीकों में शामिल हैं :
  - ✓ जोखिम से बचाव
  - ✓ जोखिम नियंत्रण
  - ✓ जोखिम अपने पास रखना
  - ✓ जोखिम वित्तप्रबंध
  - ✓ जोखिम को किसी और को दे देना
- बीमा के मुख्य नियम हैं –
  - ✓ हानि सह सकने की सामर्थ्य से ज्यादा जोखिम न लें
  - ✓ जोखिम के संभावित परिणामों के बारे में ध्यानपूर्वक सोचें

- ✓ थोड़ी के लिए बहुत ज्यादा जोखिम न लें।

प्रमुख शब्दावली

1. जोखिम
2. पूलिंग
3. सम्पति/परिसंपत्ति
4. जोखिम का बोझ
5. जोखिम से बचाव
6. जोखिम नियंत्रण
7. जोखिम अपने पास रखना
8. जोखिम का वित्तप्रबंध
9. जोखिम को किसी और को दे देना

स्व परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

भारत में भारतीय बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकारण बीमा उद्योग का नियामक (रेग्युलेटर) है।

उत्तर 2

सही विकल्प III है।

भावी संभावित हानियों हेतु प्रावधान के तौर पर आरक्षित निधि (रिजर्वस) निर्माण कम महत्वपूर्ण (सेकंडरी) जोखिम बोझ है।

उत्तर 3

सही विकल्प II है।

बीमा जोखिम ट्रांसफर का उपाय है।

उत्तर 4

सही विकल्प I है।

परिवार के एकमात्र कमाने वाले की असामयिक मृत्यु से पूरे परिवार को स्वयं ही अपनी देखभाल करने की स्थिति में जीवन बीमा की खरीद आवश्यक हो जाती है।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

जन आरोग्य बीमा योजना सरकार द्वारा नहीं बल्कि बीमाकर्ता (इंश्योरेर) द्वारा प्रायोजित है।

स्व परीक्षण प्रश्न

प्रश्न 1

जोखिम पूलिंग के ज़रिए किये जाने वाले जोखिम ट्रांसफर को _____ कहते हैं।

I. बचत
II. निवेश
III. बीमा
IV. जोखिम घटाना

प्रश्न 2

जोखिम घटने के अवसरों को कम करने संबंधी उपायों को _____ कहते हैं।

I. जोखिम अपने पास रखना (रिटेंशन)
II. हानि रोकथाम (प्रिवेशन)

III. जोखिम ट्रांसफर
IV. जोखिम से बचाव

प्रश्न 3

बीमाकर्ता (इंश्योरर) को जोखिम ट्रांसफर करने पर यह_____संभव हो जाता है।

I. हमारा अपनी संपतियों के प्रति लापरवाह होना।
II. हानि की स्थिति में बीमा से धन प्राप्त करना।
III. हमारी संपतियों में निहित संभावित जोखिमों को अनदेखा करना।
IV. शांतिपूर्वक अपने कारोबार को और अधिक प्रभावी बनाने की योजना करना।

प्रश्न 4

आधुनिक बीमा कारोबार की शुरुआत _____से हुई थी।

I. बॉटमरी
II. लॉयड्स
III. रोड्स
IV. मल्होत्रा समिति

प्रश्न 5

बीमा के संदर्भ में जोखिम अपने पास रखना ऐसी परिस्थिति की ओर संकेत करता है जहाँ

I. हानि या नुकसान की संभावना नहीं है
II. हानि उत्पन्न करने वाली घटना का कोई मूल्य नहीं है
III. संपत्ति को बीमा की सुरक्षा प्राप्त है
IV. व्यक्ति स्वयं ही जोखिम एवं उसके प्रभाव को झेलने का निर्णय लेता है।

प्रश्न 6

निम्नलिखित में से कौन सा कथन सही है?

I. बीमा आस्ति की सुरक्षा करता है
II. बीमा हानि की रोकथाम करता है
III. बीमा हानि की संभावना को कम करता है
IV. संपति की हानि होने पर बीमा भुगतान करता है

प्रश्न 7

400 घरों में से प्रत्येक का मूल्य रु. 20,000/-, औसतन 4 घरों में प्रति वर्ष आग लग जाती है जिससे कुल रु 80,000/- की हानि होती है। इस हानि की क्षतिपूर्ति के लिए प्रत्येक घर के मालिक को वार्षिक रूप से कितना अंशदान करना होगा?

I. रु. 100/-
II. रु. 200/-

III. रु. 80/-
IV. रु. 400/-

प्रश्न 8

निम्नलिखित में से कौन सा कथन सही है ?

I. बीमा कुछ लोगों की हानि को बहुत लोगों द्वारा आपस में बांटने की विधि है।
II. बीमा एक व्यक्ति के जोखिम किसी अन्य व्यक्ति के पास अंतरित करने की विधि है।
III. बीमा बहुत लोगों की हानि को कुछ लोगों द्वारा आपस में बांटने की विधि है।
IV. बीमा कुछ व्यक्तियों के लाभ को कई व्यक्तियों में अंतरित करने की विधि है।

प्रश्न 9

बीमाकर्ता जोखिम स्वीकरण से पूर्व संपति के सर्वेक्षण एवं निरीक्षण की व्यवस्था क्यों करते हैं?

I. मूल्यांकन के प्रयोजन हेतु जोखिम आकलन के लिए।
II. यह जानने के लिए कि बीमित ने संपति की खरीदी कैसे की है।
III. यह जानने के लिए कि क्या अन्य बीमाकर्ताओं ने भी संपति का निरीक्षण किया है।
IV. यह जानने के लिए कि क्या पड़ोस की संपति को भी बीमित किया जा सकता है।

प्रश्न 10

निम्नलिखित में से कौन सा विकल्प बीमा प्रक्रिया को पूर्ण रूप से समझाता है।

I. कई लोगों की हानि को कुछ द्वारा आपस में बांट लेना
II. कुछ लोगों की हानि को कई लोगों द्वारा आपस में बांट लेना
III. एक व्यक्ति द्वारा कुछ लोगों की हानि को बांट लेना
IV. अनुदान के ज़रिए हानि की साझेदारी

स्व परीक्षण के प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प III है।

जोखिम पुलिंग के ज़रिए जोखिम अंतरण को बीमा कहते हैं।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

जोखिम घटने के अवसरों को कम करने संबंधीउपायों को हानि की रोकथाम कहते हैं।

उत्तर 3

सही विकल्प IV है।

बीमाकर्ता के समक्ष जोखिम के अंतरण से शांतिपूर्वक कारोबार को और अधिक प्रभावी बनाने की योजना बनाई जा सकती है।

उत्तर 4

सही विकल्प II है।

आधुनिक बीमा कारोबार की शुरुआत लॉयड्स से हुई थी।

उत्तर 5

सही विकल्प IV है।

बीमा के संदर्भ में हानि की रोकथाम, ऐसी स्थिति की ओर संकेत करता है जहाँ व्यक्ति स्वयं ही जोखिम और उसके प्रभाव को वहन करने का निर्णय लेता है।

उत्तर 6

सही विकल्प IV है।

आस्ति के नष्ट होने पर बीमा द्वारा भुगतान किया जाता है।

उत्तर 7

सही विकल्प II है।

रु. 200/- प्रति घर की दर से हानि को कवर किया जा सकता है।

उत्तर 8

सही विकल्प I है।

बीमा कुछ व्यक्तियों की हानि को कई व्यक्तियों द्वारा आपस में बांटने की विधि है।

उत्तर 9

सही विकल्प I है।

जोखिम स्वीकरण से पूर्व, बीमाकर्ता मूल्यांकन प्रयोजन के लिए जोखिम के आकलन हेतु संपति के सर्वेक्षण और निरीक्षण की व्यवस्था करते हैं।

उत्तर 10

सही विकल्प II है।

बीमा एक ऐसी प्रक्रिया है जिसके तहत, कुछ लोगों, जिन्हें दुर्भाग्यवश हानि का सामना करना पड़ता है, की हानि को ऐसे लोगों के बीच आपस में बांटा जाता है, जिनके समक्ष भी समान अप्रत्याशित घटनाओं/परिस्थितियों की संभावना हो।

अध्याय 2

ग्राहक सेवा

अध्याय परिचय

इस अध्याय में आप ग्राहक सेवा के महत्व को जानेंगे। आप ग्राहकों को सेवा प्रदान करने में एजेंटों की भूमिका के बारे में जानेंगे। आप बीमा पॉलिसी धारकों के लिए उपलब्ध विभिन्न शिकायत निवारण प्रणालियों को भी जानेंगे। इसके अलावा आप ग्राहक के साथ संवाद करने और उनसे जुड़ने के तरीकों को जानेंगे।

अध्ययन के परिणाम

क. ग्राहक सेवा - सामान्य अवधारणाएं
ख. उत्कृष्ट ग्राहक सेवा प्रदान करने में बीमा एजेंट की भूमिका
ग. शिकायत निवारण
घ. संवाद की प्रक्रिया
ङ. गैर-मौखिक संवाद
च. नैतिक आचरण

इस अध्याय का अध्ययन करने के बाद आप इन बातों में सक्षम होंगेः

1. ग्राहक सेवाओं के महत्व का वर्णन करना
2. सेवा की गुणवत्ता का वर्णन करना
3. बीमा उद्योग में सेवा के महत्त्व का परीक्षण करना
4. अच्छी सेवा प्रदान करने में एक बीमा एजेंट की भूमिका पर चर्चा करना
5. बीमा में शिकायत निवारण प्रणाली की समीक्षा करना
6. संवाद की प्रक्रिया को समझाना
7. गैर-मौखिक संवाद के महत्व को प्रदर्शित करना
8. नैतिक आचरण की सिफारिश करना

क. ग्राहक सेवा - सामान्य अवधारणाएं

1. ग्राहक सेवा क्यों?

ग्राहक किसी व्यवसाय को उसकी मूलभूत जरूरत प्रदान करते हैं और कोई भी उद्यम उनको उदासीनता से नहीं देख सकता है। ग्राहक सेवा और संबंधों की भूमिका किसी भी अन्य उत्पाद की तुलना में बीमा के मामले में कहीं अधिक महत्वपूर्ण है।

इसका कारण यह है कि बीमा एक सेवा है और वास्तविक सामान से बहुत अलग है।

आइए हम देखें कि कैसे बीमा खरीदना एक कार खरीदने से अलग है।

एक कार	कार का बीमा
यह एक ठोस वस्तु है जिसे देखा, संचालन परीक्षण और अनुभव किया जा सकता है।	यह भविष्य में एक अप्रत्याशित दुर्घटना के कारण कार को हुए नुकसान या क्षति के विरुद्ध क्षतिपूर्ति करने का एक अनुबंध है। दुर्भाग्यपूर्ण घटना घटित होने तक बीमा के लाभ को देखा या स्पर्श या अनुभव नहीं किया जा सकता है।
खरीद के समय कार के खरीदार को कुछ खुशी की अपेक्षा होती है। यह अनुभव वास्तविक और समझने में आसान है।	बीमा की खरीद तत्काल खुशी की अपेक्षा पर आधारित नहीं है बल्कि यह एक संभावित त्रासदी के भय/चिंता पर आधारित है। यह संभव नहीं है कि कोई भी बीमा ग्राहक एक ऐसी स्थिति की ओर नहीं देखेगा जहां लाभ देय होता है।
एक कार को फैक्ट्री की एसेंबली लाइन में बनाया, शोरूम में बेचा और सड़क पर इस्तेमाल किया जाता है। बनाने, बेचने और इस्तेमाल करने की तीन प्रक्रियाएं तीन अलग-अलग समय और स्थानों पर पूरी होती हैं।	बीमा के मामले में यह देखा जा सकता है कि उत्पादन और उपभोग साथ-साथ होता है। उत्पादन और उपभोग की यह समकालीनता सभी सेवाओं की एक विशिष्ट विशेषता है।

ग्राहक को वास्तव में सेवा का अनुभव प्राप्त होता है। अगर यह संतोषजनक से कम है तो असंतोष का कारण बनता है। अगर सेवा उम्मीद से बेहतर होती है तो ग्राहक को खुशी होगी। इस प्रकार हर उद्यम का लक्ष्य अपने ग्राहकों को खुश करना होना चाहिए।

2. सेवा की गुणवत्ता

उच्च गुणवत्तापूर्ण सेवा प्रदान करना और ग्राहक को खुश करना बीमा कंपनियों और उनके कर्मियों के लिए आवश्यक है जिसमें उनके एजेंट भी शामिल हैं।

लेकिन उच्च गुणवत्तापूर्ण सेवा क्या है? इसकी विशेषताएं क्या हैं?

सेवा की गुणवत्ता पर एक प्रसिद्ध मॉडल ["SERVQUAL" नामक] हमें कुछ अंतर्दृष्टि प्रदान करेगा। यह सेवा की गुणवत्ता के पांच प्रमुख संकेतकों पर प्रकाश डालता है।

क. **विश्वसनीयता :** जिस सेवा का वादा किया गया है उसे भरोसे के साथ और सही ढंग से पूरा करने की क्षमता। ज्यादातर ग्राहक विश्वसनीयता को सेवा की गुणवत्ता के पांच आयामों में सबसे महत्वपूर्ण समझते हैं। यही वह नींव है जिस पर विश्वास की इमारत खड़ी होती है।

ख. **जवाबदेही :** यह ग्राहकों की मदद करने और ग्राहकों की जरूरतों के लिए त्वरित प्रतिक्रिया प्रदान करने की सेवा कर्मियों की इच्छा और क्षमता को दर्शाता है। इसे गति, सटीकता और सेवा प्रदान करते समय भावना जैसे संकेतकों से मापा जा सकता है।

ग. **आश्वासन :** यह सेवा प्रदाताओं के ज्ञान, योग्यता और शिष्टाचार तथा भरोसा और विश्वास व्यक्त करने की उनकी क्षमता को दर्शाता है। यह ग्राहक के इस मूल्यांकन से तय किया जाता है कि सेवा कर्मी ने उसकी जरूरतों को कितनी अच्छी तरह से समझा है और उसे पूरा करने में कितना सक्षम है।

घ. **सहानुभूति :** इसका वर्णन मानवीय भावना के रूप में किया गया है। यह देखभाल के रवैये और ग्राहकों पर व्यक्तिगत रूप से ध्यान दिए जाने में परिलक्षित होता है।

ङ. **मूर्त वस्तुएं :** यह भौतिक पर्यावरणीय कारकों को दर्शाता है जिसे ग्राहक ग्राहक, देख, सुन और स्पर्श कर सकते हैं। उदाहरण के लिए, स्थान, रूपरेखा और स्वच्छता, व्यवस्था और व्यावसायिकता की भावना जो व्यक्ति एक बीमा कंपनी के कार्यालय में जाकर देखता है, उसका ग्राहक पर काफी प्रभाव पड़ सकता है। भौतिक वातावरण विशेष रूप से महत्वपूर्ण हो जाता है क्योंकि यह वास्तविक सेवा का अनुभव किए जाने से पहले और उसके बाद पहली और स्थायी छाप छोड़ता है।

3. ग्राहक सेवा और बीमा

बीमा उद्योग में किसी भी प्रमुख बिक्री उत्पादकों से यह पूछें कि वे शीर्ष पर पहुंचने और वहां बने रहने में कैसे कामयाब हुए। आपको एक आम जवाब मिलने की संभावना है कि यह उनके मौजूदा ग्राहकों की कृपा और सहयोग से संभव हुआ जिन्होंने उनके व्यवसाय को बढ़ाने में सहायता की।

आपको यह भी पता चलेगा कि उनकी आय का बड़ा हिस्सा अनुबंधों के नवीनीकरण के कमीशन से आता है। उनके मौजूदा ग्राहक नए ग्राहक प्राप्त करने का भी स्रोत हैं।

उनकी सफलता का राज क्या है?

सबसे अधिक संभव जवाब है, **अपने ग्राहकों की सेवा करने की प्रतिबद्धता।**

ग्राहक को खुश रखना कैसे एजेंट और कंपनी के लिए लाभकारी होता है?

सवाल का जवाब देने के लिए ग्राहक के आजीवन मूल्य को देखना उपयोगी होगा।

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

चित्र 1 : ग्राहक का आजीवन मूल्य

एजेंट जो सेवा प्रदान करता है और अपने ग्राहकों के साथ घनिष्ठ संबंध बनाता है, सद्भावना और ब्रांड मूल्य बनाता है जो व्यवसाय के विस्तार में मदद करता है।

स्व-परीक्षण 1

ग्राहक के आजीवन मूल्य का क्या मतलब है?

I. ग्राहक को उसके जीवनकाल में सेवा प्रदान करते हुए खर्च की गयी लागतों का योग

II. उत्पन्न व्यवसाय के आधार पर ग्राहक को दिया गया दर्जा

III. आर्थिक लाभों का योग जो ग्राहक के साथ एक दीर्घकालिक संबंध बना कर प्राप्त किया जा सकता है

IV. अधिकतम बीमा जिसके लिए ग्राहक को जिम्मेदार ठहराया जा सकता है

ख. उत्कृष्ट ग्राहक सेवा प्रदान करने में बीमा एजेंट की भूमिका

आइए अब हम विचार करें कि एजेंट ग्राहक को उत्कृष्ट सेवा कैसे प्रदान कर सकता है। यह भूमिका बिक्री के स्तर पर शुरू होती है और अनुबंध की पूरी अवधि में जारी रहती है और इसमें निम्नलिखित चरण शामिल हैं। अब हम एक अनुबंध के कुछ मील के पत्थरों और प्रत्येक चरण में निभाई गयी भूमिका पर एक नजर डालते हैं।

1. बिक्री का बिंदु - सर्वोत्तम सलाह

सेवा का पहला केंद्र बिक्री का बिंदु है। गैर-जीवन बीमा की खरीद में शामिल महत्वपूर्ण मुद्दों में से एक **खरीदे जाने वाले आवरण की राशि [बीमा राशि] तय करना है।**

यहां एक बुनियादी धारणा मन में रखना महत्वपूर्ण है - जहां जोखिम को अन्यथा प्रबंधित किया जा सकता है, बीमा करने की सिफारिश ना करें। बीमाधारक को यह सुनिश्चित करना आवश्यक है कि इसमें शामिल अपेक्षित हानि बीमा की लागत की तुलना में अधिक है।

अगर प्रीमियम का भुगतान इसमें शामिल हानि की तुलना में अधिक हैं, तो सिर्फ जोखिम को सहन करने की सलाह दी जा सकती है।

दूसरी ओर, यदि किसी आकस्मिकता की घटना वित्तीय बोझ का कारण बनती है तो ऐसी आकस्मिकता के विरुद्ध बीमा करना बुद्धिमानी है।

बीमा की जरूरत है या नहीं, यह परिस्थितियों पर निर्भर करता है। यदि किसी आपदा के कारण परिसंपत्ति को हानि की संभावना नगण्य है तो व्यक्ति इसका बीमा करने के बजाय इसे बनाए रखने का विकल्प चुन सकता है। इसी प्रकार अगर किसी वस्तु का मूल्य मामूली है तो इसका बीमा नहीं हो सकता है।

उदाहरण

बाढ़ प्रवण क्षेत्र में रहने वाले गृहस्वामी के लिए बाढ़ के विरुद्ध आवरण खरीदना मददगार साबित होगा।

दूसरी ओर, अगर गृहस्वामी के पास एक ऐसे स्थान पर घर है जहां बाढ़ का खतरा नगण्य है तो इसके लिए आवरण प्राप्त करना आवश्यक नहीं हो सकता है।

भारत में तीसरे पक्ष के विरुद्ध मोटर बीमा कानून के तहत अनिवार्य है। उस स्थिति में व्यक्ति को बीमा की जरूरत है या नहीं, इस बात पर बहस अप्रासंगिक है।

यदि कोई व्यक्ति वाहन का मालिक है तो उससे एक तीसरे पक्ष का बीमा खरीदना चाहिए क्योंकि यह अनिवार्य है, अगर वह सार्वजनिक सड़क पर वाहन चलाना चाहता है। साथ ही, कार को अपनी क्षति के हुई हानि से संभावना को आवरित करना विवेकपूर्ण होगा जो अनिवार्य नहीं है।

यदि संभावित हानि के एक हिस्से को अपने आप वहन किया जा सकता है तो छूट (कटौती) का विकल्प चुनना बीमाधारक के लिए किफायती होगा। कॉर्पोरेट ग्राहक की कारखाने, लोगों, कारों, दायित्व जोखिमों आदि के आवरण से विभिन्न प्रकार की आवश्यकताएं हो सकती हैं। उसे आवरणें और ली जाने वाली पॉलिसियों के लिए सही सलाह की जरूरत होगी।

अधिकांश गैर-जीवन बीमा पॉलिसियां मोटे तौर पर दो श्रेणियों में आती हैं:

- ✓ नामित जोखिम पॉलिसियां
- ✓ सर्व जोखिम पॉलिसियां

सर्व जोखिम पॉलिसियां अधिक महंगी होती हैं क्योंकि वे उन सभी हानियों को आवरित करती हैं जिनको पॉलिसी के तहत विशेष रूप से बाहर नहीं रखा गया है। इसलिए "नामित जोखिम" पॉलिसियों का विकल्प चुनना अधिक लाभाकरी हो सकता है जहां हानि की सबसे अधिक संभावित कारण पॉलिसी में नामित आपदाओं द्वारा आवरित किए जाते हैं, इस प्रकार एक कदम प्रीमियम में बचत कर सकता है और बीमाधारक को जरूरत आधारित आवरण प्रदान कर सकता है।

एजेंट वास्तव में तभी अपना कमीशन अर्जित करना शुरू करता है जब वह मामले पर सर्वोत्तम सेवा प्रदान करता है। एजेंट के लिए यह याद रखना सार्थक होगा कि जहां एक व्यक्ति बीमा को जोखिम से निपटने के लिए मानक दृष्टिकोण के रूप में देख सकता है, जोखिम प्रतिधारण या हानि की रोकथाम जैसी अन्य तकनीकें भी हैं जो बीमा की लागत को कम करने के विकल्पों के रूप में उपलब्ध हैं।

उदाहरण के लिए, एक बीमाधारक के दृष्टिकोण से प्रासंगिक सवाल इस प्रकार हो सकते हैं:

- ✓ छूट (कटौतियों) पर विचार करके कितना प्रीमियम बचाया जाएगा?

- ✓ हानि रोकथाम की गतिविधि के परिणाम स्वरूप प्रीमियम में कितनी कमी आएगी?

गैर-जीवन बीमा के विक्रेता व्यक्ति के रूप में ग्राहक से संपर्क करते समय एक एजेंट को अपने आपसे यह सवाल करना जरूरी है कि ग्राहक के संबंध में उसकी भूमिका क्या है?क्या वह सिर्फ बिक्री प्राप्त करने के लिए वहां जा रहा है या एक कोच और साथी के रूप में ग्राहक से संबंध बनाने के लिए, जो उसके जोखिमों को अधिक प्रभावी ढंग से प्रबंधित करने में उसकी मदद करेगा?

ग्राहक की सोच अलग है। वह प्रति रुपए के खर्च पर अधिकतम बीमा लेने के लिए उतना इच्छुक नहीं है बल्कि इसके बजाय उसे **जोखिम से निपटने की लागत को कम करने में यकीन है।** इस प्रकार चिंता उन जोखिमों की पहचान करने की होगी जिसे ग्राहक बनाए नहीं रख सकता और इसलिए उनका बीमा किया जाना चाहिए।

दूसरे शब्दों में, बीमा एजेंट की भूमिका सिर्फ एक विक्रेता व्यक्ति की तुलना में कहीं अधिक है। उसे **जोखिम निर्धारक, बीमालेखक, जोखिम प्रबंधन सलाहकार, अनुकूलित समाधान तैयार करने वाला और एक संबंध विकसित करने वाला बहुमुखी प्रतिभा का व्यक्ति होना आवश्यक है जो विश्वास बढ़ाने और दीर्घकालिक संबंध बनाने में यकीन रखता है।**

2. प्रस्ताव चरण

एजेंट को बीमा का प्रस्ताव भरने में ग्राहक का सहयोग करना चाहिए। बीमाधारक को उसमें दिए गए बयानों की जिम्मेदारी लेना आवश्यक है। प्रस्ताव प्रपत्र के मुख्य पहलुओं की चर्चा अध्याय 5 में की गई है।

यह बहुत महत्वपूर्ण है कि एजेंट को प्रस्ताव प्रपत्र में प्रत्येक प्रश्न के उत्तर के रूप में भरे जाने वाले विवरण के बारे में प्रस्तावक को समझाना और स्पष्ट करना चाहिए। दावे की स्थिति में उचित और पूरी जानकारी देने में विफलता ग्राहक के दावे को खतरे में डाल सकती है।

कभी-कभी पॉलिसी को पूरा करने के लिए कुछ अतिरिक्त जानकारी की आवश्यकता हो सकती है। ऐसे मामलों में कंपनी सीधे तौर पर या एजेंट/सलाहकार के माध्यम से ग्राहकों को सूचित कर सकती है। दोनों ही मामलों में, ग्राहक को सभी आवश्यक औपचारिकताएं पूरी करने में मदद करना और यहां तक कि उसे यह बताना आवश्यक हो जाता है कि इनकी आवश्यकता क्यों है।

3. स्वीकृति चरण

क) कवर नोट

कवर नोट की चर्चा 'अध्याय '5 में की गई है। यह सुनिश्चित करना एजेंट की जिम्मेदारी है कि जहां लागू हो, कंपनी द्वारा बीमाधारक को कवर नोट जारी किया जाता है। इस संबंध में तत्परता ग्राहक को यह संदेश देती है कि उसके हित एजेंट और कंपनी के हाथों में सुरक्षित हैं।

ख) पॉलिसी दस्तावेज़ सौंपना

पॉलिसी की सुपुर्दगी और बड़ा अवसर है जब एजेंट को ग्राहक से संपर्क करने का एक अवसर मिलता है। अगर कंपनी के नियम व्यक्तिगत रूप में पॉलिसी दस्तावेज़ सौंपने की अनुमति देते हैं तो दस्तावेज़ प्राप्त करना और इसे ग्राहक को सौंपना उत्तम विचार हो सकता है।

यदि पॉलिसी सीधे तौर पर डाक द्वारा भेजी जा रही है तो उसे यह पता चलते ही कि पॉलिसी दस्तावेज़ भेज दिया गया है, ग्राहक से संपर्क करना चाहिए। यह ग्राहक से संपर्क करने और ऐसी किसी भी चीज

के बारे में समझाने का अवसर है जो प्राप्त दस्तावेज में स्पष्ट नहीं है। यह पॉलिसी के विभिन्न प्रकार के प्रावधानों और पॉलिसीधारक के अधिकारों तथा विशेषाधिकारों के बारे में स्पष्ट करने का भी एक अवसर है जिसका फ़ायदा ग्राहक उठा सकता है। यह कार्य बिक्री से कहीं आगे सेवा का एक स्तर प्रदान करने की इच्छा को दर्शाता है।

यह भेंट ग्राहक को एजेंट की सेवा प्रदान करने की प्रतिबद्धता और पूर्ण सहयोग की वचनबद्धता के बारे में बताने का भी एक अवसर है।

अगला तार्किक कदम उसके जानने वाले अन्य व्यक्तियों के नामों और विवरणों के बारे में पूछना होगा जिनको एजेंट की सेवाओं से संभवतः लाभ मिल सकता है। यदि ग्राहक स्वयं इन लोगों से संपर्क करें और उनसे एजेंट का परिचय कराएं तो इसका मतलब व्यवसाय में बड़ी सफलता होगी।

ग) **पॉलिसी नवीनीकरण**

गैर-जीवन बीमा पॉलिसियों को प्रति वर्ष नवीनीकृत किया जाना चाहिए और हर नवीनीकरण के समय ग्राहक के पास उसी कंपनी के साथ आगे बने रहने या दूसरी कंपनी में जाने का एक विकल्प होता है। यह एक महत्वपूर्ण बिंदु है जहां एजेंट और कंपनी के द्वारा बनाई गई सद्भावना और विश्वास का परीक्षण होता है।

हालांकि बीमा कंपनियों की ओर से बीमाधारक को यह सलाह देने की कोई कानूनी बाध्यता नहीं है कि उसकी पॉलिसी विशेष तिथि को समाप्त होने जा रही है, फिर भी एक शिष्टाचार के नाते और अंततः एक स्वस्थ व्यावसायिक परंपरा के रूप में बीमा कंपनियां पॉलिसी को नवीनीकृत करने का आमंत्रण देते हुए समाप्ति की तिथि से एक महीने पहले एक "नवीनीकरण सूचना" जारी करती हैं। एजेंट को नवीनीकरण के बारे में ग्राहक को याद दिलाने के लिए नवीनीकरण की नियत तिथि से काफी पहले ग्राहक के साथ संपर्क में होने की जरूरत है ताकि वह इसके लिए व्यवस्था कर सके।

समय-समय पर ग्राहक के साथ संपर्क में बने रहने, किसी त्योहार या पारिवारिक आयोजन जैसे कुछ अवसरों पर उसे शुभकामनाएं देने से संबंधों में मजबूती आती है। इसी तरह जब कठिनाई या दुख के पलों में सहायता की पेशकश करना उपयोगी साबित होता है।

4. दावा चरण

दावा निपटान के समय एजेंट को महत्वपूर्ण भूमिका निभानी होती है। यह सुनिश्चित करना उसका काम है कि दावे को जन्म देने वाली घटना के बारे में तुरंत बीमा कंपनी को सूचित किया जाता है और यह कि ग्राहक सभी औपचारिकताओं का सावधानी से पालन करता है और सभी प्रकार की जांच में सहयोग करता है जो हानि के आकलन के लिए किया जाना आवश्यक है।

स्व-परीक्षण 2

उस परिदृश्य को पहचानें जहां बीमा की जरूरत पर एक बहस की आवश्यकता नहीं है।

I. संपत्ति बीमा

II. व्यवसाय दायित्व बीमा

III. तृतीय पक्ष के दायित्व के लिए मोटर बीमा

ग. शिकायत निवारण

1. संक्षिप्त विवरण

उच्च प्राथमिकता की कार्रवाई करने का समय वह है जब ग्राहक को कोई शिकायत होती है। याद रखें कि एक शिकायत के मामले में सेवा की विफलता का मुद्दा [यह बीमा कंपनी के रिकॉर्डों को सही करने में विलंब से लेकर दावे के निपटान में तत्परता की कमी तक हो सकता है] जिसने ग्राहक को व्यथित कर दिया है, यह केवल कहानी का एक हिस्सा है।

ग्राहक इस तरह की विफलता के बारे में अपनी व्याख्याओं से बहुत अधिक परेशान और व्यथित होते हैं। प्रत्येक सेवा की विफलता के साथ दो प्रकार की भावनाएं और अनुभूतियां जन्म लेती हैं:

- ✓ सबसे पहले, इसमें एक अन्याय का भाव, धोखा दिए जाने का एहसास उत्पन्न होता है
- ✓ दूसरा एहसास छोटा दिखाने और अनुभव कराने के कारण आत्मसम्मान को चोट पहुंचने का है

शिकायत ग्राहक संबंध में एक महत्वपूर्ण **"सच्चाई का पल"** है; यदि कंपनी इसे ठीक कर लेती है तो वास्तव में ग्राहक की वफादारी में सुधार होने की संभावना रहती है। इस मामले में मानवीय एहसास महत्वपूर्ण है; ग्राहक अपने आपको महत्व दिया जाना अनुभव करना चाहता है।

यदि आप एक पेशेवर बीमा सलाहकार हैं तो आप ऐसी स्थिति उत्पन्न होने नहीं देंगे। आप इस मामले को कंपनी के उपयुक्त अधिकारी के पास ले जाएंगे। **याद रखें, कंपनी में किसी भी अन्य व्यक्ति का ग्राहक की समस्याओं पर वह अधिकार नहीं है जो आपका होता है।**

शिकायतें/समस्याएं हमें यह दिखाने का अवसर प्रदान करती हैं कि हम ग्राहक के हितों का कितना ख्याल रखते हैं। ये वास्तव में ठोस स्तंभ हैं जिन पर एक बीमा एजेंट की साख बनती है और कारोबार बढ़ता है। हर पॉलिसी दस्तावेज के अंत में बीमा कंपनियां समस्या निवारण की प्रक्रिया का विस्तृत विवरण उपलब्ध कराती हैं जिसे दस्तावेज प्रावधानों को स्पष्ट करते समय में ग्राहकों की जानकारी में लाया जाना चाहिए।

बिक्री और सेवा प्रदान करने में मौखिक प्रचार (अच्छा/बुरा) की महत्वपूर्ण भूमिका है। याद रखें कि अच्छी सेवा का पुरस्कार 5 लोगों को जानकारी देकर मिलता है जबकि बुरी सेवा का असर 20 लोगों तक जाता है।

2. एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस)

आईआरडीए ने एक एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस) की शुरूआत की है जो बीमा शिकायत डेटा के एक केंद्रीय भंडार के रूप में और उद्योग में शिकायत निवारण की निगरानी के लिए एक उपकरण के रूप में कार्य करता है।

पॉलिसीधारक इस प्रणाली पर अपनी पॉलिसी का विवरण पंजीकृत कर सकते हैं और अपनी शिकायत दर्ज कर सकते हैं। फिर शिकायतें संबंधित बीमा कंपनी को भेजी जाती हैं। आईजीएमएस शिकायतों और उनके निवारण में लगाने वाले समय पर नज़र रखती है। शिकायतों को यहां पंजीकृत किया जा सकता है:

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

3. उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम, 1986

यह अधिनियम "उपभोक्ताओं के हित की बेहतर सुरक्षा की व्यवस्था करने और उपभोक्ता के विवादों के निपटारे के लिए उपभोक्ता परिषदों और अन्य प्राधिकरणों की स्थापना का प्रावधान करने के लिए पारित किया गया था। "इस अधिनियम को उपभोक्ता संरक्षण (संशोधन) अधिनियम, 2002 के द्वारा संशोधित किया गया है।

क) अधिनियम के तहत परिभाषाएं

अधिनियम में दी गयी कुछ परिभाषाएं इस प्रकार हैं:

परिभाषा

"सेवा" का मतलब है किसी भी विवरण की सेवा जो संभावित उपयोगकर्ताओं को उपलब्ध कराई गयी है और जिसमें बैंकिंग, वित्त, बीमा, परिवहन, प्रोसेसिंग, बिजली या अन्य ऊर्जा की आपूर्ति, बोर्ड या अस्थायी आवास या दोनों, आवासीय निर्माण, मनोरंजन, मौज-मस्ती या समाचार अथवा अन्य जानकारी प्रदान करने के संबंध में सुविधाओं का प्रावधान शामिल है। लेकिन इसमें निः शुल्क या व्यक्तिगत सेवा के एक अनुबंध के तहत कोई भी सेवा प्रदान करना शामिल नहीं है।

बीमा को एक सेवा के रूप में शामिल किया गया है।

"उपभोक्ता" का मतलब है ऐसा कोई भी व्यक्ति जो :

i. एक प्रतिफल के लिए कोई सामान खरीदता है और इस तरह के सामान के किसी भी उपयोगकर्ता को शामिल करता है। लेकिन ऐसे किसी व्यक्ति को शामिल नहीं करता है जो इस तरह के सामान को पुनर्विक्रय के लिए या किसी भी व्यावसायिक उद्देश्य के लिए प्राप्त करता है या

ii. एक प्रतिफल के लिए कोई भी प्राप्त करता है या किराए पर लेता है और ऐसी सेवाओं के लाभार्थी को शामिल करता है।

'दोष' का मतलब निष्पादन की गुणवत्ता, प्रकृति और तरीके में कोई भी दोष, अपूर्णता, कमी, अपर्याप्तता है जो किसी भी क़ानून के तहत या उसके द्वारा बनाए रखा जाना आवश्यक है या किसी अनुबंध के पालन में या अन्यथा किसी भी सेवा के संबंध में किसी व्यक्ति द्वारा निष्पादन का वचन दिया गया है।

'शिकायत' का मतलब है एक शिकायतकर्ता द्वारा लिखित रूप में लगाया गया कोई भी आरोप कि:

i. एक अनुचित व्यावसायिक आचरण या प्रतिबंधात्मक व्यापारिक आचरण अपनाया गया है
ii. उसके द्वारा खरीदे गए सामानों में एक या एक से अधिक दोष है
iii. उसके द्वारा प्राप्त की गयी या किराए पर ली गयी सेवाओं में किसी प्रकार की कमी है
iv. लगाया गया मूल्य कानून द्वारा निर्धारित या पैकेज पर प्रदर्शित मूल्य से अधिक है

ऐसे सामान जो उपयोग किए जाने पर जीवन और सुरक्षा के लिए खतरनाक होंगे, जब इस तरह के सामानों के उपयोग के विवरण, तरीके और प्रभाव के संबंध में जानकारी प्रदर्शित करने की आवश्यकता बताने वाले किसी भी क़ानून के प्रावधानों के उल्लंघन में सावर्जनिक रूप से उनकी बिक्री की पेशकश की जाती है।

'उपभोक्ता विवाद' का मतलब है ऐसा विवाद जहां वह व्यक्ति जिसके विरुद्ध शिकायत की गयी है, शिकायत में निहित आरोपों से इनकार करता है और उनका विरोध करता है।

ख) **उपभोक्ता विवाद निवारण एजेंसियां**

उपभोक्ता विवाद निवारण एजेंसियां प्रत्येक जिले और राज्य में तथा राष्ट्रीय स्तर पर गठित की गयी हैं।

i. **जिला फोरम :** इस फोरम का अधिकार क्षेत्र उन शिकायतों पर ध्यान देने का है जहां वस्तुओं या सेवाओं के मूल्य और दावा की गयी क्षतिपूर्ति 20 लाख रुपए तक है। जिला फोरम के पास अपने आदेश/निर्णय को उपयुक्त सिविल कोर्ट में निष्पादन के लिए भेजने का अधिकार है।

ii. **राज्य आयोग :** इस शिकायत निवारण प्राधिकरण के पास मूल, अपीलीय और पर्यवेक्षी अधिकार क्षेत्र है। यह जिला फोरम की याचिकाओं पर ध्यान देता है। इसका मूल अधिकार क्षेत्र उन शिकायतों पर भी ध्यान देने का है जहां दावा किए गए सामान/सेवा का मूल्य और क्षतिपूर्ति, यदि कोई हो, 20 लाख रुपए से अधिक लेकिन 100 लाख रुपए से अधिक नहीं है। अन्य अधिकार और प्राधिकार जिला फोरम के समान ही हैं।

iii. **राष्ट्रीय आयोग :** अधिनियम के तहत स्थापित अंतिम प्राधिकारण राष्ट्रीय आयोग है। इसके पास मूल, अपीलीय और पर्यवेक्षी अधिकार क्षेत्र है। यह राज्य आयोग द्वारा पारित आदेश के अपीलों की सुनवाई कर सकता है और अपने मूल अधिकार क्षेत्र में यह उन विवादों पर ध्यान देगा जहां सामान/सेवाएं और दावा की गयी क्षतिपूर्ति 100 लाख रुपए से अधिक की हैं। राज्य आयोग पर इसका पर्यवेक्षी अधिकार क्षेत्र है।

सभी तीन एजेंसियों के पास एक सिविल कोर्ट की शक्तियां हैं।

ग) **शिकायत दर्ज कराने की प्रक्रिया**

उपर्युक्त तीन शिकायत निवारण एजेंसियों के लिए **शिकायत दायर करने की प्रक्रिया** बहुत ही सरल है। चाहे राज्य आयोग के समक्ष या राष्ट्रीय आयोग के समक्ष शिकायत दर्ज कराने या अपील दायर करने के लिए कोई शुल्क नहीं है।

शिकायत स्वयं शिकायतकर्ता द्वारा या उसके अधिकृत एजेंट द्वारा दायर की जा सकती है। इसे व्यक्तिगत रूप से दायर किया जा सकता है या डाक से भी भेजी जा सकती है। यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि शिकायत दायर करने के लिए किसी वकील की आवश्यकता नहीं है।

घ) **उपभोक्ता फोरम के आदेश**

यदि फोरम इस बात से संतुष्ट हो जाता है कि जिन सामानों के विरुद्ध शिकायत दर्ज की गयी है उनमें शिकायत में निर्दिष्ट कोई भी दोष मौजूद है या कि सेवाओं के बारे में शिकायत में निहित किसी भी आरोप साबित हो जाता है तो फोरम निम्नलिखित में से एक या अधिक कार्य करने के लिए विपक्षी पार्टी को निर्देश जारी कर सकता है अर्थात,

i. शिकायतकर्ता को वह मूल्य [या बीमा के मामले में प्रीमियम], शिकायतकर्ता द्वारा भुगतान किए गए शुल्क वापस लौटाना

ii. विपक्षी पार्टी की लापरवाही के कारण उपभोक्ता को हुए किसी भी नुकसान या चोट के लिए क्षतिपूर्ति के रूप में उपभोक्ताओं को इस तरह की राशि प्रदान करना

iii. विवादित सेवाओं दोषों या कमियों को दूर करना

iv. अनुचित व्यापार आचरण या प्रतिबंधात्मक व्यापार आचरण को बंद करना या उनको नहीं दोहराना

v. पार्टियों को पर्याप्त लागत के लिए प्रावधान करना

ङ) **उपभोक्ता विवादों की श्रेणियां**

जहां तक बीमा व्यवसाय का सवाल है, तीनों फोरमों के अधिकांश उपभोक्ता विवाद निम्नलिखित मुख्य श्रेणियों में आते हैं:

i. **दावों के निपटान में देरी**

ii. **दावों का निपटारा नहीं करना**

iii. **दावों का अस्वीकरण**

iv. **हानि की मात्रा**

v. **पॉलिसी के नियम, शर्तें आदि**

4. बीमा लोकपाल (ओम्बड्समैन)

बीमा अधिनियम, 1938 की शक्तियों के तहत केंद्र सरकार ने 11 नवंबर, 1998 को आधिकारिक राजपत्र में प्रकाशित एक अधिसूचना के द्वारा लोक शिकायत निवारण नियम, 1998 बनाया है। ये नियम बीमा के सभी व्यक्तिगत लाइनों के लिए यानी व्यक्तिगत क्षमता में ली गयी बीमा पॉलिसियों के लिए जीवन और गैर-जीवन बीमा पर लागू होते हैं।

इन नियमों का उद्देश्य बीमा कंपनियों की ओर से दावे के निपटान से संबंधित सभी शिकायतों को किफायती, प्रभावशाली और निष्पक्ष तरीके से हल करना है।

लोकपाल, बीमाधारक और बीमा की आपसी सहमति से प्रसंग की शर्तों के भीतर एक मध्यस्थ और परामर्शदाता के रूप में कार्य कर सकता है।

शिकायत को स्वीकार या अस्वीकार करने का लोकपाल का निर्णय अंतिम होता है।

क) लोकपाल को शिकायत

लोकपाल के पास की गई कोई भी शिकायत लिखित रूप में, बीमाधारक या उसके कानूनी वारिसों द्वारा हस्ताक्षरित, उस लोकपाल को संबोधित होनी चाहिए जिसके अधिकार क्षेत्र में बीमा कंपनी एक शाखा/कार्यालय मौजूद है, यह शिकायतकर्ता को हुए हानि की प्रकृति और सीमा के आकलन और मांगी गयी राहत के साथ-साथ दस्तावेजों, यदि कोई हो, द्वारा समर्थित होनी चाहिए।

लोकपाल के पास शिकायत की जा सकती है यदि:

i. शिकायतकर्ता ने बीमा कंपनी को पहले एक लिखित प्रतिनिधित्व किया था और बीमा कंपनी ने:

- ✓ शिकायत को अस्वीकृत कर दिया था या
- ✓ बीमा कर्ता द्वारा शिकायत प्राप्त किए जाने के बाद एक माह के भीतर शिकायतकर्ता को कोई जवाब नहीं मिला था

- ✓ शिकायत कर्ता बीमा कर्ता द्वारा दिए गए जवाब से संतुष्ट नहीं है।

ii. शिकायत बीमा कर्ता द्वारा अस्वीकार की तिथि से एक वर्ष के भीतर की जाती है।

iii. शिकायत किसी भी अदालत या उपभोक्ता फोरम या मध्यस्थता में लंबित नहीं है।

ख) लोकपाल की अनुशंसाएं

कुछ ऐसे कर्तव्य/प्रोटोकॉल हैं जिनका पालन करके की अपेक्षा लोकपाल से की जाती है:

i. सिफारिशें इस तरह की शिकायत प्राप्त होने के एक माह के भीतर की जानी चाहिए

ii. इसकी प्रतियां शिकायतकर्ता और बीमा कर्ता दोनों को भेजी जानी चाहिए

iii. सिफारिशों को इस तरह की सिफारिश प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर शिकायतकर्ता द्वारा लिखित रूप में स्वीकार किया जाना चाहिए

iv. बीमित व्यक्ति द्वारा स्वीकृति पत्र की प्रतिलिपि बीमा कंपनी को भेजी जानी चाहिए और उसके द्वारा इस तरह के स्वीकृति पत्र की प्राप्ति के 15 दिनों के भीतर उसकी लिखित पुष्टि की मांग की जानी चाहिए।

यदि विवाद मध्यस्थता द्वारा हल नहीं किया जाता है तो लोकपाल बीमाधारक को वह निर्णय पारित कर देगा जो उसकी नज़र में निष्पक्ष होगा और जो बीमाधारक के हानि को आवरित करने के लिए आवश्यक से अधिक नहीं होगा।

ग) लोकपाल के फैसले

लोकपाल के फैसले निम्नलिखित नियमों से संचालित होते हैं:

i. फैसला 20 लाख रुपए से अधिक का नहीं होना चाहिए (अनुग्रह राशि और अन्य खर्च सहित)

ii. फैसला इस तरह की शिकायत प्राप्त होने की तिथि से 3 महीने की अवधि के भीतर दिया जाना चाहिए, और बीमाधारक को इस तरह के फैसला मिलने के एक महीने के भीतर एक अंतिम निपटान के रूप में पूर्ण रूप में फैसले की प्राप्ति को स्वीकार करना चाहिए।

iii. बीमा कर्ता फैसले का अनुपालन करेगी और इस तरह का स्वीकृति पत्र प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर लोकपाल को एक लिखित सूचना भेजेगी

iv. अगर बीमाधारक लिखित रूप में इस तरह के फैसले की स्वीकृति की सूचना नहीं देता है तो बीमा कर्ता फैसले को लागू नहीं करेगी।

स्व-परीक्षण 3

उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम, 1986 के अनुसार किसे एक उपभोक्ता के रूप में वर्गीकृत नहीं किया जा सकता है?

I. जो निजी इस्तेमाल के लिए माल/सेवाओं को किराए पर लेता है

II. वह व्यक्ति जो पुनर्विक्रय के प्रयोजन के लिए सामानों को खरीदता है

III. जो एक प्रतिफल के लिए वस्तुओं और सेवाओं को खरीदता है और उनका इस्तेमाल करता है

IV. जो एक प्रतिफल के लिए दूसरे की सेवाओं का उपयोग करता है

घ. संचार प्रक्रिया

ग्राहक सेवा में संचार कौशल

कौशल के सबसे महत्वपूर्ण सेटों में से एक यह है कि एजेंट या सेवा कर्मचारी को कार्यस्थल पर प्रभावशाली कार्य निष्पादन के **लिए व्यवहार कुशल** होना आवश्यक है।

अव्यवहारिक कौशल के विपरीत - जो विशेष प्रकार के कार्य या गतिविधि को निष्पादित करने की व्यक्ति की योग्यता से संबंधित है, **व्यवहार कुशलता कार्यस्थल पर और बाहर दोनों जगह अन्य कर्मियों और ग्राहकों के साथ प्रभावशाली ढंग से संवाद स्थापित करने की व्यक्ति की योग्यता से संबंधित है। संचार कौशल इन व्यवहारिक कौशलों में सबसे महत्वपूर्ण कौशल है।**

1. संचार और ग्राहक संबंध

ग्राहक सेवा संतुष्ट और विश्वस्त ग्राहक बनाने के महत्वपूर्ण तत्वों में से एक है। लेकिन यह पर्याप्त नहीं है। ग्राहक ऐसे इंसान हैं जिनके साथ कंपनी को एक मजबूत संबंध बनाने की जरूरत है।

सेवा और संबंध दोनों का अनुभव ही अंततः यह रूपरेखा तैयार करता है कि ग्राहक कंपनी को किस प्रकार देखेंगे।

एक स्वस्थ संबंध कैसे बनता है?

ज़ाहिर है कि विश्वास ही इस सवाल के केंद्र में है। साथ ही अन्य ऐसे तत्व भी हैं जो विश्वास को सुदृढ़ करते हैं और उसे बढ़ावा देते हैं। आईए हम इनमें से कुछ तत्वों को उदाहरण देकर स्पष्ट करें

चित्र 2 : विश्वास के तत्व

i. हर रिश्ते की शुरुआत **आकर्षण** से होती है:

व्यक्ति को सिर्फ पसंद किए जाने और ग्राहक के साथ तालमेल बनाने में सक्षम होना चाहिए। आकर्षण अक्सर पहले प्रभाव का परिणाम होता है जो उस समय उत्पन्न होता है जब ग्राहक संगठन या उसके प्रतिनिधियों के संपर्क में आता है। आकर्षण हर दिल का ताला खोलने की पहली कुंजी है। इसके बिना एक रिश्ता शायद ही संभव है। ऐसे विक्रेता व्यक्ति के बारे में विचार करें जिसे पसंद नहीं किया जाता है। क्या आपको वास्तव में ऐसा लगता है कि वह बिक्री के कैरियर में काफी प्रगति करने में सक्षम होगा?

ii. रिश्ते का दूसरा तत्व है व्यक्ति की **मौजूदगी** - जरूरत के समय वहां मौजूद रहना:

इसका सबसे अच्छा उदाहरण शायद शादी है। पति के लिए उस समय उपलब्ध होना महत्वपूर्ण है जब पत्नी को उसकी जरूरत होती है? **इसी प्रकार ग्राहक संबंध में मुद्दा यह है कि क्या और कैसे जरूरत पड़ने पर कंपनी या उसका प्रतिनिधि उपलब्ध रहता है। क्या वह पूरी तरह से उपलब्ध है और ग्राहक की जरूरतों पर ध्यान दे रहा है?**

ऐसे उदाहरण हो सकते हैं जब व्यक्ति पूरी तरह से मौजूद नहीं होता है और अपने ग्राहकों की सभी उम्मीदों के साथ न्याय नहीं कर पाता है। **ऐसे में भी व्यक्ति एक मजबूत संबंध बनाए रख सकता है यदि वह ग्राहक के साथ इस तरीके से बात कर सकता है जो आश्वासन भरा, सहानुभूति से परिपूर्ण हो और जिम्मेदारी की भावना दिखाता हो।**

उपरोक्त सभी बातें जैसे:

- ✓ व्यक्ति जो प्रभाव डालता है या
- ✓ जिस तरीके से व्यक्ति मौजूद रहता है और बातों को सुनता है या
- ✓ व्यक्ति दूसरों को जो संदेश भेजता है

ये संचार के आयाम हैं और अनुशासन तथा कौशल की मांग करते हैं। एक मायने में व्यक्ति जो संचार करता है, अंततः व्यक्ति के सोचने और देखने के तरीके को दर्शाता है।

कंपनियां ग्राहक संबंध प्रबंधन पर काफी जोर देती हैं क्योंकि ग्राहक को बनाए रखने की लागत नया ग्राहक प्राप्त करने की लागत की तुलना में कहीं कम होती है। ग्राहक संबंध कई स्पर्श बिंदुओं में उत्पन्न होता है जैसे ग्राहकों की बीमा जरूरतों को समझने में, फॉर्म पर आवरणों के हिसाब को समझाने में। इसलिए, इनमें से प्रत्येक बिंदु में संबंधों को मजबूत करने के लिए एजेंट के पास कई अवसर होते हैं।

2. संचार प्रक्रिया

संचार क्या है?

सभी संचारों में प्रेषक, जो संदेश भेजता है और उस संदेश के प्राप्तकर्ता की आवश्यकता होती है। प्राप्तकर्ता को प्रेषक का संदेश समझ में आने के साथ ही यह प्रक्रिया पूरी हो जाती है।

चित्र 3 : संचार के रूप

संचार के कई रूप हो सकते हैं

- ✓ मौखिक
- ✓ लिखित
- ✓ गैर-मौखिक
- ✓ शारीरिक भाषा का प्रयोग

यह आमने-सामने, फोन पर, मेल या इंटरनेट के द्वारा हो सकती है। यह औपचारिक या अनौपचारिक हो सकती है। संदेश की सामग्री या रूप या इस्तेमाल किया गया माध्यम चाहे जो भी हो, संचार का आशय इस बात से है जो संचार के दौरान प्राप्तकर्ता को समझ में आ गया है।

एक व्यवसाय के लिए यह विकल्प चुनना महत्वपूर्ण है कि वह लक्षित प्राप्तकर्ताओं को कैसे और कब संदेश भेजेगा।

संचार प्रक्रिया को नीचे समझाया गया है।

आइए हम चित्र में शब्दों को परिभाषित करें :

चित्र 4 : संचार प्रक्रिया

परिभाषा

i. **स्रोत :** संदेश के स्रोत के रूप में एजेंट को यह स्पष्ट होना चाहिए कि वह क्यों संवाद करने जा रहा है और क्या संवाद करना चाहता है, और उसे यह विश्वास होना चाहिए कि भेजी जा रही जानकारी उपयोगी और सटीक है।

ii. **संदेश** वह जानकारी है जिसे व्यक्ति बताना चाहता है।

iii. **एनकोडिंग** जानकारी हस्तांतरित करने की प्रक्रिया है जिसे व्यक्ति एक ऐसे रूप में बताना चाहता है जो आसानी से भेजा जा सके और दूसरी ओर सही तरीके से समझा (डीकोड किया) जा सके। एनकोडिंग में सफलता इस बात पर निर्भर करती है कि व्यक्ति जानकारी को बताने और भ्रम के स्रोतों को खत्म करने में किस प्रकार से सक्षम है। इसके लिए अपने दर्शकों/श्रोताओं के बारे में जानना आवश्यक है। ऐसा करने में विफलता का परिणाम गलत समझने वाले वाले संदेशों के रूप सामने आता है।

iv. कोई भी संदेश एक **चैनल** के माध्यम से भेजा जाता है जिसे इस प्रयोजन के लिए चुना जाना आवश्यक है। चैनल व्यक्तिगत आमने सामने की बैठकों, टेलीफोन और वीडियो कांफ्रेंसिंग सहित मौखिक हो सकता है; या इसे पत्र, ईमेल, मेमो और रिपोर्ट सहित लिख कर भेजा जा सकता है।

v. **डीकोडिंग** वह चरण है जिसमें गंतव्य पर जानकारी प्राप्त होती है, उसकी व्याख्या की जाती है और इसे निश्चित तरीके से समझा जाता है। ऐसा देखा जा सकता है कि डीकोडिंग [या कैसे व्यक्ति एक संदेश प्राप्त करता है] उतना ही महत्वपूर्ण है जितना कि एनकोडिंग [व्यक्ति इसे कैसे बताता है]।

vi. **प्राप्तकर्ता :** अंत में प्राप्तकर्ता होता है, वह/वे व्यक्ति [दर्शक/श्रोता]जिनको संदेश भेजा भेजा जाता है। इस दर्शक/श्रोता के प्रत्येक सदस्य के पास अपने विचार, मान्यताएं और भावनाएं होती हैं और ये इस बात को प्रभावित करेंगे कि संदेश कैसे प्राप्त किया गया है और उस पर कैसी कार्रवाई हुई है। जाहिर है कि प्रेषक को यह तय करते समय कि क्या संदेश भेजा जाए, इन कारकों पर विचार करने की जरूरत है।

vii. **प्रतिक्रिया :** जैसे ही संदेश भेजा और प्राप्त किया जाता है, प्राप्तकर्ता द्वारा प्रेषक को मौखिक और गैर-मौखिक संदेश के रूप में प्रतिक्रिया भेजने की संभावना रहती है। प्राप्तकर्ता को इस तरह की प्रतिक्रिया की तलाश होना और इन प्रतिक्रियाओं को सावधानीपूर्वक समझना आवश्यक है क्योंकि इससे यह तय करने में मदद मिलेगी कि कैसे संदेश प्राप्त किया गया है और कैसे उस पर कार्रवाई की गयी है। आवश्यक होने पर संदेश को बदला या फिर से तैयार किया जा सकता है।

3. प्रभावशाली संचार में बाधाएं

प्रभावशाली संचार के लिए बाधाएं उपरोक्त प्रक्रिया के प्रत्येक चरण में उत्पन्न हो सकती हैं। प्रेषक के बारे में बनाई गई धारणा के कारण या संदेश को खराब तरीके से तैयार किए जाने के कारण या बहुत कम अथवा बहुत अधिक जानकारी होने के कारण या प्रेषक को प्राप्तकर्ता की संस्कृति नहीं समझ में आने के कारण संवाद विकृत हो सकते हैं। चुनौती इन सभी बाधाओं को दूर करने की है।

स्व-परीक्षण 4

किसकी वजह से स्वस्थ संबंध नहीं बन पाता है?

I. आकर्षण

II. विश्वास

III. संचार

IV. अविश्वास

ङ. गैर-मौखिक संचार

आईए हम कुछ अवधारणाओं को देखें जिन्हें एजेंट को समझने की जरूरत है।

महत्वपूर्ण

शानदार प्रथम प्रभाव डालना

हमने पहले ही देखा है कि आकर्षण किसी भी संबंध का पहला आधार स्तंभ है। आप ऐसे ग्राहक से शायद ही व्यवसाय प्राप्त करने की उम्मीद कर सकते हैं जो आपको पसंद नहीं करता है। वास्तव में कई लोगों को आपका मूल्यांकन करने के लिए सिर्फ कुछ पलों की झलक की जरूरत होती है जब आप उनसे पहली बार मिलते हैं। आपके बारे में उनकी राय आपकी दिखावट, आपकी शारीरिक भाषा, आपके व्यवहार और आपके पहनावे तथा बातचीत पर आधारित हो जाती है। याद रखें कि पहला प्रभाव लंबे समय तक बना रहता है। अच्छा पहला प्रभाव बनाने के लिए कुछ उपयोगी सुझाव इस प्रकार हैं:

i. **हमेशा समय पर बने रहें।** कुछ मिनट पहले पहुंचने की योजना बनाएं, जो सभी प्रकार की संभावित देरी के लिए लचीलापन प्रदान करता है।

ii. **अपने आप को उचित तरीके से पेश करें।** आपका संभावित ग्राहक, जिससे आप पहली बार मिल रहे हैं, आपको नहीं जानता है और आपकी दिखावट आम तौर पर वह पहली युक्ति होती है जिसके आधार पर उसे आगे बढ़ना होता है।

   - ✓ क्या आपकी उपस्थिति सही पहला प्रभाव बनाने में मदद कर रही है?
   - ✓ क्या आपका पहनावा बैठक या अवसर के लिए उपयुक्त है?
   - ✓ क्या आपका व्यक्तित्व साफ़-सुथरा और स्वच्छ है - अच्छी तरह से कटे हुए बाल और शेव की हुई दाढ़ी, साफ और स्वच्छ कपड़े, साफ़-सुथरा और उचित मेकअप?

iii. **जोशपूर्ण, आत्मविश्वासी और विजेता की मुस्कान** आपको और आपके दर्शक को एक दूसरे के साथ सहज स्थिति में लाता है|

iv. **खुला, आत्मविश्वासी और सकारात्मक होना**

   - ✓ क्या आपकी शारीरिक भाषा से भरोसा और आत्मविश्वास झलकता है?

- ✓ क्या आप सीधे खड़े होते, मुस्कुराते, आंखों से आंखों का संपर्क बनाते, गर्मजोशी से हाथ मिलाते हुए बधाई देते हैं?
- ✓ क्या आप कुछ आलोचना का सामना करने में या जब बैठक अपेक्षा के अनुरूप आगे नहीं बढ़ने पर भी सकारात्मक बने रहते हैं?

v. **दूसरे व्यक्ति में रुचि लेना -** सबसे महत्वपूर्ण बात दूसरे व्यक्ति में वास्तव में दिलचस्पी होने की है।

- ✓ क्या आप व्यक्ति के रूप में ग्राहक के बारे में पता लगाने में कुछ समय लेते हैं?
- ✓ क्या आप इस बात की परवाह करते और ध्यान देते हैं कि वह क्या कह रहा है?
- ✓ क्या आप अपने ग्राहक के समक्ष पूरी तरह से मौजूद और उपलब्ध रहते हैं या आपका मोबाइल फोन आपके अधूरे साक्षात्कार के दौरान आपको आकर्षित करता है?

1. शारीरिक भाषा

शारीरिक भाषा हरकतों, मुद्राओं, चेहरे का भावों को दर्शाती है। हमारे बात करने, चलने, बैठने और खड़े होने का तरीका, सभी हमारे बारे में और हमारे भीतर क्या कुछ चल रहा है उसके बारे में कुछ कहते हैं।

अक्सर ऐसा कहा जाता है कि जो कुछ भी कहा जाता है, लोग वास्तव में उसका केवल एक छोटा सा प्रतिशत ही सुनते हैं। हम जो कुछ नहीं कहते हैं, वह कहीं अधिक और बहुत जोर से बोलता है। जाहिर है कि व्यक्ति को अपनी शारीरिक भाषा के बारे में बहुत सावधान रहने की जरूरत है।

क) आत्मविश्वास

यहां आत्मविश्वास और आत्मनिर्भर दिखने की कुछ युक्तियां दी गयी हैं जो किसी व्यक्ति की बातों को गंभीरता से सुने जाने का प्रभाव डालते हैं:

- ✓ हाव-भाव - कंधों को पीछे करके सीधे खड़े होना।
- ✓ आंखों का ठोस संपर्क - एक मुस्कुराते चेहरे के साथ
- ✓ उद्देश्यपूर्ण और जानबूझकर बनाए गए भाव

ख) विश्वास

अक्सर विक्रेता व्यक्ति की बातों पर कोई ध्यान नहीं दिया जाता है क्योंकि दर्शक उस पर विश्वास नहीं करते हैं - उसकी शारीरिक भाषा यह आश्वासन नहीं देती है कि वह जो कुछ भी कह रहा है उसके प्रति गंभीर नहीं है। कुछ ऐसे आम संकेतों के बारे में जानकारी रखना बहुत ही महत्वपूर्ण है जो यह बता सकते हैं कि कब व्यक्ति ईमानदार और विश्वास के योग्य नहीं है और नीचे बताए गए अनुसार उस पर नज़र रखें।

- ✓ आंखें थोड़ी नीचे की ओर झुकी हुई या आंखों का संपर्क नहीं, या आंखों की तेज हरकतें
- ✓ बात करते समय हाथों या उंगलियों को मुंह के सामने लाना
- ✓ व्यक्ति का शरीर प्रत्यक्ष रूप से दूसरे व्यक्ति से दूर घूमा हुआ होना
- ✓ व्यक्ति की सांसों की गति तेज होना

- ✓ चेहरा रंग बदलता है; चेहरे या गर्दन का क्षेत्र लाल हो जाना
- ✓ तेज पसीना आने लगता है
- ✓ आवाज में बदलाव होता है जैसे आवाज की उतार-चढ़ाव बदलना, हकलाना, गला साफ़ करना
- ✓ बोली - धीमी और स्पष्ट जहां आवाज की टोन मध्यम से धीमी रहती है

कुछ शारीरिक हलचल जिससे बचाव और अग्रहणशीलता का संकेत मिलता है, इस प्रकार हैं:

- ✓ हाथ/बाजुओं के इशारे छोटे और व्यक्ति के शरीर के करीब होते हैं
- ✓ चेहरे के भाव कम से कम होते हैं
- ✓ शरीर प्रत्यक्ष रूप से आपसे दूर रहता है
- ✓ हाथ शरीर के सामने क्रॉस किए होते हैं
- ✓ आंखें से संपर्क कम होता है या नीचे की ओर झुकी होती हैं

यदि आपका ग्राहक इनमें से किसी भी तरह व्यक्त करता है तो शायद यही वह समय है जब आपको अपने आप में देखने और ग्राहक के मन में क्या कुछ चल रहा है उस पर अधिक ध्यान देने की जरूरत है।

2. सुनने का कौशल

संचार कौशल का तीसरा महत्वपूर्ण पहलू यह है कि व्यक्ति को सुनने के कौशल की जानकारी होना और उसका फ़ायदा उठाना आवश्यक है। ये व्यक्तिगत प्रभाव के एक सुप्रसिद्ध सिद्धांत का पालन करते हैं - 'किसी को समझाने से पहले खुद समझें'।

आप कितनी अच्छी तरह सुनते हैं उसका आपके काम की प्रभावशीलता और दूसरों के साथ आपके संबंधों की गुणवत्ता पर बड़ा प्रभाव पड़ता है। आइए हम कुछ सुनने की युक्तियों पर नज़र डालें।

क) सक्रिय रूप से सुनना:

यही वजह है कि हम सजग होकर न केवल बातों को सुनने की कोशिश करते हैं बल्कि अधिक महत्वपूर्ण यह है कि हम दूसरे व्यक्ति द्वारा भेजे गए पूरे संदेश को समझने का प्रयास करते हैं।

आइए हम सक्रिय होकर सुनने के कुछ तत्वों पर नजर डालें। ये इस प्रकार हैं: -

i. ध्यान देना

हमें वक्ता को अपना पूरा ध्यान देने और संदेश को स्वीकार करने की जरूरत है। ध्यान दें, गैर-मौखिक संवाद भी जोर से "बोलते" हैं। ध्यान देने के के कुछ पहलू इस प्रकार हैं:

- ✓ सीधे वक्ता को देखें
- ✓ ध्यान भंग करने वाले विचारों को एक तरफ रख दें
- ✓ मानसिक रूप से खंडन के लिए तैयार न रहें
- ✓ सभी बाहरी ध्यान भंग करने वाली चीजों से बचें [उदाहरण के लिए, अपने मोबाइल को साईलेंट मोड पर रखें]

✓ वक्ता की शारीरिक भाषा को सुनें

ii. **ऐसा प्रदर्शित करें कि आप ध्यान से सुन रहे हैं:**

शारीरिक भाषा का प्रयोग यहां एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। उदाहरण के लिए, व्यक्ति:

- ✓ कभी-कभी एक सहमति का इशारा करें और मुस्कुरा कर देखें
- ✓ खुली भाव-मुद्रा बनाएं और दूसरे व्यक्ति को मुक्त रूप से बात करने का मौक़ा दें
- ✓ हां और ओहो जैसी छोटी-छोटी मौखिक टिप्पणी करते रहें।

iii. **प्रतिक्रिया दें:**

हम जो कुछ सुनते हैं उनमें से बहुत सी बातें हमारे व्यक्तिगत फ़िल्टर जैसे हमारी मान्यताओं, फैसलों और धारणाओं से विकृत हो सकती हैं। एक श्रोता के रूप में हमें इन फिल्टरों के बारे में पता होना और वास्तव में जो कुछ भी कहा जा रहा है उसे समझने की कोशिश करना आवश्यक है।

- ✓ इसके लिए आपका संदेश पर प्रतिक्रिया करना और जो कुछ भी कहा गया था उसे स्पष्ट करने के लिए सवाल पूछना आवश्यक है।
- ✓ प्रतिक्रिया देने का अन्य महत्वपूर्ण तरीका वक्ता के शब्दों की संक्षिप्त व्याख्या करना है।
- ✓ तीसरा तरीका समय-समय पर वक्ता को रोकने और वक्ता की कही गयी बातों का एक सारांश बनाने और उसके समक्ष उन बातों को दोहराने का है।

उदाहरण

स्पष्ट करने के लिए कहना - मैंने जो कुछ भी सुना है उससे क्या मैं यह सही अंदाजा लगा रहा हूं कि आपको हमारी कुछ स्वास्थ्य योजनाओं के लाभों पर आपत्ति है, क्या आप इनको और अधिक स्पष्ट कर सकते हैं?

वक्ता के सटीक शब्दों की पुनः व्याख्या करना - तो आप यह कह रहे हैं कि 'हमारी स्वास्थ्य योजनाएं आकर्षक लाभ प्रदान नहीं कर रहे हैं' - क्या मैंने आपको सही ढंग से समझा है?

---

iv. **निर्णयात्मक न बनना :**

सक्रिय रूप से सुनने की सबसे बड़ी बाधाओं में से एक है **हमारी पूर्वाग्रही होने और वक्ता के प्रति पक्षपाती होने की प्रवृत्ति।** इसका परिणाम यह है कि श्रोता वक्ता की कही बातों को सुन सकता है लेकिन वक्ता क्या कुछ कह सकता है उसे वह अपनी व्याख्या के अनुसार सुन रहा है।

इस तरह के पूर्वाग्रही दृष्टिकोण के चलते श्रोता इसे समय की बर्बादी मानते हुए वक्ता को आगे बोलने देने को इच्छुक नहीं होगा। इसके परिणाम स्वरूप विरोधी तर्कों के साथ वक्ता को रोका और उसका खंडन भी किया जा सकता है, भले ही वह अपना पूरा संदेश सुनाने में सफल नहीं रहा हो।

यह केवल वक्ता को हताश करेगा और संदेश के पूरे आशय को सीमित कर देगा। सक्रिय रूप से सुनने के लिए आवश्यक है:

- ✓ सवाल पूछने से पहले वक्ता को प्रत्येक बिंदु पर अपनी बात खत्म करने की अनुमति देना

- ✓ किसी भी विरोधी तर्क से वक्ता को नहीं रोकना

v. **उचित प्रतिक्रिया करनाः**

सक्रिय रूप से सुनने का अर्थ है वक्ता जो कुछ भी कह रहा है उससे कहीं अधिक सुनना। संवाद केवल तभी पूरा किया जा सकता है जब श्रोता शब्दों या क्रिया के माध्यम से किसी तरह की प्रतिक्रिया करता है। यह सुनिश्चित करने के लिए कि वक्ता की बातों को अनसुना नहीं किया गया है बल्कि उसे सम्मान और आदर के साथ देखा गया है, कुछ नियमों का पालन किया जाना चाहिए। इनमें शामिल हैंः

- ✓ आपकी प्रतिक्रिया निष्पक्ष, खुली और ईमानदार होना
- ✓ व्यक्ति की राय को सम्मान से स्वीकार करना
- ✓ दूसरे व्यक्ति के साथ इस तरह से पेश आना जैसा कि आप अपने साथ पेश आना पसंद करेंगे

vi. **सहानुभूतिपूर्वक सुननाः**

सहानुभूतिपूर्ण होने का मतलब है अपने आपको दूसरे व्यक्ति के क़दमों में डाल देना और उसके अनुभवों को ठीक उसी प्रकार से सुनना जैसे कि वह इसे महसूस करेगा।

सहानुभूति के साथ सुनना सभी उत्कृष्ट ग्राहक सेवा का महत्वपूर्ण पहलू है। यह विशेष रूप से महत्वपूर्ण हो जाता है जब दूसरा व्यक्ति शिकायत करने वाला और काफी दुखी ग्राहक हो।

सहानुभूति का मतलब है दूसरा व्यक्ति जो कुछ भी कहना चाहता है उसे धैर्यपूर्वक और पूरा ध्यान देकर सुनना, भले आप उसकी बातों से सहमत नहीं हैं। वक्ता का स्वीकृति दिखाना महत्वपूर्ण है, न कि अनिवार्य रूप से अनुबंध करना। व्यक्ति बस सिर हिलाकर या "मैं समझता हूँ" या "सही बात है" जैसे शब्द बोलकर ऐसा कर सकता है।

स्व-परीक्षण 5

इनमें में से कौन सक्रिय रूप से सुनने का एक तत्व नहीं है?

I. अच्छी तरह से ध्यान देना

II. अत्यंत पूर्वाग्रही होना

III. सहानुभूतिपूर्वक सुनना

IV. उचित प्रतिक्रिया देना

च. नैतिक आचरण

1. संक्षिप्त विवरण

हाल के दिनों में व्यावसाय की उपयुक्तता के बारे में गंभीर चिंताएं प्रकट की गयी हैं, क्योंकि अनुचित आचरण की सूचनाएं तेजी से बढ़ती जा रही हैं। दुनिया की कुछ सबसे बड़ी कंपनियों को झूठे खातों और बेईमान ऑडिट प्रमाणीकरण के माध्यम से धोखा देते हुए पाया गया है। बैंकों के प्रबंधनों द्वारा उनके कुछ मित्रों की लालच को पूरा करने के लिए उनकी धनराशियों का द्वारा दुरुपयोग किया गया है। अधिकारियों ने निजी लाभों को बढ़ावा देने के लिए अपने अधिकार का प्रयोग किया है। जिन लोगों पर समुदाय को अपना कार्य सही ढंग से पूरा करने का भरोसा रहा है, वे तेजी से भरोसे को तोड़ते देखे जा रहे हैं। निजी धन वृद्धि का प्रयास और लोभ बढ़ता जा रहा है।

नतीजतन, जवाबदेही और कॉर्पोरेट प्रशासन के बारे में चर्चा बढ़ती जा रही है, इन सभी को एक साथ व्यवसाय में "नैतिकता" कहा जा सकता है। **'सूचना का अधिकार अधिनियम' जैसे क़ानून और 'जनहित याचिका' जैसी प्रगति को बेहतर जवाबदेही और सुशासन प्राप्त करने के साधन के रूप में काफी महत्वपूर्ण माना गया है।**

नैतिक आचरण अपने आप सुशासन की ओर ले जाता है। जब व्यक्ति अपना काम कर्तव्यपरायणता और ईमानदारी से पूरा करता है तो यह सुशासन है। अनैतिक आचरण दूसरों की कोई चिंता नहीं और स्वयं की बहुत अधिक चिंता को दर्शाता है। जब व्यक्ति अपने आधिकारिक पद के माध्यम से स्वार्थ-सिद्धि करने का प्रयास करता है, तो यह अनैतिक आचरण है। अपने हितों का ध्यान रखना गलत नहीं है। लेकिन दूसरों के हितों की कीमत पर ऐसा करना गलत है।

बीमा भरोसे का कारोबार है। मर्यादा और नैतिकता के मुद्दे बीमा के इस कारोबार में अत्यंत महत्वपूर्ण हैं। अमानत में खयानत धोखाधड़ी के बराबर है और गलत है। संभावित ग्राहकों को बीमा खरीदने या बतायी गयी बीमा योजना खरीदने का प्रलोभन देते हुए गलत जानकारी देने से बात बिगड़ जाती है और इससे संभावित ग्राहक की सभी जरूरतें पूरी नहीं होती हैं।

अनैतिक आचरण उस समय होता है जब अपने स्वयं के लाभों को दूसरों के लाभों की तुलना में अधिक महत्वपूर्ण माना जाता है। आईआएडीए द्वारा विभिन्न विनियमों में बतायी गयी आचार संहिता नैतिक आचरण की ओर निर्देशित है (इसकी चर्चा अध्याय 4 में हुई है)।

जहां यह सुनिश्चित करने के लिए कि आचार संहिता का कोई उल्लंघन नहीं हो रहा है, आचार संहिता के हर क्लॉज को जानना महत्वपूर्ण है, इसका पालन अपने आप होगा अगर बीमा कंपनी और उसके प्रतिनिधि संभावित ग्राहक के हितों को हमेशा ध्यान में रखते हैं। कोई बात तब बिगड़ती है जब बीमा कंपनियों के अधिकारियों को संभावित ग्राहक के फायदों के बजाय व्यवसाय के लक्ष्यों की चिंता होने लगती है।

2. विशेषताएं

नैतिक आचरण की कुछ विशेषताएं हैं:

क) ग्राहक के सर्वोत्तम हितों को अपने स्वयं के प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष लाभों से ऊपर रखना

ख) ग्राहक के मामलों से संबंधित सभी व्यावसायिक और निजी जानकारी को पूरी गोपनीयता के साथ और विशेषाधिकार के रूप में रखना

ग) ग्राहकों को सूचित निर्णय करने में सक्षम बनाने के लिए सभी तथ्यों का पूर्ण और पर्याप्त रूप से खुलासा करना

निम्न स्थितियों में नैतिकता से समझौता किए जाने की एक संभावना हो सकती है:

क) दो योजनाओं के बीच एक ऐसी योजना का चयन करना जो दूसरे की तुलना में बहुत कम प्रीमियम या कमीशन देती है

ख) एक मौजूदा पॉलिसी को समाप्त करने और एक नई पॉलिसी लेने की सिफारिश करना

ग) उन परिस्थितियों से परिचित होना जिनके बारे में बीमा कर्ता को बताए जाने पर यह ग्राहक के हितों या दावे के लाभार्थियों को प्रतिकूल रूप से प्रभावित कर सकता है।

स्व-परीक्षण 6

इनमें से कौन नैतिक आचरण की विशेषता नहीं है?

II. ग्राहकों को एक सूचित निर्णय करने में सक्षम बनाने के लिए पर्याप्त खुलासे करना

III. ग्राहक के व्यवसाय और व्यक्तिगत जानकारी की गोपनीयता को बनाए रखना

IV. अपने हितों को ग्राहक के हितों से आगे रखना

V. ग्राहक के हित को अपने हित से आगे रखना

सारांश

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

ख) सेवा की गुणवत्ता के पांच प्रमुख संकेतकों में विश्वसनीयता, आश्वासन, जवाबदेही, सहानुभूति और मूर्त चीजें शामिल हैं।

ग) ग्राहक के आजीवन मूल्य को आर्थिक लाभों के योग के रूप में परिभाषित किया जा सकता है जो समय की लंबी अवधि में ग्राहक के साथ एक मजबूत संबंध बना कर प्राप्त किया जा सकता है।

घ) ग्राहक सेवा के क्षेत्र में एक बीमा एजेंट की भूमिका पूरी तरह से महत्वपूर्ण है।

ङ) आईआरडीए ने एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस) की शुरूआत की है जो बीमा शिकायत डेटा के एक केंद्रीय भंडार के रूप में और उद्योग में शिकायत निवारण की निगरानी के लिए एक साधन के रूप में कार्य करती है।

च) लोकपाल बीमाधारक और बीमा कर्ता की आपसी सहमति से प्रसंग की शर्तों के भीतर मध्यस्थ और परामर्शदाता के रूप में कार्य कर सकते हैं।

छ) सक्रिय रूप से सुनने में ध्यान देना, प्रतिक्रिया प्रदान करना और उचित तरीके से जवाब देना शामिल है।

ज) नैतिक आचरण में ग्राहक के हित को अपने हित से आगे रखना शामिल है।

मुख्य शब्द

ख) सेवा की गुणवत्ता
ग) सहानुभूति
घ) एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस)
ङ) ग्राहक संरक्षण अधिनियम, 1986
च) जिला उपभोक्ता फोरम
छ) बीमा लोकपाल
ज) शारीरिक भाषा
झ) सक्रिय रूप से सुनना
क) नैतिक आचरण

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प 3 है।

आर्थिक लाभों का योग जो ग्राहकों के साथ एक दीर्घकालिक संबंध बना कर प्राप्त किया जा सकता है, इसे ग्राहक के आजीवन मूल्य के रूप में जाना जाता है।

उत्तर 2

सही विकल्प 3 है।

तीसरे पक्ष के दायित्व के लिए मोटर बीमा कानून द्वारा अनिवार्य है और इसलिए इसकी जरूरत पर बहस की आवश्यकता नहीं है।

उत्तर 3

सही विकल्प 2 है।

उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम, 1986 के अनुसार, वह व्यक्ति जो पुनर्विक्रय के उद्देश्य से सामान खरीदता है, उपभोक्ता के रूप में वर्गीकृत नहीं किया जा सकता है।

उत्तर 4

सही विकल्प 4 है।

अविश्वास से स्वस्थ संबंध नहीं बन सकता है।

उत्तर 5

सही विकल्प 2 है।

अत्यंत पूर्वाग्रही निर्णयक होना सक्रिय रूप से सुनने का तत्व नहीं है।

उत्तर 6

सही विकल्प 3 है।

अपने स्वयं के हितों को ग्राहक के हितों से आगे रखना नैतिक आचरण नहीं है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

_____ एक ठोस वस्तु नहीं है।

I. मकान

II. बीमा

III. मोबाइल फोन

IV. एक जोड़ी जींस

प्रश्न 2

_____ सेवा की गुणवत्ता का एक सूचक नहीं है।

I. चतुराई

II. विश्वसनीयता

III. सहानुभूति

IV. प्रतिक्रियाशीलता

प्रश्न 3

भारत में _____ बीमा अनिवार्य है।

I. मोटर तृतीय पक्ष दायित्व

II. मकानों के लिए अग्नि बीमा

III. घरेलू यात्रा के लिए यात्रा बीमा

IV. व्यक्तिगत दुर्घटना

प्रश्न 4

_____ बीमाधारक की बीमा लागत को कम करने के तरीकों में से एक है।

I. पुनर्बीमा

II. कटौती

III. सह-बीमा

IV. छूट

प्रश्न 5

अपनी बीमा पॉलिसी के संबंध में शिकायत रखने वाला एक ग्राहक _____ के माध्यम से आईआरडीए से संपर्क कर सकता है

I. आईजीएमएस

II. जिला उपभोक्ता फोरम

III. लोकपाल

IV. आईजीएमएस या जिला उपभोक्ता फोरम या लोकपाल

प्रश्न 6

उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम का संबंध इससे है:

I. बीमा कंपनियों के खिलाफ शिकायत

II. दुकानदारों के खिलाफ शिकायत

III. ब्रांड के खिलाफ शिकायत

IV. बीमा कंपनियों, ब्रांड और दुकानदारों के खिलाफ शिकायत

प्रश्न 7

_____ का अधिकार क्षेत्र उन मामलों से निपटना है जहां वस्तुओं या सेवाओं मूल्य और क्षतिपूर्ति का दावा 20 लाख तक का है।

I. उच्च न्यायालय

II. जिला फोरम

III. राज्य आयोग

IV. राष्ट्रीय आयोग

प्रश्न 8

ग्राहक संबंध में पहली धारणा बनाई जाती है:

I. आत्मविश्वासी होकर

II. समय पर चल कर

III. रुचि दिखा कर

IV. समय पर चल कर, रुचि दिखा कर और आत्मविश्वासी होकर

प्रश्न 9

सही कथन का चयन करें:

I. बीमा बेचते समय नैतिक आचरण असंभव है

II. नैतिक आचरण बीमा एजेंटों के लिए आवश्यक नहीं है

III. नैतिक आचरण एजेंट और बीमा कर्ता के बीच विश्वास बढ़ाने में मदद करता है

IV. नैतिक आचरण की अपेक्षा केवल शीर्ष प्रबंधन से की जाती है

प्रश्न 10

सक्रिय रूप से सुनने में शामिल है:

I. वक्ता की ओर ध्यान देना

II. कभी-कभी सिर हिलाना और मुस्कुरा देना

III. प्रतिक्रिया देना

IV. वक्ता की ओर ध्यान देना, कभी-कभी सिर हिलाना और मुस्कुराना और प्रतिक्रिया देना

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प 2 है।

बीमा ठोस वस्तु नहीं है।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

चतुराई सेवा की गुणवत्ता का सूचक नहीं है।

उत्तर 3

सही विकल्प I है।

मोटर तृतीय पक्ष दायित्व बीमा भारत में अनिवार्य है।

उत्तर 4

सही विकल्प 2 है।

पॉलिसी में कटौती का क्लॉज बीमाधारक की बीमा लागत को कम करने के तरीकों में से एक है।

उत्तर 5

सही विकल्प 1 है।

अपनी बीमा पॉलिसी के संबंध में शिकायत रखने वाले ग्राहक आईजीएमएस के माध्यम से आईआरडीए से संपर्क कर सकते हैं।

उत्तर 6

सही विकल्प 4 है।

उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम बीमा कंपनियों, दुकानदारों और ब्रांडों के खिलाफ शिकायत से संबंधित है।

उत्तर 7

सही विकल्प 2 है।

जिला फोरम का अधिकार क्षेत्र उन मामलों को निपटाने का है जहां सामान या सेवाओं का मूल्य और क्षतिपूर्ति का दावा 20 लाख रुपए तक का है।

उत्तर 8

सही विकल्प 4 है।

ग्राहक संबंध में पहली छाप आत्मविश्वासी होकर, समय पर चल कर और रुचि दिखा कर बनाई जाती है।

उत्तर 9

सही विकल्प 3 है।

नैतिक आचरण एजेंट और बीमा कर्ता में विश्वास बढ़ाने में मदद करता है।

उत्तर 10

सही विकल्प 4 है।

सक्रिय रूप से सुनने में वक्ता की ओर ध्यान देना, कभी-कभी सिर हिलाना और मुस्कुराना और प्रतिक्रिया देना शामिल है।

अध्याय 3

शिकायत निवारण प्रणाली

अध्याय परिचय

बीमा उद्योग अनिवार्य रूप से एक सेवा उद्योग है जहां वर्तमान संदर्भ में ग्राहकों की अपेक्षाएं लगातार बढ़ रही हैं और प्रदान की गई सेवाओं के मानक के साथ असंतोष अभी भी मौजूद है। आधुनिक टेकनूलॉजि के उपयोग से समर्थित ग्राहक सेवा के स्तर में उत्पाद के सतत नवोन्मेषण और महत्वपूर्ण सुधार के बावजूद उद्योग को ग्राहक असंतोष और खराब छवि के मामले में कड़वे अनुभव का सामना करना कर रहा है। इस स्थिति को देखते हुए सरकार और विनियामक ने कई तरह की पहल की है।

आईआरडीएआई के विनियमों में बीमा कंपनी द्वारा उपभोक्ता को प्रदान की जाने वाली विभिन्न सेवाओं के लिए टर्नअराउंड टाइम (टीएटी) निर्धारित किया गया है। ये आईआरडीएआई (पॉलिसीधारकों का हित संरक्षण विनियम), 2002 का हिस्सा हैं।बीमा कंपनियों के पास एक प्रभावी शिकायत निवारण प्रणाली होना आवश्यक है और आईआरडीएआई ने इसके लिए भी दिशानिर्देश बनाए हैं।

अध्ययन परिणाम

A. शिकायत निवारण प्रणाली – उपभोक्ता न्यायालय, लोकपाल

A. शिकायत निवारण प्रणाली

1. एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली (इंटिग्रेटेड ग्रीवांस मैनजमेंट सिस्टम - आईजीएमएस)

आईआरडीए ने एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस) की शुरूआत की है जो बीमा शिकायत डेटा के केंद्रीय भंडार के रूप में और उद्योग में शिकायत निवारण की निगरानी के उपकरण के रूप में कार्य करता है।

पॉलिसीधारक अपनी पॉलिसी के विवरण के साथ इस प्रणाली पर रजिस्टर करके अपनी शिकायत दर्ज कर सकते हैं। फिर शिकायतें संबंधित बीमा कंपनियों को भेजी जाती हैं।

शिकायत निवारण प्रणाली

आईजीएमएस शिकायतों और उनके निवारण में लगने वाले समय पर नजर रखती है। शिकायतों को निम्नलिखित यूआरएल पर पंजीकृत किया जा सकता है:

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

2. उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम, 1986

महत्वपूर्ण

यह अधिनियम "उपभोक्ताओं के हितों का बेहतर संरक्षण प्रदान करने के लिए और उपभोक्ता विवादों के निपटान के लिए उपभोक्ता परिषदों और अन्य प्राधिकरणों की स्थापना का प्रावधान करने के उद्देश्य से पारित किया गया था।"इस अधिनियम को उपभोक्ता संरक्षण (संशोधन) अधिनियम, 2002 के द्वारा संशोधित किया गया है।

अधिनियम में उपलब्ध कुछ परिभाषाएं इस प्रकार हैं:

परिभाषा

"सेवा" का मतलब है किसी भी विवरण की सेवा जो संभाव्य उपयोगकर्ताओं के लिए उपलब्ध कराई गयी है और इसमें बैंकिंग, वित्तपोषण, बीमा, परिवहन, संसाधन, विद्युत या अन्य ऊर्जा की आपूर्ति, बोर्ड या ठहरना या दोनों, आवास निर्माण, मनोरंजन, खेल-कूद या समाचार अथवा अन्य जानकारी के प्रसार के संबंध में सुविधाओं की व्यवस्था करना शामिल है।लेकिन इसमें नि:शुल्क सेवा या व्यक्तिगत सेवा अनुबंध के तहत कोई भी सेवा प्रदान करना शामिल नहीं है।

बीमा को एक सेवा के रूप में शामिल किया गया है

"उपभोक्ता" का मतलब है कोई भी ऐसा व्यक्ति जो

- ✓ किसी प्रतिफल के बदले में कोई सामान खरीदता है और इसमें इस तरह के सामान का कोई भी उपयोगकर्ता शामिल है।लेकिन इसमें ऐसा व्यक्ति शामिल नहीं है जो पुनर्विक्रय के लिए या किसी भी व्यावसायिक उद्देश्य के लिए इस तरह के सामान को प्राप्त करता है।
- ✓ प्रतिफल के बदले में कोई सेवा किराए पर लेता है या उसका लाभ उठाता है और इसमें ऐसी सेवाओं के लाभार्थी शामिल हैं।

"दोष" का मतलब है गुणवत्ता, प्रकृति और निष्पादन के तरीके में कोई भी त्रुटि, कमी या अपर्याप्तता जो किसी भी क़ानून के तहत या इसके द्वारा बनाए रखा जाना आवश्यक है या जिसे किसी सेवा के संबंध में किसी अनुबंध के अनुपालन में या अन्यथा किसी व्यक्ति द्वारा निष्पादन किए जाने का वचन दिया गया है।

"शिकायत" का मतलब है शिकायतकर्ता द्वारा लिखित रूप में लगाया गया कोई भी आरोप कि:

- ✓ अनुचित व्यावसायिक व्यवहार या प्रतिबंधात्मक व्यावसायिक व्यवहार अपनाया गया है
- ✓ उसके द्वारा खरीदे गए सामान में एक या एक से अधिक दोष हैं
- ✓ उसके द्वारा किराए पर ली गयी या प्राप्त की गयी सेवाओं में किसी भी प्रकार की कमी पाई गई है
- ✓ वसूल किया गया मूल्य कानून द्वारा निर्धारित या पैकेज पर प्रदर्शित मूल्य से अधिक है
- ✓ ऐसे सामान जो इस्तेमाल किए जाने पर जीवन और सुरक्षा के लिए खतरनाक होंगे, इस तरह के किसी भी क़ानून के प्रावधानों के उल्लंघन में जनता के बीच बिक्री के लिए उपलब्ध कराए जा रहे हैं जिनके लिए व्यापारी को ऐसे सामानों की विषय-वस्तुओं, इस्तेमाल के तरीके और प्रभाव के संदर्भ में जानकारी प्रदर्शित करने की आवश्यकता होती है।

"उपभोक्ता विवाद" का मतलब है एक ऐसा विवाद जहां जिस व्यक्ति के खिलाफ शिकायत की गयी है वह शिकायत में निहित आरोपों को नकाराता और उनका खंडन करता है.

---

a) उपभोक्ता विवाद निवारण एजेंसियां

"उपभोक्ता विवाद निवारण एजेंसियां" प्रत्येक जिले और राज्य में तथा राष्ट्रीय स्तर पर स्थापित की गयी हैं।

i. जिला फोरम

- ✓ इस फोरम का क्षेत्राधिकार उन शिकायतों पर ध्यान देना है जहां वस्तुओं या सेवाओं का मूल्य और क्षतिपूर्ति का दावा 20 लाख रुपए तक रहता है।
- ✓ जिला फोरम को अपना आदेश/निर्णय निष्पादन के लिए उचित सिविल कोर्ट को भेजने का अधिकार है।

ii. राज्य आयोग

- ✓ इस निवारण प्राधिकरण के पास मूल, अपीलीय और पर्यवेक्षी अधिकार रहते है।
- ✓ यह जिला फोरम की अपील पर सुनवाई करता है।
- ✓ इसका मूल अधिकार क्षेत्र भी उन शिकायतों की सुनवाई करना है जहां सामानों/सेवाओं का मूल्य और क्षतिपूर्ति, अगर कोई दावा किया गया है, 20 लाख रुपए से अधिक लेकिन 100 लाख रुपए से अधिक नहीं रहती है।
- ✓ अन्य शक्तियां और अधिकार जिला फोरम के समान ही हैं।

iii. राष्ट्रीय आयोग

- ✓ अधिनियम के तहत स्थापित अंतिम प्राधिकरण राष्ट्रीय आयोग है।
- ✓ इसके पास मूल, अपीलीय और पर्यवेक्षी अधिकार रहते हैं।

- ✓ यह राज्य आयोग द्वारा पारित आदेश की याचिकाओं की सुनवाई कर सकता है और अपने मूल अधिकार क्षेत्र में यह ऐसे विवादों का समाधान करेगा जहां सामान/सेवाओं का मूल्य और क्षतिपूर्ति का दावा मुआवजा 100 लाख रुपए से अधिक होता है।
- ✓ इसके पास राज्य आयोग के ऊपर पर्यवेक्षी अधिकार रहते है।

सभी तीनों एजेंसियों के पास सिविल न्यायालय के अधिकार रहते हैं।

चित्र 2 : शिकायत निवारण के लिए चैनल

b) शिकायत दर्ज कराने की प्रक्रिया

उपरोक्त सभी तीनों निवारण एजेंसियों में शिकायत दर्ज कराने की प्रक्रिया बहुत ही सरल है। राज्य आयोग या राष्ट्रीय आयोग के समक्ष शिकायत दर्ज कराने या याचिका दायर करने की प्रक्रिया के लिए कोई शुल्क नहीं है। शिकायत स्वयं शिकायतकर्ता द्वारा या उसके अधिकृत एजेंट द्वारा दर्ज करायी जा सकती है। इसे व्यक्तिगत रूप से भी दायर किया जा सकता है या डाक से भी भेजा जा सकता है। यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि शिकायत दाखिल करने के प्रयोजन के लिए किसी वकील की आवश्यकता नहीं पड़ती है।

c) **उपभोक्ता फोरम के आदेश**

अगर फोरम इस बात से संतुष्ट है कि जिस सामान के खिलाफ शिकायत दर्ज की गयी है, वह शिकायत में निर्दिष्ट किसी भी दोष से ग्रस्त है या कि सेवाओं के बारे में शिकायत में शामिल कोई भी आरोप साबित हो जाता है तो फोरम विपक्षी पार्टी को निम्नलिखित में से एक या अधिक कदम उठाने का निर्देश देते हुए आदेश जारी कर सकता है अर्थात,

i. शिकायतकर्ता को मूल्य (या बीमा के मामले में प्रीमियम), शिकायतकर्ता द्वारा भुगतान किया गया **शुल्क वापस** करने के लिए
ii. विपक्षी पार्टी की लापरवाही के कारण उपभोक्ता को हुए किसी भी नुकसान या चोट के लिए उपभोक्ता को **मुआवजे** के रूप में इस तरह की राशि का भुगतान करने के लिए
iii. विवादित सेवाओं में दोष या **कमियों को** दूर करने के लिए
iv. **अनुचित व्यावसायिक व्यवहार** या प्रतिबंधात्मक व्यापार व्यवहार **बंद करने** और इसे नहीं दोहराने के लिए
v. पार्टियों को पर्याप्त लागत दिलाने के लिए

d) **शिकायतों की प्रकृति**

जहां तक बीमा व्यवसाय का सवाल है, तीनों फोरमों के पास आने वाले **अधिकांश उपभोक्ता विवाद** निम्नलिखित मुख्य श्रेणियों में आते हैं -

i. दावों के निपटान में होने वाली देरी
ii. दावों का निपटारा नहीं होना
iii. दावों की अस्वीकृति
iv. नुकसान की मात्रा
v. पॉलिसी के नियम, शर्तें आदि

3. **बीमा लोकपाल**

केंद्र सरकार ने बीमा अधिनियम, 1938 के अधिकारों के तहत 11 नवंबर 1998 को शासकीय राजपत्र में प्रकाशित अधिसूचना द्वारा **लोक शिकायत निवारण नियम, 1998** बनाए थे।ये नियम जीवन और गैर-जीवन बीमा कंपनियों के लिए बीमा के सभी व्यक्तिगत लाइनों यानि कि व्यक्तिगत क्षमता में लिए गए बीमा पर लागू होते हैं।

इन नियमों का उद्देश्य बीमा कंपनियों की ओर से दावे के निपटान से संबंधित सभी शिकायतों को किफायती, कुशल और निष्पक्ष तरीके से हल करना है।

लोकपाल, बीमाधारक और बीमा कंपनी की आपसी सहमति से संदर्भ की शर्तों के भीतर एक मध्यस्थ और परामर्शदाता के रूप में कार्य कर सकते हैं।

शिकायत को स्वीकार या अस्वीकार करने के लिए लोकपाल का निर्णय अंतिम है।

a) लोकपाल से शिकायत

लोकपाल से की गयी कोई भी शिकायत लिखित रूप में, बीमाधारक या उसके कानूनी वारिसों द्वारा हस्ताक्षरित, एक ऐसे लोकपाल को संबोधित जिसका अधिकार क्षेत्र वहां है जहां बीमा कंपनी की कोई शाखा/कार्यालय है, दस्तावेजों द्वारा समर्थित, यदि कोई हो, शिकायतकर्ता को हुए नुकसान की प्रकृति और सीमा के अनुमान और मांगी गयी राहत के साथ होनी चाहिए।

लोकपाल से शिकायत की जा सकती है अगरः

i. शिकायतकर्ता ने बीमा कंपनी को पहले एक लिखित शिकायत की थी और बीमा कंपनी ने यह कदम उठाया थाः
   - ✓ शिकायत को अस्वीकार कर दिया या
   - ✓ शिकायतकर्ता को बीमा कंपनी द्वारा शिकायत प्राप्त किए जाने के बाद एक माह के भीतर कोई जवाब नहीं मिला

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

iii. शिकायत बीमा कंपनी द्वारा अस्वीकृति की तिथि से एक वर्ष के भीतर की गयी है

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

b) लोकपाल की सिफारिशें

लोकपाल से कुछ कर्तव्यों / प्रोटोकॉलों के पालन की अपेक्षा की जाती हैः

i. इस तरह की शिकायत प्राप्त होने के एक माह के भीतर सिफारिशों की जानी चाहिए

ii. सिफारिश की प्रतियां शिकायतकर्ता और बीमा कंपनी दोनों को भेजी जानी चाहिए

iii. इस तरह की सिफारिश प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर शिकायतकर्ता द्वारा सिफारिशों को लिखित रूप में स्वीकार किया जाना चाहिए

iv. बीमित व्यक्ति द्वारा स्वीकृति पत्र की एक प्रतिलिपि बीमा कंपनी को भेजी जानी चाहिए और उसे इस तरह का स्वीकृति पत्र प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर उसकी लिखित पुष्टि मांगी जानी चाहिए।

c) फैसला (अवार्ड)

अगर विवाद का निपटारा मध्यस्थता द्वारा नहीं होता है तो लोकपाल बीमाधारक के लिए एक फैसला पारित करेगा जो उसकी नज़र में उचित है और जो बीमाधारक के नुकसान को कवर करने के लिए आवश्यक राशि से अधिक नहीं होगा।

लोकपाल के फैसले निम्नलिखित नियमों से संचालित होते हैंः

i. फैसला (अनुग्रह राशि की अदायगी और अन्य खर्च सहित) 20 लाख रुपए से अधिक का नहीं होना चाहिए।

ii. फैसला इस तरह की शिकायत प्राप्त होने की तारीख से 3 महीने की अवधि के भीतर दिया जाना चाहिए, और बीमाधारक को इस तरह का फैसला प्राप्त होने के एक महीने के भीतर अंतिम निपटान के रूप में अवार्ड की प्राप्ति स्वीकार करनी चाहिए।

iii. बीमा कंपनी फैसले का अनुपालन करेगी और इस तरह का स्वीकृति पत्र प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर लोकपाल को एक लिखित सूचना भेजेगी।

iv. अगर बीमाधारक लिखित रूप में इस तरह के फैसले की स्वीकृति की सूचना नहीं देता है तो बीमा कंपनी फैसले को क्रियान्वित नहीं कर सकती है।

स्व-परीक्षण 1

_____ का अधिकार क्षेत्र ऐसी शिकायतों पर ध्यान देने का है जहां वस्तुओं या सेवाओं का मूल्य और क्षतिपूर्ति का दावा 20 लाख रुपए तक रहता है।

I. जिला फोरम
II. राज्य आयोग
III. जिला परिषद
IV. राष्ट्रीय आयोग

सारांश

- आईआरडीए ने एक एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस) की शुरूआत की है जो बीमा शिकायत डेटा के केंद्रीय भंडार के रूप में और उद्योग में शिकायत निवारण की निगरानी के लिए उपकरण के रूप में कार्य करती है।
- उपभोक्ता विवाद निवारण एजेंसियां प्रत्येक जिले तथा राज्य में और राष्ट्रीय स्तर पर स्थापित की गयी हैं।
- जहां तक बीमा कारोबार का सवाल है, अधिकांश उपभोक्ता विवाद दावों के निपटान में देरी, दावों का निपटान नहीं होने, दावों की अस्वीकृति, नुकसान की मात्रा और पॉलिसी के नियमों, शर्तों आदि जैसी श्रेणियों में आते हैं।
- बीमा लोकपाल, बीमाधारक और बीमा कंपनी की आपसी सहमति से संदर्भ की शर्तों के भीतर एक मध्यस्थ और परामर्शदाता के रूप में कार्य कर सकते हैं।
- अगर विवाद का निपटारा मध्यस्थता द्वारा नहीं होता है तो लोकपाल बीमाधारक को ऐसा फैसला पारित करेगा जो उसकी नज़र में उचित है और बीमाधारक के नुकसान को कवर करने के लिए आवश्यक राशि से अधिक नहीं होगा।

प्रमुख शब्द

1. एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली (आईजीएमएस)
2. उपभोक्ता संरक्षण अधिनियम, 1986
3. जिला फोरम
4. राज्य आयोग
5. राष्ट्रीय आयोग
6. बीमा लोकपाल (ओम्बड्समैन)

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही उत्तर I है।

जिला फोरम का अधिकार क्षेत्र ऐसी शिकायतों पर ध्यान देने का है जहां वस्तुओं या सेवाओं का मूल्य और क्षतिपूर्ति का दावा 20 लाख रुपए तक का है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

आईजीएमएस शब्द का विस्तार करें।

I. इंश्योरेंस जनरल मैनेजमेंट सिस्टम

II. इंडियन जनरल मैनेजमेंट सिस्टम

III. इंटिग्रेटेड ग्रीवांस मैनेजमेंट सिस्टम

IV. इंटेलिजेंट ग्रीवांस मैनेजमेंट सिस्टम

प्रश्न 2

इनमें से कौन सी उपभोक्ता शिकायत निवारण एजेंसी 20 लाख रुपए से 100 लाख रुपए तक के उपभोक्ता विवादों पर ध्यान देगी?

I. जिला फोरम

II. राज्य आयोग (स्टेट कमीशन)

III. राष्ट्रीय आयोग

IV. जिला परिषद

प्रश्न 3

निम्नलिखित में से कौन सा विकल्प वैध उपभोक्ता शिकायत के लिए आधार नहीं बन सकता है?

I. उत्पाद की एमआरपी से अधिक कीमत वसूलने वाला दुकानदार

II. ग्राहक को अपनी श्रेणी में सबसे अच्छे उत्पाद की सलाह नहीं देने वाला दुकानदार

III. दवा की बोतल पर एलर्जी की चेतावनी नहीं दी गयी है

IV. दोषपूर्ण उत्पाद

प्रश्न 4

इनमें से कौन सा बीमा पॉलिसी से संबंधित शिकायत दर्ज कराने के संबंध में ग्राहक के लिए सबसे उपयुक्त विकल्प होगा?

I. पुलिस

II. सर्वोच्च न्यायालय

III. बीमा लोकपाल

IV. जिला न्यायालय

प्रश्न 5

इनमें से कौन सा कथन बीमा लोकपाल के क्षेत्राधिकार के संबंध में सही है?

I. बीमा लोकपाल का राष्ट्रीय अधिकार क्षेत्र है

II. बीमा लोकपाल का राज्य स्तरीय अधिकार क्षेत्र है

III. बीमा लोकपाल का जिला स्तरीय अधिकार क्षेत्र है

IV. बीमा लोकपाल केवल निर्दिष्ट क्षेत्रीय सीमाओं के भीतर काम करता है

प्रश्न 6

बीमा लोकपाल के पास शिकायत कैसे की जाएगी?

I. शिकायत लिखित रूप में की जाएगी

II. शिकायत फोन पर मौखिक रूप से की जाएगी

III. शिकायत आमने-सामने मौखिक रूप से की जाएगी

IV. शिकायत अखबार में विज्ञापन के माध्यम से की जाएगी

प्रश्न 7

एक बीमा लोकपाल से संपर्क करने की समय सीमा क्या है?

I. बीमा कंपनी द्वारा शिकायत की अस्वीकृति के दो वर्ष के भीतर

II. बीमा कंपनी द्वारा शिकायत की अस्वीकृति के तीन वर्ष के भीतर

III. बीमा कंपनी द्वारा शिकायत की अस्वीकृति के एक वर्ष के भीतर

IV. बीमा कंपनी द्वारा शिकायत की अस्वीकृति के एक माह के भीतर

प्रश्न 8

इनमें से कौन सी लोकपाल के पास शिकायत करने के लिए पूर्व-आवश्यकता नहीं है?

I. शिकायत "व्यक्तिगत लाइन" बीमा के बारे में किसी व्यक्ति द्वारा की जानी चाहिए

II. शिकायत बीमा कंपनी द्वारा शिकायत खारिज किए जाने के 1 वर्ष के भीतर दर्ज कराई जानी चाहिए

III. शिकायतकर्ता को लोकपाल से पहले उपभोक्ता फोरम से संपर्क करना चाहिए

IV. कुल राहत की मांग 20 लाख रुपए की राशि के भीतर होनी चाहिए

प्रश्न 9

क्या लोकपाल के पास शिकायत दर्ज कराने के लिए कोई फीस/शुल्क भुगतान करने की आवश्यकता है?

I. 100 रुपए की फीस भुगतान करने की आवश्यकता है

II. कोई भी फीस या शुल्क भुगतान करने की आवश्यकता नहीं है

III. मांगी गयी राहत का 20% फीस के रूप में भुगतान किया जाना चाहिए

IV. मांगी गयी राहत का 10% फीस के रूप में भुगतान किया जाना चाहिए

प्रश्न 10

क्या निजी बीमा कंपनी के खिलाफ शिकायत दर्ज की जा सकती है?

I. शिकायतें केवल सार्वजनिक बीमा कंपनियों के खिलाफ दर्ज की जा सकती हैं

II. हां, निजी बीमा कंपनियों के खिलाफ भी शिकायत दर्ज की जा सकती है

III. केवल जीवन बीमा के क्षेत्र में कार्यरत निजी बीमा कंपनियों के खिलाफ शिकायत दर्ज की जा सकती है

IV. केवल गैर-जीवन बीमा क्षेत्र में कार्यरत निजी बीमा कंपनियों के खिलाफ शिकायत दर्ज की जा सकती है

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प III है।

आईजीएमएस का मतलब है एकीकृत शिकायत प्रबंधन प्रणाली (इंटिग्रेटेड ग्रीवांस मैनेजमेंट सिस्टम)।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

राज्य आयोग 20 लाख रुपए से 100 लाख रुपए तक की राशि के उपभोक्ता विवादों का निपटारा करेगा।

उत्तर 3

सही विकल्प II है।

अपनी श्रेणी में सबसे अच्छे उत्पाद की सलाह नहीं देने वाला दुकानदार वैध उपभोक्ता शिकायत का आधार नहीं बन सकता है।

उत्तर 4

सही विकल्प III है।

शिकायत उस बीमा लोकपाल के पास दर्ज की जाएगी जिसके क्षेत्राधिकार में बीमा कंपनी का कार्यालय आता है।

उत्तर 5

सही विकल्प IV है।

बीमा लोकपाल केवल निर्दिष्ट क्षेत्रीय सीमाओं के भीतर काम करता है।

उत्तर 6

सही विकल्प I है।

लोकपाल को लिखित रूप में शिकायत की जाएगी।

उत्तर 7

सही विकल्प III है।

शिकायतकर्ता को बीमा कंपनी द्वारा शिकायत की अस्वीकृति के एक वर्ष के भीतर लोकपाल से संपर्क करना चाहिए।

उत्तर 8

सही विकल्प III है।

शिकायतकर्ता को लोकपाल से पहले उपभोक्ता फोरम से संपर्क करने की आवश्यकता नहीं है।

उत्तर 9

सही विकल्प II है।

लोकपाल के पास शिकायत दर्ज कराने के लिए कोई फीस/शुल्क भुगतान करने की जरूरत नहीं है।

उत्तर 10

सही विकल्प II है।

हां, निजी बीमा कंपनियों के खिलाफ भी शिकायत दर्ज की जा सकती है।

परिशिष्ठ

भारत में परिचालनरत जीवन बीमा कंपनियों की सूची

1. बजाज आलियांज लाइफ इंश्योरेंस
2. बिड़ला सन लाइफ इंश्योरेंस
3. एचडीएफसी स्टैंडर्ड लाइफ इंश्योरेंस
4. आईसीआईसीआई प्रूडेंशियल लाइफ इंश्योरेंस
5. एक्साइड लाइफ इंश्योरेंस
6. भारतीय जीवन बीमा निगम
7. मैक्स लाइफ इंश्योरेंस
8. पीएनबी मेटलाइफ इंडिया इंश्योरेंस
9. कोटक महिंद्रा ओल्ड म्युचुअल लाइफ इंश्योरेंस
10. एसबीआई लाइफ इंश्योरेंस
11. टाटा एआईए लाइफ इंश्योरेंस
12. रिलायंस लाइफ इंश्योरेंस
13. अवीवा लाइफ इंश्योरेंस
14. सहारा इंडिया लाइफ इंश्योरेंस
15. श्रीराम लाइफ इंश्योरेंस
16. भारतीअक्सा लाइफ इंश्योरेंस
17. फ्यूचर जेनेराली इंडिया लाइफ इंश्योरेंस
18. आईडीबीआई फेडरल लाइफ इंश्योरेंस
19. केनरा एचएसबीसी ओरिएंटल बैंक ऑफ कॉमर्स लाइफ इंश्योरेंस
20. एगॉनरेलिगेयर लाइफ इंश्योरेंस
21. डीएचएलएफ प्रामेरिका लाइफ इंश्योरेंस
22. स्टार यूनियन दाई-इची लाइफ इंश्योरेंस
23. इंडिया फर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस
24. एडलवाइस टोक्यो लाइफ इंश्योरेंस

अध्याय 4

कॉरपोरेट एजेंट की नियामक पहलु

1. परिभाषाएँ–

(क) "अधिनियम" से समय-समय पर यथासंशोधित बीमा अधिनियम, 1938 (1938 का 4) अभिप्रेत है।

(ख) "आवेदक" से अभिप्रेत है –

(i) कंपनी अधिनियम, 2013 (2013 का 18) अथवा उसके किसी अधिनियमन अथवा प्रचलित किसी पूर्ववर्ती कंपनी विधि के अधीन बनाई गई कंपनी; अथवा

(ii) सीमित देयता भागीदारी अधिनियम, 2008 के अधीन बनाई गई और पंजीकृत की गई सीमित देयता भागीदारी;

(iii) सहकारी सोसाइटी अधिनियम, 1912 अथवा सहकारी सोसाइटियों के पंजीकरण के लिए किसी भी विधि के अधीन पंजीकृत सहकारी समिति; अथवा

(iv) अधिनियम की धारा 2 के खंड (4ए) में यथापरिभाषित बैंकिंग कंपनी: अथवा

(v) बैंककारी कंपनी अधिनियम, 1949 (1949 का 10) की धारा 5 की उप-धारा (1) के खंड (डीए) के अंतर्गत यथापरिभाषित तदनुरूपी नया बैंक; अथवा

(vi) क्षेत्रीय ग्रामीण बैंक अधिनियम, 1976 (1976 का 21) की धारा 3 के अधीन स्थापित क्षेत्रीय ग्रामीण बैंक अथवा

(vii) सहकारी सोसाइटी अधिनियम, 1912 के अंतर्गत समाविष्ट गैर-सरकारी संगठन अथवा सूक्ष्म ऋणदात्री वित्त संगठन, अथवा भारतीय रिज़र्व बैंक के पास पंजीकृत गैर-बैंकिंग वित्तीय कंपनी; अथवा

(viii) कारपोरेट एजेंट के रूप में कार्य करने के लिए प्राधिकरण द्वारा मान्यताप्राप्त कोई भी अन्य व्यक्त।

(ग) "अनुमोदित संस्था" से ऐसी कोई संस्था अभिप्रेत है जो शिक्षा और/या विशेष रूप से समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित और अधिसूचित बीमा विक्रय, सेवा और विपणन के क्षेत्र में प्रशिक्षण में व्यस्त हो तथा इसमें भारतीय बीमा संस्थान, मुंबई शामिल है।

(घ) "प्राधिकृत सत्यापक" से टेलीफोन की पद्धति से अपेक्षा अथवा विक्रय के प्रयोजन के लिए दूरविपणनकर्ता (टेलीमार्केटर) द्वारा नियोजित व्यक्ति अभिप्रेत है तथा वह एक विनिर्दिष्ट व्यक्ति के लिए इन विनियमों के विनियम 7(3) के अंतर्गत विनिर्दिष्ट रूप में अपेक्षाओं को पूरा करेगा;

(ङ) "प्राधिकरण" से बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 (1999 का 41) की धारा 3 के उपबंधों के अधीन स्थापित भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अभिप्रेत है।

(च) "कारपोरेट एजेंट" से उपर्युक्त खंड (ख) में विनिर्दिष्ट कोई भी आवेदक अभिप्रेत है जो जीवन, साधारण और स्वास्थ्य की किसी भी विनिर्दिष्ट श्रेणी के लिए बीमा व्यवसाय की अपेक्षा और सर्विसिंग हेतु इन विनियमों के अधीन प्राधिकरण द्वारा जारी पंजीकरण प्रमाणपत्र धारित करता है।

(छ) "कारपोरेट एजेंट (जीवन)" से वह कारपोरेट एजेंट अभिप्रेत है जो इन विनियमों में यथाविनिर्दिष्ट जीवन बीमाकर्ताओं के लिए बीमा व्यवसाय की अपेक्षा और सर्विसिंग हेतु, इस रूप में कार्य करने के लिए इन विनियमों के अधीन प्राधिकरण द्वारा जारी वैध पंजीकरण प्रमाणपत्र धारित करता है;

(ज) "कारपोरेट एजेंट (साधारण)" से वह कारपोरेट एजेंट अभिप्रेत है जो इन विनियमों में यथाविनिर्दिष्ट साधारण बीमाकर्ताओं के लिए बीमा व्यवसाय की अपेक्षा और सर्विसिंग हेतु, इस रूप में कार्य करने के लिए इन विनियमों के अधीन प्राधिकरण द्वारा जारी वैध पंजीकरण प्रमाणपत्र धारित करता है;

(झ) "कारपोरेट एजेंट (स्वास्थ्य)" से वह कारपोरेट एजेंट अभिप्रेत है जो इन विनियमों में यथाविनिर्दिष्ट स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं के लिए बीमा व्यवसाय की अपेक्षा और सर्विसिंग हेतु, इस रूप में कार्य करने के लिए इन विनियमों के अधीन प्राधिकरण द्वारा जारी वैध पंजीकरण प्रमाणपत्र धारित करता है;

(ञ) "कारपोरेट एजेंट (सम्मिश्र)" से वह कारपोरेट एजेंट अभिप्रेत है जो जीवन बीमाकर्ताओं, साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं अथवा उपर्युक्त खंड (च) में यथाविनिर्दिष्ट किन्हीं दो अथवा सभी तीनों के सम्मिश्रण के लिए बीमा व्यवसाय की अपेक्षा और प्रापण हेतु, इस रूप में कार्य करने के लिए इन विनियमों के अधीन प्राधिकरण द्वारा जारी वैध पंजीकरण प्रमाणपत्र धारण करता है;

(ट) "परीक्षा निकाय" इन विनियमों के प्रयोजन के लिए भारतीय बीमा संस्थान, मुंबई अथवा कारपोरेट एजेंटों के प्रधान अधिकारी और विनिर्दिष्ट व्यक्तियों के लिए प्रमाणीकरण परीक्षा के संचालन हेतु प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित और अधिसूचित कोई अन्य निकाय है।

(ठ) "योग्य और उपयुक्त" (फिट एण्ड प्रोपर) आवेदक के पंजीकरण हेतु कारपोरेट एजेंट के रूप में कार्य करने के लिए उसके प्रधान अधिकारी, निदेशकों अथवा भागीदारों अथवा किन्हीं अन्य कर्मचारियों सहित उपयुक्तता निर्धारित करने के लिए मानदंड है।

(ड) कारपोरेट एजेंट के "प्रधान अधिकारी" से उसके द्वारा पदनामित और प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित निदेशक अथवा भागीदार अथवा कोई अधिकारी अथवा कर्मचारी अभिप्रेत है, जो केवल कारपोरेट एजेंट के कार्यकलापों का पर्यवेक्षण करने के लिएनियुक्त हो और जिसके पास अपेक्षित योग्यताएँ और व्यावहारिक प्रशिक्षण हो तथा जिसने इन विनियमों के अंतर्गत अपेक्षित रूप में परीक्षा उत्तीर्ण की हो।

(ढ) "पंजीकरण" से कारपोरेट एजेंट के रूप में कार्य करने के लिए इन विनियमों के अधीन जारी किया गया पंजीकरण प्रमाणपत्र अभिप्रेत है।

(ण) "विनियम" से भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (कारपोरेट एजेंटों का पंजीकरण) विनियम, 2015 अभिप्रेत है।

(त) "विनिर्दिष्ट व्यक्ति" से कारपोरेट एजेंट का वह कर्मचारी अभिप्रेत है जो कारपोरेट एजेंट की ओर से बीमा व्यवसाय की अपेक्षा और प्रापण के लिए जिम्मेदार है तथा जिसने इन विनियमों में विनिर्दिष्ट रूप में अर्हता, प्रशिक्षण और परीक्षा की उत्तीर्णता की अपेक्षाओं को पूरा किया है;

(थ) "दूरविपणनकर्ता" (टेलीमार्केटर) से वह संस्था अभिप्रेत है जो वाणिज्यिक संदेश भेजने का व्यवसाय संचालित करने के लिए दूरसंचार वाणिज्यिक संदेश ग्राहक अधिमान विनियम, 2010 के अध्याय III के अधीन भारतीय दूरसंचार विनियामक प्राधिकरण के पास पंजीकृत हो और प्राधिकरण द्वारा जारी प्रमाणपत्र धारित करती हो।

(द) इन विनियमों में प्रयुक्त और अपरिभाषित, परंतु समय-समय पर यथासंशोधित अधिनियम, बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 अथवा उनके अधीन बनाये गये किसी भी अधिनियम / दिशानिर्देश में परिभाषित शब्दों और अभिव्यक्तियों के अर्थ वही होंगे जो उन अधिनियमों/विनियमों/ दिशानिर्देशों में क्रमशः उनके लिए निर्धारित किये गये हैं।

2. इन विनियमों का विस्तार और प्रयोज्यताः

(1) ये विनियम पंजीकरण प्रमाणपत्र की विधिमान्यता के दौरान जीवन बीमाकर्ताओं, साधारण बीमाकर्ताओं और स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं के बीमा व्यवसाय की अपेक्षा, प्रापण और सर्विसिंग के प्रयोजन के लिए कारपोरेट एजेंटों के पंजीकरण को निम्नानुसार समाविष्ट करते हैं।

(क) एक कारपोरेट एजेंट (जीवन) अधिकतम तीन जीवन बीमाकर्ताओं के साथ उनके बीमा उत्पादों की अपेक्षा, प्रापण और सेवा करने के लिए व्यवस्था कर सकता है।

(ख) एक कारपोरेट एजेंट (साधारण) अधिकतम तीन साधारण बीमाकर्ताओं के साथ उनके बीमा उत्पादों की अपेक्षा, प्रापण और सेवा करने के लिए व्यवस्था कर सकता है। इसके अतिरिक्त, कारपोरेट एजेंट (साधारण) साधारण बीमा उत्पादों की फुटकर व्यवस्थाओं की अपेक्षा, प्रापण और सेवा करेगा तथा ऐसे बीमाकर्ताओं की वाणिज्यिक व्यवस्थाओं की कुल बीमित राशि सभी बीमाओं के लिए संयुक्त रूप से प्रति जोखिम पाँच करोड़ रुपये से अधिक नहीं होगी।

(ग) एक कारपोरेट एजेंट (स्वास्थ्य) अधिकतम तीन स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं के साथ उनके बीमा उत्पादों की अपेक्षा, प्रापण और सेवा करने के लिए व्यवस्था सकता है।

(घ) कारपोरेट एजेंट (सम्मिश्र) के मामले में खंड (क) से (ग) तक विनिर्दिष्ट रूप में शर्ते लागू होंगी।

(ङ) बीमा कंपनियों के साथ की गई व्यवस्था में कोई भी परिवर्तन केवल प्राधिकरण के पूर्व-अनुमोदन से ही और वर्तमान लिसीधारकों की सर्विसिंग के लिए उपयुक्त व्यवस्थाओं सहित ही किया जाएगा।

3. आवेदन पर विचार – (1) प्राधिकरण पंजीकरण प्रदान करने के लिए आवेदन पर विचार करते समय कारपोरेट एजेंट के कार्यकलाप करने के लिए संगत सभी विषयों का ध्यान रखेगा।

(2) उपर्युक्त पर प्रतिकूल प्रभाव के बिना प्राधिकरण विशेष रूप से निम्नलिखित का ध्यान रखेगा, अर्थात्—

क) क्या आवेदक अधिनियम की धारा 42डी की उप-धारा (5) के अंतर्गत विनिर्दिष्ट किसी भी अनर्हता से ग्रस्त तो नहीं है;

(ख) क्या आवेदक के पास आवश्यक बुनियादी संरचना है, जैसे पर्याप्त कार्यालय स्थल, उपस्कर और अपनी स्टाफ-सूची के अनुसार प्रशिक्षित श्रमशक्ति, जिससे वह अपने कार्यकलाप प्रभावी रूप में कर सके;

(ग) क्या आवेदक के साथ प्रत्यक्ष अथवा अप्रत्यक्ष रूप से संबद्ध किसी भी व्यक्ति की प्राधिकरण द्वारा लाइसेंस/पंजीकरण प्रदान करने से अतीत में इनकार किया गया है।

क. स्पष्टीकरणः- इस उप-खंड के प्रयोजनों के लिए, अभिव्यक्ति "प्रत्यक्ष अथवा अप्रत्यक्ष रूप से संबद्ध" का अभिप्राय किसी फर्म अथवा कंपनी अथवानिगमित निकाय के मामले में आवेदक की कोई सहयोगी संस्था सहायक संस्था, परस्पर संबद्ध उपक्रय अथवा समूह विशेष की कंपनी हैं। इसके द्वारा यह स्पष्ट किया

जाता है कि इन शब्दों के अर्थ वही होंगे जो कंपनी अधिनियम, 2013 अथवा प्रतिस्पर्धी अधिनियम, 2002 जैसी स्थिति हो, में इनके लिए निर्धारित किये गये हैं।

(घ) क्या आवेदक का प्रधान अधिकारी स्नातक उपाधि प्राप्त है और क्या उसने प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित पाठ्यक्रम के अनुसार एक अनुमोदित संस्था से कम से कम पचास घंटे का सैद्धांतिक और व्यावहारिक प्रशिक्षण प्राप्त किया है, तथा उपर्युक्त प्रशिक्षण की अवधि के अंत में परीक्षा निकाय द्वारा आयोजित परीक्षा उत्तीर्ण की है:

बशर्ते कि जहाँ आवेदक का प्रधान अधिकारी भारतीय बीमा संस्थान, मुंबई का असोसिएट/फेलो है; अथवा सीआईआई, लंदन का असोसिएट/ फेलो; अथवा भारतीय बीमांकिक संस्थान का असोसिएट / फेलो; अथवा उसके पास बीमा और जोखिम प्रबंध संस्थान, हैदराबाद की कोई स्नातकोत्तर अर्हता है; वहाँ सैद्धांतिक और व्यावहारिक प्रशिक्षण पच्चीस घंटे का होगा।

(ङ) क्या पिछले तीन वर्षों के दौरान आवेदक के प्रधान अधिकारी, निदेशकों और अन्य कर्मचारियों ने इन विनियमों की अनुसूची III में विनिर्दिष्ट रूप में आचरण-संहिता का उल्लंघन तो नहीं किया है;

(च) यदि आवेदक का प्रधान व्यवसाय बीमे को छोड़कर कोई अन्य व्यवसाय है, तो क्या वह कारपोरेट एजेंट के रूप में वित्तीय मामलों में अपने कार्यकलापों और अन्य कार्यों के बीच पर्याप्त दूरी रखते हुए स्वतंत्र व्यवहार करता है।

(छ) क्या प्रधान अधिकारी/ निदेशक/ भागीदार/ विनिर्दिष्ट व्यक्ति इन विनियमों के अनुबंध I में दिये गये विवरण के आधार पर योग्य और उपयुक्त है/हैं; तथा

(ज) प्राधिकरण की राय है कि पंजीकरण प्रदान करना पॉलिसीधारकों के हित में होगा।

(3) आवेदक के विनिर्दिष्ट व्यक्ति निम्नलिखित अपेक्षाएँ पूरी करेंगे.–

क. किसी मान्यताप्राप्त बोर्ड/ संस्था से कम से कम 12वीं कक्षा अथवा समकक्ष परीक्षा उत्तीर्ण कर चुके होंगे; ख. (i) विनिर्दिष्ट व्यक्ति जीवन, साधारण, स्वास्थ्य की विनिर्दिष्ट श्रेणी जिसके लिए पंजीकरण की अपेक्षा की गई है, हेतु किसी अनुमोदित संस्था से कम से कम पचास घंटे का प्रशिक्षण प्राप्त कर चुका होगा और परीक्षा निकाय द्वारा आयोजित परीक्षा उत्तीर्ण कर चुका होगा;

(ii) कारपोरेट एजेंट (सम्मिश्र) का विनिर्दिष्ट व्यक्ति किसी अनुमोदित संस्था से कम से कम पचहत्तर घंटे का प्रशिक्षण प्राप्त कर चुका होगा और परीक्षा निकाय द्वारा आयोजित परीक्षा उत्तीर्ण कर चुका होगा;

ग. बीमा व्यवसाय की अपेक्षा करने और प्रापण करने के लिए कारपोरेट एजेंट द्वारा नियुक्त विनिर्दिष्ट व्यक्तियों के पास इन विनियमों में विनिर्दिष्ट रूप में प्राधिकरण द्वारा जारी किया गया विधिमान्य प्रमाणपत्र होगा। उक्त प्रमाणपत्र कारपोरेट एजेंट के वैध पंजीकरण के अधीन निर्गम की तारीख से तीन वर्ष की अवधि के लिए वैधहोगा;

विनिर्दिष्ट व्यक्ति प्रमाणपत्र जारी करने के लिए इन विनियमों के अनुबंध 3 में विनिर्दिष्ट फार्मेट में प्राधिकरण को कारपोरेट एजेंट के प्रधान अधिकारी के माध्यम से आवेदन प्रस्तुत करेगा।

घ. कारपोरेट एजेंट का विनिर्दिष्ट व्यक्ति यदि किसी अन्य कारपोरेट एजेंट के पास परिवर्तन के लिए इच्छुक है, तो वह वर्तमान कारपोरेट एजेंट द्वारा दिये गये अनापत्ति प्रमाणपत्र (एनओसी) के साथ नये कारपोरेट एजेंट के माध्यम से प्राधिकरण को आवेदन प्रस्तुत करने के द्वारा ऐसा करेगा। यदि वर्तमान कारपोरेट एजेंट 30 दिन

के अंदर अनापत्ति प्रमाणपत्र जारी नहीं करता, तो यह माना जाएगा कि उपर्युक्त कारपोरेट एजेंट को उसकेपरिवर्तन के लिए आपत्ति नहीं है। प्राधिकरण कारपोरेट एजेंट से अनुरोध प्राप्त करने के बाद उक्त परिवर्तन को निर्दिष्ट करते हुए कारपोरेट एजेंट का नाम बदलकर संशोधित प्रमाणपत्र जारी करेगा।

ङ. विनिर्दिष्ट व्यक्ति और/या मुख्य बीमा कार्यपालक जो अर्हताप्राप्त हैं तथा बीमा विनियामक और विकासप्राधिकरण (कारपोरेट एजेंटों का लाइसेंसीकरण) विनियम, 2002 के अधीन लाइसेंसप्राप्त किसी कारपोरेट एजेंट के पास पहले से कार्यरत हैं, इन विनियमों के अधीन पंजीकृत कारपोरेट एजेंटों के पास कार्य करना जारी रख सकते हैं। तथापि, ऐसे विनिर्दिष्ट व्यक्तियों और/ या मुख्य बीमा कार्यपालकों का विवरण विनिर्दिष्ट तरीके से प्राधिकरण को पंजीकरण प्रदान करने के लिए आवेदन प्रस्तुत करते समय अथवा उनके पंजीकरण की तारीख से छह महीने के अंदर प्रस्तुत किया जाएगा। प्राधिकरण उक्त विवरण की प्राप्ति के बाद ऐसे विनिर्दिष्ट व्यक्तियों और/ या मुख्य बीमा कार्यपालकों को उपर्युक्त उप-विनियम (ग) के अंतर्गत विनिर्दिष्ट रूप में प्रमाणपत्र जारी करेगा।

4. पंजीकरण का नवीकरण – (1) कारपोरेट एजेंट पंजीकरण की समाप्ति से तीस दिन के अंदर पंजीकरण के नवीकरण के लिए प्राधिकरण को आवश्यक शुल्क के साथ फार्म ए में आवेदन कर सकता है।

तथापि, शर्त यह होगी कि यदि उक्त आवेदन प्राधिकरण के पास उस अवधि के बाद, परंतु वर्तमान पंजीकरण की वास्तविक समाप्ति से पहले पहुँचता है, तो प्राधिकरण को एक सौ रुपये का एक अतिरिक्त शुल्क और लागू कर देय होंगे।

आगे यह भी शर्त होगी कि विलंब के लिए आवेदक द्वारा लिखित में प्रस्तुत किये गये पर्याप्त कारणों के लिए जो पूर्ववर्ती परंतुक द्वारा समाविष्ट न किये गये हों, प्राधिकरण नवीकरण के लिए प्रस्तुत आवेदन आवेदक द्वारा सात सौ पचास रुपये का एक अतिरिक्त शुल्क और लागू करों का भुगतान करने पर पंजीकरण की समाप्ति की तारीख के बाद स्वीकार कर सकता है।

टिप्पणी : कारयोरेट एजेंट को पंजीकरण के नवीकरण के लिए पंजीकरण की समाप्ति से नब्बे दिन पहले आवेदन प्रस्तुत करने की अनुमति हैं,

(2) प्रधान अधिकारी और विनिर्दिष्ट व्यक्ति पंजीकरण के नवीकरण की अपेक्षा करने से पहले एक अनुमोदित संस्था द्वारा दिया गया कम से कम पच्चीस घंटे का सैद्धांतिक और व्यावहारिक प्रशिक्षण पूरा करेंगे।

(3) उप-विनियम (1) के अधीन नवीकरण के लिए आवेदन पर कार्रवाई विनियम 7 के अधीन विनिर्दिष्ट तरीके से ही की जाएगी।

(4) प्राधिकरण इस बात से संतुष्ट होने पर कि आवेदक पंजीकरण के नवीकरण के लिए विनिर्दिष्ट सभी शर्तों को पूरा करता है, तीन वर्ष की अवधि के लिए फार्म सी में पंजीकरण का नवीकरण करेगा और आवेदक को सूचना प्रेषित करेगा।

5. प्रक्रिया जहाँ पंजीकरण प्रदान नहीं किया गया हो – (1) जहाँ विनियम 4 के अधीन पंजीकरण प्रदान करने के लिए अथवा विनियम 11 के अधीन उसके नवीकरण के लिए आवेदन विनियम 7 के अधीन निर्धारित शर्तों को पूरा नहीं करता, वहाँ प्राधिकरण पंजीकरण प्रमाणपत्र प्रदान करने अथवा उसका नवीकरण करने से इनकार कर सकता है।

बशर्ते कि कोई भी आवेदन तब तक अस्वीकृत नहीं किया जाएगा, जब तक आवेदक को अपनी बात कहने के लिए उचित अवसर नहीं दिया जाता।

(2) पंजीकरण प्रमाणपत्र प्रदान करने अथवा उसका नवीकरण करने के लिए अस्वीकृति की सूचना प्राधिकरण द्वारा आवेदकको ऐसी अस्वीकृति से तीस दिन के अंदर वे कारण बताते हुए दी जाएगी जिनके आधार पर आवेदन को अस्वीकृत किया गया है।

(3) प्राधिकरण के निर्णय से असंतुष्ट कोई भी आवेदक उपर्युक्त उप-विनियम (2) के अधीन प्राधिकरण द्वारा जारी आदेश की प्रति अपने द्वारा प्राप्त करने की तारीख से पैंतालीस दिन की अवधि के अंदर प्रतिभूति अपील न्यायाधिकरण (सेक्यूरिटीज़ अपीलेट ट्रिब्युनल) को अपील, ऐसे अपील के लिए निर्धारित क्रियाविधि के अनुसार कर सकता है।

6. पंजीकरण प्रदान करने से अस्वीकृति का प्रभाव – कोई भी आवेदक, जिसका विनियम 4 के अधीन पंजीकरण प्रदान करने के लिए अथवा विनियम 11 के अधीन उसका नवीकरण करने के लिए आवेदन प्राधिकरण द्वारा अस्वीकृत किया गया है, विनियम 12(2) के अधीन सूचना प्राप्त होने की तारीख को और उस तारीख से कारपोरेट एजेंट के रूप में कार्य करना समाप्त करेगा। तथापि, वह पहले से अपने द्वारा की गई संविदाओं के संबंध में सेवाएँ प्रदान करने के लिए लगातार बाध्य रहेगा। इस प्रकार की सेवा उन वर्तमान संविदाओं के समाप्त होने की अवधि तक जारी रहेगी, जो समाप्त की गई हों, अथवा छह महीने की अवधि के लिए, जो भी पहले हो, जिस समय के अंदर वे संबंधित बीमाकर्ता के साथ उपयुक्त व्यवस्था करेंगे।

7. कारपोरेट एजेंट को पंजीकरण प्रदान करने के लिए शर्तेः

विनियम 9 के अधीन प्रदान किया गया पंजीकरण अथवा विनियम 11 के अधीन प्रदान किया गया नवीकरण अन्यबातों के साथ-साथ निम्नलिखित शर्तें के अधीन होगा :-

(i) इन विनियमों के अधीन पंजीकृत कारपोरेट एजेंट को केवल उपर्युक्त विनियम (3) में विनिर्दिष्ट रूप में बीमा व्यवसाय की अपेक्षा और सेवा करने के लिए ही अनुमति होगी।

(ii) कारपोरेट एजेंट अधिनियम, बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 तथा उनके अधीन प्राधिकरण द्वारा समय-समय पर जारी किये गये विनियमों, परिपत्रों, दिशानिर्देशों और किन्हीं भी अन्य अनुदेशों के उपबंधों का अनुपालन करेगा;

(iii) कारपोरेट एजेंट, यदि उनके द्वारा प्राधिकरण को पूर्व में प्रस्तुत कोई भी सूचना अथवा विवरण किसी महत्वपूर्ण ब्योरे के संबंध में असत्य या भ्रामक पाया जाता है अथवा पहले से ही प्रस्तुत जानकारी में कोई महत्वपूर्ण परिवर्तन होता है तो प्राधिकरण को तत्काल लिखित में सूचित करेगा;

(iv) कारपोरेट एजेंट अपने ग्राहकों की शिकायतों का निवारण ऐसी शिकायत की प्राप्ति से 14 दिन के अंदर करने के लिए पर्याप्त कदम उठायेगा तथा प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट किये जानेवाले फार्मेट और पद्धति में ऐसे ग्राहकों से प्राप्त शिकायतों की संख्या, स्वरूप और अन्य विवरण के बारे में प्राधिकरण को सूचित करेगा;

(v) कारपोरेट एजेंट अपने संसाधनों और अपने द्वारा विनिर्दिष्ट व्यक्तियों की संख्या के अनुरूप उचित संख्या में बीमा पॉलिसियों की अपेक्षा और प्रापण करेगा;

(vi) कारपोरेट एजेंट प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट फार्मेट में अभिलेखों का रखरखाव करेगा जिनमें पॉलिसी-वार और विनिर्दिष्ट व्यक्ति-वार ब्योरे निहित होंगे जिनमें कारपोरेट एजेंट द्वारा अपेक्षित प्रत्येक पॉलिसी विनिर्दिष्ट व्यक्ति के साथ संबद्ध किया गया हो, केवल उन उत्पादों को छोड़कर जो सरल हों, जिनका विक्रय काउंटर पर किया गया हो और प्राधिकरण द्वारा विशिष्ट रूप से अनुमोदित हों। कारपोरेट एजेंट ऐसी प्रणालियाँ स्थापित करेगा जिनसे प्राधिकरण द्वारा ऐसे अभिलेखों और विवरण तक नियमित रूप से पहुँच हो सके;

(vii) कारपोरेट एजेंट किसी भी परिस्थिति में बीमा उत्पादों की अपेक्षा के लिए बहु-स्तरीय विपणन नहीं करेगा;

(viii) कारपोरेट एजेंट अपने निदेशकों, प्रधान अधिकारी और विनिर्दिष्ट व्यक्तियों के लिए लागू आचरण-संहिता का पालन सुनिश्चित करेगा;

(ix) कारपोरेट एजेंट विनियम 31 में विनिर्दिष्ट रूप में अपने कारपोरेट एजेंसी व्यवसाय के लिए अलग लेखा-बहियों का अनुरक्षण कोरेगा;

8. शुल्क का भुगतान और शुल्क अदा न करने के परिणाम – (1) प्रत्येक कारपोरेट एजेंट पंजीकरण के लिए आवेदन करते समय और उसका नवीकरण करते समय 10,000/- रुपये का वापस न करने योग्य आवेदन शुल्क और लागू करों का भुगतान करेगा। उक्त शुल्क हैदराबाद में देय 'भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण'के नाम आहरित आदाता खाता (अकाउंट पेई) ड्राफ्ट अथवा भारतीय बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण को मान्यताप्राप्त इलैक्ट्रॉनिक निधि अंतरण द्वारा देय होगा। उक्त शुल्क हैदराबाद में देय 'बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण'के नाम आहरित आदाता खाता (अकाउंट पेई) ड्राफ्ट द्वारा देय होगा। आवेदन शुल्क के बिना किसी भी आवेदन के संबंध में कार्रवाई नहीं की जाएगी।

(2) प्राधिकरण से पंजीकरण प्रदान करने के लिए सूचना प्राप्त होने पर आवेदक ऐसी सूचना की प्राप्ति से 15 दिन के अंदर 25,000/रुपये के शुल्क और लागू करों का भुगतान करेगा। उक्त शुल्क की प्राप्ति पर और पंजीकरण प्रदान करने के लिए शतों का अनुपालन करने के बाद प्राधिकरण उस श्रेणी के अंतर्गत, जिसके लिए आवेदन किया गया हो, कारपोरेट एजेंट के रूप में कार्य करने के लिए पंजीकरण प्रदान करेगा।

(3) नवीकरण के लिए आवेदन करने का इच्छुक कारपोरेट एजेंट 25,000/- रुपये के शुल्क और लागू करों के भुगतान के साथ निर्धारित फार्मेट में नवीकरण के लिए आवेदन प्रस्तुत करेगा।

9. पारिश्रमिक –(1) कारपोरेट एजेंट को पारिश्रमिक का भुगतान अथवा कारपोरेट एजेंट द्वारा पारिश्रमिक की प्राप्ति को समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा इस उद्देश्य के लिए अधिसूचित विनियमों द्वारा नियंत्रित किया जाएगा।

(2) जिन कारपोरेट एजेंटों को आईआरडीए (कारपोरेट एजेंटों का लाइसेंसीकरण) विनियम, 2002 के अधीन लाइसेंस प्रदान किया गया है, उन्हें उन विनियमों के अधीन उनके द्वारा किसी स्रोत से जनित और प्राप्त व्यवसाय हेतु पारिश्रमिक प्राप्त करने की अनुमति दी जा सकती है बशर्ते कि वे इन विनियमों के विनियम 24(2) में विनिर्दिष्ट रूप में अपने ग्राहकों की सेवा करना लगातार जारी रखें। यदि ऐसे कारपोरेट एजेंट इन विनियमों के अधीन पंजीकृत किये जाने के इच्छुक हैं तो वे विनियम 31 में विनिर्दिष्ट रूप में अपनी लेखा-बहियों में पुरानी संविदाओं और नई संविदाओं के अंतर्गत प्राप्त पारिश्रमिक को अलग-अलग प्रकट करेंगे।

10. हितों का संघर्ष–बीमा व्यवसाय की अपेक्षा और प्रापण करते समय कारपोरेट एजेंट निम्नलिखित का पालन करेगा :

(i) कारपोरेट एजेंट, जिसकी सहबद्धता (टांई-अप) व्यवसाय की किसी विशेष व्यवस्था में एक से अधिक बीमाकर्ताओं के साथ हो, भावी ग्राहकों को उन बीमाकर्ताओं की सूची प्रकट करेगा जिनके साथ उत्पादों का वितरण करने के लिए उनकी व्यवस्था है तथा उन्हें बीमारक्षा का विस्तार, पॉलिसी की अवधि, देय प्रीमियम, प्रीमियम की शर्ते और कोई भी अन्य सूचना जो उनके पास उपलब्ध सभी उत्पादोंके संबंध में ग्राहक चाहें, उपलब्ध कराएगा। इसके अतिरिक्त, यदि संभावित ग्राहक जानना चाहे, तो प्रस्तावित बीमा उत्पाद के संबंध में कमीशन का मान प्रकट करेगा।

(ii) जहाँ बीमे का विक्रय एक प्रधान व्यावसायिक उत्पाद के साथ एक अनुषंगी उत्पाद के रूप में किया जाता है, वहाँ कारपोरेट एजेंट अथवा उसका शेयरधारक अथवा उसके सहयोगी प्रधान व्यावसायिक उत्पाद के खरीदार को इस बात के लिए विवश नहीं करेंगे कि वह आवश्यक रूप से बीमा उत्पाद की खरीद उनके माध्यम से करे। कारपोरेट एजेंट का प्रधान अधिकारी अथवा सीएफओ (अथवा उसका समकक्ष) यह प्रमाणित करते हुए छमाही आधार पर अनुसूची VIII में दिये गये फार्मेट में एके प्रमाणपत्र प्राधिकरण के पास दाखिल करेगा कि किसी भी संभावित ग्राहक को किसी बीमा उत्पाद की जबरन बिक्री नहीं की गई है।

(iii) कोई भी बीमाकर्ता कारपोरेट एजेंट से प्रत्येक ग्राहक का बीमा उसके पास करने की अपेक्षा नहीं करेगा।

11. प्राधिकरण की प्रकटीकरण

(1) कारपोरेट एजेंट बनने का इच्छुक आवेदक आवेदनपत्र दाखिल करने के समय आवेदन के संबंध में विचारार्थ संगत सभी तथ्य प्राधिकरण को स्वयं ही प्रकट करेगा। आवेदन दाखिल करने के बाद अथवा आवेदन पर कार्रवाई के दौरान उनके आवेदन पर विचारकिये जाने के लिए उपलब्ध कराई गई जानकारी में कोई परिवर्तन होने की स्थिति में प्राधिकरण के विचारार्थ आवेदक द्वारा स्वैच्छिक रूप से प्राधिकरण को ऐसे परिवर्तन का प्रकटीकरण किया जाएगा।

(2) इसी प्रकार, कारपोरेट एजेंट जो प्राधिकरण द्वारा जारी वैध पंजीकरण धारित करता है, पंजीकरण के निर्गम के बाद जिन महत्वपूर्ण तथ्यों के आधार पर उसे पंजीकरण प्रदान किया गया है, उनमें किसी भी परिवर्तन का स्वैच्छिक रूप से प्रकटीकरण प्राधिकरण को एक उचित समय में, परंतु ऐसे परिवर्तन के घटित होने से 30 दिन के अंदर करेगा। ऐसी सूचना के प्राप्त होने पर प्राधिकरण कोई भी स्पष्टीकरण माँग सकता है अथवा उसके द्वारा आवश्यक समझे जानेवाले निदेश जारी कर सकता है।

(3) कारपोरेट एजेंट अन्य विनियामक अथवा सरकारी निकायों द्वारा उनके विरुद्ध प्रारंभ की गई कार्यवाही का प्रकटीकरण प्राधिकरण को एक उचित समय में, परंतु ऐसी कार्यवाही के प्रारंभ होने से 30 दिन के अंदर करेगा। ऐसे अन्य निकायों द्वारा की गई किसी भी कार्रवाई अथवा जारी किये गये किसी भी निदेश का भी प्रकटीकरण प्राधिकरण की ऊपर निर्धारित समय-सीमाओं के अंदर किया जाएगा।

(4) प्राधिकरण कारपोरेट एजेंट से अपेक्षा कर सकता है कि वह ऐसी सूचना अथवा विवरणी प्रस्तुत करे जो उपयुक्त समझी जाएगी।

(5) कारपोरेट एजेंट प्राधिकरण को ऐसे कार्यालयों का विवरण जिनमें बीमा उत्पादों का वितरण करने का वे प्रस्ताव करते हैं तथा विनिर्दिष्ट व्यक्तियों का विवरण प्राधिकरण द्वारा जारी की गई उनकी प्रमाणपत्र संख्या सहित प्रकट करेगा। इसके अलावा,कारपोरेटएजेंट द्वारा किसी भी कार्यालय को प्रारंभ करने अथवा समाप्त

करने की सूचना प्राधिकरण को दी जाएगी। प्राधिकरण अपने द्वारा उपयुक्त समझी जाने वाली अतिरिक्त सूचना माँग सकता है।

(6) ऊपर निर्धारित शर्तों का पालन न करने पर विनियामक कार्रवाई आवश्यक होगी, जैसे पंजीकरण का निलंबन अथवा निरसन, आर्थिक दंड लागू करना अथवा प्राधिकरण द्वारा आवश्यक समझी जाने वाली कोई भी अन्य कार्रवाई।

12. उत्पादों के वितरण के लिए बीमाकर्ताओं के साथ व्यवस्था

क) इन विनियमों के अधीन पंजीकृत कारपोरेट एजेंटों को बीमाकर्ताओं के साथ उनके उत्पादों के वितरण के लिए व्यवस्था करनी होगी। इन व्यवस्थाओं का प्रकटीकरण प्राधिकरण को ऐसी व्यवस्थाएँ करने से 30 दिन के अंदर करना होगा। ऐसी व्यवस्था की न्यूनतम अवधि एक वर्ष के लिए होगी;

ख) ऐसी व्यवस्थाएँ करते समय, न तो कोई कारपोरेट एजेंट यह वचन देगा और न ही कोई बीमाकर्ता कारपोरेट एजेंट को इस बात के लिए विवश करेगा कि वह एक विशेष बीमाकर्ता के उत्पादों का ही वितरण करे;

ग) व्यवस्थाओं के संबंध में ऐसे प्रावधान होंगे जिनमें पॉलिसीधारकों के प्रति कारपोरेट एजेंटों के कर्तव्य और दायित्व, बीमाकर्ताओं और कारपोरेट एजेंटों के कर्तव्य और दायित्व, व्यवस्थाओं को समाप्त करने के लिए शर्तें शामिल होंगी;

घ) पॉलिसीधारकों के हितों के विरुद्ध कोई भी व्यवस्था नहीं की जाएगी;

ङ) यदि कोई कारपोरेट एजेंट किसी बीमाकर्ता के साथ व्यवस्था को समाप्त करना चाहता है, तो वह व्यवस्था के समापन के लिए कारण बीमाकर्ता और प्राधिकरण को सूचित करने के बाद ऐसा कर सकता है। ऐसे मामलों में वे यह सुनिश्चित करेंगे कि अपेक्षित और बीमाकर्ता के पास रखी गई पॉलिसियों की सर्विसिंग पॉलिसियों की समाप्ति तक अथवा छह महीने की अवधि के लिए, जो भी पहले हो, की जाए जिस समय के अंदर वे संबंधित बीमाकर्ता के साथ उपयुक्त व्यवस्था करेंगे;

च) यदि कोई बीमाकर्ता किसी कारपोरेट एजेंट के साथ व्यवस्था को समाप्त करना चाहता है, तो वे व्यवस्था के समापन के लिए कारण कारपोरेट एजेंट और प्राधिकरण को सूचित करने के बाद ऐसा कर सकते हैं। ऐसे मामलों में संबंधित बीमाकर्ता कारपोरेट एजेंट द्वारा प्राप्त की गई पॉलिसियों की सर्विसिंग का दायित्व लेगा। ऐसे सभी मामलों में बीमाकर्ता संबंधित पॉलिसिधारक को सर्विसिंग की व्यवस्थाओं में किये गये परिवर्तनों की सूचना देगा;

छ) उन अदायगियों को छोड़कर जो संबंधित विनियमों के अधीन प्राधिकरण द्वारा अनुमति-प्राप्त हैं, अपना कारपोरेट एजेंट बनने के लिए कोई हस्ताक्षर शुल्क (साइनिंग फ़ी) अथवा अन्य कोई प्रभार, चाहे किसी भी नाम से अभिहित हों, न तो कोई बीमाकर्ता अदा करेगा और न ही कोई कारपोरेट एजेंट प्राप्त करेगा;

ज) कोई भी बीमाकर्ता कारपोरेट एजेंटों के प्रधान अधिकारी, विनिर्दिष्ट व्यक्तियों और अन्य कर्मचारियों को प्रत्यक्ष रूप से किन्हीं प्रोत्साहनों (नकदी अथवा गैर-नकदी) का भुगतान नहीं करेगा;

झ) प्राधिकरण, किसी भी समय, वितरण की व्यवस्थाओं को समाप्त करने के लिए इसके लिए कारण अभिलिखित करते हुए कि सीभी बीमाकर्ता अथवा कारपोरेट एजेंट को निदेश दे सकता है।

13. पॉलिसीधारकोंकीसर्विसिंग

(1)इन विनियमों के अधीन पंजीकृत कारपोरेट एजेंट का कर्तव्य होगा कि वह संविदा की समूची अवधि के दौरान अपने पॉलिसी धारकों की सेवा करे। सर्विसिंग के अंतर्गत अधिनियम की धारा 64 वी बी के तहत अपेक्षित प्रीमियम के भुगतान में सहायता करना, दावा करने की दशा में आवश्यक सहायता और मार्गदर्शन प्रदान करना, बीमा संविदा की अवधि के दौरान उत्पन्न होने वाली समस्याओं के संबंध में सभी अन्य सेवाएँ और मार्गदर्शन प्रदान करना शामिल है।

(2) आई आर डी ए (कारपोरेट एजेंटों का लाइसें सी करण) विनियम, 2002 के अधीन लाइसेंस प्राप्त कार पोरेट एजेंटों के मामले में वेइन विनियमों के विनियम 1(3) का अनुपालन करेंगे। तथापि, वेइस विनियम के उप-खंड (1) के अंतर्गत की गई अपेक्षा नुसार अपने वर्तमान पॉलिसीधारकों की सेवा करना ऐसी पॉलिसियों की अवधि की समाप्तितक अथवा छह महीने की अवधि के लिए, जो भी पहले हो, जारी रखेंगे जिस समया वधि के अंदर वेउक्त संविदाओं की सर्विसिंग के लिए संबंधित बीमाकर्ता के साथ उपयुक्त व्यवस्थाएँ करेंगे। उक्त व्यवस्थाओं के साथ ऐसी संविदाओं का विवरण प्राधिकरण की ऐसी व्यवस्थाएँ करने के तीस दिन के अंदर प्रकट किया जाएगा।

14. दूरस्थ विपणन (टेली-मार्केटिंग) पद्धति द्वारा बीमे का विक्रय और कारपोरेट एजेंट के दूरस्थ विपणन कार्य कलाप – (1) कारपोरेट एजेंट जो बीमा उत्पादों के विपणन के प्रयोजन के लिए दूर विपणन कर्ता (टेलीमार्केटर) की सेवाएँ लेना अथवा दूरस्थ विपणन कार्यकलाप करना चाहता है, अनुसूची में निर्धारित रूप में अनु देशों का अनुसरण करेगा।

(2) उपर्युक्त उप-विनियम (1) पर प्रतिकूल प्रभाव के बिना कारपोरेट एजेंट को दूर विपणन कर्ता (टेली मार्केटर) की सेवाएँ लेने के लिए निम्नलिखित अतिरिक्त शर्तों का पालन करना होगाः

i)कारपोरेट एजेंट द्वारा नियुक्त दूर विपणन कर्ता इस विषय में भारतीय दूरसंचार विनियामक प्राधिकरण द्वारा जारी किये गये विभिन्न परिपत्रों और/यादिशा निर्देशों अथवा किसी भी अन्य निदेश का पालन करेगा;

ii)बीमा मध्यस्थता के लिए दूर स्थविपणन कार्यकलाप करने के लिए इच्छुक –कारपोरेट एजेंट इन विनियमों के अनुबंध 4 में प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट फार्म में प्राधिकरण के पूर्व अनुमोदन की अपेक्षा करेगा;

iii) इसके अलावा, कारपोरेट एजेंट इन विनियमों के अनुबंध 5 में विनिर्दिष्ट फार्म में दूरविपणनकर्ता द्वारा नियुक्त / नियुक्त करने के लिए प्रस्तावित प्राधिकृत सत्यापकों के नाम प्राधिकरण के पास दाखिल करेगा। प्राधिकरण इस का सत्यापन करने के बाद प्राधिकृत सत्यापक की एक प्रमाण पत्र जारी करेगा;

iv) यदि कोई प्राधिकृत सत्यापक किसी अन्य दूर विपणनकर्ता के पास परिवर्तन करना चाहता है जो स्वयं भी बीमा मध्यस्थता में लगा है, तो वे पहले के दूरविपणन कर्ता से एक अनापतिप्रमाणपत्र (एनओसी) प्राप्त करेंगे और वहन या प्रमाण पत्र जारी करने के लिए प्राधिकरण को प्रस्तुत करेंगे। यदि वर्तमान दूरविपणनकर्ता इस के लिए आवेदन की तारीख से 30 दिन के अंदर अनापति प्रमाणपत्र (एनओसी) जारी नहीं करता, तो यह माना जाएगा कि उक्त दूरविपणनकर्ता को उन के परिवर्तन के लिए आपत्ति नहीं है;

v) प्राधिकृतसत्यापकोंकोहटानेअथवाबढ़ानेकेलिएआवेदनसंबंधितकारपोरेटएजेंटद्वाराप्रधानअधिकारीकेमाध्यमसेप्रस्तुतकियाजाएगा;

vi) यदि कारपोरेट एजेंट भारतीय दूरसंचार विनियामक प्राधिकरण (टीआरएआई) के पास दूर विपणनकर्ता के रूप में पंजीकरण करवाता है, तो उक्त कारपोरेट एजेंट केवल उन्हीं बीमाकर्ताओं के लिए दूर विपणनकर्ता के रूप में कार्य करेगा जिन के साथ उस की व्यवस्था है;

vii) कोई भी कारपोरेट एजेंट अथवा उस का दूरविपणनकर्ता किसी व्यक्ति को निर्गामी (आउटबाउण्ड) कॉल नहीं करेगा, जब तक कि उसने इस आशय की पूछताछ करने के द्वारा बीमा पॉलिसी खरीदने में दिलचस्पी नहीं दिखाई हो। वे ऐसे व्यक्तियों और की गई पूछताछ का डेटाबेस प्राधिकरण अथवा उसके द्वारा प्राधिकृत किसी व्यक्ति के द्वारा सत्यापन और जाँच के लिए बनाये रखेंगे;

viii) दूरविपणनकर्ता भावी ग्राहक को निम्नलिखित सूचना प्रकट करेगा-

(क) उस कारपोरेट एजेंट का नाम जिस का वे प्रतिनिधित्व करते हैं;

(ख) कारपोरेट एजेंट की पंजीकरण संख्या;

(ग) दूरविपणनकर्ता और/या कारपोरेट एजेंट की संपर्क संख्या यदि ग्राहक वापस कॉल करना अथवा दूरविक्रय (टेलीसेल्स) संबंधी सूचना का सत्यापन करना चाहता हो;

(घ) दूर से कॉल करने वाले व्यक्ति (प्राधिकृत सत्यापक) का नाम और पहचान संख्या;

ix) दूरविपणनकर्ता को नियुक्त करने वाला कारपोरेट एजेंट दूरविपणनकर्ता के साथ एक करार करेगा और उक्त करार में पूरा विवरण उपलब्ध होगा, जैसे डेटा बेस का स्रोत, कर्तव्य और दायित्व, भुगतान का ब्योरा, करार की अवधि, अधिनियम, प्राधिकरण द्वारा जारी किये गये विनियमों, दिशानिर्देशों, परिपत्रों, निदेशों, प्राधिकृत सत्यापकों के लिए आचरण-संहिता का उल्लंघन होने की स्थिति में की जाने वाली कार्रवाइयाँ। जब भी आवश्यक हो तब ये करार सत्यापन हेतु प्राधिकरण अथवा प्राधिकरण द्वारा प्राधिकृत किसी व्यक्ति के लिए उपलब्ध कराये जाएँगे;

x) प्रत्येक दूरविपणनकर्ता और प्राधिकृत सत्यापक इन विनियमों की अनुसूची III में विनिर्दिष्ट रूप में कारपोरेट एजेंटों के लिए लागू आचरण-संहिता का पालन करेंगे;

xi) प्राधिकरण को यह अधिकार होगा कि वह दूर विपणनकर्ता के परिसर अथवा किसी अन्य परिसर, जो अभिलेखों/ दस्तावेजों के सत्यापन के लिए प्राधिकरण आवश्यक समझता हो, का निरीक्षण करे तथा किसी भी दस्तावेज/ अभिलेख की माँग करे, दूरविपणनकर्ता के किसी भी कर्मचारी के वक्तव्य को रिकॉर्ड करे अथवा अपने विवेकानुसार किन्हीं भी दस्तावेजों/ अभिलेखों की प्रतिलिपियाँ बनाये;

xii) दूरविपणनकर्ता को इस विषय में समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा निर्धारित की जाने वाली किन्हीं अन्य शर्तों का पालन कर ना होगा।

(3) एक दूर विपणनकर्ता तीन से अधिक बीमाकर्ताओं अथवा बीमा संबंधी संस्थाओं के साथ कार्य नहीं करेगा।

15. कारपोरेट एजेंटों के लिए आचरण-संहिता- (1) प्रत्येक कारपोरेट एजेंट इन विनियमों की अनुसूची III में विनिर्दिष्ट रूप में आचरण संहिता का पालन करेगा।

(2) कारपोरेट एजेंट इन विनियमों के अधीन विनिर्दिष्ट आचरण-संहिता के उल्लंघन सहित अपने प्रधान अधिकारी, विनिर्दिष्ट व्यक्तियों और अन्य कर्मचारियों के सभी कार्यों और त्रुटियों के लिए उत्तरदायी होगा तथा अधिनियम की धारा 102 के उपबंधों के अधीन अर्थ दंड के लिए जिम्मेदार होगा जो एक करोड़ रुपये तक विस्तृत हो सकता है।

16. अभिलेखों का अनुरक्षण :

कारपोरेट एजेंट इलैक्ट्रॉनिक रूप में अभिलेखों सहित, निम्नलिखित अभिलेखों का अनुरक्षण करेगा तथा प्राधिकरण द्वारा जब भी अपेक्षा की जाएगी तब इन्हें उपलब्ध कराएगा –

(i) ग्राहक के अपने ग्राहक को जानिए (के वाई सी) अभिलेख, जैसा कि संबंधित प्राधिकरण के दिशा निर्देशों और धन-शोध ननिवारण अधिनियम के उपबंधों के अधीन अपेक्षित है;

(ii) कारपोरेट एजेंट के विनिर्दिष्ट व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षरित एसी आर सहित, ग्राहक द्वारा विधिवत्हस्ताक्षरित और बीमाकर्ता को प्रस्तुत प्रस्ताव फार्म की प्रति लिपि;

(iii) एक रजिस्टर जिस में ग्राहकों की सूची, पॉलिसी का विवरण जैसे पॉलिसी का प्रकार, प्रीमियम राशि, पॉलिसी जारी करने की तारीख, प्राप्त प्रभार अथवा शुल्क निहित हो;

(iv) एक रजिस्टर जिस में शिकायतों का विवरण निहित हो जिस के अंतर्गत शिकायत कर्ता का नाम, शिकायत का स्वरूप, निर्गत/अपेक्षित पॉलिसी कां ब्योरा और उस पर की गई कार्रवाई शामिल हो ;

(v) एक रजिस्टर जिस में नाम, पता, टेलीफोन संख्या, फोटो ग्राफ, नियोजन के प्रारंभ की तारीख, सेवा छोड़ने की तारीख, यदि कोई हो, विनिर्दिष्ट व्यक्ति को अदा किया गया पारिश्रमिक निहित होगा ;

(vi) प्राधिकरण के साथ विनियम किये गये पत्र-व्यवहार की प्रतियाँ;

(vii)समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा विनिर्दिष्ट किया जाने वाला कोई अन्य अभिलेख।

17. लेखा-बहियों, अभिलेखों, आदि का अनुरक्षण– (1) कारपोरेट एजेंट जिसका निगमन केवल बीमा मध्यस्थता के प्रयोजनों के लिए ही किया गया है, प्रत्येक वित्तीय वर्ष के लिए निम्नलिखित लेखा-बहियाँ तैयार करेगा–

(i) प्रत्येक लेखा अवधि की समाप्ति पर विद्यमान स्थिति के अनुसार तुलन-पत्र और स्थिति-विवरण;

(ii) उस अवधि के लिए लाभ-हानि लेखा;

(iii) नकदी / निधि प्रवाह का विवरण;

(iv) समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा अपेक्षित किये जाने वाले अतिरिक्त विवरण।

टिप्पणी 1 : इस विनियम के प्रयोजन के लिए , वित्तीय वर्ष 12 महीने का (अथवा जहाँ व्यवसाय 1 अप्रैल के बाद प्रारंभ किया जाता हैं वहाँ कम) होगा जो वर्ष के अप्रैल के पहले दिन प्रारंभ होगा और अनुवतर्ती वर्ष के मार्च के 31 वेंदिन समाप्त होगा, तथा लेखों का अनुरक्षण उपचय के आधार पर किया जाएगा।

टिप्पणी 2 : उनके वित्तीय विवरणों की एक अनुसूची होगी जिसमें कारपोरेट एजेंट द्वारा बीमाकर्ताओं और बीमाकर्ता की समूह कंपनियों से प्राप्त समस्त आय का बीमाकर्ता-वार विवरण और साथ ही, किसी भी बीमाकर्ता से कारपोरेट एजेंट की समूह कंपनियों द्वारा प्राप्त भुगतानों का विवरण और/या सहयोगी संस्थाओं द्वारा प्राप्त भुगतानों का विवरण तथा उसका ब्योरा उपलब्ध कराया जाएगा।

(क) उप-विनियम (1) में बताये गये अनुसार वित्तीय विवरणों की लेखा-परीक्षित प्रति उस पर लेखा-परीक्षक की रिपोर्टस हित प्रत्येक वर्ष 30 सितंबर से पहले प्राधिकरण को प्रस्तुत की जाएगी तथा उसके साथ व्यवसाय का संचालन, लेखों की स्थिति आदि पर लेखा-परीक्षकों की अभ्युक्तियाँ अथवा टिप्पणियाँ, यदि कोई हों, दी जाएँगी तथा ऐसी टिप्पणियों पर उपयुक्त स्पष्टीकरण प्राधिकरण के पास दाखिल किये गये ऐसे लेखों के साथ दिया जाएगा।

(ख) लेखा-परीक्षक की रिपोर्ट की तारीख से नब्बे दिन के अंदर लेखा-परीक्षक की रिपोर्ट में बताई गई कमियों को सुधारने के लिए आवश्यक कदम उठाये जाएँगे और प्राधिकरण को सूचित किये जाएँगे।

(ग) सभी लेखा-बहियों, विवरणों, दस्तावेजों आदि का रखरखाव कारपोरेट एजेंट के प्रधान कार्यालय अथवा प्राधिकरण द्वारा नामोद्दिष्ट और अधिसूचित ऐसे अन्य शाखा कार्यालय में किया जाएगा तथा ये सभी कार्य दिवसों में निरीक्षण के लिए इस उद्देश्य हेतु प्राधिकरण के ऐसे प्राधिकृत अधिकारियों के लिए उपलब्ध होंगे।

(घ) इस विनियम में उल्लिखित और कारपोरेट एजेंट द्वारा अनुरक्षित सभी बहियाँ, दस्तावेज, विवरण, संविदा नोट आदि उनके संबंधित वर्ष की समाप्ति से दस वर्ष की न्यूनतम अवधि के लिए रखे जाएँगे। तथापि, उन मामलों से संबंधित दस्तावेज जहाँ दावे सूचित किये गये हों और उनका निपटा नन्यायालयों के निर्णय के लिए लंबित हो, वहाँ यह अपेक्षित है कि उक्त दस्तावेज न्यायालय द्वारा मामलों का निपटान होने तक रखेजाएँ।

(2) उन कारपोरेट एजेंटों के मामलों में जिन का प्रधान व्यवसाय बीमा मध्यस्थता को छोड़कर कोई अन्य व्यवसाय है, वे बीमा मध्यस्थता के लिए प्राप्त राजस्व और बीमाकर्ताओं से प्राप्त अन्य आयके ब्योरे से युक्त खंड-वारसूचना-प्रणाली बनाये रखेंगे।

(3) प्रत्येक बीमाकर्ता जो कारपोरेट एजेंट की सेवाएँ लेता है, ऐसे सभी कारपोरेट एजेंटों के लिए अनुसूची V। ए में दिये गये फार्मेट में अलग-अलग प्रमाणपत्र प्राधिकरण के पास दाखिल करेगा जिस पर सीई ओ और सी एफ ओ के हस्ताक्षर होने चाहिए। कारपोरेट एजेंट के प्रधान अधिकारी और सी एफ ओ (अथवा उस के समकक्ष) से एक ऐसा ही प्रमाणपत्र अनुसूची V। बी में दिये गये रूप में बीमाकर्ता से प्राप्त कमीशन / पारिश्रमिक को विनिर्दिष्ट करते हुए प्राधिकरण के पास दाखिल किया जाएगा।

18. सामान्य :

(1) इन विनियमों की अधि सूचना की तारीख से इन विनियमों के विनियम 1(3) में यथा विनिर्दिष्ट मामलों को छोड़कर कोई भी व्यक्ति कारपोरेट एजेंट के रूप में कार्य नहीं कर सकता, जब तक कि इन विनियमों के अधीन प्राधिकरण द्वारा उसकी पंजीकरण प्रदान नहीं किया जाता।

(2) कारपोरेट एजेंट और बीमाकर्ता अथवा किसी अन्य व्यक्ति के बीच कारपोरेट एजेंट के रूप में उसकी नियुक्ति की अवधि के दौरान अथवा अन्य प्रकार से उत्पन्न होने वाला कोई भी विवाद इस प्रकार प्रभावित व्यक्ति के द्वारा प्राधिकरण के पास भेजा जा सकता है; तथा उक्त शिकायत अथवा अभ्यावेदन के प्राप्त होने पर

प्राधिकरण शिकायत की जाँच कर सकता है और यदि आवश्यक पाया जाता है तो इन विनियमों की शर्तों के अनुसार जाँच-पड़ताल अथवा निरीक्षण अथवा अन्वेषण आयोजित करने के लिए अग्रसर हो सकता है।

आचरण-संहिता

I. सामान्य आचरण-संहिताः

1. प्रत्येक कारपोरेट एजेंट व्यावसायिक आचरण के मान्यता-प्राप्त मानकों का अनुसरण करेगा तथा पॉलिसीधारकों के हित मेंअपना कर्तव्य-पालन करेगा। इस प्रकार करते समय-

(क) ग्राहकों के साथ अपने व्यवहार को हर समय परम सद्भाव और सत्यनिष्ठा के साथ संचालित करेगा;

(ख) सावधानी और कर्मठता के साथ कार्य करेगा;

(ग) यह सुनिश्चित करेगा कि ग्राहक कारपोरेट एजेंट के साथ अपने संबंध को समझता है और उसको यह पता है कि कारपोरेटएजेंट किसकी ओर से कार्य कर रहा है;

(घ) संभावित ग्राहकों द्वारा दी गई समस्त जानकारी को अपने लिए और उस बीमाकर्ता/उन बीमाकर्ताओं के लिएजिसको/जिन्हें व्यवसाय का प्रस्ताव किया जा रहा है, पूर्णतः गोपनीय समझेगा;

(ङ) अपने कब्जे में स्थित गोपनीय दस्तावेजों की सुरक्षा बनाये रखने के लिए उपयुक्त कदम उठायेगा;

(च) कंपनी का कोई निदेशक अथवा फर्म का कोई भागीदार अथवा मुख्य कार्यपालक अथवा प्रधान अधिकारी अथवाविनिर्दिष्ट व्यक्ति किसी अन्य कारपोरेट एजेंट के पास उसी स्थिति को धारण नहीं करेगा;

2. प्रत्येक कारपोरेट एजेंट

क) अपने प्रधान अधिकारी और प्रत्येक विनिर्दिष्ट व्यक्ति की भूल-चूक से युक्त सभी कार्यों के लिए उत्तरदायी होगा;

ख) यह सुनिश्चित करेगा कि प्रधान अधिकारी और सभी विनिर्दिष्ट व्यक्ति जिन बीमा उत्पादों का विपणन करते हैं उनमें उचित रूप से प्रशिक्षित, कुशलतापूर्ण और ज्ञानसंपन्न हों;

ग) यह सुनिश्चित करेगा कि प्रधान अधिकारी और विनिर्दिष्ट व्यक्ति संभावित ग्राहक को पॉलिसी के लाभों और पॉलिसी केअंतर्गत उपलब्ध प्रतिफलों के संबंध में कोई गलत विवरण न दें;

घ) यह सुनिश्चित करेगा कि किसी भी संभावित ग्राहक को कोई बीमा उत्पाद खरीदने के लिए विवश नहीं किया जाएगा;

ङ) बीमा उत्पाद के संबंध में बीमाकृत व्यक्ति को विक्रय से पहले और विक्रय के बाद पर्याप्त रूप से परामर्श देगा;

च) दावा उत्पन्न होने की स्थिति में सभी औपचारिकताओं और प्रलेखीकरण को पूरा करने में बीमाकृत व्यक्ति को हर संभवसहायता और सहयोग प्रदान करेगा;

छ) इस तथ्य का उचित प्रचार करेगा कि कारपोरेट एजेंट जोखिम-अंकन नहीं करता अथवा बीमाकर्ता के रूप में कार्य नहींकरताः

ज) बीमाकर्ताओं के साथ ऐसे करार करेगा जिनमें दोनों के कर्तव्य और दायित्व परिभाषित हों;

II. विक्रय-पूर्व आचरण-संहिता

3. प्रत्येक कारपोरेट एजेंट अथवा प्रधान अधिकारी अथवा विनिर्दिष्ट व्यक्ति इसके नीचे विनिर्दिष्ट आचरण-संहिता का भी पालन करेगा :

(i) प्रत्येक कारपोरेट एजेंट/प्रधान अधिकारी/विनिर्दिष्ट व्यक्ति-

(क) माँग किये जाने पर संभावित ग्राहक को अपना परिचय देगा और अपना पंजीकरण/प्रमाणपत्र प्रकट करेगा;

(ख) जिन बीमाकर्ताओं के साथ उनकी व्यवस्था है उनके द्वारा विक्रय के लिए प्रस्तावित बीमा उत्पादों के संबंध में अपेक्षित सूचना का प्रसार करेगा तथा किसी विशिष्ट बीमा योजना की सिफारिश करते समय संभावित ग्राहक की आवश्यकताओं का ध्यान रखेगा;

(ग) यदि संभावित ग्राहक द्वारा पूछा गया हो तो विक्रय के लिए प्रस्तावित बीमा उत्पाद के संबंध में कमीशन के मान प्रकटकरेगा;

(घ) विक्रय के लिए प्रस्तावित बीमा उत्पाद के लिए बीमाकर्ता द्वारा प्रभारित किये जानेवाले प्रीमियम को निर्दिष्ट करेगा;

(ङ) संभावित ग्राहक को बीमाकर्ता द्वारा प्रस्ताव फार्म में अपेक्षित सूचना के स्वरूप, एवं किसी बीमा संविदा की खरीद मेंमहत्वपूर्ण सूचना के प्रकटीकरण के महत्व को भी स्पष्ट करेगाः

(च) बीमाकर्ता को प्रस्तुत प्रत्येक प्रस्ताव के साथ एक गोपनीय रिपोर्ट के रूप में संभावित ग्राहक की किसी भी प्रतिकूल आदत अथवा आय संबंधी असंगति के बारे में सूचित करेगा तथा संभावित ग्राहक के बारे में समस्त उचित पूछताछ करने के द्वारा प्रस्ताव की स्वीकृति के संबंध में बीमाकर्ता के जोखिम-अंकन निर्णय को प्रतिकूल रूप से प्रभावित करने वाले किसी भी महत्वपूर्ण तथ्य से बीमाकर्ता को अवगत कराएगा;

(छ) बीमाकर्ता द्वारा प्रस्ताव की स्वीकृति अथवा अस्वीकृति के बारे में संभावित ग्राहक को तत्परतापूर्वक सूचित करेगा;

(ज) बीमाकर्ता के पास प्रस्ताव फार्म दाखिल करते समय अपेक्षित दस्तावेज तथा प्रस्ताव को पूरा करने के लिए बीमाकर्ताद्वारा बाद में माँगे जानेवाले अन्य दस्तावेज प्राप्त करेगा;

(ii) कोई भी कारपोरेट एजेंट/ प्रधान अधिकारी/विनिर्दिष्ट व्यक्ति-

क. एक वैध पंजीकरण/ प्रमाणपत्र धारण किये बिना बीमा व्यवसाय की अपेक्षा अथवा प्रापण नहीं करेगा;

ख. प्रस्ताव फार्म में किसी महत्वपूर्ण तथ्य को छोड़ने के लिए संभावित ग्राहक को प्रेरित नहीं करेगा;

ग. प्रस्ताव की स्वीकृति के लिए बीमाकर्ता को प्रस्तुत प्रस्ताव फार्म अथवा दस्तावेजों में गलत सूचना प्रस्तुत करने के लिएसंभावित ग्राहक को प्रेरित नहीं करेगा;

घ. संभावित ग्राहक के साथ अशिष्ट तरीके से व्यवहार नहीं करेगा;

ङ. किसी अन्य विनिर्दिष्ट व्यक्ति अथवा किसी बीमा मध्यवर्ती द्वारा प्रस्तुत किये गये किसी प्रस्ताव के संबंध में हस्तक्षेपनहीं करेगा;

च. बीमाकर्ता द्वारा प्रस्तावित दरों, लाभों, शर्तों को छोड़कर भिन्न दरों, लाभों, शर्तों का प्रस्ताव नहीं करेगा;

छ. पॉलिसीधारक को वर्तमान पॉलिसी को समाप्त करने और ऐसी समाप्ति की तारीख से तीन वर्ष के अंदर उससे नयाप्रस्ताव उत्पन्न करने के लिए विवश नहीं करेगा;

ज. कोई भी कारपोरेट एजेंट किसी एक व्यक्ति अथवा एक संगठन अथवा संगठनों के किसी एक समूह से बीमा व्यवसाय का संविभाग नहीं रखेगा, जिसके अंतर्गत प्रीमियम किसी भी वर्ष में प्राप्त कुल प्रीमियम के पचास प्रतिशत से अधिकहो;

झ. प्राधिकरण के पूर्व-अनुमोदन के बिना किसी बीमा कंपनी का निदेशक नहीं बनेगा अथवा निदेशक के रूप में नहींरहेगा;

त्र. किसी भी तरह से धन-शोधन (मनी-लांडरिंग) की गतिविधियों में लिप्त नहीं रहेगा;

ट. स्वयं अथवा भ्रामक कॉलों अथवा छल-कपटपूर्ण कॉलों द्वारा कॉल सेंटरों के माध्यम से व्यवसाय प्राप्त करने में लिप्तनहीं रहेगा;

ठ. बीमा उत्पादों की अपेक्षा और प्रापण के लिए बहु-स्तरीय द्विपणन नहीं करेगा;

ड. व्यवसाय की प्राप्ति के लिए अप्रशिक्षित और अनधिकृत व्यक्तियों को नियुक्त नहीं करेगा;

ढ. पंजीकरण प्रमाणपत्र के अनुसार बीमा उत्पादों की अपेक्षा और सर्विसिंग को छोड़कर बीमा परामर्श कार्य अथवा दावा परामर्श कार्य अथवा कोई भी अन्य बीमा संबंधी सेवाएँ उपलब्ध नहीं कराएगा

ण. बीमा उत्पाद के वितरण को आगे बढाने में संभावित पॉलिसीधारकों के संपर्क का विवरण निर्दिष्ट करने, अपेक्षित करने, अग्रता उत्पन्न करने, सूचित करने, परिचय देने, प्राप्त करने अथवा उपलब्ध कराने के लिए विनिर्दिष्ट व्यक्ति को छोड़कर किसी भी अन्य व्यक्ति को नियुक्त नहीं करेगा, प्रोत्साहित नहीं करेगा, ऐसे किसी भी व्यक्ति के साथ संविदा नहीं करेगा अथवा किसी भी प्रकार की व्यवस्था नहीं करेगा;

त. किसी भी व्यक्ति अथवा संस्था की विक्रय, परिचय, अग्रता उत्पादन, निर्देशन अथवा प्रापण के प्रयोजन के लिए किसी भी नाम से किसी भी शुल्क, कमीशन, प्रोत्साहन का भुगतान नहीं करेगा अथवा ऐसे किसी भुगतान की अनुमति नहींदेगा।

III. विक्रयोत्तर आचरण-संहिता

4. प्रत्येक कारपोरेट एजेंट -

क. प्रत्येक वैयक्तिक पॉलिसीधारक की नामांकन अथवा समनुदेशन अथवा पते में परिवर्तन लागू करने अथवा जैसी स्थिति हो, विकल्पों का प्रयोग करने के लिए सूचित करेगा तथा जहाँ भी आवश्यक हो वहाँ इस प्रयोजन के लिए आवश्यक सहायता प्रदान करेगा;

ख. अपने माध्यम से पहले से ही प्राप्त बीमा व्यवसाय को सुरक्षित रखने की दृष्टि से मौखिक रूप से और लिखित में पॉलिसीधारक को सूचना देने के द्वारा निर्धारित समय के अंदर पॉलिसीधारकों द्वारा प्रीमियमों का प्रेषण सुनिश्चित करने के लिए हर संभव प्रयास करेगा;

ग. यह सुनिश्चित करेगा कि उसका ग्राहक बीमे की समाप्ति की तारीख से अवगत है, भले ही वह ग्राहक को अतिरिक्त बीमा रक्षा प्रस्तावित करने का चयन नहीं करता हो;

घ. यह सुनिश्चित करेगा कि नवीकरण नोटिसों में पॉलिसी को प्रभावित करनेवाले परिवर्तनों को, जो पॉलिसी के प्रारंभअथवा पिछले नवीकरण की तारीख के बाद घटित हुए हों, सूचित करने की आवश्यकता सहित, प्रकटीकरण के कर्तव्य के बारे में चेतावनी निहित होगी;

ङ. यह सुनिश्चित करेगा कि नवीकरण नोटिसों में संविदाओं के नवीकरण के प्रयोजन के लिए बीमाकर्ता को दी जाने वालीसमस्त सूचना का अभिलेख (पत्रों की प्रतिलिपियों सहित) रखने की आवश्यकता निहित होगी;

च. यह सुनिश्चित करेगा कि ग्राहक बीमाकर्ता से नवीकरण का आमंत्रण समाप्ति की तारीख से पर्याप्त पहले प्राप्त करता है;

छ. बीमाकर्ता द्वारा दावों के निपटान के लिए अपेक्षाओं का पालन करने में पॉलिसीधारकों अथवा दावेदारों अथवा लाभार्थियों को आवश्यक सहायता प्रदान करेगा;

ज. अपने ग्राहकों को तत्परतापूर्वक दावों की सूचना देने और सभी महत्वपूर्ण तथ्य प्रकट करने तथा परवर्ती घटनाओं कीसूचना यथाशीघ्र देने के उनके दायित्व को स्पष्ट करेगा;

झ. ग्राहक को सही, उचित और पूर्ण प्रकटीकरण करने के लिए सूचित करेगा जहाँ उसे विश्वास हो कि ग्राहक ने ऐसा नहीं किया है। यदि अतिरिक्त प्रकटीकरण नहीं किया जाता तो वह ग्राहक के लिए आगे और कार्य करने से इनकार करने के लिए विचार करेगा;

त्र. दावे से संबंधित किसी भी आवश्यकता के बारे में ग्राहक को तत्काल सूचित करेगा;

ट. दावे के संबंध में अथवा ऐसी किसी घटना के संबंध में जो दावे की उत्पन्न कर सकती हो, ग्राहक से प्राप्त सूचना अविलंब,परंतु किसी भी स्थिति में तीन कार्यदिवसों के अंदर अग्रेषित करेगा;

ठ. दावे के संबंध में बीमाकर्ता के निर्णय या अन्यथा स्थिति की सूचना ग्राहक को अविलंब देगा; तथा दावे का अनुसरण करनेमें ग्राहक को हर प्रकार से उचित सहायता प्रदान करेगा;

ड. किसी बीमा संविदा के अंतर्गत लाभार्थी से आगम राशि का अंश नहीं माँगेगा अथवा प्राप्त नहीं करेगा;

ढ. यह सुनिश्चित करेगा कि अनुदेश पत्रों, पॉलिसियों और नवीकरण दस्तावेजों में शिकायतों पर कार्रवाई करने कीक्रियाविधियों का विवरण निहित होगा;

ण. शिकायतों को फोन द्वारा अथवा लिखित में स्वीकार करेगा;

त.शिकायत की प्राप्ति-सूचना पत्राचार की प्राप्ति से चौदह दिन के अंदर देगा, शिकायत से संबंधित स्टाफ-सदस्य कोशिकायत की सूचना देगा और उस पर कार्रवाई करने की समय-सारणी सूचित करेगा;

थ. यह सुनिश्चित करेगा कि पत्रों आदि के उत्तर भेजे जाएँगे तथा शिकायतकर्ता को सूचित करेगा कि उत्तर से असंतुष्ट होने की स्थिति में वह क्या कर सकता है;

द. यह सुनिश्चित करेगा कि शिकायतों पर कार्रवाई उपयुक्त रूप से वरिष्ठ स्तर पर की जाएगी;

ध. शिकायतों के अभिलेखीकरण और निगरानी के लिए एक प्रणाली कायम करेगा।

अध्याय 5

जीवन बीमा के कानूनी सिद्धांत

अध्याय परिचय

इस अध्याय में हम उन तत्वों के बारे में चर्चा करेंगे जो जीवन बीमा अनुबंध की कार्यप्रणाली निर्धारित करते हैं। यह अध्याय जीवन बीमा अनुबंध की विशेष विशेषताओं का उल्लेख भा किया गया है।

अध्ययन परिणाम

A. बीमा अनुबंध – कानूनी पहलू और विशेष विशेषताएँ

A. बीमा अनुबंध – कानूनी पहलू एवं विशेष विशेषताएं

1. बीमा अनुबंध – कानूनी पहलू

a) बीमा अनुबंध

बीमा में अनुबंधात्मक समझौता शामिल है, जिसमें बीमाकर्ता प्रीमियम के रूप में जाने जानेवाले मूल्य या प्रतिफल कुछ विशिष्ट जोखिमों के लिये वित्तीय सुरक्षा प्रदान करने के लिए सहमत होता है। अनुबंधत्मक समझौता बीमा पॉलिसी के रूप में होता है।

b) बीमा अनुबंध के कानूनी पहलू

अब हम बीमा अनुबंध की कुछ विशेषताओं पर विचार करेंगे और उसके बाद उन कानूनी सिद्धांतों पर विचार करेंगे जो सामान्य रूप से बीमा अनुबंधों को नियंत्रित करते हैं।

महत्वपूर्ण

अनुबंध, कानून द्वारा लागू करने योग्य दो पक्षों के बीच किया जाने वाला एक समझौता है। भारतीय अनुबंध अधिनियम, 1872 के प्रावधान भारत में बीमा अनुबंध सहित सभी संविदाओं को नियंत्रित करते हैं।

बीमा पॉलिसी दो पक्षों यानि कि **बीमाकर्ता** कहे जानेवाली कंपनी और **बीमित** कहे जाने वाले पॉलिसीधारक के बीच अनुबंध है और यह भारतीय अनुबंध अधिनियम, 1872 में उल्लिखित आवश्यकताओं को पूरा करती है।

चित्र 1: बीमा अनुबंध

बीमा अधिनियम, 1938 में हाल में किये गए संशोधनों (मार्च, 2015) में उन स्थितियों के बारे में कुछ दिशानिर्देश प्रदान किये गए हैं जिनके अंतर्गत किसी पॉलिसी पर धोखाधड़ी के लिए सवाल उठाया जा सकता है। नए प्रावधान इस प्रकार हैं

c) वैध कानूनी अनुबंध के तत्व

चित्र 2 : वैध कानूनी अनुबंध के तत्व

किसी वैध कानूनी अनुबंध के तत्व हैं :

i. **प्रस्ताव और स्वीकृति**

जब कोई व्यक्ति किसी दुसरे व्यक्ति से कुछ करने या कुछ करने से बचने के लिए अपनी इच्छा प्रकट करता है तो इस प्रकार के कार्य की सहमति के लिए कहा जाता है कि उसने प्रस्ताव रखा है आमतौर पर प्रस्ताव प्रस्तावक द्वारा रखा जाता है और बीमाकर्ता उसे स्वीकार कराता है।

जब वह व्यक्ति जिसे प्रस्ताव दिया गया है, प्रस्तावक से अपनी सहमति देता है तो यह स्वीकृति मानी जाती है। इसलिए जब प्रस्ताव स्वीकार किया जाता है तो वह वचन हो जाता है।

स्वीकृति को प्रस्तावक को बताने की आवश्यकता होती है जिसके परिणामस्वरूप अनुबंध का निर्माण होता है।

जब प्रस्तावक बीमा योजना की शर्तों को स्वीकार करता है और उस जमा राशि के भुगतान द्वारा अपनी स्वीकृति दर्शाता है जो प्रस्ताव की स्वीकृति पर प्रथम प्रीमियम में परिवर्तित हो जाती है और प्रस्ताव पॉलिसी हो जाता है।

यदि कोई शर्त रखी जाती है तो वह जवाबी प्रस्ताव हो जाता है।

पॉलिसी बांड अनुबंध का प्रमाण हो जाता है।

ii. **प्रतिफल**

इसका मतलब है कि पक्षों के लिए अनुबंध में कुछ पारस्परिक लाभ अवश्य होने चाहिए। प्रीमियम बीमित से प्राप्त होने वाला प्रतिफल है और क्षतिपूर्ति के लिए बीमाकर्ताओं की ओर से दिया जाने वाला वचन प्रतिफल माना जाता है।

iii. दोनों पक्षों के बीच समझौता

दोनों पक्षों को समान अर्थ में समान वस्तु पर सहमत होना चाहिए। अन्य शब्दों में, दोनों पक्षों के बीच "एक ही बात पर आम सहमति" होनी चाहिए। बीमा कंपनी और पॉलिसीधारक दोनों को समान अर्थ में समान वस्तु पर अवश्य सहमत होना चाहिए।

iv. स्वतंत्र सहमति

कोई अनुबंध करते समय स्वतंत्र सहमति होनी चाहिए।

सहमति स्वतंत्र जब मानी जायेगी वह निम्न कारण से न हो -

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

जब किसी समझौते के लिए की गई सहमति दबाव, धोखाधड़ी या गलतबयानी युक्त रही हो तो वह समझौता अमान्यकरणीय होता है।

v. पक्षों की क्षमता

अनुबंध करने वाले दोनों पक्ष अनुबंध करने के लिए कानूनी तौर पर सक्षम होने चाहिए। प्रस्ताव पर हस्ताक्षर करने के समय पॉलिसीधारक बालिग और मानसिक रुप से स्वस्थ होना चाहिए तथा उसे कानूनी रूप से अयोग्य घोषित नहीं किया गया होना चाहिए। उदाहरण के लिए नाबालिग बीमा अनुबंध नहीं कर सकते।

vi. वैधता

अनुबंध की विषय-वस्तु कानूनी होनी चाहिए, उदाहरण के लिए गैरकानूनी कार्यों के लिए कोई बीमा नहीं हो सकता। ऐसा कोई भी समझौता जिसकी विषय-वस्तु या प्रतिफल गैरकानूनी है, वह अमान्य है। बीमा अनुबंध की विषय-वस्तु एक कानूनी विषय-वस्तु होती है।

महत्वपुर्ण

i. **दबाव** - इसमें आपराधिक साधनों के माध्यम से डाला जाने वाला दबाव शामिल है।

ii. **अनुचित प्रभाव** - जब कोई व्यक्ति किसी दूसरे के इच्छा पर हावी होने में सक्षम होगा तो वह दूसरे से अनुचित लाभ उठाने के लिए उस स्थिति का उपयोग करेगा।

iii. **धोखाधड़ी** - जब कोई व्यक्ति गलत विश्वास पर दूसरे को काम करने के लिए प्रेरित करता है जो ऐसी प्रस्तुति के कारण होता है जिसे सत्य नहीं मानना चाहिए। यह तथ्यों के जानबूझकर छिपाव से या उनको गलत तरीके से प्रस्तुत करने के कारण हो सकता है।

iv. **गलती** - किसी के ज्ञान या विश्वास में या किसी वस्तु या घटना की व्याख्या करने में होने वाली त्रुटि, इससे

अनुबंध की विषय-वस्तु के बारे में किये जा रहे समझौते को समझने में गलती हो सकती है।

2. बीमा अनुबंध – प्रमुख विशेषताएं

a) परम सद्भाव या अटमोस्ट गुड फेथ

यह बीमा अनुबंध का एक मौलिक सिद्धांत है। यह चेरम विश्वास भी कहलाता है, जिसका मतलब होता है कि अनुबंध करने वाले प्रत्येक पक्ष बीमा की विषय-वस्तु से संबंधित सभी महत्वपुर्ण तथ्यों का खुलासा करें।

सद्भाव व परम सद्भाव में अंतर किया जा सकता है। आमतौर पर सभी वाणिज्यिक अनुबंधों में यह जरूरी है कि सद्भाव उनके लेन-देन में दिखे और जानकारी देने में कोई धोखाधड़ी या छल न हो। सद्भाव के पालन करने के लिए कानूनी कर्तव्य के अलावा यह है कि विक्रेता क्रेता को अनुबंध की विषय-वस्तु के बारे में कोई जानकारी देने के लिए बाध्य नहीं है।

यहाँ ध्यान देने वाला नियम **"देखकर बेचें" हैं जिसका मतलब है, क्रेता सावधान।** अनुबंध के पक्षों से यह अपेक्षा की जाती है कि वे अनुबंध की विषय-वस्तु की जाँच करें और इसलिए जब तक हो सके कोई पक्ष दुसरे को गुमराह न करे और दिए हुए उत्तर सही हों, ऐसे में दुसरे पक्ष को अनुबंध से दूर रहने का सवाल ही नहीं उठता।

परम सद्भावः बीमा अनुबंध अलग-अलग आधार पर होते हैं। सबसे पहले, अनुबंध की विषय-वस्तु अमूर्त है और बीमाकर्ता के प्रत्यक्ष अवलोकन या अनुभव द्वारा आसानी से जानी नहीं जा सकती है। इसके साथ ही कई अन्य तथ्य हैं जो अपनी प्रवृति प्रवृत्ति के कारण स्वभावतः केवल प्रस्तावक द्वारा ही जाने जा सकते हैं। बीमाकर्ता को जानकारी के लिए बताई गई बातों पर अक्सर पूरी तरह भरोसा करना होता है।

इसलिए प्रस्तावक का यह कानूनी कर्तव्य है कि वह उन बीमाकर्ताओं को बीमा की विषय-वस्तु के बारे में सारे महत्वपूर्ण तथ्य बताएँ जिनके पास ये जानकारियाँ नहीं हैं।

उदाहरण

डेविड ने जीवन बीमा पॉलिसी के लिए एक प्रस्ताव बनाया। पॉलिसी के लिए आवेदन करते के समय वह मधुमेह से पीड़ित होकर इसकी इलाज करवाने लगा। लेकिन डेविड ने जीवन बीमा कंपनी को इस तथ्य को नहीं बताया। डेविड तीस वर्ष का था इसलिए बीमा कंपनी ने डेविड की बिना मेडीकल जाँच कराये, उसे पॉलिसी जारी कर दी। पॉलिसी जारी करने के कुछ वर्ष बाद डेविड का स्वास्थ्य बिगड़ गया और उसे अस्पताल में भर्ती होना पड़ा। डेविड अच्छा न हो सका और अगले कुछ दिनों में मर गया। जीवन बीमा कंपनी को दावा दीया गया।

डेविड के नामिती को आश्चर्य हुआ क्योंकि जीवन बीमा कंपनी ने दावे को अस्वीकार कर दिया। अपनी जाँच में बीमा कंपनी ने पाया था कि पॉलिसी के लिए आवेदन किये जाने के समय से ही डेविड मधुमेह से पीड़ित था और उसने यह तथ्य जानबूझकर छुपाया था। इसलिए बीमा अनुबंध अमान्य घोषित कर दिया गया गई और दावे को अस्वीकार कर दिया गया।

महत्वपूर्ण जानकारी उसे कहते हैं जिसके आधार पर बीमाकर्ता निम्नानुसार निर्णय ले सकते हैं -

- ✓ कि वे जोखिम स्वीकार करें या नहीं?
- ✓ यदि करें तो प्रीमियम की दर तथा निबंधन और शर्तें क्या होंगी?

परम सद्भाव का कानूनी कर्तव्य आम कानून के तहत आता है। कर्तव्य न केवल प्रस्तावक की जानकारी वाले

महत्वपूर्ण तथ्यों पर लागू होता है अपितु उन महत्वपूर्ण तथ्यों पर भी लागू होता है जिन्हें उसे जानना चाहिए।

उदाहरण

महत्वपूर्ण जानकारी के कुछ उदाहरण नीचे दिए गए हैं जिन्हें प्रस्तावक को प्रस्ताव देते समय प्रकट करने चाहिए-

i. **जीवन बीमा :** स्वयं का चिकित्सा इतिहास, वंशानुगत बीमारियों का पारिवारिक इतिहास, धूम्रपान और शराब पीने जैसी आदतें, कार्य से अनुपस्थिति, आयु, शौक, प्रस्तावक जैसे आय विवरण, पूर्व में ली गईं जीवन बीमा पॉलिसियाँ, व्यवसाय आदि की वित्तीय जानकारी ।
ii. **अग्नि बीमा :** भवन का निर्माण व उसका उपयोग, भवन की आयु, परिसरों में सामान की प्रकृति इत्यादि।
iii. **समुद्री बीमा :** माल का विवरण, पैकिंग की विधि आदि।
iv. **मोटर बीमा :** वाहन विवरण, क्रय तिथि, चालक विवरण आदि।

इस प्रकार बीमा अनुबंध उच्चतर बंधन के अधीन हैं। जब ये बीमा के लिए आते हैं तो सद्भाव अनुबंध परम सद्भाव अनुबंध हो जाते हैं।

परिभाषा

"परम विशवस" की अवधारणा को, "प्रस्तावित किये जा रहे जोखिम के लिए माँगे जाने पर या बिन माँगे सभी तथ्यों को सही तरह से और पूर्ण रूप से स्वेच्छा से बताने के सकारात्मक कर्तव्य" को शामिल करने के रूप में परिभाषित किया गया है।

यदि दोनों में से किसी भी एक पक्ष ने परम सद्भाव का पालन नहीं किया तो दूसरा पक्ष उस संविदा को टाल सकता है। इसका अनिवार्य रूप से यह मतलब होता है कि किसी को भी अपनी गलती का लाभ उठाने की अनुमति नहीं होनी चाहिए, विशेषकर बीमा अनुबंध का कार्य करते समय।

यह अपेक्षा की जाती है कि बीमित को तथ्य के संबंध में कोई गलत बयानी नहीं करनी चाहिए जो बीमा अनुबंध के लिए है। बीमाधारक को सभी संबधित तथ्यों का खुलासा करना चाहिए। यदि यह बंधन मौजूद नहीं है तो बीमा करानेवाला व्यक्ति विषय-वस्तु पर जोखिम को प्रभावित करते हुए कुछ तथ्यों को दबा सकता है और अनुचित लाभ प्राप्त कर सकता है।

पॉलिसीधारक से उम्मीद की जाती है कि बिना किसी महत्वपूर्ण तथ्य को छुपाए, वह सच्चाई के साथ अपने स्वास्थ्य, पारिवारिक इतिहास, आय, आदि की स्थिति का खुलासा करे जिससे सही तरह से जोखिम का आकलन करने के लिए जोखिमांकक सक्षम हो। प्रस्ताव फार्म में अप्रकटीकरण या गलत बयानी की स्थित में यह जोखिमांकक के जोखिमांकन निर्णय को प्रभावित कर सकता है, ऐसे में बीमाकर्ता को अनुबंध रद्द करने का अधिकार है।

सभी महत्वपूर्ण तथ्यों को प्रकट करने के लिए कानून बाध्यता लागू करता है।

उदाहरण

एक अधिकारी उच्च रक्तचाप से पीड़ित है और हाल ही में उसे एक हल्का दिल का दौरा पड़ा, जिसके चलते वह एक चिकित्सा पॉलिसी लेने का निर्णय लेता है लेकिन इस बात जिक्र नहीं करता। इस का प्रकार बीमाकर्ता बीमित द्वारा तथ्यों की गलत बयानी के कारण प्रस्ताव को स्वीकार करने से ठगा जाता है।

किसी व्यक्ति के दिल में जन्मजात छेद है जिसके बारे में जानकारी प्रस्ताव फार्म में दी गई है। इसे बीमाकर्ता द्वारा स्वीकार किया गया है लेकिन प्रस्तावक को यह सूचित नहीं किया है कि ये पूर्व से मौजूद रोग कम से कम 4 वर्षों तक आवरित नहीं किए जाते हैं। यह बीमाकर्ता द्वारा तथ्यों के बारे में दी गई भ्रामक जानकारी है।

b) **महत्वपूर्ण तथ्य**

परिभाषा

महत्वपूर्ण तथ्य को इस प्रकार परिभाषित किया गया है कि वह तथ्य जो बीमा जोखिमांकक को जोखिम को स्वीकार करना है या नहीं तथा अगर स्वीकार करना है तो प्रीमियम की दर और नियम और शर्तों का निर्णय करने में लिए जाने वाले फैसले को प्रभावित करता है।

कोई अघोषित तथ्य महत्वपूर्ण है या नहीं, यह व्यक्तिगत मामले की परिस्थितियों पर निर्भर करेगा और उसके बारे में अंततः केवल अदालत में फैसला किया जा सकता है। बीमित को उन तथ्यों को प्रकट करना पड़ता है जो जोखिम को प्रभावित करते हैं।

आइए, अब बीमा में उन म्हत्वपूर्ण तथ्यों के प्रकार को जानें, जिन्हें बताना आवश्यक होता है-

i. वे तथ्य जो किसी जोखिम के बारे में सामान्य से बहुत अधिक प्रभावी प्रदर्शित करते हैं।

उदाहरण

समुद्री मार्ग से ले जाया जा रहा खतरनाक प्रकृति का कार्गो, बीमारी का पूर्व इतिहास

ii. सभी बीमाकर्ताओं से ली गईं पूर्व पॉलिसियों का अस्तित्व और उनकी वर्तमान स्थिति

iii. बीमा के लिए प्रस्ताव फार्म या आवेदन में सभी प्रश्न महत्वपूर्ण समझे जाते हैं क्योंकि ये बीमा की विषय-वस्तु के विभिन्न पहलुओं और इसके जोखिम के प्रभाव से संबंधित हैं। उनके बारे में पूरी सच्चाई से तथा सही तरह से पूर्ण उत्तर देने की आवश्यकता है।

निम्न कुछ परिदृश्य हैं जिसमें महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा करने की आश्यकता नहीं है

जानकारी

वे महत्वपूर्ण तथ्य जिनका खुलासा करने की आवश्यकता नहीं है।

यह माना गया है कि जब तक जोखिमांकक द्वारा कोई विशिष्ट जाँच नहीं होती है, प्रस्तावक निम्न तथ्यों का खुलासा करने के लिए बाध्य नहीं हैं-

i. **जोखिम को कम करने के लिए लागू किए गए उपाय।**

उदाहरण : अग्निशामक की उपस्थिति

ii. **वे तथ्य जिनकी जानकारी बीमित को नहीं है या वह उनसे अनभिज्ञ है**

उदाहरणः कोई व्यक्ति जो उच्च रक्तचाप से पीड़ित है लेकिन पॉलिसी लेते समय वह इस बात से अनभिज्ञ था तो उस पर इस तथ्य के गैरप्रकटीकरण का आरोप नहीं लगाया जा सकता।

iii. **उचित परिश्रम द्वारा जिसकी खोज की जा सकती है?**

हर बारीक एवं महत्वपूर्ण तथ्य का खुलासा करने की आवश्यकता नहीं होती। यदि जोखिमांकक को कुछ और जानकारी की आवश्यकता होती है तो उन्हें इसके लिए ऐसी जानकारी लेने के लिए सचेत रहना चाहिए।

iv. **कानूनी मामला**

माना जाता है कि सभी को देश के कानून का पता है।

उदाहरणः विस्फोटकों के भंडारण के बारे में नगर पालिका के कानून

v. **जिसके बारे में बीमाकर्ता उदासीन प्रतीत होता है (या आगे की जानकारी की आवश्यकता पर ध्यान नहीं देता)**

बीमाकर्ता बाद में इस आधार पर जिम्मेदारी से मुकर नहीं सकता कि उत्तर अपूर्ण थे।

कब तक प्रकट करने का कर्तव्य हैं?

जीवन बीमा अनुबंध के मामले में प्रकट करने का कर्तव्य स्वीकृति की की पूरी अवधि के दौरान मौजूद है जब तक प्रस्ताव स्वीकार नहीं कर लिया जाता और पॉलिसी जारी नहीं कर दी जाती। एक बार पॉलिसी के स्वीकार हो जाने पर आगे किसी ऐसे तथ्यों का खुलासा करने की आवश्यकता नहीं जो पॉलिसी अवधि के दौरान आएँ।

उदाहरण

श्री राजन ने 15 वर्षों की अवधि के लिए एक जीवन बीमा पॉलिसी ली है। पॉलिसी लेने के 6 वर्ष बाद श्री राजन को कोई हृदय संबंधी समस्या आती है और वे उनकी शल्यचिकित्सा होती है। श्री राजन को इस तथ्य को बीमाकर्ता को बताने की आवश्यकता नहीं है।

हालांकि यदि देय तिथि पर प्रीमियमों को जमा न करने के कारण पॉलिसी लैप्स होने की स्थिति में है और पॉलिसीधारक पॉलिसी अनुबंध को फिर से चालू करना चाहता है और इसे फिर से चालू कर देता है तो इस प्रकार से चालू करने के समय यह उसकी जिम्मेदारी बनती है कि वह उन सभी तथ्यों का खुलासा करे जो महत्वपूर्ण और प्रासंगिक हैं क्योंकि अब यह एक नई पॉलिसी के रूप में है।

परम सद्भाव का उल्लंघन

अब हम उन परिस्थितियों पर विचार करेंगे जो परम सद्भाव के उल्लंघन में शामिल हो सकती हैं। इस प्रकार का उल्लंघन या तो गैर-प्रकटीकरण या गलतबयानी से पैदा हो सकता है।

गैर-प्रकटीकरणः यह तब हो सकता है जब बीमित आमतौर पर महत्वपूर्ण तथ्यों के बारे में चुप रहता है क्योंकि बीमाकर्ता ने कोई विशेष जाँच नहीं की है। यह बीमाकर्ता द्वारा पूछे गए प्रश्नों के गोलमोल उत्तर से भी हो सकता है। अक्सर प्रकटीकरण अनजाने (यह बिना किसी के ज्ञान या इरादे से भी हो सकता है) में हो सकता है या

प्रस्तावक के यह समझने से भी हो सकता है कि तथ्य महत्वपूर्ण नहीं था।ऐसे मामले में यह निर्देष है।

ऐसे मामले में यह निर्दोष है। जब कोई तथ्य जान-बूझकर दबाया जाता है तो यह छिपाव माना जाता है। इस, मामले में इसका उद्देश्य धोखा देना होता है।

गलतबयानी : बीमा अनुबंध के लिये प्रक्रिया के दौरान दिया गया कोई भी बयान अभ्यावेदन कहलाता है। अभ्यावेदन तथ्य का सही कथन या विश्वास, इरादे या अपेक्षा का बयान हो सकता है। तथ्य के बारे में यह अपेक्षा की जाती है कि बयान काफी हद तक सही होना चाहिए। जब यह विश्वास या अपेक्षा से संबंधित मामलों के अभ्यावेदनों के लिए आता है, तो यह माना जाता है कि इन्हें सद्भाव में किया गया था।

गलतबयानी के दो प्रकार हैंः

i. **निर्दोष गलतबयानी** उन त्रुटिपूर्ण बयानों से संबंधित होती है जो बिना किसी धोखाधड़ी के इरादे से किए जाते हैं।
ii. दूसरी तरफ **धोखाधड़ीपूर्ण गलतबयानी** उन गलत बयानों से संबंधित होती है जो बीमाकर्ता को धोखा देने के इरादे से की जाती है या बिना सत्यता के बिना विचारे दिया जाता है।

कोई बीमा अनुबंध आमतौर पर तब अमान्य हो जाता है जब उसे स्पष्ट रूप से धोखे के इरादे से किया गया हो या जिसमें धोखाधड़ीपूर्ण छिपाव किया गया हो।

2014 के अध्यादेश में उन स्थितियों के बारे में कुछ दिशानिर्देश दिए गए हैं जिनके तहत किसी पॉलिसी पर धोखाधड़ी का सवाल उठाया जा सकता है।नए प्रावधान इस प्रकार हैं -

धोखाधड़ी

जीवन बीमा की पॉलिसी को पॉलिसी जारी होने की तारीख या जोखिम शुरू होने की तारीख या पॉलिसी के पुनर्जीवन की तारीख या पॉलिसी के आरोहक की तारीख, जो भी बाद में आता हो, से तीन वर्षों के भीतर किसी भी समय धोखाधड़ी के आधार पर सवालों के घेरे में लाया जा सकता हैः

बीमा कंपनी को उन आधारों और तथ्यों के बारे में लिखित रूप में बीमाधारक या बीमाधारक के कानूनी प्रतिनिधियों या नामितियों या समनुदेशितियों को बताना होगा जिन पर इस तरह का निर्णय आधारित है।

"धोखाधड़ी" शब्द को निम्नानुसार परिभाषित और निर्दिष्ट किया गया हैः

अभिव्यक्ति "धोखाधड़ी" का मतलब है बीमा कंपनी को धोखा देने या बीमा कंपनी को एक जीवन बीमा पॉलिसी जारी करने के लिए प्रेरित करने के इरादे से बीमाधारक द्वारा या उसके एजेंट द्वारा किया गया इनमें से कोई भी कृत्यः

(क) एक तथ्य के रूप में ऐसा सुझाव जो सच नहीं है और जिसे बीमाधारक सच नहीं मानता है;

(ख) बीमाधारक को तथ्य की जानकारी और विश्वास होने पर भी सक्रिय रूप से तथ्य को छुपाया जाना;

(ग) धोखा देने के लिए उपयुक्त कोई भी अन्य कृत्य; और

(घ) ऐसा कोई भी कृत्य या चूक जिसे कानून विशेष रूप से धोखाधड़ी घोषित करता है।

बीमा कंपनी द्वारा जोखिम के मूल्यांकन को संभावित रूप से प्रभावित करने वाले तथ्यों के बारे में सिर्फ चुप्पी धोखाधड़ी नहीं है जब तक मामले की परिस्थितियां इस प्रकार नहीं हैं कि उनका सम्मान किया गया है, बोलने के मामले में चुप रहना बीमा धारक या उसके एजेंट का कर्तव्य है या अन्यथा उसकी चुप्पी अपने आप में बोलने के समतुल्य है।

कोई भी बीमा कंपनी धोखाधड़ी के आधार पर एक जीवन बीमा पॉलिसी को अस्वीकार नहीं करेगी अगर बीमाधारक यह साबित कर सकता है कि वास्तविक तथ्य की गलतबयानी या उसे छुपाया जाना उसकी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास के लिए सही था या कि तथ्य को जानबूझकर छुपाए जाने का कोई इरादा नहीं था या कि इस प्रकार वास्तविक तथ्य की गलतबयानी या उसे छुपाया जाना बीमा कंपनी की जानकारी में है:

इसके अलावा यह प्रावधान भी है कि धोखाधड़ी के मामले में, अगर पॉलिसीधारक जीवित नहीं है तो असत्य प्रमाणित करने का दायित्व लाभार्थियों पर रहता है।

कोई व्यक्ति जो बीमा के अनुबंध का निवेदन और इसके बारे में बातचीत करता है उसे अनुबंध करने के प्रयोजन से बीमा कंपनी का एजेंट माना जाएगा।

तथ्यों को छुपाया जाना

जीवन बीमा की पॉलिसी को पॉलिसी जारी होने की तारीख या जोखिम शुरू होने की तारीख या पॉलिसी के पुनर्जीवन की तारीख या पॉलिसी के आरोहक की तारीख, जो भी बाद में आता हो, से तीन वर्षों के भीतर किसी भी समय इस आधार पर सवालों के घेरे में लाया जा सकता है कि बीमाधारक के जीवन की प्रत्याशा से संबंधित वास्तविक तथ्यों का कोई भी विवरण या इसे छुपाए जाने को प्रस्ताव या अन्य दस्तावेज़ में गलत तरीके से प्रस्तुत किया गया था जिसके आधार पर पॉलिसी जारी या पुनर्जीवित की गयी थी या आरोहक जारी किया गया था:

बशर्ते कि बीमा कंपनी को उन आधारों और तथ्यों के बारे में लिखित रूप में बीमाधारक या बीमाधारक के कानूनी प्रतिनिधियों या नामितियों या समनुदेशितियों को बताना होगा जिन पर जीवन बीमा की पॉलिसी को अस्वीकार करने का इस तरह का निर्णय आधारित है:

बशर्ते आगे यह कि गलतबयानी या वास्तविक तथ्यों को छुपाए जाने के आधार पर पॉलिसी को अस्वीकार करने के मामले में, न कि धोखाधड़ी के आधार पर, अस्वीकृति की तारीख तक पॉलिसी पर प्राप्त किए गए प्रीमियमों का भुगतान ऐसी अस्वीकृति की तारीख से नब्बे दिनों की एक अवधि के भीतर बीमाधारक को या बीमाधारक के कानूनी प्रतिनिधियों या नामितियों या समनुदेशितियों को कर दिया जाएगा।

तीन वर्षों की अवधि के बाद किसी पॉलिसी को गलतबयानी के आधार पर सवालों के घेरे में नहीं लाया जाएगा।

c) बीमाहित

"बीमाहित" का अस्तित्व प्रत्येक बीमा अनुबंध का अनिवार्य अंग है और इसे बीमा के लिए पूर्व शर्त के रूप में माना जाता है। आइए देखते हैं कि कैसे बीमा जुआ या दाँव से अलग है।

i. जुआ और बीमा

ताश के खेल को देखें, जहाँ कोई जीतता या हारता है। हानि या लाभ इसलिए होता है कि व्यक्ति दाँव लगाता है। यह खेल खेलने वाला व्यक्ति का केवल खेल जीतने के अलावा खेल के साथ कोई और हित या संबंध नहीं होता। सट्टेबाजी या जुआ अदालत में कानूनी रूप से लागू नहीं होते हैं और इसलिए इसके अनुसरण में कोई अनुबंध गैरकानूनी होगा। यदि कोई अपने घर को दाँव पर लगाता है और वह ताश के खेल में हार जाता है जो दूसरा पक्ष उसके वादे को पूरा करने के लिए अदालत में नहीं जा सकता।

अब एक घर और इसके जलने की घटना पर विचार करें। वह व्यक्ति जिसने अपने घर का बीमा कराया है उसे बीमा की विषय-वस्तु यानि घर के साथ कानूनी संबंध है। वह इस घर का मालिक है और इसके नष्ट या क्षतिग्रस्त होने पर उसे आर्थिक रूप से पीड़ित होने की संभावना है। स्वामित्व का यह संबंध स्वतंत्र रूप से होता है, चाहे आग लगे या न लगे और यह वह संबंध है जो हानि की ओर ले जाता है। घटना (आग या चोरी) से हानि होती है चाहे कोई बीमा लिया हो या नहीं।

उस ताश के खेल के विपरीत, जहाँ कोई जीत या हार सकता है, आग का केवल एक ही परिणाम हो सकता है और वह है घर के मालिक की क्षति।

मालिक यह सुनिश्चित करने के लिए बीमा करवाता है कि हुए नुकसान की इसी तरीके से क्षतिपूर्ति की जाए।

बीमित का जो हीत उसके घर में या पैसों में होता है, उसे बीमाहित कहा जाता है। बीमाहित की उपस्थिति बीमा अनुबंध को कानून के तहत वैध और लागू करने योग्य बनाती है।

उदाहरण

श्री चंद्रशेखर एक घर खरीदते हैं और जिसके लिए उन्होंने किसी बैंक से रु. 15 लाख का बंधक ऋण लिया है। नीचे दिए गए प्रश्नों पर विचार करें-

- ✓ क्या घर में उनका बीमायोग्य हित है?
- ✓ क्या घर में बैंक का बीमायोग्य हित है?
- ✓ उसके पड़ोसी के विषय में क्या?

श्री श्रीनिवास के परिवार में उनकी पत्नी, दो बच्चे और बुढ़े माता-पिता हैं। नीचे दिए गए प्रश्नों पर विचार करें-

- ✓ क्या उनका उनकी कुशलता में कोई बीमायोग्य हित है?
- ✓ यदि उनमें से कोई अस्पताल में भर्ती हो जाता है तो क्या उसे वित्तीय हानि होसकती है?
- ✓ पड़ोसी के बच्चों के विषय में क्या? क्या उनमें उस का बीमाहित होगा?

यहाँ यह उचित होगा कि बीमा की विषय-वस्तु और बीमा अनुबंध की विषय-वस्तु में अंतर किया जाए।

बीमा की विषय-वस्तु का संबंध उस संपत्ति से होता है जिसका बीमा किया जा रहा है और जिसकी स्वयं की व्सातविक वैल्यू होती है।

दूसरी ओर **बीमा अनुबंध की विषय-वस्तु** उस संपत्ति में बीमित का वित्तीय हित होता है। यह केवल तभी होता है जब बीमित को उस संपत्ति में इस प्रकार का हित होता है जिसका बीमा करा सकने का उसे कानूनी अधिकार होता है। वास्तविक अर्थ में देखा जाए तो बीमा पॉलिसी स्वतः सम्पत्ति आवरित न करते हुए उस सम्पत्ति में निहित बीमित के वित्तीय हित को आवरित करती है।

चित्र 3: सामान्य कानून के अनुसार बीमायोग्य हित

ii. **बीमायोग्य हित किस समय विद्यमान होना चाहिए**

जीवन बीमा के संदर्भ में बीमाहित पॉलिसी लेने के समय विद्यमान होना चाहिए। साधारण बीमा के मामले में पॉलिसी लेते समय और दावा करते समय बीमायोग्य हित विद्यमान रहना चाहिए मरीन पॉलिसियां इसका अपवाद हैं।

d) नजदीकी कारण

अंतिम कानूनी सिद्धांत नजदीकी कारण का सिद्धांत है।

नजदीकी कारण बीमा का एक प्रमुख सिद्धांत है और इसका मतलब यह जानना होता है कि वास्तव में हानि या क्षति कैसे धारित हुई तथा यह कि क्या यह किसी बीमित आपदा की परिणति है । यदि हानि का कारण बीमित आपदा रहा हो तो ऐसे में बीमाकर्ता का दायित्व बनता है। यदि तुरंत कारण कोई बीमित आपदा हो तो बमाकर्ता के लिए यह बाध्यकर है कि वह हानि की भरपाई करे, अन्यथा नही।

इस नियम के तहत बीमाकर्ता उस प्रमुख कारण को खोजता है जो हानि उत्पन्न करने वाली घटनाओं की शृंखला शुरु करता है । यह आवश्यक रूप से अंतिम घटना नहीं हो सकती है जो हानि होने से तुरंत पहले घटित हुई है यानि यह आवश्यक रूप से वह घटना नहीं होती जो सबसे पहले हानि करने वाली या हानि के लिए तुरंत जिम्मेदार रहती है।

अन्य कारण अप्रत्यक्ष कारण के रूप में वर्गीकृत हो सकते हैं, जो नजदीकी कारण से अलग रहते हैं। अप्रत्यक्ष कारण विद्यमान हो सकते हैं लेकिन किसी घटना को घटित करने के कारण में प्रभावशील नहीं होते।

परिभाषा

नजदीकी कारण को इस प्रकार परिभाषित किया गया है – वह सक्रिय एवं प्रभावोत्पादक कारण जो घटनाओं की श्रृंखलाओं को शुरु करता है और जिसके परिणामस्वरुप कोई घटना घटित होती है और जिसमें नये एवं स्वतंत्र स्त्रोत से शुरु होने वाले किसी बल का कोई हस्तक्षेप नहीं रहता।

नजदीकी कारण का सिद्धांत जीवन बीमा अनुबंधों पर कैसे लागू होता है? चूँकि आमतौर पर मृत्यु के कारण पर ध्यान दिये बिना मृत्यु लाभ भुगतान जीवन बीमा प्रदान करता है, यहां इसलिए तो नजदीकी कारण का सिद्धांत लागू नहीं होगा। हालांकि कई जीवन बीमा अनुबंधों में दुर्घटना हित लाभ राइडर भी होता है जिसमें एक अतिरिक्त बीमित धन राशि दुर्घटना के कारण मृत्यु पर देय होती है। ऐसी स्थिति में कारण का पता लगाना आवश्यक हो जाता है कि क्या मृत्यु दुर्घटना से हुई है। नजदीकी कारण का सिद्धांत ऐसे मामलों में लागू होगा।

अनुसरण का अनुबंध

अनुसरण अनुबंध वे अनुबंध होती हैं जो अन्य पक्ष को अनुरसण करने का अवसर देते हुए उस पक्ष द्वारा ड्राफ्ट की गई होती हैं जिनके पास बड़ा सौदेबाजी लाभ है, जैसे कि अनुबंध को स्वीकार या अस्वीकार करना। यहाँ बीमा कंपनी के पास अनुबंध के नियम और शर्तों के संबंध में सभी प्रकार की सौदेबाजी के अधिकार रहते हैं।

इसे बेअसर करने के लिए, पॉलिसी लेने के बाद पॉलिसीधारक को फ्री-लुक अवधि दी गई है, जिसे पॉलिसी बॉंड मिलने के 15 दिनों के भीतर, असहमति होने पर इसे रद्द कर सकने का विकल्प दिया जाता है । कंपनी को लिखित में सूचित किया जाना है और खर्च और प्रभार चार्जस घटाकर करते हे प्रीमियम लौटा दिया जाता है।

स्वयं परीक्षण 1

निम्नलिखित में से कोन सा विकल्प दबाव का उदाहराण है?

I. रमेश एक अनुबंध पर हस्ताक्षर करता है जिसकी बारीकियों की उसे जानकारी नहीं है।
II. रमेश महेश को धमकी देता है कि यदि उसने अनुबंध पर हस्ताक्षर नहीं किये तो वह उसे मार डालेगा।
III. रमेश अपनी प्रोफेशनल वरिष्ठता पद का प्रयोग करते हुए महेश से अनुबंध पर हस्ताक्षर करा लेता है।
IV. रमेश गलत जानकारी देते हुए अनुबंध पर महेश के हस्ताक्षर करवा लेता है।

स्वयं परीक्षण 2

निम्न में से कौन सा विकल्प रमेश द्वारा बीमित नहीं किया जा सकता?

I. रमेश का घर
II. रमेश की पत्नी
III. रमेश के मित्र
IV. रमेश के माता-पिता

सारांश

- बीमा एक अनुबंधात्मक समझौता होता है जिसमें बीमाकर्ता विनिर्दिष्ट जोखिमों पर वित्तीय सरक्षा देने हेतु सहमत होता है जिसके लिये वह एक मूल्य या प्रतिफल लेता है, जिसे प्रीमियम कहा जाता है।
- अनुबंध पक्षों के बीच कानून द्वारा लागू करने योग्य एक समझौता है।
- किती वैध अनुबंध में निम्न तत्व शामिल होते हैं :
  - i. प्रस्ताव और स्वीकृति
  - ii. प्रतिफल,
  - iii. आम सहमति,
  - iv. स्वतंत्र सहमति,
  - v. पक्षों की क्षमता और
  - vi. उद्देश्य की वैधता
- बीमा अनुबंधों में निम्न विशेष सुविधाएँ शामिल हैं :
  - i. चरम विश्वास,
  - ii. बीमायोग्य हित,
  - iii. नजदीकी कारण

प्रमुख शब्द

1. प्रस्ताव और स्वीकृति
2. विधिसम्मत प्रतिफल
3. आम सहमति
4. परम सद्भाव
5. महत्वपूर्ण तथ्य
6. बीमायोग्य हित
7. नजदीकी कारण

स्व परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

रमेश महेश को अनुबंध पर हस्ताक्षर नहीं करने पर जान से मारने की धमकी देता है, यह

दबाव का उदाहरण है।

उत्तर 2

सही विकल्प III है।

रमेश का अपने मित्र के जीवन में बीमायोग्य हित नहीं है और इसलिए वह उसे बीमित नहीं कर सकता।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

किसी वैध अनुबंध का कौन सा तत्व प्रीमियम से संबंधित रहता है?

I. प्रस्ताव और स्वीकृति
II. प्रतिफल
III. स्वतंत्र सहमति
IV. अनुबंध के लिए पक्षों की क्षमता

प्रश्न 2

_____ गलत बयान से संबंधित होता है जो बिना किसी धोखाधड़ीपूर्ण इरादे से दिये गए हैं।

I. गलतबयानी
II. योगदान
III. प्रस्ताव
IV. निवेदन

प्रश्न 3

_____ में आपराधिक साधनों के माध्यम से लागू दबाव शामिल होता है।

I. धोखाधड़ी
II. अनुचित प्रभाव
III. दबाव
IV. गलती

प्रश्न 4

जीवन बीमा अनुबंधों के संबंध में निम्न में से कौन सा सत्य है?

I. वे मौखिक अनुबंध होते हैं जो कानूनी रूप से लागू करने योग्य नहीं हैं
II. वे मौखिक हैं जो कानूनी रूप से लागू करने योग्य हैं
III. भारतीय अनुबंध अधिनियम,1872 की आवश्यकताओं के अनुसार वे दो पक्षों (बीमाकर्ता और बीमित) के बीच अनुबंध हैं।
IV. वे दाँव(शर्त लगाना) अनुबंधों के समान हैं

प्रश्न 5

निम्न में से कौनसा अनुबंध के लिए एक वैध प्रतिफल नहीं है?

I. पैसा
II. संपत्ति
III. रिश्वत
IV. आभूषण

प्रश्न 6

निम्न में से कौनसा पक्ष जीवन बीमा अनुबंध करने के योग्य नहीं है?

I. व्यवसाय मालिक
II. नाबालिग
III. गृहिणी
IV. सरकारी कर्मचारी

प्रश्न 7

निम्न कार्यों में से कौनसा "परम सद्भाव" के सिद्धांत को बताता है?

I. बीमा प्रस्ताव फार्म में ज्ञात चिकित्सा स्थितियों के बारे में नहीं बताना
II. बीमा प्रस्ताव फार्म में ज्ञात महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा नहीं करना
III. बीमा प्रस्ताव फार्म में ज्ञात महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा करना
IV. समय पर प्रीमियम भुगतान करना

प्रश्न 8

बीमायोग्य हित के संबंध में निम्न में से कौनसा सही नहीं है?

I. अपने पुत्र के लिए पिता द्वारा बीमा पॉलिसी लेना
II. पति-पत्नी द्वारा एक दूसरे के लिए बीमा लेना
III. मित्रों द्वारा एक दूसरे के लिए बीमा लेना
IV. नियोक्ता द्वारा कर्मचारियों के लिए बीमा लेना

प्रश्न 9

जीवन बीमा के संदर्भ में बीमायोग्य हित कब विद्यमान होना जरुरी है?

I. बीमा कराते के समय

II. दावे के समय
III. जीवन बीमा के मामले में बीमायोग्य हित होना आवश्यक नहीं है
IV. या तो पॉलिसी लेते के समय या दावे के समय

प्रश्न 10

निम्न परिदृश्य में मृत्यु के नजदीकी कारण का पता लगाएँ?

घोड़े से गिरने के कारण अजय की पीठ टूट जाती है। जल में पड़े रहने के कारण उसे निमोनिया हो जाता है। उसे अस्पताल में भर्ती किया जाता है पर निमोनिया के कारण वह मर जाता है।

I. निमोनिया
II. टूटी हुई पीठ
III. घोड़े से गिरना
IV. शल्य-चिकित्सा

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

प्रीमियम से संबंधित वैध अनुबंध का तत्व प्रतिफल है।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

गलतबयानी गलत बयानों से संबंधित होती है जो बिना किसी धोखाधड़ीपूर्ण इरादे से की जाती हैं।

उत्तर 3

सही विकल्प III है।

दबाव में आपराधिक साधनों के माध्यम से लागू दबाव शामिल होता है।

उत्तर 4

सही विकल्प III है।

जीवन बीमा अनुबंध भारतीय अनुबंध अधिनियम, 1872 की आवश्यकताओं के अनुसार दो पक्षों (बीमाकर्ता और बीमित) के बीच किया जाने वाला अनुबंध है।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

अनुबंध के लिए रिश्वत एक वैध प्रतिफल नहीं है।

उत्तर 6

सही विकल्प II है।

नाबालिग जीवन बीमा अनुबंध के लिए पात्र नहीं हैं।

उत्तर 7

सही विकल्प III है।

बीमा प्रस्ताव फार्म में ज्ञात महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा करना "परम सद्भाव" के सिद्धांत से संबंधित है।

उत्तर 8

सही विकल्प III है।

मित्र एक दूसरे के लिए बीमा नहीं ले सकते क्योंकि उसमें उनका कोई बीमायोग्य हित नहीं होताहै।

उत्तर 9

सही विकल्प I है।

जीवन बीमा के संदर्भ में बीमा कराते समय बीमायोग्य हित का विद्यमान होना आवश्यक है।

उत्तर 10

सही विकल्प III है।

घोड़े से गिरना अजय की मृत्यु का नजदीकी कारण है।

अनुभाग 2

जीवन बीमा

अध्याय 6

जीवन बीमा में क्या शामिल है

अध्याय का परिचय

बीमा में चार रुप शामिल हैं -

- ✓ संपति
- ✓ बीमित किया गया जोखिम
- ✓ पूलिंग का सिद्धांत
- ✓ अनुबंध

आइए हम, जीवन बीमा की विशेषताओं की जांच करें हैं। इस अध्याय में जीवन बीमा की उपरोक्त विभिन्न अंगों पर संक्षिप्त चर्चा की जाएगी।

अध्ययन परिणाम

A. जीवन बीमा कारोबार - अंग, मानव जीवन मूल्य, पारस्परिकता

A. जीवन बीमा कारोबार - अंग, मानव जीवन मूल्य, पारस्परिकता

1. आस्ति - मानव जीवन मूल्य (एचएलवी)

हम पहले ही यह जानकारी प्राप्त कर चुके हैं कि परिसंपत्ति एक प्रकार की संपत्ति होती है जिसका मूल्य बढ़ता है अथवा उससे प्रतिलाभ प्राप्त होता है। अधिकांश संपत्तियों के मामले में मूल्य का मापन स्पष्टतः विस्तीय रूप में किया जाता है। इसी प्रकार, मूल्य में हुई हानि की मात्रा को भी मापा जा सकता है।

उदाहरण

किसी गाड़ी के दुर्घटनाग्रस्त हो जाने पर क्षति की मात्रा का आकलन रु. 50,000/- का किया जा सकता है। बीमाकर्ता गाड़ी के मालिक को इस हानि की भरपाई करता है।

किसी व्यक्ति की मृत्यु पर हम हानि की मात्रा का आकलन कैसे करते हैं ?

उसका मूल्य रु. 50,000/- है या रु. 5,00,000/-?

एक एजेंट को, किसी ग्राहक से बात-चीत के दौरान उपरोक्त प्रश्न का जवाब देना पड़ता है। इस आधार पर एजेंट यह निर्णय लेता है कि ग्राहक को कितनी बीमा की सलाह दी जाए। वास्तव में जीवन बीमा एजेंट के लिए यह ऐसा पहला पाठ है जिसे उसे अवश्य सीखना चाहिए।

सौभाग्यवश, हमारे पास एक ऐसा मापक यंत्र है जिसका विकास प्रोफेसर ह्यूब्नर द्वारा लगभग 70 वर्ष पूर्व किया गया था। इस मापक यंत्र जिसे **ह्यूमन लाइफ वैल्यू (एचएलवी)** कहते हैं, का प्रयोग विश्वभर में किया जाता है।

एचएलवी अवधारणा, मनुष्य के जीवन को एक ऐसी संपत्ति या आस्ति के रूप में मानती है जिसके ज़रिए आय अर्जित की जाती है। अतः यह व्यक्ति विशेष की भविष्य में अपेक्षित शुद्ध कमाई के आधार पर मानव जीवन मूल्य का मापन करती है। शुद्ध कमाई का अर्थ, व्यक्ति द्वारा भविष्य में प्रति वर्ष कमाई जाने वाली अपेक्षित आय होती है, जिसमें से उसके द्वारा स्वयं पर खर्च की जायेगी राशि को घटा दिया जाता है। इससे यह पता चलता है कि एकमात्र कमानेवाले की असामयिक मृत्यु से परिवार की आर्थिक हानि क्या होगी? उपयुक्त ब्याज दर का प्रयोग हुए कमाई को पूँजी में बदल दिया जाता है।

एचएलवी के मापन हेतु एक साधारण मूलभूत नियम या उपाय उपलब्ध है। **इस उपाय में, परिवार की अपेक्षित वार्षिक आय को, एकमात्र कमाने वाले के जीवित न रहने की स्थिति में भी , उस पर अर्जित की जा सकने वाली ब्याज दर से विभाजित किया जाता है।**

उदाहरण

श्री राजन प्रति वर्ष रु. 1,20,000/- कमाते हैं तथा स्वयं पर रु. 24000/- खर्च करते हैं।

उनकी असामयिक मृत्यु हो जाने पर परिवार को प्रति वर्ष रु.96,000/- की शुद्ध कमाई की हानि होगी।

मान लें कि ब्याज दर 8% है (जिसे 0.08 के रूप में अभिव्यक्त किया गया है)।

एचएलवी = 96000/0.08 = रु. 12,00,000/-

एचएलवी यह निर्णय लेने में मदद करता है कि संपूर्ण सुरक्षा के लिए किसी व्यक्ति द्वारा कितनी राशी का बीमा कराना चाहिए। यह हमें जीवन बीमा की ऊपरी सीमा जिसके आगे वह सट्टेबाजी हो सकती है, की भी जानकारी देती है।

साधारणतः हम यह कह सकते हैं कि बीमा की राशि व्यक्ति की वार्षिक आय से 10 या 15 गुना अधिक होनी चाहिए। उपरोक्त उदाहरण में श्री राजन द्वारा रु. 1.2 लाख की कमाई पर रु. 2 करोड़ की बीमा मांगे जाने पर संदेह की स्थिति उत्पन्न हो जाएगी। खरीदे जाने वाले बीमा की वास्तविक राशि अवश्य ही व्यक्ति द्वारा बीमा खरीदने की सामर्थ्य एवं इच्छा पर निर्भर करेगी।

2. जोखिम

उपरोक्त परिच्छेद से हमें यह जानकारी मिली कि जीवन बीमा जोखिम की ऐसी परिस्थितियों से सुरक्षा प्रदान करता है जो संपत्ति के रूप में विद्यमान मानव जीवन के मूल्य को नष्ट या कम कर देती हैं। तीन परिस्थितियां ऐसी हैं जिनमें इस प्रकार की हानि घट सकती है। यह ऐसी विकट परिस्थितियां हैं जिनका सामना सामान्य लोगों को करना पड़ता है।

चित्र 1 – सामान्य लोगों की एक समान आशंकाएं

साधारण बीमा में विशिष्ट रूप से ऐसी जोखिमों को शामिल किया गया है जो संपत्ति को प्रभावित करते हैं जैसे आग, समुद्र के बीचों-बीच माल की हानि, चोरी एवं वाहन दुर्घटनाएं। इसमें, प्रतिष्ठा एवं मानहानि से संबंधित घटनाओं को भी शामिल किया गया है। इस वर्ग के बीमा को दायित्व बीमा कहते हैं।

अंततः ऐसी भी जोखिम हैं जो मनुष्य को प्रभावित कर सकते हैं। इन्हें व्यक्तिगत जोखिम कहते हैं एवं इन्हें भी साधारण बीमा में शामिल किया जा सकेंगा है।

उदाहरण

दुर्घटना बीमा जो दुर्घटना से हुई हानि के लिए सुरक्षा प्रदान करता है।

a) **जीवन बीमा, साधारण बीमा सही रुप में से कैसे भिन्न है**?

साधारण बीमा	जीवन बीमा
क्षतिपूर्ति - साधारण बीमा पॉलिसियां, व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा को छोड़कर, सामान्यतया क्षतिपूर्ति संबंधी अनुबंध होती हैं।	जीवन बीमा पालिसियां, एश्योरेंस संबंधी अनुबंध होती हैं।

	क्षतिपूर्ति का अर्थ है आग जैसी घटना के घटने पर बीमाकर्ता, वास्तविक हानि का आकलन करने के बाद केवल हानि की राशि- न अधिक न कम, की क्षतिपूर्ति राशि का भुगतान करता है। यह जीवन बीमा के मामले में संभव नहीं है।, अनुबंध में प्रारंभ से ही मृत्यु पर दी जाने वाली राशि को निश्चित करना लेना पड़ता है। अतः जीवन बीमा पालिसियों को प्रायः **जीवन एश्योरेंस अनुबंध** कहा जाता है। बीमित व्यक्ति की मृत्यु पर उसके नामिती अथवा लाभार्थी को बीमाधन राशि प्रदान की जाती है।
अनिश्चितताः साधारण बीमा अनुबंध के मामले में सुरक्षा प्रदान की जाने वाली घटना अनिश्चित होती है। कोई भी निश्चयपूर्वक यह नहीं कह सकता है कि आग से घर क्षतिग्रस्त हो जाएगा अथवा गाड़ी दुर्घटनाग्रस्त होगी या नहीं।	जीवन बीमा के मामले में, इसमें कोई संदेह ही नहीं है कि मृत्यु होगी या नहीं। व्यक्ति के जन्म लेने पर मृत्यु निश्चित है। **मृत्यु का समय ही अनिश्चित होता है।** अतः जीवन बीमा असामयिक मृत्यु से संबंधित जोखिम के लिए सुरक्षा प्रदान करता है।
संभावना में वृद्धि- साधारण बीमा में आग, भूकंप आदि जैसे खतरों में घटना के घटित होने की संभावना में समय के साथ बढ़ोत्तरी नहीं होती	जीवन बीमा के मामले में मृत्यु की संभावना आयु के साथ बढ़ती जाती है।

b) **जीवन बीमा के जोखिम का स्वरूप**

चूंकि मृत्यु आयु से जुड़ी है अतः इसका आशय यह है कि कम आयु के लोगों के लिए कम प्रीमियम लिया जाता है तथा वृद्धों के लिए अधिक प्रीमियम प्रभारित किया जाता है। इसका एक परिणाम यह हुआ कि जिन लोगों की आयु अधिक थी परंतु अन्यथा स्वस्थ थे, वे योजना से अलग हो जाते जबकि अस्वस्थ सदस्य बीमा योजना से जुड़े रहते। इसके फलस्वरूप बीमा कंपनियों को बहुत परेशानी होती थी। वे ऐसे लोगों से संम्पर्क करने का प्रयास करने लगे जो प्रीमियम भुगतान में सक्षम हों जिससे अपने संपूर्ण जीवलकाल के दौरान प्रीमियम का भुगतान कर सकें। इस कारणवश, प्रीमियम स्तरों का विकास हुआ।

3. स्तरीय प्रीमियम

महत्वपूर्ण

स्तरीय प्रीमियम वह प्रीमियम है जिसे इस प्रकार निश्चित किया जाता है कि आयु के साथ उसमें बढ़ोत्तरी नहीं होती परंतु संपूर्ण अनुबंध अवधि के दौरान अपरिवर्तनीय रहता है।

इसका यह अर्थ है कि प्रारंभिक वर्षों में एकत्रित किया जाने वाला प्रीमियम इस आयु में मरने वालों के मृत्यु संबंधी दावों हेतु आवश्यक राशि से अधिक होगा जबकि बाद के वर्षों में एकत्रित किया जाने वाला प्रीमियम, अधिक आयु में मरने वालों के मृत्यु संबंधी दावे हेतु आवश्यक राशि से कम होगा। स्तरीय प्रीमियम इन दोनों

स्थितियों का औसत होता है। इसका यह अर्थ है कि प्रारंभिक अवस्था में एकत्रित अधिक प्रीमियम, बाद की अवस्था में एकत्रित प्रीमियम के घाटे की भरपाई करता है।

स्तरीय प्रीमियम की विशेषता नीचे दर्शायी गई है।

चित्र 2- स्तरीय प्रीमियम

स्तरीय प्रीमियम का अर्थ यह भी है कि जीवन बीमा अनुबंध विशेष रूप से दीर्घावधि बीमा अनुबंध होती हैं जो कि 10, 20 या और अधिक वर्षों तक लागू होती हैं। दुसरी ओर साधारण बीमा विशेष रूप से अल्पावधि वाले होते हैं तथा इनके अनुबंध अवधि केवल एक वर्ष की होती है।

महत्वपूर्ण

बीमा कंपनी, अनुबंध के शुरुआती वर्षों में एकत्रित की गई प्रीमियम राशि को पालिसीधारकों के लाभ हेतु एक ट्रस्ट में रखती है। इस प्रकार एकत्रित राशि को 'रिजर्व (आरक्षित)' कहते हैं। बीमा कंपनी, इस आरक्षित निधि को बीमाकर्ता व्यक्ति के भविष्य के दायित्वों हेतु भुगतान करने के लिए रखती है। अधिशेष राशि से 'लाइफ फंड'(जीवन निधि) नामक एक फंड निर्मित किया जाता है। जीवन बीमाकर्ता ब्याज अर्जित करने हेतु इस फंड का निवेश भी करते हैं।

a) स्तरी. प्रीमियम के घटक

स्तरी प्रीमियम के दो घटक होते हैं।

i. पहले को मीयादी या **सुरक्षा अवयव या घटक** कहते हैं, इसमें, जोखिम लागत भुगतान हेतु आवश्यक वास्तविक प्रीमियम के अंश को शामिल किया जाता है।

ii. दूसरे को, **नकदी मूल्य तत्व** कहा जाता है। पॉलिसीधारकों के भुगतान से एकत्रित अधिशेष राशि से इसकी संरचना की जाती है। यह मुख्य रूप से बचत घटक है।

इसका यह अर्थ है कि जीवन बीमा की लगभग सभी पालिसियों में सुरक्षा और बचत का मिश्रण शामिल होता है। प्रीमियम में नकदी मूल्य तत्व जितना अधिक होगा, उसे उतना ही अधिक बचत अनुकूल बीमा पॉलिसी माना जाएगा।

4. जोखिम संग्रहीकरण का सिद्धांत

जीवन बीमा कंपनियों को अनुबंधात्मक वित्तीय संस्थाओं के रूप में वर्गीकृत किया गया है। इसका यह अर्थ है कि पालिसीधारकों को दिये जाने वाले लाभ को प्रायः अनुबंधात्मक गारंटी के रूप में लिया जाता है। जीवन बीमा एवं पेंशन द्वारा वित्तीय सुरक्षा प्रदान किए जाने के कारण परंपरागत रूप से उनकी सर्वाधिक खरीदी की जाती रही है। यह सिक्योरिटी अनुबंध के स्वरूप के फलस्वरूप उत्पन्न होती है तथा इसमें निर्मित कुछ बचाव तत्व सुनिश्चित करते हैं कि बीमाकर्ता भुगतान कर सकेंगे। यह स्वरूप, म्युचुएलिटि अथवा पूलिंग के सिद्धांत से उत्पन्न होता है।

म्युचुएलिटि वित्तीय बाज़ारों में जोखिम कम करने का एक महत्वपूर्ण तरीका है,दूसरा प्रकार है विशाखन दोनों, मूलभूत रूप से भिन्न होते हैं।

विशाखन (डाइवर्सिफिकेशन)	पारस्परिकता (म्यूचुएलिटि)
विशाखन के तहत फंड को विभिन्न परिसंपत्ति में अलग कर के रखा जाता है। (जैसे अंडों को विभिन्न टोकरियों में रखा जाता है)	पारस्परिकता अथवा पूलिंग के तहत विभिन्न व्यक्तियों के फंड को संग्रहित कर रखा जाता है। (सभी अंडों को एक ही टोकरी में रखना)
विशाखन के माध्यम से एक स्रोत से विभिन्न नियत स्थानों में फंड का प्रवाह होता है।	पारस्परिकता के तहत कई स्रोतों से एक में फंड का प्रवाह होता है।

चित्र 3 - पारस्परिकता

पारस्परिकता (कई स्रोतों से निधि का प्रवाह, एक गंतव्य की ओर)

जीवन बीमा में पारस्परिकता अथवा संग्रहीकरण सिद्धांत, दो महत्वपूर्ण भूमिकाएं निभाते हैं।

i. **किसी की असमायिक मृत्यु के परिणामस्वरूप उत्पन्न आर्थिक हानि की स्थिति में सुरक्षा प्रदान करना** ही इसकी पहली भूमिका है। इस हानि का वहन एक ऐसी निधि से किया जाता है जिसका संग्रहीकरण, जीवन बीमा संविदा में शामिल कई व्यक्तियों के अंशदान से किया जाता है।

ii. तथापि, जोखिम संग्रहीकरण का सिद्धांत मरणशीलता जोखिम से भी बढ़कर है। यह **संग्रहीकरण के साथ-साथ वित्तीय जोखिम को भी संतुलित** करता है। भिन्न-भिन्न समयों पर लोगों द्वारा किए गए विभिन्न प्रकार की संविदाओं के ज़रिए प्रीमियम, निधि एवं अंततः जुड़े हुए जोखिमों के संग्रहीकरण से इस स्थिति को प्राप्त किया जाता है। अतः इसमें भिन्न-भिन्न पीढ़ी के पॉलिसीधारकों के साथ मिलकर संग्रहीकरण किया जाता है। इस संग्रहीकरण का परिणाम यह सुनिशचित करने का प्रयास है कि अच्छे और बुरे दोनों ही समयों में जीवन बीमाकर्ता, समय के साथ साथ लाभ के एकसमान दर(एकसमान बोनस) का भुगतान कर पाता हैं।

5. जीवन बीमा अनुबंध

चित्र 4 : जीवन बीमा अनुबंध

अनुबंध, जीवन बीमा का अंतिम रूप होती है। बीमाधन राशि शब्द से इसकी महत्ता उजागर होती है। यह राशि अनुबंधात्मक रूप से आश्वासित होती है जिससे जीवन बीमा **वित्तीय सुरक्षा का एक माध्यम कहलाता** है। गारंटी त्तत्व से यह भी अर्थ है कि जीवन बीमा, सख्त विनियम एवं कड़े निरीक्षण के अधीन रहता है।

कारोबार संचालन की एक शर्त के रूप में जीवन बीमाकर्ताओं के लिए वैधाविक रुप से रिजर्व का रखना आवश्यक होता है। उनकी निधि के निवेश के संबंध में उनकी शर्तें हो सकती हैं परंतु उन्हें यह सुनिश्चित करना पड़ता है कि उनके पास उपलब्ध प्रीमियम पर्याप्त हैं तथा पालिसीधारकों के धन का व्यय किस प्रकार किया जा सकता है संबंधी नियमों के अधीन उन्हें शासित रहना पड़ सकता है।

प्रायः एक मुख्य प्रश्न पर चर्चा की जाती है कि क्या अन्य वित्तीय उत्पादों की तुलना में पॉलिसीधारकों को प्रदान किया जाने वाला लाभ पर्याप्त है। हमें यह याद रखना चाहिए कि जीवन बीमा अनुबंधो में जोखिम सुरक्षा एवं

बचत तत्व दोनों को शामिल किया जाता है। इस कारणवश, वित्तीय बाज़ार में अन्य उत्पादों के समान ही इसे भी वित्तीय उत्पाद माना जाता है। वास्तव में जीवन बीमा, सुरक्षा उत्पाद कम और धन रखने का उत्पाद अधिक बना हुआ है।

यहाँ, कम लागत का शुद्ध मियादी बीमा जिसके तहत केवल मृत्यु पर लाभ प्रदान किया जाता है तथा बचत योजनाएं, जिनमें नकदी मूल्य अथवा बचत घटक की मात्रा अधिक होती है, के बीच अन्तर दर्शाना आवश्यक है। यद्यपि पहली योजना का प्रीमियम न्यूनतम होता है, दूसरी योजना का प्रीमियम बहुत अधिक हो सकता है तथा वह एकल व्यक्ति की बचत का एक प्रमुख अंश होता है। इसका यह अर्थ भी है कि नकद मूल्य की अवसर लागत विशाल होती है। व्यक्ति द्वारा अपने धन का कहीं ओर निवेश न कर, अवसरों का परित्याग करते हुए वहन की गयी लागत ही 'अवसर लागत' कहलाती है।

वास्तव में, परंपरागत जीवन बीमा बचत अनुबंधों की प्रधान चुनौती एक वाद-विवाद के परिणामस्वरूप शुरू हुई जिसके तहत यह कहा गया कि "मियादी बीमा की खरीद करें तथा शेष राशि का निवेश अन्यत्र करें"। आवश्यक रूप से यह तर्क प्रस्तुत किया गया कि बेहतर यह होगा कि बीमा कंपनी से मियाद बीमा की केवल खरीदी की जाए एवं प्रीमियम की शेष राशि का निवेश ऐसे उत्पादों में किया जाए जिनमें अधिक लाभांश अर्जित करने की संभावना हो।

परंपरागत नकद मूल्य बीमा अनुबंधों के पक्ष में तथा विरुद्ध प्रस्तुत निम्नलिखित तर्कों पर विचार करना सुसंगत होगा।

a) लाभ

i. ऐतिहासिक तौर पर यह **सुरक्षित एवं संरक्षित निवेश** सिद्ध हुआ है। इसके नकद मूल्य, न्यूनतम दर के प्रतिलाभ की गारंटी देते हैं, और अनुबंध की अवधि के दौरान इसमें वृद्धि भी हो सकती है।

ii. नियमित रूप से प्रीमियम भुगतान हेतु व्यक्ति को अपनी बचत के संबंध में अनिवार्यतः योजना बनानी पड़ती है जिससे यह **बचतकर्ताओं** को निवेश में आवश्यक **अनुशासन** की सीख देती है।

iii. बीमाकर्ता निवेश प्रबंधन करता है तथा **व्यक्ति विशेष को इस जिम्मेदारी** से मुक्त कर देता है।

iv. यह **नकदी की स्थिति उपलब्ध** कराती है। बीमित व्यक्ति ऋण ले सकता है अथवा पालिसी को सरेंडर करते हुए उसे नकदी में परिवर्तित कर सकता है।

v. नकद मूल्य जीवन बीमा एवं वार्षिकी दोनों में ही **आयकर संबंधी छूट** प्राप्त है।

vi. बीमित व्यक्ति के दिवालियापन अथवा मृत्यु की स्थिति में **ऋणदाताओं द्वारा किए जाने वाले दावों** से भी **सुरक्षित** हो सकती हैं।

b) हानियां

i. अपेक्षाकृत स्थिर आय के वितीय उत्पाद के रूप में यह भी निश्चित आय वाले सभी निवेशों के समान ही मुद्रास्फीति के कारण घटते मूल्य के प्रभाव के अधीन है।

ii. जीवन बीमा पालिसियों की उच्च विपणन एवं अन्य प्रारंभिक लागत, शुरुआती वर्षों में संचित राशि की मात्रा को कम कर देती है।

iii. प्रतिलाभ, यद्यपि आश्वासित रहते, परंतु वित्तीय बाज़ार के अन्य उत्पादों से कम हो सकते हैं। न्यूनतन आय की प्राप्ति, अदला-बदली जो जोखिम को कम करती है, के परिणामस्वरूप होती है।

स्व परीक्षण 1

वित्तीय बाज़ारों में विशाखन से जोखिम कैसे कम हो जाता है?

I. बहुविध स्रोतों से निधि संग्रहित कर एक ही स्थान पर निवेश

II. विभिन्न आस्ति वर्गों में निधि का निवेश

III. निवेश के बीच समय के अंतर को कायम रखना

IV. सुरक्षित परिसंपत्तियों में निवेश

सारांश

a) आस्ति एक प्रकार की संपत्ति होती है जो मूल्य अथवा प्रतिफल अर्जित करती है।

b) एचएलवी अवधारणा मनुष्य के जीवन को, जो आय अर्जित करता है, एक प्रकार की संपत्ति मानती है। अतः यह एकल व्यक्ति के भविष्य में अपेक्षित शुद्ध कमाई के आधार पर मनुष्य जीवन के मूल्य का मापन करती है।

c) स्तरीय प्रीमियम ऐसा निश्चित प्रीमियम है जिसमें आयु के बढ़ने के साथ वृद्धि नहीं होती परंतु यह संपूर्ण अनुबंध अवधि के दौरान अपरिवर्तनीय रहती है।

d) पारस्परिकता, वित्तीय बाज़ारों में जोखिम घटाने के प्रमुख उपायों में से एक उपाय है, अन्य उपाय, विशाखन है.

e) जीवन बीमा अनुबंध में आश्वासन तत्व का यह आशय हे कि जीवन बीमा कठोर विनियमन एवं सख्त निरीक्षण के अधीन रहता है।

प्रमुख शब्द

1. परिसंपत्ति
2. मानव जीवन मूल्य (एचएलवी)
3. स्तरीय प्रीमियम
4. पारस्परिकता
5. विशाखन

स्व परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही उत्तर II है।

विशाखन का लक्ष्य, विभिन्न परिसंपत्ति वर्गों में निवेश के फैलाव के ज़रिए वित्तीय बाज़ार के जोखिमों को कम करना है।

स्व परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

निम्नलिखित में से कौन सा तत्व जीवन बीमा कारोबार का घटक नहीं है ?

I. संपत्ति
II. जोखिम
III. पारस्परिकता का सिद्धांत
IV. अनुदान

प्रश्न 2

एचएलवी की धारणा किसने आविष्काट की थी?

I. डॉ. मार्टिन लूथर किंग
II. वारन बफेट
III. प्रो. ह्यूब्नर
IV. जॉर्ज सोरोस

प्रश्न 3

निम्नलिखित बीमा योजनाओं में से किस में बचत का तत्व बहुत कम अथवा कुछ भी नहीं रहता है।

I. मियादी बीमा योजना
II. एंडोमेंट योजना
III. आजीवन योजना
IV. मनी बैक योजना

प्रश्न 4

निम्नलिखित में से किस विकल्प को संपत्ति नहीं कहा जा सकता है?

I. कार
II. मानव जीवन
III. वायु

IV. घर

प्रश्न 5

निम्नलिखित में से किस विकल्प को जोखिम के तहत वर्गीकृत नहीं किया जा सकता है?

I. बहुत कम आयु में मर जाना
II. बहुत शीघ्र मर जाना
III. प्राकृतिक टूट-फूट
IV. विकलांगता सहित जीवित रहना

प्रश्न 6

निम्नलिखित में से कौन सा कथन सही है?

I. जीवन बीमा पालिसियां, क्षतिपूर्ति संबंधी अनुबंध हैं जबकि साधारण बीमा पालिसियां आश्वासन संबंधी अनुबंध होती हैं।
II. जीवन बीमा पालिसियां, आश्वासन संबंधी अनुबंध होती हैं जबकि साधारण बीमा पालिसियां क्षतिपूर्ति संबंधी अनुबंध हैं।
III. साधारण बीमा के मामले में जिस जोखिम घटना को सुरक्षा प्रदान की जाती है, वह निश्चित रूप से घटती है।
IV. साधारण बीमा के मामले में जोखिम घटना के घटने की निश्चितता समय के साथ बढ़ती जाती है।

प्रश्न 7

निम्नलिखित में से वह कौन सी पारंपरिक विधि है जो किसी व्यक्ति को कितने बीमे की आवश्यकता का निर्णय लेने में मदद करती है?

I. मानव आर्थिक मूल्य
II. जीवन मीयादी प्रस्ताव
III. मानव जीवन मूल्य
IV. भावी जीवन मूल्य

प्रश्न 8

निम्नलिखित में से कौन सा विकल्प इस तथ्य का सटीक स्पष्टीकरण प्रदान करता है कि जीवन बीमा हेतु वृद्ध व्यक्तियों की तुलना में युवा लोगों से कम प्रीमियम प्रभारित किया जाता है।

I. अधिकांश युवा लोग आश्रित होते हैं।
II. वृद्ध व्यक्ति में अधिक भुगतान की क्षमता होती है।
III. मृत्युदर, आयु से जुड़ी होती है।
IV. मृत्युदर, आयु से उलटी तरह होती है ।

प्रश्न 9

निम्नलिखित में से कौन सा विकल्प नकदी मूल्य बीमा संविदा द्वारा दिये जाने वाला लाभ नहीं है।

I. सुरक्षित एवं संरक्षित निवेश
II. बचत संबंधी अनुशासन की सीख
III. कम प्रतिफल
IV. आयकर संबंधी छूट

प्रश्न 10

निम्नलिखित में से कौन सा विकल्प नकदी मूल्य बीमा अनुबंध द्वारा दिये जाने वाला लाभ है।

I. प्रतिफल, मुद्रास्फीति के कारण धीरे धीरे घटने के प्रभाव के अधीन
II. प्रारंभिक वर्षों में कम एकत्रित राशि
III. कम प्रतिफल
IV. सुरक्षित निवेश

स्व परीक्षा के प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प IV है।

जीवन बीमा कारोबार के तत्वों में संपत्ति, जोखिम, पारस्परिकता का सिद्धांत एवं जीवन बीमा अनुबंध शामिल है।

अनुदान, जीवन बीमा कारोबार का तत्व नहीं है।

उत्तर 2

सही विकल्प III है।

प्रोफेसर ह्यूबनर ने मानव जीवन मूल्य(एचएलवी) की अवधारणा का आविष्कार किया था।

उत्तर 3

सही विकल्प I है।

मीयादी बीमा में बचत तत्व नहीं होता है।

उत्तर 4

सही विकल्प III है।

हवा को संपत्ति के रूप में वर्गीकृत नहीं किया जा सकता है।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

प्राकृतिक टूट फूट एक तथ्य है, यह जोखिम का तत्व नहीं है।

उत्तर 6

सही विकल्प II है।

जीवन बीमा पॉलिसियां आश्वासन वाली अनुबंध होती हैं जबकि साधारण बीमा पॉलिसियाँ, क्षतिपूर्ति अनुबंध होती हैं।

उत्तर 7

सही विकल्प III

मानव जीवन मूल्य पद्दति के जरिए किसी व्यक्ति के लिए आवश्यक बीमा की राशि की गणना की जाती है।

उत्तर 8

सही विकल्प III है।

मृत्यु दर आयु से जुड़ी रहती है, अतः वृद्ध लोगों की तुलना में कम आयु के लोगों, जिनकी मृत्यु की संभावना कम होती है, से कम प्रीमियम लिया जाता है।

उत्तर 9

सही विकल्प III है।

कम प्रतिफल नकदी मूल्य बीमा अनुबंध से होने वाली हानियों में से एक है ।

उत्तर 10

सही विकल्प IV है।

सुरक्षित निवेश. नकदी मूल्य बीमा अनुबंधों से होने वाले लाभों में से एक है।

अध्याय 7

वित्तीय नियोजन

अध्याय परिचय

पिछले अध्यायों में हमने चर्चा की थी कि जीवन बीमा में क्या शामिल है और वित्तीय सुरक्षा प्रदान करने में इसकी क्या भूमिका है। सुरक्षा व्यक्तियों की विशेष से संबंधित है जो वर्तमान और भविष्य की विभिन्न जरूरतों को पूरा करने के लिए अपनी आय और संपत्ति को आवंटित करना चाहते हैं। इस प्रकार जीवन बीमा "व्यक्तिगत वित्तीय नियोजन" के व्यापक संदर्भ में समझा जाना चाहिए। इस अध्याय का उद्देश्य वित्तीय नियोजन विषय की शुरुआत करना है।

अध्ययन परिणाम

A. वित्तीय नियोजन और व्यक्तिगत जीवन चक्र
B. वित्तीय नियोजन की भूमिका
C. वित्तीय नियोजन – विभिन्न प्रकार

A. वित्तीय नियोजन और व्यक्तिगत जीवन चक्र

1. वित्तीय नियोजन क्या है?

हम में से अधिकांश लोग पैसा बनाने के लिए अपने जीवन का एक बड़ा हिस्सा काम करने में बिताते हैं। क्या यह विचार करने का समय नहीं है कि हम धन को हमारे लिए काम करने के लिए लगाएं? वित्तीय योजना इस उद्देश्य को प्राप्त करने के लिए एक सही तरीका है। आइए कुछ परिभाषाओं को देखते हैं-

परिभाषा

i. वित्तीय नियोजन किसी व्यक्ति के जीवन के लक्ष्यों को जानने की एक प्रक्रिया है, इन चिन्हित लक्ष्यों को वित्तीय लक्ष्यों में परिवर्तित करने के लिए और किसी के वित्त को इस प्रकार व्यवस्थित किया जाए कि उनके उद्देश्यों को प्राप्त करने में मदद मिल सके।

ii. वित्तीय नियोजन एक प्रक्रिया है जिसके माध्यम से कोई व्यक्ति जीवन की अपेक्षित अप्रत्याशित आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए एक रुपरेखा तैयार कर सकता है। इसमें किसी शुद्ध मूल्य का आकलन, भविष्य के लिए वित्तीय आवश्यकताओं का अनुमान लगाना और धन के उचित प्रबंधन के माध्यम से उन आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए कार्य करना शामिल है।

iii. वित्तीय योजना किसी की इच्छाओं और उद्देश्यों को वास्तविकता में परिवर्तित करने की कार्यवाही है।

iv. वित्तीय योजना में किसी व्यक्ति की वर्तमान और भविष्य की जरूरतों, किसी के व्यक्तिगत जोखिम प्रोफाइल और किसी की प्रत्याशित आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए आय की एक रूपरेखा तैयार करने का समावेश रहता है।

वित्तीय नियोजन चिंता कम करने के साथ जीवन वहन में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। सावधानीपूर्वक बनाई गई योजना आपके विभिन्न लक्ष्यों को स्थिर गति से प्राप्त करने और आपकी प्राथमिकताएं तय करने में मदद कर सकती है।

चित्र 1: लक्ष्य प्रकार

i. ये लक्ष्य **लघुकालिक** हो सकते हैं : एलसीडी टीवी सेट खरीदना या एक पारिवारिक छुट्टी
ii. ये **मध्यकालिक** हो सकते हैं : घर खरीदना या विदेश में छुट्टी बिताना
iii. **दीर्घकालिक** लक्ष्यों में शामिल हो सकता है : किसी के बच्चे की शिक्षा या शादी या सेवानिवृत्ति पश्चात प्रावधान

2. व्यक्ति का जीवन चक्र

वे विलियम शेक्सपियर थे जिन्होंने कहा था कि दुनिया एक रंगमंच है। व्यक्ति जन्म से मृत्यु तक जीवन में अनेक चरणों से गुजरता है, इस दौरान उससे कई भूमिकाएं अनुक्रम में अदा करने की उम्मीद की जाती है, जैसे शिक्षार्थी, कमाने वाले के रूप में, साथी, माता-पिता, प्रदाता के रूप में, संतान त्पज्य माता-पिता और अंत में सेवानिवृत्ति वर्ष।

ये चरण आरेख में नीचे दिए गए हैं-

चित्र 2: आर्थिक जीवन चक्र

[शिक्षणर्थी] [अर्जक] [जीवन साथी] [माता-पिता] [पूर्ति करने वाला] [संतान तज्य माता-पिता] [सेवा निवृत्ति]

जीवन चरण और प्राथमिकताएँ

- **शिक्षार्थी [20 से 25 वर्ष तक] :** एक ऐसा चरण जब कोई अपना ज्ञान और कौशल बढ़ाते हुए योग्य नागरिक बनने की तैयारी करता है। मानव पूंजी का मूल्य बढाने पर ध्यान केन्द्रित करता है। शिक्षा के वित्तपोषण के लिए धन की आवश्यकता है, उदाहरण के लिए किसी प्रतिष्ठित प्रबंधन संस्थान में एमबीए के लिए अधिक फीस देना।
- **कमाने वाला [25 के बाद से] :** एक ऐसा चरण जब किसी को रोजगार मिलता है और शायद अपनी जरूरतों को पूरा करने के लिए वह पर्याप्त धन कमाता है और कुछ बचा लेता है। इस स्तर पर व्यक्तिगत पारिवारिक जिम्मेदारी हो सकती है और निकट भविष्य में उत्पन्न होने वाली जरूरतों को पूरा करने की दृष्टि से पूंजी बनाने के लिए वह कुछ संपत्ति की बचत तथा निवेश भी करता है। उदाहरण के लिए एक बहुराष्ट्रीय कंपनी में काम करने वाला युवक आवास के लिए

ऋण लेता है और घर में निवेश करता है।

- **जीवन साथी [28 -30 शादी होने पर] :** एक ऐसा चरण है जब कोई शादी करता है और उसका अपना परिवार होता है। इस चरण में तत्काल पारिवार और जिम्मेदारियों से संबद्ध होने पर ध्यान केन्द्रित करना पड़ता है जो कुछ इस प्रकार हो सकता हैं- अपना घर, शायद एक कार, टिकाऊ उपभोक्ता वस्तु ,बच्चों के भविष्य के लिए योजना इत्यादि।
- **माता-पिता [28 से 35 वर्ष] :** इन वर्षों के दौरान कोई व्यक्ति एक या एक से अधिक बच्चों का माता-पिता बनता है। यह महत्वपूर्ण समय होता है जब कोई व्यक्ति उनकी शिक्षा और स्वास्थ्य के बारे में चिन्ता करता है जैसे, उन्हें अच्छे स्कूल में भर्ती करना इत्यादि।
- **पूर्ति करने वाला [उम्र 35 से 55 वर्ष] :** यह एक ऐसी अवस्था है जब बच्चे किशोरावस्था में पहुंचते हैं और हाइस्कूल तथा कालेज में भर्ती होते हैं। शिक्षा की उच्च लागत के बारे में चिंतित होना स्वाभाविक है। आज जीवन की चुनौतियों का सामना करने के लिए बच्चे को तकनीकी और व्यावसायिक योग्यता दिलाना आवश्यक है। उदाहरण के लिए चिकित्सा पाठ्यक्रम की पढाई पर खर्च होने वाली धनराशि पर विचार करें जो पाँच वर्षों के लिए होता है। कई भारतीय परिवारों में वयस्क होते ही लड़कियों की शादी कर दी जाती है। लड़कियों की शादी और बंदोबस्त के लिए प्रावधान भारतीय परिवारों के लिए एक महत्वपूर्ण चिन्ता का विषय है। दरअसल, बच्चों की शादी और शिक्षा अधिकांश भारतीय परिवारों के लिए बचत करना आज एक महत्वपूर्ण उद्देश्य है।
- **संतान त्याज्य माता-पिता [उम्र 55 से 65] :** संतान त्याज्य माता-पिता की अवधि तब शुरू होती है जब युवा अवस्था समाप्त हो चुकी होती है अर्थात चिड़िया घोंसला खाली कर चुकी होती है। यह वह समय होता है जब बच्चों की शादी हो चुकी होती है और वे माता-पिता को छोड़कर काम करने के लिए दूसरे स्थान पर चले जाते हैं। आशा है इस समय तक लोगों की जिम्मेदारियां पूरी हो चुकी होती हैं [जैसे आवास ऋण और अन्य बंधक की तरह] और सेवानिवृत्ति के लिए एक कोष का निर्माण किया गया है। यह ऐसा भी समय है जब किसी के जीवन में डीजेनेरेटिव रोगों जैसे रक्तचाप और मधुमेह की शुरूआत होती है। स्वास्थ्य देखभाल संरक्षण सर्वोपरि हो जाता है इस प्रकार वित्तीय स्वतंत्रता और आय की सुरक्षा की जरूरत होती है।
- **सेवानिवृत्ति - गोधूलि वर्ष [उम्र 60 वर्ष और आगे] :** यह एक ऐसी उम्र है जब व्यक्ति सक्रिय काम से सेवानिवृत्त हो चुका होता है और अपने जीवन की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए काफी हद तक बचत का उपभोग करता है। यदि किसी के जीवन के अंत तक दैनिक आवश्यकताओं पर ध्यान देने की जरूरत है तो वह है उसकी पत्नी। महत्वपूर्ण चिंताएं स्वास्थ्य के मुद्दों, आय की अनिश्चितता और अकेलेपन से जुड़ी होती हैं। यह एक ऐसा समय है जब व्यक्ति जीवन की गुणवत्ता बढ़ाना चाहता है और उन सभी चीजों का आनंद लेना चाहता है जिसका उसने सपना देखा था लेकिन कभी कर न पाया, जैसे शौक पूरा करना अथवा छुट्टी या तीर्थ यात्रा पर जाना। मुद्दा यह है कि कोई अपनी उम्र शान से बिता सकता है या अभावों में, यह इस बात पर निर्भर करता है कि उसने इन वर्षो के लिए पर्याप्त प्रावधान किया था कि नहीं।

जैसा कि हम ऊपर देख सकते हैं, आर्थिक जीवन चक्र के तीन चरण होते हैं।

छात्र चरण	पहला चरण नौकरी पूर्वचरण है जो आम तौर पर एक छात्र होता है। यह एक प्रारंभिक चरण है जिसमें नागरिक की जिम्मेदारियां पैदा होती हैं। प्राथमिकता अपने कौशल को विकसित करना और अपनी मानव पूंजी मूल्य को बढ़ाना है।
कार्य चरण	कार्य चरण 18 से 25 की उम्र के बीच अथवा पहले भी शुरू होता है और 35 से 40 वर्ष तक हो सकता है। इस अवधि के दौरान व्यक्ति उपभोग्य की तुलना में अधिक अर्जित कर लेता है और इस प्रकार बचत शुरू करता है और धन का निवेश करता है।
सेवानिवृत्ति चरण	इस प्रक्रिया में वह धन जमा करता है और संपत्ति बनाता है जो भविष्य में विभिन्न जरूरतों के लिए फंड उपलब्ध कराता है जिसमें बाद के वर्षों में आय भी शामिल है जब व्यक्ति सेवानिवृत्त हो जाता है और काम करना बंद कर देता है।

3. किसी को विभिन्न वित्तीय परिसंपत्तियों को बचाने और खरीदने की आवश्यकता क्यों पड़ती होती है?

कारण यह है कि व्यक्ति के जीवन में कई चरण होते हैं और जब वह कोई विशेष भूमिका अदा करता है तो कई प्रकार की आवश्यकताएं आती हैं जिसके लिए फंड की जरूरत पड़ती है।

उदाहरण

जब कोई व्यक्ति शादी करता है और स्वयं का परिवार शुरू करता है तो उसके लिए घर की जरूरत पड़ सकती है। बच्चों के बड़े होने पर उच्च शिक्षा के लिए धन की आवश्यकता होती है। जैसे ही व्यक्ति आधी उम्र पार कर लेता है उसे स्वास्थ्य पर खर्च करने का प्रावधान करना पड़ता है और सेवानिवृत्ति के बाद बचत की जरूरत पड़ती है जिससे व्यक्ति को अपने बच्चों पर निर्भर रहने की आवश्यकता न पड़े और उन पर भार न बने। स्वतंत्रता और गरिमा के साथ जीवित रहना महत्वपूर्ण हो जाता है।

बचत को दो निर्णयों के एक समग्र रूप में माना जा सकता है।

i. **उपयोग स्थगनः** वर्तमान और भविष्य की खपत के बीच संसाधनों का आवंटन

ii. कम नकदी परिसंपत्तियों के बदले में (या तैयार क्रय शक्ति) **नकदी परिसंपत्तियों के साथ अलगाव**। उदाहरण के लिए जीवन बीमा पॉलिसी खरीदने का अर्थ है अनुबंध के लिए पैसे का आदान-प्रदान जो कम नकदी वाला है।

वित्तीय योजना में दोनों प्रकार के फैसले शामिल हैं। व्यक्ति को भविष्य के लिए बचत के क्रम में योजना बनानी होती है और भविष्य में आने वाली विभिन्न आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए बुद्धिमानी से संपत्ति में निवेश करना चाहिए।

जरूरत और उचित संपत्ति को समझने के लिए व्यक्ति के जीवन के विभिन्न चरणों को अधिक नजदीक से देखना प्रासंगिक होगा जैसा कि नीचे के उदाहरण में दिया गया है।

महत्वपूर्ण

जीवन चरण

बचपन चरण	जब कोई छात्र या शिक्षार्थी होता है।
युवा अविवाहित चरण	जब कोई व्यक्ति आजीविका कमाना शुरू करता है लेकिन अकेला है।
युवा विवाहित चरण	जब कोई व्यक्ति जीवन साथी अथवा पति या पत्नी बनता है।
छोटे बच्चों के साथ विवाहित चरण	जब कोई माता पिता बन जाता है।
बड़े बच्चों के साथ विवाहित चरण	जब कोई पूर्ति करने वाला बन जाता है और उसे बड़े होते बच्चों की जरुरतों और उनकी शिक्षा का ख्याल रखना पड़ता है।
परिवार के बाद / सेवानिवृत्ति पूर्व चरण	जब बच्चे आत्मनिर्भर हो जाते हैं और घर छोड़ देते हैं जैसे चिड़िया अपना खाली घोंसला छोडकर उड़ जाती है।
सेवानिवृत्ति चरण	जब व्यक्ति जीवन के संध्याकाल से गुजरता है और जीवन की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए पर्याप्त प्रावधान करता है और बचत की है तो वह सम्मान के साथ रह सकता है अथवा यदि पर्याप्त प्रावधान नहीं किया है तो निराश्रित हो सकता है और दूसरों की दया पर निर्भर रहना पड़ सकता है।

4. व्यक्तिगत आवश्यकताएँ

अगर हम उपरोक्त जीवन चक्र को देखें तो हमें पता चलेगा कि तीन प्रकार की आवश्यकताएँ पैदा हो सकती हैं। इनसे तीन प्रकार के वित्तीय उत्पाद पैदा होते हैं।

a) **भविष्यगत लेनदेन को सक्षम बनाना**

पहली आवश्यकता धन से शुरू होती है जिसकी आवश्यकता पूर्वानुमानित खर्च को पूरा करने के लिए पड़ती है जिसकी आवश्यकता जीवन चक्र के विभिन्न चरणों में पैदा होती रहती है। ऐसी आवश्यकताएँ दो प्रकार की होती हैं :

i. **विशिष्ट लेनदेन की आवश्यकता-** यह विशिष्ट जीवन की घटनाओं से जुड़ी होती है, जिन्हें संसाधनों की प्रतिबद्धता की आवश्यकता पड़ती है, उदाहरण के लिए उच्च शिक्षा का प्रावधान बनाने के लिए / आश्रितों के विवाह अथवा घर खरीदने या टिकाऊ उपभोक्ता वस्तुओं के लिए।

ii. **सामान्य लेनदेन की आवश्यकता-** बिना किसी विशिष्ट प्रयोजन के लिए निर्धारित किए मौजूदा खपत से धनराशि को अलग रखना। इसे लोकप्रिय रूप में "भविष्य के प्रावधान" कहा जाता है।

b) **आकस्मिकताओं को पूरा करना**

आकस्मिकताएँ जीवन की अप्रत्याशित घटनाएँ है जिस के लिये हम धन की बड़ी प्रतिबद्धता की आवश्यक्ता हैं और जिसे वर्तमान आय से पूरा नहीं कर सकते तथा इसके लिए पहले से धन इकट्ठा करने की आवश्यकता होती है। कुछ ऐसी घटनाएं जैसे निधन और अपंगता अथवा बेरोजगारी से आय का नुकसान होना है। अन्य जैसे आग से भी सम्पत्ति की क्षति हो सकती है। ऐसी आवश्यकताएं बीमा से

पूरी की जा सकती हैं। यद्यपि इनके घटित होने की संभावना कम है लेकिन खर्च काफी होता है। वैकल्पिक रूप से इस प्रकार की आकस्मिकताओं के लिए नकदी परिसंपत्ति की एक बड़ी राशि आरक्षित रूप में अलग रखने की आवश्यकता है।

c) **धन संचय**

वास्तव में सभी प्रकार की बचत और निवेश से कुछ संपत्ति बनती है। जब हम संचय के मकसद की बात करते हैं तो यह लाभ लेने के प्राथमिक निवेश और बाजार के अनुकूल अवसरों से लाभ लेने के लिए व्यक्तिगत इच्छा को दर्शाता है। दूसरे शब्दों में बचत और निवेश मुख्य रूप से धन जमा करने की इच्छा से प्रेरित हैं।

इसके मकसद को इस रूप में कहा गया, धन जमा करने की इच्छा क्योंकि व्यक्ति निवेश करते समय अधिक धन बनाने के लिए जोखिम लेता है, अधिक धन बनाने की इच्छा होती है क्योंकि इससे धन कई गुणा या निश्चित राशि तेजी से बढ़ जाती है। धन की आवश्यकता है क्योंकि यह स्वतंत्रता, उद्यम, शक्ति और प्रभाव के साथ जुड़ा हुआ है।

5. वित्तीय उत्पाद

आवश्यकताओं की उपरोक्त सेटों के अनुरूप वित्तीय बाजार में तीन प्रकार के उत्पाद हैं-

लेनदेन संबंधी उत्पाद	बैंक जमा और अन्य बचत साधन जो सही समय पर और मात्रा में किसी को पर्याप्त क्रय शक्ति (तरलता) रखने में सक्षम बनाते हैं।
बीमा जैसे आकस्मिक उत्पाद	ये उन बड़ी हानियों के लिये सुरक्षा प्रदान करते हैं जो अचानक अप्रत्याशित घटनाओं के घटने से हो सकती हैं।
धन संचय उत्पाद	शेयर और उच्च उत्पादकता बांड या अचल संपत्ति इस प्रकार के उत्पादों के उदाहरण हैं। यहाँ निवेश इसलिए किया जाता है कि अधिक धन बनाने के लिए और पैसा लगाया जाए.

व्यक्ति को आम तौर पर उपरोक्त सभी के मिश्रण की आवश्यकता है और इस तरह से सभी तीनों प्रकार के उत्पादों को रखने की आवश्यकता हो सकती है। संक्षेप में कह सकते हैं कि :

i. बचत की आवश्यकता – नकदी जरूरतों के लिए
ii. बीमा करने की आवश्यकता – अनिश्चितताओं के खिलाफ
iii. निवेश करने की आवश्यकता – धन सृजन के लिए

6. जोखिम प्रोफाइल और निवेश

यह भी देखा गया है कि व्यक्ति अपने जीवन चक्र में कई विभिन्न चरणों से गुजरता है, युवा कमाने वाले से मध्य उम्र तक और आगे कार्यरत जीवन के अंतिम समय तक, जोखिम प्रोफाइल या जोखिम लेने में भी एक परिवर्तन आता है।

जब व्यक्ति युवा है, उसे आगे बढ़ने के लिए काफी समय है और वह जीवन के प्रति काफी संघर्षशील हो सकता है तथा जहां तक सम्भव हो अधिक से अधिक धन इकट्ठा करने का जोखिम उठा सकता है। जैसे समय बीतता है व्यक्ति अधिक दूरदर्शी और निवेश के बारे में अधिक सावधान हो जाता है, इसका उद्देश्य सुरक्षा और निवेश को

संचित करना है।

अंत में, जब कोई सेवानिवृत्ति के निकट होता है, तब वह काफी रूढ़िवादी हो सकता है और उसका ध्यान कोष पर केन्द्रित हो जाता है जिसे वह सेवानिवृत्ति के बाद के वर्षों में खर्च कर सकता है। व्यक्ति किसी बच्चे के लिए वसीयत करने अथवा दान इत्यादि के बारे में भी सोच सकता है।

जोखिम प्रोफाइल के साथ तालमेल रखने के लिए व्यक्ति की निवेश शैली भी परिवर्तित हो जाती है। यह नीचे दर्शाया गया है-

चित्र 3: जोखिम प्रोफ़ाइल और निवेश शैली

स्व परीक्षण - 1

अप्रत्याशित घटनाओं से सुरक्षा की दृष्टि से आप इनमें से किसे सुझाएंगे?

I. बीमा
II. बैंक एफडी जैसे लेन-देन सम्बंधी उत्पाद।
III. शेयर
IV. ऋणपत्र

B. वित्तीय नियोजन की भूमिका

1. वित्तीय नियोजन

वित्तीय नियोजन एक ऐसी प्रक्रिया है, जिसमें किसी ग्राहक की वर्तमान तथा भविष्य की आवश्यकताएँ, जो हो सकती हैं, पर सावधानीपूर्वक विचार किया जाता है और मूल्यांकित किया जाता है तथा उसकी व्यक्तिगत जोखिम प्रोफाइल तथा आय उपयुक्त वित्तीय उत्पादों को अनुशंसित करने के माध्यम से विभिन्न प्रत्याशित / अप्रत्याशित जरूरतों को पूरा करने के लिए रुपरेखा मैप तैयार करने हेतु निर्धारित की जाती है।

वित्तीय नियोजन के तत्वों में शामिल हैं-

- ✓ निवेश - किसी के जोखिम उठाने की इच्छा के आधार पर परिसंपत्तियों का आवंटन,
- ✓ जोखिम प्रबंधन,

- ✓ सेवानिवृत्ति नियोजन,
- ✓ कर और संपदा नियोजन, तथा
- ✓ किसी की आवश्यकताओं के लिये वित्तप्रबंध

संक्षेप में वित्तीय योजना बनाने के लिए 360 डिग्री योजना बनाना शामिल है।

चित्र 4: वित्तीय नियोजन के तत्व

2. वित्तीय नियोजन की भूमिका

वित्तीय योजना एक नई विधा नहीं है। यह हमारे पूर्वजों में सरल रूप में प्रचलित था। उस समय सीमित निवेश विकल्प थे। कुछ दशक पहले इक्विटी निवेश एक बड़े बहुमत द्वारा जुआ खेलने जैसा समझा जाता था। निवेश काफी हद तक बैंक जमा, पोस्टल सेविंग योजनाओं और अन्य नियत आय साधनों में किया जाता था। हमारे समाज और हमारे ग्राहकों द्वारा आज लग अलग प्रकार की चुनौतियों का सामना किया जा रहा है । उनमें से कुछ इस प्रकार हैं-

i. संयुक्त परिवार का विघटन

आज संयुक्त परिवार का स्थान नभीकीय परिवार ने ले लिया है जिस में माता – पिता और बच्चों का समावेश है परिवार के विशिष्ट रुप से प्रमुख और कमाऊ सदस्य को खुद का और अपने प्रथम पारिवारिक सदस्यों के दायित्व का वहन करना पड़ता है। इसके लिए बड़े स्तर पर उचित नियोजन की आवश्यकता है और पेशेवर वित्तीय प्लानर की सहायता से लाभ हो सकता है।

ii. कई निवेश विकल्प

धन सृजन के लिए आज हमारे पास बड़े स्तर पर निवेश साधन उपलब्ध हैं। इनमें से प्रत्येक में जोखिम और प्रतिफल की भिन्न भिन्न मात्राएं रहती हैं। वित्तीय लक्ष्यों की उपलब्धि सुनिश्चित करने के लिए बुद्धिमानी से चुनाव करना है और अपनी जोखिम उठाने की क्षमता के आधार पर सही निवेश निर्णय लेना है। वित्तीय नियोजन परिसंपत्ति आवंटन में सहायता कर सकता है।

iii. बदलती जीवन शैली

आज तत्काल संतोष पाना आदत सी बन गया है। व्यक्ति नवीनतम मोबाइल फोन, कार, बड़े घर, प्रतिष्ठित क्लबों की सदस्यता आदि रखना चाहते हैं। इन इच्छाओं को पूरा करने के लिए वे बड़े बड़े उधार ले लेते हैं। इसका परिणाम यह होता है कि ऋणों का भुगतान करने में आय का एक बड़ा भाग चला जाता है और इससे बचत में कमी होती है। वित्तीय नियोजन जागरूकता और आत्म-अनुशासन लाने के साथ ही व्यय योजना बनाने में सहायता करने का एक साधन है, ताकि कोई अनावश्यक व्यय में कटौती कर सके और इन दोनों में सफल हो सके- वर्तमान जीवन-स्तर को बनाए रखते हुए आने वाले समय में इसका उन्नति।

iv. मुद्रास्फीति

समय समय पर होने वाली में मुद्रास्फीति अर्थव्यवस्था में माल एवं सेवाओं के मूल्यों के सामान्य स्तर में वृद्धि है। इससे पैसे के मूल्य में गिरावट आती है। इसके परिणामस्वरूप किसी की मेहनत से कमाए धन की खरीदने की क्षमता कम हो जाती है। मुद्रास्फीति किसी की सेवानिवृत्ति अवधि के दौरान तबाही मचा सकता है, जब किसी के लाभकारी पेशे से नियमित आय आनी बंद हो जाती है और आय का स्रोत केवल पहले की गई बचत रह जाती हैं। वित्तीय नियोजन यह सुनिश्चित करने में सहायक हो सकता है कि विशेषकर बाद के वर्षों में कोई मुद्रास्फीति से निपटने के लिए तैयार हो सकता है।

v. अन्य आकस्मिकताएं व्यय और आवश्यकताएँ

कई अन्य आवश्यकताओं और चुनौतियों को पूरा करने के लिए वित्तीय नियोजन व्यक्तियों की सहायता करने का साधन भी है। उदाहरण के लिए, आपातकालीन चिकित्सा के दौरान कई अप्रत्याशित खर्च या अन्य आकस्मिक व्यय होते हैं, जिनसे व्यक्तियों का सामना हो सकता है। इसी प्रकार, लोगों को अपनी कर देयताओं को प्रबंधित करने की आवश्यकता होती है। लोगों को यह भी सुनिश्चित करने की आवश्यकता होती है कि उनके धन और संपत्ति वाली उनकी संपदा उनकी मृत्यु के बाद उनके प्रियजनों को सुचारू रूप से मिल जाए। जीवन में या जीवन के बाद भी दान करने या सामाजिक और धार्मिक दायित्वों को पूरा करने जैसी अन्य आवश्यकताएँ होती भी हैं। इन सभी को प्राप्त करने के लिए वित्तीय नियोजन एक साधन है।

3. वित्तीय नियोजन शुरू करने के लिए सही समय कब है?

क्या यह सिर्फ अमीरों के लिये काम है? दरअसल, आदर्श रूप में नियोजन आपको पहला वेतन मिलते ही शुरू कर देना चाहिए। कोई कब योजना बनाए, जैसे यह बताने के लिए कोई कारण नहीं है।

बहरहाल एक महत्वपूर्ण सिद्धांत है जो हमारा मार्गदर्शन करेगा - हमारे निवेश की अवधि जितनी लंबी होगी, हमारे निवेश उतने ही बढ़ेंगे।

इसलिए, जितनी जल्दी शुरु की जाए, उतना ही अच्छा। इस प्रकार किसी के निवेश समय पर अधिकतम लाभ पाएँगे। फिर से, नियोजन केवल अमीरों के लिए नहीं है, यह सबके लिए है। अपने वित्तीय लक्ष्यों की प्राप्ति के लिए वित्तीय लक्ष्यों को निर्धारित करने की शुरूआत और निवेश साधनों में समर्पित बचत तैयार करते हुए अनुशासित दृष्टिकोण का पालन करना चाहिए, जो अपने जोखिम उठाने की क्षमता के लिए सर्वाधिक अनुकूल हो। वित्तीय नियोजन का एक अनियोजित, आवेगयुक्त दृष्टिकोण वित्तीय संकट के प्रमुख कारणों में से एक है जो व्यक्तियों को प्रभावित करता है।

स्व- परिक्षण 2

वित्तीय नियोजन शुरू करने का सबसे अच्छा समय कब है?

I. सेवानिवृत्ति के बाद
II. जैसे ही कोई अपना पहला वेतन पाता है
III. विवाह के बाद
IV. केवल धनी होने के बाद

C. वित्तीय नियोजन - प्रकार

आइए, अब विभिन्न प्रकार के वित्तीय नियोजन अभ्यासों पर विचार करते हैं, जिन्हें किसी व्यक्ति को करने की आवश्यकता हो सकती है।

चित्र 5: वित्तीय योजना सलाहकार सेवा

दी जानेवाली विभिन्न सलाहकार सेवाओं पर विचार करें। 6 ऐसे क्षेत्र हैं जिनके बारे में हम चर्चा करेंगे।

- ✓ नकदी नियोजन
- ✓ निवेश नियोजन
- ✓ बीमा नियोजन
- ✓ सेवानिवृत्ति नियोजन
- ✓ संपदा नियोजन
- ✓ कर नियोजन

1. नकदी नियोजन

नकदी प्रवाह (कैशफ्लो) प्रबंधन के दो उद्देश्य होते हैं।

i. सर्वप्रथम, किसी व्यक्ति को चाहिए कि वह अपनी आय एवं व्यय के प्रवाह का प्रबंधन करते हुए अप्रत्याशित या आपातकालीन जरुरतें पुरा करने हेतु तरल संपत्तियों की आरक्षित निधि बनाए।

ii. दूसरा, पूंजी निवेश के लिए उसे चाहिए कि वह व्यवस्थित ढंग से नकदी अधिशेष सृजित करते हुए उसे

बनाये रखे ।

यहाँ पहला कदम **बजट तैयार करना और वर्तमान आय तथा व्यय प्रवाह का विश्लेषण करना है।** इसके लिए, व्यक्ति को भविष्य के लिए उचित लक्ष्यों और उद्देश्यों की रुपरेखा तैयार करनी चाहिए। इससे यह पता चल सकेगा कि वर्तमान व्यय ढांचे के चलते वह अपने लक्ष्य तक कैसे पहुंच सकता हैं।

अगला कदम क्या नियमित और एकमुश्त लागतें खर्च हुई हैं, यह देखने के लिए **पिछले 6 महीनों के आय व व्यय का विश्लेषण करना है।** व्ययों को कई श्रेणियों में बांटा जा सकता है और उन्हें नियत एवं परिवर्तनीय व्यय के रुप में विभन्नत किया जा सकता है जहां एक ओर नियत व्ययों पर नियंत्रण रख पाना कठिन होता है, वहीं दुसरी ओर परिवर्तनीम व्यय कम या स्थगित किये जा सकते हैं क्योंकि वे अपने विवेकाधीन रहते हैं।

तीसरा चरण **पूरे वर्ष के लिए भावी मासिक आय और व्यय का पूर्वानुमान लगाना है।** बीते दिनों का विश्लेषण करते हुए और भविष्य के पूर्वानुमान के साथ इन नकदी प्रलाह का सुचारु प्रबंधन करने की योजना बनाई जा सकती हैं।

नकद योजना प्रक्रिया का एक अन्य भाग विवेकाधीन आय को अधिकतम करने के लिए रणनीतियाँ बनाना है।

उदाहरण

कोई अपने बकाए ऋण को फिर से संरचना तैयार कर सकता है।

कोई बकाए क्रेडिट कार्ड ऋण का समेकन करते हुए कम ब्याज के बैंक ऋण के जरिए उनका भुगतान कर सकता है।

अपने निवेश से और अधिक आय अर्जन के लिए कोई इन्हें फिर से संरचित कर सकता है।

---

2. बीमा नियोजन

कुछ ऐसी जोखिमों से व्यक्ति असुरक्षित हो राहा हैं जो उन्हें उनके व्यक्तिगत वित्तीय लक्ष्यों को प्राप्त करने से रोक सकते हैं। बीमा नियोजन में ऐसे जोखिमों के लिये पर्याप्त बीमा प्रदान करने के लिए कार्य- योजना बनाना शामिल है।

i. **जीवन बीमा के बारे में** कमानेवाले की असामयिक मौत हो जाने पर आश्रितों की आय व व्यय आवश्यकताओं के अनुमान द्वारा निर्णय लिया जा सकता है।

ii. **स्वास्थ्य बीमा** आवश्यकताएँ अस्पताल के खर्च के संदर्भ में मूल्यांकित की जा सकती हैं जो संभवतः किसी भी परिवार की आपातकालीन चिकित्सा में खर्च होती हैं।

iii. अंततः **किसी की संपत्ति का बीमा** हानि के जोखिम से किसी के घर/ वाहन/ कारखाने आदि की सुरक्षा की आवश्यकता को बीमा कवर के प्रकार व मात्रा के आधार पर विचार किया जा सकता हैं।

3. निवेश नियोजन

निवेश का कोई एक सही तरीका नहीं है। उचित के आधार पर यह व्यक्ति दर व्यक्ति अलग-अलग हो सकता है। निवेश नियोजन लक्ष्यों को पूरा करने के लिए व्यक्ति के जोखिम लेने की क्षमता, वित्तीय लक्ष्य और उस लाभ को प्राप्त करने के समय के आधार पर सबसे उपयुक्त निवेश और परिसंपत्ति आवंटन रणनीति निर्धारित करने की प्रक्रिया है।

a. निवेश के मानदंड

चित्र 6: निवेश के मान दंड

यहा पहला कदम निश्चित निवेश मानदंडो को परिभाषित करना है। इनमें शामिल हैं-

i. **जोखिम सहिष्णुता :** निवेश करने में कोई कितना जोखिम उठा सकता है, इसका आकलन।

ii. **समय सीमा :** यह किसी वित्तीय लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए उपलब्ध समय की मात्रा है। समय सीमा लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए प्रयुक्त निवेश साधनों को प्रभावित करती हैं। समय सीमा जितनी लंबी होती है, लघुकालिक देयता के बारे में उतनी ही कम चिंता होती है। कोई दीर्घकाल के लिए निवेश कर कम तरल संपत्ति पर उच्च प्रतिफल पा सकता है।

iii. **तरलता :** वे व्यक्ति जिनके निवेश करने की क्षमता सीमित हो या जिनका आय और व्यय अनिश्चित है या जो एक विशेष व्यक्तिगत या व्यावसायिक व्यय को पूरा करने के लिए निवेश कर रहे हैं, उनका लक्ष तरलता या मूल्य की हानि के बगैर निवेश को नकदी में बदलना हो सकता है।

iv. **विपणनशीलता :** जो परिसंपत्ति आसानी से खरीदी या बेची जा सकती है।

v. **विशाखन/विस्तारण (Diversification) :** जहाँ कोई जोखिमों को कम करने के लिए निवेशों को विशाखन या विस्तारण करता है।

vi. **कर पर ध्यान :** कई निवेश निश्चित आयकर लाभ देते हैं और कोई चाहे तोविभिन्न निवेशों के कर-पश्चात प्रतिफल पर विचार कर सकता है।

b. उचित निवेश साधनों का चयन

अगला चरण उपरोक्त मानदंडों के आधार पर उचित निवेश साधनों का चयन करता है। वास्तविक चयन प्रतिफल और जोखिम के बारे में व्यक्ति की अपेक्षाओं पर निर्भर करेगा।

भारत में विभिन्न प्रकार के उत्पाद हैं, जिनके बारे में निवेश के उद्देश्य से विचार किया जा सकता है। इनमें शामिल हैं-

- ✓ बैंकों / कंपनिया की सावधि जमा राशियां,
- ✓ डाकघर की लघु बचत योजनाएं,
- ✓ शेयरों का सार्वजनिक निर्गम,
- ✓ डिबेंचर या अन्य प्रतिभूतियां,
- ✓ म्यूचुअल फंड
- ✓ जीवन बीमा कंपनियों आदि द्वारा जारी की जा रही यूनिट लिंक्ड पॉलिसियाँ, आदि।

4. सेवानिवृत्ति नियोजन

यह उस धनराशि के निर्धारण की प्रक्रिया है जो सेवानिवृत्ति के बाद किसी व्यक्ति की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए तथा इन आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए विभिन्न सेवानिवृत्ति विकल्पों पर निर्णय लेने के लिए आवश्यक होती है।

चित्र 7: सेवानिवृत्ति के चरण

सेवानिवृत्ति नियोजन में तीन चरण शामिल हैं-

a) **संचयन :** विभिन्न प्रकार की रणनीतियों अपनाते हुए छधन का संचयन इस तरह किया जाता है कि वह निवेश हेतु भी उपलब्ध हो सके।

b) **संरक्षण :** संरक्षण से तात्पर्य है किसी के निवेश को कठिन काम में लगाते हुए यह सुनिश्चित करना कि व्यकि के कार्यकाल के दौरान मूलधन में अधिकतम वृद्धि हो सके।

c) **वितरण/आहरण :** वितरण से तात्पर्य है सेवानिवृत्ति के बाद मूल धनराशि को (जिसे हम कोष या नेस्ट एग कहते हैं) आय संबंधी जरुरतें पूरा करने के लिए आहरणों/वार्षिकी भुगतानों में परिवर्तित करने की इष्टतम विधि।

5. संपदा नियोजन

यह किसी की मृत्यु के बाद उसकी संपत्ति के अंतरण और हस्तांतरण के लिए बनाई जाने वाली योजना है। वसीयत के नामांकन और समनुदेशन या वसीयत की तैयारी जैसी विभिन्न प्रक्रियाएँ होती हैं। मूल विचार यह सुनिश्चित करना है कि किसी के मरने के बाद उसकी संपत्ति और प्रापर्टी सुचारू रूप से वितरित हों और / या उसकी इच्छानुसार उनका उपयोग हों।

6. कर नियोजन

अंत मे, कर नियोजन यह निर्धारित करने के लिए किया जाता है कि विद्यमान कर कानूनों से अधिकतम कर लाभ कैसे हासिल किये जाएं और कर-ब्रैक का पूरा पूरा लाभ उठाते हुए आय, ब्यय तथा निवेश योजना कैसे तैयार की जाए. इसमें समय कम करते या वर्तमान या भावी आयकर देयताएं अंतरित करना शामिल है. यहां यह ध्यान रखा जाना चाहिए कि इसका उद्देश्य करों में कमी करना हैं न कि उनसे बचना.

अपने निवेशों की पुनर्रचना करते हुए और कर बचत वाली संभाव्य योजनाओं का लाभ उठाते हुए व्यक्ति अपनी आय और बचत में बढ़ोतरी कर सकता है, जो अन्यथा कर के रूप में कर-प्राधिकारियों के पास चली जाती।

जीवन बीमा एजेंटों को उनके विद्यमान और संभाव्य ग्राहको की ओर से अक्सर अनुरोध किया जाता है कि वे उन्हें न केवल उनकी बीमा जरुरतें पूरा करने के बारे में अपितु उनकी अन्य वित्तीय आवश्यकताएं पूरा करने के बारे में भी सलाह दे। ऐसे में किसी बीमा एजेंट को वित्तीय नियोजन की गहन जानकारी और उपरोक्तानुसार उनके विभिन्न प्रकारों के बारे में मालूम होना उसके लिए मूल्यवान साबित हो सकता है।

स्वयं का परीक्षण 3

निम्न में से कौनसा कर नियोजन का उद्देश्य नहीं है?

I. अधिकतम कर लाभ
II. विवेकपूर्ण निवेश के फलस्वरूप कम हुआ कर बोझ
III. कर चोरी
IV. कर ब्रेक का पूरा लाभ

सारांश

- वित्तीय नियोजन निम्नलिखित की प्रक्रिया है :
  - ✓ किसी के जीवन के लक्ष्यों को पहचानने की,
  - ✓ इन पहचानित लक्ष्यों को वित्तीय लक्ष्यों में बदलने की
  - ✓ अपने वित्त को इस प्रकार प्रबंधित करने की कि उससे उन लक्ष्यों की प्राप्ति में सहायता मिले
- व्यक्तिगत जीवन चक्र के आधार पर तीन प्रकार के वित्तीय उत्पादों की आवश्यकता होती है। ये निम्न में सहायता करते हैं :
  - ✓ भावी लेनदेनों को आसान बनाने में,
  - ✓ आकस्मिकताओं को पूरा करने में

- ✓ सम्पत्ति संचयन

- बदलते सामाजिक गतिशील परिवर्तन जेंसे कि संयुक्त परिवार का विघटन, आज उपलब्ध बहुसंख्यक निवेश विकल्प तथा बदलती जीवनशैली आदि ने वित्तीय नियोजन की आवश्यकता को और अधिक बढ़ा दिया है।
- वित्तीय नियोजन प्रारंभ करने का सबसे अच्छा समय पहली वेतन प्राप्ति के ठीक बाद है।
- वित्तीय नियोजन सलाहकार सेवाओं में निम्नलिखित शामिल है :

  - ✓ नकदी नियोजन,
  - ✓ निवेश नियोजन,
  - ✓ बीमा नियोजन,
  - ✓ सेवानिवृत्ति नियोजन,
  - ✓ संपदा नियोजन और
  - ✓ कर नियोजन

प्रमुख शब्द

1. वित्तीय नियोजन
2. जीवन चरण
3. जोखिम प्रोफाइल
4. नकदी नियोजन
5. निवेश नियोजन
6. बीमा नियोजन
7. सेवानिवृत्ति नियोजन
8. संपदा नियोजन
9. कर नियोजन

स्वपरीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प I है।

बीमा अप्रत्याशित घटनाओं से सुरक्षा प्रदान करता है।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

जैसे ही किसी को उसका पहला वेतन मिलता है, उसे वित्तीय नियोजन शुरू कर देना चाहिए।

उत्तर 3

सही विकल्प III है।

कर चोरी कर नियोजन का उद्देश्य नहीं है।

स्वयं-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

एक आक्रामक जोखिम प्रोफाइल वाला व्यक्ति संभवतः धन ------- निवेश शैली अपनाता है।

I. समेकन
II. उपहार प्रदान
III. संचय
IV. खर्च

प्रश्न 2

निम्न में से कौनसा धन संचयन उत्पाद है?

I. बैंक ऋण
II. शेयर
III. मीयादी बीमा पॉलिसी
IV. बचत बैंक खाता

प्रश्न 3

बचत दो निर्णयों के संयोजन के रूप में जाना जा सकता है। नीचे दी गई सूची से उनका चयन करें।

I. जोखिम अपने पास रखना और कम खपत
II. उपहार प्रदान और संचय
III. खर्च और संचय
IV. खपत स्थगन और नकदी से अलगाव

प्रश्न 4

जीवन के किस चरण में कोई व्यक्ति पूर्व बचतों की सर्वाधिक महत्ता देगा?

I. सेवानिवृत्ति के बाद
II. कमाने वाला
III. शिक्षार्थी
IV. हाल में विवाहित

प्रश्न 5

निवेश समय सीमा और प्रतिफल के बीच क्या संबंध है?

I. दोनों किसी भी तरह से संबंधित नहीं हैं
II. बड़ी निवेश समय सीमा अधिक प्रतिफल
III. बड़ी निवेश समय सीमा कम प्रतिफल
IV. बड़ी निवेश समय सीमा प्रतिफल पर अधिक कर

प्रश्न 6

निम्न में से कौनसा लेनदेन सम्बंधी उत्पादों के तहत वर्गीकृत किया जा सकता है?

I. बैंक जमाराशियां
II. जीवन बीमा
III. शेयर
IV. बांड

प्रश्न 7

निम्न में से कौनसा आकस्मिकता उत्पादों के तहत वर्गीकृत किया जा सकता है?

I. बैंक जमाराशियां
II. जीवन बीमा
III. शेयर
IV. बांड

प्रश्न 8

निम्न में से कौनसा धन संचय उत्पादों के तहत वर्गीकृत किया जा सकता है?

I. बैंक जमाराशियां
II. जीवन बीमा
III. साधारण बीमा
IV. शेयर

प्रश्न 9

_____ समय बीतने के साथ में अर्थव्यवस्था में माल और सेवाओं की कीमतों के सामान्य स्तर में

होने वाली वृद्धि है।

I. अपस्फीति
II. मुद्रास्फीति
III. मुद्रास्फीतिजनित मंदी
IV. अति मुद्रास्फीति

प्रश्न 10

निम्न में से कौन-सा विवेकाधीन आय को अधिकतम करने के लिए एक रणनीति नहीं है?

I. कर्ज की पुनर्रचना
II. ऋण ट्रांसफर
III. निवेश पुनर्संरचना
IV. बीमा खरीद

स्वयं-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प III है।
एक आक्रामक जोखिम प्रोफाइल वाला व्यक्ति संभवतः धन संचय निवेश शैली अपनाता है।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।
शेयर धन संचय उत्पाद हैं।

उत्तर 3

सही विकल्प IV है।
बचत खपत का स्थगन और नकदी से अलगाव का संयोजन है।

उत्तर 4

सही विकल्प I है।
सेवानिवृत्ति के बाद कोई व्यक्ति पहले से की गई बचत की सर्वाधिक सराहना करता हें।

उत्तर 5

सही विकल्प II है।
जितनी लंबी निवेश सीमा उतना प्रतिफल ज्यादा।

उत्तर 6

सही विकल्प I है।
बैंक जमाराशियों को लेनदेन सम्बंधी उत्पादों के तहत वर्गीकृत किया जा सकता है।

उत्तर 7

सही विकल्प II है।
जीवन बीमा आकस्मिकता उत्पादों के तहत वर्गीकृत किया जा सकता है।

उत्तर 8

सही विकल्प IV है।
शेयर धन संचय उत्पादों के तहत वर्गीकृत किया जा सकता है।

उत्तर 9

सही विकल्प II है।
मुद्रास्फीति समय बीतने के साथ में अर्थव्यवस्था में माल और सेवाओं की कीमतों के सामान्य स्तर में होने वाली वृद्धि है।

उत्तर 10

सही विकल्प IV है।
बीमा खरीद विवेकाधीन आय को अधिकतम नहीं कर सकती।

अध्याय 8

जीवन बीमा उत्पाद – I

अध्याय परिचय

यह अध्याय जीवन बीमा उत्पादों की दुनिया से आपको परिचय कराता है। यह सामान्य उत्पादों के बारे में बात करते हुए शुरू होता है और फिर जीवन बीमा उत्पादों की जरूरत और जीवन के विभिन्न लक्ष्यों को प्राप्त करने में उनकी भूमिका पर चर्चा करते हुए आगे बढ़ता है। अंत में हम कुछ परंपरागत जीवन बीमा उत्पादों पर नज़र डालते हैं।

अध्ययन परिणाम

A. जीवन बीमा उत्पादों का संक्षिप्त विवरण
B. परंपरागत जीवन बीमा उत्पाद

A. जीवन बीमा उत्पादों का संक्षिप्त परिचय

1. उत्पाद क्या है?

सबसे पहले हम यह समझें कि उत्पाद का क्या मतलब होता है। लोकप्रिय संदर्भ में एक उत्पाद को एक वस्तु के बराबर माना जाता है - यानी बाजार में लाया और बेचा जाने वाला कोई सामान। उत्पाद यानी 'प्रोडक्ट' शब्द 'रीप्रोड्यूस' शब्द से आया है जिसका मतलब है 'उत्पन्न करना' या बनाना।दूसरे शब्दों में, उत्पाद कुछ परिश्रम या प्रयासों का प्रतिफल या परिणाम है।

हालांकि किसी सामान की उपयोगिता या लाभप्रदता उस सामान से नहीं बल्कि उसकी विशेषताओं से निकलती है। यह हमें विपणन (मार्केटिंग) के परिप्रेक्ष्य में लाता है। विपणन के दृष्टिकोण से कोई **उत्पाद विशेषताओं का एक समूह होता है।** कंपनियां विभिन्न प्रकार की विशेषताओं को या एक ही विशेषता के विभिन्न समूहों को एक साथ पैक करके बाजार में अपने उत्पादों को अलग-अलग तरीके से पेश करती हैं।

इस प्रकार उत्पाद (जैसा कि विपणन के अर्थ में प्रयोग किया जाता है) और पण्य (कमोडिटि) के बीच का अंतर यह है कि उत्पाद में भेदभाव किया जा सकता है, पण्य में नहीं। इसका मतलब है कि विभिन्न कंपनियों द्वारा बेचे जाने वाले उत्पाद एक ही श्रेणी से संबंधित होने के बावजूद अपनी विशेषताओं के संदर्भ में एक दूसरे से काफी अलग हो सकते हैं।

उदाहरण

कोलगेट, क्लोज अप और प्रॉमिस सभी टूथपेस्टों की एक ही श्रेणी के अलग-अलग ब्रांड हैं। लेकिन इन ब्रांडों में से प्रत्येक की विशेषताएं एक दूसरे से अलग हैं।

एक उत्पाद अपने आप में एक उद्देश्य नहीं बल्कि अन्य उद्देश्यों को पूरा करने का एक साधन होता है। इस अर्थ में उत्पाद समस्या सुलझाने के साधन हैं। वे आवश्यकता या इच्छा पूरी करने वाली चीज के रूप में काम करते हैं। कोई उत्पाद अपने उद्देश्य के लिए कितना उपयुक्त है यह उत्पाद की विशेषताओं पर निर्भर करेगा।

उत्पाद हो सकते हैं:

i. **मूर्तः** यह उन भौतिक वस्तुओं को संदर्भित करता है जिन्हें सीधे स्पर्श करके जाना जा सकता है (उदाहरण के लिए, कार या टीवी सेट)
ii. **अमूर्तः** यह उन उत्पादों को दर्शाता है जिन्हें केवल परोक्ष रूप से ही अनुभूत किया जा सकता है।

जीवन बीमा एक अमूर्त उत्पाद है। एक विशेष जीवन बीमा उत्पाद की विशेषताओं, यह क्या करता सकता है और कैसे यह ग्राहक की विशिष्ट जरूरतों को पूरा कर सकता है, ग्राहक को इनके बारे में समझने के लिए सक्षम बनाना जीवन बीमा एजेंट की जिम्मेदारी होती है।

2. जीवन बीमा उत्पादों का उद्देश्य और कवर की गयी आवश्यकताएं

जहां कहीं भी कोई जोखिम होता है यह चिंता का एक कारण है। तथापि, हम इंसानों से पारंगत होने या कम से कम जोखिम को समझने, इसका पूर्वानुमान करने और इसके लिए तैयार रहने की अपेक्षा की जाती है। जोखिम के लिये सुरक्षा तैयार करने की इच्छा और सहज ज्ञान बीमा के निर्माण का एक प्रमुख कारण रहा है।

हम इंसान सामाजिक प्राणी हैं जो अपने जीवन को हमारे जैसे अन्य लोगों - हमारे प्रियजनों के साथ साझा करते हैं। हमारे पास एक बेहद मूल्यवान संपत्ति - **हमारी मानव पूंजी - भी है जो हमारी कमाई उत्पादक अर्जन क्षमता का स्रोत है।** हालांकि, जीवन और मानव कल्याण को लेकर एक अनिश्चितता बनी हुई है। मृत्यु और बीमारी जैसी घटनाएं हमारी उत्पादक क्षमताओं को नष्ट कर सकती हैं और इस प्रकार हमारी मानव पूंजी के मूल्य को कम या समाप्त कर सकती हैं।

जीवन बीमा उत्पाद किसी व्यक्ति के आश्रितों के लिए या स्वयं उसके लिए उपलब्ध उसकी उत्पादक क्षमताओं के आर्थिक मूल्य के नुकसान पर सुरक्षा प्रदान करते हैं। 'जीवन बीमा' में महत्वपूर्ण शब्द 'बीमा' मृत्यु या स्थायी विकलांगता पर वित्तीय नुकसान के लिये अपने आपको और व्यक्ति के प्रियजनों दोनों को सुरक्षा प्रदान करने की जरूरत को रेखांकित करता है।

बचत और निवेश जैसे अन्य कार्य भी हैं, लेकिन मृत्यु या भयानक रोग का कवरेज जीवन बीमा लेने का सबसे आम कारण है। विशिष्ट संदर्भ में, अगर बीमित व्यक्ति की आय कमाने की क्षमता अनुबंध अवधि के दौरान क्षतिग्रस्त या नष्ट हो जाती है तो बीमित व्यक्ति द्वारा उसके कार्यशील जीवन की बची कमाने की अवधि के दौरान कमाये जाने वाले संभावित संपत्ति मूल्य या अपेक्षित धन को व्यक्ति के प्रियजनों के लिए या स्वयं के लिए प्रतिस्थापित या क्षतिपूरित करने की कोशिश की जाती है। यह कार्य बीमित व्यक्ति द्वारा पहले प्रीमियम का भुगतान करते ही उसके नाम पर एक **तत्काल संपत्ति** बना कर पूरा किया जाता है।

इस प्रकार जीवन बीमा पॉलिसी अपने मूल अर्थ में **व्यक्ति** के साथ कुछ अप्रिय घटित होने की स्थिति में **उसके प्रियजनों को मानसिक शांति और सुरक्षा प्रदान करती है।** जीवन बीमा की अन्य भूमिका बचत और धन संचय के एक साधन के रूप में रही है। इस अर्थ में, यह निवेश को सुरक्षा और बचाव तथा एक निश्चित दर पर प्रतिफल उपलब्ध कराता है।

जीवन बीमा मृत्यु और बीमारी से रक्षा करने के एक साधन से कहीं अधिक है। यह एक वित्तीय उत्पाद भी है और इसे एक अनूठे स्टैंड-अलोन उत्पाद की तुलना में वित्तीय सम्पतियों के एक पोर्टफोलियो के कई घटकों में से एक के रूप में देखा जा सकता है। उभरते वित्तीय बाजार में ग्राहकों के पास न केवल जीवन बीमा उत्पादों के वैकल्पिक प्रकारों के बीच बल्कि जीवन बीमा के लिए सामने आए कई अन्य विकल्पों के साथ एकाधिक पसंद भी उपलब्ध हैं, जैसे जमाराशि, बांड, शेयर और म्युचुअल फंड।

इस संदर्भ में व्यक्ति को यह समझना आवश्यक है कि जीवन बीमा का प्रस्तावित मूल्य क्या है। ग्राहक मूल्य इस बात पर निर्भर करेगा कि कैसे जीवन बीमा को ग्राहकों की विभिन्न जरूरतों का समाधान माना जाता है।

- ✓ क्या यह सही समाधान उपलब्ध कराता है?या - क्या यह प्रभावशाली है?
- ✓ इसकी लागत क्या है?या - क्या यह कार्यसाधक है?

जीवन बीमा उद्योग ने पिछली दो शताब्दियों में उत्पाद पेशकश में काफी नवोन्येषण देखे हैं। यह यात्रा मृत्यु लाभ के उत्पादों के साथ शुरू हुई थी लेकिन समय बीतने के साथ इसमें एंडाउमेंट, विकलांगता लाभ, भयानक रोग कवर जैसे अनेक जीवित रहने पर लाभ और इसी तरह की चीजें जुड़ती गईं।

इसी प्रकार **'लाभ में योगदान करने वाले'** परंपरागत उत्पाद से, नवोन्येषणों ने **'बाजार से जुड़ी'** पॉलिसियां बनायी जहां बीमाधारक को अपनी निवेश आस्तियों के चयन और प्रबंधन में भाग लेने के लिए आमंत्रित किया गया।एक अन्य आयाम जोड़ा गया जहां जीवन बीमा उत्पाद एक निर्धारित बंडल (निर्धारित लाभों के) से अत्यंत

लचीले खुले उत्पादों के रूप में विकसित हुए, जिसमें बदलती जरूरतों, खरीदने की क्षमता और जीवन की अवस्थाओं के अनुसार पॉलिसी धारक द्वारा अलग-अलग लाभों और लागत घटकों में फर्क किया जा सकता है।

3. जीवन बीमा उत्पादों में राइडर

हमने ऊपर देखा कि कैसे जीवन बीमा अनुबंध विभिन्न प्रकार के लाभ प्रदान करते हैं जो अपने ग्राहकों की विभिन्न जरूरतों के लिए समाधान का काम करते हैं। जीवन बीमा कंपनियों ने कई राइडरों की पेशकश की हैं जिनके माध्यम से उनके उत्पादों के महत्व को बढ़ाया जा सकता है।

राइडर एक ऐसा प्रावधान है जिसे पृष्ठांकन के माध्यम से जोड़ा जाता है जो फिर अनुबंध का हिस्सा बन जाता है। राइडर आम तौर पर कुछ प्रकार के अनुपूरक लाभ प्रदान करने के लिए या एक पॉलिसी द्वारा प्रदत्त मृत्यु लाभ की राशि को बढ़ाने के लिए इस्तेमाल किए जाते हैं।

राइडर की तुलना पिज्जा में विभिन्न प्रकार की ऊपरी परतों के विकल्प से की जा सकती है। एक आधार पॉलिसी एक पिज्जा के आधार के समान है और राइडरों का विकल्प किसी व्यक्ति की आवश्यकता के अनुसार पिज्जा को ग्राहक इच्छानुसार करने के लिए उपलब्ध पिज्जा की विभिन्न प्रकार की ऊपरी परतों के विकल्प के समान है। राइडर एक अकेली योजना में व्यक्ति की विभिन्न आवश्यकताओं को एक साथ पूरा करने में मदद करता है।

चित्र 1: राइडरों का विकल्प

आरोहक वह तरीका हो सकता है जिसके माध्यम से विकलांगता कवर, दुर्घटना कवर और गंभीर बीमारी कवर जैसे लाभ एक मानक जीवन बीमा अनुबंध में अतिरिक्त लाभ के रूप में प्रदान किए जा सकते हैं। इन आरोहकों का चयन करके और इस प्रयोजन के लिए अतिरिक्त प्रीमियम का भुगतान करके पॉलिसीधारक इनका लाभ उठा सकता है।

स्व-परीक्षण 1

निम्नलिखित में से कौन सा एक अमूर्त उत्पाद है?

I. कार
II. मकान

III. जीवन बीमा
IV. साबुन

B. परंपरागत जीवन बीमा उत्पाद

इस अध्याय में अब हम जीवन बीमा उत्पादों के कुछ पारंपरिक प्रकारों के बारे में जानेंगे।

चित्र 2 : परंपरागत जीवन बीमा उत्पाद

1. मीयादी बीमा योजनाएं (टर्म इंश्योरेंस प्लान)

मीयादी बीमा केवल एक निश्चित समयावधि के दौरान मान्य रहता है जो अनुबंध में निर्दिष्ट किया जाता है। यह अवधि कम से कम एक हवाई यात्रा पूरी करने में लगने वाले समय से लेकर अधिक से अधिक चालीस वर्षों के लिए हो सकती है।

सुरक्षा 65 या 70 वर्ष की उम्र तक बढ़ाई जा सकती है। एक वर्ष की अवधि वाली पॉलिसियां संपत्ति और दुर्घटना बीमा अनुबंधों के काफी हद तक समान हैं। इस तरह की पॉलिसी के तहत प्राप्त सभी प्रीमियमों को कंपनी द्वारा मृत्यु दर जोखिम की लागत की दिशा में अर्जित प्रीमियम के रूप में देखा जा सकता है। बीमाधारक को इससे कोई बचत या नकद मूल्य तत्व प्राप्त नहीं होता हें।

a) प्रयोजन

मीयादी जीवन बीमा, जीवन बीमा के पीछे रहे मुख्य और मूल विचार को पूरा करता है, यानी अगर जीवन बीमाधारक की असामयिक मृत्यु हो जाती है तो उसके परिवार की देखभाल करने के लिए एक धनराशि उपलब्ध होगी। यह एकमुश्त धनराशि बीमित के प्रियजनों के लिए उसके मानव जीवन मूल्य का प्रतिनिधित्व करती है: स्वयं के द्वारा अपने ढंग से चुना गया या वैज्ञानिक तरीके से गणना पर आधारित।

मीयादी बीमा पॉलिसी एक आय प्रतिस्थापन योजना के रूप में भी काम आती है। यहां पॉलिसी की अवधि के दौरान दुर्भाग्यपूर्ण मृत्यु होने पर आश्रितों को एकमुश्त राशि के भुगतान के स्थान पर, एक पूर्व-निर्धारित अवधि के लिए मासिक, त्रैमासिक या इसी तरह के नियत अवधि भुगतान प्रदान किए जाते हैं।

b) अपंगता

आम तौर पर मीयादी बीमा पॉलिसी केवल मृत्यु को कवर करती है। तथापि, जब इसे मुख्य पॉलिसी पर एक अपंगता संरक्षण राइडर के साथ खरीदा जाता है और अगर मीयादी बीमा की अवधि के दौरान किसी व्यक्ति को इस तरह के महासंकट का सामना करना पड़ता है, तो बीमा कंपनी लाभार्थियों/बीमित व्यक्ति को भुगतान प्रदान करेगी। अगर अवधि समाप्त होने के बाद बीमाधारक की मृत्यु होती है तो कोई लाभ उपलब्ध नहीं होता है क्योंकि अवधि समाप्त होते ही अनुबंध भी समाप्त हो जाता है।

चित्र 3: अपंगता

c) राइडर के रूप में मीयादी बीमा

मीयादी जीवन बीमा के अंतर्गत सुरक्षा आम तौर पर एक अकेली पॉलिसी के रूप में प्रदान की जाती है, लेकिन यह पॉलिसी में एक **राइडर** के माध्यम से भी उपलब्ध करायी जा सकती है।

उदाहरण
पेंशन योजना में पेंशन शुरू होने की तारीख से पहले व्यक्ति की मृत्यु के मामले में मृत्यु लाभ देने का एक प्रावधान शामिल हो सकता है।

d) नवीकरणीयता

आम तौर पर प्रीमियम मीयादी बीमा की पूरी अवधि के लिए एक निश्चित वार्षिक दर से लिए जाते हैं। कुछ योजनाओं में चालू अवधि के अंत में पॉलिसी को नवीनीकृत करने का एक विकल्प होता है; हालांकि इन उत्पादों में व्यक्ति की आयु और स्वास्थ्य के आधार पर उस अवस्था में और उस नयी अवधि में भी जिसके लिए पॉलिसी नवीनीकृत की जा रही है, फिर से प्रीमियम की गणना की जाएगी।

e) परिवर्तनीयता

परिवर्तनीय मीयादी बीमा पॉलिसियां पॉलिसीधारक को बीमा योग्यता का नया साक्ष्य उपलब्ध कराए बिना, मीयादी बीमा पॉलिसी को एक स्थायी योजना जैसे "आजीवन योजना" में बदलने या परिवर्तित करने की अनुमति देती हैं।यह विशेषाधिकार उन लोगों की मदद करता है जो स्थायी नकद मूल्य बीमा

चाहते हैं लेकिन इसके उच्च प्रीमियमों का खर्च उठाने के लिए अस्थायी रूप से असमर्थ हैं। जब मीयादी पॉलिसी को स्थायी बीमा में बदला जाता है तो नई प्रीमियम दर अधिक होगी।

f) यूनीक सेलिगं प्रो पोजिशन (यूएसपी)

मीयादी बीमा का यूएसपी (खासियत) इसकी कम कीमत है जो व्यक्ति को एक सीमित बजट पर जीवन बीमा की अपेक्षाकृत बड़ी राशि को खरीदने के लिए सक्षम बनाता है। इस प्रकार यह मुख्य कमाने वाले व्यक्ति के लिए एक अच्छी योजना है जो असामयिक मृत्यु के मामले में वित्तीय असुरक्षा से अपने प्रियजनों की रक्षा करना चाहता है और जिसके पास बीमा प्रीमियम भुगतान करने के लिए एक सीमित बजट है।

g) भिन्न रूप

मीयादी बीमा के कई भिन्न रूप संभव हैं।

चित्र 4: अवधि बीमा के भिन्न रूप

i. घटता मीयादी बीमा

ये योजनाएं एक ऐसा मृत्यु लाभ प्रदान करती हैं जिसकी राशि कवरेज वाली अवधि के साथ कम होती जाती है। इस प्रकार एक दस वर्ष की घटती अवधि वाली पॉलिसी पहले वर्ष में मृत्यु के लिए 1,00,000 रुपए का लाभ प्रदान करती है जहां पॉलिसी की प्रत्येक वर्षगांठ पर यह राशि 10,000 रुपए कम हो जाती है और अंततः दसवें वर्ष की समाप्ति पर शून्य हो जाती है।हालांकि प्रत्येक वर्ष देय प्रीमियम एक समान बना रहता है।

घटती मीयादी बीमा योजनाओं को बंधक मोचन और ऋण(क्रेडिट) जीवन बीमा के रूप में बाजार में उतारा गया है।

- ✓ **बंधक मोचनः** यह घटती मीयादी बीमा की एक योजना है जो बंधक ऋण पर बकाया घटती राशि से संबंधित एक मृत्यु राशि प्रदान करने के लिए बनायी गयी है।आम तौर पर इस तरह के ऋणों में प्रत्येक समान मासिक किस्त (ईएमआई) के भुगतान से बकाया मूलधन राशि में कमी आती है।बीमा को इस प्रकार व्यवस्थित किया जा सकता है कि किसी भी निर्दिष्ट समय में मृत्यु लाभ राशि बकाया मूलधन की शेष राशि के बराबर होती है। पॉलिसी की अवधि बंधक की अवधि के अनुरूप होगी। नवीकरण प्रीमियम आम तौर पर पूरी अवधि के दौरान एक समान रहते हैं। बंधक मोचन की खरीद अक्सर बंधक ऋण की एक शर्त होती है।

- ✓ **ऋण जीवन बीमा** ऋण चुकाने से पहले ऋणकर्ता की मौत हो जाने की स्थिति में ऋण पर बकाया शेष राशि का भुगतान करने के लिए बनायी गयी मीयादी बीमा योजना का एक प्रकार है। बंधक मोचन की तरह यह आम तौर पर घटती अवधि का बीमा है। यह ऋणदाता संस्थानों को समूह बीमा के रूप में बेचे जाने के लिए अधिक लोकप्रिय है जो इन संस्थानों से ऋण लेने वालों के जीवन को कवर करता है। यह ऑटोमोबाइल और अन्य व्यक्तिगत ऋणों के लिए भी उपलब्ध हो सकता है। पॉलिसी अवधि के दौरान बीमित ऋणकर्ता की मौत हो जाने की स्थिति में, इन पॉलिसियों के तहत लाभों का भुगतान अक्सर सीधे ऋणदाता या लेनदार को किया जाता है।

ii. बढ़ता मीयादी बीमा

जैसे कि नाम से पता चलता है, यह योजना मृत्यु लाभ प्रदान करती है जो पॉलिसी की अवधि के साथ बढ़ती जाती है। इस राशि में पॉलिसी की अवधि में वर्णित अंतरालों पर एक निर्धारित राशि या प्रतिशत की वृद्धि हो सकती है। वैकल्पिक रूप से बीमा राशि में आजीविका सूचकांक की लागत में वृद्धि के अनुसार बढ़त हो सकती है। प्रीमियम आम तौर पर कवरेज की मात्रा बढ़ने के साथ बढ़ता जाता है।

iii. प्रीमियम वापसी सहित मीयादी बीमा

एक अन्य प्रकार की पॉलिसी ((भारत में काफी लोकप्रिय) प्रीमियम वापसी सहित मीयादी बीमा पॉलिसी है। यह योजना पॉलिसीधारक को यह संतोष देती है कि पॉलिसी अवधि में जीवित रहने की स्थिति में उसने कुछ खोया नहीं है। जाहिर तौर पर भुगतान किया जाने वाला प्रीमियम इसके समतुल्य प्रीमियम वापसी रहित मीयादी बीमा की तुलना में बहुत अधिक होगा।

h) प्रासंगिक परिदृश्य

मीयादी बीमा निम्न स्थितियों में अधिक प्रासंगिक माना गया है:

i. जहां बीमा सुरक्षा की जरूरत शुद्ध रूप से अस्थायी होती है, जैसा कि बंधक मोचन के मामले में या सट्टा निवेश की सुरक्षा के लिए होता है।

ii. बचत योजना के लिए अतिरिक्त पूरक के रूप में, उदाहरण के लिए एक नौजवान माता-पिता द्वारा बढ़ते वर्षों में आश्रितों के लिए अतिरिक्त सुरक्षा प्रदान करने के संदर्भ में घटता मीयादी बीमा खरीदना। परिवर्तनीय टर्म बीमा का सुझाव ऐसी स्थिति में एक विकल्प के रूप में दिया जा सकता है जहां एक स्थायी योजना खरीदने में समर्थ नहीं है।

iii. "अवधि खरीदें और शेष निवेश करें" सिद्धांत के एक भाग के रूप में, जहां खरीदार बीमा कंपनी से केवल सस्ती मीयादी बीमा सुरक्षा खरीदना और प्रीमियमों में परिणामी अंतर को अन्यत्र अधिक आकर्षक निवेश विकल्प में निवेश करना चाहता है।पॉलिसीधारक को बेशक इस तरह के निवेश में शामिल जोखिम को सहन करना होगा।

i) प्रतिफल

कुल मिलाकर मूल्य मीयादी बीमा योजनाओं में प्रतिस्पर्धी लाभ का प्राथमिक आधार है। यह विशेष रूप से प्रतिवर्ष नवीकरणीय मीयादी पॉलिसियों के मामले में देखा जाता है जो अपने समान प्रीमियम समकक्षों की तुलना में किफायती होते हैं।

इस तरह की एक वर्षीय मीयादी योजनाओं के साथ समस्या यह है कि मृत्यु दर लागत उम्र के साथ बढ़ती जाती है। इसलिए ये केवल एक छोटी अवधि की बीमा योजना का दृष्टिकोण रखने वाले लोगों के लिए आकर्षक हैं।

महत्वपूर्ण

मीयादी योजनाओं की सीमाएं

इसके साथ ही साथ व्यक्ति को मीयादी बीमा योजनाओं की सीमाओं के बारे में पता होना चाहिए। बड़ी समस्या उस समय उत्पन्न होती है जब बीमा कवर लेने का उद्देश्य अधिक स्थायी होता है और जीवन बीमा सुरक्षा की जरूरत पॉलिसी अवधि के बाद भी बनी रहती है। अवधि समाप्त होने के बाद पॉलिसी मालिक का बीमा करना संभव नहीं हो सकता है और इसलिए 65 या 70 वर्ष की उम्र में एक नई पॉलिसी लेने में असमर्थ होता है। लोग लाइलाज बीमारी से हुई दुर्बलता से अपने धन के संरक्षण के प्रयोजन से या पीछे एक वसीयत छोड़ने के लिए अधिक स्थायी योजनाएं लेने की कोशिश करेंगे। मीयादी बीमा ऐसी स्थितियों में काम नहीं कर सकता है।

2. आजीवन बीमा

हालांकि मीयादी बीमा योजनाएं अस्थायी बीमा के उदाहरण हैं जहां सुरक्षा एक अस्थायी समय अवधि के लिए उपलब्ध होती है, आजीवन बीमा स्थायी जीवन बीमा पॉलिसी का एक उदाहरण है। दूसरे शब्दों में, **कवर की कोई निश्चित अवधि नहीं होती है लेकिन बीमा कंपनी बीमित की मृत्यु होने पर सहमत मृत्यु लाभ का भुगतान करने की पेशकश करती है,** इससे कोई फर्क नहीं पड़ता कि मृत्यु कब होती है।

प्रीमियम का भुगतान व्यक्ति के जीवन भर या एक निर्दिष्ट समय अवधि के लिए किया जा सकता है जो सीमित और व्यक्ति के जीवनकाल से कम होती है।

आजीवन प्रीमियम मीयादी प्रीमियमों की तुलना में अधिक होते हैं क्योंकि एक आजीवन पॉलिसी बीमित व्यक्ति की मृत्यु होने तक प्रभावी रहने के लिए बनायी जाती है और इसलिए इसे हमेशा मृत्यु लाभ का भुगतान करने के लिए डिजाइन किया जाता है। जब बीमा कंपनी को मीयादी बीमा की लागत पूरी करने के लिए प्रीमियम से अपनी जरूरत की धनराशि प्राप्त हो जाती है, **शेष धनराशि को पॉलिसीधारक की ओर से निवेश किया जाता है। इसे नकदी-मूल्य कहा जाता है।** आपातकालीन धन की आवश्यकता होने पर व्यक्ति पॉलिसी ऋण के रूप में नकदी की निकासी कर सकता है या वह पॉलिसी के नगद मूल्य के बदले में समर्पण करके इसे भुना सकता है।

बकाया ऋणों के मामले में ऋण और ब्याज की राशि मृत्यु पर नामित लाभार्थियों को भुगतान की जाने वाली राशि से काट ली जाती है।

आजीवन पॉलिसी ऐसे व्यक्ति के लिए एक अच्छी योजना है जो परिवार का मुख्य कमाने वाला है और असामयिक मौत की स्थिति में किसी भी वित्तीय असुरक्षा से अपने प्रियजनों की रक्षा करना चाहता है। यह व्यक्ति एक सुसंगत और लंबी अवधि के आधार पर आजीवन बीमा पॉलिसी के उच्च प्रीमियमों को वहन करने में सक्षम होना चाहिए और एक ऐसी जीवन बीमा पॉलिसी लेना चाहता है जो मृत्यु लाभ का भुगतान कर सके, भले ही उसकी मौत कभी भी हो जाती है, साथ ही साथ यदि आवश्यक हो, सेवानिवृत्ति की जरूरतों के लिए आजीवन बीमा पॉलिसी के नकद मूल्य का उपयोग करने में सक्षम होना चाहता है।

आजीवन बीमा घरेलू बचत में और अगली पीढ़ी को देने के लिए धन अर्जित करने में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। इसकी खरीद को प्रेरित करने वाला एक महत्वपूर्ण उद्देश्य है वसीयत - व्यक्ति की भावी पीढ़ियों के लिए एक विरासत पीछे छोड़ने की इच्छा है। परिवारों और बच्चों के बीच जीवन बीमा पॉलिसियों के अधिक स्वामित्व और परिवार के लिए अधिक सम्मान आगे इस उद्देश्य की पुष्टि करता है।

3. एंडाउमेंट बीमा

एंडाउमेंट बीमा अनुबंध वास्तव में दो योजनाओं का एक संयोजन है:

- ✓ मीयादी बीमा योजना जो बीमा अवधि के दौरान बीमित की मौत होने पर संपूर्ण बीमा राशि का भुगतान करती है।
- ✓ एक शुद्ध एंडाउमेंट योजना जो अवधि की समाप्ति तक बीमित के जीवित रहने पर इस राशि का भुगतान करती है।

अतः इस उत्पाद में मृत्यु और उत्तरजीविता लाभ दोनों के घटक शामिल हैं। आर्थिक दृष्टिकोण से यह अनुबंध घटती मीयादी बीमा और बढ़ते निवेश तत्व का एक संयोजन है। पॉलिसी अवधि जितनी कम होगी, निवेश तत्व उतना बड़ा होगा।

अवधि और निवेश तत्वों का संयोजन आजीवन और अन्य नकद मूल्य अनुबंधों में भी होता है। हालांकि एंडाउमेंट बीमा अनुबंधों के मामले में यह अधिक स्पष्ट होता है। यह इसे एक समय अवधि में विशेष धनराशि जमा करने का एक प्रभावी साधन बनाता है।

एंडाउमेंट मुख्य रूप से एक बचत कार्यक्रम है जो असामयिक मृत्यु की आकस्मिकता के लिये बीमा के प्रावधान से संरक्षित है।ग्राहकों में इसका आकर्षण इस तथ्य में निहित है कि यह व्यक्ति के बचत कार्यक्रम में बीमा को जोड़कर उसकी व्यक्तिगत वित्तीय योजनाओं के लिए निश्चितता प्रदान करने वाला एक साधन है। एंडाउमेंट बचत संचय का एक सुरक्षित और अनिवार्य तरीका उपलब्ध कराता है। जहां विवेकपूर्ण निवेश और संपत्ति देयता प्रबंधन सुरक्षा प्रदान करता है, वहीं प्रीमियमों की अर्द्ध-अनिवार्य प्रकृति बचत के लिए प्रोत्साहित प्रदान करती है।

लोग वृद्धावस्था के लिए प्रावधान करने या विशेष उद्देश्यों को पूरा करने जैसे 15 वर्षों के अंत में एक शिक्षा कोष बनाकर रखने या अपनी बेटियों की शादी के खर्चों के लिए फंड जुटाने के एक निश्चित तरीके के रूप में एंडाउमेंट योजना खरीदते हैं। इन उद्देश्यों के साथ कोई खिलवाड़ नहीं हो सकता है। इन्हें निश्चितता के साथ पूरा होना चाहिए।

इसने बंधक (आवास) ऋण के लिए भुगतान करने की एक आदर्श विधि के रूप में भी काम किया है। इससे ऋण ना केवल मृत्यु की स्थिति में अदायगी की अनिश्चितता से संरक्षित रहता है बल्कि एंडाउमेंट की आय मूलधन का भुगतान करने के लिए पर्याप्त हो सकती है।

इस पॉलिसी का प्रचार मितव्ययी बचत के एक साधन के रूप में भी किया गया है। एंडाउमेंट एक सार्थक प्रस्ताव के रूप में काम कर सकता है जब व्यक्ति हर महीने/तिमाही/वर्ष आय से एक अधिशेष अलग करने और इसे भविष्य के लिए प्रतिबद्ध करने के अवसर की तलाश में होता है।

यह योजना कर संबंधी प्रयोजनों के लिए प्रीमियम की कटौती के प्रावधान के कारण भी आकर्षक बन गई है।

भारत के संदर्भ में एक ट्रस्ट अन्य प्रस्ताव पॉलिसी को **एमडब्ल्यूपीए (विवाहित महिला संपत्ति अधिनियम)** के तहत बनाए गए एक में डालने की सुविधा रही है - इसमें पैसा केवल पॉलिसी लाभार्थी को भुगतान किया जा सकता है, जो इस प्रकार बीमित की संपत्ति पर सभी ऋणदाताओं के दावों के विरुद्ध संरक्षित रहती है।

अंत में, कई एंडाउमेंट पॉलिसियां 55-65 वर्ष की उम्र में परिपक्व होती हैं जब बीमित अपनी सेवानिवृत्ति के लिए योजना बनाता है और इस तरह की पॉलिसियां सेवानिवृत्ति की बचत के अन्य स्रोतों के लिए एक उपयोगी पूरक हो सकती हैं।

a) **भिन्न रूप**

एंडाउमेंट बीमा के कुछ भिन्न रूप हैं जिनकी चर्चा नीचे की गयी है।

i. **धन वापसी योजना (मनी बैक प्लान)**

भारत में एंडाउमेंट योजनाओं का एक लोकप्रिय भिन्न रूप मनी बैक पॉलिसी रहा है। यह आम तौर पर एक एंडाउमेंट योजना है जिसमें पॉलिसी अवधि के दौरान समय-समय पर किश्तों में बीमा राशि के एक हिस्से की वापसी और शेष बीमा राशि का भुगतान अवधि के अंत में करने का प्रावधान होता है।

उदाहरण

20 वर्षों की एक मनी बैक पॉलिसी में 5, 10 और 15 वर्षों के अंत में उत्तरजीविता लाभ के रूप में बीमा राशि के 20% का भुगतान करने का प्रावधान किया जा सकता है और शेष 40% का भुगतान 20 वर्ष की पूरी अवधि के अंत में किया जाएगा।

अगर जीवन बीमाधारक की मौत 18 वर्ष के अंत में हो जाती है तो पूरी बीमा राशि और अर्जित बोनस का भुगतान किया जाता है, इस तथ्य के बावजूद कि बीमा कंपनी ने अंकित मूल्य के 60% लाभ का भुगतान पहले ही कर दिया है।

ये योजनाएं अपने नगदी (कैश बैक) तत्व के कारण काफी लोकप्रिय रही हैं, जो उनको लघु और मध्यम अवधि की जरूरतों को पूरा करने के लिए एक अच्छा साधन बनाती हैं। इस दौरान पूर्ण मृत्यु सुरक्षा उपलब्ध होती है जब पॉलिसी की अवधि के दौरान किसी भी समय व्यक्ति की मृत्यु हो जाती है।

ii. **सहभागिता और गैर- सहभागिता योजनाएं**

"सहभागिता" शब्द ऐसी पालिसियों पर लागू होता है जो जीवन बीमा कंपनी के लाभ में भागीदारी करती हैं।दूसरी ओर गैर-सहभागिता का मतलब ऐसी पॉलिसियां जो लाभ में भागीदारी नहीं करती हैं।दोनों प्रकार पारंपरिक जीवन बीमा में उपलब्ध हैं।

सभी पारंपरिक योजनाओं के तहत, पॉलिसीधारकों से प्राप्त प्रीमियम की आय से बनी संचित जीवन निधि को निर्धारित मानदंडों के अनुसार सख्त विनियामक निगरानी में निवेश किया जाता है और पॉलिसीधारकों को या तो वृद्धि के एक हिस्से की गारंटी दी जाती है या "लाभ सहित योजनाओं " के अंतर्गत बीमा कंपनी द्वारा उत्पन्न अधिशेषों का एक हिस्सा दिया जाता है।

गैर-सहभागिता वाले उत्पाद या तो एक लिंक्ड प्लेटफॉर्म या गैर-लिंक्ड प्लेटफॉर्म के तहत उपलब्ध कराए जा सकते हैं। इस अध्याय में हम गैर-लिंक्ड पॉलिसियों की बात कर रहे हैं। आम तौर पर लाभ रहित योजनाएं ऐसी योजनाएं हैं जहां लाभ अनुबंध के समय निर्धारित और गारंटीकृत होते हैं और पॉलिसीधारक केवल इन लाभों के लिए पात्र होगा, इससे अधिक नहीं।

उदाहरण

किसी व्यक्ति के पास बीस वर्षों की एक डाउमेंट पॉलिसी हो सकती है जो बीमा अवधि के प्रत्येक वर्ष के लिए बीमा राशि के 2% की गारंटीकृत वृद्धि प्रदान करता है ताकि परिपक्वता लाभ बीमा राशि के साथ-साथ बीमा राशि के 40% की कुल वृद्धि हो सके।

परंपरागत गैर-सहभागिता पॉलिसियों पर आईआरडीए के नए दिशानिर्देश यह प्रावधान करते हैं कि इन पॉलिसियों के लिए, कोई विशिष्ट घटना घटित होने पर देय लाभों का प्रारंभ में ही स्पष्ट रूप से उल्लेख किया जाना चाहिए और यह बेंचमार्क के किसी भी सूचकांक से जुड़ा हुआ नहीं होना चाहिए।

इसी प्रकार, अतिरिक्त लाभ, यदि कोई हो, जो पॉलिसी अवधि के दौरान नियमित अंतराल पर संचित होते हैं, इसका उल्लेख प्रारंभ में ही स्पष्ट रूप से किया जाना चाहिए और यह बेंचमार्क के किसी भी सूचकांक से जुड़ा हुआ नहीं होना चाहिए। दूसरे शब्दों में इसका मतलब है कि पॉलिसियों पर होने वाली आय का खुलासा पॉलिसी की शुरुआत में ही किया जाना चाहिए। पॉलिसीधारक शुद्ध लाभ की गणना कर सकता है और पॉलिसी की लागतों का आकलन करने के लिए अन्य विकल्पों के साथ इसकी तुलना कर सकता है।

iii. सहभागिता या लाभ सहित योजनाएं

लाभ रहित या गारंटीकृत योजनाओं के विपरीत, इन योजनाओं में लाभ में भागीदारी का एक प्रावधान होता है। लाभ सहित पॉलिसियों का प्रीमियम अन्य की तुलना में अधिक होता है। लाभ बोनस या लाभांश के रूप में देय होते हैं। बोनस का भुगतान आम तौर पर प्रत्यावर्ती बोनस के रूप में किया जाता है। इनकी घोषणा बीमा राशि के एक अनुपात (जैसे 70 रुपए प्रति हजार बीमा राशि) के रूप में की जाती है और ये एक प्रत्यावर्ती आधार पर अतिरिक्त लाभ के रूप में देय होते हैं (पॉलिसी की अवधि के अंत में, मृत्यु या परिपक्वता या समर्पण द्वारा)।

प्रत्यावर्ती बोनस के अलावा, जो स्वीकार किए जाने पर गारंटीकृत होते हैं, जीवन बीमा कंपनी टर्मिनल बोनस की घोषणा भी कर सकती है। ये जीवन बीमा कंपनी को कुछ अप्रत्याशित लाभ अर्जित होने पर आकस्मिक होते हैं और इसकी गारंटी नहीं होती है।

टर्मिनल बोनस सहभागी पॉलिसीधारकों के साथ बड़े अप्रत्याशित लाभों को साझा करने के लिए एक साधन के रूप में विकसित किए गए थे, जो ब्रिटेन के पूंजी बाजारों में निवेश के माध्यम से अर्जित किए गए थे। इन्हें भारत और कई अन्य विकासशील बाजारों में भी अपनाया गया है।

जानकारी

लाभ में भागीदारी की लाभांश विधि

अमेरिका जैसे कुछ अन्य बाजार हैं जहां लाभ लाभांश के रूप में बांटे जाते हैं। लाभांश जमा करने के लिए दो दृष्टिकोण अपनाए गए हैं।

i. परंपरागत दृष्टिकोण "**पोर्टफोलियो विधि**" का था। यहां कंपनी के पास रखे पोर्टफोलियो पर कुल निवेश आय निर्धारित की जाती थी और सभी पॉलिसीधारकों को विभाज्य अधिशेष में उनका हिस्सा जमा किया जाता था। पिछले वर्षों में कंपनी के पास निवेश की गयी धनराशि पर अर्जित आय की दर को हाल में जमा की गयी राशि की आय से अलग करने का कोई प्रयास नहीं किया जाता था। इस प्रकार पोर्टफोलियो विधि ने आय की दरों को एकरूप और समय के साथ स्थायी बनाने का काम किया।इसने समय के साथ जोखिमों की पूलिंग के सिद्धांत को लागू किया और इस संदर्भ में यह एक समान प्रत्यावर्ती बोनस प्रणाली के काफी अनुरूप है।

ii. दूसरा दृष्टिकोण **"मौजूदा धनराशि विधि"** का है।यहां आय इस बात पर निर्भर करती है कि निवेश कब किया गया था और निवेश के समय क्या दर सुरक्षित की गयी थी। इसे विभाजित या निवेश ब्लॉक विधि भी कहा गया है क्योंकि विभिन्न निवेश ब्लॉकों को अलग-अलग रिटर्न मिलते हैं।

इस प्रकार लाभ सहित पारंपरिक (सहभागी) पॉलिसियां जीवन बीमा कार्यालय के निवेश प्रदर्शन से कुछ लिंकेज प्रदान करती हैं। हालांकि लिंकेज सीधा नहीं है। पॉलिसीधारक को बोनस के माध्यम से प्राप्त होने वाला लाभ फंड की संपत्तियों और देनदारियों के नियतकालिक (आमतौर पर वार्षिक) मूल्यांकन पर निर्भर करता है।

मूल्यांकन में घोषित अधिशेष किए गए अनुमानों और मूल्यांकन बीमांकक द्वारा ध्यान में रखे गए कारकों पर निर्भर करता है। अधिशेष घोषित किए जाने के बाद भी पॉलिसीधारकों के बीच इसका आवंटन कंपनी के प्रबंधन के निर्णय पर निर्भर करेगा।

इन सब बातों के कारण, पॉलिसियों में जोड़े गए बोनस केवल बहुत लचीले और अलग तरीके से निवेश प्रदर्शन का पालन करते हैं।

दृष्टिकोण में अंतर्निहित बुनियादी तर्क समय के साथ आसानी से निवेश आय प्राप्त होना है। यह सही है कि टर्मिनल बोनस और कम्पाउंड बोनस ने पॉलिसीधारक को इक्विटी निवेश से प्राप्त लाभों के एक बड़े हिस्से का फ़ायदा लेने में सक्षम बनाया है। फिर भी ये अभी तक इन बोनसों की घोषणा करने वाले जीवन बीमा कार्यालय के विवेक पर निर्भर करते हैं।

अंत में, एक मूल्यांकन के तहत बोनस आम तौर पर केवल वर्ष में एक बार घोषित किए जाते हैं। साफ़ तौर पर ये संपत्ति के मूल्य में दैनिक उतार-चढ़ाव को प्रतिबिंबित नहीं कर सकते हैं।

इस प्रकार पारंपरिक लाभ सहित योजनाएं उत्पादों की एक पीढ़ी का प्रतिनिधित्व करती हैं जिसमें जीवन बीमा कंपनी लाभ (बीमा राशि और बोनस) और प्रीमियम सहित, उत्पाद या योजना की संरचना तय करती है। यहां तक कि जब जीवन बीमा कंपनी निवेश बाजार में उच्च आय अर्जित करती है, तब भी यह आवश्यक नहीं है कि इसके बोनस या लाभांश इस आय के साथ सीधे जुड़े होंगे।

पॉलिसीधारक या बीमित के लिए बड़ा लाभ यह रहा है कि निवेश की निश्चितता इन योजनाओं को ऐसी जरूरतें पूरी करने के लिए काफी उपयुक्त साधन बनाती हैं जिनके लिए निश्चित और समर्पित धन की आवश्यकता हो सकती है। ये किसी व्यक्ति के निवेश पोर्टफोलियो के समग्र पोर्टफोलियो जोखिम को कम करने में भी मदद करती हैं।

महत्वपूर्ण

पारंपरिक उत्पादों के लिए आईआरडीए के नए दिशानिर्देश

दिशानिर्देशों के अनुसार पारंपरिक योजनाओं के उत्पाद डिजाइन लगभग एक समान रहेंगे।

a) नए परंपरागत उत्पादों में मृत्यु कवर अधिक होगा।

   ii. **एकल प्रीमियम पॉलिसियों** के मामले में यह 45 वर्ष से कम उम्र वाले लोगों के लिए एकल प्रीमियम का 125% और 45 वर्ष से अधिक उम्र के लोगों के लिए एकल प्रीमियम का 110% होगा।

   iii. **नियमित प्रीमियम पॉलिसियों** के मामले में कवर 45 वर्ष से कम उम्र के लोगों के लिए वार्षिक प्रीमियम का 10 गुणा और अन्य के लिए सात गुणा होगा।

b) पारंपरिक योजना के मामले में **न्यूनतम मृत्यु लाभ** कम से कम बीमा धन की रकम और अतिरिक्त लाभ (अगर कोई हो तो) है।

c) बीमा धन के अलावा पॉलिसी में निर्दिष्ट अनुसार और मृत्यु की तिथि तक संचित **बोनस/अतिरिक्त लाभ** मृत्यु होने पर देय होंगे, अगर पहले भुगतान नहीं किया गया है।

d) ये योजनाएं आगे भी **दो भिन्न रूपों**, सहभागी और गैर-सहभागी योजनाओं में आती रहेंगी।

   i. **सहभागी पॉलिसियों** के मामले में बोनस फंड के प्रदर्शन से जुड़ा होता है और ये पहले घोषित या गारंटीकृत नहीं होते हैं। लेकिन **बोनस की घोषणा हो जाने पर यह एक गारंटी** बन जाता है। इसका आम तौर पर पॉलिसीधारक की मृत्यु या परिपक्वता लाभ के मामले में भुगतान किया जाता है। इस बोनस को **प्रत्यावर्ती बोनस** भी कहा जाता है।

   ii. **गैर-सहभागी पॉलिसियों** के मामले में पॉलिसी पर आय का खुलासा पॉलिसी की शुरुआत में किया जाता है।

स्व-परीक्षण 2

आजीवन बीमा का प्रीमियम भुगतान टर्म बीमा के प्रीमियम भुगतान की तुलना में _____ होता है।

I. अधिक
II. कम
III. बराबर
IV. बहुत अधिक

सारांश

- जीवन बीमा उत्पाद किसी व्यक्ति की उत्पादक क्षमता के आर्थिक मूल्य के नुकसान के लिये सुरक्षा प्रदान करते हैं, जो उसके आश्रितों या स्वयं के लिए उपलब्ध होती है।
- कोई जीवन बीमा पॉलिसी अपने मूल अर्थ में, व्यक्ति के साथ कोई दुर्भाग्यपूर्ण घटना घटित होने की स्थिति में उसके प्रियजनों को मानसिक शांति और सुरक्षा प्रदान करती है।

- मीयादी बीमा केवल एक निश्चित समयावधि के दौरान वैध कवर प्रदान करता है जो अनुबंध में निर्धारित किया गया रहना है।
- मीयादी बीमा का यूनिक से लिंग प्रोपोजिशन (खासियत) इसकी कम कीमत है जो व्यक्ति को एक सीमित बजट पर जीवन बीमा की अपेक्षाकृत बड़ी राशि को खरीदने में सक्षम बनाता है।
- हालांकि मीयादी बीमा पॉलिसियां अस्थायी बीमा के उदाहरण हैं, जहां सुरक्षा एक अस्थायी समयावधि के लिए उपलब्ध होती है, आजीवन बीमा स्थायी जीवन बीमा पॉलिसी का एक उदाहरण है।
- एंडामेंट बीमा अनुबंध वास्तव में दो योजनाओं का एक संयोजन है - एक मीयादी बीमा योजना जो बीमा अवधि के दौरान बीमाधारक की मृत्यु के मामले में संपूर्ण बीमा राशि का भुगतान करती है और एक शुद्ध एंडामेंट योजना जो बीमित व्यक्ति के बीमा अवधि के अंत तक जीवित रहने पर इस राशि का भुगतान करती है।

प्रमुख शब्द

1. मीयादी बीमा
2. आजीवन बीमा
3. एंडाउमेंट बीमा
4. मनी बैक पॉलिसी
5. सहभागिता और गैर- सहभागिता योजनाएं
6. प्रत्यावर्ती बोनस

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प III है।

जीवन बीमा एक अमूर्त उत्पाद है।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

आजीवन बीमा का प्रीमियम भुगतान मीयादी बीमा के प्रीमियम भुगतान की तुलना में अधिक होता है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

_____ जीवन बीमा व्यक्ति की मृत्यु की स्थिति में पॉलिसीधारक के बंधक का भुगतान करता है।

I. मीयादी

II. बंधक
III. आजीवन
IV. एंडोउमेंट

प्रश्न 2

अपने जीवन बीमा के लिए आपके द्वारा प्रीमियम का भुगतान जितना _____ होगा, आपकी मृत्यु की स्थिति में लाभार्थी को क्षतिपूर्ति का भुगतान उतना ही _____ होगा।

I. अधिक, अधिक
II. कम, अधिक
III. अधिक, कम
IV. तेज, धीमा

प्रश्न 3

मीयादी बीमा योजना के संबंध में नीचे दिया गया कौन सा विकल्प सही है?

i. मीयादी बीमा योजनाएं आजीवन नवीकरणीय विकल्प के साथ आती हैं
ii. सभी मीयादी बीमा योजनाएं एक अंतर्निहित अपंगता राइडर के साथ आती हैं
iii. मीयादी बीमा एक अकेली पॉलिसी के रूप में और अन्य पॉलिसी के साथ एक राइडर के रूप में भी खरीदा जा सकता है
iv. मीयादी बीमा योजनाओं में इसे आजीवन बीमा योजना में परिवर्तित करने का कोई प्रावधान नहीं होता है

प्रश्न 4

घटती मीयादी बीमा में प्रीमियम भुगतान समय के साथ _____ है।

I. बढ़ता
II. घटता
III. स्थिर रहता
IV. वापस किया जाता है

प्रश्न 5

मीयादी बीमा पॉलिसी में उपलब्ध परिवर्तनीयता का विकल्प का प्रयोग करके आप इसे _____ में बदल सकते हैं।

I. आजीवन पॉलिसी
II. बंधक पॉलिसी
III. बैंक एफडी
IV. घटती मीयादी पॉलिसी

प्रश्न 6

जीवन बीमा उत्पाद का प्राथमिक उद्देश्य क्या होता है?

I. कर में छूट
II. सुरक्षित निवेश का अवसर
III. व्यक्ति की उत्पादक क्षमताओं के आर्थिक मूल्य के नुकसान के लिये संरक्षण
IV. धन संचय

प्रश्न 7

निम्नलिखित में से किसे एक मीयादी पॉलिसी खरीदने की सबसे अच्छी सलाह दी जाती है?

I. एक ऐसा व्यक्ति जिसे बीमा अवधि के अंत में पैसे की जरूरत है
II. एक ऐसा व्यक्ति जिसे बीमा की जरूरत है और एक उच्च बजट है
III. एक ऐसा व्यक्ति जिसे बीमा की जरूरत है लेकिन बजट कम है
IV. एक ऐसा व्यक्ति जिसे एक बीमा उत्पाद की जरूरत है जो उच्च लाभ देता हो

प्रश्न 8

घटते मीयादी बीमा के संबंध में नीचे दिया गया कौन सा कथन गलत है?

I. मृत्यु लाभ की राशि कवरेज की अवधि के साथ कम हो जाती है
II. प्रीमियम राशि कवरेज की अवधि के साथ कम हो जाती है
III. प्रीमियम संपूर्ण अवधि के दौरान एक समान रहता है
IV. बंधक मोचन योजनाएं घटती मीयादी बीमा योजनाओं का एक उदाहरण है

प्रश्न 9

एंडोउमेंट बीमा योजना के संबंध में नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. इसमें केवल एक मृत्यु लाभ का घटक होता है
II. इसमें केवल एक उत्तरजीविता लाभ का घटक होता है
III. इसमें मृत्यु लाभ और उत्तरजीविता लाभ दोनों घटक होते हैं
IV. यह एक मीयादी योजना के समान है

प्रश्न 10

इनमें से कौन एंडोउमेंट बीमा योजना का एक उदाहरण है?

I. बंधक मोचन योजना
II. ऋण जीवन बीमा योजना
III. मनी बैक योजना
IV. आजीवन योजना

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

बंधक जीवन बीमा व्यक्ति की मृत्यु की स्थिति में पॉलिसीधारक के बंधक का भुगतान करता है।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

अपने जीवन बीमा के लिए आपके द्वारा प्रीमियम का भुगतान जितना अधिक होगा, आपकी मृत्यु की स्थिति में लाभार्थी को मुआवजे का भुगतान उतना ही अधिक होगा।

उत्तर 3

सही विकल्प III है।

मीयादी बीमा एक अकेली पॉलिसी के रूप में और अन्य पॉलिसी के साथ एक राइडर के रूप में भी खरीदा जा सकता है।

उत्तर 4

सही विकल्प III है।

घटती मीयादी बीमा में समय के साथ प्रीमियम भुगतान स्थिर बना रहता है।

उत्तर 5

सही विकल्प I है।

मीयादी पॉलिसी में उपलब्ध परिवर्तनीय विकल्प का प्रयोग करके आप इसे आजीवन पॉलिसी में बदल सकते हैं।

उत्तर 6

सही विकल्प III है।

व्यक्ति की उत्पादक क्षमताओं के आर्थिक मूल्य के नुकसान के लिये संरक्षण देना जीवन बीमा उत्पाद के पीछे रहा प्राथमिक उद्देश्य है।

उत्तर 7

सही विकल्प III है।

मीयादी योजना एक ऐसे व्यक्ति के लिए अच्छा विकल्प है जिसे बीमा की जरूरत है और जिसका बजट कम है।

उत्तर 8

सही विकल्प II है।

घटते मीयादी बीमा योजनाओं के लिए प्रीमियम संपूर्ण अवधि में एक समान बना रहता है।

उत्तर 9

सही विकल्प III है।

एंडोउमेंट बीमा योजना में मृत्यु लाभ और उत्तरजीविता घटक दोनों होते हैं।

उत्तर 10

सही विकल्प III है।

मनी बैक योजना एंडोउमेंट बीमा योजना का एक उदाहरण है।

अध्याय 9

जीवन बीमा उत्पाद – II

अध्याय परिचय

यह अध्याय गैर-परंपरागत जीवन बीमा उत्पादों की दुनिया से आपका परिचय कराता है। हम पारंपरिक जीवन बीमा उत्पादों की सीमाओं की जाँच से शुरुआत करेंगे और फिर गैर-परंपरागत जीवन बीमा उत्पादों के आकर्षण पर एक नजर डालेंगे। अंत में हम बाजार में उपलब्ध गैर-परंपरागत जीवन बीमा उत्पादों के कुछ अलग-अलग प्रकारों को देखेंगे।

अध्ययन परिणाम

A. गैर-परंपरागत जीवन बीमा उत्पादों का संक्षिप्त विवरण
B. गैर-परंपरागत जीवन बीमा उत्पाद

A. गैर-परंपरागत जीवन बीमा उत्पादों का संक्षिप्त विवरण

1. गैर-परंपरागत जीवन बीमा उत्पाद - उद्देश्य और आवश्यकता

पिछले अध्यायों में हमने कुछ परंपरागत जीवन बीमा उत्पादों पर विचार किया जिनमें बीमा के साथ-साथ बचत तत्व शामिल होता है। इन उत्पादों को अक्सर वित्तीय बाजार का हिस्सा माना गया है और इनकी तुलना पूंजी संचय के अन्य साधनों के साथ की गयी है।

हमें यह ध्यान रखना चाहिए कि बचत और निवेश के प्रमुख उद्देश्यों में से एक **संसाधनों का अंतर-अस्थायी आवंटन प्राप्त करना है जो कुशल और प्रभावी दोनों** है।

i. **अंतर-कालिक आवंटन** (इंटर – टेम्परल एलोकेशन) का मतलब है समय पर आवंटन। यहां **प्रभावी** शब्द का मतलब है कि जीवन चक्र की विभिन्न अवस्थाओं में उत्पन्न होने वाली विभिन्न आवश्यकताओं को सफलता पूर्वक संतुष्ट,सफलता करने के लिए पर्याप्त धन उपलब्ध है।
ii. दूसरी ओर **कुशल आवंटन** का मतलब है अधिक तेजी से संचय और भविष्य में अधिक धन की उपलब्धता।जोखिम के एक निर्दिष्ट स्तर पर प्रतिफल जितनी अधिक होगा, निवेश उतना ही अधिक कुशल होगा।

जीवन बीमा पॉलिसियों के संबंध में चिंता की एक महत्वपूर्ण बात प्रतिस्पर्धी दर का प्रतिफल देने का मुद्दा रही है जिसकी तुलना वित्तीय बाजार में अन्य परिसंपत्तियों की आय से की जाती है। जीवन बीमा की पारंपरिक नकद मूल्य योजनाओं की कुछ विशेषताओं की जांच करना उपयोगी होगा जिनकी चर्चा हमने पिछले अध्याय में की है। इन्हें बंडल योजना कहा गया है क्योंकि इनकी संरचना बंडल (समूह) में होती है और लाभों तथा प्रीमियम को एकल पैकेज के रूप में प्रस्तुत किया जाता हैं।

2. पारंपरिक उत्पादों की सीमाएं

समालोचना जांच से चिंता के निम्नलिखित क्षेत्रों का पता चलता है:

a) **नकद मूल्य घटक:** सबसे पहले, इस तरह की पॉलिसियों में बचत या नकद मूल्य घटक को अच्छी तरह से परिभाषित नहीं किया जाता है। यह एक्च्यूरिअल आरक्षित निधियों की मात्रा पर निर्भर करता है। परिणामस्वरूप इसे मृत्यु दर, ब्याज दरों, खर्चों और अन्य मानदंडों से निर्धारित किया जाता है जो जीवन बीमा कंपनी द्वारा तय किये जाते हैं। ये काफी मनमानी धारणाएं हो सकती हैं।

b) **प्रतिफल की दर:** दूसरी बात, इन पॉलिसियों पर प्रतिफल की दर क्या होगी, यह निश्चय करना आसान नहीं है।इसका कारण यह है कि "लाभ सहित पॉलिसियों" के अंतर्गत लाभ का मूल्य निश्चित केवल तभी जाना जाएगा जब अनुबंध समाप्त हो जाता है।फिर, बीमा कंपनी की सही लागतों का खुलासा नहीं किया जाता है। प्रतिफल की दर के बारे में यही स्पष्टता की कमी बचत के अन्य वैकल्पिक साधनों के साथ इनकी तुलना करना मुश्किल बनाता है। बेशक व्यक्ति यह नहीं जान सकता है कि जीवन बीमा एक बचत के साधन के रूप में कितना कुशल है जब तक कि व्यक्ति ऐसी तुलना नहीं करे ।

c) **समर्पण मूल्य:** तीसरी समस्या यह है कि इन अनुबंधों के तहत समय नकदी और समर्पण मूल्य (किसी भी समय) कुछ मूल्यों (जैसे एक्च्यूरिअल आरक्षित निधियों की राशि और पॉलिसी में परिसंपत्ति का

यथानुपात हिस्सा) पर निर्भर करता है।ये मूल्य काफी मनमाने ढंग से निर्धारित किए जा सकते हैं। समर्पण मूल्य पर पहुंचने की विधि देखने में नहीं है।

d) **प्राप्ति (यील्ड):** अंत में इन पॉलिसियों पर प्राप्ति का मुद्दा है।निवेश पर विवेकपूर्ण मानदंड और सख्त निगरानी के कारण तथा क्योंकि बोनस तुरंत जीवन बीमा कंपनी के निवेश के प्रदर्शन को प्रतिबिंबित नहीं करते हैं, इन पॉलिसियों पर होने वाली प्राप्तियां अधिक जोखिमपूर्ण निवेशों से होने वाली प्राप्तियों की तरह उच्च नहीं हो सकती हैं।

3. बदलाव (शिफ्ट)

चूंकि पारंपरिक जीवन बीमा योजनाओं की सीमाएं स्पष्ट हो गयी हैं, जीवन बीमा कंपनियों की उत्पाद प्रोफाइलों में कई बदलाव हुए हैं। इनके बारे में नीचे संक्षेप में बताया गया है:

a) बंडल को खोलना (अनबंडलिंग)

इस रुझान में सुरक्षा और बचत तत्वों को अलग-अलग करना तथा इसके परिणाम स्वरूप ऐसे उत्पादों का विकास जिनमें दोनों के एक अस्पष्ट मिश्रण के बजाय सुरक्षा या बचत पर जोर दिया जाना शामिल है।

जहां अमेरिका जैसे बाजारों में इसके कारण मीयादी बीमा और यूनिवर्सल बीमा तथा परिवर्ती बीमा जैसे नए उत्पादों की पुनर्खोज हुई, ब्रिटेन और अन्य बाजारों में यूनिट लिंक्ड बीमा में वृद्धि देखी गई।

b) निवेश लिंकेज

दूसरा रुझान निवेश लिंक्ड उत्पादों की दिशा में बदलाव का था जिनमें निवेश के प्रदर्शन के एक सूचकांक के साथ पॉलिसीधारकों के लाभों को जोड़ा गया। परिणामस्वरूप जीवन बीमा की प्रस्तुति में एक बदलाव हुआ। यूनिट लिंक्ड जैसे नए उत्पादों का मतलब था कि जीवन बीमा कंपनियों को एक नयी भूमिका निभानी थी। वे अब सिर्फ वित्तीय सुरक्षा प्रदाता होने के बजाय लाभ की एक उच्च प्रतिस्पर्धी दर उपलब्ध कराने के आदेश के साथ कुशल फंड प्रबंधक बन गए थे।

c) पारदर्शिता

बंडल को खोलने के कारण आय के पतिफल दर और कंपनियों द्वारा अपनी सेवाओं हेतु लिए जाने वाले शुल्क (जैसे खर्च आदि) में काफी स्पष्टता आयी। इन सभी के बारे में स्पष्ट रूप से बताया गया और इस तरह इनकी तुलना की जा सकती थी।

d) गैर-मानक उत्पाद

चौथा प्रमुख रुझान उत्पाद की सख्त से लचीली संरचनाओं की ओर बदलाव रहा है जिसे गैर-मानक उत्पादों की दिशा में एक कदम के रूप में भी देखा जाता है। जब हम गैर-मानक की बात करते हैं, यह पसंद के स्तर से संबंधित है जो एक ग्राहक पॉलिसी की संरचना और लाभों का डिजाइन तैयार करने के संबंध में प्रयोग कर सकता है।

दो ऐसे क्षेत्र हैं जहां ग्राहक इस संबंध में सक्रिय रूप से भागीदारी कर सकते हैं।

- ✓ प्रीमियम और लाभों की संरचना तय करने और बदलने के समय
- ✓ प्रीमियम एकत्रित को निवेश करने के तरीके का चयन करते समय

4. आकर्षण - जरूरतें पूरी करना

दुनिया भर में उभरे उत्पादों की नई शैली के आकर्षण के प्रमुख स्रोत नीचे दिए गए हैं:

a) **निवेश लाभ के साथ सीधा संबंध:** सबसे पहले, निवेश के लाभों के साथ सीधे संबंध की संभावना थी जो जीवन बीमा कंपनियां तेजी से बढ़ते और संभावनाओं से भरपूर पूंजी बाजार में निवेश के माध्यम से अर्जित कर सकती हैं।निवेश लिंक्ड बीमा पॉलिसियों के समर्थन में एक सबसे महत्वपूर्ण तर्क यह रहा है कि छोटी अवधि में इक्विटी बाजारों में कुछ उतार-चढ़ाव की संभावना के बावजूद लंबी अवधि में इन बाजारों से मिलने वाला प्रतिफल अन्य सुरक्षित निश्चित आय के साधनों की तुलना में बहुत अधिक होगी। ऐसी जीवन बीमा कंपनियां जो अपने निवेश पोर्टफोलियो का कुशलता से प्रबंधन करने में सक्षम हैं, अपने ग्राहकों के लिए शानदार रिटर्न उत्पन्न कर सकती हैं और इस प्रकार उच्च मूल्य के उत्पाद विकसित कर सकती हैं।

b) **प्रतिफल पर बुरा असर डालने वाली मुद्रास्फीति:** लाभ का महत्व बचत पर महंगाई (मुद्रास्फीति) के प्रभाव से भी मालूम पड़ता है। जैसा कि हम सब जानते हैं, महंगाई व्यक्ति के धन की क्रय शक्ति को इस प्रकार नष्ट कर सकती है कि आज के एक रुपए का मूल्य पंद्रह वर्ष के बाद केवल 30 पैसा रहे जाएगा, आज के 100 रुपए के मूलधन को पंद्रह वर्षों में आज के मूल्य के बराबर होने के लिए कम से कम 300 रुपए तक बढ़ने की जरूरत होगी। इसका मतलब है कि जीवन बीमा पॉलिसी पर लाभ की दर मुद्रास्फीति की दर की तुलना में बहुत अधिक होनी चाहिए। यहीं पर निवेश लिंक्ड बीमा पॉलिसियां परंपरागत जीवन बीमा पॉलिसियों से बेहतर प्रदर्शन करने में ख़ास तौर पर सक्षम थीं।

c) **लचीलापन:** इनके आकर्षण का तीसरा कारण इनका लचीलापन था।अब पॉलिसीधारक सीमाओं के भीतर यह तय कर सकते हैं कि वे कितनी प्रीमियम राशि का भुगतान करना चाहते हैं और मृत्यु लाभों तथा नकदी मूल्यों की राशि में अंतर कर सकते हैं। निवेश लिंक्ड उत्पादों में, उनके पास निवेश का विकल्प भी था और ऐसे फंडों का मिश्रण भी तय कर सकते थे जिनमें वे अपने निवेशित प्रीमियमों को रखता चाहते हैं। इसका मतलब है कि जीवन बीमा में अपने निवेश पर पॉलिसीधारकों का अधिक नियंत्रण हो सकता है।

d) **समर्पण मूल्य:** अंत में, पॉलिसियों में एक निर्धारित प्रारंभिक वर्षों की अवधि (जैसे तीन या पांच वर्ष) के बाद, एक मामूली समर्पण शुल्क की कटौती के पश्चात पॉलिसी धारकों को योजनाओं से पैसे निकालने की भी अनुमति थी।पॉलिसी की अवधि पूरी होने से पहले इस तरह के समर्पण या नकदीकरण पर उपलब्ध राशि तत्कालीन परंपरागत पॉलिसियों के तहत उपलब्ध समर्पण मूल्यों की तुलना में बहुत अधिक थी।

ये पॉलिसियां काफी लोकप्रिय हो गयीं और इन्होंने भारत सहित कई देशों में पारंपरिक उत्पादों की जगह लेनी शुरू कर दी क्योंकि ये कई निवेशकों के महत्वपूर्ण उद्देश्यों को पूरा कर रही थीं - **धन संचय का उद्देश्य जिसने निवेश के कुशल साधनों की मांग उत्पन्न की।उदाहरण के लिए,** अमेरिका में "यूनिवर्सल लाइफ" जैसे उत्पादों ने उच्च चालू ब्याज दरों के प्रतिफल का लाभ पॉलिसीधारकों को देने का साधन उपलब्ध कराया जिसे जीवन बीमा कंपनियों ने बहुत जल्दी पैसा और पूंजी बाजार में अर्जित किया था।

इस दौरान प्रीमियम और अंकित राशि के लचीलेपन से पॉलिसीधारक अपनी विशेष परिस्थितियों के अनुरूप प्रीमियमों का समायोजन करने में सक्षम हुए। किसी अनुचित नुकसान के बिना जल्द निकासी की सुविधा का

मतलब यह भी था कि अब पॉलिसीधारक को लंबी अवधि तक अपने पैसे को बंद करके रखने की जरूरत नहीं थी।

स्व-परीक्षण 1

इनमें से कौन सा एक गैर-पारंपरिक जीवन बीमा उत्पाद है?

I. मीयादी बीमा
II. यूनिवर्सल जीवन बीमा
III. एंडाउमेंट बीमा
IV. आजीवन बीमा

B. गैर-पारंपरिक जीवन बीमा उत्पाद

1. कुछ गैर-पारंपरिक उत्पाद

इस अध्याय के बाकी अनुच्छेदों में हम कुछ गैर-पारंपरिक उत्पादों पर चर्चा करेंगे जो भारतीय बाजार में और अन्यत्र सामने आए हैं।

a) यूनिवर्सल लाइफ

यूनिवर्सल जीवन बीमा वह पॉलिसी है जो 1979 में संयुक्त राज्य अमेरिका में शुरू की गयी थी और तेजी से उभर कर अस्सी के दशक के पहली छमाही तक बहुत लोकप्रिय हो गयी।

नवंबर 2010 के आईआरडीए के एक परिपत्र के अनुसार, "सभी सर्वव्यापी जीवन बीमा उत्पादों को परिवर्ती बीमा उत्पादों (वीआईपी) के रूप में जाना जाएगा।"

सूचना

यूनिवर्सल जीवन बीमा के बारे में

यूनिवर्सल जीवन बीमा स्थायी जीवन बीमा का एक रूप है जिसकी पहचान इसके **लचीले प्रीमियम, लचीली अंकित राशि और मृत्यु लाभ राशियों और इसके मूल्य निर्धारण कारकों के अलग-अलग** किए जाने से होती है। जहां पारंपरिक नकद मूल्य पॉलिसियों में अनुबंध को चालू रखने के लिए नियत समय-समय पर एक विशिष्ट सकल या कार्यालय प्रीमियम का भुगतान करने की आवश्यकता होती है, यूनिवर्सल जीवन बीमा पॉलिसियां सीमाओं के भीतर पॉलिसी धारक को प्रीमियम की राशि तय करने अनुमति देती हैं जो वह कवरेज के लिए भुगतान करना चाहता/चाहती है। प्रीमियम का आकार जितना बड़ा होता है, उतना ही अधिक उपलब्ध कवरेज और पॉलिसी का नकद मूल्य भी होता है।

यूनिवर्सल जीवन बीमा का प्रमुख नया परिवर्तन प्रथम पॉलिसी वर्ष के बाद पूरी तरह से लचीले प्रीमियम की शुरुआत करना था। व्यक्ति को केवल यह सुनिश्चित करना था कि प्रीमियम कुल मिलाकर पॉलिसी के बनाये रखने के खर्च को कवर करने के लिए पर्याप्त था। इसका मतलब यह था कि पॉलिसी को उस समय तक चालू समझा जाएगा जब तक कि इसका नगद मूल्य मृत्यु दर शुल्कों और खर्चों का भुगतान करने के लिए पर्याप्त था।

प्रीमियम के लचीलेपन से पॉलिसीधारक को लक्षित राशि से अधिक अतिरिक्त प्रीमियम देने की अनुमति मिली। इसने व्यक्ति को लक्ष्य राशि से कम के प्रीमियम भुगतानों की या प्रीमियम भुगतान न करने की भी अनुमति दी।

संरचनाओं के लचीलेपन ने पॉलिसीधारक को नगद मूल्य में से पैसे की आंशिक निकासी करने में भी सक्षम बनाया जो इस राशि को लौटाने या इस पर किसी ब्याज को चुकाने के दायित्व के बिना उपलब्ध था। बस नकद मूल्य उस सीमा तक कम हो जाता था।
लचीलापन का मतलब यह भी था कि मृत्यु लाभ का समायोजित और अंकित राशियों में अंतर किया जा सकता था।

तथापि, इस प्रकार की पॉलिसी को गलत तरीके से बेचा जा सकता है।वास्तव में अमेरिका जैसे बाजारों में संभावित ग्राहकों को इस नियम से प्रलोभन दिया जाता था कि व्यक्ति को केवल कुछ शुरुके प्रीमियमों का भुगतान करने की जरूरत थी और फिर पॉलिसी अपने आप इसका ध्यान रखेगी। उन्होंने यह स्पष्ट नहीं किया कि नकद मूल्यों को बनाए रखना और पॉलिसी को चालू रखना केवल तभी संभव था जब निवेश पर प्रतिफल उस प्रयोजन के लिए पर्याप्त थी। अस्सी के दशक के उत्तरार्ध के दौरान निवेश पर प्रतिफल में कमी आई नकद मूल्यों के गिरावट का कारण बनी। ऐसे पॉलिसीधारक जो प्रीमियम भुगतान जारी करने में विफल रहे थे, यह देखकर हैरान रह गए कि उनकी पॉलिसियां लैप्स हो गयी थीं और उनके पास अब कोई जीवन बीमा सुरक्षा नहीं थी।

चित्र 1: गैर-परंपरागत जीवन बीमा उत्पाद

भारत में आईआरडीए मानदंडों के अनुसार केवल दो प्रकार के गैर-परंपरागत बचत जीवन बीमा उत्पादों की अनुमति दी गयी है:

- ✓ परिवर्ती बीमा योजनाएं
- ✓ यूनिट लिंक्ड बीमा योजनाएं

i. परिवर्ती जीवन बीमा

सबसे पहले अमेरिका और अन्य बाजारों में शुरू किए गए परिवर्ती जीवन बीमा के बारे में जानना उपयोगी होगा।

यह पॉलिसी सबसे पहले 1977 में अमेरिका में शुरू की गई थी। परिवर्ती जीवन बीमा "आजीवन" पॉलिसी का एक प्रकार है जहां पॉलिसी का मृत्यु लाभ और नकद मूल्य जमा किए जा रहे प्रीमियम के एक विशेष निवेश खाते के निवेश प्रदर्शन के अनुसार बदलता रहता है।इस प्रकार पॉलिसी ब्याज दर या न्यूनतम नकद मूल्य के संबंध में कोई गारंटी नहीं देती है। **सैद्धांतिक रूप से नकद मूल्य शून्य तक नीचे जा सकता है जिस मामले में पॉलिसी समाप्त हो जाएगी।**

पारंपरिक नकद मूल्य पॉलिसियों के साथ अंतर स्पष्ट है। एक परंपरागत नकद मूल्य पॉलिसी में एक फेस अँमाउंट होता है जो पूरी अवधि के दौरान एक समान बना रहता है। नकद मूल्य प्रीमियम और एक निर्धारित दर पर ब्याज की आय के साथ बढ़ता है। पॉलिसी के रिजर्व को शामिल करने वाली सम्पतियाँ एक **सामान्य निवेश खाते** का हिस्सा बनती हैं जिसमें बीमा कंपनी अपने गारंटीकृत उत्पादों के फंड को बनाए रखती है। इन सम्पतियों को सुरक्षित निवेश के एक पोर्टफोलियो में रखा जाता है। इस प्रकार बीमा कंपनी इस खाते की सम्पतियों पर आय के एक शानदार प्रतिफल की अपेक्षा कर सकती है।

इसके विपरीत, एक परिवर्ती जीवन बीमा पॉलिसी के पॉलिसी रिजर्व को शामिल करने वाली संपत्तियों को एक **अलग फंड** में रखा जाता है जो इसके सामान्य निवेश खाते का हिस्सा नहीं बनती हैं।अमेरिका में इसे एक अलग खाता कहा गया जबकि कनाडा में इसे एक पृथक्कृत खाता कहा गया। अधिकांश परिवर्ती पॉलिसियों में पॉलिसीधारकों को कई अलग-अलग खातों में से चयन करने और कम से कम वर्ष में एक बार अपने चयन को बदलने की अनुमति दी गयी थी।

संक्षेप में, यह एक ऐसी पॉलिसी है जिसमें नगद मूल्यों को जीवन बीमा कंपनी के अलग खातों से लगाया जाता है और निवेश अनुभव को प्रतिबिंबित करने के लिए मृत्यु लाभ तथा नकद मूल्य में भिन्नता होती है। यह पॉलिसी एक न्यूनतम मृत्यु लाभ की गारंटी भी प्रदान करती है जिसके लिए मृत्यू दर और खर्च के जोखिमों को बीमा कंपनी द्वारा वहन किया जाता है। प्रीमियम परंपरागत आजीवन पॉलिसी के मामले के समान तय किए जाते हैं। इस प्रकार परंपरागत आजीवन पॉलिसियों के साथ मुख्य अंतर निवेश कारक में निहित रहता है।

परिवर्ती जीवन पॉलिसियां ऐसे लोगों के लिए पसंदीदा विकल्प बन गयी हैं जो अपनी संपत्तियों को अपनी पसंद के अलग-अलग फंड में निवेशित रखना चाहते थे और अपने पोर्टफोलियो के निवेश के अनुकूल प्रदर्शन से भी सीधे लाभ प्राप्त करना चाहते थे।उनकी खरीद की एक प्रमुख शर्त यह है कि खरीदार को पॉलिसी पर निवेश के जोखिम को वहन करने में सक्षम और इच्छुक होना चाहिए। इसका मतलब है कि परिवर्ती जीवन बीमा पॉलिसियां आम तौर पर ऐसे लोगों द्वारा खरीदी जानी चाहिए जो जानकार और इक्विटी/ऋण निवेश तथा बाजार की अस्थिरता को लेकर काफी सहज होते हैं। साफ़ तौर पर, इसकी लोकप्रियता निवेश बाजार की स्थितियों पर निर्भर करेगी - जो बाजार की उछाल में काफी प्रगति करेगी और शेयर तथा बांड के मूल्य धराशायी होने पर इसमें गिरावट आ जाएगी। परिवर्ती जीवन बीमा बेचते समय इस अस्थिरता को ध्यान में रखा जाना चाहिए।

ii. यूनिट लिंक्ड बीमा (यूलिप)

यूनिट लिंक्ड योजनाएं जिन्हें यूलिप के रूप में भी जाना जाता है, कई बाजारों में परंपरागत योजनाओं की जगह लेकर सबसे लोकप्रिय और महत्वपूर्ण उत्पादों में से एक के रूप में उभरी हैं। इन योजनाओं की शुरुआत ब्रिटेन में पर्याप्त निवेश की स्थिति में हुई थी, जो जीवन बीमा कंपनियों ने सामान्य इक्विटी शेयरों

में किया था और इसके परिणामस्वरूप उनको बड़े पूंजीगत लाभ और मुनाफे हुए थे। दोनों इक्विटी में अधिक निवेश करने और इसके लाभ अधिक कुशल तथा न्यायसंगत तरीके से पॉलिसीधारकों को देने की जरूरत महसूस की गयी।

लाभ सहित परंपरागत (सहभागीता) पॉलिसियां जीवन बीमा कार्यालय के निवेश प्रदर्शन को कुछ लिंकेज प्रदान करती हैं। हालांकि यह लिंकेज प्रत्यक्ष नहीं है। पॉलिसीधारक का बोनस परिसंपत्तियों और देनदारियों तथा घोषित परिणामी अधिशेष के नियत समय के (आम तौर पर वार्षिक) मूल्यांकन पर निर्भर करता है जो बदले में मूल्यांकन एक्च्यूअरीज द्वारा समझी गयी धारणाओं और कारकों पर निर्भर करता है।

अनुबंध के तहत दी की गयी गारंटी की अनुमति मूल्यांकन प्रक्रिया के लिए महत्वपूर्ण है। नतीजतन बोनस बीमा कंपनी की अंतर्निहित परिसंपत्तियों के मूल्य को सीधे प्रतिबिंबित नहीं करता है। यहां तक कि अधिशेष घोषित किए जाने के बावजूद जीवन बीमा कंपनी अभी भी इसे बोनस के लिए आवंटित नहीं कर सकती है बल्कि स्वतंत्र संपत्तियां बनाने का निर्णय ले सकती हैं जिसका विकास और विस्तार के लिए उपयोग किया जा सकता है।

इन सबके कारण पॉलिसियों में बोनस की वृद्धि एक बहुत ही लचीले और अलग तरीके से निवेश प्रदर्शन का अनुसरण करती है।

परंपरागत पॉलिसियों को संचालित करनेवाला बुनियादी तर्क समय के साथ निवेश आय को सहज बनाना है। जहां टर्मिनल बोनस और कम्पाउंड बोनस ने पॉलिसी धारकों को इक्विटी और अन्य उच्च लाभ वाले निवेशों के लाभ के एक बड़े हिस्से का फ़ायदा उठाने में सक्षम बनाया है, वे अभी भी जीवन बीमा कार्यालय के विवेक पर निर्भर हैं जो इन बोनसों की घोषणा करता है। फिर, बोनस आमतौर पर केवल वर्ष में एक बार घोषित किए जाते हैं क्योंकि मूल्यांकन केवल वार्षिक आधार पर किया जाता है। इस प्रकार प्रतिफल संपत्तियों के मूल्य में दैनिक उतार-चढ़ावों को प्रतिबिंबित नहीं करते हैं।

यूनिट लिंक्ड पॉलिसियां उपरोक्त दोनों प्रतिबंधों से पार पाने में मदद करती हैं। **इन अनुबंधों के तहत लाभ भुगतान देय होने की तिथि को पॉलिसीधारक के खाते में जमा यूनिट्स के मूल्य से पूर्णतः या अंशतः निर्धारित किए जाते हैं।**

इस प्रकार यूनिट लिंक्ड पॉलिसियां जीवन बीमा कंपनी के निवेश प्रदर्शन के लाभों को सीधे और तुरंत भुनाने के लिए साधन उपलब्ध कराती हैं। यूनिट्स आम तौर पर एक निर्दिष्ट अधिकृत यूनिट ट्रस्ट या कंपनी द्वारा प्रबंधित एक अलग किये गये (आंतरिक) फंड के यूनिट होते हैं। यूनिट्स एकल प्रीमियम का भुगतान करके या नियमित प्रीमियम भुगतानों के माध्यम से खरीदे जा सकते हैं।

ब्रिटेन तथा अन्य बाजारों में इन पॉलिसियों को एक संलग्न बीमा घटक के साथ निवेश साधनों के रूप में विकसित और प्रस्तुत किया गया था। इनकी संरचना पारंपरिक नकद मूल्य अनुबंधों की संरचना से काफी अलग है। परम्परागत नकद वैल्यू पालिसी, जैसा कि हमने कहा था, बंडल पॉलिसियां होती हैं। ये अपनी अवधि, खर्च और बचत घटकों के संदर्भ में अपारदर्शी हैं। इसके विपरीत, यूनिट लिंक्ड अनुबंध बंडल-मुक्त होते हैं। इनकी संरचना पारदर्शी होती है जहां बीमा के लिए शुल्कों का भुगतान करना होता है और खर्च के घटक स्पष्ट रूप से निर्धारित किए जाते हैं।

चित्र 2: प्रीमियम का विभाजन

एक बार जब ये शुल्क प्रीमियम में से काट लिए जाते हैं, खाते की शेष राशि और इससे होने वाली आय को यूनिट्स में निवेश किया जाता है। इन यूनिट्स का मूल्य प्रदर्शन के कुछ पूर्व-निर्धारित सूचकांकों के संदर्भ में तय किया जाता है।

महत्वपूर्ण बात है कि यह मूल्य एक नियम या सूत्र द्वारा निर्धारित किया जाता है जो पहले से ही में उल्लिखित होता है। आमतौर पर यूनिट्स का मूल्य निवल संपत्ति मूल्य को नेट एसेट वैल्यू (एनएवी) के रुप में बताया जाता है जो उन संपत्तियों के बाजार मूल्य को दर्शाता है जिसमें धन का निवेश किया गया है। दो स्वतंत्र व्यक्ति सूत्र का पालन करके एक ही देय लाभ पर पहुंच सकते हैं।

इस प्रकार पॉलिसीधारक के लाभ जीवन बीमा कंपनी की धारणाओं और विवेक पर निर्भर नहीं करते हैं।

यूनिट लिंक्ड पॉलिसियों की एक लोकप्रिय विशेषता विभिन्न प्रकार के फंडों के बीच चयन करने की इसकी सुविधा है जिसका प्रयोग यूनिटधारक कर सकता है। प्रत्येक फंड में संपत्तियों का एक अलग पोर्टफोलियो मिश्रण होता है। इस प्रकार निवेशक को डेट, बैलेंस्ड और इक्विटी फंडों के एक व्यापक विकल्प के बीच चयन करना होता है। डेट फंड का अर्थ है व्यक्ति के अधिकांश प्रीमियमों को गिल्ट और बांड जैसी ऋण प्रतिभूतियों (सिक्युरिटिज) में निवेश करना। इक्विटी फंड का मतलब यह है कि यूनिट मुख्य रूप से इक्विटी के रूप में होते हैं। यहां तक कि इन व्यापक श्रेणियों के भीतर अन्य प्रकार के विकल्प भी हो सकते हैं।

इक्विटी फंड	डेट/ऋण फंड	बैलेंस्ड फंड	मनी मार्केट फंड
यह फंड धनराशि के एक बड़े भाग को इक्विटी और इक्विटी संबंधी साधनों में निवेश करता है।	यह फंड धनराशि का बड़ा हिस्सा सरकारी बॉन्ड, कॉरपोरेट बॉन्ड, फिक्स्ड डिपॉजिट आदि में निवेश करता है।	यह फंड इक्विटी और ऋण साधनों के एक मिश्रित रूप में निवेश करता है।	यह फंड धनराशि को मुख्य रूप से ट्रेजरी बिल, जमाराशि प्रमाणपत्र, वाणिज्य पत्र आदि जैसे साधनों में निवेश करता है।

कोई व्यक्ति वृद्धि फंड, जहां मुख्य रूप से वृद्धि शेयरों में निवेश किया जाता है या बैलेंस्ड फंड, जो पूंजीगत लाभ के साथ आय की जरूरत को संतुलित करता है, के बीच चयन कर सकता है। सेक्टोरल फंडों का भी चयन किया जा सकता है जो केवल कुछ क्षेत्रों और उद्योगों में निवेश करते हैं। प्रत्येक चयनित विकल्प में व्यक्ति की जोखिम प्रोफाइल और निवेश की जरूरत प्रतिबिंबित होनी चाहिए। एक प्रकार के फंड से दूसरे

प्रकार के फंड में स्विच करने का भी प्रावधान होता है अगर एक या एक से अधिक फंडों का प्रदर्शन ठीक नहीं रहा हो तो।

इन सभी विकल्पों में एक शर्त भी होती है। जीवन बीमा कंपनी, जिससे एक कुशल पोर्टफोलियो प्रबंधन की उम्मीद की जाती है, यूनिट मूल्यों के बारे में कोई गारंटी नहीं देती है। इस प्रकार यहां इसे निवेश के जोखिम के बड़े हिस्से से राहत मिल जाती है। यह जोखिम यूनिट धारक द्वारा वहन किया जाता है। हालांकि जीवन बीमा कंपनी मृत्यु दर और खर्च के जोखिम को वहन कर सकती है।

फिर, पारंपरिक योजनाओं के विपरीत, यूनिट लिंक्ड पॉलिसियां न्यूनतम प्रीमियम के आधार पर काम करती हैं,न कि बीमा धन पर। बीमाधारक प्रीमियम राशि पर निर्णय लेता है जिसका वह नियमित अंतरालों पर योगदान करना चाहता है। **बीमा कवर प्रीमियम भुगतान का एक गुणज** होता है। बीमाधारक के पास अधिक और कम कवर के बीच चयन करने का विकल्प रहता है।

प्रीमियम में दो घटक शामिल हो सकते हैं - मीयादी घटक को एक गारंटीकृत फंड (जिसे ब्रिटेन में स्टर्लिंग फंड कहा जाता है) में रखा जा सकता है जो मृत्यु पर कवर की एक न्यूनतम राशि अर्जित करेगा। प्रीमियम की बची शेष राशि यूनिटों की खरीद में प्रयोग की जाती है जिसे बीमा कंपनी द्वारा पूंजी बाजार में, विशेष रूप से शेयर बाजार में निवेश किया जाता है। मृत्यु के मामले में मृत्यु लाभ बीमा राशि या व्यक्ति के खाते में उपलब्ध फंड मूल्य जो भी अधिक हो वह होगा। एकल ब्यक्ति के खाते में जमा यूनिटों की संख्या को यूनिट मूल्य से गुणा करते हुए फंड मूल्य प्राप्त होता है।

स्व-परीक्षण 2

नीचे दिया गया कौन सा कथन सही नहीं है?

I. परिवर्ती जीवन बीमा एक अस्थायी जीवन बीमा पॉलिसी है
II. परिवर्ती जीवन बीमा एक स्थायी जीवन बीमा पॉलिसी है
III. पॉलिसी में एक नकद मूल्य खाता होता है
IV. पॉलिसी न्यूनतम मृत्यु लाभ की गारंटी प्रदान करती है

सारांश

- जीवन बीमा पॉलिसियों के संबंध में चिंता की एक महत्वपूर्ण बात प्रतिफल की एक प्रतिस्पर्धी दर प्रदान करना रही है जिसकी तुलना वित्तीय बाजार में अन्य परिसंपत्तियों से की जाती है।
- कुछ रुझान जो गैर-परंपरागत जीवन उत्पादों के तेजी से बढ़ने का कारण बने, इनमें बंडल को खोलना, निवेश लिंकेज और पारदर्शिता शामिल है।
- यूनिवर्सल जीवन बीमा स्थायी जीवन बीमा का एक रूप है जिसकी पहचान इसके लचीले प्रीमियम, लचीली अंकित राशि और मृत्यु लाभ की राशियों तथा इसके मूल्य निर्धारण कारकों के बंडल को खोलने से होती है।
- परिवर्ती जीवन बीमा 'आजीवन बीमा" पॉलिसी का एक प्रकार है जहां मृत्यु लाभ और पॉलिसी का नकद मूल्य, प्रीमियम जमा किए जाने वाले एक विशेष निवेश खाते के निवेश प्रदर्शन के अनुसार बदलता रहता है।
- यूनिट लिंक्ड योजनाएं, जिन्हें यूलिप के रूप में भी जाना जाता है, कई बाजारों में पारंपरिक योजनाओं की जगह लेकर सबसे लोकप्रिय और महत्वपूर्ण उत्पादों में से एक के रूप में उभरी हैं।
- यूनिट लिंक्ड पॉलिसियां जीवन बीमा कंपनी के निवेश प्रदर्शन के लाभों को सीधे और तुरंत भुनाने का साधन उपलब्ध कराती हैं।

प्रमुख शब्द

1. यूनिवर्सल जीवन बीमा
2. परिवर्ती जीवन बीमा
3. यूनिट लिंक्ड बीमा
4. नेट एसेट वैल्यू (एनएवी)

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

यूनिवर्सल जीवन बीमा एक गैर-पारंपरिक जीवन बीमा उत्पाद है।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

कथन "परिवर्ती जीवन बीमा एक अस्थायी जीवन बीमा पॉलिसी है" गलत है।

सही कथन है "परिवर्ती जीवन बीमा एक स्थायी जीवन बीमा पॉलिसी है"।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

संसाधनों का अंतर-कालिक आवंटन क्या दर्शाता है?

I. सही समय आने तक संसाधनों के आवंटन को स्थगित रखना
II. समय के साथ संसाधनों का आवंटन
III. संसाधनों का अस्थायी आवंटन
IV. संसाधनों के आवंटन का डाइवर्सिफिकेशन

प्रश्न 2

निम्नलिखित में से कौन सी परंपरागत जीवन बीमा उत्पादों की एक कमी है?

I. इन पॉलिसियों पर अधिक लाभ मिलता है
II. समर्पण मूल्य निकालने की स्पष्ट और प्रत्यक्ष विधि
III. सुपरिभाषित नगदी और बचत मूल्य घटक
IV. प्रतिफल की दर का ठीक-ठीक पता लगाना आसान नहीं है

प्रश्न 3

यूनिवर्सल जीवन बीमा पॉलिसी पहली बार कहां शुरू की गयी थी?

I. अमेरिका
II. ग्रेट ब्रिटेन
III. जर्मनी
IV. फ्रांस

प्रश्न 4

इनमें से किसकी परिवर्ती जीवन बीमा खरीदने की सबसे अधिक संभावना है?

I. निश्चित प्रतिफल चाहने वाले लोग
II. ऐसे लोग जो जोखिम से हिचकते हैं और इक्विटी में नहीं उतरना चाहते हैं
III. इक्विटी के सहज जानकार लोग
IV. सामान्यतः युवजन

प्रश्न 5

यूलिप के संबंध में नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. यूनिट्स का मूल्य पहले से निर्धारित एक सूत्र द्वारा तय किया जाता है
II. निवेश जोखिम बीमा कंपनी द्वारा वहन किया जाता है
III. यूलिप अपनी अवधि, खर्च और बचत घटकों के संदर्भ में अपारदर्शी होते हैं
IV. यूलिप बंडल उत्पाद हैं

प्रश्न 6

इनमें से सभी परिवर्ती जीवन बीमा की विशेषताएं हैं सिवायः

I. लचीले प्रीमियम भुगतान
II. नकद मूल्य गारंटीकृत नहीं है
III. पॉलिसी मालिक यह चयन करता है कि बचत के रिजर्व का निवेश कहां किया जाए
IV. न्यूनतम मृत्यु लाभ की गारंटी है

प्रश्न 7

यूनिवर्सल जीवन बीमा के संबंध में इनमें से कौन सा विकल्प सही है?

कथन I: यह पॉलिसी मालिक को भुगतानों में भिन्नता करने की अनुमति देता है

कथन II: पॉलिसी मालिक नकद मूल्य पर रिटर्न की बाजार आधारित दर अर्जित कर सकता है

I. I सही है
II. II सही है
III. I और II सही हैं
IV. I और II गलत हैं

प्रश्न 8

यूलिप के संबंध में इनमें से सभी सही हैं सिवायः

I. यूनिट धारक विभिन्न प्रकार के फंडों के बीच चयन कर सकता है
II. जीवन बीमा कंपनी यूनिट मूल्यों की गारंटी देती है
III. यूनिटों को एक एकल प्रीमियम का भुगतान करके या नियमित प्रीमियम भुगतानों के माध्यम से खरीदा जा सकता है
IV. यूलिप पॉलिसी की संरचना बीमा खर्च घटक के संबंध में पारदर्शी है

प्रश्न 9

आईआरडीएआई नियमों के अनुसार, कोई बीमा कंपनी निम्नलिखित में से कौन से गैर-पारंपरिक बचत जीवन बीमा उत्पाद प्रदान करा सकती है, जिनकी भारत में अनुमति है?

विकल्प I: यूनिट लिंक्ड बीमा योजनाएं
विकल्प II: परिवर्ती बीमा योजनाएं
I. केवल I
II. केवल II
III. I और II दोनों
IV. ना तो I ना ही II

प्रश्न 10

जीवन बीमा उत्पादों का बंडल खोलना क्या दर्शाता है?

I. बांड के साथ जीवन बीमा उत्पादों का सहसंबंध
II. इक्विटी के साथ जीवन बीमा उत्पादों का सहसंबंध
III. सुरक्षा और बचत तत्व का सम्मिलन
IV. सुरक्षा और बचत तत्व का पृथक्करण

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

संसाधनों का अंतर-कालिक आवंटन समय के साथ संसाधनों के आवंटन को दर्शाता है।

उत्तर 2

सही विकल्प IV है।

परंपरागत जीवन बीमा उत्पादों में प्रतिफल की दर तय करना आसान नहीं है।

उत्तर 3

सही विकल्प I है।

यूनिवर्सल जीवन बीमा पॉलिसी सबसे पहले अमरीका में शुरू की गई थी।

उत्तर 4

सही विकल्प III है।

इक्विटी के सहज जानकार लोगों द्वारा परिवर्ती जीवन बीमा खरीदने की संभावना सबसे अधिक है।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

यूलिप अपनी अवधि, खर्च और बचत घटकों के संबंध में पारदर्शी हैं।

उत्तर 6

सही विकल्प I है।

परिवर्ती जीवन बीमा के साथ प्रीमियम भुगतान निर्धारित और लचीले नहीं होते हैं।

उत्तर 7

सही विकल्प III है।

दोनों कथन सही हैं। प्रीमियम भुगतान का लचीलापन यूनिवर्सल जीवन बीमा की एक विशेषता है। जीवन बीमा का यह रूप पॉलिसी मालिक को कुछ बाजार आधारित सूचकांक से जुड़ी प्रतिफल की दर अर्जित करने की अनुमति देता है।

उत्तर 8

सही विकल्प II है।

जीवन बीमा कंपनी यूलिप के मामले में यूनिट मूल्यों की गारंटी नहीं देती है।

उत्तर 9

सही विकल्प III है।

आईआरडीएआई के मानदंडों के अनुसार भारत में अनुमत गैर-पारंपरिक बचत जीवन बीमा उत्पादों में यूनिट लिंक्ड बीमा योजनाएं और परिवर्ती बीमा योजनाएं शामिल हैं।

उत्तर 10

सही विकल्प IV है।

सुरक्षा और बचत तत्व के पृथक्करण का मतलब जीवन बीमा उत्पादों का बंडल खोलना है।

अध्याय 10

जीवन बीमा के प्रयोग

अध्याय परिचय

जीवन बीमा केवल असामयिक मृत्यु से लोगों की रक्षा ही नहीं करना चाहता है, बल्कि इसके अन्य प्रयोग भी हैं। इसका प्रयोग बीमा लाभ वाले न्यासों के निर्माण में किया जा सकता है; इसे उद्योगों के महत्वपूर्ण कर्मियों को कवर करने वाली एक पॉलिसी बनाने और बंधक मोचन के लिए भी प्रयोग किया जा सकता है। हम जीवन बीमा के इन विभिन्न प्रयोगों का संक्षेप में वर्णन करेंगे।

अध्ययन परिणाम

A. जीवन बीमा के प्रयोग

A. जीवन बीमा के प्रयोग

1. विवाहित महिला संपत्ति अधिनियम

जीवन बीमा पॉलिसी में न्यास की अवधारणा वार्षिकियों सहित जीवन बीमा पॉलिसी के तहत लाभों के हस्तांतरण/विरासत पर संपदा शुल्क का प्रयोग करने के लिए आवश्यक है। हालांकि भारत में संपदा शुल्क के उन्मूलन के साथ न्यास की अवधारणा को अब पसंद नहीं किया जाता हो, फिर भी यह इस विषय को विस्तार से समझने के लिए उपयोगी है।

विवाहित महिला संपत्ति अधिनियम, 1874 की धारा 6 जीवन बीमा पॉलिसी के तहत पत्नी और बच्चों के लिए लाभों की सुरक्षा का प्रावधान करती है। विवाहित महिला संपत्ति अधिनियम, 1874 की धारा 6 एक न्यास के निर्माण का भी प्रावधान करती है।

चित्र 1: एमडब्ल्यूपी अधिनियम के अंतर्गत लाभार्थी

इसके अनुसार यदि किसी विवाहित पुरुष द्वारा अपने स्वयं के जीवन पर जीवन बीमा पॉलिसी ली जाती है और पॉलिसी के मुख पृष्ठ पर यह अभिव्यक्त हो कि वह उसकी पत्नी या उसकी पत्नी और बच्चों या उनमें से किसी के भी लाभार्थ ली गई है तो उसे इस प्रकार अभिव्यक्त हित के अनुसार उसकी पत्नी, या उसकी पत्नी और बच्चे या उनमें से किसी के भी लाभ के लिए एक न्यास माना जाएगा, और जब तक न्यास का कोई भी उद्देश्य बना रहता है, वह पति या उसके लेनदारों के नियंत्रण के अधीन नही होगी या उसकी संपत्ति का हिस्सा नहीं बनेगी।

a) **एमडब्ल्यूपी अधिनियम के तहत पॉलिसी की विशेषताएं**

i. प्रत्येक पॉलिसी एक अलग न्यास बनी रहेगी। पत्नी या बच्चा (18 वर्ष से अधिक की उम्र का) एक न्यासी हो सकता है।

ii. पॉलिसी अदालत कुर्की, लेनदारों और यहां तक कि बीमित जीवन के नियंत्रण से बाहर होगी।

iii. दावा राशि का भुगतान न्यासियों को किया जाएगा।

iv. पॉलिसी का समर्पण नहीं किया जा सकता और ना ही नामांकन या समनुदेशन की अनुमति है।

v. अगर पॉलिसीधारक पॉलिसी के तहत लाभों को प्राप्त और प्रबंधित करने के लिए कोई प्रशासक नियुक्त नहीं करता है तो पॉलिसी के तहत प्राप्त राशि उस राज्य के सरकारी न्यासी को देय होती है जिसमें बीमा कराने वाला कार्यालय स्थित है।

b) **लाभ**

न्यास का गठन एक अपरिवर्तनीय, गैर-संशोधन योग्य न्यास विलेख के तहत किया जाता है और इसमें एक या एक से अधिक बीमा पॉलिसियां हो सकती हैं। जीवन बीमा पॉलिसी के तहत लाभ के नाते न्यास की संपत्ति के प्रबंधन के लिए एक न्यासी नियुक्त करना महत्वपूर्ण है। बीमा पॉलिसियां रखने के लिए एक न्यास बनाकर पॉलिसीधारक पॉलिसी के तहत और बीमित जीवन की मृत्यु होने पर अपने अधिकारों का त्याग करता है। न्यासी बीमा की आय का निवेश करता है और एक या एक से अधिक लाभार्थियों के लिए न्यास का प्रबंधन करता है।

जहां पत्नी और बच्चों के लाभ के लिए न्यास बनाना एक प्रथा है, लाभार्थियों किसी अन्य कानूनी व्यक्ति हो सकता है. न्यास बनाने से सुनिश्चित किया जाता है कि लाभार्थी के नाबालिग रहने के दौरन पॉलिसी से प्राप्त राशि का बुद्दिमानी से निवेश किया गया है तथा यह भावी लेनदावें से भी लाभों को संरक्षित करता है।

2. **प्रमुख व्यक्ति बीमा**

प्रमुख व्यक्ति बीमा व्यवसाय का एक महत्वपूर्ण रूप है।

परिभाषा

प्रमुख व्यक्ति बीमा की व्याख्या एक व्यवसाय द्वारा व्यवसाय के किसी महत्वपूर्ण व्यक्ति की मृत्यु या अक्षमता में वृद्धि से उत्पन्न होने वाले वित्तीय नुकसानों की क्षतिपूर्ति के लिए ली जाने वीली बीमा पॉलिसी के रूप में की जा सकती है।

सीधे शब्दों में कहें तो प्रमुख व्यक्ति बीमा एक ऐसा जीवन बीमा है जिसका व्यावसयिक सुरक्षा प्रयोजनों के लिए उपयोग किया जाता है। पॉलिसी की अवधि व्यवसाय के लिए प्रमुख व्यक्ति की उपयोगिता की अवधि से अधिक नहीं होती है। प्रमुख व्यक्ति बीमा पॉलिसियां आम तौर पर व्यवसायों द्वारा ली जाती हैं और इसका उद्देश्य एक प्रमुख आय उत्पादक व्यक्ति के नुकसान के साथ हुए नुकसानों की क्षतिपूर्ति करना और कारोबार की निरंतरता बनाये रखना है। प्रमुख व्यक्ति बीमा वास्तविक नुकसानों की क्षतिपूर्ति नहीं करता है बल्कि बीमा पॉलिसी में निर्दिष्ट एक निश्चित मौद्रिक राशि की ही क्षतिपूर्ति करता है।

कई व्यवसायों के पास एक प्रमुख व्यक्ति होता है जो अधिकांश मुनाफों के लिए जिम्मेदार होता है या जिसके पास अनूठा और अप्रतिस्थापनयोग्य कौशल होता है जैसे संगठन के लिए महत्वपूर्ण बौद्धिक संपदा। एक नियोक्ता ऐसे किसी कर्मचारी के जीवन या स्वास्थ्य पर प्रमुख व्यक्ति बीमा ले सकता है जिसकी जानकारी, काम या समग्र योगदान को कंपनी के लिए अनन्य रूप से मूल्यवान माना जाता है।

नियोक्ता इन लागतों (जैसे अस्थायी सहायता किराए पर लेना या उत्तराधिकारी की भर्ती करना) और नुकसानों (जैसे उत्तराधिकारियों को प्रशिक्षित किए जाने तक व्यवसाय को चलाने की क्षमता में कमी) की भरपाई करने के लिए ऐसा करता है जिसका सामना एक प्रमुख व्यक्ति के नुकसान की स्थिति में नियोक्ता को करना पड़ सकता है।

प्रमुख व्यक्ति एक मीयदी बीमा पॉलिसी है जहां बीमा राशि को प्रमुख व्यक्ति की असकी आय के बजाय कंपनी की लाभप्रदता से जोड़ दिया जाता है। प्रीमियम का भुगतान कंपनी द्वारा किया जाता है। यह कर योग्य है क्योंकि संपूर्ण प्रीमियम को व्यवसाय के व्यय के रूप में देखा जाता है। अगर प्रमुख व्यक्ति की मृत्यु हो जाती है तो कंपनी को लाभ का भुगतान किया जाता है। व्यक्तिगत बीमा पॉलिसियों के विपरीत प्रमुख व्यक्ति बीमा में मृत्यु लाभ पर आय के रूप में कर लगाया जाता है।

बीमा कंपनी बीमा राशि का आकलन करने के क्रम में व्यवसाय के लेखा-परीक्षित वित्तीय विवरणों और दाखिल किए गए आईटी रिटर्न को देखेगी। आम तौर पर कंपनी को प्रमुख व्यक्ति बीमा के योग्य होने के लिए लाभकारी होना चाहिए। कुछ मामलों में बीमा कंपनियां घाटा उठाने वाली लेकिन अच्छी तरह से वित्त-पोषित शुरुआती कंपनियों के लिए अपवाद बनाती हैं।

a) **प्रमुख व्यक्ति कौन हो सकता है?**

प्रमुख व्यक्ति व्यवसाय से सीधे तौर पर जुड़ा कोई भी व्यक्ति हो सकता है जिसके नुकसान के कारण व्यवसाय के लिए वित्तीय संकट उत्पन्न हो सकता है। उदाहरण के लिए, वह व्यक्ति कंपनी का एक निदेशक, एक भागीदार, एक प्रमुख विक्रय अधिकारी, महत्वपूर्ण परियोजना प्रबंधक, या विशिष्ट कौशल अथवा जानकारी वाला कोई व्यक्ति हो सकता है जो कंपनी के लिए विशेष रूप से महत्वपूर्ण होता है।

b) **बीमायोग्य घाटा**

निम्नलिखित ऐसे नुकसान हैं जिनके लिए प्रमुख व्यक्ति बीमा क्षतिपूर्ति प्रदान कर सकता है:

i. विस्तारित अवधि से संबंधित नुकसान जब एक प्रमुख व्यक्ति काम करने में असमर्थ है, अस्थायी कर्मी उपलब्ध कराना और आवश्यक होने पर एक प्रतिस्थापन की भर्ती और प्रशिक्षण के लिए वित्तपोषण

ii. मुनाफे को बचाने के लिए बीमा। उदाहरण के लिए, खोयी हुई बिक्री से खोयी हुई आय की भरपाई करना, किसी व्यावसायिक प्रोजेक्ट के विलंबित या रद्द होने से नुकसान जिसमें प्रमुख व्यक्ति शामिल था, विस्तार के अवसर को गंवाना, विशिष्ट कौशल या जानकारी का नुकसान।

3. **बंधक मुक्ति बीमा (एमआरआई)**

मान लीजिए कि आप कोई संपत्ति खरीदने के लिए ऋण ले रहे हैं। आपको ऋण व्यवस्था के एक भाग के रूप में बैंक द्वारा बंधक मुक्ति बीमा के लिए भुगतान करने की आवश्यकता हो सकती है।

a) **एमआरआई क्या है?**

यह एक ऐसी बीमा पॉलिसी है जो आवास ऋण लेने वालों के लिए वित्तीय सुरक्षा प्रदान करती है। यह मूल रूप से एक बंधकदाता द्वारा बंधक ऋण पर शेष राशि की अदायगी के लिए ली जाने वाली घटती टर्म जीवन बीमा पॉलिसी है, अगर ऋण को पूरी तरह चुकता करने से पहले उसकी मृत्यु हो जाती है। इसे एक ऋण रक्षक पॉलिसी कहा जा सकता है। यह योजना बुजुर्ग लोगों के लिए उपयुक्त है जिनके आश्रितों को पॉलिसीधारक के अप्रत्याशित निधन के मामले में उनके ऋण को चुकाने में सहायता की आवश्यकता हो सकती है।

b) विशेषताएं

यह पॉलिसी समर्पण मूल्य या परिपक्वता लाभ पर प्रभाव डालती है। इस पॉलिसी के तहत बीमा कवर मायादी बीमा पॉलिसी के विपरीत हर वर्ष कम हो जाता है, जहां पॉलिसी अवधि के दौरान बीमा कवर स्थिर रहता है।

स्व-परीक्षण 1

बंधक मुक्ति बीमा के पीछे उद्देश्य क्या है?

I. सस्ती बंधक दरों की सुविधा प्रदान करना

II. आवास ऋण लेने वालों के लिए वित्तीय सुरक्षा प्रदान करना

III. बंधक संपत्ति के मूल्य की रक्षा करना

IV. चूक के मामले में बेदखली से बचना

सारांश

- विवाहित महिला संपत्ति अधिनियम, 1874 की धारा 6 जीवन बीमा पॉलिसी के तहत पत्नी और बच्चों के लिए लाभों की सुरक्षा प्रदान करती है।
- एमडब्ल्यूपी अधिनियम के तहत जारी की गई पॉलिसी अदलती कुर्की, लेनदारों और यहां तक कि बीमित जीवन के नियंत्रण से बाहर होगी।
- प्रमुख व्यक्ति बीमा व्यवसाय बीमा का एक महत्वपूर्ण रूप है। इसकी व्याख्या एक व्यवसाय द्वारा व्यवसाय के किसी महत्वपूर्ण व्यक्ति की मृत्यु या अक्षमता में वृद्धि से उत्पन्न होने वाले वित्तीय नुकसानों की क्षतिपूर्ति के लिए ली गयी एक बीमा पॉलिसी के रूप में की जा सकती है।
- बंधक मोचन बीमा मूल रूप से एक बंधकदाता द्वारा बंधक ऋण पर शेष राशि की अदायगी के लिए ली जाने वाली घटती मीयादी जीवन बीमा पॉलिसी है, अगर ऋण पूरी तरह चुकता करने से पहले उसकी मृत्यु हो जाती है।

प्रमुख शब्द

1. विवाहित महिला संपत्ति अधिनियम
2. प्रमुख व्यक्ति बीमा
3. बंधक मुक्ति बीमा

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

एमआरआई आवास ऋण लेने वालों के लिए वित्तीय सुरक्षा प्रदान करता है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

प्रमुख व्यक्ति बीमा पॉलिसी के तहत बीमा धन आम तौर पर इनमें से किससे जुड़ी होती है?

I. प्रमुख व्यक्ति की आय
II. व्यवसाय की लाभप्रदता
III. व्यवसाय का इतिहास
IV. मुद्रास्फीति सूचकांक

प्रश्न 2

बंधक मोचन बीमा (एमआरआई) को _____ के अंतर्गत वर्गीकृत किया जा सकता है।

I. बढ़ती टर्म जीवन बीमा
II. घटती टर्म जीवन बीमा
III. परिवर्ती जीवन बीमा
IV. यूनिवर्सल जीवन बीमा

प्रश्न 3

इनमें से कौन से नुकसान को प्रमुख व्यक्ति (की मैन) बीमा के तहत कवर किया जाता है?

I. संपत्ति की चोरी
II. विस्तारित अवधि से संबंधित घाटे जब कोई प्रमुख व्यक्ति काम करने में असमर्थ होता है
III. सामान्य देयता
IV. त्रुटियों और चूक के कारण होने वाले नुकसान

प्रश्न 4

एक पॉलिसी एमडब्ल्यूपी अधिनियम के तहत ली गई है। अगर पॉलिसीधारक पॉलिसी के तहत लाभों को प्राप्त और प्रबंधित करने के लिए एक विशेष न्यासी नियुक्त नहीं करता है तो पॉलिसी के तहत प्राप्त राशि _____ को देय हो जाती है।

I. परिजनों
II. राज्य के सरकारी न्यासी

III. बीमा कंपनी
IV. बीमाधारक

प्रश्न 5

महेश ने उधार की पूंजी से एक व्यवसाय चलाया। उसके आकस्मिक निधन के बाद सभी लेनदार महेश की संपत्ति को हथियाने की पूरी कोशिश कर रहे हैं। इनमें से कौन सी संपत्ति लेनदारों की पहुंच से परे है?

I. महेश के नाम की संपत्ति
II. महेश के बैंक खाते
III. एमडब्ल्यूपी अधिनियम की धारा 6 के तहत खरीदी गयी मीयादी जीवन बीमा पॉलिसी
IV. महेश के स्वामित्व वाले म्यूचुअल फंड

प्रश्न 6

नीचे दिए गए विकल्पों में से कौन सा एमडब्ल्यूपी अधिनियम के मामलों के संदर्भ में सही है?

कथन I: परिपक्वता दावों के चेक पॉलिसीधारकों को भुगतान किए जाते हैं
कथन II: परिपक्वता दावों के चेक न्यासियों को भुगतान किए जाते हैं
I. I सही है
II. II सही है
III. I और II दोनों सही हैं
IV. न तो I और न ही II सही है

प्रश्न 7

नीचे दिया गया कौन सा विकल्प एमडब्ल्यूपी अधिनियम के मामलों के संदर्भ में सही है?

कथन I: मृत्यु दावों का निपटारा नामितियों के पक्ष में किया जाता है
कथन II: मृत्यु दावों का निपटारा न्यासियों के पक्ष में किया जाता है
I. I सही है
II. II सही है
III. I और II दोनों सही हैं
IV. न तो I और न ही II सही है

प्रश्न 8

अजय अपने कर्मचारियों के लिए बीमा प्रीमियम का भुगतान करता है। इनमें से कौन से बीमा प्रीमियम को कर्मचारी को क्षतिपूर्ति भुगतान के रूप में कटौतीयोग्य नहीं माना जाएगा?

विकल्प I: कर्मचारी को देय लाभ के साथ स्वास्थ्य बीमा
विकल्प II: अजय को देय लाभ के साथ प्रमुख व्यक्ति (की मैन)जीवन बीमा
I. केवल I
II. केवल II
III. I और II दोनों

IV. न तो I और न ही II

प्रश्न 9

ऐसे ऋणकर्ताओं से ब्याज वसूल करने की प्रथा जो अपनी संपत्ति जमानत के रूप में गिरवी रखते हैं लेकिन संपत्ति का अधिकार उनके पास छोड़ देते हैं, _____ कहलाती है।

I. सुरक्षा
II. बंधक
III. सूदखोरी
IV. दृष्टिबंधक (रेहन)

प्रश्न 10

इनमें से कौन सी पॉलिसी आवास ऋण लेने वालों को सुरक्षा प्रदान कर सकती है?

I. जीवन बीमा
II. अपंगता बीमा
III. बंधक मुक्ति बीमा
IV. साधारण बीमा

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

प्रमुख व्यक्ति बीमा पॉलिसी के तहत बीमा राशि आमतौर पर व्यवसाय की लाभप्रदता से जुड़ी होती है।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

बंधक मुक्ति बीमा (एमआरआई) को घटती अवधि जीवन बीमा के अंतर्गत वर्गीकृत किया जा सकता है।

उत्तर 3

सही विकल्प II है।

विस्तारित अवधि से संबंधित घाटे को प्रमुख व्यक्ति बीमा के तहत कवर किया जाता है, जब प्रमुख व्यक्ति काम करने में असमर्थ होता है।

उत्तर 4

सही विकल्प II है।

अगर पॉलिसीधारक पॉलिसी के तहत लाभों को प्राप्त और प्रबंधित करने के लिए एक विशेष न्यासी नियुक्त नहीं करता है तो पॉलिसी के तहत प्राप्त राशि राज्य के सरकारी न्यासी को देय हो जाती है।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

एमडब्ल्यूपी अधिनियम की धारा 6 के तहत खरीदी गयी टर्म जीवन बीमा पॉलिसी अदालती कुर्की और लेनदारों की पहुंच से परे होती है।

उत्तर 6

सही विकल्प II है।

परिपक्वता दावों के चेक न्यासियों को भुगतान किए जाते हैं।

उत्तर 7

सही विकल्प II है।

मृत्यु दावों का निपटारा न्यासियों के पक्ष में किया जाता है।

उत्तर 8

सही विकल्प II है।

अजय को देय लाभ के साथ प्रमुख व्यक्ति जीवन बीमा को कर्मचारी को क्षतिपूर्ति भुगतान के रूप में कटौती योग्य नहीं माना जाएगा।

उत्तर 9

सही विकल्प II है।

ऐसे ऋणकर्ताओं से ब्याज वसूल करने की प्रथा जो अपनी संपत्ति जमानत के रूप में गिरवी रखते हैं लेकिन संपत्ति का अधिकार उनके पास छोड़ देते हैं, बंधक कहलाती है।

उत्तर 10

सही विकल्प III है।

बंधक मुक्ति बीमा आवास ऋण लेने वालों को सुरक्षा प्रदान कर सकता है।

अध्याय 11

जीवन बीमा में मूल्य निर्धारण और मूल्यांकन

अध्याय परिचय

इस अध्याय का उद्देश्य शिक्षार्थियों को जीवन बीमा अनुबंधों के मूल्य निर्धारण और लाभों में शामिल बुनियादी तत्वों से परिचित कराना है। हम पहले उन तत्वों की चर्चा करेंगे जो प्रीमियम बनाते हैं और फिर अधिशेष तथा बोनस की अवधारणा पर चर्चा करेंगे।

अध्ययन के परिणाम

A. बीमा मूल्य निर्धारण - बुनियादी तत्व

B. अधिशेष और बोनस

A. बीमा मूल्य निर्धारण - बुनियादी तत्व

1. प्रीमियम

साधारण भाषा में प्रीमियम शब्द उस मूल्य को दर्शाता है जिसका बीमा पॉलिसी खरीदने के लिए बीमाधारक द्वारा भुगतान किया जाता है। इसे आमतौर पर बीमा धन के प्रति हजार रुपए के लिये प्रीमियम की दर के रूप में व्यक्त किया जाता है। ये प्रीमियम दरें बीमा कंपनियों के पास दरों की तालिकाओं के रूप में उपलब्ध रहती हैं।

चित्र 1: प्रीमियम

इन तालिकाओं में मुद्रित दरों को "ऑफिस प्रीमियम" के रूप में जाना जाता है। ये आमतौर पर समान वार्षिक प्रीमियम है जिनका प्रत्येक वर्ष भुगतान करने की आवश्यकता होती है। ये ज्यादातर मामलों में पूरी अवधि में एक समान रहते हैं और वार्षिक दर के रूप में व्यक्त किए जाते हैं।

उदाहरण

अगर एक निर्दिष्ट उम्र के लिए बीस वर्ष की एन्डोउमेंट पॉलिसी के लिए प्रीमियम 4,800 रुपए है तो इसका अर्थ है कि 4,800 रुपए बीस वर्ष तक प्रति वर्ष भुगतान किए जाएंगे।

हालांकि कुछ ऐसी पॉलिसियां होना संभव है जिनमें प्रीमियम केवल पहले कुछ वर्षों में देय होते हैं। कंपनियों के पास एकल प्रीमियम अनुबंध भी होते हैं जिनमें अनुबंध की शुरुआत में केवल एक प्रीमियम देय होता है। ये पॉलिसियां आम तौर पर निवेश उन्मुख होती हैं।

2. छूट (रीबेट)

जीवन बीमा कंपनियां देय प्रीमियम पर कुछ प्रकार की छुट की पेशकश कर सकती हैं। ऐसी दो छुट हैं:

- ✓ बीमा धन के लिए
- ✓ प्रीमियम भुगतान की विधि के लिए

a) बीमा धन के लिए छूट

बीमा धन के लिए छूट उन लोगों को दी जाती है जो उच्च राशि वाली बीमाधन पॉलिसियां खरीदते हैं।यह उच्च मूल्य की पॉलिसियों की सेवा प्रदान करने में बीमा कंपनी को होने वाले लाभों को ग्राहक तक पहुंचाने के एक तरीके के रूप में दी जाती है। इसका कारण सरल है। चाहे बीमा कंपनी 50,000 रुपए की पॉलिसी की सेवा प्रदान करती हो या 5,00,000 रुपए की, दोनों के लिए आवश्यक प्रयास की मात्रा और नतीजतन इन पॉलिसियों पर प्रक्रिया की लागत एक समान रहती है। लेकिन उच्च बीमा धन की पॉलिसियां अधिक प्रीमियम अर्जित करती हैं और इसलिए अधिक लाभ प्राप्त करती हैं।

b) **प्रीमियम भुगतान की विधि के लिए छूट**

इसी प्रकार, **प्रीमियम भुगतान की विधि** के लिए छूट दी जा सकती है।जीवन बीमा कंपनियां वार्षिक, अर्धवार्षिक, तिमाही या मासिक आधार पर प्रीमियम भुगतान करने की अनुमति दे सकती हैं। विधि जितनी अधिक बार दोहराई जाएगी, सेवा की लागत उतनी ही अधिक होगी। वार्षिक और अर्धवार्षिक विधियों में केवल वर्ष में एक यो दो बार संग्रह और लेखांकन शामिल होता है जबकि तिमाही और मासिक विधि का मतलब है कि प्रक्रिया अधिक बार दोहराई जाती है। इस प्रकार अर्धवार्षिक और वार्षिक प्रीमियम तिमाही या मासिक प्रकार की तुलना में प्रशासनिक खर्चों में बचत को सक्षम करती है। इसके अलावा, वार्षिक विधि में बीमा कंपनी पूरे वर्ष के दौरान इस राशि का उपयोग कर सकती है और इस पर ब्याज अर्जित कर सकती है। इसलिए बीमा कंपनियां वार्षिक और अर्धवार्षिक विधि पर छूट की अनुमति देकर इनके माध्यम से भुगतान करने के लिए प्रोत्साहित करेंगी। वे इसमें शामिल अतिरिक्त प्रशासनिक व्यय को कवर करने के लिए भुगतान की मासिक विधि में कुछ अतिरिक्त प्रशासनिक शुल्क भी ले सकती हैं।

3. अतिरिक्त प्रभार

बीमित व्यक्तियों के एक समूह के लिए तलिकाबध्द प्रीमियम वसूल किया जाता है जो एक अतिरिक्त जोखिम उत्पन्न करने वाले किसी भी महत्वपूर्ण कारक के अधीन नहीं हैं। ऐसे व्यक्तियों के जीवन को मानक जीवन कहा जाता है और लगायी गयी दरों को साधारण दरों के रूप में जाना जाता है।
अगर बीमा के लिए प्रस्ताव करने वाला कोई व्यक्ति दिल की बीमारी या मधुमेह जैसी कुछ स्वास्थ्य समस्याओं से ग्रस्त है, जो उसके जीवन के लिए खतरा उत्पन्न कर सकते हैं, तो ऐसे जीवन को अन्य मानक जीवन के संबंध में अधो-मानक माना जाता है, ऐसे में बीमा कंपनी एक स्वास्थ्य अतिरिक्त के माध्यम से अतिरिक्त प्रीमियम वसूलने का फैसला कर सकता है। इसी प्रकार सर्कस के कलाबाज जैसे खतरनाक पेशे में लगे लोगों पर व्यावसायिक अतिरिक्त लगाया जा सकता है। इस अतिरिक्त के परिणामस्वरूप देय प्रीमियम तालिका बध्द प्रीमियम की तुलना में अधिक हो जाएगा।

पुनः, बीमा कंपनी किसी पॉलिसी के तहत कुछ अतिरिक्त लाभ प्रदान कर सकती है जो एक अतिरिक्त प्रीमियम के भुगतान पर उपलब्ध हैं।

उदाहरण

एक जीवन बीमा कंपनी दोहरे दुर्घटना लाभ या डीएबी (डबल एक्सिडेंट बेनोफिट) की पेशकश कर सकती है (जहां मृत्यु किसी दुर्घटना का परिणाम होने की स्थिति में बीमा धन की दोगुनी रकम देय होती है)। इसके लिए यह एक रुपए प्रति हजार बीमा धन का चार्ज प्रीमियम ओक अतिरिक्त कर सकती है।

इसी प्रकार प्रति हजार बीमा धन का एक अतिरिक्त भुगतान करके स्थायी विकलांगता लाभ या पीडीबी के रूप में लाभ प्राप्त किया जा सकता है।

4. प्रीमियम निर्धारण

आइए, अब देखें कि जीवन बीमा कंपनियां कैसे उन दरों पर पहुंचती हैं जो प्रीमियम तालिकाओं में प्रस्तुत की जाती हैं। यह कार्य बीमांकक (एकच्युअरी) द्वारा पूरा किया जाता है। मीयादी बीमा, आजीवन और एन्डाउमेंट जैसी परंपरागत जीवन बीमा पॉलिसियों के मामले में प्रीमियम निर्धारण की प्रक्रिया में निम्नलिखित तत्वों पर विचार किया जाता है:

- ✓ मृत्यु
- ✓ ब्याज
- ✓ प्रबंधन व्यय
- ✓ आरक्षित निधियां
- ✓ बोनस लदान

चित्र 2: प्रीमियम के घटक

पहले दो तत्व शुद्ध प्रीमियम बनाते हैं जबकि अन्य तत्व सकल या ऑफिस प्रीमियम प्राप्त करने के लिए शुद्ध प्रीमियम पर लोड किए जाते हैं।

a) मृत्यु और ब्याज

मृत्यु प्रीमियम का पहला तत्व है। यह " मृत्यु तालिका" का उपयोग करके निर्धारित किया जाता है जो हमें अलग-अलग उम्र के लिए मृत्यु की दर का एक अनुमान देता है।

उदाहरण

अगर 35 वर्ष की उम्र के लिए मृत्यु दर 0.0035 है तो इसका मतलब है कि 35 वर्ष की उम्र पर जीवित हर 1000 लोगों में से 3.5 (या 10,000 में से 35) के 35 और 36 वर्ष की उम्र के बीच मृत्यु होने का अनुमान लगाया जाता है।

अलग-अलग उम्र के लिए मृत्यु लागत की गणना करने के लिए तालिका का उपयोग किया जा सकता है। उदाहरण के लिए, 35 वर्ष की उम्र के लिए 0.0035 की दर का मतलब है 0.0035 x 1000 (बीमा राशि) = 3.50 रुपए प्रति हजार बीमा धन की बीमा लागत।

उपरोक्त लागत को "जोखिम प्रीमियम" भी कहा जा सकता है।अधिक उम्र के लिए जोखिम प्रीमियम अधिक होगा।

अलग-अलग उम्र के लिए व्यक्तिगत जोखिम प्रीमियमों को जोड़कर हम उन दावों की लागत प्राप्त कर सकते हैं जो एक पूरी अवधि जैसे कि 35 से 55 वर्ष की उम्र तक के लिए देय होने की अपेक्षा की जाती है। इन दावों की कुल लागत से हमें पॉलिसी के तहत भविष्य की देनदारियां प्राप्त होंगी, दूसरे शब्दों में यह हमें बताता है कि भविष्य में उत्पन्न होने वाले दावों का भुगतान करने के लिए हमें कितनी धनराशि की आवश्यकता है।

"शुद्ध प्रीमियम" तक पहुंचने के लिए पहला कदम भविष्य दावा लागतों के वर्तमान मूल्य का आकलन करना है। वर्तमान मूल्य का आकलन करने का कारण है कि हम यह पता लगाने की कोशिश कर रहे हैं कि भविष्य में उत्पन्न होने वाले दावों को पूरा करने के लिए हमें आज कितनी तैयार धनराशि की जरूरत है। वर्तमान मूल्य का आकलन करने की यह प्रक्रिया हमें प्रीमियम निर्धारण के अगले तत्व अर्थात "ब्याज" तक लाती है।

ब्याज सीधे तौर पर वह छूट की दर है जिसे हम भविष्य में किए जाने वाले दावा भुगतानों के वर्तमान मूल्य पर पहुंचने के लिए मान लेते हैं।

उदाहरण

अगर हमें पांच वर्ष के बाद बीमा की लागत को पूरा करने के लिए 5 रुपए प्रति हजार की आवश्यकता है और हम 6% की ब्याज दर मान लेते हैं तो पांच वर्षों के बाद देय 5 रुपए का वर्तमान मूल्य $5 \times 1 / (1.06)^5$ = 3.74 होगा।

अगर हम 6% के बजाय 10% मान लेते तो वर्तमान मूल्य केवल 3.10 होगा। दूसरे शब्दों में ब्याज की दर जितनी अधिक मानी जाएगी, वर्तमान मूल्य उतना ही कम होगा।

मृत्यु और ब्याज के अध्ययन से हम दो प्रमुख निष्कर्ष निकाल सकते हैं :

- ✓ मृत्यु तालिका में मृत्यु दर जितनी अधिक होगी, प्रीमियम उतना ही अधिक होगा
- ✓ ब्याज दर जितनी अधिक मानी जाएगी, प्रीमियम उतना ही कम होगा

बीमांकक विवेकशील और कुछ रूढ़िवादी होते हैं, वे आमतौर पर उन मृत्यु दरों को मानेंगे जो उनके वास्तविक अनुभव की अपेक्षा से अधिक होगी। इसके अलावा वे अपने निवेश से जो आय अर्जित करने की अपेक्षा करते हैं, उसकी तुलना में कम ब्याज दर मानेंगे।

शुद्ध प्रीमियम

भविष्य की सभी दावा देनदारियों के रियायती वर्तमान मूल्य से "शुद्ध एकल प्रीमियम" निकलता है।शुद्ध एकल प्रीमियम से हम "शुद्ध स्तरीय वार्षिक प्रीमियम" प्राप्त कर सकते हैं।शुद्ध एकल प्रीमियम को एक समान बनाया जाता है ताकि यह प्रीमियम भुगतान अवधि में देय हो सके।

सकल प्रीमियम

चित्र 3: लोडिंग की राशि निर्धारित करने के लिए मार्गदर्शक सिद्धांत

सकल प्रीमियम शुद्ध प्रीमियम और लोडिंग राशि का जोड़ है। लोडिंग की राशि निर्धारित करते समय तीन विचारों या मार्गदर्शक सिद्धांतों को ध्यान में रखना आवश्यक है:

i. पर्याप्तता

सभी पॉलिसियों से मिलने वाला कुल लोडिंग कंपनी के कुल परिचालन खर्चों को कवर करने के लिए पर्याप्त होना चाहिए। इसे सुरक्षा का एक मार्जिन भी प्रदान करना चाहिए और अंत में इसे कंपनी के लाभ या सरपल्स में योगदान करना चाहिए।

ii. समानता

खर्चे और सुरक्षा मार्जिन आदि योजना के प्रकार, उम्र और अवधि आदि के आधार पर विभिन्न प्रकार की पॉलिसियों के बीच समान रूप से विभाजित होने चाहिए। इसके पीछे यह विचार है कि पॉलिसी के प्रत्येक वर्ग को अपनी स्वयं के लागतों के लिए भुगतान करना चाहिए ताकि जहाँ तक संभव हो पॉलिसी का एक वर्ग दूसरे को आर्थिक सहायता प्रदान न करे।

iii. प्रतिस्पर्धात्मकता

परिणामतः प्राप्त सकल प्रीमियम कंपनी को अपनी प्रतिस्पर्धात्मक स्थिति में सुधार करने के लिए प्रर्याप्त होना चाहिए। अगर लोडिंग बहुत अधिक होता है तो यह पॉलिसियों को बहुत महंगा बना देगा और लोग इन्हें नहीं खरीदेंगे।

b) **खर्च एवं आरक्षित निधियां**

जीवन बीमा कंपनियों को परिचालन संबंधी विभिन्न प्रकार के खर्चे उठाने पड़ते हैं जिनमें शामिल निम्न हैं:

- ✓ एजेंटों का प्रशिक्षण और भर्ती,
- ✓ एजेंटों के कमीशन,
- ✓ कर्मचारियों का वेतन,
- ✓ कार्यालय परिसर,
- ✓ कार्यालय लेखन सामग्री,
- ✓ विद्युत प्रभार,
- ✓ अन्य विविध खर्च आदि

बीमा कंपनियों द्वारा इन सभी का भुगतान एकत्र किए जाने वाले प्रीमियमों से किया जाता है। इन खर्चों को शुद्ध प्रीमियम में लोड किया जाता है।

जीवन बीमा कंपनी दो प्रकार के खर्चे करती है:

i. पहला जिसे **"नए व्यवसाय के खर्चे"** के रूप में जाना जाता है, अनुबंध के प्रारंभिक स्तर पर खर्च किये जाते हैं

ii. खर्चों का दूसरा प्रकार जिसे **"नवीकरण व्यय"** के रूप में जाना जाता है, बाद के वर्षों में खर्च किए जाते हैं।

प्रारंभिक या नए व्यवसाय के खर्चे काफी हो सकते हैं। जीवन बीमा कंपनियों को क़ानून के अनुसार आरक्षित निधियों के रूप में कुछ मार्जिन रखने आवश्यकता होती है जिससे यह सुनिश्चित होता है कि वे अपने दायित्वों को पूरा कर सकते हैं, ऐसी स्थिति में जब उनका वास्तविक अनुभव अनुमान से बदतर रहा हो । आरक्षित निधियों के रूप में बनाए रखे जाने वाले आवश्यक मार्जिन के साथ-साथ प्रारंभिक खर्च आम तौर पर प्राप्त प्रारंभिक प्रीमियम की तुलना में अधिक होते हैं।

इस प्रकार कंपनी एक दबाव का सामना करती है जिसे नए व्यवसाय के दबाव रूप में जाना जाता है। प्रारंभिक बहिर्प्रवाह को केवल बाद के वार्षिक प्रीमियमों से वसूल किया जाता है। इसका निहितार्थ यह है कि जीवन बीमा कंपनियां खर्चों को पूरा किए जाने से पहले, प्रारंभिक वर्षों में बड़ी संख्या में अपनी पॉलिसियों को रद्द या लैप्स होने को वहन नहीं कर सकती हैं। नए व्यवसाय के दबाव का एक अन्य निहितार्थ यह है कि जीवन बीमा कंपनियों को लाभ कमाने में सक्षम होने से पहले कुछ वर्षों की प्रारंभिक अवधि की आवश्यकता होगी।

खर्चे भी अलग अलग तरीकों से निर्धारित होते हैं जो खर्च के प्रकार पर निर्भर करता है।

i. उदाहरण के लिए, आम तौर पर एजेंसी प्रबंधकों/विकास अधिकारियों के लिए कमीशन और प्रोत्साहन अर्जित प्रीमियम के प्रतिशत के रूप में तय किए जाते हैं।

ii. दूसरी ओर, चिकित्सा परीक्षकों की फीस और पॉलिसी स्टाम्प जैसे खर्चे बीमा धन की राशि या पॉलिसी के अंकित मूल्य के आधार पर बदलते हैं और इन्हें बीमा धन राशि से संबंधित माना जाता है।

iii. खर्चों की तीसरी श्रेणी वेतन और किराए जैसे ऊपरी खर्चों की है जो आमतौर पर गतिविधियों के स्वरुप के साथ बदलती है और यह नतीजतन सेवा प्रदान की जा रही पॉलिसियों की संख्या पर निर्भर करती है। पॉलिसियों की संख्या के संदर्भ में व्यवसाय की मात्रा जितनी अधिक होगी, ऊपरी खर्चे उतने ही अधिक होंगे।

उपरोक्त वर्गीकरण के आधार पर, शुद्ध प्रीमियम में सामान्य लोडिंग के तीन भाग होंगे

i. प्रीमियमों का प्रतिशतांक

ii. प्रत्येक 1000 बीमाधन राशि के लिए एक स्थिर राशि (या अंकित राशि) जिसे शुद्ध प्रीमियम में जोड़ा जाता है

iii. प्रति पॉलिसी एक स्थिर राशि

लैप्स और आकस्मिकताएं

शुद्ध प्रीमियम और खर्चों के लिए लोडिंग को लाभों और खर्च शुल्कों की अनुमानित लागत को कवर करने के लिए डिजाइन किया गया है जो जीवन बीमा कंपनी पॉलिसी की अवधि के दौरान उठाने की अपेक्षा करती है। बीमा कंपनी को लगातार इस जोखिम का सामना भी करना पड़ता है कि वास्तविक अनुभव अनुबंध डिजाइन करने के स्तर पर किए गए अनुमानों से अलग हो सकता है।

जोखिम का एक स्रोत चूक और आहरणों का निकासी का है। चूक का मतलब यह है कि पॉलिसीधारक प्रीमियमों का भुगतान करना बंद कर देता है। आहरण के मामले में पॉलिसीधारक पॉलिसी का समर्पण कर देता है और पॉलिसी के उपार्जित नकद मूल्य से एक राशि प्राप्त करता है।

लैप्स गंभीर समस्या उत्पन्न कर सकते हैं क्योंकि ये आमतौर पर पहले तीन वर्षों के भीतर होते हैं, इस तरह की सबसे अधिक घटना आमतौर पर अनुबंध के पहले वर्ष में ही होती है। जीवन बीमा कंपनियां इसके परिणामस्वरूप उत्पन्न होने वाले रिसाव के पूर्वानुमान में एक लोडिंग शामिल करती हैं।

जीवन बीमा कंपनियों को इस संभावित परिणाम के लिए भी तैयार रहना चाहिए कि जिस अनुमान के आधार पर वे अपने प्रीमियम निर्धारित करते हैं वह वास्तविक अनुभव से अलग हो सकता है। इस तरह की आकस्मिकता दो कारणों से उत्पन्न हो सकती है।

i. सबसे पहले तो अनुमान अपने आप में अनुपयुक्त रहे हो सकते हैं। उदाहरण के लिए, जीवन बीमा कंपनी एक ऐसी मृत्यु तालिका का उपयोग कर सकती है जो वर्तमान मृत्यु को प्रतिबिंबित नहीं करती है या जिसमें मुद्रास्फीति के लिए पर्याप्त रूप से विचार नहीं किया गया है।

ii. दूसरी बात यह कि कुछ एकाएक उतार चढ़ाव होते हैं जो अनुमानों को झुठला सकते हैं।

उपरोक्त प्रकार के जोखिमों का समाधान करने के तीन तरीके हैं।

i. ये ग्राहक पर डाले जा सकते हैं, उदाहरण के लिए यूलिप जैसे निवेश-लिंक्ड उत्पादों के मामले में कम रिटर्न के जोखिम को ग्राहक द्वारा वहन किया जाता है।

ii. दूसरा तरीका, पुनर्बीमाकर्ता के साथ पॉलिसी का पुनर्बीमा करना है। इस मामले में मृत्यु जोखिम पुनर्बीमाकर्ता द्वारा वहन किया जाता है।

iii. तीसरा और आमतौर पर अधिक इस्तेमाल किया जाने वाला तरीका प्रीमियम में एक लोडिंग मार्जिन शामिल करने का है जो अपेक्षित और वास्तविक अनुभव के बीच भिन्नता को मिटाने में मदद कर सकता है।

B. अधिशेष और बोनस

2014 में अधिनियमित अध्यादेश यह प्रावधान करता है कि 'जीवन बीमा व्यावसाय संचालित करने वाला प्रत्येक बीमाकर्ता कम से कम प्रत्येक वर्ष अपनी देनदारियों के मूल्यांकन सहित स्वयं द्वारा संचालित जीवन बीमा व्यवसाय की वित्तीय स्थिति के बारे में एक बीमांकिक द्वारा जांच-पड़ताल कराएगा। ऐसे बीमांकिक की रिपोर्ट का एक सारांश विनियमों के अनुसार तैयार किया जाना चाहिए। नियामक प्राधिकरण बीमा कंपनी की कुछ निश्चित परिस्तिथियों में दो वर्ष के भीतर ऐसी जांच-पड़ताल कराने की अनुमति दे सकता है।

c) लाभ सहित पॉलिसियां और बोनस लोडिंग

आइए, हम सुनें कि लाभ सहित पॉलिसियों के उभरने के बारे में एकच्यूअरी ब्रायन कॉर्बी का क्या कहना था।

"करीब दो सौ वर्ष पहले, जीवन बीमा की शुरुआत में प्रमुख अनिश्चितता मृत्यु दर की थी। इसका समाधान अत्यधिक प्रीमियम वसूलने के रूप में अपनाया गया। बेशक उनको यह पता नहीं था कि ये पहले से अत्यधिक थे इसलिए देनदारी चुकाने की क्षमता (सालवन्सि) को मान लिया गया, और फिर जब यह आकलन करने का पर्याप्त अनुभव संचित हुआ कि अतिरिक्त या इसका कुछ हिस्सा बोनस वृद्धि के रूप में पॉलिसीधारकों को वापस किया जाए पर इसके लिए प्रीमियम क्या होना चाहिए। यही उन परंपरागत लाभ सहित पॉलिसियों का मूल था जो आज हम जारी करते है...."

लाभ में सहभागिता से भी प्रीमियमों में "**बोनस लोडिंग**" नामक एक तत्व की शुरुआत हुई। प्रीमियम के भीतर लाभ के लिए इस प्रकार एक मार्जिन उपलब्ध कराने का विचार था कि यह अप्रत्याशित आकस्मिकताओं के विरुद्ध एक अतिरिक्त सहारे के रूप में काम करे और बांटे गए अधिशेष (बोनस के रूप में) के पॉलिसी के हिस्से के लिए भी भुगतान करे।बोनस लोडिंग की सुविधा का एक कारण जिससे जीवन बीमा कंपनियां अपनी दीर्घकालिक देनदारी चुकाने की क्षमता और पूंजी की पर्याप्तता के बारे में आश्वस्त हो गयी थीं।

संक्षेप में हम कह सकते हैं कि:

सकल प्रीमियम = कुल प्रीमियम + खर्चों के लिए लोडिंग + आकस्मिकताओं के लिए लोडिंग + बोनस लोडिंग

अगर हम मान लेते हैं कि उपरोक्त लोडिंग एक साथ मिलकर सकल प्रीमियम (जीपी) के 'के' प्रतिशत का एक कुल योग बनता है तो हम सकल प्रीमियम निकाल सकते हैं, यह देखते हुए कि शुद्ध प्रीमियम (एनपी) इस प्रकार प्राप्त है

जीपी = एनपी + के (जीपी)

उदाहरण के लिए, एक एन्डाउमेंट पॉलिसी के लिए शुद्ध एकल प्रीमियम 380 रुपए है और लोडिंग कारक 'के' 50% है तो सकल प्रीमियम 760 रुपए होगा।

स्व-परीक्षण 1

पॉलिसी में लैप्स का क्या मतलब है?

V. पॉलिसीधारक पॉलिसी के लिए पूरा प्रीमियम भुगतान कर देता है
VI. पॉलिसीधारक पॉलिसी के लिए प्रीमियम का भुगतान बीच में बंद कर देता है
VII. पॉलिसी परिपक्व हो जाती है
VIII. पॉलिसी को बाजार से वापस ले लिया जाता है

C. अधिशेष और बोनस

1. अधिशेष और बोनस का निर्धारण

हर जीवन बीमा कंपनी से अपनी परिसंपत्तियों और देनदारियों का एक नियत समय पर मूल्यांकन कराने की अपेक्षा की जाती है। इस तरह के मूल्यांकन के दो उद्देश्य हैं:

i. जीवन बीमा कंपनी की वित्तीय स्थिति का आकलन करने के लिए, दूसरे शब्दों में, यह निर्धारित करने के लिए कि यह देनदारी चुकाने में सक्षम है या दिवालिया

ii. पॉलिसीधारकों/शेयर धारकों में वितरण के लिए उपलब्ध अधिशेष का निर्धारण करने के लिए

परिभाषा

देनदारी मूल्य की तुलना में परिसम्पत्तियों का मूल्य अधिक होना अधिशेष कहलाता है। यदि यह नकारात्मक है तो इसे एक दबाव के रूप में जाना जाता है।

आइए, अब हम देखें कि जीवन बीमा के संदर्भ में अधिशेष की अवधारणा किसी फर्म के लाभ की अवधारणा से कैसे अलग है।

फर्म में आम तौर पर लाभ की दो अवधारणाएं होती हैं। लेखांकन के अर्थ में, लाभ को एक निर्दिष्ट लेखांकन अवधि के लिए **खर्चों पर आय की अधिकता** के रूप में परिभाषित किया गया है, यह लाभ-हानि खाते का हिस्सा बनता है।लाभ फर्म की बैलेंस शीट का हिस्सा भी बनता है - इसे देनदारियों पर **संपत्ति की अधिकता** के रूप में परिभाषित किया जा सकता है।बैलेंस शीट लाभ-हानि खाते में लाभ को भी दर्शाता है। दोनों मामलों में, लाभ की पहचान के लिए पूर्व दृष्टिकोण अपनाया जाता है।

उदाहरण

31 मार्च 2013 को एक्सवायजेड फर्म का लाभ इस दिनांक तक इसकी आय में से व्यय घटाते हुए या या इसकी संपत्ति में से दायित्व कम करते हुए दर्शाया गया है।

दोनों मामलों में, लाभ स्पष्ट रूप से परिभाषित और ज्ञात है।

क्या हम जीवन बीमा के मूल्यांकन के मामले में इसी तरह के तर्क को लागू कर सकते हैं और देनदारियों तथा परिसंपत्तियों को निर्दिष्ट कर सकते हैं?

ऐसे मामले में, अधिशेष को इस प्रकार परिभाषित किया जाएगा

अधिशेष = परिसम्यत्तियां - देयताएं

जहां पॉलिसियों के एक खंड के लिए उत्पन्न होने वाली अपेक्षित देयताओं को भावी के दावों के वर्तमान मूल्य के रूप में निर्धारित किया जाता है,वहीं खर्चे और अन्य अपेक्षित भुगतानों को प्रीमियम के वर्तमान मूल्य में से घटाते हुए इन पॉलिसियों से प्राप्त होने की अपेक्षा की जाती है।

चित्र 4: संपत्तियों का मूल्यांकन करने के तरीके

संपत्तियों का मूल्यांकन तीन में से किसी भी एक तरीके से किया जाता है

i. **अंकित मूल्य पर**

यह वही मूल्य है जिस पर जीवन बीमा कंपनी ने अपनी संपत्ति खरीदी या प्राप्त की है।

ii. **बाजार मूल्य पर**

बाजार में जीवन बीमा कंपनी की परिसंपत्तियों का मूल्य

iii. **वर्तमान बट्टागत मूल्य**

विभिन्न परिसम्पत्तियों से भविष्य में होने वाली आय और उसे वर्तमान मूल्य पर बट्टाकृत करना।

समस्या यह है कि देनदारियों पर एक सटीक मूल्य नहीं रखा जा सकता है क्योंकि कोई भी साफ़ तौर पर यह अनुमान नहीं लगा सकता कि भविष्य में क्या होगा। देनदारियों का मूल्य मृत्यु, ब्याज, खर्च और सततता जैसे कारकों के बारे में अनुमानों पर निर्भर करता है जो भविष्य की देनदारियों के वर्तमान मूल्य का आकलन करते समय किए जाते हैं। यही कारण है कि जीवन बीमा में हम लाभ के बजाय अधिशेष शब्द का उपयोग करते हैं।

इस प्रकार अधिशेष यह जानने का तरीका है कि संपत्तियों और देयताओं का मूल्यांकन कैसे किया गया है।

i. जब कोई जीवन बीमा कंपनी अपने मूल्यांकन में बहुत रूढ़िवादी होती है तो इसका परिणाम संपत्तियों की तुलना में देयताओं का अधिक मूल्यांकन होगा जब संपत्तियों का मूल्यांकन कम करके किया जाता है। इसके परिणामस्वरूप घोषित किया गया अधिशेष कम हो जाएगा। इसका मतलब है कि मौजूदा पॉलिसीधारकों के बीच वितरण के लिए कम बोनस उपलब्ध होगा। लेकिन यह बीमा कंपनी की वित्तीय सुदृढ़ता में भी योगदान करेगा। इसका कारण यह है कि अधिशेष की वास्तविक राशि घोषित अधिशेष की तुलना में अधिक है और भविष्य के लिए उच्च प्रावधान रखे जा सकते हैं। इससे भविष्य के पॉलिसीधारकों को लाभ होगा।

ii. दूसरी ओर, अगर संपत्तियों और देयताओं का मूल्यांकन उदारतापूर्वक किया जाता है तो इसके विपरीत परिणाम हो सकते हैं। मौजूदा पॉलिसीधारक भविष्य के पॉलिसीधारकों के खर्च पर लाभान्वित होंगे।

जीवन बीमा कंपनी को मौजूदा और भविष्य के पॉलिसीधारकों के बीच सही संतुलन कायम रखना चाहिए।

2. अधिशेष का आवंटन

जीवन बीमा कंपनी का वास्तविक अनुभव अनुमान से बेहतर होने के परिणाम स्वरूप अधिशेष उत्पन्न होता है। लाभ सहित अनुबंधों के तहत, जीवन बीमा कंपनी इस तरह के अनुकूल अंतर (वास्तविक और अपेक्षित परिणाम के बीच) का लाभ पॉलिसीधारकों को देने के लिए बाध्य है जिन्होंने लाभ में भागीदारी करने पर सहमति व्यक्त की है और इन लाभ सहित पॉलिसियों को खरीदा है।

साथ ही साथ, अधिशेष वह स्रोत भी है जिसमें से कंपनी की बुनियादी पूंजी (इसकी इक्विटी या निवल मूल्य) बढ़ सकती है। इस अर्थ में, जीवन बीमा कंपनी का अधिशेष एक साधारण कंपनी के लाभ के समान है जिसे बांटा नहीं गया है बल्कि रख लिया गया है। इन्हें "अपने पास रोकी कमाई" के रूप में जाना जाता है। ये कंपनी की आर्थिक सुदृढ़ता में योगदान करते हैं।

आइए, अब हम देखें कि निर्धारित किए जाने वाले अधिशेष को कैसे आवंटित किया जाएगा।

a) सालवन्सि (अपने पास चुकाने की क्षमता) क्षमता की आवश्यकताएं

सबसे पहले, देयताओं की तुलना में संपत्तियों के अतिरिक्त के एक भाग को भविष्य की अप्रत्याशित विपत्तियों की स्थिति में पॉलिसीधारक की सुरक्षा के लिए रखा जाना चाहिए। सॉल्वेंसी मार्जिन को देनदारियों पर अधिशेष संपत्ति के उस हिस्से के रूप में परिभाषित किया जा सकता है जिसे विशेष रूप से अपेक्षित और वास्तविक अनुभव के बीच किसी भी अप्रत्याशित विचलन का समाधान करने के लिए एक सहारे के रूप में अलग करके रखा जाता है।

b) फ्री परिसम्पत्तियां

अनाबंटित वितरण के लिये रखने का दूसरा प्रयोजन फ्री संपत्तियों के स्तर को बढ़ाना है। फ्री संपत्तियां बर्डन रहित होती हैं। दूसरे शब्दों में, किसी भी देनदारी को पूरा करने के लिए इनकी आवश्यकता नहीं होती है। इस प्रकार जीवन बीमा कंपनी इनका इस्तेमाल करने के लिए स्वतंत्र होती है। जीवन बीमा कंपनियों को दो कारणों से इस तरह की फ्री संपत्ति बनाए रखने की जरूरत है।

i. सबसे पहले कंपनियों को नए व्यवसाय के वित्तपोषण के लिए पूंजी की जरूरत होती है। हमने

पहले ही देखा है कि कैसे उनको अपने नए व्यवसाय के दबाव को वित्तपोषित करने की जरूरत होती है।

ii. फ्री संपत्तियां जीवन बीमा कंपनी को अपनी निवेश रणनीतियों के चयन में अधिक से अधिक लाभ उठाने का मौक़ा और आजादी भी देती है। यह ऐसी कंपनियों के लिए महत्वपूर्ण हो जाता है जिन्हें उच्च और अधिक प्रतिस्पर्धी रिटर्न उत्पन्न करने और उपलब्ध कराने की जरूरत होती है।

एक बार विभाज्य अधिशेष घोषित हो जाने के बाद अगला काम जीवन बीमा कंपनी के पॉलिसीधारक के बीच उनका वितरण (शेयरधारकों के बीच वितरण के लिए एक हिस्से को छोड़ने के बाद, यदि कोई हो) निर्धारित करने का है। भारत में इस प्रयोजन के लिए लोकप्रिय तरीका "बोनस प्रणाली" के माध्यम से है जहां अधिशेष को एक बोनस के रूप में वितरित किया जाता है।यह प्रणाली ब्रिटेन, भारत और कई अन्य देशों में लोकप्रिय है।

3. बोनस

बोनस का भुगतान अनुबंध के तहत देय बुनियादी लाभ के अतिरिक्त के रूप में किया जाता है। आम तौर पर यह मूल बीमा धन या मूल पेंशन में प्रति वर्ष एक अतिरिक्त राशि के रूप में दिखाई दे सकता है। उदाहरण के लिए, इसे 60 रुपए प्रति हजार बीमा धन (या बीमाधन का 60%) के रूप में व्यक्त किया जाता है।

बोनस का सबसे आम रूप **प्रत्यावर्ती बोनस** है। कंपनी से हर वर्ष अनु बंध की पूरी अवधि में इस तरह की बोनस वृद्धि की घोषणा करने की उम्मीद की जाती है। एक बार घोषणा होने के बाद ये जुड़ जाते हैं और इन्हें अलग नहीं किया जा सकता है। ये कंपनी की देनदारियों का हिस्सा बन जाते हैं। इन्हें "प्रत्यावर्ती बोनस" कहा जाता है क्योंकि यह पॉलिसीधारक को केवल तभी प्राप्त होता है जब अनुबंध मृत्यु या परिपक्वता से दावा बन जाता है।

बोनस समर्पण पर भी देय हो सकते हैं। ऐसे मामलों में अक्सर यह निर्धारित किया जाता है कि अनुबंध को पात्र बनने के लिए एक निश्चित अवधि (जैसे 5 वर्ष) तक चलाया गया होना चाहिए।

प्रत्यावर्ती बोनसों के प्रकार

चित्र 5: प्रत्यावर्ती बोनसों के प्रकार

i. **साधारण प्रत्यावर्ती बोनस**

यह अनुबंध के तहत बुनियादी नकद लाभ के प्रतिशत के रूप में व्यक्त किया जाता है। उदाहरण के लिए, भारत में इसे प्रति हजार बीमा धन की राशि के रूप में घोषित किया जाता है।

ii. **कंपाउंड बोनस**

यहां कंपनी बुनियादी लाभ और पहले से जुड़े बोनसों के प्रतिशत के रूप में बोनस घोषित करती है। इस प्रकार यह बोनस पर एक बोनस है। इसे व्यक्त करने का एक तरीका @ 8% की मूल बीमा राशि सहित पहले से जुड़े बोनस के रूप में हो सकता है।

iii. **टर्मिनल बोनस**

जैसा कि नाम से पता चलता है, यह बोनस केवल अपनी अनुबंधात्मक समाप्ति (मृत्यु या परिपक्वता द्वारा) पर अनुबंध से जुड़ता है। यह बोनस बाद के वर्षों के बारे में किसी भी प्रतिबद्धता के बिना केवल परिणामी वर्ष के दावों के लिए घोषित किया जाता है (प्रत्यावर्ती बोनस के मामले की तरह)। इस प्रकार 2013 के लिए घोषित टर्मिनल बोनस केवल 2013-14 के दौरान उत्पन्न हुए दावों के लिए लागू होगा, न कि बाद के वर्षों के लिए।

अंत में, टर्मिनल बोनस अनुबंध की समयावधि पर निर्भर करते हैं और अवधि बढ़ने के साथ बढ़ जाते हैं। इस प्रकार 25 वर्ष तक चले एक अनुबंध के लिए टर्मिनल बोनस 15 वर्ष तक चले अनुबंध की तुलना में अधिक होगा।

टर्मिनल बोनस इस समस्या के एक समाधान के रूप में (ब्रिटेन में) सामने आए थे कि भुनाए नहीं गए बड़े लाभों को कैसे देखा जाए जो शेयर और संपत्ति में निवेश बढ़ने के परिणाम स्वरूप अर्जित किए गए थे। इन्हें एकमुश्त भुगतानों के रूप में देकर और इनको समय के साथ जोड़ कर जीवन बीमा कंपनियों ने इन बोनसों को बनाए रखने की समस्याओं का समाधान कर लिया। ये पॉलिसीधारकों के बीच समानता प्राप्त करने का तरीका भी बन गए।

4. अंशदान विधि

अधिशेष के वितरण का एक अन्य तरीका "अंशदान विधि" का है जो उत्तरी अमेरिका में अपनाया गया है।इस विधि में अधिशेष के तीन स्रोतों पर ध्यान दिया जाता है - अतिरिक्त ब्याज, मृत्यु बचत और खर्च तथा अन्य लोडिंग के संबंध में होने वाली बचत।

इस प्रकार अधिशेष मृत्यु, ब्याज और खर्चों के संबंध में बीते वर्ष में जो घटित होने की अपेक्षा की गयी थी और जो वास्तव में घटित हुआ उसके अंतर से निकाला जाता है।

घोषित किए गए लाभांशों का निम्नलिखित चार तरीकों में से एक में इस्तेमाल किया जा सकता है

i. इसका लाभांश के रूप में नगद भुगतान किया जा सकता है

ii. भविष्य के प्रीमियमों में समायोजन और कमी के रूप में

iii. तीसरा तरीका पॉलिसी में गैर. जब्तीयोग्य चुक्ता अतिरिक्तों की खरीद की अनुमति देना है।

iv. अंत में पॉलिसी खाते में ब्याज के साथ लाभांश संचित करने की अनुमति दी जा सकती है।इसे पॉलिसीधारक के विकल्प पर या केवल अनुबंध के अंत में वापस लिया जा सकता है।

5. यूनिट लिंक्ड पॉलिसियां

जैसी कि ऊपर चर्चा की गयी है, परंपरागत "लाभ सहित" पॉलिसियों में जीवन बीमा कंपनी के द्वारा भुगतान किए जाने वाले बोनसों और उनके निवेश के प्रदर्शन दोनों में एक संबंध होता है। तथापि यह संबंध प्रत्यक्ष नहीं होता है। पॉलिसीधारक का बोनस बीमा कंपनी की परिसंपत्तियों और देनदारियों के नियत समय पर मूल्यांकन के दौरान घोषित किए जाने वाले अधिशेष से निर्धारित होता है। नतीजतन, बोनस की संरचना सीधे तौर पर बीमा कंपनी की अंतर्निहित परिसंपत्तियों के मूल्य को प्रतिबिंबित नहीं करती है।

पुनः, मूल्यांकन के तहत बोनस आमतौर पर वर्ष में केवल एक बार ही घोषित किये जाते हैं। जाहिर है कि ये संपत्तियों के मूल्य में दैनिक उतार-चढ़ाव को प्रतिबिंबित नहीं कर सकते हैं। यूनिट लिंक्ड पॉलिसियां साफ़ तौर पर ऊपर बतायी गयी कुछ सीमाओं से छुटकारा पाने के लिए बनाई गयी हैं।

इनमें उत्पादों के डिजाइन का एक अलग दृष्टिकोण होता है और ये सिद्धांतों के एक अलग सेट का पालन करते हैं।

a) यूनिट बनाना

इन पॉलिसियों की मुख्य विशेषता यह है कि इनके लाभ दावा भुगतान देय होने की तिथि को पॉलिसीधारक के खाते में जमा किए गए यूनिटों के मूल्य से पूर्णतः या अंशतः निर्धारित होते हैं। निवेश फंड के कई बराबर भागों में विभाजन के माध्यम से एक यूनिट बनाया जाता है।

b) पारदर्शी संरचना

यूनिट लिंक्ड उत्पाद के मामले में बीमा सुरक्षा के लिए शुल्क और खर्च के घटक स्पष्ट रूप से निर्दिष्ट होते हैं। प्रीमियम से इन शुल्कों की कटौती कर लिए जाने के बाद खाते की शेष राशि और इसकी आय को यूनिटों में निवेश किया जाता है। इन यूनिटों का मूल्य प्रदर्शन के एक पूर्व-निर्धारित सूचकांक के संदर्भ में तय किया जाता है।

यह एक नियम या सूत्र द्वारा निकाला जाता है जिसके बारे में पहले बताया गया है। दो स्वतंत्र व्यक्ति इस सूत्र का पालन करके लाभ के एक ही अनुमान पर पहुंचेंगे। दूसरे शब्दों में, पॉलिसीधारक के लाभ जीवन बीमा कंपनी के अनुमानों और इच्छाओं पर निर्भर नहीं रहते हैं।

c) मूल्य निर्धारण

एन्डउमेंट जैसी परंपरागत योजनाओं में बीमाधारक खरीदी जाने वाली बीमा धन तय करता है। बीमा धन गारंटीकृत होती है और प्रीमियम इस प्रकार निर्धारित किया जाता है कि यह मृत्यु, ब्याज और खर्चों के दिए गए अनुमानों पर इस राशि का भुगतान करने के लिए पर्याप्त होगा। अगर वास्तविक अनुभव प्रीमियम निर्धारित करते समय किए गए अनुमानों की तुलना में बेहतर होते हैं तो लाभ बोनस के रूप में दिया जाता है।

यूनिट लिंक्ड पॉलिसियों के तहत बीमाधारक यह तय करता है कि वह नियमित अंतराल पर कितनी प्रीमियम राशि का योगदान कर सकता है। प्रीमियम एक न्यूनतम राशि के अधीन, जिसका भुगतान करना

आवश्यक हो सकता है, भिन्न हो सकते हैं। बीमा कवर भुगतान किए गए प्रीमियमों का एक गुणज होता है - उदाहरण के लिए, यह वार्षिक प्रीमियम का दस गुणा हो सकता है।

प्रीमियम को तीन भागों में विभाजित किया गया है –

i. सबसे पहले एक पॉलिसी आवंटन शुल्क (पीएसी) होता है जिसमें एजेंट का कमीशन, पॉलिसी निर्धारण खर्च, प्रशासनिक खर्च और वैधानिक लेबी शामिल होते हैं।

ii. दूसरा घटक मृत्यु शुल्क है जो जोखिम कवर प्रदान करने की लागत है।

iii. उपरोक्त दोनों खर्चों को पूरा करने के बाद प्रीमियम की शेष राशि यूनिटों की खरीद के लिए आवंटित की जाती है।

प्रीमियमों के अनुपात के रूप में पीएसी परंपरागत और यूलिप दोनों प्रकार की योजनाओं के तहत प्रारंभिक वर्षों में उच्च होती है। परंपरागत पॉलिसी के तहत इन शुल्कों को विभाजित करके संपूर्ण पॉलिसी अवधि में फैला दिया जाता है। हालांकि यूलिप के मामले में इन्हें प्रारंभिक प्रीमियम से ही काट लिया जाता है। इसका मतलब है कि प्रारंभिक अवस्थाओं में शुल्क निवेश के लिए आवंटित की जाने वाली राशि को काफी कम कर देंगे। यही कारण है कि लाभों के मूल्य की तुलना में प्रीमियम भुगतान बहुत कम होगा। वास्तव में इस अनुबंध के प्रारंभिक वर्षों में प्रीमियम भुगतान की तुलना में कम होगा।

d) निवेश के जोखिम को वहन करना

अंत में, चूंकि यूनिटों का मूल्य जीवन बीमा कंपनी के निवेश के मूल्य पर निर्भर करता है, यहां एक जोखिम यह है कि ये यूनिट मूल्य अपेक्षा से कम हो सकते हैं तथा इसके परिणाम स्वरूप रिटर्न कम और यहां तक कि नकारात्मक हो सकते हैं। हालांकि जीवन बीमा कंपनी से एक कुशल और विवेकपूर्ण तरीके से इन निवेशों का प्रबंधन करने की उम्मीद की जाती है, फिर भी यह यूनिट मूल्यों के बारे में कोई गारंटी नहीं देती है। दूसरे शब्दों में, निवेश के जोखिम को पॉलिसीधारक/यूनिट धारक द्वारा वहन किया जाता है। तथापि जीवन बीमा कंपनी मृत्यु और खर्च के जोखिम वहन कर सकती है।

स्व-परीक्षण 2

यूलिप के मामले में निवेश जोखिम को कौन वहन करता है?

I. बीमा कंपनी
II. बीमाधारक
III. राज्य
IV. आईआरडीए

सारांश

- साधारण भाषा में, प्रीमियम शब्द बीमा पॉलिसी खरीदने के लिए बीमाधारक द्वारा भुगतान किए जाने वाले मूल्य को दर्शाता है।
- जीवन बीमा पॉलिसियों के लिए प्रीमियम निर्धारित करने की प्रक्रिया में मृत्यु, ब्याज, प्रबंधन के खर्च और रिज़र्व पर विचार किया जाना शामिल है।
- शुद्ध प्रीमियम में लोड़िंग जोड़ते हुए सकल प्रीमियम प्राप्त होता है।
- चूक का मतलब है कि पॉलिसीधारक ने प्रीमियम का भुगतान करना बंद कर दिया है। वापिस लेने के मामले में, पॉलिसीधारक पॉलिसी का समर्पण करता है और पॉलिसी के उपार्जित नकद मूल्य से राशि प्राप्त करता है।
- जीवन बीमा कंपनी का वास्तविक अनुभव उसके अनुमान से बेहतर होने की स्थिति में अधिशेष उत्पन्न होता है।
- सालवन्सि(देनदारी चुकाने की क्षमता)की आवश्यकताओं को बनाये रखने, मुक्त संपत्तियों में वृद्धि करने, आदि हेतु अधिशेष आवंटन किया जा सकता है।
- बोनस का सबसे आम रूप प्रत्यावर्ती बोनस है।

प्रमुख शब्द

1. प्रीमियम
2. छूट (रियायत)
3. बोनस
4. अधिशेष
5. आरक्षित निधि
6. लदान (लोडिंग)
7. प्रत्यावर्ती बोनस

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

पॉलिसीधारक द्वारा प्रीमियम भुगतान बीच में बंद कर देना पॉलिसी में चूक कहलाता है।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

यूलिप के मामले में बीमाधारक निवेश के जोखिम को वहन करता है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

बीमा पॉलिसी के संबंध में "प्रीमियम" शब्द क्या निरूपित करता है?

I. बीमा कंपनी द्वारा अर्जित लाभ
II. पॉलिसी खरीदने के लिए बीमाधारक द्वारा किया गया मूल्य भुगतान
III. किसी पॉलिसी पर बीमा कंपनी के मार्जिन
IV. पॉलिसी पर बीमा कंपनी द्वारा किए गए खर्चे

प्रश्न 2

इनमें से कौन सा जीवन बीमा प्रीमियम के निर्धारण का एक कारक नहीं है?

I. मृत्यु
II. छूट (रिबेट)
III. आरक्षित निधियां
IV. प्रबंधन व्यय

प्रश्न 3

पॉलिसी वापिस लेना क्या है?

I. पॉलिसीधारक द्वारा प्रीमियम भुगतान बीच में बंद करना
II. उपार्जित समर्पण मूल्य के बदले में पॉलिसी का समर्पण
III. पॉलिसी उन्नयन
IV. पॉलिसी अधोनयन

प्रश्न 4

निम्नलिखित में से अधिशेष निर्धारित करने का कौन सा एक तरीका है?

I. अत्यधिक देयताएं
II. अत्यधिक कारोबार

III. परिसम्पत्तियों की तुलना में देयताओं का मूल्य अधिक होना
IV. देयताओं की तुलना में परिसम्पत्तियों का मूल्य अधिक होना

प्रश्न 5

इनमें से कौन यूलिप प्रीमियम का एक घटक नहीं है?

I. पॉलिसी आवंटन शुल्क
II. निवेश जोखिम प्रीमियम
III. मृत्यु शुल्क
IV. सामाजिक सुरक्षा प्रभार

प्रश्न 6

जीवन बीमा कंपनियां _____ के आधार पर देय प्रीमियम पर खरीदार के लिए छूट की पेशकश कर सकती हैं।

I. खरीदार द्वारा चुना गया बीमा धन
II. खरीदार द्वारा चुनी गयी पॉलिसी का प्रकार
IV. खरीदार द्वारा चुनी गयी योजना की अवधि
IV. खरीदार द्वारा चुनी गयी भुगतान की विधि (नकद, चेक, कार्ड)

प्रश्न 7

प्रीमियम निर्धारण करते समय प्रयोग किए जाने वाले महत्वपूर्ण घटकों में ब्याज दरें शामिल रहती हैं। ब्याज दरों के संबंध के नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. ब्याज दर जितनी कम मानी जाएगी, प्रीमियम उतना ही कम होगा
II. ब्याज दर जितनी अधिक मानी जाएगी, प्रीमियम उतना ही अधिक होगा
III. ब्याज दर जितनी अधिक मानी जाएगी, प्रीमियम उतना ही कम होगा
IV. ब्याज दरें प्रीमियमों को प्रभावित नहीं करती हैं

प्रश्न 8

नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. नया कारोबार स्थापित करने में कंपनियों को व्यावसायिक तनाव की कठिनाई का सामना करना पड़ता है

II. व्यावसायिक तनाव पॉलिसी अवधि के अंत में उत्पन्न होता है

III. व्यावसायिक तनाव अतिरिक्त प्रीमियम की वजह से उत्पन्न होता है

IV. व्यावसायिक तनाव नए कारोबार के चरण में अतिरिक्त खर्चों की वजह से उत्पन्न होता है।

प्रश्न 9

बीमा कंपनियों द्वारा संपत्तियों के मूल्यांकन के संबंध में, _____ वह मूल्य है जिस पर जीवन बीमा कंपनी ने अपनी संपत्तियां खरीदी या प्राप्त की हैं।

I. डिस्काउंटेड भावी मूल्य
II. डिस्काउंटेड वर्तमान मूल्य
III. बाजार मूल्य
IV. अंकित मूल्य

प्रश्न 10

_____ के मामले में, कंपनी बुनियादी लाभ और पहले से दिए गये बोनसों के एक प्रतिशत के रूप में बोनस घोषित करती है।

I. प्रत्यावर्ती बोनस

II. कंपाउंड बोनस

III. टर्मिनल बोनस

IV. सततता बोनस

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

पॉलिसी खरीदने के लिए बीमाधारक द्वारा भुगतान किए गए मूल्य को प्रीमियम कहा जाता है।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

जीवन बीमा प्रीमियम का निर्धारण करने में छूट एक कारक नहीं होती है।

उत्तर 3

सही विकल्प II है।

उपार्जित समर्पण मूल्य के बदले में पॉलिसी समर्पण करने को पॉलिसी वापिस लेना कहा जाता है।

उत्तर 4

सही विकल्प IV है।

देयताओं की तुलना में परिसम्पत्तियों का आधिक्य मूल्य अधिशेष निर्धारित करने का एक तरीका है।

उत्तर 5

सही विकल्प IV है।

यूलिप प्रीमियम में पॉलिसी आवंटन शुल्क, निवेश जोखिम प्रीमियम और मृत्यु शुल्क शामिल रहते हैं।

उत्तर 6

सही विकल्प I है।

जीवन बीमा कंपनियां खरीदार द्वारा चुना गया बीमा धन के आधार पर देय प्रीमियम पर खरीदार के लिए छूट की पेशकश कर सकती हैं।

उत्तर 7

सही विकल्प III है।

ब्याज दर जितनी अधिक मानी जाएगी, प्रीमियम उतना ही कम होगा

उत्तर 8

सही विकल्प IV है।

व्यावसायिक तनाव नए कारोबार के चरण में अतिरिक्त खर्चों की वजह से उत्पन्न होता है।

उत्तर 9

सही विकल्प IV है।

बीमा कंपनियों द्वारा संपत्तियों के मूल्यांकन किये जाने के संबंध में बुक मूल्य होता वह मूल्य है जिस पर जीवन बीमा कंपनी ने अपनी संपत्तियां खरीदी या प्राप्त की होती हैं।

उत्तर 10

सही विकल्प II है।

कंपाउंड बोनस के मामले में, कंपनी बुनियादी लाभ और पहले से दिये गये बोनसों के एक प्रतिशतांक के रूप में बोनस घोषित करती है।

अध्याय 12

दस्तावेजीकरण - प्रस्ताव चरण

अध्याय परिचय

जीवन बीमा उद्योग में हम बहुसंख्यक फार्म और दस्तावेजों के साथ कामकाज करते हैं। ये बीमाधारक और बीमा कंपनी के बीच संबंधों में स्पष्टता लाने के प्रयोजन से आवश्यक हैं। इस अध्याय में इस प्रस्ताव चरण में शामिल विभिन्न दस्तावेजों और उनके महत्व के बारे में जानेंगे। हम जिन दस्तावेजों पर विचार करेंगे उनमें शामिल हैं -

i. विवरण पुस्तिका (प्रोस्पेक्टस)
ii. प्रस्ताव पत्र
iii. एजेंट की रिपोर्ट
iv. चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट
v. नैतिक जोखिम की रिपोर्ट
vi. आयु का प्रमाण
vii. अपने ग्राहक को जानिए (केवाईसी) दस्तावेज़

अध्ययन के परिणाम

A. जीवन बीमा - प्रस्ताव चरण का दस्तावेजीकरण

A. जीवन बीमा - प्रस्ताव चरण का दस्तावेजीकरण

1. विवरण पुस्तिका (प्रोस्पेक्टस)

परिभाषा

विवरण पुस्तिका (प्रोस्पेक्टस) बीमा कंपनियों द्वारा इस्तेमाल किया जाने वाला एक औपचारिक कानूनी दस्तावेज है जो उत्पाद के बारे में जानकारी प्रदान करता है।

विवरण पुस्तिका (प्रोस्पेक्टस) में पॉलिसी की खरीद के संबंध में एक संभावित पॉलिसीधारक द्वारा एक सूचित निर्णय लेने के लिए आवश्यक सभी तथ्य शामिल होने चाहिए।

जीवन बीमा कंपनी द्वारा इस्तेमाल किए जाने वाले प्रोस्पेक्टस में इसकी प्रत्येक बीमा योजना के अंतर्गत निम्नलिखित बातों का उल्लेख होना चाहिए:

i. नियम एवं शर्तें
ii. लाभों का दायरा - गारंटीकृत और ग़ैर-गारंटीकृत
iii. अधिकार
iv. अपवाद
v. योजना सहभागी है या गैर-सहभागी

प्रोस्पेक्टस एक परिचयात्मक दस्तावेज की तरह है जो कंपनी के उत्पादों से परिचित होने में संभावित पॉलिसीधारक की मदद करता है।

2. प्रस्ताव पत्र (प्रपोजल फॉर्म)

बीमा पॉलिसी बीमा कंपनी और पॉलिसीधारक के बीच किये जाने वाली एक कानूनी अनुबंध है। जैसा कि किसी भी अनुबंध के लिए आवश्यक होता है, इसमें एक प्रस्ताव और इसकी स्वीकृति होती है। प्रस्ताव बनाने के लिए इस्तेमाल किए जाने वाले आवेदन दस्तावेज़ को आम तौर पर "प्रस्ताव पत्र" के रूप में जाना जाता है। प्रस्ताव पत्र में उल्लिखित सभी तथ्य दोनों पक्षों पर बाध्यकारी होते हैं और इसकी विषय-वस्तुयों को समझने में रही विफलता दावा निपटान की स्थिति में प्रतिकूल परिणामों का कारण बन सकती है।

परिभाषा

प्रस्ताव पत्र को आईआरडीए (पॉलिसीधारक के हितों का संरक्षण) अधिनियम, 2002 के तहत इस प्रकार परिभाषित किया गया है:

"इसका अर्थ है बीमा के लिए प्रस्तावक द्वारा भरा जाने वाला एक ऐसा पत्र जिसमें किसी जोखिम के संबंध में बीमा कंपनी के लिए आवश्यक समस्त महत्वपूर्ण जानकारी प्रस्तुत की जाएगी जो जोखिम को लेने के लिए, बीमा कंपनी को यह तय करने में सक्षम बनाएगा कि जोखिम को स्वीकार किया जाए या अस्वीकार, और जोखिम को स्वीकार किए जाने की स्थिति में दिये जाने वाले कवर की दरें, नियम और शर्तें क्या होंगी।"

इन विनियमों के प्रयोजन के लिए "महत्वपूर्ण" का मतलब और इसमें बीमा कंपनी द्वारा कवर किए जाने वाले जोखिम के अंडर राइटिंग के संदर्भ में सभी महत्वपूर्ण, आवश्यक और प्रासंगिक जानकारी शामिल होगी।

महत्वपूर्ण

जहां आईआरडीएआई ने प्रस्ताव पत्र को परिभाषित किया, फर्म के डिजाइन और सामग्री को बीमा कंपनी के विवेक पर खुला छोड़ दिया गया। तथापि, पॉलिसीधारकों, मध्यस्थ, लोकपाल और बीमा कंपनियों से प्राप्त प्रतिक्रिया के आधार पर आईआरडीएआई ने फार्म और प्रस्ताव पत्र की सामग्री को मानकीकृत करना आवश्यक समझा।

आईआरडीएआई ने आईआरडीए (जीवन बीमा के लिए मानक प्रस्ताव पत्र) विनियम, 2013 जारी किया है। हालांकि आईआरडीएआई ने डिजाइन और सामग्री निर्धारित कर दी है, इसने अतिरिक्त जानकारी प्राप्त करने के लिए बीमा कंपनियों को लचीलापन प्रदान किया है। प्रस्ताव पत्र में न केवल प्रस्तावक और बीमार्थी के लिए बल्कि उस मध्यस्थ के लिए भी विस्तृत निर्देश शामिल हैं जो पॉलिसी लेकर आता है और पत्र को भरने में सहायता करता है।

---

3. एजेंट की रिपोर्ट

एजेंट प्राथमिक अंडर जोखिमंकक है। जोखिम मूल्यांकन के लिए प्रासंगिक, पॉलिसीधारक के बारे में सभी म्हत्वपूर्ण तथ्य और विवरणों का खुलासा एजेंट द्वारा उसकी रिपोर्ट में किया जाना आवश्यक है। स्वास्थ्य, आदतों, पेशा, आय की बातों और परिवार के विवरण का रिपोर्ट में उल्लेख किया जाना आवश्यक है।

4. चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट

कई मामलों में, बीमार्थी की एक ऐसे चिकित्सक द्वारा चिकित्सकीय जांच करानी होती है जो बीमा कंपनी द्वारा पैनलबद्ध है। ऊंचाई, वजन, रक्तचाप, हृदय की स्थिति आदि जैसी शारीरिक विशेषताओं से संबंधित विवरण चिकित्सक द्वारा लेखर रिपोर्ट में उल्लेख किए जाते हैं जिसे चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट कहते हैं।

हमें यह ध्यान रखना चाहिए कि कई प्रस्तावों का बीमालेखन और बीमा के लिए स्वीकृति चिकित्सा जांच की मांग किए बिना होती है। इन्हें गैर-चिकित्सा मामलों के रूप में जाना जाता है। चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट की आवश्यकता आमतौर पर उस समय होती है जब गैर-चिकित्सकीय बीमालेखन के तहत प्रस्ताव पर विचार नहीं किया जा सकता है क्योंकि प्रस्तावित बीमा राशि या बीमार्थी की आयु अधिक है या कुछ ऐसे लक्षण हैं जिनका खुलासा प्रस्ताव में किया गया है जो एक चिकित्सा परीक्षक की जांच और रिपोर्ट की मांग करते हैं।

इससे बीमा कंपनी के बीमांकनकर्ता को बीमार्थी की वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति का एक ब्यौरा मिल जाता है।

5. नैतिक खतरे की रिपोर्ट

जीवन बीमा एक व्यक्ति और बीमा कंपनी के बीच को जाने वाला एक अनुबंध है जो एक उल्लिखित धनराशि का भुगतान करता है अगर पॉलिसी की अवधि के दौरान कवर किए गए व्यक्ति की मौत हो जाती है। जब आप जीवन बीमा खरीदते हैं, आपको आवेदन भरने और शारीरिक परीक्षा के लिए प्रस्तुत करने सहित जैसे कई जोखिमांकन प्रक्रियाओं से गुजरते हैं। जोखिम को प्रभावित करने वाला एक कारक, जिसकी जोखिमकंको को तलाश होती है, उसे नैतिक खतरा कहा जाता है।

परिभाषा

नैतिक खतरे में यह संभावना रहती है कि जीवन बीमा पॉलिसी खरीदने के परिणामस्वरूप ग्राहक का व्यवहार बदल सकता है और इस तरह के बदलाव से नुकसान की संभावना बढ़ जाएगी।

उदाहरण

जॉन डो ने हाल ही में एक जीवन बीमा पॉलिसी खरीदी.है। फिर उसने एक ऐसे स्थान पर स्कीइंग अभियान पर जाने का फैसला किया जिसके बारे में पृथ्वी पर सबसे खतरनाक स्कीइंग स्थलों में से एक होने की सूचना मिली थी। अतीत में उसने इस तरह के अभियानों में जाने से इनकार कर दिया था।

जीवन बीमा कंपनियां ऐसे व्यक्तियों द्वारा जीवन बीमा की खरीद से मुनाफ़ा कमाने की कोशिश करने की संभावना से सुरक्षा चाहती हैं जो अपनी स्वयं की जिंदगी या अन्य व्यक्ति की जिंदगी ख़त्म करने जैसे माध्यमों को अपनाते हैं। इसलिए जीवन बीमांकनकर्ता ऐसे किसी भी कारक की तलाश करते हैं जो इस तरह के जोखिम का सुराग दे सकता है।

इस प्रयोजन के लिए, कंपनी को अपनी बीमा कंपनी के किसी अधिकारी द्वारा नैतिक खतरा रिपोर्ट प्रस्तुत किए जाने की आवश्यकता हो सकती है। इस रिपोर्ट के पूरा करने से पहले रिपोर्टिंग अधिकारी को प्रस्तावक की पहचान के बारे में अपने आपको संतुष्ट कर लेना चाहिए। उसे रिपोर्ट पूरी करने से पहले प्राथमिकता के आधार पर उस व्यक्ति से उसके निवासस्थान पर जाकर मिलना चाहिए। रिपोर्टिंग अधिकारी को बीमार्थी के स्वास्थ्य और आदतों, पेशा, आय, सामाजिक पृष्ठभूमि और वित्तीय स्थिति आदि के बारे में स्वतंत्र पूछताछ करनी चाहिए।

6. आयु का प्रमाण

हमने पहले ही देखा है कि जीवन बीमा में मृत्यु का जोखिम उम्र के साथ बढ़ता जाता है। इसलिए उम्र वह कारक है जिसका उपयोग बीमा कंपनियां बीमार्थी की जोखिम प्रोफाइल निर्धारित करने में करती हैं। तदनुसार प्रत्येक आयु वर्ग के लिए एक प्रीमियम चार्ज किया जाता है। इस प्रकार उम्र के प्रमाण के एक उचित दस्तावेज़ की जांच करके सही उम्र का सत्यापन करना जीवन बीमा में महत्व रखता है।
उम्र के वैध प्रमाण मानक या गैर-मानक हो सकते हैं।

a) आयु के मानक प्रमाण

आयु के मानक प्रमाण माने जाने वाले कुछ दस्तावेज इस प्रकार हैं:

i. स्कूल या कॉलेज का प्रमाणपत्र
ii. नगर निगम के रिकॉर्ड से निकाली गयी जन्म प्रमाणपत्र प्रति
iii. पासपोर्ट
iv. पैन कार्ड
v. सर्विस रजिस्टर
vi. नामकरण प्रमाणपत्र
vii. पारिवारिक बाइबल से निकाला गया प्रमाणित प्रति अगर इसमें जन्म तिथि अंकित है
viii. रक्षा कर्मियोंके मामले में पहचान पत्र
ix. रोमन कैथोलिक चर्च द्वारा जारी विवाह प्रमाणपत्र

b) आयु के गैर-मानक प्रमाण

जब उपरोक्त की तरह आयु के मानक प्रमाण उपलब्ध नहीं होते हैं तो जीवन बीमा कंपनी एक गैर-मानक आयु प्रमाण प्रस्तुत करने की अनुमति दे सकती है। गैर-मानक आयु प्रमाण माने जाने वाले कुछ दस्तावेज हैं:

i. जन्म कुंडली
ii. राशन कार्ड
iii. स्वयं-घोषणा के माध्यम से एक शपथपत्र
iv. ग्राम पंचायत का प्रमाणपत्र

चित्र 1: मान्य आयु प्रमाण

2. मनी लॉन्ड्रिग (एएमएल)

परिभाषा

मनी लॉन्ड्रिंग (काले धन को वैध करना) अवैध धन के अवैध मूल को छुपा कर इसे अर्थव्यवस्था में लाने की प्रक्रिया है ताकि यह कानूनी तौर पर प्राप्त किया गया प्रतीत हो सके। भारत सरकार ने मनी लॉन्ड्रिंग की गतिविधियों पर लगाम लगाने के लिए पीएमएलए, 2002 की शुरुआत की थी।

मनी लॉन्ड्रिंग रोकथाम अधिनियम (पीएमएलए), 2002 काले धन को वैध करने वाली गतिविधियों को नियंत्रित करने के लिए और मनी लॉन्ड्रिंग से प्राप्त की गयी संपत्ति की जब्ती का प्रावधान करने के लिए 2005 से प्रभाव में आया।यह मनी लॉन्ड्रिंग का उल्लेख एक ऐसे अपराध के रूप में करता है जो तीन से सात वर्ष के कठोर कारावास और 5 लाख रुपए तक के जुर्माने के साथ दंडनीय है।

प्रत्येक बीमा कंपनी को एक एएमएल नीति रखना और तदनुसार आईआरडीएआई के पास इसकी एक प्रति दर्ज कराना आवश्यक है। एएमएल कार्यक्रम में निम्न बातें शामिल होनी चाहिए:

i. आंतरिक नीतियां, प्रक्रियाएं और नियंत्रण
ii. एक प्रमुख अनुपालन अधिकारी की नियुक्ति
iii. एएमएल उपायों पर एजेंटों की भर्ती और प्रशिक्षण
iv. आंतरिक लेखा-परीक्षा/नियंत्रण

3. अपने ग्राहक को जानें (केवाईसी)

"अपने ग्राहक को जानें" किसी व्यवसाय द्वारा अपने ग्राहकों की पहचान सत्यापित करने के लिए इस्तेमाल की जाने वाली प्रक्रिया है।बैंक और बीमा कंपनियां पहचान की चोरी, वित्तीय धोखाधड़ी और काले धन को वैध करने के प्रयासों को रोकने के लिए तेजी से अपने ग्राहकों से विस्तृत जानकारी की मांग कर रही हैं।

केवाईसी दिशानिर्देशों का उद्देश्य आपराधिक तत्वों द्वारा काले धन को वैध करने वाली गतिविधियों के लिए वित्तीय संस्थानों का इस्तेमाल किए जाने से रोकना है।

इसलिए बीमा कंपनियों को अपने ग्राहकों की असली पहचान निर्धारित करने की आवश्यकता होती है।

एजेंटों को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि प्रस्तावक केवाईसी प्रक्रिया के भाग के रूप में निम्नलिखित के साथ प्रस्ताव पत्र प्रस्तुत करते हैं:

i. फोटोग्राफ
ii. आयु का प्रमाण
iii. पते का प्रमाण - ड्राइविंग लाइसेंस, पासपोर्ट, टेलीफोन बिल, बिजली बिल, बैंक पासबुक आदि
iv. पहचान का प्रमाण - ड्राइविंग लाइसेंस, पासपोर्ट, मतदाता पहचान पत्र, पैन कार्ड, आदि
v. उच्च मूल्य के लेनदेनों के मामले में आय प्रमाण संबंधी दस्तावेज

4. फ्री-लुक अवधि

मान लीजिए कि किसी व्यक्ति ने एक नई जीवन बीमा पॉलिसी खरीदी और पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त किया, इसकी जांच पर उसे पता चलता है कि नियम और शर्तें उसकी चाहत के अनुरूप नहीं हैं।

वह क्या कर सकता है?

आईआरडीएआई ने अपने विनियमों में उपभोक्ता-अनुकूल एक प्रावधान बनाया है जो इस समस्या का ख्याल रखता है। इसने एक प्रावधान किया है जिसे "फ्री-लुक अवधि" या "कूलिंग अवधि" कहा जाता है।

इस अवधि के दौरान, अगर किसी पॉलिसीधारक ने कोई पॉलिसी खरीदी है और इसे रखना नहीं चाहता है तो वह निम्नलिखित शर्तों के अधीन इसे वापस कर सकता है और अपने पैसे वापस प्राप्त कर सकता है:

i. वह पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर इस विकल्प का प्रयोग कर सकता है

ii. उसे लिखित रूप में कंपनी को बताना होगा

iii. प्रीमियम की धनवापसी में से कवर की गयी अवधि के लिए आनुपातिक जोखिम प्रीमियम, चिकित्सा जांच और स्टांप ड्यूटी चार्ज पर बीमा कंपनी द्वारा किए गए खर्चों को समायोजित किया जाएगा

यह फ्री-लुक अवधि एक विशेषाधिकार के रूप में जीवन बीमा पॉलिसीधारकों के लिए उपलब्ध है। पॉलिसीधारक पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त होने की तारीख से पंद्रह दिनों की अवधि के दौरान इस विकल्प का प्रयोग कर सकते हैं।

स्व-परीक्षण 1

_____ अवधि के दौरान, अगर पॉलिसीधारक ने कोई पॉलिसी खरीदी है और वह इसे नहीं रखना चाहता है तो वह इसे लौटा कर पैसे वापस प्राप्त कर सकता है।

I. स्वतंत्र मूल्यांकन
II. फ्री-लुक
III. निरस्तीकरण
IV. फ्री ट्रायल

सारांश

- विवरण पुस्तिका (प्रास्पेक्टस) बीमा कंपनियों द्वारा इस्तेमाल किया जाने वाला एक औपचारिक कानूनी दस्तावेज है जो उत्पाद के बारे में जानकारी प्रदान करता है।
- प्रस्ताव बनाने के लिए इस्तेमाल किए जाने वाले आवेदन दस्तावेज़ को आम तौर पर "प्रस्ताव प्रपत्र" के रूप में जाना जाता है।
- स्वास्थ्य की जानकारी, आदतों और पेशे, आय और परिवार का विवरण एजेंट की रिपोर्ट में एजेंट द्वारा देना आवश्यक है।
- ऊंचाई, वजन, रक्तचाप, हृदय की स्थिति आदि जैसी शारीरिक विशेषताओं से संबंधित विवरण चिकित्सक द्वारा लेकर अपनी रिपोर्ट में उल्लेख किए जाते हैं जिसे चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट कहा जाता है।
- नैतिक खतरा यह संभावना दर्शाता है कि जीवन बीमा पॉलिसी खरीदने के परिणामस्वरूप ग्राहक का व्यवहार बदल सकता है और इस तरह के बदलाव से नुकसान की संभावना बढ़ जाएगी।
- मानक आयु प्रमाण माने जाने वाले कुछ दस्तावेजों में स्कूल या कॉलेज के प्रमाणपत्र, नगरपालिका रिकॉर्ड से निकाला गया जन्म प्रमाणपत्र प्रति अदि शामिल हैं।
- प्रत्येक बीमा कंपनी को एक एएमएल नीति रखना और तदनुसार आईआरडीएआई के पास इसकी एक प्रति उपलब्ध कराना आवश्यक है। एएमएल कार्यक्रम में आंतरिक नीतियां, प्रक्रियाएं और नियंत्रण तथा एक प्रमुख अनुपालन अधिकारी की नियुक्ति शामिल होनी चाहिए।
- बीमा कंपनियों को अपने ग्राहकों की असली पहचान निर्धारित करने की आवश्यकता होती है। पते का प्रमाण, पैन कार्ड और फोटोग्राफ आदि जैसे केवाईसी दस्तावेजों को केवाईसी प्रक्रिया के एक भाग के रूप में एकत्र किया जाना आवश्यक है।

प्रमुख शब्द

1. विवरण पुस्तिका (प्रोस्पेक्टस)
2. प्रस्ताव पत्र
3. नैतिक खतरा
4. मानक और गैर-मानक आयु प्रमाण
5. एंटी-मनी लॉन्ड्रिंग
6. अपने ग्राहक को जानिए (केवाईसी)
7. फ्री-लुक अवधि

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

फ्री-लुक अवधि के दौरान, अगर पॉलिसीधारक ने कोई पॉलिसी खरीदी है और इसे नहीं रखना चाहता है तो वह इसे लौटा कर पैसे वापस प्राप्त कर सकता है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

इनमें से मानक आयु प्रमाण का कौन सा एक उदाहरण है?

I. राशन कार्ड
II. जन्म कुंडली
III. पासपोर्ट
IV. ग्राम पंचायत प्रमाणपत्र

प्रश्न 2

इनमें से किसे नैतिक खतरा के लिए जिम्मेदार ठहराया जा सकता है?

I. बीमा की खरीद के बाद जोखिमपूर्ण व्यवहार बढ़ जाना
II. बीमा की खरीद से पहले जोखिमपूर्ण व्यवहार बढ़ जाना
III. बीमा की खरीद के बाद जोखिमपूर्ण व्यवहार में कमी
IV. बीमित होने के बाद आपराधिक गतिविधियों में संलग्न होना

प्रश्न 3

निम्नलिखित में से किसकी चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट में जांच की जाएगी?

I. प्रस्तावक का भावनात्मक व्यवहार
II. ऊंचाई, वजन और रक्तचाप

III. सामाजिक स्थिति
IV. सच्चाई

प्रश्न 4

_____ बीमा कंपनियों द्वारा इस्तेमाल किया जाने वाला एक औपचारिक कानूनी दस्तावेज है जो उत्पाद के बारे में जानकारी प्रदान करता है।

I. प्रस्ताव पत्र
II. प्रस्ताव उद्धरण
III. सूचना डॉकेट
IV. विवरण पुस्तिका (प्रोस्पेक्टस)

प्रश्न 5

प्रस्ताव बनाने के लिए इस्तेमाल किए जाने वाले आवेदन दस्तावेज़ को आम तौर पर _____ के रूप में जाना जाता है।

I. आवेदन पत्र
II. प्रस्ताव पत्र
III. पंजीकरण फॉर्म
IV. सदस्यता फॉर्म

प्रश्न 6

नीचे दिए गए आयु प्रमाण दस्तावेजों में से उस विकल्प की पहचान करें जिसे बीमा कंपनियों द्वारा गैर-मानक के रूप में वर्गीकृत किया गया है।

I. स्कूल प्रमाणपत्र
II. रक्षा कर्मियों के मामले में पहचान पत्र
III. राशन कार्ड
IV. नामकरण प्रमाणपत्र

प्रश्न 7

मनी लॉन्ड्रिंग _____ धन को अर्थव्यवस्था में लाने की एक प्रक्रिया है जिसमें इसके _____ मूल को छुपाया जाता है ताकि यह कानूनी तौर पर हासिल किया गया प्रतीत हो सके।

I. अवैध, अवैध
II. वैध, वैध
III. अवैध, वैध
IV. वैध, अवैध

प्रश्न 8

अगर पॉलिसीधारक पॉलिसी से संतुष्ट नहीं है तो वह फ्री-लुक अवधि के भीतर यानी पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त करने के _____ के भीतर पॉलिसी को वापस लौटा सकता है।

I. 60 दिन
II. 45 दिन
III. 30 दिन
IV. 15 दिन

प्रश्न 9

फ्री-लुक अवधि के दौरान पॉलिसीधारक द्वारा वापस लौटायी गयी पॉलिसी के संबंध में नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. बीमा कंपनी प्रीमियम का 100% वापस करेगी
II. बीमा कंपनी प्रीमियम का 50% वापस करेगी
III. बीमा कंपनी कवर की गयी अवधि के लिये आनुपातक प्रीमियम, चिकित्सा जांच और स्टांप चार्ज पर किये गए खर्चों का समायोजन करने के बाद प्रीमियम वापस करेगी।
IV. बीमा कंपनी संपूर्ण प्रीमियम को जब्त कर लेगी

प्रश्न 10

इनमें से कौन सा वैध पते का प्रमाण नहीं है?

I. पैन कार्ड
II. मतदाता पहचान पत्र
III. बैंक पासबुक
IV. ड्राइविंग लाइसेंस

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प III है।

पासपोर्ट मानक आयु प्रमाण का एक उदाहरण है।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

बीमा की खरीद के बाद जोखिमपूर्ण व्यवहार बढ़ने को नैतिक खतरे के लिए जिम्मेदार ठहराया जा सकता है।

उत्तर 3

सही विकल्प II है।

ऊंचाई, वजन और रक्तचाप कुछ ऐसी बातों में शामिल हैं जिनकी चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट में जांच की जाएगी।

उत्तर 4

सही विकल्प IV है।

विवरण पुस्तिका (प्रोस्पेक्टस) बीमा कंपनियों द्वारा इस्तेमाल किया जाने वाला एक ऐसा औपचारिक कानूनी दस्तावेज है जो उत्पाद के बारे में जानकारी प्रदान करता है।

उत्तर 5

सही विकल्प II है।

प्रस्ताव बनाने के लिए इस्तेमाल किए जाने वाले आवेदन दस्तावेज़ को आमतौर पर प्रस्ताव प्रपत्र के रूप में जाना जाता है।

उत्तर 6

सही विकल्प III है।

राशन कार्ड को गैर-मानक आयु प्रमाण के रूप में वर्गीकृत किया जाता है।

उत्तर 7

सही विकल्प I है।

मनी लॉन्ड्रिंग अवैध धन को अर्थव्यवस्था में लाने की एक प्रक्रिया है जिसमें इसके अवैध मूल को छुपाया जाता है ताकि यह कानूनी तौर पर हासिल किया गया प्रतीत हो सके।

उत्तर 8

सही विकल्प IV है।

अगर पॉलिसीधारक पॉलिसी से संतुष्ट नहीं है तो वह फ्री-लुक अवधि के भीतर यानी पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर पॉलिसी को वापस कर सकता है।

उत्तर 9

सही विकल्प III है।

फ्री-लुक अवधि के दौरान पॉलिसीधारक द्वारा वापस की गयी पॉलिसी के संबंध में बीमा कंपनी कवर की गयी अवधि, चिकित्सा जांच और स्टांप जार्ज पर किये गये खर्चों का जोखिम प्रीमियम के लिए समायोजन करने के बाद प्रीमियम वापस करेगी।

उत्तर 10

सही विकल्प I है।
पैन कार्ड
वैध पते का प्रमाण नहीं है।

अध्याय 13

दस्तावेजीकरण - पॉलिसी चरणः।

अध्याय परिचय

इस अध्याय में हम किसी प्रस्ताव के जीवन बीमा पॉलिसी बनने में शामिल विभिन्न दस्तावेजों के बारे में चर्चा करेंगे।

अध्ययन परिणाम

A. पॉलिसी चरण का दस्तावेजीकरण

A. पॉलिसी चरण का दस्तावेजीकरण

1. प्रथम प्रीमियम रसीद

कोई बीमा अनुबंध तब शुरू होता है जब जीवन बीमा कंपनी प्रथम प्रीमियम रसीद (एफपीआर) जारी करती है। एफपीआर इस बात का प्रमाण है कि पॉलिसी अनुबंध शुरू हो गया है।

प्रथम प्रीमियम रसीद में निम्नलिखित जानकारी शामिल होती है:

i. बीमित व्यक्ति का नाम और पता
ii. पॉलिसी नंबर
iii. भुगतान की गयी प्रीमियम राशि
iv. प्रीमियम भुगतान की विधि और आवृत्ति
v. प्रीमियम भुगतान की अगली देय तिथि
vi. जोखिम प्रारंभ होने की तिथि
vii. पॉलिसी की अंतिम परिपक्वता तिथि
viii. अंतिम प्रीमियम भुगतान की तिथि
ix. बीमा धन

एफपीआर जारी करने के बाद बीमा कंपनी प्रस्तावक से आगे के प्रीमियम प्राप्त होने पर ही प्रीमियम रसीदें जारी करेगी। इन रसीदों को नवीकरण प्रीमियम रसीदों (आरपीआर) के रूप में जाना जाता है। आरपीआर प्रीमियम भुगतान से संबंधित किसी भी विवाद की स्थिति में भुगतान के प्रमाण के रूप में कार्य करता है।

2. पॉलिसी दस्तावेज़

पॉलिसी दस्तावेज बीमा से जुड़ा सबसे महत्वपूर्ण दस्तावेज है। यह बीमाधारक और बीमा **कंपनी के बीच सम्पन्न अनुबंध का साक्ष्य है।** यह अपने आपमें एक अनुबंध नहीं है। अगर पॉलिसीधारक से पॉलिसी दस्तावेज खो जाता है तो यह बीमा अनुबंध को प्रभावित नहीं करता है। बीमा कंपनी अनुबंध में कोई भी बदलाव किए बिना एक डुप्लिकेट पॉलिसी जारी करेगी। पॉलिसी दस्तावेज एक सक्षम प्राधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए और इस पर भारतीय स्टांप अधिनियम के अनुसार स्टाम्प लगे होने चाहिए।

मानक पॉलिसी दस्तावेज़ के आमतौर पर तीन भाग होते हैं:

a) पॉलिसी अनुसूची

पॉलिसी अनुसूची पहला भाग बनती है। यह आम तौर पर पॉलिसी के मुख पृष्ठ पर होती है। जीवन बीमा अनुबंध की अनुसूचियां आमतौर पर एक समान होंगी। इनमें सामान्यतः निम्नलिखित जानकारी शामिल रहती है:

चित्र 1: पॉलिसी दस्तावेज़ के घटक

i. बीमा कंपनी का नाम

ii. किसी पॉलिसी के लिए कुछ विशिष्ट विवरण जैसे:

- ✓ पॉलिसी मालिक का नाम और पता
- ✓ जन्म तिथि और पिछले जन्मदिन पर उम्र
- ✓ योजना और पॉलिसी अनुबंध की अवधि
- ✓ बीमा धन
- ✓ प्रीमियम राशि
- ✓ प्रीमियम भुगतान अवधि
- ✓ प्रारंभ होने की तिथि, परिपक्वता तिथि और अंतिम प्रीमियम की देय तिथि
- ✓ पॉलिसी लाभ सहित या लाभ रहित है
- ✓ नामिती का नाम
- ✓ प्रीमियम भुगतान विधि - वार्षिक; अर्धवार्षिक; तिमाही; मासिक; वेतन से कटौती के माध्यम से
- ✓ पॉलिसी नंबर - जो पॉलिसी अनुबंध की विशिष्ट पहचान संख्या है

iii. बीमा कंपनी का भुगतान करने का वादा। यह बीमा अनुबंध की मूल विषयवस्तु है।

iv. प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता का हस्ताक्षर और पॉलिसी स्टांप

v. बीमा लोकपाल का पता

b) मानक प्रावधान

पॉलिसी दस्तावेज का दूसरा घटक पॉलिसी के मानक प्रावधानों से संबंधइत रहता है जो आम तौर पर सभी जीवन बीमा अनुबंधों में शामिल होते हैं जब तक कि इन्हें विशेष रूप से अपवर्जित किया गया हो। इनमें से कुछ प्रावधान टर्म, एकल प्रीमियम या गैर-सहभागी (लाभ में) पॉलिसियों जैसे अनुबंधों के कुछ प्रकारों के मामले में लागू नहीं हो सकते हैं। ये मानक प्रावधान अनुबंध के तहत लागू अधिकारों और विशेषाधिकारों तथा अन्य शर्तों को परिभाषित करते हैं।

c) पॉलिसी के विशिष्ट प्रावधान

पॉलिसी दस्तावेज के तीसरे भाग में पॉलिसी के विशिष्ट प्रावधानों शामिल होते हैं जो व्यक्तिगत पॉलिसी अनुबंध के लिए विशिष्ट होते हैं। ये दस्तावेज़ के सामने वाले भाग में मुद्रित हो सकते हैं या एक अनुलग्नक के रूप में अलग से सम्मिलित किए जा सकते हैं।

जहां रियायत के दिन या चूक के मामले में गैर-जब्ती जैसे पॉलिसी के मानक प्रावधान अक्सर वैधानिक रूप से अनुबंध के तहत किए जाते हैं, विशिष्ट प्रावधान आम तौर पर बीमा कंपनी और बीमाधारक के बीच विशेष अनुबंध से जुड़े होते हैं।

उदाहरण

एक ऐसी महिला जो अनुबंध लेने के समय गर्भवती है, उसके लिए गर्भावस्था के कारण मौत की जोखिम को कवर नहीं करने संबंधी क्लॉज।

विस्तृत प्रावधानों का उल्लेख अध्याय 13 में किया गया है।

2014 का अध्यादेश यह अनिवार्य करता है कि बीमाकर्ता द्वारा जारी की गयी प्रत्येक पॉलिसी के संबंध में प्रत्येक बीमा कंपनी को एक रिकॉर्ड बनाए रखना चाहिए। इस तरह के रिकॉर्ड में निम्नलिखित बातें शामिल होंगी -

- पॉलिसी-धारक का नाम और पता, पॉलिसी प्रभावी होने की तारीख और किसी भी हस्तांतरण, समनुदेशन या नामांकन का एक रिकॉर्ड,जिसका बीमा कंपनी को नोटिस दिया गया है
- दावों का एक रिकॉर्ड, दावे की तारीख, दावेदार का नाम-पता और दावा निकासी की तारिख के साथ किया गया प्रत्येक दावा या अस्वीकृत किए गए दावे के मामले में अस्वीकृति की तारीख और उसका आधार;

यह रिकॉर्ड इलेक्ट्रॉनिक मोड सहित प्राधिकरण द्वारा स्वीकृत रूप में बनाए रखा जा सकता है।

अध्यादेश में एक महत्वपूर्ण प्रावधान वह है जो पॉलिसियों को इलेक्ट्रॉनिक [अप्रत्यक्षीकृत या डीमैट] स्वरूप में जारी करने की शर्त लगाता है। अध्यादेश यह प्रावधान करता है कि "प्रत्येक बीमा कंपनी, स्वयं द्वारा संचालित सभी व्यवसायों के संबंध में, इस अधिनियम के तहत बनाए गए विनियमों द्वारा निर्धारित किए जाने वाले तरीके और रूप में, बीमा राशि और प्रीमियम के संदर्भ में एक निर्दिष्ट सीमा से ऊपर इलेक्ट्रॉनिक रूप में पॉलिसियां जारी करने का प्रयास करेगी।"

स्व-परीक्षण 1

प्रथम प्रीमियम रसीद (एफपीआर) क्या दर्शाती है? सबसे उपयुक्त विकल्प चुनें।

I. फ्री-लुक अवधि समाप्त हो गयी है

II. यह इस बात का एक साक्ष्य है की पॉलिसी अनुबंध शुरू हो गया है

III. पॉलिसी को अब रद्द नहीं किया जा सकता है

IV. पॉलिसी ने एक निश्चित नकद मूल्य प्राप्त कर लिया है

सारांश

- एक कोई बीमा अनुबंध शुरू होता है जब जीवन बीमा कंपनी प्रथम प्रीमियम रसीद (एफपीआर) जारी करती है।एफपीआर इस बात का एक साक्ष्य है की पॉलिसी अनुबंध शुरू हो गया है।
- पॉलिसी दस्तावेज बीमा से जुड़ा सबसे महत्वपूर्ण दस्तावेज है।यह बीमाधारक और बीमा कंपनी के बीच हुई अनुबंध का साक्ष्य है।
- मानक पॉलिसी दस्तावेज़ के आमतौर पर तीन भाग होते हैं - पॉलिसी अनुसूची, मानक प्रावधान और पॉलिसी के विशिष्ट प्रावधान।

प्रमुख शब्द

1. प्रथम प्रीमियम रसीद (एफपीआर)
2. पॉलिसी दस्तावेज़
3. पॉलिसी की अनुसूची
4. मानक प्रावधान
5. विशेष प्रावधान

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

एफपीआर इस बात का साक्ष्य है कि पॉलिसी अनुबंध शुरू हो गया है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

निम्नलिखित दस्तावेजों में से कौन सा विकल्प बीमा कंपनी और बीमाधारक के बीच हुई अनुबंध का साक्ष्य है?

I. प्रस्ताव पत्र

II. पॉलिसी दस्तावेज़

III. विवरण पुस्तिका (प्रोस्पेक्टस)

IV. दावा पत्र

प्रश्न 2

अगर एक किसी पॉलिसी दस्तावेज के विवरण के लिए जटिल भाषा का प्रयोग किया जाता है और इससे कोई अस्पष्टता उत्पन्न होती है तो इसे आम तौर पर कैसे समझा जाएगा?

I. बीमाधारक के पक्ष में

II. बीमा कंपनी के पक्ष में

III. पॉलिसी को अमान्य घोषित कर दिया जाएगा और बीमा कंपनी को ब्याज के साथ बीमाधारक को प्रीमियम वापस करने के लिए कहा जाएगा

IV. पॉलिसी को अमान्य घोषित कर दिया जाएगा और बीमा कंपनी को किसी भी ब्याज के बिना बीमाधारक को प्रीमियम वापस करने के लिए कहा जाएगा

प्रश्न 3

उस विकल्प का चयन करें जो पॉलिसी दस्तावेज़ का सबसे अच्छा वर्णन करता है।

I. यह बीमा अनुबंध का साक्ष्य है

II. यह कंपनी से बीमा पॉलिसी खरीदने में बीमाधारक व्यक्ति द्वारा व्यक्त की गयी रुचि का साक्ष्य है

III. यह बैंक, ब्रोकर और अन्य संस्था जैसे चैनल भागीदारों के साथ व्यवहार करते समय बीमा कंपनी द्वारा पालन की जाने वाली नीति (प्रक्रियाओं) का साक्ष्य है

IV. यह प्रथम प्रीमियम के भुगतान पर बीमा कंपनी द्वारा जारी की गयी एक पावती पर्ची है

प्रश्न 4

नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. प्रस्ताव पत्र की स्वीकृति इस बात का प्रमाण है कि पॉलिसी अनुबंध शुरू हो गया है

II. प्रीमियम की स्वीकृति इस बात का प्रमाण है कि पॉलिसी शुरू हो गयी है

III. प्रथम प्रीमियम रसीद इस बात का प्रमाण है कि पॉलिसी अनुबंध शुरू हो गया है

IV. प्रीमियम उद्धरण इस बात का प्रमाण है कि पॉलिसी अनुबंध शुरू हो गया है

प्रश्न 5

प्रथम प्रीमियम की प्राप्ति बाद बीमा कंपनी आगे प्राप्त होने वाले प्रीमियमों के लिए _____ जारी करेगी।

I. पुनर्चलन प्रीमियम रसीद

II. पुनरुद्धार प्रीमियम रसीद

III. पुनःस्थापन प्रीमियम रसीद

IV. नवीकरण प्रीमियम रसीद

उत्तर 6

अगर बीमित व्यक्ति मूल जीवन बीमा पॉलिसी दस्तावेज़ खो देता है तो क्या होगा?

I. बीमा कंपनी अनुबंध में कोई भी बदलाव के बिना एक डुप्लिकेट पॉलिसी जारी करेगी

II. बीमा अनुबंध समाप्त हो जाएगा

III. बीमा कंपनी बीमित व्यक्ति की वर्तमान स्वास्थ्य घोषणाओं के आधार पर नए नियमों और शर्तों के साथ एक डुप्लिकेट पॉलिसी जारी करेगी

IV. बीमा कंपनी अनुबंध में कोई भी बदलाव किये बिना एक डुप्लिकेट पॉलिसी जारी करेगी लेकिन ऐसा केवल एक अदालत के आदेश के बाद होगा।

प्रश्न 7

नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. पॉलिसी दस्तावेज़ पर सक्षम प्राधिकारी द्वारा हस्ताक्षर किया जाना चाहिए लेकिन भारतीय स्टांप

अधिनियम के अनुसार स्टाम्प लगे होने की जरूरत नहीं है

II. पॉलिसी दस्तावेज़ पर एक सक्षम प्राधिकारी द्वारा हस्ताक्षर किया जाना चाहिए और इस पर भारतीय स्टांप अधिनियम के स्टाम्प लगे होने चाहिए

III. पॉलिसी दस्तावेज़ पर एक सक्षम प्राधिकारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाने की जरूरत नहीं है लेकिन इस पर भारतीय स्टांप अधिनियम के अनुसार स्टाम्प लगे होने चाहिए

IV. पॉलिसी दस्तावेज़ पर न तो सक्षम प्राधिकारी द्वारा हस्ताक्षर किए जाने की जरूरत है और ना ही अनिवार्य रूप से इस पर भारतीय स्टांप अधिनियम के अनुसार स्टाम्प लगे होने चाहिए

प्रश्न 8

इनमें से कौन एक मानक बीमा पॉलिसी दस्तावेज़ का पहला भाग बनता है?

I. पॉलिसी अनुसूची
II. मानक प्रावधान
III. पॉलिसी के विशिष्ट प्रावधान
IV. दावा प्रक्रिया

प्रश्न 9

किसी मानक बीमा पॉलिसी दस्तावेज में मानक प्रावधानों वाले अनुभाग में निम्नलिखित में से किसकी जानकारी होगी?

I. प्रारंभ होने की तिथि, परिपक्वता तिथि और अंतिम प्रीमियम की देय तिथि
II. नामिती का नाम
III. अधिकार और सुविधाएँ तथा अन्य शर्तें जो अनुबंध के तहत लागू होती हैं
IV. प्राधिकृत हस्ताक्षरी को हस्ताक्षर और पॉलिसी स्टांप

प्रश्न 10

"एक ऐसी महिला जो अनुबंध लेने के समय गर्भवती है, उसके लिए गर्भावस्था के कारण मौत की जोखिम को कवर नहीं करने का एक क्लॉज" मानक पॉलिसी दस्तावेज़ के कौन से खंड में शामिल किया जाएगा?

I. पॉलिसी अनुसूची
II. सामान्य प्रावधान
III. मानक प्रावधान
IV. पॉलिसी के विशेष प्रावधान

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

पॉलिसी दस्तावेज़ बीमा कंपनी और बीमाधारक के बीच सम्पन्न अनुबंध का एक साक्ष्य है।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

अगर किसी पॉलिसी दस्तावेज के विवरण के लिए जटिल भाषा का प्रयोग किया जाता है और इससे कोई अस्पष्टता उत्पन्न हुई है तो इसे आम तौर पर बीमाधारक के पक्ष में समझा जाएगा।

उत्तर 3

सही विकल्प I है।

पॉलिसी दस्तावेज़ बीमा अनुबंध का साक्ष्य होता है।

उत्तर 4

सही विकल्प III है।

प्रथम प्रीमियम रसीद इस बात का प्रमाण है कि पॉलिसी अनुबंध शुरू हो गयी है।

उत्तर 5

सही विकल्प IV है।

प्रथम प्रीमियम के बाद बीमा कंपनी को आगे प्राप्त होने वाले प्रीमियमों के लिए कंपनी नवीकरण प्रीमियम रसीद जारी करेगी।

उत्तर 6

सही विकल्प I है।

अगर बीमाधारक व्यक्ति मूल जीवन बीमा पॉलिसी दस्तावेज खो देता है तो बीमा कंपनी अनुबंध में कोई भी बदलाव किए बिना एक डुप्लिकेट पॉलिसी जारी करेगी।

उत्तर 7

सही विकल्प II है।

पॉलिसी दस्तावेज पर सक्षम प्राधिकारी द्वारा हस्ताक्षर किये होने चाहिए और इस पर भारतीय स्टांप अधिनियम के अनुसार स्टाम्प लगे होने चाहिए।

उत्तर 8

सही विकल्प I है।

पॉलिसी अनुसूची मानक बीमा पॉलिसी दस्तावेज का पहला भाग बनता है।

उत्तर 9

सही विकल्प III है।

बीमा पॉलिसी दस्तावेज के मानक प्रावधानों वाले खंड में अधिकारों और सुविधाओं तथा अन्य शर्तों की जानकारी शामिल होगी जो अनुबंध के तहत लागू होते हैं।

उत्तर 10

सही विकल्प IV है।

"एक ऐसी महिला जो अनुबंध लेने के समय गर्भवती है, उसके लिए गर्भावस्था के कारण मौत की जोखिम को कवर नहीं करने का क्लॉज"मानक पॉलिसी दस्तावेज़ के "पॉलिसी के विशिष्ट प्रावधान" वाले खंड में शामिल किया जाएगा।

अध्याय 14

दस्तावेजीकरण - पॉलिसी चरणः॥

अध्याय परिचय

इस अध्याय में हम पॉलिसी दस्तावेज़ में शामिल किये जाने वाले प्रावधानों के बारे में चर्चा करेंगे। इस अध्याय जिन प्रावधानों के बारे में चर्चा की गयी है उनमें रियायती अवधि, पॉलिसी की चूक और गैर-जब्ती आदि से संबंधित कुछ महत्वपूर्ण प्रावधान शामिल हैं।

अध्ययन परिणाम

A. पॉलिसी की शर्तें और सुविधाएँ

A. पॉलिसी की शर्तें और सुविधाएँ

1. रियायती अवधि

प्रत्येक जीवन बीमा अनुबंध इस शर्त पर मृत्यु लाभ का भुगतान करने का वचन देती है कि देय प्रीमियम का भुगतान समय पर किया गया है और पॉलिसी चालू स्थिति में है। "रियायती अवधि" क्लॉज प्रीमियम देय होने के बाद इसका भुगतान करने के लिए पॉलिसीधारक को एक अतिरिक्त समयावधि प्रदान करता है।

महत्वपूर्ण

रियायत अवधि की मानक सीमा एक महीने या 31 दिनों की होती है। रियायत के दिनों की गणना प्रीमियम भुगतान के लिए देय तिथि के बाद अगले दिन से की जा सकती है। यह प्रावधान पॉलिसी को रियायत अवधि के दौरान चालू हालत में रखने में सक्षम बनाता है, जो अन्यथा प्रीमियम का भुगतान न होने के कारण व्यपगत हो गयी होती।

यद्यापि प्रीमियम देय बने रहते हैं और अगर इस अवधि के दौरान पॉलिसीधारक की मौत हो जाती है तो बीमा कंपनी मृत्यु लाभ से प्रीमियम को घटा सकती है। अगर रियायत अवधि समाप्त होने के बाद भी प्रीमियम का भुगतान नहीं होता है तो पॉलिसी को रियायत माना जाएगा और कंपनी मृत्यु लाभ का भुगतान करने के दायित्व के अधीन नहीं है। केवल देय राशि ही, जो कुछ भी लागू हो, गैर-जब्ती प्रावधानों के तहत है। एक अर्थ में, इस प्रकार रियायत अवधि के दौरान बीमाधारक को मुफ्त में बीमा प्राप्त हुआ कहा जा सकता है।

2. चूक और पुनःस्थापन / पुनर्जीवन

हमने पहले ही देखा है कि तो यदि रियायत के दिनों के दौरान भी प्रीमियम का भुगतान नहीं किया गया है। किसी पॉलिसी को रियायत हालत में होना कहा जा सकता है अच्छी खबर यह है कि व्यावहारिक रूप से सभी स्थायी जीवन बीमा अनुबंध एक लैप्स पॉलिसी के पुनर्चलन की अनुमति देती हैं।

परिभाषा

पुनःस्थापन वह प्रक्रिया है जिसके द्वारा कोई जीवन बीमा कंपनी किसी ऐसी पॉलिसी को वापस चालू हालत में लाती है जिसे या तो प्रीमियमों का भुगतान न होने के कारण समाप्त कर दिया गया है या किसी गैर-जब्ती प्रावधान के तहत जारी रखा गया है।

तथापि, पॉलिसी का पुनर्चलन बीमाधारक का बिना शर्त अधिकार नहीं हो सकता। इसे केवल कुछ शर्तों के तहत पूरा किया जा सकता है:

i. **बीमा कंपनी के लिए जोखिम में कोई वृद्धि नहीं:** किसी पॉलिसी के पुनर्चलन का परिणाम बीमा कंपनी के लिए जोखिम में वृद्धि नहीं हो सकता है।

ii. **रिजर्व का निर्माण:** पॉलिसीधारक को ऐसी प्रीमियम राशियों का भुगतान ब्याज के साथ करना होगा जो उसी रिजर्व के निर्माण का कारण बनेगा जो पॉलिसी व्यपगत नहीं होने की स्थिति में इसने इकट्ठा किया होता।

iii. **विशेष समयावधि के भीतर पुनरुद्धार आवेदन:** पॉलिसी मालिक को ऐसे पुनःस्थापन के प्रावधान में उल्लिखित समयसीमा के भीतर पुनर्जीवन का आवेदन पूरा करना होगा। भारत में पॉलिसी का

पुनर्जीवन व्यपगत होने की तिथि से एक विशेष समयावधि जैसे पांच वर्ष के भीतर प्रभावी किया जाना चाहिए।

iv. **लगातार बीमा करने योग्य स्थिति रहने का संतोषजनक प्रमाणः** बीमाधारक को लगातार बीमा करने योग्य स्थिति रहने का संतोषजनक प्रमाण बीमा कंपनी के समक्ष प्रस्तुत करना होगा। न केवल उसका स्वास्थ्य संतोषजनक होना चाहिए बल्कि वित्तीय आय और नैतिकता जैसे अन्य कारकों में बहुत खराबी नहीं होनी चाहिए।

v. **पुरानेदेय प्रीमियमों का ब्याज के साथ भुगतानः** पॉलिसी मालिक को प्रत्येक प्रीमियम की देय तिथि से ब्याज के साथ सभी पुरानेदेय प्रीमियमों का भुगतान करना आवश्यक है।

vi. **बकाया ऋण का भुगतानः** बीमाधारक को किसी भी बकाया पॉलिसी ऋण का भुगतान करना होगा या किसी भी मौजूदा ऋणग्रस्तता को बहाल करना होगा।

उपरोक्त शर्तों में संभवतः सबसे महत्वपूर्ण वह है जिसके लिए पुनरुद्धार पर बीमा योग्यता के प्रमाण की आवश्यकता होती है। किस प्रकार के प्रमाण की मांग की जाएगी यह प्रत्येक व्यक्तिगत पॉलिसी की परिस्थितियों पर निर्भर करेगा। अगर पॉलिसी एक बहुत छोटी सी समयावधि के लिए व्यपगत अवस्था में रही है तो बीमा कंपनी बीमा के योग्य स्थिति के किसी प्रमाण के बिना पॉलिसी को पुनःस्थापन कर सकती है या उसे बीमाधारक से सिर्फ एक सरल बयान की आवश्यकता हो सकती है कि वह अच्छी स्वास्थ्य स्थिति में है।

तथापि कंपनी को चिकित्सा परीक्षा या कुछ निश्चित परिस्थितियों में बीमा के योग्य स्थिति के अन्य प्रमाण की आवश्यकता हो सकती हैः

i. एक, जहां अनुग्रह अवधि लंबे समय से समाप्त हो गयी है और पॉलिसी जैसे लगभग एक वर्ष से व्यपगत स्थिति में है।

ii. दूसरी परिस्थिति वह है जहां बीमा कंपनी के पास यह संदेह करने का कारण है कि स्वास्थ्य या अन्य समस्या मौजूद हो सकती है। नए चिकित्सा परीक्षण भी आवश्यक हो सकते हैं अगर पॉलिसी की बीमा धन या अंकित राशि बड़ी है।

चूंकि पुनर्चलन के लिए पॉलिसीधारक को इस प्रयोजन की एक बड़ी धनराशि (पिछले बकाया प्रीमियम और ब्याज) का भुगतान करने की आवश्यकता हो सकती है, प्रत्येक पॉलिसीधारक को यह तय करना होगा कि क्या मूल पॉलिसी को पुनर्चल करना अधिक लाभकारी होगा या एक नई पॉलिसी खरीदना। पुनर्चल अक्सर अधिक फायदेमंद होता है क्योंकि नई पॉलिसी खरीदने के लिए पुनर्चल की तिथि पर बीमाधारक की वर्तमान आयु के आधार पर उच्च प्रीमियम दर की मांग की जाएगी।

a) पॉलिसी पुनर्चल के उपाय

आइए अब हम कुछ ऐसे तरीकों पर नज़र डालें जिनके माध्यम से पॉलिसी पुनर्चल का काम पूरा किया जा सकता है। आम तौर पर कोई व्यक्ति एक लैप्स पॉलिसी को पुनर्चल कर सकता है अगर पुनर्चल प्रथम बकाया प्रीमियम की तिथि से एक निश्चित अवधि (जैसे 5 वर्ष) के भीतर किया जाता है।

i. साधारण पुनर्चल

पुनर्चल का सरलतम रूप वह है जिसमें ब्याज के साथ प्रीमियम की बकाया राशि का भुगतान किया जाना शामिल है। इसे साधारण पुनर्चल कहा गया है और यह पॉलिसी के समर्पण मूल्य अर्जित न कर लेने पर भी किया जाता है। बीमा कंपनी अच्छे स्वास्थ्य की घोषणा या बीमा करने योग्य स्थिति के कुछ अन्य प्रमाण जैसे चिकित्सा परीक्षा की मांग भी कर सकती है।

ii. विशेष पुनर्चल

जब पॉलिसी तीन वर्ष से कम समय तक चली है और इसने यूनतम समर्पण मूल्य अर्जित नहीं किया है (यानी इकट्ठा रिजर्व या नगद मूल्य नगण्य है) लेकिन की अवधि बड़ी है तो हम क्या करते हैं? जैसे कि पॉलिसी प्रथम बकाया प्रीमियम की तिथि से एक वर्ष या इससे अधिक की अवधि के बाद पुनर्जीवन के लिए आती है।

इसे पुनर्चलित करने का एक तरीका विशेष पुनर्चलन नामक एक योजना के माध्यम से है (जो उदाहरण के लिए भारत की एलआईसी में प्रचलित है)। यहां यद्यपि यह एक नयी पॉलिसी जारी किये जाने के समान है जिसकी प्रारंभ होने की तिथि व्यपगत पॉलिसी शुरू होने की मूल तिथि के दो वर्षों के भीतर है। परिपक्वता तिथि मूल निर्धारित आयु से अधिक नहीं होगी जैसा कि पॉलिसी लेने के समय में कुछ जीवन पर लागू होता है।

उदाहरण

अगर मूल पॉलिसी 40 वर्ष की उम्र में ली गयी थी और शुरू होने की नई प्रारम्भ तिथि पर 42 वर्ष है तो पॉलिसी की अवधि उन पॉलिसियों के लिए अब बीस वर्ष से घट कर 18 वर्ष हो जाएगी जिनके लिए यह आवश्यक है कि अवधि 60 वर्ष की उम्र में समाप्त होनी चाहिए। पुराने और नए प्रीमियम के बीच अंतर का भुगतान ब्याज के साथ किया जाना चाहिए।

iii. ऋण सह पुनर्चलन

पुनर्चलन के लिए एक तीसरा दृष्टिकोण भी एलआईसी तथा अन्य कंपनियों के पास उपलब्ध है जो ऋण सह पुनर्चलन का है। यह सिर्फ एक पुनर्चलन नहीं है बल्कि इसमें दो लेनदेन शामिल हैं:

- ✓ साथ-साथ एक ऋण प्रदान करना और
- ✓ पॉलिसी का पुनर्चलन

प्रीमियम की बकाया राशियों और ब्याज की गणना सामान्य पुनर्चलन के मामले के समान की जाती है। पुनर्चलन की तिथि को पॉलिसी के तहत व्यक्ति जो ऋण प्राप्त करने के योग्य होता है उसका निर्धारण भी किया जाता है। इस ऋण का उपयोग पुनर्चलन के प्रयोजनों के लिए प्रीमियम राशि के रूप किया जा सकता है। अगर प्रीमियम और ब्याज की बकाया राशियों की दिशा में समायोजन के बाद कोई शेष राशि बच जाती है तो यह पॉलिसी धारक को भुगतान होती है। बेशक, ऋण सह पुनर्चलन की सुविधा की अनुमति केवल उन पॉलिसियों के लिए होगी जिसने पुनर्चलन की तिथि तक समर्पण मूल्य अर्जित कर लिया है।

iv. किश्तों द्वारा पुनर्चलन अर्जित

अंत में हम किश्त पुनर्जीवन पर आते हैं जिसकी अनुमति उस स्थिति में दी जाती है जब पॉलिसीधारक एकमुश्त राशि में प्रीमियम की बकाया राशियों का भुगतान करने में सक्षम नहीं होता है और न ही पॉलिसी को विशेष

पुनर्जीवन योजना के तहत पुनर्जीवित किया जा सकता है। इस तरह के मामले में प्रीमियम के बकाया राशियों की गणना सामान्य तरीके से की जाएगी जैसा कि सामान्य पुनर्जीवन योजना के तहत होता है।

भुगतान की विधि के आधार पर (तिमाही या छमाही) बीमित व्यक्ति को एक छमाही या दो तिमाही प्रीमियमों का भुगतान करना पड़ सकता है। फिर शेष बकाया राशियों के भुगतान को इस प्रकार फैला दिया जाएगा ताकि इसे भविष्य के प्रीमियमों के साथ, वर्तमान पॉलिसी वर्षगांठ के वर्ष और उसके बाद दो पूर्ण पॉलिसी वर्षगांठों सहित दो वर्ष या अधिक की अवधि के दौरान, प्रीमियम देय तिथियों को भुगतान किया जा सके।एक शर्त यह लगाई जा सकती है कि पुनर्चलन के समय पॉलिसी के तहत कोई बकाया ऋण नहीं होना चाहिए।

महत्वपूर्ण

व्यपगत पॉलिसियों का पुनर्चलन एक महत्वपूर्ण सेवा कार्य है जिसे जीवन बीमा कंपनियां सक्रिय रूप से प्रोत्साहित करना चाहती हैं क्योंकि व्यपगत अवस्था की पॉलिसियां बीमा कंपनी या पॉलिसीधारक किसी के लिए अच्छी नहीं होती हैं।

3. गैर-जब्ती के प्रावधान

भारतीय बीमा अधिनियम (धारा 113) के तहत महत्वपूर्ण प्रावधानों में से एक प्रावधान वह है जो पॉलिसीधारक के लिए कुछ लाभों के प्राप्ति की अनुमति देता है, इसके बावजूद कि वह आगे प्रीमियमों का भुगतान करके अपनी पॉलिसियों को पूर्ण चालू रखने में असमर्थ है। यहां यह तर्क लागू होता है कि पॉलिसीधारक का पॉलिसी के तहत प्राप्त हुए नकद मूल्य के लिए एक दावा होता है।

इसलिए भारत का कानून यह प्रावधान करता है कि अगर कम से कम तीन लगातार वर्षों के लिए प्रीमियम भुगतान किया गया है तो ऐसी स्थिति में एक गारंटीकृत समर्पण मूल्य होगा। अगर पॉलिसी का समर्पण नहीं किया गया तो यह घटे हुए चुकता मूल्य के साथ एक पॉलिसी के रूप में बनी रहेगी। पॉलिसी के प्रावधान आम तौर पर क़ानून की आवश्यकता से अधिक उदार समर्पण मूल्य का प्रावधान करते हैं।

a) समर्पण मूल्य

जीवन बीमा कंपनियों के पास आमतौर पर एक चार्ट होता है जो विभिन्न समयों पर समर्पण मूल्यों और समर्पण मूल्यों की गणना के लिए इस्तेमाल की जाने वाली विधि को सूचीबद्ध करता है। यह सूत्र बीमा के प्रकार और योजना, पॉलिसी की उम्र और पॉलिसी प्रीमियम भुगतान अवधि की सीमा को ध्यान में रखता है। समर्पण पर व्यक्ति को हाथ में मिलने वाली नकदी की वास्तविक राशि पॉलिसी में निर्धारित समर्पण मूल्य राशि से अलग हो सकती है।

इसका कारण यह है कि चुकता आधिक्य, बोनस या लाभांश संचय, एडवांस प्रीमियम भुगतान या प्रीमियमों में अंतराल, पॉलिसी ऋण आदि के परिणामस्वरूप प्राप्त हुए नकद समर्पण मूल्य से जोड़ या घटाव हो सकता है। पॉलिसीधारक को अंततः एक शुद्ध समर्पण मूल्य प्राप्त होता है।समर्पण मूल्य चुकता मूल्य का एक प्रतिशत होता है।

समर्पण मूल्य भुगतान किये गये प्रीमियम भुगतान के एक प्रतिशत के रूप में निकलता है जिसे गारंटीकृत समर्पण मूल्य कहा जाता है।

b) पॉलिसी ऋण

नकद मूल्य जमा करने वाली जीवन बीमा पॉलिसियों में पॉलिसीधारक को ऋण के लिए जमानत के रूप में पॉलिसी के नकद मूल्य का उपयोग करके बीमा कंपनी से पैसे उधार लेने का अधिकार प्रदान करने का प्रावधान है। पॉलिसी ऋण आमतौर पर पॉलिसी के समर्पण मूल्य के एक निर्धारित प्रतिशत (जैसे ९०%) तक सीमित होता है। ध्यान दें कि पॉलिसीधारक अपने स्वयं के खाते से उधार लेता है। अगर पॉलिसी का समर्पण कर दिया होता, तो उसे उस राशि को प्राप्त करने के लिए पात्र होना चाहिए था।

उस मामले में हालांकि बीमा भी समाप्त हो गया होता। बजाय इसके पॉलिसी ऋण लेकर पॉलिसीधारक अपना फ़ायदा बनाए रखने और इसका उपयोग करने में भी सक्षम होता है। ऋण बीमा को जीवित रखते हुए ऋण नगदी फंडों तक पहुंच प्रदान करता है। ऋण वह है जिसे आप ऐसे ग्राहक को लेने की सिफारिश करेंगे जिसे तत्काल धन की जरूरत है, लेकिन आप उसे अपना ग्राहक बनाए रखना चाहेंगे।

पॉलिसी ऋण दो संदर्भों में एक साधारण व्यावसायिक ऋण से अलग होता है:

पॉलिसी ऋण	व्यावसायिक ऋण
ऋण चुकाने के लिए कोई कानूनी बाध्यता नहीं: पॉलिसी मालिक कानूनी तौर पर ऋण चुकाने के लिए बाध्य नहीं है। वह अपनी पसंद से किसी भी समय पूर्ण या आंशिक ऋण की अदायगी कर सकता है। अगर ऋण चुकाया नहीं गया है तो बीमा कंपनी पॉलिसी के दिये जाने वाले लाभ से बकाया ऋण की राशि (भुगतान नहीं की गयी) और ब्याज की कटौती करती है।	व्यावसायिक ऋण एक लेनदार-देनदार संबंध बनाता है जिसमें ऋणकर्ता ऋणदाता को ऋण चुकाने के लिए कानूनी तौर पर बाध्य होता है।
किसी क्रेडिट जांच की आवश्यकता नहीं है: चूंकि बीमा कंपनी वास्तव में पॉलिसीधारक को अपना स्वयं का धन उधार नहीं देती है, इसे ऋणकर्ता पर क्रेडिट जांच कराने की आवश्यकता नहीं है जब वह ऋण के लिए आवेदन करता है।बीमा कंपनी को केवल यह सुनिश्चित करने की जरूरत है कि ऋण पात्रता राशि (एसवी का ९०% जैसा कि ऊपर बताया गया है) से अधिक नहीं है।	ऋणदाता ऋणकर्ता पर एक संपूर्ण क्रेडिट या साख की जांच करता है

बीमा कंपनी नीतिगत मामले के रूप में बेशक समय-समय पर ऐसे ऋणों के नियमों और शर्तों के बारे में फैसला करने का अधिकार सुरक्षित रखती है। चूंकि ऋण जमानत के रूप में रखी पॉलिसी पर प्रदान किया जाता है, पॉलिसी बीमा कंपनी के पक्ष में समनुदेशत की जानी चाहिए। जहां पॉलिसीधारक ने बीमित की मृत्यु की स्थिति में धनराशि प्राप्त करने के लिए किसी व्यक्ति को नामित किया है, इस नामांकन को ऋण के लिये पॉलिसी के समुनदेशन द्वारा रद्द नहीं किया जाएगा।

पॉलिसी में नामिती का अधिकार बीमा कंपनी के हित की सीमा तक प्रभावित होगा।

उदाहरण

अर्जुन ने एक जीवन बीमा पॉलिसी खरीदी जिसमें पॉलिसी के अंतर्गत देय कुल मृत्यु दावा 2.5 लाख रुपए था। पॉलिसी के अंतर्गत अर्जुन के कुल बकाया ऋण और ब्याज की राशि 1.5 लाख रुपए है।

इसलिए अर्जुन की मृत्यु की स्थिति में नामिती 1 लाख रुपए की शेष राशि प्राप्त करने का पात्र होगा।

बीमा कंपनियां आमतौर पर पॉलिसी ऋणों पर ब्याज वसूलती हैं जो अर्द्ध-वार्षिक या वार्षिक रूप में देय होते हैं। अगर ब्याज का भुगतान नहीं किया जाता है तो ये पॉलिसी ऋण का हिस्सा बन जाते हैं और बकाया ऋण में शामिल कर लिए जाते हैं।

जब तक प्रीमियमों का भुगतान समय पर किया जाता है और पॉलिसी चालू हालत में होती है, संचित नकद मूल्य आमतौर पर ऋण और ब्याज का भुगतान करने के लिए पर्याप्त से अधिक होगा। लेकिन अगर पॉलिसी लैप्स स्थिति में रही है और आगे कोई नया प्रीमियम नहीं आ रहा है तो एक ऐसी स्थिति उत्पन्न हो सकती है जहां बकाया ऋण की राशि और उस पर बकाया ब्याज को जोड़कर(कुल ऋण) पॉलिसी के नकद मूल्य की राशि से अधिक हो जाता है।

जाहिर तौर पर बीमा कंपनी ऐसी स्थिति की अनुमति नहीं दे सकती है। ऐसी स्थिति से काफी पहले बीमा कंपनियां आम तौर पर फोर कलोजर नामक कार्यवाही करती हैं। बीमा कंपनी द्वारा फोर कलोजर की कार्यवाही का सहारा लिए जाने से पहले पॉलिसीधारक को नोटिस दिया जाएगा। पॉलिसी समाप्त हो जाती है और उपलब्ध नकद मूल्य से बकाया ऋण और ब्याज को समायोजित किया जाता है। इसके बाद बची कोई भी अतिरिक्त राशि पॉलिसीधारक को भुगतान की जा सकती है।

4. पॉलिसी के विशेष प्रावधान और पृष्ठांकन

a) नामांकन

i. **नामांकन** वह प्रक्रिया है जहां बीमित व्यक्ति उस व्यक्तियों के नाम का प्रस्ताव करता है जिसे उसकी मृत्यु के बाद बीमा कंपनी द्वारा बीमा राशि का भुगतान किया जाना चाहिए।

ii. बीमित व्यक्ति **एक या एक से अधिक व्यक्तियों को नामितियों** के रूप में नामांकित कर सकता है।

iii. नामिती **वैध उन्मेयन** के **अधिकृत** होते हैं और उन्हें इसका अधिकार देने वाले व्यक्ति की ओर से एक **न्यासी के रूप में इस धनराशि** को रखना होता है।

iv. नामांकन पॉलिसी खरीदे जाते समय या बाद में किया जा सकता है।

v. बीमा अधिनियम 1938 की धारा 39 के तहत, अपने स्वयं के जीवन पर पॉलिसी रखने वाला धारक उस **व्यक्ति या व्यक्तियों को नामित** कर सकता है जिसे जिन्हें उसकी मृत्यु की स्थिति में पॉलिसी द्वारा प्राप्त धनराशि का भुगतान किया जाएगा।

पॉलिसी में अन्य पृष्ठांकन करके नामांकन को बदला जा सकता है।

महत्वपूर्ण

नामांकन केवल बीमित व्यक्ति की मृत्यु की स्थिति में पॉलिसी की धनराशि प्राप्त करने का अधिकार नामांकित व्यक्ति को देता है। **नामिती का संपूर्ण (या आंशिक) दावे पर कोई अधिकार नहीं होता है।**

जहां नामिती नाबालिग होता है, पॉलिसीधारक को किसी व्यक्ति को नियुक्त करने की जरुरत पड़ती है। नियुक्त व्यक्ति को एक नियुक्त व्यक्ति के रूप में कार्य करने के संबंध में अपनी सहमति दिखाने के लिए सम्बंधित पॉलिसी दस्तावेज पर हस्ताक्षर करने की जरूरत है। जब नामिती वयस्कता की उम्र पर पहुंच जाता है नियुक्त व्यक्ति अपनी यह स्थिति खो देता है। बीमित व्यक्ति किसी भी समय नियुक्त व्यक्ति को बदल सकता है। अगर कोई नियुक्त व्यक्ति निर्दिष्ट नहीं है और नामिती अवयस्क है तो बीमित व्यक्ति की मृत्यु हो जाने पर मृत्यु दावे का पॉलिसीधारक के कानूनी वारिसों को भुगतान किया जाता है।

जहां एक से अधिक नामिती नियुक्त किये जाते हैं, मृत्यु दावा उनको या उत्तरजीवी या उत्तरजीवियों को संयुक्त रूप से देय होगा। **प्रत्येक नामिती के लिए कोई विशिष्ट हिस्सा नहीं किया जा सकता है।** पॉलिसी प्रारंभ होने के बाद किए गए नामांकन के प्रभावी होने के लिए इनके बारे में बीमा कंपनियों को सूचित किया जाना चाहिए।

चित्र 1: नामांकन से संबंधित प्रावधान

2014 का अध्यादेश नीचे दिए गए अनुसार नामांकन करने के प्रावधानों को स्पष्ट रूप से निर्दिष्ट करता है:

"अपने स्वयं के जीवन पर जीवन बीमा की पॉलिसी का धारक, पॉलिसी शुरू करते समय या पॉलिसी भुगतान के लिए परिपक्व होने से पहले किसी भी समय, ऐसे व्यक्ति या व्यक्तियों को नामित कर सकता है जिसे उसकी मृत्यु होने की स्थिति में पॉलिसी द्वारा सुरक्षित की गयी राशि भुगतान की जाएगी:

जहां कोई नामिती एक नाबालिग है, पॉलिसीधारक नामिती के नाबालिग रहने के दौरान अपनी मृत्यु की स्थिति में पॉलिसी द्वारा सुरक्षित की गयी राशि प्राप्त करने के लिए बीमाकर्ता द्वारा निर्धारित किए गए तरीके से किसी भी व्यक्ति को नियुक्त कर सकता है।

इस तरह के नामांकन को पॉलिसी के विवरण में सम्मिलित किया जा सकता है या पॉलिसी पर एक पृष्ठांकन द्वारा डाला जा सकता है जिसके बारे में बीमाकर्ता को बता दिया जाएगा और पॉलिसी से संबंधित रिकॉर्डों में उसके द्वारा पंजीकृत किया जाएगा।

ऐसे किसी भी नामांकन को पॉलिसी भुगतान के लिए परिपक्व होने से पहले किसी भी समय एक पृष्ठांकन द्वारा रद्द किया या बदला जा सकता है या आगे एक पृष्ठांकन या वसीयत, जैसा भी मामला हो, बनाया जा सकता है।

हालांकि, जब तक ऐसे किसी भी रद्दकरण या परिवर्तन की लिखित सूचना बीमाकर्ता को नहीं सौंपी जाती है, बीमाकर्ता पॉलिसी के अंतर्गत ऐसे किसी भी भुगतान के लिए उत्तरदायी नहीं होगा जिसे पॉलिसी के विवरण में उल्लिखित नामिती को उसके द्वारा प्रामाणिक बनाया गया है या बीमाकर्ता के रिकॉर्डों में पंजीकृत किया गया है।

बीमाकर्ता एक नामांकन या रद्दकरण को पंजीकृत करने या उसे बदलने के बारे में एक लिखित रसीद पॉलिसीधारक को प्रस्तुत करेगा और ऐसे रद्दकरण या बदलाव के पंजीकरण के लिए नियमों द्वारा निर्दिष्ट किए गए अनुसार इस तरह का शुल्क वसूल कर सकता है।

धारा 38 के अनुसार किया गया किसी पॉलिसी का हस्तांतरण या समनुदेशन स्वतः एक नामांकन को रद्द कर देगाः यह प्रावधान भी किया गया है कि हस्तांतरिती या समनुदेशिती द्वारा पॉलिसीधारक को दिए गए अग्रिम ऋण के प्रतिफल में, पॉलिसी का पूर्णतः या आंशिक रूप से हस्तांतरण या समनुदेशन, नामांकन को रद्द नहीं करेगा बल्कि केवल हस्तांतारिती या समनुदेशिती के हित की सीमा तक, चाहे जो भी मामला हो, पॉलिसी में नामिती के अधिकारों को प्रभावित करेगाः

इसका अर्थ यह भी है कि एक नामांकन, जिसे हस्तांतरण या समनुदेशन के परिणाम स्वरूप स्वचालित रूप से रद्द कर दिया गया है, स्वचालित रूप से पुनर्जीवित हो जाएगा जब समनुदेशिती द्वारा पॉलिसी का पुनः-समनुदेशन किया जाता है या ऋण की अदायगी होने पर हस्तांतरिती द्वारा पॉलिसीधारक के पक्ष में पुनः-हस्तांतरित किया जाता है।

जब पॉलिसी उस व्यक्ति के जीवनकाल के दौरान भुगतान के लिए परिपक्व होती है जिसके जीवन का बीमा किया गया है या जहां नामिती या एक से अधिक नामितियों के मामले में, पॉलिसी भुगतान के लिए परिपक्व होने से पहले सभी नामितियों की मृत्यु हो जाती है, पॉलिसी द्वारा सुरक्षित की गयी राशि पॉलिसीधारक या उसके वारिसों या कानूनी प्रतिनिधियों या उत्तराधिकार प्रमाणपत्र के धारक, चाहे जैसा भी मामला हो, को देय होगी।

जहां नामिती या अगर एक से अधिक नामिती हैं, एक या अधिक नामिती उस व्यक्ति के बाद जीवित रह जाता है जिसके जीवन का बीमा किया गया है, पॉलिसी द्वारा सुरक्षित की गयी राशि ऐसे जीवित नामिती या नामितियों को देय होगी।

जहां अपने स्वयं के जीवन पर बीमा की पॉलिसी का धारक अपने माता-पिता या अपनी पत्नी/पति या अपने बच्चों को या अपनी पत्नी/पति और बच्चों को या उनमें से किसी को नामांकित करता है, एक या अधिक नामिती बीमाकर्ता द्वारा उनको देय राशि के लिए लाभकारी तरीके से हकदार होगा जब तक यह साबित नहीं होता है

कि पॉलिसी धारक ने पॉलिसी में अपने अधिकार की प्रकृति के संबंध में नामिती को ऐसा कोई लाभकारी अधिकार नहीं सौंपा होगा।

जहां बीमित व्यक्ति के बाद लेकिन पॉलिसी की राशि के भुगतान से पहले नामिती या नामांकित व्यक्तियों [एक से अधिक के मामले में] की मृत्यु हो जाती है, ऐसी राशि या इस प्रकार मरने वाले नामिती या नामांकित व्यक्तियों के हिस्से की राशि (चाहे जैसा भी मामला हो) नामिती या नामांकित व्यक्तियों के वारिसों या कानूनी प्रतिनिधियों को या उत्तराधिकार प्रमाणपत्र के धारक को देय होगी और वे इस प्रकार की राशि के लिए लाभकारी तरीके से हकदार होंगे।

जहां पॉलिसी की परिपक्वता के बाद पॉलिसी धारक की मृत्यु हो जाती है लेकिन उसकी मौत के कारण उसकी पॉलिसी की आय और लाभ उसे नहीं दिया गया है, ऐसे मामले में उसका नामिती उसकी पॉलिसी की आय और लाभ का हकदार होगा।

इस धारा के प्रावधान जीवन बीमा की ऐसी किसी भी पॉलिसी के लिए लागू नहीं होंगे जिसके लिए विवाहित महिला संपत्ति अधिनियम, 1874 की धारा 6 लागू होती है या किसी भी समय लागू हुई है।

b) समनुदेशन (असाइनमेंट)

समनुदेशन शब्द का संदर्भ साधारणतया लिखित रुप में सम्पत्ति के अंतरण से होता है जो सम्पत्ति की सुपुर्दगी से होने वाले अंतरण से भिन्न होता है। संपत्ति के स्वामित्व में ऐसी संपत्ति के संबंध में विभिन्न अधिकार शामिल हैं जो एक या एक से अधिक व्यक्तियों में निहित रहते हैं।

समनुदेशन होने पर नामांकन रद्द हो जाता है, सिवाय उस मामले के जब समनुदेशन एक पॉलिसी ऋण के लिए बीमा कंपनी को किया गया होता है।

जीवन बीमा पॉलिसी के समनुदेशन का मतलब पॉलिसी (संपत्ति के रूप में) में अधिकार, स्वामित्व और हित का एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति को अंतरण करना है। जो व्यक्ति अधिकारों का अंतरण करता है उसे **समनुदेशक** कहा जाता है और जो जिस व्यक्ति को संपत्ति अंतरण की जाती है उसे **समनुदेशिती** कहते हैं।

चित्र 2: समनुदेशन (असाइनमेंट)

भारत में समनुदेशन बीमा अधिनियम की धारा 38 के द्वारा नियंत्रित होता है। समनुदेशन करने पर समनुदेशिती को सौंपी गयी संपत्ति के संबंध में सभी अधिकार, स्वाभित्व और हित प्राप्त होते हैं और वह इस प्रावधान के अधीन पॉलिसी का मालिक बन जाता है यह इस शर्त के अधीन होता है कि समनुदेशिती के पास समनुदेशक की तुलना में बेहतर अधिकार नहीं हो सकता है।

यह अंतिम प्रावधान बहुत महत्वपूर्ण है। इसका सीधे तौर पर यह मतलब है कि समनुदेशिती एक ऐसा दावा प्राप्त करने का पात्र नहीं होगा जिसे किसी कारण से बीमा किए जाने से इनकार कर दिया जाता है। समनुदेशन के लिए पार्टियों को अनुबंध करने के लिए सक्षम होना आवश्यक है और वे कानूनी अयोग्यताओं के अधीन नहीं होने चाहिए।

समनुदेशन दो प्रकार के होते हैं।

चित्र 3: समनुदेशन के प्रकार

सशर्त समनुदेशन	पूर्ण समनुदेशन
सशर्त समनुदेशन में यह प्रावधान रहता है कि बीमित व्यक्ति के परिपक्वता की तिथि तक जीवित रहने पर या समनुदेशिती की मौत होने पर पॉलिसी उसके पास वापस चली जाएगी।	पूर्ण समनुदेशन में यह प्रावधान है कि पॉलिसी में समनुदेशक के सभी अधिकार, स्वामित्व और हित किसी भी स्थिति में समनुदेशक या उसकी संपत्ति में वापिस हुए के बिना समनुदेशिती को अंतरित कर दिए जाते हैं। इस प्रकार पॉलिसी पूरी तरह से समनुदेशिती के पास रहती है। समनुदेशिती समनुदेशक की सहमति के बिना अपने मनपसंद तरीके से पॉलिसी के साथ व्यवहार कर सकता है।

पूर्ण समनुदेशन ज्यादातर कई व्यावसायिक परिस्थितियों में देखा जाता है जहां पॉलिसी को सामान्यतः पॉलिसीधारक द्वारा लिए गए किसी ऋण के लिये बंधक रखा जाता है, जैसे कि आवास ऋण।

वैध समनुदेशन की शर्तें

आइए, अब हम कुछ उन शर्तों पर नज़र डालते हैं जो एक वैध समनुदेशन के लिए अनिवार्य हैं।

i. सबसे पहले इसे क्रियान्वित करने वाले व्यक्ति (समनुदेशक) के पास सौंपी जा रही पॉलिसी के लिए **पूर्ण अधिकार और स्वमित्व या समनुदेशन योग्य हित** होना चाहिए।

ii. दूसरे, यह आवश्यक है कि समनुदेशन **मूल्यवान प्रतिफल द्वारा समर्थित** होना चाहिए जिसमें प्रेम और स्नेह शामिल हो सकता है।

iii. तीसरा, यह अनिवार्य है कि समनुदेशन किसी भी **लागू कानून के खिलाफ नहीं** होना चाहिए है। उदाहरण के लिए, किसी दूसरे देश में रहने वाले विदेशी नागरिक को पॉलिसी का समनुदेशन विनिमय नियंत्रण विनियमों का उल्लंघन हो सकता है।

iv. समनुदेशिती दूसरा समनुदेशन कर सकता है लेकिन नामांकन नहीं कर सकता है क्योंकि समनुदेशिती बीमित व्यक्ति नहीं होता है।

समनुदेशन लिखित रुप में तथा हस्ताक्षरित होना चाहिए और कम से कम एक गवाह द्वारा अभिप्रमाणित किया जाना चाहिए। स्वामित्व के अंतरण का तथ्य पॉलिसी पर एक पृष्ठांकन के रूप में विशेष रूप से किया गया होना चाहिए। यह भी आवश्यक है कि पॉलिसीधारक को समनुदेशन की सूचना बीमा कंपनी को अवश्य देनी चाहिए। **जब तक कि इस प्रकार की सूचना लिखित रूप में बीमा कंपनी को प्राप्त नहीं हो जाती है, समनुदेशिती का पॉलिसी में किसी भी प्रकार के स्वामित्व का अधिकार नहीं होगा।**

पृष्ठांकन के लिए पॉलिसी दस्तावेज और सूचना प्राप्त होने पर जीवन बीमा कंपनी समनुदेशन को प्रभावी और पंजीकृत कर सकती है। यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि समनुदेशन को पंजीकृत करते समय कंपनी कोई जिम्मेदारी नहीं लेती है या इसकी वैधता अथवा कानूनी प्रभाव के बारे में कोई राय व्यक्त नहीं करती है। जीवन बीमा कंपनी के बही-खातों में दर्ज समनुदेशन की तिथि वह तिथि होगी जब समनुदेशन और उसकी सूचना इसके संबंधित अधिकारी को प्राप्त हुई है। अगर सूचना और समनुदेशन अलग-अलग तिथियों को प्राप्त होते हैं तो बाद में मिलने वाले विकल्प को पंजीकरण की तिथि माना जाएगा।

समनुदेशिती पॉलिसी की चालू अवधि के दौरान पॉलिसीधारक / बीमित व्यक्ति को पॉलिसी में हित का पुन सर्मनु देशन कर सकता है। ऐसे पुन सर्मनु देशन पर पॉलिसीधारक / बीमितव्यक्ति को दावे के शीघ्र निपटान के लिए एक नया नामांकन या समनुदेशन करने की सलाह दी जा सकती है। फिर, **सशर्त समनुदेशन के मामले में पॉलिसी का स्वामित्व समनुदेशिती की मृत्यु की स्थिति में बीमितव्यक्ति व्यक्ति के पास वापस चला जाएगा।** दूसरी ओर, अगर समनुदेशन पूर्ण था तो स्वामित्व मृतक समनुदेशिती की सम्पदा के पास चला जाएगा।

चित्र 4: बीमा पॉलिसियों के समनुदेशन से संबंधित प्रावधान

2014 के अध्यादेश में कुछ महत्वपूर्ण परिवर्तन किए गए हैं और यह स्पष्ट रूप से उस प्रक्रिया के बारे में बताता है जिसके तहत कोई समनुदेशन मान्य होगा। यह कहता है कि:

"एक बीमा की पॉलिसी का पूरी तरह या आंशिक रूप से, प्रतिफल के साथ या इसके बिना हस्तांतरण या समनुदेशन केवल पॉलिसी पर एक पृष्ठांकन द्वारा या एक अलग उपकरण द्वारा किया जा सकता है जिस पर दोनों ही मामलों में हस्तांतरणकर्ता या समनुदेशक या उसके विधिवत प्राधिकृत एजेंट का हस्ताक्षर होगा और कम से कम एक गवाह द्वारा अभिप्रमाणित होगा, जो विशेष रूप से हस्तांतरण या समनुदेशन के तथ्य और उसके कारणों को निर्धारित करेगा: समनुदेशिती की पूर्ववर्ती और जिन शर्तों पर समनुदेशन किया गया है।

एक बीमाकर्ता हस्तांतरण या समनुदेशन को स्वीकार कर सकता है या किए गए किसी भी पृष्ठांकन पर कार्रवाई करने से इनकार कर सकता है जहां उसके पास यह मानने का पर्याप्त कारण है कि इस तरह का हस्तांतरण या समनुदेशन वास्तविक नहीं है या यह पॉलिसी धारक के हित में या सार्वजनिक हित में नहीं है या बीमा पॉलिसी के व्यापार के प्रयोजन से किया गया है।

बीमाकर्ता पृष्ठांकन पर कार्रवाई से इनकार करने से पहले इस तरह के इनकार के कारणों को लिखित रूप में दर्ज करेगा और इसके बारे में ऐसे हस्तांतरण या समनुदेशन की सूचना पॉलिसी-धारक द्वारा दिए जाने की तारीख से अधिक से अधिक तीस दिनों के भीतर पॉलिसी धारक को सूचित करेगा।

इस तरह के हस्तांतरण या समनुदेशन पर कार्रवाई से इनकार करने के बीमाकर्ता के निर्णय से असंतुष्ट कोई भी व्यक्ति बीमाकर्ता से सूचना प्राप्त होने की तारीख से तीस दिनों की अवधि के भीतर, ऐसे इनकार के कारणों के साथ प्राधिकरण के पास एक दावा कर सकता है।

हस्तांतरण या समनुदेशन एक बार बीमाकर्ता द्वारा स्वीकार कर लिए जाने पर विधिवत अनुप्रमाणित ऐसे पृष्ठांकन या उपकरण के निष्पादन पर पूर्ण और क्रियाशील हो जाएगा। हालांकि बीमा कंपनी के पक्ष में हस्तांतरण या समनुदेशन के मामले को छोड़ कर यह एक बीमा कंपनी के खिलाफ क्रियाशील नहीं होगा। हस्तांतरिती या समनुदेशिती या उनके कानूनी प्रतिनिधि को ऐसी पॉलिसी की राशि के लिए मुकदमा करने का कोई अधिकार नहीं दिया जाता है जब तक कि पृष्ठांकन के साथ हस्तांतरण या समनुदेशन की एक लिखित सूचना या उपकरण की एक प्रमाणित प्रति बीमाकर्ता को नहीं सौंपी जाती है।

जहां हस्तांतरण या समनुदेशन की एक से अधिक उपकरण उपलब्ध है, ऐसे उपकरणों के अंतर्गत दावों की प्राथमिकता उस आदेश के द्वारा नियंत्रित होगी जिसमें नोटिस दिया गया है:

जब तक यह निर्दिष्ट नहीं किया जाता है कि समनुदेशन सशर्त है, प्रत्येक समनुदेशन या हस्तांतरण को एक पूर्ण समनुदेशन या हस्तांतरण समझा जाएगा और समनुदेशिती या हस्तांतरिती, जैसा भी मामला हो, को क्रमशः पूर्ण समनुदेशिती या हस्तांतारिती समझा जाएगा।

सशर्त समनुदेशन को इस शर्त पर एक व्यक्ति के पक्ष में किए गए समनुदेशन के रूप में परिभाषित किया गया है कि _

क) बीमाधारक से पहले समनुदेशिती या हस्तांतरिती की मृत्यु होने की स्थिति में पॉलिसी के तहत होने वाली आय पॉलिसी धारक या नामिती या नामितियों को देय होगी; या

(ख) अगर बीमाधारक पॉलिसी की अवधि में जीवित रहता है

इस तरह का समनुदेशन मान्य होगा। यह प्रावधान है कि एक सशर्त समनुदेशिती को पॉलिसी पर ऋण प्राप्त करने या पॉलिसी का समर्पण करने का अधिकार नहीं होगा।आंशिक समनुदेशन या बीमा पॉलिसी के हस्तांतरण के मामले में बीमा कंपनी का दायित्व आंशिक समनुदेशन या हस्तांतरण के द्वारा सुरक्षित की गयी राशि तक सीमित होगा।

बीमा अधिनियम में ताजा संशोधन के अनुसार एक जीवन बीमा पॉलिसी को पूरी तरह या आंशिक रूप से समनुदेशित किया जा सकता है। आंशिक समनुदेशन के मामले में बीमा कंपनी की देयता आंशिक समनुदेशन द्वारा सुरक्षित की गयी राशि तक सीमित होगी। पॉलिसी धारक आगे पॉलिसी के तहत अवशिष्ट राशि का समनुदेशन नहीं कर सकता है।

बीमा कंपनी समनुदेशन को स्वीकार या इनकार कर सकती है और पॉलिसी धारक द्वारा समनुदेशन की सूचना दिए जाने की तारीख से 30 दिनों के भीतर इनकार के लिए कारण बता सकती है। बीमा कंपनी के निर्णय से असंतुष्ट कोई भी व्यक्ति प्राधिकरण के पास अपील कर सकता है।

वर्तमान संशोधन से पूर्व के किसी समनुदेशिती के अधिकारों पर धारा 38 के तहत मौजूदा प्रावधान का प्रभाव नहीं पड़ेगा।

नामांकन बनाम समनुदेशन

अंतर का आधार	**नामांकन**	**समनुदेशन**
नामांकन या समनुदेशन क्या है?	नामांकन मृत्यु दावा प्राप्त करने के लिए किसी व्यक्ति की नियुक्ति की प्रक्रिया है।	समनुदेशन बीमा पॉलिसी के स्वामित्व का अंतरण किसी अन्य व्यक्ति या संस्था को करने की प्रक्रिया है।
नामांकन या समनुदेशन कब किया जा सकता है?	नामांकन प्रस्ताव के समय या पॉलिसी प्रारंभ होने के बाद किया जा सकता है।	समनुदेशन केवल पॉलिसी प्रारंभ होने के बाद ही किया जा सकता है।
नामांकन या समनुदेशन कौन कर सकता है?	नामांकन केवल बीमित व्यक्ति द्वारा उसके अपने जीवन की पॉलिसी पर किया जा सकता है।	समनुदेशन पॉलिसी के मालिक द्वारा, या तो बीमित व्यक्ति द्वारा अगर वह पॉलिसीधारक है या समनुदेशिती द्वारा किया जा सकता है।
यह कहां लागू होता है?	यह केवल वहां लागू होता है जहां बीमा अधिनियम, 1938 लागू होता है।	यह संपत्ति के हस्तांतरण से संबंधित सम्बद्ध देश के कानून के अनुसार दुनिया भर में लागू होता है।
क्या पॉलिसीधारक पॉलिसी पर नियंत्रण	पॉलिसीधारक पॉलिसी पर स्वामित्व और नियंत्रण बनाए रखता है और	पॉलिसीधारक पॉलिसी के तहत अधिकार, स्वामित्व और हित खो

बनाए रखता है?	नामिती के पास पॉलिसी के तहत मुकदमा करने का कोई अधिकार नहीं होता है।	देता है जब तक कि पुनर्समनुदेशन नहीं किया जाता है और समनुदेशिती के पास पॉलिसी के तहत मुकदमा करने का अधिकार रहता है।
क्या गवाह की आवश्यकता है?	गवाह की आवश्यकता नहीं है।	गवाह अनिवार्य है।
क्या उन्हें कोई अधिकार मिलता है?	नामिती का पॉलिसी पर कोई अधिकार नहीं है।	समनुदेशिती को पॉलिसी पर पूरा अधिकार होता है और यहां तक कि पॉलिसी के तहत मुकदमा भी कर सकता है।
क्या इसे रद्द किया जा सकता है?	नामांकन पॉलिसी की अवधि के दौरान किसी भी समय रद्द या निरस्त किया जा सकता है।	समनुदेशन एक बार हो जाने के बाद इसे रद्द नहीं किया जा सकता है, लेकिन पुनर्समनुदेशन किया जा सकता है।
नाबालिग के मामले में:	अगर नामिती नाबालिग है, तो किसी नियुक्त व्यक्ति की नियुक्ति की जानी चाहिए।	अगर समनुदेशिती एक नाबालिग है तो एक अभिभावक नियुक्त किया जाना चाहिए।
नामिती या समनुदेशिती की मृत्यु की स्थिति में क्या होता है?	नामिती की मृत्यु के मामले में पॉलिसी के अधिकार पॉलिसीधारक या उसके कानूनी वारिसों के पास वापस चले जाते हैं।	सशर्त समनुदेशिती की मृत्यु के मामले में पॉलिसी पर अधिकार समनुदेशन की शर्तों के अनुसार बीमित व्यक्ति के पास वापस चले जाते हैं। पूर्ण समनुदेशिती की मृत्यु के मामले में उसके कानूनी वारिस पॉलिसी के हकदार होते हैं।
बीमित व्यक्ति की मृत्यु के बाद और मृत्यु दावे के भुगतान से पहले नामिती या समनुदेशिती की मृत्यु हो जाने के मामले में क्या होता है?	अगर मृत्यु दावे के निपटान से पहले नामिती की मौत हो जाती है तो मृत्यु दावा बीमित व्यक्ति के कानूनी वारिसों को देय होगा।	अगर निपटान से पहले समनुदेशिती की मौत हो जाती है तो पॉलिसी की राशि समनुदेशिती के कानूनी वारिसों को देय होती है, न कि बीमित व्यक्ति को, जो समनुदेशक है।
क्या लेनदार पॉलिसी की कुर्की करा सकते हैं?	लेनदार उस बीमा पॉलिसी की कुर्की कर सकते हैं जिस पर कोई नामांकन है।	लेनदार पॉलिसी की कुर्की नहीं करा सकते हैं जब तक कि समनुदेशन को लेनदारों को धोखा देने के इरादे से किया गया नहीं दिखाया जाता है।

c)

d) डुप्लिकेट पॉलिसी

जीवन बीमा पॉलिसी दस्तावेज केवल एक वादे या वचन का साक्ष्य होता है। पॉलिसी दस्तावेज का खोना या नष्ट होना किसी भी तरीके से कंपनी को अनुबंध के तहत अपने दायित्व से मुक्त नहीं करता है। जीवन बीमा कंपनियों के पास आमतौर पर पॉलिसी दस्तावेज के खोने के मामले में अपनाई जाने वाली मानक प्रक्रिया होती है।

आमतौर पर कार्यालय यह देखने के लिए मामले की जांच करता है कि क्या कथित नुकसान पर संदेह करने का कोई कारण है। इस बात का संतोषजनक साक्ष्य प्रस्तुत करने की आवश्यकता हो सकती है कि पॉलिसी खो गयी है और इसे किसी अन्य तरीके से नहीं देखा गया है। आमतौर पर दावेदार द्वारा ज़मानत के साथ या इसके बिना एक क्षतिपूर्ति बांड प्रस्तुत करने पर इसका निपटारा किया जा सकता है।

अगर भुगतान शीघ्र देय होता है और भुगतान की जाने वाली राशि बहुत अधिक है तो कार्यालय इस बात पर भी जोर दे सकता है कि व्यापक रूप से प्रसारित किसी राष्ट्रीय अखबार में इसके खोने की सूचना देते हुए एक विज्ञापन निकाला जाए। इस बात से आश्वस्त हो जाने पर कि किसी अन्य व्यक्ति से कोई आपत्ति नहीं है, एक डुप्लिकेट पॉलिसी जारी की जा सकती है।

e) बदलाव/परिवर्तन

पॉलिसीधारक पॉलिसी के नियमों और शर्तों में बदलाव करने की मांग कर सकता है। बीमा कंपनी और बीमित दोनों की सहमति के अधीन ऐसे बदलाव करने का प्रावधान है। आमतौर पर पॉलिसी के पहले वर्ष के दौरान परिवर्तनों की अनुमति नहीं दी जाती, लिकिन प्रीमियम भुगतान की विधि या अनिवार्य रूप के परिवर्तन किये जा सकते हैं जैसं कि -

- ✓ नाम या पते में परिवर्तन;
- ✓ उम्र अधिक या कम साबित होने पर इसे पुनःस्वीकृत कराना
- ✓ दोहरे दुर्घटना लाभ या स्थायी विकलांगता लाभ आदि प्रदान करने के अनुरोध

बाद के वर्षों में बदलाव की अनुमति दी जा सकती है। इसमें से कुछ बदलाव पॉलिसी पर या एक अलग कागज़ पर एक उपयुक्त पृष्ठांकन करके प्रभावी किए जा सकते हैं। अन्य बदलाव, जिनके लिए पॉलिसी की शर्तों में म्हत्वपुर्ण परिवर्तन की आवश्यकता पड़ती है, मौजूदा पॉलिसियों को रद्द करते हुए नई पॉलिसियां जारी की जा सकती हैं।

कुछ मुख्य प्रकार के अनुमत बदलाव इस प्रकार हैं -

i. बीमा की कुछ श्रेणियों या अवधि में बदलाव [जहां जोखिम में वृद्धि नहीं हुई है]
ii. बीमा धन में घटाव
iii. प्रीमियम भुगतान की विधि में बदलाव
iv. पॉलिसी प्रारंभ होने की तिथि में बदलाव
v. पॉलिसी को दो या दो से अधिक पॉलिसियों में विभाजित करना
vi. अतिरिक्त प्रीमियम या प्रतिबंधात्मक क्लॉज का हटाया जाना
vii. लाभ रहित से लाभ सहित योजना में परिवर्तन

viii. नाम में सुधार

ix. दावे के भुगतान के लिए निपटान विकल्प और दोहरा दुर्घटना लाभ प्रदान करना

इन बदलावों में आम तौर पर जोखिम में वृद्धि शामिल नहीं है। पॉलिसियों में अन्य बदलाव भी होते हैं जिनकी अनुमति नहीं है। ये ऐसे बदलाव हो सकते हैं जिनका प्रभाव प्रीमियम को कम करना है। इनके उदाहरण हैं, प्रीमियम भुगतान अवधि को बढ़ाना; मुनाफ़ा सहित से मुनाफ़ा रहित योजनाओं में बदलाव; बीमा की एक श्रेणी से दूसरी श्रेणी में बदलाव, जहां यह जोखिम को बढ़ा देता है; और बीमा धन में वृद्धि।

हर जगह बीमा कंपनियों को आम तौर पर अपने पॉलिसी दस्तावेजों की वास्तविक बातों का चयन करने की अनुमति दी जाती है, लेकिन इनको मंजूरी के लिए नियामक के समक्ष प्रस्तुत किए जाने की आवश्यकता हो सकती है।

स्व-परीक्षण 1

किन परिस्थितियों में पॉलिसीधारक को एक नियुक्त व्यक्ति की नियुक्ति करने की आवश्यकता होगी?

I. बीमाधारक नाबालिग होने पर
II. नामिती एक नाबालिग है
III. पॉलिसीधारक की मानसिक स्थिति ठीक नहीं है
IV. पॉलिसीधारक विवाहित नहीं है

सारांश

- रियायती क्लॉज प्रीमियम देय होने के बाद इसका भुगतान करने के लिए पॉलिसीधारक को एक अतिरिक्त समयावधि प्रदान करता है।
- पुनःस्थापन वह प्रक्रिया है जिसके द्वारा जीवन बीमा कंपनी एक ऐसी पॉलिसी को वापस चालू हालत में लाती है जो या तो प्रीमियम भुगतान न होने के कारण समाप्त हो गयी है या जिसे किसी गैर-जब्ती प्रावधान के तहत जारी रखा गया है।
- पॉलिसी ऋण दो संदर्भों में एक सामान्य व्यावसायिक ऋण से अलग होता है, पहला, पॉलिसी मालिक कानूनी तौर पर ऋण चुकाने के लिए बाध्य नहीं होता है और बीमा कंपनी को बीमा धारक की साख जांच कराने की जरूरत नहीं है।
- नामांकन वह है जहां बीमित व्यक्ति उस व्यक्ति(यों) के नाम का प्रस्ताव करता है जिसेयजिन्हें उसकी मृत्यु के बाद बीमा कंपनी द्वारा बीमा धन का भुगतान किया जाना चाहिए।
- जीवन बीमा पॉलिसी के समनुदेशन का अर्थ है पॉलिसी में अधिकार, स्वामित्व या हित (संपत्ति के रूप में) का एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति को अंतरित करने का कार्य। वह व्यक्ति जो अधिकारों का अंतरित करता है उसे समनुदेशक कहा जाता है और जिस व्यक्ति को संपत्ति अंतरित की जाती है उसे समनुदेशिती कहते हैं।
- बदलाव बीमा कंपनी और बीमाधारक दोनों की सहमति के अधीन होता है। आम तौर पर कुछ साधारण बातों को छोड़कर, पॉलिसी के पहले वर्ष के दौरान बदलाव की अनुमति नहीं दी जा सकती है।

प्रमुख शब्द

1. रियायती अवधि
2. पॉलिसी की लैप्स
3. पॉलिसी पुनर्चलन
4. समर्पण मूल्य
5. नामांकन
6. समनुदेशन

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

जहां नामिती नाबालिग है, पॉलिसीधारक को एक नियुक्त व्यक्ति की नियुक्त करने की जरूरत होती है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

नीचे दिया गया कौन सा कथन नामांकन के संबंध में गलत है?

I. यदि पॉलिसी ऋण के बदले में बीमा कंपनी को समनुदेशित की गई हो तो पॉलिसी में नामांकन रद्द नहीं होता है

II. नामांकन पॉलिसी खरीद के समय या बाद में किया जा सकता है

III. पॉलिसी में पृष्ठांकन करके नामांकन को बदला जा सकता है

IV. नामिती का संपूर्ण दावे का पूरा अधिकार होता है

प्रश्न 2

पॉलिसी के अंतर्गत गारंटीकृत समर्पण मूल्य प्राप्त करने के लिए, कानून के अनुसार कब तक के लिए प्रीमियम भुगतान किया जाना चाहिए?

I. प्रीमियम का कम से कम लगातार 2 वर्षों के लिए भुगतान अवश्य किया जाना चाहिए

II. प्रीमियम का कम से कम 3 लगातार वर्षों के लिए भुगतान अवश्य किया जाना चाहिए

III. प्रीमियम का कम से कम 4 लगातार वर्षों के लिए भुगतान अवश्य किया जाना चाहिए

IV. प्रीमियम का कम से कम 5 लगातार वर्षों के लिए भुगतान अवश्य किया जाना चाहिए

प्रश्न 3

किसी पॉलिसी को कब व्यपगत समझा जाता है?

I. अगर देय तिथि को प्रीमियम भुगतान नहीं किया जाता है

II. अगर देय तिथि से पहले प्रीमियम भुगतान नहीं किया जाता है

III. अगर रियायती अवधि में भी प्रीमियम भुगतान नहीं किया गया है

IV. अगर पॉलिसी का समर्पण कर दिया गया है

प्रश्न 4

नीचे दिया गया कौन सा कथन बीमा पॉलिसी की रियायती अवधि के संबंध में सही है?

I. रियायति अवधि की मानक सीमा एक महीना है

II. रियायति अवधि की मानक सीमा 30 दिन है

III. रियायति अवधि की मानक सीमा एक महीने या 30 दिन है

IV. रियायति अवधि की मानक सीमा एक महीने या 31 दिन है

प्रश्न 5

अगर पॉलिसीधारक देय तिथि तक प्रीमियम भुगतान नहीं करता है और रियायती अवधि के दौरान मर जाता तो ऐसे में क्या होगा?

I. बीमा कंपनी देय तिथि तक प्रीमियम भुगतान न होने के कारण पॉलिसी को अमान्य करने पर विचार करेगी और इसलिए दावे को अस्वीकार कर देगी

II. बीमा कंपनी दावे का भुगतान करेगी और पिछले बकाया प्रीमियम को माफ कर देगी

III. बीमा कंपनी बकाया प्रीमियम को घटाने के बाद दावे का भुगतान करेगी

IV. बीमा कंपनी ब्याज के साथ बकाया प्रीमियम को घटाने के बाद दावे का भुगतान करेगी, ब्याज बैंक की बचत ब्याज दर से 2% अधिक ली जायेगी।

प्रश्न 6

व्यपगत पॉलिसी के पुनर्चलन के समय, नीचे दिए गए कौन से पहलू को बीमा कंपनी द्वारा सबसे महत्वपूर्ण माना जाता है? सबसे उपयुक्त विकल्प चुनें।

I. पुनर्चलन के समय बीमा करने योग्यस्थिति का साक्ष्य

II. पॉलिसी का पुनर्चलन जो बीमा कंपनी के लिए जोखिम में वृद्धि का कारण बनेगा

III. ब्याज के साथ बकाया प्रीमियमों का भुगतान

IV. बीमाधारक एक निर्धारित समय सीमा के भीतर पुनर्चलन का आवेदन प्रस्तुत कर रहा है

प्रश्न 7

बीमा पॉलिसी के लिए बीमा अधिनियम, 1938 की _____ के तहत नामांकन की अनुमति दी जाती है।

I. धारा 10

II. धारा 38

III. धारा 39

IV. धारा 45

प्रश्न 8

नीचे दिया गया कौन सा कथन ऐसी पॉलिसी के संबंध में गलत है जिस पर बीमा कंपनी से ऋण लिया गया है?

I. पॉलिसी को बीमा कंपनी के पक्ष में समनुदेशित करना होगा

II. ऐसी पॉलिसी में बीमा कंपनी के पक्ष में पॉलिसी समनुदेशन के कारण नामांकन रद्द हो जाएगा

III. नामिती का अधिकार पॉलिसी में बीमा कंपनी के हित की सीमा तक प्रभावित होगा

IV. पॉलिसी ऋण आम तौर पर पॉलिसी के समर्पण मूल्य के एक निश्चित प्रतिशतांक तक सीमित रहता है

प्रश्न 9

नीचे दिया गया कौन सा कथन बीमा पॉलिसी के समनुदेशन के संबंध में गलत है?

I. पूर्ण समनुदेशन के मामले में, समनुदेशिती की मौत की स्थिति में पॉलिसी का अधिकार मृतक समनुदेशिती की सम्पदा के पक्ष में चला जाएगा

II. जीवन बीमा पॉलिसी के समनुदेशन का अर्थ है पॉलिसी में अधिकार, स्वामित्व और हित (संपत्ति के रूप में) को एक व्यक्ति से दूसरे व्यक्ति के पक्ष में अंतरित करना।

III. पॉलिसीधारक द्वारा समनुदेशन की सूचना बीमा कंपनी को दिया जाना आवश्यक है

IV. पूर्ण समनुदेशन के मामले में, पॉलिसी परिपक्वता तक पूरी तरह से समनुदेशिती के अधिकार में रहती है, सिवाय पॉलिसी अवधि के दौरान बीमाधारक की मृत्यु के मामले के, जहां पॉलिसी बीमाधारक के लाभार्थियों के पास वापस चली जाती है

प्रश्न 10

बीमा कंपनी द्वारा इनमें से कौन से बदलाव की अनुमति दी जाएगी?

I. पॉलिसी को दो या दो से अधिक पॉलिसियों में विभाजित करना

II. प्रीमियम भुगतान अवधि को बढ़ाना

III. पॉलिसी को लाभ सहित से लाभ रहित में बदलना

IV. बीमा धन में वृद्धि

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प IV है।

किसी नामिती का संपूर्ण (या आंशिक) दावे पर कोई अधिकार नहीं रहता है।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

पॉलिसी के अंतर्गत गारंटीकृत समर्पण मूल्य प्राप्त करने के लिए कम से कम लगातार 3 वर्षों के लिए प्रीमियम भुगतान किया जाना चाहिए।

उत्तर 3

सही विकल्प III है।

अगर रियायती अवधि में भी प्रीमियम भुगतान नहीं किया गया है तो पॉलिसी को व्यपगत समझा जाता है।

उत्तर 4

सही विकल्प IV है।

रियायती अवधि की मानक सीमा एक महीने या 31 दिन है।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

अगर पॉलिसीधारक नियत तिथि तक प्रीमियम भुगतान नहीं करता है और रियायती अवधि के दौरान मर जाता है तो बीमा कंपनी बकाया प्रीमियम को घटाने के बाद दावे का भुगतान करेगी।

उत्तर 6

सही विकल्प I है।

किसी व्यपगत पॉलिसी के पुनर्चलन के दौरान, पुनर्चलन के समय बीमा करने योग्य स्थिति के साक्ष्य को बीमा कंपनी द्वारा सबसे महत्वपूर्ण पहलू माना जाता है।

उत्तर 7

सही विकल्प III है।

बीमा पॉलिसी के लिए बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 39 के तहत नामांकन की अनुमति दी जाती है।

उत्तर 8

सही विकल्प II है।

विकल्प II गलत है।

ऐसी पॉलिसी के संबंध में जिस पर बीमा कंपनी से एक ऋण लिया गया है, बीमा कंपनी के पक्ष में पॉलिसी का समनुदेशन होने के कारण नामांकन रद्द नहीं होगा।

उत्तर 9

सही विकल्प IV है।

विकल्प IV गलत है।

पूर्ण समनुदेशन के मामले में पॉलिसी परिपक्वता तक पूरी तरह से समनुदेशिती के अधिकार में होती है। पॉलिसी अवधि के दौरान बीमाधारक की मृत्यु होने की स्थिति में पॉलिसी बीमाधारक के लाभार्थियों को वापस नहीं होगी। समनुदेशिती पॉलिसी के लाभों का हकदार होगा।

उत्तर 10

सही विकल्प। है।

पॉलिसी को दो या दो से अधिक पॉलिसियों में विभाजित करने वाले बदलाव की अनुमति दी जाती है।

अध्याय 15

बीमालेखन (अन्डरराइटिंग)

अध्याय परिचय

जीवन बीमा एजेंट का काम किसी संभावित ग्राहक से प्रस्ताव प्राप्त कर लिए जाने पर ही समाप्त नहीं हो जाता है। प्रस्ताव को बीमा कंपनी द्वारा स्वीकार भी किया जाना चाहिए और इसे एक पॉलिसी बनना चाहिए।

वास्तव में हर जीवन बीमा प्रस्ताव को एक प्रवेश द्वार से गुजरना पड़ता है जहां जीवन बीमा कंपनी यह तय करती है कि प्रस्ताव को स्वीकार किया जाए या नहीं और यदि हां, तो किन शर्तों पर। इस अध्याय में हम बीमालेखन की प्रक्रिया और इस प्रक्रिया में शामिल तत्वों के बारे में अधिक जानकारी प्राप्त करेंगे।

अध्ययन परिणाम

A. बीमालेखन (अन्डरराइटिंग)- मूल अवधारणाएं
B. गैर-चिकित्सकीय बीमालेखन
C. चिकित्सकीय बीमालेखन

A. बीमालेखन (अन्डरराइटिंग)- मूल अवधारणाएं

1. बीमालेखन का उद्देश्य

हम बीमालेखन के उद्देश्य की जांच के साथ शुरू करते हैं। इसके दो उद्देश्य हैं -

i. प्रतिकूल चयन या बीमा कंपनी के विरुद्ध चयन को रोकना
ii. जोखिमों का वर्गीकरण और जोखिमों के बीच समानता सुनिश्चित करना

परिभाषा

जोखिमों का चयन शब्द जीवन बीमा के हर प्रस्ताव का मूल्यांकन उसमें मौजूद जोखिम के स्तर के संदर्भ में करने और फिर यह करने की प्रक्रिया को दर्शाता है कि बीमा प्रदान किया जाए या नहीं और यदि हां तो किन शर्तों पर।

प्रतिकूल-चयन ऐसे लोगों की प्रवृत्ति है जो यह संदेह करते या जानते हैं कि उनके नुकसान का सामना करने की संभावना अधिक है, बेसब्री से बीमा की मांग करना और इस प्रक्रिया में लाभ प्राप्त करना।

उदाहरण

अगर जीवन बीमा कंपनियां उन लोगों के बारे में चयनशील ना हों जिन्हें वे बीमा उपलब्ध कराती हैं, तो इस बात की संभावना बनी रहती है कि दिल की समस्या या कैंसर जैसी गंभीर बीमारियों वाले लोग, जिनके लंबे जीवन की अपेक्षा नहीं की जाती है, बीमा खरीदने की कोशिश करेंगे।

दूसरे शब्दों में, अगर बीमा कंपनी ने चयन का प्रयास नहीं किया तो यह विपरीत चयन हो जाएगा और इस प्रक्रिया में उसे नुकसान उठाना पड़ेगा।

2. जोखिमों के बीच समानता

आइए अब हम जोखिमों के बीच समानता पर विचार करें। "समानता" शब्द का मतलब है ऐसे आवेदक जो एक समान स्तर के जोखिम के दायरे में आते हैं उनको एक ही प्रीमियम श्रेणी में रखा जाना चाहिए।हमने पहले देख चुके हैं कि कैसे जीवन बीमा कंपनियां लिया जाने वाला प्रीमियम निर्धारित करने के लिए मृत्यु-दर तालिका का उपयोग कैसे करती हैं। यह तालिका मानक जीवनों या औसत जोखिमों के मृत्यु-दर अनुभव को दर्शाती है। इनमें जीवन बीमा लेने का प्रस्ताव करने वाले लोगों की विशाल संख्या शामिल हैं।

a) जोखिम वर्गीकरण

समानता को आगे बढ़ाने के लिए बीमालेखक **जोखिम वर्गीकरण** नामक एक प्रक्रिया में संलग्न होते हैं यानी अलग-अलग जीवनों को वर्गीकृत किया जाता है और उनमें मौजूद जोखिमों के स्तरों के आधार पर उनको विभिन्न जोखिम श्रेणियों में बांटा जाता है। ऐसी चार जोखिम श्रेणियां होती हैं।

चित्र 1: जोखिम वर्गीकरण

i. **मानक जीवन**

इनमें ऐसे जीवन शामिल हैं जिनकी अनुमानित मृत्यु-दर, मृत्यु-दर तालिका में दर्शाए गए मानक जीवनों से मेल खाती है।

ii. **वरीयताप्राप्त जोखिम**

ये ऐसे जोखिम हैं जिनकी अनुमानित मृत्यु-दर मानक जीवनों की तुलना में काफी कम होती है और इसलिए इनसे कम प्रीमियम लिया जा सकता है।

iii. **अवमानक जीवन**

ये ऐसे जीवन होते हैं जिनकी अनुमानित मृत्यु-दर औसत या मानक जीवनों की तुलना में अधिक है, लेकिन फिर भी बीमायोग्य माने जाते हैं। इनको उच्च (या अतिरिक्त) प्रीमियम के साथ या कुछ प्रतिबंधों के अधीन बीमा के लिए स्वीकार किया जा सकता है।

iv. **अस्वीकृत जीवन**

ये ऐसे जीवन हैं जिनकी दुर्बलता और अनुमानित अतिरिक्त मृत्यु-दर इतनी अधिक होती है कि इनको एक वहन करने योग्य लागत पर बीमा कवरेज प्रदान नहीं किया जा सकता है। कभी-कभी किसी व्यक्ति के प्रस्ताव को भी अस्थायी तौर पर अस्वीकार किया जा सकता है अगर वह हाल में किसी मेडिकल घटना जैसे ऑपरेशन के दायरे में रहा है।

3. चयन प्रक्रिया

यह कहा जा सकता है कि बीमालेखन या चयन प्रक्रिया दो स्तरों पर पूरी होती है:

- ✓ फील्ड स्तर पर
- ✓ बीमालेखन विभाग स्तर पर

चित्र 2: बीमालेखन या चयन प्रक्रिय

a) फील्ड या प्राथमिक स्तर

फील्ड स्तरीय बीमालेखन को **प्राथमिक बीमालेखन** के रूप में भी जाना जा सकता है। इसमें किसी एजेंट या कंपनी के प्रतिनिधि द्वारा जानकारी एकत्र करना शामिल है जो यह तय करेगा कि क्या आवेदक बीमा कवरेज प्रदान करने के लिए उपयुक्त है। एजेंट प्राथमिक बीमालेखक के रूप में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। वह बीमार्थी को जानने की सबसे अच्छी स्थिति में होता है।

कई बीमा कंपनियों को यह आवश्यकता हो सकती है कि एजेंट एक विवरण या गोपनीय रिपोर्ट भर कर जिसमें प्रस्तावित जीवन के संबंध में एजेंट द्वारा विशेष जानकारी, विचार और सिफारिशें प्रदान किए जाने की मांग की जाती है।

इसी प्रकार की एक रिपोर्ट, जिसे **नैतिक खतरे संबंधी की रिपोर्ट** कहा गया है, की मांग भी जीवन बीमा कंपनी के कर्मचारी से की जा सकती है। इन रिपोर्टों में आमतौर पर प्रस्तावित जीवन का पेशा, आय, वित्तीय स्थिति और प्रतिष्ठा को कवर किया जाता है।

धोखाधड़ी निगरानी और प्राथमिक बीमालेखक के रूप में एजेंट की भूमिका

जोखिम चयन के संबंध में अधिकांश निर्णय उन तथ्यों पर निर्भर करता है जिनका खुलासा प्रस्ताव पत्र में प्रस्तावक द्वारा किया जाता है। बीमालेखन विभाग में बैठे एक बीमालेखक के लिए यह जानना मुश्किल हो सकता है कि क्या ये तथ्य कहीं असत्य तो नहीं हैं और धोखा देने के इरादे से या जानबूझकर धोखापूर्ण तरीके से गलतबयानी तो नहीं की गयी है।

यहां एजेंट एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। वह इस बात का पता लगाने के लिए सबसे अच्छी स्थिति में होता है कि प्रस्तुत किए गए तथ्य सही हैं, चूंकि एजेंट का प्रस्तावित जीवन के साथ सीधा और व्यक्तिगत संपर्क होता

है और इसलिए वह इस बात की निगरानी कर सकता है कि क्या गुमराह करने के इरादे से जानबूझकर कोई गैर-प्रकटीकरण या गलतबयानी तो नहीं की गयी है।

b) **बीमालेखन विभाग स्तर**

बीमालेखन का दूसरा स्तर विभाग या कार्यालय स्तर है। इसमें विशेषज्ञ और ऐसे व्यक्ति शामिल हैं जो इस तरह के काम में कुशल होते हैं और जो जीवन बीमा प्रस्ताव स्वीकार करने और उसकी शर्तें तय करने के मामले में सभी प्रासंगिक आंकड़ों पर विचार करते हैं।

4. बीमालेखन (अन्डरराइटिंग) की विधियां

चित्र 3: बीमालेखन की विधियां

बीमालेखक इस प्रयोजन के लिए दो प्रकार की विधियों का प्रयोग कर सकते हैं:

निर्णय विधि	संख्यात्मक विधि
इस विधि में व्यक्तिपरक निर्णय का प्रयोग किया जाता है, ख़ास तौर पर तब जब एक जटिल मामले पर निर्णय लेना होता है।	इस विधि में बीमालेखक सभी नकारात्मक या प्रतिकूल कारकों (किसी भी सकारात्मक या अनुकूल कारकों के लिए ऋणात्मक अंक) के लिए धनात्मक दर-निर्धारण अंक देते हैं।
उदाहरण: यह तय करना कि क्या ऐसे किसी व्यक्ति को बीमा दिया जाएगा जिसे तीव्र मधुमेह है और किन शर्तों पर।	
ऐसी स्थितियों में, विभाग एक मेडिकल चिकित्सक की विशेषज्ञ राय प्राप्त कर सकता है जिसे मेडिकल रेफरी भी कहा जाता है।	इस प्रकार दिये गये अंकों की कुल संख्या यह तय करेगी कि इसे कितनी अतिरिक्त मृत्यु रेटिंग (जिसे ईएमआर भी कहा जाता है) दी गयी है। ईएमआर जितना अधिक होगा, जीवन उतना ही अवमानक होगा। अगर ईएमआर बहुत अधिक हुआ तो बीमा देने से मना भी किया जा सकता है।

बीमालेखन निर्णय

चित्र 4 : बीमालेखन निर्णय

आइए, अब हम बीमालेखन के लिए प्रस्तावित किसी जीवन के संबंध में बीमालेखक द्वारा लिए जाने वाले विभिन्न निर्णयों पर विचार करें।

a) **सामान्य दरों (ओआर)** पर स्वीकृति सबसे आम निर्णय है।इस रेटिंग से पता चलता है कि जोखिम को एक साधारण या मानक जीवन के लिए लागू होने वाली प्रीमियम की समान दर पर स्वीकार किया गया है।

b) **अतिरिक्त सहित स्वीकृतिः** यह अवमानक जोखिमों की बड़ी संख्या से निपटने का सबसे आम तरीका है।इसमें प्रीमियम की तलिकाबद्ध दर पर एक अतिरिक्त चार्ज करना शामिल है।

c) **बीमा धन पर ग्रहणाधिकार (लियन) सहित स्वीकृतिः** ग्रहणाधिकार एक प्रकार का बंधन है जिसका प्रयोग जीवन बीमा कंपनी उस लाभ की राशि पर कर सकती है (आंशिक या पूर्ण रूप में) जो दावे की स्थिति में इसे भुगतान करनी पड़ती है।

   उदाहरणः यह उस स्थिति में लगाया जा सकता है जब बीमा के लिए प्रस्तावित जीवन टीबी जैसी कुछ बीमारियों से पीड़ित रहा है और इससे अब छुटकारा पाया है। ग्रहणाधिकार का मतलब है कि अगर बीमित व्यक्ति की मौत एक निर्दिष्ट अवधि के भीतर (उदाहरण के लिए फिर से टीबी होना) एक निर्दिष्ट कारण से हो जाती है तो केवल मृत्यु लाभ की घटायी गयी राशि ही देय हो सकती है।

d) **प्रतिबंधात्मक क्लॉज सहित स्वीकृतिः** कुछ खास प्रकार के खतरों के लिए एक प्रतिबंधात्मक क्लॉज लागू किया जा सकता है जो कुछ निश्चित परिस्थितियों में मृत्यु होने की स्थिति में मृत्यु लाभ को सीमित करता है।

इसका **उदाहरण** गर्भवती महिलाओं के मामले में लगाया जाने वाला एक गर्भावस्था क्लॉज है जो मान लीजिए कि प्रसव से तीन महीने के भीतर होने वाली गर्भावस्था से संबंधित मौतों की स्थिति में देय बीमा को सीमित करता है।

e) **अस्वीकृत या स्थगनः** अंत में, जीवन बीमा का बीमालेखक बीमा के प्रस्ताव को अस्वीकार या इनकार करने का फैसला कर सकता है।यह कुछ ऐसी स्वास्थ्य / अन्य विशेषताएं मौजूद होने की स्थिति में होगा जो इस प्रकार प्रतिकूल हो कि वे जोखिम की घटनाओं को काफी हद तक बढ़ा देती हैं।

उदाहरणः वह व्यक्ति जो कैंसर से ग्रस्त है और ठीक होने की बहुत कम संभावना है, अस्वीकृत के लिए उम्मीदवार होगा।

इसी प्रकार कुछ मामलों में जोखिम की स्वीकृति को उस समय तक स्थगित करना विवेकपूर्ण हो सकता है जब तक कि स्थिति में सुधार नहीं होता है और वह अधिक अनुकूल नहीं बन जाता है।

उदाहरण

एक ऐसी महिला जिसने हाल ही में गर्भाशय का ऑपरेशन कराया है, उसके जीवन पर बीमा की अनुमति दिए जाने से पहले कुछ महीनों के लिए प्रतीक्षा करने को कहा जा सकता है ताकि ऑपरेशन के बाद उत्पन्न होने वाली कोई भी जटिलता समाप्त हो जाए।

स्व-परीक्षण 1

निम्नलिखित में से कौन से केस को जीवन बीमा कंपनी द्वारा अस्वीकृत या स्थगित किए जाने की संभावना है?

I. 18 वर्षीय स्वस्थ व्यक्ति
II. एक मोटा व्यक्ति
III. एड्स से पीड़ित व्यक्ति
IV. गृहिणी जिसकी अपनी कोई आय नहीं है

B. गैर-चिकित्सकीय बीमालेखन

1. गैर-चिकित्सकीय बीमालेखन

बहुसंख्यक में जीवन बीमा प्रस्तावों को आम तौर पर बीमार्थी की बीमा योग्यता की जांच करने के लिए

चिकित्सा परीक्षा कराए बिना ही बीमा के लिए चयनित किया जा सकता है। ऐसे मामलों को **गैर-चिकित्सा प्रस्तावों** के रूप में जाना जाता है।

गैर-चिकित्सकीय बीमालेखन का मामला इस निष्कर्ष में निहित है कि चिकित्सकीय परीक्षण केवल एक छोटे अनुपात (जैसे एक का दसवां हिस्सा) में प्रतिकूल विशेषताओं को सामने लाते हैं। बाकी की जानकारी का पता प्रस्तावित जीवन के अवकाश के रिकॉर्डों और अन्य दस्तावेजों या प्रस्ताव में दिए गए जवाबों से चल सकता है।

किसी योग्य चिकित्सक द्वारा चिकित्सा परीक्षण कराने के लिए चिकित्सक को फीस का भुगतान करने की आवश्यकता होगी। वह खर्च जिसे इस तरह का परीक्षण नहीं करके बचाया जा सकता है, उस नुकसान की

तुलना में बहुत अधिक पाया गया है जिसका सामना जीवन बीमा कंपनी को चिकित्सा परीक्षण को नहीं कराने के परिणामस्वरूप उत्पन्न होने वाले अतिरिक्त मृत्यु दावों के कारण करना पड़ सकता है। इसलिए जीवन बीमा कंपनियों ने बिना चिकित्सा परीक्षा पर जोर दिए बीमा देने की प्रथा को अपनाया है।

2. गैर-चिकित्सकीय बीमालेखन की शर्तें

तथापि, गैर-चिकित्सकीय बीमालेखन कुछ शर्तों का पालन किए जाने की मांग करता है।

i. सबसे पहले महिलाओं की **केवल कुछ श्रेणियां** जैसे कामकाजी महिलाएं इसके लिए पात्र हो सकती हैं।

ii. **बीमा राशि पर ऊपरी सीमा** लगाई जा सकती है।उदाहरण के लिए, पांच लाख से अधिक की बीमा राशि के किसी भी केस को चिकित्सा जांच के अधीन किया जा सकता है।

iii. **प्रवेश हेतु आयु सीमा** लगाई जा सकती है - उदाहरण के लिए, 40 या 45 वर्ष से अधिक की उम्र वाले किसी भी व्यक्ति को अनिवार्य रूप से एक चिकित्सा परीक्षण करवाना चाहिए।

iv. **बीमा की कुछ योजनाओं** के संबंध में प्रतिबंध लगाए जाते हैं - उदाहरण के लिए, मीयादी बीमा की अनुमति गैर-चिकित्सा श्रेणी में नहीं दी जा सकती है।

v. **बीमा की अधिकतम अवधि** बीस वर्ष/60 वर्ष की उम्र तक सीमित की जा सकती है।

vi. **जीवन की श्रेणी:** गैर-चिकित्सा बीमा की अनुमति कुछ विशिष्ट श्रेणी के व्यक्तियों को भी दी जा सकती है, उदाहरण के लिए, गैर-चिकित्सा (विशेष) प्रतिष्ठित कंपनियों के कर्मचारियों - एक वर्ष की सेवा पूरी करने वालों को प्रदान किया जाता है। इन कंपनियों के पास अवकाश के उचित रिकॉर्ड होते हैं और ये नियत-समय पर चिकित्सा परीक्षण भी करवाते रहते हैं ताकि कर्मचारी की चिकित्सा स्थिति को आसानी से सत्यापित किया जा सके।

3. बीमालेखन में रेटिंग के कारक

रेटिंग या दर-निर्धारण कारक वित्तीय स्थिति, जीवन शैली, आदत, पारिवारिक इतिहास, स्वास्थ्य का व्यक्तिगत इतिहास और संभावित बीमार्थी के जीवन में अन्य व्यक्तिगत परिस्थितियों से संबंधित विभिन्न पहलुओं को दर्शाते हैं जो खतरा उत्पन्न कर सकते हैं और जोखिम को बढ़ा सकते हैं। बीमालेखन में इन खतरों और इनके संभावित प्रभाव की पहचान करना और तदनुसार जोखिम को वर्गीकृत करना शामिल है।

आइए हम समझें कि कैसे व्यक्तिगत जीवन के लक्षणों का प्रभाव जोखिम पर पड़ सकता है। मोटे तौर पर इन्हें दो भागों में विभाजित किया जा सकता है - ऐसे लक्षण जो नैतिक खतरे में योगदान करते हैं और ऐसे लक्षण जो शारीरिक [चिकित्सकीय] खतरों को बढ़ाते हैं। तदनुसार जीवन बीमा कंपनियां अक्सर अपने बीमालेखन को श्रेणियों में विभाजित करती हैं। आय, पेशा, जीवन शैली और आदत जैसे कारक नैतिक खतरे में योगदान करते हैं, इनका आकलन **वित्तीय बीमालेखन** के भाग के एक रूप में किया जाता है जबकि स्वास्थ्य के चिकित्सा पहलुओं का मूल्यांकन **चिकित्सकीय बीमालेखन** के रूप में किया जाता है।

a) महिला बीमा

महिलाएं आम तौर पर पुरुषों की तुलना में अधिक दीर्घायु वाली होती हैं। तथापि, उनको नैतिक खतरे के संबंध में कुछ समस्याओं का सामना करना पड़ सकता है। इसका कारण यह है कि भारतीय समाज में कई महिलाएं अभी भी पुरुष वर्चस्व और सामाजिक शोषण की चपेट में हैं। दहेज हत्या जैसी बुराइयां आज भी

प्रचलित हैं। महिलाओं के दीर्घायु होने को प्रभावित करने वाला दूसरा कारक गर्भावस्था से जुड़ी समस्याओं से उत्पन्न हो सकता है।

महिलाओं की बीमायोग्यता बीमा की जरूरत और प्रीमियमों का भुगतान करने की क्षमता से नियंत्रित होती है। इसलिए बीमा कंपनियां केवल उन महिलाओं के लिए संपूर्ण बीमा प्रदान करने का फैसला कर सकती हैं जो अपनी खुद की आय अर्जित करती हैं, और अन्य श्रेणियों की महिलाओं पर सीमाएं लगा सकती हैं। इसी प्रकार गर्भवती महिलाओं पर कुछ शर्तें लगाई जा सकती हैं।

b) नाबालिग (अवयस्क)

नाबालिगों का अपना कोई अनुबंध करने का अधिकार नहीं होता है। इसलिए किसी नाबालिग के जीवन पर कोई प्रस्ताव किसी अन्य व्यक्ति द्वारा प्रस्तुत किया जाना चाहिए जो माता/पिता या कानूनी अभिभावक के रूप में नाबालिग से संबंधित है। बीमा की जरूरत का पता लगाना आवश्यक होगा क्योंकि नाबालिगों की आम तौर पर अपनी खुद की कोई अर्जित आय नहीं होती है।

नाबालिगों के लिए बीमा पर विचार करते समय आम तौर पर तीन शर्तों की मांग की जाएगी:

i. **क्या उनके पास एक अच्छी तरह से विकसित शारीरिक ढांचा है**
   शारीरिक ढांचे का खराब विकास कुपोषण या अन्य स्वास्थ्य समस्याओं का एक परिणाम हो सकता है जो गंभीर जोखिमों को जन्म देते हैं।
ii. **उचित पारिवारिक इतिहास और व्यक्तिगत इतिहास**
   अगर यहां प्रतिकूल संकेतक हैं तो ये जोखिम को जन्म दे सकते हैं।
iii. **क्या परिवार पर्याप्त रूप से बीमित है**
   नाबालिगों का बीमा करने की प्रथा आम तौर पर बीमा की संस्कृति वाले परिवारों द्वारा अपनाई जाती है। इसलिए एक ऐसे बच्चे के जीवन पर कोई प्रस्ताव प्राप्त होने पर सतर्क रहने की जरूरत होगी जहां माता-पिता बीमित नहीं है। बीमालेखक को यह पता लगाने की जरूरत होगी कि माता-पिता का इस तरह का बीमा क्यों नहीं लिया गया है। बीमा की राशि भी माता/पिता से जुड़ी होती है।

c) बड़ी बीमा राशियां

यदि बीमा की राशि प्रस्तावित बीमाधारक की वार्षिक आय के सापेक्ष बहुत बड़ी है तो बीमालेखक को सावधान रहने की जरूरत है। आमतौर पर बीमा राशि व्यक्ति की वार्षिक आय का लगभग दस से बारह गुणा माना जा सकता है। अगर अनुपात इससे बहुत अधिक है तो यह बीमा कंपनी के विरुद्ध चयन की संभावना को जन्म देती है।

उदाहरण

अगर किसी व्यक्ति की वार्षिक आय 5 लाख रुपए है और वह 3 करोड़ रुपए के बीमा कवर का प्रस्ताव करता है तो यह चिंता के कारण को जन्म देता है।

ऐसे मामलों में आम तौर पर इस संभावना के कारण चिंताएं उत्पन्न हो सकती हैं कि कहीं बीमा की इतनी बड़ी राशि का प्रस्ताव आत्महत्या की प्रत्याशा में या स्वास्थ्य में प्रत्याशित गिरावट के परिणाम स्वरूप तो

नहीं किया जा रहा है। इतनी बड़ी रकम का एक तीसरा कारण विक्रय प्रतिनिधि द्वारा अधिक गलत तरीके से बीमा बेचे जाने की अत्यधिक संभावना है।

बड़ी बीमा राशि का मतलब आनुपातिक रूप से बड़ा प्रीमियम भी है और यह इस सवाल को जन्म देता है कि क्या इस तरह के प्रीमियम का भुगतान जारी रखा जाएगा। इसलिए आम तौर पर बीमा की राशि को सीमित करना विवेकपूर्ण होगा ताकि देय प्रीमियम मान लीजिए कि व्यक्ति की वार्षिक आय का अधिकतम एक तिहाई हो सके।

d) आयु

जैसा कि हमने अन्यत्र इस पाठ्यक्रम में देखा है कि मृत्यु जोखिम का उम्र के साथ निकट का संबंध होता है। बीमालेखक को अधिक उम्र के लोगों के लिए बीमा पर विचार करते समय सावधान रहने की जरूरत है।

उदाहरण

यदि पहली बार 50 वर्ष की उम्र के बाद बीमा का प्रस्ताव किया जा रहा है तो नैतिक खतरे का संदेह करने और यह पता लगाने की जरूरत है कि इस तरह का बीमा पहले क्यों नहीं कराया गया था।

हमें यह भी ध्यान रखना चाहिए कि हृदय की बीमारी और गुर्दे का काम करना जैसे गंभीर रोगों की घटना की संभावनाएं उम्र के साथ बढ़ जाती हैं और अधिक उम्र में तो और भी अधिक हो जाती हैं।

जीवन बीमा कंपनियां कुछ विशेष रिपोर्टों की मांग भी कर सकती हैं जब उच्च बीमा राशि / अधिक उम्र या दोनों के संयोजन के लिए प्रस्ताव प्रस्तुत किए जाते हैं।

उदाहरण

ऐसी रिपोर्टों के उदाहरण हैं, ईसीजी; ईईजी; सीने का एक्स रे और ब्लड़ शुगर टेस्ट। ये टेस्ट प्रस्ताव में दिए गए जवाबों की तुलना में प्रस्तावित जीवन के स्वास्थ्य के बारे में गहरी अंतर्दृष्टि का खुलासा कर सकते हैं या एक सामान्य चिकित्सा परीक्षण प्रदान कर सकते हैं।

बीमालेखन प्रक्रिया का एक महत्वपूर्ण भाग उम्र के प्रमाण की पुष्टि करने के बाद उम्र की स्वीकारोक्ति है। आयु प्रमाण दो प्रकार के होते हैं -

- ✓ मानक
- ✓ गैरमानक

मानक आयु प्रमाण आम तौर पर किसी सार्वजनिक प्राधिकारी द्वारा जारी किए जाते हैं। इसके उदाहरण हैं -

- ✓ जन्म प्रमापत्र जो नगरपालिका या अन्य सरकारी निकाय द्वारा जारी किया जाता है;
- ✓ विद्यालय छोडने का प्रमाणपत्र;
- ✓ पासपोर्ट; और
- ✓ नियोक्ता का प्रमाणपत्र

जहां इस तरह के प्रमाण उपलब्ध नहीं हैं, प्रस्तावक को गैरमानक आयु प्रमाण लाने के लिए कहा जा सकता है। **गैरमानक आयु प्रमाण** के उदाहरण हैं, जन्म कुंडली; स्वयं घोषणा यदि मानक आयु प्रमाण

उपलब्ध न हो तो है, अवमानक आयु प्रमाण को आसानी से स्वीकार नहीं किया जाना चाहिए। अक्सर जीवन बीमा कंपनियां बीमा की योजना, बीमा की अवधि; अधिकतम परिपक्वता आयु और अधिकतम बीमा राशि के संबंध में कुछ प्रतिबंध लगा सकती हैं।

e) नैतिक खतरा

नैतिक खतरा उस समय मौजूद होना कहा जा सकता है जब कुछ परिस्थितियां या किसी व्यक्ति की वित्तीय स्थिति, जीवन शैली और आदतों, प्रतिष्ठा और मानसिक स्वास्थ्य की विशेषताएं यह संकेत देती हैं कि वह जानबूझकर ऐसे कार्यों में संलग्न है जो जोखिम को बढ़ाते हैं। कई ऐसे कारक हो सकते हैं जो इस तरह के नैतिक खतरे के बारे में बता सकते हैं।

उदाहरण

जब कोई प्रस्ताव प्रस्तावित बीमार्थी के निवास स्थान से काफी दूर स्थित किसी शाखा में प्रस्तुत किया जाता है।

चिकित्सा परीक्षण अन्यत्र किया जाता है जबकि योग्य चिकित्सा परीक्षक व्यक्ति के निवास स्थान के पास उपलब्ध ही है।

एक तीसरा मामला वह है जब कोई प्रस्ताव स्पष्ट बीमा योग्य हित नहीं रखने वाले किसी अन्य व्यक्ति के जीवन पर किया जाता है, या जब नामिती प्रस्तावित जीवन का कोई निकटवर्ती आश्रित नहीं है।

ऐसे प्रत्येक मामले में एक पूछताछ की जा सकती है। अंत में, जब एजेंट का जीवन बीमित व्यक्ति से संबंध, एजेंसी प्रबंधक / विकास अधिकारी जैसे किसी शाखा अधिकारी से नैतिक खतरा रिपोर्ट की मांग की जा सकती है।

f) व्यवसाय

व्यावसायिक जोखिम निम्नलिखित तीन स्रोतों में से किसी एक से उत्पन्न हो सकते हैं:

✓ दुर्घटना
✓ स्वास्थ्य जोखिम
✓ नैतिक खतरा

चित्र 5: व्यावसायिक जोखिमों के स्रोत

i. कुछ काम ऐसे होते हैं जो किसी व्यक्ति को दुर्घटना की जोखिम में डालते हैं और इसलिए **दुर्घटना जोखिम** उत्पन्न होते हैं। इस श्रेणी में अनेक प्रकार के काम आते हैं - जैसे सर्कस के कलाकार, मचान पर काम करने वाले कर्मी, विध्वंस विशेषज्ञ और फिल्म के स्टंट कलाकार।

ii. **स्वास्थ्य जोखिम** उस स्थिति में उत्पन्न होते हैं जब कार्यों की प्रकृति इस प्रकार की है जो चिकित्सकीय दुर्बलता की संभावना को जन्म देते हैं। स्वास्थ्य जोखिम विभिन्न प्रकार होते हैं।

- ✓ **रिक्शा चलाने** जैसे कुछ कार्यों में काफी शारीरिक दबाव शामिल होता है और यह श्वसन प्रणाली को प्रभावित करता है।
- ✓ दूसरी स्थिति वह है जहां व्यक्ति **हानिकारक पदार्थों** के संपर्क में हो सकता है जैसे खनन धूल या कैंसरकारी पदार्थ (जो कैंसर का कारण बनते हैं) जैसे रसायन और परमाणु विकिरण।
- ✓ एक तीसरे प्रकार का जोखिम **उच्च दबाव वाले वातावरण** जैसे भूमिगत सुरंग या गहरे समुद्र के कारण उत्पन्न होता है जो तीव्र डीकंप्रेशन वाली बीमारी का कारण बन सकते हैं।
- ✓ अंत में, **कुछ कार्य की परिस्थितियां** (एक बीपीओ में तंग हालत में और कंप्यूटर से चिपककर बैठना या बहुत अधिक शोर वाले वातावरण में काम करना) लंबे समय में शरीर के कुछ अंगों की कार्यप्रणाली को दुर्बल कर सकती हैं।

iii. **नैतिक खतरा** उस स्थिति में उत्पन्न हो सकता है जब किसी कार्य में आपराधिक तत्वों या नशीली दवाओं और शराब से निकटता होती है या इनकी ओर झुकाव रहता है। इसके उदाहरण में नाइट क्लब का कोई डांसर या शराब के बार में शराब परोसने वाला व्यक्ति या आपराधिक लिंक होने के लिए संदिग्ध किसी कारोबारी का अंगरक्षक शामिल है।फिर सुपरस्टार मनोरंजक जैसे कुछ व्यक्तियों के कार्य प्रोफाइल उनको मादक नशीली जीवन शैली की ओर धकेलते हैं जिसका परिणाम कभी-कभी दर्दनाक अंत के रूप में सामने आता है।

जहां कहीं भी व्यवसाय खतरनाक सूचीबद्ध कार्यों की श्रेणियों में आता है, बीमा के आवेदक को आम तौर पर एक व्यावसायिक प्रश्नावली भरना आवश्यक होता है जिसमें कार्य, इसमें शामिल कर्तव्यों और जोखिमों के विशेष विवरण की मांग की जाती है। एक सामान आतिरिक्त के रूप में व्यवसाय के लिए भी रेटिंग लगाई जा सकती है (उदाहरण के लिए, दो रुपए प्रति हजार बीमा राशि)। इस तरह के अतिरिक्त को कम या समाप्त किया जा सकता है जब बीमाधारक के व्यवसाय में बदलाव होता है।

g) जीवन शैली और आदतें

जीवन शैली और आदतें ऐसी शर्तें हैं जो व्यक्तिगत लक्षणों की एक व्यापक श्रेणी को कवर करती हैं। आम तौर पर एजेंट की गोपनीय रिपोर्ट और नैतिक जोखिम की रिपोर्टों में इस बात का उल्लेख होने की अपेक्षा की जाती है कि क्या इनमें से कोई भी लक्षण व्यक्ति की जीवन शैली में मौजूद है जो जोखिम के दायरे में होने का संकेत देते हैं। विशेष रूप से तीन लक्षण महत्वपूर्ण हैं:

i. **धूम्रपान और तंबाकू का प्रयोगः** यह बात अब अच्छी तरह से मान ली गयी है कि तंबाकू का प्रयोग न केवल अपने आप में एक जोखिम है, बल्कि यह अन्य चिकित्सकीय जोखिम को बढ़ाने में योगदान देता है। आज कंपनियां धूम्रपान करने वालों और धूम्रपान नहीं करने वालों के लिए अलग-अलग दरें वसूल करती हैं जहां धूम्रपान करने वालों को बहुत अधिक प्रीमियम भुगतान करना पड़ता है। गुटखा और पान मसाला जैसे तम्बाकू के उपयोग के अन्य रूप भी प्रतिकूल मृत्यु-दर रेटिंग को आकर्षित कर सकते हैं।

ii. **शराबः** मामूली मात्रा में और कभी-कभी शराब पीना एक जोखिम नहीं है। यह कई देशों में सामाजिक जीवन का एक स्वीकार्य हिस्सा भी है। तथापि, जब एक लंबे समय तक अत्यधिक मात्रा में इसका सेवन किया जाता है तो इसका मृत्यु जोखिम पर बड़ा प्रभाव पड़ सकता है। लंबे समय तक बहुत अधिक शराब का सेवन लिवर के कामकाज को ख़राब और पाचन तंत्र को प्रभावित कर सकता है। यह मानसिक विकारों को भी जन्म दे सकता है।

शराबखोरी की आदत दुर्घटना, हिंसा और पारिवारिक उत्पीड़न, अवसाद और आत्महत्या के साथ भी जुड़ी हुई है। जहां प्रस्ताव पत्र से शराब के प्रयोग का संकेत मिलता है, बीमालेखक अधिक जानकारी की मांग कर सकता है और उपयोग की मात्रा तथा ऐसी किसी भी जटिलता के आधार पर मामले पर निर्णय ले सकता है जो इसके परिणाम स्वरूप होने का संकेत देती है।

iii. **मादक द्रव्यों का दुरुपयोगः** मादक द्रव्यों का सेवन ड्रग्स या नशीले पदार्थों, शामक औषधियों और इसी तरह के अन्य उत्तेजक जैसे विभिन्न प्रकार के पदार्थों के उपयोग को दर्शाता है।इनमें से कुछ गैरकानूनी भी हैं और इनका उपयोग आपराधिक स्वभाव और नैतिक खतरे को इंगित करता है। जहां मादक द्रव्यों के सेवन का संदेह होता है, बीमालेखक को दुरूपयोग की जांच करने के लिए कई परीक्षणों की मांग करने की आवश्यकता हो सकती है। ऐसे मामलों में अक्सर बीमा को अस्वीकार किया जाता है।

स्व-परीक्षण 2

निम्नलिखित में से कौन नैतिक जोखिम का एक उदाहरण है?

I. स्टंट करने के दौरान स्टंट कलाकार की मौत हो जाती है
II. अत्यधिक मात्रा में शराब पीने वाला व्यक्ति क्योंकि वह बीमाधारक है
III. प्रीमियम भुगतानों में चूक करने वाला बीमाधारक
IV. पॉलिसी दस्तावेज में झुठी जानकारी देने वाला प्रस्तावक

C. चिकित्सा बीमालेखन

1. चिकित्सा बीमालेखन

आइए, अब हम कुछ ऐसे चिकित्सा कारकों पर विचार करें जो किसी बीमालेखक के निर्णय को प्रभावित करेंगे। इनका मूल्यांकन आम तौर पर चिकित्सा बीमांकन के माध्यम से किया जाता है। इनके लिए अक्सर एक चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट की मांग की जा सकती है। आइए, अब हम जांच किए जाने वाले कुछ कारकों पर नज़र डालें।

चित्र 6: बीमालेखक के निर्णय को प्रभावित करने वाले चिकित्सा कारक

a) पारिवारिक इतिहास

मृत्यु जोखिम पर पारिवारिक इतिहास के प्रभाव का अध्ययन तीन दृष्टिकोणों से किया गया है।

i. **आनुवंशिकता:** कुछ बीमारियां एक पीढ़ी से दूसरी पीढ़ी जैसे पिता से बच्चे में जा सकती हैं।

ii. **परिवार का औसत जीवनकाल:** यदि हृदय की बीमारी या कैंसर जैसी कुछ बीमारियों के कारण माता-पिता की शीघ्र मौत हो जाती है तो यह एक सूचक हो सकता है कि संतान भी लंबे समय तक जीवित नहीं रहेगी।

iii. **पारिवारिक वातावरण:** तीसरा, व्यक्ति जिस माहौल में रहता है वह संक्रमण और अन्य जोखिमों का कारण बन सकता है।

इसलिए जीवन बीमा कंपनियां प्रतिकूल पारिवारिक इतिहास रखने वाले व्यक्तियों के मामलों को देखते समय सावधान रहती हैं। वे अन्य रिपोर्टों की मांग कर सकती हैं और ऐसे मामलों में अतिरिक्त मर्त्यता रेटिंग लगा सकती हैं।

b) व्यक्तिगत इतिहास

व्यक्तिगत इतिहास मानव शरीर की विभिन्न प्रणालियों की अतीत की दुर्बलताओं को दर्शाता है जिनका सामना बीमार्थी को करना पड़ा है। जीवन बीमा के प्रस्ताव पत्र में आम तौर पर सवालों का एक सेट होता है जिसमें यह पूछताछ की जाती है कि क्या बीमार्थी इनमें से किसी के लिए उपचार की प्रक्रिया में रहा है।

इस तरह की समस्याओं का पता चिकित्सा परीक्षक की रिपोर्ट या मांगी गयी किसी विशेष रिपोर्ट से भी चल सकता है। प्रमुख प्रकार की घातक बीमारियों में शामिल हैं -

i. **हृदयवाहिनी की बीमारियां** जो हृदय और रक्त प्रणाली को प्रभावित करती हैं - जैसे दिल का दौरा, स्ट्रोक और रक्तस्राव

ii. **श्वसन तंत्र** की बीमारियां जैसे तपेदिक

iii. **कोशिकाओं का अत्यधिक उत्पादन और जनन** - जो घातक ट्यूमर का कारण बनता है, जिसे कैंसर भी कहा जाता है

iv. **गुर्दे की प्रणाली की बीमारियां** जिनमें गुर्दे और अन्य मूत्र संबंधी भाग शामिल हैं, जो गुर्दे का काम न करना और मौत का कारण बन सकती हैं।

v. **अंतःस्रावी प्रणाली की दुर्बलताएं,** जिनमें से सबसे मशहूर है मधुमेह। यह रक्त प्रवाह में शर्करा (या ग्लूकोज) के उपापचय के लिए पर्याप्त इंसुलिन उत्पन्न करने की शरीर की अक्षमता से उत्पन्न होती है।

vi. **पाचन तंत्र** की बीमारियां जैसे गैस्ट्रिक अल्सर और लिवर की सिरोसिस।

vii. **तंत्रिका तंत्र** की बीमारियां

c) **व्यक्तिगत लक्षण**

ये भी रोग की प्रवृत्ति के महत्वपूर्ण संकेतक हो सकते हैं।

i. **शारीरिक गठन (बिल्ड)**

उदाहरण के लिए, व्यक्ति के शारीरिक गठन में उसकी ऊंचाई, वजन, छाती और पेट का घेरा शामिल हैं। निर्दिष्ट उम्र और ऊंचाई के लिए एक निर्धारित किया गया मानक वजन उपलब्ध है और अगर वजन इस मानक की वजन की तुलना में बहुत अधिक या कम है तो हम कह सकते हैं कि व्यक्ति अधिक वजन या कम वजन वाला है।

इसी प्रकार, यह अपेक्षा की जाती है कि एक सामान्य व्यक्ति द्वारा अपने सीने को कम से कम चार सेंटीमीटर फुलाया जाना चाहिए और पेट का घेरा व्यक्ति के फुलाये गये सीने की तुलना में अधिक नहीं होना चाहिए।

ii. **रक्तचाप (ब्लड प्रेशर)**

दूसरा संकेतक व्यक्ति का रक्तचाप है। इसके दो माप होते हैं -

- ✓ सिस्टोलिक
- ✓ डायस्टोलिक

उम्र को देखते हुए सामान्य रक्तचाप की रीडिंग पर पहुंचने का एक प्रमुख नियम इस प्रकार है -
सिस्टोलिक के लिए: यह 115 + उम्र का 2/5 है।
डायस्टोलिक के लिए: यह 75 + उम्र का 1/5 है।

इस प्रकार अगर उम्र 40 वर्ष है तो सामान्य रक्तचाप सिस्टोलिक 131 और डायस्टोलिक 83 होना चाहिए।

जब वास्तविक रीडिंग उपरोक्त वैल्यु की तुलना में बहुत अधिक होती है तो हम कहते हैं कि व्यक्ति को उच्च रक्तचाप या हाइपरटेंशन की समस्या है। जब यह बहुत कम होता है तो इसे निम्न रक्तचाप यानी हाइपोटेंशन कहा जाता है। हाइपरटेंशन के गंभीर परिणाम हो सकते हैं।

रक्त वाहिनियों में प्रवाहित होने वाले रक्त के दबाव का पता दिल की धड़कन (पल्स रेट) से भी चल सकता है। पल्स रेट में 50 से 90 बीट प्रति मिनट की भिन्नता हो सकती है जहां औसत 72 है।

iii. मूत्र - विशिष्ट गुरुत्वाकर्षण

अंत में, व्यक्ति के मूत्र के विशिष्ट गुरुत्वाकर्षण की रीडिंग से मूत्र प्रणाली में विद्यमान विभिन्न लवण के बीच संतुलन इंगित कर सकते हैं. इससे प्रणाली में किसी भी खराबी का संकेत मिल जाता है।

स्व-परीक्षण 3

चिकित्सा बीमालेखन में आनुवंशिकता इतिहास को महत्व क्यों दिया जाता है?

I. अमीर माता-पिता के बच्चे स्वस्थ होते हैं
II. कुछ बीमारियां माता-पिता से संतानों में जा सकती हैं
III. गरीब माता-पिता के बच्चे कुपोषण के शिकार होते हैं
IV. पारिवारिक परिवेश एक महत्वपूर्ण कारक होता है

सारांश

- समानता की शुरुआत करने के दृष्टि से, बीमालेखक पहले जोखिम वर्गीकरण करता है जहां व्यक्तिगत जीवनों को उनके जोखिमों के स्तर के आधार पर विभिन्न जोखिम श्रेणियों में वर्गीकृत और आबंटित किया जाता है।
- यह कहा जा सकता है कि बीमालेखन या चयन प्रक्रिया दो स्तरों में पूरी होती है:
  - ✓ फील्ड स्तर पर और
  - ✓ बीमालेखन विभाग स्तर पर
- बीमा प्रस्तावों के बीमालेखन के लिए बीमालेखन की निर्णय विधि या संख्यात्मक विधि का व्यापक रूप से प्रयोग किया जाता है।
- बीमालेखकों द्वारा लिए जाने वाले बीमालेखन निर्णयों में मानक दरों पर मानक जोखिम की स्वीकृति या अवमानक जोखिम के लिए अतिरिक्त शुल्क वसूल करना शामिल है। कभी-कभी बीमा राशि पर ग्रहणाधिकार के साथ स्वीकृति दी जाती है। या प्रतिबंधक कलाज के साथ स्वीकृति दी जाती है। जहां जोखिम बड़ा होता है, प्रस्ताव को अस्वीकार या स्थगित कर दिया जाता है।
- एक बड़ी संख्या में जीवन बीमा प्रस्तावों को बीमा के लिए चयन आमतौर पर बीमा प्रस्तावक की बीमा योग्यता की जांच करने के लिए चिकित्सा परीक्षण करवाए बिना किया जा सकता है\ ऐसे मामलों को गैर-चिकित्सा प्रस्तावों के रूप में जाना जाता है।
- गैर-चिकित्सा बीमालेखन के कुछ रेटिंग कारकों में शामिल हैं -
  - ✓ आयु
  - ✓ बड़ी बीमा राशि
  - ✓ नैतिक खतरा आदि
- चिकित्सा बीमालेखन में विचार किए जाने वाले कुछ कारकों में शामिल हैं -

✓ पारिवारिक इतिहास,
✓ आनुवंशिकता और व्यक्तिगत इतिहास आदि

प्रमुख शब्द

1. बीमालेखन
2. मानक जीवन
3. गैर-चिकित्सा बीमालेखन
4. रेटिंग कारक
5. चिकित्सा बीमालेखन
6. प्रतिकूल चयन

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प III है।

एड्स से पीड़ित व्यक्ति को जीवन बीमा कवर से अस्वीकार किए जाने की सबसे अधिक संभावना रहती है।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

अत्यधइक मात्रा में शराब पीने वाला व्यक्ति क्योंकि वह बीमाधारक है, नैतिक जोखिम का एक उदाहरण है।

उत्तर 3

सही विकल्प II है।

कुछ बीमारियां माता-पिता से संतानों में जा सकती हैं और इसलिए चिकित्सा बीमालेखन में आनुवंशिक इतिहास पर विचार किया जाना चाहिए।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

इनमें से कौन सा विकल्प बीमा कंपनी में बीमालेखक की भूमिका को दर्शाता है?

I. दावों पर कार्यवाही

II. जोखिमों की स्वीकार्यता संबंधी निर्णय लेना

III. उत्पाद डिजाइन आर्किटेक्ट

IV. ग्राहक सम्पर्क प्रबंधक

प्रश्न 2

इनमें से कौन सा बीमालेखन निर्णय नहीं है?

I. मानक दरों पर जोखिम स्वीकृति

II. जोखिम का अस्वीकरण

III. जोखिम का स्थगन

IV. दावा अस्वीकरण

प्रश्न 3

इनमें से कौन एक मानक आयु प्रमाण नहीं है?

I. पासपोर्ट

II. विद्यालय छोड़ने का प्रमाणपत्र

III. जन्म कुंडली

IV. जन्म प्रमाणपत्र

प्रश्न 4

इनमें से कौन सी स्थिति व्यक्ति की बीमा करने के योग्यस्थिति को नकारात्मक रूप से प्रभावित करेगी?

I. दैनिक व्यायाम

II. प्रतिबंधित मादक द्रव्यों का सेवन

III. आलसी स्वभाव

IV. टालमटोल का स्वभाव

प्रश्न 5

बीमालेखन की कौन सी विधि के तहत बीमालेखक सभी नकारात्मक या प्रतिकूल कारकों के लिए धनात्मक दर-निर्धारण अंक आवंटित करता है (किसी भी सकारात्मक या अनुकूल कारक के लिए नकारात्मक अंक)?

I. निर्णय

II. विवेकाधिन

III. संख्यात्मक दर-निर्धारण

IV. एकल चरण

प्रश्न 6

जोखिम वर्गीकरण के अंतर्गत, _____ में ऐसे जीवन शामिल हैं जिनकी अनुमानित मृत्यु दर, मृत्यु दर तालिका में दिखाए गए मानक जीवनों से मेल खाती है।

I. मानक जीवन

II. वरीयतापाप्त जोखिम

III. अवमानक जीवन

IV. अस्वीकृत जीवन

प्रश्न 7

अमृता गर्भवती है। उसने एक मीयादी बीमा कवर के लिए आवेदन किया है। नीचे दिया गया कौन सा विकल्प बीमालेखक द्वारा अमृता को बीमा उपलब्ध कराने के लिए सबसे अच्छा विकल्प होगा?सबसे अधिक संभावित विकल्प चुनें।

I. सामान्य दरों पर स्वीकृति

II. अतिरिक्त प्रीमियम के साथ स्वीकृति

III. प्रस्ताव को अस्वीकार करना

IV. प्रतिबंधात्मक क्लॉज के साथ स्वीकृति

प्रश्न 8

निम्नलिखित में से वह कौन सा बीमा प्रस्ताव है जिसकी गैर चिकित्यकीय बीमालेखन के अंतर्गत पात्र होने की संभावना कम है?

I. सविता, उम्र 26 वर्ष, सॉफ्टवेयर इंजीनियर के रूप में एक आईटी कंपनी में कार्यरत

II. महेश, उम्र 50 वर्ष, एक कोयले की खान में कार्यरत

III. सतीश, उम्र 28 वर्ष, एक बैंक में कार्यरत और जिसने 1 करोड़ रुपए के बीमा कवर के लिए आवेदन किया है

IV. प्रवीण, उम्र 30 वर्ष, एक डिपार्टमेंटल स्टोर में कार्यरत और 10 वर्ष की अवधि वाली एन्डाउमेंट बीमा योजना के लिए आवेदन किया है

प्रश्न 9

शीना पुराने मधुमेह रोग से पीड़ित है। उसने एक बीमा योजना के लिए आवेदन किया है। इस मामले में बीमालेखक द्वारा बीमालेखन के लिए _____ का उपयोग किए जाने की सबसे अधिक संभावना है। सबसे उपयुक्त विकल्प चुनें।

I. निर्णय विधि

II. संख्यात्मक विधि

III. उपरोक्त में से कोई भी विधि क्योंकि मधुमेह जैसी बीमारी बीमालेखन प्रक्रिया में प्रमुख भूमिका नहीं निभाती है

IV. उपरोक्त में से कोई भी विधि नहीं क्योंकि मधुमेह के मामलों को सीधे नकार दिया जाता है

प्रश्न 10

संतोष ने मीयादी बीमा पॉलिसी के लिए आवेदन किया है। उसकी अनुमानित मृत्युदर मानक जीवनों की तुलना में काफी कम है और इसलिए उससे कम प्रीमियम लिया जा सकता है। जोखिम वर्गीकरण के अंतर्गत संतोष को _____ के तहत वर्गीकृत किया जाएगा।

I. मानक जीवन

II. वरीयदाप्राप्त जोखिम

III. अवमानक जीवन

IV. अस्वीकृत जीवन

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

बीमालेखक जोखिमों की स्वीकार्यता का निर्णय लेता है।

उत्तर 2

सही विकल्प IV है।

दावा अस्वीकृति बीमालेखन संबंधी निर्णय नहीं है।

उत्तर 3

सही विकल्प III है।

जन्म कुंडली मानक आयु प्रमाण नहीं है।

उत्तर 4

सही विकल्प II है।

प्रतिबंधित मादक द्रव्यों का सेवन व्यक्ति की बीमा योग्यता को नकारात्मक रूप से प्रभावित करेगा।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

बीमालेखन की संख्यात्मक दर-निर्धारण विधि सभी नकारात्मक या प्रतिकूल कारकों के लिए सकारात्मक दर-निर्धारण अंक प्रदान करती है (किसी भी सकारात्मक या अनुकूल कारक के लिए ऋणात्मक अंक)।

उत्तर 6

सही विकल्प I है।

जोखिम वर्गीकरण के अंतर्गत मानक जीवन में ऐसे जीवन शामिल होते हैं जिनकी अनुमानित मृत्यु दर, मृत्यु दर तालिका में दिखाए गए मानक जीवनों से मेल खाती है।

उत्तर 7

सही विकल्प IV है।

अमृता के मामले में, उसकी गर्भावस्था पर विचार करते हुए सबसे अच्छा विकल्प यही है कि बीमालेखक एक प्रतिबंधात्मक क्लॉज के साथ अमृता को बीमा उपलब्ध कराने का विकल्प चुन सकता है। यह प्रतिबंधक क्लॉज मान लीजिए कि प्रसव के तीन महीने के भीतर होने वाली गर्भावस्था से संबंधित मृत्यु की स्थिति में बीमा भुगतान को सीमित करने वाला हो सकता है।

उत्तर 8

सही विकल्प II है।

महेश के बीमा प्रस्ताव को गैर-चिकित्सा बीमालेखन के तहत योग्य होने की संभावना नहीं है क्योंकि उसकी उम्र अधिक (50 वर्ष) और उसका व्यवसाय सॉफ्टवेयर, बैंकिंग उद्योग आदि जैसे अन्य व्यवसायों की तुलना में अधिक जोखिमपूर्ण है।

उत्तर 9

सही विकल्प I है।

शीना जैसी पुराने मधुमेह रोग से पीड़ित महिला के जटिल केस पर निर्णय लेते समय बीमालेखक बीमालेखन की निर्णय विधि का प्रयोग करेगा।

उत्तर 10

सही विकल्प II है।

जोखिम वर्गीकरण के तहत संतोष को वरीयताप्राप्त जोखिम के तहत वर्गीकृत किया जाएगा।

अध्याय 16

जीवन बीमा पॉलिसी के अंतर्गत भुगतान

अध्याय परिचय

यह अध्याय दावे की अवधारणा और दावा निधारित करने की प्रक्रिया समझाता है। तत्पश्चात इस अध्याय में दावों के प्रकार को समझाया गया है। अंत में आपको यह जानने को मिलेगा कि मृत्यु संबंधी दावे के लिए कौन-कौन से फार्म प्रस्तुत करने पड़ते हैं। इसके साथ ही, यदि बीमा कंपनी ने किसी दावे को अस्वीकार कर दिया हो तो ऐसे में लाभार्थी के हित संरक्षण हेतु कौन से सुरक्षा उपाय (निर्विवादिता क्लॉज तथा पॉलिसीधारक हित संरक्षण विनियम)उपलब्ध हैं, बशर्ते बीमाधारक की ओर से कोई महत्त्वपूर्ण जानकारी न छिपाई गई हो, इसके बारे में भी आपको जानकारी मिलेगी।

अध्ययन परिणाम

A. दावों के प्रकार और दावा प्रक्रिया

A. दावों के प्रकार और दावा प्रक्रिया

1. दावे की अवधारणा

बीमा कंपनी और बीमा पॉलिसी की वास्तविक परीक्षा उस समय होती है जब पॉलिसी दावा बन जाती है। जीवन बीमा के सही मूल्य का पता दावा निपटान के तौर तरीकों और लाभों के भुगतान से चलता है।

परिभाषा

दावा एक मांग है कि बीमा कंपनी को अनुबंध में निर्दिष्ट अपने वचन को पूरा करना चाहिए।

जीवन बीमा अनुबंध के अंतर्गत दावा बीमा अनुबंध के तहत कवर की गयी एक या एक से अधिक घटनाओं से संचालित होता है। तथापि, कुछ दावों में अनुबंध जारी रहता है, दूसरों में अनुबंध समाप्त हो जाता है।

चित्र 1: जोखिम की घटना और दावा

दावे दो प्रकार के हो सकते हैं:

i. बीमित व्यक्ति के जीवित रहने पर भी उत्तरजीविता दावे देय होते हैं और
ii. मृत्यु दावा

चित्र 2: दावों के प्रकार

जहां **मृत्यु दावा** केवल बीमित व्यक्ति की मृत्यु होने पर ही उत्पन्न होता है, वहीं उत्तरजीविता दावे एक या एक से अधिक घटनाओं के कारण उत्पन्न हो सकते हैं।

उदाहरण

उत्तरजीविता दावों को जन्म देने वाली घटनाओं के उदाहरण हैं :

i. पॉलिसी की परिपक्वता;

ii. मनी बैक पॉलिसी के तहत एक मुकाम पर पहुंचने पर देय किश्त;
iii. राइडर लाभ के रूप में पॉलिसी के तहत कवर की गयी गंभीर बीमारियां;
iv. पॉलिसीधारक या समनुदेशिती द्वारा पॉलिसी का समर्पण।

---

2. यहा पता लगाना कि क्या दावे की घटना घटित हुई है

i. **उत्तरजीविता दावे** के भुगतान के लिए बीमा कंपनी को यह पता लगाना होता है कि घटना पॉलिसी में निर्धारित शर्तों के अनुसार हुई है।

ii. **परिपक्वता दावे और मनी-बैक की किश्त** आसानी से निर्धारित किए जाते हैं क्योंकि ये अनुबंध की शुरुआत में ही निर्धारित की गयी तिथियों पर आधारित होते हैं।
उदाहरण के लिए, परिपक्वता की तिथि और मनी बैक पॉलिसी के तहत भुगतान किए जाने वाले उत्तरजीविता लाभों की किश्तों की तिथियां अनुबंध तैयार करते समय स्पष्ट रूप से निर्धारित कर दी जाती हैं।

iii. समर्पण मूल्य भुगतान अन्य दावा भुगतानों से अलग हैं। अन्य दावों के विपरीत, यहां घटना पॉलिसीधारक या समनुदेशिती द्वारा अनुबंध रद्द करने और अनुबंध के तहत उसे देय राशि के निकालने के निर्णय से संचालित होती है। समर्पण भुगतान में आमतौर पर समय से पहले लौटाने हेतु अर्थदंड शामिल होगा और इसलिए यह पूर्ण दावे का भुगतान किए जाने की स्थिति में देय राशि की तुलना में कम रहेगा।

iv. **गंभीर बीमारी** के दावों का पता पॉलिसीधारक द्वारा अपने दावे के समर्थन में प्रदान किए गए चिकित्सा और अन्य रिकॉर्डों के आधार पर लगाया जाता है।
जटिलता ऐसी पॉलिसी के मामले में उत्पन्न होती है जिसमें गंभीर बीमारी वाला दावा राइडर शामिल होता है और ऐसी पॉलिसी का समनुदेशन किया गया होता है। गंभीर बीमारी लाभ का उद्देश्य पॉलिसीधारक को ऐसी बीमारी की स्थिति में अपने खर्चों का हिसाब चुकाने में सक्षम बनाना है। अगर इस पॉलिसी का समनुदेशन किया गया होगा, तो सभी लाभ समनुदेशिती को देय होंगे। हालांकि यह कानूनी तौर पर सही है, लेकिन इससे वांछित उद्देश्य पूरा नहीं हो सकता। ऐसी स्थिति से बचने के लिए, पॉलिसीधारकों को उन लाभों की सीमा के बारे में शिक्षित करना महत्वपूर्ण है जिनका वे एक **सशर्त समनुदेशन** के माध्यम से समनुदेशन कर सकते हैं।

परिपक्वता या मृत्यु दावा या समर्पण अनुबंध के तहत बीमा कवर की समाप्ति का कारण बनता है और आगे कोई बीमा कवर उपलब्ध नहीं होता है।इस बात से कोई फर्क नहीं पड़ता कि वास्तव में दावे का भुगतान किया गया है या नहीं। दावे का भुगतान न होना अनुबंध के तहत बीमा कवर जारी रहने का आश्वासन नहीं देता है।

3. दावों के प्रकार

पॉलिसी की अवधि के दौरान निम्नलिखित भुगतान हो सकते हैं:

a) उत्तरजीविता लाभों का भुगतान

पॉलिसी अवधि के दौरान निर्दिष्ट समय पर बीमा कंपनी द्वारा बीमाधारक को नियत समय पर भुगतान किए जाते हैं। पॉलिसी बांड पॉलिसीधारक को वापस कर दिया जाता है जिसमें प्रत्येक उत्तरजीविता लाभ की किश्त के बाद किए गए भुगतानों का पृष्ठांकन शामिल होता है।

b) पॉलिसी का समर्पण

पॉलिसीधारक अपनी पॉलिसी को समय से पहले बंद करने का विकल्प चुनता है। यह पॉलिसी अनुबंध का एक स्वैच्छिक समापन है। पॉलिसी का समर्पण केवल तभी किया जा सकता है जब इसने एक चुकता मूल्य अर्जित कर लिया हो। बीमाधारक को देय राशि **समर्पण मूल्य** आम तौर पर भुगतान किये गये प्रीमियम का एक प्रतिशतांक होता है। यहां न्यूनतम गारंटीकृत समर्पण मूल्य (जीएसवी) भी होता है, लेकिन बीमाधारक को भुगतान किया जाने वाला वास्तविक समर्पण मूल्य जीएसवी से अधिक होता है।

c) राइडर लाभ

निर्धारित नियम और शर्तों के अनुसार किसी निर्दिष्ट घटना के घटित होने पर बीमा कंपनी द्वारा राइडर के तहत भुगतान किया जाता है।

गंभीर बीमारी वाले राइडर के तहत, किसी गंभीर बीमारी का निदान किए जाने की स्थिति में शर्तों के अनुसार एक निर्धारित राशि का भुगतान किया जाता है ऐसी बीमारी बीमा कंपनी द्वारा निर्दिष्ट गंभीर बीमारियों की सूची में शामिल की गयी होनी चाहिए।

अस्पताल देखभाल राइडर के तहत, बीमा कंपनी नियम और शर्तों के अधीन बीमाधारक के अस्पताल में भर्ती किए जाने की स्थिति में उपचार के खर्च का भुगतान करती है।

राइडर भुगतान किए जाने के बाद भी पॉलिसी अनुबंध जारी रहता है।

बीमा अनुबंध में निर्दिष्ट पॉलिसी अवधि के अंत में निम्नलिखित दावा भुगतान किए जाते हैं।

d) परिपक्वता दावा

इस तरह के दावों में बीमा कंपनी अवधि के अंत में बीमाधारक को एक निर्धारित राशि का भुगतान करने का वचन देती है, अगर बीमाधारक योजना की पूरी अवधि में जीवित रहता है। इसे **परिपक्वता दावे** के रूप में जाना जाता है।

i. **सहभागी योजनाः** किसी सहभागी योजना के अंतर्गत परिपक्कता दावे के रूप में देय राशि संचित बोनस सहित बीमा राशि होती है इसमें से बकाया रहा प्रीमियम तथा पॉलिसी ऋण ब्याज सहित कम कर दिया जाता है।
ii. **प्रीमियम की वापसी (आरओपी) योजनाः** कुछ मामलों में पॉलिसी की पूरी अवधि में भुगतान किए गए प्रीमियम पॉलिसी परिपक्व होने पर वापस कर दिए जाते हैं।
iii. **यूनिट लिंक्ड बीमा योजना (यूलिप)ः** यूलिप के मामले में, बीमा कंपनी परिपक्वता दावे के रूप में फंड मूल्य का भुगतान करती है।
iv. **मनी-बैक योजनाः** मनी-बैक पॉलिसी के मामले में बीमा कंपनी परिपक्वता दावे में से पॉलिसी की पूरी अवधि के दौरान दिये उत्तरजीविता लाभ को घटाकर भुगतान करती है।

दावे का भुगतान किए जाने के बाद बीमा अनुबंध समाप्त हो जाता है।

e) मृत्यु दावा

अगर बीमाधारक की मृत्यु, दुर्घटना से या अन्यथा, पॉलिसी की चालू अवधि के दौरान हो जाती है तो बीमा कंपनी बीमा राशि के साथ-साथ संचित बोनसों का भुगतान करती है अगर सहभागी रही है, पॉलिसी के

बकाया ऋण और प्रीमियम तथा उस पर ब्याज घटाकर भुगतान किया जाता है। यह मृत्यु दावा है जिसका भुगतान नामिती या समनुदेशिती या कानूनी वारिस को, चाहे जो भी परिस्थिति हो, किया जाता है। मृत्यु दावा मृत्यु के परिणाम स्वरूप अनुबंध की समाप्ति का द्योतक है।

मृत्यु दावा हो सकता है:

- ✓ शीघ्र (तीन वर्ष से कम पॉलिसी की अवधि) या
- ✓ गैर-शीघ्र (तीन वर्ष से अधिक)

नामिती या समनुदेशिती या कानूनी वारिस को मृत्यु का कारण, तिथि और स्थान के बारे में बीमा कंपनी को सूचित करना होता है।

i. मृत्यु के दावे के लिए प्रस्तुत किए जाने वाले फर्म

दावा दस्तावेज

दावे की कार्यवाही आगे बढ़ाने के लिए लाभार्थी द्वारा निम्नलिखित फार्म बीमा कंपनी को प्रस्तुत किए जाते हैं:

- ✓ नामिती का दावा फार्म
- ✓ दफन या दाह संस्कार का प्रमाणपत्र
- ✓ इलाज करने वाले चिकित्सक का प्रमाणपत्र
- ✓ अस्पताल का प्रमाणपत्र
- ✓ नियोक्ता का प्रमाणपत्र
- ✓ पुलिस की रिपोर्ट की अदालत द्वारा प्रमाणित प्रतियां जैसे प्रथम सूचना रिपोर्ट (एफआईआर), तहकीकात की रिपोर्ट, पोस्टमार्टम रिपोर्ट, अंतिम रिपोर्ट जो दुर्घटना से मृत्यु के मामले में आवश्यक होते हैं।
- ✓ मृत्यु के प्रमाण के रूप में नगर निगम के अधिकारियों आदि द्वारा जारी किया गया मृत्यु प्रमाणपत्र।

चित्र 3: मृत्यु दावे के लिए प्रस्तुत किए जाने वाले फार्म

ii. मृत्यु दावे का अस्वीकारण

मृत्यु दावे का भुगतान या उसे अस्वीकारण किया जा सकता है। दावे पर कार्रवाई करते समय अगर बीमा कंपनी को पता चलता है कि प्रस्तावक ने कोई गलत बयान दिया था या पॉलिसी के लिए प्रासंगिक महत्वपूर्ण तथ्यों को छुपाया था तो अनुबंध अमान्य हो जाता है। पॉलिसी के तहत सभी लाभ जब्त कर लिए जाते हैं।

iii. धारा 45 : निर्विवादिता क्लॉज

तथापि, यह दंड बीमा अधिनियम, 1938 की **धारा 45** के अधीन है।

महत्वपूर्ण

संशोधित धारा 45:

> जीवन बीमा की किसी भी पॉलिसी को पॉलिसी की तारीख से यानी पॉलिसी जारी करने की तारीख या जोखिम शुरू होने की तारीख या पॉलिसी पुनर्जीवित करने की तारीख या पॉलिसी के आरोहक की तारीख, जो भी बाद में आता हो, से तीन वर्षों की अवधि समाप्त होने के बाद सवालों के घेरे में नहीं लाया जाएगा।

iv. मृत्यु की परिकल्पना

कभी-कभी किसी व्यक्ति को गुमशुदा बताया जाता है और उसके ठौर-ठिकाने के बारे में कोई जानकारी नहीं होती है। भारतीय साक्ष्य अधिनियम ऐसे मामलों में मृत्यु को मान लेने का प्रावधान करता है यदि सात वर्षों तक उसके बारे में कुछ भी पता नहीं चलता है। यदि नामिती या उत्तराधिकारी यह दावा करते हैं कि बीमित व्यक्ति लापता है और उसे मृत मान लिया जाना चाहिए, तो बीमा कंपनियां किसी सक्षम न्यायालय से आदेश प्राप्त करने पर जोर डालती हैं। अदालत द्वारा मृत्यु को मान लेने का आदेश मिलने तक प्रीमियम का

भुगतान किया जाना आवश्यक है। बीमा कंपनियां रियायत के रूप में सात वर्ष की अवधि के दौरान देय प्रीमियम को माफ कर सकती हैं।

---

4. जीवन बीमा पॉलिसी के लिए दावा प्रक्रिया

आईआरडीएआई (पॉलिसीधारक के हितों का संरक्षण) विनियम, 2002 के प्रावधान इस प्रकार हैं:

विनियम 8: जीवन बीमा पॉलिसी के संबंध में दावों की कार्यप्रणाली

i. जीवन बीमा पॉलिसी में **प्राथमिक दस्तावेजों** जो आमतौर पर दावे के समर्थन में किसी दावेदार द्वारा प्रस्तुत किया जाना आवश्यक है, का उल्लेख होगा।

ii. जीवन बीमा कंपनी दावा प्राप्त होने पर **बिना विलम्ब दावे पर कार्रवाई** करेगी। कोई भी सवाल या अतिरिक्त दस्तावेजों की आवश्यकता, संभव सीमा तक, **दावे की प्राप्ति के 15 दिनों की अवधि के भीतर**, सभी एक साथ माँगे जाएंगे, न कि अलग-अलग करके।

iii. जीवन बीमा पॉलिसी के तहत दावे का भुगतान किया जाएगा सभी प्रासंगिक कागजात और आवश्यक स्पष्टीकरण प्राप्त होने की तिथि से **30 दिनों के भीतर**, या उस पर कोई विवाद सभी प्रासंगिक कारण देते हुए बताया जाएगा। तथापि, जहां किसी दावे की परिस्थितियां बीमा कंपनी की राय में जांच की मांग करती हैं, यह इस तरह की जांच की शुरुआत कर इसे जल्द से जल्द पूरी कराएगी। जहां बीमा कंपनी की राय में किसी दावे की परिस्थितियां जांच की मांग करती हैं, वह किसी भी मामले में दावा दर्ज करने के समय से अधिक से अधिक 6 महीनों के भीतर, जल्द से जल्द इस तरह की जांच शुरू करेगी और इसे पूरा कराएगी।

iv. अधिनियम की धारा 47 के प्रावधानों के अधीन रहते हुए, जहां कोई दावा भुगतान के लिए तैयार है लेकिन आदाता की समुचित पहचान के किसी भी कारण से इसका भुगतान नहीं किया जा सकता है, जीवन बीमा कंपनी आदाता के लाभ के लिए इस राशि को अपने पास रखेगी और इस तरह की राशि किसी अनुसूचित बैंक के पास बचत बैंक खाते पर लागू दर पर ब्याज अर्जित करेगी (सभी कागजात और जानकारी प्रस्तुत करने के 30 दिनों के बाद से प्रभावी)।

v. जहां उप-विनियम (iv) द्वारा कवर किए गए कारणों के अलावा किसी अन्य वजह से बीमा कंपनी की ओर से दावे पर कार्रवाई करने में देरी हो रही हो, जीवन बीमा कंपनी **दावा राशि पर** इसके द्वारा दावे की समीक्षा किए जाने वाले वित्तीय वर्ष की शुरुआत में **प्रचलित बैंक दर से 2% अधिक की दर पर ब्याज** का भुगतान करेगी।

5. एजेंट की भूमिका

एजेंट सही तरीके से दावा पत्र को भरने और बीमा कंपनी के कार्यालय में इनको जमा करने में सहायता करते हुए नामिती/कानूनी वारिस या लाभार्थी को हर संभव सेवा प्रदान करेगा।

इस तरह की स्थिति से दायित्वों के निर्वहन के अलावा सद्भावना भी उत्पन्न होती है जिससे एजेंट के लिए मृतक के परिवार से भविष्य में व्यवसाय या संदर्भ प्राप्त करने के लिए पर्याप्त अवसर मिलते हैं।

स्व-परीक्षण 1

नीचे दिया गया कौन सा कथन दावे की अवधारणा का सबसे अच्छी तरह वर्णन करता है? सबसे उपयुक्त विकल्प चुनें।

I. दावा एक अनुरोध है कि बीमा कंपनी को अनुबंध में निर्दिष्ट वचन को पूरा करना चाहिए।
II. दावा एक मांग है कि बीमा कंपनी को अनुबंध में निर्दिष्ट वचन को पूरा करना चाहिए
III. दावा एक मांग है कि बीमाधारक को समझौते में निर्दिष्ट प्रतिबद्धता को पूरा करना चाहिए
IV. दावा एक अनुरोध है कि बीमाधारक को समझौते में निर्दिष्ट वचन पूरा करना चाहिए

सारांश

- दावा एक मांग है कि बीमा कंपनी को अनुबंध में निर्दिष्ट वचन पूरा करना चाहिए।
- कोई दावा उत्तरजीविता दावा या मृत्यु दावा हो सकता है। जहां मृत्यु दावा बीमित व्यक्ति की मृत्यु होने पर ही उत्पन्न होता है, वहीं उत्तरजीविता दावे एक या एक से अधिक घटनाओं की वजह से हो सकते हैं।
- उत्तरजीविता दावे के भुगतान के लिए बीमा कंपनी को यह पता लगाना होता है कि घटना पॉलिसी में निर्धारित शर्तों के अनुसार हुई है।
- निम्नलिखित भुगतान पॉलिसी की अवधि के दौरान हो सकते हैं:
  - ✓ उत्तरजीविता लाभ का भुगतान
  - ✓ पॉलिसी का समर्पण
  - ✓ राइडर लाभ
  - ✓ परिपक्वता दावा
  - ✓ मृत्यु दावा
- बीमा अधिनियम की धारा 45 (निर्विवादिता क्लॉज) बीमा कंपनी द्वारा दावे के अस्वीकरण से बीमाधारक की रक्षा करता है, बशर्ते कि पॉलिसी ने **3** वर्ष पूरे कर लिए हों और बीमाधारक ने किसी भी महत्वपूर्ण जानकारी को नहीं छुपाया हो।
- आईआरडीएआई (पॉलिसीधारक के हितों का संरक्षण) विनियम, 2002 के तहत, आईआरडीएआई ने दावों के मामले में बीमाधारक या लाभार्थी की सुरक्षा / बचाव के लिए विनियम निर्धारित किए हैं।

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

दावा एक मांग है कि बीमा कंपनी को अनुबंध में निर्दिष्ट वचन पूरा करना चाहिए।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

नीचे पॉलिसियों की एक सूची दी गई है। कौन सी पॉलिसी के तहत नियत समय के भुगतानों के रूप में दावा भुगतान किया जाता है, पहचान करें।

I. मनी-बैक पॉलिसी

II. यूनिट लिंक्ड बीमा पॉलिसी

III. प्रीमियम वापसी (रिटर्न आफ प्रीमियम-आरओपी) पॉलिसी

IV. मीयादी बीमा पॉलिसी

प्रश्न 2

महेश ने गंभीर बीमारी राइडर के साथ एक जीवन बीमा पॉलिसी खरीदी है। उसने करण के पक्ष में पॉलिसी का पूर्ण समनुदेशन किया है। महेश को दिल का दौरा पड़ता है और गंभीर बीमारी राइडर के तहत 50,000 रुपए का एक दावा उत्पन्न होता है। इस मामले में भुगतान किसे किया जाएगा?

I. महेश

II. करण

III. भुगतान महेश और करण के बीच समान रूप से बांट दिया जाएगा

IV. दोनों में से कोई नहीं, क्योंकि महेश को दिल का दौरा पड़ा है लेकिन पॉलिसी करण के पक्ष में समनुदेशित है

प्रश्न 3

एक कार दुर्घटना में प्रवीण की मृत्यु हो गई। लाभार्थी मृत्यु दावे के लिए दस्तावेज प्रस्तुत करता है। नीचे दिया गया कौन सा दस्तावेज एक अतिरिक्त दस्तावेज है जो स्वाभाविक मौत की तुलना में दुर्घटना मृत्यु के मामले में प्रस्तुत किया जाना आवश्यक है?

I. दफ़न या दाह संस्कार का प्रमाणपत्र

II. इलाज करने वाले चिकित्सक का प्रमाणपत्र

III. नियोक्ता का प्रमाणपत्र

IV. तहकीकात की रिपोर्ट

प्रश्न 4

नीचे दिए गए कौन से मृत्यु दावे को एक शीघ्र मृत्यु दावा माना जाएगा?

II. अगर पॉलिसी अवधि के तीन वर्षों के भीतर बीमाधारक की मृत्यु हो जाती है।
III. अगर पॉलिसी अवधि के पांच वर्षों के भीतर बीमाधारक की मृत्यु हो जाती है।
IV. अगर पॉलिसी अवधि के सात वर्षों के भीतर बीमाधारक की मृत्यु हो जाती है।
V. अगर पॉलिसी अवधि के दस वर्षों के भीतर बीमाधारक की मृत्यु हो जाती है।

प्रश्न 5

नीचे कुछ ऐसी घटनाएं दी गयी हैं जो उत्तरजीविता दावों को जन्म देंगी। पहचान करें, नीचे दिया गया कौन सा कथन असत्य है?

I. मीयादी बीमा पॉलिसी की परिपक्वता पर दावों का भुगतान

II. मनी बैक पॉलिसी के तहत किसी मुकाम पर पहुंचने पर देय एक किश्त

III. राइडर-लाभ के रूप में पॉलिसी के तहत कवर की गयी गंभीर बीमारियों के लिए दावे का भुगतान

IV. पॉलिसीधारक द्वारा एंडाउमेंट पॉलिसी के समर्पण पर किये जाने वाले समर्पण मूल्य का भुगतान

प्रश्न 6

एक निश्चित समय पर पहुंचने पर मनी बैक पॉलिसी के तहत किए गए भुगतान को किस प्रकार के दावे में वर्गीकृत किया जाएगा?

I. मृत्यु दावा

II. परिपक्वता दावा

III. नियत समय पर उत्तरजीविता दावा

IV. समर्पण दावा

प्रश्न 7

शंकर ने एक 10 वर्षीय यूनिट लिंक्ड बीमा योजना खरीदी है। अगर पॉलिसी परिपक्व होने से पहले उसकी मृत्यु हो जाती है तो इनमें से क्या भुगतान किया जाएगा?

I. बीमा धन या फंड मूल्य जो भी कम हो

II. बीमा धन या फंड मूल्य जो भी अधिक हो

III. भुगतान किए गए प्रीमियम बैंक की बचत जमा राशि की तुलना में 2% अधिक ब्याज की दर के साथ वापस किए जाएंगे

IV. समर्पण मूल्य

प्रश्न 8

दावों के वर्गीकरण (शीघ्र या गैर-शीघ्र) के आधार पर बेमेल विकल्प को चुनें।

I. मीयादी बीमा योजना खरीदने के 6 महीने बाद राम्या की मृत्यु हो जाती है
II. मीयादी बीमा योजना खरीदने के डेढ़ वर्ष बाद मनोज की मृत्यु हो जाती है
III. मीयादी बीमा योजना खरीदने के ढ़ाई वर्ष बाद डेविड की मृत्यु हो जाती है
IV. मीयादी बीमा योजना खरीदने के साढ़े पांच वर्ष बाद प्रवीण की मृत्यु हो जाती है

प्रश्न 9

नीचे बीमित व्यक्ति की मृत्यु की स्थिति में सभी लाभार्थियों द्वारा सामान्य मृत्यु दावे के लिए प्रस्तुत किए जाने वाले दस्तावेजों की एक सूची दी गयी है। बेमेल को चुनें जो केवल दुर्घटना मृत्यु के मामले में अतिरिक्त दस्तावेज के रूप में प्रस्तुत किया जाना आवश्यक है।

I. तहकीकात की रिपोर्ट

II. दावा पत्र

III. दफन या दाह संस्कार का प्रमाणपत्र

IV. अस्पताल का प्रमाणपत्र

प्रश्न 10

आईआरडीएआई (पॉलिसीधारकों का हित संरक्षण) विनियम, 2002 के अनुसार, जीवन बीमा पॉलिसी के तहत दावे का भुगतान या उस पर विवाद सभी प्रासंगिक कागजात और आवश्यक स्पष्टीकरण प्राप्त होने की तिथि से _____ के भीतर बताया जाएगा।

I. 7 दिन

II. 15 दिन

III. 30 दिन

IV. 45 दिन

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प I है।

एक मनी बैक पॉलिसी के मामले में दावा भुगतान नियत समय के भुगतान के रूप में किया जाता है।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

इस मामले में 50,000 रुपए का पूरा भुगतान करण को किया जाएगा क्योंकि पॉलिसी का समनुदेशन एक पूर्ण आधार पर करण के पक्ष में किया गया है।

उत्तर 3

सही विकल्प IV है।

नामिती द्वारा दावा पत्र, दफन या दाह संस्कार का प्रमाणपत्र, इलाज करने वाले चिकित्सक का प्रमाणपत्र, अस्पताल का प्रमाणपत्र, नियोक्ता का प्रमाणपत्र आदि जैसे दस्तावेज़ स्वाभाविक मौत के साथ-साथ दुर्घटना मृत्यु के मामले में प्रस्तुत किया जाना आवश्यक है।

प्रथम सूचना रिपोर्ट (एफआईआर), तहकीकात की रिपोर्ट, पोस्टमार्टम रिपोर्ट, अंतिम रिपोर्ट आदि अतिरिक्त दस्तावेज हैं जिन्हें स्वाभाविक मृत्यु की तुलना में दुर्घटना मृत्यु के मामले में प्रस्तुत किया जाना आवश्यक है।

उत्तर 4

सही विकल्प I है।

अगर पॉलिसी अवधि के तीन वर्षों के भीतर बीमाधारक की मृत्यु हो जाती है तो मृत्यु दावे को शीघ्र दावे के रूप में देखा जाएगा।

उत्तर 5

सही विकल्प I है।

विकल्प I गलत है। मीयादी बीमा पॉलिसी की परिपक्वता पर कोई दावा भुगतान नहीं होता है।

उत्तर 6

सही विकल्प III है।

निश्चित समय पर पहुंचने पर मनी-बैक पॉलिसी के तहत किए गए भुगतान को नियत कालिक उत्तरजीविता दावे के तहत वर्गीकृत किया जाएगा।

उत्तर 7

सही विकल्प II है।

अगर यूलिप पॉलिसी की परिपक्वता से पहले शंकर की मौत हो जाती है तो बीमा राशि या फंड मूल्य, जो भी अधिक हो, का भुगतान किया जाएगा।

उत्तर 8

सही विकल्प IV है।

विकल्प IV बेमेल विकल्प है क्योंकि इसे एक गैर-शीघ्र दावे के रूप में देखा जाएगा।विकल्प I, II और III को शीघ्र दावों के रूप में देखा जाएगा।

उत्तर 9

सही विकल्प I है।

तहकीकात की रिपोर्ट दुर्घटना से होने वाली मृत्यु के मामले में अतिरिक्त दस्तावेज के रूप में प्रस्तुत किया जाना आवश्यक है।दावा पत्र, दफन या दाह संस्कार प्रमाणपत्र, अस्पताल का प्रमाणपत्र जैसे अन्य दस्तावेजों को बीमित व्यक्ति की मृत्यु की स्थिति में सभी लाभार्थियों द्वारा प्रस्तुत किया जाना आवश्यक है।

उत्तर 10

सही विकल्प III है।

आईआरडीए आई (पॉलिसीधारकों का हित संरक्षण) विनियम, 2002 के अनुसार, किसी जीवन बीमा पॉलिसी के तहत किसी दावे का भुगतान या उस पर विवाद सभी प्रासंगिक कागजात और आवश्यक स्पष्टीकरण प्राप्त होने की तिथि से 30 दिनों के भीतर बताया जाएगा।

अनुभाग 3

स्वास्थ्य बीमा

अध्याय 17

स्वास्थ्य बीमा का परिचय

अध्याय परिचय

यह अध्याय आपको बताएगा कि समय के साथ बीमा का विकास कैसे हुआ है। यह स्वास्थ्य की देखभाल, स्वास्थ्य सेवा के स्तरों और स्वास्थ्य सेवा के प्रकारों के बारे में भी समझाएगा। आप भारत में स्वास्थ्य सेवा व्यवस्था और इसे प्रभावित करने वाले कारकों के बारे में भी जानेंगे। अंत में, यह भारत में स्वास्थ्य बीमा बाजार के विकास और भारत के स्वास्थ्य बीमा बाजार के विभिन्न खिलाड़ियों के बारे में स्पष्ट करेगा।

अध्ययन के परिणाम

A. बीमा का इतिहास और भारत में बीमा का विकास
B. स्वास्थ्य सेवा क्या है
C. स्वास्थ्य सेवा का स्तर
D. स्वास्थ्य सेवा के प्रकार
E. भारत में स्वास्थ्य व्यवस्था को प्रभावित करने वाले कारक
F. भारत में स्वास्थ्य बीमा का विकास
G. स्वास्थ्य बीमा बाजार

इस अध्याय को पढ़ने के बाद आप इन बातों में सक्षम होंगेः

1. बीमा का विकास कैसे हुआ, इसे समझना।
2. स्वास्थ्य सेवा की अवधारणा और स्वास्थ्य सेवा के प्रकारों एवं स्तरों का वर्णन करना।
3. भारत में स्वास्थ्य सेवा को प्रभावित करने वाले कारकों और आजादी के बाद की प्रगति का मूल्यांकन करना।
4. भारत में स्वास्थ्य बीमा के विकास पर चर्चा करना।
5. भारत के स्वास्थ्य बीमा बाजार को जानना।

A. बीमा का इतिहास और भारत में बीमा का विकास

कहा जाता है कि बीमा किसी न किसी रूप में हजारों साल पहले से अस्तित्व में रहा है। वर्षों से विभिन्न सभ्यताओं ने पूलिंग की अवधारणा और समुदाय के कुछ सदस्यों द्वारा उठाए गए सभी नुकसानों को अपने बीच विभाजित करने की प्रथा को अपनाया है। आज हम यह जानते हैं फिर भी, बीमा के व्यवसाय, केवल दो या तीन सदियों पहले शुरू हुआ। फिर भी बीमा का कारोबार, जिस रूप में आज हम इसे जानते हैं, केवल दो या तीन सदी पहले शुरू हुआ था।

1. आधुनिक व्यावसायिक बीमा

बीमा की अवधारणा के माध्यम से नियंत्रित किए जाने वाले जोखिमों का सबसे पुराना प्रकार समुद्री दुर्घटना के कारण होने वाला प्रकार था - जिसे हम समुद्री जोखिम कहते हैं। इस प्रकार समुद्री बीमा, बीमा के कई प्रकारों में से पहला था।

हालांकि, आधुनिक बीमा का सबसे पुराना प्रकार 14वीं सदी में यूरोप में, विशेष रूप से इटली में व्यवसाय मंडलियों या सोसायटियों द्वारा सुरक्षा के रूप में था। ये मंडलियां एक सदस्यता आधार पर शिपिंग संबंधी नुकसानों, आग, सदस्यों की मौत या पशुधन की हानि के कारण सदस्यों को होने वाले नुकसानों के वित्तपोषण का काम करती थीं। आग बीमा का एक रूप, जैसा कि आज हम इसे जानते हैं, 1591 में हैम्बर्ग में अस्तित्व में रहा प्रतीत होता है।

जैसा कि इंग्लैंड के मामले में, 1666 में लंदन की भीषण आग, जिसमें शहर का अधिकांश हिस्सा और 13,000 से अधिक मकान नष्ट हो गए थे, इसने बीमा को बढ़ावा देने का काम किया और 1680 में 'फायर ऑफिस' नामक पहली आग बीमा कंपनी की शुरुआत हुई।

लॉयड्सः आज प्रचलित बीमा कारोबार का मूल लंदन में लॉयड के कॉफी हाउस में देखा जाता है। वहां इकट्ठा होने वाले व्यापारी जहाज़ों द्वारा ढोए जाने वाले अपने सामानों के समुद्री आपदाओं के कारण होने वाले नुकसान को साझा करने पर सहमत होते थे। इस तरह के नुकसान समुद्री खतरों के कारण हुआ करते थे, जैसे समुद्री डाकू जो गहरे समुद्र में सामानों को लूट लेते थे या समुद्र के खराब मौसम के कारण सामान खराब हो जाते थे या किसी भी कारण से जहाज का डूब जाना।

2. भारत में आधुनिक व्यावसायिक बीमा का इतिहास

भारत में आधुनिक बीमा की शुरुआत वर्ष 1800 के प्रारंभ में या उसके आसपास हुई थी जब विदेशी बीमा कंपनियों की एजेंसियों ने समुद्री बीमा व्यवसाय प्रारंभ किया। भारत में स्थापित पहली जीवन बीमा कंपनी की स्थापना 1818 में एक अंग्रेजी कंपनी, ओरिएंटल लाइफ इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड के रूप में हुई थी और पहली गैर-जीवन बीमा कंपनी 1850 में स्थापित ट्राइटन इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड थी, दोनों की स्थापना कलकत्ता में हुई थी।

पहली संपूर्ण भारतीय बीमा कंपनी 1870 में मुंबई में स्थापित बॉम्बे म्युचुअल एश्योरेंस सोसायटी लिमिटेड थी। बाद में सदी के मोड़ पर स्वदेशी आंदोलन के परिणाम स्वरूप कई अन्य भारतीय कंपनियां स्थापित की गयीं।

1912 में बीमा व्यवसाय को विनियमित करने के लिए जीवन बीमा कंपनी अधिनियम और भविष्य निधि अधिनियम पारित किए गए। जीवन बीमा कंपनी अधिनियम, 1912 ने प्रीमियम-दर तालिकाओं और समय-समय पर कंपनियों के मूल्यांकन को एक बीमांकिक द्वारा प्रमाणित होना अनिवार्य कर दिया। हालांकि भारतीय और विदेशी कंपनियों के बीच भेदभाव जारी रहा।

भारत की सबसे पुरानी बीमा कंपनी नेशनल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड है जो आज भी मौजूद है, इसकी स्थापना 1906 में हुई थी।

परिस्थिति की जरूरत के आधार पर, भारतीय बीमा उद्योग की निगरानी सरकार द्वारा की गयी, इसे राष्ट्रीयकृत और फिर अराष्ट्रीयकृत किया गया और यह सब कुछ इस प्रकार घटित हुआः

a) जीवन बीमा का राष्ट्रीयकरण

जीवन बीमा व्यवसाय को 1 सितंबर 1956 में राष्ट्रीयकृत किया गया और भारतीय जीवन बीमा निगम (एलआईसी) का गठन किया गया। उस समय भारत में 170 कंपनियां और 75 भविष्य निधि सोसायटियां जीवन बीमा कारोबार में संलग्न थीं। 1956 से 1999 तक भारत में जीवन बीमा कारोबार करने का एकमात्र अधिकार एलआईसी के पास था।

b) गैर-जीवन बीमा का राष्ट्रीयकरण

1972 में साधारण बीमा व्यवसाय राष्ट्रीयकरण अधिनियम (जिबना) के पारित होने के साथ गैर-जीवन बीमा कारोबार का भी राष्ट्रीयकरण किया गया और भारतीय साधारण बीमा निगम (जीआईसी) और उसकी चार सहायक कंपनियों का गठन किया गया। उस समय भारत में गैर-जीवन बीमा कारोबार कर रही 106 बीमा कंपनियों का विलय करके भारतीय जीआईसी की चार सहायक कंपनियां स्थापित की गयीं।

c) मल्होत्रा समिति और आईआरडीए

1993 में निजी कंपनियों के प्रवेश के रूप में प्रतिस्पर्धा के एक तत्व को पुनर्प्रस्तुत करने सहित उद्योग के विकास के लिए परिवर्तन का पता लगाने और सिफारिश करने के लिए मल्होत्रा समिति का गठन किया गया। समिति ने 1994 में अपनी रिपोर्ट प्रस्तुत की। 1997 में बीमा नियामक प्राधिकरण (आईआरए) की स्थापना की गयी।

d) बीमा नियामक एवं विकास अधिनियम 1999 के पारित होने के कारण "पॉलिसी धारकों के हितों की रक्षा करने और बीमा उद्योग का सुव्यवस्थित विकास सुनिश्चित करने, इसे विनियमित करने और बढ़ावा देने के लिए" एक सांविधिक नियामक संस्था" के रूप में अप्रैल 2000 में बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीए) का गठन किया गया"।

e) जीआईसी का पुनर्गठन

जीआईसी को एक राष्ट्रीय पुनर्बीमा कंपनी में परिवर्तित कर दिया गया और उसकी चार सहायक कंपनियों को स्वतंत्र कंपनियों के रूप में पुनर्गठित किया गया। दिसम्बर, 2000 में संसद ने एक विधेयक पारित किया जिसने जुलाई, 2002 में चार सहायक कंपनियों को जीआईसी से अलग कर दिया। ये कंपनियां हैं -

- ✓ नेशनल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड
- ✓ ओरिएंटल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड
- ✓ न्यू इंडिया एश्योरेंस कंपनी लिमिटेड
- ✓ युनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड

f) वर्तमान जीवन बीमा उद्योग

24 बीमा कंपनियां "जीवन बीमा" कंपनियों के रूप में पंजीकृत हैं। यह सूची नीचे दी गई है।

g) वर्तमान गैर-जीवन बीमा उद्योग

28 बीमा कंपनियां "साधारण बीमा" कंपनियों के रूप में पंजीकृत हैं।

i. भारतीय कृषि बीमा कंपनी लिमिटेड (एग्रीकल्चर इंश्योरेंस कंपनी ऑफ इंडिया लिमिटेड) फसल बीमा/ग्रामीण बीमा से संबंधित जोखिम के लिए एक विशेषज्ञ बीमा कंपनी है।

ii. भारतीय निर्यात ऋण एवं गारंटी निगम निर्यात ऋण से संबंधित जोखिमों के लिए एक विशेषज्ञ बीमा कंपनी है।

iii. 5 एकल स्वास्थ्य बीमा कंपनियां हैं।

iv. बाकी कंपनियां सभी प्रकार के साधारण बीमा कारोबार को संचालित करती हैं।

जीवन बीमा कंपनियों की सूची :

1. एगॉन रेलिगेयर लाइफ इंश्योरेंस	13. आईडीबीआई फेडरल लाइफ इंश्योरेंस
2. अवीवा लाइफ इंश्योरेंस	14. इंडिया फर्स्ट लाइफ इंश्योरेंस
3. बजाज आलियांज लाइफ इंश्योरेंस	15. कोटक महिंद्रा ओल्ड म्युचुअल लाइफ इंश्योरेंस
4. भारती अक्सा लाइफ इंश्योरेंस	16. जीवन बीमा निगम
5. बिड़ला सन लाइफ इंश्योरेंस	17. मैक्स लाइफ इंश्योरेंस
6. कैनरा एचएसबीसी ओबीसी लाइफ इंश्योरेंस	18. पीएनबी मेटलाइफ
7. डीएचएफएल प्रामेरिका लाइफ इंश्योरेंस	19. रिलायंस लाइफ इंश्योरेंस
8. एडलवाइस लाइफ इंश्योरेंस	20. सहारा इंडिया लाइफ इंश्योरेंस
9. एक्साइड लाइफ इंश्योरेंस	21. एसबीआई लाइफ इंश्योरेंस
10. फ्यूचर जनराली लाइफ इंश्योरेंस	22. श्रीराम लाइफ इंश्योरेंस
11. एचडीएफसी स्टैंडर्ड लाइफ इंश्योरेंस	23. स्टार यूनियन दाई-इची लाइफ
12. आईसीआईसीआई प्रूडेंशियल लाइफ	

इंश्योरेंस	इंश्योरेंस 24. टाटा एआईए लाइफ इंश्योरेंस

एकल स्वास्थ्य बीमा कंपनियां

(1) बजाज आलियांज जनरल इंश्योरेंस

(2) फ्यूचर जनराली जनरल इंश्योरेंस

(3) ओरिएंटल इंश्योरेंस

(4) टाटा एआईजी जनरल इंश्योरेंस

(5) स्टार हेल्थ इंश्योरेंस

साधारण बीमा कंपनियों की सूची :

1. कृषि बीमा कंपनी	12. मैग्मा एचडीआई जनरल इंश्योरेंस
2. बजाज आलियांज जनरल इंश्योरेंस	13. नेशनल इंश्योरेंस
3. भारती एक्सा जनरल इंश्योरेंस	14. न्यू इंडिया एश्योरेंस
4. चोलामंडलम एमएस जनरल इंश्योरेंस	15. ओरिएंटल इंश्योरेंस
5. निर्यात ऋण गारंटी निगम	16. रहेजा क्यूबीई जनरल इंश्योरेंस
6. फ्यूचर जनराली जनरल इंश्योरेंस	17. रिलायंस जनरल इंश्योरेंस
7. एचडीएफसी एर्गो जनरल इंश्योरेंस	18. रॉयल सुंदरम जनरल इंश्योरेंस
8. आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस	19. एसबीआई जनरल इंश्योरेंस
9. इफको टोकियो जनरल इंश्योरेंस	20. श्रीराम जनरल इंश्योरेंस
10. एलएंडटी जनरल इंश्योरेंस	21. टाटा एआईजी जनरल इंश्योरेंस
11. लिबर्टी वीडियोकॉन जनरल इंश्योरेंस	22. यूनाइटेड इंडिया इंश्योरेंस
	23. यूनिवर्सल सोम्पो जनरल इंश्योरेंस

B. स्वास्थ्य सेवा (हेल्थकेयर) क्या है

आपने "स्वास्थ्य ही धन है" कहावत के बारे में सुना होगा। क्या आपने कभी यह जानने की कोशिश है कि वास्तव में स्वास्थ्य का क्या मतलब है? 'स्वास्थ्य' (health) शब्द की उत्पत्ति 'hoelth' शब्द से हुई थी जिसका मतलब है ''शरीर की आरोग्यता'।

पुराने जमाने में स्वास्थ्य को एक 'दिव्य उपहार' माना जाता था और बीमारी को संबंधित व्यक्ति द्वारा किए गये पापों का कारण माना जाता था। बीमारी के पीछे के कारणों को सामने लाने वाले व्यक्ति हिप्पोक्रेट्स (460-370 ईसा पूर्व) थे। उनके अनुसार बीमारी पर्यावरण, सफाई, व्यक्तिगत स्वच्छता और आहार से संबंधित विभिन्न कारकों के कारण होती है।

आयुर्वेद की भारतीय प्रणाली, जो हिप्पोक्रेट्स से कई सदियों पहले से अस्तित्व में है, स्वास्थ्य को चार तरल पदार्थों: रक्त, पीला पित्त, काला पित्त और कफ के एक नाजुक संतुलन के रूप में मानती आयी है और इन तरल पदार्थों का असंतुलन खराब स्वास्थ्य का कारण बनता है। भारतीय चिकित्सा के जनक सुश्रुत को ऐसी जटिल शल्य चिकित्साओं का श्रेय दिया जाता है जो उन दिनों पश्चिम में भी अज्ञात थी।

एक समय अवधि में आधुनिक चिकित्सा एक जटिल विज्ञान में विकसित हुई है और अब आधुनिक चिकित्सा का लक्ष्य सिर्फ बीमारी का इलाज नहीं रह गया है बल्कि इसमें बीमारी की रोकथाम और जीवन की गुणवत्ता को बढ़ावा देना भी शामिल हो गया है। स्वास्थ्य की एक व्यापक रूप से स्वीकार्य परिभाषा 1948 में विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा दी गयी है; इसमें कहा गया है कि "स्वास्थ्य एक पूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की अवस्था है, न कि सिर्फ बीमारी की अनुपस्थिति"। यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि आयुर्वेद जैसी भारतीय चिकित्सा प्रणाली ने अनादि काल से स्वास्थ्य के इस तरह के संपूर्ण दृष्टिकोण को शामिल किया है।

परिभाषा

विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ): स्वास्थ्य एक संपूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की अवस्था है, न कि सिर्फ बीमारी की अनुपस्थिति।

स्वास्थ्य के निर्धारक

आम तौर पर ऐसा माना जाता है कि निम्नलिखित कारक किसी भी व्यक्ति के स्वास्थ्य का निर्धारण करते हैं:

a) जीवनशैली के कारक

जीवनशैली के कारक ऐसे कारक हैं जो अधिकांशतः संबंधित व्यक्ति के नियंत्रण में रहते हैं जैसे व्यायाम करना और सीमाओं के भीतर भोजन करना, चिंता से बचना और अच्छे स्वास्थ्य की ओर बढ़ने को पसंद करना; और धूम्रपान, मादक पदार्थों का सेवन, असुरक्षित यौन संबंध और गतिहीन जीवनशैली (व्यायाम रहित) आदि जैसी खराब जीवनशैली और आदतें कैंसर, एड्स, उच्च रक्तचाप और मधुमेह जैसी बीमारियों का कारण बनती हैं।

हालांकि सरकार इस तरह के आचरण को नियंत्रित / प्रभावित करने (जैसे नशीली दवाओं का सेवन करने वाले लोगों को गैर-जमानती कारावास के साथ दंडित करना, तंबाकू उत्पादों पर अत्यधिक कर लगाना आदि) में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाती है, फिर भी एक व्यक्ति की व्यक्तिगत जिम्मेदारी जीवनशैली के कारकों के कारण होने वाली बीमारियों को नियंत्रित करने में एक निर्णायक भूमिका निभाती है।

b) पर्यावरणीय कारक

सुरक्षित पेयजल, स्वच्छता और पोषण स्वास्थ्य के लिए महत्वपूर्ण हैं जिनका अभाव स्वास्थ्य संबंधी गंभीर समस्याओं का कारण बनाता है जैसा कि दुनिया भर में, ख़ास तौर पर विकासशील देशों में देखा जाता है। इन्फ्लुएंजा और चेचक जैसे संक्रामक रोग खराब स्वच्छता व्यवस्था के कारण फैलते हैं, मलेरिया और डेंगू जैसी बीमारियां पर्यावरण की खराब स्वच्छता की वजह से फैलते हैं जबकि कुछ बीमारियां पर्यावरणीय कारकों की वजह से भी होती हैं, जैसे कुछ विनिर्माण उद्योगों में काम कर रहे लोग पेशागत जोखिमों से संबंधित बीमारियों के प्रति संवेदनशील होते हैं, जैसे कि एस्बेस्टस निर्माण में काम करने वाले श्रमिकों पर एस्बेस्टस का और कोयला खदानों में काम करने वाले श्रमिकों पर फेफड़ों की बीमारियों का खतरा रहता है।

c) आनुवंशिक कारक

बीमारियां जीन के माध्यम से माता-पिता से बच्चों में जा सकती हैं। इस तरह के आनुवंशिक कारकों के परिणाम स्वरूप जाति, भौगोलिक स्थिति और यहां तक कि समुदायों के आधार पर दुनिया भर में फ़ैली आबादी में स्वास्थ्य के अलग-अलग रुझान देखने को मिलते हैं।

यह काफी स्पष्ट है कि किसी देश की सामाजिक और आर्थिक प्रगति उसकी जनता के स्वास्थ्य पर निर्भर करती है। एक स्वस्थ आबादी न केवल आर्थिक गतिविधि के लिए उत्पादक कार्यबल प्रदान करती है बल्कि बहुमूल्य संसाधनों को भी मुक्त कर देती है जो भारत जैसे एक विकासशील देश के लिए बहुत अधिक महत्वपूर्ण है। व्यक्तिगत स्तर पर, खराब स्वास्थ्य आजीविका के नुकसान, दैनिक आवश्यक गतिविधियों के निष्पादन की क्षमता का कारण बन सकता है और लोगों को गरीबी और यहां तक कि आत्महत्या की ओर भी धकेल सकता है।

इस प्रकार दुनिया भर की सरकारें अपने लोगों के स्वास्थ्य और कल्याण की व्यवस्था करने के उपाय करती हैं और सभी नागरिकों के लिए स्वास्थ्य सेवा की पहुंच और किफायती होना सुनिश्चित करती हैं। इसलिए स्वास्थ्य सेवा पर 'खर्च' आम तौर पर हर देश की जीडीपी का एक महत्वपूर्ण भाग होता है।

यह एक प्रश्न बन गया है कि क्या विभिन्न परिस्थितियों के लिए स्वास्थ्य सेवा के विभिन्न प्रकारों की आवश्यकता है।

C. स्वास्थ्य सेवा के स्तर

स्वास्थ्य सेवा कुछ और नहीं बल्कि सरकार सहित विभिन्न एजेंसियों और प्रदाताओं द्वारा लोगों के स्वास्थ्य को बढ़ावा देने, बनाए रखने, निगरानी करने या बहाल करने के लिए प्रदान की जाने वाली सेवाओं का एक सेट है। एक प्रभावशाली स्वास्थ्य सेवा ऐसी होनी चाहिए:

- लोगों की जरूरतों के लिए उपयुक्त
- व्यापक
- पर्याप्त
- आसानी से उपलब्ध
- किफायती

व्यक्ति की स्वास्थ्य की स्थिति हर व्यक्ति में भिन्न होती है। सभी प्रकार की स्वास्थ्य समस्याओं के लिए एक ही स्तर पर बुनियादी सुविधाएं उपलब्ध करना न तो व्यावहारिक है और न ही आवश्यक है। स्वास्थ्य देखभाल की सुविधाएं एक आबादी के लिए बीमारी की घटनाओं की संभावना पर आधारित होनी चाहिए। उदाहरण के लिए, किसी व्यक्ति को बुखार, सर्दी, खांसी, त्वचा की एलर्जी आदि एक वर्ष में कई बार हो सकती है, लेकिन उसके हेपेटाइटिस बी से ग्रस्त होने की संभाव्यता सर्दी और खांसी की तुलना में कम होती है।

इसी प्रकार, एक ही व्यक्ति के दिल की बीमारी या कैंसर जैसी एक गंभीर बीमारी से पीड़ित होने की संभावना हेपेटाइटिस बी की तुलना में कम होती है। इसलिए, किसी भी क्षेत्र में चाहे वह एक गांव हो या एक जिला या एक राज्य, स्वास्थ्य देखभाल की सुविधाएं स्थापित करने की जरूरत स्वास्थ्य सेवा के विभिन्न कारकों पर आधारित होगी जिन्हें उस क्षेत्र के सूचक कहते हैं, जैसे:

- ✓ जनसंख्या का आकार
- ✓ मृत्यु-दर
- ✓ बीमारी की दर
- ✓ विकलांगता की दर
- ✓ लोगों का सामाजिक और मानसिक स्वास्थ्य
- ✓ लोगों की सामान्य पोषण की स्थिति
- ✓ पर्यावरणीय कारक जैसे क्या यह एक खनन क्षेत्र या औद्योगिक क्षेत्र है
- ✓ संभव स्वास्थ्य सेवा प्रदाता प्रणाली जैसे दिल का डॉक्टर एक गांव में आसानी से उपलब्ध
- ✓ नहीं हो सकता है लेकिन एक जिला शहर में हो सकता है
- ✓ स्वास्थ्य देखभाल प्रणाली के उपयोग होने की कितनी संभावना है
- ✓ सामाजिक-आर्थिक कारक जैसे किफायती होना

उपरोक्त कारकों के आधार पर सरकार प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक स्वास्थ्य सेवा केन्द्रों की स्थापना करने पर फैसला करती है और आबादी के लिए उचित स्वास्थ्य सेवा को किफायती और सुलभ बनाने के अन्य उपाय करती है।

D. स्वास्थ्य सेवा के प्रकार

स्वास्थ्य को मोटे तौर पर इस प्रकार वर्गीकृत किया जाता है:

1. प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा का मतलब है डॉक्टरों, नर्सों और अन्य छोटे क्लीनिकों द्वारा उपलब्ध करायी जाने वाली सेवाएं जिनसे रोगी किसी भी बीमारी के लिए सबसे पहले संपर्क करते हैं, ऐसा कहा जाता है कि प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाता एक स्वास्थ्य प्रणाली के भीतर सभी रोगियों के लिए संपर्क का पहला बिंदु है।

विकसित देशों में प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल पर अधिक ध्यान दिया जाता है ताकि स्वास्थ्य समस्याओं के व्यापक, जटिल और दीर्घकालिक या गंभीर होने से पहले उनसे निबट लिया जाए। इसके अलावा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रतिष्ठान निवारक स्वास्थ्य देखभाल, टीकाकरण, जागरूकता, चिकित्सा परामर्श आदि पर ध्यान केंद्रित करते हैं और जरूरत पड़ने पर रोगी को अगले स्तर के विशेषज्ञों के पास भेज देते हैं।

उदाहरण के लिए, अगर कोई व्यक्ति को बुखार के लिए किसी डॉक्टर से संपर्क करता है और पहली जांच में डेंगू बुखार का संकेत मिलता है तो प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाता कुछ दवाएं लेने की सलाह देगा लेकिन वह मरीज को विशेष उपचार के लिए एक अस्पताल में भर्ती कराने का भी निर्देश देगा। प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल के अधिकांश मामलों में डॉक्टर एक 'परिवारिक चिकित्सक' की तरह कार्य करता है जहां परिवार के सभी सदस्य किसी भी मामूली बीमारी के लिए डॉक्टर से संपर्क करते हैं।

यह पद्धति आनुवंशिक कारकों पर आधारित लक्षणों के लिए दवाएं बताने और उचित चिकित्सा सलाह देने में भी चिकित्सक की सहायता करती है। उदाहरण के लिए, डॉक्टर पैतृक मधुमेह का इतिहास रखने वाले रोगी को संभव सीमा तक मधुमेह से बचने के लिए युवावस्था से ही जीवनशैली को लेकर चौकस होने की सलाह देगा।

देशव्यापी स्तर पर सरकार और निजी कंपनियों के द्वारा प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केन्द्रों की स्थापना की जाती है। सरकारी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल केन्द्रों की स्थापना जनसंख्या के आकार पर निर्भर करती है और किसी न किसी रूप में ग्रामीण स्तर तक उपलब्ध होती हैं।

2. द्वितीयक स्वास्थ्य सेवा

द्वितीयक स्वास्थ्य सेवा चिकित्सा विशेषज्ञों और अन्य स्वास्थ्य पेशेवरों द्वारा प्रदान की जाने वाली स्वास्थ्य सेवाओं को दर्शाती है जिनसे रोगी आम तौर पर सबसे पहले संपर्क नहीं करता है। इसमें तीव्र देखभाल शामिल है जिसमें अक्सर (लेकिन जरूरी नहीं) एक अंतःरोगी के रूप में एक गंभीर बीमारी के लिए एक छोटी अवधि के उपचार की आवश्यकता होती है जिसमें गहन देखभाल सेवाएं, एम्बुलेंस की सुविधाएं, पैथोलॉजी, नैदानिक और अन्य प्रासंगिक चिकित्सा सेवाएं सम्मिलित हैं।

अधिकांशतः प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं / प्राथमिक चिकित्सकों द्वारा रोगियों को द्वितीयक सेवा के पास भेजा जाता है। कुछ उदाहरणों में, द्वितीयक सेवा प्रदाता समेकित सेवाएं प्रदान करने के क्रम में 'आंतरिक' प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा केंद्र भी चलाते हैं।

अधिकतर द्वितीयक स्वास्थ्य सेवा प्रदाता तालुक/ब्लॉक स्तर पर उपलब्ध होते हैं जो जनसंख्या के आकार पर निर्भर करता है।

3. तृतीयक स्वास्थ्य सेवा

तृतीयक स्वास्थ्य सेवा आम तौर पर अंतःरोगियों के लिए और द्वितीयक/प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं से रेफरल पर प्रदान की जाने वाली विशेषज्ञ परामर्शदात्री स्वास्थ्य सेवा है। तृतीयक सेवा प्रदाता ज्यादातर राज्यों की राजधानियों में और कुछ जिला मुख्यालय में भी उपलब्ध होते हैं।

तृतीयक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के उदाहरण ऐसे प्रदाता हैं जिनके पास द्वितीयक स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के दायरे से परे उन्नत चिकित्सा सुविधाएं और चिकित्सा पेशेवर उपलब्ध होते हैं, जैसे ओंकोलॉजी (कैंसर उपचार), अंग प्रत्यारोपण की सुविधाएं, उच्च जोखिम गर्भावस्था विशेषज्ञ आदि।

यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि चिकित्सा सेवा का स्तर बढ़ने के साथ-साथ सेवा के साथ जुड़े खर्चों में भी वृद्धि होती है। जहां लोगों को प्राथमिक देखभाल के लिए भुगतान करना अपेक्षाकृत आसान लग सकता है, जब द्वितीयक सेवा की बात आती है तो इसका खर्च उठाना उनके लिए कठिन हो जाता है और तृतीयक देखभाल की बात आने पर यह बहुत अधिक मुश्किल हो जाता है। इसके अलावा देखभाल के विभिन्न स्तरों के लिए बुनियादी सुविधाएं अलग-अलग देश, ग्रामीण-शहरी क्षेत्रों के लिए भिन्न होती हैं जबकि सामाजिक-आर्थिक कारक भी इसे प्रभावित करते हैं।

E. भारत में स्वास्थ्य व्यवस्था को प्रभावित करने वाले कारक

भारतीय स्वास्थ्य व्यवस्था को कई समस्याओं और चुनौतियों का सामना करना पड़ा है और यह सिलसिला आज भी जारी है। नतीजतन, ये स्वास्थ्य सेवा प्रणाली की प्रकृति और सीमा तथा व्यक्तिगत स्तर पर आवश्यकता और संरचनात्मक स्तर पर स्वास्थ्य संगठन को प्रभावित करते हैं। इनकी चर्चा नीचे की गयी हैं:

1. जनसांख्यिकीय या जनसंख्या से संबंधित रुझान

a) भारत दुनिया की दूसरी सबसे बड़ी आबादी वाला देश है।

b) यह हमें जनसंख्या वृद्धि के साथ जुड़ी समस्याओं के दायरे में लाता है।

c) गरीबी के स्तर का भी चिकित्सा सेवा के लिए भुगतान करने की लोगों की क्षमता पर प्रभाव पड़ता रहा है।

2. सामाजिक रुझान

a) शहरीकरण बढ़ने या लोगों के ग्रामीण से शहरी क्षेत्रों की ओर बढ़ने के कारण स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने में चुनौतियां उत्पन्न हुई हैं।

b) ग्रामीण क्षेत्रों में मुख्य रूप से चिकित्सा सुविधाओं की उपलब्धता और सुलभता की कमी और किफायती नहीं होने के कारण स्वास्थ्य समस्याएं बनी रहती हैं।

c) एक अधिक गतिहीन जीवनशैली की ओर बढ़ना जहां अपने आप के लिए व्यायाम करने की जरूरत कम हो जाती है, यह मधुमेह और उच्च रक्तचाप जैसी नई प्रकार बीमारियों का कारण बनता है।

3. जीवन प्रत्याशा (दीर्घायु होना)

a) जीवन प्रत्याशा आज जन्मे एक बच्चे की अपेक्षित वर्षों तक जीवित रहने को दर्शाती है।

b) जीवन प्रत्याशा आजादी के समय 30 वर्षों से बढ़ कर आज 60 वर्षों की हो गयी है लेकिन यह उस लंबे जीवनकाल की गुणवत्ता से संबंधित समस्याओं का समाधान नहीं करती है।

c) यह 'स्वस्थ जीवन प्रत्याशा' की एक नई अवधारणा को जन्म देता है।

d) इसमें 'वृद्धावस्था' (बुढ़ापे से संबंधित) की बीमारियों के लिए बुनियादी सुविधाओं के निर्माण की आवश्यकता होती है।

F. भारत में स्वास्थ्य बीमा का विकास

जहां सरकार स्वास्थ्य सेवा पर अपने नीतिगत फैसलों के साथ व्यस्त रही है, इसने स्वास्थ्य बीमा योजनाएं भी प्रस्तुत की है। इसके बाद ही स्वास्थ्य बीमा कंपनियां अपनी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां लेकर आयी हैं। भारत में स्वास्थ्य बीमा का विकास इस प्रकार हुआ है:

a) कर्मचारी राज्य बीमा योजना

भारत में स्वास्थ्य बीमा की औपचारिक रूप से शुरुआत कर्मचारी राज्य बीमा योजना के साथ हुई थी जिसे 1947 में देश की आजादी के कुछ ही समय बाद ईएसआई अधिनियम, 1948 के आधार पर शुरू किया गया था।यह योजना औपचारिक निजी क्षेत्र में कार्यरत अंत्यावसायी कामगारों के लिए शुरू की गयी थी और अपने स्वयं के औषधालयों और अस्पतालों के एक नेटवर्क के माध्यम से व्यापक स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करती है।

ईएसआईसी (कर्मचारी राज्य बीमा निगम) कार्यान्वयन एजेंसी है जो अपने स्वयं के अस्पतालों और औषधालयों का संचालन करती है और जहां कहीं भी इसकी अपनी सुविधाएं अपर्याप्त हैं, यह सार्वजनिक/निजी प्रदाताओं से अनुबंध करती है।

15,000 रुपए तक का पारिश्रमिक अर्जित करने वाली सभी कामगारों को अंशदायी योजना के तहत कवर किया जाता है जिसमें कर्मचारी और नियोक्ता क्रमशः वेतन के 1.75% और 4.75% का अंशदान करते हैं; राज्य सरकारें चिकित्सा व्यय के 12.5% का योगदान करती हैं।

कवर किए गए लाभों में शामिल हैं:

a) ईएसआईएस केंद्रों में निःशुल्क व्यापक स्वास्थ्य सेवा
b) मातृत्व लाभ
c) विकलांगता लाभ
d) बीमारी और उत्तरजीविता की वजह से पारिश्रमिक के नुकसान के लिए नकद मुआवजा और
e) कामगार की मौत के मामले में अंतिम संस्कार के खर्चे

इसमें अधिकृत चिकित्सा सहायकों और निजी अस्पतालों से खरीदी गयी सेवा का पूरक भी शामिल है। ईएसआईएस ने मार्च 2012 तक 65.5 मिलियन से अधिक लाभार्थियों को कवर किया है।

b) केंद्र सरकार की स्वास्थ्य योजना

ईएसआईएस के कुछ ही समय बाद केंद्र सरकार की स्वास्थ्य योजना (सीजीएचएस) सामने आयी जो पेंशन भोगियों और नागरिक सेवा में कार्यरत उनके परिवार के सदस्यों समेत केंद्रीय सरकार के कर्मचारियों के लिए 1954 में शुरू की गई थी। इसका उद्देश्य कर्मचारियों और उनके परिवारों के लिए व्यापक चिकित्सा सेवा उपलब्ध कराना है और यह आंशिक रूप से कर्मचारियों द्वारा और काफी हद तक नियोक्ता (केंद्र सरकार) द्वारा वित्तपोषित है।

सेवाएं सीजीएचएस के अपने औषधालयों, पॉलीक्लिनिकों और पैनलबद्ध निजी अस्पतालों के माध्यम से प्रदान की जाती हैं।

यह दवाओं की सभी प्रणालियों, एलोपैथिक प्रणाली में आपातकालीन सेवाओं, निःशुल्क दवाओं, पैथोलॉजी और रेडियोलॉजी, गंभीर रूप से बीमार मरीजों के लिए आवासीय सुविधाओं, विशेषज्ञ परामर्श आदि को कवर करती है।

कर्मचारियों का योगदान बिलकुल नाममात्र का होता है, हालांकि यह प्रगतिशील तरीके से वेतनमान के साथ जुड़ा हुआ है - 15 रुपए प्रति माह से लेकर 150 रुपए प्रति माह तक।

2010 में सीजीएचएस की सदस्यता का आधार 800,000 से अधिक परिवारों का था जो 3 मिलियन से अधिक लाभार्थियों का प्रतिनिधित्व करते हैं।[1]

c) व्यावसायिक स्वास्थ्य बीमा

व्यावसायिक स्वास्थ्य बीमा, बीमा उद्योग के राष्ट्रीयकरण के पहले और बाद कुछ गैर-जीवन बीमा कंपनियों द्वारा उपलब्ध कराया जाता था। लेकिन, चूंकि प्रारंभ में यह अधिकांश बीमाकर्ताओं के लिए घाटे का सौदा होता था, यह काफी हद तक केवल कॉर्पोरेट ग्राहकों के लिए और एक निश्चित सीमा तक ही उपलब्ध था।

1986 में, व्यक्तियों और उनके परिवारों के लिए पहले मानकीकृत स्वास्थ्य बीमा उत्पाद को सभी चार राष्ट्रीयकृत गैर-जीवन बीमा कंपनियों (उस समय ये भारतीय साधारण बीमा निगम की सहायक कंपनियां थीं) द्वारा भारतीय बाजार में उतारा गया। मेडिक्लेम नामक इस उत्पाद को मातृत्व, पहले से मौजूद बीमारियां आदि जैसे कुछ अपवर्जनों के साथ क्षतिपूर्ति की एक निश्चित वार्षिक सीमा तक अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों का कवरेज प्रदान करने के लिए शुरू किया गया था।बाजार के विकास के साथ इसे संशोधन के कई दौर से गुजरना पड़ा, अंतिम संशोधन 2012 में हुआ था।

हालांकि, कई संशोधनों से गुजरने के बाद भी अस्पताल में भर्ती होने, क्षतिपूर्ति-आधारित वार्षिक अनुबंध आज भी मेडिक्लेम के वर्तमान संस्करणों के नेतृत्व में, भारत में निजी स्वास्थ्य बीमा का सबसे लोकप्रिय स्वरूप बना हुआ है। यह उत्पाद इस कदर लोकप्रिय है कि निजी स्वास्थ्य बीमा उत्पादों को अक्सर कई लोग बीमा कंपनियों द्वारा उपलब्ध कराए जाने वाले एक विशिष्ट उत्पाद के बजाय उत्पाद की एक श्रेणी मान कर 'मेडिक्लेम कवर' का नाम देते हैं।

2001 में निजी कंपनियों के बीमा क्षेत्र में आने के साथ स्वास्थ्य बीमा में काफी प्रगति हुई है, लेकिन आज भी एक बड़ा अछूता बाजार उपलब्ध है। कवरों में काफी भिन्नताओं, अपवर्जनों और नए ऐड-ऑन कवरों की शुरुआत की गयी है जिनके बारे में बाद के अध्यायों में चर्चा की जाएगी।

आज भारतीय बाजार में 300 से अधिक स्वास्थ्य बीमा उत्पाद उपलब्ध हैं।

G. स्वास्थ्य बीमा बाजार

आज स्वास्थ्य बीमा बाजार में कई खिलाड़ी शामिल हैं, इनमें से कुछ स्वास्थ्य सेवा सुविधाएं प्रदान करते हैं जिनको प्रदाता कहा जाता है, अन्य बीमा सेवाएं और विभिन्न बिचौलिए भी उपलब्ध हैं। कुछ आधारभूत संरचना बनते हैं जबकि अन्य सहायता सुविधाएं प्रदान करते हैं। कुछ सरकारी क्षेत्र में हैं जबकि अन्य निजी क्षेत्र में हैं। ये नीचे संक्षेप में वर्णित हैं:

A. बुनियादी सुविधाएं (इंफ्रास्ट्रक्चर)

1. सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र

सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली राष्ट्रीय स्तर, राज्य स्तर, जिला स्तर पर और एक सीमित हद तक ग्राम स्तर पर संचालित होती है जहां गांवों में राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीतियों को लागू करने के लिए समुदायिक स्वयंसेवकों को शामिल किया गया है जो ग्राम समुदाय और सरकारी इंफ्रास्ट्रक्चर के बीच की कड़ी के रूप में काम करते हैं। इनमें शामिल हैं:

a) **आंगनवाड़ी कार्यकर्ता** (हर 1,000 की जनसंख्या के लिए 1) जिनको मानव संसाधन विकास मंत्रालय के पोषण पूरकता कार्यक्रम और समेकित बाल विकास सेवा योजना (आईसीडीएस) के अंतर्गत नामांकित किया गया है।

b) **प्रशिक्षित जन्म सेविकाएं** (टीबीए) और **ग्राम स्वास्थ्य गाइड** (राज्यों में स्वास्थ्य विभागों की एक प्रारंभिक योजना)।

c) **आशा** (मान्यता प्राप्त सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता) स्वयंसेवक, जिनका चयन समुदाय द्वारा एनआरएचएम (राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन) कार्यक्रम के तहत किया गया है जो ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य क्षेत्र के लिंक के रूप में सेवा करने के लिए प्रशिक्षित नई, ग्राम-स्तरीय, स्वैच्छिक स्वस्थ्य कार्यकर्ता हैं।

हर 5,000 की आबादी (पहाड़ी, आदिवासी और पिछड़े क्षेत्रों में 3,000) के लिए **उप-केंद्र** स्थापित किए गए हैं और इनमें सहायक नर्स मिड-वाइफ (एएनएम) नामक एक महिला स्वास्थ्य कर्मी और एक पुरुष स्वास्थ्य कार्यकर्ता को शामिल किया गया है।

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र (पीएचसी) जो लगभग छः उप-केन्द्रों के लिए रेफरल इकाइयां हैं, इनकी स्थापना हर 30,000 की आबादी (पहाड़ी, आदिवासी और पिछड़े क्षेत्रों में 20,000) के लिए की गयी है। सभी पीएचसी बहिरंग रोगी सेवाएं प्रदान करते हैं और अधिकांश में चार से छः अंतःरोगी बिस्तर भी उपलब्ध होते हैं। इनके स्टाफ में एक चिकित्सा अधिकारी और 14 पैरा-मेडिकल कर्मी शामिल होते हैं (जिसमें एक पुरुष और एक महिला स्वास्थ्य सहायिका, एक नर्स-मिडवाइफ, एक प्रयोगशाला तकनीशियन, एक फार्मासिस्ट और अन्य सहायक कर्मचारी सम्मिलित होते हैं)।

सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी) चार प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों (पीएचसी) के लिए पहली रेफरल इकाइयां हैं और विशेषज्ञ देखभाल भी प्रदान करते हैं।मानकों के अनुसार प्रत्येक सीएचसी (हर 1 लाख की आबादी के

लिए) में कम से कम 30 बेड, एक ऑपरेशन थियेटर, एक्स-रे मशीन, प्रसूति कक्ष और प्रयोगशाला सुविधाएं होनी चाहिए और कम से कम चार विशेषज्ञों यानी एक सर्जन, एक चिकित्सक, एक स्त्री रोग विशेषज्ञ और एक शिशु विशेषज्ञ का स्टाफ होना चाहिए जिनको 21 पैरा-मेडिकल और अन्य कर्मचारियों का सहयोग प्राप्त होना चाहिए।

ग्रामीण अस्पतालों की भी स्थापना की गयी है और इनमें उप-जिला अस्पताल शामिल हैं जिन्हें अनुमंडलीय/तालुक अस्पताल/विशेषता अस्पताल कहा जाता है (देश में लगभग 2000 होने का अनुमान है)।

विशेषज्ञता और शिक्षण अस्पतालों की संख्या कम है और इनमें मेडिकल कॉलेज (वर्तमान में लगभग 300) और अन्य तृतीयक रेफरल केंद्र शामिल हैं।ये अधिकांशतः जिला कस्बों और शहरी क्षेत्रों में होते हैं लेकिन इनमें से कुछ बहुत विशेषज्ञ और उन्नत चिकित्सा सेवाएं प्रदान करते हैं।

सरकार से संबंधित **अन्य एजेंसियां** जैसे रेलवे, रक्षा और इसी तरह के बड़े विभागों (बंदरगाह/खदान आदि) के अस्पताल और औषधालय भी स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। हालांकि, इनकी सेवाएं अक्सर संबंधित संगठनों और उनके आश्रितों के कर्मचारियों के लिए सीमित होती हैं।

2. निजी क्षेत्र के प्रदाता

भारत में बहुत बड़ा निजी स्वास्थ्य क्षेत्र है जो सभी तीन प्रकार की - प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करते हैं।इनमें स्वैच्छिक, अलाभकारी संगठनों और व्यक्तियों से लेकर लाभकारी कॉर्पोरेट, न्यास, एकल चिकित्सक, एकल विशेषज्ञ सेवाएं, नैदानिक प्रयोगशालाएं, दवा की दुकानें और अप्रशिक्षित प्रदाता (नीम हकीम) तक शामिल हैं। भारत में लगभग 77% एलोपैथिक (एमबीबीएस और उससे अधिक) चिकित्सक निजी क्षेत्र में काम कर रहे हैं। निजी स्वास्थ्य व्यय भारत में समस्त स्वास्थ्य व्यय के 75% से अधिक के लिए जिम्मेदार है। निजी क्षेत्र अखिल भारतीय स्तर पर सभी बहिरंग रोगी संपर्कों के 82% और अस्पताल में भर्ती होने के 52% मामलों के लिए जिम्मेदार है।

इसके अलावा भारत में चिकित्सा की अन्य प्रणालियों (आयुर्वेद / सिद्ध / यूनानी / होम्योपैथी) में सुयोग्य चिकित्सकों की संख्या सबसे अधिक है जो 7 लाख से अधिक है।ये सार्वजनिक के साथ-साथ निजी क्षेत्र में भी कार्यरत हैं।

स्वास्थ्य सेवा के लाभकारी निजी प्रदाताओं के अलावा एनजीओ और स्वैच्छिक क्षेत्र भी समुदाय को स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने के कार्य में संलग्न हैं।

अनुमान लगाया गया है कि 7,000 से अधिक स्वैच्छिक एजेंसियां स्वास्थ्य-संबंधी गतिविधियों में शामिल हैं। द्वितीयक और तृतीयक अस्पतालों की एक बड़ी संख्या भी अलाभकारी सोसायटियों या न्यासों के रूप में पंजीकृत है और बीमित व्यक्तियों के लिए अंतरंग रोगी सेवाओं की व्यवस्था में महत्वपूर्ण योगदान करते हैं।

3. दवा उद्योग

दवाओं के प्रदाता और स्वास्थ्य संबंधी उत्पादों की बात करें तो भारत में एक विशाल दवा उद्योग है जो 1950 में एक 10 करोड़ रुपए के उद्योग से बढ़ कर आज 55,000 करोड़ रुपए (निर्यात सहित) का कारोबार बन गया है। यह लगभग 50 लाख लोगों को रोजगार देता है जबकि उत्पादन 6000 से अधिक इकाइयों में होता है।

इस उद्योग के लिए केंद्रीय स्तर का मूल्य नियामक **राष्ट्रीय औषधि मूल्य निर्धारण प्राधिकरण (एनपीपीए)** है जबकि दवा क्षेत्र रसायन मंत्रालय के अधीन है। दवाओं की केवल एक छोटी सी संख्या (500 या इसके आसपास थोक दवाओं में से 76) मूल्य नियंत्रण के अधीन है जबकि शेष दवाएं और निर्माण मुक्त-मूल्य निर्धारण व्यवस्था के अधीन हैं जिन पर मूल्य नियामक की पैनी नजर रहती है। राज्यों के औषधि नियंत्रक फील्ड फ़ोर्स का प्रबंधन करते हैं जो अपने-अपने क्षेत्रों में दवाओं की गुणवत्ता और मूल्य निर्धारण और फार्मूलों की देखरेख करते हैं।

B. बीमा प्रदाता :

बीमा कंपनियां, ख़ास तौर पर साधारण बीमा क्षेत्र की कंपनियां बड़े पैमाने पर स्वास्थ्य बीमा सेवाएं प्रदान करती हैं। इन्हें पहले सूचीबद्ध किया गया है। सबसे उत्साहजनक एकल स्वास्थ्य बीमा कंपनियों की उपस्थिति है - आज तक पांच - जहां स्वास्थ्य बीमा प्रदाता के नेटवर्क को बढ़ाने के लिए कुछ अन्य कंपनियों के आने की संभावना है।

C. बिचौलिए (मध्यस्थ) :

बीमा उद्योग के भाग के रूप में सेवाएं प्रदान करने वाले कई लोग और संगठन भी स्वास्थ्य बीमा बाजार का हिस्सा बनते हैं। ऐसे सभी बिचौलियों का नियंत्रण आईआरडीए द्वारा किया जाता है। इनमें शामिल हैं:

1. **बीमा ब्रोकर** जो व्यक्ति या कॉरपोरेट्स हो सकते हैं और बीमा कंपनियों से स्वतंत्र होकर काम करते हैं। वे उन लोगों का प्रतिनिधित्व करते हैं जो बीमा कराना चाहते हैं और सर्वोत्तम संभव प्रीमियम दरों पर सर्वोत्तम संभव बीमा प्राप्त करने के लिए उनको बीमा कंपनियों से संपर्क कराते हैं। वे नुकसान के समय लोगों का बीमा करने और बीमा दावे करने में भी सहायता करते हैं। ब्रोकर इस तरह का कारोबार करने वाली किसी भी बीमा कंपनी के समक्ष बीमा कारोबार प्रस्तुत कर सकते हैं। इन्हें बीमा कमीशन के माध्यम से बीमा कंपनियों द्वारा पारिश्रमिक दिया जाता है।
2. **बीमा एजेंट** आम तौर पर व्यक्ति होते हैं लेकिन कुछ कॉर्पोरेट एजेंट भी हो सकते हैं।ब्रोकरों के विपरीत, एजेंट किसी भी बीमा कंपनी के समक्ष बीमा प्रस्तुत नहीं कर सकते हैं बल्कि केवल उस कंपनी के साथ ऐसा कर सकते हैं जिसके लिए उनको एजेंसी प्रदान की गयी है। मौजूदा नियमों के अनुसार, एक एजेंट अधिक से अधिक केवल एक साधारण बीमा कंपनी और एक जीवन बीमा कंपनी, एक स्वास्थ्य बीमा कंपनी और प्रत्येक मोनो लाइन बीमा कंपनियों में से एक की ओर से काम कर सकता है। इनको भी बीमा कमीशन के माध्यम से बीमा कंपनियों द्वारा पारिश्रमिक दिया जाता है।
3. **तृतीय पक्ष व्यवस्थापक** (टीपीए) नए प्रकार के सेवा प्रदाता हैं जो वर्ष 2001 के बाद से इस कारोबार में उतरे हैं। ये बीमा बेचने के लिए नहीं बल्कि बीमा कंपनियों को प्रशासनिक सेवाएं प्रदान करने के लिए अधिकृत हैं। जब कोई स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी बेची जाती है, बीमित व्यक्तियों का ब्यौरा एक नियुक्त टीपीए

के साथ साझा किया जाता है जो फिर डेटाबेस तैयार करता है बीमित व्यक्तियों को स्वास्थ्य कार्ड जारी करता है। इस तरह के स्वास्थ्य कार्ड बीमित व्यक्ति को अस्पतालों और क्लीनिकों में कैशलेस चिकित्सा सुविधाओं (तुरंत नकद भुगतान करने की आवश्यकता के बिना उपचार) का लाभ उठाने में सक्षम बनाते हैं। अगर बीमित व्यक्ति कैशलेस सुविधा का उपयोग नहीं करता है तो भी वह बिलों का भुगतान कर सकता है और नियुक्त टीपीए से प्रतिपूर्ति प्राप्त की मांग कर सकता है। टीपीए को उनके संबंधित दावों के लिए बीमा कंपनियों द्वारा वित्तपोषित किया जाता है और उनको शुल्कों के माध्यम से पारिश्रमिक दिया जाता है जो प्रीमियम का एक प्रतिशत होता है।

4. **बीमा वेब एग्रीगेटर्स** आई आर डी ए आई विनियमो से संचलित होने वाले सबसे नए प्रकार के सेवा प्रदान है। ये अपने वेब साईट या टेली मार्केटिंग के माध्यम से भावी खरीददार के बगैर सामने आए दूरस्थ मार्केटिंग डिस्टेंस मार्केटिंग के सहारे रुचि रखने वाले खरीददार के बाद बीमा कर्ताओं को जानकारी दे सकते है। जिनसे इनका करार होता है । ये ऐसी बीमा कंपनियों के उत्पादों की भी तुलना करने के उद्देश से प्रदर्शित कर सकते है। . आई आर डी आई से बीमा कर्ताओं के लिए टेली मार्केटिंग और बाहर से कराए जाने वाले कार्यों जैसे ऑन लाइन पोर्टल के सहारे प्रीमियम की प्राप्ति, प्रीमियम का अनूसारक योजना और पॉलिसी से संबंधित विभिन्न सेवाओं के लिए अनूमति भी ले सकते हैं। इन्हें सूचनाओं के व्यवसाय में तब्दील होने, बीमा उत्पादों के प्रदर्शन साथ ही साथ इनके द्वारा बाहर से ली गई सेवाओं के लिए परिश्रमिक भी दिया जाता है।

5. **बीमा मार्केटिंग फर्म** भी नए प्रकार के मध्यस्थ हैं जो आई आर डी ए आई से संबंधित होते हैं। ये इन गतिविधियों का संचालन, से उत्पादों को मार्केटिंग विवरण और सेवाओं के लिए लाइसेंस शुदा व्यक्तियों की नियुक्ति भी कर सकते हैं।

बीमा विक्रय गतिविधियां : प्रधिकार्य को सूचित करते हुए किसी भी समय बीमा विक्रय व्यक्तियों (आई एस पी)के सहयोग से दो जीवन, दो साधारण, और दो स्वास्वथ बीमा कंपनियों के उतपादों को बेच भी सकते हैं। साधारण बीमा कंपनियों के सम्बंध मे आयएमएफ को सिर्फ खुदरा प्रकार के बीमा उत्पादो मुख्यतः मोटर, स्वास्थ्य, वैयक्तिक, दुर्घटना, हाउस होल्डर्स, शॉप कीपर्स तथा ऐसे ही अन्य उत्पाद जो समय समय पर प्राधिकारी द्वारा अनुमोदित हो जैसा कि फाइल और उपयोग दिशानिर्देश मे दिया गया है, याचना प्राप्त करने की अनुमति होती है। इस सम्बंध मे बीमा कंपनियों के साथ कोई भी बदलाव प्राप्तिकार की पूर्व अनुमति तथा विद्यमान पॉलिसी घटकों की सेवा के लिए उपयुक्त व्यवस्था के बाद ही किया जा सकता है।

बीमा सेवा गतिविधियां : ये सेवा गतिविधियां सिर्फ उन बीमा कंपनियों के लिए होगी जिनके साथ बीमा उत्पादो को प्राप्त करने हेतू करार हो, उन गतिविधियों की सूची नीचे दी जा रही है :

a. बीमाकर्त्ताओं की 'बैंक अधिन' गतिविधियों को पूरा करना जैसा कि प्राप्तिकार द्वारा जारी की गई बीमाकर्त्ताओं की बाहर से काम कराने से संबंधित मार्गनिर्देश में अनुमति दी गई है;

b. बीमा रिपोजिटरी का 'अनुमोदित व्यक्ति' बनना;

c. सर्वेक्षकों / हानि आकलनकर्त्ताओं को वेतन पर नियोजित कर सर्वेक्षण और हानि आकलन का काम करना;

d. समय समय पर प्राप्तिकार द्वारा स्वीकृत बीमा से संबंधित अन्य गतिविधियां।

वित्तीय उत्पादों का वितरण : वित्तीय सेवा कार्यपालको (एफएसई) को नियुक्त कर उनके द्वारा वितरण जो कि जो ऐसे ही अन्य वित्तीय उत्पादो को मार्केट, वितरित तथा सेवा प्रदान करने के लिए लाइसेंस प्राप्त व्यक्ति होते है।

a. सेबी द्वारा विनियमित म्युचल फंड कंपनियों के म्युचल फंड;
b. पीएफआरडीए द्वारा विनयमित पेंशन उत्पाद;
c. सेबी से लाइसेंस प्राप्त निवेश सलाहकारो द्वारा वितरित अन्य वित्तीय उत्पाद;
d. भारतीय रिजर्व बैंक द्वारा विनयमित बैंकिंग/बैंक/एनबीएफसी के वित्तीय उत्पाद;
e. डाक विभाग, भारत सरकार द्वारा प्रदान किए जाने वाले गैर बीमा उत्पाद;
f. समय समय पर प्राप्तिकार द्वारा अनुमोदित कोई अन्य वित्तीय उत्पाद या गतिविधि।

D. अन्य महत्वपूर्ण संगठन

कुछ अन्य संस्थाएं भी हैं जो स्वास्थ्य बीमा बाजार का हिस्सा बनते हैं और इनमें शामिल हैं:

1. **भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई)** जो संसद के एक अधिनियम द्वारा गठित बीमा नियामक है और बीमा बाजार के सभी व्यवसायों को नियंत्रित करता है। यह वर्ष 2000 में अस्तित्व में आया था और इसे न केवल बीमा व्यवसाय को विनियमित करने बल्कि इसे विकसित करने का कार्य भी सौंपा गया है।

2. **साधारण बीमा और जीवन बीमा काउंसिल** जो अपने-अपने संबंधित जीवन या साधारण बीमा व्यवसाय के संचालन के लिए आईआरडीएआई को सिफारिशें भी करते हैं।

3. **भारतीय बीमा सूचना ब्यूरो** को आईआरडीए द्वारा वर्ष 2009 मे प्रमोट किया गया था और यह एक 20 सदस्यों की संचालन परिषद वाली एक पंजीकृत समिति है जिसमे अधिकांश सदस्य बीमा के क्षेत्र से होते है। यह बीमा क्षेत्र के लिए जानकारी प्राप्त कर उनका विश्लेषण करती है तथा विभिन्न क्षेत्र स्तर के रिपोर्ट को तैयर करती है ताकि मूल्य निर्धारण निर्णय लेने तथा व्यवसाय स्ट्रेटजी बनाने के लिए डेटाबेस बनाया जा सके। यह विनियामक और सरकार की विभिन्न सलाहों के माध्यम से नीति निर्माण मे सहयोग देती है। ब्यूरो ने बीमा अयोग की सुविधा के लिए कई आवधिक और वन टाइम रिपोर्ट तैयार किया है।

   आयआयबी केन्द्रीय सूचकांक सर्वर को संचालित करता है जो विभिन्न बीमा रिपोजिटरियो के बीच एक नोडल केनद्र के रूप मे कार्य करता है तथा नया खाता बनाने ते समय डिमेट खाते के द्विरावृत्ति (डुपलिकेशन) से बचने मे सहयोग करता है। केंद्रीय सूचकांक सर्वर बीमाकर्ता और बीमा रिपाजटर्स के बीच प्रत्येक पॉलिसी से संबंधित लेन देन से पुरी सूचनाओं को योजने के लिए एक एक्सचेंज के रुप मे कार्य करता है।

   आयआयबी, पहले ही स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र मे 'प्रिफेर्ड प्रोवाइडर नेटवर्क' के रुप मे सेवा देने वाले अस्पतालों की सूची के लिए एक 'यूनिक आइडी मास्टर प्रोग्राम' जारी कर चुका है।

आयआयबी की नवीनतम पहल है एक स्वास्थ्य बीमा ग्रिड को तैयार करना जिससे सभी टीपीए, बीमाकर्ता और अस्पताल जुड़े रहेंगे. उसका उद्देश्य स्वास्थ्य बीमा द्वारा प्रबंधन प्रणाली तैयार करना ताकि निशान लागाते तथा स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के मूल्य निर्धारण मे पारदर्शिता लाइ जा सके.

4. भारतीय बीमा संस्थान और नेशनल इंश्योरेंस अकादमी जैसे **शैक्षिक संस्थान** जो एक विविध प्रकार के बीमा और प्रबंधन से संबंधित प्रशिक्षण प्रदान करते हैं और कई निजी प्रशिक्षण संस्थान जो संभावित एजेंटों को प्रशिक्षण प्रदान करते हैं।
5. **चिकित्सक (मेडिकल प्रैक्टिसनर)** भी जोखिमों की स्वीकृति के दौरान संभावित ग्राहकों के स्वास्थ्य बीमा जोखिमों का मूल्यांकन करने में बीमा कंपनियों और टीपीए सहायता करते हैं और मुश्किल दावों के मामले में बीमा कंपनियों को सलाह देते हैं।
6. **बीमा लोकपाल (इंश्योरेंस ओम्बड्समैन)**, उपभोक्ता अदालत और सिविल कोर्ट जैसी वैधानिक संस्थाएं भी उपभोक्ता की शिकायतों के निवारण की बात आने पर स्वास्थ्य बीमा बाजार में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं।

सारांश

a) बीमा किसी न किसी रूप में कई सदियों पहले से अस्तित्व में है लेकिन इसका आधुनिक केवल कुछ ही सदियों पुराना है। भारत में बीमा को सरकारी विनियमन के साथ कई चरणों से गुजरना पड़ा है।
b) अपने नागरिकों का स्वास्थ्य बहुत महत्वपूर्ण होने के कारण सरकारें एक उपयुक्त स्वास्थ्य सेवा प्रणाली तैयार करने में एक प्रमुख भूमिका निभाती हैं।
c) प्रदान की गयी स्वास्थ्य सेवा का स्तर एक देश की आबादी से संबंधित कई कारकों पर निर्भर करता है।
d) स्वास्थ्य सेवा के तीन प्रकार प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक हैं जो आवश्यक चिकित्सा सहायता के स्तर पर निर्भर करता है। प्रत्येक स्तर के साथ स्वास्थ्य सेवा की लागत बढ़ जाती है जबकि तृतीयक सेवा सबसे अधिक महंगी है।
e) भारत के पास जनसंख्या वृद्धि और शहरीकरण जैसी अपनी खुद की विशिष्ट चुनौतियां हैं जिनके लिए उचित स्वास्थ्य सेवा की आवश्यकता होती है।
f) सरकार सबसे पहले स्वास्थ्य बीमा योजनाएं लेकर आयी थी जिसके बाद निजी बीमा कंपनियों द्वारा व्यावसायिक बीमा की शुरुआत हुई।
g) स्वास्थ्य बीमा बाजार कई खिलाड़ियों से मिलकर बना है जहां कुछ खिलाड़ी बुनियादी सुविधा (इंफ्रास्ट्रक्चर) उपलब्ध कराने का काम करते है तो अन्य बीमा सेवाएं प्रदान करते हैं, ब्रोकर, एजेंट और तृतीय पक्ष व्यवस्थापक (टीपीए) जैसे मध्यस्थ स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय को अपनी सेवाएं प्रदान करते हैं, और अन्य नियामक, शैक्षिक एवं वैधानिक संस्थाएं अपनी-अपनी भूमिकाएं निभाती हैं।

महत्वपूर्ण शब्द

a) स्वास्थ्य सेवा
b) व्यावसायिक बीमा
c) राष्ट्रीयकरण

d) प्राथमिक, द्वितीयक और तृतीयक स्वास्थ्य सेवा
e) मेडिक्लेम
f) ब्रोकर
g) एजेंट
h) तृतीय पक्ष व्यवस्थापक (टीपीए)
i) आईआरडीएआई
j) लोकपाल (ओम्बड्समैन)

अध्याय 18

बीमा दस्तावेज़

अध्याय परिचय

बीमा उद्योग में हम एक बड़ी संख्या में फॉर्मों, दस्तावेजों आदि के साथ कामकाज करते हैं। यह अध्याय हमें एक बीमा अनुबंध के विभिन्न दस्तावेजों और उनके महत्व की जानकारी देता है। यह हमें प्रत्येक फॉर्म की प्रकृति, इसे भरने के तरीके और विशिष्ट जानकारी मांगे जाने के कारणों के बारे में समझाता है।

अध्ययन के परिणाम

A. प्रस्ताव फॉर्म
B. प्रस्ताव की स्वीकृति (बीमालेखन)
C. विवरण पत्रिका (प्रॉस्पेक्टस)
D. प्रीमियम रसीद
E. पॉलिसी दस्तावेज़
F. शर्तें और वारंटियां
G. पृष्ठांकन
H. पॉलिसियों की व्याख्या
I. नवीनीकरण की सूचना
J. एंटी मनी लॉन्ड्रिंग और 'अपने ग्राहक को जानने के दिशानिर्देश'

इस अध्याय को पढ़ने के बाद आप इन बातों में सक्षम होंगेः

a) प्रस्ताव फॉर्म की सामग्री के बारे में समझाना।
b) विवरण पत्रिका (प्रास्पेक्टस) के महत्व का वर्णन करना।
c) प्रीमियम की रसीद और बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 64VB की व्याख्या करना।
d) बीमा पॉलिसी दस्तावेज के नियमों और वर्णित बातों की व्याख्या करना।
e) पॉलिसी की शर्तों, वारंटियों और पृष्ठांकन पर चर्चा करना।
f) पृष्ठांकन क्यों जारी किए जाते हैं इसका मूल्यांकन करना।
g) पॉलिसी में वर्णित बातों को कानून की अदालतों में कैसे देखा जाता है इसे समझना।
h) नवीनीकरण के नोटिस क्यों जारी किए जाते हैं इसका मूल्यांकन करना।
i) मनी लॉन्ड्रिंग क्या है और अपने ग्राहक को जानने के दिशानिर्देशों के संबंध में एक एजेंट को क्या करने की जरूरत है, इनके बारे में जानना।

A. प्रस्ताव प्रपत्र (फॉर्म)

जैसा कि पहले बताया गया है, बीमा एक अनुबंध है जिसे लिखित रूप में एक पॉलिसी में संक्षेपित किया गया है। बीमा प्रलेखन पॉलिसियां जारी करने तक सीमित नहीं है। चूंकि यहां ब्रोकर और एजेंट जैसे कई मध्यस्थ होते हैं जो उनके बीच काम करते हैं, ऐसा संभव है कि एक बीमाधारक और उसके बीमाकर्ता की कभी मुलाक़ात ही ना हो।

बीमा कंपनी केवल ग्राहक द्वारा प्रस्तुत दस्तावेजों से ही ग्राहक और उसकी बीमा की आवश्यकताओं के बारे में जानकारी प्राप्त करती है। इस तरह के दस्तावेज जोखिम को बेहतर ढ़ंग से समझने में बीमा कंपनी की मदद करते हैं। इस प्रकार, प्रलेखन बीमाधारक और बीमा कंपनी के बीच समझ और स्पष्टता लाने के प्रयोजन से आवश्यक है। कुछ ऐसे दस्तावेज हैं जो परंपरागत रूप से बीमा व्यवसाय में उपयोग किए जाते हैं।

बीमा एजेंट को ग्राहक के लिए निकटतम व्यक्ति होने के नाते ग्राहक का सामना करना पड़ता है और इसमें शामिल दस्तावेजों के बारे में सभी आशंकाओं को स्पष्ट करके इन्हें भरने में उसकी सहायता करनी होती है। एजेंटों को बीमा में शामिल प्रत्येक दस्तावेज के उद्देश्य और इसमें इस्तेमाल होने वाले दस्तावेजों में निहित सूचना के महत्व और प्रासंगिकता को समझना चाहिए।

1. प्रस्ताव प्रपत्र (फॉर्म)

प्रलेखन का पहला चरण मूलतः प्रस्ताव फॉर्म है जिसके माध्यम से बीमाधारक यह सूचित करता है:

- ✓ वह कौन है
- ✓ उसे किस प्रकार के बीमा की जरूरत है
- ✓ वह क्या बीमा करना चाहता है उसका विवरण और
- ✓ कितनी समय अवधि के लिए

विवरण का मतलब बीमा की विषय-वस्तु का मौद्रिक मूल्य और प्रस्तावित बीमा से जुड़े सभी वास्तविक तथ्य होगा।

a) बीमा कंपनी द्वारा जोखिम मूल्यांकन

i. प्रस्ताव प्रपत्र एक जोखिम के संबंध में बीमा कंपनी द्वारा मांगी गयी सभी तथ्यात्मक जानकारी प्रस्तुत करने के लिए प्रस्तावक द्वारा भरा जा सकता है जो बीमा कंपनी को यह तय करने में सक्षम बनाता है:

- ✓ बीमा प्रदान करने को स्वीकार किया जाए या अस्वीकार और
- ✓ जोखिम की स्वीकृति की स्थिति में कवर की दरों, नियमों और शर्तों का निर्धारण करना

प्रस्ताव प्रपत्र में ऐसी जानकारी शामिल होती है जो बीमा के लिए प्रस्तावित जोखिम को स्वीकार करने में बीमा कंपनी के लिए उपयोगी है। परम सद्भाव का सिद्धांत और तथ्यात्मक जानकारी के प्रकटीकरण का दायित्व बीमा के प्रस्ताव प्रपत्र के साथ शुरू होता है।

तथ्यात्मक जानकारी के प्रकटीकरण का दायित्व पॉलिसी शुरू होने से पहले उत्पन्न होता है और बीमा की पूरी अवधि के दौरान तथा अनुबंध के समापन के बाद भी जारी रहता है।

उदाहरण

व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी के मामले में, अगर बीमाधारक ने प्रस्ताव प्रपत्र में यह घोषणा की है कि वह मोटर खेलों या घुड़सवारी में शामिल नहीं होता है, उसे यह सुनिश्चित करना होगा कि वह संपूर्ण पॉलिसी अवधि के दौरान अपने आपको इस तरह की गतिविधियों में शामिल नहीं करता है। यह उस बीमाकर्ता के लिए महत्वपूर्ण तथ्य है जो इन तथ्यों के आधार पर प्रस्ताव को स्वीकार करेगा और तदनुसार जोखिम का मूल्य निर्धारण करेगा।

प्रस्ताव प्रपत्र आम तौर पर बीमाकर्ताओं द्वारा प्रिंट किए जाते हैं जिन पर बीमा कंपनी का नाम, लोगो, पता और बीमा/उत्पाद की श्रेणी/प्रकार अंकित होता है जिसके लिए इसका उपयोग किया जाएगा। बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्ताव प्रपत्र में एक मुद्रित नोट जोड़ा जाना प्रथागत है, हालांकि इसके संबंध में कोई मानक प्रारूप या प्रचलन नहीं है।

उदाहरण

इस तरह के नोटों के कुछ उदाहरण हैं:

'जोखिम के आकलन के लिए आवश्यक तथ्यों का गैर-प्रकटीकरण, भ्रामक जानकारी प्रदान करना, बीमित व्यक्ति द्वारा धोखाधड़ी या असहयोग जारी की गयी पॉलिसी के तहत कवर को अमान्य कर देगा',

'कंपनी जोखिम पर नहीं होगी जब तक कि प्रस्ताव को कंपनी द्वारा स्वीकार नहीं किया गया है और संपूर्ण प्रीमियम का भुगतान नहीं किया गया है'।

प्रस्ताव प्रपत्र में घोषणा: बीमा कंपनियां आम तौर पर प्रस्ताव प्रपत्र के अंत में एक घोषणा जोड़ देती हैं जिस पर प्रस्तावक द्वारा हस्ताक्षर किया जाएगा।इससे यह सुनिश्चित होता है कि बीमाधारक सही ढंग से फार्म को भरने का कष्ट उठाता है और उसमें दिए गए तथ्यों को समझ लिया है ताकि दावे के समय तथ्यों की मिथ्या प्रस्तुति के कारण असहमति के लिए कोई गुंजाइश ना रहे।

इसके अलावा यह परम सद्भाव के मुख्य सिद्धांत पर जोर देने और बीमाधारक की ओर से सभी आवश्यक तथ्यों के प्रकटीकरण का कार्य भी पूरा करता है।

घोषणा परम सद्भाव के सामान्य नियम के सिद्धांत को परम सद्भाव के एक संविदात्मक कर्तव्य में बदल देती है।

घोषणा का मानक प्रपत्र

आईआरडीएआई ने स्वास्थ्य बीमा प्रस्ताव में मानक घोषणा का प्रारूप इस प्रकार निर्दिष्ट किया है:

1. मैं/हम अपनी ओर से और बीमा के लिए प्रस्तावित सभी व्यक्तियों की ओर से एतदद्वारा यह घोषणा करता हूं कि मेरे द्वारा दिये गए उपरोक्त बयान, उत्तर और/या विवरण सभी पहलुओं में मेरी सर्वोत्तम जानकारी में सही और पूर्ण हैं और यह कि मैं/हम इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव करने के लिए अधिकृत हूं/हैं।
2. मैं समझता हूं कि मेरे द्वारा प्रदान की गयी जानकारी बीमा पॉलिसी का आधार बनेगी जो बीमा कंपनी की बोर्ड द्वारा अनुमोदित बीमालेखन नीति के अधीन है और यह कि पॉलिसी केवल लिये जाने वाले प्रीमियम की पूर्ण प्राप्ति के बाद ही प्रभावी होगी।
3. मैं/हम आगे यह घोषणा करता हूं कि मैं/हम प्रस्ताव जमा किये जाने के बाद लेकिन कंपनी द्वारा स्वीकृत जोखिम की घटना से पहले बीमा योग्य जीवन/प्रस्तावक के पेशे या सामान्य स्वास्थ्य में होने वाले किसी भी बदलाव के बारे में लिखित रूप में सूचित करूंगा।
4. मैं/हम यह घोषणा करता हूं और कंपनी द्वारा किसी चिकित्सक से या ऐसे किसी अस्पताल से चिकित्सकीय जानकारी की मांग किये जाने की सहमति देता हूं जिसने किसी भी समय बीमा योग्य जीवन/प्रस्तावक का इलाज किया है अथवा किसी भी पिछले या वर्तमान नियोक्ता से जिसका संबंध ऐसी किसी भी बात से है जो बीमा योग्य जीवन/प्रस्तावक के शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करता है और ऐसी किसी भी बीमा कंपनी से जानकारी मांगने की सहमति देता हूं जिसे बीमा योग्य जीवन/प्रस्तावक पर बीमा के लिए प्रस्ताव के बीमालेखन और/या दावे के निपटान के प्रयोजन से आवेदन किया गया है।
5. मैं/हम कंपनी को केवल प्रस्ताव के बीमालेखन और/या दावों के निपटान के प्रयोजन से और किसी भी सरकारी और/या नियामक प्राधिकरण के साथ चिकित्सा रिकॉर्डों सहित अपने प्रस्ताव से संबंधित जानकारी साझा करने के लिए अधिकृत करता हूं।

b) एक प्रस्ताव प्रपत्र में प्रश्नों की प्रकृति

एक प्रस्ताव प्रपत्र में प्रश्नों की संख्या और प्रकृति संबंधित बीमा की श्रेणी के अनुसार बदलती रहती है।

व्यक्तिगत बीमा जैसे स्वास्थ्य, व्यक्तिगत दुर्घटना और यात्रा बीमा के मामले में प्रस्ताव प्रपत्रों को इस प्रकार डिजाइन किया गया है कि प्रस्तावक के स्वास्थ्य, जीवन शैली एवं आदतों, पहले से मौजूद स्वास्थ्य स्थितियों, चिकित्सा इतिहास, आनुवंशिक गुणों, पिछले बीमा के अनुभव आदि के बारे में जानकारी प्राप्त की जा सके।

प्रस्ताव के तत्व

i. **प्रस्तावक का पूरा नाम**

प्रस्तावक को सुस्पष्ट रूप से खुद की पहचान करने में सक्षम होना चाहिए। बीमा कंपनी के लिए यह जानना महत्वपूर्ण है कि अनुबंध किसके साथ किया गया है ताकि पॉलिसी के तहत मिलने वाले लाभ केवल बीमाधारक को प्राप्त हो सके। पहचान स्थापित करना उन मामलों में भी महत्वपूर्ण है जहां किसी अन्य व्यक्ति को बीमित जोखिम में दिलचस्पी हो सकती है (जैसे मृत्यु के मामले में कानूनी वारिस) और उसे दावा करना है।

ii. **प्रस्तावक का पता और संपर्क विवरण**

ऊपर बताए गए कारण प्रस्तावक का पता और संपर्क विवरण प्राप्त करने के लिए भी लागू होते हैं।

iii. **प्रस्तावक का पेशा, व्यवसाय या व्यापार**

स्वास्थ्य और व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा जैसे कुछ मामलों में प्रस्तावक का पेशा, व्यवसाय या व्यापार को जानना महत्वपूर्ण होता है क्योंकि उनका जोखिम पर वास्तविक प्रभाव पड़ सकता है।

उदाहरण

एक फास्ट फूड रेस्तरां का डिलीवरी मैन, जिसे अक्सर अपने ग्राहकों को भोजन वितरित करने के लिए तीव्र गति से मोटर बाइक पर यात्रा करना पड़ता है, वह उसी रेस्तरां में काम करने वाले एक लेखाकार की तुलना में अधिक जोखिम के दायरे में हो सकता है।

iv. **बीमा की विषय-वस्तु की पहचान और विवरण**

प्रस्तावक को बीमा के लिए प्रस्तावित विषय-वस्तु के बारे में स्पष्ट रूप से बताने की आवश्यकता होती है।

उदाहरण

प्रस्तावक को यह बताना आवश्यक होता है कि क्या यहः

i. एक विदेश यात्रा (किसके द्वारा, कब, किस देश में, किसे प्रयोजन के लिए) या
ii. व्यक्ति का स्वास्थ्य (व्यक्ति का नाम, पता और पहचान के साथ) आदि जो मामले पर निर्भर करता है

iii. बीमा राशि पॉलिसी के तहत बीमा कंपनी की देनदारी की सीमा को दर्शाती है और यह सभी प्रस्ताव प्रपत्रों में बताया जाना आवश्यक है।

उदाहरण

स्वास्थ्य बीमा के मामले में, स्वास्थ्य बीमा के मामले में यह अस्पताल में इलाज का खर्च हो सकता है जबकि व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के मामले में यह एक दुर्घटना के कारण जीवन का नुकसान, एक अंग का नुकसान या दृष्टि का नुकसान हो सकता है।

iv. **पिछले और वर्तमान बीमा**

प्रस्तावक के लिए अपनी पिछली बीमा पॉलिसियों की जानकारी बीमा कंपनी को देना आवश्यक होता है। यह उसके बीमा इतिहास को समझने के लिए है। कुछ बाजारों में ऐसी प्रणालियां होती हैं जिनके द्वारा बीमा कंपनियां गोपनीय रूप से बीमाधारक के डेटा को साझा करती हैं।

इसके अलावा प्रस्तावक को यह भी बताना होता है कि क्या किसी बीमा कंपनी ने उसके प्रस्ताव को अस्वीकृत किया है, विशेष शर्तें लगाई गयी हैं, नवीनीकरण के समय अधिक प्रीमियम की आवश्यकता हुई है या पॉलिसी को नवीनीकृत करने से इनकार या रद्द किया गया है।

किसी अन्य बीमा कंपनी के साथ मौजूदा बीमा के विवरण के साथ-साथ बीमा कंपनियों के नामों का भी खुलासा किया जाना आवश्यक है। विशेष रूप से संपत्ति बीमा में एक संभावना रहती है कि बीमाधारक विभिन्न बीमा कंपनियों से पॉलिसियां ले सकता है और नुकसान की घटना घटित होने पर एक से अधिक एक बीमा कंपनी से दावा कर सकता है। यह जानकारी योगदान के सिद्धांत को लागू किया जाना सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक है ताकि बीमाधारक को क्षतिपूर्ति किया जा सके और वह एक ही जोखिम के लिए अनेक बीमा पॉलिसियों के कारण लाभ/मुनाफ़ा कमाने की स्थिति में ना हो।

इसके अलावा, व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा में एक बीमा कंपनी कवरेज की राशि (बीमा राशि) को सीमित करना चाहेगी जो उसी बीमाधारक द्वारा ली गयी अन्य व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियों के अंतर्गत बीमा राशि पर निर्भर करता है।

v. **नुकसान का अनुभव**

प्रस्तावक से उसके द्वारा उठाए गए सभी नुकसानों की पूरी जानकारी की घोषणा करने के लिए कहा जाता है, चाहे उनका बीमा किया गया है या नहीं। यह बीमा कंपनी को बीमा की विषय-वस्तु के बारे में जानकारी देगा और बताएगा कि अतीत में बीमाधारक ने जोखिम का प्रबंधन कैसे किया है। बीमालेखक (जोखिम अंकक) इस तरह के उत्तरों से जोखिम को बेहतर ढ़ंग से समझ सकते हैं और चिकित्सा परीक्षण कराने या अधिक जानकारी इकट्ठा करने के बारे में फैसला कर सकते हैं।

vi. **बीमाधारक की घोषणा**

चूंकि प्रस्ताव प्रपत्र का उद्देश्य बीमा कंपनियों को समस्त तथ्यात्मक जानकारी प्रदान करना है, इस प्रपत्र में बीमाधारक की यह घोषणा शामिल होती है कि उत्तर सही और सत्य है और वह इस बात से सहमत है कि प्रपत्र बीमा अनुबंध का आधार बनेगा।कोई भी गलत उत्तर बीमा कंपनियों के लिए अनुबंध से बचने का अधिकार देगा। सभी प्रस्ताव प्रपत्रों के आम अन्य खंड हस्ताक्षर, तिथि और कुछ मामलों में एजेंट की सिफारिश से संबंधित हैं।

vii. जहां प्रस्ताव प्रपत्र का उपयोग नहीं किया जाता है, बीमा कंपनी मौखिक रूप से या लिखित रूप में प्राप्त जानकारी को रिकॉर्ड करेगी, और 15 दिनों की अवधि के भीतर प्रस्तावक को इसकी पुष्टि करेगी

और अपने पॉलिसी में इस जानकारी को शामिल करेगी।जहां बीमा कंपनी बाद में यह दावा करती है कि प्रस्तावक ने किसी तथ्यात्मक जानकारी का खुलासा नहीं किया था या कवर प्रदान करने के लिए महत्वपूर्ण किसी बात की भ्रामक या झूठी जानकारी उपलब्ध करायी थी, इसे साबित करने का भार बीमा कंपनी पर होता है।

इसका मतलब है कि बीमा कंपनी को मौखिक रूप से भी प्राप्त होने वाली समासत जानकारी को रिकॉर्ड करने का एक दायित्व होता है जिसे एजेंट को फॉलो अप के माध्यम से ध्यान में रखना चाहिए।

महत्वपूर्ण

नीचे एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के प्रस्ताव प्रपत्र के कुछ विवरण दिए गए हैं:

1. प्रस्ताव प्रपत्र में एक प्रॉस्पेक्टस (विवरण पुस्तिका) सम्मिलित होता है जो कवर की जानकारी देता है जैसे कवरेज, अपवर्जन, प्रावधान आदि। प्रॉस्पेक्टस प्रस्ताव प्रपत्र का हिस्सा बनता है और प्रस्तावक को इस पर हस्ताक्षर करना होता है जैसे उसने इसकी सामग्रियों को समझ लिया है।
2. प्रस्ताव प्रपत्र में प्रस्तावक के साथ प्रत्येक बीमित व्यक्ति का नाम, पता, व्यवसाय, जन्मतिथि, लिंग और संबंध, औसत मासिक आय और आयकर पैन नंबर, चिकित्सक का नाम और पता, उसकी योग्यताएं और पंजीकरण संख्या से संबंधित जानकारी एकत्र की जाती है। बीमित व्यक्ति के बैंक का विवरण भी अब भी बैंक हस्तांतरण के माध्यम से सीधे दावा राशि का भुगतान करने के लिए एकत्र किया जाता है।
3. इसके अलावा बीमित व्यक्ति की चिकित्सकीय स्थिति के बारे में प्रश्न पूछे जाते हैं। प्रपत्र में

   विस्तृत प्रश्न पिछले दावों के अनुभव पर आधारित होते हैं और जोखिम के उचित बीमालेखन के लिए प्राप्त किए जाते हैं।
4. बीमित व्यक्ति के लिए पूरी जानकारी स्पष्ट करना आवश्यक होता है कि क्या वह प्रपत्र में दी गयी किसी विशिष्ट बीमारी से ग्रस्त रहा है।
5. इसके अलावा, किसी भी अन्य बीमारी या रोग या दुर्घटना के विवरण की मांग की जाती है जिसका सामना बीमाधारक को करना पड़ा है:

   क. बीमारी/चोट की प्रकृति और उपचार

   ख. प्रथम उपचार की तिथि

   ग. उपचार करने वाले चिकित्सक का नाम और पता

   घ. क्या पूरी तरह से कवर किया गया है
6. बीमित व्यक्ति को ऐसे किसी भी अतिरिक्त तथ्य के बारे में बताना होता है जिसका खुलासा बीमा कंपनियों के पास किया जाना चाहिए और क्या उसे किसी भी बीमारी या चोट की किसी भी सकारात्मक मौजूदगी या उपस्थिति की जानकारी है जिसके लिए चिकित्सकीय रूप से ध्यान दिए जाने की आवश्यकता हो सकती है।

7. प्रपत्र में पिछली बीमा पॉलिसियों और उनके दावा इतिहास और किसी अन्य बीमा कंपनी के साथ अतिरिक्त मौजूदा बीमा से संबंधित प्रश्न भी शामिल होते हैं।
8. घोषणा की विशेष बातों पर ध्यान दिया जाना चाहिए जिस पर प्रस्तावक द्वारा हस्ताक्षर किया जाएगा।
9. बीमित व्यक्ति ऐसे किसी भी अस्पताल/चिकित्सक से चिकित्सकीय जानकारी मांगने की सहमति देता है और इसके लिए बीमा कंपनी को अधिकृत करता है जिसने किसी भी समय उसके शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाली किसी भी बीमारी के संबंध में उसका इलाज किया है या कर सकता है।
10. बीमित व्यक्ति इस बात की पुष्टि करता है कि उसने प्रपत्र का हिस्सा बनने वाली विवरण पत्रिका को पढ़ लिया है और वह नियमों एवं शर्तों को स्वीकार करने के लिए तैयार है।
11. घोषणा में बयानों की सच्चाई के संबंध में सामान्य वारंटी और अनुबंध के आधार के रूप में प्रस्ताव प्रपत्र शामिल होता है।

चिकित्सा प्रश्नावली

प्रस्ताव प्रपत्र में प्रतिकूल चिकित्सा इतिहास होने के मामले में बीमित व्यक्ति को मधुमेह, उच्च रक्तचाप, सीने में दर्द या कोरोनरी अक्षमता या मायोकार्डियल रोधगलन जैसी बीमारियों से संबंधित एक विस्तृत प्रश्नावली को पूरा करना होता है।

इनका एक परामर्शदाता चिकित्सक द्वारा पूरा किए गए फॉर्म के द्वारा समर्थित होना आवश्यक है। यह फॉर्म की जांच-पड़ताल कंपनी के पैनल चिकित्सक द्वारा की जाती है जिनकी राय के आधार पर स्वीकृति, अपवर्जन आदि तय किया जाता है।

आईआरडीएआई ने यह निर्धारित किया है कि प्रस्ताव प्रपत्र की एक प्रति और उसके अनुलग्नकों को पॉलिसी दस्तावेज के साथ संलग्न किया जाना चाहिए और उसे बीमाधारक के रिकॉर्ड के लिए उसके पास भेजा जाना चाहिए।

2. मध्यस्थ की भूमिका

मध्यस्थ की जिम्मेदारी दोनों पक्षों यानी बीमाधारक और बीमा कंपनी की ओर होती है।

एक एजेंट या ब्रोकर जो बीमा कंपनी और बीमाधारक के बीच मध्यस्थ के रूप में कार्य करता है उसे यह सुनिश्चित करने की जिम्मेदारी होती है कि जोखिम के बारे में सारी तथ्यात्मक जानकारी बीमित व्यक्ति द्वारा बीमा कंपनी को प्रदान की गयी है।

आईआरडीएआई विनियमन का प्रावधान है कि मध्यस्थ की जिम्मेदारी ग्राहक के प्रति होती है।

महत्वपूर्ण

संभावित बीमाधारक (ग्राहक) के प्रति एक मध्यस्थ का कर्तव्य

आईएआरडीएआई विनियमन कहता है कि "एक बीमा कंपनी या उसका एजेंट या अन्य मध्यस्थ एक प्रस्तावित कवर के संबंध में समस्त तथ्यात्मक जानकारी प्रदान करेगा जो संभावित ग्राहक को अपने हित में सर्वोत्तम कवर का फैसला लेने में सक्षम बनाएगा।

जहां संभावित ग्राहक बीमा कंपनी या उसके एजेंट या एक बीमा मध्यस्थ की सलाह पर निर्भर करता है, वहां इस तरह के व्यक्ति को एक निष्पक्ष ढंग से संभावित ग्राहक को सलाह देनी चाहिए।

जहां किसी भी कारण से प्रस्ताव और अन्य संबंधित कागजात ग्राहक द्वारा नहीं भरे जाते हैं, ग्राहक की ओर से प्रस्ताव प्रपत्र के अंत में एक प्रमाणपत्र फार्म शामिल किया जा सकता है कि प्रपत्र और दस्तावेजों की सामग्रियों के बारे में उसे पूरी तरह से समझा दिया गया है और यह कि उसने प्रस्तावित अनुबंध के महत्व को अच्छी तरह से समझ लिया है।"

B. प्रस्ताव की स्वीकृति (बीमालेखन)

हमने देखा है कि एक पूरा किया गया प्रस्ताव प्रपत्र मोटे तौर पर निम्नलिखित जानकारी प्रदान करता है:

- ✓ बीमाधारक का विवरण
- ✓ विषय-वस्तु का विवरण
- ✓ आवश्यक कवर का प्रकार
- ✓ सकारात्मक और नकारात्मक दोनों भौतिक विश्शताओं का विवरण
- ✓ बीमा और नुकसान का पिछला इतिहास

एक स्वास्थ्य बीमा प्रस्ताव के मामले में बीमा कंपनी एक संभावित ग्राहक को, जैसे 45 वर्ष से अधिक की उम्र के व्यक्ति को चिकित्सक के पास और/या चिकित्सकीय जांच के लिए भी भेज सकती है। प्रस्ताव में उपलब्ध जानकारी के आधार पर, और जहां चिकित्सकीय जांच की सलाह दी गई है, मेडिकल रिपोर्ट और चिकित्सक की सिफारिश के आधार पर बीमा कंपनी निर्णय लेती है। कभी-कभी जहां चिकित्सा इतिहास संतोषजनक नहीं होता है, अन्य जानकारी प्राप्त करने के लिए एक अतिरिक्त प्रश्नावली भी संभावित ग्राहक से प्राप्त करना आवश्यक होता है। तब बीमा कंपनी जोखिम कारक के लिए लागू होने वाली दर के बारे में फैसला करती है और विभिन्न कारकों के आधार पर प्रीमियम की गणना करती है जिसके बारे में फिर बीमाधारक को बताया जाता है।

बीमा कंपनी द्वारा प्रस्तावों पर तेज गति और दक्षता के साथ कार्रवाई की जाती है और उसके सभी निर्णयों के बारे में एक उचित अवधि के भीतर लिखित रूप में सूचित किया जाता है।

बीमालेखन और प्रस्तावों पर कार्रवाई के बारे में नोट

आईआरडीएआई के दिशानिर्देशों के अनुसार बीमा कंपनी को 15 दिन की अवधि के भीतर प्रस्ताव पर कार्रवाई करनी चाहिए। एजेंट से इन समय सीमाओं का ध्यान रखने, आंतरिक रूप से फॉलो अप करने और जब कभी आवश्यक होने पर ग्राहक सेवा के माध्यम से प्रस्तावक/बीमाधारक के साथ संवाद करने की अपेक्षा की जाती है। प्रस्ताव की छानबीन करने और स्वीकृति के बारे में निर्णय लेने की इस पूरी प्रक्रिया को बीमालेखन (जोखिम अंकन) के रूप में जाना जाता है।

स्व-परीक्षण 1

दिशानिर्देशों के अनुसार एक बीमा कंपनी को _____ के भीतर बीमा प्रस्ताव पर कार्रवाई करनी होती है।

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

C. विवरण पुस्तिका (प्रॉस्पेक्टस)

प्रॉस्पेक्टस बीमा कंपनी द्वारा या उसकी ओर से बीमा के संभावित खरीदारों के लिए जारी किया गया एक दस्तावेज है। यह सामान्यतः एक ब्रोशर या पुस्तिका के रूप में होता है और इस तरह के संभावित खरीदारों को उत्पाद की जानकारी देने का उद्देश्य पूरा करता है। विवरणिका (प्रॉस्पेक्टस) जारी करना बीमा अधिनियम 1938 के साथ-साथ पॉलिसी धारक के हितों का संरक्षण अधिनियम 2002 और आईआरडीएआई के स्वास्थ्य बीमा विनियम 2013 द्वारा नियंत्रित होता है।

किसी भी बीमा उत्पाद के प्रोस्पेक्टस में लाभों की गुंजाइश, बीमा कवर की सीमा का स्पष्ट रूप से उल्लेख होना चाहिए और बीमा कवर की वारंटियों, अपवादों और शर्तों को साफ़-साफ़ समझाया जाना चाहिए।

उत्पाद पर स्वीकार्य आरोहकों (जिन्हें ऐड-ऑन कवर भी कहा जाता है) के बारे में भी लाभों की उनकी गुंजाइश के साथ स्पष्ट रूप से बताया जाना चाहिए। इसके अलावा सभी आरोहकों को एक साथ मिलाकर संबंधित प्रीमियम मुख्य उत्पाद के प्रीमियम के 30% से अधिक नहीं होना चाहिए।

अन्य महत्वपूर्ण जानकारी जिसका खुलासा एक प्रास्पेक्टस में करना चाहिए, इसमें शामिल हैं:

1. विभिन्न आयु वर्गों के लिए या प्रवेश की अलग-अलग उम्र के लिए कवर और प्रीमियम में कोई अंतर
2. पॉलिसी के नवीनीकरण की शर्तें
3. निश्चित परिस्थितियों के तहत पॉलिसी को रद्द किये जाने की शर्तें।
4. विभिन्न परिस्थितियों में लागू होने वाली कोई भी छूट या अधिभार का विवरण
5. प्रीमियम सहित पॉलिसी की शर्तों में किसी भी संशोधन या परिवर्तन की संभावना

6. एक ही बीमा कंपनी के साथ शीघ्र प्रवेश के लिए पॉलिसीधारकों को पुरस्कृत करने के प्रयोजन से कोई प्रोत्साहन, निरंतर नवीनीकरण, अनुकूल दावों का अनुभव आदि
7. यह घोषणा कि इसकी सभी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां पोर्टेबल हैं जिसका मतलब है कि इन पॉलिसियों को किसी भी अन्य बीमा कंपनी से नवीनीकृत किया जा सकता है जो एक समान लाभों वाले एक समान कवर प्रदान करती है, जिनका लाभ वह मौजूदा बीमा कंपनी के साथ बने रहने पर उठा सकता था।

स्वास्थ्य पॉलिसियों के बीमाकर्ता आम तौर पर अपने स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के बारे में प्रॉस्पेक्टस प्रकाशित करते हैं। ऐसे मामलों में प्रस्ताव प्रपत्र में एक घोषणा शामिल होगी कि ग्राहक ने प्रॉस्पेक्टस को पढ़ लिया है और इससे सहमत है।

D. प्रीमियम की रसीद

जब ग्राहक द्वारा बीमा कंपनी को प्रीमियम भुगतान किया जाता है तो बीमा कंपनी एक रसीद जारी करने के लिए बाध्य होती है। अग्रिम में कोई प्रीमियम भुगतान किए जाने के मामले में भी रसीद जारी की जाती है।

परिभाषा

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

1. अग्रिम में प्रीमियम का भुगतान (बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 64VB)

बीमा अधिनियम के अनुसार, प्रीमियम बीमा कवर शुरू होने से पहले अग्रिम में भुगतान किया जाना चाहिए। यह एक महत्वपूर्ण प्रावधान है जो सुनिश्चित करता है कि केवल बीमा कंपनी द्वारा प्रीमियम प्राप्त कर लिए जाने के बाद ही एक वैध बीमा अनुबंध पूरा किया जा सकता है और बीमा कंपनी द्वारा जोखिम को स्वीकार किया जा सकता है। यह खंड भारत में गैर-जीवन बीमा उद्योग की एक खास विशेषता है।

महत्वपूर्ण

a) बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 64VB का प्रावधान है कि कोई भी बीमा कंपनी किसी भी जोखिम को स्वीकार नहीं करेगी जब तक कि प्रीमियम अग्रिम में प्राप्त नहीं हो जाता है या भुगतान करने की गारंटी नहीं दी जाती है या निर्धारित तरीके से अग्रिम में धनराशि जमा नहीं की जाती है।

b) जब कोई बीमा एजेंट किसी बीमा कंपनी की ओर से बीमा की पॉलिसी पर प्रीमियम प्राप्त करता है, वह बैंक और डाक विलंब को छोड़ कर, इसे प्राप्त करने के चौबीस घंटे के भीतर अपने कमीशन की कटौती के बिना, इस प्रकार एकत्र किया गया पूरा प्रीमियम बीमा कंपनी के पास जमा करेगा या डाक के माध्यम से भेजेगा।

c) यह प्रावधान भी किया गया है कि जोखिम केवल उस तारीख से माना जाएगा जब नकद या चेक द्वारा प्रीमियम का भुगतान किया गया है।

d) जहां प्रीमियम पोस्टल या मनी ऑर्डर द्वारा या डाक द्वारा भेजे गए चेक के माध्यम से प्रस्तुत किया जाता है, जोखिम उस तारीख को माना जा सकता है जब मनीऑर्डर को बुक किया गया है या चेक को डाक से भेजा गया है, चाहे जैसा भी मामला हो सकता है।

e) प्रीमियम का कोई भी रिफंड जो पॉलिसी को रद्द किए जाने के कारण या इसके नियमों और शर्तों में बदलाव के कारण या अन्यथा एक बीमाधारक को देय हो सकता है, बीमा कंपनी द्वारा इसका भुगतान एक क्रॉस्ड या ऑर्डर चेक द्वारा या पोस्टल/मनी ऑर्डर द्वारा सीधे तौर पर बीमाधारक को किया जा सकता है और बीमा कंपनी द्वारा बीमाधारक से एक उचित रसीद प्राप्त की जाएगी। आजकल सीधे बीमित व्यक्ति के बैंक खाते में धनराशि जमा करने का प्रचलन है। इस तरह का रिफंड किसी भी मामले में एजेंट के खाते में जमा नहीं किया जाएगा।

प्रीमियम भुगतान की उपरोक्त पूर्व-शर्त के अपवाद भी हैं जो बीमा नियम 58 और 59 में वर्णित हैं। एक जीवन बीमा पॉलिसी जैसी 12 महीने से अधिक समय तक चलने वाली पॉलिसियों के मामले में किस्तों में भुगतान के लिए है। अन्य में निर्दिष्ट मामलों में बैंक गारंटी के माध्यम से भुगतान करना, जहां सटीक प्रीमियम अग्रिम में निर्धारित नहीं किया जा सकता है या बीमा कंपनी के पास मौजूद ग्राहक के एक नगदी जमा खाते में डेबिट करके प्राप्त किया गया भुगतान शामिल है।

2. प्रीमियम भुगतान की विधि

महत्वपूर्ण

एक बीमा पॉलिसी लेने का प्रस्ताव करने वाले किसी भी व्यक्ति द्वारा या पॉलिसीधारक द्वारा एक बीमा कंपनी को किया जाने वाला प्रीमियम का भुगतान इनमें से एक या अधिक विधियों से किया जा सकता है।

a) नगदी

b) कोई भी मान्यता प्राप्त बैंकिंग विनिमेय उपकरण, जैसे भारत में किसी भी अनुसूचित बैंक में आहरित चेक, डिमांड ड्राफ्ट, भुगतान आदेश, बैंकर चेक;

c) पोस्टल मनीऑर्डर;

d) क्रेडिट या डेबिट कार्ड;

e) बैंक गारंटी या नकद जमा;

f) इंटरनेट;

g) ई-ट्रांसफर

h) प्रस्तावक या पॉलिसीधारक या जीवन बीमाधारक के स्थायी निर्देश पर बैंक ट्रांसफर के माध्यम से डायरेक्ट क्रेडिट;

i) समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित किया जा सकता है के रूप में किसी अन्य विधि या भुगतान;

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

स्व-परीक्षण 2

अगर प्रीमियम भुगतान चेक द्वारा किया जाता है तो नीचे दिया गया कौन सा कथन सही होगा?

I. जोखिम उस तारीख को स्वीकार किया जा सकता है जब चेक पोस्ट किया गया है

II. जोखिम उस तारीख को स्वीकार किया जा सकता है जब बीमा कंपनी द्वारा चेक जमा किया जाता है

III. जोखिम उस तारीख को स्वीकार किया जा सकता है जब बीमा कंपनी को चेक प्राप्त होता है

IV. जोखिम उस तारीख को स्वीकार किया जा सकता है जब प्रस्तावक द्वारा चेक जारी किया जाता है

E. पॉलिसी दस्तावेज़

पॉलिसी दस्तावेज

पॉलिसी एक औपचारिक दस्तावेज है जो बीमा के अनुबंध का एक प्रमाण देता है। इस दस्तावेज़ पर भारतीय स्टाम्प अधिनियम, 1899 के प्रावधानों के अनुसार स्टांप लगी होनी चाहिए।

पॉलिसीधारक के हितों की रक्षा करने के लिए आईआरडीएआई विनियम में यह निर्दिष्ट है कि एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में क्या शामिल होना चाहिए:

a) बीमाधारक और विषय-वस्तु में बीमा योग्य हित रखने वाले किसी अन्य व्यक्ति का(के) नाम और पता(ते)
b) बीमित व्यक्तियों या हितों की पूरी जानकारी
c) पॉलिसी के तहत बीमा राशि, व्यक्ति और/या जोखिम के अनुसार
d) बीमा की अवधि
e) कवर की गयी आपदाएं और अपवर्जन
f) लागू होने वाला कोई भी आधिक्य/कटौती
g) देय प्रीमियम और जहां प्रीमियम समायोजन के अधीन अनंतिम है, प्रीमियम के समायोजन का आधार
h) पॉलिसी के नियम, शर्तें और वारंटियां
i) पॉलिसी के तहत एक दावे को जन्म देने की संभावना से युक्त एक आपात घटना घटित होने पर बीमित व्यक्ति द्वारा की जाने वाली कार्रवाई
j) एक दावे को जन्म देने वाली घटना घटित होने पर बीमा की विषय-वस्तु के संबंध में बीमाधारक के दायित्व और इन परिस्थितियों में बीमा कंपनी के अधिकार
k) कोई विशेष परिस्थितियां

l) गलतबयानी, धोखाधड़ी, वास्तविक तथ्यों का गैर-प्रकटीकरण या बीमाधारक के असहयोग के आधार पर पॉलिसी को रद्द करने के लिए प्रावधान
m) बीमा कंपनी के पते जहां पॉलिसी के संबंध में सभी संचार भेजे जाने चाहिए
n) आरोहकों का विवरण, यदि कोई हो
o) शिकायत निवारण प्रणाली का विवरण और ओम्बड्समैन का पता

हर बीमा कंपनी को पॉलिसी के संदर्भ में उत्पन्न होने वाला दावा दर्ज करने के संबंध में बीमाधारक व्यक्ति द्वारा पूरी की जाने वाली आवश्यकताओं और उसके द्वारा पालन की जाने वाली प्रक्रियाओं के बारे में (बीमाधारक) को सूचित करना चाहिए और सूचित करते रहना चाहिए ताकि बीमा कंपनी दावे के शीघ्र निपटान में सक्षम हो सके।

F. शर्तें और वारंटियां

यहां पॉलिसी के विवरण में प्रयुक्त दो महत्वपूर्ण शब्दों की व्याख्या करना महत्वपूर्ण है। इन्हें शर्तें और वारंटियां कहते हैं।

1. शर्तें

शर्त बीमा अनुबंध का एक प्रावधान है जो समझौते का आधार बनाता है।

उदाहरणः

a. अधिकांश बीमा पॉलिसियों की मानक शर्तों में से एक यह कहती हैः

   अगर दावा किसी भी संबंध में धोखाधड़ीपूर्ण है, या उसके समर्थन में कोई झूठी घोषणा की गयी है या उसका प्रयोग किया गया है या अगर पॉलिसी के तहत कोई लाभ प्राप्त करने के लिए बीमाधारक द्वारा अथवा उसकी ओर से काम करने वाले व्यक्ति द्वारा किसी कपटपूर्ण साधन या उपकरण का प्रयोग किया गया है या अगर नुकसान या क्षति किसी जानबूझकर किए गए कृत्य के कारण या बीमाधारक की मिलीभगत से हुई है तो इस पॉलिसी के तहत सभी लाभ जब्त कर लिए जाएंगे।

b. एक स्वास्थ्य पॉलिसी में दावे की सूचना देने की शर्त इस प्रकार हो सकती हैः

   दावा अस्पताल से डिस्चार्ज होने की तारीख से निश्चित दिनों के भीतर दर्ज किया जाना चाहिए। हालांकि, इस शर्त में छूट पर कठिनाई के चरम मामलों में विचार किया जा सकता है जहां कंपनी की संतुष्टि के लिए यह साबित कर दिया गया है कि जिन परिस्थितियों में बीमाधारक को डाल दिया गया था, उसके या किसी भी अन्य व्यक्ति के लिए निर्धारित समय-सीमा के भीतर इस तरह की सूचना देना या दावा फ़ाइल करना संभव नहीं था।

   शर्त का उल्लंघन बीमा कंपनी के विकल्प पर पॉलिसी को अमान्य करने योग्य बनाता है।

2. वारंटियां

एक बीमा अनुबंध में वारंटियों का प्रयोग निश्चित परिस्थितियों में बीमा कंपनी की देयता को सीमित करने के लिए किया जाता है। बीमा कंपनियां खतरे को कम करने के लिए पॉलिसी में वारंटियों को भी शामिल करती हैं। वारंटी के साथ बीमाधारक कुछ दायित्व उठाता है जिसे एक निश्चित समय अवधि के भीतर और इसके अलावा पॉलिसी अवधि के दौरान भी पूरा किया जाना आवश्यक होता है और बीमा कंपनी की जिम्मेदारी बीमाधारक द्वारा इन दायित्वों के अनुपालन पर निर्भर करती है। वारंटियां जोखिम के प्रबंधन और सुधार में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं।

वारंटी पॉलिसी में स्पष्ट रूप से वर्णित एक ऐसी शर्त है जिसका अनुबंध की वैधता के लिए अक्षरशः पालन किया जाना चाहिए। वारंटी एक अलग दस्तावेज नहीं है। पॉलिसी दस्तावेज दोनों का हिस्सा है।यह अनुबंध के लिए एक पूर्व शर्त है (जो अनुबंध की अन्य शर्तों से पहले काम करती है)। इसे सख्ती से और अक्षरशः समझना और पालन किया जाना चाहिए, चाहे यह जोखिम के लिए महत्वपूर्ण हो या ना हो।

अगर किसी वारंटी को पूरा नहीं किया जाता है तो पॉलिसी बीमा कंपनियों के विकल्प पर अमान्य करने योग्य हो जाती है, जब यह स्पष्ट रूप से निर्धारित हो जाता है कि उल्लंघन किसी खास नुकसान का कारण नहीं बना है या उसमें योगदान नहीं किया है। हालांकि, अगर व्यावहारिक रूप में वारंटी का उल्लंघन एक विशुद्ध तकनीकी प्रकृति का है और किसी भी तरह से नुकसान में योगदान नहीं करता है या उसे नहीं बढ़ाता है तो बीमा कंपनियां अपने विवेक पर कंपनी की नीति के अनुसार मानदंडों और दिशानिर्देशों के अनुरूप दावों पर कार्रवाई कर सकती हैं। ऐसे मामले में, नुकसान को समझौता दावों के रूप में देखा जा सकता है और इसका निपटारा सामान्यतः दावे के एक उच्च प्रतिशत के लिए किया जाता है लेकिन 100 के लिए नहीं।

एक व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी में निम्नलिखित वारंटी हो सकती है :

> यह वारंटी दी जाती है कि एक समय में पांच से अधिक बीमित व्यक्ति एक ही वायु यान में एक साथ यात्रा नहीं करेंगे। वारंटी में यह बताया जा सकता है कि अगर इस वारंटी का उल्लंघन किया जाता है तो दावे के साथ कैसा व्यवहार किया जाएगा।

स्व-परीक्षण 3

नीचे दिया गया कौन सा कथन एक वारंटी के संबंध में सही है?

I. वारंटी एक शर्त है जो पॉलिसी में उल्लेख किए बिना निहित होती है

II. वारंटी पॉलिसी में स्पष्ट रूप से वर्णित एक शर्त है

III. वारंटी पॉलिसी में स्पष्ट रूप से वर्णित एक शर्त है और इसके बारे में बीमाधारक को अलग से बताया जाता है और पॉलिसी दस्तावेज का हिस्सा नहीं होता है

IV. अगर किसी वारंटी का उल्लंघन किया जाता है तो दावे का फिर भी भुगतान किया जा सकता है अगर यह जोखिम के लिए महत्वपूर्ण नहीं है

G. पृष्ठांकन

एक मानक रूप में पॉलिसियां जारी करना बीमा कंपनियों की प्रथा है; जिसमें कुछ खतरों को कवर किया जाता है और कुछ अन्य खतरों को निकाल दिया जाता है।

परिभाषा

अगर पॉलिसी जारी करते समय इसके कुछ नियमों और शर्तों में बदलाव किया जाना आवश्यक होता है तो यह कार्य पृष्ठांकन नामक एक दस्तावेज़ के माध्यम से संशोधनों/बदलावों को निर्धारित करके पूरा किया जाता है।

यह पॉलिसी में संलग्न होता है और उसका हिस्सा बनता है।पॉलिसी और पृष्ठांकन एक साथ मिलकर अनुबंध बनाते हैं। पृष्ठांकन पॉलिसी की चालू अवधि के दौरान भी बदलावों/संशोधनों को दर्ज करने के लिए जारी किया जा सकता है।

जब कभी भी तथ्यात्मक जानकारी में बदलाव होता है, बीमाधारक को इस बात की जानकारी बीमा कंपनी को देनी होती है जो इस पर ध्यान देगी और पृष्ठांकन के माध्यम से इसे बीमा अनुबंध के हिस्से के रूप में सम्मिलित करेगी।

एक पॉलिसी के अंतर्गत आम तौर पर आवश्यक पृष्ठांकन इन बातों से संबंधित होते हैं:

a) बीमा राशि में भिन्नताएं/परिवर्तन

b) ऋण लेकर या बैंक के पास पॉलिसी को बंधक रख कर बीमा योग्य हित में बदलाव करना।

c) अतिरिक्त खतरों को कवर करने के लिए बीमा का विस्तार / पॉलिसी अवधि बढ़ाना

d) जोखिम में बदलाव जैसे एक विदेशी यात्रा पॉलिसी के मामले में गंतव्य में बदलाव।

e) किसी अन्य स्थान पर संपत्ति का स्थानांतरण

f) बीमा रद्द होना

g) नाम या पते आदि में परिवर्तन

नमूना पृष्ठांकन

उदाहरण के प्रयोजन से, कुछ पृष्ठांकनों के नमूना विवरण को नीचे पुनर्प्रस्तुत किया गया है:

<u>पॉलिसी रद्द करना</u>

बीमाधारक के अनुरोध पर इस पॉलिसी के द्वारा प्राप्त बीमा को एतद्द्वारा <तारीख> से रद्द घोषित किया जाता है। बीमा नौ महीने से अधिक की अवधि तक चालू रहने के कारण बीमाधारक को कोई भी रिफंड देय नहीं है।

<u>पॉलिसी में अतिरिक्त सदस्य के लिए कवर का विस्तार</u>

बीमाधारक के अनुरोध पर, एतदद्वारा सुश्री रत्ना मिस्त्री, बीमाधारक की बेटी, उम्र 5 वर्ष को 3 लाख रुपये की बीमा राशि के साथ पॉलिसी में शामिल करने की सहमति दी जाती है जो दिनांक < दिनांक > से प्रभावी होगी।

इसके प्रतिफल में एतदद्वारा ..... रुपये का एक अतिरिक्त प्रीमियम बीमाधारक से लिया जाता है।

स्व-परीक्षण 4

अगर पॉलिसी जारी करते समय इसके कुछ नियमों और शर्तों में संशोधन किया जाना आवश्यक है तो यह कार्य _____ के माध्यम से संशोधनों का निर्धारण करके पूरा किया जाता है।

I. वारंटी
II. पृष्ठांकन
III. परिवर्तन
IV. संशोधन संभव नहीं है

H. पॉलिसियों की व्याख्या

बीमा के अनुबंधों को लिखित रूप में व्यक्त किया जाता है और बीमा पॉलिसी की बातों का मसौदा बीमा कंपनियों द्वारा तैयार किया जाता है। इन पॉलिसियों की व्याख्या रचना या व्याख्या के कुछ सुपरिभाषित नियमों के अनुसार करनी होती है जो विभिन्न अदालतों द्वारा निर्धारित किए गए हैं। रचना का सबसे महत्वपूर्ण नियम यह है कि पार्टियों का इरादा प्रबल होना चाहिए और यह इरादा पॉलिसी में अपने आप दिखाई देना चाहिए।अगर पॉलिसी एक अस्पष्ट ढंग से जारी की जाती है तो अदालतों द्वारा इसकी व्याख्या इस सामान्य सिद्धांत पर बीमाधारक के पक्ष में और बीमा कंपनी के खिलाफ की जाएगी कि पॉलिसी का मसौदा बीमा कंपनी द्वारा तैयार किया गया था।

पॉलिसी में वर्णित बातों को निम्नलिखित नियमों के अनुसार समझा और समझाया जाता है:

a) एक व्यक्त या लिखित शर्त एक निहित शर्त से अधिक महत्वपूर्ण होती है, सिवाय उस मामले के जहां ऐसा करने में विसंगति है।

b) मानक मुद्रित पॉलिसी फॉर्म और टाइप किए गए या हस्तलिखित भागों के बीच एक विरोधाभास होने की स्थिति में टाइप किए गए या हस्तलिखित भाग को एक विशेष अनुबंध में पार्टियों के इरादे को व्यक्त करने वाला माना जाता है, और उनके अर्थ मूल मुद्रित विवरण की तुलना में अधिक महत्वपूर्ण होंगे।

c) अगर कोई पृष्ठांकन अनुबंध के अन्य भागों के विपरीत है तो पृष्ठांकन के अर्थ को महत्त्व दिया जाएगा क्योंकि यह बाद का दस्तावेज़ है।

d) इटैलिक में वर्णित क्लॉज साधारण मुद्रित विवरण से अधिक महत्व रखते हैं, जहां वे असंगत होते हैं।

e) पॉलिसी के मार्जिन में मुद्रित या टाइप किए गए क्लॉज को पॉलिसी की बॉडी के भीतर वर्णित बातों की तुलना में अधिक महत्व दिया जाता है।

f) पॉलिसी में संलग्न या पेस्ट किए गए क्लॉज, मार्जिन के क्लॉज और पॉलिसी की बॉडी के क्लॉज दोनों की तुलना में अधिक महत्वपूर्ण होते हैं।

g) मुद्रित वर्णन के स्थान पर टाइप करके लिखे विवरण को या एक स्याही वाले रबर स्टांप द्वारा अंकित विवरण को अधिक महत्व दिया जाता है।

h) हाथ की लिखावट को टाइप किए गए या स्टांप लगाए गए विवरण से अधिक प्रमुखता दी जाती है।

i) अंत में, अगर कोई अस्पष्टता है या स्पष्टता की कमी है तो व्याकरण और विराम चिह्न के साधारण नियमों को लागू किया जाता है।

महत्वपूर्ण

1. पॉलिसियों की रचना

बीमा पॉलिसी एक व्यावसायिक अनुबंध का प्रमाण है और अदालतों द्वारा अपनाए जाने वाले रचना और व्याख्या के सामान्य नियम अन्य अनुबंधों के मामले की तरह बीमा अनुबंधों पर लागू होते हैं।

रचना का प्रमुख नियम यह है कि अनुबंध की पार्टियों का इरादा सबसे महत्वपूर्ण होता है। इरादा पॉलिसी दस्तावेज और प्रस्ताव फॉर्म, इससे जुड़े क्लॉजों, पृष्ठांकनों, वारंटियों आदि से प्राप्त किया जाना चाहिए और इसे अनुबंध का आधार बनना चाहिए।

2. शब्दों के अर्थ

प्रयुक्त शब्दों को उनके सामान्य और लोकप्रिय अर्थ में लिया जाना चाहिए। शब्द के लिए प्रयोग किया जाने वाला अर्थ वह होना चाहिए जो एक सड़क पर चलने वाले आम आदमी की समझ में आए।

दूसरी ओर, ऐसे शब्द जिनका एक आम व्यावसायिक या व्यापारिक अर्थ होता है उसे उसी अर्थ में समझा जाएगा जब तक कि वाक्य का प्रसंग अन्यथा इंगित नहीं करता है।जहां शब्द कानून द्वारा परिभाषित होते हैं, उस परिभाषा के अर्थ को कानून के अनुसार इस्तेमाल किया जाएगा।

बीमा पॉलिसियों में प्रयुक्त कई शब्द पिछले कानूनी फैसलों का विषय रहे हैं जिनका सामान्य रूप से प्रयोग किया जाएगा। फिर, एक उच्च न्यायालय के फैसले एक निचली अदालत के फैसले पर बाध्यकारी होंगे। तकनीकी शब्दों को हमेशा उनका तकनीकी अर्थ दिया जाना चाहिए, जब तक कि इसके विपरीत कोई संकेत नहीं दिया गया है।

I. नवीनीकरण का नोटिस

अधिकांश गैर-जीवन बीमा पॉलिसियां वार्षिक आधार पर जारी की जाती हैं।

बीमा कंपनियों की ओर से बीमाधारक को यह सलाह देने की कोई कानूनी बाध्यता नहीं है कि उसकी पॉलिसी एक विशेष तिथि को समाप्त होने वाली है। हालांकि, शिष्टाचार और स्वस्थ व्यावसायिक आचरण की बात के रूप में बीमा कंपनियां पॉलिसी के नवीनीकरण के लिए आमंत्रित करते हुए पॉलिसी समाप्ति की तारीख से पहले एक नवीकरण नोटिस जारी करती हैं। नोटिस से बीमा राशि, वार्षिक प्रीमियम आदि जैसे पॉलिसी के प्रासंगिक विवरणों का पता चलता है। बीमाधारक को यह सलाह देते हुए एक नोट जारी करने की भी प्रथा है कि उसे जोखिम में किसी भी तथ्यात्मक बदलाव के बारे में सूचित करना चाहिए।

बीमाधारक का ध्यान इस वैधानिक प्रावधान की ओर भी आकर्षित किया जाएगा कि कोई भी जोखिम स्वीकार नहीं किया जा सकता है जब तक कि अग्रिम में प्रीमियम भुगतान नहीं किया जाता है।

स्व-परीक्षण 5

नीचे दिया गया कौन सा कथन नवीनीकरण नोटिस के संबंध में सही है?

I. विनियमों के अनुसार बीमा कंपनियों पर पॉलिसी की समाप्ति से 30 दिन पहले बीमाधारक को एक नवीनीकरण नोटिस भेजने की कानूनी बाध्यता होती है

II. विनियमों के अनुसार बीमा कंपनियों पर पॉलिसी की समाप्ति से 15 दिन पहले बीमाधारक को एक नवीनीकरण नोटिस भेजने की कानूनी बाध्यता होती है

III. विनियमों के अनुसार बीमा कंपनियों पर पॉलिसी की समाप्ति से 7 दिन पहले बीमाधारक को एक नवीनीकरण नोटिस भेजने की कानूनी बाध्यता होती है

IV. विनियमों के अनुसार बीमा कंपनियों पर पॉलिसी की समाप्ति से पहले बीमाधारक को एक नवीनीकरण नोटिस भेजने की कोई कानूनी बाध्यता नहीं होती है

J. एंटी मनी लॉन्ड्रिंग और अपने ग्राहकों को जानने के बारे में दिशानिर्देश

अपराधी अपनी गैरकानूनी गतिविधियों के माध्यम से धन प्राप्त करते हैं लेकिन मनी लॉन्ड्रिंग नामक एक प्रक्रिया के द्वारा इसे वैध धन के रूप में प्रयोग करना चाहते हैं।

मनी लॉन्ड्रिंग वह प्रक्रिया है जिसके द्वारा अपराधी अपनी आपराधिक गतिविधियों की आय के वास्तविक स्रोत और स्वामित्व को छुपाने के लिए धन का हस्तांतरण करते हैं। इस प्रक्रिया के द्वारा पैसा अपनी आपराधिक पहचान खो देता है और वैध प्रतीत होता है।

अपराधी अपने काले पैसों को सफ़ेद करने के लिए बैंकों और बीमा सहित वित्तीय सेवाओं के उपयोग का प्रयास करते हैं। वे गलत पहचान का उपयोग करके लेनदेन करते हैं, उदाहरण के लिए, वे बीमा के किसी रूप को खरीद लेते हैं और उस पैसे को आहरित करने में सफल होते हैं और फिर अपना मतलब पूरा हो जाने पर गायब हो जाते हैं।

काले धन को वैध करने के इस तरह के प्रयास को रोकने के लिए भारत सहित दुनिया भर में सरकारी स्तरों पर प्रयास किए गए हैं।

मनी लॉन्ड्रिंग रोकथाम अधिनियम संबंधी कानून को वर्ष 2002 में सरकार द्वारा लागू किया गया था। इसके कुछ ही समय बाद आईआरडीएआई द्वारा जारी किए गए एंटी-मनी लॉन्ड्रिंग के दिशानिर्देशों ने बीमा सेवाओं के लिए अनुरोध करने वाले ग्राहकों की असली पहचान निर्धारित करने के लिए उपयुक्त उपायों के संकेत दिए हैं जिसमें संदेहजनक लेनदेनों के बारे में सूचित करना और मनी लॉन्ड्रिंग को शामिल करने वाले या इसका संदेह होने वाले मामलों का उचित रिकॉर्ड रखना शामिल है।

अपने ग्राहक को जानने के दिशानिर्देशों के अनुसार, प्रत्येक ग्राहक से निम्नलिखित दस्तावेज प्राप्त करके उसकी सही पहचान निर्धारित करना आवश्यक है:

1. पते का सत्यापन
2. ताजा तस्वीर
3. वित्तीय स्थिति
4. बीमा अनुबंध का उद्देश्य

इसलिए एजेंट को ग्राहकों की पहचान निर्धारित करने के लिए व्यवसाय लाने के समय दस्तावेजों को इकट्ठा करने की जरूरत होती है:

1. व्यक्तियों के मामले में - पूरा नाम, पता, आईडी और पते के प्रमाण के साथ बीमाधारक का संपर्क नंबर, एनईएफटी प्रयोजनों के लिए पैन नंबर और बैंक का पूरा विवरण प्राप्त करें
2. कॉरपोरेट के मामले में - निगमन का प्रमाणपत्र, संस्था के अंतर्नियम और संस्था के बहिर्नियम, व्यावसायिक लेनदेन करने के लिए पावर ऑफ अटॉर्नी, पैन कार्ड की प्रतिलिपि प्राप्त करें

3. भागीदारी फर्मों के मामले में - पंजीकरण प्रमाणपत्र (अगर पंजीकृत है), पार्टनरशिप डीड, फर्म की ओर से व्यावसायिक लेनदेन करने के लिए किसी भागीदार या फर्म के किसी कर्मचारी को प्रदान की गयी पावर ऑफ अटॉर्नी, व्यक्ति की पहचान का प्रमाण प्राप्त करें
4. न्यासों और फाउंडेशनों के मामले में - भागीदारी के मामले के समान

यहां इस बात पर ध्यान देना महत्वपूर्ण है कि इस तरह की जानकारी उत्पादों की क्रॉस-सेलिंग में भी मदद करती है और मार्केटिंग का एक सहायक उपकरण है।

सारांश

a) प्रलेखन का पहला चरण प्रस्ताव प्रपत्र है जिसके माध्यम से बीमाधारक अपने बारे में और अपनी बीमा संबंधी आवश्यकता की जानकारी देता है।

b) तथ्यात्मक जानकारी के प्रकटीकरण का कर्तव्य पॉलिसी की शुरुआत से पहले उत्पन्न होता है और संपूर्ण पॉलिसी अवधि के दौरान जारी रहता है।

c) बीमा कंपनियां आम तौर पर प्रस्ताव प्रपत्र के अंत में एक घोषणा जोड़ देती हैं जिस पर प्रस्तावक द्वारा हस्ताक्षर किया जाता है।

d) एक प्रस्ताव प्रपत्र के तत्वों में आम तौर पर निम्न बातें शामिल होती हैं:

   i. प्रस्तावक का पूरा नाम
   ii. प्रस्तावक का पता और संपर्क विवरण
   iii. स्वास्थ्य पॉलिसियों के मामले में बैंक का विवरण
   iv. प्रस्तावक का पेशा, व्यवसाय या व्यापार
   v. बीमा की विषय-वस्तु की पहचान और विवरण
   vi. बीमा राशि
   vii. पिछले और वर्तमान बीमा
   viii. नुकसान का अनुभव
   ix. बीमाधारक की घोषणा

e) एक एजेंट जो मध्यस्थ के रूप में कार्य करता है, उसे बीमित व्यक्ति द्वारा बीमा कंपनी को दिए गए जोखिम के बारे में समस्त तथ्यात्मक जानकारी सुनिश्चित करने की जिम्मेदारी है।

f) प्रस्ताव की छानबीन करने और उसकी स्वीकृति के बारे में निर्णय लेने की प्रक्रिया को बीमालेखन के रूप में जाना जाता है।

g) स्वास्थ्य पॉलिसियों में, बीमाधारक को भी एक प्रॉस्पेक्टस प्रदान किया जाता है और उसे प्रस्ताव प्रपत्र में यह घोषणा करनी होती है कि उसने इसे पढ़ और समझ लिया है।

h) प्रीमियम बीमा के एक अनुबंध के तहत बीमा की विषय-वस्तु का बीमा करने के लिए बीमाधारक द्वारा बीमा कंपनी को भुगतान किया जाने वाला प्रतिफल या रकम है।

i) प्रीमियम का भुगतान नकद, किसी मान्यता प्राप्त बैंकिंग विनिमेय उपकरण, पोस्टल मनीऑर्डर, क्रेडिट या डेबिट कार्ड, इंटरनेट, ई-ट्रांसफर, डायरेक्ट क्रेडिट या समय-समय पर प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित किसी अन्य विधि द्वारा किया जा सकता है।

j) बीमा का प्रमाणपत्र उन मामलों में बीमा का प्रमाण देता है जहां यह आवश्यक हो सकता है।

k) पॉलिसी एक औपचारिक दस्तावेज है जो बीमा के अनुबंध का एक प्रमाण देता है।

l) वारंटी पॉलिसी में स्पष्ट रूप से वर्णित एक शर्त है जिसका अनुबंध की वैधता के लिए अक्षरशः पालन किया जाना आवश्यक है।

m) अगर पॉलिसी जारी किए जाते समय इसके कुछ नियमों और शर्तों में संशोधन करने की जरूरत होती है तो यह कार्य पृष्ठांकन नामक एक दस्तावेज़ के माध्यम से संशोधन/बदलाव निर्धारित करके पूरा किया जाता है।

n) रचना का सबसे महत्वपूर्ण नियम यह है कि पार्टियों का इरादा प्रबल होना चाहिए और इस इरादे को पॉलिसी में अपने आप देखा जाएगा।

o) मनी लॉन्ड्रिंग का मतलब है आपराधिक साधनों के माध्यम से प्राप्त धन को वैध धन के रूप में परिवर्तित करना और इससे लड़ने के नियम दुनिया भर में और भारत में भी बनाए गए हैं।

p) एक एजेंट के पास अपने ग्राहक को जानने के दिशानिर्देशों का पालन करने और इन दिशानिर्देशों के अनुसार आवश्यक दस्तावजों को प्राप्त करने की जिम्मेदारी होती है।

महत्वपूर्ण शब्द

a) पॉलिसी फॉर्म

b) प्रीमियम का अग्रिम भुगतान

c) कवर नोट

d) बीमा का प्रमाणपत्र

e) नवीनीकरण नोटिस

f) वारंटी

g) शर्त

h) पृष्ठांकन

i) मनी लॉन्ड्रिंग

j) अपने ग्राहक को जानो

अध्याय 19

स्वास्थ्य बीमा उत्पाद

अध्याय परिचय

यह अध्याय आपको भारत में बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्तावित विभिन्न स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के बारे में समग्र जानकारी प्रदान करेगा। सिर्फ एक उत्पाद - मेडिक्लेम से लेकर विभिन्न प्रकार के सैकड़ों उत्पादों तक, ग्राहक के पास उपयुक्त कवर का चयन करने के लिए एक विस्तृत श्रृंखला उपलब्ध है। यह अध्याय व्यक्ति, परिवार और समूह को कवर करने वाले विभिन्न स्वास्थ्य उत्पादों की विशेषताओं का वर्णन करता है।

अध्ययन के परिणाम

A. स्वास्थ्य बीमा उत्पादों का वर्गीकरण
B. स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण पर आईआरडीए के दिशानिर्देश
C. अस्पताल में भर्ती होने संबंधी क्षतिपूर्ति उत्पाद
D. टॉप-अप कवर या उच्च कटौती योग्य बीमा योजनाएं
E. वरिष्ठ नागरिक पॉलिसी
F. निश्चित लाभ कवर - अस्पताल में नकदी, गंभीर बीमारी
G. दीघकालिक देखभाल उत्पाद
H. कॉम्बी-उत्पाद
I. पैकेज पॉलिसियां
J. गरीब तबके के लिए माइक्रो बीमा और स्वास्थ्य बीमा
K. राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना
L. प्रधान मंत्री सुरक्षा बीमा योजना
M. प्रधान मंत्री जन धन योजना
N. व्यक्तिगत दुर्घटना और विकलांगता कवर
O. विदेश यात्रा बीमा
P. समूह स्वास्थ्य कवर
Q. विशेष उत्पाद
R. स्वास्थ्य पॉलिसियों में प्रमुख शर्ते

इस अध्याय को पढ़ने के बाद आप इन बातों में सक्षम होंगेः

a) स्वास्थ्य बीमा की विभिन्न श्रेणियों के बारे में बताना
b) स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण पर आईएआरडीएआई के दिशानिर्देशों का वर्णन करना
c) आज भारतीय बाजार में उपलब्ध स्वास्थ्य उत्पादों के विभिन्न प्रकारों पर चर्चा करना
d) व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा का वर्णन करना
e) विदेश यात्रा बीमा पर चर्चा करना
f) स्वास्थ्य पॉलिसियों के महत्वपूर्ण शब्दों और क्लॉजों को समझना

A. स्वास्थ्य बीमा उत्पादों का वर्गीकरण

1. स्वास्थ्य बीमा उत्पादों का परिचय

आईआरडीए के स्वास्थ्य बीमा विनियम स्वास्थ्य कवर को इस प्रकार परिभाषित करते हैं -

परिभाषा

"स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय" या "स्वास्थ्य कवर" का मतलब है ऐसे बीमा अनुबंधों को प्रभावी करना जो निश्चित लाभ और दीर्घकालिक देखभाल, यात्रा बीमा और व्यक्तिगत दुर्घटना कवर सहित बीमारी के लाभों या चिकित्सा, शल्य चिकित्सा या अस्पताल के खर्चों के लाभों का प्रावधान करते हैं।

भारतीय बाजार में उपलब्ध स्वास्थ्य बीमा उत्पाद अधिकांशतः अस्पताल में भर्ती होने के उत्पादों की प्रकृति वाले होते हैं।ये उत्पाद अस्पताल में भर्ती होने के दौरान व्यक्ति द्वारा किए गए खर्चों को कवर करते हैं।फिर, इस प्रकार के खर्चे बहुत अधिक होते हैं और स्वास्थ्य सेवा की बढ़ती लागत, शल्य चिकित्सा प्रक्रियाओं, बाजार में आने वाली नई और अधिक महंगी तकनीक और दवाओं की नई पीढ़ी की कीमतों में वृद्धि के कारण अधिकतर आम आदमी की पहुंच से बाहर होते हैं। वास्तव में, यह एक व्यक्ति के लिए बहुत मुश्किल होता जा रहा है भले ही वह किसी भी स्वास्थ्य बीमा के बिना इस तरह के अत्यधिक खर्चों को वहन करने के लिए आर्थिक रूप से मजबूत है।

इस प्रकार, स्वास्थ्य बीमा मुख्य रूप से दो कारणों के लिए महत्वपूर्ण है:

- ✓ किसी भी बीमारी के मामले में **चिकित्सा सुविधाओं की कीमत चुकाने के लिए वित्तीय सहायता** प्रदान करना।
- ✓ **व्यक्ति की बचत को संरक्षित करना** जो अन्यथा बीमारी की वजह से समाप्त हो सकती है।

अस्पताल में भर्ती होने की लागत लागत को कवर करने वाला पहला खुदरा स्वास्थ्य बीमा उत्पाद - मेडिक्लेम - 1986 में 4 सार्वजनिक क्षेत्र की बीमा कंपनियों द्वारा पेश किया गया था। इसके अलावा इन कंपनियों द्वारा कुछ अन्य कवर भी पेश किए गए जैसे भविष्य आरोग्य पॉलिसी जो एक कम उम्र में प्रस्तावकों को सेवानिवृत्ति के बाद के अपने चिकित्सा खर्चों के लिए कवर करती है, ओवरसीज मेडिक्लेम पॉलिसी जो यात्रा बीमा उपलब्ध कराती है और गरीब लोगों के लिए जन आरोग्य बीमा पॉलिसी।

बाद में बीमा क्षेत्र को निजी क्षेत्र के खिलाड़ियों के लिए खोल दिया गया जिसके कारण स्वास्थ्य बीमा बाजार सहित कई अन्य कंपनियों का इस क्षेत्र में प्रवेश संभव हुआ। इसके साथ-साथ इस व्यवसाय का काफी प्रसार हुआ, इन कवरों में कई प्रकार की भिन्नताएं आयीं और कुछ नए कवर भी बाजार में आए।

आज, स्वास्थ्य बीमा खंड काफी हद तक विकसित हो गया है जहां स्वास्थ्य बीमा कंपनियों और जीवन बीमा कंपनियों के साथ-साथ लगभग सभी साधारण बीमा कंपनियों द्वारा सैकड़ों उत्पाद उपलब्ध कराए जाते हैं।

हालांकि, मेडिक्लेम पॉलिसी की बुनियादी लाभ संरचना यानी अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों के विरुद्ध कवर अभी भी बीमा का सबसे लोकप्रिय रूप बना हुआ है।

बीमा विनियापक और विकास प्रधिकार (स्वस्थ बीमा) विनियम 2013 के अनुमान

1. जीवन बीमा कंपनियां दीर्घ कालिक स्वास्थ उत्पाद ला सकती है लेकिन ऐसे उत्पादों के लिए प्रीमियम, कम से कम तीन वर्षों के प्रत्येक बलॉक के लिए अपरिवर्तित रहेगा, तथा उसके पश्चात ही आवश्यकता नुसार प्रीमियम की पुनदर्शन या उसे संभोधित किया जा सकता है।
2. गैर जीवन और स्टैंड एलोन स्वास्थ बीमा कंपनियां एक वर्ष को न्यूनतम अवधि और आधिकरण तीन वर्षों के लिए व्यक्तिगत स्वास्थ उत्पाद ला सकता हैं, बशर्तें, तीन वर्षों तक प्रीमियम में कोई बदलाव नही कीया जाए।

2. स्वास्थ्य पॉलिसियों की विशेषताएं

स्वास्थ्य बीमा का संबंध मूलतः बीमारी से और इस प्रकार बीमारी की वजह से होने वाले खर्चों से है। कभी-कभी व्यक्ति को होने वाली बीमारी दीर्घकालिक या लंबे समय तक चलने वाली या रोजमर्रा की आजीविका संबंधी गतिविधियों पर प्रभाव के संदर्भ में गंभीर हो सकती है। खर्च आकस्मिक चोटों के कारण या दुर्घटना के कारण उत्पन्न होने वाली विकलांगता के कारण भी हो सकते हैं।

अलग-अलग जीवनशैली, भुगतान क्षमता और स्वास्थ्य स्थिति वाले विभिन्न ग्राहकों की अलग-अलग आवश्यकताएं होंगी जिन पर प्रत्येक ग्राहक वर्ग के लिए प्रस्तावित उपयुक्त उत्पाद डिजाइन करते समय विचार किया जाना आवश्यक है। इसके अलावा स्वास्थ्य बीमा खरीदते समय ग्राहक व्यापक कवर की भी मांग करते हैं जो उनकी सारी जरूरतों को पूरा करेगा। साथ ही, अधिक से अधिक स्वीकार्यता और अधिक बिक्री का लक्ष्य हासिल करने के लिए स्वास्थ्य बीमा उत्पादों को किफायती रखने की जरूरत होती है, ये ग्राहकों को और बिक्री टीम को भी आसानी में समझ में आने लायक होने चाहिए ताकि वे इसे आसानी से बेच सकें।

ये स्वास्थ्य बीमा उत्पादों की कुछ वांछित सुविधाएं हैं जो बीमा कंपनियां ग्राहक के लिए अलग-अलग रूपों में प्राप्त करने की कोशिश करती हैं।

3. स्वास्थ्य बीमा उत्पादों का व्यापक वर्गीकरण

उत्पाद की डिजाइन चाहे जो भी हो, स्वास्थ्य बीमा उत्पादों को मोटे तौर पर 3 श्रेणियों में वर्गीकृत किया जा सकता है:

a) क्षतिपूर्ति कवर

ये उत्पाद एक बड़ा स्वास्थ्य बीमा बाजार बनाते हैं और अस्पताल में भर्ती होने की वजह से किए गए वास्तविक चिकित्सा खर्चों के लिए भुगतान करते हैं।

b) **निश्चित लाभ कवर**

इसे 'हॉस्पिटल कैश' भी कहा जाता है, ये उत्पाद अस्पताल में भर्ती होने की अवधि के लिए प्रति दिन एक निश्चित राशि का भुगतान करते हैं। कुछ उत्पादों में एक निश्चित ग्रेड की सर्जरी का लाभ भी निहित होता है।

c) **गंभीर बीमारी कवर**

यह दिल का दौरा, स्ट्रोक, कैंसर जैसी एक पूर्व-निर्धारित गंभीर बीमारी होने पर भुगतान के लिए एक निश्चित लाभ योजना है।

दुनिया भर में स्वास्थ्य और विकलांगता बीमा दुनिया एक साथ चलते हैं लेकिन भारत में, **व्यक्तिगत दुर्घटना कवर** को पारंपरिक रूप से स्वास्थ्य बीमा से अलग करके बेचा गया है।

इसके अलावा स्वास्थ्य बीमा में आम तौर पर भारत से बाहर होने वाले खर्चों को शामिल नहीं किया जाता है। इस प्रयोजन के लिए एक अन्य उत्पाद - **विदेशी स्वास्थ्य बीमा या यात्रा बीमा** - खरीदने की जरूरत होती है। केवल हाल के दिनों में, निजी बीमा कंपनियों के कुछ उच्च स्तरीय स्वास्थ्य बीमा उत्पादों में कुछ नियमों और शर्तों के अधीन, नियमित स्वास्थ्य बीमा कवर के भाग के रूप में विदेशी बीमा कवर को शामिल किया गया है।

1. **ग्राहक वर्ग पर आधारित वर्गीकरण**

उत्पादों को लक्ष्य ग्राहक सेगमेंट को ध्यान में रखते हुए भी डिजाइन किया गया है। प्रत्येक खंड के लिए लाभ संरचना, मूल्य निर्धारण, बीमालेखन और मार्केटिंग काफी अलग तरीके से होती है। ग्राहक सेगमेंट के आधार पर वर्गीकृत उत्पाद इस प्रकार हैं:

a) खुदरा ग्राहकों और उनके परिवार के सदस्यों के लिए प्रस्तावित व्यक्तिगत कवर

b) कॉर्पोरेट ग्राहकों के लिए उपलब्ध समूह कवर जिसमें कर्मचारियों और समूहों तथा उनके सदस्यों को कवर किया जाता है

c) सरकारी योजनाओं के लिए व्यापक पॉलिसियां जैसे आरएसबीवाय जो जनसंख्या के बहुत गरीब वर्गों को कवर करती हैं।

B. स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण पर आईआरडीए के दिशानिर्देश

कई प्रकार के अलग-अलग उत्पादों को उपलब्ध कराने वाली बीमा कंपनियों और विभिन्न शर्तों एवं अपवर्जनों की विभिन्न परिभाषाओं के कारण बाजार में भ्रम की स्थिति उत्पन्न हो गयी थी। ग्राहकों के लिए उत्पादों की तुलना करना और तृतीय पक्ष व्यवस्थापकों के लिए अलग-अलग कंपनियों के उत्पादों के विरुद्ध दावों का भुगतान करना मुश्किल हो गया था। इसके अलावा, गंभीर बीमारी पॉलिसियों में इस बात की कोई स्पष्ट समझ नहीं थी कि एक गंभीर बीमारी क्या है और क्या नहीं है। स्वास्थ्य बीमा उद्योग के लिए इलेक्ट्रॉनिक डेटा का रखरखाव भी मुश्किल होता जा रहा था।

बीमा कंपनियों, सेवा प्रदाताओं, टीपीए और अस्पतालों के बीच भ्रम की स्थिति और बीमा करने वाली जनता की शिकायतों को दूर करने के लिए आईआरडीए, सेवा प्रदाता, अस्पताल, वाणिज्य एवं उद्योग परिसंघ की स्वास्थ्य सलाहकार समिति जैसे विभिन्न संगठन स्वास्थ्य बीमा में कुछ प्रकार का मानकीकरण लाने के लिए एक साथ आए हैं। एक आम समझ के आधार पर 2013 में आईआरडीए ने स्वास्थ्य बीमा में मानकीकरण संबंधी दिशानिर्देश जारी किए हैं।

ये दिशानिर्देश अब इनके मानकीकरण का प्रावधान करते हैं:

1. बीमा में सामान्यतः इस्तेमाल होने वाले शब्दों की परिभाषाएं
2. गंभीर बीमारियों की परिभाषाएं
3. अस्पताल में भर्ती होने की क्षतिपूर्ति पॉलिसियों में खर्चों के अपवर्जित मदों की सूची
4. दावा प्रपत्र और पूर्व-प्राधिकार संबंधी प्रपत्र
5. बिलिंग के प्रारूप
6. अस्पताल से छुट्टी का सारांश
7. टीपीए, बीमा कंपनियों और अस्पतालों के बीच मानक अनुबंध
8. नई पॉलिसियों के लिए आईआरडीएआई प्राप्त करने के लिए मानक फ़ाइल और उपयोग प्रारूप

यह स्वास्थ्य बीमा प्रदाताओं और बीमा उद्योग की सेवा की गुणवत्ता में सुधार के लिए एक बड़ा कदम साबित हुआ है। साथ ही इससे स्वास्थ्य और स्वास्थ्य बीमा के सार्थक डेटा के संग्रहण में भी मदद मिलेगी।

C. अस्पताल में भर्ती होने संबंधी क्षतिपूर्ति उत्पाद

एक क्षतिपूर्ति आधारित स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी भारत में सबसे आम और सबसे अधिक बेचा जाने वाला स्वास्थ्य बीमा उत्पाद है। पीएसयू बीमा कंपनियों द्वारा अस्सी के दशक में शुरू की की गयी मेडिक्लेम पॉलिसी सबसे पहला मानक स्वास्थ्य बीमा उत्पाद था और एक लंबे समय तक बाजार में उपलब्ध एकमात्र उत्पाद रहा था।हालांकि कुछ परिवर्तनों के साथ इस उत्पाद को अलग-अलग ब्रांड नाम के तहत विभिन्न बीमा कंपनियों द्वारा बेचा गया है, फिर भी मेडिक्लेम देश में सबसे ज्यादा बिकने वाला स्वास्थ्य बीमा उत्पाद बना हुआ है।

अस्पताल में भर्ती होने संबंधी क्षतिपूर्ति उत्पाद उन खर्चों से व्यक्ति की रक्षा करते हैं जो अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में करने की आवश्यकता हो सकती है। अधिकांश मामलों में, ये अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के दिनों की एक विशिष्ट संख्या को भी कवर करते हैं लेकिन अस्पताल में भर्ती नहीं होने पर किए गए किसी भी खर्च को शामिल नहीं करते हैं।

इस तरह का कवर 'क्षतिपूर्ति' आधार पर प्रदान किया जाता है यानी अस्पताल में भर्ती होने के दौरान किए गए खर्चों या खर्च की गयी राशि को आंशिक या पूर्ण रूप से क्षतिपूरित किया जाता है।यह 'लाभ' आधार पर उपलब्ध बीमा कवरेज के विपरीत हो सकता है जहां एक निश्चित घटना (जैसे अस्पताल में भर्ती होना, गंभीर बीमारी का उपचार या भर्ती होने का प्रत्येक दिन) घटित होने पर भुगतान की जाने वाली राशि बीमा पॉलिसी में वर्णित के अनुरूप होती है और वास्तव में खर्च की गयी राशि से संबंधित नहीं होती है।

उदाहरण

रघु का एक छोटा सा परिवार है जिसमें उसकी पत्नी और एक 14 साल का बेटा शामिल है। उसने एक स्वास्थ्य बीमा कंपनी से अपने परिवार के प्रत्येक सदस्य को कवर करने वाली एक मेडिक्लेम पॉलिसी ली है जिसमें 1 लाख रुपए प्रत्येक का व्यक्तिगत कवर उपलब्ध है। अस्पताल में भर्ती होने के मामले में उनमें से प्रत्येक को 1 लाख रुपए तक के चिकित्सा खर्चों की प्रतिपूर्ति हो सकती है।

रघु को दिल का दौरा पड़ने के कारण और आवश्यक सर्जरी के लिए अस्पताल में भर्ती किया गया था। इसमें 1.25 लाख रुपए का चिकित्सा बिल बनाया गया। बीमा कंपनी ने योजना कवरेज के अनुसार 1 लाख रुपये का भुगतान किया और रघु को 25,000 रुपए की शेष राशि का भुगतान अपनी जेब से करना पड़ा।

क्षतिपूर्ति आधारित मेडिक्लेम पॉलिसी की मुख्य विशेषताओं का विवरण नीचे दिया गया है, हालांकि कवर की सीमा, अतिरिक्त अपवर्जन या लाभ या कुछ ऐड-ऑन प्रत्येक बीमा कंपनी द्वारा बेचे जाने वाले उत्पादों के लिए लागू हो सकते हैं। छात्रों को यह सलाह दी जाती है कि नीचे उत्पाद के बारे में केवल एक व्यापक विचार दिया गया है और उसे एक विशेष बीमा कंपनी के उत्पाद से अपने आपको अवगत करा लेना चाहिए जिसके बारे में वह अधिक जानकारी प्राप्त करना चाहता है। इसके अलावा उसे इस्तेमाल किए जाने वाले कुछ चिकित्सा संबंधी शब्दों के बारे में भी जान लेना आवश्यक है।

1. अंतरंग रोगी अस्पताल में भर्ती होने के खर्चे

एक क्षतिपूर्ति पॉलिसी बीमाधारक को बीमारी/दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती होने संबंधी खर्चों की लागत का भुगतान करती है।

सभी खर्चे देय नहीं हो सकते हैं और अधिकांश उत्पाद कवर किए गए खर्चों को परिभाषित करते हैं जिनमें सामान्यतः निम्न खर्चे शामिल होते हैं:

i. अस्पताल/नर्सिंग होम द्वारा उपलब्ध कराए जाने वाले कमरे, बोर्डिंग और नर्सिंग के खर्चे। इनमें नर्सिंग सेवा, आरएमओ शुल्क, आईवी फ्लूड/रक्त आधान/इंजेक्शन/ प्रशासनिक शुल्क और इसी तरह के खर्चे शामिल होते हैं।

ii. इंटेंसिव केयर यूनिट (आईसीयू) के खर्चे

iii. सर्जन, एनेस्थेटिस्ट, चिकित्सक, सलाहकार, विशेषज्ञों की फीस

iv. एनेस्थेटिक, रक्त, ऑक्सीजन, ऑपरेशन थियेटर शुल्क, सर्जिकल उपकरण

v. दवाएं और ड्रग्स

vi. डायलिसिस, कीमोथेरेपी, रेडियोथेरेपी

vii. शल्य चिकित्सा की प्रक्रिया के दौरान प्रत्यारोपित करने वाले कृत्रिम उपकरणों की लागत जैसे पेसमेकर, ऑर्थोपेडिक प्रत्यारोपण, इंफ्रा कार्डियक वाल्व प्रतिस्थापन, वस्कुलर स्टेंट

viii. उपचार से संबंधित प्रासंगिक प्रयोगशाला/नैदानिक परीक्षण और चिकित्सा संबंधी अन्य खर्चे

ix. अस्पताल में भर्ती होने के खर्चे (अंग की लागत को छोड़कर) जो बीमाधारक व्यक्ति को अंग प्रत्यारोपण के संबंध में दाता पर किए गए गए हैं

एक नियमित अस्पताल में भर्ती होने की क्षतिपूर्ति पॉलिसी खर्चों को केवल तभी कवर करती है जब अस्पताल में रहने की अवधि 24 घंटे या उससे अधिक है। हालांकि चिकित्सा प्रौद्योगिकियों के क्षेत्र में प्रगति के कारण कई प्रकार की सर्जरी की उपचार प्रक्रियाओं के लिए अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता नहीं है। अब दैनिक देखभाल की प्रक्रियाओं की तरह ये प्रक्रियाएं विशेष दैनिक देखभाल केंद्रों या अस्पतालों में, चाहे जैसा भी मामला हो, पूरी की जा सकती हैं। नेत्र शल्य चिकित्सा, कीमोथेरपी; डायलिसिस आदि जैसे उपचारों को डेकेयर सर्जरी के अंतर्गत वर्गीकृत किया जा सकता है और यह सूची लगातार बढ़ रही है। इन्हें भी पॉलिसी के तहत कवर किया जाता है।

बहिरंग रोगी (आउट पेशेंट) के खर्चों का कवरेज भारत में अभी भी सीमित है जहां इस तरह के बहुत कम उत्पाद ओपीडी कवर प्रदान करते हैं। हालांकि कुछ ऐसी योजनाएं हैं जो उपचार को आउटपेशेंट के रूप में और डॉक्टर से संपर्क, नियमित चिकित्सा परीक्षण, दंत चिकित्सा और फार्मेसी की लागत से जुड़े संबंधित स्वास्थ्य देखभाल के खर्चों को कवर करती हैं।

2. **अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्चे**

i. **अस्पताल में भर्ती होने से पहले के खर्चे**

अस्पताल में भर्ती होना आपातकालीन या सुनियोजित हो सकता है। अगर कोई मरीज एक सुनियोजित सर्जरी के लिए जाता है तो अस्पताल में भर्ती होने से पहले उसके द्वारा खर्च किए गए होंगे।

परिभाषा

आईआरडीए स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देशों में अस्पताल में भर्ती होने से पहले के खर्चों को इस प्रकार परिभाषित किया गया है:

बीमित व्यक्ति को अस्पताल में भर्ती करने से ठीक पहले किए गए चिकित्सा खर्चे, बशर्ते कि:

a) इस तरह के चिकित्सा व्यय उसी समस्या के लिए खर्च किए जाते हैं जिसके लिए बीमित व्यक्ति को अस्पताल में भर्ती करना आवश्यक था, और

b) इस तरह अस्पताल में भर्ती होने के लिए अंतरंग रोगी अस्पताल में भर्ती होने के दावे बीमा कंपनी द्वारा स्वीकार्य होते हैं।

अस्पताल में भर्ती होने से पूर्व के खर्चे परीक्षण, दवाओं, डॉक्टर की फीस आदि के रूप में हो सकते हैं। अस्पताल में भर्ती होने के लिए प्रासंगिक और संबंधित इस तरह के खर्चों को स्वास्थ्य पॉलिसियों के अंतर्गत कवर किया गया है।

ii. अस्पताल में भर्ती होने के बाद के खर्चे

अस्पताल में रहने के बाद, अधिकतर मामलों में रिकवरी और फॉलो-अप से संबंधित खर्चे होंगे।

परिभाषा

बीमित व्यक्ति को अस्पताल से छुट्टी मिलने के तुरंत बाद खर्च किए गए चिकित्सा व्यय, बशर्ते कि:

a) इस तरह के चिकित्सा व्यय उसी समस्या के लिए खर्च किए गए हैं जिसके लिए बीमित व्यक्ति को अस्पताल में भर्ती करना आवश्यक था, और

b) इस तरह अस्पताल में भर्ती होने के लिए अंतरंग रोगी अस्पताल में भर्ती होने के दावे बीमा कंपनी द्वारा स्वीकार्य हैं।

अस्पताल में भर्ती होने के बाद के खर्चे अस्पताल में भर्ती होने के बाद के दिनों की निर्धारित संख्या तक की अवधि के दौरान खर्च किए गए प्रासंगिक चिकित्सा व्यय होंगे और इन पर दावे के भाग के रूप में विचार किया जाएगा।

अस्पताल में भर्ती होने के बाद के खर्चे अस्पताल से छुट्टी मिलने के बाद की दवाओं, ड्रग्स, डॉक्टरों द्वारा समीक्षा आदि के रूप में हो सकते हैं। इस तरह के खर्चे अस्पताल में किए गए उपचार से संबंधित होने चाहिए और स्वास्थ्य पॉलिसियों के अंतर्गत कवर किए गए होने चाहिए।

हालांकि अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्चों के लिए कवर की अवधि अलग-अलग बीमा कंपनी के लिए अलग-अलग होगी और यह पॉलिसी में परिभाषित होती है, सबसे आम कवर **अस्पताल में भर्ती होने से तीस दिन पहले और साठ दिन बाद** के लिए है।

अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्चे समग्र बीमा राशि का हिस्सा बनते हैं जिसके लिए पॉलिसी के अंतर्गत कवर प्रदान किया गया है।

a) **आवासीय अस्पताल में भर्ती होना**

हालांकि इस लाभ का आम तौर पर पॉलिसीधारकों द्वारा उपयोग नहीं किया जाता है, एक व्यक्तिगत स्वास्थ्य पॉलिसी में अस्पताल में भर्ती हुए बिना घर पर चिकित्सा उपचार कराने में होने वाले खर्चों का ध्यान रखने का भी एक प्रावधान होता है। हालांकि, शर्त यह है कि बीमारी के लिए किसी अस्पताल में उपचार कराना आवश्यक होने के बावजूद, मरीज की स्थिति ऐसी है कि उसे किसी अस्पताल में नहीं ले जाया जा सकता है या अस्पतालों में आवासीय सुविधा की कमी है।

इस कवर में आम तौर पर तीन से पांच दिनों का एक अतिरिक्त क्लॉज शामिल होता है जिसका मतलब है कि पहले तीन से पांच दिनों के लिए उपचार की लागतों को बीमित व्यक्ति द्वारा वहन किया जाएगा। इसके अलावा इस कवर में अस्थमा, ब्रोंकाइटिस, क्रोनिक नेफ्रैटिस और नेफ्रैटिक सिंड्रोम, डायरिया और आंत्रशोथ सहित सभी प्रकार की पेचिस, मधुमेह, मिर्गी, उच्च रक्तचाप, इन्फ्लुएंजा, खांसी, सर्दी, बुखार जैसी कुछ दीर्घकालिक या आम बीमारियों के लिए आवासीय उपचार को शामिल नहीं किया गया है।

b) **सामान्य अपवर्जन**

अस्पताल में भर्ती होने संबंधी क्षतिपूर्ति पॉलिसियों के तहत कुछ सामान्य अपवर्जन नीचे दिए गए हैं । ये आई आर डी ए आई विशेषतः अनुबंध IV *में* जारी स्वास्थ बीमा के मानकीकरण के सम्बंध में दिए गए विस्तृत मार्ग निर्देशों में सुझाए गए अपवर्जनों पर आधारित है , छात्र से यह अपेक्षा की जाती है कि वे आई आर डी ए आई के वेबसाईट पर उपलब्ध मार्ग निर्देश को जरुर पढें।

यह जरुर नोट किया जाना चाहिए कि अनुमोदित प्रास्त और उपयोग शर्तों के अनुसार यदि किसी अपवर्जन की छूट दी जाती है या अतिरिक्त अपवर्जन लगाया जाता है तो उसकी जानकारी अलग से ग्राहक सूचना पत्र या पॉलिसी में दी जानी चाहिए।

1. **पहले से मौजूद बीमारियां**

इसे लगभग हमेशा व्यक्तिगत स्वास्थ्य योजनाओं के तहत बाहर रखा जाता है क्योंकि अन्यथा इसका मतलब एक निश्चितता को कवर करना होगा और यह बीमा कंपनी के लिए एक उच्च जोखिम बन जाता है। स्वास्थ्य पॉलिसी लेने के समय आवश्यक महत्वपूर्ण खुलासों में से एक कवर किए गए प्रत्येक बीमित व्यक्ति की बीमारियों/चोटों के पिछले इतिहास से संबंधित है। यह बीमा के प्रस्ताव को स्वीकार करने का निर्णय लेने के लिए बीमा कंपनी को सक्षम बनाएगा।

परिभाषा

मानकीकरण पर आईआरडीए के दिशानिर्देश पहले से मौजूद बीमारियों को इस प्रकार परिभाषित करते हैं -

"कोई भी समस्या, बीमारी या चोट या संबंधित समस्या(एं) जिसके संकेत या लक्षण आप में देखे गए थे और/या जिनका पता चला था, और/या बीमा कंपनी द्वारा पहली पॉलिसी जारी किए जाने से पहले 48 महीनों के भीतर चिकित्सा सलाह/उपचार प्राप्त किया गया था।"

अपवर्जन इस प्रकार है: पॉलिसी में परिभाषित के अनुसार, कंपनी के साथ बीमाधारक की पहली पॉलिसी शुरू होने के समय से, ऐसे बीमित व्यक्ति की लगातार कवरेज के 48 महीने बीत जाने तक, कोई भी पहले से मौजूद समस्या(एं)।

---

1. वजन नियंत्रण कार्यक्रम /आपूर्ति/सेवा
2. चश्मे/ कान्टेक्ट लेंस / श्रवण यंत्र की लागत
3. दंतचिकित्सा पर खर्च जहां अस्पताल में भर्ती होने की जरुरत नही होती
4. हार्मोन प्रतिस्थापन
5. होम विजिट शुल्क
6. बांझपन/अपूर्ण प्रजनन व्यवस्था/ सहायक गर्भाधारण प्रक्रिया
7. मोटापा (रोग ग्रास्त मोटापा सहित) का इलाज
8. मनोविकृति और मनःकायिक ऊग्रता
9. अपवर्तक त्रुटि के सुधार(के लिए शल्यक्रिया)
10. यौन रोगों का इलाज
11. डोनर की जांच पर किया गया खर्च
12. प्रवेश/ पंजीकरण शुल्क
13. मूल्यामकन/ जांच के लिए अस्पताल में भर्ती होना
14. जांच / बीमारी से इतर इलाज जिनके लिए यह किया गया है पर हुआ खर्च
15. रोगी रेट्रो वायरस और एचआईवी/एड्स से ग्रसित पाया जाता है। उसका प्रत्यक्षतः या अप्रत्यक्षतः किया गया खर्च
16. स्टेम सेल प्रत्योरोपण/शल्य क्रिया और स्टोरेज
17. युद्ध और परमाणु संबंधी कारण
18. पंजीकरण शुल्क, प्रवेश शुल्क, टेलीफोन, टेलीविजन शुल्क, प्रसाधन आदि जैसे सभी गैर-चिकित्सा आइटम
19. अधिकांश पॉलिसियों में कोई भी दावा करने के लिए पॉलिसी प्रारंभ होने के समय से 30 दिनों की एक प्रतीक्षा अवधि लागू होती है। हालांकि यह एक दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती होने के लिए लागू नहीं होगा।

उदाहरण

मीरा ने अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में खर्चों के कवरेज के लिए एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी ली थी। पॉलिसी में 30 दिनों की प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि का एक क्लॉज शामिल था।

दुर्भाग्य से, उसके पॉलिसी लेने के 20 दिनों के बाद मीरा मलेरिया से पीड़ित हो गयी और उसे 5 दिनों के लिए अस्पताल में भर्ती किया गया। उसे अस्पताल का भारी-भरकम बिल चुकाना पड़ा।

जब उसने बीमा कंपनी से प्रतिपूर्ति के लिए पूछा तो उन्होंने दावे का भुगतान करने से इनकार कर दिया क्योंकि अस्पताल में भर्ती होने की घटना पॉलिसी लेने से 30 दिन की प्रतीक्षा अवधि के भीतर घटित हुई है।

i. **प्रतीक्षा अवधिः** यह ऐसी बीमारियों के लिए लागू होती है जिनके लिए आम तौर पर इलाज में विलंब किया जा सकता है और योजना बनायी जा सकती है।उत्पाद के आधार पर निम्नलिखित बीमारियों के लिए एक/दो/चार वर्षों की प्रतीक्षा अवधि लागू होती है - मोतियाबिंद, मामूली प्रोस्टेटिक हाइपरट्रोफी, मेनोरेजिया या फाइब्रोमायोमा के लिए हिस्टेरेक्टोमी, हर्निया, हाइड्रोसील, जन्मजात आंतरिक रोग, गुदा में फिस्ट्यूला, बवासीर, साइनसाइटिस और संबंधित विकार, पित्ताशय की पथरी निकालना, गठिया और आमवात, पथरी रोग, गठिया और आमवात, उम्र से संबंधित पुराने ऑस्टियोआर्थराइटिस, ऑस्टियोपोरोसिस।

c) **कवरेज के उपलब्ध विकल्प**

i. **व्यक्तिगत कवरेज**

एक व्यक्तिगत बीमाधारक पति/पत्नी, आश्रित बच्चे, आश्रित माता-पिता, आश्रित सास-ससुर, आश्रित भाई-बहनों आदि जैसे परिवार के सदस्यों के साथ-साथ अपने आपको कवर कर सकता है। कुछ बीमा कंपनियों के पास कवर किए जाने वाले आश्रितों पर कोई प्रतिबंध नहीं होता है। इस तरह के प्रत्येक आश्रित बीमाधारक को प्रत्येक बीमित व्यक्ति के लिए चयनित अलग बीमा राशि के साथ एक एकल पॉलिसी के तहत कवर करना संभव है। इस तरह के कवर में, पॉलिसी के तहत बीमित प्रत्येक व्यक्ति पॉलिसी की चालू अवधि के दौरान अपनी बीमा राशि की अधिकतम राशि तक का दावा कर सकता है। प्रत्येक अलग बीमित व्यक्ति के लिए प्रीमियम उसकी उम्र और चुनी गयी बीमा राशि और किसी अन्य दर निर्धारण कारक के अनुसार लिया जाएगा।

ii. **फैमिली फ्लोटर**

एक फैमिली फ्लोटर पॉलिसी के रूप में ज्ञात भिन्न रूप में पति/पत्नी, आश्रित बच्चों और आश्रित माता-पिता वाले परिवार को एक एकल बीमा राशि प्रदान की जाती है जो संपूर्ण पॉलिसी में घूमती रहती है।

उदाहरण

अगर चार लोगों के एक परिवार के लिए 5 लाख रुपए की फ्लोटर पॉलिसी ली जाती है तो इसका मतलब है कि पॉलिसी की अवधि के दौरान यह एक से अधिक परिवार के सदस्य से संबंधित दावों के लिए या परिवार के एक

सदस्य के कई दावों के लिए भुगतान करेगी। ये सभी एक साथ मिल कर 5 लाख रुपए के कुल कवरेज से अधिक नहीं हो सकते हैं। प्रीमियम सामान्यतः बीमा के लिए प्रस्तावित परिवार के सबसे बुजुर्ग सदस्य की उम्र के आधार पर वसूल किया जाएगा।

इन दोनों पॉलिसियों के तहत कवर और अपवर्जन एक समान होंगे। फैमिली फ्लोटर पॉलिसियां बाजार में लोकप्रिय हो रही हैं क्योंकि एक समग्र बीमा राशि के लिए पूरे परिवार को कवरेज मिलता है जिसे एक उचित प्रीमियम पर एक उच्च स्तर पर चुना जा सकता है।

d) विशेष सुविधाएं

पहले के मेडिक्लेम उत्पाद के अंतर्गत प्रस्तावित मूल क्षतिपूर्ति कवर में, मौजूदा कवरेज में कई तरह के बदलाव किए गए हैं और नई मूल्य वर्द्धित सुविधाएं जोड़ी गयी हैं। हम इनमें से कुछ बदलावों पर चर्चा करेंगे। यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि सभी उत्पादों में निम्नलिखित सभी सुविधाएं शामिल नहीं होती हैं और इनमें अलग-अलग बीमा कंपनी तथा अलग-अलग उत्पाद के मामले में भिन्नता हो सकती है।

i. उप-सीमाएं और रोग विशिष्ट कैपिंग

कुछ उत्पादों में रोग विशिष्ट सीमाएं होती हैं जैसे मोतियाबिंद। कुछ उत्पादों में कमरे के किराए पर बीमा राशि से जुड़ी उप-सीमाएं भी होती हैं जैसे प्रति दिन का कमरे का किराया बीमा राशि के 1% तक और आईसीयू शुल्क बीमा राशि के 2% तक सीमित हो सकता है। चूंकि आईसीयू शुल्क, ओटी शुल्क और यहां तक कि सर्जन की फीस जैसे अन्य मदों के तहत खर्चे चुने गए कमरे के प्रकार से जुड़े होते हैं, कमरे के किराए को सीमांकित करने से अन्य मदों के तहत खर्चों को सीमित करने और इस प्रकार अस्पताल में भर्ती होने के समग्र खर्चों को सीमित करने में मदद मिलती है।

ii. सह-भुगतान (जिसे आपगैर पर को-पे कहा जाता है)

स्वास्थ बीमा पॉलिसी के अर्न्तगत ‘ को पेमेंट ’ लागत को साझा करने की जिनके अर्न्तगत पॉलिसी धारक/बीमाधारक स्वीकार्य दावेकी राशि के एक विशिष्ट प्रतिभत को सहन करता हैं। जो पेमेंट बीमित राशि को कम नही करता ।

इससे यह सुनिश्चित होता है कि बीमाधारक ने अपने विकल्पो का चयन करने में सतर्कता बरत्ता है और उस प्रकार स्वेच्छा से अस्पताल में भर्ती होने सम्बंध में अपने समस्त खर्च को कम कर देता है।

iii. कटौती,

स्वास्थ बीमा पॉलिसी के अर्न्तगत लागत साझा करने की एक अनिवार्यता है जो यह प्रावधान करते है कि बीमाकर्ता क्षतिपूर्ति पॉलिसियों के अर्न्तगत विनिर्दिष्ट रुपए की राशि तक अस्पताल नकद पॉलिसियों के मामले में विनिर्दिष दिनो / घंटों की संख्या के लिए दायी नही होगा जिन बीमाकर्ता की अदा की जाने वाली किसी भी सुविधा के पहले लागू किया जाएगा। कटौती बीमित राशि को कम नही करती।

बीमाकर्ताओं को यह स्पष्ट करना होता है कि यह कटौती प्रति वर्ष / प्रति जीवन या प्रति घटना लागू होगी तक विनिर्दिष्ट कटौती लागू की जाना है।

iv. **नए अपवर्जन** शुरू किए गए हैं जिसे आई आर डी आई द्वारा मानकीकृत किया गया है।

- ✓ आनुवंशिक विकार और स्टेम सेल प्रत्यारोपण/सर्जरी।
- ✓ सीपीएपी, सीएपीडी, इन्फ्यूजन पंप आदि सहित रोग निदान और/या उपचार के लिए इस्तेमाल होने वाले किसी भी प्रकार के बाहरी और/या टिकाऊ चिकित्सा/गैर-चिकित्सा उपकरण, चलने में सहायक उपकरण यानी वॉकर, बैसाखी, बेल्ट, कॉलर, कैप, खपच्ची, उत्तोलक, ब्रेसिज़, किसी भी प्रकार के मोज़े आदि, मधुमेह संबंधी जूते, ग्लूकोमीटर/ थर्मामीटर और इसी तरह की संबंधित वस्तुएं आदि और बाद में आदि घर पर इस्तेमाल किया जाने वाला कोई भी चिकित्सा उपकरण आदि।
- ✓ अस्पताल द्वारा लिया जाने वाला किसी भी प्रकार का सेवा शुल्क, अधिभार, प्रवेश शुल्क / पंजीकरण शुल्क आदि।
- ✓ चिकित्सक के घर पर आने के शुल्क, अस्पताल में भर्ती होने पहले और बाद की अवधि के दौरान सहायक/नर्सिंग शुल्क।

v. क्षेत्र अनुसार प्रीमियम

आम तौर पर प्रीमियम बीमित व्यक्ति की उम्र और चयनित बीमा राशि पर निर्भर करता है। उच्च दाव लागत वाले कुछ क्षेत्रों में प्रीमियम का अंतर शुरू किया गया है, जैसे दिल्ली और मुंबई कुछ बीमा कंपनियों द्वारा कुछ उत्पादों के लिए सर्वाधिक प्रीमियम क्षेत्र का हिस्सा बनते हैं।

vi. पहले से मौजूद बीमारियों का कवरेज

नियामक आवश्यकता को देखते हुए पूर्व में अपवर्जित पहले से मौजूद बीमारियों का विशेष रूप से चार वर्षों की प्रतीक्षा अवधि के साथ उल्लेख किया गया है। कुछ बीमा कंपनियों द्वारा कुछ उच्च स्तरीय उत्पादों को 2 और 3 वर्ष की अवधि तक कम कर दिया गया है।

vii. पुनः नवीकृत करना

कुछ बीमा कंपनियों द्वारा आजीवन नवीनीकरणीयता की शुरुआत की गयी थी। अब इसे आईआरडीएआई द्वारा सभी पॉलिसियों के लिए अनिवार्य कर दिया गया है।

viii. दैनिक देखभाल प्रक्रिया (डे केयर) के लिए कवरेज

चिकित्सा विज्ञान की प्रगति के कारण एक बड़ी संख्या में प्रक्रियाओं को दैनिक देखभाल की श्रेणी में शामिल किया गया है। इससे पहले केवल सात प्रक्रियाओं - मोतियाबिंद, डी और सी, डायलिसिस, कीमोथेरेपी, रेडियोथेरेपी, लिथोट्रिप्सी और टॉन्सिलेक्टोमी का उल्लेख विशेष रूप से दैनिक देखभाल (डेकेयर) के अंतर्गत किया गया था। अब 150 से अधिक प्रक्रियाओं को शामिल किया गया है और यह सूची बढ़ती जा रही है।

ix. पॉलिसी से पहले चेकअप की लागत

पहले चिकित्सा परीक्षा की लागत को संभावित ग्राहकों द्वारा वहन किया जाता था। अब बीमा कंपनी इस लागत की प्रतिपूर्ति करती है, बशर्ते कि प्रस्ताव को बीमालेखन के लिए स्वीकार किया गया हो, प्रतिपूर्ति में 50% से 100% तक की भिन्नता होती है। अब आईआरडीएआई द्वारा यह भी अनिवार्य कर दिया गया है कि बीमा कंपनी स्वास्थ्य जांच के कम से कम 50% खर्चों को वहन करेगी।

x. अस्पताल में भर्ती होने के पहले और बाद के कवर की अवधि

अस्पताल में भर्ती होने के पहले और बाद के कवरेज की अवधि को अधिकांश बीमा कंपनियों द्वारा ख़ास तौर पर अपने उच्च स्तरीय उत्पादों में 60 दिनों और 90 दिनों तक बढ़ा दिया गया है। इसके अलावा कुछ बीमा कंपनियों ने एक अधिकतम सीमा के अधीन, दावा राशि के कुछ प्रतिशत से जुड़े इन खर्चों को सीमित कर दिया है।

xi. ऐड-ऑन कवर

बीमा कंपनियों द्वारा ऐड-ऑन कवर नामक कई नए अतिरिक्त कवर शुरू किए गए हैं। इनमें से कुछ इस प्रकार हैं:

- ✓ **मातृत्व कवर:** मातृत्व कवर पहले खुदरा पॉलिसियों के अंतर्गत उपलब्ध नहीं था लेकिन अब इसे अधिकांश बीमा कंपनियों द्वारा अलग-अलग प्रतीक्षा अवधि के साथ उपलब्ध कराया जाता है।
- ✓ **गंभीर बीमारी का कवर:** कुछ ऐसी बीमारियों के लिए उच्च स्तरीय संस्करण के उत्पादों के तहत एक विकल्प के रूप में उपलब्ध है जो जीवन के लिए खतरा बनती हैं और महंगा इलाज कराने की जरूरत पड़ती है।
- ✓ **बीमा राशि का पुनर्स्थापन:** दावे का भुगतान होने के बाद बीमा राशि (जो एक दावे के भुगतान पर कम हो जाती है) को अतिरिक्त प्रीमियम का भुगतान करके मूल सीमा तक बहाल किया जा सकता है।
- ✓ **आयुष - आयुर्वेदिक - योग - यूनानी - सिद्ध - होम्योपैथ के लिए कवरेज:** कुछ पॉलिसियां अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों के एक निश्चित प्रतिशत तक आयुष उपचार के खर्चों को कवर करती हैं।

xii. मूल्य वर्द्धित (वैल्यू एडेड) कवर

कुछ क्षतिपूर्ति उत्पादों में नीचे सूचीबद्ध किए गए अनुसार मूल्य वर्द्धित कवर शामिल होते हैं। लाभ पॉलिसी की अनुसूची में प्रत्येक कवर के सामने निर्दिष्ट बीमा राशि की सीमा तक देय होते हैं, समग्र बीमा राशि से अधिक नहीं।

- ✓ **आउटपेशेंट कवर:** जैसा कि हम जानते हैं, भारत में स्वास्थ्य बीमा उत्पाद ज्यादातर अंतरंग रोगी अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों को कवर करते हैं।कुछ कंपनियां अब कुछ उच्च स्तरीय योजनाओं के तहत बहिरंग रोगी (आउटपेशेंट) खर्चों के लिए सीमित कवर प्रदान करती हैं।
- ✓ **अस्पताल में नकदी (हॉस्पिटल कैश):** इसमें एक निर्धारित अवधि के लिए अस्पताल में भर्ती होने के प्रत्येक दिन के लिए निश्चित एकमुश्त भुगतान का प्रावधान किया जाता है।आम तौर पर यह अवधि

2/3 दिनों की कटौती वाली पॉलिसियों को छोड़कर 7 दिनों के लिए प्रदान की जाती है। इस प्रकार, लाभ तभी ट्रिगर होगा जब अस्पताल में भर्ती होने की अवधि कटौती की अवधि से अधिक है। यह अस्पताल में भर्ती होने के दावे के अतिरिक्त लेकिन पॉलिसी की समग्र बीमा राशि के भीतर होती है या एक अलग उप-सीमा के साथ हो सकती है।

- ✓ **रिकवरी लाभः** अगर बीमारी और/या दुर्घटना के कारण अस्पताल में ठहरने की कुल अवधि 10 दिन से अधिक नहीं है तो एकमुश्त लाभ का भुगतान किया जाता है।
- ✓ **दाता के खर्चेः** इसमें पॉलिसी में निर्धारित नियमों और शर्तों के अनुसार प्रमुख अंग प्रत्यारोपण के मामले में दाता की ओर से किए गए खर्चों की प्रतिपूर्ति के लिए प्रावधान किया जाता है।
- ✓ **एम्बुलेंस की प्रतिपूर्तिः** बीमाधारक/बीमित व्यक्ति द्वारा एम्बुलेंस के लिए किए जाने वाले खर्चों की प्रतिपूर्ति पॉलिसी की अनुसूची में निर्दिष्ट एक निश्चित सीमा तक की जाती है।
- ✓ **साथ रहने वाले व्यक्ति के लिए खर्चेः** यह अस्पताल में भर्ती होने की अवधि के दौरान बीमित रोगी की सहायता करते समय भोजन, परिवहन आदि के संबंध में साथ रहने वाले व्यक्ति द्वारा किए गए खर्चों के लिए होता है। पॉलिसी की शर्तों के अनुसार पॉलिसी की अनुसूची में निर्धारित सीमा तक एकमुश्त भुगतान या प्रतिपूर्ति भुगतान किया जाता है।
- ✓ **परिवार की परिभाषाः** कुछ स्वास्थ्य उत्पादों में परिवार की परिभाषा में बदलाव आया है।इससे पहले प्राथमिक बीमाधारक, पति/पत्नी, आश्रित बच्चों को कवर प्रदान किया जाता था। अब ऐसी पॉलिसियां उपलब्ध हैं जहां माता-पिता और सास-ससुर को भी एक ही पॉलिसी के तहत कवर प्रदान किया जा सकता है।

D. टॉप-अप कवर या उच्च कटौती वाली बीमा योजनाएं

टॉप-अप कवर को एक उच्च कटौती पॉलिसी के रूप में भी जाना जाता है। अंतरराष्ट्रीय बाजार में ज्यादातर लोग उच्च सह-भुगतान पॉलिसियों या कवर नहीं की गयी बीमारियों या उपचार के अलावा टॉप-अप कवर भी खरीदते हैं। हालांकि भारत में, प्रारंभ में टॉप-अप कवर की शुरूआत के लिए प्रमुख कारण उच्च बीमा राशि वाले उत्पादों का अभाव प्रतीत होता है, लेकिन अब ऐसी बात नहीं है। एक स्वास्थ्य पॉलिसी के तहत कवर की अधिकतम राशि काफी लंबे समय तक 5,00,000 रुपए रही थी। एक उच्च कवर चाहने वाले किसी भी व्यक्ति को दोहरे प्रीमियम का भुगतान करके दो पॉलिसियां खरीदने के लिए मजबूर होना पड़ता था। यह बीमा कंपनियों द्वारा टॉप-अप पॉलिसियां विकसित किए जाने का कारण बना जो एक निर्धारित राशि (जिसे थ्रेशोल्ड कहा जाता है) के अतिरिक्त उच्च बीमा राशि के लिए कवर कवर प्रदान करती हैं।

यह पॉलिसी एक बुनियादी स्वास्थ्य कवर के साथ काम करती है जिसमें बीमा राशि कम होती है और एक अपेक्षाकृत उचित प्रीमियम पर आती है। उदाहरण के लिए, अपने नियोक्ताओं द्वारा कवर किए गए व्यक्ति अतिरिक्त सुरक्षा के लिए (पहली पॉलिसी की बीमा राशि को थ्रेशोल्ड के रूप में रखते हुए) एक टॉप-अप कवर

का विकल्प चुन सकते हैं। इस कवर स्वयं और परिवार के लिए हो सकता है जो उच्च लागत वाले उपचार की दुर्भाग्यपूर्ण घटना के समय काम आता है।

टॉप-अप पॉलिसी के तहत एक दावा प्राप्त करने का पात्र होने के लिए चिकित्सा लागत योजना के तहत चुनी गयी कटौती (या थ्रेशोल्ड) के स्तर से अधिक होनी चाहिए और उच्च कटौती योजना के तहत प्रतिपूर्ति खर्च की राशि यानी कटौती से अधिक होगी।

उदाहरण

एक व्यक्ति को अपने नियोक्ता द्वारा 3 लाख रुपए की बीमा राशि के लिए कवर किया जाता है। वह तीन लाख रुपए के अतिरिक्त 10 लाख रुपए की टॉप-अप पॉलिसी का विकल्प चुन सकता है।

यदि एक बार अस्पताल में भर्ती होने की लागत 5 लाख रुपए है तो मूल पॉलिसी केवल तीन लाख रुपए तक को कवर करेगी। टॉप-अप कवर के साथ, 2 लाख रुपए की शेष राशि राशि का भुगतान टॉप-अप पॉलिसी से किया जाएगा।

टॉप-अप पॉलिसियां सस्ती होती हैं और एक अकेली 10 लाख रुपए की पॉलिसी की लागत तीन लाख रुपए के अतिरिक्त 10 लाख रुपए की टॉप-अप पॉलिसी की तुलना में बहुत अधिक होगी।

ये कवर व्यक्तिगत आधार और परिवार के आधार पर उपलब्ध हैं। कवर किए गए परिवार के प्रत्येक सदस्य के लिए अलग-अलग बीमा राशि या परिवार पर घूमने वाली एक अकेली बीमा राशि आज बाजार में उपलब्ध है।

अगर टॉप-अप योजना में अस्पताल में भर्ती होने की प्रत्येक घटना में कटौती की राशि को पार किया जाना आवश्यक है तो इस योजना को महासंकट आधारित उच्च कटौती योजना के रूप में जाना जाता है। इसका मतलब है कि ऊपर दिए गए उदाहरण में, देय होने के लिए प्रत्येक दाव 3 लाख रुपए से अधिक का होना चाहिए।

हालांकि ऐसी टॉप-अप योजनाएं जहां पॉलिसी अवधि के दौरान अस्पताल में भर्ती होने की एक श्रृंखला के बाद कटौती को पार करने की अनुमति दी जाती है, ये भारतीय बाजार में संचय आधारित उच्च कटौती योजनाओं या सुपर टॉप-अप कवर के रूप में लोकप्रिय हैं। इसका मतलब है कि ऊपर दिए गए उदाहरण में, प्रत्येक दावे को जोड़ा जाता है और जब यह 3 लाख रुपए को पार कर जाता है, टॉप-अप कवर दावों का भुगतान करना शुरू कर देगा।

एक अस्पताल में भर्ती होने वाली क्षतिपूर्ति पॉलिसी के अधिकांश मानक नियम, शर्तें और अपवर्जन इन उत्पादों के लिए लागू होते हैं। कुछ बाजारों में, जहां मूल स्वास्थ्य कवर सरकार द्वारा प्रदान किया जाता है, बीमा कंपनियां अधिकतर केवल टॉप-अप कवर प्रदान करने में जुटी रहती हैं।

E. वरिष्ठ नागरिक पॉलिसी

इन योजनाओं को बुजुर्ग लोगों के लिए कवर प्रदान करने के प्रयोजन से डिजाइन किया गया है जिन्हें अक्सर निश्चित उम्र के बाद कवरेज देने से मना कर दिया जाता है (जैसे 60 वर्ष से अधिक की उम्र के लोग)। कवरेज और अपवर्जन की संरचना काफी हद तक एक अस्पताल में भर्ती होने वाली पॉलिसी की तरह होती है।

कवरेज और प्रतीक्षा अवधि निर्धारित करने में बुजुर्गों की बीमारियों पर विशेष ध्यान दिया जाता है। प्रवेश की उम्र अधिकतर 60 वर्ष और आजीवन नवीनीकरण योग्य होती है। बीमा राशि 50,000 रुपए से लेकर 5,00,000 रुपए की सीमा में होती है। प्रतीक्षा अवधि में भिन्नता होती है जो कुछ बीमारियों के लिए लागू है। उदाहरणः मोतियाबिंद के मामले में एक बीमा कंपनी के लिए 1 वर्ष की प्रतीक्षा अवधि हो सकती है और किसी अन्य बीमा कंपनी के लिए 2 वर्ष की प्रतीक्षा अवधि हो सकती है।

इसके अलावा कुछ बीमारियों में एक विशेष बीमा कंपनी के लिए प्रतीक्षा अवधि नहीं हो सकती है जबकि अन्य के मामले में हो सकती है। उदाहरणः साइनसाइटिस कुछ बीमा कंपनियों की प्रतीक्षा अवधि के क्लॉज में नहीं आता है, लेकिन कुछ अन्य बीमा कंपनियां अपनी प्रतीक्षा अवधि के क्लॉज में इसे शामिल करती हैं।

पहले से मौजूद बीमारी के मामले में कुछ पॉलिसियों में एक प्रतीक्षा अवधि या कुछ सीमा निर्धारित होती है। अस्पताल में भर्ती होने से पहले या बाद के खर्चों का भुगतान अस्पताल के दावों के एक प्रतिशत के रूप में या एक उप-सीमा के रूप में, जो भी अधिक हो, किया जाता है। कुछ पॉलिसियों में ये विशिष्ट क्षतिपूर्ति योजनाओं का पालन करते हैं जैसे 30/60 दिन या 60/90 दिनों की निर्धारित अवधि के भीतर आने वाले खर्चे।

आई आर डी ए आई ने वैसे बीमा धारक जो वरिष्ठ नागरिक होते है के लिए कुछ विशेष प्रावधान अनिवार्य किए है।

1. वरिष्ठ नागरिकों के लिए स्वास्थ बीमा उत्पाद हेतु लिया जाने वाला उचित, न्यायोजित, पारदर्शी और स्पष्ट रुप से दर्शाया जाना चाहिए
2. बीमाधारक को, प्रीमियम पर की जाने वाली किसी भी लोडिंग के बारे में लिखित रुप से बताया जएगा तथा पॉलिसी जारी करने के पहले ऐसी लोडींग के लिए पॉलिसी धारक की विशिष्ट सहमति ली जेगी।
3. सभी स्वास्थ बीमाकर्ता और टीपीए वरिष्ट नागरिको के स्वास्थ बीमा संबंधित दावो और शिकायतों के विवरण के लिए एक अलग चैनल की स्थापना करेगा।

F. निश्चित लाभ कवर - अस्पताल में नकदी, गंभीर बीमारी

एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में एक बीमा कंपनी के लिए सबसे बड़ा खतरा पॉलिसी के लाभों का अनावश्यक और अनुचित उपयोग है। यह जानते हुए कि मरीज को एक स्वास्थ्य पॉलिसी के तहत कवर किया गया है, डॉक्टर, सर्जन और अस्पताल उसका अतिरिक्त इलाज करने लग जाते हैं। वे अस्पताल में रहने की अवधि को लंबा खींचते हैं, अनावश्यक नैदानिक और प्रयोगशाला परीक्षण करते हैं और इस प्रकार उपचार की लागत को

आवश्यक राशि से बहुत अधिक बढ़ा देते हैं। बीमा कंपनी की लागत पर एक अन्य बड़ा प्रभाव चिकित्सा संबंधी लागतों में लगातार वृद्धि है जो आम तौर पर प्रीमियम की दरों में वृद्धि की तुलना में अधिक होती है।

इसका उत्तर निश्चित लाभ कवर है। निश्चित लाभ कवर बीमित व्यक्तियों को पर्याप्त कवर प्रदान करते हुए बीमा कंपनी को एक उचित अवधि के लिए अपनी पॉलिसी का प्रभावी ढ़ंग से मूल्य निर्धारण करने में भी मदद करता है। इस उत्पाद में, आम तौर पर होने वाले उपचारों को प्रत्येक प्रणाली के तहत सूचीबद्ध किया गया है, जैसे ईएनटी, नेत्र विज्ञान, प्रसूति एवं स्त्री रोग आदि और इनमें से प्रत्येक के लिए अधिकतम भुगतान पॉलिसी में वर्णित होता है।

बीमाधारक को नामित उपचार के लिए उसके द्वारा खर्च की गयी राशि की परवाह किए बिना दावा राशि के रूप में एक निश्चित राशि प्राप्त होती है। इनमें से प्रत्येक उपचार के लिए देय शुल्क आम तौर पर उचित लागत के एक अध्ययन पर आधारित होता है जो बीमारी का इलाज के लिए आवश्यक होगा।

पैकेज शुल्कों में लागत के सभी घटक शामिल होंगे जैसे:

a) कमरे का किराया,
b) प्रोफेशनल फीस,
c) रोग-निदान,
d) दवाएं,
e) अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्चे आदि

पैकेज शुल्कों में आहार, परिवहन, एम्बुलेंस शुल्क आदि भी शामिल हो सकते हैं जो उत्पाद पर निर्भर करते हैं।

इन पॉलिसियों को प्रबंधित करना आसान होता है क्योंकि केवल अस्पताल में भर्ती होने का प्रमाण और पॉलिसी के तहत बीमारी का कवरेज दावे पर कार्रवाई करने के लिए पर्याप्त होता है।

कुछ उत्पाद निश्चित लाभ कवर के साथ एक दैनिक नकदी लाभ का पैकेज उपलब्ध कराते हैं। कवर किए गए उपचारों की सूची लगभग 75 से लगभग 200 तक भिन्न हो सकती है जो उत्पाद में उपचार की परिभाषाओं पर निर्भर करती है।

ऐसी सर्जरी/उपचार के लिए एक निश्चित राशि का भुगतान करने का एक प्रावधान किया गया है जिन्हें पॉलिसी में नामित सूची में शामिल नहीं किया गया है। पॉलिसी अवधि के दौरान अलग-अलग उपचारों के लिए अनेक दावे संभव हैं। हालांकि दावों को अंत में पॉलिसी के तहत चुनी गयी बीमा राशि के द्वारा सीमित किया जाता है।

कुछ निश्चित लाभ बीमा योजनाएं इस प्रकार हैं:

- ✓ अस्पताल दैनिक नकदी बीमा योजनाएं
- ✓ गंभीर बीमारी बीमा योजनाएं

1. **अस्पताल दैनिक नकदी पॉलिसी**

a) **प्रति दिन राशि की सीमा**

अस्पताल नकदी कवरेज अस्पताल में भर्ती होने के प्रत्येक दिन के लिए बीमित व्यक्ति को एक निश्चित राशि प्रदान करता है। प्रति दिन नकदी कवरेज (उदाहरण के लिए) 1,500 रुपए प्रतिदिन से लेकर 5,000 रुपए प्रति दिन या इससे भी अधिक प्रति दिन तक भिन्न हो सकता है। प्रति बीमारी और पॉलिसी की अवधि के लिए दैनिक नकद भुगतान पर एक ऊपरी सीमा प्रदान की जाती है, यह आम तौर पर एक वार्षिक पॉलिसी होती है।

b) **भुगतान के दिनों की संख्या**

इस पॉलिसी के कुछ भिन्न रूपों में दैनिक नकदी के दिनों की अनुमत संख्या उस बीमारी से जुड़ी होती है जिसके लिए उपचार किया जा रहा है। प्रत्येक के लिए उपचारों एक विस्तृत सूची और रहने की अवधि निर्धारित की गई है जो प्रक्रिया/बीमारी के प्रत्येक प्रकार के लिए अनुमत दैनिक नकद लाभ को सीमित करती है।

c) **अकेला (स्टैंडअलोन) कवर या ऐड-ऑन कवर**

अस्पताल दैनिक नकदी पॉलिसी कुछ बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्तावित के अनुसार एक अकेली (स्टैंडअलोन) पॉलिसी के रूप में उपलब्ध है, अन्य मामलों में यह एक नियमित क्षतिपूर्ति पॉलिसी में एक ऐड-ऑन कवर होता है। ये पॉलिसियां आकस्मिक खर्चों को कवर करने में बीमाधारक की मदद करती हैं क्योंकि इसमें एक निश्चित राशि भुगतान की जाती है और यह उपचार की वास्तविक लागत से संबंधित नहीं होती है। इसके अलावा यह एक क्षतिपूर्ति आधारित स्वास्थ्य बीमा योजना के तहत प्राप्त किसी भी कवर के अतिरिक्त पॉलिसी के अंतर्गत भुगतान करने की अनुमति देता है।

d) **पूरक कवर**

ये पॉलिसियां एक नियमित अस्पताल खर्च पॉलिसी का पूरक हो सकती हैं क्योंकि ये किफायती होती हैं और आकस्मिक खर्चों के साथ-साथ उन खर्चों के लिए मुआवजा प्रदान करती हैं जो क्षतिपूर्ति पॉलिसी के तहत देय नहीं हैं जैसे अपवर्जन, सह-भुगतान आदि।

e) **कवर के अन्य लाभ**

बीमा कंपनी के दृष्टिकोण से इस योजना के कई फायदे हैं क्योंकि इसके बारे में एक ग्राहक को समझान आसान होता है और इसलिए अधिक आसानी से बेचा जा सकता है। यह चिकित्सा संबंधी महंगाई का मुकाबला करता है क्योंकि अस्पताल में भर्ती होने की अवधि के लिए प्रति दिन एक निश्चित राशि का भुगतान किया जाता है, वास्तविक खर्च चाहे जो भी हो। इसके अलावा, इस तरह के बीमा कवरों की स्वीकृति और दावों का निपटान वास्तव में सरल हो जाता है।

2. गंभीर बीमारी पॉलिसी

इस उत्पाद को जानलेवा बीमारी (ड्रेडेड डिजीज) कवर या एक आघात देखभाल (ट्रॉमा केयर) कवर के रूप में भी जाना जाता है।

चिकित्सा विज्ञान के क्षेत्र में प्रगति के कारण लोग कैंसर, स्ट्रोक और दिल के दौरे आदि जैसी कुछ प्रमुख बीमारियों से जीवित बच जाते हैं जिनके परिणाम स्वरूप पहले मौत तय होती थी। फिर, इस तरह की बड़ी बीमारियों से बचने के बाद जीवन प्रत्याशा काफी बढ़ जाती है। हालांकि एक बड़ी बीमारी से जीवित बचने में उपचार के भारी-भरकम खर्चे होते हैं और उपचार के बाद आजीविका के खर्चे भी बढ़ जाते हैं। इस प्रकार की गंभीर बीमारी शुरू होना व्यक्ति की वित्तीय सुरक्षा के लिए खतरा बन जाता है।

a) गंभीर बीमारी पॉलिसी एक लाभ पॉलिसी है जिसमें कुछ नामित गंभीर बीमारी का पता चलने पर एकमुश्त राशि भुगतान करने का प्रावधान होता है।

b) इसे निम्नानुसार बेचा जाता है:

- ✓ एक स्टैंडअलोन पॉलिसी के रूप में या
- ✓ कुछ स्वास्थ्य पॉलिसियों में एक ऐड-ऑन कवर के रूप में या
- ✓ कुछ जीवन बीमा पॉलिसियों में एक ऐड-ऑन कवर के रूप में

भारत में, गंभीर बीमारी लाभ सबसे आम तौर पर जीवन बीमा कंपनियों द्वारा जीवन बीमा पॉलिसियों के आरोहकों के रूप में बेचे जाते हैं और उनके द्वारा कवर के दो रूप उपलब्ध कराए जाते हैं - वर्द्धित सीआई लाभ योजना और स्टैंडअलोन सीआई लाभ योजना। इस लाभ को बेचे जाते समय कवर की गयी बीमारियों की सटीक परिभाषा और अच्छा बीमालेखन अत्यंत महत्वपूर्ण होता है। दुविधा की स्थिति से बचने के लिए, 20 सबसे आम गंभीर बीमारियों की परिभाषा को आईआरडीए स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देशों के तहत मानकीकृत किया गया है। (कृपया अंत में अनुलग्नक देखें)।

हालांकि, जारी करने के स्तर पर प्रतिकूल चयन की संभावना (जिसके द्वारा ऐसे लोग यह बीमा लेते हैं जिनके प्रभावित होने की सबसे अधिक संभावना रहती है) बहुत अधिक होती है और प्रस्तावकों की स्वास्थ्य स्थिति का निर्धारण करना महत्वपूर्ण हो जाता है। पर्याप्त डेटा के अभाव के कारण वर्तमान में गंभीर बीमारी की योजनाओं के मूल्य निर्धारण में पुनर्बीमा कंपनियों के डेटा के माध्यम से सहयोग लिया जा रहा है।

c) गंभीर बीमारियां ऐसी बड़ी बीमारियां है जो न केवल अस्पताल में भर्ती होने के बहुत अधिक खर्चों का कारण बनती हैं बल्कि इनके कारण विकलांगता, अंगों का नुकसान, कमाई का नुकसान आदि हो सकता है और अस्पताल में भर्ती होने के बाद लंबे समय तक देखभाल की जरूरत पड़ सकती है।

d) एक गंभीर बीमारी पॉलिसी अक्सर एक अस्पताल क्षतिपूर्ति पॉलिसी के अतिरिक्त लेने की सलाह दी जाती है ताकि पॉलिसी के तहत मुआवजा उस परिवार के वित्तीय बोझ को कम करने में सहायक हो सके जिसका सदस्य इस तरह की बीमारी से प्रभावित है।

e) कवर की गयी गंभीर बीमारियां अलग-अलग बीमा कंपनियों और उत्पादों के मामले में भिन्न होती हैं, लेकिन सामान्य बीमारियों में शामिल हैं:

- ✓ निर्दिष्ट गंभीरता का कैंसर
- ✓ तीव्र मायोकार्डियल रोधगलन
- ✓ कोरोनरी धमनी की सर्जरी
- ✓ हृदय के वाल्व को बदलना
- ✓ निर्दिष्ट गंभीरता वाला कोमा
- ✓ गुर्दे की विफलता
- ✓ स्थायी लक्षणों में बदलने वाला स्ट्रोक
- ✓ प्रमुख अंग/अस्थि मज्जा प्रत्यारोपण
- ✓ मल्टीपल स्क्लेरोसिस
- ✓ मोटर न्यूरॉन की बीमारी
- ✓ अंगों का स्थायी पक्षाघात
- ✓ बड़ी दुर्घटनाओं के कारण स्थायी विकलांगता

गंभीर बीमारियों की सूची निर्धारित नहीं है और बढ़ती रहती है। कुछ अंतरराष्ट्रीय बाजारों में बीमा कंपनियां बीमारियों को 'कोर' और 'अतिरिक्त' में वर्गीकृत करती हैं जहां अल्जाइमर रोग जैसी बीमारियों को भी कवर किया जाता है। कभी-कभी 'लाइलाज बीमारी' को भी कवरेज के लिए शामिल किया जाता है, हालांकि प्रीमियम निस्संदेह बहुत अधिक होता है।

f) जहां अधिकांश गंभीर बीमारी पॉलिसियां बीमारी का पता चलने पर एकमुश्त राशि के भुगतान का प्रावधान करती हैं, कुछ ऐसी पॉलिसियां भी हैं जो केवल खर्चों की प्रतिपूर्ति के रूप में अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों का कवर प्रदान करती हैं।कुछ उत्पाद दोनों कवरों का संयोजन यानी अंतरंग रोगी अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों के लिए क्षतिपूर्ति और पॉलिसी में नामित प्रमुख बीमारियों का पता चलने पर एकमुश्त भुगतान प्रदान करते हैं।

g) गंभीर बीमारी पॉलिसियां आम तौर पर 21 वर्ष से लेकर 65 वर्ष तक के आयु वर्ग के व्यक्तियों के लिए उपलब्ध होती हैं।

h) इन पॉलिसियों के तहत प्रस्तावित बीमा राशि बहुत अधिक होती है क्योंकि इस तरह की पॉलिसी का प्राथमिक कारण ऐसी बीमारियों के साथ जुड़ी दीर्घकालिक देखभाल के वित्तीय बोझ के लिए प्रावधान करना होगा।

i) इन पॉलिसियों के तहत एक गंभीर बीमारी का पता चलने पर आम तौर पर बीमा राशि का 100% भुगतान किया जाता है।कुछ मामलों में मुआवजा बीमा राशि के 25% से 100% तक भिन्न होता है जो पॉलिसी के नियमों और शर्तों तथा बीमारी की गंभीरता पर निर्भर करता है।

j) सभी गंभीर बीमारी पॉलिसियों में देखी जाने वाली एक मानक शर्त किसी भी लाभ के पॉलिसी के तहत देय होने के लिए पॉलिसी की शुरुआत से 90 दिनों की प्रतीक्षा अवधि और बीमारी का पता चलने के बाद 30 दिनों का उत्तरजीविता क्लॉज है।इस लाभ के रूप में शामिल किए गए उत्तरजीविता क्लॉज के

साथ "मृत्यु लाभ" का भ्रम नहीं होना चाहिए बल्कि इसे "उत्तरजीविता (जीवित होने का) लाभ" के रूप में अधिक स्पष्ट किया गया है यानी एक गंभीर बीमारी के बाद आने वाली कठिनाइयों को दूर करने के लिए दिया गया लाभ।

k) गंभीर बीमारी पॉलिसी लेने के इच्छुक लोगों, विशेष रूप से 45 वर्ष से अधिक की उम्र के लोगों के लिए कठोर चिकित्सा जांच की प्रक्रिया से गुजरना आवश्यक होता है।मानक अपवर्जन स्वास्थ्य बीमा उत्पादों में पाए जाने वाले अपवर्जनों के काफी समान होते हैं, चिकित्सा सलाह मांगने या पालन करने में विफलता या प्रतीक्षा अवधि को चकमा देने के क्रम में चिकित्सा उपचार में देरी करने को भी विशेष रूप से अलग किया गया है।

l) बीमा कंपनी पॉलिसी में कवर की गयी किसी भी एक या एक से अधिक बीमारी के लिए बीमाधारक को केवल एक बार मुआवजा दे सकती है या एकाधिक भुगतान प्रदान कर सकती है लेकिन एक निश्चित सीमित संख्या तक। किसी भी बीमित व्यक्ति के संबंध में पॉलिसी के तहत एक बार मुआवजे का भुगतान कर दिए जाने पर पॉलिसी समाप्त हो जाती है।

m) गंभीर बीमारी पॉलिसी समूहों को विशेष रूप से कंपनियों को भी प्रदान की जाती है जो अपने कर्मचारियों के लिए पॉलिसियां लेते हैं।

G. दीर्घकालिक देखभाल बीमा

आज जीवन प्रत्याशा बढ़ने के साथ दुनिया भर में बुजुर्ग लोगों की आबादी बढ़ रही है। एक बुजुर्ग होती आबादी के कारण दुनिया भर में दीर्घकालिक देखभाल बीमा का महत्व भी बढ़ता जा रहा है। बुजुर्ग लोगों को और इसके अलावा किसी भी प्रकार की विकलांगता से पीड़ित लोगों को लंबे समय तक देखभाल की आवश्यकता होती है। लंबे समय तक देखभाल का मतलब है ऐसे लोगों के लिए लगातार व्यक्तिगत या नर्सिंग संबंधी देखभाल के सभी रूप, जो सहायता की एक डिग्री के बिना अपना देखभाल कर पाने में असमर्थ हैं और जिनका स्वास्थ्य भविष्य में बेहतर नहीं होने वाला है।

दीर्घकालिक देखभाल के लिए दो प्रकार की योजनाएं उपलब्ध हैं:

a) पूर्व-वित्तपोषित योजनाएं जो स्वस्थ बीमाधारक द्वारा अपने भविष्य के चिकित्सा खर्चों का ध्यान रखने के लिए खरीदी जाती हैं और

b) तत्काल जरूरत की योजनाएं जो एकमुश्त प्रीमियम के द्वारा खरीदी जाती हैं जब बीमाधारक को लंबे समय तक देखभाल की आवश्यकता होती है।

विकलांगता की गंभीरता (और अपेक्षित उत्तरजीविता की अवधि) लाभ की मात्रा को निर्धारित करती है। दीर्घकालिक देखभाल के उत्पाद भारतीय बाजार में अभी तक विकसित नहीं हुए हैं।

भविष्य आरोग्य पॉलिसी

पहली पूर्व-वित्तपोषित बीमा योजना सार्वजनिक क्षेत्र की चार साधारण बीमा कंपनियों द्वारा बेची जाने वाली भविष्य आरोग्य पॉलिसी थी। वर्ष 1990 में शुरू की गयी यह पॉलिसी मूलतः एक बीमित व्यक्ति की सेवानिवृत्ति के बाद उसकी स्वास्थ्य देखभाल संबंधी आवश्यकताओं का ध्यान रखने के लिए है। यह एक जीवन बीमा पॉलिसी लेने के समान है सिवाय इसके कि यह मृत्यु के बजाय भविष्य के चिकित्सा खर्चों को कवर करती है।

a) **आस्थगित मेडिक्लेम**

यह पॉलिसी एक प्रकार की आस्थगित या भविष्य मेडिक्लेम पॉलिसी है और मेडिक्लेम पॉलिसी के समान कवर प्रदान करती है। प्रस्तावक 25 वर्ष और 55 वर्ष की उम्र के बीच किसी भी समय योजना में शामिल हो सकता है।

b) **सेवानिवृत्ति की उम्र**

वह एक शर्त के साथ 55 और 60 वर्ष के बीच एक सेवानिवृत्ति की उम्र का चयन कर सकता है कि प्रवेश की उम्र और चुनी गयी सेवानिवृति की उम्र के बीच 4 वर्षों का एक स्पष्ट अंतराल होना चाहिए। पॉलिसी सेवानिवृत्ति उम्र का मतलब प्रस्ताव पर हस्ताक्षर करते समय बीमित व्यक्ति द्वारा चयनित और पॉलिसी के तहत लाभ शुरू करने के उद्देश्य से अनुसूची में निर्दिष्ट उम्र है। इस उम्र को आगे नहीं बढ़ाया जा सकता है।

c) **सेवानिवृत्ति से पहले की अवधि**

सेवानिवृत्ति से पहले की अवधि का मतलब प्रस्ताव स्वीकृत करने की तिथि से शुरू करते हुए अनुसूची में विनिर्दिष्ट पॉलिसी सेवानिवृत्ति उम्र के साथ समाप्त होने वाली अवधि है। इस अवधि के दौरान बीमित व्यक्ति लागू होने के अनुसार किस्त/एकल प्रीमियम राशि का भुगतान करेगा। बीमित व्यक्ति के पास एक एकमुश्त प्रीमियम या किश्तों में भुगतान करने का विकल्प है।

d) **निकासी**

अगर बीमित व्यक्ति चुनी गयी सेवानिवृत्ति की उम्र से पहले या सेवानिवृत्ति की उम्र के बाद मर जाता है या योजना से बाहर निकलना चाहता है तो प्रीमियम की उचित वापसी की अनुमति होगी जो पॉलिसी के तहत कोई दावा उत्पन्न नहीं होने के अधीन है। नवीनीकरण में देरी के लिए संतोषजनक कारण होने की स्थिति में प्रीमियम भुगतान के लिए 7 दिनों की अनुग्रह अवधि का प्रावधान है।

e) **समनुदेशन**

यह योजना समनुदेशन का प्रावधान करती है।

f) **अपवर्जन**

पॉलिसी में पहले से मौजूद बीमारियों का अपवर्जन, 30 दिनों की प्रतीक्षा अवधि और निर्दिष्ट रोगों के लिए पहले वर्ष का अपवर्जन नहीं है जैसा कि मेडिक्लेम में होता है। चूंकि यह एक भविष्य की मेडिक्लेम पॉलिसी है, यह काफी तर्कसंगत है।

g) **समूह बीमा भिन्न रूप**

पॉलिसी का लाभ समूह आधार पर भी उठाया जा सकता है जिस मामले में समूह छूट की सुविधा उपलब्ध है।

H. कॉम्बी उत्पाद

कभी-कभी जीवन बीमा से संबंधित उत्पादों को स्वास्थ्य बीमा उत्पादों के साथ जोड़ दिया जाता है। यह दो बीमा कंपनियों के एक साथ आने और एक समझदारी विकसित करने के माध्यम से एक पैकेज की तरह अधिक से अधिक उत्पादों को बढ़ावा देने का एक अच्छा तरीका है।

इस प्रकार स्वास्थ्य प्लस जीवन कॉम्बी उत्पादों का मतलब है ऐसे उत्पाद जो एक जीवन बीमा कंपनी के एक जीवन बीमा कवर और गैर-जीवन और/या स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनी द्वारा प्रस्तावित एक स्वास्थ्य बीमा कवर का संयोजन प्रदान करते हैं।

इन उत्पादों को दो बीमा कंपनियों द्वारा संयुक्त रूप से डिजाइन किया जाता है और दोनों बीमा कंपनियों के वितरण चैनलों के माध्यम से बेचा जाता है। स्पष्ट गैर पर उनके लिए दो कंपनियों के बीमा ‘ टाइ अप’ जरुरी होगा तथा विद्यमान मार्ग निर्देशों के अनुसार ऐसे टाइ अप की अनुमति एक समय में केवल एक जीवन बीमाकर्ता और एक गैर जीवन बीमाकर्ता के बीच होती है। ऐसी कंपनियों के बीच एक एमओयू अवश्य किया जाना चाहिए ताकिइनकी मार्केटिंग, पॉलिसी जारी करने के बाद की सेवा, सामान्य खर्चा का बंटवारा साथ ही पॉलिसी सेवा के मानक तथा प्रीमियम के योजना राशि के बारे में तय किया जा सके। इनके लिए आई आर डी आई से अनुमति किसी एक बीमाकर्ता द्वारा ली जाएगी। यह करार दीर्घावधि प्रकार का होना चाहिए तथा टाइ अप से निकलने को अनुमति सिर्फ विशेष परिस्थितियों में ही दी जाएगी और वह भी आई आर डी ए आई के संतुष्ट होने के बाद भी।

एक बीमा कंपीनी आप सी सहमति से अग्रणी बीमाकर्ता के रुप से काम करने तथा पॉलिसी सेवा में महत्वपूर्ण भूमिका निभाने के लिए एक सम्पर्क बिन्दु के रुप में अपनी सेवा दे सकती है जैसा कि कॉम्बी उत्पादों के लिए जरुरी होता है। अग्रणी बीमाकर्ता बीमा लेखन और पॉलिसी सेवा में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। तथापि, दावा और कमीशन के भुगतान के मामले पॉलिसी के प्रभावित होने वाले खंड के आधार पर संबंधित बीमाकर्ताओं द्वारा निपटाए जाते हैं।

कॉम्बी प्रडक्ट को समय समय पर जारी मार्ग निर्देशो के अनुसार प्राप्त किया जाएगा तथा अलग अलग स्वीकृति ली जाएगी। दोनों जोखिमों के प्रीमियम धरक को अलग अलग बताया जाएगा तथा इसकी जानकारी

बीमाधारक को विक्रय पूर्व एवं पश्चात दोनो अवास्थाओं में दी जाएगी साथ ही इसका उल्लेख सभी दस्तावेजो जैसे पॉलिसी, विक्रय साहित्य आदि में किया जाएगा।

यह उत्पाद व्यक्तिगत बीमा पॉलिसी और समूह बीमा आधार दोनों ही प्रकार से उपलब्ध कराया जाएगा। तथापि, स्वस्थ बीमा फलोटर पॉलिसियों के मामले में शुद्ध टर्म जीवन बीमा कवरेज की अनुमति परिवार के अर्जन करने वाले स्वस्थ के लिए ही होगी जो संबंधित बीमा कर्ताओं के बीमा योग्य हित और अन्य लागू बीमा लेखन शर्तो के अधीन होगी।

फ्री लुक विकल्प, बीमा धारक के लिए उपलब्ध होता है तथा यह पूरे कॉम्बी उत्पाद पर लागू होता है, तथापि, कॉम्बी उत्पाद का स्वास्थ वाले भाग को नवीकरण संबंधित गैर जीवन / स्टैंड एलोन स्वास्थ बीमा कंपनी के विकल्प पर होगा।

कॉम्बी उत्पादों की मार्केटिंग, प्रत्यक्ष मार्केटिंग चैनल, ब्रोकर, कम्पोजिट व्यक्तिगत और कार्पोरेट एजेंट के द्वारा दोनो बीमा कर्तओं द्वारा की जा सकती है लेकिन बैंक की रेफरल व्यवस्था द्वारा नही तथापि वैसे लोग पहचान नही हो सकते जो किसी भी एक बीमाकर्ता के लिए किसी भी एक उत्पाद की मार्केटिंग के लिए प्राधिकृत नही हो ।

प्रस्ताव तथा विक्रय साहित्य में इसे स्पष्ट रुप से बताया जाना चाहिए कि इनमें दो बीमाकर्ता जुड़े हुए हैं प्रत्येक जोखिम दूसरे से अलग है, दावे का निपटान कौन करेगा, दोनों या किसी एक कवर के नवीकरण से संबंधीत मुद्दे बीमाधारक के विकल्प पर होंगे, सेवा सुविधा आदि ।

इस व्यवसाय को ठीक से चलाने के ले आई टी प्रनाली कार्या सुद्दढ़ होनी चाहिए क्योंकी दो बीमाकर्ताओं के बीच आंकड़ों का एकीकरण तथा आई आर डी आई के लिए आंकडे प्रास्तुत करने होते हैं।

I. पैकेज पॉलिसियां

पैकेज या छाता कवर एक ही दस्तावेज के अंतर्गत कवरों का एक संयोजन है।

उदाहरण के लिए, व्यवसाय के अन्य वर्गों में परिवार की पॉलिसी, दुकानदार की पॉलिसी, कार्यालय पैकेज पॉलिसी आदि जैसे कवर होते हैं जो एक पॉलिसी के अंतर्गत भवन, सामग्री आदि जैसी विभिन्न भौतिक संपत्तियों को कवर करना चाहते हैं। इस तरह की पॉलिसियों में कुछ व्यक्तिगत लाइनों या देयता कवरों को भी शामिल किया जा सकता है।

स्वास्थ्य बीमा में पैकेज पॉलिसी के उदाहरणों में गंभीर बीमारी कवर लाभों को क्षतिपूर्ति पॉलिसियों के साथ जोड़ना और यहां तक कि जीवन बीमा पॉलिसियों और अस्पताल दैनिक नकद लाभों को क्षतिपूर्ति पॉलिसियों के साथ जोड़ना भी शामिल है।

यात्रा बीमा के मामले में प्रस्तावित पॉलिसी भी एक पैकेज पॉलिसी है जिसमें न केवल स्वास्थ्य बीमा को बल्कि दुर्घटना में मृत्यु/विकलांगता लाभों के साथ-साथ बीमारी/दुर्घटना के कारण चिकित्सा खर्चों, जांच किए गए

सामानों के नुकसान या पहुंचने में देरी, संपत्ति/व्यक्तिगत क्षति के लिए तृतीय पक्ष की देयता, यात्रा रद्द होना और यहां तक कि अपहरण कवर को भी शामिल किया जाता है।

J. गरीब तबके के लिए माइक्रो बीमा और स्वास्थ्य बीमा

माइक्रो-बीमा उत्पादों को विशेष रूप से ग्रामीण और अनौपचारिक क्षेत्रों के निम्न आय वर्ग के लोगों की सुरक्षा के उद्देश्य से डिजाइन किया गया है। निम्न आय वर्ग के लोग हमारी आबादी का एक बड़ा हिस्सा होते हैं और इनके पास आम तौर पर कोई स्वास्थ्य सुरक्षा कवर नहीं होता है। इसलिए, एक किफायती प्रीमियम और लाभ पैकेज के साथ यह कम मूल्य का उत्पाद इन लोगों को सामान्य जोखिमों का सामना करने और इनसे उबरने में सहायता करने के लिए लाया गया है। माइक्रो बीमा आईआरडीए माइक्रो बीमा विनियम, 2005 द्वारा नियंत्रित होता है।

ये उत्पाद एक छोटे से प्रीमियम के साथ आते हैं और आम तौर पर बीमा राशि 30,000 रुपए से कम होती है जो आईआरडीए सूक्ष्म बीमा विनियम, 2005 के अनुसार आवश्यक है। इस तरह के कवर अधिकांशतः विभिन्न सामुदायिक संगठनों या गैर-सरकारी संगठनों (एनजीओ) द्वारा अपने सदस्यों के लिए एक सामूहिक आधार पर लिए जाते हैं। आईआरडीए के ग्रामीण और सामाजिक क्षेत्र के दायित्वों के अनुसार भी बीमा कंपनियों द्वारा अपनी पॉलिसियों के एक निर्धारित अनुपात को माइक्रो-बीमा उत्पादों के रूप में बेचा जाना आवश्यक है ताकि बीमा की व्यापक पहुंच सक्षम की जा सके।

समाज के गरीब वर्गों की जरूरतों को पूरा करने के लिए सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रमों द्वारा विशेष रूप से बनाई गई दो पॉलिसियां नीचे वर्णित हैं:

1. जन आरोग्य बीमा पॉलिसी

जन आरोग्य बीमा पॉलिसी की विशेषताएं इस प्रकार हैं:

a. यह पॉलिसी समाज के गरीब वर्गों को किफायती चिकित्सा बीमा उपलब्ध कराने के लिए बनायी गयी है।

b. कवरेज व्यक्तिगत मेडिक्लेम पॉलिसी की तर्ज पर उपलब्ध है सिवाय इसके कि इसमें संचयी बोनस और चिकित्सा जांच के लाभों को शामिल नहीं किया गया है।

c. यह पॉलिसी व्यक्तियों और परिवार के सदस्यों के लिए उपलब्ध है।

d. आयु सीमा में पांच वर्ष से 70 वर्ष तक है।

e. तीन महीने और पांच वर्ष की उम्र के बीच के बच्चों को कवर किया जा सकता है बशर्ते कि माता-पिता में से एक या दोनों को साथ-साथ कवर किया गया हो।

f. बीमा राशि प्रति बीमित व्यक्ति 5,000 रुपए तक सीमित है और देय प्रीमियम निम्न तालिका के अनुसार है।

तालिका 2.1

बीमित व्यक्ति की उम्र	46 वर्ष तक	46-55	56-65	66-70
परिवार के मुखिया	70	100	120	140
पति/पत्नी	70	100	120	140
25 वर्ष की उम्र तक का आश्रित बच्चा	50	50	50	50
2+1 आश्रित बच्चे के परिवार के लिए	190	250	290	330
2+2 आश्रित बच्चों के परिवार के लिए	240	300	340	380

- प्रीमियम आय कर अधिनियम की धारा 80डी के तहत कर लाभ के योग्य है।
- पॉलिसी के लिए सेवा कर लागू नहीं है।

2. सार्वभौमिक स्वास्थ्य बीमा योजना (यूएचआईएस)

यह पॉलिसी 100 या उससे अधिक परिवारों के समूहों के लिए उपलब्ध है। हाल के दिनों में अलग-अलग यूएचआईएस पॉलिसियां भी जनता के लिए उपलब्ध करायी गयी थीं।

लाभ

सार्वभौमिक स्वास्थ्य बीमा योजना के लाभों की सूची इस प्रकार है:

- चिकित्सा प्रतिपूर्ति

यह पॉलिसी निम्नलिखित उप-सीमाओं के अधीन एक व्यक्ति/परिवार के लिए 30,000 रुपए तक के अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों की प्रतिपूर्ति प्रदान करती है।

तालिका 2.2

विवरण	**सीमा**
कमरे, बोर्डिंग के खर्चे	150/- रुपए प्रति दिन तक
आईसीयू में भर्ती होने पर	300/- रुपए प्रति दिन तक
सर्जन, एनेस्थेटिस्ट, सलाहकार, विशेषज्ञों की फीस, नर्सिंग के खर्चे	प्रति बीमारी/चोट 4,500/- रुपए तक
एनेस्थीसिया, रक्त, ऑक्सीजन, ओ.टी. शुल्क, दवाएं, नैदानिक सामग्री और	प्रति बीमारी/चोट 4,500/-

एक्स-रे, डायलिसिस, रेडियोथेरेपी, कीमोथेरेपी, पेसमेकर की लागत, कृत्रिम अंग, आदि	रुपए तक
किसी भी एक बीमारी के लिए किए गए कुल खर्च	15,000 रुपए तक

- **व्यक्तिगत दुर्घटना कवर**

दुर्घटना के कारण परिवार के प्रमुख कमाऊ व्यक्ति (अनुसूची में नामित के अनुसार) की मृत्यु के लिए कवरेजः 25,000/- रुपए

- **विकलांगता कवर**

अगर किसी दुर्घटना/बीमारी की वजह से परिवार के प्रमुख कमाऊ व्यक्ति को अस्पताल में भर्ती कराया जाता है तो तीन दिन की प्रतीक्षा अवधि के बाद, अधिकतम 15 दिनों तक अस्पताल में भर्ती होने के प्रति दिन के लिए 50/- रुपए का मुआवजा भुगतान किया जाएगा।

- **प्रीमियम**

तालिका 2.3

तत्व	**प्रीमियम**
एक व्यक्ति के लिए	365/- रु. प्रति वर्ष
पांच व्यक्ति तक के एक परिवार के लिए (पहले तीन बच्चे सहित)	548/- रु. प्रति वर्ष
सात व्यक्ति तक के एक परिवार के लिए (पहले तीन बच्चों और आश्रित माता-पिता सहित)	730/- रु. प्रति वर्ष
बीपीएल परिवारों के लिए प्रीमियम सब्सिडी	गरीबी रेखा से नीचे के परिवारों के लिए सरकार एक प्रीमियम सब्सिडी प्रदान करेगी

K. राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना

सरकार ने विभिन्न स्वास्थ्य योजनाएं भी शुरू की हैं, इनमें से कुछ विशेष राज्यों के लिए लागू होती हैं। आम जनता तक स्वास्थ्य लाभों की पहुंच का विस्तार करने के लिए बीमा कंपनियों के साथ मिल कर राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना शुरू की गई है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाय) श्रम एवं रोजगार मंत्रालय, भारत सरकार द्वारा शुरू की गई है जो गरीबी रेखा से नीचे (बीपीएल) के परिवारों को स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्रदान करने के लिए है।

राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना की विशेषताएं इस प्रकार हैंः

a. एक फैमिली फ्लोटर आधार पर 30,000 रुपए प्रति बीपीएल परिवार की कुल बीमा राशि।

b. पहले से मौजूद बीमारियों को कवर किया जाएगा।

c. अस्पताल में भर्ती होने से संबंधित स्वास्थ्य सेवाओं का कवरेज और शल्य चिकित्सा प्रकृति की सेवाएं जो एक दैनिक देखभाल के आधार पर प्रदान की जा सकती हैं।

d. सभी पात्र स्वास्थ्य सेवाओं का नगदी रहित कवरेज।

e. स्मार्ट कार्ड का प्रावधान।

f. अस्पताल में भर्ती होने से पहले और बाद के खर्चों का प्रावधान।

g. 100/- रुपए प्रति विजिट का परिवहन भत्ता।

h. केन्द्र और राज्य सरकार बीमा कंपनी को प्रीमियम भुगतान करती है।

i. बीमा कंपनियों का चयन राज्य सरकार द्वारा एक प्रतिस्पर्धी बोली के आधार पर किया जाता है।

j. लाभार्थी के लिए सार्वजनिक और निजी अस्पतालों के बीच विकल्प।

k. प्रीमियम का भार 3:1 के अनुपात में केन्द्र और राज्य सरकारों द्वारा वहन किया जाएगा। केन्द्र सरकार 565/- रुपए प्रति परिवार की अधिकतम राशि का योगदान करेगी।

l. राज्य सरकारों द्वारा अंशदानः वार्षिक प्रीमियम का 25 प्रतिशत और 750 रुपए से अधिक कोई भी अतिरिक्त प्रीमियम।

m. लाभार्थी पंजीकरण शुल्क/नवीनीकरण शुल्क के रूप में 30/- रुपए प्रति वर्ष का भुगतान करेगा।

n. प्रशासनिक लागत को राज्य सरकार द्वारा वहन किया जाएगा।

o. स्मार्ट कार्ड की लागत - 60/- प्रति लाभार्थी की अतिरिक्त राशि इस प्रयोजन के लिए उपलब्ध होगी।

p. यह योजना स्मार्ट कार्ड जारी करने की तारीख से अगले महीने के बाद पहले महीने से काम करना शुरू करेगी। इस प्रकार, अगर प्रारंभिक स्मार्ट कार्ड एक विशेष जिले में फरवरी महीने के दौरान कभी भी जारी किए जाते हैं तो योजना 1 अप्रैल से शुरू होगी।

q. योजना अगले वर्ष के 31 मार्च तक एक वर्ष के लिए प्रभावी रहेगी। यह उस विशेष जिले में इस योजना की अंतिम तिथि होगी। इस प्रकार, बीच की अवधि के दौरान जारी किए गए कार्ड में भी समाप्ति की तिथि अगले वर्ष के 31 मार्च को होगी।

दावों का निपटान अनुसूची में वर्णित टीपीए की के माध्यम से या बीमा कंपनी द्वारा किया जाएगा। निपटान सूचीबद्ध अस्पतालों के माध्यम से जहां तक संभव हो नगदी रहित किया जाएगा।

किसी भी एक बीमारी का मतलब बीमारी की निरंतर अवधि माना जाएगा और इसमें अंतिम बार अस्पताल में परामर्श करने की तारीख से 60 दिनों के भीतर पुनरावृत्ति शामिल है।

L. प्रधान मंत्री बीमा सुरक्षा योजना

हाल ही में घोषित पी एम एस बी वाई जो दुर्घटना से हुई मृत्यु और अयोग्यता को कवर करने वाली बीमा योजना ने बहुतो का ध्यान आकर्षित किया है इस योजना की विशेषताएं इस प्रकार है।

कवर का विस्तार : 18 से 70 वर्षो के बीच के सहभागी वैंकों के सभी बचत बैंक खाता धारक इसमें शामिल होने के पात्र होगें। सहभागी बैंको को किसी भी अनुमोदित गैर जीवन बीमाकर्ता के साथ टाइ अप करना होगा जो ऐसे बैंक का ऐसे कवर के लिए एक मास्टर पॉलिसी जारी करेगा। इसमें कोई भी व्यक्ति अपने एकल बचत बैंक खाता के माध्यम से शमिल होने का पात्र होगा और यदि वह एक से अधिक बैंक में शामिल होता है तो उसे कोई अतिरिक्त लाभ नही मिलेगा तथा अदा किया गया अतिरिक्त प्रीमियम जब्त हो जाएगा बैंक खाते के लिए आधार प्राधमिक के वाए सी होगा।

शामिल होने की प्रक्रिय /अवधि : कवर 1 जून से 31 मई की अवधि के लिए होगा तथा इनमे शामिल होने के लिए विहित प्रपत्र में नापित बैंक के बचत खाता में ऑटो डेबिट के माध्यम से प्रीमियम का युगदान किया जाएगा जो प्रति वर्ष 31 मई तक होगा जिसे पहले वर्ष में 31 अगस्त तक बढ़ाया जाएगा। शुरुवात में भारत सरकार द्वारा शामिल होने की अवधि अगले तीन महीने 30 नवम्बर 2015 तक बढ़ाई जा सकती है।

इसके बाद भी पूर्व वार्षिक प्रीमियम के युगदान पर विनिर्दिष्ट शर्तों पर शामिल होना संभव हो सकता है। आदर्शकों को अनिश्चित /भर्ती की दीर्घ कालीन अवधि /ऑटो डेबीट की सुविधा, विगत अनुभवो के आधार पर योजना के जारी रहने और शर्ते जो संभोधित की जा सकती है के आधीनदी जा सकती है। वैसे लोग जो इस योजना से निकल जाते हैं भविष्य में वापस कर्या भी इसी प्रक्रिया के अनुसार शामिल हो सकते है। पात्र श्रेणी के नये लोग या वैसे पात्र लोग जो शामि नही हो सके हैं योजना के आदि रहने पर भविष्य में भी शामिल हो सकते हैं।

इस बीमा के अर्न्तगत मिलने वाली सुविधाएं इस प्रकार हैं।

सुविधा की तालिका	बीमित राशि
मृत्यु	2 लाख रु
कुल और दोनों आँखे या दोनों हाथों के उपयोग या पैर या एक आँख की दृष्टि और एक हाथ या पैर की अपूरणीय हानि	2 लाख रु
कुल और एक आँख की दृष्टी या एक हाथ या पैर के उपयोग की अपूरणीय हानि	1 लाख रु

शामिल होने या नामन की सुविधा एसएमएस, ईमेल या व्यक्तिगत विजिट से उपलब्ध हैं।

प्रीमियम : 12 रु. प्रति सदस्य प्रति वर्ष प्रीमियम खाता धारक के बचत बैंक अकाउंट से ऑटो डेबिट के माध्यम से एक किश्त में प्रत्येक कवरेज अवधि के 1 जून तक या उससे पहले काट लिया जाएगा। तथापि, वैसे मामलो में जहां ऑटो डेबिट 1 जून के बाद होता है, कवर ऑटो डेबिट के महीनेके पहले दिन से प्रारंभ होगा। सहभागी बैंक,ऑटो डेबिट का विकल्प दिए जाने पर उसी महीने का अधिमानतः प्रत्येक वर्ष मई महीने में होगा, प्रीमियम काट लेंगा तथा राशि के उसी महीने बीमा कंपनी का चेक देगा।

प्रीमियम का पुनसक्षण , वर्षिक दावा अनुभव के आधारपर किया जाएगा पर यही सुनिश्चित करने का प्रयास किया जाएगा कि पहले तीन वर्ष में प्रीमियम में कोई वृद्धि नही हो।

कवर की समाप्ति **:** सदस्य का दुर्घटनात्मक कवर समाप्त हो जएगा **:**

1. सदस्य के 70 वर्श के होने पर (नजदीकी जन्म दिन पर आयू) या
2. बैंक से खाता बंद कर लेने या बीमा लागू रहने के लिए अपर्याप्त शेष
3. यदि सदस्य एक से अधिक खाता के अन्तर्गत कवर हो तो, बीमा कवर सिर्फ एक से ही सीमित तथा दुसरा कवर समाप्त हो जाएगा और प्रीमियम को जरुर कर लिया जाएगा।

यदि बीमा कवर किसी तकनीकी कारण जैसे, नियत तारिख को अपर्याप्त शेष या किसी अन्य प्रशासनिक कारण से बंद हो जाता है तो उसे निर्धारित शर्तों के अधीन, पूर्ण वर्षिक प्रीमियम के युगदान पर पुना लागू किया जा सकता है। इस अवधी के दौरान जोखिम कवर निलंबित रहेगा तथा जोखिम कवर की पुनः बहाली बीमा कंपनी के निर्णय पर होगी।

M. प्रधान मंत्री जनधन योजना

बैंकिंग बचत और जमा खाता, प्रोषण, क्रेडिट, बीमा और पंशन में भारतीय नागरिको के लिए वितिय अर्न्तवेशन अभियान की शुरुवात भारत के प्रधान मंत्री श्री नरेन्द्र मोदी द्वारा 28 अगस्त 2014 को की गई जिसकी घोषणा उन्होंने 15 अगस्त 2014, को स्वतंत्र दिवस पर दिए गए अपने पहले भाषण में की थी। इस योजना ने एक सप्ताह के दौरान बैंक खाता खोलने का विश्व रिकार्ड कायम किया था। इसका उद्देश्य अधिकतम लोगो को बैंक की मुख्य धारा से जोडना था।

खाता बैंक की किसी भी शाखा या बिजनेस कॉरेसपान्डेंट (बैंक मित्र) के केन्द्र पर खोला जा सकता है। पी एमजेडीवाई का खाता शून्य शेष पर खोला जा रहा है। तथापी, यदि खाता धारक चेक बुक चाहता है तो उसे न्यूनतम शेष मान दंड को पूरा करना होगा।

पीएमजेडीवाई के अर्न्तगत विशेष सुविधाएं

1. जमा पर ब्याज
2. 1 लाख रु. का दुर्घटना कवर
3. न्यूनतम शेष आवश्यक नही
4. 30,000/- का जीवन बीमा कवर

5. पूरे भारत में सहजता से पैसे का अंतरण
6. सरकारी योजना के लाभार्थियों को सीधे उनके खातो में पैसे का अंतरम
7. 6 महीने तक सफलता पूर्वक परिचलन के बाद ओवर ड्राफट की सुविधा
8. पेंशन, बीमा उत्पादो तक पहुंच
9. दुर्घटनात्मक बीमा कवर
10. रुपये डेबिट कार्ड जिनका न्यूनतम 45 दिनों में एक बार उपयोग किया जाना है।
11. प्रत्येक परिवार के कम से कम एक खाते पर, अधिमानतः परिवार की महिला 5,000/- रु. तक के ओवर ड्राफट की सुविधा

13 मई 2015 तक 15.59 करोड के रिकार्ड खाते खोले गए जिनका कुल शेष 16,918.91 करोड खाते शुन्य शेष पर खोले गए थे।

N. व्यक्तिगत दुर्घटना और विकलांगता कवर

एक व्यक्तिगत दुर्घटना (पीए) कवर अप्रत्याशित दुर्घटना की स्थिति में मृत्यु और विकलांगता की वजह से मुआवजा प्रदान करता है।इस तरह की पॉलिसियां अक्सर दुर्घटना लाभ के साथ-साथ किसी न किसी प्रकार का चिकित्सा कवर प्रदान करती हैं।

एक पीए पॉलिसी में, जहां बीमा राशि के 100% का मृत्यु लाभ भुगतान किया जाता है, विकलांगता की स्थिति में मुआवजा स्थायी विकलांगता के मामले में बीमा राशि के एक निश्चित प्रतिशत से लेकर अस्थायी विकलांगता के लिए साप्ताहिक मुआवजे तक भिन्न होता है।

साप्ताहिक मुआवजे का मतलब प्रति सप्ताह की विकलांगता के लिए एक निश्चित राशि का भुगतान करना है जो उन सप्ताहों की संख्या के संदर्भ में एक अधिकतम सीमा के अधीन है जिनके लिए मुआवजा देय होगा।

1. विकलांगता कवर के प्रकार

पॉलिसी के तहत आम तौर पर कवर की जाने वाली विकलांगता के प्रकार हैं:

i. **स्थायी पूर्ण विकलांगता (पीटीडी):** इसका मतलब है जीवन भर के लिए पूरी तरह अक्षम हो जाना अर्थात सभी चार अंगों का पक्षाघात, कोमा की स्थिति, दोनों आंखों / दोनों हाथों / दोनों पैरों या एक हाथ और एक आंख या एक आंख और एक पैर या एक हाथ और एक पैर का नुकसान,

ii. **स्थायी आंशिक विकलांगता (पीपीडी):** इसका मतलब है जीवन भर के लिए आंशिक रूप से अक्षम होना अर्थात हाथ की उंगलियों, पैर की उंगलियों, पंजों आदि का नुकसान,

iii. **अस्थाई पूर्ण विकलांगता (टीटीडी):** इसका मतलब है एक अस्थायी समय अवधि के लिए पूरी तरह से अक्षम हो जाना।कवर का यह खंड विकलांगता की अवधि के दौरान आय के नुकसान को कवर करने के लिए है।

ग्राहक के पास केवल मृत्यु कवर या मृत्यु के साथ स्थायी विकलांगता या मृत्यु के साथ स्थायी विकलांगता और इसके अलावा अस्थायी कुल विकलांगता को चुनने का विकल्प होता है।

2. बीमा राशि

पीए पॉलिसियों के लिए बीमा राशि आम तौर पर सकल मासिक आय के आधार पर तय की जाती है। आम तौर पर यह कुल मासिक आय का 60 गुना होता है। हालांकि, कुछ बीमा कंपनियां आय के स्तर पर विचार किए बिना निश्चित योजना के आधार पर भी प्रदान करती हैं। इस तरह की पॉलिसियों में कवर के प्रत्येक खंड के लिए बीमा राशि चुनी गयी योजना के अनुसार बदलती रहती है।

3. लाभ योजना

एक लाभ योजना होने के नाते पीए पॉलिसियों में योगदान नहीं होता है। इस प्रकार, अगर किसी व्यक्ति के पास अलग-अलग बीमा कंपनियों के साथ एक से अधिक पॉलिसी उपलब्ध है तो दुर्घटना में मृत्यु, पीटीडी या पीपीडी की स्थिति में, सभी पॉलिसियों के अंतर्गत दावों का भुगतान किया जाएगा।

4. कवर का दायरा

इन पॉलिसियों को अक्सर चिकित्सा खर्चों को कवर करने के लिए बढ़ाया जाता है जो दुर्घटना के बाद अस्पताल में भर्ती होने संबंधी और अन्य चिकित्सा खर्चों की प्रतिपूर्ति करता है। आज हमारे पास ऐसी स्वास्थ्य पॉलिसियां हैं जिन्हें एक दुर्घटना के परिणाम स्वरूप चिकित्सा/अस्पताल में भर्ती होने संबंधी खर्चों को कवर करने के लिए जारी किया जाता है। इस तरह की पॉलिसियां बीमारियों और उनके इलाज को कवर नहीं करती है, इसके बजाय केवल दुर्घटना से संबंधित चिकित्सा खर्चों को कवर करती हैं।

5. मूल्य वर्द्धित लाभ (वैल्यू स्डेंड)

व्यक्तिगत दुर्घटना के साथ-साथ कई बीमा कंपनियां मूल्य वर्द्धित लाभ भी उपलब्ध कराती हैं जैसे दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती होने के मामले में अस्पताल में नगदी, पार्थिव शरीर के परिवहन की लागत, एक निश्चित राशि के लिए शिक्षा लाभ और वास्तविक या निश्चित सीमा के आधार पर एम्बुलेंस शुल्क, जो भी कम हो।

6. अपवर्जन

व्यक्तिगत दुर्घटना कवर के तहत सामान्य अपवर्जन इस प्रकार हैं:

i. पॉलिसी शुरू होने से पहले कोई भी मौजूदा विकलांगता
ii. मानसिक विकारों या किसी भी बीमारी के कारण मौत या विकलांगता
iii. प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से यौन रोग, यौन संचारित रोगों, एड्स या पागलपन के कारण
iv. विकिरण, संक्रमण, विषाक्तता की वजह से मौत या विकलांगता, सिवाय उन मामलों के जहां ये एक दुर्घटना के कारण होते हैं।
v. बीमाधारक व्यक्ति या उसके परिवार के किसी भी सदस्य द्वारा आपराधिक इरादे से कानून के किसी भी उल्लंघन के कारण या इसके परिणाम स्वरूप कोई भी चोट।

vi. युद्ध, आक्रमण, विदेशी शत्रु के कृत्य, शत्रुता (चाहे युद्ध घोषित किया गया हो या नहीं), गृह युद्ध, विद्रोह, क्रांति, बलवा, बगावत, सैन्य या अधिकार हरण, जब्ती, कब्जा, गिरफ्तारी, बाध्यता और कारावास के कारण या इनसे प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से जुड़े होने के कारण किसी भी दुर्घटना संबंधी चोट की वजह से मृत्यु या विकलांगता या चोट।

vii. अगर बीमित व्यक्ति किसी भी गैर-इरादतन हत्या यानी मर्डर का शिकार हुआ है। हालांकि, अधिकांश पॉलिसियों में ऐसी हत्या के मामले में जहां बीमाधारक स्वयं आपराधिक गतिविधियों में शामिल नहीं है, इसे एक दुर्घटना के रूप में देखा जाता है और पॉलिसी के तहत कवर किया जाता है।

viii. मृत्यु/विकलांगता/अस्पताल में भर्ती होना जो बच्चे के जन्म से या गर्भावस्था से या उसके परिणाम स्वरूप, प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से, इसके कारण, इसके योगदान से या इसके द्वारा बढ़ाया गया या लंबे समय तक चलाया गया है।

ix. जब बीमाधारक/बीमित व्यक्ति एक पेशेवर के रूप में किसी भी खेल में भाग या प्रशिक्षण ले रहा है, चाहे शांति या युद्ध में, किसी भी देश की सेना या सशस्त्र बलों की किसी भी शाखा में सेवारत है।

x. जानबूझ कर खुद को चोट पहुंचाना, आत्महत्या या आत्महत्या का प्रयास (चाहे होशोहवास में या मानसिक विक्षिप्तता में)

xi. मादक द्रव्यों या नशीली दवाओं और शराब का दुरुपयोग

xii. दुनिया में कहीं भी किसी विधिवत लाइसेंसधारी मानक प्रकार के विमान में एक यात्री (किराया देकर या अन्यथा) के रूप में बैठने के अलावा, किसी भी विमान या गुब्बारे में चढ़ते समय या इससे उतरते समय या इसमें यात्रा करते समय, विमान या गुब्बारा उड़ाने में शामिल होना।

कुछ पॉलिसियों में एक वैध ड्राइविंग लाइसेंस के बिना कोई भी वाहन चलाने से उत्पन्न होने वाले नुकसान को भी बाहर रखा जाता है।

पीए पॉलिसियां व्यक्तियों, परिवार और समूहों को भी प्रदान की जाती हैं।

परिवार पैकेज कवर

परिवार पैकेज कवर निम्न आधार पर दिया जा सकता है :

- **अर्जन करने वाला सदस्य (बीमित व्यक्ति) और पत्नी, यदि अर्जन करती हो,** प्रत्येक के लिए स्वतंत्र मूल बीमित राशि, व्यक्तिगत पॉलिसी की तरह सीमाओं के अधीन है।
- **पत्नी (यदि अर्जन नही करती हो) :** आम तौर पर अर्जन करने वाले सदस्य की मूल बीमित राशि का 50% इसे एक उपरी सीमा अर्थात 1,00,000 या 3,00,000 रु. तक सीमित किया जा सकता है।
- **बच्चे (5 वर्ष से 25 वर्ष तक) :** आम तौर पर अर्जन करने वाले माता पिता का मूल बीमित राशि 25 % प्राति बच्चा 50,000/- की निर्दिष्ट उपरी सीमा के अधीन

समूह व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियां

समूह व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियां आमतौर पर वार्षिक पॉलिसियां होती है जिनका नवीकरण उनकी निर्धारित तारिख को होता है। तथापि गैर जीवन और स्टैंड एलोन स्वास्थ बीमाकर्ता किसी विशेष घटना या अवसर को कवर करने के लिए एक वर्ष से कम की पॉलिसी भी देते है।

समूह पॉलिसियां निम्न प्रकार की हो सकती है :

- **नियोक्ता और कर्मचारी का संबंध**

  इस तरह की पॉलिसियां निम्नलिखित को कवर करने के लिए फर्मों, एसोसिएशन आदि को प्रदान की जाती हैं:

  - नामित कर्मचारी
  - अनामित कर्मचारी

- **गैर नियोजक – नियोक्ता सम्बंध**

  ये पॉलिसियां संघों, समितियों ,कल्बो आदि को दी जाती है जो निम्न को कवर करने के लिए होती है

  - नामित सदस्य
  - वैसे सदस्य जो नाम से नही पहचाने जाते

  (**नोट :** कर्मचारीयों को अलग से नही कवर किया जा सकता)

टूटी हुई हड्डी की पॉलिसी और दैनिक गतिविधियों के नुकसान के लिए मुआवजा

यह एक विशिष्ट पीए पॉलिसी है। यह पॉलिसी सूचीबद्ध टूट-फूट के विरुद्ध कवर प्रदान करने के लिए बनायी गयी है।

i. दावे के समय निश्चित लाभ या प्रत्येक टूट-फूट के विरुद्ध वर्णित बीमा राशि के प्रतिशत का भुगतान किया जाता है।

ii. लाभ की मात्रा कवर की गयी हड्डी के प्रकार और टूट-फूट की प्रकृति पर निर्भर करती है।

iii. आगे स्पष्ट करते हुए, सरल टूट-फूट की तुलना में संयुक्त टूट-फूट के मामले में अधिक प्रतिशत लाभ प्राप्त होगा। फिर, फीमर हड्डी (जांघ की हड्डी) के लिए लाभ का प्रतिशत उंगली की हड्डी के लाभ के प्रतिशत की तुलना में अधिक होगा।

iv. यह पॉलिसी दैनिक गतिविधियों अर्थात खान-पान, शौच, पहनावा, आत्मसंयम (मल या मूत्र को रोकने की क्षमता) या गतिहीनता के नुकसान के लिए पॉलिसी में परिभाषित निश्चित लाभ को भी कवर करती है ताकि बीमाधारक अपने जीवन के रखरखाव से जुड़ी लागत का ध्यान रख सके।

v. इसके अलावा इसमें अस्पताल में नगदी लाभ और दुर्घटना में मृत्यु के कवर को भी शामिल किया गया है। अलग-अलग बीमा राशि और लाभ के भुगतान के साथ विभिन्न योजनाएं उपलब्ध हैं।

O. विदेश यात्रा बीमा

1. पॉलिसी की आवश्यकता

व्यवसाय, अवकाश या पढ़ाई के लिए भारत के बाहर यात्रा करने वाला एक भारतीय नागरिक विदेश में अपने प्रवास के दौरान दुर्घटना, चोट और बीमारी के जोखिम के दायरे में होता है। चिकित्सा देखभाल की लागत, विशेष रूप से संयुक्त राज्य अमेरिका और कनाडा जैसे देशों में बहुत अधिक है, और अगर इन देशों की यात्रा करने वाले व्यक्ति को किसी दुर्भाग्यपूर्ण घटना/बीमारी का सामना करना पड़ता है तो यह उसके लिए एक बड़ी वित्तीय समस्या का कारण बन सकता है। ऐसी दुर्भाग्यपूर्ण घटनाओं से बचने के लिए यात्रा पॉलिसियां या विदेशी स्वास्थ्य और दुर्घटना पॉलिसियां उपलब्ध हैं।

2. कवरेज का दायरा

इस तरह की पॉलिसियां मुख्य रूप से दुर्घटना और बीमारी लाभों के लिए होती हैं, लेकिन बाजार में उपलब्ध अधिकांश उत्पाद कई कवरों को एक उत्पाद में पैकेज बना कर प्रस्तुत करते हैं। उपलब्ध कवर इस प्रकार हैं:

i. दुर्घटना में मृत्यु/विकलांगता
ii. बीमारी/दुर्घटना के कारण चिकित्सा व्यय
iii. जांच किए गए सामानों का नुकसान
iv. जांच किए गए सामानों के पहुंचने में देरी
v. पासपोर्ट और दस्तावेज गुम हो जाना
vi. संपत्ति/व्यक्तिगत क्षति के लिए तृतीय पक्ष की देयता
vii. यात्राएं रद्द होना
viii. अपहरण कवर

3. योजनाओं के प्रकार

व्यवसाय और अवकाश योजनाएं, अध्ययन की योजनाएं और रोजगार योजनाएं लोकप्रिय पॉलिसियां हैं।

4. यह बीमा कैन प्रदानकर सकता है

विदेशी या घरेलू यात्रा पॉलिसीयां केवल गैर जीवन या स्टैंड एलोन स्वास्थ बीमा कंपनियों द्वारा स्टैंड एलोन उत्पाद या विद्यपान स्वास्थ पॉलिसी पर एंड ऑन कवर के रुपये प्रदान की जा सकती है बशर्ते कि एंड ऑन कवर के लिए प्रीमियम फाइल और उपयोग प्रक्रिया के अन्तर्गत प्राधिकार द्वारा अनुमोदित हो

5. कौन पॉलिसी ले सकता है

व्यापार, अवकाश या पढ़ाई के लिए विदेश यात्रा करने वाला एक भारतीय नागरिक इस पॉलिसी का लाभ उठा सकता है। भारतीय नियोक्ताओं के विदेश में ठेके पर भेजे गए कर्मचारियों को भी कवर किया जा सकता है।

6. बीमा राशि और प्रीमियम

कवर अमेरिकी डॉलर में प्रदान किया जाता है और आम तौर पर 100,000 अमेरिकी डॉलर से 500,000 अमेरिकी डॉलर तक भिन्न होता है। चिकित्सा खर्च, निकासी, स्वदेश वापसी को कवर करने वाले खंड के लिए जो मुख्य खंड है। देयता कवर को छोड़ कर अन्य खंडों के लिए बीमा राशि कम होती है। प्रीमियम भारतीय रुपए में भुगतान किया जा सकता है, सिवाय रोजगार योजना के मामले के जहां प्रीमियम डॉलर में भुगतान करना होता है। योजनाएं आम तौर पर दो प्रकार की होती हैं:

- ✓ अमेरिका/कनाडा को छोड़कर विश्व-व्यापी
- ✓ अमेरिका/कनाडा सहित विश्व-व्यापी

कुछ उत्पाद केवल एशियाई देशों, केवल शेंगेन देशों आदि में कवर उपलब्ध कराते हैं।

1. कॉर्पोरेट नियमित यात्री योजना

यह एक वार्षिक पॉलिसी है जिसके द्वारा एक कॉर्पोरेट/नियोक्ता अपने उन अधिकारियों के लिए व्यक्तिगत पॉलिसियां लेता है जिनको अक्सर भारत के बाहर यात्राएं करनी होती हैं। यह कवर एक वर्ष में कई बार विदेश के लिए उड़ान भरने वाले व्यक्तियों द्वारा भी लिया जा सकता है। प्रत्येक यात्रा की अधिकतम अवधि और एक वर्ष में यात्राओं का लाभ उठाने की अधिकतम संख्या पर सीमाएं निर्धारित हैं।

आज एक तेजी से लोकप्रिय हो रहा कवर एक वार्षिक घोषणा पॉलिसी है जिसमें किसी कंपनी के कर्मचारियों द्वारा एक वर्ष में यात्रा के अनुमानित व्यक्तिगत दिनों के आधार पर एक अग्रिम प्रीमियम भुगतान किया जाता है।

घोषणाएं कर्मचारी के अनुसार यात्रा के दिनों की संख्या पर पाक्षिक/साप्ताहिक आधार पर की जाती हैं और प्रीमियम को अग्रिम के विरुद्ध समायोजित किया जाता है। पॉलिसी की चालू अवधि के दौरान व्यक्तिगत दिनों की संख्या में वृद्धि के लिए भी प्रावधान किया गया है क्योंकि यह अतिरिक्त अग्रिम प्रीमियम भुगतान करने पर समाप्त हो जाता है।

उपरोक्त पॉलिसियां केवल व्यापार और अवकाश संबंधी यात्राओं के लिए प्रदान की जाती हैं।

ओएमपी के तहत सामान्य अपवर्जनों में पहले से मौजूद बीमारियां शामिल हैं। मौजूदा बीमारियों से ग्रस्त व्यक्ति विदेश में उपचार कराने के लिए कवर प्राप्त नहीं कर सकते हैं।

इन पॉलिसियों के तहत स्वास्थ्य संबंधी दावे पूरी तरह से नगदी रहित (कैशलेस) होते हैं जिसमें प्रत्येक बीमा कंपनी प्रमुख देशों में नेटवर्क वाले एक अंतरराष्ट्रीय सेवा प्रदाता के साथ गठजोड़ करती है जो विदेश में पॉलिसियों की सेवाएं प्रदान करते हैं।

P. समूह स्वास्थ्य कवर

1. समूह पॉलिसियां

जैसा कि अध्याय में पहले समझाया गया है, समूह पॉलिसी एक समूह के मालिक द्वारा जो एक नियोक्ता हो सकता है, एक एसोसिएशन, एक बैंक के क्रेडिट कार्ड संभाग द्वारा ली जाती है जहां एक अकेली पॉलिसी व्यक्तियों के पूरे समूह को कवर करती है।

समूह स्वास्थ बीमा पॉलिसियां बीमा कंपनी द्वारा दी जा सकती है बशर्ते कि ऐसे सभी उत्पाद एक वर्ष के नवीकरण संविदा में हो।

समूह पॉलिसियों की विशेषताएं - अस्पताल में भर्ती होने का लाभ कवर।

1. कवरेज का दायरा

समूह स्वास्थ्य बीमा का सबसे सामान्य रूप नियोक्ताओं द्वारा ली गई पॉलिसी है जिसमें कर्मचारियों और उनके परिवारों के साथ-साथ आश्रित पत्नी/पति, बच्चे और माता-पिता/ सास-ससुर को कवर किया जाता है।

2. अनुकूलित कवर

समूह पॉलिसियां अक्सर समूह की आवश्यकताओं के अनुरूप तैयार कवर के रूप में होती हैं। इस प्रकार, समूह पॉलिसियों में समूह पॉलिसी के तहत कवर की जा रही व्यक्तिगत पॉलिसी के कई मानक अपवर्जन शामिल होंगे।

3. मातृत्व कवर

एक समूह पॉलिसीमें सबसे आम विस्तारों में से एक मातृत्व (प्रसूति) कवर है। इसे अब कुछ बीमा कंपनियों द्वारा व्यक्तिगत पॉलिसियों के तहत लेकिन दो से तीन वर्ष की प्रतीक्षा अवधि के साथ उपलब्ध कराया जा रहा है। एक समूह पॉलिसी में सामान्यतः केवल नौ महीने की प्रतीक्षा अवधि होती है और कुछ मामलों में इसे भी हटा दिया जाता है। मातृत्व कवर में बच्चे के प्रसव के लिए अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों का प्रावधान किया जाता है और इसमें सी-सेक्शन डिलीवरी शामिल है। यह कवर आम तौर पर परिवार की समग्र बीमा राशि के भीतर 25,000 रुपए से 50,000 रुपए तक सीमित होता है।

4. बाल कवर

बच्चों को आम तौर पर केवल व्यक्तिगत स्वास्थ्य पॉलिसियों में तीन महीने की उम्र से कवर किया जाता है। समूह पॉलिसियों में बच्चों को पहले दिन से ही कवरेज दिया जाता है, कभी-कभी यह मातृत्व कवर की सीमा तक ही सीमित होता है और कभी-कभी परिवार की संपूर्ण बीमा राशि को शामिल करने तक बढ़ाया जाता है।

5. पहले से मौजूद बीमारियों का कवर, प्रतीक्षा अवधि की माफी

कई अपवर्जनों जैसे कि पहले से मौजूद बीमारी के अपवर्जन, तीस दिनों की प्रतीक्षा अवधि, दो वर्षों की प्रतीक्षा अवधि, जन्मजात बीमारियों को एक अनुकूलित समूह पॉलिसी में कवर किया जा सकता है।

6. प्रीमियम की गणना

एक समूह पॉलिसी के लिए वसूल किया जाने वाला प्रीमियम समूह के सदस्यों की उम्र प्रोफाइल, समूह के आकार और सबसे महत्वपूर्ण, समूह के दावों के अनुभव पर आधारित होता है। चूंकि प्रीमियम अनुभव के आधार पर वर्ष दर वर्ष बदलता रहता है, ऊपर वर्णित के अनुसार अतिरिक्त कवर मुक्त रूप से समूहों को प्रदान किए जाते हैं, क्योंकि भुगतान किए गए प्रीमियमों के भीतर अपने दावे का प्रबंधन करन समूह पॉलिसी धारक के हित में होता है।

7. गैर-नियोक्ता कर्मचारी समूह

भारत में नियामक प्रावधान मुख्य रूप से एक समूह बीमा कवर लेने के प्रयोजन से समूहों के गठन पर सख्ती से रोक लगाते हैं। जब समूह पॉलिसियां नियोक्ताओं के अलावा अन्य को दी जाती हैं तो अपने सदस्यों के साथ समूह के मालिक के संबंध का निर्धारण करना महत्वपूर्ण हो जाता है।

उदाहरण

एक बैंक द्वारा अपने बचत बैंक खाता धारकों या क्रेडिट कार्ड धारकों के लिए पॉलिसी लिया जाना एक समरूप समूह का गठन करता है जिससे एक बड़ा समूह अपनी आवश्यकताओं के अनुरूप बनायी गयी अनुकूलित पॉलिसी का लाभ उठाने में सक्षम होता है।

यहां प्रत्येक व्यक्तिगत खाता धारक से एकत्र किया जाने वाला प्रीमियम काफी कम हो सकता है, लेकिन एक समूह के रूप में बीमा कंपनी को प्राप्त होने वाला प्रीमियम पर्याप्त होगा और बैंक एक उत्कृष्ट पॉलिसी के रूप में और बेहतर प्रीमियम दरों पर अपने ग्राहकों को एक मूल्य वर्द्धन प्रदान करता है।

8. मूल्य निर्धारण

समूह पॉलिसियों में, समूह के आकार के साथ-साथ समूह के दावों के अनुभव के आधार पर प्रीमियम पर छूट देने का प्रावधान होता है। समूह बीमा प्रतिकूल चयन के जोखिम को कम कर देता है क्योंकि पूरे समूह को एक पॉलिसी में कवर किया जाता है और यह समूह धारक को बेहतर शर्तों के लिए सौदेबाजी करने में सक्षम बनाता है। हालांकि, हाल के वर्षों में इस क्षेत्र में उच्च नुकसान अनुपात देखा गया है जिसका प्राथमिक कारण प्रतिस्पर्धा की वजह से प्रीमियम का अवमूल्यन है। जहां इसके कारण कुछ मामलों में बीमा कंपनियों द्वारा प्रीमियम और कवर की समीक्षा की गयी है, यह घोषणा करना अभी भी मुश्किल है कि तब से स्थिति में सुधार आ गया है।

9. प्रीमियम भुगतान

प्रीमियम पूरी तरह से नियोक्ता या समूह के मालिक द्वारा भुगतान किया जाता है, लेकिन यह आम तौर पर कर्मचारियों या समूह के सदस्यों द्वारा एक अंशदान के आधार पर होता है। हालांकि यह बीमा कंपनी के साथ एक एकल अनुबंध है जहां नियोक्ता/समूह का मालिक प्रीमियम इकट्ठा करता है और सभी सदस्यों को कवर करते हुए प्रीमियम का भुगतान करता है।

10. ऐड-ऑन लाभ

अनुकूलित समूह पॉलिसियां दांतों की देखभाल, आंखों की देखभाल और स्वास्थ्य जांच की लागत जैसे कवर और कभी-कभी गंभीर बीमारियों का कवर भी अतिरिक्त प्रीमियमों पर या मानार्थ लाभों के रूप में प्रदान करती हैं।

नोटः

आईआरडीएआई ने समूह दुर्घटना और स्वास्थ्य कवर प्रदान करने के लिए शर्तें निर्धारित की हैं। यह व्यक्तियों को अवैध और पैसे कमाने वाली समूह पॉलिसी योजनाओं में शामिल होने के लिए जालसाजों द्वारा गुमराह किए जाने से बचाता है।

हाल ही में शुरू की गयी सरकारी स्वास्थ्य बीमा योजनाओं और सामूहिक उत्पादों को भी समूह स्वास्थ्य कवर के रूप में वर्गीकृत किया जा सकता है क्योंकि इन पॉलिसियों को सरकार द्वारा जनसंख्या के संपूर्ण वर्ग के लिए खरीदा जाता है।

परिभाषा

समूह की परिभाषा को निम्नानुसार संक्षेपित किया जा सकता हैः

a. एक समूह में उद्देश्य की समानता वाले लोगों को शामिल किया जाना चाहिए और समूह के आयोजक के पास समूह के अधिकांश सदस्यों की ओर से बीमा की व्यवस्था करने का जनादेश होना चाहिए।
b. किसी भी समूह का गठन बीमा का लाभ उठाने के मुख्य उद्देश्य के साथ नहीं किया जाना चाहिए।
c. वसूल किए जाने वाले प्रीमियम और उपलब्ध लाभों का अलग-अलग सदस्यों को जारी की गयी समूह पॉलिसी में स्पष्ट रूप से उल्लेख होना चाहिए।
d. समूह छूट अलग-अलग सदस्यों को बढ़ा दिया जाना चाहिए और वसूल किया जाने वाला प्रीमियम बीमा कंपनी को देने वाले प्रीमियम से अधिक नहीं होना चाहिए।

---

2. कॉर्पोरेट बफर या फ्लोटर कवर

अधिकांश समूह पॉलिसियों में प्रत्येक परिवार को एक निर्धारित राशि के लिए कवर किया जाता है जो एक लाख रुपए से लेकर पांच लाख रुपए तक और कभी-कभी इससे अधिक भिन्न हो सकता है। ऐसी स्थितियां उत्पन्न होती हैं जहां परिवार की बीमा राशि, विशेष रूप से परिवार के किसी सदस्य की बड़ी बीमारी के मामले में समाप्त हो जाती है। ऐसी परिस्थितियों में बफ़र कवर राहत देता है जिससे परिवार की बीमा राशि के अतिरिक्त अतिरिक्त खर्च को इस बफर राशि से पूरा किया जाता है।

संक्षेप में, बफर कवर में दस लाख रुपए से लेकर एक करोड़ रुपए तक या इससे अधिक की अलग-अलग बीमा राशि होगी। परिवार की बीमा राशि समाप्त हो जाने पर बफ़र से राशि निकाली जाती है। हालांकि इस उपयोग

आम तौर पर बड़ी बीमारी/गंभीर बीमारी के खर्चों तक सीमित है जहां एक बार अस्पताल में भर्ती होने से बीमा राशि समाप्त हो जाती है।

इस बफर से प्रत्येक सदस्य द्वारा उपयोग की जाने वाली राशि भी अक्सर मूल बीमा राशि तक सीमित होती है। इस तरह का बफर कवर मध्यम आकार की पॉलिसियों के लिए दिया जाना चाहिए और एक समझदार बीमालेखक कम बीमा राशि वाली पॉलिसियों के लिए यह कवर प्रदान नहीं करेगा।

Q. विशेष उत्पाद

1. बीमारी का कवर

हाल के वर्षों में कैंसर, मधुमेह जैसे बीमारी विशेष कवर अधिकांशतः जीवन बीमा कंपनियों द्वारा भारतीय बाजार में शुरू किए गए हैं। यह कवर दीर्घकालिक - 5 वर्ष से 20 वर्ष तक के लिए होता है और इसमें एक वेलनेस लाभ - बीमा कंपनी द्वारा भुगतान किया जाने वाला एक नियमित स्वास्थ्य परीक्षण भी शामिल होता है। रक्त शर्करा, एलडीएल, रक्तचाप जैसे कारकों के बेहतर नियंत्रण के लिए पॉलिसी के दूसरे वर्ष से बाद से कम प्रीमियम के रूप में प्रोत्साहन भी दिया जाता है। दूसरी ओर, इनके खराब नियंत्रण पर अधिक प्रीमियम वसूल किया जा सकता है।

2. मधुमेह से पीड़ित व्यक्तियों को कवर करने के लिए बनाया गया उत्पाद

यह पॉलिसी 26 और 65 वर्ष के बीच की उम्र वाले व्यक्तियों द्वारा ली जा सकती है और 70 वर्ष की उम्र तक नवीनीकृत किया जा सकता है। बीमा राशि का दायरा 50,000 रुपए से लेकर 5,00,000 रुपए तक होता है। कमरे के किराए पर सीमा लागू है। यह उत्पाद मधुमेह की अस्पताल में भर्ती करने योग्य समस्याओं जैसे मधुमेह संबंधी रेटिनोपैथी (आंख), गुर्दा, डायबेटिक फूट, गुर्दा प्रत्यारोपण के साथ-साथ दाता के खर्चों को कवर करने के लिए है।

स्व-परीक्षण 1

हालांकि अस्पताल में भर्ती होने से पहले के खर्चों के लिए कवर की अवधि अलग-अलग बीमा कंपनी के मामले में अलग-अलग होगी और यह पॉलिसी में निर्धारित होती है, सबसे आम कवर अस्पताल में भर्ती होने के _____ के लिए होता है।

I. पंद्रह दिन

II. तीस दिन

III. पैंतालीस दिन

IV. साठ दिन

R. स्वास्थ्य पॉलिसियों में प्रमुख शर्ते

a) नेटवर्क प्रदाता

नेटवर्क प्रदाता का मतलब कोई अस्पताल/नर्सिंग होम/डेकेयर सेंटर है जो बीमाधारक मरीजों को नकदी रहित इलाज की सुविधा प्रदान करने के लिए किसी बीमा कंपनी/टीपीए से संबद्ध होता है। आम तौर पर बीमा कंपनियां/टीपीए प्रदाताओं के साथ शुल्क और फीस में पसंदीदा छूट देने की बात करते हुए बेहतर सेवा देने की गारंटी भी देती हैं। मरीज नेटवर्क प्रदाताओं से बाहर जाने के लिए स्वतंत्र हैं, लेकिन आम तौर पर वहां उनको काफी ज्यादा फीस देनी पड़ती है।

b) पसंदीदा नेटवर्क प्रदाता (पीपीएन)

किसी भी बीमा कंपनी के पास गुणवतापूर्ण इलाज और बेहतर दरों को सुनिश्चित करते हुए अस्पतालों का पसंदीदा नेटवर्क बनाने का विकल्प होता है। जब बीमा कंपनी अनुभव, उपयोगिता और देखभाल के लिए दी जाने वाली कीमत के आधार पर चयन कर सीमित समूह बना लेती है तो उसे हम पसंदीदा नेटवर्क प्रदाता के तौर पर जानते हैं।

c) नकदरहित सेवा (कैशलेस सर्विस)

अनुभव बताता है कि बीमारी के इलाज के लिए लिया जाने वाला उधार कर्ज के कारणों में से एक है। नकदरहित सेवा बिना किसी नकद भुगतान के एक सीमा तक मरीज को अस्पताल का इलाज उपलब्ध कराता है। सभी बीमाधारकों को अस्पताल के नेटवर्क से संपर्क कर बीमा प्रमाण के तौर पर अपना चिकित्सा कार्ड प्रस्तुत करना होता है। बीमा कंपनी चिकित्सा सेवा के लिए नकद रहित सुविधा मुहैया कराती है और देय राशि सीधे नेटवर्क प्रदाता को भुगतान करने का निर्देश देती है। हालांकि बीमाधारक को पॉलिसी सीमा के बाहर की राशि का भुगतान करना होता है और पॉलिसी की शर्तों के अनुरूप यह राशि देय नहीं होती है ।

d) तृतीय पक्ष व्यवस्थापक (टीपीए)

स्वास्थ्य बीमा के क्षेत्र में एक प्रमुख विकास के तौर पर तृतीय पक्ष व्यवस्थापक या टीपीए की शुरूआत हुई है। दुनिया भर में कई बीमा कंपनियां स्वास्थ्य बीमा के दावों को व्यवस्थित करने के लिए स्वतंत्र संगठनों की सेवाओं का उपयोग करती हैं। इन एजेंसियों को टीपीए के तौर पर जाना जाता है।

भारत में, बीमा कंपनियों से संबद्ध टीपीए को स्वास्थ्य सेवाओं के प्रावधान के कामों में लगाया जाता है जिनमें अन्य के साथ निम्नलिखित बातें शामिल हैं:

i. पॉलिसीधारक को एक पहचान पत्र उपलब्ध कराना जो उसकी बीमा पॉलिसी का सबूत है और अस्पताल में प्रवेश के लिए इस्तेमाल हो सकता है ।
ii. नेटवर्क अस्पतालों में नकद रहित सेवा प्रदान करना
iii. दावों पर कार्रवाई करना

टीपीए स्वतंत्र संस्थाएं हैं जिनको स्वास्थ्य संबंधी दावों पर कार्रवाई करने और निपटाने के लिए बीमा कंपनियों द्वारा नियुक्त किया जाता है। टीपीए सेवा की शुरुआत पॉलिसीधारकों को अस्पताल में प्रवेश के लिए विशेष पहचान पत्र जारी करने से लेकर अंतिम तौर पर दावों को निपटाने तक की होती है, चाहे नकदरहित या पैसा वापसी के तौर पर हो।

तृतीय पक्ष व्यवस्थापकों की शुरुआत वर्ष 2001 में की गई थी। ये लाइसेंसधारी और आईआऱडीए द्वारा विनियमित हैं और इन्हें स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के निर्देश दिए गए हैं। टीपीए की न्यूनतम पूंजी और अन्य शर्तें आईआऱडीए द्वारा निर्धारित की गयी हैं।

इस प्रकार स्वास्थ्य संबंधी दावों की सेवा को संग्रहित प्रीमियम के पांच-छह प्रतिशत के पारिश्रमिक पर बीमा कंपनियां टीपीए को आउटसोर्स कर रही हैं।

तृतीय पक्ष व्यवस्थापकों ने अस्पतालों और स्वास्थ्य सेवा प्रदान करने वालों के साथ एक समझौता किया ताकि इस बात को सुनिश्चित किया जा सके कि कोई भी, जो इलाज के लिए नेटवर्क अस्पताल जाता है उसे नकदरहित सेवा प्रदान की जाएगी। ये लोग बीमा कंपनियों और बीमाधारकों के बीच मध्यस्थता करते हुए अस्पतालों के साथ समन्वय कर स्वास्थ्य दावों को अंतिम रूप देते हैं।

e) अस्पताल

एक अस्पताल का मतलब ऐसी किसी भी स्थापित संस्था से है जो बीमारी और/या चोटों का अंतरंग रोगी देखभाल और दैनिक उपचार करती है, और जो स्थानीय प्राधिकरण में अस्पताल के रूप में पंजीकृत हो, और जिसकी देखरेख पंजीकृत और जानकार चिकित्सक करें। उसे नीचे दिए गए सभी न्यूनतम मापदंड का पालन करना चाहिए:

a) दस हजार से कम आबादी वाले शहरों में कम से कम 10 अंतःरोगी बिस्तर होने चाहिए और अन्य सभी स्थानों में 15 अंतःरोगी बिस्तर होने चाहिए,

b) अपने नियोजन के तहत चौबीसों घंटे योग्य नर्सिंग स्टाफ होने चाहिए,

c) चौबीसों घंटे योग्य चिकित्सक उपलब्ध हों,

d) खुद का एक पूरी तरह से सुसज्जित आपरेशन थियेटर हो जिसमें सर्जरी की पूरी व्यवस्था हो,

e) मरीजों का दैनिक रिकॉर्ड रखा जाता हो और इसे बीमा कंपनी के अधिकृत कर्मिको को उपलब्ध कराया जाता है।

f) चिकित्सक

एक चिकित्सक भारत के किसी भी राज्य के चिकित्सा परिषद से वैध तौर पर पंजीकृत होता है और इस प्रकार अपने क्षेत्राधिकार में चिकित्सा उपचार करने का हकदार है और अपने लाइसेंस के दायरे और क्षेत्राधिकार के भीतर काम करता है। तथापि बीमा कंपनियां यह प्रतिबंध लगा सकती हैं कि पंजीकृत चिकित्सक बीमा धारक या कोई करीबी रिश्तेदार नही हो।

g) योग्य नर्स

योग्य नर्स का मतलब है वह व्यक्ति/महिला जो भारत के नर्सिंग काउंसिल या भारत के किसी भी राज्य के नर्सिंग काउंसिल से वैध तौर पर पंजीकृत है।

h) उचित और आवश्यक खर्च

एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में यह क्लॉज हमेशा निहित होता है क्योंकि पॉलिसी उन खर्चों के लिए मुआवजा प्रदान करती है जिन्हें किसी विशेष बीमारी के इलाज के लिए और किसी खास भौगोलिक क्षेत्र के लिए उचित माना जाएगा।

इसका सामान्या अर्थ यह होगा कि आवश्यक चिकित्सकीय इलाज के लिए लिया जाने वाला शुल्क उसी इलाके में उसी इलाज के लिए लिया जाने वाले शुल्क के सामान्य स्तर से अधिक नहीं होगा और इसमें ऐसे शुल्क शामिल नहीं होंगे जो कोई बीमा नहीं होने की स्थिति में खर्च नहीं किए जाते।

आई आर डी ए आई उचित खर्च का उस सेवा या आपूर्ती के प्रचार के रुप में परिभाषित करता है जो विशिष्ट प्रदाता के लिए मानक प्रभार हो सका बीमारी की प्रकृति के हिसाब उस भौगोलिक क्षेत्र में समान सेवाओं के लिए ली जाती हो।

यह क्लॉज प्रदाता द्वारा बढ़ा-चढ़ा कर बनाए गए बिलों के विरुद्ध बीमा कंपनियों को संरक्षण प्रदान करता है और बीमाधारक को भी बड़े अस्पतालों में जाने से रोकता है अगर उसी बीमारी का इलाज कम कीमत पर उपलब्ध है।

9. दावे की सूचना

प्रत्येक बीमा पॉलिसी दावे की तत्काल सूचना देने और एक समय सीमा के अंदर दस्तावेज प्रस्तुत करने का प्रावधान करती है। स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में, जहां कहीं भी ग्राहक द्वारा नकदरहित सुविधा मांगी जाती है उसकी जानकारी अस्पताल में भर्ती होने से पहले ग्राहकों द्वारा काफी पहले दे दी जाती है। हालांकि प्रतिपूर्ति दावों के मामलों में, कभी-कभी बीमाधारक बीमा कंपनियों को अपने दावे की सूचना देने की न ही चिंता करता है और न ही कई दिनों/महीनों के बीत जाने के बाद भी दस्तावेजों को जमा करता है। देरी से दस्तावेजों को जमा करने की वजह से बिल को बढ़ा-चदा कर प्रस्तुत करना, बीमाधारक/अस्पताल की धोखाधड़ी आदि भी हो सकती है। यह बीमा कंपनी द्वारा दावों के लिए उचित प्रावधान बनाने की प्रक्रिया को भी प्रभावित करता है। इसलिए आम तौर पर बीमा कंपनियां दावों की तत्काल सूचना देने पर जोर देती हैं। दावा संबंधी दस्तावेज जमा करने की समय सीमा आम तौर पर अस्पताल से छुट्टी मिलने की तारीख से 15 दिनों पर तय की जाती है। इससे दावों की तीव्र और सटीक रिपोर्टिंग संभव होती है और इसके अलावा जहां कहीं भी आवश्यक हो, बीमा कंपनी को जांच-पड़ताल करने में सक्षम बनाता है।

आईआरडीए के दिशानिर्देशों के मुताबिक तय समय सीमा के बाद भी जमा किए गए दावे की सूचना/कागजात पर विचार किया जाना चाहिए अगर इसके लिए न्यायोचित कारण उपलब्ध है।

10. मुफ्त स्वास्थ्य जांच

व्यक्तिगत स्वास्थ्य पॉलिसियों में आम तौर पर एक दावा मुक्त पॉलिसीधारक को किसी न किसी तरह का प्रोत्साहन देने का प्रावधान उपलब्ध होता है। कई पॉलिसियां लगातार चार दावा मुक्त पॉलिसी अवधि के अंत में स्वास्थ्य जांच के खर्चे की प्रतिपूर्ति का प्रावधान करती हैं। इसे सामान्यतः पिछले तीन वर्षों की औसत बीमा राशि के 1% पर सीमित रखा जाता है।

11. संचयी बोनस

दावा मुक्त पॉलिसीधारक को प्रोत्साहित करने का एक अन्य रूप प्रत्येक दावा मुक्त वर्ष के लिए बीमा राशि पर एक संचयी बोनस प्रदान करना है। इसका मतलब यह है कि नवीनीकरण के समय बीमा राशि में एक निश्चित प्रतिशत जैसे 5% प्रति वर्ष की वृद्धि हो जाती है और यह दस दावा मुक्त नवीनीकरणों के लिए अधिकतम 50% तक अनुमत है। बीमाधारक मूल बीमा राशि के लिए प्रीमियम का भुगतान करता है और एक उच्च कवर प्राप्त करता है।

आई आर डी ए मार्ग निर्देशो के अनुसार संचयी में दिया जा सकता है तकि सुविधा पॉलिसियों में (पी ए को छोड़कर) संचयी बोनस के परिचालन को विवरणिका और पॉलिसी में दर्शाया जाना चाहिए , फिर भी, यदि किसी विशेष वर्ष में दावा किया जाता है तो संचयी बोनस उसी दर से कम हो जाता हैं जिस दर से जमा हुआ है।

उदाहरण

कोई व्यक्ति 5,000 रुपए के प्रीमियम पर 3 लाख रुपए की एक पॉलिसी लेता है। पहले वर्ष में कोई भी दावा नहीं करने के मामले में दूसरे वर्ष में उसे 5,000 रुपए के उसी प्रीमियम पर 3.15 लाख रुपए की बीमा राशि (जो पिछले वर्ष से 5% अधिक है) प्राप्त होती है। यह दस वर्ष के दावा मुक्त नवीनीकरण में 4.5 लाख रुपए तक बढ़ सकती है।

---

12. मेलस / बोनस

जिस तरह दावा मुक्त स्वास्थ्य पॉलिसी को एक प्रोत्साहन दिया जाता है, ठीक इसके विपरीत स्थिति को मेलस कहा जाता है। यहां, अगर किसी पॉलिसी के तहत बहुत बड़ा दावा किया गया है तो नवीनीकरण के समय एक मेलस या प्रीमियम का अधिभार वसूल किया जाता है।

यह ध्यान में रखते हुए कि स्वास्थ्य पॉलिसी एक सामाजिक लाभ की पॉलिसी है, जहां अभी तक व्यक्तिगत स्वास्थ्य पॉलिसियों पर मेलस वसूल नहीं किया जाता है।

हालांकि, समूह पॉलिसियों के मामले में दावा अनुपात को उचित सीमाओं के भीतर रखने के लिए समग्र प्रीमियम पर उपयुक्त अधिभार के तौर पर मेलस वसूल किया जाता है। वहीं दूसरी ओर अनुभव अच्छा रहता है तो प्रीमियम दर में छूट के तौर पर बोनस भी दिया जाता है।

13. कोई दावा नहीं होने की छूट

कुछ उत्पाद प्रत्येक दावा मुक्त वर्ष के लिए बीमा राशि पर एक बोनस देने के बजाय प्रीमियम पर छूट प्रदान करते हैं।

14. सह-भुगतान

सह-भुगतान एक स्वास्थ्य पॉलिसी के तहत प्रत्येक दावे के एक हिस्से का भार बीमाधारक द्वारा उठाए जाने की अवधारणा है। यह उत्पाद के आधार पर अनिवार्य या स्वैच्छिक हो सकता है। सह-भुगतान बीमाधारकों के बीच एक निश्चित अनुशासन लाता है ताकि अनावश्यक रूप से अस्पताल में भर्ती होने से बचा जा सके।

बाजार के कुछ उत्पादों में केवल कुछ बीमारियों के संबंध में सह-भुगतान के क्लॉज शामिल हैं, जैसे बड़ी सर्जरी या सामान्य रूप से होने वाली सर्जरी या एक निश्चित आयु से अधिक के व्यक्तियों के लिए।

15. अतिरिक्त / कटौती

इसे स्वास्थ्य पॉलिसियों में आधिक्य या अतिरिक्त भी कहा जाता है, यह एक निश्चित धनराशि है जो प्रारंभ में बीमा कंपनी द्वारा दावे के भुगतान से पहले बीमाधारक को आवश्यक रूप से भुगतान करना होता है। जैसे, अगर किसी पॉलिसी में 10,000 रुपए की कटौती है तो बीमाधारक प्रत्येक नुकसान के दावे में पहले 10,000 रुपए का भुगतान करता है। इसे समझने के लिए, अगर दावा 80,000 रुपए का है तो बीमाधारक पहले 10,000 रुपए का भुगतान करता है और बीमा कंपनी 70,000 रुपए भुगतान करती है।

अस्पताल नकदी पॉलिसी के मामले में कटौती विनिर्दिष्ट दिनो / घंटो की संख्या हो सकती है, जो बीमाकर्ता द्वारा देय किसी भी सुविधा के पहले लागू की जाएगी।

16. कमरे के किराए की सीमाएं

जहां बीमाधारकों के लिए कई उत्पाद खुले तौर पर उपलब्ध हैं जो उनके दावे की अधिकतम राशि का भुगतान करते हैं, वहीं कई उत्पाद कमरे की श्रेणी पर प्रतिबंध लगाते हैं जिसे बीमाधारक अपनी बीमा राशि से जोड़ कर चयन करता है। अनुभव से पता चलता है कि अस्पताल के सभी खर्चे कमरे के अधिकतम किराए के अनुपात में ही तय किए जाते हैं। इसलिए वह व्यक्ति जो एक लाख रुपए का बीमाधारक है, प्रति दिन 1,000 रुपए के कमरे का हकदार होगा अगर पॉलिसी में प्रति दिन बीमा राशि के 1% पर किराए की सीमा निर्धारित की गयी है। यह स्पष्ट रूप से इंगित करता है कि किसी को सबसे अच्छे अस्पतालों में लक्जरी उपचार पसंद है तो उसे भी पॉलिसी उचित प्रीमियम पर उच्च रकम वाली बीमा पॉलिसी खरीदनी चाहिए।

17. नवीनीकरण क्लॉज

नवीनीकरण पर आईआरडीए के दिशानिर्देशों के मुताबिक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां स्वास्थ्य पॉलिसियों के आजीवन गारंटीकृत नवीनीकरण को अनिवार्य बनाती हैं। एक बीमा कंपनी केवल बीमा प्राप्त करने में या बाद में इसके संबंध में बीमाधारक द्वारा धोखाधड़ी या गलत बयानी या तथ्यों को छुपाने के आधार पर नवीनीकरण से इनकार कर सकती है।

18. रद्द करने का क्लॉज

रद्द करने के क्लॉज को भी नियामक प्रावधानों द्वारा मानकीकृत किया गया है और एक बीमा कंपनी गलत बयानी, धोखाधड़ी, महत्वपूर्ण तथ्य के गैर-प्रकटीकरण या बीमित व्यक्ति द्वारा असहयोग के आधार पर पॉलिसी को किसी भी समय रद्द कर सकती है।

बीमाधारक को अंतिम ज्ञात पते पर पंजीकृत पावती डाक द्वारा द्वारा लिखित रूप में कम से कम पंद्रह दिनों का नोटिस भेजने की आवश्यकता होती है। जब पॉलिसी को बीमा कंपनी द्वारा रद्द कर दिया जाता है, तो कंपनी बीमा की असमाप्त अवधि के संबंध में अंतिम प्रीमियम के अनुपात में बीमाधारक को पैसे वापस करेगी बशर्ते कि पॉलिसी के तहत कोई दावा भुगतान नहीं किया गया है।

अगर बीमाधारक बीमा को रद्द करता है तो छोटी अवधि की दरों पर प्रीमियम धन की वापसी होगी। इसका मतलब है कि बीमाधारक को यथानुपात से कम प्रतिशत के तौर पर प्रीमियम की वापसी प्राप्त होगी। अगर कोई दावा किया गया है तो कोई वापसी नहीं होगी।

19. फ्री लुक इन अवधि

यदि किसी ग्राहक ने एक नई बीमा पॉलिसी खरीदी है और पॉलिसी का दस्तावेज प्राप्त किया है और फिर नियमों और शर्तों को अपने अनुरूप नहीं पाता है, तो उसके पास क्या विकल्प हैं?

आईआरडीएआई ने अपने विनियमों में एक उपभोक्ता अनुकूल प्रावधान शामिल किया है जो इस समस्या का ध्यान रखता है। ग्राहक इसे वापस कर कर सकता है और निम्नलिखित शर्तों के अधीन अपने पैसे वापस प्राप्त कर सकता है:

1. यह केवल जीवन बीमा पॉलिसियों और स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों पर लागू होता है। आईआरडीए ने हाल ही में इसे कम से कम 1 वर्ष कर दिया है।
2. ग्राहकों को इस अधिकार का प्रयोग पॉलिसी दस्तावेज प्राप्त होने के 15 दिनों के भीतर करना चाहिए।
3. उसे बीमा कंपनी से लिखित रूप में संवाद करना चाहिए।
4. प्रीमियम वापसी तभी उपलब्ध होगी यदि पॉलिसी पर कोई दावा नही किया गया है और उसे समायोजित किया जाएगा
    a) कवर अवधि के लिए आनुपातिक जोखिम प्रीमियम
    b) बीमा कंपनी द्वारा चिकित्सा परीक्षण पर किए गए खर्च
    c) स्टांप शुल्क प्रभार

20. नवीनीकरण के लिए अनुग्रह अवधि

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी की एक महत्वपूर्ण विशेषता बीमा की निरंतरता को बनाए रखना है। चूंकि पॉलिसी के तहत लाभों को केवल तभी बनाए रखा जा सकता है जब पॉलिसियों को रुकावट के बिना नवीनीकृत किया जाता है, समय पर नवीनीकरण बहुत महत्वपूर्ण है।

आईआरडीएआई के दिशानिर्देशों के अनुसार व्यक्तिगत स्वास्थ्य पॉलिसियों के नवीनीकरण के लिए 30 दिनों की एक अनुग्रह अवधि अनुमत है।

पॉलिसी को पहली बीमा की अवधि समाप्त होने से 30 दिनों के भीतर नवीनीकृत कर लिए जाने पर सभी निरंतरता लाभों को बनाए रखा जाता है। रुकावट की अवधि के दौरान दावे, यदि कोई हो, पर विचार नहीं किया जाएगा।

बीमा कंपनियां नवीनीकरण के लिए एक लंबी अनुग्रह अवधि प्रदान करने पर विचार कर सकती हैं जो अलग-अलग उत्पादों पर निर्भर करता है।

उपरोक्त अधिकां श क्लॉजों, परिभाषाओं, अपवर्जनों को आईआरडीए द्वारा जारी किए गए स्वास्थ्य विनियमों और स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देशों के तहत मानकीकृत किया गया है। छात्रों को इसे पढ़ लेने और आईआरडीए द्वारा समय-समय पर जारी किए जाने वाले दिशानिर्देशों और सर्कुलरों से अपने आपको अपडेट रखने की सलाह दी जाती है।

स्व-परीक्षण 2

आईआरडीए के दिशानिर्देशों के अनुसार, व्यक्तिगत स्वास्थ्य पॉलिसियों के नवीनीकरण के लिए _____ की अनुग्रह अवधि की अनुमति दी गयी है।

I. पंद्रह दिन

II. तीस दिन

III. पैंतालीस दिन

IV. साठ दिन

सारांश

a) एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी एक अप्रत्याशित और अचानक दुर्घटना/बीमारी की स्थिति में, जिसके कारण अस्पताल में भर्ती करने की आवश्यकता होती है, बीमित व्यक्ति को वित्तीय सुरक्षा प्रदान करती है।

b) स्वास्थ्य बीमा उत्पादों को पॉलिसी के तहत कवर किए गए लोगों की संख्या के आधार पर वर्गीकृत किया जा सकता है: व्यक्तिगत पॉलिसी, फैमिली फ्लोटर पॉलिसी, समूह पॉलिसी।

c) एक अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों की पॉलिसी या मेडिक्लेम बीमारी/दुर्घटना के कारण अस्पताल में भर्ती होने पर खर्च किए गए लागतों की प्रतिपूर्ति करती है।

d) अस्पताल में भर्ती होने से पूर्व के खर्चे अस्पताल में भर्ती करने से पहले के दिनों की निर्धारित संख्या (जो आम तौर पर 30 दिन होती है) तक की अवधि के दौरान खर्च किए गए प्रासंगिक चिकित्सा व्यय होंगे और इसे दावे का हिस्सा माना जाएगा।

e) अस्पताल में भर्ती होने के बाद के खर्चे अस्पताल में भर्ती करने के बाद के दिनों की निर्धारित संख्या (जो आम तौर पर 60 दिन होती है) तक की अवधि के दौरान खर्च किए गए प्रासंगिक चिकित्सा व्यय होंगे और इसे दावे का हिस्सा माना जाएगा।

f) एक फैमिली फ्लोटर पॉलिसी में पति/पत्नी, आश्रित बच्चों और आश्रित माता-पिता से मिलकर बने परिवार को एक अकेली बीमा राशि प्रदान की जाती है जो पूरे परिवार पर घूमती रहती है।

g) एक अस्पताल दैनिक नकदी पॉलिसी अस्पताल में भर्ती होने के प्रत्येक दिन के लिए बीमित व्यक्ति को एक निश्चित राशि प्रदान करती है।

h) गंभीर बीमारी पॉलिसी कुछ नामित गंभीर बीमारी का पता चलने पर एकमुश्त राशि का भुगतान करने के प्रावधान के साथ एक लाभ पॉलिसी है।

i) उच्च कटौती योग्य या टॉप-अप कवर एक निर्दिष्ट चयनित राशि (जिसे थ्रेशोल्ड या कटौती राशि कहा जाता है) के अतिरिक्त अधिक बीमा राशि के लिए कवर प्रदान करते हैं।

j) निश्चित लाभ कवर बीमित व्यक्ति को पर्याप्त कवर प्रदान करता है और बीमा कंपनी को अपनी पॉलिसी का प्रभावी ढंग से मूल्य निर्धारण करने में मदद करता है।

k) व्यक्तिगत दुर्घटना (पीए) कवर अप्रत्याशित दुर्घटनाओं के कारण मृत्यु और विकलांगता लाभों के रूप में मुआवजा प्रदान करता है।

l) आउटपेशेंट कवर दांतों के उपचार, आंखों की देखभाल, नियमित चिकित्सा जांच और परीक्षणों आदि जैसे चिकित्सा खर्चों का प्रावधान करता है जिनके लिए अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता नहीं है।

m) समूह पॉलिसी एक समूह के मालिक जो एक नियोक्ता हो सकता है, एक एसोसिएशन, एक बैंक के क्रेडिट कार्ड संभाग द्वारा ली जाती है जहां एक अकेली पॉलिसी व्यक्तियों के पूरे समूह को कवर करती है।

n) कॉर्पोरेट फ्लोटर या बफर कवर राशि परिवार की बीमा राशि के अतिरिक्त होने वाले खर्चों को पूरा करने में मदद करता है।

o) ओवरसीज मेडिक्लेम/यात्रा पॉलिसियां व्यक्ति को अपने विदेश प्रवास के दौरान दुर्घटना, चोट और बीमारी के जोखिम के दायरे में आने के विरुद्ध कवर प्रदान करती हैं।

p) कॉर्पोरेट नियमित यात्री योजना एक वार्षिक पॉलिसी है जिसके द्वारा एक कंपनी अपने उन अधिकारियों के लिए व्यक्तिगत पॉलिसियां लेती हैं जिनको अक्सर भारत के बाहर यात्राएं करनी होती हैं।

q) स्वास्थ्य बीमा में इस्तेमाल होने वाले कई शब्दों को विशेष रूप से बीमाधारक को भ्रम की स्थिति से बचाने के लिए आईआरडीए ने विनियमन के द्वारा मानकीकृत कर दिया है।

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

हालांकि अस्पताल में भर्ती होने से पहले के खर्चों के लिए कवर की अवधि अलग-अलग बीमा कंपनी के मामले में अलग-अलग होगी और यह पॉलिसी में निर्धारित होती है, सबसे आम कवर अस्पताल में भर्ती होने से पूर्व के तीस दिनों के लिए है।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

आईआरडीए के दिशानिर्देशों के अनुसार व्यक्तिगत स्वास्थ्य पॉलिसियों के नवीनीकरण के लिए 30 दिनों की अनुग्रह अवधि अनुमत है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

एक अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों की पॉलिसी के संबंध में नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. केवल अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों को कवर किया जाता है

II. अस्पताल में भर्ती होने के साथ-साथ अस्पताल में भर्ती करने से पहले और बाद के खर्चों को कवर किया जाता है

III. अस्पताल में भर्ती होने के साथ-साथ अस्पताल में भर्ती करने से पहले और बाद के खर्चों को कवर किया जाता है और बीमाधारक की मृत्यु होने की स्थिति में परिवार के सदस्यों को एकमुश्त राशि भुगतान की जाती है

IV. अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों को पहले वर्ष से कवर किया जाता है और अस्पताल में भर्ती करने के पहले और बाद के खर्चों को दूसरे वर्ष से कवर किया जाता है अगर पहला वर्ष दावा मुक्त रहता है

प्रश्न 2

नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है, पहचानें?

I. स्वास्थ्य बीमा का संबंध रुग्णता से है

II. स्वास्थ्य बीमा का संबंध मर्त्यता से है

III. स्वास्थ्य बीमा का संबंध रुग्णता के साथ-साथ मर्त्यता से है

IV. स्वास्थ्य बीमा का संबंध न तो रुग्णता से और न मर्त्यता से है

प्रश्न 3

स्वास्थ्य बीमा में उपलब्ध कैशलेस सेवा के संबंध में नीचे दिया गया कौन सा कथन सही है?

I. यह इलेक्ट्रॉनिक भुगतानों को बढ़ावा देने के लिए बीमा कंपनियों द्वारा शुरू की गयी एक पर्यावरण अनुकूल गो-ग्रीन पहल है ताकि प्रत्यक्ष नकद नोटों के प्रसार को कम किया जा सके और पेड़ों को बचाया जा सके

II. बीमाधारक को निःशुल्क सेवा प्रदान की जाती है और कोई नगद भुगतान नहीं किया जाता है क्योंकि सरकार द्वारा एक विशेष योजना के तहत बीमा कंपनी को भुगतान किया जाता है

III. बीमित व्यक्ति द्वारा किए जाने वाले सभी भुगतान केवल इंटरनेट बैंकिंग या कार्ड के माध्यम से होने चाहिए क्योंकि बीमा कंपनी द्वारा नगद राशि को स्वीकार नहीं किया जाता है

IV. बीमाधारक भुगतान नहीं करता है और बीमा कंपनी अस्पताल के साथ सीधे बिल का निपटारा करती है

प्रश्न 4

स्वास्थ्य बीमा में अस्पतालों के संबंध में पीपीएन का सही पूर्ण रूप पहचानें।

I. पब्लिक प्रेफर्ड नेटवर्क

II. प्रेफर्ड प्रोवाइडर नेटवर्क

III. पब्लिक प्राइवेट नेटवर्क

IV. प्रोवाइडर प्रेफरेंशियल नेटवर्क

प्रश्न 5

नीचे दिया गया कौन सा कथन गलत है, पहचानें?

I. एक नियोक्ता अपने कर्मचारियों के लिए एक समूह पॉलिसी ले सकता है

II. एक बैंक अपने ग्राहकों के लिए एक समूह पॉलिसी ले सकता है

III. एक दुकानदार अपने ग्राहकों के लिए एक समूह पॉलिसी ले सकता है

IV. नियोक्ता द्वारा अपने कर्मचारियों के लिए ली गयी एक समूह पॉलिसी को कर्मचारियों के परिवार के सदस्यों को शामिल करने के लिए बढ़ाया जा सकता है

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

एक अस्पताल में भर्ती होने के खर्चों की पॉलिसी में अस्पताल में भर्ती होने के साथ-साथ अस्पताल में भर्ती करने से पहले और बाद के खर्चों को कवर किया जाता है।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

स्वास्थ्य बीमा का संबंध रुग्णता (बीमारी की घटनाओं की दर) से है।

उत्तर 3

सही विकल्प IV है।

कैशलेस सेवा के तहत बीमित व्यक्ति भुगतान नहीं करता है और बीमा कंपनी अस्पताल के साथ सीधे बिल का निपटारा करती है।

उत्तर 4

सही विकल्प II है।

पीपीएन का मतलब है प्रेफर्ड प्रोवाइडर नेटवर्क।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

कथन I, II और IV सही हैं।

कथन III गलत है क्योंकि एक दुकानदार अपने ग्राहकों के लिए समूह बीमा नहीं ले सकता है।

अध्याय 20

स्वास्थ्य बीमा का जोखिम अंकन (बीमालेखन)

अध्याय परिचय

इस अध्याय का उद्देश्य स्वास्थ्य बीमा में जोखिम अंकन (बीमालेखन) के बारे में आपको विस्तृत जानकारी प्रदान करना है। जोखिम अंकन (बीमालेखन) बीमा के किसी भी प्रकार का एक बहुत ही महत्वपूर्ण पहलू है और बीमा पॉलिसी जारी करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। इस अध्याय में आप बीमालेखन के बुनियादी सिद्धांतों, उपकरणों, विधियों और प्रक्रिया के बारे में समझेंगे। इसके अलावा यह आपको समूह स्वास्थ्य बीमा के जोखिम अंकन के बारे में भी जानकारी प्रदान करेगा।

अध्ययन के परिणाम

A. जोखिम अंकन (बीमालेखन) क्या है?
B. बीमालेखन - मूल अवधारणाएं
C. फाइल और उपयोग मार्गनिर्देश
D. आइआरडीएआइ के अन्य स्वास्थ्य बीमा विनियम
E. बीमालेखन के बुनियादी सिद्धांत और उपकरण
F. बीमालेखन प्रक्रिया
G. समूह स्वास्थ्य बीमा
H. विदेश यात्रा बीमा का बीमालेखन
I. व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा का बीमालेखन

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

a) बीमालेखन का क्या अर्थ है इसे समझाना
b) बीमालेखन की बुनियादी अवधारणाओं का वर्णन करना
c) बीमालेखकों द्वारा पालन किए जाने वाले सिद्धांतों और विभिन्न उपकरणों के बारे में बताना
d) व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के बीमालेखन की पूरी प्रक्रिया का मूल्यांकन करना
e) समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों का बीमालेखन कैसे किया जाता है इसकी चर्चा करना

इस परिदृश्य को देखें

मनीष की उम्र 48 वर्ष है जो एक सॉफ्टवेयर इंजीनियर के रूप में कार्यरत है, उसने स्वयं के लिए एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी लेने का फैसला किया। वह एक बीमा कंपनी के पास गया जहां उसे एक प्रस्ताव प्रपत्र दिया गया जिसमें उसे अपने शारीरिक गठन और स्वास्थ्य, मानसिक स्वास्थ्य, पहले से मौजूद बीमारियों, अपने परिवार के स्वास्थ्य इतिहास, आदतों आदि से संबंधित कई प्रश्नों का उत्तर देने की आवश्यकता थी।

इसके अलावा प्रस्ताव प्रपत्र प्राप्त होने पर उसे पहचान और आयु प्रमाण, पते का प्रमाण और पिछले मेडिकल रिकॉर्ड जैसे कई दस्तावेजों को प्रस्तुत करने की जरूरत थी। फिर उसे एक स्वास्थ्य जांच और कुछ चिकित्सा परीक्षणों की प्रक्रिया से गुजरने के लिए कहा गया।

मनीष जो अपने आपको एक स्वस्थ और एक अच्छी आय स्तर का व्यक्ति मानता है, सोचने लगा कि उसके मामले में बीमा कंपनी इस तरह की एक लंबी प्रक्रिया क्यों अपना रही है। इन सभी प्रक्रियाओं से गुजरने के बाद भी बीमा कंपनी ने उससे कहा कि उसके चिकित्सा परीक्षणों में उच्च कोलेस्ट्रॉल और उच्च रक्तचाप होने का पता चला है जो बाद में हृदय रोग की संभावना को बढ़ा देता है। हालांकि उसे एक पॉलिसी प्रदान की गयी लेकिन प्रीमियम उसके दोस्त द्वारा भुगतान किए गए प्रीमियम की तुलना में बहुत अधिक था और इसलिए उसने पॉलिसी लेने से इनकार कर दिया।

यहां बीमा कंपनी अपनी बीमालेखन प्रक्रिया के भाग के रूप में इन सभी चरणों का पालन कर रही थी। जोखिम कवरेज प्रदान करते समय बीमा कंपनी को जोखिम का सही तरीके से मूल्यांकन करने और उचित लाभ कमाने की भी जरूरत होती है। अगर जोखिम का सही तरीके से मूल्यांकन नहीं किया जाता है और एक दावा उत्पन्न होता है तो इसके परिणाम स्वरूप एक नुकसान होगा। इसके अलावा, बीमा कंपनियां बीमा करने वाले सभी लोगों की ओर से प्रीमियम इकट्ठा करती हैं और उनको इन पैसों को एक न्यास की तरह संभालना होता है।

A. बीमालेखन क्या है?

1. बीमालेखन

बीमा कंपनियां उन लोगों का बीमा करने का प्रयास करती हैं जिनके द्वारा बीमा पूल में लाए जाने वाले जोखिम के अनुपात में पर्याप्त प्रीमियम भुगतान किए जाने की उम्मीद होती है। जोखिम के चयन के लिए एक प्रस्तावक से जानकारी इकट्ठा करने और विश्लेषण करने की इस प्रक्रिया को बीमालेखन के रूप में जाना जाता है। इस प्रक्रिया के माध्यम से एकत्रित की गई जानकारी के आधार पर यह निर्णय लिया जाता है कि क्या वे प्रस्तावक का बीमा करना चाहते हैं। अगर वे ऐसा करने का फैसला करते हैं तो किस प्रीमियम, नियमों और शर्तों पर, ताकि इस तरह का जोखिम लेकर एक उचित लाभ अर्जित किया जा सके।

स्वास्थ्य बीमा रुग्णता की अवधारणा पर आधारित है। यहां रुग्णता को किसी व्यक्ति बीमार होने या पड़ने की संभावना और जोखिम के रूप में परिभाषित किया गया है जिसके लिए उपचार या अस्पताल में भर्ती करने की आवश्यकता होती है। रुग्णता काफी हद तक उम्र से प्रभावित होती है (जो आम तौर पर युवा वयस्कों की तुलना में वरिष्ठ नागरिकों में अधिक होती है) और विभिन्न अन्य प्रतिकूल कारकों की वजह से बढ़ती है, जैसे अधिक वजन या कम वजन होना, कुछ अतीत और वर्तमान की बीमारियों या रोगों का व्यक्तिगत इतिहास, व्यक्तिगत आदतें जैसे धूम्रपान, वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति और इसके आलावा प्रस्तावक का पेशा, अगर इसे खतरनाक समझा जाता है। इसके विपरीत, रुग्णता कम उम्र, एक स्वस्थ जीवनशैली आदि जैसे कुछ अनुकूल कारकों के कारण भी कम होती है।

परिभाषा

बीमालेखन उचित तरीके से जोखिम का आकलन करने और उन शर्तों का निर्धारण करने की प्रक्रिया है जिन पर बीमा कवर प्रदान किया जाएगा। इस प्रकार, यह जोखिम के चयन और जोखिम के मूल्य निर्धारण की एक प्रक्रिया है।

2. बीमालेखन की आवश्यकता

बीमालेखन एक बीमा कंपनी की रीढ़ है क्योंकि लापरवाही से या अपर्याप्त प्रीमियम के लिए जोखिम की स्वीकृति बीमा कंपनी को दिवालिएपन की ओर ले जाएगी। दूसरी ओर, बहुत अधिक चयनशील या सावधान होना बीमा कंपनी को एक बड़ा पूल बनाने से रोक देगा ताकि जोखिम का समान रूप से प्रसार किया जा सके। इसलिए जोखिम और व्यवसाय के बीच सही संतुलन कायम करना महत्वपूर्ण है जो संगठन के लिए प्रतिस्पर्धी और लाभकारी होता है।

संतुलन की यह प्रक्रिया संबंधित बीमा कंपनी के सिद्धांत, नीतियों और जोखिम उठाने की भूख के अनुसार बीमालेखक द्वारा पूरी की जाती है। बीमालेखक का काम जोखिम को वर्गीकृत करना और एक उचित मूल्य पर स्वीकृति की शर्तें निर्धारित करना है। यह ध्यान देना महत्वपूर्ण है कि जोखिम की स्वीकृति बीमाधारक को भविष्य में दावा निपटान का वादा करने जैसा है।

3. बीमालेखन - जोखिम मूल्यांकन

बीमालेखन जोखिम चयन की एक प्रक्रिया है जो एक समूह या व्यक्ति की विशेषताओं पर आधारित है। यहां जोखिम की डिग्री के आधार पर बीमालेखक यह निर्णय लेता है कि क्या जोखिम को स्वीकार किया जाएगा और किस मूल्य पर। किसी भी परिस्थिति में स्वीकृति की प्रक्रिया निष्पक्षता के साथ और न्यायसंगत आधार पर पूरी की जानी चाहिए यानी हर समान जोखिम को किसी भी पूर्वाग्रह के बिना समान रूप से वर्गीकृत किया जाना चाहिए। यह वर्गीकरण सामान्य रूप से मानक स्वीकृति चार्ट के माध्यम से किया जाता है जिसके द्वारा प्रत्येक निरूपित जोखिम की मात्रा निर्धारित की जाती है और तदनुसार प्रीमियम की गणना की जाती है।

हालांकि उम्र बीमारी की संभावना के साथ-साथ मौत को भी प्रभावित करता है, यह याद रखा जाना चाहिए कि बीमारी आम तौर पर मौत से बहुत पहले आती है और बार-बार हो सकती है। इसलिए, मृत्यु के कवरेज की तुलना में स्वास्थ्य के कवरेज के लिए बीमालेखन मानदंडों और दिशानिर्देशों का अधिक सख्त होना काफी तर्कसंगत है।

उदाहरण

एक मधुमेह से ग्रस्त व्यक्ति को हृदय या गुर्दे की समस्या विकसित होने की बहुत अधिक संभावना रहती है जिसके लिए अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता होती है और इसके अलावा स्वास्थ्य समस्याएं बीमा कवरेज की अवधि के दौरान कई बार हो सकती हैं। जीवन बीमा का बीमालेखन दिशानिर्देश इस व्यक्ति को एक औसत जोखिम के रूप में वर्गीकृत कर सकता है। हालांकि, चिकित्सा बीमालेखन के लिए उसका मूल्यांकन एक उच्च जोखिम के रूप में किया जाएगा।

स्वास्थ्य बीमा में आर्थिक या आय आधारित बीमालेखन की तुलना में चिकित्सा या स्वास्थ्य के निष्कर्षों पर अधिक ध्यान केंद्रित किया जाता है। हालांकि, वित्तीय या आय आधारित बीमालेखन को अनदेखा नहीं किया जा सकता है क्योंकि यहां एक बीमा योग्य हित होना चाहिए और वित्तीय जोखिम अंकन किसी भी प्रतिकूल चयन को खारिज करने और स्वास्थ्य बीमा में निरंतरता सुनिश्चित करने के लिए महत्वपूर्ण है।

4. बीमारी की संभावना को प्रभावित करने वाले कारक

जोखिम का आकलन करते हुए रुग्णता (बीमार पड़ने के जोखिम) को प्रभावित करने वाले कारकों पर निम्नानुसार ध्यानपूर्वक विचार किया जाना चाहिएः

a) **उम्रः** प्रीमियम उम्र और जोखिम के स्तर के अनुरूप वसूल किए जाते हैं।उदाहरण के लिए, शिशुओं और बच्चों के मामले में रुग्णता प्रीमियम संक्रमण और दुर्घटनाओं का खतरा बढ़ने की वजह से युवा वयस्कों की तुलना में अधिक होता है। इसी प्रकार, 45 वर्ष से अधिक की उम्र के वयस्कों के लिए प्रीमियम अधिक होता है क्योंकि मधुमेह जैसी एक पुरानी बीमारी से पीड़ित व्यक्ति को अचानक दिल की बीमारी या ऐसी अन्य बीमारी होने की संभावना बहुत अधिक रहती है।

b) **लिंगः** महिलाएं गर्भधारण की अवधि के दौरान रुग्णता के अतिरिक्त जोखिम के दायरे में होती हैं। हालांकि, महिलाओं की तुलना में पुरुषों को दिल के दौरे से प्रभावित होने या नौकरी से संबंधित

दुर्घटनाओं का शिकार होने की अधिक संभावना रहती है क्योंकि वे खतरनाक रोजगार में अधिक संलग्न हो सकते हैं।

c) **आदतें:** किसी भी रूप में तंबाकू, शराब या नशीले पदार्थों के सेवन का रुग्णता के जोखिम पर सीधा असर पड़ता है।

d) **पेशा:** ड्राइवर, विस्फोटक, एविएटर आदि जैसे कुछ पेशों में दुर्घटनाओं के लिए अतिरिक्त जोखिम संभव है। इसी प्रकार, एक एक्स-रे मशीन ऑपरेटर, अभ्रक उद्योग के श्रमिकों, खनिक आदि जैसे कुछ पेशों में उच्च स्वास्थ्य जोखिम हो सकते हैं।

e) **पारिवारिक इतिहास:** इसकी प्रासंगिकता बहुत अधिक है क्योंकि आनुवांशिक कारक अस्थमा, मधुमेह और कुछ प्रकार के कैंसर जैसी बीमारियों को प्रभावित करते हैं। यह रुग्णता को प्रभावित करता है और जोखिम को स्वीकार करते हुए इसे ध्यान में रखा जाना चाहिए।

f) **गठन:** मोटे, पतले या औसत शारीरिक गठन को भी कुछ समूहों में रुग्णता से जोड़ा जा सकता है।

g) **विगत बीमारी या शल्य चिकित्सा:** इसका पता लगाया जाना चाहिए कि क्या विगत बीमारी के कारण किसी प्रकार की शारीरिक कमजोरी बढ़ने या यहां तक कि इसकी पुनरावृत्ति होने की संभावना है और तदनुसार पॉलिसी की शर्तें निर्धारित की जानी चाहिए। उदाहरण के लिए, गुर्दे की पथरी की पुनरावृत्ति होना आम बात है और इसी प्रकार एक आंख में मोतियाबिंद होने से दूसरी आंख में मोतियाबिंद होने की संभावना बढ़ जाती है।

h) **वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति और अन्य कारक या शिकायतें:** जोखिम के स्तर और बीमा योग्यता का पता लगाना महत्वपूर्ण है और यह कार्य उचित प्रकटीकरण और चिकित्सा परीक्षण के द्वारा पूरा किया जा सकता है।

i) **पर्यावरण और निवास:** इनका भी रुग्णता दरों पर असर पड़ता है।

स्व-परीक्षण 1

बीमालेखन _____की प्रक्रिया है।

I. बीमा उत्पादों की बिक्री
II. ग्राहकों से प्रीमियम एकत्र करना
III. जोखिम का चयन और जोखिम का मूल्य निर्धारण
IV. विभिन्न बीमा उत्पादों की बिक्री

B. बीमालेखन - मूल अवधारणाएं

1. बीमालेखन का उद्देश्य

हम बीमालेखन के उद्देश्य की जांच के साथ शुरू करते हैं। इसके दो उद्देश्य हैं -

i. प्रतिकूल चयन यानी बीमा कंपनी के विरुद्ध चयन को रोकना
ii. जोखिमों का वर्गीकरण और जोखिमों के बीच समानता सुनिश्चित करना

परिभाषा

जोखिमों के चयन का मतलब है स्वास्थ्य बीमा के प्रत्येक प्रस्ताव का मूल्यांकन इसके द्वारा प्रस्तुत जोखिम की डिग्री के संदर्भ में करने और फिर यह तय करने की प्रक्रिया कि बीमा प्रदान किया जाए या नहीं और किन शर्तों पर।

प्रतिकूल चयन (या विपरीत चयन) ऐसे लोगों की प्रवृत्ति है जो उत्सुकता से बीमा मांगने और इस प्रक्रिया में लाभ अर्जित करने के लिए यह संदेह करते और जानते हैं कि उनके द्वारा नुकसान का सामना किए जाने की संभावना बहुत अधिक है।

उदाहरण

अगर बीमा कंपनियां इस बात को लेकर चयनशील नहीं होतीं कि उन्होंने किसे और कैसे बीमा प्रदान किया है तो यह संभावना है कि मधुमेह, उच्च रक्तचाप, हृदय की समस्याओं या कैंसर जैसी गंभीर बीमारियों से ग्रस्त लोग, जो यह जानते हैं कि जल्द ही उनको अस्पताल में भर्ती होने की जरूरत पड़ेगी, स्वास्थ्य बीमा खरीदना चाहेंगे जिससे बीमा कंपनियों को घाटा उठाना पडेगा।

दूसरे शब्दों में, अगर किसी बीमा कंपनी ने चयन का प्रयास नहीं किया तो उसने विपरीत चयन किया होगा और इस प्रक्रिया में उसे नुकसान का सामना करना पड़ेगा।

---

2. **जोखिमों के बीच समानता**

आइए अब हम जोखिम के बीच समानता पर विचार करें। "समानता" शब्द का मतलब है ऐसे आवेदक जो एक समान स्तर के जोखिम के दायरे में आते हैं उनको एक ही प्रीमियम श्रेणी में रखा जाना चाहिए। बीमा कंपनियां लिए जाने वाले प्रीमियम का निर्धारण करने के लिए कुछ प्रकार के मानकीकरण का प्रयोग करना पसंद करेंगी। इसी प्रकार औसत जोखिम वाले लोगों को एक समान प्रीमियम भुगतान करना चाहिए जबकि उच्च औसत जोखिम वाले लोगों को अधिक प्रीमियम भुगतान करना चाहिए। वे एक बहुत बड़ी संख्या औसत जोखिम वाले लोगों के लिए मानकीकरण लागू करना करना पसंद करेंगी जबकि अधिक जोखिमपूर्ण लोगों के बारे में निर्णय लेने और जोखिमों का वर्गीकरण करने में अधिक समय लगाएंगी।

a) **जोखिम वर्गीकरण**

समानता लाने के लिए, बीमालेखक जोखिम वर्गीकरण नामक एक प्रक्रिया में संलग्न होते हैं यानी लोगों को उनके जोखिम के स्तर के आधार पर अलग-अलग जोखिम श्रेणियों वर्गीकृत और आवंटित किया जाता है। ऐसी चार जोखिम श्रेणियां होती हैं।

i. **मानक जोखिम**

इसमें ऐसे लोग शामिल होते हैं जिसकी अनुमानित रुग्णता (बीमार पड़ने की संभावना) औसत होती है।

ii. **पसंदीदा जोखिम**

ये ऐसे लोग हैं जिनकी अनुमानित रुग्णता औसत की तुलना में काफी कम होती है और इसलिए इनसे कम प्रीमियम लिया जा सकता है।

iii. **अवमानक जोखिम**

ये ऐसे लोग हैं जिनकी अनुमानित रुग्णता औसत से अधिक होती है, लेकिन फिर भी इनको बीमा योग्य माना जाता है। इनको उच्च (या अतिरिक्त) प्रीमियम के साथ या कुछ सीमाओं के अधीन बीमा के लिए स्वीकार किया जा सकता है।

iv. **अस्वीकृत जोखिम**

ये ऐसे लोग हैं इनकी दुर्बलताएं और अनुमानित अतिरिक्त रुग्णता उतनी अधिक होती है कि उनको एक सस्ती कीमत पर बीमा कवरेज प्रदान नहीं किया जा सकता है। कभी-कभी किसी व्यक्ति के प्रस्ताव को अस्थायी तौर पर भी अस्वीकार किया जा सकता है अगर वह एक ताजा चिकित्सकीय घटना जैसे ऑपरेशन के दायरे में रहा/रही है।

3. **चयन प्रक्रिया**

बीमालेखन या चयन प्रक्रिया कथित रूप से दो स्तरों पर पूरी की जा सकती है:

- ✓ फील्ड स्तर पर
- ✓ बीमालेखन विभाग स्तर पर

चित्र 1: बीमालेखन या चयन प्रक्रिया

a) **फील्ड या प्राथमिक स्तर**

फील्ड स्तरीय बीमालेखन को प्राथमिक बीमालेखन के रूप में भी जाना जा सकता है। इसमें एक एजेंट या कंपनी के प्रतिनिधि द्वारा जानकारी एकत्र करना शामिल है जो यह तय करेगा कि क्या आवेदक बीमा कवरेज प्रदान करने के लिए उपयुक्त है। एजेंट प्राथमिक बीमालेखक के रूप में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। वह बीमा के संभावित ग्राहक को जानने की सबसे अच्छी स्थिति में होता है।

कुछ बीमा कंपनियों के लिए एजेंटों द्वारा एक बयान या गोपनीय रिपोर्ट तैयार करना आवश्यक हो सकता है जिसमें प्रस्तावक के संबंध में एजेंट से विशिष्ट जानकारी, राय सुझाव की मांग की जाती है।

इसी तरह की एक रिपोर्ट जिसे नैतिक जोखिम की रिपोर्ट कहा जाता है, इसकी मांग बीमा कंपनी के एक अधिकारी से की जा सकती है। इन रिपोर्टों में आम तौर पर प्रस्तावित जीवन के पेशे, आय, वित्तीय स्थिति और साख को शामिल किया जाता है।

नैतिक जोखिम क्या है?

जहां उम्र, लिंग, आदतें आदि जैसे कारक एक स्वास्थ्य जोखिम के भौतिक खतरे को दर्शाते हैं, कुछ अन्य बातें भी हैं जिन पर बारीकी से नज़र रखने की जरूरत होती है। यह ग्राहक का नैतिक जोखिम है जो बीमा कंपनी के लिए बहुत महंगा साबित हो सकता है।

खराब नैतिक जोखिम का एक चरम उदाहरण एक बीमाधारक द्वारा यह जानते हुए भी स्वास्थ्य बीमा लेना है कि उसे एक छोटी सी अवधि के भीतर एक सर्जिकल ऑपरेशन से गुजरना होगा, लेकिन वह बीमा कंपनी को इसका खुलासा नहीं करता है। इस प्रकार यहां सिर्फ एक दावा प्राप्त करने के लिए बीमा लेने का सुविचारित इरादा है।

नुकसान के प्रति उदासीनता इसका एक अन्य उदाहरण है। बीमा की मौजूदगी के कारण बीमाधारक यह जानते हुए कि अस्पताल में भर्ती होने के किसी भी खर्च का भुगतान उसके बीमाकर्ता द्वारा किया जाएगा, उसमें अपने स्वास्थ्य के प्रति एक लापरवाह रवैया अपनाने का विचार उत्पन्न हो सकता है।

एक अन्य प्रकार का जोखिम जिसे 'मनोदशा का जोखिम' कहा जाता है, यह भी उल्लेखनीय है। यहां बीमाधारक कोई धोखाधड़ी नहीं करेगा लेकिन यह जानते हुए भी कि उसके पास एक बड़ी बीमा राशि है, वह सबसे महंगा उपचार कराने, सबसे महंगे अस्पताल के कमरे में रहने आदि का विकल्प चुनेगा, जिसे वह बीमित नहीं होने की स्थिति में नहीं चुन सकता था।

धोखाधड़ी पर नज़र रखना और प्राथमिक बीमालेखक के रूप में एजेंट की भूमिका

जोखिम के चयन के संबंध में अधिकांश निर्णय उन तथ्यों पर निर्भर करता है जिनका खुलासा प्रस्ताव प्रपत्र में प्रस्तावक द्वारा किया गया है। बीमालेखन विभाग में बैठे एक बीमालेखक के लिए यह जानना मुश्किल हो सकता है कि क्या ये तथ्य असत्य हैं और धोखा देने के सुविचारित इरादे से कपटपूर्ण तरीके से मिथ्या प्रस्तुति की गयी है।

यहां एजेंट एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। वह इस बात का पता लगाने की सबसे अच्छी स्थिति में होता/होती है कि प्रस्तुत किए गए तथ्य सही हैं, क्योंकि एजेंट का प्रस्तावक के साथ प्रत्यक्ष और व्यक्तिगत संपर्क होता है और इसलिए वह इस बात पर नज़र रख सकता है कि क्या एक गुमराह करने के इरादे के साथ कोई इरादतन गैर प्रकटीकरण या मिथ्या प्रस्तुति की गयी है।

b) **बीमालेखन विभाग के स्तर पर**

बीमालेखन का दूसरा स्तर विभाग या कार्यालय स्तर है। इसमें विशेषज्ञ और ऐसे व्यक्ति शामिल हैं जो इस तरह के कार्यों में निपुण हैं और जो यह तय करने के लिए कि क्या बीमा के प्रस्ताव को स्वीकार किया जाए और किन शर्तों पर, मामले के सभी प्रासंगिक डेटा पर विचार करते हैं।

C. फाइल और उपयोग मार्गनिर्देश

यह स्मरण रखा जाना चाहिए कि प्रयेक बीमाकर्ता को मार्केटिंग के पहले अपने उत्पाद का सृजन करणा होता है, जो कि बीमालेखन विभाग का एक कार्य होता है। आइआरडीएआइ ने इस सम्बंध मे कुछ मार्गनिर्देश जारी किए है जिन्हे संक्षेप मे नीचे दिया जा रहा है।

प्रत्येक कंपनी अपने उत्पाद को ग्राहको की आवश्यकता, उसे पाने की क्षमता, बीमा लेखन प्रतिफल, एक्ट्यूरी द्वार निकाली गई कीमत, बाजार की प्रतियोगिता आदि को ध्यान मे रखते हुए डिजाइन करती है। उस तरह हम देखते है कि विभिन्न श्रेणी के ग्राहको के पास चुनने का विकल्प होता है, यहां तक कि आधार स्तर पर भीं अस्पताली खर्च की ७तिपूर्ति वाले उत्पाद भारतीय बाजार मे हावी रहते है।

प्रत्येक नए उत्पाद को बाजार मे लाने के पहले आयआरडीए के अनुमोदन की जरुरत होती है। उत्पाद को नीचे दिए गए प्रावधानों के अनुसार विनियामक के पास फाइल और उपयोग के अर्न्तगत फाइ करना होता है। एक बार बाजार मे लाने के वाद उसे ध्यान के लिए मार्गनिर्देश को पूरा करने की जरुरत होती है। छात्रों से यह अनुरोध है कि वे फाइल और उपयोग मार्गनिर्देशों के प्रावधान, प्रपत्रों, रिटर्न आदि के बारे मे जानकारी प्राप्त कर ले।

आयआरडीए मार्गनिर्देशों के अनुसार स्वास्थ्य बीमा उत्पाद के लिए फाइल और उपयोग की प्रक्रिया :

a) कोई भी स्वास्थ्य उत्पाद को किसी भी बीमाकर्ता द्वारा बाजार मे तब तक नही लाया जाएगा जब तक कि फाइल और उपयोग प्रक्रिया के अनुसार प्राधिकार से इसकी पूर्व स्वीकृति नहीं प्राप्त कर ली गई हो।

b) किसी भी अनुमोदित स्वास्थ्य उत्पाद मे कोई भी अनुवर्ती संभोजन या रुपांतरण के लिए भी समय समय पर कार्य मार्गनिर्देशो के अनुसार प्राधिकार से पूर्व सहमति आवश्यक होगी।

   1. प्राधिकार द्वारा अनुमोदित किसी भी पॉलिसी मे काई संभोजन या रुपांतरण की सूचना ऐसे संभोजन या रुपांतरण के प्रभावी होने के कम से कम तीन महीने पहले प्रत्येक पॉलिसी धारक को दी जानी चाहे ऐसी सूचना मे ऐसे संभोजन का रुपांतरण का कारण जरुर दिया जाएगा खास कर प्रीमियम की बढोत्री के मामले में सी बढोत्री का कारण जरुर दिया जाएगा

   2. प्रमियम सहित पॉलिसी की शत्रों मे संभोजन या रुपांतरण की संभावना का विवरण पत्र में उल्लेख किया जाना चाहिए

c) फाइल और उपयोग आवेदन पत्र का आइआरडीएआइ द्वारा मानकीकरण कर दिया गया है, जिसे डेटाबेस पत्र तथा ग्राहक सूचना पत्र के सहित विभिन्न अनुबंधों के साथ भेजा जाना चाहिए.

ग्राहक सूचना पत्र, प्रत्येक बीमाधारक को विवरण पत्रिका तथा कवर के विवरण सहित पॉलिसी अपवर्जनों, दावा देय होने के पूर्व काई प्रत्रीका अवधि, यदि काई हो, क्या देय राशि प्रतिपूर्ति आधार पर होगी या निर्धारित, नवीकरण की शर्तो और सुविधाएं, को पे का विवरण या कटौती तथा रद्द करने की स्थितियों के साथ दिया जाता है।

प्राधिकार के पूर्व अनुमोदन के लिए फाइल और उपयोग आवेदन, नियुक्त एक्च्यूरी और बीमा कंपनी के सी. इ. ओ. द्वारा प्रमाणित होगा तथा ऐसे फार्मेट मे होगा साथ ही ऐसे दस्तावेजो के साथ भेजा जाएगा जो समय समय पर प्राधिकार द्वारा अनुबंधित किया गया हो।

d) स्वास्थ्य बीमा उत्पादो को वापस लेना

1. किसी स्वास्थ्य बीमा उत्पाद को वापस लेने के लिए बीमाकर्त्ता वापस लेने के कारणों तथा विद्यमान पॉलिसी धारको से किए जाने वाले व्यवहार का पूर्ण विवरण देते हुए प्राधिकार की पूर्व अनुमति प्राप्त करेगा,
2. पॉलिसी दस्तावेज मे सविस्तर मे उत्पाद के वापस लेने की संभावना का स्पष्ट उल्लेख होगा साथ ही उन विकल्पो की जानकारी भी होगी जो उत्पाद के वापस लेने के बाद, पॉलिसी धारको के पास उपलब्ध होगा
3. यदि विद्यमान ग्राहक बीमाकर्ता की सूचना पर कोई प्रतिक्रिया नही देता तो पॉलिसी नवीकरण की तरीक पर वापस ले ली जाएगी तथा बीमाधारक पोर्टबिलिटी शर्त्रो के अधीन बीमाकर्ता के पास उपलब्ध नइ पॉलिसी लेगा.
4. वापस लिया गया उत्पाद भावी ग्राहको को नही दिया जाएगा

e) किसी भी उत्पाद के लागू होने के बाद उसकी सभी विवरणों की पुनरीक्षण वर्ष में कम से कम एक बार नियुक्त एक्च्यूरी द्वारा की जाएगी। यदि वह उत्पाद वित्तीय तौर पर व्यवहार्य नहीं होगा या उसमे काई कमी होगी तो नियुक्त एक्च्यूरी उत्पाद को संभोधित कर सकता है तथा फाइल और उपयोग के अन्तर्गत संभोधन के लिए आवेदन कर सकता है।

f) किसी भी उत्पाद के 'फाइल और उपयोग' के अन्तर्गत अनुमति मिलने के 5 साल बाद नियुक्त एक्च्यूरी, रुग्णता, कमियो, ब्याज दर, मुद्रा स्फीति, खर्चो तथा अन्य संबंधित विवरणों के सम्बंध मे उत्पादन के निष्पादन की पुनरीक्षण करेगा, साथ ही उत्पाद के डिजाइन के समय की गई मूल अवधारणाओं से उसकी तुलना करेगा तथा की गई मूल अवधारणाओं मे उपयुक्त संभोधन के साथ पुना अनुमोदन प्राप्त करेगा।

D. आइआरडीएआइ के अन्य स्वास्थ्य बीमा विनियम

फाइल और उपयोग मार्गनिर्देश के अतिरिक्त स्वास्थ्य बीमा विनियमो को निम्न की जरुरत होगी।

a. सभी बीमा कंपनियो के पास स्वास्थ्य बीमा के बीमालेखन हेतु क नीति होगी जो उसके बोर्ड द्वारा अनुमोदित होगी। इसमे नीति मे अन्य बातो के साथ एक प्रस्ताव प्रपत्र का भी उल्लेख होगा जिसके द्वारा भावी ग्राहक स्वास्थ्य पॉलिसी की खरीद करेगा। ऐसे प्रस्ताव प्रपत्र मे बीमा लेखन हेतु ऐसी सभी जानकारियां होगी, जिसका जिक्र कंपनी की नीति मे किया गया होगा

b. बीमालेखन नीति प्राधिकार के पास फाइल की जाएगी। कंपनी के पास आवश्यकतानुसार उसमें संभोधित करने का अधिकार होगा लेकिन ऐसे संभोधनो को भी प्राधिकार के पास काइल किया जाएगा

c. स्वास्थ्य बीमा के किसी भी प्रस्ताव को बोर्ड द्वारा अनुमोदित बीमालेखन नीति के अनुसार ही स्वीकृत या अस्वीकृत किया जाएगा। प्रस्ताव की अस्वीकृति की सूचना प्रस्तावक को लिखित रुप मे कारणो के साथ दी जाएगी।

d. बीमाधारक को, प्रीमियम के उपर ली जाने वाली किसी भी लोडिंग के बारे मे सूचित किया जाएगा तथा पॉलिसी जारी करने के पहले पॉलिसी धारक की सहमति ली जाएगी।

e. यदि बीमा कंपनी को, पॉलिसी के किसी भी अनुवर्ती स्टेज पर या नवीकरण के समय किसी अतिरिक्त जानकारी जैसे, पेशे में बदलाव आदि की जरुरत पहली है तो वह बीमाधारक द्वारा भरे जाने के लिए मानक प्रपत्र निर्धारित करेगी तथा वह पॉलिसी दस्तावेज का भाग होगा और उन स्थितियों के बारे मे भी स्पष्ट रुप से बताया जाएगा कि उन सूचनाओं को कब और किन स्थितियों मे प्रस्तुत किया जाता है।

f. बीमा कंपनियां शीघ्र प्रवेश, निरंतर नवीनीकरण, एक ही बीमा कंपनी के साथ अनुकूल दावा अनुभव आदि के लिए पॉलिसीधारकों को पुरस्कृत करने के लिए प्रणालियां या प्रोत्साहन तैयार कर सकती हैं और फ़ाइल एवं उपयोग के दिशानिर्देशों के अंतर्गत अनुमोदित के अनुसार इस तरह की प्रणाली या प्रोत्साहन का विवरणिका और पॉलिसी दस्तावेज में अग्रिम खुलासा कर सकती हैं।

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की पोर्टाबिलिटी के बारे में मार्ग निर्देश

आइआरडीएआइ ने जीवन और स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की पोर्टबिलिटी के वारे में बहुत स्पष्ट मार्गनिर्देश दिए हैं, जो निम्नानुसार है :

1. पोर्टाबिलिटी की अनुमति निम्न मामलों मे दी जाएगीः
   a. फॅमिली फ्लोटर सहित गैर जीवन बीमा कंपनियों द्वारा जारी सभी व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां
   b. किसी भी गैर जीवन बीमा कंपनी की समूह स्वास्थ्य पॉलिसी के अर्न्तगत परिवार के सदस्यों सहित कवर किया गये व्यक्ति को यह अधिकार होगा कि वह ऐसे समूह पॉलिसी से निकल कर उसी बीमाकर्ता की व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी या फैमिली फ्लोटर पॉलिसी मे शामिल हो सके, उसके पश्चात अगले नवीकरण पर उसे पोर्टबिलिटी का अधिकार होगा।
2. पॉलसीधारक के पास पोर्टबिलिटी का विकल्प सिर्फ नवीकरण के समय होगा न कि पॉलिसी के चालू रहने के दौरान

3. एक पॉलिसी धारक जो अपनी पॉलिसी को दूसरी बीमा कंपनी के पास पोर्ट करना चाहता है तो उसे प्रीमियम नवीकरण की तरीख से 45 दिन पहले आवेदन करना होगा।

4. यदि पॉलिसी धारक प्रीमियम नवीकरण तारीख से 45 दिनो के पहले आइआरडीएआइ द्वारा विहित प्रपत्र मे आवेदन नही करता तो नया बीमाकर्ता उसे पोर्टबिलिटी नही भी प्रदान कर सकता है

5. ऐसी सूचना प्राप्त होने पर बीमा कंपनी आवेदक को प्रस्ताव पत्र तथा प्रस्तावित स्वास्थ्य बीमा उत्पाद से संबंधित सभी जानकारियों के साथ आइआरडीएआइ मार्गनिर्देश मे दिए गए पोर्टबिलिटी फार्म उपलब्ध कराएगी।

6. पॉलिसीधारक प्रस्ताव पत्र के साथ साथ पोर्टबिलिटी फार्म को भी भर कर बीमा कंपनी को प्रस्तुत करेगा।

7. पोर्टाबिलिटी फार्म प्राप्त होने के वाद बीमा कंपनी विद्यमान बीमा कंपनी को पत्र लिए क्या पॉलिसी धारक के चिकित्सा इतिहास तथा दावे इतिहास की मांग करही। ऐसी मांग आइआरडीए के वेब पोर्टल के द्वारा की जाएगी।

8. ऐसा अनुरोध प्राप्त होने पर बीमा कंपनी ऐसे अनुरोध के प्राप्त होने के 7 दिनों के भीतर आइआरडीए के वेब पोर्टल मे दिए गए अनुसार बीमा पॉलिसी की पोर्टबेलिटि के लए आवश्यक डेटा प्रस्तुत करेगी।

9. यदि विद्यमान बीमार्ता निर्धारित समय सीमा के अर्न्तगत नयी बीमा कंपनी को डेटा फॉर्मेट मे आवश्यक डेटा नही उपलब्ध करा पाता तो इस आइ आर डी ए द्वारा जारी निवेशों का उल्लंघन माना जाएगा तथा बीमाकर्ता बीमा अधिनियम 1938 के अर्न्तगत दंज का पात्र होगा।

10. विद्यमान बीमा कंपनी से डेथ प्राप्त होने के बाद नई बीमा कंपनी प्रस्ताव को स्वीकार कर सकती है, तथा आइआरडीए के (पॉलिसी धारकों के हित संरक्षण) वियम 2002 के विनियम 4(6) के अनुसार पॉलिसी धारक को अपना निर्णय सूचित कर सकती है

11. यदि समय सीमा के भीतर डेटा प्राप्त करने के बाद बीमा कंपनी पॉलिसी धारक को अपना निर्णय पॉलिसी धारक को नही सूचित करती, जैसा कि बीमा कंपनी ने अपनी बीमालेखन को प्राधिकार के पास फाइल करते हुए उल्लेख किया है, तो बीमा कंपनी ऐसे प्रस्ताव को अस्वीकृत करने का अधिकार खो देती है और उसे ऐसे प्रस्ताव को स्वीकार करना होगा

12. जहां नवीकरण की तारीख पर भी नए बीमाकर्ता से पोर्टेबिलिटी को स्वीकार करने के सम्बंध मे परिणाम आना शेष हो

    a. यदि पॉलिसी धारक द्वारा अनुरोध किया जाता हो तो विद्यमान पॉलिसी को, अल्पावधि के लिए जो कम से कम एक महीने होगी, यथानुसार प्रीमियम लेते हुए, अल्पावधि के लिए विस्तारित करने की अनुमति होगी।

    b. विद्यमान पॉलिसी को तब तक रद्द नही किया जाएगा जब तक कि नए बीमाकर्ता से पॉलिसी प्राप्त नही हो जाती या बीमाधारक से लिखित अनुरोध नही प्राप्त हो जाता।

    c. ऐसे सभी मामलों मे नया बीमाकर्ता, जोखिम के प्रारंभ होने की तारीख को, अल्पावधि की समाप्ति की तारीख से मिलान करेगा, जहां कहीं भी जरुरी होगा

d. यदि किसी कारणवश बीमाधारक पॉलिसी को अपने विद्यमान बीमाकर्ता के पास बी जारी रखना चाहता है तो, वह बगैर नई शर्तों को लगाए नियमित प्रीमियम लेकर इस जारी रख सकता है

13. यदि पॉलिसी धारक ने अल्पावधि विस्तार का विकल्प लिया हो और किया गया हो तो विद्यमान बीमाकर्ता पॉलिसी की शेष अवधि के लिए बाकी प्रीमियम चार्ज कर सकता है। बशर्ते कि दावा विद्यमान बीमाकर्ता द्वारा स्वीकार कर लिया जाए ऐसे मामलो मे पॉलिसी धारक शे, अवधि के लिए प्रीमियम के भुगतान का दायी होगा और उस पॉलिसी अवधि के लिए विद्यमान बीमाकर्ता के साथ जारी रख सकता है।

14. पोर्ट की जानेवाली पॉलिसी को स्वीकार करने के लिए बीमाकर्ता सिर्फ पोर्टिंग के उद्देश्य से कोई अतिरिक्त लोडिंग या चार्ज नहीं करेगा।

15. पोर्ट की गई पॉलिसी के स्वीकार किए जाने पर किसी मध्यस्थ को कोई कमीशन देय नही होगा।

16. किसी भी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए, जहां पहले से मौजूद बीमारी और समयबद्ध अपवर्जन के सम्बंध मे प्रतिक्षा अवधि पहले ही समाप्त हो चुकी हो, की ध्यान मे रखा जाएगा और उसे पोर्ट की गई नई पॉलिसी के अर्न्तगत उस विस्तार तक कम कर दिया जाएगा

    नोट 1 : यदि नई पॉलिसी मे किसी बीमारी या निदान के लिए प्रतिक्षा अवधि उसी बीमारी या निदान के लिए पूर्व पॉलिसी से ज्यादा होतो अतिरिक्त प्रतिक्षा अवधि के बारे मे, पोर्ट करने वाले पॉलिसी धारक द्वारा प्रस्तुत किए जाने वाले पोर्टेबिलिटी फार्म मे आने वाले पॉलिसी धारक को स्पष्ट रुप से बताया जाना चाहिए

    नोट 2 : समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियो के लिए, इस बात के निरपेक्षतः की पहली पॉलिसी में कोई पहले से मौजद बीमारी अपवर्जन/समयबद्ध अपवर्जन था, नियमित बीमा कवर के आधारपर जैसा कि उपर कहा गया है, व्यक्तिगत सदस्य को क्रेडिट दिया जाएगा।

17. यदि बीमाधारक द्वारा अनुरोध किया जाता है तो पूर्व बीमाकर्ताओं से प्राप्त संचयी बोनस के विस्तार तक, पोर्टेबिलिटी पूर्व पॉलिसी के अर्न्तगत बीमित राशि साथ ही बढी हुई बीमित राशि पर लागू होगी।

    उदाहरण : यदि किसी व्यक्ति की बीमित राशि 2 लाख रु. हो बीमाकर्ता 'ए' से प्राप्त बोनस 50,000 हो तो जब वह बीमाकर्ता 'बी' के पास जाता है और प्रस्ताव स्वीकृत कर लिया जाता है तो बीमाकर्ता बी को उसे 2.50 लाख रु. पर लागू प्रीमियम लेकर 2.50 लाख रु. की बीमित राशि प्रदान करनी होगी। यदि बीमाकर्ता 'बी' के पास 2.50 लाख की बीमित राशि वाला कोई उत्पाद नही होगा तो वह नजदीकी उच्च स्लैब अकाई 3 लाख रु. पर लागू प्रीमियम लेकर 3 लाख रु. की, बीमित राशि का प्रस्ताव बीमाधारक को देगा। तथा पोर्टबिलिटी सिर्फ 2.50 लाख तक ही उपलब्ध होगी।

18. बीमाकर्ताओ को, पॉलिसी धारको का ध्यान पॉलिसी संविदा उपल्बध साहित्य जैसे, विवरण पत्र, विक्रय साहित्य या अन्य ऐसा काई दस्तावेज, किसी भी रुप मे हो, आकृष्ट कराना होगा कि :

    a. सभी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां पोर्ट की जा सकती है

b. पॉलिसी धारको को पोर्टेबिलिटी का लाभ उठाने के लिए नवीकरण की तारीख से पहले दूसरे बीमाकर्ता को सम्पर्क करना चाहिए ताकि दूसरे बीमाकर्ता से प्रस्ताव स्वीकृत होने मे लगने वाले विलम्ब के कारण कवरेज के ब्रेक होने से बचा जा सके।

E. बीमा के बुनियादी सिद्धांत और बीमालेखन के उपकरण

1. बीमालेखन के लिए प्रासंगिक बुनियादी सिद्धांत

बीमा के किसी भी रूप में, चाहे जीवन बीमा हो या साधारण बीमा, कुछ ऐसे कानूनी सिद्धांत होते हैं जो जोखिमों की स्वीकृति के साथ काम करते हैं। स्वास्थ्य बीमा भी समान रूप से इन सिद्धांतों से नियंत्रित होता है और सिद्धांतों के किसी भी उल्लंघन के परिणाम स्वरूप बीमा कंपनी देयता से बचने का निर्णय लेती है जो पॉलिसीधारकों के लिए काफी असंतोष और निराशा का कारण बनता है। ये महत्वपूण सिद्धांत इस प्रकार हैं:

1. **परम सद्भाव (Uberrima fides) और बीमा योग्य हित**

2. बीमालेखन के उपकरण

ये बीमालेखक की जानकारी के स्रोत और आधार हैं जिन पर जोखिम वर्गीकरण किया जाता है और अंत में प्रीमियम निर्धारित किया जाता है। बीमालेखन के लिए महत्वपूर्ण उपकरण निम्नलिखित हैं:

a) **प्रस्ताव प्रपत्र**

यह दस्तावेज़ अनुबंध का आधार है जहां प्रस्तावक के स्वास्थ्य और व्यक्तिगत जानकारी से संबंधित सभी महत्वपूर्ण जानकारी (यानी उम्र, पेशा, शारीरिक गठन, आदतें, स्वास्थ्य की स्थिति, आय, प्रीमियम भुगतान की जानकारी आदि) एकत्र की जाती है। इसमें आसान सवालों के एक सेट से लेकर उत्पाद तथा कंपनी की आवश्यकताओं/निति के अनुसार एक पूरी तरह से विस्तृत प्रश्नावली शामिल हो सकती है ताकि यह सुनिश्चित किया जा सके कि सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा किया गया है और तदनुसार कवरेज प्रदान किया गया है। बीमाधारक व्यक्ति द्वारा कोई भी उल्लंघन या जानकारी को छुपाया जाना पॉलिसी को अमान्य कर देगा।

b) **उम्र का प्रमाण**

प्रीमियम बीमाधारक की उम्र के आधार पर निर्धारित किए जाते हैं। इसलिए प्रवेश के समय बतायी गयी उम्र को एक उम्र का प्रमाण प्रस्तुत करके सत्यापित किया जाना आवश्यक है।

उदाहरण

भारत में कई प्रकार के दस्तावेजों को उम्र प्रमाण माना जा सकता है लेकिन ये सभी कानूनी तौर पर स्वीकार्य नहीं होते हैं। अधिकांशतः मान्य दस्तावेजों को दो व्यापक श्रेणियों में बांटा जाता हैं। ये इस प्रकार हैं:

a) मानक उम्र प्रमाण: इनमें से कुछ दस्तावेजों में स्कूल प्रमाणपत्र, पासपोर्ट, निवास प्रमाणपत्र, पैन कार्ड आदि शामिल हैं।

b) गैर-मानक उम्र प्रमाणः इनमें राशन कार्ड, मतदाता पहचान पत्र, वरिष्ठ व्यक्ति की घोषणा, ग्राम पंचायत प्रमाणपत्र आदि शामिल हैं।

c) **वित्तीय दस्तावेज**

प्रस्तावक की वित्तीय स्थिति को जानना लाभ उत्पादों के लिए और नैतिक जोखिम को कम करने के लिए विशेष रूप से प्रासंगिक है। हालांकि, सामान्यतः वित्तीय दस्तावेजों की मांग केवल इन मामलों की जाती है

a. **व्यक्तिगत दुर्घटना कवर या**
b. **उच्च बीमा रा श कवरेज या**
c. **जब मांगे गए कवरेज की तुलना में बतायी गयी आय और पेशा का तालमेल नहीं बैठता है।**

d) **मेडिकल रिपोर्ट**

मेडिकल रिपोर्ट की आवश्यकता बीमा कंपनी के मानदंडों पर आधारित है और आम तौर पर बीमाधारक की उम्र पर और कभी-कभी चुने गए कवर की मात्रा पर निर्भर करता है। प्रस्ताव प्रपत्र के कुछ उत्तरों में कुछ ऐसी जानकारी भी शामिल हो सकती है जो मांगी गयी मेडिकल रिपोर्ट की वजह बनती है।

e) **बिक्री कर्मियों की रिपोर्ट**

बिक्री कर्मियों को भी कंपनी के लिए जमीनी स्तर पर के बीमालेखकों के रूप में देखा जा सकता है और उनकी रिपोर्ट में उनके द्वारा दी गई जानकारी एक महत्वपूर्ण विचार बन सकती है। हालांकि, बिक्री कर्मियों को अधिक व्यवसाय उत्पन्न करने के लिए एक प्रोत्साहन दिया जाता है, यहां हितों का टकराव होता है जिस पर नज़र रखना आवश्यक है।

स्व-परीक्षण 2

बीमालेखन में _____ द्वारा परम सद्भाव के सिद्धांत का पालन किया जाना आवश्यक है।

I. बीमा कंपनी
II. बीमाधारक
III. बीमा कंपनी और बीमाधारक दोनों
IV. चिकित्सा परीक्षक

स्व-परीक्षण 3

बीमा योग्य हित _____ को दर्शाता है।

I. बीमा योग्य परिसंपत्ति में व्यक्ति के वित्तीय हित
II. पहले से बीमा की गयी संपत्ति
III. नुकसान के लिए प्रत्येक बीमा कंपनी का हिस्सा, जब एक से अधिक कंपनी एक ही नुकसान को कवर करती है
IV. नुकसान की राशि जो बीमा कंपनी से वसूल की जाती सकती है

बीमालेखन प्रक्रिया

आवश्यक जानकारी प्राप्त हो जाने के बाद बीमालेखक पॉलिसी की शर्तें निर्धारित करता है। स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय के बीमालेखन के लिए इस्तेमाल होने वाले सामान्य फॉर्म इस प्रकार है:

2. चिकित्सा बीमालेखन

चिकित्सा बीमालेखन एक ऐसी प्रक्रिया है जिसमें स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए आवेदन करने वाले व्यक्ति के स्वास्थ्य की स्थिति निर्धारित करने के लिए प्रस्तावक से मेडिकल रिपोर्ट की मांग की जाती है। फिर एकत्र की गयी स्वास्थ्य की जानकारी का बीमा कंपनियों द्वारा यह तय करने के लिए मूल्यांकन किया जाता है कि क्या कवरेज दिया जाएगा, किस सीमा तक और किन शर्तों एवं अपवर्जनों के साथ। इस प्रकार चिकित्सा बीमालेखन जोखिम की स्वीकृति या अस्वीकृति और इसके अलावा कवर की शर्तों का भी निर्धारण कर सकता है।

हालांकि चिकित्सा बीमालेखन में मेडिकल रिपोर्ट प्राप्त करने और जांच के संदर्भ में उच्च लागतें सम्मिलित होती हैं। इसके अलावा, जब बीमा कंपनियां चिकित्सा बीमालेखन की एक उच्च डिग्री का उपयोग करती हैं, उनको केवल 'मलाई खाने' का दोषी ठहराया जाता है (जिसमें केवल सर्वोत्तम प्रकार के जोखिम को स्वीकार किया जाता है और अन्य को नकार दिया जाता है)। यह संभावित ग्राहकों के बीच हताशा का कारण बनता है और उन बीमा कंपनियों के साथ बीमा करने के इच्छुक लोगों की संख्या कम कर देता है क्योंकि वे अपेक्षित जानकारी और विवरण प्रदान करने और आवश्यक परीक्षणों की प्रक्रिया से गुजरना नहीं चाहते हैं।

स्वास्थ्य स्थिति और उम्र व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा के लिए बीमालेखन के महत्वपूर्ण विचार हैं। इसके अलावा वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति, निजी और परिवार की चिकित्सा का इतिहास एक बीमालेखक को किसी भी पहले से मौजूद बीमारी या समस्या और अंततः भविष्य की स्वास्थ्य समस्याओं का पता लगाने में सक्षम बनाता है जिनके लिए अस्पताल में भर्ती होने या शल्य चिकित्सा के हस्तक्षेप की आवश्यकता हो सकती है।

इसके अलावा प्रस्ताव प्रपत्रों को इस प्रकार तैयार किया जाता है कि इससे पहले किए गए उपचारों, अस्पताल में भर्ती होने और शल्य चिकित्सा की प्रक्रियाओं से गुजरने के बारे में स्पष्ट जानकारी प्राप्त हो जाती है। यह एक बीमालेखक को पहले से मौजूद बीमारी की पुनरावृत्ति, वर्तमान या भविष्य की स्वास्थ्य स्थिति पर उसके प्रभाव या भविष्य की समस्याओं की संभावना का मूल्यांकन करने में मदद करता है। कुछ बीमारियां जिनके लिए प्रस्तावक केवल दवाएं ले रहा है, जल्द ही किसी भी समय अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता पड़ सकती है या इसकी पुनरावृत्ति हो सकती है।

उदाहरण

उच्च रक्तचाप, अधिक वजन/मोटापा और शर्करा के उच्च स्तर जैसी चिकित्सा स्थितियों में दिल, गुर्दे और तंत्रिका तंत्र के रोगों के लिए भविष्य में अस्पताल में भर्ती होने की काफी संभावना रहती है। इसलिए चिकित्सा बीमालेखन के लिए जोखिम का आकलन करते समय इन स्थितियों पर ध्यान से विचार किया जाना चाहिए।

चूंकि स्वास्थ्य स्थिति में प्रतिकूल परिवर्तन आम तौर पर 40 वर्ष की उम्र के बाद, मुख्य रूप से सामान्य उम्र बढ़ने की प्रक्रिया के कारण होते हैं, बीमा कंपनियों को 45 वर्ष की उम्र से पहले प्रस्तावक के किसी भी चिकित्सा जांच या परीक्षण की आवश्यकता नहीं पड़ती है (कुछ बीमा कंपनियां इस आवश्यकता को 50 या 55 वर्ष तक भी बढ़ा सकती हैं)। इसके अलावा चिकित्सा बीमालेखन दिशानिर्देशों में प्रस्तावक के पारिवारिक चिकित्सक द्वारा उसकी स्वास्थ्य की स्थिति की एक हस्ताक्षरित घोषणा की आवश्यकता हो सकती है।

भारतीय स्वास्थ्य बीमा बाजार में व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा के लिए प्रमुख चिकित्सा बीमालेखन कारक व्यक्ति की उम्र है। पहली बार शामिल होने वाले 45-50 वर्ष से अधिक की उम्र के व्यक्तियों के मामले में सामान्यतः स्वास्थ्य जोखिम प्रोफाइल का आकलन करने के लिए और उनकी वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति के बारे में जानकारी प्राप्त करने के लिए निर्दिष्ट पैथोलोजिकल जांच की प्रक्रिया से गुजरना आवश्यक होता है। इस तरह की जांच पहले से मौजूद किसी चिकित्सा समस्या या बीमारे के प्रसार का संकेत देती है।

उदाहरण

नशीली दवाओं, शराब और तंबाकू के सेवन का पता लगाना मुश्किल हो सकता है और प्रस्ताव प्रपत्र में प्रस्तावक द्वारा शायद ही कभी घोषित किया जाता है। इनका गैर-प्रकटीकरण स्वास्थ्य बीमा के बीमालेखन में एक बड़ी चुनौती बन गया है। मोटापा एक अन्य समस्या है जो एक बड़ी सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या बनती जा रही है और बीमालेखकों को इनसे उत्पन्न होने वाली समस्याओं का पर्याप्त मूल्यांकन करने में सक्षम होने के लिए बीमालेखन उपकरण विकसित करने की आवश्यकता है।

3. गैर-चिकित्सा बीमालेखन

स्वास्थ्य बीमा के लिए आवेदन करने वाले अधिकांश प्रस्तावकों को चिकित्सा जांच की जरूरत नहीं पड़ती है। अगर इसे सत्यता की एक निष्पक्ष डिग्री के साथ जाना जा सकता है तो इस तरह के मामलों के केवल दसवें हिस्से या उससे कम में चिकित्सा जांच के दौरान प्रतिकूल परिणाम आएगा, फिर बीमा कंपनियां अधिकांश मामलों में चिकित्सा जांच को अनावश्यक बना सकती हैं।

यहां तक कि अगर प्रस्तावक सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा पूरी तरह से और सच्चाई से करता है और एजेंट द्वारा सावधानी से इसकी जांच की गई है, फिर भी चिकित्सा जांच की आवश्यकता बहुत कम हो सकती है। वास्तव में, दावों के अनुपात में मामूली वृद्धि को स्वीकार किया जा सकता है अगर चिकित्सा जांच की लागतों और अन्य खर्चों में बचत होती है और क्योंकि इससे प्रस्तावक की असुविधा भी कम होगी।

इसलिए, बीमा कंपनियां कुछ ऐसी चिकित्सा पॉलिसियां लेकर आ रही हैं जहां प्रस्तावक को किसी चिकित्सा जांच से गुजरने की आवश्यकता नहीं है। ऐसे मामलों में, कंपनियां आम तौर पर एक 'मेडिकल ग्रिड' बनाती हैं जिससे यह पता चलेगा कि किस उम्र और चरण में चिकित्सा बीमालेखन किया जाना चाहिए, और इसलिए इन गैर-चिकित्सा सीमाओं को सावधानी से डिजाइन किया जाता है ताकि व्यवसाय और जोखिम के बीच एक उचित संतुलन कायम किया जा सके।

उदाहरण

अगर किसी व्यक्ति को चिकित्सा परीक्षाओं, प्रतीक्षा अवधियों और कार्रवाई में देरी की एक लंबी प्रक्रिया से गुजरे बिना तुरंत स्वास्थ्य बीमा कवरेज लेना है तो वह एक गैर-चिकित्सा बीमालेखन पॉलिसी लेने का विकल्प चुन सकता है। एक गैर-चिकित्सा बीमालेखन पॉलिसी में, प्रीमियम दरें और बीमा राशि आम तौर पर उम्र, लिंग, धूम्रपान की श्रेणी, शारीरिक गठन आदि पर आधारित कुछ स्वास्थ्य संबंधी प्रश्नों के उत्तर के आधार पर निर्धारित की जाती हैं। यह प्रक्रिया तीव्र है लेकिन प्रीमियम अपेक्षाकृत अधिक हो सकते हैं।

4. संख्यात्मक निर्धारण विधि

यह बीमालेखन में अपनायी जाने वाली एक ऐसी प्रक्रिया है जिसमें जोखिम के प्रत्येक घटक के बारे में संख्यात्मक या प्रतिशत आकलन किए जाते हैं।

इसमें उम्र, लिंग, जाति, व्यवसाय, निवास, वातावरण, शारीरिक गठन, आदतें, परिवार और व्यक्तिगत इतिहास जैसे कारकों की जांच की जाती है और पूर्व-निर्धारित मानदंडों के आधार पर संख्यात्मक रूप से अंक दिए जाते हैं।

5. बीमालेखन संबंधी निर्णय

प्राप्त जानकारी का सावधानी से आकलन करने और उचित जोखिम श्रेणियों में वर्गीकृत किए जाने पर बीमालेखन प्रक्रिया पूरी हो जाती है। उपरोक्त उपकरणों और अपने निर्णय के आधार पर, बीमालेखक जोखिम को निम्नलिखित श्रेणियों में वर्गीकृत करता है:

a) मानक दरों पर जोखिम को स्वीकार करना
b) एक अतिरिक्त प्रीमियम (अधिभार) पर जोखिम को स्वीकार करना, हालांकि यह प्रक्रिया सभी कंपनियों में नहीं अपनायी जा सकती है
c) एक निर्धारित अवधि/समय के लिए कवर को स्थगित करना
d) कवर को अस्वीकार करना
e) काउंटर ऑफर (कवर के कुछ भाग को सीमित या अस्वीकार करना)
f) उच्च कटौती या को-पे लगाना
g) पॉलिसी के तहत स्थायी अपवर्जन लगाना

अगर किसी बीमारी को स्थायी रूप से बाहर रखा जाता है तो इसे पॉलिसी प्रमाणपत्र पर पृष्ठांकित किया जाता है। यह पॉलिसी के मानक अपवर्जन के अलावा एक अतिरिक्त अपवर्जन बन जाता है और अनुबंध का एक हिस्सा होता है।

बीमालेखकों द्वारा विशेषज्ञ व्यक्तिगत जोखिम मूल्यांकन बीमा कंपनियों के लिए महत्वपूर्ण है क्योंकि यह बीमा प्रणाली को संतुलन में रखता है। बीमालेखन बीमा कंपनियों को समान स्तर के अपेक्षित जोखिम वाले लोगों को एक साथ समूहीकृत करने और उनके द्वारा चुनी गयी सुरक्षा के लिए एक समान प्रीमियम वसूल करने में सक्षम बनाता है। पॉलिसीधारक के लिए लाभ एक निष्पक्ष और प्रतिस्पर्धी मूल्य पर बीमा की उपलब्धता है जबकि एक

बीमा कंपनी के लिए लाभ पोर्टफोलियो के अनुभव को रुग्णता की मान्यताओं के अनुरूप अपने बनाए रखने की क्षमता है।

6. सामान्य या मानक अपवर्जनों का प्रयोग

अधिकांश पॉलिसियों में अपने सभी सदस्यों पर लागू होने वाले अपवर्जन शामिल होते हैं। इन्हें मानक अपवर्जन के रूप में जाना जाता है या कभी-कभी सामान्य अपवर्जन कहा जाता है। बीमा कंपनियां मानक अपवर्जनों को लागू करके अपने जोखिम को सीमित करती हैं।

इसकी चर्चा पहले के अध्याय में की गई है।

स्व-परीक्षण 4

चिकित्सा बीमालेखन के बारे में इसमें से कौन सा कथन सही नहीं है?

I. इसमें मेडिकल रिपोर्ट प्राप्त करने या उसका आकलन करने की उच्च लागत शामिल है।
II. वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति और उम्र स्वास्थ्य बीमा के चिकित्सा बीमालेखन में महत्वपूर्ण कारक हैं।
III. प्रस्तावकों को अपने स्वास्थ्य जोखिम प्रोफाइल का आकलन करने के लिए चिकित्सकीय और पैथोलोजिकल जांच की प्रक्रिया से गुजरना होता है।
IV. जोखिम के प्रत्येक घटक के बारे में प्रतिशत आकलन किया जाता है।

चित्र 1: बीमालेखन प्रक्रिया

F. समूह स्वास्थ्य बीमा

1. समूह स्वास्थ्य बीमा

समूह बीमा का बीमालेखन मुख्यतः औसत के नियम के अनुसार किया जाता है जिसका अर्थ यह है कि जब एक मानक समूह के सभी सदस्यों को एक समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के तहत कवर किया जाता है तो समूह में शामिल होने वाले व्यक्ति बीमा कंपनी के खिलाफ प्रतिकूल-चयन नहीं कर सकते हैं। स्वास्थ्य बीमा के लिए एक समूह को स्वीकार करते समय बीमा कंपनियां समूह में कुछ ऐसे सदस्यों की मौजूदगी पर विचार करती हैं जिनको गंभीर और लगातार होने वाली स्वास्थ्य समस्याएं हो सकती हैं।

समूह स्वास्थ्य बीमा के बीमालेखन के लिए समूह की विशेषताओं का विश्लेषण करने की आवश्यकता होती है ताकि यह मूल्यांकन किया जा सके कि क्या यह बीमा कंपनी के बीमालेखन दिशानिर्देशों और बीमा नियामकों द्वारा समूह बीमा के लिए निर्धारित दिशानिर्देशों के भीतर आता है।

समूह स्वास्थ्य बीमा के लिए मानक बीमालेखन प्रक्रिया के लिए निम्नलिखित कारकों पर प्रस्तावित समूह का मूल्यांकन करने की आवश्यकता होती है:

a) समूह का प्रकार

b) समूह का आकार

c) उद्योग का प्रकार

d) कवरेज के लिए योग्य व्यक्ति

e) क्या पूरे समूह को कवर किया जा रहा है या सदस्यों को बाहर निकालने के लिए कोई विकल्प उपलब्ध है

f) कवरेज का स्तर - क्या सभी के लिए एक समान या अलग-अलग है

g) लिंग, उम्र, एक या अनेक स्थान, समूह के सदस्यों की आय के स्तर, कर्मचारी परिवर्तन की दर, क्या प्रीमियम का भुगतान पूरी तरह से समूह धारक द्वारा या सदस्यों द्वारा किया गया है या सदस्यों को प्रीमियम भुगतान में भाग लेने की आवश्यकता है

h) विभिन्न भौगोलिक स्थानों में फैले कई स्थानों के मामले में सभी क्षेत्रों में स्वास्थ्य देखभाल की लागतों में अंतर

i) ट) एक तृतीय पक्ष व्यवस्थापक द्वारा समूह बीमा के प्रबंधन के लिए समूह धारक की पसंद (उनकी पसंद या बीमा कंपनी द्वारा चयनित विकल्प के बारे में) या बीमा कंपनी द्वारा अपने आप

j) ठ) प्रस्तावित समूह के पिछले दावों का अनुभव

उदाहरण

खदानों या कारखानों में काम करने वाले सदस्यों का एक समूह वातानुकूलित कार्यालयों में काम करने वाले सदस्यों के एक समूह की तुलना में अधिक स्वास्थ्य जोखिम के दायरे में होता है। इसके अलावा बीमारियों की

प्रकृति (जिनके दावे) भी दोनों समूहों के लिए काफी अलग होने की संभावना है। इसलिए, बीमा कंपनी दोनों ही मामलों में समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी का मूल्य तदनुसार तय करेगी।

इसी प्रकार आईटी कंपनियों जैसे अधिक संख्या में नौकरी छोड़ने वाले समूहों के मामले में प्रतिकूल चयन से बचने के लिए, बीमा कंपनियां एहतियाती मानदंड लागू कर सकती हैं जिसके लिए कर्मचारियों को बीमा के लिए योग्य बनने से पहले अपनी परिवीक्षाधीन अवधि में काम करने की आवश्यकता होगी।

समूह स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय की अत्यधिक प्रतिस्पर्धी प्रकृति के कारण बीमा कंपनियां समूह बीमा योजनाओं के लाभों में काफी लचीलापन और अनुकूलन की अनुमति देती हैं। नियोक्ता-कर्मचारी समूह बीमा योजना में, लाभों की डिजाइन आम तौर पर समय के साथ विकसित होती है और नियोक्ता के मानव संसाधन विभाग द्वारा इसे एक कर्मचारी प्रतिधारण उपकरण के रूप में इस्तेमाल किया जाता है। अक्सर, लचीलापन व्यवसाय पर कब्जा करने और बदलने के लिए एक अन्य बीमा कंपनी द्वारा दिए गए मौजूदा समूह बीमा योजना के लाभों से तालमेल बिठाने या सुधार करने के लिए बीमा कंपनियों के बीच प्रतिस्पर्धा का परिणाम होता है।

2. नियोक्ता-कर्मचारी समूहों के अलावा अन्य बीमालेखन

नियोक्ता-कर्मचारी समूह पारंपरिक रूप से समूह स्वास्थ्य बीमा के लिए प्रस्तावित सबसे आम समूह हैं। हालांकि, स्वास्थ्य बीमा को स्वास्थ्य देखभाल के खर्च के वित्तपोषण के एक प्रभावशाली साधन के रूप में स्वीकार किए जाने के कारण समूह संरचनाओं के विभिन्न प्रकार विकसित हो गए हैं। ऐसे परिदृश्य में, समूह स्वास्थ्य बीमा के बीमालेखकों के लिए समूह का बीमालेखन करते समय समूह की संरचना के चरित्र पर विचार करना महत्वपूर्ण हो जाता है।

कर्मचारी-नियोक्ता समूहों के अलावा बीमा कंपनियों ने विभिन्न प्रकार के समूहों को समूह स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्रदान किया है जैसेः श्रमिक संघ, न्यास और सोसायटी, एकाधिक-नियोक्ता समूह, फ्रेंचाइजी डीलर, व्यावसायिक संगठन, क्लब और अन्य बंधुत्व संगठन।

विभिन्न देशों की सरकारों ने समाज के गरीब वर्गों के लिए समूह स्वास्थ्य बीमा कवरेज खरीदने का काम किया है। भारत में, केंद्र और राज्य दोनों स्तरों पर सरकारों द्वारा गरीबों के लिए समूह स्वास्थ्य बीमा योजनाओं जैसे - राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाय), यशस्विनी को आक्रामक तरीके से प्रायोजित किया गया है।

हालांकि इस तरह के विविध समूहों के लिए बुनियादी बीमालेखन विचार आम तौर पर स्वीकार्य समूह बीमालेखन कारकों के समान हैं, अतिरिक्त पहलुओं में शामिल हैंः

a) समूह का आकार (छोटे आकार के समूह में लगातार परिवर्तन हो सकते हैं)
b) विभिन्न भौगोलिक क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवा की अलग-अलग लागतें
c) समूह के सभी घटकों के समूह स्वास्थ्य बीमा योजना में भाग नहीं लेने मामले में प्रतिकूल चयन का जोखिम
d) पॉलिसी में समूह में सदस्यों की निरंतरता

सिर्फ सस्ते दामों पर इस तरह के समूह स्वास्थ्य बीमा लाभ का लाभ लेने के लिए 'सुविधा समूह' नामक समूह संरचनाओं के अनियमित प्रकारों में वृद्धि हुई है। इसलिए बीमा नियामक आईआरडीए ने विभिन्न समूहों के साथ कामकाज करने में बीमा कंपनियों द्वारा अपनाए जाने वाले दृष्टिकोण को विनियमित करने के विचार से समूह बीमा के दिशानिर्देश जारी किए हैं। इस तरह के गैर-नियोक्ता समूहों में शामिल हैं:

a) नियोक्ता कल्याण संघ
b) एक विशेष कंपनी द्वारा जारी किए गए क्रेडिट कार्ड के धारक
c) एक विशेष व्यवसाय के ग्राहक जहां बीमा एक ऐड-ऑन लाभ के रूप में दिया जाता है
d) एक बैंक के उधारकर्ता और व्यावसायिक संगठन या सोसायटी

समूह बीमा के दिशानिर्देशों का औचित्य लचीली डिजाइन के लाभ के साथ बीमा प्राप्त करने के एकमात्र उद्देश्य से समूहों के गठन को प्रतिबंधित करना है, यहां लाभों का कवरेज व्यक्तिगत पॉलिसियों पर उपलब्ध नहीं होता है और लागत में बचत होती है। ऐसा देखा गया है कि इस तरह के 'सुविधा समूह' अक्सर बीमा कंपनियों के खिलाफ प्रतिकूल चयन करने और अंततः उच्च दावा अनुपातों का कारण बनते हैं। इस प्रकार नियामक प्राधिकरण के समूह बीमा के दिशानिर्देश बीमा कंपनियों द्वारा बाजार के जिम्मेदार संचालन में सहायक होते हैं। ये बीमालेखन में और समूह योजनाओं के लिए प्रबंधन के मानकों का निर्धारण करके समूह बीमा योजनाओं के प्रचार में भी अनुशासन पैदा करते हैं।

G. विदेश यात्रा बीमा का बीमालेखन

चूंकि विदेश यात्रा बीमा पॉलिसियों मे स्वास्थ्य कवर ही मुख्य कवर होता है इसलिए इसके बीमालेखन मे स्वास्थ्य बीमा के तरीके का ही अनुपालन किया जाना चाहिए

प्रीमियम का दर निर्धारण और स्वीकृति अलग अलग कंपनियों के मार्ग निदेश के अनुसार होती है पर कुछ महत्वपूर्ण बाते इस प्रकार होती है

1. प्रीमियम की दर प्रस्तावक की आयु और उसके विदेश मे रहने की अवधि पर निर्भर करती है
2. यूकिं विदेशों मे चिकित्सा काफी मंहगी होती है इस लिए प्रीमियम की दर घरेलू स्वास्थ्य पॉलिसियों की तुलना मे काफी अधिक होती है
3. विदेशों मे बी खास कर अमेरिका और कनाडा का प्रीमियम ज्यादा होता है।
4. इस संभावना से बचने का जरुर प्रयास करना चाहिए कि प्रस्तावक पॉलिसी का उपयोग विदेश में अपने इलाज के लिए नही करें अतः पहले से मौजूद बीमारियों पर प्रस्ताव स्तर पर ही ध्यान रखा जाना चाहिए

H. व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा का बीमालेखन

व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियों के बीमालेखन से जुड़ी बातो पर नीचे चर्चा की गई है।

दर निर्धारण

व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा में व्यवसाय या पेशे को मुख्य आधार माना जाता है. आमतौर पर देखा जाए तो घर में, गली, आदि में व्यक्तिगत दुर्घटना का खतरा तो सभी लोगों के ले एक समान रहता है. किन्तु पेशे या व्यवसाय से संबंधित जोखिम निष्पादित की जाने वाली कार्य की प्रकृति के अनुरूप भिन्न-भिन्न किस्म के हुआ करते हैं. उदाहण के लिए, कार्यलय में बैठकर कराम करने वाले प्रबंधक की तुलना में निर्माणाधीन भवन की जगह पर कार्यरत सिविल इंजीनियर के ले जोखिम का खरता ज्यादा रहता है.

प्रत्येक पेशे एवं व्यवसाय के लिए ए निश्चित दर नर्धारित कर पाना व्यावहारिक नहीं है. इसलिए व्यवसायों को समूहों में वर्गीकृत किया जता है और प्रत्येक समूह के लिए कमोबेश जोखिम का खतरा एक सा रहता है. वर्गीकरण की पद्धति आसाम है और इसे व्यवहार में कारगर पाया गया है.

जोखिम वर्गीकरण

- **जोखिम समूह – I**

  लेखाराप, डॉक्टर, वकील, वास्तुशिल्पी, परामर्शी इंजीनियर, अध्यापक, बैंकर, प्रशासनिक कार्यरत व्यक्ति, वे व्यक्ति जो मूलतः इसी प्रकार के जोखिमयुक्त कार्य से जुड़े हों.व्यवसाय के आधार पर बीमाधारक से जुडे जोखिम को तीन समूहों में बाँटा गया है।

- **जोखिम समूह – II**

  केवल पर्यवेक्षण कार्यरत विल्डर, कॉन्ट्रेक्टर तथा इंजीनियर, पशु-चिकित्सक, मोटर कार तयथा हल्के मोटर वाहनों के वेतनभोगी ड्राइवर तथा इसी प्रकार के जोखिमयुक्त कार्यों में लगे व्यक्ति और वे व्यक्ति जो शारीरिक श्रम नहीं करते हों.

  शारिरिक श्रम करने वाले सभी व्यक्ति (केवल उन्हें छोड़कर जो श्रेणी - 3 में आते हैं), नकदी लाने-ले जाने वाले कर्मचारी, गराज तथा मोटर मेकेनिक, मशीन ऑपरेटर, ट्रक व लॉरी तथा अन्य भारी वाहनों के ड्राइवर, पेशेवर खिलाड़ी, खिलाड़ी, मशीनों द्वारा काष्ठ-शिल्प का काम करने वाले लोग एवं इसी प्रकार के जोखिमयुक्त कार्य करने वाले लोग.

- **जोखिम समूह – III**

  भूमिगत खानों, विस्फोटक पदार्थों, मैगजींस में काम करने वाले लोग, हाई टेंशन आपूर्ति वाले विद्युत आस्थापनों में काम करने वाले मजदूर, ज़की, सर्कस कर्मचारी, ह्वील पर या घोड़े की पीठ में बैठकर दौड़ लगाने वाले व्यक्ति, बिग गेम हंटिंग, पर्वतारोहण, विन्टर स्पोर्टस्, स्कीइंग, आइस हॉकी,

बलूनिंग, हैंग ग्लाइडिंग, रीवर राफ्टिंग, पोलो तथा इसी प्रकार के जोखिमयुक्त व्यवसाय/गतिविधियों से जुड़े लोग.

जोखिम समूह को सामान्यतः सामान्य, मध्यम और उच्च के रूप में जाना जाता है।

आयु सीमाएं

कवर और नवीकरण हेतु न्यूनतम और अधिकतम आयु कंपनी दर कंपनी अलग हो सकती है।न्यूनतम आयु सीमा 5 वर्ष और अधिकतम 70 वर्ष है. तथापि,उनव्यक्तियों के मामले में जिनके पास पहले से ही बीमा आवरण है, नके 70 वर्ष की आयु पूर्ण करने पर भी पॉलिसियों का नवीकरण किया जा सकता है. परन्तु यह 80 वर्ष की आयु तक किया जा सकेगा, जिसके लिए नवीकरण प्रीमियम पर अधिभार लागू किया जाएगा.

नवीकरण या नये बीमा आवरण के लिए स्वास्थ्य परीक्षण की आवश्यकता नहीं है.

चिकित्सा व्यय

निम्नलिखित रूप से चिकित्सा खर्च का कवर है:

- बीमाकृत व्यक्ति को दुर्घटनात्मक शारीरिक चोट पहुंचने पर उसकी ओर से किये जाने वाले चिकित्सा व्यय को अतिरिक्त प्रीमियम अदायगी करते हुए आवरित किया जा सकता है। जिसके लिए पृष्ठांकन द्वारा व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी का विस्तारण किया जा सकता है
- ये लाभ पॉलसी के अंरग्त मिलने वाले अन्य लाभों के अतिरिक्त हैं।
- व्यक्ति का अस्पताल में भर्ती होना जरूरी नहीं होता

युद्धि एवं सम्बद्ध जोखिम

विदेशों में सिविल ड्यूटी पर तैनात भारतीय कर्मचारियों / विशेषज्ञों को निम्नलिखितानुसार अतिरिक्त प्रीमियम अदा करेन पर युद्ध जोखिम बीमा आवरण दिया जा सकता है

- सामान्य एवं शांतिपूर्ण अवधि के दौरान जारी व्य. दू. पॉलिसीयां-सामान्य दर से 50% अतिरिक्त (अर्थात् सामान्य दर का 150%)
- असामन्य/आशंकापूर्ण अवधि के दौरान जारी व्य.दु. पॉलिसियां (अर्थात् ऐसी अवधि के दौरान जब उस विदेशी राष्ट्र में युद्ध के समान स्थितियां उत्पन्न हो चुकी हों या जिनका होना अवस्यंभावी है, जहां भारतीय कर्मचारी सिविल ड्यूटी पर कार्यरत हैं. सामान्य दर से 150% अतिरिक्त –(अर्थात् सामान्य दर का 250%)

प्रस्ताव – प्रपत्र

प्रस्ताव – प्रपत्र में निम्नलिखित के बारे में जानकारी दी जाती है

- व्यक्तिगत विवरण
- शारीरिक स्थिती

- आदतें एवं अभिरुचियां
- अन्य एवं पूर्व बीमा
- पूर्व घटित दुर्घटनाएं या बीमारी
- बीमा मूल्य व लाडों का चयन
- घोषणा

उपर्युक्त आवश्यक जानकारी का विस्तृत विवरण इस प्रकार है।

- व्यक्तिगत विविरण में अन्य बातों के साथ-साथ आयु, ऊंचाई तथा वजन, पेशे का पूर्ण विवरण तथा औसत मासिक आय का उल्लेख रहता है.
- आयु से इस बात का पता चल सकेगा कि क्या प्रस्तावक उसकी ओर से चयनित पॉलिसी के ले आवश्यक आयु सीमा के अधीन है या नहीं. वजन और ऊंचाई की तुलना संबंधित लिंग की औसत ऊंचाई एवं उम्र वाली सारिणी से की जानी चाहिए और यदि प्रस्तावक निर्धारित औसत से 15% ज्यादा या कम पाया गया तो अतिरिक्त जांच-पड़ताल करवायी जानी चाहिए.
- शारीरिक स्थित से सम्बद्ध विवरणों में किसी भी प्रकार की शारीरिक अशक्तता या दोष, लम्बी बीमारियां, आदि का समावेश किया जाता है.
- जिन प्रस्तावकों के किसी अंग की हानि या एक आंख की रोशनी चली गई हो उनके प्रस्ताव अनुमोदित प्रकरणों के आधार पर विशेष शर्तों के अध्यधीन स्वीकार किये जा सकते हैं. ये दुर्बलताएं असामान्य जोखिमों को जन्म देती हैं क्योंकि ऐसे व्यक्ति कुछ विशेष प्रकार की दुर्घटनाओं को टाल पाने में कम कामयाव होते हैं और इस तथ्य के मद्देनज़र कि यदि बचे हुए हाथ या पैर को चोट पहुंच जाती है या दूसरे आंख की रोशनी पर उसका प्रभाव पड़ता हो तो उनके मामले में अपंगता की गंभीरता एवं गहनता सामान्य मामलों की तुलना में कहीं ज्यादा होने की आशंका बनी रहती है.
- यदि प्रस्तावक मधुमेह (डायबिटीज) में पीड़ित है तो उसके ठीक होने में काफी समय लग जाएगा क्योंकि घाव जल्दी नहीं भर पाएगा और अपंगता अत्यधिक रुप से बढ़ती चली जाएगी. प्रस्तावक के चिकित्सा इतिवृत्त की यह निर्धारित करने के लिए जांच-पड़ताल की जानी चाहिए कि उसे पहुंचने वाली चोटों या बीमारियों का भावी दुर्घटनात्मक जोखिमों पर क्या कोई प्रभाव पड़ेगा. यदि हां तो किस हद तक. इस संबंध में बहुत सी शिकायतें मिलती रहती हैं जो अनिवार्यतः गंभीर किस्म की होती हैं और जोखिम को गैर-बीमा योग्य साबित कर देती हैं जैसे हृदय के वाल्व से सम्बद्ध बीमारी.
- खतरनाक अभिरूचियों जैसे पर्वतारोहण, पोलो, मोटर दौड़, एरोबेटिक्स, आदि के लिए अतिरिक्त प्रीमियम लगाया जाता है.

बिमित राशि

व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी मे बीमित राशि बहुत सावधानी से तय की जानी चाहिए, क्योकि यह सुविधा पॉलिसी होती है न कि विशुद्ध क्षतिपूर्ति पॉलिसी 'लाभदायक नियोजन' से प्राप्त होने वाली आय पर ध्यान रखे जाने की

जरुरत होती है, दूसरे शब्दो में, प्रस्तावक के दुर्घटनाग्रस्त होने परजो आय बाधित नही हो, तो बीमित राशि तय करते समय नही जोडा जाना चाहिए।

बीमित राशि के निर्धारण का तरीका बीमाकर्ताओ/बीमालेखको के बीच अलग अलग होता है तथा कवर प्रदान करने वाली निर्धारित राशि क्या होगी, यह बीमालेखको पर निर्धर कता है। तथापि, सामान्यतः ऐसा मान जाता है कि बीमित राशि, बीमाधारक के 73 महिनों की / 6 वर्ष की आय से ज्यादा नहीं होनी चाहिए।

इस प्रतिबंध को बहुत सख्ती से तब लागू नही किया जाता जब पॉलिसी सिर्फ मूल लाभ के लिए ली जाती है। तथापि, ऐसानही होना चाहिए कि अस्थाई कुल अयोग्यता कवर के मामले मे कवर की अवधि के दौरान दी जाने वाली क्षतिपूर्ति उसकी आय से अधिक हो। यदि कवर साप्ताहिक लाभ (टीटीडी) के लिए हे तो आमतौर पर बीमित राशि उसके वार्षिक आय से दो गुना से अधिक नहीं होनी चाहिए।

वैसे व्यक्तियों को कवर देते समय जो लाभदायक नियोजन मे नही हो जैसे, गृहस्वामिनी, विद्यार्थी आदि, बीमाकर्ताओं को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि उन्हे सिर्फ मूल कवर ही दिया जाए न कि साप्ताहिक लाच कवर।

फैमिली पैकेज कवर

बच्चों और अर्जन नही करने वाली पत्नी के लिए कवर मृत्यु तथा स्थाई अयोग्यता (कुल और अंशिक) तक ही सीमित होता है। तथापि, कंपनी के अपने मानदंडों के अनुसार सुविधा तालिका पर विचार किया जाना चाहिए। कुछ कंपनियां अर्जन नही करने वाली पत्नियों को विशेष सीमा तर टीटीडी कवर देती है।

सकल प्रीमियम पर 5% छूट प्रदान किया जाता है।

सामूहिक पॉलिसियां

यदि बीमाधारको की संख्या एक विशेष संख्या जैसे 100 तक हो जाती है तो प्रीमियम पर समूह छूट दी जाती है। तथापि, समूह में संख्या कम रहने पर भी (25) ऐसी पॉलिसी जारी की जा सकती है पर कोई छूट नही दी जाती।

सामान्यतः बड़े ग्राहकों को अनामित पॉलिसी प्रदान की जाती है जहां सदस्य की पहचान बिना किसी शंका के की जा सकती है।

समूह छूट मानदंड

समूह पॉलिसियां केवल नामित समूहों के सम्बंध में ही जारी की जानी चाहिए. समूह छूट या अन्य सुविधा प्राप्त करने के ले प्रस्तावित समूह को निम्न मे से किसी एक श्रेणी मे होना चाहिए.

- नियोजक - कर्मचारी सम्बंध (कर्मचारी के आश्रित सहित)
- पूर्व स्थापित खंड/समूह जहां प्रीमियम राज्य/ केन्द्रीय सरकार द्वारा दिया जाता है

- पंजीकृत सहकारी समिति के सदस्य
- पंजीकृत सर्विस क्लब के सदस्य
- बैंक के डेबिट/क्रेडिट/डाइनर्स/मास्टर/वीझा कार्ड धारकों का समूह
- बैंक/एनबीएफसी द्वारा जारी जमा प्रमाण पत्र धारको का समूह
- बैंक/पब्लिक लिमिटेड कंपनियों के अंशधारको का समूह

उपर वर्णित समूहों से इतर समूहों के सम्बंध मे प्राप्त होने वाले प्रस्तावों पर निर्णय संबंधित कंपनी के तकनीकी विभाग द्वारा लिया जाएगा.

संभावित समूह के आकार पर कोई छूट नहीं दी जाएगी. सिर्फ उन्ही पंजीकृत सदस्यों की वास्तविक संख्या पर विचार किया जाएगा जो पॉलिसी लेते के समय विद्यमान हो। इनका पुनरीक्षण नवीकरण के समय किया जा सकता है।

बीमित राशि

प्रत्येक बीमित व्यक्ति के लिए बीमित राशि के रूप में एक निर्धारित राशि तथा की जा सकती हो या इस बीमित व्यक्तियों के वेतन से जोडा जा सकता है।

समूह बीमा मे 'सभी' या 'कोई नहीं' का सिद्धांत लागू होता है। सदस्यों की संख्या में वृद्धि या कमी अतिरिक्त आनुपातिक प्रीमियम या प्रीमियम की वापसी के आधार पर की जाती है।

प्रीमियम

जोखिम के वर्गीकरण तथा चयनित सुविधाओं के आधार पर नामित कर्मचारियों के लिए प्रीमियम की दर अलग अलग हो सकती है।

उदाहरण

एक निर्धारित समूह मे समान पेशों के लोगो के लिए समान दर लागू की जाएगी।

अनामित कर्मचारियों के मामले मे नियोजकों को उनके द्वारा रखे जाने वाले वास्तविक रेकार्ड के अनुसार प्रत्येक वर्गीकरण के आधार पर घोषणा की जानी होती है,

किसी संघ, क्लब आदि के नामित सदस्यों के लिए प्रीमियम की दर वर्णीकरण के अनुसार होती है।

जब सदस्य सामान्य प्रृति की हो तथा किसी विशेष पेशे से प्रतिबंधित नही हो तो बीमालेखक दर के मामले मे अपने विवेक का इस्तेमाल करते है।

'ऑन ड्यूटी' आवरण

'ऑन ड्यूटी' आवरण यह निम्नानुसार होता है

- यदि व्यक्तिगत दुर्घटना आवरण केवल ड्यूटी के सीमित घंटों के लिए (दिन और रात के 24 घंटों के लिए नहीं) मांगा जाता है, तो कुल प्रीमियम का 75% घटे हुए प्रीमियम के रूप में वसूल किया जाता है.
- इस पॉलिसी के अंतर्गत कर्मचारियों को केवल उनकी ड्यूटी के दौरान और रोजगार से होने वाली दुर्घटना के विरुद्ध बीमा संरक्षण दिया जाता है.

'ऑफ ड्यूटी' आवरण

यदि आवरण केवल उन सीमित घंटों के लिए मांगा जाता है, जब कर्मचारी कार्य और/अथवा आधिकारिक कार्य (ऑफिशियल ड्यूटी) पर नहीं होता, तो कुल प्रीमियम का 50% घटे हुए प्रीमियम के रूप में वसूल किया जा सकता है.

मृत्यु आवरण का अपवर्जन

कंपनी के मार्ग निदेशों के अधीन के अध्यधीन मृत्यु आवरण अपवर्जित करते हुए सामूहिक व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियां जारी की जा सकती है.

समूह छूट और बोनस / मॉलस

चूंकि एक पॉलिसी के अंतर्गत बड़ी संख्या में लोगों को आवरित किया जाता है, इसलिए इसमें प्रशासनिक कार्य तथा खर्चा कम होता है. इसके अतिरिक्त, क्योंकि सामान्यतः समूह के सभी सदस्य आवरित किये जेंगे, इसलिए बीमाकर्ताओं के विरुद्ध किसी विपरीत चुनाव का प्रश्न नहीं उठता. इसलिए एक तालिका के आधार पर प्रीमियम में छूट दे सकने की अनुमति है.

समूह पॉलिसियों के नवीकरण के समय दर का निर्धारण दावा अनुभव के सम्बंध में होता है

- बेहतर दावा अनुभव के मामले में नवीकरण प्रीमियम पर छूट (बोनस) दिया जाता है
- प्रतिकूल अनुभव के मामले में नवीकरण प्रीमियम पर एक पात के अनुसार लोडिंग (मॉलस) लगाई जाती है।
- यदि दावा अनुभव 70% होतो सामान्य दर लगाई जाती है।

प्रस्ताव प्रपत्र

- यह बेहतक होता है कि बीमाधारकों से एक प्रस्ताव प्रपत्र लेकर रखा जाए
- उसे यह घोषणा करनी होती है कि उसका कोई भी सदस्य शारीरिक अयोग्यता या विकृति से ग्रसित नहीं है यदि ऐसा नहीं किया जाता तो प्रस्ताव अस्वीकार हो सकता है.
- कभी कभी इस सावधानी को भी छोड़ दिया जाता है। पृष्ठांकन द्वारा यह बात स्पष्ट कर दी जाती है कि कवर के प्रारंभ होने वाली कोई भी अयोग्यता तथा ऐसी अयोग्यता का संचयी प्रभाव वर्जित होता है।

तथापि यह प्रथा अलग अलग कंपनियों में अलग होती है

स्व-परीक्षण 5

1) एक समूह स्वास्थ्य बीमा में, समूह के गठन में शामिल होने वाला कोई भी व्यक्ति बीमा कंपनी के खिलाफ प्रतिकूल चयन कर सकता है।

2) समूह स्वास्थ्य बीमा केवल नियोक्ता-कर्मचारी समूहों के लिए कवरेज प्रदान करता है।

I. कथन 1 सही है और कथन 2 गलत है
II. कथन 2 सही है और कथन 1 गलत है
III. कथन 1 और कथन 2 सही हैं
IV. कथन 1 और कथन 2 गलत हैं

सूचना

जोखिम प्रबंधन की प्रक्रिया के हिस्से के रूप में, बीमालेखक विशेष रूप से बड़े समूह की पॉलिसियों के मामले में अपने जोखिमों को हस्तांतरित करने के दो तरीके का उपयोग करता है:

सहबीमा: यह एक से अधिक बीमा कंपनी द्वारा जोखिम की स्वीकृति को दर्शाता है।आम तौर पर यह कार्य प्रत्येक बीमा कंपनी को जोखिम के एक प्रतिशत का आवंटन करके पूरा किया जाता है। इस प्रकार पॉलिसी को दो बीमा कंपनियों द्वारा स्वीकार किया जा सकता है जैसे बीमा कंपनी 'क' का 60% हिस्सा और बीमा कंपनी 'ख' का 40% हिस्सा। आम तौर पर बीमा कंपनी 'क' प्रमुख बीमा कंपनी होगी जो पॉलिसी जारी करने और दावों के निपटान सहित पॉलिसी से संबंधित सभी मामलों को देखेगी। बीमा कंपनी 'ख' दावों के भुगतान के 40% के लिए बीमा कंपनी 'क' की प्रतिपूर्ति करेगी।

पुनर्बीमा: बीमा कंपनी विभिन्न प्रकारों और आकारों वाले जोखिमों को स्वीकार करती है।वह अपने विभिन्न जोखिमों की रक्षा कैसे कर सकती है? वह अपने जोखिमों का अन्य बीमा कंपनियों के साथ बीमा करके ऐसा करती है और इसे पुनर्बीमा कहा जाता है। इस प्रकार पुनर्बीमा कंपनियां 'संधि' नामक स्थायी व्यवस्थाओं के माध्यम से या अलग-अलग मामले के आधार पर जिसे ऐच्छिक पुनर्बीमा कहा जाता है, बीमा कंपनियों के जोखिमों को स्वीकार करती हैं। पुनर्बीमा दुनिया भर में किया जाता है और इसलिए यह जोखिम को काफी दूर-दूर तक फैला देता है।

सारांश

a) स्वास्थ्य बीमा रुग्णता की अवधारणा पर आधारित है जिसे किसी व्यक्ति के बीमार पड़ने या अस्वस्थ होने के जोखिम के रूप में परिभाषित किया गया है।

b) बीमालेखन जोखिम के चयन और जोखिम के मूल्य निर्धारण की प्रक्रिया है।

c) बीमालेखन जोखिम और व्यवसाय के बीच एक उचित संतुलन बनाए रखने के लिए आवश्यक है जिससे संगठन के लिए प्रतिस्पर्धा के साथ-साथ लाभप्रदता भी बनी रहती है।

d) किसी व्यक्ति की रुग्णता को प्रभावित करने वाले कुछ कारकों में उम्र, लिंग, आदतें, पेशा, शारीरिक गठन, पारिवारिक इतिहास, अतीत की बीमारी या शल्य चिकित्सा, वर्तमान स्वास्थ्य स्थिति और निवास स्थान शामिल हैं।

e) बीमालेखन का उद्देश्य बीमा कंपनी के खिलाफ प्रतिकूल चयन को रोकना और इसके अलावा उचित वर्गीकरण और जोखिमों के बीच समानता सुनिश्चित करना है।

f) एजेंट प्रथम स्तर का बीमालेखक है क्योंकि वह बीमा योग्य संभावित ग्राहक को जानने की सबसे अच्छी स्थिति में होता है।

g) बीमा के मूल सिद्धांत हैंः परम सद्भाव, बीमा योग्य हित, क्षतिपूर्ति, योगदान, प्रस्थापन और आसन्न कारण।

h) बीमालेखन के लिए महत्वपूर्ण उपकरण हैंः प्रस्ताव प्रपत्र, उम्र का प्रमाण, वित्तीय दस्तावेज, मेडिकल रिपोर्ट और बिक्री की रिपोर्ट।

i) चिकित्सा बीमालेखन एक ऐसी प्रक्रिया है जो स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए आवेदन करने वाले व्यक्ति की स्वास्थ्य स्थिति निर्धारित करने के लिए बीमा कंपनियों द्वारा उपयोग की जाती है।

j) गैर-चिकित्सा बीमालेखन एक ऐसी प्रक्रिया है जहां प्रस्तावक को किसी भी चिकित्सा जांच की प्रक्रिया से गुजरने की आवश्यकता नहीं है।

k) संख्यात्मक निर्धारण विधि बीमालेखन में अपनायी जाने वाली एक प्रक्रिया है जिसमें जोखिम के प्रत्येक पहलू के बारे में संख्यात्मक या प्रतिशत आकलन किए जाते हैं।

l) बीमालेखन प्रक्रिया तब पूरी होती है जब प्राप्त की गयी जानकारी का सावधानी से मूल्यांकन किया जाता है और उचित जोखिम श्रेणियों में वर्गीकृत किया जाता है।

m) समूह बीमा का बीमालेखन मुख्य रूप से औसत के नियम के आधार पर किया जाता है जिसका तात्पर्य है कि जब एक मानक समूह के सभी सदस्यों को एक समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के तहत कवर किया जाता है, समूह में शामिल होने वाले व्यक्ति बीमा कंपनी के खिलाफ प्रतिकूल-चयन नहीं कर सकते हैं।

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प III है।

बीमालेखन जोखिम चयन और जोखिम के मूल्य निर्धारण की प्रक्रिया है।

उत्तर 2

सही विकल्प III है।

बीमालेखन में परम सद्भाव के सिद्धांत का पालन बीमा कंपनी और बीमाधारक दोनों के द्वारा किया जाना चाहिए।

उत्तर 3

सही विकल्प I है।

बीमा योग्य हित उस संपत्ति में व्यक्ति के आर्थिक या वित्तीय हित को दर्शाता है जिसका वह बीमा करने जा रहा है और इस तरह की संपत्ति को कोई नुकसान पहुंचने की स्थिति में उसे वित्तीय नुकसान भुगतना पड़ सकता है।

उत्तर 4

सही विकल्प IV है।

प्रतिशत और संख्यात्मक आकलन संख्यात्मक निर्धारण विधि में जोखिम के प्रत्येक घटक पर किया जाता है, चिकित्सा बीमालेखन विधि में नहीं।

उत्तर 5

सही विकल्प IV है।

एक समूह स्वास्थ्य बीमा में जब किसी समूह के सभी सदस्यों को एक समूह स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के तहत कवर किया जाता है, समूह में शामिल होने वाले सदस्य बीमा कंपनी के खिलाफ प्रतिकूल चयन नहीं कर सकते हैं।

कर्मचारी-नियोक्ता समूहों के अलावा बीमा कंपनियों ने विभिन्न प्रकार के समूहों को समूह स्वास्थ्य बीमा कवरेज प्रदान किया है जैसे: श्रमिक संघ, न्यास और सोसायटी, व्यावसायिक संगठन, क्लब और अन्य बंधुत्व संगठन।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

इनमें से कौन सा कारक व्यक्ति की रुग्णता को प्रभावित नहीं करता है?

I. लिंग

II. पति/पत्नी की नौकरी

III. आदतें

IV. निवास स्थान

प्रश्न 2

क्षतिपूर्ति के सिद्धांत के अनुसार, बीमाधारक को _____ के लिए भुगतान किया जाता है।

I. बीमा राशि की सीमा तक वास्तविक नुकसान

II. वास्तव में खर्च की गयी राशि की परवाह किए बिना बीमा राशि

III. दोनों पक्षों के बीच सहमत एक निश्चित रकम

IV. बीमा राशि की परवाह किए बिना वास्तविक नुकसान

प्रश्न 3

बीमालेखक के लिए किसी आवेदक के बारे में जानकारी का पहला और प्राथमिक स्रोत उसका _____ है।

I. उम्र के प्रमाण का दस्तावेज

II. वित्तीय दस्तावेज

III. पिछला मेडिकल रिकॉर्ड

IV. प्रस्ताव प्रपत्र

प्रश्न 4

बीमालेखन प्रक्रिया पूरी हो जाती है जब _____ ।

I. प्रस्तावक के स्वास्थ्य और व्यक्तिगत जानकारी से संबंधित सभी महत्वपूर्ण जानकारी प्रस्ताव प्रपत्र के माध्यम से एकत्र कर ली जाती है

II. प्रस्तावक की सभी चिकित्सा जांच और परीक्षाएं पूरी हो जाती हैं

III. प्राप्त जानकारी का सावधानी से आकलन किया जाता है और उचित जोखिम श्रेणियों में वर्गीकृत किया जाता है

IV. पॉलिसी जोखिम चयन और मूल्य निर्धारण के बाद प्रस्तावक को जारी की जाती है।

प्रश्न 5

संख्यात्मक निर्धारण विधि के बारे में इनमें से कौन सा कथन सही नहीं है?

I. संख्यात्मक निर्धारण विधि प्रशिक्षित कर्मियों की मदद से एक बड़े व्यवसाय के संचालन में अधिक गति प्रदान करती है।

II. मुश्किल या संदिग्ध मामलों का विश्लेषण चिकित्सा रेफरी या विशेषज्ञों के बिना संख्यात्मक अंकों के आधार पर संभव नहीं है।

III. इस विधि का प्रयोग चिकित्सा विज्ञान की कोई विशिष्ट जानकारी नहीं रखने वाले व्यक्तियों द्वारा किया जा सकता है।

IV. यह विभिन्न बीमालेखकों के फैसलों के बीच स्थिरता सुनिश्चित करता है।

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।

किसी व्यक्ति की रुग्णता उसकी पत्नी/पति की नौकरी से प्रभावित नहीं होती है, हालांकि उसका अपना पेशा उन महत्वपूर्ण कारकों में से एक है जो उनकी रुग्णता को प्रभावित कर सकते हैं।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

क्षतिपूर्ति के सिद्धांत के अनुसार, बीमाधारक को वास्तविक लागतों या नुकसानों के लिए, लेकिन बीमा राशि की सीमा तक मुआवजा दिया जाता है।

उत्तर 3

सही विकल्प IV है।

बीमालेखक के लिए किसी आवेदक के बारे में जानकारी का प्राथमिक स्रोत उसका प्रस्ताव प्रपत्र या आवेदन फॉर्म है जिसमें प्रस्तावक के स्वास्थ्य और व्यक्तिगत जानकारी से संबंधित सभी महत्वपूर्ण जानकारी एकत्र की जाती है।

उत्तर 4

सही विकल्प III है।

बीमालेखन प्रक्रिया तब पूरी होती है जब प्राप्त जानकारी सावधानी से आकलन किया जाता है और उचित जोखिम श्रेणियों में वर्गीकृत किया जाता है।

उत्तर 5

सही उत्तर II है।

मुश्किल या संदिग्ध मामलों का अधिक सावधानी से विश्लेषण संख्यात्मक निर्धारण विधि के द्वारा संभव है क्योंकि इसमें संदिग्ध बातों के संबंध में पिछले अनुभव को ज्ञात मानक और शेडिंग के संदर्भ में संख्यात्मक रूप से व्यक्त किया जाता है।

अध्याय 21

स्वास्थ्य बीमा दावे

अध्याय परिचय

इस अध्याय में हम स्वास्थ्य बीमा में दावा प्रबंधन की प्रक्रिया, आवश्यक दस्तावेजों और दावा सुरक्षित करने की प्रक्रिया के बारे में चर्चा करेंगे। इसके अलावा हम व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के तहत दावों के प्रबंधन को भी देखेंगे और टीपीए की भूमिका को समझेंगे।

अध्ययन के परिणाम

A. बीमा क्षेत्र में दावा प्रबंधन
B. स्वास्थ्य बीमा दावों का प्रबंधन
C. स्वास्थ्य बीमा दावों में दस्तावेज़ों की प्रक्रिया
D. दावा सुरक्षित करना
E. तृतीय पक्ष व्यवस्थापकों (टीपीए) की भूमिका
F. दावा प्रबंधन - व्यक्तिगत दुर्घटना
G. दावा प्रबंधन - विदेश यात्रा बीमा

इस अध्याय को पढ़ने के बाद आप इन बातों में सक्षम होंगेः

a) बीमा दावों में विभिन्न हितधारकों के बारे में बताना
b) स्वास्थ्य बीमा दावों का प्रबंधन कैसे किया जाता है इसका वर्णन करना
c) स्वास्थ्य बीमा दावों के निपटान के लिए आवश्यक विभिन्न दस्तावेजों की चर्चा करना
d) बीमा कंपनियों द्वारा दावों के लिए संचिती कैसे प्रदान की जाती हैं इसकी व्याख्या करना
e) व्यक्तिगत दुर्घटना दावों पर चर्चा करना
f) टीपीए की अवधारणा और भूमिका को समझना

A. बीमा क्षेत्र में दावा प्रबंधन

यह बात बहुत अच्छी तरह समझ ली गयी है कि बीमा एक 'वादा' है और पॉलिसी उस वादे के लिए एक 'गवाह' है। पॉलिसी के तहत दावे का कारण बनने वाली एक बीमित घटना का घटित होना उस वादे की असली परीक्षा है। एक बीमा कंपनी कितना अच्छा प्रदर्शन करती है इसका मूल्यांकन इस बात से होता है कि वह अपने दावों के वादों को कितनी अच्छी तरह से पूरा करती है। बीमा में महत्वपूर्ण रेटिंग कारकों में से एक बीमा कंपनी की दावा भुगतान करने की क्षमता है।

1. दावा प्रक्रिया में हितधारक

दावों का प्रबंधन कैसे किया जाता है इसके बारे में विस्तार पूर्वक जानने से पहले हमें यह समझने की जरूरत है कि दावों की प्रक्रिया में इच्छुक पार्टियां कौन-कौन हैं।

चित्र 1: दावा प्रक्रिया में हितधारक

ग्राहक	बीमा खरीदने वाला व्यक्ति पहला हितधारक और 'दावे का प्राप्तकर्ता' है।
मालिक	बीमा कंपनी के मालिकों का 'दावा भुगतानकर्ताओं' के रूप में एक बड़ा हित होता है। दावों का भुगतान पॉलिसी धारकों के फंड से किए जाने के बावजूद अधिकांश मामलों में वही वादे को पूरा करने के लिए उत्तरदायी होते हैं।
बीमालेखक	एक बीमा कंपनी के भीतर और सभी बीमा कंपनियों में दावों को समझने और उत्पाद डिजाइन करने, पॉलिसी के नियम, शर्तें और मूल्य तय करने की जिम्मेदारी बीमालेखकों की होती है।
नियामक	नियामक (भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण) निम्नलिखित के लिए अपने उद्देश्य में एक प्रमुख हितधारक है: ✓ बीमा वातावरण में व्यवस्था बनाए रखना ✓ पॉलिसी धारकों के हित की रक्षा करना ✓ बीमा कंपनियों का दीर्घकालिक वित्तीय स्वास्थ्य सुनिश्चित करना
तृतीय पक्ष व्यवस्थापक	सेवा के मध्यस्थ जिनको तृतीय पक्ष व्यवस्थापक के रूप में जाना जाता है, जो स्वास्थ्य बीमा दावों पर कार्रवाई करते हैं
बीमा एजेंट / ब्रोकर	बीमा एजेंट/ब्रोकर न केवल पॉलिसियां बेचते हैं बल्कि एक दावे की स्थिति में उनसे ग्राहकों को सेवा प्रदान करने की उम्मीद की जाती है।
प्रदाता / अस्पताल	वे यह सुनिश्चित करते हैं कि ग्राहक को दावों का एक सहज अनुभव प्राप्त होता है, विशेष रूप से जब अस्पताल टीपीए के पैनल पर होता है, बीमा कंपनी नगदी रहित अस्पताल में भर्ती होने की सुविधा प्रदान करती है।

इस प्रकार अच्छी तरह के दावों का प्रबंधन करने का मतलब है दावों से संबंधित इनमें से प्रत्येक हितधारक के उद्देश्यों का प्रबंधन करना। निस्संदेह, इनमें से कुछ उद्देश्यों का एक दूसरे के साथ टकराव होना संभव है।

2. बीमा कंपनी में दावा प्रबंधन की भूमिका

उद्योग के आंकड़ों के अनुसार - "विभिन्न बीमा कंपनियों का स्वास्थ्य बीमा के नुकसान का अनुपात 65% से लेकर 120% के ऊपर तक है जहां बाजार का अधिकांश हिस्सा 100% नुकसान के अनुपात से ऊपर काम कर रहा है।" स्वास्थ्य बीमा कारोबार में अधिकांश कंपनियां नुकसान उठा रही हैं।

इसका मतलब है कि एक सुदृढ़ बीमालेखन प्रथाओं और दावों के कुशल प्रबंधन को अपनाने की बहुत सख्त जरूरत है ताकि कंपनी और पॉलिसीधारकों को बेहतर परिणाम दिया जा सके।

स्व-परीक्षण 1

इनमें से कौन बीमा दावा प्रक्रिया में एक हितधारक नहीं है?

I. बीमा कंपनी के शेयरधारक
II. मानव संसाधन विभाग
III. नियामक
IV. टीपीए

B. स्वास्थ्य बीमा दावों का प्रबंधन

1. स्वास्थ्य बीमा में चुनौतियां

स्वास्थ्य बीमा पोर्टफोलियो की विशिष्ट सुविधाओं को गहराई में समझना महत्वपूर्ण है जिससे कि स्वास्थ्य संबंधी दावों को प्रभावी तौर पर प्रबंधित किया जा सके। ये इस प्रकार हैः

a) अधिकांश पॉलिसियां अस्पताल में भर्ती होने की क्षतिपूर्ति के लिए होती हैं जहां कवर की जाने वाली विषय-वस्तु एक 'मनुष्य' है। यह भावनात्मक दृष्टिकोण को सामने लाती है जो सामान्य तौर पर बीमा के दूसरे क्षेत्रों में देखने को नहीं मिलता है।

b) भारत में बीमारियों, इलाज के दृष्टिकोण और फॉलो अप का बहुत ही अलग पैटर्न देखने को मिलता है। इसका परिणाम लोगों में देखने को यह मिलता है कि कुछ लोग जरूरत से ज्यादा सतर्क हो रहे हैं और वहीं कुछ लोगों अपनी बीमारी और इलाज की परवाह नहीं होती है।

c) स्वास्थ्य बीमा किसी व्यक्ति, किसी समूह जैसे कोई कॉर्पोरेट संगठन के द्वारा या बैंक जैसे एक खुदरा बिक्री चैनल के माध्यम से खरीदा जा सकता है। इसके परिणाम स्वरूप उत्पाद को एक तरफ एक मानक उत्पाद के रुप में बेचा जा रहा है तो दूसरी तरफ ग्राहक की जरूरतों को पूरा करने के हिसाब से अनुकूलित उत्पाद लाए जा रहे हैं।

d) स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी अस्पताल में भर्ती होने के पैमाने पर आधारित होता है जिससे पॉलिसी के तहत एक दावा उत्पन्न होता है। हालांकि उपलब्धता, विशेषज्ञता, उपचार की विधियों, बिलिंग पैटर्न और सभी स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं, चाहे वह चिकित्सक हो या शल्य चिकित्सक या अस्पताल, के शुल्कों में काफी अंतर होता है जिससे दावों का आकलन करना बहुत मुश्किल हो जाता है।

e) स्वास्थ्य सेवा का क्षेत्र सबसे तेजी से विकसित हो रहा है। नई बीमारियों और समस्याओं के उत्पन्न होने के परिणाम स्वरूप नई उपचार विधियों का भी विकास हुआ है। की-होल सर्जरी, लेजर उपचार आदि इसके उदाहरण हैं। यह स्वास्थ्य बीमा को और अधिक तकनीकी बनाता है और ऐसी प्रक्रिया के लिए बीमा दावों को नियंत्रित करने के कौशल में निरंतर सुधार की जरूरत होती है।

f) इन सभी कारकों की तुलना में सबसे अधिक महत्वपूर्ण तथ्य यह है कि मानव शरीर का मानकीकरण नहीं किया जा सकता है जो एक बिलकुल नया आयाम बनाता है। एक ही बीमारी के लिए किए गए एक ही इलाज के बारे में दो लोग अलग-अलग प्रकार से प्रतिक्रिया कर सकते हैं या उन्हें अलग-अलग इलाज अथवा अलग-अलग अवधियों के लिए अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता हो सकती है।

स्वास्थ्य बीमा के पोर्टफोलियो में तेजी से बढ़ोतरी हो रही है। उत्पादों की भारी संख्या इस तरह के तीव्र विकास की चुनौती बन गई है। बाजार में स्वास्थ्य बीमा उत्पाद सैकड़ों में मौजूद हैं और यहां तक कि एक कंपनी के भीतर ही आपको कई अलग-अलग उत्पाद मिल सकते हैं। प्रत्येक उत्पाद और उसके संस्करण की अपनी विशिष्टता है और इसलिए दावा का निपटान करने से पहले उनका अध्ययन किया जाना चाहिए।

स्वास्थ्य बीमा के पोर्टफोलियो में हो रही बढ़त आंकड़ों की चुनौतियों को भी सामने लाता है- एक कंपनी जो खुदरा ग्राहकों को 1,00,000 स्वास्थ्य पॉलिसियां बेचती है, इन पॉलिसियों के तहत मां लेते हैं कि 3,00,000

सदस्यों को कवर करती है, उसे कम से कम लगभग 20,000 लोगों के दावों के निपटान के लिए तैयार रहना होगा! कैशलेस सेवा और दावों के शीघ्र निपटाने की उम्मीदों के साथ स्वास्थ्य बीमा दावा विभाग को व्यवस्थित करना एक बड़ी चुनौती है।

आम तौर पर भारत में की जाने वाली स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों में देश के भीतर कहीं भी अस्पताल में भर्ती होने को कवर किया जाता है। दावों का निपटान करने वाली टीम को प्रस्तुत दावों का मूल्यांकन करने में सक्षम होने के लिए देश भर में चल रही प्रक्रियाओं को समझना आवश्यक है।

स्वास्थ्य दावा प्रबंधक अपनी विशेषज्ञता, अनुभव और उपलब्ध विभिन्न उपकरणों का उपयोग करके इन चुनौतियों का सामना करता है।

अंतिम विश्लेषण में, स्वास्थ्य बीमा एक ऐसे व्यक्ति की सहायता करने की संतुष्टि प्रदान करता है जो जरूरतमंद है और स्वयं की या अपने परिवार की बीमारी की वजह से शारीरिक और मानसिक तनाव के दौर से गुजर रहा है।

कुशल दावा प्रबंधन यह सुनिश्चित करता है कि सही व्यक्ति को सही समय पर सही दावा भुगतान किया जाता है।

2. स्वास्थ्य बीमा में दावे की प्रक्रिया

दावे की सेवा बीमा कंपनी के द्वारा अपने आप या बीमा कंपनी द्वारा अधिकृत तृतीय पक्ष व्यवस्थापक (टीपीए) की सेवाओं के माध्यम से सेवा उपलब्ध करायी जाती है।

पॉलिसी की शर्तों के अनुसार बीमा कंपनी/टीपीए को दावे के बारे में अवगत कराए जाने के समय से लेकर दावा भुगतान के समय तक स्वास्थ्य दावा सुपरिभाषित चरणों के एक सेट से होकर गुजरता है जिसकी अपनी एक अलग प्रासंगिकता होती है।

स्वास्थ्य बीमा (अस्पताल में भर्ती होने) क्षतिपूर्ति उत्पादों के विशेष संदर्भ में विस्तृत प्रक्रियाएं नीचे दी गयी हैं जो स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय का प्रमुख हिस्सा बनती हैं।

निर्धारित लाभ उत्पाद या गंभीर बीमारी या दैनिक नकदी उत्पाद आदि के तहत किए जाने वाले दावे के लिए आवश्यक दस्तावेज और सामान्य प्रक्रिया काफे एहद तक एक समान होगी, इस तथ्य के सिवाय कि इस तरह के उत्पाद कैशलेस सुविधा लेकर नहीं आते हैं।

क्षतिपूर्ति पॉलिसी के तहत किया जाने वाला दावा इस प्रकार हो सकता है:

a) कैशलेस (नकदी रहित) दावा

ग्राहक अस्पताल में भर्ती होने के समय या इलाज के समय खर्चे का भुगतान नहीं करता है। नेटवर्क अस्पताल बीमा कंपनी/टीपीए से एक पूर्व-मंजूरी के आधार पर सेवाएं प्रदान करता है और बाद में दावे के निपटान के लिए बीमा कंपनी/टीपीए के पास दस्तावेजों को जमा किया जाता है।

b) प्रतिपूर्ति दावा

ग्राहक अपने स्वयं के संसाधनों से इलाज के खर्चे का भुगतान अस्पताल को करता है और फिर स्वीकार्य दावे के भुगतान के लिए बीमा कंपनी/टीपीए के समक्ष अपने दावे को पेश करता है।

दोनों मामलों में बुनियादी कदम एक जैसे होते हैं।

चित्र 2: मोटे तौर पर दावा प्रक्रिया में निम्नांकित चरण शामिल होते हैं। (हालांकि यह सटीक क्रम में नहीं है।)

a) सूचना

दावे की सूचना ग्राहक और दावा टीम के बीच संपर्क का पहला दृष्टांत है। ग्राहक कंपनी को अस्पताल में भर्ती होने की योजना का लाभ उठाने के बारे में सूचित कर सकता है या खास तौर पर एक आपात स्थिति में अस्पताल में प्रवेश के मामले में, अस्पताल में भर्ती होने के बाद भी कंपनी को सूचित कर सकता है।

हाल तक, दावे की घटना की सूचना देना औपचारिक था। हालांकि, अब बीमा कंपनियों ने जल्द से जल्द दावे की सूचना देने पर जोर देना शुरू कर दिया है ताकि दावे पर कार्य शुरु हो जाए। आम तौर पर

सुनियोजित प्रवेश के मामले में अस्पताल में भर्ती होने से पहले और आपात स्थिति के मामले में अस्पताल में भर्ती होने के 24 घंटे के भीतर इसकी सूचना देना आवश्यक होता है।

अस्पताल में भर्ती होने के बारे में समय पर जानकारी उपलब्ध होने से बीमाकर्ता/टीपीए को यह सत्यापित करने में मदद मिलती है कि ग्राहक का अस्पताल में भर्ती होना सही है और यहां कोई प्रतिरूपण या धोखाधड़ी और कभी-कभी शुल्कों को लेकर सौदेबाजी करने जैसी बात नहीं है।

पहले सूचना देने का मतलब है 'एक लिखित, प्रस्तुत और स्वीकृत पत्र' या फैक्स के द्वारा भेजा गया पत्र। संचार और प्रौद्योगिकी के क्षेत्र में विकास के साथ अब बीमा कंपनियों/टीपीए द्वारा संचालित 24 घंटे खुले रहने वाले कॉल सेंटर के द्वारा और इंटरनेट तथा ई-मेल के माध्यम से सूचना देना संभव है।

b) पंजीकरण

दावे का पंजीकरण दावे को सिस्टम में दर्ज करने और एक संदर्भ संख्या बनाने की प्रक्रिया है जिसका उपयोग करके किसी भी समय दावे के बारे में पता किया जा सकता है। इसे दावा संख्या, दावा संदर्भ संख्या या दावा नियंत्रण संख्या भी कहा जाता है। यह दावा संख्या सिस्टम और कार्रवाई करने वाले संगठन द्वारा इस्तेमाल की जाने वाली प्रक्रियाओं के आधार पर अंकीय या अक्षरांकीय हो सकती है।

आम तौर पर दावे की सूचना प्राप्त करने और सही पॉलिसी नंबर तथा बीमित व्यक्ति की जानकारी का मिलान करने के बाद ही पंजीकरण और संदर्भ संख्या तैयार की जाती है।

सिस्टम में दावा पंजीकृत हो जाने के बाद, उसी दावे के लिए बीमा कंपनी के खातों में एक संचिती बनायी जाएगी। सूचना/पंजीकरण के समय सटीक दावा राशि या अनुमानित राशि के बारे में नहीं जाना जा सकता है। इसलिए प्रारंभिक आरक्षित राशि (अधिकांशतः ऐतिहासिक रूप से औसत दावे के आकार पर आधारित होता है) मानक तौर पर आरक्षित होती है। एक बार जब अपेक्षित देयता राशि या अनुमानित राशि के बारे में पता चल जाता है तो फिर उसी के अनुसार आरक्षित राशि में घटा/बढ़ा कर संशोधित कर दिया जाता है।

c) दस्तावेजों का सत्यापन

दावे पंजीकृत हो जाने के बाद दावे को आगे बढ़ाने के अगले कदम के तौर पर सभी आवश्यक दस्तावेजों के प्राप्त होने की जांच की जाती है।

यह ध्यान दिया जाना चाहिए कि दावा की कार्रवाई आगे बढ़ाने के लिए निम्नलिखित सबसे महत्वपूर्ण आवश्यकताएं हैं:

1. बीमारी का दस्तावेजी सबूत
2. प्रदान किया गया इलाज
3. भर्ती होने की अवधि
4. जांच रिपोर्ट
5. अस्पताल में किया गया भुगतान

6. इलाज के लिए आगे की सलाह
7. प्रत्यारोपण आदि के लिए भुगतान के सबूत

दस्तावेजों के सत्यापन के लिए एक चेकलिस्ट का पालन किया जाता है और दावे पर कार्रवाई करने वाला व्यक्ति उस चेकलिस्ट की जांच करता है। ज्यादातर कंपनियां यह सुनिश्चित करती हैं कि इस प्रकार का चेकलिस्ट दस्तावेजों को आगे बढ़ाने की प्रक्रिया का हिस्सा है।

इस चरण में अनुपलब्ध दस्तावेजों को नोट किया जाता है – जहां कुछ प्रक्रियाओं में इस बिंदु पर ग्राहक/अस्पताल द्वारा प्रस्तुत नहीं किए गए दस्तावेजों को प्रस्तुत करने का अनुरोध किया जाना शामिल है जबकि अधिकतर कंपनियां अतिरिक्त जानकारी का अनुरोध करने से पहले सभी प्रस्तुत दस्तावेजों की जांच-पड़ताल करती हैं ताकि ग्राहक को कोई असुविधा ना हो।

d) बिलिंग की जानकारी इकट्ठा करना

बिलिंग दावे पर कार्रवाई करने के चक्र का एक महत्वपूर्ण हिस्सा है। आम स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां विभिन्न मदों के तहत निर्दिष्ट सीमाओं के साथ इलाज में किए गए खर्चों की क्षतिपूर्ति का प्रावधान करती हैं। मानक व्यवहार उपचार के शुल्कों को इस प्रकार वर्गीकृत करना है:

- ✓ पंजीकरण और सेवा शुल्क सहित कमरा, बोर्ड और नर्सिंग के खर्चे।
- ✓ आईसीयू और किसी भी गहन देखभाल के ऑपरेशनों का शुल्क।
- ✓ ऑपरेशन थियेटर का शुल्क, एनेथेसिया, रक्त, ऑक्सीजन, ऑपरेशन थियेटर शुल्क, शल्य चिकित्सा उपकरणों, दवाओं, जांच सामग्री और एक्स-रे, डायलिसिस, कीमोथेरेपी, रेडियोथेरेपी, पेसमेकर की लागत, कृत्रिम अंग और कोई अन्य चिकित्सा खर्च जो आपरेशन का अभिन्न हिस्सा है।
- ✓ सर्जन, एनेस्थेटिस्ट, चिकित्सक, सलाहकार, विशेषज्ञों की फीस।
- ✓ एम्बुलेंस का शुल्क
- ✓ रक्त परीक्षण, एक्स-रे, स्कैन, आदि को कवर करने वाले परीक्षण शुल्क
- ✓ दवाएं और ड्रग्स

इन मदों के तहत जानकारी इकट्ठा करने के लिए ग्राहक द्वारा प्रस्तुत दस्तावेजों की जांच की जाती है ताकि दावे को सटीकता के साथ निपटाया जा सके।

हालांकि ये सारे प्रयास अस्पतालों के बिलिंग पैटर्न को मानकीकृत करने के लिए हैं, प्रत्येक अस्पताल के लिए बिलिंग के लिए एक अलग विधि का प्रयोग करना आम बात है और इसमें सामने आने वाली चुनौतियां इस प्रकार हैं:

- ✓ कमरे के शुल्क में सेवा शुल्क या आहार शुल्क जैसी कुछ गैर-देय मदों को शामिल किया जा सकता।
- ✓ एक अकेले बिल में अलग-अलग मद या सभी प्रकार की जांच अथवा सभी दवाओं के लिए एकमुश्त बिल शामिल हो सकता है।

- ✓ गैर-मानकीकृत नामों का इस्तेमाल किया जाता है - जैसे नर्सिंग शुल्क को सेवा शुल्क कहा जाता है।
- ✓ बिल में "एक समान शुल्क", "आदि", "संबद्ध खर्चे" जैसे शब्दों का प्रयोग किया जाता है।

जहां पर बिलिंग की जानकारी स्पष्ट नहीं है, प्रोसेसर बिल का ब्रेकअप या अतिरिक्त जानकारी मांगता है ताकि वर्गीकरण और स्वीकार्यता पर संदेह का समाधान किया जा सके।

इस समस्या का समाधान करने के लिए आईआऱडीएआई ने स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देश जारी किया है जिसमें इस तरह के बिल के प्रारूप को और गैर-देय वस्तुओं की सूची को मानकीकृत किया गया है।

पैकेज की दरें

कई अस्पतालों में कुछ निश्चित बिमारियों के इलाज के लिए पैकेज दरों पर सहमति बनी है। यह उपचार की प्रक्रिया को मानकीकृत करने और संशाधनों का उपयोग करने की अस्पताल की क्षमता पर आधारित है। हाल के दिनों में, पसंदीदा प्रदाता नेटवर्क में इलाज के लिए और राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा योजना (आरएसबीवाय) के मामले में कई प्रक्रियाओं की पैकेज लागत पहले से ही निर्धारित कर दी गयी है।

उदाहरण

a) कार्डियक पैकेजः एंजियोग्राम, एंजियोप्लास्टी, सीएबीजी या ओपन हार्ट सर्जरी आदि

b) गाइनेकोलॉजिकल पैकेजः सामान्य प्रसव, सीजेरियन प्रसव, गर्भाशय निकालना आदि

c) ऑर्थोपेडिक पैकेज

d) नेत्र चिकित्सा पैकेज

सर्जरी के बाद की जटिलताओं के कारण अतिरिक्त लागत आती है तो उसे वास्तविक आधार पर अलग से वसूल किया जाता है, अगर यह इसके अतिरिक्त होती है।

पैकेजों में शामिल लागत की निश्चितता और प्रक्रियाओं के मानकीकरण का लाभ होता है और इसलिए इस तरह के दावों को निपटाना आसान होता है।

e) दावों की कोडिंग

विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) द्वारा विकसित बीमारियों के अंतर्राष्ट्रीय वर्गीकरण (आईसीडी) कोड इस्तेमाल किया जाने वाला सबसे महत्वपूर्ण कोड सेट है।

हालांकि आईसीडी का इस्तेमाल मानकीकृत स्वरूप में रोग को समझने के लिए किया जाता है, मौजूदा प्रक्रिया शब्दावली (सीपीटी) जैसे प्रक्रिया संबंधी कोड बीमारी के इलाज के लिए अपनायी गयी प्रक्रियाओं को समझते हैं।

बीमा कंपनियां तेजी से इस कोडिंग पर भरोसा कर रहे हैं और बीमा सूचना ब्यूरो (आईआईबी), जो बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण (आईआरडीएआई) का हिस्सा है, इसने एक सूचना बैंक की शुरुआत की है जहां इस तरह की सूचना का विश्लेषण किया जा सकता है।

f) दावों पर कार्रवाई करना

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी को पढ़ने के बाद पता चलता है कि जहां यह एक व्यावसायिक अनुबंध है इसमें ऐसी चिकित्सा शब्दावली शामिल है जो यह परिभाषित करती है कि दावा कब देय है और किस सीमा तक देय है। किसी भी बीमा पॉलिसी में दावे पर कार्रवाई का केंद्र बिंदु दो प्रमुख सवालों का जवाब देने में है:

- ✓ क्या दावा पॉलिसी के तहत देय है?
- ✓ यदि हां, वास्तविक देय राशि क्या है?

इनमें से प्रत्येक सवाल में जारी की गई पॉलिसी के नियमों और शर्तों और अस्पताल के साथ सहमत दरों को समझने की आवशयकता है, अगर इलाज किसी नेटवर्क अस्पताल में किया गया है।

दावे की स्वीकार्यता

स्वास्थ्य दावा को स्वीकार्य होने के लिए निम्नलिखित शर्तों को पूरा करना चाहिए।

i. अस्पताल में भर्ती हुए सदस्य को बीमा पॉलिसी के तहत कवर किया गया होना चाहिए।

हालांकि यह सरल लगता है, हमने ऐसी स्थितियों को भी देखा है जहां कवर किए गए व्यक्ति का नाम (और अधिक मामलों में, उम्र) और अस्पताल में भर्ती हुए व्यक्ति का नाम नहीं मिलता है। ऐसा हो सकता है क्योंकि:

यह सुनिश्चित करना महत्वपूर्ण है कि पॉलिसी के तहत कवर किया गया व्यक्ति और अस्पताल में भर्ती हुआ व्यक्ति एक ही है। स्वास्थ्य बीमा में इस तरह की धोखाधड़ी बहुत आम है।

ii. बीमा की अवधि के भीतर मरीज का भर्ती होना

iii. अस्पताल की परिभाषा

जिस अस्पताल में व्यक्ति को भर्ती किया गया था उसे पॉलिसी के तहत "अस्पताल या नर्सिंग होम" की परिभाषा के अनुसार होना चाहिए अन्यथा दावा देय नहीं होता है।

iv. आवासीय अस्पताल में भर्ती होना

कुछ पॉलिसियां आवासीय अस्पताल में भर्ती होने को कवर करती हैं यानी भारत में एक ऐसी बीमारी के लिए 3 दिन से अधिक की अवधि तक घर पर किया गया उपचार जिसके लिए सामान्यतः अस्पताल/नर्सिंग होम में इलाज कराने की आवश्यकता होती है।

पॉलिसी के तहत कवर किए जाने पर, आवासीय अस्पताल में भर्ती होने का खर्च केवल तभी देय होता है जब:

- ✓ रोगी की हालत ऐसी है कि उसे अस्पताल/नर्सिंग होम नहीं ले जाया जा सकता है या
- ✓ आवासीय सुविधा की कमी के कारण मरीज को अस्पताल/नर्सिंग होम में नहीं ले जाया जा सकता है

v. **अस्पताल में भर्ती होने की अवधि**

सामान्य रूप से स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियां अंतःरोगी के तौर पर 24 घंटे से अधिक समय तक अस्पताल में भर्ती होने को कवर करती हैं। इसलिए अस्पताल में प्रवेश के साथ-साथ अस्पताल से छुट्टी की तिथि और समय को नोट करना महत्वपूर्ण हो जाता है अगर यह शर्त पूरी की गयी है।

डे-केयर उपचार

स्वास्थ्य सेवा उद्योग में हुए तकनीकी विकास ने अस्पताल में भर्ती होने के लिए आवश्यक पूर्व की जटिल और लंबे समय वाली कई प्रक्रियाओं का सरलीकरण किया है। 24 घंटे से अधिक अस्पताल में भर्ती होने की आवश्यकता के बिना दिन भर की देखभाल के आधार पर कई प्रक्रियाओं की शुरुआत की गई है।

अधिकांश डेकेयर प्रक्रियाओं को पूर्व व्यक्त सहमति के पैकेज दर के आधार पर लागू किया गया है जिसके परिणाम स्वरूप लागत में एक निश्चितता आई है।

vi. **ओपीडी**

कुछ पॉलिसियां बहिरंग मरीज के तौर पर भी उपचार/परामर्श को कवर करती हैं जो एक विशिष्ट बीमा राशि पर निर्भर करता है और सामान्य तौर पर यह अस्पताल में भर्ती होने की बीमा राशि से कम होता है।

ओपीडी के तहत कवरेज अलग-अलग पॉलिसी के मामले में भिन्न होता है। इस तरह की प्रतिपूर्ति के लिए, 24 घंटे अस्पताल में भर्ती होने का क्लॉज लागू नहीं होता है।

vii. **उपचार की प्रक्रिया/उपचार की प्रणाली**

आम तौर पर अस्पताल में भर्ती होने को इलाज की एलोपैथिक पद्धति के साथ जोड़ कर देखा जाता है। हालांकि, मरीज इलाज की अन्य प्रणालियों को भी अपना सकता है, जैसेः

- ✓ यूनानी
- ✓ सिद्ध
- ✓ होम्योपैथी
- ✓ आयुर्वेद
- ✓ प्राकृतिक चिकित्सा आदि

अधिकांश पॉलिसियां इलाज की इन प्रणालियों को बाहर रखती है वहीं कुछ पॉलिसियां एक उप-सीमा के साथ इलाज की इन प्रणालियों में से एक या अधिक को कवर करती हैं।

viii. **पहले से मौजूद बीमारियां**

परिभाषा

पहले से मौजूद बीमारियों का मतलब है ऐसी कोई भी स्थिति, बीमारी या चोट या संबंधित समस्या(एं) जिसके लिए बीमित व्यक्ति में संकेत और लक्षण देखे गए हैं और/या जिनका पता चला था और/या कंपनी के साथ उसकी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी से 48 महीने पहले की अवधि के भीतर चिकित्सा सलाह/उपचार प्राप्त किया गया था, चाहे इसके बारे में उसे स्पष्ट रूप से ज्ञात था या नहीं था।

बीमा के बुनियादी सिद्धांतों के कारण पहले से मौजूद बीमारियों को बाहर रखा गया है जिसके अनुसार एक निश्चितता को बीमा के तहत कवर नहीं किया जा सकता है।

हालांकि, इस सिद्धांत को लागू करना काफी मुश्किल होता है और इसमें यह पता लगाने के लिए कि बीमा के समय व्यक्ति में समस्या मौजूद थी या नहीं, लक्षणों और इलाज की एक सुव्यवस्थित जांच करना शामिल है। चूंकि चिकित्सा पेशेवरों में बीमारी की अवधि के बारे में अपनी अलग-अलग राय हो सकती है, किसी भी दावे को इनकार करने से पहले सावधानी से यह राय ली जाती है कि बीमारी पहली बार कब दिखाई दी थी।

स्वास्थ्य बीमा के विकास में, हमें इस अपवर्जन में दो संशोधनों दिखाई देते हैं।

- ✓ पहला संशोधन समूह बीमा के मामले में है जहां समूह में शामिल सभी लोग बीमाधारक होते हैं, इसमें बीमा कंपनी के विरुद्ध चयन की कोई गुंजाइश नहीं होती है। जैसे सभी सरकारी कर्मचारियों, गरीबी रेखा से नीचे के सभी परिवारों, बड़े कॉर्पोरेट समूह के कर्मचारियों के परिवार के सदस्य आदि को कवर करने वाली समूह पॉलिसियों को पहली बार कवर का विकल्प चुनने वाले एक एकल परिवार की तुलना में अधिक अनुकूल माना जाता है। इन पॉलिसियों में अक्सर अपवाद को हटा दिया जाता है क्योंकि पर्याप्त मूल्य का अपवाद अंतर्निहित होता है।
- ✓ दूसरा संशोधन यह है कि पहले से मौजूद बीमारियों को निरंतर कवरेज की एक निश्चित अवधि के बाद कवर किया जाता है। यह इस सिद्धांत को मानता है कि व्यक्ति में एक स्थिति वर्तमान रहने पर भी अगर यह एक निश्चित समय अवधि में दिखाई नहीं देता है तो फिर इसे एक निश्चितता के रूप में नहीं देखा जा सकता है।

ix. **प्रारंभिक प्रतीक्षा अवधि**

एक आम स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी केवल एक प्रारंभिक 30 दिनों की अवधि के बाद (दुर्घटना संबंधी अस्पताल में भर्ती होने को छोड़कर) बीमारियों को कवर करती है।

इसी प्रकार बीमारियों की सूची भी उपलब्ध है जैसे:

✓ मोतियाबिंद,	✓ हर्निया,

✓ मामूली प्रोस्टेटिक हाइपरट्रोपी, ✓ गर्भाशय निकालना, ✓ फिस्ट्यूला, ✓ बवासीर,	✓ हाइड्रोसील, ✓ साइनसाइटिस, ✓ घुटने/कूल्हे के जोड़ को बदलना आदि

इन्हें एक प्रारंभिक अवधि के लिए कवर नहीं किया जा सकता है जो विशिष्ट बीमा कंपनी के उत्पाद के आधार पर एक वर्ष या दो वर्ष या अधिक हो सकती है।

दावे को आगे बढ़ाने वाला व्यक्ति यह पहचान करता है कि क्या बीमारी इनमें से एक है और अगर यह इस स्वीकार्यता शर्त के भीतर आती है तो व्यक्ति को कब तक के लिए कवर किया गया है।

x. **अपवर्जन**

इस पॉलिसी में अपवर्जनों का एक सेट बनाया गया है जिसे आम तौर पर इस प्रकार वर्गीकृत किया जा सकता है:

- ✓ मातृत्व जैसे लाभ (हालांकि कुछ पॉलिसियों में इसे कवर किया जाता है)।
- ✓ आउटपेशेंट और दंत चिकित्सा उपचार।
- ✓ ऐसी बीमारियां जिनको कवर करने का इरादा नहीं रहता है, जैसे एचआईवी, हार्मोन चिकित्सा, मोटापे का इलाज, प्रजनन क्षमता का उपचार, कॉस्मेटिक सर्जरी आदि।
- ✓ शराब/मादक पदार्थों के दुरुपयोग से होने वाली बीमारियां।
- ✓ भारत के बाहर चिकित्सा उपचार।
- ✓ उच्च जोखिमपूर्ण गतिविधियां, आत्महत्या का प्रयास, रेडियोधर्मी संदूषण।
- ✓ केवल जांच/परीक्षण के प्रयोजन से प्रवेश।

इस तरह के एक मामले में दावे पर कार्रवाई करने वाले व्यक्ति के लिए परिस्थितियों को विशेष रूप से स्पष्ट करना अत्यंत महत्वपूर्ण हो जाता है ताकि विशेषज्ञ की राय बिलकुल सटीक हो और चुनौती दिए जाने पर एक क़ानून की अदालत में जांच-पड़ताल के लिए प्रस्तुत किया जा सके।

xi. **दावों के संबंध में शर्तों का अनुपालन।**

बीमा पॉलिसी एक दावे के मामले में बीमित व्यक्ति द्वारा उठाए जाने वाले कुछ कदमों को भी परिभाषित करती है जिनमें से कुछ दावे की स्वीकार्यता के लिए महत्वपूर्ण हैं।

सामान्यतः ये इनसे संबंधित होते हैं:

- ✓ निश्चित अवधि के भीतर दावे की सूचना देना - सूचना के महत्व को हमने पहले देख लिया है। पॉलिसी एक समय निर्धारित कर सकती है जिसके भीतर सूचना कंपनी के पास पहुंच जानी चाहिए।

- ✓ एक निश्चित अवधि के भीतर दावा दस्तावेज प्रस्तुत करना।
- ✓ महत्वपूर्ण तथ्यों की गलत बयानी, मिथ्या प्रस्तुति या गैर-प्रकटीकरण में शामिल नहीं होना।

g) अंतिम देय दावे पर पहुंचना

एक बार दावा स्वीकार्य होने पर अगला कदम देय दावे की राशि तय करने का है। इसकी गणना करने के लिए हमें देय दावा राशि तय करने वाले कारकों को समझने की जरूरत है। ये कारक हैं:

i. पॉलिसी के तहत सदस्य के लिए उपलब्ध बीमा राशि

कुछ पॉलिसियां अलग-अलग बीमा राशि के साथ जारी की गयी हैं, कुछ फ्लोटर आधार पर, जहां बीमा राशि पूरे परिवार के लिए उपलब्ध होती है या ऐसी पॉलिसियां जो फ्लोटर आधार पर होती हैं लेकिन प्रति सदस्य की एक सीमा होती है।

ii. पहले किए गए किसी भी दावे को ध्यान में रखते हुए पॉलिसी के तहत सदस्य के लिए उपलब्ध शेष बीमा राशिः

पहले से भुगतान किए गए दावों को घटाने के बाद उपलब्ध शेष बीमा राशि की गणना करते समय, बाद में अस्पतालों को उपलब्ध कराया गए किसी भी कैशलेस प्राधिकार पर भी ध्यान दिया जाना आवश्यक होगा।

iii. उप-सीमाएं

अधिकांश पॉलिसियों में कमरे के किराए, नर्सिंग शुल्क आदि को या तो बीमा राशि के एक प्रतिशत के रूप में या प्रति दिन की सीमा के रूप में सीमित कर दिया जाता है। इसी प्रकार की सीमा परामर्श शुल्क या एम्बुलेंस शुल्क आदि के लिए लागू हो सकती है।

iv. किसी भी रोग विशिष्ट सीमा की जांच करना

पॉलिसी मातृत्व कवर के लिए या अन्य बीमारियों जैसे दिल की बीमारी के लिए एक निश्चित राशि या सीमा निर्दिष्ट कर सकती है।

v. क्या संचयी बोनस का हकदार है या नहीं, इसकी जांच करना

पुष्टि करें कि क्या बीमाधारक किसी दावा-मुक्त बोनस का हकदार है (अगर बीमाधारक ने पिछले वर्ष(वर्षों) में अपनी पॉलिसी से कोई दावा नहीं किया है)। दावा-मुक्त बोनस अक्सर अतिरिक्त बीमा राशि के रूप में आता है जो वास्तव में रोगी / बीमाधारक की बीमा राशि को बढ़ा देता है। कभी-कभी संचयी बोनस को भी गलत तरीके से पिछले वर्ष के अंत में सूचित दावे के रूप में बताया जाता है जिसे संभवतः ध्यान में नहीं रखा गया होगा।

vi. **सीमा के साथ कवर किए गए अन्य खर्चेः**

अन्य सीमाएं भी हो सकती हैं जैसे उपचार दवा की आयुर्वेदिक प्रणाली के अंतर्गत किया गया था, आम तौर पर इसकी सीमा बहुत कम होती है। पॉलिसी के चार वर्षों के बाद स्वास्थ्य जांच की लागत केवल एक निश्चित सीमा तक होती है। अस्पताल नकद भुगतान में भी एक प्रति दिन की सीमा होती है।

vii. **सह भुगतान**

यह सामान्यतः भुगतान से पहले आकलित दावे का एक फ्लैट प्रतिशत होता है। सह-भुगतान केवल चुनिंदा परिस्थितियों में भी लागू हो सकता है - केवल माता-पिता के दावों के लिए, केवल मातृत्व दावों के लिए, केवल दूसरे दावे के बाद से या यहां तक कि केवल एक निश्चित राशि से अधिक के दावों पर।

देय राशि को इन सीमाओं के लिए समायोजित करने से पहले, देय दावा राशि की गणना गैर देय मदों के लिए शुद्ध कटौती पर की जाती है।

एक स्वास्थ्य दावे में गैर-देय मद

किसी बीमारी के इलाज में किए गए खर्चों को इस प्रकार वर्गीकृत किया जा सकता हैः

- ✓ इलाज के लिए खर्च और
- ✓ देखभाल के लिए खर्च।

किसी बीमारी के इलाज के खर्चों में सभी चिकित्सा लागतें और तत्संबंधी सामान्य सुविधाएं शामिल होती हैं। इसके अलावा, एक अधिक आरामदायक या आलीशान अस्पताल में ठहरने के लिए खर्चे हो सकते हैं।

एक आम स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी एक बीमारी के इलाज के खर्चों का भार उठाती है और जब तक विशेष रूप से नहीं कहा गया है, विलासिता के लिए अतिरिक्त खर्चे देय नहीं होते हैं।

इन खर्चों को गैर-उपचार शुल्कों पंजीकरण शुल्क, प्रलेखन शुल्क आदि के रूप में और ऐसे आइटमों के रूप में वर्गीकृत किया जा सकता है जिन पर इलाज से सीधा संबंध होने पर विचार किया जा सकता है (जैसे अंतःरोगी अवधि के दौरान विशेष रूप से निर्धारित प्रोटीन के पूरक)।

इससे पहले हर टीपीए/बीमा कंपनी के पास गैर-देय आइटमों की अपनी सूची होती थी, अब इसे आईआरडीए के स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देशों के अंतर्गत मानकीकृत कर दिया गया है।

अंतिम देय दावे पर पहुंचने का अनुक्रम इस प्रकार हैः

तालिका 2.1

चरण I	कमरे का किराया, परामर्श शुल्क आदि के विभिन्न मदों के तहत सभी बिलों और रसीदों की सूची
चरण II	प्रत्येक मद के नीचे दावा राशि से गैर-देय आइटमों को घटाएं
चरण III	खर्च के प्रत्येक मद के लिए लागू होने वाली किसी भी सीमा को लागू करें

चरण IV	कुल देय राशि निकालें और जांच करें कि क्या यह समग्र बीमा राशि के भीतर है
चरण V	शुद्ध देय दावे पर पहुंचने के लिए लागू होने वाले किसी भी सह-भुगतान को घटाएं

h) दावे का भुगतान

एक बार जब देय दावा राशि निकाल ली जाती है, ग्राहक या अस्पताल को, जो भी मामला हो, भुगतान कर दिया जाता है। स्वीकृत दावा राशि के बारे में वित्त/लेखा प्रभाग को बता दिया जाता है और फिर चेक द्वारा या ग्राहक के बैंक खाते में दावा राशि को हस्तांतरित करके भुगतान किया जा सकता है।

जब अस्पताल को भुगतान किया जाता है, कोई भी आवश्यक कर कटौती भुगतान की राशि से की जाती है।

जहां भुगतान को तृतीय पक्ष व्यवस्थापक द्वारा नियंत्रित किया जाता है, भुगतान प्रक्रिया अलग-अलग बीमा कंपनी के मामले में भिन्न हो सकती है। टीपीए की कार्यप्रणाली के बारे में अधिक विस्तृत जानकारी बाद में दी गयी है।

सिस्टम में भुगतान का अपडेट ग्राहक की पूछताछ से निपटने के लिए महत्वपूर्ण है। आम तौर पर इस तरह का विवरण कॉल सेंटर/ग्राहक सेवा टीम को सिस्टम के माध्यम से साझा किया जाएगा।

एक बार भुगतान हो जाने पर दावे को निपटा लिया गया माना जाता है। निपटाए गए दावों की संख्या और मात्रा के लिए कंपनी के प्रबंधन, बिचौलियों, ग्राहकों और आईआरडीएआई को समय-समय पर रिपोर्ट भेजी जाती है। निपटाए गए दावों के सामान्य विश्लेषण में निपटान का प्रतिशत, एक अनुपात के रूप में गैर-देय राशि, दावों का निपटारा करने में लगा औसत समय आदि शामिल है।

i) दस्तावेजों की कमी का प्रबंधन/आवश्यक अतिरिक्त जानकारी

दावों पर कार्रवाई करने में महत्वपूर्ण दस्तावेजों की एक सूची की जांच-पड़ताल करने की जरूरत होती है। ये इस प्रकार हैं:

- ✓ अस्पताल में भर्ती होने की टिप्पणी के साथ छुट्टी मिलने का सारांश,
- ✓ समर्थक जांच रिपोर्ट,
- ✓ अंतिम समेकित बिल, विभिन्न भागों में विवरण के साथ
- ✓ प्रेस्क्रिप्शन और दवाओं का बिल,
- ✓ भुगतान की रसीद,
- ✓ दावा प्रपत्र और
- ✓ ग्राहक की पहचान

अनुभव से पता चलता है कि प्रस्तुत किए गए चार दावों में से एक मूल दस्तावेजों के संदर्भ में अपूर्ण होता है। इसलिए प्रस्तुत नहीं किए गए दस्तावेजों के बारे में ग्राहक को बताया जाना आवश्यक है और उसे एक समय सीमा दी जानी चाहिए जिसके भीतर वह इन्हें अपने दावे के साथ संलग्न कर सकता है।

इसी प्रकार, दावे पर कार्रवाई करते समय ऐसा हो सकता है कि अतिरिक्त जानकारी की आवश्यकता उत्पन्न हो जाए क्योंकि:

i. अस्पताल से छुट्टी मिलने का उपलब्ध कराया गया सारांश प्रारूप में नहीं है या इसमें रोग निदान के बारे में कुछ विवरण या बीमारी का इतिहास सम्मिलित नहीं है।

ii. उपचार का पर्याप्त विस्तार से विवरण नहीं दिया गया है या स्पष्टीकरण की आवश्यकता है।

iii. अस्पताल से छुट्टी मिलने के सारांश के अनुसार उपचार रोग के लक्षण के अनुरूप नहीं है या बतायी गयी दवाएं उस बीमारी से संबंधित नहीं हैं जिसके लिए उपचार किया गया था।

iv. उपलब्ध कराए गए बिलों में आवश्यक विवरण शामिल नहीं है।

v. दो दस्तावेजों के बीच व्यक्ति की उम्र में फर्क है।

vi. अस्पताल से छुट्टी के सारांश और बिल के बीच में प्रवेश की तिथि/छुट्टी मिलने की तिथि में तालमेल नहीं है।

vii. दावे के लिए अस्पताल में भर्ती होने के बारे में एक अधिक विस्तृत जांच की आवश्यकता है और इसके लिए अस्पताल के इनडोर मामले के कागजात की आवश्यकता है।

दोनों ही मामलों में, अतिरिक्त जानकारी की आवश्यकता के विवरण के साथ लिखित रूप में या ईमेल के माध्यम से ग्राहक को सूचित किया जाता है। अधिकांश मामलों में ग्राहक आवश्यक जानकारी प्रदान करने में सक्षम होगा। हालांकि ऐसी परिस्थितियां भी हैं जहां आवश्यक जानकारी इतनी अधिक महत्वपूर्ण है कि इसको अनदेखा नहीं किया जा सकता है, लेकिन ग्राहक जवाब नहीं देता है। ऐसे मामलों में, ग्राहक को रिमाइंडर भेजा जाता है कि दावे की कार्रवाई आगे बढ़ाने के लिए यह जानकारी आवश्यक है और ऐसे तीन रिमाइंडर के बाद दावा बंद करने का नोटिस भेज दिया जाता है।

कार्रवाई के दौरान दावे से संबंधित सभी पत्राचारों में आप देखेंगे कि पत्र के शीर्ष पर "प्रतिकूल प्रभाव डाले बिना" शब्द उल्लिखित होता है। यह एक कानूनी आवश्यकता है जो यह सुनिश्चित करता है कि इन पत्राचारों के बाद दावे को अस्वीकार करने का बीमा कंपनी का अधिकार बरकरार रहता है।

उदाहरण

बीमा कंपनी मामले का विस्तार से अध्ययन करने के लिए मामले के इनडोर कागजातों की मांग कर सकती है और इस निष्कर्ष पर पहुंच सकती है कि प्रक्रिया/उपचार पॉलिसी की शर्तों के दायरे में नहीं आता है। अधिक जानकारी मांगने के कार्य को एक ऐसी कार्रवाई के रूप में नहीं देखा जाना चाहिए जिसका अर्थ है कि बीमा कंपनी ने दावा स्वीकार कर लिया है।

दस्तावेजों में कमी और स्पष्टीकरण और आवश्यक अतिरिक्त जानकारी का प्रबंधन दावा प्रबंधन की एक प्रमुख चुनौती है। जहां सभी आवश्यक जानकारी के बिना दावे पर कार्रवाई नहीं की जा सकती है, ग्राहक से बार-बार अधिक से अधिक जानकारी का अनुरोध करके उसे असुविधा में नहीं डाला जा सकता है।

अच्छे आचरण के लिए यह आवश्यक है कि इस तरह का अनुरोध समस्त आवश्यक जानकारी की एक समेकित सूची के साथ किया जाए और उसके बाद कोई नई मांग नहीं की जाए।

j) **दावों का अस्वीकरण**

स्वास्थ्य संबंधी दावों के अनुभव से पता चलता है कि प्रस्तुत किए गए 10% से 15% दावे पॉलिसी की शर्तों के भीतर नहीं आते हैं। ऐसा विभिन्न कारणों से हो सकता है, जिनमें से कुछ इस प्रकार हैं:

i. प्रवेश की तारीख बीमा की अवधि के भीतर नहीं है।

ii. जिस सदस्य के लिए दावा किया गया है उसे कवर नहीं किया गया है।

iii. पहले से मौजूद बीमारी के कारण (जहां पॉलिसी ऐसी स्थिति को अपवर्जित करती है)।

iv. किसी वैध कारण के बिना प्रस्तुत करने में अनुचित देरी

v. कोई सक्रिय उपचार नहीं; प्रवेश केवल जांच के प्रयोजन से किया गया है।

vi. जिस बीमारी का इलाज किया गया उसे पॉलिसी के तहत बाहर रखा गया है।

vii. बीमारी का कारण शराब या नशीले पदार्थों का दुरुपयोग है।

viii. 24 घंटे से कम समय तक अस्पताल में भर्ती किया गया है।

दावे के अस्वीकरण या परित्याग (कारण चाहे जो भी हो) के बारे में लिखित रूप में ग्राहक को सूचित किया जाना चाहिए। आम तौर पर इस तरह के अस्वीकरण के पत्र में अस्वीकार करने का कारण स्पष्ट रूप से बताया जाता है, जिसमें पॉलिसी के उस नियम/शर्त का उल्लेख होता है जिसके आधार पर दावे को अस्वीकार किया गया था।

अधिकांश बीमा कंपनियों के पास एक ऐसी प्रक्रिया होती है जिसके द्वारा दावे को मंजूर करने के लिए प्राधिकृत प्रबंधक से एक वरिष्ठ प्रबंधक द्वारा अस्वीकृति को अधिकृत किया जाता है। ऐसा यह सुनिश्चित करने के लिए है कि कोई भी अस्वीकृति पूरी तरह से न्यायोचित है और अगर बीमाधारक कोई कानूनी उपाय चाहता है तो इसके बारे में स्पष्ट किया जाएगा।

बीमा कंपनी को प्रतिनिधित्व के अलावा, दावे के इनकार के मामले में ग्राहक के पास निम्नलिखित से संपर्क करने का विकल्प होता है:

- ✓ बीमा लोकपाल (ओम्बड्समैन) या
- ✓ उपभोक्ता फोरम या
- ✓ आईआरडीएआई या
- ✓ कानून की अदालतें

प्रत्येक इनकार के मामले में यह आकलन करने के लिए फ़ाइल की जांच की जाती है कि क्या इनकार सामान्य प्रक्रिया में कानूनी जांच-पड़ताल पर खरा उतर पाएगा और दस्तावेजों को एक सुरक्षित स्थान पर रखा जाता है ताकि कहीं निर्णय का बचाव करने की कोई जरूरत ना उत्पन्न हो जाए।

k) अधिक विस्तृत जांच-पड़ताल के लिए संदिग्ध दावे

बीमा कंपनियां व्यवसाय के सभी लाइनों में धोखाधड़ी की समस्या को दूर करने की पूरी कोशिश कर रही हैं। धोखाधड़ी के दावों के निपटान की विशुद्ध संख्या के संदर्भ में स्वास्थ्य बीमा, बीमा कंपनियों के लिए एक बड़ी चुनौती प्रस्तुत करता है।

स्वास्थ्य बीमा के क्षेत्र में की गयी धोखाधड़ी के कुछ उदाहरण हैं:

i. प्रतिरूपण, बीमित व्यक्ति उपचार किए गए व्यक्ति से अलग है।

ii. दावा करने के लिए नकली दस्तावेज तैयार करना जहां अस्पताल में भर्ती होने का कोई मामला नहीं है

iii. खर्चों को बढ़ा-चढ़ा कर बताना, या तो अस्पताल की मदद से या जालसाजी करके बनाए गए बाहरी बिलों को शामिल करके।

iv. बीमारी का पता लगाने के खर्चों को पूरा करने के लिए आउटपेशेंट उपचार को इनपेशेंट / अस्पताल में भर्ती होने में बदल दिया गया जो कुछ मामलों में बहुत अधिक हो सकता है।

एक दैनिक आधार पर उभरते धोखाधड़ी के नए तरीकों की वजह से बीमा कंपनियों और टीपीए को लगातार जमीनी स्तर पर स्थिति पर नजर रखने और इस तरह की धोखाधड़ी का पता लगाने और उसे नियंत्रित करने के उपाय करने की जरूरत होती है।

दावों दो तरीकों के आधार पर जांच के लिए चुना जाता है:

- ✓ नियमित दावे और
- ✓ ट्रिगर हुए दावे

एक टीपीए या बीमा कंपनी एक आंतरिक मानक निर्धारित कर सकते हैं कि दावों के एक निर्दिष्ट प्रतिशत को प्रत्यक्ष रूप से सत्यापित किया जाएगा; यह प्रतिशत कैशलेस और प्रतिपूर्ति दावों के लिए अलग-अलग हो सकता है।

इस विधि में दावों को यादृच्छिक नमूना पद्धति का उपयोग करके चुना जाता है। कुछ बीमा कंपनियों यह निर्धारित करती हैं कि एक निश्चित मूल्य से अधिक के सभी दावों की जांच की जाएगी और उस सीमा से नीचे के दावों के एक नमूना सेट को सत्यापन के लिए लिया जाता है।

दूसरी विधि में, प्रत्येक दावे को चेकप्वाइंट के एक सेट से होकर गुजरना पड़ता है जो अनुरूप नहीं होने पर जांच के लिए भेजा जा सकता है जैसे

i. चिकित्सा परीक्षणों या दवाओं से संबंधित दावे का एक उच्च भाग
ii. ग्राहक भी निपटान के लिए उत्सुक है
iii. ओवरराइटिंग वाले बिल आदि

अगर दावा असली नहीं होने का संदेह है तो दावे की जांच की जाती है, चाहे वह कितना ही छोटा हो।

I) टीपीए द्वारा कैशलेस निपटान की प्रक्रिया

कैशलेस सुविधा कैसे काम करती है? इसके केंद्र में एक समझौता है जो टीपीए और बीमा कंपनी अस्पताल के साथ करती है। अन्य चिकित्सा सेवा प्रदाताओं के साथ भी समझौते संभव हैं। हम इस खंड में कैशलेस सुविधा प्रदान करने के लिए अपनायी जाने वाली प्रक्रिया पर विचार करेंगे:

तालिका 3.1

चरण 1	स्वास्थ्य बीमा के तहत कवर किया गया ग्राहक किसी बीमारी से ग्रस्त है या उसे कोई चोट लगी है और इसलिए अस्पताल में भर्ती करने की सलाह दी गई है। वह (या उसकी ओर से कोई अन्य व्यक्ति) इस तरह के बीमा विवरण के साथ अस्पताल के बीमा डेस्क पर पहुंचता है: i. टीपीए का नाम, ii. उसकी सदस्यता संख्या, iii. बीमा कंपनी का नाम, आदि
चरण 2	अस्पताल आवश्यक जानकारी को संकलित करता है जैसे: i. बीमारी का निदान (डायग्नोसिस) ii. उपचार, iii. इलाज करने वाले चिकित्सक का नाम, iv. अस्पताल में भर्ती होने के प्रस्तावित दिनों की संख्या और v. अनुमानित लागत इसे एक प्रारूप में प्रस्तुत किया है जो कैशलेस प्राधिकार फॉर्म कहलाता है।
चरण 3	टीपीए कैशलेस प्राधिकार फॉर्म में उपलब्ध कराई गई जानकारी का अध्ययन करता है।यह पॉलिसी की शर्तों और अस्पताल के साथ सहमत टैरिफ, यदि कोई हो, के साथ जानकारी की जांच करता है, और इस निर्णय पर पहुंचता है कि क्या कैशलेस अस्पताल में भर्ती होने का प्राधिकार प्रदान किया जा सकता है और अगर हां, तो कितनी राशि के लिए यह प्राधिकार दिया जाना चाहिए। टीपीए निर्णय पर पहुंचने के लिए और अधिक जानकारी मांग सकते हैं। एक बार निर्णय हो जाने पर बिना किसी देरी के इसके बारे में अस्पताल को सूचित कर दिया जाता है। दोनों फॉर्मों को अब आईआरडीएआई के स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देशों के तहत मानकीकृत कर दिया गया है; (अंत में अनुलग्नक देखें)।
	अस्पताल द्वारा रोगी का इलाज रोगी के खाते में जमा के रूप में टीपीए द्वारा अधिकृत राशि को

चरण 4	ध्यान में रखते हुए किया जाता है। सदस्य को गैर-उपचार संबंधी खर्चों को कवर करने के लिए एक जमा राशि भुगतान करने और पॉलिसी के तहत आवश्यक कोई सह-भुगतान की राशि जमा करने के लिए कहा जा सकता है।
चरण 5	जब मरीज अस्पताल से छुट्टी के लिए तैयार हो जाता है, अस्पताल बीमा द्वारा कवर किए गए वास्तविक उपचार के खर्चों के विरुद्ध रोगी के खाते में टीपीए द्वारा मंजूर जमा राशि की जांच करता है। अगर जमा राशि कम होती है तो अस्पताल कैशलेस इलाज के लिए जमा राशि की अतिरिक्त मंजूरी का अनुरोध करता है। टीपीए इसका विश्लेषण करता है और अतिरिक्त राशि को मंजूर करता है।
चरण 6	मरीज गैर-स्वीकार्य प्रभार का भुगतान करता है और उसे अस्पताल से छुट्टी दे दी जाती है। दस्तावेज तैयार करने की प्रक्रिया पूरी करने के लिए उसे दावा प्रपत्र और बिल पर हस्ताक्षर करने के लिए कहा जाएगा।
चरण 7	अस्पताल सभी दस्तावेजों को समेकित करता है और बिल भुगतान की कार्रवाई आगे बढ़ाने के लिए निम्नलिखित दस्तावेज़ टीपीए को प्रस्तुत करता है: i. दावा प्रपत्र ii. अस्पताल से छुट्टी का सारांश / प्रवेश की टिप्पणियां iii. टीपीए द्वारा जारी किया गया मरीज/प्रस्तावक का पहचान कार्ड और और फोटो पहचान पत्र। iv. अंतिम समेकित बिल v. विस्तृत बिल vi जांच रिपोर्ट vii. प्रेस्क्रिप्शन और दवाओं का बिल viii. टीपीए द्वारा भेजे गए स्वीकृति पत्र
चरण 8	टीपीए दावे की प्रक्रिया को आगे बढ़ाएगा और निम्नलिखित विवरण की पुष्टि करने के बाद अस्पताल को भुगतान की सिफारिश करेगा: i. इलाज किया गया मरीज वही व्यक्ति है जिसके लिए स्वीकृति प्रदान की गयी थी। ii. मरीज का इलाज उसी बीमारी के लिए किया गया है जिसके लिए स्वीकृति मांगी गयी थी। iii. अपवर्जित बीमारी के लिए खर्चे, यदि कोई है, बिल का हिस्सा नहीं हैं। iv. अस्पताल को बतायी गयी सभी सीमाओं का पालन किया गया है। v. अस्पताल के साथ सहमत टैरिफ दरों का पालन किया गया है, शुद्ध देय राशि की गणना करें।

कैशलेस सुविधा के मूल्य में संदेह कोई नहीं है। ग्राहकों के लिए यह जानना भी महत्वपूर्ण है कि सुविधा का सबसे अच्छा उपयोग कैसे किया जाए। ध्यान देने वाली बातें इस प्रकार हैं:

I. ग्राहक को यह सुनिश्चित करना होगा कि उसके पास अपने बीमा का विवरण उपलब्ध है। इसमें उसके निम्न दस्तावेज़ शामिल हैं:

- ✓ टीपीए कार्ड,
- ✓ पॉलिसी की प्रतिलिपि,
- ✓ कवर के नियम और शर्तें

इनके उपलब्ध नहीं होने पर वह (एक 24 घंटे की हेल्पलाइन के माध्यम से) टीपीए से संपर्क कर सकता है और जानकारी प्राप्त कर सकता है।

II. ग्राहक को यह जांच करनी चाहिए कि क्या उसके परामर्शदाता चिकित्सक द्वारा बताया गया अस्पताल टीपीए के नेटवर्क में है। यदि नहीं तो उसे टीपीए से उपलब्ध विकल्पों की जानकारी प्राप्त करनी चाहिए जहां इस तरह के इलाज के लिए कैशलेस सुविधा उपलब्ध है।

III. उसे यह सुनिश्चित करने की जरूरत है कि पूर्व-प्राधिकार फॉर्म में सही जानकारी दर्ज की गयी है। इस फार्म को 2013 में यदि स्वास्थ बीमा मानकीकरण के मार्ग निर्देशों के अनुसार आई आर डी ए आई मानकीकृत किया गया है। यदि मामला स्पष्ट नहीं है तो टीपीए कैशलेस सुविधा से इनकार कर सकता है या इस पर सवाल उठा सकता है।

IV. उसे यह सुनिश्चित करने की जरूरत है कि अस्पताल के शुल्क सीमाओं के अनुरूप हैं, उदाहरण के लिए, कमरे के किराए के लिए सीमा या मोतियाबिंद जैसे निर्दिष्ट उपचार की सीमा।

अगर वह पॉलिसी के द्वारा अनुमत सीमा से अधिक खर्च करना चाहता है तो अग्रिम में यह जान लेना बेहतर है कि खर्चों में उसका हिस्सा क्या होगा।

V. ग्राहक को अस्पताल से छुट्टी मिलने से पहले टीपीए को सूचित कर देना चाहिए और अस्पताल से छुट्टी मिलने से पहले आवश्यक कोई भी अतिरिक्त मंजूरी टीपीए को भेज देने का अनुरोध अस्पताल से करना चाहिए। इससे यह सुनिश्चित होगा कि मरीज को अस्पताल में अनावश्यक रूप से इंतजार नहीं करना पड़ता है।

यह भी संभव है कि ग्राहक एक अस्पताल में कैशलेस इलाज के लिए अनुरोध करता है और इसकी मंजूरी लेता है लेकिन मरीज को अन्यत्र भर्ती करने का फैसला करता है। ऐसे मामलों में, ग्राहकों को सूचित करना चाहिए और अस्पताल से टीपीए को यह बताने के लिए कहना चाहिए कि कैशलेस मंजूरी का उपयोग नहीं किया जा रहा है।

अगर ऐसा नहीं किया जाता है तो मंजूर की गयी राशि ग्राहक की पॉलिसी में अवरुद्ध हो सकती है और बाद में अनुरोध की मंजूरी पर इसका प्रतिकूल प्रभाव पड़ सकता है।

C. स्वास्थ्य बीमा दावों में दस्तावेज़ तैयार करना

जैसा कि पहले उल्लेख किया जा चुका है, स्वास्थ्य बीमा संबंधी दावों को पूरा करने के लिए कई दस्तावेजों की जरुरत पड़ती है। हर एक दस्तावेज में मूलतः दो प्रश्नों का उत्तर देने में सहायक होने की अपेक्षा की जाती है – स्वीकार्यता (क्या यह देय है?) और दावे का आकार (कितना?)

यह खंड ग्राहकों द्वारा जमा किए जाने वाले आवश्यक दस्तावेजों और विषय वस्तु का उल्लेख करता है।

a) डिस्चार्ज समरी

डिस्चार्ज समरी को स्वास्थ्य बीमा के निष्पादन में सबसे आवश्यक दस्तावेज़ माना जा सकता है। मरीज की स्थिति और उसका इलाज किस तरीके से किया गया है, इस बात की पूरी जानकारी यह दस्तावेज देता है।

आई आर डी ए आई के मानकीकरण मार्ग निर्देशों के नुसार मानक डिस्चार्ज समर्थ में निम्न बाते होती है :

1. रोगी का नाम
2. दूर भाष/मोबाईल न.
3. आइपीडी न.
4. एडमिशन न.
5. इलाज करने वाले विशेषज्ञ का नाम सम्पर्क सं विभाग – विशेषता
6. एडमिशन की तारीख, समय के साथ
7. डिस्चार्ज की तारिख – समय के साथ
8. एम एल सी / एफ आई आर सं
9. एडमिशन के समय अनंतिम निशान
10. डिस्चार्ज के समय अंतिम निदान
11. आईसीडी – 10 (कोड) कोई अंतिम डिस्चार्ज के लिए अन्य कोई जैसा कि प्राधिकार द्वारा अनुशांसित हैं।
12. अवधि के साथ तकलीफ और एडमिशन का कारण
13. वर्तमान बीमारी का कारण
14. एडमिशन के समय परीक्षम से ज्ञात तकलीफ
15. अलकोहल, तम्बाकू या सब्सटांस अब्यूक का इतिहास, यदि कोई हो
16. पूर्व क् म्हत्वपूर्ण चिकित्सा सम्बंधी या भुल्यक्रिया संबंधी इतिहास, यदि कोई हो
17. पारिवारिक इतिहास, यदि महत्वपूर्ण हो
18. अस्पताल में रहने के दौरान महत्वपूर्ण जांच की सारंभ
19. कोई जटिलता सहित, असपताल में किया गया इलाज, यदि कोई हो
20. डिस्चार्ज के समय सलाह
21. इलाज करने वाले विशेषज्ञ /प्राधिकृत टीम डॉक्टर का नाम और हस्तक्षार
22. रोगी /अटेन्डेट का नाम और हस्ताक्षर

ठीक से तैयार की गई छुट्टी का सारांश बीमारी और इलाज की पुख्ता जानकारी देने के साथ ही दावे के शीघ्र निपटारे में काफी सहायक होती है। जिन मामलों में मरीज जीवित नही रह पाता ऐसे में कई अस्पताल छुट्टी का सारांश (डिस्चार्ज समरी) की जगह मृत्यु का सारांश (डेथ समरी) शब्द का इस्तेमाल करते हैं।

हमेशा छुट्टी के सारांश की मूल प्रति मांगी जाती है।

b) जांच रिपोर्ट

जांच रिपोर्ट निदान और इलाज की तुलना करने में सहायता करता है और उस सही हालत को समझने के लिए आवश्यक जानकारी उपलब्ध कराता है जिसने अस्पताल में भर्ती होने के दौरान हुए इलाज और प्रगति को प्रेरित किया है।

आमतौर पर जांच रिपोर्ट निम्नलिखित रिपोर्ट से मिलकर बनता है:

a) रक्त परीक्षण की रिपोर्ट

b) एक्सरे रिपोर्ट

c) स्कैन की रिपोर्ट और

d) बायोप्सी रिपोर्ट

सभी जांच रिपोर्ट नाम, आयु, लिंग, परीक्षण की तारीख आदि को दर्शाते हैं और आम तौर पर मूल रूप में प्रस्तुत किए जाते हैं। ग्राहकों के विशेष अनुरोध पर बीमा कंपनी एक्स-रे और अन्य फिल्में वापस कर सकती है।

c) समेकित और विस्तृत बिलः

यही वह दस्तावेज होता है जो यह निर्णय करता है है कि बीमा पॉलिसी के तहत क्या भुगतान करना चाहिए। पहले बिल के लिए अभी तक कोई मानकीकृत प्रारूप नहीं था लेकिल आई आर डी ए आई का मानक मार्ग निर्देश समेकित और विस्तृत बिल के लिए फार्मेट का प्रावधान करता है। विद्यार्थियों को सलाह दी जाती है कि वे वेब साइट पर विस्तृत विवरण देखले।

हालांकि समेकित बिल समग्र तौर पर तस्वीर प्रस्तुत करता है लेकिन विस्तृत बिल संदर्भ कोड के साथ ब्रेकअप बिल प्रदान करेगा।

विस्तृत बिल का उपयोग कर गैर- देय व्यय की समीक्षा की जाती है और इस विस्तृत बिल में गैर स्वीकार्य खर्चों को गोल कर दिया जाता है और मद के तहत हुए संबंधित खर्च की कटौती के लिए विस्तृत बिल का उपयोग किया जाता है।

बिलों को मूल रुप में प्राप्त किया जाना चाहिए।

d) भुगतान की रसीद

बीमे की रकम के लिए हुए समझौते के तहत, स्वास्थ्य बीमा के दावे की पूर्ति के लिए अस्पताल में किए गए भुगतान की पक्की रसीद की भी जरूरत पड़ती है।

यह ध्यान रखना होगा कि रसीद में उल्लिखित राशि और भुगतान की गई राशि एक होनी चाहिए, क्योंकि कुछ अस्पताल भुगतान के समय छुट वगैरह भी देते है। ऐसे मामलों में बीमा करने वाले को सिर्फ उतनी ही राशि का भुगतान करने को कहा जाता है जितना मरीज के नाम अस्पताल को दिया गया है।

रसीद की मूल प्रति ही जमा करनी चाहिए जिसमें बिल का नंबर लिखा हो और मुहर लगी हो।

e) दावा प्रपत्र

दावा प्रपत्र को अब आई आर डी आई द्वारा मानकीकृत कर दिया गया है जिनमें मोटे तौर पर निम्न तथ्य शामिल होते हैं।

a) प्राथमिक बीमा धारक का नाम तथा पॉलिसी सं जिनके अन्तर्गत दावा किया गया है।

b) बीमा इतिहास का वर्णन

c) अस्पताल में भर्ती बीमाधारक व्यक्ति का विवरण

d) अस्पताल में भर्ती होने का विस्तृत विवरण, तथा अस्पताल, कमरे की श्रेणी, एडमिशन और डिस्चार्ज की तारीख और समय, दुर्घटना की स्थिति में क्या पुलिस को जानकारी दी गई मेडिसिन का सिस्टम

e) दावे का विवरण – जिसके लिए भर्ती किया गया, खर्च का ब्रेक अप, भर्ती होने के पूर्व और पश्चात की अवधि, दावा की गई एक पूश्त राशि नकद लाभ का विवरण

f) संलग्न बिलो का विवरण

g) प्राथमिक बीमाधारक के बैंक खाते का विवरण ताकि स्वीकृत राशि भेजी जा सके

h) बीमित व्यक्ति की घोषणा।

बीमारी और इलाज जैसी जानकारियों के साथ बीमित व्यक्ति द्वारा की गयी घोषणा कानूनी तौर पर क्लेम फॉर्म को सबसे महत्वपूर्ण दस्तावेज बना देता है।

यह घोषणा ही दावा को और विश्वसनीय बनाता है। इसकी अवहेलना नियम के अंतर्गत दावे को झूठा साबित कर सकता है।

f) **पहचान प्रमाण पत्र**

हमारे जीवन में विभिन्न गतिविधियों के लिए पहचान प्रमाण पत्र के बढ़ते उपयोग के साथ, सामान्य पहचान प्रमाण पत्र एक महत्वपूर्ण उद्देश्य को पूरा करता है – ताकि इसकी पुष्टि की जा सके कि जिस व्यक्ति को कवर किया गया है और वह वही व्यक्ति है जिसका इलाज हो रहा है।

आम तौर पर जिस पहचान दस्तावेज की मांग की जा सकती है वह है:

a) मतदाता पहचान पत्र

b) ड्राइविंग लाइसेंस

c) पैन कार्ड

d) आधार कार्ड आदि

पहचान प्रमाण पत्र पर जोर देने का परिणाम यह हुआ है कि नकदरहित दावों के प्रतिरूपण मामलों में एक महत्वपूर्ण कमी आई है। जैसा कि अस्पताल में भर्ती होने से पहले पहचान प्रमाण पत्र की मांग की जाती है तो फिर अस्पताल का एक कर्तव्य हो जाता है कि इस पहचान प्रमाण पत्र को सत्यापित करे और उसी रुप में बीमा कंपनी या टीपीए को प्रस्तुत करे।

प्रतिपूर्ति दावों में, पहचान प्रमाण पत्र कम ही उद्देश्य को पूरा करता है।

g) विशिष्ट दावा करने के लिए आकस्मिक दस्तावेज

कुछ निश्चित प्रकार के दावों के लिए, जो उपर बताया गया है उससे अलग अतिरिक्त दस्तावेजों की आवश्यकता होती है। जो इस प्रकार हैं:

a) जिसमें एफआईआर या पंजीकृत पुलिस स्टेशन के लिए अस्पताल द्वारा जारी किया गया मेडिकोलीगल प्रमाणपत्र आवश्यक हो सकता है। यह दुर्घटना के कारणों के बारे में बताता है और यातायात दुर्घटनाओं के मामले में यह बताता है कि क्या व्यक्ति शराब के नशे में था।

b) जटिल या उच्च मूल्य के दावों के मामले में केस इंडोर पेपर केस की आवश्यकता होती है। इंडोर केस पेपर या केस सीट एक ऐसा दस्तावेज होता है जिसे अस्पताल में रखा जाता है और इसमें अस्पताल में भर्ती की पूरी अवधि के दौरान दिन के आधार पर रोगी को दिए गए सभी इलाज का ब्यौरा होता है।

c) डायलेसिस / कीमोथेरेपी / फिजियोथेरेपी चार्ट मान्य हैं

d) अस्पताल पंजीकरण प्रमाणपत्र, जो अस्पताल की परिभाषा के तहत उचित ठहराया जा सके।

दावा दिलवाने वाले दल दावा के निस्तारण के लिए कुछ निश्चित प्रारूप में ही दस्तावेज का इस्तेमाल करते हैं। जो इस प्रकार हैः

i. दस्तावेज के जांच की सूची

ii. जांच / समझौते के कागजात

iii. गुणवत्ता जांच / नियंत्रण का प्रारूप

यद्धपि सभी बीमा करने वाली कंपनियों के प्रारुप समान नही हैं, आइए सामान्य विषय – वस्तु के नमूनों के साथ दस्तावेजों के उद्देश्य का अध्यन करें।

तालिका 2.2

1.	दस्तावेज सत्यापन पत्रक	यह सबसे आसान है, ग्राहक द्वारा प्रस्तुत किए गए दस्तावेजों को नोट करने के लिए प्राप्त दस्तावेजों की सूची में एक सही का चिह्न लगाया जाती है। कुछ बीमा कंपनियां पावती के रूप में ग्राहकों को इसकी एक प्रति उपलब्ध करा सकती हैं।

2.	जांच-पड़ताल / प्रक्रिया पत्रक	यह आम तौर पर एक एकल पत्रक होता है जहां कार्रवाई की सभी टिप्पणियों को दर्ज किया जाता है। क) ग्राहक का नाम और आईडी नंबर ख) दावा संख्या, दावा दस्तावेज प्राप्त होने की तिथि ग) पॉलिसी का संक्षिप्त विवरण, धारा 64VB का अनुपालन घ) बीमा राशि और बीमा राशि का उपयोग च) अस्पताल में भर्ती होने और छुट्टी मिलने की तिथि छ) रोग निदान और उपचार ज) दावा स्वीकार्यता / कार्रवाई की टिप्पणियां कारण सहित झ) दावा राशि की संगणना ट) दिनांक और कार्रवाई करने वाले लोगों के नाम के साथ दावे की गतिविधि
3.	गुणवत्ता जांच / नियंत्रण प्रारूप	अंतिम जांच या दावे पर कार्रवाई करने वाले व्यक्ति के अलावा अन्य व्यक्ति द्वारा दावे की जांच के लिए गुणवत्ता नियंत्रण प्रारूप चेकलिस्ट और दावा जांच प्रश्नावली के अलावा गुणवत्ता नियंत्रण/लेखा परीक्षा प्रारूप में निम्नलिखित से संबंधित जानकारी भी शामिल होगीः क) दावे का निपटान, ख) दावे की अस्वीकृति या ग) अतिरिक्त जानकारी के लिए अनुरोध

स्व-परीक्षण 2

निम्नलिखित में से कौन सा दस्तावेज़ अस्पताल में रहता है जिसमें एक अंतःरोगी पर किए गए सभी उपचारों का विवरण उपलब्ध होता है?

I. जांच रिपोर्ट
II. निपटान पत्रक
III. मामले का दस्तावेज़
IV. अस्पताल पंजीकरण प्रमाणपत्र

D. दावा सुरक्षित करना

1. सुरक्षित करना (आरक्षण)

यह दावे की स्थिति के आधार पर बीमा कंपनी के बही-खातों में सभी दावों के संबंध में किए गए प्रावधान की राशि को दर्शाता है। हालांकि यह बहुत आसान प्रतीत होता है, आरक्षित करने की प्रक्रिया में काफी सावधानी बरतने की जरूरत होती है - आरक्षण में कोई भी गलती बीमा कंपनी के मुनाफे और सॉल्वेंसी मार्जिन की गणना को प्रभावित करती है।

आजकल प्रोसेसिंग सिस्टमों में किसी भी समय आरक्षित राशियों (संचितियों) की गणना करने की अंतर्निहित क्षमता होती है।

स्व-परीक्षण 3

दावों की स्थिति के आधार पर बीमा कंपनी के बही-खातों में सभी दावों के संबंध में किए गए प्रावधान की राशि को _____ के रूप में जाना जाता है।

I. पूलिंग
II. प्रोविजनिंग
III. आरक्षण
IV. निवेश

E. तृतीय पक्ष व्यवस्थापकों की भूमिका (टीपीए)

1. भारत में टीपीए की शुरुआत

बीमा क्षेत्र को वर्ष 2000 में निजी कंपनियों के लिए खोला गया था। इस बीच, नए उत्पादों की शुरुआत के साथ स्वास्थ्य देखभाल संबंधी उत्पादों की मांग भी बढ़ रही थी। इसलिए स्वास्थ्य बीमा में बिक्री के बाद की सेवाओं के लिए एक चैनल शुरू करने की जरूरत महसूस की गयी। यह पेशेवर तृतीय पक्ष व्यवस्थापकों की शुरुआत के लिए एक अवसर बन गया।

इसे देखते हुए बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण ने आईआरडीएआई के लाइसेंस के तहत बाजार में टीपीए की शुरुआत की अनुमति दे दी, बशर्ते कि वे 17 सितंबर 2001 को अधिसूचित आईआरडीएआई (तृतीय पक्ष व्यवस्थापक - स्वस्थ्य बीमा) विनियम, 2001 का पालन करते हैं।

परिभाषा

विनियमों के अनुसार,

"तृतीय पक्ष व्यवस्थापक या टीपीए का मतलब है ऐसा कोई भी व्यक्ति जिसे आईआरडीएआई (तृतीय पक्ष व्यवस्थापक - स्वास्थ्य सेवाएं) विनियमन, 2001 के तहत प्राधिकरण द्वारा लाइसेंस प्राप्त है और स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के प्रयोजनों से, एक बीमा कंपनी द्वारा एक शुल्क या पारिश्रमिक के बदले काम में लगाया गया है।

"टीपीए की स्वास्थ्य सेवाओं" का मतलब है स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय के सिलसिले में एक समझौते के तहत बीमा कंपनी को टीपीए द्वारा प्रदान की गई सेवाओं से है, लेकिन इसमें किसी बीमा कंपनी के व्यवसाय या प्रत्यक्ष अथवा परोक्ष रूप से स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय की मांग करने या किसी दावे की स्वीकार्यता या अस्वीकृति पर निर्णय लेने को शामिल नहीं किया गया है।

इस प्रकार टीपीए की सेवाओं का दायरा बीमा पॉलिसी की बिक्री और पॉलिसी जारी होने के बाद शुरू होता है। अगर बीमा कंपनी टीपीए की सेवा का उपयोग नहीं कर रही है तो यह सेवा आंतरिक टीम द्वारा प्रदान की जाती है।

2. स्वास्थ्य बीमा की बिक्री के बाद की सेवा

a) एक बार जब प्रस्ताव (और प्रीमियम) को स्वीकार कर लिया जाता है, कवरेज शुरू हो जाता है।

b) अगर पॉलिसी की सेवा प्रदान करने के लिए किसी टीपीए का इस्तेमाल किया जाता है, तो बीमा कंपनी ग्राहक और पॉलिसी के बारे में टीपीए को जानकारी प्रदान करती है।

c) टीपीए सदस्यों को नामांकित करता है (जहां प्रस्तावक पॉलिसी लेने वाला व्यक्ति होता है, पॉलिसी के तहत कवर किए गए लोग सदस्य होते हैं) और एक प्रत्यक्ष या इलेक्ट्रॉनिक कार्ड के रूप में सदस्यता पहचान जारी कर सकता है।

d) टीपीए की सदस्यता का उपयोग कैशलेस सुविधा का लाभ उठाने के साथ-साथ दावों पर कार्रवाई करने में किया जाता है जब सदस्य को कवर किए गए किसी अस्पताल में भर्ती होने या इलाज के लिए पॉलिसी के समर्थन की आवश्यकता होती है।

e) टीपीए दावे या कैशलेस अनुरोध पर कार्रवाई करता है और बीमा कंपनी के साथ सहमत समयसीमा के भीतर सेवाएं प्रदान करता है।

सेवा प्रदान करने वाली इकाई के रूप में टीपीए के नाम पर पॉलिसी के आवंटन समय वह कट-ऑफ बिंदु है जहां से एक टीपीए की भूमिका शुरू होती है। सेवा प्रदान करने की आवश्यकता पॉलिसी की अवधि में और आगे की किसी अन्य अवधि में जारी रहती है जो पॉलिसी के तहत दावे की सूचना देने के लिए अनुमत है।

जब हजारों की संख्या में पॉलिसियों की सेवाएं प्रदान की जाती हैं, यह गतिविधि लगातार जारी रहती है, विशेष रूप से जब एक ही पॉलिसी का नवीनीकरण किया जाता है और वही टीपीए पॉलिसी की सेवा प्रदान करता है।

3. तृतीय पक्ष व्यवस्थापक (टीपीए) के उद्देश्य

स्वास्थ्य बीमा में तृतीय पक्ष व्यवस्थापक की अवधारणा कथित रूप से निम्नलिखित उद्देश्यों के साथ बनायी गयी है:

a) जरूरत के समय सभी संभव तरीकों से स्वास्थ्य बीमा के ग्राहक को सेवा प्रदान करना।

b) नेटवर्क अस्पतालों में बीमाधारक मरीज के लिए कैशलेस इलाज की व्यवस्था करना।

c) प्रस्तुत दावा दस्तावेजों के आधार पर और बीमा कंपनी की प्रक्रिया एवं दिशानिर्देशों के अनुसार ग्राहकों को दावों का निष्पक्ष और तेजी से निपटान प्रदान करना।

d) स्वास्थ्य बीमा दावों और संबंधित सेवाओं के नियंत्रण में कार्यात्मक विशेषज्ञता तैयार करना।

e) समय पर और उचित तरीके से ग्राहकों को जवाब देना।

f) एक ऐसा वातावरण तैयार करना जहां एक उचित लागत पर गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा का उपयोग करने में सक्षम होने के लिए एक बीमित व्यक्ति के बाजार के उद्देश्य को हासिल किया जाता है और

g) रुग्णता, लागतों, प्रक्रियाओं, ठहरने के समय आदि से संबंधित प्रासंगिक डेटा तैयार/एकत्र करने में सहायता करना।

4. बीमा कंपनी और टीपीए के बीच संबंध

कई बीमा कंपनियां स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की बिक्री के बाद की सेवा के लिए टीपीए की सेवाओं का उपयोग करती हैं जबकि कुछ बीमा कंपनियां, विशेष रूप से जीवन बीमा क्षेत्र की कंपनियां भी पॉलिसी से पूर्व चिकित्सा जांच सेवा की व्यवस्था करने के लिए एक टीपीए की सहायता लेती हैं।

एक बीमा कंपनी और टीपीए के बीच अनुबंधात्मक संबंध होता है जहां कई प्रकार की आवश्यकताएं और प्रक्रिया के चरण अनुबंध में निहित होते हैं। आईआरडीएआई स्वास्थ्य बीमा मानकीकरण दिशानिर्देश में अब टीपीए और बीमा कंपनी के बीच अनुबंध के लिए दिशानिर्देश निर्धारित किए गए हैं और निर्दिष्ट मानक क्लॉजों का एक सेट प्रदान किया गया है।

एक बीमा कंपनी टीपीए से निम्नलिखित सेवाओं की अपेक्षा करती है:

i. प्रदाता नेटवर्किंग सेवाएं

टीपीए से देश भर के अस्पतालों के एक नेटवर्क के साथ संबंध बनाने की अपेक्षा की जाती है जिसका उद्देश्य बीमित व्यक्तियों को स्वास्थ्य संबंधी दावों के लिए कैशलेस दावा भुगतान उपलब्ध कराना है। आईआरडीएआई के नए दिशानिर्देशों के अनुसार यह संबंध बीमा कंपनी को साथ लेकर त्रिकोणीय होना आवश्यक है, सिर्फ टीपीए और प्रदाता के बीच नहीं।

वे अस्पताल में भर्ती होने की विभिन्न प्रक्रियाओं और पैकेजों के लिए इस तरह के नेटवर्क अस्पतालों से बेहतर अनुसूचित दरों पर सौदेबाजी करते हैं जिसमें बीमाधारक और बीमा कंपनी की लागतों को कम करने की और संकुल के लिए अच्छा अनुसूचित दरों बातचीत।

ii. कॉल सेंटर की सेवाएं

टीपीए से आम तौर पर रातों को, सप्ताहांत में और छुट्टियों के दौरान हर समय पहुंच योग्य टोल फ्री नंबर यानी 24 * 7 * 365 पर एक कॉल सेंटर सेवा प्रदान करने की अपेक्षा की जाती है। टीपीए का कॉल सेंटर निम्नलिखित से संबंधित जानकारी प्रदान करेगाः

a) पॉलिसी के तहत उपलब्ध कवरेज और लाभ

b) स्वास्थ्य दावों से संबंधित प्रक्रियाएं और कार्यप्रणाली

c) सेवाओं और कैशलेस अस्पताल में भर्ती होने से संबंधित मार्गदर्शन

d) नेटवर्क अस्पतालों के बारे में जानकारी

e) पॉलिसी के तहत उपलब्ध शेष बीमा राशि की जानकारी

f) दावे की स्थिति की जानकारी

g) दावों के मामले में अनुपलब्ध दस्तावेजों के बारे में सलाह

कॉल सेंटर एक राष्ट्रीय टोल फ्री नंबर से पहुंच योग्य होना चाहिए और ग्राहक सेवा के कर्मचारियों को आम तौर पर ग्राहकों द्वारा बोली जाने वाली प्रमुख भाषाओं में संवाद करने में सक्षम होना चाहिए। ये विवरण निस्संदेह बीमा कंपनियों और उनके टीपीए के बीच अनुबंध द्वारा नियंत्रित होते हैं।

iii. कैशलेस उपयोग की सेवाएं

परिभाषा

"कैशलेस सुविधा" का मतलब है बीमा कंपनी द्वारा बीमाधारक को प्रदान की गयी ऐसी सुविधा जहां पॉलिसी के नियमों और शर्तों के अनुसार बीमाधारक द्वारा कराए गए उपचार की लागतों का भुगतान बीमा कंपनी द्वारा पहले से मंजूर प्राधिकार की सीमा तक सीधे नेटवर्क प्रदाता को किया जाता है।

यह सेवा प्रदान करने के लिए, अनुबंध के तहत बीमा कंपनी की आवश्यकताएं इस प्रकार हैंः

a) पॉलिसी से संबंधित सारी जानकारी टीपीए के पास उपलब्ध होनी चाहिए। इसे टीपीए को उपलब्ध कराना बीमा कंपनी का कर्तव्य है।

b) पॉलिसी में शामिल किया गया सदस्यों का डेटा किसी भी त्रुटि या कमी के बिना उपलब्ध और सुलभ होना चाहिए।

c) बीमित व्यक्तियों को एक ऐसा पहचान पत्र साथ रखना चाहिए जो उनको पॉलिसी और टीपीए से जोड़ता है। यह पहचान कार्ड एक सहमत प्रारूप में टीटीए द्वारा जारी किया गया होना चाहिए, इसे एक उचित समय के भीतर सदस्य के पास पहुंच जाना चाहिए और संपूर्ण पॉलिसी अवधि के दौरान मान्य होना चाहिए।

d) टीपीए को कैशलेस सुविधा का अनुरोध करने के लिए उपलब्ध कराई गई जानकारी के आधार पर अस्पताल को एक पूर्व-प्राधिकार या गारंटी पत्र जारी करना चाहिए।वह बीमारी की प्रकृति, प्रस्तावित उपचार और शामिल लागत को समझने के लिए अधिक जानकारी की मांग कर सकता है।

e) जहां जानकारी स्पष्ट नहीं है या उपलब्ध नहीं है, टीपीए यह स्पष्ट करते हुए कैशलेस सुविधा को अस्वीकार कर सकता है कि कैशलेस सुविधा से इनकार करने को उपचार से इनकार नहीं समझा जाना चाहिए।सदस्य बाद में भुगतान करने और एक दावा दायर करने के इए स्वतंत्र है जिस पर इसकी योग्यता के आधार पर विचार किया जाएगा।

f) आपातकालीन मामलों में, अस्पताल में भर्ती होने के 24 घंटे के भीतर सूचना दी जानी चाहिए और कैशलेस सुविधा के निर्णय के बारे में बताया जाना चाहिए।

iv. ग्राहक संबंध और संपर्क प्रबंधन

टीपीए को एक ऐसी प्रणाली उपलब्ध कराने की जरूरत है जिसके द्वारा ग्राहक अपनी शिकायतें प्रस्तुत कर सकते हैं। यह स्वास्थ्य बीमा दावों को जांच और सत्यापन के दायरे में लाने के लिए सामान्य है। यह भी ध्यान दिया जाना चाहिए कि स्वास्थ्य बीमा दावों के एक छोटे से प्रतिशत को इनकार किया जाता है जो पॉलिसी के नियमों और शर्तों के दायरे से बाहर होते हैं।

इसके अलावा, लगभग सभी स्वास्थ्य बीमा दावों में दावे की कुछ राशि पर कटौती की संभावना रहती है। इस तरह की कटौतियां ग्राहक की असंतुष्टि का कारण बनती हैं, ख़ास तौर पर जहां कटौती या इनकार का कारण ग्राहक को सही तरीके से स्पष्ट नहीं किया गया है।

यह सुनिश्चित करने के लिए कि इस तरह की शिकायतों का जल्द से जल्द समाधान किया जाता है, बीमा कंपनी द्वारा टीपीए के पास एक प्रभावशाली शिकायत निवारण प्रबंधन रखने की आवश्यकता होती है।

v. बिलिंग संबंधी सेवाएं

बिलिंग सेवा के अंतर्गत बीमा कंपनी टीपीए से तीन कार्य करने की अपेक्षा करती है:

a) मानकीकृत बिलिंग पैटर्न जो विभिन्न मदों के अंतर्गत कवरेज के उपयोग का विश्लेषण करने और मूल्य तय करने में बीमा कंपनी की मदद कर सकता है।

b) यह पुष्टि कि वसूल की गयी राशि वास्तव में बीमारी के लिए आवश्यक उपचार के लिए प्रासंगिक है।

c) निदान (डायग्नोसिस) और प्रक्रिया के कोड प्राप्त किए जाते हैं ताकि राष्ट्रीय या अंतरराष्ट्रीय मानकों के अनुसार सभी टीपीए भर में डेटा का मानकीकरण संभव हो सके।

इसके लिए टीपीए में प्रशिक्षित और कुशल कार्यबल की आवश्यकता होती है जो प्राप्त बिलिंग डेटा की कोडिंग, टैरिफ की पुष्टि और बिलिंग डेटा का मानकीकरण करने में सक्षम हैं।

vi. दावे पर कार्रवाई करने और भुगतान संबंधी सेवाएं

यह टीपीए द्वारा उपलब्ध कराई जाने वाली सबसे महत्वपूर्ण सेवा है। दावे पर कार्रवाई करने के लिए टीपीए द्वारा बीमा कंपनी को प्रदान की जाने वाली सेवाएं आम तौर पर शुरू से अंत तक की सेवा होती है जो सूचना दर्ज करने से लेकर इस पर कारवाई करने और फिर मंजूरी तथा भुगतान की सिफारिश करने तक चलती है।

दावों का भुगतान बीमा कंपनी से प्राप्त धनराशि के माध्यम से किया जाता है। धनराशि अग्रिम राशि के रूप में टीपीए द्वारा प्रदान की जा सकती है या इसका निपटान बीमा कंपनी द्वारा सीधे अपने बैंक के माध्यम से ग्राहक को या अस्पताल को किया जा सकता है।

टीपीए से पैसों का हिसाब-किताब रखने और बीमा कंपनी से प्राप्त धनराशियों का समय-समय पर समाधान उपलब्ध कराने की अपेक्षा की जाती है। पैसों का इस्तेमाल मंजूर दावों के भुगतान को छोड़कर किसी भी अन्य उद्देश्य के लिए नहीं किया जा सकता है।

vii. प्रबंधन सूचना सेवाएं

चूंकि टीपीए दावे की कार्रवाई पूरी करता है, दावों से संबंधित सभी जानकारी व्यक्तिगत रूप से या सामूहिक रूप से टीपीए के पास उपलब्ध होती है। बीमा कंपनी को विभिन्न प्रयोजनों के लिए डेटा की आवश्यकता होती है और टीपीए द्वारा इस तरह का डेटा सही तरीके से और सही समय पर प्रदान किया जाना चाहिए।

इस प्रकार एक टीपीए की सेवाओं के दायरे को बीमा कंपनियों द्वारा जारी की गयी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के शुरू से अंत तक प्रदान की जाने वाली सेवा कहा जा सकता है, जो विशेष बीमा कंपनी की आवश्यकताओं और उसके साथ समझौता ज्ञापन के आधार पर कुछ गतिविधियों तक सीमित हो सकता है।

viii. टीपीए का पारिश्रमिक

इन सेवाओं के लिए टीपीए को निम्नलिखित में से किसी एक आधार पर शुल्क भुगतान किया जाता है:

a) ग्राहक से प्रीमियम के एक प्रतिशत का शुल्क लिया जाता है (सेवा कर को छोड़कर),

b) एक निर्धारित समय अवधि के लिए टीपीए द्वारा सेवित प्रत्येक सदस्य के लिए एक निश्चित राशि, या

c) टीपीए द्वारा प्रदान की सेवा के प्रत्येक लेनदेन के लिए एक निश्चित राशि - जैसे प्रति सदस्य जारी किए गए कार्ड की लागत, प्रति दावा आदि

इस प्रकार टीपीए की सेवाओं के माध्यम से बीमा कंपनियां निम्नलिखित के लिए पहुंच प्राप्त करती हैं:

i. कैशलेस सेवाएं
ii. डेटा संकलन और विश्लेषण
iii. ग्राहकों के लिए एक 24 घंटे कॉल सेंटर और सहायता
iv. अस्पतालों और अन्य चिकित्सा सुविधाओं का नेटवर्क
v. प्रमुख समूह के ग्राहकों के लिए सहायता
vi. ग्राहक के साथ दावों पर बातचीत की सुविधा

vii. अस्पतालों के साथ टैरिफ और प्रक्रिया के मूल्यों पर बातचीत
viii. ग्राहक सेवा को सरल बनाने के लिए तकनीक समर्थित सेवाएं
ix. संदिग्ध मामलों की जांच और सत्यापन
x. सभी कंपनियों में दावा पैटर्न का विश्लेषण और लागतों के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी की व्यवस्था, उपचार के नए तरीके, उभरते रुझान और धोखाधड़ी नियंत्रण
xi. सेवाओं की पहुंच का तेजी से विस्तार

F. दावा प्रबंधन - व्यक्तिगत दुर्घटना

1. व्यक्तिगत दुर्घटना

परिभाषा

व्यक्तिगत दुर्घटना एक सुविधा पॉलिसी है जो दुर्घटना से हुई मृत्यु, दुर्घटना से हुई अयोग्यता (स्थायी/अस्थायी), स्थाई कुल अयोग्यता को कवर करती है साथ ही उत्पाद विशेष के आधार पर यह एड ऑन कवर के रुप में चिकित्सा खर्च, दाह संस्कार के खर्च, शैक्षणिक खर्चों आदि को भी कवर करती है।

इस पॉलिसी के अन्तर्गत कवर आपदा "दुर्घटना" होती है।

परिभाषा

दुर्घटना को किसी भी अचानक, अकस्मिक, गैर-इरादतन, बाहरी, आक्रामक तथा दृश्य साधनों से होने वाली घटना के रूप में परिभाषित किया गया है।

दावा प्रबंधक को दावे की सूचना प्राप्त होने पर निम्न की जांच करनी चाहिए:

a) पॉलिसी जिसके सम्बंध में दावा किया गया है पॉलिसी के अर्न्तगत कवर है
b) पॉलिसी हानि की तारीख का वैध है तथा प्रीमियम प्राप्त हुआ है
c) हानि पॉलिसी अवधि के अन्तर्गत है
d) हानि दुर्घटना से हुई है न कि बीमारी से
e) किसी धोखाधडी की आशंका होने पर किसी इन्वेसटिगेटरसे जांच कराएं
f) दावे को पंजीकृत करे और उसके लिए प्रावधान करे
g) समय सीमा तय करें (दावा सेवा समय) तथा दावे से जुडा जान कार्य ग्राहक को दे

2. दावों की जांच

यदि दावे की सूचना में या दावा दस्तावेज प्राप्त होने पर कोई धोखाधड़ी की आशंका हो तो उसे जांच के लिए किसी प्रोफेशनल इन्वेसटिगेटर को सौंप दें।

उदाहरण

व्यक्तिगत दुर्घटना दावों में रेड अलर्ट के उदाहरण जिनका अर्थ धोखा या गलत दावा होना नही है (आगे की जांच पड़ताल के प्रयोजन से, लेकिन यह धोखाधड़ी के सकारात्मक संकेत या दावे के धोखाधड़ी पूर्ण होने को नहीं दर्शाता है):

- ✓ क्लोज़ प्रॉकसिमिटी दावे (दावा जो बीमा प्रारंभ होते ही हो गाया हो)
- ✓ लंबी अवधि की अयोग्यता के लिए उच्च साप्ताहिक लाभ राशि
- ✓ दावा दस्तावेजों में असमानता
- ✓ एक ही बीमाधारक द्वारा कई दावे
- ✓ अल्कोहल का संकेत
- ✓ आत्महत्या की आशंका
- ✓ देर रात की सड़क पर हुई दुर्घटना जब गाडी बीमाधारक द्वारा ड्राइव की जा रही हो
- ✓ सांप काटना
- ✓ डूब जाना
- ✓ ऊंचाई से गिरना
- ✓ बीमारी की आशंका वाले मामले
- ✓ जहर खाना
- ✓ हत्या
- ✓ गोली लगने से हुआ जख्म
- ✓ शीतदंश
- ✓ नरहत्या

जांच का मुख्य उद्देश्य होता हैं:

a) हानि के कारण की जांच

b) हानि की प्रकृति और विस्तार का पता लगाना

c) सबूत और जानकारी इकट्ठा करना

d) यह पता लगाना कि इसमें कोई धोखाधड़ी की गई है या दावे की राशि को बढ़ाया गया हैं

कृपया ध्यान दें: जांच का उद्देश्य मामले के तथ्यों का पता लगाना तथा आवश्यक सबूत इकट्ठा करना है।

यह महत्वपूर्ण होता है कि दावा परीक्षक इनवेस्टिगेट को इस बारे में सलाह दे है।

उदाहरण

केस मार्गनिर्देश का उदाहरण:

सड़क यातायात दुर्घटना

i. दुर्घटना कब घटी - सही समय, तथा तारिख स्थान और समय

ii. क्या बीमाधारक पैदल चल रहा था ? यात्री / सह यात्री के रूप में था या दुर्घटना में शामिल वाहन को चला रहा था?

iii. दुर्घटना का विवरण, यह कैसे हुई?

iv. क्या बीमाधारक दुर्घटना के समय अल्कोहल के प्रभाव में था?

v. मृत्यु के मामले में, मृत्यु की सही समय और तारीख क्या थी, मृत्यु के पहले किया गया इलाज, किस अस्पताल में आदि?

दुर्घटना का संभाव्य कारणः

वाहन के ड्राइवर की किसी बीमारी (दिल का दौरा, ह्रदय की गति रुकने) अल्कोहल के प्रभाव, सड़क की बूरी स्थिति, मौसम की स्थिति, वाहन गति के कारण बीमाधारक के या उसके सामने के वाहन की यांत्रिक गडबडी (स्टीयरिंग, ब्रेक आदि का फेल होना)

व्यक्तिगत दुर्घटना दावों में संभाव्य धोखाधड़ी के कुछ उदाहरण :

i. टी टी डी अवधि को जानबूझ कर बढ़ाया प्रतीत होना

ii. रुगणता को दुर्घटना बताना जैसे, रोगत्मक कारणों से कमर के दर्द को पी ए दावे पे बदल कर घर में गिरना /स्लिप करना बताना।

iii. दस्तावेजों में हेर फेर करके पहले से मौजूद दुर्घटना को नया बताना, सामान्य मृत्यु को दुर्घटना बताना या पूर्व मौजूद रुगणता को दुर्घटना के बाद मृत्यु बताना।

iv. आत्महत्या के मामलों को दुर्घटनात्मक मृत्यु बताना

डिस्चार्ज वाउचर व्यक्तिगत दुर्घटना दावो, खास कर मृत्यु दावो में एक महत्वपूर्ण दस्तावेज होता है। प्रस्ताव के समय ही नामिती का विवरण प्राप्त करना महत्वपूर्ण होता है जो पॉलिसी का भाग होना चाहिए।

3. दावा दस्तावेज

तालिका 2.3

मृत्यु दावा	a) दावेदार के नामिती/परिवार के किसी सदस्य द्वारा हस्ताक्षरित विधिवत भरा हुआ व्यक्तिगत दुर्घटना दावा प्रपत्र b) मूलमा साख्यांकित प्रति एफ आई आर की (साख्यांकित प्रति रुप एफ आई आर / पंचनामा/ तहकीकात पंचनामा) c) मृत्यु प्रमाण पत्र की मूल या साख्यांकित प्रति d) पोस्ट मार्टम रिपोर्ट की साख्यांकित प्रति, यदि हुआ हो e) नाम की जांच के लिए एएमएल दस्तावेज (एंटी मनी लॉन्ड्रिंग) (पासपोर्ट / पैन कार्ड / वोटर आई डी / ड्राइविंग लाइसेंस),पत्र की जांच के लिए (टेलीफोन बिल / बैंक अकाउंट विवरण/ बिजली बिल / राशन कार्ड)।

	f) सभी कानूनी वारिसों द्वारा हस्ताक्षरित और नोटरी किया हुआ, हलफनामा, और व्यक्तिपूर्ती बाँड के साथ कानूनी वारिस प्रमाण पत्र
स्थायी कुल अयोग्यता और अस्थायी अयोग्यता दावा	a) दावेदार ड़ाव विद्यिवत हस्ताक्षरित व्यक्तिगत दुर्घटना दावा प्रपत्र b) एफ आई आर की साख्यांकित रिपोर्ट यदि लागू हो c) बीमाधारक की अयोग्यता को प्रभावित करने वाला सिविल सर्जन था समकक्ष योग्य डॉक्टर से अयोग्यता प्रमाण पत्र
अस्थाई कुल अयोग्यता दावा	a) इलाज करने वाले डॉक्टर से अयोग्यता और अयोग्यता अवधि को दर्शाने वाला चिकितसा प्रमाण पत्र, नियोजक से प्राप्त छुट्टी का प्रमाण पत्र जो नियोजक द्वारा विधिवत हस्ताक्षरित हो

उपरोक्त सूची केवल निर्देशों में स अतिरिक्त दस्तावेज (जोखीम के निशान के फोटोग्राफ दुर्घटना स्कल के फोटोग्राफ) आदि भी मांगे जा सकते है खास कर धोखाधड़ी की आरंभ होने पर जांच कराई जानी चाहिए।

स्व-परीक्षण 4

निम्न में से किस दस्तावेज की जरुरत स्थाई कुल अयोग्यता दावो के लिए नही होती है।

I. दावेदार द्वारा हस्ताक्षरित विधिवत भव हुआ व्यक्तिगत दुर्घटना दावा प्राप्त
II. एफ आई आर की साख्यांकित प्रति, यदि लागु हो
III. बीमाधारक की अयोग्यता को प्रमाणित योग्य डाक्टर द्वारा दिया गया स्थाई अयोग्यता प्रमाण प्रत्र
IV. इलाज करने वाले डाक्टर द्वारा दिया गया फिटनेस प्रमाण पत्र कि बीमाधारक सामान्य कार्य के लिए फिट है

G. दावा प्रबंधन : विदेश यात्रा बीमा

1. विदेश यात्रा बीमा पॉलिसी

यद्यपि की विदेश यात्रा बीमा पॉलिसी के गैर चिकित्सा सुविधाओं को कवर करने वाले कर ख़ड है, इसका बीमालेखन और दावा प्रबंधन परंपरागत रुप से स्वास्थ बीमा पोर्ट पोलियो के अर्न्तगत ही होता है, क्यों कि चिकित्सा एवं रग्णता सुविधा इस पॉलिसी के अर्न्तगत मुख्य कवर हैं।

पॉलिसी के अर्न्तगत कवर को मोटे तौर पर निम्न खंडों में विभाजित किया जा सकता है। एक विभिष्ट उत्पाद नीचे दी गई सुविधाओं में से कुछ था सभी को कवर कर सकता है।

a) चिकित्सा एवं रुग्णता खंड
b) देश प्रत्यावर्तन और परित्याग
c) व्यक्तिगत दुर्घटना कवर
d) व्याक्तिगत देयता

e) अन्य गैर चिकित्सा कवर

i. ट्रिप का रद्द होना
ii. ट्रिप में विलम्ब
iii. ट्रिप में व्यवद्यान
iv. मिस्ड कनेक्शन
v. चेक्ड बैगेज विलम्ब
vi. चेक्ड बैगेज की हानि
vii. पासपोर्ट की हानि
viii. आकस्मिक कैश एडवांस
ix. बेल बॉन्ड बीमा
x. हाई जैक यत्रा
xi. हाई जैक कवर
xii. स्पॉन्सर प्रोटेक्शन
xiii. अनुग्रह विजिट
xiv. अध्ययन में अवरोध
xv. घर में सेंधमारी

जैसा कि नाम बतलाता है यह पॉलिसी विदेश यात्रा करने वालो के लिए नही है, स्वभाविक है कि हीनि भारत के बाहर होगी तथा दावे सर्विस की जरुरत होगी, विदेश यात्रा बीमा दावा के मामले में दावा सर्विसिंग के लिए क **तृतिय पक्ष सेवा प्रदाता** की जरुरत होगी जिस के पास विश्व स्तर पर आवश्यक सहयोग और सहायता प्रदान करने का नेटवर्क हो।

दावा सेवा में निम्न शामिल होता है :

a) 24*7 आधार पर दावे को दर्ज करना
b) दावा प्रपत्र और प्र क्रय को भजना
c) ग्राहको को हानि के तुरंत बाद ले जाने वालो स्टेप की जानकारी देना।
d) च कत्सा और रुग्णता दावों के लए 'कैश लेस' करवाना।
e) देश प्रत्यावर्तन और परित्याग, आकस्मिक कैश की व्यवस्था करना

2. सहायता कंपनियां – विदेशी दावों में उनकी भूमिका

यहायता कंपनियों के पास अपना कार्यालय होता है तथा ऐसे ही प्रदाताओं से पुरे विश्व में उनका टाइ आप होता है। ये सहायता कंपनियां पॉलिसि के अर्न्तगत कवर आकस्मिकताओं के मामले में बीमा कंपनियों के ग्राहको को सहायता प्रदान करती हैं।

ये कंपनियां 24*7 चलने वाले कॉल सेंटर चलाती है इनके पास अर्न्तराष्ट्रीय टॉल फ्री नंबर भी होता है जिनके सहारे दावो का पंजीकरण /जानकारी प्राप्त की जाती है। ये कंपनियां निम्न सेवाएं प्रदान करती हैं जिनके लिए वे कंपनी विशेष से हुए अपन करार के अनुसार चार्ज करती है।

a) चिकित्सा सहायता

   i. चिकित्सा सेवा प्रदाता रेफरलस
   ii. अस्पताल में एडमिशन की व्यवस्था
   iii. आकस्मिक चिकित्सा सहायता
   iv. आकस्मिक चिकित्सा देश प्रत्यावर्तन
   v. मृतशरीर का देश प्रत्यावर्त
   vi. अनुग्रह विजिट व्यवस्था
   vii. छोटे बच्चो को सहायता देना

b) असपताल में रहने के दौरान चिकित्सा मामलो पर ध्यान रखना

c) जरुरी दवाओ का वितरण

d) पॉलिसी की नियम और शर्तों तथा बीमा कंपनियो से अनुमोदन के अधीन अस्पताल में रहने के दौरान उपगत चिकित्सा खर्चों की गारंटी

e) पूर्व ट्रिप सूचना सेवा और अन्य सेवा

   i. विज़ा और टीका सम्बंधी जरुरते
   ii. दूतावास रेफरल सेवाएं
   iii. गुम हुए पासपोर्ट और गुम हुए सामान संबंधी सेवाएं
   iv. आकस्मिक संदेश प्रसारण सेवा
   v. बेल बॉन्ड करार
   vi. वित्तीय आकस्मिकता सहायता

f) दुभाषिया रेफरल

g) कानूनी रेफरल

h) अधिवक्ता से भेंट

3. कैशलेस चिकित्सा मामलों में दावा प्रबंधन

कैशलेस चिकित्सा मामलो, प्रतिपूर्ति चिकित्सा मामलो तथा गैर चिकित्सा मामलों में दावा प्रबंधन का दृष्टिकोण अलग अलग होता है। पुनः कैशलेस चिकित्सा दावा प्रबंधन अन्य देशो की तुलना में, अनेरिका में बिल्कुल होता है। अब हम क्रमवार इसका अध्ययन करेंगे

a) दावा की अधिसूचना

जैसे ही हानि होती है, रोगी अस्पताल में एडमिशन लेता है और एडमिशन काउंटर पर बीमा के कागजात को दिखाता है। सहायता कंपनी को इस नए मामले के बारे में अस्पताल और / या रोगी या रिश्तेदार / मित्र से जानकारी प्राप्त होती है, फिर दावेदार को दावा प्रक्रिया के बारे में बताया जाता है।

b) केस प्रबंधन क्रम

यह कंपनी दर कंपनी अलग अलग होता हैं परन्तु सामान्य क्रम नीचे दिया जा रहा है

i. सहायता कंपनी का केस प्रबंधक सुविधाओं, बीमित राशि, प़ॉलिसी अवधि, पॉलिसी अवधि, पॉलिसी धारक के नाम आदि की जांच करता है।

ii. केस प्रबंधक अस्पताल से सम्पर्क करके रोगी की स्थिति, बिल, तथा लागत के अनुमान के अलावा चिकित्सा संबंधी अद्यतन जानकारी भी प्राप्त करता है। सहायता कंपनी को संबंधित अद्यतन जानकारी प्राप्त होती है जिसे वह बीमाकर्ता को चेंज देता है।

iii. दावे की स्वीकार्यता का निर्धारण होता है तथा बीमा कंपनी से अनुमोदन के अधीन भुगतान की गारंटी अस्पताल की प्रस्तुत कर दी जाती है।

iv. ऐसी स्थिति भी हो सकती है कि भारत (बीमाधारक के स्थान) और/या हानि के स्थान पर जांच जरुरी होती है। जांच की प्रक्रिया भी व्यक्तिगत दुर्घटना दावा खंड के समान ही होती है। सहायता कंपनी या बीमा कंपनी के प्रत्यन्न संपर्क से इन्वेस्टिगेटर का चुनाव होता है।

v. सहायता कंपनी का केस प्रबंधक दैनिक आधार पर मामले को देखता है तथा बीमाकर्ता को सभी मामलों में अद्यतन जानकारी देता है ताकि नियमित इलाज के लिए अनुमोश्न प्राप्त किया जा सके।

vi. रोगी के डिस्चार्ज किए जाने पर केस प्रबंधन अस्पताल के साथ बात चीत करके अंतिम बिल की राशि तय करता है।

vii. सहायता कंपनी यह सुनिश्चित करती है कि बिल की सही तरीके से जांच कर ली जाए । किसी भी तरह की त्रुटि पाए जाने पर वह अस्पताल के बिल विभाग की जानकारी में सुधार के लिए लाया जाता है।

viii. फिर अंतिम बिल, प्रदाता और सहायता कंपनी या सहायक रिप्राइजिंग एजेंट के बीच सहयता मूल्य पर तैयार कर लिया जाता है। अस्पताल को जितनी जल्दी भुगतान का आश्वासन मिलता है, उतनी ही संभावना बहेतर छूट की होती है।

अमेरिका के हेल्थ केयर का एक विशिष्ट लक्षण है मूल्य का पुनः निर्धारण, जो गैर अमरीकी मामलो में नही लागू होता। यह अमेरिका में कैशलेस मेडिकल केस और गैर अमरीकी मामलो में बडा अंतर होता है।

c) दावा प्रक्रिया क्रम

i. दावा आंकलन पुनः मूल्यांकित /मूल बिल के प्राप्त होते ही उसकी जांच करता है और यह सुनिश्चित करता है कि कवरेज, सेवा तथा इलाज की तारीख के समय सही था। सहायता कंपनी को प्राप्त होने वाले बिल का यह सुनिश्चित करने के लिए जांच की जाती है कि किया गाया चार्ज इलाज के अनुसार है। छूट को पुनः सुनिश्चित किया जाता है और बिल को प्रोसेस किया जाता है।

ii. बिल को पुनः मूल्यांकित सूचना पत्र तथा सुविधा के स्पष्टीकरण के साथ बीमाकर्ता को भुगतान के लिए भेजा जाता है।

iii. बीमा कंपनी बिल के प्राप्त होते ही तुरंत सहायता कंपनी को भुगतान के लिए प्राधिकृत कर देती है।

d) भुगतान प्रक्रिया क्रम

i. सहायता कंपनी बीमाकर्ता से स्थानीय कार्यालय के माध्यम से अस्पताल को भुगतान की स्वीकृति प्राप्त करती है।

ii. वित्तीय विभाग भुगतान कर देता है।

e) अस्पताल में भर्ती होने की प्रक्रिया

i. बाहर के देशों में, खास कर अमेरिका और यू एस में यह प्रक्रिया भारत के अस्पतालो से बिल्कुल भिन्न है। क्योंकि वहां की अधिकांश आबादी के पास या तो निजी बीमा कंपनियों से या सरकारी योजनाओं के माध्याम से यूनिवर्सल हेल्थ कवरेज होता है। अधिकांश अस्पताल, बीमाधारक द्वारा वैध स्वास्थ या विदेश यात्रा पॉलिसी प्रादन किए जाने पर सभी अर्न्तराष्ट्रीय बीमा कंपनियों से भुगतान की गारंटी को स्वीकार करते हैं।

अधिकांश देशों में बीमा कवरेज या नकद जमा की पुष्टि के आभाव में इलाज में विलम्ब नही किया जाता।

अस्पताल तुरंत इलाज प्रारंभ कर देते हैं। यदि बीमा कवर हैं तो भुगतान बीमा पॉलिसी करेगी या रोगी को भुगतान करना होगा। अस्पताल चार्ज को इस लिए बढ़ाते हैं क्यों कि भुगतान में विलम्ब होता है।

यदि भुगतान तुरंत होता है तो अस्पताल तुरंत भुगतान पर काफी छूट देते है। रिप्राइसिंग एजेंसी, बिलो के शीघ्र भुगतान हेतु अस्पतालों से बात चीत करती है।

ii. नेटवर्क अस्पताल और प्रक्रिया के सम्बंध में जानकारी बीमाधारक की, सहायता कंपनियों द्वारा टॉल फ्री नं. पर उपलब्ध करा दी जाती है।

iii. अस्पताल में भर्ती होने की स्थिति में बीमाधारक इसकी सूचना कॉल सेंटर को देनी होती है, तथा वैध यात्रा बीमा पॉलिसी के साथ विनिर्दिष्ट अस्पताल जाना होता है।

iv. अस्पताल आम तौर पर सहायता कंपनियों / बीमा कर्ताओं को पॉलिसी की वैद्यता तथा कवरेज की जांच के लिए कॉल सेंटर को फोन करते है।

v. अस्पताल द्वारा पॉलिसी को स्वीकार करते ही बीमाधारक का अस्पताल में इलाज कैशलेस आधार पर प्रारंभ हो जाता है ।

vi. स्वीकार्यता को निर्धारित करने के लिए बीमाकर्ता / सहायता प्रदाता को कुछ मूल जानकारी की जरुरत होती है

   1. बीमारी का विवरण
   2. किसी पूर्व इतिहास के मामले में भारत के अस्पताल, स्थानीय चिकित्सा अधिकारी का विवरण :
      - ✓ पूर्व इतिहास, वर्तमान इलाज तक, अस्पताल की आगे की योजना तथा निम्न को शीघ्र भजने का अनुरोध।
      - ✓ पासपोर्ट की प्रति
      - ✓ चिकित्सा सूचना प्रपत्र

f) चिकित्सा खर्चों तथा अन्य गैर चिकित्सा दावों की प्रतिपूर्ति

प्रतिपूर्ति दावे आम तौर पर बीमाधारक द्वारा भारत वापस आने पर फाइल किए जाते है। दावा कागजातों के प्राप्त होने पर उन्हें सामान्य प्रक्रिया के अर्न्तगत प्रोसेस किया जाता है। सभी स्वीकार्य दावों के लिए भुगतान भारतीय रुपयों में किया जाता है जब कि कैशलेस दावों में यह भुगतान विदेशी मुद्रा में होता है।

प्रतिपूर्ति दावो के प्रोसेसिंग करने के क्रम में भारतीय रुपयों में देयता की मात्रा तय करने के लिए हानि की तारिख पर मुद्रा परिवर्तन दर का लागू किया जाता है। इसके पश्चात भूगतान चेक या इलेक्ट्रानिक अंतरण के जरिए किया जाता है।

i. **व्यक्तिगत दुर्घटना दावो** को भी इसी प्रकार प्रोसेस किया जाता है जैसा कि व्यक्तिगत दुर्घटना दावा खंड में बताया गया है।

ii. **बेल ब्रॉन्ड मामले तथा वित्तीय आकस्मिकता वाले मामलों** में भुगतान सहायता कंपनी द्वारा तुरंत कर दिया जाता है तथा बाद में बीमा कंपनी से इसका दावा किया जाता है

iii. **दावों की अस्वीकृति** के लिए उसी प्रक्रिया का उपयोग किया जाता है जो अन्य मामलो में होता है

g) चिकित्सा दुर्घटना तथा रुगणता खर्चो के लिए दावा दस्तावेज

i. दावा प्रपत्र

ii. डॉक्टर की रिपोर्ट

iii. मूल एडमिशन / डिस्चार्ज कार्ड

iv. मूल बिलों / रसीदों / प्रिस्क्रिप्शन

v. मूल एक्सरे रिपोर्ट / पैथोलोजिकल / जांच रिपोर्ट

vi. प्रवेश और निर्गम मुहर के साथ पासपोर्ट की प्रति

उपर्युक्त सूची केवल निर्देशा हैं। मामला विशेष, दावा निपटाने की नीति / विशेष बीमाकर्ता द्वारा अपनाई जाने वाली प्रक्रिया के आधार पर अतिरिक्त जानकारी / दस्तावेज की मांग की जा सकती है।

स्व जांच 5

_____का भुगतान तुरंत सहायता कंपनी द्वारा कर दिया जाता है तथा बाद में बीमा कंपनी से दावा किया जाता है

I. बेल बॉन्ड मामले
II. व्यक्तिगत दुर्घटना दावे
III. विदेश यात्रा बीमा दावे
IV. अस्वीकृत दावे

सारांश

a) बीमा एक 'वादा' है और पॉलिसी उस वादे के लिए एक 'गवाह' है। पॉलिसी के तहत दावे का कारण बनने वाली बीमित घटना घटित होना उस वादे की असली परीक्षा है।

b) बीमा में महत्वपूर्ण रेटिंग पैरामीटरों में से एक बीमा कंपनी की दावा भुगतान करने की क्षमता है।

c) बीमा खरीदने वाले ग्राहक प्राथमिक हितधारक होने के साथ-साथ दावे के प्राप्तकर्ता हैं।

d) कैशलेस दावे में एक नेटवर्क अस्पताल बीमा कंपनी/टीपीए की पूर्व मंजूरी के आधार पर चिकित्सा सेवाएं प्रदान करता है और बाद में दावे के निपटान के लिए दस्तावेज प्रस्तुत करता है।

e) प्रतिपूर्ति दावे में, ग्राहक अपने स्वयं के संसाधनों से अस्पताल का भुगतान करता है और उसके बाद भुगतान के लिए बीमा कंपनी/टीपीए के पास दावा दायर करता है।

f) दावे की सूचना ग्राहक और दावा टीम के बीच संपर्क का पहला दृष्टांत है।

g) अगर किसी बीमा दावे के मामले में बीमा कंपनी द्वारा धोखाधड़ी का संदेह किया जाता है, तो इसे जांच के लिए भेजा जाता है। दावे की जांच एक बीमा कंपनी / टीपीए द्वारा आंतरिक रूप से की जा सकती है या इसे एक पेशेवर जांच एजेंसी को सौंपा जा सकता है।

h) आरक्षण (रिजर्विंग) दावे की स्थिति के आधार पर बीमा कंपनी के बही-खातों में सभी दावों के संबंध में किए जाने वाले प्रावधान की राशि को दर्शाता है।

i) इनकार के मामले में बीमा कंपनी को प्रस्तुत करने के अलावा ग्राहक के पास बीमा लोकपाल (ओम्बड्समैन) या ग्राहक फोरम या यहां तक कि वैधानिक प्राधिकरणों के पास जाने का भी विकल्प होता है।

j) धोखाधड़ी अधिकतर अस्पताल में भर्ती होने की क्षतिपूर्ति पॉलिसियों में होती है लेकिन व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियों को भी धोखाधड़ीपूर्ण दावे करने में इस्तेमाल किया जाता है।

k) टीपीए बीमा कंपनी को कई महत्वपूर्ण सेवाएं प्रदान करता है और फीस के रूप में पारिश्रमिक प्राप्त करता है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

इनमें से किसे बीमा दावा प्रक्रिया में प्राथमिक हितधारक माना जाता है?

I. ग्राहक
II. मालिक
III. बीमालेखक
IV. बीमा एजेंट / ब्रोकर

प्रश्न 2

गिरीश सक्सेना के बीमा दावे को बीमा कंपनी द्वारा इनकार कर दिया था। इनकार के मामले में, बीमा कंपनी को प्रस्तुत करने के अलावा गिरीश सक्सेना के लिए कौन सा विकल्प उपलब्ध है?

I. सरकार से संपर्क करना
II. वैधानिक प्राधिकरणों से संपर्क करना
III. बीमा एजेंट से संपर्क करना
IV. मामले को इनकार करने पर कुछ भी नहीं किया जा सकता है

प्रश्न 3

राजीव महतो द्वारा प्रस्तुत एक स्वास्थ्य बीमा दावे की जांच के दौरान बीमा कंपनी को पता चलता है कि राजीव महतो के बजाय उसके भाई राजेश महतो को उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती कराया गया था। राजीव महतो की पॉलिसी एक फैमिली फ्लोटर योजना नहीं है। यह _____ धोखाधड़ी का एक उदाहरण है।

I. प्रतिरूपण
II. नकली दस्तावेज बनाना
III. खर्च को बढ़ा-चढ़ाकर बताना
IV. आउटपेशेंट उपचार को इनपेशेंट/अस्पताल में भर्ती होने में परिवर्तित करना

प्रश्न 4

इनमें से कौन सी स्थिति में आवासीय अस्पताल में भर्ती होने को एक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में कवर किया जाता है?

I. रोगी की हालत ऐसी है कि उसे अस्पताल/नर्सिंग होम में ले जाया जा सकता है, लेकिन ऐसा नहीं करना पसंद किया गया
II. अस्पताल/नर्सिंग होम में आवासीय सुविधा के अभाव के कारण रोगी को वहां नहीं ले जाया जा सका
III. उपचार केवल अस्पताल/नर्सिंग होम में किया जा सकता है
IV. अस्पताल में भर्ती होने की अवधि 24 घंटे से अधिक है

प्रश्न 5

निम्नलिखित में से कौन सा कोड बीमारी का इलाज करने की प्रक्रियाओं को दर्शाता है?

I. आईसीडी
II. डीसीआई
III. सीपीटी
IV. पीसीटी

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प I है।

ग्राहक बीमा दावे की प्रक्रिया में प्राथमिक हितधारक हैं।

उत्तर 2

सही उत्तर II है।

बीमा दावे को इनकार करने के मामले में व्यक्ति वैधानिक प्राधिकरणों से संपर्क कर सकता है।

उत्तर 3

सही विकल्प I है।

यह प्रतिरूपण का एक उदाहरण है क्योंकि बीमित व्यक्ति इलाज किए गए व्यक्ति से अलग है।

उत्तर 4

सही उत्तर II है।

स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में आवासीय उपचार की सुविधा केवल तभी प्रदान की जाती है जब अस्पताल/नर्सिंग होम में आवासीय सुविधा के अभाव में रोगी को वहां नहीं ले जाया जा सकता है।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

मौजूदा प्रक्रिया शब्दावली (सीपीटी) कोड बीमारी का इलाज करने की प्रक्रियाओं को दर्शाता है।