आई.सी. ३८

कार्पोरेट एजंट [सामान्य बीमा]

आभार प्रदर्शन

इस पाठ्यकम 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 [सामान्य 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	स्वास्थ्य बीमा	
6	स्वास्थ्य बीमा का परिचय	100
7	बीमा दस्तावेज़	120
8	स्वास्थ्य बीमा उत्पाद	142
9	स्वास्थ्य बीमा का जोखिम अंकन (बीमालेखन)	195
10	स्वास्थ्य बीमा दावे	229
अनुभाग 3	सामान्य बीमा	
11	बीमा के सिद्धांत	276
12	दस्तावेजीकरण	308
13	प्रीमियम मूल्यांकन का सिद्धांत और अभ्यास	342
14	व्यक्तिगत और खुदरा बीमा	366
15	वाणिज्यिक बीमा	376
16	दावों की कार्यप्रणाली	411

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

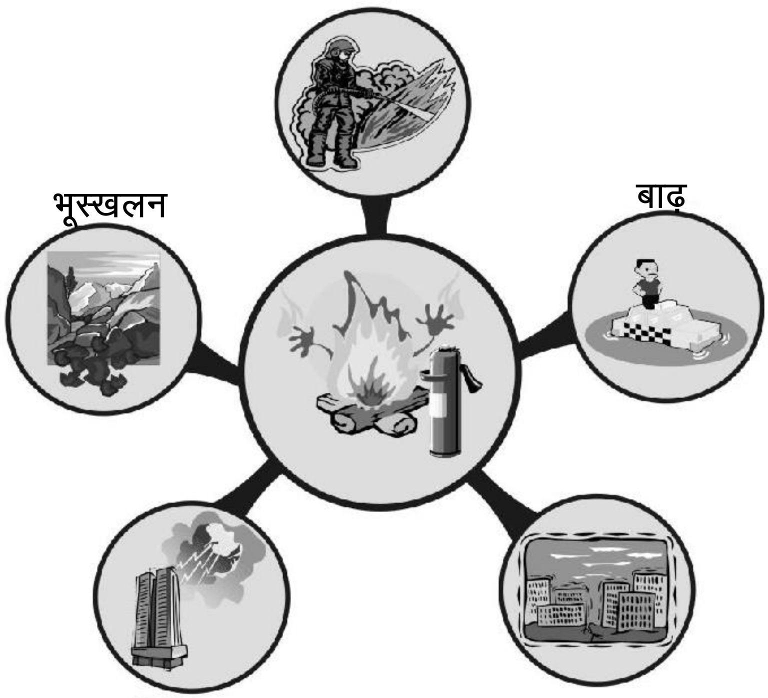
A. जीवन बीमा - इतिहास एवं विकास
B. बीमा का कार्यस्वरुप
C. जोखिम प्रबंधन की तकनीक
D. जोखिम प्रबंधन के साधन के रूप में बीमा
E. समाज में बीमा की भूमिका

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 व्यापारियों** 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 ढुंढे 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

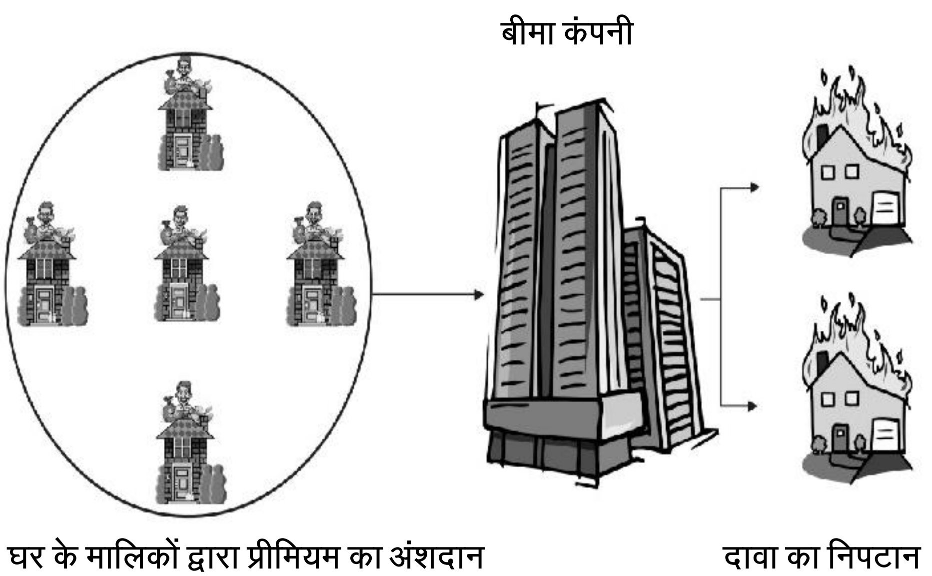
आधुनिक वाणिज्य की शुरुआत संपत्ति के स्वामित्व के सिद्धांत के आधार पर की गई थी। यदि किसी घटना के कारण परिसंपत्ति (ऐसेह) का मूल्य कम (नुकसान या नष्ट हो जाने पर) हो जाता है, तो परिसंपत्ति के मालिक को आर्थिक हानि का सामना करना पड़ता है। फिर भी, परिसंपत्ति मालिकों से छोटे छोटे अंशदान द्वारा सामूहिक निधि (कामन 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।)

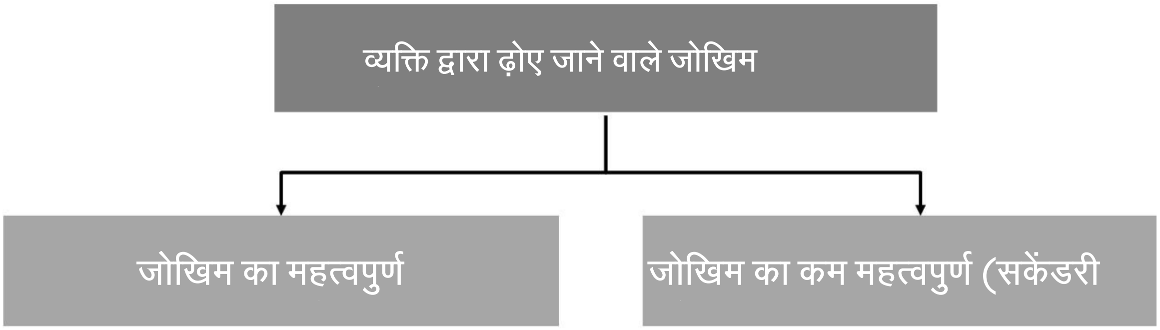
d) आपदा के कारण कुछ लोगों को हुई हानि की क्षतिपूर्ति हेतु इस सामूहिक निधि का प्रयोग किया जाता है।

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. हृदयाघात 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 इकाट्ठा 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)

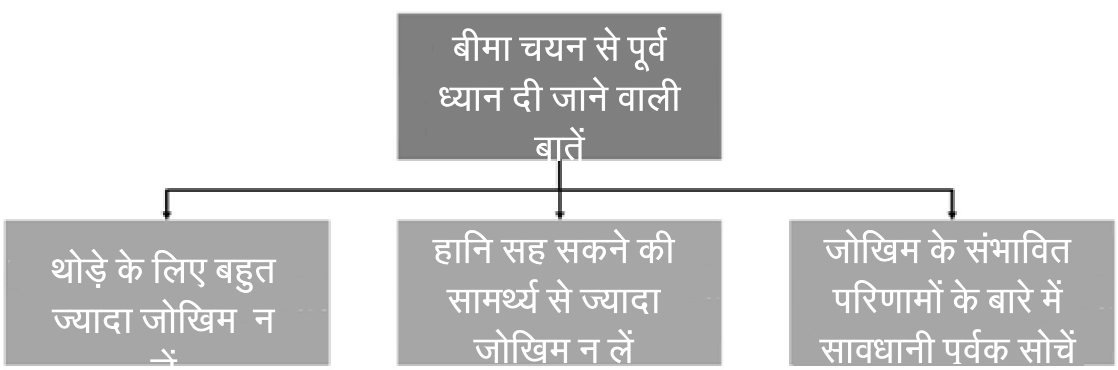
D. जोखिम प्रबंधन के साधन के रूप में बीमा

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 अद्दश्य 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 किः

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 सार्वजनिक 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

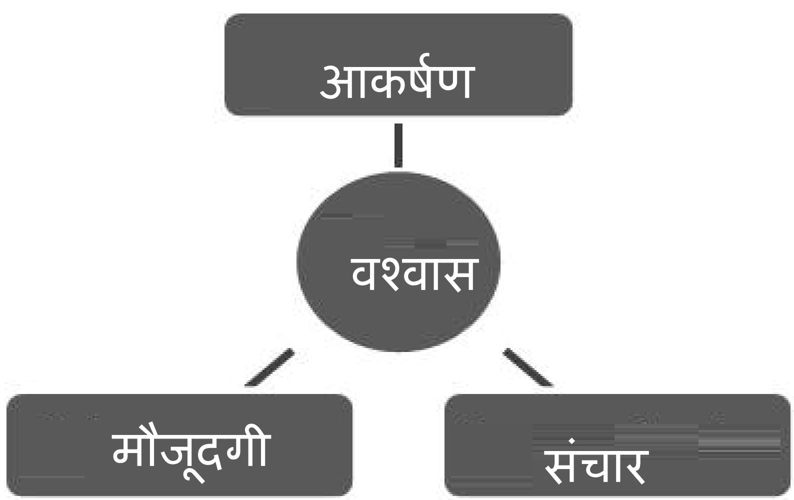
ग्राहक सेवा संतुष्ट और विश्वस्त ग्राहक बनाने के महत्वपूर्ण तत्वों में से एक है। लेकिन यह पर्याप्त नहीं है। ग्राहक ऐसे इंसान हैं जिनके साथ कंपनी को एक मजबूत संबंध बनाने की जरूरत है।

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 हैः

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 रहनाः

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 जैसेः

- ✓ 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।

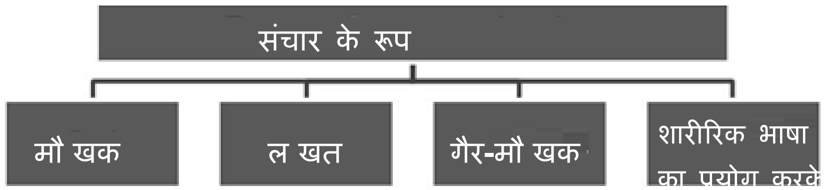
कंपनियां ग्राहक संबंध प्रबंधन पर काफी जोर देती हैं क्योंकि ग्राहक को बनाए रखने की लागत नया ग्राहक प्राप्त करने की लागत की तुलना में कहीं कम होती है। ग्राहक संबंध कई स्पर्श बिंदुओं में उत्पन्न होता है जैसे ग्राहकों की बीमा जरूरतों को समझने में, फॉर्म पर आवरणों के हिसाब को समझाने में। इसलिए, इनमें से प्रत्येक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

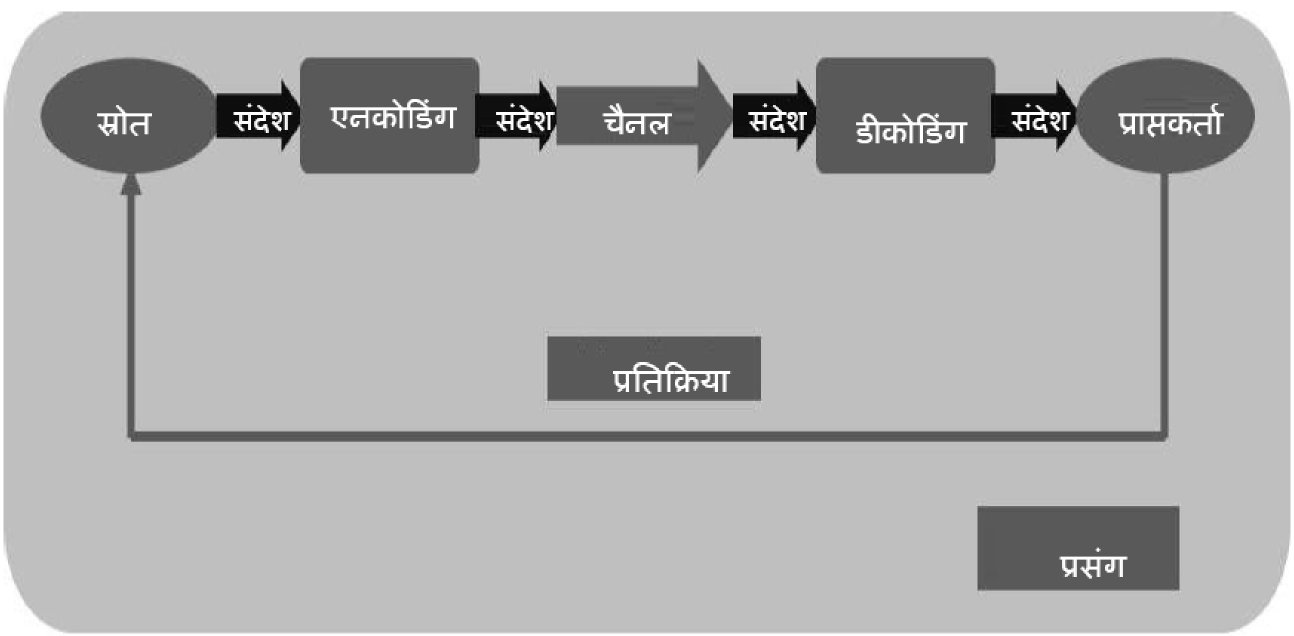
यह आमने-सामने, फोन पर, मेल या इंटरनेट के द्वारा हो सकती है। यह औपचारिक या अनौपचारिक हो सकती है। संदेश की सामग्री या रूप या इस्तेमाल किया गया माध्यम चाहे जो भी हो, संचार का आशय इस बात से है जो संचार के दौरान प्राप्तकर्ता को समझ में आ गया है।

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 हैंः

- ✓ 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 सुननाः

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 हैंः -

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 हैंः

- ✓ 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 हैंः**

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

- ✓ 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 देंः**

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 हैः

- ✓ 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। आईआरडीए 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 निःशुल्क 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।

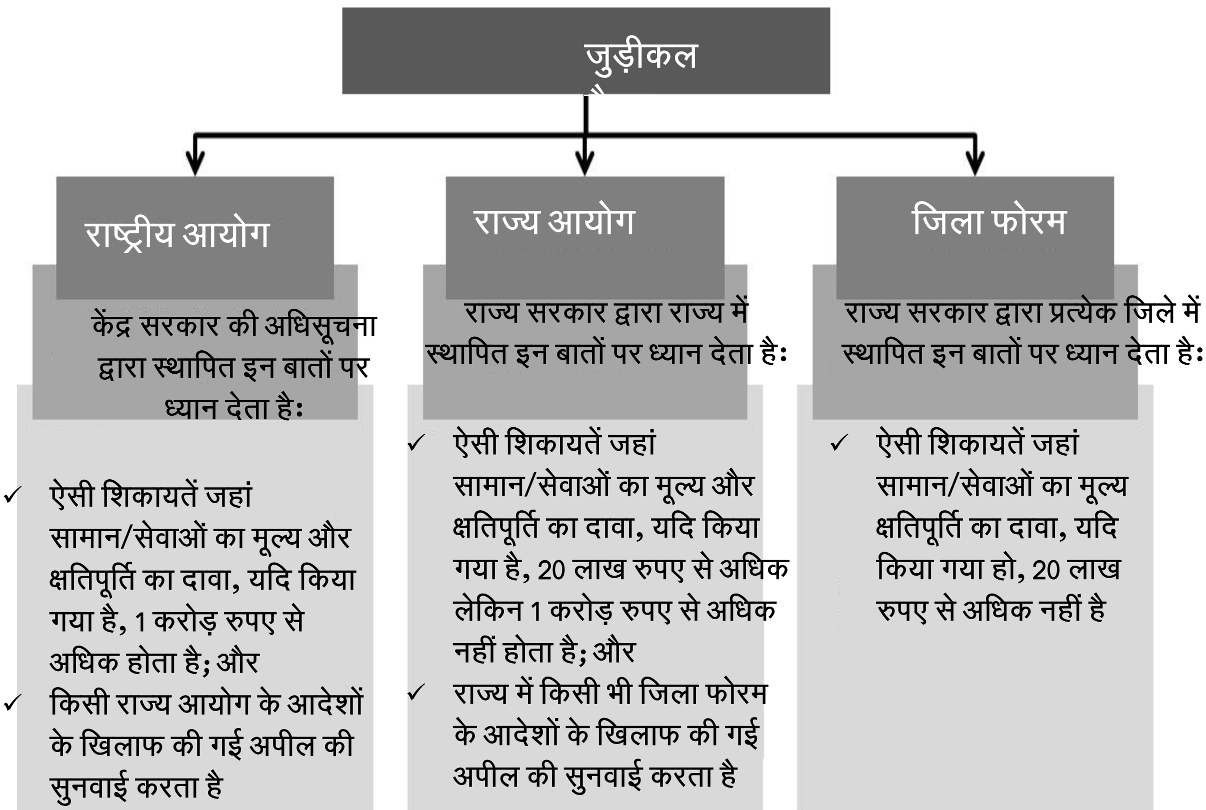
iii. राष्ट्रीय आयोग

- ✓ 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 अगर:

i. शिकायतकर्ता ने बीमा कंपनी को पहले एक लिखित शिकायत की थी और बीमा कंपनी ने यह कदम उठाया था:
   - ✓ 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 है:

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 हैं:

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 प्रतिस्पर्धा 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 । 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 शर्तों 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 IIIIII 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 IIIमें 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 VI ए में दिये गये फार्मेट में अलग-अलग प्रमाणपत्र प्राधिकरण के पास दाखिल करेगा जिस पर सीईं 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 VI 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;

ञ. 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

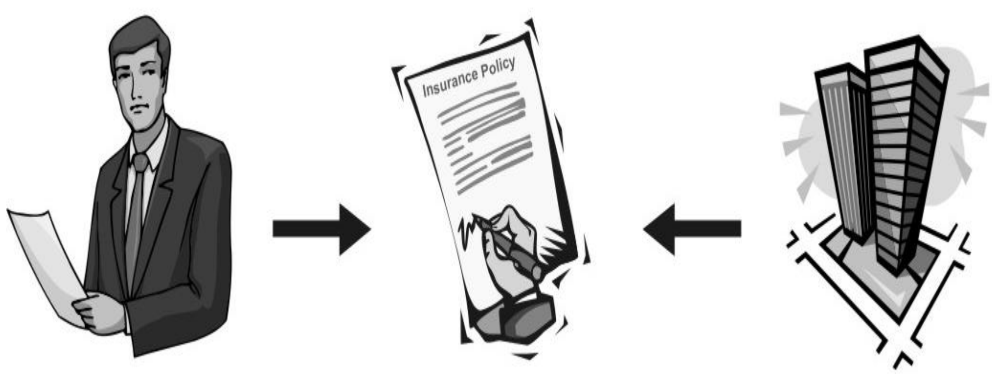
अब हम बीमा अनुबंध की कुछ विशेषताओं पर विचार करेंगे और उसके बाद उन कानूनी सिद्धांतों पर विचार करेंगे जो सामान्य रूप से बीमा अनुबंधों को नियंत्रित करते हैं।

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।

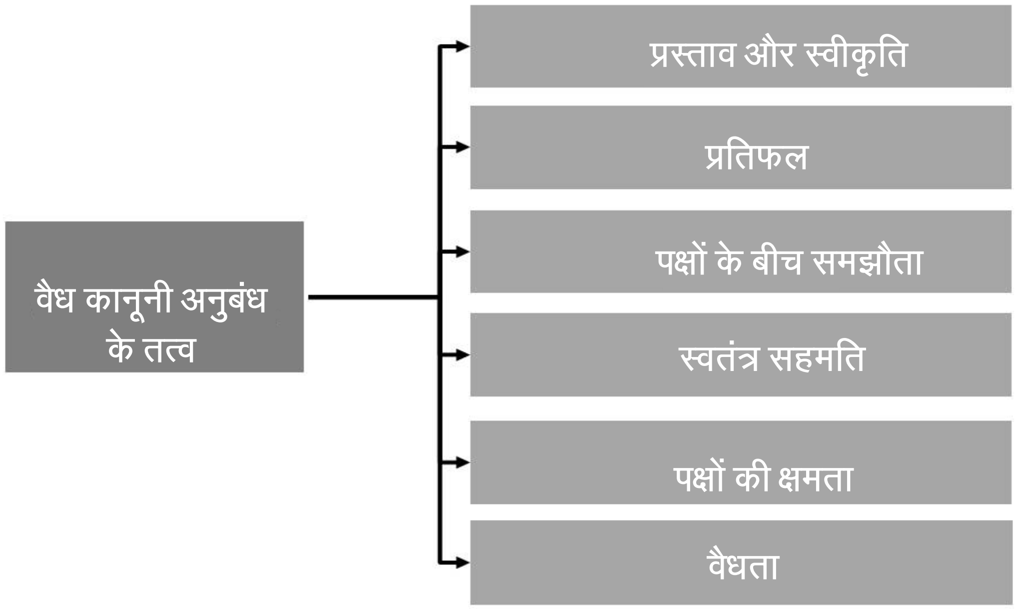
चित्र 1: बीमा अनुबंध



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 हैं:

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 है:

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 है:

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 कृत्य:

(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 बाँड 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

स्वास्थ्य बीमा

अध्याय 6

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 2. बजाज आलियांज जनरल इंश्योरेंस 3. भारती एक्सा जनरल इंश्योरेंस 4. चोलामंडलम एमएस जनरल इंश्योरेंस 5. निर्यात ऋण गारंटी निगम 6. फ्यूचर जनराली जनरल इंश्योरेंस 7. एचडीएफसी एर्गो जनरल इंश्योरेंस 8. आईसीआईसीआई लोम्बार्ड जनरल इंश्योरेंस 9. इफको टोकियो जनरल इंश्योरेंस 10. एलएंडटी जनरल इंश्योरेंस 11. लिबर्टी वीडियोकॉन जनरल इंश्योरेंस	12. मैग्मा एचडीआई जनरल इंश्योरेंस 13. नेशनल इंश्योरेंस 14. न्यू इंडिया एश्योरेंस 15. ओरिएंटल इंश्योरेंस 16. रहेजा क्यूबीई जनरल इंश्योरेंस 17. रिलायंस जनरल इंश्योरेंस 18. रॉयल सुंदरम जनरल इंश्योरेंस 19. एसबीआई जनरल इंश्योरेंस 20. श्रीराम जनरल इंश्योरेंस 21. टाटा एआईजी 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 पदार्थोंः 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 हैंः

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 चाहिएः

- 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, जैसेः

- ✓ 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 हैंः

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 हैंः

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 7

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:

पॉलिसी रद्द करना

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।

पॉलिसी में अतिरिक्त सदस्य के लिए कवर का विस्तार

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 हैः

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 हैः

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 8

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 कवरः** 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 कवरः** 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 पुनर्स्थापनः** 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 कवरेजः** 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 कवरः** 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 जैसेः

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 सुदृढ़ 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 हैं:

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 हैंः

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।

६. 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।

७. 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।

८. 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।

९. 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 शर्तें

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 आईआरडीए द्वारा विनियमित हैं और इन्हें स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के निर्देश दिए गए हैं। टीपीए की न्यूनतम पूंजी और अन्य शर्तें आईआरडीए 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 चाहिएः

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।

९. 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 9

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

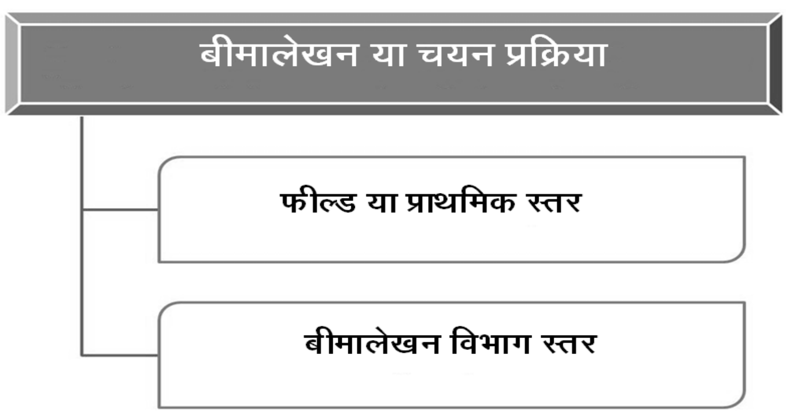
ये ऐसे लोग हैं इनकी दुर्बलताएं और अनुमानित अतिरिक्त रुग्णता उतनी अधिक होती है कि उनको एक सस्ती कीमत पर बीमा कवरेज प्रदान नहीं किया जा सकता है। कभी-कभी किसी व्यक्ति के प्रस्ताव को अस्थायी तौर पर भी अस्वीकार किया जा सकता है अगर वह एक ताजा चिकित्सकीय घटना जैसे ऑपरेशन के दायरे में रहा/रही है।

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, एक्च्यूरी 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 हैः

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।

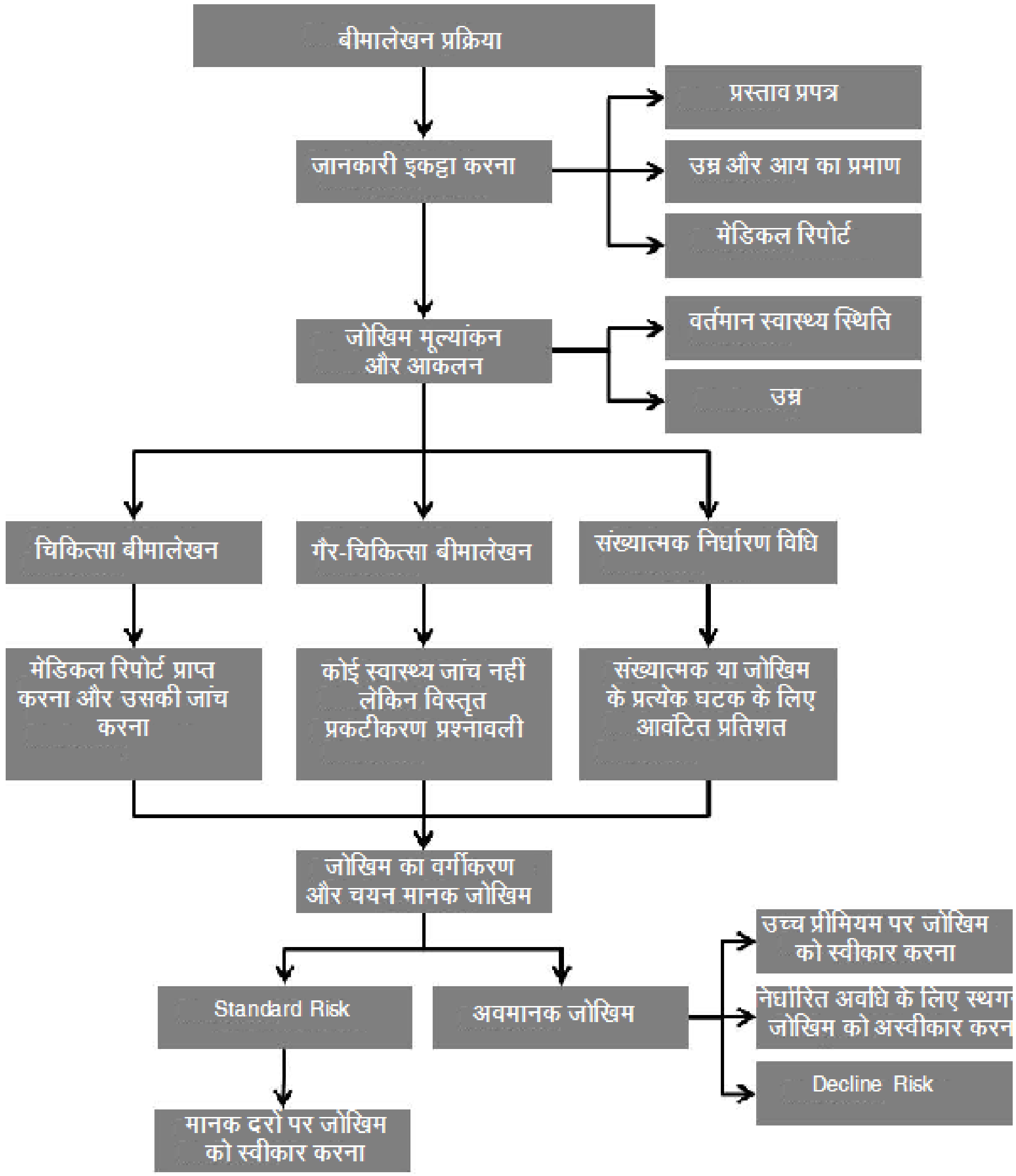
इसकी चर्चा पहले के अध्याय में की गई है।

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 हैः

- 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%)
- असामान्य/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 हैः

सहबीमाः 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।

पुनर्बीमाः 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 हैं: परम सद्भाव, बीमा योग्य हित, क्षतिपूर्ति, योगदान, प्रस्थापन और आसन्न कारण।

h) बीमालेखन के लिए महत्वपूर्ण उपकरण हैं: 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 जैसेः 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 10

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 हैः

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 याद्दच्छिक 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 हैः 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 करेगाः 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 बिल:**

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 हैः

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 होगी: 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 करेगा:

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 हैं:

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 चाहिएः

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 बॉंड 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 अन्र्तराष्ट्रीय 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।

अनुभाग 3
सामान्य बीमा

अध्याय 11

बीमा के सिद्धांत

अध्याय परिचय

इस अध्याय में हम बीमा की कार्यप्रणाली को नियंत्रित करने वाले बुनियादी सिद्धांतों के बारे में जानेंगे। इस अध्याय को दो खंडों में बांटा गया है। पहला खंड बीमा के तत्वों से संबंधित है और दूसरा खंड एक बीमा अनुबंध की विशेष लक्षणों के बारे में चर्चा करता है।

अध्ययन के परिणाम

क. बीमा के तत्व

ख. बीमा अनुबंध - कानूनी पहलू

ग. बीमा अनुबंध - विशेष लक्षण

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

1. बीमा के विभिन्न तत्वों को परिभाषित करना
2. एक बीमा अनुबंध की विशेषताओं को परिभाषित करना
3. एक बीमा अनुबंध की विशेष लक्षणों की पहचान करना

क. बीमा के तत्व

हमने देखा है कि बीमा की प्रक्रिया के चार तत्व हैं

- ✓ संपत्ति
- ✓ जोखिम
- ✓ जोखिम पूलिंग
- ✓ बीमा अनुरबंध

आइए अब हम बीमा प्रक्रिया के विभिन्न तत्वों को कुछ विस्तार से देखें।

1. संपत्ति

परिभाषा

एक संपत्ति को 'कोई चीज जो कुछ लाभ प्रदान करती है और जिसका अपने मालिक के लिए एक आर्थिक मूल्य होता है' के रूप में परिभाषित किया जा सकता है।

एक संपत्ति में निम्न विशेषताएं होनी चाहिएः

क) आर्थिक मूल्य

एक परिसंपत्ति का आर्थिक मूल्य होना चाहिए। मूल्य दो तरीके से उत्पन्न हो सकता हैं।

i. **आय अर्जित करना :** संपत्ति उत्पादक हो सकती है और आय उत्पन्न कर सकती है।

उदाहरण

बिस्कुट बनाने के लिए इस्तेमाल की जाने वाली मशीन, या एक गाय जो दूध देती है, दोनों अपने मालिक के लिए आय उत्पन्न करती हैं। एक स्वस्थ कार्यकर्ता संगठन के लिए एक संपत्ति है।

ii. **आवश्यकताएं पूरी करना :** कोई संपत्ति एक जरूरत या जरूरतों के एक समूह को संतुष्ट करके भी अपना मूल्य बढ़ा सकती है।

उदाहरण

एक रेफ्रिजरेटर ठंडा करता है और भोजन को संरक्षित करता है जबकि

एक कार परिवहन में आराम और सुविधा प्रदान करती है, वैसे ही बीमारी से मुक्त एक शरीर भी अपने आप में और परिवार के लिए भी अपना मूल्य बढ़ाता है।

ख) अभाव और स्वामित्व

हवा और सूरज की रोशनी के बारे में आप क्या कहेंगे?क्या ये संपत्तियां नहीं हैं?

जवाब है 'नहीं'।

दरअसल, कुछ चीजें हवा और सूरज की रोशनी की तरह मूल्यवान हैं। हम उनके बिना नहीं रह सकते हैं। फिर भी उनको शब्द के आर्थिक मायने में संपत्ति नहीं माना जा सकता।

इसके दो कारण हैं:

- ✓ इनकी आपूर्ति प्रचुर मात्रा में होती है और ये दुर्लभ नहीं हैं।
- ✓ ये किसी एक व्यक्ति के स्वामित्व में नहीं हैं बल्कि सभी के लिए स्वतंत्र रूप से उपलब्ध है।

इसका अर्थ यह है कि इस प्रकार की अर्हता प्राप्त करने के लिए किसी संपत्ति को दो अन्य शर्तें पूरी करनी होगी - इसका अभाव और इसका स्वामित्व या किसी व्यक्ति का अधिकार।

ग) संपत्तियों का बीमा

बीमा में हम उन आर्थिक हानियों में रुचि रखते हैं जो अप्रत्याशित और आकस्मिक घटनाओं से उत्पन्न होती है, न कि ऐसी हानियों पर जो स्वाभाविक टूट-फूट के परिणाम स्वरूप उत्पन्न होती हैं। **बीमा केवल अप्रत्याशित घटनाओं से उत्पन्न होने वाली वित्तीय हानियों के विरुद्ध सुरक्षा प्रदान करता है, न कि समय के साथ उपयोग के कारण संपत्ति की स्वाभाविक टूट-फूट के लिए।**

हमें यह ध्यान रखना चाहिए कि **बीमा हानि या क्षति से किसी संपत्ति की रक्षा नहीं कर सकता है।** एक भूकंप मकान को नष्ट कर देगा, चाहे उसका बीमा हुआ हो या नहीं। बीमा कंपनी केवल एक धनराशि का भुगतान कर सकती है, जो नुकसान के आर्थिक प्रभाव को कम करेगा।

एक **समझौते के उल्लंघन की स्थिति** में हानि उत्पन्न हो सकती हैं।

उदाहरण
एक निर्यातक को काफी हानि होगी अगर दूसरी तरफ आयातक माल को स्वीकार करने से मना कर देता है या भुगतान पर चूक करता है।

घ) जीवन बीमा

हमारे जीवन के बारे में क्या कहा जा सकता है?

वास्तव में हमारे अपने जीवन और हमारे अपने प्रियजनों के जीवन के समान हमारे लिए कुछ भी मूल्यवान नहीं है। किसी दुर्घटना या किसी बीमारी का सामना होने पर हमारा जीवन गंभीरता से प्रभावित हो सकता है।

यह दो तरीके से प्रभाव डाल सकता है:

- ✓ सबसे पहले एक विशेष बीमारी के इलाज की लागतें होती हैं।
- ✓ दूसरे, मृत्यु या विकलांगता दोनों की वजह से आर्थिक आय का नुकसान हो सकता है।

इस प्रकार की हानियों **व्यक्ति के बीमाओं या बीमा के व्यक्तिगत लाइनों द्वारा आवरित किए जाते हैं।**

बीमा ऐसे किसी भी व्यक्ति के लिए संभव है जिसके पास मूल्य वाली संपत्ति होती है [यानि जो आय उत्पन्न करती है या कुछ जरूरतों को पूरा करती है]; जिसके नुकसान [संयोगवश या आकस्मिक घटनाओं के कारण] की वजह से ऐसी वित्तीय हानि होती है जिसे [पैसे के संदर्भ में मापा जा सकता है]।

इस प्रकार इन परिसंपत्तियों को आम तौर पर बीमा की भाषा में बीमा की विषय वस्तु के रूप में संदर्भित किया जाता है।

2. जोखिम

बीमा की प्रक्रिया में दूसरा तत्व जोखिम की अवधारणा है। हम जोखिम को एक **हानि की संभावना** के रूप में परिभाषित करेंगे। इस प्रकार जोखिम उस हानि या क्षति को संदर्भित करता है जो किसी घटना के घटित होने पर उत्पन्न हो सकती है। हम आम तौर पर हमारे घर के जलने या हमारी कार के दुर्घटनाग्रस्त होने की अपेक्षा नहीं करते हैं। फिर भी ऐसा हो सकता है।

जोखिम के उदाहरणों में किसी घर में आग लगने या चोरी होने से उत्पन्न होने वाले आर्थिक नुकसान या एक ऐसी दुर्घटना जिसके परिणाम स्वरूप किसी अंग के नुकसान की संभावना शामिल है।

इसके दो निहितार्थ हैं।

i. **सबसे पहले,** इसका मतलब यह है कि हानि हो सकती है या नहीं भी हो सकती है। हानि के आसार या संभावना को गणितीय तरीके से व्यक्त किया जा सकता है।

उदाहरण
एक हजार में एक आसार कि एक घर में आग लग जाएगी = 1/1000 = 0.001.
एक हजार में तीन संभावना कि राम को दिल का दौरा पड़ेगा = 3/1000 = 0.003

जोखिम का मतलब हमेशा एक संभावना है। इसका मूल्य हमेशा 0 और 1 के बीच होता है, जहां 0 इस निश्चितता को दर्शाता है कि नुकसान नहीं होगा जबकि 1 इस निश्चितता को दर्शाता है कि ऐसा होगा।

ii. **दूसरे,** वह घटना जिसके घटित होने से वास्तव में नुकसान होता है, एक **आपदा** कहलाती है। यह नुकसान का कारण है।

उदाहरण
आग, भूकंप, बाढ़, आसमानी बिजली, चोरी, दिल का दौरा आदि आपदाओं के उदाहरण हैं।

स्वाभाविक टूट-फूट के बारे में क्या कहा जा सकता है?

यह सच है कि कोई भी चीज हमेशा के लिए नहीं रहती है। हर संपत्ति का एक सीमित जीवनकाल होता है जिसके दौरान वह क्रियाशील होती है और लाभ अर्जित करती है।

भविष्य की किसी तारीख में इसकी कीमत शून्य हो जाती है। यह एक स्वाभाविक प्रक्रिया है, कि हम अपने मोबाइलों, अपनी वाशिंग मशीनों, अपने कपड़ों के पुराना हो जाने पर उन्हें त्याग देते हैं या बदल देते हैं। इसलिए सामान्य टूट-फूट से उत्पन्न होने वाले नुकसानों को बीमा में शामिल नहीं किया जाता है।

i. **जोखिम का दायराः** कोई आपदा की घटना अनिवार्य रूप से एक हानि का कारण नहीं बनती है। मुंबई में रहने वाले एक व्यक्ति को तटीय आंध्र में आयी बाढ़ की वजह से कोई नुकसान नहीं होता है। हानि घटित होने के लिए संपत्ति को जोखिम के दायरे में होना चाहिए।

उदाहरण

एक कार दुर्घटना के विरुद्ध सुरक्षा देने के लिए बीमा कंपनी को कारों की एक ऐसी संख्या में रुचि होगी जो एक निश्चित वर्ष के दौरान 'दुर्घटना नामक आपदा के दायरे में' आती हैं। नियमित रूप से रेसिंग के प्रयोजनों के लिए इस्तेमाल होने वाली कार इसका हिस्सा नहीं हो सकती है। इसे 'रेसिंग कारों' के एक अलग समूह का हिस्सा होना चाहिए जिनकी दुर्घटना की संभावनाएं साधारण कारों की तुलना में अधिक होती है।

केवल जोखिम का दायरा बीमा क्षतिपूर्ति के लिए पर्याप्त आधार नहीं है।

उदाहरण

कोई वास्तविक क्षति का कारण बने बिना कारखाने के परिसर में आग लग सकती है।

बीमा केवल तब ही काम आता है जब किसी आपदा के परिणाम स्वरूप एक वास्तविक आर्थिक (वित्तीय) हानि हुई हो।

ii. **जोखिम के दायरे का स्तर:** दो परिसंपत्तियां एक ही जोखिम के दायरे में आ सकती हैं लेकिन हानि की संभावना या हानि की राशि में काफी भिन्नता हो सकती है।

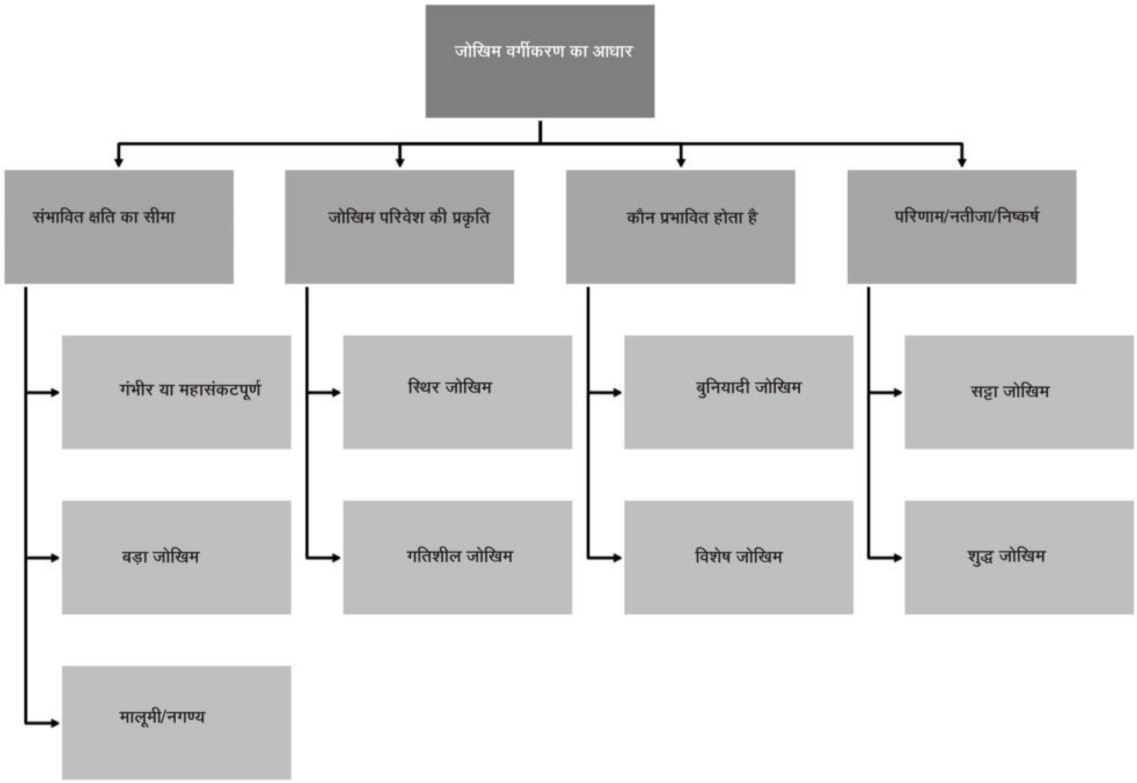
उदाहरण

एक विस्फोटक से भरे वाहन को पानी से भरे टैंकर की तुलना में अग्नि से बहुत अधिक नुकसान हो सकता है।

इसी तरह, एक दुकान में बैठने वाले व्यक्ति की तुलना में एक प्रदूषित शहर में रहने वाले ब्यक्ति को सांस की बीमारी की संभावना अधिक होती है या घुड़दौड़ में संलग्न व्यक्ति को आकस्मिक चोट लगने का जोखिम अधिक होता है।

बीमा कंपनियां मुख्य रूप से जोखिम के दायरे के स्तर को लेकर चिंतित रहती हैं। जब यह बहुत अधिक होता है तो हम कहते हैं कि यह एक बुरा जोखिम है।

जोखिम वर्गीकरण का आधार



क) संभावित क्षति की सीमा

यह नुकसान के स्तर और एक व्यक्ति या व्यवसाय पर पड़ने वाले इसके प्रभाव ने निकाला जाता है। इस आधार पर तीन प्रकार की जोखिम की घटनाओं या स्थितियों की पहचान की जा सकती है:

i. गंभीर या महासंकटपूर्ण

जहां हानि का आकार इतना बड़ा होता हैं कि उसके परिणाम स्वरूप कुल हानि या दिवालियापन हो सकता है।

उदाहरण

- ✓ एक ऐसा भूकंप जो किसी गांव को पूरी तरह से नष्ट कर देता है
- ✓ एक भीषण आग जो करोड़ों रुपए के प्रतिष्ठान को पूरी तरह से नष्ट कर देती है।
- ✓ वर्ल्ड ट्रेड सेंटर पर 9/11 के आतंकवादी हमले जैसी एक स्थिति जो कई लोगों के घायल होने का कारण बनती है

ii. **बड़े जोखिम**

जिसमें संभावित हानि के परिणाम स्वरूप गंभीर वित्तीय घाटे की स्थिति उत्पन्न हो सकती है और जो कंपनी को अपना कामकाज जारी रखने के लिए उधार लेने पर मजबूर कर सकती है।

उदाहरण

गुड़गांव में एक बड़ी बहुराष्ट्रीय कंपनी के संयंत्र में आग लगने से 1 करोड़ रुपए मूल्य की वस्तुएं नष्ट हो गईं। यह एक बहुत बड़ी है लेकिन इतना अधिक भी नहीं कि दिवालिएपन का कारण बन सके।

गुर्दा प्रत्यारोपण का एक बड़ा ऑपरेशन जिसकी लागत निषेधात्मक है।

iii. **मामूली/नगण्य जोखिम**

जहां संभावित हानि नगण्य होती है और उसे बिना किसी अनुचित वित्तीय दबाव डाले आसानी से एक व्यक्ति या फर्म की मौजूदा संपत्तियों या वर्तमान आय से पूरा किया जा सकते हैं।

उदाहरण

एक छोटी कार दुर्घटना के परिणाम स्वरूप इसकी बगल में थोड़ी खरोंच लग जाती है जिसकी वजह से कुछ पेंट खराब हो जाता है और एक फेंडर थोड़ा सा मुड़ जाता है।

साधारण सर्दी और खांसी से पीड़ित एक व्यक्ति

ख) जोखिम के परिवेश की प्रकृति

जोखिम को वर्गीकृत करने का एक अन्य आधार परिवेश की प्रकृति है।

i. **स्थिर जोखिम**

स्थिर जोखिम एक स्थिर वातावरण में होने वाली घटनाओं को संदर्भित करता है।इनमें समय के साथ नियमित रूप से घटित होने की प्रवृत्ति होती है और यथोचित रूप से इनकी भविष्यवाणी की जा सकती है। इसलिए इनका बीमा करना आसान होता है। आम तौर पर इस तरह के जोखिम प्राकृतिक घटनाओं की वजह से होते हैं।

आग, भूकंप, मृत्यु, दुर्घटना और बीमारी इसके उदाहरण हैं।

ii. **गतिशील जोखिम**

ये आम तौर पर उन आपदाओं को संदर्भित करते हैं जो सामाजिक परिवेश को प्रभावित करती हैं और आर्थिक तथा सामाजिक कारकों के परिणाम स्वरूप उत्पन्न होते हैं।इनको गतिशील कहा जाता है क्योंकि इनमें अनिवार्य रूप से घटित होने की एक नियमित पद्धति नहीं होती है और स्थिर जोखिमों की तरह इनकी भविष्यवाणी नहीं की जा सकती है। इसके साथ ही अकसर बड़े इन जोखिमों के अक्सर भारी राष्ट्रीय और सामाजिक परिणाम होते हैं और यह जनता के एक बड़े वर्ग को भी प्रभावित कर सकते हैं।

बेरोजगारी, महंगाई, युद्ध और राजनीतिक हलचल इसके उदाहरण हैं।

बीमा कंपनियां आम तौर पर गतिशील जोखिमों का बीमा नहीं करती हैं।

ग) कौन प्रभावित होता है?

जोखिम को वर्गीकृत करने का तीसरा तरीका यह विचार करते हुए प्रदान किया जा सकता है कि एक विशेष आपदा या हानि की घटना से कौन प्रभावित होता है।

i. **बुनियादी जोखिम :** यह एक बड़ी आबादी को प्रभावित करते है। इनका प्रभाव बड़े पैमाने पर होता है और ये महासंकटपूर्ण हो सकते हैं।

बुनियादी या व्यवस्थागत जोखिमों के उदाहरण हैं, युद्ध, सूखा, बाढ़, भूकंप और आतंकवादी हमले।

ii. **विशेष जोखिम :** ये केवल विशिष्ट व्यक्तियों को प्रभावित करते हैं न कि एक पूरे समुदाय या समूह को।इस मामले में हानि केवल विशेष व्यक्तियों द्वारा वहन की जाती है न कि पूरे समुदाय या समूह द्वारा।

विशेष जोखिमों के उदाहरणों में किसी घर का जलना या कोई वाहन दुर्घटना या किसी दुर्घटना के बाद अस्पताल में भर्ती होना शामिल हैं।

व्यावसायिक बीमा बुनियादी और विशेष जोखिम दोनों को आवरित करने के लिए उपलब्ध है।

घ) परिणाम / नतीजा / निष्कर्ष

i. **सट्टा जोखिम** एक ऐसी स्थिति का वर्णन करता है जिसमें परिणाम या तो मुनाफ़ा या हानि हो सकता है।इस तरह के जोखिम लेने के विशिष्ट उदाहरण घोड़ों पर दांव लगाना या शेयर बाजार के सट्टे हैं। व्यक्ति एक लाभ की आशा में जानबूझकर इस तरह के जोखिम उठाता है।

ii. दूसरी तरफ **शुद्ध जोखिम** में ऐसी स्थितियां शामिल हैं जिनमें परिणाम केवल हानि या कोई हानि नहीं में निकल सकते हैं लेकिन लाभ में कभी नहीं निकल सकते।

उदाहरण के लिए, बाढ़ या आग लगने की घटना या तो घटित होती है या फिर नहीं होती है। अगर यह घटना होती है तो एक हानि होता है। अगर यह घटना घटित नहीं होती है तो न हानि होता है न फ़ायदा। इसी तरह, कोई व्यक्ति गंभीर रूप से बीमार हो सकता है या नहीं भी हो सकता है।

बीमा केवल शुद्ध जोखिमों के मामले में लागू होता है जहां यह उत्पन्न होने वाले नुकसान के विरुद्ध रक्षा करता है। सट्टा जोखिमों का बीमा नहीं किया जा सकता ।

शुद्ध जोखिम के उदाहरण हैं:

- ✓ रासायनिक - आग, विस्फोट
- ✓ प्राकृतिक - भूकंप, बाढ़, चक्रवात
- ✓ सामाजिक - दंगे, धोखाधड़ी, चोरी
- ✓ तकनीकी - मशीनरी की खराबी
- ✓ व्यक्तिगत - मृत्यु, विकलांगता, बीमारी

खतरा

हमने ऊपर देखा है कि केवल किसी आपदा के दायरे में आना हानि का कारण नहीं बनना चाहिए। साथ ही, हानि का गंभीर होना आवश्यक नहीं है। **ऐसी स्थिति या स्थितियां जो किसी हानि की संभावना या इसकी गंभीरता को बढ़ाती हैं और इस प्रकार जोखिम को प्रभावित करती हैं, खतरे के रूप में जानी जाती हैं।** जब बीमा कंपनियां जोखिम का आकलन करती हैं, यह आम तौर पर उस खतरे से संबंधित होता है जिसका विषय संपत्ति है।

आइए अब हम संपत्ति, आपदा और खतरों के बीच की कड़ी के कुछ उदाहरण देते हैं।

संपत्ति	आपदा	खतरा
जीवन	कैंसर	अत्यधिक धूम्रपान
कारखाना	आग्नि	उपेक्षित छोड़ी गयी विस्फोटक सामग्री
कार	कार दुर्घटना	चालक द्वारा लापरवाह ड्राइविंग
माल/कार्गो	तूफान	कार्गो में पानी का रिसाव और उसे बर्बाद करना; जल रोधक कंटेनरों में पैक नहीं किया गया माल

महत्वपूर्ण

खतरों के प्रकार

क) **भौतिक खतरा** एक ऐसी भौतिक स्थिति है जिससे हानि की संभावना बढ़ जाती है।

उदाहरण

i. किसी भवन में दोषपूर्ण वायरिंग

ii. पानी के खेलों में शामिल होना

iii. एक निष्क्रिय जीवनशैली जीना

ख) **नैतिक खतरा** किसी व्यक्ति में बेईमानी या चारित्रिक दोषों को दर्शाता है जो हानि की आवृत्ति या तीव्रता को प्रभावित करते हैं।एक बेईमान व्यक्ति धोखाधड़ी करने और बीमा की सुविधा का दुरुपयोग करके पैसा कमाने का प्रयास कर सकता है।

उदाहरण

नैतिक खतरे का एक उत्कृष्ट उदाहरण किसी कारखाने के लिए बीमा खरीदने और फिर बीमा राशि एकत्र करने के लिए इसे जला देने या एक बड़ी बीमारी शुरू होने के बाद स्वास्थ्य बीमा खरीदने का है।

ग) **कानूनी खतरा** उन मामलों में अधिक प्रचलित है जिनमें नुकसानों के लिए भुगतान करने की एक देयता शामिल होती है।यह उस समय उत्पन्न होता है जब कानून व्यवस्था या नियामक परिवेश की कुछ विशेषताएं हानि की घटना या गंभीरता को बढ़ा सकती हैं।

उदाहरण

दुर्घटनाओं के मामले में कामगारों के मुआवजे को नियंत्रित करने वाला क़ानून लागू करना देय देयता की राशि को काफी बढ़ा सकता है।

बीमा में एक प्रमुख चिंता का विषय जोखिमों और संबद्ध खतरों के बीच का संबंध है।संपत्तियों को इस आधार पर विभिन्न जोखिम श्रेणियों में वर्गीकृत किया जाता है और बीमा कवरेज के लिए लिया गया मूल्य [जिसे प्रीमियम के रूप में जाना जाता है] बढ़ जाएगा यदि संबद्ध खतरों की उपस्थिति के परिणाम स्वरूप उत्पन्न होने वाले नुकसान की संवेदनशीलता अधिक होती है।

3. बीमा का गणितीय सिद्धांत (जोखिम पूलिंग)

बीमा में तीसरा तत्व एक गणितीय सिद्धांत है जो बीमा को संभव बनाता है। इसे जोखिम पूलिंग के सिद्धांत के रूप में जाना जाता है।

उदाहरण

मान लीजिए कि 100000 मकान आग के जोखिम के दायरे में आते हैं जिसकी वजह से 50000 रुपए का एक औसत नुकसान हो सकता है। अगर किसी मकान में आग लगने की संभावना 1000 में 2 [या 0.002] है तो इसका मतलब होगा कि नुकसान की कुल राशि 10000000 रुपए [= 50000 x 0.002 x 100000] होगी।

एक बीमा कंपनी को एक लाख मकानों में से प्रत्येक मकान मालिकों से 100 रुपए का योगदान प्राप्त होता है और अगर इस योगदान को पूल कर एक एक कोष का निर्माण किया जाता है तो यह अग्नि से होने वाले कुछ दुर्भाग्यशाली लोगों की हानि की प्रतिपूर्ति करने के लिए पर्याप्त होगा।

व्यक्तिगत योगदान के लिए आवश्यक राशि निम्न गणना से स्पष्ट हो जाती है

100000 x 100 = 10000000 रुपए

यह सुनिश्चित करने के लिए कि बीमा किए जाने वाले सभी लोगों के बीच एक समानता [निष्पक्षता] है, सभी मकानों का एक समान रूप से जोखिम के दायरे में आना आवश्यक है।

क) बीमा में सिद्धांत सटीक तरीके से कैसे काम करता है?

उदाहरण

श्री श्याम की स्थति एक कारखाना है जिसका मूल्य संयंत्र, मशीनरी और वस्तुओं के साथ 70 लाख रुपए है, वह एक बीमा कंपनी के साथ इनका बीमा करना चाहता है। कारखाने और इसकी सामग्रियों को आग या अन्य बीमित जोखिमों से नुकसान या क्षति होगी, यह संभावना 1000 में से 7 [0.007] है। श्री श्याम और बीमा कंपनी दोनों को इसके बारे में जानकारी है।

उनकी स्थितियां अलग-अलग कैसे हैं और क्यों श्याम बीमा करवाना चाहता है?

श्री श्याम की स्थिति –

श्री श्याम के लिए नुकसान की संभाव्यता (0.007) महत्वहीन है क्योंकि इससे केवल यह पता चलता है कि उसकी तरह के 1000 कारखानों में से औसतन लगभग 7 पर नुकसान का प्रभाव पड़ेगा। उसे नहीं पता कि क्या

उसका कारखाना दुर्भाग्यशाली सात कारखानों में से एक होगा? वास्तव में कोई भी इस बात की भविष्यवाणी नहीं कर सकता है कि क्या एक विशेष कारखाने को कोई नुकसान उठाना पड़ेगा।

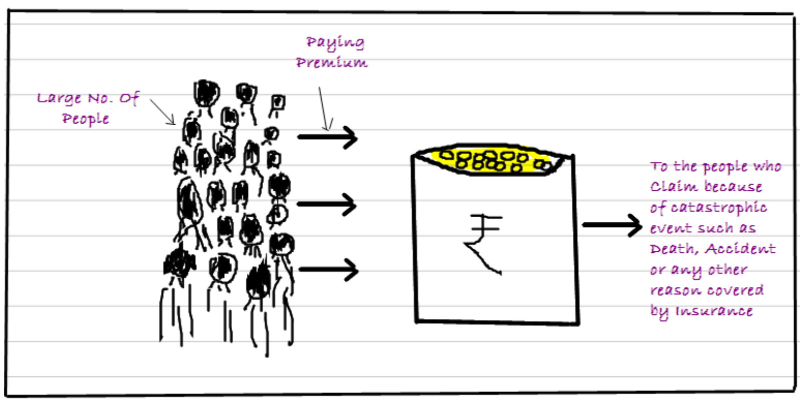
श्याम की स्थति एक अनिश्चितता की स्थिति है। वह न केवल भविष्य के बारे में जनता नहीं है, बल्कि वह इस बात की भविष्यवाणी भी नहीं कर सकता कि ऐसा होगा। यह स्पष्ट रूप से एक चिंता का कारण है।

बीमाकर्ता की स्थिति

आइए अब हम बीमा कंपनी की स्थिति पर नजर डालते हैं। जब श्याम के नुकसान के जोखिम को समान स्थिति के दायरे में आने वाले अन्य हजारों लोगों की हानि के जोखिमों के साथ जोड़ा जाता है और एक पूल बनाया जाता है, तो अब यह निश्चित और पूर्वानुमेय बन जाता है।

बीमा कंपनी को श्याम के कारखाने के बारे में चिंता करने की जरूरत नहीं है जब तक श्याम ऐसा करता है। हजार कारखानों में से केवल सात कारखाने हानि के अधीन है। जब तक वास्तविक हानि एक समान या अपेक्षा के लगभग समान है, बीमा कंपनी धन के पूल से पैसे निकाल कर उनको पूरा कर सकती है।

किसी आपदा के कारण समान रूप से होने वाले और हानि की संभावना के दायरे में आने वाले सभी बीमाधारकों के कई जोखिमों का पूल बना कर बीमा कंपनी उस जोखिम और उसके वित्तीय प्रभाव को स्वीकार करने में सक्षम होती है।



ख) जोखिम पूलिंग और बड़ी संख्याओं का नियम

क्षति की संभावना [ऊपर के उदाहरण में 1000 में से 7 या 0,007 के रूप में प्राप्त] वह आधार बनती है जिस पर प्रीमियम निर्धारित किया जाता है। बीमा कंपनी को नुकसान के किसी भी जोखिम का सामना नहीं करना पड़ेगा अगर वास्तविक अनुभव अपेक्षा के अनुरूप हो। ऐसी स्थिति में कई बीमाधारकों के प्रीमियम आपदा से प्रभावित होने वाले लोगों की हानि की पूरी तरह से भरपाई करने के लिए पर्याप्त होंगे। हालांकि बीमा कंपनी को एक जोखिम का सामना करना पड़ेगा। यदि वास्तविक अनुभव अपेक्षा से अधिक प्रतिकूल था और एकत्र किए गए प्रीमियम दावों का भुगतान करने के लिए पर्याप्त नहीं थे।

कैसे बीमा कंपनी अपने पूर्वानुमानों के बारे में सुनिश्चित हो सकती है?

"बड़ी संख्याओं के नियम" नामक सिद्धांत की वजह से यह संभव हो पाता है। यह सिद्धांत कहता है कि जोखिमों के पूल का आकार जितना बड़ा होगा, हानि का वास्तविक औसत अनुमानित या अपेक्षित औसत हानि के अधिक करीब होगा।

उदाहरण

एक सरल उदाहरण देने के लिए, एक सिक्का उछाले जाने पर हेड्स आने की संभावना ½ होती है। लेकिन आप यह कैसे सुनिश्चित कर सकते हैं कि अगर आप चार बार सिक्का उछालते हैं तो आपको वास्तव में 2 हेड्स मिल जाएंगे।

केवल जब टॉस की संख्या बहुत बड़ी और अनंत के करीब होती है, प्रत्येक दो टॉस के लिए एक बार हेड्स प्राप्त होने की संभावना एक के अधिक करीब हो जाएगी।

इसका मतलब है कि बीमा कंपनियां अपने आधार के बारे में केवल तभी सुनिश्चित हो सकती हैं जब वे एक बड़ी संख्या में बीमाधारकों का बीमा करने में सक्षम होती हैं। एक ऐसी बीमा कंपनी जिसने केवल कुछ सौ मकानों का बीमा किया है, वह कई हजार मकानों का बीमा करने वाली बीमा कंपनी की तुलना में उससे अधिक बुरी तरह से प्रभावित होगी।

महत्वपूर्ण

किसी जोखिम का बीमा करने के लिए शर्तें

बीमा कंपनी के दृष्टिकोण से कब किसी जोखिम का बीमा करने का कोई मतलब होता है?

किसी जोखिम के बीमा योग्य होने पर विचार किए जाने के लिए छः व्यापक आवश्यकताएं नीचे बॉक्स में दी गयी हैं।

i. **नुकसानों को यथोचित रूप से पूर्वानुमेय बनाने के लिए समरूप [एक समान] जोखिम इकाइयों** की एक पर्याप्त रूप से बड़ी संख्या। यह **बड़ी संख्याओं के नियम** का पालन करता है। इसके बिना पूर्वानुमान करना मुश्किल होगा।
ii. **जोखिम द्वारा उत्पन्न नुकसान निश्चित और मापने योग्य होना चाहिए।** क्षतिपूर्ति तय करना मुश्किल है अगर व्यक्ति यकीन से यह नहीं कह सकता है कि एक नुकसान घटित हुआ है और यह कितना है।
iii. **नुकसान संयोगवश या आकस्मिक होना चाहिए।** यह एक ऐसी घटना का परिणाम होना चाहिए जो घटित हो सकती है या नहीं भी हो सकती है। घटना बीमाधारक व्यक्ति के नियंत्रण से बाहर होनी चाहिए। कोई भी बीमा कंपनी एक ऐसे नुकसान को कवर नहीं करेगी जो बीमा धारक व्यक्ति द्वारा जानबूझकर किया गया हो।
iv. **कुछ लोगों के नुकसानों को कई लोगों** द्वारा साझा करना केवल तभी काम कर सकता है जब बीमा धारक के समूह के एक छोटे से प्रतिशत को किसी निर्दिष्ट समय अवधि में नुकसान भुगतना पड़ता है।
v. **आर्थिक व्यवहार्यता :** बीमा की लागत संभावित हानि के संबंध में अधिक नहीं होनी चाहिए; अन्यथा बीमा आर्थिक रूप से अलाभकारी होगा।
vi. **सार्वजनिक नीति :** अंत में अनुबंध सार्वजनिक नीति और नैतिकता के विपरीत नहीं होना चाहिए।

---

4. बीमा अनुबंध

बीमा का चौथा तत्व यह है कि इसमें एक ऐसे अनुबंधात्मक समझौते समावेश होता है जिसमें बीमाकर्ता प्रीमियम नामक एक मूल्य या प्रतिफल के लिए निर्दिष्ट जोखिमों के विरुद्ध वित्तीय सुरक्षा प्रदान करने पर सहमत होता है। अनुबंधात्मक समझौता एक बीमा पॉलिसी का रूप लेता है।

स्व-परीक्षण 1

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

I. आग्नि
II. चोरी का सामान
III. चोरी
IV. जहाज पलटने के कारण माल का नुकसान

ख. बीमा अनुबंध - कानूनी पहलू

1. एक बीमा अनुबंध के कानूनी पहलू

अब हम एक बीमा अनुबंध में शामिल कुछ विशेषताओं पर नज़र डालेंगे और फिर उन कानूनी सिद्धांतों पर विचार करेंगे जो सामान्यतः बीमा अनुबंधों को नियंत्रित करते हैं।

हम पहले ही देख चुके हैं कि बीमा के विभन्न तत्वों में से एक तत्व यह है कि इसमें बीमा कंपनी और बीमा धारक के बीच एक अनुबंध का समावेश होता है।

अनुबंध दो पक्षों के बीच कानूनी तौर पर लागू करने योग्य एक समझौता है। भारतीय अनुबंध अधिनियम, 1872 के प्रावधान बीमा अनुबंध सहित भारत में सभी अनुबंधों को नियंत्रित करते हैं।

2. एक वैध अनुबंध के तत्व

एक वैध अनुबंध के तत्व इस प्रकार हैंः

क) प्रस्ताव और स्वीकृतिः

आम तौर पर प्रस्ताव प्रस्तावक द्वारा किया जाता है और स्वीकृति बीमा कंपनी द्वारा दी जाती है।

ख) प्रतिफल

इसका मतलब है कि अनुबंध में पार्टियों के लिए कुछ आपसी लाभ शामिल होने चाहिए। प्रीमियम बीमा धारक का प्रतिफल है और क्षतिपूर्ति का वादा बीमा कंपनियों का प्रतिफल है।

ग) पार्टियों के बीच समझौता

दोनों पक्षों को एक ही अर्थ में एक ही बात से सहमत होना चाहिए।

घ) पार्टियों की क्षमता

अनुबंध के दोनों पक्ष अनुबंध में प्रवेश करने के लिए कानूनी तौर पर सक्षम होने चाहिए। उदाहरण के लिए, नाबालिग बीमा अनुबंध में प्रवेश नहीं कर सकते हैं।

ङ) वैधता

अनुबंध की विषय-वस्तु वैध होनी चाहिए, उदाहरण के लिए, तस्करी के माल के लिए कोई बीमा नहीं किया जा सकता है।

महत्वपूर्ण

निम्नलिखित बीमा अनुबंध का एक तत्व नहीं हो सकता है

i. जबरदस्ती

इसमें आपराधिक साधनों के माध्यम से डाला गया दबाव शामिल है।

ii. अनुचित प्रभाव

जब कोई व्यक्ति जो दूसरे पर प्रभुत्व जमाने में सक्षम है, अनुचित लाभ प्राप्त करने के लिए अपने पद, प्रभाव या शक्ति का उपयोग करता है।

iii. धोखाधड़ी

जब कोई व्यक्ति एक गलत धारणा पर कार्य करने के लिए दूसरे व्यक्ति को शामिल करता है जो एक प्रतिनिधित्व के कारण होता है, उसे सही नहीं माना जाता है।यह या तो तथ्यों को जानबूझकर छिपाए जाने या उनको गलत तरीके से प्रस्तुत किए जाने की वजह से उत्पन्न हो सकती है।

iv. गलती

किसी घटना के निर्णय या व्याख्या में त्रुटि।यह अनुबंध की विषय-वस्तु के बारे में समझ और समझौते में एक त्रुटि का कारण बन सकती है।

स्व-परीक्षण 2

इनमें से कौन वैध बीमा अनुबंध में एक तत्व नहीं हो सकता है?

I. प्रस्ताव और स्वीकृति
II. जबरदस्ती
III. प्रतिफल
IV. वैधता

ग. बीमा अनुबंध - विशेष सुविधाएं

आइए अब हम एक बीमा अनुबंध की विशेष सुविधाओं पर नज़र डालें।

1. क्षतिपूर्ति (मुआवजा)

क्षतिपूर्ति का सिद्धांत गैर-जीवन बीमा पॉलिसियों के लिए लागू होता है। **इसका मतलब है कि पॉलिसीधारक को, जिसे एक हानि का सामना करना पड़ता है, इस प्रकार हानि की जाती है कि उसे उसी वित्तीय (पहले की) स्थिति में लाया जा सके जहां वह हानि की घटना घटित होने से पहले था।** बीमा अनुबंध (बीमा पॉलिसी के माध्यम से प्रमाणित) यह गारंटी देता है कि बीमा धारक को नुकसान की राशि तक क्षतिपूर्ति की जायेगी या मुआवजा दिया जाएगा, इससे अधिक नहीं।

सिद्धांत यह है कि व्यक्ति को अपनी संपत्तियों का बीमा करके लाभ अर्जित नहीं करना चाहिए और हानि से अधिक वसूल नहीं करना चाहिए। बीमा कंपनी हानि के आर्थिक मूल्य का आकलन करेगी और तदनुसार उसकी भरपाई करेगी।

उदाहरण

राम ने 10 लाख रुपए मूल्य की पूरी राशि के लिए अपने मकान का बीमा किया है।उसे आग की वजह से 70000 रुपए का अनुमानित नुकसान भुगतना पड़ता है। बीमा कंपनी उसे 70000 रुपए की एक राशि का भुगतान करेगी। बीमाधारक व्यक्ति आगे किसी भी राशि का दावा नहीं कर सकता है।

अब एक ऐसी स्थिति पर विचार करें जहां संपत्ति को उसके पूर्ण मूल्य के लिए बीमा नहीं किया गया है। तब व्यक्ति केवल अपने बीमा के अनुपात में नुकसान के लिए मुआवजा प्राप्त करने का हकदार होगा।

मान लीजिए कि 10 लाख रुपए मूल्य के मकान का केवल 5 लाख रुपए मूल्य की एक राशि के लिए बीमा किया गया है।अगर आग के कारण होने वाला नुकसान 60000 रुपए का है तो व्यक्ति इस पूरी राशि का दावा नहीं कर सकता है।यह समझा जाता है कि मकान मालिक ने केवल इसके आधे मूल्य के बराबर का बीमा किया है और इस प्रकार वह नुकसान की राशि के सिर्फ 50% [30000 रुपए] का दावा करने का हकदार है।इसे अल्पबीमा के रूप में भी जाना जाता है।

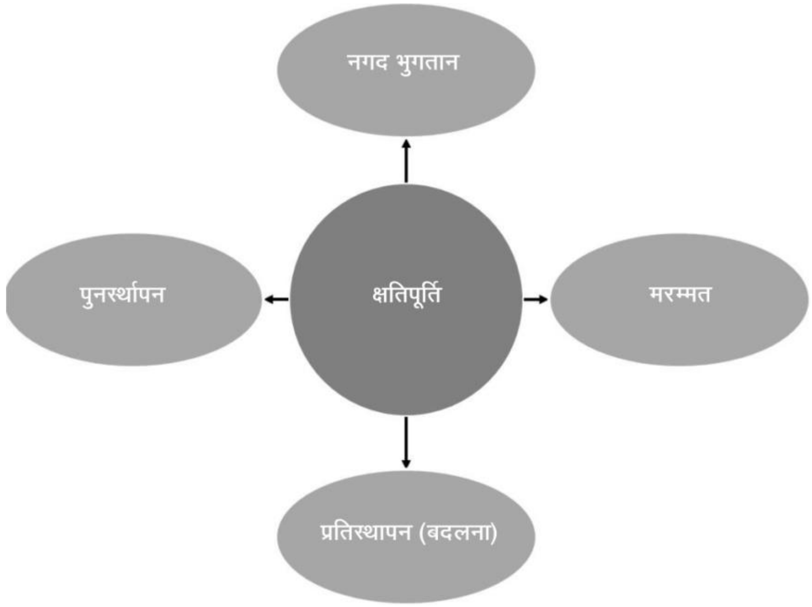
भुगतान की जाने वाली क्षतिपूर्ति की मात्रा व्यक्ति द्वारा लिए जाने वाले बीमा के प्रकार पर निर्भर करेगी।

गैर-जीवन बीमा पॉलिसियों के ज्यादातर प्रकारों में, जो संपत्ति और देनदारी के बीमा से संबंधित है, बीमाधारक व्यक्ति को नुकसान की वास्तविक राशि की सीमा तक यानी मौजूदा बाजार मूल्यों पर नुकसान या क्षतिग्रस्त हुई संपत्ति को बदलने के लिए आवश्यक धनराशि घटाव मूल्यह्रास की सीमा तक मुआवजा दिया जाता है।

क्षतिपूर्ति (मुआवजा) में निपटान के निम्नलिखित विधियों में से एक या अधिक को अपनाया जा सकता है:

- ✓ नकद भुगतान
- ✓ एक क्षतिग्रस्त वस्तु की मरम्मत
- ✓ नुकसान या क्षतिग्रस्त हुई वस्तु को बदलना
- ✓ पुनर्स्थापन (पुनरुद्धार), उदाहरण के लिए, आग से नष्ट हुए किसी मकान का पुनर्निर्माण

चित्र 1 : क्षतिपूर्ति



लेकिन, कुछ ऐसी विषय वस्तु है जिसके मूल्य का अनुमान नुकसान के समय आसानी से नहीं लगाया या नहीं निर्धारित किया जा सकता है।उदाहरण के लिए, यह परिवार के वारिसों को मिलने वाले सामान या दुर्लभ कलाकृतियों के मामले में कोई मूल्य तय करना मुश्किल हो सकता है। इसी प्रकार समुद्री बीमा पॉलिसियों में दुनिया भर में किसी जहाज के आधे रास्ते में दुर्घटनाग्रस्त होने की स्थिति में हुए हानि की मात्रा का अनुमान लगाना मुश्किल हो सकता है।

ऐसे मामलों में 'सहमत मूल्य' के रूप में एक लोकप्रिय सिद्धांत को अपनाया जाता है। बीमा कंपनी और बीमाधारक अनुबंध की शुरुआत में बीमा योग्य संपत्ति के मूल्य पर सहमत होते हैं। कुल नुकसान की स्थिति में बीमा कंपनी पॉलिसी की सहमत राशि का भुगतान करने के लिए सहमत होती है। इस प्रकार की पॉलिसी को **"सहमत मूल्य पॉलिसी"** के रूप में जाना जाता है।

क) प्रस्थापन

प्रस्थापन क्षतिपूर्ति के सिद्धांत का पालन करता है।

प्रस्थापन का मतलब बीमा की विषय-वस्तु के संबंध में बीमाधारक व्यक्ति से बीमा कंपनी को सभी अधिकारों और उपायों का हस्तांतरण है।

इसका मतलब यह है कि अगर बीमाधारक व्यक्ति को एक तीसरे पक्ष की लापरवाही के कारण संपत्ति के नुकसान का सामना करना पड़ता है और उस नुकसान के लिए बीमा कंपनी द्वारा क्षतिपूर्ति का भुगतान किया गया है, तो लापरवाह पक्ष से क्षतिपूर्ति प्राप्त करने का अधिकार बीमा कंपनी का होगा। ध्यान दें कि एकत्र की जाने वाली क्षतिपूर्ति की राशि केवल बीमा कंपनी द्वारा भुगतान की गई राशि की सीमा तक है।

महत्वपूर्ण

प्रस्थापन : यह एक ऐसी प्रक्रिया है जिसका उपयोग बीमा कंपनी एक लापरवाह तीसरे पक्ष से एक पॉलिसी धारक को भुगतान की गयी दावा राशि की वसूली करने के लिए करती है।

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

उदाहरण

श्री किशोर के घरेलू सामानों को सिल्वेन ट्रांसपोर्ट सेवा में ले जाया जा रहा था। चालाक की लापरवाही के कारण 45000 रुपए मूल्य की सीमा तक के सामान नष्ट हो गए और बीमा कंपनी ने श्री किशोर को 30000 रुपए मूल्य की एक राशि का भुगतान किया। बीमा कंपनी केवल 30000 रुपए मूल्य की सीमा तक प्रस्थापन करती है और सिल्वेन ट्रांसपोर्ट से उस राशि को एकत्र कर सकती है।

मान लीजिए, दावा राशि 45,000/- रुपए के लिए है, बीमाधारक को बीमा कंपनी द्वारा 40,000 रुपए की क्षतिपूर्ति की जाती है, और बीमा कंपनी सिल्वेन ट्रांसपोर्ट से प्रस्थापन के तहत 45,000/- रुपए वसूल करने में सक्षम है, तब 5000 रुपए की शेष राशि बीमाधारक को देनी पड़ेगी।

यह बीमाधारक व्यक्ति को नुकसान के लिए दो बार पैसे एकत्र करने से रोकता है - एक बार बीमा कंपनी से और उसके बाद फिर तीसरे पक्ष से। प्रस्थापन केवल क्षतिपूर्ति के अनुबंधों के मामले में उत्पन्न होता है।

उदाहरण

श्री सुरेश की विमान दुर्घटना में मृत्यु हो जाती है। उसका परिवार एक व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसी जारी करने वाली बीमा कंपनी से 50 लाख रुपये की पूरी धनराशि के साथ-साथ एयरलाइन द्वारा भुगतान किया जाने वाला मुआवजा जैसे 15 लाख रुपये प्राप्त करने का हकदार है।

ख) योगदान

यह सिद्धांत केवल गैर-जीवन बीमा के लिए लागू होता है।योगदान क्षतिपूर्ति के सिद्धांत से चलता है जिसका अर्थ है कि व्यक्ति आपदा से हुए नुकसान की तुलना में अधिक राशि बीमा से प्राप्त नहीं कर सकता है।

परिभाषा

"योगदान" के सिद्धांत का अर्थ यह है कि अगर एक ही संपत्ति का बीमा एक से अधिक बीमा कंपनी के साथ किया जाता है तो सभी बीमा कंपनियों द्वारा एक साथ भुगतान किया जाने वाला मुआवजा वास्तविक नुकसान से अधिक नहीं हो सकता है।

अगर बीमाधारक को प्रत्येक बीमा कंपनी से नुकसान की पूरी राशि प्राप्त हो जाती तो बीमाधारक को नुकसान से मुनाफ़ा हो सकता था। यह क्षतिपूर्ति के सिद्धांत का उल्लंघन करेगा।

उदाहरण

परिदृश्य 1

मिस्टर श्रीनिवास 24 लाख रुपए मूल्य के अपने मकान पर दो बीमा कंपनियों से एक अग्नि बीमा पॉलिसी लेता है। वह प्रत्येक कंपनी के साथ 12 लाख रुपए के लिए इसका बीमा करता है। जब मकान आग में आंशिक रूप से

क्षतिग्रस्त हो जाता है तो इसमें 6 लाख रुपए का अनुमानित नुकसान होता है। वह दोनों बीमा कंपनियों से 6 लाख रुपए प्रत्येक का दावा करता है। दोनों बीमा कंपनियां उसे प्रत्येक 6 लाख रुपए देने से मना कर देती हैं।

वे यह दृष्टिकोण लेते हैं कि चूंकि उनमें से प्रत्येक की 50% की सीमा तक बीमा में हिस्सेदारी मानी जाती है, प्रत्येक द्वारा नुकसान के 50% अर्थात 3 लाख रुपए का भुगतान किया जाएगा, इस प्रकार यह सुनिश्चित होगा कि बीमाधारक व्यक्ति को वास्तविक नुकसान के मूल्य से अधिक धनराशि प्राप्त नहीं होती है।

परिदृश्य 2

ऋषि ने अपने लिए दो मेडिक्लेम पॉलिसियां ली हैं, 2,50,000 रुपए की पॉलिसी एक्स कंपनी से और 1,50,000 रुपए की पॉलिसी वाई कंपनी से। ऋषि ने एक बीमारी के बाद अस्पताल में भर्ती होने पर 1,60,000 रुपए का खर्च किया है। 1,60,000 रुपए का यह मुआवजा करयोग्य अनुपात के आधार पर दोनों कंपनियों द्वारा बांटा और भुगतान किया जाएगा। प्रत्येक कंपनी की हिस्सेदारी इस प्रकार होगी –

एक्स कंपनी: 1,60,000 x 2.50,000 रु. (2,50,000 + 1,50,000) = 1,00,000 रु.

वाई कंपनी: 1,60,000 x 150,000 / (2,50,000 + 1,50,000) = 60,000 रु.

---

2. उबेरिमा फाइड्स या परम सद्भाव

सद्भाव और **परम सद्भाव** के बीच एक अंतर है।

क) सद्भाव

आम तौर पर सभी व्यावसायिक अनुबंधों की यह आवश्यकता होती है कि उनके लेनदेन में सद्भाव देखा जाएगा और कोई धोखाधड़ी या छल नहीं होगा। सद्भाव दिखाने के इस कानूनी कर्त्तव्य के अलावा विक्रेता अनुबंध की विषय-वस्तु के बारे में खरीदार को किसी भी जानकारी का खुलासा करने के लिए बाध्य नहीं है।

यहां पालन किया जाने वाला नियम **"क्रेता सावधान/खरीदार खबरदार"** का है जिसका अर्थ है कि **खरीदार सावधान रहे**।

अनुबंध के पक्षों से अनुबंध की विषय-वस्तु की जांच करने की अपेक्षा की जाती है और जब तक एक पक्ष दूसरे पक्ष को गुमराह नहीं करता है और जवाब सच्चाई से देता है, अन्य पक्ष द्वारा अनुबंध से बचने का कोई सवाल ही नहीं उठता है।

उदाहरण

श्री चंद्रशेखर एक टीवी शोरूम में जाते हैं और कई सुविधाओं वाले टीवी के एक आकर्षक ब्रांड के प्रति आसक्त होते हैं। विक्रेता व्यक्ति अपने अनुभव से जानता है कि यह विशेष ब्रांड बहुत विश्वसनीय नहीं है और इसने पहले अन्य ग्राहकों के लिए समस्याएं खड़ी की है। वह इस डर से यह खुलासा नहीं करता है कि इससे बिक्री ख़तरे में पड़ सकती है।

क्या उस पर छल करने का आरोप लगाया जा सकता है?

क्या स्थिति अलग हो सकती थी अगर विक्रेता व्यक्ति से उस ब्रांड की विश्वसनीयता के बारे में पूछा गया होता और उसके द्वारा जवाब दिया गया होता कि यह बहुत ही विश्वसनीय ब्रांड था?

ख) परम सद्भाव

बीमा अनुबंध एक अलग आधार पर बने होते हैं। प्रस्तावक को बीमा की विषय-वस्तु के बारे में सभी महत्वपूर्ण जानकारी का बीमा कंपनी को देनी होती है कि उसके बीमा कंपनी के पास नही है और ऐसा करना प्रस्तावक का कानूनी दायित्व है।

महत्वपूर्ण जानकारी वह जानकारी है जो बीमा कंपनियों को निम्न बातें तय करने में सक्षम बनाती है:

- ✓ क्या वे जोखिम को स्वीकार करेंगे
- ✓ यदि ऐसा है तो प्रीमियम की दर क्या होगी और किन नियमों एवं शर्तों के अधीन होगी

परम सद्भाव का यह कानूनी कर्तव्य सामान्य कानून के तहत आता है। यह कर्तव्य न केवल उन महत्वपूर्ण तथ्यों पर लागू होता है जिसके बारे में प्रस्तावक को जानकारी है बल्कि यह उन महत्वपूर्ण तथ्यों तक भी जाता है जिसके बारे में उसे जानकारी होनी चाहिए।

बीमा अनुबंध एक उच्च दायित्व के अधीन होते हैं। जब बीमा की बात आती है, सद्भाव अनुबंध परम सद्भाव अनुबंध बन जाते हैं। "परम सद्भाव" की अवधारणा को "चाहे अनुरोध किया गया हो या नहीं, प्रस्तावित जोखिम के लिए महत्वपूर्ण सभी तथ्यों का स्वेच्छा से, सही तरीके से और पूरी तरह से खुलासा किए जाने के एक सकारात्मक कर्त्तव्य" को शामिल करने के रूप में परिभाषित किया गया है।

पूर्ण प्रकटीकरण का क्या अर्थ है?

कानून सभी महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा करने का दायित्व डालता है।

उदाहरण

i. बीमाधारक व्यक्ति द्वारा तथ्यों की भ्रामक जानकारी

एक कार्यकारी व्यक्ति उच्च रक्तचाप से पीड़ित है और उसे हाल ही में एक हल्का दिल का दौरा पड़ा है जिसके बाद वह एक मेडिकल पॉलिसी लेने का फैसला करता है लेकिन अपनी सही स्थिति का खुलासा नहीं करता है। इस प्रकार बीमाकर्ता बीमाधारक व्यक्ति द्वारा तथ्यों की गलत बयानी के कारण इस प्रस्ताव को स्वीकार करने में ठगा जाता है।

ii. बीमा कंपनी द्वारा तथ्यों की गलतबयानी

एक व्यक्ति के दिल में एक जन्मजात छेद है और वह इसके बारे में प्रस्ताव में खुलासा करता है। इसे बीमा कंपनी द्वारा स्वीकार कर लिया जाता है और प्रस्तावक को यह नहीं बताया जाता है कि पहले से मौजूद बीमारियों को कम से कम 4 वर्षों तक कवर नहीं किया जाता है।

ग) महत्वपूर्ण तथ्य

महत्वपूर्ण तथ्य को एक ऐसे तथ्य के रूप में परिभाषित किया गया है जो यह तय करने में सहायता करता है कि जोखिम को स्वीकार किया जाए या नहीं, और अगर ऐसा होता है तो प्रीमियम की दर और नियमों एवं शर्तों को तय करने में एक बीमा जोखिम अंकक के फैसले को प्रभावित करेगा।

क्या एक अज्ञात तथ्य महत्वपूर्ण था या नहीं, यह व्यक्तिगत मामले की परिस्थितियों पर निर्भर करेगा और इसका फैसला अंततः केवल कानून की एक अदालत में किया जा सकता है। बीमाधारक व्यक्ति को जोखिम को प्रभावित करने वाले तथ्यों का **खुलासा करना होता है।**

आइए अब हम बीमा के महत्वपूर्ण तथ्यों के कुछ प्रकारों पर एक नज़र डालें जिनका खुलासा करना आवश्यक है:

i. यह बताने वाले तथ्य कि विशेष जोखिम सामान्य की तुलना में एक बड़े जोखिम को दर्शाता है। इसके उदाहरण हैं, समुद्र में ले जाए जा रहे खतरनाक प्रकृति के माल; बीमारी का पिछला इतिहास।

ii. सभी बीमा कंपनियों से ली गयी पिछली पॉलिसियों की मौजूदगी और उनकी वर्तमान स्थिति।

iii. बीमा के लिए प्रस्ताव प्रपत्र या आवेदन पत्र के सभी सवालों को महत्वपूर्ण माना जाता है क्योंकि ये बीमा की विषय-वस्तु के विभिन्न पहलुओं और जोखिम के इसके दायरे से संबंधित हैं। इनका जवाब सच्चाई से दिया जाना और सभी मामलों में परिपूर्ण होना आवश्यक है।

महत्वपूर्ण तथ्यों के कुछ उदाहरण इस प्रकार हैं:

उदाहरण

i. आग्नि बीमा

- ✓ भवन का निर्माण
- ✓ दखलदारी(ऑक्यूपैन्सी)(जैसे कार्यालय, निवास, दुकान, गोदाम, निर्माण इकाई, आदि)
- ✓ संग्रहित/विनिर्मित वस्तुओं की प्रकृति यानी गैर-खतरनाक, खतरनाक, अतिरिक्त-खतरनाक आदि

ii. समुद्री बीमा

- ✓ पैकिंग की विधि यानी क्या एकल टाट के बोरे में या दोहरे टाट के बोरे में, क्या नए ड्रम में या इस्तेमाल किए गए ड्रमों में; आदि
- ✓ सामानों की प्रकृति (जैसे क्या मशीनरी नई है या इस्तेमाल की गयी)

iii. मोटर बीमा

- ✓ इंजन की घन क्षमता (निजी कार)
- ✓ निर्माण का वर्ष

- ✓ एक ट्रक की वहन क्षमता (टन भार)
- ✓ वह प्रयोजन जिसके लिए वाहन का प्रयोग किया जाता है
- ✓ भौगोलिक क्षेत्र जिसमें इसका इस्तेमाल किया जाता है

iv. **व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा**

- ✓ व्यवसाय की सटीक प्रकृति
- ✓ उम्र
- ✓ ऊंचाई और वजन
- ✓ शारीरिक विकलांगताएं आदि

v. **स्वास्थ्य बीमा**

- ✓ कोई ऑपरेशन किया गया हो
- ✓ क्या मधुमेह या उच्च रक्तचाप से पीड़ित है

vi. **सामान्य विशेषताएं**

- ✓ यह तथ्य कि पिछली बीमा कंपनियों ने प्रस्ताव को अस्वीकार कर दिया था या अतिरिक्त प्रीमियम वसूल किया था या रद्द कर दिया था या पॉलिसी को नवीनीकृत करने से इनकार कर दिया था।
- ✓ प्रस्तावक द्वारा उठाए गए पिछले नुकसान

महत्वपूर्ण

ऐसे तथ्य जिनका खुलासा किया जाना आवश्यक नहीं है [जब तक कि बीमा कंपनी द्वारा मांगा नहीं जाता है]

यह भी माना जाता है कि जब तक बीमा लेखक द्वारा एक विशेष जांच नहीं की जाती है, प्रस्तावक को निम्न तथ्यों का खुलासा करने का कोई दायित्व नहीं है:

i. जोखिम कम करने के लिए लागू किए गए उपाय

उदाहरण : एक अग्निशामक की मौजूदगी।

ii. बीमाधारक के लिए अज्ञात तथ्य

उदाहरण : एक व्यक्ति जो उच्च रक्तचाप से पीड़ित है लेकिन पॉलिसी लेने के समय इसके बारे में अनजान था, उस पर इस तथ्य के गैर-प्रकटीकरण का आरोप नहीं लगाया जा सकता है।

iii. ऐसे तथ्य जिनका खुलासा उचित परिश्रम से किया जा सकता है, हर सूक्ष्म महत्वपूर्ण तथ्य का खुलासा करना आवश्यक नहीं है।बीमालेखक को इसके बारे में पूछने के लिए पर्याप्त रूप से सचेत होना चाहिए अगर उनको अन्य जानकारी की आवश्यकता है।

iv. कानून के मामले : माना जाता है कि हर व्यक्ति को देश के कानून की जानकारी होनी चाहिए।

उदाहरण : विस्फोटकों के भंडारण के बारे में नगर निगम के कानून

v. जिसके बारे में बीमाकर्ता उदासीन प्रतीत होता है [या उसने अन्य जानकारी की जरूरत को माफ कर दिया है]। बीमाकर्ता बाद में इस आधार पर जिम्मेदारी को अस्वीकार नहीं कर सकता है कि जवाब अधूरे थे।

vi. ऐसे तथ्य जिनकी खोज करना संभव है: जैसे कि पॉलिसी लेने से पहले जब कोई चिकित्सा परीक्षक बीमाकर्ता की ओर से एक चिकित्सा परीक्षा में बीपी की माप लेता है।

घ) गैर-जीवन बीमा में प्रकटीकरण का कर्त्तव्य

गैर-जीवन बीमा में अनुबंध यह निर्धारित करेगा कि क्या परिवर्तनों के बारे में सूचित किया जाना आवश्यक है या नहीं। जब मूल अनुबंध में ऐसा कोई परिवर्तन किया जाता है जो जोखिम को प्रभावित करता है, प्रकटीकरण का कर्तव्य सामने आएगा। महत्वपूर्ण तथ्यों के प्रकटीकरण का कर्त्तव्य उस समय समाप्त हो जाता है जब एक कवर नोट या एक पॉलिसी जारी करके अनुबंध का समापन किया जाता है। पॉलिसी की अवधि के दौरान यदि जोखिम में कोई बदलाव हुआ हो तो पॉलिसी के नवीकरण के समय कर्तव्य का प्रश्न सामने आता है।

उदाहरण

एक मकान मालिक ने भवन और उसकी सामग्रियों का बीमा किया है।

वह एक सप्ताह के लिए छुट्टी पर चला जाता है - तथ्यों में कोई महत्वपूर्ण बदलाव नहीं होता है।

हालांकि अगर वह ऊपर एक और मंजिल बनाता है और एक ब्यूटी पार्लर शुरू करता है, यह जोखिम को काफी हद तक बदल देगा।

ङ) परम सद्भाव का उल्लंघन

आइए अब हम उन स्थितियों पर विचार करें जिनमें परम सद्भाव का उल्लंघन शामिल होगा। इस तरह का उल्लंघन **गैर-प्रकटीकरण या गलतबयानी** के माध्यम से हो सकता है।

i. गैर-प्रकटीकरण

- ✓ बीमाधारक महत्वपूर्ण तथ्यों के बारे में आम तौर पर चुप रहता है क्योंकि बीमाकर्ता ने कोई विशिष्ट पूछताछ नहीं की है।
- ✓ बीमा कंपनी द्वारा पूछे गए सवालों के कुटिल जवाब देकर
- ✓ असावधानीवश हुआ हो सकता है [व्यक्ति की जानकारी या इरादे के बिना घटित हुआ] या क्योंकि प्रस्तावक ने सोचा होगा कि यह तथ्य महत्वपूर्ण नहीं है। ऐसी स्थिति में वह निर्दोष है।] जब किसी तथ्य का जानबूझकर खुलासा नहीं किया जाता है तो इसे छल के रूप में देखा जाता है। एसे मामले में धोखा देने की मंशा शामिल हो सकती है।

ii. गलतबयानी/मिथ्या प्रस्तुति

बीमा क अनुबंध करते समय बातचीत के दौरान दिए गए किसी बयान को प्रस्तुति या प्रतिनिधित्व कहा जाता है। यह तथ्य का एक निश्चित बयान या विश्वास, इरादा या अपेक्षा का एक बयान हो सकता है।

जब यह एक तथ्य होता है, इसके काफी हद तक सही होने की अपेक्षा की जाती है।

जब यह विश्वास या अपेक्षा के मामलों से सेबांधित होता है, यह परम के रूप में सद्भाव में किया जाना चाहिए।

गलतबयानी दो प्रकार की होती है:

- ✓ **निर्दोष गलतबयानी** का संबंध उन असत्य बयानों से है जो किसी भी धोखाधड़ी के इरादे के बिना किए जाते हैं जैसे एक ऐसा व्यक्ति जो कभी-कभी धूम्रपान करता है और जिसे धूम्रपान करने की आदत नहीं है, वह प्रस्ताव प्रपत्र में इस बात का खुलासा नहीं कर सकता है क्योंकि उसे नहीं लगता है कि इसका जोखिम पर कोई असर पड़ता है।
- ✓ **धोखाधड़ीपूर्ण गलतबयानी** ऐसे झूठे बयान हैं जो बीमा कंपनी को धोखा देने के इरादे के साथ जानबूझकर दिए जाते हैं या सच्चाई पर उचित ध्यान दिए बिना लापरवाही से दिए जाते हैं।जैसे एक लगातार धूम्रपान करने वाला व्यक्ति (चेन स्मोकर) जानबूझकर इस तथ्य का खुलासा नहीं कर सकता है कि वह धूम्रपान करता है।

एक बीमा अनुबंध आम तौर पर निरस्त हो जाता है जब धोखा देने के इरादे से कोई बात छिपायी जाती है या जब कोई धोखाधड़ीपूर्ण गैर-प्रकटीकरण या गलतबयानी होती है। परम सद्भाव के अन्य उल्लंघनों के मामले में अनुबंध को निरस्त करने योग्य माना जा सकता है।

उदाहरण के लिए, फैमिली फ्लोटर पॉलिसी में अपने बच्चे को कवर करने के समय माता-पिता को यह जानकारी नहीं हो सकती है कि उनके बच्चे को एक जन्मजात समस्या है। यहां धोखा देने की कोई मंशा नहीं है।

3. बीमा योग्य हित

'बीमा योग्य हित' की उपस्थिति हर बीमा अनुबंध का एक अनिवार्य अंग होता है और इसे बीमा के लिए कानूनी पूर्व-अर्हता माना जाता है। आइए अब हम देखें कि कैसे बीमा एक जुआ या दांव लगाने वाले समझौते से अलग है।

क) जुआ और बीमा

पत्तों के एक खेल पर विचार करें जहां व्यक्ति या तो हारता या जीतता है। हानि या लाभ केवल इसलिए होता है क्योंकि व्यक्ति दांव लगाने में प्रवेश करता है। वह व्यक्ति जो गेम खेलता है उसका इस बात के अलावा गेम के साथ आगे कोई अन्य हित या संबंध नहीं होता है कि वह गेम जीत सकता है।

सट्टेबाजी या दांव लगाना एक क़ानून की अदालत में कानूनी रूप से लागू करने योग्य नहीं है और इस प्रकार इसका अनुसरण करने वाले किसी भी अनुबंध को अवैध माना जाएगा। अगर कोई व्यक्ति ताश के पत्तों के एक खेल में हार जाने पर अपने मकान को गिरवी रख देता है तो दूसरा पक्ष इसकी पूर्ति सुनिश्चित करने के लिए अदालत से संपर्क नहीं कर सकता है।

अब एक मकान और इसके जल जाने की घटना पर विचार करें। वह व्यक्ति जो अपने मकान का बीमा करता है, उसका बीमा की विषय-वस्तु - मकान के साथ एक कानूनी संबंध होता है। वह इसका मालिक है और अगर यह नष्ट या क्षतिग्रस्त हो जाता है तो उसके आर्थिक रूप से पीड़ित होने की संभावना रहती है। स्वामित्व का यह संबंध इस बात से स्वतंत्र होता है कि क्या आग लगती है या नहीं लगती है और यही वह

संबंध है जो नुकसान का कारण बनता है। घटना [आग या चोरी] इस बात की परवाह किए बिना कि व्यक्ति बीमा लेता है या नहीं, एक नुकसान का कारण बनेगी।

ताश के पत्तों के खेल के विपरीत, जहां व्यक्ति जीत या हार सकता है, आग का केवल एक परिणाम हो सकता है - मकान के मालिक को नुकसान।

मालिक यह सुनिश्चित करने के लिए बीमा लेता है कि नुकसान के लिए किसी न किसी तरीके से मुआवजा दिया जाता है।

बीमाधारक व्यक्ति का अपने मकान या अपने धन में जो हित होता है उसे बीमा योग्य हित कहा जाता है। बीमा योग्य हित की उपस्थिति एक बीमा अनुबंध को वैध और कानून के तहत लागू करने योग्य बनाता है।

महत्वपूर्ण

बीमा योग्य हित के तीन आवश्यक तत्व :

1. संपत्ति, अधिकार, हित, जीवन या संभावित देयता में बीमा किए जाने की योग्यता होनी चाहिए।
2. इस तरह की संपत्ति, अधिकार, हित, जीवन या संभावित देयता बीमा की विषय-वस्तु होनी चाहिए।
3. बीमाधारक व्यक्ति का विषय वस्तु से इस प्रकार एक कानूनी संबंध होना चाहिए कि उसे संपत्ति की सुरक्षा, अधिकार, हित, जीवन या देयता की स्वतंत्रता से लाभ मिलता है। इसी टोकन से वह किसी भी नुकसान, क्षति, चोट या दायित्व के निर्माण से आर्थिक रूप से खोने की स्थिति में होता है।

उदाहरण

परिदृश्य 1

श्री चंद्रशेखर एक मकान का मालिक है जिसके लिए उसने एक बैंक से 15 लाख रुपए का एक बंधक ऋण लिया है।

क्या मकान में उसका एक बीमा योग्य हित है?

क्या बैंक का मकान में एक बीमा योग्य हित है?

उनके पड़ोसी के बारे में क्या कहा जा सकता है?

परिदृश्य 2

मिस्टर श्रीनिवासन का एक परिवार है जिसमें पत्नी, दो बच्चे और बूढ़े माता-पिता शामिल हैं।

क्या उनके स्वस्थ होने में उसका एक बीमा योग्य हित है?

अगर उनमें से किसी को अस्पताल में भर्ती होना पड़ता है तो क्या उसे आर्थिक रूप से नुकसान का सामना करना पड़ सकता है?

उसके पड़ोसी के बच्चों के बारे में क्या कहा जा सकता है? क्या उनमें उसका एक बीमा योग्य हित होगा?

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

बीमा की विषय-वस्तु उस संपत्ति से संबंधित है जिसके विरुद्ध बीमा किया जा रहा है, जिसका अपना एक आंतरिक मूल्य है।

दूसरी ओर बीमा अनुबंध की विषय-वस्तु उस संपत्ति में बीमाधारक का वित्तीय हित होती है।यह केवल तब होता है जब बीमाधारक व्यक्ति का उस संपत्ति में ऐसा एक हित होता है जिसका बीमा करने का उसे कानूनी अधिकार है। सबसे सही अर्थों में बीमा पॉलिसी अपने आप में संपत्ति को नहीं बल्कि संपत्ति में बीमाधारक व्यक्ति के वित्तीय हित को कवर करती है।

उदाहरण

उस मकान पर विचार करें जिसे श्री चंद्रशेखर एक बैंक से 15 लाख रुपए के एक बंधक ऋण के साथ लेकर आया है। अगर उसने इस राशि में से 12 लाख रुपए की अदायगी कर दी है तो बैंक का हित केवल शेष तीन लाख रुपए की बकाया राशि के आसपास होगा।

इस प्रकार भुगतान नहीं की गयी ऋण की शेष राशि के लिए बैंक का भी मकान में आर्थिक रूप से एक बीमा योग्य हित है और वह सुनिश्चित करेगा कि उसे पॉलिसी में सह-बीमाधारक बनाया गया है।

अगर कोई व्यक्ति जानबूझकर अपनी संपत्ति में आग लगा देता है और पॉलिसी के तहत नुकसानों के विरुद्ध दावे लेता है, तो इस तरह के दावे स्पष्ट रूप से धोखाधड़ीपूर्ण हैं और इनको उचित रूप से अस्वीकार किया जा सकता है।

ख) वह समय जब बीमा योग्य हित मौजूद होना चाहिए

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

स्वयं के स्वास्थ्य और व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के मामले के अलावा प्रस्तावक द्वारा परिवार का भी बीमा किया जा सकता है क्योंकि अगर परिवार के साथ कोई दुर्घटना होती है या उनको अस्पताल में भर्ती होना पड़ता है तो उसे आर्थिक नुकसान उठाना पड़ेगा। हालांकि, समुद्री कार्गो बीमा में बीमा योग्य हित केवल नुकसान के समय होना आवश्यक है।

4. आसन्न कारण

अंतिम कानूनी सिद्धांत आसन्न कारण का सिद्धांत है जो केवल गैर-जीवन बीमा पर लागू होता है।

गैर-जीवन बीमा अनुबंध केवल तभी क्षतिपूर्ति प्रदान करते हैं जब नुकसान ऐसे बीमित जोखिमों के कारण घटित होते हैं जिन्हें पॉलिसी द्वारा कवर किया गया है। नुकसान या क्षति के वास्तविक कारण का निर्धारण किसी भी दावे पर विचार करने में एक मूलभूत कदम है।

आसन्न कारण बीमा का एक प्रमुख सिद्धांत है और यह इस बात से संबंधित है कि वास्तव में नुकसान या क्षति कैसे हुई और क्या यह वास्तव में एक बीमित आपदा के परिणाम स्वरूप हुई है।

इस नियम के तहत बीमा कंपनी उस प्रमुख कारण की खोज करती है जो नुकसान उत्पन्न करने वाली घटनाओं की एक श्रृंखला को गति प्रदान करता है, और यह जरूरी नहीं कि वह नुकसान के ठीक पहले की अंतिम घटना

हो जिससे नुकसान हुआ हो अर्थात यह एक घटना है जो हानि के बिल्कुल करीब है या हानि होने का तात्कालिक कारण है।

दुर्भाग्यवश जब कोई हानि होती है, तब वहाँ घटनाओं की एक श्रृंखला कार्य करती है जो उस वारदातको अंजाम देती है और इसलिए कभी-कभी यह पता लगा पाना मुश्किल हो जाता है कि वह वारदात किस नजदीकी या आसन्न कारण से हुई।

उदाहरण के लिए, एक आग किसी पानी के पाइप के फटने का कारण बन सकती है। परिणामी नुकसान पानी से क्षति होने के बावजूद भी आग को अभी भी इस घटना का आसन्न कारण माना जाएगा।

परिभाषा

आसन्न कारण को सक्रिय और प्रभावशाली कारण के रूप में परिभाषित किया जाता है जो घटनाओं की एक श्रृंखला को गति प्रदान करता है, जिसका परिणाम निकलता है और जिसमें शुरू किए गए बल का हस्तक्षेप नहीं होता और वह स्वतंत्र स्रोत से सक्रिय रूप से काम करता है।

आसन्न कारण के सिद्धांत को समझने के लिए निम्न स्थिति पर विचार करें:

उदाहरण

परिदृश्य 1

अजय की कार चोरी हो गयी थी। दो दिन बाद पुलिस को कार क्षतिग्रस्त हालत में मिली। जांच से पता चला कि चोर ने कार को एक पेड़ से टकरा दिया था। अजय ने कार को हुई क्षति के लिए बीमा कंपनी के पास एक दावा दायर किया। अजय को यह जानकार आश्चर्य हुआ कि बीमा कंपनी ने दावे को खारिज कर दिया। बीमा कंपनी ने यह कारण बताया था कि कार को हुई क्षति का कारण 'चोरी' थी और 'चोरी' अजय द्वारा अपने कार के लिए ली गयी बीमा पॉलिसी में एक अपवर्जित जोखिम था और इसलिए बीमा कंपनी दावे का भुगतान करने के लिए उत्तरदायी नहीं है।

परिदृश्य 2

श्री पिंटो एक घोड़े की सवारी करते समय जमीन पर गिर गए थे और उनका पैर टूट गया था, उनको अस्पताल ले जाए जाने से पहले वे एक लंबे समय तक गीली जमीन पर पड़े हुए थे।गीली जमीन पर पड़े होने के कारण उनको बुखार हो गया था और इसने निमोनिया का रूप ले लिया, अंत में इसी कारण से उनकी मौत हो गयी। हालांकि निमोनिया तत्काल कारण प्रतीत हो सकता है, वास्तव में दुर्घटना में गिर जाना आसन्न कारण के रूप में सामने आया और दावे को व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के तहत स्वीकार किया गया।

कुछ ऐसे नुकसान हैं जो आग के कारण बीमाधारक व्यक्ति को उठाने पड़ सकते हैं लेकिन इनको आसन्न रूप से आग के कारण हुआ नुकसान नहीं कहा जा सकता है। व्यावहारिक रूप में इनमें से कुछ नुकसानों का भुगतान प्रथागत रूप से अग्नि बीमा पॉलिसियों के तहत व्यवसाय द्वारा किया जाता है।

इस तरह के नुकसानों के उदाहरण हो सकते हैं -

- ✓ आग बुझाने के लिए इस्तेमाल किए गए पानी की वजह से संपत्ति को क्षति
- ✓ फायर ब्रिगेड द्वारा अपने कर्तव्य के निष्पादन की वजह से संपत्ति को क्षति

✓ जलती हुई इमारत से संपत्ति को एक सुरक्षित स्थान पर हटाने के दौरान उसे(संपत्ति का) हुई क्षति

स्व-परीक्षण 3

श्री पिंटो को घोड़े की सवारी के दौरान दुर्घटना का शिकार होने के बाद गीली जमीन पर पड़े रहने के परिणाम स्वरूप निमोनिया हो गया था। निमोनिया के चलते श्री पिंटो की मृत्यु हो गयी। मृत्यु का आसन्न कारण क्या है?

I. निमोनिया

II. घोड़ा

III. घोड़े की सवारी में दुर्घटना

IV. बदकिस्मती

सारांश

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

ख) संपत्ति ऐसी कोई भी चीज हो सकती है जो कुछ लाभ प्रदान करती है और अपने मालिक के लिए उसका आर्थिक मूल्य होता है।

ग) एक नुकसान की संभावना जोखिम को दर्शाती है।

घ) ऐसी स्थिति या स्थितियां जो नुकसान की संभावना या तीव्रता को बढ़ाती है, खतरों के रूप में संदर्भित की जाती हैं।

ङ) वह गणितीय सिद्धांत जो बीमा को संभव बनाता है, जोखिम पूलिंग के सिद्धांत के रूप में जाना जाता है।

च) एक वैध अनुबंध के तत्वों में प्रस्ताव और स्वीकृति, प्रतिफल, वैधता, पार्टियों की क्षमता और दोनों पक्षों के बीच समझौता शामिल है।

छ) क्षतिपूर्ति यह सुनिश्चित करती है कि बीमाधारक को आकस्मिक घटना घटित होने पर उसके नुकसान की सीमा तक मुआवजा दिया जाता है।

ज) प्रस्थापन का मतलब बीमा की विषय-वस्तु के संबंध में बीमाधारक से बीमा कंपनी को सभी अधिकारों और उपायों का हस्तांतरण है।

ख) योगदान के सिद्धांत का अर्थ यह है कि अगर एक ही संपत्ति का बीमा एक से अधिक बीमा कंपनी के साथ किया जाता है तो एक साथ सभी बीमा कंपनियों द्वारा भुगतान किया गया मुआवजा वास्तविक नुकसान से अधिक नहीं हो सकता है।

ग) सभी बीमा अनुबंध परम सद्भाव (Uberrima Fides) के सिद्धांत पर आधारित होते हैं।

घ) 'बीमा योग्य हित' की उपस्थिति हर बीमा अनुबंध का एक अनिवार्य अंग है और इसे बीमा के लिए कानूनी पूर्व-अर्हता के रूप में माना जाता है।

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

मुख्य शब्द

क) संपत्ति
ख) जोखिम
ग) खतरा
घ) जोखिम पूलिंग
ङ) प्रस्ताव और स्वीकृति
च) कानून सम्मत विचार/प्रतिफल
छ) आम सहमति ऐड आइडम
ज) परम सद्भाव (Uberrima Fides)
झ) महत्वपूर्ण तथ्य
च) बीमा योग्य हित
छ) प्रस्थापन
ज) योगदान/अंशदान
झ) आसन्न कारण

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प II है।चोरी हुआ सामान वैधता के सिद्धांत का उल्लंघन करता है और इसलिए एक बीमा योग्य जोखिम को नहीं दर्शात है।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

जबरदस्ती एक वैध अनुबंध का तत्व नहीं है।

उत्तर 3

सही विकल्प III है।

घुड़सवारी के दौरान दुर्घटना चीजों को गति प्रदान करती है जिसके परिणाम स्वरूप अंततः श्री पिंटो की मृत्यु हुई है और इसलिए यह आसन्न कारण है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

नैतिक जोखिम का मतलब है :

I. किसी व्यक्ति में बेईमानी या चारित्रिक दोष
II. किसी व्यक्ति में ईमानदारी और मूल्य

III. धार्मिक मान्यताओं का जोखिम
IV. बीमा योग्य संपत्ति का जोखिम

प्रश्न 2

जोखिम इंगित करता है :

I. अज्ञात का भय
II. नुकसान की संभावना
III. सार्वजनिक स्थान पर गड़बड़ी
IV. खतरा

प्रश्न 3

___________________ का मतलब किसी व्यक्ति के निवेश को विभिन्न प्रकार की संपत्ति में फैलाना है।

I. पूलिंग
II. विविधीकरण
III. जूआ
IV. गतिशील जोखिम

प्रश्न 4

______________ संपत्ति का एक उदाहरण नहीं है।

I. मकान
II. सूरज की रोशनी
III. संयंत्र और मशीनरी
IV. मोटर कार

प्रश्न 5

________________ जोखिम का एक उदाहरण नहीं है।

I. दुर्घटना की वजह से कार को हुई क्षति
II. बारिश के पानी के कारण माल की क्षति
III. टूट-फूट के कारण कार के टायर को क्षति
IV. आग की वजह से संपत्ति को क्षति

प्रश्न 6

भूकंप _____________ का एक उदाहरण है:

I. महासंकटपूर्ण जोखिम
II. गतिशील जोखिम
III. मामूली जोखिम
IV. सट्टा जोखिम

प्रश्न 7

इस कथन के लिए सबसे उपयुक्त तार्किक तुल्यता का चयन करें।

कथनः बीमा नुकसान या क्षति से संपत्ति की रक्षा नहीं कर सकता है।

I. सही
II. गलत
III. आंशिक रूप से सही
IV. अनिवार्य रूप से सही नहीं

प्रश्न 8

_________________ का मतलब है बीमा की विषय-वस्तु के संबंध में बीमा धारक से बीमा कंपनी को सभी अधिकारों और उपायों का हस्तांतरण।

I. योगदान
II. प्रस्थापन
III. कानूनी खतरा
IV. जोखिम पूलिंग

प्रश्न 9

______________ एक ऐसे तथ्य का उदाहरण है जिसका खुलासा किए जाने की जरूरत नहीं है जब तक कि बीमा कंपनी द्वारा इसकी मांग न की जाए।

I. बीमाधारक व्यक्ति की उम्र
II. अग्निशामक की मौजूदगी
III. दिल की बीमारी
IV. बीमा के अन्य विवरण

प्रश्न 10

_________________ एक अनुबंध की सौदेबाजी के दौरान दिया गया एक गलत बयान है।

I. गलतबयानी/मिथ्या प्रस्तुति
II. योगदान
III. प्रस्ताव
IV. प्रतिनिधित्व

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प I है।

नैतिक जोखिम का मतलब है किसी व्यक्ति में बेईमानी या चारित्रिक दोष।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

‘जोखिम’ एक नुकसान की संभावना को इंगित करता है।

उत्तर 3

सही विकल्प II है।

विविधीकरण का मतलब है व्यक्ति के निवेश को विभिन्न प्रकार की संपत्तियों में फैलाना।

उत्तर 4

सही विकल्प II है।

सूरज की रोशनी को संपत्ति के रूप में वर्गीकृत नहीं किया जा सकता क्योंकि यह अभाव और स्वामित्व के परीक्षण में विफल रहता है।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

टूट-फूट के परिणाम स्वरूप हुई क्षति को जोखिम नहीं माना जा सकता है।

उत्तर 6

सही विकल्प I है।

भूकंप महासंकटपूर्ण जोखिम का एक उदाहरण है।

उत्तर 7

सही विकल्प I है।

बीमा नुकसान या क्षति संपत्ति की रक्षा नहीं कर सकता है।

उत्तर 8

सही विकल्प II है।

प्रस्थापन का मतलब बीमा की विषय वस्तु के संबंध में बीमा धारक से बीमा कंपनी को सभी अधिकारों और उपायों का हस्तांतरण।

उत्तर 9

सही विकल्प II है।

बीमा खरीदते समय अग्निशामक की मौजूदगी का खुलासा किए जाने की जरूरत नहीं है, जब तक कि इसके लिए कहा न जाए।

उत्तर 10

सही विकल्प I है।

गलतबयानी किसी अनुबंध की सौदेबाजी के दौरान दिया गया एक गलत बयान है।

अध्याय 12

दस्तावेजीकरण

अध्याय परिचय

बीमा उद्योग में हम एक बड़ी संख्या में प्रपत्रों, दस्तावेजों आदि के साथ काम करते हैं। यह अध्याय एक बीमा अनुबंध के विभिन्न दस्तावेजों और उनके महत्व के बारे में बताता है। यह प्रत्येक प्रपत्र की सटीक प्रकृति, इसे भरने के तरीके और विशिष्ट जानकारी मांगने के कारणों की पूरी जानकारी देता है।

अध्ययन के परिणाम

क. प्रस्ताव प्रपत्र
ख. प्रस्ताव की स्वीकृति (बीमालेखन)
ग. प्रीमियम की रसीद
घ. कवर नोट / बीमा प्रमाणपत्र / पॉलिसी दस्तावेज
ङ. वारंटी
च. पृष्ठांकन
छ. पॉलिसियों की व्याख्या
ज. नवीनीकरण की सूचना

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

क) प्रस्ताव प्रपत्र की सामग्रियों के बारे में बताना।
ख) प्रीमियम की रसीद को समझाना।
ग) कवर नोट और बीमा प्रमाणपत्र की व्याख्या और मूल्यांकन करना।
घ) बीमा पॉलिसी दस्तावेज की शर्तों और बातों को समझाना।
ङ) पॉलिसी की वारंटियों और पृष्ठांकन की व्याख्या करना।

क. प्रस्ताव प्रपत्र

बीमा दस्तावेज़ बीमाधारक और बीमा कंपनी के बीच समझ और पारदर्शिता लाने के प्रयोजन से प्रदान किया जाता है। कुछ ऐसे दस्तावेज हैं जो बीमा व्यवसाय में परंपरागत रूप से इस्तेमाल किए जाते हैं। ग्राहक के लिए निकटतम व्यक्ति होने के नाते बीमा एजेंट को ग्राहक का सामना करना होता है और इसमें शामिल दस्तावेजों के बारे में सभी संदेहों को दूर करने तथा इनको भरने में उसकी मदद करने की जरूरत होती है। बीमा कंपनी को केवल ग्राहक द्वारा प्रस्तुत किए गए दस्तावेजों से ग्राहक और उसकी जरूरतों के बारे में पता चलता है। ये जोखिम को बेहतर समझने में बीमा कंपनी की मदद करते हैं।

एजेंटों को बीमा में शामिल प्रत्येक दस्तावेज़ के उद्देश्य और इसमें इस्तेमाल होने वाले दस्तावेजों में निहित जानकारी के महत्व और प्रासंगिकता को समझना चाहिए।

1. प्रस्ताव प्रपत्र

दस्तावेजीकरण का पहला चरण अनिवार्य रूप से प्रस्ताव प्रपत्र है जिसके माध्यम से बीमा धारक इन बातों की जानकारी देता 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 उससे संबंधित सभी महत्वपूर्ण तथ्य।

क) बीमा कंपनी द्वारा जोखिम मूल्यांकन

i. बीमा के लिए **"प्रस्ताव प्रपत्र" को एक जोखिम के संबंध में बीमा कंपनी को आवश्यक** सभी महत्वपूर्ण जानकारी प्रस्तुत करने के लिए प्रस्तावक द्वारा भरा जाएगा जो बीमा कंपनी को निम्न बातों का निर्णय लेने में सक्षम बनाएगा:

   - ✓ क्या इसे स्वीकार किया जाए या अस्वीकार और
   - ✓ जोखिम स्वीकृति की स्थिति में कवर प्रदान करने के लिए दरों, नियमों और शर्तों का निर्धारण करना

   प्रस्ताव प्रपत्र में वह जानकारी शामिल है जो बीमा के संबंध में प्रस्तावित जोखिम को स्वीकार करने के क्रम में बीमा कंपनी के लिए उपयोगी है। परम सद्भाव का सिद्धांत और महत्वपूर्ण जानकारी के प्रकटीकरण का कर्त्तव्य बीमा के लिए प्रस्ताव प्रपत्र के साथ शुरू होता है।

   महत्वपूर्ण जानकारी के प्रकटीकरण का कर्तव्य पॉलिसी आरंभ होने से पहले उत्पन्न होता है और अनुबंध के समापन के बाद भी जारी रहता है। (इस सिद्धांत की चर्चा अध्याय 2 में विस्तार से चर्चा की गई है।)

उदाहरण

अगर बीमाधारक को एक अलार्म लगाने की आवश्यकता थी या उसने कहा था कि उसके पास अपने सोने के आभूषणों के शोरूम में एक स्वचालित अलार्म प्रणाली लगी हुई है तो न केवल उसे इसका खुलासा करने की जरूरत है बल्कि उसे यह भी सुनिश्चित करना होगा कि यह प्रणाली पॉलिसी की पूरी अवधि के दौरान कार्यशील स्थिति में हो। अलार्म का मौजूद होना बीमा कंपनी के लिए एक महत्वपूर्ण तथ्य है जो इन तथ्यों के आधार पर प्रस्ताव को स्वीकार करेगी और तदनुसार जोखिम का मूल्य निर्धारण करेगी।

प्रस्ताव प्रपत्र आम तौर पर बीमा कंपनी के नाम, लोगो, पते और जिस बीमा/उत्पाद के लिए इसका प्रयोग किया जाता है उसकी श्रेणी/प्रकार के साथ बीमा कंपनियों द्वारा प्रिंट किया जाता है। प्रस्ताव प्रपत्र में एक मुद्रित नोट जोड़ना बीमा कंपनियों के लिए प्रथागत है, हालांकि इस संबंध में कोई मानक स्वरूप या प्रथा नहीं है।

उदाहरण

इस प्रकार के नोटों के कुछ उदाहरण हैं :

'बीमाधारक व्यक्ति द्वारा जोखिम का आकलन करने में महत्वपूर्ण तथ्यों का गैर-प्रकटीकरण, भ्रामक जानकारी उपलब्ध कराना, धोखाधड़ी या असहयोग जारी की गयी पॉलिसी के तहत कवर को अमान्य कर देगा'

'कंपनी जोखिम पर नहीं होगी जब तक कि कंपनी प्रस्ताव को स्वीकार नहीं करती है और पूरे प्रीमियम का भुगतान नहीं किया जाता है'।

महत्वपूर्ण

महत्वपूर्ण तथ्य : ये बीमा कंपनी द्वारा कवर किए जाने वाले जोखिम के बीमालेखन के लिए महत्वपूर्ण, आवश्यक और प्रासंगिक जानकारियां हैं। दूसरे शब्दों में, ये बीमा की विषय-वस्तु के साथ जुड़े तथ्य हैं जो निम्न मामलों में बीमा कंपनी के निर्णय को प्रभावित कर सकते हैं:

i. बीमा के लिए किसी जोखिम को स्वीकार या अस्वीकार करना,

ii. वसूल किए जाने वाले प्रीमियम की राशि निर्धारित करना, और

iii. उन शर्तों के बारे में अनुबंध में विशेष प्रावधान शामिल करना जिनके तहत जोखिम को कवर किया जाएगा और कैसे कोई नुकसान देय होगा।

प्रस्ताव प्रपत्र में घोषणा : बीमा कंपनियां आम तौर पर बीमाकर्ता द्वारा हस्ताक्षर किए जाने वाले प्रस्ताव प्रपत्र के अंत में एक घोषणा जोड़ती हैं। यह सुनिश्चित करता है कि बीमा धारक ने सही तरीके से प्रपत्र को भरा है और इसमें दिए गए तथ्यों को समझ लिया है, जिससे कि दावे के समय तथ्यों की गलतबयानी के कारण असहमति की कोई गुंजाइश न रहे। यह बीमाधारक की ओर से परम सद्भाव के मुख्य सिद्धांत को पूरा करता है।

उदाहरण

इस तरह की घोषणाओं के उदाहरण हैं :

‘मैं/हम इसके द्वारा घोषणा करता और वारंटी देता हूं कि उपरोक्त विवरण सभी प्रकार से सही एवं पूर्ण हैं और यह कि ऐसी कोई अन्य जानकारी नहीं है जो बीमा के आवेदन करने के लिए प्रासंगिक है जिसका आपको खुलासा नहीं किया गया है।’

‘मैं/हम सहमत हूं कि यह प्रस्ताव और घोषणाएं मेरे/हमारे और (बीमाकर्ता का नाम) के बीच अनुबंध का आधार होंगी।’

ख) प्रस्ताव प्रपत्र में प्रश्नों की प्रकृति

एक प्रस्ताव प्रपत्र में प्रश्नों की संख्या और प्रकृति संबंधित बीमा की श्रेणी के अनुसार बदलती है।

i. मकान, दुकान आदि जैसे अपेक्षाकृत सरल/मानक जोखिमों के लिए आम तौर पर **अग्नि बीमा** के प्रस्ताव प्रपत्र उपयोग किए जाते हैं। बड़े औद्योगिक जोखिमों के लिए जोखिम की स्वीकृति से पहले बीमा कंपनी द्वारा जोखिम के निरीक्षण की व्यवस्था की जाती है। विशिष्ट जानकारी इकट्ठा करने के लिए प्रस्ताव प्रपत्र के अलावा कभी-कभी विशेष प्रश्नावली का उपयोग किया जाता है।

   अग्नि बीमा प्रस्ताव प्रपत्र अन्य बातों के अलावा संपत्ति के विवरण की मांग करता है जिसमें निम्नलिखित जानकारी शामिल होगीः

   - ✓ बाहरी दीवारों और छत का निर्माण, मंजिलों की संख्या
   - ✓ भवन के प्रत्येक भाग में किये जाने वाले कार्य
   - ✓ खतरनाक सामानों की उपस्थिति
   - ✓ निर्माण की प्रक्रिया
   - ✓ बीमा के लिए प्रस्तावित रकम
   - ✓ बीमा की अवधि आदि

ii. **मोटर बीमा के लिए** वाहन, इसके संचालन, निर्माण और वहन क्षमता, मालिक द्वारा इसका प्रबंधन कैसे किया जाता है और पुर्व बीमा से संबंधित प्रश्न पूछे जाते हैं।

iii. स्वास्थ्य, व्यक्तिगत दुर्घटना और यात्रा बीमा जैसी **व्यक्तिगत लाइनों में** प्रस्ताव प्रपत्र प्रस्तावक के स्वास्थ्य, जीवनशैली और आदतों, पहले से मौजूद स्वास्थ्य समस्याओं, चिकित्सा इतिहास, वंशानुगत लक्षणों, अतीत के बीमा अनुभवों आदि के बारे में जानकारी प्राप्त करने के लिए तैयार किए जाते हैं।

iv. **अन्य विविध बीमा में** प्रस्ताव प्रपत्र अनिवार्य होते हैं और इनमें एक घोषणा को शामिल किया जाता है जो सद्भाव के आम कानूनी कर्तव्य को आगे बढ़ाता है।

ग) प्रस्ताव के तत्व

i. प्रस्तावक का पूरा नाम

प्रस्तावक असंदिग्ध रूप से खुद की पहचान करने में सक्षम होना चाहिए। बीमा कंपनी के लिए यह जानना महत्वपूर्ण है कि किसके साथ अनुबंध किया गया है ताकि पॉलिसी के अंतर्गत लाभ केवल

बीमाधारक व्यक्ति को प्राप्त हो सकें। उन मामलों में भी पहचान तय करना महत्वपूर्ण है जहां किसी अन्य व्यक्ति ने भी बीमित जोखिम में हित प्राप्त किया हो सकता है (जैसे मृत्यु के मामले में बैंक या कानूनी वारिस बंधक) और उसे कोई दावा करना है।

ii. प्रस्तावक का पता और संपर्क विवरण

उपर्युक्त कारण प्रस्तावक का पता और संपर्क विवरण इकट्ठा 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 महत्वपूर्ण हैं क्योंकि इनका जोखिम पर एक वास्तविक असर पड़ सकता है।

उदाहरण

एक फास्ट फूड रेस्तरां का डिलीवरी मैन, जिसे अक्सर अपने ग्राहकों को भोजन देने के लिए एक उच्च गति से मोटर बाइक पर यात्रा करनी होती है, उसी रेस्तरां के लेखाकार की तुलना में कहीं अधिक दुर्घटनाओं के 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 बताना आवश्यक है।

उदाहरण

प्रस्तावक को बताना आवश्यक है कि अगर यहः

i. एक निजी कार [इंजन नंबर, चेसिस नंबर, पंजीकरण संख्या जैसी इसकी पहचान के साथ] है या

ii. एक आवासीय मकान [इसका पूरा पता और पहचान संख्याओं के साथ] है या

iii. एक विदेश यात्रा [किसके द्वारा, कब, किस देश में, किस प्रयोजन के लिए] या

iv. व्यक्ति का स्वास्थ्य [व्यक्ति का नाम, पता और पहचान के साथ] आदि, मामले के आधार पर

v. **बीमा राशि** पॉलिसी के तहत बीमा कंपनी के दायित्व की सीमा को इंगित करता है और इसे सभी प्रस्ताव प्रपत्रों में बताया जाना चाहिए।

उदाहरण

संपत्ति बीमा के मामले में यह बीमा के लिए प्रस्तावित विषय-वस्तु का मौद्रिक मूल्य है। स्वास्थ्य बीमा के मामले में यह अस्पताल के इलाज का खर्च हो सकता है जबकि व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा में यह किसी दुर्घटना के कारण जीवन के नुकसान, एक अंग के नुकसान या दृष्टि के नुकसान के लिए एक निश्चित राशि हो सकती है।

vi. पिछल और वर्तमान बीमा

प्रस्तावक को अपने पिछले बीमाओं के विवरण के बारे में बीमा कंपनी को बताना आवश्यक है। यह उसके बीमा इतिहास को समझने के लिए है। कुछ बाजारों में ऐसी प्रणालियां होती हैं जिसके द्वारा बीमा कंपनियां गोपनीय तरीके से बीमाधारक के बारे में आंकड़े साझा करती हैं।

प्रस्तावक को यह भी बताना आवश्यक है कि क्या किसी बीमा कंपनी ने उसके प्रस्ताव को अस्वीकार किया था, उस पर विशेष शर्तें लगाने का काम किया था, नवीनीकरण के समय अधिक प्रीमियम की आवश्यकता बतायी थी या पॉलिसी को नवीनीकृत करने से मना कर दिया या रद्द कर दिया था।

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 यह संभावना रहती है कि बीमाधारक विभिन्न बीमा कंपनियों से पॉलिसियां ले सकता है और कोई नुकसान घटित होने पर एक से अधिक बीमा कंपनी से दावा कर सकता है। यह जानकारी इस बात को सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक है कि योगदान के सिद्धांत को लागू किया जा सके और बीमाधारक को क्षतिपूरित किया जाए और उसे एक ही जोखिम के लिए कई बीमा पॉलिसियों से लाभ/मुनाफ़ा हासिल ना हो।

इसके अलावा, व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा में बीमा कंपनी एक ही बीमाधारक द्वारा ली गयी अन्य पीए पॉलिसियों के तहत बीमा राशि के आधार पर कवरेज की राशि (बीमा राशि) को सीमित करना पसंद करेगी ।

अभ्यास

पिछले अध्यायों में बीमा के सिद्धांतों के संदर्भों को देखें और यह जानने का प्रयास करें कि कैसे क्षतिपूर्ति, योगदान, परम सद्भाव, प्रकटीकरण का प्रयोग व्यावहारिक रूप से प्रस्ताव प्रपत्र तैयार करने में किया जाता है।

मोटर और अग्नि बीमा प्रस्ताव प्रपत्र का एक-एक नमूना अनुलग्नक ए और बी में दिया गया है।

कृपया प्रस्ताव प्रपत्रों का सावधानीपूर्वक अध्ययन करें और प्रस्ताव प्रपत्र की सामग्रियों के निहितार्थ तथा बीमा अनुबंधों के लिए उनकी प्रासंगिकता को समझें।

vii. नुकसान का अनुभव

प्रस्तावक को अपने सभी नुकसानों के पूर्ण विवरण की घोषणा करने के लिए कहा जाता है चाहे उनका बीमा किया गया हो या नहीं। यह बीमा की विषय वस्तु और बीमाधारक ने अतीत में जोखिम को कैसे प्रबंधित किया है, उसके बारे में बीमा कंपनी को जानकारी देगा। बीमालेखक ऐसे जवाबों से जोखिम को बेहतर समझ सकते हैं और जोखिम निरीक्षण की व्यवस्था करने या अन्य जानकारी इकट्ठा करने के बारे में फैसला कर सकते हैं।

viii. बीमाधारक व्यक्ति द्वारा घोषणा

चूंकि प्रस्ताव प्रपत्र का उद्देश्य बीमा कंपनियों को सभी महत्वपूर्ण जानकारी प्रदान करना है, इस प्रपत्र में **बीमाधारक व्यक्ति द्वारा यह घोषणा शामिल होती है कि जवाब सही और सत्य हैं और वह इस बात से सहमत है कि प्रपत्र बीमा अनुबंध का आधार होगा।** कोई भी गलत जवाब बीमा कंपनियों को अनुबंध से

बचने का अधिकार देगा। सभी प्रस्ताव प्रपत्रों के लिए आम अन्य खंड **हस्ताक्षर, दिनांक और कुछ मामलों एजेंट की सिफारिश से संबंधित होते हैं।**

ix. जहां प्रस्ताव प्रपत्र का प्रयोग नहीं किया जाता है, बीमा कंपनी मौखिक रूप से या लिखित रूप में प्राप्त की गयी जानकारी को रिकॉर्ड करेगी और 15 दिनों की एक अवधि के भीतर प्रस्तावक के साथ इसकी पुष्टि करेगी और इसके कवर नोट या पॉलिसी में जानकारी को शामिल करेगी। इस प्रकार कोई भी जानकारी रिकॉर्ड नहीं किए जाने के संबंध में प्रमाणित करने का भार बीमा कंपनी पर होगा, जहां बीमा कंपनी यह दावा करती है कि प्रस्तावक ने कवर प्रदान करने के लिए कोई महत्वपूर्ण जानकारी छिपायी है या भ्रामक अथवा गलत जानकारी उपलब्ध कराई है।

इसका मतलब है कि **यहां तक कि मौखिक रूप से प्राप्त सभी जानकारी को रिकॉर्ड करना भी बीमा कंपनी का कर्तव्य है जिसे फॉलो-अप के रूप में एजेंट को ध्यान में रखना पड़ता है।**

2. मध्यस्थ की भूमिका

मध्यस्थ की दोनों पक्षों यानी बीमा धारक और बीमा कंपनी की ओर जिम्मेदारी होती है।

एक एजेंट या ब्रोकर जो बीमा कंपनी और बीमा धारक के बीच मध्यस्थ के रूप में कार्य करता है, उस पर यह जिम्मेदारी होती है कि वह यह सुनिश्चित करे कि बीमाधारक द्वारा बीमा कर्ता को जोखिम के बारे में सभी महत्वपूर्ण जानकारी प्रदान करे।

आईआरडीए विनियमन यह प्रावधान करता है कि मध्यस्थ की संभावित ग्राहक के प्रति जिम्मेदारी है।

महत्वपूर्ण

संभावित ग्राहक के प्रति एक मध्यस्थ का कर्तव्य

आईआरडीए विनियमन कहता है कि “एक बीमा कंपनी कर्ता या उसका एजेंट या अन्य मध्यस्थ एक प्रस्तावित आवरण (कवर) के संबंध में संभावित(कर्ता) ग्राहक को सभी महत्वपूर्ण जानकारी प्रदान करेगा जो संभावित ग्राहक को अपने हित में सबसे अच्छे बीमा आवरण (कवर) पर फैसला करने में सक्षम बनाएगा।”

जहां संभावित ग्राहक बीमा कंपनी या उसके एजेंट या एक बीमा मध्यस्थ की सलाह पर निर्भर करता है, तब इस तरह के व्यक्ति द्वारा संभावित ग्राहक को निरपेक्षता से सलाह दी जानी चाहिए।

जहां किसी भी कारण से प्रस्ताव और अन्य संबंधित कागजातों को संभावित ग्राहक द्वारा भरा नहीं गया है, प्रस्ताव प्रपत्र के अंत में संभावित ग्राहक से प्राप्त किया गया एक प्रमाणपत्र संलग्न 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 पूरी तरह से समझ लिया है।”

स्व-परीक्षण 1

योगदान के सिद्धांत का क्या महत्व है?

I. यह सुनिश्चित करता है कि बीमा कर्ता (कंपनी) के साथ-साथ बीमाधारक भी दावे के एक निश्चित भाग का योगदान देता है।

II. यह सुनिश्चित करता है कि ऐसे सभी बीमाधारक जो एक पूल का हिस्सा हैं, अपने द्वारा भुगतान किए गए प्रीमियम के अनुपात में, पूल के एक प्रतिभागी द्वारा किए गए दावे में योगदान करता है।

III. यह सुनिश्चित करता है कि एक ही विषय-वस्तु को आवरित (कवर) करने वाली कई बीमा कंपनियां एक साथ आती हैं और विषय-वस्तु में अपने जोखिम के अनुपात में दावा राशि का योगदान करती हैं।

IV. यह सुनिश्चित करता है कि बीमाधारक द्वारा प्रीमियम का योगदान वर्ष भर में समान किश्तों में किया जाता है।

ख. प्रस्ताव की स्वीकृति (बीमालेखन)

हमने देखा है कि एक पूरा भरा हुआ प्रस्ताव प्रपत्र मोटे तौर पर निम्नलिखित जानकारी देता है:

- ✓ बीमाधारक व्यक्ति का विवरण
- ✓ विषय-वस्तु का विवरण
- ✓ आवश्यक बीमा आवरण (कवर) का प्रकार
- ✓ सकारात्मक और नकारात्मक दोनों भौतिक विशेषताओं का विवरण - निर्माण के प्रकार और गुणवत्ता, उम्र, अग्निशमन उपकरणों की उपस्थिति, सुरक्षा के प्रकार आदि सहित
- ✓ बीमा और हानि का पिछला इतिहास

बीमा कंपनी जोखिम की स्वीकृति से पहले इसकी प्रकृति और मूल्य के आधार पर जोखिम के पूर्व-निरीक्षण के लिए सर्वेक्षण की व्यवस्था भी कर सकती है। प्रस्ताव और जोखिम निरीक्षण रिपोर्ट, अतिरिक्त प्रश्नावली और अन्य दस्तावेजों में उपलब्ध जानकारी के आधार पर बीमा कर्ता अपना निर्णय लेती है। फिर बीमा कर्ता

जोखिम कारक के लिए लागू की जाने वाली दर के बारे में फैसला करती है और विभिन्न मापदंडों के आधार पर प्रीमियम की गणना करती है जिसके बारे में फिर बीमाधारक को अवगत करा दिया जाता है।

बीमा कंपनी द्वारा प्रस्तावों की आगे की कार्रवाई तेजी से और दक्षता के साथ पूरी की जाती है और इसके बारे में सभी निर्णय एक उचित अवधि के भीतर लिखित रूप में बता दिए जाते हैं।

परिभाषा

बीमालेखन : दिशानिर्देशों के अनुसार कंपनी को 15 दिनों के समय के भीतर प्रस्ताव पर कार्रवाई करनी होती है। एजेंट से इन समय सीमाओं का ध्यान रखने, आंतरिक रूप से फॉलो-अप करने और जरूरत पड़ने पर संभावित ग्राहक/बीमाधारक को ग्राहक सेवा के माध्यम से जानकारी प्रदान करने की अपेक्षा की जाती है। प्रस्ताव की छानबीन करने और स्वीकृति के बारे में निर्णय लेने की इस पूरी प्रक्रिया को बीमा लेखन या जोखिम अंकन के रूप में जाना जाता है।

स्व-परीक्षण 2

दिशानिर्देशों के अनुसार एक बीमा कंपनी को _________ भीतर बीमा प्रस्ताव पर कार्रवाई करनी होती है।

I. 7 दिन

II. 15 दिन

III. 30 दिन

IV. 45 दिन

ग. प्रीमियम की प्राप्ति

परिभाषा

प्रीमियम बीमा के एक अनुबंध के तहत बीमा की विषय वस्तु का बीमा करने के लिए बीमाधारक व्यक्ति द्वारा बीमा कंपनी को भुगतान किया जाने वाला प्रतिफल या रकम है।

1. प्रीमियम का अग्रिम भुगतान (बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 64VB)

बीमा अधिनियम के अनुसार **बीमा अनुबंध प्रारंभ होने की तारीख से पहले प्रीमियम का भुगतान अग्रिम रूप से किया जाना चाहिए**। यह एक महत्वपूर्ण प्रावधान है जो यह सुनिश्चित करता है कि केवल बीमा कंपनी को प्रीमियम प्राप्त हो जाने पर ही एक वैध बीमा अनुबंध पूरा किया जा सकता है और बीमा कर्ता जोखिम को स्वीकार कर सकती है। यह धारा भारत में गैर-जीवन बीमा उद्योग की एक खास विशेषता है।

महत्वपूर्ण

क) बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 64 VB यह प्रावधान करती है कि कोई भी बीमा कंपनी किसी जोखिम को उस समय तक स्वीकार नहीं करेगी जब तक कि अग्रिम रूप से प्रीमियम प्राप्त नहीं हो जाता है या भुगतान किए जाने की गारंटी नहीं दी जाती है या निर्धारित तरीके से अग्रिम रूप में भुगतान नहीं किया जाता है।

ख) जहां एक बीमा एजेंट एक बीमा कंपनी की ओर से बीमा की पॉलिसी का प्रीमियम जमा करता है, वह इस प्रकार एकत्र किया गया पूरा प्रीमियम अपने कमीशन की कटौती के बिना बैंक और डाक अवकाश के दिनों को छोड़कर संग्रहण के चौबीस घंटे के भीतर बीमा कंपनी के पास जमा करेगा या डाक द्वारा उसे भेजेगा।

ग) यह भी प्रावधान किया गया है कि जोखिम केवल नकद या चेक द्वारा प्रीमियम भुगतान किए जाने की तारीख से माना जा सकता है।

घ) जब प्रीमियम डाक या मनीऑर्डर द्वारा या डाक द्वारा भेजे गए चेक से दिया जाता है, तो जोखिम मनीऑर्डर बुक किए जाने या चेक भेजे जाने की तारीख से माना जाता है, जैसा भी मामला हो।

ङ) प्रीमियम की कोई भी वापसी जो पॉलिसी रद्द किए जाने या इसके नियमों एवं शर्तों में परिवर्तन किए जाने या अन्यथा के मामले में एक बीमाधारक को देय होता है, उसका भुगतान सीधे बीमा कंपनी द्वारा एक क्रॉस या ऑर्डर चेक से या डाक/मनी ऑर्डर से किया जाएगा और बीमा कंपनी बीमाधारक से एक उचित रसीद प्राप्त करेगी, और इस तरह की धन वापसी किसी भी स्थिति में एजेंट के खाते में जमा नहीं की जाएगी।

प्रीमियम के उपरोक्त पूर्व-शर्त भुगतान के अपवाद भी हैं जो बीमा नियम 58 और 59 में दिए गए हैं।

2. प्रीमियम भुगतान की विधि

महत्वपूर्ण

एक बीमा पॉलिसी लेने के लिए प्रस्ताव करने वाले किसी भी व्यक्ति द्वारा या पॉलिसीधारक द्वारा भुगतान किया जाने वाला प्रीमियम निम्न किसी एक या एक से अधिक विधियों में बीमा कंपनी को दिया जा सकता हैः

क) नकद

ख) भारत में किसी भी अनुसूचित बैंक में आहरित चेक, डिमांड ड्राफ्ट, भुगतान आदेश, बैंकर के चेक जैसा कोई भी मान्यता प्राप्त बैंकिंग परक्राम्य उपकरण;

ग) पोस्टल मनीऑर्डर;

घ) क्रेडिट या डेबिट कार्ड;

ङ) बैंक गारंटी या नकदी जमा राशि;

च) इंटरनेट;

छ) ई-ट्रांसफर

ज) बैंक हस्तांतरण के माध्यम से प्रस्तावक या पॉलिसीधारक या जीवन बीमाधारक के स्थायी निर्देश से प्रत्यक्ष जमा (डायरेक्ट क्रेडिट);

झ) कोई अन्य विधि या भुगतान जो प्राधिकरण द्वारा समय-समय पर अनुमोदित किया जा सकता है;

आईआरडीए 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 ऐसे प्रस्तावक/पॉलिसीधारक के नाम पर जारी किए गए क्रेडिट/डेबिट कार्ड के माध्यम से किया जाना चाहिए।

स्व-परीक्षण 3

अगर प्रीमियम भुगतान चेक द्वारा किया जाता है तो नीचे दिया गया कौन सा कथन सही होगा?

I. जोखिम उस तारीख को माना जा सकता है जब चेक भेजा गया है

II. जोखिम उस तारीख को माना जा सकता है जब बीमा कंपनी द्वारा चेक जमा किया जाता है

III. जोखिम उस तारीख को माना जा सकता है जब बीमा कंपनी को चेक प्राप्त होता है

IV. जोखिम उस तारीख को माना जा सकता है जब प्रस्तावक द्वारा चेक जारी किया जाता है

घ. कवर नोट / बीमा प्रमाणपत्र / पॉलिसी दस्तावेज़

बीमालेखन पूरा हो जाने के बाद पॉलिसी जारी करने से पहले कुछ समय लग सकता है। **पॉलिसी की तैयारी को लंबित रख कर या जब बीमा के लिए वार्ता प्रगति पर हो और एक अस्थायी आधार पर कवर प्रदान करना हो या जब लागू वास्तविक दर के निर्धारण के लिए परिसर की जांच की जा रही हो,** पॉलिसी के तहत सुरक्षा की पुष्टि करने के लिए एक कवर नोट जारी किया जाता है। यह कवर का विवरण देता है। कभी-कभी, बीमा कंपनियां एक कवर नोट के बजाय अनंतिम बीमा कवर की पुष्टि करने के लिए एक पत्र जारी करती हैं।

हालांकि कवर नोट मुद्रांकित नहीं होता है, कवर नोट की बातों से स्पष्ट हो जाता है कि यह संबंधित बीमा की श्रेणी के लिए बीमा कंपनियों की पॉलिसी के सामान्य नियमों और शर्तों के अधीन है। अगर जोखिम किसी वारंटी के द्वारा नियंत्रित होता है, तो कवर नोट में यह उल्लेख होगा कि बीमा इस प्रकार की वारंटी के अधीन है। लागू होने पर, कवर नोट को विशेष क्लॉज के अधीन भी बनाया जाता है, जैसे सहमत बैंक क्लॉज, घोषणा क्लॉज आदि।

आवरण नोट में निम्नलिखित शामिल होंगे:

क) बीमाधारक का नाम और पता
ख) बीमा राशि
ग) बीमा की अवधि
घ) जोखिम कवर
ङ) दर और प्रीमियमः अगर दर ज्ञात नहीं है, अनंतिम प्रीमियम
च) **जोखिम आवरण का विवरण शामिल है :** उदाहरण के लिए, एक अग्नि बीमा के कवर नोट से भवन की पहचान के विवरण, इसके निर्माण और अधिभोग(औक्यूपन्सी) का पता चलेगा।
छ) कवर नोट की क्रम संख्या
ज) जारी करने की तारीख
ञ) **आवरण नोट की वैधता** आम तौर पर एक पखवाड़े की अवधि के लिए और कभी-कभार 60 दिनों तक होती है।

आवरण नोट का उपयोग मुख्य रूप से मरीन और मोटर वर्गों के व्यवसाय में किया जाता है।

1. मरीन आवरण नोट

ये आम तौर पर उस समय जारी किए जाते हैं जब पॉलिसी जारी करने के लिए आवश्यक विवरण जैसे स्टीमर का नाम, पैकेजों की संख्या या सही मूल्य आदि ज्ञात ना हो। यहां तक कि निर्यात के संबंध में भी एक कवर नोट जारी किया जा सकता है जैसे, शिपमेंट के लिए माल की एक निश्चित मात्रा निर्यातक द्वारा डॉक्स को भेजी जाती है। ऐसा हो सकता है कि पर्याप्त शिपिंग स्थान सुरक्षित करने की कठिनाई के कारण वांछित पोत द्वारा माल का शिपमेंट पूरा नहीं होता है। इसलिए, एक विशेष पोत द्वारा भेजी जाने वाली मात्रा को जाना नहीं जा सकता है। कुछ परिस्थितियों में एक कवर नोट आवश्यक हो सकता है जो नियमित पॉलिसी जारी करके बाद में दिया जाता है जब पूर्ण विवरण उपलब्ध हो और इसके बारे में बीमा कंपनी को बताया गया हो।

समुद्री कवर नोट की बातें निम्न के साथ हो सकती हैं :

i. समुद्री कवर नोट संख्या

ii. जारी करने की तारीख

iii. बीमाधारक का नाम

iv. वैधता तिथि

अनुरोध के अनुसार आपको एतद्द्वारा ___________ रुपए की सीमा तक कंपनी की पॉलिसी की सामान्य शर्तों के अधीन कवर किया जाता है।

ख) **क्लॉज :** संस्थान क्लॉज के अनुसार युद्ध एसआरसीसी जोखिमों सहित संस्थान कार्गो क्लॉज ए, बी या सी, लेकिन रद्द करने की 7 दिनों की सूचना के अधीन।

ग) **शर्तें :** पॉलिसी जारी करने के लिए शिपिंग दस्तावेज प्राप्त होने पर आपूर्ति किए जाने वाले शिपमेंट का विवरण। घोषणा से पहले और / या स्टीमर पर शिपमेंट होने की स्थिति में नुकसान या क्षति के मामले में एतद्द्वारा यह सहमति दी जाती है कि मूल्यांकन का आधार सामानों की मुख्य लागत जोड़ वास्तव में खर्च हुए शुल्क होंगे और जिसके लिए बीमाधारक उत्तरदायी होगा।

अंतर्देशीय पारगमन के संबंध में सामान्यतः पॉलिसी जारी करने के लिए आवश्यक सभी प्रासंगिक आंकड़े उपलब्ध होते हैं और इसलिए एक कवर नोट की जरूरत शायद ही कभी होती है। हालांकि कुछ ऐसे अवसर होते हैं जब कवर नोट जारी किए जाते हैं और बाद में उनको कार्गो, पारगमन आदि के पूर्ण विवरण युक्त पॉलिसियों द्वारा प्रस्थापित किया जाता है।

2. मोटर कवर नोट

ये संबंधित कंपनियों द्वारा निर्धारित प्रपत्र में जारी किए जाते हैं, एक मोटर कवर नोट के ऑपरेटिव क्लॉज को इस प्रकार पढ़ा जा सकता है:

"बीमाधारक जो प्रपत्र में वर्णित, नीचे संदर्भित है, जिसने मोटर वाहन(नों) के संबंध में बीमा के लिए प्रस्ताव किया है, उसमें उल्लिखित और प्रीमियम के रूप में..... रुपए की राशि का भुगतान किया है, जोखिम को इसके लिए लागू कंपनी के सामान्य....... पॉलिसी प्रपत्र की शर्तों के तहत (नीचे वर्णित किसी भी विशेष शर्त के अधीन) कवर किया जाता है जब तक कि कंपनी द्वारा लिखित में सूचना देकर कवर को समाप्त नहीं किया जाता है जिस मामले में इसके ऊपर बीमा समाप्त हो जाएगा और इस तरह के बीमा के लिए अन्यथा देय प्रीमियम का एक आनुपातिक भाग उस समय के लिए वसूल किया जाएगा जब कंपनी जोखिम पर रही थी। "

मोटर कवर नोट में आम तौर पर निम्न विवरण शामिल होते हैं :

क) पंजीकरण चिह्न और संख्या, या बीमित वाहन का विवरण / घन क्षमता / वहन क्षमता / निर्माण / निर्माण का वर्ष, इंजन नंबर, चेसिस नंबर

ख) बीमाधारक का नाम और पता

ग) अधिनियम के प्रयोजन के लिए बीमा प्रारंभ होने की प्रभावी तिथि और समय। समय......, दिनांक......

घ) बीमा समाप्ति की तिथि

ङ) ड्राइव करने के हकदार व्यक्ति या व्यक्तियों के वर्ग

च) उपयोग के लिए सीमाएं

छ) अतिरिक्त जोखिम, यदि कोई हो

मोटर कवर नोट में इस आशय का एक प्रमाणपत्र शामिल होता है कि यह मोटर वाहन अधिनियम, 1988 के अध्याय X और XI के प्रावधानों के अनुसार जारी किया गया है।

महत्वपूर्ण

कवर नोट की वैधता एक समय में 15 दिन की अगली अवधि के लिए आगे बढ़ायी जा सकती है, लेकिन किसी भी मामले में एक कवर नोट की वैधता की कुल अवधि दो महीने से अधिक नहीं होगी।

नोट : कवर नोट की बातें अलग-अलग बीमा कंपनी के मामले में भिन्न हो सकती हैं।

कवर नोट के इस्तेमाल को ज्यादातर कंपनियों द्वारा प्रोत्साहित नहीं किया जा रहा है। आज की तकनीक तुरंत पॉलिसी दस्तावेज जारी करने की सुविधा प्रदान करती है।

3. बीमा प्रमाणपत्र - मोटर बीमा

बीमा प्रमाणपत्र उन मामलों में बीमा का अस्तित्व बताता है जहां प्रमाण की आवश्यकता हो सकती है। उदाहरण के लिए, मोटर बीमा में पॉलिसी के अतिरिक्त मोटर वाहन अधिनियम की आवश्यकता के अनुसार बीमा का एक प्रमाणपत्र जारी किया जाता है। यह प्रमाणपत्र पुलिस और पंजीकरण प्राधिकारियों को बीमा का प्रमाण उपलब्ध कराता है। निजी कारों के लिए एक नमूना प्रमाणपत्र नीचे प्रस्तुत किया गया है जिसमें मुख्य विशेषताएं दिखायी गयी हैं।

मोटर वाहन अधिनियम, 1988

बीमा प्रमाणपत्र

प्रमाणपत्र सं. पॉलिसी नं.

1. पंजीकरण चिह्न और नंबर, पंजीकरण का स्थान, इंजन नंबर / चेसिस नंबर / निर्माण / निर्माण का वर्ष
2. बॉडी का प्रकार / सी.सी./ बैठने की क्षमता / निवल प्रीमियम / पंजीकरण प्राधिकरण का नाम
3. भौगोलिक क्षेत्र - भारत
4. बीमाधारक का घोषित मूल्य (आईडीवी)
5. बीमाधारक का नाम और पता, व्यवसाय या पेशा
6. अधिनियम के प्रयोजन के लिए बीमा प्रारंभ होने की प्रभावी तिथि। .... को .... बजे से
7. बीमा समाप्ति की तिथिः .... को मध्यरात्रि में
8. ड्राइव करने के हकदार व्यक्ति या व्यक्तियों के वर्ग

इनमें से कोई भीः

(क) बीमाधारकः

(ख) कोई अन्य व्यक्ति जो बीमाधारक के आदेश पर या उसकी अनुमति से ड्राइव कर रहा है

बशर्ते कि ड्राइविंग करने वाले व्यक्ति के पास दुर्घटना के समय एक प्रभावी ड्राइविंग लाइसेंस मौजूद है और उसे इस तरह का लाइसेंस रखने या प्राप्त करने के लिए अयोग्य नहीं ठहराया गया है। बशर्ते यह भी कि एक प्रभावी शिक्षार्थी लाइसेंस रखने वाला व्यक्ति भी वाहन ड्राइव कर सकता है और इस तरह के व्यक्ति को केंद्रीय मोटर वाहन नियम 1989 के नियम 3 की आवश्यकता को संपूर्ण करता हो।

उपयोग करने के लिए सीमाएं

पॉलिसी निम्न बातों के अलावा किसी भी उद्देश्य के लिए उपयोग को कवर करती हैः

(क) किराया या पुरस्कार;

(ख) माल की ढुलाई (निजी सामान के अलावा)

(ग) आयोजित रेसिंग,

(घ) रेस मेकिंग,

(ङ) गति परीक्षण

(च) विश्वसनीयता परीक्षण
(छ) मोटर व्यापार के संबंध में कोई भी प्रयोजन
मैं / हम एतद्द्वारा प्रमाणपत्र करता हूं/करते हैं कि पॉलिसी जिससे इस प्रमाणपत्र का संबंध है और यह बीमा प्रमाणपत्र मोटर वाहन अधिनियम, 1988 के अध्याय X और अध्याय XI के प्रावधानों के अनुसार जारी किए गए हैं।
परीक्षित………………….

(प्राधिकृत बीमाकर्ता)

बीमा का मोटर प्रमाणपत्र प्रासंगिक अधिकारियों की जांच के लिए हर समय वाहन में लेकर चलना आवश्यक है।

4. पॉलिसी दस्तावेज़

पॉलिसी एक औपचारिक दस्तावेज है जो बीमा के अनुबंध को एक साक्ष्य प्रदान करता है। इस दस्तावेज़ पर भारतीय स्टाम्प अधिनियम, 1899 के प्रावधानों के अनुसार मुहर लगी होनी चाहिए।

एक सामान्य बीमा पॉलिसी में आम तौर पर निम्न बातें शामिल होती हैं:

क) बीमाधारक और बीमा की विषय-वस्तु में बीमा योग्य हित रखने वाले किसी अन्य व्यक्ति का/के नाम और पता(ते);

ख) बीमित संपत्ति या हित का पूरा विवरण;

ग) संपत्ति का/के स्थान या पॉलिसी के तहत बीमित हित और जहां उपयुक्त हो, संबंधित बीमा मूल्यों सहित;

घ) बीमा की अवधि;

ङ) बीमा राशि;

च) कवर किए गए जोखिम और अपवर्जन;

छ) कोई भी लागू अतिरिक्त (एक्सैस)/ कटौती;

ज) देय प्रीमियम और जहां प्रीमियम समायोजन के अधीन अस्थायी है, प्रीमियम के समायोजन का आधार;

ट) पॉलिसी के नियम, शर्तें और वारंटियां;

ठ) पॉलिसी के तहत एक दावे को जन्म देने की संभावना वाली एक आकस्मिक घटना घटित होने पर बीमाधारक व्यक्ति द्वारा की जाने वाली कार्रवाई;

ड) 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;

ढ) कोई विशेष शर्त;

ण) गलतबयानी, धोखाधड़ी, महत्वपूर्ण तथ्यों के गैर-प्रकटीकरण या बीमाधारक व्यक्ति के असहयोग के आधार पर पॉलिसी को रद्द करने के लिए प्रावधान;

त) बीमा कंपनी का पता जहां पॉलिसी के संबंध में सभी संचार भेजे जाने चाहिए;

थ) किसी भी आरोहक (राइडर) का विवरण, अगर कोई हो;

द) शिकायत निवारण प्रणाली और लोकपाल के पते का विवरण

हर बीमा कंपनी को पॉलिसी के संदर्भ में उत्पन्न होने वालो दावे को दायर करने के संबंध में बीमाधारक व्यक्ति द्वारा पूर्ण की जाने वाली आवश्यकताओं और बीमा कर्ता को दावे के शीघ्र निपटान में सक्षम बनाने के लिए उसके द्वारा पालन की जाने वाली प्रक्रियाओं के बारे में समय-समय पर (बीमाधारक को) सूचित करना और सूचित करते रहना चाहिए।

स्व-परीक्षण 4

इनमें से कौन सा कथन कवर नोटों के संबंध में सही है?

I. कवर नोटों का उपयोग मुख्य रूप से जीवन बीमा में किया जाता है

II. कवर नोटों का उपयोग मुख्य रूप से साधारण बीमा के सभी वर्गों में किया जाता है

III. कवर नोटों का उपयोग मुख्य रूप से स्वास्थ्य बीमा में किया जाता है

IV. कवर नोटों का उपयोग मुख्य रूप से साधारण बीमा के समुद्री और मोटर वर्गों में किया जाता है

ङ. वारंटियां

बीमा अनुबंध में वारंटियों का उपयोग एक अनुबंध के तहत बीमा कर्ता की देयता को सीमित करने के लिए किया जाता है। बीमा कर्ता जोखिम को कम करने के लिए उपयुक्त वारंटियां शामिल करता हैं। वारंटी के साथ बीमा अनुबंध का एक पक्ष, बीमाधारक कुछ दायित्व उठाता है जिसका अनुपालन एक निश्चित समय अवधि के भीतर किया जाना आवश्यक है और बीमा कर्ता का दायित्व बीमाधारक द्वारा दायित्वों के अनुपालन पर निर्भर करता है। वारंटियां जोखिम के प्रबंधन और सुधार में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं।

एक वारंटी पॉलिसी में स्पष्ट रूप से वर्णित एक शर्त है जिसका अनुबंध की वैधता के लिए पूरी तरह से पालन किया जाना चाहिए। वारंटी एक अलग दस्तावेज नहीं है। यह कवर नोट और पॉलिसी दस्तावेज़ दोनों का हिस्सा है। यह अनुबंध से पहले की एक शर्त है। इसे सख्ती से और पूरी तरह से समझना चाहिए और इसका अनुपालन किया जाना चाहिए, इस तथ्य पर ध्यान दिए बिना कि क्या यह जोखिम के लिए महत्वपूर्ण है या नहीं। अगर किसी वारंटी का उल्लंघन किया जाता है, तो पॉलिसी बीमा कंपनियों के विकल्प पर अमान्य करने योग्य हो जाता है, यहां तक कि जब यह स्पष्ट रूप से तय हो गया है कि यह उल्लंघन किसी खास हानि का कारण नहीं बना है या इसमें योगदान (हानि में) नहीं किया है। हालांकि, व्यवहार में, अगर वारंटी का उल्लंघन एक विशुद्ध रूप से तकनीकी प्रकृति का है और किसी भी तरह से हानि में योगदान नहीं करता है या उसे नहीं बढ़ाता है, (हानि को गैर-मानक दावा मान कर निपटारा किया जा सकता है) बीमा कंपनियां अपने विवेक पर कंपनी की नीति के मानदंडों और दिशानिर्देशों के अनुसार दावों की कार्रवाई पूरी कर सकती हैं।

1. अग्नि बीमा वारंटियां निम्नानुसार हैं

वारंटी दी जाती है कि पॉलिसी की चालू अवधि के दौरान कोई भी खतरनाक सामान बीमाधारक के परिसर में संग्रहित नहीं किया जाएगा।

मौन जोखिम : वारंटी दी जाती है कि 30 दिन या उससे अधिक की लगातार अवधि के लिए कोई भी निर्माण गतिविधि बीमित परिसर में नहीं चलायी जाती है।

सिगरेट फिल्टर निर्माण : वारंटी दी जाती है कि परिसर में 300 सेल्सियस से कम फ्लैश पॉइंट वाला कोई भी सॉल्वेंट इस्तेमाल/संग्रहित नहीं किया जाएगा है।

2. **समुद्री बीमा में, एक वारंटी** को निम्नानुसार परिभाषित किया गया है: "एक वचन वारंटी, जिसके बारे में कहा जाएगा, एक ऐसी वारंटी जिसके द्वारा बीमाधारक यह वचन लेता है कि कुछ विशेष काम किया जाएगा या नहीं किया जाएगा या कि कुछ शर्त पूरी की जाएगी या जिसके द्वारा वह तथ्यों की एक विशेष अवस्था के अस्तित्व को स्वीकार करता या नकारता है। "

समुद्री कार्गो बीमा में, इस आशय की एक **वारंटी** सम्मिलित की जाती है कि सामान (जैसे चाय) को टिन-लाइन युक्त डिब्बों में पैक किया जाता है। समुद्री हल बीमा में यह वारंटी सम्मिलित करके कि बीमित जहाज एक निश्चित क्षेत्र में नेविगेट नहीं करेगा, बीमा कंपनी को उस जोखिम की सीमा के बारे में एक अंदाजा दिया जाता है जिसके लिए उसने कवर प्रदान करने की सहमति दी है। अगर वारंटी का उल्लंघन किया जाता है, प्रारंभ में सहमति बनाए गए जोखिम में परिवर्तन किया जाता है और बीमा कंपनी को उल्लंघन की तारीख से आगे की देयता से अपने आपको मुक्त करने की अनुमति दी जाती है।

3. **चोरी बीमा** में यह वारंटी दी जाती है कि संपत्ति की निगरानी चौबीस घंटे एक चौकीदार द्वारा की जाती है। पॉलिसी की दरें, नियम और शर्तें वही रहती हैं केवल यदि पॉलिसी के साथ जुड़ी वारंटियों का पालन किया जाता है।

स्व-परीक्षण 5

नीचे दिया गया कौन सा कथन एक वारंटी के संबंध में सही है?

I. वारंटी एक शर्त है जो पॉलिसी में बताए गए बिना अंतर्निहित होती है

II. वारंटी एक शर्त है जो पॉलिसी में स्पष्ट रूप से वर्णित होती है

III. वारंटी पॉलिसी में स्पष्ट रूप से वर्णित एक शर्त है और इसके बारे में बीमाधारक को अलग से बताया जाता है और यह पॉलिसी दस्तावेज़ का भाग नहीं है।

IV. अगर किसी वारंटी का उल्लंघन किया जाता है तो दावे का भुगतान अभी भी किया जा सकता है अगर यह जोखिम के लिए महत्वपूर्ण नहीं है।

च. पृष्ठांकन

कुछ आपदाओं को आवरित करके और कुछ अन्य आपदाओं को छोड़कर; एक मानक फॉर्म में पॉलिसियां जारी करना बीमा कंपनियों की प्रथा है।

परिभाषा

अगर पॉलिसी जारी करने के समय इसके कुछ नियमों और शर्तों को संशोधित करने की जरूरत होती है, तो यह काम संशोधन/परिवर्तन निर्धारित करके पृष्ठांकन नामक एक दस्तावेज़ के माध्यम से पूरा किया जाता है।

इसे पॉलिसी के साथ संलग्न किया जाता है और यह पॉलिसी का एक हिस्सा होता है। पॉलिसी और पृष्ठांकन एक साथ अनुबंध का साक्ष्य बनते हैं। पृष्ठांकन परिवर्तनों/संशोधनों को रिकॉर्ड करने के लिए पॉलिसी की चालू अवधि के दौरान जारी किया जा सकता है।

जब कभी भी महत्वपूर्ण जानकारी में बदलाव होता है, बीमाधारक व्यक्ति को इसके बारे में बीमा कंपनी को बताना आवश्यक होता है जो इस बात पर ध्यान देगी और इसे पृष्ठांकन के माध्यम से बीमा अनुबंध के भाग के रूप में शामिल करेगी।

पृष्ठांकन की आवश्यकता आम तौर पर एक पॉलिसी के तहत निम्न बातों के संबंध में होती है:

क) बीमा राशि में भिन्नताएं/बदलाव
ख) बिक्री, बंधक आदि के माध्यम से बीमा योग्य हित में बदलाव
ग) अतिरिक्त खतरों को आवरित करने/पॉलिसी अवधि बढ़ाने के लिए बीमा का विस्तार
घ) जोखिम में परिवर्तन, जैसे अग्नि बीमा में भवन के निर्माण में परिवर्तन, या दखलदारी
ङ) किसी अन्य स्थान पर संपत्ति का हस्तांतरण
च) बीमा रद्द करना
छ) नाम या पतें आदि में परिवर्तन

नमूना

उदाहरण के प्रयोजन से कुछ पृष्ठांकनों की बातें नीचे प्रस्तुत की गयी हैं:

निरस्तीकरण/रद्द करना

बीमाधारक के अनुरोध पर इस पॉलिसी के द्वारा बीमा को एतद्द्वारा .... से रद्द किए जाने की घोषणा की जाती है। बीमा .... महीनों से अधिक की अवधि तक प्रभावी होने के नाते, बीमा धारक को वापस कोई भी धनराशि देय नहीं है।

स्टॉक मूल्य वृद्धि कवर:

“बीमाधारक इस जानकारी के साथ कि इस पॉलिसी द्वारा आवरित किए गए स्टॉक में वृद्धि हुई है, एतद्द्वारा यह सहमति दी जाती है कि बीमा राशि को भी तदनुसार .... रुपए में परिवर्तित किया गया है जिसकी चर्चा नीचे की गयी है:

दिनांक	(वर्णन करें)	रु.
दिनांक	(वर्णन करें)	रु.

प्रतिफल में जिसका एक अतिरिक्त प्रीमियम एतद्द्वारा वसूल किया गया है।
अन्य वार्षिक प्रीमियम .... रु.
कुल बीमा अब .... रु. हो गया है।
अन्यथा इस पॉलिसी के नियमों, प्रावधानों और शर्तों के अधीन।

एक समुद्री पॉलिसी में बाहरी जोखिम को शामिल करने के लिए आवरण का विस्तार

बीमाधारक व्यक्ति के अनुरोध पर एतद्द्वारा उपरोक्त पॉलिसी के तहत टूट-फूट के जोखिम को शामिल करने के लिए सहमति दी जाती है।

प्रतिफल में, जिसका निम्नानुसार .... रुपए पर एक अतिरिक्त प्रीमियम बीमाधारक से वसूल किया गया है।

ढुलाई की विधि में परिवर्तन

बीमाधारक इस घोषणा के साथ कि उक्त पॉलिसी के तहत कंसाइनमेंट में से 2 बैरल परफ्यूमरी जिसका मूल्य .... रुपए है, डेक पर भेजा गया है, एतद्द्वारा इसे जहाज पर जेटिसन और धुल जाने के विरुद्ध आवरित करने के लिए सहमति व्यक्त की जाती है।

प्रतिफल में, जिसका एक अतिरिक्त प्रीमियम निम्नानुसार बीमाधारक से वसूल किया जाता है।

अतिरिक्त प्रीमियम .... रुपए.............

स्व-परीक्षण 6

अगर पॉलिसी जारी करने के समय इसके कुछ नियमों और शर्तों को संशोधित करने की जरूरत है, तो यह काम ____________ के माध्यम से संशोधन तय करके पूरा किया जाता है।

I. वारंटी

II. पृष्ठांकन

III. परिवर्तन

IV. संशोधन संभव नहीं हैं

छ. 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 की जानी चाहिए जो विभिन्न अदालतों द्वारा तय किए गए हैं। **रचना (निर्माण) का सबसे महत्वपूर्ण नियम यह है कि पार्टियों के इरादे प्रबल होने चाहिए और या इस इरादे को पॉलिसी में खोजा जाएगा।** अगर पॉलिसी एक अस्पष्ट ढंग से जारी की गयी है तो अदालत में इसकी व्याख्या और यह इस सामन्य सिद्धांत पर कि पॉलिसी बीमा कंपनी द्वारा तैयार की गयी थी बीमाधारक के पक्ष में और बीमा कंपनी के विरुद्ध की जाएगी।

पॉलिसी की बातों को निम्नलिखित नियमों के अनुसार समझा गया है और व्याख्या की गयी हैः

क) एक स्पष्ट शर्त एक अंतर्निहित शर्त को अधिलेखित करती है जहां ऐसा करने में विसंगति है।

ख) मानक मुद्रित पॉलिसी प्रपत्र और टाइप किए गए या हस्तलिखित भागों के बीच शर्तों में एक विरोधाभास की स्थिति में टाइप किए गए या हस्तलिखित भाग को विशेष अनुबंध में पार्टियों के इरादे को व्यक्त करता हुआ समझा जाता है, और उनका अर्थ मूल मुद्रित शब्दों के अर्थ को निष्प्रभावी कर देगा।

ग) अगर कोई पृष्ठांकन अनुबंध के अन्य भागों के विपरीत है तो पृष्ठांकन के अर्थ को बाद के दस्तावेज़ के अनुसार महत्व मिलेगा।

घ) इटैलिक में दिए गए क्लॉज मूल मुद्रित शब्दों से अधिक महत्वपूर्ण होंगे जहां वे असंगत हैं।

ज) पॉलिसी के मार्जिन में मुद्रित या टाइप किए गए क्लॉज को पॉलिसी के मध्य भाग के भीतर के शब्दों से ज्यादा महत्व दिया जाएगा।

ज) पॉलिसी से संलग्न या इसमें डाले गए क्लॉज पॉलिसी के मध्य भाग के क्लॉज और मार्जिन के क्लॉज दोनों को अधिरोहित रद्द करते हैं।

झ) मुद्रित शब्दों को टाइप करके लिखे गए शब्दों या एक स्याही वाले रबर स्टांप से छापे गए शब्दों से अधिरोहित किया जाता है।

ञ) हस्तलिपि को टाइप किए गए या छापे गए शब्दों पर प्राथमिकता दी जाती है।

ट) अंत में, कोई अस्पष्टता या स्पष्टता की कमी होने पर व्याकरण और विराम चिह्नों के सामान्य नियम लागू किए जाते हैं।

महत्वपूर्ण

1. पॉलिसियों की रचना

बीमा पॉलिसी एक व्यावसायिक अनुबंध का प्रमाण है और अदालतों द्वारा अपनाए गए रचना और व्याख्या के नियम अन्य अनुबंधों के अनुसार बीमा अनुबंध के मामले में लागू होते हैं।

रचना का प्रमुख नियम यह है कि अनुबंध की पार्टियों के इरादे प्रबल होने चाहिए, कि इरादे पॉलिसी दस्तावेज और प्रस्ताव प्रपत्र, इससे जुड़े क्लॉजों, पृष्ठांकनों, वारंटियों आदि से इकट्ठा किए जाने चाहिए और अनुबंध का एक हिस्सा बनना चाहिए।

2. शब्दों के अर्थ

प्रयुक्त शब्दों को उनके साधारण और लोकप्रिय अर्थ में समझा जाएगा। **शब्दों के लिए प्रयोग किए जाने वाले अर्थ ऐसे अर्थ हैं जो आम आदमी को आसानी से समझ में आ सकते हैं। इस प्रकार, "आग्नि" का मतलब है लौ या वास्तविक रूप से जलना।**

दूसरी ओर, **ऐसे शब्द जिनका आम व्यावसायिक या व्यापारिक अर्थ है, उनको उस अर्थ के साथ समझा जाएगा जब तक कि वाक्य का प्रसंग अन्यथा संकेत नहीं देता है।** जहां शब्दों को क़ानून द्वारा परिभाषित किया जाता है, उस परिभाषा के अर्थ का उपयोग किया जाएगा, जैसे भारतीय दंड संहिता में "चोरी"।

बीमा पॉलिसियों में प्रयुक्त कई शब्द पिछले कानूनी फैसलों का विषय रहे हैं और एक उच्च अदालत के ऐसे फैसले एक निचली अदालत के फैसले पर बाध्यकारी होंगे। तकनीकी शब्दों का हमेशा अपना तकनीकी अर्थ दिया जाना चाहिए, जब तक कि इसके विपरीत कोई संकेत नहीं दिया गया है।

ज. नवीनीकरण की सूचना

ज्यादातर गैर-जीवन बीमा पॉलिसियों का बीमा वार्षिक आधार पर किया जाता है।

हालांकि बीमा कंपनियों की ओर से बीमाधारक को यह सलाह देने का कोई कानूनी दायित्व नहीं है कि उसकी पॉलिसी एक विशेष तिथि को समाप्त होने जा रही है, फिर भी एक शिष्टाचार के नाते और स्वस्थ व्यावसायिक परंपरा के रूप में बीमा कंपनियां पॉलिसी को नवीनीकृत करने के लिए आमंत्रित करते हुए पॉलिसी समाप्ति की

तारीख से पहले एक नवीनीकरण की सूचना जारी करती हैं। इस सूचना में पॉलिसी के सभी प्रासंगिक विवरण शामिल होते हैं जैसे कि बीमा राशि, वार्षिक प्रीमियम आदि। बीमाधारक को यह सलाह देते हुए एक नोट शामिल करना भी प्रचलन में है कि उसे जोखिम में किसी भी महत्वपूर्ण परिवर्तन की सूचना देनी चाहिए।

उदाहरण के लिए, मोटर नवीनीकरण की सूचना में बीमाधारक का ध्यान वर्तमान आवश्यकताओं के आलोक में बीमा राशि (यानी बीमाधारक द्वारा वाहन का घोषित मूल्य) को संशोधित करने की ओर भी दिलाया जाता है।

बीमाधारक का ध्यान इस वैधानिक प्रावधान की ओर भी आकर्षित किया जाता है कि किसी भी जोखिम को नहीं माना जा सकता है जब तक कि अग्रिम रूप से प्रीमियम का भुगतान नहीं किया जाता है।

स्व-परीक्षण 7

इनमें से कौन सा कथन नवीनीकरण की सूचना के संबंध में सही है?

I. विनियमों के अनुसार पॉलिसी का समय-समाप्त होने से 30 दिन पहले बीमाधारक व्यक्ति को एक नवीनीकरण की सूचना भेजने का कानूनी दायित्व बीमा कंपनियों पर होता है।

II. विनियमों के अनुसार पॉलिसी का समय-समाप्त होने से 15 दिन पहले बीमाधारक व्यक्ति को एक नवीनीकरण की सूचना भेजने का कानूनी दायित्व बीमा कंपनियों पर होता है।

III. विनियमों के अनुसार पॉलिसी का समय-समाप्त होने से 7 दिन पहले बीमाधारक व्यक्ति को एक नवीनीकरण की सूचना भेजने का कानूनी दायित्व बीमा कंपनियों पर होता है।

IV. विनियमों के अनुसार पॉलिसी का समय-समाप्त होने से पहले बीमाधारक व्यक्ति को एक नवीनीकरण की सूचना भेजने की कोई कानूनी बाध्यता बीमा कंपनियों पर नहीं है।

सारांश

क) दस्तावेजीकरण का पहला चरण अनिवार्य रूप से प्रस्ताव प्रपत्रों का है जिसके माध्यम से बीमाधारक व्यक्ति अपने बारे में जानकारी देता है।

ख) महत्वपूर्ण जानकारी के प्रकटीकरण का कर्तव्य पॉलिसी प्रारंभ होने से पहले उत्पन्न होता है और यहां तक कि अनुबंध के समापन के बाद भी जारी रहता है।

ग) बीमा कंपनियां आम तौर पर प्रस्ताव प्रपत्र के अंत में एक घोषणा जोड़ती हैं जिस पर बीमा कंपनी द्वारा हस्ताक्षर किया जाएगा।

घ) एक प्रस्ताव प्रपत्र के तत्वों में शामिल हैं:

I. प्रस्तावक का पूरा नाम
II. प्रस्तावक का पता और संपर्क विवरण
III. प्रस्तावक का पेशा, व्यवसाय या व्यापार
IV. बीमा की विषय वस्तु की पहचान और विवरण
V. बीमा राशि
VI. पिछले और वर्तमान बीमा
VII. हानि का अनुभव

VIII. बीमाधारक व्यक्ति द्वारा घोषणा

ङ) एक एजेंट जो मध्यस्थ के रूप में कार्य करता है, उस पर बीमाधारक व्यक्ति द्वारा बीमा कंपनी को प्रदान किए गए जोखिम के बारे में सभी महत्वपूर्ण जानकारी बीमा कंपनी को सुनिश्चित करने की जिम्मेदारी होती है।

च) प्रस्ताव की छानबीन करने और इसकी स्वीकृति के बारे में निर्णय लेने की प्रक्रिया को बीमालेखन (जोखिम अंकन) के रूप में जाना जाता है।

छ) प्रीमियम बीमा के एक अनुबंध के तहत बीमा की विषय-वस्तु का बीमा करने के लिए बीमाधारक व्यक्ति द्वारा बीमा कंपनी को भुगतान किया जाने वाला प्रतिफल या रकम है।

ज) प्रीमियम का भुगतान नकद, किसी भी मान्यता प्राप्त बैंकिंग के परक्राम्य 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।

झ) जब पॉलिसी की तैयारी लंबित होती है या जब बीमा के लिए वार्ता प्रगति पर हो और अस्थायी आधार पर बीमा कवर प्रदान करना आवश्यक हो, एक कवर नोट जारी किया जाता है।

ञ) कवर नोटों का उपयोग मुख्य रूप से व्यवसाय के समुद्री और मोटर वर्गों में किया जाता है।

ट) बीमा प्रमाणपत्र बीमा की उपस्थिति प्रदान करता है जहां प्रमाण की आवश्यकता हो सकती है।

ठ) पॉलिसी एक औपचारिक दस्तावेज है जो बीमा के अनुबंध का एक साक्ष्य उपलब्ध कराता है।

ड) वारंटी पॉलिसी में स्पष्ट रूप से वर्णित एक शर्त है जिसका अनुबंध की वैधता के लिए पूरी तरह से पालन किया जाना चाहिए।

ढ) अगर पॉलिसी जारी करने के समय इसके कुछ नियमों और शर्तों को संशोधित करने की जरूरत है तो यह काम पृष्ठांकन नामक एक दस्तावेज़ के माध्यम से संशोधन/परिवर्तन निर्धारित करके पूरा किया जाता है।

ण) रचना (निर्माण) का सबसे महत्वपूर्ण नियम यह है कि पार्टियों के इरादे प्रबल होने चाहिए और इस इरादे को पॉलिसी में खोजा जाएगा।

मुख्य शब्द

क) पॉलिसी प्रपत्र
ख) प्रीमियम का अग्रिम भुगतान
ग) कवर नोट
घ) बीमा प्रमाणपत्र
ङ) नवीनीकरण की सूचना
च) गारंटी

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प III है।

योगदान का सिद्धांत यह सुनिश्चित करता है कि एक ही विषय-वस्तु को आवरित करने वाली कई बीमा कंपनियां एक साथ आती हैं और उस विषय-वस्तु के लिए अपने जोखिम के अनुपात में दावा राशि का योगदान करती हैं।

उत्तर 2

सही विकल्प II है।

दिशानिर्देशों के अनुसार एक बीमा कंपनी को 15 दिनों के भीतर बीमा प्रस्ताव पर कार्रवाई पूरी करना आवश्यक है।

उत्तर 3

सही विकल्प I है।

अगर प्रीमियम का भुगतान चेक द्वारा किया जाता है तो जोखिम उस तारीख को माना जाएगा जब चेक को भेजा जाता है।

उत्तर 4

सही विकल्प उत्तर IV है।

कवर नोटों का उपयोग मुख्य रूप से साधारण बीमा के समुद्री और मोटर वर्गों में किया किया जाता है।

उत्तर 5

सही विकल्प II है।

वारंटी पॉलिसी में स्पष्ट रूप से वर्णित एक शर्त है।

उत्तर 6

सही विकल्प II है।

अगर पॉलिसी जारी करने के समय इसके कुछ नियमों और शर्तों को संशोधित करने की जरूरत होती है तो काम पृष्ठांकन के माध्यम से संशोधन तय करके पूरा किया जाता है।

उत्तर 7

सही विकल्प IV है।

विनियमों के अनुसार पॉलिसी की समय-समाप्ति से पहले बीमाधारक को एक नवीनीकरण नोटिस भेजने की बीमा कंपनियों पर कोई कानूनी बाध्यता नहीं है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

_____________ पॉलिसी के तहत बीमा कर्त की देयता की अधिकतम सीमा है।

I. बीमा राशि

II. प्रीमियम

III. अभ्यर्पण मूल्य

IV. नुकसान की राशि

प्रश्न 2

__________________ एक अनुबंध के तहत बीमाधारक व्यक्ति द्वारा भुगतान किया जाने वाला प्रतिफल या मूल्य है।

I. दावा राशि

II. अभ्यर्पण मूल्य

III. परिपक्वता राशि

IV. प्रीमियम

प्रश्न 3

वह दस्तावेज़ जो बीमा के अनुबंध का एक साक्ष्य उपलब्ध कराता है, __________ कहलाता है।

I. पॉलिसी

II. कवर नोट

III. पृष्ठांकन

IV. बीमा प्रमाणपत्र

प्रश्न 4

प्रकटीकरण का कर्तव्य उत्पन्न होता है

I. पॉलिसी प्रारंभ होने से पहले

II. पॉलिसी प्रारंभ होने के बाद

III. पॉलिसी प्रारंभ होने से पहले और पॉलिसी के दौरान जारी रहता है

IV. ऐसा कोई कर्तव्य नहीं है

प्रश्न 5

महत्वपूर्ण तथ्य

I. एक पॉलिसी में शामिल सभी सामग्रियों का मूल्य है

II. जोखिम का आकलन करने के लिए जरूरी नहीं है

III. यह महत्वपूर्ण है क्योंकि यह बीमालेखक के निर्णय को प्रभावित करता है

IV. यह महत्वपूर्ण नहीं है क्योंकि इसका बीमालेखक के निर्णय पर कोई असर नहीं होता है

प्रश्न 6

आग्नि बीमा प्रस्ताव यह जानना चाहता है

I. निर्माण की प्रक्रिया

II. भंडारित सामग्री का विवरण

III. भवन का निर्माण

IV. उपरोक्त सभी

प्रश्न 7

प्रीमियम प्राप्त नहीं किया जा सकता है

I. नकदी में

II. चेक द्वारा

III. प्रोमिसरी नोट (वचन पत्र) द्वारा

IV. क्रेडिट कार्ड द्वारा

प्रश्न 8

मोटर बीमा का प्रमाणपत्र

I. अनिवार्य नहीं है

II. हमेशा अपने साथ रखा जाना चाहिए

III. हमेशा कार में रखा जाना चाहिए

IV. बैंक के लॉकर में रखा जाना चाहिए

प्रश्न 9

एक वारंटी

I. पॉलिसी में स्पष्ट रूप से वर्णित एक शर्त है

II. का पालन किया जाना चाहिए

III. I और II दोनों

IV. उपरोक्त में से कोई नहीं

प्रश्न 10

मोटर बीमा के लिए नवीकरण नोटिस ______________ द्वारा जारी किया जाता है

I. पॉलिसी की समाप्ति से पहले बीमाधारक व्यक्ति

II. पॉलिसी की समाप्ति से पहले बीमा कंपनी

III. पॉलिसी की समाप्ति के बाद बीमाधारक

IV. पॉलिसी की समाप्ति के बाद बीमा कंपनी

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प I है।

बीमा राशि पॉलिसी के तहत बीमा कंपनी के दायित्व की अधिकतम सीमा है।

उत्तर 2

सही विकल्प IV है।

प्रीमियम एक अनुबंध के तहत बीमाधारक व्यक्ति द्वारा भुगतान किया जाने वाला प्रतिफल या मूल्य है।

उत्तर 3

सही विकल्प I है।

वह दस्तावेज जो बीमा के अनुबंध का एक साक्ष्य उपलब्ध कराता है, पॉलिसी कहलाता है।

उत्तर 4

सही विकल्प III है।

प्रकटीकरण का कर्तव्य पॉलिसी प्रारंभ होने से पहले उत्पन्न होता है और पॉलिसी के दौरान जारी रहता है।

उत्तर 5

सही विकल्प III है।

वास्तविक तथ्य महत्वपूर्ण है क्योंकि यह बीमालेखक के निर्णय को प्रभावित करता है।

उत्तर 6

सही विकल्प IV है।

आग्नि बीमा प्रस्ताव निर्माण की प्रक्रिया, भंडारित सामग्री का विवरण और भवन के निर्माण के बारे में जानना चाहता है।

उत्तर 7

सही विकल्प III है।

प्रीमियम प्रोमिसरी नोट (वचन पत्र) द्वारा प्राप्त नहीं किया जा सकता है।

उत्तर 8

सही विकल्प III है।

मोटर बीमा का प्रमाणपत्र हमेशा गाड़ी में रखा जाना चाहिए।

उत्तर 9

सही विकल्प III है।

एक वारंटी पॉलिसी में स्पष्ट रूप से वर्णित एक शर्त है और इसका पालन किया जाना चाहिए।

उत्तर 10

सही विकल्प II है।

मोटर बीमा के लिए नवीनीकरण नोटिस पॉलिसी की समाप्ति से पहले बीमा कंपनी द्वारा जारी किया जाता है।

मोटर बीमा प्रस्ताव प्रपत्र
निजी कार/दुपहिया वाहन - पैकेज पॉलिसी

प्रस्तावक का नाम			
पत्राचार का पता	बीमाधारक की पहचान		
टेलीफोन और फैक्स नंबर		मोबाइल नं.:	
ई-मेल पता			
बैंक खाता सं. (एसबी/चालू)		पैन नं.:	
एचपीए/बंधक			
आवश्यक पॉलिसी का प्रकार	पैकेज पॉलिसी		
	बीमा की अवधिसमय......... से, दिनांक:		तक:

वाहन का विवरण
(बीमित वाहन की सही पहचान)

पंजी. सं.	इंजिन नं. और चेसिस नं.	निर्माण का वर्ष	निर्माता और मॉडल / बॉडी का प्रकार		घन क्षमता	बैठने की क्षमता	रंग	प्रयुक्त ईंधन

पंजीकरण प्राधिकरण - नाम और स्थान :
वाहन का मूल्य

चालान मूल्य	इलेक्ट्रिक/ इलेक्ट्रॉनिक उपकरण	गैर-इलेक्ट्रिकल उपकरण	साइड कार/ट्रेलर	एलपीजी/ सीएनजी किट	कुल मूल्य	आईडीवी
		यहा दावा निपटान और प्रीमियम का आधार है				

वाहन का इतिहास						
पिछली पॉलिसी सं. :	कवर का प्रकार	बीमाकर्ता का नाम और पता	कोई दावा नहीं बोनस का अधिकार	पॉलिसी समाप्ति की तिथि	पिछले 3 वर्षों का दावा अनुभव	पहली खरीद और पंजी. की तिथि

बीमालेखन कारण - जिनका दर निर्धारण पर असर होता है

वाहन का उपयोग :			
उपयोग का उद्देश्य	वाहन पार्किंग का विवरण	चालक का विवरण	एक वर्ष में औरस किमी चाल
मनोरंजन	कवर किया गया गैरेज	स्वयं	
पेशागत	कवर नहीं किया गया गैरेज	चुकता चालक	
व्यवसाय/व्यापार	अहाते के भीतर	संबंधी	
कॉरपोरेट	सड़क किनारे	मित्र	

स्वीकृत जोखिम को समझने में बीमाकर्ता की मदद करता है

जोखिम न्यूनीकरण/प्रतिकूल जोखिम को जानने के लिए

छूट एवं अधिभार :	
स्वैच्छिक आधिक्य : क्या आप अनिवार्य पॉलिसी आधिक्य के अतिरिक्त स्वैच्छिक आधिक्य का विकल्प चुनना चाहते हैं	हां/नहीं, यदि हां, तो कृपया राशि निर्दिष्ट करें, दोपहिया वाहन-500/700/1000/1500/3000 रु. निजी
क्या आप भारतीय ऑटोमोटिव एसोसिएशन के एक सदस्य हैं	हां/नहीं, यदि हां, कृपया बताएं: 1. एसोसिएशन का नाम 2. सदस्यता सं. : समाप्ति की तिथि :
क्या वाहन एआरएआई द्वारा अनुमोदित किसी चोरी रोधक उपकरण से सुसज्जित है	हां/नहीं यदि हां, एएएसआई द्वारा जारी संस्थापन प्रमाणपत्र संलग्न करें
क्या वाहन को गैर-परंपरागत स्रोत द्वारा चलाया जाता है	हां/नहीं यदि हां, कृपया विवरण निर्दिष्ट करें
क्या वाहन को द्वि.... ईंधन किट/सुसज्जित फाइबर ग्लास टैंक द्वारा चलाया जाता है	हां/नहीं यदि हां, कृपया विवरण निर्दिष्ट करें
क्या आप टीपीपीडी कवर को केवल 60000/- रु. की वैधानिक सीमा तक सीमित करना चाहते हैं	हां/नहीं

कंपनी की नीति के अनुसार अधिभार और छूट के लिए विचार किए जाने वाले बीमालेखन कारक

आवश्यक अतिरिक्त कवर	
सहायक उपकरणों की चोरी (केवल दुपहिया वाहन)	
चालक के प्रति कानूनी दायित्व	
चुकता चालक के लिए पीए	

अनिवार्य : मालिक चालक के लिए व्यक्तिगत दुर्घटना कवर

मालिक चालक के लिए व्यक्तिगत दुर्घटना कवर अनिवार्य है, कृपया नामांकन का विवरण दें :

(क) नामिती का नाम और उम्र :

(ख) संबंध

(ग) नियुक्त व्यक्ति का नाम
(अगर नामिती एक नाबालिग है) :

(घ) नामिती से संबंध :

अतिरिक्त कवरेज अतिरिक्त प्रीमियम के अधीन है

(नोट: 1. मालिक चालक के लिए व्यक्तिगत दुर्घटना कवर दुपहिया वाहनों के लिए 1,00,000/- रु. की और निजी कारों के लिए 2,00,000 की बीमा राशि के लिए अनिवार्य है।)

2. मालिक चालक के लिए अनिवार्य पीए कवर वहां प्रदान नहीं किया जा सकता है जहां वाहन किसी कंपनी, भागीदारी फर्म या एक समान कॉरपोरेट निकाय या स्वामित्व में है या जहां मालिक-चालक के पास एक प्रभावी चालक लाइसेंस नहीं है)

नामित व्यक्तियों के लिए पी.ए. कवर

इसके लिए नामित कब्जाधारियों का पीए कवर	आईएमटी-15	क्या आप नामिक व्यक्तियों के लिए व्यक्तिगत दुर्घटना कवर शामिल करना चाहते हैं?

नाम	चयनित सीएसआई (रु.)	नामिती	संबंध
1)			
2)			
3)			

हां/नहीं, यदि हां, तो नाम और चयनित पूंजीगत बीमा राशि (सीएसआई) बताएं :
(नोट : प्रति व्यक्ति उपलब्ध अधिकतम सीएसआई निजी कारों के मामले में 2 लाख रुपए और मोटरीकृत दुपहिया वाहनों के मामले में 1 लाख रुपए है)

अनामित व्यक्तियों/पिछली सीट वालों/अनामित यात्रियों के लिए पीए कवर	
शून्य मूल्यहास	ऐड ऑन कवर
सौजन्य कार	
चिकित्सा व्यय	
व्यक्तिगत प्रभाव	जानकारी, जिसका दर निर्धारण पर एक असर हो सकता है, साथ ही कुछ आंकड़ों के प्रयोजन के लिए

अन्य विवरण

ऐड ऑन कवर जारी

क्या वाहन का उपयोग अपने परिसर तक सीमित है	हां/नहीं
क्या वाहन विदेशी दूतावास से संबंधित है	हां/नहीं
क्या कार विंटेज कार के रूप में प्रमाणित है	हां/नहीं
क्या वाहन नेत्रहीन/विकलांग व्यक्तियों के उपयोग के लिए तैयार किया गया है	हां/नहीं, यदि हां, कृपया आरटीए द्वारा सहमति का विवरण निर्दिष्ट करें
क्या वाहन को चालक प्रशिक्षण के लिए उपयोग किया जाता है	हां/नहीं
क्या भौगोलिक क्षेत्र का विस्तार आवश्यक है	नेपाल, बांग्लादेश, भूटान, मालदीव, पाकिस्तान, श्रीलंका

क्या आप एक पृष्ठ की पॉलिसी लेना चाहते हैं हां/नहीं

परम सद्भाव के सिद्धांत के आधार पर

बीमाधारक की घोषणा

मैं/हम एतद्द्वारा घोषणा करता हूं कि इस प्रस्ताव प्रपत्र में मेरे/हमारे द्वारा दिए गए बयान मेरी/हमारी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास में सही है और मैं/हम एतद्द्वारा यह सहमति देता हूं कि उनकी घोषणा मेरे/हमारे और____________________ के बीच अनुबंध का आधार बनेगी।

मैं/हम एतद्द्वारा घोषणा करता हूं कि इस प्रस्ताव प्रपत्र को प्रस्तुत करने के बाद अगर कोई भी संयोजन या परिवर्तन किया जाता है तो उसके बारे में बीमाकर्ताओं को तुरंत सूचित किया जाएगा।

मैं/हम यह पुष्टि करना चाहता हूं कि पिछली पॉलिसी समाप्ति तिथि से अब तक मेरे/हमारे वाहन के साथ कोई दुर्घटना नहीं घटी है। मैं/हम पुष्टि करता हूं कि मैंने/हमने .... को .... बजे प्रीमियम प्रेषित किया है।

आपके साथ उक्त वाहन के बीमा के लिए, यह समझा और सहमत हुआ जाता है कि .... (समय) से पहले किसी दुर्घटना से उत्पन्न होने वाली किसी भी नुकसान/क्षति/देयता के लिए आपका कोई भी, किसी भी प्रकृति का दायित्व नहीं है।

मैं/हम घोषणा करता हूं कि वाहन सही अवस्था और सड़क पर चलने की स्थिति में है।

स्थान :

दिनांक :

प्रस्तावक का हस्ताक्षर

प्रस्ताव प्रपत्र

(इस प्रपत्र के जारी होने को दायित्व की स्वीकृति के रूप में नहीं लिया जाएगा)

मानक अग्नि और विशेष जोखिम पॉलिसी

इस प्रस्ताव की स्वीकृति कंपनी के नियमों और शर्तों के अधीन है। संपत्ति कवर नहीं की जाती है जब तक कि प्रस्ताव को स्वीकार नहीं कर लिया जाता और प्रीमियम का भुगतान नहीं किया जाता है।

एजेंट ____________________ ग्राहक कोड : □□□□□□□□

प्रस्तावक का विवरण → **प्रस्तावक की पहचान करने में सहायता करता है**

1. **प्रस्तावक का नाम**

बीमाधारक की पहचान

2. **प्रस्तावक का पता** → **दावों के मामले में संचार और चेक भुगतान के लिए पता देता है**

टेलीफोन नं.:- □□□□□□□□□□□□□□ **फैक्स नं. :-** ____________________

(मोबाइल) : □□□□□□□□□□□□□□ **(ई-मेल) :-** ____________________

√ **जहां कहीं भी लागू हो, एक चिह्न लगाएं**

सभी प्रश्नों का पूरी तरह से उत्तर दिया जाना चाहिए। स्थान की कमी के मामले में कृपया जानकारी को एक परिशिष्ट के रूप में संलग्न करें :

प्रस्तावक का व्यवसाय **जोखिम को समझना**

3. क्या कवर किया जा रहा है	रेटिंग के लिए दखलदारी का विवरण
4. पॉलिसी किसके पक्ष में जारी की जाएगी (वित्तीय संस्थानों सहित सभी पक्षों की सूची जिनका बीमा योग्य हित है)	
5. शामिल जोखिम (पिन कोड के साथ पूरा डाक पता) — कवर किया जाने वाला स्थान	जोखिमों की पहचान
6. बीमा की अवधि	से □□□□□□□□ तक □□□□□□□□
7. क्या आप मूल कवर से इन जोखिमों को हटाना चाहते हैं? कवरेज के मुद्दे के बारे में बातें	आवश्यक कवरेज के संबंध में बीमाधारक द्वारा जागरूक निर्णय
क. तूफ़ान, बाढ़, आंधी, सैलाब, चक्रवात समूह के जोखिम	हां □ नहीं □
ख. दंगा, हड़ताल, दुभावनापूर्ण क्षति	हां □ नहीं □
ग. आतंकवाद कवर का विस्तार (आरएसएमडी विकल्प चुनने जाने पर इसे चुना जा सकता है)	हां □ नहीं □

परिशिष्ट - बी

(यह राशि ईक्यू आपदाओं के लिए कवर की जाती है)

8. क्या आप अपने भवन के साथ-साथ स्तंभ और आधार को कवर करना चाहते हैं?	हां ☐	नहीं ☐	
कोई ऐड ऑन कवर क. वास्तुकार, सर्वेक्षक और सलाहकार इंजीनियर की फीस (दावा राशि के 3% से अधिक)	हां ☐	नहीं ☐	एसआई =
ख. मलबा हटाना (दावा राशि के 1% से अधिक)	हां ☐	नहीं ☐	एसआई =
ग. कोल्ड स्टोरेज के परिसर में स्टॉक खराब होना	हां ☐	नहीं ☐	एसआई =
i. एक बीमित आपदा के कारण इलेक्ट्रिक सर्विस फीडर के टर्मिनल की ओर से बिजली आपूर्ति की विफलता के कारण	हां ☐	नहीं ☐	एसआई =
ii. बीमित आपदा के प्रभाव के कारण बीमाधारक के परिसर में कोल्ड स्टोरेज मशीनरी को नुकसान या क्षति से उत्पन्न होने वाले तापमान में बदलाव के कारण	हां ☐	नहीं ☐	एसआई =
घ. जंगल की आग	हां ☐	नहीं ☐	एसआई =
च. बीमाधारक के अपने वाहन, फोर्क लिफ्ट और इसी तरह की चीज और उससे गिरी वस्तुओं की वजह से प्रभाव क्षति	हां ☐	नहीं ☐	एसआई =
छ. स्फूर्त दहन	हां ☐	नहीं ☐	एसआई =
ज. संयोजनों, परिवर्तनों या विस्तारों का बीमा करने में चूक	हां ☐	नहीं ☐	एसआई =
झ. भूकंप (आग और झटका)	हां ☐	नहीं ☐	एसआई =
ट. बर्बाद सामग्री का कवर	हां ☐	नहीं ☐	एसआई =
ठ. रिसाव और संदूषण कवर	हां ☐	नहीं ☐	एसआई =
ड. स्टॉक को अस्थायी रूप से हटाना	हां ☐	नहीं ☐	एसआई =
ढ. किराए का नुकसान	हां ☐	नहीं ☐	एसआई =
त. एक वैकल्पिक आवास के लिए किराए के अतिरिक्त खर्चे (केवल बीमाधारक के व्यवसाय की प्रकृति के लिए प्रासंगिक विकल्पों का चुनने के लिए)	हां ☐	नहीं ☐	एसआई =
थ. शुरू करने के खर्चे	हां ☐	नहीं ☐	एसआई =

केवल बीमाधारक के व्यवसाय की प्रकृति के लिए प्रासंगिक विकल्पों को चुनने के लिए

द. पिघले हुए पदार्थ की क्षति	हां ☐	नहीं ☐	एसआई =
9. क्या आपने इसी संपत्ति के समान कवरेज के लिए किसी अन्य बीमा कंपनी के साथ बीमा किया है? (यदि हां, तो विवरण दें)	योगदान के सिद्धांत को लागू करने के प्रयोजन के लिए आवश्यक विवरण		
10. क्या किसी अन्य कंपनी ने बीमा कवरेज को अस्वीकार किया था या कोई विशेष शर्त लगाई थी? (यदि हां, विवरण दें)	जोखिम की गुणवत्ता के बारे में बीमालेखक को पूरी जानकारी देता है		

(नुकसान के अनुभव के बारे में विवरण)

11. समाप्त होने वाली पॉलिसी अवधि को छोड़कर पिछले महीने के लिए प्रीमियम/दावा खर्च का विवरण	**प्रीमियम**	**दावा**

दावा अनुभव जोखिम के मूल्यांकन के लिए एक महत्वपूर्ण कारक है

उस स्थान पर कवर किए गए जोखिमों का प्रकार क्या है?

प्रस्तावक के व्यवसाय का विवरण

12. बीमित संपत्ती है :	
क. आवास, कार्यालय, दुकान, होटल आदि	जोखिम की मौजूदगी मूल्यांकन का आधार है
ख. औद्योगिक/निर्माण जोखिम	
ग. औद्योगिक/निर्माण जोखिमों के बाहर भंडारण	
घ. औद्योगिक/निर्माण जोखिमों के बाहर टैंक/गैस होल्डर	
च. औद्योगिक/निर्माण जोखिमों के बाहर स्थित उपयोगी चीजें	मूलभूत दर और कवरेज तय करने के लिए जोखिमों की प्रकृति
छ. आवास, कार्यालय, दुकान, होटल आदि	
13. यदि हां, क्या इस तरह के स्टॉक का मूल्य स्टॉक मूल्य के कुल मूल्य के 5% से अधिक है : 1. सेलुलॉयड के सामान, 2. खुला कॉयर, 3. पटाखे और आतिशबाजी, 4. किसी प्रकार का विस्फोटक, 5. सूखी घास, पुआल, 6. सन, पाट, 7. खुली जूट, 8. माचिस, 9. मिथाइलयुक्त स्पिरिट, 10. नाइट्रो-सेलुलोज, 11. तेल/ईथर/औद्योगिक सॉल्वेंट और 32 डिग्री सेल्सियस और उससे कम फ्लैशिंग प्वाइंट वाले (क्लोज्ड कप टेस्ट) अन्य ज्वलनशील तरल पदार्थ, 12. मुहरबंद टिनों या डिब्बों में रखे जाने वाले पेंट के अलावा 32 डिग्री सेल्सियस के कम फ्लैश प्वाइंट वाले (क्लोज्ड कप टेस्ट) ज्वलनशील क्षार युक्त पेंट, 13. मुहरबंद टिनों या डिब्बों में रखे जाने वाले वार्निश के अलावा 32 डिग्री सेल्सियस से कम फ्लैश प्वाइंट वाले (क्लोज्ड कप टेस्ट) वार्निश, 14. मुहरबंद टिनों या डिब्बों के अलावा रखे गए कीटाणुनाशक तरल पदार्थ और तरल कीटनाशक, 15. किसी भी प्रकार के वनस्पति रेशे	
14. अगर वेयरहाउस/गोदाम (फैक्ट्री परिसर के बाहर स्थित) के रूप में प्रयोग किया जाता है तो कृपया भंडारित सामानों की सूची उपलब्ध कराएं	
15. अगर एक औद्योगिक निर्माण इकाई के रूप में प्रयोग किया जाता है, तो प्रस्तावित स्थान पर बनाए जाने वाले उत्पादों के बारे में बताएं (विभिन्न सुविधाएं दिखाते हुए विस्तृत ब्लॉक योजना संलग्न करें)	
16. अगर एक औद्योगिक निर्माण इकाई के रूप में प्रयोग किया जाता है, तो कृपया बताएं कि क्या फैक्ट्री चालू है या बंद?	

21. केवल स्टॉक्स के लिए विशेष कवर	
कृपया नीचे दिए गए बॉक्स में चिह्न लगाएं और प्रत्येक के सामने बीमा योग्य राशि निर्दिष्ट करें	
क. अस्थायी आधार पर (फ्लोटर बेसिस) :	
विभिन्न स्थानों (प्रक्रिया ब्लॉक, वेयरहाउस/गोदाम और/या खुले स्थान आदि) पर मौजूद स्टॉक्स को एक एकल बीमा राशि के तहत अस्थायी आधार पर कवर किया जाएगा।	
स्थान (डाक पता पिन कोड के सहित)	**राशि (रु.)**
ख. घोषणा आधार पर	
स्थान (डाक पता पिन कोड के सहित)	**राशि (रु.)**
मूल्य में उतार-चढ़ाव वाले स्टॉक (मासिक) घोषणा आधार पर कवर किए जा सकते हैं	
	चुने गए कवर का आधार प्रस्तावक को कुछ कर्तव्य पूर्ण करने का दायित्व सौंपेगा. यह दावा निपटान का आधार होगा
नोट : न्यूनतम बीमा राशि 1 करोड़ रुपए है और पॉलिसी अल्प अवधि के आधार पर जारी नहीं की जाती है। प्रक्रियारत स्टॉक और रेलवे की साइडिंग में संग्रहित स्टॉक को कवर नहीं किया जा सकता है।	
ग. अस्थायी (फ्लोटर) घोषमा आधार :	
मूल्य में उतार-चढ़ाव वाले और एकल बीमा राशि के तहत विभिन्न स्थानों पर संग्रहित स्टॉक को (मासिक) अस्थायी घोषणा आधार पर कवर किया जा सकता है।	
स्थान (डाक पता पिन कोड के सहित)	**राशि (रु.)**
नोट : 1. न्यूनतम बीमा राशि 2 करोड़ रुपए है 2. प्रक्रियारत स्टॉक और रेलवे की साइडिंग में संग्रहित स्टॉक को कवर नहीं किया जा सकता है।	
घ. खुले स्थान में संग्रहित स्टॉक (फैक्ट्री परिसर के बाहर स्थित)	
खुले स्थान पर रखे स्टॉक का विवरण :	
स्थान (डाक पता पिन कोड के सहित)	**राशि (रु.)**
	विशेष वारंटियां लागू होंगी
च. टैंक फ़ार्म और गैस होल्डर (फैक्ट्री परिसर के बाहर स्थित)	
खुले स्थान पर रखे स्टॉक का विवरण :	
स्थान (डाक पता पिन कोड के सहित)	**राशि (रु.)**
	जोखिम और रेटिंग को उचित रूप से कवर करने वाला

क्या आप स्वैच्छिक कटौतियों के लिए छूट प्राप्त करना चाहते हैं?	हां ☐ नहीं ☐
अगर उत्तर हां है, तो कटौती योग्य राशि का विकल्प निर्दिष्ट करें	

घोषणाकर्ता

परम सद्भाव का सिद्धांत

मैं/हम एतद्द्वारा घोषणा करता हूं कि इस प्रस्ताव प्रपत्र में मेरे द्वारा दिए गए बयान मेरी/हमारी सर्वोत्तम जानकारी और विश्वास में सही है और मैं/हम एतद्द्वारा इस बात पर सहमत हैं कि यह घोषणा मेरे/हमारे और __________________ के बीच अनुबंध का आधार बनेगी|

अगर इस प्रपत्र को प्रस्तुत करने के बाद प्रस्तावित जोखिम में संयोजन या परिवर्तन किए जाते हैं तो उसके बारे में तुरंत बीमा कंपनियों को सूचित किया जाएगा|

दिनांकः

स्थानः प्रस्तावक का हस्ताक्षर और कंपनी की मुहर

एजेंट की सिफारिशेंः

निम्नलिखित बीमा अधिनियम 1938 की धारा 41 की प्रतिलिपि है

रियायतों का निषेध

1. कोई भी व्यक्ति भारत में जीवन या संपत्ति से संबंधित किसी भी प्रकार के जोखिम के संबंध में एक बीमा लेने या नवीनीकृत करने या जारी रखने के लिए एक प्रलोभन के रूप में किसी भी व्यक्ति को प्रत्यक्ष या परोक्ष रूप से, देय कमीशन में पूर्ण या आंशिक रूप से किसी भी रियायत या पॉलिसी पर प्रदर्शित प्रीमियम में कोई भी छूट की अनुमति नहीं देगा या अनुमति देने की पेशकश नहीं करेगा, ना तो एक पॉलिसी लेने या नवीनीकृत करने या जारी रखने वाला कोई व्यक्ति कोई रियायत स्वीकार करेगा सिवाय उन रियायतों के जिनकी अनुमति बीमा कंपनी की प्रकाशित विवरणिका या तालिकाओं के अनुरूप दी जा सकती है;

2. इस धारा के प्रावधानों के अनुपालन में चूक करने वाला कोई भी व्यक्ति जुर्माने के साथ दंड का भागी होगा जिसे पांच सौ रुपए तक बढ़ाया जा सकता है।

अध्याय 13

प्रीमियम मूल्यांकन का सिद्धांत और अभ्यास

अध्याय परिचय

इस अध्याय में आप बीमालेखन और दर निर्धारण की मूल बातों को जानेंगे। आप जोखिम मूल्यांकन की प्रक्रिया में खतरों से निपटने के विभिन्न तरीकों के बारे में जानेंगे। आप विभिन्न प्रकार की बीमा पॉलिसियों के लिए "बीमा राशि" तय करने की विधि को भी जानेंगे।

अध्ययन के परिणाम

क.	बीमालेखन की मूल बातें
ख.	दर निर्धारण की मूल बातें
ग.	मूल्यांकन के कारक
घ.	बीमा राशि

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

1. बीमालेखन की बुनियादी बातों को परिभाषित करना
2. दर निर्धारण की मूल बातों को समझाना
3. विभिन्न पॉलिसियों के तहत 'बीमा राशि' निर्धारित करना

क. बीमालेखन की मूल बातें

पिछले अध्यायों में हमने देखा है कि बीमा की अवधारणा में पूलिंग के माध्यम से जोखिम का प्रबंधन करना शामिल है। बीमा कंपनियां प्रीमियमों को मिलाकर एक पूल बनाती है जिसे कई व्यक्तियों / व्यावसायिक / औद्योगिक कंपनियों / संगठनों द्वारा तैयार किया जाता है।

प्रत्येक व्यक्ति द्वारा भुगतान किए जाने वाले प्रीमियम की राशि एक दर पर निर्भर करती है जिसे दो कारकों द्वारा निर्धारित किया जाता है।

- ✓ एक नुकसान की घटना के कारण (एक बीमित जोखिम के कारण) नुकसान की संभावना और
- ✓ नुकसान की अनुमानित राशि जो नुकसान की घटना के कारण उत्पन्न हो सकती है

उदाहरण

मान लीजिए कि एक आग लगाने के परिणाम स्वरूप हानि की औसत राशि 100000 रुपए थी [जिसे हम L के रूप में निरूपित करते हैं]

हानि की औसत या मध्यम संभावना [पी द्वारा निरूपित] 100 में 1 [या 0.01] थी।

तब मध्यम या औसत अनुमानित हानि इस प्रकार निकाली जाएगी: L x P = 0.01 x 100000 = 1000

बीमाकर्ता यह कैसे सुनिश्चित कर सकता है कि पूल वास्तव में हुयी हानि नुकसानों की क्षतिपूर्ति के लिए पर्याप्त है?

जैसा कि हम पहले देख चुके हैं, बीमा की पूरी कार्यप्रणाली में एक बड़ी संख्या में सांख्यिकीय रूप से समान जोखिमों की पूलिंग करना शामिल है जिससे कि बड़ी संख्याओं का नियम काम करे और हानि की संख्या (आवृत्ति) और हानि की सीमा (गंभीरता) की संभावना का पूर्वानुमान तरना संभव हो सके।

समस्या यह है कि सभी जोखिम एक जैसे नहीं होते हैं। बिलकुल एक जैसे [या **'एक समान'] जोखिमों का एक पूल काफी छोटा हो सकता है।**

उदाहरण के लिए, कितने घरों को आप बिल्कुल समान और बिलकुल एक जैसे बाहरी वातावरण में स्थित पाएंगे? ज्यादा नहीं।

जैसे-जैसे पूल का आकार बढ़ता है, इसमें उन असमान जोखिमों के शामिल होने की संभावना बढ़ जाती है, जो एक समान या एक जैसे खतरों के दायरे में आते हैं। यहां बीमा कंपनी को एक दुविधा का सामना करना पड़ता है।

एक ऐसा पूल कैसे बनाया जाए जो इतना बड़ा हो कि जोखिम का पुर्वानुमान अधिक लगाने के साथ-साथ यह भी सुनिश्चित किया जा सके कि पूल पर्याप्त रूप से समरूप है और इसमें एक समान जोखिम मौजूद हैं?

बीमा कंपनियों को इस समस्या का एक समाधान मिल गया है।

वे एक ऐसा पूल बनाती हैं जो काफी बड़ा होता है, साथ ही इसके भीतर उप-पूल भी बनाए जाते हैं और अलग-अलग जोखिमों को एक या अन्य उप-पूल में रखा जाता है। उप-पूल मौजूद जोखिम की डिग्री के आधार पर जोखिमों को विभिन्न श्रेणियों में विभाजित करके बनाया जाता है।

उदाहरण

संपत्ति बीमा के क्षेत्र में एक लकड़ी के ढांचे में आग लगने की संभावना पत्थर की संरचनाओं की तुलना में बहुत अधिक होती है; इसलिए लकड़ी के ढांचे का बीमा करने के लिए एक उच्च प्रीमियम की आवश्यकता होती है।

यही अवधारणा स्वास्थ्य बीमा पर भी लागू होती है। उच्च रक्तचाप या मधुमेह से पीड़ित किसी व्यक्ति को दिल का दौरा पड़ने की अधिक संभावना रहती है।

किसी बीमारी के उपचार की उच्च चिकित्सा लागतों के जोखिम पर विचार करें। एक अच्छे स्वास्थ्य वाले व्यक्ति की तुलना में उच्च रक्तचाप और मधुमेह से पीड़ित व्यक्ति के लिए जोखिम अलग होगा।

जोखिमों को वर्गीकृत करना और उनकी श्रेणी तय करना दर निर्धारण के लिए महत्वपूर्ण है।

1. बीमालेखन की मूल बातें

परिभाषा

बीमालेखन यह निर्धारित करने की प्रक्रिया है कि क्या बीमा के लिए प्रस्तावित जोखिम स्वीकार्य है, और यदि हां तो किन दरों, नियमों और शर्तों पर बीमा आवरण को स्वीकार किया जाएगा।

एक तकनीकी अर्थ में बीमालेखन में निम्नलिखित कदम शामिल हैं:

i. हानि की आवृत्ति और गंभीरता के संदर्भ में खतरे और जोखिम का आकलन और मूल्यांकन
ii. पॉलिसी कवरेज और नियम एवं शर्तों का निरूपण
iii. प्रीमियम की दरें निर्धारित करना

बीमालेखक सबसे पहले यह निर्णय लेता है कि क्या जोखिम को स्वीकार किया जाए या नहीं।

अगला कदम **दरों, नियमों और शर्तों** का निर्धारण करना होगा जिनके तहत जोखिम को स्वीकार किया जाना है।

बीमालेखन योग्यताएं एक निरंतर सीखने की प्रक्रिया के माध्यम से प्राप्त की जाती हैं जिसमें पर्याप्त प्रशिक्षण, फ़ील्ड एक्सपोजर और गहरी अंतर्दृष्टि शामिल है। एक आग्नि बीमा का बीमालेखक बनने के लिए व्यक्ति के पास आग्नि के संभावित कारणों, विभिन्न भौतिक वस्तुओं और संपत्ति पर आग्नि का प्रभाव, एक उद्योग में शामिल प्रक्रिया, इसके भूगोल, जलवायु परिस्थितियों आदि का अच्छा ज्ञान होना आवश्यक है।

इसी प्रकार एक समुद्री बीमा(मरीन) के बीमालेखक को बंदरगाह/सड़क की स्थितियों, पारगमन या भंडारण में कार्गो/माल के सामने आने वाली समस्याओं, जहाजों और उनकी समुद्री यात्रा योग्यता आदि के बारे में जानकारी होनी चाहिए।

एक स्वास्थ्य बीमालेखक को बीमाधारक व्यक्ति की जोखिम प्रोफाइल, उम्र, चिकित्सा पहलुओं, फिटनेस के स्तर और पारिवारिक इतिहास को समझने और जोखिम को प्रभावित करने वाले प्रत्येक कारक के प्रभाव को मापने की जरूरत है।

क) बीमालेखन, इक्विटी और व्यावसायिक स्थिरता

बीमा में सावधान बीमालेखन और जोखिम वर्गीकरण की जरूरत इस साधारण तथ्य से उत्पन्न होती है कि **सभी जोखिम बराबर नहीं होते हैं।** इस प्रकार प्रत्येक जोखिम का उचित रूप से आकलन करना और हानि की घटना तथा गंभीरता की संभावना के अनुसार इसका मूल्यांकन किया जाना आवश्यक है।

चूंकि सभी जोखिम बराबर नहीं होते हैं, बीमा किए जाने वाले सभी लोगों को एक समान प्रीमियम का भुगतान करने के लिए कहना न्यायसंगत नहीं होगा। **बीमालेखन का उद्देश्य जोखिमों का वर्गीकरण करना है ताकि उनकी विशेषताओं और उत्पन्न होने वाले जोखिम की डिग्री (मात्रा) के आधार पर प्रीमियम की एक उचित दर लगायी जा सके।**

प्रत्येक बीमा कर्ता की अपने मौजूदा पॉलिसीधारकों को यह सुनिश्चित करने की एक जिम्मेदारी है कि वह मौजूदा पॉलिसियों के सभी अनुबंधात्मक दायित्वों को पूरा करने में सक्षम है। अगर बीमा कंपनी ऐसे जोखिमों पर पॉलिसियां जारी करती है जो बीमा योग्य नहीं हैं या जोखिम को कवर करने के लिए आवश्यक राशि की तुलना में बहुत कम प्रीमियम वसूल करती है तो इसका परिणाम अपने संविदात्मक दायित्वों को पूरा करने के लिए बीमा कंपनी की क्षमता को खतरे में डालना होगा।

दूसरी ओर, एक ऐसी बीमा कंपनी जो उन जोखिमों के लिए बहुत अधिक प्रीमियम वसूल करना चाहती है जो इस तरह की उच्च दरों न्यायसंगत नहीं बनाती है, अपने व्यवसाय को गैर-प्रतिस्पर्धी और अस्थायी के रूप में देख सकती है।इसलिए इक्विटी और स्थिरता के हित में बीमालेखन प्रक्रिया का सावधानी पूर्वक पालन करना आवश्यक है।

बीमालेखन की मुख्य विशेषताएं इस प्रकार हैं -

i. विशेषताओं के आधार पर **जोखिम की पहचान करना**
ii. प्रस्तावक द्वारा प्रस्तुत जोखिम का **स्तर निर्धारित करना**
iii. यह सुनिश्चित करना कि बीमा व्यवसाय मजबूत आधार पर संचालित किया जाता है

संक्षेप में, बीमालेखन के उद्देश्यों को स्वीकार्यता, प्रीमियम की पर्याप्तता और अन्य शर्तों का स्तर तय करके हासिल किया जाता है।

स्व-परीक्षण 1

बीमा दर निर्धारण को प्रभावित करने वाले दो कारकों की पहचान करें।

I. जोखिम की संभावना और गंभीरता
II. जोखिम की प्रकृति और स्रोत
III. जोखिम का समय और स्रोत
IV. जोखिम की प्रकृति और प्रभाव

ख.   दर निर्धारण की मूल बातें

बीमा, बीमा कर्ता को जोखिम के हस्तांतरण पर आधारित है। एक बीमा पॉलिसी खरीद कर बीमाधारक उस आपदा से उत्पन्न होने वाले वित्तीय नुकसान के प्रभाव को कम करने में सक्षम होता है जिसके विरुद्ध संपत्ति का बीमा किया जाता है।

उदाहरण

अगर कोई व्यक्ति कार चलाता है तो यहां एक जोखिम है कि यह एक दुर्घटना में क्षतिग्रस्त हो सकती है। अगर मालिक के पास मोटर बीमा है तो कार क्षतिग्रस्त होने की स्थिति में बीमा कंपनी इसकी मरम्मत के लिए भुगतान करेगी।

कंपनी को मुनाफे के एक मार्जिन सहित भविष्य के बीमा दावों और खर्चों की लागत को कवर करने के लिए एक मूल्य की गणना की प्रक्रिया अपनाने की जरूरत होती है। इसे **दर निर्धारण (रेट मेकिंग)** के रूप में जाना जाता है।

दर बीमा की एक निर्दिष्ट इकाई का मूल्य है।

उदाहरण के लिए, भूकंप कवरेज के लिए एक दर 1.00 रुपए प्रति हजार के रूप में व्यक्त किया जा सकता है

हानि की संभावना और इसके संभावित आकार के हिसाब से दरों में बदलाव होता है। प्रत्येक दर वर्तमान माहौल में पिछले रुझानों और परिवर्तनों को देखने के बाद तय की जाती है, जो भविष्य के संभावित हानियों को प्रभावित कर सकती हैं।

उदाहरण

भूकंप बीमा के ऊपर के उदाहरण पर विचार करें, एक कंक्रीट की संरचना की तुलना में एक ईंट के मकान के लिए, जो क्षति के लिए अधिक संवेदनशील है, प्रीमियम एक दोष रेखा के निकट उच्च दरों पर वसूल किया जाएगा।

स्वास्थ्य बीमा का एक उदाहरण लेते हुए, संख्यात्मक या प्रतिशत मूल्यांकन जोखिम के प्रत्येक घटक पर किया जाता है। उम्र, जाति, व्यवसाय, आदत आदि जैसे कारकों की जांच की जाती है और पूर्व-निर्धारित मानदंडों के आधार पर संख्यात्मक रूप से अंक दिए जाते हैं।

ध्यान दें कि दरें प्रीमियम के समान नहीं हैं।

प्रीमियम = (बीमा राशि) x (दर)

1.   दरनिर्धारित (रेटिंग) का उद्देश्य

दर निर्धारण (रेट मेकिंग) का मूल उद्देश्य यह सुनिश्चित करना है कि बीमा का मूल्य बीमा कंपनी और बीमा धारक दोनों की दृष्टि में पर्याप्त और उचित होना चाहिए।

बीमा कर्ता के दृष्टिकोण से इसका मतलब है कि समग्र दरें दावों, खर्चों और कर के भुगतान की व्यवस्था करने के लिए पर्याप्त होनी चाहिए और संकटों तथा मुनाफे के लिए पर्याप्त मार्जिन भी छोड़े।

बीमाधारक की दृष्टि से उचित दर का अर्थ है कि व्यक्ति को खर्चों, संकटों और मुनाफों के लिए एक उचित शुल्क के साथ-साथ शामिल खतरों को आवरित करने के लिए एक पर्याप्त राशि से अधिक का भुगतान करने की आवश्यकता नहीं है।

आग्नि बीमा प्रीमियम दरों को उचित माना जा सकता है यदि वे सभी प्रमुख कारकों पर ध्यान देते हैं, जो जोखिम को प्रभावित करते हैं लेकिन मामूली कारकों को अनदेखा कर देते हैं, जो समग्र रूप में अनुमानित दर में केवल एक छोटे से अंतर का कारण बन सकते हैं।

2. प्रीमियम की दर निर्धारित करना

प्रीमियम की शुद्ध दर पिछली हाति के अनुभव के आधार पर निर्धारित की जाती है। अतः, पिछली हानियों के बारे में सांख्यिकीय आंकड़े दरों की गणना के प्रयोजनों के लिए सबसे आवश्यक हैं।

दरें तय करने के लिए जोखिमों को एक 'गणितीय मूल्य' देना आवश्यक है।

उदाहरण

अगर 10 वर्ष की अवधि के लिए मोटर साइकिलों की एक बड़ी संख्या में हानि का अनुभव एकत्र किया जाता है, तो हमें वाहनों को हुई क्षति के परिणाम स्वरूप उत्पन्न हानि का कुल योग मिल जाएगा। मोटर साइकिलों के कुल मूल्य के प्रतिशत के रूप में नुकसान की इस राशि को व्यक्त करके हम जोखिम का 'गणितीय मूल्य' तय कर सकते हैं। यह नीचे दिए गए सूत्र में व्यक्त किया जा सकता है:

$$M = \frac{L}{V} \times 100$$

L नुकसानों के कुल योग को दर्शाता है और V सभी मोटर साइकिलों के कुल मूल्यों को दर्शाता है।

हम मान लेते हैं कि:

- ✓ एक मोटर साइकिल का मूल्य 50,000/- रु. है
- ✓ हानि का अनुभव: 10 वर्षों में 1000 मोटर साइकिलों में से 50 मोटर साइकिल चोरी हो जाती हैं
- ✓ औसतन पांच मोटर साइकिलें हर वर्ष चोरी के कारण कुल हीनि बन जाती हैं

सूत्र लागू करने पर परिणाम इस प्रकार होगा:

हानि (50,000 रुपए x 5) = 2,50,000 रु.

मूल्य (50,000 x 1000 रुपए) = 5,00,00,000 रु.

इसका मतलब है (L / V) x 100 = [2,50,000 / 5,00,00,000] x 100 = 0.5%

अतः प्रीमियम की दर जो एक मोटर साइकिल मालिक भुगतान करता है, 50,000/- रुपए का आधा प्रतिशत यानी 250/- रु. प्रति वर्ष है।इसे 'शुद्ध' प्रीमियम कहा जाता है।

250 रुपए प्रति मोटर साइकिल की दर से 2.5 लाख रुपए एकत्र किए जाते हैं जिसे 5 वाहनों के कुल नुकसानों पर दावों में भुगतान किया जाता है।

यदि उक्तानुसार शुद्ध प्रीमियम एकत्र किया जाता है तो इससे एक कोष बनेगा जो केवल हानि के भुगतान के लिए पर्याप्त होगा।

उक्त के उदाहरण में हम देख सकते हैं कि यहां कोई अधिशेष नहीं है। लेकिन बीमा गतिविधियों में व्यवस्थापन की लागतें (प्रबंधन खर्च) और व्यवसाय प्राप्त करने की लागतें (एजेंसी कमीशन) भी शामिल हैं।यह अप्रत्याशित भारी हानि के मामले में एक मार्जिन प्रदान करने के लिए भी आवश्यक है।

अंतः में, चूंकि बीमा का लेनदेन किसी भी अन्य व्यवसाय की तरह एक व्यावसायिक आधार पर होता है, मुनाफे के मार्जिन के लिए व्यवस्था करना आवश्यक है जो व्यवसाय में निवेशित पूंजी पर मिलने वाला लाभ है।

आतः खर्च, संचय और मुनाफों की व्यवस्था करने के लिए प्रतिशतों को जोड़कर 'शुद्ध प्रीमियम' उचित रूप से लगाया या बढ़ाया जाता है।

प्रीमियम की अंतिम दर में निम्नलिखित घटक शामिल होंगेः

- ✓ हानि का भुगतान
- ✓ हानि खर्च (जैसे सर्वेक्षण फीस)
- ✓ एजेंसी कमीशन
- ✓ प्रबंधन खर्च
- ✓ अप्रत्याशित भारी हानियों के लिए संचय का मार्जिन जैसे, 5 मानी गई हानियों के विरुद्ध 7 कुल हानियां
- ✓ मुनाफे के लिए मार्जिन

अनुभव की अवधि का सावधानी से चयन करना आवश्यक है। सबसे नवीनतम हानि के अनुभव की अवधि का प्रयोग किया जाना चाहिए। चयनित अवधि में पर्याप्त हानि अनुभव के आंकड़े शामिल होने चाहिए ताकि परिणाम का आवश्यक सांख्यिकीय महत्व या विश्वसनीयता हो। अंततः में, जहां व्यवसाय महासंकटपूर्ण हानियों के अधीन होता है, अनुभव की अवधि को औसत महासंकटपूर्ण घटना का प्रतिनिधित्व करना चाहिए।

सभी प्रासंगिक दर निर्धारण कारकों को ध्यान में लेकर यह सुनिश्चित किया जा सकता है कि समान प्रकार और गुणवत्ता वाले जोखिमों के बीच दरें अपर्याप्त, अत्यधिक या अनुचित रूप से भेदभावपूर्ण नहीं हैं

स्व-परीक्षण 2

शुद्ध प्रीमियम क्या है?

I. केवल हानियों के भुगतान के लिए पर्याप्त रूप से बड़ा प्रीमियम

II. समाज के वंचित सदस्यों के लिए लागू प्रीमियम

III. प्रशासनिक लागतों पर भार लगाने के बाद प्रीमियम

IV. सबसे नवीनतम हानि अनुभव की अवधि से व्युत्पन्न प्रीमियम

ग. दर निर्धारण के कारक

दरों को जोड़ने और दर निर्धारण की योजना बनाने में उपयोग किए जाने वाले प्रासंगिक तत्वों को **दर निर्धारण** कारक कहा जाता है। बीमा कर्ता जोखिम का निर्धारण करने और वसूल किया जाने वाले मूल्य को तय करने के लिए 'दर निर्धारण कारकों' का उपयोग करती हैं।

- ✓ बीमा कर्ता सबसे पहले एक आधार दर स्थापित करने के लिए अपने आकलन का उपयोग करती है
- ✓ फिर बीमा कर्ता इस दर को सकारात्मक विशेषताओं जैसे संपत्ति जोखिम के लिए उच्चतम आग सुरक्षा के लिए लागू छूट के साथ और प्रतिकूल विशेषताओं जैसे मोटर जोखिमों पर कमजोर विश्वास का रिकॉर्ड रखने वाले चालक के लिए लागू अधिभार के साथ समायोजित करती हैं

महत्वपूर्ण

बीमालेखन के लिए सूचना के स्रोत

किसी भी संख्यात्मक (या सांख्यिकीय) विश्लेषण में पहला चरण आंकड़ों के संग्रहण का होता है।जोखिम का मूल्य निर्धारण करते समय एक बीमालेखक को सही आकलन करने हेतुमें सहायता लिए अधिक से अधिक संभव जानकारी इकट्ठा करना चाहिए।

जानकारी के स्रोत हैं :

i. **प्रस्ताव प्रपत्र या बीमालेखन प्रस्तुति**

ii. **जोखिम सर्वेक्षण**

iii. **पिछले दावों के अनुभव के आंकड़े :** व्यक्तिगत और मोटर लाइन जैसे व्यवसाय के कुछ वर्गों के लिए बीमालेखक अक्सर भविष्य में संभावित दावों के अनुभव को एक संकेत देने के लिए और उचितप्रीमियम पर पहुंचने के लिए पिछले दावों के अनुभव के आंकड़ों का उपयोग करते हैं।

सटीक व्याख्या और दावों के अनुभव का प्रभावी उपयोग मूल्य निर्धारण की प्रक्रिया के लिए महत्वपूर्ण है। महासंकटपूर्ण हानि अप्रत्याशित और कभी-कभार घटित होने वाली प्रकृति की होती हैं इसलिए गणना के एक आधार के रूप में सांख्यिकीय जानकारी हमेशा उपलब्ध और सार्थक नहीं होती है। (आधुनिक कंप्यूटरों के आगमन के साथ प्राकृतिक संकटपूर्ण घटनाओं के संभावित प्रभाव को मापने के लिए आजकल विभिन्न बनावटी मॉडलों का उपयोग किया जाता है।)

1. खतरा

बीमा की भाषा में खतरा शब्द उन स्थितियों या सुविधाओं या विशेषताओं को दर्शाता है जो एक निर्दिष्ट आपदा से उत्पन्न होने वाले नुकसान की संभावना बनाते या बढ़ाते हैं। विभिन्न खतरों का एक संपूर्ण ज्ञान जिनके दायरे में संपत्ति और व्यक्ति आते हैं, बीमालेखन के लिए अत्यावश्यक है।

खतरों को भौतिक और नैतिक के रूप में वर्गीकृत किया जा सकता है। भौतिक खतरा बीमा की विषय-वस्तु की महत्वपूर्ण सुविधाओं से उत्पन्न होने वाले जोखिम को दर्शाता है जबकि नैतिक खतरा मानवीय कमजोरी (जैसे

बेईमानी, लापरवाही आदि) से या सामान्य आर्थिक एवं सामाजिक स्थितियों से उत्पन्न हो सकता है। प्रचालन स्तर पर, दर निर्धारण प्रक्रिया में भौतिक और नैतिक खतरों का आकलन करना शामिल है।

2. भौतिक खतरे

भौतिक खतरे का पता प्रस्ताव प्रपत्र में दी गई जानकारी से लगाया जा सकता है।इसे जोखिम के सर्वेक्षण या निरीक्षण से बेहतर जाना जा सकता है। बीमा के विभिन्न वर्गों में भौतिक खतरे के कुछ उदाहरण निम्नलिखित हैं।

क) आग

i. निर्माण

निर्माण दीवारों और छत में इस्तेमाल की गयी निर्माण सामग्री को दर्शाता है।एक कंक्रीट का भवन एक लकड़ी के भवन से बेहतर है।

ii. ऊंचाई

आग बुझाने की कठिनाइयों के कारण मंजिलों की संख्या जितनी अधिक होगी, खतरा उतना अधिक होगा।इसके अलावा, मंजिलों की एक बड़ी संख्या में ऊपरी मंजिलों के पतन का जोखिम शामिल है जो भारी प्रभाव डालने वाली क्षति का कारण बनता है।

iii. फर्श की प्रकृति

लकड़ी के फर्श आग में घी का काम करते हैं। इसके अलावा, लकड़ी के फर्श आग लगने पर आसानी से गिर जाते हैं जिसके कारण ऊपरी मंजिलों से मशीनरी या सामान के गिरने से निचली मंजिलों पर संपत्ति का नुकसान हो सकता है।

iv. दखलदारी

किसी भवन की दखलदारी और प्रयोजन जिसके लिए इसका प्रयोग किया जाता है।दखलदारी से विभिन्न प्रकार के खतरे उत्पन्न होते हैं।

v. प्रज्ज्वलन का खतरा

ऐसे भवन जिनमें बड़ी मात्रा में रसायनों का उत्पादन या उपयोग किया जाता है, वहां प्रज्ज्वलन का बड़ा खतरा शामिल होता है।एक लकड़ी का यार्ड उच्च ज्वलनशील खतरा प्रस्तुत करता है क्योंकि एक बार आग शुरू होने पर लकड़ी तेजी से जलने लगती है। ये सामग्रियां आग लगने की घटना में क्षति के लिए अत्यधिक अतिसंवेदनशील हो सकती हैं।

उदाहरण के लिए, कागज, कपड़े आदि न केवल आग से बल्कि पानी, गर्मी आदि से क्षति के प्रति भी अतिसंवेदनशील होते हैं।

vi. निर्माण की प्रक्रिया

अगर काम रात के दौरान किया जाता है तो कृत्रिम रोशनी के उपयोग, मशीनरी के निरंतर उपयोग जो घर्षण का कारण बनता है, और थकान की वजह से श्रमिकों की संभावित लापरवाही के कारण खतरा बढ़ जाता है।

vii. **स्थान**

भीड़भाड़ वाले क्षेत्र, खतरनाक आसन्न परिसर का जोखिम और फायर ब्रिगेड से दूरी वाला स्थान भौतिक खतरे का एक उदाहरण है।

ख) मरीन

i. **पोत की उम्र और हालत**

पुराने पोत निम्न जोखिम होते हैं।

ii. **प्रस्तावित समुद्री यात्रा**

समुद्री यात्रा का मार्ग, लदान और उतराई की स्थितियां और बंदरगाहों पर भंडारण सुविधाएं इसके कारक हैं।

iii. **स्टॉक्स की प्रकृति**

उच्च मूल्य की वस्तुएं चोरी के जोखिम के दायरे में आती हैं; मशीनरी के पारगमन में टूट जाने की संभावना रहती है।

iv. **पैकिंग की विधि**

गट्ठरों में पैक किए गए माल को बैग में रखे माल की तुलना में बेहतर माना जाता है। फिर, दोहरे बैग एकल बैग से सुरक्षित होते हैं।

पहले से उपयोग किए गए ड्रमों में तरल कार्गो खराब भौतिक खतरा बनते हैं।

ग) मोटर

i. **वाहन की उम्र और हालत**

पुराने वाहन दुर्घटनाओं के लिए संवेदनशील होते हैं।

ii. **वाहन का प्रकार**

स्पोर्ट्स कारों में काफी भौतिक खतरे आदि शामिल होते हैं।

घ) चोरी

i. **स्टॉक्स की प्रकृति**

छोटे समूह में उच्च मूल्य की वस्तुएं (जैसे आभूषण) और आसानी से प्रयोज्य चीजों को बुरा जोखिम माना जाता है।

ii. **स्थिति**

भूतल के जोखिम ऊपरी मंजिल के जोखिमों से निम्नतर होते हैं: सुनसान क्षेत्रों में स्थित निजी आवास खतरनाक होते हैं।

iii. निर्माण संबंधी खतरा

बहुत सारे दरवाजे और खिड़कियां बुरा भौतिक खतरा बनती हैं।

ङ) व्यक्तिगत दुर्घटना

i. व्यक्ति की उम्र

बहुत वृद्ध व्यक्ति दुर्घटना के लिए संवेदनशील होते हैं; इसके अलावा दुर्घटना की स्थिति में उनको स्वस्थ होने में लंबा समय लगे।

ii. दखलदारी की प्रकृति

जॉकी, खनन इंजीनियर, हाथ का काम करने वाले कर्मी बुरे भौतिक खतरे के उदाहरण हैं।

iii. स्वास्थ्य और शारीरिक स्थिति

एक मधुमेह से पीड़ित व्यक्ति आकस्मिक शारीरिक चोट की स्थिति में शल्य चिकित्सा उपचार का प्रतिसाद नहीं दे सकता है।

च) स्वास्थ्य बीमा

i. व्यक्ति की उम्र

कम आयु वर्ग के व्यक्ति अक्सर जल्दी – जल्दी बीमार पड़ने के लिए कम संवेदनशील होते हैं।

ii. **व्यक्ति की स्वास्थ्य स्थिति** यानी कि क्या वह इस समय किसी बीमारी से पीड़ित है

iii. शराब या तंबाकू का सेवन

iv. पेशे की प्रकृति

उन कारखानों में काम करना जहां धुंए या धूल का अत्यधिक जोखिम होता है

3. दर निर्धारण में भौतिक खतरों से निपटना

बीमालेखक भौतिक खतरों से निपटने के लिए निम्न विधियों का उपयोग करते हैं:

- ✓ प्रीमियम का भार बढ़ाना
- ✓ पॉलिसी पर वारंटियां लागू करना
- ✓ कुछ खंड लागू करना
- ✓ आधिक्य / कटौतियां लगाना
- ✓ प्रदान किए गए आवरण को सीमित करना
- ✓ आवरण को अस्वीकार करना

क) प्रीमियम का भार बढ़ाना

एक जोखिम प्रकट होने में कुछ प्रतिकूल विशेषताएं हो सकती हैं जिनके लिए बीमा लेखक उन्हें स्वीकृति से पहले अतिरिक्त प्रीमियम लगाने का फैसला कर सकते हैं।

प्रीमियम का भार बढ़ाकर दावों की उच्च संभावना या बड़े दावों की घटना को ध्यान में रखा जाता है।

उदाहरण

i. लाइनरों या अन्य वाहनों द्वारा भेजे जाने वाले माल के लिए प्रीमियम की सामान्य दर वसूल की जाती है जो निर्धारित मानकों का पालन करते हैं। हालांकि, यदि एक अधिक उम्र या कम टन भार वाला पोत माल को ले जाता है तो अतिरिक्त प्रीमियम वसूल किया जाता है।

ii. व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा में यदि बीमाधारक पर्वतारोहण, पहियों पर रेसिंग, शिकार के बड़े खेलों आदि जैसे खतरनाक कार्यो में शामिल है तो अतिरिक्त प्रीमियम वसूल किया जाता है।

iii. स्वास्थ्य बीमा में यदि बीमालेखन के समय प्रतिकूल सुविधाएं मौजूद हैं तो यह भी प्रीमियम का भार बढ़ाए जाने का कारण बन सकता है।

कभी-कभी मोटर बीमा या स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के मामले की तरह प्रतिकूल दावों के अनुपात के लिए भी प्रीमियम का भार बढ़ाया जाता है।

आईआरडीए के नए विनियमन के अनुसार व्यक्तिगत दावा आधारित अधिभार लागू नहीं किया जा सकता है। अधिभार केवल वस्तुपरक मानदंडों के आधार पर समग्र पोर्टफोलियो के लिए लागू किया जा सकता है।

ख) वारंटियों का अधिरोपण

बीमा कर्ता भौतिक खतरे को कम करने के लिए उपयुक्त वारंटियां शामिल करती हैं। इसके कुछ उदाहरण नीचे दिए गए हैं।

उदाहरण

i. मरीन कार्गो

इस प्रभाव के लिए वारंटी सम्मिलित की जाती है कि सामान (जैसे चाय) टिन लाइनों वाले डिब्बों में पैक किए जाते हैं।

ii. चोरी

यह वारंटी दी जाती है कि संपत्ति की सुरक्षा चौबीस घंटों के लिए एक चौकीदार द्वारा की जाती है।

iii. आग

आग्नि बीमा में, यह वारंटी दी जाती है कि परिसर को सामान्य काम के घंटों के बाद इस्तेमाल नहीं किया जाएगा।

iv. मोटर

यह वारंटी दी जाती है कि वाहन को गति परीक्षण या रेसिंग के लिए इस्तेमाल नहीं किया जाएगा।

ग) कुछ खंड़ों का प्रयोग दावा/हानि की मात्राओं को कम करेंगे

उदाहरण

मरीन कार्गो : पुर्जों में छोटी सी क्षति के कारण महंगी मशीनरी एक रचनात्मक कुल नुकसान बन सकती है।ऐसी मशीनरी प्रतिस्थापन खंडके अधीन होती है जो बीमालेखक की देयता को केवल किसी टूटे हुए पुर्जे के प्रतिस्थापन, अग्रेषण और पुनः फिटिंग की लागत तक सीमित करती है।

कास्ट पाइप, हार्ड बोर्ड कभी-कभी किनारों में ही क्षतिग्रस्त हो जाते हैं। कास्ट पाइप, हार्डबोर्ड आदि पर मरीन पॉलिसियां के काटने के खंड के अधीन होती हैं जो यह वारंटी देती है कि क्षतिग्रस्त हिस्से को काट दिया जाना चाहिए और शेष हिस्से का उपयोग किया जाना चाहिए।

कई बार अंतर्देशीय पारगमन के लिए मरीन बीमा की मांग विदेश से आयातित सामानों पर की जाती है। बहुत संभव है कि इस तरह के सामान की हानि या क्षति पहली समुद्र यात्रा के दौरान हुई हो लेकिन बाहरी जांच से यह स्पष्ट नहीं हुआ हो सकता है।

इस तरह के जोखिम बंदरगाह में उतरने पर सामान के निरीक्षण के अधीन स्वीकार किए जाते हैं। पॉलिसी स्वीकृति से पहले सर्वेक्षण के अधीन होती है।

घ) आधिक्य / कटौतियों का अधिरोपण

जब हानि की राशि उल्लिखित कटौती/आधिक्य से अधिक हो जाती है तो शेष राशि का भुगतान 'आधिक्य' खंड के तहत किया जाता है। सीमा से कम की हानि देय नहीं होता है।

इन खंडों का उद्देश्य छोटे दावों को खत्म करना है। चूंकि बीमाधारक से हानि के हिस्से का भुगतान कराया जाता है, उसे अधिक सावधानी बरतने और हानि की रोकथाम के प्रयास करने के लिए प्रोत्साहित किया जाता है।

ङ) आवरण की सीमा

उदाहरण

i. **मोटर :** एक पुराने मोटर वाहन के प्रस्ताव को व्यापक शर्तों पर स्वीकार नहीं किया जाएगा पंरतु बीमा कर्ता एक सीमित आवरण की पेशकश करेंगी यानी केवल तृतीय पक्ष के जोखिमों के विरुद्ध।

ii. **व्यक्तिगत दुर्घटना :** व्यक्तिगत दुर्घटना का प्रस्तावक जो अधिकतम स्वीकृ आयु सीमा पार कर चुका है, उसे व्यापक शर्तों पर यानी विकलांगता लाभ सहित के बजाय केवल मृत्यु के जोखिम के लिए आवरण किया जा सकता है।

iii. **स्वास्थ्य :** कई बार बीमाकर्ता कुछ शल्य प्रक्रियाओं या स्थितियों के लिए आवरण की सीमा तय कर सकता है और आवरण केवल सीमित सीमा तक होगा। जैसे मोतियाबिंद या आंख के लेंस की प्रक्रियाएं।

च) छूट

अनुकूल जोखिम होने पर कम दरें लगायी जाती हैं या सामान्य प्रीमियम में छूट दी जाती है।

आग्नि बीमा में जोखिम के सुधार में योगदान के लिए निम्नलिखित सुविधाओं पर विचार किया जाता है।

i. परिसर के भीतर आग बुझाने वाले यंत्र लगाना

ii. परिसर में बम्बा प्रणाली स्थापित करना

iii. हाथ से उपयोग किए जाने वाले उपकरणों की स्थापना जिनमें बाल्टी, पोर्टेबल अग्निशामक और मैनुअल फायर पंप शामिल हैं

iv. स्वचालित फायर अलार्म की स्थापना

उदाहरण

मोटर बीमा के तहत प्रीमियम में छूट प्रदान की जाती है यदि मोटर साइकिल को हमेशा एक संलग्न साइड-कार के साथ प्रयोग किया जाता है, क्योंकि यह सुविधा वाहन की अधिक स्थिरता के कारण जोखिम के सुधार में योगदान करती है।

मरीन बीमा में बीमा कर्ता "पूर्ण भारित" कंटेनर के लिए प्रीमियम में छूट देने पर विचार कर सकती हैं क्योंकि यह चोरी और कमी की घटनाओं को कम कर देता है।

समूह व्यक्तिगत दुर्घटना आवरण के तहत एक बड़े समूह को आवरित के लिए छूट दी जाएगी जो बीमा कर्ता के प्रशासनिक कार्य और खर्च को कम कर देता है।

छ) कोई दावा नहीं होने पर बोनस (एनसीबी)

प्रत्येक दावा रहित नवीनीकरण वर्ष के लिए निश्चित प्रतिशत बोनस के रूप में दिया जाता है जिसमें प्राप्त किए जाने वाले अधिकतम बोनस की एक सीमा होती है। इसकी अनुमति केवल नवीनीकरण के समय कुल प्रीमियम पर कटौती के माध्यम से दी जाती है जो पूरे समूह के लिए उपगत दावा अनुपात पर निर्भर करता है।

कोई दावा नहीं होने पर बोनस बीमालेखन अनुभव में सुधार के लिए एक शक्तिशाली कारक है और यह दर निर्धारण प्रणाली का एक अभिन्न अंग है। यह बोनस बीमाधारक व्यक्ति में नैतिक जोखिम के कारक की पहचान करता है।यह मोटर बीमा में बेहतर ड्राइविंग कौशल को अपना कर या मेडिक्लेम पॉलिसियों में अपने स्वास्थ्य की बेहतर देखभाल करके दावा दायर नहीं करने के लिए बीमाधारक को पुरस्कृत करता है।

ज) अस्वीकरण

यदि शामिल भौतिक खतरा बहुत खराब है तो जोखिम बीमा के लिए अयोग्य हो जाता है और अस्वीकार कर दिया जाता है। अपने अतीत के हानि के अनुभव, खतरों की जानकारी और समग्र बीमालेखन नीति के आधार पर बीमा कर्ता ने बीमा के प्रत्येक वर्ग में अस्वीकार किए जाने वाले जोखिमों की एक सूची तैयार की है।

4. नैतिक जोखिम

नैतिक जोखिम निम्न तरीकों से उत्पन्न हो सकता है:

क) बेईमानी

बुरे नैतिक जोखिम का चरम उदाहरण दावा प्राप्त करने के लिए जानबूझकर नुकसान करने या उत्पन्न के इरादे के साथ बीमा लेने वाले बीमाधारक से है। यहां तक कि एक ईमानदार बीमाधारक को भी वित्तीय कठिनाइयों में हानि करने का लालच दिया जा सकता है।

ख) लापरवाही

हानि के प्रति उदासीनता लापरवाही का एक उदाहरण है। बीमा की मौजूदगी के कारण बीमाधारक बीमित संपत्ति की ओर एक लापरवाह रवैया अपनाने लगता है।

यदि बीमाधारक संपत्ति का उसी तरह से ध्यान नहीं रखता है जैसा कि एक विवेकपूर्ण और उचित व्यक्ति संपत्ति बीमित नहीं होने की स्थिति में करता है तो नैतिक जोखिम असंतोषजनक है।

ग) औद्योगिक संबंध

नियोक्ता-कर्मचारी संबंध में खराब नैतिक जोखिम का तत्व शामिल हो सकता है।

घ) गलत दावे

दावा उत्पन्न होने पर इस तरह के नैतिक जोखिम होते हैं। एक बीमाधारक ने जानबूझकर नुकसान नहीं किया हो है परन्तुएक बार हानि घटित होने पर वह हर्जाने के रुप में क्षतिपूर्ति के सिद्धांत के खिलाफ अनुचित रूप से क्षतिपूर्ति की उच्च राशि मांगने का प्रयास करेगा।

उदाहरण

इस तरह के नैतिक जोखिम के उदाहरण व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा में उत्पन्न होते हैं जहां दावेदार चोट की प्रकृति के मुताबिक़ जायज की तुलना में बीमा का अधिक लाभ प्राप्त करने के लिए अपनी विकलांगता की अवधि को लंबा खींचने का प्रयास करेगा।

मोटर दावों में इस तरह का जोखिम उस समय उत्पन्न होता है जब बीमाधारक अनुचित रूप से नए पुर्जों के प्रतिस्थापन पर जोर डालता है जबकि नुकसान को संतोषजनक ढंग से मरम्मत करके ठीक किया जा सकता है या कुछ ऐसे मरम्मत या प्रतिस्थापन कराने की कोशिश करता है जो आकस्मिक क्षति से संबंधित नहीं हैं।

नैतिक जोखिम को सह-भुगतान, कटौती, उप-सीमाओं का उपयोग करके और स्वास्थ्य बीमा में कोई दावा नहीं होने पर बोनस की तरह प्रोत्साहन की पेशकश करके कम किया जा सकता है।

सूचना

i. सह-भुगतान

जब कोई बीमित घटना घटित होती है, कई स्वास्थ्य पॉलिसियों में बीमाधारक को बीमित हानि के एक हिस्से को वहन करने की आवश्यक होती है। जैसे यदि बीमित हानि 20000 रुपए की है और पॉलिसी में सह-भुगतान की राशि 10% है तो बीमाधारक व्यक्ति 2000 रुपए का भुगतान करेगा है।

ii. उप-सीमाएं

बीमा कंपनी बढ़ा-चढ़ाकर दिखाए गए बिल की जांच करने के लिए कमरे का खर्चों, शल्य प्रक्रियाओं या चिकित्सक की फीस के संबंध में प्रत्येक के लिए अलग से कुल भुगतान पर एक सीमा तय कर सकती है।

iii. कटौती

इसे आधिक्य भी कहा जाता है, यह एक निर्धारित धनराशि है जिसे दावे के भुगतान करने से पहले बीमाधारक द्वारा बीमाकर्ता को करना आवश्यक होता है, उदाहरण के लिए, यदि किसी पॉलिसी में कटौती योग्य राशि 10000 रुपए है तो बीमाधारक प्रत्येक बीमित हानि के दावे के पहले 10000 रुपए का भुगतान करता है।

जहां बीमाधारक का नैतिक जोखिम संदेहास्पद होता है, एजेंट को इस तरह के प्रस्ताव बीमा कंपनी के पास नहीं लाना चाहिए। इसके अलावा उसे इस तरह के मामलों को बीमा कंपनी के अधिकारियों के सामने लाना चाहिए।

5. छोटी अवधि के पैमाने

आम तौर पर प्रीमियम दरें बारह महीने की अवधि के लिए उद्धृत की जाती हैं। यदि कोई पॉलिसी एक छोटी अवधि के लिए ली जाती है तो प्रीमियम एक विशेष पैमाने के अनुसार लगाया जाता है जिसे छोटी अवधि के पैमाने के रूप में जाना जाता है।

ऐसा देखा जा सकता है कि इस बड़े पैमाने के अनुसार छोटी अवधि के बीमा के लिए लिया जाने वाला प्रीमियम आनुपातिक आधार पर नहीं होता है।

छोटी अवधि के पैमानों की आवश्यकता

क) इस तरह की दरें इसलिए लागू की जाती हैं क्योंकि पॉलिसी जारी करने में शामिल खर्च चाहे वह 12 महीने की अवधि के लिए हो या एक छोटी अवधि के लिए, लगभग एक समान रहते हैं।

ख) इसके अलावा, एक वार्षिक पॉलिसी के लिए एक वर्ष के दौरान केवल एक बार नवीनीकरण प्रक्रिया की आवश्यकता होती है जबकि छोटी अवधि के बीमा में बार-बार नवीनी करण करना शामिल है। यदि आनुपातिक प्रीमियम की अनुमति दी जाती है तो बीमा धारक की ओर से छोटी अवधि की पॉलिसियों का विकल्प लेने की प्रवृत्ति होगी और इससे प्रभावी रूप में किस्तों में प्रीमियमों का भुगतान किया जा सकता है।

ग) इसके अलावा, कुछ बीमा स्वभाव में मौसमी प्रकृति के होते हैं और इस दौरान जोखिम अधिक होता है। कभी-कभी जब जोखिम सब से अधिक होता है और इससे बीमा कर्ता के विरुद्ध चयन होता है। तब बीमा लिया जाता है बीमा कर्ता के विरुद्ध इस तरह के चयन को रोकने के लिए छोटी अवधि के पैमाने को विकसित किया गया है। ये उस समय भी लागू होते हैं जब बीमाधारक द्वारा वार्षिक बीमा को रद्द कर दिया जाता है।

6. न्यूनतम प्रीमियम

प्रत्येक पॉलिसी के तहत न्यूनतम प्रीमियम वसूल करना प्रक्रियागत है ताकि पॉलिसी जारी करने के प्रशासनिक व्यय को आवरित किया जा सके।

स्व-परीक्षण 3

जब किसी नैतिक जोखिम का पता लगता है, एजेंट से क्या अपेक्षा की जाती है?

I. पहले की तरह बीमा जारी रखना

II. इसके बारे में बीमा कंपनी को सूचित करना

III. दावों में हिस्सा मांगना

IV. आंखें मूंद लेना

घ. बीमा राशि

यह पॉलिसी शर्त के अनुसार एक बीमा कंपनी द्वारा क्षतिपूर्ति की जाने वाली अधिकतम राशि है। बीमाधारक को क्षतिपूर्ति की सीमा चुनने में बहुत सावधान रहना चाहिए क्योंकि यह दावे के समय प्रतिपूर्ति की जाने वाली अधिकतम राशि है।

बीमा राशि हमेशा बीमाधारक द्वारा तय की जाती है और यह पॉलिसी के तहत देयता की सीमा है। यह ऐसी राशि जिस पर पॉलिसी के तहत प्रीमियम पर पहुंचने के लिए दर लागू किया जाता है।

इसे संपत्ति के वास्तविक मूल्य का प्रतिनिधि होना चाहिए। अगर बीमा आवश्यकता से अधिक होता है तो बीमाधारक को कोई लाभ नहीं मिलता है और अल्पबीमा के मामले में दावा आनुपातिक रूप में कम हो जाता है।

1. बीमा राशि तय करना

व्यवसाय के प्रत्येक वर्ग के तहत बीमाधारक को निम्न बातों की सलाह दी जानी चाहिए जिनको बीमा राशि तय करते समय ध्यान में रखा जाना चाहिए।

क) **व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा :** कंपनी द्वारा प्रस्तावित बीमा राशि निश्चित राशि हो सकती है या यह बीमाधारक की आय पर आधारित हो सकता है। कुछ बीमा कंपनियां एक निश्चित अपंगता के लिए बीमाधारक की मासिक आय के 60 गुना या 100 गुना के बराबर लाभ दे सकती हैं। अधिकतम राशि पर एक ऊपरी सीमा या 'कैप' हो सकता है। अलग-अलग कंपनी के मुआवजों (क्षतिपूर्ति) में भिन्नता हो सकती है। समूह व्यक्तिगत दुर्घटना पॉलिसियों में बीमा राशि प्रत्येक बीमित व्यक्ति के लिए अलग अलग से तय की जा सकती है या इसे बीमित को देय भत्तों से जोड़ा जा सकता है।

ख) **स्वास्थ्य बीमा :** बीमा राशि निश्चित सीमा के भीतर उपलब्ध है। यह आयु वर्ग पर भी निर्भर करती है।मान लीजिए कि आयु वर्ग 25-40 वर्ष के लिए, तो बीमा कर्ता 10 लाख रुपए या इससे अधिक की बीमा राशि की पेशकश करती है और 3 महीने से 5 वर्ष के आयु वर्ग के लिए यह राशि 2 लाख या इसके आसपास हो सकती है।

ग) **मोटर बीमा :** मोटर बीमा के मामले में बीमा राशि बीमाधारक का घोषित मूल्य [आईडीवी] है।यह वाहन का मूल्य है जो आईआरडीए के विनियमों में निर्धारित मूल्यह्रास प्रतिशत के साथ वाहन के संबंध में मौजूदा निर्माता के सूचीबद्ध विक्रय मूल्य का समायोजन करके निकाला जाता है। निर्माता के सूचीबद्ध विक्रय मूल्य में पंजीकरण और बीमा को छोड़कर स्थानीय शुल्क / कर शामिल होंगे।

आईडीवी = (निर्माता का सूचीबद्ध विक्रय मूल्य - मूल्यह्रास) + (सहायक उपकरण जो सूचीबद्ध विक्रय मूल्य-मूल्यह्रास में शामिल नहीं हैं) और इसमें पंजीकरण तथा बीमा लागत शामिल नहीं है।

अप्रचलित या 5 वर्ष से अधिक पुराने वाहनों की आईडीवी की गणना बीमा कंपनी और बीमाधारक के बीच आपसी सहमति से की जाती है। मूल्यह्रास के बजाए, पुरानी कारों की आईडीवी सर्वेक्षकों, कार डीलरों आदि के द्वारा किए गए वाहन की हालत के मूल्यांकन से निकाली जाती है।

आईडीवी वह राशि है जो वाहन के चोरी होने या कुल नुकसान का सामना करने के मामले में दी जाने वाली क्षतिपूर्ति की राशि है। कार के बाजार मूल्य के आसपास आईडीवी प्राप्त करने की सिफारिश की जाती है। बीमा कर्ता बीमाधारक के लिए आईडीवी को कम करने के लिए 5% से 10% की एक सीमा देती है।कम आईडीवी का मतलब कम प्रीमियम होगा।

घ) अग्नि बीमा

अग्नि बीमा में बीमा राशि भवनों/संयंत्र और मशीनरी तथा फिक्स्चरों के लिए बाजार मूल्य या पुनर्स्थापन मूल्य के आधार पर तय की जा सकती है। सामग्रियों को उनके बाजार मूल्य के आधार पर आवरित किया जाता है जो सामग्री की लागत घटाव मूल्यह्रास है।

ङ) स्टॉक का बीमा

स्टॉक के मामले में बीमा राशि उनका बाजार मूल्य है। बीमित को उस मूल्य पर प्रतिपूर्ति की जाएगी जिस पर हानि के बाद क्षतिग्रस्त कच्चे माल को बदलने के लिए इन स्टॉक्स को बाजार में खरीदा जा सकता है।

च) मरीन कार्गो बीमा

यह एक सहमत मूल्यांकित पॉलिसी है और बीमा राशि अनुबंध के समय बीमा कर्ता और बीमाधारक व्यक्ति के बीच हुए करार के अनुसार होती है। आम तौर पर इसमें वस्तु के साथ बीमा की लागत + माल ढुलाई यानी सीआईएफ मूल्य का कुल योग शामिल होगा।

छ) मरीन हल बीमा

मरीन हल बीमा में बीमा राशि अनुबंध की शुरुआत में बीमा धारक और बीमा कर्ता के बीच सहमत मूल्य है। यह मूल्य पोत/जहाज के निरीक्षण के बाद एक प्रमाणित मूल्यांकनकर्ता द्वारा निकाला जाएगा।

ज) दायित्व बीमा

देयता पॉलिसियों के मामले में बीमा राशि जोखिम की डिग्री, भौगोलिक विस्तार के आधार पर औद्योगिक इकाइयों का देयता जोखिम है। इसके अतिरिक्त कानूनी लागत और खर्च भी दावा क्षतिपूर्ति का हिस्सा बन सकते हैं। बीमा राशि उपरोक्त मापदंडों के आधार पर बीमित द्वारा तय की जाती है।

स्व-परीक्षण 4

चिकित्सक के लिए एक बीमा योजना बताएं जो अपने खिलाफ लापरवाही के किसी भी दावे से उनकी रक्षा कर सके।

I. व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा

II. दायित्व बीमा

III. मरीन हल बीमा

IV. स्वास्थ्य बीमा

सारांश

क) जोखिम को वर्गीकृत करने और उनकी श्रेणी तय करने की प्रक्रिया दर निर्धारण के लिए महत्वपूर्ण है।

ख) बीमालेखन यह तय करने की प्रक्रिया है कि क्या एक प्रस्तावित जोखिम स्वीकार्य है, और यदि हां तो किन दरों, नियमों और शर्तों पर बीमा आवरण स्वीकार किया जाएगा।

ग) दर बीमा की एक निर्दिष्ट इकाई का मूल्य है।

घ) दर निर्धारण का मूल उद्देश्य यह सुनिश्चित करना है कि बीमा का मूल्य पर्याप्त और उचित है।

ङ) 'शुद्ध प्रीमियम' को खर्चों, संचयों और मुनाफों की व्यवस्था करने के लिए प्रतिशतों को जोड़कर उचित ढंग से लोड किया या बढ़ाया जाता है।

च) बीमा की भाषा में खतरा शब्द का संदर्भ उन स्थितियों या सुविधाओं या विशेषताओं से है जो एक निर्दिष्ट आपदा से उत्पन्न होने वाली हानि की संभावना बनाते या बढ़ाते हैं।

छ) आधिक्य/कटौती खंड लगाने का उद्देश्य छोटे दावों को खत्म करना है।

ज) कोई दावा नहीं होने पर बोनस बीमालेखन अनुभव में सुधार के लिए एक शक्तिशाली मापदंड है और यह दर निर्धारण प्रणाली का एक अभिन्न अंग है।

ठ) बीमा राशि वह अधिकतम राशि है जो पॉलिसी की शर्त के अनुसार एक बीमा कंपनी क्षतिपूर्ति करेगी।

मुख्य शब्द

क) बीमालेखन
ख) दर निर्धारण
ग) भौतिक खतरे
घ) नैतिक खतरे
ङ) क्षतिपूर्ति
च) लाभ
छ) प्रीमियम का अधिभार

ज) वारंटी
झ) कटौतियां
ञ) अधिक्य

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प I है।

जोखिम की संभावना और गंभीरता बीमा के दर निर्धारण को प्रभावित करते हैं।

उत्तर 2

सही विकल्प I है।

शुद्ध प्रीमियम हानि का भुगतान करने के लिए पर्याप्त होता है, हालांकि इसमें प्रशासनिक व्यय या लाभ पर ध्यान नहीं देता है।

उत्तर 3

सही विकल्प 2 है।

बीमा एजेंट को किसी भी नैतिक जोखिम का पता लगने पर बीमा कंपनी को सूचित करना चाहिए।

उत्तर 4

सही विकल्प 2 है।

दायित्व बीमा में लापरवाही के दावों के खिलाफ चिकित्सक का बीमा किया जा सकता है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

____________ तय करता है कि जोखिम को स्वीकार किया जाए या अस्वीकार किया जाए।

I. बीमाधारक

II. बीमालेखक

III. एजेंट

IV. सर्वेक्षक

प्रश्न 2

____________________ बीमा की एक निर्दिष्ट इकाई का मूल्य है।

I. दर

II. प्रीमियम

III. बीमा राशि

IV. बोनस

प्रश्न 3

_______________ वह अधिकतम राशि है जो बीमा कंपनी दावा करने वाले किसी व्यक्ति को क्षतिपूर्ति करेगी।

I. बीमा राशि

II. प्रीमियम

III. आरोहक

IV. लाभ

प्रश्न 4

____________ बीमालेखक के लिए जानकारी का एक स्रोत नहीं है।

I. प्रस्तावक का वार्षिक लेखा

II. संपत्ति का स्वीकृति से पहले जोखिम सर्वेक्षण

III. प्रस्ताव प्रपत्र

IV. बीमा कर्ता का पंजीकरण प्रमाणपत्र

प्रश्न 5

खतरे हैं:

I. हानि का प्रभाव बढ़ाने वाले कारक

II. हानि की आवृत्ति बढ़ाने वाले कारक

III. हानि का प्रभाव और गंभीरता बढ़ाने वाले कारक

IV. हानि का प्रभाव और गंभीरता कम करने वाले कारक

प्रश्न 6

इनमें से कौन सा कथन सही है?

भौतिक खतरे:

I. दर निर्धारण के लिए महत्वपूर्ण नहीं हैं

II. पता नहीं लगाया जा सकता है

III. बैलेंस शीट से गणना की जा सकती है

IV. प्रस्ताव प्रपत्र में दी गई जानकारी से पता लगाया जा सकता है

प्रश्न 7

मोटर बीमा की वारंटियों में से एक है:

I. वाहन को प्रतिदिन धोया जाना चाहिए

II. वाहन को गति परीक्षण के लिए इस्तेमाल नहीं किया जाना चाहिए

III. वाहन को निजी इस्तेमाल के सामान ले जाने के लिए उपयोग नहीं किया जाना चाहिए

IV. वाहन को प्रति दिन 200 किमी से अधिक नहीं चलाया जाना चाहिए

प्रश्न 8

कटौती खंड का प्रयोजन है:

I. दावा भुगतान से बचना

II. छोटे दावों के भुगतान को खत्म करना

III. पॉलिसीधारक को परेशान करना

IV. प्रीमियम बढ़ाना

प्रश्न 9

परिसर में स्प्रिंकलर प्रणाली की स्थापना:

I. जोखिम को बढ़ाता है

II. जोखिम को कम करता है

III. जोखिम को न तो बढ़ाता है और न कम करता है

IV. हूडिंग के जोखिम को बढ़ाता है

प्रश्न 10

मोटर बीमा में बीमित के घोषित मूल्य में शामिल है:

I. पंजीकरण

II. निर्माता का लागत मूल्य

III. निर्माता का विक्रय मूल्य

IV. मनमाने मूल्य का घटक

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प 2 है।

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

उत्तर 2

सही विकल्प 1 है।

दर बीमा की एक निर्दिष्ट इकाई का मूल्य है।

उत्तर 3

सही विकल्प 1 है।

बीमा राशि वह अधिकतम राशि है जो बीमा कंपनी दावा करने वाले किसी व्यक्ति को क्षतिपूर्ति करेगी।

उत्तर 4

सही विकल्प 4 है।

बीमा कर्ता का पंजीकरण प्रमाणपत्र बीमालेखक के लिए जानकारी का एक स्रोत नहीं है।

उत्तर 5

सही विकल्प 3 है।

खतरे हानि के प्रभाव और गंभीरता को बढ़ाने वाले कारक हैं।

उत्तर 6

सही विकल्प 4 है।

भौतिक खतरों का पता प्रस्ताव प्रपत्र में दी गई जानकारी से लगाया जा सकता है।

उत्तर 7

सही विकल्प 2 है।

मोटर बीमा की वारंटियों में से एक यह है कि वाहन को गति परीक्षण के लिए इस्तेमाल नहीं किया जाना चाहिए।

उत्तर 8

सही विकल्प 2 है।

कटौती क्लॉज का प्रयोजन छोटे दावों को खत्म करना है।

उत्तर 9

सही विकल्प 2 है।

परिसर में स्प्रिंकलर प्रणाली स्थापित करने से आग का जोखिम कम हो जाता है।

उत्तर 10

सही विकल्प 3 है।

मोटर बीमा में बीमित के घोषित मूल्य में निर्माता का विक्रय मूल्य शामिल होता है।

अध्याय 14

व्यक्तिगत और खुदरा बीमा

अध्याय परिचय

पिछले अध्यायों में हमने साधारण बीमा से संबंधित विभिन्न अवधारणाओं और सिद्धांतों को जाना है। साधारण बीमा उत्पादों को विभिन्न बाजारों में अलग-अलग तरीके से वर्गीकृत किया जाता है। कुछ उनको संपत्ति, आपत और दायित्व के रूप में वर्गीकृत करते हैं। अन्यत्र को अग्नि, मरीन, मोटर और विविध रूप में वर्गीकृत किया जाता है। इस अध्याय में व्यक्तिगत दुर्घटना, स्वास्थ्य, यात्रा, आवास और दुकानदार जैसे आम उत्पादों की चर्चा की गयी है जो इस तरह के खुदरा ग्राहकों द्वारा खरीदे जाते हैं।

अध्ययन के परिणाम

क. गृहस्वामी बीमा
ख. दुकानदार बीमा
ग. मोटर बीमा

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

1. गृहस्वामी का बीमा के बारे में समझाना
2. दुकान के बीमा आवरण तैयार करना
3. मोटर बीमा पर चर्चा करना

क.	गृहस्वामी का बीमा

क. खुदरा बीमा उत्पाद

कुछ ऐसे बीमा उत्पाद हैं जो कुछ हितों को आवरित करने के क्रम में व्यक्तियों के लिए खरीदे जाते हैं। हालांकि इस प्रकार के बीमा के लिए छोटे व्यापारिक या व्यावसायिक हित हो सकते हैं, ये आम तौर पर व्यक्तियों को बेचे जाते हैं। कुछ बाजारों में इनको 'छोटी टिकट' वाली पॉलिसियां या 'खुदरा पॉलिसियां' या 'खुदरा उत्पाद' कहते हैं।घर, मोटर कारों, दुपहिया वाहनों, छोटे व्यवसायों जैसे दुकानों आदि के लिए बीमा इस श्रेणी के अंतर्गत आते हैं। इन उत्पादों को आम तौर पर एक ही एजेंट/वितरण चैनल द्वारा बेचा जाता है जो बीमा के व्यक्तिगत लाइनों के साथ काम करते हैं क्योंकि खरीदार भी अनिवार्य रूप से एक ही उपभोक्ता वर्ग से आते हैं।

ख. गृहस्वामी का बीमा

क) हमें गृहस्वामी बीमा की आवश्यकता क्यों होती है?

महत्वपूर्ण

'नामित आपदाओं की बीमा पॉलिसी'

i. गृहस्वामी बीमा पॉलिसी केवल पॉलिसी में नामित खतरों या घटनाओं से बीमाधारक की संपत्ति को हुई हानि के खर्चों पर आवरण प्रदान करती है। आवरित खतरों के बारे में स्पष्ट रूप से बताया जाएगा।

ii. नामांकित जोखिम पॉलिसियां एक व्यापक आवरण या व्यापक पॉलिसियों के लिए कम महंगे विकल्प के रूप में खरीदी जा सकती हैं, ये ऐसी पॉलिसियां हैं जो ज्यादातर खतरों के लिए आवरण उपलब्ध कराती हैं।

'समस्त जोखिम'

i. "समस्त जोखिम" का मतलब है ऐसा कोई भी जोखिम जिसे अनुबंध विशेष रूप से बाहर नहीं रखता है, जो स्वतः आवरित है। उदाहरण के लिए, यदि समस्त-जोखिम गृहस्वामी पॉलिसी बाढ़ के आवरण को स्पष्ट रूप से बाहर नहीं रखती है तो घर को बाढ़ से क्षति होने की स्थिति में आवरित किया जाएगा।

ii. बीमा आवरण का एक प्रकार जो केवल ऐसे जोखिमों को बाहर कर सकता है जिनका अनुबंध में विशेष रूप से उल्लेख किया गया है। जिसे बाहर रखा गया है उसके बारे में स्पष्ट रूप से बताया जाएगा।

iii. समस्त-जोखिम बीमा स्पष्ट रूप से उपलब्ध आवरणों का सबसे व्यापक प्रकार है इसलिए इसका मूल्य अन्य प्रकार की पॉलिसियों की तुलना में अनुपातिक रूप से उच्च रखा जाता है और इस प्रकार की बीमा लागत को एक दावे की संभावना के विरुद्ध मापा जाना चाहिए।

घर ऐसी जगह है जहां सपनों का निर्माण होता है और यादों को संजोया जाता है। घर का स्वामी बनना हममें से ज्यादातर लोगों का एक लंबे समय से संजोया गया सपना है और यह सबसे महत्वपूर्ण वित्तीय फैसलों में से एक है। हममें से अधिकांश लोग जो कोई घर खरीदने का फैसला करते हैं, गृह ऋण का विकल्प चुनते हैं। गृह ऋण हमारे जीवन के सबसे लंबे समय तक चलने वाले ऋणों में से एक है जिसके लिए दीर्घकालिक प्रतिबद्धता की आवश्यकता होती है। ऋण प्राप्त करने के लिए हमें बैंकों को देने और ऋण सुरक्षित करने के क्रम में बीमा लेने की जरूरत होती है।

इस तरह के घर के अलावा घर की सामग्रियां भी महत्वपूर्ण हैं। घर में अलग-अलग फर्नीचर और महंगे घरेलू उपकरण जैसे टेलीविजन, फ्रिज, वाशिंग मशीन आदि शामिल होंगे। इसमें कुछ सोने या चांदी के गहने और कलाकृतियां जैसे चित्रकारी या दुर्लभ कलाकृति भी मौजूद होगी। ये सभी आग, भूकंप, बाढ़ आदि से क्षतिग्रस्त हो सकते हैं या इनको चुराया भी जा सकता है। इन सभी संपत्तियों को परिवार की बचत का उपयोग करके उच्च मूल्यों पर खरीदा जाता है, इनकी हानि वित्तीय कठिनाई का कारण होगा। गृहस्वामी बीमा एक व्यापक पॉलिसी है जो सभी उपरोक्त स्थितियों का समाधान चाहती है।

ख) गृहस्वामी की बीमा पॉलिसियों में क्या आवरित किया जाता है?

सूचना

पैकेज या छाता पॉलिसियां

i. पैकेज या छाता आवरण एक ही दस्तावेज़ में आवरणों का एक संयोजन देता है।

ii. उदाहरण के लिए, गृहस्वामी पॉलिसी, दुकानदार पॉलिसी, कार्यालय पैकेज पॉलिसी आदि जैसे आवरण जो एक पॉलिसी के तहत भवनों, सामग्रियों आदि सहित विभिन्न प्रकार की भौतिक परिसंपत्तियों को आवरीत करने का प्रयास करते हैं।

iii. इस तरह की पॉलिसियों में कुछ व्यक्तिगत लाइन या दायित्व आवरण भी शामिल हो सकते हैं।

iv. पैकेज आवरण में सभी वर्गों के लिए सामान्य नियम एवं शर्तों के साथ-साथ पॉलिसी के विशिष्ट वर्गों के लिए विशिष्ट शर्त भी शामिल होती हैं।

गृहस्वामी बीमा आग, दंगे, पाइपों के फटने, भूकंप आदि के विरुद्ध मकान की संरचना और उसकी सामग्रियों को आवरित करती है। संरचना के अलावा यह चोरी, सेंधमारी आदि के विरुद्ध भी चीजों को भी आवरित करता है।

पहने हुए या बंद तिजोरी में रखे **आभूषणों** का भी गृहस्वामी बीमा के तहत बीमित किया जा सकता है। प्राचीन वस्तुओं और कलाकृतियों के लिए भी आवरण प्रदान किया जाता है।

गृहस्वामी बीमा व्यक्तिगत सामान की हानि, घरेलू और विधुतीय उपकरणों की विद्युतीय और यांत्रिक विफलता के लिए भी आवरण प्रदान करता है। कुछ बीमा कर्ता पेडल साइकिल, व्यक्तिगत दुर्घटना और कामगारों की क्षतिपूर्ति के लिए भी आवरण प्रदान करते हैं।

सामान्यता आवरित किए जाने वाली हानियों में आग, आसमानी बिजली, विस्फोट और विमान के गिरने / प्रभाव की क्षति (जिसे आम तौर पर फ्लेक्सा के रूप में जाना जाता है); तूफान, आंधी, बाढ़ और सैलाब (जिसे आम तौर पर एसटीएफआई के रूप में जाना जाता है); और चोरी शामिल हैं। आवरण अलग-अलग कंपनियों और अलग-अलग पॉलिसियों में भिन्न होते हैं। उच्च आय वाले व्यक्तियों (एचएनआई) की वृद्धि के साथ जो महंगे मकानों के स्वामी होते हैं इस बीमा की जरूरत बढ़ती जा रही है।

टिप्पणी

हालांकि प्लेट ग्लास और टेलीविजन बीमा को इस बीमा के तहत आवरित किए जाते है, इसे बीमाधारक की इच्छा पर अलग से भी लिया जा सकता है। आतंकवाद को सामान्यतः अपवर्जित है लेकिन यह एक विस्तार के

रूप में दिया जा सकता है। युद्ध और संबद्ध आपदाओं, मूल्यह्रास, टूट-फूट, परिणामी हानि और परमाणु जोखिमों अपवर्जित हैं।

ग) बीमा राशि और प्रीमियम

महत्वपूर्ण

व्यक्ति बीमा राशि कैसे तय करता है?

i. आम तौर पर बीमा राशि तय करने के दो तरीके हैं। एक बाजार मूल्य (एमवी) और दूसरा पुनर्स्थापन मूल्य (आरआईवी)।एमवी के मामले में एक नुकसान की स्थिति में मूल्यह्रास संपत्ति पर उसकी

   उम्र के आधार पर लगाया जाता है। इस विधि में बीमाधारक को संपत्ति को बदलने के लिए पर्याप्त राशि का भुगतान नहीं किया जाता है।

ii. आरआईवी विधि में बीमा कंपनी बीमा राशि की अधिकतम सीमा के अधीन प्रतिस्थापन मूल्य का भुगतान करेगी।इस विधि में कोई मूल्यह्रास नहीं लगाया जाता है। एक शर्त यह है कि दावा प्राप्त करने के क्रम में क्षतिग्रस्त संपत्ति की मरम्मत/प्रतिस्थापित की जानी चाहिए। यह ध्यान दिया जा सकता है कि आरआईवी विधि केवल अचल संपत्तियों के लिए अनुमत है, स्टॉक या प्रक्रियारत जैसी अन्य परिसंपत्तियों के लिए नहीं।

अधिकांश पॉलिसियां में मकान के पुनर्निर्माण मूल्य के लिए (बाजार मूल्य के लिए नहीं) मकान की संरचना का बीमा किया जाता है। पुनर्निर्माण मूल्य मकान के क्षतिग्रस्त होने पर इसके पुनर्निर्माण के लिए खर्च की गयी लागत है। दूसरी ओर बाजार मूल्य मांग, आपूर्ति जैसे कारकों पर निर्भर करता है।

बीमा राशि की गणना सामान्यतः बीमाधारक के मकान के निर्मित क्षेत्र को प्रति वर्ग फुट निर्माण की दर से गुणा करके की जाती है। मकान की सामग्रियां - फर्नीचर, टिकाऊ सामान, कपड़े, बर्तन आदि का मूल्य यानी बाजार मूल्य के आधार पर यानी मूल्यह्रास के बाद इसी तरह की वस्तुओं के वर्तमान बाजार मूल्य के आधार पर तय किया जाता है।

प्रीमियम बीमित मूल्य और लिए गए आवरण पर निर्भर करेगा।

स्व-परीक्षण 1

नीचे दिया गया कौन सा कथन गृहस्वामी बीमा पॉलिसी के संबंध में सही है?

I. नामित जोखिम पॉलिसी एक व्यापक आवरण पॉलिसी के कम महंगे विकल्प के रूप में खरीदी जा सकती है जो ज्यादातर आपदाओं के लिए आवरण उपलब्ध कराती है।

II. व्यापक पॉलिसी जो ज्यादातर आपदाओं के लिए आवरण उपलब्ध कराती है; इसे एक नामित आपदा पॉलिसी के एक कम महंगे विकल्प के रूप में खरीदा जा सकता है।

III. नामित जोखिम पॉलिसी या व्यापक पॉलिसी एक ही मूल्य पर आती है।

IV. गृहस्वामी पॉलिसी के संबंध में केवल नामित जोखिम पॉलिसी खरीदी जा सकती है और व्यापक पॉलिसियां उपलब्ध नहीं हैं।

ख. दुकानदार बीमा

व्यापार एक आर्थिक गतिविधि है और हर उद्यमी अपने व्यावसायिक उद्यम को लाभदायक बनाना चाहेगा। दुकानें हमारे देश में अनेक लोगों के लिए आय की स्रोत हैं। यह न केवल आय प्रदान करती है बल्कि एक परिसंपत्ति भी है। दुकान मालिक व्यापार से असंबंधित उन सभी चिंताओं से मुक्त होना चाहता है जो उसके व्यवसाय में बाधा उतपन्न कर सकता है। दुर्भाग्यपूर्ण घटना व्यवसाय के वित्त या संचालन को गंभीर रूप से प्रभावित कर सकता है और दिवालियापन या बंद होने के कगार पर ले जा सकता है। एक दुकान का मालिक एक कॉरपोरेट हाउस नहीं है जिसके पास व्यवसाय को फिर से शुरू करने के लिए बड़ा संचय होता है। एकमात्र दुर्घटना उसकी दुकान के बंद होने का कारण बन सकती है और शायद उसके परिवार को बर्बाद कर सकती है। बैंक ऋण भी चुकाने के लिए हो सकते हैं।

यह संभावना हमेशा रहती है कि दुकान मालिक की गतिविधियों की वजह से जनता के किसी सदस्य की संपत्ति को व्यक्तिगत चोट या हानि का सामना करना पड़ सकता है और अदालत हर्जाने का भुगतान करने के लिए दुकान मालिक को उत्तरदायी मानती है।इस तरह की स्थितियां एक दुकानदार को बर्बाद भी कर सकती हैं इसलिए, आजीविका के इस साधन को सुरक्षित करना बहुत जरूरी है।

दुकानदार बीमा पॉलिसियां व्यावसायिक दुकान/खुदरा व्यवसाय के इस तरह के कई पहलुओं को आवरित करने के लिए तैयार की गयी हैं। ऐसी पॉलिसियां भी हैं जो कई प्रकार की दुकानों के विशिष्ट हितों को आवरित करने के लिए अनुकूलित की गयी हैं जैसे प्राचीन वस्तुओं की दुकान, नाई की दुकान, ब्यूटी पार्लर, किताबों की दुकान, डिपार्टमेंट स्टोर, ड्राई क्लीनर, उपहार की दुकान, फार्मेसी, स्टेशनरी की दुकान, खिलौने की दुकान, परिधान स्टोर आदि।

1. दुकानदार बीमा क्या आवरित करता है?

पॉलिसी को खुदरा व्यवसाय के विशिष्ट क्षेत्रों की रक्षा से संबंधित आवरण प्रदान करने के अनुसार तैयार किया जा सकता है। सामान्यतः यह आग, भूकंप, बाढ़ या दुर्भावनापूर्ण क्षति और चोरी की वजह से दुकान की संरचना और सामग्रियों की क्षति को आवरित करती है। दुकान बीमा में व्यवसाय में अवरोध से संरक्षण को भी शामिल कर सकते हैं। यह एक अप्रत्याशित दावे की स्थिति में किसी भी खोयी हुई आय या अतिरिक्त खर्च को आवरित करेगी। आवरण बीमाधारक द्वारा उसकी गतिविधियों की श्रेणी के आधार पर चुना जा सकता है।

अतिरिक्त आवरण जो बीमाधारक द्वारा चुना जा सकता है, अलग-अलग कंपनी के लिए अलग-अलग हो सकता है और इसे गैर-जीवन बीमा कंपनियों की संबंधित वेबसाइटों से सत्यापित किया जा सकता है।

ये इस प्रकार हो सकते हैं:

i. **चोरी और सेंधमारी:** सेंधमारी, चोरी और कार्यालय सामग्री की चोरी के लिए आवरण

ii. **मशीनरी की खराबी:** विद्युतीय/यांत्रिक उपकरणों की खराबी के लिए आवरण

iii. **विधुतीय उपकरण और सामान:**

- ✓ विधुतीय उपकरणों के लिए समस्त-जोखिम प्रदान करता है
- ✓ विधुतीय संस्थापनाओं की क्षति के लिए आवरण

iv. **धन बीमाः** किसी दुर्घटना के कारण धन की हानि के विरुद्ध आवरण प्रदान करता है जब यह निम्न स्थिति में होता हैः

- ✓ बैंक से व्यावसायिक परिसर और इसके विपरीत पारगमन
- ✓ व्यावसायिक परिसर में तिजोरी
- ✓ व्यवसाय परिसर में संदूक (बॉक्स/दराज/काउंटर)

v. **सामान (बैगेज)ः** आधिकारिक प्रयोजनों के लिए यात्रा करते समय सामान के क्षति के लिए क्षतिपूर्ति

vi. **फिक्स्ड प्लेट ग्लास और सैनिटरी फिटिंग्स निम्नलिखित को होने वाली क्षति या आकस्मिक नुकसान को आवरित करता हैः**

- ✓ फिक्स्ड प्लेट ग्लास
- ✓ सेनेटरी फिटिंग्स
- ✓ नियॉन साइन/ग्लो साइन/होर्डिंग

vii. **व्यक्तिगत दुर्घटना**

viii. **कर्मचारियों का विश्वासघात/बेईमानीः** कर्मचारियों के बेईमान कृत्यों की वजह से हानि या क्षति को आवरित करता है

ix. **विधिक दायित्वः**

- ✓ नियोजन के दौरान या इससे उत्पन्न होने वाली दुर्घटनाओं के लिए क्षतिपूर्ति
- ✓ तृतीय पक्षों की विधिक दायित्व के लिए आवरण प्रदान करता है

आग / चोरी / सामान / प्लेट ग्लास / ईमानदारी की गारंटी / कामगार क्षतिपूर्ति और सार्वजनिक देयता पॉलिसियां (अगले अध्याय में चर्चा की गयी है) भी अलग से ली जा सकती है।

आतंकवाद आवरण को भी बढ़ाया जा सकता है। अपवर्जन सामान्यतः गृहस्वामी बीमा के समान ही होते हैं।

2. बीमा राशि और प्रीमियम

औद्योगिक इकाइयां या कार्यालय लेखा बही बनाए रखेंगे जिनमें संपत्तियों के मूल्य को दिखाया जाएगा, इसलिए बीमा राशि पर पहुंचना मुश्किल नहीं हो सकता है। दुकान और घर के मामले में ऐसा हमेशा संभव नहीं हो सकता है।

जैसा कि गृहस्वामी बीमा के तहत पहले ही कहा गया है, सामान्यतः बीमा राशि तय करने के दो तरीके हैं अर्थात बाजार मूल्य और पुनर्स्थापन/प्रतिस्थापन मूल्य।

पैसे, सामान, व्यक्तिगत दुर्घटना जैसे अतिरिक्त आवरण के लिए प्रीमियम बीमा राशि और चुने गए आवरण पर निर्भर करेगी।

परिभाषा

कुछ महत्वपूर्ण परिभाषाएं

क) **चोरी** का मतलब बीमित परिसर से सामान चोरी करने के इरादे के साथ आक्रामक और पता लगाने योग्य साधनों द्वारा इसमें अप्रत्याशित और अनधिकृत प्रवेश या निकास है।

ख) **सेंधमारी** उस समय हुई कही जाती है जब कोई अपराध करने के प्रयोजन से किसी घर में अतिक्रमण करके प्रवेश किया गया है।

ग) **डकैती** का मतलब बीमाधारक और/या बीमाधारक के कर्मचारियों के विरुद्ध आक्रामक और हिंसक साधनों का उपयोग करके बीमाधारक के परिसर में सामान की चोरी करना है।

घ) **तिजोरी** का मतलब बीमाधारक के परिसर में एक मजबूत कैबिनेट जिसे मूल्यवान वस्तुओं को सुरक्षित और संरक्षित भंडारण के लिए डिज़ाइन किया गया है और जिसकी पहुंच को प्रतिबंधित किया गया है।

ङ) **चोरी** सभी अपराधों के लिए एक सामान्य शब्द है जिसमें कोई व्यक्ति अनुमति या सहमति के बिना जानबूझकर और धोखाधड़ी से दूसरे व्यक्ति की संपत्ति को लेता है और इसे लेने वाले के उपयोग के अनुसार परिवर्तित करने या संभावित रूप से बेचने का इरादा करता है।चोरी 'लार्सनी' का पर्याय है।

स्व-परीक्षण 5

दुकानदार पॉलिसी के तहत बीमाधारक अतिरिक्त 'फिक्स्ड प्लेट ग्लास और सैनिटरी फिटिंग्स' का विकल्प चुन सकता है।यह निम्न में से किसकी क्षति के आकस्मिक नुकसान को आवरित करेगी?

I. फिक्स्ड प्लेट ग्लास

II. सेनेटरी फिटिंग्स

III. नियॉन साइन

IV. उपरोक्त सभी

ग. मोटर बीमा

एक ऐसी स्थिति के बारे में सोचें जहां आपने अपनी समस्त बचत का उपयोग करके एक नई कार खरीदी और इसे ड्राइव के लिए लेकर गए। अचानक एक कुत्ता आपके रास्ते में आ जाता है और इसे ठोकर लगने से बचाने के लिए आप तेजी से मोड़ लेते हैं, डिवाइडर पर चढ़ जाते हैं और दूसरी कार को ठोकर मार देते हैं और दूसरे व्यक्ति को चोट पहुंचा देते हैं। इस प्रकार की घटना के परिणाम स्वरूप आपकी कार, सार्वजनिक संपत्ति और दूसरी कार को क्षति पहुंचती है और दूसरे व्यक्ति को भी चोट लगती है।

इस परिदृश्य में, अगर आपके पास एक कार बीमा नहीं है तो आपको अपनी कार की खरीद की लागत की तुलना में कहीं अधिक धनराशि का भुगतान करना पड़ता है।

✓ क्या आपके पास भुगतान करने लायक इतना अधिक पैसा है?

✓ क्या दूसरे पक्ष का बीमा आपके कृत्यों के लिए भुगतान करेगा?

✓ क्या होगा अगर उसके पास बीमा नहीं है?

यही वजह है कि देश के कानून कार बीमा रखना अनिवार्य बनाते हैं। जहां मोटर बीमा इन घटनाओं को घटित होने से नहीं रोकता है, यह आपके लिए एक वित्तीय सुरक्षा का सहारा प्रदान करता है।

एक दुर्घटना के अलावा कार चोरी भी हो सकती है, दुर्घटना से क्षतिग्रस्त या आग से नष्ट हो सकती है और आपको आर्थिक रूप से नुकसान उठाना पड़ेगा।

मोटर बीमा एक वाहन मालिक द्वारा लिया जाना चाहिए जिसका वाहन भारत में क्षेत्रीय परिवहन प्राधिकरण के साथ उसके अपने नाम से पंजीकृत है।

महत्वपूर्ण

अनिवार्य तृतीय पक्ष बीमा

मोटर वाहन अधिनियम, 1988 के अनुसार सार्वजनिक सड़कों पर चलने वाले वाहन के हर मालिक के लिए उस राशि को आवरित करने के लिए बीमा पॉलिसी लेना अनिवार्य है जिसका दुर्घटना में मृत्यु, शारीरिक चोट या संपत्ति को क्षति के परिणाम स्वरूप तृतीय पक्षों को क्षति के रूप में भुगतान करने के लिए मालिक उत्तरदायी बनता है। इस तरह के बीमा के एक साक्ष्य के रूप में एक बीमा का प्रमाणपत्र वाहन में रख कर चलना चाहिए।

1. मोटर बीमा आवरण

देश में वाहनों की सघन आबादी है। कई नए वाहन हर दिन सड़कों पर आते रहते हैं। इनमें से कई वाहन काफी महंगे भी होते हैं। लोग कहते हैं कि भारत में वाहन पुराने नहीं होते हैं बल्कि केवल एक हाथ से दूसरे हाथ में जाते रहते हैं। इसका मतलब है कि पुराने वाहन लगातार सड़कों पर बने रहते हैं और नए वाहन जुड़ते चले जाते हैं। सड़कों का क्षेत्र (ड्राइविंग के लिए स्थान) वाहनों की संख्या के अनुरूप नहीं बढ़ रहा है। सड़क पर चलने वाले लोगों की संख्या भी बढ़ती जा रही है। पुलिस और अस्पताल के आंकड़े कहते हैं कि देश में सड़क दुर्घटनाओं की संख्या बढ़ती जा रही है। कानून की अदालतों द्वारा दुर्घटना के शिकार लोगों को दिए जाने वाले मुआवजों की राशि में वृद्धि हो रही है। यहां तक कि वाहन मरम्मत की लागत भी बढ़ती जा रही है। **ये सभी देश में मोटर बीमा के महत्व को दर्शाते हैं।**

मोटर बीमा दुर्घटनाओं और कुछ अन्य कारणों से वाहनों को हुए नुकसानों और उनकी क्षतियों को आवरित करता है। मोटर बीमा दुर्घटना के पीड़ितों को उनके वाहनों के कारण होने वाली क्षति का मुआवजा देने के लिए वाहन मालिकों की कानूनी देयता को भी आवरित करता है।

क्या आपको लगता है कि देश में सभी वाहन बीमित हैं?

मोटर बीमा सार्वजनिक सड़कों पर चलने वाले सभी प्रकार के वाहनों को आवरित करता है जैसेः

✓ स्कूटर और मोटर साइकिल
✓ निजी कार
✓ सभी प्रकार के व्यावसायिक वाहनः माल वाहक और यात्री वाहन
✓ विविध प्रकार के वाहन जैसे क्रेन
✓ मोटर व्यापार (शोरूम और गैरेज के वाहन)

सूचना

'तृतीय पक्ष बीमा'

अन्य पक्ष की कानूनी कार्रवाई के खिलाफ संरक्षण के लिए खरीदी गयी बीमा पॉलिसी। तृतीय पक्ष बीमा बीमाधारक की कार्रवाई से उत्पन्न देयता के लिए अन्य पक्ष के दावे (तृतीय पक्ष) के खिलाफ संरक्षण के लिए बीमा कंपनी (दूसरे पक्ष) से बीमाधारक (प्रथम पक्ष) द्वारा खरीदा जाता है।

तृतीय पक्ष के बीमा को 'दायित्व बीमा' भी कहा जाता है।

बाजार में लोकप्रिय दो महत्वपूर्ण प्रकार के आवरित की चर्चा नीचे की गयी हैः

क) केवल अधिनियम [दायित्व] पॉलिसी : मोटर वाहन अधिनियम के अनुसार सार्वजनिक स्थान पर चलने वाले किसी भी वाहन के लिए तृतीय पक्षों की ओर देयताओं का बीमा करना अनिवार्य है।

यह पॉलिसी केवल निम्नलिखित की क्षतिपूर्ति का भुगतान करने के लिए वाहन मालिक की कानूनी दायित्व को आवरित करती हैः

- ✓ तृतीय पक्ष को शारीरिक चोट या मृत्यु
- ✓ तृतीय पक्ष की संपत्ति की क्षति

मृत्यु या चोट और क्षति के संबंध में एक असीमित राशि के लिए देयता को आवरित किया जाता है।

एक मोटर दुर्घटना के कारण मृत्यु या चोट के मामले में तृतीय पक्ष के पीड़ितों को क्षतिपूर्ति करने के लिए दावे मोटर दुर्घटना दावा न्यायाधिकरण (एमएसीटी) में शिकायतकर्ता द्वारा दायर किए जाएंगेः

ख) पैकेज पॉलिसी/व्यापक पॉलिसी : (स्वंय क्षति + तृतीय पक्ष की दायित्व)

उपरोक्त के अलावा विनिर्दिष्ट आपदाओं द्वारा बीमित वाहन को होने वाले नुकसान या क्षति (जिनको मोटर वाहनों को अपनी क्षति के रूप में जाना जाता है) को भी घोषित मूल्य (जिसे आईडीवी कहा जाता है - इसकी चर्चा पहले ही अध्याय 5 में की गयी है) और पॉलिसी में अन्य नियमों एवं शर्तों के अधीन आवरित किया जाता है। आग, चोरी, दंगा और हड़ताल, भूकंप, बाढ़, दुर्घटना आदि इनमें से कुछ आपदाएं हैं।

कुछ बीमा कर्ता दुर्घटना स्थल से कार्यशाला तक वाहन को उठाकर ले जाने के लिए भी भुगतान करती हैं। केवल अधिनियम (दायित्व) पॉलिसी के तहत प्रदान किए गए अनिवार्य आवरण के अलावा केवल अग्नि और/या केवल चोरी के जोखिम को आवरित करने वाला सीमित आवरण भी उपलब्ध है।

यह पॉलिसी वाहन में लगाए गए सहायक उपकरणों को होने वाले नुकसान या क्षति को, यात्रियों के लिए निजी कार पॉलिसियों के तहत व्यक्तिगत दुर्घटना आवरण, भुगतान किए गए चालक, कर्मचारियों के लिए कानूनी दायित्व और व्यावसायिक वाहनों में किराया नहीं देने वाले यात्रियों को भी आवरित कर सकती है। बीमा कर्ता निःशुल्क आपातकालीन सेवाएं या खराबी के मामले में वैकल्पिक कार के उपयोग की सुविधा भी प्रदान करती हैं।

2. अपवर्जन

इन पॉलिसियों के तहत कुछ महत्वपूर्ण अपवर्जन टूट-फूट, खराबी, परिणामी नुकसान और अमान्य चालक लाइसेंस के साथ या शराब के प्रभाव में ड्राइविंग की वजह से होने वाले नुकसान हैं। 'उपयोग की सीमाओं' के

अनुसार वाहन का उपयोग नहीं करने (जैसे निजी कार को एक टैक्सी के रूप में इस्तेमाल किया जाना) को आवरित नहीं किया जाता है।

3. बीमा राशि और प्रीमियम

एक मोटर पॉलिसी में वाहन की बीमा राशि को बीमाधारक के घोषित मूल्य (आईडीवी) के रूप में जाना जाता है।

वाहन की चोरी या किसी दुर्घटना में मरम्मत के परे कुल नुकसान के मामले में दावा राशि आईडीवी के आधार पर निर्धारित की जाएगी। वाहन की आईडीवी बीमा/नवीकरण के प्रारंभ में बीमा के लिए प्रस्तावित वाहन के ब्रांड और मॉडल के निर्माता/डीलर के सूचीबद्ध विक्रय मूल्य के आधार पर तय की जाती है और अनुसूची के अनुसार मूल्यह्रास के लिए समायोजित किया जाता है।

5 वर्ष से अधिक उम्र वाले वाहनों की और वाहन के अप्रचलित मॉडलों (निर्माताओं का निर्माण करने के लिए बंद कर दिया है जो यानी मॉडल) की आईडीवी बीमा कर्ता और बीमाधारक के बीच एक समझ के आधार पर निर्धारित की जाती है।

दर निर्धारण/प्रीमियम की गणना बीमाधारक व्यक्ति के घोषित मूल्य, घन क्षमता, भौगोलिक क्षेत्र, वाहन की उम्र आदि जैसे कारकों पर निर्भर करती है।

स्व-परीक्षण 3

मोटर बीमा किसके नाम पर लिया जाना चाहिए?

I. उस वाहन मालिक के नाम पर जिसका नाम क्षेत्रीय परिवहन प्राधिकरण के पास पंजीकृत है

II. यदि वह व्यक्ति जो वाहन को चलाएगा, मालिक से अलग है तो उस व्यक्ति के नाम पर जो वाहन को चलाएगा, यह क्षेत्रीय परिवहन प्राधिकरण से अनुमोदन के अधीन है

III. क्षेत्रीय परिवहन प्राधिकरण से मंजूरी के अधीन वाहन मालिक सहित वाहन मालिक के परिवार के किसी भी सदस्य के नाम पर

IV. यदि वह व्यक्ति जो वाहन को चलाएगा, मालिक से अलग है तो प्राथमिक पॉलिसी वाहन मालिक के नाम पर होनी चाहिए और ऐड-ऑन कवर उस व्यक्ति के नाम पर होना चाहिए जो वाहन को चलाएगा

सारांश

क) गृहस्वामी बीमा पॉलिसी केवल पॉलिसी में नामित खतरों या घटनाओं से बीमित संपत्ति को हुए नुकसान पर आवरण प्रदान करती है। आवरित की गयी आपदाओं का स्पष्ट रूप से उल्लेख किया जाएगा।

ख) गृहस्वामी बीमा आग, दंगा, पाइपों के फटने, भूकंप आदि के विरुद्ध मकान की संरचना और इसके सामानों को आवरित करता है। संरचना के अलावा यह चोरी, सेंधमारी, लार्सनी आदि के विरुद्ध सामानों को आवरित करता है।

ग) पैकेज या छाता कवर एक ही दस्तावेज के तहत आवरणों का एक संयोजन उपलब्ध कराता है।

घ) एक गृहस्वामी बीमा पॉलिसी के लिए आम तौर पर बीमा राशि तय करने के दो तरीके हैं: बाजार मूल्य (एमवी) और पुनर्स्थापन मूल्य (आरआईवी)।

ङ) दुकानदार बीमा आम तौर पर आग, भूकंप, बाढ़ या दुर्भावनापूर्ण क्षति और चोरी की वजह से दुकान की संरचना और सामग्रियों की क्षति को आवरित करता है।दुकान बीमा में व्यावसाय में रुकावट के संरक्षण को भी शामिल किया जा सकता है।

च) मोटर बीमा दुर्घटनाओं और कुछ अन्य कारणों से वाहनों के नुकसान और उनकी क्षति को आवरित करता है।मोटर बीमा वाहन मालिकों के वाहनों के कारण हुई दुर्घटनाओं के पीड़ितों को क्षतिपूर्ति करने के लिए उनकी कानूनी देयता को भी आवरित करता है।

मुख्य शब्द

क) गृहस्वामी बीमा

ख) दुकानदार बीमा

ग) मोटर बीमा

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प 1 है।

एक नामित जोखिम पॉलिसी एक व्यापक आवरण पॉलिसी से एक कम महंगे विकल्प के रूप में खरीदी जा सकती है जो ज्यादातर आपदाओं के लिए आवरण प्रदान करती है।

उत्तर 2

सही विकल्प 4 है।

दुकानदार पॉलिसी के तहत बीमाधारक एक अतिरिक्त 'फिक्स्ड प्लेट ग्लास और सैनिटरी फिटिंग्स' आवरण का विकल्प चुन सकता है। यह फिक्स्ड प्लेट ग्लास, सेनेटरी फिटिंग्स और निऑन साइन को हुई क्षति के आकस्मिक हानि को आवरित करेगी।

उत्तर 3

सही विकल्प 1 है।

मोटर बीमा उस वाहन मालिक के नाम पर लिया जाना चाहिए जिसका नाम क्षेत्रीय परिवहन प्राधिकरण के साथ पंजीकृत है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

गृहस्वामी के बीमा में

I. सोने और चांदी के आभूषणों को आवरित किया जाता है
II. व्यक्ति के दुकान की सामग्रियों को आवरित किया जाता है
III. परिवार के स्वामित्व वाली कारों को आवरित किया जाता है
IV. डाक से भेजे गए पार्सल को पारगमन के दौरान आवरित किया जाता है

प्रश्न 2

गृहस्वामी बीमा ____________ को आवरित करता है

I. केवल मकान की संरचना
II. केवल मकान की सामग्रियों
III. संरचना और सामग्री दोनों
IV. संरचना और सामग्री दोनों, केवल तभी जब बीमाधारक घर में नहीं है

प्रश्न 3

दुकानदार बीमा में इनमें से किसको आवरित नहीं किया जाता है?

I. मशीनरी की खराबी
II. दुर्भावनापूर्ण क्षति
III. व्यवसाय में रुकावट
IV. बीमाधारक व्यक्ति द्वारा जानबूझकर विध्वंश

प्रश्न 4

दुकानदार बीमा में इनमें से किसे आम तौर पर आवरित नहीं किया जाता है

I. व्यावसायिक परिसर में दराज/काउंटर में पैसा
II. बैंक से व्यावसायिक परिसर तक पैसे का पारगमन
III. व्यावसायिक परिसर में तिजोरी में रखा पैसा
IV. व्यावसायिक परिसर में ग्राहक द्वारा ले जाए गए पैसे

प्रश्न 5

दुकान बीमा ____________ को आवरित करता है

I. कर्मचारियों के बेईमान कृत्य
II. बीमाधारक के बेईमान कृत्य
III. ग्राहकों के बेईमान कृत्य
IV. साहूकारों के बेईमान कृत्य

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प I है।

गृहस्वामी बीमा में सोने और चांदी में आभूषणों को आवरित किया जाता है।

उत्तर 2

सही विकल्प III है।

गृहस्वामी बीमा संरचना और सामग्री दोनों को आवरित करता है।

उत्तर 3

सही विकल्प IV है।

दुकानदार के बीमा में बीमाधारक व्यक्ति द्वारा जानबूझकर किए गए विध्वंश को कवर नहीं किया जाता है।

उत्तर 4

सही विकल्प IV है।

दुकानदार बीमा में ग्राहक द्वारा व्यावसायिक परिसर में ले जाए जाने वाले धन को आम तौर पर आवरित नहीं किया जाता है।

उत्तर 5

सही विकल्प I है।

दुकान बीमा कर्मचारियों के बेईमान कृत्यों को आवरित करता है।

अध्याय 15

वाणिज्यिक बीमा

अध्याय परिचय

पिछले अध्याय में हमने बीमा उत्पादों के विभिन्न प्रकारों पर विचार किया जो व्यक्तियों और परिवारों के सामने आने वाले जोखिमों को आवरित करते हैं। ग्राहकों का एक अन्य वर्ग भी है जिनको सुरक्षा की दूसरी जरूरतें हैं। ये वाणिज्यिक या व्यावसायिक उद्यम या कंपनियां हैं जो विभिन्न प्रकार की सामग्रियों और सेवाओं में संलग्न हैं या उनके साथ काम करते हैं। इस अध्याय में हम इस वर्ग के सामने आने वाले जोखिमों को आवरित करने के लिए बीमा उपलब्ध उत्पादों पर विचार करेंगे।

अध्ययन के परिणाम

A. संपत्ति/अग्नि बीमा
B. व्यवसाय रुकावट बीमा
C. चोरी बीमा
D. धन बीमा
E. विश्वसनीयता गारंटी बीमा
F. बैंकर्स क्षतिपूर्ति बीमा
G. जौहरी ब्लॉक पॉलिसी
H. इंजीनियरिंग बीमा
I. औद्योगिक समस्त जोखिम बीमा
J. मरीन बीमा
K. दायित्व पॉलिसियां

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

1. संपत्ति/ अग्नि बीमा की सिफारिश करना
2. परिणामी हानि(अग्नि) बीमा को परिभाषित करना
3. चोरी बीमा आवरण तैयार करना
4. धन बीमा का वर्णन करना
5. विश्वसनीयता गारंटी बीमा का वर्णन करना
6. बैंकरों की क्षतिपूर्ति बीमा को परिभाषित करना
7. जौहरी ब्लॉक पॉलिसी को प्रस्तावित करना
8. इंजीनियरिंग बीमा का मूल्यांकन करना
9. औद्योगिक समस्त जोखिम बीमा का मूल्य निर्धारण करना
10. मरीन बीमा को संक्षेपित करना
11. दायित्व बीमा का मूल्यांकन करना

A. संपत्ति/ अग्नि बीमा

वाणिज्यिक उद्यमों को मोटे तौर पर दो प्रकारों में विभाजित किया जाता है:

- ✓ लघु और मध्यम उद्यम [एसएमई] और
- ✓ बड़े व्यावसायिक उद्यम

ऐतिहासिक रूप से साधारण बीमा क्षेत्र काफी हद तक इन ग्राहकों की जरूरतों को पूरा करते हुए विकसित हुआ है।

वाणिज्यिक उद्यमों को साधारण बीमा उत्पाद बेचने के लिए बीमा उत्पादों को उनकी जरूरतों के साथ सावधानीपूर्वक मिलान करने की मांग की जाती है। एजेंटों को उपलब्ध उत्पादों की एक उचित समझ होनी चाहिए। आईए हम इन में से कुछ साधारण बीमा उत्पादों पर संक्षेप में विचार करें।

संपत्ति/ अग्नि बीमा

अग्नि बीमा पॉलिसी वाणिज्यिक प्रतिष्ठानों के साथ-साथ संपत्ति के मालिकों, ट्रस्ट में या कमीशन में संपत्ति रखने वालों के लिए और उन व्यक्तियों/वित्तीय संस्थानों के लिए भी उपयुक्त है जिनका संपत्ति में वित्तीय हित होता है।

आपूर्तिकर्ताओं/ग्राहकों के परिसरों में रखे स्टॉक, मरम्मत के लिए परिसर से अस्थायी रूप से हटायी गयी मशीनरी सहित एक विशेष परिसर में स्थित सभी चल और अचल संपत्तियों जैसे भवन, संयंत्र एवं मशीनरी, फर्नीचर, फिक्स्चर, फिटिंग्स और अन्य सामग्रियों, स्टॉक और प्रक्रियारत स्टॉक का बीमा किया जा सकता है। व्यवसाय को उसकी सामान्य स्थिति में वापस लाने के क्रम में क्षतिग्रस्त संपत्ति के पुनर्निर्माण और नवीनीकरण के लिए मौद्रिक राहत आवश्यक है। यहीं पर अग्नि बीमा अपनी भूमिका निभाता है।

1. अग्नि पॉलिसी क्या आवरित करती है?

अग्नि पॉलिसी द्वारा आवरित किए जाने वाले कुछ जोखिमों की चर्चा नीचे की गयी है:

व्यावसायिक जोखिमों के लिए अग्नि पॉलिसी इन जोखिमों को आवरित करती है:

- ✓ आग
- ✓ आसमानी बिजली
- ✓ विस्फोट/अंतःस्फोट
- ✓ दंगा, हड़ताल और दुर्भावनापूर्ण क्षति
- ✓ प्रभाव क्षति
- ✓ विमान क्षति
- ✓ तूफान, आंधी, चक्रवात, टाइफून, हरीकेन, टोरनाडो, बाढ़ और सैलाब
- ✓ भूकंप
- ✓ चट्टान खिसकने सहित और भूस्खलन
- ✓ पानी के टैंकों, उपकरणों और पाइपों का फटना और पानी बहना होना
- ✓ मिसाइल परीक्षण गतिविधियां

- ✓ स्वचालित अग्निशामक संस्थापन से रिसाव
- ✓ जंगल की आग

दो ऐसी महत्वपूर्ण विशेषताएं हैं जो वाणिज्यिक बीमा को व्यक्तिगत और खुदरा लाइनों से अलग करती हैं।

क) फर्मों या व्यावसायिक उद्यमों की बीमा जरूरतें व्यक्तियों की जरूरतों की तुलना में ज्यादा बड़ी होती हैं। इसका कारण यह है कि एक व्यावसायिक उद्यम की परिसंपत्तियों का मूल्य एक व्यक्ति की संपत्तियों की तुलना में ज्यादा बड़ा होता है। उनके नुकसान या क्षति से कंपनी के अस्तित्व और भविष्य पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ सकता है।

ख) वाणिज्यिक उद्यम के बीमा के लिए मांग को अक्सर कानूनी या अन्य आवश्यकताओं द्वारा अनिवार्य या आवश्यक बना दिया जाता है। उदाहरण के लिए, जब संयंत्रों और संपत्तियों को बैंक ऋण के माध्यम से स्थापित किया जाता है तो उनका बीमा करना ऋण की एक शर्त हो सकती है। भारत में कई कॉरपोरेट उद्यम पेशेवर तरीके से चलायी जाने वाली कंपनियां हैं और उनमें से कई बहुराष्ट्रीय कंपनियां हैं।

उनको अपनी संपत्तियों की रक्षा करने के लिए उपयुक्त जोखिम प्रबंधन रणनीतियों को अपनाने और लेने सहित वैश्विक गुणवत्ता मानकों को बनाए रखने की आवश्यकता होती है।

उपरोक्त जोखिमों से उत्पन्न होने वाले किसी भी हानि को कुछ अपवर्जन के अधीन पॉलिसी द्वारा आवरित किया जाता है।

2. अपवर्जन क्या हैं?

अपवर्जन इस प्रकार हैं:

क) **अपेक्षित आपदाओं के कारण होने वाली** हानि **जैसे -**

- i. युद्ध और युद्ध जैसी गतिविधियां
- ii. परमाणु खतरे
- iii. आयनीकरण और विकिरण
- iv. प्रदूषण और संदूषण संबंधी हानि

ख) **ऐसी आपदाएं जो साधारण बीमा में अन्य पॉलिसियों द्वारा** आवरित **की जाती हैं**

- i. मशीनरी की खराबी
- ii. व्यवसाय में रुकावट

ऐड-ऑन कवर

हालांकि भूकंप, आग और झटका; बीमित जोखिम के परिणाम स्वरूप बिजली की विफलता के बाद कोल्ड स्टोरेज में रखे माल की खराबी, मलबे को हटाने में शामिल अतिरिक्त खर्च, वास्तुकार, पॉलिसी द्वारा आवरित राशि के अतिरिक्त परामर्शदाता इंजीनियर की फीस, जंगल की आग, स्वतःस्फूर्त दहन और अपने स्वयं के वाहनों के कारण प्रभाव क्षति जैसी कुछ आपदाओं को अतिरिक्त प्रीमियम के भुगतान पर आवरित किया जा सकता है।

3. अग्नि पॉलिसी के भिन्न रूप

अग्नि पॉलिसियां आम तौर पर 12 महीने की अवधि के लिए जारी की जाती हैं। केवल आवास के लिए बीमा कंपनियां लंबी अवधि की पॉलिसियां यानी 12 महीने से अधिक की अवधि वाली पॉलिसियां उपलब्ध कराती हैं। कुछ मामलों में छोटी अवधि की पॉलिसियां भी जारी की जाती हैं जिनके लिए छोटी अवधि के पैमाने लागू किए जाते हैं।

4. बाजार मूल्य या पुनर्स्थापन मूल्य पॉलिसियां

नुकसान की स्थिति में बीमा कर्ता आम तौर पर बाजार मूल्य [जो मूल्यह्रासित मूल्य] का भुगतान करना करेगी। हालांकि पुनर्स्थापन मूल्य पॉलिसी के तहत बीमा कर्तायों द्वारा क्षतिग्रस्त संपत्ति के समान नई संपत्ति के प्रतिस्थापन की लागत का भुगतान करते हैं। बीमा राशि नए प्रतिस्थापन मूल्य को प्रतिबिंबित करने के लिए आवश्यक है, न कि बाजार मूल्य के लिए जैसा कि सामान्य अग्नि पॉलिसी के तहत होता है।

प्रतिस्थापन मूल्य पॉलिसियां भवनों, संयंत्र, मशीनरी एवं फर्नीचर, फिक्सचर, फिटिंग्स को आवरित करने के लिए जारी की जाती हैं। प्रतिस्थापन मूल्य पॉलिसियां ऐसे स्टॉक्स को आवरित करने के लिए जारी नहीं की जाती हैं जिनको बाजार मूल्य आधार पर आवरित किया जाता है।

5. घोषणा पॉलिसी

गोदाम में जमा स्टॉक को घोषणा पॉलिसी द्वारा आवरित किया जा सकता है क्यों कि इस तरह क ा स्टॉक मात्रा के उतार-चढ़ाव के अधीन होते हैं। बीमा राशि वह उच्चतम मूल्य होना चाहिए जिसे पॉलिसी अवधि के दौरान गोदाम में भंडारित करने की अपेक्षा की जाती है। इस मूल्य एक अनंतिम प्रीमियम वसूल किया जाता है। बीमाधारक को पॉलिसी की चालू अवधि के दौरान सहमत अंतराल पर अपने स्टॉक्स का मूल्य घोषित करना आवश्यक होता है। यह पॉलिसी अवधि के अंत में प्रीमियम के साथ समायोज्य है।

6. फ्लोटर पॉलिसियां

अन्य प्रकार की पॉलिसी **फ्लोटर पॉलिसी** है। इन पॉलिसियों को एक बीमा राशि के तहत विभिन्न निर्दिष्ट स्थानों पर संग्रहित सामानों के स्टॉक के लिए जारी किया जा सकता है। अनिर्दिष्ट स्थानों को आवरित नहीं किया जाता है। प्रीमियम की दर 10% के अधिभार के साथ किसी एक स्थान पर बीमाधारक के स्टॉक के लिए लागू उच्चतम दर है। इनको फ्लोटर पॉलिसी भी कहते हैं क्योंकि बीमा राशि कई स्थानों पर घूमती रहती है।

प्रीमियम का दर निर्धारण इन बातों पर निर्भर करता हैः

क) दखलदारी का प्रकार - औद्योगिक या अन्यथा

ख) औद्योगिक परिसर में स्थित सभी संपत्तियों पर बनाए गए उत्पाद(दों) के आधार पर एक दर से शुल्क लिया जाएगा।

ग) औद्योगिक परिसरों के बाहर स्थित सुविधाओं का मूल्यांकन अलग-अलग स्थान पर दखलदारी की प्रकृति के आधार पर किया जाएगा।

घ) भंडारण क्षेत्रों का मूल्यांकन वहां रखे खतरनाक प्रकृति के सामानों के आधार पर किया जाएगा।

ङ) "ऐड ऑन" आवरणों को शामिल करने के लिए अतिरिक्त प्रीमियम वसूल किया जाता है।

च) प्रीमियम में छूट अतीत के दावा इतिहास और परिसर में उपलब्ध अग्नि सुरक्षा सुविधाओं के आधार पर दी जाती है।

छ) प्रीमियम में कमी के लिए दंगा, हड़ताल, दुर्भावनापूर्ण क्षति कवर और बाढ़ सामूहिक जोखिम में भी किसी विकल्प को चुना जा सकता है।

अलग-अलग बीमा कर्ताओं की दर निर्धारण पद्धति के लिए अलग-अलग हो सकती है।

स्व-परीक्षण 1

व्यावसायिक जोखिमों के लिए अग्नि पॉलिसी ________ के जोखिमों को आवरित करती है।

I. विस्फोट
II. अंतःस्फोट
III. उपरोक्त दोनों
IV. उपरोक्त में से कोई नहीं

ख. व्यवसाय रुकावट बीमा

बीमा के इस प्रकार को परिणामी हानि बीमा या मुनाफे का हानि बीमा के रूप में भी जाना जाता है।

अग्नि बीमा बीमित जोखिमों से सामग्री या संपत्ति को क्षति या भवन, संयंत्र, मशीनरी फिक्स्चरों, फिटिंग्स, बिक्री के माल आदि को हुई हानि के विरुद्ध क्षतिपूर्ति प्रदान करता है। इसका परिणाम स्वरूप बीमाधारक के व्यवसाय में कुल या आंशिक रुकावट हो सकती है जिसके चलते रुकावट की अवधि के दौरान विभिन्न प्रकार की आर्थिक हानि होते हैं।

1. व्यवसाय रुकावट पॉलिसी के तहत आवरण

परिणामी हानि (सीएल) पॉलिसी [व्यवसाय रुकावट (बीआई)] सकल मुनाफे के हानि के लिए क्षतिपूर्ति प्रदान करता है - जिसमें अंतिम नुकसान को जल्द से जल्द कम करने के लिए, व्यवसाय को वापस सामान्य स्थिति में लाने के लिए बीमाधारक द्वारा खर्च की गयी काम की बढ़ी हुई लागत के साथ-साथ शुद्ध लाभ और स्थायी शुल्क भी शामिल है। आवरित आपदाएं और शर्तें अग्नि पॉलिसी के तहत आवरित की गयी आपदाओं और शर्तों के समान हैं।

उदाहरण

यदि किसी भूकंप के परिणाम स्वरूप कार निर्माता के संयंत्र को नुकसान पहुंचता है तो उत्पादन घटने के चलते निर्माता को आय का नुकसान होगा। खर्च किए गए अतिरिक्त व्यय के साथ-साथ आय के इस नुकसान का बीमा किया जा सकता है बशर्ते कि यह बीमित जोखिम के परिणाम स्वरूप हुआ है।

यह पॉलिसी केवल मानक अग्नि और विशेष आपदा पॉलिसी के संयोजन में ली जा सकती है क्योंकि इस पॉलिसी के तहत दावे केवल तभी स्वीकार्य होते हैं जब मानक अग्नि और विशेष जोखिम पॉलिसी के तहत एक दावा किया गया हो।

स्व-परीक्षण 2

व्यवसाय रुकावट बीमा पॉलिसी केवल ___________ के साथ संयोजन में ली जा सकती है।

I. मानक अग्नि और विशेष आपदा पॉलिसी

II. मानक अग्नि और मरीन पॉलिसी

III. मानक और विशेष आपदा पॉलिसी

IV. मानक इंजीनियरिंग और मरीन पॉलिसी

ग. सेंधमारी बीमा

यह पॉलिसी व्यावसायिक परिसरों जैसे कारखानों, दुकानों, कार्यालयों, वेयरहाउसों और गोदामों के लिए जिसमें स्टॉक, सामान, फर्नीचर, फिक्सचर, एक बंद तिजोरी में रखी नकदी शामिल हो सकती है जिसे चुराया जा सकता है। कवर का दायरा पॉलिसी में स्पष्ट रूप से वर्णित होता है।

1. चोरी बीमा के तहत आवरित जोखिम

क) वास्तविक जबरन और हिंसक तरीके से परिसर में प्रवेश करने के बाद संपत्ति की हानि या परिसर से वास्तविक, जबरन और हिंसक निकासी या लूट के बाद हानि।

ख) चोरों से बीमित संपत्ति या परिसर को हानि। बीमित संपत्ति को केवल तभी आवरित किया जाता है जब इसकी हानि बीमित परिसर से होती है, किसी अन्य परिसर में नहीं।

2. क) नगदी कवर

सेंधमारी आवरण का एक महत्वपूर्ण हिस्सा नकद आवरण है। यह केवल तभी काम करता है जब नकदी चोरी रोधक तिजोरी में सुरक्षित होता है अनुमोदित निर्माण और डिजाइन की होती है। नकदी आवरण प्रदान करने के लिए लागू सामान्य शर्तें नीचे दी गयी हैं:

क) तिजोरी को खोलने वाली वास्तविक कुंजी का प्रयोग करके इससे की जाने वाली नगदी की चोरी को केवल उस स्थिति में कवर किया जाता है जहां इस तरह की कुंजी हिंसा से या हिंसा की धमकी से या बलप्रयोग के माध्यम से प्राप्त की गयी है। इसे यह आम तौर पर "चाबी **क्लॉज**" के रूप में जाना जाता है।

ख) तिजोरी में नकदी की मात्रा की एक पूरी सूची को तिजोरी के अलावा किसी अन्य स्थान पर सुरक्षित करके रखा जाता है। बीमा कर्ता का दायित्व इस तरह के रिकॉर्ड से वास्तव में दिखायी गयी राशि तक सीमित होता है।

ख) प्रथम नुकसान बीमा

ऐसे मामलों में, जहां सामान उच्च थोक में और कम मूल्य का होता है (जैसे गट्ठर में कपास, अनाज, चीनी आदि), एक ही अवसर पर पूरे स्टॉक को खोने के जोखिम को रिमोट माना जाता है। वह मूल्य जिसकी चोरी की जा सकती है, उसका पता संभावित अधिकतम नुकसान के रूप में लगाया जाता है और प्रीमियम जोखिम के दायरे में आने वाले पूरे स्टॉक को आवरित करते हुए अधिकतम संभावित हानि के लिए वसूल किया जाता है। माना जाता है कि इसके बाद दूसरी चोरी तुरंत नहीं हो सकती है या बीमाधारक इसकी पुनरावृत्ति को रोकने के लिए अतिरिक्त सुरक्षा उपाय कर सकता है।

ग) घोषणा कवर और फ्लोटर कवर आग बीमा के समान स्टॉक्स के संबंध में भी संभव है।

3. अपवर्जन

यह पॉलिसी कर्मचारियों, परिवार के सदस्यों या परिसर में कानूनी तौर पर रहने वाले अन्य व्यक्तियों द्वारा चोरी को आवरित नहीं करती है, यह लार्सनी या साधारण चोरी को भी कवर नहीं करती है। यह उन होनियों को भी बाहर रखती है जिनको अग्नि या प्लेट ग्लास पॉलिसी के द्वारा आवरित किया जाता है।

4. विस्तार

अतिरिक्त प्रीमियम पर दंगा, हड़ताल और आतंकवाद के जोखिमों को आवरित करने के लिए पॉलिसी को बढ़ाया जा सकता है।

5. प्रीमियम

सेंधमारी पॉलिसी के लिए प्रीमियम की दरें बीमाकृत संपत्ति की प्रकृति, स्वयं बीमाधारक के नैतिक जोखिम, परिसर के निर्माण और स्थान, सुरक्षा उपायों (जैसे चौकीदार, चोरी अलार्म), पिछले दावों के अनुभव आदि पर निर्भर करती हैं।

प्रस्ताव प्रपत्र में दी गई जानकारी के अलावा उच्च मूल्य की चीजें शामिल होती हैं, बीमा कर्ताओं द्वारा पूर्व स्वीकृति निरीक्षण किया जाता है।

स्व-परीक्षण 3

सेंधमारी पॉलिसी के लिए प्रीमियम __________ पर निर्भर करता है।

I. बीमित पॉलिसी की प्रकृति

II. स्वयं बीमाधारक का नैतिक जोखिम

III. परिसर का निर्माण और स्थान

IV. उपरोक्त सभी

घ. धन बीमा

नकदी का लेनदेन किसी भी व्यवसाय का एक अभिन्न अंग है। इस पॉलिसी का उद्देश्य धन की हानि के विरुद्ध बैंकों और औद्योगिक व्यावसायिक प्रतिष्ठानों की रक्षा करना है। धन परिसर के साथ-साथ बाहर भी जोखिम पर होता है। इसे पैसे निकालने, जमा करने, भुगतान या एकत्र करने के समय अवैध तरीके से उड़ा लिया जा सकता है।

1. धन बीमा के आवरण

धन बीमा पॉलिसी उन नुकसानों को आवरित करने के लिए बनायी गयी है जो नकदी, चेक / पोस्टल आर्डर / डाक टिकट के लेनदेन के समय हो सकते हैं। यह पॉलिसी आम तौर पर दो खंडों के तहत आवरण प्रदान करती है –

क) पारगमन खंड (ट्रांजिट सेक्शन)

यह डकैती या चोरी या इसी तरह की कार्रवाई के परिणाम स्वरूप नकदी की हानि को आवरित करती है, जब इसे बीमाधारक या उसके अधिकृत कर्मचारियों द्वारा बाहर ले जाया जाता है।

पारगमन खंड दो राशियों को विनिर्दिष्ट करता हैः

i. **प्रति परिवहन सीमा** : यह वह अधिकतम राशि है जिसका हर हानि के संबंध में बीमा कर्ताओं को भुगतान करना आवश्यक हो सकता है।

ii. **पॉलिसी की अवधि के दौरान पारगमन में अनुमानित राशिः** यह उस राशि को दर्शाता है जिसमें प्रीमियम की राशि पर पहुंचने के लिए प्रीमियम की दर को लागू किया जाएगा।

पॉलिसियां **घोषणा के आधार** पर जारी किया जा सकता हैं। इसलिए बीमा कर्ता पारगमन में अनुमानित राशि पर एक अनंतिम प्रीमियम वसूल करते हैं और इस प्रीमियम को बीमाधारक की घोषणा के अनुसार पॉलिसी की अवधि के दौरान पारगमन में वास्तविक राशि के आधार पर पॉलिसी की समाप्ति के समय समायोजित किया जाता है।

ख) परिसर खंड

यह खंड, सेंधमारी, गृहभदेन लूट आदि के कारण किसी के परिसर / बंद तिजोरी से नकदी के गायब होने को आवरित करता है। पॉलिसी की अन्य सुविधाएं आम तौर पर सेंधमारी बीमा (व्यावसायिक परिसर का) की सुविधाओं के समान होती हैं जिसकी चर्चा ऊपर अध्ययन परिणाम C के तहत की गयी है।

2. महत्वपूर्ण अपवर्जन

इनमें शामिल हैंः

क) त्रुटि या चूक के कारण कमी,

ख) धन की हानि जिसे अधिकृत व्यक्ति के अलावा दूसरे को सौंप दिया गया है और

ग) दंगा, हड़ताल और आतंकवादः इसे अतिरिक्त प्रीमियम का भुगतान करके विस्तार के रूप में आवरित किया जा सकता है।

3. विस्तार

अतिरिक्त प्रीमियम के भुगतान पर निम्न बातों को आवरित करने के लिए पॉलिसी को बढ़ाया जा सकता हैः

क) नकदी ले जा रहे व्यक्तियों की बेईमानी,

ख) दंगा, हड़ताल और आतंकवाद के जोखिम

ग) संवितरण जोखिम, जो कर्मचारियों को वेतन भुगतान के दौरान हुई हानि।

4. प्रीमियम

प्रीमियम दर का निर्धारण बीमाधारक, किसी एक समय में कंपनी की नगदी वहन देयता, वाहन के माध्यम, शामिल दूरी, सुरक्षा उपाय आदि के आधार पर किया जाता है। प्रीमियम पॉलिसी की समाप्ति के 30 दिनों के भीतर की गयी घोषणा के आधार पर वर्ष भर में ले जाई गयी वास्तविक नकदी के अनुसार समायोज्य है।

स्व-परीक्षण 4

इनमें से किसे धन बीमा पॉलिसी के तहत आवरित किया जाता है?

I. त्रुटि या चूक के कारण कमी

II. सेंधमारी के कारण व्यक्ति के परिसर से नकदी गायब होना

III. धन की हानि जिसे अधिकृत व्यक्ति के अलावा दूसरे को सौंपा गया है

IV. दंगा, हड़ताल और आतंकवाद

ङ. विश्वसनीयता गारंटी बीमा

कंपनियों को अपने कर्मचारियों की धोखाधड़ी या बेईमानी जैसे सफेद कॉलर अपराधों के कारण वित्तीय नुकसान भुगतना पड़ता है। विश्वसनीयता गारंटी बीमा जालसाजी, गबन, चोरी, हेराफेरी और चूक के द्वारा अपने कर्मचारियों की धोखाधड़ी या बेईमानी के कारण नियोक्ताओं को होने वाले वित्तीय हानि के विरुद्ध उनको क्षतिपूर्ति करता है।

1. विश्वसनीयता गारंटी बीमा के तहत आवरण

आवरण प्रत्यक्ष आर्थिक हानि के विरुद्ध दिया जाता है और इसमें परिणामी हानि शामिल नहीं है।

क) नुकसान धन, प्रतिभूति या सामान के संबंध में होना चाहिए।

ख) कृत्य निर्दिष्ट कर्तव्यों के दौरान किया गया होना चाहिए।

ग) नुकसान का पता पॉलिसी की समाप्ति या कर्मचारी की मृत्यु, सेवानिवृत्ति, पदत्याग या बर्खास्तगी के 12 महीनों के भीतर, जो भी पहले हो, लगाया जाना चाहिए।

घ) एक पुनर्नियुक्त किए गए बेईमान कर्मचारी के संबंध में कोई आवरण प्रदान नहीं किया जाता है।

2. विश्वसनीयता गारंटी पॉलिसी के प्रकार

विश्वसनीयता गारंटी पॉलिसियां विभिन्न प्रकार की होती हैं जिनकी चर्चा नीचे की गयी है:

क) व्यक्तिगत पॉलिसी

इस प्रकार की पॉलिसी का प्रयोग वहां किया जाता है जहां केवल एक व्यक्ति को गारंटी दी जानी हो। कर्मचारी का नाम, पदनाम और गारंटी की राशि विनिर्दिष्ट की जानी चाहिए।

ख) सामूहिक पॉलिसी

इस पॉलिसी में प्रत्येक कर्मचारी के कर्तव्यों पर एक नोट और अलग व्यक्तिगत बीमा राशियों के साथ-साथ उन कर्मचारियों के नामों को सूचीबद्ध करने की एक अनुसूची शामिल है जिन पर गारंटी लागू होती है।

ग) फ्लोटिंग पॉलिसी या फ्लोटर

इस पॉलिसी में आवरित किए जाने वाले व्यक्तियों के नामों और कर्तव्यों को अनुसूची में डाला जाता है, लेकिन गारंटी की व्यक्तिगत राशियों के बजाय गारंटी की एक निर्धारित राशि पूरे समूह पर "घूमती रहती" है। इसलिए किसी भी एक कर्मचारी के संबंध में दावा अस्थायी गारंटी को कम करती है जब तक कि अतिरिक्त प्रीमियम का भुगतान करके मूल राशि को बहाल नहीं किया जाता है।

घ) पदनाम पॉलिसी

यह इस अंतर के साथ एक सामूहिक पॉलिसी के समान है कि केवल अनुसूची उन "स्थितियों" को सूचीबद्ध करती है जिसकी गारंटी एक निर्दिष्ट राशि के लिए दी जाएगी और नाम का उल्लेख नहीं किया जाता है।

ङ) ब्लैंकेट पॉलिसी

यह पॉलिसी नाम या पदनाम दिखाए बिना पूरे स्टाफ को आवरित करती है। बीमा कर्ता द्वारा कर्मचारियों के बारे में कोई पूछताछ नहीं की जाती है। इस तरह की पॉलिसियां कर्मचारियों की एक बड़ी संख्या रखने वाले नियोक्ता के लिए ही उपयुक्त हैं और संगठन कर्मचारियों के पूर्ववृत्त के बारे में पर्याप्त पूछताछ करता है। नियोक्ता जो संदर्भ लेता है,दावे की स्थिति में बीमा कर्ता के लिए उपलब्ध होना चाहिए। पॉलिसी केवल ख्याति प्राप्त बड़ी कंपनियों को प्रदान की जाती है।

3. प्रीमियम

प्रीमियम की दर व्यवसाय, पेशे के प्रकार, कर्मचारी के ओहदे, जांच और पर्यवेक्षण की प्रणाली पर निर्भर करती है।

स्व-परीक्षण 5

विश्वसनीयता गारंटी बीमा_____________को क्षतिपूर्ति करती है।

I. नियोक्ताओं को उनके कर्मचारियों की धोखाधड़ी या बेईमानी के कारण उनको हुई वित्तीय हानि के विरुद्ध

II. कर्मचारियों को उनके नियोक्ता की धोखाधड़ी या बेईमानी के कारण उनको हुई वित्तीय हानि के विरुद्ध

III. कर्मचारियों और नियोक्ताओं को तीसरे पक्ष की धोखाधड़ी या बेईमानी के कारण उनको हुई वित्तीय हानि के विरुद्ध

IV. शेयरधारकों को कंपनी के प्रबंधन की धोखाधड़ी या बेईमानी के कारण उनको हुई वित्तीय हानि के विरुद्ध

च. बैंकर्स क्षतिपूर्ति बीमा

यह व्यापक आवरण बैंकों, एनबीएफसी अन्य संस्थानों के लिए तैयार किया गया था, जो पैसे और प्रतिभूतियों के संबंध में उनके सामने आने वाले विशेष जोखिमों पर विचार करते हुए धन को शामिल करने वाली गतिविधियों में संलग्न होते हैं।

1. बैंकर्स क्षतिपूर्ति बीमा के तहत आवरण

बैंकर की आवश्यकता के आधार पर इस पॉलिसी के विभिन्न रूप हैं।

क) आग, चोरी, दंगा और हड़ताल के कारण परिसर के भीतर रखे धन प्रतिभूतियों का नुकसान या क्षतिग्रस्त होना।

ख) जब संपत्ति को अधिकृत कर्मचारियों के हाथों में परिसर के बाहर ले जाया जाता है, कर्मचारियों की लापरवाही सहित चाहे किसी भी कारण से हुई हानि।

ग) चेक, ड्राफ्ट, सावधि जमा रसीद आदि की जालसाजी या परिवर्तन

घ) धन/प्रतिभूतियों के संदर्भ में या बंधक सामान के संबंध में कर्मचारियों की बेईमानी।

ङ) पंजीकृत डाक पार्सल से प्रेषण।

च) मूल्यांकनकर्ताओं की बेईमानी।

छ) बैंक के एजेंट जैसे 'जनता एजेंट', 'छोटी बचत योजना एजेंट' के हाथों खोया हुआ धन।

यह आवरण खोज के आधार पर जारी किया जाता है, इसका मतलब है कि पॉलिसी एक अवधि पर प्रतिक्रिया करेगी जिसके दौरान किसी हानि का पता चलता है और अनिवार्य रूप से वह अवधि नहीं जब यह घटित हुई थी। लेकिन उस समय आवरण अस्तित्व में रहा होना चाहिए जब हीनि वास्तव में घटित हुई थी।

परंपरागत रूप से केवल खोज की तारीख से 2 वर्ष की अवधि के भीतर हुई हानि देय होती है, जो हानि घटित होने की तारीख से पहले की किसी तारीख से आवरण जारी रहने के अधीन है।

2. महत्वपूर्ण अपवर्जन

इनमें शामिल हैं:

क) व्यापार घाटे
ख) लापरवाही
ग) सॉफ्टवेयर संबंधी अपराध और
घ) लापरवाही [सॉफ्टवेयर अपराध और भागीदारों/निदेशकों की बेईमानी]

3. बीमा राशि

बैंक को बीमा राशि तय करनी होती है जो आम तौर पर पहले 5 खंडों में घूमती रहती है। इसे 'मूल बीमा राशि' कहा जाता है। खंड (1) और (2) के लिए अतिरिक्त बीमा राशि खरीदी जा सकती है यदि मूल बीमा राशि

पर्याप्त नहीं है यह पॉलिसी अतिरिक्त प्रीमियम के भुगतान से बीमा राशि के एक अनिवार्य और स्वचालित पुनर्स्थापन की अनुमति देती है।

4. दर निर्धारण

प्रीमियम की गणना इन बातों पर आधारित है:

- **क)** मूल बीमा राशि
- **ख)** अतिरिक्त बीमा राशि
- **ग)** कर्मचारियों की संख्या
- **घ)** शाखाओं की संख्या

स्व-परीक्षण 6

इनमें से किसे एक को बैंकर्स की क्षतिपूर्ति बीमा पॉलिसी के तहत आवरित किया जा सकता है?

I. आग के कारण परिसर में रखी धन प्रतिभूतियों को हानि या क्षतिग्रस्त होना

II. चेकों की जालसाजी या परिवर्तन

III. धन के संदर्भ में कर्मचारियों की बेईमानी

IV. उपरोक्त सभी

छ. जौहरी ब्लॉक पॉलिसी

हाल के वर्षों में भारत आभूषणों, विशेष रूप से हीरों के लिए विश्व व्यापार के एक प्रमुख केंद्र के रूप में उभरा है। आयातित कच्चे हीरे को काटा, पॉलिश किया और निर्यात किया जाता है। यह एक जौहरी के सभी जोखिमों का ध्यान रखती है जिसके व्यवसाय में छोटे थोक में उच्च मूल्य की वस्तुओं की बिक्री शामिल है जैसे आभूषण, सोने और चांदी की वस्तुएं, हीरे और बहुमूल्य पत्थर, कलाई घड़ियां आदि। इस व्यापार में बड़ी मात्रा में इन कीमती वस्तुओं का संग्रहण और उनको अलग-अलग परिसरों के बीच स्थानांतरित करना शामिल है।

1. जौहरी ब्लॉक पॉलिसी का आवरण

जौहरी ब्लॉक पॉलिसी इस तरह के जोखिमों को आवरित करती है। इसे चार खंडों में बांटा गया है। खंड 1 के तहत आवरण अनिवार्य है। बीमाधारक अपने विकल्प पर अन्य खंडों का लाभ उठा सकता है। यह एक पैकेज पॉलिसी है।

क) खंड I : आग, विस्फोट, आसमानी बिजली, सेंधमारी, गृहभेदन, चोरी, लूट-खसोट, डकैती, दंगा, हड़ताल और दुर्भावनापूर्ण क्षति और आतंकवाद के परिणाम स्वरूप बीमित परिसर में रखी संपत्ति को हुई हानि या क्षति को आवरित करता है।

ख) खंड II : बीमाधारक और अन्य निर्दिष्ट व्यक्तियों के कब्जे में रहने के दौरान बीमित संपत्ति को हुई हानि या क्षति को आवरित करता है।

ग) खंड III : नुकसान या क्षति को कवर करता है जब इस तरह की संपत्ति पंजीकृत बीमित पार्सल डाक, एयर फ्रेट आदि के द्वारा पारगमन में होती है।

घ) **खंड IV :** व्यापार और परिसर में उपलब्ध कार्यालय फर्नीचर और फिटिंग्स के लिए खंड I में निर्दिष्ट जोखिमों के विरुद्ध कवर प्रदान करता है।

प्रीमियम की गणना के लिए प्रत्येक खंड का अलग से मूल्यांकन किया गया है।

2. **महत्वपूर्ण अपवर्जन हैं:**

क) एजेंटों, कटरों, स्वर्णकारों की बेईमानी,
ख) सार्वजनिक प्रदर्शनी के दौरान रखी संपत्ति
ग) व्यक्तिगत प्रयोजन के लिए पहनते/ले जाते समय खो जाना
घ) व्यवसाय के घंटों के बाहर तिजोरी में नहीं रखी गयी संपत्ति
ङ) रात में प्रदर्शन खिड़कियों में रखी संपत्ति
च) कर्मचारियों या बीमित परिवार के सदस्यों की दगाबाजी के कारण हई हानि को शामिल नहीं किया जाता है।

पूर्ण संरक्षण के लिए बीमाधारक द्वारा फिडेलिटी गारंटी कवर भी लिया जाना चाहिए।

3. **प्रीमियम**

जोखिमों का मूल्यांकन प्रत्येक मामले की योग्यता के आधार पर किया जाता है। प्रत्येक खंड के लिए अलग-अलग प्रीमियम दरें लागू की जाती हैं जहां विशिष्ट चौबीसों घंटे पहरेदार, क्लोज सर्किट टीवी/अलार्म सिस्टम, विशिष्ट स्ट्रांग रूम और किसी अन्य सुरक्षा डिवाइस आदि के लिए छूट दी जाती है।

स्व-परीक्षण 7

जौहरी ब्लॉक पॉलिसी के मामले में पंजीकृत पार्सल से पारगमन के दौरान बीमित संपत्ति को हुई क्षति को __________ के तहत आवरित किया जाएगा।

I. खंड I
II. खंड II
III. खंड III
IV. खंड IV

ज. इंजीनियरिंग बीमा

इंजीनियरिंग बीमा साधारण बीमा की शाखा है जो अग्नि बीमा के विकास के समानांतर विकसित हुआ है। इसका मूल औद्योगीकरण के विकास में देखा जा सकता है जिसने संयंत्र और मशीनरी के लिए अलग आवरण की आवश्यकता पर प्रकाश डाला था। सर्व जोखिम आवरण की अवधारणा भी इंजीनियरिंग परियोजनाओं के संबंध में विकसित हुई थी - जो विशेष रूप से बाहर रखे गए किसी भी कारण की वजह से होने वाली क्षति को आवरित करता है। उत्पाद विभिन्न चरणों को आवरित करते थे - निर्माण से लेकर परीक्षण और संयंत्र के कार्यशील होने तक। बड़ी और छोटी दोनों तरह की औद्योगिक ईकाइयां इस बीमा के लिए ग्राहक हैं। इसमें विद्युतीय उपकरण वाली इकाइयां और बड़ी परियोजनाओं पर काम करने वाले ठेकेदार भी शामिल हैं।

इंजीनियरिंग बीमा पॉलिसियों के प्रकार

आइए हम इस प्रकार के बीमा के तहत आने वाली प्रमुख पॉलिसियों पर संक्षेप में विचार करें।

1. ठेकेदार सर्व जोखिम (सी.ए.आर.) पॉलिसी

इसे छोटे भवनों से लेकर बड़े पैमाने के बांधों, इमारतों, पुलों, सुरंगों आदि सिविल इंजीनियरिंग परियोजनाओं में संलग्न ठेकेदारों और प्रिंसिपलों के हितों की रक्षा करने के लिए बनाया गया है। पॉलिसी एक "सर्व जोखिम" आवरण प्रदान करती है - इस प्रकार यह निर्माण स्थल पर बीमाकृत संपत्ति को होने वाले किसी भी अचानक और अप्रत्याशित हानि या क्षति के विरुद्ध क्षतिपूर्ति प्रदान करती है। इसे तीसरे पक्ष की देयता और अन्य जोखिमों को आवरित करने के लिए बढ़ाया जा सकता है। आदेय प्रीमियम परियोजना की प्रकृति, परियोजना की लागत, परियोजना की अवधि, भौगोलिक स्थिति और परीक्षण की अवधि पर निर्भर करता है।

2. ठेकेदार संयंत्र और मशीनरी (सीपीएम) पॉलिसी

निर्माण के कारोबार में शामिल ठेकेदारों के लिए, क्रेनों, उत्खनकों जैसी सभी प्रकार की मशीनरी को निम्नलिखित सहित किसी भी कारण से अप्रत्याशित और अचानक भौतिक हानि या क्षति से आवरित करने के लिए उपयुक्त :

क) सेंधमारी, चोरी, आर.एस.एम.डी.टी

ख) आग और बिजली, बाहरी विस्फोट, भूकंप और अन्य ईश्वरीय कृत्य संबंधी आपदाएं

ग) दोषपूर्ण कार्य-संचालन, गिराने या गिरने, विध्वंश, दबाव, टक्कर के प्रभाव के कारण काम करते समय आकस्मिक क्षति; तृतीय पक्ष को हानि के लिए बढ़ाया जा सकता है।

प्रीमियम उपकरण के प्रकार और उसके संचालन के स्थान पर निर्भर करता है।

आवरण कवर उपकरण के काम पर या विश्राम की स्थिति में होने या सफाई अथवा ओवरहॉलिंग या उसके बाद पुनःसंयोजन के लिए आरम के किए जाते समय काम करता रहता है। यह आवरण के ठेकेदार के उपकरण अपने परिसर में पड़े होने की स्थिति में भी लागू होता है।

3. उत्थापन सर्व जोखिम (ईएआर) पॉलिसी

इस पॉलिसी को भंडारण-सह-उत्थापन या स्टोरेज-कम-इरेक्शन (एससीई) पॉलिसी के रूप में भी जाना जाता है। यह किसी प्रोजेक्ट के प्रिंसिपल या ठेकेदारों के लिए उपयुक्त है जहां संयंत्र और मशीनरी संस्थापित की जाती है और यह विभिन्न बाहरी जोखिमों के दायरे में होती है। यह व्यापक बीमा पॉलिसी है जो परियोजना स्थल पर सामान को उतारे जाने के समय से किसी भी प्रकार की आकस्मिकता को आवरित करती है और पूरी परियोजना अवधि के दौरान जारी रहता है जब तक कि परियोजना के परीक्षण, संचालन और सौंपे जाने का काम पूरा नहीं हो जाता है।

आदेय प्रीमियम परियोजना की प्रकृति, लागत, परियोजना की अवधि, भौगोलिक स्थिति और परीक्षण की अवधि पर निर्भर करता है।

आवश्यक होने पर परियोजना स्थल पर सुपुर्द किए जाने तक पारगमन चरण के दौरान उपकरणों और सामग्रियों को आवरण प्रदान करने के लिए उत्थापन (निर्माण) पॉलिसी के साथ-साथ एक मरीन आवरण जारी किया जा सकता है।

4. मशीनरी ब्रेकडाऊन पॉलिसी (एमबी)

यह पॉलिसी हर ऐसे उद्योग के लिए उपयुक्त है जो मशीनों पर काम करता है और जिसके लिए संयंत्र और मशीनरी की खरीबी से गंभीर परिणाम होते हैं। यह पॉलिसी जनरेटर, ट्रांसफार्मर जैसी मशीनों और अन्य विद्युत, यांत्रिक तथा उठाने वाले उपकरणों को आवरित करती है।

यह पॉलिसी बीमित संपत्ति को किसी भी कारण (अपवादित जोखिमों के अधीन) से यांत्रिक या विद्युतीय खराबी के चलते होने वाले अप्रत्याशित और अचानक भौतिक नुकसान को आवरित करती है:

क) जब यह काम पर या विश्राम की स्थिति में होती है।

ख) सफाई या ओवरहॉलिंग के लिए ध्वस्त किए जाते समय

ग) सफाई या ओवरहॉलिंग गतिविधियों के दौरान और उसके बाद पुनः-संयोजन के दौरान।

घ) परिसर के भीतर स्थानांतरित किए जाते समय

प्रीमियम अलग-अलग मशीनरी के पुनर्स्थापन/ प्रतिस्थापन मूल्य पर वसूल किया जाता है। पूरी मशीन का बीमा किया जाना चाहिए। दरें मशीन के प्रकार, जिस उद्योग में इसका उपयोग किया जाता है और इसके मूल्य पर निर्भर करती हैं। छूट की पेशकश स्टैंड-बाई सुविधाओं, उपलब्ध स्पेयर्स और दावों के अनुभव जैसे कारकों आधार पर की जाती है।

5. बॉयलर और दबाव संयंत्र पॉलिसी

यह पॉलिसी निम्नलिखित के विरुद्ध बॉयलर और दबाव पात्रों को आवरित करती है:

क) बॉयलर और/या अन्य दबाव संयंत्र और बीमाधारक के आसपास की संपत्ति को आग के अलावा अन्य प्रकार की क्षति; और

ख) इस तरह के बॉयलर और/या दबाव संयंत्र के आंतरिक दबाव के कारण होने वाले विस्फोट या विध्वंश की वजह से तीसरे पक्ष के व्यक्ति को शारीरिक चोट या संपत्ति को क्षति के मामले में बीमाधारक का कानूनी दायित्व।

चूंकि आग पॉलिसी और बॉयलर बीमा पॉलिसी पर्याप्त आवरण के लिए परस्पर अनन्य हैं, दोनों पॉलिसियां लेना आवश्यक है। सभी इंजीनियरिंग पॉलिसियों के तहत बीमा राशि वर्तमान प्रतिस्थापन मूल्य होनी चाहिए।

6. मशीनरी मुनाफे की हानि (एमएलओपी) पॉलिसी

यह पॉलिसी उद्योगों के लिए उपयुक्त है जहां मशीनरी की खराबी या बॉयलर विस्फोट के परिणाम स्वरूप अवरोध या देरी भारी परिणामी हानि का कारण बनती है।

जहां खराबी या हानि और पुनर्स्थापन के बीच का समय अंतराल बड़ा होता है, यह पॉलिसी कारोबार में कमी और काम की लागत में वृद्धि के कारण बीच की अवधि के दौरान मुनाफे की हानि के लिए क्षतिपूर्ति करती है।

व्यवसाय रुकावट पॉलिसी के नियम एवं शर्तें और आवरण एक अग्नि पॉलिसी के हानि के बाद व्यवसाय रुकावट पॉलिसी के समान है, जिसकी चर्चा इस अध्याय में पहले की गयी है।

7. माल की खराबी पॉलिसी

यह पॉलिसी कोल्ड स्टोरेज (व्यक्तिगत या एक सहकारी सोसायटी) के मालिक के लिए या खराब होने वाली वस्तुओं के भंडारण के लिए कोल्ड स्टोरेज को पट्टे या किराए पर लेने वाले व्यक्ति के लिए उपयुक्त है। यह आवरण प्रशीतन संयंत्र एवं मशीनरी की खराबी के बाद और तापमान में वृद्धि तथा कोल्ड स्टोरेज के कमरों में प्रशीतकों के अचानक और अप्रत्याशित रूप से निकलने की वजह से माल के खराब होने और संदूषण के जोखिम के विरुद्ध है।

8. विद्युतीय उपकरण पॉलिसी

यह पॉलिसी विभिन्न प्रकार के विद्युतीय उपकरणों को आवरित करती है जिनमें सीपीयू, कीबोर्ड, मॉनिटर, प्रिंटर, यूपीएस, सिस्टम सॉफ्टवेयर आदि सहित पूरी कंप्यूटर प्रणाली शामिल है। इसमें एयर-कंडीशनिंग, हीटिंग एवं पावर कनवर्जन जैसे सहायक उपकरण को भी आवरित किया जाता है।

यह पॉलिसी अग्नि पॉलिसी, मशीनरी बीमा पॉलिसी और सेंधमारी बीमा पॉलिसी का एक संयोजन है। पॉलिसी दोषपूर्ण डिजाइन (जो एक वारंटी के अंतर्गत आवरित नहीं किया जाता है), प्राकृतिक घटना के प्रभाव, वोल्टेज में उतार-चढ़ाव के कारण दोषपूर्ण तरीके से कामकाज करने, प्रभाव झटके आदि, चोरी, सेंधमारी और बर्गलरी जैसी आकस्मिकताओं को भी आवरित करती है।

यह पॉलिसी प्रत्येक मामले में जिम्मेदारी या देनदारी के आधार पर मालिक, पट्टादाता या भाड़ेदार के लिए उपलब्ध है। आम तौर पर इसके तीन खंड होते हैं जो विभिन्न प्रकार की हानियों को आवरित करते हैं:

क) **खंड 1 :** उपकरणों को हानि और क्षति

ख) **खंड 2 :** कंप्यूटर के बाहरी हार्ड डिस्क जैसे बाहरी डेटा मीडिया को हानि और क्षति

ग) **खंड 3 :** कार्य की बढ़ी हुई लागत - 12, 26, 40 या 52 सप्ताह तक स्थानापन्न उपकरण पर निरंतर डाटा प्रोसेसिंग सुनिश्चित करने के लिए।

9. अग्रिम मुनाफे की हानि आवरण (एएलओपी) या प्रारंभ में विलंब पॉलिसी (डीएसयू)

यह परियोजना के दौरान आकस्मिक क्षति के कारण एक परियोजना के विलंबित होने के वित्तीय परिणामों को आवरित करती है। यह प्रत्याशित आय से वंचित बीमाधारक के लिए और वित्तीय संस्थानों के लिए परियोजना में उनके हित की सीमा तक उपयुक्त है। इसे परियोजना की वास्तविक शुरुआत से पहले एमसीई / ईएआर / सीएआर पॉलिसी के एक विस्तार के रूप में जारी किया जाता है।

यह पॉलिसी अवधि ऋण पर ब्याज, ऋणपत्र (डिबेंचर), मजदूरी और वेतन आदि जैसे निरंतर खर्चों के रूप में वित्तीय हानियों और उस प्रत्याशित शुद्ध मुनाफे पर नुकसान को भी आवरित करती है जो निर्धारित तारीख को व्यवसाय शुरू होने की स्थिति में इसने अर्जित किया होता।

प्रीमियम निर्धारण विभिन्न महत्वपूर्ण कारकों पर और उपलब्ध पुनर्बीमा समर्थन पर निर्भर करता है। अनुमानित सकल लाभ या कारोबार और क्षतिपूर्ति की अवधि भी देय प्रीमियम तय करने में महत्वपूर्ण कारक हैं।

स्व-परीक्षण 8

प्रारंभ में विलंब पॉलिसी को _________ के रूप में भी जाना जाता है।

1. मशीनरी मुनाफे का हानि आवरण
2. अग्रिम मुनाफे का हानि आवरण
3. ठेकेदार सर्व जोखिम आवरण
4. ठेकेदार संयंत्र एवं मशीनरी आवरण

झ. औद्योगिक सर्व जोखिम बीमा

औद्योगिक सर्व जोखिम पॉलिसी औद्योगिक संपत्तियों - निर्माण और भंडारण दोनों सुविधाओं को एक पॉलिसी के तहत भारत में कहीं भी आवरित करने के लिए डिजाइन की गयी थी। यह सामग्री की क्षति और व्यवसाय में रुकावट के विरुद्ध क्षतिपूर्ति प्रदान करती है।

आम तौर पर यह पॉलिसी निम्न बातों के लिए आवरण प्रदान करती है:

i. अग्नि और आग बीमा की प्रथा के अनुसार निर्दिष्ट आपदाएं,

ii. चोरी (लार्सनी को छोड़कर)

iii. मशीनरी की खराबी / बॉयलर विस्फोट / विद्युतीय उपकरण

iv. उपरोक्त आपदाओं के घटित होने के बाद व्यवसाय में रुकावट

(**टिप्पणी :** ऊपर (ग) के तहत आपदाओं के बाद व्यवसाय में रुकावट को सामान्यतः पैकेज आवरण में शामिल नहीं किया जाता है लेकिन यह वैकल्पिक आवरण के रूप में उपलब्ध है)

- ✓ यह पॉलिसी व्यक्तिगत संचालन पॉलिसियों द्वारा प्रदान किए जाने वाले आवरण की तुलना में आवरण की सबसे व्यापक रेंज उपलब्ध कराती है।
- ✓ पॉलिसी के लिए प्रीमियम की दरें चुने गए आवरणों, दावों के अनुभव और चयनित कटौती, एमएलओपी के लिए जोखिम मूल्यांकन रिपोर्ट आदि पर निर्भर करती हैं।

स्व-परीक्षण 9

इनमें से किसे औद्योगिक सर्व जोखिम बीमा के तहत आवरित नहीं किया जाता है?

I. आग और अग्नि बीमा प्रथा के अनुसार विशेष आपदाएं

II. चोरी (लार्सनी)

III. मशीनरी की खराबी

IV. विद्युतीय उपकरण

ञ. मरीन बीमा

मरीन बीमा को दो प्रकारों में वर्गीकृत किया गया है: मरीन कार्गो और मरीन हल

1. मरीन कार्गो बीमा

हालांकि 'मरीन (मरीन)' शब्द समुद्री की दुर्घटनाओं की वजह से होने वाली हानि का संकेत दे सकती है, **मरीन कार्गो बीमा** में कई अन्य बातें शामिल हैं। यह देश के भीतर और विदेशों में रेल, सड़क, समुद्र, हवा या पंजीकृत डाक द्वारा पारगमन के दौरान सामान को हानि या क्षति के संबंध में क्षतिपूर्ति प्रदान करता है। सामान के प्रकार में हीरे से लेकर घरेलू सामान, थोक वस्तुएं जैसे सीमेंट, अनाज, परियोजनाओं के लिए अधिक आयामी कार्गो आदि शामिल हो सकते हैं।

कार्गो बीमा घरेलू व्यापार और अंतरराष्ट्रीय व्यापार में एक महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। बिक्री के अधिकांश अनुबंधों की आवश्यकता होती है कि सामान को हानि या क्षति के विरुद्ध, विक्रेता या खरीदार द्वारा आवरित किया जाना चाहिए।

बीमा को कौन प्रभावित करता है : सामान [कंसाइनमेंट] का विक्रेता या खरीदार बिक्री के अनुबंध के आधार पर कार्गो का बीमा करवा सकता है।

मरीन बीमा अनुबंध में अंतरराष्ट्रीय स्तर पर लागू होने वाले प्रावधानों की जरूरत होती है। इसका कारण यह है कि यह ऐसे सामान को आवरित करता है जो किसी भी देश की सीमाओं से दूर पारगमन में हैं। आवरित अंतरराष्ट्रीय कन्वेंशनों और पॉलिसी से संलग्न कुछ क्लॉजों द्वारा तदनुसार संचालित होते हैं।

जहां मूल पॉलिसी दस्तावेज में सामान्य शर्तें शामिल होती हैं, आवरण का दायरा और अपवाद तथा विशेष अपवर्जन अलग क्लॉजों से जुड़े होते हैं जिनको संस्थान कार्गो क्लॉज (आईसीसी) के रूप में जाना जाता है। ये इंस्टिट्यूट ऑफ लंदन अंडरराइटर्स द्वारा तैयार किए जाते हैं।

क) मरीन कार्गो बीमा के तहत आवरण

कार्गो पॉलिसियां अनिवार्य रूप से यात्रा पॉलिसियां हैं यानी ये विषय-वस्तु को एक स्थान से दूसरे स्थान पर ले जाने को आवरित करती हैं। हालांकि, बीमाधारक को हमेशा अपने नियंत्रण की सभी परिस्थितियों में उचित सावधानी के साथ कार्य करने की आवश्यकता है। इस पॉलिसी की मुख्य विशेषता है कि यह एक सहमत मूल्य पॉलिसी है। मूल्य बीमा कर्ता और बीमाधारक के बीच सहमति से तय किया जाता है और बाद में पुनर्मूल्यांकन के अधीन नहीं है जब तक धोखाधड़ी का संदेह नहीं होता है। दूसरी अनन्य विशेषता यह है कि पॉलिसी स्वतंत्र रूप से आवंटन योग्य है।

आवरण सामान्यतः पॉलिसी में नामित स्थान समान की उस पर गोदाम से निकलने के समय से शुरू होता है और पॉलिसी में नामित गंतव्य पर समाप्त होता है जो बिक्री के अनुबंध की शर्तों पर निर्भर करता है।

लागू नियम और शर्तें इनमें से किसी एक के द्वारा नियंत्रित होती हैं;

i. अंतर्देशीय पारगमन के लिए अंतर्देशीय पारगमन क्लॉज (आईटीसी) ए, बी या सी
ii. समुद्र के द्वारा यात्रा के लिए संस्थान कार्गो क्लॉज (आईसीसी) ए, बी या सी
iii. संस्थान कार्गो (वायुमार्ग) क्लॉज - हवाई परिवहन के लिए

संस्थान कार्गो क्लॉज सी न्यूनतम आवरण प्रदान करता है जो निम्नलिखित के कारण मालवाहक वाहन या पोत की दुर्घटना की वजह से होने वाला हानि या क्षति है:

i. आग या विस्फोट
ii. वाहन का पटरी से उतर जाना या पलटना
iii. पोत की स्ट्रेन्डिंग, ग्राउंडिंग या डूबना (जहाज के मामले में)
iv. एक बाहरी वस्तु के साथ टकराव

संस्थान कार्गो क्लॉज बी क्लॉज सी की तुलना में अधिक व्यापक है। सी में आवरित किए गए खतरों के अलावा यह निम्नलिखित के कारण होने वाली हानि या क्षति को भी आवरित करता है:

i. भूकंप, ज्वालामुखी विस्फोट और आसमानी बिजली जैसे ईश्वरीय कृत्यों (एओजी) के जोखिम
ii. अंतर्देशीय पारगमन में पुलों का ढह जाना
iii. महासागरीय पारगमन के मामले में जहाज पर सामान के धुल जाने या फेंक दिए जाने से हानि
iv. जहाज में पानी का प्रवेश

संस्थान कार्गो क्लॉज एक व्यापक आवरण है क्योंकि यह बी और सी की सभी आपदाओं और कुछ निर्धारित अपवर्जन को छोड़कर किसी भी अन्य जोखिम के कारण होने वाली हानि या क्षति को आवरित करता है जैसे:

i. बीमाधारक के दुराग्रही आचरण की वजह से हानि या क्षति
ii. साधारण रिसाव, टूटने, टूट-फूट या वजन/मात्रा में साधारण हानि
iii. पैकिंग में अपर्याप्तता
iv. अंतर्निहित दोष
v. विलंब
vi. मालिकों के दिवालियेपन के कारण हानि
vii. परमाणु खतरे

ये अपवर्जन अंतर्देशीय, वायुमार्ग और समुद्र के सभी क्लॉजों के लिए आम हैं। कोयला, थोक तेल और चाय आदि जैसी विशिष्ट वस्तुओं के व्यापार के लिए अलग क्लॉज भी हैं। मरिन आवरण को युद्ध, हमले, दंगे, नागरिक हंगामें और आतंकवाद को आवरित करने के लिए अतिरिक्त प्रीमियम का भुगतान करके बढ़ाया जा सकता है। समुद्री और उड्डयन पॉलिसियां बीमा की एकमात्र शाखा हैं जो युद्ध के खतरों के विरुद्ध आवरण प्रदान करती हैं।

महत्वपूर्ण

मानक पॉलिसी प्रपत्र के तहत और पॉलिसी से जुड़े विभिन्न क्लॉजों के तहत एक मरिन पॉलिसी के अंतर्गत आवरित किए गए जोखिम मोटे तौर पर तीन श्रेणियों में आते हैं:

i. मरीन खतरे,
ii. बाहरी खतरे और
iii. युद्ध, हड़ताल, दंगा, नागरिक हंगामा और आतंकवाद के जोखिम।

ख) विभिन्न प्रकार की मरीन पॉलिसियां

I. विशिष्ट पॉलिसी

यह पॉलिसी अकेले शिपमेंट को आवरित करती है। यह विशेष यात्रा या पारगमन के लिए मान्य है। नियमित रूप से आयात और निर्यात व्यापार में लगे हुए व्यापारी और जो अंतर्देशीय पारगमन द्वारा नियमित रूप से कंसाइनमेंट भेज रहे हैं, उनके लिए ओपन पॉलिसी जैसी विशेष व्यवस्थाओं के तहत बीमा की व्यवस्था करना सुविधाजनक होगा।

II. व्यापक पॉलिसी

देश के भीतर माल की ढुलाई को व्यापक पॉलिसी के तहत आवरित किया जा सकता है। यह पॉलिसी एक वर्ष के लिए वैध है और इस अवधि के दौरान सभी कंसाइनमेंट की घोषणा एक पाक्षिक, मासिक या तिमाही आधार पर उनके बीच हुई सहमति के अनुसार बीमाधारक द्वारा बीमा कंपनी को किया जाना आवश्यक है।

III. व्यापक आवरण

निरंतर व्यापार करने वाले बड़े निर्यातकों और आयातकों के लिए एक व्यापक आवरण जारी किया जाता है। यह समुद्री प्रेषण के एक-वर्ष के लेनदेन के लिए आवरण की शर्तें और प्रीमियम की दरें तय करता है। व्यापक (ओपन) आवरण पॉलिसी नहीं है और इस पर मुहर नहीं लगी होती है। प्रत्येक घोषणा के संबंध में उचित मूल्य के लिए विधिवत टिकट लगा हुआ एक बीमा प्रमाणपत्र जारी किया जाता है।

IV. ड्यूटी और मूल्य वृद्धि बीमा

ये पॉलिसियां अतिरिक्त बीमा प्रदान करती हैं यदि कार्गो का मूल्य सीमा शुल्क के भुगतान या माल के उतरने की तारीख को गंतव्य पर इसके बाजार मूल्य में वृद्धि के कारण कार्गो का मूल्य बढ़ जाता है।

V. प्रारंभ होने में विलंब

कई बीमाधारक इस आवरण का चयन कर रहे हैं। नई परियोजना के मामले में पारगमन के दौरान उपकरण को किसी भी हानि या क्षति में नए उपकरण के लिए ऑर्डर देना शामिल हो सकता है जो परियोजना के पूरा होने में विलंब का कारण बनता है और इससे मुनाफे की हानि होता है। ऐसे वित्तीय संस्थान जो अपनी ऋण शोधन के लिए परियोजना को समय पर पूरा करने में रुचि रखते हैं, वे इस जोखिम को बीमा अनुबंध के द्वारा आवरण किया जाना पसंद करेंगे और समुद्री (कार्गो) बीमा पॉलिसी को समुद्री विलंब या सिर्फ विलंब से परियोजना शुरू होने के कारण परिणामी नुकसान के विरुद्ध बढ़ाया जा सकता है।

प्रीमियम : दर माल की प्रकृति, पोतांतरण की विधि, पैकेज के प्रकार, समुद्री यात्रा के मार्ग और अतीत के दावा अनुभव पर निर्भर करता है। हालांकि एसआरसीसी और युद्ध जोखिम (विदेशी कार्गो के लिए) जैसे विस्तारित आवरण में जोखिम विशेष विनियमों द्वारा संचालित होते हैं और एकत्र किया गया प्रीमियम केंद्र सरकार को क्रेडिट किया जाएगा।

2. मरीन हल बीमा

'हल' शब्द एक जहाज या अन्य जल परिवहन पोत की बॉडी को दर्शाता है।

मरीन हल बीमा विभिन्न देशों में लागू अंतरराष्ट्रीय खडों के अनुसार किया जाता है। मरीन हल आवरण मुख्यतः रूप से दो प्रकार के होते हैं :

क) विशेष समुद्री यात्रा को आवरण करने वालाः यहां इस्तेमाल किए जाने वाले खंड के सेट को संस्थान समुद्री यात्रा खंड कहा जाता है।

ख) एक समय अवधि को आवरित करने वालाः आम तौर पर एक वर्ष। यहां इस्तेमाल किए गए खंडों के सेट को संस्थान (समय) खंड कहा जाता है।

सूचना

हल बीमा में निम्नलिखित बीमा भी शामिल हैं:

i. छोटी मालवाहक नौका, बड़ी नौका (लॉन्च), यात्री जहाज आदि जैसे अंतर्देशीय जहाज
ii. निकर्षण पोत (यंत्रीकृत या गैर-यंत्रीकृत)
iii. मछली पकड़ने वाले पोत (यंत्रीकृत या गैर-यंत्रीकृत)
iv. नौकायन पोत (यंत्रीकृत या गैर-यंत्रीकृत)
v. जेटीज और व्हार्फ़
vi. निर्माण की प्रक्रिया में जहाज

जहाज के मालिक का न केवल जहाज में बल्कि बीमा की अवधि के दौरान अर्जित होने वाली माल भाड़े में भी बीमा योग्य हित होता है। माल ढुलाई के अलावा प्रावधानों और स्टोर सहित पोत की फिटिंग में उसके द्वारा खर्च की गई राशि में भी जहाज के मालिक का बीमा योग्य हित होता है। **इन खर्चों को संवितरण कहा जाता है और इनका बीमा एक समय अवधि के लिए पोत पॉलिसी के साथ समवर्ती रूप से किया जाता है।**

महत्वपूर्ण

विमानन बीमा : व्यापक पॉलिसी उन विमानों के लिए भी उपलब्ध है जो विमान के संचालन से उत्पन्न होने वाली तीसरे पक्षों और यात्रियों की कानूनी दायित्व को आवरित करता है।

स्व-परीक्षण 10

बीमा की कौन सी शाखा युद्ध के खतरों के विरुद्ध आवरण प्रदान करती है?

I. मरीन पॉलिसियां
II. विमानन पॉलिसियां
III. उपरोक्त दोनों
IV. उपरोक्त में से कोई नहीं

ट. दायित्व पॉलिसियां

दुर्घटनाओं से पूरी तरह से बचा नहीं जा सकता है चाहे व्यक्ति कितना ही सावधान क्यों ना हो। इसके परिणाम स्वरूप अपने आप को चोट लग सकती है और किसी की संपत्ति को हानि पहुंच सकता है और इसके साथ-साथ तृतीय पक्षों को चोट लग सकती है और उनकी संपत्ति को हानि हो सकता है। इस प्रकार प्रभावित लोग ऐसी हानि के लिए क्षतिपूर्ति का दावा करेंगे।

दायित्व बनाए और बेचे जा रहे किसी उत्पाद में एक दोष से भी उत्पन्न हो सकती है, जैसे कि चॉकलेट या दवाएं उपभोक्ता को नुकसान पहुंचाती हैं। इसी तरह, देयता किसी मरीज के गलत निदान/उपचार से या एक वकील द्वारा अपने ग्राहक के मामले को अनुचित तरीके से निपटाने के कारण भी उत्पन्न हो सकती है।

ऐसे सभी मामलों में, जहां तीसरा पक्ष, उपभोक्ता या रोगी कथित तौर पर गलत कृत्य के लिए मुआवजे की मांग करेगा, यह दावेदारों द्वारा दायर किए गए मुकदमों की रक्षा करने में शामिल मुआवजे के भुगतान के लिए या खर्चों को पूरा करने की जरूरत उत्पन्न करेगा। दूसरे शब्दों में, भुगतान करने के दायित्व से एक वित्तीय हानिउत्पन्न होती है। इस तरह के दायित्व की मौजूदगी और भुगतान कि जाने वाले मुआवजे की राशि एक सिविल कोर्ट द्वारा निर्धारित की जाएगी जो कथित लापरवाही/धोखाधड़ी के पहलू में जाएगा। दायित्व बीमा पॉलिसियां ऐसी देनदारियों का आवरण प्रदान करती हैं।

आइए हम कुछ देयता पॉलिसियों पर नजर डालते हैं।

वैधानिक देयता

कुछ ऐसे कानून या विधान हैं जो मुआवजे के भुगतान की व्यवस्था करते हैं। ये कानून इस प्रकार हैंः

- ✓ जन दायित्व बीमा अधिनियम, 1991 और
- ✓ 2010 में संशोधित कर्मचारी क्षतिपूर्ति अधिनियम, 1923

बीमा पॉलिसियां ऐसी देनदारियों के संबंध में संरक्षण के लिए उपलब्ध हैं। आइए हम उनमें से कुछ को देखें।

1. अनिवार्य जन दायित्व पॉलिसी

जन दायित्व बीमा अधिनियम, 1991 उन लोगों पर कोई दोष नहीं के आधार पर दायित्व लगाता है जो खतरनाक पदार्थों का कामकाज करते हैं और इस तरह के संचालन के दौरान किसी तीसरे पक्ष को चोट लग जाती है या उसकी संपत्ति क्षतिग्रस्त हो जाती है। खतरनाक पदार्थों के नामों और प्रत्येक की मात्रा को इस 'अधिनियम' में सूचीबद्ध किया गया है।

प्रति व्यक्ति देय मुआवजे की राशि निम्नानुसार निर्धारित होती है।

देय क्षतिपूर्ति

घातक दुर्घटना	रु. 25,000
स्थायी पूर्ण अपंगता	रु. 25,000
स्थायी आंशिक अपंगता	विकलांगता के % के आधार पर रु. 25,000 का %
अस्थायी आंशिक विकलांगता	रु. 1000 प्रति माह, अधिकतम 3 महीने
वास्तविक चिकित्सा व्यय	अधिकतम रु. 12,500 तक

संपत्ति को वास्तविक हानि	रु. 6000 तक

प्रीमियम एओए (कोई एक दुर्घटना) सीमा और ग्राहक के कारोबार पर आधारित होता है। इस पॉलिसी की खास विशेषता यह है कि इसमें बीमाधारक को पर्यावरण राहत कोष में अनिवार्य अंशदान के रूप में प्रीमियम के बराबर राशि का भुगतान करना पड़ता है। यदि तीसरे पक्ष की एक बड़ी संख्या प्रभावित होती है और देय राहत की कुल राशि ए.ओ.ए. सीमा से अधिक हो जाती है तो शेष राशि का भुगतान कोष से किया जाएगा।

2. जन दायित्व पॉलिसी (औद्योगिक/गैर-औद्योगिक जोखिम)

इस प्रकार की पॉलिसी तृतीय पक्ष को व्यक्तिगत चोट या संपत्ति के विध्वंश [टीपीपीआई या टीपीपीडी] का कारण बनने वाली बीमाधारक की गलती/लापरवाही से उत्पन्न दायित्व को कवर करती है।

औद्योगिक जोखिमों और गैर-औद्योगिक जोखिमों को आवरित करने वाली अलग-अलग पॉलिसियां हैं, जैसे होटलों, सिनेमा हॉलों, सभागारों, आवासीय परिसरों, कार्यालयों, स्टेडियमों, गोदामों और दुकानों को प्रभावित करने वाले जोखिम। यह टीपीपीआई/टीपीपीडी के संबंध में भारतीय कानून के अनुसार दावेदार की लागतों, फीस और खर्च सहित मुआवजे का भुगतान करने के कानूनी दायित्व को आवरीत करती हैं।

यह पॉलिसी इन बातों को कवर नहीं करती है:

क) उत्पादों दायित्व आवरीत
ख) प्रदूषण दायित्व
ग) परिवहन और
घ) कामगारों/कर्मचारियों को चोट लगना

3. उत्पाद दायित्व पॉलिसी

उत्पाद दायित्व बीमा की मांग आज बनाए और जनता को बेचे जाने वाले उत्पादों की व्यापक विविधता (जैसे डिब्बाबंद खाद्य सामग्री, वातित पानी, दवाएं और इंजेक्शन, बिजली के उपकरण, यांत्रिक उपकरण, रसायन आदि) के कारण उत्पन्न हो गई है। यदि उत्पाद में कोई दोष मृत्यु, शारीरिक चोट या बीमारी या तीसरे पक्ष की संपत्ति को हानि का कारण बनता है तो इसके कारण दावा उत्पन्न हो सकता है। उत्पाद दायित्व पॉलिसियां बीमाधारक की इस दायित्व को आवरित करती हैं।

आवरण निर्यात के साथ-साथ घरेलू बिक्री के लिए भी उपलब्ध है।

4. लिफ्ट (तृतीय पक्ष) दायित्व बीमा

यह पॉलिसी लिफ्टों के उपयोग और संचालन से उत्पन्न होने वाली देनदारियों के संबंध में भवनों के मालिकों को क्षतिपूर्ति प्रदान करती है। यह निम्न बातों के लिए कानूनी दायित्व को आवरित करती है:

क) किसी भी व्यक्ति की मृत्यु/शारीरिक चोट (बीमित व्यक्ति के कर्मचारियों को छोड़कर)

ख) संपत्ति को क्षति (बीमाधारक की अपनी या कर्मचारी की संपत्ति को छोड़कर)

प्रीमियम की दरें क्षतिपूर्ति की सीमा, किसी एक व्यक्ति, किसी एक दुर्घटना और किसी एक वर्ष पर निर्भर करती हैं।

5. व्यावसायिक दायित्व

व्यावसायिक क्षतिपूर्ति पेशेवर लोगों को उनके व्यावसायिक कर्तव्यों के निष्पादन में लापरवाही से उत्पन्न होने वाले क्षति की भरपाई करने के लिए उनकी कानूनी दायित्व के विरुद्ध बीमा सुरक्षा प्रदान करने के लिए तैयार की गई है। इस तरह के आवरण चिकित्सकों, अस्पतालों, इंजीनियरों, वास्तुकारों, सनदी लेखाकारों (चार्टर्ड एकाउंटेंट), वित्तीय सलाहकारों, वकीलों, बीमा ब्रोकरों के लिए उपलब्ध हैं।

6. निदेशकों और अधिकारियों की दायित्व पॉलिसी

किसी कंपनी के निदेशक और अधिकारी विश्वास और जिम्मेदारी के पदों पर आसीन होते हैं। वे कंपनी के मामलों की देखरेख और प्रबंधन में उनके द्वारा किए गए गलत तरीके के कृत्यों के लिए शेयरधारकों, कर्मचारियों, लेनदारों और कंपनी के अन्य हितधारकों को हर्जाना अदा करने के लिए उत्तरदायी हो सकते हैं। इस तरह की दायित्व को आवरितकरने के लिए एक पॉलिसी तैयार की गयी है और यह कंपनी के नाम उसके सभी निर्देशकों को आवरित करने के लिए जारी की जाती है।

7. कर्मचारी क्षतिपूर्ति बीमा

यह पॉलिसी बीमाधारक को अपने उन कर्मचारियों को मुआवजे का भुगतान करने की उसकी कानूनी दायित्व के संबंध में क्षतिपूर्ति प्रदान करती है, जो अपने नियोजन पर या इसके दौरान उत्पन्न होने वाली बीमारी या दुर्घटना से शारीरिक चोट का सामना करते हैं। इसे **कामगार क्षतिपूर्ति बीमा** भी कहा जाता है।

बीमा के दो रूप बाजार में प्रचलित हैं:

क) तालिका क : कर्मचारी क्षतिपूर्ति अधिनियम, 1923 (कामगार क्षतिपूर्ति अधिनियम, 1923), घातक दुर्घटना अधिनियम, 1855 और आम कानून के तहत कर्मचारियों को दुर्घटनाओं की कानूनी दायित्व के विरुद्ध क्षतिपूर्ति।

ख) तालिका ख : घातक दुर्घटना अधिनियम, 1855 और आम कानून के तहत कानूनी दायित्व के विरुद्ध क्षतिपूर्ति।

प्रीमियम की दर प्रस्ताव प्रपत्र में घोषित कर्मचारियों के अनुमानित वेतन पर लागू होती है और प्रीमियम को पॉलिसी की समाप्ति पर बीमित व्यक्ति द्वारा घोषित वास्तविक वेतन के आधार पर समायोजित किया जाता है।

निम्न बातों को आवरित करने के लिए पॉलिसी को बढ़ाया जा सकता है:

i. विशिष्ट राशियों तक कर्मचारी के चोटों के उपचार के लिए बीमित व्यक्ति द्वारा खर्च किए गए चिकित्सा और अस्पताल संबंधी व्यय

ii. अधिनियम में सूचीबद्ध पेशागत रोगों के लिए दायित्व

iii. ठेकेदारों के कर्मचारियों के प्रति दायित्व

स्व-परीक्षण 11

जन दायित्व बीमा अधिनियम, 1991 के तहत वास्तविक चिकित्सा खर्चों के लिए देय मुआवजा कितना है?

I. रु. 6,250

II. रु. 12,500

III. रु. 25,000

IV. रु. 50,000

सारांश

क) अग्नि बीमा पॉलिसी व्यावसायिक प्रतिष्ठानों के साथ-साथ संपत्ति के मालिकों और संपत्ति में वित्तीय हित रखने वाले व्यक्तियों/वित्तीय संस्थानों के लिए उपयुक्त है।

ख) अग्नि पॉलिसी के भिन्न रूपों में शामिल हैं:

- ✓ बाजार मूल्य आधार पॉलिसी
- ✓ बाजार मूल्य या पुनर्स्थापन मूल्य पॉलिसियां
- ✓ घोषणा पॉलिसी
- ✓ फ्लोटर पॉलिसी

ग) परिणामी क्षति (सीएल) पॉलिसी या व्यवसाय रुकावट (बीआई) पॉलिसी सकल लाभ की हानि के लिए क्षतिपूर्ति प्रदान करती है - जिसमें वित्तीय नुकसान को कम करने के लिए व्यवसाय को जल्द से जल्द उसकी सामान्य स्थिति में लाने के क्रम में बीमाधारक द्वारा खर्च की गयी कामकाज की बढ़ी हुई लागत के साथ-साथ शुद्ध लाभ और स्थायी शुल्क शामिल हैं।

घ) सेंधमारी पॉलिसी कारखानों, दुकानों, कार्यालयों, गोदामों और वेयरहाऊस जैसे व्यावसायिक परिसरों के लिए है जिनमें स्टॉक, सामान, फर्नीचर, फिक्सचर और एक बंद तिजोरी में रखी नगदी शामिल हो सकती है जिसे चुराया जा सकता है।

ङ) धन बीमा पॉलिसी उन हानियों को आवरित करने के लिए बनायी गयी है जो नकदी, चेक/पोस्टल ऑर्डर/डाक टिकटों का लेनदेन करते समय घटित हो सकते हैं।

च) धन बीमा पॉलिसी दो खंडों के अंतर्गत आवरण प्रदान करती है: पारगमन खंड और परिसर खंड।

छ) विश्वसनीयता गारंटी बीमा नियोक्ताओं को उनके कर्मचारियों की जालसाजी, गबन, चोरी, हेराफेरी और चूक के द्वारा धोखाधड़ी या बेईमानी की वजह से उनको हुए वित्तीय हानि के विरुद्ध क्षतिपूर्ति करती है।

ज) विश्वसनीयता गारंटी पॉलिसी के प्रकारों में शामिल हैं: व्यक्तिगत पॉलिसी, सामूहिक फ्लोटिंग पॉलिसी, पोजिशंस पॉलिसी और ब्लैंकेट पॉलिसी ।

झ) बैंकर्स क्षतिपूर्ति पॉलिसी को उन बैंकों, एनबीएफसी और अन्य संस्थानों के लिए तैयार किया गया व्यापक आवरण है, जो पैसे और प्रतिभूतियों के संबंध में उनके सामने आने वाले विशेष जोखिमों पर विचार करते हुए पैसे को शामिल करने वाली गतिविधियों में संलग्न होते हैं।

ञ) इंजीनियरिंग बीमा के अंतर्गत आने वाली प्रमुख पॉलिसियों में शामिल हैं:

- ✓ ठेकेदार समस्त जोखिम पॉलिसी
- ✓ ठेकेदार संयंत्र और मशीनरी पॉलिसी
- ✓ उत्थापन/निर्माण समस्त जोखिम पॉलिसी

- ✓ मशीनरी की खराबी पॉलिसी
- ✓ बॉयलर और दबाव संयंत्र पॉलिसी
- ✓ मशीनरी मुनाफे की हानि पॉलिसी
- ✓ स्टॉक की खराबी पॉलिसी
- ✓ विद्युतीय उपकरण पॉलिसी
- ✓ अग्रिम मुनाफे का हानि आवरण

ट) औद्योगिक सर्व जोखिम पॉलिसी औद्योगिक संपत्तियों - एक पॉलिसी के तहत भारत में कहीं भी उत्पादन और भंडारण दोनों सुविधाओं को आवरित करने के लिए तैयार की गयी थी।

ठ) मरीन बीमा को मरीन कार्गो और मरीन हल बीमा में वर्गीकृत किया गया है।

ड) कार्गो पॉलिसियां अनिवार्य रूप से यात्रा पॉलिसियां हैं यानी ये विषय-वस्तु को एक स्थान से दूसरे स्थान पर स्थानांतरित करने को आवरित करती हैं।

ढ) मरीन पॉलिसियों के विभिन्न प्रकारों में शामिल हैं:

- ✓ विशिष्ट पॉलिसी
- ✓ व्यापक (ओपन) पॉलिसी
- ✓ व्यापक कवर
- ✓ ड्यूटी और मूल्य वृद्धि बीमा
- ✓ प्रारंभ होने में विलंब

ण) मरीन हल आवरण अनिवार्य रूप से दो प्रकार के होते हैं: एक विशेष यात्रा को आवरित करने वाली और एक समय अवधि को आवरित करने वाली।

त) एक जन दायित्व पॉलिसी तृतीय पक्ष को व्यक्तिगत चोट या संपत्ति के विध्वंश का कारण बनने वाली बीमाधारक की गलती/लापरवाही से उत्पन्न दायित्व को आवरित करती है।

थ) उत्पाद देयता पॉलिसियां उत्पाद में दोष से संबंधित बीमाधारक की देयता को कवर करती है, जिसके कारण मृत्यु, शारीरिक चोट या बीमारी या यहां तक कि तीसरे पक्षों की संपत्ति को क्षति भी पहुंचती है।

द) व्यावसायिक क्षतिपूर्ति पेशेवर लोगों को उनके व्यावसायिक कर्तव्यों के निष्पादन में लापरवाही से उत्पन्न होने वाला हर्जाना अदा करने की उनकी कानूनी दायित्व के विरुद्ध बीमा सुरक्षा प्रदान करने के लिए तैयार की गयी है।

मुख्य शब्द

ख) संपत्ति का अग्नि बीमा
ग) सेंधमारी बीमा
घ) धन बीमा
ङ) विश्वसनीयता गारंटी बीमा
च) बैंकर्स क्षतिपूर्ति बीमा
छ) जौहरी ब्लॉक पॉलिसी

ज) इंजीनियरिंग बीमा
झ) औद्योगिक सर्व जोखिम बीमा
ञ) मरीन बीमा
ट) हल बीमा
ठ) दायित्व पॉलिसी

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प 3 है।

व्यावसायिक जोखिमों के लिए अग्नि पॉलिसी विस्फोट और अंतःस्फोट के खतरों को आवरित करती है।

उत्तर 2

सही विकल्प 1 है।

व्यवसाय रुकावट बीमा पॉलिसी केवल मानक आग और विशेष जोखिम पॉलिसी के संयोजन में ली जा सकती है।

उत्तर 3

सही विकल्प 4 है।

सेंधमारी पॉलिसी के लिए प्रीमियम कई चीजों की प्रकृति पर निर्भर करता है जैसे बीमित संपत्ति, स्वयं बीमाधारक का नैतिक जोखिम, परिसर का निर्माण और स्थान, सुरक्षा उपाय (जैसे चौकीदार, चोरी का अलार्म), पिछले दावों का अनुभव आदि।

उत्तर 4

सही विकल्प 2 है।

सेंधमारी की वजह से किसी व्यक्ति के परिसर से नकदी के गायब होने को धन बीमा पॉलिसी के तहत आवरित किया जाता है। दंगा, हड़ताल और आतंकवाद को अतिरिक्त प्रीमियम का भुगतान करके विस्तार के रूप में आवरित किया जा सकता है।

उत्तर 5

सही विकल्प 1 है।

विश्वसनीयता गारंटी बीमा पॉलिसी नियोक्ताओं को उनके कर्मचारियों धोखाधड़ी या बेईमानी के कारण उनको होने वाले वित्तीय हानि के विरुद्ध क्षतिपूर्ति करती है।

उत्तर 6

सही विकल्प 4 है।

बैंकर की क्षतिपूर्ति बीमा पॉलिसी पैसे के संबंध में आग, जालसाजी या चेक के परिवर्तन, कर्मचारियों की बेईमानी के कारण परिसर के भीतर रखी धन प्रतिभूतियों के नुकसान या क्षति को आवरित कर सकती है।

उत्तर 7

सही विकल्प 3 है।

जौहरी ब्लॉक पॉलिसी के मामले में बीमित संपत्ति के पंजीकृत पार्सल द्वारा पारगमन में होने के दौरान उसको हुई क्षति को खंड 3 के तहत आवरित किया जाएगा।

उत्तर 8

सही विकल्प 2 है।

प्रारंभ में विलंब पॉलिसी को अग्रिम मुनाफे का हानि आवरण के रूप में भी जाना जाता है।

उत्तर 9

सही विकल्प 2 है।

चोरी (लार्सनी) को औद्योगिक सर्व जोखिम बीमा के तहत आवरित नहीं किया जाता है।

उत्तर 10

सही विकल्प 3 है।

मरीन और विमानन बीमा की एकमात्र शाखा है जो युद्ध के खतरों के विरुद्ध आवरण प्रदान करती है।

उत्तर 11

सही विकल्प 2 है।

जन दायित्व बीमा अधिनियम, 1991 के तहत वास्तविक चिकित्सा खर्च के लिए देय मुआवजा 12,500 रुपए है।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

इंजीनियरिंग बीमा में सीएआर का मतलब है

I. मोटर कार

II. ठेकेदार सर्व जोखिम

III. कंपनी का समस्त जोखिम

IV. कंपनियों की सभी आवश्यकताएं

प्रश्न 2

एक नियोक्ता ____________ द्वारा अपने कर्मचारियों के बेईमान कृत्यों से खुद का बीमा करवाता है।

I. कर्मचारी क्षतिपूर्ति पॉलिसी

II. जन दायित्व बीमा पॉलिसी

III. विश्वसनीयता गारंटी बीमा पॉलिसी

IV. घोषणा पॉलिसी

प्रश्न 3

____________ जहाज की बॉडी को दर्शाता है।

I. हल

II. कार्गो

III. समुद्री डकैती (पाइरेसी)

IV. बोझ गिराना (जेटिसन)

प्रश्न 4

________________ वह पॉलिसी है जो विमान के नुकसान या क्षति को आवरित करती है।

I. वैधानिक देयता

II. संपत्ति बीमा

III. विमानन बीमा

IV. धन बीमा

प्रश्न 5

अग्नि बीमा पॉलिसी _______________ के कारण ऐड-ऑन कवर के रूप में भी संपत्ति की क्षति को आवरित नहीं करती है।

I. बाढ़

II. भूकंप

III. आग

IV. युद्ध के कारण बमबारी

प्रश्न 6

परिणामी हानि(अग्नि पॉलिसी) को आवरित करता हैः

I. कारखाने को हुई क्षति के कारण मुनाफे की हानि

II. साख की हानि

III. मशीनरी में सामग्री की टूट-फूट

IV. विदेशी मुद्रा के उतार-चढ़ाव के कारण हानि

प्रश्न 7

सेंधमारी में प्रीमियम _______________ पर निर्भर करता हैः

I. सुरक्षा उपाय

II. परिसर का स्थान

III. संपत्ति की प्रकृति

IV. उपरोक्त सभी

प्रश्न 8

ठेकेदार सर्व जोखिम पॉलिसी ___________ की एक विविधता हैः

I. अग्नि बीमा

II. जीवन बीमा

III. इंजीनियरिंग बीमा

IV. मरीन बीमा

प्रश्न 9

कर्मचारी क्षतिपूर्ति पॉलिसी ___________ का एक प्रकार है

I. दायित्व बीमा

II. अग्नि बीमा

III. मरीन कार्गो बीमा

IV. इंजीनियरिंग बीमा

प्रश्न 10

धन बीमा पॉलिसी _____________ को आवरित करती है:

I. रोकड़ शेष

II. म्युचुअल फंड में निवेशित धन

III. बचत बैंक में पड़ा धन

IV. डाकघर में जमा धन

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प 2 है।

इंजीनियरिंग बीमा में सीएआर का मतलब ठेकेदार सर्व जोखिम है।

उत्तर 2

सही विकल्प 3 है।

नियोक्ता विश्वसनीयता गारंटी बीमा पॉलिसी द्वारा अपने कर्मचारियों के बेईमान कृत्यों से बचने के लिए अपना बीमा करवाता है।

उत्तर 3

सही विकल्प 1 है।

हल जहाज की बॉडी को दर्शाता है।

उत्तर 4

सही विकल्प 3 है।

विमानन बीमा वह पॉलिसी है जो विमान को होने वाले हानि या क्षति को आवरित करती है।

उत्तर 5

सही विकल्प 4 है।

अग्नि बीमा पॉलिसी बमबारी या युद्ध के कारण एक ऐड-ऑन आवरण के रूप में भी संपत्ति की क्षति को आवरित नहीं करती है।

उत्तर 6

सही विकल्प I है।

परिणामी हानि (अग्नि पॉलिसी) कारखाने को हुई क्षति के कारण मुनाफे के हानि को आवरित नहीं करता है।

उत्तर 7

सही विकल्प 4 है।

सेंधमारी में प्रीमियम सुरक्षा उपायों, परिसर के स्थान, संपत्ति की प्रकृति आदि पर निर्भर करता है।

उत्तर 8

सही विकल्प 3 है।

ठेकेदार समस्त जोखिम पॉलिसी इंजीनियरिंग बीमा की एक विविधता है।

उत्तर 9

सही विकल्प 1 है।

कर्मचारी क्षतिपूर्ति पॉलिसी दायित्व बीमा का एक प्रकार है।

उत्तर 10

सही विकल्प । है।

धन बीमा पॉलिसी रोकड़ शेष (हाथ में नगदी) को आवरित करती है।

अध्याय 16

दावों की कार्यप्रणाली

अध्याय परिचय

किसी भी बीमा अनुबंध के मूल में शुरुआत में किया गया वादा यानी हानि की स्थिति में बीमाधारक को क्षतिपूर्ति करना होता है। यह अध्याय हानि घटित होने के समय से इसमें शामिल प्रक्रियाओं और दस्तावेजों के बारे में चर्चा करता है जो दावों के निपटान की पूरी प्रक्रिया को समझने में आसान बनाता है। यह बीमाधारक या बीमा कंपनी द्वारा विवादित दावों से निपटने की विधि भी बताता है।

अध्ययन के परिणाम

क. दावा निपटान की प्रक्रिया

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

1. दावा निपटान कार्यों के महत्व को समझाना
2. हानि की सूचना देने की प्रक्रियाओं का वर्णन करना
3. दावे की जांच और आकलन का मूल्यांकन करना
4. सर्वेक्षकों और हानि मूल्यांकनकर्ताओं के महत्व को समझाना
5. दावा प्रपत्रों की सामग्री को वर्णन करना
6. दावों के समायोजन और निपटान को परिभाषित करना

क) दावा निपटान की प्रक्रिया

1. दावों के निपटान का महत्व

बीमा कंपनी का सबसे महत्वपूर्ण कार्य हानि की घटना होने पर पॉलिसीधारक के दावों का निपटारा करना है। बीमा कर्तापॉलिसीधारक को भुगतान करने या किसी तीसरे पक्ष द्वारा बीमाधारक के विरुद्ध किए गए दावों का भुगतान करने में त्वरित, निष्पक्ष और न्यायसंगत सेवा प्रदान करके इस वादे को पूरा करती है।

बीमा की मार्केटिंग बीमित जोखिमों के कारण क्षति पर क्षतिपूर्ति प्रदान करने के लिए एक वित्तीय तंत्र के रूप में की जाती है। यदि यह बीमा और दावा निपटान प्रक्रिया के लिए नहीं होती, दुर्भाग्यपूर्ण दुर्घटना/घटना के बाद सामान्य स्थिति में वापस लौटना धीमा, अक्षम और मुश्किल हो सकता है।

गैर-जीवन बीमा कंपनी के बोर्ड रूप में एक संदेश उद्घृत था "भुगतान करें यदि आप कर सकते हैं; परित्याग करें यदि आपको करना चाहिए"। यही बीमा के महान व्यवसाय की भावना है।

पेशेवर तरीके से दावों के निपटान को बीमा कंपनी के लिए सबसे बड़ा विज्ञापन माना जाता है।

क) तत्परता

चाहे बीमाधारक एक कॉर्पोरेट ग्राहक हो या कोई व्यक्ति या चाहे हानि का आकार बड़ा हो या छोटा, दावों का शीघ्र निपटान बहुत महत्वपूर्ण है। यह समझा जाना चाहिए कि बीमाधारक को हानि के बाद जितनी जल्दी संभव हो सके, बीमा क्षतिपूर्ति की जरूरत होती है।

यदि उसे तुरंत पैसा मिल जाता है तो यह उसके लिए बहुत उपयोगी होता है। जब बीमाधारक को सबसे अधिक जरूरत होती है - हानि के बाद जितनी जल्दी संभव हो सके, दावा राशि का भुगतान करना बीमा कंपनी का कर्तव्य है।

ख) व्यावसायिकता

बीमा अधिकारी प्रत्येक दावे पर उसकी योग्यता के अनुसार विचार करते हैं और उन सभी दस्तावेजों की जांच किए बिना जो निम्नलिखित सवालों के जवाब देगा, दावे को अस्वीकार करने के लिए प्रतिकूल या पूर्वकल्पित धारणाएं लागू नहीं करते हैं।

i. क्या हानि वास्तव में हुई थी?
ii. यदि हां, तो क्या हानि करने वाली घटना वास्तव में हानि का कारण बनी थी?
iii. इस घटना से होने वाली हानि की सीमा।
iv. हानि का कारण क्या था?
v. क्या हानि को पॉलिसी के तहत आवरित किया गया था?
vi. क्या दावा अनुबंध/पॉलिसी की शर्तों के अनुसार देय है?
vii. यदि हां, तो देय राशि कितनी है?

इन सभी सवालों के जवाब बीमा कंपनी को जानना आवश्यक है।

दावों की प्रक्रिया पूरी करना एक महत्वपूर्ण गतिविधि है। सभी दावों, प्रपत्रों, कार्यप्रणालियों और प्रक्रियाओं को कंपनी द्वारा यह सुनिश्चित करने के लिए सावधानीपूर्वक तैयार किया गया है कि

पॉलिसी के तहत 'देय' सभी दावों का तुरंत भुगतान किया जाता है और जो देय नहीं हैं, उनका भुगतान नहीं किया जाता है।

एजेंट को, बीमाधारक की जानकारी में कंपनी का प्रतिनिधि होने के नाते यह सुनिश्चित करना चाहिए कि सभी प्रासंगिक प्रपत्रों को सही जानकारी के साथ ठीक से भरा जाता है, हानि के साक्ष्य बनने वाले सभी दस्तावेजों को संलग्न किया जाता है और सभी निर्धारित प्रक्रियाओं का समय पर ढंग से पालन किया जाता है और कंपनी को विधिवत प्रस्तुत किया जाता है। हानि के समय एजेंट की भूमिका की चर्चा पहले हो चुकी है।

2. हानि की सूचना या नोटिस

पॉलिसी की शर्तों में यह प्रावधान है कि हानि के बारे में तुरंत बीमा कंपनी को सूचित किया जाएगा। तत्काल सूचना का उद्देश्य बीमा कंपनी को हानि की प्रारंभिक अवस्था उसकी जांच करने की अनुमति देना है। विलंब होने से हानि से संबंधित महत्वपूर्ण सूचनाएं गायब हो सकती हैं। यह हानि कम से कम करने और निस्तारण से बचाव के लिए कदम उठाने के उपाय सुझाने में बीमा कंपनी को सक्षम बनाएगा। हानि की सूचना यथोचित रूप से जितनी जल्दी संभव हो, दी जानी चाहिए।

इस प्रारंभिक जांच/संवीक्षा के बाद दावे को एक नंबर आवंटित किया जाता है और पॉलिसी नंबर, बीमाधारक व्यक्ति के नाम, हानि की राशि का अनुमान, हानि की तारीख जैसे विवरणों के साथ दावा पंजी में दर्ज किया जाता है, अब दावा कार्रवाई के लिए तैयार है।

कुछ प्रकार की पॉलिसियों के तहत (जैसे सेंधमारी) पुलिस अधिकारियों को भी सूचना दी जानी चाहिए। कार्गो रेल पारगमन पॉलिसियों के तहत सूचना रेलवे को दी जानी चाहिए।

3. जांच और मूल्यांकन

क) संक्षित जानकारी

बीमाधारक से दावा प्रपत्र प्राप्त होने पर बीमा कंपनी हानि की जांच और मूल्यांकन के बारे में निर्णय लेती है। यदि दावा राशि छोटी है, तो कारण और हानि की सीमा निर्धारित करने के लिए बीमा कंपनी के एक अधिकारी द्वारा जांच की जाती है।

अन्य दावों की जांच का काम स्वतंत्र लाइसेंस प्राप्त पेशेवर सर्वेक्षकों को सौंपा जाता है जो हानि के आकलन में विशेषज्ञ होते हैं। स्वतंत्र सर्वेक्षकों द्वारा हानि का आकलन इस सिद्धांत पर आधारित है कि चूंकि बीमा कर्ता और बीमाधारक दोनों इच्छुक पार्टियां हैं, किसी भी विवाद की स्थिति में एक स्वतंत्र पेशेवर व्यक्ति की निष्पक्ष राय दोनों पक्षों और कानून की एक अदालत को स्वीकार्य होनी चाहिए।

ख) दावों का मूल्यांकन

आग के मामले में दावे का मूल्यांकन पुलिस रिपोर्ट, कारण अज्ञात होने पर जांचकर्ताओं की रिपोर्ट और एक सर्वेक्षण रिपोर्ट के आधार पर किया जाता है। व्यक्तिगत दुर्घटना दावों के लिए बीमाधारक को दुर्घटना का कारण या बीमारी की प्रकृति, जैसा भी मामला हो, और विकलांगता की अवधि निर्दिष्ट करते हुए उपचार करने वाले चिकित्सक की एक रिपोर्ट प्रस्तुत करने की आवश्यकता है।

पॉलिसी की शर्तों के तहत बीमा कंपनियां एक स्वतंत्र चिकित्सा परीक्षा की व्यवस्था करने का अधिकार सुरक्षित रखती हैं। "कामगार क्षतिपूर्ति" दावों के समर्थन में चिकित्सकीय प्रमाण की भी आवश्यकता होती है। पशुधन और मवेशियों के दावों का मूल्यांकन एक पशु चिकित्सक की रिपोर्ट के आधार पर किया जाता है।

सूचना

हानि या क्षति की सूचना प्राप्त होने पर बीमा कंपनियां यह जांच करती हैं कि क्याः

1. बीमा पॉलिसी हानि या क्षति की घटना की तारीख को प्रभावी है
2. हानि या क्षति एक बीमित जोखिम के कारण हुई है
3. हानि से प्रभावित संपत्ति (बीमा की विषय-वस्तु) वही संपत्ति है जो पॉलिसी के तहत बीमित है
4. हानि की सूचना विलंब के बिना प्राप्त हुई है

मृत्यु और व्यक्तिगत चोटों को शामिल करने वाले मोटर तृतीय पक्ष के दावों का मूल्यांकन चिकित्सक की रिपोर्ट के आधार पर किया जाता है। इन दावों को मोटर दुर्घटना दावा न्यायाधिकरण द्वारा निपटाया जाता है और भुगतान की जाने वाली राशि दावेदार की उम्र और आय जैसे कारकों द्वारा तय की जाती है।

तीसरे पक्ष की संपत्ति की हानि से संबंधित दावों का मूल्यांकन एक सर्वेक्षण रिपोर्ट के आधार पर होता है।

- ✓ मोटर स्वयं क्षति दावे का मूल्यांकन सर्वेक्षण की रिपोर्ट के आधार पर किया जाता है।
- ✓ तीसरे पक्ष की हानि शामिल होने पर पुलिस रिपोर्ट की आवश्यकता हो सकती है।

सूचना

जांच हानि के मूल्यांकन से अलग है। जांच यह सुनिश्चित करने के लिए की जाती है कि वैध दावा किया गया है और बीमा योग्य हित का अभाव, महत्वपूर्ण तथ्यों को दबाना या गलतबयानी करना, जान बूझकर क्षति करना आदि जैसे महत्वपूर्ण विवरण तथा संदेह को सत्यापित करने की संभावना से इनकार किया जाता है।

स्वास्थ्य बीमा दावों का मूल्यांकन आंतरिक रूप से या गैर-जीवन बीमा कंपनियों की ओर से तीसरे पक्ष के व्यवस्थापकों (टीपीए) द्वारा किया जाता है। मूल्यांकन चिकित्सा रिपोर्ट और विशेषज्ञों की राय पर आधारित होता है।

बीमा सर्वेक्षक जांच का काम भी करते हैं। यह एक सर्वेक्षक को जल्द से जल्द काम पूरा करने में मदद करता है। इसलिए, दावे की सूचना प्राप्त होने के बाद जितनी जल्दी हो सके, सर्वेक्षक की नियुक्ति करना प्रथागत है।

4. सर्वेक्षक और हानि मूल्यांकनकर्ता

क) सर्वेक्षक

सर्वेक्षक आईआरडीए द्वारा लाइसेंस प्राप्त पेशेवर हैं। वे विशिष्ट क्षेत्रों में हानि का निरीक्षण और मूल्यांकन करने में विशेषज्ञ होते हैं। सर्वेक्षकों को आम तौर पर बीमा कंपनी द्वारा अपने काम में लेकर फीस का भुगतान किया जाता है। सर्वेक्षकों और हानि मूल्यांकनकर्ताओं को दावे के समय आम तौर पर साधारण बीमा कंपनियों द्वारा काम पर रखा जाता है। वे विवादित संपत्ति का निरीक्षण, जांच और हानि

की परिस्थितियों तथा कारणों का सत्यापन करते हैं। वे हानि की मात्रा का अनुमान भी लगाते हैं और बीमा कंपनी को रिपोर्ट प्रस्तुत करते हैं।

वे आगे के हानि को रोकने के लिए उचित उपाय के संबंध में बीमा कंपनियों को सलाह भी देते हैं। सर्वेक्षक बीमा अधिनियम 1938, बीमा नियम 1939 और आईआरडीए द्वारा जारी विशिष्ट विनियमों के प्रावधानों से संचालित होते हैं। निर्यात के लिए 'यात्रा पॉलिसी' या 'मरीन ओपन आवरण' के मामले में देश के बाहर किए गए दावों का मूल्यांकन पॉलिसी में नामित विदेशी दावा निपटान एजेंटों द्वारा किया जाता है।

ये एजेंट हानि का आकलन और भुगतान कर सकते हैं जिसकी प्रतिपूर्ति बीमा कंपनियों द्वारा उनके निपटान शुल्क के साथ की जाती है। वैकल्पिक रूप से, दावा संबंधी सभी कागजातों को बीमा दावा निपटान एजेंटों द्वारा एकत्र किया जाता है और उनके मूल्यांकन के साथ बीमा कंपनियों को प्रस्तुत किया जाता है।

महत्वपूर्ण

बीमा अधिनियम की धारा 64 यूएम

जहां बीमा की किसी भी पॉलिसी पर मूल्य में बीस हजार रुपए से कम के दावे के मामले में दावे की राशि के गैर-आनुपातिक व्यय को खर्च किए बिना अनुमोदित सर्वेक्षक या हानि निर्धारक नियुक्त करना एक बीमा कंपनी के लिए व्यावहारिक नहीं है, बीमा कंपनी इस तरह के हानि का सर्वेक्षण के लिए किसी भी अन्य व्यक्ति (एक सर्वेक्षक या हानि निर्धारक के रूप में नियुक्त होने के संबंध में उस समय अयोग्य घोषित नहीं किया गया व्यक्ति) को नियुक्त कर सकती है और जो वह ठीक समझे, इस प्रकार नियुक्त व्यक्ति को ऐसे उचित शुल्क या पारिश्रमिक का भुगतान कर सकती है।

5. दावा प्रपत्र

दावा प्रपत्र की सामग्रियां बीमा के प्रत्येक वर्ग के साथ बदलती रहती है। सामान्यतः दावा प्रपत्र हानि की परिस्थितियों जैसे कि हानि की तारीख, समय, हानि का कारण, हानि की सीमा आदि के बारे में पूरी जानकारी प्राप्त करने के लिए बनाया जाता है। अन्य प्रश्न एक से दूसरे बीमा वर्ग में भिन्न हो सकते हैं।

उदाहरण

अग्नि दावा प्रपत्र में मांगी गई जानकारी का उदाहरण यहां नीचे दिया गया है:

i. बीमाधारक का नाम, पॉलिसी नंबर और पता

ii. आग लगने की तारीख, समय, कारण और परिस्थितियां

iii. क्षतिग्रस्त संपत्ति का विवरण

iv. आग लगने के समय संपत्ति का उचित मूल्य। जहां बीमा कई आइटमों से मिलकर बना होता है जिसके तहत दावा किया जाता है। [दावा मूल्यह्रास, टूट-फूट के लिए भत्ता के देने के बाद घटना के स्थान और समय पर संपत्ति के वास्तविक मूल्य के आधार पर किया जाना चाहिए (जब तक कि भवन, संयंत्र

एवं मशीनरी के संबंध में पॉलिसी "पुनर्स्थापन मूल्य" आधार पर नहीं है)। इसमें मुनाफ़ा शामिल नहीं होगा]

v. निस्तारण मूल्य की कटौती के बाद दावा राशि

vi. परिसर की स्थिति और दखलदारी जिसमें आग लगने की घटना हुई है

vii. क्षमता जिसमें बीमाधारक दावा करता है, चाहे वह मालिक, बंधक या इसी तरह के रूप में हो

viii. क्या किसी भी अन्य व्यक्ति को क्षतिग्रस्त संपत्ति में दिलचस्पी है

ix. क्या ऐसी संपत्ति पर कोई अन्य बीमा प्रभावी है, यदि हां, तो तत्संबंधी विवरण

इसके बाद प्रपत्र में बयान की सच्चाई और शुद्धता की घोषणा की जाती है और बीमाधारक का हस्ताक्षर करके तारीख लिखा जाता है।

बीमा कंपनी के अग्नि दावा प्रपत्र का एक नमूना इस अध्याय में "**अनुबंध 1**" के रूप में दिया गया है।

बीमा कंपनी द्वारा दावा प्रपत्र जारी करने का यह आशय या मतलब नहीं है कि दावे की देयता को बीमा कंपनियों द्वारा स्वीकार कर लिया गया है। दावा प्रपत्र 'प्रतिकूल प्रभाव डाले बिना' टिप्पणी के साथ जारी किए जाते हैं।

क) समर्थक दस्तावेज़

दावा प्रपत्र के अलावा दावेदार द्वारा कुछ दस्तावेज़ प्रस्तुत किया जाना या दावे को पुष्ट करने के लिए बीमा कंपनियों द्वारा सुरक्षित किया जाना आवश्यक है।

i. अग्नि दावों के लिए फायर ब्रिगेड की रिपोर्ट की आवश्यकता होगी।

ii. चक्रवात से क्षति के लिए मौसम विज्ञान कार्यालय से रिपोर्ट मांगी जा सकती है

iii. सेंधमारी दावों में पुलिस की रिपोर्ट की आवश्यकता हो सकती है।

iv. घातक दुर्घटना दावों के लिए कोरोनर और पुलिस की रिपोर्ट की आवश्यकता हो सकती है।

v. मोटर दावों के लिए बीमा कंपनी ड्राइविंग लाइसेंस, पंजीकरण पुस्तक, पुलिस रिपोर्ट आदि की जांच करना पसंद करेगी।

vi. मरिन कार्गो दावों में दस्तावेजों की प्रकृति हानि के प्रकार यानी कुल हानि, विशेष औसत, अंतर्देशीय या विदेशी पारगमन दावे आदि के अनुसार बदलती रहती है।

6. हानि का आकलन और दावा निपटान

दावा मूल्यांकन यह निर्धारित करने की प्रक्रिया है कि क्या बीमित को हुई हानि बीमित जोखिम के कारण हुआ है और वारंटी का कोई उल्लंघन नहीं हुआ है।

दावों का निपटान निष्पक्षता और समानता के विचारों पर आधारित होना चाहिए। गैर-जीवन बीमा कंपनी के लिए दावों का शीघ्र निपटान उसकी सेवाओं के लिए दक्षता का मानक है। प्रत्येक कंपनी के पास दावों पर

कार्रवाई में लगने वाले समय के बारे में आंतरिक दिशानिर्देश होते हैं जिनका पालन इसके कर्मचारियों द्वारा किया जाता है।

इसे आम तौर पर "टर्नअराउंड समय" (टीएटी) शब्द से जाना जाता है। कुछ बीमा कंपनियों ने बीमाधारक के लिए समय-समय पर ऑनलाइन दावा स्थिति की जांच करने की सुविधा उपलब्ध करायी है। कुछ गैर-जीवन बीमा कंपनियों ने भी दावों की कार्रवाई तेजी से पूरी करने के लिए दावा केंद्र की स्थापना की है।

महत्वपूर्ण

बीमा दावा के महत्वपूर्ण पहलू

i. पहला पहलू यह तय करने का है कि क्या हानि पॉलिसी के दायरे के भीतर है। आसन्न कारण का कानूनी सिद्धांत यह तय करने के लिए दिशानिर्देश प्रदान करता है कि क्या हानि एक बीमित जोखिम या एक अपवर्जित जोखिम के कारण है। हानि पॉलिसी के दायरे के भीतर है, यह साबित करने का भार बीमाधारक पर होता है। हालांकि हानि अपवर्जित जोखिम के कारण हुई है तो इसे साबित करने का भार बीमा कंपनी पर है।

ii. दूसरा पहलू यह तय करने का है कि क्या बीमाधारक ने पॉलिसी की शर्तों, विशेष रूप से उन शर्तों का पालन किया है जो 'दायित्व' से पहले आते हैं।

iii. तीसरा पहलू वारंटी के अनुपालन के संबंध में है। सर्वेक्षण रिपोर्ट से यह पता चल जाएगा कि क्या वारंटियों का पालन किया गया है या नहीं।

iv. चौथा पहलू पॉलिसी की चालू अवधि के दौरान प्रस्तावक द्वारा परम सद्भाव के पालन से संबंधित है।

v. हानि की घटना पर बीमाधारक से इस प्रकार आचरण करने की अपेक्षा की जाती है जैसे कि वह अबीमित है। दूसरे शब्दों में, हानि को कम करने के उपाय करना उसका एक कर्तव्य है।

vi. छठा पहलू देय राशि के निर्धारण से संबंधित है। देय हानि की राशि बीमा राशि के अधीन है। हालांकि देय राशि निम्न बातों पर निर्भर भी करेगी:

- ✓ प्रभावित संपत्ति में बीमाधारक के बीमा योग्य हित की सीमा।
- ✓ निस्तारण का मूल्य
- ✓ अल्पबीमा का प्रयोग
- ✓ योगदान और प्रस्थापन की शर्तों का प्रयोग

क) दावे की श्रेणियां

बीमा पॉलिसियों से संबंधित दावे निम्नलिखित श्रेणियों में आते हैं:

i. मानक दावे

ये ऐसे दावे हैं जो स्पष्ट रूप से पॉलिसी के नियमों और शर्तों के भीतर आते हैं। दावे का मूल्यांकन दायरे और चयनित बीमा राशि तथा बीमा की विभिन्न श्रेणियों के लिए निर्धारित क्षतिपूर्ति के अन्य तरीकों को ध्यान में रखते हुए किया जाता है।

बीमा कंपनी द्वारा देय दावा राशि में ली गयी पॉलिसी के आधार पर हानि के समय मूल्य, बीमा योग्य हित, निस्तारण की संभावनाएं, आय की हानि, उपयोग का नुकसान, मूल्यह्रास, प्रतिस्थापन मूल्य जैसे विभिन्न कारकों को ध्यान में रखा जाता है।

ii. अवमानक दावे

ये ऐसे दावे हैं जहां बीमाधारक ने किसी शर्त या वारंटी का उल्लंघन किया हो सकता है। इन दावों का निपटान गैर-जीवन बीमा कंपनियों द्वारा बनाए गए नियमों और विनियमों के अधीन माना जाता है।

iii. औसत शर्तें या औसत खंड

यह कुछ पॉलिसियों में एक शर्त है जो बीमाधारक को अपनी संपत्ति के वास्तविक मूल्य से कम बीमा राशि पर उसका बीमा करने के लिए, जिसे अल्पबीमा के रूप में जाना जाता है, बीमाधारक को दण्डित करती है। दावे की स्थिति में बीमाधारक को अल्पबीमा की राशि के अनुसार उसके वास्तविक हानि से अनुपातिक रूप से घटायी गयी राशि प्राप्त होती है।

iv. ईश्वरीय कृत्य के जोखिम - महासंकट से होने वाली हानि

तूफान, चक्रवात, बाढ़, सैलाब और भूकंप जैसी प्राकृतिक आपदाओं को "ईश्वरीय कृत्य" के जोखिमों के रूप में जाना जाता है। इन खतरों से प्रभावित क्षेत्र में बीमा कर्ता की कई पॉलिसियों को हानि हो सकती है।

ऐसे बड़े और महासंकटपूर्ण नुकसानों में सर्वेक्षक को एक प्रारंभिक आकलन और हानि न्यूनीकरण के प्रयासों के लिए तुरंत हानि के स्थान पर जाने के लिए कहा जाता है। इसके साथ-साथ बीमा कर्ता के अधिकारी हानि स्थल का दौरा करते हैं, ख़ास तौर पर जब इसमें शामिल राशि बहुत बड़ी हो। इस दौरे का उद्देश्य हानि की प्रकृति और अधिकतम सीमा के बारे में एक तत्काल आकलन प्राप्त करना होता है।

प्रारंभिक रिपोर्ट भी प्रस्तुत की जाती है अगर सर्वेक्षक को आकलन के संबंध में कुछ समस्याओं का सामना करना पड़ता है और वे बीमा कर्ता से मार्गदर्शन और निर्देश की मांग कर सकते हैं, जब आवश्यक होने पर उनको बीमाधारक के साथ मुद्दों पर चर्चा करने का एक अवसर दिया जाता है।

v. लेखागत भुगतान

प्रारंभिक रिपोर्टों के अलावा समय-समय पर अंतरिम रिपोर्ट भी प्रस्तुत किए जाते हैं जहां एक लंबी अवधि में मरम्मत और/या प्रतिस्थापन का काम किया जाता है। अंतरिम रिपोर्ट से भी बीमा कर्ता को हानि के आकलन की प्रगति का एक अंदाजा मिलता है। यह बीमाधारक की इच्छा पर दावे की "लेखागत भुगतान" की सिफारिश में भी मदद करता है। यह आमतौर पर उस समय होता है जब हानि बड़ा हो और मूल्यांकन पूरा होने में कुछ समय लग सकता है।

यदि दावा सही पाया जाता है तो दावेदार को भुगतान किया जाता है और कंपनी के रिकॉर्ड में प्रविष्टियां की जाती हैं। सह-बीमा कर्ता और पुनर्बीमा कर्ता से उपयुक्त वसूलियां की जाती हैं, यदि कोई हो। कुछ मामलों में बीमाधारक वह व्यक्ति नहीं हो सकता है जिसे पैसे का भुगतान किया जाएगा।

उदाहरण

यदि अग्नि पॉलिसी के तहत बीमित संपत्ति किसी बैंक के पास गिरवी रखी है तो “सहमत बैंक क्लॉज” के अनुसार दावा राशियों का भुगतान बैंक को किया जाएगा। इसी प्रकार किराया खरीद समझौते के अधीन वाहनों पर “कुल हानि” के लिए दावों का भुगतान वित्तपोषकों (फाइनेंसरों) को किया जाता है।

मरीन कार्गो दावों का भुगतान उस दावेदार को किया जाता है जो हानि के समय विधिवत रूप से अपने पक्ष में पृष्ठांकित समुद्री पॉलिसी प्रस्तुत करता है।

ख) डिसचार्ज वाउचर

दावे का निपटान केवल पॉलिसी के तहत एक डिसचार्ज प्राप्त करने के बाद ही किया जाता है। घावों के लिए दावों की डिसचार्ज रसीद (व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के तहत) का एक नमूना निम्न तर्ज पर लिखा जाता है: (अलग-अलग कंपनी के लिए भिन्न हो सकता है)।

बीमाधारक का नाम
दावा सं.   पॉलिसी नं.
.... कंपनी लिमिटेड से प्राप्त

_____________ को या के संबंध में हुई दुर्घटना के कारण मुझे/हमें लगो घावों के मामले में मुझे/हमें देय क्षतिपूर्ति के पूर्ण एवं अंतिम निपटान में ________________ रुपए की राशि के लिए मैं/हम यह डिसचार्ज रसीद उक्त दावे के संबंध में प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से उत्पन्न होने वाले मेरे/हमारे वर्तमान या भविष्य के सभी दावों के पूर्ण एवं अंतिम निपटान के रूप में कंपनी को देता हूं।

दिनांक   (हस्ताक्षर)

तृतीय पक्ष के दायित्व दावों के लिए डिसचार्ज रसीद के शब्द निम्न तर्ज पर हो सकते हैं:

मैं (दावेदार का नाम), _________________ का, एतद्द्वारा _________________ रुपए की राशि का प्राप्ति स्वीकार करता हूं, यह राशि ___________ (बीमाधारक का नाम) के द्वारा दिनांक ______________को या लगभग ___________ बजे मेरे साथ घटित हुई दुर्घटना के माध्यम से लगी शारीरिक चोट और अन्य हानियों के लिए मेरे द्वारा उन पर किए गए दावे के संबंध में भुगतान की गयी है और मैं यह सहमति देता हूं कि यह राशि उक्त घटना और क्षति के संबंध में उक्त ___________ (या किसी अन्य व्यक्ति) की ओर से दायित्व के अस्वीकरण के साथ भुगतान की गयी है जो अभी या इसके बाद तैयार हो सकते हैं या इस आशय के लिए कि उक्त और अन्य सभी व्यक्तियों को पूरी तरह से और अंतिम रूप से उक्त घटना से उत्पन्न होने वाले हर प्रकृति और प्रकार के अगले और अन्य दावों से, चाहे जो भी हो, मेरे द्वारा या मेरी ओर से विमुक्त किया जाता है।

दिनांक   हस्ताक्षर   गवाह

(नोटः ये शब्द मानक नहीं हैं लेकिन केवल उदाहरण के रूप में दिए गए हैं और भिन्न हो सकते हैं)।

ग) निपटान के बाद की कार्रवाई

बीमालेखन के संबंध में दावे के निपटान के बाद की जाने वाली कार्रवाई व्यवसाय के एक वर्ग से दूसरे वर्ग में भिन्न होती है।

उदाहरण

अग्नि पॉलिसी के तहत बीमा राशि भुगतान की गयी दावा राशि की सीमा तक कम हो जाती है। हालांकि, इसे यथानुपात प्रीमियम का भुगतान करके पुनर्स्थापित किया जा सकता है जो भुगतान की जाने वाली दावा राशि से काट ली जाती है।

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

इसी तरह, व्यक्तिगत विश्वसनीयता गारंटी पॉलिसी के तहत एक दावे का भुगतान पॉलिसी को स्वतः समाप्त कर देता है।

घ) साल्वेज

सालवेज आम तौर पर क्षतिग्रस्त संपत्ति को दर्शाता है। हानि का भुगतान करने पर सालवेज बीमा कंपनियों का हो जाता है।

उदाहरण

जब मोटर दावों का निपटान कुल हानि के आधार पर किया जाता है तो क्षतिग्रस्त वाहन को बीमा कर्ता द्वारा अधिग्रहित कर लिया जाता है। साल्वेज अग्नि बीमा दावों, मरीन कार्गो दावों आदि में भी उत्पन्न हो सकता है।

साल्वेज को इस उद्देश्य के लिए कंपनियों द्वारा निर्धारित प्रक्रिया के अनुसार निपटाया जाता है। हानि का आकलन करने वाले सर्वेक्षक निपटान के तरीकों की भी सिफारिश करते हैं।

ङ) वसूलियां

दावों के निपटान के बाद, बीमा अनुबंधों के लिए लागू प्रस्थापन अधिकारों के तहत बीमा कर्ता बीमाधारक के अधिकारों और उपचारों की हकदार हो जाती हैं और उनको संबंधित लागू कानूनों के तहत हानि के लिए जिम्मेदार तीसरे पक्ष से भुगतान किए गए हानि की वसूली का अधिकार मिल जाता है। इस प्रकार, बीमा कर्ता शिपिंग कंपनियों, रेलवे, सड़क पर माल वाहकों, एयरलाइनों, पोर्ट ट्रस्ट अधिकारियों आदि से हानि की वसूली कर सकती हैं।

उदाहरण

माल की सुपुर्दगी नहीं होने के मामले में मालवाहक हानि के लिए जिम्मेदार होते हैं। इसी प्रकार, पोर्ट ट्रस्ट उन सामानों के लिए उत्तरदायी है जिनको सुरक्षित रूप से उतारा गया था लेकिन बाद में लापता हो गया। इस प्रयोजन के लिए दावे के निपटान से पहले विधिवत मुहर लगा एक प्रस्थापन का पत्र बीमाधारक से प्राप्त किया जाता है।

7. दावों से संबंधित विवाद

सर्वश्रेष्ठ प्रयासों के बावजूद दावे के भुगतान में विलंब या भुगतान नहीं होने के कई कारण हो सकते हैं, या तो हानि की सूचना मिलने में देरी या ग्राहकों द्वारा दस्तावेज़ प्रस्तुत नहीं करना।

इनके अलावा कुछ सबसे आम कारण इस प्रकार हैं:

- ✓ महत्वपूर्ण तथ्यों का खुलासा नहीं करना
- ✓ आवरणों की कमी
- ✓ अपवर्जित खतरों की वजह से हुई हानि
- ✓ पर्याप्त बीमा राशि का अभाव
- ✓ वारंटी का उल्लंघन
- ✓ अल्पबीमा, मूल्यह्रास आदि के कारण मात्रा संबंधी मुद्दे

ये सभी कारण उस समय बीमाधारक को काफी तकलीफ दे सकते हैं जब वह पहले से हानि के कारण उत्पन्न होने वाली वित्तीय बाधाओं से पीड़ित है।

उसके कष्टों को कम करने के लिए शिकायत निवारण और विवाद के निपटारे की प्रक्रियाएं भी पॉलिसी में निर्धारित की गयी हैं। अग्नि या संपत्ति की पॉलिसियों में "मध्यस्थता" की शर्त भी जुड़ी होती है।

क) मध्यस्थता

मध्यस्थता अनुबंधों से उत्पन्न होने वाले विवादों को निपटाने की एक विधि है। मध्यस्थता, मध्यस्थता और समाधान अधिनियम, 1996 के प्रावधानों के अनुसार की जाती है। इसके अंतर्गत एक अनुबंध लागू करने या एक विवाद निपटाने का सामान्य तरीका कानून की अदालत में जाना होगा। हालांकि इस तरह की मुकदमेबाजी में काफी देरी और खर्च शामिल है। मध्यस्थता अधिनियम पार्टियों को मध्यस्थता की अधिक अनौपचारिक, किफायती और निजी प्रक्रिया के लिए एक अनुबंध के तहत विवादों को प्रस्तुत करने की अनुमति देता है।

मध्यस्थता विवाद के पार्टियों द्वारा स्वयं चुने गए अकेले मध्यस्थ द्वारा या एक से अधिक मध्यस्थ द्वारा की जा सकती है। एक अकेले मध्यस्थ के मामले में पार्टियों का उस व्यक्ति के बारे में सहमत होना आवश्यक है। कई व्यावसायिक बीमा पॉलिसियों में एक मध्यस्थता क्लॉज शामिल होता है जिसमें यह कहा जाता है कि विवाद मध्यस्थता के अधीन होंगे। अग्नि और ज्यादातर विविध पॉलिसियों में भी एक मध्यस्थता क्लॉज शामिल हो सकता है जिसमें यह प्रावधान होता है कि यदि पॉलिसी के तहत दायित्व कंपनी द्वारा स्वीकार कि जाता है और भुगतान की जाने वाली मात्रा के विषय में कोई मतभेद होता है तो इस तरह के मतभेद को मध्यस्थता करने के लिए भेजा जाना चाहिए। आम तौर पर मध्यस्थ का निर्णय अंतिम माना जाता है और दोनों पक्षों पर बाध्यकारी होता है।

शर्त की बातें अलग-अलग पॉलिसी में अलग-अलग होती हैं। आम तौर पर यह निम्नानुसार होता है:

i. विवाद पार्टियों द्वारा नियुक्त किए जाने वाले एक अकेले मध्यस्थ के निर्णय के लिए उसे प्रस्तुत किया जाता है या उनके बीच किसी असहमति होने पर एक अकेले मध्यस्थ की नियुक्ति के बाद दो मध्यस्थों के निर्णय के लिए उनके पास भेजा जाता है जिनमें से प्रत्येक की नियुक्ति पार्टियों द्वारा की जाती है।

ii. ये दो मध्यस्थ एक अंपायर नियुक्त करेंगे जो बैठकों की अध्यक्षता करता है। इन बैठकों के दौरान कानून की एक अदालत के समान प्रक्रिया अपनायी जाती है। आवश्यक होने पर, हर पार्टी एक वकील की मदद से अपने मामले को सामने रखती है और गवाहों से पूछताछ जांच की जाती है।

iii. यदि दो मध्यस्थ किसी फैसले से सहमत नहीं होते हैं तो बात अंपायर के सामने रखी जाती है जो अपना फैसला सुनाता है।

v. लागतों का फैसला मध्यस्थ/मध्यस्थों या फैसला करने वाले अंपायर के विवेक से दिया जाता है।

दायित्व के सवाल से संबंधित विवादों को मुकदमेबाजी के माध्यम से निपटाया जाता है।

उदाहरण

यदि बीमा कर्ता यह दावा करते हैं कि हानि देय नहीं है क्योंकि यह पॉलिसी के तहत आवरित नहीं किया गया है, तो मामले का फैसला कानून की अदालत द्वारा किया जाएगा। फिर, यदि बीमा कर्ता इस आधार पर दावे का भुगतान करने से मना कर देतो हैं कि पॉलिसी अमान्य है क्योंकि इसे महत्वपूर्ण तथ्यों के धोखाधड़ीपूर्ण गैर-प्रकटीकरण ('परम सद्भाव' के कानूनी कर्तव्य का उल्लंघन) के माध्यम से प्राप्त किया गया था, तो इस मामले को मुकदमेबाजी के माध्यम से हल किया जाना चाहिए।

नोट : मरीन कार्गो पॉलिसियों में मध्यस्थता की कोई शर्त नहीं है।

8. अन्य विवाद समाधान प्रणालियां

आईआरडीए के नियमों के अनुसार सभी पॉलिसियों में बीमाधारक के लिए उपलब्ध शिकायत निवारण प्रणाली के बारे में उल्लेख होना चाहिए, यदि बीमाधारक किसी भी कारण से बीमा कर्ता की सेवा से असंतुष्ट है।

व्यवसाय के व्यक्तिगत लाइनों के तहत दावों के मामले में एक असंतुष्ट बीमाधारक लोकपाल (ओम्बड्समैन) से संपर्क कर सकता है जिनके कार्यालय का विवरण पॉलिसी में उपलब्ध कराया गया है।

स्व-परीक्षण 1

इनमें से कौन सी गतिविधि को दावों के पेशेवर निपटान के अंतर्गत वर्गीकृत नहीं किया जाएगा?

I. हानि के कारण से संबंधित जानकारी की मांग करना

II. एक पूर्वाग्रह के साथ दावे को देखना

III. यह पता लगाना कि क्या हानि बीमित जोखिम का परिणाम था

IV. दावे के तहत देय राशि की मात्रा निर्धारित करना

स्व-परीक्षण 2

राज एक कार दुर्घटना में शामिल रहा है। उसकी कार का बीमा मोटर बीमा पॉलिसी के तहत किया गया है। इनमें से राज के करने के लिए सबसे उपयुक्त बात कौन सी है?

I. यथोचित रूप से जितनी जल्दी संभव हो, हानि के बारे में बीमा कंपनी को सूचित करना

II. बीमा नवीनीकरण के समय बीमा कंपनी को सूचित करना

III. कार को और अधिक क्षतिग्रस्त करना ताकि एक बड़ा मुआवजा प्राप्त किया जा सके

IV. क्षति पर ध्यान नहीं देना

स्व-परीक्षण 3

दावों की जांच और दावों के मूल्यांकन की तुलना करें।

I. दावों की जांच और मूल्यांकन दोनों एक ही चीज है

II. जांच में दावे की वैधता तय करने की कोशिश की जाती है जबकि मूल्यांकन का संबंध हानि के कारण और अधिकतम सीमा से है।

III. मूल्यांकन में दावे की वैधता तय करने की कोशिश की जाती है जबकि जांच का अधिक संबंध हानि के कारण और सीमा से है।

IV. जांच दावे का भुगतान करने से पहले की जाती है और मूल्यांकन दावे का भुगतान करने के बाद किया जाता है।

स्व-परीक्षण 4

सर्वेक्षकों के लिए लाइसेंसदाता प्राधिकरण कौन है?

I. भारतीय सर्वेक्षक एसोसिएशन

II. सर्वेक्षक विनियामक एवं विकास प्राधिकरण

III. भारतीय बीमा नियामक एवं विकास प्राधिकरण

IV. भारत सरकार

स्व-परीक्षण 5

चक्रवात से क्षति के दावे की जांच करते समय इनमें से कौन से दस्तावेज़ का अनुरोध करने की संभावना सबसे अधिक है?

I. कोरोनर रिपोर्ट

II. फायर ब्रिगेड की रिपोर्ट

III. पुलिस की रिपोर्ट

IV. मौसम विभाग की रिपोर्ट

स्व-परीक्षण 6

कौन से सिद्धांत के तहत बीमा कर्ता पॉलिसी के तहत भुगतान किए गए हानि की वसूली तृतीय पक्ष से करने के लिए बीमाधारक व्यक्ति के अधिकारों को मान सकती है?

I. योगदान

II. विमुक्ति

III. प्रस्थापन

IV. क्षतिपूर्ति

स्व-परीक्षण 7

अगर बीमा कर्ता यह निर्णय लेती है कि विशेष हानि देय नहीं है क्योंकि इसे पॉलिसी के तहत आवरित नहीं किया गया है तो इस तरह के मामले पर निर्णय कौन लेता है?

II. बीमा कंपनी का निर्णय अंतिम है

III. अंपायर

IV. मध्यस्थ

V. न्यायालय (क़ानून की अदालत)

सारांश

क) पेशेवर तरीके से दावे के निपटान को एक बीमा कंपनी के लिए सबसे बड़ा विज्ञापन माना जाता है।

ख) पॉलिसी की शर्तों में यह प्रावधान होता है कि हानि की सूचना तुरंत बीमा कंपनी को दी जाएगी।

ग) यदि दावा राशि छोटी है तो हानि का कारण और सीमा निर्धारित करने के लिए जांच बीमा कर्ता के एक अधिकारी द्वारा की जाती है। लेकिन अन्य दावों के लिए इसे स्वतंत्र लाइसेंसधारी पेशेवर सर्वेक्षकों को सौंप दिया जाता है जो हानि के मूल्यांकन में विशेषज्ञ होते हैं।

घ) सामान्यतः दावा प्रपत्र हानि की तारीख, समय, हानि के कारण, हानि की सीमा जैसी हानि की परिस्थितियों के बारे में पूरी जानकारी प्राप्त करने के लिए बनाया जाता है।

ङ) दावा मूल्यांकन यह निर्धारित करने की प्रक्रिया है कि क्या बीमाधारक को होने वाला नुकसान बीमित जोखिम की वजह से हुआ है, इसमें वारंटी का कोई उल्लंघन नहीं हुआ है, बीमाधारक को हुए नुकसान की मात्रा क्या है और पॉलिसी के तहत बीमा कंपनी की देयता क्या है।

च) दावे का निपटान केवल पॉलिसी के तहत एक डिसचार्ज प्राप्त करने के बाद किया जाता है।

छ) मध्यस्थता अनुबंधों से उत्पन्न होने वाले विवादों को निपटाने की एक विधि है।

मुख्य शब्द

क) हानि की सूचना
ख) जांच और मूल्यांकन
ग) सर्वेक्षक और हानि मूल्यांकनकर्ता
घ) दावा प्रपत्र
ङ) समायोजन और निपटान
च) दावा निपटान में विवाद
छ) मध्यस्थता

स्व-परीक्षण के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प 2 है।

दावों के पेशेवर निपटान में किसी दावे को पूर्वाग्रह के साथ देखना शामिल नहीं है।

उत्तर 2

सही विकल्प 1 है।

दावे के बारे में यथोचित रूप से जितनी जल्दी संभव हो, सूचित किया जाना चाहिए।

उत्तर 3

सही विकल्प 2 है।

जांच में दावे की वैधता निर्धारित करने की कोशिश की जाती है जबकि मूल्यांकन हानि के कारण और सीमा से कहीं अधिक संबंधित है।

उत्तर 4

सही विकल्प 3 है।

आईआरडीए सर्वेक्षकों के लिए लाइसेंसदाता प्राधिकरण है।

उत्तर 5

सही विकल्प 4 है।

चक्रवात से क्षति के दावे की जांच करते हुए मौसम विभाग की रिपोर्ट का अनुरोध किए जाने की सबसे अधिक संभावना रहती है।

उत्तर 6

सही विकल्प 3 है।

प्रस्थापन के सिद्धांत के तहत बीमा कर्ता एक पॉलिसी के तहत भुगतान की गई हानि की वसूली एक तीसरे पक्ष से करने के लिए बीमाधारक व्यक्ति के अधिकारों को मान सकती है।

उत्तर 7

सही विकल्प 4 है।

यदि बीमा कर्ता यह निर्णय लेता है कि एक विशेष हानि देय नहीं है क्योंकि इसे पॉलिसी के तहत आवरित नहीं किया गया है, तो इस तरह के मामलों का फैसला कानून की अदालत में किया जाएगा।

स्व-परीक्षा प्रश्न

प्रश्न 1

हानि की सूचना दी जानी चाहिए:

I. ठीक हानि के समय पर

II. 15 दिनों के बाद

III. यथोचित रूप से जितनी जल्दी संभव हो

IV. हानि के बाद किसी भी समय

प्रश्न 2

हानि की जांच __________________ द्वारा की जाती है।

I. बिना लाइसेंसधारी सर्वेक्षक

II. लाइसेंसधारी और सुयोग्य सर्वेक्षक

III. बीमाधारक के प्रतिनिधि

IV. इंजीनियरिंग की डिग्री वाले किसी भी व्यक्ति

प्रश्न 3

व्यक्तिगत दुर्घटना दावों के लिए ___________ की रिपोर्ट आवश्यक है।

I. सर्वेक्षक

II. चिकित्सक

III. पुलिस

IV. कोरोनर (मृत्यु समीक्षक)

प्रश्न 4

बीमा अधिनियम के अनुसार ______________ के बराबर या उससे अधिक के दावों के लिए स्वतंत्र सर्वेक्षकों की आवश्यकता होती है।

I. रु. 40,000

II. रु. 15,000

III. रु. 20,000

IV. रु. 25,000

प्रश्न 5

यात्रा बीमा पॉलिसियों के मामले में देश के बाहर मूल्यांकित दावों का मूल्यांकन ________________ द्वारा किया जाता है।

I. भारतीय सर्वेक्षक

II. हानि के देश में स्थानीय सर्वेक्षक

III. बीमा कंपनी के अपने कर्मचारी

IV. पॉलिसी में नामित दावा निपटान एजेंट

उत्तर 6

एक अग्नि दावे के मामले में फायर ब्रिगेड की एक रिपोर्टः

I. आवश्यक नहीं है

II. बीमाधारक के लिए वैकल्पिक है

III. आवश्यक है

IV. पुलिस रिपोर्ट का हिस्सा है

प्रश्न 7

टीएटी क्या है?

I. समय और बारी (टाइम एंड टर्न)

II. एक समय तक (टिल ए टाइम)

III. टाइम एंड टाइड

IV. प्रतिवर्तन काल (टर्नअराउंड समय)

प्रश्न 8

हानि का भुगतान करने पर, साल्वेज _________ के अंतर्गत आता है।

I. सर्वेक्षक

II. बीमाधारक

III. बीमा कंपनी

IV. स्थानीय अधिकारी

प्रश्न 9

मध्यस्थता _________ पूरी की जाने वाली दावा निपटान प्रक्रिया है।

I. कानून की अदालत में

II. सर्वेक्षकों के एक समूह द्वारा

III. शामिल पार्टियों द्वारा चुने गए मध्यस्थ(थों) द्वारा

IV. बीमा कंपनी के कर्मचारियों द्वारा मनमाने ढंग से

प्रश्न 10

प्रस्थापन के अधिकार के तहत बीमा कंपनियों को __________ से भुगतान किए गए हानि की वसूली करने की अनुमति दी जाती है।

I. केवल शिपिंग कंपनियों से

II. केवल रेल और सड़क मार्गों के मालवाहक

III. केवल एयरलाइंस और पोर्ट ट्रस्ट

IV. शिपिंग कंपनियों और रेलवे तथा सड़क मार्ग के मालवाहकों और एयरलाइंस तथा पोर्ट ट्रस्टों

स्व-परीक्षा प्रश्नों के उत्तर

उत्तर 1

सही विकल्प 3 है।

हानि की सूचना यथोचित रूप से जितनी जल्दी संभव हो, दी जानी चाहिए।

उत्तर 2

सही विकल्प 2 है।

हानि की जांच लाइसेंसधारी और सुयोग्य सर्वेक्षक द्वारा की जाती है।

उत्तर 3

सही विकल्प 2 है।

व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा के लिए एक चिकित्सक की रिपोर्ट आवश्यक है।

उत्तर 4

सही विकल्प 3 है।

बीमा अधिनियम के अनुसार 20000 रुपये के बराबर या उससे अधिक के दावों के लिए स्वतंत्र सर्वेक्षकों की आवश्यकता होती है।

उत्तर 5

सही विकल्प 4 है।

यात्रा बीमा पॉलिसियों के मामले में देश के बाहर मूल्यांकित दावों का मूल्यांकन पॉलिसी में नामित दावा निपटान एजेंटों द्वारा किया जाता है।

उत्तर 6

सही विकल्प 3 है।

अग्नि बीमा दावे के मामले में फायर ब्रिगेड की एक रिपोर्ट की आवश्यकता होती है।

उत्तर 7

सही विकल्प 4 है।

टीएटी टर्न अराउंड समय है।

उत्तर 8

सही विकल्प 3 है।

हानि का भुगतान करने पर साल्वेज बीमा कंपनी के अंतर्गत आता है।

उत्तर 9

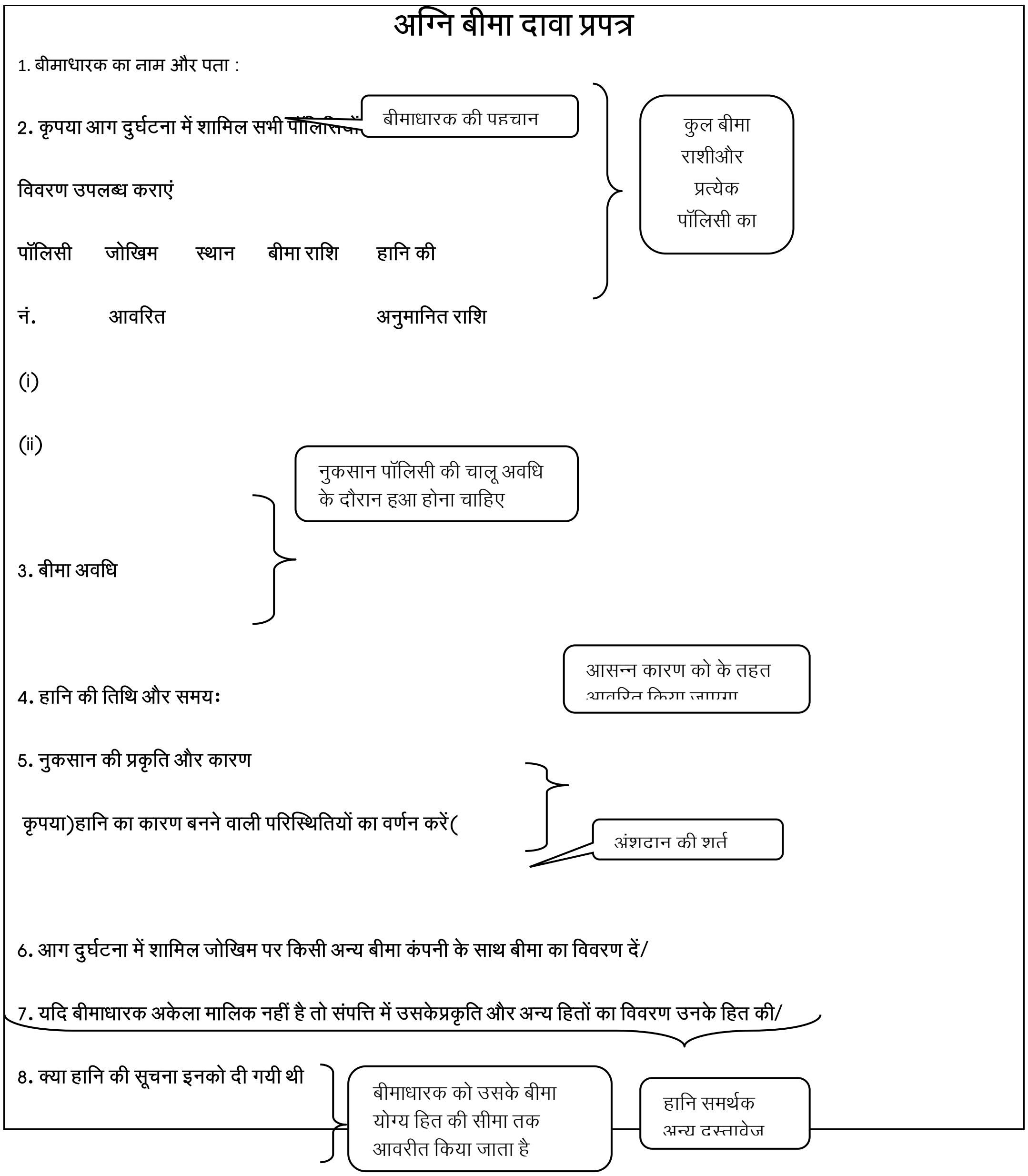
सही विकल्प 3 है।

मध्यस्थता शामिल पार्टियों द्वारा चुने गए मध्यस्थ(थों) द्वारा पूरी की जाने वाली एक दावा निपटान की प्रक्रिया है।

उत्तर 10

सही विकल्प 4 है।

प्रस्थापन के अधिकार के तहत बीमा कर्ता को शिपिंग कंपनियों और रेलवे तथा सड़क मार्गों के मालवाहकों और एयरलाइंस तथा पोर्ट ट्रस्टों से भुगतान किए गए हानि की वसूली करने की अनुमति दी जाती है।


अग्नि बीमा दावा प्रपत्र

1. बीमाधारक का नाम और पता :

2. कृपया आग दुर्घटना में शामिल सभी पॉलिसियों

विवरण उपलब्ध कराएं

पॉलिसी नं.	जोखिम आवरित	स्थान	बीमा राशि	हानि की अनुमानित राशि
(i)				
(ii)				

3. बीमा अवधि

4. हानि की तिथि और समयः

5. नुकसान की प्रकृति और कारण

कृपया)हानि का कारण बनने वाली परिस्थितियों का वर्णन करें(

6. आग दुर्घटना में शामिल जोखिम पर किसी अन्य बीमा कंपनी के साथ बीमा का विवरण दें/

7. यदि बीमाधारक अकेला मालिक नहीं है तो संपत्ति में उसकेप्रकृति और अन्य हितों का विवरण उनके हित की/

8. क्या हानि की सूचना इनको दी गयी थी

(1) पुलिस

(2) फायर ब्रिगेड

९. क्या वर्तमान पॉलिसी अवधि के दौरान उसी संपत्ति पर अतीत में कोई दावा दर्ज किया गया थायदि हां, तो निम्न के संबंध में विवरण उपलब्ध ?
:कराएं

(क) कारण

(ख) घटना की तारीख

(ग) दावा

सत्यापन के लिए अतिरिक्त जानकारी

(घ) पॉलिसी जारीकर्ता कार्यालय

(च) चुकता.दावा राशि रु बकाया/

मैं एतद्द्वारा घोषणा करता हूं कि ऊपर प्रस्तुत विवरण मेरी सर्वोत्तम जानकारी के अनुसार सही और सत्य हैं|

स्थानः

दिनांकः

बीमाधारक का हस्ताक्षर

विकास अधिकारी/शाखा/मंका .द्वारा भरे जाने के लिए

अग्नि दावा संख्या ___________________

शाखा/ मं.का. कोड सं.	क्षे.का. कोड सं.	विकास अधिकारी का कोड नं.	एजेंसी कोड नं.	प्रीमियम भुगतान का विवरण		
				रसीद सं . .बीजी/सीडी नं	भुगतान की तिथि	राशि रु.